

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Syndrom vyhoření

Hana Jánská

© 2011 ČZU v Praze

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svou diplomovou práci Syndrom vyhoření jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka této diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne

PODĚKOVÁNÍ

Rád(a) bych touto cestou poděkovala doc. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc., za jeho přínosnou oponenturu a kladný vliv na mou osobu při vytváření názoru na dané téma.

Syndrom vyhoření

Burnout syndrome

Souhrn

Diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření u pomáhajících profesí, především u zdravotních sester. V teoretické části jsou shrnuty pohledy českých i zahraničních odborníků na toto téma. Hlavní cílem teoretické části je přinést bližší poznání tohoto stále aktuálního tématu.

Empirická část se opírá o vlastní výzkum, který jsem provedla v rámci diplomové praxe v Nemocnici Na Homolce. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda pracovní zařazení ovlivňuje četnost výskytu syndromu vyhoření a také jak jsou zaměstnanci organizace informováni o syndromu vyhoření. Z výzkumu vyplynulo, že sestry pracující na oddělení s intenzivní mají blíže k syndromu vyhoření, než sestry z odborných ambulancí. Ve sledované organizaci, však žádný ze sta respondentů netrpěl syndromem vyhoření ani nebyl nikdo přímo ohrožen vyhořením. Většina účastníků výzkumu uvedla, že je dobře informovaná o vzdělávacích akcích týkajících se syndromu vyhoření a je celkově spokojena se vzděláváním, které jim poskytuje zaměstnavatel.

Klíčová slova: Syndrom vyhoření. Stres. Pomáhající profese. Zdravotní sestra. Prevence. Psychoterapie. Duševní hygiena. Odborná ambulance. Intenzivní péče.

Summary

This dissertation consider a burn out syndrom at assisting professions, mainly nurses. There are summarized the important opinions of leading experts from abroad and Czech republic in theoretical part of this presentation. The main aim of theoretical part of this dissertation is to specify this up-to-date problem.

The empiric part of this dissertation results from my own research work, that was realized during my working experience at Homolka hospital. The aim of my research work was to determine, firstly, if job position is able to influence the frequency of burn-out syndrom, secondly, how the employees are informed by the existence of burn-out syndrom. Results from my research are following, nurses working on ICU (Intensive Care Unit) are more closer to the existence of burn-out syndrom than nurses working on special ambulances. There were no respondents (100 in total) directly threatened or suffered from burn-out syndrom at Homolka hospital. The most of participants of this research point out they are well posted about educational presentation of burn-out syndrom and participants are well satisfied with educational possibilities afforded by their employer.

Key word:

Burn-out syndrom. Stress. Assisting proffesion. Nurse. Prevention. Psychotherapy. Mental hygiena. Special ambulance. Intensive care.

Obsah

1. Úvod.....	12
2. Cíl a metodika	13
3. Vymezení syndromu vyhoření	14
3. 1 Historie	14
3. 2 Definice pojmu	14
3. 3 Projevy syndromu vyhoření.....	16
3. 4 Odlišnost syndromu vyhoření od jiných duševních poruch	16
3. 4. 1 Deprese	16
3. 4. 2 Stres	17
3. 4. 3 Únava.....	17
3. 4. 4 Deperzonalizace.....	17
3. 5 Příznaky syndromu vyhoření.....	18
3. 6 Fáze syndromu vyhoření.....	20
3. 7 Diagnostika syndromu vyhoření.....	22
3. 8 Pozitivní protipól vyhoření	23
4. Pomáhající profese.....	25
4. 1 Definice pojmu	25
4. 2 Charakteristika pracovníků pomáhajících profesí	26
4. 2. 1 Prosociální chování.....	26
4. 2. 2 Empatie	26
4. 2. 3 Osobnost pomáhajícího	26
4. 3 Přehled pomáhajících profesí	27
4. 3. 1 Zdravotní sestry	28
4. 4 Syndrom pomocníka.....	29
4. 5 Vztahy na pracovišti	29
4. 5. 1 Spolupráce, aneb „ Kdy dva jsou více než jedna a jedna“	29
4. 5. 2 Sociální styk a sociální komunikace.....	30
5. Faktory přispívající ke vzniku syndromu vyhoření	32
5. 1 Stres	32
5. 1. 1 Dělení stresu	34
5. 1. 2 Stres a pracovní výkon.....	34

5. 3. 3 Důsledky nadměrného stresu	35
5. 1. 4 Zvládání stresu neboli coping.....	35
5. 2 Ztráta motivace	37
5. 3 Osobnostní charakteristiky	38
5. 3. 1 Typ chování A	38
5. 3. 2 Typ chování B.....	39
6. Možnosti terapie.....	40
6. 1 Psychoterapie	40
6. 2 Duševní hygiena	41
7. Empirické šetření, popis projektu, metod, soubor respondentů.....	43
7. 1 Popis projektu	43
7. 1. 1 Hypotézy.....	43
7. 1. 2 Soubor respondentů	43
7. 2 Metodika	44
8. Prezentace výsledků	45
8. 1 Demografické údaje.....	45
8. 2 Vyhodnocení 1. části dotazníku.....	50
8. 3 Vyhodnocení 2. části dotazníku.....	76
8. 4 Shrnutí výsledků výzkumu	80
8. 4. 1 Vyhodnocení hypotéz	85
9. Diskuse.....	86
10. Navrhovaná řešení	89
11. Závěr	90
12. Seznam literatury	93
13. Seznam přílohy	97

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Znaky vyčerpání při burnout syndromu.....	18
Tabulka č. 2 – Pohlaví.....	45
Tabulka č. 3 – Věk.....	46
Tabulka č. 4 - Délka praxe v oboru.....	47
Tabulka č. 5 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	48
Tabulka č. 6 - Pracovní zařazení.....	49
Tabulka č. 7 - Jsem unavený(á), i když mám dostatek spánku.....	50
Tabulka č. 8 - Jsem nespokojen(a) se svou prací.....	51
Tabulka č. 9 - Cítím se smutný(á) bez jasného důvodu.....	52
Tabulka č. 10 - Jsem zapomnětlivý(á).....	53
Tabulka č. 11 - Snadno se rozčílím a utruhuji se na lidi.....	54
Tabulka č. 12 - Vyhýbám se lidem v práci i soukromí.....	55
Tabulka č. 13 - Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci.....	56
Tabulka č. 14 - Jsem více nemocný(á) než dříve.....	57
Tabulka č. 15 - Můj přístup k práci se dá nazvat: Proč se namáhat?.....	58
Tabulka č. 16 - Dostávám se do konfliktů.....	59
Tabulka č. 17 - Moje výkony v práci nejsou nejlepší.....	60
Tabulka č. 18 - Piji alkohol a beru léky, abych se cítil(a) lépe.....	61
Tabulka č. 19 - Hovořit s lidmi mne vyčerpává.....	62
Tabulka č. 20 - Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve.....	63
Tabulka č. 21 - Práce mě nudí.....	64
Tabulka č. 22 - Pilně pracuji, ale nemám úspěch.....	65
Tabulka č. 23 - Cítím se znechucen(a) ze své práce.....	66
Tabulka č. 24 - Nerad(a) chodím do práce.....	67
Tabulka č. 25 - Společenská zábava mě unavuje.....	68
Tabulka č. 26 - Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí.....	69
Tabulka č. 27 - Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi.....	70
Tabulka č. 28 - Není toho moc, na co se ve své práci mohu těšit.....	71
Tabulka č. 29 - Práce mi dělá starosti i v době volna.....	72
Tabulka č. 30 - Moje pracovní pocity zasahují do mého soukromého života.....	73
Tabulka č. 31 - Práce se mi zdá bezúčelná.....	74

Tabulka č. 32 – Informovanost.....	76
Tabulka č. 33 – Spokojenost se vzděláváním v oblasti syndromu vyhoření.....	77
Tabulka č. 34 - Vzdělávání v organizaci.....	78
Tabulka č. 35 – Výsledky dotazníku B. A. Potterové.....	80
Tabulka č. 36 – Průměrné skóre.....	81
Tabulka č. 37 – Statistické hodnoty.....	82
Tabulka č. 38 - Četnost bodového skóre sledovaných souborů.....	83
Tabulka č. 39 – Průměrné skóre – délka praxe.....	84

Seznam grafů

Graf č. 1 – Pohlaví.....	45
Graf č. 2 – Věk.....	46
Graf č. 3 - Délka praxe v oboru.....	47
Graf č. 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání.....	48
Graf č. 5 - Pracovní zařazení.....	49
Graf č. 6 - Jsem unavený(á), i když mám dostatek spánku.....	50
Graf č. 7 - Jsem nespokojen(a) se svou prací.....	51
Graf č. 8 - Cítím se smutný(á) bez jasného důvodu.....	52
Graf č. 9 - Jsem zapomnětlivý(á).....	53
Graf č. 10 - Snadno se rozčílím a utruhuji se na lidi.....	54
Graf č. 11 - Vyhýbám se lidem v práci i soukromí.....	55
Graf č. 12 - Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci.....	56
Graf č. 13 - Jsem více nemocný(á) než dříve.....	57
Graf č. 14 - Můj přístup k práci se dá nazvat: Proč se namáhat?.....	58
Graf č. 15 - Dostávám se do konfliktů.....	59
Graf č. 16 - Moje výkony v práci nejsou nejlepší.....	60
Graf č. 17 - Piji alkohol a beru léky, abych se cítil(a) lépe.....	61
Graf č. 18 - Hovořit s lidmi mne vyčerpává.....	62
Graf č. 19 - Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve.....	63
Graf č. 20 - Práce mě nudí.....	64
Graf č. 21 - Pilně pracuji, ale nemám úspěch.....	65
Graf č. 22 - Cítím se znechucen(a) ze své práce.....	66

Graf č. 23 - Nerad(a) chodím do práce.....	67
Graf č. 24 - Společenská zábava mě unavuje.....	68
Graf č. 25 - Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí.....	69
Graf č. 26 - Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi.....	70
Graf č. 27 - Není toho moc, na co se ve své práci mohu těšit.....	71
Graf č. 28 - Práce mi dělá starosti i v době volna.....	72
Graf č. 29 - Moje pracovní pocity zasahují do mého soukromého života.....	73
Graf č. 30 - Práce se mi zdá bezúčelná.....	74
Graf č. 31 - Průměrné skóre u jednotlivých položek.....	75
Graf č. 32 – Informovanost.....	76
Graf č. 33 - Spokojenost se vzděláváním v oblasti syndromu vyhoření.....	77
Graf č. 34 - Vzdělávání v organizaci.....	78
Graf č. 35 – Výsledky dotazníku B. A. Potterové.....	80
Graf č. 36 – Průměrné skóre.....	81
Graf č. 37 – Statistické hodnoty.....	82
Graf č. 38 – Průměrné skóre – délka praxe.....	84

1. Úvod

Ve své Diplomové práci na téma Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků, navazuji na poznatky získané v Bakalářské práci na stejné téma.

V průběhu psaní Bakalářské práce jsem získala potřebné informace a poznatky, seznámila jsem se podrobně s organizací práce a navázala dobré vztahy se zdravotníky.

Skupina zdravotníků je jednou z nejohroženějších, co se týče syndromu vyhoření, proto se na ni chci opět zaměřit.

Svou Diplomovou praxi jsem vykonávala v Nemocnici Na Homolce, kde jsem také získala informace potřebné pro empirickou část práce. Data jsme získala od pracovníků jednotlivých oddělení, z marketingového i personálního oddělení. Také jsem využila možnosti spolupracovat a konzultovat poznatky s klinickými psychology nemocnice.

V teoretické části jsem shrnula poznatky z literatury. Zaměřila jsem se především na faktory předcházející syndromu vyhoření a následnou terapii vyhoření. Blíže jsme rozebrala důležitost motivace pracovníků pomáhajících profesí a možnost pracovního rozvoje a vzdělávání.

V Nemocnici Na Homolce je Oddělení pro vzdělávání pracovníků, kde jsem získala potřebná data. V této organizaci se velmi dbá na další vzdělávání a osobní rozvoj zaměstnanců. Zdravotní sestry mohou na náklady nemocnice získat vysokoškolské vzdělání. Organizuje pro své zaměstnance řadu školení seminářů a dalších vzdělávacích akcí.

Nemocnice pořádá tématické zájezdy do zahraničí, kde sestry navštíví některá zdravotnická zařízení. Poznají prostředí a mohou zhodnotit úroveň ostatních evropských pracovišť a zároveň je to pro ně určitá forma relaxace a odměny.

2. Cíl a metodika

V praktické části bych chtěla porovnat možný výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester na ambulantních odděleních, s možným výskytem u sester, pracujících na odděleních s intenzivní péčí.

Na každém oddělení je jiný režim a předpokládám, že i jiná náročnost vykonávané práce. Očekávám, že pracovníci na odděleních s intenzivní zdravotnickou péčí jsou vystaveni většímu pracovnímu zatížení a stresu, než pracovníci na ambulantních pracovištích.

Pro výzkum na jednotlivých odděleních jsem použila dotazníkovou metodu. Převzala jsem dotazník sestavený Beverly A. Potterovou. Dotazník jsem doplnila o demografické údaje jako věk, pohlaví, délka praxe a dosažené vzdělání. Dále jsem chtěla zjistit, jaká je informovanost zdravotníků ve vybrané organizaci o syndromu vyhoření, zda znají možnosti, jak se syndromu vyhoření účinně bránit.

Svůj výzkum jsme provedla u zdravotnických pracovníků různých oddělení, např. kardiologie, kde jsem vykonávala i svou praxi, neurochirurgie, neurologie a oddělení polikliniky, kde jsou umístěny všechny odborné ambulance nemocnice. Oslovila jsem šedesát pracovníků ambulantních oddělení a šedesát pracovníků z oddělení s intenzivní péčí. Při vykonávání diplomové praxe jsem navázala se zdravotníky dobré vztahy, a proto byli velmi ochotní, sdílní a spolupráce s nimi byla velmi přínosná a příjemná.

3. Vymezení syndromu vyhoření

3. 1 Historie

Fenomén celkového vyčerpání, tedy vyčerpání tělesného, psychického i duchovního byl znám již v Antice. Ve starém Řecku se zrodila pověst o Sysifovi, která vyjadřuje absolutní vyčerpání. Podle této pověsti byl Sysifos odsouzen, aby dovalil na vysokou horu velký balvan. Vždy když se blížil k vrcholu, kámen se mu vysmekl a Sysifos musel začít znovu. Bylo to pro něj utrpení, bez naděje na dobrý konec (Křivohlavý, 1998). Toto můžeme brát jako příklad syndromu vyhoření z doby, kdy tento jev ještě nebyl pojmenován a definován.

Termín burnout (vyhoření) byl původně používán pro označení stavu lidí, kteří zcela propadli alkoholu a ztratili o vše ostatní zájem. Později se tento výraz začal používat i pro toxikomany, kteří se soustředí jen na drogu a vše ostatní je jim lhostejné. Poté se výraz začal používat i pro lidi posedlé svou prací. Dnes je pro ně užíván termín „workholici“. U těchto lidí docházelo k různým psychickým projevům, depresím, lhostejnosti, celkové únavě a osamocení (Křivohlavý, 1998).

Na přelomu 70. a 80. let minulého století přešel ve Spojených státech termín „burnout“ do užívání v pracovní oblasti a stal se vyjádřením rezignace, letargie a vyčerpání v zaměstnání (Vodáčková, 2002).

Někdy je pojem stres chybně zaměňován s termínem syndrom vyhoření. Mezi stresem a vyhořením však existuje vazba. Stres ve své chronické podobě je považován za jednu z hlavních příčin vzniku vyhoření.

3. 2 Definice pojmu

Definice syndromu vyhoření neboli burnout syndrom je velmi obsáhlá. V literatuře existuje řada termínů, které se vzájemně překrývají. Můžeme se setkat s termínem syndromy vyhaslosti, pracovní vyhoření, burnout syndrom atd. Existuje velké množství definic syndromu vyhoření. Ráda bych uvedla některé z nich. Definice jsou převzaty z publikace Jara Křivohlavého:

H. Freudenberger definoval vyhoření ve své stati v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974 takto: „Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří si hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a motivaci“.

Další definice pochází od C. Chernisse: „Burnout je výsledek procesu, v němž lidé velice intenzivně zaujatí určitým úkolem (ideou) ztrácejí své nadšení“.

A. Pines a E. Aronson vytvořili už zralou definici vyhoření: „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. Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy“.

Jako poslední uvádím definici od dvojice Maslach a Jackson: „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“(Křivohlavý, 1998).

Hlavním znakem syndromu vyhoření je celkové vyčerpání, tedy fyzické, psychické i duchovní. To je pro všechny definice společné.

Syndrom vyhoření je nutné chápat jako celek osobnostních a fyzických dispozic, úrovně sociability a sociální opory, schopnosti čelit stresu a zvládat jej (Kebza, Šolcová, 1998).

Ve světové i české literatuře se objevuje řada pojetí a vymezení vyhaslosti, které se často v různých aspektech liší. Autoři Kebza a Šolcová uvádí ve své přehledové studii v časopise „Československá psychologie“ následující společné body pojetí syndromu vyhoření:

- Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
- Objevuje se především u profesí obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“.
- Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.
- Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřeбенí“ a často i celková únava.
- Všechny hlavní složky syndromu vyhoření resultují z chronického stresu (Kebza, Šolcová, 1998).

3. 3 Projevy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se neprojevuje pouze v oblasti psychiky. Jde o akutní medicínský problém, protože podstatně ovlivňuje i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje, a vykazuje některé podobné či téměř shodné charakteristiky s příznaky i důsledky některých duševních onemocnění a poruch (Kebza, Šolcová, 1998).

Je syndrom vyhoření nemoc?

Syndrom vyhoření je zaevidován v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 (2009), kde je obsažen v kapitole XXI – Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami (Z00 – Z99). Syndromu vyhoření je přiřazena kategorie Z 73.0 s názvem: Vyhasnutí (vyhoření). Stav životního vyčerpání. Jedná se o doplňkovou kategorii diagnóz a syndrom vyhoření není tedy klasifikován jako nemoc (Stock, 2010).

Syndrom vyhoření, či některé jeho momentálně dominující symptomy, by mohl být v závislosti na konkrétním klinickém obrazu řazen částečně také do skupiny diagnóz F 48 – „Jiné neurotické poruchy“, a to zvláště do podskupin F 48.0 – „Neurastenie“ a F 48.1 – „Depersonalizační a derealizační syndrom“, neboť jde v podstatě o specifický únavový syndrom. Teoreticky lze uvažovat i o souvislosti se skupinou diagnóz F 43 – „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“ s dodatkem, že v úvahu by připadala pouze souvislost se stresem chronické povahy (Kebza, Šolcová, 2003).

3. 4 Odlišnost syndromu vyhoření od jiných duševních poruch

Základní charakteristikou syndromu vyhoření je jeho přímá návaznost na pracovní život. W. Schaufeli v této souvislosti hovoří o „neurastenii související s prací“ (work-related neurastenia).

3. 4. 1 Deprese

Deprese má řadu shodných nebo podobných symptomů jako syndrom vyhoření (smutná nálada, pocit zmaru, ztráta motivace a energie, pocity bezcennosti atd.) (Kebza, Šolcová, 2003).

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“, netýká se pouze pracovního života. U jedince s příznaky vyhoření

depresivní prožitky mizí, je-li například na dovolené, nebo může dělat to, co jej baví a nemusí myslet na práci. Zhoršení se projeví, jakmile se vrátí znovu do práce (Bartošíková, 2006).

3. 4. 2 Stres

Vyhoření není totéž co stres. K vyhoření dochází v důsledku chronického stresu. Stresové faktory coby spouštěče tedy hrají při vzniku vyhoření zásadní roli.

Adaptační syndrom (výsledek chronického stresu) v mnoha směrech odpovídá fyzickým příznakům syndromu vyhasnutí. Stres je příčina a vyhoření je jeho důsledkem, přičemž se tyto dva pojmy často zaměňují. Syndrom vyhoření bývá způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou disbalancí mezi zátěží a fází klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem. Rovnováha mezi těmito dvěma póly bývá v případě vyhoření zpravidla narušena (Stock, 2010).

3. 4. 3 Únava

Běžná únava nepředstavuje žádné zdravotní riziko, stačí si odpočinout, nebo pracovní zátěž kompenzovat vhodnou relaxační aktivitou. Hrozbu představuje chronická únava, tzv. syndrom chronické únavy („chronic fatigue syndrome“, CFS). Některé únavové syndromy, či tzv. „manager diseases“ se mohou v klinickém obrazu burnout syndromu blížit, zvl. obsahují-li depersonalizační složku. Zjednodušeně lze konstatovat, že CFS a burnout se podobají především ve výskytu únavy, přičemž u CFS se požaduje, aby se jednalo o únavu dříve se nevyskytující, trvající déle než 6 měsíců a způsobující více než 50% snížení předcházející aktivity. Dalšími společnými znaky jsou snížená schopnost soustředění, poruchy kognitivních funkcí a výskyt depresivní symptomatiky (Bartošíková, 2006).

3. 4. 4 Deperzonalizace

Syndrom depersonalizace provází řadu psychických poruch a změněných stavů vědomí. Nemocní se stěžují na změněnou nebo chybějící představivost, stěžují si, že nejsou s to, cítit ani bolest, ani radost, lásku ani nenávisť.

Maslachová ve svém pojetí popisuje depersonalizaci jako negativní, necitlivé nebo přehnaně odtažitě chování vůči ostatním lidem, především těm, o které se má z hlediska své profese postarat. Tento syndrom se izolovaně objevuje i u lidí zcela zdravých (Bartošíková, 2006).

3. 5 Příznaky syndromu vyhoření

Christian Stock uvádí ve své publikaci „Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout“ tři základní symptomy vyhoření – vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti.

Vyčerpání

Postižený se cítí emočně i fyzicky vysílený. Jedná se především o pocity, které bývají spojovány spíše s depresí. Někteří autoři používají také termín „znechucení“ (tedium).

Znaky vyčerpání při burnout syndromu

Tabulka č. 1 - Znaky vyčerpání při burnout syndromu

Emoční	Fyzické
<ul style="list-style-type: none">• Sklíčenost• Bezmoc• Beznaděj• Ztráta sebeovládání, např. nekontrolovatelný pláč nebo podrážděnost• Výbuchy vzteku• Pocit strachu• Pocit prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení	<ul style="list-style-type: none">• Nedostatek energie, slabost, chronická únava• Svalové napětí, bolest zad• Náchylnost k infekčním onemocněním• Poruchy spánku• Funkční poruchy, např. kardiovaskulární a zažívací potíže• Poruchy paměti a soustředění• Náchylnost k nehodám

Odcizení

Člověk trpící syndromem vyhasnutí má ke své práci a svému okolí odosobněný, téměř lhostejný postoj. Pod pojmem odcizení rozumíme postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční pracovní nadšení pomalu slábne a na jeho místo nastupuje cynismus. Zákazníci či klienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřizení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako „obtížný hmyz“.

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

Projevy odcizení při burnout syndromu

- Negativní postoj k sobě samému
- Negativní postoj k životu

- Negativní vztah k práci
- Negativní vztah k ostatním
- Ztráta schopnosti navázat a udržet společenské vztahy
- Ztráta sebeúcty
- Pocit vlastní nedostatečnosti
- Pocit méněcennosti

Pokles výkonnosti

Nízká efektivita spočívá v tom, že jedinec ztratil důvěru ve vlastní schopnosti a z profesního hlediska se považuje za neschopného. Osoba trpící syndromem vyhoření potřebuje k provedení úkolu, který dříve bez problémů zvládala, mnohonásobně více času i energie. Postupně se prodlužuje doba nutná k regeneraci organismu, což znamená, že dovolená, nebo prodloužený víkend již nestačí k tomu, aby si odpočinul a nabral nové síly.

Projevy poklesu výkonnosti při burnout syndromu

- Nespokojenost s vlastním výkonem
- Nižší produktivita
- Vyšší spotřeba času a energie
- Ztráta nadšení
- Nerozhodnost
- Ztráta motivace
- Pocit selhání (Stock, 2010)

Autoři Kebza a Šolcová ve své publikaci z roku 2003 „Syndrom vyhoření“ uvádějí přehledný popis jednotlivých příznaků syndromu vyhoření rozčleněných podle úrovní, v nichž se projevují.

Na psychické úrovni

- Dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná.

- Výrazný je pocit celkového, především pak duševního vyčerpání, v duševní oblasti je pak prožíváno především vyčerpání emocionální, dále pak vyčerpání v oblasti kognitivní, spolu s výrazným poklesem až ztrátou motivace.
- Dochází k utlumení celkové aktivity, ale zvláště k redukci spontaneity, kreativity, iniciativy a invence.
- Projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacientům, klientům, zákazníkům).
- Redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé.

Na fyzické úrovni

- Stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost.
- Rychlá unavitelnost, dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení.
- Bolesti hlavy a bolesti svalů, poruchy krevního tlaku a spánku.
- Zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu.

Na úrovni sociálních vztahů

- Celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob.
- Výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami, majícími vztah k profesi.
- Nízká empatie (projevuje se často či téměř vždy u osob s původně vysokou empatií).
- Postupné narůstání konfliktů (většinou však nikoli v důsledku jejich aktivního vyvolávání, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a „sociální apatie“ ve vztahu k okolí), (Kebza, Šolcová, 2003).

3. 6 Fáze syndromu vyhoření

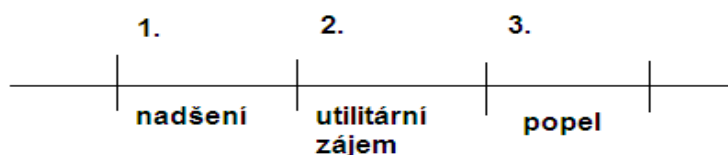
Vyhoření je dlouhodobým procesem a procházím určitými vývojovými fázemi. V odborné literatuře je uváděna řada fází průběhu syndromu vyhoření, pro příklad uvádím tyto tři.

Čtyřfázový model syndromu vyhoření Ch. Maslachové:

1. fáze – nadšení, kde v popředí jsou ideály, zaujetí a dochází k přetěžování se

2. fáze – vyčerpání, jak psychické, tak fyzické
3. fáze – dehumanizované vnímání sociálního okolí, odcizení, obranné postoje
4. fáze – vyčerpání, negativismus, lhostejnost (Bartošíková, 2006)

Fáze syndromu vyhoření podle A. Laengle



1. nadšení – člověk si stanoví nějaký cíl a jeho splnění je pro něj smyslem života. Člověk má tedy pro co žít.

2. utilitární zájem – pro pracujícího už není důležitý původní cíl (např. u zdravotníků pomoc nemocným), ale zaměřuje se na vedlejší produkt, odměnu za odvedenou práci. V tomto případě dochází k „odcizení“ a základní cíle nejsou uspokojovány a jsou nahrazeny tzv. „zdánlivými cíly“. Prvotní nadšení ustupuje.

3. popel – člověk v této fázi vyhoření vidí ostatní lidi jako věci. K druhým lidem se chová necitlivě, sarkasticky a s despektem. Cynicky se chová nejen k druhým, ale i k sobě samému. Člověk ztrácí smysl života a žití je pro něj jen vegetováním (Křivohlavý, 1998).

Izraelský psycholog I. Friedman stanovil tzv. Multipathway to Burnout (MPB). Model, pokoušející se o vyjádření průběhu vyhoření cestou rozvoje dvou oblastí, či směrů: Kognitivní (sem řadí pocit osobní i profesionální nedostatečné výkonnosti) a emocionální (pocit přetížení a emocionální exhausce). Postupný rozvoj obou těchto směrů prochází třemi stadii:

1. nebezpečí stresorů,
2. primární a sekundární zkušenosti z prožitku stresu,
3. reakce na tyto zkušenosti, přičemž rozvoj vyhoření může vyvolat rozsáhlý soubor odpovědí, včetně naléhavého doporučení opustit vykonávané zaměstnání (Kebza, Šolcová, 2003).

3. 7 Diagnostika syndromu vyhoření

K diagnostice syndromu vyhoření se využívá řady speciálních psychologických metod, které jsou k identifikaci syndromu vyhoření zkonstruovány. Nejužívanější metodou jsou dotazníky, založené na posuzovacích škálách. Jedním z nejpoužívanějších dotazníků v profesionálním výzkumu je „Maslach Burnout Inventory“ (MBI) Ch. Maslachové a S. Jacksonové. MBI obsahuje v první verzi 22 položek a tři subškály – emoční exhausce (vyčerpání), depersonalizace a personal accomplishment (snížená osobní výkonnost). Jsou posuzovány z hlediska frekvence výskytu posuzovaných prožitků (šestibodová škála) a z hlediska jejich intenzity (sedmibodová škála). Původní verze byla v roce 1986 přepracována ve snaze o zjednodušení hodnocení a interpretace. Po dalších deseti letech byla publikována třetí verze tohoto dotazníku. Metoda byla přejmenována na „Maslach Burnout Inventory – General Survey“. Byly vytvořeny tři nové subškály – vyčerpání (exhaustion), cynismus (cynicism), profesionální výkonnost a uplatnění (professional efficacy) (Kebza, Šolcová, 2008).

Ve Státním zdravotním ústavu byly vytvořeny v odborné skupině pro psychologii a behaviorální intervence české verze některých z těchto metod a jsou postupně předávány k ověřovacímu využití v psychologické praxi (Kebza, Šolcová, 2003).

V posledních letech dochází k neustálému zlepšování stávajících metod a k vytváření metod nových. Jedná se především o „Oldenburg Burnout Inventory“ (OLBI). OLBI byl představen jako metoda založená na podobném principu jako MBI-GS („Maslach Burnout Inventory – General Survey“), ale tvořená pouze dvěma škálami. Škálou vyčerpání (exhaustion) a zlhostejnění (disengagement) (Kebza, Šolcová, 2008).

Izraelští psychologové, prezentovaní především A. Shiromem a jeho spolupracovníky, přistupují ke koncipování metod diagnostiky syndromu vyhoření relativně samostatně. Jde o desetipoložkový „Shirom-Melamed Burnout Measure“ (SMBM), vycházející rovněž z dvoufaktorového modelu syndromu vyhoření (fyzická únava, kognitivní opotřebení). Dotazník má tři subškály, jež zjišťují fyzickou únavu, emoční vyčerpání a kognitivní opotřebenost. Protipól syndromu vyhoření, tzv. „vigor“, měří rovněž desetipoložková škála se subškálami fyzická síla, emoční energie a kognitivní živost (Kebza, Šolcová, 2008).

3. 8 Pozitivní protipól vyhoření

V odborném článku „Lícová strana vyhoření“ vymezují autoři Kebza a Šolcová pojem pozitivní protipól syndromu vyhoření. Na počátku 90. let se začal v americké psychologii formovat nový směr „psychologie dobrého života“ („good life studies“). Cílem tohoto nového směru bylo vymezit pozitivní síly, funkce a procesy v psychice člověka, které přispívají k tomu, že lidé vedou plnohodnotný život. Termín „psychologie dobrého života“ byl později nahrazen termínem „pozitivní psychologie“.

Hlavním cílem pozitivní psychologie je porozumět lidským silám („human strenght“) a rozvíjet se. Důležité je zkoumat a rozvíjet lásku, optimismus, hry, vytrvalost, originalitu, odpovědnosti, altruismus, skromnost, toleranci atd.

V roce 2001 se oba hlavní týmy, jež rozpracovávají syndrom vyhoření (americký, představovaný Ch. Maslachovou a M. P. Leiterem a evropský, prezentovaný W. Schaufelím a D. Enzemanem), zaměřily na pozitivní protipól vyhoření, a to pod názvem „zapálenost“ („engagement“).

Leiter a Maslachová (2001) představují engagement-burnout jako koncové body na trojdimenzionálním kontinuu představovaném dimenzemi:

- energie („energy“)
- zangažovanost („involvement“)
- efektivita („effectiveness“)

Zapálenost je charakterizována jako stav, ve kterém je vztah člověka k práci a k lidem pln energie, chuti, nasazení, angažovanosti a efektivity.

Schaufeli s Enzmannem (1998) zapálenost definují jako trojdimenzionální konstrukt, tvořený dimenzemi:

- verva, vitalita („vigor“)
- oddanost, zasvěcenost něčemu („dedication“)
- zaujetí („absorption“)

Zapálenost je pro ně přetrvávající rozšířený emočně-motivační stav. Verva je charakterizována vysokou úrovní energie a mentální odolnosti („resilience“) ve vztahu k práci, chutí, chtění a úsilí, které je do práce investováno, jakož i vytrvalostí v případě obtíží.

Podle Schaufeliho a kol. jsou za vyhoření zodpovědné spíše energetické složky s procesy, zatímco zapálenost je nesena spíše motivačními procesy. Vyhoření vede k negativním důsledkům, zatímco zapálenost má vztah k pozitivním postojům souvisejícím s prací, jako např. odpovědnosti (Kebza, Šolcová, 2002).

4. Pomáhající profese

Pomáhající profese jsou ta povolání, jejichž náplní je pomáhat druhým lidem. Tyto profese se nejčastěji vyskytují v oblasti medicíny, pedagogiky, psychologii, sociální práce a také u policie.

4. 1 Definice pojmu

Při práci v pomáhajících profesích je důležité osobní nadšení, motivace, odborné vzdělání a v neposlední řadě ochota pomáhat druhým lidem. Právě ochota pomáhat druhým, je nejčastějším motivem pro práci v těchto profesích, proto je tato skupina pracovníků, co se týče syndromu vyhoření, tou nejohroženější. Prvotní nadšení a ochota pomáhat druhým, může postupem času pominout a člověk zjistí, že ho již jeho práce nenaplňuje, ale fyzicky i psychicky vyčerpává. Na pracovníky pomáhajících profesí jsou kladeny vysoké nároky na psychickou i fyzickou odolnost, inteligenci, spolehlivost a schopnost vcítit se. Zvláště u zdravotnických pracovníků je důležitá spolehlivost a neomylnost. V tomto případě může mít selhání fatální následky, což je jistě velmi stresující fakt (Hájek, 2007).

Jak je uvedeno v publikaci B. Krause a V. Poláčkové ideálním pracovníkem pomáhající profese je tedy prosociálně orientovaná, zralá osobnost, vědomá si svého životního směřování, s příznivým a realistickým sebepojetím, osobnost bez neurotických či psychopatických rysů, s předpoklady sebereflexe vlastního rozhodování, jednání i emocí, otevřená podnětům, ochotná se sebevzdělávat i procházet pravidelnými supervizemi. Osobnost vědomá si zavazujícího étosu pomáhající profese a řady norem, jež je při jejím výkonu nutno dodržovat“ (Kraus, Poláčková, 2001).

V profesním chování se může objevit nárůst rutinního, bezduchého výkonu, „nedostatek“ času na týmovou práci, tendence minimalizovat kontakt s lidmi, resp. klienty, jde-li o pomáhající profesi, tendence pomáhat sebezničujícím způsobem, tj. obětovat se, tendence nevidět a nezabývat se pracovními problémy a konflikty (Vodáčková, 2002).

U pomáhajících profesí je nutné fungovat v týmu, proto jsou důležité dva základní rizikové faktory, které fungování týmu ohrožují.

- Nedostatek vnitřní struktury organizace, nevymezení kompetencí pracovníků, nevyváženost jejich práv a povinností;

- nedostatek uznání pracovníků (Vodáčková, 2002).

4. 2 Charakteristika pracovníků pomáhajících profesí

U osob pracujících v pomáhajících profesích jsou důležité především dvě osobnostní charakteristiky, a to prosociální chování a empatie. Další důležitou součástí je osobní charakter konkrétního jedince.

4. 2. 1 Prosociální chování

Prosociální chování (helping behavior) neboli altruismus je chování vykonávané ve prospěch druhé osoby, nebo skupiny. Jedná se o pomoc, jejímž cílem je přinést užitek jiným, přičemž pomáhající osoba neočekává odměnu či zisk (Hartl, Hartlová, 2005).

4. 2. 2 Empatie

Empatie, čili schopnost vcítit se do pocitů druhých lidí je pro pomáhající profese velmi důležitá a neměla by být v žádném případě podceňována. Je důležité neplést si empatii se soucitem. Soucit rozhodně není vhodným motivem pro práci v pomáhajících profesích, právě naopak, je nežádoucí. Empatie je jakýmsi vhledem do problémů druhého, na rozdíl od soucitu, kdy se s problémy druhého ztotožňujeme. Vcítění se do pocitů druhých je určitou formou komunikace, člověk se snaží aktivně naslouchat a vyjádřit své pochopení (Baštecká, 2009).

4. 2. 3 Osobnost pomáhajícího

Osobní charakter je velmi důležitý pro práci v pomáhajících profesích. Pomáhající jsou velmi často vystaveni stresu a často se musí rozhodovat ve vypjatých situacích. Zvládání stresových situací je věcí osobního charakteru. Každý jedinec se se stresem vyrovnává a zvládá ho jinak. V pomáhajících profesích jsou důležitými vlastnostmi empatie, obětavost, entuziasmus a sensitivita. Tyto vlastnosti jsou typické pro osoby, které jsou náchylné k syndromu vyhoření (Hawkins, 2004).

Asi nejznámějším dělením osobnostních typů je dělení od švýcarského psychologa C. G. Junga. Rozdělil lidi na dva typy. Na lidi introvertní – to jsou lidé zahledění do svého nitra, jsou zaměřeni na svůj vnitřní svět a se svým okolím příliš nekomunikují. Na druhé

straně jsou lidé extrovertní – tito jedinci udržují neustálý kontakt s druhými lidmi (Hawkins, 2004).

Jung své dělení rozšířil ještě o další čtyři psychologické funkce – myšlení, cítění, vnímání a intuice.¹

Nás zajímá především dělení lidí emocionálního typu a lidí myšlenkového typu.

Lidé emocionálního typu – vynikají velikou citlivostí ke společenskému dění i k emocionálnímu stavu druhých lidí. Vše hluboce prožívají. Tito lidé mají výraznou potřebu úzkého citového vztahu. Jsou schopni spolupracovat s druhými lidmi a poskytovat jim sociální oporu. Mají vysokou míru sociální interakce a empatie. Obvykle mají tito lidé snahu pracovat s druhými lidmi, proto často pracují právě v pomáhajících profesích. Velmi snadno se pro své povolání nadchnou a zcela se mu oddají. To může vést k emocionálnímu vyčerpání a poté i k vyhoření (Křivohlavý, 1998).

Lidé myšlenkového typu – jsou vybaveni schopností logického myšlení, uvažování a rozumové analýzy. Ve vztazích k druhým lidem jsou však znát jejich nedostatky, především jde o sníženou sociální inteligenci. Jejich chování k druhým lidem je dosti emocionálně chudé a strohé. K potřebám druhých lidí jsou necitliví. Schopnost empatie není jejich silnou stránkou. I u lidí myšlenkového typu se může vyskytnout syndrom vyhoření. Tito lidé často mají velké ambice a kladou si vysoké cíle. Pokud se jim nedaří naplnit své cíle, rychle vyprchá jejich prvotní nadšení, upadají do deprese a cítí se být nepotřební. Poté se může dostavit syndrom vyhoření (Křivohlavý, 1998).

4. 3 Přehled pomáhajících profesí

- Lékaři
- Zdravotní sestry
- Další zdravotničtí pracovníci
- Psychologové a psychiatři
- Sociální pracovníci
- Učitelé na všech stupních škol

¹ Carl Gustav Jung [online]. [2006] [cit. 2010-4-15]. Dostupný z WWW: <<http://jung.sneznik.cz/psychologie.htm>>.

- Policisté
- Hasiči
- Pracovníci věznic
- Duchovní a řádové sestry
- Úředníci (Kebza, Šolcová, 2003)

4. 3. 1 Zdravotní sestry

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na zdravotníky a především pak na zdravotní sestry. Jsou to právě zdravotní sestry, které jsou prakticky v neustálém kontaktu s klienty (pacienty).

Se syndromem vyhoření se setkáváme především u těch profesí, jejichž pracovní náplní je pomáhat lidem. Zodpovědnost za životy a pohodu pacientů může být na jedné straně zdrojem uspokojení z práce, na druhé straně se ale sestry mohou při této náročné práci cítit vyčerpané a citově opotřebované.

Mezi stresující faktory pro sestry patří pracovní přetížení, vztahy s nadřízenými, vztahy na pracovišti a v současné době i nedořešené kompetence sester. Na syndromu vyhoření se velkou měrou podílí i nepravidelný pracovní rytmus.

To, že sestry většinou nemusí nést odpovědnost za zásadní rozhodnutí týkající se léčebného plánu, neznamená, že by byly vystaveny menšímu stresu. Jednak vedou a řídí ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelských plánů a dokumentace a jednak s nemocnými tráví většinou podstatně více času než ostatní zdravotníci. Proto se jich duševní i tělesné problémy pacientů více dotýkají (Jobánková, 2004).

Ošetrovatelská péče probíhá asymetricky, tzn., že pečující více dává, než dostává, práce není většinou dostatečně oceněna, je málo pochvaly a vděku.

Sestra pociťuje konflikt rolí, jsou na ni kladeny požadavky, kterým nelze vždy vyhovět, a přesto jsou požadovány, anebo které mohou být naplněny jen za cenu jiných ztrát. Rovněž necitlivé vedení, kdy nadřízený nepochválí za práci, nevyjadřuje uznání neboť to co je v pořádku, je považováno za samozřejmost, o které není třeba hovořit, může být stresující (Jobánková, 2004).

4. 4 Syndrom pomocníka

Dle W. Schmidbauera jsou syndromu pomocníka vystaveni především lidé, kteří pracují v pomáhajících profesích. Pomáhající se zcela odevzdá své profesi a v jeho životě mu nezbyvá místo na nic jiného. I ve svém volném čase se zabývá tématy, která jsou spojené s vykonávaným zaměstnáním. Tato osoba se stává obětí svého povolání, nemá v podstatě žádný osobní život a protiváhou jí je pouze profesní úspěch, který však obvykle nepřináší uspokojení napořád. V publikaci se setkáme s výrazem „profese jako droga“. Naprostá rezignace na sexuální život, manželství a děti vytváří omezení, která jsou tak dlouho zastíňována, až se stanou nesplnitelnými. Povolání je pak skutečně jedinou životní náplní. „Oběť povolání“ doslova padla za oběť vábničce profese, která jí slibovala něco, co nikdy nemohla splnit (Schmidbauer, 2008).

4. 5 Vztahy na pracovišti

Negativní emoce, které ovlivňují mezilidské vztahy, ztěžují komunikaci s ostatními, jak v práci, tak i doma. Frustrace a konfliktní vztahy zatěžují nervový systém a způsobují emoční výbuch. Lidé potřebují emoční podporu, neuspokojivé mezilidské vztahy spolu s pracovní frustrací mohou způsobit citové zhroucení. Lidé trpící syndromem vyhoření mají sklony omezovat sociální vztahy a nekomunikují se svým okolím, což omezuje jejich pracovní výkon (Potterová, 1997).

Dobré vztahy na pracovišti a bezkonfliktní prostředí jsou faktory, které ovlivňují pracovní výkonnost a také jsou to faktory, kterými předcházíme vzniku syndromu vyhoření. Pomáhající by se měl cítit dobře v pracovním kolektivu a měl by se spoléhat jak na své kolegy, tak na své nadřízené i podřízené. Bezkonfliktní a přátelské prostředí výrazně přispívá k lepším pracovním výkonům a také k lepšímu zvládnutí pracovního stresu. Zvláště u zdravotníků jsou dobrá spolupráce a komunikace klíčové. Pokud toto nefunguje, odráží se to na poskytované péči pacientům (Kopřiva, 2006).

4. 5. 1 Spolupráce, aneb „ Kdy dva jsou více než jedna a jedna“

Dle Křivohlavého nemluvíme o spolupráci pouze v kladném slova smyslu. Existují dva typy spolupráce:

1. **Asociální kooperace** – limitní kooperace, která ústí v konflikt lidí kooperujících spolu vzájemně v dané malé skupině a s širě definovaným sociálním okolím. (gangy, mafiánské skupiny)
2. **Prosociální kooperace** – všeobecná kooperace – spolupráce, která má naději stát se eticky hodnotným a nadějným cílem lidského snažení.

Charakteristické rysy spolupráce dle Křivohlavého:

Prvním rysem je celkové zvýšení hodnot, což znamená, že při spolupráci každý nakonec dostane něco, takže všichni jsou na konci o něco bohatší než na začátku. Druhým charakteristickým rysem je spravedlivé rozdělení hodnot mezi partnery. Symetrické rozdělení hodnot je přitažlivější, než jakékoliv asymetrické rozdělení hodnot (Křivohlavý, 2002).

4. 5. 2 Sociální styk a sociální komunikace

Prostřednictvím sociálních styků se formují sociální vztahy. Sociální styk zahrnuje tři složky, a to:

Sociální percepce:

- Poznání druhých lidí.
- Vnímání chování a osobnosti druhých lidí.
- Vnímání příčin chování druhých lidí.

Sociální interakce:

- Působení lidí na sebe navzájem.
- Vzájemné ovlivňování a působení.

Sociální komunikace:

- Společně s někým na něčem participovat, spolupodílet se na něčem, sdílet navzájem a činit něco společným.
- Něco si navzájem sdělovat.
- Mezilidský vztah zahrnující verbální i neverbální komunikaci (Křivohlavý, 1988).

Lidská komunikace využívá tzv. symbolických procesů, umožňujících lidem komunikovat prostřednictvím specifických řečových a výrazových symbolů (verbální a neverbální komunikace). Hlavní formou lidské komunikace je mluvená a psaná řeč, za symbolickou komunikaci je možné považovat některé projevy chování, jež mohou mít

v dané kultuře určitý specifický význam (např. kývání hlavou). V kontextu dané kultury je třeba si uvědomit ustálené významy takových symbolů. Řada mimořádně náročných stresových situací může být vyvolána nebo významně ovlivněna právě neadekvátním užíváním verbálních i neverbálních symbolů v kontextu dané kultury a situace (Kebza, Šolcová, 2004).

5. Faktory přispívající ke vzniku syndromu vyhoření

5.1 Stres

Pojem stres poprvé použil kanadský vědec H. Seley pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže.

Slovo stres pochází z latinského výrazu „stringo“ nebo „stringere“, což znamená škrábnout, poškodit. Na přelomu 14. a 15. stol. se v anglickém jazyce začíná objevovat pojem „stress“ vyjadřující stav strastí, těžkostí (hardship), nebo tísně (straits). Počátkem 17. stol. se pojem používal v jiném slova smyslu, a to jako vyjádření působení fyzikálních sil, tlaku nebo napětí.

Dnešní chápání pojmu je tedy návratem k původnímu významu slova, tady na psychosomatické úrovni (Kebza, 2009).

Člověk každodenně prožívá stres a to ve dvou oblastech života. V oblasti pracovní a mimopracovní. Obě tyto oblasti se prolínají a navzájem se ovlivňují. Ke stresovým faktorům v osobním životě patří především nemoc v rodině, ztráta zaměstnání, rozvod či rozchod, finanční problémy atd.

Pracovní stres může být rozdělen do několika kategorií:

- problémy související s rolemi, které jedinec zastává;
- nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost);
- organizace práce (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědnosti);
- profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužitá kvalifikace);
- fyzické prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce), (Kebza, Šolcová, 1998)

Nejvíce stresující v pracovní oblasti je zaměstnání s vysokými nároky na pracovníka a nízká autonomie pracovní činnosti.

Stres můžeme tedy souhrnně charakterizovat jako stav, kdy je působením fyzikálních, chemických či sociálně psychologických vlastností podnětů (stresorů) jedinec vystaven takovým nárokům (zátěži), které obvyklým způsobem své činnosti nezvládá. Je to stav organismu, kdy je nějakým způsobem ohrožena jeho integrita a je nutné zapojit všechny síly na jeho obranu (Švingalová, 2000).

Stres je tělesná a duševní reakce na stresor. Ke stresové reakci (psychické i tělesné) organismu dochází při jeho setkání se stresorem (přijímací pohovor, zkouška atd.) Stresová reakce přivádí organismus do stádia pohotovosti a připravenosti k „boji“ nebo „úniku“. Pokud toto řešení není úspěšné, dostává se organismus do stavu útlumu a rezignace (deprese). Je to poplachová reakce organismu, ve které mobilizujeme energii potřebnou pro rychlou soustředěnou akci (Praško, Prašková, 2001).

Za stresor považujeme jakýkoli podnět v oblasti fyzikální, chemické, či psychosociální, jenž může vyvolat stresovou reakce.

Podle oblastí působení na rozvoj stresu rozeznáváme také několik kategorií stresorů:

- Biologické stresory – infekce, úraz, operace, chlad, hlad
- Psychologické stresory - ohrožení sebevědomí, neúspěch, pocity bezmocnosti, neschopnost sebeprosazení, konflikt apod.
- Sociální stresory – rodinný konflikt, pracovní konflikt, ztráta důležité osoby, ztráta postavení a kompetencí apod. (Doubek, 2007)

Stresová reakce v organismu má dvě fáze:

1. fáze stresové reakce – poplachová reakce, při které se vyplaví adrenalin a nonadrenalin, což se projeví zrychlením srdečního tepu, zrychlením dechu, rozšířením zornic, husí kůží, nadměrným pocením, rudnutí kůže.

2. fáze stresové reakce – všeobecný adaptační syndrom. Adaptační reakce přichází ve chvíli, kdy se poplachová reakce vyčerpala. Organismu jde především o vytvoření ochrany pro překonání či přečkání nepříznivé situace. Dojde k stimulaci kůry nadledvin produkujících kortizol a kortizon, které mobilizují energii (Praško, Prašková, 2001).

Dle Jacqueline Renaudové (Stres, 1993) je stres zátěžový emoční stav napětí, a je nejlepším příkladem psychosomatického jevu. Příčina je psychická – člověk si připadá nepříjemně skřípnutý v nějaké situaci, z níž zdánlivě není úniku, záhy se však příčina objeví i na somatické úrovni – některé tělesné funkce pod tlakem stresu běží naprázdno a vzniká pocit únavy, která stěžuje jakoukoli činnost. Zároveň únava posiluje pocit neschopnosti, a ten vede ke stresu. Vzniká bludný kruh, který se jen těžko rozmotá.

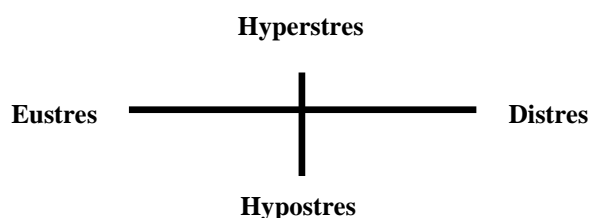
Z toho vyplývá, že účinná obrana proti stresu by měla probíhat na psychické i somatické rovině zároveň. „*Snažit se, aby nám bylo lépe, musíme dřív, než skutečně onemocníme*“ (Renaudová, 1993).

5. 1. 1 Dělení stresu

Stres má dvě podoby, a to negativní a pozitivní. Distres je spojován s prožitkem nepříjemných pocitů, záporně laděných emocí a s nízkou úrovní svobody volby situace. Naopak eustres je spojen s příjemnými pocity a pozitivně laděnými emocemi ve spojení s vysokou mírou svobody volby situace jeho vzniku (Kebza, 2009).

Jako další bych ráda uvedla rozdělení na akutní a chronický stres. Akutní stres je jednorázově působící stres, který každodenně zažíváme, který nepředstavuje zdravotní riziko. Chronický stres dlouhodobě působí na jedince. Pokud není stres dlouhodobě zvládnán, představuje vážné zdravotní riziko. Právě dlouhodobý stres je jedním z nejčastějších příčin odstartování vyhoření (Křivohlavý, 1998).

Diagram dělení stresu – zátěžových situací



5. 1. 2 Stres a pracovní výkon

Při krátkodobé pracovní zátěži, je doba strávená ve stresu zpočátku vždy motivujícím faktorem optimálního výkonu. Zpočátku je stres vnímán pozitivně, je to tzv. zdravé napětí. Po počátečním pocitu nadbytku energie, efektivity a výkonnosti se při trvající stresové, např. zvýšené pracovní zátěži, objeví pocit únavy, podrážděnosti a zhoršení kvality práce. Po delší době působení stresu však již lze pozorovat úzkostnost, poruchy koncentrace a zhoršení výkonu. Pokud zůstává jedinec pod stresovou zátěží,

výkon klesá, objevuje se depresivní nálada, pocity selhání, sociální stažení a úvahy o změně zaměstnání, které mohou vést až k syndromu vyhoření (Doubek, 2007).

5. 3. 3 Důsledky nadměrného stresu

Důsledky nadměrného stresu můžeme u jednotlivců pozorovat v několika oblastech:

Duševní obtíže – neklid, úzkost, roztěkanost, poruchy soustředění s pamětí, poruchy spánky, někdy únik do snění, kolísání nálad, podrážděnost, deprese, zhoršená sebekritičnost, zhoršení kontaktu s realitou, egocentrismus, nerozhodnost, apatie, únava (Doubek, 2007).

Tělesné obtíže – svalové napětí, trávicí obtíže, nechutenství nebo naopak přejídání, bolesti břicha, časté nucení na močení, sevřené hrdlo, sexuální problémy, menstruační poruchy, bolesti hlavy, bušení srdce, různé tělesné bolesti bez zjevné příčiny, vyšší riziko srdečního onemocnění, hypertenze, oslabení imunitního systému, nemoci pohybového systému a řada dalších psychosomatických onemocnění, vyšší spotřeba cigaret, alkoholu a psychofarmak (Doubek, 2007).

Rodinný život – skrytá nebo zjevná napětí v rodině, nedostatek času na druhé, neschopnost jim projevit sympatie a účast, nedostatečná komunikace, zanedbávání dětí (citová deprivace nebo subdeprivace) a neřešení jejich problémů, odcizení manželů, vzájemné povrchní vztahy bez citové hloubky, frustrace, hněv nebo pocit méněcennosti u partnera, nejstarší děti jsou často nuceny přebrat role dospělých (tzv. parentifikace dětí), což nese riziko pro jejich duševní zdraví a další vývoj (Doubek, 2007).

Pracovní oblast – problémy při týmové práci, manipulativní tendence a vytváření zbytečné práce nebo krizí, postupná ztráta výkonnosti, pokles sebedůvěry a energie, apatie, později soustavné zanedbávání povinností až přechod do syndromu vyhoření (Doubek, 2007).

5. 1. 4 Zvládání stresu neboli coping

J. Křivohlavý uvedl ve své publikaci definici od R. S. Lazaruse, který definoval pojem zvládání stresu následovně: „Zvládáním se rozumí proces řízení vnitřních i vnějších faktorů, které jsou člověkem hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje“.

Zvládání stresu je ovlivněno dvěma typy proměnných, a to:

- Moderátory – což jsou osobnostní a sociální proměnné, které moderují vztahy mezi vnějšími okolnostmi, podmínkami, stresovou reakcí a jejími důsledky. Tyto proměnné však nejsou přímo ve vztahu s působícím stresorem ani s průběhem zvládání.
- Mediátory – proměnné, které jsou přímo závislé. Týkají se vnímání a hodnocení působení stresoru a stresové reakce včetně kognitivního zpracování, dále pozornosti, vůle, motivace a aktivity, kterou jedinec zvládání stresu věnuje (Kebza, 2009).

Obecně lze říci, že se lidé stavějí ke stresujícím situacím třemi základními postoji. První přístup je ústupový (defenzivní) nebo popírající. Jedinec podvědomě překračuje skutečnost, protože doufá, že se jeho situace vyřeší bez jeho zásahu, nebo ze strachu z konfrontace se situací, jí úplně popírá. Problém není řešen a často se stále zhoršuje. Dalším přístupem je únik od skutečnosti k náhražkovým aktivitám (kouření, pití alkoholu, hráčství, přejídání, workoholismus). Důsledky bývají negativní, protože člověk si nachází „přijatelné důvody“ pro nerozumné jednání. Třetí způsob představuje vědomou snahu situaci řešit. Tento přístup může spočívat v: 1) změně situace, 2) nácvičování dovedností zvládat situaci, 3) změna pohledu na situaci (Praško, Prašková, 2001).

Strategie zvládání stresu

- hledání řešení daného problému;
- uklidňování rozrušených emocí (aktivní obrana-defenziva);
- utkáání se s těžkou situací (útok, konfrontace, ofenziva tváří v tvář stresoru);
- distancování se od stresové situace (zachování stoického postoje k situaci);
- hledání pozitivních stránek nastalé situace;
- hledání sociální opory (pomoci u druhých lidí, rodiny, přátel apod.);
- přijetí osobní odpovědnosti za nastalou situaci;
- snaha vyhnout se stresové situaci (útěk z dané situace).

Vedle těchto strategií existují i velice konkrétní techniky zvládání stresových situací. Příkladem může být relaxace, meditace, využití metod biologické zpětné vazby (biofeedback) apod. (Křivohlavý, 2010).

V publikace z roku 2004 „Komunikace a stres“ od autorské dvojice Kebza Šolcová jsou představeny nejdůležitější praktické postupy zvládnání stresu.

Vytvořte si pořadí důležitosti

Je důležité si stanovit, co má pro nás větší prioritu, co je pro nás nejdůležitější, abychom neplýtvali energií pro méně důležité záležitosti.

Vyhněte se stresu

Hlavním předpokladem zvládnutí tohoto bodu je předcházení pro nás stresujícím a nepříjemným situacím.

Naučte se „vypnout“

Důležitou součástí každodenního života je odpočinek. Záleží na každém jednotlivci, jak svůj volný čas tráví, zda dává přednost aktivní nebo spíše pasivní formě odpočinku.

Pohybujte se, cvičte!

Pohybem se v těle uvolňuje tzv. hormon štěstí, tím pádem se snižují negativní účinky stresu a člověk se cítí lépe.

Pěstujte své vztahy s druhými lidmi, navazujte nová přátelství

Jedním z nejdůležitějších protektivních faktorů stresu, potažmo syndromu vyhoření je sociální opora. Od přátel a rodiny získáváme potřebou podporu, ale také zpětnou vazbu, která je důležitá pro korekci našeho jednání a chování. Pokud se vyvarujeme nevhodného jednání a chování, předcházíme konfliktům, které mohou být původcem stresu.

Dbajte na správnou životosprávu

Dostatek pohybu a vyváženost jídelníčku je součástí zdravého životního stylu. Pokud dbáme na dodržování správné životosprávy, nemáme tendenci k nadváze, a tedy jsme sebejistější. Sebevědomí lidé jsou v životě aktivnější a lépe se vypořádají se stresem.

Naučte se relaxovat!

Pravidelné provádění relaxačního cvičení vytváří pocit pohody a snižuje nepříjemné pocity (Kebza, 2004).

5. 2 Ztráta motivace

Beverly Potterová uvádí jako hlavní příčinu vzniku syndromu vyhoření ztrátu motivace a pocitu kontroly (naučená bezmocnost). Vyhoření má jak fyzické, tak psychické důsledky, ale není fyzickým onemocněním, ani neurózou. Vyhoření je ztráta vůle.

Zničená motivace má za následek vzrůstající neschopnost zmobilizovat zájem a schopnosti. Práce nás přestává naplňovat a nepřináší nám pozitivní důsledky dobré práce neboli „zisky“.

Pozitivním ziskem rozumíme, když po naší práci přijde něco příjemného, jako například pochvala, uznání nebo třeba finanční odměna. Protikladem je negativní zisk, který si nesmíme plést s trestem. Trest je něčím co motivaci snižuje, ale u negativního zisku je to naopak. Negativní zisk povzbuzuje (motivuje) tím, že odstraňuje negativní prvek.

Jako další příčiny vzniku můžeme uvést:

- vysoké pracovní nároky;
- vysoká míra empatie a obětavosti
- perfekcionalismus
- nízká autonomie pracovní činnosti
- špatné vztahy na pracovišti (Potterová, 1997)

5. 3 Osobnostní charakteristiky

Odborníci se shodují, že osobnostní charakteristiky se podílejí na vzniku vyhoření přibližně stejnou měrou jako vnější faktory (stres, nízká autonomie práce, atd.)

5. 3. 1 Typ chování A

Jako typ A označujeme jedince s vysokými ambicemi a silně vyvinutým smyslem pro povinnost, kteří se vyznačují soutěživostí, netrpělivostí, perfekcionismem a sklony k agresivitě. Spěch, vznětlivost a podrážděnost jsou pro tento typ chování typické.

Lidé s tímto vzorcem chování jsou zpočátku úspěšní, za jejich výkony se jim dostává značného uznání. Svým chováním však často způsobují na konflikty na pracovišti, čímž se dostávají do izolace a utvrzují se v názoru, že si musí udělat vše sami. Pro jedince typu chování A je příznačné, že se vědomě vystavují současně několika stresorům, jejichž délka a intenzita jsou velmi vysoké.

Následkem celkového přetížení, zhuštění pracovní náplně, perfekcionismu, nadměrného vypětí a nedostatku odreagování lidé typu A onemocní. Dojde k fyzické reakci, např. k vyhoření (Stock, 2010).

5. 3. 2 Typ chování B

Typ B se vyznačuje nižší mírou nepřátelského chování, asertivity, soutěživosti a naopak větší trpělivostí, klidem a uvolněním. Trvale nízká vytiženost a uvolněný přístup snižují efektivitu a produktivitu práce. V extrémních případech chování typu B, může dojít až k permanentní nečinnosti a z dlouhodobého hlediska i k hluboké nespokojenosti jak v zaměstnání, tak v osobním životě, nevede však k vyhoření (Stock, 2010).

6. Možnosti terapie

6. 1 Psychoterapie

Autogenní relaxační trénink profesora Schultze:

Relaxační trénink profesora Schultze zahrnuje uvolňování svalového napětí, autosugestivní navozování představ ovládnutí vnitřních orgánů, koncentraci na citově indiferentní podněty, mentální navozování klidu a pravidelné dýchání.

Cílem cvičení je svalová relaxace, ale i prohlubování sebepoznání, zlepšování koncentrace, zdokonalování sebekontroly, snižování vlivu negativních afektů, tlumení bolesti a sebeřízení klidového ladění.

Tato relaxační technika se používá nejen při nadměrném nervovém vypětí (distresu), ale i při poruchách koncentrace a spánku, při stavech úzkosti, podrážděnosti, při lehkých neurózách apod. (Křivohlavý, 2010).

Standardní cvičení

Na začátku nácvičku se pacient musí naučit dokonale relaxovat celé tělo. Zaujme pohodlnou polohu vleže. Ruce jsou lehce ohnuty v loktech, nohy mírně od sebe, hlava podložena. Oči jsou zavřeny. Pacient se soustřeďuje na uvolnění všech svalů a na myšlenku „ jsem zcela klidný“. V autogenním tréninku se má pacient uvolnění a následujícím formulcím poddat a ne se křečovitě snažit. Pocity se budou při pravidelném opakování cvičení dostavovat spontánně působením představ a ne na základě úsilí vůle (Kondáš, Kratochvíl, Syřišťová, 1985).

První cvičení spočívá v představě tíhy. Postupně nacvičované formulky zní: pravá ruka je těžká, obě ruce jsou těžké, celé tělo je těžké. Druhé cvičení je zaměřeno na pocitu vyvolání tepla. Základní formulky jsou, pravá ruka je teplá, obě ruce jsou teplé, celé tělo je teplé. Třetí cvičení se zaměřuje na uvědomování si rytmické činnosti srdce. Pacient tomu napřed napomáhá tím, že si přiloží pravou ruku do srdeční krajiny, později má vnímat úder srdce i bez přiložené ruky, při pouhém opakování formulky: srdce tluče klidně a silně. Ve čtvrtém cvičení jde o sledování klidného dechu. Pacient nemá dýchání měnit, ale má se mu poddat s myšlenkou, dech je zcela klidný. Páté cvičení vyvolává teplo v břiše pomocí formulky, do břicha proudí teplo. Předpokládá se, že tato formulka podporuje normalizaci činnosti orgánů v dutině břišní. Šesté cvičení vyvolává

chlad na čelo. Pacient si může představovat např. vánek, ovívající jeho čelo a opakuje si formulku, čelo je příjemně chladné.

Cvičení provádí pacient pravidelně 3x denně a má trvat 3-5 minut, později se může prodloužit až na 10-15 minut. Denní cvičení končí energickým odvoláním relaxace a tíhy např. příkazy, zhluboka nadechnout, otevřít oči, protáhnout se, zacvičit si rukama, večerní cvičení se může nechat přejít do spánku. Zvládnutí celého nácviku trvá 6 týdnů až 3 měsíce (Kondáš, Kratochvíl, Syřišťová, 1985).

6. 2 Duševní hygiena

Termín „duševní hygiena“ se začal v odborné literatuře objevovat již v polovině 19. stol., přesto není v obecném povědomí jako tělesná či komunální hygiena.

V roce 1908 byla Cliffordem W. Beersem a jeho společníky založena Connecticutská společnost pro duševní hygienu.

Studium duševní hygieny se formovalo ve vědní obor, který zkoumá biologické a sociální podmínky, působící na rozvoj a upevňování duševního zdraví a obrací se k otázkám prevence.

Profesor Míček definoval pojem „duševní hygiena“ takto: „Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy (Míček, 1984).

Duševní hygiena se v první řadě zabývá duševně zdravými lidmi. Jde jí o upevnění a posílení duševního zdraví. Zabývá se však i lidmi na hranici mezi zdravím a nemocí, u nichž se projevují stále vážnější příznaky narušení duševní rovnováhy. Těm se snaží naznačit cesty ke znovunabytí duševní rovnováhy a posílit jejich duševní život (Křivohlavý, 2003).

Konflikty, stres, frustrace i psychotraumace jsou nedílnou součástí našeho života, proto je zvyšování odolnosti k životním situacím, stresu, frustracím a konfliktům stále aktuálnějším problémem.

Zásady duševní hygieny dle Maslachové:

Sémantické odosobnění – klient se stává případem, kauzou, určitou diagnózou. Hlavní zásadou salutogeneze, ale i behaviorální medicíny, však přesně vymezují tomuto odosobnění jeho prakticky využitelný prostor, jenž nelze překročit.

Intelektualismus – profesionál hovoří o klientovi vysoce racionálně, bez emocí a osobního, subjektivně laděného zainteresování.

Izolace – jasné rozlišení profesionálního přístupu ke klientům či pacientům od přístupu k ostatním lidem.

V rámci pracovního dne je vhodné zařadit do každodenního režimu „povinné“ přestávky a využívat jich k regeneraci sil tělesným cvičením, procházkou nebo některou z relaxačních metod.

Hlavní zásadou je nutnost důsledně oddělovat profesionální nasazení a pracovní život od života osobního (Kebza, Šolcová, 1998).

7. Empirické šetření, popis projektu, metod, soubor respondentů

7. 1 Popis projektu

V průběhu mé diplomové praxe v Nemocnici Na Homolce na kardiologickém oddělení jsem zahájila svůj výzkum. Na jednotlivých odděleních jsem postupně rozdala celkem 120 dotazníků. Když jsem získala potřebných 100 řádně vyplněných dotazníků, výzkum jsem ukončila.

Cílem výzkumu je zjistit, zda pracovní zařazení sester na ambulantní oddělení nebo na oddělení s intenzivní péčí ovlivňuje četnost výskytu syndromu vyhoření. Předpokládám, že sestry pracující na oddělení s intenzivní péčí (JIP, SIP, ARO), jsou vystaveny většímu pracovnímu zatížení, a tedy jsou více ohroženy syndromem vyhoření.

7. 1. 1 Hypotézy

H1 Sestry pracující na odděleních s intenzivní péčí, jsou více ohroženy syndromem vyhoření, než sestry na odborných ambulancích.

H2 Sestry s přibývajícím délkou praxe prožívají stav tělesného, citového a duševního vyčerpání.

H3 Sestry v Nemocnici Na Homolce jsou dostatečně informovány o syndromu vyhoření.

H4 Sestry v Nemocnici Na Homolce jsou spokojeny s možnostmi dalšího vzdělávání, které jim organizace umožňuje.

7. 1. 2 Soubor respondentů

Výzkumný soubor tvoří sestry z různých oddělení Nemocnice Na Homolce, např. kardiologie, kde jsem vykonávala i svou praxi, neurochirurgie, neurologie a oddělení polikliniky, kde jsou umístěny všechny odborné ambulance nemocnice.

Soubor čítal 100 pracovníků nemocnice. V kapitola 8. 1 Demografické údaje je podrobnější popis sledovaného souboru.

7. 2 Metodika

Pro výzkum na jednotlivých odděleních jsem použila dotazníkovou metodu. Převzala jsem dotazník sestavený Beverly A. Potterovou. Dotazník obsahuje 25 výroků (položek), které indikují syndrom vyhoření. Jednotlivým položkám se přiřazují body od 1 do 5, přičemž 1 znamená zřídka, 2 znamená občas ano, 3 znamená napůl ano, 4 znamená často ano a 5 znamená vždy ano. Minimální možné dosažení skóre je 25 bodů a maximální je 125. Dosažené skóre je rozděleno do 4 kategorií, a to 25 až 50 - Jste na tom dobře, 51 až 75 - Jste v pořádku, pokud podniknete preventivní opatření, 76 až 100 - Jste kandidát na pracovní vyhoření, 101 až 125 - Už vyhoříváte.

Jednotlivé odpovědi na každou otázku od 1 do 25 v každém řádně vyplněném dotazníku jsem sečetla, vypočítala průměry a znázornila v grafech a tabulkách.

Druhá část dotazníku obsahuje mnou vytvořené otázky, zaměřené na informovanost zaměstnanců o syndromu vyhoření a na úroveň dalšího vzdělávání v organizaci.

Dotazník jsem doplnila o demografické údaje, jako věk, pohlaví, délku praxe a pracovní zařazení.

Souhrn odpovědí a jejich statistické vyhodnocení bylo provedeno spreadsheet programem Microsoft® Office Excel 2007.

8. Prezentace výsledků

8. 1 Demografické údaje

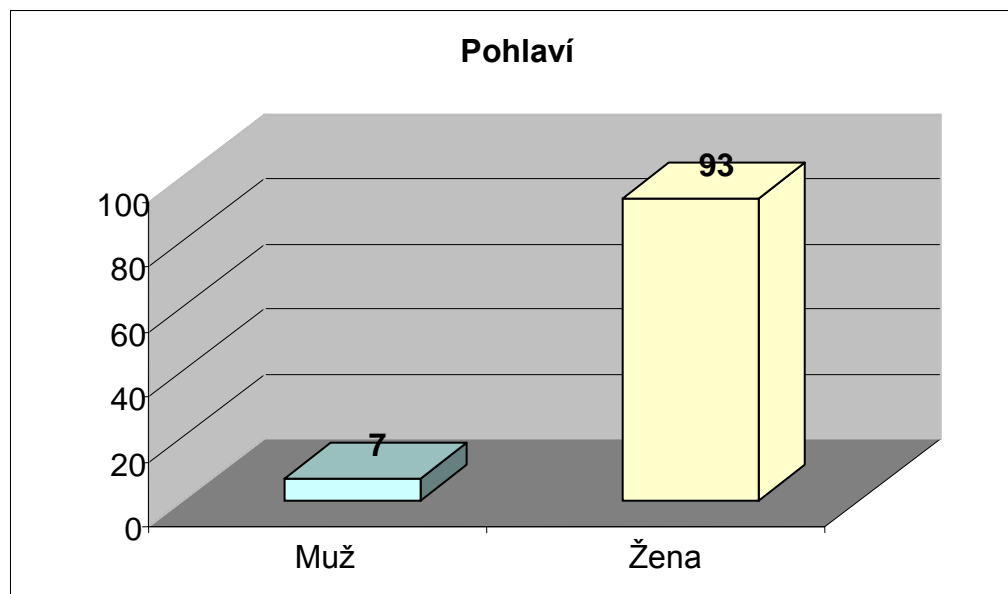
Pohlaví

Tabulka č. 2 - Pohlaví

Pohlaví		
Muž	7	7%
Žena	93	93%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 1 - Pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 1 a tabulka č. 2 názorně ukazují zastoupení žen a mužů ve sledovaném souboru. Výzkumu se účastnilo 100 respondentů, ženy tvořily 93% vzorku, což je 93 žen a 7 mužů, což je 7%. Převažují tedy respondenti ženského pohlaví, což odpovídá procentuálnímu zastoupení v populaci sester.

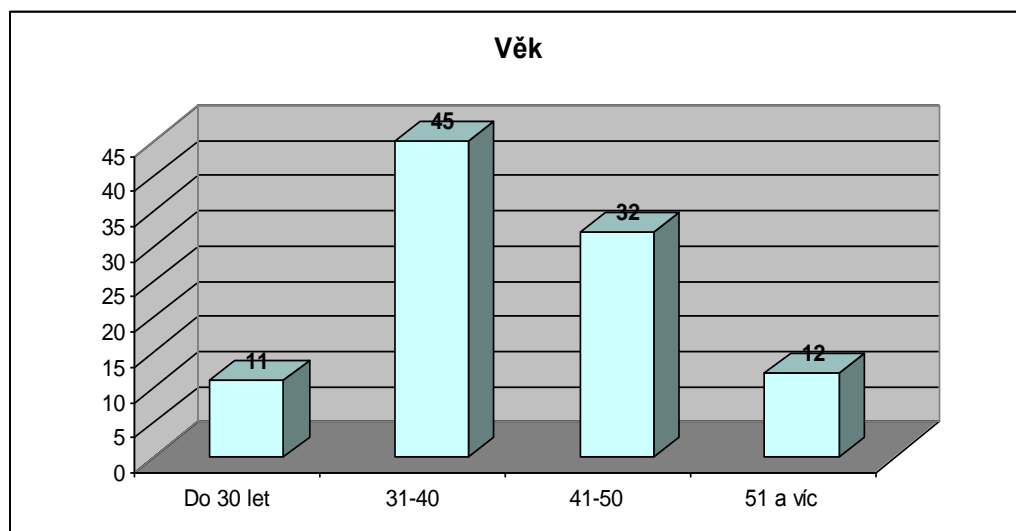
Věk

Tabulka č. 3 - Věk

Věk		
Do 30 let	11	11%
31-40	45	45%
41-50	32	32%
51 a víc	12	12%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 2 - Věk



Zdroj: vlastní zpracování

Jak je patrné z grafu č. 2 a tabulky č. 3, největší procentuální zastoupení tvoří sestry ve věkové kategorii 31-40 let, kterých je 45%.

Druhou nejpočetnější skupinou jsou pracovníci ve věkové kategorii 41-50 let, kteří tvoří 32% respondentů, 12 dotazovaných je ve věkové kategorii 51 a více let.

Nejmenší zastoupení mají sestry ve věku do 30 let, které tvoří 11% sledovaného souboru.

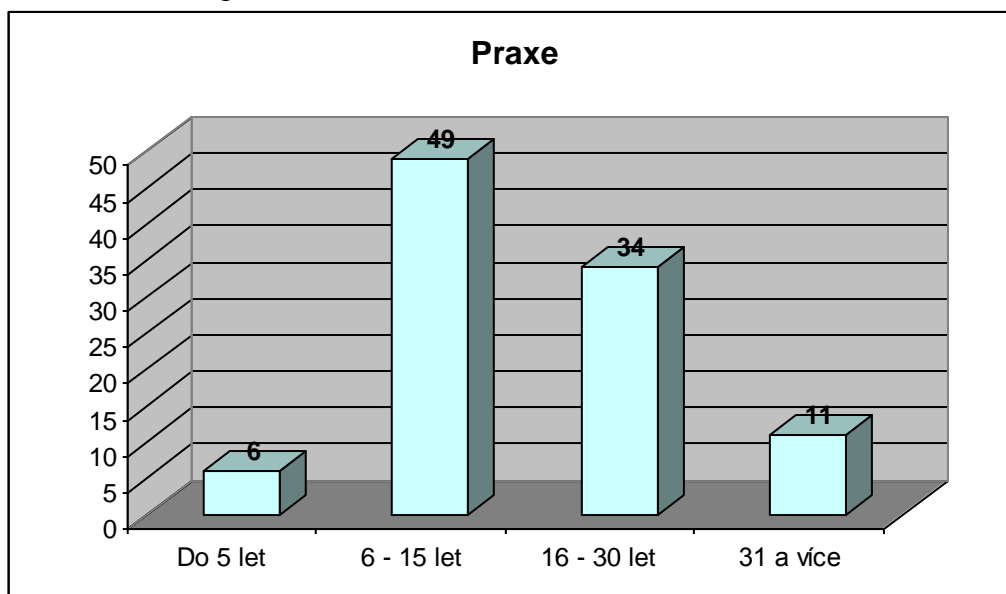
Délka praxe v oboru

Tabulka č. 4 - Délka praxe v oboru

Praxe		
Do 5 let	6	6%
6 - 15 let	49	49%
16 - 30 let	34	34%
31 a více	11	11%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 3 - Délka praxe v oboru



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 3 a tabulka č. 4 ukazují, že 49% ze sledovaného souboru tvoří sestry s délkou praxe od 6 do 15 let. Druhou nejpočetnější skupinou jsou sestry s praxí od 16 do 30 let, kterých je 34, což je 34%, další skupinu tvoří 11 dotazovaných s délkou praxe 31 a více let. Nejméně početná je skupina sester s praxí do 5 let, kterých je 6% z celého sledovaného souboru.

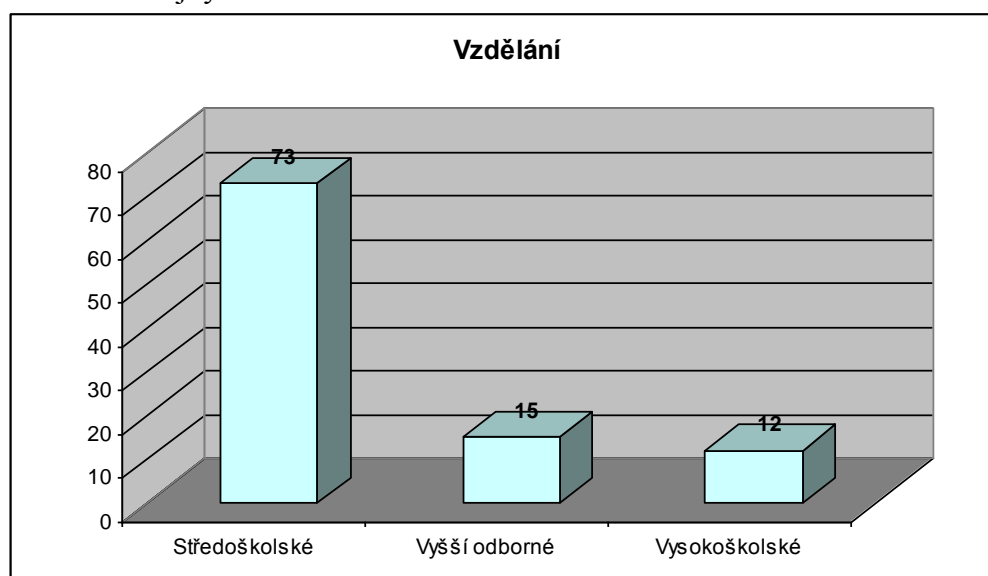
Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka č. 5 - Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání		
Středoškolské	73	73%
Vyšší odborné	15	15%
Vysokoškolské	12	12%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 4 - Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 4. a tabulky č. 5 je patrné, že nejvíce dotazovaných má středoškolské vzdělání, a to 73%. Vyšší odborné vzdělání má 15 sester, což představuje 15% ze sledovaného souboru, 12 respondentů, tedy 12% má vysokoškolské vzdělání.

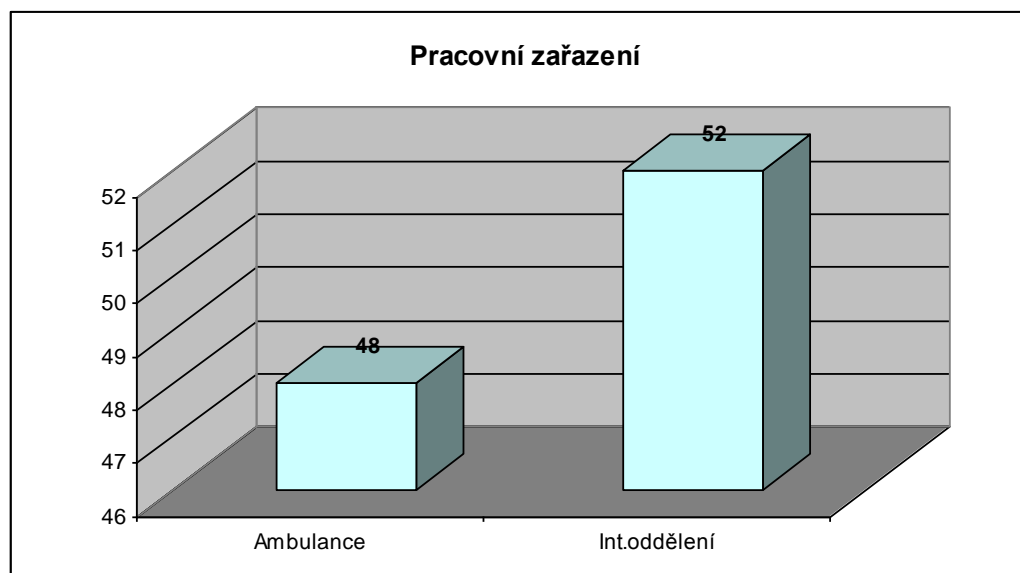
Pracovní zařazení

Tabulka č. 6 - Pracovní zařazení

Pracovní zařazení		
Ambulance	48	48%
Int.oddělení	52	52%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 5 - Pracovní zařazení



Zdroj: vlastní zpracování

Z celkového počtu 100 respondentů pracuje 52%, tedy 52 sester na odděleních s intenzivní péčí (JIP, SIP, ARO). Zbýlých 48%, tedy 48 respondentů pracuje na odborných ambulancích v Nemocnici Na Homolce.

8. 2 Vyhodnocení 1. části dotazníku

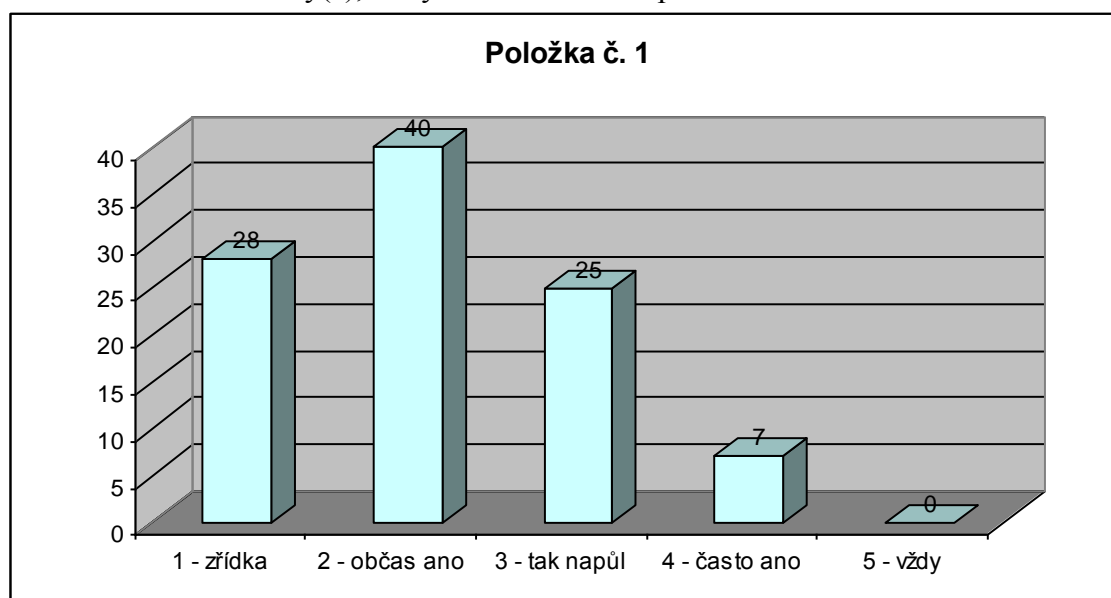
Položka č. 1. Jsem unavený(á), i když mám dostatek spánku.

Tabulka č. 7 - Jsem unavený(á), i když mám dostatek spánku

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
28	40	25	7	0	
28%	40%	25%	7%	0	2,11

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 6 - Jsem unavený(á), i když mám dostatek spánku



Zdroj: vlastní zpracování

K výroku č. 1 „Jsem unavený(á), i když mám dostatek spánku“ se 40 respondentů, což je 40% vyjádřilo „2 - občas ano“. Možnost „1 – zřídka“ zvolilo 28 sester, 25% z celého souboru respondentů v dotazníku uvedlo, že se cítí unavený(á) „3 - tak napůl“. Variantu „4 - často ano“ si zvolilo 7 dotazovaných sester, tedy 7%. Poslední možnost „5 – vždy“ se cítím unavený(á) nevedl ani jeden dotazovaný.

Průměrná odpověď na tuto otázku je 2,11. Více než polovina (68%) zahrlo možnosti zřídka nebo občas ano, byli to jedinci ve všech věkových kategoriích a s různou délkou praxe. Nedá se tedy říci, že by některá skupina na tuto položku odpovídala výrazně jinak. Odpovědi bylo různorodé.

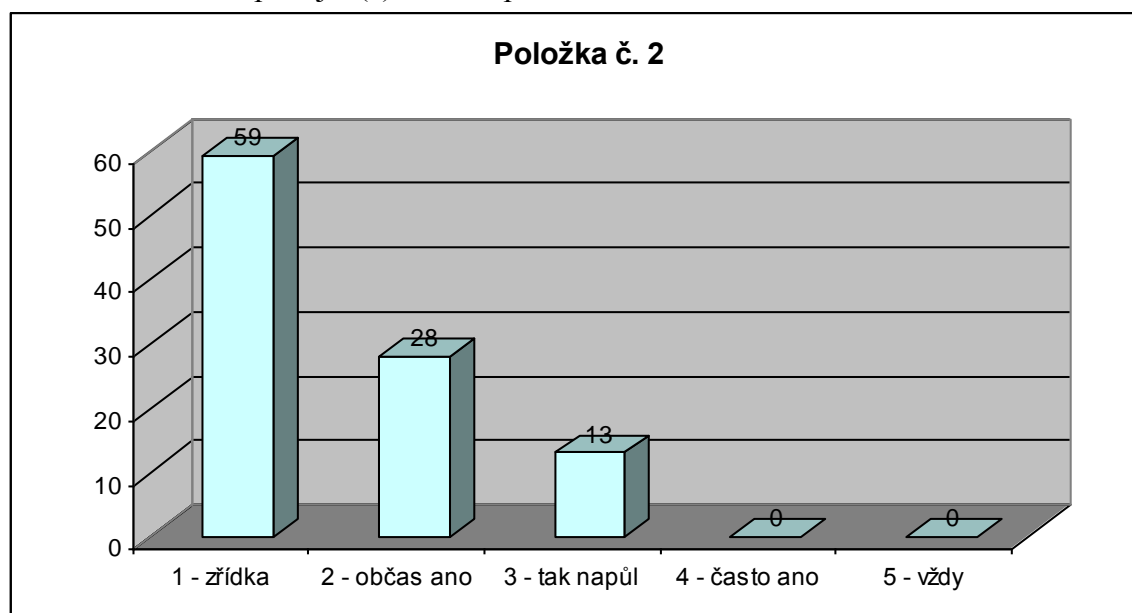
Položka č. 2 Jsem nespokojen(a) se svou prací.

Tabulka č. 8 - Jsem nespokojen(a) se svou prací

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
59	27	13	1	0	
59%	27%	13%	1%	0%	1,56

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 7 - Jsem nespokojen(a) se svou prací



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 2 „Jsem nespokojen(a) se svou prací“ nejvíce dotazovaných zvolilo možnost „1 – zřídka“, 59% respondentů, tedy nadpoloviční většina zaškrtnla tuto variantu. Druhou nejčastěji zvolanou variantou byla odpověď „2 - občas ano“, kterou uvedlo 28% ze sta dotazovaných. Odpověď „3 - tak napůl“ si vybralo 13 respondentů. Ani jeden dotazovaný nezvolil varianty „4 – často ano“ ani „5 – vždy“.

Možnost „1 – zřídka“ si vybralo 24 sester z 27 s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním, zbylé tři si vybraly variantu „2 – občas ano“. Pracovníci s vysokoškolským nebo vyšším odborným vzděláním jsou se svou prací spokojeni.

Průměrná skóre u této položky je 1,56.

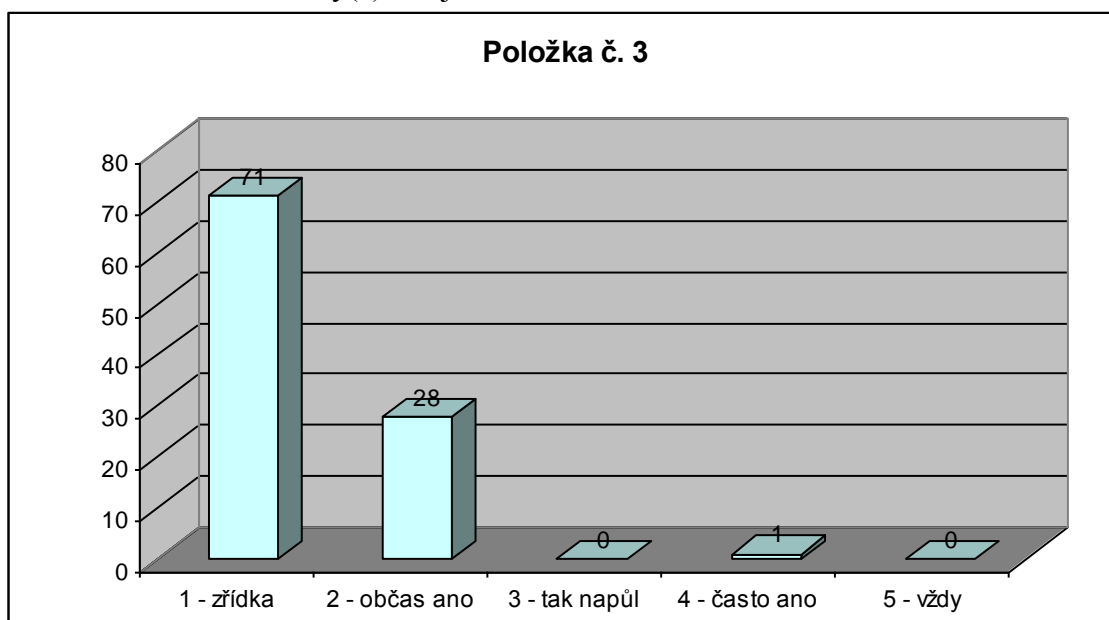
Položka č. 3 Cítím se smutný(á) bez jasného důvodu.

Tabulka č. 9 - Cítím se smutný(á) bez jasného důvodu

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
71	25	3	1	0	
71%	25%	3%	1%	0%	1,34

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 8 - Cítím se smutný(á) bez jasného důvodu



Zdroj: vlastní zpracování

U výroku č. 3 „Cítím se smutný(á) bez jasného důvodu“ zvolilo variantu „1 – zřídka“ 71% celého sledovaného souboru, tedy 71 sester. Možnost „2 – občas ano“ si vybralo 28 respondentů, pouze jedna osoba zvolila variantu „4 – často ano“. Možnosti „3 – tak napůl“ a „5 – vždy“ nezvolil nikdo.

Průměrné skóre u položky je 1,34, což je dobrý výsledek a ukazuje na to, že jsou sestry v dobré psychické kondici.

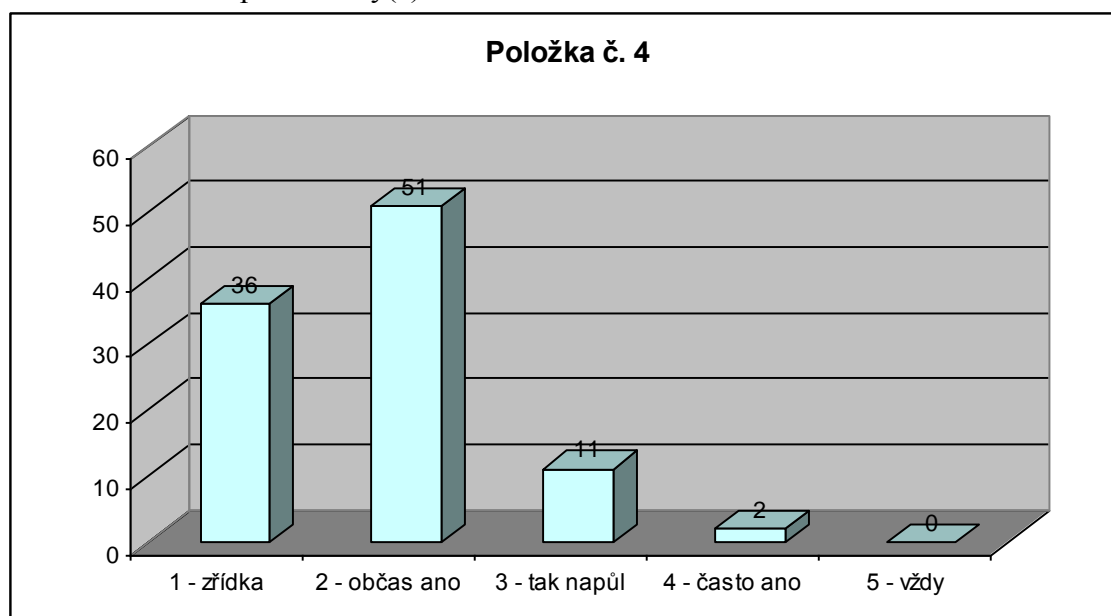
Položka č. 4 Jsem zapomnětlivý(á).

Tabulka č. 10 - Jsem zapomnětlivý(á)

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
36	51	11	2	0	
36%	51%	11%	2%	0%	1,79

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 9 - Jsem zapomnětlivý(á)



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 4 „Jsem zapomnětlivý(á)“ více než polovina všech respondentů zvolila variantu „2 – občas ano“ a to 51%, tedy 51 účastníků výzkumu. Druhou nejčastější odpovědí je možnost „1 – zřídka“, kterou zaškrtno 36 sester. 11 dotazovaných si vybralo možnost „3 – tak napůl“, odpověď „4 – často ano“ zaškrtno dva respondenti. Odpověď „5 – vždy“ si nevybral nikdo.

Průměrná skóre u této položky je 1,79.

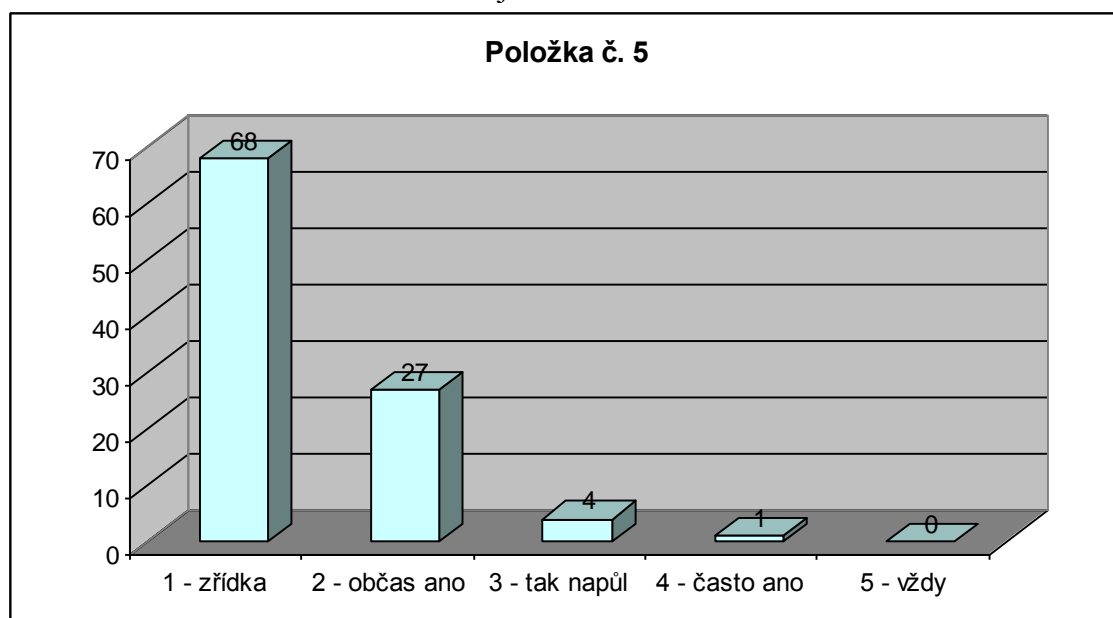
Položka č. 5 Snadno se rozčílím a utrhuji se na lidi.

Tabulka č. 11 - Snadno se rozčílím a utrhuji se na lidi

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
68	27	4	1	0	
68%	27%	4%	1%	0%	1,38

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 10 - Snadno se rozčílím a utrhuji se na lidi



Zdroj: vlastní zpracování

K výroku č. 5 „Snadno se rozčílím a utrhuji se na lidi“ se 68 dotazovaných, což je 68% vyjádřilo „1 – zřídka“. Možnost „2 – občas ano“ zadrželo 27 respondentů, tedy 27%. Pouze 4 lidé ze sledovaného souboru zvolili odpověď „3 – tak napůl, jeden z respondentů si vybral možnost „4 – často ano“. Možnost „5 – vždy“ nezadržel žádný z dotazovaných.

Průměrné skóre u této otázky je 1,38, což považují za dobrý výsledek. Přístup pracovníku v Nemocnici Na Homolce je vždy vstřícný a profesionální, o čemž svědčí umístění na prvním místě spokojenosti pacientů a získání ceny Health Care Institute (HCI).

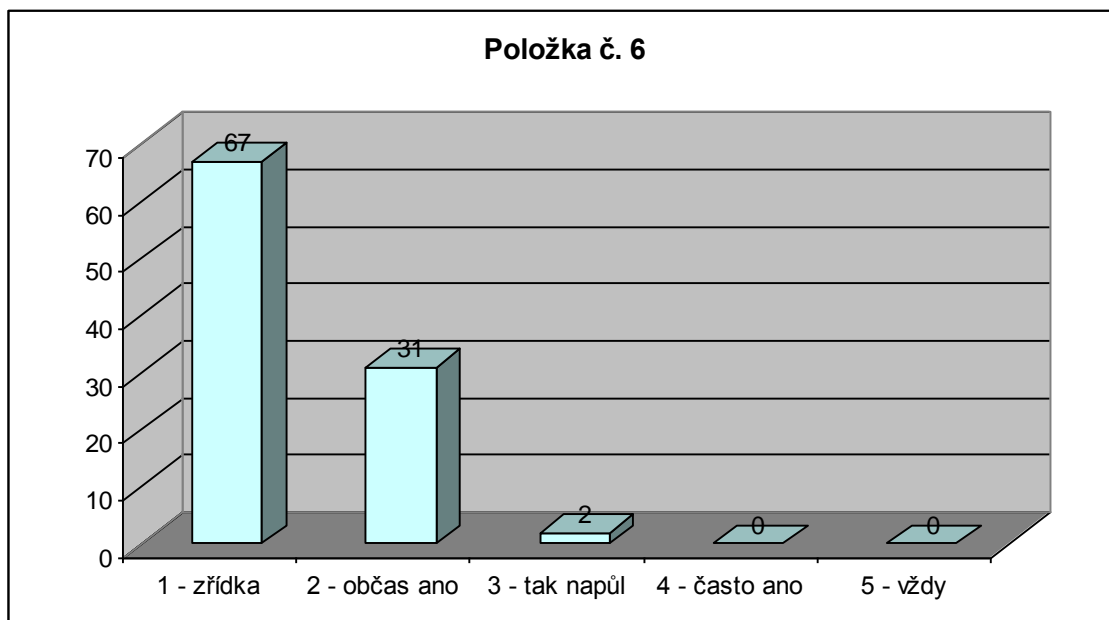
Položka č. 6 Vyhýbám se lidem v práci i soukromí.

Tabulka č. 12 - Vyhýbám se lidem v práci i soukromí

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
67	31	2	0	0	
67%	31%	2%	0%	0%	1,35

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 11 - Vyhýbám se lidem v práci i soukromí



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 6 „Vyhýbám se lidem v práci i soukromí“, byla nejčtenější odpověď „1 – zřídka“, kterou uvedlo 67 dotazovaných sester, což je 67% celého souboru. Možnost „2 – občas ano“ si zvolilo 31 respondentů, tedy 31%. Pouze 2 dotazovaní odpověděli na tuto položku „3 – tak napůl“. Žádný z respondentů nezvolil varianty „4 – často ano“ a „5 – vždy“.

Průměrné skóre u této položky je 1,35, což považuji za uspokojivé. Dobré vztahy, jak na pracovišti, tak v mimopracovním životě jsou velmi důležité. Sociální opora („social support“) ze strany spolupracovníků i ze strany rodiny a známých, je psychology považována jeden z projektivních faktorů vyhoření.

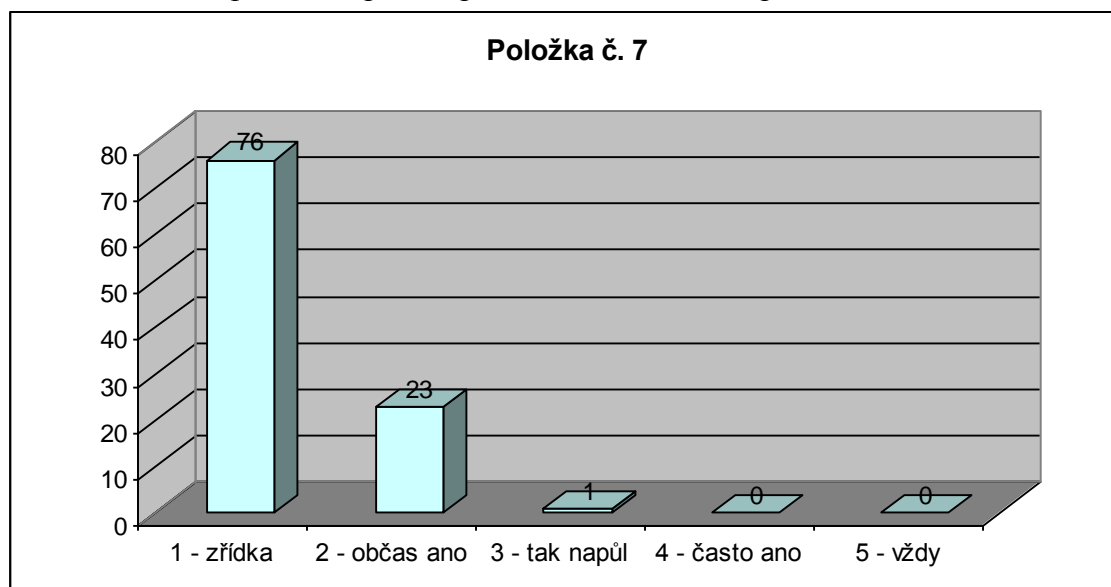
Položka č. 7 Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci.

Tabulka č. 13 - Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
76	23	1	0	0	
76%	23%	1%	0%	0%	1,25

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 12 - Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci



Zdroj: vlastní zpracování

K položce č. 7, „Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci“ se 76 respondentů, tedy 76% celého sledovaného souboru vyjádřilo „1 – zřídka“. 23 dotazovaných, tedy 23% si vybralo odpověď „2 – občas ano, pouze jedna osoba si zvolila možnost „3 – tak napůl“. Odpovědi „4 – často ano“ a „5 – vždy“ neuvedl žádný z respondentů.

Průměrné skóre u této otázky je 1,25, což je výborný výsledek. Je důležité mít dostatek spánku a oddělit pracovní život a s ním spojené starosti oddělit od života osobního.

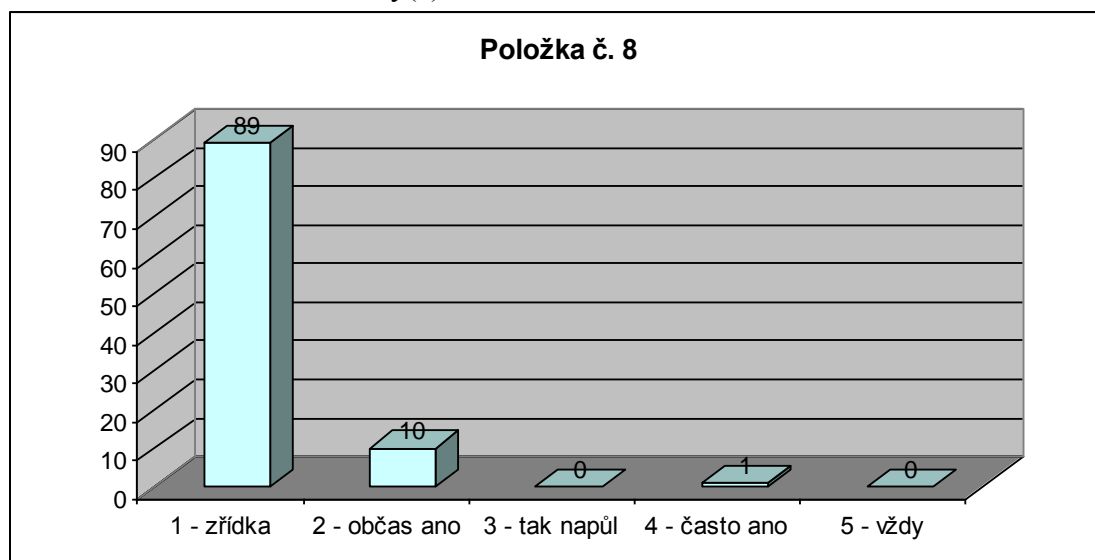
Položka č. 8 Jsem více nemocný(á) než dříve.

Tabulka č. 14 - Jsem více nemocný(á) než dříve

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
87	10	2	1	0	
87%	10%	2%	1%	0%	1,17

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 13 - Jsem více nemocný(á) než dříve



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 8 „Jsem více nemocný(á) než dříve“ nejvíce respondentů uvedlo možnost „1 – zřídka“ a to 89, tedy 89% ze 100 účastníků výzkumu. Možnost „2 – občas ano“ zvolilo 10 účastníků. Jen jeden respondent si vybral odpověď „4 – často ano“. Možnosti „3 – tak napůl“ a „5 – vždy“ si nikdo nevybral.

Průměrné skóre je 1,17. Tento výsledek považuji za výborný. Z odpovědí vyplývá, že jsou sestry v dobré fyzické kondici. Příznaky syndromu vyhoření se neprojevují pouze na psychice ale i na fyzické úrovni. Muže dojít ke snížení imunity, což vede k větší náchylnosti k nemocem.

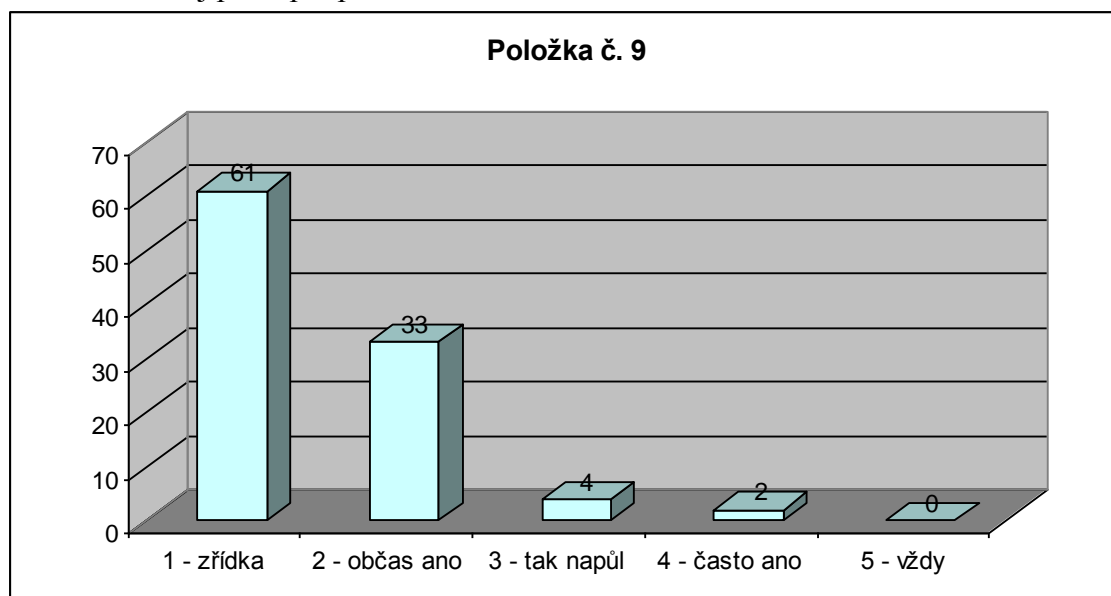
Položka č. 9 Můj přístup k práci se dá nazvat: Proč se namáhat?

Tabulka č. 15 - Můj přístup k práci se dá nazvat: Proč se namáhat?

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
61	33	4	2	0	
61%	33%	4%	2%	0%	1,47

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 14 - Můj přístup k práci se dá nazvat: Proč se namáhat?



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 9 „Můj přístup k práci se dá nazvat: Proč se namáhat?“ zvolila většina dotazovaných odpověď „1 – zřídka“, a to 61 sester, což je 61% ze sledovaného souboru. Možnost „2 – občas ano“ zaškrtnulo 33 respondentů, tedy 33%. 4 dotazovaní zvolili variantu „3 – tak napůl“ a 2 účastníci výzkumu si vybrali možnost „4 – často ano“. Možnost „5 – vždy“ si nevybral žádný účastník výzkumu.

Průměrné skóre u položky č. 9 je 1,47.

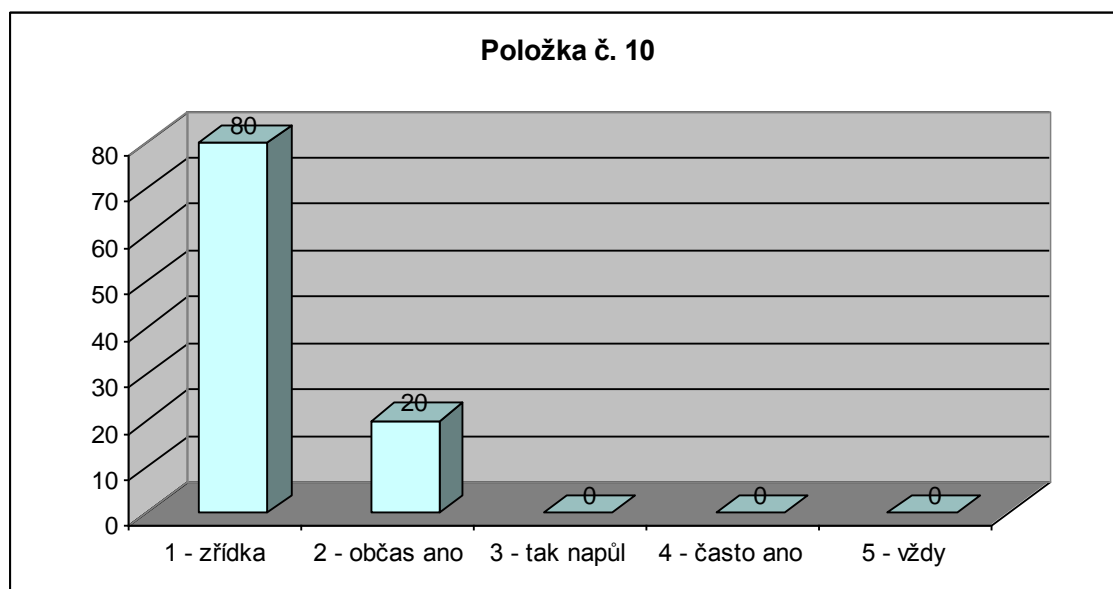
Položka č. 10 Dostávám se do konfliktů.

Tabulka č. 16 - Dostávám se do konfliktů

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
80	20	0	0	0	
80%	20%	0%	0%	0%	1,20

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 15 - Dostávám se do konfliktů



Zdroj: vlastní zpracování

Na položky č. 10 „Dostávám se do konfliktů“ odpovědělo 80 respondentů, což je 80% ze sledovaného souboru „1 – zřídka“. Zbýlých 20% zvolilo možnost „2 – občas ano“. Možnosti „3 – tak napůl“, „4 – často ano“ a „5 – vždy“ si nezvolil ani jeden účastník výzkumu.

Průměrné skóre u položky č. 10 je 1,20.

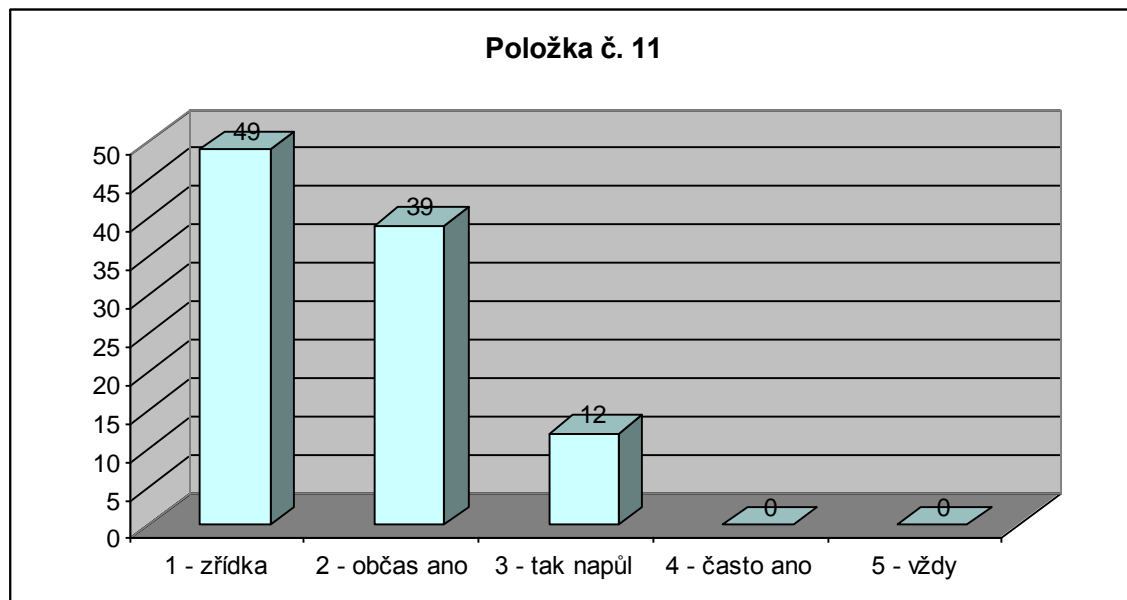
Položka č. 11 Moje výkony v práci nejsou nejlepší.

Tabulka č. 17 - Moje výkony v práci nejsou nejlepší

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
49	39	12	0	1	
49%	39%	12%	0%	1%	1,67

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 16 - Moje výkony v práci nejsou nejlepší



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 11 „Moje výkony v práci nejsou nejlepší“ nejvíce respondentů zatrhl možnost „1 – zřídka“, a to 49%, tedy 49 ze sta účastníků výzkumu. Možnost „2 – občas ano“ si zvolilo 39 respondentů a 12 respondentů si vybralo odpověď „3 – tak napůl“. Odpovědi „4 – často ano“ a „5 – vždy“ si nevybral žádný z účastníků výzkumu.

Průměrné skóre u položky č. 11 je 1,67.

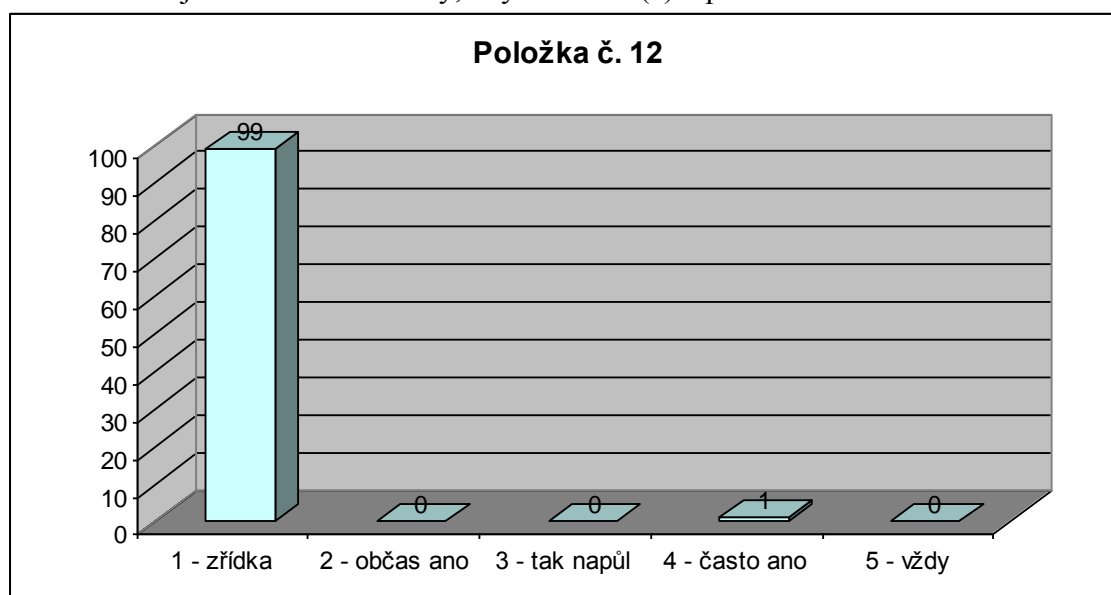
Položka č. 12 Piji alkohol a беру léky, abych se cítil(a) lépe.

Tabulka č. 18 - Piji alkohol a беру léky, abych se cítil(a) lépe

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
99	0	0	1	0	
99%	0%	0%	1%	0%	1,03

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 17 - Piji alkohol a беру léky, abych se cítil(a) lépe



Zdroj: vlastní zpracování

Jak je patrné z grafu č. 17 a tabulky č. 18 u položky č. 12 „Piji alkohol a беру léky, abych se cítil(a) lépe“ 99 dotazovaných, což je 99% celého sledovaného souboru zvolilo odpověď „1 – zřídka“. Pouze jedna osoba zvolila odpověď „4 – často ano“. Možnosti „2 – občas ano“, „3 – tak napůl“ a „5 – vždy“ si tedy nevybral nikdo.

Tato položka má nejlepší průměrné skóre, a to 1,03.

U této položky 8 respondentů, kteří zvolili možnost „1 – zřídka“, napsalo poznámku, že jim chybí možnost „nikdy“. Odpověď „zřídka“, které náleží 1 bod, pod sebou skrývá interval „nikdy-velmi zřídka-zřídka“. Předpokládám, že poznámky byly dopsány proto, že se jedná o citlivou otázku a respondenti chtěli dokázat, že tímto způsobem neřeší své problémy.

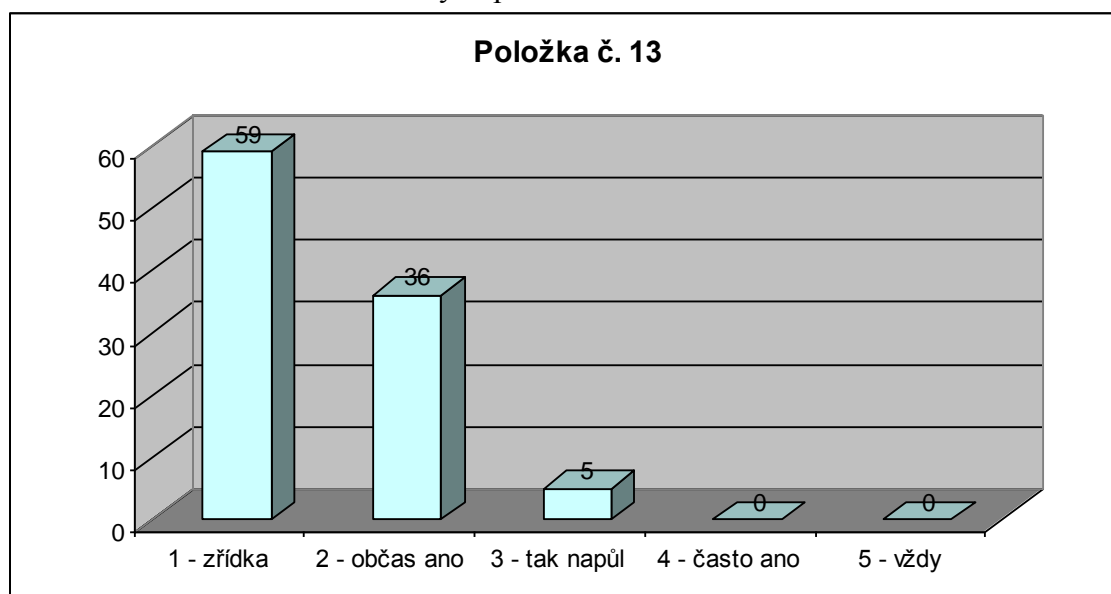
Položka č. 13 Hovořit s lidmi mne vyčerpává.

Tabulka č. 19 - Hovořit s lidmi mne vyčerpává

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
59	36	5	0	0	
59%	36%	5%	0%	0%	1,46

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 18 - Hovořit s lidmi mne vyčerpává



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 13 „Hovořit s lidmi mne vyčerpává“ nejlepší možnou variantu odpovědi „1 – zřídka“ uvedlo 59 respondentů. Druhou nejčtetnější odpovědí je „2 – občas ano“, kterou uvedlo 36 dotazovaných. 5 dotazovaných uvedlo možnost „3 – tak napůl“, tedy pouze 3%. Odpovědi „4 – často ano“ a „5 – vždy“ nevolil žádný z dotazovaných.

Průměrné skóre u položky č. 13 je 1,46. Dobrá komunikace na pracovišti je velmi důležitá, pro správné fungování kolektivu. Komunikace by měla fungovat na všech úrovních, jak mezi pracovníky na stejné pracovní pozici, tak i podřízených s nadřízenými.

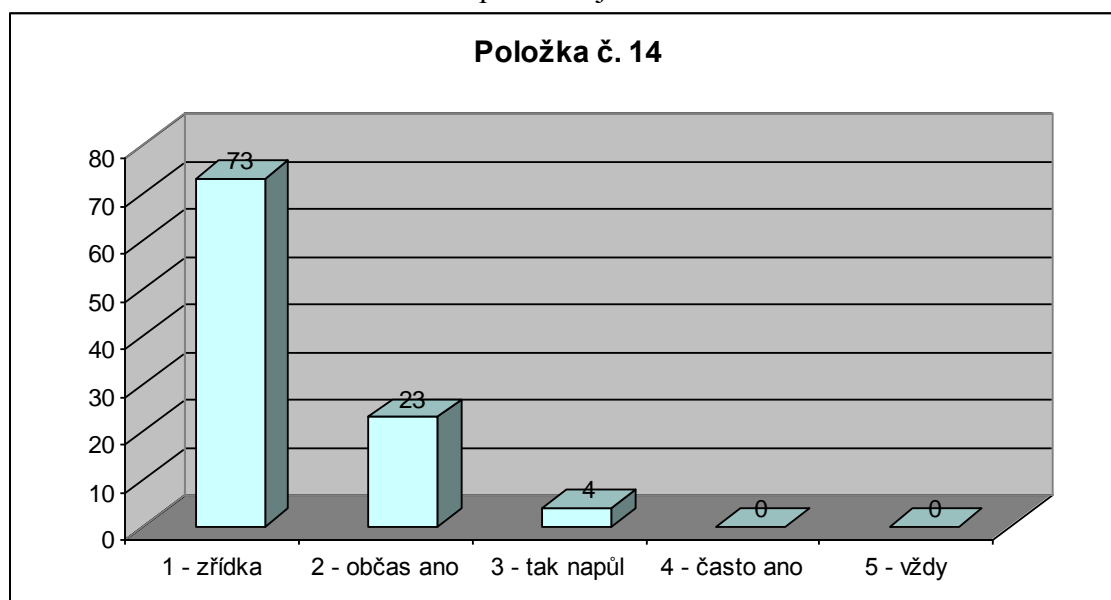
Položka č. 14 Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve.

Tabulka č. 20 - Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
73	23	4	0	0	
73%	23%	4%	0%	0%	1,31

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 19 - Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve



Zdroj: vlastní zpracování

Jak je patrné z grafu č. 19 a tabulky č. 20 nejčetnější odpovědí u položky č. 14 „Nemohu se soustředit na práci tak jako dříve“ je „1 – zřídka“, kterou si zvolilo 73 účastníků výzkumu. Možnost „2 – občas ano“ si zvolilo 23, tedy 23% sledovaného souboru. Pouze 4 dotazovaní zaškrtnuli odpověď „3 – tak napůl“. Možnosti „4 – občas ano“ a „5 – vždy“ si nevybral žádný z účastníků výzkumu.

Všichni 4 dotazovaní, kteří si zvolili odpověď „3 – tak napůl“ byly ve věkové kategorii nad 51 let a praxi nad 36. Předpokládám, že je to způsobeno větším fyzickým i psychickým vyčerpáním spojeným s vyšším věkem a delší praxí.

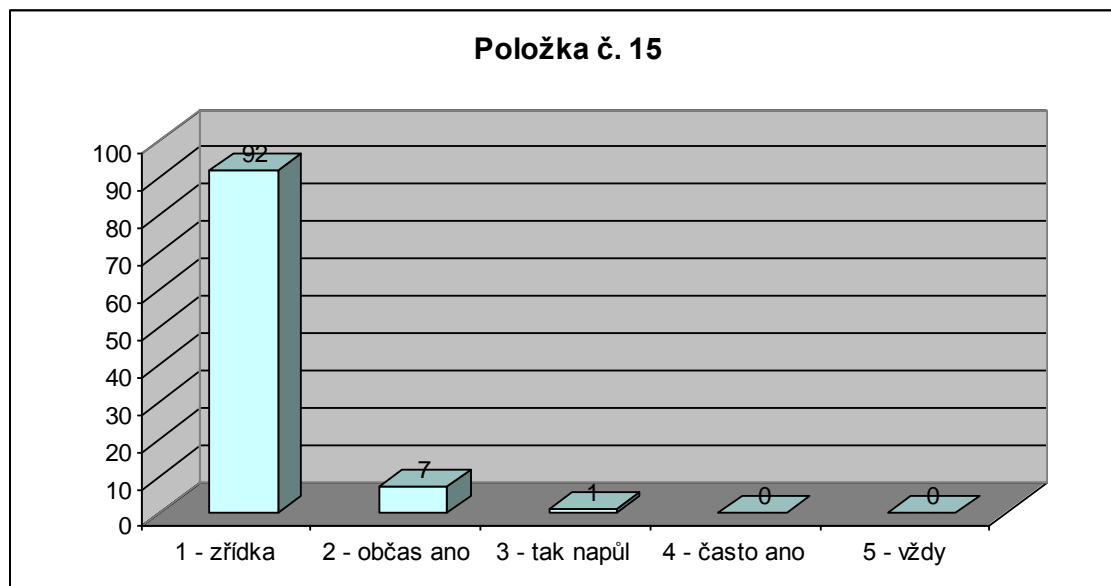
Položka č. 15 Práce mě nudí.

Tabulka č. 21 - Práce mě nudí

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
92	7	1	0	0	
92%	7%	1%	0%	0%	1,09

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 20 - Práce mě nudí



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 20 „Práce mě nudí“ 92 respondentů, tedy 92% zvolilo odpověď „1 – zřídka“. Možnost „2 – občas ano“ si vybralo 7 dotazovaných, což je pouze 7%. Jen jedna osoba zaškrtnula odpověď „3 – tak napůl“. Odpovědi „4 – často ano“ a „5 – vždy“ si nevybral nikdo z účastníků výzkumu.

Průměrné skóre u položky č. 15 je 1,09. Tento výsledek je velmi dobrý, ukazuje, že zaměstnanci jsou v práci spokojeni. Nudná a stereotypní práce s nízkou autonomií často může vést až k syndromu vyhoření.

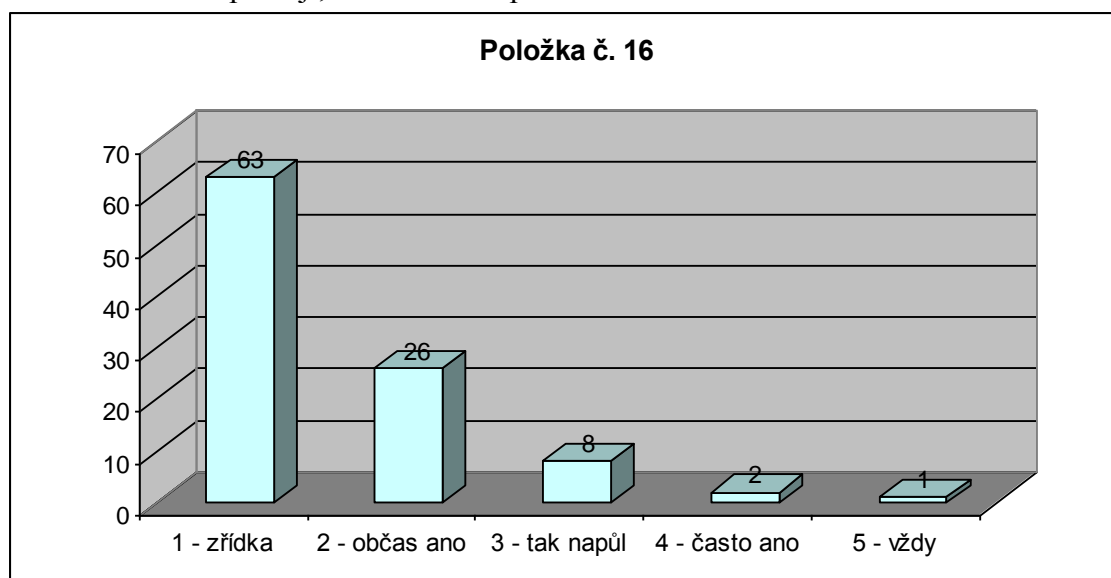
Položka č. 16 Pilně pracuji, ale nemám úspěch.

Tabulka č. 22 - Pilně pracuji, ale nemám úspěch

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
63	26	8	2	1	
63%	26%	8%	2%	1%	1,52

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 21 - Pilně pracuji, ale nemám úspěch



Zdroj: vlastní zpracování

Jak je patrné z grafu č. 21 a tabulky č. 22 u položky č. 16 „Pilně pracuji, ale nemám úspěch“ uvedlo nejvíce respondentů možnost „1 – zřídka“, a to 63 účastníků výzkumu, tedy 63% celého souboru. Druhou nejčtenější odpovědí je „2 – občas ano“, kterou uvedlo 26 respondentů. Možnost „3 – tak napůl“ si zvolilo 8 dotazovaných a 2 dotazovaní uvedli možnost „4 – často ano“. Pouze jeden ze sta respondentů označila odpověď „5 – vždy“.

Průměrné skóre u položky č. 16 je 1,52.

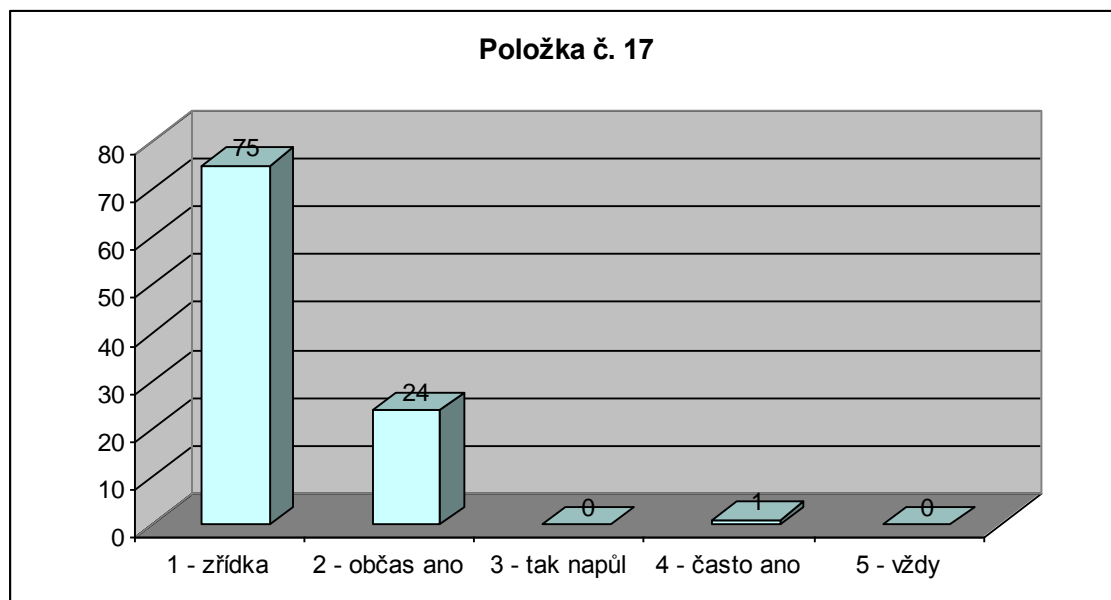
Položka č. 17 Cítím se znechucen(a) ze své práce.

Tabulka č. 23 - Cítím se znechucen(a) ze své práce

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
75	24	0	1	0	
75%	24%	0%	1%	0%	1,27

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 22 - Cítím se znechucen(a) ze své práce



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 17 „Cítím se znechucen(a) ze své práce“ je nejčetnější odpovědí „1 – zřídka“, kterou uvedlo 75 respondentů, což je 75%. 24 dotazovaných si zvolilo možnost „2 – občas ano“. Možnost „4 – často ano“ si vybral pouze jeden z účastníků výzkumu. Odpovědi „3 – tak napůl“ a „5 – vždy“ si nevybral nikdo z dotazovaných.

Průměrné skóre u položky „Cítím se znechucen(a) ze své práce“ je 1,27. Stejně jako u položky č. 15, u které je průměrné skóre 1,09, je patrné, že jsou zaměstnanci ve své práci spokojeni a práce je baví.

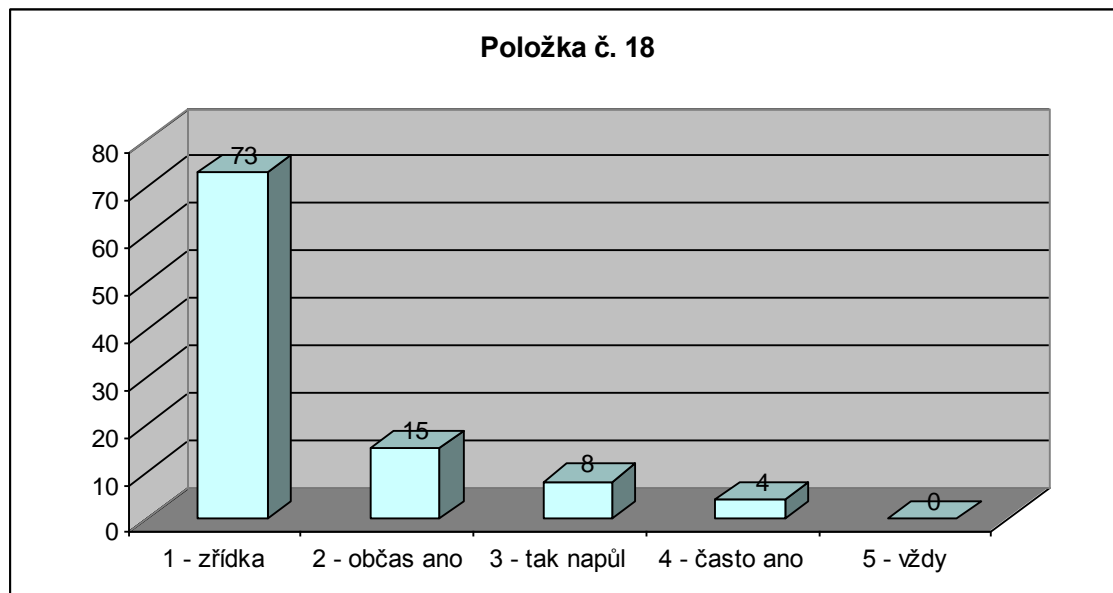
Položka č. 18 Nerad(a) chodím do práce.

Tabulka č. 24 - Nerad(a) chodím do práce

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
73	15	8	4	0	
73%	15%	8%	4%	0%	1,43

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 23 - Nerad(a) chodím do práce



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 23 a tabulky č. 24 je patrné, že nejčastější odpověď u položky č. 18 „Nerad(a) chodím do práce“ je „1 – zřídka“, kterou uvedlo 73 respondentů, tedy 73%. Druhou nejčastější odpovědí je „2 – občas ano“, tuto možnost si zvolilo 15 účastníků výzkumu. 8 dotazovaných si vybralo odpověď „3 – tak napůl“ a 4 účastníci zvolili možnost „4 – často ano“. Odpověď „5 – vždy“ si nevybral žádný respondent.

Všichni čtyři respondenti, kteří uvedli možnost „4 – často ano“ pracují na odděleních s intenzivní péčí. Také odpověď „3 – tak napůl“ si zvolilo 7 dotazovaných z oddělení s intenzivní péčí. Tento fakt přisuzují větší pracovní náročnosti, a to fyzické i psychické (vícesměnný provoz, větší zodpovědnost).

Průměrné skóre u položky č. 18 je 1,43.

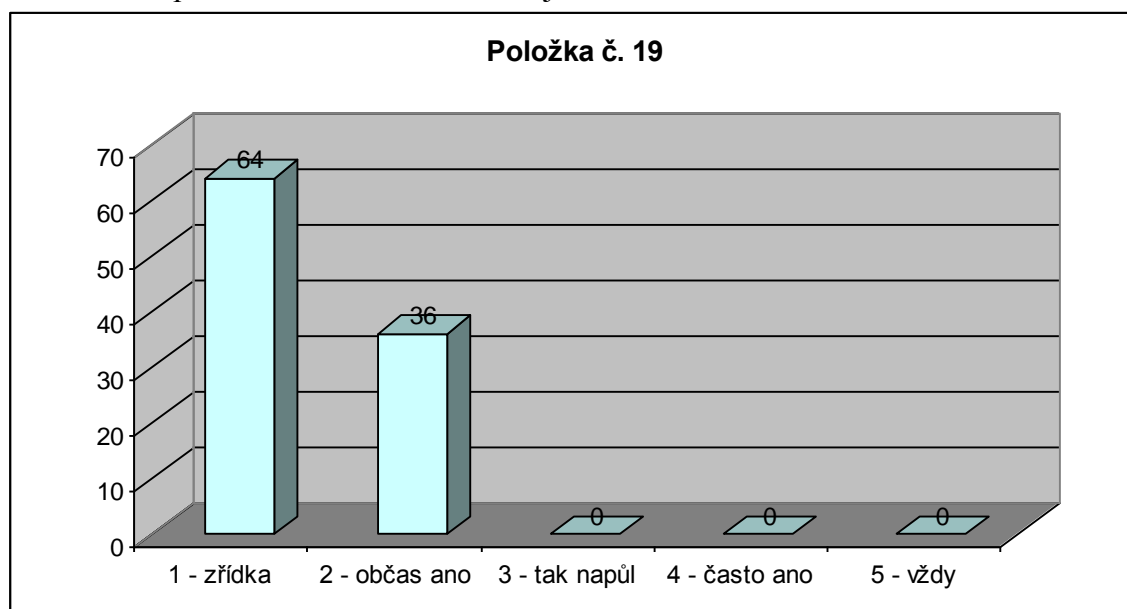
Položka č. 19 Společenská zábava mě unavuje.

Tabulka č. 25 - Společenská zábava mě unavuje

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
64	36	0	0	0	
64%	36%	0%	0%	0%	1,36

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 24 - Společenská zábava mě unavuje



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 24 a tabulka č. 25 ukazují, že nejčtenější odpovědí u položky č. 19 „Společenská zábava mě unavuje“ je „1 – zřídka“, kterou uvedlo 64 dotazovaných, což je 64%.

Zbýlých 36 respondentů, tedy 36% zvolilo možnost „2 – občas ano“. Nikdo z účastníků výzkumu neuvedl odpovědi „3 – tak napůl“, „4 – často ano“ ani „5 – vždy“.

Průměrné skóre u položky č. 19 je 1,36. V toho výsledku usuzuje, že účastníci výzkumu jsou spokojeni se svým mimopracovním životem a udržují společenské kontakty.

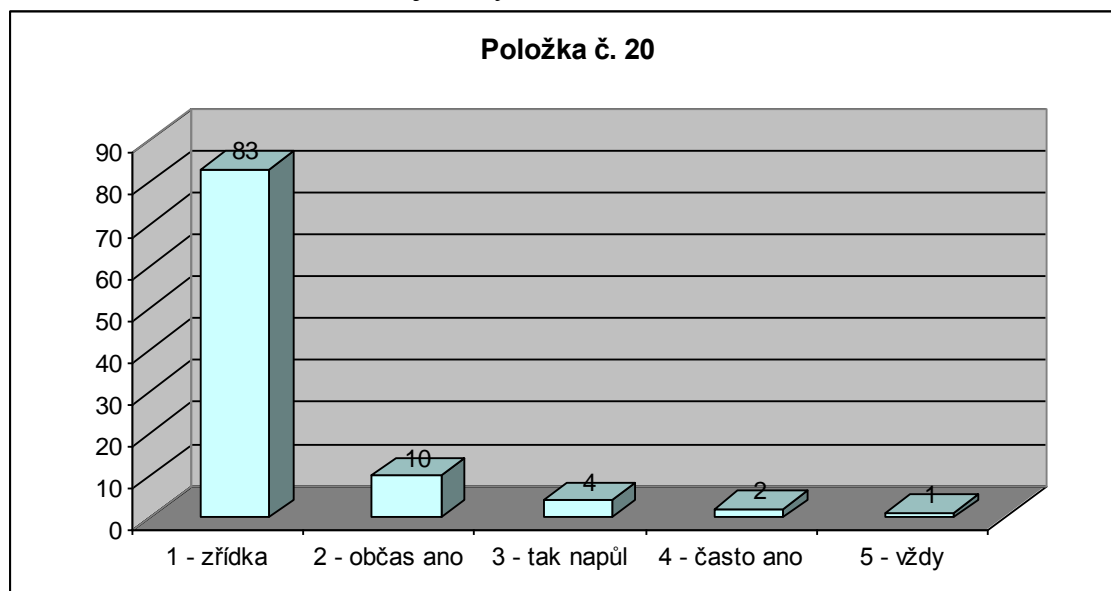
Položka č. 20 Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí.

Tabulka č. 26 - Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
83	10	4	2	1	
83%	10%	4%	2%	1%	1,28

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 25 - Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 20 „Sexuální život nestojí za vynaložené úsilí“ nejvíce respondentů zvolilo možnost „1 – zřídka“, tuto odpověď zaškrtno 83 dotazovaných, což je 83%. Druhou nejčastější odpovědí je „2 – občas ano“, kterou uvedlo 10 respondentů. Možnost „3 – tak napůl“ zvolili 4 dotazovaní a 2 dotazovaní uvedli odpověď „4 – často ano“. Pouze jeden z dotazovaných zaškrtnl možnost „5- vždy“.

Všech 7 mužů z mého sledovaného souboru uvedlo u této položky možnost „1 - zřídka“.

Průměrné skóre u této položky je 1,28.

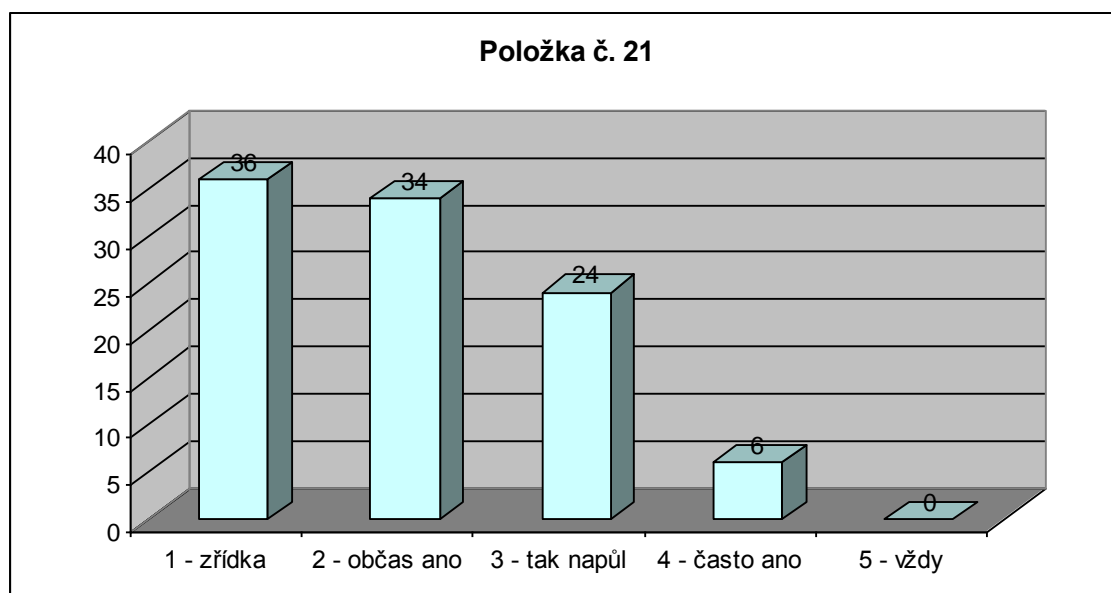
Položka č. 21 Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi.

Tabulka č. 27 - Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
36	34	24	6	0	
36%	34%	24%	6%	0%	2,00

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 26 - Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 26 a tabulka č. 27 ukazují, že nejčastější odpovědí u položky č. 21 „Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi“ je „1 – zřídka“, tuto odpověď si vybralo 36 respondentů, což je 36% dotazovaných. 34 respondentů zvolilo možnost „2 – občas ano“. Možnost „3 – tak napůl“ uvedlo 24 účastníků výzkumu a 6 uvedlo „4 – často ano“. Odpověď „5 – vždy“ neuvedl nikdo.

Ve věkové kategorii 51 a více je 12 sester, 6 sester v této věkové kategorii uvedlo odpověď „4 – často ano“, 5 zvolilo možnost „3 – tak napůl“. Pouze jedna sestra v této věkové kategorii uvedlo možnost „1 – zřídka“.

Průměrné skóre u této položky je 2,00, což je druhé nejvyšší průměrné skóre všech položek dotazníku.

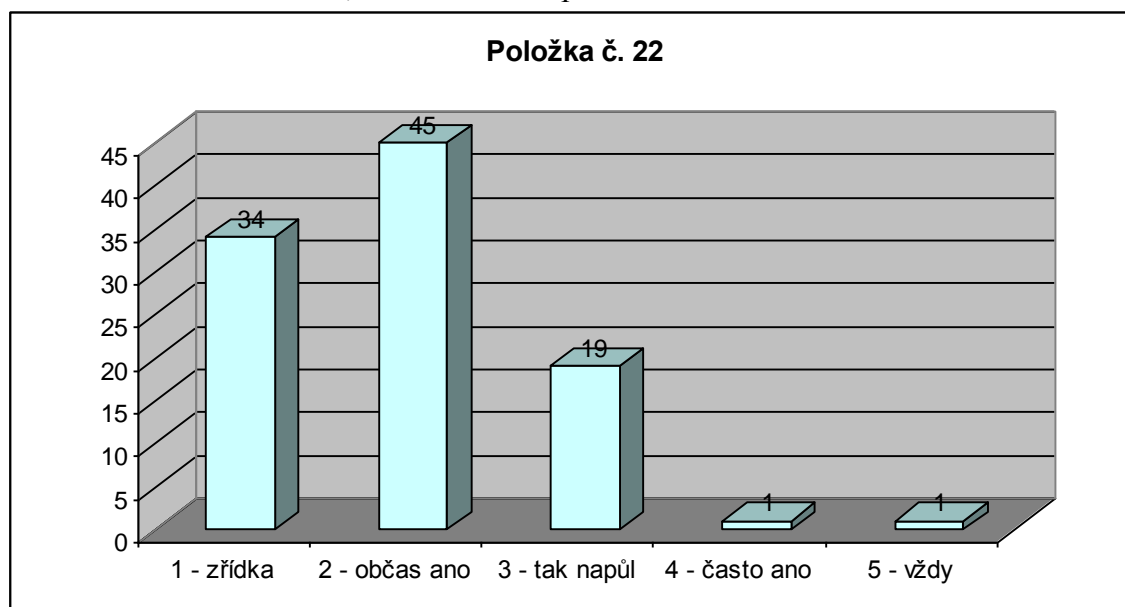
Položka č. 22 Není toho moc, na co se ve své práci mohu těšit.

Tabulka č. 28 - Není toho moc, na co se ve své práci mohu těšit

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
34	45	19	1	1	
34%	45%	19%	1%	1%	1,90

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 27 - Není toho moc, na co se ve své práci mohu těšit



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 22 „Není toho moc, na co se ve své práci mohu těšit“ nejvíce respondentů zaškrtnulo možnost „2 – občas ano“, tuto odpověď zvolilo 45, tedy 45% respondentů z celého sledovaného souboru. Druhou nejčtenější odpovědí je „1 – zřídka“, kterou uvedlo 34 dotazovaných. Odpověď „3 – tak napůl“ zvolilo 19 účastníků výzkumu. Jeden respondent uvedl možnost „4 – často ano“, rovněž jeden účastník zvolil odpověď „5 – vždy“.

Průměrná odpověď u této položky je 1,90.

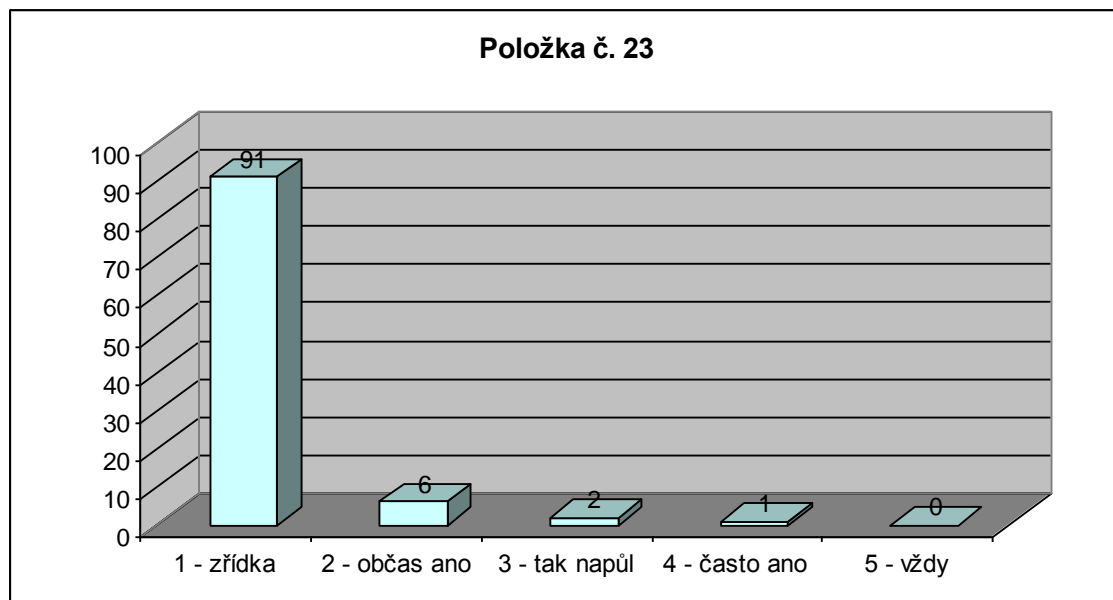
Položka č. 23 Práce mi dělá starosti i v době volna.

Tabulka č. 29 - Práce mi dělá starosti i v době volna

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
91	6	2	1	0	
91%	6%	2%	1%	0%	1,13

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 28 - Práce mi dělá starosti i v době volna



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 28 a tabulky č. 29 je jasně patrné, že velká většina respondentů uvedla u položky č. 23 „Práce mi dělá starosti i v době volna“ odpověď „1 – zřídka“, tuto odpověď zvolilo 91 ze sta účastníků výzkumu, tedy 91%. 6 respondentů zaškrtnulo odpověď „2 – občas ano“. Možnost „3 – tak napůl“ si zvolili jen 2 dotazovaní. Pouze jeden respondent uvedl možnost „4 – často ano“. Odpověď „5 – vždy“ si vybral nikdo z účastníků výzkumu.

Průměrné skóre u položky č. 23 je 1,13. Tento výsledek ukazuje, že respondenti jsou schopni oddělit pracovní starosti od soukromého života. Oddělení mimopracovního života od práce a schopnost relaxovat jsou jedním z klíčových faktorů předcházejících vzniku vyhoření.

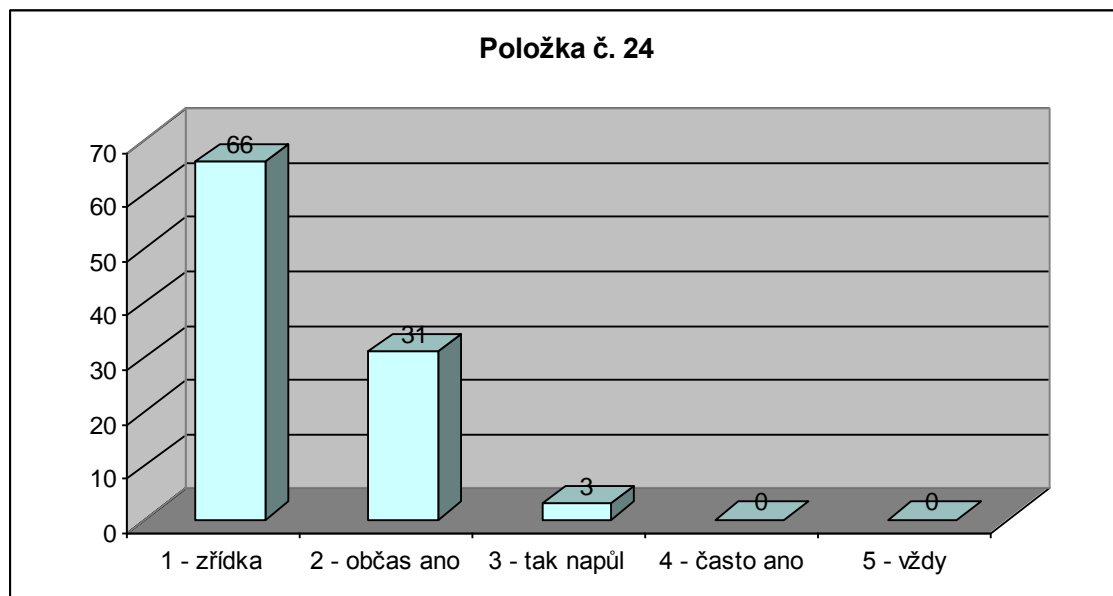
Položka č. 24 Moje pracovní pocity zasahují do mého soukromého života.

Tabulka č. 30 - Moje pracovní pocity zasahují do mého soukromého života

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
66	31	3	0	0	
66%	31%	3%	0%	0%	1,37

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 29 - Moje pracovní pocity zasahují do mého soukromého života



Zdroj: vlastní zpracování

U položky č. 24 „Moje pracovní pocity zasahují do mého soukromého života“ zvolilo možnost „1 – zřídka“ 66 respondentů, tedy 66% sledovaného souboru. Druhou nejčtenější odpovědí je „2 – občas ano“, kterou si vybralo 32 dotazovaných. Zbylí 3 dotazovaní uvedli odpověď „3 – tak napůl“. Nikdo z respondentů si nevybral možnosti „4 – často ano“ ani „5 – vždy“.

Průměrné skóre u této položky je 1,37. Přestože je průměrné skóre vyšší než u položky č. 23, rovněž ukazuje schopnost zaměstnanců oddělit pocity spojené s výkonem práce od soukromého života.

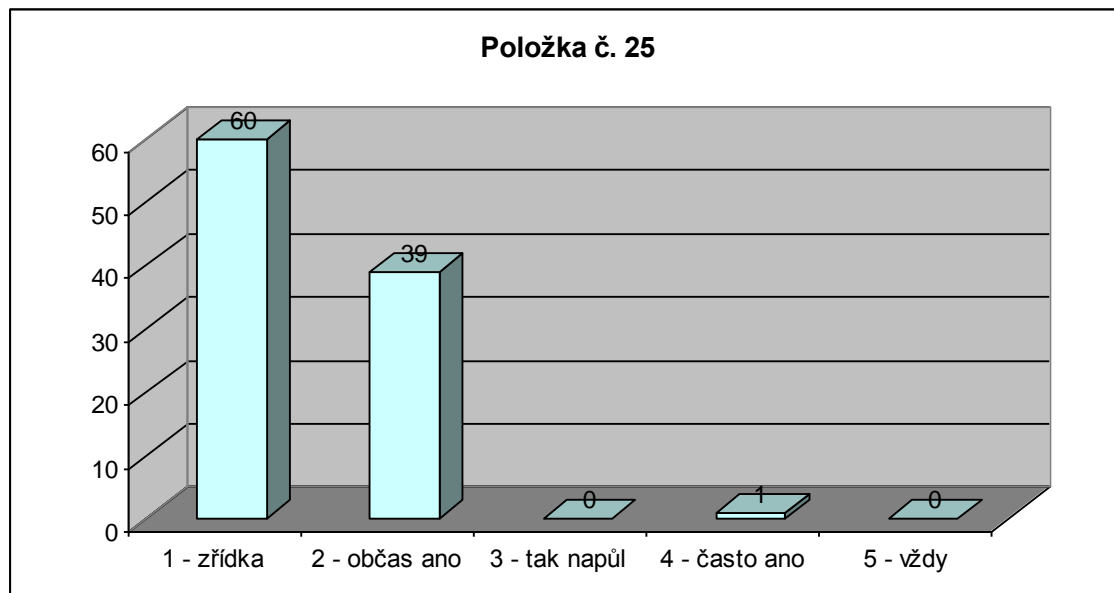
Položka č. 25 Práce se mi zdá bezúčelná.

Tabulka č. 31 - Práce se mi zdá bezúčelná

1 - zřídka	2 - občas ano	3 - tak napůl	4 - často ano	5 - vždy	Průměr
60	39	0	1	0	
60%	39%	0%	1%	0%	1,42

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 30 - Práce se mi zdá bezúčelná

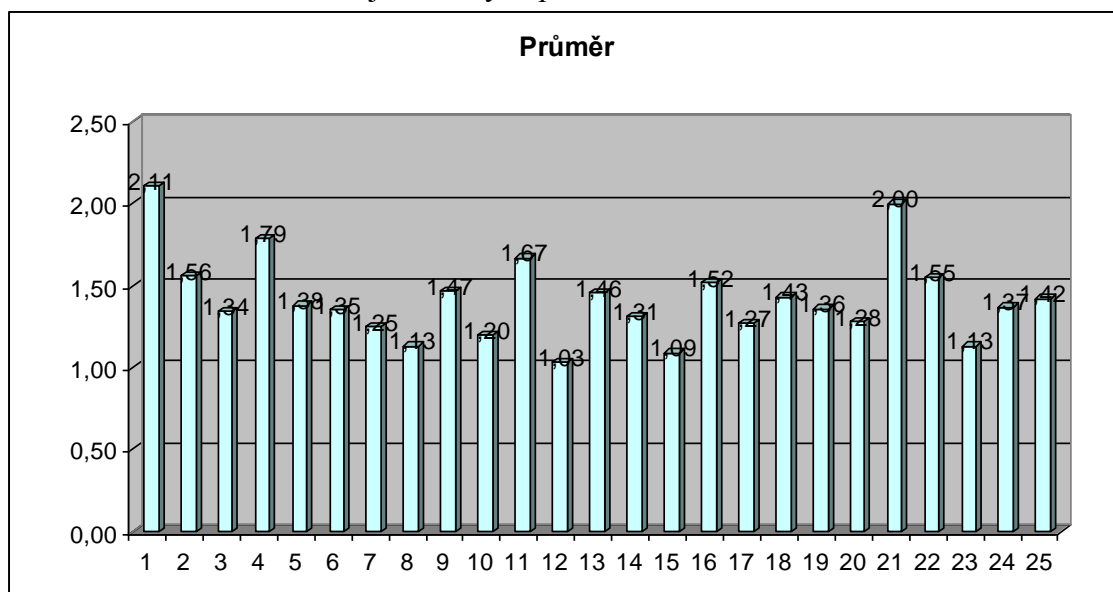


Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 30 a tabulky č. 31 je patrné, že nejčastější odpovědí u položky č. 25 „Práce se mi zdá bezúčelná“ uvedlo nejvíce respondentů odpověď „1 – zřídka“, tuto možnost zvolilo 60 respondentů, což je 60%. Možnost „2 – občas ano“ uvedlo 39 účastníků výzkumu. Pouze jedem respondent zaškrtl možnost „4 – často ano“. Odpovědi „3 – tak napůl“ ani „5 – vždy“ neuvedl žádný z dotazovaných.

Průměrné skóre u této položky je 1,42. Tento výsledek ukazuje, že zdravotničtí pracovníci jsou si vědomi opodstatněnosti jejich vykonávané práce. Chronické přesvědčení o neadekvátnosti společenského uznání může vest až k syndromu vyhoření. Je důležité, aby jedinec viděl smysl svého jednání.

Graf č. 31 Průměrné skóre u jednotlivých položek



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 31 přehledně ukazuje průměrné skóre u jednotlivých položek 1. části dotazníků.

Nejvyšší průměrné skóre je u položky č. 1 „Jsem unavený(á), i když mám dostatek spánku“ a to 2,11. Druhé nejvyšší skóre je u položky č. 21 „Většinou se ve svém volném čase dívám na televizi“ u této položky je průměrné skóre 2,00. Třetím nejvyšším průměrným skórem je 1,79, které je u položky č. 4 „Jsem zapomnětlivý(á)“.

Nejnižší skóre je u položky č. 12 Piji alkohol a beru léky, abych se cítil(a) lépe. U této položky je průměrné skóre 1,03. Pouze jeden z účastníků výzkumu uvedl jinou odpověď než „1 - zřídka“, 99% respondentů uvedlo odpověď „1 - zřídka“. Druhé nejnižší průměrné skóre je u otázky č. 15 Práce mě nudí, a to 1,09. Třetím nejnižším skórem je 1,13. Toto průměrné skóre je u dvou položek, a to u položky č. 8 Jsem více nemocný(á) než dříve a u položky č. 23 Práce mi dělá starosti i v době volna.

8. 3 Vyhodnocení 2. části dotazníku

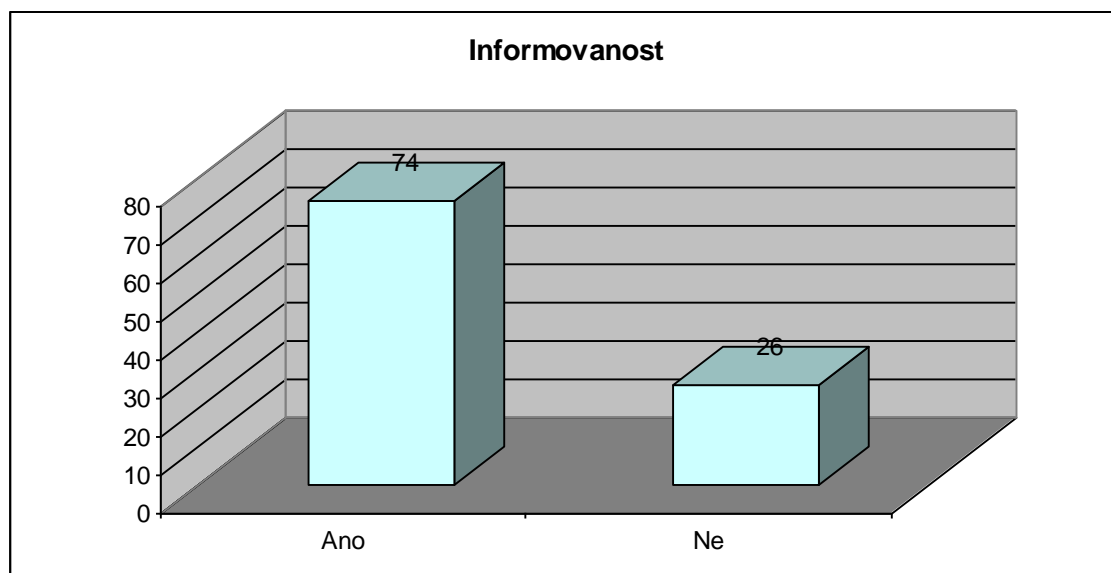
Položka č. 1 Víte o tom, že na vašem pracovišti probíhají vzdělávací akce zaměřené na oblast syndromu vyhoření?

Tabulka č. 32 - Informovanost

Informovanost	
Ano	74
Ne	26

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 32 - Informovanost



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 32 a tabulka č. 32 názorně ukazují, že 74 respondentů v dotazníku uvedlo, že vědí o akcích pořádaných zaměstnavatelem zaměřených na syndrom vyhoření. Pouze 26 dotazovaných o těchto akcích neví.

Z marketingového oddělení vím, že Nemocnice Na Homolce pořádá minimálně jednou ročně seminář zaměřený na tuto problematiku. Nemocnice pořádá i jiné semináře, které se věnují duševní hygieně sester, což také souvisí s prevencí syndromu vyhoření.

Všechny sestry se musí být dle § 5 zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon o nelékařských povoláních, registrovány. Sestry musí absolvovat řadu seminářů a školení, kde se také o problematice syndromu vyhoření mnoho dozvedí.

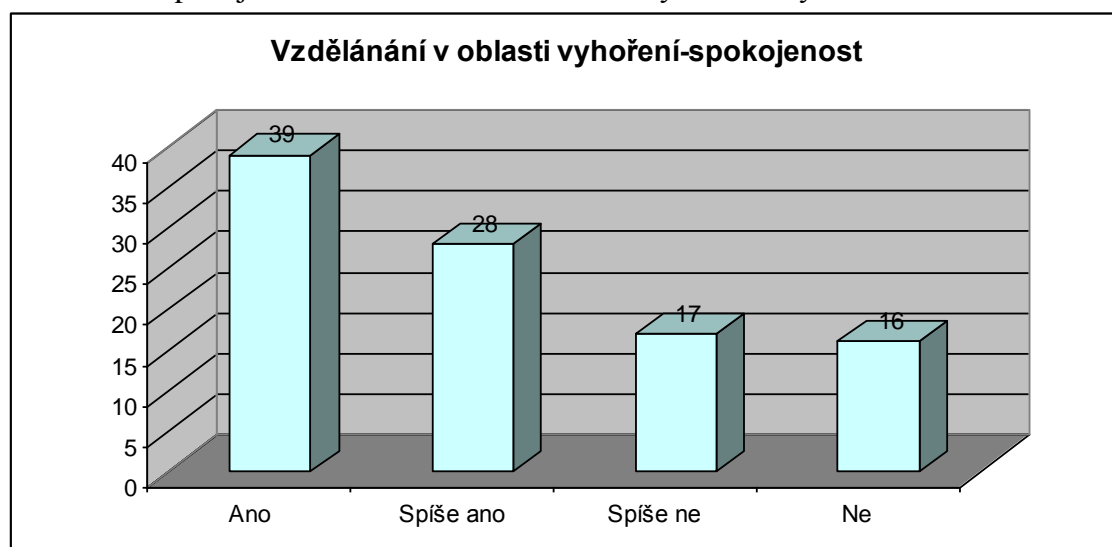
Položka č. 2 Jste spokojen/a s úrovní vzdělávání v oblasti syndromu vyhoření na vašem pracovišti?

Tabulka č. 33 – Spokojenost se vzděláváním v oblasti syndromu vyhoření

Vzdělávání v oblasti vyhoření-spokojenost		
Ano	39	39%
Spíše ano	28	28%
Spíše ne	17	17%
Ne	16	16%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 33 - Spokojenost se vzděláváním v oblasti syndromu vyhoření



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 33 a tabulka č. 33 ukazují, že u položky č. 2 „Jste spokojen/a s úrovní vzdělávání v oblasti syndromu vyhoření na vašem pracovišti?“ zaškrtno odpověď „ano“ 39 respondentů. Možnost spíše ano zaškrtno 28 účastníků výzkumu. 17 dotazovaných zvolilo možnost „spíše ne“ a odpověď „ne“ uvedlo 16 účastníků výzkumu.

Velká většina respondentů (67%) je spokojena nebo spíše spokojena se vzděláváním v oblasti syndromu vyhoření, které poskytuje zaměstnavatel. Jen 33 účastníků výzkumu uvedlo, že jsou se vzděláváním v této oblasti spíše nebo nespokojeni.

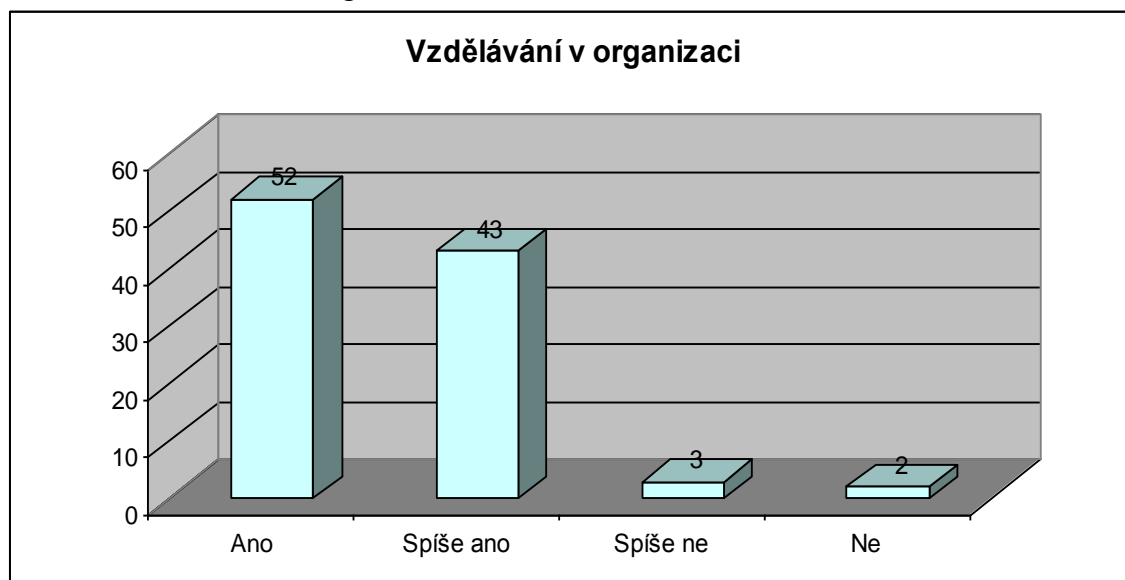
Položka č. 3 Jsou podle vás možnosti vzdělávání (ve všech oblastech) ve vaší organizace dostatečné?

Tabulka č. 34 Vzdělávání v organizaci

Vzdělávání v organizaci		
Ano	52	52%
Spíše ano	43	43%
Spíše ne	3	3%
Ne	2	2%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 34 Vzdělávání v organizaci



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 34 a tabulky č. 34 je zřejmé, že nejčetnější odpovědí u položky č. 3 „Jsou podle vás možnosti vzdělávání (ve všech oblastech) ve vaší organizace dostatečné?“ je „ano“, tuto odpověď zvolilo 52 dotazovaných. Možnost „spíše ano“ uvedlo „43 respondentů“. 3 účastníci výzkumu zvolili možnost „spíše ne“ a 2 účastníci uvedli, že jsou nespokojeni s možnostmi vzdělávání v Nemocnici Na Homolce.

Naprostá většina respondentů (95%) je spokojena nebo spíše spokojena se vzděláváním, pouze 5 dotazovaných uvedlo, že jsou nespokojeni se vzděláváním. Tento

výsledek považuji za výborný, protože další vzdělávání a učení se novým věcem, je velmi důležitým protektivním faktorem ve vztahu k syndromu vyhoření.

Nemocnice Na Homolce sama pořádá mnoho seminářů a kongresů, ale také umožňuje svým zaměstnancům účastnit se akcí pořádaných jinými organizacemi. Také umožňuje sestřím studovat na vyšších odborných a vysokých školách.

V současné době studuje na vysokých školách s podporou zaměstnavatele 20 sester ve vedoucích pozicích (staniční a vrchní sestry).

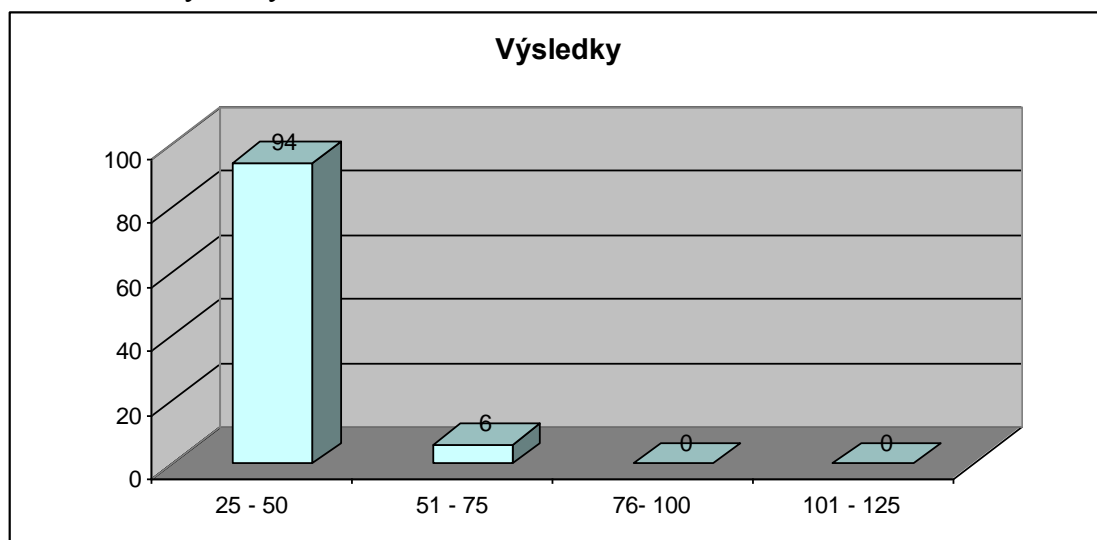
8. 4 Shrnutí výsledků výzkumu

Tabulka č. 35 – Výsledky dotazníku B. A. Potterové

Výsledky		
25 – 50	94	94%
51 – 75	6	6%
76- 100	0	0%
101 – 125	0	0%
Celkem	100	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 35 – Výsledky dotazníku B. A. Potterové



Zdroj: vlastní zpracování

Bodové hranice:

25 – 50 Jste na tom dobře.

51 – 75 Jste v pořádku, pokud podniknete preventivní opatření.

76 – 100 Jste kandidátem na pracovní vyhoření.

101 – 125 Už vyhoříváte.

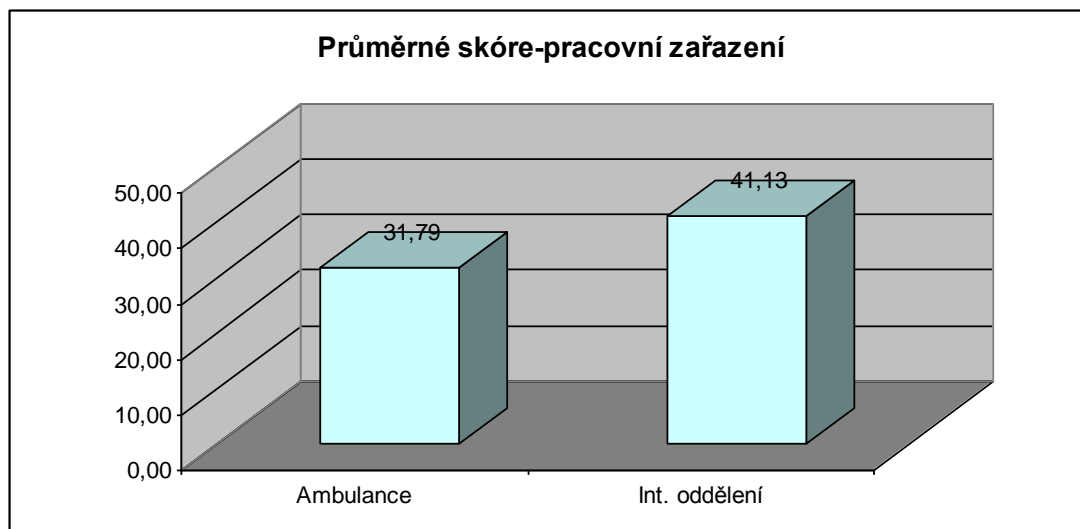
Z grafu č. 35 a tabulka č. 35 jasně vyplývá, že syndromem vyhoření netrpí žádný ze sta účastníků mého výzkumu, dokonce není ani nikdo v ohrožení syndromu vyhoření. V bodové kategorii 51 – 75 je pouze 6 respondentů. Všech šest respondentů je z oddělení s intenzivní péčí. Nejvyšší dosažené skóre je 65 bodů, tento výsledek se objevil pouze u jednoho respondenta.

Tabulka č. 36 – Průměrné skóre

Průměrné skóre	
Ambulance	31,79
Int. oddělení	41,13

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 36 – Průměrné skóre



Zdroj: vlastní zpracování

Jedním z předpokladů, je že sestry z oddělení s intenzivní péčí budou v průměru dosahovat vyššího skóre. Z grafu č. 36 a tabulka č. 36 je patrné, že mezi těmito souboru je rozdíl. U sester pracujících v odborných ambulancích je průměrné skóre 31,79 a u sester pracujících na odděleních s intenzivní péčí je průměrné skóre 41,13. Rozdíl mezi sledovanými soubory je 9,34 bodů. Dá se tedy říci, že sestry na intenzivní péči dosahovali v průměru o 9,34 více než sestry z odborných ambulancí.

U těchto dvou souborů jsem spočítala dvouvýběrový t-test při nestejných rozptylech tzv. Welchův test, abych zjistila, zda se mi potvrdila (H1) Sestry pracující na odděleních s intenzivní péčí budou dosahovat vyššího skóre než sestry za odborných ambulancí.

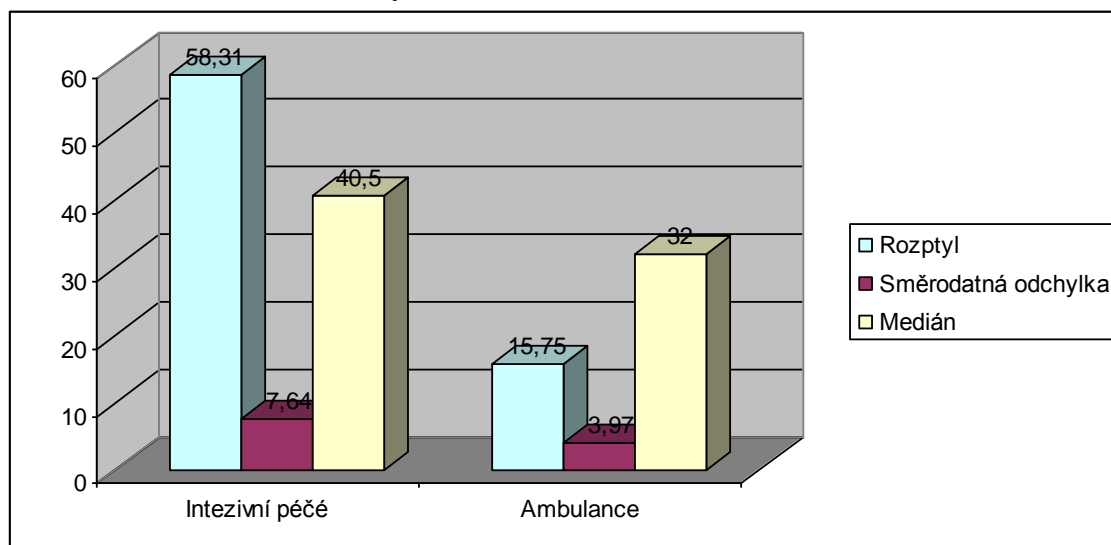
Jako nulová hypotéza bylo stanoveno, že sledované soubory jsou stejné ($H_0: \mu_1 = \mu_2$), jako alternativní hypotéza, že se soubory od sebe liší ($H_0: \mu_1 \neq \mu_2$). Dle výsledků Welchova testu nebylo možné $H_0: \mu_1 = \mu_2$ zamítnout, rozdíl mezi sledovanými soubory není statisticky významné. Test byl počítán na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Tabulka č. 37 – Statistické hodnoty

Ambulance		Intenzivní péče	
Rozptyl	15,75	Rozptyl	58,31
Směrodatná odchylka	3,97	Směrodatná odchylka	7,64
Medián	32	Medián	40,5

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 37 – Statistické hodnoty



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 32 a tabulky č. 37 je patrné, že i jiné hodnoty ukazují na rozdílnost těchto dvou souborů. Rozptyl vyjadřuje variabilitu rozdělení souboru náhodných hodnot kolem její střední hodnoty. U ambulance je rozptyl 15,75, oproti tomu je rozptyl u intenzivní péče mnohonásobně větší, a to 58,31. Střední hodnoty se také velmi liší, tabulka č. 37 ukazuje, že u ambulance je medián 32 a u intenzivní péče 40,5. u ambulance je rozptyl pouze 15,75, z čehož vyplývá, že u ambulance jsou hodnoty soustředěny okolo střední hodnoty, což je průměr 31,79.

Nejvyšší dosažené skóre u sester z intenzivní péče je 65 bodů. Vyšší bodové skóre přisuzují větší pracovní náročnosti na těchto odděleních. Sestry pracují na vícesměnný provoz a jsou v každodenním kontaktu s těžce nemocnými pacienty. Na sestřích z těchto oddělení je také vyžadována vyšší kvalifikace, která sebou ale také nese vyšší zodpovědnost.

Tabulka č. 38 Četnost bodového skóre sledovaných souborů

Frequency distribution for Intenzivnpe_skr, obs 1-48

	frequency	rel.	cum.	
25	2	3,85%	3,85%	*
29	1	1,92%	5,77%	
32	1	1,92%	7,69%	
33	1	1,92%	9,62%	
34	1	1,92%	11,54%	
35	6	11,54%	23,08%	****
36	1	1,92%	25,00%	
37	1	1,92%	26,92%	
39	11	21,15%	48,08%	*****
40	1	1,92%	50,00%	
41	5	9,62%	59,62%	***
42	2	3,85%	63,46%	*
43	5	9,62%	73,08%	***
44	5	9,62%	82,69%	***
47	3	5,77%	88,46%	**
53	2	3,85%	92,31%	*
56	1	1,92%	94,23%	
57	1	1,92%	96,15%	
60	1	1,92%	98,08%	
65	1	1,92%	100,00%	

Frequency distribution for Ambulance_skore, obs 1-52

	frequency	rel.	cum.	
25	2	4,17%	4,17%	*
26	2	4,17%	8,33%	*
27	4	8,33%	16,67%	***
28	3	6,25%	22,92%	**
29	3	6,25%	29,17%	**
30	3	6,25%	35,42%	**
31	6	12,50%	47,92%	****
32	7	14,58%	62,50%	*****
33	6	12,50%	75,00%	****
34	2	4,17%	79,17%	*
35	1	2,08%	81,25%	
36	2	4,17%	85,42%	*
37	1	2,08%	87,50%	
38	2	4,17%	91,67%	*
39	2	4,17%	95,83%	*
40	1	2,08%	97,92%	
41	1	2,08%	100,00%	

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 38 ukazuje četnosti jednotlivých skóre, kterých dosahovali účastníci výzkumu. U sester z odborných ambulancí je nejvyšší hodnota 41, z čehož vyplývá, že 100% ambulantních sester má skóre 41 a méně. U intenzivní péče je u skóre 41 teprve cca 60%, tzn., zbylých 40% má vyšší stresovou zátěž než kdokoliv na ambulanci.

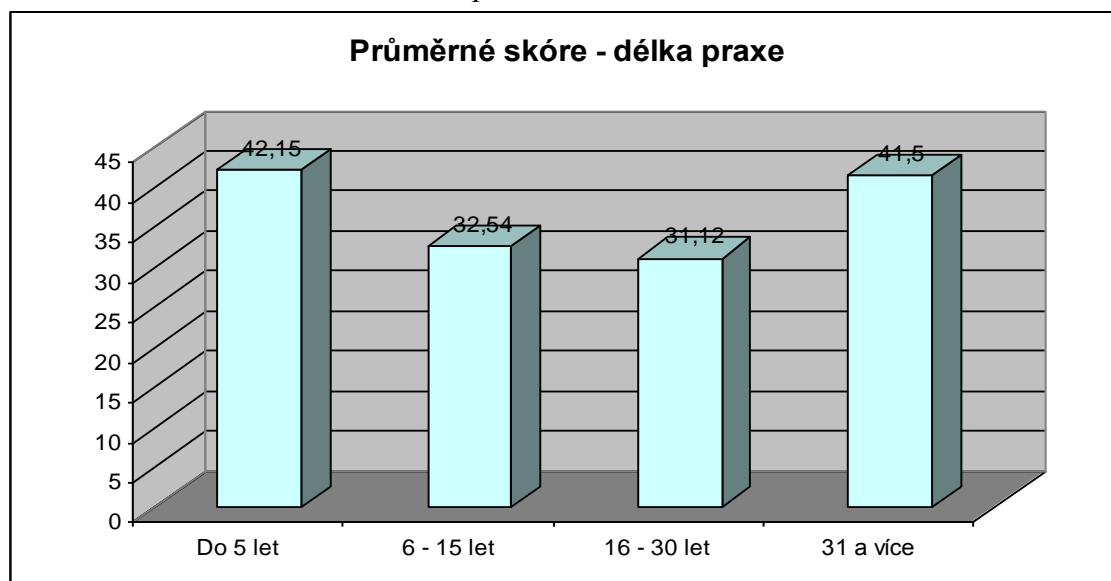
V dotazníku je možné dosáhnout minimálně 25 bodů a maximálně 125. V kategorii od 25 do 50 bodů nehrozí vyhoření, v tomto rozmezí se pohybuje průměr, jak ambulance, tak i intenzivní péče. V tabulce č. 38 je vidět, že pouze u sester na odděleních s intenzivní péčí se objevuje skóre vyšší, než 50 bodů, což je kategorie 51 - 75 bodů - Jste v pořádku, pokud podniknete preventivní opatření. Nejvyšší počet bodů v ambulancích bylo 41 a to pouze u jednoho respondenta.

Tabulka č. 39 – Průměrné skóre – délka praxe

Průměrné skóre - délka praxe	
Do 5 let	42,15
6 - 15 let	32,54
16 - 30 let	31,12
31 a více	41,5

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 38 – Průměrné skóre – délka praxe



Zdroj: vlastní zpracování

Jedním z předpokladů je, že sestry s přibývajícím délkou praxe budou více pracovně vyčerpané a budou tedy dosahovat vyššího skóre než sestry s kratší praxí. Z grafu č. 38 a tabulky č. 39 je jasně patrné, že tento předpoklad se nepotvrdil. Nejnižšího skóre dosahují sestry v kategorii 16 – 30 let praxe, naopak nejvyššího skóre dosahují respondenti v kategorii do 5 let praxe. Rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi nejsou nikterak významné.

8. 4. 1 Vyhodnocení hypotéz

H1 Sestry pracující na odděleních s intenzivní péčí budou dosahovat vyššího skóre než sestry za odborných ambulancí.

Sestry z oddělení s intenzivní péčí opravdu dosahovaly v průměru vyšší skóre a to až o 9,34 bodů. Také pouze u těchto sester byla překročena bodová hranice 50 bodů, a to u šesti sester. Z výsledků výzkumu vyplývá, že na sledovaném pracovišti se u výzkumného souboru není ani jedna osoba vyhořelá, ani nikomu nehrozí bezprostřední nebezpečí vyhoření. Z vypočítaného dvouvýběrového t-testu vyplynulo, že rozdíl mezi dvěma porovnávanými soubory není statisticky významný.

H2 Sestry s přibývajícím délkou praxe prožívají stav tělesného, citového a duševního vyčerpání.

Tato hypotéza nebyla potvrzena. Ve výzkumu nebyly zjištěny významné rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi délky praxe. Naopak sestry s nejnižší praxí dosahovaly v průměru nejvyššího skóre.

H3 Sestry v Nemocnici Na Homolce jsou dostatečně informovány o syndromu vyhoření.

Tento předpoklad se potvrdil. Z výsledků dotazníků vyplývá, že sestry v Nemocnici Na Homolce jsou dostatečně informovány o syndromu vyhoření. Většina sester je spokojena se vzděláváním v této oblasti, které poskytuje zaměstnavatel. Vzhledem k tomu, že jsem na tomto pracovišti vykonávala diplomovou praxi a mnohokrát pracovala jako brigádnice, vím, že většina sester je také spokojena se zaměstnaneckými benefity, které jim zaměstnavatel poskytuje (školka, relaxační centrum, příspěvky na stravu, atd.)

H4 Sestry v Nemocnici Na Homolce jsou spokojeny s možnostmi dalšího vzdělávání, které jim organizace umožňuje.

Tato hypotéza byla potvrzena. Z výsledků výzkumu je patrné, že dotazované sestry jsou v naprosté většině spokojeny se vzděláváním, které jim umožňuje zaměstnavatel. Kladně se vyjádřilo 95% celého sledovaného souboru.

9. Diskuse

V uplynulých letech v České republice i ve světě proběhla celá řada výzkumných studií, různých pokusů a zmapování výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester. Syndrom vyhoření je v současné době také častým tématem bakalářským a diplomových prací. Ne všechny mají vždy náležité parametry. Také proto jsou výsledky prací obtížně srovnatelné. Přesto přinášejí zajímavé podněty a mohou být inspirací k dalším výzkumům v oblasti vyhoření a z toho plynoucím preventivním opatřením. Přínosem a výhodou v analýze dat je, i pokud výzkum provádí odborník přímo z praxe, protože se neodvolává jen na literární údaje, ale může vypovídat ze své vlastní zkušenosti. Příkladem je Fakultní nemocnice v Hradci Králové, kde se již řadu let věnují výzkumu syndromu vyhoření, jeho mapováním u svých zaměstnanců a využitím poznatků k prevenci vyhoření. Např. v roce 2003 provedli výzkumnou sondu na čtyřech klinikách. Zjistili, že syndrom vyhasnutí u sester je přítomen, i když výsledky nedosahovaly maximálních hodnot. Nejrizikovější byla ta nejmladší věková skupina. Sestry trpěly pochybnostmi o svých profesionálních dovednostech, trpěly nedostatkem uznání a ocenění (Bartošíková, 2008).

V mém výzkumu tomu bylo podobně, sestry s nejnižší praxí, tedy nejmladší věková skupina také dosahovala v průměru nejvyššího skóre. Sestry v této kategorii hodnotily více body především otázky týkající se spokojenosti s prací a opodstatněnosti povolání.

V Nemocnici Na Homolce, kde rovněž probíhal můj výzkum, byl v loňském roce proveden výzkum na cévním oddělení. Tento výzkum také nepotvrdil výskyt syndromu vyhoření v této organizaci. Je otázkou, zda je to způsobeno dobrými pracovními podmínkami v nemocnici. Někteří odborníci uvádějí termín „nakažená organizace“, pokud se v některé části organizace podniku objeví vyhoření, může se „nákaza“ šířit do celé organizace. V Nemocnici Na Homolce platí pravý opak, můj výzkum probíhal na různých odděleních a syndromem vyhoření netrpěl žádný z účastníků. V roce 2009 jsem v Neurocentru Nemocnice Na Homolce provedla průzkum v rámci své bakalářské práce. Při tomto průzkumu byla použita jiná dotazníková metoda a byla aplikována na jiný vzorek respondentů. Z výsledků tohoto výzkumu vyplynulo, že naprostá většina pracovníků Neurocentra netrpěla syndromem

vyhoření, pouze 2 osoby ze 49 účastníků průzkumu vykazovaly příznaky syndromu vyhoření. Vyššího skóre dosahovali respondenti vyššího věku a tedy s delší a praxí. Ve výzkumu, který jsem provedla v roce 2010, v rámci diplomové práce byly výsledky opačné. V průměru nejvyššího skóre dosahovaly sestry mladé s krátkou praxí. Přesto jsou výsledky výzkumu v Nemocnici Na Homolce velmi dobré a syndrom vyhoření se u zaměstnanců vyskytuje jen zřídka.

Zajímavou prací z roku 2008 je výzkum dr. Radkina Honzáka, který se zabýval syndromem vyhoření u personálu Psychiatrické léčebny v Horních Beřkovicích. Na dotazník Ch. Maslach-MBI v české verzi, mu odpovědělo 17 lékařů, 95 všeobecných sester a 60 pracovníků nižšího zdravotnického personálu. Práce přinesla vcelku příznivé výsledky, míra vyhoření se pohybovala u všech třech skupin zdravotníků pod hranicí většiny literárně uváděných údajů. Analýza věku a délky praxe ukázala, že nejvíce ohroženi jsou mladší pracovníci s kratší praxí, zatímco jako protektivní se jeví věk nad 60 let a praxe delší než 30 let. Jak už bylo výše zmíněno ve výzkumu, který byl proveden v rámci mé diplomové práce se tento jev také potvrdil. Mladší sestry dosahovaly vyššího skóre, než sestry starší. V souboru dr. Honzáka nemá na stupeň vyhoření významný vliv vzdělání, čili neobjevil se v jeho souboru významný rozdíl mezi jednotlivými profesními skupinami (Honzák, 2009). Naopak v mém sledovaném souboru se tento fakt jevil jako významný. Respondenti s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním dosahovali v průměru nižšího skóre, než sestry se středoškolským vzděláním.

Pro příklad bych ještě ráda uvedla výzkum, který byl proveden v zahraničí. V odborném článku v časopise *European Psychologist* z roku 2010 je prezentován zajímavý výzkum pracovního vyhoření a kvality života u 487 zdravotních sester v Řecku. Tato studie zkoumala, jak je vyhoření spojováno s pracovní neschopností. Použili dotazník Maslachové a kvalitu života zkoumali pomocí dotazníku SF 36. V článku popsali autoři zajímavé postřehy o krátkodobé pracovní neschopnosti, jako strategii pro úsporu fyzické energie, jako východisko z vyčerpání a alespoň krátkodobé vytržení ze stresového a konfliktního prostředí. Výzkum potvrdil, že úroveň vyhoření bylo signifikantním predikátorem krátkodobé pracovní neschopnosti u sester. Výsledky tak ukázaly, že vyhoření nemá vliv jen na kvalitu života sester, ale nese s sebou i ekonomické důsledky v podobě nákladů spojených s pracovní neschopností. To může

být důležitým námětem pro organizace, které hledají způsoby jak zlepšit produktivitu práce a jak snižovat náklady pomocí subjektivní pohody (well-being) sester (F. Anagnostopoulos, D. Niakas, 2010).

Jako poslední uvádím zajímavý průzkum jedné německé zdravotní pojišťovny z roku 2009. Vyplývá z něj, že každý třetí Němec si stěžuje na chronický stres. To však neznamená, že každý třetí občan trpí syndromem vyhoření. Všechny zdravotní pojišťovny však zaznamenávají výrazný nárůst počtu psychických onemocnění. Podle jiné studie se přibližně 800 000 zaměstnanců pravidelně „dopuje“ léky na zlepšení nálady, aby tím vykompenzovali stresovou zátěž a přitom si zachovali pracovní výkonnost. Závěry výzkumu odhalují, že vyhoření není totéž co stres. Dochází k němu v důsledku chronického stresu. Výsledek chronického stresu v mnoha směrech odpovídá fyzickým příznakům syndromu vyhoření. Tělesné symptomy vyhoření se dají vysvětlit pomocí závěrů vyplývajících ze zkoumání stresu a to tak, že stres je příčina a vyhoření důsledek. Syndrom vyhoření bývá způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou disbalancí mezi aktivitou a odpočinkem. Rovnováha mezi těmito dvěma póly bývá v případě syndromu vyhoření zpravidla narušena (Stock, 2010).

10. Navrhovaná řešení

Vzhledem k výborným výsledkům sledovaného souboru se zdá jako nejlepší doporučení pro organizaci, zachování stávající stavu. Většina sledovaných pracovníků je v zaměstnání spokojena. Oceňují snahu zaměstnavatele poskytovat zaměstnanecké benefity, možnost dalšího vzdělávání za podpory zaměstnavatele. Vzhledem k současnému ekonomickému stavu nemocnice, ale i celé České republiky, nebude možné zachovat zaměstnanecké výhody v takovém rozsahu jako dnes. Sníží se například o 50% odměna za odpracovaná léta ve zdravotnictví, zruší se příspěvek zaměstnavatele na penzijní připojištění a sníží se příspěvky na relaxační pobyty. Dalo by se očekávat, že by tento fakt mohl ovlivnit spokojenost všech zaměstnanců.

Také nedávná protestní akce lékařů „Děkujeme, odcházíme“ nepřispěla ke zlepšení pracovního prostředí. Mezi lékaři, kteří podali výpověď a těmi, kteří tak neučinili, panuje značné napětí. Určité tření vzniká i mezi lékaři a sestrami, což by mohlo v některých případech vést až ke konfliktům. Dovedu si představit, že tato vzájemná nevráživost by byla velkým problémem. Zaměstnavatel by rozhodně neměl nechat tuto situaci bez povšimnutí a snažit se případným konfliktům na pracovišti předejít. Vedoucí pracovníci by měli vytvářet podmínky pro týmovou spolupráci. Je jasné, že obě skupiny jsou na sobě závislé a jedna bez druhé by nemohla svou práci vykonávat.

Vedení nemocnici bych proto doporučila, aby se co nejvíce snažila zachovat příjemné pracovní prostředí a nutná opatření prováděla co nejšetrněji. Jen tak si může nemocnice zachovat vysoký standard poskytované péče a kvalitní a spokojené zaměstnance. Pozitivní pracovní prostředí má přímý vliv na zaměstnance a jejich pracovní výkon. Vedoucí pracovníci by se měli snažit vytvářet takové pracovní podmínky, které povedou ke spokojenosti všech zaměstnanců, ale i klientů (pacientů).

Posledním doporučením je i přes snižovanou rozpočtu a nutnosti škrtnů zachovat v co nejvyšší míře podporu vzdělávání. Celoživotní vzdělávání a neustále zvyšování kvalifikace je důležitým protektivním faktorem ve vztahu k syndromu vyhoření, proto považují za klíčová, aby podpora zaměstnavatel byla zachována v co nejvyšší možné míře.

11. Závěr

Téma syndromu vyhoření mě velice zajímá a mám i dobrý přístup k informacím, proto jsem si toto téma vybrala pro svou diplomovou práci. V Nemocnici Na Homolce, kde jsem prováděla výzkum, jsem několikrát pracovala jako brigádnice na různých odděleních. Během práce v nemocnici jsem se dostatečně seznámila s pracovním prostředím. Jako zúčastněný pozorovatel jsem si na vlastní kůži vyzkoušela náročnost práce ve zdravotnictví. Povolání zdravotní sestry i jiných zdravotnických pracovníků vyžaduje nejen velké fyzické, ale i psychické a sociální nasazení, což již samo o sobě s sebou nese vysokou míru stresu.

V teoretické části Diplomové práce jsem popsala a vysvětlila základní pojmy spojené se syndromem vyhoření, jako jsou stres, pomáhající profese, duševní hygiena, psychoterapie atd. Poznatky jsem čerpala z české odborné literatury, ale i ze zahraničních zdrojů.

Cílem empirické části je u náhodně vybraného vzorku zjistit, zda trpí syndromem vyhoření, v jaké míře a zda existují nějaké specifické odlišnosti u věkových skupin, u skupin s delší praxí a skupin s rozdílným pracovním zařazením. Dalším cílem bylo zjistit, jak jsou pracovníci informováni a spokojeni se vzdělávacími akcemi, které organizuje nemocnice a dostupnosti, nabídkou a možností dalšího celoživotního vzdělávání mimo nemocnici. Zdrojem pro empirickou část mé diplomové práce je výzkum, konzultace s klinickými psychology nemocnice a informace získané od pracovníků marketingového oddělení, kteří spolupracují s oddělením vzdělávání a mají péči o celoživotní vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví na starost.

Zjistila jsem, že bezprostřední ohrožení syndromem vyhoření nehrozí žádnému z respondentů. Pouze u velmi malé skupiny, šesti lidí se objevilo vyšší skóre, které naznačuje, že respondenti jsou ještě v pořádku, ale měli by více dbát na prevenci vyhoření (relaxace, vzdělávání, pohyb, zdravý životní styl, atd.). Nejvyššího průměrného bodového skóre dosahovaly sestry mladé, s nejkratší praxí, také u této skupiny se ukázala nespokojenost s prací. Na začátku výzkumu jsem si stanovila hypotézu, že sestry s delší praxí budou prožívat stav tělesného, citového a duševního vyčerpání.

Tato hypotéza se mi nepotvrdila, naopak sestry v nejnižší kategorii praxe, měli v průměru nejvíce bodů, čili k syndromu vyhoření měly blíže.

Hlavním cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly mezi dvěma skupinami sester. Mezi sestrami pracujícími v odborných ambulancích a sestrami z oddělení s intenzivní péčí. Stanovila jsem hypotézu, že sestry z intenzivní péče budou dosahovat v průměru vyššího skóre, než sestry z ambulancí. Tento předpoklad se mi potvrdil, sestry z intenzivní péče opravdu dosahovaly vyššího skóre, mezi sledovanými soubory existuje rozdíl skoro 10 bodů. Po spočítání dvouvýběrového t-test se však tento rozdíl ukázal jak statisticky nevýznamný, rozdíl to však je.

Dalším cílem bylo zjistit, jak jsou sestry spokojeny se vzděláváním v oblasti syndromu vyhoření, tak i se vzděláváním v organizaci obecně. Hypotéza, že sestry v Nemocnici Na Homolce jsou dostatečně informovány o syndromu vyhoření, se mi potvrdila. Zaměstnavatel pravidelně pořádá akce zaměřené na tuto problematiku a umožňuje svým zaměstnancům účastnit se akcí pořádaných i jinými institucemi. Protože z marketingového oddělení vím, že nemocnice velmi dbá o další vzdělávání zaměstnanců, předpokládala jsem, že sestry v Nemocnici Na Homolce jsou spokojeny s možnostmi dalšího vzdělávání, které jim organizace umožňuje. Tato hypotéza se mi potvrdila, naprostá většina účastníků výzkumu uvedla, že je spokojena se vzděláváním poskytovaným organizací. Organizace umožňuje sestrám studovat na vyšších odborných a vysokých školách. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním dosahovaly v průměru nižšího skóre, než sestry se středoškolským vzděláním. Z tohoto výsledku vyplývá, že se zaměstnavateli tato snaha vyplácí. Mít vzdělané, vyrovnané a sebevědomé zaměstnance, kteří jsou v dobré psychické i fyzické kondici, je jistě cílem každého zaměstnavatele, neboť tito zaměstnanci dosahují daleko lepších pracovních výsledků.

Nemocnice Na Homolce je špičkovým pracovištěm, které poskytuje péči vysokého standardu. Aby bylo možné tento standard udržet, je důležité, aby péče o zaměstnance ze strany zaměstnavatele byla konkrétní, pravidelná a dostupná. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že většina zaměstnanců je s možnostmi vzdělávání a celkově s pracovním prostředím, spokojená.

Je žádoucí, aby byl tento stav zachován, jedině tak se bude moci organizace stále řadit mezi špičková pracoviště, kde jsou spokojeni zaměstnanci i klienti, jak vyplývá z mnoha dotazníkových šetření, organizovaných například Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

12. Seznam literatury

- ANAGNOSTOPOULOS, Fotios; NIAKAS, Dimitris. Job Burnout, Health-Related Quality of Life and Sickness Absence in Greek Health Professionals. *European Psychologist*. 2010, 2, s. 132-141. ISSN 1016-9040.
- BALINT, Michael. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada, 1999. 336 s. ISBN 80-7169-734-6.
- BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006a. s. 9-12. ISBN 80-7013-439-9.
- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Psychologická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. 520 s. ISBN 978-80-7367-470.
- BENSON, Nigel. *Psychoterapie*. Praha: Portál, 2005. 176 s. ISBN 80-7367-005-4.
- BLATNÝ, Marek; DOSEDLOVÁ, Jaroslava; KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva. *Psychosociální souvislost osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 109 s. ISBN 80-86633-35-7.
- DOUBEK, Pavel. Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře. *Postgraduální medicína*. 2007, 8, 5, s. 57-60. ISSN 1212-4184
- DUFFACK, J. J. *Člověk za hranicemi svých sil*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 2007. 221 s. ISBN 978-80-206-0006-6.
- GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-302.
- HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-346-8.
- HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2005. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1
- HAWKINS, Peter, SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-715-9.

- HONZÁK, Radkin. *Aktuálně.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-02-04]. Aktuálně.cz - Blogy a názory. Dostupné z WWW: <<http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/radkin-honzak.php>>.
- HONZÁK, Radkin. *Radkin.estranky.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-02-04]. Dostupné z WWW: <<http://www.radkin.estranky.cz/clanky/burn-out.html>>.
- JÁNSKÁ, Hana. *Syndrom vyhoření*. Praha, 2009. 43 s. Bakalářská práce. Česká zemědělská univerzita.
- JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. 160 s. ISBN 978-80-7367-211.
- JEKLOVÁ, Marta, REITMAYEROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 31 s. ISBN 80-86991-74-1.
- KALLWAS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KEBZA, V. *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2009. 132 s. ISBN 978-80-213-1971-4.
- KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva. Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*. 1998, XLII, 5, s. 429-448. ISSN 0009-062X.
- KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření: Funkční duševní porucha*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 23 s. ISBN 80-7071-099-3.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
- KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva. *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 24 s. ISBN 80-7071-246-5.
- KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření - rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*. 2008, LII, 4, s. 351-365. ISSN 0009-062X.
- KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva. *Lícová strana vyhoření*. In ŘEHULKA, E., *Učitelé a zdraví*. 4. díl. Brno: Psychologický ústav, 2002, s. 125-128.
- KONDÁŠ, Ondrej; KRATOCHVÍL, Stanislav; SYŘIŠŤOVÁ, Eva. *Psychoterapia a reedukácia*. Martin: Osveta, 1985. 291 s. ISBN 70-034-85
- KOPŘIVA, Karel. *Lidské vztahy jako součást profese*. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.

- KOUKOLA, Bohumil; MAREŠ, Jiří. *Psychologie zdraví a kvalita života*. Brno: MSD, spol. s r.o., 2008. 101 s. ISBN 978-80-7392-074-6.
- KRAUS, Blahoslav; POLÁČKOVÁ, Věra. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 131 s. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. 280 s. ISBN 978-80-7367-568.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro; PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.69-551-3
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331.
- MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství n. p., 1984. Vysokoškolská učebnice pro studenty filozofických fakult oboru psychologie, 207s. ISBN 1440084.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 2004. 270 s. ISBN 978-80-200-0592-2.
- POTTEROVÁ, Beverly. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc: Votobia, 2005. 259 s. ISBN 80-7198-211-3.
- PRAŠKOVÁ, Hana; PRAŠKO, Ján. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9.
- RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.
- SERVAN-SCHREIBER, David. *Uzdravení bez léků: Cesta ze stresu, úzkosti a deprese*. Praha: Portál, 2005. 188 s. ISBN 80-7178-901-1.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.

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

ŠVINGALOVÁ, D. *Stres v učitelské profesi*. 1. vydání. Liberec:2000. ISBN 80-7083-382

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414.

VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. 1. vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

13. Seznam přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník zaměřeny na diagnostiku syndromu vyhoření

Příloha č. 2 – Pracovní prostředí a zaměstnanecké výhody v Nemocnici na Homolce

Vážení respondenti,

jmenuji se Hana Jánská a jsem studentkou 5. ročníku magisterského studia oboru Hospodářská a kulturní studia na České zemědělské univerzitě v Praze.

Tento dotazník je součástí mé diplomové práce, která se zabývá syndromem vyhoření u zdravotních sester. Dotazník je dobrovolný a anonymní. Informace, které z dotazníku získám, nebudou sdělovány nikomu nekompetentnímu.

Pokud máte zájem podílet se na mém výzkumu, odpovězte prosím na všechny otázky a pokuste se odpovídat co nejobjektivněji.

Předem Vám děkuji za spolupráci a ochotu.

Hana Jánská

1. část dotazníku

Zakroužkujte prosím Vaši volbu:

1- zřídka 2- občas ano 3- tak napůl 4- často ano 5- vždy

- | | |
|--|-----------|
| 1. Jsem unavený(á), i když mám dostatek spánku. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Jsem nespokojen(a) se svou prací. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Cítím se smutný(á) bez jasného důvodu. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Jsem zapomnětlivý(á). | 1 2 3 4 5 |
| 5. Snadno se rozčílím a utrhnu se na lidi. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Vyhýbám se lidem v práci i soukromí. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Mám potíže se spaním, protože mám starosti v práci. | 1 2 3 4 5 |
| 8. Jsem více nemocný(á) než dříve. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Můj přístup k práci se dá nazvat:
Proč se namáhat? | 1 2 3 4 5 |
| 10. Dostávám se do konfliktů. | 1 2 3 4 5 |
| 11. Moje výkony v práci nejsou nejlepší. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Piji alkohol a beru léky,
abych se cítil(a) lépe. | 1 2 3 4 5 |

- | | |
|--|-----------|
| 13. Hovořit s lidmi mne vyčerpává. | 1 2 3 4 5 |
| 14. Nemohu se soustředit na práci
tak jako dříve. | 1 2 3 4 5 |
| 15. Práce mě nudí. | 1 2 3 4 5 |
| 16. Pilně pracuji, ale nemám úspěch. | 1 2 3 4 5 |
| 17. Cítím se znechucen(a) ze své práce. | 1 2 3 4 5 |
| 18. Nerad(a) chodím do práce. | 1 2 3 4 5 |
| 19. Společenská zábava mě unavuje. | 1 2 3 4 5 |
| 20. Sexuální život nestojí
za vynaložené úsilí. | 1 2 3 4 5 |
| 21. Většinou se ve svém volném čase
dívám na televizi. | 1 2 3 4 5 |
| 22. Není toho moc, na co se ve své práci
mohu těšit. | 1 2 3 4 5 |
| 23. Práce mi dělá starosti i v době volna. | 1 2 3 4 5 |
| 24. Moje pracovní pocity zasahují
do mého soukromého života | 1 2 3 4 5 |
| 25. Práce se mi zdá bezúčelná. | 1 2 3 4 5 |

2. část dotazníku

Vámi vybranou odpověď, prosím zakroužkujte.

1. Víte o tom, že na vašem pracovišti probíhají vzdělávací akce zaměřené na oblast syndromu vyhoření?
 - ANO
 - NE

2. Jste spokojen/a s úrovní vzdělávání v oblasti syndromu vyhoření na vašem pracovišti?
 - ANO
 - SPÍŠE ANO
 - SPÍŠE NE
 - NE

3. Jsou podle vás možnosti vzdělávání (ve všech oblastech) ve vaší organizace dostatečné?
 - ANO
 - SPÍŠE ANO
 - SPÍŠE NE
 - NE

3. část dotazníku

Vámi vybranou odpověď, prosím zakroužkujte.

1. Věk
 - Do 30 let
 - 31 – 40 let
 - 41 – 50 let
 - 51 a více
2. Pohlaví
 - Muž
 - Žena
3. Délka praxe v oboru
 - Do 5 let
 - 6 - 15 let
 - 16 - 30 let
 - 31 a více let
4. Dosažené vzdělání
 - Středoškolské s maturitou
 - Vyšší odborné
 - Vysokoškolské
5. Pracovní zařazení
 - Ambulantní oddělení
 - Oddělení s intenzivní péčí (JIP, SIP, ARO)

Pracovní prostředí a zaměstnanecké výhody

V kolektivní smlouvě mezi zaměstnavatelem a odborovým orgánem z roku 2010 se zaměstnavatel zavázal, že bude pečovat o zaměstnance vytvářením dobrých sociálních podmínek a vhodným a bezpečným pracovním prostředím. V rámci péče o kvalifikaci zaměstnanců a jejich zvyšování a prohlubování, nemocnice poskytuje pracovní úlevy a hmotné zabezpečení podle obecně závazných právních předpisů. Zaměstnavatel umožňuje účast na studijních cestách i do zahraničí dle příslušné organizační směrnice. Zaměstnancům je umožněno v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb. získat potřebný počet kreditů z celoživotního vzdělávání. Nemocnice umožňuje účast v jazykových kurzech angličtiny, realizovaných v místě výkonu práce.

Vzhledem k tomu, že Nemocnice Na Homolce je akreditovaným pracovištěm JCI a skutečnost, že poskytuje péči zahraničním klientům, jsou tyto kurzy velmi oblíbené a navštěvované.

Významným firemním benefitem je otevření mateřské školky pro děti zaměstnanců nemocnice. Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči NNH Mgr. Eva Holá, MBA, vznik nového zařízení komentovala takto: "Naši pracovníci jsou odborníci ve své profesi a je naší prioritou zajistit jim kvalitní pracovní podmínky". Jen tak bude naše nemocnice patřit i nadále mezi prestižní zdravotnická zařízení."

V nemocnici je velmi dobře vybavené rehabilitační centrum se dvěma bazény, solnou jeskyní, kde jsou nabízeny cvičební a relaxační programy. Zde zaměstnanci mají možnost využít nabídek služeb v rámci relaxačního programu pro zaměstnance se slevou.

Dle Hospodářských novin ze dne 29. 11. 2010 se naše nemocnice umístila na prvním místě hodnocení Health Care Institute (HCI). Zvítězila v průzkumu spokojenosti pacientů, zaměstnanců a finančního zdraví nemocnice, který toto sdružení sestavilo. Toto ocenění je velmi motivující pro zaměstnance a je z toho patrné, že svoji práci dělají velmi dobře. Rovněž z tohoto průzkumu vyplývá, že zaměstnanci ke své nemocnici mají pozitivní vztah a váží si výborných pracovních podmínek. Je to jistě výsledek dlouhodobé práce managementu, zdravotnického personálu a ostatních zaměstnanců nemocnice, úročí se v něm snaha poskytovat pacientům výbornou a bezpečnou péči.