

Syndrom vyhoření u zdravotnického personálu v domově důchodců

Bc. Radomíra Hofmanová

Diplomová práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Radomíra HOFMANOVÁ**

Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Syndrom vyhoření u zdravotnického personálu
v domově důchodců**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování teoretické části práce, klíčové pojmy práce a jejich rozbor.
Stanovení cíle výzkumu, výzkumného problému, údaje o výzkumném souboru, volba
metod, provedení výzkumu.
Zpracování získaných dat a vyhodnocení výzkumu.
Přijetí odpovídajících závěrů.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. 2. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. Proti stresu krok za krokem. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0068-9.

RHEINWALDOVÁ, E. Novodobá péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

RUSH, D. M. Syndrom vyhoření. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8.

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Hana Vykopalová, CSc.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

17. února 2009

Termín odevzdání diplomové práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 17. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 13. 5. 2009

Radomír Radecký

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na problematiku zdravotnické profese v podmínkách domova důchodců. Práce se seniory má své charakteristické zvláštnosti a s tím i spojené vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření. Je spojena s respektováním lidské důstojnosti a individuality člověka, se zodpovědností za lidský život. Teoretická část se věnuje základním pojmům vztahujícím se k problematice syndromu vyhoření jako jsou zátěž, únava, stres, deprese, specifika zdravotnické profese v práci se seniory. Praktická část je zaměřena na zjištění úrovně informovanosti zdravotnického personálu o problematice syndromu vyhoření a souvislosti mezi délkou praxe ve zdravotnictví a rizikem vzniku syndromu vyhoření.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, zátěž, únava, vyčerpání, stres, deprese, zdravotnický pracovník, kvalita poskytované péče

ABSTRACT

Thesis is focused on issues of health professions in terms of retirement homes. Working with the elderly is characterized by its specificity and hence the associated higher risk of burn-up syndrome. It is associated with respect for human dignity and individuality of humans, with responsibility for human life. The theoretical part deals with basic concepts related to the syndrome, burn-up issues such as stress, fatigue, stress, depression, specifics of health professions to work with the elderly. The practical part is aimed at establishing the level of awareness of medical staff on issues of burn-up syndrome and the link between length of experience in health and risk burn-up syndrome.

Keywords: burnout, stress, fatigue, exhaustion, stress, depression, health professional, the quality of care provided

Motto:

„Bez práce celý život ztrouchniví, ale když je práce bezduchá, život se dusí a umírá“.

Albert Camus

Mé poděkování patří Doc. PhDr. Haně Vykopalové, CSc. za čas, odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mně poskytla při zpracování diplomové práce.

Další poděkování patří vrchní sestře domova důchodců paní Drahomíře Chytilové, za umožnění výzkumu a konzultace týkající se zdravotní problematiky.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci „Syndrom vyhoření u zdravotnického personálu v Domově důchodců“ zpracovala samostatně a citovala jsem použitou literaturu.

Bc. Radomíra Hofmanová

V Července dne 6. 5. 2009

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SYNDROM VYHOŘENÍ	13
1.1 HISTORICKÝ POHLED	13
1.2 ČINITELÉ VZTAHUJÍCÍ SE K SYNDROMU VYHOŘENÍ	15
1.2.1 Zátěž a stres jako negativní emocionální jevy.....	17
1.2.2 Únava ve vztahu k syndromu vyhoření.....	20
1.2.3 Deprese a syndrom vyhoření.....	22
1.3 SYNDROM VYHOŘENÍ JAKO POJEM A JEHO PŘÍZNAKY	24
1.4 PŘÍČINY VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍCH PRACOVNÍKŮ.....	26
1.5 FÁZE PROCESU SYNDROMU VYHOŘENÍ	28
1.6 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	31
1.6.1 Prevence na úrovni jednotlivce	32
1.6.2 Prevence na úrovni vnějšího okolí	33
2 PRÁCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A SYNDROM VYHOŘENÍ	34
2.1 PRACOVNÍCI V DOMOVĚ DŮCHODCŮ	35
2.2 SPECIFIKA PRÁCE ZDRAVOTNÍKŮ SE SENIOREM – UŽIVATELEM SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	37
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
3 DOMOV DŮCHODCŮ ČERVENKA	40
3.1 CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ A POSKYTOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	40
4 VÝZKUMNÁ METODOLOGICKÁ ČÁST	43
4.1 CÍL VÝZKUMU	43
4.2 VÝZKUMNÁ METODA.....	43
4.3 STANOVENÉ HYPOTÉZY A KATEGORIE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	44
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK	45
4.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	46
4.5.1 První část: Identifikační údaje o respondentech.....	46
4.5.2 Druhá část: Hodnocení interpersonálních vztahů.....	51
4.5.3 Třetí část: Hodnocení pracovní spokojenosti	57
4.5.4 Čtvrtá část: Informovanost o problematice syndromu vyhoření	62
4.5.5 Pátá část: Nejvíce zatěžující pracovní faktory a stres	68
4.6 VYHODNOCENÍ STATISTICKÝCH HYPOTÉZ A SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	73
ZÁVĚR	79
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	81

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	83
SEZNAM TABULEK.....	84
SEZNAM GRAFŮ	86
SEZNAM PŘÍLOH.....	88

ÚVOD

V souvislosti s demografickým vývojem, který ukazuje nárůst stárnoucí populace se otázka seniorů dostává do popředí společenských zájmů. Zejména potom péče o seniory, kteří nemohou zůstat v péči svých blízkých a musí využít nabídek sociálních služeb.

V Domově důchodců v Července se poskytuje seniorům komplexní ošetrovatelská péče prostřednictvím kvalifikovaných zdravotnických pracovníků, kterými jsou zdravotní sestry, sanitáři a rehabilitační pracovníci, i přes ekonomické tlaky a nové trendy v sociálních službách, jejichž cílem je redukovat zdravotnické pracovníky na minimum a převádět je na pracovníky v sociálních službách, jak se tak děje v současnosti v řadě podobných zařízení. K těmto změnám se přistupuje zejména proto, že se mění charakter poskytovaných služeb v těchto zařízeních. Proto se mění zejména náplň práce dříve ošetrovatelských pracovníků – sanitářů, dnes podle nové terminologie pracovníků sociální péče. Model, který zahrnuje především ošetrovatelsko - zdravotní péči, se mění na model poskytující komplexní zdravotně - ošetrovatelskou i sociální péči.

S rostoucími požadavky společnosti na kvalitu poskytovaných služeb ve zdravotnických zařízeních a organizacích poskytujících sociální služby, zároveň stoupají i nároky na jejich pracovníky. Stále více se začíná ukazovat, že zdravotnická profese je spíše posláním, neboť ne vždy jsou tito pracovníci za svou práci dostatečně ohodnoceni, ať už po stránce finanční tak po stránce společenského uznání. Nakonec tito pracovníci, kteří jsou v neustálém pracovním shonu a kteří přes samou péči o druhé, často zapomínají pečovat o své vlastní zdraví a sami tak nechtěně přehlíží první příznaky syndromu vyhoření.

Tématem diplomové práce je problematika syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků v domově důchodců. Náročnost této práce je zejména v psychických a fyzických nárocích na zdravotnické pracovníky. Práce se seniory, u kterých je omezena soběstačnost, objevuje se mobilita, demence, je jejich každodenní náplní. Jsou nuceni čelit značnému tlaku, jak ze strany rodin seniorů, tak ze strany zaměstnavatele. V sociálních službách se považuje za prioritní požadavek, potřeba a osobní cíl klienta. O potřebách zdravotnických pracovníků se však bohužel již moc nemluví. Prostředí, klienti se kterými pracují, únava, stresové situace, vztahy na pracovišti – všechny tyto faktory mohou vést k tomu, že tito pracovníci časem „vyhoří“.

Teoretická část diplomové práce se zabývá charakteristikou faktorů, které mají vliv na vznik syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků, specifiky zdravotnické profese v domově důchodců. Problematika syndromu vyhoření, jeho příčin, fází a projevů se popisuje na základě poznatků z literatury českých i zahraničních autorů.

Praktická část se zaměřuje na charakteristiku Domova důchodců v Července, poslání tohoto zařízení, charakter poskytovaných sociálních a zdravotnických služeb, na problematiku práce zdravotnických pracovníků v souvislosti s rizikem vzniku syndromu vyhoření a informovanost zdravotnických pracovníků o problematice syndromu vyhoření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

O syndromu vyhoření se autoři odborné, ale i populární literatury zmiňují teprve v posledních letech. V české odborné literatuře byl problém syndromu vyhoření uváděn spíše jen okrajově, zejména v literatuře, která se zabývala psychologií zdraví, psychoterapií a v jiné zdravotnické či lékařské literatuře. Prvním z českých autorů, který se začal syndromem vyhoření zabývat a rozpracoval ho v ucelené knižní podobě je Jaro Křivohlavý.

Z dalších českých autorů, zabývajících se touto problematikou a jejichž řady se stále rozšiřují je třeba alespoň uvést Vladimíra Kebzu a Ivu Šolcovou, jejichž studie o teoretických východiscích, diagnostických a intervenčních možnostech byla publikována v roce 1998 v Československé psychologii (Čs. psychologie, 1998, s. 429 - 448) a v neposlední řadě i Helenu Haškovcovou.

Haškovcová v roce 1994 poprvé uveřejnila ve zdravotnickém časopise Sestra článek vztahující se k této problematice (Haškovcová, 1994, s. 10 - 11).

Dá se říci, že se tento poměrně „mladý termín“ zejména v současné době dostává i do povědomí širší veřejnosti prostřednictvím literatury, zábavných časopisů, internetu, kde lze nalézt celou řadu orientačních testů, pomocí nichž se dá laicky zjistit míra vyčerpání, „vyhoření“ či míra náchylnosti ke stresu. Problematika syndromu vyhoření se stala součástí studijních materiálů a učebnic studentů, kteří se připravují na své budoucí povolání nebo také managerů v rámci jejich celoživotního vzdělávání. Na základě odborných výzkumů psychologů a psychiatrů, kteří se syndromem vyhoření zabývají lze konstatovat, že se zejména v posledních letech poukazuje na možnost vzniku syndromu vyhoření v souvislosti nejen se zaměstnáním, ale i v souvislosti se životním stylem, novými trendy ve společnosti. Problematika syndromu vyhoření dostává celospolečenský rozměr, začíná být stále více populárnější a o její narůstající zájem svědčí i to, že roste počet knih a článků, které se touto problematikou zajímají.

1.1 Historický pohled

Syndrom vyhoření již není pro nás v současnosti novým pojmem. Slýchá se o něm zejména v souvislosti se zaměstnáním, s pracovním vypětím a je zdůvodňován jako určitý následek dlouhodobé frustrace, kdy je jedinec permanentně a dlouhodobě vystavován zátěžovým situacím, které již není schopen zvládat a dospěje tak do stádia naprostého

vyhoření. Jeho osobnost se naprosto změní a stane se z něho člověk, který je naprosto apatický ke svému okolí, nesnášenlivý, hádavý a vztahovačný. Pokud se podíváme do hluboké historie dá se říci, že tento pojem v podstatě existuje již od nepaměti, ač se to zdá být neuvěřitelné.

První zmínku o „vyhoření“ můžeme najít již v Bibli jako tzv. „Elijášovo rozhodnutí“, což dokládá na různých písemných záznamech z historie například M.Rush ve své knize (Rush, 2003, s. 48).

Kromě tohoto zahraničního autora je třeba z našich autorů zmínit především J. Křivohlavého, který provedl čtenáře ve své knize historií tohoto pojmu. Křivohlavý ve své knize „Jak neztratit nadšení“ uceleně rozpracovává syndrom vyhoření nejen z hlediska pojmu jako takového, ale seznamuje nás i s jeho historickým vývojem. Z jeho pohledu do historie lze říci, že se první záznamy, týkající se syndromu vyhoření objevovaly u amerických psychologů v 70. a 80. letech 20. století. S tímto pojmem začal pracovat v literatuře americký psychoanalytik Herbert J. Freudenberger v letech 1974 – 1975. Freudenberger sám dlouhodobě prováděl pozorování tohoto jevu na dobrovolnících v pomocných profesích. Původně se termín burnout užíval pro alkoholiky, kteří ztratili zájem o okolní svět. V pozdějších letech se tento termín rozšířil i na toxikomany, kteří byli pro svou závislost na droze zcela lhostejní a bez zájmu. S celospolečenskými změnami se s tímto pojmem začali spojovat lidé, kteří byli schopni žít jen pro svou práci a byli jí tak opojeni, že je nic jiného nezajímalo. Pro tyto lidi se ustálil termín „workoholici“. Typickým příznakem byla i u nich naprostá apatie, stranění se druhých lidí, deprese, lhostejnost a vyčerpání. S vyslovením pojmu burnout se začaly objevovat i psychologické studie lidí, u kterých byla popisována existence syndromu vyčerpání (Křivohlavý, 1998, s. 45 - 46).

„Americký psycholog Faeber uveřejnil v r. 1983 seznam 1500 odborných pojednání, článků a knih, které byly věnovány v anglicky psané psychologické literatuře jevu burnout v době od r. 1974 do 1983. Dvojice amerických psychologů – Kleiber a Enzman v této přehledové práci pokračovala. Tito psychologové zjistili, že dalších 6 let, tj. od r. 1984 do 1990, bylo zveřejněno 1500 odborných pojednání o jevu zvaném burnout“ (Křivohlavý, 1998, s. 46 - 47).

Syndrom vyhoření se tak postupně dostává do popředí zájmu psychologů i psychiatrů. Počátky zájmu o problematiku, spojenou se syndromem vyhoření, spadají do oblasti zdravotnictví, kde se o tomto syndromu začínalo psát jako vůbec poprvé.

Zdravotnictví se považuje za jedno z nejvíce ohrožených oborů, ve kterém dochází k nadměrným zátěžím, z důvodů vysoké zodpovědnosti za lidské životy a požadavkům na pracovníky, ať už po stránce odborné či osobnostní. Teprve v posledních letech se ukazuje, že problematika syndromu vyhoření přestává být dominující pouze ve zdravotnické profesi, ale objevuje se i u jiných profesí. Za jediného společného jmenovatele pro všechny tyto profese, ohrožené vznikem syndromu vyhoření se však stále považuje práce s lidmi.

Křivohlavý zmiňuje další významnou osobnost, která se dodnes zabývá výzkumem v oblasti zdravotní a sociální psychologie, především syndromem vyhoření a stresem, individualizací a sociálními vlivy. Touto osobností je americká profesorka psychologie Christina Maslach, která je zároveň autorkou dotazníkové metody MBI (Maslach Burnout Inventory), užívané k odbornému vyšetření syndromu vyhoření. V našich podmínkách se s tématem syndromu vyhoření setkáváme především v posledních 10 letech a to zejména u pomáhajících profesí (Křivohlavý, 1998, s. 50).

Pojem syndrom vyhoření se stává určitým fenoménem současné společnosti. S ekonomickými a politickými změnami, s rozvojem nových technologií a způsobů komunikace ve společnosti rostou i požadavky na současnou populaci dospělých lidí. Musí se učit řešit nové problémy, odolávat celé řadě jak společenských tlaků, tak tlaků vycházejících z podstaty jejich povolání a pracovních požadavků. Stále více, než kdy jindy, je proto tato populace v měnících se společenských podmínkách vystavována větší míře riziku vzniku syndromu vyhoření. Proto je také žádoucí, aby byli pracovníci například v rámci seminářů, pořádaných zaměstnavatelem, seznamováni s problematikou syndromu vyhoření, jeho riziky, ale především s prevencí. Pro pracovníky se v domově důchodců v Července sice pořádají semináře zaměřené jak na tuto problematiku, tak na problematiku zvládnutí komunikace se seniory, problematiku zdravého životního stylu, nicméně si myslím, že důležité je zejména i udržování příjemného pracovního prostředí a podpora kolegiálních pracovních vztahů ze strany vedení organizace.

1.2 Činitelé vztahující se k syndromu vyhoření

Na vzniku syndromu vyhoření se podílí celá řada činitelů, které více či méně ovlivňují vznik syndromu vyhoření. Tyto činitele však nelze zaměňovat se samotným syndromem vyhoření, i když patří k negativním citovým jevům v životě člověka podobně jako syndrom vyhoření. Jedná se zejména o nadměrnou zátěž, stres, únavu, přepracovanost, nedostatek

volného času, nedostatek koníčků a mnoho dalších faktorů, mající vztah k osobnosti člověka, jeho sebepojetí, sebevýchově, způsobu života. Některé z nich proto stojí za to v souvislosti se syndromem vyhoření zmínit. Jedním z činitelů mající vztah k syndromu vyhoření je způsob trávení volného času ve vztahu k pracovnímu vytížení.

V souvislosti se současnými trendy ve společnosti, pro které je typický především vysoký pracovní výkon a vysoké pracovní nasazení, nutnost stále se přizpůsobovat novým požadavkům, se zvyšuje i tlak na člověka a jeho pracovní schopnosti. Je nucen, ať už dobrovolně, či povinně rozšiřovat své znalosti a vědomosti a propojovat je s dosavadními zkušenostmi v procesu celoživotního vzdělávání. Ne každý má chuť a energii se však stále sebevzdělávat. Je mezi námi spousta lidí, pro které je nutnost sebevzdělávání brána jako naprosté zlo, které ho ničí a vysiluje. Pro jiné je zase naopak vzdělávání, úspěchy v zaměstnání, dosažení určité životní úrovně, zásadním smyslem života.

Člověk se seberealizuje především v pracovním prostředí. Aby dosáhl určité požadované úrovně, kterou si sám nastavil, musí práci věnovat spoustu svého času i nad rámec svých pracovních povinností a jednoho dne potom zjistí, že se stává prací naprosto posedlý. Přestává mít čas na své přátele, omezuje svoje koníčky a záliby. Pocity klidu, pohody a uvolnění pro něj začínají být neskutečné, čím dál více je potlačována jeho přirozenost. Zjišťuje, že musí vynakládat větší množství energie na to, aby zmobilizoval své psychické i fyzické síly k výkonům, které ještě nedávno zvládal bez problémů. Začínají se dostavovat poruchy spánku, potíže se soustředěním, bolesti hlavy, bušení srdce, objevuje se i nervozita, nezáměr o své blízké. Tyto potíže není schopen ze sebe odventilovat, protože už neví, co je to volný čas, volnočasová záliba, která by mu pomohla zbavit se vnitřního napětí a problémů. A od tohoto stavu již není daleko k „vyhoření.“ Proto jsou volnočasové aktivity potřebné pro zdravý způsob života člověka.

Za obzvlášť potřebné aktivity spojené se zdravým způsobem života jsou například sportovní aktivity, kultura, upevňování přátelských vztahů, záliby a koníčky, při kterých se dosáhne odpočinku, relaxace a zbavení únavy. Všechny tyto aktivity přispívají k upevňování zdravého životního stylu, tolik potřebného pro psychickou a fyzickou pohodu. Tyto aktivity jsou však velice individuální, neboť jsou do značné míry ovlivněny hodnotovou orientací, motivací, vztahem k životu, k lidem, kteří jsou schopni poskytnout sociální oporu a určitou zpětnou vazbu. Nedostatek volného času, aktivit, koníčků a zálib se podílí na snížení odolnosti zvládat zátěžové situace a podílí se i zároveň na celkovém útlumu dalších životních

aktivit. Pokud se přidá i celková přepracovanost, únava organismu, pocity vlastní nepoužitelnosti, špatná nálada a fyzické vyčerpání, potom už je nutné, aby si člověk uvědomil, že někde „svítí červená,“ která musí rázně učinit stop jeho dosavadním aktivitám a dosavadnímu způsobu života.

Podobnosti a odlišnosti syndromu vyhoření od negativních jevů nebo onemocnění jako jsou například deprese či neurózy, popisuje v literatuře spousta zahraničních autorů. Pokud se však zaměříme na české autory lze vyjít opět z pojetí Křivohlavého, který předkládá určitý souhrn podobností a odlišností syndromu vyhoření ve srovnání s jinými negativními činiteli či onemocněními. Další čeští autoři, kteří se věnují problematice syndromu vyhoření se odkazují ve svých publikacích právě na Křivohlavého.

1.2.1 Zátěž a stres jako negativní emocionální jevy

Zátěž a stres patří k neodmyslitelným negativním jevům, které doprovází život každého člověka. Vždy však záleží na konkrétním jedinci, na konkrétní situaci jak se s těmito jevy dokáže vyrovnat. Ne vždy musí být zátěž a stres chápány v negativním slova smyslu. Zejména pokud v únosné míře působí na člověka jako určitý zdroj pro jeho aktivizaci a posiluje jeho umění zvládat tyto zátěžové a stresové situace v jeho prospěch, hovoříme o nich spíše v pozitivním slova smyslu. Na druhou stranu ne každý jedinec si dokáže jejich pozitivní stránku uvědomit a „vytěžit“ z ní něco pro sebe. Pro tyto jedince tedy představují spíše rizika. Se zátěžovými situacemi se člověk setkává v běžném životě a jsou jeho přirozenou součástí. To, že je člověk schopen tyto zátěžové situace zvládat, mu napomáhá k normálnímu rozvoji jeho osobnosti.

V běžném životě člověk totiž musí zvládat spoustu zátěžových situací, aniž by mu to činilo problémy. Jsou to různá drobná nedorozumění, chyby, hádky, opomenutí, zkrátka běžné životní každodennosti, pro které je člověk většinou nějakým způsobem vybaven tak, aby je bezproblémově zvládal. Za zátěž se obecně považuje soubor nepříznivých vlivů, které působí na člověka. Každý člověk má určité obranné mechanismy, kterými zátěž zvládá. Proto pokud se setká i s náročnější zátěží je schopen ji zvládnout a každé takovéto zvládnutí zátěže ho posouvá dál v jeho umění se s ní vyrovnat. Velmi zjednodušeně lze říci, že pokud se jedná o nadměrnou zátěž hovoří se už o stresu.

Hladký zátěž charakterizuje jako vyrovnávání se s požadavky, které jsou kladeny na jedince. Jedná se o obecný pojem, který označuje jakékoliv požadavky a rozhodující je

míra přiměřenosti a vyváženosti těchto požadavků. Zátěž se považuje pro jedince a jeho zdraví jak prospěšná tak i škodlivá, má proměnlivý charakter, závisí na schopnosti a vybavenosti jedince ji zvládnout.

„Podle charakteru působících podnětů a primárních reakcí uvádí Hladký tři druhy zátěže. Rozlišuje se biologická zátěž, kdy odpovědi organismu mají fyzikální, chemickou či biologickou povahu, organismus odpovídá primárně biologicky, psychické reakce jsou následné a druhotné. Dále potom fyzická zátěž, kdy odpovědi organismu je primárně svalová činnost, organismus funguje jako zdroj energie a svalová činnost se odráží v psychickém prožívání. V neposlední řadě je to psychická zátěž, kdy odpovědi organismu je primárně psychická reakce při zpracování a vyrovnání se s požadavky životních a pracovních situací. Psychické procesy vyvolávají tělesné reakce, které jsou druhotné. Psychická zátěž se dále člení na zátěž sensorickou, která souvisí s požadavky na činnost nervového systému, mentální zátěž, související s požadavky na pozornost, paměť, představitost, myšlení a rozhodování a emoční zátěž: související s vyvoláním citové odezvy“ (Hladký, 1999, s. 8).

V souvislosti se syndromem vyhoření je důležité zmínit zejména pracovní zátěž. Tato zátěž je spojena s pracovními podmínkami. Při určitých pracovních činnostech převažuje více činnost duševní, která bývá spojována s příjmem informací a jejich zpracováním nebo naopak více převažuje práce fyzického charakteru, spojená s činností svalů a s výdejem tělesné energie. Pokud je tuto zátěž člověk schopen zvládnout v rámci svých adaptačních schopností, hovoříme o přiměřené pracovní zátěži. Za nepřiměřenou pracovní zátěž považujeme přetížení (nadměrná zátěž) nebo jednostrannou zátěž (nedostatečnou zátěž). Některé profesní činnosti bývají více ohroženy v oblasti psychického zdraví, které se projevují zejména neurotickými poruchami, poruchami přizpůsobení, syndromem vyhoření. Můžeme tedy říci, že pracovní zátěž ve značné míře ovlivňuje vznik syndromu vyhoření (Hladký, 1999, s. 9).

Pokud bychom měli zmínit pracovní zátěž u zdravotnických pracovníků v domově důchodců jedná se o zátěž spojenou s péčí o seniory. Na pracovníky jsou kladeny fyzické požadavky, které souvisí s problematikou manipulace imobilních klientů. Vzhledem k tomu, že je ještě stále mnoho zařízení, která nedisponují vhodným zařízením pro manipulaci s těmito klienty, pracovníci bývají vystavováni značné fyzické zátěži. V tomto směru se ukazuje i nevýhoda, spočívající ve feminizaci této profese. Vystudovaní „zdatní“ zdravotničtí asistenti a není jich na pracovním trhu určitě dostatek, jsou zaměstnáni převážně v nemocnicích nebo

rehabilitačních centrech. I zde se ukazuje malý zájem absolventů škol o práci se seniory. U zdravotníků se po delší praxi v domově důchodců začínají objevovat potíže s pohybovým aparátem, vyskytuje se i větší nemocnost těchto pracovníků, což bývá následně spojováno s odchodem kvalifikovaných pracovníků do jiného zaměstnání. Kromě této zátěže jsou pracovníci vystavováni zátěži psychického charakteru, související se zabezpečením specifických potřeb seniorů. Při kumulaci obou zátěží je potom pracovník vystaven většímu riziku vzniku „vyhoření“. Za nezbytné se proto považuje, aby si zdravotničtí pracovníci uvědomili nezbytnost udržování se v dobré duševní a fyzické pohodě, zejména vzhledem k jejich životosprávě, nepřetržitosti provozu, pracovnímu přetížení, častějšímu výskytu zátěžových situací na pracovišti, ale také profesionální deformaci.

„Pojem „stres“ (angl. zátěž, břímě, tíseň, tlak) uvedl do vědecké terminologie fyziolog W.B. Cannon v r. 1914. Teorii stresu formuloval v r. 1936 kanadský endokrinolog H. Selye (studoval na pražské univerzitě). Dr. Hans Selye, (světová autorita zabývající se problémy stresu) definoval stres jako nespecifickou reakci na fyzické, mentální a chemické reakce těla“ (Křivohlavý, 2001, s. 167).

Stres se považuje za koření života, za něco, co přináší do života pozitivní změny. Proto se tedy určitá míra stresu považuje za užitečnou a nutnou pro zdravou existenci člověka. Za škodlivé se považuje pouze překročení určité hranice, která je pro každého jedince zcela individuální. Rozlišuje se pozitivní stres (eustres), který je označován jako stres z radosti, z výhry, z příjemných zážitků a negativní stres (distres), který vyplývá ze zoufalství, bezmocnosti, přetížení. Pro zabránění distresu je proto důležité pracovat především na své osobnosti, na umění získat kontrolu nad stresem. Stres se dále rozděluje podle míry stresové reakce. Jedná se o stres, který překračuje hranici adaptability člověka – hyperstres a stres, který sice nedosáhl hranice nezvládnutelnosti, ale dlouhodobým působením může dojít ke ztrátě schopnosti vyrovnat se stresem – hypostres (Křivohlavý, 2001, s. 171).

Podle Křivohlavého je stres součástí života člověka pokud nepůsobí dlouhodobě a pokud je přiměřený. V souvislosti se syndromem vyhoření bývá označován jako poslední fáze stresové odpovědi organismu, jako případ nepřiměřené zátěže. Stres se může objevit u každého člověka, syndrom vyhoření se však objevuje pouze u lidí, kteří jsou velmi intenzivně zaujati svou prací, mají vysoké cíle a očekávání a podstatou jejich činnosti je práce s lidmi. „Stres obvykle přechází v burnout, avšak ne každý stresový stav dochází do fáze celkového vyčerpání“ (Křivohlavý, 1998, s. 52).

Zvládání stresových situací je pro každého jedince zcela individuální a souvisí s jeho osobností. Každý člověk vnímá stres odlišným způsobem a to co je stresem pro jednoho, nemusí být stresem pro druhého člověka. Ukazuje se, že významnou roli zde hrají vrozené dispozice, životní zkušenosti, zdravotní stav a také již naučené způsoby zvládání stresových situací. Nemalou roli v životě pracovně aktivního člověka hraje pracovní stres. Zejména v souvislosti se zdravotnickými pracovníky, pečujícími o seniory je vliv tohoto stresu nemalý. Při práci se seniory jsou pracovníci vystavováni tlakům jak ze strany seniorů, tak ze strany rodin a společnosti. Mnohdy se totiž představy o tom, co by měl pracovník všechno ve vztahu k seniorovi zvládat, liší. To co pracovník považuje za podporu samostatnosti seniora, to zase rodinný příslušník považuje za nekvalitní péči a inspekce kvality zase například jako přílišné přepečovávání. Toto je jeden z příkladů který se považuje za určitý střet zájmů při práci se seniory mezi zdravotnickým pracovníkem a požadavky z „vnějšku.“ Konfliktní situace vznikají při práci se seniory téměř denně. Pracovníci jsou tak nuceni často překonávat konfliktní situace, při kterých musí uplatnit jak svou vůli tak i snahu překonávat pracovní problémy, mnohdy musí potlačovat i své potřeby a přitom nedávat na sobě nic znát. Konečný dopad potlačování těchto potřeb či ztráty ideálů na pracovníky se dá snadno domyslet.

1.2.2 Únava ve vztahu k syndromu vyhoření

Únava má těsný vztah k syndromu vyhoření. Každá profese, jejíž podstatou je práce s lidmi, se vyznačuje značným psychickým zatížením. Pokud se přidá například i směnný povoz o to více jsou pracovníci v této souvislosti vystaveni únavě, způsobené zejména změnou biorytmu a schopnostmi organismu se s touto změnou vyrovnávat.

Lze si totiž velice dobře představit „prostou únavu,“ která je vidět u pracovníka po dvanáctihodinové směně. Z takovéto únavy se však dá díky sportovní či jiné, méně aktivnější relaxaci vymanit a člověk po načerpání nových sil může zcela jistě i nadále plnit své pracovní povinnosti v rámci své profese. Proto je také velmi důležité, aby tito pracovníci vůbec uměli po práci odpočívat, uměli si stanovit priority tak, aby si na sebe a na relaxaci vůbec nějaký čas našli. Proto jsou pro tyto pracovníky velmi důležité zájmové aktivity a koníčky, což určitě souvisí i se zdravým životním stylem. Za nejhorší co mohou tito pracovníci udělat je považován stav, kdy pracovníci chodí unaveni do práce, což se potom projevuje neschopností soustředit se na práci, na chování vůči klientům, kteří se tak bohužel

stávají jakými hromosvody špatných nálad těchto pracovníků. Senioři, jak je znám ze svého pohledu a ze své pracovní pozice sociálního pracovníka jsou velmi citliví a vnímaví na sebemenší netrpělivost ze strany pracovníků. Práce s nimi vyžaduje od pracovníků obzvláště velkou trpělivost a mnohá skousnutí a ne vždy je jejich práce a snaha ze strany seniorů oceněna. A právě i s touto skutečností se musí pracovníci vyrovnávat. O to horší je takovéto „vyrovnávání“ pro pracovníky, kteří jsou unaveni. Mnohdy pak dochází ke komunikačním problémům mezi seniory a klienty, problémy se na sebe vrství a z celé této situace je krůček k problémům většího rozsahu, které jsou potom živnou půdou pro vznik samotného syndromu vyhoření.

Jak uvádí Křivohlavý, při syndromu vyhoření se vyskytuje únava, která patří stejně jako samotný syndrom vyhoření k negativním psychologickým zážitkům. „Ve srovnání se syndromem vyhoření má však únava spíše vztah k fyzické zátěži. Proto také z únavy, která vznikla fyzickou zátěží, se může člověk dostat odpočinkem či krátkodobou relaxací, což u syndromu vyhoření možné není. Na rozdíl od syndromu vyhoření není únava spojována s pocitem selhání a marnosti a není tak těžká“ (Křivohlavý, 1998, s. 53).

Bartošíková dále poukazuje na to, že u syndromu vyhoření má únava stálý charakter a bývá spojena s pocity viny a selhávání, bývá velmi negativní a tíživá. Některé únavové syndromy jsou velmi podobné syndromu vyhoření, zvláště pokud se u nich objevuje ztráta úcty k ostatním lidem. Při diagnostice bývá rozhodující zejména zjištění emocionálního vyčerpání, které je zásadním ukazatelem přítomnosti burnout (Bartošíková, 2006, s. 24).

Únava se považuje ve vztahu k zdravotnické profesi za její neoddelitelnou součást. Tato skutečnost je dána především zvýšeným duševním vypětím, směnným provozem, souvisejícím s narušením biorytmů. Pokud bychom projevy únavy promítly do vztahu zdravotnických pracovníků ke klientům - seniorům, určitě bychom i zde našli pochybení, která mohou zdravotničtí pracovníci způsobit. Jedná se o případy, kdy unavený zdravotnický pracovník není trpělivý, nedokáže vyslechnout seniorovy potřeby, chová se k němu odměřeně a odtažitě.

Práce se seniory je v tomto směru značně duševně vyčerpávající. Péče o staré lidi neznamená jen poskytování ošetrovatelské péče, ale znamená především vztah. Jedná se o vztah, který je založený na vzájemném respektování a podpoře co největší míry autonomie seniora. Zdravotnický pracovník je v tomto vztahu tím, který musí projevit určitou dávku

empatie, komunikovat podle určitých zásad, oprostít se mnohdy od svých pocitů antipatie, což přináší zase na druhou stranu duševní únavu, která se na pracovníka hromadí. Pracovník se tak potom lehce stane vyčerpaný, bez energie, kontakt s dalšími seniory ho unavuje, zatěžuje ho a mnohdy si raději vyhledává jiné náhradní pracovní činnosti, jen aby nemusel s nimi dále komunikovat. Největším rizikem nastává situace, pokud pracovník nedokáže po pracovní směně zregenerovat svoje síly, odpočinout si, zbavit se své únavy. Své únavové potíže potom přenáší na své okolí, začíná být podrážděný a svou rodinu, spolupracovníky i klienty začíná mnohdy neoprávněně vinit z nadměrně kladených požadavků vůči němu.

1.2.3 Deprese a syndrom vyhoření

Deprese a syndrom vyhoření mají mnoho společného, neboť deprese stejně jako syndrom vyhoření patří k negativním jevům, ovlivňující život člověka v jeho neprospěch. Moderní doba klade na člověka spoustu nových požadavků. Člověk chce být úspěšný, touží po materiálních i společenských jistotách, touží zvyšovat si svou životní úroveň. Na druhé straně však přestává mít čas na regeneraci, na péči o své vlastní zdraví, na své přátele, na koníčky. Ne každý člověk je však schopen se s těmito novými požadavky vyrovnat. Pokud budeme zvažovat i dědičné dispozice, zbývá mnohdy málo a výsledkem může být nemoc – deprese.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, desátá revize,) řadí deprese do skupiny F-nemoci duševní a poruchy chování. Praktický slovník medicíny označuje depresi za duševní stav, pro který je typický nadměrný smutek. Deprese může být součástí neurózy, psychopatie nebo reakcí na závažnou událost. V tomto případě se hovoří o reaktivní depresi. Deprese, které vznikají zdánlivě bez příčiny se označují jako endogenní deprese. Těžké deprese mohou být provázeny bludy, pro které je typické, že se nemocný často obviňuje absurdními vinami, což může vést i k sebevražedným pokusům. Somatické obtíže při depresi souvisí zejména se zažíváním, nechutenstvím, ranní nespavostí. Deprese se mohou vyskytovat samostatně nebo se střídají se svým opakem – maníí, maniodepresivní psychózou. Při léčbě se používají psychofarmaka – antidepresiva, velký význam v léčbě má i psychoterapie. Podstatou deprese jsou poruchy neurotransmiterů v mozku, zejména noradrenalinu, serotoninu a dopaminu. Tyto látky jsou zodpovědné za ovlivnění nálady a při jejich nedostatku vznikají depresivní stavy. Proto jsou tyto chybějící látky při onemocnění postupně dodávány formou psychofarmak, které pomáhají depresi rozpouštět (Vokurka, 2000, s. 78).

V akademickém slovníku cizích slov lze najít ještě doplnění slova deprese ve smyslu psychologicko – medicínském jako sklíčenost, skleslost, ochablost, stav projevující se pocitem smutku, úzkostí strachu, méněcennosti, ztrátou jistoty, zájmů, zpomalení životního tempa (Petráčková, Kraus, 2001, s. 154).

Vágnerová dále uvádí, že jedinec u kterého se deprese objevuje, bývá úzkostný, pesimistický a není schopen prožívat radost. Člověk trpí pocity méněcennosti, pocity viny, negativně hodnotí nejenom sebe, ale i své okolí a svou budoucnost vidí také značně pesimisticky. Málo komunikuje, je neschopen se soustředit se, má problémy s pozorností a učením. Dostavují se u něj také somatické potíže, projevující se například nechutenstvím, svíravými pocity na hrudi, nechutí pohybovat se, nechutí uspokojovat sexuální potřeby (Vágnerová, 2000, s. 192 - 193).

„Deprese může být vedlejším příznakem burnout, avšak může se vyskytovat nezávisle na burnout. Deprese má často úzký vztah k negativním zážitkům z mládí, které burnout nemá. Deprese se dá léčit farmakoterapeuticky, u burnout se to však dosud nepodařilo“ (Křivohlavý, 1998, s. 53).

Porovnáním těchto odborných pohledů, lze dospět ke společnému zjištění, že deprese je určitě výsledkem působení vnějších i vnitřních faktorů, k nimž neodmyslitelně patří jak dědičné dispozice tak činnost vnitřních žláz, či určitá „vybavenost“ člověka zvládat tělesnou a psychickou vyčerpanost. Z vnějších vlivů nelze opomenout i vliv ročního období, souvisejícího se vznikem depresivních nálad, kdy například podzim je typický pro zvýšený výskyt těchto nálad, vlivy sociálního prostředí, zhoršené sociální situace, vlivy z dětství.

Při depresi trpí člověk změnami nálad, smutkem, bývá podrážděný, unavený a také může trpět bolestivými stavy vnitřních orgánů. V těchto projevech by se také našly určité společné znaky se syndromem vyhoření, nicméně je pořád deprese posunuta zcela jiným směrem. Deprese má tedy zcela jistě některé společné projevy se syndromem vyhoření. Nicméně problematika tohoto onemocnění je tak široká a specifická, že pokud by se měla důkladně rozebírat a popisovat, bylo by to určitě námětem pro jinou diplomovou práci. Snahou bylo alespoň okrajově popsat depresi, vnést určitý pohled na toto onemocnění a jeho vztah k syndromu vyhoření.

V souvislosti se syndromem vyhoření se uvádí skutečnost, že deprese může vzniknout jak u lidí, kteří jsou intenzivně zaměstnáni prací, tak i u těch kteří nepracují téměř vůbec. Tato

skutečnost odlišuje depresi od syndromu vyhoření, který se projevuje pouze u lidí, kteří intenzivně pracují. Rozdíly lze hledat i ve způsobu léčby, neboť burnout je možné léčit i v samé jeho podstatě, kterou je především nalézání smysluplnosti života. Jak deprese tak i syndrom vyhoření znamenají pro člověka zásadní ohrožení a to jak v jeho postojích k sobě samému, ke svému zdraví, tak i k blízkému okolí. V obou případech však k nápravě potřebuje pomoc jak odborníků, tak především podporu svých blízkých – rodiny a přátel.

1.3 Syndrom vyhoření jako pojem a jeho příznaky

Mezinárodní klasifikace nemocí hodnotí syndrom vyhoření jako „poruchu“. Kategorie Z 73.0 - problémy spojené s obtížemi v uspořádání života. O syndromu vyhoření a problematice s ní spojené lze čerpat informace ve spoustě odborných i zábavných knih. Tato skutečnost je dána tím, že se o syndromu více hovoří a ukazuje se, že už je aktuálním tématem nejen u pracovníků v pomáhajících profesích, ale také u jiných profesí jako jsou například poštovní úředníci, právníci, pojišťovací referenti, úředníci. Nicméně jedno mají tato povolání společné a to je práce s lidmi. A právě práce s lidmi, neustálý kontakt s lidmi, kterým věnují maximum svého pracovního času, se pro ně stává tím nejrizikovějším faktorem pro vznik syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření se tak právem stal předmětem zájmu, neboť jenom tam, kde je zabezpečena i samotná péče a podpora personálu, tam je možné očekávat kvalitní přístup ke klientům, pacientům či uživatelům různých typů služeb, ať už zdravotních, sociálních, právních, ochranných a mnohých jiných.

Není zcela od věci na tomto místě uvést jak se na syndrom vyhoření dívají autoři, zabývající se tímto pojmem. Pokud by se měl hledat český ekvivalent slova burnout, znamenal by v českém jazyce „vyhořet“ nebo „vyhoření.“ Křivohlavý ho v této souvislosti označuje jako fyzické, emocionální a mentální vyčerpání (Křivohlavý, 1998, s. 45).

Tento stav úplného tělesného a duševního vyčerpání začne mnohdy člověk brát v potaz teprve tehdy, až nastanou nezvratné změny. Prvotní příznaky mnohdy člověk zpočátku vůbec nevnímá, potom následuje snaha je jakýmkoliv způsobem potlačit a nakonec dochází ke kompenzaci pomocí ještě většího množství práce. Člověk, který je tímto syndromem vyhoření bezprostředně ohrožen, si mnohdy neuvědomuje hranice mezi tělesnou slabostí a stavem vyhoření, zvláště pokud nechce vidět souvislost mezi příznaky a svým způsobem života.

Pro shrnutí lze uvést, že syndrom vyhoření se objevuje v profesích, které jsou založeny na intenzivní práci s lidmi – v tzv. pomáhajících profesích, které s sebou nesou značnou emocionální zátěž na pracovníka a jsou mnohdy neadekvátně hodnoceny. Prvopočátky tohoto jevu se dají nalézt již v osobnosti pomáhajícího pracovníka a jeho hodnotovém systému, v jeho sociálním cítění. Tím, že je syndrom vyhoření určitým výsledkem práce s lidmi, je chápán také jako problém v sociální sféře.

Široce ucelený přehled příznaků syndromu vyhoření předkládá Křivohlavý. Tyto příznaky lze rozdělit na skupinu subjektivních příznaků a objektivních příznaků. Skupina subjektivních příznaků se pro přehlednost rozděluje na úroveň psychickou a tělesnou. Psychická úroveň zahrnuje příznaky kognitivního charakteru, pro které jsou typické problémy spojené se ztrátou zájmu o práci, nechutí k práci, nezodpovědností, ztrátou pracovního nadšení. Člověk zaujímá negativní postoj nejen k sobě samému, ale i ke svému zaměstnavateli, ke společnosti, k životu. Objevují se u něj problémy se soustředěním a zapomínáním. V emocionální rovině je u člověka převaha depresivních nálad, sklíčenost a pocity bezmoci. Jeho chování je změněno, objevuje se agresivita, pocity nedostatku uznání, popudlivost. Tělesná úroveň zahrnuje výskyt vegetativních potíží jako jsou poruchy spánku, poruchy krevního tlaku, bolesti hlavy, zažívací potíže, dýchací obtíže, větší náchylnost k nemocem. Člověk se stává více unavitelným, jeho organismus je celkově vyčerpaný, je apatický. Objektivní příznaky se projevují především na úrovni sociálních vztahů. V této úrovni se projevuje i nárůst konfliktů mezi spolupracovníky na pracovišti. Objevuje se problém v komunikaci ve vztahu ke klientům i v rodinných vztazích. U člověka se výrazně projevuje nechuť k vykonávané práci, omezování kontaktů s klienty se svými kolegy, ztráta empatie (Křivohlavý, 1998, s. 51).

Výčet těchto příznaků syndromu vyhoření je považován za určité vodítko pro všechny, kteří se s tímto syndromem mohou setkat jak u spolupracovníků na svém pracovišti tak v podstatě i sami u sebe. V tomto případě však hrozí riziko určitého neobjektivního hodnocení, neboť jen málokdo je schopen si skutečně přiznat, že příznaky, které se u něj projevují a které si sám připouští, souvisí se syndromem vyhoření.

1.4 Příčiny vzniku syndromu vyhoření u zdravotních pracovníků

Zdravotnické povolání k velmi náročným povoláním jak po stránce psychické tak i po stránce fyzické. Vzhledem k tomu, že se za objekt této profese považuje člověk, který očekává od pracovníka profesionální přístup, očekává se od těchto pracovníků maximální nasazení, pozornost, trpělivost, znalost administrativních i odborných úkonů. Tento soupis požadavků na pracovníka v závěru může vyznívat, že pracovník není člověk, ale stroj. Proto je také pro tuto profesi podstatné především to, jaké má tento pracovník především osobnostní předpoklady pro toto povolání, které je spíše posláním než povoláním v pravém slova smyslu.

Osobnostní charakteristiky souvisí i přímo s výběrem zdravotnické profese. Pracovník si už totiž sám dopředu vybírá, který zdravotnický obor ho bude bavit, kterému se bude věnovat a kde nejlépe uplatní své osobnostní předpoklady. Faktem je, že pokud bychom se podívali na práci se seniory a geriatrii, určitě tento obor nebude zrovna zajímavý pro začínající sestřičky. Z vlastní zkušenosti mohu poukázat na skutečnost, že o práci v domově důchodců mají spíše zájem pracovnice, které už mají delší praxi ve zdravotnictví a mladé absolventky o práci se seniory zájem nemají. Souhrnně lze tedy říci, že pracovníci, kteří pracují se seniory by měli mít altruistické sklony, velkou trpělivost a uměli těmto lidem naslouchat. Při komunikaci se seniory je brát třeba zřetel na skutečnost, že u starého člověka se vyskytuje únava, poruchy smyslů, zpomalené reakce a pracovník by měl být na tyto skutečnosti připraven. Nebezpečí, která se skrývají v práci se seniory spočívají především ve stereotypu, ve skutečnosti, že současní klienti v domovech důchodců jsou v převážné většině imobilní, často trpící demencemi, vyžadující zvýšenou ošetrovatelskou péči. Navíc musí pracovníci často řešit konfliktní situace jak s rodinou klientů tak i mezi klienty navzájem. Všechny tyto faktory působí na zdravotní pracovníky silně zátěžově a pokud jim nechtějí pracovníci podlehnout, stojí je to velké úsilí a sebezapření, což však už může být pouhým krůčkem k „nastartování“ syndromu vyhoření. Za hlavní příčiny syndromu vyhoření lze tedy považovat, jak osobnostní charakteristiky jedince, tak vnější podmínky, vyplývající zejména z charakteru pracoviště.

Z hlediska zaměření na osobnostní charakteristiky se ukazuje, že syndrom vyhoření nejčastěji postihuje lidi, kteří jsou značně motivovaní, očekávají dosažení vysokých cílů. Jsou to lidé, kteří se do práce vrhají s vysokým nadšením, se zápalem, mnohdy s nesplnitelnými ideály a silně emočně angažovaní. K vyhoření u těchto lidí potom dochází zejména z důvodu nadměrného očekávání, které je mnohdy v rozporu s životní realitou. Dalšími typy lidí, kteří

jsou silně vystaveni vzniku syndromu vyhoření jsou lidé, kteří na sebe kladou příliš vysoké nároky a pokud si nesplní své vytyčené cíle, vnímají to jako osobní porážku. Zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření je též u lidí, kteří jsou nadměrně zodpovědní, úzkostliví, se sklony k perfekcionalismu. Přirozená touha po uznání a ocenění patří ke zdravé výbavě každého člověka, avšak touha po naprosté dokonalosti se stává rozhodující zejména u těchto perfekcionalistických lidí a její nedosažení se stává rizikovým faktorem.

Bartošíková uvádí příklad osobnostní charakteristiky, podílející se na vzniku syndromu vyhoření, „syndrom pomahače,“ charakteristický pro lidi, kteří cítí nutkavou potřebu stále pomáhat druhým lidem. Tuto potřebu často upřednostňují před svými vlastními potřebami a jejich vlastní sebehodnocení je založeno na užitečnosti pro druhé. U některých pracovníků se uvádí, že trpí tzv. spasilským komplexem. Od osobnostních charakteristik se odvíjí i odolnost vůči zátěži a stresu, která je dána konstitučně, ovlivňují ji také vývojové faktory a je možné ji trénovat. Reakce na zátěžovou situaci je dána naší vlastní zkušeností, fyzickou a psychickou výbavou, současným zdravotním stavem (Bartošíková, 2006, s. 25).

Osobnostní faktory podmiňující vznik syndromu vyhoření u zdravotnického personálu lze shrnout následovně. Společný jmenovatel tkví ve značně vysokých nárocích na sebe a cíle. Pokud jich není dosaženo, je brána tato skutečnost jako své osobní selhání. Další představy těchto pracovníků se opírají o skutečnost, že musí všechno zvládnout bez pomoci druhých a neustále upřednostňovat potřeby jiných lidí před svými vlastními. Nermalou měrou je za vznik syndromu vyhoření odpovědný i souběh pracovní zátěže a stresů z osobního života

V souvislosti s charakterem práce jsou zdravotničtí pracovníci pracující se seniory obzvlášť silně vystavováni emocionální zátěži. Jejich práce je založena především na vytváření vztahů mezi klienty, kterým poskytují pomoc a podporu a kterým pomáhají s adaptací na nové životní prostředí. Navázání vztahů je mnohdy problematické, dlouhodobé, velmi závisí na profesionalitě pracovníků, jejich trpělivosti, laskavém a citlivém přístupu a snaze odolávat počátečním překážkám. Vzhledem k tomu, že senioři umístění v domově důchodců berou tuto životní změnu jako značně zátěžovou, vůči pracovníkům se staví negativně, odmítají je, projevuje se u nich apatie a ztráta zájmu. Naopak na druhé straně, pokud se podaří překonat počáteční potíže seniorů s adaptací, navázané vztahy seniorů k pracovníkům se stávají spíše více emocionálními, více se na pracovníky fixují neboť tyto pracovníci jsou pro ně mnohdy bohužel těmi jedinými, kteří mají zájem je vyslechnout, popovídat si s nimi, pohladit je. Po takovémto dlouhodobém navázání vztahů se také velmi

často stává, že vztahy jsou ukončeny smrtí seniorů nebo jejich převezením na jiná specializovaná oddělení. Proti smutku se proto musí pracovníci bránit tím, že zůstanou chladnější, emočně se nebudou příliš angažovat a budou brát tyto smutné situace s profesionálním nadhledem a odstupem a ne vždy se to však daří. Tito pracovníci se musí neustále smířovat s faktem, že výsledek jejich práce bohužel není vůbec vidět, že často vidí jen upravená prázdná lůžka s hromádkami oblečení a osobních věcí seniorů, čekající na převzetí od příbuzných. Jsou smířeni se skutečností, že na tato lůžka už bohužel zase čekají jiní senioři a celý koloběh emocí, snah a trpělivosti bude začínat zase znovu. O to více je pro ně smutnější, když za svou práci neuslyší někdy ani slovo děkuji, o společenské prestiži těchto pracovníků nemůže být ani řeč.

Venglářová řadí k pracovním faktorům, podílejícím se na syndromu vyhoření, zejména špatnou komunikaci mezi spolupracovníky, neschopnost řešit konflikty, spory a nedorozumění, nadměrné požadavky na pracovníky a jejich nadměrnou odpovědnost, nedostatek personálu a jeho nedostatečné finanční ohodnocení, nedostatek důvěry ze strany klientů či nadřízených, nedostatečné profesní uznání a frustrace z nedostatku ocenění ve společnosti, nejasně určené kompetence a problémy s autoritou (Venglářová, 2007, s. 80).

Jestliže všechny tyto příčiny syndromu vyhoření shrneme, lze říci, že nikdy syndrom vyhoření nevznikne bez určitého varování. Otázkou je, jak moc jsou pracovníci, ale i jejich okolí vnímaví k těmto varovným signálům. Důležitá je proto především podpora a pomoc, pokud u některého z pracovníků jsme vůbec schopni rozpoznat počínající problémy. Nemalou oporou je bezesporu podpora ostatních spolupracovníků a širšího vedení, vycházející ze zásad týmové spolupráce.

1.5 Fáze procesu syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření nevzniká během krátké doby. Vzniká pomalu a postupně v několika fázích, jako výsledek dlouhodobého několikaletého působení negativních stresových podnětů v souvislosti s pracovním procesem. Následky přichází také postupně a plíživě. U pracovníků se postupně ztrácí prvotní nadšení pro práci a vlastní seberealizaci, poté se přidává ztráta zájmu o klienty, kteří začínají být pracovníkům spíše na „obtíž“. V neposlední řadě se přidávají změny nálad, skleslost, smutek, ztráta sebedůvěry a pocity vnitřní prázdnoty. Negativní projevy se začínají směřovat k rodinným příslušníkům a dochází k přenášení pracovního stresu do rodinného prostředí. Členové rodiny, zaznamenávají, že se s jejich

blízkým něco děje, že u něho dochází k častému ventilování špatných nálad, je podrážděný, hádá se, nemá o nic zájem a uzavírá se sám do sebe. Pracovníci si často sami nestačí ani povšimnout, že se změnil jejich vztah k blízkým, k lidem se kterými pracují i k samotné práci. Mnohdy si této změny mezi prvními všimnou teprve jejich spolupracovníci nebo nadřízení, neboť tito pracovníci se snaží svou únavu, vyčerpanost, nervozitu, slabost, bolesti hlavy, poruchy spánku a jiné subjektivní potíže zpočátku před svými blízkými tajit. Často si nechtějí připustit, že nějaké potíže vůbec mají a dát tak vůbec najevo, že si sami vlastně nedokáží pomoci a že jsou již ve stádiu, kdy potřebují vyhledat pomoc zvenčí. Pracovníci si neuvědomují, že tyto jejich potíže mohou souviset s jejich vztahem především k sobě samým, ke svému způsobu života a životnímu stylu, na jehož zdravý průběh by si měli dohlížet především oni sami.

Syndrom vyhoření probíhá v několika různých fázích a má dynamický děj, který má v určitém čase svůj začátek, průběh a výsledný stav. V literatuře se setkáme s různým členěním a označením názvů a počtů jednotlivých fází syndromu vyhoření. Hans Selye, na základě svých studií o stresu označuje syndrom vyhoření za výsledek procesu, který nazval GAS – General Adaptation Syndrom. V českém překladu se jedná o „obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi.“ Proces syndromu vyhoření rozděluje Selye do třech fází z hlediska stresu. V první fázi se objevuje působení stresoru, poté následuje zvýšení rezistence organismu a ve třetí fázi se dostavuje vyčerpání rezerv a obranných možností. Právě v této třetí fázi zařazuje i průběh syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998, s. 60).

Dalším z přístupů ke stanovení fází syndromu vyhoření je model Christiny Maslach, která rozeznává čtyři základní fáze vyhoření. V první fázi je podstatné idealistické nadšení a zaujetí pro práci, zároveň však spojené s dlouhotrvajícím přetěžováním. Ve druhé fázi se dostavuje emocionální a částečně i fyzické vyčerpání. Ve třetí fázi se objevuje dehumanizace vnímání okolí jako obranného mechanismu před vyhořením. Čtvrtá fáze se označuje jako terminální stádium, ve kterém dochází k úplnému vyčerpání, naprosté lhostejnosti, negativismu a nezájmu (Křivohlavý, 1998, s. 61).

Ve srovnání s některými dalšími autory, kteří popisují fáze syndromu vyhoření do větších podrobností a rozdělují ho do většího počtu fází, já osobně považuji model Christiny Maslach za nejprůhlednější a nejjednodušší pro pochopení. Jednotlivé fáze například specifikuje ve zdravotnické praxi i Bartošíková, která se touto problematikou zabývá (Bartošíková, 2006, s. 31 – 33).

V praxi lze popsat fáze syndromu vyhoření z pohledu pracovníka následovně. V první fázi je pracovník, který začíná ve své profesi pracovat, nadšený pro práci, plný energie a nových nápadů. O své práci má mnohdy zkreslenou představu, je přesvědčený, že pokud bude pomáhat všem, tak se mu to vždy podaří. Ve svém životě staví práci nejvýše na svém hodnotovém žebříčku. Pro klienty má pochopení, je vstřícný, laskavý, snaží se jim vždy a ve všem vyhovět.

V této fázi však již může dojít k přetěžování pracovníka, on sám nemusí odhadnout hranice svých možností a přeceňuje tak své síly. Svě starší kolegy vidí jako málo aktivní a oni zase naopak jeho jako příliš aktivního a proto mu i někteří rádi přenechávají svou práci (Bartošíková, 2006, s.31).

Záleží už potom především na něm, jak je schopen bránit se negativnímu působení jak ze strany kolektivu tak i samotných klientů. Fáze nadšení může trvat i dlouhou dobu, vše je ovlivněno zejména dobrými kolegiálními vztahy a vzájemnou podporou pracovníků.

Ve druhé fázi dochází u pracovníka postupně ke ztrátě prvotního nadšení a určitému vystřízlivění. Mnohdy se mu nedaří realizovat jeho představy, dostavuje se nespokojenost, práce se pro něj stává všední, rutinní a není již v popředí jeho zájmu.

Pracovník začíná více přemýšlet o tom, co bude dělat ve svém volném čase po pracovní době, o svých zájmech a zálibách. Nastávají situace, že jeho vynaložená práce nepřináší vždy očekávaný výsledek, pracovník je více citově i fyzicky vyčerpán a proto začíná i slevovat ze svých počátečních nároků (Bartošíková, s. 32).

Mění se také jeho vztah ke klientům, od kterých už po svých zkušenostech nemůže očekávat pouze laskavé chování, ale také nevděk i určité zneužívání jeho ochoty. Klienti i jeho příbuzní ho začínají svými požadavky obtěžovat a musí se více přemáhat, aby k nim byl milý a laskavý. Přesto všechno pracovník i v této fázi může stále dobře pracovat, osobně se rozvíjet a spokojeně žít, zejména pokud má kolem sebe dobré rodinné i pracovní zázemí.

Ve třetí fázi již pracovník není ochoten udělat v práci něco navíc, pracovat nad rámec svých povinností, snižuje se jeho pracovní výkon.

Je stále nespokojený se svým platem, všechny a všechno ve své práci kritizuje dochází ke konfliktům s nadřízenými i se spolupracovníky, straní se vzájemné komunikaci, izoluje se od svých spolupracovníků. Jeho vztah ke klientům se také výrazně změnil a vnímá klienty značně negativně (Bartošíková, s. 33).

Začíná se zabývat otázkami smyslu pomoci klientům a uvažuje i o tom, zda si zvolil správnou profesi. I v této fázi má však pracovník možnost pokusit se o změnu a to zejména dalším sebevzděláváním, větší snahou zapojit se do týmu a spolupracovat s ostatními při plnění svých pracovních povinností či přejít na jiné pracoviště. Pokud se o změnu nepokusí nebo pokud se změna nezdaří dostává se do terminální fáze syndromu vyhoření.

V terminální fázi se pracovník ocitá ve stadiu naprostého vyčerpání, ztratil zcela smysl své práce. Práci vidí pouze jako zdroj obživy a už ho nijak jinak neuspokojuje. Odcizil se naprosto svému okolí, svým spolupracovníkům, klientům i svým nejbližším. Klienty vnímá jako nevděčné, stále něco vyžadující, mluví o nich neosobně a urážlivě, stává se cynickým. Ztratil smysl života a veškerou motivaci, úctu ke svému životu i životu druhých. Je vyčerpán po stránce fyzické, psychické i emocionální a dostávají se zdravotní problémy. Mluví sice o změně, ale sám již není schopen jakoukoliv změnu udělat. Pracovník žije v napětí, vše ho nadměrně zatěžuje a neví si rady sám se sebou ani se svými problémy, které ho trápí.

Z dostupné literatury je tedy možné se dočíst o různých fázích syndromu vyhoření. Všechny tyto fáze a stanoviska různých autorů však mají společného jmenovatele, kterým je možnost zastavit tento proces v podstatě v každé fázi jeho vzniku. Této včasné zástavy lze dosáhnou změnami, které spočívají v úpravě vnějších, zejména pracovních podmínek, či osobní změnou svého chování, založenou zejména na aktivním přístupu ke svému zdraví, životosprávě, aktivnímu pohybu, relaxaci a umění odpočívat. Vždy je ale nejlepší pokud se podaří příznaky syndromu vyhoření rozpoznat a zastavit tak celý proces hned v počátečních fázích. Pokud se už dostaví poslední fáze, bývá cesta zpět velmi složitá.

1.6 Prevence syndromu vyhoření

Pokud jsou známe příčiny syndromu vyhoření je možné hledat i cesty k jeho prevenci a léčbě. Stejně tak jako samotné příčiny vychází z osobnostních charakteristik jedince a charakteristik vnějšího prostředí, můžeme i prevenci směřovat jak do oblastí vnějšího okolí jedince tak i na osobní úroveň samotného jedince. Už ze samé podstaty syndromu vyhoření, která je známá jako nesoulad mezi pracovním očekáváním a skutečnou pracovní realitou, vyplývá i orientace preventivních opatření. V rámci prevence je tedy potřeba upozorňovat předem na tuto problematiku nejen pracovníky, kteří jsou potencionálně ohroženi nejvíce, ale také nadřízené pracovníky, kteří mohou v rámci organizačních opatření na pracovišti

příspěť ke zlepšení pracovních podmínek, komunikace na základě vzájemné důvěry a spolupráce a v neposlední řadě zmírňovat vznik konfliktních situací na pracovišti.

1.6.1 Prevence na úrovni jednotlivce

Pro každého jedince je typický soubor určitých osobnostních charakteristik, který ho více či méně předurčuje k náchylnosti vzniku syndromu vyhoření. Nejvíce syndrom vyhoření postihuje jedince, kteří jsou velmi citliví, empatičtí, obětaví a idealističtí, kteří pro druhé nevidí sebe a svoje potřeby. Prevence na úrovni jednotlivce spočívá především v uvědomění si potřeby vlastního zdraví a nutnosti o ně pečovat. Předpokladem je tedy především zdravý životní styl, založený na pozitivním přístupu k životu. Jedinec si musí uvědomit, že nejen práce mu dává životní naplnění, ale jsou to také koníčky, záliby, které mu napomáhají v relaxaci a dodávají mu energii pro jeho další fungování. Také dodržování určité psychohygieny má nemalé preventivní účinky. Spočívá v dodržování spánkového režimu, zdravého stravování, aktivního pohybu, který může být provozován jak sportovními aktivitami, tak i chůzí, vycházkami do přírody, procházkami se psem, prací na zahradě. Jako další preventivní rada se jeví také vytváření a udržování vztahů s přáteli, kteří ho podpoří, poradí mu, dokáží naslouchat jeho problémům, ale také s ním dokáží trávit i jeho radostné chvíle. V neposlední řadě je i určitým preventivním krokem získávat nové zkušenosti, věnovat se novým zálibám, vyzkoušet některé vzdělávací aktivity jakými jsou například jazykové kurzy, kurzy vztahující se k jeho profesi nebo studium, kterým si zvyšuje či doplňuje svou kvalifikaci.

Jedinec by se měl orientovat na zdravý životní styl, smysluplný život, volnočasové aktivity, podporu mezilidských vztahů, na celoživotní vzdělávání jako určitou ochranu před životním stereotypem. Měl by sám hledat, co mu dělá v životě radost, co mu dává sílu překonávat životní nástrahy. Nemalou měrou k prevenci přispívá i určité zmapování svého okolí, svých přátel, kteří mu mohou pomoc a kteří ho podpoří pokud bude třeba. Je důležité, aby měl sám zmapované situace jak se vyrovnávat se zátěžovými životními situacemi, které se mu již v minulosti osvědčily a které může znovu použít. Využití těchto životních zkušeností je pro něj přínosem, neboť díky nim už ví jak na tyto situace reagovat, jak jim včas předcházet a nenechat je dojít až do krajnosti. Zvládnutí zátěžových situací posiluje jeho sebevědomí a působí jako výrazný preventivní prvek proti syndromu vyhoření.

1.6.2 Prevence na úrovni vnějšího okolí

Za vnější okolí kde je možné působit preventivně proti syndromu vyhoření považujeme zejména sociální okolí jedince a pracoviště kde jedinec pracuje. Sociální oporu jedinci poskytuje především jeho rodina, přátelé, ale také jeho spolupracovníci. V prevenci je velmi přínosné pokud má jedinec vytvořenou síť přátel, kteří mu dokáží naslouchat a dodat mu energii. Na úrovni pracoviště je vhodné rozvíjet pozitivní komunikaci mezi pracovníky, zlepšovat pracovní prostředí, podporovat profesní rozvoj zaměstnanců.

Bartošíková zmiňuje význam organizace, která by měla předcházet syndromu vyhoření u svých pracovníků, neboť jen tak může svým klientům nabídnout opravdu kvalitní pomoc a služby prostřednictvím spokojených a pohodových zaměstnanců, kteří se plně věnují své práci. Pro organizaci by měla být samozřejmá podpora týmové spolupráce. Výsledkem této spolupráce na pracovišti je příjemná a pohodová atmosféra, vzájemná podpora a důvěra, pocit z dobře vykonané společné práce a mnohdy také větší pracovní výkon než při individuální práci. K dalším preventivním krokům na úrovni organizace patří podpora růstu pracovníků zejména v oblasti vzdělávání, rozpoznání zdrojů stresu, zvýšení podílu pracovníků na rozhodování. Významnou úlohu v prevenci hrají i supervize, které jsou zaměřeny na podporu kvality práce, vzájemné spolupráce a zlepšení situace na pracovišti. Supervize se zaměřuje nejen na jednotlivce, ale i na celé pracovní skupiny. Řeší se při ní konkrétní pracovní problémy, pracovní úkoly a otázky vzájemné spolupráce. Pravidelně a odborně prováděná supervize patří k preventivním opatřením, která může organizace učinit proti syndromu vyhoření. Otázkou však zůstává jak pracovníci pomoc supervizora zhodnotí a zda pro ně bude přínosem (Bartošíková, 2006, s. 50).

I když se v řadě zaměstnání vytváří programy na podporu rozvoje pracovníků myslím si, že pořád jsou zde v tomto ohledu značné rezervy. Najde se sice řada pracovišť, která poskytují svým pracovníkům široké spektrum výhod a programů na jejich podporu zdraví a regeneraci, ale pořád jsou spíše výjimkou. V zájmu každého zaměstnavatele by měla být péče o své pracovníky prioritou, neboť jen tak bude mít ve svém pracovním týmu pracovníky, kteří budou schopni odvádět kvalitní práci a zvládat nové nároky na práci. Vedení v organizaci by si mělo uvědomit psychickou i fyzickou náročnost, která je kladena na pracovníky zejména v pomáhajících profesích. Je potřeba, aby dokázalo ocenit práci těchto pracovníků, vytvářelo na pracovišti přátelskou atmosféru, která by eliminovala výskyt neprofesionálního chování pracovníků vzájemně mezi sebou i ve vztahu ke klientům.

2 PRÁCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A SYNDROM VYHOŘENÍ

Zdravotnická profese je profesí, na kterou jsou kladeny vysoké požadavky na výkon, spolehlivost a zodpovědnost ze strany pracovníků. Zdravotničtí pracovníci jsou vystaveni v obzvlášť velké míře zátěžovým situacím a jejich problematické zvládnání nebo i nezvládnutí, vede nezvýšenému riziku vzniku syndromu vyhoření. Kromě svých běžných pracovních povinností by měli být při jejich plnění stále usměvaví, laskaví a ochotní pomáhat a naslouchat potřebám svých klientů se kterými pracují, ať už to jsou pacienti v nemocnicích, či klienti v ústavech léčebných nebo senioři v domovech důchodců. Tito klienti jsou velmi vnímaví na jejich chování a citlivě reagují na sebemenší nevhodné jednání těchto pracovníků. Jejich práce není jen běžným plněním pracovních povinností, ale především vztahem, založeném na oboustranné důvěře mezi klientem i jeho rodinou. Tento vztah důvěry je umocňován skutečností, že zdravotnický pracovník při plnění svých pracovních povinností zasahuje do intimity klienta, vstupuje do jeho osobní zóny a proto musí velmi citlivě přistupovat ke klientovým potřebám a akceptovat jeho lidskou důstojnost. Proto také nevhodné chování ke klientům určitým způsobem přispívá k devalvací tohoto povolání v očích klientů i společnosti.

Každé povolání, které je spojeno se zdravím člověka, ochranou zdraví, s nemocemi, potížemi, které s sebou přináší stárnutí, je na předních místech zájmu veřejnosti a pro zdravotnickou profesi to platí obzvlášť. Zároveň však patří pracovníci v této profesi, do skupiny rizikových skupin, které jsou značně ohroženi vznikem syndromu vyhoření

Profese zdravotnického pracovníka prochází v posledních letech celou řadou změn, vycházejících ze společenských potřeb. Kromě hlavních ošetrovatelských funkcí se přidávají i nové povinnosti a odpovědnosti, které vycházejí z jejich profesní činnosti. Do popředí se dostávají otázky vztahu veřejnosti k této profesi, prestiže této profese, otázky míry respektování odbornosti zdravotnických pracovníků. Zdravotničtí pracovníci musí splňovat a udržovat určité standardy péče, které si vyžadují neustálé doplňování vědomostí a dovedností.

U zdravotnických pracovníků se setkáváme s větší mírou psychické, emocionální a sociální zátěže a stresu, než je tomu u jiných profesí. Mnohé faktory působí dlouhodobě a skrytě a způsobují tak vznik zejména psychických potíží. Nadměrný stres zhoršuje samotnou

produktivitu práce a zhoršuje zdravotní stav zdravotníků, což se potom odráží i na jejich vztahu k rodině, spolupracovníkům i blízkému okolí. V porovnání s ostatními pomáhajícími profesemi patří zdravotničtí pracovníci k těm, kteří jsou nejčastěji v kontaktu s klientem. Jsou s ním když ráno vstává, spí, provádí hygienu, jí, potřebuje pomoci s jinými úkony. Zasahuje do jeho intimní zóny, do které běžně smí jen jeho nejbližší, je často svědkem jeho bolesti, trápení bezmoci. Vztah klient - zdravotník tak může být nejen velmi blízký a důvěrný, ale na druhé straně i značně komplikovaný a konfliktní (Bartošíková, 2006, s. 7).

Zdravotnická profese s sebou přináší celou řadu psychických zátěží jejichž důsledkem je vznik mnohých onemocnění zejména pak syndromu vyhoření. Vysoké nároky na tyto pracovníky způsobují značnou zátěž v podobě různých onemocnění, stresů a požadavků na soustavné vzdělávání a vysoké pracovní nasazení těchto pracovníků. Zásadní motivací pro zdravotnickou profesi je snaha pomáhat lidem, kteří jejich pomoc potřebují. Tuto svou profesi začínají vykonávat s velkým nadšením a ideály a teprve léta praxe jim mnohdy ukazují pravou tvář této profese – nutnost velkého emočního nasazení, velký pracovní výkon a malou společenskou prestiž této profese. Mnohdy však vzniká nepoměr mezi tím co pracovníci do práce investují a konečným ziskem. Pomáhající pracovník často ze sebe více vydává než dostává, je přetížen množstvím lidí o které se stará, nenaplnují se jeho očekávání a snadno potom dochází k syndromu vyhoření.

2.1 Pracovníci v domově důchodců

V domově důchodců jsou seniorům poskytovány sociální služby, které zahrnují sociální péči a komplexní zdravotně-ošetrovatelskou péči, jejichž cíle vyplývají z individuálních potřeb a cílů seniorů. Veškeré tyto služby jsou zajišťovány odborným personálem, který tvoří sociální pracovníci, středně zdravotničtí pracovníci, sanitáři, pracovníci sociální péče. Všichni tito pracovníci se osobně podílí na přímé péči o tyto seniory - uživatele sociální služby. V neposlední řadě je však třeba zmínit i provozní pracovníky, ekonomické pracovníky, zastřešující celou činnost domova důchodců po stránce provozně ekonomické. Pokud se zaměříme na samotné seniory a jejich potřeby z hlediska zdravotně ošetrovatelského, je to především práce zdravotního personálu, která je pro zabezpečení jejich specifických potřeb prioritní.

Práce zdravotnického personálu v domově důchodců je velmi náročná na ošetrovatelskou péči. Důvodem je především skutečnost, že sociální služby v domově

důchodců využívají zejména v posledních letech převážně senioři, kteří jsou těžce nemocní, imobilní, jejichž zdravotní stav nelze výrazně zlepšit. Zákonné definice říkají, že cílem poskytovatelů sociálních služeb v zařízeních pro seniory je podpora rozvoje nebo zachování stávající soběstačnosti seniorů nebo jejich případný návrat do domácího prostředí. Skutečnost je však naprosto jiná. Přestože je podpora seniorů v těchto zařízeních ze strany personálu uskutečňována formou individuálního a ošetrovatelského plánování, zcela výjimečně se stává, že by se senior vrátil zpět do domácího prostředí. Domovy důchodců se tak stávají mnohdy posledním článkem v péči o seniory, zejména pokud již nelze zabezpečit péči pomocí rodiny, terénních služeb, či denních stacionářů. Do domova důchodců bývají mnohdy umisťováni přímo z léčeben pro dlouhodobě nemocné, odborných léčebných ústavů či psychiatrických léčeben. Vzhledem ke zvyšujícím se nárokům na ošetrovatelskou péči stoupají i nároky na zdravotnické pracovníky. Ve snaze zajistit kvalitní péči je zdravotnický personál vystavován stále větším nárokům jak ze strany zaměstnavatele, tak i klienta, jeho příbuzných a celé široké veřejnosti.

Zavedením Standardů kvality sociálních služeb se vlastně vytvořil určitý systém obecných pravidel, který popisuje jak má vypadat kvalitní sociální služba nejenom ze strany poskytovatele, ale především pro samotného uživatele. Proto také kvalita poskytované péče závisí především na správném zhodnocení požadavků, které každý konkrétní uživatel očekává. Toto zhodnocení stojí v popředí zájmu samotných pracovníků. Jsou to tedy především zdravotničtí pracovníci, kteří ve spolupráci se sociálními pracovníky provádí individuální plánování osobních cílů uživatele. Podstatou tohoto plánování je osobní kontakt s uživatelem, založený na vzájemné důvěře, na jehož základě se plánuje péče a stanovují osobní cíle.

Zdravotničtí pracovníci v domově důchodců jsou v každodenním kontaktu se seniory, kteří mají rozmanité povahy. Bývají často popudliví a mrzutí, především proto, že se těžce vyrovnávají se svojí závislostí na pomoci druhých a potížemi s adaptací. Jednání a komunikace s těmito lidmi je značně psychicky náročná a mnohdy vysilující. Pracovník tak mnohdy může mít pocity marnosti a bezmoci při řešení problémů. O to více je nutná mezi pracovníky podpora týmové spolupráce a posilování dobré pracovní atmosféry a kolegiálních vztahů mezi jednotlivými pracovníky. Důležitým motivačním faktorem, ovlivňující pracovní výkon je zdravé sebevědomí a vytváření pozitivních mezilidských vztahů. Kvalitní péči totiž mohou poskytovat pouze ti pracovníci, kteří jsou sami v psychické i fyzické pohodě a dokáží

na pracovišti vytvořit pohodovou a příjemnou pracovní atmosféru, kterou přenáší i směrem ke klientům.

2.2 Specifika práce zdravotníků se seniorem – uživatelem sociální služby

Práce se seniorem, který se rozhodne pro život v domově důchodců je velmi náročná pro všechny pracovníky, kteří mu poskytují sociální službu a ošetrovatelskou péči. Především na zdravotníky je kladena jak psychická tak i fyzická zátěž zejména při manipulaci s imobilními klienty, kterých v domovech důchodců přibývá. Zdravotní pracovník tak pracuje velmi často s lidmi, kteří mají sníženou soběstačnost následkem poruch, které jsou spojovány se stářím. Jedná se zejména o poruchy hybnosti, ztrátu pohyblivosti – imobilitu, poruchy smyslového vnímání, demence a psychické poruchy, problémy spojené s adaptací na nové prostředí, které omezují seniory v jejich navyklém způsobu života a omezují je ve zvládnutí běžných každodenních činností.

Zdravotnický pracovník doprovází seniora v jeho novém prostředí co nejlepším možným způsobem. Kromě jeho fyziologických potřeb se stará také o jeho psychologické a duchovní potřeby, které je třeba brát vážně. Proto je také nejdůležitější, aby v komunikaci mezi nimi byly vytvořeny dobré vztahy, které respektují seniora a podporují ho v zachování jeho autonomie (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 44).

V práci se seniory, zejména pokud se naskytne problematické situace není o stres nouze. Starý člověk, který je umístěn v domově důchodců se tak dostává do nového prostředí, mění se jeho dosavadní životní styl a způsob prožívání života. Uvědomuje si více svou ztrátu soběstačnosti a větší závislost na pomoci druhých. Musí se vyrovnat s vědomím ztráty jistoty, které mu poskytovalo soukromí jeho vlastního domova. Je více vztahovačný, mnohdy vyžaduje větší péči personálu, než by ji ve skutečnosti potřeboval, upíná se na určité pracovníky ve snaze nalézt u nich citové uspokojení. Pracovníci jsou potom vystavováni velmi zatěžujícím situacím, které musí zvládat tak, aby se nenarušil jejich vztah k tomuto člověku (Vágnerová, 2000, s. 496).

Pracovníci musí umět navázat profesionální vztah i s klienty, kteří jim nemusí být vždy sympatičtí. Často musí překonávat svou vůli a mnohé problémy ve snaze zabezpečit fungování takových vztahů, což bývá citově náročné. Navazování vztahů u seniorů bývá mnohdy dlouhodobou záležitostí. Tito lidé se bojí zklamání a proto dlouhou dobu odmítají

vytvořit si důvěru k pracovníkům. V některých případech se ani o vytvoření nějakého vztahu nedá vůbec hovořit a to zejména v případech, kdy je chování seniorů ovlivněno psychickými poruchami. Často bývá dlouhodobě budovaný vztah ukončen smrtí klienta, proto se musí pracovníci bránit před smutkem podvědomě si vytvořenou tendencí příliš se emočně neangažovat a zůstat chladnějšími.

K dalším zátěžovým situacím patří mnohdy konflikty mezi profesionálním pohledem zdravotníků a požadavky klienta nebo jeho rodiny. Pracovníci se snaží o zachování co největší možné míry soběstačnosti klienta, na druhé straně však klient nebo jeho příbuzní často očekávají, že pracovníci na sebe převezmou veškerou péči, kterou však klient mnohdy může zvládnout sám. Příbuzní velmi často útočí na pracovníky, že nejsou ochotní a nestarají se tak jak si myslí, že by měli. Velkou roli zde bohužel hrají zejména finance, kdy se často pracovníci setkávají s tvrzením od klientů i od jejich rodin, že když si péči zaplatili, tak ať se personál stará. Pracovníci sice očekávají ocenění, poděkování, dobrý vztah, ne vždy se však dostaví.

V péči o seniory jde pracovníkům o zkvalitnění jejich života. Mnohdy však dojde pouze k mírným a přechodným zlepšením zdravotního stavu. Při práci s touto specifickou skupinou klientů se nedají očekávat příliš velké a zásadní změny, chybí zde proces uzdravení, který tak posiluje zdravotníky v jiných odvětvích. Nicméně sebemenší úsměv na tváři těchto lidí znamená pro zdravotníky velké ocenění. Práce se seniory vyžaduje od pracovníků velkou trpělivost, profesionalitu a psychickou zdatnost, přesto však není geriatrické péče stále ještě dostatečně společností ohodnocena.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 DOMOV DŮCHODCŮ ČERVENKA

Toto zařízení se nachází v malé vesnici Červenka, v lokalitě Litovelského Pomoraví, asi 20 km od Olomouce. Sociální služba je zde poskytována seniorům z Olomouckého kraje, ale jsou evidováni i žadatelé z jiných krajů.

Domov důchodců Červenka je příspěvkovou organizací, kterou zřizuje Olomoucký kraj a má postavení právnické osoby se všemi právy a závazky, které z tohoto postavení vyplývají. Její pravomoci, působnost i odpovědnost vyplývají z obecně závazných právních předpisů, zřizovací listiny a pověření, která uděluje Rada Olomouckého kraje. Působnost domova je nadregionální a zasahuje území regionu Litovelsko, Uničovsko, Šternbersko, Mohelnicko a Olomoucko. Domov důchodců Červenka poskytuje sociální služby na základě registrace, kterou vydal Krajský úřad Olomouckého kraje. Organizace vystupuje v hospodářských a právních vztazích svým jménem, prostřednictvím jmenovaného statutárního orgánu, kterým je ředitel Domova důchodců. Činnost organizace je řízena obecně platnými právními předpisy, zřizovací listinou a jinými právními předpisy, kterými jsou usnesení Zastupitelstva Olomouckého kraje, usnesení a směrnice Rady Olomouckého kraje a metodické pokyny příslušných odborů Olomouckého kraje. Domov důchodců poskytuje sociální pobytové služby dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Tyto služby poskytuje osobám, které mají sníženou soběstačnost, zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby na základě uzavření Smlouvy o poskytování sociální služby mezi poskytovatelem sociální služby a uživatelem (Výroční zpráva domova důchodců, Červenka, 2008).

3.1 Charakteristika zařízení a poskytované zdravotní péče

Posláním Domova důchodců Červenka je poskytování pobytové sociální, zdravotní a rehabilitační péče seniorům, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci a vyžadují celodenní péči, kterou jim není schopna zajistit rodina, pečovatelská služba ani jiná terénní služba. Péče v domově důchodců stojí na konci záchytného kruhu sociální péče o seniory a je zaměřena na náhradu domácího prostředí a poskytování takových služeb, které umožní seniorům důstojný a kvalitní život v rámci jejich možností a schopností. Cílovou skupinu tvoří senioři ve věku od 60 let, kteří mají přiznaný příspěvek na péči dle zákona č. 108/2006

Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů (Výroční zpráva Domova důchodců Červenka, 2008.)

Domov důchodců Červenka má stanoveny cíle, které vychází z požadavků na kvalitu poskytovaných sociálních služeb a v souladu se standardy ošetrovatelské péče. Služby, které jsou uživatelům poskytovány, vychází z jejich individuálních potřeb a cílů a také z možností poskytovatele. Domov důchodců Červenka má stanovenou kapacitu 165 lůžek a je vnitřně členěn na dvě oddělení. Zvýšená ošetrovatelská péče je poskytována 101 uživatelům na oddělení v Července a 64 uživatelům na detašovaném pracovišti v Litovli.

V hlavní budově Domova důchodců Červenka jsou zřízena dvě ošetrovatelská oddělení pro imobilní klienty. Budova Domova důchodců Červenka je situována naproti vlakovému nádraží, což oceňují rodinní příslušníci i samotní zájemci o sociální službu. Tato budova je stěžejním místem obou oddělení, kde se nacházejí administrativní a provozní úseky, kuchyně, prádelna, údržba a zahrada.

Na oddělení v Litovli je zřízeno 10 ošetrovatelských lůžek pro uživatele, u kterých se po návratu z hospitalizace zhoršil jejich zdravotní stav. Výhledově se předpokládá, že stávající lůžka na tomto oddělení budou postupně obměňována elektrickými polohovacími postelemi a na tomto oddělení tak budou moci být umístováni i klienti, vyžadující zvýšenou ošetrovatelskou péči.

Domov důchodců má stanovenou organizační strukturu a počet pracovních míst. Kvalifikační požadavky na jednotlivé profese jsou uvedeny ve vnitřním platovém předpisu.

Zařízení disponuje 85 pracovníky, z toho komplexní ošetrovatelskou péči zajišťuje 50 zdravotnických pracovníků. Organizační struktura je deklarovaná provozním a organizačním řádem domova důchodců. Podle charakteru činnosti se člení na ekonomické oddělení, mzdové a personální oddělení, sociální oddělení, zdravotní oddělení, oddělení logistiky s úsekem stravování, údržby, prádelny a zahrady.

Veškerá sociální agenda, týkající se evidence žadatelů o umístění v domově důchodců, sestavování pořadníků, poskytování informací o sociální službě, jednání se zájemci o sociální službu je v současnosti v kompetenci samotné organizace.

Zdravotní péče, kterou zařízení poskytuje prostřednictvím svých zaměstnanců je definována v § 36 zákona č. 108/2006 o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Seniorům v domově důchodců Červenka je poskytována celodenní zdravotně ošetrovatelská

péče. Naplňování této péče vychází z potřeb a zájmů seniorů, na základě individuálního přístupu a plánování jejich osobních cílů. Zdravotní péči poskytuje v Domově důchodců Červenka 24 všeobecných sester, 23 sanitářek, 6 pracovníků sociální péče. V domově důchodců je ordinace praktického lékaře. Pro klienty, kteří jsou imobilní se tato lékařská péče uskutečňuje prostřednictvím osobních návštěv lékaře přímo na pokojích klientů. V případě potřeby odborného vyšetření jsou klienti převáženi sanitními vozy do nemocnic, či na jiná odborná pracoviště. Rehabilitační péče je zajištěna 2 fyzioterapeuty, kteří provádí fyzikální terapie, nácvik soběstačnosti a chůze, cvičení s využitím rehabilitačních pomůcek, masáže. Kromě těchto činností se zapojují i do ergoterapeutických činností s klienty. Plánování sociální služby v rovině zdravotní a ošetrovatelské vychází z ošetrovatelských plánů, sestavených všeobecnými zdravotními sestrami. Veškeré plány jsou sestavovány individuálně, podle aktuálního zdravotního stavu klienta, s přihlédnutím k jeho přáním a potřebám. Při tvorbě aktivizačních programů pro seniory se přihlíží k jejich schopnostem, respektují se jejich možnosti, životní návyky a přání.

4 VÝZKUMNÁ METODOLOGICKÁ ČÁST

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit úroveň informovanosti zdravotnického personálu o problematice syndromu vyhoření a souvislosti mezi délkou praxe ve zdravotnictví a rizikem vzniku syndromu vyhoření. Dílčími cíli jsou zjištění úrovně interpersonálních vztahů, pracovní spokojenosti zdravotnického personálu a pracovních faktorů, které jsou pro zdravotnický personál nejvíce zatěžující.

4.2 Výzkumná metoda

Výzkumnou metodou je kvantitativní výzkum. V jeho začátcích se vycházelo z odborné literatury, která umožnila objasnění základní terminologie. Dotazník jako metodický nástroj výzkumu je založený na dotazech, nesleduje co dotazovaná osoba prožívají, jak se chovají a jak žijí (Maňák, 2005, s. 20).

Ověření nulové hypotézy bylo provedeno testem dobré shody chí-kvadrát. Test dobré shody chí-kvadrát patří mezi neparametrické statistické testy významnosti, které se používají k ověřování hypotéz v případě jevů zachycených na úrovni nominálního měření (popř. ordinálního). Ověřuje se, zda četnosti, které byly získány měřením se výrazně odlišují od teoretických četností, které odpovídají nulové hypotéze a zda tedy existuje souvislost (závislost) mezi sledovanými jevy. Srovnáním vypočítané hodnoty chí-kvadrátu s tabulkovou hodnotou (kritickou) se nulová hypotéza buď odmítá nebo se potvrdí (Chráška, 2003, s. 93).

Výzkumnou technikou je dotazník a dotazníkové šetření, které je vhodné především z důvodů zachování anonymity a celkem rychlého získání dat od větší skupiny respondentů. Jedná se o dotazník, který obsahuje polootevřené a výběrové otázky a pouze v uvedených otázkách měli respondenti možnost i volné doplňující odpovědi. Pro specifikaci výzkumného problému a pro formulaci hypotéz byly nezanedbatelné i mé osobní zkušenosti s pracovištěm a problematikou zdravotnické profese.

4.3 Stanovené hypotézy a kategorie výzkumných otázek

Stanovení nulové hypotézy:

Hypotéza H₀: Mezi délkou praxe ve zdravotnictví a rizikem vzniku syndromu vyhoření neexistuje přímá souvislost.

Stanovení statistických hypotéz:

Hypotéza H₁: Interpersonální vztahy hodnotí nadpoloviční většina zdravotnických pracovníků jako velmi dobré.

Otázky vztahující se k hypotéze H₁:

1. Jak hodnotíte vzájemné vztahy na pracovišti?
2. Máte možnost otevřeně hovořit o Vašich pracovních problémech na pracovních poradách?
3. Dokáže se Váš přímý nadřízený za Vás „postavit“ a podpořit Vás?
4. Zajímá vedení domova (ředitele, vrchní sestru) Váš názor na záležitosti vztahující se k Vaší práci dříve než o nich rozhodne?
5. Jste spokojena s tím jak vedení řídí provoz domova důchodců?

Hypotéza H₂: Možnost zdravotnických pracovníků podílet se na utváření pracovního prostředí přispívá k celkové pracovní spokojenosti.

Otázky vztahující se k hypotéze H₂:

1. Máte možnost podílet se na utváření pracovního prostředí?
2. Jste spokojena s Vaším pracovním prostředím?
3. Jste spokojena s technickým vybavením pracoviště?
4. Domníváte se, že jste dostatečně finančně ohodnocena?
5. Volila byste po svých zkušenostech opět stejné povolání?

Hypotéza H₃: Zdravotničtí pracovníci jsou dostatečně informováni o problematice syndromu vyhoření.

Otázky vztahující se k hypotéze H₃:

1. Víte co znamená pojem syndrom vyhoření?
2. Víte jaké jsou příznaky syndromu vyhoření?
3. Domníváte se, že se Vás osobně syndrom vyhoření týká?
4. Zajišťuje Váš zaměstnavatel školení vztahující se k problematice syndromu vyhoření?
5. Myslíte si, že se na Vašem pracovišti objevují u vašich kolegů příznaky syndromu vyhoření?
6. Co je podle Vás příčinou syndromu vyhoření? Vytvořte žebříček od 1. místa po 9. místo podle toho, kterou z nabízených příčin považujete za nejvíce pravděpodobnou.

Hypotéza H₄: Na vznik syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků má vliv spíše nepřiměřená psychická zátěž než fyzická zátěž.

Otázky vztahující se k hypotéze H₄:

1. Vyberte jednu oblast Vašeho života, kterou nejvíce narušuje pracovní stres?
2. Vyberte dvě možnosti jakým způsobem většinou reagujete na pracovní stres?
3. Vyberte jeden pracovní faktor, který je pro Vás nejvíce zatěžující?
4. Umíte zvládat pracovní stres?
5. Vyberte dvě možnosti jakým způsobem zvládáte pracovní stres?

4.4 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvořilo 53 zdravotnických pracovníků Domova důchodců v Července a detašovaného pracoviště v Litovli. Výzkumný vzorek zdravotnických pracovníků tvořilo 18 zdravotních sester, 3 staniční sestry, 1 vrchní sestra, 2 fyzioterapeutky,

23 sanitářů a 6 pracovníků sociální péče. Pracovníci byli předem informováni o anonymitě dotazníků, poučení o způsobu vyplňování dotazníků a účelu dotazníkového šetření.

Dotazníky byly administrovány v dubnu 2009 osobním setkáním s respondenty. Návratnost dotazníků byla 100%. Tato velká návratnost dotazníků byla především díky osobním kontaktům se zaměstnanci a znalostem prostředí, které je zároveň i mým pracovištěm. Při přebírání dotazníku obdržel každý z respondentů malou pozornost.

4.5 Zpracování získaných dat

Výzkumné otázky byly vyhodnoceny v pěti částech. Jednotlivé otázky byly zpracovány do přehledných tabulek a grafů a slovně okomentovány. U otázek byly spočítány absolutní a relativní četnosti. Výsledky relativních četností byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Relativní četnosti v grafech byly pro lepší přehlednost uvedeny v celých číslech. Otázky s možností volné doplňující odpovědi byly vyhodnoceny slovním komentářem.

4.5.1 První část: Identifikační údaje o respondentech

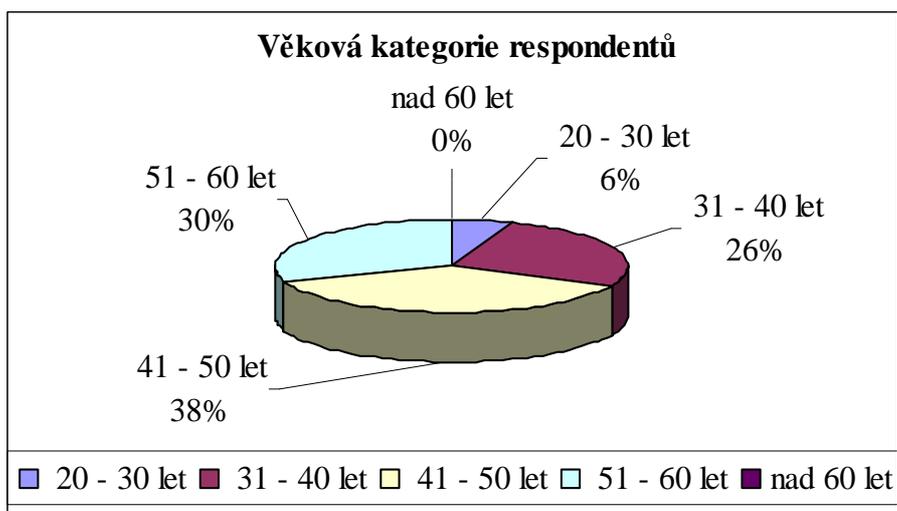
V této části jsou vyhodnoceny identifikační údaje o respondentech, které zahrnují věkovou kategorii, délku praxe ve zdravotnictví, pracovní zařazení, nejvyšší dosažené vzdělání a typ oddělení, na kterém pracují.

Otázka č. 1: Do jaké věkové kategorie patříte?

Tab. 1. Věková kategorie respondentů

Věková kategorie	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
20 - 30 let	3	5,7
31 - 40 let	14	26,4
41 - 50 let	20	37,7
51 - 60 let	16	30,2
Nad 60 let	0	0

Graf 1. Věková kategorie respondentů



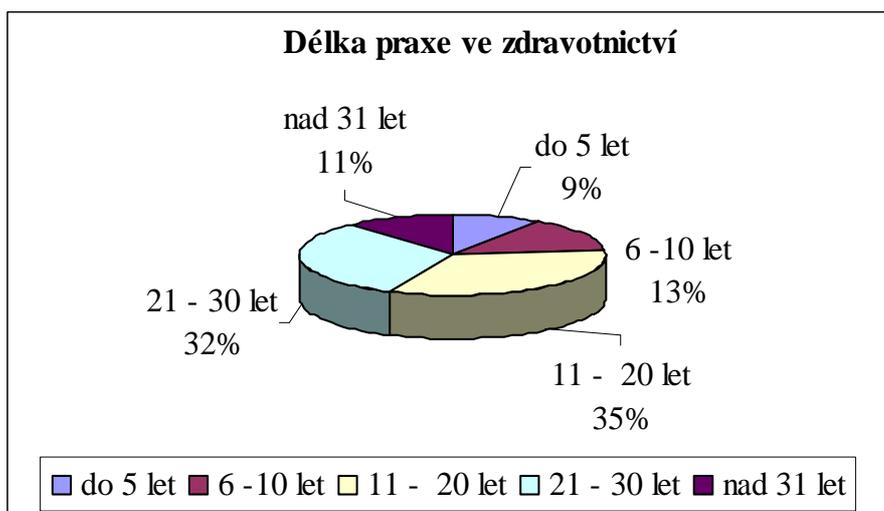
Graf znázorňuje věkovou kategorii respondentů. Bylo stanoveno pět věkových kategorií. Ve věkové kategorii 41 – 50 let se nachází největší počet dotazovaných respondentů, zastoupený počtem 20 respondentů, což je 38% z celkového počtu respondentů. Následuje věková kategorie 51 – 60 let, ve které se nachází 16 respondentů (30%) a věková kategorie 31 – 40, s počtem 14 respondentů (26%). Nejméně zastoupenou věkovou kategorií jsou respondenti ve věku 20 -30 let a pouze 3 respondenti (6%) z celkového počtu.

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Tab. 2. Délka praxe ve zdravotnictví

Praxe ve zdravotnictví	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Do 5 let	5	9,4
6 - 10 let	7	13,2
11 - 20 let	18	34
21 - 30 let	17	32,1
Nad 31 let	6	11,3

Graf 2. Délka praxe ve zdravotnictví



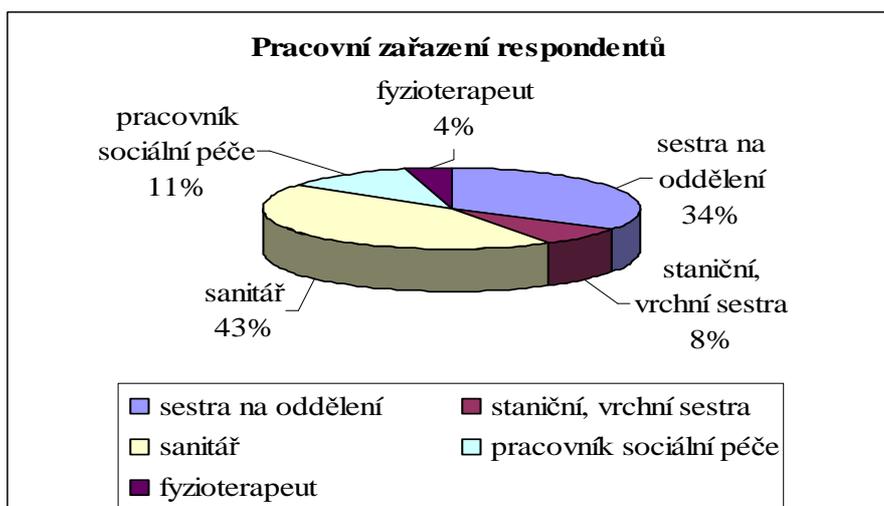
Nejvíce zastoupenou kategorií podle délky praxe ve zdravotnictví je kategorie 21 – 30 let, ve které je zařazeno 18 respondentů (35%). Následuje kategorie 21 -30 let (32%) s počtem 17 respondentů. V kategorii 6 -10 let (13%) je zařazeno 7 respondentů, v kategorii nad 31 let (11%), což je 6 respondentů. Nejméně je zastoupena věková kategorie do 5 let (9%) s 5 respondenty. Uvedené výsledky ukazují na skutečnost, že v domově důchodců pracuje zdravotnický personál, který má delší praxi ve zdravotnictví, mladí lidé po ukončení studia nemají zájem o práci v tomto typu zařízení.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše pracovní zařazení?

Tab. 3. Pracovní zařazení respondentů

Pracovní zařazení	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Sestra na oddělení	18	33,9
Staniční, vrchní sestra	4	7,5
Sanitář	23	43,3
Pracovník sociální péče	6	11,3
Fyzioterapeut	2	3,8

Graf 3. Pracovní zařazení respondentů



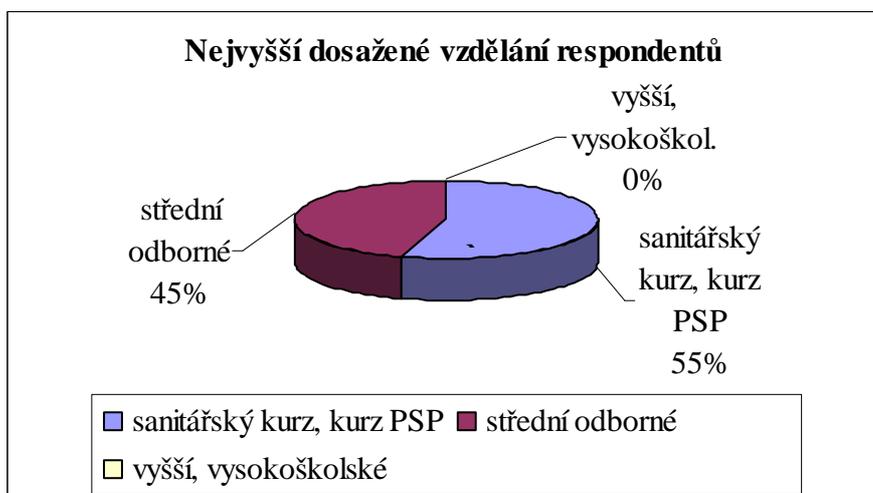
Z uvedených hodnot vyplývá, že největší procento (43%), což je 26 respondentů je zařazeno na pracovní pozici sanitář. O seniory v domově důchodců se na odděleních stará 18 zdravotních sester (34%), 6 pracovníků sociální péče (11%) a 2 fyzioterapeuti (4%). Kontrolní činnost zdravotnického úseku je zastřešena 3 staničními sestrami a jednou vrchní sestrou.

Otázka č. 4: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 4. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Sanitářský kurz, kurz PSP	29	54,7
Střední odborné	24	45,2
Vyšší, vysokoškolské	0	0

Graf 4. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



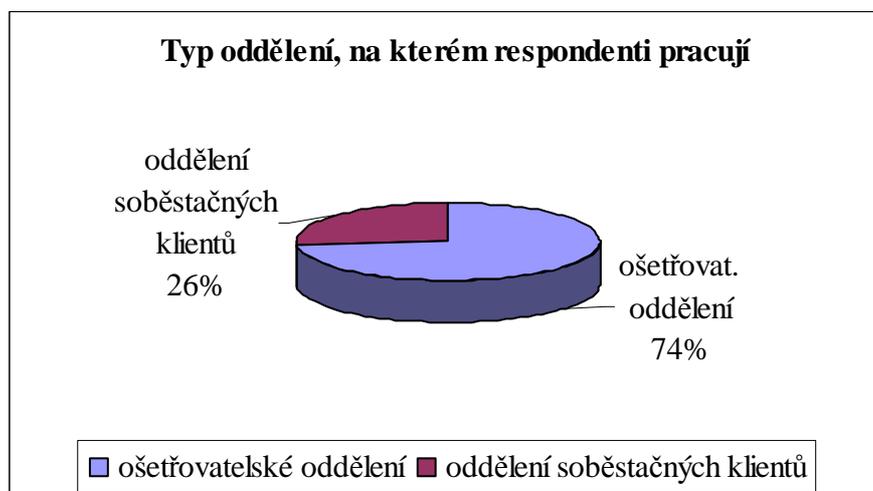
Z grafu vyplývá skutečnost, že žádný z respondentů v domově důchodců nemá vyšší odborné ani vysokoškolské vzdělání. Vzhledem k samotnému pracovnímu zařazení vyplývá, že 29 respondentů (55%) má sanitářský kurz nebo kurz pracovníka sociální péče. Střední odborné vzdělání má 24 respondentů (45%).

Otázka č. 5: Na jakém oddělení pracujete?

Tab. 5. Typ oddělení, na kterém respondenti pracují

Typ oddělení	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ošetrovatelské oddělení	39	73,6
Oddělení soběstačných klientů	14	26,4

Graf 5. Typ oddělení, na kterém respondenti pracují



V grafu je vyjádřeno zastoupení respondentů podle typu oddělení, na kterém respondenti pracují. Vzhledem k samotné charakteristice zařízení, kdy jsou sociální služby poskytovány především klientům, vyžadující ošetřovatelskou péči, pracuje na ošetřovatelském oddělení 39 respondentů (74%). Na oddělení pro soběstačnější klienty pracuje 14 respondentů (26%).

4.5.2 Druhá část: Hodnocení interpersonálních vztahů

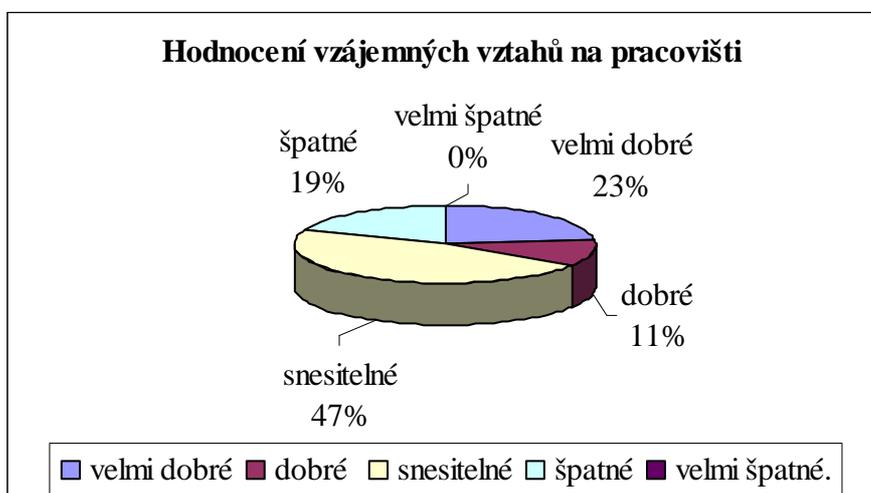
Tato část je zaměřena na hodnocení interpersonálních vztahů zdravotnických pracovníků domova důchodců. Jsou zde vyhodnoceny otázky, zjišťující spokojenost s řízením provozu domova důchodců a schopnost přímých nadřízených pracovníky podpořit a zajímat se o jejich názory. Dále jsou vyhodnoceny otázky zjišťující možnosti respondentů hovořit o pracovních problémech na pracovních poradách.

Otázka č. 6: Jak hodnotíte vzájemné vztahy na pracovišti?

Tab. 6. Hodnocení vzájemných vztahů na pracovišti.

Hodnocení vzájemných vztahů na pracovišti	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Velmi dobré	12	22,6
Dobré	6	11,3
Snesitelné	25	47,2
Špatné	10	18,9
Velmi špatné.	0	0

Graf 6. Hodnocení vzájemných vztahů na pracovišti.



Jako dobré vzájemné vztahy na pracovišti označilo 11% respondentů. Špatné interpersonální vztahy na pracovišti považuje 19% respondentů a velmi špatné vztahy neoznačil žádný z respondentů. Jako snesitelné vztahy na pracovišti hodnotí 47% respondentů a velmi dobré 23%. Z těchto hodnocení vyplývá potřeba více se zaměřit na zlepšování vzájemných vztahů na pracovišti, například vnitřními či vnějšími supervizemi.

Otázka č. 7: Máte možnost hovořit otevřeně o Vašich pracovních problémech na pracovních poradách?

Tab. 7. Možnost hovořit o pracovních problémech

Možnost hovořit o pracovních problémech	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	18	33,9
Ano, ale bojím se následků, proto nevyužívám	22	41,5
Ano, ale pracovní porady jsou zřídka	11	20,8
Ne	2	3,8

Graf 7. Možnost hovořit o pracovních problémech



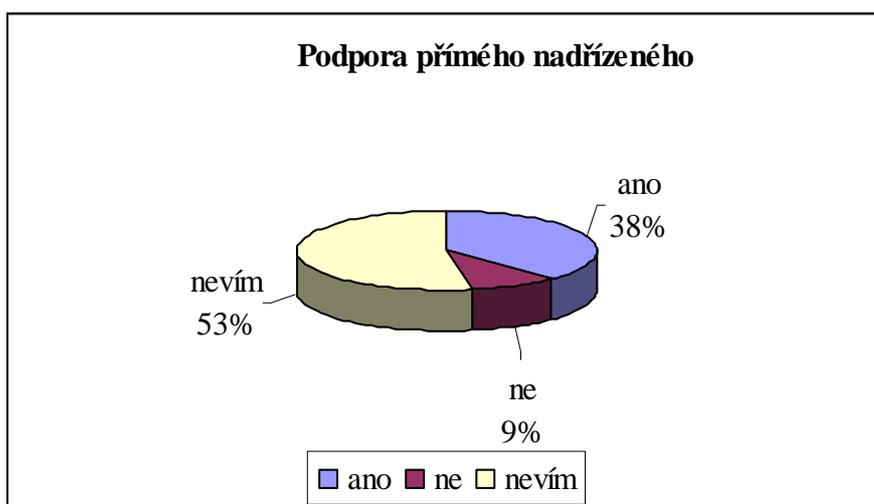
Možnost hovořit o problémech na pracovních poradách uvádí 18 respondentů (34%). Této možnosti nevyužívá z obav možných následků 22 respondentů (42%), což je značně vysoké procento. Proto by se měli především vedoucí pracovníci zamyslet nad touto skutečností a hledat důvody a kroky k rozptýlení těchto obav u zaměstnanců. 21% respondentů považuje konání porad za málo časté a 2 % uvádí, že nemají možnost hovořit na poradách o pracovních problémech.

Otázka č. 8: Dokáže se Váš přímý nadřízený za Vás „postavit“ a podpořit Vás?

Tab. 8. Podpora přímého nadřízeného

Podpora přímého nadřízeného	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	20	37,7
Ne	5	9,4
Nevím	28	52,9

Graf 8 Podpora přímého nadřízeného



Z výsledků vyplývá, že velké procento (53%) respondentů neví, zda mohou hledat podporu u svého nadřízeného. Tato skutečnost by měla být určitou výzvou pro vedoucí pracovníky ke svému osobnímu zamyšlení nad tím, jak podporovat u svých podřízených vědomí důvěry v jejich osobu. Podporu ve svých nadřízených má 38% respondentů a 9% respondentů podporu nemá.

Otázka č. 9: Zajímá vedení domova (ředitele, vrchní sestru) Váš názor na záležitosti vztahující se k Vaší práci dříve než o nich rozhodne?

Tab. 9. Zájem vedení o názory respondentů vztahující se k práci

Zájem vedení o názory respondentů vztahující se k práci	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	26	49,1
Občas	22	41,5
Ne	5	9,4

Graf 9. Zájem vedení o názory respondentů vztahující se k práci



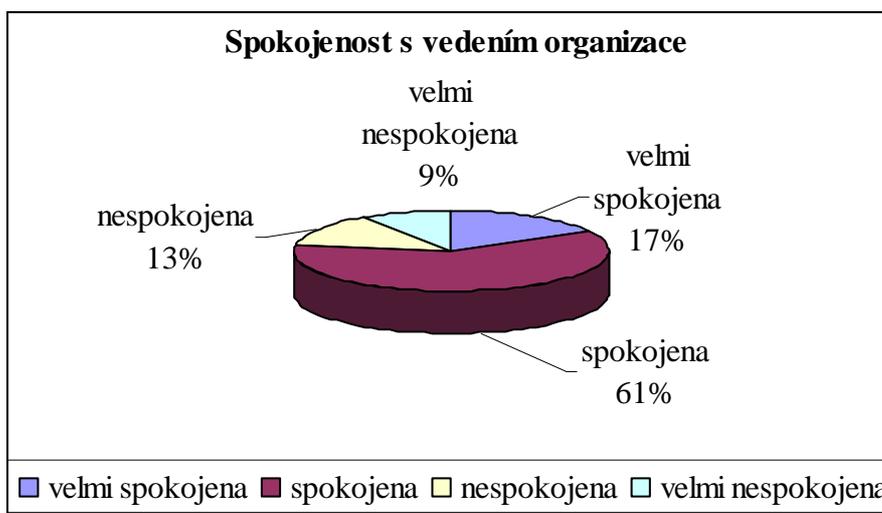
Uvedené hodnoty vypovídají o zájmu vedení o názory pracovníků. 49% respondentů uvádí, že se vedení zajímá o jejich názory, týkající se jejich práce. Občasný zájem ze strany vedení uvádí 42% respondentů, což by mělo vést také k zamyšlení jak ještě v tomto směru otázku vzájemné komunikace mezi vedením a pracovníky vylepšit. Jen malé procento respondentů 9% popřelo zájem vedení o jejich názory.

Otázka č. 10: Jste spokojena s tím jak vedení řídí provoz domova důchodců?

Tab. 10. Spokojenost respondentů s vedením organizace

Spokojenost s vedením organizace	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Velmi spokojena	9	17
Spokojena	32	60,4
Nespokojena	7	13,2
Velmi nespokojena	5	9,4

Graf 10. Spokojenost respondentů s vedením organizace



Z výsledků dotazníkového šetření se ukazuje, že 61% respondentů je spokojeno s tím, jak vedení řídí provoz domova důchodců. Velmi spokojeno je 17% respondentů, 13% uvádí že je s vedením nespokojeno a 9% respondentů je velmi nespokojeno. Z těchto výsledků lze říci, že i přes negativní hodnocení vedení je většina respondentů s řízením chodu organizace spokojena, což určitě napomáhá ke spokojenosti s pracovním prostředím a zlepšuje tak i vztahy na pracovišti.

4.5.3 Třetí část: Hodnocení pracovní spokojenosti

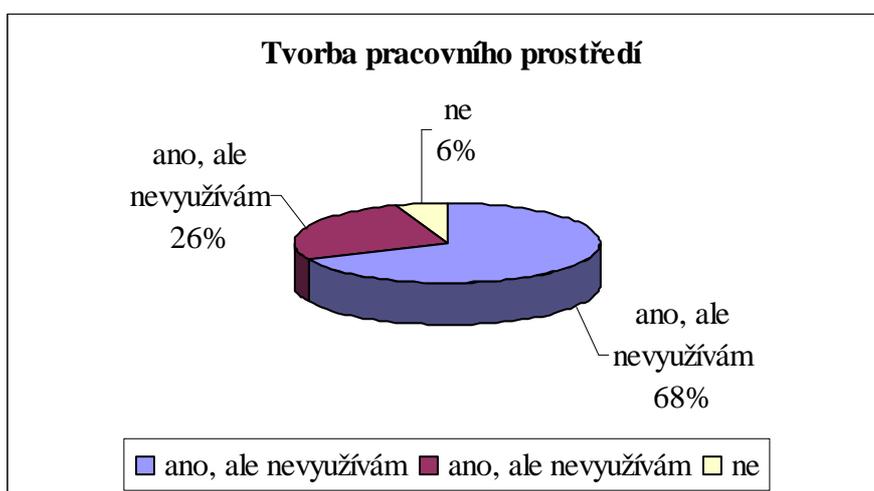
Tato část se zabývá hodnocením pracovní spokojenosti respondentů a jejich možností podílet se na utváření pracovního prostředí. Jsou zde zpracovány otázky, které zjišťují spokojenost respondentů s technickým vybavením pracoviště a s jejich finančním ohodnocením. V neposlední řadě je vyhodnocena otázka, která zjišťuje, zda by respondenti po svých zkušenostech opět volili své povolání.

Otázka č. 11: Máte možnost podílet se na utváření pracovního prostředí?

Tab. 11. Možnost podílet se na utváření pracovního prostředí

Možnost podílet se na tvorbě pracovního prostředí	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	36	68
Ano, ale nevyužívám	14	26,4
ne	3	5,6

Graf 11. Možnost podílet se na utváření pracovního prostředí



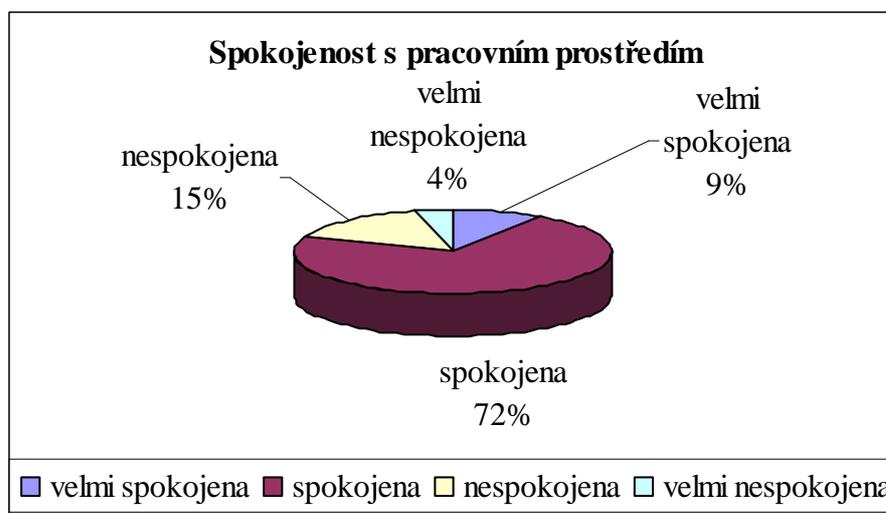
Na tvorbě pracovního prostředí se podílí 68% respondentů. Této možnosti nevyužívá 26% respondentů a 6% respondentů nemá vůbec zájem podílet se na vytváření pracovního prostředí. Analýza zjištěných odpovědí ukazuje na vysoký podíl zaměstnanců, kterým není lhostejné jak vypadá jejich pracoviště a prostředí ve kterém pracují.

Otázka č. 12: Jste spokojena s Vaším pracovním prostředím?

Tab. 12. Spokojenost s pracovním prostředím

Spokojenost s pracovním prostředím	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Velmi spokojena	5	9,4
Spokojena	38	71,7
Nespokojena	8	15,1
Velmi nespokojena	2	3,8

Graf 12. Spokojenost s pracovním prostředím



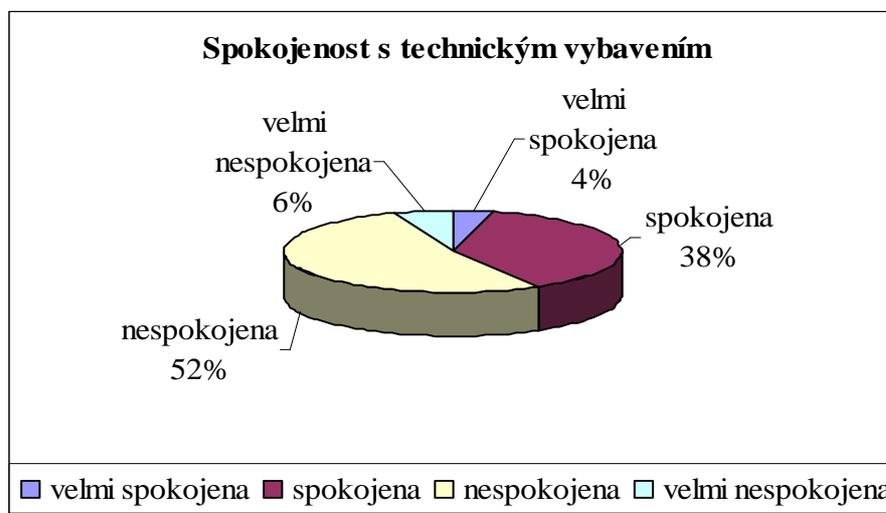
Získané údaje ukazují, že 72% respondentů je spokojeno s pracovním prostředím. Tato skutečnost je do jisté míry ovlivněna i tím, že 68% respondentů se podílí na tvorbě pracovního prostředí a jeho zlepšování. Velmi spokojeno je 9% respondentů, nespokojenost s pracovním prostředím udává 15% respondentů a velmi nespokojeni jsou 4% respondentů.

Otázka č. 13: Jste spokojena s technickým vybavením pracoviště?

Tab. 13. Spokojenost s technickým vybavením pracoviště

Spokojenost s technickým vybavením	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Velmi spokojena	2	3,8
Spokojena	20	37,7
Nespokojena	28	52,8
Velmi nespokojena	3	5,7

Graf 13. Spokojenost s technickým vybavením pracoviště



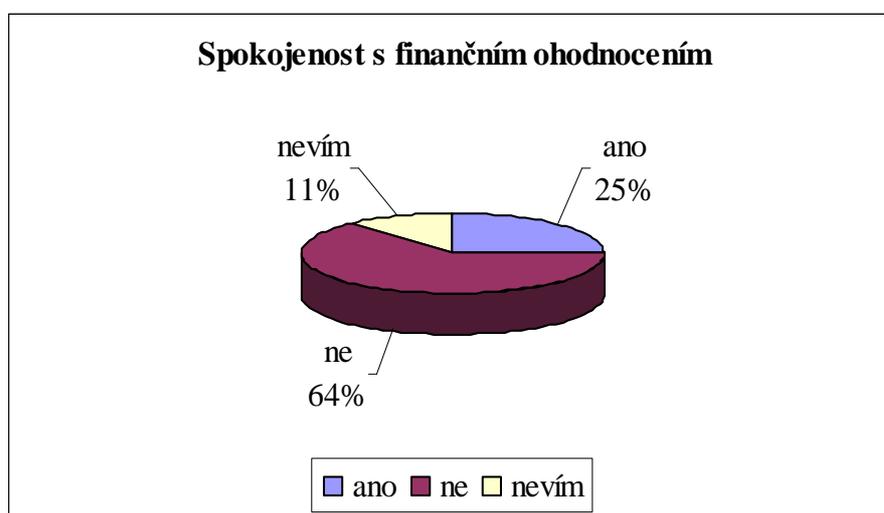
Spokojenost s technickým vybavením pracoviště udává 38% respondentů. Velkou spokojenost uvádí 4% respondentů. S technickým vybavením není spokojeno 52% respondentů a velmi nespokojeno je 6%. Z těchto údajů lze usuzovat na potřebu zlepšit vybavení pracoviště po technické stránce, což je ovšem závislé ve velké míře na finančních prostředcích.

Otázka č. 14: Domníváte se, že jste dostatečně finančně ohodnocena?

Tab. 14. Spokojenost s finančním ohodnocením

Spokojenost s finančním ohodnocením	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	13	24,5
Ne	34	64,2
Nevím	6	11,3

Graf. 14. Spokojenost s finančním ohodnocením



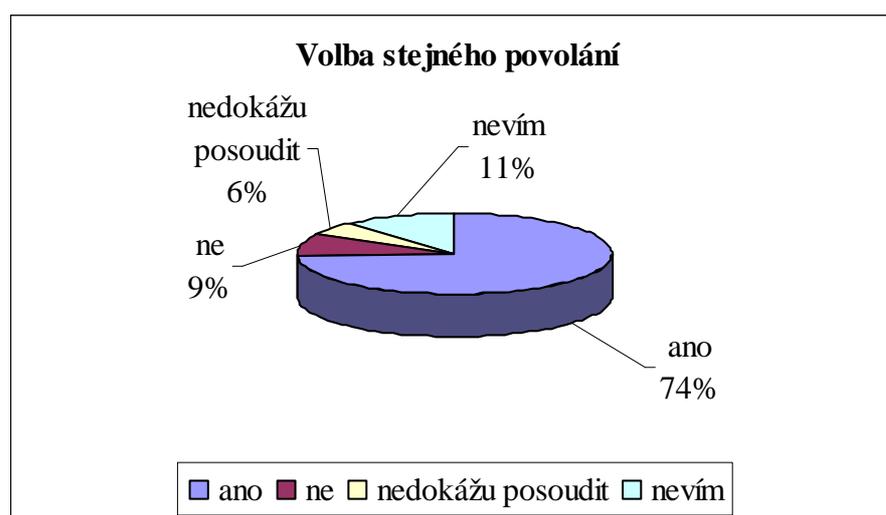
Na tuto otázku uvedlo 64% respondentů svou nespokojenost s finančním ohodnocením. 11% uvedlo, že neví, zda jsou dostatečně finančně ohodnoceni a 25% respondentů je spokojenou s finanční odměnou za práci.

Otázka č. 15: Volila byste po svých zkušenostech opět stejné povolání?

Tab. 15 Volba stejného povolání

Volba stejného povolání	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	39	73,6
Ne	5	9,4
Nedokážu posoudit	3	5,7
Nevím	6	11,3

Graf 15. Volba stejného povolání



Na tuto otázku odpovědělo 74% respondentů, že by znovu volilo stejné povolání. Z této skutečnosti lze usuzovat, že i přes náročnost zdravotnické profese, nespokojenost s finančním ohodnocením je v tomto sledovaném zařízení většina respondentů, kteří se dokáží od negativních stránek této profese oprostit a volili by si ji znovu jako své povolání. 11% uvedlo, že neví, zda by volili opět stejné povolání, 9% nedokázalo posoudit možnost opětovné volby a 9% respondentů uvedlo, že by stejné povolání již nevolilo.

4.5.4 Čtvrtá část: Informovanost o problematice syndromu vyhoření

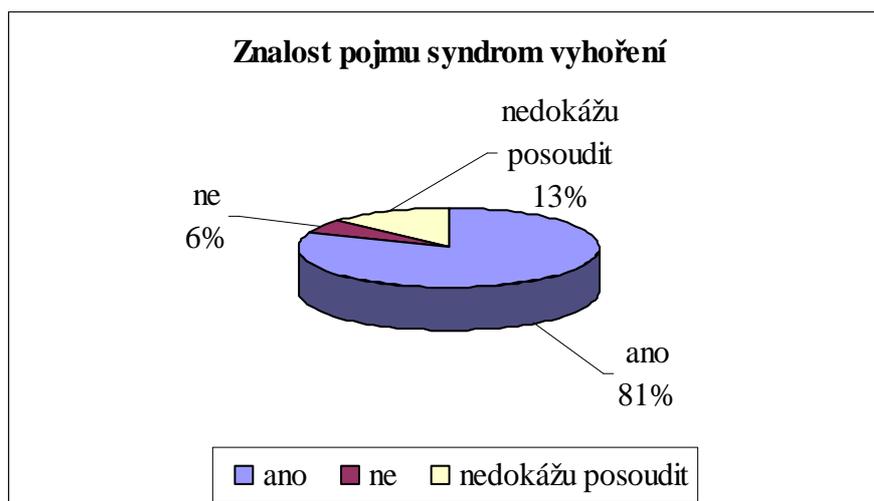
V této části je vyhodnocena úroveň informovanosti respondentů o problematice syndromu vyhoření. Jsou zde zpracovány odpovědi respondentů týkající se znalostí pojmu syndromu vyhoření a jeho příznaků. Dále jsou vyhodnoceny odpovědi respondentů, které zjišťují jejich osobní postoj k syndromu vyhoření, jejich žebříček nejpravděpodobnějších příčin vzniku syndromu vyhoření a vztah zaměstnavatele k zajišťování školení k problematice syndromu vyhoření.

Otázka č. 16: Víte co znamená pojem syndrom vyhoření?

Tab. 16 Znalost pojmu syndrom vyhoření

Znalost pojmu syndrom vyhoření	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	43	81,1
Ne	3	5,7
Nedokážu posoudit	7	13,2

Graf 16 Znalost pojmu syndrom vyhoření



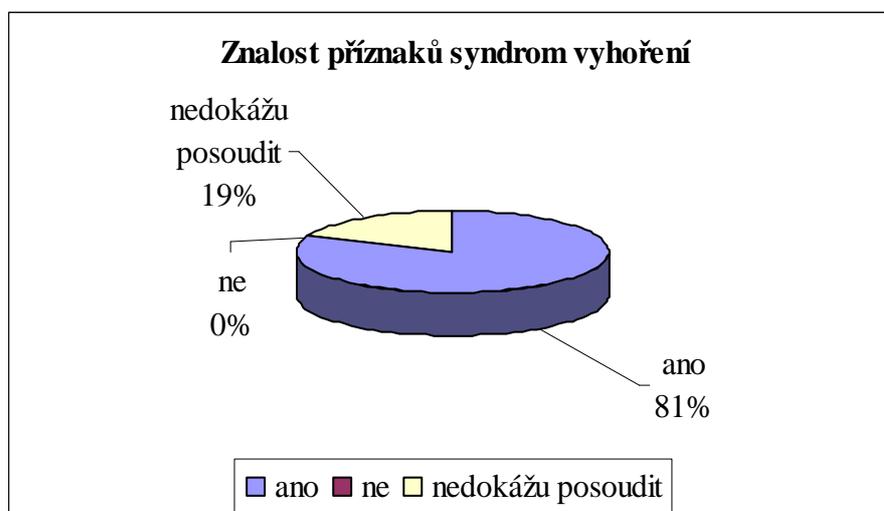
Na otázku, týkající se znalosti pojmu syndromu vyhoření odpovědělo kladně 81% respondentů. Význam tohoto pojmu nedokáže posoudit 13% respondentů a pouhých 6% neví co znamená pojem syndrom vyhoření.

Otázka č. 17: Víte jaké jsou příznaky syndromu vyhoření?

Tab. 17. Znalost příznaků syndromu vyhoření

Znalost příznaků syndrom vyhoření	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	43	81,1
Ne	0	0
Nedokážu posoudit	10	18,9

Graf 17 Znalost příznaků syndromu vyhoření



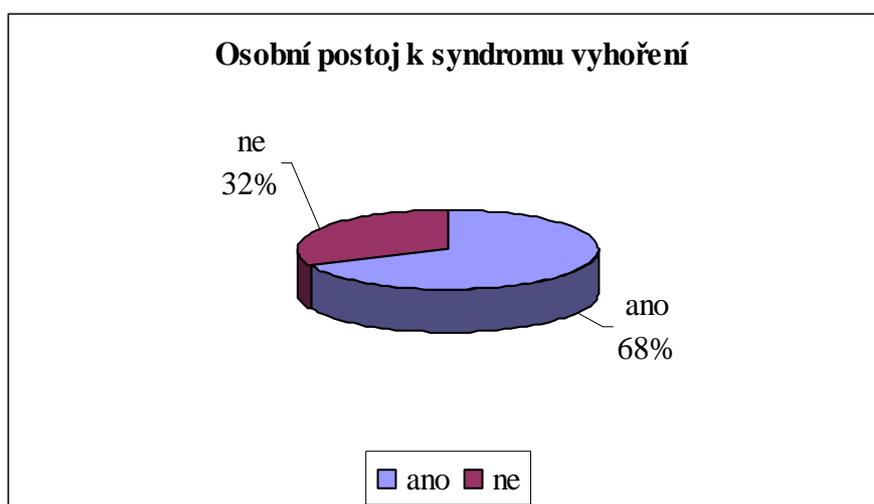
Příznaky syndromu vyhoření by dokázalo rozpoznat 81% respondentů. 19% respondentů by příznaky tohoto syndromu nedokázalo posoudit. Žádný z respondentů nevedl, že by neznal příčiny syndromu vyhoření. Výsledky hodnocení znalosti pojmu syndromu vyhoření a příznaků syndromu vyhoření ukazují na značnou informovanost respondentů o této problematice.

Otázka č. 18: Domníváte se, že se Vás osobně syndrom vyhoření týká?

Tab. 18 Osobní postoj k syndromu vyhoření

Osobní postoj k syndromu vyhoření	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	36	67,9
Ne	17	32,1

Graf 18. Osobní postoj k syndromu vyhoření



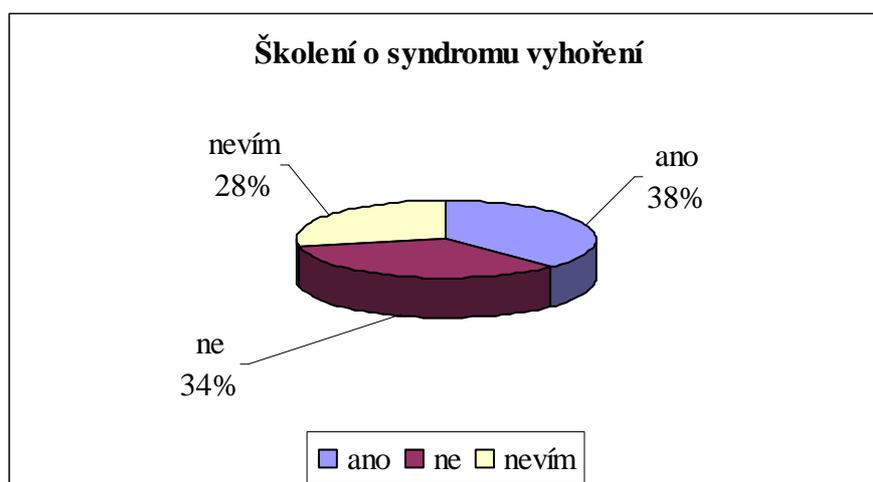
Na otázku zda se syndrom vyhoření respondentů osobně týká, odpovědělo kladně 68% respondentů. Zápornou odpověď uvedlo 32% respondentů. Přestože respondenti uvedli, že se jich syndrom vyhoření osobně týká, v dotaznících však potom na rozšiřující otázku, proč se tak domnívají, již tak velké procento respondentů neodpovědělo. Na tuto otázku respondenti uváděli ve svých odpovědích zejména psychickou a fyzickou náročnost práce, práci v ženském kolektivu s projevy vzájemné závistivosti, malý počet dní dovolené vzhledem k charakteru práce, málo technických pomůcek, jako jsou různé zvedáky, více koupacích převozních van, více rehabilitačních pomůcek, lepší finanční ohodnocení.

Otázka č. 19: Zajišťuje Váš zaměstnavatel školení vztahující se k syndromu vyhoření?

Tab. 19. Školení o syndromu vyhoření

Školení o syndromu vyhoření	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	20	37,7
Ne	18	34
Nevím	15	28,3

Graf 19. Školení o syndromu vyhoření



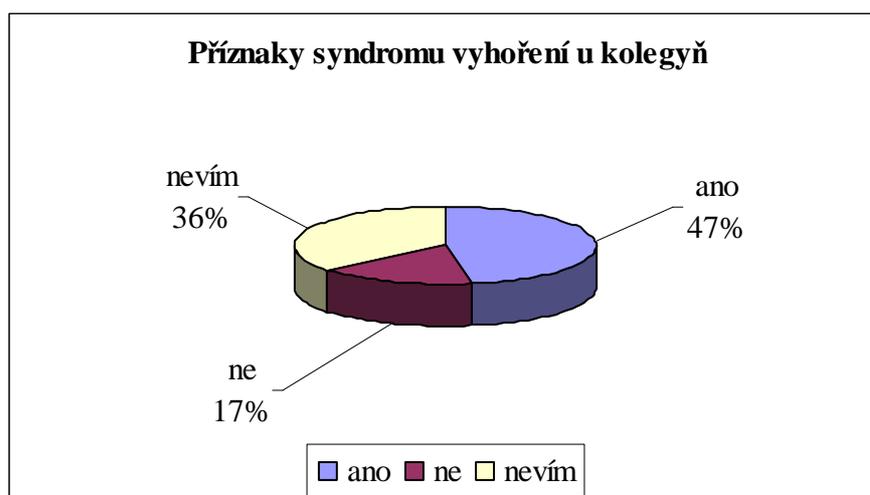
Na tuto otázku uvedlo 38% respondentů, že zaměstnavatel zajišťuje školení, které se vztahují k problematice syndromu vyhoření. 28% neví, zda tato školení zaměstnavatel zajišťuje a 34% respondentů uvedlo, že zaměstnavatel žádná školení nezajišťuje.

Otázka č. 20: Myslíte si, že se na Vašem pracovišti objevují u Vašich kolegů příznaky syndromu vyhoření?

Tab. 20. Příznaky syndromu vyhoření u kolegů

Příznaky syndromu vyhoření u kolegů	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	25	47,2
Ne	9	17
Nevím	19	35,8

Graf 20. Příznaky syndromu vyhoření u kolegů



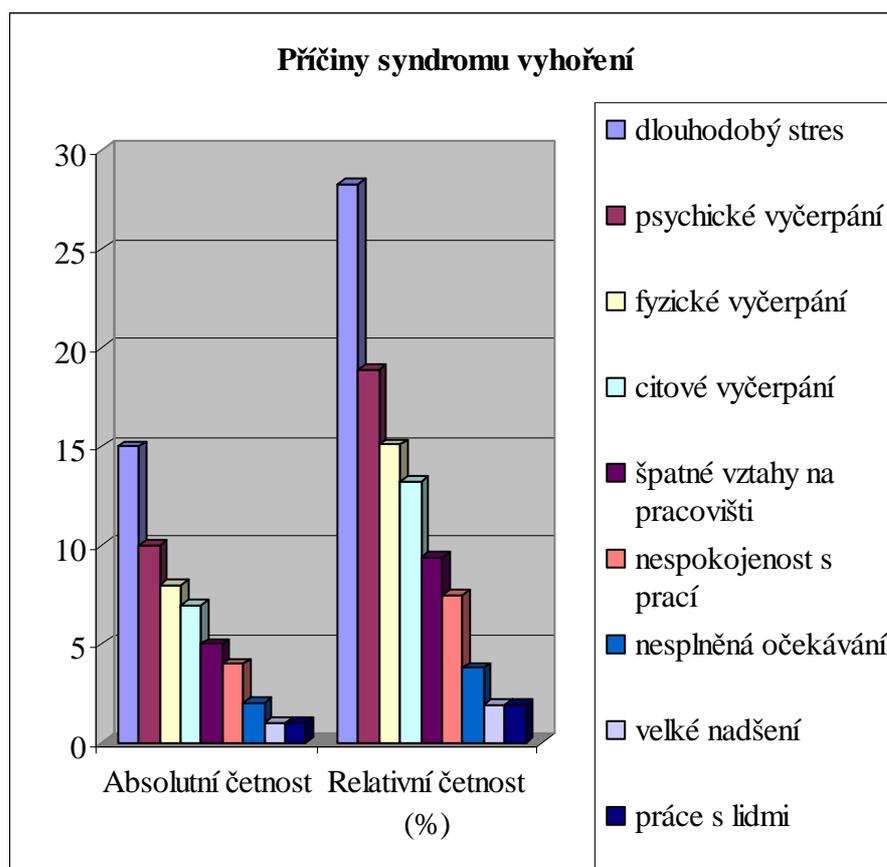
Z výsledků hodnocení si 47% respondentů myslí, že se u jejich kolegů objevuje syndrom vyhoření. Dalších 17% respondentů si nemyslí, že by se tento syndrom u kolegů projevoval a 36% neví, zda se příznaky syndromu vyhoření u jejich kolegů objevují.

Otázka č. 21: Co je podle Vás příčinou syndromu vyhoření? Vytvořte žebříček od 1 .místa po 9.místo, podle toho, kterou příčinu považujete za nejvíce pravděpodobnou.

Tab. 21. Žebříček příčin syndromu vyhoření

Příčiny syndromu vyhoření	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Dlouhodobý stres	15	28,3
Psychické vyčerpání	10	18,9
Fyzické vyčerpání	8	15,1
Citové vyčerpání	7	13,2
Špatné vztahy na pracovišti	5	9,4
Nespokojenost s prací	4	7,5
Nesplněná očekávání	2	3,8
Velké nadšení	1	1,9
Práce s lidmi	1	1,9

Graf 21. Žebříček příčin syndromu vyhoření



Při sestavování žebříčku příčin syndromu vyhoření, uváděli respondenti nejčastěji na 1. místo dlouhodobý stres, na 2. místě se umístilo psychické vyčerpání a na 3. místě fyzické

vyčerpání. Příčiny, které spočívaly v práci s lidmi, velké nadšení pro práci či nesplněná očekávání z práce se umístily na posledních příčkách.

4.5.5 Pátá část: Nejvíce zatěžující pracovní faktory a stres

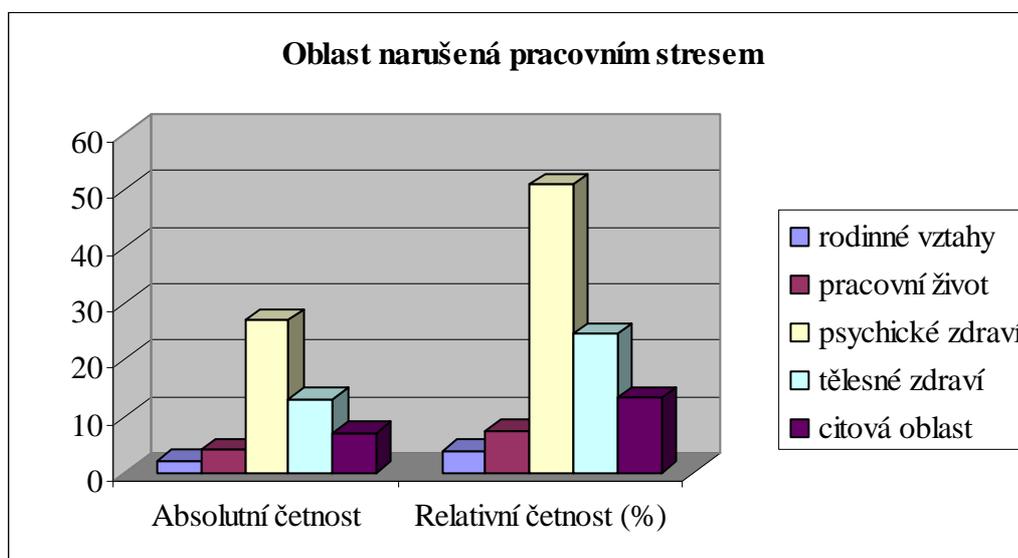
Tato část obsahuje vyhodnocení otázek vztahujících se ke způsobům zvládnání stresu a reakcím respondentů na pracovní stres, hodnocení nejvíce zatěžujících pracovních faktorů.

Otázka č. 22: Kterou oblast Vašeho života nejvíce ohrožuje pracovní stres?

Tab. 22. Oblast života nejvíce narušená pracovním stresem

Oblast narušená pracovním stresem	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Rodinné vztahy	2	3,8
Pracovní život	4	7,5
Psychické zdraví	27	51
Tělesné zdraví	13	24,5
Citová oblast	7	13,2

Graf 22. Oblast života nejvíce narušená pracovním stresem



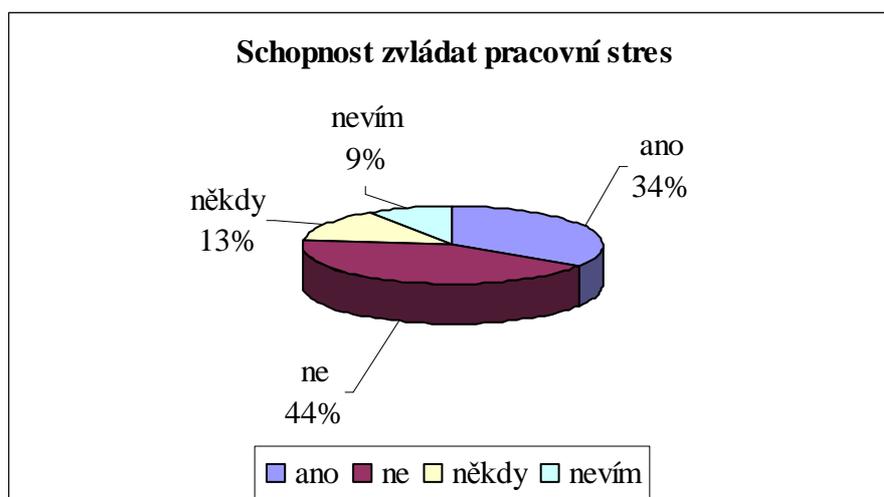
Za nejvíce narušenou oblast pracovním stresem byla respondenty označována oblast psychického zdraví. Tuto oblast uvedlo 51% respondentů. Na dalším místě byla uváděna oblast tělesného zdraví, kterou označilo 25% respondentů, narušení v oblasti citové považuje 13%. Nejméně narušenou oblastí pracovním stresem byla uváděna oblast citová, kterou uvedly 4% respondentů.

Otázka č. 23: Umíte zvládat pracovní stres?

Tab. 23. Schopnost zvládat pracovní stres

Schopnost zvládat pracovní stres	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
ano	18	34
ne	23	43,4
někdy	7	13,2
nevím	5	9,4

Graf 23. Schopnost zvládat pracovní stres



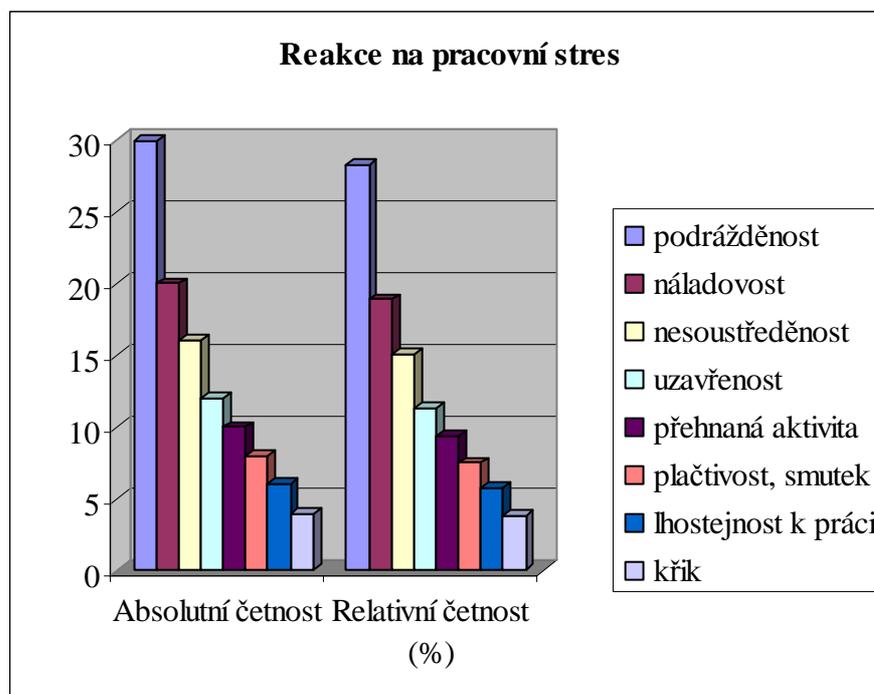
Z vyhodnocení otázek respondentů vyplynulo, že 44% respondentů neumí zvládat pracovní stres, což je určitě alarmující zjištění. Zvládat stres umí podle mínění respondentů 34%, jen někdy umí zvládat stres 13% respondentů a 9% neví, zda dokáže stres zvládnout.

Otázka č. 24: Vyberte dvě možnosti jakým způsobem většinou reagujete na pracovní stres?

Tab. 24. Reakce na pracovní stres

Reakce na pracovní stres	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Podrážděnost	30	28,3
Náladovost	20	18,9
Nesoustředěnost	16	15,1
Uzavřenost	12	11,3
Přehnaná aktivita	10	9,4
Plačtivost, smutek	8	7,5
Lhostejnost k práci	6	5,7
Křik	4	3,8

Graf 24. Reakce na pracovní stres



V této otázce měli respondenti vybírat dvě možnosti, jakým způsobem reagují na stres. Z nejčastěji uváděných možností to byla podrážděnost, kterou uvedlo 28% respondentů. 19%

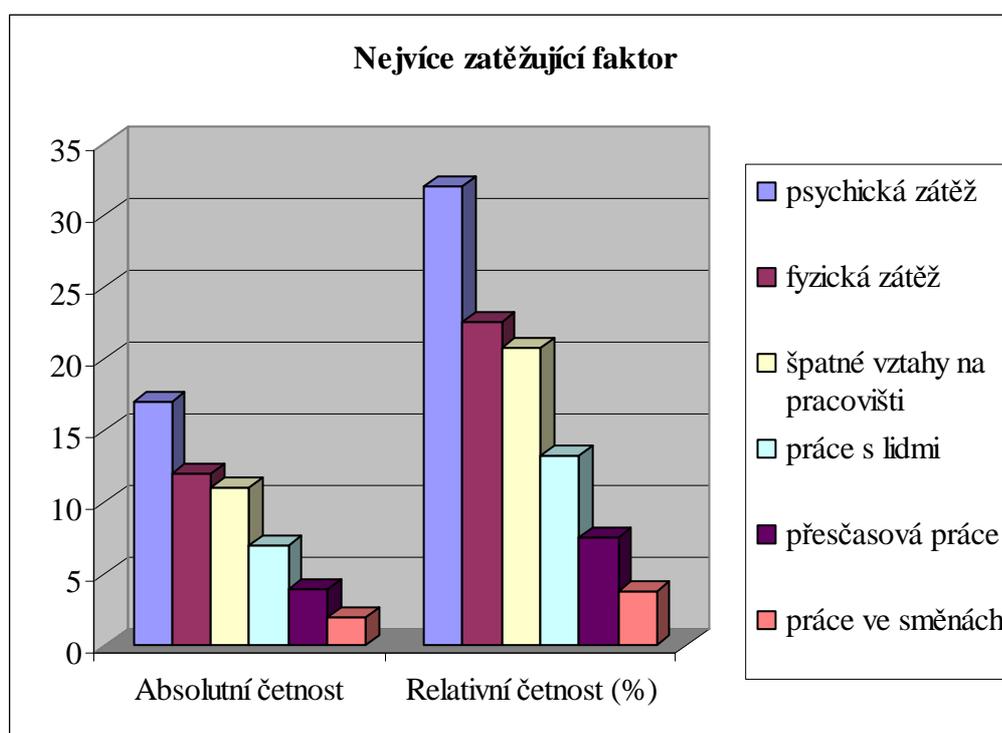
respondentů reaguje na pracovní stres náladovostí, 15% nesoustředěností. K nejméně uváděným patřil křik (4%), lhostejnost k práci (6%), plačtivost a smutek (8%).

Otázka č. 25: Vyberte jeden z pracovních faktorů, který je pro Vás nejvíce zatěžující?

Tab. 25. Nejvíce zatěžující pracovní faktor

Nejvíce zatěžující faktor	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Psychická zátěž	17	32,1
Fyzická zátěž	12	22,6
Špatné vztahy na pracovišti	11	20,8
Práce s lidmi	7	13,2
Přesčasová práce	4	7,5
Práce ve směnách	2	3,8

Graf 25. Nejvíce zatěžující pracovní faktor



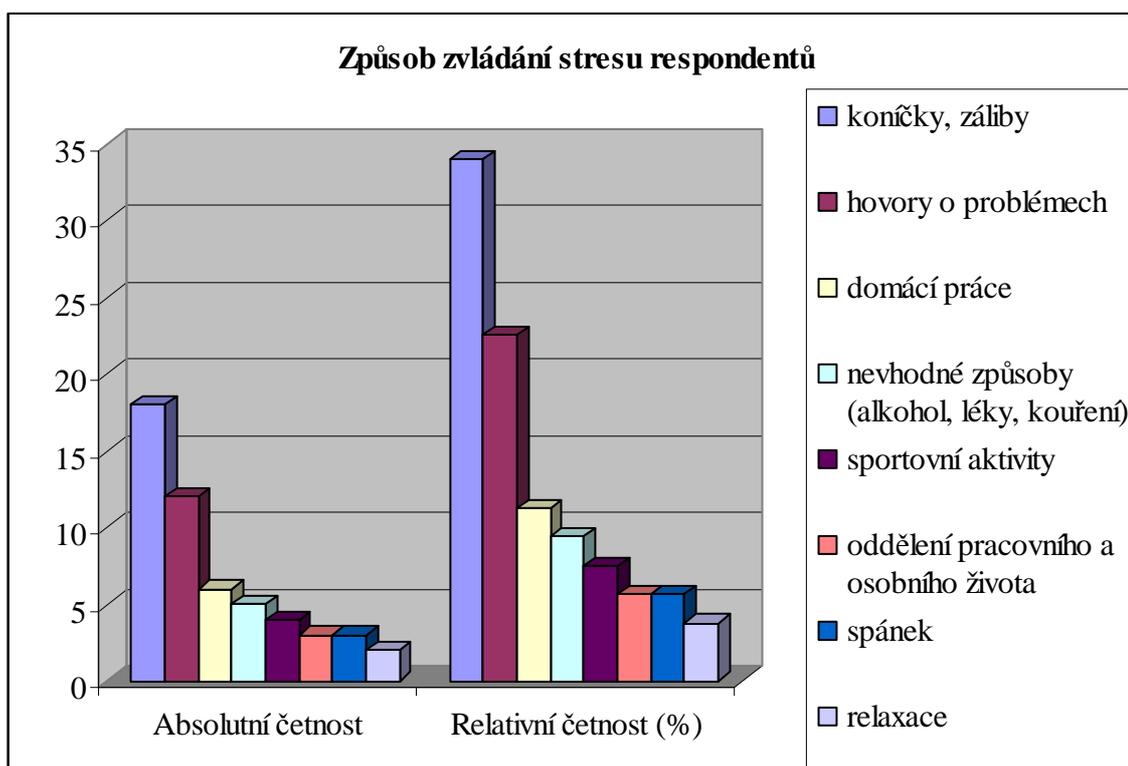
Za nejvíce zatěžující faktor je pro respondenty považována psychická zátěž, kterou uvedlo 32% respondentů. Fyzickou zátěž uvádělo 23% a špatné vztahy na pracovišti jako zatěžující faktor uvedlo 21%. Nejméně zatěžující je pro respondenty práce ve směnách (4%)

Otázka č. 26: Vyberte jakým způsobem zvládáte stres?

Tab. 26. Způsob zvládnání stresu respondentů

Způsob zvládnání stresu respondentů	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Koníčky, záliby	18	34
Hovory o problémech	12	22,6
Domácí práce	6	11,3
Nevhodné způsoby (alkohol, léky, kouření)	5	9,4
Sportovní aktivity	4	7,5
Oddělení pracovního a osobního života	3	5,7
Spánek	3	5,7
Relaxace	2	3,8

Graf 26. Způsob zvládnání stresu respondentů



Jako nejlepší způsob zvládnání stresu uvedlo 34% respondentů věnování se svým koníčkům a zálibám. Pomocí hovorů se svými blízkými o problémech se zbavuje stresu 23% respondentů, domácími pracemi 11%. Nevhodnými způsoby jako jsou léky, alkohol a kouření se stresu zbavuje 9%. Jen 7% využívá ke zvládnání stresu aktivní způsoby jako jsou například sportovní aktivity.

4.6 Vyhodnocení statistických hypotéz a shrnutí výsledků výzkumu

Vyhodnocení nulové hypotézy H_0 : Mezi délkou praxe ve zdravotnictví a rizikem vzniku syndromu vyhoření neexistuje přímá souvislost.

Hypotéza H_0 se potvrdila. Pro ověření hypotézy byly použity výsledky dotazníkového šetření u otázek č. 2 a č. 18. Otázka č. 2 zjišťovala u respondentů délku praxe ve zdravotnictví. Otázka č. 18. zjišťovala skutečnost, zda se jich syndrom vyhoření osobně týká. Odpovědi na otázky byly zapsány do kontingenční tabulky, vypočteny očekávané četnosti, chí-kvadrát a počet stupňů volnosti. Nakonec byla vypočítaná hodnota chí-kvadrátu srovnána s tabulkovou kritickou hodnotou na hladině významnosti 0,05.

„Testu nezávislosti chí-kvadrát nelze použít v případech, kdy ve více než 20% polí kontingenční tabulky jsou očekávané četnosti menší než 5 a v případě, že v některém poli je očekávaná četnost menší než 1. V některých případech je možné zvětšit očekávané četnosti v kontingenční tabulce vhodným sdružením některých odpovědí dohromady“ (Chráška, 2003, s. 94)

Vzhledem ke skutečnosti, že ve věkových kategoriích do 5 let praxe, 6 – 10 let praxe a nad 31 let praxe, by bylo u více jak 20% polí očekávaná četnost menší než 5 a nebyla by tak splněna uvedená podmínka pro použití chí-kvadrátu, bylo provedeno sdružení odpovědí. Odpovědi z kategorie délka praxe do 5 let a 6 -10 let byly sdruženy a odpovědi z kategorie nad 31 let praxe byly přidruženy ke kategorii od 21-30 let praxe. Vzniklá kontingenční tabulka je tvořena třemi kategoriemi podle let praxe. Testové kritérium chí-kvadrát bylo spočítáno podle vzorce

$$\chi^2 = \sum \frac{P - O_2}{\dots} \quad (1)$$

Tab. 27. Délka praxe ve zdravotnictví a osobní postoj k syndromu vyhoření (pozorované četnosti – P)

Syndrom vyhoření	Do 10 let	11-20 let	Nad 21 let	Σ
Ano	10	10	16	36
Ne	2	8	7	17
Σ	12	18	23	53

Tab. 28. Délka praxe ve zdravotnictví a osobní postoj k syndromu vyhoření (očekávané četnosti – O)

Syndrom vyhoření	Do 10 let	11-20 let	Nad 21 let	Σ
Ano	8,2	12,2	15,6	36
Ne	3,8	5,8	7,4	17
Σ	12	18	23	53

Tab. 29. Přehled pozorovaných a očekávaných četností, vypočtených hodnot χ^2 – kvadrátu

Syndrom vyhoření	Pozorovaná četnost (P)	Očekávaná četnost (O)	(P – O)	(P – O) ²	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Ano do 10 let	10	8,2	1,8	3,24	0,395
Ano 11 - 20 let	10	12,2	-2,2	4,84	0,397
Ano Nad 21 let	16	15,6	0,4	0,16	0,01
Ne Do 10 let	2	3,8	-1,8	3,24	0,852
Ne 11 - 20 let	8	5,8	2,2	4,84	0,834
Ne nad 21 let	7	7,4	-0,4	0,16	0,022
Σ	53	53			2,51

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu $\chi^2 = 2,51$.

Pro posouzení vypočítané hodnoty chí-kvadrátu byl určen počet stupňů volnosti (f) podle daného vzorce (Chráska, 2003, s. 92)

$$f = (r - 1) \cdot (s - 1) \quad (2)$$

Pro danou kontingenční tabulku je počet stupňů volnosti $f = 2$

Kritická hodnota chí kvadrátu, nalezená ve statistické tabulce (Chráska, 2003, s. 189) pro počet stupňů volnosti 2 a pro zvolenou statistickou hladinu významnosti 0,05 je $\chi^2_{0,05}(2) = 5,991$

Vypočítaná hodnota testového kritéria je menší než kritická hodnota testového kritéria, proto nelze odmítnout nulovou hypotézu. To znamená, že mezi délkou praxe ve zdravotnictví a rizikem vzniku syndromu vyhoření neexistuje přímá souvislost.

Vyhodnocení hypotézy H_1 : Interpersonální vztahy hodnotí nadpoloviční většina zdravotnických pracovníků jako velmi dobré.

Tato hypotéza byla ověřena pomocí otázky č. 6 - Jak hodnotíte vzájemné vztahy na pracovišti? Pokud je hodnotíte jako špatné nebo velmi špatné uveďte proč.

Platnost hypotézy se nepotvrdila. Za velmi dobré považuje interpersonální vztahy pouze 23% respondentů, což neodpovídá hypotéze, která předpokládá velmi dobré hodnocení pracovních vztahů nadpoloviční většinou respondentů. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 47% respondentů hodnotí interpersonální vztahy na pracovišti jako snesitelné. 23% respondentů hodnotí tyto vztahy jako velmi dobré. Je zajímavé, že toto velmi dobré hodnocení interpersonálních vztahů bylo zjištěno u pracovníků z detašovaného pracoviště v Litovli, kde je péče poskytována soběstačnějším klientům. Tuto skutečnost je možné vysvětlit zejména tím, že pracovníci tohoto oddělení svou určitou „pracovní izolovaností“ musí řešit pracovní problémy mnohdy samostatně bez okamžitého zásahu vedení, zejména tedy vrchní setry, která není na tomto oddělení permanentně k dispozici, tak jak je tomu na oddělení v Července. Proto nabývá práce na tomto oddělení týmového charakteru, který posiluje pozitivní interpersonální vztahy. Pozitivním zjištěním je, že žádný z respondentů nehodnotí pracovní

vztahy jako velmi špatné. Nicméně 18% respondentů uvádí špatné vztahy na pracovišti. Ve volných odpovědích, na které někteří respondenti odpověděli byly uváděny jako možné důvody špatných vzájemných vztahů na pracovišti zejména „závistivost v ženském kolektivu“, „snahy některých kolegyně být nejchytřejší a poučovat ostatní,“ „malý zájem vedení řešit pracovní problémy,“ „příliš hodná vrchní sestra,“ „nespravedlivé rozdělování finančních odměn“. I přes tyto uvedené důvody lze celkově zhodnotit vzájemné vztahy na pracovišti za pozitivní. Vždy je třeba především ze strany vedoucích pracovníků tyto interpersonální vztahy podporovat a snažit se co nejvíce eliminovat negativní vlivy. Nemalý význam bude spočívat také v podpoře týmové spolupráce, v motivaci pracovníků pomocí transparentního systému odměn.

Vyhodnocení hypotézy H₂: Možnost zdravotnických pracovníků podílet se na utváření pracovního prostředí přispívá k celkové pracovní spokojenosti.

Vyhodnocení této hypotézy bylo provedeno pomocí otázek č. 11. a č. 12. Hypotéza se na základě vyhodnocených odpovědí dotazníkového šetření potvrdila. Otázka č. 11 zjišťuje možnost podílet se na utváření pracovního prostředí a otázka č. 12 spokojenost s pracovním prostředím. Z vyhodnocení otázky č. 11 se ukázalo, že 68% respondentů má možnost podílet se na utváření pracovního prostředí. 26% respondentů uvedlo, že i přes tuto možnost se na utváření pracovního prostředí nepodílí. Pouhých 5% respondentů odpovědělo, že nemá možnost se podílet se na utváření pracovního prostředí. Skutečnost, že respondenti mají možnost aktivně se zapojovat do vylepšování pracovního prostředí se také projevila i v hodnocení spokojenosti s pracovním prostředím. Z odpovědí na tuto otázku lze říci, že 72% respondentů uvedlo, že jsou velmi spokojeni s pracovním prostředím, což by vypovídalo i podobně vysokému procentu odpovědí (68%) na otázku možnosti podílet se na utváření pracovního prostředí. Především práce ve směnném provozu, která se týká většiny zdravotnického personálu, vyžaduje, aby si pracovníci mohli během pracovní směny kvalitně odpočinout a načerpat novou energii v příjemně upraveném prostředí „pracovny personálu“ s dostatečným sociálním zázemím. Lze tedy říci, že možnost podílet se na utváření pracovního prostředí přispívá k celkové pracovní spokojenosti.

Vyhodnocení hypotézy H₃: Zdravotničtí pracovníci jsou dostatečně informováni o problematice syndromu vyhoření.

Na základě vyhodnocení otázek č. 16 a č. 17 se potvrdila platnost této hypotézy. Otázka č. 16 zjišťovala u respondentů znalost pojmu syndrom vyhoření, v otázce č. 17 respondenti uváděli, zda znají jaké jsou příznaky tohoto syndromu. Dostatečnou informovanost o problematice syndromu vyhoření, týkající se vysvětlení pojmu syndromu vyhoření a jeho příznaků respondenti prokázali vysokým procentem svých kladných odpovědí. Na dotaz, zda vědí co znamená pojem syndrom vyhoření odpovědělo kladně 81% dotazovaných. Zápornou odpověď uvedlo 6% respondentů a 13 % respondentů nedokázalo posoudit, zda vědí co tento pojem znamená. Znalost příznaků syndromu vyhoření potvrdilo 81% respondentů. Žádný z respondentů nevedl, že by nevěděl jaké jsou příznaky vyhoření, nicméně 19% respondentů nedokázalo posoudit zda vůbec znají příznaky syndromu vyhoření. Při vytváření žebříčku nejpravděpodobnější příčiny syndromu vyhoření respondenti uváděli nejčastěji na 1. místo dlouhodobý stres (28% respondentů). Na 2. místě se umístilo psychické vyčerpání, což uvádělo 19% dotazovaných, na 3. místě fyzické vyčerpání jak uvedlo 15% respondentů. Je zajímavé zjištění, že na prvních místech se v žebříčku nepravděpodobnějších příčin neobjevilo například „ velké nadšení“, které bývá v literatuře označováno za významný faktor ovlivňující vznik syndromu vyhoření.

Vyhodnocení hypotézy H₄ : Na vznik syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků má vliv spíše nepřiměřená psychická zátěž než fyzická zátěž.

Hypotéza byla potvrzena vyhodnocením otázek č. 22 a č. 25. Tyto otázky zjišťují, kterou oblast života respondentů nejvíce narušuje pracovní stres a které pracovní faktory jsou pro ně nejvíce zatěžující. Tyto otázky byly doplněny také otázkami zjišťujícími schopnost a způsob respondentů zvládat pracovní stres. Z dotazníkového šetření tedy vyplývá, že 51% respondentů nejvíce narušuje pracovní stres v oblasti psychické. Oblast fyzického zdraví, kterou nejvíce narušuje stres uvádí 24% dotazovaných a 13% uvádí jako nejvíce narušenou oblast citovou. Za nejvíce zatěžující faktor je respondenty považována psychická zátěž a to u 32% respondentů. Následuje fyzická zátěž, kterou uvedlo 22%. Z nabízených možností

se na 3. místě umístily špatné vztahy na pracovišti, které uvedlo 21% respondentů. Práce s lidmi, přesčasová práce a práce ve směnách se umístily na posledních příčkách uváděných zatěžujících faktorů. Schopnost zvládat stres uvádí 34% respondentů. Alarmující je však skutečnost, že 43% dotazovaných zvládat stres neumí, 13% ho dokáže zvládnout jen někdy a 9% vůbec neví zda umí stres zvládat. V této souvislosti je třeba také uvést způsoby zvládání stresu, kde 34% dotazovaných uvádí zvládání stresu pěstováním svých koníčků a zálib, 23% řeší stres povídáním si o problémech se svými přáteli a 11% zvládá stres domácími pracemi. Aktivním způsobem života zvládá stres pouze 7% dotazovaných. Vzhledem ke skutečnosti zvládání stresu nevhodným způsobem u 9% respondentů a poměrně vysokému procentu, kdy respondenti uvedli, že neumí zvládat stres je určitě potřebné více se zaměřit v rámci seminářů pro zaměstnance na problematiku zvládání stresu.

ZÁVĚR

Zdravotnické povolání je profese, kterou řadíme k profesím pomáhajícím. Společným znakem těchto profesí je práce s lidmi, pomáhání lidem, kteří očekávají od těchto pracovníků pomoc a podporu. Zdravotnická profese, do které řadíme práci sester a veškerého ošetrovatelského personálu rozhodně patří k profesím, které jsou v literatuře uváděny jako učebnicové příklady profesí nejvíce ohrožených syndromem vyhoření. Objekty jejich práce jsou totiž lidé - klienti, ke kterým musí přistupovat profesionálně a dodržovat zásadní etické principy chování. Zároveň se tito zdravotničtí pracovníci musí umět vypořádat s těžkostmi, které tato práce přináší, neustále se vzdělávat, seznamovat se s novými moderními přístupy, ale zároveň zvládat také spoustu administrativních činností. Zejména současná doba a měnící se společnost vystavuje zdravotnické pracovníky stále větším tlakům. Zdravotník už není jenom tím, který pečuje, podporuje a pomáhá, ale musí také s maximální pečlivostí a odpovědností plnit spoustu administrativních úkonů, kterých ani zdravotnická profese není ušetřena. Zejména potom práce se specifickou skupinou klientů, kterými beze sporu senioři určitě jsou, patří k obzvláště náročným.

Cílem diplomové práce bylo zjistit úroveň informovanosti zdravotnického personálu Domova důchodců v Července o problematice syndromu vyhoření. Vyhodnocením výsledků byla zjištěna velká informovanost zdravotnického personálu, stejně tak jako informovanost o příznacích tohoto syndromu. Zjišťovala se existence možné souvislosti délky praxe s rizikem syndromu vyhoření, která se však dotazníkovým šetřením neprokázala. Pro vznik syndromu vyhoření budou tedy rozhodující spíše osobnostní vlastnosti jedince a charakter pracovního prostředí jak bývá často uváděno v literatuře. Ukázalo se také, že i přes školení vztahující se k syndromu vyhoření, které zaměstnavatel pořádá by bylo potřebné zaměřit se také více na problematiku způsobu zvládnání stresu, na vytvoření programů podporujících regeneraci zaměstnanců.

Dotazníkovým šetřením byly dále zjištěny nejvíce zatěžující pracovní faktory, které na tyto pracovníky působí. Nejvíce zatěžujícím faktorem se ukázala psychická zátěž, po které následovala fyzická zátěž. Obě tyto zátěže jsou dány především charakterem práce v domově důchodců. Psychická zátěž spočívá především v práci se seniory, kteří jsou dementní, kteří se nemohou pohybovat, ale kteří mají mnohdy tak konfliktní povahy, pro které nejsou schopni vyjít ani se svými blízkými. Tito senioři volí život v domově důchodců v domnění, že změnou prostředí se tyto vztahy upraví. Bohužel však těmi, kdo musí řešit mnohdy spoustu

nevyřešitelných sporů těchto konfliktních klientů jsou zaměstnanci, kteří se za všech okolností musí snažit, aby se chovali jen profesionálně a nad věcí. Jiní klienti, zase vyžadují zvýšenou ošetrovatelskou péči, což znamená fyzickou zátěž pro pracovníky. Bez dostatečného technického zázemí, zejména různých zvedacích pomůcek, ale také bez pomoci především mužského personálu, lze tento zátěžový faktor jen velmi těžce eliminovat.

Ze všech uvedených výsledků této práce vyplývá, že existuje stále mnoho rezerv nejenom v samotných zaměstnancích, ale také na straně vedoucích pracovníků a vedení organizace. Rezervy jsou však nejen v samotných lidských zdrojích a jejich řízení, ale také v technickém vybavení a zlepšování pracovního prostředí. Společné odstraňováním všech těchto rezerv a preventivní opatření s sebou mohou přinést zmírnění rizik vzniku syndromu vyhoření. Spokojenost klientů jde totiž ruku v ruce se spokojenými pracovníky, kteří o ně pečují. Tito lidé si tedy zaslouží, aby se o ně staral pracovník, který je milý, příjemný, ochotný a pohodový - zkrátka takový, kterého práce baví.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
- [2] HAŠKOVCOVÁ, H. *Syndrom vyhoření*, Sestra, 1994, č. 3, s. 10-11.
- [3] HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-890-5.
- [4] CHRÁSKA, M. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0765-5.
- [5] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti*. Čs. psychologie 42, 1998, č. 5, s. 429 – 448.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- [9] MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V. *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-7315-102-2.
- [10] *Mezinárodní klasifikace nemocí*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
- [11] PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- [12] PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. a kol. *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0982-5.
- [13] RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8.
- [14] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.

- [15] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
- [16] VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [17] VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2000. ISBN 80-85912-38-4.
- [18] *Výroční zpráva Domova důchodců v Července 2008*. Domov důchodců Červenka, 2008.
- [19] *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů*, s účinností od 1. ledna 2007.

ZDROJE INTERNETOVÉ:

- [2] *Freudenberger Burn-out*: [online]. [cit. 2009-03-29]. Dostupný z WWW:
<<http://www.jobzurnal.cz/zdravi-a-prace/burn-out>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

č. číslo

s. strana

tab. tabulka

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Věková kategorie respondentů.....	44
Tab. 2. Délka praxe ve zdravotnictví.....	45
Tab. 3. Pracovní zařazení respondentů.....	46
Tab. 4. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	47
Tab. 5. Typ oddělení, na kterém respondenti pracují.....	48
Tab. 6. Hodnocení vzájemných vztahů na pracovišti.....	50
Tab. 7. Možnost hovořit o pracovních problémech.....	51
Tab. 8. Podpora přímého nadřízeného.....	52
Tab. 9. Zájem vedení o názory respondentů vztahující se k práci.....	53
Tab. 10. Spokojenost respondentů s vedením organizace	54
Tab. 11. Možnost podílet se na utváření pracovního prostředí.....	55
Tab. 12. Spokojenost s pracovním prostředím.....	56
Tab. 13. Spokojenost s technickým vybavením pracoviště.....	57
Tab. 14. Spokojenost s finančním ohodnocením.....	58
Tab. 15. Volba stejného povolání.....	59
Tab. 16. Znalost pojmu syndrom vyhoření.....	60
Tab. 17. Znalost příznaků syndromu vyhoření.....	61
Tab. 18. Osobní postoj k syndromu vyhoření.....	62
Tab. 19. Školení o syndromu vyhoření.....	63
Tab. 20. Příznaky syndromu vyhoření u kolegyň.....	64
Tab. 21. Žebříček příčin syndromu vyhoření.....	65
Tab. 22. Oblast života nejvíce narušená pracovním stresem.....	66
Tab. 23. Schopnost zvládat pracovní stres.....	67
Tab. 24. Reakce na pracovní stres.....	68

Tab. 25. Nejvíce zatěžující pracovní faktor.....	69
Tab. 26. Způsob zvládnání stresu respondentů.....	70
Tab. 27. Délka praxe ve zdravotnictví a osobní postoj k syndromu vyhoření (pozorované četnosti – P).....	72
Tab. 28. Délka praxe ve zdravotnictví a osobní postoj k syndromu vyhoření (očekávané četnosti – O).....	72
Tab. 29. Přehled pozorovaných a očekávaných četností, vypočtených hodnot χ^2 – kvadrátu.....	72

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Věková kategorie respondentů.....	45
Graf 2. Délka praxe ve zdravotnictví.....	46
Graf 3. Pracovní zařazení respondentů.....	47
Graf 4. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	48
Graf 5. Typ oddělení, na kterém respondenti pracují.....	49
Graf 6. Hodnocení vzájemných vztahů na pracovišti.....	50
Graf 7. Možnost hovořit o pracovních problémech.....	51
Graf 8. Podpora přímého nadřízeného.....	52
Graf 9. Zájem vedení o názory respondentů vztahující se k práci.....	53
Graf 10. Spokojenost respondentů s vedením organizace	54
Graf 11. Možnost podílet se na utváření pracovního prostředí.....	55
Graf 12. Spokojenost s pracovním prostředím.....	56
Graf 13. Spokojenost s technickým vybavením pracoviště.....	57
Graf 14. Spokojenost s finančním ohodnocením.....	58
Graf 15. Volba stejného povolání.....	59
Graf 16. Znalost pojmu syndrom vyhoření.....	60
Graf 17. Znalost příznaků syndromu vyhoření.....	61
Graf 18. Osobní postoj k syndromu vyhoření.....	62
Graf 19. Školení o syndromu vyhoření.....	63
Graf 20. Příznaky syndromu vyhoření u kolegyň.....	64
Graf 21. Žebříček příčin syndromu vyhoření.....	65
Graf 22. Oblast života nejvíce narušená pracovním stresem.....	66
Graf 23. Schopnost zvládat pracovní stres.....	67
Graf 24. Reakce na pracovní stres.....	68

Graf 25. Nejvíce zatěžující pracovní faktor.....	69
Graf 26. Způsob zvládnání stresu respondentů.....	70

SEZNAM PŘÍLOH

P 1 Dotazník

6. Jak hodnotíte vzájemné vztahy na pracovišti? Pokud je hodnotíte jako špatné nebo velmi špatné uveďte proč.

velmi dobré dobré snesitelné špatné velmi špatné

.....

7. Máte možnost hovořit otevřeně o Vašich pracovních problémech na pracovních poradách?

Ano Ano, ale bojím se následků, proto této možnosti nevyžívám
 Ano, ale pracovní porady jsou jen zřídka Ne

8. Dokáže se Váš přímý nadřízený za Vás „postavit“ a podpořit Vás?

Ano Ne Nevím

9. Zajímá vedení domova (ředitele, vrchní setru) Váš názor na záležitosti vztahující se k Vaší práci dříve než o nich rozhodne?

Ano Občas Ne

10. Jste spokojena s tím jak vedení řídí provoz domova důchodců?

velmi spokojena spokojena nespokojena velmi nespokojena

11. Máte možnost podílet se na utváření pracovního prostředí?

Ano Ano, ale nevyžívám této možnosti Ne

12. Jste spokojena s Vaším pracovním prostředím?

velmi spokojena spokojena nespokojena velmi nespokojena

13. Jste spokojena s technickým vybavením pracoviště?

velmi spokojena spokojena nespokojena velmi nespokojena

14. Domníváte se, že jste dostatečně finančně ohodnocena?

Ano Ne Nevím

15. Volila byste po svých zkušenostech opět stejné povolání?

Ano Ne Nedokážu posoudit Nevím

16. Víte co znamená pojem syndrom vyhoření?

- Ano Ne Nedokážu posoudit

17. Víte jaké jsou příznaky syndromu vyhoření?

- Ano Ne Nedokážu posoudit

18. Domníváte se, že se Vás osobně syndrom vyhoření týká? Uveďte krátce proč se tak domníváte.

- Ano Ne
-

19. Zajišťuje Váš zaměstnavatel školení vztahující se k problematice syndromu vyhoření?

- Ano Ne Nevím

20. Myslíte si, že se na Vašem pracovišti objevují u Vašich kolegů příznaky syndromu vyhoření?

- Ano Ne Nevím

21. Co je podle Vás příčinou syndromu vyhoření? Vytvořte žebříček od 1. místa po 9.místo, podle toho, kterou příčinu považujete za nejvíce pravděpodobnou.

- velké nadšení práce s lidmi nesplněná očekávání
 špatné vztahy na pracovišti nespokojenost s prací dlouhodobý stres
 citové vyčerpání fyzické vyčerpání psychické vyčerpání

22. Kterou oblast života nejvíce narušuje pracovní stres?

- rodinné vztahy pracovní život psychická oblast
 tělesné zdraví citová oblast

23. Umíte zvládat pracovní stres?

- Ano Ne Někdy Nevím

24. Vyberte dvě možnosti, jakým způsobem většinou reagujete na pracovní stres?

- podrážděnost náladovost nesoustředěnost
 uzavřenost plačtivost, smutkem křikem

- přehnanou aktivitou lhostejností k práci

25. Vyberte jeden z pracovních faktorů, který je pro Vás nejvíce zatěžující?

- přesčasová práce špatné vztahy na pracovišti práce s lidmi
 fyzická zátěž psychická zátěž práce ve směnách

26. Vyberte jakým způsobem zvládáte stres?

- relaxací spánkem odděluji pracovní a osobní život
 věnuji se koníčkům, zálibám sportovními aktivitami
 hovořím o svých problémech s kolegy, přáteli, partnerem
 domácími pracemi
 nevhodné způsoby (kouření, léky, alkohol)

