

Výskyt syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Brno

Lucie Berková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Berková**
Osobní číslo: **H128273**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Výskyt syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Brno**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů.

Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na míru vyhoření u zdravotních pracovníků v souvislosti s jednosměnným a nepřetržitým provozem;

- na porovnání míry vyhoření u zdravotních sester a zdravotních laborantů;

- na zjištění míry vyhoření v souvislosti na dosaženém a požadovaném vzdělání.

Součástí práce bude výzkum, analýza a rozbor získaných dat, zaměřený na syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Brno. Výzkum bude kvantitativní, sběr dat bude prováděn pomocí dotazníků. Téma bude analyzováno z hlediska sociální pedagogiky.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1.vydání.Brno:NCO NZO, 86s., ISBN 80-7013-439-9. CARNEGIE, D., 2011. Jak překonat starosti a stres. Praha:Práh, 155s. ISBN 978-807252-320-7. KALLWASS, A., 2007. Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha:Portál, 139s. ISBN 978-80-7367-299-7. KEBZA, V., A ŠOLCOVÁ, I., 2003. Syndrom vyhoření. 2., rozšířené a doplněné vyd., ISBN 80-7071-231-7. KRÍVOHLAVÝ, J., 2012. Hořet, ale nevyhořet. Praha:Grada, 175s. ISBN 978-80-7195-573-3. MINIRTH, F., 2011. Jak překonat vyhoření: Naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres. Praha:Návrat domů, 138s. ISBN 978-80-7255-252-8.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jiří Dalajka, Ph.D.

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

15. prosince 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2015

Ve Zlíně dne 15. prosince 2014



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka



doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním 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;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji 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;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s přípoštěním-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně

3.4. 2015

Lucie Berková

Jméno, příjmení a podpis diplomanta

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Brno.

Teoretická část se zabývá charakteristikou syndromu vyhoření, jeho prevencí a léčbou. Dále je v teoretické části popsána profese všeobecné sestry a zdravotního laboranta.

Cílem výzkumné části bylo zjistit vztah mezi vzděláním, typem pracovního provozu, profesí a ukazatelem míry vyhoření.

Výsledky práce ukazují rozdíly v míře vyhoření mezi profesí všeobecná sestra a zdravotní laborant.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, profese, nelékařský zdravotnický pracovník, všeobecná sestra, zdravotní laborant, vzdělání, kvalifikace, provoz, FN Brno

ABSTRACT

The bachelor thesis concentrates on burnout syndrome at paramedical staff in the University Hospital Brno.

The theoretic part characterizes the burnout syndrome, its prevention and therapy. The professions of practical nurse and laboratory technician are also described in the theoretic part.

The aim of the experimental part was to determine the correlation between the level of education, type of work shift, profession and the indicator of burnout syndrome.

The results show the differences in the burnout syndrome intensity between the practical nurse and laboratory technician professions.

Keywords: burnout syndrome, profession, paramedical staff, practical nurse, laboratory technician, education, qualification, work shift, University Hospital Brno

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat Mgr. Jiřímu Dalajkovi, Ph.D., za metodickou pomoc při zpracování této bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat za poskytnutou morální podporu po celou dobu mého studia manželovi Martinovi. Dceři Janě, synům Jiřímu a Toníkovi, mamce, sestře a zbytku rodiny děkuji za trpělivost a pochopení, kterých se mi během zkouškových období dostávalo.

Poděkování patří i mé dlouholeté přítelkyni a kolegyni Petře Kléberové, se kterou jsem měla možnost tři roky s úsměvem studovat.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická, nahraná do IS/STAG, jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SYNDROM VYHOŘENÍ	11
1.1 DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	11
1.2 PŘÍČINY VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ	13
1.3 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	14
1.4 ODLIŠENÍ OD JINÝCH PATOLOGICKÝCH JEVŮ	16
1.5 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	18
2 PREVENCE A LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ	20
2.1 PREVENCE NA ÚROVNI JEDNOTLIVCE, ORGANIZACE A SUPERVIZE	20
2.2 LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	22
2.3 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA A SYNDROM VYHOŘENÍ	23
3 NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK A SYNDROM VYHOŘENÍ	25
3.1 OHROŽENÉ PROFESNÍ SKUPINY	25
3.2 SPECIFIKA PROFESE VŠEOBECNÁ SESTRA	26
3.3 SPECIFIKA PROFESE ZDRAVOTNÍ LABORANT	27
3.4 POŽADOVANÉ VZDĚLÁNÍ A ZVYŠOVÁNÍ KVALIFIKACE.....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 VÝZKUMNÝ CÍL A STANOVENÍ HYPOTÉZ	32
4.1 CÍL VÝZKUMU.....	32
4.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ	32
5 METODA	35
5.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR	36
5.2 METODY SBĚRU DAT	38
5.3 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	39
6 ANALÝZA A VÝSLEDKY VÝZKUMU	40
6.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ	42
6.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	47
7 DISKUZE	49
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	58
SEZNAM OBRÁZKŮ	59
SEZNAM TABULEK	60
SEZNAM PŘÍLOH	61

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma syndrom vyhoření. Od doby, kdy byl tento syndrom poprvé popsán, uběhlo již 40 let a za prvního autora je pokládán americký psychiatr Herbert J. Freudenberger (Honzák, 2012). Téma je stále aktuální a dotýká se převážně osob, které volí práci v pomáhajících profesích (Ježovská, Kozyková a Chrastina, 2012). V literatuře je v této souvislosti popisována tzv. pomáhající profese, do které spadají např. lékaři, zdravotníci, sociální pracovníci, učitelé aj. (Kebza a Šolcová, 2003). Nové poznatky v souvislosti s tímto syndromem lze tedy uplatnit v široké škále oborů, tedy i v sociální pedagogice.

Obecně je syndrom vyhoření definován jako druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání. Příčinou mohou být nadměrné psychické a emocionální nároky spojené převážně s pracovním stresem. Nemusí se nutně jednat o práci s lidmi, ale i náročná pracovní činnost, vysoký nekolísající výkon s malou možností úlevy a postihy za chyby jsou jednou z mnoha příčin u syndromu vyhoření.

Bartošíková (2006) se vyjadřuje k problematice tak, že „vyhořet“ může jen ten, kdo tzv. „hořel“. Jde o symboliku, o vyjádření toho, jak někteří jedinci mohou své činnosti zcela propadnout a dostat se až na dno svých psychických i fyzických sil.

„Potřebujeme několik pohlazení denně, jinak nám vysychá mícha. Psychosociální potřeby: podněty, uznání a jasná struktura. Pohlazení - vím, že jsi tu a oceňuji tě“ (Honzák, 2013, s. 89). Jde o to, že oheň v nás může hořet, jen nemá vyhořet, a hořet bude, pokud budeme ve své činnosti vidět smysl a dostaneme za ni pohlazení a uznání. Pokud dojde k selhání při hledání smyslu života, může být důsledkem i syndrom vyhoření.

Bakalářská práce je zaměřena na nelékařské zdravotnické pracovníky pracující ve Fakultní nemocnici Brno. Zaměření je záměrné, jelikož jsem v této nemocnici zaměstnána od roku 2001 a to v profesi zdravotní laborant.

V teoretické části je pomocí literatury přiblížen pojem syndrom vyhoření v souvislosti s pojmem nelékařský zdravotnický pracovník. V praktické části této práce je cílem zjistit prostřednictvím dotazníků MBI u této skupiny pracovníků zaměstnaných ve Fakultní nemocnici Brno míru jejich vyhoření v oblasti emocionální, depersonalizace a profesního uspokojení.

Na distribuci a sběru dotazníků jsem spolupracovala s kolegyní a spolužačkou Petrou Kléberovou, která ve své bakalářské práci použila z dotazníku, v souvislosti se svým výzkumem, jiné proměnné.

Nejvíce jsou ve Fakultní nemocni Brno zaměstnáni jako nelékařští zdravotničtí pracovníci všeobecné sestry. Jejich profese je bezesporu považována za jedno z přitažlivých povolání, ne však každý se na něj hodí a je schopen nároky na tuto profesi ustát a dobře plnit. Jsem toho příkladem, na tuto profesi jsem vždy hleděla s respektem. Osobně znám několik všeobecných sester a ty, které znám, jsou na své povolání hrdé a rády o své práci povídají, proto mě někdy zaujmou věty typu: „Je to náročné, nějak nestíhám žít.“ Proč jsou takto negativně naladěné, pracujeme přeci ve stejné nemocnici, máme vystudovanou stejnou školu, jen jiný obor. Proto se nabízí otázka, zda na vyhoření má vliv typ profese, provoz či vzdělání.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření je velice často v literatuře spojován s pomáhajícími profesemi. Klevetová (2011) uvádí, že původně se termín burnout (vyhoření) používal pro popis vyhasnutí trysek u raketových motorů ve čtyřicátých letech minulého století. Opírá se o tvrzení Freudenbergera, že medicína si výraz burnout převzala pro popis vyčerpání, selhání, ztrátu energie a síly pokračovat dál ve své práci. Pro zamyšlení udává: „*Kdo jednou vyhoří nebo už vyhořel, musí nebo musel nejdříve skutečně hořet!*“ (Klevetová, 2011, s. 21). Preiß (2015) upozorňuje na to, že syndrom vyhoření se už stal společenským problémem západní civilizace a způsobuje nejen každoroční miliardové škody, ale i velká osobní trápení. Dále se zmiňuje, že není úplně jasný původ této civilizační choroby, symptomy se stále ještě považují za příčiny a tyto symptomy a samotná existence syndromu vyhoření nebývají uznávány nebo jsou zlehčovány.

V následující kapitole podrobněji popisují pojmy - definice a příčiny vzniku u syndromu vyhoření, dále popisují jiné patologické jevy, které mají se syndromem vyhoření některé podobné nebo shodné symptomy.

1.1 Definice syndromu vyhoření

Pro syndrom vyhoření zatím neexistuje jednotná definice. Část definic je orientovaná na stav, který je už konečný v úrovni emočního, fyzického a psychického vyčerpání. Zato další část definic se věnuje spíše procesu, posunu a postupu, tedy zaznamenávají vývoj a ne konečný stav. I přes různá pojetí a vymezení lze nalézt společné znaky.

Kebza a Šolcová (2013) si syndrom vyhoření symbolicky představují jako vysoké plameny plápolajícího ohně a jeho počátek spojují s vysokým pracovním zaujetím a nadšením. Pokud tedy symbolicky dojde dřevo, které představuje vysokou míru motivace, nutně dojde k pohasínání plamínku a nastane tedy zklamání, prožitek neúspěchu, skepse, frustrace a cynismus.

Honzák (2012) za autora prvního článku o syndromu vyhoření neboli burnout uvádí H. J. Freudenbergera, který tento článek napsal pro časopis *Journal of Social Issues* v roce 1974. Během 30 let výzkumu tohoto problému lze ve světové literatuře najít různá vymezení a pojetí syndromu vyhoření, která se v různých aspektech vzájemně liší. Kebza a Šolcová (2013) konstatují, že v některých bodech se studie shodnou na tom, že:

- záleží na psychickém stavu, nastane-li prožitek vyčerpání
- větší výskyt byl zaznamenán u profesí, ve kterých je podstatou pracovní náplně práce s lidmi
- je pozorována řada symptomů v oblasti psychické, fyzické a sociální
- jako klíčová složka je uváděna emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a často i celková únava
- všechny hlavní složky tohoto syndromu vycházejí z chronického stresu

Stock (2010) uvádí, že mezi hlavní příznaky syndromu vyhoření můžeme zařadit tři základní symptomy: vyčerpání, odcizení, a pokles výkonnosti.

Symptom vyčerpání dle Stocka (2010) můžeme chápat jako vyčerpání fyzické a emoční. Fyzické vyčerpání umíme definovat. S emočním vyčerpáním je to podle něj složitější, jelikož se jedná o pocity, jako např. sklíčenost, bezmoc, beznaděj, pocit strachu apod.

Pod pojmem odcizení si můžeme představit, že dochází k odosobnění a dalo by se říci až k lhostejnému postoji nejen k práci, ale i k okolí. Dříve převládalo přesvědčení, že vyhoření postihuje více sociální profese v souvislosti s prací s lidmi, kde jde hlavně o emoční zátěž. Odcizení vysvětluje, proč k vyhoření dochází, i když nepracujeme v sociální sféře. Pod tímto pojmem si musíme představit postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a nadšení, které bylo na pracovním začátku. V krajních případech se odcizení projevuje jako cynismus, sarkasmus a agrese nejen vůči kolegům, ale i ke klientům (Stock, 2010).

Zato pokles výkonnosti může začínat ztrátou víry ve vlastní schopnosti a to se může u profese projevit nízkou efektivitou. Jedná se o subjektivní hodnocení, které má vliv na samotnou výkonnost. Projevuje se to zvýšením energie i času potřebných na pracovní úkoly, se kterými nebyl dříve problém. Tím pádem se prodlužuje doba regenerace organismu a dovolená nebo víkend už přestávají stačit k odpočinku (Stock, 2010).

Bartošíková (2006) uvádí, že názory na to, jestli osobnost či vnější podmínky mohou za vznik vyhoření, se různí. Určitá shoda v názorech je, že vliv má střet určitých osobnostních, tedy psychických a fyzických, dispozic, úrovně sociability a sociální opory, především schopnost čelit stresu a zvládat jej, a to i když je chronické povahy.

Stock (2010) dále doplňuje, že syndrom vyhoření se neprojevuje jen v pracovní sféře, ale prostupuje i do soukromé sféry. Pracovní zátěž se projevuje i doma a rodina či přátelé

většinou zaznamenají u postiženého jedince změnu v chování. Jedná se o apatii a podrážděnost, pokud to pro jedince není typický model chování. V extrémních případech může docházet k sociální izolaci a zpretrhání sociálních vazeb.

1.2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

“ Každý člověk je jedinečná, neopakovatelná bytost a má dno nastavené v jiné hloubce.“ (Venglářová a kol., 2011, s. 25). I tak se dá vyjádřit fakt, že každý člověk je jedinečný, proto se nedá jednoznačně říci, která příčina je ta zásadní, která podpoří u člověka vznik a rozvoj syndromu vyhoření.

Honzák (2013) se opírá o poznatky Freudenbergera, který z vlastních zkušeností a pak i z pozdějších poznatků považoval za nejpodstatnější pro vyhoření nezkrotnou touhu po uznání, očekávání nejen pracovního úspěchu, ale i příslušného ocenění. Potřeba uznání patří mezi základní potřeby definované Maslowem. Pokud tedy ocenění nebo uznání očekáváme a ono nepřichází, dochází ke zklamání a frustraci. Dalším podstatným faktorem pro vyhoření jsou nereálné požadavky na vztahy mezi lidmi, nedůvěra sama v sebe a ve své výkony, černobílé myšlení typu buď anebo, rychlé a nesprávné závěry o zdrojích, postupech a cílech. A nakonec kladení důrazu na věci nepodstatné a nedůležité v kombinaci s přeháněním a zveličováním problémů jsou živnou půdou pro vyhoření.

Baštecká (2003) uvádí, že dle Henniga a Kellera, můžeme vidět příčiny syndromu vyhoření v těchto zdrojích: v jedinci, v organizaci, ve společnosti.

Příčiny syndromu vyhoření na úrovni jedince jsou psychické a fyzické. Na psychické úrovni se jedná o negativní myšlení, jedinec nenalézá v každodenní práci smysl, přestává zvládat zátěžové situace a účelně hospodařit s časem. Fyzická úroveň se projevuje v nedostatku odolnosti vůči zátěži a nezdravému způsobu života (Baštecká, 2003).

Na úrovni organizace jsou příčiny syndromu vyhoření dány špatnou organizací práce, špatnými pracovními podmínkami a také pokud nejsou jasně stanovené pravomoci jednotlivých pracovníků nebo dochází k jejich nedostatečné informovanosti o dění ve společnosti. Velmi důležitá je podpora ze strany vedoucích pracovníků, možnost profesního růstu a dobrá příprava na povolání (Baštecká, 2003).

Příčiny syndromu vyhoření ve společnosti souvisí s jejím rozvojem. Jedinci se dostávají do nepříznivých sociálních situací a vzrůstá náročnost řešení jejich problémů. Tím dochází

ke zvyšujícím se nárokům na samotné pomáhající pracovníky. Zatímco dříve byla společnost více jednotná, přibýváním různých menšin, cizinců a přistěhovalců dochází k nízké společenské prestiži pomáhajících profesí a vůbec tomu nepřispívá ani nízké platové ohodnocení (Baštecká, 2003).

Kallwass (2007) uvádí, že nelze jednoznačně odpovědět na otázku, co skutečně k syndromu vyhoření vede. Ve své knize uvádí příčiny, které bývají často spojovány se syndromem vyhoření, jako např.: konflikty rolí, přílišná očekávání, nedostatek autonomie, nejasnosti v hierarchických strukturách, a to nejen v zaměstnání, dále nedostatečná podpora ze strany nadřízených, nadměrné množství práce v krátkém časovém rozvrhu anebo příliš vysoká odpovědnost.

Preiß (2015) upozorňuje, že za příčiny onemocnění syndromem vyhoření se neustále považuje přetížení a nadměrné vyčerpání, ale prý dochází i k ignoraci otázek, proč k přetížení vůbec dochází, proč člověk řadu let překračuje vlastní hranice a čím se vlastně více lidí vyčerpává. Dále svou myšlenku rozvádí, že nastává situace, kdy se příznak považuje za příčinu a řešení se tedy hledá převážně v racionální rovině a mechanické změně chování, ale to prý vede k mylné domněnce, že nastane rychlé uzdravení.

Příčin je tedy mnoho a Bartošíková (2006) trefně uvádí, že základ pro vznik vyhoření můžeme nalézt především v osobní charakteristice jedince. Nesmí se však opomenout ani konkrétní pracovní podmínky, ve kterých se jedinec nachází.

1.3 Fáze syndromu vyhoření

Stock (2010) uvádí, že většina autorů, zabývajících se syndromem vyhoření, popisuje jeho vývoj ve fázích. Dále popisuje, že vyhoření je tedy vnímáno jako proces a postižený může fázemi procházet postupně nebo je možnost do určité míry některou fází přeskóčit. Bartošíková (2006) doplňuje, že proces vyhoření lze v každé fázi zastavit vnější nebo vnitřní změnou. Nelze však vše vrátit beze zbytku, můžou zůstat jizvy na duši. Zároveň může každá životní krize být pro jedince i odrazový můstek k osobnímu růstu, současně nám vlastní poznání odhalí určení našich mezí, chyb a osobních rezerv. Pokud bereme vyhoření jako životní zkušenost, můžeme příště včas předcházet stavům vyčerpání a vyhoření.

Stadia u syndromu vyhoření se dle Stocka (2010) vždy překrývají, nelze je jednoznačně ohraničit a to jak u nejjednoduššího modelu, tak i u nejsložitějšího popsaného modelu. Jako příklad uvádí čtyř fázový model dvojice autorů Edelwiche a Brodského: idealistické nadšení, stagnace, frustrace a apatie. Další příklad fází syndromu vyhoření uvádí Venglářová a kol. (2011) od autorů Kraska a Ludecke : nadšení- stagnace- frustrace- apatie- vyhoření.

Idealistické nadšení je dle Stocka (2010) popisováno jako neefektivní vynakládání energie, i když to jedinec dělá z dobré vůle, a přeceňování vlastních sil. Bezmezný optimismus a extrémní ztotožnění se se svou prací, může u jedince vést k uzavření se před okolním světem. Venglářová a kol. (2011) fázi nadšení popisuje jako ideály, smysluplnost, nápady, a přetěžování vlastních sil.

Stagnaci můžeme podle Venglářové a kol. (2011) chápat jako slevování ze svých ideálů a mizení počátečního nadšení. Stock (2010) vysvětluje stagnaci jako střet s realitou, přehodnocování svých počátečních ideálů. Zklamání a zmizení počátečního vzrušení ze zaměstnání a nastoupení rutinního každodenního koloběhu. V tomto stádiu nezpozoruje postižený ani jeho okolí žádnou známku onemocnění.

Po stagnaci dle Stocka (2010) nastupuje fáze frustrace, která se vyznačuje tím, že nastává zpochybnění smyslu vlastního snažení, uvědomění si bezmoci a narůstání problémů spojených se zaměstnáním. Nastává tedy propastný rozdíl mezi tím, co chtěl jedinec udělat a co lze reálně provést. Frustrace se týká dle Venglářová a kol. (2011) efektivity a smyslu vlastní práce. Objevuje se tunelové vidění, tzn., že v popředí je jen práce postiženého a nic jiného ho nezajímá. U této fáze může nastoupit pocit osamělosti, zklamání a velká osobní deziluze.

Apatii podle Venglářové a kol. (2011) můžeme chápat tak, že je povolání postiženým chápáno jen jako zdroj obživy a soustředí se jen na nejnnutnější úkoly a komunikaci. Stock (2010) apatii vysvětluje tak, že jde o tzv. obrannou reakci proti frustraci, která má za následek nástup vnitřní rezignace. Postižený pocítuje, že nemá žádné vyhlídky na změnu, a práce se pro něj stane trvalým zklamáním. Vyhýbá se náročným úkolům, počáteční nadšení se zcela vytratí a v práci dělá jen nezbytně nutné úkoly. V této fázi může nastat pocit rezignace a zoufalství.

Vyhoření je poslední fází v tomto modelu, který popisuje Venglářová a kol. (2011). Tato fáze je podle ní typická nastoupením lhostejnosti, negativismu, vyčerpání a naprostým

vyhýbáním se profesním požadavkům a nárokům. Schmidbauer (2008) zastává názor, že závěrečná fáze vyhoření je extrémní případ, který nebývá příliš častý. Popisuje, že se jedná o pracovníky, kteří pracují dle předpisů, svůj nedostatečný zájem prosadit se omlouvají různými výmluvami, v kolektivu na ostatní členy působí negativně a ti následně také ztrácejí zájem o práci.

Jeklová a Reitmayerová (2006) člení proces vyhoření podle Leangle takto: fáze nadšení, fáze vedlejšího zájmu a fáze popela. Nejprve jedinec vnímá svou práci jako smysluplnou, je z ní nadšen, směřuje k vytyčenému cíli. V další fázi je jedinec motivován prostředky vycházejícími z jeho činnosti, ale původní nadšení se začíná vytrácet. Ve fázi popela se projevuje ztráta úcty k ostatním lidem, ale i k sobě samému, jedinec nemá snahu něčeho dosáhnout a ztrácí smysl života.

Stock (2010) nepopisuje ve své knize jen fáze, ale upozorňuje i na fakt, že existují lidé, kteří se dokáží do své práce zcela ponořit a díky tomu zažívají pocit sebeuspokojení. U nich se ale nemusí rozvinout syndrom vyhoření, pokud přistupují ke své práci vyváženě, umírněně a mají odpovídající kompenzaci.

Jak už bylo řečeno, syndrom vyhoření je proces a postižený může fázemi procházet postupně nebo některou fází do určité míry přeskočit. Na druhou stranu lze proces vyhoření v každé fázi zastavit vnější nebo vnitřní změnou, není však možné vrátit vše zpět bez následků. A pokud jedinec bude mít přístup k práci vyvážený a zároveň bude subjektivně cítit, že je dobře hodnocen, může se do práce zcela ponořit a zažívat uspokojení a při tom se nemusí na jedinci projevit žádná z těchto popsaných fází.

1.4 Odlišení od jiných patologických jevů

Dle Stocka (2010) syndrom vyhoření provází celá řada symptomů, podle kterých můžeme mylně diagnostikovat i jiné stavy nebo nemoci. Je tedy někdy dost těžké počáteční fázi rozpoznat. Udává se, že je tu podobnost se stresem a depresí. Křivohlavý (1998) ještě doplňuje podobnost s únavou a odcizením.

Stock (2010) dále uvádí, že vyhoření nemůže být označováno jako stres, jelikož vyhoření plyne z chronického stresu. Spouštěč stresových faktorů je jedna z hlavních příčin syndromu vyhoření. Je to tedy kombinace chronického stresu a dlouhodobé disbalance mezi zátěží a fází klidu. Křivohlavý (1998) upozorňuje na to, že do stresu se může dostat

každý jedinec, a však vyhoření se může objevit jen u jedinců, kteří jsou intenzivně zaujati svou prací. Mají tedy velká očekávání a vysoké cíle. Pokud jedinec nemá výkonovou motivaci, může se dostat do stresu ne však do stavu vyhoření.

Stock (2010) popisuje, že mezi depresí a syndromem vyhoření je obtížnější rozeznat rozdíl. U obou stavů se vyskytuje řada podobností v symptomech. V pokročilém stadiu lze velmi obtížně odlišit vyhoření od deprese. Křivohlavý (1998) zmiňuje, že deprese může propuknout u jedinců, kteří intenzivně pracují, ale může se rozvinout i u lidí, kteří nepracují nebo nikdy nepracovali. Deprese je více dávana do souvislosti s negativními zážitky z mládí, na rozdíl od syndromu vyhoření. Bartošíková (2006) doplňuje, že u jedince s příznaky vyhoření depresivní prožitky mizí, pokud dojde k odreagování od práce např. dovolená nebo věnování se koníčkům, při kterých nemusí na práci myslet. U syndromu vyhoření se jedinec pracovními problémy zabývá již na dovolené nebo ve volném čase a tak se stav nezlepší ani po návratu do práce.

U syndromu vyhoření se vyskytuje i únava, což je podle Křivohlavého (1998) další negativní psychologický zážitek. Obecně se dá říci, že únava je spíše fyzického charakteru, z takové únavy se lze dostat odpočinkem, a to u syndromu vyhoření neplatí. U syndromu vyhoření se jedná o únavu, která je jedincem vnímána jako něco negativního, tíživého, těžkého a bezvýhodného, spojená s pocitem marnosti a selhání. Nejedná se tedy o „prostou“ únavu, jelikož z takové únavy se stačí prospat, odpočinout si, nebo relaxovat. Při syndromu vyhoření je únava vnímána dlouhodobě, spojená s pocitem viny a selhání.

Odcizení Křivohlavý (1998) zařazuje do skupiny negativních emocionálních zážitků. Odkazuje se na Durkheima, který definoval odcizení jako druh anomie, ke které dochází tam, kde jedinci zažívají nedostatek nebo ztrátu přijatelných sociálních norem, které by mohly řídit jejich jednání a zároveň byly směrodatným měřítkem jejich životních hodnot.

Venglářová a kol. (2011) popisuje syndrom vyhoření jako neustále se vyvíjející proces, který může trvat až několik měsíců i let. Na počátku nastupuje emoční vyhoření, na které jsou více citlivější ženy, zároveň dochází ke ztrátě inspirace a psychickému vyhoření. Spojení emočního a fyzického vyčerpání může vést k psychosomatickému onemocnění jako reakce na dlouhodobě potlačovaný stres a přirozených reakcí.

1.5 Diagnostika syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření lze vyzorovat z jednotlivých symptomů v souvislosti s prožitkem postižené osoby, pokud je pozorovatel o problematice a charakteristických projevech spojených s tímto syndromem dobře obeznámen. Speciální psychologické metody např. dotazníkové metody, založené na posuzovacích škálách, které za tímto účelem byly zkonstruovány, jsou velkým pomocníkem při diagnostice nejen v psychologické praxi, ale taky jsou velmi využívány ve vědecké rovině a v odborných pracích (Kebza, Šolcová, 2003).

Blanař, Čermáková a Jedlinská (2014) popisují, že pokud jde o diagnostiku, největším přínosem je rozhovor s psychoterapeutem nebo s psychologem. Velkou úlohu podle nich zaujímá i supervize na pracovišti s vysokou mírou emocí a psychické zátěže. Dále uvádí, že jsou to metody účinné, ale časově a finančně náročné, a nepokryjí velký počet zaměstnanců, zřejmě proto je velmi oblíbené testování formou dotazníků.

Pro diagnostiku syndromu vyhoření můžeme použít dotazník Burnout Measure. Hodnotí tři různá hlediska a to pocity emočního, psychického a tělesného vyčerpání. Bartošíková (2006) uvádí, že dotazník BM má velmi dobré psychometrické hodnoty, avšak všechny položky v dotazníku sytí pouze jeden faktor, který je zároveň dominantní, a to je vyčerpání. Dále uvádí, že test byl přeložený J Křivohlavým a uveřejněný v jeho publikaci: Jak neztratit nadšení. Grada 1998, se souhlasem původní autorky testu.

Blanař, Čermáková a Jedlinská (2014) uvádí, že dalším využívaným dotazníkem je Maslach Burnout Inventory, který hodnotí projevy syndromu vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení z vykonané práce. Křivohlavý (1998) uvádí, že tato metodika byla poprvé publikována v roce 1981, a to autorskou dvojicí Christina Maslach a Jackson, která v roce 1986 zveřejnila úpravy této metody. Venglářová a kol. (2011) popisuje, že dva ze tří faktorů, a to emocionální vyčerpání a depersonalizace, jsou negativně laděné. Třetí faktor, kterým je osobní uspokojení z práce, je laděn pozitivně. Dále Blanař, Čermáková a Jedlinská (2014) uvádí, že tým Maslachové prokázal, že jejich dotazník má dobré psychometrické vlastnosti a trojdimenzionální hodnocení dobře koresponduje s vhodnou vazbou na celkové pojetí osobnosti. Pocity se hodnotí na stupnici častosti výskytu a stupnici intenzity, tedy síly, a vyhodnocení je z celkového skóre pro jednotlivé faktory.

Venglářová a kol. (2011) poukazuje na to, že se v praxi osvědčilo používat pouze jeden z ukazatelů, a to buď četnost, nebo sílu pocitů. Honzák (2009) se odkazuje na metaanalýzu autorů Lourel a Gueguen z roku 2007, kteří na stovce studií u pestré palety profesí zjistili, že dotazník MBI lze použít univerzálně a dokonce i transkulturně.

Křivohlavý (1998) se zmiňuje o tom, že kromě dotazníkových metod lze u diagnostiky syndromu vyhoření využít jako metodu sémantický diferenciál. Jedná se o odlišení jemných odstínů ve významu slov. U sémantického diferenciálu se pracuje s bipolárními adjektivy v prožívání extrémních pocitů a to za pomoci stupnice mezi dvěma extrémy. Pocity se značí křížkem podle toho, kde si jedinec myslí, že se v momentální chvíli na stupnici nachází.

2 PREVENCE A LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ

Za prevenci se dá považovat jakákoliv činnost, která nepřispěje ke vzniku syndromu vyhoření ani jiného onemocnění. Staré pořekadlo praví: „Gram prevence je lepší než kilo léků“. V této kapitole nastíním možné způsoby prevence a léčby u syndromu vyhoření.

2.1 Prevence na úrovni jednotlivce, organizace a supervize

Vycházíme-li z předpokladu, že syndrom vyhoření je důsledkem chronického a nadměrného stresu v kombinaci s neúměrným očekáváním a ne zrovna nejměkčím střetem s realitou, nalezneme i vhodnou prevenci. Prevence před syndromem vyhoření je stejně tak důležitá jako u jakékoliv jiné nemoci.

Syndrom vyhoření dle Kopřivy (1997) vzniká nenápadně, plíživě, proto je důležitá prevence. Díky ní se můžeme zaměřit na kvalitu životního stylu, mezilidských vztahů a přijetí sebe sama.

Schmitdbauer (2008) dále uvádí, že správný profesní vývoj, pozitivní hodnocení své profesní činnosti a zdravě vyvinuté sebevědomí můžeme považovat za jednu z prevencí proti syndromu vyhoření. Vysvětluje to tím, že jedinci s takovým sebevědomím pracují na svých pracovních úkolech s realistickým očekáváním výsledků a nevzdávají se při neúspěchu, ale hledají nové možnosti a způsoby, jak nejlépe úkol zvládnout a dokončit.

Prevence u syndromu vyhoření může být realizována na úrovni jednotlivce nebo organizace a supervize.

Na úrovni jednotlivce můžeme začít zdravou životosprávou a mít dostatek pohybu, nejlépe provozovat nějaký sport. Naučit se odpočívat a poslouchat své tělo, tedy relaxovat a nezapomínat na psychohygienu. Udržovat dobré sociální vztahy mezi přáteli a spolupracovníky. Mít svůj život i po skončení pracovní doby, neupínat všechnu energii jen na práci. Najít si hobby, pořídit si domácího mazlíčka, dělat něco opravdu jen pro potěšení (Bartošíková, 2006; Křivohlavý, 2012).

Stock (2010) považuje za prevenci i studium a samo vzdělávání, stanovit si cíl a vědět, že někam směřuji. Prevenci vidí i v umění projevit humor a emoce. Doporučuje nebát se změn, ale brát je jako výzvy. Dále uvádí, že pokud víme, jak se dá čelit extrémnímu stresu,

můžeme poznatek využít v rámci prevence syndromu vyhoření a zvolit si tak zdravý životní styl.

Švarcová (2009) upozorňuje, že přetěžování fyzických a psychických sil u jedince má téměř vždy za následek zdravotní problémy a ty mohou vést k pracovní neschopnosti. Proto je podle ní v zájmu všech účastníků, tedy zaměstnavatelů i rodinných příslušníků a dalších blízkých osob, aby se spolupodíleli na preventivních opatřeních, vytvářeli sociální oporu a nezapomínali na psychohygienu.

Na úrovni organizace, jak uvádí Klevetová (2011), je důležité se zaměřit na stanovení jasných cílů, rozpoznání příznaků úzkosti a zdrojů stresu, zavést odborné programy na odreagování, řešení problémů a zlepšení komunikace. Dále považuje za důležité nezapomínat projevovat uznání za přínos organizaci a ocenit schopnosti každého pracovníka.

Křivohlavý (1998) dále doporučuje provádět důslednou zpětnou vazbu. Zajistit flexibilitu při výběru pracovníků na určitou pozici, kompenzovat práci, umožnit jedinci vidět výsledek své činnosti. Následně Křivohlavý (2012) zdůrazňuje důležitost proměnlivosti proti monotónnosti.

Blanař, Čermáková a Jedlinská (2014) zmiňují, že práce managementu hraje klíčovou roli v oblasti předcházení syndromu vyhoření u zaměstnanců. Nadřízení a zaměstnavatelé se mohou na prevenci psychických a tělesných problémů svých zaměstnanců podílet podporou přátelského pracovního prostředí a udržováním dlouhodobě dobrých vztahů se zaměstnanci a vybudováním vzájemné a trvalé důvěry. Zaměstnavatelé by neměli zapomínat na zvyšování motivace zaměstnanců, ať už formou oceňování a odměn, tak i možností celoživotního vzdělávání pro zaměstnance a možnosti kariérního postupu.

Zato supervizi můžeme chápat dle Vrtělové (2012) jako službu nezávislého odborníka, který poskytuje podporu jedincům, kteří působí v pomáhajících profesích. Cílem je také podpora týmových vztahů a hledání řešení problematických situací. Dle Honzáka (2010) by se supervize neměla vnímat jako zdrcující kritika, ale měli bychom jí chápat jako sdílení společných zkušeností začátečníků v komparaci zkušeností starších kolegů, upozornění na chyby či omyly, které nevidíme my, ale ostatní.

Ponížilová a Urbanovská st. (2013) supervizi vidí jako zpětnou vazbu v pomáhajících profesích a dále uvádí, že bychom supervizi mohli vnímat jako kvalifikovaný dohled nad průběhem nějakého programu či projektu. Supervize tedy nabízí možnost pohlédnout

zpět na vlastní pracovní činnost, podporuje získávání nových podnětů, zkušeností, reflexi, umožňuje i jiný pohled, jak vnímat sám sebe a svou práci. Dynáková, Kožnar a Hermanová (2010) uvádí, že konečnou úspěšnou mírou supervize je především její pozitivní dopad na dobro pacienta či klienta.

2.2 Léčba syndromu vyhoření

Tak jako u jiných nemocí i u syndromu vyhoření je důležité začít s léčbou co nejdříve. Nejlépe se bojuje se syndromem vyhoření ve fázi stagnace. Jak už bylo řečeno, jedná se o plíživý proces a tak se ne vždy včas odhalí a syndrom vyhoření může dojít až do konečné fáze.

Stock (2010) uvádí, že v takové chvíli, kdy dojde k vyhoření, je potřeba pomoc od odborníka. Preiß (2015) doplňuje, že pokud někdo věří, že dokáže vyléčit onemocnění vyhořením pomocí nějaké techniky a své vůle, tak se prý mýlí. Vysvětluje to tím, že vyhoření není projev slabé vůle, nemá rozumový základ, a proto se ho nedá zbavit racionálním jednáním. Stock (2010) navazuje tvrzením, že pokud u jedince propukne naplno syndrom vyhoření, s největší pravděpodobností bude v pracovní neschopnosti. Praktický lékař může předepsat rehabilitační léčbu. V psychosomatických rehabilitačních centrech se jedinec zregeneruje a pod vedením zkušeného personálu může znovu nalézt vnitřní rovnováhu. Dále jedince seznámí s relaxačními technikami a jsou schopni sestavit i individuální sportovní program. Jedna z možností léčby je i psychologický koučing vedený profesionálním poradcem školeným v této problematice. Nikdo by se neměl za svůj stav stydět, a pokud potřebuje odbornou pomoc, měl by o ni požádat.

Ulrichová (2011) prevenci a zároveň léčbu vidí v nalezení cesty k vnitřnímu pohybu. Vysvětluje to tak, že si nejprve musíme představit pohyb, který jde nejprve k sobě a následně ke světu. Uvádí, že logoterapie a existenční analýza pomáhají nacházet způsob na životní cestě a především vedou jedince k vykonání kroků, které jej naplní větší radostí. Především existenciální analýza vede k volnému prožívání jedince, následnému zodpovědnému zacházení se životem a k plné osobní existenci. Pro představu, je vhodná citace od Viktora E. Frankla autora logoterapie, který řekl: *„Nečekejme, že nám život nějakým způsobem takovýto cíl dodá – asi jako nadřízený přidělí podřízenému pracovní*

úkol. Tento cíl, který dá našemu životu smysl, si musíme stanovit (zvolit) sami“ (Křivohlavý, 2010, s. 98).

Bartošíková (2006) doporučuje vše stresující dočasně odložit a jedinec se musí věnovat hlavně sám sobě. Mohou pomoci i spolupracovníci, kteří nejsou tímto syndromem zatíženi. Pomoc lze nalézt i ve sdílení situace s někým, kdo jí rozumí. Pokud ale je stav jedince vážný s projevy deprese, je nutné vyhledat psychiatrickou pomoc.

Terapie se u syndromu vyhoření zaobírá především otázkami zdravého životního stylu, posílení mezilidských vztahů a získání realistického pohledu na své zaměstnání. Pokud se jedná o zdravotníky, ti by neměli zapomínat, že existuje hranice v samoléčení a neměli by se stydět, když opravdu potřebují odbornou pomoc.

2.3 Sociální pedagogika a syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je na současně platném oficiálním seznamu 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2013) spojen s diagnózou Z 73 - problémy spojené s obtížemi při vedení života - 0 vyhasnutí (vyhoření) tzn., že se jedná o nemoc.

Bártlová (2005) uvádí, že každá nemoc má sociální důsledky pro postiženého. Mezi hlavní aspekty řadí nemožnost vykonávat dosavadní činnost v profesi. Dále zmiňuje sociální důsledky, které se díky nemoci projeví v rodině, ve které může docházet k narušení vztahu mezi partnery. A jako třetí sociální důsledek uvádí změny v oblasti trávení volného času.

Dle Halbwachs (2011) je vyhoření psychosociální syndrom, jelikož je spojen se zdravotními problémy jedince vedoucími k dlouhodobé pracovní neschopnosti. Dlouhodobá pracovní neschopnost představuje velkou finanční zátěž nejen pro jedince, ale i pro společnost.

Maslach a Jackson uvádí, že syndrom vyhoření úzce souvisí s častou změnou zaměstnání a absencí v práci, s nízkou pracovní morálkou a pracovní spokojeností. Syndrom vyhoření také souvisí s fyzickou vyčerpaností, nespavostí, zvýšenou konzumací alkoholu a drog. Psychické vyčerpání pak souvisí s manželskými problémy a uhasínáním manželské lásky (Křivohlavý, 2012).

Hlaváčová, Tomová a Nikodemová (2010) poukazují na to, že u vyhoření všeobecných sester dochází hlavně k oslabení oblasti sociálních vztahů. To má za následek redukce

kontaktu s pacienty a klienty, později se redukce kontaktu přenáší i na kolegy a rodinné příslušníky.

Bartošíková (2006) uvádí, že lze na syndrom vyhoření pohlížet i jako na sociální problém, jelikož se jedná většinou o práci s lidmi, a to má pak dopad v sociální sféře a zhoršuje se kvalita poskytovaných služeb.

Sociální pedagogika se zabývá člověkem ve všech jeho životních etapách. Je tedy důležité syndrom vyhoření co nejlépe popsat nejen z medicínské stránky, ale především ze sociologické stránky jelikož je člověk sociální bytost. Prostor pro sociální pedagogiku vidím především v realizaci výzkumů věnovaných tomuto syndromu a následném použití výsledků k prevenci zaměřené na informování veřejnosti a cílových skupin. Dále by měla být prevence zaměřena na zaměstnavatele a celoživotní vzdělávání pracovníků. Vzdělávání by mělo být zaměřeno především na budoucí i stávající vedoucí pracovníky, jelikož podle Švarcové (2009) se ukázalo, že nejúčinnější sociální opora pro zaměstnance v rámci pracovního stresu je od nadřízeného, a je efektivnější než opora od spolupracovníků.

Prevence syndromu vyhoření nespočívá jen v relaxaci a psychohygieně jedince, ale je důležité myslet i na pracovní prostředí, sociální vztahy v rodině, na pracovišti a ve společnosti.

3 NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK A SYNDROM VYHOŘENÍ

Nelékařský zdravotnický pracovník je pracovník ve zdravotnictví, který není lékař. Profese zdravotní sestra se udává nejčastěji, neboť má ve zdravotnictví z nelékařských profesí největší zastoupení. Další větší skupinou jsou laboranti, ti mohou být zdravotní, farmaceutičtí a radiologičtí. Do této skupiny řadíme i sanitáře a ošetřovatele. Obecně můžeme konstatovat, že nelékařský zdravotnický pracovník spadá do kategorie pomáhajících profesí a tím pádem se z něj stává ohrožená profesní skupina spojovaná se syndromem vyhoření. V následující kapitole se budu více zabývat pojmy: ohrožené profesní skupiny, všeobecná sestra a zdravotní laborant.

3.1 Ohrožené profesní skupiny

Kebza a Šolcová (2003) popisují, že stav emocionálního vyčerpání, který bývá popisován jako syndrom vyhoření, vzniká v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Zmiňují se tedy o tom, že nejprve byl syndrom vyhoření zaznamenán a zkoumán u zaměstnaneckých kategorií pracujících s jinými lidmi. Psychologové se zaměřovali zvláště na profese: lékař, zdravotní sestra, učitel, policista. Později se ukázalo, že syndrom vyhoření se vyskytuje i v dalších zaměstnaneckých i nezaměstnaneckých kategoriích.

Stock (2010) poukazuje na to, že žijeme v informační společnosti. Společnost je podle něho zaplavena nejrůznějšími údaji, texty a vzdělávacími materiály, a proto musíme zpracovávat kvanta informací. Mimo to žijeme ve společnosti služeb, z čehož plyne, že klienti/zákazníci mají vysoké nároky na kvalitu, flexibilitu a na rychlost poskytovaných služeb. S tím bývá spojen stálý přísun různých dat a formulářů, zvláště zmiňuje, že se to týká pomáhajících a pečovatelských zaměstnání.

Kebza a Šolcová (2003) zmiňují ve svém přehledu profese, které jsou ohroženy vznikem syndromu vyhoření. Na prvním místě uvádějí lékaře, hned za nimi jsou zařazeny zdravotní sestry, za kterými následují další zdravotničtí pracovníci, pod které spadají i laboranti. Seznam dále pokračuje nejrůznějšími profesemi a je zakončen nezaměstnaneckými kategoriemi, pod které patří umělci, sportovci a osoby samostatně výdělečně činné. Společným ukazatelem pro všechny profese je kontakt s druhými lidmi v závislosti na jejich hodnocení a zároveň jsou vystaveny chronickému stresu.

U ohrožených profesních skupin je povaha chronického stresu spojena s jejich náplní práce. Nemusí se nutně jednat o práci s lidmi, která je profesionálního charakteru, stačí, když bude na pracovníka nekompromisně a standardně prosazován požadavek na vysoký výkon, který nesmí kolísat, s malou nebo žádnou úlevou odchylek a vysazení, a nastanou závažné důsledky a následky v případě chyb a omylů (Kebza, Šolcová, 2003).

3.2 Specifika profese všeobecná sestra

Všeobecné sestry mohou pracovat ve službách, které poskytují péči dětem, dospívajícím, dospělým, seniorům, komunitám, ohroženým skupinám, duševně nemocným, nevyléčitelně nemocným a umírajícím. Jedná se o zdravotní nebo sociální služby, které jsou poskytovány ve státních i nestátních zařízeních a to jak v lůžkových tak i v ambulantních zařízeních a institucích.

Tradičně, jak uvádí Bartošíková (2006), je všeobecná sestra považovaná za profesi, ve které je náplní práce fyzická péče o pacienty a její hlavní funkce je ošetřovatelství. Dle Venglářové a kol. (2011) profese všeobecné sestry patří mezi nejnáročnější, jelikož kromě přímé pracovní zátěže se po sestrách vyžaduje i celoživotní vzdělávání a učení se novým dovednostem. Dále uvádí, že tato profese obnáší styk se stresory různého druhu, mezi které můžeme řadit každodenní práci nejen s nemocnými, kteří různě reagují na nemoc a pobyt v nemocnici, ale i vztahy na pracovišti a soukromý život.

Všeobecná sestra je schopna plnit odborné úkoly v jednotlivých oblastech systému primární péče, sekundární péče a terciární péče, která se týká zdraví lidí. Odborné úkoly týkající se její profese plní v rámci svých kompetencí a to bez odborného dohledu. Náplň práce všeobecné sestry je dána typem zařízení, oddělení nebo ambulance. Podle tohoto typu zařízení je daný rámec poskytované zdravotnické péče. Ta je ve všech typech zařízení charakteristická komplexní péčí o nemocné zahrnující dlouhou řadu jednotlivých úkonů. Hruboňová (2011) uvádí, že mezi ně patří samotná péče o nemocné, dále dodržování hygienického režimu a také složitá administrativní práce. Hlavními úkony, vyplývajícími z momentálního stavu pacienta, jsou úkony rutinní, např. měření krevního tlaku, pulsu, odběry krve, dále úkony akutní, např. resuscitace nebo asistence u operačních zákroků vedených lékaři. Administrativní úkony všeobecné sestry jsou např. ošetřovatelské plány, zápisy do chorobopisů, vypisování žádanek apod. Všeobecná sestra je také povinna plnit

příkazy nadřízených, kterými jsou lékaři, ale i hlavní a staniční sestry, ale zároveň musí dohlížet na kolegyně s nižší kvalifikací.

V nemocnicích funguje hierarchie podřízenosti a to na odděleních s lůžkovou nebo ambulancí péčí. Na vrcholu je primář a sestupně pak vysokoškolák lékař, vrchní sestra, staniční sestra, sestra, zdravotnický asistent, sanitářka, ošetřovatel a na konci je uklízečka.

Provoz na jednotlivých odděleních v nemocnicích je buď jednosměnný, nebo vícesměnný.

Nešpor (1995) se odkazuje na McAbee, který vidí hlavní stresory na práci sester v nedostatečné možnosti řídit vlastní práci a přepracovanost. Jako další stresory na práci sestry dále uvádí zmatení rolí, směnný provoz, rotaci a mechaničnost práce.

Klevetová (2011) se zmiňuje o tom, že všeobecná sestra je prvním pilířem, který se setká s lidskou bezmocí a celou škálou emocí při výkonu své profese. Očekává se od ní, že vše ustojí, vydrží a úsměv jí vydrží celou její pracovní dobu. Prokelová a Jarošová (2013) se opírají o poznatky Tučka, že podle stupnice sociální prestiže povolání byla profese sestry v roce 2011 zařazena na třetím stupni z dvaceti šesti hodnocených profesí. Dále uvádí, že ze všech ostatních zdravotnických pracovníků jsou to právě sestry, které až na krátké pauzy, jsou po celou svou pracovní dobu nejčastěji v kontaktu s pacientem.

Bartošíková (2006) uvádí, že slovenské všeobecné sestry se podílely na rozsáhlé studii, uskutečněné v 10 evropských zemích, zabývající se předčasnými odchody všeobecných sester ze zaměstnání tzv. Next Study. Součástí studie bylo mapování fyzické a psychické zátěže sester, v dílčích výsledcích všechny dotazované všeobecné sestry, slovenské i ostatní evropské, hodnotily svou práci jako emočně náročnou. Ze závěrů evropské studie vyplývá, že čtvrtina dotazovaných všeobecných sester trpí syndromem vyhoření. Halbwachs (2011) se s těmito výsledky shoduje a uvádí, že úroveň stresu a četnost syndromu vyhoření se vyskytuje u všeobecných sester ve větší míře než u jiných zdravotnických pracovníků. Dále se zmiňuje o tom, že až 40 % nemocničních sester je ve vážném riziku vzniku syndromu vyhoření.

3.3 Specifika profese zdravotní laborant

Zdravotní laborant pracuje ve specializovaných laboratořích a vyšetřuje biologický materiál pacientů. Jedná se o vysoce kvalifikovanou činnost v medicínsko-klinických

a výzkumných laboratořích, zvláště v oborech: Klinická biochemie, Klinická hematologie, Imunohematologie a transfuzní služba, Klinická imunologie, Klinická mikrobiologie, Klinická genetika a Histopatologie. Dá se tedy říci, že zdravotní laborant musí být polyfunkčně vzdělán, aby se přizpůsobil nárokům jednotlivých oborů a jejich rozvoji.

Práce zdravotních laborantů je stejně důležitá jako práce zdravotních sester, jelikož se bez laboratorní diagnostiky lékaři neobejdou. Laboratorní diagnostika je důležitá pro přesnější určení diagnózy a efektivnější léčbu pacienta.

V praxi to většinou funguje tak, že po škole si laborant zvolí obor, ve kterém začne pracovat, a pokud mu práce ve zvoleném oboru po pracovní stránce vyhovuje, zůstane v oboru až do důchodu. Zdravotní laborant má možnost si po třech letech praxe, ve zvoleném oboru, zvýšit odbornou kvalifikaci formou pomaturitního specializačního studia.

Rozvoj jednotlivých laboratorních oborů v medicíně pořád stoupá, a proto se zdravotní laboranti musí neustále přizpůsobovat a získávat nové znalosti a dovednosti, které souvisí s jejich profesí.

V laboratořích funguje podobná hierarchie stejně jako na odděleních s lůžkovou nebo ambulantní péčí. Na vrcholu je primář a sestupně pak vysokoškolák lékař, vysokoškolák nelékař, vedoucí laborant, úsekový laborant, laborant, sestra, laboratorní asistent a na konci je sanitář a uklízečka. Stejně tak jako na odděleních je provoz v laboratořích buď jednosměnný, nebo vícesměnný.

Náplní práce zdravotního laboranta není péče o pacienta a tak i kontakt s pacientem je zde omezen. Laborant během své práce komunikuje převážně se svými kolegy a nadřízenými v rámci svého oddělení. Se sestrami a lékaři z jiných oddělení probíhá komunikace převážně telefonicky. Jako zdravotní laborantka pokládám svou práci za psychicky náročnou, i když nepracuji s pacienty. Odpovědnost za svou práci, výsledky a svěřené přístroje považuji za zátěž, připočte-li se každodenní kontakt s neměnným obsazením kolegyní v laboratořích.

3.4 Požadované vzdělání a zvyšování kvalifikace

Činnost všeobecných sester a zdravotních laborantů a poskytování zdravotní péče obecně patří mezi regulované činnosti. Právní předpisy tedy určují, kdo, kde a za jakých podmínek

zdravotní péči vykonává. Konkrétně se jedná o zákon o zdravotních službách. Existují tedy podle tohoto zákona zdravotnická zařízení a prostřednictvím kvalifikovaných zdravotnických pracovníků nebo jiných odborných pracovníků poskytují zdravotní péči. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních přesně stanovuje, které osoby lze na území České republiky považovat za všeobecnou sestru nebo zdravotního laboranta.

Vévoda a kol. (2013) uvádí, že odbornou způsobilost lze získat absolvováním akreditovaných zdravotních oborů. Tyto obory nalezneme na vysokých školách, vyšších a středních školách nebo akreditovaných kvalifikačních kurzech. Nyní mohou studenti, absolvováním střední školy, získat způsobilost pouze jako zdravotničtí asistenti, které lze považovat za sestry druhé úrovně, nemohou tedy své povolání vykonávat bez odborného dohledu. Do roku 2004 existoval obor zdravotní laborant, který byl zakončen maturitní zkouškou, absolventi tohoto oboru mohou pracovat bez odborného dohledu. Stejně tomu tak bylo i u ostatních zdravotnických oborů, například všeobecná sestra.

Sestry i laboranti mohou získat i specializovanou způsobilost, která však není podmínkou k samostatnému výkonu povolání. Nezbytná je podle Vévoda a kol. (2013) pouze v případech vysoce specializovaných činností. Specializační zkouška se získává složením atestační zkoušky po splnění atestačního vzdělávání. Specializačních oborů je celá škála a žadatele o vzdělání zařazuje do studijních programů ministerstvo zdravotnictví, respektive je pro tuto činnost delegováno Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Sestry i laboranti podléhají povinnosti celoživotního vzdělávání, která je společná pro všechny zdravotnické pracovníky. Celoživotní vzdělávání můžeme chápat jako průběžné obnovování, zvyšování a prohlubování znalostí a dovedností v příslušném oboru. U sester i laborantů je zaveden tzv. kreditní systém, ten je kontrolován v rámci vydávání osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu. Rozsah a obsah celoživotního vzdělávání musí být takový, aby v praxi opravdu mohla sestra i laborant vykonávat svou práci *lege artis*, tedy musí být dodržena náležitá odborná úroveň. Celoživotní vzdělávání je také v zájmu zaměstnavatele, a je umožňováno formou odborných kurzů, stáží, kongresů, konferencí, seminářů, přednášek a publikační činností (Vévoda a kol., 2013).

Blanická a Novotná (2013) považují za možné faktory, které mají vliv na rozvoj syndromu vyhoření, neustále se zvyšující požadavky na profesi a to nejen ze strany zaměstnavatele,

ale i ze strany profesních organizací na úrovni vládní, nevládní a mezinárodní, a to nesmíme opomenout ani samotnou společnost. Laická veřejnost mnohdy klade na sestry nepřiměřeně vysoké nároky, Blanická a Novotná (2013) popisují, že laická veřejnost pohlíží na práci všeobecné sestry skrz „zkreslenou optiku“.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ CÍL A STANOVENÍ HYPOTÉZ

Svůj výzkum jsem realizovala ve Fakultní nemocnici Brno na Pracovišti medicíny dospělého věku, dále jen FN Brno. FN Brno jsem si vybrala nejen proto, že je největší nemocnicí v Jihomoravském kraji, ale zároveň je mým zaměstnavatelem. Pracuji na pozici zdravotní laborantky a tak jsem se ve výzkumu zaměřila na nelékařské zdravotnické pracovníky a to konkrétně na všeobecné sestry a zdravotní laboranty. Pro výzkum jsem použila standardizovaný dotazník MBI.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je zjistit stav míry vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Brno, u kterých se zaměřuji na vzdělání a typ pracovního provozu. Dále u nelékařských zdravotnických pracovníků porovnávám stav vyhoření a to konkrétně mezi profesí všeobecná sestra a zdravotní laborant.

4.2 Stanovení hypotéz

Rozdíl mezi všeobecnou sestrou a zdravotním laborantem popisují v teoretické části. Na tyto dva druhy nelékařských pracovníků jsem se zaměřila proto, že ačkoliv se liší podstata náplně jejich práce, v literatuře jsou obě povolání řazena do profesí, které jsou náchylnější k syndromu vyhoření. Kebza a Šolcová (2003) ve svém přehledu ohrožených profesí řadí všeobecné sestry na druhé místo a zdravotní laboranty hned za ně. Venglářová a kol. (2011) uvádí, že velká zodpovědnost za výsledky a následky své práce, je jednou ze zátěží v práci všeobecné sestry. Tato zodpovědnost se týká i zdravotních laborantů, i když s pacienty přímo nepracují.

Nabízí se tedy otázka, zda budou laboranti méně ohroženi vyhořením než sestry. Bartošíková (2006) uvádí, že v závěru evropské studie Next Study je uvedeno, že čtvrtina dotazovaných zdravotních sester trpí syndromem vyhoření. Také Halbwachs (2011) uvádí, že přibližně 40 % nemocničních sester se nachází ve vážném riziku vzniku syndromu vyhoření.

Dospěla jsem tedy k předpokladu, že všeobecné sestry budou reflektovat větší míru vyhoření, jelikož jejich profese je spojena s pacienty/klienty, než laboranti, kteří se při

výkonu své profese s pacienty/klienty běžně nesetkávají. Tento předpoklad bude rozpracován v následujících třech hypotézách:

H č. 1 : Všeobecné sestry budou vykazovat vyšší úroveň vyhoření v emocionální oblasti než zdravotní laboranti.

H č. 2 : Všeobecné sestry budou vykazovat vyšší úroveň vyhoření v depersonální oblasti než zdravotní laboranti.

H č. 3 : Všeobecné sestry budou vykazovat vyšší úroveň vyhoření v oblasti osobního uspokojení než zdravotní laboranti.

Dále předpokládám, a zde už nerozlišuji jednotlivé profese, že úroveň vzdělání bude mít s mírou vyhoření souvislost. Blatnická a Novotná (2013) uvádí, že jedním z možných faktorů, které mohou mít vliv na syndrom vyhoření, jsou neustále se zvyšující nároky na zdravotnickou profesi a s tím je spojeno i vzdělání.

Tento předpoklad budu ověřovat následujícími třemi hypotézami:

H č. 4 S vyšším vzděláním nelékařských zdravotnických pracovníků bude vyšší úroveň vyhoření v emocionální oblasti

H č. 5 S vyšším vzděláním nelékařských zdravotnických pracovníků bude vyšší úroveň vyhoření v oblasti depersonalizace.

H č. 6 S vyšším vzděláním nelékařských zdravotnických pracovníků bude vyšší úroveň vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

Jako třetí proměnná, o které předpokládám, že bude ve vztahu s mírou vyhoření, je práce ve vícesměnném provozu. Vícesměnný provoz podle Venglářové a kol. (2011) narušuje pravidelný noční odpočinek, proto Venglářová a kol., směnný provoz považuje za jeden z rizikových faktorů. Vévoda a kol. (2013) uvádí, že méně spokojené jsou sestry pracující na noční a denní směny, než ty které pracují pouze na denní směny. Vícesměnný provoz se týká ve FN Brno sester i laborantů, proto u této proměnné jednotlivé profese nerozlišuji.

Tento předpoklad budu ověřovat v následujících třech hypotézách:

H č. 7 Ve vícesměnném provozu nelékařských zdravotnických pracovníků bude významnější úroveň vyhoření v emocionální oblasti.

H č. 8 Ve vícesměnném provozu nelékařských zdravotnických pracovníků bude významnější úroveň vyhoření v oblasti depersonalizace.

H č. 9 Ve vícesměnném provozu nelékařských zdravotnických pracovníků bude významnější úroveň vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

5 METODA

Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvantitativní výzkum pomocí anonymních dotazníků. Disman (2002) uvádí, že podstatou kvantitativního výzkumu je testování hypotéz, které získáme pomocí deduktivní strategie. Kutnohorská (2009) doplňuje tvrzením, že úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými nebo změřit intenzitu této závislosti.

Dotazníky byly složeny ze dvou částí, první část zjišťovala demografické údaje o respondentech, a druhá část se skládala ze standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

První část dotazníku obsahovala otázky týkající se základních demografických údajů. Jednalo se o údaje: sestra, laborant, jednosměnný a vícesměnný provoz a nejvyšší dokončené vzdělání.

Dotazník MBI je volně přístupný na internetu a pro tento výzkum bylo využito stránek Zdeňka Židkové PSVZ (Židková, 2013). Na těchto stránkách je rovněž podrobně popsáno, jak lze dotazník MBI vyhodnotit.

Standardizovaný dotazník MBI je zaměřen na tři části emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení. Jeho vyhodnocení spočívá v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách.

Respondenti hodnotili sílu pocitů škálou tvořenou číslicemi 0-7, přičemž 0 znamená, že tento pocit není prožíván vůbec a 7 znamená, že je tento pocit prožíván velmi silně.

Vyhodnocení dotazníku je založeno na součtu bodů u emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení.

Stupeň emocionálního vyčerpání – součet bodů u otázek 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Nízký stupeň 0 – 16 bodů, mírný 17 – 26 bodů, vysoký 27 a více bodů = vyhoření.

Stupeň depersonalizace – součet bodů u otázek 5, 10, 11, 15, 22.

Nízký stupeň 0 – 6 bodů, mírný 7 – 12 bodů, vysoký 13 a více bodů = vyhoření.

Stupeň osobního uspokojení – součet bodů u otázek 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

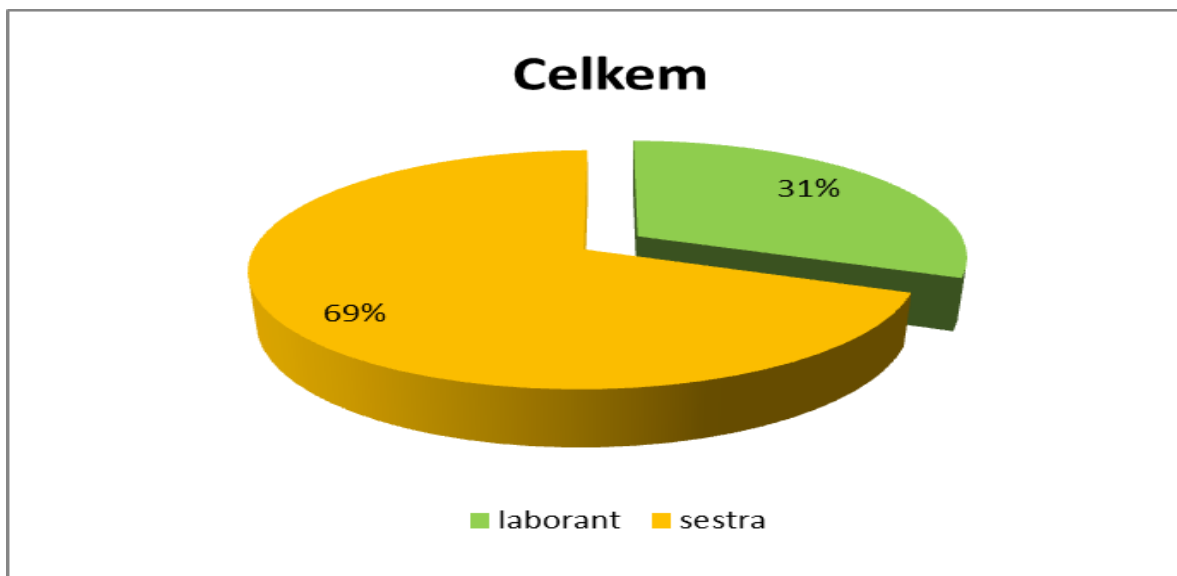
Vysoký stupeň 39 bodů a více, mírný 38 – 32 bodů, nízký 31 – 0 bodů = vyhoření.

Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, u osobního uspokojení je tomu naopak a korespondují tedy s vyhořením nízké hodnoty (Židková, 2013).

5.1 Výzkumný soubor

Zkoumaný soubor byl tvořen všeobecnými sestrami pracujícími na interních a chirurgických odděleních a zdravotními laboranty pracujícími na preklinických odděleních. Dotazníky byly na jednotlivá oddělení rozdány v tištěné podobě k anonymnímu vyplnění a pro distribuci mezi nelékařské zdravotnické pracovníky byly osloveny vrchní sestry a vedoucí laboranti. Spolupráce s vedoucími oddělení byla výborná a nad očekávání příjemná. Bylo distribuováno 300 dotazníků, návratnost činila 237 dotazníků (79%), 6 dotazníků nebylo zařazeno do výzkumu z důvodů neúplnosti údajů nebo chybného vyplnění. Ve výzkumu se tedy pracovalo s údaji získanými z 231 dotazníků (77%).

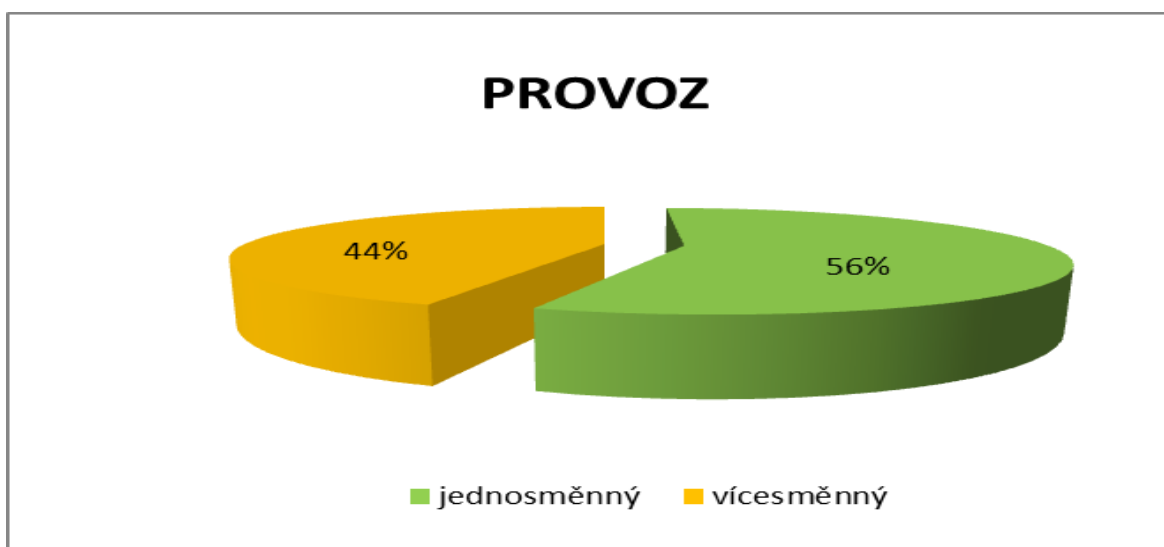
Výzkumu se zúčastnilo z 231 (100%) správně vyplněných a vrácených dotazníků 71 (31%) zdravotních laborantů a 160 (69%) všeobecných sester pracujících ve FN Brno v jednosměnném a vícesměnném provozu i všech kategorií nejvyššího dosaženého vzdělání. Výběrovým kritériem pro zařazení do výzkumu bylo pracovní zařazení všeobecná sestra nebo zdravotní laborant.



Graf 1 Počet zúčastněných sester a laborantů

Z uvedeného grafu 1 je patrné, že 160 respondentů (69%) činily všeobecné sestry a 71 respondentů (31%) jsou zdravotní laboranti. Všeobecné sestry mají tedy početnější zastoupení ve vzorku než laboranti.

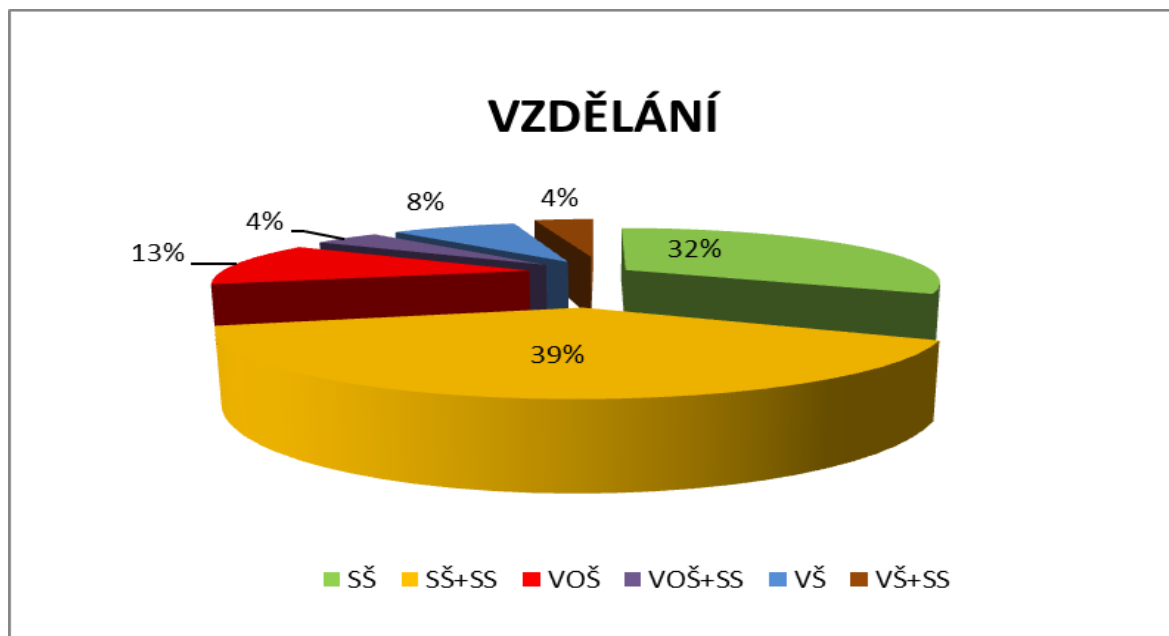
Jednosměnný provoz vyjadřuje osmihodinovou pracovní dobu nestřídající se služby nebo bez služeb. Vícesměnný provoz vyjadřuje střídající se služby ranní, odpolední a noční.



Graf 2 Zastoupení četnosti v jednosměnném a vícesměnném provozu

Z celkového počtu 231 respondentů, 129 (56%) pracovalo v jednosměnném provozu a 102 (44%) pracovalo v provozu vícesměnném.

Poslední údaj získaný od respondentů ve zkoumaném vzorku byl druh nejvyššího dosaženého vzdělání.



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Z uvedeného grafu 3 vyplývá, že nejpočetnější skupinou u nelékařských zdravotnických pracovníků ve zkoumaném vzorku bylo 90 respondentů (39 %) s dokončenou střední odbornou školou s maturitou a specializačním studiem (SŠ + SS). Další početnější skupina má dokončenou střední odbornou školou s maturitou (SŠ) 74 respondentů (32 %). S vyšší odbornou školou (VOŠ) je 13 %, tedy 29 respondentů. Nejméně ve vzorku byla zastoupena skupina s vyšší odbornou školou a specializačním studiem (VOŠ + SS) a vysokou školou a specializačním studiem (VŠ + SS) a to v 4%, u VOŠ+SS se jednalo o 10 respondentů a u VŠ + SS 9 respondentů, dokončenou vysokou školu (VŠ) mělo 19 respondentů (8%).

5.2 Metody sběru dat

V září 2014 jsme pomocí příslušného formuláře podaly žádost, na vedení FN Brno, o provedení výzkumu. Realizace rozdáni a sběru dotazníků proběhla od října do listopadu 2014. Tištěnou podobu dotazníků jsme osobně přinesly po telefonické domluvě vrchním

sestrám a vedoucím laborantů na vybraná oddělení. Sběr dotazníků proběhl osobním kontaktem s vedoucími vybraných oddělení. Účast respondentů ve výzkumu byla dobrovolná a veškeré získané údaje byly zpracovány důvěrně.

5.3 Způsob zpracování dat

Data byla analyzována pomocí statistického programu v MS Excel. Pro hodnocení demografických údajů a vyhodnocení složek MBI byla použita deskriptivní statistika, ANOVA a t-test.

T-test má podle Walkera (2013) zajímavou historii vzniku a to, že autor této metody, Wiliam Gosset žijící v Irsku, v rámci své práce v pivovaru přišel s t-testem jako s řešením problému jak porovnat malé vzorky zrna. Tento test totiž umožňuje užitečným způsobem porovnat dvě řady čísel, i když jsou nějak rozdílná a poměrně malá. Také tento autor uvádí způsob jak t-test spočítat, ale v tomto výzkumu byl t-test spočítán v programu MS Excel.

ANOVA je zkratka analysis of variace, obecně se jedná o metodu matematické statistiky. Jde o metodou založenou na analýze rozptylu, kterou můžeme ověřit hodnotu náhodné veličiny, na kterou má statisticky významný vliv jiná hodnota či znak, který se dá pozorovat. Pro tento druh analýzy byl použit v této práci program MS Excel.

6 ANALÝZA A VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole byla míra vyhoření hodnocena v závislosti na profesi, vzdělání a typu provozu. Výsledky získané z dotazníků MBI byly pro přehlednost dány do tabulek a výsledné hodnoty jsou v tabulkách uváděny v aritmetickém průměru a směrodatné odchylce. První podkapitola je věnována vyhodnocení stanovených hypotéz dle určených proměnných za pomoci ANOVA a t-testu. Druhá podkapitola se věnuje interpretaci výsledků a zamyšlení se nad výsledky v tomto výzkumu.

Tabulka 1 Výsledky dotazníků MBI u profese sestry a laborant

<i>PROFESE</i>	<i>VŠEOBECNÁ SESTRA</i>	<i>ZDRAVOTNÍ LABORANT</i>
<i>Osobní uspokojení</i>		
<i>PRŮMĚR</i>	32,92	28,65
<i>SD</i>	8,31	12,48
<i>Depersonalizace</i>		
<i>PRŮMĚR</i>	9,03	3,92
<i>SD</i>	6,27	3,99
<i>Emoční vyčerpání</i>		
<i>PRŮMĚR</i>	21,39	12,35
<i>SD</i>	11,82	9,04

Z výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry se podle průměrných hodnot pohybovaly v dimenzi osobního uspokojení (PA) v mírném stupni úrovně vyhoření. Zdravotní laboranti se podle průměrných hodnot pohybovali v nízkém stupni osobního uspokojení tedy v úrovni vyhoření. Další zkoumaná dimenze se týkala depersonalizace (DP), ve které sestry dosáhly mírného a laboranti nízkého stupně úrovně vyhoření podle naměřených průměrných hodnot. V této dimenzi depersonalizace nedosáhla podle průměrných hodnot ani jedna zkoumaná skupina kritických hodnot. V poslední dimenzi, emocionální vyčerpání (EE), podle průměrných hodnot sestry dosáhly mírného stupně úrovně vyhoření, zatímco laboranti se v průměru pohybovali v nízkém stupni.

Tabulka 2 Výsledky dotazníků MBI v souvislosti se vzděláním

<i>VZDĚLÁNÍ</i>	<i>SŠ</i>	<i>SŠ+ SS</i>	<i>VOŠ</i>	<i>VOŠ+ SS</i>	<i>VŠ</i>	<i>VŠ+ SS</i>
<i>Osobní uspokojení</i>						
<i>PRŮMĚR</i>	31,14	31,43	33,35	28,21	34,68	28,61
<i>SD</i>	11,18	11,18	8,36	14,73	11,27	5,29
<i>Depersonalizace</i>						
<i>PRŮMĚR</i>	9,26	5,83	8,85	11,39	6,02	4,16
<i>SD</i>	6,36	5,16	6,23	6,93	6,42	3,21
<i>Emoční vyčerpání</i>						
<i>PRŮMĚR</i>	20,95	16,53	19,98	25,71	14,54	14,48
<i>SD</i>	8,35	11,16	6,30	10,29	9,46	10,41

Z vyhodnocení vyplývá, že v dimenzi osobního uspokojení (PA) se respondenti s ukončeným vzděláním na vyšší odborné škole a specializačním studiem (VOŠ+ SS) a vysokou školou a specializačním studiem (VŠ+ SS) pohybovali na úrovni vyhoření. Respondenti, kteří v tomto vzorku mají dokončenou střední odbornou školu s maturitou (SŠ) a střední odbornou školu s maturitou a specializačním studiem (SŠ+ SS) se podle průměrných hodnot pohybovali na těsné hranici mezi vyhořením s mírným stupněm. Zato absolventi vyšší odborné školy (VOŠ) a vysokoškolsky (VŠ) vzdělání respondenti se pohybovali v této dimenzi v mírném stupni úrovně vyhoření podle průměrných naměřených hodnot. Depersonalizace (DP) u VŠ a vysoké školy a specializačním studiem (VŠ+ SS) vyšla podle průměrných hodnot v nízkém stupni úrovně vyhoření. Ostatní skupiny vzdělání se v této dimenzi DP pohybovali v mírném stupni úrovně vyhoření. U poslední dimenze se žádná ze skupin nedostala podle průměrných hodnot do úrovně vyhoření. V mírném stupni u dimenze emocionálního vyčerpání (EE) se podle průměrných hodnot nacházeli skupiny se vzděláním SŠ, SŠ+ SS, VOŠ a VOŠ+ SS. Respondenti VŠ a VŠ+ SS dosáhli v průměru nízkého stupně u úrovně syndromu vyhoření.

Tabulka 3 Výsledky dotazníků MBI v souvislosti s druhem provozu

<i>PROVOZ</i>	<i>JEDNOSMĚNNÝ</i>	<i>VÍCESMĚNNÝ</i>
<i>Osobní uspokojení</i>		
<i>PRŮMĚR</i>	31,31	31,82
<i>SD</i>	11,90	7,82
<i>Depersonalizace</i>		
<i>PRŮMĚR</i>	7,18	8,04
<i>SD</i>	6,22	6,03
<i>Emoční vyčerpání</i>		
<i>PRŮMĚR</i>	18,82	18,01
<i>SD</i>	11,91	10,42

Dále z výzkumu vyplývá, že se průměrné hodnoty u respondentů v jednosměnném provozu v dimenzi osobního uspokojení (PA) pohybovali na nízkém stupni, tedy na úrovni vyhoření. Stejně průměrné hodnoty vyšli i u vícesměnného provozu v této dimenzi PA. Depersonalizace (DP) vyšla také u obou provozů shodně a to v mírném stupni úrovně vyhoření podle průměrných hodnot. V dimenzi emocionálního vyčerpání (EE) také není rozdíl v průměrných naměřených hodnotách. U obou provozů byl v průměrných hodnotách dosažen mírný stupeň úrovně vyhoření.

6.1 Analýza výsledků

V této podkapitole nyní přistoupíme k vyhodnocení daných hypotéz dle určených proměnných. První tři hypotézy zkoumají, zda profese všeobecná sestra bude vykazovat vyšší míru vyhoření než profese zdravotní laborant. U čtvrté až šesté hypotézy už nerozlišují jednotlivé profese a je zde předpoklad, že vyšší úroveň vzdělání bude mít souvislost s mírou vyhoření. Poslední tři hypotézy se také týkají nelékařských zdravotnických pracovníků a je zde zkoumáno, zda existuje souvislost s mírou vyhoření v závislosti na typu pracovního provozu.

Hypotéza č. 1

Všeobecné sestry budou vykazovat vyšší úroveň vyhoření v emocionální oblasti než zdravotní laboranti.

Tabulka 4 Hypotéza č. 1

<i>Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů v dimenzi EE</i>	<i>laboranti</i>	<i>sestry</i>
Stř. hodnota	12,282	21,224
Směrod. odchylka	9,041	11,802
N	71	160
t Stat	-6,454	
P (T<=t) (1)	5,967E-10	
t krit (1)	1,654	
P (T<=t) (2)	1,193E-09	
t krit (2)	1,975	

Závěr: potvrzeno, *t-Stat* dosáhla hodnoty - 6,454 překročila tedy kritickou hodnotu *t-krit* a to na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

Hypotéza č. 2

Všeobecné sestry budou vykazovat vyšší úroveň vyhoření v depersonální oblasti než zdravotní laboranti.

Tabulka 5 Hypotéza č. 2

<i>Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů v dimenzi DP</i>	<i>laborantky</i>	<i>sestry</i>
Stř. hodnota	3,892	9,041
Směr. odchylka	3,992	6,277
N	71	160
t Stat	-7,525	
P (T<=t) (1)	8,670E-13	
t krit (1)	1,652	
P (T<=t) (2)	1,734E-12	
t krit (2)	1,972	

Závěr: potvrzeno, *t Stat* dosáhla hodnoty - 7,525, překročila tedy kritickou hodnotu *t-krit* a to na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

Hypotéza č. 3

Všeobecné sestry budou vykazovat vyšší úroveň vyhoření v oblasti osobního uspokojení než zdravotní laboranti.

Tabulka 6 Hypotéza č. 3

<i>Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů v dimenzi PA</i>	<i>laboranti</i>	<i>sestry</i>
Stř. hodnota	28,549	32,886
Směr. odchylka	12,439	8,303
N	71	160
t Stat	-2,707	
P (T<=t) (1)	0,004	
t krit (1)	1,661	
P (T<=t) (2)	0,008	
t krit (2)	1,985	

Závěr: nepotvrzeno, *t Stat* dosáhla hodnoty – 2, 707, nepřekročila tedy kritickou hodnotu *t-krit* a to na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

Hypotéza č. 4

S vyšším vzděláním nelékařských zdravotnických pracovníků bude vyšší úroveň vyhoření v emocionální oblasti.

Tabulka 7 Hypotéza č. 4

<i>ANOVA</i>	<i>F</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>F krit</i>
vzdělání	1,163	0,331	2,289

Závěr: nepotvrzeno. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ hodnoty v dimenzi emocionálního vyčerpání nejsou závislé na typu vzdělání.

Hypotéza č. 5

S vyšším vzděláním nelékařských zdravotnických pracovníků bude vyšší úroveň vyhoření v oblasti depersonalizace.

Tabulka 8 Hypotéza č. 5

<i>ANOVA</i>	<i>F</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>F krit</i>
vzdělání	1,223	0,306	2,329

Závěr: nepotvrzeno. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ hodnoty v dimenzi depersonalizace nejsou závislé na typu vzdělání.

Hypotéza č. 6

S vyšším vzděláním nelékařských zdravotnických pracovníků bude vyšší úroveň vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

Tabulka 9 Hypotéza č. 6

<i>ANOVA</i>	<i>F</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>F krit</i>
vzdělání	0,581	0,715	2,298

Závěr: nepotvrzeno. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ hodnoty v dimenzi osobního uspokojení nejsou závislé na typu vzdělání.

Hypotéza č. 7

Ve vícesměnném provozu nelékařských zdravotnických pracovníků bude významnější úroveň vyhoření v emocionální oblasti.

Tabulka 10 Hypotéza č. 7

<i>Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů v dimenzi EE</i>	<i>Jednosměnný provoz</i>	<i>Vícesměnný provoz</i>
Stř. hodnota	18,812	18,043
Směr. odchylka	11,912	10,418
N	129	102
t Stat	0,527	
P (T<=t) (1)	0,299	
t krit (1)	1,652	
P (T<=t) (2)	0,599	
t krit (2)	1,970	

Závěr: nepotvrzeno, *t Stat* dosáhla hodnoty 0,527, nepřekročila tedy kritickou hodnotu *t- krit* a to na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

Hypotéza č. 8

Ve vícesměnném provozu nelékařských zdravotnických pracovníků bude významnější úroveň vyhoření v oblasti depersonalizace.

Tabulka 11 Hypotéza č. 8

<i>Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů v dimenzi DP</i>	<i>Jednosměnný provoz</i>	<i>Vícesměnný provoz</i>
Stř. hodnota	7,058	7,961
Směr. odchylka	6,215	6,034
N	129	102
t Stat	-1,109	
P (T<=t) (1)	0,134	
t krit (1)	1,652	
P (T<=t) (2)	0,268	
t krit (2)	1,971	

Závěr: nepotvrzeno, *t Stat* dosáhla hodnoty - 1,109, nepřekročila tedy kritickou hodnotu *t-krit* a to na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

Hypotéza č. 9

Ve vícesměnném provozu nelékařských zdravotnických pracovníků bude významnější úroveň vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

Tabulka 12 Hypotéza č. 9

<i>Dvouvýběrový t-test s nerovností rozptylů v dimenzi PA</i>	<i>Jednosměnný provoz</i>	<i>Vícesměnný provoz</i>
Stř. hodnota	31,334	31,832
Směr. odchylka	11,903	7,818
N	129	102
t Stat	-0,401	
P (T<=t) (1)	0,344	
t krit (1)	1,653	
P (T<=t) (2)	0,689	
t krit (2)	1,971	

Závěr: nepotvrzeno, *t Stat* dosáhla hodnoty – 0,402, nepřekročila tedy kritickou hodnotu *t-krit* a to na hladině významnosti $\alpha = 0,01$.

6.2 Interpretace výsledků

V této podkapitole bude provedena interpretace výsledků tohoto výzkumu v návaznosti se stanovenými hypotézami.

Hypotézy 1 – 3 se věnují míře vyhoření mezi všeobecnou sestrou a zdravotními laboranty v dimenzích emocionálního vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobního uspokojení (PA). Hypotéza č. 1 a hypotéza č. 2 byla potvrzena, to nás vede k úvaze, že statisticky významnou souvislost má na míru vyhoření v dimenzi EE a DP práce s lidmi. U hypotézy č. 3 nedošlo k potvrzení, tedy vyšší míru vyhoření v PA dimenzi vykazovali zdravotní laboranti a tak se tedy dá usuzovat, že statisticky významnou souvislost na jejich míru vyhoření může mít monotónnost jejich práce. Následující hypotézy č. 4 – 9 zkoumají nelékařské zdravotnické pracovníky jako celek a netřídí je podle profesí. Hypotézy č. 4 - 6 nebyly potvrzeny, tudíž se dá předpokládat, že na míru vyhoření nemá statisticky významnou souvislost typ dosaženého vzdělání. Hypotézy č. 7 – 9 také nebyly potvrzeny a proto pro míru vyhoření podle tohoto výzkumu nemá statisticky významnou souvislost ani typ pracovního provozu. Podle průměrných hodnot získaných z dotazníků MBI, nebyl

v tomto vzorku zjištěn vysoký stupeň exhausce v emocionálním vyčerpáním. Zato se v dimenzi EE v průměru vyskytla úroveň vyhoření v mírném stupni a to u profese všeobecná sestra a u nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří mají nevyšší dosažené vzdělání absolvované na střední odborné škole s maturitou (SŠ), vyšší odborné škole (VOŠ), vyšší odborné školy a specializační studium (VOŠ + SS) a pracující jak ve vícesměnném tak i v jednosměnném provozu. Podle naměřených průměrných hodnot se v nízkém stupni exhausce v dimenzi emocionálního vyčerpání ocitla profese zdravotní laborant a absolventi střední odborné školy s maturitou a specializačním studiem (SŠ + SS), vysoké školy (VŠ) a vysoké školy a specializační studium (VŠ + SS). Vysoký stupeň vyhoření v oblasti DP se v tomto vzorku podle naměřených průměrných hodnot také nevyskytl stejně jako u předešlé dimenze EE. V mírném stupni vyhoření v oblasti DP se ocitla profese všeobecná sestra a nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří mají dokončené vzdělání SŠ, VOŠ, VOŠ + SS a pracují v jednosměnném a vícesměnném provozu. V nízkém stupni vyhoření v oblasti DP je profese zdravotní laborant a absolventi SŠ + SS, VŠ a VŠ + SS. U poslední zkoumané dimenze PA se podle naměřených průměrných hodnot vyskytlo nejvíce nízkých stupňů exhausce, hodnocených jako vyhoření a to u zdravotních laborantů a absolventů SŠ, SŠ + SS a VOŠ + SS, dále u respondentů pracujících ve vícesměnném provozu. V mírném stupni podle průměrně naměřených hodnot u zkoumané dimenze PA byly sestry a absolventi VOŠ a VŠ a pracovníci kteří jsou zařazeni do jednosměnného provozu. Ve vysokém stupni úrovně vyhoření v dimenzi PA se v průměrných hodnotách nevyskytla žádná zkoumaná skupina.

7 DISKUZE

Tato kapitola je věnována diskuzi nad výsledky v návaznosti na teorii a jiné výzkumy.

Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit stav míry vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Brno, u kterých jsem se zaměřila na vzdělání a typ pracovního provozu. Dále u nelékařských zdravotnických pracovníků byl, porovnávám stav vyhoření a to konkrétně mezi profesí všeobecná sestra a zdravotní laborant. Pomocí teoretické části byly stanoveny hypotézy pro tento výzkum.

Cíl práce se podařilo naplnit. Výsledky ukazují, že všeobecné sestry v průměru vykazují vyšší míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace. Překvapivé zjištění je, že zdravotní laboranti dosahovali v oblasti osobního uspokojení průměrných hodnot v nízkém stupni vyhoření, dosáhli tedy kritických hodnot pro vyhoření. Statisticky významnou souvislost na míru vyhoření, u nelékařských zdravotnických pracovníků ve zkoumaném vzorku, nemá poslední dokončené vzdělání. Druh provozu stejně jako vzdělání podle zjištěných výsledků také nemá statisticky významnou souvislost s úrovní vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve zkoumaném vzorku.

Diskuze výsledků s dostupnou literaturou nám nabízí úvahu o tom, že odpovídá skutečnosti přehled profesí od Kebzy a Šolcové (2003), kteří mají ve svém přehledu ohrožených profesí zdravotní sestru na druhé pozici a laboranty na třetí pozici ohrožených skupin syndromem vyhoření. Do výzkumu nebyli zahrnuti lékaři, proto se nelze vyjádřit, zda druhá pozice pro sestry je odpovídající, ale z tohoto výzkumu jasně vyplynulo, že všeobecné sestry jsou zatíženy vyšší mírou vyhoření hlavně v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace. Zatímco zdravotní laboranti v tomto výzkumu vykazují podle průměrných hodnot úroveň vyhoření v oblasti osobního uspokojení. Z tohoto zjištění se jeví všeobecné sestry jako náchylnější profese před laboranty. Honzák (2009) se opírá o studii skotských autorů Kilfeddera, Powera a Wellse z roku 2001, kteří u 510 zdravotních sester naměřili kritické hodnoty v dimenzích emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení. Zato v tomto výzkumu všeobecné sestry vykazují mírný stupeň míry vyhoření ve všech třech dimenzích a nedosahují tak kritických hodnot.

Zdravotní laboranty nelze s nikým porovnat, jako zkoumaná samostatná skupina nebyla v literatuře nalezena.

Vzdělání podle Blanické a Novotné (2013) je jeden z možných faktorů související s vyhořením. Podle zjištěných výsledků, v této práci, vzdělání u respondentů nemá statisticky významnou souvislost na míru jejich vyhoření. Honzák (2009) také uvádí, že klesající úroveň dosaženého vzdělání se významně v jeho zkoumané skupině neliší a na vyhoření nemají vliv. Také Pohlová, Kozáková a Jarošová (2011) ve svém výzkumu u absolventů střední odborné školy, vyšší odborné školy a vysoké školy neprokázali souvislost v jejich zkoumaném souboru sester mezi vzděláním a mírou vyhoření.

Druh pracovního provozu byl považován v této práci za významný faktor pro vyhoření na základě poznatků Venglářové a kol. (2011), která směnný provoz považuje za jeden z rizikových faktorů. Vévoda a kol. (2013) jí doplňuje, že méně spokojené jsou sestry pracující v noci a na směny. Zda jsou všeobecné sestry a zdravotní laboranti více či méně spokojení, nebylo cílem této práce. Zjištěním je, že míra vyhoření u tohoto vzorku nemá žádnou statisticky významnou souvislost s typem pracovního provozu.

Sledování míry vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků na interních, chirurgických a preklinických odděleních provedené v období říjen – listopad 2014 přineslo vcelku uspokojivé výsledky. Všeobecné sestry se v průměru pohybovaly v mírném stupni úrovně vyhoření a to v dimenzích emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení. Kritických hodnot podle průměrných hodnot překvapivě dosáhli v dimenzi osobního uspokojení zdravotní laboranti. U typu provozu a vzdělání v tomto vzorku nebyla prokázána žádná závislost na míře vyhoření. Nabízí se tedy otázka, zda by u většího souboru v této nemocnici bylo dosaženo stejných hodnot a zda by výsledky ovlivnil větší počet vysokoškolsky vzdělaných pracovníků. Zklamáním bylo, že zdravotní laboranti se nezúčastnili v takovém počtu, který by obě porovnávané skupiny vyrovnal. Zde vznikl nepoměr, který mohl výsledek u porovnávání profesí a např. ještě u vzdělání ovlivnit.

Zajímavé navázání v tomto výzkumu by byla práce, která by porovnála výsledky z nemocnic s jiným zaměřením. Výzkum byl proveden ve FN Brno na Pracovišti medicíny dospělého věku a pro další výzkum se nabízí srovnání nelékařských zdravotnických pracovníků i na Pracovišti dětské medicíny, které patří také pod FN Brno. Jako zástupce vysokoškolsky vzdělaných pracovníků by bylo dobré zařadit i lékaře, kteří v této studii nebyli osloveni.

ZÁVĚR

Tato práce s názvem výskyt syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Brno je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je rozdělena do tří částí. V první části byly popsány pojem a definice syndromu vyhoření, jeho vznik, příčiny, odlišení od jiných patologických jevů, fáze a diagnostika. Druhá část je zaměřena na prevenci a to na úrovni jednotlivce, organizace a supervize, dále se věnuje léčbě a v kontextu se sociální pedagogikou. Třetí a poslední část je zaměřena na specifikaci ohrožených profesních skupin, nelékařských zdravotnických pracovníků, do kterých spadají všeobecná sestra a zdravotní laborant. Dále se v této kapitole dozvídáme, jaké tyto profese musí mít vzdělání a jak si mohou zvýšit kvalifikaci.

Praktická část byla zaměřena na výzkum ve FN Brno u nelékařských zdravotnických pracovníků. Metoda byla zvolena kvantitativní a z teoretické části byly vyvozeny hypotézy, které byly v závěru potvrzeny nebo vyvráceny. Jako nástroj pro zjištění míry vyhoření v jednotlivých dimenzích (emocionální vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení), byl použit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Distribuce dotazníků proběhla ve spolupráci se spolužačkou a kolegyní Petrou Kléberovou.

Výzkum byl proveden na třech typech oddělení a to na interním, chirurgickém a preklinickém. Oddělení interní a chirurgické byly do výzkumu zapojeny proto, že v nich převážně pracují všeobecné sestry. Preklinické oddělení bylo zvoleno kvůli zastoupení zdravotních laborantů ve výzkumu. Všeobecné sestry byly osloveny jako zástupci profese, která v náplni práce má práci s lidmi. Zdravotní laboranti byli osloveni jako zástupci profese, kteří patří do stejné skupiny nelékařských zdravotnických pracovníků jako sestry, ale v náplni práce je práce s biologickým materiálem v laboratoři.

Celkem bylo rozdáno 300 (100%) dotazníků, ale výzkum byl realizován s 231 (77%) dotazníky. Výběrové kritérium pro výzkum byla profese všeobecná sestra 160 (69%) a zdravotní laborant 71 (31%). Dotazníky byly rozdány v oborech interních, chirurgických a preklinických. Dále v dotazníku byla otázka na typ provozu. V jednosměnném provozu pracovalo 129 (56%) a vícesměnném 102 (44%) respondentů. Poslední otázka pro respondenty byla na poslední dosažené vzdělání a možnosti byly střední odborná škola s maturitou (SŠ) 74 respondentů (32%), střední odborná škola s maturitou

a specializačním studiem (SŠ + SS) 90 respondentů (39 %), vyšší odborná škola (VOŠ) 29 respondentů (13%), vyšší odborná škola a specializační studium (VOŠ + SŠ) 10 respondentů (4%), vysoká škola (VŠ) 19 respondentů (8%) a vysoká škola a specializační studium (VŠ + SŠ) 9 respondentů (4%).

Bylo zjištěno, že kritických hodnot úrovně vyhoření podle průměrně naměřených hodnot dosáhli jen zdravotní laboranti a to v dimenzi osobního uspokojení, zatímco všeobecné sestry dosáhly mírného stupně úrovně vyhoření podle průměrných hodnot, ale za to ve všech dimenzích a to v emocionálním vyčerpání, depersonalizaci a osobním uspokojení. Zdravotní laboranti v ostatních dimenzích se pohybovali jen v nízkých stupních úrovně vyhoření podle průměrných hodnot. Hypotéza č. 1 – 3 se týkala těchto zmíněných profesí a potvrzeny byly první dvě a třetí hypotéza byla nepotvrzena, proto můžeme dojít k úvaze, že práce s lidmi má statisticky významnou souvislost s mírou vyhoření.

Další hypotézy č. 4 – 6 se týkaly vzdělání a všechny tři nebyly potvrzeny, proto můžeme říci, že u tohoto vzorku nemělo statisticky významnou souvislost typ vzdělání na míru vyhoření. Kritických hodnot v úrovni vyhoření dosáhli v průměrných hodnotách středoškolsky vzdělaní pracovníci, středoškolsky vzdělaní pracovníci se specializačním studiem a vysokoškolsky vzdělaní pracovníci se specializačním studiem. Respondenti s dalším z uvedeného typu nejvyššího dosaženého vzdělání se pohybovali podle průměrných hodnot v nízkých a středních hodnotách v úrovni vyhoření.

Poslední údaj se týkal provozu a na něj byly zaměřeny hypotézy č. 7 – 9, všechny tři nebyly potvrzeny, proto můžeme usuzovat, že ani typ provozu nemá statisticky významnou souvislost s mírou vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících ve FN Brno. Kritických hodnot dosáhli v průměru respondenti v oblasti osobního uspokojení a to pracující v jednosměnném, ale i ve vícesměnném provozu. Respondenti pracující v obou provozech, dosáhli v průměru mírného stupně úrovně vyhoření a to v dimenzi emocionálního vyčerpání a depersonalizace.

Profese všeobecné sestry je bezesporu náročné povolání. Na sestry jsou kladeny nejen profesní nároky, ale i společnost má určité představy o této profesi. Do budoucna je důležité zvýšit u společnosti sociální status všeobecných sester, proto je velmi důležité, aby i sestry měly co nejlepší podmínky a byly brány ohledy i na jejich potřeby. Jelikož šťastná a hrdá sestra může své povolání vykonávat k blahu společnosti.

V nemocnici ale nejsou jen sestry, pro diagnostiku a léčbu je potřeba i specializované profese a mezi ně patří zdravotní laboranti. O laborantech se velmi málo ve společnosti mluví a není jich tolik jako všeobecných sester. Pozornost by se měla věnovat i jim, jelikož se jedná o specifickou a odpovědnou práci a hlavně jí nevykonávají stroje ale lidé.

Teoretické i praktické poznatky prezentované v této práci by mohly přispět k lepší informovanosti o syndromu vyhoření a zároveň by mohly pomoci k docílení větší prevence a tím by mohlo dojít ke snížení rizika vzniku tohoto jevu u pracovníků nejen ve FN Brno, ale i u jiných zdravotnických profesí např. těch profesí, u kterých náplň práce přímo nesouvisí s lidmi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80 – 247 -1197- 4.

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

BLANÁŘ, Vít., ČERMÁKOVÁ, Kateřina a Martina JEDLINSKÁ. 2014. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o onkologicky nemocné*. *Diagnóza v ošetřovatelství*, roč. 10, č. 2, s. 1- 4. ISSN 1801-1349.

BLATNICKÁ, Jindra a Jana NOVOTNÁ. 2013. *Syndrom vyhoření trochu jinak*. *Sestra*, roč. 23, č. 3, s. 24 - 25, ISSN 1220 - 0404.

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

DISMAN, Miloslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Příručka pro uživatele. Praha: Karolinum. ISBN 80 – 246 – 0139 - 7.

DYNÁKOVÁ, Šárka, KOŽNAR, Jan, HERMANOVÁ, Marie. 2010. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků*. *Psychoterapie*, roč. 4, č. 3 - 4, s. 169 - 173. ISSN 1802 - 3983.

HALBWACHS, Helena, Kristina. 2011. *Syndrom vyhoření- největší zdravotní riziko 21. století*. *Hojení ran*. Supl. 1, roč. 5, č., s. 28- 29, ISSN 1802 - 6400.

HLAVÁČOVÁ, Marie, TOMANOVÁ, Šárka a Hana NIKODEMOVÁ. 2010. *Využití vybraných bodytherapeutických technik jako prevence syndromu vyhoření*. *Cesta k modernímu ošetřovatelství XII*. 1. vyd. Fakultní nemocnice v Motole, s. 64-67. ISBN 978 – 80 – 87347 – 03 - 4.

HONZÁK, Radkin. 2009. *Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovice*. Psychosom, roč. 7, č. 2, s. 76-93. ISSN 1214 - 6102.

HONZÁK, Radkin. 2010. *Syndrom vyhoření: příčiny, průběh, důsledky, prevence*. Vox pediatrie, roč. 10, č. 8, s. 17- 19. ISSN 1213 - 2241.

HONZÁK, Radkin. 2012. *Autor termínu „syndrom vyhoření“ málem sám „vyhořel“*. Medical tribune, roč. 8, č. 16, s. 38, ISSN 1214 - 8911.

HONZÁK, Radkin. 2013. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyšehrad. ISBN 978 – 80 – 7429 - 331- 3.

HRUBOŇOVÁ, Miroslava. 2011. *Motivace a syndrom vyhoření u zdravotních sester*. Olomouc, diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Filozofická fakulta, vedoucí práce: Doc. PhDr. Vtípil, Zdenek, CSc.

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

JEŽOVSKÁ, Šárka, KOZYKOVÁ, Jana a Jan CHRASTINA. 2012. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými*. Ošetrovatel'stvo, roč. 2, č. 2, s. 56-62. ISSN 1338-6263.

KALLWAS, Angelika. 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál. ISBN 80 – 7367 – 299 - 5.

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

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2013. *Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření*. Československá psychologie, roč. 57, č. 4, s. 329-341. ISSN 0009 - 062X.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Grada Publishing.

ISBN 978 – 80 – 247 – 2713 – 4.

KLEVETOVÁ, Dana. 2011. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření*. Sestra, roč. 21, č. 10, s. 20- 22. ISSN 1210 - 0404.

KOPŘIVA, Karel. 1997. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.

ISBN 80 – 7178 – 150 – 9.

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

ISBN 80 - 7169 – 551 - 3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.

ISBN 978 – 80 – 247 – 3149 - 0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Karmelitánské.

ISBN 978 - 80 – 7195 – 573 - 3.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, druhá verze. Aktualizované vydání k 1. 1. 2013. ISBN 978 – 80 – 904259 – 1 – 0.

NEŠPOR, Karel. 1995. *Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví*.

Lékařské listy, roč. 44, č. 23, s. 14 -15, [online] [cit. 18. 1. 2015]

dostupné z <http://www.holistickamedicina.sk/kniznica/streszd.doc>

POHLOVÁ, Lucie, KOZÁKOVÁ, Radka a Darja JAROŠOVÁ. 2011. *Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory*. Praktický lékař, roč. 91, č. 5, s. 274-277. ISSN 0032-6739.

PONÍŽILOVÁ, Tereza a Eva URBANOVSKÁ st. 2013. *Výzkum protektivních faktorů ve vztahu k syndromu vyhoření v České republice a v zahraničí*. Klinická psychologie a osobnost, roč. 02, č. 2, s. 5 - 17. ISSN 1805 - 6393.

PRIEß, Miriam. 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření*. Praha: Grada Publishing.
ISBN 978 – 80 – 247 – 5394 – 2.

PROKELOVÁ, Pavla a Darja JAROŠOVÁ. 2013. *Syndrom vyhoření u sester na neurochirurgických odděleních*. Kontakt, roč. 15, č. 2, s. 135 -142. ISSN 1212 - 4117.

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

SCHMIDBAUER Wolfgang. 2008. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál.
ISBN 978 – 80 – 7367 – 369 - 7.

ŠVARCOVÁ, Eva. 2009. *Psychosociální stres zdravotních sester*. Cesta k modernímu ošetřovatelství, roč. XI. s. 62 - 67. ISBN 978 – 80 – 87347 – 02 - 7.

ULRICHOVÁ, MONIKA. 2011. *Logoterapie jako prevence burn-out syndromu pro lékaře*. Praktický lékař, roč. 91, č. 4, s. 200 - 202. ISSN 0032 - 6739.

VENGLÁŘOVÁ Martina a kol. 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978 – 80 – 247 – 3174 - 2.

VÉVODA Jiří a kol. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Grada Publishing. ISBN 978 – 80 – 247 – 4732 - 3.

VRTĚLOVÁ, Kateřina. 2012. *Supervize*. Zdravotnické fórum, č. 8, s. 36 – 37.
ISSN 1804 - 9664.

WALKER, Ian. 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Grada Publishing.
ISBN 978 – 80 – 247 – 3920 – 5.

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. 2013. *Zdeňka Židková PSVZ*. [online][cit. 16. 9. 2014]
dostupné z <http://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ANOVA	Analysis of variace
BM	Burnout Measure
DP	Depersonalizace
EE	Emocionální vyčerpání
FN Brno	Fakultní nemocnice Brno
H č.	Hypotéza číslo
Kol.	Kolektiv
MBI	Maslach Burnout Investory
MS Excel	Microsoft Excel
PA	Osobní uspokojení.
PDM	Pracoviště dětské medicíny
PMDV	Pracoviště medicíny dospělého věku
SŠ	Střední odborná škola s maturitou
SŠ + SS	Střední odborná škola s maturitou a specializační studium
VOŠ	Vyšší odborné studium
VOŠ + SS	Vyšší odborné studium a specializační studium
VŠ	Vysoká škola
VŠ + SS	Vysoká škola a specializační studium

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1 Počet zúčastněných sester a laborantů	37
Graf 2 Zastoupení četnosti v jednosměnném a vícesměnném provozu	37
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání	38

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výsledky dotazníků MBI u profese sestry a laborant	40
Tabulka 2 Výsledky dotazníků MBI v souvislosti se vzděláním.....	41
Tabulka 3 Výsledky dotazníků MBI v souvislosti s druhem provozu	42
Tabulka 4 Hypotéza č. 1.....	43
Tabulka 5 Hypotéza č. 2.....	43
Tabulka 6 Hypotéza č. 3.....	44
Tabulka 7 Hypotéza č. 4.....	44
Tabulka 8 Hypotéza č. 5.....	45
Tabulka 9 Hypotéza č. 6.....	45
Tabulka 10 Hypotéza č. 7.....	46
Tabulka 11 Hypotéza č. 8.....	46
Tabulka 12 Hypotéza č. 9.....	47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Žádost o sběr dat / poskytnutí informací pro studijní účely

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,
naše jména jsou Petra Kléberová a Lucie Berková a jsme studentky 3. ročníku oboru sociální pedagogika na fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěly bychom Vás tímto požádat o spolupráci na vyplnění dotazníku pro sběr dat k našim bakalářským pracím na téma „**Analýza výskytu syndromu vyhoření ve FN Brno**“ a „**Výskyt syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Brno**“.
Dotazník je anonymní, je určen sestřám a laborantům a slouží pouze pro účely našeho výzkumu. Předem děkujeme za vyplnění a Váš čas věnovaný dotazníku.

Pracoviště:

- interní chirurgické preklinické – laboratorní

Pohlaví:

- žena muž

Věk:.....

Délka praxe:.....

Nejvyšší ukončené odborné vzdělání:

- střední škola s maturitou
 střední škola s maturitou + specializační studium
 vyšší odborná škola
 vyšší odborná škola + specializační studium
 vysoká škola
 vysoká škola + specializační studium

Provoz:

- jednosměnný
 vícesměnný

Pracovní zařazení:

- sestra
 laborant

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

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

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O SBĚR DAT / POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH
VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)
Vedoucí útvaru:
JUDr. Alena Tobiášová, MBA
tel.: 532 232 108, fax: 532 232 293
e-mail: atobias@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: *Lucie Bartková*
Datum narození: *21.12.1979* Telefon: *744210020* E-mail: *bartka.lucia@seznam.cz*
Adresa pro doručení dat:
Přesný název školy/fakulty: *UTB ve Zlívu FHM Institut mezinárodních studií v Brně*
Obor studia: *Asistentka přednášky*

Forma studia: prezenční kombinovaná

Žadatel ve FN Brno koná odbornou praxi:

ANO na útvaru: v termínu od: do:
 NE

Žadatel je zaměstnancem/osobou blízkou zaměstnanci FN Brno:

ANO Útvar/Jméno zaměstnance FN Brno: *UKM-HEROLOGIE*
 NE

Téma závěrečné práce: *Výskyt amyloidu vyhovím' u meli'kniských zdravotnických pracovníků v FN Brno*

Požadavek na (zaškrtněte):

Dotazníková akce pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů: *322*

Termín sběru dat: od: *6.10* do: *6.11.2014*

Útvar, kde bude dotazníková akce probíhat: *DTC, CHK, KNPT, OEB, UCH, ÚPA*

Výpis ze zdravotnické dokumentace....

Předpokládaný počet dat (počet prohlednuté zdravotnické dokumentace):

Termín sběru dat: do:

Útvar, kde bude sběr dat probíhat:

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

Ostatní (statistická data)

Rozsah sledovaného období:

Termín sběru dat: do:

Útvar, kde bude sběr dat probíhat:

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

5-292/13/3

Fakultní nemocnice Brno Jihlavská 20, 625 00 Brno	
Oddělení organizačního řízení	
12. 09. 2014	
ok. č.:	Vyřizuje: <i>L. Tobiášová</i>
č. j.: <i>114/38</i>	Počet listů: <i>690</i>

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum: 4.9. 2014 Podpis: [Signature]

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 16.9. 2014 pod číslem: 2014/114558/FNBRNO-690

Návrh výše úhrady za sběr dat/poskytnutí informace Kč

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas - útvar: DTC, ČAK, KNPT, OCM, DRS, ÚPA

nesouhlas - útvar:

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: 1.4. 2007 útvaru: OCM na pozici: EOR - LABORANT

V Brně dne 25.9. 2014

Fakultní nemocnice
Jihlavská 20, 625 00 Brno

[Signature]
referent/vedoucí OOR

Vyjádření vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno

Vyjádření v elektronické dtb. Žádosti o sběr dat

Komentář vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno k žádosti:

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Žadatel odeslána informace o (ne)schválení žádosti dne 25.9. 2014

Medicínskému/nemedicínskému útvaru žádost postoupena dne 25.9. 2014

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou

nesouhlas žadatele s placenou službou,
požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

Požadovaná data medicínského/nemedicínského útvaru doručena na OOR

Požadovaná data postoupena

převzal žadatel osobně dne v počtu

Převzal:
(podpis žadatele)

Žádost uzavřena dne: 25.9. 2014

[Signature]
podpis vedoucího/referenta OOR

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno