

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2012**

**Jana Košíková**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Veřejné zdravotnictví B 5347

**Jana Košíková**

Studijní obor: Ochrana veřejného zdraví 5345R006

**BURNOUT SYNDROM A JEHO PREVENCE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Mgr. Petra Elizabeth Váchová

PLZEŇ 2012

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26. 03. 2012

.....  
vlastnoruční podpis

### **Poděkování:**

Mé poděkování patří především MUDr. Mgr. Petře Elizabeth Váchové za podporu a cenné rady při vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Hajšmanové za významnou pomoc při ověřování teoretických znalostí v reálném prostředí a PhDr. Aleně Pistulkové za to, že nás seznámila.

## **Anotace**

**Příjmení a jméno:** Košíková Jana

**Katedra:** Katedra záchranářství a technických oborů

**Název práce:** Burnout syndrom a jeho prevence

**Vedoucí práce:** MUDr. Mgr. Petra Elizabeth Váchová

**Počet stran:** číslované 52, nečíslované 10

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 27

**Klíčová slova:** Syndrom vyhoření, příčiny, fáze, deprese, prevence, supervize

## **Souhrn:**

Práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření, a také jeho prevencí. Teoretická část je zaměřena na příčiny, fáze a symptomy, možnosti diagnostiky a léčby tohoto onemocnění a vyzdvihuje důležitost prevence. V praktické části jsou vyhodnoceny výsledky kvantitativního výzkumu zaměřeného na znalost syndromu vyhoření a kvalitu prevence u nelékařského zdravotnického personálu v zařízeních poskytujících péči o seniory.

## **Annotation**

**Surname and name:** Košíková Jana

**Department:** Department of Paramedical rescue work and Technical studies

**Title of thesis:** Burnout syndrome and its prevention

**Consultant:** Petra Elizabeth Váchová, M. A., M. D.

**Number of pages:** numbered 52, nonnumbered 10

**Number of appendices:** 3

**Number of literature item used:** 27

**Key words:** burnout syndrome, causes, stages, depression, prevention, supervision

### **Summary:**

Thesis is focused on burnout syndrome and also its prevention. The theoretical part deals with causes, symptoms, stages, diagnosis and treatment options of this disease and emphasizes the importance of prevention. The practical part analyzes results of quantitative research, which was focused on a knowledge of theme and the quality of prevention of medical staff in a specific organization providing care for the elderly.

# OBSAH

<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 SYNDROM VYHOŘENÍ OBECNĚ</b> .....	<b>12</b>
<b>2 HISTORIE A VÝVOJ SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> .....	<b>13</b>
<b>3 PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> .....	<b>14</b>
3.1 Vnější rizikové faktory.....	14
3.1.1 Zaměstnání a organizace .....	14
3.1.2 Rodina a okolí .....	15
3.2 Vnitřní rizikové faktory.....	15
<b>4 RIZIKOVÁ POVOLÁNÍ</b> .....	<b>16</b>
<b>5 FÁZE</b> .....	<b>17</b>
5.1 Nadšení.....	17
5.2 Stagnace .....	18
5.3 Frustrace.....	18
5.4 Apatie .....	18
5.5 Syndrom vyhoření.....	18
<b>6 PŘÍZNAKY</b> .....	<b>20</b>
6.1 Tělesná rovina příznaků .....	20
6.2 Psychická rovina příznaků .....	20
6.3 Emocionální rovina příznaků .....	20
<b>7 DEPRESE A SYNDROM VYHOŘENÍ – ROZDÍLY</b> .....	<b>22</b>
7.1 Tělesné projevy .....	22
7.2 Etiologie a příznaky .....	22
7.3 Zjišťování nemoci .....	23
<b>8 PREVENCE VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> .....	<b>24</b>
8.1 Prevence ze strany organizace .....	24
8.1.1 Podpora týmové spolupráce .....	24
8.1.2 Benefity .....	25
8.1.3 Další vzdělávání .....	25
8.1.4 Supervize.....	26
8.2 Osobní prevence.....	27
8.2.1 Příliš vysoké nároky a ambice.....	27
8.2.2 Naučit se říkat NE .....	27
8.2.3 Priority a časový plán.....	27
8.2.4 Vyjadřování pocitů a hledání podpory .....	27



8.2.5	Odpočinek .....	28
<b>9</b>	<b>DIAGNOSTIKA.....</b>	<b>29</b>
<b>10</b>	<b>LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....</b>	<b>30</b>
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>31</b>
<b>11</b>	<b>CÍLE PRÁCE.....</b>	<b>31</b>
<b>12</b>	<b>HYPOTÉZY .....</b>	<b>32</b>
<b>13</b>	<b>ZKOUMANÝ SOUBOR .....</b>	<b>33</b>
<b>14</b>	<b>METODIKA VÝZKUMU.....</b>	<b>35</b>
<b>15</b>	<b>SBĚR DAT.....</b>	<b>36</b>
<b>16</b>	<b>VYHODNOCENÍ DAT .....</b>	<b>37</b>
16.1	Zařazovací otázky .....	37
16.2	Otázky první části .....	38
16.2.1	Zhodnocení první části .....	41
16.3	Otázky druhé části.....	42
16.3.1	Zhodnocení druhé části .....	45
16.4	Otázky třetí části .....	45
16.4.1	Zhodnocení třetí části.....	49
	<b>DISKUZE .....</b>	<b>50</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>52</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ</b>	
	<b>SEZNAM TABULEK</b>	
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	

## ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsem zvolila téma burnout syndrom, tedy syndrom vyhoření, a možnosti jeho prevence především s přihlédnutím k jeho aktuálnosti. Myslím, že je skutečně důležité, aby o riziku tohoto onemocnění věděla i široká veřejnost a ne jen vybrané skupiny pracovníků na pozicích, které jsou považovány za exponované. V době, kdy populace žije každý den ve stresu a pod neustálým tlakem na výkon a úspěch se může syndrom vyhoření týkat každého z nás.

Cílem teoretické části práce bylo soustředit a následně utřídit nejdůležitější fakta a informace o syndromu vyhoření, jeho léčbě a prevenci, aniž bych se omezila jen na jedno z exponovaných povolání. Chtěla jsem se tím odlišit od podobných prací, které jsou většinou zaměřeny přímo jen na jedno povolání. V mnohých případech je to problém i řady odborných monotematických publikací, jejichž zaměření je většinou na zdravotní sestry, lékaře a pedagogy.

Hlavním cílem práce byl výzkum zaměřený na zjištění znalostí o syndromu vyhoření, preventivních opatřeních a jejich přijímání již přesně vymezenou cílovou skupinou. Jako výzkumný vzorek k této problematice jsem zvolila nelékařský zdravotnický personál v zařízeních péče o seniory, který by měl být podle vyhlášky MPSV 505/2006 Sb. chráněn preventivními kroky za strany zaměstnavatele, a to především prostřednictvím supervize. Zajímalo mne, zda se tito zaměstnanci skutečně cítí chráněni a zda se domnívají, že úsilí, které jejich zaměstnavatel vynakládá na preventivní kroky, je dostačující a přínosné. Dále jsem chtěla zjistit, zda si respondenti se zdravotnickým vzděláním myslí, že již některým stádiem syndromu vyhoření procházejí.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SYNDROM VYHOŘENÍ OBECNĚ

Syndrom vyhoření je česká alternativa anglického názvu burnout. Jde o soubor příznaků postihujících člověka po fyzické i psychické stránce, velký vliv má tato nemoc i na sociální vztahy člověka – na interakci s okolím (rodina, přátelé, nadřízení, kolegové). Může však být brán jako nemoc? K tomu abychom mohli odpovědět na tuto otázku, potřebujeme nejdříve vědět co je to zdraví. Definice WHO (Světová zdravotnická organizace) z roku 1946 zní takto:

„Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“ (Křivohlavý, J. 2009, s.37)

Z toho tedy vyplívá, že jedinec postižený syndromem vyhoření není zdrav. Podle ICD - International Classification of Diseases, kterou sestavuje WHO, patří syndrom vyhoření mezi onemocnění vyjmenovaná v kapitole XXI - Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, oddíl Problémy spojené s obtížemi při vedení života. Je zde zařazen pod označením Z73.0. ICD-10 s platností od 1.1.1993. Tady je ovšem také třeba zmínit, že syndrom vyhoření není uznáván jako nemoc z povolání, ačkoli nejčastěji vzniká právě v pracovním prostředí a má prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon. [4] [7] [19]

Odborníci se dosud neshodli na vymezení jednotné definice. S trochou nadsázky by se dalo říci, že co publikace, to jiná definice. Existuje hned několik náhledů, které se od sebe mnohdy odlišují jen minimálně. V tomto případě využiji definici Herberta J. Freudenbergera, který syndrom vyhoření vymezuje následovně: [2] [7]

„Vyhoření je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entusiasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)“ (Křivohlavý, 1998, s. 49).

## 2 HISTORIE A VÝVOJ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Velký boom zájmu o tuto problematiku nastal v sedmdesátých letech 20. století v Americe. Nezaměstnanost byla v té době trvale vysoká, produktivita země se snižovala a k nepříznivým podmínkám přispěla i ropná krize v roce 1973. Nebylo proto příliš velkým překvapením, že mnozí občané USA trpěli příznaky vyhoření a procházeli jeho fázemi. Bylo tedy jen otázkou času, kdy se tímto problémem někdo začne dopodrobna zabývat.

Pojem burnout, v překladu vyhaslost, vyčerpanost či vyhoření, ale nevznikl v přímé návaznosti na tíživou situaci, která v USA panovala. Původně to byl slangový výraz pocházející z amerických ulic, konkrétně od skupin uživatelů drog, kteří takto označovali osobu, která ve své závislosti dosáhla na úplné dno. Takovou osobu, která dospěla k bodu, kdy vše co dělá, je podmíněno jen myšlenkou, jak sehnat další dávku drogy, rezignovala na veškerý společenský život, zásady hygieny či pocit hladu. Osoba, přežívající jen s vidinou další „dávky“.[9]

První, kdo burnout podrobněji zhodnotil a popsal, byl americký psychoanalytik německého původu Herbert J. Freudenberger, a to ve svém článku „Stuff Burnout“ zveřejněném v roce 1974 v odborném časopise „Journal of social issues“. Jako reakce se ze strany lékařů a psychologů strhla velká vlna zájmu o problematiku, další články a publikace na sebe tedy nenechaly dlouho čekat. To samozřejmě významně napomohlo rozvoji prevence a informovanosti odborné i laické veřejnosti. [9] [13]

V České republice odstartovala diskusi o syndromu vyhoření Helena Haškovcová v roce 1994 svým článkem v časopise „Sestra“. První publikace zabývající se jako jediným tématem syndromem vyhoření vyšla v roce 1998 a nese název „Jak neztratit nadšení“ jejímž autorem je Jaro Křivohlavý.

Syndrom vyhoření je dnes zařazen do běžných okruhů učiva ať už v rámci psychologie práce, výchovy ke zdraví, mentální hygieny či jiných. V nejrůznějších zařízeních s exponovanými zaměstnanci je dbáno na prevenci a informovanost pracovníků.[1] [14]

## 3 PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Otázka syndromu vyhoření a toho zda vznikne či ne, nezávisí jen na pracovní náplni a pozici jakou jedinec zastává. Nezastupitelnou roli tu hrají takzvané **rizikové faktory**, to znamená povahové rysy a celkový naturel člověka i působení okolí, prostředí, ve kterém žije a prožívá běžné situace. Můžeme je v zásadě rozdělit na dvě skupiny podle směru působení, a to na vnější a vnitřní. [4]

### 3.1 Vnější rizikové faktory

Těmito faktory se rozumí takové vlivy, které u člověka podporují určité chování. Je to vlastně kontext toho, v čem žije a co na něj působí. Jsou to z pravidla podmínky v zaměstnání a v celé organizaci, kde dotyčný pracuje, situace v osobním životě (rodina, přátelé, známí). Velký význam má také zdravotní stav.

#### 3.1.1 Zaměstnání a organizace

Není třeba zastírat, že žijeme v době, kdy se takřka každý obává o své pracovní místo. Nezaměstnanost je vysoká a uplatnění v oborech chybí. Vědomí toho musí zákonitě člověka ovlivňovat. Dostává se tak do velkého tlaku a stresu, někdy až chronického. Dalším vnějším vlivem je stále častější jev v podobě nedostatečného personálního obsazení. Méně pracovníků na stejnou práci vede k tomu, že pracovník dlouhodobě vynakládá vysoké úsilí, bez reálné vidiny snížení povinností, závazků a nároků na něj kladených. Jedinec pracuje ve vynuceném pracovním tempu, což znamená, že si nemůže určovat rychlost, jakou pracovní úkony vykonává a musí se přizpůsobovat lidem či strojům. [1] [8] [12]

Podmínky spojené s permanentní obavou ze ztráty zaměstnání vedou na pracovišti k soutěživosti mezi pracovníky. To sice může po určitou dobu vést ke zvýšení výkonnosti, ale výsledkem je produkce takzvaných sólistů neschopných týmové práce, zadržování informací a celkové zhoršení vztahů na pracovišti. V rámci soutěživosti se také mohou otevírat cesty pro šikanu na pracovišti, tzv. mobbing.

Je jen logické, že takto silným tlakům jedinec nemůže odolávat do nekonečna a je proto potřeba zásahu ze strany zaměstnavatele, aby tak zabránil vzniku syndromu vyhoření. [12] [14]

### 3.1.2 Rodina a okolí

Má-li člověk nějaké rodinné problémy, většinou to na něm snadno poznáme. Tento stav se z pravidla odráží i na jeho práci, celkovém chování a jednání vůči lidem okolo. Zásadními problémy, které mohou působit, jako rizikový faktor jsou zejména závažné a dlouhodobé nemoci v rodině případně senioři, kteří potřebují jistou péči, partnerské problémy nebo špatná finanční situace. [1]

## 3.2 Vnitřní rizikové faktory

Dá se říci, že nadšení je jeden ze základních vnitřních rizikových faktorů pro syndrom vyhoření. Nadšení pro svoji práci u většiny lidí souvisí se soutěživostí vůči druhým, s odhodláním být lepší než jiní a vše zvládat sám, byť i práci přesčas. Vše jen podtrhují přemrštěné nároky, které na sebe nadšený a odhodlaný člověk má. Jak říká jedna z nejvyužívanějších metafor ve spojitosti se syndromem vyhoření „Kdo hoří, může vyhořet“ (Kopřiva, 1999, s. 101). [2] [5]

Přílišná očekávání od sebe sama, očekávání úspěchu, vytlačují ze života jedince čas na relaxaci a odpočinek. Souvisí to s faktem, že takový člověk již většinou odpočívát ani neumí. Práce přes čas omezí i soukromý a společenský život. Jestliže člověk žije jen svou prací a domů se chodí, jak se říká „jen vyspat“ rozhodně mu nezbyvá čas na sociální styky například na své přátele. Člověk je tvor společenský a interakci s ostatními k životu potřebuje. Ve fázi nadšení tyto společenské vazby nahrazují kolegové či klienti, ovšem to je kamenem úrazu, protože v dalších fázích syndromu vyhoření právě tito lidé nemocnému vadí nejvíce. Pak tedy o sociální interakci s ostatními přichází úplně.

Za ukrácení volného času může také neschopnost odmítnout požadavky kolegů i nadřízených, jednoduše říci NE. Věty typu: Mohl/a bys za mě vzít zítra směnu? Můžeš se v práci zdržet a dodělat ten projekt? To mohou být ty pomyslné poslední kapky, které zapříčiní, že pohár přeteče. Z výjimek se stane pravidlo, a pokud jedinec není schopen odmítnout, může být ve výsledku využíván, jako ten, kdo vždy dostane nejhorší směny, kdo si plánuje dovolené až podle ostatních a kdo v práci tráví dvojnásobek času než ostatní zaměstnanci.

U rizikových faktorů platí, stejně jako u jiných onemocnění, že čím více se jich vyskytne, tím vyšší je pak skutečné riziko vyhoření. Vždy ale samozřejmě záleží na okolnostech, povaze člověka, zkušenostech, jeho odbornosti a rodinném zázemí.[1] [5][22]

## 4 RIZIKOVÁ POVOLÁNÍ

Je jasné, že některá odvětví lidské činnosti jsou exponována více než jiná a jsou tedy náchylnější k projevům vyhoření. Z pravidla platí, že se to týká těch profesí, které jsou založeny na každodenní práci s lidmi nebo na pravidelném kontaktu s nimi a zároveň jsou jejich nedílnou součástí vysoké nároky na odpovědnost, výkonnost a preciznost. Uvádí se, že až 20% populace v České republice v produktivním věku je v práci přetíženo a téměř 10% trpí syndromem vyhoření.[11]

### **Mezi nejvíce exponovaná povolání se řadí:**

- lékaři (zvláště klinici – zejména v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie, gynekologie, rizikové obory pediatrie atd.)
- zdravotní sestry
- další zdravotničtí pracovníci (ošetřovatelky, laborantky, technici apod.)
- psychologové a psychoterapeuti
- sociální pracovníci a pracovnice ve všech oborech
- učitelé na všech stupních škol
- pracovníci pošt všeho druhu, zvláště pracovníci u přepážek a poštovní doručovatelé
- dispečeri a dispečerky (záchranné služby, dopravy atd.)
- policisté, především v přímém výkonu služby, kriminalisté a členové posádek motorizovaných hlídek
- právníci, zvláště pak advokáti
- pracovníci věznic (dozorci, ale i další zaměstnanci)
- profesionální funkcionáři (v oblasti státní správy, ale i v oblasti sportu či umění), politici, manažeři
- poradci a informátoři
- úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy
- za určitých okolností (především podle celkové prestiže státu, jeho postavení z hlediska mezinárodního srovnání, prosperity, stavu ekonomiky) příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo)
- duchovní a řádové sestry (Kebza Vladimír, Šolcová Iva, 2003, s. 8)

## 5 FÁZE

Syndrom vyhoření je pozvolný a plíživý, můžeme ho tedy označit jako neustále se vyvíjející proces. Tento proces prochází několika fázemi, které prakticky popisují průběh už od samotného nástupu do zaměstnání s počátečním nadšením a ideály, až po dosažení úplného vyčerpání (projev syndromu v plné síle) a nutnost změny zaměstnání. Zní to samozřejmě tak, jako bychom všichni od první chvíle v novém zaměstnání postupně vyhořivali – tato představa nám právem může připadat směšná. Pokud však na věc nahlížíme s určitým nadhledem, můžeme směle tvrdit, že tomu tak je. Celý proces však může trvat i několik let a v jeho průběhu může dojít a také dochází k situacím, které průchod těmito fázemi zpomalí či zastaví – nabije pracovníka novými silami a entusiasmem. [1] [14]

V publikacích pojednávajících o této problematice se můžeme setkat s různým členěním průvodních fází, v této práci budeme vycházet z vývoje syndromu vyhoření podle Henniga a Kellera z roku 1996. [2]

Syndrom vyhoření má následující fáze:

- 1) Nadšení
- 2) Stagnace = uváznutí
- 3) Frustrace = nespokojenost
- 4) Apatie
- 5) Syndrom vyhoření

### 5.1 Nadšení

Jedinec přichází do nového zaměstnání plný entusiasmem, očekávání, vysokých cílů a ideálů. Snaží se angažovat ve všem, v čem může, a to nejen ve vztahu k organizaci, ve které pracuje, ale i ve vztahu ke klientům či pacientům. Úkoly plní i na úkor svého osobního volna a často si nosí práci domů. V jeho chování se dá vyzorovat jistá soutěživost, lépe řečeno tendence ukázat všem, že vše zvládne s přehledem a sám, že si umí poradit i v krizových situacích. Může se stát, že aktivita v zaměstnání je na úkor jedincova společenského života.



## 5.2 Stagnace

Neboli fáze vystřízlivění, která přichází po střetu přemrštěných ideálů a cílů s pracovní realitou. Po zjištění, že původní představy nejdou a nepůjdou naplnit, počáteční nadšení pozvolna vyhasíná. Požadavky jak ze strany organizace, tak i ze strany klientů/pacientů jej začínají obtěžovat.

## 5.3 Frustrace

Exponovaný jedinec se začíná kriticky vyjadřovat k záležitostem a postupům v organizaci, se kterými nesouhlasí. Klade si pochybovačné otázky typu: „Proč mám postupovat podle norem, které jsou nefunkční? Proč nikdo nevidí, jak moc je to vše neefektivní? Jaký má smysl starat se o lidi, kteří stejně neberou vážně mou odbornost, neváží si mé práce a dělají vše po svém navzdory mým dobrým radám a doporučením? Nakonec se o ně stejně budu muset starat znovu.“

Přestává se snažit a dělat jakékoli věci navíc - vykonává práci, kterou považuje za zbytečnou a nedoceněnou, to vede ke vzniku konfliktů na pracovišti (se spolupracovníky i s nadřízenými). Rozvoj této fáze může trvat různě dlouho - někdy může mít dotyčný ještě odhodlání pokusit se prosadit změnu a zefektivnění některých postupů. V případě, že se mu tato změna povede prosadit, může dojít k zastavení rozvoje syndromu vyhoření, jestliže však i přes vynaložené úsilí ničeho nedosáhne, může to projevy syndromu u dotyčného zhoršit, a přispět tak k přechodu do další fáze. [1] [2] [14]

## 5.4 Apatie

Fáze, kterou můžeme vidět jako „cestu do slepé uličky“. Na rozdíl od předchozího stádia, kde jedinec stále může mít tendenci prahnout po prosazení změn, zde se projevuje téměř úplná absence těchto zájmů. Je to pomyslné mávnutí rukou nad vším, co nás v práci mohlo vyburcovat k vyššímu výkonu.

## 5.5 Syndrom vyhoření

Dosažení naprostého vyčerpání. Jedinec pracuje takzvaně jen do výše svého platu. To znamená, že povinnosti plní starým zaběhlým způsobem, který ho netěší. Práci se snaží udělat co nejrychleji a tím nejjednodušším způsobem. Což může znamenat, že jeho výkon

bude neefektivní a nekvalitní. Dostavují se projevy monotonie práce – vše dělá jen ze zvyku, podle zaběhnutých kolejí. Hledá si záminky, aby mohl přicházet do práce co nejdéle a odcházet co nejdříve, vybírá si práci tak, aby do styku s klienty/pacienty přišel co nejméně, nejlépe vůbec. Vidí je pouze jako lidi, kteří stále jen něco chtějí a jsou nevděční. Později se vyhýbá i spolupracovníkům. Nechce přijímat nic nového a často má snahu demoralizovat nadšence, nové zaměstnance, kteří chtějí zavést změny. [1] [2]

## **6 PŘÍZNAKY**

První příznaky, tzv. varovné se projevují pozvolna a nenápadně. Pracovník má pocit, že práci nestíhá a nezvládá, pochybuje o jejím významu a smyslu. Vůči okolí se projevuje nervózně a podrážděně. Častými jsou projevy jako nespavost, bolest hlavy či břicha, snížená obranyschopnost organismu a bolesti zad. Z tohoto výčtu můžeme vyvodit, že symptomy syndromu vyhoření můžeme rozdělit do tří rovin, a to: tělesné, psychické a emocionální. [14]

### **6.1 Tělesná rovina příznaků**

Do této roviny patří všechny somatické projevy syndromu. Kromě výše zmiňovaných jsou to: chronická nespavost, nedostatek energie, bolesti svalů, celková slabost, změny tělesné hmotnosti. Důležitou roly zde hraje únava – pocit vyčerpání a spánkového deficitu, který nepřestává ani po dlouhém spánku. Ten se totiž stává nekvalitním. Na rozdíl od běžné únavy z práce, ze sportu či jiné fyzické aktivity je tato provázána pocitu viny, neúspěchu a selhání – je tedy provázána s psychickou únavou.

### **6.2 Psychická rovina příznaků**

Průvodním znakem je změna životních postojů, které pracovník do té doby měl. Vnímání života jako celku se zkresluje a získává velmi negativistický nádech. „Nic se mi v životě nepovedlo, vše je jen jedna katastrofa za druhou.“ Zapomnětlivost, poruchy soustředění jsou průvodní signály psychického vyčerpání. Projevy osobnosti se pozvolna mění, psychicky vyčerpaný člověk je cynický, pesimistický, přestává si věřit a odmítá se přizpůsobovat či akceptovat jakékoliv změny. Často se objevuje snaha postavit mezi sebou a okolním světem pomyslnou zeď, tato snaha však velmi nabourává vztahy s okolím (jak s klienty/pacienty tak s kolegy).

### **6.3 Emocionální rovina příznaků**

Vyznačuje se pocitem citové vyprahlosti a ztrátou schopnosti empatie. Dostavuje se pocit, že další problémy a potíže lidí z okolí již nesnese. Postižený se postupně uzavírá sám do sebe. Vůči svému okolí se projevuje podrážděně a snaží se kontaktu s lidmi zcela vyhybat. Toto se později přenáší z pracovního prostředí i do okruhu známých, přátel

a nakonec i do rodiny. Součástí toho jsou i pocity bezmoci a beznaděje, které jen prohlubují tendenci stranit se okolí.

## **7 DEPRESE A SYNDROM VYHOŘENÍ – ROZDÍLY**

Pojem deprese má původ v latinském slově decimo, což znamená stlačovat, potopit. Je pravda, že v některých fázích syndromu vyhoření není snadné rozeznat jeho příznaky od příznaků deprese. Často se totiž, do značné míry překrývají a je třeba skutečně podrobné analýzy a důkladného odebrání anamnézy k odhalení příčiny symptomu. Nezřídka se tedy může stát, že pacient odchází s jinou diagnózou.

Deprese je nemoc, která neznamená jen špatnou náladu, jak si spousta laiků představuje. Jedná se o onemocnění celého organismu. Rozhodně se také nedá tvrdit, že jde jen o reakci na události v osobním či pracovním životě, i když i takové události mohou být jedním ze spouštěcích faktorů.

Příčiny vzniku deprese jsou dosud nejasné, existuje však celá řada domněnek. Podle Freuda je deprese sebepoškozující reakcí na ztrátu blízkého člověka nebo něčeho na čem nám záleží, která nastává po vyprchání agrese. [2] [10]

### **7.1 Tělesné projevy**

Deprese stejně jako syndrom vyhoření má své fyzické projevy, mohou to být hypovitaminózy, chřipky či různé malignity, na rozdíl od syndromu vyhoření se však za svými symptomy může úspěšně skrývat. Vzniká tak takzvaná maskovaná deprese neboli deprese beze smutku – tyto poruchy řadíme mezi takzvané poruchy somatotrofní.

Příznaky maskované deprese jsou dost obdobné, jedná se zejména o únavu, ztrátu energie, nespavost, vysoký krevní tlak, nechutenství. Je zde, ale jeden poměrně typický příznak, a to subjektivně pociťovaná bolest za sternem většinou z návalu úzkosti. Pacienti s touto komplikací tak většinou vyhledávají praktického lékaře. Až po vyloučení všech patofyziologických příčin se tedy začíná uvažovat o psychosomatickém původu obtíže. Diagnóza je často možná až podle reakce na nasazení antidepresiv.[2] [10] [14]

### **7.2 Etiologie a příznaky**

I v této části nalezneme mírné rozdíly. Deprese má obvykle obdobné či stejné příznaky, které se dají aplikovat na většinu jedinců. Obtížnější je hledání příčiny obtíží. U syndromu vyhoření se naopak dá etiologie snadněji odhalit, bývá přinejmenším obdobná. Určité, téměř shodné modely etiologie se dají vysledovat u různých případů, samozřejmě ani tak není pátrání po příčině nijak jednoduché. Symptomy se objevují

v různých fázích a každý jedinec prochází danými obdobími jinak dlouho. Nelze říci, že například období apatie trvá dva týdny, a proto během té doby budou příznaky neměnné. Po celou dobu je jedinec vystaven nejrůznějším faktorům, které mohou postup nemoci zpomalit nebo na určitý čas zcela zvrátit.[10] [14]

### **7.3 Zjišťování nemoci**

Ve většině případů se přítomnost deprese začne zjišťovat až po té, kdy nastane nějaký významnější projev či fyzická nemoc. Co se týče syndromu vyhoření je v dnešní době kladen velký důraz zvláště na prevenci. Včasný zásah může propuknutí syndromu vyhoření zabránit, u deprese je účinnost preventivních opatření mizivá. [2]

## **8 PREVENCE VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ**

Snaze předcházet vzniku syndromu vyhoření by měla být, zvláště u pomáhajících profesí, věnována velká pozornost. Organizace (zaměstnavatel) by se měl na prevenci aktivně podílet a zaštitovat ji. Její účinek se, ale nedá zajistit, bez spolupráce daného jedince. Na informovanosti jedince o problematice by mělo být pracováno již během jeho příprav na výkon povolání. Vědět o výskytu hrozby a znát riziko, ve kterém pracuje či bude pracovat, je prvním krokem k zabránění vzniku onemocnění.

Jak už jsme zmínili, snaha zabránit nemoci musí být oboustranná, jak ze strany organizace, tak ze strany jedince. Vždy je důležité si uvědomit, že v zájmu obou stran je, aby prevence byla účinná, kvalitní a cílená. Dopady onemocnění totiž postihují nejen jedince ale i zaměstnavatele, který je vystaven finanční a ekonomické zátěži, například v podobě snížení výkonnosti pracovníků, vlivem špatné morálky, vyplácení nemocenských dávek v průběhu pracovní neschopnosti jedince. V závislosti na somatických projevech jako je snížená imunita, nastává pracovní neschopnost opakovaně i několikrát do roka. Zaměstnavatel se v souladu se zákonem o nemocenském pojištění významně podílí na zajištění dávek v pracovní neschopnosti a zároveň mu vznikají náklady spojené s nutností krátkodobě nahradit chybějící pracovní sílu a zajistit tak chod provozu. [1] [16]

### **8.1 Prevence ze strany organizace**

Zaměstnavatel má zájem na dobrém zdravotním stavu zaměstnance a proto by k prevenci syndromu vyhoření měl přistupovat aktivně. Důvod, proč pokusy vyjít zaměstnancům vstříc a zasadit se o udržení jejich zdravotního stavu nepřinášejí vždy kladnou odezvu, je že naprostá většina zaváděných opatření je řízená shora, od vedení a proto je zaměstnanci často berou jako povinnost a ne jako něco co jim má pomoci. Můžeme se setkat i s názorem, že jsou tyto zásahy jen nutným zlem, které si člověk musí přetpět, a že se jedná o ztrátu času. Zaměstnavatel by proto při zavádění preventivních opatření měl postupovat obezřetně a uvážlivě.[1] [11] [13]

#### **8.1.1 Podpora týmové spolupráce**

Mnohá odvětví pracovní činnosti v současné době vyžadují týmový pracovní styl založený na spolupráci. Je tomu tak díky vysoké produktivitě různorodé pracovní skupiny. Cíle jsou plněny rychleji, efektivněji a komunikace je snazší díky dobrým vztahům mezi

jednotlivými členy. Tým je tak dobrý jako jeho nejslabší člen. Pokud vedoucí pracovník, manager, dosáhne správného sestavení, kolektiv spolupracuje, navzájem si předává zkušenosti a znalosti. Dochází tím k sebezdokonalování celku. To je však jen polovina úspěchu. Sestavením týmu práce vedoucího pracovníka nekončí. V zájmu zabránění syndromu vyhoření, musí podporovat dobré vztahy ve skupině a tím i týmovou spolupráci. K dosažení takového cíle má mnohé možnosti. U nás je nejčastějším řešením nějaký druh firemního setkání, při kterém vládne uvolněnější nálada a jistá neformálnost. Mohou to být například různé firemní párty, vánoční besídky nebo podnikový turnaj v bowlingu. Možnosti společenské zábavy jsou opravdu široké. V některých zemích jsou velmi oblíbené takzvané firemní adaptační kurzy, jejichž součástí bývá nějaký druh adrenalinového zážitku, na příklad jízda na raftu. V dnešní době se objevují podobné aktivity i u nás, jedná se ale většinou o zahraniční firmy.[1] [13] [14]

### **8.1.2 Benefity**

Další ze způsobů prevence jsou určité zaměstnanecké výhody. Výhodami jsou míněny například poukázky na volnočasové vyžití, obvykle sport, kultura nebo nějaké druhy rehabilitací například masáže. Tyto poukázky neslouží k placení za potraviny, oblečení atp. Jsou určeny na činnosti a služby, při kterých může zaměstnanec relaxovat a skutečně si odpočinout. Benefity jsou z pravidla nepřenositelné, díky tomu efektivně plní svůj účel.

### **8.1.3 Další vzdělávání**

Zvyšováním vědomostí a tím i odbornosti mohou pracovníci získat jistotu ve vykonávaných pracovních činnostech. Pořádání nerůznějších kurzů a školení je důležitá součást prevence zvláště u zdravotnických povolání. Je tu samozřejmě opět otázka přístupu, který zaměstnanci k celé věci mají. Záleží tedy také na vztazích v pracovním kolektivu a přístupu vedoucích pracovníků. Motivací k účasti musí být hlavně získání potřebných informací a ne rezolutní nařízení shora, které nezná odpověď ne. Kurzy a školení musí být voleny tak, aby téma a získané znalosti byly skutečně využitelné v praxi.

Vhodná je také alternativa pozvání odborného pracovníka z jiného zařízení, aby seznámil zaměstnance s novými postupy a možnostmi, tak jak je zvyklý je vykonávat na svém pracovišti. S tím souvisí i obměňování a modernizace pracovních postupů, zkoušení nových materiálů. Podporuje to pružnost a přizpůsobivost zaměstnanců, lepší



přijímání pracovních i životních změn a nabourává případný stereotyp a rutinu. [1] [12] [14]

#### 8.1.4 Supervize

Převážně v sociálních službách je tento způsob prevence hojně využíván. V České republice je povinnost zajistit zaměstnancům podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách to sice přímo neukládá, avšak tato povinnost je uložena vyhláškou č. 505/2006 Sb. příloha č.2, bod 10 e). Legislativa neřeší, jak často má tento externí odborník na pracoviště docházet a jakou formou má supervize probíhat. Často se setkáváme s faktem, že supervize buďto neprobíhá vůbec nebo je neúčelná. Záleží tedy hlavně na zaměstnavateli, jak moc bude supervize účinná. [13] [18]

Supervize může probíhat ve skupině nebo s každým zaměstnancem zvlášť. Dělíme ji na tři základní formy:

**Týmová supervize** – je určena pro všechny členy týmu, je zaměřena na spolupráci v týmu, zlepšení efektivity práce a komunikaci jednotlivých členů týmu.

**Skupinová supervize** – je setkání pracovníků, kteří pracují s podobnými pacienty v podobných zařízeních.

**Individuální supervize** – probíhá formou strukturovaného rozhovoru mezi jedním pracovníkem a supervizorem. (Venglářová, M. a kol., 2011, s.154 a 155)

Jejím úkolem je zmírnění stresorů případně jejich odstranění. Při zavádění nových postupů, může být takovým stresorem část postupu, který je neefektivní a nevyhovující, případně zbytečně komplikovaný tak, že zpomaluje celý proces. V takovém případě supervizor pomáhá rozebrat problém, a jestliže je postup skutečně neúčelný a neefektivní a řešení nelze nalézt mezi zaměstnanci, je supervizorovým úkolem tento problém přednést vedení, které by mělo zajistit nápravu. Skutečnost, že supervizor promluví jménem zaměstnanců, neznamená, že může zaměstnavateli či komukoliv jinému sdělovat podrobnosti rozebírané v rozhovorech se zaměstnanci. Tyto musí zůstat za zavřenými dveřmi. Jestliže by totiž zaměstnanec neměl k supervizorovi důvěru, neměl by důvod se s problémy svěřovat. A supervize by tím ztratila na významu. Supervizor při své práci dodržuje etický kodex EAS (Evropská asociace pro supervizi).

V rámci supervize nemusí být probírány jen každodenní problémy ve vztahu ke klientům. Čím dál častěji jsou zde řešeny problémy s vedením týmů, s vnitřními vztahy mezi zaměstnanci. Supervize by měla probíhat v pravidelných intervalech. [13] [19] [21]

## **8.2 Osobní prevence**

Žádná snaha zaměstnavatele o účelnou kvalitní prevenci se neobejde bez podpory a snahy samotného zaměstnance. Musí si být vědom stresovosti prostředí, ve kterém pracuje a uvědomit si jaká rizika mu přináší. Základem prevence na úrovni jednotlivce je tvorba takzvaného programu sebekontroly neboli musí se sám zajímat a starat o svoje zdravý a aktivní život mimo své zaměstnání. Většinu věcí, které spadají do úrovně osobní prevence, si musí jedinec jak se tak říká „sám srovnat v hlavě“. [1] [22]

### **8.2.1 Příliš vysoké nároky a ambice**

Aby jedinec nezabředl do kolotoče pomoci ostatním, nesmí na sebe klást přemrštěně vysoké nároky. Je třeba si uvědomit, že nikdo není neomylný. Ne vše je třeba mít pod kontrolou. Také není žádoucí domnívat se, že vše zvládne sám. Tlak, do kterého by se tak dostal, by mohl být neúměrně stresující a neúspěch být v objektivně nesplnitelném úkolu může zapříčinit naprostou ztrátu nadšení.

### **8.2.2 Naučit se říkat NE**

Neschopnost odmítnout pomoc či nevyjít jednou za čas někomu vstříc, je také rizikovým faktorem. Je třeba si určit jisté hranice, které nebudou překračovány, protože potom by nabízená pomoc byla jen zneužívána a vedla by k dalšímu přetěžování. Jedinec si musí uvědomit, že občas musí myslet především i sám na sebe a odmítnout, má-li pocit, že je mu nakládáno více, než dokáže zvládnout. Není třeba si nechávat vše líbit.

### **8.2.3 Priority a časový plán**

Stanovením priorit může člověk ušetřit spoustu času. Jedinec musí rozlišovat mezi tím, co je důležité a co není. Rozhodně není třeba být všude, stačí si práci rovnoměrně rozložit a nezapomínat na přestávky, využívané skutečně jen k odpočinku. Řeší-li se pracovní záležitosti i v době odpočinku, není to odpočinek. Důležité je také vyhnout se odkládání povinností na potom.

### **8.2.4 Vyjadřování pocitů a hledání podpory**

Předpokladem pro řešení problémů je komunikace. Pokud jedinec s něčím nesouhlasí, nebo něco není tak jak by mělo, je třeba to někomu sdělit. Jde o vyjádření pocitů, ale samozřejmě tak, aby nedošlo k poškození někoho dalšího. Kopat kolem sebe

a ukazovat prstem vyřešení neuspíší. Vhodné je najít si ve svém okolí „vrbu“ neboli osobního důvěrníka, kterému se může člověk svěřit a případně si i postěžovat. Získá tak jiný pohled na věc a nástin možných řešení. Není žádoucí se utápět v problémech sám.[22]

### **8.2.5 Odpočinek**

Podle zákoníku práce je právo na nepřetržitý odpočinek 12 hodin během 24 hodin, pokud není podle zákona upraveno jinak. Většinou jsou směny spíše osmihodinové, a proto je doba odpočinku delší. Doba nepřetržitého odpočinku ale není jen o spánku – jedinec během této doby musí stihnout běžné každodenní pochůzky a povinnosti. Je třeba si v nabytém programu vymezit čas sám pro sebe, pro sociální interakci s okolím a pro relaxaci. Vhodné jsou vlastní zájmy a koníčky. Sport, kultura, relaxační masáže, posezení s přáteli – to vše může vyplnit volný čas a umožní odreagování se od práce. Druh odpočinku by měl být volen podle druhu povolání, pasivní sedavé zaměstnání si žádá aktivní odpočinek a naopak. Jedinec se musí naučit odbourat pracovní problémy a nezatahovat je do svého volného času, jestliže je mysl stále v práci, pro tělo je odpočinek nemožný. [12] [15]

## 9 DIAGNOSTIKA

K diagnostice syndromu vyhoření může znalý či školený pracovník dospět pouhým pozorováním průvodních projevů, zvláště těch typických a charakteristických. Většinou se však užívají testy formou dotazníku. Jsou to MBI „**Maslach Burnout Inventory**“ (viz. příloha č.1) navržený Ch. Maslachovou a S. Jacksonovou a BM dotazník „**Burnout measure**“ A. Pinesové a E. Aronsona (viz. příloha č.2). Oba tyto dotazníky byly přeloženy do češtiny a v praxi se poměrně hojně užívají. Také jsou častou součástí bakalářských a jiných prací zabývajících se tímto tématem. [5] [14]

## 10 LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ

Zcela zásadní předpoklad úspěšné léčby je vědomí jedince postiženého syndromem vyhoření, že se jedná o vážný stav, který je třeba začít řešit. Také ale musí chtít se léčbě podrobit. Samotná léčba je v mnohém podobná úkonům prevence. Je třeba pomoci jedinci ve změně vnímání své práce, její užitečnosti a smysluplnosti, a také ve vnímání sebe sama. Je nutné poskytnout sociální podporu ze strany blízkých a celého okruhu přátel a známých. Je dokázáno, že čím lepší má jedinec osobní vztahy se svým okolím, tím rychleji a účinněji se ze syndromu vyhoření vzpamatovává. Nezbytné je začít pracovat na striktním oddělování práce a odpočinku, zamezení opětovného zasahování práce do volného času.

V pracovním prostředí je vhodné upravit postupy tak, aby byly přijatelné a pro jedince co nejméně stresující. Je třeba se ujistit, že ukládaná práce je v jeho silách, že rozumí postupům a uloženým kompetencím. Zaměstnavatel hraje v léčbě syndromu vyhoření významnou roli. Má vliv na celkovou náladu v organizaci, může usměrnit vztahy mezi zaměstnanci, upravit jedinci postiženému syndromem vyhoření pracovní náplň a oddělit jej od zdroje problému. Také mu může samozřejmě ulehčit snížením administrativní zátěže.

Jiným řešením syndromu vyhoření je odchod ze zaměstnání. To ovšem není ta nejvhodnější alternativa. Takový jedinec si totiž své problémy, aniž by byly vyřešeny, respektive vůbec řešeny přenáší do dalšího zaměstnání. Další nevýhodou je ekonomická stránka věci. V dnešní době si téměř nikdo nedokáže představit ztrátu zaměstnání. Zejména zdravotničtí pracovníci se prakticky celý život připravovali na výkon svého povolání a mají ve svém oboru již určitou úroveň odbornosti. Proto je ve většině případů změna oboru nemožná. Je zde tedy velká pravděpodobnost toho, že pokud si jedinec najde nové pracovní místo, bude tato pozice obdobného rázu jako ta předchozí a celá kaskáda syndromu vyhoření a jeho fází se začne opakovat.

Nejvhodnějším řešením je proto i nadále přehodnocení vlastního zdravotního stavu, psychického i fyzického, a využití odborné pomoci ze strany supervizora a psychologa.

[11]

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 11 CÍLE PRÁCE

Jako odvětví pracovní činnosti, které je nejvíce exponováno syndromu vyhoření, je všeobecně vnímáno zdravotnictví. Problematika se týká jak lékařů, tak nelékařského zdravotnického personálu. Nelékařským zdravotnickým personálem se rozumí všeobecné sestry, zdravotní záchranáři, ošetřovatelé, ergoterapeuti, zdravotničtí asistenti atd.

Jak už bylo řečeno v úvodu, tato práce se zaměřuje právě na nelékařský zdravotnický personál pracující ve specifickém a vysoce exponovaném prostředí, jakým jsou domovy důchodců, domovy péče o seniory, stacionáře a instituce poskytující službu domácí péče.

Cílem je zjistit, zda nelékařský zdravotnický personál zná pojem syndrom vyhoření, jestli mu rozumí a umí se orientovat v problematice. Důležitou částí prevence je totiž znalost rizika, kterému může být jedinec vystaven. V návaznosti na vědomosti týkající se syndromu vyhoření, je zkoumáno, jestli se sami pracovníci subjektivně domnívají, že prochází některou z fází této nemoci. Dalším cílem výzkumu je přesvědčit se o tom, zda se na zkoumaných pracovištích proces „péče o pečující“, neboli prevence ze strany zaměstnavatele skutečně provádí, a zda jej pracovníci považují za důležitý a přínosný.

## **12 HYPOTÉZY**

V rámci zmiňovaných cílů jsem si stanovila tyto hypotézy:

1. Nelékařský zdravotnický personál zná problematiku syndromu vyhoření.
2. Většina pracovníků z řad nelékařského zdravotnického personálu pocítuje některou z fází syndromu vyhoření u sebe.
3. Nelékařský zdravotnický personál považuje supervizi včetně jiných preventivních prostředků ze strany zaměstnavatele za odpovídající a jsou s ní spokojeni.

## 13 ZKOUMANÝ SOUBOR

Výzkum probíhal v zařízeních, která zajišťují péči o seniory a to v Plzeňském kraji a Středočeském kraji. Respondenti byli zaměstnanci těchto zařízení, respektive jen nelékařský zdravotnický personál (podle zákona č. 96/2004 Sb.).

Konkrétně se jedná o: všeobecné sestry, ergoterapeuty, fyzioterapeuty a ošetrovatelky.

### **Agentura domácí péče DOMOVINKA**

Zařízení sídlí v Plzni na Slovanech a poskytuje řadu služeb. Je to: domácí péče, pečovatelská služba, denní a týdenní stacionář a tísňová péče pro seniory a zdravotně hendikepované.

V rámci domácí péče dochází zdravotničtí pracovníci do sociálního prostředí klientů a provádějí zde ošetrovatelskou péči. Tato služba je poskytována denně včetně sobot a nedělí. Stacionář zajišťuje celodenní péči pro klienty. Dalším okruhem činnosti je zajištění několikátýdenních pobytů, kde je využívána ubytovací kapacita zařízení. Je poskytována neustálá péče ošetrovatelk a zdravotních sester. Součástí každodenního programu je snaha klienty aktivizovat a zapojit do nějaké činnosti. Zařízení zajišťuje i tísňovou péči neboli alarm pro seniory, který zabezpečuje vždy jedna ze zdravotních sester mající službu. Přes spojovací zařízení odpovídá na tísňové volání klienta (alarm má klient na krku či na ruce) a po vyhodnocení situace organizuje pomoc. Buďto vysílá pracovníka nebo se spojí se systémem rychlé záchranné služby. Po celou dobu řešení krizové situace je s klientem v kontaktu. [23]

### **Domov Na Zátíší Rakovník**

Domov pro seniory je příspěvkovou organizací a jejím zřizovatelem je Středočeský kraj. Poskytuje své služby klientům starším 60 let, kteří potřebují určitou pomoc druhé osoby. Nepřijímá klienty s psychickými nemocemi, se závislostí na návykových látkách atp. [24]

### **Domov pro seniory – Vlčice**

Poskytovatel sociálních služeb v okrese Plzeň-jih je příspěvkovou organizací, zřizovatelem je Plzeňský kraj. Klienti jsou zde ubytováni v samostatných bytových



jednotkách a je jim poskytována péče do té míry, do jaké potřebují. Služba je určena seniorům se sníženou soběstačností a lidem s tělesným postižením.[25]

### **Dům seniorů Kdyně**

Příspěvková organizace, kde zřizovatelem je Plzeňský kraj. Podporuje tzv. dispenzární péči. Cílovou skupinou jsou klienti starší 50 let. Kromě nepřetržité péče o každodenní potřeby nabízí různé akce k aktivizaci klientů, například arteterapie, petterapie a podobně.[26]

### **Lázně Letiny s.r.o.**

V rámci domova se zvláštním režimem jsou přijímáni dospělí 24 - 64 let, mladší senioři 65 - 79 let a starší senioři nad 80 let. Péče je zaměřena na klienty s diagnózou chronické duševní nemoci, Alzheimerovy demence a se závislostí na návykových látkách. Péče je celodenní a s celoročním provozem. Také poskytují službu lůžek následné péče.[27]

## 14 METODIKA VÝZKUMU

Výzkum byl prováděn pomocí dotazníkového šetření, tedy kvantitativní metodou. Dotazník obsahoval celkem 15 uzavřených otázek rozdělených do tří tematických částí, podle jednotlivých hypotéz. Každá část obsahuje 5 otázek. Respondenti byli požádáni, aby vybrali vždy jen jednu odpověď (viz příloha č.3)

První část je vědomostní. Zaměřuje se hlavně na prokázání znalostí zdravotnických pracovníků o syndromu vyhoření. Hodnocení odpovědí v této části tvoří tři stupně:

- 1 chyba – znalost
- 2-3 chyby rámcová znalost
- 4 a více chyb – neznalost

**Hypotéza 1** bude potvrzena, pokud více než 50% respondentů zodpoví tuto část s maximálně jednou chybou.

Druhá část je zaměřena na zjištění subjektivního pocitu pracovníků. Zda se domnívají, že prochází některou z fází syndromu vyhoření. Hodnocení odpovědí bude prováděno takto:

- 0-1 příznak – subjektivně bez syndromu vyhoření
- 2-3 příznaky – počáteční fáze
- 4 a více příznaků – reálné riziko rozvinutí syndromu vyhoření

**Hypotézu 2** bude potvrzena, pokud více než 50% respondentů bude vykazovat alespoň počáteční fázi syndromu vyhoření.

Třetí část se zaměřuje na prevenci ze strany zaměstnavatele. Otázky jsou zaměřeny na to, zda si respondenti myslí, že je prevenci věnována dostatečná pozornost a zda jim tato prevence skutečně něco přináší. Hodnocení odpovědí bude prováděno takto:

- 0-1 kladné odpovědi – prevence je přínosná, respondent je s prevencí spokojen
- 2-3 kladné odpovědi – prevence je dostačující
- 4 a více – je nedostatečná

**Hypotézu 3** bude potvrzena, pokud více než 50% respondentů bude považovat preventivní aktivity za skutečně přínosné.

## 15 SBĚR DAT

Dříve než bylo zahájeno samotné dotazníkové šetření, byla provedena takzvaná pilotní studie. Dotazníky byly rozdány celkem sedmi vybraným respondentům, kteří je vyplnili a okomentovali závady a nejasnosti, které při vyplňování dotazníku vznikly. Tato studie byla velmi přínosná, protože odhalila nesrovnalost v jedné ze základních otázek. A to konkrétně v otázce pohlaví respondentů. Odvětví pracovní činnosti, které bylo zvoleno, jako zkoumané prostředí je poměrně specifické tím, že většina zaměstnanců jsou ženy. Mužů v zařízeních péče pro seniory není mnoho, a proto by dotazník v tomto případě nebyl anonymní.

Sběr dat probíhal v průběhu ledna a února 2012. Rozdávání dotazníků v jednotlivých zařízeních probíhalo prostřednictvím kontaktní osoby, kterou byl vždy některý ze zaměstnanců a zároveň zástupce cílové skupiny respondentů. Ten dotazníky distribuoval mezi své kolegy.

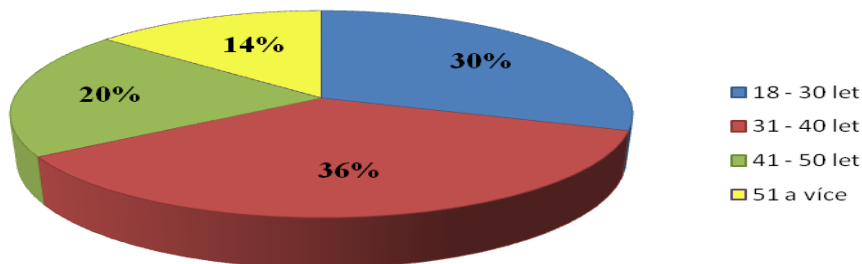
Rozdáno bylo celkem 120 dotazníků, z nichž se jich vrátilo celkem 96, to je 80% návratnost. Sedm dotazníků bylo vyřazeno kvůli neúplným odpovědím a tedy jejich nehodnotitelnosti.

## 16 VYHODNOCENÍ DAT

### 16.1 Zařazovací otázky

Věk:

Graf 1 Věkové zastoupení respondentů

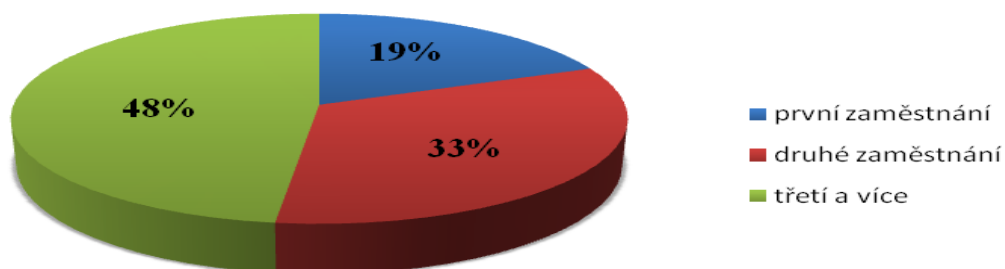


Tabulka 1 Věkové zastoupení respondentů

	18 - 30 let	31 - 40 let	41 - 50 let	51 a více
Absolutní četnost	27	32	18	12
Relativní četnost (%)	30	36	20	14

Kolikáté je toto vaše povolání v oboru?

Graf 2 Počet zaměstnání v oboru (včetně stávajícího)



Tabulka 2 Počet zaměstnání v oboru (včetně stávajícího)

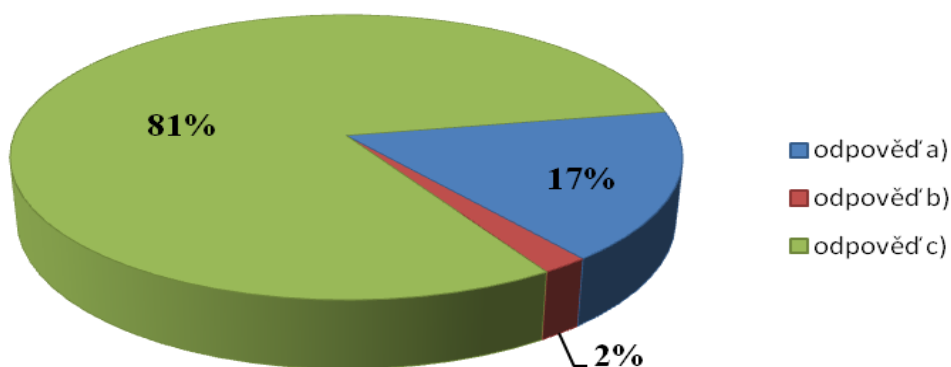
	první zaměstnání	druhé zaměstnání	třetí a více
Absolutní četnost	17	29	48
Relativní četnost (%)	19	33	48

## 16.2 Otázky první části

### 1) Burnout syndrom se jinak také nazývá:

- a) únavový syndrom
- b) syndrom pomocníka
- c) syndrom vyhoření

Graf č.3 - Otázka č.1.



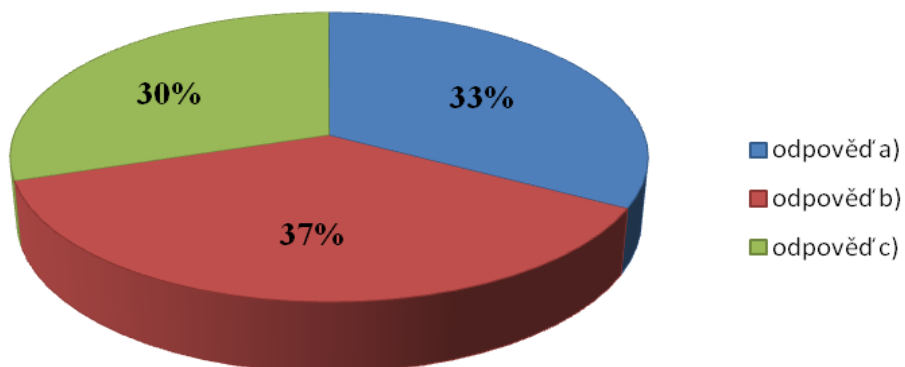
Tabulka č.3 - Otázka č.1

	odpověď a)	odpověď b)	odpověď c)
Absolutní četnost	15	2	72
Relativní četnost (%)	17	2	81

### 2) Burnout syndrom:

- a) je uznáván jako nemoc z povolání - je uveden v Nařízení vlády č.290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání
- b) je uznáván jako nemoc - mezinárodní klasifikace nemocí ho označuje Z 73.0**
- c) není uznáván jako nemoc - je jen souhrnem příznaků, které sami o sobě projevem nemoci nejsou

**Graf č.4 - Otázka č.2**



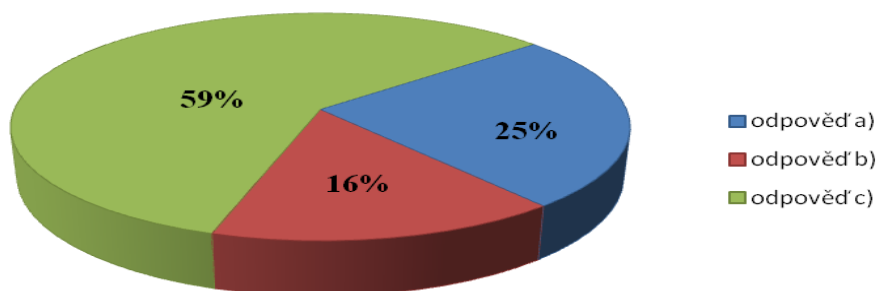
**Tabulka č.4 - Otázka č.2**

	odpověď a)	odpověď b)	odpověď c)
Absolutní četnost	29	33	27
Relativní četnost (%)	33	37	30

**3) Příznakem rozvinutého stádia burnout syndromu je:**

- a) velká únava, která nemizí ani na dovolené
- b) úzkostné stavy a příznaky deprese
- c) odpor ke klientům i spolupracovníkům, snížení pokles výkonnosti

**Graf č.5 - Otázka č.3**



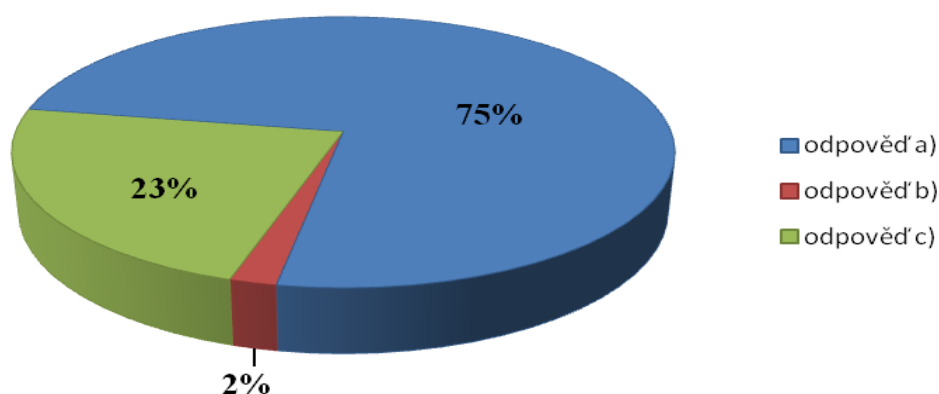
**Tabulka č.5 - Otázka č.3**

	odpověď a)	odpověď b)	odpověď c)
Absolutní četnost	22	14	53
Relativní četnost (%)	25	16	59

**4) Burnout syndrom:**

- a) se vyznačuje svou plíživostí - postižený prochází několika fázemi
- b) postihuje pouze mladší a nezkušené pracovníky, nejčastěji v jejich první zaměstnání
- c) se projeví náhle po silnějším emočním traumatu

**Graf č.6 - Otázka č.4**



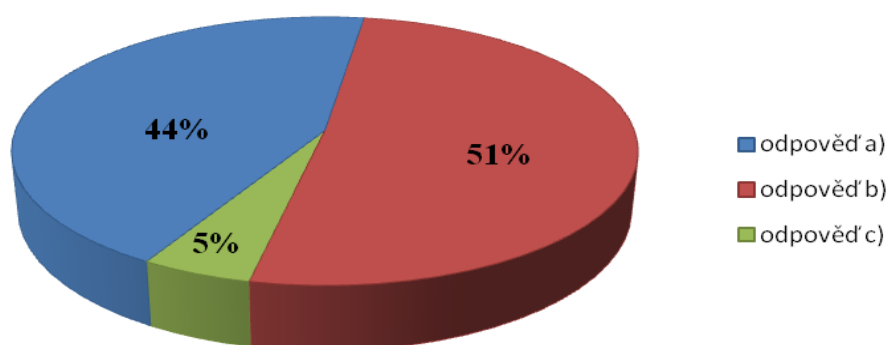
**Tabulka č.6 - Otázka č.4**

	odpověď a)	odpověď b)	odpověď c)
Absolutní četnost	67	2	20
Relativní četnost (%)	75	2	23

**5) Vyberte ta zaměstnání, která patří k nejvíce exponovaným**

- a) zdravotníci, policisté, zemědělci
- b) ošetřovatelé, učitelé, lékaři
- c) stavební dělníci, veterináři, řidiči z povolání

Graf č.7 - Otázka č.5

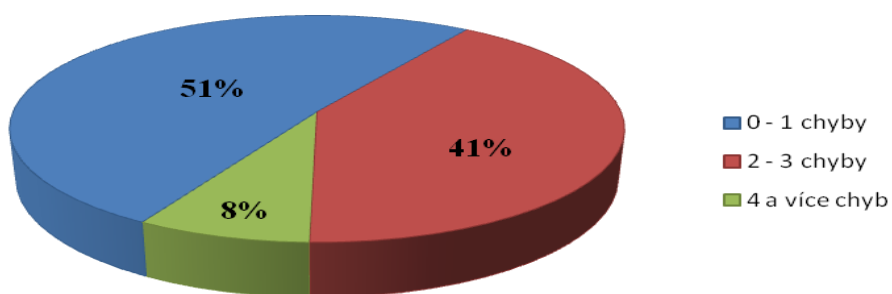


Tabulka č.7 - Otázka č.5

	odpověď a)	odpověď b)	odpověď c)
Absolutní četnost	39	45	5
Relativní četnost (%)	44	51	5

### 16.2.1 Zhodnocení první části

Graf č.8 - Hypotéza  $H_1$



Tabulka č. 8 - Hypotéza  $H_1$

	0 - 1 chyba	2 - 3 chyby	4 a více chyb
Absolutní četnost	45	37	7
Relativní četnost (%)	51	41	8



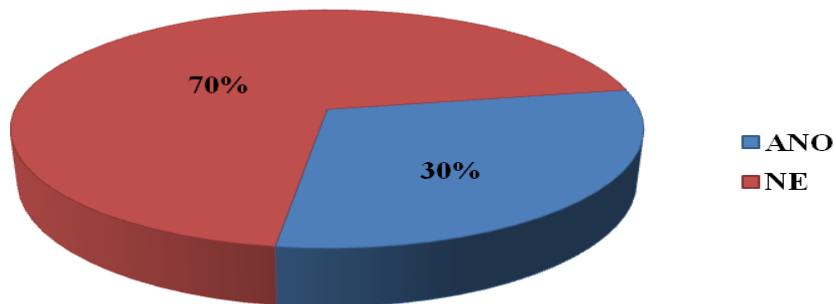
### 16.3 Otázky druhé části

6) Trpíte častými bolestmi hlavy, poruchami spánku, jste napjatá/ý a podrážděná/ý?

ANO

NE

Graf č.9 - otázka č. 6



Tabulka č.9 - otázka č. 6

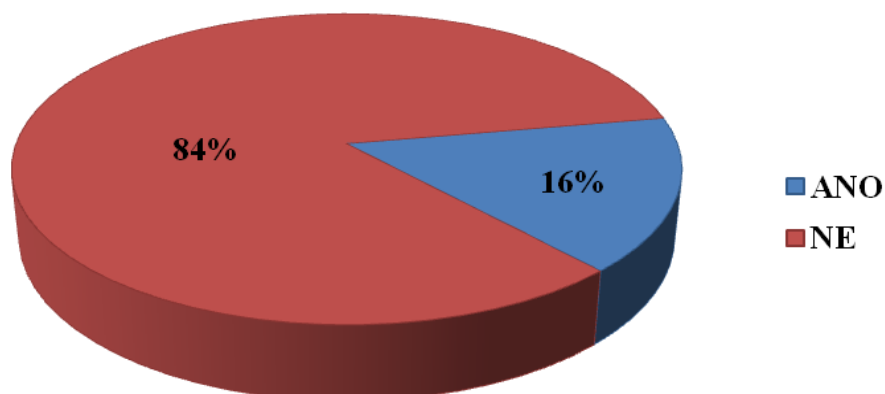
	ANO	NE
Absolutní četnost	27	62
Relativní četnost (%)	30	70

7) Míváte pochybnosti o svých profesionálních schopnostech?

ANO

NE

Graf č.10 - Otázka č.7



**Tabulka č.10 - Otázka č.7**

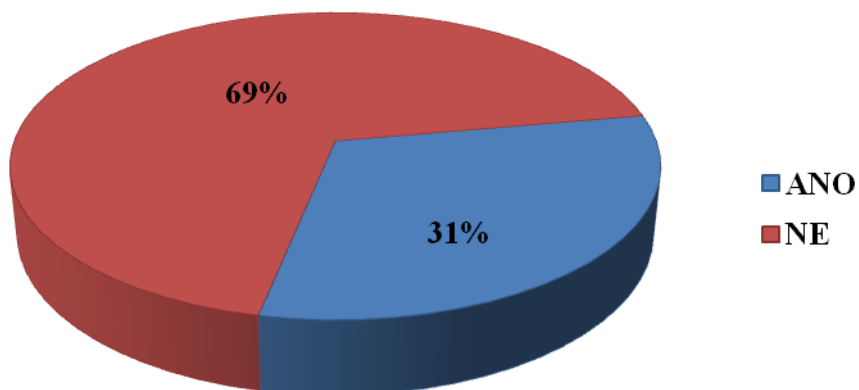
	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>Absolutní četnost</b>	14	75
<b>Relativní četnost (%)</b>	16	84

**8) Máte pocit, že jste Vy nebo Vaše práce nedoceněni?**

ANO

NE

**Graf č.11 - Otázka č.8**



**Tabulka č.11 - Otázka č.8**

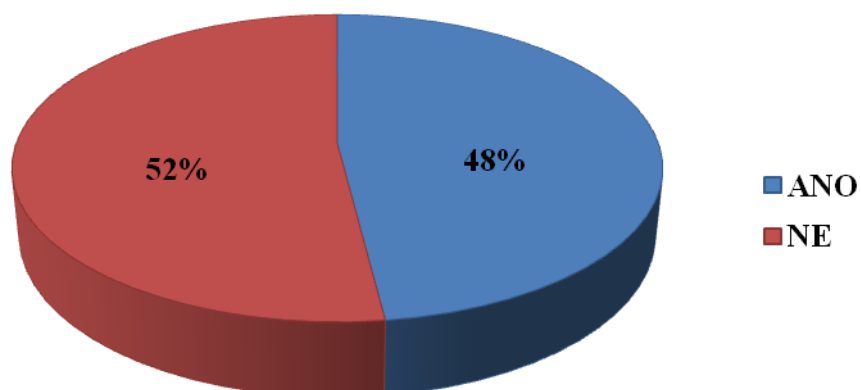
	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>Absolutní četnost</b>	28	61
<b>Relativní četnost (%)</b>	31	69

**9) Cítíte někdy nechuť pracovat s problémovými klienty?**

ANO

NE

**Graf č.12 - Otázka č.9**



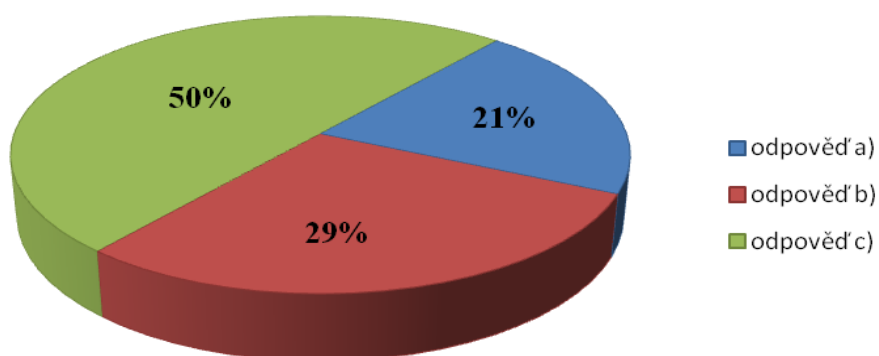
**Tabulka č.12 - Otázka č.9**

	ANO	NE
Absolutní četnost	43	46
Relativní četnost (%)	48	52

**10) Váš přístup k práci je:**

- a) Snažím se příliš se citově neangažovat do problémů klientů
- b) snažím se vnášet do své práce nové nápady či postupy
- c) svoji práci odvádím dobře a pečlivě, ale mám i jiné zájmy

**Graf č.13 - Otázka č.10**



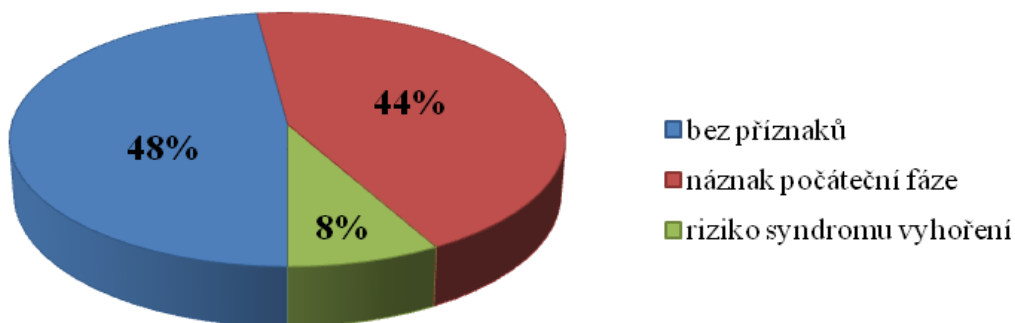
**Graf č.13 - Otázka č.10**

	odpověď a)	odpověď b)	odpověď c)
Absolutní četnost	15	21	53
Relativní četnost (%)	17	24	41

### 16.3.1 Zhodnocení druhé části

Hypotéza H<sub>2</sub>

**Graf č.14 - Hypotéza H<sub>2</sub>**



**Tabulka č.14 - Hypotéza H<sub>2</sub>**

	bez příznaků	náznak počáteční fáze	riziko syndromu vyhoření
Absolutní četnost	43	39	7
Relativní četnost (%)	48	44	8

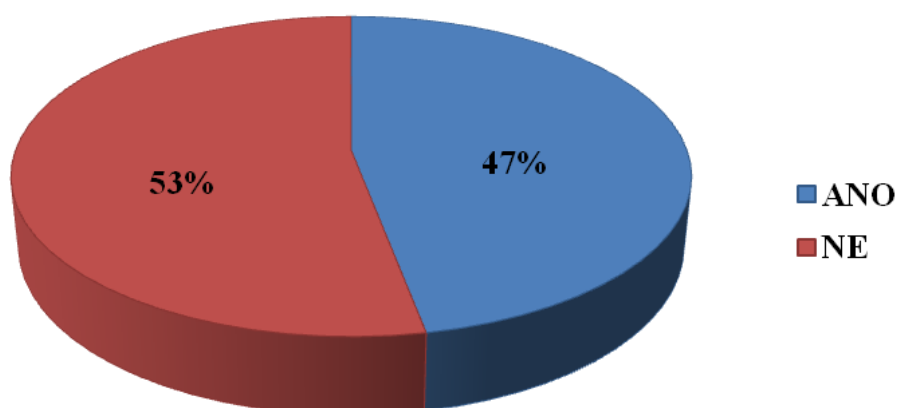
### 16.4 Otázky třetí části

11) Domníváte se, že se prevenci burnout syndromu na Vašem pracovišti věnuje odpovídající pozornost?

ANO

NE

**Graf č.15 - Otázka č.11**



**Tabulka č.15 - Otázka č.11**

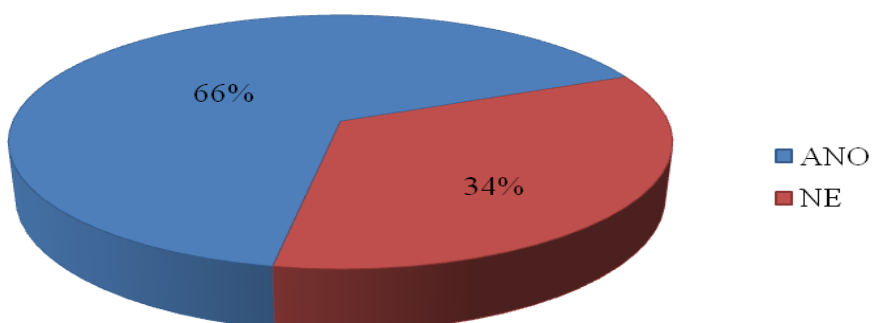
	ANO	NE
Absolutní četnost	42	47
Relativní četnost (%)	47	53

12) Účastníte se na Vašem pracovišti aktivit v rámci prevence burnout syndromu dobrovolně? (besídky pro zaměstnance i klienty, školení a další vzdělávání, pravidelné porady personálu, supervize atp.)

ANO

NE

**Graf č.16 - Otázka č.12**



**Tabulka č.16 - Otázka č.12**

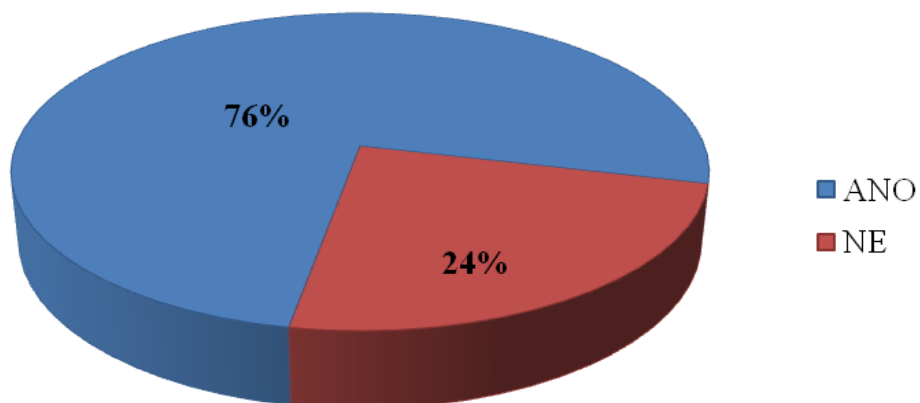
	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>Absolutní četnost</b>	59	30
<b>Relativní četnost (%)</b>	66	34

**13) Mají pro Vás tyto aktivity nějaký význam? (tzn: není jen nutné zlo a ztráta času)**

ANO

NE

**Graf č.17 - Otázka č.13**



**Tabulka č.17 - Otázka č.13**

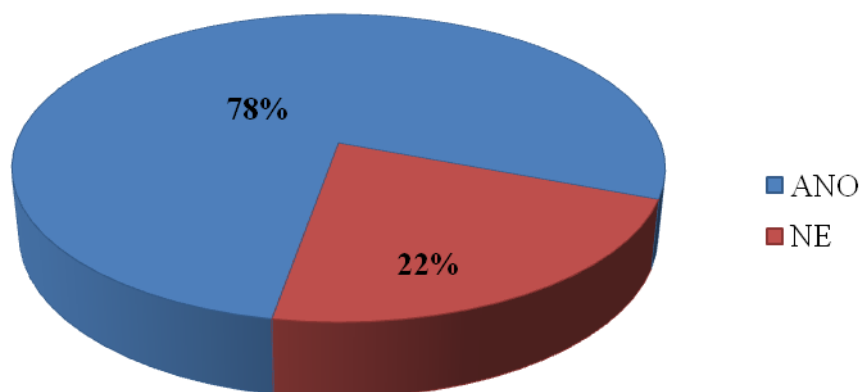
	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>Absolutní četnost</b>	68	21
<b>Relativní četnost (%)</b>	76	24

**14) Ocenil/a byste více informací o problematice burnout syndromu?**

ANO

NE

**Graf č.18 - Otázka č.14**



**Tabulka č.18 - Otázka č.14**

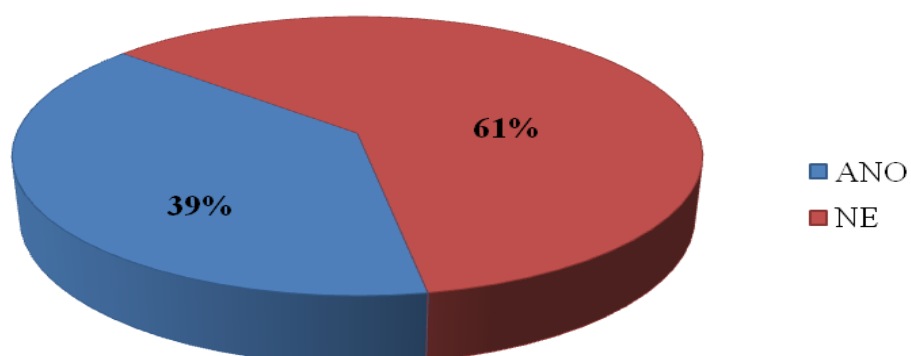
	ANO	NE
Absolutní četnost	69	20
Relativní četnost (%)	78	22

**15) Snažíte se využívat informací o burnout syndromu i v soukromém životě?**

ANO

NE

**Graf č.19 - Otázka č.15**



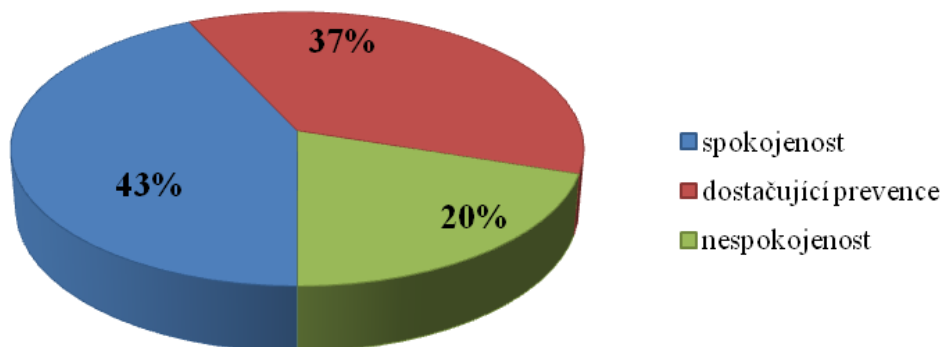
**Tabulka č.19 - Otázka č.15**

	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
<b>Absolutní četnost</b>	35	54
<b>Relativní četnost (%)</b>	39	61

### 16.4.1 Zhodnocení třetí části

Hypotéza H<sub>3</sub>

**Graf č.20 - Hypotéza H<sub>3</sub>**



**Tabulka č.20 - Hypotéza H<sub>3</sub>**

	<b>spokojenost</b>	<b>dostačující prevence</b>	<b>nespokojenost</b>
<b>Absolutní četnost</b>	38	33	18
<b>Relativní četnost (%)</b>	43	37	20



## DISKUZE

V první hypotéze se domnívám, že nelékařský zdravotnický personál zná problematiku syndromu vyhoření. Stanovila jsem, že hypotéza bude potvrzena, jestliže více než 50% respondentů zodpoví první, znalostní část dotazníků s maximálně jednou chybou. Této části se týkají otázky 1 až 5.

**Hypotéza 1 byla potvrzena**, avšak poměrně nepřesvědčivě. Znalost totiž prokázalo celkem 51% dotazovaných. V absolutních číslech je to přesně 45 respondentů z celkových 89. Rámcovou znalost tématu, výsledek se dvěma nebo třemi chybami, prokázalo 41% dotazovaných, to znamená 37 respondentů a u 8%, tedy u 7 respondentů byly odpovědi vyhodnoceny jako neznalost.

Překvapivým výsledkem pro mne bylo zjištění, že největším problémem dotazovaným dělala otázka číslo 2, která se týkala zařazení syndromu vyhoření do Mezinárodní klasifikace nemocí.

Možnost, že je syndrom vyhoření přijat jako nemoc, zvolilo 37% tedy 33 dotazovaných. 29 respondentů tj. 33%, se domnívalo, že je syndrom vyhoření uznán jako nemoc z povolání a 30% tj. 27 odpovídajících se domnívalo, že vyhoření není nemocí, ale pouze souhrnem nejednoznačných příznaků. Původně jsem si myslela, že tato otázka bude patřit k těm nejjednodušším.

Výsledky této části výzkumu do značné míry korespondují s věkovým rozložením respondentů. V České republice se problematice syndromu vyhoření začala věnovat pozornost až od roku 1994. Nejlepší znalosti proto prokázali respondenti ve věkových kategoriích 18 – 30 let a 31 – 40 let, kteří se v této době právě připravovali na výkon budoucího povolání v rámci výuky odborných škol, které problematiku syndromu vyhoření zařazovaly do učebních osnov. Potvrzuje se, že čím mladší respondent, tím ucelenější a hlubší znalosti o syndromu vyhoření má.

V druhé hypotéze předpokládám, že většina pracovníků z řad nelékařského zdravotnického personálu subjektivně pociťuje některou z fází syndromu vyhoření. Hypotéza bude potvrzena, jestliže více než 50% respondentů bude vykazovat alespoň počáteční fázi syndromu vyhoření. Druhé části se týkají otázky 6 až 10.

**Hypotéza 2 byla potvrzena.** 43 respondentů, tj. 48% sice odpovídalo tak, že se jeví jako bez příznaků, ale respondentů se subjektivním pocitem, že procházejí některou z fází syndromu vyhoření byla nakonec většina. U 39 odpovídajících, tj. 44%, se projevil náznak počáteční fáze a 7 dotazovaných, tj. 8% spadá svými odpověďmi do velkého rizika syndromu vyhoření. Subjektivně tedy některou z fází prochází 52% respondentů.

V průběhu vyhodnocování dat jsem dospěla k názoru, že výsledky této hypotézy jsou ovlivněny pojetím a celkovou šíří jednotlivých fází syndromu vyhoření. Tyto fáze totiž zahrnují vývoj od prvotního nadšení pro novou práci, progresi nemoci až po zcela rozvinutý syndrom vyhoření. Částečně také mohou výsledky odrážet celkový postoj společnosti k syndromu vyhoření. Fráze „já už vyhořel/a“ dnes patří k běžným slovním obrátům, který nevyjadřuje skutečnou přítomnost symptomů syndromu, ale spíše jakýsi pocit neuspokojení ze stereotypu.

Ve třetí hypotéze se domnívám, že nelékařský zdravotnický personál považuje supervizi včetně dalších preventivních prostředků v problematice syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele za přínosné. Hypotézu potvrdím, pokud více než 50% respondentů bude považovat preventivní aktivity za skutečně přínosné. Třetí částí se týkají otázky 11 až 15.

Hypotéza 3 nebyla potvrzena, celkem 38 respondentů, tj. 43%, je s prevencí na pracovišti skutečně spokojeno, 33 respondentů, tj. 37%, považuje prevenci na svém pracovišti za dostačující a 18 respondentů, tj. 20%, nejsou s prevencí spokojeni a za přínosnou ji tedy nepovažují.

Myslím si, že velký vliv na postoj respondentů k preventivním krokům v otázce syndromu vyhoření má forma, kterou zaměstnavatel zvolí. Formy supervize nejsou pevně stanoveny a záleží hlavně na vedení, do jaké míry odhadne potřeby pracovního kolektivu. Prevence nelze uplatňovat podle jednotné šablony. Ke každému kolektivu je třeba přistupovat individuálně. Také se domnívám, že jistý vliv na výsledek šetření může mít samotná „česká nátura“. Často totiž k věcem a činnostem, které jsou nám nějakým způsobem přikázány, přistupujeme předem s nechutí a despektem.

## ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce čtenáři předkládám souhrnný, strukturovaný přehled informací a poznatků o syndromu vyhoření a možnostech jak se mu účinně bránit. Text je zpracován v obecné rovině, aby bylo možno poznatky z něj aplikovat na širší spektrum pracovních činností.

Praktickou část bakalářské práce jsem zaměřila na nelékařský zdravotnický personál v zařízeních péče o seniory. Nejen proto, že je to z hlediska možnosti výskytu syndromu vyhoření vysoce exponovaná cílová skupina, ale také protože se u něj předpokládá dobrá znalost dané problematiky.

Provedený výzkum potvrdil vysokou míru informovanosti o syndromu vyhoření, což koresponduje s faktem, že na výše jmenované pracovní pozice jsou přijímáni pouze pracovníci, kteří splňují kvalifikační předpoklady a také fakt, že i u nelékařských zdravotních pracovníků je běžný systém celoživotní vzdělávání.

V oblasti prevence vzniku syndromu vyhoření výzkum ukázal, že zaměstnanci lépe přijímají programy vytvořené na míru pracovnímu kolektivu a konané mimo pracoviště. V otázce supervize je zřejmá nestejná úroveň této práce na jednotlivých pracovištích. Velmi pozitivně hodnotím, že během konzultací tématu s managementem zařízení jsem se nesečkala s jakýmkoli projevem zlehčování problematiky syndromu vyhoření.

Jako základní výstup pro praxi plynoucí z mého výzkumu uvádím především nutnost prevence. Využívání moderních interaktivních forem školení a seminářů. Vhodné formy motivace ze strany managementu a organizaci práce se zřetelem na dostatečný prostor pro odpočinek. Prevenci vzniku syndromu vyhoření je nutné pojmut jako činnost, která přináší své ovoce, pouze je-li dlouhodobá a soustavná.

## SEZNAM LITERATURY

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9
2. BAŠTECKÁ, B. a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 416 s. ISBN 80-7178-735-3
3. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Interní supervize*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, 24 s. ISBN 978-80-86991-06-1
4. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-86991-74-1
5. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření: funkční duševní porucha*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998, 23 s. ISBN 80-7071-231-7
6. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999, 147 s. ISBN 80-7178-318-8
7. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4
8. NOVÁK, T. *Jak bojovat se stresem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 139 s. ISBN 80-247-0695-4
9. POTTER, B. *Beating job Burnout*. 2. vyd. Berkeley, Calif: Ronin Pub., 1993, 302 s. ISBN 0914171690
10. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 184 s. ISBN 978-80-7367-501-1
11. PTÁČEK, R., ČELADOVÁ, L. a kol. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 117 s. ISBN 978-80-246-1998-9
12. STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5
13. VELEMÍRSKÝ, M., STUDENOVSKÝ, P. *Rukověť pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb v oblasti problematiky dětí a mládeže*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008, 250 s. ISBN 978-80-7394-064-5
14. VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2

15. Zákon č. 262/2006 Sb. *Zákoník práce*. Praha: MPSV, 2006
16. Zákon č. 187/2006 Sb. *Zákon o nemocenském pojištění*. Praha: MPSV, 2006
17. Zákon č. 108/2006 Sb. *Zákon o sociálních službách*. Praha: MPSV, 2006
18. Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Praha: MPSV, 2006

## JINÉ ZDROJE

19. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 3/2010, Praha: Mladá fronta, Ročník 20, Evidenční číslo MK ČR: E 15721, ISSN 1210-0404
20. *MKN-10. ÚZIS: ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, poslední revize 27. 11. 2011, Dostupné na: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>>
21. *Etické zásady evropské asociace supervize*. Český institut pro supervizi, poslední revize 2006, Dostupné na:  
<[http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/eticke\\_zasady\\_eas.pdf](http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/eticke_zasady_eas.pdf)>
22. *Burnout syndrom*. Hestia, text z roku 2003, dostupné na:  
<<http://www.hest.cz/hestia/pro-organizace/dokumenty-ke-stazeni/>>
23. DOMOVINKA [online] Plzeň, DOMOVINKA sociální služby o.p.s., 2012, poslední revize březen 2012 [cit.2012-03-05] Dostupné na:  
<<http://www.domovinka.cz/o-nas>>
24. Domov Na Zátíší [online] Rakovník, Domov Na Zátíší, poslední revize 2011 [cit.2012-03-05] Dostupné na: <<http://www.dpsr.cz/main.php?stranka=uvod>>
25. Domov pro seniory – Vlčice [online] Vlčice, Domov pro seniory, 2012 [cit.2012-03-05] Dostupné na: <<http://www.domov-vlcice.cz/main/main.asp?id=home>>
26. Dům seniorů Kdyně [online] Kdyně, Dům seniorů [cit.2012-03-05] Dostupné na:  
<<http://www.dskdyne.cz/index.php?sekce=uvod&lang=cz>>
27. Lázně Letiny s.r.o. [online] Letiny, Lázně Letiny s.r.o., poslední revize 2011 [cit.2012-03-05] Dostupné na: <<http://www.lazneletiny.cz/>>

## SEZNAM GRAFŮ

**Graf č.1** - Věkové zastoupení respondentů

**Graf č.2** - Počet zaměstnání v oboru (včetně stávajícího)

**Graf č.3** - Otázka č.1

**Graf č.4** - Otázka č.2

**Graf č.5** - Otázka č.3

**Graf č.6** - Otázka č.4

**Graf č.7** - Otázka č.5

**Graf č.8** - Hypotéza  $H_1$

**Graf č.9** - Otázka č.6

**Graf č.10** - Otázka č.7

**Graf č.11** - Otázka č.8

**Graf č.12** - Otázka č.9

**Graf č.13** - Otázka č.10

**Graf č.14** - Hypotéza  $H_2$

**Graf č.15** - Otázka č.11

**Graf č.16** - Otázka č.12

**Graf č.17** - Otázka č.13

**Graf č.18** - Otázka č.14

**Graf č.19** - Otázka č.15

**Graf č.20** - Hypotéza  $H_3$

## **SEZNAM TABULEK**

**Tabulka č.1** - Věkové zastoupení respondentů

**Tabulka č.2** - Počet zaměstnání v oboru (včetně stávajícího)

**Tabulka č.3** - Otázka č.1

**Tabulka č.4** - Otázka č.2

**Tabulka č.5** - Otázka č.3

**Tabulka č.6** - Otázka č.4

**Tabulka č.7** - Otázka č.5

**Tabulka č.8** - Hypotéza  $H_1$

**Tabulka č.9** - Otázka č.6

**Tabulka č.10** - Otázka č.7

**Tabulka č.11** - Otázka č.8

**Tabulka č.12** - Otázka č.9

**Tabulka č.13** - Otázka č.10

**Tabulka č.14** - Hypotéza  $H_2$

**Tabulka č.15** - Otázka č.11

**Tabulka č.16** - Otázka č.12

**Tabulka č.17** - Otázka č.13

**Tabulka č.18** - Otázka č.14

**Tabulka č.19** - Otázka č.15

**Tabulka č.20** – Hypotéza  $H_3$

## **SEZNAM PŘÍLOH**

příloha 1. – **MBI „Maslach Burnout Inventory“**

příloha 2. – **BM dotazník „Burnout measure“**

Příloha 3 – **Dotazník k výzkumné části BP**



## příloha 1. – MBI „Maslach Burnout Inventory“

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

(Venglářová a kol.,2011, s. 43)

## příloha 2. – BM dotazník „Burnout measure“

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

1.	Byl(a) jsem unaven(á).	
2.	Byl(a) jsem v depresi (tísni).	
3.	Prožíval(a) jsem krásný den.	
4.	Byl(a) jsem tělesně vyčerpán(a).	
5.	Byl(a) jsem citově vyčerpán(a).	
6.	Byl(a) jsem šťastná (šťasten).	
7.	Cítil(a) jsem se vyřízen(á),zničen(á).	
8.	Nemohl(a) jsem se vzchopit a pokračovat dále.	
9.	Byl(a) jsem nešťastn(á).	
10.	Cítil(a) jsem se uhoněn(á) a utahan(á).	
11.	Cítí(a) jsem se jakoby uvězněn(á) v pasti.	
12.	Cítil(a) jsem se jako bezcenný(á).	
13.	Cítil(a) jsem se utrápen(á).	
14.	Tížily mne starosti.	
15.	Cítil(a) jsem se zklamán(a) a rozčarován(a).	
16.	Byl(a) jsem slab(a) a na nejlepší cestě k onemocnění.	
17.	Cítil(a) jsem se beznadějně.	
18.	Cítil(a) jsem se odmítnut(a) a odstrčen(a)	
19.	Cítil(a) jsem se pln(á) optimismu.	
20.	Cítil(a) jsem se pln(á) energie.	
21.	Byl(a) jsem pln(á) úzkosti a obav.	

(Venglářová a kol.,2011, s. 45)

## **Příloha 3 – Dotazník k výzkumné části BP**

**Dobrý den,**

jsem studentkou oboru Ochrana veřejného zdraví na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který poslouží pro vypracování mé bakalářské práce na téma Burnout syndrom a jeho prevence.

Prosím, zakroužkujte vždy jenom jednu odpověď, která Vám bude připadat správná nebo bude nejvíce odpovídat vašemu názoru.

Za Váš čas a ochotu Vám děkuji.

Jana Košíková

**Věk:**                      18-30                      31-40                      41-50                      51 a více

**Kolikáte je toto Vaše zaměstnání v oboru (včetně nynějšího):**

první zaměstnání      druhé zaměstnání      třetí a více

### **I. ČÁST**

**1) Burnout syndrom se jinak také nazývá:**

- a) únavový syndrom
- b) syndrom pomocníka
- c) syndrom vyhoření

**2) Burnout syndrom:**

- a) je uznáván jako nemoc z povolání - je uveden v Nařízení vlády č.290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání
- b) je uznáván jako nemoc - Mezinárodní klasifikace nemocí ho označuje Z 73.0
- c) není uznáván jako nemoc – je jen souhrnem příznaků, které sami o sobě příznakem nejsou

**3) Příznakem rozvinutého stádia burnout syndromu je:**

- a) velká únava, která nemizí ani na dovolené
- b) úzkostné stavy a příznaky deprese
- c) odpor ke klientům i spolupracovníkům, snížení pokles výkonnosti

**4) Burnout syndrom:**

- a) se vyznačuje svou plíživostí – postižený prochází několika fázemi
- b) postihuje pouze mladší a nezkušené pracovníky, nejčastěji v jejich první zaměstnání
- c) se projeví náhle po silnějším emočním traumatu

**5) Mezi nejvíce exponovaná povolání patří:**

- a) zdravotníci, policisté, zemědělci
- b) ošetřovatelé, učitelé, lékaři
- c) stavební dělníci, veterináři, řidiči z povolání

**II. ČÁST**

**6) Trpíte častými bolestmi hlavy, poruchami spánku, jste napjatá/ý a podrážděná/ý?**

ANO NE

**7) Míváte pochybnosti o svých profesionálních schopnostech?**

ANO NE

**8) Máte pocit, že jste Vy nebo Vaše práce nedoceny?**

ANO NE

**9) Cítíte někdy nechuť pracovat s problémovými klienty?**

ANO NE

**10) Váš přístup k práci je:**

- a) Snažím se příliš se citově neangažovat do problémů klientů
- b) snažím se vnášet do své práce nové nápady či postupy
- c) svoji práci odvádím dobře a pečlivě, ale mám i jiné zájmy

**III. ČÁST**

**11) Domníváte se, že se prevenci Burnout syndromu na vašem pracovišti věnuje odpovídající pozornost?**

ANO NE

**12) Účastníte se na vašem pracovišti aktivit v rámci prevence Burnour syndromu dobrovolně? (besídky pro zaměstnance i klienty, školení a další vzdělávání, pravidelné porady personálu, supervize atp.)**

ANO NE

**13) Mají pro Vás takovéto aktivity nějaký význam? (tzn: není to jen nutné zlo a ztráta času)**

ANO NE

**14) Ocenil/a byste více informací o problematice Burnout syndromu?**

ANO NE

**15) Snažíte se využívat informací o Burnout syndromu i v soukromém životě?**

ANO NE