

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Syndrom vyhoření u učitelů a zdravotníků
Bakalářská práce

doc. PhDr. Ing. Hana Konečná Ph.D.

Kateřina Vopelková

2010

Abstract

The bachelor thesis offers an overview of information related to problems of stress and burnout syndrome. I deal mainly with causes, symptoms, risk factors, prevention and getting stress and burnout syndrome under control.

The aim of my bachelor thesis is to find out symptoms of burnout syndrome at teachers and health service employees. I supposed different manifestations of the burnout syndrome due to different demands put on these people in their professions. Another aim was to establish the level of informedness of teachers and health service employees about the burnout syndrome and possibilities how to face it. I supposed for only 60% of those inquired to know the burnout syndrome. So as to increase the level of burnout syndrome knowledge, I developed materials that should inform in a clear and brief way about the problems of burnout syndrome and its prevention. On the basis of my request, two teachers and health service employees assessed the materials.

So as to obtain the data, I used an anonymous questionnaire, establish personal data, informedness and – using the Inventory of Manifestations of Burnout Syndrome of Tošner Spouse – the manifestations of burnout syndrome on cognitive, emotional, physical and social fields. I made a percentual assessment of the data established.

On the basis of obtained data assessment there was confirmed the pre-assumption that the manifestations of the burnout syndrome appear in different fields at teachers and health service employees. It was established that the level of informedness of teachers and health service employees about burnout syndrome is much lower than expected. So the hypothesis was not confirmed. The results show significant lack of informedness of respondents referring the burnout syndrome and possibilities how to face it.

All the respondents positively assessed the information material created and they consider it beneficial. Some of the respondents would appreciate further information about the burnout syndrome in the form of lecture.

Key words: burnout syndrome, stress, stress management, burnout syndrome prevention

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Syndrom vyhoření u učitelů a zdravotníků“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce a to v nezkrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

Podpis.....

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Ing. Hana Konečné Ph.D. za pomoc, trpělivost, cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Také děkuji všem zdravotníkům a učitelům, kteří se podíleli na vyplnění dotazníku, jejich vedoucím pracovníkům za umožnění výzkumného šetření v jejich zdravotnických zařízeních.

Obsah

Úvod

1. Současný stav	4
<i>1.1 Stres a syndrom vyhoření</i>	5
<i>1.1.1 Druhy stresu</i>	7
<i>1.1.2 Příčiny stresu</i>	7
<i>1.1.3 Reakce organismu na stres</i>	9
<i>1.1.4 Příznaky stresového stavu</i>	11
<i>1.1.5 Vliv stresu na zdravotní stav</i>	13
<i>1.1.6 Vhodné způsoby zvládnání stresu</i>	15
<i>1.1.7 Obranné reakce ega</i>	17
<i>1.1.8 Nebezpečné a poškozující strategie zvládnání stresu</i>	19
<i>1.2 Pojem syndrom vyhoření</i>	20
<i>1.3 Příznaky syndromu vyhoření</i>	21
<i>1.4 Průběh vyhoření</i>	23
<i>1.5 Rizikové faktory</i>	24
<i>1.6 Jak se vyhnout vyhoření</i>	26
<i>1.6.1 Protektivní osobnostní charakteristiky</i>	27
<i>1.6.2 Terapeutické strategie</i>	28
<i>1.6.3 Preventivní strategie</i>	29
<i>1.6.4 Sociální opora</i>	30
<i>1.6.5 Intervence ze strany organizace</i>	31
<i>1.7 Pracovní zátěž ve zdravotnické profesi</i>	31
<i>1.7.1 Stresory v práci zdravotnického záchranáře</i>	33
<i>1.7.2 Stresory v práci všeobecné sestry</i>	34
<i>1.8 Pracovní zátěž u učitelů</i>	36
2. Cíle práce a hypotézy	38
<i>2.1 Cíle práce</i>	38
<i>2.2 Hypotézy</i>	38
3. Metodika	39

3.1	<i>Charakteristika sledovaných souborů</i>	39
3.1.1	<i>Výzkumná skupina zdravotníků</i>	39
3.1.2	<i>Výzkumná skupina učitelů</i>	39
3.2	<i>Metodika a technika sběru dat</i>	40
4.	Výsledky	41
4.1	<i>Zpracování identifikačních údajů</i>	41
4.1.1	<i>Pohlaví</i>	42
4.1.2	<i>Věk</i>	43
4.1.3	<i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>	44
4.1.4	<i>Pracovní zařazení</i>	45
4.1.5	<i>Délka praxe</i>	46
4.2	<i>Výsledky informovanosti o syndromu vyhoření</i>	47
4.2.1	<i>Porovnání informovanosti zdravotníků a učitelů</i>	47
4.2.2	<i>Celková informovanost</i>	55
4.3	<i>Výsledky Inventáře projevů syndromu vyhoření</i>	60
4.3.1	<i>Výsledky Inventáře projevů syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů dle věku</i>	61
4.3.2	<i>Výsledky Inventáře projevů syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů dle délky praxe</i>	66
4.3.3	<i>Celkové výsledky Inventáře projevů syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů</i>	73
4.4	<i>Hodnocení informačního letáčku o syndromu vyhoření</i>	79
5.	Diskuze	80
6.	Závěr	87
7.	Seznam použitých zdrojů	90
8.	Klíčová slova	94
9.	Přílohy	95

Seznam použitých zkratk

ACTH - adrenokortikotropní hormon

CRH - kortikotropin releasing hormon

GAS - General adaptation syndrome

GIT - gastrointestinální trakt

ICHS - ischemická choroba srdeční

JIP - jednotka intenzivní péče

LDN - léčebna dlouhodobě nemocných

RLP - rychlá lékařská pomoc

RZP - rychlá zdravotnická pomoc

SŠ - střední škola

ZŠ - základní škola

Úvod

V dnešní době, kdy se pracovní tempo a nároky kladené na zaměstnance neustále zvyšují a zbývá jen málo času na odpočinkové aktivity, je syndrom vyhoření aktuálním tématem.

Tato problematika mě zaujala zejména proto, že se při své práci učitelky dostávám často do stresujících situací, které vyžadují řešení. Každý den musím zvládat různé problémy a krizové situace, svou práci i zážitky z ní si pak nosím domů, což ovlivňuje i můj soukromý život. Některé projevy syndromu vyhoření pozoruji i u svých kolegů. Velké riziko vzniku syndromu vyhoření je u zdravotnické profese, proto jsem se rozhodla do svého výzkumu zapojit i tuto skupinu.

Existuje mnoho prací, které se syndromem vyhoření u pomáhajících profesí zabývají a upozorňují na důležitost této problematiky. Je jim však v praxi věnována dostatečná pozornost? Rozhodla jsem se proto zjistit, jaká je informovanost učitelů a zdravotníků o syndromu vyhoření, jeho příznacích a možnostech, jak mu čelit. Zajímalo mě i, zda se cítí být syndromem vyhoření ohroženi.

S cílem podpořit a zvýšit informovanost veřejnosti o problematice syndromu vyhoření, jsem se rozhodla vytvořit informační letáček, který bude obsahovat stručné informace o syndromu vyhoření, příznacích a prevenci.

Ve své práci se také zabývám specifickými projevy syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů. Předpokládám, že vzhledem k náročnosti těchto zaměstnání v různých oblastech, u nich dojde k projevení příznaků vyhoření v rovinách v jiné míře. Je tedy nutné k řešení problematiky syndromu vyhoření přistupovat ke každé profesi specificky.

Má práce by měla napomoci zvýšit informovanost učitelů a zdravotníků o syndromu vyhoření, příznacích a prevenci. Sami učitelé a zdravotníci by si měli uvědomit, že se jich problematika syndromu vyhoření týká a je potřeba ji dlouhodobě řešit. I management by se měl nad problémem zamyslet a udělat určitá opatření, která by vedla k vytvoření příjemnějšího prostředí a atmosféry na pracovišti. Vždyť spokojený zaměstnanec bude vykonávat svou práci s radostí a nasazením mnohem kvalitněji.

1. Současný stav

1.1 Stres a syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom je považován za reakci na mimořádně zatěžující práci, kdy dochází k úplnému vyčerpání fyzických, emočních a duševních sil. Takto postižený člověk se dostává do stavu beznaděje. Je výsledkem procesu, v němž se jedinec intenzivně zabývá nějakým úkolem a postupně ztrácí své nadšení z toho, co dělá. Dochází u něj k fyzickému a psychickému vyčerpání, které může být doprovázeno až apatií ke svému okolí (27, 7).

Dostavuje se především jako reakce na pracovní stres, který je charakterizován vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současné nízké autonomii pracovní činnosti. Jedinec nemá možnost rozhodnout o tempu práce, její povaze a podmínkách (27).

Vzhledem k tomu, že stres významným způsobem přispívá ke vzniku syndromu vyhoření, je potřeba si tento pojem vymezit a osvětlit. Samotný pojem „stres“ byl do češtiny přejat z angličtiny. Anglické slovo „stress“ – napětí, zátěž vzniklo z latinského slova „strigo“, což v překladu znamená utahovati, stahovati. V technice se tohoto výrazu používá ve významu působení tlaku na daný předmět. Přeneseně se s tímto slovem setkáme v oblasti věd o člověku, kde spojení „být ve stresu“ můžeme rozumět jako „být vystaven nejružnějším tlakům“, či „být v tísní“ (25, 45, 26).

Pojem stres použil poprvé kanadský endokrinolog Selye k označení fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje při mimořádných, extrémních poruchách, jako jsou například popáleninový šok, tepelný a chladový šok či posttraumatický šok (45, 17).

V současné moderní psychologii, psychiatrii a neurofyziologii se pojem stres používá v mnohem širším významu. Velmi často se chápe ve smyslu psychické zátěže, popřípadě se jím rozumí zvláštní forma zátěže, při níž musí organismus mobilizovat rezervní zdroje energie pro svou činnost. Nezáleží na tom, zda je vyvolávající činitel psychosociální či fyzikální povahy, ani na tom, zda je příjemný či nepříjemný. K formulování psychologických koncepcí výrazně přispěl poznatek, že významným

činitelem při vzniku stresu je osobní interpretace důležitosti podnětu, který tento stres vyvolává. Podstatný je poměr mezi intenzitou stresogenní situace a schopností jedince tuto situaci zvládnout. Tato nadlimitní zátěž vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení homeostázy organismu. Stresový stav jedince může být navozen jak přímým podnětem, tak i v důsledku očekávání, předjímání či vybavení nějaké vzpomínky nebo minulé události (17, 26).

V literatuře se často setkáváme i s dalšími definicemi pojmu stres. Často citovaná bývá definice Lazaruse, který vymezuje stres jako druhotný termín pro celou oblast problémů, jako jsou podněty vyvolávající stresové reakce, reakce samy a různé intervenující procesy (14).

Psychologické pojetí stresu vychází z modelu, který vypracoval Selye roku 1936. Podle jeho definice je stres nespecifickou reakcí organismu na jakýkoliv požadavek prostředí. Jedná se o stereotypní, fylogeneticky starou adaptační reakci, která měla původně organismus připravovat na fyzickou aktivitu. Je to stav organismu, u něhož došlo k selhání normálních mechanismů homeostázy. Toto selhání se projevuje biologickou reakcí organismu označovanou jako GAS – obecný adaptační syndrom (4).

Je důležité odlišit od sebe stres a syndrom vyhoření. Stres, stejně jako syndrom vyhoření, patří mezi negativní emocionální zážitky, při kterých dochází k napětí mezi tím, co člověka zatěžuje a mezi možnostmi tyto zátěže zvládat. Existuje však i řada rozdílů, které tyto pojmy oddělují. Křivohlavý uvádí, že do stresu se může dostat každý člověk, ale syndrom vyhoření se projevuje jen u těch lidí, kteří jsou intenzivně zaujati svoji prací, mají vysoké cíle, vysoká očekávání a motivaci. Kdo takové nadšení nemá, může se dostat do stresu, ale neprojeví se u něj burnout syndrom. Dalším rozdílem je to, že syndrom vyhoření se objevuje jen u těch činností, při kterých jedinec často přichází do styku s druhými lidmi. Je pravdou, že stres obvykle předchází syndromu vyhoření, ale ne každý stresový stav končí fází celkového vyčerpání, tedy burnout syndromem (24).

1.1.1 Druhy stresu

V literatuře se setkáváme s rozlišením stresu na distres a eustres. Distres chápeme jako negativně prožívaný stres. Tímto termínem se vyjadřuje situace subjektivně prožívaného ohrožení daného jedince s negativními emocionálními příznaky. Příkladem může být nutnost zdolat překážky, které se jedinci jeví jako nepřekonatelné. Ze situace nevidí východisko a své počínání hodnotí jako marné. Při distresu se do našeho těla uvolňují látky, které když nejsou spotřebovány, mohou být nebezpečné. Plamínek uvádí, že distres vzniká vždy, když mozkový kmen vyhodnotí situaci jako neznámou nebo jako známou a nebezpečnou (26, 14, 34).

Naproti tomu známé pozitivní podněty vedou k příjemnému napětí, které označujeme jako eustres. Za eustres považujeme stres, kdy nejde o negativní emocionální zážitek. Jednak může jít o reakci organismu na impulsy, které jsou běžně považované za příjemné (povýšení, výhra v loterii, svatba), nebo o odpověď na podněty, jejichž zvládnutím člověk roste. Příkladem může být velmi náročná práce přinášející radost. O eustresu můžeme hovořit i v případech, kdy se lidé z vlastní vůle dostávají do hraničních situací rizika (sportovní výkony, horolezectví, automobilismus). Při eustresu se uvolňují hormony, které zvyšují naši odolnost vůči distresu (4, 26, 34).

Pokud se zaměříme na intenzitu stresové reakce, můžeme se v literatuře setkat s odlišnými termíny. Pokud hovoříme o hyperstresu, míníme tím, že intenzita stresogenní situace překročila hranice adaptability, tedy schopnosti jedince se se situací vyrovnat. Naopak hypostres je stres, který má relativně nižší než hraniční úroveň stresové reakce organismu (25).

1.1.2 Příčiny stresu

Jak jsem se již zmínila výše, termín stres je dosti nejednoznačný. Většinou se používá ve významu působící události, která způsobuje stresovou reakci, jindy ve smyslu odpovědi na tuto událost. Ve své práci se přidržím terminologie, která označuje jakýkoliv vliv, který na člověka působí negativně a vyvolává stresovou reakci, jako stresor (18, 25).

Podněty, které na jedince působí, se zkoumají jednak z hlediska síly působení a významu, který pro něj mají, jednak z hlediska časového průběhu. Podněty na nás mají vliv neustále. Pokud však působí ve velké intenzitě nebo je jich naopak nedostatek, zažíváme stres. Jejich přiměřená míra a intenzita nemá za následek stresovou reakci, nebo je stresogenní jen přiměřeně. Je však velice obtížné stanovit patřičnou míru působících podnětů. Míra podnětů, která je přiměřená pro jednoho jedince, může být druhým vnímána jako stresogenní (4).

Příčiny stresové reakce můžeme rozdělit podle nejrůznějších kritérií. Baštecká a Goldmann rozdělují podněty působící na organismus na fyzikální a psychologické. Mezi fyzikální patří námaha, teplo, chlad, trauma, infekce. Z psychologických můžeme jmenovat strach, úzkost, sociální porážku či zklamání. Je nutné stále přihlížet k tomu, že podněty působí na jedince vždy v sociálním kontextu (osobnost, rodina, skupina) a v kontextu jeho socioekonomického postavení (4).

Epstein poukázal na to, že stresor je pro člověka tím těžší, čím více ohrožuje jeho vlastní já, jádro jeho osobnosti. V souvislosti s tím rozlišuje stresory biologické, které ohrožují život jedince či funkci určitých orgánů. Další skupinou jsou stresory, které ohrožují schopnosti jedince vstřebat nové poznatky, vypořádat se s nimi a vytvořit si nové schopnosti vyrovnávání se s obtížemi. Do poslední skupiny zařadil stresory, které ohrožují sebeúctu jedince, jeho vlastní sebehodnocení, hrdost a sebecenění (25).

V životě se můžeme setkat s vyhrocenými životními situacemi, které znamenají radikální změnu ve způsobu života a kladou na nás mimořádné nároky. Tyto situace jsou označovány jako životní události. Koncem 60. let se dva američtí psychologové pokusili působení jednotlivých životních událostí porovnat v souvislosti s tím, jak hluboce a těžce jsou tyto situace prožívány. Pokusili se o odstupňování jednotlivých stresogenních situací. Na tomto místě uvedu pouze výběr situací z jimi vytvořené stupnice (25, 17).

Stresor	body	Stresor	body
Smrt partnera	100	Ztráta zaměstnání	47
Rozvod vztahu	73	Těhotenství	40
Rozpad manželství	65	Narození dítěte	39

Věznění	63	Snížení výdělku	38
Zranění, nemoc	53	Manželský spor	36
Svatba	50	Změna bydliště	20

(5)

Čím hůře je situace prožívána, tím více bodů jí bylo přiřazeno. Domnívali se, že u jedné osoby může dojít k nahromadění stresorů z různých zdrojů. Pokud je překročena určitá hranice nahromadění stresů, projeví se to radikální změnou zdravotního stavu. Tuto hranici si stanovili na 300 bodů za 3 -5 let. U lidí, kteří tuto hranici překročili, pak opravdu zjišťovali významné zdravotní potíže (5, 11).

Vágnerová ve své knize uvádí, že situace bude jedincem s větší pravděpodobností vnímána jako stresová, pokud ji bude považovat za neovlivnitelnou, nebo se zátěž objeví náhle a nepředvídaně. Stresově na jedince také působí situace, kdy jsou na něj kladeny vysoké, nepřiměřené nároky nebo životní změna, která vyžaduje od jedince značné přizpůsobení. Negativně na jedince působí i situace, kdy řeší vnitřní konflikt, který subjektivně pociťuje jako nevyřešitelný a dlouhodobě setrvává ve stavu nerozhodnutí (45).

Podněty vedoucí ke stresu můžeme také rozdělit podle jejich časového působení. Akutní stresory působí náhle a odpověď organismu na ně bývá prudká. Chronickému stresu se organismus přizpůsobí, ale zároveň se i opotřebovává. Nejnáročnější na zvládnutí je pro organismus přerušované působení stresoru. Přerušovaný stres vede nejčastěji k psychosomatickým onemocněním (4).

1.1.3 Reakce organismu na stres

Působení stresoru na náš organismus vyvolává fyziologické i psychické reakce, jejichž cílem je obnovení homeostázy organismu a psychické rovnováhy jedince (40, 45).

Seyle popsal roku 1936 biologickou reakci organismu na stres. Za stres považoval jakoukoliv nespecifickou reakci organismu na změnu vnějšího prostředí. Tuto reakci organismu nazval jako GAS – General adaptation syndrom - Obecný adaptační syndrom. GAS je rozdělen do tří fází (4).

Poplachovou reakci objevil již začátkem minulého století americký fyziolog Canon. Tato fáze spočívá v aktivaci sympato-adrenálního systému. Aktivizuje se sympatikus, vyplavují se zvýšenou měrou hormony dřeně nadledvin, tedy adrenalin a noradrenalin, stoupá krevní tlak a glykemie. Organismus se tak připravuje na boj nebo útěk. Současně se během poplachové reakce a pak ještě dále a trvaleji zvyšuje aktivita systému CRH-ACTH-kortizol a to dále přispívá k zvýšení dostupnosti energetických rezerv (23, 37).

Ve fázi adaptace se organismus s trvajícím stresem vyrovnává všemi dostupnými prostředky a přizpůsobuje se mu. Tato fáze je charakterizována reakcí systému CRH-ACTH-kortizol V organismu se také aktivují veškeré energetické zdroje, energie se získává z cukrů a bílkovin. V této fázi žijí všichni lidé stále a je podmínkou normálního života. Nelze navodit stav úplné eliminace veškerých stresorů, protože už to samo vyvolává stresovou reakci. V tomto smyslu stresově působí běžné denní události. Člověk si je ale většinou jako stres neuvědomuje, neboť je na ně adaptován (23, 37).

Pokud stresor působí po delší dobu anebo nemá organismus dostatečnou schopnost účinně reagovat, dostaví se fáze vyčerpání a organismus umírá nebo je nevratně poškozen (23, 37).

Tato reakce organismu na zátěž je stereotypní a fylogeneticky stará. Původně měla organismus připravovat na fyzickou aktivitu typu boj nebo únik. V dnešní době je však stresová reakce vyvolána spíše psychickými nebo emocionálními podněty, při kterých uvolněné množství energie v těle nevyužijeme. Tělo neustále připravuje organismus na zátěž a to i tehdy, když potřeba reakce nevystane. V tomto případě dochází k hromadění neuvolněných stresových látek a svalového napětí v organismu. Ocitneme-li se v takovéto situaci, měli bychom uvolněnou energii využít pohybem nebo se naučit stresovou reakci vypnout pomocí relaxačního cvičení či jiných relaxačních technik (4, 12).

Prožívání nadměrné zátěže je také spojeno s různými psychickými reakcemi. Obvyklou psychickou reakcí na déletrvajícím stres je změna emočního prožívání. Mohou se objevovat pocity jako úzkost, vztek, agrese, deprese nebo apatie. Významná změna emočního ladění může zhoršovat úroveň logického uvažování, rušivě mohou působit i

různé vtíravé myšlenky vyvolané stresovým zážitkem. Když dojde k uvědomění si zátěže, aktivizují se rozmanité psychické obranné mechanismy, které jsou individuálně specifické. Jejich cílem je zachování psychické rovnováhy jedince. Psychické procesy ovlivňují vznik i průběh fyziologických reakcí organismu na stres (45).

1.1.4 Příznaky stresového stavu

Pokud lidskou bytost chápeme komplexně jako bytost bio–psycho–sociální, pak musíme i účinky stresu na lidský organismus hledat ve všech těchto oblastech (14).

Křivohlavý rozlišuje příznaky stresu na fyziologické, emocionální a behaviorální.

Fyziologické příznaky

- Bušení srdce – vnímání zrychlené, nepravidelné a často i zintenzivněné činnosti srdce
- Bolesti a svíravé pocity na hrudi
- Nechutenství, plynatost a tlaky v břišní oblasti
- Křečovitě a svíravé bolesti v dolní části břišní oblasti a průjem
- Časté nucení na močení
- Snížení až nedostatek sexuální touhy, sexuální impotence nebo frigidita
- Nepravidelnosti menstruačního cyklu
- Bodavé, řezavé a palčivé bolesti v končetinách
- Zvýšené svalové napětí v krční a bederní části zad , které je často spojené s bolestí.
- Silné bolesti hlavy
- Častá migréna – záchvatovitá bolest hlavy
- Vyrážka v obličeji
- Nepříjemný pocit knedlíku v krku
- Obtížné soustředění v pohledu očí do jednoho bodu, případně až dvojité vidění (26).

Emocionální příznaky

- Rychlé a výrazné změny nálad (od radosti ke smutku a naopak).
- Nadměrné trápení se věcmi, které nejsou důležité.
- Neschopnost projevit náklonnost, sympatii a empatii k ostatním lidem.
- Nadměrné starosti o svůj zdravotní stav a fyzický vzhled.
- Nadměrné snění a snížení sociálního kontaktu a komunikace s ostatními lidmi.
- Pocity velké únavy.
- Obtíže se soustředěním a pozorností.
- Zvýšená podrážděnost, úzkostnost a popudlivost (26).

Behaviorální příznaky

- Nerozhodnost a nerozumné bědování a nářky.
- Zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování.
- Zvýšený sklon k nehodám a nepozornému řízení auta.
- Zhoršení kvality práce, snaha vyhnout se plnění úkolů, výmluvy, podvádění a vyhýbání se odpovědnosti.
- Častější kouření.
- Zvýšená konzumace alkoholu.
- Větší závislost na drogách všeho druhu.
- Přejídání, či ztráta chuti k jídlu.
- Změna v denním životním rytmu – poruchy usínání, noční bdění, pozdní vstávání s pocitem únavy.
- Snížené množství vykonané práce a zvýšená nekvalitnost práce (26).

Karel Nešpor ve svém článku v Medicíně pro praxi dále rozděluje a specifikuje příznaky stresu na ty, které postihují rodinný život a na důsledky stresu ovlivňující pracovní sféru. Nešpor se v tomto článku orientuje na profesionální stres lékařů, ale je zřejmé, že většina poznatků o důsledcích stresu může být interpretována obecně. V rodině se objevují skrytá nebo zjevná napětí, nedostatek času na druhé, neschopnost jim projevit sympatii a účast, nedostatečná komunikace, zanedbávání dětí, jejich

citová deprivace nebo subdeprivace, neřešené problémy s nimi. Často dochází k odcizení manželů, kteří se cítí být zanedbávaní, přehlíženi, osamělí, pociťují hněv nebo je trápí pocity méněcennosti. V pracovním životě se objevují problémy v komunikaci, manipulativní tendence a vytváření zbytečných krizí. Dochází k postupné ztrátě výkonnosti, poklesu sebedůvěry a energie. Jedinec postupně upadá do apatie, později soustavně zanedbává povinnosti, nakonec u něj dojde k rozvoji syndromu vyhoření (32).

Tento výčet je souborem fyziologických, emocionálních a behaviorálních příznaků, které se s větší pravděpodobností vyskytují tam, kde k distresu dochází, než tam, kde k němu nedochází. Pro svou přehlednost a výstižnost se často používá jako orientační pomůcka při diagnostice stresu. Některé z fyziologických příznaků jsou však v závažnější formě také projevem těžkých chorob (26).

1.1.5 Vliv stresu na zdravotní stav

Negativní vliv stresu na lidský organismus byl prokázán řadou studií. Některé ukazují obecné negativní účinky stresu na lidský organismus, jiné jsou speciálnější a hovoří o stresových nemocech, či o psychosomatických onemocněních, ke kterým dochází v důsledku dlouhodobého stresu. Příčinou nemoci je však souhra mnoha faktorů a stres je považován za jeden z nich (25, 26).

Každý stres nemusí nutně vést k nějakému onemocnění. Seyle uvádí, že k nemoci dochází tehdy, když není adaptační systém organismu dostatečně schopný vyrovnat se s působením stresoru. Pokud dojde k selhání adaptačního mechanismu organismu, může dojít k nastartování nemoci. Uvádí však také, že žádná nemoc není způsobena pouze selháním adaptace organismu, stejně jako není pouze nemocí infekční. Poznává tedy, že u infekční nemoci hrají velkou roli adaptační mechanismy organismu (25).

Stres může způsobovat negativní změny organismu buď přímo, nebo nepřímo. Přímé působení stresu na lidský organismus je chápáno jako jeho vliv na imunitní, endokrinní a nervový systém. Nepřímým vlivem stresu na zdraví jedince se rozumí vliv stresu na jeho chování např. na změnu životního stylu (26).

Obecná reakce na stres má individuální charakter. Tyto charakteristické projevy stresové reakce jsou zřejmě dány genovou výbavou jedince, osobními životními zkušenostmi a rodičovskými a pečovatelskými modely chování – podle toho se mohou při dlouhodobém působení stresu objevit některé z těchto obtíží.

- Kardiovaskulární systém – projevy ICHS, hypertenze, arytmie, palpitace a další.
- Trávicí soustava – gastroduodenální vředová choroba, kolitida, poruchy motility GIT.
- Imunitní systém – snížená odolnost vůči infekčnímu onemocnění, alergie, autoimunitní onemocnění, nádorové nemoci.
- Dýchací soustava – astma bronchiale, hyperventilační tetanie.
- Pohybový aparát – náchylnost k úrazům, bolesti hlavy, vertebrogenní algické syndromy (40).

Stone a Cohen svými výzkumy potvrdili souvislost stresových situací se vznikem infekčního onemocnění. Podařilo se jim prokázat, že u jedinců, u kterých došlo k výrazné životní změně nebo se objevilo něco negativního či neočekávaného, se do několika dnů objevilo nachlazení nebo chřipkové onemocnění. Jiná studie potvrdila vliv výrazného distresu na vznik anginy pectoris. Vliv stresogenní situace byl vědecky dokázán i při vzniku hypertenze, kde stres působí synergicky spolu se zvýšeným příjímáním solí a u napěťových a smíšených bolestí hlavy. Jiné studie se soustředí na psychologické momenty, které vedou k astmatickým atakám. Ukázalo se, že stres, který zvyšuje celkovou emocionální hladinu, je často spouštěčem astmatického záchvatu. Vliv psychologických faktorů se také zkoumá v souvislosti s projevem diabetu a revmatické artritidy. Studie ukazují, že u těchto lidí se před propuknutím choroby objevuje zvýšené množství těžkých životních situací (26).

Vědci se také v poslední době zabývají vztahem stresu a negativních emocionálních stavů. Výsledky ukazují, že stres stojí dosti často u zrodu deprese a jednoznačně ji zhoršuje. Bylo prokázáno, že míra deprese je podstatně vyšší u jedinců, kteří trpí nějakou závažnou chorobou, což je situace, která je pro něj výrazně stresogenní. Na vznik deprese zde mají vliv i jiné faktory - jde zejména o individuální kognitivní zpracování situace (jak moc jedinec chápe svou situaci jako děsivou či život

ohrožující) a psychologické faktory (sebehodnocení, pocity beznaděje, existence či neexistence sociální opory). Výrazný vliv stresu byl prokázán i u posttraumatické stresové poruchy (26).

1.1.6 Vhodné způsoby zvládnání stresu

V psychologické literatuře se v souvislosti se zvládnáním stresu setkáváme s pojmem coping. Výraz je odvozen z latinského „kolaphus“, což znamená rána uštědřená protivníkovi v boxu. Symbolicky to znamená rána namířená proti působícímu stresoru (26).

V souvislosti se zvládnáním stresu je třeba od sebe oddělit dva pojmy: adaptace a coping. Oba tyto pojmy se vztahují k aktivitě člověka v těžké situaci. Adaptací rozumíme vyrovnávání se se zátěží, která je v relativně normálních mezích, je pro člověka poměrně lehce zvládnutelná. Termínem coping rozumíme střetnutí člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží - distresem. V souvislosti s tím zvažujeme jednak požadavky kladené na jedince a jednak i zdroje jeho sil (coping resources) (39).

Důležitým aspektem při zvládnání zátěžových situací je anticipace – předjímání. Termínem anticipatory coping se označují procesy, které probíhají před tím, než se jedinec do těžké životní situace dostane. Jde o kognitivní, emocionální, ale i volní přípravu na zátěžovou situaci. Jedinec připravuje vhodnou strategii, dochází k vytváření zdrojů sil, specifických dovedností, plánování efektivních aktivit, cvičení se v určitých postupech, které zvyšují odolnost a naději na zvládnutí těžkostí (39).

Všeobecně přijímaným modelem zvládnání stresu je pojetí Lazaruse. Každý člověk má k dispozici určité zdroje, kterými může danou situaci zvládnout např. fyzickou zdatnost, znalosti, dovednosti, zkušenosti, inteligenci, vazby na druhé lidi. Pokud je působení zátěže na lidský organismus větší, než je kapacita jedince, dochází k vychýlení z rovnovážného stavu. V tuto chvíli se jedinec snaží o myšlenkové zhodnocení celé situace. Podle Lazaruse probíhá toto hodnocení ve třech fázích. V primární fázi se jedinec snaží zvážit význam situace s ohledem na to, jak moc ho ohrožuje. V sekundární fázi ohrožený zhodnotí problém a své úsilí orientuje na svou činnost, chování a kognitivní zpracování situace. Jedná se o zhodnocení obranyschopnosti jedince, o potenciálu ubránit se, o kapacitě obranných sil. Jeho cílem

je na základě zjištění zvolit vhodnou strategii. V poslední fázi hodnotí jedinec účinnost zvolené strategie (14, 39).

Primární a sekundární hodnocení situace není jednorázovou záležitostí. Situace se neustále mění, a proto je nutné ji opakovaně vyhodnocovat. Jde tedy o neustálé znovuuvažování o tom, jak situace vypadá a jaké zdroje a možnosti mám, abych ji zvládl (14, 39).

Kognitivně behaviorální přístup vychází z myšlenky, že pro zvládnutí problémové situace je podstatné, jak se jedinec k problému postaví. Mnohé výzkumy prokázaly, že organismus reaguje jinak, pokud vnímá novou situaci jako ohrožení, nebo naopak jako výzvu. Strategie řešení stresu mají svou biologickou, fyziologickou, psychologickou a naučenou komponentu. Vědomé postupy při zvládnutí stresu mohou být zaměřeny jak na samotný problém, na jeho racionální nebo operativní řešení, tak na fyziologickou až patofyziologickou reakci organismu (46).

Copingové strategie můžeme rozdělit na behaviorální a kognitivní. Behaviorální přístup klade důraz na změnu vnějších podmínek a na změnu způsobů chování. Kognitivní přístup zdůrazňuje vnitřní vlivy (myšlenky, představy, postoje). Podle toho, co se snaží jedinec učením změnit, můžeme odlišit několik typů metod: metody zaměřené na změnu přesvědčení, metody zaměřené na změnu pravidel, kterými se řídí činnost nebo chování, metody zaměřené na změnu vnitřních příkazů samomluvy a metody zaměřené na změnu kognitivního pojetí (39).

Při nacvičování vhodných způsobů zvládnutí náročných životních situací se často oba dva přístupy kombinují (39).

Mastiliaková ve své knize uvádí, že existují tři hlavní přístupy ke zvládnutí stresu:

- Praktikovat základní zvládnutí stresu (vědět, co máme dělat, když se náhle objeví stres).
- Řídit vliv stresorů – snížení a eliminování stresorů a jejich vlivu, získání větší kontroly nad množstvím stresu.
- Vytvoření si vyváženého životního stylu (29).

Nyní se blíže podíváme na základní zvládnutí stresu, které zahrnuje řešení problému a pocitů, využití dostupné sociální opory a redukci fyziologických reakcí vyvolaných stresem (29).

Při řešení problému musí jedinec problém pochopit a vyvinout úsilí pro změnu situace, která problém vyvolala. Pokud se osoba nebude problémem zabývat, problém přetrvává a stresová reakce pokračuje. Neméně důležité je i řešení pocitů. Pocity se objevují v reakci na situaci nebo jsou zahrnuty v myšlenkových pochodech jedince. Stejně jako celková reakce na stres, i emoce ovlivňují tělo. Pokud se jedinec rozhodne uposlechnout své pocity - bojovat nebo utéci, vzrušení je rozptýleno v akci. Pokud se jedinec rozhodne pocity potlačit, aktivace zůstane uvnitř těla. S potlačením pocitů je spojen vznik mnoha chorob. Při potlačení hněvu se aktivuje horní část těla, která by byla použita v boji. Potlačení hněvu je spojováno se žaludečními vředy, artritidou a bolestmi hlavy všeho druhu. Pokud se vzniklé pocity neřeší, mohou se objevit chronické aktivace. Pro vyjádření pocitů autorka doporučuje tělesnou aktivitu, která vhodným způsobem rozptýlí aktivitu těla a asertivní vyjadřování pocitů (29).

Další významná pomoc při zvládnání stresu je využití dostupné sociální opory. Systém sociální opory je chápán jako nárazníkový systém, který chrání lidi proti potenciálnímu škodlivému vlivu stresogenních událostí. Jedinci, kteří disponují silným systémem sociální opory, se jeví jako lépe vybavení ke zvládnání zátěže. Představou tohoto pojetí je pomoc přátel člověku v nouzi, kde úkolem těchto lidí je pomoci jedinci lépe zvládnout řešený problém (26).

Důležitá je i redukce fyziologických reakcí vyvolaných stresem. Stresová reakce může být eliminována tím, že dojde k vybití nadbytečného vzrušení tělesným cvičením nebo použitím relaxačních technik (29).

1.1.7 Obranné reakce ega

Pokud v dramatické životní situaci selžou naše adaptační mechanismy, naše chování se významně mění. Začínáme se uchýlovat k takovým projevům chování, kterými se bráníme proti tlaku. Obranné mechanismy jsou využívány v případech, kdy se jedinci jeví reálné řešení situace nebo přizpůsobení si podmínek jako nemožné.

Těchto mechanismů využívá k iluzivnímu zvládnutí situace. Je to tedy jakýkoliv druh činnosti (i myšlení a cítění), jehož cílem je odvést pozornost a povědomí o nepříjemném či zahanbujícím faktu nebo skutečnosti. Jde o nevědomé procesy, které nastupují automaticky, aniž bychom si toho byli vědomi. Pro druhé lidi může být naše chování nesrozumitelné a nepochopitelné, nevhodné, či vzhledem k situaci přehnané. Takové chování označujeme jako neadaptivní. Pokud tyto charakteristiky přesahují určitou míru, můžeme hovořit o patologických formách řešení těžkých životních situací. Obranné reakce vycházejí ze dvou základních mechanismů, kterými jsou únik a útok (25,17, 45).

Útok - Jedinec se snaží nějakým způsobem s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat. Agresivní čin může směřovat přímo na zdroj ohrožení nebo na náhradní objekt. Těmito objekty mohou být předměty, druzí lidé i jedinec sám. Autoagrese se může projevit verbálním sebeobviňováním a v krajním případě až sebevražednými tendencemi. Útočný čin může mít rozmanitou řadu projevů, od hrubého fyzického násilí přes různá slovní napadení, výhrůžky až k zastřené agresi, která je představovaná ironií, jízlivostí, sarkasmem, nebo zlomyslností (17, 45).

Únik - Z ohrožující situace, kterou jedinec nedokáže řešit jiným, lepším způsobem, uniká buď změnou postoje, hledáním opory nebo rezignací na uspokojení. Ze situace, která nás výrazně zatěžuje, můžeme unikat fakticky (útěk z místa nehody), symbolicky (zavírání očí před něčím děsivým, chováme se tak, jako bychom nebyli přítomni), fantazijně (utíkáme ke snění), útekem k drogám (drogy, alkohol, či psychofarmaka mohou potlačit náš strach a zábrany), do nemoci (nemoc nám poskytuje útočiště), únikem ze života (17, 45).

Do únikových reakcí patří popírání, kdy jedinec existenci nepříznivé situace nevědomě popírá. Při represi je určitý moment z našeho života (cit, myšlenka, událost) nevědomě potlačen a vytěsněn z našeho vědomí. V regresi se jedinec svým chováním vrací do vývojově mladšího stádia a řeší situaci infantilním a primitivním způsobem (tručuje, uzavře se do sebe, pláče a slíbuj). Jedinec může využívat i racionalizaci, což je dodatečné rozumové, společensky přijatelné vysvětlení našeho chování, které nebylo v souladu s našimi představami o sobě. Do únikových reakcí patří i identifikace, která je

pokusem o posílení vlastní hodnoty tím, že se ztotožníme s někým, koho lze obdivovat. Identifikace posiluje sebevědomí a snižuje pocity nejistoty, ale může být také výrazem neschopnosti vytvořit si přijatelnou individuální identitu. Obdivování skupiny nebo osobnosti může vést jedince, který se s ní identifikoval, až k asociální činnosti. Projekcí se jedinec chrání před přiznáním si svých nežádoucích vlastností, myšlenek, nebo prožitků, které nejdou slučitelně s naším sebepojetím tím, že je přisuzuje jiným osobám. Při substituci nahrazuje jedinec jeden nedosažitelný cíl jiným, který se jeví jako dostupný. Rezignace je reakcí na dlouhodobé zátěžové situace, kdy jedinec uspokojení svých potřeb předem vzdává, protože je považuje za nedosažitelné. Rezignace je charakterizována apatií, bezmocností a pasivitou. Obranný mechanismus zde spočívá v tom, že kdo nic neočekává, nemůže být zklamán (25, 45).

Typ obranného mechanismu, který člověk v zátěžové situaci používá, vychází z jeho zkušeností. Mechanismy, které v minulosti měly nějaký pozitivní efekt, jsou zafixovány a jedinec má tendenci je opakovat. Jedinec si tak vytváří základy své obranné strategie, která má trvalejší charakter. Způsob reakce na zátěžové situace ovlivňují i osobnostní dispozice každého jedince (temperament, inteligence) a sociokulturní zkušenosti (každá společnost určité strategie preferuje a jiné potlačuje). Obvykle dochází k různému prolínání a kombinování různých obranných mechanismů (17, 25, 39, 45).

1.1.8 Nebezpečné a poškozující strategie zvládnutí stresu

Stresový podnět může v organismu vyvolat nepříjemné fyzické, psychické i emocionální stavy, které se snaží postižený jedinec zmírnit nebo úplně eliminovat. Snaží se zbavit napětí, pocitu vyčerpání a třeba jen na chvíli zapomenout na to, co ho trápí. V tuto chvíli může jedinec sáhnout po nevhodných metodách ke snížení stresu, jako jsou léky, kouření, alkohol, drogy, hraní počítačových her či hracích automatů. Tyto látky a činnosti mohou jedinci opravdu pomoci do stavu uvolnění, ale jen na krátkou dobu, poté se sami stávají problémem. U závislých dochází k prohlubování emocionálních, fyzických i psychických problémů. Častěji prožívají emoce strachu, obav ze selhání a úzkost. Což jsou paradoxně pocity, kterých se chtěli na začátku zbavit.

Tyto formy úniku ze stresových situací se samy stávají stresory, a tak značně zhoršují stresovou situaci v našem životě (6, 39).

1.2 Pojem Syndrom vyhoření

Již od 70. let 20. století se lékaři a psychologové zabývají stavy celkového vyčerpání, které se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a jež ovlivňuje postoje, názory, výkonnost a chování osob, u kterých došlo ke vzniku a rozvoji tohoto syndromu. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, či vypálení, „burnout syndrom“ (20).

Anglické slovo „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burn out“ pak vyhořet, vyhasnout. Svým způsobem jde o metaforu. Silně hořící oheň, který v psychologické rovině symbolizuje vysokou motivaci, nadšení, zájem a aktivitu, přechází u lidí stížených syndromem vyhoření k postupnému dohořívání a vyhasínání (20, 27).

Pojem syndrom vyhoření (původně burn-out) byl poprvé uveden do literatury Freudenbergerem v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974. Označil jím jev, který byl již dobře znám. Je možné, že byl inspirován knihou Grahama Greena nazvanou „Případ vyhoření“. V této knize je líčen život nadějného architekta, který vstupuje do života s velkým očekáváním a iluzemi. Při své práci se však setkává se s řadou problémů, vidí jejich nesmyslnost a postupně ztrácí nadšení. Nakonec znechucen opouští svou práci a utíká do africké džungle (24, 20).

V průběhu 30 let výzkumu této problematiky se v literatuře objevila řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření. Freudenberger a North uvádí, že vyhoření je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své nadšení a svou motivaci. Tento stav pozorovali u lidí, kteří se snaží druhým pomoci v jejich těžkostech a pak se sami cítí jejich problémy přemožení. Kladem této definice je, že ukazuje syndrom vyhoření jakou proces, ne pouze jako určitý stav lidí (26).

Cary Cherniss říká, že vyhoření je výsledek procesu, v kterém lidé velice zaujatí určitou ideou ztrácí své nadšení. Uvádí, že tento proces začíná mimořádně vysokým a dlouhodobě trvajícím stresem. Toto napětí u něj vyvolává řadu obtíží jako je nervozita

nebo únava. Proces vyhoření je dovršen, když se pracovník staví k obtížím jen obranně a jeho angažovanost klesá, postupně se stává apatickým (26).

Ayala Pinesová a Elliot Aronson definují syndrom vyhoření jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně náročné (26).

Můžeme však konstatovat, že většina vymezení a pojetí syndromu vyhoření se v některých bodech shoduje. Burnout je především psychický stav, kdy jedinec prožívá pocity vyčerpání. Vyskytuje se zejména u profesí, jejichž pracovní náplní je práce s lidmi. Tvoří jej řada symptomů v oblasti psychické, částečně také v oblasti fyzické a sociální. Klíčovou složkou je emoční a kognitivní vyčerpání často provázené celkovou únavou. Všechny hlavní složky tohoto syndromu vychází z chronického stresu (20).

1.3 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření můžeme nalézt v psychické, fyzické i sociální rovině.

Psychické příznaky

Tamara a Jiří Tošnerovi uvádějí rozdělení psychických příznaků na ty, které zasahují kognitivní (poznávací, rozumovou) složku osobnosti a emocionální.

a, kognitivní rovina

- redukce činností na rutinní postupy
- používání stereotypních frází a klišé
- pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí
- negativní hodnocení instituce, kde jedinec pracuje
- potíže se soustředěním, zapomínání
- negativní postoj jedince k sobě, k práci, k životu
- únik do světa fantazie

b, emocionální rovina

- pocit nedostatku uznání
- utlumení a oploštění emocionality
- pocity marnosti, vlastní neužitečnosti

- sklíčenost, pocity bezmoci
- popudlivost, agresivita
- nespokojenost, sebelítost (27, 44, 38)

Fyzické příznaky

- apatie, ochablost a celková fyzická únava
- rychlá unavitelnost
- bolesti u srdce, arytmie, potíže s trávicí a dýchací soustavou
- bolesti hlavy
- poruchy tlaku krve
- poruchy spánku (dle výzkumů jde zejména o časté buzení v průběhu noci a následnou ospalost v průběhu pracovního dne)
- přetrvávající celkové napětí
- vyšší riziko vzniku závislostí (27, 19, 38)

Existuje řada studií, které potvrzují souvislostí syndromu vyhoření a kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních chorob. Jako možný mechanismus jejich vzniku je v současnosti považováno snížení sekrece kortizonu, a tím ovlivnění práce imunitního systému, zejména produkce zánětlivých působců, které jsou za tyto i další choroby zodpovědné (19).

V poslední době je zkoumán syndrom vyhoření také v souvislosti s metabolickým syndromem, diabetem 2. typu, obezitou, sníženou imunitou, nebo sníženou plodností (19).

Sociální příznaky

- ztráta empatie a angažovanosti
- celkové omezení kontaktů s klienty i s kolegy
- nezájem o hodnocení ze strany druhých osob
- narůstání konfliktů zejména v důsledku nezájmu, lhostejnosti
- sociální apatie
- nedostatečná příprava k výkonu povolání

- ztráta výkonnosti a sebedůvěry (27, 7).

Jiné rozdělení symptomů syndromu vyhoření uvádí Rush. Příznaky rozděluje na vnější, které můžeme pozorovat a jsou pro nás ukazatelem, že se jedinec ocitl ve stavu vyhoření. Mezi tyto příznaky patří podrážděnost, fyzická únava, neochota riskovat a klesající produktivita. Vnitřní příznaky většinou vnějším předcházejí. Zpočátku je nelze vypořádat, jsou však důležitými údaji ke stanovení diagnózy. Do vnitřních příznaků můžeme zařadit ztrátu odvahy, sebeúcty a osobní identity, emocionální vyčerpání a negativní duševní postoj (35).

1.4 Průběh vyhoření

Syndrom vyhoření je možno chápat dvěma způsoby. První ho pojímá jako stav, který vzniká v důsledku působení chronického stresu. V tomto případě jde o poslední stádium procesu, který Hans Seyle nazval GAS – Obecný adaptační syndrom. Jeho konečnou fází je stav vyčerpání sil organismu a obranných možností v boji se stresory. Do této fáze je obvykle zařazován průběh syndromu vyhoření. Na druhou stranu můžeme burnout syndrom chápat jako neustále se vyvíjející proces (20).

Stádia průběhu vyhoření byla zpracována řadou autorů z různých hledisek. Na obecné úrovni je průběh syndromu vyhoření rozdělován do 5 fází. První fází je entuziasmus. Pro tuto fázi je charakteristické velké nadšení, vysoké ideály a velká angažovanost jedince (47, 20, 3).

Ve fázi stagnace dochází k vystřízlivění. Jedinec si uvědomuje, že jeho ideály nejsou zcela realizovatelné. Požadavky klientů a nadřízených začínají jedince obtěžovat.

Na tuto fázi navazuje frustrace, kdy jedinec pocítuje zklamání řešeným problémem či celou profesí, pracovním prostředím i systémem práce. Dochází k negativnímu vnímání klienta i osob, s kterými je jedinec v pracovním kontaktu (47, 20, 3).

Ve čtvrté fázi dochází k apatii. Propuká plná hostilita vůči klientům a vůči všemu, co souvisí s vykonávanou profesí. Apatie postupně přechází v izolaci od druhých lidí. Jedinec pocítuje neschopnost vyrovnat se se vzniklou situací, je

neschopen rozhodovat v jednoduchých záležitostech. V poslední fázi je dosaženo naprostého vyčerpání (47, 20, 3).

Koncepce R. Schwaba ukazuje vznik procesu vyhoření v souvislosti s průběhem interakce mezi jedincem a situačními podmínkami. Na počátku se jedinec nachází v nerovnováze mezi požadavky jeho zaměstnání a schopnostmi jedince těmto požadavkům vyhovět. Postupně dochází k emocionální odpovědi na tuto nerovnováhu. U jedince se objevují pocity úzkosti, tenze, únavy a vyčerpání. V poslední fázi dochází ke změnám v postojích a chování. Jedinec má tendenci jednat s klienty neosobně a mechanicky. Jde o defenzivní chování, o aktivní únik ze situace, která se nedá zvládnout (20).

1.5 Rizikové faktory

Snopková rozděluje rizikové faktory pro vznik burnout syndromu do tří skupin.

Osobní faktory

- nedostatek radosti ze života
- problematický osobní život, který jedince stresuje
- nezdravý způsob života

Osobnostní a povahové rysy

- pevná vůle a odhodlanost (tito jedinci se neradi vzdávají a prohrávají)
- rozhodnost (tito lidé jsou schopni se rychle rozhodnout, a to i v případě, kdy nemají všechny potřebné informace, proto často chybují)
- soběstačnost, nezávislost, sklony k samotářství (tito lidé si raději všechnu práci udělají sami, neumí jiného požádat o pomoc, dochází u nich k rychlému přetížení)
- extrémně velká sebedůvěra
- perfekcionismus a pedantství - tyto lidé pro sebe i pro ostatní staví nároky příliš vysoko
- vysoká organizovanost
- potřeba mít vše pod kontrolou - vše kolem nich má řád a cíl, nesnáší chaos, organizují vše kolem sebe

- odpor k pravidlům - dělají si vše po svém
- optimistický a nadšený postoj
- vysoká angažovanost
- ochota riskovat a brát na sebe náročné úkoly
- soutěživost - žijí z úspěchu a opovrhují selháním svým i druhých lidí
- lidé s vysokým entuziasmem, citlivostí a neschopností jednat asertivně
- lidé, kteří nejsou schopni relaxovat
- cílevědomost - mají tendenci k určování nereálných a nedosažitelných cílů
- původně vysoká empatie, obětavost a zájem o druhé lidi
- úzkostné, fóbické a obsedantní rysy

Pracovní faktory

- šplhání po profesním žebříčku - čím výše se jedinec nachází, tím větší jsou požadavky na jeho výkonnost, agresivitu a soupeřivost
- pocit nedostatečnosti z důvodu chybějících technologických informací - pokud jedinec pracuje v oboru, pro který jsou typické rychlé technologické změny, je nucen nezůstávat pozadu
- špatná nadřízená - nadřízený se může cítit ohrožen aktivitou podřízeného, snaží se mít jeho vliv pod kontrolou nebo omezit jeho rozhodovací pravomoci. Tito jedinci pak ztrácejí motivaci, mají pocit, že jejich nadání a schopnosti nejsou dostatečně využívány. Vzniklé napětí pak může přerůst v osobní spory v pracovním kolektivu
- rutinní práce - pokud jedinci nejsou dostatečně dávány nové podněty a jeho práce zahrnuje řadu rutinních postupů, může to u nich vyvolat nudu a frustraci
- permanentně prožívaný časový tlak
- konflikt rolí
- nízké ohodnocení
- organizační potíže
- nedostatečné využití kvalifikace
- příslušnost k profesi, kde dochází ke kontaktu s lidmi

- vysoké nároky na kvalitu práce a současně nízká autonomie pracovní činnosti
- špatné pracovní podmínky - hluk, osvětlení, nedostatečný prostor pro sebe (19, 38, 27, 3).

Rush uvádí jako další faktor, který přispívá ke vzniku syndromu burnout, společnost. Na rozvoji syndromu vyhoření se významným způsobem podílí soutěživý charakter naší společnosti, zrychlující se životní tempo, snaha nebýt pozadu za ostatními lidmi a tlak vyvíjený na ženy v domácnosti, aby nastoupily do práce (35).

Syndrom vyhoření není pozorován pouze v pomáhajících profesích, ale také v ostatních povoláních, kde je jedinec v intenzivním kontaktu s druhými lidmi. Ohroženi jsou lékaři, všeobecné sestry a další zdravotníci pracující zejména v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie a gynekologie. Mezi další ohrožené pomáhající profese patří psychologové, psychoterapeuti či sociální pracovníci. Vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření je i u dalších povolání, kde dochází k intenzivnímu kontaktu s druhými lidmi. Jde zejména o učitele, policisty, pracovníky pošt, dispečery, telefonisty, právníky, pracovníky věznic, manažery, duchovní a vojáky. Burnout syndrom byl objeven i u kategorií povolání, které nezapadají do běžného zaměstnaneckého poměru, ale jejich příslušníci jsou vystaveni hodnocení druhými na základě jejich výkonu (umělci, sportovci) (27).

Šolcová a Kebza uvádějí, že burnout syndrom souvisí více s chronickým stresujícím prostředím v zaměstnání než s osobnostními rysy či s pohlavím jedince. Byla realizována i studie, která neprokázala genetický základ syndromu vyhoření (19).

1.6 Jak se vyhnout vyhoření

Burnout syndrom se velice závažným stavem, který ovlivňuje jedince po stránce poznávací, emocionální, fyzické, ale i ve sféře sociálních vztahů. Je proto důležité věnovat pozornost i prostředkům a metodám, které nás mohou proti rozvoji syndromu vyhoření ochránit. Mezi nejdůležitější faktory a přístupy, které mohou ovlivnit vznik či rozvoj tohoto syndromu, patří protektivní osobnostní charakteristiky, terapeutické strategie, preventivní strategie, sociální opora a intervence ze strany organizace (20).

1.6.1 Protektivní osobnostní charakteristiky

Do vnitřních vlivů faktorů, které člověka chrání proti nepříznivému vlivu stresu a tedy i rozvoji syndromu vyhoření, patří způsoby reakcí jedince na stresogenní situace, jeho životní postoje a různé osobnostní charakteristiky. Z řady studií, které byly v této oblasti provedeny, vyplývá, že osobnostní individualita může být vysvětlením toho, proč se někteří lidé do stresogenních situací dostávají a jiní ne. Osobnostní charakteristiky mohou také ovlivnit způsob, jakým lidé v stresogenních situacích reagují. Promítají se tak do výběru copingových strategií jedince, které následně ovlivňují jeho psychické procesy (17).

Z výsledků výzkumu, který byl proveden na studentech VŠ, můžeme zjistit, že u jedinců, jejichž osobnost je hodnocena jako intuitivní, optimistická a příjemná, se objevují aktivní copingové strategie kognitivní restrukturalizace, řešení problémů a vyjádření emocí. Naproti tomu osobnostní styly, které se váží k záporným emocím, jež tlumí volní procesy (nedůvěřivost, sebekritičnost, starostlivost, kritičnost, impulsivnost, klid a ochota) korelovali s odklonovými copingovými strategiemi (sebeobviňování, fantazijní únik, sociální izolace). Je tedy zřejmé, že osobnostní charakteristiky mohou významně ovlivnit výběr copingové strategie a tedy i schopnost jedince zvládnout problémovou situaci (30).

Mezi osobnostní charakteristiky a postoje, které slouží jako protektivní faktory ve vztahu k vyhoření, patří osobnost typu B. Tato osobnost je charakterizována jako veselá, uvolněná, sebevědomá, která jedná dostatečně asertivně. Je opakem osobnosti typu A, která byla v 60. letech minulého století označena jako riziková ve vztahu k vnímání stresu. Tito lidé jsou velmi motivovaní, upnutí k soutěžení a vítězství, netrpěliví, pilní, agresivní a ambiciózní. Za rizikový faktor zde byla považována trvale zvýšená adrenergní aktivace, jejímž důsledkem bylo rychlejší opotřebení organismu. Na základě pozdějších výzkumů byl tento koncept opuštěn. Za rizikovou osobnost je nyní považována osobnost typu D, která se vyznačuje tendencí k dosažení co nejvyššího výkonu, negativně laděnou efektivitou a sociální inhibicí. Výzkumy bylo prokázáno, že se u tohoto typu osobnosti objevuje vyšší riziko vzniku kardiovaskulárních chorob a dalších zdravotních problémů (11, 46).

Dalším protektivní osobnostní charakteristikou osobnosti je interní lokalizace kontroly. Jde o způsob, jakým se jedinec staví k problému. Lidé s interní lokalizací kontroly vychází při řešení těžkostí ze sebe, ze svých schopností, možností, dovedností, ze své vlastní iniciativy a chuti jít do boje. Proti nim stojí lidé s externí lokalizací kontroly, kteří čekají, že se problémová situace vyřeší sama, což není zrovna konstruktivní způsob (20,26).

Jinou osobnostní charakteristikou je nezdolnost v pojetí koherence. Nezdolnost označuje jedince s osobnostní charakteristikou „nedat se a bojovat“. Antonovsky zjistil, že jedinec žijící v pevné, soudržné společenské skupině má tuto charakteristiku silněji vyvinutou. Nezdolnost můžeme chápat i v pojetí v hardiness. Jde o charakteristiku osobnostní tvrdosti. Tito lidé chápou problémy jako výzvu, mají pocit, že mohou řídit a kontrolovat dění. Je pro ně typická vysoká míra ztotožnění s vykonávanou činností (20, 26).

Roli významného projektivního faktoru hraje i pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a pocit osobní pohody. Mezi další osobnostní rysy, které mohou ovlivnit rozvoj syndromu vyhoření patří chápání smysluplnosti života, sebedůvěra, víra v sílu vlastního já, kladné sebehodnocení a smysl pro humor (20, 26).

1.6.2 Terapeutické strategie

V boji proti syndromu vyhoření se používají psychologické metody, mezi které patří daseinsanalýza. Jde o existenciální psychoterapii, při které se klade velký důraz na jedinečnost a neopakovatelnost individuality pacienta, která se maximálně respektuje, a na jeho další vývoj. Cílem je pochopení existence postiženého a ovládnutí umění „být sám sebou“. Terapeut je zde pouze ve funkci konzultanta (20, 38).

Další významnou metodou je logoterapie. Tato terapie pomáhá jedinci najít životní smysl v souladu s jeho životem a osobností. Velký důraz se zde klade především na objevování nových hodnot a jejich naplňování (20, 38).

Spíše doplňující je behaviorální terapie, která se zabývá spíše dílčími problémy. Podstatu problému neřeší (20, 38).

1.6.3 Preventivní strategie

Na tomto místě bych ráda uvedla určité techniky a strategie, které často souvisí se zdravým životním stylem a mohou pomoci v boji s burnout syndromem.

Mezi základní preventivní strategie patří zejména vyvážená strava a dostatek kvalitního spánku. Spánek je jedním z přirozených způsobů odbourávání následků stresu. Pokud je spánek subjektivně hodnocen jako nekvalitní, stává se sám o sobě stresujícím faktorem a snižuje naši odolnost vůči stresu (8).

Dalším doporučením je správné hospodaření s časem. Cílem je, aby se jedinec nedostal do časové tísně, která je velkým pracovním stresorem. Pomoci může harmonogram úkolů, které budou plněny s ohledem na jejich důležitost, časovou náročnost nebo naléhavost (8).

Přirozeným způsobem odbourává stresové hormony aktivní pohyb. Zvyšuje fyzickou zdatnost a slouží jako prevence civilizačních chorob. Pravidelné cvičení ovlivňuje i psychickou stránku jedince. Zejména snižuje úroveň úzkosti, deprese, zvyšuje kladné sebehodnocení a celkově posiluje psychiku v boji se stresem (8).

Relaxace spolu se správným dýcháním patří k neúčinnějším způsobům neutralizace účinku stresu. Pod pojmem relaxace rozumíme psychické a fyzické uvolnění. V tomto stavu dochází k řadě tělesných změn, které se označují jako relaxační odpověď. Dochází k aktivaci parasymptiku, dýchání se zpomaluje a prohlubuje, snižuje se krevní tlak, puls a zpomaluje se metabolismus. Zvyšuje se sekrece serotoninu, který pozitivně ovlivňuje náladu, pocity klidu a spokojenosti. Jmenovat můžeme například Jacobsonovu progresivní relaxaci, která je založena na střídání napětí a relaxace v určitých svalových skupinách, doporučována je i relaxace pomocí hudby. Nejznámějším relaxačním systémem je autogenní trénink. Jde o psychofyzilogickou autoregulační metodu, která umožňuje člověku řídit psychické i fyzické funkce, které nejsou přístupné přímému ovlivňování naší vůlí (8, 22).

K nejstarším způsobům tlumení nežádoucích účinků stresu patří meditace. Meditace je chápána jako stav mysli, klidu, prohloubené koncentrace a relaxace (8, 38).

Také sebevýchova patří k mocným zdrojům sil, které ovlivňují životní styl jedince. Zahrnuje sebepoznávání, které můžeme charakterizovat jako pozorování svého

citového prožívání, uvažování, jednání a sebereflexi, dále pak autoregulaci našeho jednání, myšlení, emocí, autorelaxaci a aktivní zvládání situací (26).

1.6.4. Sociální opora

Podle psychologického slovníku je sociální opora vztahová opora v prostředí, kde člověk žije. V širším významu ji můžeme chápat jako pomoc, která je poskytována druhému člověku, který se nachází v zátěžové situaci (9, 14).

Křivohlavý uvádí čtyři charakteristiky mezilidských vztahů, které mají vliv na zlepšování zdravotního stavu jedince.

- Poskytování přímé pomoci a podpory v situacích, kdy se daná osoba nachází ve stresu
- Utvrzování druhými lidmi o správnosti, spolehlivosti postojů a potvrzování hodnot, kterým, osoba ve stresu věří a důvěřuje. Potvrzování toho, v co doufá, nebo toho, co považuje za životně důležité.
- Být milován lidmi, s kterými tvoří jedinec primární skupinu, s kterými je v nejužším osobním styku.
- Být začleněn do společenské skupiny, kde se lidé dobře znají a jsou propojeni vzájemnými vztahy (17).

Sociální opora může být ve skupině poskytována různými způsoby. Pozitivní vliv na jedince má naslouchání. V tomto případě dochází k vyslechnutí jedince bez kritiky, komentářů a zaručených rad, co dělat. Významný je vliv emocionální opory, která spočívá v poskytování útěchy, vyvolání pocitu, že někomu na jedinci záleží. Jedinec může být dále druhým veden k přehodnocení svých dosavadních pocitů, postojů a hodnot. Neméně důležité je i stvrzování reality. Jedinec vnímá, že druhý vidí věci obdobným způsobem, že ho chápe a rozumí jeho jednání. Zejména při výkonu zaměstnání je důležité odborné ocenění. Jedinec vidí, že druhý příznivě hodnotí jeho úsilí a že si cení jeho práce. Sociální opora může být poskytována i formou služby či finanční a materiální výpomoci (47).

V prevenci a v prvních dvou fázích vývoje syndromu vyhoření hraje sociální opora významnou roli. Zejména je velice důležitá sociální opora na pracovišti.

Vzájemná opora a pochopení vytváří na pracovišti příznivou atmosféru, která je sama protektivním faktorem vzhledem k vyhoření (47).

1.6.5 Intervence ze strany organizace

Burnout syndrom často ovlivňuje postoje a jednání lidí vůči svému povolání. Dochází ke snížení výkonnosti, k častým absencím, změnám zaměstnání, snížené pracovní spokojenosti, sníženému pracovnímu úsilí. Pro organizaci má tedy i ekonomické následky. Je tedy i v zájmu zaměstnavatele, aby se syndromem vyhoření zabýval. V některých organizacích se tak objevují různé programy pro zaměstnance zaměřené na rozvoj osobnosti, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci. Jsou také nabízeny různé kondiční pobyty. Kladným faktorem pracovní spokojenosti je spokojenost s nadřízenými, kolegy, s postupem, finančním ohodnocením a jasným kariérním řádem na pracovišti. Cílem organizace by měla být také podpora dalšího vzdělávání a vytváření významné sociální opory na pracovišti (20).

1.7 Pracovní zátěž ve zdravotnické profesi

Ve své bakalářské práci jsem se rozhodla porovnávat syndrom vyhoření u zdravotníků a učitelské profese. Na tomto místě bych se proto ráda zabývala specifickou pracovní zátěží a stresory v těchto zaměstnáních.

Práce ve zdravotnictví je veřejností i samotnými pracovníky chápána jako psychicky i fyzicky náročná, zejména v souvislosti s opakovaným vystavením krizovým situacím, velkou mírou zodpovědnosti, vysokými nároky na rozhodování, minimální autonomií pracovního procesu a potlačením emocí při zvládnání závažných situací. Většina těchto charakteristik je rizikovými faktory při vzniku syndromu vyhoření (42).

Nešpor uvádí tyto faktory, které mohou být u zdravotníků zdrojem pracovního stresu.

- Kontakt s citlivými záležitostmi - bolest, sex, násilí, smrt.
- Vliv negativních emocí (deprese, vyčerpání, podrážděnost, hněv, agrese atd.) ze strany pacientů i jejich příbuzných.

- Přenosové reakce pacientů.
- Riziko napadení pacientem.
- Morální a právní odpovědnost, například při práci se sebevražednými nebo agresivními pacienty.
- Nejistota při volbě léčby.
- Rozhodování při neúplných informacích.
- Náročný životní styl a přesčas (zvláště nucené).
- Směnný provoz a noční práce.
- Nárazový charakter práce - lékař může být nucen se zabývat mnoha úkoly v krátkém časovém úseku.
- Dostupnost návykových léků.
- Nadměrná, zatěžující a zbytečná administrativa.
- Nutnost se rychle naučit novým postupům (31).

Zdravotnická práce je prací vesměs týmovou. Na záchraně lidského života se podílí mnoho lidí: lékař, sestra, zdravotnický záchranář a další. Mezi těmito profesemi jsou rozdíly nejen v charakteru práce, ale zejména v zodpovědnosti. Týmový charakter zdravotnické práce může být přínosný pouze v případě adekvátního rozdělení rolí a kompetencí. V nefungujícím týmu se může péče o pacienta zhoršit. Důležitým faktorem, který charakterizuje dobře fungující skupinu, jsou samozřejmě i kladné sociální vztahy (42).

Mezi sociální aspekty, které mohou být stresory ve zdravotnictví, zahrnuje Nešpor odcizení, nepříjemnou atmosféru na pracovišti, nedostatečnou podporu a uznání ze strany nadřízených a vysoké nároky na průběžné vzdělávání. Na některých pracovištích je významný i stres plynoucí z týmové práce. Stresující mohou být i nereálné nároky a očekávání ze strany pacientů a jejich blízkých. Významným aspektem je i profesionální selhání, které je prožíváno zdravotníky hůře než v ostatních profesích (31).

Velkou část souboru zdravotníků, které jsem ve svém výzkumu použila, tvoří všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři. Podívejme se tedy na stresory, jež zatěžují právě je, podrobněji.

1.7.1 Stresory v práci zdravotnického záchranáře

Zdravotničtí záchranáři se při výkonu svého povolání dostávají do krizových situací mnohem častěji než jiní zdravotníci. Mezi kritické události typické pro členy zdravotnické záchranné služby patří smrt kolegy během výkonu služby, vážné zranění během výkonu služby, sebevražda kolegy, hromadné dopravní nehody, traumatická smrt nebo těžké zranění dítěte, ošetření těžkého popáleninového traumatu a událost s velkým zájmem médií. V ČR bylo zjištěno také vysoké riziko vlastního fyzického ohrožení během výkonu služby. Nejčastější forma ohrožení je dle výzkumů dopravní nehoda sanitního vozu a napadení pacientem nebo někým z jeho okolí (41).

Tito zdravotníci se mnohem častěji setkávají s fenoménem smrti, ve většině případů jde o smrt nepředvídatelnou, náhodnou, nebo dokonce hromadnou. Setkávání se s nepřirozenou smrtí má závažnější dopady na psychiku pracovníků. Jedním z velkých stresorů, který může vyvolat i posttraumatickou stresovou reakci, je práce s pozůstatky obětí a identifikace zemřelých.

Mezi významnou zátěž v práci zdravotnického záchranáře patří i práce pod časovým tlakem v život ohrožujících situacích, práce na směny, která negativně ovlivňuje pracovní výkon, spánkový vzorec, ale i rodinný a sociální život. Část pracovní doby je čekáním na práci, což je samo o sobě stresorem, který zvyšuje svalové napětí (42).

Kromě setkání s krizovými situacemi a nezbytnou prací na směny musí záchranář pracovat i v nepříznivých klimatických podmínkách. Stále častěji bývají navíc vystaveni hostilnímu jednání až agresi ze strany pacientů nebo jejich okolí. Při své práci jsou neustále konfrontováni s nemocnými a zraněnými lidmi nebo s osobami v krizových situacích, což vede ke spoluprožívání a spolucítění s postiženými, ale zároveň přivádí i k uvědomění si vlastní zranitelnosti (42).

Za vnější faktor vedoucí k rozvoji syndromu vyhoření je pokládán komplex chronicky působících nezvládaných stresorů, nenaplněných očekávání a nefunkční systém sociálních vazeb. Mezi vnitřní faktory patří osobnost jedince, která ovlivňuje zejména způsob reakce jedince na stres. Podle výsledků výzkumů jsou osobnostní charakteristiky záchranářů následující: potřeba řídit, ochota podstoupit vysoké riziko,

vysoká potřeba stimulace a okamžitého ocenění, vysoká odolnost vůči zátěži, orientace na činnost, neschopnost říkat ne, orientace na detail. Mnoho z výše uvedených rysů odpovídá osobnosti typu A, která je více ohrožena syndromem vyhoření (42).

Podívejme se nyní na výsledky výzkumu Janiczekové, která se zabývala stresem v práci zdravotnického záchranáře. Z výsledků vyplývá, že záchranáři hodnotí svou práci jako více náročnou po stránce psychické než po stránce fyzické. Za největší stresory, které se vyskytují na jejich pracovišti, označili špatnou organizaci práce, špatné mezilidské vztahy a časté služby. Jako největší stresory, s kterými se mohou setkat při výjezdu, hodnotili smrt dítěte, nemožnost záchrany postiženého a hromadné neštěstí (15).

Bylo zjištěno, že záchranáři mají problém s vyjádřením a přiznáním svých emocí v souvislosti s prací, mají pocit profesního selhání, a proto se vyhýbají odborné pomoci. Častý je strach z profesní stigmatizace a stud při žádosti o pomoc. Někdy využívají i nevhodné techniky při zvládnání stresu (nejčastěji alkohol a kouření). Vyhýbání se odborné pomoci nahrává syndrom Johna Waynea. Jde o obecnou představu o pracovnících těchto profesí jako o nezranitelných, stále akceschopných osobách bez emocí, kteří mají železné nervy a neustále řeší krizové situace (40, 41).

Přes veškerou náročnost a přínos jejich práce pro společnost mívají záchranáři pocit nedostatečného ohodnocení, a to nejen finančního, ale také ze strany veřejnosti a společenského uznání (40).

Dle výše zmíněného je tedy naprosto jasné, že záchranáři patří mezi lidi, kteří žijí pod neustálým tlakem. Každý den nasazují své psychické a fyzické síly za záchranu lidského života., což je řadí mezi rizikovou skupinu pro vznik syndromu vyhoření.

1.7.2 Stresory v práci všeobecné sestry

Balogová uvádí nejčastější příčiny frustrace a stresu na pracovištích všeobecných sester.

Významným stresorem může být pro všeobecné sestry materiální a technické vybavení. Technika v žádném případě nemůže nahradit práci sestry, slouží však jako její pomocník. Sestra díky ní může rychle zareagovat na měnící se zdravotní stav

pacienta. Selhání techniky z důvodu opotřebením může mít negativní dopad na zdraví pacienta a vede k podráždění a zbytečnému zatížení personálu. Nevhodným se jeví i vybavovat oddělení nekompatibilní medicínskou technikou. Velice důležité je rovněž zabezpečit oddělení dostatkem kvalitního jednorázového materiálu (1).

Další příčinou frustrace a stresu na pracovišti jsou interpersonální vztahy. Povolání zdravotní sestry je profesí, kterou vykonávají převážně ženy. Ženy mají určité povahové rysy: jsou emotivnější, mají sklon drammatizovat situaci, hůře snášejí kritiku a berou ji osobně, dlouho se zaobírají výčitkami i řešení konfliktních situací trvá v ženském kolektivu déle. Zdrojem konfliktu může být i fakt, že na oddělení vedle sebe pracují sestry s různou délkou praxe. Mladší sestry jsou lépe připravené po stránce teoretické, sestry s delší praxí ovládají svou práci po praktické stránce, jsou zručnější, někdy jim však chybí objektivní hodnocení svojí práce. Zapomínají však na další vzdělávání, mají nedostatek vůle poznávat, hodnotit a motivovat mladší kolegyně. Na obou stranách tak dochází ke zbytečné kritice. Důležitý je samozřejmě i vztah lékař – sestra. Nejčastěji si sestry stěžují na jejich nerozhodnost, časté změny v léčebných postupech, nadřazený až arogantní přístup. Tyto skutečnosti nepramení z osobnosti lékaře, ale především z nejasných hranic jejich kompetencí. Ani sestry s vysokoškolským titulem nebývají lékařem považované za rovnocenného partnera (1).

Velkým zdrojem psychické zátěže je pro sestry neustálý kontakt s utrpením, bolestí či smrtí. Lékař je převážně v kontaktu s chorobou pacienta, sestra s pacientem samotným. Ve chvíli, kdy je jasné, že pacientovu již lékař pomoci neumí, zůstává sestra, která vnímá i malou úlevu umírajícího pacienta jako smysluplnou práci. S péčí o tyto pacienty jsou spojené i problémy s komunikací jak s nimi, tak s jejich příbuznými (1).

Významná je i neuropsychické zatížení sester, které vyplývá z náročnosti jejich práce a z emocionálního vypětí souvisejícího se zodpovědností za život a zdraví pacientů (1).

Při své práci se sestry často dostávají i do časového stresu. Při nahromadění časových stresů může docházet k poruchám soustředění, k snížení výkonnosti, zvyšování napětí, objevují se pocity úzkosti. Čas je stresorem zejména na odděleních

intenzivní péče nebo na odděleních s nedostatkem personálu. Sestra v takovém případě musí zvládnout péči o více pacientů a zvážit souslednost důležitých výkonů. Cílem je, aby byl výkon v co nejkratším čase zvládnut na vysoké odborné úrovni. Setra musí svou pozornost věnovat i ostatním pacientům, přičemž si uvědomuje, že jakákoliv chyba může způsobit zhoršení jejich stavu. Do časového stresu můžeme zařadit i práci na směny. Střídání směn má za následek narušení biorytmů. Nepříjemným důsledkem jsou poruchy spánku, které mohou vést až k spánkové deprivaci (1).

Přesto že práce sester vyžaduje rozsáhlé specializované vědomosti, dovednosti s potřebou celoživotního vzdělávání, úroveň jejich platů často nedosahuje ani průměrné mzdy. Práci na směny jsou ovlivněny i jejich rodinné a společenské vztahy. Nedostatečné finanční ohodnocení jim nedovoluje přiměřeně kvalitní regeneraci pracovních sil (1).

Dalším stresorem je chaotická organizace práce. Do této kategorie můžeme jako stresující faktory zařadit nesmyslnost požadavků, přenášení zodpovědnosti přesahující sesterské kompetence, autoritativní přístup nadřízených a nedostatečný individuální přístup k pracovníkovi. K chaotické organizaci práce přispívá i fakt, že sestra podléhá sesterskému managementu stejně jako lékaři (1).

Ošetřovatelství je přirozeně stresujícím povoláním zejména na odděleních akutní a intenzivní péče. Přestože většina sester bere své povolání jako poslání, není možné přehlížet dlouhodobě nepříznivý účinek jednotlivých stresorů, který může vést až k syndromu vyhoření (1).

1.8 Pracovní zátěž u učitelů

Každý učitel ovlivňuje svým postojem, chováním a jednáním své studenty a tím i celou společnost. Má obrovský vliv na formování mladé generace, proto je nutné, aby působil pozitivně ve smyslu společenských požadavků dané skupiny. Učitel by měl být vyrovnanou osobností s kladnými rysy jako je vytrvalost, trpělivost, tvořivost, schopnost zvládat zátěžové a stresové situace. Měl by být nervově odolný, stabilní, nadprůměrně inteligentní, morální a dobře odborně připravený. Je tedy jasné, že nároky

kladené na učitelskou profesi jsou vysoké. Vysoká pracovní zátěž je spojená s určitým ohrožením psychického i fyzického zdraví (48).

Podívejme se nyní na nejdůležitější školní činitele vyvolávající stres:

- žáci – roste počet žáků s problémovým chováním, s poruchami učení a chování, nespolupracujících žáků, kteří mají špatný postoj a motivaci ke školní práci, žáci utíkají ze školy, vyrušují, jsou bez kázně a stoupá jejich agresivita
- rodiče – stoupá agresivita rodičů vůči učitelům, nekritický přístup ke svým dětem, vyhrožování učitelům soudem atd.
- vedení – nepatří sem jen vedení školy, ale i ostatní nadřízené orgány (školský úřad, inspekce)
- kolegové – konflikty, neprofesionalita některých kolegů, nedostatek spolupráce, výskyt alkoholismu atd.
- pracovní prostředí – špatné materiální, technické a psychohygienické podmínky (stav budov, vybavení tříd, nedostatek financí na provoz školy, na vhodné pomůcky i na další vzdělávání)
- pracovní přetížení – termínovaná práce, nahromadění úkolů, časová tíseň, krátké přestávky, dozory o přestávkách a volných hodinách, nadbytečná administrativa
- neuspokojená potřeba seberealizace – ztráta iluzí, pocit nedocení práce učitele jak společností, tak vedením, úzké finanční ohodnocení (12).

Pro učitele mohou být zdrojem stresu i specifické vnitřní faktory. Jde zejména o konflikt rolí. Sloučit roli učitelky s rolí matky či manželky je velice náročné. Učitel sám je nucen plnit neslučitelné role. Jeho hlavní, emočně neutrální rolí je role informátora (předává žákům poznatky). Mimo ni plní i další role: přítele (emocionálně pozitivní role, získává důvěru dětí, aby mohl být rádcem), dozorce (negativně emocionální role, musí zajistit kázeň a pořádek, vyšetřovat přestupky, trestat). Dalším vnitřním faktorem konflikt mezi emoční a racionální složkou postoje zejména při hodnocení a klasifikaci žáka, při rozhovorech s rodiči a podobně. Významným faktorem je i permanentní svázanost s pracovní problematikou, učitel se často zabývá svou prací i ve svém volném čase (12).

Mezi hlavní stresory v práci učitele patří dle výzkumu Vašiny špatná motivace studentů, nedisciplinovanost, špatné pracovní podmínky, časový stres a konflikty s kolegy (16).

Zajímavý výzkum se zabýval rozdíly mezi učiteli a učitelkami zejména v motivaci k práci a hodnocení stresorů. Učitelky považují za největší stresory špatnou atmosféru ve třídě, nevládnutelné žáky, pracovní zatížení, pocit bezmoci ve výchově a nedocnění své práce. Učitelé hodnotí jako největší stresory malý plat, malou možnost postupu, nekonceptnost školství, nezájem některých žáků o vyučování a nedocnění své práce. Je zřejmé, že stres žen je spojen zejména s efektivitou jejich pedagogické práce a souvisí zejména s výchovnou činností. U mužů je stres spojen s prestiží učitelské profese a více než na výchovnou činnost je zaměřen na vyučovací proces (36).

Učitelská profese patří mezi ty, které na své vykonavatele kladou vysoké nároky a vystavuje je zvýšené zátěži. V jejich případě není důležitý jen dopad stresu na jejich zdraví, kondici, vztah k povolání nebo sociální vztahy. Učitel, který stresu podléhá, vytváří ve třídě nepříjemné psychosociální klima a přenáší své problémy na žáky (10).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zjistit jaké jsou projevy syndromu vyhoření u učitelské a zdravotnické profese.
2. Zjistit informovanost učitelů a zdravotníků o syndromu vyhoření a o možnostech jak mu čelit.
3. Navrhnout materiály, které by stručně a jasně informovaly o syndromu vyhoření a možnostech řešení tohoto problému.

2.2 Hypotézy

Projevy syndromu můžeme pozorovat jak v oblasti kognitivní a emocionální, tak také v oblasti tělesné a v oblasti sociálních vztahů. Každá z profesí má však své specifické požadavky a proto předpokládám, že se u nich projevují příznaky burnout syndromu ve zvýšené míře v určité oblasti. Na základě tohoto předpokladu jsem stanovila hypotézy.

H1: Projevy syndromu vyhoření se u zdravotnické a učitelské profese objevují v rozdílných oblastech.

H2: Pojem syndrom vyhoření zná jen 60% dotázaných, jak naznačily výsledky nepublikovaného pilotního výzkumu provedeného pro zmapování situace.

3. Metodika

3.1 Charakteristika sledovaných souborů

Pro svůj výzkum jsem si z důvodu dostupnosti zvolila zdravotníky a učitele z kraje Vysočina. Náhodným výběrem jsem získala školy a zdravotnické organizace, kde jsem výzkum po dohodě s představitelem organizace provedla. Z každé skupiny bylo osloveno 80 respondentů. Celkem bylo rozdáno 160 (100%) dotazníků, zpět se podařilo získat 142 (89%) dotazníků, z nichž byly 3 pro neúplnost vyřazeny a 139 (87%) řádně vyplněných dotazníků bylo použito pro výzkumné šetření. Získaná data ze škol a zdravotnických zařízení byla vzájemně porovnána.

3.1.1 Výzkumná skupina zdravotníků

Tuto výzkumnou skupinu tvoří všeobecné sestry a lékaři pracující na standardních či ambulantních odděleních v Nemocnici Pelhřimov a dále všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři pracující v Záchrané službě kraje Vysočina na výjezdové stanici RZP Pacov a na oblastním středisku RLP Pelhřimov.

S ústním souhlasem hlavní sestry, manažerky kvality Nemocnice Pelhřimov a se souhlasem hlavní sestry záchrané služby v Pacově a Pelhřimově, bylo osloveno 80 všeobecných sester, lékařů a zdravotnických záchranářů všech věkových kategorií, kterým byl předán dotazník. K výzkumnému šetření se podařilo získat 68 řádně vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků je 85%.

3.1.2 Výzkumná skupina učitelů

Tato výzkumná skupina je tvořena učiteli základních a středních škol v Pelhřimově. Pro účely výzkumu byly kontaktováni zástupci dvou základních škol

(ZŠ Na Pražské, ZŠ Komenského) a dvou středních škol (Gymnázia Pelhřimov a Gymnázia Pacov). Po ústní domluvě a s jejich souhlasem bylo osloveno celkem 80 respondentů v různých věkových kategoriích. Pro výzkumné šetření bylo získáno 71 řádně vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků činí 89%.

3.2 Metodika a technika sběru dat

Při tvorbě teoretické části mé bakalářské práce jsem použila metodu sekundární analýzy dokumentů. Snažila jsem se o srozumitelné shrnutí poznatků z oblasti stresu a syndromu vyhoření.

Má práce má formu kvantitativního výzkumu, jehož cílem je zjistit, jaké jsou příznaky syndromu vyhoření u výzkumného souboru učitelů a zdravotníků a zda se v některých rovinách liší. Dále jsem se zabývala také informovaností učitelů a zdravotníků o syndromu vyhoření

Pro zjištění těchto údajů jsem použila anonymní dotazník. Dotazníková metoda je způsob šetření, při kterém jsou potřebné informace od respondentů získávány písemně prostřednictvím otázek na předtištěném formuláři. Tato metoda je při sběru dat velice rozšířenou a populární technikou (2).

Použitý dotazník v první části zjišťuje identifikační údaje respondentů, které slouží k dalšímu třídění. Respondenti v této části uváděli pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní zařazení a délku praxe formou zaškrťování vhodné odpovědi. V kategoriích věk a délka praxe bylo uvedeno několik možností formou intervalů několika let. Jde o uzavřené otázky, které nabízejí soubor možných variant odpovědí, ze kterých respondent vybírá jednu vhodnou.

Další část dotazníku zjišťuje informovanost učitelů a zdravotníků o syndromu vyhoření. Tato část obsahuje celkem 6 otázek, 1 uzavřenou dichotomickou, 2 filtrační a 3 otevřené volné otázky. Cílem těchto otázek bylo zjistit, zda respondenti znají pojem syndrom vyhoření, jakým způsobem ho interpretují, jaké znají příznaky a prevenci a zda se cítí být vyhořením ohrožení.

Třetí částí je dotazník manželů Tošnerových zvaný jako Inventář projevů syndromu vyhoření (viz příloha 1). Tento dotazník zjišťuje projevy syndromu vyhoření

ve 4 rovinách: kognitivní (rozumové, poznávací), emocionální, fyzické a sociální. Dotazník obsahuje celkem 24 otázek, ke každé rovině se jich vztahuje 6. Na každou otázku odpovídá jedinec pomocí škály, jak často uvedené problémy pociťuje : vždy - 4, často - 3, někdy - 2, zřídka - 1, nikdy - 0 .

Součtem bodů všech čtyř rovin se získá celková míra náchylnosti jedince ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0. Tošnerovi uvádějí, že se nejedná o hodnotící test, ale pouze o orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není vše v pořádku. Vysoké hodnoty celkového součtu bodů ještě nemusí svědčit o syndromu vyhoření. Spíše mohou být podnětem k dalšímu pátrání po životním stylu, po vašich stylech chování a vypořádávání se s problémy. Vysoké hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin napovídají, která složka osobnosti je ohrožena a jedinec by se jí tedy měl více věnovat (viz příloha 2).

Dalším cílem mé práce bylo vytvoření materiálů, které by stručně a jasně informovaly o syndromu vyhoření a možnostech řešení tohoto problému. Pro získání informací, které by v letáčku měly být jsem použila metodu sekundární analýzy dokumentů. Po vytvoření jsem ho předložila dvěma učitelům a dvěma zdravotníkům k hodnocení. V této části výzkumu jsem použila metodu volného rozhovoru.

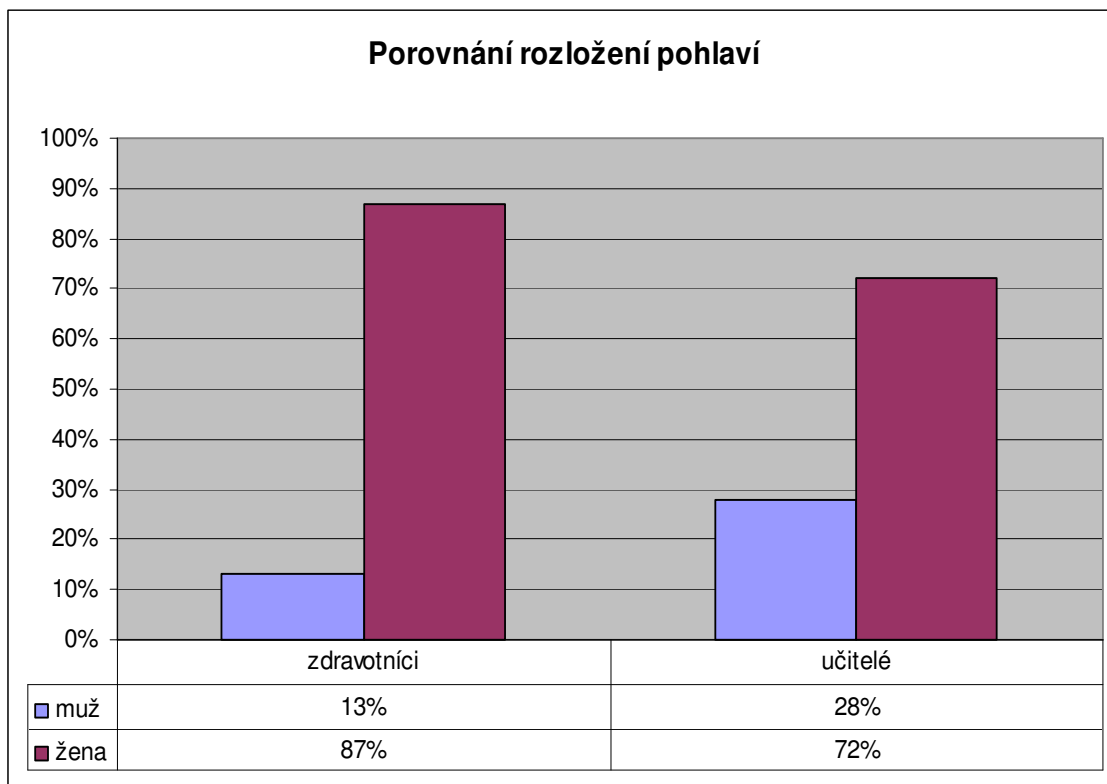
4. Výsledky

4.1. Zpracování identifikačních údajů

V první části dotazníku odpovídali respondenti na otázky, které se zjišťovaly osobní údaje týkající se pohlaví, věku, vzdělání, pracovního zařazení a délky praxe.

4.1.1 Pohlaví

Graf 1 Porovnání rozložení pohlaví u zdravotníků a učitelů

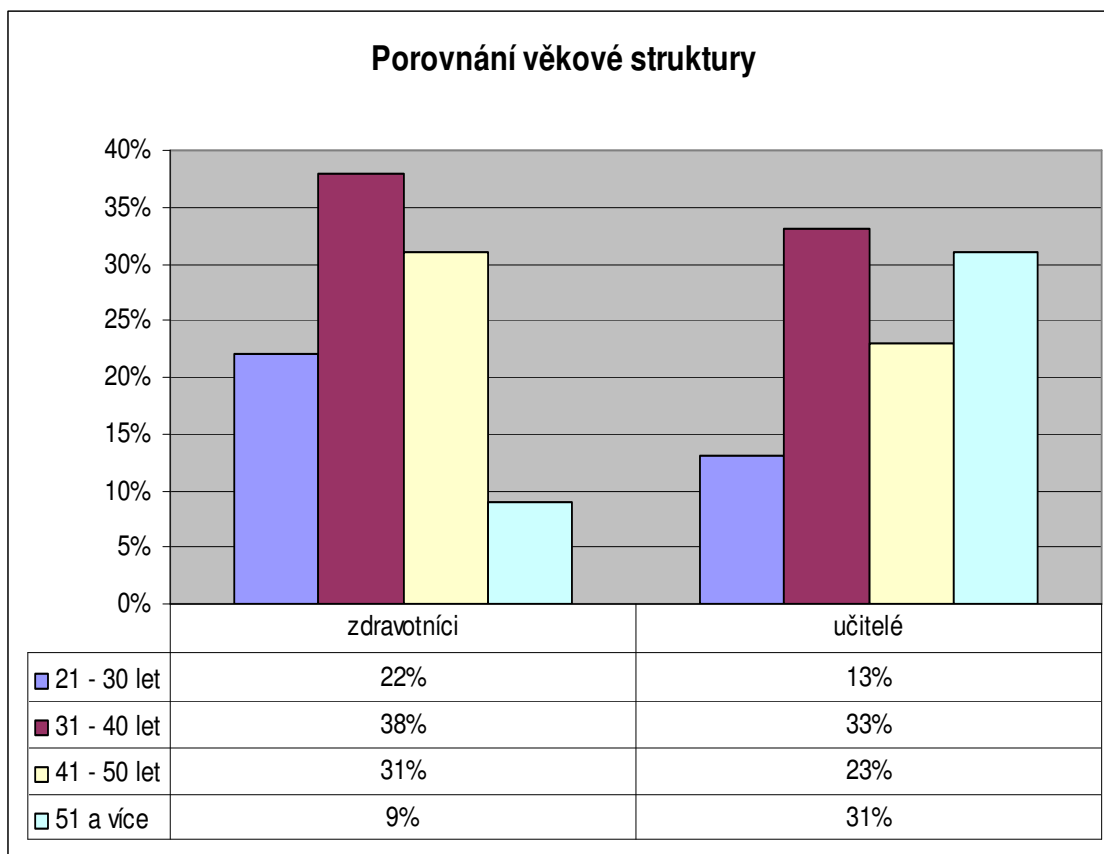


Výzkumný soubor zdravotníků tvoří 68 (100%) respondentů lékařů, všeobecných sester nebo zdravotnických záchranářů. Tento soubor je tvořen 13% (9) mužů a 87 % (59) žen.

Soubor učitelů čítá na 71 (100%) respondentů. Ve 28% (20) jde o muže, zbývajících 72% (51) tvoří ženy.

4.1.2 Věk

Graf 2 Porovnání věkové struktury u zdravotníků a učitelů

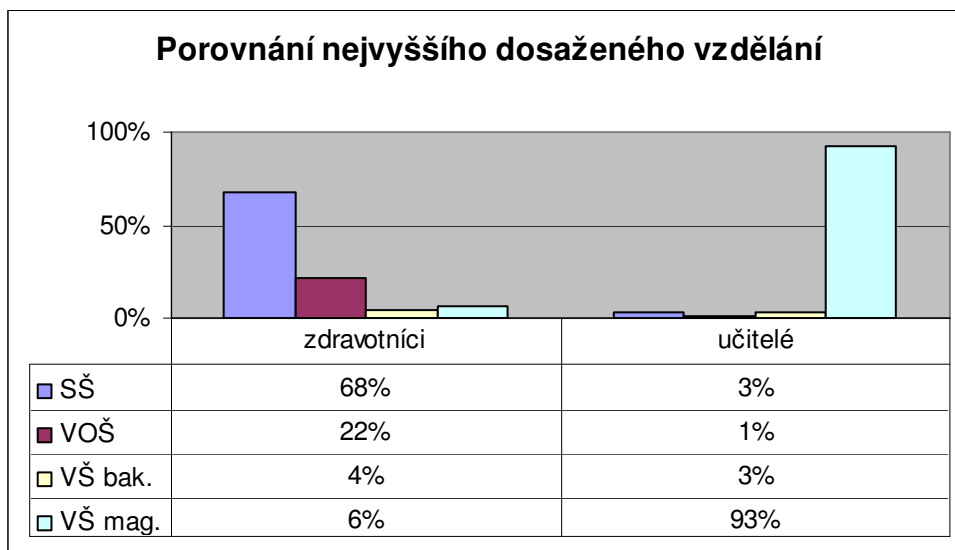


Z celkového počtu 68 (100%) zdravotníků uvádí 22% (15) věk mezi 21–30 lety, 38% (26) patří do věkové kategorie 31–40 let, věkovou kategorii 41–50 let uvedlo 31% (21) zdravotníků a 9% (6) zdravotníků má věk nad 51 let.

Ve výzkumném souboru učitelů je 13% (9) ve věkovém rozmezí 21-30 let, 33% (24) patří do věkové kategorie 31-40 let, 23% (16) uvedlo věk mezi 41-50 lety a 31% (22) je starších 51 let.

4.1.3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf 3 Porovnání nejvyššího dosaženého vzdělání u zdravotníků a učitelů

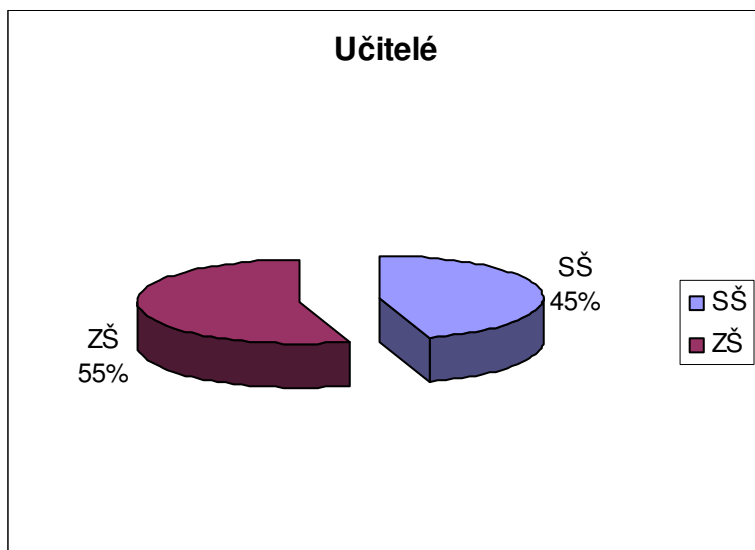


Ve výzkumném souboru zdravotníků má nejvíce respondentů, což je 68% (46) středoškolské vzdělání, 22% (15) zdravotníků dokončilo vyšší odbornou školu, 10% (7) získalo vysokoškolský titul, z toho 4% (3) dokončilo bakalářské studium a 6% (4) magisterské studium.

Ve výzkumném souboru učitelů má nejvíce respondentů, což je 93% (66) vysokoškolské vzdělání magisterského typu, pouze 3% (2) dokončilo bakalářské studium, 1% (1) vystudovalo vyšší odbornou školu a zbývající 3% (2) mají středoškolské vzdělání.

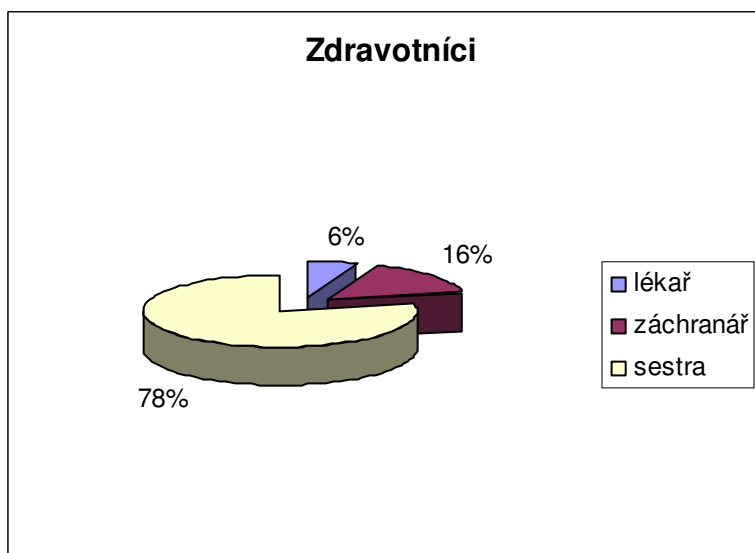
4.1.4 Pracovní zařazení

Graf 4 Pracovní zařazení učitelů



Z celkového počtu 71 (100%) respondentů výzkumného souboru učitelů pracuje 55% (39) na základní škole a 45% (32) jsou středoškolští učitelé.

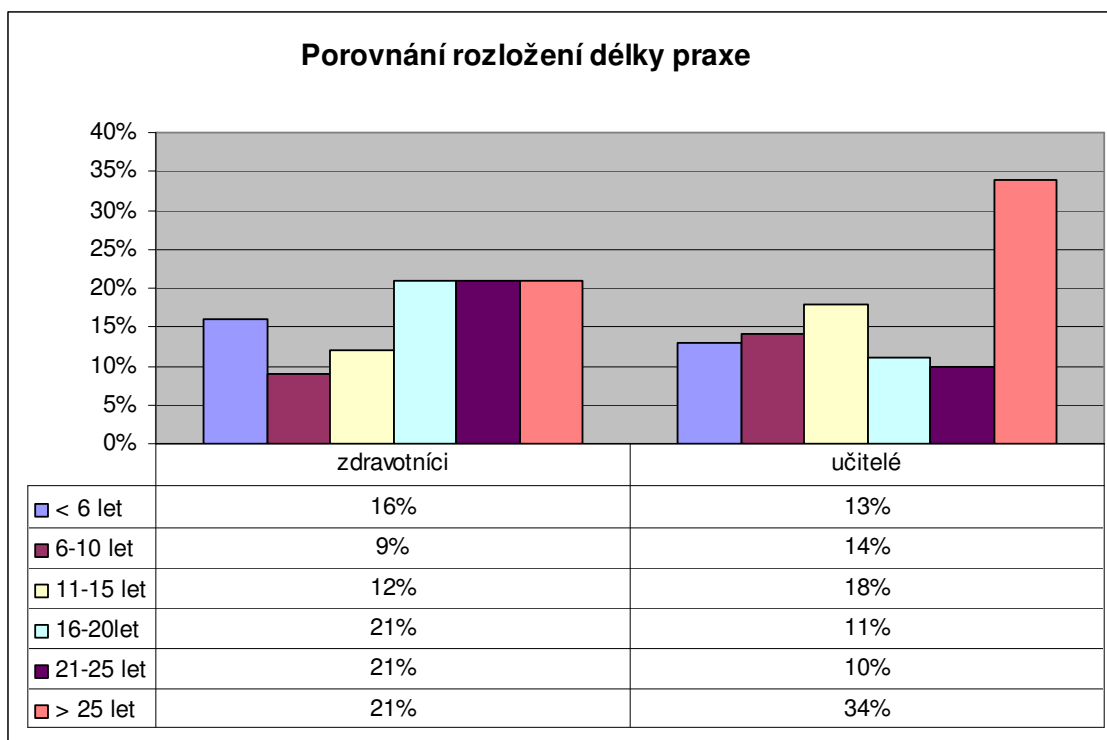
Graf 5 Pracovní zařazení zdravotníků



Ve výzkumném souboru zdravotníků pracuje nejvíce respondentů, což je 78% (53) na pozici všeobecné sestry, 16% (11) souboru tvoří zdravotničtí záchranáři a 6% (4) jsou lékaři.

4.1.5 Délka praxe

Graf 6 Porovnání rozložení délky praxe u zdravotníků a učitelů



Výzkumná skupina zdravotníků je složena z lékařů, všeobecných sester a zdravotnických záchranářů, z nich 16% (11) pracuje méně než 6 let, 9% (6) má praxi dlouhou 6-10 let, 11-15 let praxe má 12% (8) respondentů, 21% (14) zdravotníků tohoto souboru se nachází ve svém zaměstnání 21-25 let, stejné množství má praxi 16-20 let a 21% (14) pracuje v oblasti zdravotnictví déle než 25 let.

Výzkumná skupina učitelů má poněkud odlišné rozložení délky praxe. Praxi kratší než 6 let má 13% (9) učitelů, 14% (10) pracuje 6-10let, 18% (13) učitelů tohoto souboru se nachází ve svém zaměstnání 11-15 let, praxi dlouhou 16-20 let uvedlo 11% (8) učitelů, 10% (7) pracuje v oblasti zdravotnictví 21-25 let. Nejvíce učitelů, což je 34% (24), má praxi delší než 25 let.

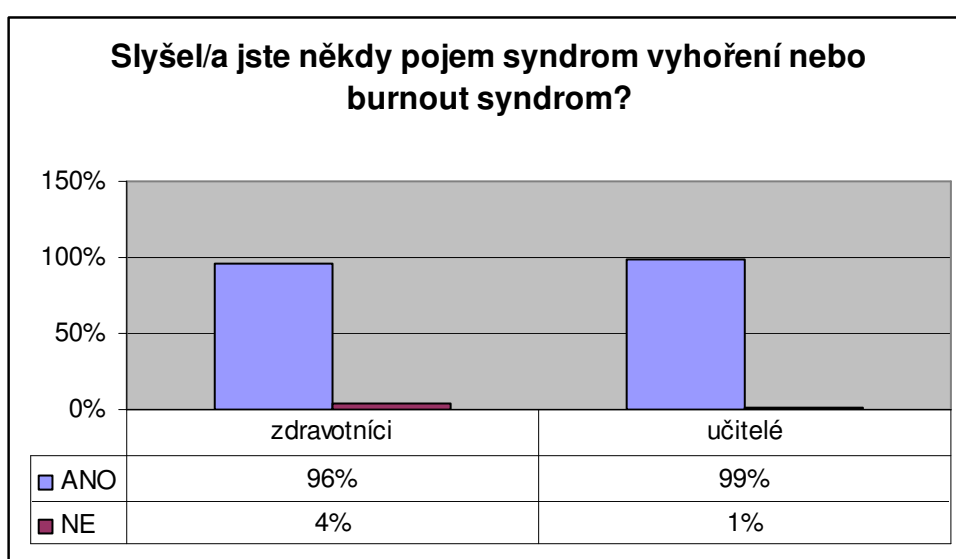
4.2 Výsledky informovanosti o syndromu vyhoření

Ve druhé části dotazníku odpovídali respondenti na 6 otázek, zda znají pojem syndrom vyhoření, jakým způsobem ho interpretují, jaké znají příznaky a prevenci a zda se cítí vyhořením ohrožení.

4.2.1 Porovnání informovanosti zdravotníků a učitelů

Otázka č. 1: Slyšel/a jste někdy pojem syndrom vyhoření nebo burnout syndrom?

Graf 7 Porovnání znalosti pojmu syndrom vyhoření u zdravotníků a učitelů



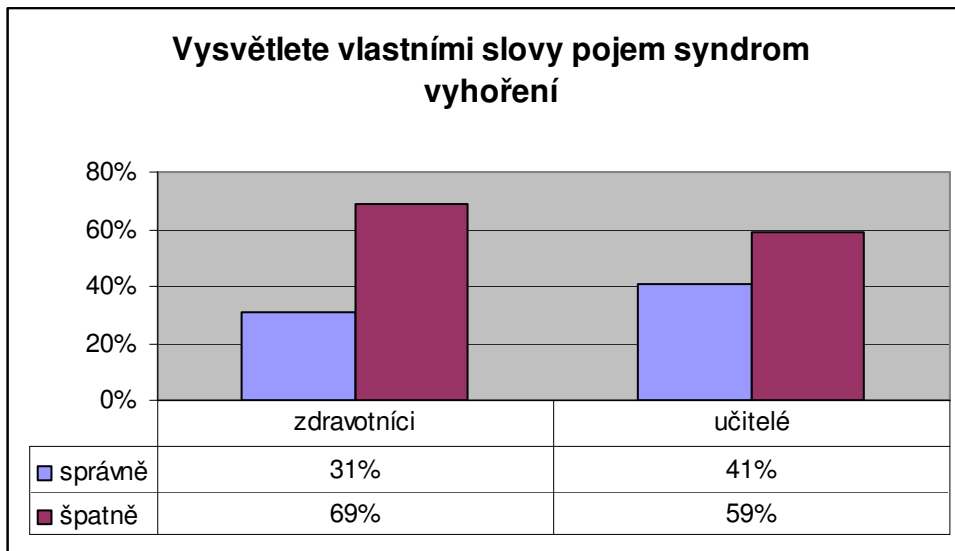
Z celkového počtu 68 (100%) zdravotníků 96% (65) uvádí, že již někdy pojem syndrom vyhoření slyšela, zbývajících 4% (3) přiznala neznalost pojmu syndrom vyhoření nebo burnout syndrom.

Z výzkumného souboru učitelů, který čítá 71 respondentů, uvedlo 99% (70), že pojem syndrom vyhoření zná, zbýající 1% (1) učitelů přiznává, že o syndromu vyhoření neslyšeli.

Otázka č. 2: Vysvětlete vlastními slovy pojem syndrom vyhoření

Na tuto otázku odpovídali pouze ti z učitelů a zdravotníků, kteří v předchozí odpovědi uvedli, že pojem syndrom vyhoření již někdy slyšeli. Odpovědi na tuto otázku byly velice různorodé. Na základě informací z dostupné literatury, jsem odpovědi rozdělila do dvou kategorií: správné, špatné.

Graf 8 Porovnání vysvětlení pojmu syndrom vyhoření u zdravotníků a učitelů



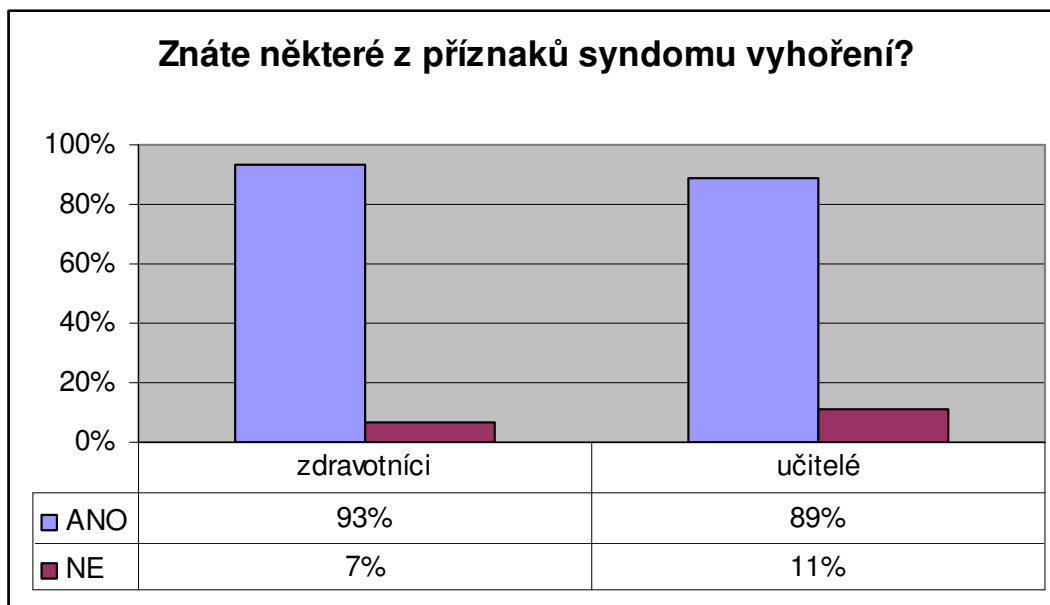
Z tohoto grafu vyplývá, že z celkového počtu 65 (100%) zdravotníků, kteří na tuto otázku odpovídali, jich 31% (20) správně uvedlo obsah pojmu syndrom vyhoření, zbývajících 69% (45) pojem syndrom vyhoření nevysvětlilo správně, nebo dostatečně.

Na tuto otázku odpovídalo 70 (100%) učitelů. 41% (29) z nich uvedlo definici pojmu správně, 59% (41) pojem burnout vysvětlilo nesprávně.

Otázka č. 3: Znáte některé z příznaků syndromu vyhoření?

Na tuto otázku odpovídali opět všichni učitelé a zdravotníci z výzkumného souboru. jde o filtrační otázku, kde respondenti vybírali, ze dvou možností.

Graf 9 Porovnání znalosti příznaků syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů



Na tuto otázku opět odpovídal celý výzkumný soubor zdravotníků, tedy 68 všeobecných sester, zdravotnických záchranářů a lékařů. 96% (63) z nich uvedlo, že některé příznaky syndromu vyhoření zná, 7% (5) zdravotníků přiznalo neznalost příznaků.

Z celého výzkumného souboru učitelů, který čítá 71 respondentů (100%), uvedlo 89% (63) učitelů ZŠ a SŠ znalost některých příznaků syndromu vyhoření. 11% učitelů žádné příznaky syndromu vyhoření nezná.

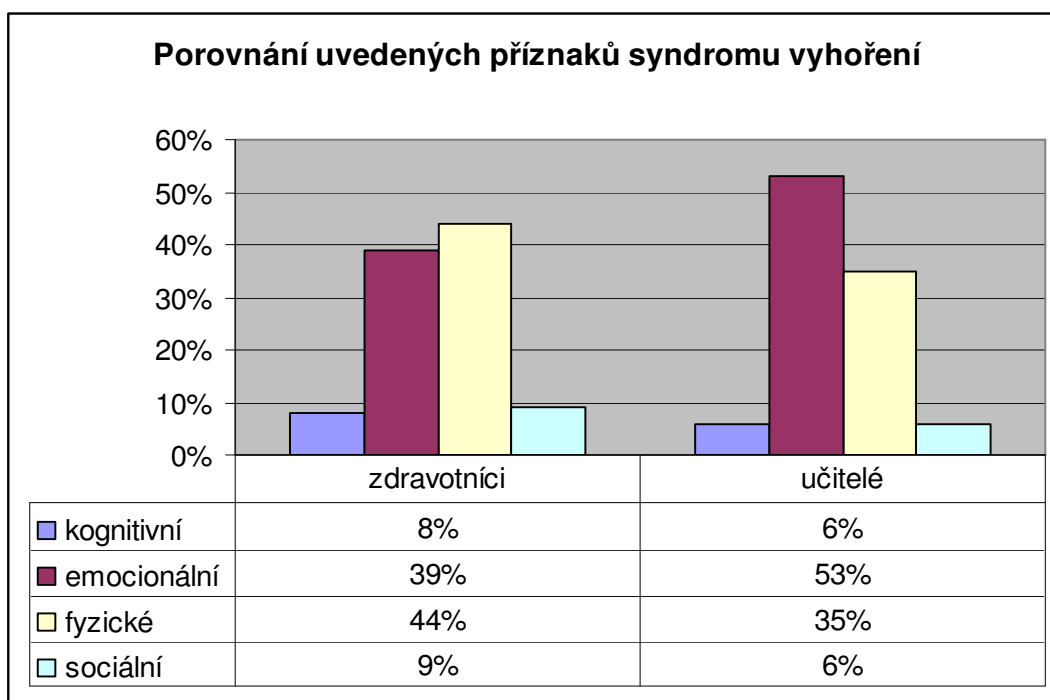
Otázka č. 4: Uveďte některé příznaky syndromu vyhoření.

Tato otázka byla určena pouze pro zdravotníky a učitele, kteří v předchozí otázce odpověděli, že některé příznaky syndromu vyhoření znají. Uvedené symptomy jsem rozdělila do čtyř kategorií. Použila jsem rozdělení příznaků syndromu vyhoření podle manželů Tošnerových na:

- kognitivní
- emocionální
- fyzické
- sociální

Získané odpovědi jsem procentuálně vyhodnotila.

Graf 10 Porovnání uvedených příznaků syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů



Na tuto otázku odpovídalo 63 zdravotníků. Z celkového množství příznaků, které zdravotníci uvedli, bylo 44% příznaků fyzických, 39% příznaků emocionálních, 9% příznaků bylo zařazeno do roviny sociální a nejméně uvedených příznaků 8% patří do roviny kognitivní.

Z celkového množství příznaků, které uvedli učitelé, bylo 53% zařazeno mezi příznaky emocionální, 35% fyzické, 6% příznaků bylo sociálních a 6% kognitivních.

Tab. 1 Nejčastěji uváděné příznaky patřící do kognitivní roviny

	zdravotníci	učitelé
1.	nesoustředěnost	nesoustředěnost
2.	nechuť ke vzdělávání	obtížné rozhodování
3.	nechuť k práci	nechuť k práci

Kognitivní příznaky byly u zdravotníků zmíněny v 8%, u učitelů v 6% všech uvedených příznaků vyhoření. Obě dvě skupiny uvádějí nejčastěji nesoustředěnost, nebo poruchy pozornosti, druhý nejčastější příznak uváděný zdravotníky je nechuť k dalšímu vzdělávání, u výzkumného souboru učitelů obtížné rozhodování. Jako třetí nejčastější příznaky uvádějí obě výzkumné skupiny shodně nechuť k vykonávání své práce. Žádné další příznaky, které by do této roviny mohly být zařazeny, se ani v jedné skupině neobjevily.

Tab. 2 Nejčastěji uváděné příznaky patřící do fyzické roviny

	zdravotníci	učitelé
1.	fyzické vyčerpání	únava
2.	poruchy spánku	bolesti hlavy
3.	bolesti hlavy	poruchy spánku

Oba výzkumné soubory uvádějí fyzické příznaky velice často, zdravotníci ve 44% a učitelé v 35%. Zdravotníci uvádějí nejčastěji fyzické vyčerpání, poté poruchy spánku a třetí nejčastější příznak fyzické roviny jsou bolesti hlavy. Méně často byly uváděny zažívací potíže a nechutenství.

Učitelé nejčastěji uvádějí únavu, bolesti hlavy a poté poruchy spánku. Další fyzické příznaky učitelé neuvedli.

Tab. 3 Nejčastěji uváděné příznaky patřící do emocionální roviny

	zdravotníci	učitelé
1.	podrážděnost	apatie
2.	apatie	úzkost
3.	sklíčenost	podrážděnost

Zdravotníci uvedli emocionální příznaky v 39% . Mezi nejčastěji jmenované příznaky patří podrážděnost, apatie a sklíčenost. Méně často se objevují příznaky jako vnitřní napětí, deprese, agresivita.

U výzkumného souboru učitelů byly emocionální příznaky uvedeny v 53%. Nejčastěji uváděné emocionální symptomy jsou apatie, úzkost a podrážděnost. V menší míře se objevují další příznaky jako sklíčenost, bezmocnost, náladovost, nejistota a bezmocnost.

Tab. 4 Nejčastěji uváděné příznaky patřící do sociální roviny

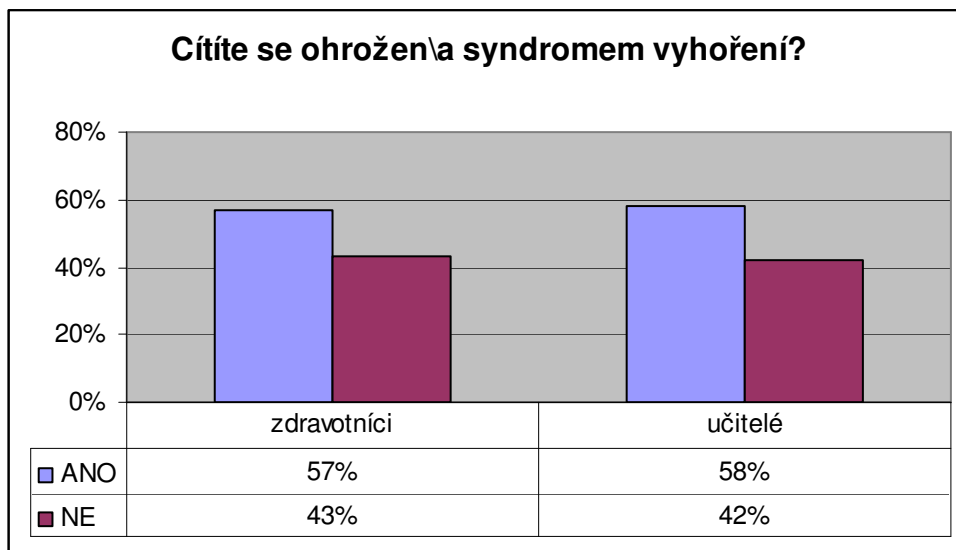
	zdravotníci	učitelé
1.	neochota	problémy ve vztazích
2.	ztráta empatie	vyhýbání se kontaktům
3.	mechanické úkony	////////////////////////////////////

Oba dva výzkumné soubory uváděli sociální příznaky v menší míře. U zdravotníků byly uvedeny v 9%. Nejčastěji je uváděna neochota spolupracovat s klienty i s kolegy, ztráta empatie a zredukování práce na mechanické úkony.

U výzkumného souboru učitelů se sociální příznaky objevují v 6%. Nejčastěji uvádějí problémy ve vztazích, zejména v rodinných a vyhýbání se kontaktům. Ani jedna ze skupin další příznaky sociální roviny neuvedla.

Otázka č. 5: Cítíte se ohrožen/a syndromem vyhoření?

Graf 11 Porovnání ohrožení syndromem vyhoření u zdravotníků a učitelů.



Z celkového počtu 68 (100%) zdravotníků 57% (39) se cítí být syndromem vyhoření ohroženo, 43% (29) ohrožení vyhořením nepocítí uje.

Ze 71 (100%) učitelů 58% uvádí ohrožení burnout syndromem, zbývajících 42% není dle vlastního názoru vyhořením ohroženo.

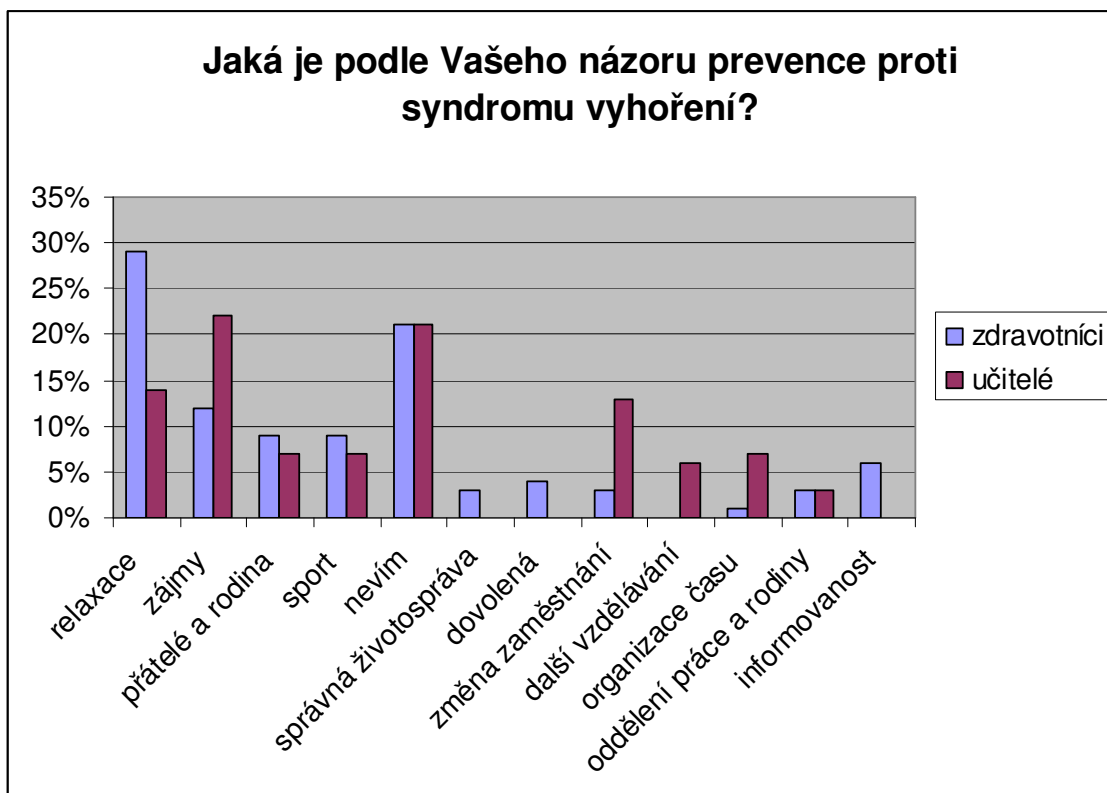
Otázka č. 6: Jaká je podle Vašeho názoru prevence proti syndromu vyhoření?

Odpovědi na tuto otázku jsem zpracovala formou tabulky, která ukazuje nejčastěji uváděné způsoby prevence u zdravotníků i učitelů.

Tab. 5 Nejčastěji uváděné způsoby prevence u zdravotníků a učitelů

	zdravotníci	učitelé
1.	relaxace	zájmy
2.	nevím	nevím
3.	přátelé a rodina	relaxace
	zájmy	////////////////////////////////////
4.	sport	změna zaměstnání
5.	informovanost	sport
	////////////////////////////////////	rodina a přátelé
	////////////////////////////////////	organizace času

Graf 12 Porovnání uvedených způsobů prevence u zdravotníků a učitelů



Zdravotníci nejčastěji uvádějí různé formy relaxace a odpočinek (29%), zájmy (12%), trávení času s rodinou a přáteli (9%), různé sportovní aktivity (9%). Někteří zdravotníci přiznali, že prevenci syndromu vyhoření neznají (21%), což byla druhá nejčastější odpověď. Jako pátá nejčastěji uváděná prevence bylo vyhodnoceno dostatek informací o tomto problému (6%). Méně často jsou uváděny: správná životospráva (3%), změna zaměstnání (3%), oddělení práce a rodinného života (3%), dobrá organizace času (1%) a dovolená (4%).

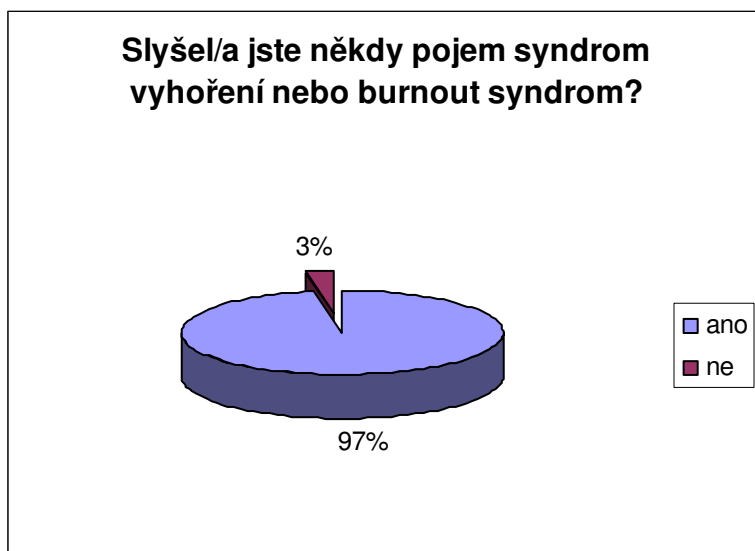
Učitelé nejčastěji uvádějí zájmové aktivity (22%), relaxaci (14%), změnu zaměstnání (13%), sport (7%), trávení času s rodinou a přáteli (7%) a organizaci času (7%). Velice často učitelé uvádějí, že prevenci syndromu vyhoření neznají (21%), stejně jako u zdravotníků je to druhá nejčastější odpověď. Mezi další uváděné prevence patří další vzdělávání (6%), oddělení práce a soukromého života (3%).

4.2.2 Celková informovanost

V této části jsem se rozhodla zpracovat výsledky informovanosti všech respondentů, kteří řádně vyplnili dotazník.

Otázka č. 1: Slyšel/a jste někdy pojem syndrom vyhoření nebo burnout syndrom?

Graf 12 Znalost pojmu syndrom vyhoření

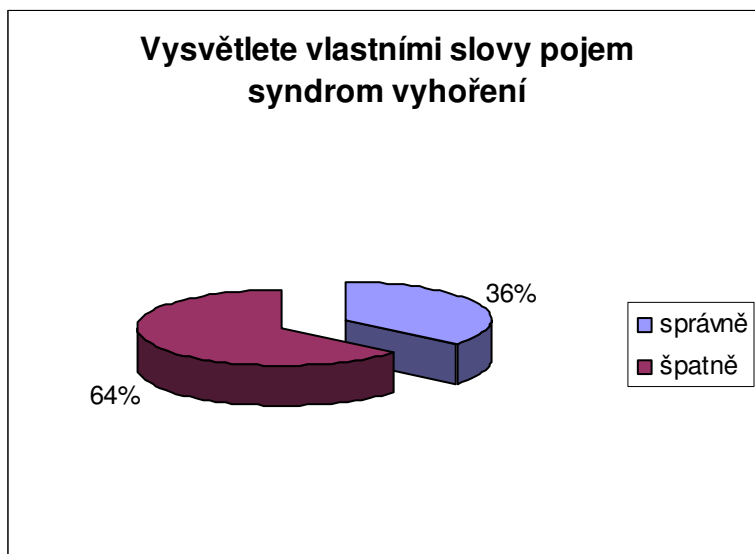


Pouze 3% (4) z dotázaných zdravotníků a učitelů uvádí, že pojem syndrom vyhoření nikdy neslyšela. Zbývajících 97% (135) všech respondentů uvádí, že pojem syndrom vyhoření zná.

Otázka č. 2: Vysvětlete vlastními slovy pojem syndrom vyhoření

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí odpovědi uvedli, že pojem syndrom vyhoření již někdy slyšeli. Odpovědi na tuto otázku byly velice různorodé. Na základě informací z dostupné literatury, jsem odpovědi rozdělila do dvou kategorií: správné, špatné.

Graf 13 Vysvětlení pojmu syndrom vyhoření



Z celkového počtu 135 respondentů (100%), kteří v předchozí odpovědi uvedli, že pojem syndrom vyhoření znají, znalo správnou definici pouze 36% (49), zbývajících 64% (86) nevysvětlilo pojem syndrom vyhoření správně.

Otázka č. 3: Znáte některé z příznaků syndromu vyhoření?

Na tuto otázku odpovídali opět všichni respondenti. Tato uzavřená, filtrační otázka má dichotomický charakter. Respondenti vybírali, ze dvou možných odpovědí: ANO, NE.

Graf 14 Znalost příznaků syndromu vyhoření



Z celkového počtu 139 respondentů (100%) uvedlo 91% (126) učitelů a zdravotníků, že některé příznaky syndromu vyhoření zná, 9% (13) přiznalo neznalost příznaků syndromu vyhoření.

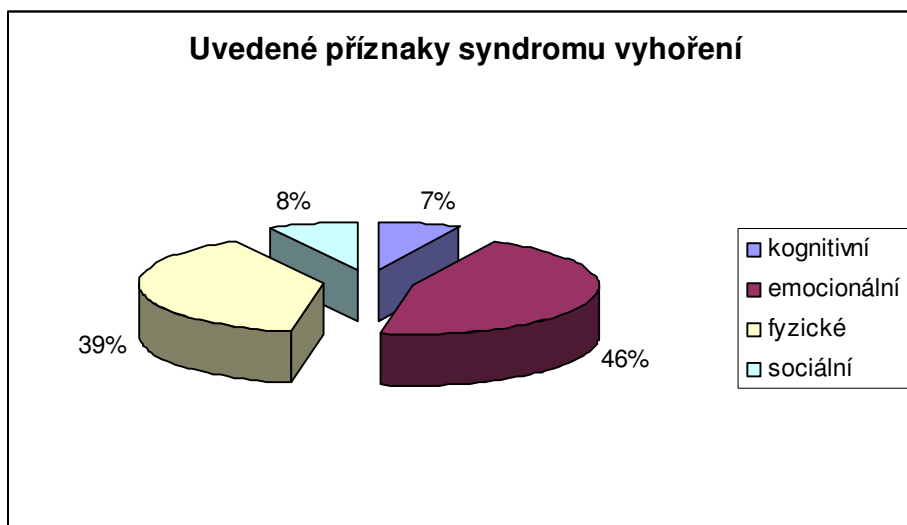
Otázka č. 4: Uveďte některé příznaky syndromu vyhoření.

Tato otázka byla určena pouze pro respondenty, kteří v předchozí otázce odpověděli, že příznaky syndromu vyhoření znají. Uvedené symptomy jsem rozdělila do čtyř kategorií. Použila jsem rozdělení příznaků syndromu vyhoření podle manželů Tošnerových na:

- kognitivní
- emocionální
- fyzické
- sociální

Získané odpovědi jsem procentuálně vyhodnotila.

Graf 15 Porovnání uvedených příznaků syndromu vyhoření

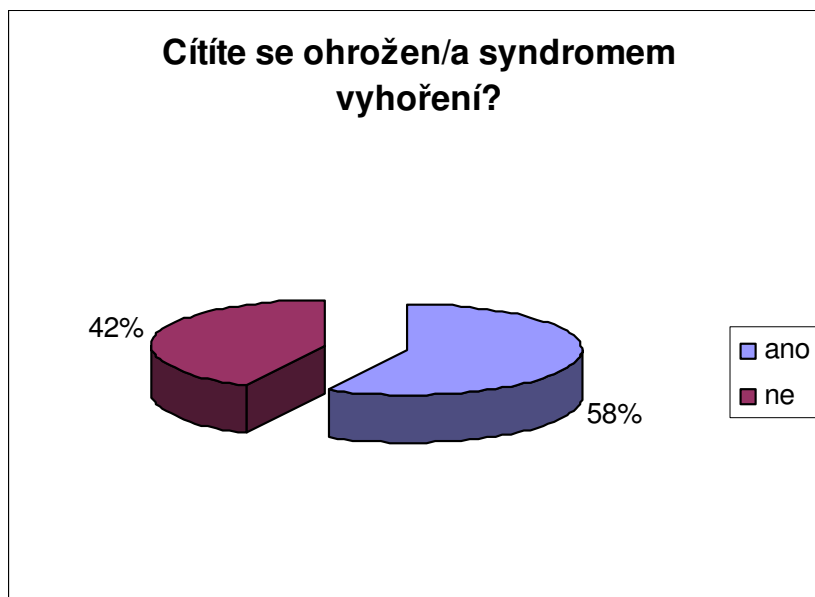


Na tuto otázku odpovídalo 127 (100%) respondentů. Z celkového množství uvedených příznaků bylo 46% zařazeno do roviny emocionální, 39% uvedených symptomů bylo zařazeno do roviny fyzické, 8% příznaků bylo z roviny sociální a nejméně, což je 7% patří do roviny kognitivní.

Otázka č. 5: Cítíte se ohrožen/a syndromem vyhoření?

Tato otázka byla opět určena pro všechny respondenty (139).

Graf 16 Ohrožení syndromem vyhoření



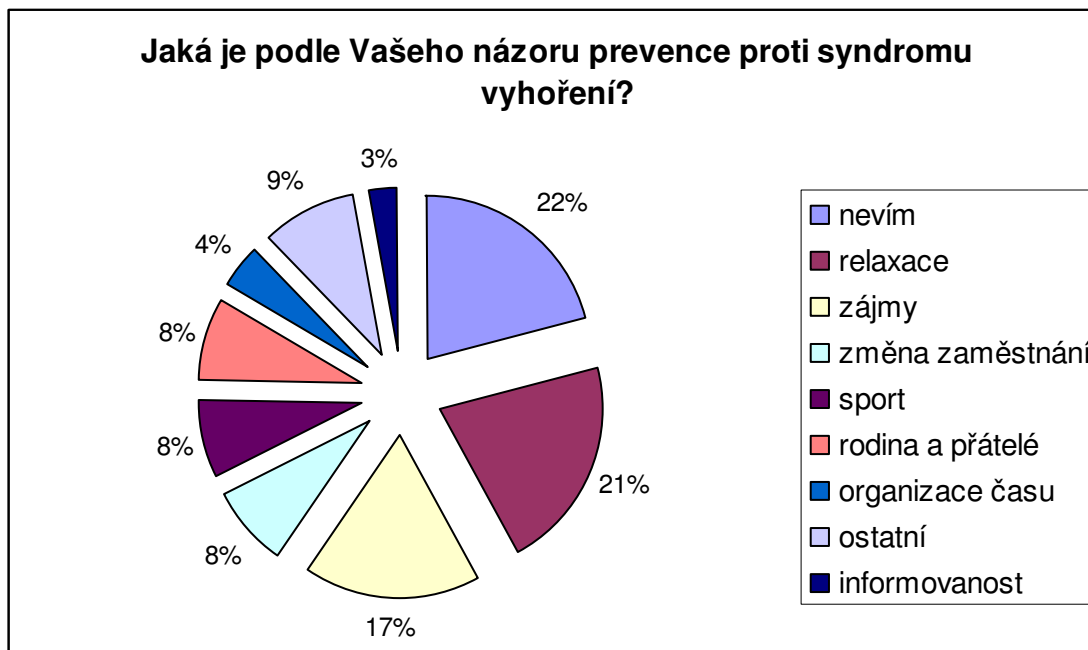
Na základě této otázky bylo zjištěno, že 58% (80) respondentů, cítí ohrožení syndromem vyhoření, zbývajících 42% (59) uvádí, že je syndrom vyhoření neohrožuje.

Otázka č.6: Jaká je podle Vašeho názoru prevence proti syndromu vyhoření?

Tab.6 Nejčastěji uváděné způsoby prevence

1.	nevím
	relaxace
2.	zájmy
3.	změna zaměstnání
	sport
	rodina a přátelé
4.	organizace času

Graf 17 Prevence proti syndromu vyhoření



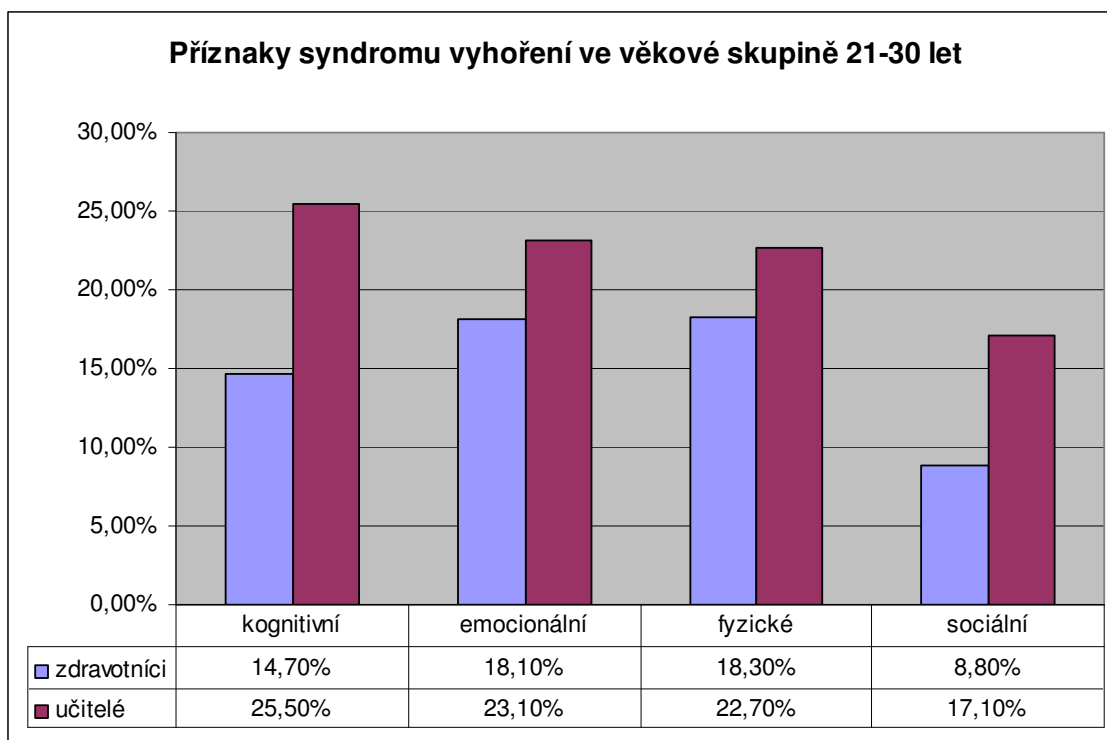
Jako prevence proti syndromu vyhoření byla respondenty nejčastěji zmiňována relaxace (21%). Stejně často zdravotníci i učitelé uváděli neznalost prevence (22%). Mezi další časté odpovědi patří zájmové aktivity (17%), poté změna zaměstnání (8%), sport (8%), rodina a přátelé (8%). Čtvrtá nejčastější je odpověď je organizování času (4%). Mezi méně často zmíněné způsoby prevence (v grafu označeny jako ostatní) patří další vzdělávání, oddělení práce a soukromého života, správná životospráva a dovolená (10%). Samostatně jsem oddělila položku informovanost o syndromu vyhoření, která se objevuje ve 3% případech.

4.3 Výsledky Inventáře projevů syndromu vyhoření

V této části uvádím výsledky dotazníků manželů Tošnerových, který zjišťuje příznaky syndromu vyhoření ve čtyřech rovinách: kognitivní, emocionální, fyzické a sociální. V každé rovině mohl respondent získat maximálně 24 bodů. Míru celkového vyhoření jsem získala součtem bodů ve všech čtyřech rovinách. Maximální možný počet bodů získaný součtem rovin je 96. Výzkumné skupiny jsem vzájemně porovnávala dle věku, délky praxe a celkově.

4.3.1 Výsledky inventáře projevů syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů dle věku

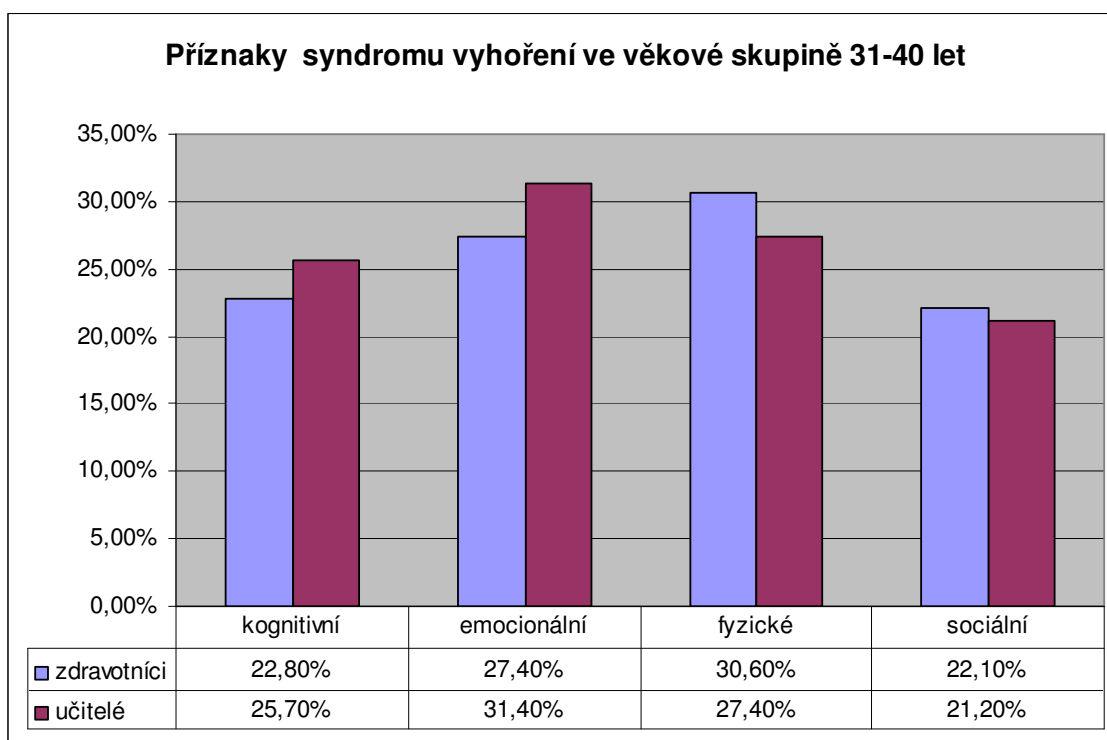
Graf 18 Příznaky syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů ve věkové skupině 21–30 let



100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. Ve výzkumné skupině zdravotníků dosáhly největšího počtu procent, což je 18,3% příznaky fyzické, 18,1% příznaky emocionální, 14,7% získaly příznaky kognitivního charakteru, příznaky v sociální rovině dosáhly 8,8% ze všech možných bodů.

Ve výzkumné skupině učitelů dosáhly největšího počtu procent, což je 25,5%, příznaky kognitivní roviny, 23,1% dosahují příznaky emocionální, 22,7% mají příznaky fyzické roviny a příznaky v sociální rovině dosáhly 17,1% z celkového počtu bodů.

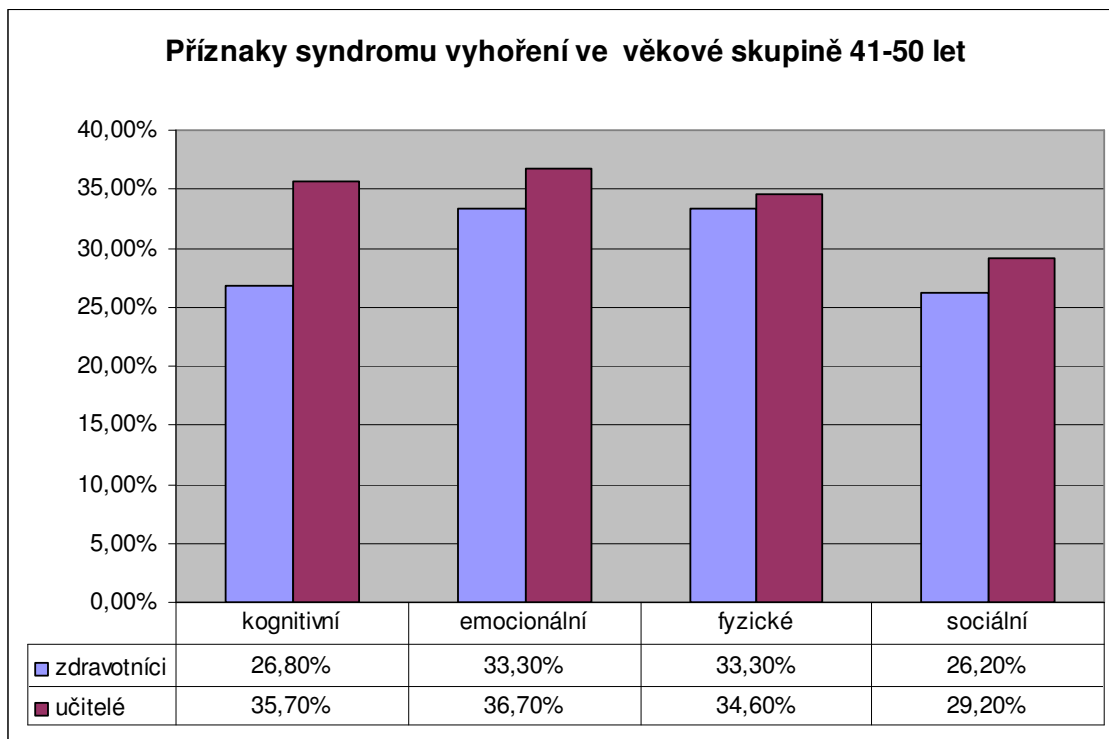
Graf 19 Příznaky syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů ve věkové skupině 31-40 let



100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. Ve výzkumné skupině zdravotníků dosáhly fyzické příznaky 30,6%, příznaky emocionální roviny 27,4%, kognitivní příznaky získaly 22,8% a příznaky sociální roviny 22,1% z celkového počtu bodů.

Ve výzkumné skupině učitelů dosáhly emocionální příznaky 31,4%, příznaky fyzické roviny 27,4%, kognitivní příznaky získaly 25,7% a příznaky sociální roviny 21,2% z celkového počtu bodů.

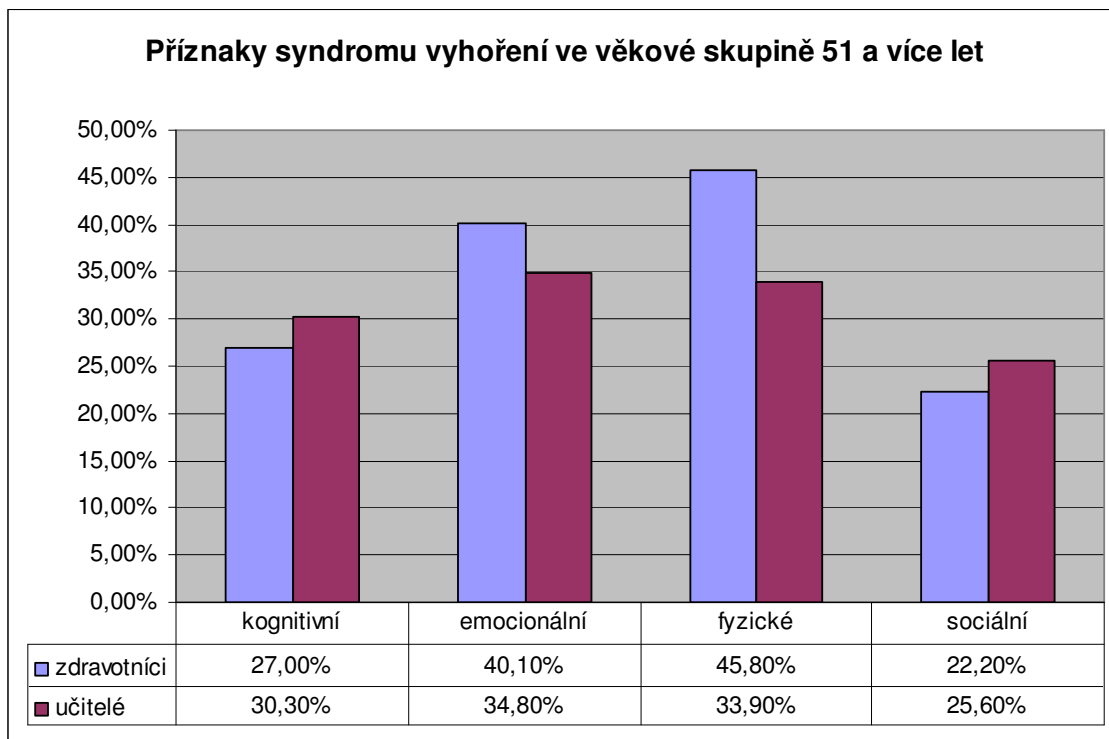
Graf 20 Příznaky syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů ve věkové skupině 41-50 let



100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. U zdravotníků dosáhly emocionální i fyzické příznaky 33,3% z možných bodů. Příznaky kognitivní roviny získaly 26,8% a sociální příznaky 26,2% z celkového počtu bodů.

U učitelů dosáhly emocionální příznaky 36,7% z celkového počtu bodů. Kognitivní příznaky získaly 35,7%, fyzické 34,6% a sociální 29,2% z celkového počtu bodů.

Graf 21 Příznaky syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů ve věkové skupině 51 a více let

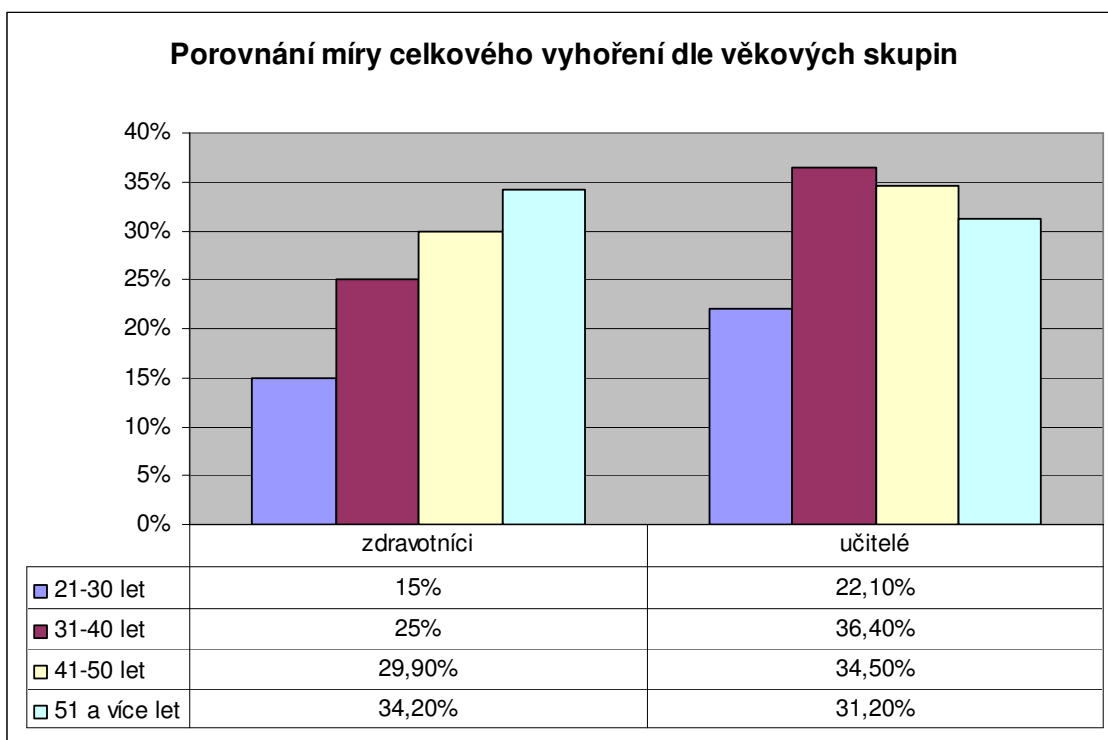


100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. U výzkumné skupiny zdravotníků získaly 45,8% z celkového počtu bodů příznaky z roviny fyzické. Emocionální příznaky mají 40,1%, kognitivní 27% a sociální příznaky 22,2% ze všech možných bodů.

U učitelů získaly 34,8% z celkového počtu bodů příznaky emocionální, 33,9% příznaky fyzické, 30,3% dosáhly příznaky kognitivní roviny a 25,6% příznaky sociální.

Graf 22 Porovnání míry celkového vyhoření u zdravotníků a učitelů podle věkových skupin

Míra celkového vyhoření byla získána součtem bodů získaných ve čtyřech rovinách příznaků (kognitivní, emocionální, fyzické, sociální). Maximální možný počet bodů získaný součtem těchto rovin je 96 (100%).

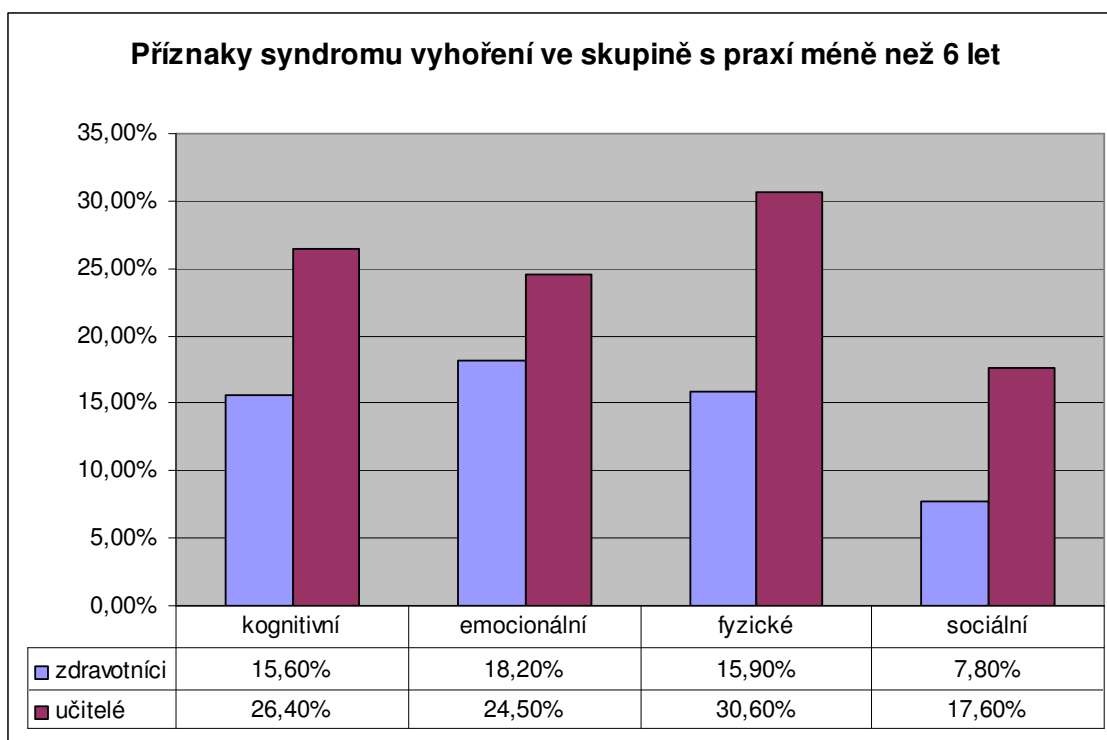


Míra celkového vyčerpání u zdravotníků je ve věkové skupině 21-30 let 15%, ve věkové skupině 31-40 let dosáhli zdravotníci 25% z celkového počtu bodů. U respondentů z řad zdravotníků ve věkové skupině 41-50 let je celková míra vyhoření 29,9%. 34,2% z celkového počtu bodů získali zdravotníci ve věkové skupině 51 a více let.

Míra celkového vyčerpání u učitelů je ve věkové skupině 21-30 let je 22,1%, ve věkové skupině 31-40 let dosáhli respondenti z řad učitelů 36,4% z celkového počtu bodů. U respondentů ve věkové skupině 41-50 let je celková míra vyhoření 34,5%. 31,2% z celkového počtu bodů získali učitelé ve věkové skupině 51 a více let.

4.3.2 Výsledky inventáře projevů syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů dle délky praxe

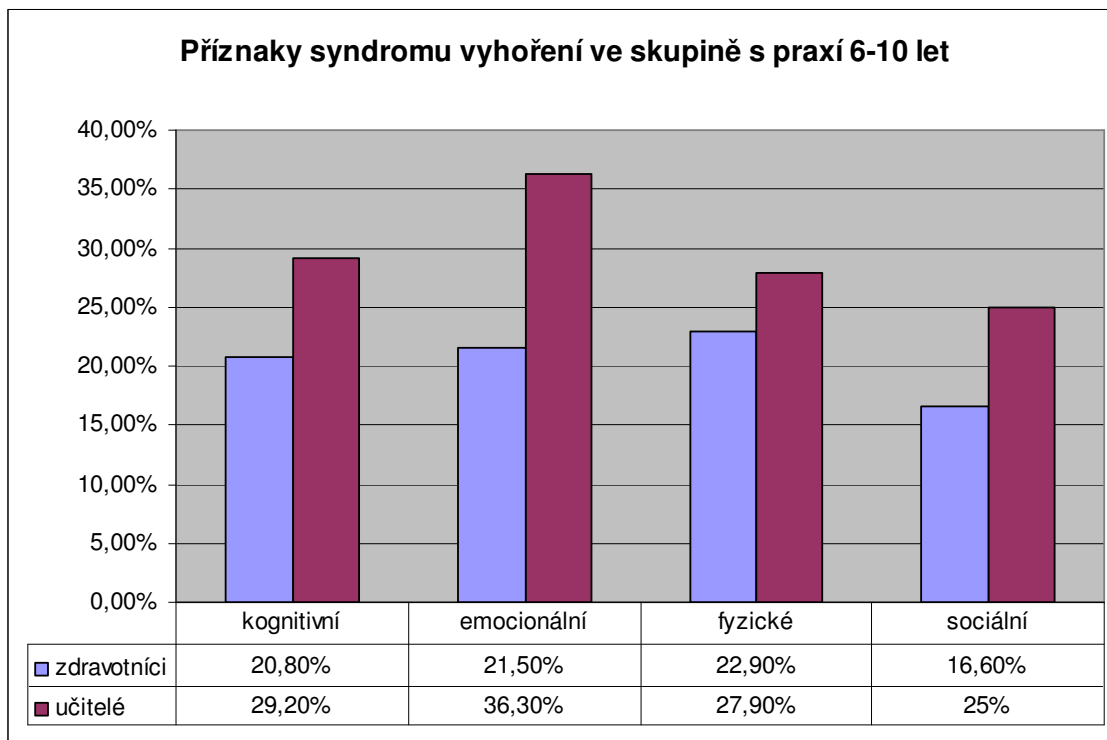
Graf 23 Porovnání příznaků syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů s praxí menší než 6 let



100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. U výzkumné skupiny zdravotníků s praxí kratší než 6 let získaly emocionální příznaky 18,2% bodů, fyzické příznaky 15,9% bodů, 15,6% dosáhly příznaky roviny kognitivní a příznaky roviny sociální získaly 7,8% z celkového počtu bodů.

U výzkumné skupiny učitelů s praxí kratší než 6 let dosáhly fyzické příznaky 30,6% z celkového počtu bodů, příznaky kognitivní roviny získaly 26,4% bodů, emocionální příznaky 24,5% a příznaky roviny sociální dosáhly 17,6% z celkového počtu bodů.

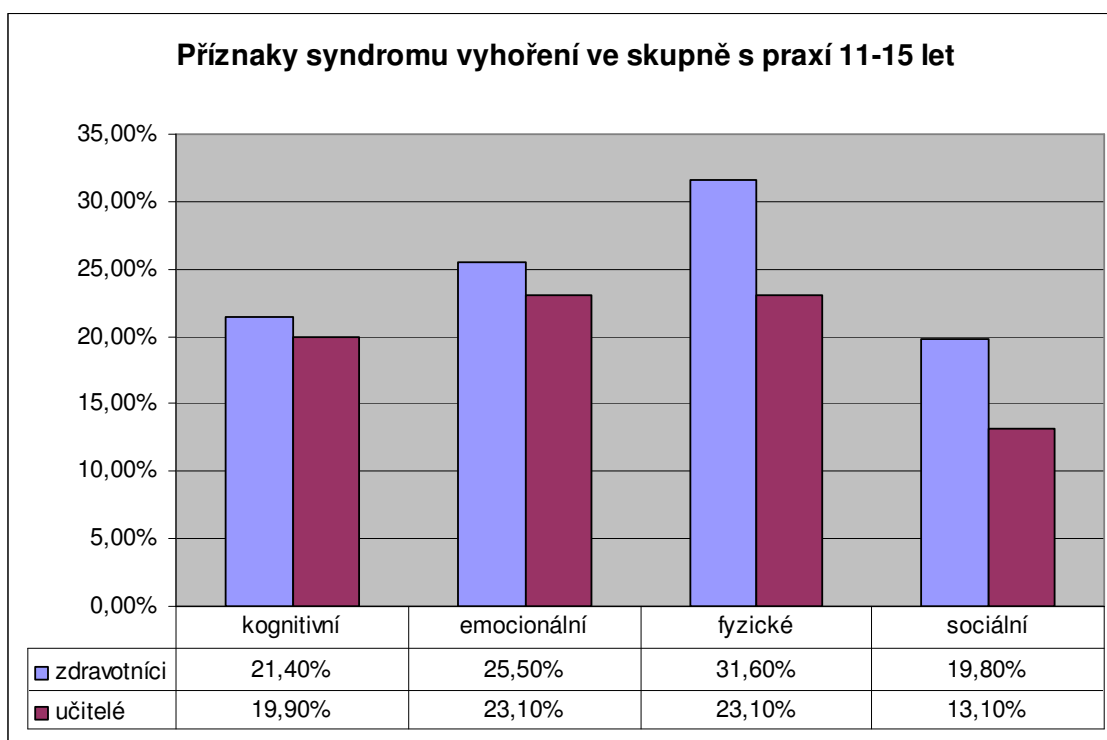
Graf 24 Porovnání příznaků syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů s praxí 6-10 let



100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. U výzkumné skupiny zdravotníků s praxí 6-10 let získaly fyzické příznaky 22,9% bodů, emocionální příznaky 21,5% bodů, 20,8% dosáhly příznaky roviny kognitivní a příznaky roviny sociální získaly 16,6%% z celkového počtu bodů.

U výzkumné skupiny učitelů s praxí 6-10 let dosáhly emocionální příznaky 36,3% z celkového počtu bodů, příznaky kognitivní roviny získaly 29,2% bodů, fyzické příznaky 27,9% a příznaky roviny sociální dosáhly 25% z celkového počtu bodů.

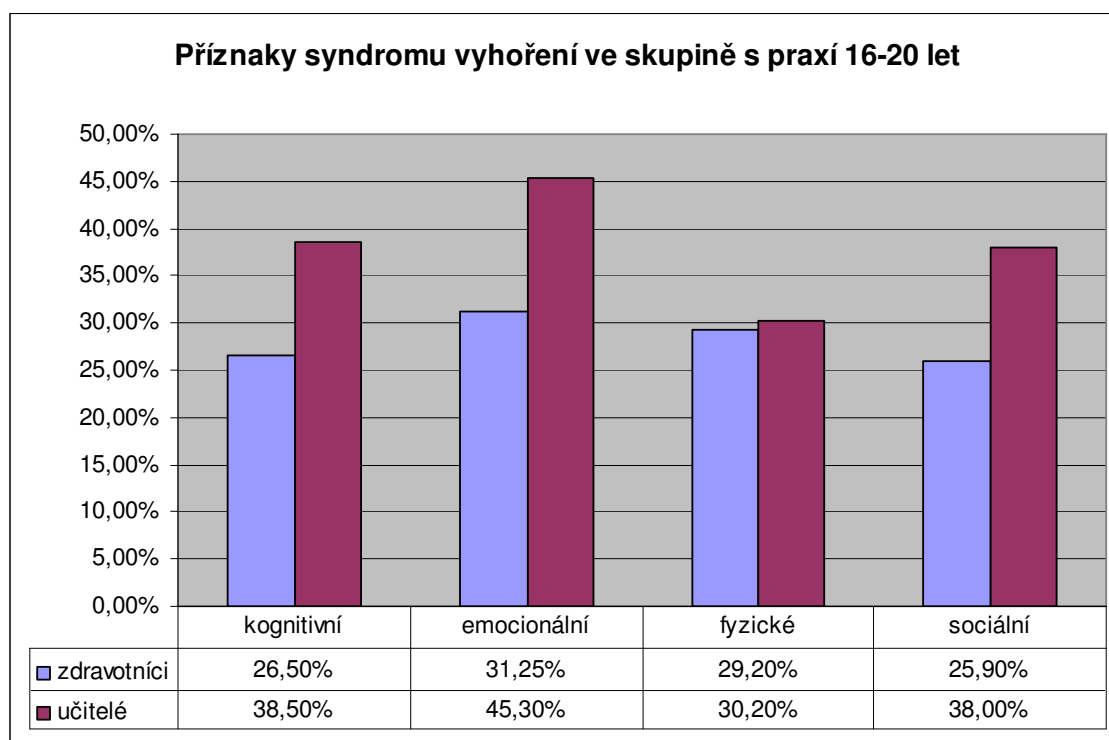
Graf 25 Porovnání příznaků syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů s praxí 11-15 let



100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. U zdravotníků s praxí 11-15 let získaly 31,1% z možných bodů příznaky fyzické, 25,5% z celkového počtu bodů příznaky emocionální. Příznaky kognitivní roviny dosáhly 21,4% bodů a sociální příznaky 19,8% z celkového počtu bodů.

U učitelů s praxí 11-15 let získaly 23,1% z možných bodů jak příznaky fyzické, tak příznaky emocionální. Příznaky kognitivní roviny dosáhly 19,9% bodů a sociální příznaky 13,1% bodů z celkového počtu.

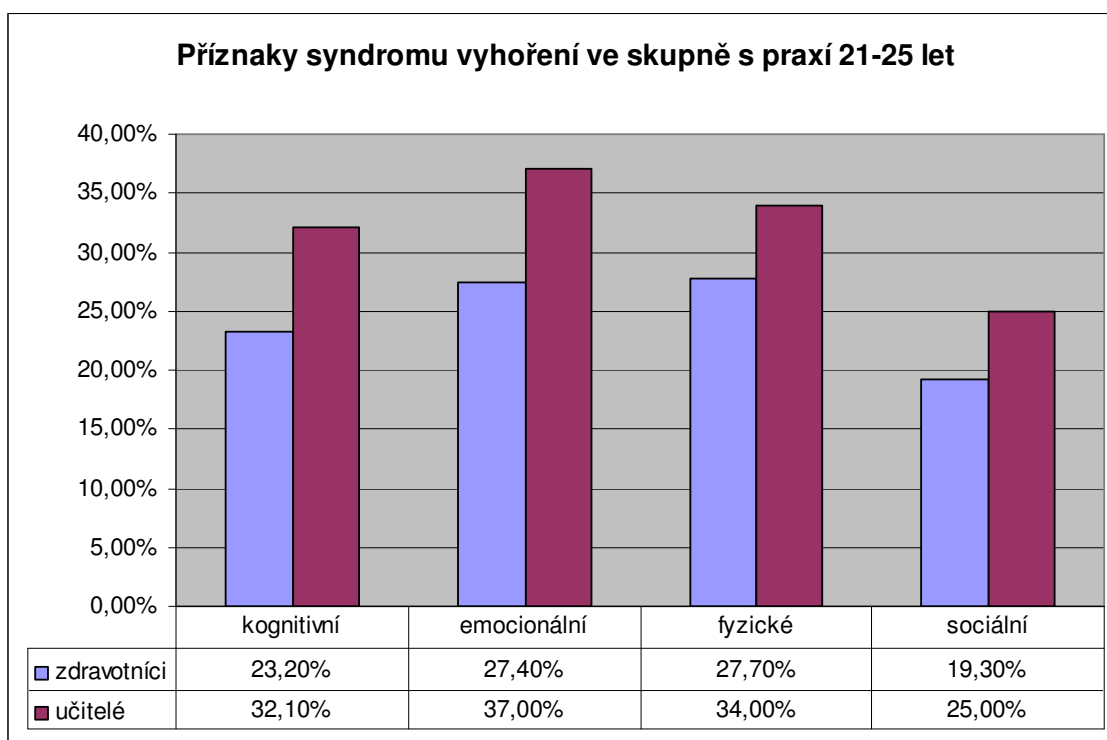
Graf 26 Porovnání příznaků syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů s praxí 16-20 let



100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. U zdravotníků s praxí 16-20 let získaly 31,25% z možných bodů příznaky emocionální, 29,2% z celkového počtu bodů příznaky fyzické. Příznaky kognitivní roviny dosáhly 26,5% bodů a sociální příznaky 25,9% z celkového počtu bodů.

U učitelů s praxí 16-20 let získaly 45,3% z možných bodů příznaky emocionální, 38,5% z celkového počtu bodů dosáhly kognitivní příznaky. Příznaky sociální roviny dosáhly 38,8% bodů a fyzické příznaky 30,2% bodů z celkového počtu.

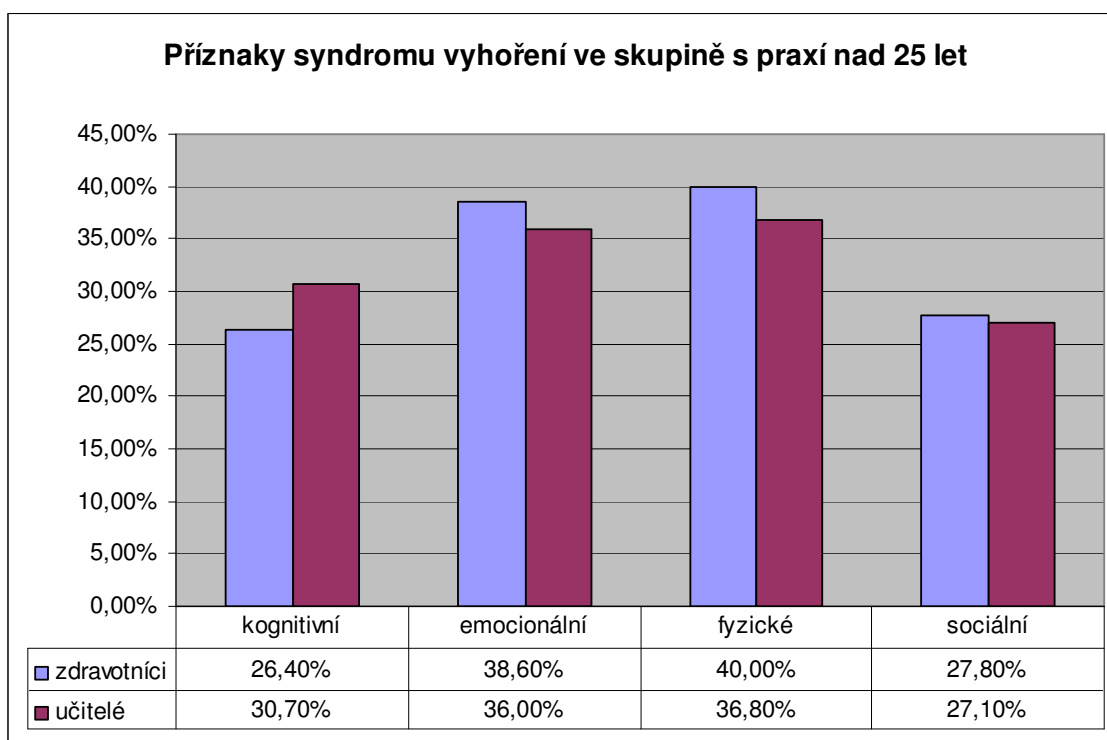
Graf 27 Porovnání příznaků syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů s praxí 21-25 let



100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. U výzkumné skupiny zdravotníků s praxí 21-25 let získaly fyzické příznaky 27,7% bodů, emocionální příznaky 27,4% bodů, 23,2% dosáhly příznaky roviny kognitivní a příznaky roviny sociální získaly 19,3% z celkového počtu bodů.

U výzkumné skupiny učitelů s praxí 21-25 let dosáhly emocionální příznaky 37% z celkového počtu bodů, příznaky fyzické roviny získaly 34% bodů, kognitivní příznaky 32,1% a příznaky roviny sociální dosáhly 25% z celkového počtu bodů.

Graf 28 porovnání příznaků syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů s praxí nad 25 let

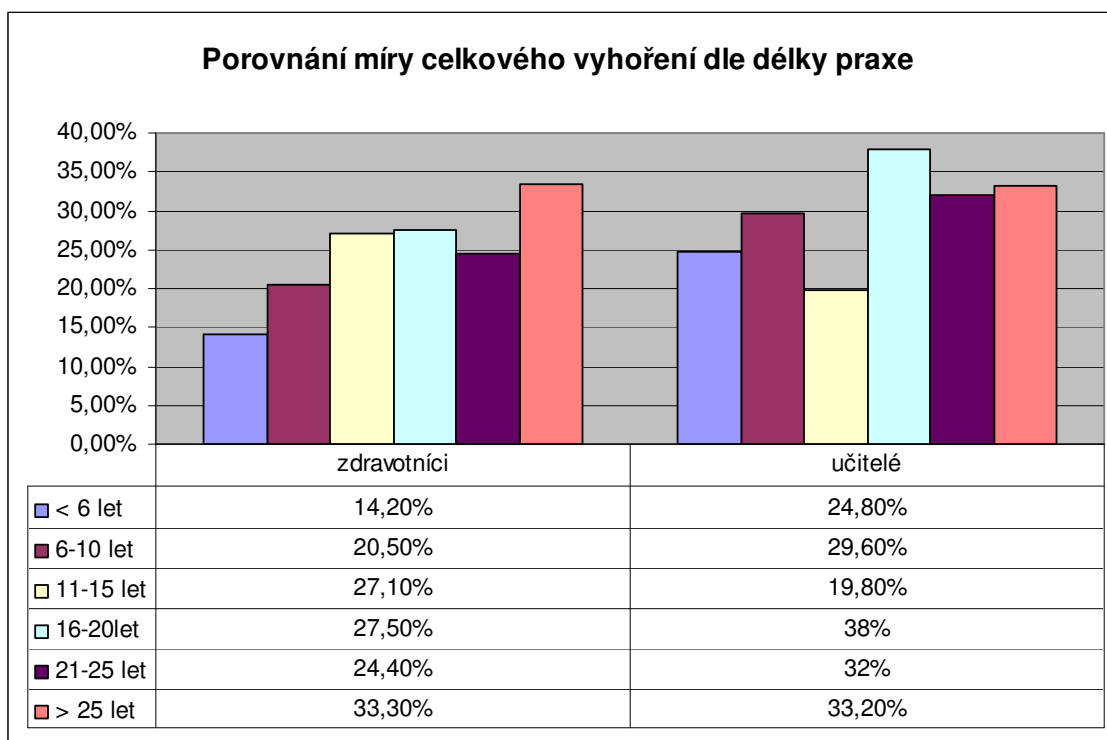


100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. U zdravotníků s praxí nad 25 let získaly 40% z možných bodů příznaky fyzické, 38,6% z celkového počtu bodů příznaky emocionální, příznaky sociální roviny dosáhly 27,8% bodů a kognitivní příznaky 26,4% z celkového počtu bodů.

U učitelů s praxí více než 25 let získaly 36,8% z možných bodů příznaky fyzické, 36% z celkového počtu bodů dosáhly emocionální příznaky. Příznaky kognitivní roviny dosáhly 30,7% bodů a sociální příznaky 27,1% bodů z celkového počtu.

Graf 29 Porovnání míry celkového vyhoření u zdravotníků a učitelů dle délky praxe

Míra celkového vyhoření byla získána součtem bodů získaných ve čtyřech rovinách příznaků (kognitivní, emocionální, fyzické, sociální). Maximální možný počet bodů získaný jedním respondentem součtem rovin je 96 (100%).

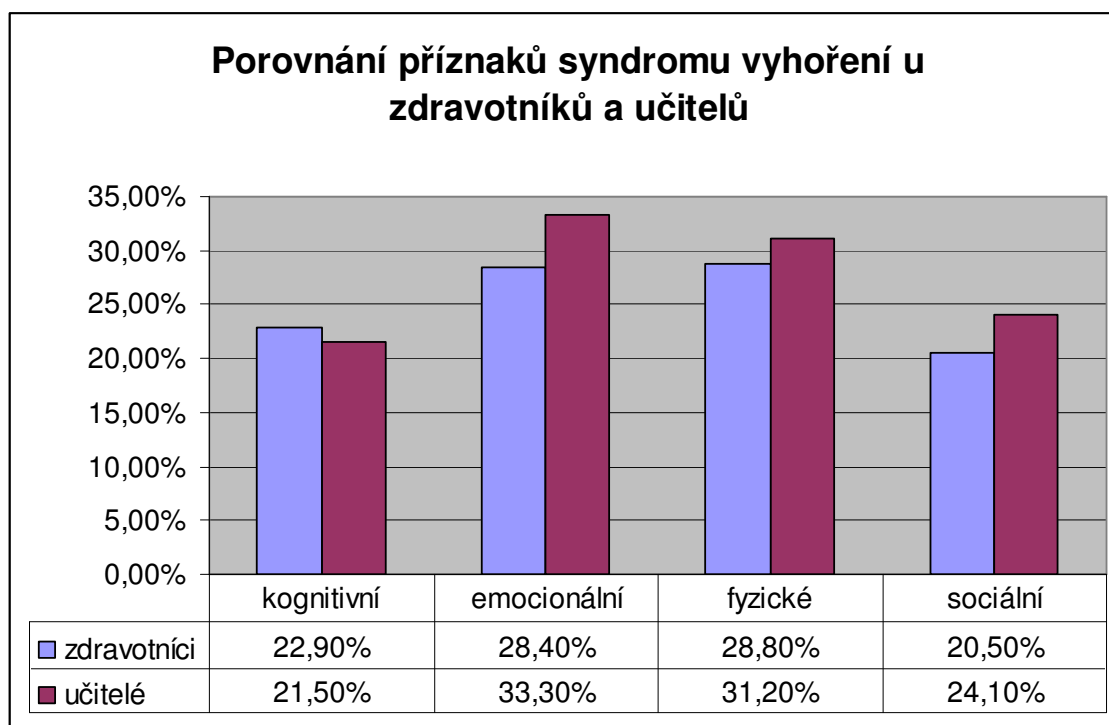


Míra celkového vyhoření je u zdravotníků s praxí kratší než 6 let 14,2%, ve skupině s praxí 6-10 let 20,5%. U respondentů z řad zdravotníků s praxí 11-15 let je celková míra vyčerpání 27,1%. 27,5% bodů z celkového počtu dosáhli zdravotníci s praxí 16-20 let. Míra celkového vyhoření dosahuje u zdravotníků s praxí 21-25 let 24,4% a u skupiny s praxí nad 25 let 33,3% z celkového počtu bodů.

Míra celkového vyhoření je u učitelů s praxí kratší než 6 let 24,8%, ve skupině s praxí 6-10 let 29,6%. U respondentů z řad učitelů s praxí 11-15 let je celková míra vyčerpání 19,8%. 38% bodů z celkového počtu dosáhli učitelé s praxí 16-20 let. Míra celkového vyhoření dosahuje u učitelů s praxí 21-25 let 32% a u skupiny s praxí nad 25 let 33,2% bodů z celkového počtu.

4.3.3 Celkové výsledky inventáře projevů syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů

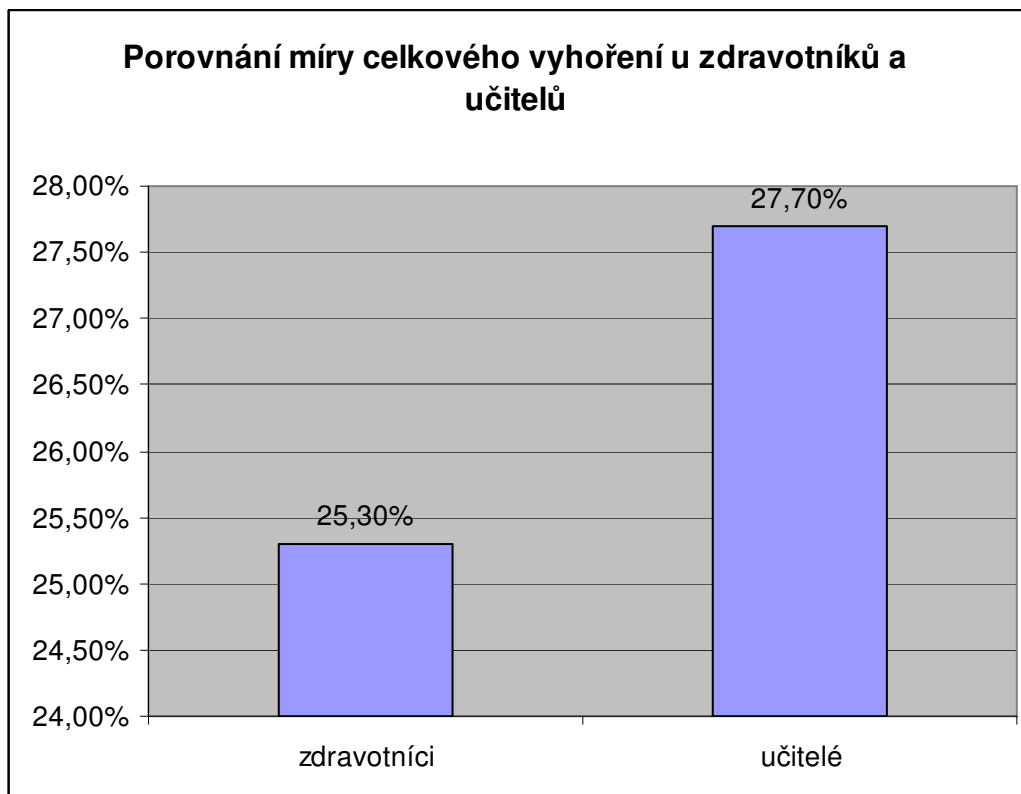
Graf 30 Porovnání příznaků syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů



100% je počet maximálně možných získaných bodů v určité rovině v dané výzkumné skupině. U výzkumné skupiny zdravotníků získaly příznaky fyzické 28,8% bodů z celkového počtu. 28,4% bodů dosáhly příznaky roviny emocionální, 22,9% příznaky kognitivní a 20,5% bodů z celkového počtu dosáhly příznaky roviny sociální.

U výzkumné skupiny učitelů získaly příznaky emocionální 33,3% bodů z celkového počtu. 31,2% bodů dosáhly příznaky roviny fyzické, 24,1% příznaky sociální a 21,5% bodů z celkového počtu dosáhly příznaky roviny kognitivní.

Graf 31 Porovnání míry celkového vyhoření u zdravotníků a učitelů



Míra celkového vyhoření je u zdravotníků 25,3%. Učitelé dosáhli v celkovém vyhoření 27,7% bodů z celkového počtu.

4.3.4 Výsledky Inventáře projevů syndromu vyhoření – nejčastěji pociťované příznaky

V této části bych ráda uvedla nejčastější projevy syndromu vyhoření u každé z rovin příznaků tak, jak je uvádějí učitelé a zdravotníci, kteří se účastnili mého výzkumu. U každé roviny jsem zjistila nejčastější položku v určité věkové kategorii.

Tab. 7 Nejčastěji uváděné příznaky kognitivní roviny u zdravotníků

věkové kategorie	položky kognitivní roviny
21-30 let	Obtížně se soustřeďuji
31-40 let	Obtížně se soustřeďuji
41-50 let	Obtížně se soustřeďuji
	Pochybují o svých profesionálních schopnostech
51 a více let	Obtížně se soustřeďuji
	Pochybují o svých profesionálních schopnostech

U zdravotníků je nejčastěji uváděnou položkou kognitivní roviny ve věkových kategoriích 21-30 let, 31-40 let *Obtížně se soustřeďuji*. Ve věkové kategorii 41-50 let a 51 a více let dosáhly stejné četnosti položky *Obtížně se soustřeďuji* a *Pochybují o svých profesionálních schopnostech*.

Tab. 8 Nejčastěji uváděné příznaky kognitivní roviny u učitelů

věkové kategorie	položky kognitivní roviny
21-30 let	Pochybují o svých profesionálních schopnostech
31-40 let	Pochybují o svých profesionálních schopnostech
41-50 let	Pochybují o svých profesionálních schopnostech
	Můj odborný růst a zájem o obor zaostává
51 a více let	Obtížně se soustřeďuji

U učitelů je nejčastěji uváděnou položkou ve věkových skupinách 21-30 let a 31-40 let *Pochybují o svých profesionálních schopnostech*. Ve věkové skupině 41-50 let dosáhly stejné četnosti dvě položky *Pochybují o svých profesionálních schopnostech* a *Můj odborný růst a zájem o obor zaostává*.

Tab. 9 Nejčastěji uváděné příznaky emocionální roviny u zdravotníků

věkové kategorie	položky emocionální roviny
21-30 let	Nedokáží se radovat ze své práce
	Trpím nedostatkem uznání a ocenění
31-40 let	Nedokáží se radovat ze své práce
41-50 let	Nedokáží se radovat ze své práce
51 a více let	Nedokáží se radovat ze své práce
	Jsem sklíčený/á

Nejčastěji uváděnou položkou emocionální roviny u zdravotníků je ve všech věkových skupinách *Nedokáží se radovat ze své práce*. Ve věkové skupině 21-30 let dosahuje stejné četnosti také položka *Trpím nedostatkem uznání* a ve věkové skupině 51 a více let se stejně často objevuje položka *Jsem sklíčený/á*.

Tab. 10 Nejčastěji uváděné příznaky emocionální roviny u učitelů

věkové kategorie	položky emocionální roviny
21-30 let	Trpím nedostatkem uznání a ocenění
31-40 let	Nedokáží se radovat ze své práce
41-50 let	Nedokáží se radovat ze své práce
51 a více let	Nedokáží se radovat ze své práce

U učitelů je nejčastěji uváděným příznakem emocionální roviny ve věkové skupině 21-30 let *Trpím nedostatkem uznání*. Ve věkových skupinách 31-40 let, 41-50 let a 51 a více let se nejčastěji vyskytuje položka *Nedokáží se radovat ze své práce*.

Tab. 11 Nejčastěji uváděné příznaky fyzické roviny u zdravotníků

věkové kategorie	položky fyzické roviny
21-30 let	Připadám si fyzicky vyždímaný/á
31-40 let	Trpím bolestmi hlavy
41-50 let	Připadám si fyzicky vyždímaný/á
51 a více let	Připadám si fyzicky vyždímaný/á

Nejčastěji zmiňovanou položkou fyzické roviny u zdravotníků je ve věkových skupinách 21-30 let, 41-50 let a 51 a více let *Připadám si fyzicky vyždímaný/á*. U věkové skupiny 31-40 let se nejčastěji objevuje položka *Trpím bolestmi hlavy*.

Tab. 12 Nejčastěji uváděné příznaky fyzické roviny u učitelů

věkové kategorie	položky fyzické roviny
21-30 let	Připadám si fyzicky vyždímaný/á.
31-40 let	Připadám si fyzicky vyždímaný/á.
41-50 let	Jsem napjatý/á.
51 a více let	Jsem napjatý/á.
	Připadám si fyzicky vyždímaný/á.

U výzkumné skupiny učitelů se ve věkových skupinách 21-30 let a 31-40 let objevuje nejčastěji položka *Připadám si fyzicky vyždímaný/á*. *Jsem napjatý/á* je položkou fyzické roviny, která se nejčastěji objevuje ve věkové skupině 41-50 let. Ve věkové skupině 51 a více let byly nejčastěji zmiňovány dvě položky *Jsem napjatý/á* a *Připadám si fyzicky vyždímaný/á*.

Tab. 13 Nejčastěji uváděné příznaky sociální roviny u zdravotníků

věkové kategorie	položky sociální roviny
21-30 let	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům
31-40 let	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům
41-50 let	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům
51 a více let	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům

U zdravotníků se ve všech věkových skupinách objevuje nejčastěji položka *Nemám chuť pomáhat problémovým klientům*.

Tab. 14 Nejčastěji uváděné příznaky sociální roviny u učitelů

věkové kategorie	položky sociální roviny
21-30 let	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům
31-40 let	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům
41-50 let	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům
51 a více let	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům

Ve výzkumné skupině učitelů je nejčastější položkou sociální roviny ve všech věkových kategoriích *Nemám chuť pomáhat problémovým klientům*.

Tab. 15 Nejčastěji uváděné příznaky u zdravotníků a učitelů v jednotlivých rovinách

rovina	zdravotníci	učitelé
K	Obtížně se soustřeďuji	Obtížně se soustřeďuji
	Pochybují o svých profesionálních schopnostech	Pochybují o svých profesionálních schopnostech
E	Nedokáži se radovat ze své práce	Nedokáži se radovat ze své práce
	Trpím nedostatkem uznání a ocenění	Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní
F	Připadám si fyzicky vyždímaný/á	Připadám si fyzicky vyždímaný/á
	Jsem napjatý/á	Jsem napjatý/á
S	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům
	Svou práci omezují na mechanické provádění	Svou práci omezují na mechanické provádění

Vysvětlivky: K – kognitivní rovina, E – emocionální rovina, F- fyzická rovina,

S- sociální rovina

U učitelů i zdravotníků je nejčastější položkou v kognitivní rovině: *Obtížně se soustřeďuji* a *Pochybují o svých profesionálních schopnostech*. V emocionální rovině se u obou výzkumných skupin vykytuje nejčastěji položka *Nedokáži se radovat ze své práce*. Zdravotníci často *Trpí nedostatkem uznání* a učitelé *Jsou neklidní a nervózní*. Ve fyzické rovině se u učitelů i zdravotníků nejčastěji objevují položky *Připadám si fyzicky vyždímaný/á* a *Jsem napjatý/á*. U učitelů a zdravotníků se také často vykytují položky *Nemám chuť pomáhat problémovým klientům* a *Svou práci omezují na mechanické provádění*.

Tab. 16 Nejčastěji uváděné příznaky u zdravotníků a učitelů

	zdravotníci	učitelé
1.	Připadám si fyzicky vyždímaný/á	Připadám si fyzicky vyždímaný/á
2.	Nedokáži se radovat ze své práce	Nedokáži se radovat ze své práce
3.	Obtížně se soustřeďuji	Obtížně se soustřeďuji

U výzkumné skupiny učitelů i zdravotníků se nejčastěji zmiňované příznaky shodují. Nejčastěji zmiňovanou je v obou skupinách položka fyzické roviny *Připadám si fyzicky vyždímaný/á*. Druhou nejčastější je položka emocionální roviny *Nedokáži se radovat ze své práce*. Třetí nejčastější je položka kognitivní roviny *Obtížně se soustřeďuji*.

4.4 Hodnocení informačního letáčku o syndromu vyhoření

S cílem zvýšit informovanost společnosti o syndromu vyhoření jsem vytvořila letáček (viz. příloha 3). Snažila jsem o jasné, stručné shrnutí informací o syndromu vyhoření zejména z oblasti příznaků a prevence. Součástí letáčku je i orientační test míry vyhoření a návod na jeho vyhodnocení. Pro hlubší zájemce o tuto problematiku se zde nachází i internetové adresy, kde je možné získat další informace.

Letáček jsem předložila dvěma zdravotníkům a učitelům, kteří se účastnili mého výzkumu, k hodnocení. Mým cílem bylo zjistit, zda je zaujme grafická podoba letáčku i jeho obsah.

Zdravotník 1

Prvním hodnotitelem z řad zdravotníků byla všeobecná sestra, která na této pozici pracuje již 16 let. Dle jejího názoru že obsahuje letáček důležité informace o syndromu vyhoření, ty jsou uspořádány do logických celků, včetně krátkého, ale dostačujícího testíku. Oceňuje zdůraznění důležitosti problematiky, která je v dnešní době dost opomíjena. V budoucnu by přivítala kdyby autorka připravila pro zdravotníky přednášku o této problematice.

Zdravotník 2

Žena pracující na pozici zdravotnického záchranáře uvádí, že o syndromu vyhoření se mnoho napsalo, ale dosud v praxi málo udělalo. Je ráda, že je k dispozici letáček se základními informacemi o této problematice, ten by se měl dostat do ruky každému zdravotníkovi a všem pracovníkům v pomáhajících profesích. Ocenila zejména grafickou úpravu, ale i jasnost informací a jejich logickou strukturu.

Učitel 1

Učitelka pracující na základní škole uvádí, že se letáček autorce vydařil jak po stránce grafické, tak obsahové. Uváděné informace jsou jasné a logicky řazené. Velice ji zaujal zejména test a líbí se jí, že jsou zde uvedeny i internetové odkazy na kterých najde další

informace. Myslí si, že v dnešní době je téma syndromu vyhoření ve školství aktuální, proto by přivítala další informace zejména o prevenci formou přednášky.

Učitel 2

Podle názoru středoškolského pedagoga obsahuje letáček velice důležité informace, které se týkají každého učitele. Obsah je zajímavý a pro každého přínosný. Zaujal ho především test, který si může každý sám vyhodnotit a zjistit, jak na tom je. Myslí si, že je důležité se v dnešní době zabývat syndromem vyhoření. Uvítal by i přednášku o této problematice.

5. Diskuze

Ve výzkumné části své bakalářské práce jsem se zabývala informovaností a projevy syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů. Potřebné údaje jsem získala formou anonymního dotazníku který se skládal ze tří částí. V první části jsem pomocí 5 otázek získala informace o pohlaví, věku, vzdělání, pracovním zařazení a délce praxe respondentů. V druhé části dotazníku jsem se zabývala informovaností o syndromu vyhoření. Tato část se skládala z 6 otázek, jejichž úkolem bylo zjistit, zda respondenti znají pojem syndrom vyhoření a jakým způsobem ho interpretují. Další otázky zjišťovaly znalost příznaků a prevence proti burnout syndromu a zda se respondenti cítí být vyhořením ohroženi. Třetí část dotazníku zjišťuje příznaky syndromu vyhoření ve čtyřech rovinách: emocionální, kognitivní, fyzické a sociální. Získané výsledky jsem u zdravotníků a učitelů dále porovnávala dle věkových skupin a délky praxe.

Mého výzkumu se u zdravotníků a učitelů zúčastnily zejména ženy, které tvoří většinu respondentů v obou výzkumných souborech (viz graf 1). To je způsobeno velkou feminizací obou těchto profesí.

Nejvíce zdravotníků, kteří se výzkumu účastnili, spadá do věkové kategorie 31-40 let, stejně tak je tomu i u učitelů. U výzkumného souboru zdravotníků vyplnilo dotazník více respondentů mladších 30 let než u učitelů. Naproti tomu u učitelů je mnohem větší účast respondentů ve věkové skupině 51 a více let než u zdravotníků (viz. graf 2).

U většiny zdravotníků je nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, zatímco většina učitelů má vzdělání vysokoškolské magisterské (viz graf 3).

Nejčastěji zastoupená délka praxe u výzkumné skupiny učitelů je nad 25 let. U zdravotníků bylo zjištěno shodné zastoupení respondentů v kategoriích s praxí 16-20 let, 21-25 let a nad 25 let (viz graf 4).

Výzkumný soubor zdravotníků je tvořen z většiny všeobecnými sestrami, menšinu zastupují zdravotničtí záchranáři a lékaři (viz. graf 5). U výzkumného souboru učitelů je zhruba srovnatelná účast učitelů ZŠ a SŠ (viz graf 4).

Rozdílná délka praxe či věkové rozložení obou výzkumných souborů může být dáno rozdílnou délkou studia, které je potřebné pro vykonávání profese všeobecné sestry a učitele.

Z další části dotazníků, která se zabývala informovaností o syndromu vyhoření, vyplývá, že téměř všichni respondenti pojem syndrom vyhoření již někdy slyšeli (viz. graf 12). Problém však nastává ve chvíli, kdy mají syndrom vyhoření vlastními slovy vysvětlit. Více jak polovina dotázaných pojem syndrom vyhoření nevysvětlila správně (viz. graf 13). S větší úspěšností vysvětlili pojem syndrom vyhoření učitelé (viz. graf 8).

Důvodem špatného vysvětlení pojmu je to, že respondenti nechápou syndrom vyhoření jako problém, který zasahuje jedince v oblasti fyzické, emocionální, kognitivní i sociální. Ve většině případů jde o chápání syndromu vyhoření jako ryze fyzického nebo emocionálního problému. Kognitivní a sociální roviny syndromu vyhoření jsou respondenty často opomíjeny. Výsledky mohly být ovlivněny také neochotou či nechutí respondentů při vyplňování dotazníku, nebo mými nároky na vysvětlení pojmu syndrom vyhoření. Sama se však domnívám, že mé nároky na vysvětlení tohoto pojmu byly přiměřené a vyplývaly z literatury, kterou jsem prostudovala.

V souvislosti s informovaností o syndromu vyhoření jsem si stanovila tuto hypotézu. H2: Pojem syndrom vyhoření zná jen 60% dotázaných, jak naznačily výsledky nepublikovaného pilotního výzkumu provedeného pro zmapování situace. Na základě výsledků mého výzkumu musím říct, že přestože byl proveden pilotní výzkum pro zmapování situace, hypotéza se nepotvrdila. Z výsledků mého výzkumu vyplývá, že pojem syndrom vyhoření zná méně než 40% dotázaných (viz. graf 13).

Téměř všichni respondenti uvádějí, že příznaky syndromu vyhoření znají (viz. graf 14). Větší neznalost příznaků syndromu vyhoření uvádějí učitelé (viz. graf 9). Respondenti nejčastěji uvádějí příznaky emocionální a fyzické (viz graf 15). Výzkumná skupina učitelů nejčastěji uvádí emocionální příznaky syndromu vyhoření, zejména apatii, úzkost a podrážděnost. Zdravotníci nejčastěji zmiňují fyzické příznaky syndromu vyhoření, zejména fyzické vyčerpání, poruchy spánku a bolesti hlavy (viz. graf 10). Tyto výsledky potvrzují mé tvrzení, že syndrom vyhoření je respondenty chápán často pouze po stránce fyzické či emocionální. Ostatní roviny příznaků syndromu vyhoření jsou opomíjeny.

Více než polovina všech respondentů se cítí syndromem vyhoření ohrožena (viz graf 16). Pocit ohrožení syndromem vyhoření je u učitelů a zdravotníků srovnatelný (viz. graf 11).

Další otázka se týkala prevence proti syndromu vyhoření. Jako způsob prevence uvádějí učitelé nejčastěji zájmy, relaxaci nebo změnu zaměstnání. U zdravotníků je nejčastější odpovědí relaxace, trávení času s rodinou a přáteli a zájmy. Alarmující je, že více jak pětina z každého výzkumného souboru neví, jaká je prevence proti syndromu vyhoření (viz. graf 12). Pokud budeme hodnotit obě skupiny dohromady, dozvíme se, že nejčastější odpověď na otázku *Jaká je podle Vašeho názoru prevence proti syndromu vyhoření* je neví. Se stejnou četností byla respondenty jako prevence proti vyhoření uvedena relaxace (viz graf 17).

Z výsledků druhé části dotazníků vyplývá, že informovanost učitelů i zdravotníků o projevech či prevenci proti syndromu vyhoření je nedostatečná. To potvrzuje i fakt, že více jak polovina dotázaných se cítí být ohrožena vyhořením. Tyto výsledky mohou porovnat s výzkumem Kocmanové (21), která se zabývala informovaností všeobecných sester o syndromu vyhoření. Z jejího výzkumu vyplývá, že se naprostá většina sester domnívá, že je teoreticky vyzbrojena informacemi o syndromu vyhoření.

Z výsledků Inventáře projevů syndromu vyhoření bylo zjištěno, že nejvíce ohroženou skupinou zdravotníků jsou respondenti ve věkové skupině 51 a více let, nejméně ohroženi jsou zdravotníci ve věku 21 – 30 let (viz. graf 22). Tuto skutečnost

jsem mohla porovnat s výsledky výzkumu Šlaisové (43), která se zabývala syndromem vyhoření u všeobecných sester pracujících ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Jako nejvíce ohroženou skupinu vyhodnotila věkovou kategorii 18-29 let. S výsledky mého výzkumu její zjištění nekoresponduje. Výsledky mého výzkumu mohly být zkresleny tím, že ve věkových skupinách 21-30 let a zejména pak ve věkové kategorii 51 a více let je menší počet respondentů z řad zdravotníků než v ostatních věkových skupinách (viz. graf 2). Ke zkreslení výsledků mohl také přispět rozdílný výběr oddělení a profesí, u kterých výzkum probíhal.

U učitelů byla jako riziková skupina vyhodnocena 31-40 let, nejmenší ohrožení bylo zjištěno u učitelů ve věku 21-30 let (viz. graf 22).

Nejvyšší riziko vzniku syndromu vyhoření bylo zjištěno u zdravotníků s praxí nad 25 let, nejmenší riziko je ve skupině s praxí menší než 6 let (viz. graf 29). Má zjištění mohu srovnat s výzkumem Hosáka (13), který porovnával míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester na psychiatrických a somatických odděleních. Hosák neprokázal vliv délky praxe na výskyt syndromu vyhoření. Vliv délky praxe na výskyt syndromu vyhoření neprokázala ani Libigerová (28). Stejně jako v předchozím případě mohly být výsledky mého výzkumu zkresleny nerovnoměrným rozložením respondentů v kategoriích délky praxe, nebo rozdílným výběrem oddělení. Výzkumu Hosáka se účastnily pouze všeobecné sestry, zatímco mého výzkumu se účastnili i zdravotničtí záchranáři či lékaři (viz. graf 5).

U učitelů byla jako riziková vyhodnocena skupina s praxí 16-20 let. Nejmenší riziko vzniku syndromu vyhoření bylo zaznamenáno u učitelů s praxí 11-15 let (viz. graf 29).

Další cílem mé práce bylo zjistit jaké jsou projevy syndromu vyhoření u zdravotníků a učitelů. Z výsledků výzkumu vyplývá, že u zdravotníků se burnout syndrom projevuje nejvíce v rovině fyzické, nejméně pak v rovině sociální. U učitelů jsou zjištění jiná. Nejvíce příznaků učitelé udávají v rovině emocionální a neméně v rovině kognitivní (viz. graf 30). Výsledky mého výzkumu nekorespondují s výsledky ke kterým dospěla Novotná a Hlaváčová (33). Uvádějí že v povolání všeobecné sestry

postihuje syndrom vyhoření nejvíce emocionální oblast. Mé výsledky ukazují, že u zdravotníků jsou emocionální příznaky druhé nejčastější.

V souvislosti s projevy syndromu vyhoření jsem si stanovila tuto hypotézu.

H1: Projevy syndromu vyhoření se u zdravotnické a učitelské profese objevují v rozdílných oblastech. Na základě výsledků Inventáře projevů syndromu vyhoření mohu říci, že hypotéza byla potvrzena.

Pokud porovnáme projevy syndromu vyhoření u učitelů a zdravotníků v jednotlivých věkových kategoriích, zjistíme, že se dosti odlišují. U učitelů ve věkových skupinách 31-40 let, 41-50 let a 51 a více let byly nejčastěji zmiňovány příznaky emocionální. Zajímavostí je odlišnost u věkové skupiny 21-30 let, která nejčastěji trpí kognitivními příznaky syndromu vyhoření. U zdravotníků dominují fyzické příznaky ve věkových skupinách 21-30 let, 31-40 let a 51 a více let. Ve věkové skupině 41-50 let dosáhly příznaky emocionální a fyzické stejné četnosti (viz. grafy 18, 19, 20, 21).

Podobně je tomu i v případě, kdy projevy syndromu vyhoření u učitelů a zdravotníků porovnáme podle délky praxe. U zdravotníků v kategorii s praxí 15-20 let dominují emocionální příznaky, ve všech ostatních kategoriích byly v nejvyšší míře zjištěny příznaky fyzické. U učitelů se v kategorii s praxí nad 25 let nejvíce objevují fyzické příznaky, u učitelů s praxí 11-15 let byly ve stejné míře zjištěny příznaky emocionální a fyzické. V ostatních kategoriích se u učitelů nejvíce vyskytují emocionální projevy syndromu vyhoření (viz grafy 23, 24, 25, 26, 27, 28). I tyto výsledky tedy potvrzují moji hypotézu, že projevy syndromu vyhoření se u zdravotníků a učitelů objevují v různé míře v určitých oblastech.

Vyšší míra celkového vyhoření byla zjištěna u učitelů (viz. graf 31). Zdravotníci vykazují vyšší míru vyhoření než učitelé pouze ve věkové skupině 51 a více let (viz graf 22). Ve výsledcích se objevil markantní rozdíl v míře vyhoření u začínajících učitelů a zdravotníků. U učitelů s praxí menší než 6 let byla zjištěna mnohem větší míra vyhoření než u zdravotníků ve stejné kategorii. Důvodem může být nedostatečná příprava budoucích učitelů na své povolání. Ve škole se sice naučí vše o předmětu, který budou vyučovat, ale příprava na řešení kázeňských prohřešků, nechuti, lhostejnosti či agrese

studenta ke škole, studiu i učitelé chybí. Domnívám se, že praktická příprava zdravotníků na povolání je mnohem delší a kvalitnější než je tomu u učitelů.

U učitelů i zdravotníků byly nejvyšším počtem bodů hodnocené položky: *Připadám si fyzicky vyždímaný/á* (fyzická rovina), *Nedokáži se radovat ze své práce* (emocionální rovina) a *Obtížně se soustřeďuji* (kognitivní rovina) (viz. tab. 16).

Ve své práci jsem také vyhodnotila nejvíce exponované položky z každé roviny. U výzkumné skupiny zdravotníků i učitelů jsou téměř shodné (viz tab. 15). Nejčastěji uváděné položky se však liší v některých věkových kategoriích. Zdravotníci se *hůře soustředí* než učitelé. Ti zase více *pochybují o svých profesionálních schopnostech* (viz. tab. 7, 8). Obě výzkumné skupiny shodně uvádějí, že se *nedokáží radovat ze své práce a trpí nedostatkem uznání a ocenění*. U zdravotníků ve věkové skupině 51 a více let se nejčastěji vykytuje položka *Jsem napjatý/á* (viz tab. 9, 10). Jako nejčastější příznak fyzické roviny udávají obě skupiny shodně *pocit fyzického vyždímání*. U zdravotníků ve věkové skupině 31-40 let je nejčastější položkou: *Trpím bolestmi hlavy*. U učitelů se navíc u dvou věkových kategorií objevuje nejčastěji položka *Jsem napjatý/á* (viz. tab. 11, 12). V sociální rovině je nejčastější položkou u obou výzkumných souborů i u všech věkových kategorií *Nemám chuť pomáhat problémovým klientům* (viz. tab. 13, 14).

Výsledky zdravotníků jsem se rozhodla porovnat s výsledky výzkumu Šlaisové (43). V kognitivní rovině uvádí Šlaisová jako nejčastější položky *Pochybují o svých profesionálních schopnostech*, *Obtížně se soustřeďuji* a *Můj odborný růst a zájem o obor zaostává*. Ve svém výzkumu jsem hodnotila pouze dvě nejčastější položky: *Pochybují o svých profesionálních schopnostech* a *Obtížně se soustřeďuji*. Položka *Můj odborný růst a zájem o obor zaostává* se jako nejčastější nevyskytuje ani u jedné věkové kategorie, na rozdíl od výzkumu Šlaisové, kde je nejčastější položkou ve třech věkových kategoriích (viz tab. 7). V emocionální rovině jsou v mém výzkumu nejčastější položky: *Nedokáži se radovat ze své práce* a *Trpím nedostatkem uznání a ocenění* (viz tab. 15). Šlaisová ve svém výzkumu shodně uvádí, že se sestry *nedokáží radovat ze své práce*. Rozdílně však uvádí další položky: *V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocná* a *Jsem vnitřně neklidná a nervózní*, což jsou položky, které se nejčastěji nevyskytují ani v jedné věkové skupině (viz tab. 9) Jako nejčastější

položky fyzické roviny jsem shodně se Šlaisovou vyhodnotila *Připadám si fyzicky vyždímaný/á a Jsem napjatá* (viz. tab. 11). V sociální rovině byla nejčastější položka: *Nemám chuť pomáhat problémovým klientům a Svou práci omezují na mechanické provádění* (viz. tab. 13). Šlaisová navíc uvádí položky: *Frustrace ze zaměstnání omezuje moje soukromé vztahy* a *Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy*.

Výzkum ukázal, že u učitelů i zdravotníků se příznaky v jednotlivých rovinách objevují v různé míře. Určité rozdíly byly nalezeny i při porovnávání jednotlivých kategorií dle délky praxe a věkových skupin. Důležitým zjištěním je, že projevy syndromu vyhoření jsou u zdravotníků i učitelů přítomny. Proto je nutné věnovat těmto skupinám určitou pozornost.

Výsledky mého výzkumu se v některých zjištěních odlišují od jiných výzkumů. Důvodem může být nerovnoměrné rozložení respondentů ve věkových skupinách a kategoriích délky praxe. Příčinou může být i fakt, že mého výzkumu se účastnili, všeobecné sestry, zdravotničtí záchranáři a lékaři. Výzkumů, s kterými jsem své výsledky srovnávala, se účastnily pouze všeobecné sestry. Jiným možným důvodem odlišností může být i účast zdravotníků z jiných oddělení na mém výzkumu.

Cílem mé práce bylo také vypracování materiálů, které by jasně a stručně informovaly o syndromu vyhoření, jeho projevech a prevenci. Vytvořené materiály jsem předložila dvěma zdravotníkům a dvěma učitelům k hodnocení. Ve všech případech jsem setkala s kladným hodnocením letáku jak jeho grafické podoby, tak informací, které jsou zde k dispozici. Kladně byl hodnocen zejména orientační test pro zjištění syndromu vyhoření a odkazy, kde lze nalézt další informace. Všichni dotázaní hodnotí letáček jako přínosný. Někteří by se rádi dozvěděli více informací formou přednášky.

6. Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit, jaké jsou projevy syndromu vyhoření u učitelů a zdravotnické profese. Na základě vyhodnocených výsledků jsem zjistila, že u učitelů a zdravotníků se projevy syndromu vyhoření objevují v rovinách v různé míře. Učitelé pociťovali nejvíce příznaky v emocionální rovině, zatímco zdravotníci v rovině fyzické. Nejméně pociťované příznaky byly u učitelů kognitivní, u zdravotníků sociální. Stanovená hypotéza, H1: Projevy syndromu vyhoření se u zdravotnické a učitelů profese objevují v rozdílných oblastech, byla výzkumem potvrzena.

Potvrdil se tedy i můj předpoklad, že na projevení příznaků syndromu vyhoření v různých rovinách mají vliv specifické požadavky, které jsou kladeny na jedince ve zdravotnické a učitelů profesi. Je tedy nutné přistupovat v prevenci syndromu vyhoření k oběma povoláním specificky.

Přestože se u zdravotníků a učitelů liší míra projevu syndromu vyhoření v jednotlivých rovinách, byly nalezeny i společné rysy. Obě dvě skupiny shodně uvádějí největší problémy se soustředěním, často se cítí fyzicky vyždímaní a nedokáží se radovat ze své práce. Srovnání nejčastějších položek v jednotlivých skupinách podle věkových kategorií však ukazuje určité rozdíly.

Ve své práci jsem zjistila určitý vliv délky praxe i věku na míru celkového vyhoření. Nejvíce ohroženi jsou zdravotníci ve věkové skupině 51 a více let a s praxí nad 25 let. Nejvíce ohrožená skupina učitelů je ve věku 31-40 let a s praxí 16-20 let. Důvodem mohou být jak individuální charakteristiky jedince, tak různě silný tlak, který je na jedince vytvářen v zaměstnání v různých obdobích jeho života a také změna priorit. Ve výsledcích se objevil markantní rozdíl v míře vyhoření u začínajících učitelů a zdravotníků. U učitelů s praxí menší než 6 let byla zjištěna mnohem větší míra vyhoření než u zdravotníků ve stejné kategorii. Důvodem může být nedostatečná příprava budoucích učitelů na své povolání. Ve škole se sice naučí vše o předmětu, který budou vyučovat, ale příprava na řešení kázeňských prohřešků, nechuti, lhostejnosti či agrese studenta ke škole, studiu i učitelů chybí. Domnívám se, že praktická příprava zdravotníků na povolání je mnohem delší a kvalitnější než je tomu u učitelů.

Dalším cílem mé práce bylo zjištění informovanosti zdravotníků a učitelů o syndromu vyhoření a o možnostech, jak mu čelit. V souvislosti s informovaností jsem si stanovila tuto hypotézu. H2: Pojem syndrom vyhoření zná jen 60% dotázaných, jak naznačily výsledky nepublikovaného pilotního výzkumu provedeného pro zmapování situace. Z výsledků výzkumu vyplývá, že přestože byl proveden pilotní výzkum pro zmapování situace, hypotéza se nepotvrdila. Pojem syndrom vyhoření zná méně než 40% dotázaných.

Pojem syndrom vyhoření je u učitelů a zdravotníků chápán spíše jak zcela emocionální nebo fyzický problém. To potvrzuje i zjištění, že učitelé nejčastěji uváděli jako příznaky syndromu vyhoření apatii, úzkost a podrážděnost, což jsou příznaky emocionální roviny. Zdravotníci chápou syndrom vyhoření jako problém s fyzickými příznaky, kterými jsou vyčerpání, bolesti hlavy a poruchy spánku. Je zajímavé, že u obou skupin byly zjištěny nejvyšší hodnoty vyhoření právě v těchto rovinách. Respondenti zřejmě při vyplňování dotazníku čerpali z vlastních zkušeností.

Jako prevence proti syndromu vyhoření je respondenty nejčastěji uváděna relaxace a zájmové aktivity. Alarmujícím zjištěním je fakt, že více než pětina respondentů z řad zdravotníků i učitelů neví, jaká je prevence proti syndromu vyhoření.

Informovanost učitelů i zdravotníků o syndromu vyhoření, jeho příznacích i prevenci se mi jeví jako nedostačující. Potvrzuje to i fakt, že více než polovina respondentů se cítí být syndromem vyhoření ohrožena.

Dalším cílem mé práce bylo navrhnout materiály, které by stručně a jasně informovaly o syndromu vyhoření a možnostech řešení tohoto problému. Materiály se setkaly s kladným hodnocením ze strany zdravotníků i učitelů. Všichni oslovení hodnotili materiály jako přínosné.

Má práce ukazuje, že syndromu vyhoření je neprávem věnovaná nedostatečná pozornost. Obě skupiny mají nedostatek informací o příznacích i prevenci proti syndromu vyhoření. Doporučila bych proto zvýšit informovanost o syndromu vyhoření v těchto profesích formou přednášek. Informování o syndromu vyhoření by měly být i pracovníci ve vyšších funkcích, kteří mohou na svém pracovišti přispět ke vzniku pozitivně laděné atmosféry a přátelského prostředí, které je významným protektivním

faktorem při vzniku syndromu vyhoření. Jako důležité vidím vytvoření intervenčního programu, který by napomohl zaměstnancům vypořádat se s pracovními problémy a s krizovými situacemi. Naučili by se zde aplikovat základní pravidla pro předcházení syndromu vyhoření jako je organizace času, relaxace, meditace, asertivita, konstruktivní techniky zvládnání stresových situací a další. Intervenční program by se měl svým obsahem přizpůsobit specifikám určité profese.

Zdravotnictví i školství se v současné době potýká s nedostatkem financí, přesto však vidím nutnost v komplexních změnách v těchto resortech. Zvýšit finanční ohodnocení a podporu dalšího vzdělávání u těchto profesí, snížení pracovního úvazku od určitého věku, časté a dobré supervize. Do školství bych doporučila zavedení volného roku po odpracování určité doby. K výrazným změnám by mělo dojít i na úrovni studia, zejména na pedagogických fakultách. Doporučila bych zejména prodloužit a zkvalitnit praxi budoucích učitelů.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BALOGOVÁ, E. Ošetrovatelstvo ako prirodzene stresujúce povolanie. *Sestra lekár v praxi*. 2009, 7-8, s. 46-47. ISSN 1335-9444.
2. BÁRTLOVÁ, S.; SADÍLEK, P.; TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. Brno : NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
4. BAŠTECKÁ, B, GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 440 s. ISBN 80-7178-550-4.
5. BAŠTECKÝ, J.; ŠAVLÍK, J.; ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha : Grada, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.
6. CIMICKÝ, J. *Sám proti stresu*. 2. doplněné vydání. [s.l.] : [s.n.], 2007. 217 s. ISBN 978-80-87134-08-5.
7. ČERNÁ, R.; KOŽÍKOVÁ, Z. Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) u zdravotních sester. *Urologie pro praxi*. 2004, 4, 6, s. 265. ISSN 1213-1768.
8. DROTÁROVÁ, E, DROTÁROVÁ, L. *Relaxační metody - malá encyklopedie*. 1. vyd. Praha : Epoque, 2003. 248 s. ISBN 80-86328-12-0.
9. HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2. Praha : Portál, 2004. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
10. HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.
11. HILTON, J. *Jak překonat stres*. 1. Praha : Svojtka a Co.,s.r.o., 2008. 142 s. ISBN 978-80-256-0092-4.
12. HOLEČEK, V.; JIŘINCOVÁ, B.; MIŇHOVÁ, J. Faktory ohrožení osobnosti učitele. In ŘEHULKA, E.; ŘEHULKOVÁ, O. *Učitelé a zdraví 3*. Brno : Pavel Křepela, 2001. s. 316. ISBN 80-902653-7-5.
13. HOSÁK, L.; HOSÁKOVÁ, J.; ČERMÁKOVÁ, E. Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků. *Psychiatrie pro praxi*. 2005, 5, 4, s. 205-206. ISSN 1213-0508.
14. INDRÁK, A. *Zvládání zátěže a stresu*. Olomouc : Efekt plus s.r.o., 2009. 13 s.

15. JANICZEKOVÁ, E. Stres v práci zdravotnického záchranára. *Urgentní medicína*. 2007, 10, 1, s. 29-32. ISSN 1212-1924.
16. JANIŠ, K.; OUDOVÁ, D. Učitelé a zdraví z pohledu bibliografické databáze. In ŘEHULKA, E.; ŘEHULKOVÁ, O. *Učitelé a zdraví 3*. Brno: Pavel Křepela, 2001. s. 316. ISBN 80-902653-7-5.
17. JOBÁNKOVÁ, M, et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: NCO NZO, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
18. JOSHI, V. *Stres a zdraví*. 1. Praha: Portál, 2007. 160 s. ISBN 978-80-7367-211-9.
19. KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření - rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*. 2008, 52, 4, s. 351-363. ISSN 0009-062X.
20. KEBZA, V; ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. doplněné vydání. Praha: SZÚ, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
21. KOČMANOVÁ, A. Syndrom vyhoření . *Sestra*. 2005, 15, 12, s. 21-22. ISSN 1210-0404.
22. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 2006. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
23. KRYL, M. Poruchy vyvolané stresem. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, 4, 1, [cit. 2010-07-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/12.pdf>>. ISSN 1803-5272.
24. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. Praha: Grada, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
27. KUPKA, M. Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie* [online]. 2008, 2, 1, [cit. 2010-07-01]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>>. ISSN 1802-8853.

28. LIBIGEROVÁ, E. Syndrom profesionálního vyhoření . *Praktický lékař*. 1999, 79, 4, s. 186-190. ISSN 0032-6739.
29. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
30. MILLOVÁ, K. ; BLATNÝ, M.; KOHOUTEK, T. (2008). Osobnostné aspekty zvládania záťaž. *E-psychologie* [online].2 (1), [cit. 2010-07-01]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/milova-et al.pdf>>. ISSN 1802-8853.
31. NEŠPOR, K. Jak zvládat profesionální stres u pracovníků v oblasti duševního zdraví. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, 10, 1, [cit. 2010-07-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/01/10.pdf>>. ISSN 1803-5272.
32. NEŠPOR, K. Prevence profesionálního syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, 9, 4, [cit. 2010-07-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/10.pdf>>. ISSN 1803-5310.
33. NOVOTNÁ, H.; HLAVÁČOVÁ, M. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*. 2006, 16, 3, s. 23-24. ISSN 1210-0404.
34. PLAMÍNEK, J. *Sebepoznání, sebeřízení a stres : Praktický atlas sebezvládnání*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada, 2008. 184 s. ISBN 978-80-247-2593-2.
35. RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. 1. Praha: Návrat domů, 2004. 124 s. ISBN 80-7255-074-8.
36. ŘEHULKA, E.; ŘEHULKOVÁ, O. Učitelky a učitelé. In ŘEHULKA, E.; ŘEHULKOVÁ, O. *Učitelé a zdraví 3*. Brno: Pavel Křepela, 2001. s. 316. ISBN 80-902653-7-5.
37. SCHREIBER, V. Současný pohled na stres a endokrinní odpověď. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2004, 6, 3, [cit. 2010-06-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/03/02.pdf>>. ISSN 1803-5256.
38. SNOPKOVÁ, I. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. *Sestra*. 2007, 17, 7-8, s. 37 - 38. ISSN 1210-0404.
39. STRNADOVÁ, V. Způsoby zvládnání stresu. In ŘEHULKA, E.; ŘEHULKOVÁ, O. *Učitelé a zdraví 3*. Brno: Pavel Křepela, 2001. s. 316. ISBN 80-902653-7-5.
40. ŠEBLOVÁ, J. Psychologická rizika akutních medicínských oborů. In DRÁBKOVÁ, J. *Supplementum*. Praha: [s.n.], 2005. s. 20.

41. ŠEBLOVÁ, J., et al. Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Urgentní medicína*. 2009, 12, 1, s. 26-31. ISSN 1212-1924.
42. ŠEBLOVÁ, J.; KEBZA, V.; VIGNEROVÁ, J. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice. *Československá psychologie*. 2007, 51, 4, s. 404 - 416. ISSN 0009-062X.
43. ŠLAISOVÁ, I. Máme se bát syndromu vyhoření? - Výzkumná sonda. *Sestra*. 2004, 10, s. 35-36. ISSN 1210-0404.
44. TOŠNEROVÁ, T. ; TOŠNER, J. Burn - Out syndrom : Syndrom vyhoření. Praha : HESTIA, 2002. 16 s.
45. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : Variabilita a patologie lidské psychiky*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 444 s. ISBN 80-7178-496-6.
46. VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, A.; HONZÁK, R. Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, 10, 4, [cit. 2010-07-01]. Dostupný z WWW: <<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>>. ISSN 1803-5256.
47. ZACHAROVÁ, E. Syndrom vyhoření - riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína pro praxi*. 2008, 10, 1, s. 41-42. ISSN 1212-7299.
48. ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Příspěvek k neuropsychické zátěži učitelů. In ŘEHULKA, E.; ŘEHULKOVÁ, O. *Učitelé a zdraví 3*. Brno: Pavel Křepela, 2001. s. 316. ISBN 80-902653-7-5

8. Klíčová slova

syndrom vyhoření

stres

zvládání stresu

prevence syndromu vyhoření

9. Přílohy

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 – Návod na vyhodnocení Inventáře projevů syndromu vyhoření

Příloha 3 – Informační letáček o syndromu vyhoření

Příloha 1 Dotazník

Dotazník

Dobrý den, prosím Vás o vyplnění dotazníku, který se týká problematiky syndromu vyhoření. Získané informace budou zpracovány, vyhodnoceny a použity pouze pro účely mé bakalářské práce Syndrom vyhoření u učitelů a zdravotníků. Bakalářská práce bude k nahlédnutí ve fakultní knihovně ZSF JČU v ČB a na webu <http://minas.jcu.cz/>. Na otázky odpovídejte pravdivě a samostatně. Dotazník je anonymní. S údaji bude nakládáno dle zákona č. 101/2000Sb o ochraně osobních údajů.

Děkuji Vopelková K.
tel: 602 140 719

I. Osobní údaje (Vhodnou odpověď označte křížkem.)

1. Pohlaví

muž žena

2. Věk

méně než 21 let 21 – 30 let 31-40 let 41-50 let 51 a více let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

SŠ VOŠ VŠ bakalářské VŠ magisterské

4. Pracovní zařazení

lékař všeobecná sestra zdravotnický záchranář učitel SŠ učitel ZŠ

zdravotnický asistent

5. Délka praxe

méně než 6 let 6-10 let 11-15 let 16 – 20 let 21 – 25 let více než 25 let

II. Informovanost o syndromu vyhoření

1. Slyšel/a jste někdy pojem syndrom vyhoření nebo burnout syndrom?

Ano Ne

Pokud jste odpověděl/a ANO, vysvětlíte vlastními slovy pojem syndrom vyhoření.

.....
.....
.....

3. Znáte některé z příznaků syndromu vyhoření?

Ano Ne

Pokud jste odpověděl/a ANO, některé příznaky syndromu vyhoření uveďte.

.....
.....
.....

4. Cítíte se ohrožen/a syndromem vyhoření?

Ano Ne

5. Jaká je podle Vašeho názoru prevence proti syndromu vyhoření?

.....
.....

III. Objevují se u Vás některé projevy syndromu vyhoření?

vždy často někdy zřídka nikdy
počet bodů 4 3 2 1 0
vhodnou odpověď zakroužkujte

1. Obtížně se soustřeďuji	4	3	2	1	0
2. Nedokáži se radovat ze své práce	4	3	2	1	0
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0
4. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4	3	2	1	0
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
6. Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0
7. Jsem náchylný/á k nemocím	4	3	2	1	0
8. Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	4	3	2	1	0
12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
15. Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
16. Svou práci omezují na její mechanické provádění	4	3	2	1	0
17. Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
19. Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0
22. Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
23. Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4	3	2	1	0

Příloha 2 Návod na vyhodnocení Inventáře projevů syndromu vyhoření

Rozumová rovina:

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = bodů

Emocionální rovina:

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = bodů

Tělesná rovina

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č.23..... = bodů

Sociální rovina

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... = bodů

Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem = bodů

Příloha 3 Informační letáček o syndromu vyhoření

