

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Postoj odborníků v algesiologii k problematice burnout syndromu

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Helena Bohdalová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 16. 8. 2012

Abstrakt

V posledních letech dochází k rostoucímu zájmu o problematiku syndromu vyhoření, zejména v kontextu zvyšující se psychosociální a pracovní zátěže v sektoru zdravotních a sociálních služeb. Péče o pacienty s chronickou bolestí vyžaduje od algeziologů specifický přístup z hlediska odborného, psychologického a etického, který však může být provázen nadměrnou psychickou zátěží. Nedokáže-li lékař pracovní stres své profese tolerovat, či používat strategie k jeho zmírnění, vzniká ohrožení syndromem vyhoření.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký je subjektivní postoj vybraných odborníků v algeziologii k problematice burnout syndromu, včetně jeho prevence. Kvalitativní výzkum byl realizován v období od ledna 2012 do února téhož roku formou polostrukturovaného rozhovoru. Sledovaný soubor tvořili respondenti z 10 pracovišť, zabývajících se léčbou chronické bolesti (5 privátních a 5 nemocničních). Pro hlubší porozumění obsahovým analýzám polostrukturovaných rozhovorů byla data doplněna o kvantitativní dotazníkové šetření (*Inventář projevů syndromu vyhoření – „IPSV“*), které bylo provedeno v období od listopadu 2011 do ledna 2012. Výzkumný soubor v kvantitativní části tvořilo 47 lékařů z algeziologických pracovišť v rámci celé České republiky.

Demografické údaje byly zpracovány základní popisnou statistikou. Kvalitativní rozhovory byly transkribovány do podoby textu a následně analyzovány. Dále byly spočteny bodové skóre sledovaných rovin dotazníku „IPSV“ a testovány rozdíly mezi párovými proměnnými (pohlaví, věkové kategorie, druh praxe).

Smišený výzkum prokázal u algeziologů pracujících v nemocničních ambulancích statisticky vyšší míru ($p < 0,05$) náchylnosti k syndromu vyhoření, v porovnání s kolegy z privátních zařízení. V případě věku, pohlaví, počtu dětí v rodině a počtu ošetřených pacientů nebyly zjištěny žádné signifikantní rozdíly. V symptomatologii tohoto syndromu převažovala u respondentů – podrážděnost, nedostatečná empatie, únava či ztráta pracovního nadšení. Protektivními faktory pak

jsou nejčastěji humor, přestávky, diskuze s kolegy, sportovní aktivity, hobby či trávení volného času v rodinném kruhu.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, algeziologie, profesionální stres, smíšený výzkum

Abstract

The interest in the burnout syndrome issue has been increasing in recent years, particularly in the context of increasing psychosocial and work related stress in the sector of health and social services. The care of patients with chronic pain requires specific approach from the professional, psychological and ethical points of view from pain therapists. Unless a doctor is able to tolerate work related stress or to use mitigating strategies, the burnout syndrome threat occurs.

The aim of the present thesis was to find out what the subjective approach to the burnout syndrome issue is among selected algiatry experts including its prevention. Qualitative research was conducted from January to February 2012 in the form of semi structured interview. The research sample consisted of respondents from 10 workplaces involved in chronic pain therapy (5 private, 5 in hospitals). The data were complemented with quantitative questionnaire research (*Burnout Syndrome Symptom Inventory – “BSSI”*) conducted from November 2011 to January 2012 to obtain a deeper insight into the content analyses of the semi structured interviews. The quantitative research sample consisted of 47 doctors from pain management workplaces from the whole Czech Republic.

The demographic data were processed by means of basic descriptive statistics. Qualitative interviews were transcribed to text form and consequently analyzed. Score points of the monitored levels of the “BSSI” questionnaire were then calculated and differences between pair variables (gender, age category, type of practice) tested.

The mixed research showed statistically higher rate ($p < 0.05$) of tendency to burnout syndrome in pain therapists working at hospitals compared to their colleagues from private facilities. No significant differences were found in terms of age, sex, number of children in a family and number of treated patients. The most frequent symptoms of the syndrome in the respondents were irritation, lack of empathy, tiredness

or loss of work enthusiasm. The most frequent protective factors are humour, breaks, discussion with colleagues, sport activities, hobbies or spending free time with families.

Key words: burnout syndrome, pain management, professional stress, mixed research

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem 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 diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2012

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé vedoucí diplomové práce Mgr. Petře Zimmerlové, Ph.D. za odborné rady, připomínky a metodické vedení, obzvláště děkuji RNDr. Josefu Navrátilovi, Ph.D. (Katedra obchodu a cestovního ruchu EF JU) za vstřícnost a pomoc při statistickém zpracování dat a mé rodině za podporu.

Obsah

Úvod.....	11
1. Současný stav	12
1.1 Definice a význam pojmu syndromu vyhoření (burnout syndrom)	13
1.2 Typy zátěžových situací	14
1.2.1 Stres.....	14
1.2.1.1 Profesionální stres u zdravotnických pracovníků.....	18
1.2.2 Frustrace	19
1.2.3 Konflikt a negativní interpersonální vztahy	20
1.2.4 Nadměrná emocionální zátěž	20
1.2.5 Vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce	20
1.3 Symptomatika syndromu vyhoření.....	22
1.3.1 Symptomy v psychické rovině	22
1.3.2 Symptomy v rovině fyzické	23
1.3.3 Symptomy v rovině sociálních vztahů	24
1.4 Vývoj syndromu vyhoření.....	24
1.4.1 Jiná členění fází procesu syndromu vyhoření	26
1.4.2 Druhy a protipóly vyhoření.....	30
1.5 Faktory ovlivňující syndrom vyhoření	31
1.5.1 Vnitřní rizikové faktory.....	31
1.5.2 Vnější rizikové faktory.....	32
1.5.3 Neutrální faktory	33
1.5.4 Faktory ovlivňující výskyt syndromu vyhoření z hlediska délky praxe, genderových a mezikulturních rozdílů.....	33
1.5.5 Protektivní faktory	33
1.6 Vliv syndromu vyhoření na zdravotní stav	34

1.7	Profese ohrožené syndromem vyhoření	35
1.7.1	Profese působící mimo zdravotní a sociální sektor	36
1.7.2	Pracovníci ve zdravotnictví a v sociálních službách	36
1.7.2.1	Zdravotníci v oboru algesiologie	37
1.8	Diagnostické metody měření syndromu vyhoření	38
1.8.1	Příbuzné diagnostické metody	41
1.8.2	Preventivní a terapeutické strategie zvládání syndromu vyhoření	42
1.8.3	Prevence a intervence na osobní úrovni	42
1.8.4	Prevence a intervence na úrovni organizace	48
1.8.4.1	Supervize ve zdravotnictví jako prevence syndromu vyhoření	51
1.8.5	Základní preventivní a intervenční opatření syndromu vyhoření	52
1.9	Algesiologie jako zvláštní lékařská disciplína	53
1.9.1	Bolest a její léčba	53
1.9.2	Postoj algesiologa k pacientovi trpícího bolestí	54
2.	Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy	55
2.1	Cíle práce	55
2.2	Výzkumné otázky	55
2.3	Hypotézy	55
3.	Metodika	56
3.1	Kvantitativní výzkum – Inventář projevů syndromu vyhoření (IPSV)	56
3.1.1	Studovaný soubor, způsob a místa sběru dat	57
3.1.2	Zpracování a analýza dat	57
3.2	Kvalitativní výzkum – polostrukturovaný rozhovor	59
3.2.1	Studovaný soubor, způsob a místa sběru dat	60
3.2.2	Uspořádání a analýza získaných dat	61
4.	Výsledky	62

4.1	Kvantitativní výzkum (dotazník - Inventář projevů syndromu vyhoření)....	62
4.1.1	Kvantitativní výzkum – demografické a profesní charakteristiky souboru.....	62
4.1.2	Kvantitativní výzkum – vyhodnocení dotazníku IPSV.....	65
4.2	Kvalitativní výzkum – polostrukturovaný rozhovor	74
4.2.1	Výzkumný soubor	74
4.2.2	Hlavní témata rozhovoru.....	76
4.2.2.1	Téma - Volba oboru.....	76
4.2.2.2	Téma – Profesionální stres	76
4.2.2.3	Téma – Syndrom vyhoření	77
4.2.2.4	Téma – Úspěšnost v léčbě pacienta.....	78
4.2.3	Přehled transkribovaných rozhovorů a jejich obsahová analýza	79
5.	Diskuse	119
5.1	Kvalitativní výzkum	119
5.2	Kvantitativní výzkumné šetření.....	121
6.	Závěr	126
7.	Seznam informačních zdrojů.....	128
8.	Přílohy	142

Úvod

V posledních letech dochází k rostoucímu zájmu o problematiku syndromu vyhoření, zejména v souvislosti se zvyšující se psychosociální a pracovní zátěží v sektoru zdravotních a sociálních služeb. Péče o pacienty s chronickou bolestí vyžaduje od algeziologů specifický přístup z hlediska odborného, psychologického a etického, který však může být provázen nadměrnou psychickou zátěží. Nedokáže-li lékař pracovní stres své profese tolerovat, či používat strategie k jeho zmírnění, vzniká ohrožení syndromem vyhoření.

Diplomová práce volně navazuje na mou bakalářskou práci, která se zabývala problematikou kvality života pacientů s chronickou bolestí, léčených v ambulancích pro léčbu bolesti.

Z praxe je patrné, že dochází k přibývání chronické bolesti a k zvyšování její závažnosti. Léčba chronické bolesti je často velmi komplikovaná a ovlivňuje celou řadu oblastí života nejen pacienta, ale i lékaře. Algeziologové, přijímající zásadní strategická rozhodnutí o léčbě a celkovém přístupu k pacientovi, tak mohou být vystaveni mnoha faktorům, snižujících kvalitu jejich života.

Hlavním impulzem pro výběr tématu diplomové práce mi byla každodenní zkušenost s prostředím ambulance pro léčbu bolesti, s komunikací a vzájemným vztahem mezi lékařem, pacientem a středním zdravotnickým personálem, ale také s psychickými a fyzickými nároky kladenými na lékaře.

Cílem mé práce bylo zjistit, jaký je subjektivní postoj odborníků v algeziologii k problematice syndromu vyhoření. Dále, zda se u vybraných odborníků vyskytují projevy burnout syndromu, příp. využívají-li tyto odborníci preventivních opatření proti jeho rozvoji.

Kvalitativní výzkum byl realizován formou polostrukturovaného rozhovoru s lékaři deseti center pro léčbu bolesti. Data byla následně doplněna o kvantitativní dotazníkové šetření (Inventář projevů syndromu vyhoření). Získané údaje mohou být využity jako informace o současném stavu tohoto fenoménu v tomto medicínském oboru.

1. Současný stav

V posledních letech dochází k rostoucímu zájmu o problematiku syndromu vyhoření, a to především v kontextu zvyšující se psychosociální a pracovní zátěže osob a s nimi spojených zdravotních a psychických problémů (Lindblom et al., 2006, Armon et al., 2008a). Jde zejména o chronicky působící pracovní stres, významně ovlivňující absenci v zaměstnání, psychické zdraví (např. úzkost, podráždění, depresivní chování) a zdravotní stav (např. diabetes, kardiovaskulární problémy, poruchy spánku), kvalitu života, interpersonální vztahy, nadměrné užívání léků a alkoholu či kvalitu odvedené práce (Kearns, 1986, Brattberg, 2006, Melamed et al. 2006, Armon et al., 2008). Z výsledků evropských empirických výzkumů je patrné, že stres se podílí téměř 28 procenty na vzniku psychosomatických obtíží a jeho incidence, zvláště v sektoru zdravotních a sociálních služeb, neustále vzrůstá (Paoli, Merlié, 2001, Nešpor, 2007, Večeřová-Procházková, Honzák, 2008, Nešpor, 2009, Stenlund et al., 2009, Havrdová et al., 2010).

Psychicky dobře komponovaný jedinec působí na své okolí příznivým vlivem, a totéž platí i o lékaři. Je-li však zatížen svými osobními problémy, žije-li v nadměrném stresu a je-li psychicky vyčerpán, sotva může působit psychoterapeuticky na své pacienty (Beran et al., 2010). V posledních dvaceti letech přibývá chronické bolesti, zvyšuje se její závažnost a rozvíjí se tedy i její léčení (Herndon et al., 2003 in Vondráčková, 2004). Péče o chronicky nemocné a komunikace s nimi, ale není ani pro lékaře specializovaného na léčbu bolesti snadnou záležitostí. Pokud se úspěšnost léčby pohybuje v pásmu mírného a dočasného zlepšení (příp. určitého přechodného zhoršení) hrozí lékaři syndrom vyhoření (burnout syndrom), který je doprovázen frustrací z vykonávané činnosti, výrazným poklesem motivace a pracovní nespokojeností (Kebza, Šolcová, 1998, 2008, Beran et al., 2010).

1.1 Definice a význam pojmu syndromu vyhoření (burnout syndrom)

Téměř před půl stoletím americký psycholog německého původu Herbert J. Freudenberger, zabývající se především léčbou drogově závislých, na vlastní bolestivé zkušenosti nejprve zažil a posléze definoval stav celkové psychické a somatické exhausce (vyčerpání) jako burnout syndrom. Nespokojil se svou částečnou remisí, ale věnoval se problému do hloubky a zjistil, že se jedná o riziko vážně ohrožující zaměstnance všech pomáhajících profesí - od záchranářů až po sociální kurátory (Honzák, 2009). Posléze byl popsán i u jiných profesních skupin (např. učitelů, bankovních úředníků, policistů, právníků atd.), kteří byli natolik opojeni a zaměstnání svou prací, že nic jiného, než to, co dělali, je nezajímalo. V souvislosti s nimi se začal používat termín „workoholici“, v odkazu na obdobu, kterou je možno vidět u alkoholiků. I zde docházelo k projevům apatie a při existenci těžkostí, překážek a neúspěchů ke stranění se druhých lidí, depresím, lhostejnosti, celkové vyčerpanosti, únavě a osamění (Křivohlavý, 1998).

V průběhu téměř čtyřiceti let výzkumu tohoto fenoménu se objevila v zahraniční literatuře celá řada pojetí a vymezení pojmu syndromu vyhoření, která se v různých aspektech odlišují. Přesto je možné (podle Kebzy a Šolcové, 2003) konstatovat, že většina pojetí se shoduje alespoň v následujících bodech:

- Jde především o psychický stav, prožitek a vyčerpání,
- Vyskytuje se zvláště u profesí, obsahující jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“,
- Tvoří jej řada symptomů, především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální,
- Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava,
- Všechny hlavní složky tohoto syndromu rezultují z chronického stresu.

Jako burnout („vyhoření“ či vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres (Kebza, Šolcová, 1998, 2003).

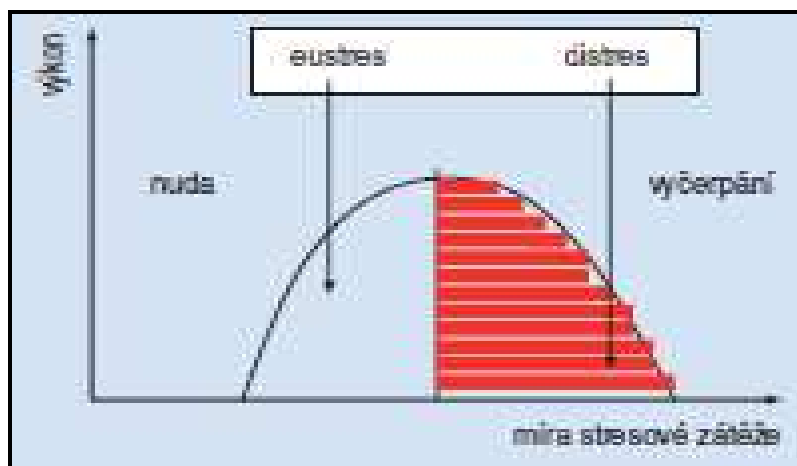
1.2 *Typy zátěžových situací*

Psychická zátěž ve smyslu emoční a kognitivní exhausce, stresu, frustrace aj. může být rizikovým faktorem vzniku a vývoje syndromu vyhoření. Tyto zátěžové situace často vedou k narušení psychické rovnováhy, která se projevuje změnou prožívání, uvažování i chování (Jeklová, Reitmayerová, 2006). Podle Vágnerové (2005) lze zátěžovou situaci definovat jako „takovou, která u daného jedince vyvolává stav nadměrného zatížení nebo ohrožení, spojeného s úbytkem uspokojení, ohrožující jeho celkovou, tělesnou i duševní pohodu“. V souvislosti se zátěžovými situacemi hovoříme o frustrační toleranci, která označuje míru odolnosti vůči nepříznivým událostem. Stupeň odolnosti označujeme jako hardiness (tj. tvrdost, pevnost). Termín resilience (houževnatost, nezdolnost) chápeme jako schopnost odolávat v průběhu času. Jde tedy o komplex protektivních faktorů, které člověku pomáhají zvládnout nepříznivé životní situace a přežít je při zachované duševní rovnováze (Nakonečný, 1997, Vágnerová, 2005). Podle vzniku, závažnosti a možných konsekvencí rozeznáváme několik typů přetížení a zátěžových situací.

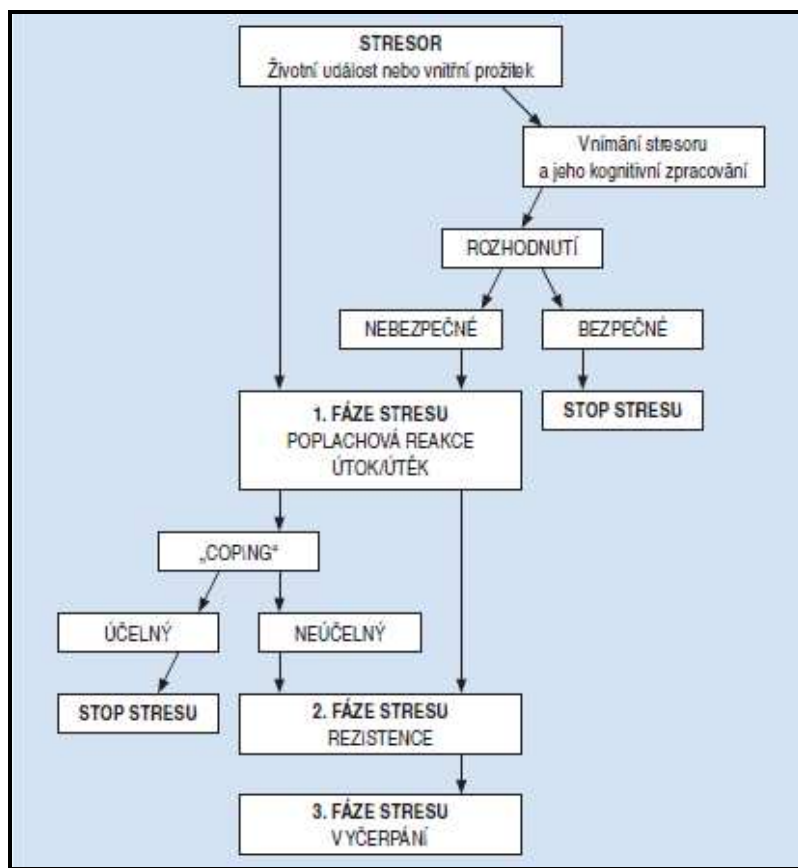
1.2.1 *Stres*

Podle Nakonečného (1997) může být stres chápán jako „silná frustrace, vznikající tehdy, působí-li na člověka nadměrně silný podnět dlouhou dobu nebo ocitne-li se v nesnesitelné situaci, jíž se nemůže vyhnout, a setrvá-li v ní“. Organismus odpovídá na psychickou zátěž formou poplachové reakce, vyvolávající významné fyziologické změny (zvýšený krevní tlak a srdeční činnost, hormonální změny, pokles

teploty atd.), které jsou doprovázeny emočním neklidem, pocitem ohrožení a jinými negativními projevy. Pokud se organismus v důsledku poplachové reakce neadaptuje, dochází k jeho vyčerpání (Höschl et al., 2002, Baštecká, 2009, Hartl, Hartlová, 2010). „Všeobecně přijímaný názor je, že optimální hladina stresu působí jako tvůrčí a motivační síla, která vede lidi k dosahování neuvěřitelných výkonů a cílů – *eustres*. Naproti tomu chronický traumatický stres – *distres*, je potencionálně neobyčejně destruktivní a poškozuje psychické a tělesné zdraví a může ohrozit samotný život (Večeřová-Procházková, 2004 in Večeřová-Procházková, Honzák, 2008).



Obr. 1 Reaktivita na stres (podle Večeřová-Procházková, Honzák, 2008)



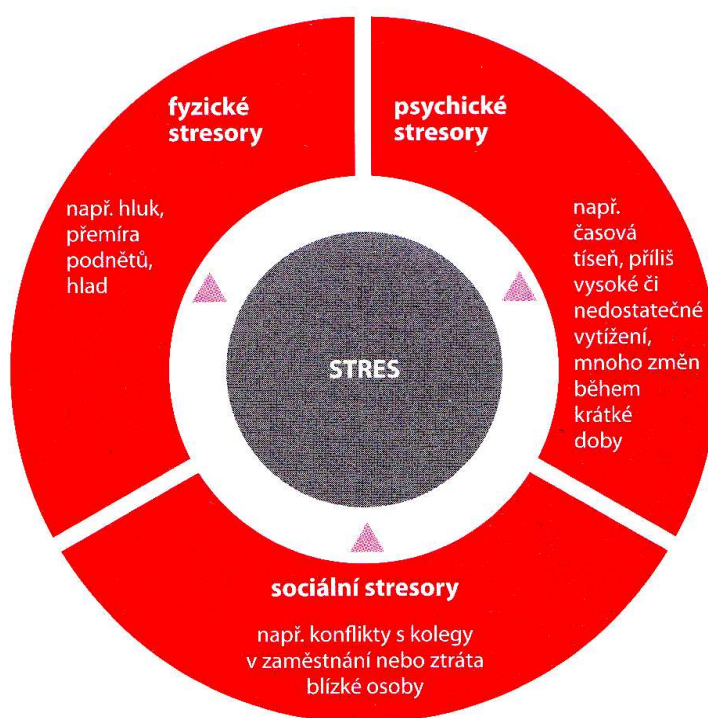
Obr. 2 Fáze stresu (upraveno, podle Večeřová-Procházková, Honzák, 2008)

Přiměřená míra eustresu zvyšuje výkonnost, zatímco působení psychosociálního distresu na výkon je zhoubné. Stres můžeme chápat jako vztah mezi dvěma silami – *stresory* a *salutory*, působící protikladně (Křivohlavý, 1998, Nešpor, 2007, Večeřová-Procházková, Honzák, 2008).

a) Stresory

Stresorem rozumíme spouštěč stresu, který může být reakcí na nějakou životní událost, případně vnitřní prožitek. Stresory působí negativním vlivem na náš organismus a mohou mít fyzickou, sociální, resp. psychickou povahu. Přestože má člověk významnou adaptační schopnost, dochází při dlouhodobém působení nejrůznějších stresorů ke komplexní fyziologické reakci (v oblasti hypotalamu, v retikulární formaci,

v autonomním nervovém systému atd.) mobilizující použitelné energetické rezervy. Po vyčerpání zásob adaptační energie se objevují patologické, ireverzibilní, fyziologické i anatomické změny, manifestující jako nejružnější somatická onemocnění – tzv. psychosociální choroby (Schreiber, 1991, Nakonečný, 1997).

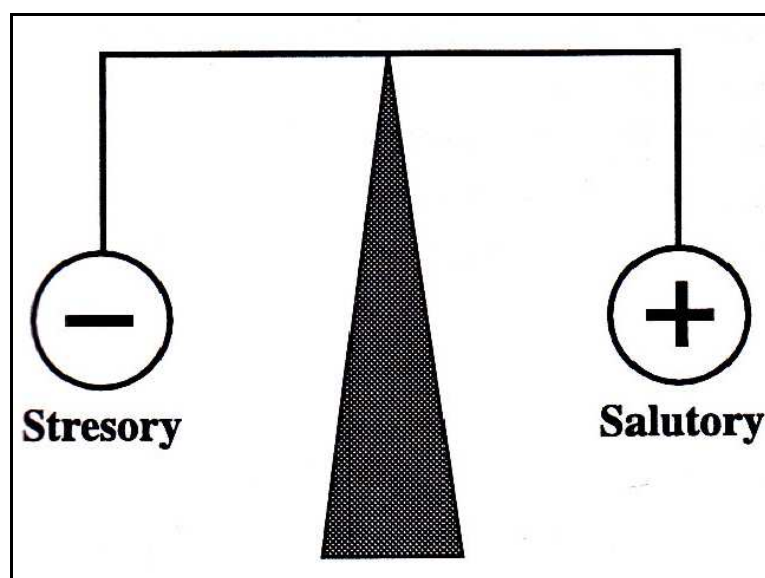


Obr. 3 Typy stresorů (podle Stock, 2010)

b) Salutory

Jak již bylo v textu uvedeno, lidé se navzájem odlišují mírou psychické rezistence a četností tzv. salutoprotektivních, zdraví ochraňujících činitelů. *Salutory* jsou tedy souborem obranných schopností, pomocí nichž jsme schopni zvládat těžké životní situace. Pokud jsou dvojice sil (stresorů a salutorů) v rovnováze, nedochází k psychickému napětí a organismus se nachází ve stavu psychické pohody (well-being).

Nastane-li situace, kdy celková síla stresorů převyšuje souhrnnou sílu salutorů, dochází ke stresu (Křivohlavý, 1998, Slezáčková, 2008). „Přesahuje-li tento nepoměr určitou zvládnutelnou hranici, hovoříme o distresu, tj. patologicky působícím stresu. Pokud se člověk dostává pravidelně do distresové situace, číhá na něj s určitou pravděpodobností nebezpečí psychického vyhoření“ (Křivohlavý, 1998).



Obr. 4 Vyrovnaná životní situace (podle Křivohlavý, 1998)

1.2.1.1 Profesionální stres u zdravotnických pracovníků

Pracovníci ve zdravotnictví jsou trvale vystaveni nadměrným stresovým situacím. Tyto zátěžové situace pramení z obavy o správnosti zvoleného postupu léčby, administrativních úkonů (např. vykazování poskytované péče zdravotním pojišťovnám), interakce s negativně emotivními pacienty, značná morálně-právní odpovědnost, pracovní vytíženost, malá připravenost uspokojovat vlastní psychické potřeby, zdravotní rizika atd. (Nešpor, 2007, 2009, Beran et al., 2010). Neustálý vzestup následků profesionálního stresu u lékařů proto vedlo Evropské fórum lékařských asociací a Světovou zdravotnickou organizací k prohlášení, které vybízí národní

asociace k monitorování, studiu a prevenci tohoto problému (Nešpor, 2007). V situaci, kdy zdravotník nedokáže psychický stres své profese tolerovat, dochází ke změnám v jeho psychice a chování. Důsledkem takto chronicky stresujících situací může být vznik a rozvoj syndromu vyhoření, který je ve zdravotnictví relativně častým jevem (Cordes, Dougherty, 1993, Kebza, Šolcová, 2008, Beran et al., 2010). K nejvíce exponovaným zdravotnickým oborům patří mimo jiné i algeziologie. Z těchto důvodů se proto řada publikovaných studií věnuje právě vztahu chronického stresu a burnout syndromu (viz kap. 1.3). Zvládání profesionálního stresu označujeme jako *coping*, jde o obranné techniky, strategie a způsoby zvládání zátěží a vyrovnání se s nimi - např. kvalitní síť mezilidských vztahů a zájmů, humor, relaxační a meditační techniky, správná organizace času atd. (Vymětal, 2003, Nešpor, 2007, Večeřová - Procházková, Honzák, 2008).

1.2.2 Frustrace

Pokud se silně motivovaný jedinec (zvláště ve zdravotnických a pomáhajících profesích) dostane do neřešitelné situace nebo do situace, z níž není východiska (je mu znemožněno dosažení cíle a patřičného ocenění) vzniká situace *frustrace*. Období frustrace se vyznačuje nespokojeností, pocity napětí, zklamání a selhání – tyto projevy mohou vyústit ve vnitřní konflikt nebo interpersonální konflikty na pracovišti (Nakonečný, 1997, Slezáčková, 2008). Podle Křivohlavého (1998) je opakem frustrace (tj. negativního ocenění) tzv. *satiace*, při které dochází ke kladnému ocenění a uspokojení sociálně-psychologických potřeb. Frustraci potřeb je třeba brát individuálně, protože každý jedinec jinak hodnotí své potřeby a vyznačuje se různou mírou frustrační tolerance. Zklamaná očekávání se v člověku zpravidla hromadí a kumulují. „Potřebou, která vede k psychickému vyhoření, je potřeba povědomí smysluplnosti života (smysluplnosti vlastní činnosti, práce, žití atp.) – tzv. existenciální potřeba. Ještě jedna potřeba, je-li neuspokojena (frustrována) se často objevuje ve studiích zrodu psychického vyhoření. Je jí potřeba společenské uznání – respektu“ (Křivohlavý, 1998).

1.2.3 Konflikt a negativní interpersonální vztahy

Mezi zátěžové situace patří rovněž problematika konfliktu, s kterou se každý člověk v životě opakovaně setkává (špatné mezilidské vztahy, otázka vnitřních konfliktů – dilemat aj.). Negativní interpersonální vztahy na pracovišti v podobě sporů, nedorozumění, konfliktů atd. jsou velmi často spouštěcím mechanismem syndromu vyhoření. K tomuto psychickému vypětí se častokrát přidávají i neutěšené rodinné poměry (nefunkční rodinné a partnerské vztahy), které zhoršují beztak již těžkou situaci (Vágnerová, 2005, Baštecká, 2009). „Z psychopatologického hlediska jsou pak velmi významné tzv. vnitřní konflikty. Ty se odehrávají (pokud však nebyly vytěsněny) ve vědomí člověka a znamenají střetnutí dvou vzájemně neslučitelných, přibližně stejných tendencí. Za určitých okolností může opakovaná frustrující zkušenost a dlouhodobý a nezvládnutý konflikt působit jako stresující faktor“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

1.2.4 Nadměrná emocionální zátěž

Tam, kde jsou kladeny přílišné nároky na pozitivní emocionální vztahy mezi lidmi, dochází velmi často k projevům psychického vyhoření. Lékaři a zdravotní sestry, podobně jako pracovníci sociálních služeb, přicházejí do bezprostředního kontaktu s klienty a jsou vystaveni tlaku (stížnosti pacientů, neoprávněné pozitivní očekávání, kvalita péče aj.) ze strany pacientů a jejich rodinných příslušníků (Vymětal, 2003).

1.2.5 Vliv prostředí, pracovních podmínek a organizace práce

S jevem psychického vyhoření se setkáváme nejen v určitých profesích (činnostech), v nichž dochází k interpersonálním vztahům. Určitý vliv

uplatňují i některé specifické faktory (charakteristiky) pracovního či životního prostředí. Podle Křivohlavého (1998) se jedná především o tyto faktory:

- *míra svobody a kontroly* – pracovní činnost může být zatěžována nepřiměřenou (extrémní) mírou svobody, stejně tak extrémní mírou kontroly,
- *nesmyslnost požadavků* – radost z pracovní činnosti může být provázena nesmyslností toho, co je nám nařízeno dělat (nespokojenost v zaměstnání je často kompenzována pouze finanční motivací),
- *autorita* – jde např. o centralizaci vši autority do jedné ruky, přílišné tříštění autority, či o konflikty formální i osobní autority, kdy si pracovníci váží více osoby s formální autoritou, nežli toho, kdo tuto autoritu oficiálně zaujímá,
- *odpovědnost* - ztěžujícími faktory mohou být nadměrná míra odpovědnosti (např. nedostatek prostředků k odpovědné realizaci úkolu) nebo nízká míra odpovědnosti vedení,
- *neplnění úkolu* – k rozvoji psychického vyhoření může dojít při dlouhodobém neplnění stanoveného úkolu (plánu),
- *očekávání* – psychické vyhoření může nastat i v případech, když jsou očekávání nerealistická (přehnaná), nejsou-li na vedoucích místech dostatečně schopní lidé, či nemají-li schopní lidé potřebné možnosti a prostředky k realizaci toho, co by chtěli vykonat,
- *sociální komunikace* – nedostatky v horizontální i vertikální sociální komunikaci (neinformovanost, špatná informovanost vedení či naopak podřízených, neexistence skupinových rozhovorů),
- *požadavky kladené na lidi* – těžkosti přinášejí především nadměrné požadavky kladené na pracovníky, nerealistická očekávání vedením, neumožnění odborného růstu, uplatňování nových postupů atd.,

- *organizační podmínky* – zátěžovým situacím podléhají nejčastěji pracovníci s vysokou mírou nadšení, intenzivně pracující, s přílišnou pracovní oddaností, s minimálními mimo pracovními zájmy, atd.

1.3 *Symptomatika syndromu vyhoření*

Problematika syndromu vyhoření byla v posledních letech intenzivně studována především v kontextu sociálně - psychologickém. Kebza, Šolcová (1998, 2003) ve svých kompilačních pracích, věnovaných syndromu vyhoření, uvádějí několik hypotéz zahraničních autorů. Podle jejich předpokladů tento syndrom vzniká v určitém sociálním prostředí, které usnadňuje či podporuje jeho šíření, nebo souvisí spíše se systémovými než osobními důvody (tzn., že syndrom vyhoření nějakého pracovníka je signálem něčeho, co nefunguje dobře v organizaci).

Mezinárodní klasifikace nemocí zařazuje syndrom vyhoření pod kódem ICD 10 do kategorie Z 73.0 – Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života (Libigerová, 1999). Podle Kebzy, Šolcové (2003) lze příznaky syndromu vyhoření popsat podle úrovní, v nichž se projevují.

1.3.1 *Symptomy v psychické rovině*

- Převažuje negativní pocit z toho, že efektivita a délka našeho úsilí je nepatrná vůči vynaložené námaze.
- Dostavuje se pocit celkového duševního vyčerpání. Jde především o emocionální vyčerpání v oblasti duševní a o pokles až ztrátu motivace, které jsou příznakem vyčerpání v oblasti kognitivní.
- Dochází k utlumení celkové aktivity, zvláště k redukci kreativity, iniciativy, invence aj.

- Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti, marnosti nad vynaloženým úsilím, atd.
- Dostavují se projevy negativismu, cynismu a hostilis ve vztahu k osobám, které jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacientům, klientům, zákazníkům).
- Pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí.
- Sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání.
- Redukce činnosti na rutinní postupy, atd.

U emočně vyčerpaného člověka se mohou dostavit výše uvedené stavy, s pocity bezmoci a beznaděje. V extrémních případech může tento stav vést až k vypuknutí duševní nemoci či k sebevražedným sklonům (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

1.3.2 Symptomy v rovině fyzické

- Dostavuje se stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost.
- Rychlá unavitelnost.
- Nespecifikované bolesti hlavy.
- Vegetativní obtíže: bolesti u srdce, zažívací a dýchací obtíže, atd.
- Poruchy krevního tlaku a spánku.
- Přetrvávající celková tenze.
- Zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu.

Lidé postižení syndromem vyhoření jsou více náchylní k úrazům, opakovaným onemocněním, stěžují si na uvedené obtíže, na změnu stravovacích návyků či změnu tělesné hmotnosti (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

1.3.3 Symptomy v rovině sociálních vztahů

- Výrazná redukce kontaktu s klienty, kolegy, nebo osobami které mají vztah k profesi.
- Negativní přístup k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí (plán práce, plnění dohod a termínů, aj.).
- Projevy nízké empatie (často u osob s původně vysokou schopností vcítění).
- Prohlubování konfliktů, především v důsledku nezájmu, lhostejnosti a „sociální apatie“ ve vztahu k okolí.

Narušené sociální vztahy postihují nejen „vyhořelého“ jedince, ale i jeho rodinné příslušníky, přátele, klienty, pacienty a kolegy, kteří pro něj již nejsou zdrojem uspokojení a energie, ale představují jen další nároky (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

1.4 Vývoj syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření můžeme chápat jednak jako stav, který vzniká v důsledku řady okolností, zejména vlivem chronického stresu, či jako dlouhodobě vyvíjející se proces (Kebza, Šolcová, 1998, 2003). Podle Masopusta (2003) „však může vyhořet pouze ten, kdo ‚hořel‘. To znamená, že syndrom vyhoření postihuje motivované lidi, kteří do zaměstnání nastupují s vysokými cíli a velkým očekáváním. Jsou ochotni se práci plně věnovat, pomáhat druhým, pracují s nasazením a často se v problémech sami emočně angažují.“ Řada autorů popisuje proces vzniku a vývoje syndromu vyhoření v jednotlivých fázích. Tento proces, vrcholící syndromem vyhoření, může trvat několik

měsíců až let (Tošner, Tošnerová, 2002). Postižený může procházet fázemi postupně, do určité míry je ale možné některé z nich přeskočit (Stock, 2010).

V odborné literatuře se můžeme setkat s různými modely vývoje syndromu vyhoření, lišící se počtem fází - od třífázového procesu (Längle, 1997), po nejčlenitější dvanáctifázový model (Jones, 1982). Edelwich a Brodsky (1980) in Stock (2010) uvádějí následující koncepci čtyř základních fází syndromu vyhoření:

a) Idealistické nadšení

V počáteční fázi nadšení jedinec pracuje s nadprůměrným nasazením a s velkými očekáváními. Přílišné ideály a množství vynaložené energie jsou však v rozporu s nereálnými nároky kladenými na sebe i své okolí. Dlouhodobě přeceňuje své síly, hýří bezmezným optimismem a natolik se ztotožní se svou prací a klienty, že žije jen svým zaměstnáním, zanedbává vlastní aktivity a omezuje okruh svých zájmů. Přestože je takovýto pracovník klienty velmi oblíben, může docházet k jeho zneužívání a stupňování obtížně splnitelných nároků ze strany klientů. Obdobnou tendenci lze vysledovat i u spolupracovníků, kteří mohou využívat pracovního nadšení svého kolegy a přesunovat na něj mnohé ze svých povinností (Slezáčková, 2008). Můžeme se setkat s jedinci, kteří se své práci také věnují naplno a zažívají pocit sebeuspokojení, ale dovedou realisticky odhadnout překážky a k rozvoji syndromu vyhoření u nich nedochází (Stock, 2010).

b) Stagnace

Počáteční nadšení a pracovní nasazení postupně u takto silně motivovaného pracovníka vyhasíná. Po té, co se dostatečně seznámil s realitou, dochází u něj k přehodnocování počátečních ideálů, svých schopností a možností. V souvislosti s touto fází hovoříme o stádiu stagnace. Přestože stále vykonává svou práci, dostávají se do popředí jeho zájmu věci, které dříve považoval za nedůležité (mzda, kariérní růst, atd.). V tomto stádiu postižený jedinec, ani jeho nejbližší okolí nemusí zaznamenat žádné projevy syndromu vyhoření (Kulka, 2005, Stock, 2010).

c) Frustrace

Pakliže nadměrné pracovní zatížení přetrvává, může nastat stádium frustrace, které je výsledkem pochybností o smyslu a výsledku vlastní práce, o nemožnosti uspokojení vzrůstajících požadavků klientů či nadřízených a o pochybnostech vůči sobě samotnému. V období frustrace dochází k pocitům nespokojenosti, zklamání a psychického napětí, které vedou k agresi, projevům sarkasmu a ironie. Tyto stavy mohou vyústit v interpersonální konflikty na pracovišti a vnitřní konflikty, spojené se symptomy somatických a psychických obtíží (Cordes, Dougherty, 1993, Tošner, Tošnerová, 2002).

d) Apatie

Dlouhodobě frustrovaný jedinec podléhá pocitům apatie, které jsou projevem vnitřní rezignace. Vyhýbá se kontaktům s klienty, zadaným úkolům a dělá jen to, co je nezbytně nutné – zdroj prvotního nadšení nyní vnímá jako nutný zdroj obživy. Často podléhá pocitům rezignace, popř. zoufalství, pramenící z nedostatku jiných možností uplatnění. Jestliže v tomto stádiu nedojde k efektivní intervenci, v podobě např. delší dovolené, změny pracoviště, zvýšení kvalifikace aj., může dojít k nástupu projevů syndromu vyhoření. Ve stadiu syndromu vyhoření dochází k chronické únavě, zvýšenému tělesnému a emocionálnímu vyčerpání, které jsou doprovázeny depresivními stavy, negativistickými postoji k ostatním i vůči sobě a k tzv. dehumanizaci (Weber, Jaekel-Reinhard, 2000, Shirom et al., 2006, Slezáčková, 2008, Zacharová, 2008).

1.4.1 Jiná členění fází procesu syndromu vyhoření

Jinou koncepci čtyř základních fází vyhoření představují práce Maslachové (1993, 1998), která se dlouhodobě věnuje problematice burnout syndromu z různých úhlů pohledu. První fázi reprezentuje nadšení (spojené s dlouhotrvajícím přetěžováním), které je ve druhé fázi vystřídáno postupnou psychickou a fyzickou exhaustací. Reakcí

na takovéto protrahované vyčerpávání je nástup obranného mechanismu, tzv. dehumanizace (třetí fáze). Tento stav předznamenává nástup čtvrté - terminální fáze, vrcholící úplným vyčerpáním, negativismem, nezájmem a lhostejností. Tato autorka, ve spolupráci s M. Leiterem, (Maslach, Leiter, 1997) dále rozpracovává tři složky procesu syndromu vyhoření – *EE (Emocionální vyčerpání)*, *DP (Depersonalizace)*, *PA (Snížení pracovního výkonu/efektivita práce)*, které jsou součástí dotazníku psychického vyhoření MBI (Maslach Burnout Inventory). V procesu vyhořívání se emocionálně vyčerpaný (EE) člověk, s nedostatečnou sociální oporou, postupně izoluje od druhých lidí stahováním do vlastní samoty (DP). To vše je doprovázeno sníženou efektivitou práce (PA), často v důsledku negativního vlivu pracovního prostředí tzv. „daily hassles“ – intenzita pracovní zátěže, drobné problémy každodenního života, špatné interpersonální vztahy na pracovišti i doma (Křivohlavý, 1998, Kebza, Šolcová, 2003).

V koncepci R. Schwaba (Schwab, 1996 in Kebza, Šolcová, 1998, 2003) vzniká syndrom vyhoření v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami, jeho vývoj má tři fáze:

- a) *nerovnováha mezi požadavky zaměstnání (práce) a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát (stress),*
- b) *bezprostřední krátkodobá emoční odpověď na tuto nerovnováhu – pocity úzkosti, tenze, únavy a vyčerpání (strain),*
- c) *změny v postojích a chování – tendence jednat s klienty neosobně a mechanicky (jedná se o defenzivní chování, psychologický únik ze situace, která se nedá zvládnout aktivním řešením problémů).*

Další pohled na průběh procesu vyhoření prezentuje rakouský psycholog A. Längle (1997), zabývající se logoterapií a existenciální psychologií. Ve svém pojetí rozlišuje tři fáze vývoje syndromu vyhoření:

- a) *nadšení* – pracovní činnost se stala pro daného člověka smysluplnou, neboť mu usnadňuje dosažení cíle. Je plně nadšený a má pro co žít.

- b) *utilitární zájem* – prvotní cíl již není hlavním smyslem jeho života a stává se užitkovou hodnotou. Jednou z hlavních motivací se nyní stává původně „vedlejší produkt“ – výdělek. Vzdor tomu působí namísto, kde původně pracoval a žil s pocity nadšení. Dostavuje se pocit tzv. odcizení, jeho základní motivace je frustrována (neuspokojena). Místo plně smysluplných cílů nastupují tzv. zdánlivé cíle. Nadšení tedy pohasíná a oheň začíná doutnat.
- c) *popel* – doutnání přešlo do fáze „popela“, v které dochází ke ztrátě úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. K lidem se chová necitelně, s projevy cynismu, ironie a sarkasmu. Považuje je za pouhé „věci“. Ztrácí úctu a respekt k vlastnímu životu, přesvědčení, nadšení a hodnotám. Chová se cynickým způsobem nejen k druhým lidem, ale i sám k sobě. Jeho život se stává pouhým vegetováním (Křivohlavý, 1998).

Pojetí Chernisse (1989 in Kebza, Šolcová, 2003) zakládá procesuální podobu vyhaslosti v podobě modelu, v němž zkušenost jedince se stresem a jeho zvládáním vyúsťuje v průběžně uskutečňovanou změnu postojů, emocionality a zvládacích strategií, které budou dále uplatňovány.

Podrobnější členění procesu vyhoření předložili Golembiewski, Munzenrider a Stevenson (1986). Celkem rozlišují osm fází vyhaslosti, s uplatněním třech komponent dotazníku Ch. Maslachové – Maslach Burnout Inventory (MBI). Jako nejvýznamnější komponentu chápou emoční vyčerpání. Z počátku jsou všechny tři komponenty MBI na nízké úrovni, postupně ale narůstají, přičemž emoční vyčerpání se uplatňuje až ve druhé polovině těchto fází (Kebza, Šolcová, 1998).

Izraelský psycholog I. Friedman (1996) přišel s teorií tzv. Multipathway to Burnout (MPB). Jedná se o model, snažící se vyjádřit průběh vyhoření cestou rozvoje dvou oblastí či směrů: *kognitivní* – pocit osobní i profesionální nedostatečné výkonnosti, *emoční* – pocit přetížení a emočního vyčerpání. Rozvoj obou těchto směrů postupně prochází třemi stádii:

- a) *nebezpečí stresorů,*
- b) *primární a sekundární zkušenosti z prožitku stresu,*
- c) *reakce na tyto zkušenosti.*

V koncepci J. W. Jonese (1981 in Křivohlavý, 1998) se setkáváme s dvanáctifázovým modelem procesu vyhoření:

- a) *snaha o kladné osvědčení se v zaměstnání,*
- b) *snaha udělat vše sám,*
- c) *opomíjení vlastních potřeb a péče o sebe,*
- d) *pracovní aktivita se stává hlavním motivem a cílem snažení,*
- e) *zmatek v hodnotovém žebříčku (podstatné X nepodstatné),*
- f) *nutkavé popírání všech příznaků vnitřního napětí, které je projevem obrany proti zátěžovým situacím,*
- g) *dezorientace, ztráta naděje a angažovanosti, cynické jednání, útěk od všeho a hledání útěchy např. v alkoholu, drogách, lécích, přejídání aj.,*
- h) *navenek pozorovatelné změny v chování – odmítání rad a kritiky, potřeba sociální izolace,*
- i) *depersonalizace – ztráta kontaktu sama se sebou, s vlastními životními cíli a hodnotami,*
- j) *prázdnota – hluboké pocity frustrace ze ztráty smysluplnosti života, pocity zoufalství ze selhání a dopadu „až na dno“,*
- k) *depresivní chování – pocity marnosti, člověk se ocitá ve smysluprázdném vakuu,*
- l) *úplné vyčerpání – fyzická, emocionální a mentální exhausce, totální ztráta motivačních zdrojů a energetických zásob, pocity naprosté marnosti.*

Podle Kebzy a Šolcové (2003) „je zřejmé, že je zcela na místě uvažovat o vývojových stádiích či fázích burnout syndromu, neboť skutečně nejde o neměnný stav, ale o neustále se vyvíjející se proces.“

1.4.2 Druhy a protipóly vyhoření

V odborné literatuře se někdy též rozlišuje tzv. *copout* a *burnout*. *Copout* je charakterizován jako zjevné selhání a útěk od odpovědnosti, zatímco u *burnout* syndromu dochází po počátečním vysokém pracovním nasazení k emocionálnímu a fyzickému vyčerpání. Dále se můžeme setkat s tzv. *syndromem obnošení*, který se projevuje pocitem naprosté exhausce, v případě dlouhotrvajícího a stereotypně působícího stresu. U trvale působícího stresu, za současného úbytku obranných sil hovoříme o obvyklém *burnout syndromu*. V situacích, kdy člověk vykonává delší dobu nízko stimulující a monotónní práci, s nízkou autonomií pracovní činnosti, jenž je pod úrovní jeho kvalifikace, pak mluvíme o tzv. *syndromu podcenění* (Kebza, Šolcová, 2003).

V problematice syndromu vyhoření se objevují studie zabývající se koncepcí tzv. protipólu syndromu vyhoření (např. Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001, Schaufeli et al., 2002) pod názvem „engagement“, který podle Šolcové a Kebzy (2002) můžeme přeložit jako „zapálenost“. Zapáleností rozumíme pozitivní a naplňující stav mysli, spojený s prací.

Nezávisle na výše zmíněných autorech vypracoval izraelský psycholog A. Shirom spolu se svými kolegy (např. Shirom, 2006, Shirom, Melamed, 2006) pozitivní protipól syndromu vyhoření pod názvem „vigor“ (odolnost, vitalita). Tento termín je chápán jako pocit dostatku fyzických sil, emoční energie v kognitivní živosti. Při vývoji konstruktů syndromu vyhoření vycházel A. Shirom z pracovního stresu a koncipoval jej tak, aby odrážel vyčerpání zdrojů při zvládání chronického pracovního stresu (Kebza, Šolcová, 2008).

1.5 Faktory ovlivňující syndrom vyhoření

V souvislosti se syndromem vyhoření je třeba se zmínit o nejčastějších příčinách – rizikových faktorech, podílejících se na jeho vzniku. Tyto příčiny můžeme rozdělit na *vnitřní* (osobnostní) a *vnější* (pracovní) rizikové faktory (např. Jeklová, Reitmayerová, 2006) a dále na faktory *protektivní* a *neutrální* (např. Kebza, Šolcová, 1998, 2003).

1.5.1 Vnitřní rizikové faktory

Vnitřními faktory rozumíme především charakterové vlastnosti jedince, které mohou být spouštěčem projevů syndromu vyhoření. Jedná se především o přílišné nadšení pro práci, tendenci k soutěživosti, špatné vnitřní sebehodnocení, silné vnímání neúspěchu, špatný fyzický stav, snaha udělat si vše sám, nízká úroveň zdravé asertivity a neschopnost říci „ne“, špatné zvládání konfliktů, neschopnost relaxace, přílišná odpovědnost a pečlivost, kladení příliš vysokých nároků na sebe sama, úzkostné či fobické rysy, atd.

Hlavním osobnostním typem, které může syndrom vyhoření postihnout, je *chování typu A*. Jde o jedince s vysokými ambicemi a silně vyvinutým smyslem pro povinnost, vyznačují se netrpělivostí, soutěživostí a sklonem k perfekcionismu a agresivitě. Jsou uspěchaní, vznětliví a podráždění. V zaměstnání jsou zpočátku úspěšní a dostatečně uznávaní. Svou bojovností, ale často způsobují konflikty mezi lidmi. Svým pracovním nasazením, vědomým vystavováním se působení různých stresových faktorů, nedostatkem regenerace a potlačováním varovných signálů (poruchy spánku, podráždění, únava) nakonec u něj dochází k projevům zdravotních a psychosomatických obtíží (Stock, 2010).

Opakem osobnostního typu A je *typ chování B*, který bude blíže popsán v rámci protektivních faktorů. Jinou typologii, zaměřenou na oblast pracovní zátěže, představuje podle Stocka (2010) německý soubor testů AVEM, rozlišující čtyři typy osobností:

- typ G (Gesundheit=zdraví) se vyznačuje vysokým, ne však přehnaným pracovním nasazením, dovede si udržet odstup, čímž si zachovává schopnost regenerace, je kolegiální a v zaměstnání bývá úspěšný,
- typ A (Anstrengung=námaha, úsilí) jde o perfekcionista s nadprůměrným pracovním nasazením, má sklon k solitérství, které se vyznačuje malou podporou ze strany kolegů, hůře se regeneruje. Typově se přibližuje k osobnostnímu typu A,
- typ B (Burnout=vyhoření) přestože je plně pracovní zaujat, dochází u něj v důsledku rezignace, psychického a fyzického vyčerpání ke snížení efektivity práce. Tento typ nesouvisí s chováním osobnostního typu B,
- typ S (Schonung=šetření se) svou práci zvládá v zásadě dobře, neprojevuje však žádnou iniciativu, která by byla nad rámec jeho povinností. Vyznačuje se tedy nižším intenzivním pracovním nasazením.

1.5.2 Vnější rizikové faktory

Tyto rizikové faktory pocházejí především z pracovní oblasti a jsou nejčastější příčinou vzniku syndromu vyhoření. Jedná se zejména o zvýšenou pracovní zátěž, nejistotu pracovních poměrů, nedostatek odpočinku v průběhu práce, nedostatečné ocenění práce ze strany klientů či vedení, nedostatek samostatnosti (snížení možnosti tvůrčího rozvoje pracovníků), nefunkční kolektiv, dlouhodobé trvání nepříznivých podmínek aj. Do problému v zaměstnání se promítají i neutěšené rodinné podmínky - partnerské problémy a konflikty, finanční problémy, zátěž v rodině či dlouhodobá nemoc (Jeklová, Reitmayerová, 2006, Stock, 2010).

1.5.3 Neutrální faktory

Z hlediska vzniku a rozvoje syndromu vyhoření považujeme za neutrální faktory inteligenci a hlavní demografické údaje jako jsou věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru atd. (Kebza, Šolcová, 2003).

1.5.4 Faktory ovlivňující výskyt syndromu vyhoření z hlediska délky praxe, genderových a mezikulturních rozdílů

V odborné literatuře panují rozdílné názory na rozvoj syndromu vyhoření v otázce délky práce na úrovni jedné pozice (podstatné X irelevantní). Rozdílnost pohledů pravděpodobně plyne z nedostatečné kontroly v šetřených skupinách (např. podrobnější charakteristiky sledovaných profesních skupin, socioekonomický status atd.). Z hlediska genderových diferenciací taktéž nejsou názory na výskyt vyhoření jednotné. Především ve studiích z 80. let se setkáváme s názorem, že incidence syndromu vyhoření je častější u žen (někdy až dvojnásobně), v jiných studiích jsou výsledky vyrovnanější. Uvedené nesrovnalosti mohou být částečně ovlivněny mimo jiné demografickými parametry populačních vzorků (výzkumná šetření byla prováděna v typicky ženských profesních skupinách – zdravotní sestry, lékařky, pedagožky atd. (Kebza, Šolcová, 2003). Mezikulturní srovnávání je též významným faktorem v problematice syndromu vyhoření. Z výsledků studie A. M. Pinesové (Pines, 2004 in Kebza, Šolcová, 2008) vyplývá, že i přes náročnější život a životní podmínky přikládali izraelští pracovníci (v pozicích manažera, zdravotní sestry a učitele) své práci a své osobě větší význam v porovnání s Američany.

1.5.5 Protektivní faktory

Mezi projektivní, tzn. burnout tlumící faktory, řadíme osobnostní typ B, s dostatečnou asertivitou. Dále schopnost a dovednost relaxace, vhodný time-management (umění nedostat se pod časový tlak), samostatnost a proměnlivost pracovní činnosti,

odolnost (resilience) ve smyslu hardiness či smyslu pro koherenci (sense of coherence), pocit dostatku vlastních schopností zvládat situaci, sebeuplatnění, dispoziční optimismus, příjemný proud zážitků (flow), dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem euforicky laděného jedince, sociální opora (social support)

a opora ze strany spolupracovníků stejného postavení (peer-support), která je nejeфекtivnější při vzniku syndromu vyhoření, pocit přiměřeného ohodnocení a společensko-ekonomického uznání, pocit osobní pohody (well-being) atd. (Kebza, Šolcová, 1998).

Typ chování B řadíme pro jeho charakterové vlastnosti, které představují jistou „ochranu“ před psychickým vyhořením, mezi protektivní faktory. Jedinec tohoto typu se vyznačuje nižší mírou soutěživosti, nepřátelského a agresivního chování. Dokáže být uvolněný, klidný a trpělivý (Stock, 2010).

1.6 Vliv syndromu vyhoření na zdravotní stav

Syndrom vyhoření má negativní vliv nejen na psychické zdraví a kvalitu života postižených osob, ale i na jejich zdravotní stav. V posledních deseti letech byla proto uskutečněna řada zajímavých prospektivních studií, zabývajících se vlivem tohoto syndromu na zdraví vyhořelých osob.

V rámci České republiky bylo Kebzou a Šolcovou (2010) provedeno empirické šetření u dospělé populace, zjišťující negativní vliv syndromu vyhoření na kardiovaskulární onemocnění prostřednictvím lipidového metabolismu. U souboru byla zjišťována úroveň celkového cholesterolu a jeho frakcí (HDL, LDL cholesterol), triglyceridů ve vztahu k hodnotám krevního tlaku, výživovým zvyklostem a psychologickým proměnným (použití psychologických dotazníků). Z výsledků (úplná data od 78 osob) studie vyplývá, že koncentrace lipidů a jejich metabolismus jsou relativně velmi citlivé na osobnostní a psychosociální charakteristiky, které lze pokládat

za obecně rizikové pro zdraví. Částečně byla též potvrzena možnost vlivu komplexně pojaté intervence na snížení úrovně rizikových faktorů kardiovaskulárního onemocnění. Studie Melamed et al. (2006) se zabývala vztahem syndromu vyhoření a diabetu II. typu. Výzkumný soubor tvořilo 677 zaměstnaných mužů a žen, kteří byli sledováni po dobu

3 - 5 let. Projevy syndromu vyhoření byly hodnoceny dotazníkem Shirom – Melamed Burnout Measure. Výsledky naznačují, že chronické vyhoření může být rizikovým faktorem (1,84 násobné zvýšení) pro nástup diabetu II. typu i u zdánlivě zdravých jedinců.

V roce 2008 byla publikována prospektivní studie Armona a jeho kolegů (Armon et al., 2008b), která testovala vztah mezi syndromem vyhoření a nespavostí (insomnie). Hlavní snahou bylo pochopit povahu tohoto vztahu zjistit, zda je vyhoření prediktorem nespavosti a naopak, a je-li mezi nimi obousměrný vztah v daném čase. Výsledky tohoto šetření ukazují, že syndrom vyhoření signifikantně predikuje rozvoj a intenzitu nových případů insomnie a naopak.

Jiné studie, např. Honkonen et al. (2006) se věnovaly zvýšenému riziku vzniku muskuloskeletárních poruch u finské populace v souvislosti se syndromem vyhoření, či vlivu psychického vyhoření na zhoršenou plodnost u mužů (Sheiner et al., 2002).

1.7 Profese ohrožené syndromem vyhoření

V odborné literatuře, zejména v 80. a 90. letech minulého století, převažoval názor, že hlavní pracovní činností vedoucí k vzniku a rozvoji syndromu vyhoření je především práce s lidmi. Nyní se zdá, že kromě kontaktu s lidmi, který nemusí mít vždy zcela profesionální ráz, je nutné počítat především se vzrůstajícími nároky na zaměstnance a jejich pracovní výkon. V dnešní spotřebně orientované společnosti jde zejména o rostoucí nároky v oblasti ekonomických, sociálních a emočních zdrojů člověka. Jak již bylo uvedeno v textu jednou z hlavních příčin tohoto syndromu je prolongované působení chronického stresu, v jehož důsledku dochází ke ztrátě pracovního výkonu, potenciálu fungovat a vyvíjet se ve své profesi, k utlumení empatie

a k redukci pozitivních vztahů vůči pacientům, klientům, zákazníkům, občanům (Kahill, 1988, Cordes, Dougherty, 1993, Shirom et al., 2008).

1.7.1 Profese působící mimo zdravotní a sociální sektor

Přestože byl syndrom vyhoření nejprve popsán u zdravotníků a sociálních pracovníků, vyskytuje se též v dalších zaměstnaneckých i nezaměstnaneckých kategoriích. Syndromem vyhoření mohou být postiženi např. učitelé všech stupňů škol, zaměstnanci pošt, dopravní dispečeri, policisté a příslušníci ozbrojených sil, advokáti, pracovníci věznic, úředníci bankovní a státní správy, duchovní a řádové sestry, politici, manažeři, či vrcholoví sportovci a profesionální umělci (Křivohlavý, 1998).

1.7.2 Pracovníci ve zdravotnictví a v sociálních službách

Oblast zdravotních a sociálních služeb se v současné době potýká s řadou obtíží, které jsou spojeny s narůstajícími nároky na pracovníky, udržení kvality péče (např. Shirom et al., 2006), náročnosti používaných léčebných postupů, zvýšené administrativy, realizaci reformních kroků, odlivu pracovníků či nezanedbatelných právních a etických tlaků na zaměstnance ve zdravotnictví (Masopust, 2003, Havrdová et al., 2010). Z uvedených faktů vyplývá, že právě tito pracovníci jsou vážně ohroženi výskytem syndromu vyhoření. Jedná se především o pracovníky jednotek intenzivní péče, onkologických oddělení (Costantini et al., 1997), gerontologických oddělení (Novotná, Hlaváčková, 2004), paliativní a hospitní péče (Ablett, Jones, 2007). Dále o lékaře primární péče, kteří jsou vystaveni nadměrné každodenní zátěži a nedostatku odpočinku (např. Feron et al., 2003, Seifert, Vojtíšková, 2008, Bovier et al., 2009, Stevenson et al., 2011) a lékaře posudkové služby, jež za hlavní aspekt uvádějí nárůst administrativy a byrokracie (Čeledová et al., 2010, Ptáček, Čeledová et al., 2011). U pracovníků záchranných služeb v České republice nebyl zjištěn statisticky významný výskyt syndromu vyhoření, ale riziko rozvoje syndromu vyhoření hrozí zejména při

delší době praxe u dispečerů a dispečerek (Šeblová, Kebza, 2005, Šeblová et al., 2007). Španělská studie, hodnotící vliv psychosociálního pracovního prostředí a syndromu vyhoření mezi lékaři a sestrami na „emergency“ oddělení, zjistila vyšší prevalenci emocionální exhauscce u lékařů a negativní vliv psychosociálních faktorů na depersonalizaci (Escribà-Agüir et al., 2006). S výskytem profesionálního vyhoření se též potýkají chirurgové, často pracující v zátěžových situacích, bez dostatečné fyzické a mentální hygieny (např. Bittner et al., 2011), lékaři urgentní medicíny trpící vysokým vyčerpáním, depersonalizací, kontaktem s umírajícími a negativními dopady pracovního vytížení v osobním životě (Escribà-Agüir et al., 2008), lékaři – specialisté, u kterých bylo zjištěno při redukci pracovní doby o 1,6 hod. týdně a podstoupení psychoterapie, významné snížení projevů emočního vyčerpání (Rø et al., 2008), pracovníci v oblasti duševního zdraví (Hosák et al., 2005, Nešpor, 2009), střední zdravotnický personál (např. Šlaisová, 2004, Zacharová, 2008, Lim et al., 2011) či pracovníci lékárenských profesí (např. Pelcák, Tomeček, 2011). Profese v zařízeních, jež poskytují sociální péči klientům s omezenou pohyblivostí a mentálně či jinak obtížně přizpůsobivým, patří také mezi nejvíce ohrožené syndromem vyhoření (např. Kahill, 1988, Kopřiva, 2006, Slezáčková, 2008, Havrdová et al., 2010).

1.7.2.1 Zdravotníci v oboru algesiologie

Oproti jiným lékařským oborům, zabývající se akutní bolestí a její diagnózou a terapií, vyžaduje léčba chronické bolesti zvláštní lékařskou disciplínu, kterou představují právě algesiologové. Formou mezioborové spolupráce se snaží obsáhnout všechny souvislosti vyplývající z biologické, psychologické a sociální podstaty bolesti. Cílem jejich léčby je zejména snížení intenzity bolestivých stavů, zlepšení kvality života pacienta a posílení jeho nezávislosti na okolí (Neradilek, 2006).

Na druhé straně, pacienti s chronickou bolestí jsou jedni z nejproblémovějších návštěvníků lékařských ordinací, kteří vyžadují mnohem více času a energie než jiní nemocní. Dokážou v lékaři vzbudit pocity bezradnosti a bezmocnosti, tedy pocity,

kterými sami trpí. Pokud lékař v péči o chronicky nemocného dokáže saturovat svoji potřebu sebeuplatnění i v případě jen relativních terapeutických výsledků, „racionálního“ očekávání a omnipotence, má naději, že léčbu takových to pacientů psychicky unese a bude v ní úspěšný (Beran et al., 2010). V opačném případě budou jeho psychické potřeby značně frustrovány a lékaři hrozí výskyt syndromu vyhoření. Tito zdravotničtí pracovníci by měli mít na paměti, že léčba dlouhodobě nemocného může probíhat řadu let a mezi nimi (pacientem i jeho nejbližšími) se zpravidla vytvoří citový vztah, který je může jednak emočně saturovat, ale také v případě nedostatečné psychohygieny, pohybové aktivity, odpočinku a relaxace značně vyčerpávat (Fricová, Šimek, 2006, Neradilek, 2006, Šimek, 2006).

V současné době se odborníci v algesiologii mimo jiné zaměřují i na oblast onkologické bolesti v oboru paliativní medicíny. Právě tento obor je vzhledem k vysokým nárokům kladeným na lékaře a zdravotní sestry považován za rizikový pro vznik a rozvoj syndromu vyhoření (Costantini, 1997, Ablett, Jones, 2007, Rokyta et al., 2006).

1.8 Diagnostické metody měření syndromu vyhoření

Popis syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých příznaků u osob, v jejichž chování se syndrom vyhoření začíná projevovat, dále z prožitku těchto symptomů u postižených osob a speciálních psychologických metod, které byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány (Kebza, Šolcová, 2003).

S prvními metodami, používaných k diagnostice vyhoření, se můžeme setkat na přelomu 70. a 80. let 20. století. Výraznou osobností výzkumu vyhoření byla A. Pinesová, která ve svém konstrukt (The Tedium Scale) zpočátku používala termín „tedium“ tzn. únava, nuda, ale později se i ona přiklonila k pojmu burnout. K zjišťování hladiny vyhaslosti u zdravotnických pracovníků byla vytvořena jiným autorem obdobná metoda pod názvem The Staff Burnout Scale for Health Professionals (Jones, 1980, 1981 in Kebza, Šolcová, 1998).

Přepřpracovaná verze dotazníku pod názvem *Burnout Measure* byla publikována A. Pinesovou a jejími spolupracovníky v roce 1981. Tento dotazník je složen z 21 položek hodnocených sedmibodovou posuzovací škálou a zjišťující tři hlavní prožitkové složky vyhoření: pocity tělesného vyčerpání, emočního vyčerpání a duševního vyčerpání. V roce 2005 (Pines, 2005) vznikla i jeho zkrácená desetipoložková verze.

Roku 1981 byl publikován jeden z nejužívanějších dotazníků – *Maslach Burnout Inventory* (MBI), americkými psycholožkami CH. Maslachovou a S. Jacksonovou (Maslach, Jackson, 1981). Tato metoda původně obsahovala 22 položek a 3 subškály: emoční exhausce (vyčerpání), depersonalizace, snížená osobní výkonnost. Všechny položky jsou posuzovány dvěma škálami: 1. z hlediska frekvence výskytu posuzovaných prožitků (na šestibodové posuzovací škále) 2. z hlediska jejich intenzity (na sedmibodové posuzovací škále). Tato metoda vykazuje relativně vysokou reliabilitu, která byla ověřována metaanalýzou na 221 studiích (Wheeler et al., 2011) a umožňuje diagnostiku intenzity, frekvenci a výskytu prožitku jednotlivých složek vyhoření. V dalších letech došlo k přepřpracování první verze dotazníku MBI, nejdříve v roce 1986 (Maslach, Jackson, 1986 in Kebza, Šolcová, 1998), později byla uveřejněna zásadně revidovaná třetí verze (Maslach, Jackson, Leiter, 1996 in Kebza, Šolcová, 1998) pod jiným názvem *Maslach Burnout Inventory – General Survey*. Snahou bylo zachytit nejen příčiny vyhoření při profesionální práci s lidmi, ale i příležitostný kontakt s nimi. Proto byly vytvořeny tři nové subškály, a to: vyčerpání (exhaustion), cynismus (cynicism), profesionální výkonnost a uplatnění (professional efficacy).

Dotazník *MBI – GS* a dotazník *Přehledu oblastí pracovního života* (AWLS, *Areas of Worklife Survey*) si vybraly Havrdová et al. (2010) k diagnostice neshod a rozporů mezi hodnotami jedince a hodnotami, které jsou zavedeny v jeho organizaci – oblast sociální práce a zdravotní péče. Autorky navíc pořídily první českou verzi obou dotazníků a ověřily je v českých podmínkách. Podle Havrdové et al. (2010) jde o dotazník (AWLS) zjišťující, jak pracovník vnímá šest oblastí svého pracovního života: 1. pracovní zatížení (workload), 2. kontrolu nad vlastní prací (control), 3. ocenění práce (reward), 4. společnost/vztahy v organizaci (community),

5. spravedlnost v organizaci (fairness), 6. hodnoty zastávané organizací, jejími členy a jedincem (values). Dotazník *Přehledu oblastí pracovního života* (AWLS) vypracovali v rámci prevence syndromu vyhoření a jeho dopadu na kulturu zaměstnavatelských organizací M. P. Leiter a CH. Maslachová (1999).

Jiný diagnostický nástroj představuje *Inventář projevů syndromu vyhoření* Tošnera a Tošnerové (2002). Jde o dvacetičtyřpoložkový dotazník hodnocený ve čtyřech rovinách: 1. rozumové, 2. emocionální, 3. tělesné a 4. sociální. Součtem bodů všech čtyř rovin lze získat celkovou míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD 10, ktg. Z 73.0) se v níže uvedených rovinách jedná o tyto příznaky:

- o v rozumové (kognitivní) rovině - ztráta nadšení a schopnosti pracovního nasazení, nechuť, lhostejnost k práci, negativní postoj k sobě, k práci, k životu, únik do fantazie, potíže se soustředěním aj.
- o v emocionální rovině - sklíčenost, popudlivost, pocity bezmoci, agresivita, pocit nedostatku uznání aj.
- o v tělesné rovině - poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocem, vegetativní obtíže, rychlá unavitelnost a vyčerpanost aj.
- o v rovině sociální - ubývání angažovanosti, omezení kontaktu s kolegy a klienty, přibývání konfliktů v soukromí atd.

Pod vlivem uvedených diagnostických nástrojů vznikla podle Kebzy a Šolcové (1998) řada dalších analogických postupů, např. *Staff Burnout Scale for Health Professional* (BS – HP, Jones, 1980, 1981), *The Meier Burnout Assessment* (MBA, Meier, 1984), *Teacher Burnout Scale* (TBS, Seidman, Zager, 1986-1987), *Teacher Stress reactions* (TSR, French, 1991) atd.

Jednou z novějších metod je *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI, Demerouti et al, 2001 in Kebza, Šolcová, 2008) založený na podobném principu jako MBI-GS, ale tvořený pouze dvěma škálami – vyčerpání (exhaustion) a zlhostejnění (disengagement). Položky jsou posuzovány pětibodovou hodnotící škálou, kde vyšší

skór je známkou vyšší úrovně rozvoje syndromu vyhoření. Tuto metodu lze použít, vzhledem k obsahu opačně skórovaných položek, jako míru zapálenosti.

V roce 2005 byla Kristensenem a jeho spolupracovníky (Kristensen et al., 2005 in Kebza, Šolcová, 2008) publikována pod názvem *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) nová metoda oblasti diagnostiky syndromu vyhoření. Autoři se plně soustředili na oblast vyčerpání (exhausce) a komponenty v podobě depersonalizace a nízké pracovní výkonnosti zcela vyřadili. Exhausce je v jejich podání rozlišena na pracovní vyhoření, osobní vyhoření a vyhoření ve směru ke klientům (client burnout).

Jinou koncepci diagnostiky syndromu vyhoření podle Kebzy, Šolcové (2008) reprezentují především izraelští psychologové A. Shirom a S. Melamed, kteří sestavili desetipoložkový dotazník *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM), vycházející z dvoufaktorového modelu syndromu vyhoření – fyzická únava (physical fatigue) a kognitivní oploštění (cognitive weariness). Tento dotazník obsahuje tři subškály diagnostikující fyzickou únavu, emoční vyčerpání a kognitivní opotřebovanost (Shirom, Melamed, 2006). Pozitivní protipól syndromu vyhoření tzv. vigor (odolnost, vitalita) měří rovněž desetipoložková škála *Shirom – Melamed Vigor Measure* se subškálami: fyzická síla, emoční energie a kognitivní živost. Přestože existuje celá řada nástrojů k měření syndromu vyhoření, nejsou až na výjimky (MBI-GS a SMBM, Shirom, Melamed, 2006) k dispozici srovnávací studie.

1.8.1 Příbuzné diagnostické metody

Souběžně s problematikou syndromu vyhoření je rozvíjena koncepce *vyčerpání životních sil* (Vital Exhaustion – VE), kterou rozpracoval a zavedl především v souvislosti s kardiovaskulárními chorobami nizozemský psycholog A. Appels (Appels, 1980 in Kebza, Šolcová, 2008). Vital Exhaustion je psychický stav, který je definovaný třemi charakteristikami: 1. pocity neúnosné únavy a nedostatku energie, 2. zvýšenou podrážděností, 3. pocity demoralizace. Obdobně jako u syndromu vyhoření nejsou u VE přítomny hlavní znaky deprese. V současné době je Vital Exhaustion považováno za rizikový faktor kardiovaskulárních

i cerebrovaskulárních onemocnění (Schuitemaker et al., 2004 in Kebza, Šolcová, 2008). I v rámci České republiky bylo provedeno empirické šetření, jehož cílem bylo ověřit souvislost mezi syndromem vyhoření a hlavními známými riziky kardiovaskulárních chorob (Kebza, Šolcová, 2010).

1.8.2 Preventivní a terapeutické strategie zvládání syndromu vyhoření

Jak již bylo uvedeno, syndrom vyhoření je zpravidla důsledkem disbalance mezi profesním očekáváním a jeho realitou. V průběhu své profesní historie se proto můžeme setkat s některými příznaky a projevy tohoto syndromu. Osvojením si preventivních doporučení, rad a strategií jim můžeme jednak předejít či zmímit jejich důsledky.

Důležitým aspektem pomoci je uvědomění si svého stavu, schopnost převzetí osobní zodpovědnosti a motivace za ozdravný proces. Na straně organizace je nutný aktivní přístup k prevenci, protože syndrom vyhoření má značný vliv na absenci v zaměstnání, snížení pracovního úsilí a pracovní spokojenosti.

Zdravotní a sociální sektor patří mezi rizikové profese s možností vzniku a rozvoje syndromu vyhoření, a to především svou náročností na investici psychické i fyzické energie. Z těchto důvodů by měli být jednotlivci i zaměstnavatelé dostatečně informováni o problematice syndromu vyhoření a dodržovat konkrétní doporučení zmírňující jeho vznik a rozvoj (Kebza, Šolcová, 2003, Masopust, 2003, Jeklová, Reitmayerová, 2006, Slezáčková, 2008).

1.8.3 Prevence a intervence na osobní úrovni

„Jakékoli zanedbávání péče o sebe sama ve prospěch péče o druhé vede k postupnému vyprazdňování rezervoárů našich vnitřních sil a poškozuje ne nás samotné, ale v důsledku našeho oslabení i naše klienty a pacienty“ (Slezáčková, 2008). Proto i ve stádiu prvotního pracovního nadšení bychom neměli zanedbávat své mezilidské kontakty, které představují významnou *sociální oporu*, dále uspokojovat potřebu *smysluplnosti života a práce*, schopnost zvládat *stresové situace*. Dalšími

protektivními faktory jsou smysl pro *humor*, *optimismus*, *relaxace*, *střídání fyzické aktivity* a *odpočinku*, dodržování zásad *správné životosprávy* a *zdravé výživy*, *kvalitní zájmy* a *záliby*, *celoživotní vzdělávání*, *získávání nových zkušeností* aj. (Křivohlavý, 1998, Nešpor, 2007, Zacharová, 2008, Nešpor, 2009).

Důležitou součástí komplexní léčby akutní a chronické bolesti je *psychoterapie*. Základní psychoterapeutický přístup by si měl proto osvojit každý lékař i personál na odděleních pro léčbu bolesti (Rokyta et al., 2006). Pokud nepomohou výše uvedená preventivní opatření, měli by zdravotníci, podle Berana et al. (2010), vyhledat odbornou pomoc u klinického psychologa či psychiatra, který s ohledem na závažnost stavu posoudí možnost *psychofarmakoterapie* (antidepresiva typu SSRI, SNRI a hypnotika). Zajímavým doplňkem rehabilitačních programů pro osoby v dlouhodobé pracovní neschopnosti z důvodů psychického vyhoření a chronické bolesti je tzv. *internetová rehabilitace*, kterou se ve Švédsku dlouhodobě zabývá G. Brattbergová (Brattberg, 2006, 2007).

1. Sociální opora

Významný protektivní faktor při vyhoření představuje právě sociální opora, která je charakterizována počtem a pevností mezilidských spojů a vztahů, které nás pojí k lidem, na které se můžeme spolehnout, které nám poskytnou emocionální podporu, asistenci, potřebné zdroje a zpětnou vazbu v kritických situacích. Jde zpravidla o rodinu, přátele a spolupracovníky, kteří s daným člověkem sdílejí stejné hodnoty a společenské normy. Tato skupina lidí je dostatečně empatická k danému člověku, je ochotna s ním sdílet životní těžkosti, nářky a problémy, neodsuzovat ho, v případě potřeby mu poskytnout povzbuzení, sílu, materiální či finanční pomoc. Tím, že tito lidé poskytují danému člověku sociální oporu, pomáhají do jisté míry i sami sobě a učí se řešit spolu s ním těžké životní situace, které mohou využít při řešení problémů v osobním životě nebo na pracovišti (Křivohlavý, 1998, Zacharová, 2008).

Výsledky mnoha studií ukazují, že sociální opora je důležitým faktorem při prevenci a zvládání stresu, distresu, psychického a emocionálního vyhoření. Ze studie

Pinesové a Aronsona (Pines, Aronson, 1988 in Křivohlavý, 1998) jednoznačně vyplývá, že lidé kteří mají silnou sociální oporu ve svém životě, jsou relativně méně náchylní k syndromu vyhoření. Výsledky též naznačují, že lidé, zprvu si nevážící sociální opory, jí kladně hodnotí až v případě vlastní negativní zkušenosti s těžkou životní situací.

V sektoru zdravotně-sociálních služeb se dobrá kvalita sociální opory zaměstnanců projevuje rychlejší rekonvalescencí pacientů a klientů, snížením potřeby léků v průběhu léčby a zlepšením celkového zdravotního stavu pacientů (Mareš et al., 2002).

Podle Pinesové a Aronsona (Pines, Aronson, 1988 in Křivohlavý, 1998) můžeme funkce sociální opory rozdělit:

- *Naslouchání* – umění naslouchat psychicky vyčerpanému člověku, pozorně ho sledovat, porozumět mu a pochopit ho, bez vyslovení kategorických soudů, kritiky a udílení ponaučení je nesnadným úkolem pro naslouchajícího. Při sociálním kontaktu s daným člověkem je nutné s ním sdílet i emoce, které mohou pramenit nejen z prožitků těžkých životních situací, ale i běžných každodenních starostí (tzv. daily hassles), které člověka zahlcují.
- *Potřeba zpětné vazby* – při vykonávání jakékoliv činnosti je nutná sociální opora lidí, kteří „neutrálně“ zhodnotí, pravdivě vyjádří a tvořivě zkritizují to, co děláme. Takováto zpětná vazba nám jednak pomůže se zbavit pocitů méněcennosti a sebepodceňování, nebo naopak zmírnit neopodstatněnou suverenitu a pocity velikášství. Tuto službu nám poskytují zpravidla přátelé, dětem rodiče, psychoterapeutům supervizor atd.
- *Uznání, povzbuzení* – tuto formu sociální opory zpravidla potřebují lidé nadšení, mající před sebou velké ideály, nemocní lidé, jichž rekonvalescence je velmi pomalá, či ti kteří se o něco snaží a dlouho za nimi nejsou vidět výsledky. Uznání a povzbuzování nám dodávají motivaci a smysluplnost v naší činnosti. V praxi je důležité, aby tato sociální opora vzešla od člověka emocionálně, sociálně a morálně zralejšího, který může být pro dotyčného vzorem k jeho osobnostnímu růstu.

- *Soucítění (empatie)* – potřeba emocionální opory, empatie a emocionálního sdílení je důležitou součástí duševní hygieny člověka. Každý potřebuje druhého člověka, který s ním sdílí dobré i zlé. Emocionální oporu nám může poskytnout nejen rodina, životní partner, ale i přátelé a spolupracovníci. Ti lidé, kteří mají někoho, kdo jim poskytne emocionální oporu, mají daleko k psychickému vyhoření.
- *Emocionální podpora* – v každodenním životě potřebujeme být obklopeni osobnostmi, jež jsou pro nás mravními a morálními vzory a dovedou nám poskytnout sociální oporu a vzpruhu v těžkých životních situacích (zhoršený zdravotní stav, partnerské krize, problémy v zaměstnání, aj.).
- *Potřeba sounáležitosti s hodnotově a emocionálně blízkou osobou* – nejbližší sociální oporu nám poskytují lidé s obdobnou hodnotovou strukturou, postoji a názory. Taktéž lidé, kteří jsou nám psychicky, emocionálně a duchovně velmi blízcí.
- *Spolupráce* – vědomí toho, že člověk v případě potřeby (rozdělení práce či části odpovědnosti) se může obrátit na někoho, kdo je ochoten mu pomoci (např.: péče o pacienta, klienta).
- *Přívětivé duševní naklonění a nezištná pomoc* – jedná se o druh sociální opory, kdy je nám někdo přívětivě nakloněn a své postoje projevuje v případě nouze nezištnou pomocí (vč. materiální či finanční).

2. Smysluplnost života a práce

Základní existenciální potřebou každého člověka je smysluplnost života. Její uspokojení či neuspokojení úzce souvisí se vznikem a zvládáním syndromu vyhoření. Za jednu z nejdůležitějších složek smysluplnosti života je pokládán zážitek smysluplnosti práce. S otázkou smysluplnosti dále souvisí hodnotová orientace každého člověka, která udává směr naší činnosti. Pokud porozumíme našim cílovým hodnotám, můžeme prožít smysluplný osobní a profesní život.

Jak již bylo uvedeno, negativním důsledkům pracovního stresu je lépe předcházet, nežli je odstraňovat. Důležitou součástí prevence syndromu vyhoření je etika a náboženství. Mezi terapeutické a preventivní strategie, používané proti syndromu vyhoření, pak řadíme psychoterapeutické zdroje. Jde zejména o *logoterapii*, *existenciální psychoterapii*, *kognitivně behaviorální terapii* a *duchovní péči* (Křivohlavý, 1998, Kebza, Šolcová, 2003).

- *Logoterapie* – pomáhá člověku nalézt smysl života a tento smysl naplnit, a to cestou objevování nových hodnot a jejich přejímání klientem či pacientem. Tento psychoterapeutický přístup vychází z učení rakouského psychiatra V. E. Frankla, který pokládá za nejdůležitější motivační hodnotu u člověka „vůli ke smyslu“ a množství psychického utrpení spojuje s existencionálním vakuem moderní doby. Nenaplněním touhy po smysluplném životě tak vzniká u člověka existenciální frustrace, která může vést k neurotickým příznakům – noogenní neuróze (Höschl et al., 2002). Logoterapeutický přístup můžeme uplatnit v prostředí zdravotnických a sociálních zařízeních, kde jsou zdravotníci, pacienti, klienti či blízké osoby konfrontováni s nevyléčitelným onemocněním, s bolestí v terminálních stádiích nebo s bolestivým zákrokem (Strouhalová, Honzák, 2006). Zdravotníci a sociální pracovníci tak mohou pomoci těžce nemocným s vypracováním pozitivní životní bilance, která často přináší úlevu od fyzického utrpení a jsou jim na blízku v jejich těžkých okamžicích. Logoterapie pomáhá zvládat takto namáhavé profese, slouží jako prevence či léčba syndromu vyhoření. Pro osoby, nalézající se v konečném stádiu vyhoření, může být logoterapie vydatnou pomocí, protože jejich vnitřní svět (entusiasmus, zapálení pro věc a pracovní činnost) přestává dávat smysl (Kebza, Šolcová, 1998, Vágnerová, 2005, Ulrichová, 2011).
- *Existenciální psychoterapie* – se soustřeďuje zejména na vnitřní svět prožitků, pomáhá pacientům a klientům vyrovnat se s otázkami lidské existence, smyslu života, svobody, odpovědnosti atd. (Kebza, Šolcová, 2003).
- *Kognitivně behaviorální terapie* – psychoterapie se zaměřuje na chování jedince včetně jeho myšlenkové přípravy. Systematickým nácvikem dochází

k přebudování nesprávných kognitivních vzorců (přeměna negativního pojetí sebe sama, budoucnosti atd.). Účinek terapie se zaměřuje spíše na dílčí problémy syndromu vyhoření. Nicméně v léčbě chronické bolesti se nejčastěji setkáváme s chorobnou depresí, jejíž kognitivní schémata nám tato terapie pomáhá odstraňovat (Kebza, Šolcová, 2003, Strouhalová, Honzák, 2006).

- *Duchovní péče* – jedná se o tzv. pastorální medicínu, která pomáhá těžce nemocným zmírnit jejich utrpení (Strouhalová, Honzák, 2006).

3. *Stresové situace*

Jak již bylo v textu uvedeno (viz kapitola 1.2.1), nepoměr stresorů a salutorů hraje důležitou roli ve vzniku a rozvoji syndromu vyhoření. Stresové situace je možné řešit dvěma způsoby, a to *snížením hladiny stresorů* (např. vzdát se některé aktivity, přenesení odpovědnosti na někoho jiného, opuštění stresující činnosti, atp.), nebo *zvýšením hladiny salutorů* - preventivní aktivity ve formě relaxačního cvičení, zvládací strategie – coping, psychoterapie, meditační techniky, rituály, atp. (Křivohlavý, 1998, Nešpor, 2007, 2009, Lemaire, Wallace, 2010).

4. *Humor a optimismus*

Mezi sociální dovednosti patří nejen komunikační dovednosti ve vztahu k spolupracovníkům a pacientům, ale také vhodné používání humoru. Ukazuje se, že lidé se smyslem pro humor vyhořují podstatně pomaleji a lépe se vypořádávají s profesionálním stresem (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008).

5. *Relaxace, odpočinek, fyzická aktivita*

Přirozenou strategií prevence a zvládnání syndromu vyhoření jsou relaxační a meditační techniky, které můžeme provozovat sami (o přestávkách v zaměstnání či doma po práci) nebo pod odborným vedením. Relaxační cvičení by měla být předem naplánovaná. Lze

doporučit poslech uklidňující hudby. Pozitivní význam mají přiměřená a vhodná tělesná cvičení, během nichž dochází k odbourávání látek vylučovaných při stresu, dochází k snižování projevů úzkosti a deprese, v neposlední řadě dochází k příznivému vlivu na psychickou výkonnost (Nešpor, 2007).

6. *Životospráva*

Výkonnost a duševní zdraví jsou nevyhnutelně spojeny s dostatkem spánku, zdravé výživy a dostatečného příjmu nealkoholických tekutin. Návykové látky, které běžně užíváme (alkohol, kofein, tabák), projevy stresu nejenže nesnižují, ale naopak zvyšují (Nešpor, 2010).

7. *Kvalitní zájmy, kvalitní síť mezilidských vztahů*

Jde zejména o zájmy a záliby, které nesouvisejí se zaměstnáním. Doporučuje se oddělit zaměstnání od soukromého života. Užitečné jsou dobré kolegiální vztahy mezi zdravotníky a spokojenost v partnerském životě (Nešpor, 2007). Někteří lékaři se však domnívají, že trávení volného času s kolegy stejné odbornosti a se stejnými problémy, urychluje cestu k vyhoření. Přestože školení mladých lékařů v ambulancích přináší jisté oživení, může docházet při dlouhodobé přítomnosti školence k nadměrné zátěži lékaře-školitele a vzniku syndromu vyhoření (Seifert, Vojtíšková, 2008).

1.8.4 *Prevence a intervence na úrovni organizace*

Protože syndrom vyhoření přímo souvisí s výkonem pracovní činnosti (absence v zaměstnání, snížení pracovní výkonnosti, aj.) je nutné, aby se zaměstnavatel prevencí syndromu vyhoření dostatečně zabýval. Některé organizace proto využívají programy zaměřené na osobní rozvoj, výcvik v profesních dovednostech, pracovní poradenství, týmovou spolupráci atd., nebo investují do kondičních programů, prokazatelně snižující projevy psychického a fyzického stresu (Kebza, Šolcová, 1998, 2003). V rámci

prevence syndromu vyhoření vypracovali autoři Leiter a Maslachová (Leiter, Maslach, 2004 in Kebza, Šolcová, 2008) konstrukt pro zaměstnavatele pod názvem *Přehled oblastí pracovního života* (Area of Worklife Survey –AWS), který v organizaci pomůže vytipovat možné zdroje zaměstnaneckého syndromu vyhoření. Zaměstnanci vyplní současně s tímto dotazníkem i instrument MBI-GS a u vysokého skóru syndromu vyhoření bude z AWS možno určit jeho zdroj.

Intervence na straně organizace může podle Křivohlavého, 1998 spočívat např. ve změně *pracovních podmínek*, v *ovlivnění vztahů nadřízených k podřízeným*, či v *organizování pracovních porad*.

1. Pracovní podmínky

Úroveň psychického vyhoření je odlišná nejen mezi jednotlivými organizacemi, ale také mezi různými odděleními. Z hlediska prevence stresu a psychického vyhoření by měl zaměstnavatel provést níže uvedená opatření:

- *Seznámení zaměstnanců s problematikou stresu a syndromu vyhoření* – jde především o profese přicházející do osobního styku s druhým člověkem (pacientem, klientem) a mladé lidi s vyšším vzděláním, kteří jsou při vstupu do zaměstnání mimořádně motivováni. Tito zaměstnanci by měli být seznámeni s procesem syndromu vyhoření, jeho příznaky a možnou prevencí.
- *Organizace práce* – je důležité si ujasnit jaké kdo má povinnosti; dále stanovovat pracovní úkoly, které je možné zrealizovat, aby nedocházelo k přetěžování lidí; je potřeba průběžně kontrolovat stanovené úkoly (zpětná vazba); v případě ohrožení distresem či syndromem vyhoření přeložit daného člověka na jinou práci, mít ochotu mu naslouchat a respektovat jeho specifické potřeby (flexibilita); je zapotřebí projevovat míru spokojenosti s prací přiměřeným uznáním (slovním vyjádřením, penězi, odměnou, pracovním postupem).
- *Úprava pracovních podmínek* – fyzicky, citově a duševně zatížení pracovníci by měli mít možnost se uvolnit nebo odpočinout (mimořádná dovolená, vyčlenění

zvláštní místnosti na pracovišti); oproštění od přílišné administrativy; zjednodušení příliš složitých pracovních postupů; obohacení práce (zpestření jednotvárné práce humorem, poradami, rekreací); spolupráce.

- *Úprava pracoviště* – jde především o velikost prostoru a jeho členění, aby se zachovala privátnost prostředí; dále přiměřená hladina hluku, světelných podmínek, tepelné pohody, klidu a individuální úpravy pracoviště (např. květiny, obrazy atp.).

2. Vztahy nadřízených k podřízeným

Protektivními faktory proti rozvoji syndromu vyhoření jsou pravidelný kontakt vedoucího s podřízeným, harmonizace vzájemných vztahů, sdělování nejen krátkodobých úkolů, ale i dlouhodobých záměrů a plánů, věcné diskuze s podřízenými o ekonomické situaci podniku a jeho firemní filosofii a smysl pro uznání práce podřízeného. Lékař by měl podpořit zdravotní sestru ve vzdělávání, věnovat svůj čas jejím problémům, protože i ona může být postižena syndromem vyhoření. Sestra, je nejbližším spolupracovníkem lékaře, a proto je schopna postřehnout jeho problémy a poskytnout mu zpětnou vazbu (Seifert, Vojtíšková, 2008).

3. Organizování pracovních porad

Pracovní porady mohou být jen za určitých podmínek dobrým nástrojem proti vzniku a rozvoji syndromu vyhoření. Příkladem může být sektor zdravotnictví, kde se ukázalo, že velké množství porad má negativní vliv na postoj zdravotních sester k pacientům. Vyšší míra psychického vyhoření úzce souvisela s množstvím pracovních porad. Pozitivně působí např. to, když mohou účastníci porady svobodně sdělit své kritické připomínky a konkrétní plány ke zlepšení situace, pokud je jim dovoleno svobodně se citově projevit, bylo-li zakázáno sdělovat negativní osobní kritiku, ponižovat druhé, používat ironii a sarkasmus, jestliže byly projednány nejtěžší úkoly, diskutovalo-li se

o problémech pacientů a všech pracovníků, včetně pomocného personálu a podmínkách nadměrné zátěže na pracovištích.

1.8.4.1 Supervize ve zdravotnictví jako prevence syndromu vyhoření

V souvislosti s psychoterapií, zdravotní péčí, psychologickým poradenstvím, sociální prací a obecně s pomáhajícími profesemi (např. Kopřiva, 2006, Vávrová, 2012) se stále častěji užívá pojmu supervize (Šimek, 2004). „Supervize je forma podpory a poradenské aktivity poskytované obvykle pracovníkům pomáhajících profesí ze strany profesně zkušenějšího, respektovaného a důvěryhodného odborníka. Supervize je obvykle činností vyžádanou ze strany organizace či pracovníka samotného. Cílem je získávání a prohlubování vhledu supervidovaného do různých stránek jeho práce s klientem (pacientem) a konečným jejím cílem je zefektivnit tuto pomáhající respektive léčebnou práci. V procesu supervize dochází k posuzování odborné činnosti supervidovaného, za účelem minimalizování profesních i osobních chyb. Vztah mezi supervizorem a supervidovaným je charakterizován spoluprací, důvěrou, porozuměním, vzájemným respektem a profesionalitou. Konečnou mírou úspěšnosti supervize je její pozitivní dopad na dobro pacienta, klienta“ (Dynáková et al., 2010).

V oblasti sociálních služeb má supervize své nezastupitelné místo a jasně danou legislativní oporu. Ve zdravotnictví ale analogickou zákonnou oporu zatím nemá. I v tomto sektoru je však využívána, nicméně v menší míře (Vosečková, Hrstka, 2010, Vávrová, 2012). Dokladem toho jsou odborné kurzy a semináře zvládání komunikačních obtíží s pacienty a spolupracovníky, vztahových problémů, či koncepčních změn na pracovišti např. pro zdravotníky z chirurgických oddělení, jednotek intenzivní péče, oddělení klinické výživy a rehabilitace (Bartošíková, 2006, Dynáková et al., 2010).

Podle V. Junkové (Junková, 2003 in Šimek, 2004) jsou podstatnými znaky dobré a špatné supervize tyto faktory:

- a) *znaky dobré supervize* – vytvoření dobrého vztahu mezi supervizorem a supervidovaným; vytvoření bezpečného místa podpory a přijetí; podávání

informací a nových podnětů; stanovení dobrého kontraktu; vědomá práce s etickými problémy a normami.

- b) *znaky špatné supervize* – ponižování, kritizování a zahanbování; pouze poučující nebo pouze hladící podoba supervize (nevyváženost obou složek); špatně vytvořený vztah mezi supervizorem a supervidovaným; nedodržování hranice mezi supervizí a terapií; nejasný a špatně vytvořený kontrakt; nekompetentnost supervizora; špatné načasování intervencí supervizora (předbíhání supervidovaného).

1.8.5 Základní preventivní a intervenční opatření syndromu vyhoření

K obecným zásadám a strategiím zvládání stresových situací patří například tato preventivní opatření (Tošner, Tošnerová, 2002, Kebza, Šolcová, 2003, Kulka, 2005, Jeklová, Reitmayerová, 2006, Večeřová-Procházková, Honzák, 2008) :

- *myslet a jednat pozitivně* – uvědomit si své přednosti, naplánovat si radosti a těšit se na ně,
- *snížit nároky na sebe sama a připustit si nedokonalost* – plnit své úkoly do té míry, aby byly splněné a nesnažit se být absolutně bezchybný,
- *naučit se komunikovat a říkat NE* – být asertivní, vyjadřovat své pocity, sdělit ihned na začátku svá očekávání a cíle, nenechávat se přetěžovat,
- *dělat přestávky* – šetřit se svou energií, relaxovat,
- *stanovit si priority a delegovat úkoly* – soustředit se na podstatné věci, nebýt vždy a všude, rozdělit si úkoly na dílčí etapy, práci neodkládat na pozdější dobu,
- *hledat emocionální a věcnou podporu* – mít někoho komu se mohu svěřit a vyslechnout si jeho názor a radu,
- *pracovat tvořivě* – vyhýbat se rutině, měnit své postupy, vymýšlet zlepšení,
- *zajímat se o své zdraví* – „poslouchat“ své tělo a duši, zmírnit pracovní nasazení, přemýšlet o svém životním stylu a životosprávě (zdravotníci patří mezi nejhorší pacienty),

- *zachovat rozvahu v kritických okamžicích* – nepoddát se negativním pocitům, zvolit způsoby řešení konfliktu,
- *vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí* – nalezení uspokojující práce, harmonický rodinný a partnerský život.

1.9 *Algesiologie jako zvláštní lékařská disciplína*

Historie léčby bolesti jako zvláštní lékařské disciplíny se v našich podmínkách datuje až od 70. let minulého století. Požadavek na vznik specializovaného lékařského oboru zprvu narážel na mnohá nepochopení. Odborníci považovali bolest za nemoc, kterou je nutno léčit, nikoliv jen tišit. Na základě spolupráce anesteziologů a rehabilitačních odborníků byl v roce 1992 vydán Ministerstvem zdravotnictví České republiky dokument nazvaný Metodický pokyn pro budování pracovišť léčby bolesti. V následujících třech letech tak vznikla síť pracovišť po celé České republice. Avšak původní představa o budování pracovišť léčby bolesti, v kterých budou působit kmenové multidisciplinární týmy, nebo bude využíváno programově koordinované mezioborové spolupráce v rámci zdravotnických zařízení, bude nejspíš otázkou dalšího vývoje našeho zdravotnictví. Je tedy potřeba, aby se algesiologové soustředili na získávání co největšího penza znalostí a dovedností, které jim umožní racionálně indikovat a samostatně aplikovat některé postupy (Neradilek et al., 2006).

1.9.1 *Bolest a její léčba*

Ve srovnání s akutní bolestí, která je výsledkem základního patologického procesu a s jeho hojením při efektivní terapii slábne, až posléze zcela zmizí, chronická bolest přetrvává a může docházet k určité formě adaptace organismu, za vzniku syndromu chronické bolesti. Akutní bolest je plně v kompetenci jednotlivých lékařských oborů. U chronické bolesti však tento přístup selhává, a proto její léčba vyžaduje odlišný lékařský přístup. Je potřeba obsáhnout všechny souvislosti, které vyplývají z biologické, psychologické a sociální podstaty fenoménu bolesti, což lze

uskutečnit pouze prostřednictvím mezioborové spolupráce na specializovaných pracovištích. Udává se, že až 80% z 6 až 7 mil. pacientů v civilizovaném světě ročně umírá v důsledku onkologického onemocnění a bez adekvátní léčby. Cílem léčby chronické bolesti je především snížení její intenzity, zlepšení kvality života a posílení zdatnosti a nezávislosti na okolí. (Rokyta et al., 2006).

1.9.2 Postoj algesiologa k pacientovi trpícího bolestí

Pro kontakt zdravotnického pracovníka s pacienty trpícími bolestmi, především vysoké intenzity nebo dlouhotrvajícími, je nutný specifický přístup z hlediska odborného, psychologického a etického. Vyšetřování pacientů s algickým syndromem má celou řadu specifik, jimiž se liší od vyšetřování nemocných v jiných oborech medicíny. Při odebrání anamnézy, diagnostických a léčebných úkonech je nutné působit uklidňujícím dojmem, eliminovat pocity strachu z bolesti, projevovat dostatečnou empatii atd. Primárním cílem je získat co nejvyšší počet informací o algickém stavu pacienta, aby bylo možno posoudit, o jaký typ bolesti se jedná, jakou má intenzitu či jak ovlivňuje aktuální stav (emoční ladění) nemocného (Opavský, 2006).

Péče o pacienty s tímto typem bolesti vyžaduje od algesiologů nadměrné pracovní a osobní nasazení, které může být provázeno značným stresem a frustrujícími pocity z neuspokojených psychických potřeb (v případě malé úspěšnosti léčby). Nedokáže-li algesiolog psychický stres své profese tolerovat vzniká ohrožení syndromem vyhoření (Beran et al., 2010). Podle Opavského (2006) lze za varovné označit podhodnocování bolesti u pacientů, které bylo zjištěno u specialistů považovaných za experty.

2. Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

2.1 Cíle práce

Metodou kvalitativního a kvantitativního výzkumu zjistit vlastní subjektivní postoj vybraných odborníků v algeziologii k problematice syndromu vyhoření, včetně jeho prevence.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda se u vybraných odborníků vyskytují projevy syndromu vyhoření.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda tito odborníci využívají preventivní opatření proti rozvoji syndromu vyhoření.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké aspekty léčby chronické bolesti jsou pro algeziology nejvíce stresující (např. úspěšnost léčby, komunikace s pacientem, správná volba léčebného postupu atd.).
2. Jakým způsobem tito odborníci aktivně zvládají zátěžové situace na pracovišti a v soukromém životě, včetně jejich prevence.
3. Na základě těchto zjištění posoudit míru projevů syndromu vyhoření u lékařů ve specializovaných pracovištích pro léčbu bolesti a zjištěná data porovnat se stavem v jiných zdravotnických oborech.

2.3 Hypotézy

1. Algeziologové jsou náchylní k vzniku a rozvoji syndromu vyhoření stejně jako lékaři jiných oborů.
2. Míra závažnosti profesionálního vyhoření je u žen pracujících v oboru algeziologie vyšší v porovnání s muži.

3. Metodika

K posouzení vlivu psychického vyhoření v profesi algeziologa byla použita metoda smíšeného výzkumu, kombinující kvalitativní a kvantitativní výzkumné metody a techniky v rámci jedné studie. Pro kvantifikaci přítomnosti příznaků syndromu vyhoření byl použit dotazník „*Inventář projevů syndromu vyhoření*“ (Tošner, Tošnerová, 2002). Kvalitativní výzkum byl realizován prostřednictvím *polostrukturevaného rozhovoru* s lékaři.

Podle Hendla (2008) se použití smíšených metod vyznačuje několika přednostmi: uplatňují se jednak výhody kvalitativního i kvantitativního výzkumu, lze odpovídat na širší a komplexnější výzkumné otázky a dochází k vnášení pohledů opomíjených při použití jedné metody, což může vést k zvýšení obecnosti výsledků. Nevýhodou smíšeného výzkumu je, že použití těchto metod je těžko proveditelné jedním výzkumníkem, vzhledem k větším nákladům (čas, peníze), výzkumník musí zvládnout více metod a důkladněji zpracovat metodologickou stránku věci.

V některých recentních studiích (např. Čeledová et al., 2010, Lemaire, Wallace, 2010) byla v kontextu psychického vyhoření použita právě metodika smíšeného výzkumu.

3.1 Kvantitativní výzkum – *Inventář projevů syndromu vyhoření (IPSV)*

Kvantitativní výzkum byl realizován pomocí „*Inventáře projevů syndromu vyhoření*“ autorů T. a J. Tošnerových. Tento instrument slouží k zjištění projevů syndromu vyhoření ve čtyřech rovinách: kognitivní, emocionální, tělesné a sociální. Obsahuje 24 položek, ke kterým respondent přiřazuje četnost výskytu popsaného jevu (0-*nikdy*, 1-*zřídka*, 2-*někdy*, 3-*často*, 4-*vždy*). Každá rovina sestává z šesti položek: v kognitivní rovině jde např. o položku „*Obtížně se soustředuji*“, ve škále věnované emocionální rovině pak například o položku „*Trpím nedostatkem uznání a ocenění*“, příkladem položky v rovině tělesné je „*Trápí mě poruchy spánku*“ a škálu sociální roviny tvoří například položka „*Nemám chuť pomáhat problémovým klientům*“.

Součtem výsledků všech čtyř rovin získáme celkovou míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření.

Tento dotazník není zatížen licenčními podmínkami administrace a je volně dostupný na internetových stránkách autorů (více Tošner, Tošnerová, 2002).

3.1.1 Studovaný soubor, způsob a místa sběru dat

Výzkumný soubor kvantitativní části tvořilo 47 lékařů (20 žen a 27 mužů) algeziologických pracovišť, mající privátní či státní charakter. Věk respondentek se pohyboval v rozmezí od 42 do 68 let. Věkové rozmezí respondentů bylo od 32 do 73 let.

Dotazníkové šetření bylo provedeno v období od listopadu 2011 do ledna 2012 na všech pracovištích, které se v rámci České republiky zabývají léčbou chronické bolesti. Dotazník „Inventář projevů syndromu vyhoření“ byl respondentům zaslán formou poštovní zásilky. Celkem bylo odesláno 90 dotazníků. Probandi byli v průvodním dopise dostatečně informováni o povaze a účelu dotazníkového šetření. Dotazníky byly účastníky výzkumu vyplněny anonymně a zaslány zpět autorce šetření. V části, která byla věnována demografickým ukazatelům, byli respondenti vyzváni k uvedení věku, pohlaví, rodinného stavu, počtu dětí, počtu let praxe v oboru, průměrné doby strávené v zaměstnání týdně, průměrného počtu ošetřených pacientů za den a zda se jedná o privátní praxi, či o zaměstnance nemocnice.

3.1.2 Zpracování a analýza dat

S ohledem na návratnost dotazníků od probandů a relativně vysokého počtu hodnot měřených proměnných, byly původně navržené kategorie jednotlivých proměnných upraveny (tab. 4.1). Dva dotazníky byly z důvodu nesprávného označení položek a neuvedení demografických údajů vyřazeny z další analýzy.

K měření celkové míry náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření, podle IPSV, byly za použití počítačové aplikace Excel nejprve spočítány počty bodů každé položky v jednotlivých rovinách. Každá z rovin sestává ze šesti položek. Pro první doménu *rozumová (kognitivní) rovina* byl průměrný počet bodů vypočítán součtem položek č. 1, 5, 9, 13, 17, 21, druhá doména *emocionální rovina* je pak součtem bodů z položek č. 2, 6, 10, 14, 18, 22, třetí doména *tělesná rovina* představuje součet položek č. 3, 7, 11, 15, 19, 23, doména *sociální rovina* je součtem položek č. 4, 8, 12, 16, 20, 24. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální je 0 bodů. Z dosažených hodnot v každé rovině lze vyčíst individuální stresový profil. Součtem všech čtyř rovin – rozumové (kognitivní), emocionální, tělesné, sociální, lze získat celkovou míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96 bodů, minimální hodnota je 0 bodů. Charakteristika jednotlivých rovin koresponduje s obrazem syndromu vyhoření dle ICD 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí (viz kapitola 1.8).

Data z dotazníkového šetření byla dále zpracována v programech Statistica 9 a Microsoft Excel 2007.

K porovnání párových proměnných (pohlaví, děti v rodině, privátní praxe, zaměstnanec nemocnice) byl použit Mann-Whitney U test. Jde o velmi vydatný neparametrický test, který lze aplikovat v případech, kdy máme rozhodnout, zda výběry mohou pocházet ze stejného základního souboru, tzn. mají-li stejné rozdělení četností (viz např. Hosák et al., 2005, Chráska, 2007). Věk respondentů byl rozdělen do dvou kategorií, a to na nižší věk (< 40, 41 – 50 let) a vyšší věk (51 – 60, > 61 let).

Základní demografické a profesní údaje byly zpracovány v programu Microsoft Excel, s vyjádřením absolutních a relativních četností sledovaných proměnných.

Dále byly vypočteny relativní četnosti (podle bodové škály) pro jednotlivé položky dotazníku IPSV. Dosažené body v jednotlivých rovinách byly porovnány v rámci pohlaví.

Každá z rovin (rozumová, emocionální, tělesná, sociální) byla rozdělena do tří stupňů podle kvartilů, přičemž kvartil 0-25% označuje podprůměr, spojené kvartily 25-50% a 50-75% představují průměr a kvartil 75-100% nadprůměr.

Všechny signifikantní výsledky byly znázorněny pomocí kvartilových grafů (box-and-whiskers-plots).

3.2 Kvalitativní výzkum – polostrukturovaný rozhovor

Kvalitativní šetření bylo uskutečněno formou polostrukturovaného rozhovoru, který vycházel z předem připraveného seznamu témat a otázek. Výběr tematických okruhů a otázek byl výsledkem analýzy hloubkového rozhovoru (in-depth interview) s jedním vybraným lékařem algesiologického centra. Hloubkový rozhovor byl realizován v lednu 2012 pomocí několika otevřených otázek, zjišťujících např. každodenní pracovní zkušenosti, nejvíce stresující aspekty práce, strategii zvládání zátěžových situací a jiné (viz např. Dumelow et al., 2000, Švaříček, Šed'ová et al., 2007, Lemaire, Wallace, 2010, Stevenson et al., 2011).

Na základě získaných informací byl vytvořen *polostrukturovaný rozhovor*, sestávající z 12 výzkumných otázek rozdělených do 4 tematických celků (viz příloha):

- a) Volba oboru,
- b) Profesionální stres,
- c) Syndrom vyhoření,
- d) Úspěšnost v léčbě pacienta.

3.2.1 *Studovaný soubor, způsob a místa sběru dat*

Sledovaný soubor v kvalitativní části tvořilo 10 náhodně vybraných lékařů (3 ženy a 7 mužů) z 10 pracovišť, zabývajících se léčbou chronické bolesti (5 privátních a 5 nemocničních). Věk respondentek se pohyboval v rozmezí od 48 do 61 let. U respondentů bylo věkové rozmezí od 32 do 73 let. Z důvodu zachování anonymity probandů byl každému z nich přidělen dvoumístný kód, určující pohlaví účastníka (F= žena, M= muž) a číslo rozhovoru.

Před zahájením kvalitativního šetření byl se všemi vybranými respondenty uskutečněn telefonický rozhovor, ve kterém byli seznámeni se záměry tohoto šetření a požádáni o participaci na výzkumu. Všichni vybraní lékaři souhlasili s účastí na rozhovorech.

Na základě lékaři zvoleného termínu a jejich časových možností byl s každým proveden polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly realizovány v období od ledna 2012 do února téhož roku, a to vždy po ukončení pracovní doby respondentů, zpravidla v prostorách ordinací. Výjimku tvořili 4 lékaři, kteří požadovali uskutečnění rozhovoru v neformálním prostředí (kavárna).

Před zahájením vlastních rozhovorů byli respondenti ujištěni o jejich anonymitě, důvěrnosti sdělených informací a požádáni o souhlas se záznamem rozhovoru na diktafon (u dvou lékařů bylo pro nesouhlas přistoupeno k záznamu ručně na papír). V dotazování byla zachována základní koncepce polostrukturovaného rozhovoru - úvodní, hlavní a ukončovací fáze (více Švaříček, Šed'ová, et al., 2007). Průměrná délka rozhovoru činila přibližně 45 minut. V rámci rozhovoru byly taktéž zjišťovány demografické údaje jednotlivých respondentů. Nad rámec vlastního šetření byly autorkou dále sledovány i jiné aspekty rozhovoru např. neverbální projevy respondenta, celkový dojem, mluvený projev atd.

3.2.2 *Uspořádání a analýza získaných dat*

Při zpracování a analýze nestrukturovaných dat z rozhovorů bylo nejprve přikročeno k transkripci mluveného projevu z audiozáznamu do písemné podoby (vyjma dvou respondentů, u kterých bylo přikročeno k administraci formou písemného záznamu interview). K přepisu bylo užito techniky doslovné transkripce, která je nutná pro podrobné vyhodnocení textového materiálu. V přepisu je pak možné zdůrazňovat klíčová místa podtrháváním, opatřovat určité pasáže vlastním komentářem, popř. srovnávat jednotlivá místa textu (více Hendl, 2008).

Po přehlédnutí struktury nashromážděných dat byla provedena obsahová analýza textového materiálu a klíčové části textu barevně označeny. Dále byla provedena redukce a klasifikace zásadních sdělení, vycházející z počátečních tematických celků.

V dalším kroku byly v počítačové aplikaci Microsoft Excel vytvořeny pro všechny realizované rozhovory tematické tabulky, s uvedením klíčových prvků částí dat.

Základní demografické a profesní údaje byly zpracovány v programu Microsoft Excel, s vyjádřením absolutních a relativních četností sledovaných proměnných.

4. Výsledky

4.1 Kvantitativní výzkum (dotazník - Inventář projevů syndromu vyhoření)

4.1.1 Kvantitativní výzkum – demografické a profesní charakteristiky souboru

Návratnost dotazníku „IPSV“ (celkem bylo odesláno 90 dotazníků) dosáhla 42 %. Kvantitativního šetření se zúčastnilo celkem 47 lékařů, z toho 20 žen (42,55 %) a 27 mužů (57,45 %).

Věkové rozložení respondentů (tab. 4.1) se pohybovalo v rozmezí od 42 do 68 let u žen (průměrný věk 53,4), resp. od 32 do 73 let (průměrný věk 53,5) u mužů. Nejvyšší relativní četnosti (34,04 %) dosáhla věková kategorie 51 – 60 let, následovaná kategoriemi 41 – 50 let, resp. nad 60 let (obě kategorie 27,66 %) a věkovou kategorií do 40 let (10,64 %).

Tab. 4.1 Kvantitativní výzkum – základní demografické a profesní charakteristiky souboru

	Proměnná	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
Pohlaví	muž	27	57,45%
	žena	20	42,55%
Věk	< 40	5	10,64%
	41 - 50	13	27,66%
	51 - 60	16	34,04%
	> 61	13	27,66%
Rodinný Stav	svobodný	2	4,25%
	ženatý/vdaná	37	78,72%
	rozvedený/á	7	14,90%
	vdovec/vdova	1	2,13%
Počet dětí	0	2	4,26%
	1	11	23,40%
	2	28	59,57%
	3	6	12,77%
Druh ambulance	privátní	12	25,53%
	nemocniční	28	59,57%
	oba	7	14,90%
Počet let praxe v oboru	0 - 10	5	10,64%
	11 - 20	10	21,28%
	21 - 30	14	29,79%
	31 - 40	15	31,91%
	41 - 50	3	6,38%
Průměrná doba strávená v zaměstnání týdně/hod.	< 30	5	10,64%
	30 - 50	25	53,19%
	51 - 70	14	29,79%
	71 - 80	3	6,38%
Průměrný počet ošetřených pacientů za den	0 -10	11	23,40%
	11 - 20	27	57,45%
	21 - 30	7	14,90%
	31 - 40	2	4,26%

Více jak 78 % lékařů (N=37; 78,72%) sledovaného souboru žije v manželském svazku. Rodinný stav ostatních respondentů dokumentuje tab. 4.1. Obdobně vysokou relativní četnost lze nalézt u proměnné hodnotící přítomnost dětí v rodině, pouze 4,2 % probandů udává bezdětný stav (tab. 4.1).

Rozložení souboru podle druhu ambulance ukazuje, že téměř 60 % lékařů (N=28; 59,57%) je zaměstnáno v algeziologických ambulancích, které jsou provozovány nemocničními zařízeními. Pouze 12 probandů (25,53 %) působí v privátním zařízení. Oba druhy udává 14,9 % lékařů (N=7).

Hodnotíme-li lékaře z hlediska vykonané praxe v oboru, tak je patrné, že kategorie 21 – 30, resp. 31 – 40 odpracovaných let se nejvyšší měrou (N=14; 29,79%; resp. N=15; 31,91%) podílejí na celkovém rozložení sledovaného souboru.

Z údajů v tab. 4.1 vyplývá, že více jak 53 % lékařů (N=25; 53,19%) tráví v průměru 30 – 50 hodin týdně v zaměstnání. Druhou nejvyšší relativní četnost (29,79%) pak vykazuje kategorie 51 – 70.

Průměrný počet ošetřených pacientů se pohybuje nejčastěji v rozmezí 11 – 20, které udává 57% algeziologů (N=27; 57,45%). Ostatní hodnoty dokumentuje tab. 4.1.

Při rozboru údajů celkového souboru respondentů (N=47) nebyly v případě věku (tab. 4.2), pohlaví, dětí v rodině, délky praxe ani v počtu ošetřených pacientů zjištěny žádné signifikantní rozdíly ($p = \text{n.s.}$, Mann-Whitney U test).

Tab. 4.2 Kvantitativní výzkum – porovnání věkového rozložení souboru podle sledovaných rovin; n.s.- nesignifikantní rozdíl

Proměnná	Nižší věk (< 40, 41 – 50 let)			Vyšší věk (51 – 60, > 61 let)			Statistická významnost rozdílu
	medián	minimum	maximum	medián	minimum	Maximum	
Rozumová rovina	5	2	13	6	0	13	n.s.
Emocionální rovina	7	2	16	8	1	16	n.s.
Tělesná rovina	6	1	17	6	0	22	n.s.
Sociální rovina	5	1	8	4	0	17	n.s.

4.1.2 Kvantitativní výzkum – vyhodnocení dotazníku IPSV

Z rozboru údajů celkového souboru všech respondentů (N=47) je patrná různá míra náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření.

V rozumové rovině dosáhla nejvyššího počtu bodů položka „*Pochybuji o svých profesionálních schopnostech*“ (69 bodů), následovaná položkami „*Obtížně se soustředuji*“ (67 bodů), „*Můj odborný růst a zájem o obor zaostává*“ (61 bodů) a „*Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru*“ (48 bodů). Druhého nejnižšího bodového skóre, po položce „*Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech*“ (15 bodů), dosáhla položka „*Přemýšlím o odchodu z oboru*“ (26 bodů).

V rovině emocionální jednoznačně dominovala položka „*Nedokážu se radovat ze své práce*“ (70 bodů), následovaná položkami „*Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní*“ (61 bodů), „*Jsem sklíčený/á*“ (53 bodů), „*Trpím nedostatkem uznání a ocenění*“ (50 bodů) a „*V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á*“ (43 bodů). Nejnižšího počtu bodů dosáhla položka „*Cítím se ustrašený/á*“ (19 bodů).

Obdobně dominantní stav byl nalezen u položky „*Připadám si fyzicky vyždímaný/á*“, reprezentující tělesnou rovinu (88 bodů), na kterou v bodové škále „někdy“ odpovědělo téměř 45% respondentů (viz tab. 4.3). Dále položkami „*Jsem*

napjatý/á“ (59 bodů), *„Trápí mě poruchy spánku“* (51 bodů), *„Jsem náchylný/á k nemocím“* (40 bodů). Nejnižších bodových hodnot dosáhly položky *„Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.“* (39 bodů) a *„Trpím bolestmi hlavy“* (32 bodů).

Překvapivě vysokého počtu bodů (69 bodů), dosáhla v rovině sociální položka *„Nemám chuť pomáhat problémovým klientům“*, na kterou v bodové škále „někdy“ odpovědělo 38% dotazovaných (viz tab. 4.3), následovaná položkami *„Svou práci omezují na její mechanické provádění“* (45 bodů), *„Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy“* (34 bodů), *„Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání“* (27 bodů). Položkami s nejmenším bodovým skóre byly *„Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy“* (23 bodů) a *„Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty“* (21 bodů).

Tab. 4.3 Kvantitativní výzkum – relativní četnosti (podle bodové škály) pro jednotlivé položky dotazníku IPSV; 0 = nikdy, 1 = zřídka, 2 = někdy, 3 = často, 4 = vždy

Položky dotazníku/ Bodová škála	0	1	2	3	4
1. Obtížně se soustřeďuji	12,77%	40,43%	38,30%	8,51%	0,00%
2. Nedokáži se radovat ze své práce	10,64%	42,55%	36,17%	8,51%	2,13%
3. Připadám si fyzicky "vyždímaný/á"	8,51%	21,28%	44,68%	25,53%	0,00%
4. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	19,15%	29,79%	38,30%	10,64%	2,13%
5. Pochybuji o svých profes. schopnostech	12,77%	36,17%	42,55%	8,51%	0,00%
6. Jsem sklíčený/á	27,66%	40,43%	25,53%	4,26%	2,13%
7. Jsem náchylný/á k nemocím	36,17%	51,06%	8,51%	0,00%	4,26%
8. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	63,83%	23,40%	12,77%	0,00%	0,00%
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	68,09%	29,79%	2,13%	0,00%	0,00%
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	31,91%	46,81%	19,15%	2,13%	0,00%
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	46,81%	31,91%	14,19%	4,26%	2,13%
12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	48,94%	31,91%	17,02%	2,13%	0,00%

Tab. 4.3.1 Kvantitativní výzkum – relativní četnosti (podle bodové škály) pro jednotlivé položky dotazníku IPSV; 0 = nikdy, 1 = zřídka, 2 = někdy, 3 = často, 4 = vždy

Položky dotazníku/ Bodová škála	0	1	2	3	4
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	19,15%	38,30%	36,17%	6,38%	0,00%
14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	23,40%	34,04%	31,91%	10,64%	0,00%
15. Jsem napjatý/á	21,28%	42,55%	25,53%	10,64%	0,00%
16. Svou práci omezují na její mechanické provádění	34,04%	42,55%	17,02%	6,38%	0,00%
17. Přemýšlím o odchodu z oboru	70,21%	14,90%	6,38%	6,38%	2,13%
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	29,79%	40,43%	25,53%	2,13%	2,13%
19. Trápí mě poruchy spánku	34,04%	36,17%	19,15%	8,51%	2,13%
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	63,83%	23,40%	6,38%	4,26%	2,13%
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	31,91%	42,55%	19,15%	4,26%	2,13%
22. Cítím se ustrašený/á	63,83%	31,91%	4,26%	0,00%	0,00%
23. Trpím bolestmi hlavy	53,19%	34,04%	6,38%	4,26%	2,13%
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	63,83%	27,66%	8,51%	0,00%	0,00%

Hodnotíme - li stresový profil v jednotlivých rovinách podle středních bodových hodnot, zjišťujeme, že u mužů jsou nejvíce zatěžovanými položkami shodně roviny rozumová a emocionální, následovaná rovinou tělesnou a rovinou sociální (tab. 4.4). Nejnižší dosažená bodová hodnota, získaná součtem všech čtyř rovin, byla u této skupiny 6 bodů. Maximální hodnota představovala 38 bodů. Mimo rámec dotazníkového šetření zmiňují dva respondenti vleklé potíže s vedením ústavu, který nejeví ochotu řešit jejich problémy.

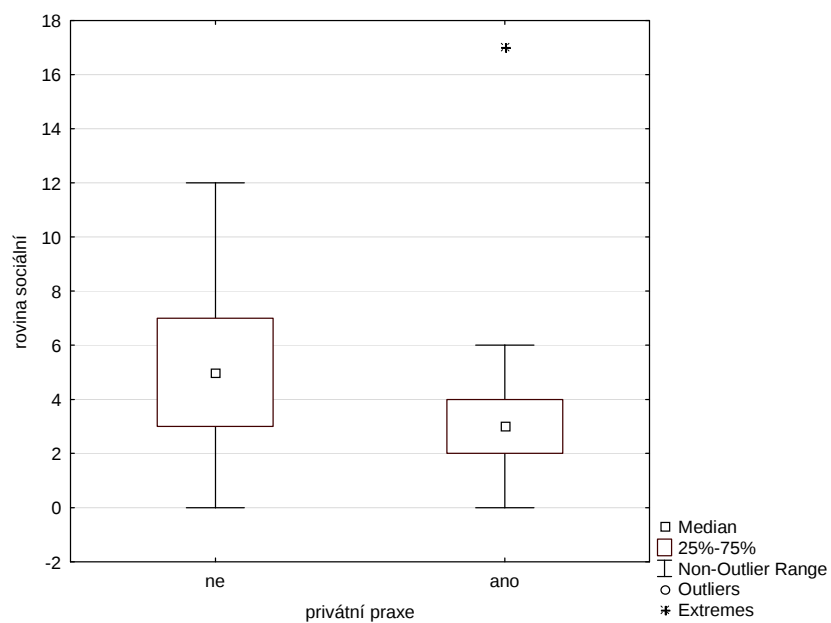
U žen dochází k nejvyšší míře náchylnosti k syndromu vyhoření shodně v rovinách tělesné a emocionální. Nižší střední hodnoty představují roviny rozumová a sociální (tab. 4.4). Nejnižší dosažená bodová hodnota, získaná součtem všech čtyř rovin, byla u žen 4 body. Maximální hodnota představovala 68 bodů.

Tab. 4.4 Kvantitativní výzkum – porovnání dosažených hodnot v „IPSV“ podle pohlaví

Proměnná	Muži			Ženy		
	medián	minimum	maximum	Medián	Minimum	maximum
Rozumová rovina	7	1	13	5	0	13
Emocionální rovina	7	1	10	6	1	16
Tělesná rovina	6	1	12	6	0	22
Sociální rovina	4	0	12	4	0	17

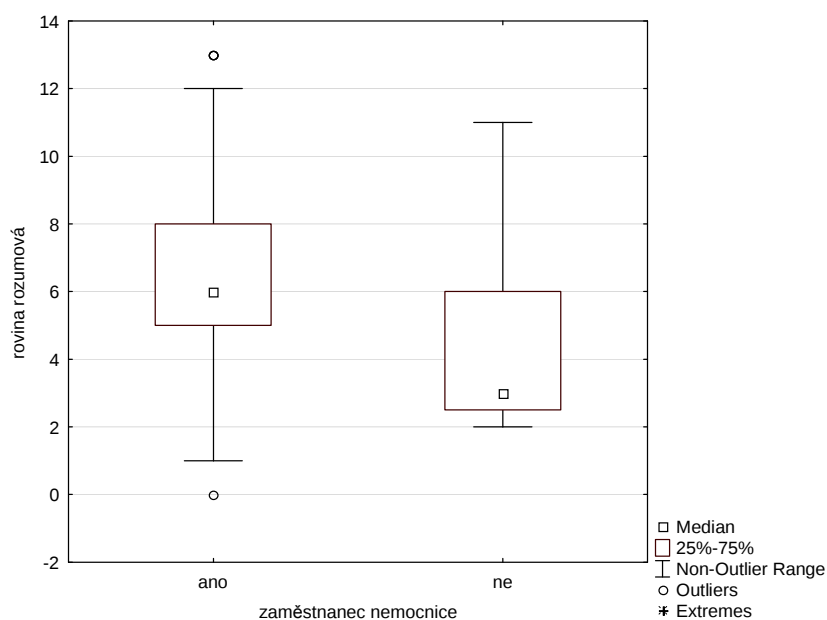
U položek, vztahujících se k druhu ambulance a počtu odpracovaných hodin týdně, byly v kontextu sledovaných rovin nalezeny na hladině významnosti 0,05 tyto statisticky významné rozdíly:

a) u lékařů s privátní praxí byla v rovině sociální prokázána signifikantně ($p < 0,05$) nižší míra závažnosti syndromu vyhoření (obr. 4.1),

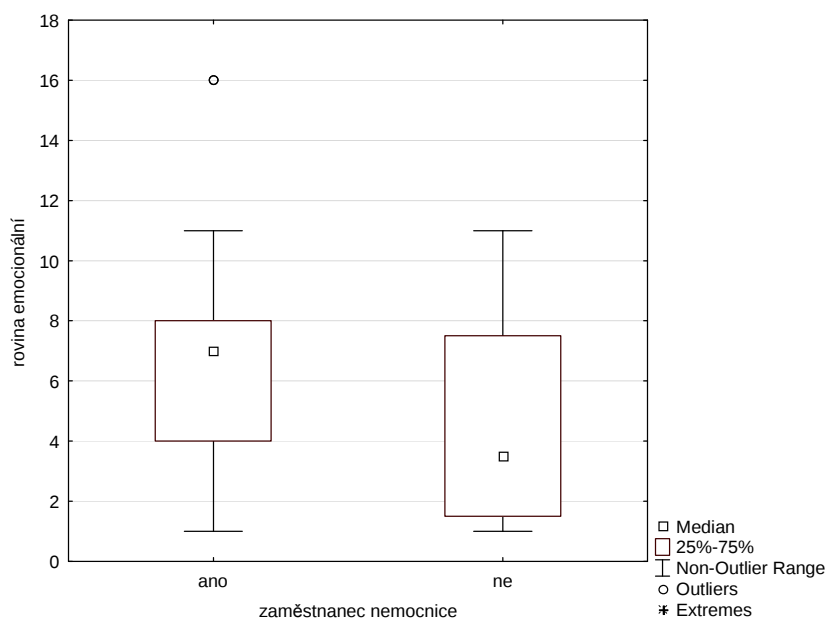


Obr. 4.1 Vliv druhu ambulance na projevy syndromu vyhoření v rovině sociální

- b) u lékařů zaměstnaných v nemocnici byla prokázána ($p < 0,05$) v rovině kognitivní a emocionální vyšší míra projevů syndromu vyhoření (obr. 4.2, obr. 4.3),

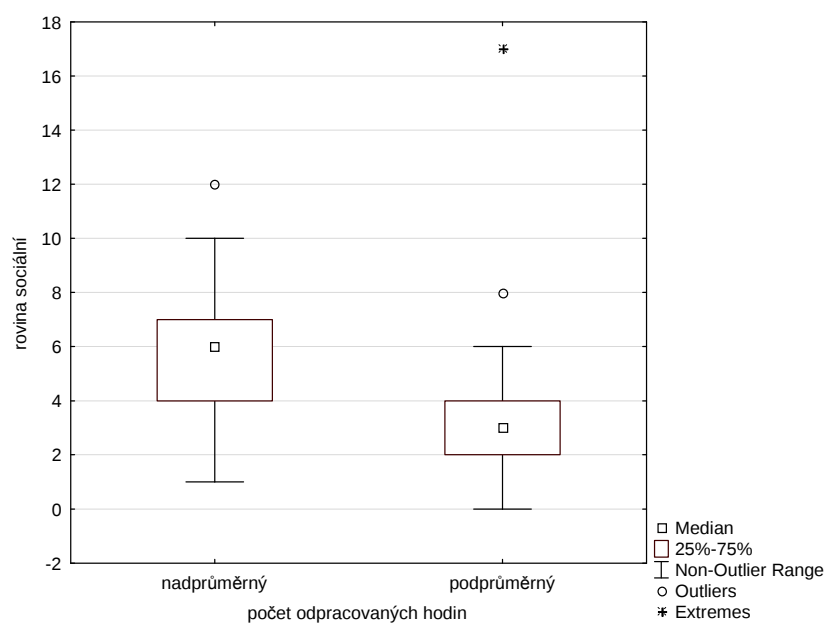


Obr. 4.2 Projevy syndromu vyhoření u algeziologů v nemocnici (kognitivní rovina)

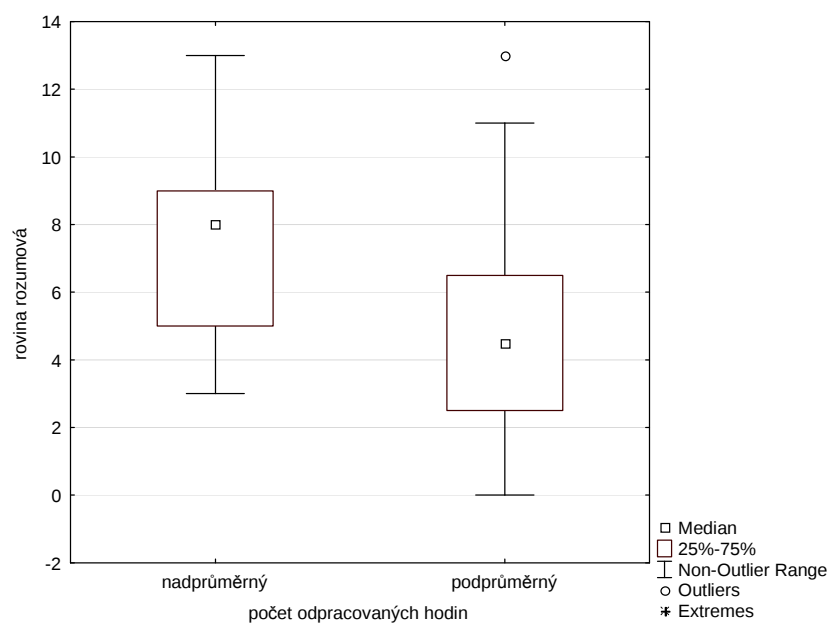


Obr. 4.3 Projevy syndromu vyhoření u algeziologů v nemocnici (emocionální rovina)

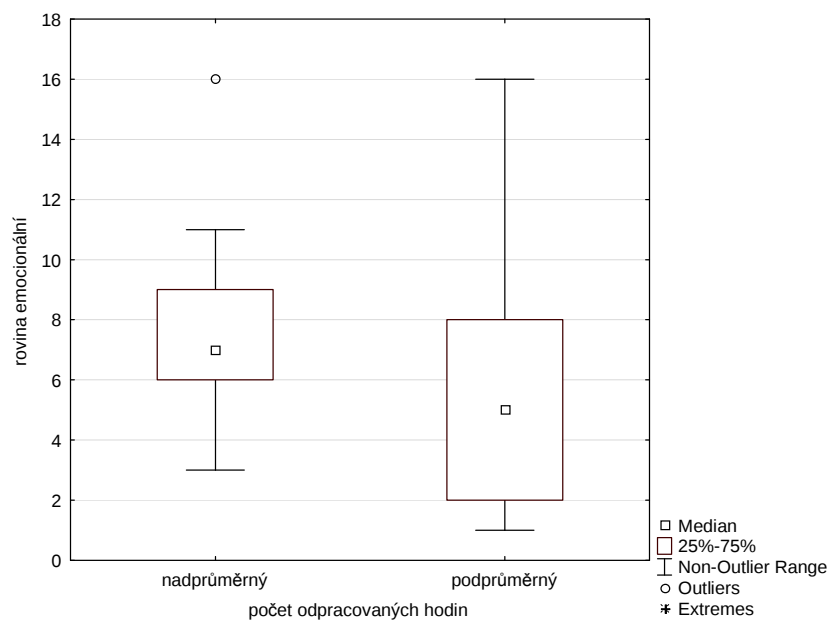
- c) u algeziologů, kteří jsou méně pracovně zatíženi a odpracují týdně méně hodin, se vyskytuje statisticky ($p < 0,05$) nižší míra projevů syndromu vyhoření v rovině sociální, kognitivní a emocionální (obr. 4.4, obr. 4.5, obr. 4.6).



Obr. 4.4 Vliv pracovního zatížení lékařů na projevy syndromu vyhoření (sociální rovina)



Obr. 4.5 Vliv pracovního zatížení lékařů na projevy syndromu vyhoření (kognitivní rovina)



Obr. 4.6 Vliv pracovního zatížení lékařů na projevy syndromu vyhoření (emocionální rovina)

4.2 Kvalitativní výzkum – polostrukturovaný rozhovor

4.2.1 Výzkumný soubor

Rozhovor byl uskutečněn s 10 lékaři, z nichž byly 3 ženy ve věkovém rozmezí od 48 do 61 let (průměrný věk 53,6) a 7 mužů ve věku od 32 do 73 let (průměrný věk 54,7). Ve zkoumaném souboru převažují respondenti žijící v manželském svazku (N=8; 80%), dále lékaři s dvěma dětmi (N=6; 60%) a s 21 až 30, resp. 31 až 40 lety praxe v oboru (obě kategorie N=3; 30%). V rozložení souboru podle průměrné doby strávené v zaměstnání týdně jednoznačně dominuje kategorie 30 – 50 hodin (N=9; 90%). Průměrný počet pacientů ošetřených za den kolísá mezi 11 – 20 pacienty (N=8; 80%). Ostatní demografické a profesní údaje uvádí tab. 4.3.

Tab. 4.3 Kvalitativní výzkum – základní demografické a profesní charakteristiky souboru

	Proměnná	Četnost n_i	Relativní četnost f_i
Pohlaví	muž	7	70,00%
	žena	3	30,00%
Věk	< 40	2	20,00%
	41 - 50	2	20,00%
	51 - 60	1	10,00%
	> 61	5	50,00%
Rodinný stav	svobodný	0	0,00%
	ženatý/vdaná	8	80,00%
	rozvedený/á	2	20,00%
	vdovec/vdova	0	0,00%
Počet dětí	0	0	0,00%
	1	3	30,00%
	2	6	60,00%
	3	1	10,00%
Druh ambulance	privátní	5	50,00%
	nemocniční	5	50,00%
	oba	0	0,00%
Počet let praxe v oboru	0 - 10	2	20,00%
	11 - 20	1	10,00%
	21 - 30	3	30,00%
	31 - 40	3	30,00%
	41 - 50	1	10,00%
Průměrná doba strávená v zaměstnání týdně/hod.	< 30	1	10,00%
	30 - 50	9	90,00%
	51 - 70	0	0,00%
	71 - 80	0	0,00%
Průměrný počet ošetřených pacientů za den	0 -10	1	10,00%
	11 - 20	8	80,00%
	21 - 30	0	0,00%
	31 - 40	1	10,00%

4.2.2 Hlavní témata rozhovoru

Pro polostrukturovaný rozhovor byla vybrána čtyři témata, týkající se volby povolání, zvládání profesionálního stresu, povědomí o syndromu vyhoření a jeho zvládání a reakce na úspěšnou léčbu pacienta.

4.2.2.1 Téma - Volba oboru

Obsahovou analýzou dvou otázek, zjišťujících spokojenost s volbou profesního oboru, byla zjištěna spokojenost s výběrem medicínského oboru. Nejčastějšími důvody pro volbu stávajícího oboru byly: kontakt s pacientem, potřeba pomoci lidem a samostatnost.

Příklad odpovědi na otázku č. 1 a č. 2:

„Individuálně se věnuji jednomu pacientovi. Mám na to čas a prostor. Na ARO jsem neměla čas, musela jsem rychle reagovat na krizovou situaci. Tento obor se dá dělat i ve vyšším věku, není to akutní medicína.“

„Myslím si, že ne. Svoji práci dělám ráda.“

4.2.2.2 Téma – Profesionální stres

Prostřednictvím čtyř otázek bylo zjišťováno, do jaké míry ovlivňuje pracovní vypětí respondentův osobní a pracovní život. Po provedení obsahové analýzy odpovědí byly identifikovány tyto nejčastější reakce:

- a) nejvíce stresující aspekty práce: u privátních lékařů převažuje nadměrná administrativa, časové zatížení, obecně u všech lékařů se jedná o léčbu nevyléčitelných pacientů, velké množství pacientů - často komplikovaných,

Příklad odpovědi na otázku č. 3:

„Léčba dětských pacientů, onkologicky nemocní. Na onkologicky nemocné se dá časem zvyknout, ale nemocné děti mi vadí nejvíce.“

- b) zvládání zátěžových situací v zaměstnání: přestávka, humor, konzumace kávy a sladkostí, diskuze s kolegy, familiárnost k dlouhodobě známým pacientům, meditace,

Příklad odpovědi na otázku č. 4:

„S humorem a s nadhledem. Snažím se tyto situace zlehčit, jak ve vztahu k pacientovi, tak i k sestře. Snažím se o maximální empatii, vždyť jde o pomáhající profesi.“

- c) míra ovlivnění osobního života: nedostatek času na rodinný život, podrážděnost,

Příklad odpovědi na otázku č. 5:

„Myslím, že hodně, mám na rodinu málo času. Jsem občas přepracovaný a potom jsem doma zbytečně protivný.“

- d) prevence pracovního stresu ve volném čase: sport, trávení volného času s rodinou, přátelé a hobby.

Příklad odpovědi na otázku č. 6:

„Trávím čas a dovolenou v úzkém rodinném kruhu, sportuji.“

4.2.2.3 Téma – Syndrom vyhoření

Toto téma obsahovalo dvě otázky, týkající se predispozice oboru k syndromu vyhoření a jeho symptomatologie u lékařů v ambulancích pro léčbu bolesti. Nejčastější reakce na náchylnost oboru k syndromu vyhoření byly: léčba onkologických a depresivních pacientů, psychicky náročný obor. Povědomí o obecných příznacích syndromu vyhoření: ztráta zájmu o pacienta, ztráta empatie, apatie, nervozita, únava.

Příznaky syndromu vyhoření u respondentů: podrážděnost, nedostatečná empatie, únava, ztráta pracovního nadšení.

Pozn. Čtyři respondenti nepociťovali žádné z příznaků syndromu vyhoření.

Příklad odpovědi na otázku č. 7 a č. 8:

„Myslím si, že je. Praktičtí lékaři nám posílají všechny nešťastníky chronicky nemocné, sociálně slabé, psychiatrické pacienty. Mladí pacienti s infaustní prognózou – onkologicky nemocní.“

„Lékaři jsou protivní, nemají na pacienta čas, odbydou je, bagatelizují jejich stesky, posílají na různá vyšetření, aby měli od pacientů klid. Já osobně nepociťuji žádné příznaky syndromu vyhoření.“

4.2.2.4 Téma – Úspěšnost v léčbě pacienta

Úspěšnost v léčbě pacienta může mít důležitý vliv na psychický stav lékaře. Analyzovány byly čtyři otázky zjišťující reakci lékařů na zvolený postup léčby

- a) obavy z léčebného postupu: převažují občasné obavy ze zvoleného postupu léčby, hlavně u komplikovaných pacientů.

Příklad odpovědi na otázku č. 9:

„Občas ano, s ohledem na charakter pacientů (chronicky, psychiatricky a onkologicky nemocní). Zvláště, když se nelepší.“

- b) reakce na mírné nebo dočasné zlepšení: snaha nalézt možnosti další léčby.

Příklad odpovědi na otázku č. 10:

„Snažím se zlepšit způsob své léčby, ale je to nepochybně součástí profesionálního stresu.“

- c) přijetí omezených možností v léčbě: většina lékařů přijímá fakt omezených možností léčby,

Příklad odpovědi na otázku č. 11:

„Prostě tak to na světě je. Čím je člověk zdatnější, čím toho víc ví, tím si je víc vědom svého omezení.“

- d) saturace potřeby sebeuplatnění z úspěšné léčby: uspokojení profesních potřeb, radost.

Příklad odpovědi na otázku č. 12:

„Ano, dělá mi dobře, když se léčba daří.“

4.2.3 Přehled transkribovaných rozhovorů a jejich obsahová analýza

**POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR KE KVALITATIVNÍMU
VÝZKUMU SYNDROMU VYHOŘENÍ**

Demografické údaje:

Kód respondenta: F1

- věk – 52 let
- pohlaví - žena
- rodinný stav - vdaná
- počet dětí - 1
- počet let praxe oboru – 22 let na odd. ARO, 18 let ALB
- počet odpracovaných hodin/týden – 30 hodin
- průměrný počet ošetřených pacientů/den – 15 pacientů

- privátní praxe - ANO
- zaměstnanec nemocnice – NE

TÉMA 1: VOLBA OBORU

1. Co se Vám líbí na Vaší práci?

„Na mojí práci se mi líbí, že z ní mohu mít *pocit satisfakce*, pokud někomu pomůžu, že je *společensky uznávaná*. Líbí se mi *kreativita*, *spolupráce s ostatními odborníky* - je to trochu detektivka.“

2. Myslíte si, že by byl Váš osobní život bez této práce uspokojivý?

„Myslím si, že ne. *Jsem na ni zvyklá*, znám ji.“

TÉMA 2: PROFESIONÁLNÍ STRES

3. Jaké aspekty Vaší práce považujete za nejvíce stresující?

„*Množství stráveného času* v práci. Myslím si, že pokud bych trávila méně času v práci, byl by stres nižší. Dalšími aspekty jsou *negativní emoce pacientů*, *riziko komplikací léčby*. V soukromé ambulanci i *stres z výdělku*.“

4. Jakou formou zvládáte aktuálně náročné situace v zaměstnání?

„*Přestávka, jídlo, pití, sprcha* (pokud je to možné, ale většinou není čas), *diskuze* se sestrou.“

5. Jak je Váš soukromý život ovlivněn pracovním vypětím?

„Značně, vede k *rodinným neshodám*. V soukromém životě *nestíhám aktivity*, které bych si přála – kultura, domácnost. Když jsem unavená, už nemám sílu si zajít do kina a dělat domácí práce.“

6. Jakým způsobem se bráníte následkům pracovního stresu ve svém volném čase?

Co proti tomu děláte?

„Snažím se o *aktivní využití svého volného času, koníčky, fyzický pohyb, outdoorové aktivity, hudba, tanec - Zumba, setkávání s přáteli ze zdravotnictví i mimo něj. Snažím se nepřenášet pracovní stres na rodinu. Cíleně si řeknu, že si chci vyčistit hlavu.*“

TÉMA 3: SYNDROM VYHOŘENÍ

7. Domníváte se, že je Váš obor více náchylný k vzniku syndromu vyhoření? A proč?

„Jeden z *nejvíce náchylných oborů*, protože jsme *exponováni negativními postoji*, naše pomoc *(snaha) je často marná.*“

8. Jaké příznaky syndromu vyhoření se mohou podle Vás objevit u lékařů v ambulanci léčby bolesti? Projevují se některé z těchto příznaků i u Vás? A jaké?

„Myslím si, že lékaře *nezajímá zdravotní stav pacientů*, popřípadě ostatních lidí, jež nejsou jeho pacienti a žádají ho o radu. Dále ho *nezajímá výsledek jeho práce*. Já osobně pociťuji tyto příznaky: *nebaví mě práce*, občas trpím *cynismem*, *nedostatečnou empatií*. Někdy se mi *nechce řešit zdravotní problémy mých pacientů*. Dále u sebe pociťuji zvláštní projevy, jako kdyby mě práce nebavila a netěšila, když nejsem v ordinaci. V okamžiku, kdy začnu pracovat, tak tento pocit zmizí.“

TÉMA 4: ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA

9. Pociťujete obavy a nejistoty z toho, zda Vámi zvolený postup léčby je správný?

„Někdy *ano.*“

10. Jakým způsobem reagujete na situaci, kdy léčba chronicky nemocného dosahuje jen mírného či dočasného zlepšení.

„Jsem *zklamaná*, ale snažím se situaci ovlivnit k lepšímu. Pacient, nedosahující žádného zlepšení, u mne po čase vyvolává *pocity lhostejnosti k další léčbě* – myslím si, že je to přirozená obrana při neúspěchu.“

11. Jak přijímáte fakt, že Vaše možnosti jsou v takovéto léčbě omezené?

„*Dokážu přijmout tento fakt. Snažím se pacientovi dát najevo, že možnosti tak omezené nejsou.*“

12. Dokážete prostřednictvím úspěšné léčby a spokojenosti pacientů saturovat svoji potřebu sebeuplatnění?

„*Z velké části ano, ale k pocitu sebeuplatnění mi to úplně nestačí.*“

Tab. 1 Analýza odpovědí podle jednotlivých témat – respondentka F1

TÉMA	ANALÝZA ODPOVĚDÍ
VOLBA OBORU	• společenské uznání, pocit satisfakce, kreativita, mezioborová spolupráce • profesní obor by respondentka neměnila
PROFESIONÁLNÍ STRES	• nadměrné časové zatížení, negativní emoce pacientů, riziko komplikace léčby, privátní praxe – stres z výdělku • přestávka, jídlo, pití, diskuze s kolegy • rodinné neshody, omezení volnočasových aktivit

	• aktivní využití volného času (např. hudba, tanec), koníčky, setkávání s přáteli
SYNDROM VYHOŘENÍ	• obor s nadměrnou náchylností k SV - negativní postoje pacientů, pocity marnosti z průběhu pacientovy léčby • obecné příznaky SV u algeziologů – ztráta zájmu o pacienta a výsledek léčby • příznaky SV u respondentky – cynismus, nedostatečná empatie, nechuť řešit problémy pacientů
ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA	• občasné nejistoty ze zvoleného postupu léčby, zklamání z průběhu léčby, lhostejnost k další léčbě • schopnost přijetí omezených možností léčby • z velké části uspokojení profesních potřeb

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR KE KVALITATIVNÍMU VÝZKUMU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Demografické údaje:

Kód respondenta: M1

- věk – 35 let

- pohlaví - muž
- rodinný stav - ženatý
- počet dětí - 2
- počet let praxe oboru – 8 let
- počet odpracovaných hodin/týden – 8 hod v ALB
- průměrný počet ošetřených pacientů/den – 13 pacientů
- soukromá praxe - NE
- zaměstnanec nemocnice - ANO

TÉMA 1: VOLBA OBORU

1. Co se Vám líbí na Vaší práci?

„*Pomáhající profese.*“

2. Myslíte si, že by byl Váš osobní život bez této práce uspokojivý?

„*I bez této práce by byl můj život zcela jistě uspokojivý.*“

TÉMA 2: PROFESIONÁLNÍ STRES

3. Jaké aspekty Vaší práce považujete za nejvíce stresující?

„*Sdělování nepříznivých diagnóz pacientovi, který už měl být dávno poučen o svém zdravotním stavu, např. od onkologického lékaře.*“

4. Jakou formou zvládáte aktuálně náročné situace v zaměstnání?

„*Prostě to tiše přetrpím.*“

5. Jak je Váš soukromý život ovlivněn pracovním vypětím?

„*Jsem podrážděný na rodinu, mám nedostatek empatie.*“

6. Jakým způsobem se bráníte následkům pracovního stresu ve svém volném čase? Co proti tomu děláte?

„*Fyzická práce, sport, štípání dříví, zahrada – tyto aktivity vyhledávám, dělá mi to dobře.*“

TÉMA 3: SYNDROM VYHOŘENÍ

7. Domníváte se, že je Váš obor více náchylný k vzniku syndromu vyhoření? A proč?

„*Je **náchylnější** ke vzniku syndromu vyhoření, protože je to léčba bolesti.*“

8. Jaké příznaky syndromu vyhoření se mohou podle Vás objevit u lékařů v ambulanci léčby bolesti? Projevují se některé z těchto příznaků i u Vás? A jaké?

„*Úplně všechny. U mne se dostavuje **nedostatek empatie**.*“

TÉMA 4: ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA

9. Pociťujete obavy a nejistoty z toho, zda Vámi zvolený postup léčby je správný?

„*Určitě **pociťuji**.*“

10. Jakým způsobem reagujete na situaci, kdy léčba chronicky nemocného dosahuje jen mírného či dočasného zlepšení.

„***Smířil jsem se s tím**, že to v léčbě chronické bolesti mnohdy takto je.*“

11. Jak přijímáte fakt, že Vaše možnosti jsou v takovéto léčbě omezené?

„*Omezené možnosti léčby **nepociťuji jako osobní selhání**.*“

12. Dokážete prostřednictvím úspěšné léčby a spokojenosti pacientů saturovat svoji potřebu sebeuplatnění?

„***Ne**, poděkování pacienta na chvíli zahřeje a potěší.*“

Tab. 2 Analýza odpovědí podle jednotlivých témat – respondent M1

TÉMA	ANALÝZA ODPOVĚDÍ
VOLBA OBORU	• pomáhající profese • nízká afinita k vykonávanému oboru
PROFESIONÁLNÍ STRES	• sdělování nepříznivých diagnóz • trápení • podrážděnost, nedostatek empatie • fyzická práce, sport
SYNDROM VYHOŘENÍ	• léčba chronické bolesti - nadměrná náchylnost k SV • příznaky SV u respondenta - nedostatečná empatie
ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA	• občasné nejistoty ze zvoleného postupu léčby • přijetí omezených možností léčby • nízké uspokojení profesních potřeb

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR KE KVALITATIVNÍMU VÝZKUMU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Demografické údaje:

Kód respondenta: M2

- věk – 40 let
- pohlaví - muž
- rodinný stav - ženatý
- počet dětí - 1
- počet let praxe oboru – 9 let
- počet odpracovaných hodin/týden – 40 hodin na odd. ARO, 8 hodin v ALB
- průměrný počet ošetřených pacientů/den – 15 pacientů
- soukromá praxe - NE
- zaměstnanec nemocnice - ANO

TÉMA 1: VOLBA OBORU

1. Co se Vám líbí na Vaší práci?

„Na rozdíl od ARO jsem v *ústním kontaktu s pacientem*. Hezké na tom je, že i potom *poděkují*. *Jsem rád, když se mi daří a mohu pro pacienty něco udělat.*“

2. Myslíte si, že by byl Váš osobní život bez této práce uspokojivý?

„*Asi jo*. Našel bych i jiné uspokojující zaměstnání.“

TÉMA 2: PROFESIONÁLNÍ STRES

3. Jaké aspekty Vaší práce považujete za nejvíce stresující?

„Práce v ambulanci pro léčbu bolesti *mne nestresuje, spíše vyčerpává* – zde je na pacienta více času. Na ARO mne stresují *akutní příjmy*.“

4. Jakou formou zvládáte aktuálně náročné situace v zaměstnání?

„*Snažím se je vyřešit, nebo si nechám čas na rozmyšlenou. Konzultace s kolegy.*“

5. Jak je Váš soukromý život ovlivněn pracovním vypětím?

„*Jsem protivný, negativní a vzteklý.*“

6. Jakým způsobem se bráníte následkům pracovního stresu ve svém volném čase?

Co proti tomu děláte?

„*Věnuji se rodině, když můžu jedu na hory, sportuji, nemyslím na práci, snažím se si vybírat dovolenou.*“

TÉMA 3: SYNDROM VYHOŘENÍ

7. Domníváte se, že je Váš obor více náchylný k vzniku syndromu vyhoření? A proč?

„*Myslím si, že je. Praktičtí lékaři nám posílají všechny nešťastníky chronicky nemocné, sociálně slabé, psychiatrické pacienty. Mladí pacienti s infaustní prognózou – onkologicky nemocní.*“

8. Jaké příznaky syndromu vyhoření se mohou podle Vás objevit u lékařů v ambulanci léčby bolesti? Projevují se některé z těchto příznaků i u Vás? A jaké?

„*Lékaři jsou protivní, nemají na pacienta čas, odbydou je, bagatelizují jejich stesky, posílají na různá vyšetření, aby měli od pacientů klid. Já osobně nepociťuji žádné příznaky syndromu vyhoření.*“

TÉMA 4: ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA

9. Pociťujete obavy a nejistoty z toho, zda Vámi zvolený postup léčby je správný?
„*Občas ano, s ohledem na charakter pacientů (chronicky, psychiatricky a onkologicky nemocní). Zvláště, když se nelepší.*“
10. Jakým způsobem reagujete na situaci, kdy léčba chronicky nemocného dosahuje jen mírného či dočasného zlepšení.
„*Snažím se zjistit subjektivní stesky odpovídající objektivní skutečnosti. Využívám analgetické terapie, rehabilitace a alternativních postupů.*“
11. Jak přijímáte fakt, že Vaše možnosti jsou v takovéto léčbě omezené?
„*Bez problémů. Po půl roce usilovného snažení se s tím člověk musí smířit.*“
12. Dokážete prostřednictvím úspěšné léčby a spokojenosti pacientů saturovat svoji potřebu sebeuplatnění?
„*Spíše tím kompenzuji negativní pocity z nezdarů.*“

Tab. 3 Analýza odpovědí podle jednotlivých témat – respondent M2

TÉMA	ANALÝZA ODPOVĚDÍ
VOLBA OBORU	• osobní (ústní) kontakt s pacientem, potřeba pomoci pacientům • částečná spokojenost se zvoleným oborem
PROFESIONÁLNÍ STRES	• vyčerpání • snaha o nalézání řešení, konzultace

	s kolegy • projevy negativismu, vznětlivost • dovolená, rodina, sport, oproštění od pracovních starostí
SYNDROM VYHOŘENÍ	• obor s vyšší náchylností k SV (infaustní případy u mladých pacientů) • obecné příznaky SV u algeziologů - bagatelizace zdravotního stavu, podrážděnost, ztráta zájmu o pacienta, neopodstatněné odesílání pacientů na různá vyšetření • příznaky SV u respondenta – nepocituje
ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA	• občasné nejistoty ze zvoleného postupu léčby • analýza pacientových potřeb, využití dostupných léčebných postupů • přijetí omezených možností léčby • kompenzace negativních pocitů z nezdaru

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR KE KVALITATIVNÍMU VÝZKUMU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Demografické údaje:

Kód respondenta: M3

- věk - 64
- pohlaví - muž
- rodinný stav - rozvedený
- počet dětí - 1
- počet let praxe oboru – 40 let na odd. ARO, 18 let v ALB
- počet odpracovaných hodin/týden – 42 hod. odd. ARO, 8 hod. ALB
- průměrný počet ošetřených pacientů/den – 7 pacientů
- soukromá praxe - NE
- zaměstnanec nemocnice – ANO

TÉMA 1: VOLBA OBORU

1. Co se Vám líbí na Vaší práci?

„Je to práce, na kterou mám *kvalifikaci, vzdělání*. Umím svou práci *dobře*. Jsem rád, když jsem *užitečný*. Pokud někomu pomůžu, cítím *uspokojení*.“

2. Myslíte si, že by byl Váš osobní život bez této práce uspokojivý?

„Myslím, že bych *mohl dělat něco jiného*, každá práce, která se dělá profesionálně a do hloubky může být zajímavá.“

TÉMA 2: PROFESIONÁLNÍ STRES

3. Jaké aspekty Vaší práce považujete za nejvíce stresující?

„*Opakující se rutina*, nových situací je málo. Občas je to *náročné na komunikaci s lidmi* a může se dostavovat *stres z neúspěchu v práci*.“

4. Jakou formou zvládáte aktuálně náročné situace v zaměstnání?

„*Kleji, ale snažím se nepřenášet rozladěnost na pacienta.*“

5. Jak je Váš soukromý život ovlivněn pracovním vypětím?

„*Je výrazně ovlivněn, hlavně množstvím stráveného času v nemocnici. Řada rodinných událostí se odehrála, když jsem byl v práci – narození dcery, úmrtí otce.*“

6. Jakým způsobem se bráníte následkům pracovního stresu ve svém volném čase?

Co proti tomu děláte?

„*Fyzická práce – zahrada, chalupa, rekreační sport. Pivo.*“

TÉMA 3: SYNDROM VYHOŘENÍ

7. Domníváte se, že je Váš obor více náchylný k vzniku syndromu vyhoření? A proč?

„*Myslím si, že ano, protože je to práce s lidmi, která je psychicky více náročná a poměrně namáhavá. Často pociťuje člověk bezmoc a frustraci.*“

8. Jaké příznaky syndromu vyhoření se mohou podle Vás objevit u lékařů v ambulanci léčby bolesti? Projevují se některé z těchto příznaků i u Vás? A jaké?

„*Pacienti jsou lékaři protivní, ten se stává otrlým, apatickým a nechodí do práce rád. Tyto příznaky jsou občas i u mne.*“

TÉMA 4: ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA

9. Pociťujete obavy a nejistoty z toho, zda Vámi zvolený postup léčby je správný?

„*Jen z části.*“

10. Jakým způsobem reagujete na situaci, kdy léčba chronicky nemocného dosahuje jen mírného či dočasného zlepšení.

„Snažím se *zlepšit způsob své léčby*, ale je to nepochybně součástí profesionálního stresu.“

11. Jak přijímáte fakt, že Vaše možnosti jsou v takovéto léčbě omezené?

„*Zcela normálně*.“

12. Dokážete prostřednictvím úspěšné léčby a spokojenosti pacientů saturovat svoji potřebu sebeuplatnění?

„*Určitě, pozitivní emoce z úspěšné léčby jsou obecně motivačním prvkem, u algeziologa obzvlášť*.“

Tab. 4 Analýza odpovědí podle jednotlivých témat – respondent M3

TÉMA	ANALÝZA ODPOVĚDÍ
VOLBA OBORU	• pocity uspokojení, profesionalita • možnost osobní satisfakce i v jiného oboru
PRACOVNÍ STRES	• rutinní práce, komunikace s pacienty, profesní neúspěchy • kletí v nepřítomnosti pacienta • výrazné ovlivnění soukromí – časová náročnost zaměstnání, omezování rodiny • fyzická aktivita, sport, chalupaření,

	konzumace piva
SYNDROM VYHOŘENÍ	• psychicky náročný obor, časté projevy frustrace a bezmoci • obecné příznaky SV u algeziologů – podrážděnost, apatie, otrlost, ztráta zájmu o práci • příznaky SV u respondenta – některé z výše uvedených symptomů
ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA	• částečné obavy ze zvoleného postupu léčby • snaha o zlepšení způsobu léčby • přijetí omezených možností léčby • motivace a uspokojení profesních potřeb prostřednictvím pozitivních emocionálních zážitků

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR KE KVALITATIVNÍMU VÝZKUMU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Demografické údaje:

Kód respondenta: F2

- věk - 61 let

- pohlaví - žena
- rodinný stav - rozvedená
- počet dětí - 3
- počet let praxe oboru: - 26 let na odd. ARO, 16 let v ALB
- počet odpracovaných hodin/týden - 42 hodin
- průměrný počet ošetřených pacientů/den - 20 pacientů
- soukromá praxe - NE
- zaměstnanec nemocnice - ANO

TÉMA 1: VOLBA OBORU

1. Co se Vám líbí na Vaší práci?

„*Individuálně se věnuji jednomu pacientovi. Mám na to čas a prostor. Na ARO jsem neměla čas, musela jsem rychle reagovat na krizovou situaci. Tento obor se dá dělat i ve vyšším věku, není to akutní medicína.*“

2. Myslíte si, že by byl Váš osobní život bez této práce uspokojivý?

„*Myslím si, že ne. Svoji práci dělám ráda.*“

TÉMA 2: PROFESIONÁLNÍ STRES

3. Jaké aspekty Vaší práce považujete za nejvíce stresující?

„*Nedisciplinovaný pacient - věnuji mu svůj čas a svou energii, dám mu doporučení, která včetně léčby nedodrží. Opakovaně telefonující klienti - vyrušují při vyšetřování jiných pacientů.*“

4. Jakou formou zvládáte aktuálně náročné situace v zaměstnání?

„Konzumace *hořké čokolády*, jídla, dostatečný *příjem tekutin* (čaj), určitá *familiárnost k dlouhodobě známým pacientům* - tím se udržuji v dobré psychické kondici. Pokud přijde ráno takovýto pacient, jsem dobře naladěná po celý den.“

5. Jak je Váš soukromý život ovlivněn pracovním vypětím?

„Vzhledem k tomu, že jsem rozvedená, děti jsou již dospělé a v domácnosti *žiji sama, nemám na kom svůj stres vybijet*. Pokud jdu navštívit kamarády, tak se na ně těším a na pracovní stres nemyslím.“

6. Jakým způsobem se bráníte následkům pracovního stresu ve svém volném čase?

Co proti tomu děláte?

„*Saunování* již několik let (15 let), *sport, kamarádství s lidmi z nelékařského prostředí, kino, divadlo*.“

TÉMA 3: SYNDROM VYHOŘENÍ

7. Domníváte se, že je Váš obor více náchylný ke vzniku syndromu vyhoření? A proč?

„To záleží na jedinci, jak k tomu přistupuje. V podstatě, každý medicínský obor se může setkat se SV. Domnívám se, že *tento obor patří k těm oborům, kde je riziko SV větší. Je to práce s lidmi*.“

8. Jaké příznaky syndromu vyhoření se mohou podle Vás objevit u lékařů v ambulanci léčby bolesti? Projevují se některé z těchto příznaků i u Vás? A jaké?

„*Podrážděnost vůči pacientům a personálu. Únava, nechů chodit do práce, nechů potkat se s některými pacienty. Bývám podrážděná a unavená*.“

TÉMA 4: ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA

9. Pociťujete obavy a nejistoty z toho, zda Vámi zvolený postup léčby je správný?

„Občas *ano*, např. u problematických pacientů.“

10. Jakým způsobem reagujete na situaci, kdy léčba chronicky nemocného dosahuje jen mírného či dočasného zlepšení?

„*Snažím se léčbu pozměnit, vylepšit. Pokud se mi to nedaří, smírím se s tím.*“

11. Jak přijímáte fakt, že vaše možnosti jsou v takovéto léčbě omezené?

„*Nemám s tím problém.*“

12. Dokážete prostřednictvím úspěšné léčby a spokojenosti pacientů saturovat svoji potřebu sebeuplatnění?

„*Ano, přináší mi uspokojení, když jsou pacienti s mojí terapií spokojeni. Mám radost z toho, když k nám lidé přicházejí na doporučení stávajících pacientů.*“

Tab. 5 Analýza odpovědí podle jednotlivých témat – respondentka F2

TÉMA	ANALÝZA ODPOVĚDÍ
VOLBA OBORU	- dostatek času a prostoru pro individuální přístup k pacientovi, praxi lze vykonávat i ve vyšším věku - spokojenost s volbou oboru, pracovní entusiasmus
PROFESIONÁLNÍ STRES	nedisciplinovanost pacientů (nedodržování léčby), opakované

	telefonáty pacientů • dostatečný příjem tekutin, konzumace hořké čokolády, projevy familiárnosti k dlouhodobě známým pacientům – pozitivní psychické naladění • malé ovlivnění soukromí • saunování, přátelé (z nelékařského prostředí), sport, kultura
SYNDROM VYHOŘENÍ	• obor predisponovaný k SV (práce s lidmi) • obecné příznaky SV u algeziologů – podrážděnost, únava, ztráta pracovního nadšení, ztráta zájmu o některé pacienty • příznaky SV u respondenta – podrážděnost, únava
ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA	• občasné obavy ze zvoleného postupu léčby (u problematických pacientů) • snaha o změnu a zefektivnění léčby • přijetí omezených možností léčby • vnitřní uspokojení z úspěšné terapie

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR KE KVALITATIVNÍMU VÝZKUMU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Demografické údaje:

Kód respondenta: M4

- věk – 65 let
- pohlaví - muž
- rodinný stav - ženatý
- počet dětí - 2
- počet let praxe oboru – 40 let na odd. ARO, 20 let v ALB
- počet odpracovaných hodin/týden – 37,5 hod
- průměrný počet ošetřených pacientů/den – 17 pacientů
- soukromá praxe - NE
- zaměstnanec nemocnice – ANO
-

TÉMA 1: VOLBA OBORU

1. Co se Vám líbí na Vaší práci?

„Na mé práci se mi líbí to, že je to *práce s lidmi*.“

2. Myslíte si, že by byl Váš osobní život bez této práce uspokojivý?

„Myslím si, že *ne*. Dělán svou práci rád a od malička jsem si přál být doktorem. Že bych dělal jinou práci, si nedovedu představit.“

TÉMA 2: PROFESIONÁLNÍ STRES

3. Jaké aspekty Vaší práce považujete za nejvíce stresující?

„*Léčba dětských pacientů, onkologicky nemocní*. Na onkologicky nemocné se dá časem zvyknout, ale nemocné děti mi vadí nejvíce.“

4. Jakou formou zvládáte aktuálně náročné situace v zaměstnání?

„Snažím se to vydýchat, provozuji čínskou medicínu – pokud to jde *automeditaci*. Z 99% *mne nic nevytočí*. Už se ve svých letech moc vytočit nenechám.“

5. Jak je Váš soukromý život ovlivněn pracovním vypětím?

„Ted' už méně, už jsem starší. Když byly děti na škole, *často jsem byl v práci* – jsem jim hodně dlužný. *Rodina byla ošizena o moji přítomnost*.“

6. Jakým způsobem se bráníte následkům pracovního stresu ve svém volném čase? Co proti tomu děláte?

„Od mládí *sportuji, turistika, hudba*.“

TÉMA 3: SYNDROM VYHOŘENÍ

7. Domníváte se, že je Váš obor více náchylný k vzniku syndromu vyhoření? A proč?

„V podstatě *ano*. Jde o *léčbu bolesti*, kontakt s onkologicky nemocnými, *odcházení lidí*“.

8. Jaké příznaky syndromu vyhoření se mohou podle Vás objevit u lékařů v ambulanci léčby bolesti? Projevují se některé z těchto příznaků i u Vás? A jaké?

„*Formálnost* v práci, *ztráta empatie a zájmu o pacienta*. *Mechanická preskripce léků*. Já osobně zatím žádné pocity syndromu vyhoření *nemám*. Moje *práce mě baví*.“

TÉMA 4: ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA

9. Pociťujete obavy a nejistoty z toho, zda Vámi zvolený postup léčby je správný?

„Samozřejmě někdy *ano*. Rozhodnu se jít určitou cestou, *ala zároveň přemýšlím, jestli jsem se rozhodl správně*. *Obávám se nedostatečné terapie a stížností od pacientů*.“

10. Jakým způsobem reagujete na situaci, kdy léčba chronicky nemocného dosahuje jen mírného či dočasného zlepšení.

„V podstatě adrenalin, *snažím se nacházet jinou cestu léčby, např. alternativní medicínou – akupunktura*. Pokud se to nedaří, pošlu pacienta na *vyšší pracoviště*.“

11. Jak přijímáte fakt, že Vaše možnosti jsou v takovéto léčbě omezené?“

„Dost *nelibě*, vadí mi to. Na jedné straně mě to motivuje, nějaká cesta určitě je. Nevzdávám to, *rád hledám různá řešení* i u těžších případů. Udržuje mne to při *medicínském životě*.“

12. Dokážete prostřednictvím úspěšné léčby a spokojenosti pacientů saturovat svoji potřebu sebeuplatnění?

„Medicína je pro mne *alfou a omegou mého profesního žití*. *Úspěchy mne těší, jsem rád, když se pacient vrací v lepším zdravotním stavu na kontroly*.“

Tab. 6 Analýza odpovědí podle jednotlivých témat – respondent M4

TÉMA	ANALÝZA ODPOVĚDÍ
VOLBA OBORU	• radost z kontaktu s pacienty • plné uspokojení z volby oboru
PROFESIONÁLNÍ STRES	• léčba dětských pacientů, onkologicky nemocní • schopnost odolávat psychické zátěži (např. autosugesce) • časová náročnost zaměstnání,

	omezování rodiny • sport, turistika, hudba
SYNDROM VYHOŘENÍ	• rizikový obor – léčba bolesti, onkologičtí pacienti, terminální stádia • obecné příznaky SV u algeziologů – ztráta empatie a zájmu o pacienta, formálnost, mechanická preskripce léků • příznaky SV u respondenta – žádné neudává, práce ho naplňuje
ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA	• občasné obavy ze zvoleného postupu léčby, nedostatečné terapie a stížností pacientů • aplikace různých léčebných postupů (např. akupunktura), odeslání pacienta na vyšší odborné pracoviště • snaha o nalézání různých řešení v léčbě pacientů, vč. komplikovaných případů • jednoznačné uspokojení profesních a životních potřeb, radost z úspěšné léčby

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR KE KVALITATIVNÍMU VÝZKUMU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Demografické údaje:

Kód respondenta: F3

- věk – 48 let
- pohlaví - žena
- rodinný stav - vdaná
- počet dětí - 2
- počet let praxe oboru – 23 let na odd. ARO, 8 let ALB
- počet odpracovaných hodin/týden – 45 hodin
- průměrný počet ošetřených pacientů/den – 15 pacientů
- privátní praxe - ANO
- zaměstnanec nemocnice – NE

TÉMA 1: VOLBA OBORU

1. Co se Vám líbí na Vaší práci?

„Můžu *pomáhat lidem*. Svou mravenčí pílí dosáhnout dobrého výsledku léčby u lidí, kterým zatím nikdo nepomohl. Také se mi na mojí práci líbí *samostatnost*. Mohu si svou práci zorganizovat, jak sama potřebuji, nemám žádného šéfa.“

2. Myslíte si, že by byl Váš osobní život bez této práce uspokojivý?

„Jako anestezioložka jsem byla v zaměstnání nespokojená, v ambulanci bolesti jsem velice *spokojená*, mám tuto práci ráda.“

TÉMA 2: PROFESIONÁLNÍ STRES

3. Jaké aspekty Vaší práce považujete za nejvíce stresující?

„Naprosto přebujelá *administrativa*, strašná a limitující. Práce s pacienty pro mne stresující není.“

4. Jakou formou zvládáte aktuálně náročné situace v zaměstnání?

„S *humorem* a s *nadhledem*. Snažím se tyto situace zlehčit, jak ve vztahu k pacientovi, tak i k sestře. Snažím se o maximální *empatii*, vždyť jde o pomáhající profesi.“

5. Jak je Váš soukromý život ovlivněn pracovním vypětím?

„*Strašně moc*, snažím se věnovat rodině, vynahradit jim čas, který jinak trávím v zaměstnání. Papíry si dělám v noci, abych měla čas na rodinu. Se synem chodím na ryby, ale na mé koníčky mi už nezbyvá mnoho času.“

6. Jakým způsobem se bráníte následkům pracovního stresu ve svém volném čase?

Co proti tomu děláte?

„Pro mne jsou důležité uspořádané rodinné vztahy – jsem spokojená se svou *rozvětvenou rodinou*. Trochu *sportuji* – kolo, lyže. Starám se o *domácí mazlíčky* (pes, dvě kočky a rybičky). A hlavně o dva kluky 18 a 12 let.“

TÉMA 3: SYNDROM VYHOŘENÍ

7. Domníváte se, že je Váš obor více náchylný k vzniku syndromu vyhoření? A proč?

„*Určitě* se domnívám. Spousta *depresivních pacientů*, *paliativní péče*, vysoké procento *obtížně léčitelných pacientů*, *umírající pacienti*, kteří už absolvovali *hrozně moc* a pomoc jim je jen omezená.“

8. Jaké příznaky syndromu vyhoření se mohou podle Vás objevit u lékařů v ambulanci léčby bolesti? Projevují se některé z těchto příznaků i u Vás? A jaké?

Respondentka se zaměřila na vlastní projevy syndromu vyhoření. „Deprese, únava, často odsouvám obtížné rozhovory, vážně administrativa, jsem překomunikovaná, po práci se straním společnosti, nemám sílu chodit na srazy po 30. letech, jsem ráda se svojí rodinou.“

TÉMA 4: ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA

9. Pociťujete obavy a nejistoty z toho, zda Vámi zvolený postup léčby je správný?

„Ne, to nepociťuji. V ambulanci sedím už 8 let a myslím, že mám velkou zkušenost. Snažím se do pacientů vcítit, ušít jim léčbu na míru, s pacienty hledám různá řešení léčby, aby jim to vyhovovalo podle jejich představ. Nepouštím se do ničeho, co sama nedokážu zvládnout.“

10. Jakým způsobem reagujete na situaci, kdy léčba chronicky nemocného dosahuje jen mírného či dočasného zlepšení.

„Pacienta vždy ubezpečím, že ho nikdy neopustím, budeme zkoušet další a další nové věci. Dávám mu naději, že vždy můžeme něco nového v léčbě vyzkoušet.“

11. Jak přijímáte fakt, že Vaše možnosti jsou v takovéto léčbě omezené?

„Snažím se, abychom vše zvládli.“

12. Dokážete prostřednictvím úspěšné léčby a spokojenosti pacientů saturovat svoji potřebu sebeuplatnění?

„To ano, pacienti mě mají rádi, je to pro mne obrovské zadostiučinění.“

Pozn.: respondentka mimo rámec rozhovoru uvedla, že jí v životě a v profesi významně pomáhá Křesťanská víra.

Tab. 7 Analýza odpovědí podle jednotlivých témat – respondent F3

TÉMA	ANALÝZA ODPOVĚDÍ
VOLBA OBORU	• pomoc lidem, samostatnost • uspokojení z volby oboru
PROFESIONÁLNÍ STRES	• nadměrná administrativa • humor, nadhled, empatie • časová náročnost zaměstnání, omezování rodiny • rodina, sport, domácí zvířata
SYNDROM VYHOŘENÍ	• onkologičtí pacienti, paliativní léčba, depresivní a umírající pacienti • příznaky SV u respondenta – deprese, únava, vyhýbání se nepříjemným kontaktům, sociální izolace, odkládání administrativy
ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA	• nemá obavy ze zvoleného postupu léčby – odborná erudice, empatie • vřelý kontakt s pacientem, dávání naděje, zkoušení nových možností

	• snaha o zvládnutí léčby • uspokojení profesních potřeb a radost z úspěšné léčby
--	--

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR KE KVALITATIVNÍMU VÝZKUMU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Demografické údaje:

Kód respondenta: M5

- věk – 71 let
- pohlaví - muž
- rodinný stav - ženatý
- počet dětí - 2
- počet let praxe oboru – 49 let na odd. ARO, 12 let ALB
- počet odpracovaných hodin/týden – 40 hodin
- průměrný počet ošetřených pacientů/den – 20 pacientů
- privátní praxe - ANO
- zaměstnanec nemocnice – NE

TÉMA 1: VOLBA OBORU

1. Co se Vám líbí na Vaší práci?

„*Všechno*, ráno se do své práce *těším*.“

2. Myslíte si, že by byl Váš osobní život bez této práce uspokojivý?

„Práce se mi *líbí*, nemám porovnání s jiným oborem. Pracuji s bezvadným kolektivem. *Jsem rád, že tuto práci dělám* a že jsem pomohl mnoho lidem.“

TÉMA 2: PROFESIONÁLNÍ STRES

3. Jaké aspekty vaší práce považujete za nejvíce stresující?

„Co mne nejvíc štve, jsou *organizační a administrativní problémy*. Medicínské problémy mne nestresují.“

4. Jakou formou zvládáte aktuálně náročné situace v zaměstnání?

„*Nemám stresy* a zároveň žádný způsob jak zvládat tyto situace. I když se nahromadí moc lidí, jedu dál.“

5. Jak je Váš soukromý život ovlivněn pracovním vypětím?

„Ani *moc není*, děti jsou již *odrostlé* a manželka dělá vedle mne v ordinaci.“

6. Jakým způsobem se bráníte následkům pracovního stresu ve svém volném čase?

Co proti tomu děláte?

„Mám velký *okruh přátel*, *krásnou rodinu*, vnoučata, proti stresu extra nebojuji. Můj ideový postoj mi pomáhá brát si ze života jen to dobré. Důležitá je *osobnostní pohoda* a srovnání si *priorit*.“

TÉMA 3: SYNDROM VYHOŘENÍ

7. Domníváte se, že je Váš obor více náchylný k vzniku syndromu vyhoření? A proč?

„Asi *je náchylnější*. *Onkologická bolest*, *nevléčitelně nemocní* to mě vždy moc mrzí.“

8. Jaké příznaky syndromu vyhoření se mohou podle Vás objevit u lékařů v ambulanci léčby bolesti? Projevují se některé z těchto příznaků i u Vás? A jaké?

„*Nespavost*, *deprese*, *zdravotní poruchy* všeho druhu, *zdravotník nemá radost ze života*. Já nemám žádný z příznaků syndromu vyhoření, jsem *celý život věřící* a to mi celý život pomáhá.“

TÉMA 4: ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA

9. Pociťujete obavy a nejistoty z toho, zda Vámi zvolený postup léčby je správný?

„*Ano, to je v léčbě bolesti samozřejmé.*“

10. Jakým způsobem reagujete na situaci, kdy léčba chronicky nemocného dosahuje jen mírného či dočasného zlepšení.

„*Tady je to problém, stav kdy nepomůžeme, musí nastoupit dobré slovo.*“

11. Dokážete přijmout fakt, že Vaše možnosti jsou v takovéto léčbě omezené?

„*Prostě tak to na světě je. Čím je člověk zdatnější, čím toho víc ví, tím si je víc vědom svého omezení.*“

12. Dokážete prostřednictvím úspěšné léčby a spokojenosti pacientů saturovat svoji potřebu sebeuplatnění?

„*To ne, беру to jako, že se to povedlo. Není to sebeuplatnění, je to prostě radost někomu pomoci.*“

Tab. 8 Analýza odpovědí podle jednotlivých témat – respondent M5

TÉMA	ANALÝZA ODPOVĚDÍ
VOLBA OBORU	• radost z práce • plné uspokojení z volby oboru
PROFESIONÁLNÍ STRES	• nadměrná administrativa, organizační problémy • respondent není vystaven stresu

	• nic neomezuje jeho rodinný život • rodina, přátelé, osobní pohoda
SYNDROM VYHOŘENÍ	• náchylnější obor (onkologická bolest) • obecné příznaky SV u algeziologů – nespavost, deprese, zdravotní problémy, ztráta životního entusiasmů • příznaky SV u respondenta – žádné neudává, křesťanská víra mu pomáhá žít bez stresu
ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA	• občasné obavy ze zvoleného postupu léčby • pokud léčba nepomáhá, nastupuje dobré slovo • přijímá fakt, že léčba v tomto oboru je omezená • radost z pomoci druhému

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR KE KVALITATIVNÍMU VÝZKUMU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Demografické údaje:

Kód respondenta: M6

- věk – 44 let
- pohlaví - muž
- rodinný stav - ženatý
- počet dětí - 2
- počet let praxe oboru – 5 let na odd. ARO, 15 let ALB
- počet odpracovaných hodin/týden – 50 hodin
- průměrný počet ošetřených pacientů/den – 40 pacientů
- privátní praxe - ANO
- zaměstnanec nemocnice – NE

TÉMA 1: VOLBA OBORU

1. Co se Vám líbí na Vaší práci?

„*Kontakt s pacientem a široké spektrum zdravotní problematiky.*“

2. Myslíte si, že by byl Váš osobní život bez této práce uspokojivý?

„*Ne, nebyl. Jsem rád to, co dělám, neumím si představit, že bych dělala něco jiného*“

TÉMA 2: PROFESIONÁLNÍ STRES

3. Jaké aspekty Vaší práce považujete za nejvíce stresující?

„*Velké množství pacientů, komplikovaní pacienti s výraznými psychickými problémy*“

4. Jakou formou zvládáte aktuálně náročné situace v zaměstnání?

„*Jdu si dát do jiné místnosti na čtvrt hodiny kafe.*“

5. Jak je Váš soukromý život ovlivněn pracovním vypětím?

„Myslím, že *hodně*, mám *na rodinu málo času*. Jsem občas přepracovaný a potom jsem *doma zbytečně protivný*.“

6. Jakým způsobem se bráníte následkům pracovního stresu ve svém volném čase? Co proti tomu děláte?

„Trávím čas a dovolenou v *úzkém rodinném kruhu, sportuji*.“

TÉMA 3: SYNDROM VYHOŘENÍ

7. Domníváte se, že je Váš obor více náchylný k vzniku syndromu vyhoření? A proč?

„Myslím si, že *je více náchylný* k syndromu vyhoření, protože *pacienti mají výrazně více psychických problémů*, než v jiných oborech. Často se musí používat psychoterapie.“

8. Jaké příznaky syndromu vyhoření se mohou podle Vás objevit u lékařů v ambulanci léčby bolesti? Projevují se některé z těchto příznaků i u Vás? A jaké?

„*Apatie, nervozita, ztráta empatie k pacientovi*. A ty, co jsem vyjmenoval, občas pociťuji i u sebe.“

TÉMA 4: ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA

9. Pociťujete obavy a nejistoty z toho, zda Vámi zvolený postup léčby je správný?

„*Ano*, myslím si, že je to dobře. Díky těmto obavám, přemýšlím o možnostech léčby.“

10. Jakým způsobem reagujete na situaci, kdy léčba chronicky nemocného dosahuje jen mírného či dočasného zlepšení.

„Pokud vyčerpám všechny možnosti, *snažím se pacientovi vysvětlit, že terapií už nic nezvládnem*.“

11. Jak přijímáte fakt, že Vaše možnosti jsou v takovéto léčbě omezené?

„Špatně to přijímám, ale nezbývá než to akceptovat.“

12. Dokážete prostřednictvím úspěšné léčby a spokojenosti pacientů saturovat svoji potřebu sebeuplatnění?

„Ano, dělá mi dobře, když se léčba daří.“

Tab. 9 Analýza odpovědí podle jednotlivých témat – respondent M6

TÉMA	ANALÝZA ODPOVĚDÍ
VOLBA OBORU	• kontakt s pacientem, široké spektrum zdravotní problematiky • profesní obor by respondent neměnil
PROFESIONÁLNÍ STRES	• velké množství pacientů, komplikovaní pacienti • přestávka 15 minut (konzumace kávy) • omezování rodiny, občasné projevy náladovosti • sport, rodina
SYNDROM VYHOŘENÍ	• obor více náchylný k SV – množství pacientů s psychickými problémy

	• obecné příznaky SV u algeziologů – apatie, nervozita, ztráta empatie • příznaky SV u respondenta – apatie, nervozita, ztráta empatie k pacientovi
ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA	• občasné nejistoty ze zvoleného postupu léčby, přemýšlí o možnostech další léčby • schopnost přijetí omezených možností léčby • z velké části uspokojení profesních potřeb

POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR KE KVALITATIVNÍMU VÝZKUMU SYNDROMU VYHOŘENÍ

Demografické údaje:

Kód respondenta: M7

- věk – 64 let
- pohlaví - muž
- rodinný stav - ženatý
- počet dětí - 2
- počet let praxe oboru – 38 let na odd. ARO, 22 let ALB
- počet odpracovaných hodin/týden – 40 hodin
- průměrný počet ošetřených pacientů/den – 10 pacientů
- privátní praxe - ANO
- zaměstnanec nemocnice – NE

TÉMA 1: VOLBA OBORU

1. Co se Vám líbí na Vaší práci?

„Líbí se mi v podstatě to, že *můžu pomoci lidem od bolesti*, buď úplně, nebo částečně a tím *zlepšit jejich život*.“

2. Myslíte si, že by byl Váš osobní život bez této práce uspokojivý?

„*Asi ano*, není to moje prioritní záležitost, je to nadstavba nad resuscitací a anestezií.“

TÉMA 2: PROFESIONÁLNÍ STRES

3. Jaké aspekty Vaší práce považujete za nejvíce stresující?

„Za nejvíce stresující považuji *pacienty, kterým už nelze pomoci* nebo jenom málo, v takovém rozsahu jak bych si představoval. Také mě stresuje *administrativní činnost*“

4. Jakou formou zvládáte aktuálně náročné situace v zaměstnání?

„*Nijak*, nemám pro ti tomu žádný zvláštní rituál.“

5. Jak je Váš soukromý život ovlivněn pracovním vypětím?

„*Snažím se o to, aby můj soukromý život pracovním vypětím ovlivněn nebyl. Málokdy bývám protivný. Teda aspoň si to myslím.*“

6. Jakým způsobem se bráníte následkům pracovního stresu ve svém volném čase?

Co proti tomu děláte?

„*Snažím se udržet se v kondici, proto sportuji, mám rád pohybovou aktivitu. Také rád trávím svůj volný čas se svou rodinou. Koníčky.*“

TÉMA 3: SYNDROM VYHOŘENÍ

7. Domníváte se, že je Váš obor více náchylný k vzniku syndromu vyhoření? A proč?
„Myslím, že může být více náchylný k syndromu vyhoření, protože se jedná o relativně uzavřený okruh pacientů, kde není často definitivní východisko.“

8. Jaké příznaky syndromu vyhoření se mohou podle Vás objevit u lékařů v ambulanci léčby bolesti? Projevují se některé z těchto příznaků i u Vás? A jaké?
„Příznaky syndromu vyhoření ani pořádně neznám. Já osobně na sobě žádné zvláštní příznaky nepociťuji. Ani nemám deprese, ani netrpím nespavostí.“

TÉMA 4: ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA

9. Pociťujete obavy a nejistoty z toho, zda Vámi zvolený postup léčby je správný?
„Někdy ano, ale jen velmi zřídka.“

10. Jakým způsobem reagujete na situaci, kdy léčba chronicky nemocného dosahuje jen mírného či dočasného zlepšení.
„Snažím se najít, pokud to lze i jiné řešení a pokud to nelze, snažím se vysvětlit pacientovi, že už to lepší nebude.“

11. Jak přijímáte fakt, že Vaše možnosti jsou v takovéto léčbě omezené?
„S tím nemůžu nic dělat, když to nejde tak se s tím musím smířit.“

12. Dokážete prostřednictvím úspěšné léčby a spokojenosti pacientů saturovat svoji potřebu sebeuplatnění?
„Mám z toho radost, když se zadaří.“

Tab. 10 Analýza odpovědí podle jednotlivých témat – respondenta M7

TÉMA	ANALÝZA ODPOVĚDÍ
VOLBA OBORU	• zlepšení kvality života pacientů s bolestí • preference resuscitační a anesteziologické léčby před léčbou bolesti
PROFESIONÁLNÍ STRES	• pacienti, kterým nelze pomoci, nadměrná administrativa • náročné situace respondent zvládá - žádný rituál nemá • snaha o minimální vliv na soukromí • trávení volného času s rodinou, sport, hobby
SYNDROM VYHOŘENÍ	• obor více náchylný k SV – pacienti bez perspektivy na vyléčení • obecné příznaky SV u algeziologů – ani pořádně nezná • příznaky SV u respondenta – žádné příznaky na sobě nepociťuje
ÚSPĚŠNOST V LÉČBĚ PACIENTA	• občasné nejistoty ze zvoleného

	postupu léčby • snaha nalézt jiná řešení • schopnost přijetí omezených možností léčby • pocit radosti z úspěšné léčby
--	--

5. Diskuse

Ve výzkumné části diplomové práci jsem se zaměřila na několik otázek, vztahujících se k problematice současného stavu syndromu vyhoření u lékařů, zabývajících se léčbou chronické bolesti. Cílem bylo zjistit, jaký je subjektivní postoj těchto lékařů k syndromu vyhoření a zda se u nich některé z jeho projevů vyskytují. V souvislosti s projevy syndromu vyhoření byla též zjišťována schopnost aktivního přístupu k řešení zátěžových situací a využívání preventivních opatření proti rozvoji tohoto syndromu. Pro hlubší porozumění údajům získaných z obsahové analýzy polostrukturovaných rozhovorů, byly výsledky doplněny o kvantitativní dotazníkové šetření.

5.1 Kvalitativní výzkum

V rámci kvalitativního šetření bylo řešeno několik výzkumných otázek. Jedna z nich se týkala faktorů, moderujících vliv profesionálního stresu na lékaře ve specializovaných pracovištích pro léčbu bolesti.

Algeziologové považovali za nejvíce stresující aspekty práce léčbu nevléčitelných (zejména onkologických) pacientů, léčbu pacientů s psychickými problémy a nadměrné množství, zpravidla komplikovaných pacientů. Vezmeme-li v úvahu, že léčba chronické bolesti vyžaduje od lékaře dlouhodobý kontakt s pacientem – více jak 50% pacientů trpící chronickou bolestí vykazuje klinicky diagnostikovatelné symptomy deprese (Kozák, Papežová et al., 2002), dále dostatečný empatický přístup a styk s negativními emocemi pacientů (Kreitler et al., 2007) je zřejmé, že tito lékaři jsou každodenně konfrontováni s rizikovými faktory v chronicky stresujícím prostředí.

Přestože je autonomie pracovní činnosti považována za jistý protektivní faktor proti zdravotním rizikům (Kebza, Šolcová, 2003) či pracovnímu stresu (Nešpor, 2007), pokládají privátní algeziologové za velmi stresující neustále narůstající problémy s administrativou. Seifert a Vojtíšková (2008) také uvádějí, že privátní praxe

mj. přinesla větší odpovědnost za pacienty, chod ordinace (např. investice do technického vybavení) a zaměstnance. Navíc řadu administrativních činností bylo nutné přenést do období jejich osobního volna. Obdobně vyznívá i studie Lepnurm et al. (2009) in Ptáček et al. (2011), která také považuje administrativní zátěž za významný stresor pro většinu lékařů. Přes výše uvedená fakta se však zdá, že lékaři s vlastní praxí jsou méně náchylní ke stresu a burnout syndromu (viz níže – kvantitativní výzkum).

Dalším významným rizikovým faktorem profesionálního stresu, který algeziologové v rozhovorech zmiňují, je časová náročnost výkonu praxe. Rø et al. (2008) ve své roční kohortové studii na 185 norských lékařích potvrdili, že redukce pracovní doby, doplněná o psychoterapeutické poradenství, má signifikantní vliv na snížení emočního vyčerpání lékařů. Z výsledků mého kvantitativního šetření také vyplývá, že u algeziologů, kteří byli méně pracovním zatížením a odpracovali týdně méně hodin, se vyskytovala statisticky nižší míra projevů syndromu vyhoření ve třech (sociální, rozumová, emocionální) ze čtyř sledovaných rovin (viz Výsledky, obr. 4.4 – 4.6)

Zvládáním a prevencí zátěžových situací v zaměstnání a v soukromí se zabývala další z výzkumných otázek.

Jak již bylo v textu uvedeno, chronická bolest a její léčba často ovlivňuje všechny oblasti života pacienta – psychické, sociální, ekonomické či právní (více Opavský, 2006, Kreitler et al., 2007, Bohdalová, 2009). Terapie takto komponovaných pacientů má také ale vliv na ošetřující lékaře. Důležitý je proto aktivní přístup algeziologů k zvládání stresu, který účinně redukuje stresogenní dopad různých problémů. Respondenti nejčastěji uváděli tyto strategie, zmírňující nepříznivý vliv zátěžových situací v ambulancích bolesti: přestávky, humor, konzumace jídla a pití (např. hořké čokolády, kávy, čaje), diskuze s kolegy, familiárnost k dlouhodobě známým pacientům, meditace. Ve volném čase patřili mezi preventivní opatření proti pracovnímu stresu např. sportovní aktivity, trávení volného času s rodinou, přátelé, hobby, kultura. Tato zjištění jsou ve shodě s výsledky kanadské studie autorů Lemaire a Wallace (2010), kteří formou smíšeného šetření zkoumali strategie zvládání

pracovního stresu u lékařů různých odborností, včetně anesteziologů. Z výsledků této práce vyplývá, že nejčastěji užívanými copingovými strategiemi v zaměstnání byly diskuze se spolupracovníky, přestávky, smích a humor, snaha o ignorování stresu; ve volném čase pak cvičení, zklidnění či trávení času s rodinou. Podle Šeblové et al. (2007) pomáhá zvládat stres u pracovníků záchranných služeb pravidelné sportování, věnování se koníčkům, sebevzdělávání a „práce na sobě“. Obdobné závěry dokládá i studie Schwartzmanna (2007).

Úspěšnost v léčbě pacienta může mít vliv na psychický stav lékaře, a to zejména tehdy, pokud se úspěšnost léčby pohybuje v pásmu mírného a dočasného zlepšení, příp. určitého přechodného zhoršení (Beran et al., 2010). Z obsahových analýz semistrukturovaného rozhovoru vyplývá, že u respondentů převažují občasné obavy ze zvoleného postupu léčby, především u komplikovaných pacientů. Lékaři se nicméně snaží nalézat další možnosti terapie, přestože jde často o léčbu infaustních případů. Dokladem kompenzace negativního vlivu pracovního stresu u algeziologů tak může být schopnost přijetí omezených možností léčby a uspokojení jejich profesních potřeb z úspěšné terapie. Nešpor (2007) uvádí, že realistické nároky na sebe sama a nepřebírání odpovědnosti za skutečnosti, které nelze ovlivnit (např. za to, jestli pacient dodržuje jeho rady), patří mezi základní strategie proti profesionálnímu stresu v lékařské praxi.

5.2 *Kvantitativní výzkumné šetření*

Přestože byli probandi v průvodním dopise dostatečně informováni o povaze a účelu dotazníkového šetření, dosáhla návratnost dotazníků pouze 42%. Hosák et al. (2005) a Šlaisová (2004), kteří administrovali totožný instrument, ale u středních zdravotnických pracovníků, dokládají návratnost na hranici 85 %, resp. 84 %. Vysokou návratnost dotazníků lze pravděpodobně vysvětlit tím, že jejich kvantitativní šetření byla uskutečněna v zařízeních, v kterých sami působí. V mém případě byla oslovena pracoviště v rámci celé České republiky. Data, získaná z mého kvantitativního výzkumu, přesto zajímavým způsobem doplňují obsahové analýzy polostrukturovaných

rozhovorů a dovolují jistá zobecnění, týkající problematiky burnout syndromu u specialistů zabývajících se léčbou chronické bolesti.

V kvantitativní výzkumné části byly formulovány dvě hypotézy:

H1 – Algeziologové jsou náchylní k vzniku a rozvoji syndromu vyhoření stejně jako lékaři jiných oborů,

H2 – Míra závažnosti profesionálního vyhoření je u žen pracujících v oboru algeziologie vyšší v porovnání s muži.

Jak již bylo uvedeno, z výsledků kvalitativních analýz rozhovorů je patrné, že většina respondentů akcentuje spokojenost s výběrem oboru, přestože jde u algeziologie o náročný obor, vyžadující od lékaře specifický přístup z hlediska odborného, psychologického a etického. Vyšetřování pacientů s algickým syndromem má proto celou řadu specifik, jimiž se liší od vyšetřování nemocných v jiných oborech medicíny (Opavský, 2006). Jako hlavní důvod pro volbu oboru lékaři uvádějí potřebu kontaktu s pacientem, která nebyla dostatečně saturována v podmínkách anesteziologicko – resuscitačních oddělení. Mezi dalšími důvody zmiňují individuální přístup k pacientovi, samostatnost v rozhodování, mezioborovou spolupráci či možnost vykonávat tuto profesi i ve vyšším věku. Některé z deklarovaných důvodů však příliš nekorrespondují s výsledky kvantitativního dotazníkového šetření, ale spíše ukazují na případná rizika vzniku burnout syndromu. Překvapivě vysokých bodových skóre zde dosáhly položky: „*Nedokážu se radovat ze své práce*“, „*Nemám chuť pomáhat problémovým pacientům*“, „*Svou práci omezuji na její mechanické provádění*“ či „*Připadám si fyzicky vyždímaný/á*“ (viz kap. 4.1.2). Právě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“, často i celková únava jsou klíčovými složkami syndromu vyhoření a dostavují se jako reakce na převážně pracovní stres (Kebza, Šolcová, 2003, 2008).

Zajímavá zjištění byla nalezena porovnáním bodových skóre lékařů z privátních ambulancí pro léčbu bolesti s algeziology z nemocničních zařízení. Srovnáním obou skupin byl zjištěn statisticky průkazný rozdíl na 5 % hladině významnosti hned ve třech sledovaných rovinách, a to v rozumové, emocionální a sociální. To znamená, že lékaři z nemocničních ambulancí pro léčbu bolesti vykazují překvapivě vyšší náchylnost ke stresu a syndromu vyhoření, oproti algeziologům s vlastní praxí (viz Výsledky, obr. 4.1 – 4.3). Možné důvody těchto diskrepancí by mohly souviset s faktem, že mnozí nemocniční algeziologové působí souběžně na odděleních intenzivní péče (ARO, operační sály), které patří mezi nejvíce chronicky stresující prostředí. Embriaco et. al. (2007) hodnotili pomocí Maslach Burnout Inventory úroveň profesionálního vyhoření v prostředí jednotek intenzivní péče. Studie prokázala vysokou míru syndromu vyhoření téměř u 47 % pracovníků, spojenou zejména s nadměrnou pracovní zátěží a konfliktními situacemi (mezi lékaři či zdravotními sestrami) na pracovišti. Obdobně vyznívají i závěry mezinárodní studie Azoulay et al. (2009), která zjistila (u 7498 zaměstnanců jednotek intenzivní péče) závažné projevy burnout syndromu, pramenící z pracovní zátěže a špatných interpersonálních vztahů (komunikační problémy, nedostatek psychické podpory, osobní spory aj.). Vleklé potíže s vedením ústavu, který nejví ochotu řešit problémy zaměstnanců, uvedli nad rámec mého dotazníkového šetření i dva respondenti nemocniční ambulance pro léčbu bolesti.

Jak již bylo v textu uvedeno, léčba chronické bolesti vyžaduje od lékaře dlouhodobý a specifický přístup k pacientovi, a proto má blíže k oborům neakutní péče. Z výsledků kvalitativních analýz rozhovorů (viz kap. 4.2.2.3) je zřejmé, že algeziologové pokládají každodenní kontakt s onkologickými a depresivními pacienty za hlavní riziko vzniku a rozvoje syndromu vyhoření. S obdobně zvýšenými nároky na psychickou stránku osobnosti se setkáváme i u psychiatrů. Přestože jsou psychiatři schopni lépe zvládat zátěžové situace a pozitivně používat strategie k zmírnění stresu, uvažovalo, podle Rathoda et al. (2000) in Nešpor (2009), o změně zaměstnání v důsledku psychického vypětí téměř 44 % psychiatrů. U algeziologů je tomu naopak. Jak vyplývá z tab. 4.3.1, o odchodu z oboru uvažuje často, příp. vždy jen 8,5 % respondentů.

Jiné rizikové skupiny představují onkologičtí pracovníci, zdravotníci v paliativní medicíně či lékaři primární péče. Podle Arigoniho et al. (2009) in Ptáček et al. (2011) dosahují onkologové nižšího výskytu emočního vyčerpání, navzdory předpokládané vyšší pracovní zátěži, ve srovnání s praktickými lékaři. Možnými příčinami jsou zájem o výzkum, kontinuální vzdělávání, odborný růst aj. Uvedená fakta jsou v souladu i s našimi výsledky. Více jak 87 % algeziologů se účastní dalšího vzdělávání a odborných diskusí s kolegy, či často (v 43 %) sebekriticky pochybuje o svých profesních schopnostech (tab. 4.3, 4.3.1). Z demografických údajů je navíc patrné (tab. 4.1), že ve věkovém rozložení respondentů převládají lékaři od 51 let výše (62 %) a více jak 78 % lékařů žije v manželském svazku. Tyto faktory mohou, jak vyplývá ze studií (Felton, 1998, Kebza, Šolcová, 2008, Peisah et al., 2009, Prins et al., 2010), významně snižovat stresovou zátěž a rozvoj syndromu vyhoření.

Při rozboru údajů celkového souboru respondentů nebyly v případě pohlaví zjištěny žádné statisticky významné rozdíly, obdobné závěry uvádí Čeledová et al. (2010), kteří se ve své práci zabývali syndromem vyhoření u lékařů posudkové služby. Hodnotíme-li stresový profil v jednotlivých rovinách podle středních bodových hodnot, tak je patrné, že u žen docházelo k nejvyšší míře náchylnosti k syndromu vyhoření v rovině emocionální a též v rovině tělesné (tab. 4.4). Vyšší emocionální exhausci u žen dokládají i studie Blatného et al. (2003), Novotné a Hlaváčové (2004), Peisaha et al. (2009). U mužů byly nejvíce zatěžovanými položkami shodně roviny rozumová a emocionální (tab. 4.4).

Předkládaná práce prokázala:

1. Statisticky vyšší míru ($p < 0,05$) náchylnosti k syndromu vyhoření u odborníků v algeziologii, a to především u lékařů v nemocničních ambulancích pro léčbu bolesti,
2. U algeziologů, kteří byli méně pracovní zatíženi a odpracovali týdně méně hodin, byla nalezena signifikantně nižší míra ($p < 0,05$) závažnosti tohoto syndromu.

Stanovenou hypotézu H1: Algeziologové jsou náchylní k vzniku a rozvoji syndromu vyhoření stejně jako lékaři jiných oborů, **tímto potvrzují.**

Stanovenou hypotézu H2: Míra závažnosti profesionálního vyhoření je u žen pracujících v oboru algeziologie vyšší v porovnání s muži, se v práci **prokázat nepodařilo.**

6. Závěr

Cílem předkládané diplomové práce bylo zjistit vlastní subjektivní postoj vybraných odborníků v algeziologii k problematice syndromu vyhoření, včetně jeho prevence.

Původně navržená metoda kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru byla doplněna o kvantitativní dotazníkové šetření (Inventář projevů syndromu vyhoření autorů T. a J. Tošnerových).

V kvalitativní výzkumné části diplomové práce jsem se zaměřila na několik témat (Spokojenost s volbou oboru, Profesionální stres, Syndrom vyhoření, Úspěšnost v léčbě pacienta) vztahující se k problematice současného stavu syndromu vyhoření u lékařů, zabývajících se léčbou chronické bolesti. V rámci kvantitativního dotazníkového šetření byly formulovány dvě hypotézy: H1: Algeziologové jsou náchylní k vzniku a rozvoji syndromu vyhoření stejně jako lékaři jiných oborů. H2: Míra závažnosti profesionálního vyhoření je u žen pracujících v oboru algeziologie vyšší v porovnání s muži.

Smíšený výzkum prokázal u lékařů pracujících v nemocničních ambulancích pro léčbu bolesti statisticky vyšší míru ($p < 0,05$) náchylnosti k syndromu vyhoření, v porovnání s kolegy z privátních zařízení. U algeziologů, kteří byli méně pracovně zatíženi a odpracovali týdně méně hodin, se vyskytovala signifikantně nižší míra ($p < 0,05$) závažnosti tohoto syndromu. Z hodnocení stresového profilu podle jednotlivých rovin je patrné, že u mužů byly nejvíce zatěžovanými položkami roviny rozumová a emocionální. U žen docházelo k nejvyšší míře náchylnosti k syndromu vyhoření v rovinách tělesné a emocionální. V případě věku, pohlaví, počtu dětí v rodině a počtu ošetřených pacientů nebyly zjištěny žádné statisticky průkazné rozdíly. Kvalitativní analýzy dokládají predispozici tohoto oboru k výskytu syndromu vyhoření, pramenící zejména z léčby onkologických a depresivních pacientů. V symptomatologii tohoto syndromu převažují u respondentů – podrážděnost, nedostatečná empatie, únava či ztráta pracovního nadšení. Za rizikové činitele v otázce profesionálního stresu lékařů

považovali nadměrné časové a administrativní zatížení, léčbu nevyléčitelných pacientů či omezování rodinného života. Jako protektivní faktory uváděli nejčastěji humor, přestávky, diskuzi s kolegy, sportovní aktivity, hobby či trávení volného času v rodinném kruhu. U algeziologů převažovala spokojenost s výběrem medicínského oboru, dále byly zjištěny občasné obavy ze zvoleného léčebného postupu a snaha o nalézání jiných možností léčby, především u komplikovaných pacientů.

Doporučení a návrhy řešení pro praxi:

Z výsledků práce je patrné, že lékaři působící v ambulancích pro léčbu bolesti jsou velice dobře orientováni v problematice syndromu vyhoření a jsou schopni individuálně používat různá preventivní opatření proti jeho rozvoji. A to i přesto, že nejsou svou stavovskou organizací cíleně edukováni (s ohledem na náročnost tohoto oboru by to bylo vhodné) v prevenci a zvládání profesionálního stresu či následného syndromu vyhoření.

Pro komplexnější pohled na fenomén syndromu vyhoření v tomto medicínském oboru by bylo příhodné využít i jiných, nejlépe standardizovaných psychologických metod.

7. Seznam informačních zdrojů

1. Ablett, J. R., Jones, R. S. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*. 2007. 16 (8), 733-740. ISSN 1099-1611
2. Appels, A. Psychological prodromata of myocardial infarction and sudden death. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1980. 34 (2-3), 187-195. ISSN 0033-3190
3. Arigoni, F., Bovier, P. A., Mermillod, B., Waltz, P., Sappino, A. P. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Supportive Care in Cancer*. 2009. 17 (1), 75-81. ISSN 0941-4355
4. Armon, G., Shirom, A., Berliner, S., Shapira, I., Melamed, S. A prospective study of the association between obesity and burnout among apparently healthy men and women. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2008a. 13 (1), 43-57. ISSN 1076-8998
5. Armon, G., Shirom, A., Shapira, I., Melamed, S. On the nature of burnout-insomnia relationships: A prospective study of employed adults. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008b. 65, 5-12.
6. Azoulay, E., Timsit, J. F., Sprung, C. L., Soares, M., Rusinová, K., Lafabrie, A., Abizanda, R., Svantesson, M., Rubulotta, F., Ricou, B., Benoit, D., Heyland, D., Joynt, G., Français, A., Azevedo-Maia, P., Owczuk, R., Benbenishty, J., de Vita, M., Valentin, A., Ksomos, A., Cohen, S., Kompan, L., Ho, K., Abroug, F., Kaarlola, A., Gerlach, H., Kyprianou, T., Michalsen, A., Chevret, S., Schlemmer, B. Conflictus study investigators and for the Ethics Section of the European society of intensive care medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflict study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2009. 180 (9), 853-860. ISSN 1073-449X

7. Bartošíková, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9
8. Baštecká, B. (ed.). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 515 s. ISBN 978-80-7367-470-0
9. Beran, J. a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6
10. Bittner, J. G., Khan, Z., Babu, M., Hamed, O. Stress, burnout, and maladaptive coping: strategies for surgeon well-being. *Bulletin of the American College of Surgeons*. 2011. 96 (8), 17-22. ISSN 0002-8045
11. Blatný, M. a kol. Osobnostní předpoklady zvládání bolesti: rodové rozdíly. *Zprávy – Psychologický ústav AV ČR*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR, 2003. 9 (1), 1-13. ISSN 1211-8818
12. Bohdalová, H. *Život pacientů s chronickou bolestí*. České Budějovice, 2009. 58 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
13. Bovier, P. A., Arigoni, F., Schneider, M., Gallacchi, M. B. Relationships between work satisfaction , emotional exhaustion and mental health among Swiss primary care physicians. *European Journal of Public Health*. 2009. 19 (6), 611-617. ISSN 1101-1262
14. Brattberg, G. Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout: a randomized trial. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2006. 29 (3), 221-227. ISSN 0342-5282
15. Brattberg, G. Internet-based rehabilitation for individuals with chronic pain and burnout II: a long-term follow-up. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2007. 30 (3), 231-234. ISSN 0342-5282

16. Cordes, C. L., Dougherty, T.W. A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*. 1993. 18 (4), 621-656.
17. Costantini, A., Di Napoli, R., Solano, L., Bosco, A. Relationships between Hardiness and risk of Burn-out in a sample of 92 nurses working in Oncology and AIDS wards. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1997. 66, 78-82.
18. Čeledová, L., Ptáček, R., Čevela, R., Žukov, I., Kuželová, H. Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2010. 106 (3), 157-161. ISSN 1212-0383
19. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., Schaufeli, W. B. The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*. 2001. 86 (3), 499-512. ISSN 0021-9010
20. Dumelow, C., Littlejohns, P., Griffiths, S. Relation between a career and family life for English hospital consultants: qualitative, semistructured interview study. *British Medical Journal*. 2000. 320 (7247), 1437-1440.
21. Dynáková, Š., Kožnar, J., Hermanová, M. Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. *Praktický lékař*. Praha: ČLS JEP, 2010. 90 (6), 365-367. ISSN 1803-6597
22. Edelwich, J., Brodsky, A. *Burn-Out – stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press, 1980.
23. Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., Papazian, L. High level burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2007. 175 (11), 1209-1210. ISSN 1073-449X
24. Escribà-Agüir, V., Martín-Baena, D., Pérez-Hoyos, S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff.

International Archives of Occupational and Environmental Health. 2006. 80 (2), 127-133. ISSN 0340-0131

25. Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., Pérez-Hoyos, S. Effect of psychosocial work environment and job satisfaction on burnout syndrome among specialist physicians. *Gaceta Sanitaria*. 2008. 22 (4), 300-308. ISSN 0213-9111
26. Felton, J. S. Burnout as clinical entity – its importance in health care workers. *Occupational Medicine*. 1998. 48 (4), 237-250. ISSN 0962-7480
27. Feron, J-M., Cerexhe, F., Pestiaux, D., Roland, M., Giet, D., Montrieux, C., Paulus, D. GPs working in solo practice: obstacles and motivations for working in a group? A qualitative study. *Family Practice*. 2003. 20 (2), 167-172.
28. French, N. K. Elementary teachers' perceptions of stressful events and stress-related teaching practices. *Perceptual and Motor Skills*. 1991. 72 (1), 203-210. ISSN 0031-5125
29. Fricová, J., Šimek, J. *Etika a léčba bolesti*. In: Rokyta, R., Kršiak, M., Kozák, J. *Bolest*. Vyd. 1. Praha: Tigis, 2006. 684 s. ISBN 80-235 00000-0-0
30. Friedman, I. A. Multiple pathways to burnout: cognitive and emotional scenarios in teacher burnout. *Anxiety, Stress, and Coping*. 1996. 9, 245-259.
31. Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. F., Stevenson, J. *Stress in organizations*. New York: Praeger, 1986.
32. Hartl, P., Hartlová, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5
33. Havrdová, Z., Šolcová, I., Hradcová, D., Rohanová, E. Kultura organizace a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*. Praha: Academia, 2010. 54 (3), 235-248. ISSN 0009 062

34. Hendl, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4
35. Herndon, C. M., Kalauokalani, D. A., Cunningham, A. J., Jackson, K. C., Dunteman, A. D. Anticipating and treating opioid-associated adverse effects. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2003. 2 (3), 305-319. ISSN 1474-0338
36. Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., Lönnqvist, J. The association between burnout and physical illness in the general population – results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006. 61 (1), 59-66.
37. Honzák, R. Depersonalizace v medicíně, příčiny, průběh, důsledky. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2009. 9, 363. ISSN 1212-7299
38. Hosák, L., Hosáková, J., Čermáková, E. Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2005. 4, 205-206. ISSN 1213-0508
39. Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (eds.). *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5
40. Cherniss, C. Burnout in new Professional: A long-term follow-up study. *Journal of Health and Human Resources Administration*. 1989. 12, 11-24.
41. Chrástka, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4
42. Jeklová, M., Reitmayerová, E. *Syndrom vyhoření*. Vyd. 1. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1
43. Jones, J. W. *Preliminary manual: The staff burnout scale for health Professional*. Park Ridge, IL: London House Press, 1980.

44. Jones, J. W. *The burnout syndrome: Current research, theory, interventions*. Park Ridge, IL: London House Press, 1981.
45. Junková, V. *Některé aspekty supervize v psychoterapii [rukopis]: příspěvek k diskuzi o současném stavu supervize v České republice*. Praha: Univerzita Karlova, 2003. 156 s.
46. Kahill, S. Interventions for burnout in the helping professions: a review of the empirical evidence. *Canadian Journal of Counselling*. 1988. 22 (3), 162-169. ISSN 1923-6182
47. Kearns, J. Stress at work: The challenge of change. BUPA Series, *The management of health*: 1. Stress and the city. Bupa. 1986. 79-87.
48. Kebza, V., Šolcová, I. Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*. Praha: Academia, 1998. 42 (5). 429-448. ISSN 0009-062X
49. Kebza, V., Šolcová, I. *Syndrom vyhoření*. 2. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7
50. Kebza, V., Šolcová, I. Syndrom vyhoření – rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*. Praha: Academia, 2008. 52 (4). 351-365. ISSN 0009-062X
51. Kebza, V., Šolcová, I. Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie*. Praha: Academia, 2010. 54 (1). 1-16. ISSN 0009-062X
52. Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6
53. Kozák, J., Papežová, H. a kol. *Kapitoly z léčby bolesti*. Vyd. 1. Praha: Maxdorf, 2002. 120 s. ISBN 80-85912-90-2

54. Kreitler, S., Beltrutti, D. *Pain therapists and burnout*. In: Kreitler, S., Beltrutti, D., Lamberto, A., Niv, D. *The handbook of chronic pain*. New York: Nova Science Publishers, 2007. 600 p. ISBN 978-1-60021-044-0
55. Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K. B. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the measurement of burnout. *Work & Stress*. 2005. 19, 192-207. ISSN 0276-8373
56. Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3
57. Kulka, J. Syndrom vyhoření. *Causa Subita*. Praha: I.M.P., 2005. 8 (9), 355-357. ISSN 1212-0197
58. Längle, A. Burnout – semnificatia existentiala si posibilitatile profilactice. *Existenzanalyse*. 1997. 14 (2), 11-19. ISSN 0258-5383
59. Leiter, M. P., Maslach, C. Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*. 1999. 21, 472-489.
60. Leiter, M. P., Maslach, C. *Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout*. In: Perrewe, P. L., Ganster, D. C. (eds.). *Research in occupational stress and well-being*. Vol. 3. Oxford: Elsevier, 2004. 91-134.
61. Lemaire, J. B., Wallace, J. E. Not all coping strategies are created equal: a mixed methods study exploring physicians' self reported coping strategies. *BMC Health Services Research*. 2010. 10, 208-218.
62. Lepnurm, R., Lockhart, W. S., Keegan, D. A measure of daily distress in practising. medicine. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009. 54 (3), 170-180. ISSN 0706-7437

63. Libigerová, E. Co se skrývá za syndromem profesionálního vyhoření. *Causa Subita*. Praha: I.M.P., 1999. 2, 36-38. ISSN 1212-0197
64. Lim, J., Hepworth, J., Bogossian, F. A qualitative analysis of stress, uplifts and coping in the personal and professional lives of Singaporean nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2011. 67 (5), 1022-1033. ISSN 1365-2648.
65. Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fedeli, C., Bryngelsson, I.-L. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *International Journal of Behavioral Medicine*. Springer, 2006. 13 (1), 51-59. ISSN 1070-5503
66. Mareš, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus, 2002. 188 s. ISBN 80-86225-36-4
67. Maslach, C. *Burnout: A multi-dimensional perspective*. In: Schaufeli, W. B., Maslach, C., Marek, T. (eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory an research*. New York: Taylor & Francis, 1993. 19-32.
68. Maslach, C. *A multidimensional theory of burnout*. In: Cooper CL. (ed.) *Theories of organizational stress*. Oxford: Oxford Univ. Press, 1998. 68-85.
69. Maslach, C., Jackson, S. E. *Maslach Burnout Inventory manual*. Palo Alto, Consulting Psychologist's Press, 1981.
70. Maslach, C., Jackson, S. E. *Maslach Burnout Inventory manual* (2end ed.). Palo Alto, Consulting Psychologist's Press, 1986.
71. Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, Consulting Psychologist's Press, 1996.
72. Maslach, C., Leiter, M. P. *The truth about burnout*. S. Francisco: Jossey-Bass, 1997.
73. Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P. Job burnout. *Annual Reviews of Psychology*. 2001. 52, 397-422.
74. Masopust, J. Syndrom profesionálního vyhoření. *Practicus - odborný časopis praktických lékařů*. Praha: SVL ČLS JEP, 2003. 10 (2), 16-17. ISSN 1213-8711

75. Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd.1. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2
76. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Shapira, I. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic medicine*. 2006. 68, 863-869. ISSN 0033-3174
77. Nakonečný, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7
78. Neradilek, F. *Rehabilitace a léčba bolesti*. In: Rokyta, R., Kršiak, M., Kozák, J. *Bolest*. Vyd. 1. Praha: Tigis, 2006. 684 s. ISBN 80-235 00000-0-0
79. Nešpor, K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2007. 4 (9), 371-373. ISSN 1214-8687
80. Nešpor, K. Jak zvládat profesionální stres u pracovníků v oblasti duševního zdraví. *Psychiatrie pro Praxi*. Olomouc: Solen, 2009. 10 (1), 41-43. ISSN 1213-0508
81. Nešpor, K. Psychické vyčerpání – příčiny, prevence a jak se z něj zotavit. *Příloha Zdravotnických novin*. Praha: Mladá fronta, 2010. 59 (18), 24-25. ISSN 1214-7664
82. Novotná, H., Hlaváčová, M. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2004. 10, 36-37. ISSN 1210-0404
83. Opavský, J. *Vyšetřování osob s algickými syndromy a hodnocení bolesti*. In: Rokyta, R., Kršiak, M., Kozák, J. (eds.). *Bolest*. Vyd. 1. Praha: Tigis, 2006. 684 s. ISBN 80-235 00000-0-0
84. Paoli, P., Merllié, D. *Third European survey on working conditions 2000*. European foudation for improvement of living and working conditions. Luxembourg, 2001. 72 s. ISBN 92-897-0130-7
85. Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K., Williams, B. Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than

- younger doctors. *Aging & Mental Health*. 2009. 13 (2), 300-307. ISSN 1360-7863
86. Pelcák, S., Tomeček, A. Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta. *Praktické lékařství*. Olomouc: Solen, 2011. 7 (2), 87-90. ISSN 1801-2434
 87. Pines, A. M. Why are Israelis less burned out? *European Psychologist*. 2004. 9, 69-77. ISSN 1016-9040
 88. Pines, A. M. The Burnout Measure, short version. *International Journal of Stress Management*. 2005. 12 (1), 78-88. ISSN 1072-5245
 89. Pines, A. M., Aronson, E. *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press, 1988. 257 p.
 90. Pines, A. M., Aronson, E., Kafry, D. *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press, 1981. 229 p.
 91. Prins, J. T., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Gazendam-Donofrio, S. M., Dillingh, G. S., Bakker, A. B., Huisman, M., Jacobs, B., van der Heijden, F. M. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Medical Education*. 2010. 44 (3), 236-247. ISSN 0380-0110
 92. Ptáček, R., Čeledová, L. a kolektiv. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. 117 s. ISBN 978-80-246-1998-9
 93. Rathod, S., Roy, L., Ramsay, M., Das, M., Birtwistle, J., Kingdon, D. A survey of stress in psychiatrists working in the Wessex Region. *The Psychiatrist*. 2000. 24, 133-136. ISSN 1758-3217
 94. Rokyta, R., Kršiak, M., Kozák, J. (eds.). *Bolest*. Vyd. 1. Praha: Tigis, 2006. 684 s. ISBN 80-235 00000-0-0

95. Rø, K. E. I., Gude, T., Tyssen, R., Aasland, O. G. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *British Medical Journal*. 2008. 11, 337: a 2004.
96. Seidman, S. A., Zager, J. The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly*. 1986 – 1987. 11 (1), 26-33.
97. Seifert, B., Vojtíšková, J. Syndrom vyhoření a čeští praktičtí lékaři. *Praktický lékař*. Praha: ČLS JEP, 2008. 88 (7), 398-401. ISSN 1803-6597
98. Sheiner, E., Sheiner, E. K., Potashnik, G., Carel, R., Shoham-Vardi, I. Potential association between male infertility and occupational psychological stress. *Occupational Medicine*. 2003. 53, 265-269. ISSN 0962-7480
99. Shirom, A. *Job-related burnout*. In: Quick, J. C., Tetrick, L. E., *Handbook of occupational health psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association, 2003. 475 s. ISBN 978-1-55798-927-7
100. Shirom, A. Explaining vigor: On the antecedents and consequences of vigor as a positive affect at work. In: Cooper, C.L., Nelson, D. (eds.) *Organizational behavior: Accentuating the positive at work*. California, Thousand Oaks: Sage Publications, 2006.
101. Shirom, A., Melamed, S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professional. *International Journal of Stress Management*. 2006. 13, 176-200.
102. Shirom, A., Nirel, N., Vinokur, A. D. Overload, autonomy, and burnout as predictors of physicians' quality of care. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2006. 11 (4), 328-342. ISSN 1076-8998
103. Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., Shapira, I. The job demand-control-support model and stress-related low-grade inflammatory responses among healthy employees: a longitudinal study. *Work & Stress*. 2008. 22 (2), 138-152. ISSN 0276-8373

104. Schaufeli, W. B., Selanova, M., González-Romá, V., Bakker, A. B. The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*. 2002. 3 (1), 71-92.
105. Schreiber, V. *Lidský stres*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1991. 80 s. ISBN 80-200-0458-0
106. Schuitemaker, G. E., Dinant, G. J., Van Der Pol, G. A., Verhelst, A. F. M., Appels, A. Vital exhaustion as a risk factor for first stroke. *Psychosomatics*. 2004. 45 (2), 114-118.
107. Schwab, L. Individual hardiness and staff satisfaction. *Nursing Economics*. 1996. 14, 171-173.
108. Schwartzmann, L. Health related quality of life in medical doctors: study of a sample of Uruguayan professionals. *Vertex*. 2007. 18 (72), 103-110. ISSN 0237-6139.
109. Slezáčková, A. Jak hořet a nevyhořet. Umíme se bránit syndromu vyhoření? *Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR*. 2008. 1, 10-11.
110. Stenlund, T., Ahlgren, Ch., Lindahl, B., Burell, G., Steinholtz, K., Edlund, C., Nilsson, L., Knutsson, A., Birgander, L. S. Cognitively oriented behavioral rehabilitation in combination with Qigong for patients on long-term sick leave because of burnout: REST –a randomized clinical trial. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2009. 16, 294-303. ISSN 1070-5503.
111. Stevenson, A. D., Phillips, C. B., Anderson, K. J. Resilience among doctors who work in challenging areas: a qualitative study. *The British Journal of General Practice*. 2011. 61 (588), 404-410. ISSN 0960-1643
112. Stock, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5
113. Strouhalová, L., Honzák, R. *Psychoterapie v léčbě bolesti*. In: Rokyta, R., Kršiak, M., Kozák, J. (eds.). *Bolest*. Vyd. 1. Praha: Tigis, 2006. 684 s. ISBN 80-235 00000-0-0

114. Šeblová, J., Kebza, V. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb – výsledky první části studie. *Urgentní medicína*. 2005. 8, 27-29. ISSN 1212-1924
115. Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, J. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice. *Československá psychologie*. Praha: Academia, 2007. 51 (4), 404-417. ISSN 0009-062X
116. Šimek, A. *Supervize – kazuistiky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004. 171 s. ISBN 80-7254-496-9
117. Šimek, J. *Některé humanitní a psychosomatické aspekty bolesti*. In: Rokyta, R., Kršiak, M., Kozák, J. *Bolest*. Vyd. 1. Praha: Tigis, 2006. 684 s. ISBN 80-235 00000-0-0
118. Šlaisová, I. Máme se bát syndromu vyhoření? Výzkumná sonda. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2004. 10, 35-36. ISSN 1210-0404
119. Švaříček, R., Šed'ová, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0
120. Tošner, J., Tošnerová, T. *Burn – Out syndrom, syndrom vyhoření*. Praha: Hestia, Národní dobrovolnické centrum, 2002. 16 s.
121. Ulrichová, M. Logoterapie jako prevence burn-out syndromu pro lékaře. *Praktický lékař*. Praha: ČLS JEP, 2011. 91 (4), 200-202. ISSN 1803-6597
122. Vávrová, S. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 160 s. ISBN 978-80-262-0087-1
123. Vondráčková, D. Chronická bolest, patofyziologie a léčba. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2004. 2 (6), 337-344. ISSN 1213-1768
124. Vágnerová, M. *Základy psychologie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3
125. Večeřová-Procházková, A. *Psychoneuroimunologie*. Acta psychiatrica postgradualia bohemica. Vyd. 2. Praha: Galén, 2004. 67 s. ISBN 10: 80-7262-271-4

126. Večeřová-Procházková, A., Honzák, R. Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008. 10 (4), 188-192. ISSN 1212-7299
127. Vosečková, A., Hrstka, Z. *Kapitoly z psychologie zdraví 4. díl Syndrom vyhoření*. Vyd. 1. Hradec Králové: Univerzity obrany, 2010. 55 s. ISBN 978-80-7231-344-0
128. Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
129. Weber, A., Jaekel-Reinhard, A. Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupation Medicine*. Oxford University Press, 2000. 50 (7), 512-517. ISSN 0962-7480
130. Wheeler, D., L., Vassar, M., Worley, J., A., Barnes, L., L., B. A reliability generalization meta-analysis of coefficient alpha for the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*. 2011. 71 (1), 231-244. ISSN 0013-1644
131. Zacharová, E. Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2008. 10 (1), 41-42. ISSN 1212-7299
132. *Burn-Out syndrom vyhoření* [online]. Praha: Hestia, 2002. [cit. 3. 1. 2012]. Dostupné z <http://www.hest.cz>

8. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník – Inventář projevů syndromu vyhoření (IPSV)

INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)

<i>počet bodů</i>	vždy 4	často 3	někdy 2	zřídka 1	nikdy 0
1. Obtížně se soustředuji	4	3	2	1	0
2. Nedokážu 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