

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta

a

Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Katedra pedagogiky a psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Syndrom vyhoření u zdravotních sester

Autor: **Lenka Frömlová**

Vedoucí práce: **PhDr. Olga Vaněčková, PhD.**

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika, specializace výchovná
a vzdělávací praxe

Rok: 2011

Prohlašuji, že svoji bakalářskou 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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.

Ve Strakonici 25. března 2011

.....

Zde bych ráda poděkovala za podnětné a odborné vedení své bakalářské práce PhDr. Olze Vaněčkové, PhD. Moje poděkování patří i všem zdravotním sestrám, které byly ochotny vyplnit dotazníky a podílet se tak na empirické části práce.

V neposlední řadě děkuji své rodině za trpělivost a podporu nejen při psaní této práce.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá otázkou, co je to syndrom vyhoření, jak se projevuje a jaká je jeho prevence. Zároveň si klade za cíl představit souvislosti mezi syndromem vyhoření a osobnostními charakteristikami zdravotních sester. V empirické části se práce snaží zachytit rozdíly v míře vyhoření sester na psychiatrii ve srovnání s jinými odděleními a v závěru se snaží tyto odlišnosti vysvětlit.

KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom vyhoření, osobnostní charakteristiky, zdravotní sestra, psychiatrické oddělení

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with a definition of the burnout syndrome, its symptoms and prevention. Further, its aim is to present a relationship between the burnout syndrome and personality characteristics of nurses. In the empirical part, the thesis attempts to register differences in the rate of burnout at nurses who work in a psychiatry ward and their comparison with nurses who work in other wards. At the end, the thesis tries to explain found differences .

KEY WORDS:

The burnout syndrome, personality characteristics, nurse, psychiatry ward

FRÖMLOVÁ, LENKA. *Syndrom vyhoření u zdravotních sester: bakalářská práce*. České Budějovice, Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky a psychologie, 2011. 65l. Vedoucí bakalářské práce Olga Vaněčková

OBSAH

ÚVOD	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	8
1.1 Definice syndromu vyhoření.....	8
1.2 Historie syndromu vyhoření.....	9
1.3 Rizika vzniku syndromu vyhoření	10
1.3.1 Pomáhající profese	10
1.3.2 Rizikové faktory vzniku vyhoření	11
1.4 Fáze syndromu vyhoření.....	12
1.5 Projevy a příznaky syndromu vyhoření.....	13
1.5.1 Prožívání vyhoření.....	14
1.5.2 Komponenty neboli roviny vyhoření	14
1.5.3 Přehled a popis příznaků	16
1.6 Prevence syndromu vyhoření.....	16
1.6.1 Prevence na úrovni jednotlivce.....	17
1.6.2 Prevence pomocí sociální opory.....	18
1.6.3 Prevence na úrovni pracovních podmínek v zaměstnání.....	18
1.7 Léčba syndromu vyhoření.....	18
1.7.1 Psychoterapie	19
1.7.2 Relaxační metody.....	19
1.7.3 Psychofarmakoterapie.....	20
2 OSOBNOST A SYNDROM VYHOŘENÍ	21
2.1 Osobnost	21
2.2 Rizikové faktory ve struktuře osobnosti člověka.....	21
2.3 Pětifaktorová teorie struktury osobnosti	23
3 SPECIFIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍCH SESTER.....	26
3.1 Vzdělání a pracovní náplň zdravotních sester na psychiatrickém oddělení.....	26
3.2 Zátěže v práci zdravotní sestry.....	27
3.3 Podmínky vzniku a projevy vyhoření u sester	28
3.4 Výzkumy v oblasti syndromu vyhoření	28

II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	30
4 VÝZKUM.....	30
4.1 Cíle výzkumu	30
4.2 Formulace hypotéz.....	30
4.3 Použité metody.....	32
4.4 Sběr dat.....	33
4.5 Výzkumný soubor.....	34
4.6 Matematicko-statistická analýza dat a interpretace výsledků	35
DISKUZE.....	44
ZÁVĚR	47
POUŽITÁ LITERATURA.....	50
SEZNAM TABULEK.....	52
SEZNAM PŘÍLOH.....	54
PŘÍLOHY	54

ÚVOD

„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím více světla. Svíčka však zároveň rychleji vyhoří.“

Myron D. Rush

Syndrom vyhoření je stále velice aktuální a populární téma. Věnovala se mu velká řada výzkumů. I přesto jsem si toto téma vybrala pro svou bakalářskou práci. Zaměřila jsem se na zdravotní sestry pracující na psychiatrických odděleních. Syndrom vyhoření je stále velkým problémem nejen u nich, ale i u většiny jiných pomáhajících profesí. Projevuje se v rovině tělesné, rozumové, emocionální i sociální (vztahové). Je nám tedy jasné, že v jeho důsledku se ničí pozitivní citové vazby jednak mezi sestrami a pacienty, tak i vztahy v jejich osobním životě. Ve své práci se zabývám jak fázemi a projevy vyhoření, tak i prevencí a možnou léčbou syndromu vyhoření.

Důležitou částí této práce je upozornění na nedostatky v edukaci (vzdělání) sester v oblasti syndromu vyhoření. Školení a semináře na toto téma sice probíhají, ale jsou nabízeny spíše zdravotním sestrám na psychiatrii a sestrám z jiných oddělení ne. Dále vidím velký nedostatek v kvalitě těchto školení.

V empirické části jsem využila Inventáře projevů syndromu vyhoření manželů Tošnerových a pětifaktorový osobnostní dotazník NEO-FFI (českou verzi Hřebíčkové a Urbánka), který je plně standardizovaný i pro českou populaci. Získala jsem ho díky svému magisterskému studiu jednooborové psychologie na Filosofické fakultě v Brně. Tošnerův inventář není tak často užívaný jako jiné diagnostické metody pro zjištění vyhoření, proto mi jeho použití přišlo přínosné a zajímavé. V jedné z teoretických kapitol se zabývám osobnostními charakteristikami, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření. V empirické části se pak věnuji i osobnostním charakteristikám psychiatrických zdravotních sester.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

1.1 Definice syndromu vyhoření

V literatuře se uvádí, že první zmínka o syndromu vyhoření (burn-out syndromu) se vyskytuje v roce 1974 v článku H. J. Freudenbergera „Staff burnout“ v časopise *Journal of Social Issues*. Popisuje ho podobně, jak ho popisujeme i my v současné době (Kebza, Šolcová, 2003).

Dále v roce 1975 tento pojem stejný člověk definuje ve své knize *Burnout: The Cost of High Achievement*. Jeho pojetí syndromu vyhoření je spojováno především se stavem psychického a následného fyzického vyhoření po dlouhotrvajícím stresu. Mluví o „vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy)“ (Freudenberger in Křivohlavý, 1998, str. 47).

„Syndrom vyhoření (burnout – původně v podobě burn-out, dříve také u nás překládaný jako syndrom vyhaslosti, vypálení) vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Objevuje se při práci s lidmi v tzv. „pomáhajících profesích“. Souvisí jednak se zátěží ale také je důsledkem selhání osobních „coping mechanismů“ (mechanismů zvládání nároků). Při jeho vzniku se kombinuje velké očekávání pracovníka (subjektivní příčiny) a zátěže, které plynou z vysokých nároků (objektivní podmínky). Opakovaný zážitek pracovníka, že už nemůže dále těmto nárokům dostát, ve spojení s přesvědčením, že vložené úsilí je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo ohodnocení, vede k vyhoření“ (Bartošíková, 2006, str. 20-21).

Pro srovnání zde uvádím i další definice syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998, str. 47-50):

„Burnout je stavem totálního odcizení (alienation) a to jak práci, tak druhým lidem i sama sobě.“ (Carol J. Alexandrová)

„Burnout je stav člověka, který se podobá vysychání pramenů či vybíjení baterie. Stejně jako stres i burnout není mimo nás, ale v nás. Neznáme ho, dokud se v nás nezabydlí.“ (Shirley Kashoff)

„Burnout je emoční vyprahlost.“ (Řehulka)

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.“ (Agnes Pines a Elliott Aronson)

„Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem.“ (Maslach a Jackson)

Mnoho autorů již syndrom vyhoření definovalo. Jejich definice se vždy v něčem lišily, ale obecně můžeme říci, že se shodovaly v názoru, že lidé se syndromem vyhoření jsou především vyhořelí po psychické stránce. Vyhoření se vyskytuje především u pomáhajících profesí, projevuje se vyčerpáním rozumovým (kognitivním) i celkovou únavou v důsledku působení dlouhodobého chronického stresu. Symptomy se objevují v oblasti psychické, sociální a fyzické (Kebza, Šolcová, 2003).

1.2 Historie syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření, tak jak ho známe dnes, se zcela jistě vyskytuje už odnepaměti. V mnoha literaturách můžeme identifikovat jedince, kteří jeví známky burnout syndromu. Křivohlavý ve své knize Jak neztratit nadšení uvádí, že tento syndrom byl původně spojován jen se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu ztratili zájem o všechny ostatní věci (Křivohlavý, 1998). Později se tento pojem začal používat i pro pacienty s drogovými závislostmi, protože podobnost závislosti na alkoholu a drogách je patrná. Postupně tato definice syndromu vyhoření pronikala i do jiných sfér. Syndrom se objevuje často i u workoholiků, kteří projevují své pocity

vyčerpanosti, jsou apatičtí, nedokážou sami překonávat každodenní překážky a cítí se vyčerpaní po fyzické, psychické i emocionální stránce.

Sám psychoanalytik Freudenberger byl dobrovolníkem na Free Clinic v newyorském Harlemu. Staral se zde o narkomany a prostitutky. Sám zažíval pocity jako úzkost, depresi, apatii. Měl potíže s dýcháním, se zažíváním i se svým sexuálním životem. Postupně tedy popsal syndrom vyhoření podle svých vlastních zkušeností právě v článku „Staff burnout“ (Křivohlavý, 1998).

1.3 Rizika vzniku syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je v současné době velmi rozšířený pojem. Souvisí to s dnešní „uspěchanou“ dobou, kdy člověk nemá čas na své koníčky, odpočinek ani na jiné věci, které by třeba rád dělal. Věnuje se pouze práci, ve které si klade vysoké cíle, za kterými se musí neustále honit a stále si musí něco dokazovat. Čím vyšší si člověk klade cíle, tím vyšší je riziko, že ho postihne syndrom vyhoření v případě, že si své cíle nedokáže splnit.

1.3.1 Pomáhající profese

Burn-out syndrom postihuje především lidi, kteří spadají do škatulky „pomáhající profese“. Psychologický slovník definuje pomáhající profese jako výraz převzatý z anglického „helping professions“, tedy „souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby pomoc mohla být účinnější“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 185).

Přehled pomáhajících profesí s rizikem vzniku vyhoření (Kebza, Šolcová, 2003):

- Lékaři (výzkumy dokazují, že nejvíce postiženi jsou lékaři na onkologii, chirurgii, JIP, LDN, psychiatrii a rizikových oborech pediatrie);
- Zdravotní sestry (právě jim se budu věnovat);
- Ošetrovatelky, laborantky;
- Psychologové;
- Psychoterapeuti (lidé, kteří se zabývají přímou prací k klienty, pracují s jejich problémy a mnohdy se sami mohou stát obětmi burnout syndromu);
- Sociální pracovníci;

- Učitelé (na všech stupních škol);
- Úředníci (v přímém kontaktu s lidmi);
- Pracovníci věznic (často jsou vystaveni silnému dlouhodobému psychickému tlaku);
- Poradci (ve finančnictví, v sociální sféře i v jiných odvětvích);
- Právníci;
- Duchovní a řádové sestry.

1.3.2 Rizikové faktory vzniku vyhoření

Vnější rizikové faktory

Jak jsem již uvedla v kapitole 1.3.1, jedním z rizikových faktorů vzniku syndromu vyhoření je především **typ práce**, kterou člověk vykonává. Je-li to člověk vykonávající pomáhající profesi, je větší pravděpodobnost, že bude postižen syndromem vyhoření. Příčinou může být například každodenní komunikace a setkávání se s druhými lidmi, nedostatek pochvaly a uznání od vedení a kolegů, nedostatečná zpětná vazba.

Jestliže má člověk problémy nejen v zaměstnání, ale přidají se i **partnerské a rodinné konflikty**, je skoro předurčen k vyhoření.

Nejen zaměstnání a rodina patří mezi vnější rizikové faktory. Do této skupiny musíme zahrnout i **společnost** jako takovou. Moderní svět 21. století je „poznámenám“ zrychleným tempem, zaměřením se na výkon a produkci. Není se tedy čemu divit, že syndrom vyhoření je u nás velice častým a komentovaným tématem (Kebza, Šolcová, 2003).

Vnitřní rizikové faktory

Mezi vnitřní rizikové faktory bychom mohli zařadit vysoké **nadšení** člověka pro práci, nastavení si až příliš vysokých **cílů** a ideálů, které jsou nereálné a nenaplnitelné. Snadněji postihne burn-out syndrom pracovníka, který není připraven přijímat kritiku od cizích lidí, je zaměřen prvoplánovitě na práci a svůj osobní život, koníčky a volný čas zanedbává. Do vnitřních faktorů můžeme zahrnout i aktuální **fyzický stav** jedince, který může ovlivnit jeho aktivitu (Kebza, Šolcová, 2003).

Dalším vnitřním předpokladem k vyhoření je **Osobnost typu A**, kterému se budu podrobně věnovat v další kapitole číslo dva.

1.4 Fáze syndromu vyhoření

Při studiu odborné literatury jsem narazila na více možných rozdělení fází a vývoje syndromu vyhoření. Pro přehlednost zde uvedu alespoň některé z nich.

Edelwich a Brodsky (Mallotová, 2000) rozděluje vývoj syndromu vyhoření do pěti fází. První fáze se zde nazývá **nadšení**. Člověk si nejprve ve své práci klade velmi vysoké cíle, ideály, je velice nadšený, aktivní a energický. Často se stává, že se sám dobrovolně přepracovává a začíná se zde objevovat chronický stres. Ve druhé fázi (**stagnaci**) si už člověk začíná uvědomovat, že jeho cíle a ideály jsou nenaplnitelné. V důsledku toho snižuje svou aktivitu, začíná vnímat realitu vnějších i vnitřních podmínek a jeho chování se stává rigidním. Dělá tedy jen to, co je nutné pro uspokojení svých potřeb. Už nedělá nic navíc. Třetí fáze tohoto rozdělení je **frustrace**. Člověk si začíná uvědomovat svou nechuť pracovat, dělat něco navíc a podobně. Do práce chodí pouze pro to, aby za ni dostal peníze a mohl uživit sebe a svou rodinu. Často přemýšlí o své nespokojenosti, sklíčenosti, můžou se objevit i deprese. Předposlední fáze je **apatie**. Pracovník je trvale dlouhodobě frustrován. V práci začíná být netečný, nepřívětivý, nepříjemný, podrážděný, vyhýbá se novým úkolům, novým klientům a nerad s nimi komunikuje. Většinu klientů, pacientů nebo kolegů vnímá jako nepřátele. Posledním stádiem tohoto členění je právě **syndrom vyhoření**. Tím je myšlena konečná fáze spojená s psychickým, fyzickým i emocionálním vyčerpáním.

Jiný způsob rozdělení fází syndromu vyhoření je dle Maslachové (in Bartošíková, 2006). Toto dělení je velmi podobné výše uvedenému (Edelwich a Brodsky), avšak Maslachová uvádí jiná „označení“ fází. První fází je **nadšení**, které je naplní i pojmenováním shodné. Druhou fází je **vyčerpání** psychické i fyzické. Třetí fází je **dehumanizované vnímání sociálního okolí**, odcizení se. Je to téměř shodná fáze, kterou Edelwich a Brodsky nazývají apatii. Poslední čtvrtou fází (na rozdíl od výše uvedeného rozdělení) je úplné **vyčerpání, negativismus** a lhostejnost pracovníka.

Další možné členění dle Laenglea (in Křivohlavý, 1998). První fáze má znovu stejné pojmenování a ve své podstatě i naplnění. **Nadšení** zde znovu představuje fázi, kdy je daný pracovník velmi nadšený pro všechnu práci, dělá práci navíc, kterou by ani dělat nemusel. Klade vysoké nároky nejenom na sebe, ale i na své spolupracovníky. Vyzařuje z něho energie. Druhým stádiem je **stádium vedlejšího zájmu**. Člověk začíná polevovat ve své práci, už dělá pouze věci a činnosti,

kteřé dělat „musí“. Svou práci vnímá pouze jako prostředek získávání peněz na své potřeby. Posledním stádiem tohoto členění je **fáze popela**. Daný pracovník nerespektuje své nadřízené ani své klienty. Je vyčerpaný fyzicky i psychicky. Ztrácí smysl života. I malou překážku vnímá jako velikou a nepřekonatelnou.

Křivohlavý ve své knize Jak neztratit nadšení (1998) uvádí ještě rozdělení Johna Jamese. Ten publikoval ve své knize 12 po sobě jdoucích stádií procesu vyhoření. **První stádium** popisuje jako „snahu osvědčit se kladně v pracovním procesu“. **Druhým stádiem** upozorňuje na potřebu člověka udělat vše sám bez pomoci kolegů nebo podřízených. **Ve třetím stádiu** už dochází k zapomínání na vlastní potřeby. K vyvrcholení „aktivity“ dochází ve **čtvrtém stádiu**, kdy se pro pracovníka stává projekt, cíl nebo úkolem tím jediným, o co danému člověku jde. V důsledku toho se u člověka objevuje **stádium číslo pět**, tzn. zmatení v hodnotovém žebříčku, kdy daný člověk začíná ztrácet přehled v tom, co je opravdu důležité a co ne. Poté se objevují stádia jako „nutkavé popírání všech příznaků rodícího se vnitřního napětí“, dezorientace, ztráta naděje, zrod cynismu. Objevují se i změny v chování zaznamenané okolím. V posledních fázích těsně před totálním vyčerpáním se objevuje depersonalizace (ztráta kontaktu samotného člověka se sebou i s osobními cíly), prázdnota, odcizení se od kolegů i rodinných příslušníků a někdy i deprese. **Konečnou fází** je totální vyčerpání. Fyzické, emocionální i mentální (Křivohlavý, 1998).

Posledním rozdělením, které zde uvedu, bude koncepce Schwabacha (in Kebza, Šolcová, 2003). Schwabach uvádí, že základem syndromu vyhoření je **nerovnováha** mezi požadavky zaměstnání a schopnostmi jedince těmto vysokým nárokům vyhovět a dostát. V důsledku této nerovnováhy je daný pracovník v neustálém dlouhodobém chronickém stresu. Člověk začíná pociťovat **úzkost, tenzi, únavu až vyčerpání**. Výsledkem této nerovnováhy můžou být až trvalé změny v postojích a chování postiženého člověka. Daný jedinec začíná mít tendenci jednat se svými klienty neosobně, nepříjemně, nebrat je vážně. Jejich **komunikace** se stává neasertivní, nepřátelskou, uštěpačnou a zkratkovitou.

1.5 Projevy a příznaky syndromu vyhoření

Podle mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize patří Syndrom vyhoření v systému pod kód Z 73.0 (= vyhasnutí, vyhoření, stav životního vyčerpání. Celá

skupina Z 73 se označuje jako Problémy spojené s obtížemi při vedení života (Tošnerovi, 2002).

1.5.1 Prožívání vyhoření

a) Prožívání k vlastní osobě

Člověk, který se cítí být vyhořelý, pocítuje především pocity beznaděje, nenaplněnosti vlastních cílů, zklamání ze selhání, úzkost, obavy, deprese a napětí. Cítí se ostraněný od druhých lidí, od rodiny, od partnera, od přátel i kolegů. Je uzavřen ve svém vlastním světě a neví, jak z něho ven. Už není člověkem, kterým býval. Připadá si cizí a jako cizí se jeví i ostatním. Je zasažen fyzickým, psychickým i emocionálním vyčerpáním. Cítí se úplně prázdný, bez cílů, bez ideálů, bez přání. Má problémy s tvořivostí, s pamětí, často zapomíná a špatně se soustředí.

b) Prožívání k druhým lidem

Od druhých lidí si raději ponechává odstup. V kontaktu s lidmi je velice chladný, ironický, povýšený, lhostejný a citově bez afektu. Nezajímá ho, co si o něm druzí myslí ani jak na ně působí. Neumí přijmout kritiku. Lidé ho obtěžují, nenechají ho na pokoji. V případě, že při své práci musí pracovat s klienty, je mu to velice nepříjemné a tento kontakt se snaží eliminovat.

c) Jak se chování projevuje navenek

Mezi nejčastější projevy navenek řadíme ztrátu efektivitu, aktivity, vřelosti a pozitivního kontaktu s klienty, kolegy, kamarády i rodinou. Tento člověk je přecitlivělý, často podrážděný, nepříjemný a lhostejný. Je spíše samotářský a sólista, nerad spolupracuje s kolegy a nerad se s nimi setkává. Oproti dřívějšku je nespolehlivý, neustále zapomíná a nedokáže se soustředit. Jeho hodnocení je velice subjektivní a zabarvené jeho negativní aktuální náladou a stavem. Většinou není schopen řešit každodenní problémy, připadají mu příliš těžké. Může upadat až do depresí, je frustrován. Cítí se velice rychle fyzicky unavitelný a vyčerpaný (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

1.5.2 Komponenty neboli roviny vyhoření

V empirické části této bakalářské práce budu pracovat s **Inventářem projevů syndromu vyhoření**, který manželé Tošnerovi použili ve své práci

Burn-Out syndrom/ Syndrom vyhoření (v pracovním sešitě pro účastníky svých kurzů). Tento dotazník (inventář) rozděluje příznaky syndromu vyhoření do čtyř hlavních rovin. První skupinou je **kognitivní rovina** problémů. Člověk postižený syndromem vyhoření ztrácí nadšení ze své práce i z jiných věcí, je lhostejný, bez energie, pasivní. Má negativní postoj k sobě, druhým lidem, přátelům, kamarádům, spolupracovníkům i lidem naprosto cizím. Uzavírá se do samoty, nechce s nikým komunikovat ani nikoho potkávat. Má velké potíže s koncentrací i pamětí. Druhá skupina problémů je soustředěna kolem **emocionální roviny**. Lidé postižení syndromem vyhoření si stěžují především na nedostatek uznání, pochvaly a zadostiučinění. Jsou z toho sklíčení, emocionálně vyčerpaní, nespokojení, nervózní až nevrlí. Cítí se bezmocní a nemají pro co žít. Kognitivní a emocionální rovina vyhoření je někdy souhrnně označována jako psychické příznaky syndromu vyhoření. Předposlední rovinu problémů tvoří **tělesné příznaky**. Někteří psychologové se zabývají otázkou psychosomatiky. Snaží se najít spojitosti mezi psychickými problémy a tím, jak se projeví navenek – ve fyzické a fyziologické sféře člověka. Dlouhodobý chronický stres obecně působí lidem problémy se spánkem, se zažíváním, s dýcháním, se zvýšeným svalovým napětím, problémy se zády a krční páteří a vysokým tlakem. Jelikož příčinou burn-out syndromu je především působení chronického stresu, pak i vyhořelý člověk má tyto symptomy, které jsem uvedla. Důležitým příznakem je i snadná a rychlá unavitelnost celého organismu a náchylnost k nemocím způsobená sníženou imunitou lidí vystavených dlouhodobému stresu. Poslední avšak neméně důležitou rovinou problémů jsou sociální vztahy neboli **rovina sociální**. Lidé zasažení syndromem vyhoření se vyhýbají kontaktu se svými spolupracovníky, s přáteli, stranní se jich. Přibývají jim i problémy doma, v partnerském nebo manželském soužití. Jsou neustále podráždění, přítomnost druhých lidí je rozčiluje a unavuje ještě více. V případě, že musí ve své práci komunikovat a setkávat se s klienty, snaží se tento kontakt omezit. Nedokážou se ovládat a i v kontaktu s klientem jsou velice nepřijemní, lhostejní a neempatičtí. Celkově ubývá jejich původní snaha pomáhat problémovým a slabším klientům. Kolegové i rodina mnohdy zachytí změnu, ale nedokážou přijít na důvod, proč k takové změně došlo (Tošnerovi, 2002).

1.5.3 Přehled a popis příznaků

Kebza a Šolcová (2003) ve své publikaci blíže popisují problémy lidí se syndromem vyhoření podle jednotlivých úrovní – psychické, fyzické a sociální. Rozdělení do těchto třech skupin odpovídá rozdělení v kapitole 1.5.2 u Tošnerových.

Na **psychické úrovni** člověka se syndromem vyhoření převažuje negativismus, sebelítost, cynismus a vysoká iritabilita. Je často velice nepříjemný až hostilní ve vztahu k druhým osobám. Intenzivně prožívá nedostatek uznání, na což si stěžují především zdravotní sestry v nemocnicích. Mluví o nedostatku uznání a pochvaly především ze strany svých nadřízených a lékařů, se kterými musí spolupracovat. Výrazně si uvědomují své emocionální i kognitivní vyčerpání. Velice často se u nich setkáváme s nízkou nebo žádnou motivací pro další život. Samy mnohdy hovoří o tom, že smysl života už dávno nemají. Dochází u nich i ke změně postojů a chování. Ostatní kolegové nebo rodina si všímají především poklesu celkové aktivity, redukce spontaneity, kreativity a podobných vlastností, které jim předtím nebyly cizí. Jsou sužováni frustrací, depresemi, apatií. Celkově jsou spíše depresivně laděni.

Na **úrovni fyzické** dochází k tělesnému vyčerpání sil. Lidé zasažení syndromem vyhoření jsou velmi rychle unavitelní, pocítují značnou únavu celého organismu nebo jen některých jeho částí. Často se u nich setkáváme s poruchami spánku, krevního oběhu, bolestmi hlavy, bolestmi svalů, kloubů a šlach a dalšími vegetativními obtížemi jako jsou bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže a poruchy týkající se sexuální činnosti. U lidí takto postižených se setkáváme se zvýšeným rizikem vzniku závislostí na alkoholu, nikotinu nebo jiných psychoaktivních látkách.

Na **úrovni sociálních vztahů** dochází především k postupnému narůstání konfliktů v důsledku nezájmu, lhostejnosti a sociální apatie ve vztahu k okolí. Člověk postižený syndromem vyhoření je jen velmi málo schopen empatického vcítění se. Snaží se omezit své kontakty s přáteli, ale i s klienty. Jeho komunikace s nimi je nepříjemná, apatická, neempatická a necitlivá. Vyhýbá se novým lidem, situacím i činnostem. Dochází tedy k celkovému útlumu sociability.

1.6 Prevence syndromu vyhoření

Velice důležitá je prevence syndromu vyhoření, to znamená, jak se před ním můžeme chránit nebo se mu přímo vyhnout. Nejdůležitější jsou

mezilidské vztahy. Kontakt s druhými lidmi, se kterými si rozumíme, a oni nás umí podpořit hlavně v těžkých životních situacích, je patrně nejdůležitější složka prevence.

Je také nesmírně důležité, aby se člověk ohrožený syndromem vyhoření dokázal „odreagovat“, ať už to pro něho znamená cokoli (např. sportem, zábavou, filmem, pohodou u rodinného krbu).

Nesmíme však zapomínat, že podle některých výzkumů se zdá důležitá i prevence na úrovni pracoviště. Jak uvádí Hosák ve svém výzkumu, zdravotní sestry na psychiatrii jsou méně vyhořelé ve všech složkách syndromu vyhoření oproti sestrám na interním oddělení. Vysvětlují si to větší edukovaností psychiatrických sester v oblasti syndromu vyhoření a duševní hygieny (Hosák a kol., 2005).

Proto by se mělo apelovat na zaměstnavatele, aby poskytovali svým zaměstnancům dostatečnou oporu i v teoretických základech této problematiky – například ve formě různých školení, workshopů nebo seminářů. Mělo by být tedy samozřejmostí, že těchto školení by se měly účastnit sestry ze všech oddělení, nejen z psychiatrie.

1.6.1 Prevence na úrovni jednotlivce

Prevence na úrovni jednotlivce je důležitou součástí prevence syndromu vyhoření obecně. Je důležité vědět o svých možnostech, o tom, jací jsme, jak na nás působí dlouhodobý stres a jak reagujeme v krizových situacích. Autoři uvádějí „návody“ a rady, jak syndromu vyhoření předejít.

Kopřiva uvádí, že zážitky a prožitky, které nás ovlivňují a stresují, jsou ovlivněny především naším vlastním vnímáním světa. Při vyhoření se nemění svět, ale mění se naše mentální reprezentace (jakým způsobem svět kolem nás vnímáme). Musíme se tedy naučit vnímat svět pozitivněji, vyvarovat se přehnané zlosti, pocitů bezmocnosti a úzkosti (Kopřiva, 1997).

Dalším důležitým prvkem prevence na úrovni jednotlivce je relaxace, odpočinek, ale pro někoho i sport. Fyzickým vypětím při sportu člověk dokáže „vybít“ svou negativní energii. Důležitým je i odpočinek. Především osobnosti typu A (viz v další kapitole) nejsou schopny odpočinku vůbec nebo odpočívají jen velmi málo. Nedopřejí tak svému tělu ani mysli zasloužený „relax“.

Manželé Tošnerovi uvádí spoustu rad, jak se vyvarovat syndromu vyhoření. Tyto nápady jsou uvedeny v Příloze číslo 1.

1.6.2 Prevence pomocí sociální opory v okolí

Další důležitou pomocí při syndromu vyhoření nebo jeho příznacích je sociální opora. Chápeme tím oporu lidí v našem okolí, kteří nám dokážou pomoci, umí nás vyslechnout a někdy i poradit. V některých případech „jen“ stačí myšlenka, že při nás někdo stojí (Křivohlavý, 1998).

Křivohlavý (1998) se zabývá i tím, jak nám konkrétně může sociální opora okolí pomoci. Zdůrazňuje především důležitost naslouchání, sdílení některých nelehkých otázek a problémů, bez hodnocení a odsuzování. Vychází i z Maslowovy pyramidy potřeb a hovoří o potřebě uznání, která je důležitou součástí kvalitní sociální opory. Přátelé nám poskytují podporu, povzbuzení a hlavně zpětnou vazbu. Díky lidem z okolí, kteří nám ji poskytují, se vlastně dozvídáme, jak nás okolí vnímá. S ohledem na to se může naše chování do jisté míry formovat. U sociální opory je důležitý i efekt rovnocennosti, kdy se nad nás nikdo nepovyšuje a jedná s námi jako s rovnocenným partnerem.

1.6.3 Prevence na úrovni pracovních podmínek v zaměstnání

Jeklová a Reitmayerová (2006) uvádí, že další velice důležitou součástí prevence syndromu vyhoření jsou pracovní podmínky v zaměstnání. Řadí sem jasnost pracovních vztahů, dostatečné množství kompetencí, dovedností a znalostí a v neposlední řadě i harmonické pracovní místo. Definují ho jako místo, kde máme soukromí, je nám v něm dobře, necítíme se ve stresu, s dostatkem světla, tepla a jiných fyzikálních podmínek. Nejen zdravotní sestry, ale i jiní pracovníci pomáhajících profesí si často stěžují nebo upozorňují na nejasné pracovní vztahy, velké množství nejasných, přesně nespecifikovaných kompetencí, směnný provoz nebo nedostatečnou komunikaci na pracovišti. Této problematice se dále věnuji ve třetí kapitole teoretické části této práce.

1.7 Léčba syndromu vyhoření

Stejně jako je tomu v medicíně, tak i v psychologii, psychiatrii a psychoterapii platí, že čím dříve se problém začne řešit, tím je větší naděje na vyléčení nebo alespoň zlepšení stavu postiženého. V případě, že je člověk už v poslední fázi syndromu vyhoření, je jen malá pravděpodobnost úplného vyléčení.

Nejužívanější metody léčby syndromu vyhoření jsou různé druhy psychoterapie, relaxační metody a v některých případech se využívá i psychofarmakoterapie.

1.7.1 Psychoterapie

Psychoterapie je podle mne velmi vhodná forma léčby. Využívá pozitivního terapeutického vztahu mezi postiženým a terapeutem. Psychoterapie syndromu vyhoření je účinná jak ve formě individuální terapie, tak i formou terapie skupinové.

Základy psychoterapie, která je účinná u syndromu vyhoření, je především existenciální psychoterapie. Soustředí se na vnitřní svět prožitků a umožňuje pacientům vyrovnat se s otázkami lidského bytí, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka. V návaznosti na existenciální východiska vznikly v evropských podmínkách dvě psychotherapeutické školy (Vymětal, 2010):

- a) logoterapie: „Termín V. E. Frankla, psychotherapeutický směr existenční analýzy snaží se odhalit v biografii nemocného smysl jeho života“ (Hartl, Hartlová, 2000, str. 297).
- b) daseinanalýza: „Hlavními léčebnými metodami daseinanalýzy jsou fenomenologický rozhovor, výklad existenciální situace, smyslu potíží a výklad snů. Terapie se provádí individuálně, skupinově i s rodinami“ (Plháková, 2006, str. 213).

1.7.2 Relaxační metody

Další možnosti, jak pracovat se syndromem vyhoření, jsou relaxační metody. Uvádím zde dvě nejužívanější. Jejich přesné instrukce jsou zaznamenány v Příloze číslo 2.

a) Jacobsonova progresivní relaxace

Autorem této relaxační metody je psycholog Edmund Jacobson. Objevil spojitost mezi myšlenkami a pohyby svalstva. Zjistil, že existuje vztah mezi psychickým a svalovým napětím. Podle něho se lze naučit uvolňovat kosterní svalstvo a tím ovlivňovat i psychickou pohodu (Drotárová, 2003). Dále viz Příloha číslo 2.

b) Autogenní trénink

Otcem této relaxační techniky je profesor J. H. Schultz. Zahrnul do ní princip uvolňování svalového napětí, ale dodal ještě princip autosugestivního navozování

představ ovládání vnitřních orgánů (jak se s ním setkáváme např. v biofeedbacku), koncentrace na citově indiferentní podněty, mentální navozování klidu a pravidelného dýchání (Křivohlavý, 1994). Dále viz Příloha číslo 2.

1.7.3 Psychofarmakoterapie

Většina psychiatrických onemocnění a poruch jde léčit pomocí psychofarmak. Bohužel tomu tak není u syndromu vyhoření. Zde můžeme léčit nebo tlumit psychofarmaky pouze projevy syndromu vyhoření, ne však syndrom jako celek. Farmaka se tedy používají pouze jako podpůrná léčba.

2 OSOBNOST A SYNDROM VYHOŘENÍ

V kapitole 1.3.2 byly jen ve stručnosti uvedeny rizikové faktory vzniku vyhoření. Rozdělila jsem je na vnější rizikové faktory (stres, moderní uspěchaná doba a problémy v organizaci, kde daný člověk pracuje) a na vnitřní faktory týkající se osobnosti člověka. Těmto vnitřním faktorům spojených s osobností člověka se budu věnovat níže.

2.1 Osobnost

„Osobnost je individuální jednota člověka; je to jednota jeho duševních vlastností a dějů založená na jednotě těla a utvářená a projevující se v jeho společenských vztazích“ (Tardy in Balcar, 1991, str. 16).

Podle Balcara (1991) existují dva různé přístupy k pojetí osobnosti. První definuje jako **nomothetický přístup**. Vysvětluje osobnost obecně platnými pojmy, společnými všem lidem (kvantitativní přístup). Druhým je **idiografický přístup**, který vysvětluje osobnost jedinečnými pojmy, platnými pro právě zkoumaného jedince (kvalitativní přístup).

Zakladatelem psychologie osobnosti byl Gordon Allport. Zabýval se definicí osobnosti a rozlišil je na dva základní typy. Definice **biofyzické**, vymezující osobnost jako něco existujícího o sobě, obsaženého v poznávaném jedinci, co se pozorovatel snaží rozpoznat a rekonstruovat a definice **biosociální**, vymezující osobnost jako něco existujícího ve vědomí pozorovatele jako jeho odezva na vnímání poznávaného jedince (Allport in Balcar, 1991).

2.2 Rizikové faktory ve struktuře osobnosti člověka

V souvislosti se syndromem vyhoření se v literatuře uvádí několik rizikových faktorů obsažených ve struktuře osobnosti. U zdravotních sester se opírám především o koncept chování typu A, resilienci neboli nezdolnost a koncept Locus of control.

Chování typu A

Jako typ A se označují jedinci s vysokými ambicemi, silně vyvinutým smyslem pro pořádek a povinnost, soutěživí, netrpěliví, perfekcionista a někdy až agresivní. Často jsou to jedinci závislí na práci. Už delší dobu se psychologové ve spolupráci

s lékaři snaží dokázat, že existuje souvislost mezi chováním typu A a výskytem infarktu myokardu. To dokazují i výsledky výzkumu dvojice kardiologů Friedmanna a Rosenmana (Stock, 2010).

Zdravotní sestry s převažujícím chováním typu A jsou tedy více ohroženy syndromem vyhoření než sestry vykazující vzorce chování typu B.

Resilience

Z anglického jazyka se pojem resilience do češtiny překládá jako odolnost nebo nezdolnost člověka ve složitých životních situacích. Tímto pojmem se dlouhodobě zabývali vědci především v souvislosti s výzkumem dětí, které vyrůstaly v nepříznivých podmínkách bez negativního poznamenání jejich psychického vývoje.

„Podle vědeckých zjištění mají odolní lidé následující schopnosti:

- úsudek: umění klást věcné otázky a dávat upřímné odpovědi,
- nezávislost: právo na vytvoření pevných hranic mezi sebou a ostatními,
- vztahy: hledání a udržení blízkých a plnohodnotných vztahů,
- kreativita: schopnost vyjádřit frustraci či bolest uměleckými prostředky,
- smysl pro humor: umění zasmát se sám sobě a nacházet i ve špatném to dobré,
- morálka: schopnost rozlišit dobro a zlo, odhodlání bojovat za tyto hodnoty za každou cenu“ (Stock, 2010, str. 52).

Locus of control

Pojem Locus of control se do češtiny nejčastěji překládá jako místo nebo **těžiště kontroly**. Tuto koncepci definoval J. B. Rottera v roce 1966. Rozlišuje dva hlavní přístupy zvládání potíží a životních situací. Na jedné straně existují lidé s interním locus of control (**internalisté**). Ti vycházejí především ze svých schopností, zkušeností a možností. Na straně druhé stojí lidé s externím locus of control (**externalisté**), kteří se domnívají, že těžká situace se vyřeší sama bez jejich přičinění. Dlouhodobé studie prokázaly, že internalisté lépe zvládají zátěžové životní situace a stresory obecně (Hoskovcová, 2006). Můžeme tedy předpokládat, že zdravotní sestry orientované spíše externalisticky, mohou být více ohroženy vznikem syndromu vyhoření než sestry „internalistky“.

Obecné charakteristiky osobnosti ohrožené syndromem vyhoření

Bartošíková (2006), která napsala publikaci věnující se přímo syndromu vyhoření u zdravotních sester, shrnuje vlastnosti lidí, kteří jsou nejčastěji postiženi. Zahrnuje sem velice energické, aktivní, nadšené a velmi zodpovědné pracovníky, kteří si často nosí svou práci domů. Jejich motivací je především velká touha po uznání, pochvale a účtě. Nesplnění vytyčeného cíle berou jako svoji osobní porážku a dlouho se z takové situace vzpamatovávají. Jejich dominantní charakteristikou je především zodpovědnost.

2.3 Pětifaktorová teorie struktury osobnosti

Pro empirickou část své bakalářské práce jsem si vybrala dotazník zjišťující osobnostní charakteristiky jedince. Tento pětifaktorový osobnostní inventář vychází z koncepce Velké pětky neboli Big Five, která je považována za významnou teorii soudobé psychologie.

Autory teorie Velké pětky jsou P. T. Costa a R. R. McCrae. Tito výzkumníci analyzovali data z Cattellova šestnáctifaktorového dotazníku a identifikovali tři skupiny škál. Společně je pojmenovali Neuroticismus, Extraverze a Otevřenost vůči zkušenosti. Tyto tři prvotní škály se staly základem pro vytvoření NEO inventáře. Název NEO vychází z prvních písmen názvů tří škál. N (neuroticismus), E (extraverze) a O (otevřenost vůči zkušenosti). Až později autoři přidali zbývající dvě škály, přívětivost a svědomitost (Hřebíčková, Urbánek, 2001).

P. T. Costa a R. R. McCrae se domnívají, že rysy jsou **vrozené**, neovlivněné prostředím, mohou být identifikovány nejen u lidských jedinců v různých kulturách, ale i u zvířat, jsou stabilní v průběhu života a v odlišných kulturách vykazují obdobné vývojové trendy. Některé výzkumy dědičnosti však připouštějí možnost působení prostředí na rysy (Loehlin in Hřebíčková, Urbánek, 2001) a některé longitudinální výzkumy potvrdily, že osobnost se mění v závislosti na životních událostech (Agronick, Duncan in Hřebíčková, Urbánek, 2001). Ani McCrae a Costa nepopírají důležitost prostředí úplně, jelikož vlivy prostředí určují podmínky, za nichž se osobnost vyvíjí, projevuje své schopnosti, hodnoty, postoje i identitu. Big Five vychází z **lexikálního přístupu**, který je založený na analýze používaných slov, které popisují osobnost daného jedince. Díky tomuto strukturálnímu lexikálnímu přístupu

se můžeme zabývat individuálními odlišnostmi jednotlivých lidí (Hřebíčková, Urbánek, 2001).

V současné době se používají tři verze NEO dotazníků. První verzí je Personality Inventory - NEO-PI, který se skládá ze 180 položek. Škála neuroticismu, extraverte a otevřenosti má po čtyřicetismi položkách a přívětivost a svědomitost má po osmnácti položkách. Druhou verzí je revidovaná verze NEO-PI-R, která obsahuje 240 položek. Dosud poslední verzí je **NEO-FFI**, kterou využívám v empirické části této práce. Ta obsahuje šedesát položek. Každá škála je tedy sycena dvanácti položkami (Hřebíčková, Urbánek, 2001).

Teorie **Velké pětky** se zabývá pěti osobnostními charakteristikami, které jsou relativně stálé. Patří sem neuroticismus, extraverte, otevřenost vůči zkušenosti, přívětivost a svědomitost.

Škála **neuroticismu** zjišťuje rozdíly v emocionální stabilitě nebo labilitě jedince. Lidé s nízkým skórem neuroticismu jsou tedy emocionálně stabilnější než lidé s vysokým skórem. Ti labilnější se často cítí zahanbeni, velmi snadno se nechají uvést do rozpaků, jsou nervózní, strachují se, mají mnoho obav a často se cítí smutní. Emocionálně stabilní jedinci dosahují nízkého skóru neuroticismu. Jsou většinou vyrovnaní, klidní, nic je nevyvede z míry. Lépe se vyrovnávají se stresem (Hřebíčková, Urbánek, 2001). V souvislosti se syndromem vyhoření můžeme tedy předpokládat, že emocionálně stabilnější lidé budou méně vyhořelí v důsledku lepšího zvládání dlouhodobého stresu, který je spouštěčem a rizikovým faktorem vzniku syndromu vyhoření. Tuto hypotézu se snažím potvrdit v další části této práce.

Další škálou Velké pětky je **extraverte**. Lidé s vysokým skórem extraverte jsou společenější, energičtí, aktivní, optimističtí, mnohdy velmi hovorní a sebejistí. Naopak lidé s nízkým skórem ve škále extraverte jsou často zdrženliví, málomluvní, uzavření. Na druhou stranu jsou velice nezávislí a samostatní. Můžeme tedy předpokládat, že zdravotní sestry s nízkým skórem extraverte budou více ohroženy syndromem vyhoření (Hřebíčková, Urbánek, 2001). Důvodem by mohla být právě uzavřenost, díky níž si sestra nosí své pracovní problémy domů, s nikým se o nich ale nebaví a „duší“ je v sobě. Tuto hypotézu se také snažím potvrdit nebo vyvrátit v empirické části.

Třetí dimenzí je **otevřenost vůči zkušenosti**. Lidé s nízkým skórem v této škále jsou velice konvenční, jejich emoční reakce jsou často rozumově tlumeny, často jsou velmi konzervativní. Osoby s vysokým skórem ve škále otevřenosti jsou pravým opakem. Přímě vyhledávají změny, nemají rády stereotypy, jsou vnímaví ke svým

vnitřním pocitům, rádi zkoušejí nové způsoby řešení problémů. Milují rozmanitost a množství podnětů kolem sebe (Hřebíčková, Urbánek, 2001).

Čtvrtou škálou Big Five je **přívětivost**. Vysoká míra přívětivosti se v chování člověka projevuje altruismem, empatií, sklonem důvěřovat druhým lidem, schopností porozumět druhým. Tento člověk upřednostňuje kooperaci před samostatností. Opakem přívětivosti jsou vlastnosti jako egocentrismus, nepříjemnost, cynismus, tendence ke snižování úspěchů nebo záměrů druhých lidí (Hřebíčková, Urbánek, 2001). Na tuto osobnostní charakteristiku se taktéž zaměřuji ve svém výzkumu zdravotních sester na psychiatrii, protože přímo souvisí s chováním a komunikací mezi sestrou a pacientem.

Poslední dimenzí je **svědomitost**. Lidé s vysokým skórem ve škále svědomitosti jsou velice pečliví, aktivní, organizovaní ve vztahu k práci. Všechno mají naplánované, časově rozvržené. Jsou velmi ctížádostiví, jejich výkonová motivace je velmi vysoká. Naopak osoby s nízkým skórem v této škále jsou nesystematické, bez pevné vůle, nedisciplinované, často málo motivované a bez vytčených cílů a ideálů (Hřebíčková, Urbánek, 2001).

Pětifaktorový osobnostní inventář je často využíván v různých výzkumech. Například Hřebíčková (2004) se snažila analyzovat a popsat rodové **rozdíly osobnostních charakteristik mezi muži a ženami**. K tomuto účelu využila metodu NEO-PI-R (viz výše). Došla k závěrům, že ženy ve škále neuroticismu skórují výše než muži. Výsledky české studie prokazují, že v dimenzi extraverze se ženy a muži neodlišují, kdežto v mezinárodní studii ženy skórují výše než muži. V míře otevřenosti vůči zkušenosti ženy výše skórují v subtestu estetické prožívání, prožívání a novátorské činnosti. Muži zde skórují výše pouze v subtestu ideje. Jednoznačně výše skórují ženy ve škále přívětivosti. Poslední analýza se týká dimenze svědomitosti. Ženy se v ní posuzují jako pořádkumilovnější, zodpovědnější a disciplinovanější. Muži si přisuzují vyšší míru způsobilosti, cílevědomosti a rozvážnosti (Hřebíčková, 2004).

3 SPECIFIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍCH SESTER

3.1 Vzdělání a pracovní náplň zdravotních sester na psychiatrickém oddělení

V současné době na psychiatrických odděleních pracují **vysokoškolsky vzdělané** sestry, které promovaly s titulem bakalář či magistr v oboru všeobecná zdravotní sestra. Dále zde pracují sestry se **středoškolským zdravotnickým vzděláním** získaným do roku 2007. Po tomto roce se změnil zákon a zdravotnice ze střední školy jsou pouze zdravotnickými asistenty. Mají menší kompetence a nemohou pracovat bez dozoru, jako tomu bylo doposud. Pro rozšíření svých kompetencí jsou tedy nuceny dodělat si **vyšší odborné** či vysokoškolské vzdělání. Všechny tyto sestry se mohou dobrovolně „dovzdělávat“ díky specializačnímu studiu organizovanému Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně. Mohou si zde zvolit specializační obor sestra pro duševní zdraví (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Psychiatrická zdravotní sestra ve své práci vykonává mnoho důležitých úkonů. Její práce je psychicky i fyzicky velmi náročná. Denně se setkává s pacienty s duševními poruchami, s mentálně retardovanými klienty a dalšími podobně indisponovanými jedinci. Bez odborného dohledu poskytuje sestra **základní poradenství** v oblasti prevence duševních poruch a pomáhá pacientům **s resocializací** (snaží se pomoci se sociálními problémy vzniklými návratem pacienta z nemocnice do jeho přirozeného sociálního prostředí, tedy do rodiny, práce nebo školy). Jejím hlavním úkolem je **pozorování chování pacienta** a odhalení nastupující krize. Například u depresivních pacientů je to právě sestra, která zpozoruje změnu jejich prožívání a chování jako první. Až díky ní může lékař zareagovat nasazením nebo změnou léčby. Pod odborným dohledem psychologa sestra zajišťuje **krizovou intervenci**, to znamená, že poskytuje první psychologickou pomoc pacientovi i jeho nejbližší rodině. Ve spolupráci s psychologem se zdravotní sestra také podílí na dlouhodobější systematické **psychologické pomoci** zaměřené přímo pacientovi. Může též pod dohledem psychologa zajišťovat psychologickou pomoc pacientově rodině, která zažívá podobně těžké zátěžové chvíle jako sám psychiatrický pacient.

Ve spolupráci s klinickým psychologem nebo psychoterapeutem může zdravotní sestra zajišťovat **skupinovou psychoterapii** i jiný psychoterapeutický program probíhající na oddělení.

Přesný popis náplně činností zdravotních sester na psychiatrii podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví číslo **424 z roku 2004** uvádím v Příloze č. 3 na konci této práce. Pro zájemce je volně dostupná a ke stažení na internetové adrese <http://www.helcom.cz/download/integrace/037zdrav.pdf>.

Publikace Psychiatrická ošetrovatelská praxe zkoncipovaná Markovou, Venglářovou a Babiakovou (2006) uvádí pracovní náplň zdravotních sester obecně. Dle mého názoru je tento výčet srozumitelnější a realističtější. Je velice dobře aplikovatelný i na psychiatrické zdravotní sestry. Stejně jako ve vyhlášce číslo 424 tato publikace uvádí fakt, že náplní zdravotní sestry je **pozorování a hodnocení** zdravotního stavu pacienta. Dále zajišťuje **edukaci** (poučení) pacienta i jeho rodiny o diagnostikované psychické nemoci, podává poučení o řádu a režimu oddělení a provádí ostatní **administrativní činnosti** spojené s přijetím nového pacienta na lůžkové oddělení nebo jeho propuštěním. Jednou z hlavních povinností zdravotní sestry je **podávání léků** předepsaných lékařem (psychiatrem). Musí také spolupracovat se svými kolegy, lékaři i ostatními členy zdravotnického týmu. V případě přítomnosti nižšího zdravotnického personálu na pracovišti musí sestra koordinovat a úkolovat tyto pracovníky.

3.2 Zátěže v práci zdravotní sestry

Bartošíková (2006) se ve své knize zaměřené speciálně na vyhoření u zdravotních sester zabývá zátěžemi v jejich práci. Tyto zátěže můžeme rozdělit do několika skupin dle druhu zátěže. Mezi **fyzické zatížení** zdravotních sester můžeme zařadit statické zatížení způsobené stáním u lůžka pacienta i dynamické zatížení z neustálého pocházení po oddělení i mimo něj. Mnoho zdravotních sester má tedy problémy s páteří, dolními končetinami, svalovým systémem nebo kosterním skeletem v důsledku své fyzicky náročné práce. Dalším druhem zátěže, se kterou se sestra ve své práci setkává každý den, je **zátěž fyzikální**. Její práce je negativně ovlivňována nesprávným osvětlením nebo neustálým hlukem na oddělení. Při každé směně musí sestra pracovat s léky, léčebnými i dezinfekčními přípravky, které jsou mnohdy i **chemickou zátěží** pro ni samotnou. Jako největší zátěž ve své práci však

sestry subjektivně označují směnný provoz. Jejich **zdravý životní styl je ohrožen** problémy se spánkem, nedostatkem klidu, jídla a pití při práci i nedostatkem času například při nutnosti odskočit si na toaletu. Zdravotní sestry se však setkávají i se zátěží emocionální, psychickou, a sociální. **Emocionální zátěží** pro sestry je především působení bolesti a nepříjemných věcí druhým lidem, častá konfrontace zaměstnankyně se složitými životními situacemi, utrpením, bolestí, někdy i smrtí. **Psychická zátěž** sester je způsobena vysokými nároky na paměť, pružné myšlení, rychlé reakce jak vyřešit nastalou situaci. Tyto sestry musí být v neustálé pozornosti a připravenosti k adekvátní reakci. Sestry jsou zasaženy i **sociální zátěží** jako je například neustálá komunikace s pacienty i jejich příbuznými. Jejich velké kompetence jsou neúměrně nízko finančně ohodnoceny oproti platům lékařů.

3.3 Podmínky vzniku a projevy vyhoření u sester

Bartošíková (2006) ve své publikaci uvádí možné příčiny vzniku vyhoření u sester. Řadí sem především přetíženost, nedostatek podpory ze strany lékařů i vedení, nadměrnou emocionální zátěž, nedostatek radosti, nereálná očekávání, nevyhovující pracovní podmínky, nízké platové ohodnocení, náročný směnný provoz, vyžadování čím dál větší zodpovědnosti a přenášení kompetencí z lékařů na sestry, nevhodné chování nadřízených a mnoho dalších negativních jevů, které se mohou „podepsat“ na vzniku syndromu.

Marková a její kolegyně (2006) uvádí možné projevy vyhoření u zdravotních sester. Hovoří zde především o projevující se **nervozitě** a neklidu sestry v práci i mimo ni. Zdravotní sestry zasažené úplným vyhořením jsou často velice **negativní až agresivní** ke svým pacientům. Jejich chování vůči klientům **postrádá zdvořilost, milost, přívětivost, soucit a pochopení**. Okolí u sester pozoruje **ironické chování**. V jejich řeči se často objevuje **sarkasmus a cynismus** směřovaný nejen na pacientovu osobu, ale i jeho příbuzné, kteří ho například přijdou navštívit.

3.4 Výzkumy v oblasti syndromu vyhoření

Šlaisová v roce 2003 provedla výzkumnou sondu u 84 sester na klinikách Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Soustředila se především na projevy syndromu vyhoření a věk oslovených zdravotních sester. Sonda ukázala, že nejohroženější

věkovou skupinou je kategorie 18-29 let. Sestry v tomto věku se jeví zranitelnější, bez dostatku zkušeností se zvládáním náročných situací. Nejvíce si stěžovaly na nedostatek uznání ze strany nadřízených a často sami o sobě pochybovaly především v oblasti profesionálních schopností (Šlaisová in Bartošíková, 2006).

Jiné výzkumy zdravotních sester však tvrdí, že vyšší věk a tedy delší praxe zvyšují riziko vzniku vyhoření. Proto se i ve svém výzkumu zaměřím na zjištění věku sester, délku jejich zdravotnické praxe a následně tyto informace porovnám s mírou vyhoření.

Novotná s Hlaváčovou v roce 2003 provedly výzkum u 104 zdravotních sester Okresní nemocnice v Táboře. Polovina dotazovaných byla z oddělení geriatric (chronická péče) a druhá polovina z oddělení metabolické a koronární JIP (akutní péče). Výzkum ukázal, že citovému vyčerpání jsou více vystaveny sestry pracující s chronickými pacienty. Autorky tento výsledek zdůvodňují tím, že tyto sestry se častěji setkávají s umírajícími pacienty, smrtí a utrpením nemocných v závěrečných fázích jejich životů. Zdravotní sestry zaměřené na akutní péči na JIP si stěžovaly především na vztahy lékař-sestra a na práci náročnou především na neustálou pozornost a soustředění se na práci (Novotná, Hlaváčová, 2004).

Hosák a jeho kolegové v roce 2004 provedli výzkum, který se zabýval především srovnáním míry výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na psychiatrii a sester z interního oddělení. Výzkum prokázal, že sestry na psychiatrickém oddělení jsou méně vyhořelé než sestry na interním oddělení. Sám autor předpokládá, že je tomu tak, protože psychiatrické sestry jsou zřejmě více edukované (informované) o syndromu vyhoření než sestry z jiných oddělení nemocnic (Hosák, 2005).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4 VÝZKUM

4.1 Cíle výzkumu

Syndromu vyhoření bylo věnováno již mnoho výzkumných studií, avšak studiu vyhoření zdravotních sester speciálně na psychiatrickém oddělení nikoli. Tato empirická studie má dvě hlavní části a s nimi související cíle.

V první části se budeme zjišťovat, zda je míra vyhoření u sester z psychiatrického oddělení a kontrolního vzorku (všech sester z jiného než psychiatrického oddělení) stejná nebo odlišná. Budeme hledat souvislost mezi věkem, délkou praxe a rozdíly ve vzdělávání v oblasti syndromu vyhoření u oslovených respondentek.

V druhé části výzkumu se zaměříme na skupinu zdravotních sester z psychiatrického oddělení. U těchto žen se budeme snažit najít souvislosti mezi mírou jejich vyhoření a osobnostními charakteristikami dle teorie Big Five.

Průzkum přítomnosti syndromu vyhoření u zdravotních sester na psychiatrii nebyl doposud proveden. Domníváme se, že i propojenost s teorií Big Five bude tomuto výzkumu přínosná a přinese nový pohled na danou problematiku.

4.2 Formulace hypotéz

Hypotéza č. 1:

Míra celkového skóru vyhoření bude pozitivně korelovat s věkem dotázaných zdravotních sester bez ohledu na jejich pracoviště.

Hypotéza č. 2:

Celková délka praxe ve zdravotnictví a praxe na současném oddělení koreluje s celkovým skórem vyhoření.

Hypotéza č. 3:

Hypotéza č. 3a:

Průměrný celkový skóre vyhoření bude nižší u sester z psychiatrických oddělení než u sester z jiných oddělení.

Hypotéza č. 3b:

Zdravotní sestry z psychiatrických oddělení budou méně vyhořelé ve všech rovinách vyhoření oproti ostatním sestřím z jiných pracovišť.

Hypotéza č. 4:

Zdravotní sestry z psychiatrických oddělení mají větší možnost účastnit se školení o syndromu vyhoření. Zdravotní sestry z psychiatrických oddělení se více účastní školení o syndromu vyhoření než sestry z jiných oddělení.

Hypotéza č. 5:

Charakteristiky pětifaktorového osobnostního modelu souvisí s celkovým skóre vyhoření.

Hypotéza č. 5a:

Na vyhoření u psychiatrických zdravotních sester má vliv míra neuroticismu (N).

Hypotéza č. 5b:

Na vyhoření u psychiatrických zdravotních sester má vliv míra extraverte (E).

Hypotéza č. 5c:

Na vyhoření u psychiatrických zdravotních sester má vliv míra svědomitosti (S).

Hypotéza č. 6:

Faktory osobnostního dotazníku NEO-FFI souvisí s rovinami vyhoření u psychiatrických zdravotních sester.

4.3 Použité metody

Inventář projevů syndromu vyhoření

Pro zjišťování míry vyhoření zdravotních sester jsme použili Inventář projevů syndromu vyhoření, který byl uveřejněn v pracovním sešitě Burn-Out syndrom Syndrom vyhoření autorů Tamary a Jiřího Tošnerových v roce 2002. Tento inventář obsahuje 24 výroků, na které daný respondent musí odpovědět na škále 0 (nikdy) - 4 (vždy). Odpověď tedy určuje intenzitu ztotožnění se s výrokem. Dotazník pokrývá 4 hlavní roviny syndromu vyhoření. Celkový skóre vyhoření vznikne součtem všech čtyř rovin. Maximální hodnota celkového skóre je 96, minimální 0. Maximální počet bodů v každé rovině je 24. Inventář je uveden v Příloze číslo 4.

Způsob vyhodnocování a interpretace jednotlivých rovin vyhoření (Tošnerovi, 2002):

1) Rozumová (kognitivní) rovina

- ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti;
- nechut', lhostejnost k práci;
- negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu;
- únik do fantazie;
- potíže se soustředěním, zapomínání;

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

2) Emocionální rovina

- sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost;
- pocit nedostatku uznání;

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

3) Tělesná rovina

- poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání);
- rychlá unavitelnost, vyčerpanost svalové napětí, vysoký krevní tlak;

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

4) Sociální rovina

- ubývání angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům;
- omezení kontaktu s klienty a jejich příbuznými;
- omezení kontaktů s kolegy;
- přibývání konfliktů v oblasti soukromí;
- nedostatečná příprava k výkonu práce.

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

4.3.2 NEO-FFI

Dotazník NEO-FFI je pětifaktorový osobnostní inventář vycházející z Teorie Big Five, která byla popsána výše. Uvedená metoda vychází z původní NEO Five-Faktor inventory P. T. Costy a R. R. McCraeho. Na naši populaci ji standardizovali autoři Martina Hřebíčková a Tomáš Urbánek. Inventář se skládá z 60 výroků. Respondent na ně odpovídá na škále 0 (vůbec nevystihuje) – 4 (úplně vystihuje). Díky vyhodnocovací fólii se spočítají skóry jednotlivých faktorů osobnostního dotazníku.

Charakteristiky jednotlivých osobnostních dimenzí zjišťovaných NEO pětifaktorovým osobnostním inventářem jsou uvedeny v tabulce v Příloze číslo 5.

Inventář NEO-FFI je uveden v Příloze číslo 6 na konci této bakalářské práce.

4.4 Sběr dat

Sběr dat probíhal v období listopad 2010 – leden 2011. Na výzkumu se podílely zdravotní sestry z Psychiatrické léčebny ve Lnářích, Psychiatrické léčebny U Honzíčka v Písku, Dětské psychiatrické léčebny v Opařanech, sestry z různých oddělení Nemocnice Strakonice a jedna sestřička z Krajské nemocnice v Českých Budějovicích. Nejprve jsem oslovila hlavní sestry daných pracovišť a s příslibem zaslání zpracovaného výzkumu mi všechny vyšly vstříc. Rozdala jsem 80 dotazníků, vrátilo se mi 70 z nich. Návratnost tedy byla 87,5%. Informace z vyplněných dotazníků jsem přepsala do programu STATISTICA Cz a následně je analyzovala.

4.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 70 respondentů, 69 žen a 1 muž. Nejmladší bylo 21 let a nejstarší 59. Průměrný věk dotázaných byl 39,8 let. 60 z nich mělo úplné středoškolské vzdělání, 6 bakalářský vysokoškolský titul, 3 měly titul z vyšší odborné školy a jedna zdravotní sestra byla magistrou.

V následující tabulce č. 1 jsou uvedeny počty sester z jednotlivých měst, které odpovídaly na dotazníky. 38 sester (Opařany, Lnáře a Písek) byly sestry pracující na psychiatrických odděleních, 32 sester (Strakonice a České Budějovice) byly pracující na jiných než psychiatrických odděleních.

Tabulka č. 1: Počty respondentek podle měst

Město	Počet respondentek
Opařany	13
Lnáře	10
Písek	15
Strakonice	31
České Budějovice	1

Kontrolní vzorek byl tvořen 32 sestrami z jiných než psychiatrických oddělení. Oddělení, na kterých pracují, jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2: Počty respondentek dle jednotlivých oddělení

Oddělení	Počet
Dětské oddělení	8
Oddělení ARO	10
Traumatologie	8
Záchranná služba	5
Oddělení následné péče	1

4.6 Matematicko-statistická analýza dat a interpretace výsledků

4.6.1 Celý vzorek

V první části výzkumu jsem se zaměřila na analýzu celého zkoumaného vzorku, tzn. všech 70 respondentů.

Pro přehlednost interpretuji výsledky šetření podle stanovených hypotéz.

a) Hypotéza č. 1:

Míra celkového skóru vyhoření bude pozitivně korelovat s věkem dotázaných zdravotních sester bez ohledu na jejich pracoviště.

Tabulka č. 3: Korelace věku a celkového skóru vyhoření.

	Průměry	Věk	Vyhoření
Věk	39,81429	1	0,081895
Vyhoření	23,85714	0,081895	1

V programu Statistica jsem provedla korelaci proměnných Věk a Vyhoření (=celkový skór vyhoření z Inventáře syndromu vyhoření. Bodovým grafem neboli scatterem bylo zjištěno nelineární rozložení, proto jsem dále použila i neparametrický Spearmanův koeficient.

Spearmanův koeficient = 0,82 (jak je uvedeno v tabulce č. 3)

Závěr: Z výsledků korelace vyplývá, že nebyl nalezen vztah mezi mírou vyhoření a věkem zdravotních sester. Je to tedy rozdíl oproti jiným výzkumům (viz teoretická část této práce). Toto rozdílné zjištění však může být zapříčiněno za prvé velmi malým výzkumným vzorkem a za druhé faktem, že skóry celkového vyhoření zúčastněných sester byly velmi nízké bez ohledu na pracoviště, ze kterého pocházely. Je tedy možné, že tyto faktory ovlivnily (možná až zkreslily) výsledek této korelace.

b) Hypotéza č. 2:

Celková délka praxe ve zdravotnictví a praxe na současném oddělení koreluje s celkovým skórem vyhoření.

Tabulka č. 4: Korelace délky celkové praxe ve zdravotnictví a praxí na současném oddělení s celkovým skórem vyhoření.

	Průměry	Praxe celkem	Praxe na oddělení	Vyhoření
Praxe celkem	16,84	1	0,75	0,02
Praxe na oddělení	10,35	0,75	1	0,10
Vyhoření	24,00	0,02	0,10	1

Tabulka č. 4 ukazuje další korelaci. Avšak statisticky významný je pouze silný vztah mezi délkou celkové praxe ve zdravotnictví a praxí na současném oddělení. Souvislost celkové délky praxe ve zdravotnictví s celkovým skórem vyhoření nebyla prokázána na statisticky významné hladině významnosti.

Závěr: V kontextu tohoto vzorku můžeme hypotézu č. 2 zamítnout. Nemůžeme tím však popřít jiné výzkumy, které prokazují, že delší praxe může korelovat s mírou vyhoření.

c) Hypotéza č. 3:

Hypotéza č. 3a:

Průměrný celkový skóre vyhoření bude nižší u sester z psychiatrických oddělení než u sester z jiných oddělení.

Tabulka č. 5: Porovnání průměrných celkových skóre vyhoření na jednotlivých odděleních.

Oddělení	Vyhoření - průměr	Vyhoření - N
Psychiatrie	20,24	38
Dětské odd.	24,87	8
Traumatologie	29,00	8
ZZS	25,00	5
ARO	33,60	10
Odd. následné péče	9,00	1

Psychiatrie: průměr vyhoření – 20,23

Ostatní oddělení: průměr vyhoření – 24,29

Závěr: Pokud nebudeme brát v úvahu nízký skór vyhoření u jedné zdravotní sestry z oddělení následné péče (21 let, na pracovišti 1,5 roku), můžeme potvrdit hypotézu č. 3a. Sestry z dětského oddělení, traumatologie, záchranné služby i oddělení ARO mají vyšší průměrný celkový skór vyhoření než sestry z psychiatrických oddělení.

Hypotéza č. 3b:

Zdravotní sestry z psychiatrických oddělení budou méně vyhořelé ve všech rovinách vyhoření oproti ostatním sestřím z jiných pracovišť.

Tabulka č. 6: Porovnání průměrů jednotlivých rovin vyhoření v závislosti na oddělení.

	Rozum - průměr	Emoce - průměr	Tělo - průměr	Vztahy - průměr
Psychiatrie	4,92	5,65	5,81	3,84
Dětské odd.	5,75	7,00	7,12	5,00
Traumatologie	6,37	8,37	9,12	5,00
ZZS	6,60	6,60	7,60	4,20
ARO	7,90	10,10	9,20	6,40
Odd. následné péče	5,00	1,00	2,00	1,00

Výsledky v tabulce č. 6 byly zjištěny jedno-faktorovou analýzou (ANOVA).

Závěr: Při porovnání průměrů jednotlivých rovin vyhoření a daných pracovišť bylo zjištěno, že nejvíc vyhořelými zdravotními sestrami ve všech rovinách vyhoření jsou sestry z oddělení ARO. Pokud vynecháme z analýzy opět jednu sestru z oddělení následné péče (jako tomu bylo i v hypotéze č. 3a), můžeme i hypotézu č. 3b **potvrdit**. Sestry z psychiatrických oddělení z našeho vzorku vykazují průměrně nižší skóry vyhoření ve všech rovinách.

d) Hypotéza č. 4:

Zdravotní sestry z psychiatrických oddělení mají větší možnost účastnit se školení o syndromu vyhoření. Zdravotní sestry z psychiatrických oddělení se více účastní školení o syndromu vyhoření než sestry z jiných oddělení.

Tabulka č. 7: Porovnání možnosti účastnit se školení o syndromu vyhoření, účasti na něm a spokojenosti s ním v závislosti na oddělení.

	Možnost školení		Účast		Spokojenost
	ano	ne	ano	Ne	ano
Psychiatrie (38 os)	32 (84%)	6 (16%)	28 (74%)	10 (26%)	8 (29% ze zúčastněných)
Jiná odd. (32 os)	17 (53%)	15 (47%)	13 (41%)	19 (59%)	4 (31% ze zúčastněných)

Z tabulky č. 7 vyplývá, že oslovené sestry z psychiatrických oddělení mají větší možnost účastnit se školení o syndromu vyhoření oproti sestrám z jiných oddělení. Ne všechny sestry se ho však skutečně zúčastnily. Sestry z nepsychiatrických oddělení mají menší nabídku takových školení. Je tedy důležité apelovat na zaměstnavatele, aby takovéto semináře byly nabízeny VŠEM sestrám. Můžeme se jen domnívat, zda existuje souvislost mezi možnostmi edukace a mírou vyhoření sester. Pro tento účel by musel být použit mnohem větší vzorek respondentů. Musíme si uvědomit, že edukace není jediným faktorem, který ovlivňuje vznik syndromu vyhoření.

Na otázku, v čem vám konkrétně školení o syndromu vyhoření pomohlo, byla odpověď uvedena jen v několika málo případech. Níže zařazuji všechny zaznamenané výroky:

- „posouzení vlastní situace“;
- „informovanost“ 3x ;
- „předejít syndromu“;
- „abych změnila zaměstnání“;
- „náhled na problém“;
- „uvědomit si problém“;
- „nenosit si práci domů“;
- „naučit se relaxovat“.

4.6.2 Psychiatrické oddělení

V druhé části výzkumu se zaměřím pouze na zdravotní sestry z psychiatrických oddělení. Budu se zabývat vztahem celkového skóru vyhoření a pětifaktorového osobnostního dotazníku.

V tabulce č. 8 (viz dále) jsou tučně zvýrazněny statisticky významné korelace faktorů neuroticismus, extraverte, otevřenost novým zkušenostem, přívětivost a svědomitost s celkovým skórem vyhoření, ale i korelace mezi jednotlivými faktory.

Díky korelacím tedy nacházíme vztahy, které si níže podrobněji rozebereme podle hypotéz, které jsme si stanovili.

a) Hypotéza č. 5:

Charakteristiky pětifaktorového osobnostního modelu souvisí s celkovým skórem vyhoření.

Hypotéza č. 5a:

Na vyhoření u psychiatrických zdravotních sester má vliv míra neuroticismu (N).

Závěr: Korelace neuroticismu a vyhoření se jeví jako statisticky významná (zvýrazněno tučně v tabulce č. 8). Protože je však tato korelace ohrožena vlivem outlierů (krajních bodů), které bylo odhaleno bodovým grafem (scatterem) v programu Statistica, použila jsem i Spearmanův korelační koeficient (v tabulce č. 9), který nám udává přesnější korelační koeficient. Dle Spearmanova koeficientu korelace vyhoření s neuroticismem není vztah statisticky významný (není zvýrazněna tučně). Můžeme se tedy domnívat, že neuroticismus sice s vyhořením souvisí, ale v našem malém vzorku 38 zdravotních sester jsme to nedokázali. Hypotézu č. 5a **zamítáme**.

Hypotéza č. 5b:

Na vyhoření u psychiatrických zdravotních sester má vliv míra extraverte (E).

Závěr: Korelace v tabulce č. 8 ukazuje, že extraverte statisticky významně koreluje s celkovým skórem vyhoření. Jejich korelační vztah je však se znaménkem minus, tzn. že existuje vztah: čím nižší skóre extraverte (tedy vyšší introverze), tím vyšší skóre vyhoření. Můžeme tedy říct, že introverze souvisí s celkovým skórem vyhoření zdravotních sester. Znovu jsem udělala scatter těchto dvou proměnných a zjistila nelineární rozložení sebraných dat. Proto jsem opět využila Spearmanova korelačního

koeficientu (tučně zvýrazněný v tabulce č. 9) a zjistila jsem, že tato korelace je opravdu statisticky významná (vztah -0,39). Hypotézu č. 5b tedy **potvrzuji**.

Hypotéza č. 5c:

Na vyhoření u psychiatrických zdravotních sester má vliv míra svědomitosti (S).

Závěr: Korelace vyhoření a svědomitosti v tabulce č. 8 nebyla shledána statisticky významná. Ani Spearmanův neparametrický koeficient korelace tuto významnost neprokázal. Můžeme tedy říct, že tento výzkum neprokázal přímou souvislost mezi celkovým skórem vyhoření zdravotních sester na psychiatrii a skórem jejich svědomitosti.

Tabulka č. 8: Korelace pěti faktorů NEO-FFI a celkového skóru vyhoření.

	Průměry	N	E	O	P	S	Vyhoření
N	19,63	1	-0,37	0,12	-0,58	-0,44	0,32
E	31,68	-0,37	1	0,26	0,13	0,27	-0,35
O	23,47	0,12	0,26	1	0,10	-0,07	0,25
P	33,15	-0,58	0,13	0,10	1	0,23	-0,06
S	34,10	-0,44	0,27	-0,07	0,23	1	-0,06
Vyhoření	20,23	0,32	-0,35	0,25	-0,065	-0,06	1

Tabulka č. 9: Spearmanovy neparametrické koeficienty korelací.

	N	E	O	P	S	Vyhoření
N	1	-0,44	0,05	-0,61	-0,46	0,26
E	-0,44	1	0,13	0,05	0,24	-0,39
O	0,05	0,13	1	-0,08	-0,12	0,14
P	-0,61	0,05	-0,08	1	0,29	-0,03
S	-0,46	0,25	-0,12	0,29	1	-0,08
Vyhoření	0,27	-0,39	0,15	-0,03	-0,08	1

V tabulce č. 9 si můžeme všimnout i statisticky významných korelací mezi jednotlivými faktory NEO vzájemně. Můžeme se pouze domnívat, zda existuje nějaká souvislost mezi povoláním zdravotní sestry a korelacemi v jejích osobnostních charakteristikách. V tabulce vidíme především významnou korelaci mezi neuroticismem, extraverci a svědomitostí.

b) Hypotéza č. 6:

Faktory osobnostního dotazníku NEO-FFI souvisí s rovinami vyhoření u psychiatrických zdravotních sester.

- **Neuroticismus**

Tabulka č. 10: Spearmanovy neparametrické koeficienty neuroticismu a 4 rovin vyhoření.

	N	R	E	T	S
Neuroticismus	1	0,38	0,15	0,13	0,39
Rozumová rovina SV	0,38	1	0,47	0,48	0,74
Emoční rovina SV	0,15	0,47	1	0,78	0,52
Tělesná rovina SV	0,13	0,48	0,78	1	0,35
Sociální rovina SV	0,39	0,74	0,52	0,35	1

Jelikož scatterem bylo zjištěno, že rozložení získaných dat je nelineární, byl použit neparametrický Spearmanův koeficient korelace mezi neuroticismem a všemi rovinami vyhoření. Jak je vidět v tabulce č. 10, neuroticismus koreluje **s vyhořením v rozumové (kognitivní) i sociální rovině** (vztahy, sociální opora).

Oba vztahy jsou kladné a nepříliš silné. Můžeme tedy říci, že výše skóre ve škále neuroticismu přímo souvisí s vyšší skóru vyhoření v rovině rozumové i sociální a naopak.

- **Extraverze**

Tabulka č. 11: Korelace extraverze se 4 rovinami vyhoření.

	Průměry	Ex	R	E	T	S
Extraverze	31,68	1	-0,33	-0,33	-0,14	-0,35
Rozumová rovina SV	4,92	-0,33	1	0,45	0,38	0,78
Emoční rovina SV	5,65	-0,33	0,45	1	0,77	0,54
Tělesná rovina SV	5,81	-0,14	0,38	0,77	1	0,38
Sociální rovina SV	3,84	-0,35	0,78	0,54	0,38	1

Tabulka č. 12: Spearmanovy neparametrické koeficienty extraverze a 4 rovin vyhoření.

	Ex	R	E	T	S
Extraverze	1	-0,35	-0,39	-0,25	-0,42
Rozumová rovina SV	-0,35	1	0,46	0,48	0,74
Emoční rovina SV	-0,39	0,46	1,00	0,78	0,52
Tělesná rovina SV	-0,25	0,48	0,78	1	0,34
Sociální rovina SV	-0,42	0,74	0,52	0,34	1

V tabulce korelací extraverte se čtyřmi rovinami vyhoření (tabulka č. 11) můžeme vidět tučně zvýrazněné statisticky významné korelace extraverte s **rozumovou, emocionální i sociální rovinou vyhoření**. To potvrzuje i tabulka č. 12 a její Spearmanovy neparametrické koeficienty (použity pro nelineární rozložení výzkumného vzorku).

Vztah extraverte a **rozumové roviny** vyhoření je statisticky významný, středně těsný a označen znaménkem mínus, to znamená, že čím vyššího skóru ve škále extraverte zdravotní sestra dosáhla, tím **NIŽŠÍ** byl u ní skór vyhoření v rovině rozumové (kognitivní).

Vztah extraverte a **emocionální roviny** vyhoření je velmi podobný vztahu extraverte s rozumovou rovinou. Vztah je statisticky významný, středně silný se znaménkem mínus. Čím vyšší skór ve škále extraverte zdravotní sestra dosáhla, tím **NIŽŠÍ** skór byl naměřen v emocionální rovině vyhoření.

Vztah extraverte a **sociální roviny** vyhoření byl také označen Statisticou jako statisticky významný, středně silný. Znaménko mínus opět naznačuje, že čím vyšší skór byl naměřen ve škále extraverte, tím **NIŽŠÍ** skór byl naměřen v sociální rovině vyhoření.

Můžeme tedy říct, že nízký skór ve škále extraverte (tzn. spíše intorverze) může značit vztah s vyhořelostí v rozumové, emocionální a sociální rovině.

- **Otevřenost novým zkušenostem**

Tabulka č. 13: Spearmanovy neparametrické koeficienty otevřenosti a 4 rovin vyhoření.

	O	R	E	T	S
Otevřenost	1	0,02	0,33	0,27	0,09
Rozumová rovina SV	0,02	1	0,46	0,48	0,74
Emoční rovina SV	0,33	0,46	1	0,78	0,52
Tělesná rovina SV	0,27	0,48	0,78	1	0,34
Sociální rovina SV	0,09	0,74	0,52	0,34	1

Tabulka č. 13 představuje neparametrické koeficienty korelace (N= pouze 38) otevřenosti novým zkušenostem se čtyřmi rovinami vyhoření. Statisticky významný vztah byl odhalen pouze mezi otevřeností a **emocionální rovinou vyhoření**. Tento vztah je středně silný, s kladným znaménkem. Znamená tedy, že vyšší skór dosažený v NEO-FFI ve škále otevřenosti novým zkušenostem souvisí s mírou vyhoření

v emocionální rovině. Čím větší otevřenost novým zkušenostem, tím spíše může zdravotní sestra vyhořet především v emocionální rovině vyhoření.

- **Přívětivost**

Nebyl nalezen žádný statisticky významný vztah mezi přívětivostí a rovinami vyhoření.

- **Svědomitost**

Tabulka č. 14: Spearmanovy neparametrické koeficienty svědomitosti a 4 rovin vyhoření.

	S	R	E	T	Soc.
Svědomitost	1	-0,29	-0,06	-0,049	-0,03
Rozumová rovina SV	-0,29	1	0,47	0,48	0,74
Emoční rovina SV	-0,06	0,47	1	0,78	0,52
Tělesná rovina SV	-0,05	0,48	0,78	1	0,35
Sociální rovina SV	-0,03	0,74	0,52	0,35	1

V korelaci škály svědomitosti v dotazníku NEO-FFI nebyl shledán statisticky významný vztah (korelace) s žádnou ze čtyř rovin vyhoření (R, E, T, Soc.).

DISKUZE

Ve své bakalářské práci se zabývám syndromem vyhoření u zdravotních sester. Především se soustředím na sestry působící na psychiatrickém oddělení. Výzkumné šetření bylo **provedeno** v Psychiatrické léčebně U Honzíčka v Písku, v Psychiatrické léčebně Lnáře, v Dětské psychiatrické léčebně Opařany a kontrolní vzorek nepsychiatrických zdravotních sester byl tvořen zaměstnankyněmi Nemocnice ve Strakonici a Nemocnice v Českých Budějovicích.

Při distribuci dotazníků jsem se ve všech zařízeních setkala s velkou ochotou především hlavních nebo vrchních zdravotních sester, které souhlasily s administrací. Domluvily jsme se i na zaslání výsledků výzkumu do jejich zařízení. Rozdala jsem 80 dotazníků, 70 se mi jich vrátilo kompletně vyplněných. **Návratnost** tedy činila 87,5 %.

V první části výzkumu jsem se zabývala analýzou celého zkoumaného vzorku (N=70). Soustředila jsem se na souvislost syndromu vyhoření s věkem zdravotních sester. Při statistickém zpracování se mi neukázala žádná statisticky významná korelace, ale tento výsledek byl ovlivněn především malým počtem respondentek. Dosáhla jsem tedy rozdílného výsledku oproti výzkumu Šlaisové (in Bartošíková, 2006). Ta provedla výzkum na vzorku 84 zdravotních sester a výsledkem došla k závěru, že nejohroženější věkovou skupinou je kategorie 18-29 let. Sestry v tomto věku se jevíly zranitelnější, bez dostatku zkušeností se zvládáním náročných situací.

Dále mě zajímal rozdíl mezi celkovým skórem vyhoření u zdravotních sester na psychiatrii ve srovnání s jiným oddělením. Došla jsem k závěru, že psychiatrické sestry jsou v průměru méně vyhořelé než sestry z jiných oddělení. Průměrné vyhoření na psychiatrii bylo 20,23 a u jiných oddělení (celkový průměr) byl 24,29. V další analýze bylo zjištěno, že zdravotní sestry z psychiatrického oddělení byly méně vyhořelé ve všech rovinách vyhoření dle Tošnerových ve srovnání se všemi jinými zkoumanými odděleními. Podobným výzkumem se v roce 2004 zabýval **Hosák**. Provedl šetření na psychiatrii. Zjistil, že psychiatrické zdravotní sestry jsou méně vyhořelé než sestry pracující na interním oddělení. Tyto výsledky dával do souvislosti s větší edukovaností v oblasti syndromu vyhoření u psychiatrických sester. Proto jsem se v další části výzkumu i dotazníku zaměřila na možnost vzdělávání sester v oblasti syndromu vyhoření.

Na základě **Hosákova** výzkumu jsem se rozhodla zařadit do dotazníku i údaje o možnosti účasti na seminářích nebo školeních o syndromu vyhoření. Zajímala jsem se i o to, zda se sestry opravdu účastnily a jestli jim to subjektivně „něco dalo“. Odhalila jsem, že psychiatrické sestry mají opravdu větší možnost zúčastnit se **školení** nebo semináře o syndromu vyhoření (84% z dotázaných sester na psychiatrii a pouze 53% sester z ostatních oddělení). Zúčastnilo se 74% sester z psychiatrie a pouze 41% z ostatních oddělení. Problém vidím v subjektivním posouzení spokojenosti se školením. Pouze 29% ze zúčastněných zdravotních sester z psychiatrického oddělení bylo spokojeno se školením a „něco jim to dalo“. Především přehled, informace, možnost posouzení vlastního stavu, atp. Můžeme se pouze domnívat, že větší možnost edukace v oblasti syndromu vyhoření ovlivnila nižší skóre vyhoření u sester z psychiatrického oddělení. Musíme si však uvědomit, že edukace není jedinou proměnnou, která ovlivňuje vznik syndromu vyhoření. I bez prokázání přímé souvislosti edukace a vyhoření však může apelovat na ředitele nemocnic a jiné zaměstnavatele, aby poskytli dostatek školení a seminářů o syndromu vyhoření všem svým zaměstnancům bez ohledu na oddělení, na kterém pracují. Samozřejmě je důležitá i kvalita těchto školení.

Ve druhé části výzkumu jsem se zabývala nejprve souvislostmi celkového skóru vyhoření s jednotlivými faktory pěti osobnostních charakteristik dotazníku NEO-FFI. Statisticky významný se ukázal pouze vztah mezi vyhořením a extravertí. Nepotvrdily se hypotézy souvislosti vyhoření s neuroticismem a svědomitostí zdravotních sester na psychiatrii.

Při korelační analýze jsem si všimla statisticky významných vzájemných korelací mezi **jednotlivými škálami pětifaktorového osobnostního dotazníku**. Ukázala se souvislost mezi neuroticismem a přívětivostí, neuroticismem a svědomitostí a neuroticismem a extravertí. Korelace byla provedena pouze na vzorku psychiatrickým sester (N=38). Můžeme se tedy domnívat, že tyto statisticky významné korelace můžou existovat u většiny zdravotních sester obecně. Korelace mezi jednotlivými škálami osobnosti by mohly souviset s povoláním zdravotní sestry. Pro potvrzení nebo vyvrácení této hypotézy by byl potřebný mnohem větší výzkumný vzorek.

V neposlední řadě jsem se zaměřila na odhalení vztahů mezi škálami **NEO-FFI a jednotlivými rovinami vyhoření**. Odhalila jsem, že neuroticismus souvisí s rozumovou a sociální rovinou, extraverte souvisí s rozumovou, sociální i emocionální rovinou, otevřenost novým zkušenostem je ve statisticky významném vztahu s emocionální rovinou vyhoření. Mezi svědomitostí, přívětivostí a rovinami vyhoření nebyl nalezen žádný statisticky významný vztah.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je tvořena dvěma částmi - teoretickou a empirickou. Cílem teoretické části bylo čtenáře seznámit s pojmem syndromu vyhoření, s jeho fázemi, projevy, prevencí a možnostmi léčby. Jelikož syndrom vyhoření souvisí nejen s vnějšími vlivy, ale především s osobnostními charakteristikami dané osoby, zaměřila jsem se na předpoklady v osobnosti, které mohou predisponovat vznik vyhoření. Výzkum je soustředěn na psychiatrické zdravotní sestry. Věnovala jsem se přímo jejich práci a rizikům, které s ní souvisí.

Empirická část se skládá ze dvou částí. V té první jsem se věnovala srovnání míry vyhoření u zdravotních sester na psychiatrii a kontrolního vzorku (z jiného než psychiatrického oddělení). Soustředila jsem se i na vztahy vyhoření a věku zdravotních sester, vyhoření a délky praxe ve zdravotnictví a na současném pracovišti. Důležitou součástí šetření bylo také zjistit, jak edukace (školení o syndromu vyhoření) subjektivně pomáhá sestrám zvládat projevy vyhoření.

Druhá část empirické části byla zaměřena především na odhalení spojitostí a vztahů mezi škálami pětifaktorového dotazníku NEO-FFI (neuroticismus, extraverte, otevřenost novým zkušenostem, přívětivost a svědomitost) a jednotlivými rovinami Inventáře projevů syndromu vyhoření Tošnerových (rozumová, emocionální, tělesná a sociální rovina vyhoření).

Prvním cílem výzkumu bylo zjištění rozdílu celkového skóru vyhoření u zdravotních sester na psychiatrii a kontrolního vzorku sester z jiných oddělení. Stanovená hypotéza se potvrdila – sestry z psychiatrie jsou méně vyhořelé než ostatní. Výzkum nedokázal, že by souvisel věk sestry s vyhořením, avšak tento výsledek je jistě ovlivněn malým vzorkem a celkově nízkými skóry vyhoření, které oslovené sestry vykazovaly. Zabývala jsem se i možností edukace sester na téma syndrom vyhoření. Psychiatrické zdravotní sestry mají větší možnost zúčastnit se takového školení, většinou se ho i účastní, avšak velká „mezera“ je v kvalitě těchto školení.

Druhým cílem empirické části bylo analyzovat vztahy mezi škálami NEO-FFI a rovinami vyhoření. Troufám si říci, že i tento cíl se mi zdařilo splnit.

Věřím, že tato práce bude přínosná především použitím Inventáře projevů syndromu vyhoření manželů Tošnerových. Tento dotazník se dosud nepoužívá v takové míře jako například dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory). Mnou užitý inventář je stručný, což ocení především oslovené zdravotní sestry, které

ho vyplňují, a zároveň je dobře a pochopitelně interpretovatelný. Tuto práci bych doporučila k přečtení nejen zdravotním sestrám, ale i jejich zaměstnavatelům. Právě oni by se měli snažit nabídnout svým zaměstnancům dostatek školení o syndromu vyhoření, aby nemuseli být svědky vyhoření přímo na svých pracovištích.

V budoucnu by bylo zajímavé věnovat se výzkumu soustředěnému na zdravotní sestry a jejich osobnostní predispozice k výkonu právě této pomáhající profese. Výzkumu by se musela účastnit velká řada respondentů, aby zjištěné výsledky byly statisticky významné a zúročitelné například ve vzdělávání sester, připravujících se na výkon povolání.

POUŽITÁ LITERATURA

BALCAR, K. *Úvod do studia psychologie osobnosti*. Chrudim: MACH, 1991.

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BAŠTECKÁ, J. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

DROTÁROVÁ, E., DROTÁROVÁ, L. *Relaxační metody – malá encyklopedie*. Praha: EPOCH, 2003. ISBN 80-86328-12-0.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HOSKOVCOVÁ, S. *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1424-8.

HŘEBÍČKOVÁ, M. *NEO osobnostní inventář* (podle NEO-PI-R P. T. Costy a R. R. McCrae). Praha: Testcentrum, 2004.

HŘEBÍČKOVÁ, M., URBÁNEK, T. *NEO pětifaktorový osobnostní inventář* (podle NEO Five-factor Inventory P. T. Costy a R. R. McCrae). Praha: Testcentrum, 2001.

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření (Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. (2. vyd.) Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1998. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1994. ISBN 8071691216.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6.

PINES, A., ARONSON, E. *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press, 1988. ISBN 0-02-925353-5.

PLHÁKOVÁ, A. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-0871-X.

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

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.

DALŠÍ ZDROJE:

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize, Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

HOSÁK, L., HOSÁKOVÁ, J., ČERMÁKOVÁ, E. *Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků*. Psychiatrie pro praxi, 2005/4, str. 205-206. ISSN 1213-0508.

KOCMANOVÁ, A. *Syndrom vyhoření*. Sestra, 2005/12, str. 20-22. ISSN 1210-0404.

MALLOTOVÁ, K. *Burn-out neboli syndrom vyhoření*. Psychologie dnes, 2000/2, str. 14-15. ISSN 1212-9607.

NOVOTNÁ, H., HLAVÁČOVÁ, M. *Syndrom vyboření bobužel není minulostí*. Sestra, 2004/10, str. 36-37. ISSN 1210-0404.

TOŠNEROVÁ, T., TOŠNER, J. *Burn - Out syndrom: Syndrom vyboření*. Praha: HESTIA, 2002.

www.helcom.cz/download/integrace/037zdrav.pdf

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Počty respondentek podle měst.

Tabulka č. 2: Počty respondentek dle jednotlivých oddělení.

Tabulka č. 3: Korelace věku a celkového skóru vyhoření.

Tabulka č. 4: Korelace délky celkové praxe ve zdravotnictví a praxí na současném oddělení s celkovým skórem vyhoření.

Tabulka č. 5: Porovnání průměrných celkových skóre vyhoření na jednotlivých odděleních.

Tabulka č. 6: Porovnání průměrů jednotlivých rovin vyhoření v závislosti na oddělení.

Tabulka č. 7: Porovnání možnosti účastnit se školení o syndromu vyhoření, účasti na něm a spokojenosti s ním v závislosti na oddělení.

Tabulka č. 8: Korelace pěti faktorů NEO-FFI a celkového skóru vyhoření.

Tabulka č. 9: Spearmanovy neparametrické koeficienty korelací.

Tabulka č. 10: Spearmanovy neparametrické koeficienty neuroticismu a 4 rovin vyhoření.

Tabulka č. 11: Korelace extraverze se 4 rovinami vyhoření.

Tabulka č. 12: Spearmanovy neparametrické koeficienty extraverze a 4 rovin vyhoření.

Tabulka č. 13: Spearmanovy neparametrické koeficienty otevřenosti a 4 rovin vyhoření.

Tabulka č. 14: Spearmanovy neparametrické koeficienty svědomitosti a 4 rovin vyhoření.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Jak se vyvarovat syndromu vyhoření.

Příloha č. 2: Jacobsonova progresivní relaxace a autogenní trénink.

Příloha č. 3: Náplň zdravotní sestry na psychiatrii podle vyhlášky číslo 424/2004.

Příloha č. 4: Inventář projevů syndromu vyhoření.

Příloha č. 5: Charakteristiky jednotlivých osobnostních dimenzí zjišťovaných NEO pětifaktorovým osobnostním inventářem.

Příloha č. 6: Dotazník NEO-FFI.

PŘÍLOHA č. 1:

JAK SE VYVAROVAT SYNDROMU VYHOŘENÍ (Tošnerovi, 2002, str. 14):

1. **Snižte příliš vysoké nároky.** Kdo na sebe i druhé klade neustále příliš vysoké nároky, vystavuje se nebezpečí stresu. Přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybující.
2. **Nepropadejte syndromu pomocníka.** Vyhněte se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Pohybuje se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem. Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno. Čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní.
3. **Naučte se říkat NE.** Nenechávejte se přetěžovat. Řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na vás nakládáno příliš. Myslete někdy také na sebe.
4. **Stanovte si priority.** Nemusíte být všude a vždy. Nevyplývejte svou energii na nesčetné aktivity. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberete jako podstatné.
5. **Dobrý plán ušetří polovinu času.** Zacházejte rozumně se svým časem. Rozdělte si rovnoměrně práci. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout. Snažte se vyhnout odkládání práce.
6. **Dělejte přestávky.** Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné činnosti do druhé.
7. **Vyjadřujte otevřeně své pocity.** Pokud se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to tak, abyste sami necitlivě nezasáhli druhého.
8. **Hledejte emocionální podporu.** Sdělená bolest, poloviční bolest. Najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vylíčit svoje problémy.
9. **Hledejte věcnou podporu.** Všechny problémy nemůžete vyřešit sami. Není nutné lámat si hlavu se vším sám. Pohovořte si s kolegyněmi a kolegy, požádejte je o radu a návrhy na řešení.

- 10. Vyvarujte se negativního myšlení.** Jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“. Položte si otázku: „Co je na mně dobrého?“ Radujte se z toho, co umíte a dokážete. Užívejte také pozitivních stránek života. Vychutnávejte všechno, co podle vás má v životě nějakou hodnotu.
- 11. Předcházejte komunikačním problémům.** Práci si dobře připravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům i výhrůžkám.
- 12. V kritických okamžicích zachovejte rozvahu.** V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si váš manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.
- 13. Následná konstruktivní analýza.** Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhněte alternativy řešení. Zapojte do rozboru kolegyně a kolegy.
- 14. Doplnujte energii.** Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku. Věnujte se činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.
- 15. Vyhledávejte věcné výzvy.** Buďte otevření novým zkušenostem, dále se uče a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.
- 16. Využívejte nabídek pomoci.** Jestliže máte pocit, že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřízených supervizi vaší práce.
- 17. Zajímejte se o své zdraví.** Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost.

PŘÍLOHA č. 2:

JACOBSONOVA PROGRESIVNÍ RELAXACE a AUTOGENNÍ TRÉNINK

(Drotárová, 2003):

Jacobsonova relaxace se skládá ze šesti základních cviků:

- Uvolnění rukou a paží
- Uvolnění obličeje
- Uvolnění šíje, ramen a horní části zad
- Uvolnění hrudi, břicha a zad
- Uvolnění beder, stehů a lýtek
- Uvolnění celého těla

Jacobsonova progresivní relaxace v praxi:

Nácvik: cca 5 minut každý den, vsedě na pohodlné židli nebo v křesle.

Instrukce:

Důkladně si přečtěte instrukce a naučte se je v daném pořadí nebo požádejte někoho, aby vám je četl. Správný rytmus je 5s napětí a 10-15s uvolnění.

1. Zatněte pravou pěst tak, abyste cítili napětí v pěsti a předloktí... uvolněte.
2. Zatněte levou pěst tak, abyste cítili napětí v pěsti a předloktí... uvolněte.
3. Ohněte pravý loket a zatněte biceps, ruce jsou uvolněné... uvolněte.
4. Ohněte levý loket a zatněte biceps, ruce jsou uvolněné... uvolněte.
5. Natáhněte pravou paži a zatněte triceps... uvolněte.
6. Natáhněte levou paži a zatněte triceps... uvolněte.
7. Nakrčte čelo a zvedněte obočí... uvolněte.
8. Napněte svaly kolem očí... uvolněte.
9. Napněte čelisti tím, že pevně sevřete zuby... uvolněte.
10. Zatlačte jazyk proti patru, rty jsou zavřené, všimněte si napětí v hrdle... uvolněte.
11. Sevřete pevně rty... uvolněte.
12. Zakloňte hlavu, jak nejdál to jde... uvolněte.
13. Zatlačte hlavu proti hrudi... uvolněte.
14. Zvedněte ramena k uším... uvolněte.
15. Dýchejte klidně a pravidelně břichem.

16. Zhluboka se nadechněte, naplňte zcela plíce, zadržte dech, držte... vydechněte a uvolněte.
17. Napněte svaly břicha... uvolněte.
18. Zvedněte zadek nad židli... uvolněte.
19. Napněte hýždě a lýtka tak, že tlačíte nohama do podlahy... uvolněte.
20. Napněte chodidla a tlačte je dolů, prsty nohou tlačte vzhůru... uvolněte.
21. Klidně a pravidelně dýchejte břichem.

AUTOGENNÍ TRÉNINK

Základních 6 fází cvičení (uváděno pro praváky):

0. Pravá ruka je uvolněná, zcela uvolněná, levá ruka je uvolněná.
1. Pravá ruka je těžká, zcela těžká – levá ruka je zcela těžká.
2. Pravá ruka je teplá, levá ruka je teplá.
3. Dýchá mi to klidně a pravidelně.
4. Srdce mi tluč klidně a pravidelně.
5. V břiše se mi rozlévá teplo.
6. Hlava je příjemně chladná.

PŘÍLOHA č. 3: Náplň zdravotní sestry na psychiatrii podle vyhlášky číslo 424/2004.

(1) Psychiatrická sestra vykonává činnosti podle § 48 při péči o pacienty s duševní poruchou a mentálně retardovanými. Přitom zejména:

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. provádí poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace,
2. koordinuje spolupráci mezi lůžkovým zařízením a terénními službami, aktivně pracuje s osobami určenými pacientem, společně vytváří podmínky pro návrat pacientů do vlastního sociálního prostředí,
3. sleduje chování pacientů z hlediska včasného zachycení nastupující krize;

b) pod odborným dohledem lékaře nebo klinického psychologa

1. podílí se na krizové intervenci,
2. podílí se na psychologické pomoci rodině.

(2) Psychiatrická sestra se zaměřením na psychoterapii vykonává činnosti podle odstavce 1 a dále se v rámci psychoterapeutického týmu podílí na zabezpečení psychoterapeutické péče. Přitom zejména:

a) bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje psychoterapeutickou podporu;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie, dětská psychiatrie nebo gerontopsychiatrie nebo na základě indikace

klinického psychologa

1. provádí pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů,
2. zajišťuje psychoterapeutický režim oddělení;

c) pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie, dětská psychiatrie nebo gerontopsychiatrie nebo klinického psychologa provádí skupinovou psychoterapii.

(3) Psychiatrická sestra se zaměřením na komunitní péči vykonává činnosti podle odstavce 1 při péči o pacienty s duševní poruchou nebo mentální retardací v jejich vlastním sociálním prostředí. Přitom zejména:

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. koordinuje spolupráci mezi lůžkovými a terénními službami, včetně služeb sociálních a svépomocnými skupinami,
2. podílí se na začlenění pacientů s duševním onemocněním do vlastního sociálního prostředí i za využití komplementárních center (ubytovny, domovy, chráněná bydlení, chráněné dílny, kontaktní centra a denní centra);

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádí návštěvní službu a domácí zdravotní péči u ambulantně léčených pacientů s duševní poruchou, kontroluje dodržování léčebného režimu, hodnotí známky zhoršování onemocnění, zda zejména pacienti nejsou nebezpeční sobě nebo svému okolí; o svých zjištěních informuje lékaře a v případě nebezpečí z prodlení zajišťuje nezbytná opatření.

Zdroj: www.helcom.cz/download/integrace/037zdrav.pdf

PŘÍLOHA č. 4: INVENTÁŘ SYNDROMU VYHOŘENÍ.

(Tošner, Tošnerová, 2002)

Zaškrtněte u každé položky,

do jaké míry se Vás to týká:

vždy často někdy zřídka nikdy

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

PŘÍLOHA č. 5: Charakteristiky jednotlivých osobnostních dimenzí zjišťovaných NEO pětifaktorovým osobnostním inventářem (Hřebíčková, Urbánek, 2001).

Lidé s vysokým skórem	Škála	Lidé s nízkým skórem
Napjatý Neklidný Nejistý Nervózní Labilní Hypochondrický	Neuroticismus: Zjišťuje míru přizpůsobení nebo emocionální nestabilitu, neuroticismus. Rozlišuje jedince náchylné k psychickému vyčerpání a nereálných ideálům od jedinců vyrovnaných a vůči psychickému vyčerpání odolných.	Klidný Relaxovaný Vyrovnaný Stabilní Sebejistý Spokojený Uvolněný
Sociabilní Aktivní Povídatý Optimistický Zábavný Orientovaný na lidi	Extraverze: Zjišťuje kvalitu a kvantitu interpersonálních interakcí, úroveň aktivace, potřebu stimulace.	Uzavřený Vážný Mlčenlivý Orientovaný na úkoly Tichý
Zvědavý Všestranné zájmy Originální Imaginativní Tvořivý Pokrokový	Otevřenost vůči zkušenosti: Zjišťuje aktivní vyhledávání nových zážitků; toleranci k neznámému a jeho objevování	Konvenční Přízemní Úzké zájmy Neanalytický Neumělecký
Konzervativní Dobrosrdečný Laskavý Důvěryhodný Pomáhající Upřímný Důvěřivý	Přívětivost Zjišťuje kvalitu interpersonální orientace na kontinuu od soucítění po nepřátelskost v myšlenkách, pocitech a činech.	Cynický Surový Podezřavý Nespolupracující Pomstychtivý Bezcitný

Spolehlivý	Svědomitost	Nespolehlivý
Pracovitý	Zjišťuje individuální	Líný
Disciplinovaný	úroveň při organizaci,	Bezcílný
Přesný	motivaci a vytrvalosti na cíl	Nedbalý
Puntičkářský	zaměřeného chování.	Lhostejný
Pořádkumilovný	Odlišuje spolehlivé, na	Bez vůle
Náročný na sebe	sebe náročné lidi od těch,	Požitkářský
	kteří jsou lhostejní a	
	nedbalí.	

PŘÍLOHA č. 6: Dotazník NEO-FFI (Testcentrum Praha).

- 2 -

①	②	③	④	
vůbec nevystihuje výpověď Vás vůbec nevystihuje	spíše nevystihuje výpověď Vás spíše nevystihuje	neutrální ani výstižná ani nevýstižná výpověď	spíše vystihuje výpověď Vás spíše vystihuje	úplně vystihuje výpověď Vás úplně vystihuje

- Nakolik mě vystihuje
tato výpověď?
- | | vůbec
nevystihuje | ① | ② | ③ | úplně
vystihuje |
|--|----------------------|---|---|---|--------------------|
| 1. Obvykle si nedělám starosti. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 2. Mám rád(a) kolem sebe mnoho lidí. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 3. Nerad(a) ztrácím čas denním sněním. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 4. Snažím se být zdvořilý(á) ke každému, s kým se setkám. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 5. Své věci udržuji v pořádku a čistotě. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 6. Často se cítím horší než ostatní. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 7. Snadno se rozesměji. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 8. Neměním vyzkoušené způsoby, jak něčeho dosáhnout. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 9. Často se dostanu do sporu se svou rodinou
nebo spolupracovníky. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 10. Svůj čas si dovedu dobře zorganizovat tak,
abych vyřídil(a) všechny nutné záležitosti. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 11. Pokud jsem vystaven(a) velkému stresu, mám občas pocit,
že se zhroutím. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 12. Nepovažuji sám (sama) sebe za příliš veselého (veselou). | ① | ② | ③ | ④ | |
| 13. Jsem fascinován(a) motivy, které nalézám v umění a v přírodě. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 14. Někteří lidé si o mně myslí, že jsem sobecký(a) a egoistický(a). | ① | ② | ③ | ④ | |
| 15. Nejsem příliš systematickým člověkem. | ① | ② | ③ | ④ | |
| 16. Málokdy se cítím osamělý(á) nebo smutný(á). | ① | ② | ③ | ④ | |
| 17. Velmi rád(a) se bavím s jinými lidmi. | ① | ② | ③ | ④ | |



	Nakolik mě vystihuje tato výpověď?				
	všec nevystihuje				úplně vystihuje
18. Je zbytečné, aby člověk naslouchal rozdílným názorům, protože si z nich stejně nedovede žádný vybrat.	0	1	2	3	4
19. Raději bych s ostatními spolupracoval(a), než soupeřil(a).	0	1	2	3	4
20. Pokouším se o splnění všech svěřených úkolů s maximální svědomitostí.	0	1	2	3	4
21. Často se cítím napjatý(á) a nervózní.	0	1	2	3	4
22. Jsem rád(a) tam, kde se něco děje.	0	1	2	3	4
23. Poezie na mě má malý nebo žádný účinek.	0	1	2	3	4
24. Vůči záměrům druhých jsem nedůvěřivý(á) a rezervovaný(á).	0	1	2	3	4
25. Mám přesně vymezené cíle a pracuji systematicky na jejich dosažení.	0	1	2	3	4
26. Někdy se cítím zcela bezcenný(á).	0	1	2	3	4
27. Raději bývám sám (sama) než ve společnosti.	0	1	2	3	4
28. Mám-li možnost, rád(a) si dávám nová nebo cizokrajná jídla.	0	1	2	3	4
29. Když to člověk dovolí, tak ho ostatní lidé zneužijí pro své cíle.	0	1	2	3	4
30. Promarním mnoho času, než se pustím do práce.	0	1	2	3	4
31. Málokdy pocítím strach nebo úzkost.	0	1	2	3	4
32. Často mám pocit, že překypuji energií.	0	1	2	3	4
33. Málokdy si u sebe povšimnu nálad nebo pocitů vyvolaných okolními vlivy.	0	1	2	3	4
34. Většina lidí, které znám, mě má ráda.	0	1	2	3	4
35. Pracuji tvrdě na dosažení svých cílů.	0	1	2	3	4
36. Často mě rozčílí, jak se mnou lidé jednají.	0	1	2	3	4
37. Jsem radostný, dobře naladěný člověk.	0	1	2	3	4
38. Při řešení závažných životních situací se řídím názory autorit.	0	1	2	3	4
39. Někteří lidé mne považují za chladného (chladnou) a vypočítavého (vypočítavou).	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
vůbec nevystihuje	spíše nevystihuje	neutrální	spíše vystihuje	úplně vystihuje

- 4 -

Nakolik mě vystihuje
tato výpověď?

	vůbec nevystihuje				úplně vystihuje
40. Pokud něco slíbím, vždy to dodržím.	0	1	2	3	4
41. Pokud se něco nedaří, až příliš často se tím nechávám odradit a mám pocit, že to vzdám.	0	1	2	3	4
42. Nejsem příliš optimistický(á).	0	1	2	3	4
43. Při čtení poezie či pohledu na umělecké dílo mi někdy naskakuje husí kůže a pociťuji mrazení.	0	1	2	3	4
44. Ve svých postojích jsem tvrdošíjný(á) a neústupný(á).	0	1	2	3	4
45. Někdy na mne není takové spolehnutí, jaké by mělo být.	0	1	2	3	4
46. Málokdy jsem smutný(á) a depresivní.	0	1	2	3	4
47. Často žiji v rychlém tempu.	0	1	2	3	4
48. Nemám zájem hloubat o podstatě světa nebo smyslu existence člověka.	0	1	2	3	4
49. Obvykle se snažím být ohleduplný(á) a citlivý(á).	0	1	2	3	4
50. Jsem výkonný(á) a svou práci vždy zvládnou.	0	1	2	3	4
51. Často se cítím bezmocný(á) a potřebuji někoho, kdo by mi pomohl vyřešit mé problémy.	0	1	2	3	4
52. Jsem velmi aktivní.	0	1	2	3	4
53. Toužím po poznání a vědomostech.	0	1	2	3	4
54. Pokud někoho nemám rád(a), dám to dotyčnému najevo.	0	1	2	3	4
55. Snad nikdy nebudu schopen (schopna) uspořádat si své záležitosti.	0	1	2	3	4
56. Někdy se tak stydím, že bych se nejraději neviděl(a).	0	1	2	3	4
57. Nebaví mě vést druhé lidi.	0	1	2	3	4
58. Často si rád(a) pohrávám s teoriemi nebo abstraktními myšlenkami.	0	1	2	3	4
59. Je-li to nutné, neváhám manipulovat lidmi, abych dosáhl(a) toho, čeho chci.	0	1	2	3	4
60. Usiluji o dokonalost ve všem, co dělám.	0	1	2	3	4