

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Petra Doležalová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**BURN-OUT SYNDROM U NELÉKAŘSKÝCH
ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2016

Prohlášení

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

V Plzni dne 23. 3. 2016.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem dotazovaným, za pečlivé vyplnění dotazníků.

Anotace

Příjmení a jméno: Petra Doležalová

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Burn-out syndrom u nelékařských zdravotnických pracovníků

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 81

Počet stran – nečíslované: 9

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 45

Klíčová slova: nelékařský zdravotnický pracovník, burn-out syndrom, Maslach Burn-out Inventory

Souhrn:

Bakalářská práce se věnuje problematice Burn-out syndromu u nelékařských zdravotnických pracovníků. Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Kapitoly se věnují nelékařským zdravotnickým pracovníkům, burn-out syndromu a jeho prevenci. Praktická část bakalářské práce je zpracována na základě výsledků kvantitativního výzkumného šetření pomocí dotazníku. Výzkumné šetření bakalářské práci porovnává stupeň zatížení ošetrovatelského personálu v sociálním a nemocničním zařízení a hodnotí stupeň burn-out syndromu ve složkách depersonalizace, emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení u práce.

Annotation

Surname and name: Petra Doležalová

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Burn-out syndrom among paramedical staff

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 81

Number of pages – unnumbered: 9

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 45

Keywords: paramedical staff, burn-out syndrome, Maslach Burn-out Inventory

Summary:

The bachelor thesis deals issues with burn-out syndrome among paramedical staff. The thesis contains theoretical and practical part. Chapters are devoted to paramedical staff, burn-out syndrome and prevention. The practical part is processed on the basis of the results of research. Research compares social facilities and medical devices and assesses the degree of burn-out syndrome in folders depersonalization, emotional exhaustion and personal satisfaction at work.

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 9 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK..... | 11 |
| 1.1 Definice..... | 11 |
| 1.2 Role nelékařského zdravotnického pracovníka | 11 |
| 1.3 Odborná způsobilost | 12 |
| 2 BURN-OUT SYNDROM..... | 13 |
| 2.1 Definice burn-out syndromu | 13 |
| 2.2 Historie..... | 13 |
| 2.3 Rizikové faktory | 15 |
| 2.4 Příznaky a projevy | 15 |
| 2.5 Fáze..... | 17 |
| 2.5.1 Entuziasmus..... | 18 |
| 2.5.2 Stagnace..... | 18 |
| 2.5.3 Frustrace | 18 |
| 2.5.4 Apatie | 18 |
| 2.5.5 Vyhoření | 19 |
| 2.6 Diagnostika | 20 |
| 2.7 Stres | 21 |
| 2.7.1 Druhy stresu..... | 21 |
| 2.7.2 Příznaky | 21 |
| 2.7.3 Stresor..... | 22 |
| 2.7.4 Stres ve zdravotnické profesi..... | 23 |
| 2.7.5 Stresové reakce | 23 |
| 2.7.6 Vliv stresu..... | 24 |
| 2.8 Komunikační dovednosti nelékařského zdravotnického pracovníka..... | 24 |
| 3 PREVENCE BURN-OUT SYNDROMU | 27 |
| 3.1 Preventivní postupy | 27 |
| 3.1.1 Prevence burn-out syndromu..... | 28 |
| 3.1.2 Další možnosti prevence..... | 28 |
| 3.1.3 Prevence na pracovišti | 29 |
| 3.2 Antistresové techniky | 30 |
| 3.3 Motivace zdravotnického pracovníka | 31 |
| 3.4 Možnosti pomoci u burn-out syndromu..... | 32 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 34 |

| | | |
|--------|--|----|
| 4 | FORMULACE PROBLÉMU | 34 |
| 5 | CÍL VÝZKUMU | 35 |
| 6 | OPERACIONALIZACE POJMŮ | 37 |
| 7 | CHARAKTERISTIKA SOUBORU..... | 38 |
| 8 | METODA SBĚRU DAT | 39 |
| 9 | ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 40 |
| 10 | ANALÝZA ÚDAJŮ | 41 |
| 10.1 | Část A..... | 42 |
| 10.2 | Část B | 45 |
| 10.2.1 | Rozdělení podle věku | 47 |
| 10.2.2 | Rozdělení podle doby péče o nemocné | 51 |
| | PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ..... | 56 |
| | DISKUZE | 60 |
| | ZÁVĚR..... | 63 |
| | LITERATURA A PRAMENY | 65 |
| | SEZNAM ZKRATEK | 69 |
| | SEZNAM TABULEK | 70 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 71 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 73 |
| | PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK | 74 |
| | PŘÍLOHA 2: VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU..... | 78 |
| | PŘÍLOHA 3: ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V SOUVISLOSTI S BAKALÁŘSKOU PRACÍ | 79 |
| | PŘÍLOHA 4: EDUKAČNÍ LETÁK..... | 82 |
| | PŘÍLOHA 5: OBSAH PŘEDNÁŠKY | 83 |
| | PŘÍLOHA 6: PREZENCE NA PŘEDNÁŠCE V DPS V ÚJEZDCI | 84 |
| | PŘÍLOHA 7: AUTOGENNÍ RELAXAČNÍ TRÉNINK PROFESORA SCHULTZE..... | 85 |
| | PŘÍLOHA 8: PREVENCE BURN-OUT OD TOŠNEROVÝCH..... | 86 |
| | PŘÍLOHA 9: TABULKA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ | 87 |

ÚVOD

„Oheň může hořet, ale i vyhasínat, dohořívát a nakonec vyhořet. Láska může kvést, může být vřelá, může však též vychladnout. Nadšení může bouřit, může však též utichnout.“

V Třebenicích dne 19. března 2011

prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, Csc.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na Burn-out syndrom u nelékařských zdravotnických pracovníků. Problematika je v současné době velmi aktuální z důvodu narůstajících požadavků na zdravotnické asistenty a všeobecné sestry, v oblasti ošetrovatelské praxe. Nejčastěji je burn-out syndrom spojován právě se zmíněnými zdravotnickými pracovníky.

Motivací bakalářské práce byla předešlá zkušenost, kdy jsem byla na částečný úvazek zaměstnána v Domově pro seniory. Zde bylo mnoho nelékařských zdravotnických pracovníků s několikaletou praxí, kteří nevěděli, co vlastně burn-out syndrom je a jak se bránit jeho vzniku. Další motivací byla praxe v nemocnici na několika odděleních, i zde bylo mnoho pracovníků, vykazujících symptomy burn-out syndromu. V bakalářské práci bych chtěla upozornit na skutečnost, kterou si mnozí z nás nepřipouštějí. Mým cílem práce je zjistit ohrožení nelékařských zdravotnických pracovníků.

Z vlastní zkušenosti z ošetrovatelské praxe vím, že na nelékařské zdravotnické pracovníky jsou kladeny neustále vyšší a vyšší nároky, jak ze strany klientů, tak se strany nadřízených a lékařů. Jsou v neustálém kontaktu s klientem. Dostávají se často do situací, ve kterých je nutné rychle a správně jednat, očekává se od nich stoprocentní výkon a obvykle pracují ve velkém psychickém napětí. Od nelékařských zdravotnických pracovníků se ale očekává mnohem více. Jsou k ruce vždy, kdy klient potřebuje. Prožívají s ním jeho období nemoci, uzdravování, ale mnohdy i umírání. Z osobního prožitku vím, jak důležité pro klienta v době nemoci je pouhé pohlazení po ruce, či vlídné slovo. Nelékařský zdravotnický pracovník musí být profesionálem. Mnohdy lékař klientovi sděluje diagnózu, která klientem není zcela dobře pochopena. Pak se dotazuje právě nelékařského zdravotnického personálu. Ošetřující pracovník sdílí s klientem jeho psychosomatické problémy, v jejichž důsledku se mění chování, a proto je důležité, aby se nelékařský zdravotnický pracovník neustále proškoloval a vzdělával.

Důležité je, aby zdravotničtí pracovníci byli informováni o problematice burn-out syndromu a věděli, na koho se mohou obrátit při potížích, a aby byli seznámeni s prevencí.

Bakalářská práce je zaměřena na vysvětlení pojmu burn-out syndrom od historie až po jeho příznaky, fáze, diagnostiku a dále vliv stresu na zmíněný syndrom. V další kapitole teoretické části se zaměřuji na prevenci burn-out syndromu. Preventivní opatření tohoto syndromu lze odvodit na základě vědomostí rizikových faktorů, zmíněných v této části bakalářské práce. V kapitole prevence burn-out syndromu se dozvíte o možných antistresových a relaxačních metodách, pozitivních prožitcích, ale také o motivaci zdravotnického pracovníka. V práci je uvedeno, kde může najít pomoc, v případě, že nabývá podezření burn-out syndromu.

Dále se věnuji kvantitativnímu výzkumnému šetření, rozdělenému do dvou částí. První část A obsahuje identifikační otázky a část B tvoří standardizovaný dotazník Maslach Burn-out Inventory. Identifikační otázky slouží k rozdělení dotazníků podle pohlaví, věku, odbornosti respondentů, délky péče o nemocné a na jakém pracovišti pracují. Maslach Burn-out Inventory se zaměřuje na jednotlivé složky burn-out syndromu. Výzkumné šetření probíhalo v Domovech pro seniory pod Městským ústavem sociálních služeb v Klatovech a v Klatovské nemocnici a.s. Část B mi napomohla ke zjištění ohrožení burn-out syndromu u respondentů v oblastech emocionální složky, depersonalizace a osobního uspokojení z práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 NELÉKAŘSKÝ ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK

1.1 Definice

Zdravotnickým pracovníkem je každá fyzická osoba, která vykonává zdravotnické povolání, podle zákona č. 96/2004 Sb. Ze zákona vycházejí podmínky k získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických pracovníků. (40, s. 81)

Mezi nelékařský zdravotnický personál se řadí například všeobecná sestra, porodní asistentka, zdravotnický asistent, zdravotnický záchranář a fyzioterapeut.

Nelékařský zdravotnický pracovník musí být zdravotně způsobilý a bezúhonný, což je ten, kdo nespáchal úmyslný trestný čin.

Nelékařský zdravotnický pracovník dbá na práva klientů, která jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů. Mezi jeho povinnosti patří přistupovat ke svému zaměstnání s veškerými dovednostmi a vědomím odpovědnosti za klienty, podporovat zdraví, prevenci nemocí, obnovení zdraví a zmírňování trápení, případně zajistit co nejvíce klidné umírání a důstojnou smrt klienta. (23, s. 308)

1.2 Role nelékařského zdravotnického pracovníka

Role nelékařského zdravotnického pracovníka (NLZP) se měnila postupným rozvojem ošetrovatelství. Pracovník poskytuje klientovi ošetrovatelskou péči formou ošetrovatelského procesu, spolupracuje se všemi členy týmu a aktivně se podílí na rozvoji ošetrovatelské praxe. (32, s. 1)

Světová zdravotnická organizace (WHO) charakterizuje roli nelékařského zdravotnického pracovníka jako *„člověka, pomáhajícího klientům a jejich rodinám dosáhnout co nejlepšího tělesného, duševního a sociálního potenciálu.“* (MZČR 2000)

Nelékařský zdravotnický pracovník hodnotí, plánuje a realizuje profesionální péči v době nemoci klientů a při jejich léčení. Má oprávnění vykonávat podle svých kompetencí práci samostatně jako člen multidisciplinárního týmu. (5, s. 82-83)

Mezi znaky zdravotnického povolání řadíme interakci s lidmi, kdy je nelékařský zdravotnický pracovník v neustálé interakci s lidmi zdravými, nemocnými, ale mnohdy

i umírajícími. Dalšími znaky jsou fyzická a psychická zátěž, práce ve směnném provozu a povinnost mlčenlivosti. (40 s. 62-65)

Nelékařský zdravotnický pracovník odpovídá za kvalitu ošetrovatelské péče. Neustále rozvíjí své kompetence, které spolehlivě uplatňuje v praxi. Jednou z nejvýznamnějších rolí zdravotnického pracovníka je při své práci zachovávat úctu k životu a být empatický, bez ohledu na věk, pohlaví či rasu klienta. (23, s. 308)

Nelékařský zdravotnický pracovník při poskytování odborné péče klientovi by měl respektovat životní hodnoty, návyky a duchovní požadavky klienta. Zohlednit by měl i náboženské přesvědčení klienta. (23, s. 308)

Pro klienta jsou důležité informace, které mu nelékařský zdravotnický pracovník aktivně, na základě jeho znalostí a kompetencí předává. Nelékařský zdravotnický pracovník nesmí nijak zneužít důvěru klienta, měla by být snaha o navození důvěrného vztahu. Informace jsou považovány za důvěrné. Respektují se práva a povinnosti klientů, ale i zdravotnických pracovníků. (5, s. 82-83)

Nelékařský zdravotnický pracovník se aktivně podílí na podporování a rozšiřování zásad zdravého životního stylu, ochrany životního prostředí a objasňuje otázky spojené se zdravotní péčí. (23, s. 309)

1.3 Odborná způsobilost

Nelékařský zdravotnický pracovník (NLZP) musí splňovat požadavky dle vyhlášky č. 39/2005 Sb., která stanovuje základní požadavky na studium, k získání odborné způsobilosti k výkonu NLZP.

Možnosti získání odborné způsobilosti k výkonu povolání nelékařského zdravotnického pracovníka a výkon povolání pod odborným dohledem stanovuje zákon č. 96/2004 Sb. Zákon je definován jako: „*Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*“. (MZČR 2000)

2 BURN-OUT SYNDROM

Slovo syndrom je všeobecně známé jako soubor příznaků. Burn-out, neboli vyhoření, můžeme chápat jako vypálení se, shoření, ale také může mít význam prohry.

2.1 Definice burn-out syndromu

Definice burn-out syndromu bylo napsáno nespočetně mnoho. Sjednocená definice, která by byla všemi uznávaná, bohužel neexistuje. (13, s. 62)

Definováním burn-out syndromu dochází k vyčlenění společných znaků, například vysoké pracovní nasazení, nepřiměřené ohodnocení a hlavně neustálá a náročná interakce s lidmi. (13, s. 62)

Psychologové zabývající se psychickým vyhořením, Ayaly M. Pinesové a Elliota Aronsona (Křivohlavý, 2012) dochází k následujícímu zjištění: *„Burn-out je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.“*

Cesta k burn-out syndromu probíhá individuálně, u každého jedince jinak. Vyhoření je odpovědí na stresovou situaci, která mu předchází. Ta negativně působí tak moc, že by se dotkla téměř každého člověka. (15, s. 12)

Každý člověk má potřebu být hrdinou buď pro své okolí, nebo pro sebe. Překonává spoustu překážek a často má potřebu spojovat se s něčím, co je větší, než on sám. Když zjistí, že něčeho nemůže dosáhnout, projevuje se pocit neúspěchu, vyhoření. *„Burn-out je často důsledkem selhání při hledání smyslu života.“* Křivohlavý (2012). (15, s. 13)

2.2 Historie

Burn-out syndrom byl poprvé definován Herbertem J. Freudenbergerem v roce 1974, ve článku Staff Burn-out, časopisu Journal of Social Issue.

Herbert J. Freudenberger (1926 - 1999), pocházející z Frankfurtu nad Mohanem z Německa, byl americký psycholog, který spolupracoval s lidmi, poskytujícími péči v pomáhajících profesích. Zaměřoval se hlavně na sestry, pracující v paliativní péči.

Největším přínosem Freudenbergera je pochopení a léčba stresu, vyhořívání a zneužívání psychotropních látek. (3, s.9)

Pomáhající profese je činnost jedince, která se zaměřuje na práci s lidmi. Jsou od ní vyžadovány teoretické znalosti a praktické dovednosti. Obvykle jsou spojovány s empatií, schopností interakce a schopností využít praktické dovednosti v praxi. Mezi pomáhající profese patří například všeobecné sestry, lékaři či jiný zdravotnický personál. (38, s. 17-18)

Burn-out syndrom původně označoval jedince, kteří propadli alkoholismu. Později se k těmto lidem připojovali jedinci závislí na drogách. Další skupinou označovanou burn-out byli workoholici, neboli lidé, závislí na své práci. Ztratili pro vše zájem a zaměřili se ke své závislosti. (1, s.2)

Freudenberger v roce 1980 popisuje vyhoření u jedinců, kterým se nepodařilo dosáhnout svých cílů. Cíle obvykle byly nereálné.

Významnou osobností burn-out syndromu je Christina Maslach, americká psychologka, která studovala, jak se jedinec vyrovnává se silně působícími emocemi, v oblasti zdravotní péče. Na počátku 70. let provedla výzkumné šetření u lékařů, sester, sociálních poradců a psychiatrů. Zjistila, že nejvíce zatěžující a stresující je práce s umírajícími lidmi. Časté stresové zážitky ponechávají na jedinci pocit vyčerpání. Našla klienty, kteří pracovali ve zdravotnictví, a to tvořilo základ pro studium Maslachové ve fenoménu burn-out syndrom. (6, s. 20-21)

Maslachová a Freudenberger identifikovali burn-out téměř současně počátkem roku 1970 na opačných koncích Spojených států. Tehdy se jednalo o sociální problém, nikoli o určitý projekt. (6, s. 20-21)

Jedním z problémů výzkumu byla neexistující všeobecně přijatelná definice.

V roce 1980 byla vydána kniha Geraldine Richelson, ve spolupráci s Freudenbergerem, poukazující na burn-out syndrom u pomáhajících profesí.

Přelom 70. a 80. let pozvedl zájem o tento syndrom u lidí, kteří jsou při pracovní činnosti vystaveni častým interakcím s dalšími osobami. (6, s. 20-21)

Burn-out syndrom pramení převážně z tlaku ke splnění zvyšujících se požadavků od druhých jedinců, nebo z důvodu vysoké konkurence být lepší než ostatní v jedné společnosti. (6, s. 21)

2.3 Rizikové faktory

Burn-out syndrom vzniká následkem dlouhodobého, chronického stresu.

Hlavním faktorem pro vznik burn-out syndromu je zvýšené pracovní nasazení, nadměrné pracovní zatížení. Dopad má i pracovní prostředí, pokud se v zaměstnání objevují rušivé vlivy, jako jsou například mobilní telefony. (13, s. 63-64)

Dalším faktorem je nedostatečné uznání, kdy člověk není dostatečně odměněn za provedenou práci. Uznání je důležité pro motivaci, řadíme do něj pochvalu, finanční odměnu či možnost dovolené.

Vliv má i nespravedlivé ohodnocení, kdy člověk není hodnocen podle pracovního nasazení, ale podle oblíbenosti u nadřízeného. (13, s. 63-64)

Mezi další rizika řadíme nepřátelský kolektiv, neochota spolupráce, rivalita, soutěživost až šikana na pracovišti. (13, s. 63-64)

Neutrálními faktory jsou věk, inteligence, stupeň vzdělání či délka praxe. (9 s. 39)

Autorka Venglářová (2010) uvádí, že na rozvoj burn-out syndromu má vliv několik faktorů. Jedním z nich je faktor fyzikální, kam řadíme hluk a světlo. Dalším je fyziologický, zde je například nedostatečný pohyb a přetěžování organismu. Psychickým faktorem je odpovědnost pracovníka, příkladem je sestra odpovídající za klienta, dále nesplněná očekávání a vysoké nároky od nadřízených. Mezi sociální faktory patří konflikty v osobním životě a zhoršení komunikace na pracovišti. Traumatickým faktorem je ztráta zaměstnání, nečekaná životní událost, jako třeba úmrtí blízké osoby či rozvod nebo náhlé onemocnění. Doživotní následky zanechává působení stresu v dětském věku. Mohou se objevovat u dětí týraných, jejichž rodiče byli alkoholově závislí nebo měli přílišné nároky na dítě. (43, s. 52)

2.4 Příznaky a projevy

Příznaky burn-out syndromu se mohou objevit u jedince, který byl nejprve svou prací nadšený, ale postupně u něj zápal ochabl. Neustále na sebe klade vysoké nároky, jak

v práci, tak ve studiu nebo při sportování. Následně pracuje nad úroveň svých schopností, dovedností a kompetencí. Příznaky se mohou objevit především u člověka, který neumí relaxovat, odpočinout si a regenerovat. (15, s. 20)

Křivohlavý (2012) udává: „Člověk, který se propadá do stavu psychického vyhoření, prožívá celou řadu negativních citových stavů a těžkých myšlenek.“ (15, s. 20)

Venglářová (2010) dělí příznaky na fyzické, psychické a sociální. Fyzické příznaky se projevují nadměrnou únavou, kterou popisuje expresivními výrazy. Obvyklým výrazem je „*jsem úplně na dně*“. Dalšími příznaky jsou bolesti svalů a úbytek hmotnosti.

Pro jedince je důležitý dostatek spánku, který je pro něj, i přesto, že je dostatečně dlouhý, nekvalitní. Zvyšuje se riziko závislostí například na alkoholu či drogách.

Psychické příznaky souvisí s negativní sebedůvěrou. U jedince dominuje negativismus na okolí, je nesoustředěný a často zapomíná. Je pesimista a staví se záporněproti změnám. Jeho osobní i pracovní život pro něj nemá smysl. Často prožívá depresivní stavy. Má pocit bezcennosti. Je často hostilní k druhým osobám. Poklesá zájem o zaměstnání a témata související s ním. Mohou se objevovat i myšlenky na sebevraždu.

Sociálním příznakem je pocit beznaděje a bezmoci. Jedinec se vyhýbá jakémukoliv kontaktu s lidmi. Projevuje se celkový nezáměr o okolí. Projevuje se výrazná nechuť ke zdravotnickému povolání a pomáhání druhým. Postupně se mohou objevovat narůstající konflikty z důvodu nezájmu a lhostejnosti. (43, s. 24-25)

Christian Stock (2010) uvádí, že mezi tři základní příznaky řadíme vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti.

Při vyčerpání se jedinec cítí emočně i tělesně slabý. U burn-out syndromu do emocionálního vyčerpání můžeme zařadit skleslost, bezmoc, beznaděj, strach, vztek a pocity osamocení. V tělesném vyčerpání se objevuje slabost, únava, svalové napětí a svalové bolesti, porušený spánek, funkční vady, jako například zažívací obtíže, dále poruchy paměti a soustředění. (33, s. 20)

Pod pojmem odcizení si můžeme představit ztrátu zájmu a cílevědomosti. Klienti jsou pro nelékařského zdravotnického pracovníka přítěží a nadřizení působí jako ohrožení. Projevuje se to záporným postojem k sobě samému, záporným vztahem k práci, ztrátou sebeúcty, schopnosti komunikace s jinými lidmi a pocity méněcennosti. (33, s. 21)

Pokles výkonnosti u jedince vyvolává pocit neschopnosti. Obvykle jde o jeho subjektivní hodnocení, ale je znatelné oslabení výkonu. Objevuje se nespokojenost s vlastní prací, nejistota, ztráta nadšení a motivace, pocity pochybení. (33, s. 23)

Podle Křivohlavého (2012) můžeme příznaky rozdělit do dvou základních skupin na subjektivní a objektivní. Mezi subjektivní příznaky patří značná únava, snížené sebehodnocení, obtížné soustředění a poruchy pozornosti a negativismus. Do objektivních příznaků řadíme dlouhodobě sníženou výkonnost. (15, s. 68)

2.5 Fáze

Burn-out syndrom není pouze jev, ale je jakousi poslední etapou procesu, kterou profesor Hans Selye nazval General Adaptation Syndrome (GAS). Znamená všeobecný soubor příznaků procesu zvládnání těžkostí. Proces GAS probíhá podle Selyeho ve třech fázích. V první fázi působí stresor. Ve druhé fázi se zvyšuje odolnost organismu. Syndrom vyhoření je řazen do třetí fáze, člověk vyčerpává všechny síly. (15, s. 82)

Burn-out syndrom je chápán jako proces, který se neustále vyvíjí a může trvat několik měsíců až let. (43, s. 29)

Nenastává v náhlém okamžiku, naopak je způsobený dlouhodobým působením stresu.

Zpočátku je člověk nadšený a motivovaný, zapálený pro svoji práci. Je přesvědčený, že dosáhne změn, které obrátí jeho pracovní prostředí k co nejlepšímu. Dochází tím k psychickému i tělesnému vysílení. Zásluhou toho se mohou objevovat psychosomatické symptomy, jako je například zvýšená teplota, nevolnost, zvracení či průjem.

Fáze burn-out syndromu probíhají u jedinců individuálně. U někoho jsou znatelné, u někoho nemusí být tak výrazné. Mohou se objevovat v různém pořadí, nebo se i opakovat. (13, s. 65)

Autoři literatury uvádějí několik členění burn-out syndromu. Někteří rozdělují fáze burn-out až do osmi stádií. Nejčastěji objevující se, je dělení na pět stádií, kde působí postupně. Jsou pojmenovány jako entuziazmus, neboli nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření. Z praxe vychází, že časové období i intenzita se může u jedinců lišit, ale tyto fáze se objevují vždy.

2.5.1 Entuziasmus

Fáze entuziasmu nastává již při nástupu do nového zaměstnání. Od počátku je člověk obrazotvorný, srší nadšením a nápadem, jak nejlépe zlepšit své pracovní prostředí. Navrhuje změny v oblasti organizace práce, změny ve fyzikálních vlivech, jako je osvětlení nebo barevné uspořádání pracoviště, navrhuje možné pomůcky k zakoupení pro usnadnění práce. Z tohoto důvodu, lze entuziasmus nazvat i jako nadšení. Jedinec od pomáhající profese má velká očekávání. Očekává, že se bude starat o zdraví a uzdravování nemocných nebo že jeho názory budou nadřazeny nad názory ostatních členů týmu. Dobrovolně pracuje přesčas, i o víkendech. Jeho myšlenky neustále směřují k tomu, co by se ještě dalo zlepšit. Obvykle zanedbává své zájmové činnosti, které pro něj kdysi byly prioritními. Dochází k přetěžování zdravotnického pracovníka. (13, s. 65-66)

2.5.2 Stagnace

Počáteční nadšení u dotyčného klesá. Fáze stagnace nastává v období, kdy si jedinec v zaměstnání zvykl a pracuje samostatně. Nepotřebuje tolik rad, jako zpočátku při nástupu do zaměstnání, orientuje se již sám. Spolupracovníci nechtějí přijímat změny. Nápadů jedince se nerealizují, tudíž od nich slevuje. Objevují se jistá negativa, směřující k jeho práci. Myšlenky mohou směřovat k efektivitě a smysluplnosti činnosti. Projevuje se snaha o co nejlepší výkon, přesto má jedinec pocit, že některé požadavky jsou nesplnitelné a nedostatečně ohodnocené. Jedinec si uvědomuje své potřeby a svou náklonnost věnuje zájmovým činnostem. (13, s. 65-66)

2.5.3 Frustrace

Frustrace je fáze, navazující na stagnaci. Znamená zklamání, kdy jedinec směřoval k cíli, kterého nemohl dosáhnout, protože se mu neustále do cesty stavěly překážky, které už nemohl překonávat. Uvažuje o významu a účinku jeho práce, myslí jen na ni. Neumí se od práce odvázat. Před usnutím přemýšlí, co by mohl udělat jinak. Jedinec může nabýt domněnky, že jeho práce přestává mít systém, jaký měla zpočátku. Mohou nastat konflikty s nadřízenými nebo kolegy. Objevují se pocity samoty, smutku a zklamání. Práce je pro jedince nezajímavá a často nad jeho síly. V této fázi se mohou objevit tělesné potíže, jako například vysoký krevní tlak, ranní nevolnost nebo častý průjem. Potíže se postupně stupňují. (13, s. 65-66)

2.5.4 Apatie

Synonymem apatie je netečnost či lhostejnost. Obvykle se tato fáze objevuje plíživě. Dotyčný dělá jen práci, která mu je určená, nezajímá ho žádná práce navíc.

V podstatě to znamená, že dělá to, co musí. Zaměstnání je pro něj povinností, kvůli finančnímu výdělku. Nadšení je pryč, jedinec je znechucený a vyhýbá se komunikaci s kolegy i nadřízenými. Někdy je na ostatní jedince nepříjemný a sám je bere jako obtěžující. Je cynický, ironický a sarkastický. Ztrácí úctu k druhým lidem, ale i k sobě. Nevází si vlastního organismu. Objevuje se pocit bezmoci a beznaděje. Mohou se objevovat fyzické potíže. Jedinec hledá řešení situace pomocí cigaret, alkoholu až léků a jiných psychotropních látek. (13, s. 65-66)

2.5.5 Vyhoření

Vyhoření je poslední fází procesu burn-out. Zde se objevuje záporný postoj vůči sobě samému, ztrácí se pocit významnosti a schopnosti se radovat. Nejvíce se projevuje agresivní chování, nedočkavost, únava a vyčerpání. Jedinec často uniká do nemoci.

Do zaměstnání chodí jen kvůli financím, jinak ho nesnáší. Vše v práci je pro něj obtěžující a nudné. Jediným východiskem je změna prostředí či zaměstnání. (13, s. 65-66)

Důležitou složku v této fázi má charakter a temperament jedince. Způsobů prožívání je mnoho, u každého jedince je naprosto individuální. Prožívání může vycházet z vlastní již zažitě pozitivní nebo negativní zkušenosti. (29, s. 58)

Ukázkou negativní zkušenosti je, když byl jedinec v dětském věku a jeho rodič ho trestal mlčením. To v něm vyvolávalo bezmoc a ovlivňuje to jeho současné vztahy, kdy se setkává s málomluvným protějškem, například nadřízeným, což v něm připomíná dávnou bezmoc a je to pro něj zatěžující. (29, s. 58)

Pozitivní zkušeností může být ukázka, kde v dětství jedince žena přebírá odpovědnost za rodinu z různého důvodu. Z popsaného příkladu ale plyne pocit povinnosti být tu pro ostatní a pomáhat jim. Proto dělá věci za druhé, aniž by za to byl nějak oceněn. Neumí říkat ne. (29, s. 58)

Jedinec se může uzavírat do svého světa a přestávat komunikovat jak s kolegy, tak i s rodinnými příslušníky, či nejbližšími. V opačném případě se může projevovat agresivně vůči práci a zpochybňovat výsledky svých kolegů. Dalším prožíváním je bagatelizace zaměstnání, kdy podceňuje své výsledky a ty pro něj nemají žádnou významnou hodnotu.

V prožívání jedince, blížícího se vyhoření, se objevuje ve vztahu k sobě samému pocit beznaděje, nadměrná únava, strach a snížené sebehodnocení. Ve vztahu k ostatním se projevuje, že ho lidé obtěžují, nezajímají ho a vytrácí se empatie.

V prožívání, projevujícím se navenek, lze pozorovat snižování produktivity práce, což v něm vyvolává pocit nestíhání. Pracující si odnáší práci domů, aby napravil vše zmeškané, ale to se mu nedaří. Projevuje se jako fyzicky unavený, podrážděný a nejistý. (29, s. 58)

2.6 Diagnostika

Používá se několik výzkumných metod. Kvalitativní výzkumnou metodou je pozorování druhých lidí a současně využití další metody rozhovoru. Při pozorování jedince se dají zjistit změny v jeho chování. Mohou se identifikovat různé příznaky, které poukazují na projevující se burn-out syndrom.

Kvantitativní metodou jsou nejběžněji používané dotazníky, stavěné na posuzovacích škálách.

Mezi nejznámější dotazníky ke sledování burn-out syndromu patří Maslach Burn-out Inventory. Novou metodu výzkumu poprvé použily autorky Christina Maslach, společně se Susan E. Jackson, v roce 1981. Zaměřuje se především na emocionální složku a depersonalizaci, což jsou negativně ladění činitelé, dále na osobním uspokojení v zaměstnání, které spadá pod pozitivně laděné činitele. Depersonalizaci vysvětlujeme jako odosobnění, kdy člověku přijdou nevlastní jeho emoce a pocity. (26, s. 101)

V uvedeném dotazníkovém šetření depersonalizaci chápeme jako ztrátu úcty a respektu k druhým lidem. Dotazník přesně ukazuje, která oblast je burn-out syndromem nejvíce ohrožena. (15, s. 55)

Další metodou, používanou k diagnostice syndromu vyhoření je Burn-out Measure. Napomáhá hodnotit intenzitu tělesného, citového i duševního vyčerpání. Autory jsou Ayala M. Pines a Elliott Aronson. Má dvacet jedna otázek se sedmi stupni hodnocení, kdy první stupeň znamená nikdy, sedmý stupeň vždy.

Známou metodou výzkumu burn-out je dotazník Inventář projevů syndromu vyhoření, od autorů Tamary a Jiřího Tošnerových. Tento dotazník obsahuje dvacet čtyři položek. Dělí se do čtyř složek lidské psychiky, rozumové, emocionální, fyzické a sociální. Jedinec si může vybrat jednu z pěti možností, kterou pocítuje nejvíce. Při vyhodnocení je znatelné, která složka je nejvíce zatížena. Následně je jí nutné v rámci prevence věnovat náležitou pozornost. Možnosti prevence od Tošnerových najdete v přílohách. (39, s. 32)

2.7 Stres

Křivohlavý (2010) udává definici stresu: „*Stres je negativním emocionálním zážitkem, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit.*“ (16, str. 170)

Existuje několik definic stresu. Většina koresponduje se skutečností, že vliv stresu způsobuje narušení vnitřní stability jedince.

Stresem nazýváme situaci, kdy se jedinec setká s událostí, která je vnímána jako zatěžující a ohrožující jeho tělesnou i duševní vyrovnanost. (9, s. 27)

2.7.1 Druhy stresu

Mezi základní dělení stresu patří eustres a distres.

Eustres je stres, který posiluje organismus jedince. Dodává energii a napomáhá k lepším výkonům. Působí jako motivační a tvůrčí síla. Objevuje se například před svatbou nebo před promocí. Distres se projevuje na základě negativních prožitků. Je pro jedince zatěžující, způsobuje deprese, strach a úzkost.

Stres se dále rozděluje na akutní a chronický.

Akutní je přechodný a po krátkém časovém intervalu ustupuje. Chronický stres je dlouhodobý a trvá až několik let. Následkem chronického stresu vzniká burn-out syndrom. Působí v něm velké množství stresorů, jako například konflikty v osobním životě a nehody v zaměstnání. (9, s. 27-28)

Podle intenzity můžeme stres rozdělit na hypostres a hyperstres. Hypostres vyvolává poměrně slabou odezvu a jedinec se postupně adaptuje. Hyperstres působí příliš silně, přesahuje hranici danou situací zvládnout a může při něm dojít k psychickému i fyzickému zhroucení. (14, s. 167)

2.7.2 Příznaky

Sjednocené příznaky stresu dle Světové zdravotnické organizace (WHO) jsou fyziologické, psychologické a behaviorální.

Příkladem fyziologických příznaků je bušení srdce, zvýšené svalové napětí, bolest hlavy, nechutenství, nadýmání. Často se objevuje bolest zad a břicha. U žen může dojít až ke změnám menstruačního cyklu. Může mizet sexuální touha, kdy dochází až k úplné sexuální impotenci. Fyziologický příznakem může být i tréma a zvýšené pocení, z pocené

dlaně. Jedinec ve středním věku může nabývat pocitu infarktu myokardu, z důvodu bolesti a pocitu svírání za hrudní kosti, na základě toho navštěvuje lékaře. Výjimkou není ani výsev, vyrážka v obličeji.

Psychologickými příznaky jsou změny nálad, podrážděnost, únava, negativní vztah k druhým lidem, odmítání kontaktu s lidmi. Z počátku se může objevovat pocit nejistoty. Jedinec se vyhýbá návštěvám. Obvykle něco slíbí a následně zapomene. Je frustrovaný, nastává v něm zmatek a panika. Trápí se nad věcmi, které nejsou příliš důležité a má starost o svůj zdravotní stav.

Behaviorální složka má velký vliv na chování jedince. Příkladem jsou problémy s usínáním a spánkem. V noci se jedinec budí, přes den je pak unavený. Netrpělivě přechází z místa na místo. Může být tichý nebo naopak hlučný. Projevem je i nechutenství nebo naopak přejídání, zhoršená pozornost, nerozhodnost. Snaží se o snížení odpovědnosti a výsledek práce se zhoršuje. Do behaviorální složky je zařazeno i pití nadměrného množství kofeinu či alkoholu. (17, s. 2-3)

2.7.3 Stresor

Stresor je činitel, který negativně působí na organismus jedince. Ovlivňuje náladu, chování, jednání, ale i zdravotní stav. Vyvolává pocit ohrožení a strachu a je charakteristickým rysem stresových situací. (9, s. 29)

Stresor se rozděluje na reálný a potenciální. Reálný stresor působí nečekaně. Příkladem je ztráta zaměstnání nebo nějaká náhlá životní událost. Potenciálním stresem je strach z budoucnosti, tíseň nebo pocit nejistoty. (7, s. 89)

Další dělení stresorů je podle délky trvání na krátkodobý a dlouhodobý.

Ze zdravotnického prostředí uvádím stresor krátkodobě působící, jímž se nejčastěji stává akutní bolest u klientů. Dlouhodobě působícím stresem je prokázána zvýšená zodpovědnost nelékařských zdravotnických pracovníků za zdravotní stav klientů. (9, s. 30)

Působení stresorů působí vnitřně nebo zevně. Vnitřní, neboli interní se dále rozdělují na psychický, kam patří všechny záporné emoce, příkladem je nenávist. Mezi stresory tělesné se řadí neuspokojení základních lidských potřeb. Za zevní externí stresor je považován fyzikální, například chlad, hluk anebo sociální, například úmrtí blízké osoby. (9, s. 30)

2.7.4 Stres ve zdravotnické profesi

Nelékařští zdravotničtí pracovníci by měli umět komunikovat jak s klienty, tak s rodinnými příslušníky, ale i s lékaři a ostatními kolegy. Komunikace v profesní sféře vyžaduje zvláštní znalosti a dovednosti, kterým se musí naučit v průběhu profesního studia. (35, s. 15)

Povolání nelékařských zdravotnických pracovníků je jedno z nejnáročnějších, je v neustálém kontaktu s klienty, navíc je po něm žádáno celoživotní vzdělávání a navyšování kompetencí. Běžně se setkává s různými druhy stresoru. Pracuje s umírajícími a těžce nemocnými, nevléčitelnými klienty. Často se setkává se smrtí. Každý klient reaguje na nemoc individuálně, to může vyvolávat různé konfliktní situace.

Vliv na nelékařského zdravotnického pracovníka mají negativní vztahy na pracovišti, neboť je náročné pracovat v multidisciplinárním týmu, konflikty v osobním životě a náročné životní situace. Příkladem náročných životních situací je jakýkoliv vliv, narušující tělesnou a psychickou rovnováhu jedince. (17, s. 47)

Důsledky stresu mohou být bezprostřední a trvalé. Bezprostřední důsledky se mohou projevit psychickou reakcí. Příkladem je emoční reakce a nálada. Dalšími projevy může být agresivita, únava až vyčerpání a různé respirační potíže.

Stres působí na každého jedince individuálně. U někoho se může objevovat zhoršení paměti, snížení pozornosti a depresivní naladění či skleslost. (9, s. 32)

Zdravotnické povolání se obvykle spojuje s větší mírou stresu, než u ostatních profesí. Nadměrné působení stresu se projevuje zvýšením nesprávných rozhodnutí a výkonů, pracovních poranění, psychosomatických onemocnění. Může se projevovat závislost na alkoholu a jiných psychotropních látkách. Stres zhoršuje zdravotní stav. Produktivita práce se zhoršuje. Stres je častým důvodem, proč zdravotníci odcházejí ze zdravotnictví. (35, s. 15)

2.7.5 Stresové reakce

Při pocitu ohrožení jedinec volí ze dvou možností, boj nebo útek.

Reagovat jedinec může v emocích, nejčastěji se objevuje pláč a smutek. Dalším projevem této reakce může být vztek až agresivní jednání. Agresivní jednání je záměrné poškozování člověka nebo věci. Agrese se rozděluje na fyzickou, jedinec ničí předměty, nebo násilně ubližuje druhému. Dále agresi verbální, slovní napadání druhého jedince. Poslední formou je agrese myšlenková, jedinec přeje druhému něco zlého.

Stresovou reakcí jedince může být reakce v tělesných projevech. Je doprovázena zrychleným dýcháním, zrychleným pulzem, pocením, zblednutím či svalovým napětím.

Jedinec, reagující v jednání, náhle mění činnost. Například se jde projít, křičí, jde si zapálit cigaretu. Když může, jde si zaběhat. Snaží se ze sebe vynést stres tím, co je u něj osvědčené.

Člověk se nedokáže soustředit na nic jiného, než na své trápení. Pak reaguje na stresovou reakci v myšlení. Myslí na zátěžovou situaci před spaním. Uvažuje, co měl říct nebo co měl udělat jinak. (43, s. 59-60)

2.7.6 Vliv stresu

Stres je obranný mechanismus organismu, který upozorňuje na možnost hrozícího nebezpečí. Tělesně projevující se reakce na podněty narušují normální činnost organismu. Výsledkem je příprava jedince na eventuální nebezpečí, ale také navození nouzového režimu, který trvá po dobu působící zátěžové situace. Stres do určité míry doplňuje energii a povzbuzuje jedince k činnosti. Může napomáhat k vývoji tvorby a zvyšovat zodpovědnost například v zaměstnání.

V případě, že se jedinec dostane do situace, že nelze jednat bojem ani útekem, působí stres škodlivě. Energie není tělesně zpracována a z toho důvodu nedochází k odstraňování zplodin látkovou přeměnou z organismu. Zplodiny se usazují ve tkáních a způsobují různé poruchy, mezi které patří například kardiovaskulární onemocnění či porucha imunitních reakcí. Působí-li stres dlouhodobě a intenzivně, má negativní účinky na jedince a může způsobovat například snížení obranyschopnosti. (29, s. 31-32)

Důsledkem dlouhodobého stresu je snížení výkonnosti, životního uspokojení jedince a jeho kvality života. Dlouhodobý stres se zařazuje mezi nejzávažnější faktory, které ovlivňují zdravotní stav jedince. Působením dochází k depresím a burn-out syndromu. (33, s. 83)

2.8 Komunikační dovednosti nelékařského zdravotnického pracovníka

Nelékařský zdravotnický pracovník, komunikující s klientem, by měl dodržovat určité zásady komunikace. Nezbytné je, aby klient a rodina maximálně nelékařskému zdravotnickému pracovníkovi důvěřovali. Vzájemný vztah tvoří základ pro spolupráci a napomáhá k edukačnímu a terapeutickému účinku. Nevhodné jednání naopak může komplikovat ošetrovatelskou a terapeutickou péči.

Základním projevem věrohodnosti je postoj nelékařského zdravotnického pracovníka ke svému povolání a jeho vystupování. Roli hrají i odborné znalosti a přirozený vzhled. (30, s. 242)

Nelékařský zdravotnický pracovník je v neustálé interakci s klientem, který se často cítí v nemocničním či sociálním zařízení osamělý. Velký vliv mohou mít emoce, často se ho těžké případy klientů dotýkají a z toho důvodu musí neustále zvyšovat své komunikační dovednosti a pracovat na svých nedostatcích. Zaměstnání ve zdravotnictví vyžaduje zvýšenou profesionalitu. (42, s. 19)

Při výkonu povolání je běžné setkávání se s klienty s bolestí. Klienti mají individuální práh bolesti a jinak ji tolerují. Vhodné je, aby všeobecná sestra, či zdravotnický asistent sledovali intenzitu bolesti a komunikovali o jejím charakteru, intenzitě a průběhu s nemocným. Nelékařský zdravotnický pracovník využívá specifické komunikační dovednosti pro interakci s různými klienty, jiným způsobem komunikuje např. s dětským klientem, jinak s klientem dospělým a s pacientem v terminálním stádiu života.

V interakci by měly být zachovány základní principy. Hlavním principem je respektování práv a důstojnosti osob. Dalšími jsou péče o druhé a jejich blízké, zájem o potřeby druhých, profesní a společenská odpovědnost.

Nelékařský zdravotnický pracovník by měl být spravedlivý, důvěryhodný, pravdivý, poctivý a respektující. Dalším znakem je nestrannost. Nikdy by neměly být překročeny ošetrovatelské kompetence. (30, s. 252)

Nelékařský zdravotnický pracovník, u kterého se projevuje burn-out syndrom se projevuje nezájmem o svou práci. Při interakci klientovi odsekává a často ho ignoruje. Podává neúplné informace nebo jich předává příliš mnoho. Pak mohou důležité informace vymizet či být vynechány. Příčinou může být působící stres. Vyhořelý nelékařský zdravotnický pracovník trpělivý není, kontaktu s pacientem se naopak vyhýbá.

V komunikaci vyhořelého nelékařského zdravotnického pracovníka jsou zadržovány neverbální projevy. Působí sklesle a vyčerpaně, až znuděně. Práce ho neuspokojuje. (44, s. 68)

Hlavním problémem při komunikaci je vyhýbání se interakci s klientem. Mnohdy mohou být psychické problémy nemocného zlehčovány výroky „*Všichni máme nějaké*

starosti, jen si nemyslete“. Vyhořelého nelékařského zdravotnického pracovníka práce pomáhající druhým nebaví a vyjadřuje se k ní s nechutí. (44, s. 68)

3 PREVENCE BURN-OUT SYNDROMU

Jako prevenci považujeme jakési opatření, začleňující spoustu aspektů a doporučení, pomáhající předcházet burn-out syndromu. (7, s. 19)

Preventivní opatření tohoto syndromu lze odvodit na základě vědomostí rizikových faktorů.(22, s. 83-84)

3.1 Preventivní postupy

Důležité je, aby zdravotničtí pracovníci byli informováni o problematice syndromu vyhoření a věděli, na koho se mohou obrátit při potížích, a aby byli seznámeni s prevencí.

Mezi doporučené preventivní postupy řadíme smysluplnost života. Jedinec by měl přijmout skutečnost, že není dokonalý a chybuje. Na základě přijetí by si měl stanovit životní cíl a postupně ho i realizovat. Cíl má být měřitelný, reálný a dosažitelný. Příkladem je, že jedinec každé ráno vstane v šest hodin a nasnídá se. Tím získá energii, splní cíl a jeho den bude příjemnější. Po splnění cíle si může nastavit cíl jiný, opět dosažitelný.

Prožíváním kladných emocí si jedinec reguluje duševní rovnováhu. Z toho důvodu je potřebné, aby se naučil přiměřeně reagovat v určitých situacích. Měl by zůstat zachován kladný postoj k sobě samému. Člověk zodpovídá za své chování a jednání za jakékoliv okolnosti. Měl by umět sám sobě udělat radost a pochválit se. Za dobře vykonanou práci si dopřát dobré jídlo nebo si koupit něco hezkého. Pozitivním prožitkem může být zaměření se na přírodu, umění a ostatní věci, které nám dělají dobře.

Relaxační metody jsou dalším preventivním doporučením. Jedinec by se měl zaměřovat ve volném čase na své zájmové činnosti ale zároveň si dopřát dostatek odpočinku a spánku.

Spokojené partnerství a dobré citové zázemí je důležitým preventivním faktorem u burn-out syndromu. Přátelské vztahy vyvolávají v jedinci nejen pocit pohody, ale i jistotu a bezpečí.

Jedinec by měl umět říkat ne. Rozumně prosazovat své myšlenky a názory. Bránit se manipulaci. Na stranu druhou by měl pomáhat druhým. Důležitá je radost ze zaměstnání. Zachovat harmonogram práce. Spolupráce s týmem a vhodná komunikace na pracovišti zajišťuje vhodné pracovní prostředí. (45, s. 41-42)

3.1.1 Prevence burn-out syndromu

Autorka Venglářová (2011) uvádí několik možností prevence burn-out syndromu.

Jedinec by měl být připraven na možné projevy burn-out syndromu, na základě toho se seznámit s riziky svého zaměstnání. Rizikem je například zvýšený kontakt s lidmi, hlučné prostředí nebo zvýšená pracovní odpovědnost.

Důležité je pečovat o sebe a vážit si sebe, protože kdo se nemá rád, ten nemůže vydat dostatečnou energii, ani ji přijmout zpět.

Zdravotníci mají být empatičtí, ale nikoli přehnaně. Proto by měli umět nechat si pomoci, ve chvíli, kdy si neví rady. Měli by znát hranice svých možností, jiné možnosti má jedinec svobodný, jiné má jedinec v pozdní dospělosti. Požádat jiného člověka o radu není selháním, naopak je ujištěním a napomáhá v důvěře mezilidských vztahů.

Zájmem o vlastní mezilidské vztahy s blízkými, kteří aktivně naslouchají a povzbuzují jedince, si tvoří pocit jistoty a bezpečí. Důležitý je i osobní život, do kterého patří i jeho blízcí a zájmy. Nelékařský zdravotnický pracovník nesmí zapomínat na svůj osobní život. Záliby a zájmové činnosti vnáší do jeho života radost a uspokojení a nabíjí ho pozitivní energií. Vhodné je odlišit osobní život od pracovního. Nemyslet doma na pracovní těžkosti.

Sebepoznávání, neboli uvědomění si svých dobrých vlastností a dovedností, ale i nedostatků. Na základě sebepoznávání si jedinec tvoří sebehodnocení. Kladné sebehodnocení člověka zvyšuje optimistický pohled na svět. Napomáhá to k lepšímu zvládnutí náročných životních situací a adaptaci.

Preventivnímu působení má přispět profesionální rozvoj osobnosti nelékařského zdravotnického pracovníka pomocí supervize. Cílem je posílit pracovní růst, zlepšit prostředí na pracovišti a naučit se lepší organizaci práce. Pro zdravotnického pracovníka je důležité mít nadřízeného, který umí ocenit práci a nešetří uznáním a chválou. Uměním adaptovat se na změny se stává pracovní prostředí pro jedince příjemnějším.

Prevenčí je dostatek pohybu a tělesná kondice. Je vhodné chodit na procházky či sportovat, dle toho, co má člověk rád. Udržet správnou životosprávu, zařadit do jídelníčku vhodné potraviny a tekutiny. Mít dostatek spánku. (43, s. 33-38)

3.1.2 Další možnosti prevence

Lidé, kteří nemají smysl pro humor, vyhořívají rychleji než ti, kteří ho mají a projevují ho i v zaměstnání. Vhodné je uvolňovat napětí ve chvílích volna. Měla by být

vykonávána ta činnost, při které člověk zapomene na vše ostatní, například práce na zahrádce, hra na hudební nástroj či běhání.

Autor Křivohlavý (2012) uvádí tvrzení že: „*Můžeme jezdit na relaxační prázdninové kurzy či dovolené s výcvikem relaxace. Relaxovat můžeme doma po práci během přestávek v práci.*“ (15, s. 102)

Křivohlavý (2012) rozděluje vlivy, působící jako prevence, na interní a externí.

Z řady studií vychází, že jedinec, mající burn-out syndrom, dlouhodobě neuspokojoval své potřeby. To je jedním z hlavních faktorů pro vznik burn-out syndromu. Dle Křivohlavého (2012) je základní potřebou prožívání smysluplnosti bytí. Tato potřeba je interním vlivem, působící na možnost prevence. Jedinec, jako odlišná charakteristická osobnost, by měl přiměřeně riskovat a plánovat. Plány by měly být reálné. (15, s. 102)

Člověk se rodí jako jednotlivec, ale stává se členem sociální skupiny, tou může být například rodina, která patří do externích vlivů. Společenství, ve kterém žije, tvoří sociální síť. Sociální skupina a sociální síť mají vliv na burn-out syndrom. Jedinec, který má negativní vztahy s druhými lidmi, je více ohrožen burn-out syndromem, než jedinec, který má vztahy s druhými pozitivní. Pozitivní vztahy ve skupině můžeme pojmenovat sociální oporou. Sociální oporu poskytuje skupina jedinci ve chvíli jeho životních těžkostí. Úkolem skupiny je neopouštět jedince, ale být s ním, naslouchat a napomáhat mu jeho těžkosti překonat. (15, s. 120-121)

Preventivní doporučení od Tošnerových najdete v přílohách této bakalářské práce.

3.1.3 Prevence na pracovišti

Autorky Kelnarová a Matějková (2014) uvádějí jako důležité v prevenci burn-out syndromu kladné vztahy na pracovišti. Důležité je rozdělení rolí a funkcí pro chod na pracovišti. Měla by být navozena příjemná atmosféra, aby jedinec do práce chodil s potěšením.

Ocenění za vykonanou práci přináší jedinci radost a pozitivní vztahy s nadřízeným. Ocenění může být například ve formě finanční, může být zaměstnanci nabídnuta dovolená nebo například možnost výletu od zaměstnavatele. Dalším oceněním mohou být příspěvky na stravování a penzijní připojištění.

Na každém pracovišti by měl fungovat kontrolní systém, který slouží ke zjišťování chyb. Neměl by pracovníka ponižovat. Měl by mu pomoci k lepším výsledkům.

Dalším preventivním opatřením je time management. Rozumí se tím vhodné načasování pracovních přestávek a pracovních činností. Slouží k prevenci přetěžování jedince a k jeho možnosti odpočinku. Jedinec by měl mít dostatek času na stravování.

Stále více je v zařízeních žádána supervize. Supervizí se rozumí proškolení k určité odbornosti. Nelékařský zdravotnický pracovník vykonává svou práci pod dozorem odborného dohledu. Supervizorem je vysokoškolsky vzdělaný pracovník, napomáhající nelékařskému zdravotnickému pracovníku k lepšímu myšlení a rozvoji nových profesních dovedností. Dále napomáhá k nacházení nových řešení v náročných situacích. Supervize slouží k ochraně klienta a ke zlepšení komunikace. Jedinec dostává větší podporu od nadřízeného. Cílem je vyšší spokojenost v zaměstnání, zvýšení kvality ošetrovatelské péče a prevence burn-out syndromu.

Existuje mnoho činností, sloužících k odreagování jedince, které by měli být poskytovány zaměstnavatelem. Mezi tyto aktivity patří například využití tělocvičny, posilovny nebo bazénu. Další nabízenou odměnou, sloužící k odreagování, mohou být příspěvky na kulturní akce nebo rekreace. (13, s. 67- 68)

3.2 Antistresové techniky

Antistresové techniky napomáhají lépe zvládat stresovou situaci. Na každého jedince působí jiná metoda zvládání stresu. Někomu může vyhovovat fyzická aktivita, kdy jde na dlouhou procházku, jiný zas může cvičit jógu. Metod, jak zvládat stres je mnoho. (36, s. 47)

Jednou z antistresových technik je použití fyzické aktivity, mezi které zařazujeme různé sportovní činnosti, jako je běh či rychlá chůze. Při snaze vyhnout se povinností může být relaxací i procházka. Vhodná je návštěva přírody, ve městě například parku. Mezi městem a přírodou je jakýsi kontrast, který napomáhá jedinci k uvolnění. Působit na mysl jedince může vzduch a vnější prostředí. Do antistresových technik patří ale i fyzická činnost, kterou je štípání dříví či práce na zahrádce. (17, s. 35)

Při působící stresové situaci je vhodné se zabývat chvíli jinou činností, kterou je například otevření okna nebo napití se. To napomáhá převést myšlenku na jinou. Jedinec by si měl uvědomit příčinu rozčilení a snažit se o nalezení řešení. (36, s. 47)

Základem života je dýchání. Jedinec dýchá třemi způsoby. Dechem vyrovnaným, energetizujícím a uklidňujícím. Při vyrovnaném dechu je nádech a výdech vyrovnaný. U energetizujícího převažuje nádech a objevuje se například při velké únavě, formou zívání, kdy se do těla dostává potřebný kyslík. U uklidňujícího dýchání převažuje dlouhý výdech. Jedinec se pomocí něj chce zbavit působícího stresu.

K dechovému cvičení napomáhá soustředit se na správné dýchání a k tomu zapojit s nádechem pohyb horních končetin směrem vzhůru a od těla. Dechové cvičení se může použít i při protahování svalů.

Další antistresovou metodou je cvičení, zvané jóga. Tělo i mysl jsou uváděny do rovnováhy. Učení jógy se provádí už několik desetiletí a představuje tělesný a duchovní odpočinek. Jóga se řadí mezi účinné metody, ovlivňující orgánový systém jedince. Dochází při ní k uvolnění svalové a kosterní soustavy. Podle výzkumných metod podporuje imunitní a psychickou odolnost. (36, s. 48)

Pro jedince je důležitý dostatečný pitný režim. Nejvhodnější je voda a bylinné čaje, jako jsou heřmánkový, meduňkový nebo mátový. Potraviny, pozitivně působící na nervový systém jsou ořechy, ovoce, listová zelenina, čokoláda a celozrnné pečivo. Strava by měla být vyvážená a dostatečná. Je důležité, aby si jedinec dělal přestávky na jídlo. Vhodné je zahrnout do jídelníčku alespoň jedno teplé jídlo za den. Zaměstnavatel by měl jedinci vyhradit přestávku na jídlo, ve které by měl být čas na teplý oběd. (36, s. 51)

Mezi relaxační techniky patří autogenní trénink. Využívá představivost a působení na sebe sama, k navození tělesných stavů, směřujících k uvolnění. Relaxaci lze provádět v poloze v sedě i v leže. Navozuje se při ní teplo do končetin a postupně do celého těla. Reguluje srdeční činnost, zklidňuje dýchání. Dále navozuje příjemný pocit chladného čela, což má vliv na jasnou mysl. (14, s. 197)

3.3 Motivace zdravotnického pracovníka

Motivace je důležitým faktorem pro vykonávání zdravotnické profese. Aby mohl nelékařský zdravotnický pracovník spolehlivě fungovat pro klienty, musí spolehlivě fungovat hlavně on sám.

Motivace je chápána jako úspěch. V úzkém vztahu souvisí se spokojeností v zaměstnání. Dobré pracovní podmínky pobízejí jedince provádět lepší výkon. Motivačním činitelem je cokoli, co jedinec vnímá jako hodnotu. (28, s. 16)

Existuje pět faktorů uspokojení z práce. Ženy i muži řadí na první místo karierní postup. Na druhém místě řadí ženy i muži jistotu práce. Místem třetím je u mužů preferován plat a u žen dobré vztahy s nadřízeným. Čtvrté místo je opakem třetího, zde ženy preferují plat a muži vztahy s nadřízeným. Poslední páté místo zaujímá u žen i mužů pracovní doba. (44, s. 17)

Je velmi důležité, aby jedinec byl co nejméně vystavován psychickému i fyzickému tlaku. Jistou motivací jsou pravidelné služby a stálá pracovní doba. Člověk musí mít čas na své zájmové činnosti a rodinu.

Klíčový vliv má mzda. Balková a Zibrinová (2012) uvádějí, že plat je nejvýznamnější při posuzování myšlenky o změně zaměstnavatele. (44, s. 23)

Curtis (2007) předkládá tvrzení, že důležitý vliv na spokojenost v zaměstnání má plat. (44, s. 23)

Do motivace nelékařského zdravotnického pracovníka je zařazena pochvala. Patří mezi zvláště účinné prostředky. Nadřízený by měl jedince chválit za každou dobře vykonanou práci, avšak často se na to zapomíná. Důvodem je plnění povinností zdravotnického pracovníka, který je odměněn mzdou.

3.4 Možnosti pomoci u burn-out syndromu

Při pozorování jedince můžeme nabýt podezření burn-out syndromu. V této chvíli je nelékařský zdravotnický pracovník, pomáhající vždy ostatním tím, kdo potřebuje pomoci. Po diagnostice, například pomocí dotazníku a rozhovoru, je vhodné mu doporučit možnosti pomoci. Možností je mnoho, vždy je vhodné najít odborníka. Kompetentním odborníkem například psycholog, nebo psychoterapeut, ale i praktický lékař. Existují různé psychiatrické ambulance, online poradny i linky důvěry.

Psycholog a psychoterapeut je člověk, pomáhající jinému pomocí psychologických prostředků, při náročných životních situacích. Jeho kompetencí je s jedincem diskutovat o jeho potížích a pomáhat mu nalézt řešení a nový smysl života. Snahou je převést myšlenky a chování klienta pozitivním směrem. Využívat se mohou různé formy psychoterapie, např. individuální, kde interakce je pouze mezi odborníkem a klientem. Další formou je rodinná a skupinová psychoterapie. Ve skupinové je obvykle více klientů s podobným problémem a jeden nebo dva odborníci. (14, s. 247-249)

Na základě pomoci od odborníků je podstatné, aby jedinec převzal odpovědnost za svůj život. Staral se o své aktivity, zájmové činnosti a rodinu. Práce by neměla být jediným smyslem jeho bytí. Po zhodnocení momentálního stavu by si měl uvědomit své potřeby, na základě toho upravit denní režim, stravování a zajistit dostatek spánku.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Termín burn-out syndrom byl prvně v psychologii popsán ve 20. století, Henrichem Freudenbergerem. Burn-out znamená vyhoření. O vyhoření se na veřejnosti, ani v odborné veřejnosti příliš nemluví. Problematika syndromu je v současné době aktuální u pracovníků pomáhajících profesí. Setkat se s ním mohou nelékařští zdravotničtí pracovníci, proto je nutné preventivní působení. (3, s. 9)

Burn-out syndrom je chápán jako proces, který se neustále vyvíjí a může trvat několik měsíců až let. (43, s. 29)

Nelékařský zdravotnický pracovník je člověk, pečující o fyzickou i psychickou stránku klienta, ale i jeho rodiny. Je oporou v době nemoci i ve chvíli bolesti. Neustálým kontaktem se zvyšuje zátěž pracovníka, převážně v oblasti emocionální a fyzické. Je tedy důležité ho informovat o možnostech relaxačních metod a prevenci burn-out syndromu. (23, s. 308- 309)

5 CÍL VÝZKUMU

Zjistit ohrožení nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti burn-out syndromu.

Dílčí cíl č. 1

Zjistit stupeň emocionálního vyčerpání u NLZP.

Výzkumný předpoklad:

Domnívám se, že u poloviny dotazovaných respondentů, pracujících v sociálním zařízení, dochází k mírnému emocionálnímu vyčerpání.

Dílčí cíl č. 2

Zjistit stupeň depersonalizace u NLZP.

Výzkumný předpoklad:

Mou domněnkou je, že méně než polovina dotazovaných respondentů bude mít mírný stupeň depersonalizace.

Dílčí cíl č. 3

Zjistit stupeň osobního uspokojení u NLZP.

Výzkumný předpoklad:

Předpokládám, že u více než poloviny dotazovaných respondentů nebude vykazován nízký stupeň osobního uspokojení v zaměstnání.

Dílčí cíl č. 4

Zjistit vliv počtu odpracovaných let na ohrožení burn-out.

Výzkumný předpoklad:

Domnívám se, že NLZP, pracující déle než 10 let, je více ohrožen burn-out, než NLZP, pracující do 5 let.

Dílčí cíl č. 5

Porovnat ohrožení burn-out NLZP v sociálním zařízení a v nemocničním zařízení.

Výzkumný předpoklad:

Předpokládám, že NLZP, pracující v sociálním zařízení, je více ohrožen syndromem vyhoření, než NLZP pracující v nemocničním zařízení.

6 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Burn-out = vyhoření, shoření, prohra

Syndrom = soubor příznaků

NLZP = nelékařský zdravotnický pracovník

LDN = Léčebna dlouhodobě nemocných

Pomáhající profese = činnost jedince, která se zaměřuje na práci s lidmi

Emocionální složka = nedostatek sil k jakékoliv činnosti, vedoucí k depresivní náladě a pocitům bezmoci

Depersonalizace = zdání neskutečnosti sebe sama, projevující se pocity odcizení a izolace

Osobní uspokojení z práce = uspokojení vede k dosažení cílů

Maslach Burn-out Inventory = všeobecně známý a používaný standardizovaný dotazník

7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Během své praxe jsem se setkala s řadou nelékařských zdravotnických pracovníků. Sestry, zdravotničtí asistenti a další nelékařský zdravotnický personál jsou v bezprostředním kontaktu s klientem. Pro výzkumné šetření byl využit záměrný výběr respondentů.

Dotazníkové šetření bylo realizováno v Domovech pro seniory v Újezdci a v Klatovech, dále v Klatovské nemocnici a.s. na psychiatrickém, neurologickém, interním oddělení a Léčebně dlouhodobě nemocných (LDN).

Kopie písemných žádostí o umožnění výzkumného šetření je přiloženo v příloze č. 3.

8 METODA SBĚRU DAT

K získání informací jsem využila dotazníkové šetření. Sestavený dotazník se skládá z části A a části B. Část A tvoří nestandardizovaný dotazník, směřující k získání demografických údajů. Část B tvoří standardizovaný dotazník Maslach Burn-out Inventory (MBI).

Maslach Burn-out Inventory je všeobecně známý a používaný standardizovaný dotazník. Tento dotazník má tři složky, dvě záporně laděné a jednu kladně laděnou. Mezi záporně laděné řadíme depersonalizaci a emocionální vyčerpání, do kladné složky vlastní uspokojení z práce.

Stupně v jednotlivých složkách jsou nízké, mírné a vysoké. U emocionálního vyčerpání a depersonalizace se při vysokých hodnotách objevují příznaky syndromu vyhoření, u osobního uspokojení ze zaměstnání při nízkých hodnotách.

Maslach Burn-out Inventory je zaměřen na sílu a četnost pocitů. Skládá se ze dvacetidvou položek. Ke každé položce je přiřazena stupnice intenzity se škálovou stupnicí od nuly do sedmé položky hodnocení podle síly pocitů respondenta. Nula zde znamená vůbec, respondent položku vůbec nepocituje. Sedm znamená prožívání velmi silné. Pocity jsou hodnoceny podle častosti výskytu a podle stupnice intenzity, dále se vyhodnocuje celkové skóre pro jednotlivé složky.

Respondenti kroužkují u každé položky číslo na uvedené škálové stupnici.

Otázky se zaměřují na zjištění míry syndromu vyhoření v nemocničním a sociálním zařízení u nelékařských zdravotnických pracovníků.

9 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Výzkumné šetření probíhalo ve zdravotnických a sociálních zařízeních, po dobu dvou měsíců v měsících leden a únor, roku 2016. Dotazníky byly pro nelékařské zdravotnické pracovníky rozdány v Domovech pro seniory v Újezdci a v Klatovech, dále na interní oddělení, neurologické oddělení, psychiatrické oddělení a na léčebnu dlouhodobě nemocných v Klatovské nemocnici a.s..

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, 60 do Domovů pro seniory a 60 do Klatovské nemocnice a.s.. Celkový počet vrácených a správně vyplněných dotazníků je 87 (72,5 %). V domovech pro seniory bylo vráceno 37 (61,6 %) dotazníků z rozdaných 60 dotazníků. V Klatovské nemocnici a.s. bylo vráceno 50 (83,3 %) dotazníků z rozdaných 60 dotazníků. Žádný z vrácených dotazníků nebyl vyřazen pro nesprávnost vyplněných údajů. Ve všech vybraných zařízeních se mi velmi dobře spolupracovalo.

10 ANALÝZA ÚDAJŮ

Následuje vyhodnocení dotazníkové šetření. Výsledné šetření je prezentováno na základě rozčlenění dotazníků. Část A je zaměřena na výsledky demografických údajů. Část B je zaměřena na vyhodnocení Maslach Burn-out Inventory.

Pro lepší orientaci ve výsledcích jsem použila kruhové grafy. Do prezentace a interpretace získaných údajů jsem úmyslně vložila tabulky, z důvodu přehlednosti ve vybraných cílech a předpokladech.

Přehledně zpracovaná tabulka získaných údajů z proběhlého výzkumného šetření je uvedena v příloze č. 9.

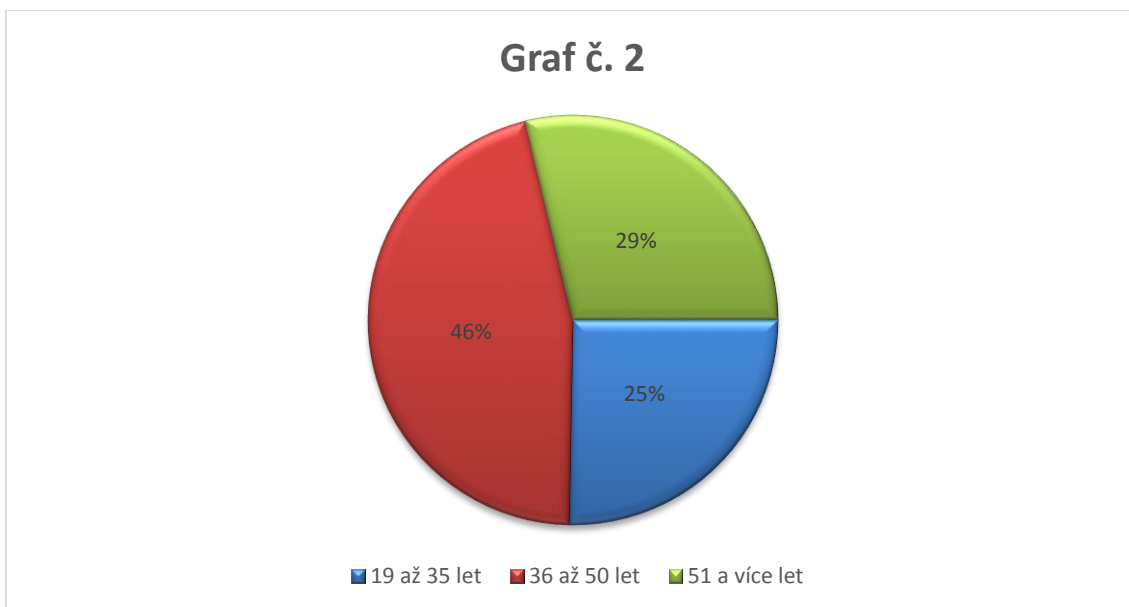
10.1 Část A

Otázka č. 1 - Pohlaví



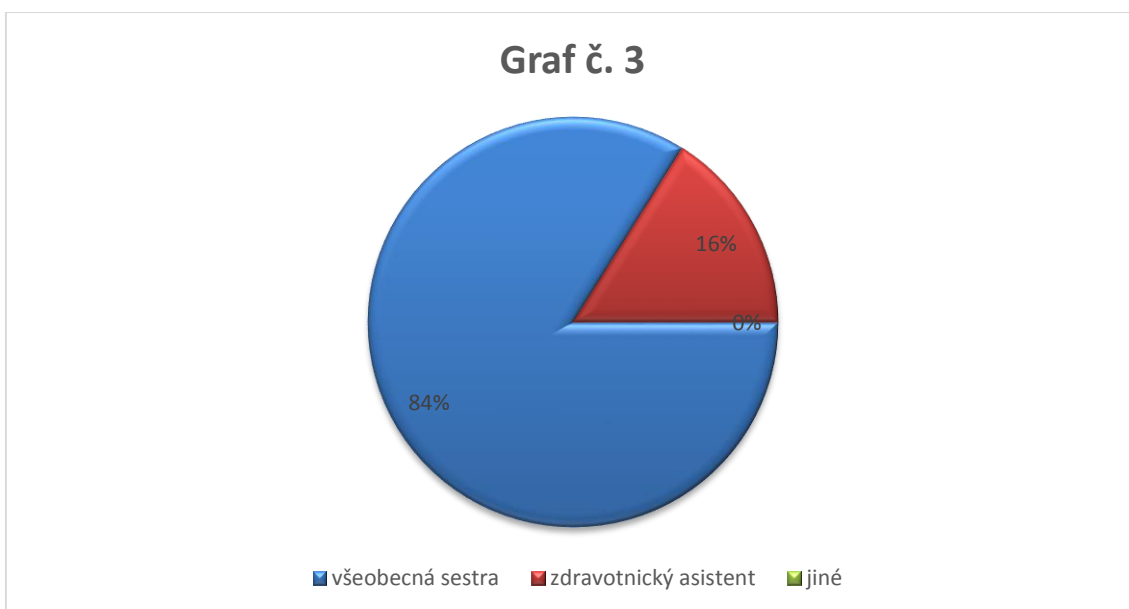
Z grafu č. 1 je zřejmé, že 87 (100 %) dotazovaných respondentů jsou ženy.

Otázka č. 2 – Vaše věková kategorie je



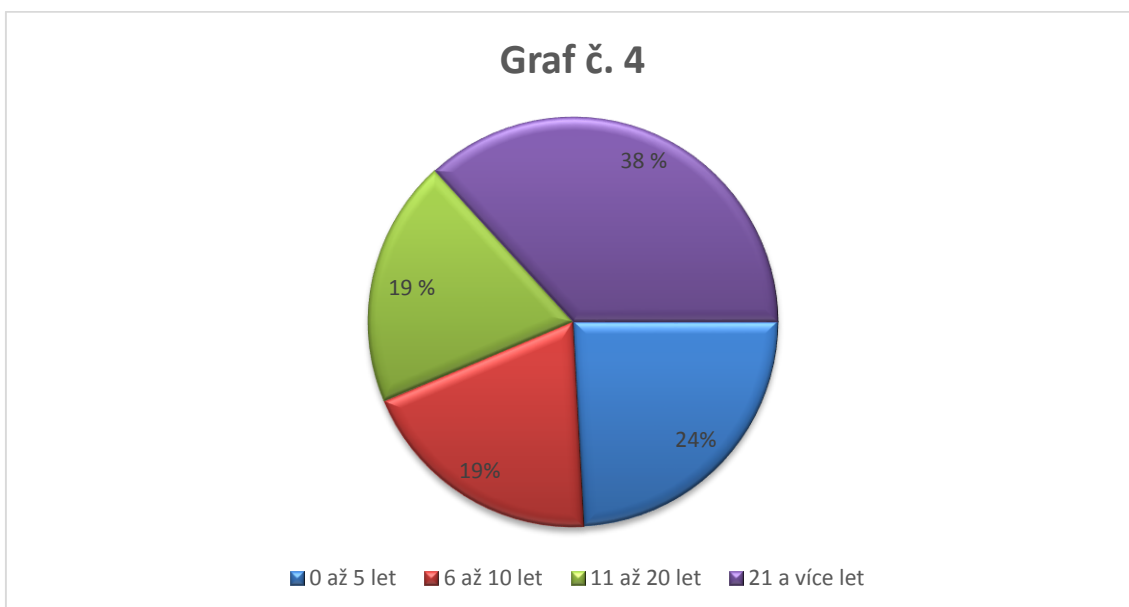
Graf č. 2 znázorňuje zastoupení dotazovaných respondentů. Ve věku od 19 do 35 let je 22 (25 %) respondentů, mezi 36 až 50 lety je 40 (46 %) respondentů a dále 51 a více let je 25 (29 %) respondentů.

Otázka č. 3 – Pracujete na pozici



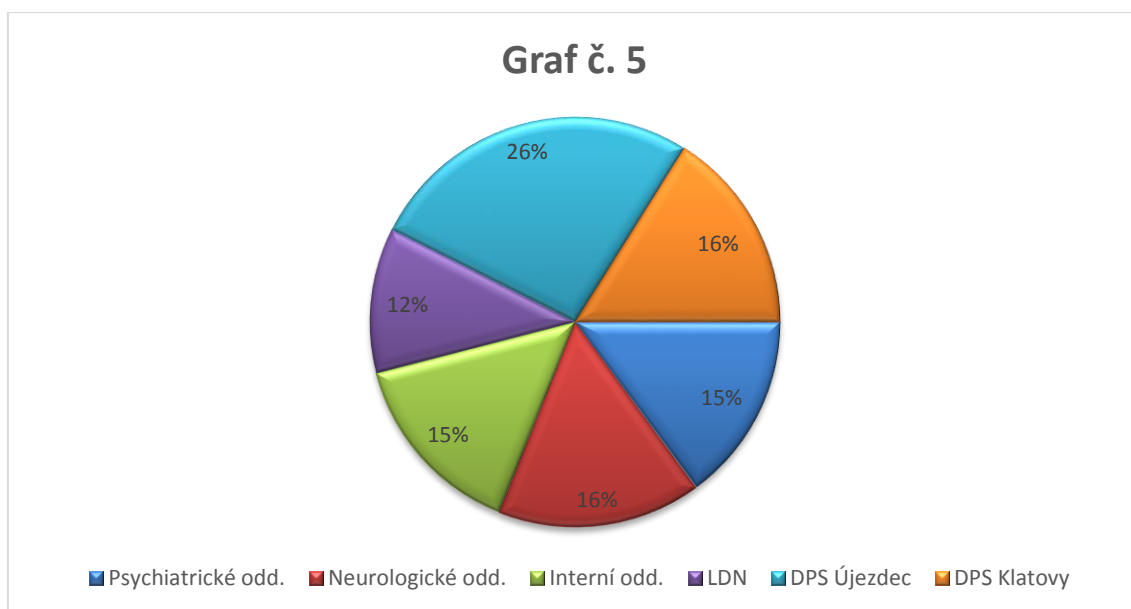
Z grafu je znatelné, že 73 (84 %) dotazovaných respondentů pracuje na pozici všeobecná sestra a 14 (16 %) dotazovaných respondentů pracuje na pozici zdravotnický asistent.

Otázka č. 4 – O nemocné pečujete



Z grafu č. 4 vyplývá, že dotazovaných respondentů, pečujících o nemocné 0 až 5 let je 21 (24 %). Od 6 do 10 let je 17 (19 %) a od 11 až 20 let je též 17 (19 %) respondentů. Respondentů, kteří pečují o nemocné více, než 21 let je 32 (38 %).

Otázka č. 5 – Pracujete na oddělení

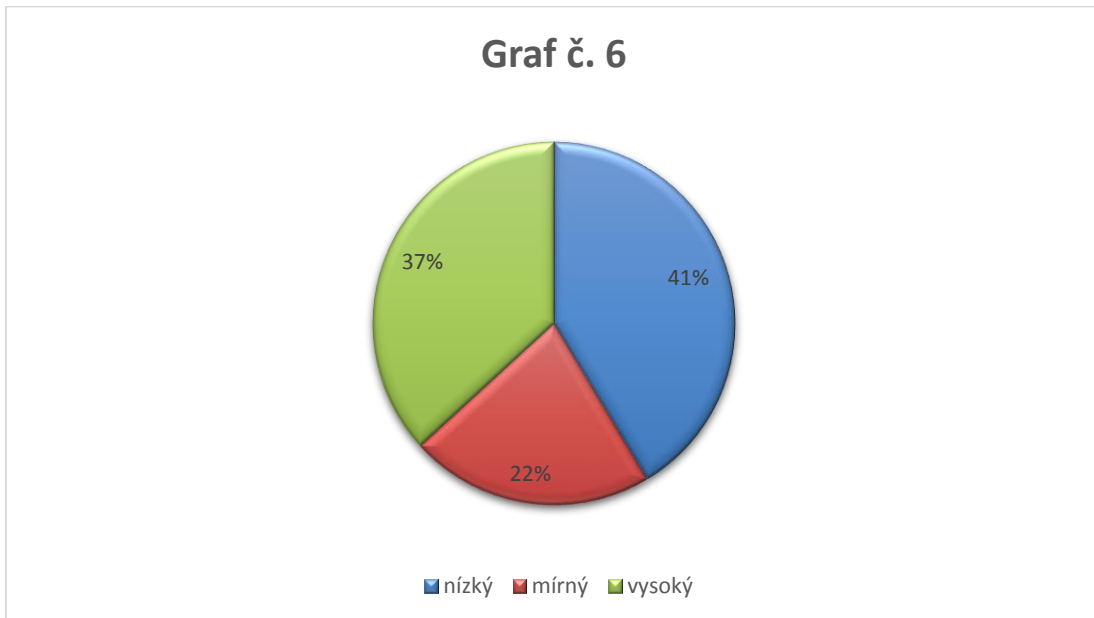


Graf č. 5 znázorňuje zastoupení respondentů najednotlivých pracovištích. Na psychiatrickém oddělení (odd.) odpovědělo 13 (15 %) respondentů, na neurologickém oddělení (odd.) odpovědělo 14 (16 %) respondentů, na interním oddělení (odd.) odpovědělo 13 (15 %) respondentů a v Léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) 10 (12 %) respondentů. V Domově pro seniory v Újezdci (DPS Újezdec) se dotazníkového šetření zúčastnilo 23 (26 %) respondentů a v Domově pro seniory v Klatovech (DPS Klatovy) odpovědělo 14 (16%) respondentů.

10.2 Část B

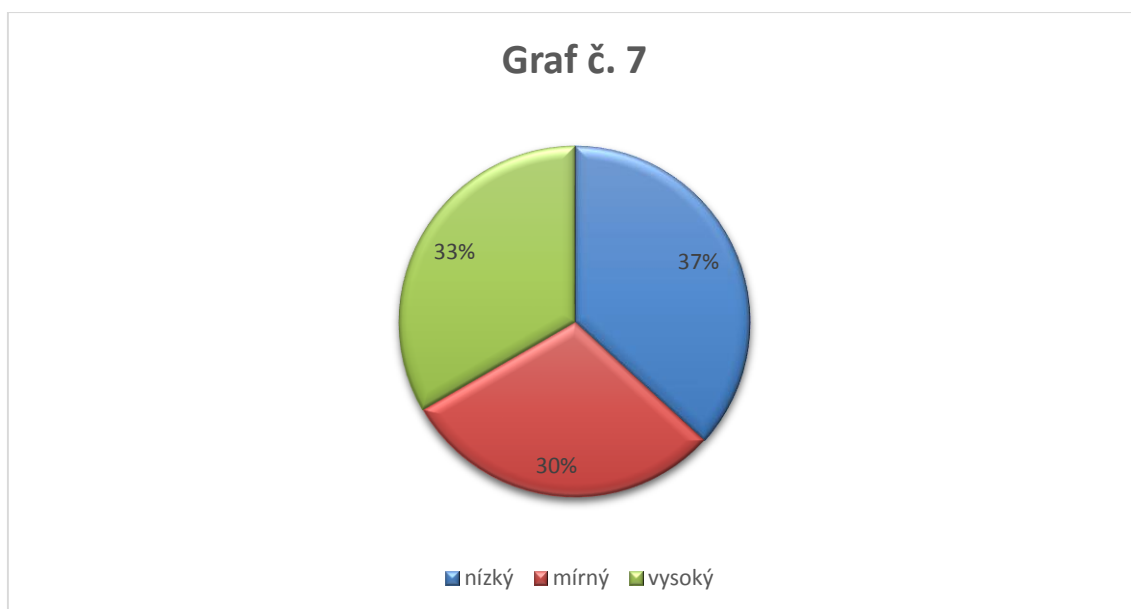
Vyhodnocení standardizovaného dotazníků se rozděluje do tří složek. Řadí se sem emocionální složka, depersonalizace a osobní uspokojení z práce.

Zastoupení respondentů v emocionální složce



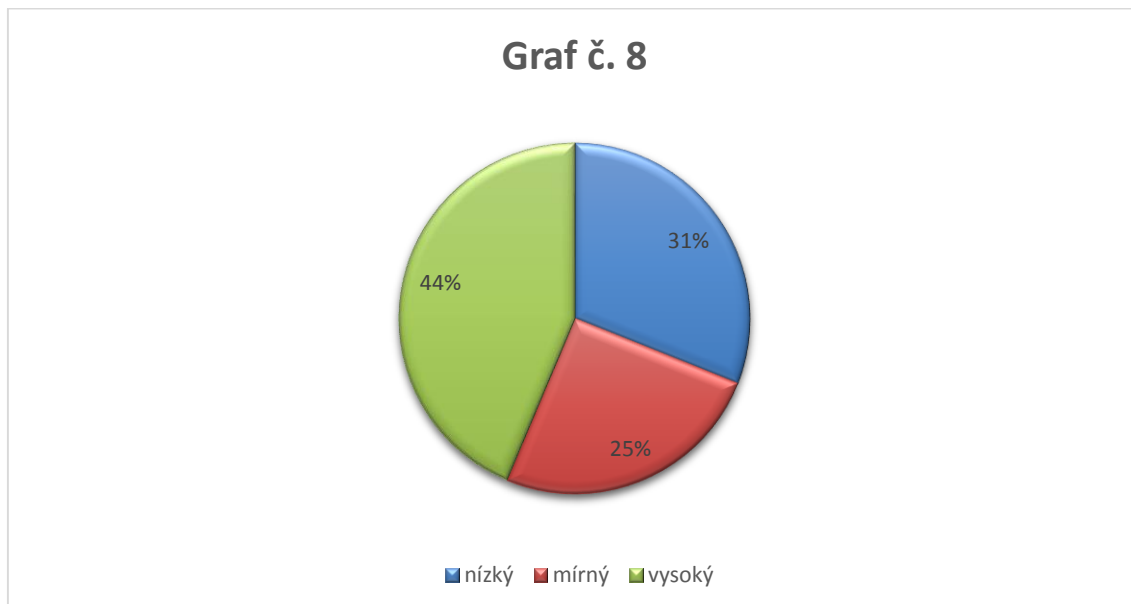
Z grafu č. 6 je zřejmé, že 36 (41 %) respondentů má nízký stupeň vyhoření v emocionální složce. Dalších 19 (22 %) respondentů se nachází v mírném stupni a 32 (37 %) respondentů ve stupni vyhoření.

Zastoupení respondentů v oblasti depersonalizace



V nízkém stupni vyhoření ve složce depersonalizace se objevuje 32 (37 %) respondentů. Mírný stupeň ukazuje 26 (30 %) respondentů a ve vysokém stupni vyhoření se nachází 29 (33 %) dotazovaných respondentů.

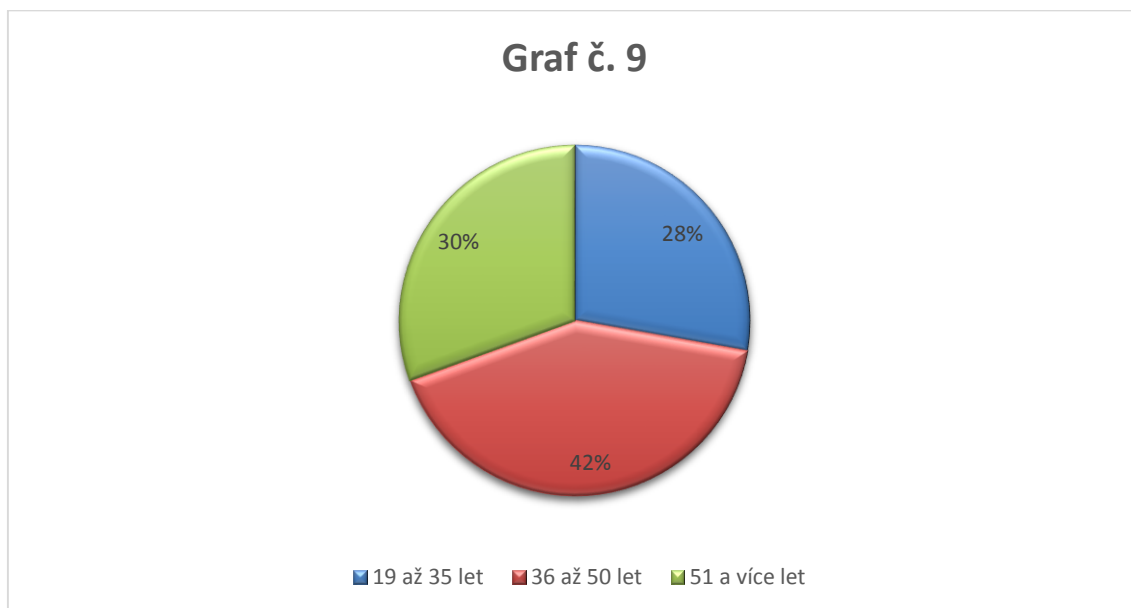
Osobní uspokojení z práce u respondentů



Nízký stupeň vyhoření ve složce osobní uspokojení z práce zahrnuje 27 (31 %) respondentů. Mírný stupeň má 22 (25 %) respondentů a ve fázi vyhoření je 38 (44 %) dotazovaných respondentů.

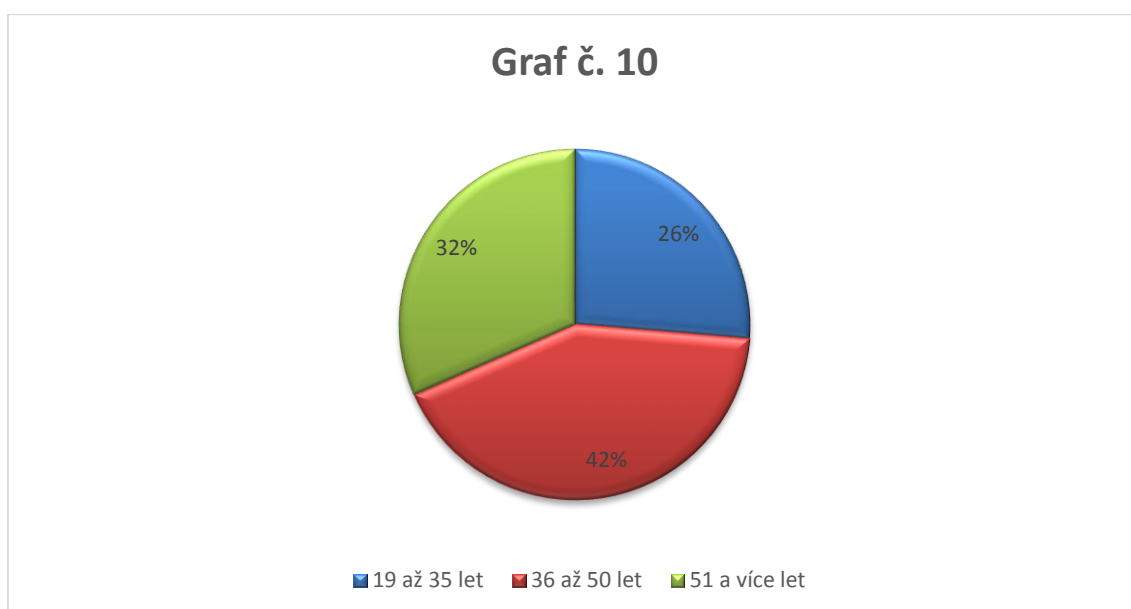
10.2.1 Rozdělení podle věku

Emocionální složka (EE) – nízký stupeň vyhoření (dle grafu č. 6 u 36 respondentů)



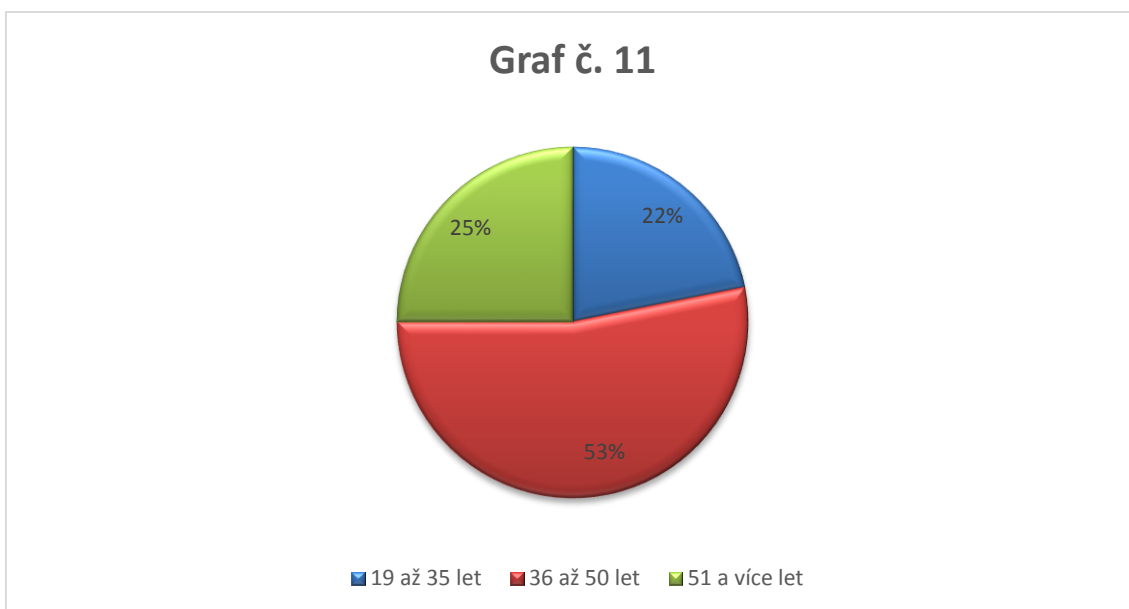
Graf č. 9 ukazuje nízký stupeň vyhoření v emocionální složce u 10 (28 %) respondentů ve věku 19 až 35 let, u 15 (42 %) respondentů ve věku 36 až 50 let a u 11 (30 %) respondentů ve věku 51 a více let.

Emocionální složka (EE) – mírný stupeň vyhoření (dle grafu č. 6 u 19 respondentů)



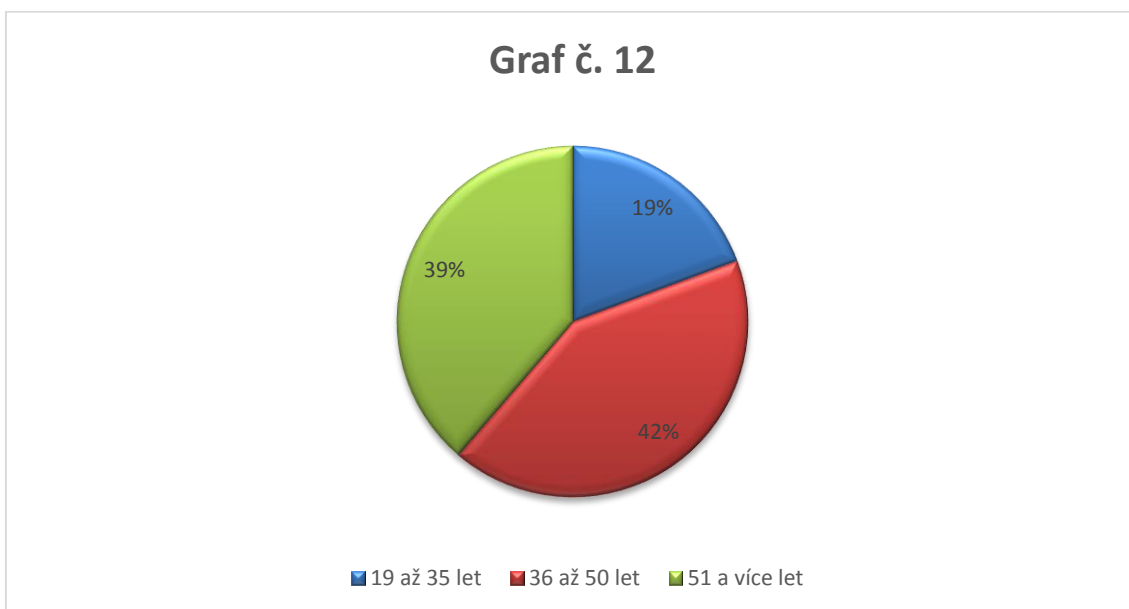
Graf č. 10 ukazuje mírný stupeň vyhoření v emocionální složce u 5 (26 %) respondentů ve věku 19 až 35 let, u 8 (42 %) respondentů ve věku 36 až 50 let a u 6 (32 %) respondentů ve věku 51 a více let.

Emocionální složka (EE) – vysoký stupeň vyhoření (dle grafu č. 6 u 32 respondentů)



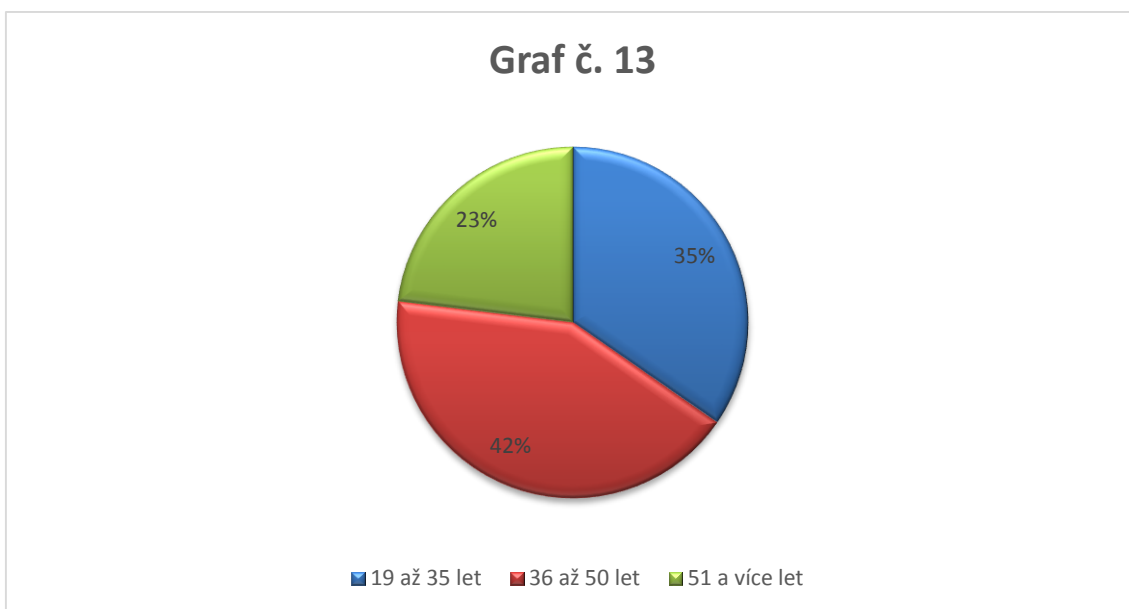
Graf č. 11 ukazuje vysoký stupeň vyhoření v emocionální složce u 7(22 %) respondentů ve věku 19 až 35 let, u 17(53 %) respondentů ve věku 36 až 50 let a u 8 (25 %) respondentů ve věku 51 a více let.

Depersonalizace (DP) – nízký stupeň vyhoření (dle grafu č. 7 u 32 respondentů)



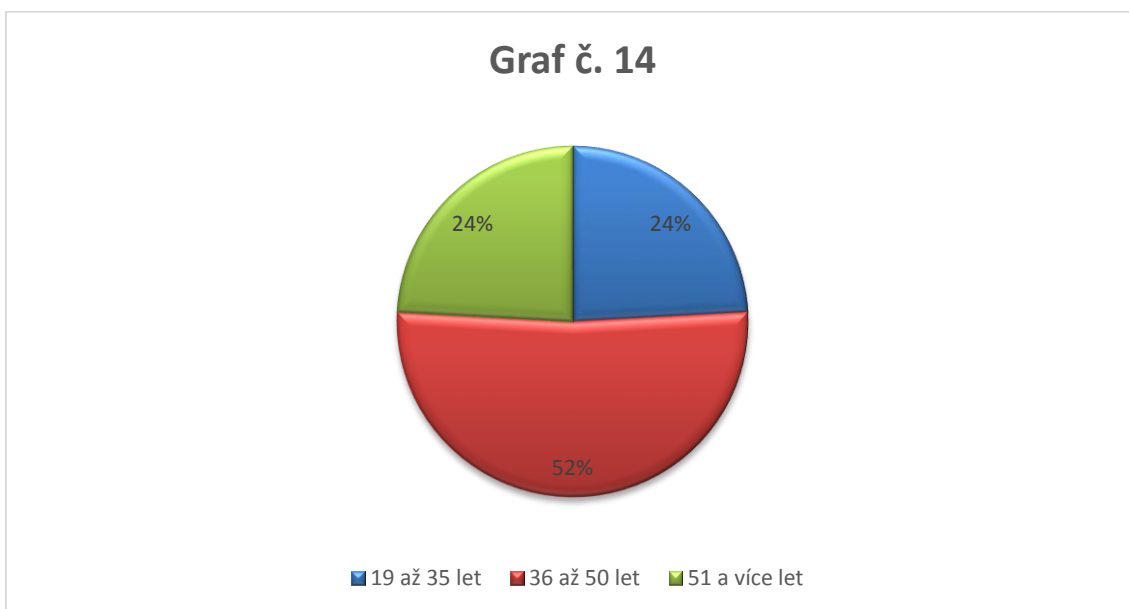
Graf č. 12 ukazuje nízký stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace u 6(19 %) respondentů ve věku 19 až 35 let, u 14(42 %) respondentů ve věku 36 až 50 let a u 12 (39 %) respondentů ve věku 51 a více let.

Depersonalizace (DP) – mírný stupeň vyhoření (dle grafu č. 7 u 26 respondentů)



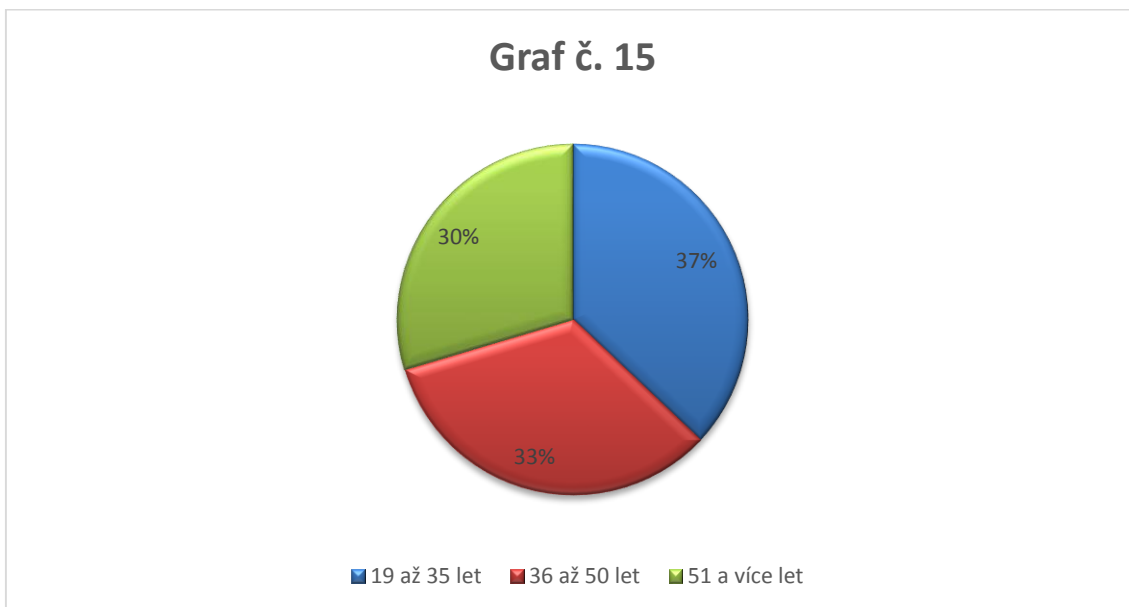
Graf č. 13 ukazuje mírný stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace u 9 (35 %) respondentů ve věku 19 až 35 let, u 11 (42 %) respondentů ve věku 36 až 50 let a u 6 (23 %) respondentů ve věku 51 a více let.

Depersonalizace (DP) – vysoký stupeň vyhoření (dle grafu č. 7 u 29 respondentů)



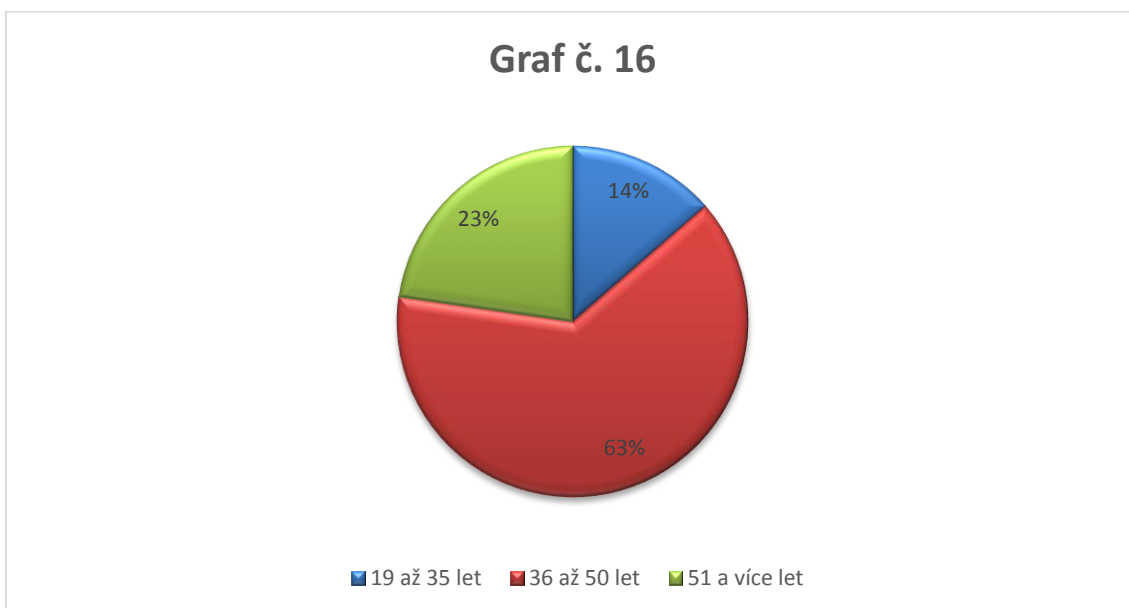
Graf č. 14 ukazuje vysoký stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace u 7 (24 %) respondentů ve věku 19 až 35 let, u 15 (52 %) respondentů ve věku 36 až 50 let a u 7 (24 %) respondentů ve věku 51 a více let.

Osobní uspokojení z práce (PA) – nízký stupeň vyhoření (dle grafu č. 8 u 27 respondentů)



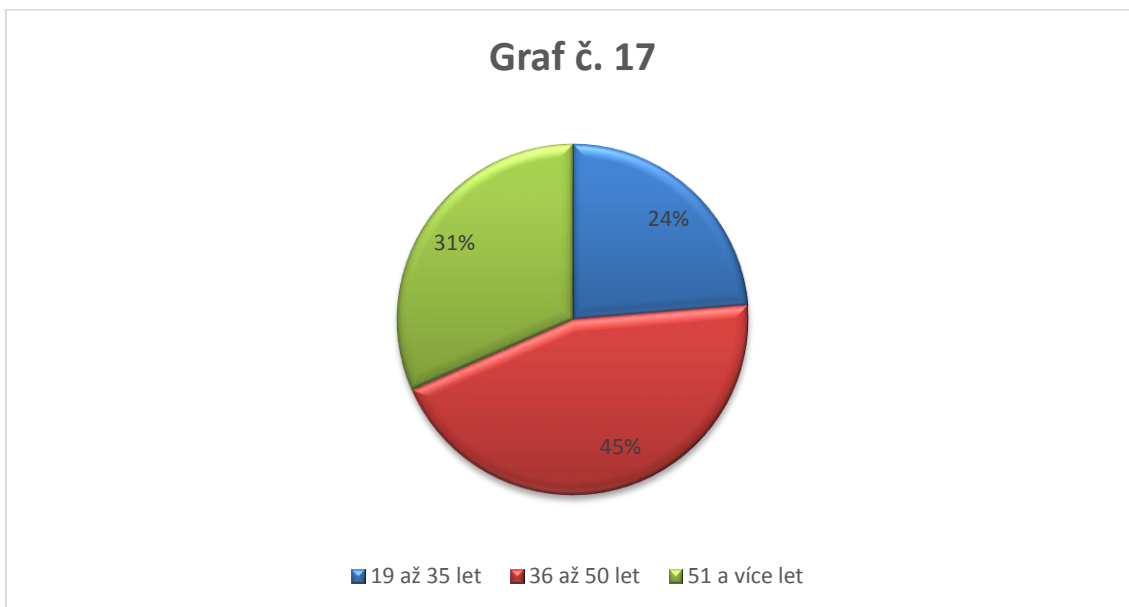
Graf č. 15 ukazuje nízký stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení z práce u 10 (37 %) respondentů ve věku 19 až 35 let, u 9 (33 %) respondentů ve věku 36 až 50 let a u 8 (30 %) respondentů ve věku 51 a více let.

Osobní uspokojení z práce (PA) – mírný stupeň vyhoření (dle grafu č. 8 u 22 respondentů)



Graf č. 16 ukazuje mírný stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení z práce u 3 (14 %) respondentů ve věku 19 až 35 let, u 14 (63 %) respondentů ve věku 36 až 50 let a u 5 (23 %) respondentů ve věku 51 a více let.

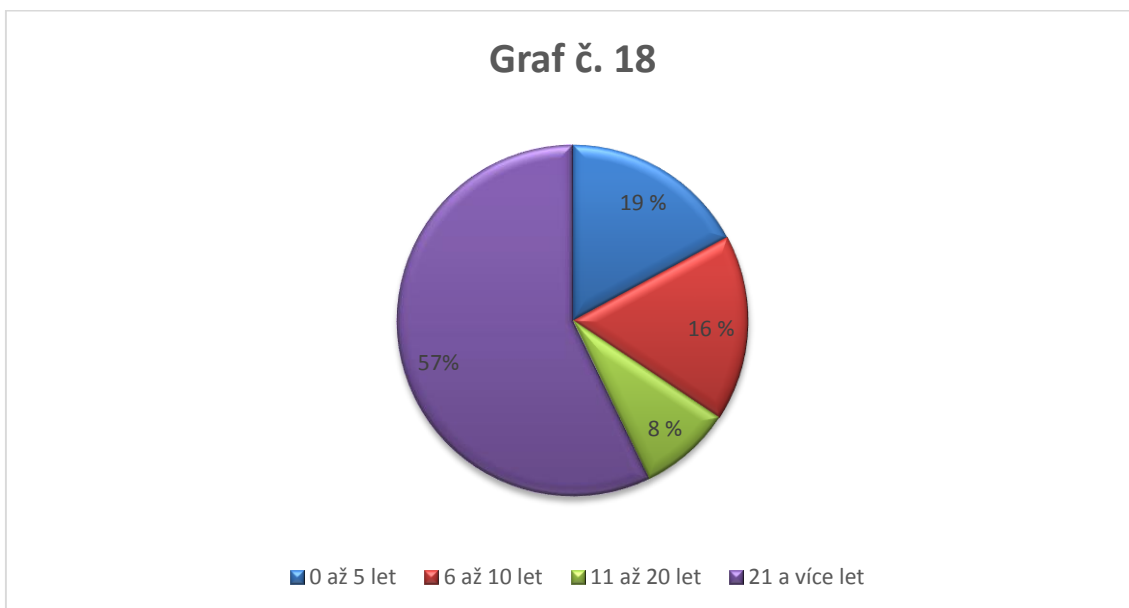
Osobní uspokojení z práce (PA) – vysoký stupeň vyhoření (dle grafu č. 8 u 38 respondentů)



Graf č. 17 ukazuje vysoký stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení z práce u 9 (24 %) respondentů ve věku 19 až 35 let, u 17 (45 %) respondentů ve věku 36 až 50 let a u 12 (31 %) respondentů ve věku 51 a více let.

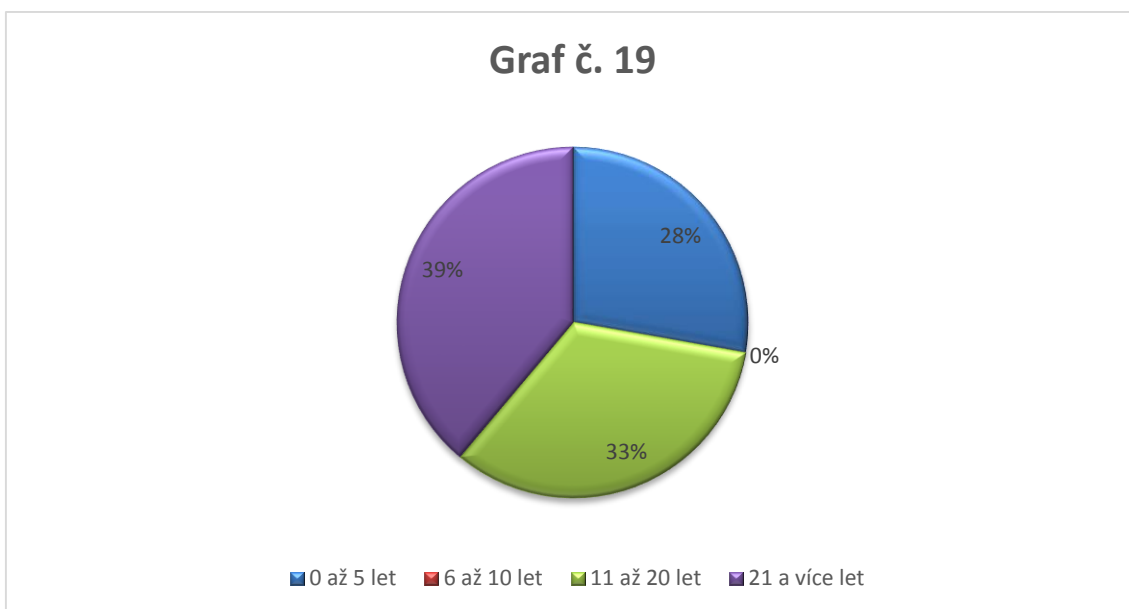
10.2.2 Rozdělení podle doby péče o nemocné

Emocionální složka (EE) – nízký stupeň vyhoření (dle grafu č. 6 u 36 respondentů)



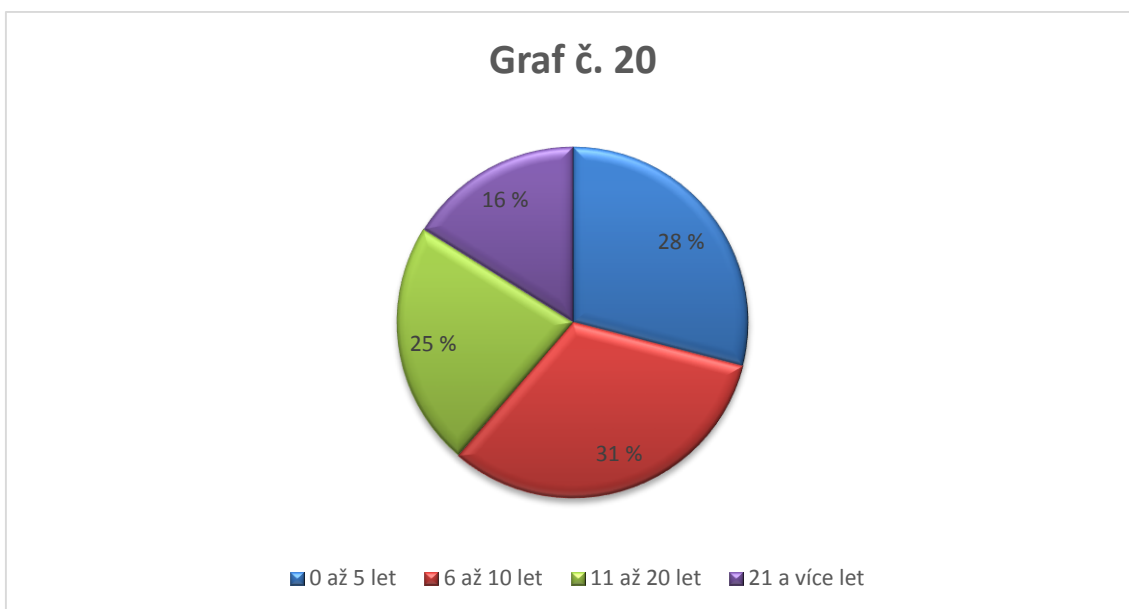
Graf č. 18 ukazuje nízký stupeň vyhoření v emocionální složce u 7(19 %) respondentů, kteří pečují o nemocné 0 až 5 let, u 6 (16 %) respondentů, pečujících o nemocné 6 až 10 let a u 3 (8 %) respondentů pečujících o nemocné 11 až 20 let. Největší zastoupení nízkého stupně vyhoření je u respondentů pečujících o nemocné 21 a více let, 20 (57 %).

Emocionální složka (EE) – mírný stupeň vyhoření(dle grafu č. 6 u 19 respondentů)



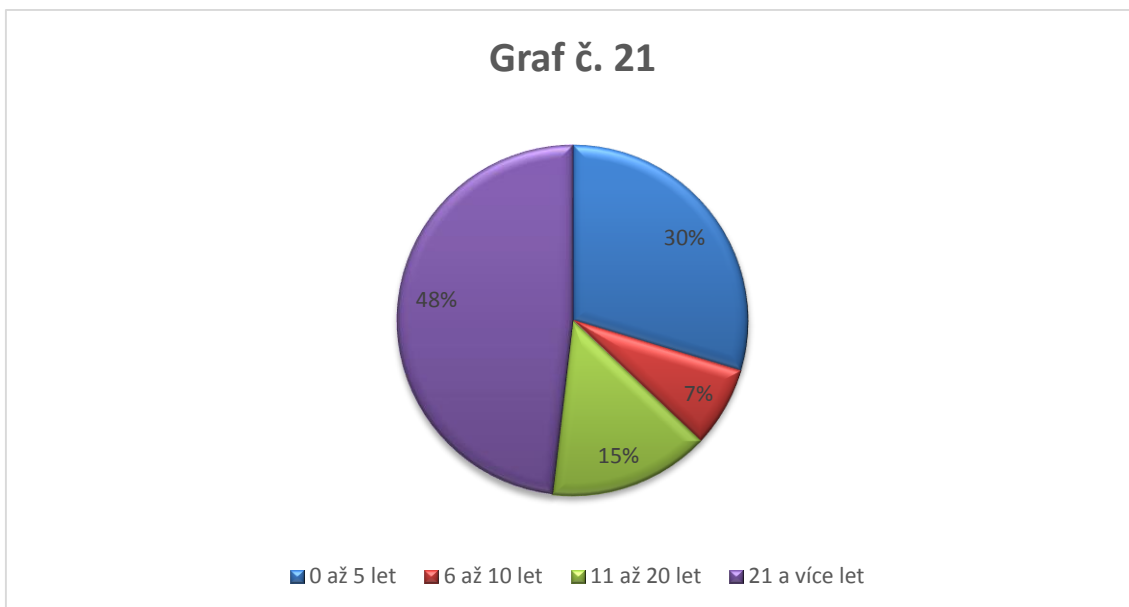
Graf č. 19 ukazuje mírný stupeň vyhoření v emocionální složce u 5 (28 %) respondentů, kteří pečují o nemocné 0 až 5 let a u 6 (33 %) respondentů pečujících o nemocné 11 až 20 let. V období 21 a více let je v mírném stupni vyhoření 8 (39 %) respondentů. Žádný respondent není v mírném stupni vyhoření ve věku od 6 až 10 let.

Emocionální složka (EE) – vysoký stupeň vyhoření (dle grafu č. 6 u 32 respondentů)



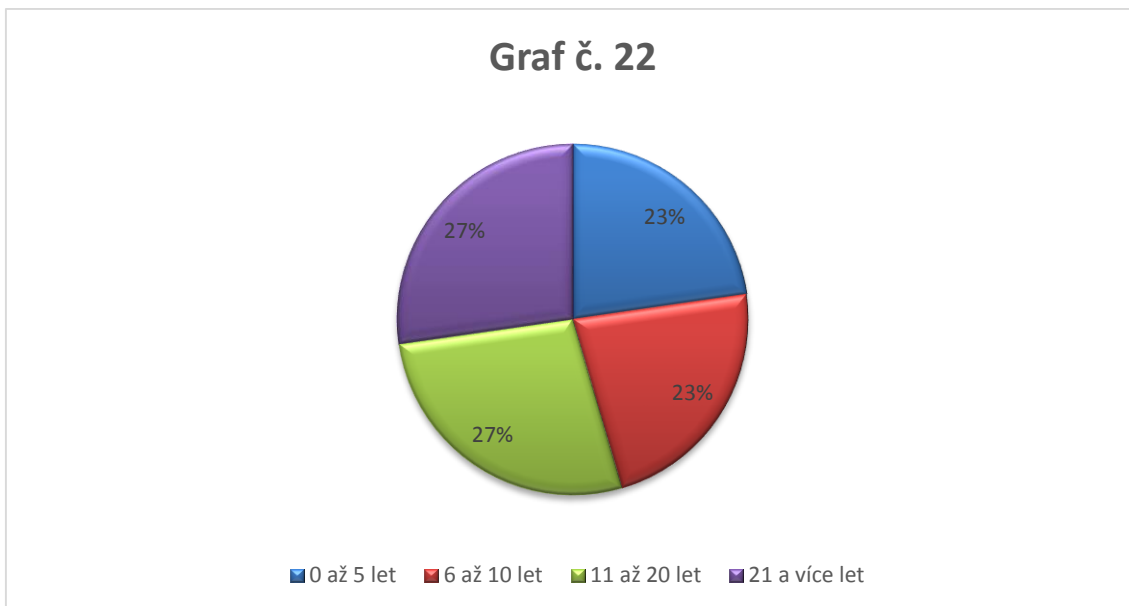
Graf č. 20 ukazuje vysoký stupeň vyhoření v emocionální složce u 9 (28 %) respondentů, kteří pečují o nemocné 0 až 5 let, u 10 (31 %) respondentů, pečujících o nemocné 6 až 10 let a u 8 (25 %) respondentů pečujících o nemocné 11 až 20 let. V období 21 a více let je ve stupni vyhoření 5 (16 %) respondentů.

Depersonalizace (DP) – nízký stupeň vyhoření (dle grafu č. 7 u 32 respondentů)



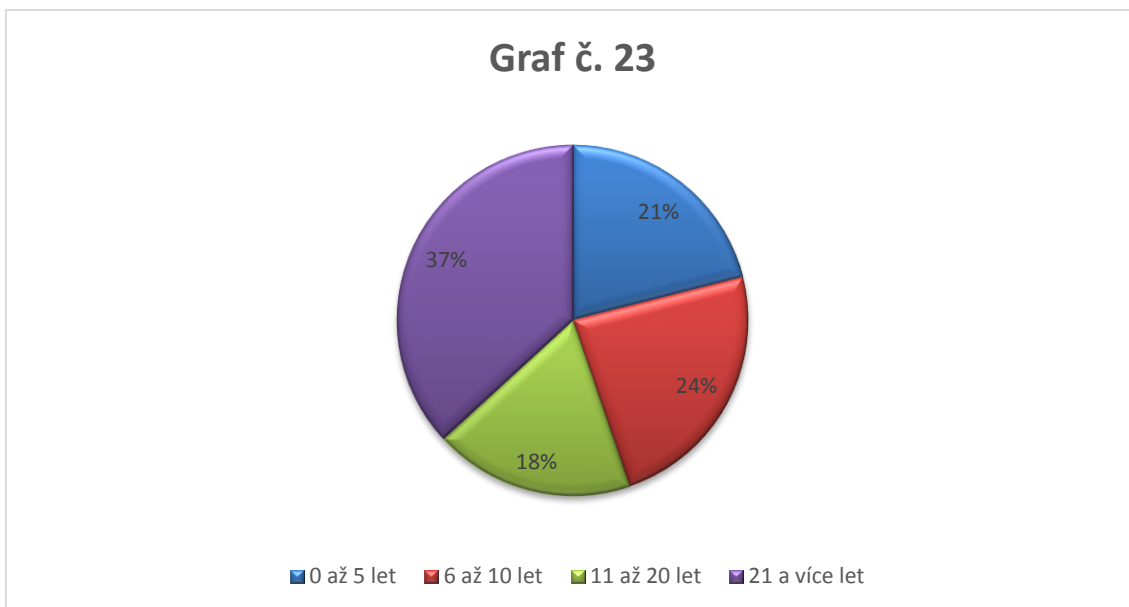
Graf č. 21 ukazuje nízký stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace u 6 (19 %) respondentů, kteří pečují o nemocné 0 až 5 let, u 2 (6 %) respondentů, pečujících o nemocné 6 až 10 let a u 3 (10 %) respondentů pečujících o nemocné 11 až 20 let. V období 21 a více let je v nízkém stupni vyhoření 21 (65 %) respondentů.

Depersonalizace (DP) – mírný stupeň vyhoření (dle grafu č. 7 u 26 respondentů)



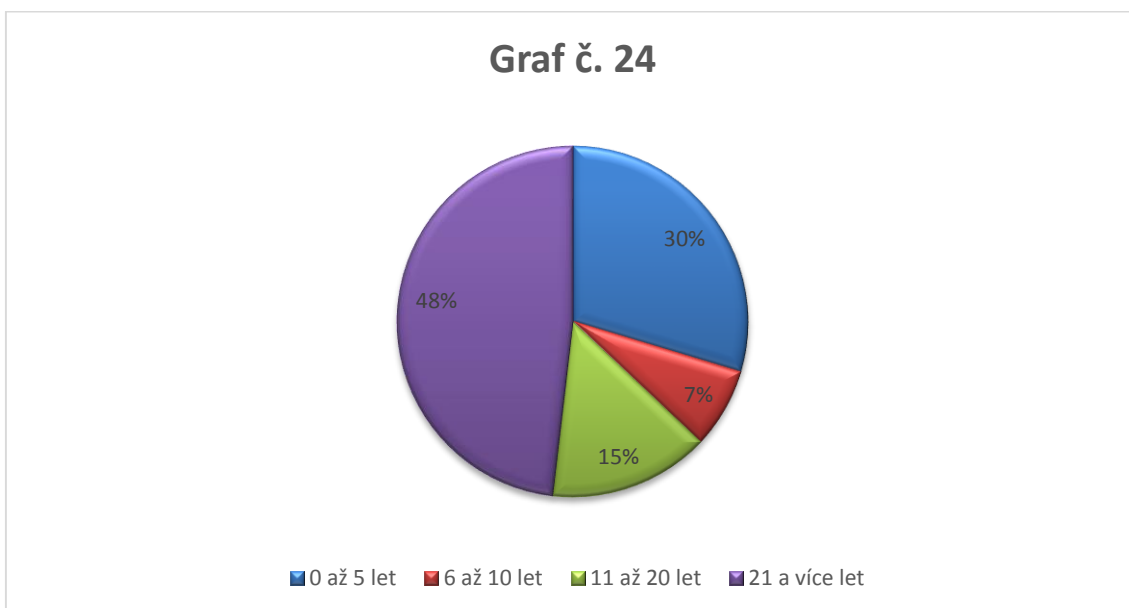
Graf č. 22 ukazuje mírný stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace u 9 (35 %) respondentů, kteří pečují o nemocné 0 až 5 let, u 6 (23 %) respondentů, pečujících o nemocné 6 až 10 let a u 4 (15 %) respondentů pečujících o nemocné 11 až 20 let. V období 21 a více let je v mírném stupni vyhoření 7 (27 %) respondentů.

Depersonalizace (DP) – vysoký stupeň vyhoření (dle grafu č. 7 u 29 respondentů)



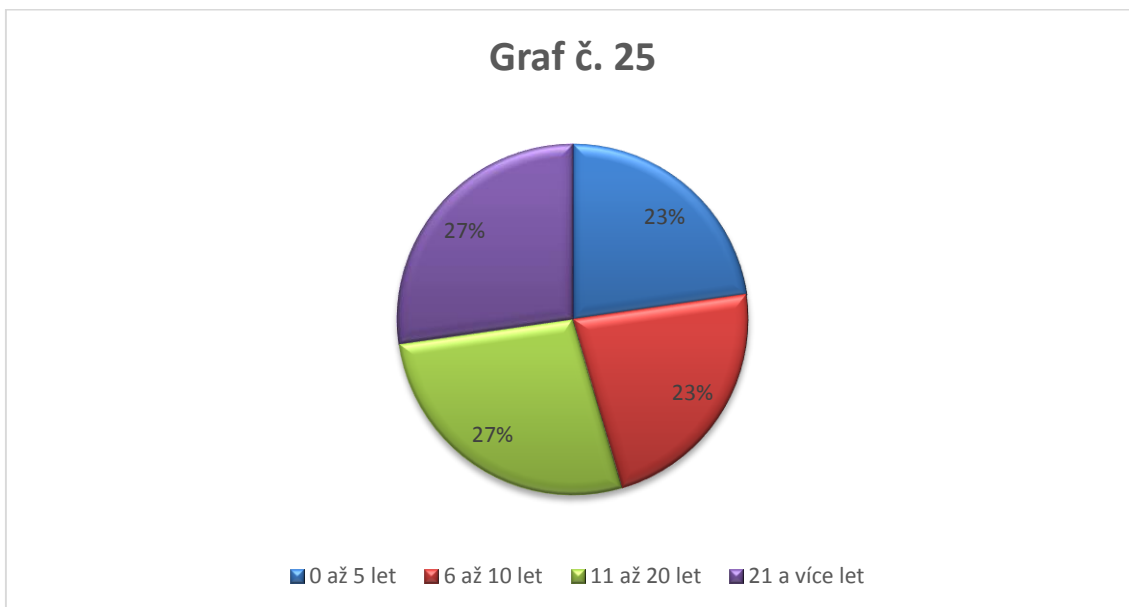
Graf č. 22 ukazuje vysoký stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace u 6 (21 %) respondentů, kteří pečují o nemocné 0 až 5 let, u 8 (28 %) respondentů, pečujících o nemocné 6 až 10 let a u 10 (34 %) respondentů pečujících o nemocné 11 až 20 let. V období 21 a více let je ve stupni vyhoření 5 (17 %) respondentů.

Osobní uspokojení z práce (PA) – nízký stupeň vyhoření (dle grafu č. 8 u 27 respondentů)



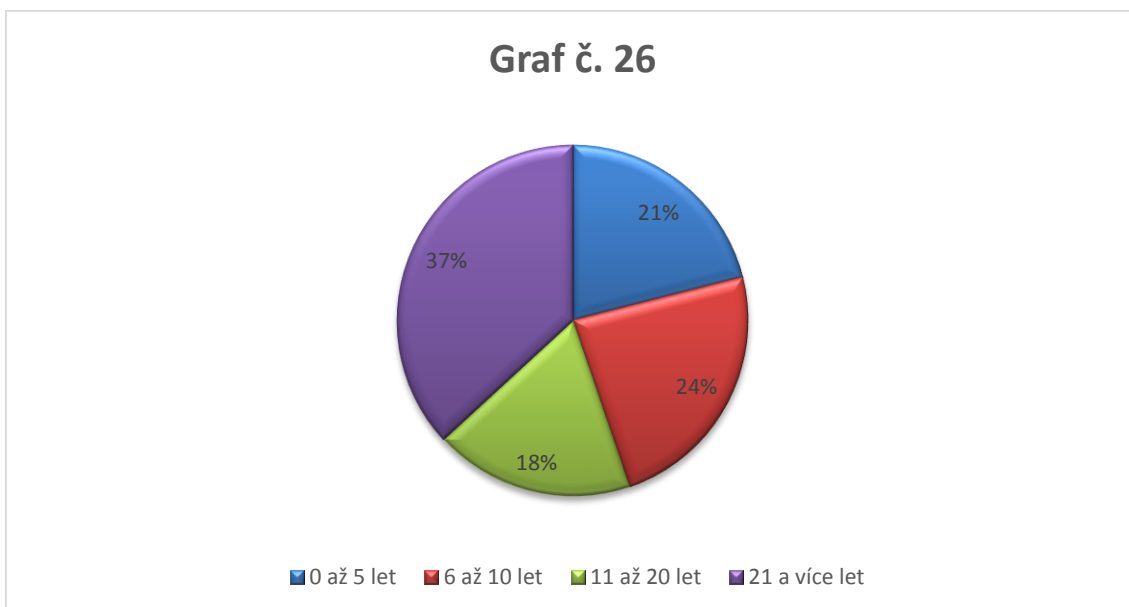
Graf č. 24 ukazuje nízký stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení z práce u 8 (30 %) respondentů, kteří pečují o nemocné 0 až 5 let, u 2 (7 %) respondentů, pečujících o nemocné 6 až 10 let a u 4 (15 %) respondentů pečujících o nemocné 11 až 20 let. V období 21 a více let je v nízkém stupni vyhoření 13 (48 %) respondentů.

Osobní uspokojení z práce (PA) – mírný stupeň vyhoření (dle grafu č. 8 u 22 respondentů)



Graf č. 25 ukazuje mírný stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení z práce u 5 (23 %) respondentů, kteří pečují o nemocné 0 až 5 let, u 5 (23 %) respondentů, pečujících o nemocné 6 až 10 let a u 6 (27 %) respondentů pečujících o nemocné 11 až 20 let. V období 21 a více let je v nízkém stupni vyhoření 6 (27 %) respondentů.

Osobní uspokojení z práce (PA) – vysoký stupeň vyhoření (dle grafu č. 8 u 38 respondentů)



Graf č. 26 ukazuje vysoký stupeň vyhoření v oblasti osobního uspokojení z práce u 8 (21 %) respondentů, kteří pečují o nemocné 0 až 5 let, u 9 (24 %) respondentů, pečujících o nemocné 6 až 10 let a u 7 (18 %) respondentů pečujících o nemocné 11 až 20 let. V období 21 a více let je ve stupni vyhoření 14 (37 %) respondentů.

PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Kapitola se zaměřuje na výsledky cílů a předpokladů, které byly předem stanovené. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit ohrožení nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti burn-out syndromu.

K realizaci výzkumného šetření jsem dotazník vlastní konstrukce, kde byla část dotazníku nestandardizovaná a ve druhé části jsem použila standardizovaný dotazník Maslach Burn-out Inventory. Nestandardizovaný dotazník se zaměřuje na zjištění demografických údajů a zahrnuje ho část A. Patří sem pět otázek. Standardizovaný dotazník zahrnuje část B.

Tabulka 1: Zastoupení nelékařských zdravotnických pracovníků

| | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| Všeobecná sestra | 73 | 83,9 % |
| Zdravotnický asistent | 14 | 16,0 % |

Standardizovaný dotazník Maslach Burn-out Inventory se rozděluje do tří složek, emocionální složky, depersonalizace a osobního uspokojení z práce.

Dílním cílem č. 1 bylo zjistit stupeň emocionálního vyčerpání u nelékařských zdravotnických pracovníků. Graf č. 6 znázorňuje zastoupení respondentů v emocionální složce, v různém stupni emocionálního vyhoření.

Ve výzkumném předpokladu č. 1 se domnívám, že u poloviny dotazovaných respondentů, pracujících v sociálním zařízení, dochází k mírnému emocionálnímu vyčerpání.

Tabulka 2: Emocionální složka - stupeň vyhoření

| | Nízký stupeň | Mírný stupeň | Vysoký stupeň | Celkem |
|-------------------|--------------|--------------|---------------|--------|
| Absolutní četnost | 20 | 5 | 12 | 37 |
| Relativní četnost | 54 % | 14 % | 32 % | 100 % |

Z tabulky č. 2 plynou výsledky dotazníků respondentů v oblasti emocionálního vyčerpání. Výzkumný předpoklad č. 1 se nepotvrdil. Zjistila jsem, že více jak polovina respondentů z domovů pro seniory, tedy 20 (54 %) má nízký stupeň vyhoření v této oblasti, 5 (14 %) respondentů má mírný stupeň vyhoření a 12 (32 %) respondentů je vyhořelých v této oblasti.

Dílčím cílem č. 2 bylo zjistit stupeň depersonalizace u nelékařských zdravotnických pracovníků.

V předpokladu č. 2 mou domněnkou je, že méně než polovina dotazovaných respondentů bude vykazovat mírný stupeň depersonalizace. Graf č. 7 znázorňuje zastoupení respondentů v oblasti depersonalizace. V nízkém stupni vyhoření ve složce depersonalizace se objevuje 32 (37 %) respondentů. Mírný stupeň ukazuje 26 (30 %) respondentů a ve vysokém stupni vyhoření se nachází 29 (33 %) dotazovaných respondentů. Předpoklad č. 2 se potvrdil, mírný stupeň se objevuje u méně než poloviny dotazovaných respondentů.

Dílčím cílem č. 3 bylo zjistit stupeň osobního uspokojení u nelékařských zdravotnických pracovníků.

Předpokladem č. 3 je, že u více než poloviny dotazovaných respondentů nebude vykazovat nízký stupeň osobního uspokojení v zaměstnání. Graf č. 8 znázorňuje nízký stupeň vyhoření ve složce osobní uspokojení u 27 (31 %) respondentů. Mírný stupeň má 22 (25 %) respondentů a ve fázi vyhoření je 38 (44 %) dotazovaných respondentů. Předpoklad se potvrdil.

Dílčím cílem č. 4 bylo zjistit vliv počtu odpracovaných let na ohrožení burn-out.

Ve výzkumném předpokladu č. 4 se domnívám, že nelékařský zdravotnický pracovník, pracující déle než 10 let, je více ohrožen burn-out, než nelékařský zdravotnický pracovník, pracující do 5 let.

Tabulka 3: Ohrožení burn-out syndromem

| | 0 až 5 let | 6 až 10 let | 11 až 20 let | 21 a více let | Celkem |
|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Relativní četnost | Relativní četnost | Relativní četnost | Relativní četnost | Relativní četnost |
| Emocionální složka | 28 % | 31 % | 25 % | 16 % | 100 % |
| Depersonalizace | 21 % | 28 % | 34 % | 17 % | 100 % |
| Osobní uspokojení | 21 % | 24 % | 18 % | 37 % | 100 % |

Tabulka č. 3 znázorňuje vyhodnocení dotazníků u nelékařských zdravotnických pracovníků od doby 0 až 5 let, 11 až 20 let a 21 a více let. Hodnoty, ze kterých lze vyčíst ohrožení burn-out syndromem u respondentů pečujících o nemocné 0 až 5 let a od 10 let více jsou pro lepší přehlednost zbarvené. V emocionální složce největší zastoupení mají nelékařští zdravotničtí pracovníci, pracující s klienty 0 až 5 let. V oblasti depersonalizace je největší zastoupení respondentů pečujících o nemocné od 11 až do 20 let. V osobním uspokojení jsou nejvíce ohroženi pracovníci, pečující o klienty 21 a více let.

Dílčím cílem č. 5 bylo porovnat ohrožení burn-out nelékařských zdravotnických pracovníků v sociálním zařízení a v nemocničním zařízení.

Předpokladem č. 5 je, že nelékařský zdravotnický pracovník, pracující v sociálním zařízení, je více ohrožen syndromem vyhoření, než nelékařský zdravotnický pracovník, pracující v nemocničním zařízení.

Tabulka 4: Nemocniční zařízení - Klatovská nemocnice a.s.

| | Emocionální složka | | Depersonalizace | | Osobní uspokojení | |
|---------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost | Absolutní četnost | Relativní četnost | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Nízký | 16 | 32 % | 16 | 32 % | 14 | 28 % |
| Mírný | 14 | 28 % | 16 | 32 % | 13 | 26 % |
| Vysoký | 20 | 40 % | 18 | 36 % | 23 | 46 % |
| Celkový počet | 50 | 100 % | 50 | 100 % | 50 | 100 % |

Tabulka 5: Sociální zařízení - Domov pro seniory v Újezdci a v Klatovech

| | Emocionální složka | | Depersonalizace | | Osobní uspokojení | |
|---------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | Absolutní četnost | Relativní četnost | Absolutní četnost | Relativní četnost | Absolutní četnost | Relativní četnost |
| Nízký | 20 | 54 % | 16 | 43 % | 13 | 36 % |
| Mírný | 5 | 14 % | 10 | 27 % | 9 | 25 % |
| Vysoký | 12 | 32 % | 11 | 30 % | 14 | 39 % |
| Celkový počet | 37 | 100 % | 37 | 100 % | 37 | 100 % |

Tabulka č. 4 znázorňuje absolutní a relativní četnost respondentů v Klatovské nemocnici a.s. Tabulka č. 5 znázorňuje absolutní a relativní četnost respondentů v Domovech pro seniory v Újezdci a v Klatovech. Vysoký stupeň vyhoření ve všech složkách dotazníku Maslach Burn-out Inventory převažuje v Klatovské nemocnici a.s. Předpoklad č. 5 se tedy nepotvrdil.

DISKUZE

Výzkumné šetření se zaměřuje na Burn-out syndrom u nelékařských zdravotnických pracovníků. Hlavním cílem bylo zjistit ohrožení nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti burn-out syndromu.

Na základě vytvoření dotazníků jsem udělala pilotní studii, kde jsem rozdala 5 dotazníků do Domovů pro seniory a 5 dotazníků do Klatovské nemocnice a.s.. Každý dotazovaný respondent si mohl svůj standardizovaný dotazník vyhodnotit. Pilotní studie mi pomohla ke zjištění, že byl dotazník pro respondenty pochopitelný.

Celkem jsem rozdala 120 dotazníků. Z Domovů pro seniory jsem mohla využít dotazníky od 37 respondentů a z Klatovské nemocnice a.s. jsem mohla využít dotazníky od 50 respondentů. Z Domova pro seniory v Újezdci bylo vráceno ze 30 rozdaných dotazníků 23 dotazníků, z Domova pro seniory v Klatovech bylo vráceno ze 30 rozdaných dotazníků 14 dotazníků. V Klatovské nemocnici a.s. jsem se zaměřila na oddělení Interních oborů, tedy na oddělení Neurologické, Interní, Psychiatrické a Léčebnu dlouhodobě nemocných. Z Neurologického oddělení bylo vráceno 14 dotazníků, z Interního oddělení 13 dotazníků, z Psychiatrického oddělení 13 dotazníků. V léčebně dlouhodobě nemocných vyplnilo dotazníky 10 respondentů.

Dotazovanými respondenty byli nelékařští zdravotničtí pracovníci. Převahou respondentů jsou všeobecné sestry, kterých je 73. Zdravotnických asistentů je 14.

Dotazník jsem rozdělila na Část A a Část B. Část A se zaměřuje na demografické údaje a Část B tvoří standardizovaný dotazník Maslach Burn-out Inventory. Demografické údaje napomáhají k rozdělení dotazníků. Díky rozdělení jsem mohla porovnávat ohrožení burn-out u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním a sociálním zařízení, podle období jak dlouho pečují o nemocné a podle věku. Dále jsem mohla respondenty rozdělit na všeobecné sestry a zdravotnické asistenty. Vyhodnocení dotazníků jsem mohla zhodnotit u každého oddělení.

V předpokladu č. 1 jsem se domnívala, že u poloviny dotazovaných respondentů, pracujících v sociálním zařízení, dochází k mírnému emocionálnímu vyčerpání. Na základě dotazníkové šetření jsem zjistila, že 5 (13 %) ze 37 (100 %) respondentů má mírný stupeň vyhoření. Tento předpoklad je v souladu s výzkumným šetřením Petry Kvapilové. Kvapilová (2010) je autorkou bakalářské práce Syndrom vyhoření u pracovníků pečujících

o seniory. Autorka udává, že mírný stupeň vyhoření v emocionální složce se objevuje u 16 (26 %) ze 62 (100 %) respondentů. (21, s. 32)

Pro nelékařské zdravotnické pracovníky je práce s klienty v sociálním zařízení náročná. Někteří klienti jsou v Domovech pro seniory nedobrovolně, mají tělesná postižení a deficity v různých oblastech. U nelékařského zdravotnického pracovníka může podle mého názoru docházet k mírnému emocionálnímu vyhoření z důvodu nedostatku času na výkony u klienta, dále z důvodu únavy, špatného spánku či konfliktů v osobním životě. Musí se přizpůsobit kolektivu a harmonogramu práce, což narušuje jeho počáteční nadšení a plány.

V předpokladu č. 2 se domnívám, že méně než polovina dotazovaných respondentů bude vykazovat mírný stupeň depersonalizace. V mírném stupni depersonalizace se objevuje u 26 (30 %) respondentů z 87 (100 %) respondentů. To potvrzuje můj předpoklad. Autorka bakalářské práce, tématu Syndrom vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče v domovech pro seniory, Šebestová (2014), ve svém výzkumném šetření uvádí mírný stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace u 12 (20 %) respondentů ze 61 (100 %) dotazovaných respondentů. Nízký stupeň depersonalizace se projevuje u 32 (37 %) respondentů. Z důvodu kladných výsledků počtu respondentů v nízkém stupni v oblasti depersonalizace mohou být poskytovány služby klientům efektivně a kvalitně. Tito respondenti věnují klientům veškerou péči. (34, s. 38)

Předpokladem č. 3 je, u že více než poloviny dotazovaných respondentů nebude vykazovat nízký stupeň osobního uspokojení v zaměstnání. Nízký stupeň vyhoření ve složce osobního uspokojení v zaměstnání je u 27 (31 %) z 87 (100 %) respondentů. Autorce Šebestové (2014) vychází nízký stupeň vyhoření ve složce osobního uspokojení v zaměstnání u 15 (25 %) respondentů ze 60 (100 %). Z výsledku mého šetření vyplývá, že v této oblasti se fáze vyhoření projevuje u 38 respondentů. Profese zdravotnického pracovníka je psychicky i fyzicky velmi náročná. Pokud pracoviště pro nelékařského zdravotnického pracovníka není příjemné, může se vyhoření projevovat i v jiných oblastech. Na základě těchto výsledků je nutné zvolit vhodné preventivní řešení. Příklad preventivního řešení se nachází v teoretické části této bakalářské práce.

Ve výzkumném předpokladu č. 4 se domnívám, že nelékařský zdravotnický pracovník, pracující déle než 10 let, je více ohrožen burn-out, než nelékařský zdravotnický pracovník, pracující do 5 let. V emocionální složce mají největší zastoupení nelékařští

zdravotničtí pracovníci, pečující o klienty 0 až 5 let. V oblasti depersonalizace a osobního uspokojení jsou nejvíce ohroženi pracovníci, pečující o klienty 21 a více let.

Výzkumné šetření je v souladu s výsledky Baierové (2013). Autorka uvádí, že v emocionální složce a depersonalizaci je ohroženo burn-out syndromem více respondentů pracujících s klienty více než 10 let, oproti respondentům, pracujících s klienty méně než 10 let. (2, s. 49)

Příčinou tohoto výsledku může být nástup do zaměstnání s elánem a nadšením. Jedinec srší nápady, ale jeho představy nemusí být naplněny. Nelékařští zdravotničtí pracovníci, již pracující v nemocničním či sociálním zařízení, už nemívají tak zkreslené iluze a neradi mění zvyklosti na oddělení, oproti nelékařským zdravotnickým pracovníkům, nastupujících do zaměstnání ihned po škole. Zdravotníci pracující v zařízeních jsou často přesvědčeni, že systém, který se v zařízení používá, je správný. Avšak mnohdy nové změny vedou k efektivnějším nebo kvalitnějším pracovním postupům. Mohli by zvýšit kvalitu ošetrovatelské péče, ale zároveň i prevenci burn-out syndromu.

Předpokladem č. 5 je, že nelékařský zdravotnický pracovník, pracující v sociálním zařízení, je více ohrožen syndromem vyhoření, než nelékařský zdravotnický pracovník, pracující v nemocničním zařízení. Tento předpoklad se v mém výzkumném šetření nepotvrdil. Standardizovaný dotazník Maslach Burn-out Inventory dokládá, že je v každé složce více vyhořelých nelékařských zdravotnických pracovníků v nemocničním zařízení, oproti sociálnímu zařízení. Tento předpoklad vyvrací Kutěj (2007). Autorovi diplomové práce na téma Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí vyšlo, že více vyhořelých nelékařských zdravotnických pracovníků je v sociálním zařízení. (19, s. 73)

Předpoklad jsem určila z důvodu, že v sociálním zařízení jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci v dlouhodobé interakci s klienty, a to může vést k jejich únavě, oproti nemocničnímu zařízení, kde se klienti, o které pečují, často střídají a natolik k němu emocionálně nepřilnou. V nemocničním zařízení zdravotníci přijmou klienta, o kterého se nějakou dobu starají a učí se jeho potřebám. Jak jsem již několikrát v bakalářské práci uvedla, nelékařský zdravotnický pracovník plánuje mnoho věcí a změn, kterých by chtěl dosáhnout při poskytování ošetrovatelské péči. Bohužel na realizaci jeho plánů mnohdy nezbyvá dostatek času, kdežto v sociálním zařízení už klienta zdravotníci znají a ví, co v jakou hodinu vyžaduje. Nelékařští zdravotničtí pracovníci v sociálním zařízení mohou plánovat reálné cíle a mají dostatek času na jejich splnění.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na téma Burn-out syndrom u nelékařských zdravotnických pracovníků. Téma je v současné době velmi aktuální vzhledem k narůstajícím požadavkům na nelékařské zdravotnické pracovníky v oblasti ošetrovatelské praxe. Nelékařští zdravotničtí pracovníci prožívají s klientem jeho období nemoci, uzdravování, ale i období umírání.

Hlavním cílem práce bylo zjistit ohrožení nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti burn-out syndromu. Výzkumné šetření probíhalo v Domovech pro seniory v Újezdci a v Klatovech pod Městským ústavem sociálních služeb v Klatovech a v Klatovské nemocnici a.s.

V bakalářské práci jsem se zaměřila na definici nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich role. Definovala jsem burn-out syndrom. Jsou zde popsány příznaky a fáze zmíněného syndromu, dále jeho diagnostika a především prevence, protože je důležité, aby zdravotničtí pracovníci byli informováni o problematice a prevenci tohoto syndromu a věděli, na koho se mohou obrátit při nabytí podezření burn-out syndromu. Jednotlivé kapitoly na sebe navazují a jsou seřazené tak, aby byly přehledné.

Dále jsem pomocí dotazníkového šetření zmapovala stupně vyhoření respondentů v jednotlivých oblastech. K dotazníkovému šetření jsem využila indentifikační otázky, které sloužily k rozdělení respondentů a standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory od autorky Maslachové Pro dosažení cíle výzkumného šetření, zjistit ohrožení nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti burn-out syndromu, jsem vypracovala pět dílčích cílů, kterými bylo zjistit stupeň emocionálního vyčerpání, zjistit stupeň depersonalizace, zjistit stupeň osobního uspokojení a zjistit vliv počtu odpracovaných let na ohrožení burn-out u nelékařských zdravotnických pracovníků. Dále jsem chtěla porovnat ohrožení burn-out syndromu u nelékařských zdravotnických pracovníků v sociálním zařízení a nemocničním zařízení.

Na základě pěti dílčích cílů jsem si stanovila pět předpokladů. Z výzkumného šetření vyplývá, že u respondentů, pracujících v sociálním zařízení, vykazuje v emocionální složce více jak polovina respondentů, tedy 20 (54 %) ze 37 (100 %), nízký stupeň vyčerpání. Mým předpokladem bylo, že u poloviny dotazovaných respondentů, pracujících v sociálním zařízení, dochází k mírnému emocionálnímu vyčerpání. Z výsledku

plyne, že můj předpoklad se nepotvrdil. Dále jsem předpokládala, že méně než polovina dotazovaných respondentů bude mít mírný stupeň depersonalizace. Výzkumné šetření ukazuje, že v mírném stupni se nachází 26 (30 %) respondentů z 87 (100 %) respondentů, což prokazuje potvrzení předpokladu. Mým třetím předpokladem bylo, že u více než poloviny dotazovaných respondentů nebude nízký stupeň osobního uspokojení v zaměstnání. Nízký stupeň vyhoření se ve složce osobního uspokojení objevuje u 27 (31 %) respondentů z 87 (100 %) respondentů, předpoklad se tedy potvrdil. V dalším výzkumném předpokladu jsem se domnívala, že nelékařský zdravotnický pracovník, pracující déle než 10 let, je více ohrožen burn-out, než nelékařský zdravotnický pracovník, pracující do 5 let. V emocionální složce ve stupni vyhoření mají největší zastoupení nelékařští zdravotničtí pracovníci, pracující s klienty 0 až 5 let. V oblasti depersonalizace a osobního uspokojení jsou nejvíce ohroženi pracovníci, pečující o klienty 21 a více let. Posledním předpokladem bylo, že nelékařský zdravotnický pracovník, pracující v sociálním zařízení, je více ohrožen syndromem vyhoření, než nelékařský zdravotnický pracovník, pracující v nemocničním zařízení. Vysoký stupeň vyhoření ve všech složkách dotazníku Maslach Burn-out Inventory převažuje v Klatovské nemocnici a.s., předpoklad se tedy nepotvrdil.

Ve výzkumném šetření mne překvapily celkové výsledky ohrožení burn-out syndromu u nelékařských zdravotnických pracovníků. V emocionální složce se fáze vyhoření projevuje u 32 (37 %) z 87 (100 %) respondentů. V oblasti depersonalizace je fáze vyhoření 29 (33 %) respondentů z 87 (100 %) dotazovaných. A v oblasti osobního uspokojení z práce je ve fázi vyhoření 38 (44 %) z 87 (100 %) respondentů. Tyto výsledky jsou důkazem toho, jak je nutné informovat zdravotníky o prevenci zmíněného syndromu.

Cíl výzkumného šetření bakalářské práce, zjistit ohrožení nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti burn-out syndromu, byl na uvedených pracovištích pomocí standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory splněn.

Na základě výsledků výzkumného šetření jsem se rozhodla vytvořit edukační leták pro zařízení, ve kterých se výzkumné šetření konalo. Jako další postup preventivního opatření jsem zvolila odbornou přednášku na téma burn-out syndrom a jeho prevenci v návaznosti na výsledky dotazníkového šetření. Na pracovišti sociálního zařízení v Domově pro seniory v Újezdci již proběhla přednáška dne 26. 2. 2016. Prezenční listina je dostupná v příloze č. 6.

LITERATURA A PRAMENY

1. BÄHRER-KOHLER, Sabine. *Burnout for experts: prevention in the context of living and working*. Heidelberg: Springer, c2013, x, 257 p. ISBN 1461443903.
2. BAIEROVÁ, Radmila. *Syndrom vyhoření u pracovníků sociální péče*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2013. Bakalářská práce.
3. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-701-3439-9.
4. BLATNÝ, Marek. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 301 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3434-7.
5. BUŽGOVÁ, Radka. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
6. ELDER, Ruth. EVANS, Katie. NIZETTE, Debra. TRENOWETH, Steve. *Mental health nursing*. UK: Elsevier Health Sciences. 2013. 496 s. ISBN 0702046647.
7. FARKAŠOVÁ, Zuzana. *Syndrom vyhoření ve zdravotnické profesi*. ZČU v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, 2012. Bakalářská práce.
8. HALUZÍKOVÁ, Jana. Zvládání stresu a prevence jeho následků. *Sestra* [online]. 2010, 2010-04-09, **2010**(4) [cit. 2010-04-09]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvladani-stresu-a-prevence-jeho-nasledku-450941>.
9. HRKALOVÁ, Andrea. *Psychická zátěž všeobecné sestry*. ZČU v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, 2015. Bakalářská práce.
10. JEKLOVÁ, Marta. REITMAYEROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
11. KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2011, 184 s. ISBN 978-802-4731-742.
12. KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*. Vyd. 1. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2009, 134 s. ISBN 978-80-213-1971-4.
13. KELNAROVÁ, Jarmila. MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010-, sv. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3270-1.

14. KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 263 stran. ISBN 978-80-247-3877-2.
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vyd., V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. Orientace (Karmelitánské nakladatelství), sv. 42. ISBN 9788071955733.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 119 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 119 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
19. KUTĚJ, Adam. *Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí*. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, 2007. Diplomová práce.
20. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
21. KVAPILOVÁ, Petra. *Syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o seniory*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2010. Bakalářská práce.
22. LHOTKOVÁ, Irena. ŠNÝDROVÁ, Ivana a TURECKIOVÁ, Michaela. *Sebeřízení vedoucího pracovníka ve školství*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2013, 96 s. Řízení školy (Wolters Kluwer). ISBN 978-80-7478-349-4.
23. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
24. MATOUŠKOVÁ, Ingrid. *Aplikovaná forenzní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 296 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4580-0.
25. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. Praha, 2011, 2015-05-04 [cit. 2011-03-09]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_3120_3.html.
26. PETRÁČKOVÁ, Věra a Jiří KRAUS. *Akademický slovník cizích slov: [A-Ž]*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1998, 834 s. ISBN 80-200-0607-9.

27. PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. Management (Grada). ISBN 978-80-247-4751-4.
28. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. Sestra (Grada). ISBN 9788024738710.
29. PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 175 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
30. PTÁČEK, Radek. BARTŮNĚK, Petr. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
31. RAUDENSKÁ, Jaroslava. JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 304 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.
32. SNOPOKOVÁ, Ivana. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. *Sestra* [online]. Psychiatrická léčebna, Kroměříž, 2007, 2007-07-10, 2007(7-8): 1 [cit. 2007-07-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/burn-out-syndrom-cili-syndrom-vyhoreni-313491>.
33. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada. 2010. 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
34. ŠEBESTOVÁ, Vendula. *Syndrom vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče v domovech pro seniory*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2014. Bakalářská práce.
35. ŠNAJDROVÁ, Ladislava. *Stresové faktory v práci sester na jednotce intenzivní péče*. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2008. Bakalářská práce.
36. ŠPAČKOVÁ, Alena. *Umění dialogu: jak si s lidmi opravdu porozumět*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 196 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3810-9.
37. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
38. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.
39. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester setrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015, 144 stran. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5711-7.

40. UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků: komplexní rozbor aktuální právní úpravy: výjimky a právní odpovědnost: řešení sporných či komplikovaných případů z praxe: praktickou součástí jsou zpracované vzory formulářů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 182 s. Právo pro praxi. ISBN 978-80-247-2658-8.
41. VČELÁK, PETR. Studijní materiály. *Informatika a výpočetní technika*. [Online] 20. únor 2012. [Citace: 20. únor 2012.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.
42. VENGLÁŘOVÁ, Martina. MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
43. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada. 2011. 184 s. ISBN 978-802-4731-742.
44. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 159 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4732-3.
45. ZACHAROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření – riziko syndromu vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. Interní medicína pro praxi*. Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, Ostrava, 2008, **10**(1): 2.

SEZNAM ZKRATEK

NLZP – Nelékařský zdravotnický pracovník

GAS - General Adaptation Syndrome

str. - strana

sb. - sbírka

č. - číslo

WHO – Světová zdravotnická organizace

LDN - Léčebna dlouhodobě nemocných

MBI – Maslach burnout Inventory

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1: Zastoupení nelékařských zdravotnických pracovníků

Tabulka č. 2: Emocionální složka - stupeň vyhoření

Tabulka č. 3: Ohrožení burn-out syndromem

Tabulka č. 4: Nemocniční zařízení - Klatovská nemocnice a.s.

Tabulka č. 5: Sociální zařízení - Domov pro seniory v Újezdci a v Klatovech

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Otázka č. 1 - Pohlaví

Graf č. 2: Otázka č. 2 – Vaše věková kategorie je

Graf č. 3: Otázka č. 3 – Pracujete na pozici

Graf č. 4: Otázka č. 4 – O nemocné pečujete

Graf č. 5: Otázka č. 5 – Pracujete na oddělení

Graf č. 6: Zastoupení respondentů v emocionální složce

Graf č. 7: Zastoupení respondentů v oblasti depersonalizace

Graf č. 8: Osobní uspokojení z práce u respondentů

Rozdělení podle věku:

Graf č. 9: Emocionální složka (EE) – nízký stupeň vyhoření

Graf č. 10: Emocionální složka (EE) – mírný stupeň vyhoření

Graf č. 11: Emocionální složka (EE) – vysoký stupeň vyhoření

Graf č. 12: Depersonalizace (DP) – nízký stupeň vyhoření

Graf č. 13: Depersonalizace (DP) – mírný stupeň vyhoření

Graf č. 14: Depersonalizace (DP) – vysoký stupeň vyhoření

Graf č. 15: Osobní uspokojení z práce (PA) – nízký stupeň vyhoření

Graf č. 16: Osobní uspokojení z práce (PA) – mírný stupeň vyhoření

Graf č. 17: Osobní uspokojení z práce (PA) – vysoký stupeň vyhoření

Rozdělení podle doby péče o nemocné:

Graf č. 18: Emocionální složka (EE) – nízký stupeň vyhoření

Graf č. 19: Emocionální složka (EE) – mírný stupeň vyhoření

Graf č. 20: Emocionální složka (EE) – vysoký stupeň vyhoření

Graf č. 21: Depersonalizace (DP) – nízký stupeň vyhoření

Graf č. 22: Depersonalizace (DP) – mírný stupeň vyhoření

Graf č. 23: Depersonalizace (DP) – vysoký stupeň vyhoření

Graf č. 24: Osobní uspokojení z práce (PA) – nízký stupeň vyhoření

Graf č. 25: Osobní uspokojení z práce (PA) – mírný stupeň vyhoření

Graf č. 26: Osobní uspokojení z práce (PA) – vysoký stupeň vyhoření

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Vyhodnocení dotazníku

Příloha 3: Žádosti o umožnění dotazníkového šetření v souvislosti s bakalářskou prací

Příloha 4: Edukační leták

Příloha 5: Obsah přednášky

Příloha 6: Prezence na přednášce v DPS v Újezdci

Příloha 7: Autogenní relaxační trénink profesora Schultze

Příloha 8: Prevence burn-out od Tošnerových

Příloha 9: Tabulka získaných údajů

PŘÍLOHA 1: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK

Vážená paní, Vážený pane,

jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia všeobecné sestry v Plzni. Dovolte mi obrátit se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, sloužícího ke zpracování bakalářské práce. Dotazník se zaměřuje na zjišťování Syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Předem děkuji za pravdivé odpovědi, Vaši ochotu a Váš čas.

Petra Doležalová

studentka 3. ročníku, oboru Všeobecná sestra

Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni

ČÁST A

Nejdříve Vás prosím o vyplnění identifikačních otázek. Uveďte vhodnou odpověď.

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Vaše věková kategorie je:

- a) 19 až 35 let
- b) 36 až 50 let
- c) 51 a více let

3. Pracujete na pozici:

- a) všeobecná sestra
- b) zdravotnický asistent
- c) jiné (doplňte)

4. O nemocné pečujete:

- a) 0 až 5 let
- b) 6 až 10 let

- c) 11 až 20 let
- d) 21 a více let

5. Pracujete na oddělení:

- a) Psychiatrické oddělení
- b) LDN
- c) Interní oddělení
- d) Neurologické oddělení
- e) Domov pro seniory v Újezdci
- f) Domov pro seniory v Klatovech

ČÁST B

Maslach burn-out Inventory

Maslach Burn-out Inventory patří mezi nejznámější používané metody výzkumu, zaměřující se na syndrom vyhoření. Touto metodou se zjišťují tři činitele: Emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení z práce.

V tomto dotazníku zakroužkujte u každého tvrzení číslo, označující sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

1. Práce mne citově vysává

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

2. Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil

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

3. Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a

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

4. Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů

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

5. Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi

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

6. Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá

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

7. Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů

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

8. Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce

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

9. Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji

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

10. Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem

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

11. Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým

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

12. Mám stále hodně energie

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

13. Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení

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

14. Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává

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

15. Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty

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

16. Práce s lidmi mi přináší silný stres

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

17. Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru

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

18. Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty

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

19. Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého

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

20. Mám pocit, že jsem na konci svých sil

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

21. Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně

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

22. Cítím, že klienti/pacienti mi přiřítají některé své problémy

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

PŘÍLOHA 2: VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

Vyhodnocení dotazníku Maslach Burn-out Inventory

Vyhodnocení dotazníku je na Vašem dobrovolném uvážení. Vztahuje se k části B, otázek 1 až 22.

Dotazník prosím odevzdejte i za situace, že nemáte zájem o individuální vyhodnocení.

Syndrom vyhoření tvoří sub-škály. Jsou kombinovány tak, aby postihly více oblastí a nezjišťuje se celkový skóre. Pocity vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, proto Maslach Burnout Inventory měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.

Vysvětlení pojmů:

Emocionální vyhoření – nedostatek sil k jakékoliv činnosti, vedoucí k depresivní náladě, pocitům beznaděje a bezmoci

Depersonalizace – zdání neskutečnosti sebe sama, projevuje se pocity odcizení a izolace

Osobní uspokojení z práce – dosažení cílů vede k uspokojení, nenaplnění osobních snah a cílů vede k nespokojenosti

Každý výrok se řadí do jednotlivé sub-škály.

Výroky 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 a 20 se řadí do emocionálního vyčerpání.

Výroky 5, 10, 11, 15 a 22 do depersonalizace.

Výroky 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 a 21 do osobního uspokojení.

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách.

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký 0 - 16

Mírný 17 - 26

Vysoký 27 a více = vyhoření!

Stupeň depersonalizace DP

Nízký 0 - 6

Mírný 7 - 12

Vysoký 13 a více = vyhoření!

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký 39 a více

Mírný 38 - 32

Nízký 31 - 0 = vyhoření!

V případě, že jste došli v bodovém hodnocení k závěru vyhoření, můžete mne kontaktovat pro možnost dalšího postupu na e-mail: dolezpet@gmail.com .

PŘÍLOHA 3: ŽÁDOSTI O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ V SOUVISLOSTI S BAKALÁŘSKOU PRACÍ

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce v Městský ústav sociálních služeb, Domov pro seniory v Klatovech

Jméno a příjmení studenta: Petra Doležalová

Úplný název vysoké školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, Katedra Ošetřovatelství a porodní asistence

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra, 3. ročník

Název bakalářské práce: Burnout syndrom u nelékařských zdravotnických pracovníků

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Kroupová

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): lenkroup@kos.zcu.cz

Akademický rok: 2015/2016

Metoda empirické části práce:

1. Metoda sběru dat:

Sběr informací dotazníkovou metodou.

Pro sběr informací oslovím:

Nelékařské zdravotnické pracovníky – *všeobecné sestry a zdravotnické asistenty.*

2. Cíl mé bakalářské práce:

Zjistit ohrožení nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti burnout syndromu.

Žádost podává student:

Petra Doležalová

tel.: 723346182

e-mail: dolezpet@gmail.com

V Klatovech dne:

21. 1. 2016

Podpis: Lenka Kroupová

Mgr. Alena Kleinerová
ředitelka MěÚSS

Městský ústav sociálních služeb Klatovy
příspěvková organizace
Bašbinova 59, 339 01 Klatovy 1
tel.: 376 347 119, 376 347 112
fax: 376 347 110
IČ: 492 87 261

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce v Klatovské nemocnici, a.s.

Jméno a příjmení studenta: Petra Doležalová

Úplný název vysoké školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, Katedra Ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra, 3. ročník

Název bakalářské práce: Burnout syndrom u nelékařských zdravotnických pracovníků

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Kroupová

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): lenkroup@kos.zcu.cz

Akademický rok: 2015/2016

Metoda empirické části práce:

1. Metoda sběru dat:

Sběr informací dotazníkovou metodou.

Pro sběr informací oslovím:

Nelékařské zdravotnické pracovníky – všeobecné sestry a zdravotnické asistenty.

2. Cíl mé bakalářské práce:

Zjistit ohrožení nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti burnout syndromu.

Žádost podává student: *Doležalová*

Petra Doležalová

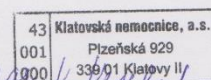
tel.: 723346182

e-mail: dolezpet@gmail.com

V Klatovech dne: *19.1.2016*

Dobrá jsem se k vypracování informací pro bakalářskou práci v rámci klatovské nemocnice, a.s.

Dne 19.1.2016



Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce v Městský ústav sociálních služeb, Domov pro seniory v Újezdci

Jméno a příjmení studenta: Petra Doležalová

Úplný název vysoké školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, Katedra Ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra, 3. ročník

Název bakalářské práce: Burnout syndrom u nelékařských zdravotnických pracovníků

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Kroupová

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): lenkroup@kos.zcu.cz

Akademický rok: 2015/2016

Metoda empirické části práce:

1. Metoda sběru dat:

Sběr informací dotazníkovou metodou.

Pro sběr informací oslovím:

Nelékařské zdravotnické pracovníky – všeobecné sestry a zdravotnické asistenty.

2. Cíl mé bakalářské práce:

Zjistit ohrožení nelékařských zdravotnických pracovníků v oblasti burnout syndromu.

Žádost podává student:

Petra Doležalová

tel.: 723346182

e-mail: dolezpet@gmail.com

V Klatovech dne: 21. 1. 2016 *Andrius*

Alena Kleinerová
Bc. Alena Kleinerová
ředitelka MŠÚSS
Městský ústav sociálních služeb Klatovy
příspěvková organizace
Balbinova 59, 339 01 Klatovy 1
tel.: 376 347 119, 376 347 112
fax: 376 347 110
IČ: 492 07 261

PŘÍLOHA 4: EDUKAČNÍ LETÁK

SYNDROM VYHOŘENÍ

DEFINICE

„Syndrom vyhoření je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresey.“

→ Je důsledkem dlouhodobého pracovního stresu

PROJEVY

Příznaky burnout syndromu se mohou objevit u jedince, který byl nejprve svou prací nadšený, ale postupně u něj zápal ochabl. Neustále na sebe klade vysoké nároky, jak v práci, tak ve studiu nebo při sportování. Následně pracuje nad úroveň svých schopností, dovedností a kompetencí. Příznaky se mohou objevit především u člověka, který neumí relaxovat, odpočinout si a regenerovat.

únava, pokles výkonu, poruchy paměti a soustředění, poruchy spánku, tělesné potíže, nespokojenost a neschopnost uvolnit se, snížení sebedůvěry, snížení interpersonálních vztahů, vyhýbání se komunikaci, nezáměr o okolí

PREVENCE

- *Péčovat o sebe a vážit si sebe
- *Změna postoje k životu a práci
- *Dostatek pohybu a tělesná kondice (jóga, sport, procházky)
- *Zařadit do jídelníčku vhodné potraviny a tekutiny (snídaně, teplý oběd, ovoce, zelenina a dostatek tekutin)
- *Mít dostatek spánku
- *Zajímat se o vlastní mezilidské vztahy – podpora od nejbližších
- *Účast na supervizích
- *Odlížit osobní život od pracovního - nemyslet doma na pracovní těžkosti
- *Nechat si pomoci, ve chvíli, kdy si nevíme rady – psychoterapeut

Zdroje:

1. KRÍVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 119 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
2. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. ISBN 978-802-4731-742.
3. STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
4. KRÍVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. 2., přeprac. vyd., V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. Orientace (Karmelitánské nakladatelství), sv. 42. ISBN 9788071955733.

NEJOHROŽENĚJŠÍ PROFESE

* lékaři a zdravotnický personál *

učitelé, psychologové, sociální pracovníci, policisté
a manažeři



FÁZE

Nadšení - Začínající pracovník srší elánem a má určitá očekávání

Stagnace - Počáteční nadšení uvažá, ne všechny ideály půjdou naplnit

Frustrace - Pracovník se zajímá o otázky efektivity a smyslu vlastní práce

Apatie - Pracovník vnímá své povolání jen jako zdroj obživy, dělá pouze to, co musí

Vyhoření - období emocionálního vyčerpání, depersonalizace (pocit ztráty vnímání sebe sama), pocit ztráty smyslu

PŘÍLOHA 5: OBSAH PŘEDNÁŠKY

Burn-out syndrom u nelékařských zdravotnických pracovníků

1. Představení
2. Úvod do problematiky
3. Definice Burn-out syndromu
4. Profese nejvíce ohrožené
5. Rizikové faktory
6. Příznaky
 - Fyzické
 - Psychické
 - Sociální
7. Fáze
 - Nadšení
 - Stagnace
 - Frustrace
 - Apatie
 - Vyhoření
8. Diagnostika
9. Vyhodnocení Maslach Burn-out dotazníku
 - Emocionální složka
 - Depersonalizace
 - Osobní uspokojení z práce
10. Možnosti prevence
11. Prevence dle autorky Venglářové
12. Prevence na pracovišti
13. Antistresové techniky
14. Možnosti pomoci
15. Literární zdroje
16. Prostor pro diskuzi
17. Poděkování za pozornost

PŘÍLOHA 6: PREZENCE NA PŘEDNÁŠCE V DPS V ÚJEZDCI

Prezenční listina

Přednáška na téma Burn-out syndrom u nelékařských zdravotnických pracovníků

| | | |
|-----|----------------------|-----|
| 1. | <i>K. Štancíková</i> | 16. |
| 2. | <i>Majumová</i> | 17. |
| 3. | <i>Břízová</i> | 18. |
| 4. | <i>Šousová</i> | 19. |
| 5. | <i>Štěpánková</i> | 20. |
| 6. | <i>J. Štěpánková</i> | 21. |
| 7. | <i>Štěpánková</i> | 22. |
| 8. | <i>Štěpánková</i> | 23. |
| 9. | <i>Hadličková</i> | 24. |
| 10. | <i>Štěpánková</i> | 25. |
| 11. | <i>Bláhová</i> | 26. |
| 12. | <i>Kubíčková</i> | 27. |
| 13. | <i>Štěpánková</i> | 28. |
| 14. | <i>Štěpánková</i> | 29. |
| 15. | | 30. |

Přednášející: Petra Doležalová

Dne 26. 2. 2016

Domov pro seniory v Újezdcí

PŘÍLOHA 7: AUTOGENNÍ RELAXAČNÍ TRÉNINK PROFESORA SCHULTZE

AUTOGENNÍ RELAXAČNÍ TRÉNINK PROFESORA SCHULTZE

Doporučený sled

- pravá ruka, levá ruka, obě ruce
- pravá noha, levá noha, obě nohy
- obě ruce, obě nohy

Základních šest fází cvičení:

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

Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 119 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

PŘÍLOHA 8: PREVENCE BURN-OUT OD TOŠNEROVÝCH

AUTOGENNÍ RELAXAČNÍ TRÉNINK PROFESORA SCHULTZE

Doporučený sled

- pravá ruka, levá ruka, obě ruce
- pravá noha, levá noha, obě nohy
- obě ruce, obě nohy

Základních šest fází cvičení:

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

Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 119 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.

PŘÍLOHA 9: TABULKA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

| Respondent | Pohlaví | Věk | Pozice | Doba | Pracoviště | EE | DEP | PA |
|------------|---------|---------------|--------|---------------|------------------|----|-----|----|
| 1 | žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | Neurologické odd | 17 | 9 | 34 |
| 2 | žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | Neurologické odd | 2 | 0 | 56 |
| 3 | žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | Neurologické odd | 9 | 4 | 48 |
| 4 | žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | Neurologické odd | 31 | 20 | 29 |
| 5 | žena | 51 a více let | VS | 11 až 20 let | Neurologické odd | 36 | 25 | 27 |
| 6 | žena | 19 až 35 let | VS | 11 až 20 let | Neurologické odd | 13 | 22 | 43 |
| 7 | žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | Neurologické odd | 19 | 8 | 30 |
| 8 | žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | Neurologické odd | 10 | 1 | 13 |
| 9 | žena | 36 až 50 let | VS | 11 až 20 let | Neurologické odd | 53 | 18 | 28 |
| 10 | žena | 19 až 35 let | VS | 21 a více let | Neurologické odd | 26 | 10 | 34 |
| 11 | žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | Neurologické odd | 10 | 14 | 50 |
| 12 | žena | 36 až 50 let | VS | 11 až 20 let | Neurologické odd | 25 | 7 | 45 |
| 13 | žena | 19 až 35 let | VS | 0 až 5 let | Neurologické odd | 18 | 11 | 49 |
| 14 | žena | 19 až 35 let | VS | 0 až 5 let | Neurologické odd | 18 | 11 | 50 |
| 15 | žena | 19 až 35 let | ZA | 0 až 5 let | DPS Klatovy | 18 | 6 | 42 |
| 16 | žena | 19 až 35 let | ZA | 0 až 5 let | DPS Klatovy | 13 | 6 | 41 |
| 17 | žena | 19 až 35 let | ZA | 0 až 5 let | DPS Klatovy | 7 | 2 | 49 |
| 18 | žena | 36 až 50 let | ZA | 21 a více let | DPS Klatovy | 7 | 1 | 17 |
| 19 | žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | DPS Klatovy | 18 | 10 | 34 |
| 20 | žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | DPS Klatovy | 4 | 6 | 43 |
| 21 | žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | DPS Klatovy | 13 | 6 | 41 |
| 22 | žena | 36 až 50 let | VS | 6 až 10 let | DPS Klatovy | 10 | 1 | 32 |
| 23 | žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | DPS Klatovy | 1 | 2 | 49 |
| 24 | žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | DPS Klatovy | 1 | 2 | 49 |
| 25 | žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | DPS Klatovy | 15 | 1 | 43 |

| | | | | | | | |
|---------|---------------|----|---------------|-------------------|----|----|----|
| 26 žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | DPS Klatovy | 10 | 1 | 21 |
| 27 žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | DPS Klatovy | 6 | 1 | 21 |
| 28 žena | 36 až 50 let | VS | 11 až 20 let | DPS Klatovy | 17 | 7 | 45 |
| 29 žena | 36 až 50 let | VS | 6 až 10 let | LDN | 33 | 14 | 36 |
| 30 žena | 51 a více let | VS | 0 až 5 let | LDN | 32 | 11 | 22 |
| 31 žena | 36 až 50 let | VS | 0 až 5 let | LDN | 34 | 14 | 37 |
| 32 žena | 19 až 35 let | VS | 0 až 5 let | LDN | 37 | 5 | 39 |
| 33 žena | 36 až 50 let | VS | 11 až 20 let | LDN | 22 | 6 | 20 |
| 34 žena | 51 a více let | VS | 11 až 20 let | LDN | 56 | 11 | 32 |
| 35 žena | 36 až 50 let | VS | 0 až 5 let | LDN | 51 | 15 | 36 |
| 36 žena | 36 až 50 let | VS | 6 až 10 let | LDN | 40 | 13 | 32 |
| 37 žena | 51 a více let | VS | 0 až 5 let | LDN | 25 | 7 | 29 |
| 38 žena | 36 až 50 let | ZA | 0 až 5 let | LDN | 35 | 15 | 34 |
| 39 žena | 51 a více let | ZA | 21 a více let | Psychiatrické odd | 18 | 2 | 35 |
| 40 žena | 19 až 35 let | ZA | 0 až 5 let | Psychiatrické odd | 12 | 2 | 47 |
| 41 žena | 19 až 35 let | ZA | 0 až 5 let | Psychiatrické odd | 12 | 5 | 40 |
| 42 žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | Psychiatrické odd | 9 | 0 | 40 |
| 43 žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | Psychiatrické odd | 9 | 0 | 40 |
| 44 žena | 19 až 35 let | VS | 0 až 5 let | Psychiatrické odd | 32 | 13 | 29 |
| 45 žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | Psychiatrické odd | 6 | 2 | 37 |
| 46 žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | Psychiatrické odd | 27 | 18 | 32 |
| 47 žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | Psychiatrické odd | 31 | 11 | 41 |
| 48 žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | Psychiatrické odd | 23 | 5 | 24 |
| 49 žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | Psychiatrické odd | 16 | 8 | 39 |
| 50 žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | Psychiatrické odd | 5 | 0 | 25 |
| 51 žena | 36 až 50 let | VS | 11 až 20 let | Psychiatrické odd | 25 | 16 | 29 |
| 52 žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | Interní odd | 7 | 0 | 4 |

| | | | | | | | |
|---------|---------------|----|---------------|-------------|----|----|----|
| 53 žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | Interní odd | 30 | 15 | 28 |
| 54 žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | Interní odd | 39 | 13 | 27 |
| 55 žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | Interní odd | 21 | 9 | 24 |
| 56 žena | 51 a více let | VS | 11 až 20 let | Interní odd | 40 | 20 | 22 |
| 57 žena | 36 až 50 let | ZA | 0 až 5 let | Interní odd | 27 | 12 | 25 |
| 58 žena | 36 až 50 let | ZA | 6 až 10 let | Interní odd | 42 | 12 | 30 |
| 59 žena | 36 až 50 let | ZA | 6 až 10 let | Interní odd | 12 | 8 | 15 |
| 60 žena | 36 až 50 let | ZA | 11 až 20 let | Interní odd | 24 | 6 | 35 |
| 61 žena | 19 až 35 let | VS | 0 až 5 let | Interní odd | 20 | 9 | 36 |
| 62 žena | 36 až 50 let | VS | 6 až 10 let | Interní odd | 10 | 4 | 27 |
| 63 žena | 19 až 35 let | VS | 6 až 10 let | Interní odd | 34 | 14 | 36 |
| 64 žena | 19 až 35 let | VS | 6 až 10 let | Interní odd | 5 | 15 | 28 |
| 65 žena | 19 až 35 let | ZA | 6 až 10 let | DPS Újezdec | 1 | 8 | 42 |
| 66 žena | 19 až 35 let | ZA | 0 až 5 let | DPS Újezdec | 32 | 20 | 29 |
| 67 žena | 51 a více let | VS | 11 až 20 let | DPS Újezdec | 31 | 21 | 30 |
| 68 žena | 19 až 35 let | VS | 0 až 5 let | DPS Újezdec | 13 | 7 | 31 |
| 69 žena | 36 až 50 let | VS | 11 až 20 let | DPS Újezdec | 38 | 19 | 32 |
| 70 žena | 36 až 50 let | VS | 6 až 10 let | DPS Újezdec | 32 | 13 | 33 |
| 71 žena | 36 až 50 let | VS | 6 až 10 let | DPS Újezdec | 42 | 23 | 28 |
| 72 žena | 19 až 35 let | VS | 0 až 5 let | DPS Újezdec | 16 | 7 | 33 |
| 73 žena | 19 až 35 let | VS | 0 až 5 let | DPS Újezdec | 27 | 15 | 24 |
| 74 žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | DPS Újezdec | 13 | 5 | 50 |
| 75 žena | 36 až 50 let | VS | 11 až 20 let | DPS Újezdec | 47 | 26 | 19 |
| 76 žena | 36 až 50 let | VS | 11 až 20 let | DPS Újezdec | 13 | 10 | 32 |
| 77 žena | 51 a více let | VS | 21 a více let | DPS Újezdec | 25 | 6 | 24 |
| 78 žena | 36 až 50 let | VS | 11 až 20 let | DPS Újezdec | 20 | 10 | 33 |
| 79 žena | 36 až 50 let | VS | 11 až 20 let | DPS Újezdec | 6 | 4 | 54 |

| | | | | | | | |
|---------|---------------|----|---------------|-------------|----|----|----|
| 80 žena | 19 až 35 let | VS | 6 až 10 let | DPS Újezdec | 52 | 11 | 17 |
| 81 žena | 36 až 50 let | VS | 6 až 10 let | DPS Újezdec | 61 | 31 | 14 |
| 82 žena | 19 až 35 let | VS | 6 až 10 let | DPS Újezdec | 43 | 22 | 29 |
| 83 žena | 19 až 35 let | VS | 0 až 5 let | DPS Újezdec | 13 | 7 | 31 |
| 84 žena | 36 až 50 let | VS | 6 až 10 let | DPS Újezdec | 38 | 10 | 34 |
| 85 žena | 51 a více let | VS | 11 až 20 let | DPS Újezdec | 36 | 20 | 32 |
| 86 žena | 36 až 50 let | VS | 21 a více let | DPS Újezdec | 15 | 6 | 16 |
| 87 žena | 36 až 50 let | VS | 6 až 10 let | DPS Újezdec | 7 | 10 | 42 |

| EE | DEP | PA |
|--------|--------|--------|
| nízký | nízký | nízký |
| mírný | mírný | mírný |
| vysoký | vysoký | vysoký |