

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Stomatologická klinika



Iryna Yakubyak

Syndrom vyhoření u dentální hygienistky a jeho preventivní opatření

*Dental Hygienist Burnout Syndrome and its
Preventive Measures*

Bakalářská práce

Praha, květen 2018

Autor práce: Iryna Yakubyak

Studijní program: Dentální hygienistka

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Pavlovičová, Dis

Pracoviště vedoucího práce: Stomatologická klinika 3. LF UK FNKV

Předpokládaný termín obhajoby: 13. 6. 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 3. května 2018

Iryna Yakubyak

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Markétě Pavlovičové, Dis. za její odborné vedení a čas strávený konzultacemi. Dále bych ráda poděkovala MUDr. Radkinu Honzákovi, CSc. za jeho odborné a cenné rady během zpracování bakalářské práce. Také mé poděkování patří dentálním hygienistkám a studentům dentální hygieny, kteří věnovali svůj čas vyplňováním dotazníků.

Obsah

OBSAH	5
1. CÍL PRÁCE	6
2. ÚVOD	7
3. TEORETICKÁ ČÁST	8
3.1. VYMEZENÍ POJMU SV	8
3.2. DEFINICE SV	9
3.3. ETIOLOGIE – ZÁTĚŽOVÉ SITUACE	11
3.3.1. <i>Stres</i>	12
3.3.2. <i>Frustrace</i>	15
3.3.3. <i>Konflikty</i>	15
3.3.4. <i>Trauma</i>	15
3.3.5. <i>Krize</i>	15
3.3.6. <i>Deprivace</i>	15
3.4. RIZIKOVÉ FAKTORY	16
3.4.1. <i>Osobní predispozice</i>	16
3.4.2. <i>Pracovní oblast</i>	18
3.4.3. <i>Mimopracovní oblast</i>	19
3.5. STADIA VÝVOJE SV	20
3.5.1. <i>Idealistické nadšení</i>	20
3.5.2. <i>Stagnace</i>	20
3.5.3. <i>Frustrace</i>	21
3.5.4. <i>Apatie</i>	21
3.5.5. <i>Vlastní vyhoření</i>	21
3.6. SYMPTOMY.....	22
3.6.1. <i>Psychická rovina</i>	22
3.6.2. <i>Fyzická rovina</i>	23
3.6.3. <i>Sociální rovina</i>	24
3.7. NÁSLEDKY	25
3.8. PREVENCE	25
3.8.1. <i>Vnitřní vlivy v prevenci SV</i>	25
3.8.2. <i>Vnější vlivy v prevenci SV</i>	28
3.9. LÉČBA	32
3.9.1. <i>Existenciální psychoterapie</i>	33
3.9.2. <i>Kognitivně – behaviorální terapie</i>	33
4. PRAKTICKÁ ČÁST	34
4.1. HYPOTÉZY	34
4.2. MATERIÁL A METODIKA	34
4.3. VÝSLEDKY	36
4.4. KAZUISTIKA.....	56
5. DISKUSE	59
6. ZÁVĚR	64
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
8. SOUHRN	69
9. SUMMARY	70
10. SEZNAM TABULEK GRAFŮ	72
11. SEZNAM PŘÍLOH	73
12. PŘÍLOHY	74

1. Cíl práce

Cílem teoretické části této bakalářské práce je popsat problematiku syndromu vyhoření. A to zejména vymezit pojem syndrom vyhoření, uvést příčiny, rizikové faktory, příznaky, stádia, jeho závažné zdravotní následky a léčbu. „Klíčem“ této bakalářské práce je problematika preventivního opatření, a proto budou podrobněji popsány způsoby prevence syndromu vyhoření.

Cílem praktické části je analyzovat rozsah povědomí a rizika ohrožení syndromem vyhoření u dentálních hygienistek a studentů dentální hygieny pomocí dotazníkového šetření. Dalším cílem je vytvoření kazuistiky, která přiblíží problematiku syndromu vyhoření u dentální hygienistky, která si tento stav dvakrát prožila. A posléze demonstrovat preventivní opatření syndromu vyhoření ve formě letáku.

2. Úvod

V roce 1996 v České republice bylo zahájeno vzdělávání na soukromé zdravotnické škole pro DH v Praze a na státní zdravotnické škole v Ústí nad Labem [1]. Tato fakta mohou vypovídat o tom, že profese dentální hygienistky (dále DH) patří mezi relativně mladý stomatologický obor, proto se příliš nehovoří o DH, u kterých je patrný syndrom vyhoření (dále SV) ve srovnání s jinými zdravotnickými obory, neboť u profese DH mohou být významně podceňována rizika vzniku SV. Ačkoliv SV představuje velmi diskutované téma, přesto v posledních letech výrazně přibývá počet jedinců s těmito problémy [2]. Z těchto důvodů se budu touto problematikou zabývat hlouběji. SV se vyskytuje často u lidí, kteří poskytují pomocné služby druhým. V tomto případě se soustředím na svou budoucí profesi. DH je zdravotnický pracovník. Mezi hlavní kompetence, které mohou provádět bez odborného dohledu, patří výchova pacientů k pravidelné a systematické péči o orální hygienu [1]. Tyto úkony, aby byly účinné, by měly být individuálně zaměřené na každého pacienta. Z mého pohledu má profese DH několik úskalí, která mohou výrazně ovlivnit psychickou stránku původně nadšené DH. Profese DH je založena jednak na manuální zručnosti, jednak na subjektivní, resp. individuální schopnosti s pacientem či klientem verbálně a nonverbálně komunikovat. Denní pracovní rutinou by mělo být motivace pacienta, což vyžaduje vysoké emocionální nasazení ze strany pracujícího [3]. Cílem téměř každé DH je, aby návštěva pro pacienta byla co nejvíce příjemná a užitečná, což není vždy tak snadné, a to může mít vliv na rychlejší a snadnější vyčerpání DH. Další velmi zásadní úskalí tkví v tom, že DH pracuje bez asistence, tudíž veškerou administrativu, přípravu a úklid křesla musí provést sama DH mezi ošetřením pacientů. Z toho vyplývá, že v pozadí zůstávají vlastní potřeby DH. Pokud smysl profese DH spočívá především v prevenci, považuji za vhodné a důležité mít povědomí o hrozbě fyzického a psychického vyčerpání, jehož následkem bývá SV. Proto je nezbytné, abychom dokázali rozpoznat nejen obecné příznaky SV, ale předně vlastní příznaky stresu. A tím pak zabránili jeho rozvoji [3].

3. Teoretická část

3.1. Vymezení pojmu SV

SV neboli burnout je odborným termínem, který poprvé použil a publikoval německý psychoanalytik H. J. Freudenberger na základě vlastní zkušenosti v roce 1974 v časopise *Journal of Social Issues*. Tento stav charakterizoval jako konečné stádium procesu, při němž dochází k vyčerpání všech osobních energetických zdrojů člověka, který se hluboce emocionálně něčím zabývá, důsledkem tohoto stavu je ztráta původního nadšení a motivace [4].

Na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let 20. století se SV dostal do popředí velkého zájmu psychologů a lékařů, kteří se začali zabývat stavy celkového vyčerpání. Tato problematika se týká především psychického vyčerpání. V rámci psychického vyčerpání se odborníci věnovali oblasti kognitivních funkcí, motivací i emocí, které zasahují a ovlivňují nejen názory, postoje, výkonnost, ale především profesionální chování. Tyto stavy jsou označovány jako SV, též vypálení nebo vyhaslosti, tj. vyčerpání [5].

Existuje jedna výstižná metafora: SV v angličtině je nazýván jako „to burn“, což v překladu znamená „hořet“, v přeneseném významu „být pro něco zapálený“. Slovo „burn out“ označuje „dohořet“ neboli „vyhořet“, „vyhasnout“. Oheň, který je původně silně hořící, symbolizuje v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a též nasazení daného jedince. Časem tento oheň dohoří a nemá již dál co hořet. A u člověka se tento stav projevuje SV [5].

V současnosti je množství autorů, kteří definovali SV. Společnými znaky všech existujících definic jsou [5]:

- SV zasahuje především psychickou stránku jedince, projevující se vyčerpáním.
- SV se vyskytuje zvláště u pomáhajících profesí.
- SV se projevuje symptomy (příznaky), které postihují oblast psychickou, ale též oblast fyzickou a sociální.

- SV se projevuje emoční exhauscí (vyčerpáním), kognitivním vyčerpáním a též celkovou únavou.
- SV rezultuje z působení dlouhodobého stresu.

3.2. Definice SV

Pojem *syndrom* je v medicíně definován jako soubor jednotlivých příznaků chorobného procesu [6].

Křivohlavý [7] SV definuje jako stav tělesného, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je vyvoláno chronickým působením emocionálně náročných situací. SV je reakce organismu na okolnost, která jedince přivádí do stresového stavu.

Honzák [8] vyhoření definuje jako: „Syndrom vyhoření neboli burnout je stav naprostého fyzického a duševního vyčerpání s možnými vážnými zdravotními důsledky. Kdo vyhořel, musel předtím hořet. Musel být zapálený pro svou většinou lidumilnou činnost. Ale zapálíme-li svíčku na obou koncích, dostaneme sice dvakrát víc světla, vyhoří však za poloviční dobu.“

Maslachová a Jacksonová [9] popisují SV jako soubor příznaků emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Přičemž pojem „depersonalizace“ Maslachová považuje za stav, kdy člověk je negativní, necitlivý, a také přehnaně odtažitý vůči ostatním lidem. Pojem „emoční vyčerpání“ charakterizuje jako subjektivní prožívání citového přetížení a vnitřních emočních zdrojů. Také je tento stav doprovázen pocitem vlastní neschopnosti (inkompetence) a neschopností pociťovat uspokojení z práce [10]. Výše uvedené autorky zmiňují, že SV vzniká tam, kde lidé přicházejí do kontaktu s jinými lidmi, tudíž kladou důraz na profese orientované na pomoc druhým lidem. Taková situace vede ke snižování kvality a kvantity práce, taktéž souvisí s fluktuací neboli se změnou zaměstnání či absencí [7]. U pomáhajících profesí jsou využívány jednak dovednosti a znalosti, ale také zde se podílí část osobnosti. Tyto profese jsou náročné především z toho hlediska, že osobnost je vybavena vlastnostmi, které jsou nazývány jako soucit a empatie.

Pojem empatie vyjadřuje naladění na stejnou vlnu s druhou osobou, tudíž dochází k prožívání společných emocí. Bylo prokázáno, že pokud s osobou soucítíme, tak skutečně prožíváme její bolest [8].

SV z pohledu teoretických koncepcí byl popsán na úrovni multidimenzionálního přístupu, interpersonálního přístupu, a také na úrovni existenciálního přístupu [10].

Jeho základem je *multidimenzionální přístup*, který vychází z práce Maslachové. Vyplývá z něho, že „emoční prožitek“ hraje důležitou roli v profesi, kde je práce s lidmi. Taková profese přináší uspokojení, ale zároveň dochází ke zvýšenému působení stresujících zážitků. Dalším poznatkem je, že za ideální se považuje zachovávání „odtažitého zájmu“. Ale ve skutečnosti je to velmi náročné, v extrémních případech to vede až k pocitům nenávisti. S tímto souvisí také koncept nazývaný ochranné dehumanizace: je to stav kdy se zdravotníci brání emočnímu případu, a tudíž své pacienty vnímají jako jakési případy. *Interpersonální přístup* popisuje, že sociální vztahy jsou významné etiologické faktory pro vyhoření. *Existenciální přístup* vychází z důležitosti lidské potřeby v něco věřit, že život má smysl, že věci, které člověk provádí dávají smysl [10].

V současnosti se akceptuje skutečnost, že důsledkem SV je také působení dlouhodobého stresu [2].

SV lze také porozumět jako přetrvávající odpověď související s pracovní činností na podkladě působení chronických emocionálních a personálních stresorů, pro něž je typické vyčerpání, cynismus a neefektivita [11].

Pešek a Praško [12] definují SV jako psychický stav charakterizovaný celkovým vyčerpáním a snížením pracovní výkonnosti v důsledku působení dlouhodobého a intenzivního stresu.

Stock [13] v literatuře uvádí, že SV není totožný se stresem, přičemž pro vznik SV hrají zásadní roli stresové faktory. Poněvadž k takovému stavu dochází v důsledku působení chronického stresu. V odborné literatuře je zdůrazňováno, že stres je adaptačním procesem, pro který je typická přechodnost a přítomnost tělesných a duševních příznaků. V případě

nezvládnutí kontroly nad stresem dochází k přechodu do pasivity, což vede k vyhoření. Tudíž SV vzniká v momentě, kdy dochází k zhroucení všech adaptačních procesů [14].

Študentová [15] SV popisuje jako souhrn potíží, u kterých převládá duševní a tělesné vyčerpání. Zároveň může postihovat vnímané jedince, na které působí dlouhodobý stres.

Freudenberger a Richelson SV popisují jako stav během, kterého došlo k vyčerpání fyzických a duševních sil, které je podmíněno opotřebením nadměrnou snahou dosáhnout nerealistických cílů, které si na sebe jedinec klade sám [14].

Kallwass [16] SV hodnotí jako stav projevující se mimořádným vyčerpáním, vnitřní nerovnováhou, silným poklesem výkonnosti a přítomností různých psychosomatických obtíží.

SV dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) světové zdravotnické organizace (WHO) se řadí nikoliv do mezinárodní statistické klasifikace nemocí [17], ale mezi problémy spojené s obtížemi při vedení života (Z73). Z toho vyplývá, že SV nepatří mezi diagnózy, přesto však může negativně ovlivňovat zdravotní stav jedince, protože příznaky podobné SV se mohou objevovat v počátečních fázích některých závažných psychických i somatických onemocněních. V roce 2014 na Psychiatrické klinice 1. lékařské fakulty Karlovy Univerzity (LF UK) a Všeobecná fakultní nemocnice (VFN) v Praze byl proveden výzkum, který byl zaměřen na výskyt příznaků SV v České republice. Tato studie byla provedena pomocí dotazníku „Shiron – Melamed Burnout Measure“ (SMBM) na 1 024 osobách ve věku 25–65 let. Vyhodnocení bylo, že cca 20 % dotazovaných projevilo příznaky syndromu vyhoření [18].

3.3. Etiologie – zátěžové situace

Na vzniku a rozvoji SV se podílí působení různých zátěžových situací [19]. Toto působení může vést k narušení duševní rovnováhy, a to buď

úplně, taktéž někdy jen dočasně, nebo jen zčásti. Narušení této psychické rovnováhy se projevuje změnou prožívání, uvažování i chování [20].

Druhy základních zátěžových situací lze rozdělit na [20]:

- Stres
- Frustrace
- Konflikt
- Trauma
- Krize
- Deprivace

3.3.1. Stres

Představitelem a zakladatelem stresu je profesor Hans Selye [21], který popsal termín stres (v angl. stress = tíseň, nesnáze, tlak) jako souhrn procesu, které jsou spojené s opotřebením těla během života. Jedná se o odpověď organismu na působení stresorů, tj. na podnětové podmínky produkující stresovou reakci. V dnešní době stres je významným problémem, protože je neodmyslitelnou součástí našeho života. Tato skutečnost je podmíněna vysokým stupněm rozvoje civilizace tehdejší společnosti [22].

Stres lze rozdělit na eustres, který působí pozitivně (je prožíván jako příjemná a radostná zátěž), a na distres, který působí negativně [23]. Přiměřená míra stresu může být pro nás užitečná, protože má schopnost stimulovat mysl a vést k pocitům spokojenosti. V momentě, pokud se objeví extrém, a to buď nedostatečným působením stresu, což vede k syndromu boreout (syndrom znužení). Anebo v opačném případě, pokud je dlouhodobý intenzivní nadbytek stresových impulzů, což vede ke stavu SV [12].

Rozdělení stresorů [24]:

- **Fyzikální** – teplo, chlad, tlak, vibrace
- **Biologické** – hlad, žízeň, bolest, nemoc
- **Psychosociální** – úzkost, strach ze zkoušky, vystoupení [24], časová tíseň, stále stupňované nároky na výkonnost, frustrace,

sociální nejistoty, komplikované či konfliktní sociální situace, řešení složitých úkolů, ztráta blízké osoby, strach ze selhání, pocity rizika [23]. Také sem lze zařadit pracoviště v intimní zóně, konfliktní pacienty či kolegy, odmítnutí druhou osobou a taktéž vysoké komunikační schopnosti, sociální postavení, ekonomickou situaci či mezilidské vztahy [12].

Mezi další faktory, které mohou být zdrojem pracovního stresu patří [23]:

- **Sociální pracovní prostředí**, které zahrnuje interpersonální konflikty, konflikty rolí, kompetencí, komunikací.
- Způsob **organizace práce**.
- **Obsah práce**, který souvisí s nízkou autonomií pracovní činnosti, odpovědnosti a výkon pracovníka, nároky na kvalitu.
- **Profesní perspektiva**, která souvisí s nejasným řádem, chybějící perspektivou osobního růstu.
- **Fyzické prostředí** zahrnuje hluk, prach, teplotu, vyrušování jinými pracovníky či bezpečnost práce.

Významnou roli v působení stresoru hraje psychická odolnost či fyzická zdatnost jedince, přičemž závisí na povaze a zkušenosti člověka [5]. Z psychologického hlediska stres lze chápat jako stav daného jedince, který se dostal do styku s nadměrným zatížením či jakýmsi ohrožením [20]. K takovému stavu dochází vlivem působení různých stresorů, které mají za úkol spouštět stresovou reakci, a též s pomocí kompenzačních mechanismů usilujících o ochranu organismu [12].

Vzhledem k tomu, že konečným stadiem stresu může být SV, Selye [21] stanovil fáze stresu, které pojmenoval GAS (General Adaptation Syndrom), což zobecňuje soubor symptomů během procesu vyrovnávání se s těžkostmi [7]. GAS je tvořen třemi fázemi, přičemž první fáze je *poplachovou* (alarmovou) reakcí. Druhá fáze je nazývána stádiem *rezistence* (zvýšenou odolností organismu), a pro třetí fázi je typické *vyčerpání* rezervních sil a

obranných možností organismu. Jejich projevy nejsou vždy stejné, každý jedinec si projde v životě mnohokrát fází poplachovou a fází rezistence.

Fáze poplachová – nastává v momentě, kdy dochází k aktivaci psychických a fyziologických obranných reakcí organismu [23]. Z psychologického hlediska tato stresová reakce vyvolává změny v emočním prožívání, jedná se o neklid, napětí, úzkost, obavy, může se objevit hněv i vztek, ale taktéž i smutek či deprese. Stresová zátěž ovlivňuje kognitivní funkce tím, že dochází ke zhoršování koncentrace pozornosti, uvažování může být až pesimistické [20].

Fáze rezistence – spočívá v rozpoznání účelných strategií, toto napomáhá ke zvládnutí stresové situace. V případě, že jedinec tuto okolnost zvládne, psychické a fyziologické funkce se vracejí do optimálního stavu [20]. Pokud jedinec nedokáže zvládnout tyto situace, může to vést k incidenci psychosomatické nemoci [24].

Fáze vyčerpání – nastává v případě, pokud stresor působí intenzivně delší dobu. Dochází k selhání obranných reakcí, při této fázi může dojít k závažnějším a trvalejším potížím [20].

Typické znaky stresových situací jsou [20]:

- Pocity, že se daná stresová situace nedá ovlivnit.
- Jedinec má pocit, že nedokáže předvídat vznik určité zátěžové situace, což vyvolává zvyšování intenzity stresu.
- Dojem nezvládnutelnosti okolností, přičemž tato situace je doprovázena subjektivními, nepřiměřenými nároky.
- Posledním znakem je nepříjemný tlak okolností, které vyžadují příliš změn. Tento tlak způsobuje pocit dezorientace a významné změny životních okolností.

Stresová zátěž a faktory, které ovlivňují odolnost vůči stresu, by měly být průběžně kontrolovány, protože tyto okolnosti jsou součástí profesí, které vyžadují kontakt s druhými lidmi a požadavky na vyšší odpovědnost

[4]. Chronické, intenzivní působení stresu může vést k syndromu vyhoření [12].

3.3.2. Frustrace

Frustrace nastává, pokud dojde k nečekané ztrátě naděje, přičemž člověk nemůže dosáhnout určitých významných subjektivních potřeb [20]. Důsledkem takovéto situace je vyvolání pocitu zklamání, a tím zhoršení nepříznivé situace. I přesto tato frustrační reakce může mít pozitivní účinky, protože nutí jedince nalézt řešení potíží, napomáhajících rozvoji schopností člověka [19].

3.3.3. Konflikty

Konflikty a frustrace můžeme zařadit mezi denní mrzutosti (daily harless). Tyto útrapy samostatně nepředstavují nijak výrazné potíže, ačkoliv mohou být poslední kapkou v působení zátěžové situace [20].

3.3.4. Trauma

Psychické trauma lze charakterizovat jako situaci, která vzniká náhle a může vést k poškození či ztrátě. Člověk ztrácí jistotu a pocit bezpečí, subjektivními pocity jsou stavy úzkosti, obavy do budoucna či prožívání smutku [20].

3.3.5. Krize

Při náhlém vyhocení situace vzniká krize je to stav, při kterém dochází k narušení psychické rovnováhy. Hlavním charakteristickým znakem krize je selhání kompenzačních mechanismů. Taktéž i krize je doprovázena řadou nepříznivých emočních prožitků – narušením pocitu jistoty a bezpečí, přítomností úzkostí, zoufalství a beznaděje. Dochází ke změně uvažování a vyhodnocení dané situace, jedinec získává pocit bezmocnosti, neschopnosti. Krize probíhá v podobných fázích jako stresová reakce [20].

3.3.6. Deprivace

Během zátěžové situace může dojít i k deprivaci, tento stav vzniká při dlouhodobém neuspokojování biologických a psychických potřeb daného

člověka. Jedná se o velice závažný stav, který může negativně ovlivnit psychický stav jedince [20].

3.4. Rizikové faktory

Vzhledem k současnému zvýšenému tempu životního stylu a vlivem růstu ekonomických, sociálních a emočních nároků roste výskyt syndromu vyhoření. A proto určitým způsobem každý jedinec může inklinovat k tomuto stavu [5].

Nicméně existuje jisté rozdělení rizikových činitelů, u kterých se soustředíme na tři kategorie, a to na [12]:

1. Vnitřní faktory (osobní predispozice)
2. Pracovní faktory
3. Mimopracovní faktory

Mezi neutrální faktory patří inteligence, věk, stav, vzdělání, pohlaví, délka praxe v oboru. Přičemž diskutabilní je délka praxe na jedné úrovni, protože někteří autoři tento faktor považují buď za irelevantní, anebo jiní naopak za důležitý faktor [25].

3.4.1. Osobní predispozice

Jak jsem výše uvedla, stres je subjektivní prožitek daného jedince, z tohoto důvodu neexistuje nijaké měřítko pro stres či přetížení. Avšak jsou určité osobnostní vlastnosti, které více než jiné směřují ke vzniku SV [16]. Osobnost lze charakterizovat jako jedinečnost každého člověka, jehož součástí jsou podstatné psychické vlastnosti i schopnosti [26]. Osobnost ovlivňuje zdraví a psychickou pohodu. Tudíž závisí na typu osobností, zda se osobnost dostane do stresujících situací či nikoliv. Osobnost je zodpovědná za způsob, kterým lidé reagují na stresující situaci [5].

Osobnostní vlastnosti, které mají tendenci inklinovat k SV, jsou: ctižádostivost, zodpovědnost, nebo až enormní pracovitost, pečlivost, soupeřivost. Postihuje i osoby toužící po dokonalosti a také jsou ohroženi jedinci, kteří potlačují vnitřní zlost, neklid či napětí [12]. Také rizikovou skupinou jsou jedinci, kteří do práce přicházejí s mimořádným nadšením, a

představa plné angažovanosti jim napomáhá nalézt smysluplnosti života. Ohroženou skupinou jsou taktéž osoby, které nejsou schopné distancovat od nadměrných nároků okolí. Dále osoby, které všechno chtějí mít pod svou kontrolou, tudíž nejsou schopné přenést zodpovědnost i na ostatní [27]. Dále tento stav zahrnuje osoby, které mají obrovské ideály a vysoké požadavky na sebe i okolí [15]. Chorobná závislost na práci se odborně nazývá workoholismus, důsledkem tohoto stavu může být SV [12]. Ačkoliv tento stav může být na první pohled chápán jako velmi kladný a prospěšný a tito lidé jsou považováni za schopné a pilné, skutečnost je jiná. Postupně ztrácí zájem o jiné aktivity, záliby, přátele či rodinu [15]. Velmi často se workoholismus vyskytuje u osobností s anankastickými rysy a perfekcionismem. Anankastičtí lidé jsou disciplinovaní a spolehliví, mají tendenci provádět všechno na sto procent, prožívají obavu ze selhání. Rozvoj SV může ovlivňovat stresující myšlení, nízké sebevědomí, vysoká empatie [12]. Nízké sebevědomí může být způsobeno mobbingem a bossingem na pracovišti. Tyto dva termíny znamenají úmyslné intrikování, šikanování se sklonem k opakování. Přičemž mobbing je projevem ze strany kolegů a bossing ze strany nadřízeného [28].

Další příčinou je ztráta vztahu, je to neschopnost vnímat sám sebe a vlastní potřeby, tento stav je způsoben neznalostí vlastní hranice a potřeby [29]. Pro vznik či rozvoj SV platí základní pravidlo: jedině vysoce motivováni jedinci mohou vyhořet, případně pokud lidé nejsou vysoce namotivováni, také mohou prožívat stres, odcizení, depresivní stavy, únavu nebo existenciální krizi, ale nikoliv vyhořet. Namotivováni jedinci přicházejí do profese s vysokými cíli a vysokými požadavky, tyto faktory mohou být podmíněny pracovním prostředím [14]. Také vliv na zvětšování působícího stresu podmiňuje nadměrná touha po uznání ve společnosti, tito jedinci mají tendenci klást důraz na věci, které nejsou podstatné, a proto většinou mají sklon své problémy přehánět a zveličovat [30].

3.4.2. Pracovní oblast

Velmi často náročné pracovní podmínky, soutěživé prostředí nebo strach o pozici, mohou být příčinou působení stresu [13]. Pracovní podmínky lze definovat jako souhrn chemických, biologických, ekonomických, a sociálních a organizačních faktorů, které působí během vykonávání profese. Jsou to faktory, které ovlivňují zdraví a pracovní pohodu člověka. Mezi rizikové faktory pracovního prostředí patří hluk, fyzická zátěž, pracovní poloha, teplo, chlad, psychická zátěž, zraková zátěž. Hraje zde významnou roli nepřiměřená pracovní zátěž, považovaná za pracovní stresory, na které organismus reaguje stresem. K těmto nepřiměřeným pracovním zátěžím dochází, pokud požadavky úkolů a pracovní podmínky, při nichž jsou tyto úkoly vykonávány, překračují výkonovou kapacitu. Také je potřeba vzít v potaz okolnost, při které jsou prováděny jednotvárné či stále stejné pohybové výkony. Dalším příkladem pracovního stresu může být zvýšená tělesná námaha, která souvisí s častou ruční manipulací, při níž dochází k vykonávání jednostranných a dlouhodobých pohybů, které vedou k přetěžování určitých svalových skupin, tudíž je využívána nefyziologická pracovní poloha. Za nepřiměřenou pracovní zátěž lze považovat přetížení psychické kapacity, kdy jsou zvýšené nároky na paměť, pozornost, myšlení, rozhodování, vědomí velké odpovědnosti, intenzivní sociální aktivita či nepříjemná sociální atmosféra na pracovišti [31].

Ukázalo se, že úroveň psychického vyhoření je v různých pracovních podmínkách odlišná [7]. Obtížné podmínky v profesi či soutěživé prostředí mohou podporovat riziko vzniku SV. Na pracovní stres má také vliv pracovní nejistota, obava ze ztráty pracovního místa, dlouhá pracovní doba a zvětšující intenzita práce ve velmi stěsnaném časovém rozvrhu. V neposlední řadě významným činitelem je práce s vyšším stupněm sociálních a emocionálních kompetencí [13]. Vliv může mít i nedostatečné uznání či podpory ze strany nadřízeného a nadměrná míra odpovědnosti [16]. Překvapivě na zrodu vyhoření se může podílet dlouhodobé neplnění úkolu. Dalším faktorem, který může hrát významnou roli, je nerealistická očekávání výsledku.

Freudenberger zmiňuje konkrétní osoby, které podléhají vyhoření a týká se to osob, které jsou [7]:

- Usilující o vynikající a úspěšný výsledek práce,
- oddaní své profesi,
- plni elánu, energie,
- osoby, které vloží do práce, do svých aktivit citovost,
- schopni minimalizovat své osobní zájmy za pracovní,
- zejména jsou to lidé, kteří nemají ani ponětí, že by se u nich mohlo objevit celkové vyčerpání.

Důležitým rizikovým faktorem v pracovní sféře mohou mít jistý vliv obtížní klienti a špatná organizace práce [12]. Vztah mezi pomáhajícím a klientem je velmi důležitým faktorem. Nebezpečí v pomáhajících profesích tkví v tom, že dovedou jednoduše nadchnout a tím se pracující dokážou snadněji zapálit do své práce [32].

Zubní lékaři za základní stresory považují dlouhou pracovní dobu (více než 10 hodin denně), nedostatek času na pacienta, obtížné či nespolupracující pacienty, nevyhovující pracovní prostředí, problémy v organizaci týmu, nedostatečný karierní postup, a také izolace od ostatních kolegů. Dalším významným stresorem je nucená pracovní poloha vykonávaná v sedě nebo ve stoji, kdy je za potřebí provádět precizní pohyby s rukama, a zároveň fixovat oči na jeden bod [25].

3.4.3. Mimopracovní oblast

V případě, kdy je zanedbaná mimopracovní sféra, tj. nedostatečné množství hlubších přátelských vztahů, nedostatek aktivit, zájmů a odpočinku, nedostatečný tělesný pohyb, nezdravé stravování, konfliktní partnerství či špatné domácí podmínky, napomáhá to ke vzniku či rozvoji syndromu vyhoření [12].

3.5. Stadia vývoje SV

Jak již bylo uvedeno, SV je důsledkem působení nadměrného stresu. Z toho vyplývá, že celkové vyčerpání je dlouhodobým procesem, a proto množství autorů uvádí SV v několika různě dlouhých fázích [4]. Tento proces je velmi individuální záležitostí, která se rozvíjí po dobu až několik let. Jsou různé modely vývoje SV, přičemž je nelze nijak ohraničit, a proto se mohou střídát, opakovat a některé fáze se nemusí vůbec objevit [12].

Existuje názorný pětifázový model podle Edelwiche a Brodskeho [19]:

1. Nadšení
2. Stagnace
3. Frustrace
4. Apatie
5. Vlastní vyhoření

3.5.1. Idealistické nadšení

Počínajícím stadiem je idealistické nadšení. Zpočátku jedinec pracuje s extrémním pracovním nadsazením, má obrovské množství energie a velké ideály s nerealistickými představami [13]. Během této fáze jsou přítomné pracovní úspěchy, a to člověku přináší uspokojení, optimismus, a práce se stává smyslem života [4]. Výjimkou není ani příliš vysoký empatický přístup ke klientům, což vede k tomu, že se jedinec ztotožňuje se svou prací a klienty. Jedinec je nadměrně motivován, plný ideálů a zaujetí, což vede k přetěžování se [33]. Následkem toho je uzavření se před okolním světem [13].

3.5.2. Stagnace

K přehodnocení původních ideálů dochází během stadia stagnace neboli vystřízlivění. Jedinec zažil několik zklamání, která ho vedla k přehodnocení ideálů a svých požadavků. Do popředí se dostávají zájmy, rodina, přátelé. I přesto daná osoba vykonává svou práci, ačkoliv už pro něj není tak důležitá a vzrušující jako dříve [13].

3.5.3. Frustrace

Během fáze frustrace se začínají projevovat pochybnosti o smysluplnosti pracovního snažení, začínající zpochybňování pracovních výsledků, pocit nedostatků uznání a výsledkem všeho je pouhé zklamání [13]. Jedinec si většinou pokládá otázky, zda má ještě nějaký smysl pomáhat lidem. Již během této fáze se počínají projevovat první fyzické a psychické potíže [19].

3.5.4. Apatie

V případě, pokud frustrace přetrvává relativně delší dobu, postupně přechází ve stadium apatie. Jedince motivují pouze finance, vyhýbá se práci-dělá pouze to, co je nezbytnou nutností [19]. Nemá zájem o jakoukoliv změnu, klienti jsou pouze na obtíž, se svými spolupracovníky odmítá komunikovat a přesčas nepřipadají v úvahu [15].

3.5.5. Vlastní vyhoření

A posledním stádiem je vlastní vyhoření, pro které je charakteristické celkové těžké vyčerpání, a to v rovině duševní, tělesné i sociální. Jedince doprovází nezájem, negativismus, lhostejnost, depersonalizace (odosobnění) a odcizení [4]. Toto stádium je tudíž doprovázeno depresivními stavy, jehož důsledkem může být zanechání původní profese či změna pozice [12].

Další členění fází SV poskytl A. Laengle. Uvádí tři fáze: počátkem je fáze plného nadšení, smysluplnosti a cílevědomosti. Ve druhé fázi se manifestuje utilitární zájem, to znamená, že nadšení nahrazují peníze. Poslední fáze je nazývána fází popele, jelikož nastává ztráta ke druhým, k sobě samému a objevují se známky cynismu, ironie a sarkasmu [7].

Z těchto všech členění vývoje SV vyplývá, že zpočátku člověk vidí smysluplnost své profese a pracuje s velkým nadšením. Ale časem dochází ke ztrátě zájmu, a jestliže nenajde cestu zpátky, je nucen svou práci opustit [19]. Vyhořelé DH potřebují si udržovat odstup od okolí, tudíž své pacienty vnímají spíše jako „případy“ nežli normální osoby [34].

3.6. Symptomy

Pokročilý SV ovlivňuje celé živobytí postiženého člověka [15]. A proto se považuje za velmi důležité umět rozpoznat již počáteční příznaky, ačkoliv některé příznaky mohou poukazovat na jiné duševní poruchy [16]. Příznaky SV lze rozdělit na vnější a vnitřní. Vnější příznaky manifestují podrážděnost, fyzickou neustálou únavu, neochotu riskovat. Zatímco vnitřní příznaky zahrnují absenci odvahy, osobní identity, sebeúcty a přítomnost negativního duševního postoje. Pomocí vnějších příznaku lze jednodušeji vyzorovat, že daný jedinec se ocitl v procesu vyhoření. Vnitřní příznaky se rozpoznávají hůře, ale jsou významné při stanovení diagnózy [35].

SV je doprovázen souborem příznaků, tyto symptomy lze rozčlenit podle úrovní, v nichž se projevují na [5]:

- Psychickou rovinu
- Fyzickou rovinu
- Sociální rovinu

3.6.1. Psychická rovina

Na psychické rovině se objevují příznaky emocionálního vyčerpání typu [2]:

- Exhaustce
- Depersonalizace
- Podrážděnost
- Podezíravost
- Vztahovačnost
- Záchvaty zlosti a hněvu
- Smutek
- Apatie
- Vyhýbaní se pracovním povinnostem
- Deprese

Během **exhaustce** neboli vyčerpání se daný jedinec cítí emočně vysílený (unavený). Takový stav se projevuje sklíčeností, bezmocí, beznadějí,

ztrátou schopnosti sebeovládání, zvýšeným pocitem strachu, pocity prázdnoty či absence odvahy [13]. Vyčerpání zasahuje i do kognitivní oblasti, a tím dochází k poklesu až ztrátě motivace [5]. Tyto stavy jsou též doprovázeny ztrátou chuti k životu [7].

Depersonalizaci můžeme chápat jako psychický projev, během kterého dochází ke ztrátě úcty k druhým lidem [7]. Během tohoto odcizení dochází k postupné ztrátě idealismu, cílevědomosti či zájmu. Původní pracovní nadšení slábne [13]. A je postupně nahrazováno nepříznivými projevy, cynismem či hostilitou. Postižený jedinec má sklon k sebelítosti a k intenzivnímu pocitu nedostatku uznání [5]. Nutností je zmínit, že tyto příznaky odcizení se nevyskytují v počátečním stádiu SV, nýbrž zasahují až v posledním stádiu.

Dalšími příznaky, které postižený jedinec může prožívat, je napětí, úzkost, smutek, přetížení starostmi, zklamání [7].

Někteří autoři zařazují depresi k příznakům SV. Mezi ně patří pocity smutku, zmaru, ztráta motivace a energie či pocity bezcennosti. Jsou to stavy, které patří mezi společné příznaky syndromu vyhoření a deprese. SV na rozdíl od deprese postihuje především myšlenky a pocity, které zasahují profesní výkon. A lze je pozitivně ovlivňovat během procesu SV, přičemž při depresi nikoliv [2]. Přičemž deprese zasahuje celou osobnost, a také je přítomná ve všech situacích. Zatímco příznaky SV v počátečních fázích jsou přítomny pouze v práci [14].

3.6.2. Fyzická rovina

Na úrovni fyzické se manifestují [5]:

- Stavy celkové únavy, které mohou být rychle přicházející
- Apatie, ochablost
- Poruchy spánku
- Přítomnost vegetativních obtíží typu: bolest u srdce, změny srdeční frekvence, dýchací obtíže a gastrointestinální obtíže
- Nespecifikované bolesti hlavy, bolesti ve svalech

- Poruchy krevního tlaku
- Sklon ke vzniku závislosti

V případě chronického neřešení situace se může tento proces projevovat celou řadou onemocnění a vážných zdravotních potíží [4]. Ukázalo se, že postižení SV si obvykle uvědomují pouze tělesné příznaky, nikoliv psychické emoce. Nežádoucí emoce nevědomky se přenášejí na tělesnou rovinu. Vznikají psychosomatická onemocnění zasahující gastrointestinální trakt (žaludeční vředy), kardiovaskulární systém (hypertenze). Velmi časté jsou bolesti hlavy, zad, krční páteře či přítomnost kožního onemocnění [12].

3.6.3. Sociální rovina

Na úrovni sociálních vztahů se projevuje [5]:

- Ztrátou empatie – druzí lidé jsou lhostejní.
- Celkovým snížením sociability – sociální apatie.
- Hodnocení druhých lidí je těmto osobám lhostejné.
- Prožívají nechuť k vykonávané práci.
- Přítomnost a nárůst konfliktů.

Nízká empatie vždy vyskytuje u jedinců s původně příliš vysokou empatií [5]. Postižený má tendenci vyhýbat se všem aktivitám, které jsou součástí profese. Kontakty s kolegy či klienty udržuje na co nejnižší úrovni, a přitom jedná chladně až cynicky. Komunikační oblast je stereotypní, stručná či plná fráží [15].

Příznaků SV je obrovské množství, v případě dlouhodobého neřešení dané situace nastává zhoršování těchto příznaků a posléze mohou manifestovat v závažné onemocnění [4].

3.7. Následky

SV nepříznivě působí na zdravotní stav jedince, a proto představuje závažný medicínský problém. Neboť tito jedinci tvoří náchylnější skupinu k různým onemocněním, u nichž se často objevují bolesti hlavy, mohou mít pocity nevolností, napětí svalů, šije a zad. Také dochází ke změnám stravovacích návyků, což ovlivňuje i tělesnou hmotnost. Dopadem SV je také chronická únava, která může souviset s poruchou spánku [19]. Tato chronická únava u SV představuje rozdílnost od klasické fyzické únavy. Fyzická únava může vyjadřovat příznivé účinky, jejímž řešením je odpočinek. Naopak únava SV může být považována za nepříznivou, tíživou, většinou je spojená s pocitem selhání či marnosti [7].

3.8. Prevence

Je zřejmé, že prevence patří mezi neúčinnější a nejjednodušší metody než řešení potíží týkající se syndromu vyhoření. A proto v následujících řádcích budou podrobněji popsány kompenzační mechanismy, které mají významnou úlohu v prevenci SV [12].

Ukázalo se, že předcházení a léčení je závislé na faktorech, které ovlivňují vznik a rozvoj SV, a proto v prevenci a v terapii je třeba se zaměřit na dvě oblasti. První oblast se týká jednotlivých osob, u kterých je riziko vzniku syndromu, dále u těch osob, které se staly obětí syndromu. Tato oblast je velmi individuální záležitostí a závisí na lidském faktoru. Druhá oblast zahrnuje soubor nepříznivých vlivů, které výrazně ovlivňují člověka, tj. vliv okolnostních, osobních a pracovních podmínek [7].

3.8.1. Vnitřní vlivy v prevenci SV

Individuální možnosti prevence zahrnují smysluplnost života, stresující faktory, schopnosti dané negativní vlivy zvládat a osobnostní charakteristiku jedince [7]. V prevenci či léčbě je zásadní začít u sebe. Důležité je uvědomit si současný život, jak aktuálně žijeme a dle toho stanovit určité změny, plány a cíle do budoucna. V úvahu je nutné vzít své schopnosti,

možnosti či rezervy [15]. Významnou roli hraje také sebepoznání a sebehodnocení, které spočívá v neustálém uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků. Tyto vlastnosti umožňují zvyšování sebedůvěry, která vede k optimistickému pohledu na svět, k dobré fyzické a duševní pohodě [36]. Důležitým faktorem, který napomáhá zvládnání životních těžkostí, je nalezení svého smysluplného, příjemného a fyzicky aktivního života, a to mimo svou profesi. Naplní pomáhající profese je péče, pomoc či léčit druhé. Proto je nezbytnou nutností umět se postarat o sebe, poté budeme schopni pečovat o své pacienty [33]. Další příčinou SV je nevyrovnaná životní situace. Jedná se o nepoměr mezi faktory zatěžujícími člověka a faktory schopné daný problém řešit. Řešením této situace je ubrání stresoru anebo naopak přidání na straně salutorů. Snížení stresorů je myšleno tak, že se vzdáme některých zatěžujících aktivit. A přidání salutorů neboli faktorů, které napomáhají úspěšně zvládat daný stres, znamená, že si dopřejeme relaxaci nebo relaxační cvičení [7]. Stres má do určité míry pozitivní účinky. Napomáhá, abychom se překonávali. Jenže pokud těchto stresových situací je až příliš tato situace vede k vyčerpání všech energetických zdrojů organismu. Vhodnou prevencí je zachování „chladné hlavy“, z toho vyplývá, že není potřeba dramatizovat situace, které si to objektivně nevyžadují [37].

Existuje deset **doporučení pro zvládnání stresových situací** (coping), mezi něž patří [38]:

- Schopnost uvědomit si a rozpoznat stres.
- Vyhnoutou se stresu, kterému lze.
- Schopnost předvídat stres.
- Naučit se využívat způsoby relaxace.
- Schopnost zvládat hněv.
- Naučit se odpouštět.
- Umět zhodnotit stres.
- Osvojení zásad asertivního chování.

- Udržovat sociální kontakt.
- Schopnost využívat změny pohledu na věc.

SV je důsledkem nerovnováhy mezi prací a odpočinkem, tj. nepoměr ve vytváření a výdejem energie [13]. A proto klíčem pro duševní a tělesnou pohodu je správné rozvržení časového diagramu. A z toho vyplývá, že čas, který strávíme v práci, musí být adekvátně vyvážen odpočinkem [15]. Práce by se neměla nosit domů, nepostradatelné je vytvoření volného času pro svůj život, na své koníčky a zájmy, které přinášejí uvolnění a uspokojení v životě. Díky nim dochází k obohacení života, proto ztráta těchto zájmu kvůli nedostatku času se vyplácí [33].

Je důležité, abychom udrželi rovnovážný harmonogram dne, měli bychom být schopni bavit se stejně dobře, tak jako umíme pracovat, protože pokud budeme jen pracovat a nedopřávat si zábavu, může to skončit vyhořením [35]. Zpočátku, než začneme organizovat čas, měli bychom zaznamenat svůj dosavadní harmonogram. A následně podle toho změnit časový rozvrh a zorganizování úkolu dne dle jejich důležitosti a naléhavosti [39].

Existují jistá doporučení pro správnou organizaci času v zaměstnání [39]:

- Považuje se za vhodné naplánovat si maximálně 60 % pracovního času. Zbýlých 40 % si nechat jako rezervu, kdyby se nedařilo podle představ.
- Zajistit, aby pracovní program byl pestrý, protože nám napomůže zajistit dobrou soustředěnost a dostatek energie.
- Udělat si seznam toho, co potřebujeme během týdne zrealizovat.

Běžný pracovní den by se měl skládat z osmi hodin spánku, z osmi hodin práce, měli bychom věnovat zároveň čtyři hodiny sobě samému a čtyři hodiny domácnosti a povinnosti. O víkendovém dni si můžeme dopřát až deset hodin spánku, čtyři hodiny domácnosti a povinností a dalších deset hodin sobě samému, rodině, zábavě a relaxaci [15].

Také je vhodné mít pozitivní přístup k sobě samému – být zodpovědný pouze za své jednání [27]. Často zdravotníci mají pocit, že své potřeby mohou naplnit až tehdy, co všem pomohou [37].

3.8.2. Vnější vlivy v prevenci SV

Sociální opora – sociální síť daného jedince patří mezi jeden z nejdůležitějších faktorů v prevenci syndromu vyhoření [33]. Sociální síť vyjadřuje soubor lidí, kteří jsou v kontaktu s daným jedincem, a v případě potřeby dokáží poskytnout jistou pomoc [40]. Dvojice autorek Ayala Pinesová a Elliota Aronsona v jedné studii zdůraznila, že čím jsou vztahy mezi lidmi lepší, tím je i nižší možnost psychického vyhoření, tj. čím je lepší sociální opora, tím méně příznak syndromu vyhoření se objevuje. Sociální opora hraje důležitou roli v prevenci stresu a psychického vyhoření a má deset různých funkcí. Můžeme sem zařadit: naslouchání, potřeba sociálního zrcadla, uznání, povzbuzování, empatie, emocionální vzpoura, prověřování stavu světa, dělba práce, spolupráce, vstřícný prosociální postoj a nezištná pomoc [7].

Tělesné signály – nás upozorňují na významné potíže v našem životě. Tyto podněty reagují na stravování, dýchání, spánek a pohyb. Pokud se signály ignorují, dříve či později se začnou objevovat nejrůznější vegetativní tělesné příznaky, jako jsou palpitace neboli bušení srdce, bolesti hlavy, třes, pocení, zažívací potíže, poruchy spánku, ale i potíže ve formě deprese, kterou můžeme interpretovat jako výsledek působení dlouhodobého stresu [12].

Relaxační techniky – v současnosti existuje mnoho různých způsobů relaxace, mezi které lze zařadit [41]:

- Relaxace na podkladě svalového uvolnění – masáže, akupresura, reflexní terapie.
- Relaxace na podkladě dechových cvičení – koncentrace na volný a přirozený průběh dechu, plný jógových dech.
- Relaxačně imaginativní metody – její náplní je tvůrčí představivost.

- Relaxačně koncentrační metody – sem lze zařadit Jacobsovou progresivní relaxaci, Schulzův autogenní trénink či meditaci.
- Aromaterapie (spočívající v relaxaci pomocí vůně), muzikoterapie (relaxace probíhá za doprovodu hudby).

Relaxace na bázi dechových cvičení – kontrolované klidné dýchání, relaxace a tělesné cvičení napomáhá ke zvládnutí tělesných příznaků úzkosti [39]. Zklidňující dýchání do břicha je metodou se zmírňujícími vlivy, a proto při úzkosti, strachu a zlosti, resp. při zrychleném a povrchovém dýchání se považuje za vhodné takto dýchat [12]. Může se provádět i nácvik klidného dýchání, jehož silnou stránkou jsou zmírňující účinky při tělesných příznacích, jako jsou závratě, bušení srdce, lapání po dechu, zároveň zmírňuje panický záchvat. Doporučuje se toto dýchání zautomatizovat [39].

Relaxačně koncentrační metody – existují různé typy svalových relaxací, které mají pozitivní účinky na svalové napětí, snižují aktivitu sympatiku a zároveň zvyšují aktivitu parasympatiku. Výsledkem této relaxace se stává tělesné a psychické uvolnění. Mezi nejčastěji užívanou metodou je tzv. progresivní relaxace [12]. Tato relaxace dle Jacobsona probíhá na základě systematického uvolňování kosterního svalstva za schopnosti uvědomovat si a rozlišovat rozdíly v napětí svalů [41]. Tuto progresivní relaxaci lze provádět kdykoliv, a to zejména v případě, pokud se cítíme ve stresu nebo pokud zůstáváme v jistém napětí. Cvičení by mělo probíhat pravidelně, nejlépe 2x denně, a to po dobu 7 až 10 min. Toto cvičení by mělo probíhat v klidné místnosti bez významných sluchových a vizuálních podnětů. Také je doporučováno, aby se cvičilo ve volném, příjemném oděvu a v sedu na pohodlné židli. Principem relaxace je uvolňování a napínání jednotlivých svalových skupinek, kdy na konci nádechu svaly napínáme 3 až 5 vteřin a při výdechu svaly uvolňujeme po dobu 5 až 7 vteřin [12].

Postup nácviku je jednoduchý, uvádí se 12 cviků [12]:

1. Zatneme obě pěsti tak, abychom pocítovali napětí v pěsti a předloktí a následně pěsti uvolníme.
2. Ohneme lokty, zatneme bicepsy, přičemž zároveň ruce uvolníme.

3. Natáhneme obě paže a zatneme tricepsy a následně uvolníme.
4. Přitáhneme ramena k uším a poté uvolníme.
5. Pokrčíme čelo, zvedneme obočí a uvolníme.
6. Pevně sevřeme oči a uvolníme.
7. Zakloníme hlavu a uvolníme.
8. Zatlačíme bradu proti hrudníku a uvolníme.
9. Přitlačíme k sobě lopatky a poté uvolníme.
10. Zpevníme záda a uvolníme.
11. Napneme stehna a uvolníme.
12. Zatneme hýždě a uvolníme.

Měli bychom klidně a pravidelně dýchat břichem, přitom udělat sedm nádechů a výdechů.

Autogenní trénink – pro odstranění příznaků psychického napětí, neklidu, schopnosti zvyšovat výkonnost a odolnost vůči nepříznivým vlivům, je vhodný autogenní trénink. Principem tohoto tréninku je relaxace a koncentrace [12]. Jedná se o psychoterapeutické cvičení vlastního organismu, jeho výhodou je, že po naučení základních nácviků lze provádět bez terapeuta [22].

Důležité je, aby se relaxační techniky prováděly pravidelně a po delší dobu. Výsledkem takových relaxací je duševní svěžest, klid a vyrovnanost, zvýšený práh vnímání, snížení napětí, rozšíření cév. Relaxace rovněž snižují srdeční frekvenci, krevní tlak, dechovou frekvenci a způsobují pravidelnost dechových cyklů, taktéž snižují spotřebu kyslíku a ovlivňují aktivitu mozkových vln [13].

Tělesný pohyb – je známo, že tělesný pohyb má pozitivní účinky na lidské tělo. V tomto případě dostatek pohybu ochraňuje před vlivem stresu tím, že působí na VNS-podporuje parasymptikus a inhibuje sympatikus. Při nedostatečném pohybu dochází k aktivaci sympatiku, a tudíž i k vyplavování adrenalinu a noradrenalinu. Důsledkem je zvýšená náchylnost na stres,

napjatost, podrážděnost a únavnost. Pokud je dostatečný pohyb, zrychluje se metabolismus, zvyšuje se odbourávání stresových hormonů a aktivuje se parasympatikus, který příznivě ovlivňuje lidské tělo a psychiku [12]. Z toho vyplývá, že pravidelné vytrvalostní cvičení snižuje pocit napětí a stresové stavy, snižuje náchylnost na úzkostné a depresivní stavy a taktéž se zvyšuje schopnost koncentrovat, posiluje sebevědomí a přináší pozitivní pocit ze sebe i ze svého těla [13]. Proto se doporučuje hýbat se pravidelně minimálně 3 až 4x týdně po dobu 30 min. Mezi nejvhodnější cvičení patří aerobní pohyb, tj. běh, jízda na kole, plavání, pravidelná vytrvalostní chůze [12].

Nedílnou součástí zdravého životního stylu, a tedy i preventivního opatření je strava. Proto je důležité, abychom přemýšleli nad tím co, jak, kdy a jaké množství jíme. Jídelníček by měl být co nejpestřejší, měl by obsahovat potřebné živiny, jako jsou bílkoviny, tuky, sacharidy, vitamíny, minerální látky a stopové prvky. Jednoduché cukry je vhodné snížit na minimum, protože po příjmu se rychle vstřebávají, a to způsobuje rychlý nárůst glykémie (hladinu cukru v krvi) a následně po krátké době hladina glykémie klesne ještě níže, než byla předtím. Tento proces vyvolává intenzivní pocit vyčerpání [12].

Spánek – lze definovat jako aktivní děj, při kterém dochází ke snížení mentální a fyzické činnosti. Tento stav umožňuje obnovení psychických a fyzických sil, přičemž reaguje na fyziologické a patologické změny v organismu. Během spánku se střídají dva cykly, jedná se o non-REM fázi a REM fázi. Funkcí těchto fází je obnovení psychických a fyzických sil, zvyšování odolnosti organismu a také schopnost přeměny krátkodobé paměti na dlouhodobou, a tím napomáhá zpracovávat emočně silné zážitky. Chronický intenzivní stres má negativní působení na spánek [39]. Nedostatečný či nekvalitní spánek je nejčastější příčinou únavy, která se podílí stěžování případů vyhoření [36].

Existují jistá doporučení spánkové hygieny [39]:

- V případě, že máme rušivé předměty či nezvyklé podněty, měli bychom je odstranit.

- Pořídit si pohodlnou postel, která by měla sloužit k tomuto účelu.
- Udržovat určitý časový harmonogram pro usínání a vstávání (a to i o víkendu).
- Před spaním bychom neměli dvě-tři hodiny jíst, neužívat kofein či alkohol.

Pracovní podmínky (týmová spolupráce) - dobrá týmová spolupráce umožňuje umocňování důvěry, pocitů sounáležitosti, radosti. Vlastnosti dobrého týmu jsou: sdílení společného cíle, spolehlivost a smysl pro závazky, vzájemná důvěra a respekt, otevřenost komunikace, přínosnost pro tým, dobré vedení [33]. Vhodná pracující organizace je taková, kde zaměstnanci mají volnost a možnost dobře vykonávat svou práci. Vnímají nejen podporu, ale také i pobídku k lepším výkonům [10].

Další možností prevence může být **supervize**. Supervize je formou podpory a poradenství především pro osoby, které vykonávají pomáhající profesi. Podpora je poskytována profesionálním konzultantem [42]. Která se může zaměřovat jednak na jednotlivce, ale také na týmy či skupiny spolupracovníků. Cílem supervize je dosažení lepší pracovní situace, lepší pracovní atmosféry, zajištění dobré organizace práce a kompetencí, které odpovídají specifickým úkolům [33]. Supervize může být vyžádána buď ze strany organizace či pracovního samotného. Konečným efektem úspěšnosti supervize je pozitivní dopad na pacienta či klienta [42].

3.9. Léčba

Pokud dojde k selhání preventivních opatření, a objevují se symptomy SV, které mohou vést až k psychosomatickému onemocnění, je vhodné vyhledání odborníka [36]. Většinou se jedná o poslední fázi, kdy dojde k duševnímu a tělesnému vyčerpání, proto je zapotřebí vyhledání odborné pomoci, tudíž psychiatra nebo psychologa [15]. Mezi hlavní psychoterapeutické zdroje patří [5]:

3.9.1. Existenciální psychoterapie

V existenciální psychoterapii se využívá daseinsanalýza a logoterapie. Její náplní je nalezení smyslu života, svobody, odpovědnosti člověka. Také se soustřeďuje na vnitřní svět prožitku, a tím umožňuje postiženým osobám se vyrovnat otázkami podstaty lidské existence [5]. Vhodná terapie spočívá ve skupinově psychoterapii, aby postižení jedinci dokázali otevřeně mluvit o svém problému. Tato skupinová terapie umožní uvědomit si, že by se za daný problém neměli stydět kvůli svým individuálním charakterovým vlastnostem. Také se mohou ve skupině naučit zvládnání stresových situací, lepší komunikaci a sebespozování [14].

3.9.2. Kognitivně – behaviorální terapie

Další postupem v psychoterapii může být kognitivně-behaviorální terapie [5]. Tato terapie vychází ze dvou směrů z kognitivní terapie a behaviorální terapie. **Behaviorální terapie** je založená na principu teorie učení, tudíž se nacvičuje žádoucí chování, a odnaučuje se nežádoucí chování. Během této terapie se stupňují nároky na daného jedince. **Kognitivní terapie** vychází z předpokladu, že chování a emoce jsou závislé na individuálním uvažování o sobě či o svých rolích. Během této terapie daný jedinec klade sám na sebe otázky, které mu umožňují porozumění svým kognitivním omylům či postojům [43].

Cílem **kognitivně – behaviorální terapie** je nalezení řešení daných problémů. Během této terapie se přebírá teorie učení a systematický přístup, a dále se zabývá myšlenkami a schémata. Spočívá v schopnosti racionálně přemýšlet, také umožňuje zmírnit dané příznaky. Ale především umožňuje dlouhodobé osvojení těchto postupů, které pomohou v běžném životě pomoci při řešení problému [43]. Ukázalo se, že u jedinců, kteří dokončí tuto terapii, dojde o 80 % zlepšení [39].

V případě potřeby může být i léčba farmakoterapií [23].

4. Praktická část

Praktická část je tvořena třemi bloky. První částí je dotazníkové šetření vztahující se na DH s praxí a studenty dentální hygieny a jeho následné vyhodnocení. Druhou částí je kazuistika DH, která si prodělala proces SV. Třetí část je tvořena letáčkem, jehož cílem je zrekapitulování prevence syndromu vyhoření.

4.1. Hypotézy

Hypotéza č. 1: „Předpokládám, že 95 % DH s praxí zná pojem SV, ale 50 % si neuvědomuje jeho závažné zdravotní následky.“

Hypotéza č. 2: „Domnívám se, že 40 % DH s praxí na sobě často pocítuje alespoň 3 příznaky syndromu vyhoření.“

Hypotéza č. 3: „Očekávám, že 80 % studentů přichází do praxe s idealistickým nadšením.“

Hypotéza č. 4: „Předpokládám, že 50 % DH s praxí nemá dostatek času na odpočinek a mimopracovní aktivity.“

Hypotéza č. 5: „Předpokládám, že délka praxe a pracovní doby má vliv na rozvoj příznaků syndromu vyhoření.“

4.2. Materiál a metodika

Pro zjištění zkušeností se syndromem vyhoření byly vytvořeny dva dotazníky, které byly zpracovány formou internetového dotazníku (google). Zatímco první směřoval na DH s praxí, druhý byl zaměřen na studenty dentální hygieny. Dotazník pro DH byl tvořen 13 otázkami, 9 otázek bylo uzavřeného typu a zbylé 4 byly polouzavřené. Přičemž první a třetí otázka jsou rozdělené na dvě části. První dvě otázky zjišťují obecný přehled o znalostech syndromu vyhoření, otázka č. 3 je směřována na příznaky, otázky č. 4, 6, 7, 8 se orientují na pracovní sféru, otázky č. 9, 10, 11, 12, 13 se zabývají preventivním opatřením a otázka č. 5 byla vytvořena, aby posoudila úroveň idealistického nadšení mezi studenty dentální hygieny a dentálními

hygienistkami s praxí. Tento dotazník byl rozeslán 9. 11. 2017 na sociálních sítích zhruba 500 respondentům, přičemž se mi dostalo 70 odpovědí. Sběr těchto dat byl ukončen 24.1.2018. Dotazník pro studenty byl tvořen 11 otázkami, přičemž 9 z nich bylo uzavřených, 1 byla polouzavřená a 1 byla otevřená. První otázka je rozdělená na dvě části. Tento dotazník jsem začala rozesílat 1. 11. 2017 na sociálních sítích, kde bylo sdíleno na facebookové stránce, a také pomocí emailu jsem kontaktovala jednotlivé vedoucí dentální hygieny z Plzně, Ústí nad Labem a Karlových Varů za účelem předání dotazníků studentům dentální hygieny. Dotazník byl poslán zhruba 350 respondentům, přičemž se mi dostalo 71 odpovědí. Tento sběr dat byl ukončen 16. 2. 2018. Po získání potřebného počtu dat jsem následně zpracovala tyto údaje ve Wordu 2016 a Excelu 2016. Celkem bylo vytvořeno 25 grafu a 1 tabulka.

Druhou součástí praktické části bakalářské práce se stala kazuistika. Tato kazuistika je směřována na dentální hygienistku, která podlela syndromu vyhoření, se kterou jsem se setkala během studia. Daná osoba podepsala informovaný souhlas o anonymním použití údajů pro účely této bakalářské práce. Sběr potřebných dat pro kazuistiku byly tvořeny anamnézou, vyplněním dotazníku a seznamem otázek. Bylo vytvořeno 65 otázek, které byly zodpovězeny během ústního rozhovoru. Získaná data byla zpracována v programu Word 2016.

Třetí částí je zrekapitulování prevence syndromu vyhoření formou letáčku. Jejímž cílem je shrnout informace, které vychází z teoretické části, také z vlastních dosavadních poznatků a zkušeností. Tyto informace byly graficky upravené v programu Ilustrátor. Informace v letáčku zahrnují udržování sociálního kontaktu, dodržování dostatečného odpočinku, a to i během práce, schopnost naučit se říkat „NE“, určit si své hodnoty a životní cíle, mít dostatek zálib a koníčků, pěstovat pozitivní vztah k sobě samému, ale zároveň se učit zdravé sebekritice, učit se zvládat stresové situace, dobře si naplánovat harmonogram dne a v neposlední řadě dbát o kvalitní spánek.

Letáček byl poskytnut sestřám na stomatologickém oddělení ve FNKV, dále personálu v Brandeis clinic. V neposlední řadě letáček byl poskytnut do

nemocnice IKEM, do Bohnic, ambulance Remedis v Nuslích a také na Slovensko do Topolčan.

4.3. Výsledky

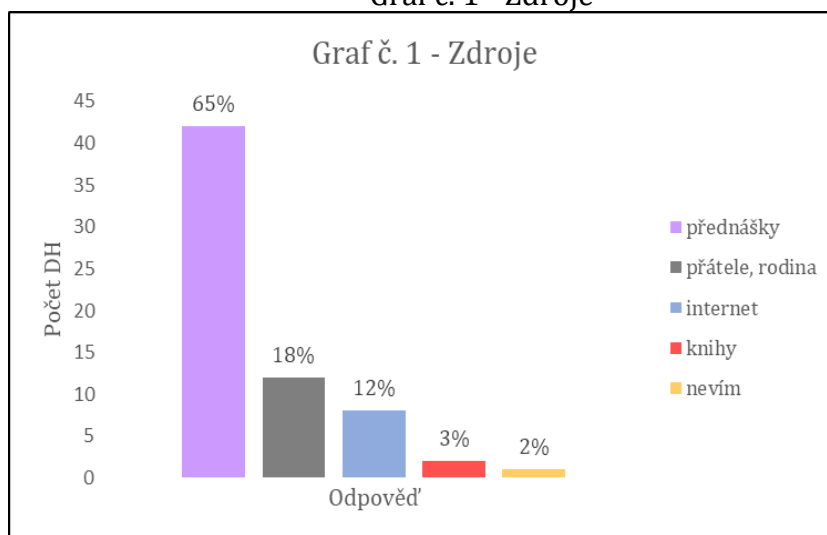
Výsledky dotazníkového šetření u DH s praxí

Otázka č. 1 a-Znáte pojem „syndrom vyhoření“ neboli burnout?

Na první otázku odpovědělo 67 (96 %) dentálních hygienistek s praxí, že zná pojem SV, přičemž 3 (4 %) se s tímto pojmem nesešlo.

Otázka č. 1 b-Pokud ano, uveďte zdroj, kde jste se o tom dozvěděl/a poprvé:

Graf č. 1 - Zdroje



Graf poukazuje na to, že nejčastějším zdrojem jsou přednášky (43, 65 %). 12 (18 %) dentálních hygienistek odpovědělo, že zdrojem jsou přátelé a rodina, 8 (12 %) internet, zbylé 2 (3 %) odkazují na knihy. (viz graf č. 1)

Otázka č. 2 „Jak rozumíte pojmu SV?“

63 (90 %) dentálních hygienistek odpovědělo, že chápe SV jako stav, při kterém dochází k psychickému, tělesnému a sociálnímu vyčerpání. 5 (7 %) dentálních hygienistek rozumí syndromu vyhoření jako stavu, při

kterém dochází pouze k psychickému vyčerpání. Zbylé 2 (3 %) DH odpověděly, že tento pojem nikdy neslyšely.

Otázka č. 3 a „Které projevy na sobě pozorujete?“

Tabulka č. 1 - Příznaky syndromu vyhoření

	vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
pocity smutku	1	7	33	19	10
pocity napětí	3	16	29	19	3
podezíravost	1	5	18	28	18
zapomínání	1	9	34	20	6
chronická únava	6	18	19	19	8
nechuť k vykonávání profese	3	5	18	21	23
stavy celkové únavy	4	16	25	17	8
bolesti zad a svalů	6	32	19	10	3
bolesti hlavy	2	18	17	24	9
poruchy spánku	1	5	18	27	19
zažívací potíže	2	5	17	17	29
dýchací potíže	1	1	12	14	42
pocity nepříjemného chladu	0	3	16	18	33

Pocity smutku - 10 dentálních hygienistek odpovědělo, že nikdy nemají pocity smutku, 19 dentálních hygienistek má zřídka pocity smutku, 33 dentálních hygienistek někdy na sobě pociťují pocity smutku, 7 z nich často prožívají smutek. 1 dentální hygienistka má vždy pocity smutku.

Pocity napětí – 3 DH nikdy na sobě nepociťují napětí. V 19 případech se pocity napětí vyskytují zřídka. U 29 dentálních hygienistek se pocity napětí vyskytují pouze někdy. 16 dentálních hygienistek prožívají pocity napětí často. A zbylé 3 DH mají tyto pocity vždy.

Podezíravost - 18 dentálních hygienistek odpovědělo, že nikdy nejsou podezíravé. 28 z nich zřídka podezírají, v 18 případech někdy podezírají. 5 z nich často podezírají, 1 vždy.

Zapomínání – 6 respondentů odpovědělo, že nikdy nezapomíná, 20 z nich zřídka, 34 někdy, 9 často, 1 vždy.

Chronická únava – u 8 respondentů se chronická únava neobjevuje, u 19 zřídka, u dalších 19 někdy, na často odpovědělo 18 respondentů, a zbylých 6 vždy doprovází chronická únava.

Nechuť k vykonávání profese – U 23 dentálních hygienistek se tento stav nevyskytuje, u 21 se objevuje zřídka, 18 z nich někdy pociťuje. 5 dentálních hygienistek odpovědělo, že se nechutí k provádění profese vyskytuje často. U 3 dentálních hygienistek se tento stav vyskytuje vždy.

Stavy celkové únavy – se nevyskytují u 8 respondentů, u 17 zřídka, někdy se vyskytují u 25, často tyto stavy pociťuje 16 respondentů, zbylé 4 mají vždy celkovou únavu.

Bolesti zad a svalů – 3 respondenti nikdy nepociťují bolest svalů a zad, 10 z nich zřídka, někdy tato bolest je vnímána u 19 dentálních hygienistek, často se tento stav týká 32 respondentů a v 6 vždy.

Bolesti hlavy – nikdy zodpovědělo 9, 24 zaznamenává tuto bolest zřídka, 17 z nich odpovědělo, že někdy. 18 respondentů prožívá často, a 2 zbylé vždy.

Poruchy spánku – 19 respondentů nemá poruchu spánku, 27 z nich má zřídka, 18 má tyto potíže někdy, u 5 se vyskytuje často, a na vždy odpověděl 1 respondent.

Zažívací potíže – 29 odpovědělo, že nikdy nemá tyto potíže, 17 z nich zřídka, dalších 17 pociťuje někdy, 5 často, a 2 mají vždy.

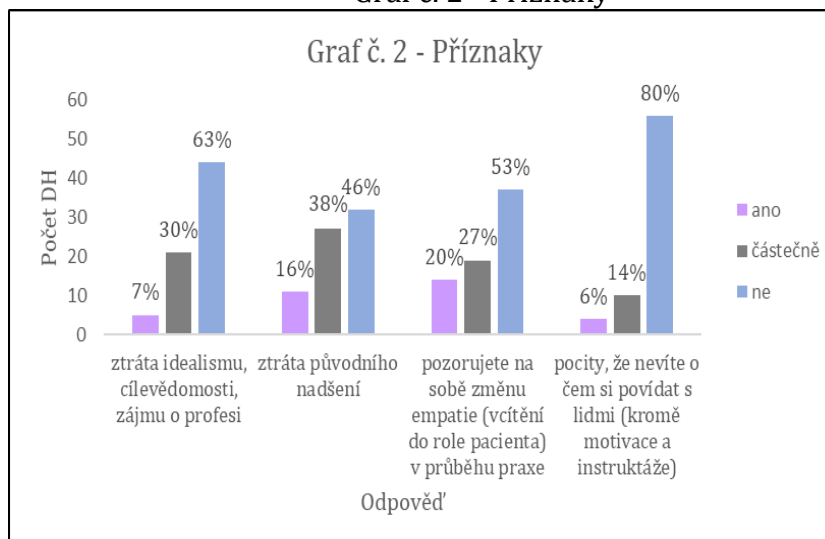
Dýchací potíže – 42 dentálních hygienistek odpovědělo, že nikdy nemají dýchací potíže, 14 mají zřídka, 12 pociťují občas, v jednom případě často, a v druhém 1 má vždy.

Pocity nepříjemného chladu – 33 dentálních hygienistek odpovědělo, že nikdy tyto pocity nepříjemného chladu nevnímaly. Zřídka se

objevuje u 18, u 16 někdy, u 3 často. Nikdo neopověděl, že by tyto pocity měl vždy. (viz tabulka č. 1, příloha č. 4)

Otázka č. 3 b „Které projevy na sobě pozorujete?“

Graf č. 2 - Příznaky



Tento graf poukazuje na ztrátu idealismu, cílevědomosti, zájmu o profesi, o ztrátě původního nadšení, změny empatie, a také o schopnosti komunikace.

Ztráta idealismu, cílevědomosti, zájmu o profesi se týká 5 (7 %) dentálních hygienistek, přičemž 21 (30%) dentálních hygienistek tuto ztrátu pociťuje částečně. Zbýlých 44 (63 %) respondentů tyto změny nevnímá.

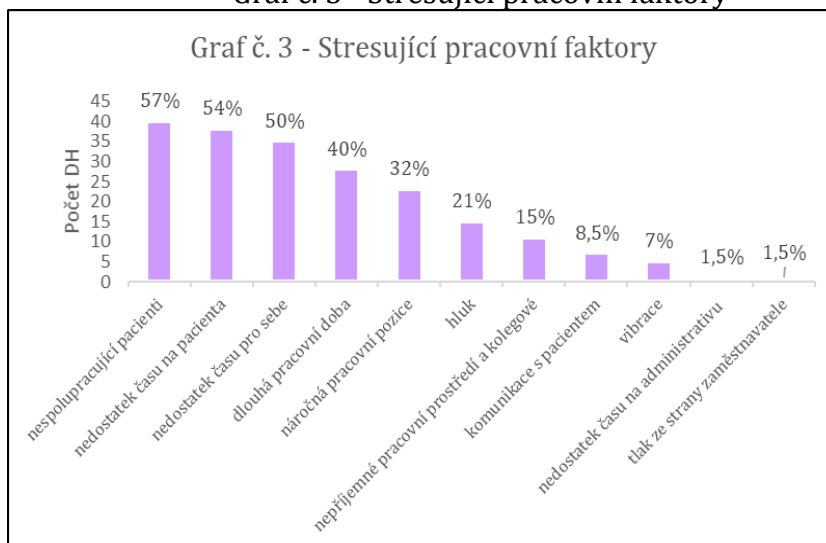
Ztráta původního nadšení se vyskytuje u 11 (16 %) respondentů, ve 27 (38 %) případech se jedná o částečnou ztrátu, a zbýlých 32 (46 %) respondentů odpovědělo, že nedošlo ke ztrátě.

Změnu empatie v průběhu praxe zaznamenalo 14 (20 %) respondentů, 19 (27 %) respondentů částečně a 37 (53 %) nikoliv.

4 (6 %) respondenti mají pocity, že nevědí, o čem si povídat s lidmi (kromě motivace a instruktáže), 10 (14 %) respondentů částečně, 56 (80 %) respondentů odpovědělo, že tyto pocity nemají. (viz graf č. 2)

Otázka č. 4 „Uved'te, které pracovní okolnosti Vás stresují nejvíce.“

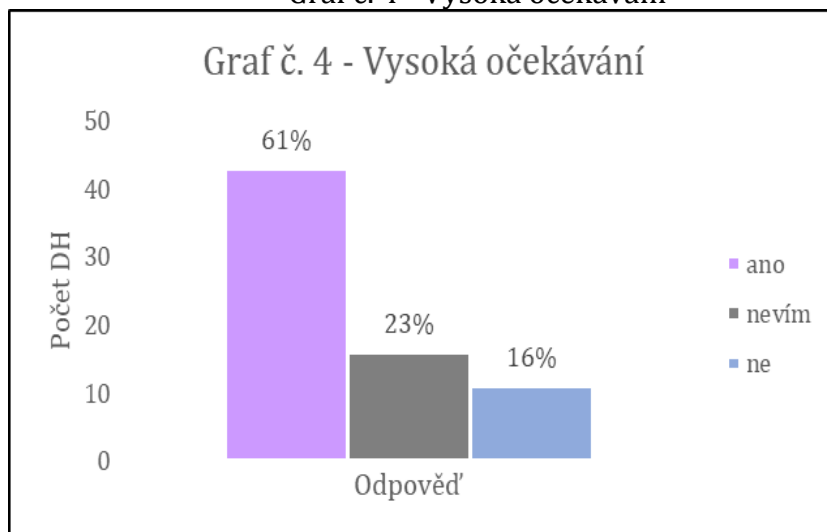
Graf č. 3 - Stresující pracovní faktory



Tento graf znázorňuje pracovní stresující faktory, které působí na DH. Nejvýznamnějším faktorem jsou nespoupracojící pacienti (40, 57 %), nedostatek času na pacienta (38, 54 %), nedostatek času pro sebe (35, 50 %), dlouhá pracovní doba (28, 40 %), náročná pracovní pozice (23, 32 %), hluk (15, 21 %), nepříjemné pracovní prostředí a kolegové (11, 15 %), dále také komunikace s pacientem (6, 8,5 %), vibrace (5, 7 %). Také bylo uvedeno, že stresujícím faktorem je nedostatečný časový prostor pro administrativu a tlak ze strany zaměstnavatele. (viz graf č. 3)

Otázka č. 5 „Měl/a jste během studia vysoká očekávání od budoucí profese?“

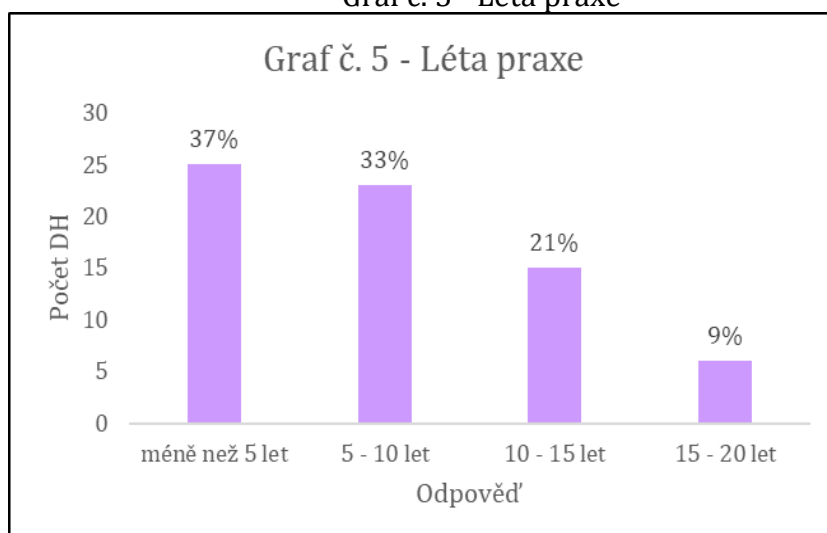
Graf č. 4 - Vysoká očekávání



Tento graf indikuje, že 43 (61 %) respondentů odpovědělo, že během studia mělo vysoká očekávání od budoucí profese, 16 (23 %) nevědělo, 11 (16 %) neměla během studia vysoká očekávání od budoucí profese. (viz graf č. 4)

Otázka č. 6 „Jak dlouho se věnujete profesi DH?“

Graf č. 5 - Léta praxe

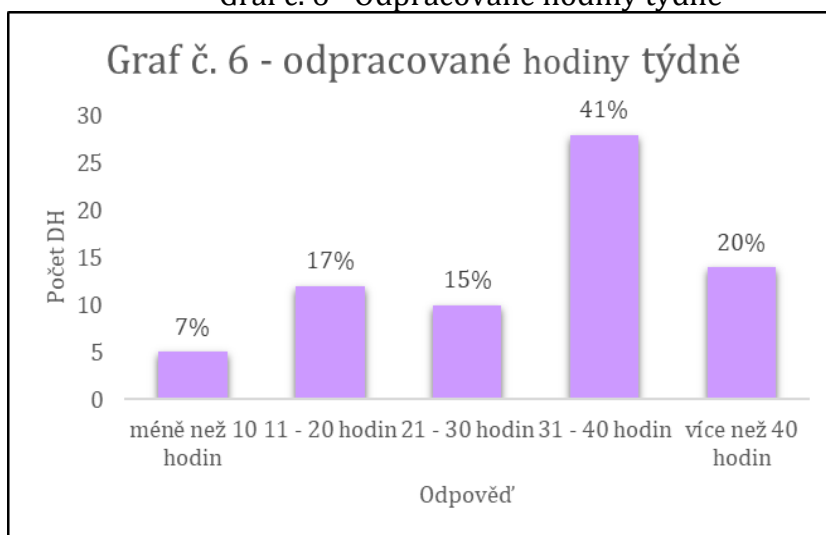


Největší počet respondentů 26 (37 %) dentálních hygienistek odpovědělo, že profesi DH vykonává méně než 5 let. Přičemž 23 (33 %) odpovědělo, že profesi DH vykonává 5 - 10 let.

dentálních hygienistek se věnuje této profesi 5-10 let. Dalších 15 (21 %) dentálních hygienistek provádí po dobu 10-15 let, a zbylých 6 (9 %) dentálních hygienistek odpovědělo, že vykonává 15-20 let. (viz graf č. 5)

Otázka č. 7 „Kolik hodin týdně pracujete?“

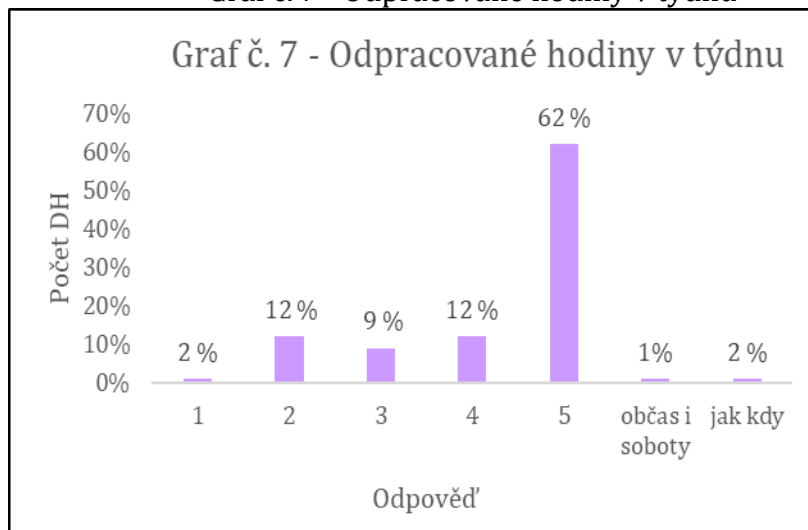
Graf č. 6 - Odpracované hodiny týdně



Graf znázorňuje, že pouze 5 (7 %) respondentů pracuje méně než 10 hodin týdně, 13 (18 %) respondentů pracuje v rozmezí 11-20 hodin týdně, 10 (14 %) vykonává v rozmezí 21-30 hodin týdně. Přičemž největší počet dentálních hygienistek 28 (40 %) pracuje 31-40 hodin týdně. 14 (20 %) respondentů tráví v práci více než 40 hodin týdně. (viz graf č. 6)

Otázka č. 8 „Kolik dní v týdnu pracujete?“

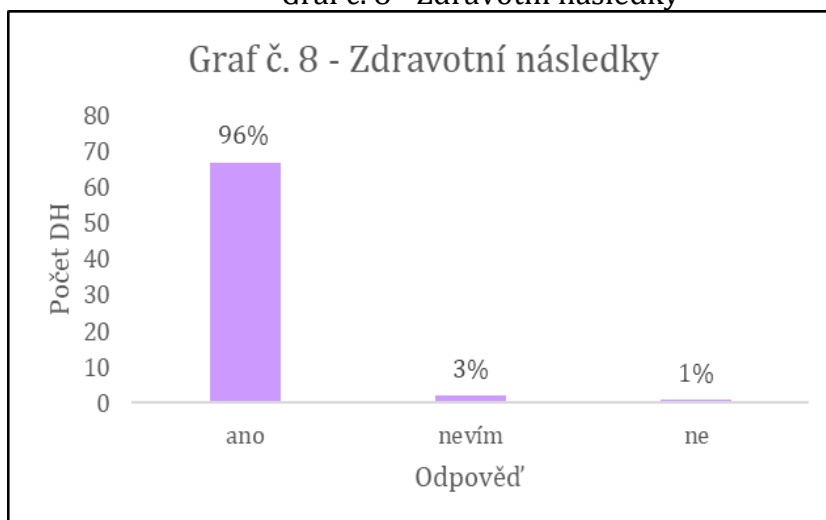
Graf č. 7 - Odpracované hodiny v týdnu



Největší počet respondentů tvoří 43 (62 %) dentálních hygienistek, které pracují 5 dní v týdnu, dalších 8 (12 %) dentálních hygienistek pracuje 4 dny a 2 dny v týdnu. 6 (9 %) profesi DH vykonává 3 dny. Přičemž u 2 DH je pracovní doba 1x týdně. U 3 respondentů bylo využito doplňující možnost odpovědi. 1 dentální hygienistka odpověděla, že občas pracuje v sobotu. Další 2 DH tvrdí, že jejich pracovní doba je různorodá. (viz graf č. 7)

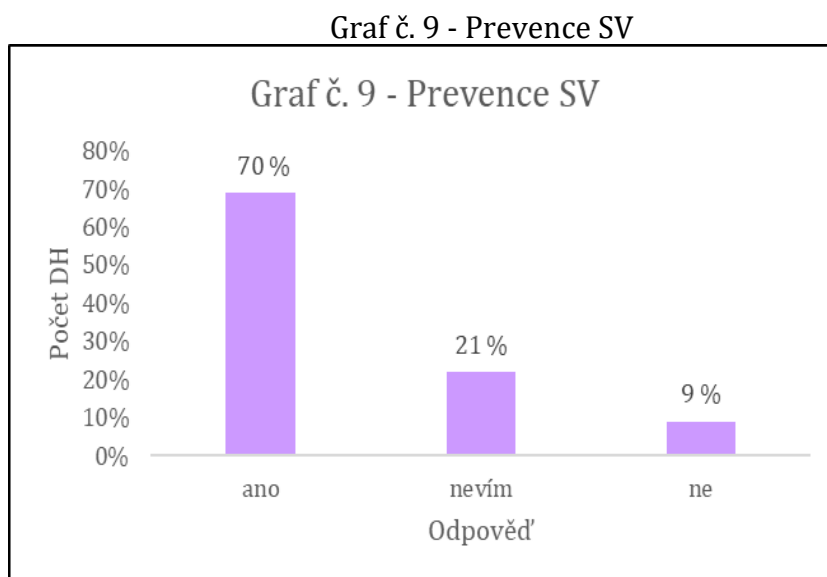
Otázka č. 8 „Myslíte si, že SV může mít závažné zdravotní následky?“

Graf č. 8 - Zdravotní následky



Graf poukazuje na to, že 67 (96 %) dentálních hygienistek předpokládá, že SV může vést k závažným zdravotním následkům. 2 (3 %) DH odpověď nevědí, 1 (1 %) dentální hygienistka si neuvědomuje zdravotní následky. (viz graf č. 8)

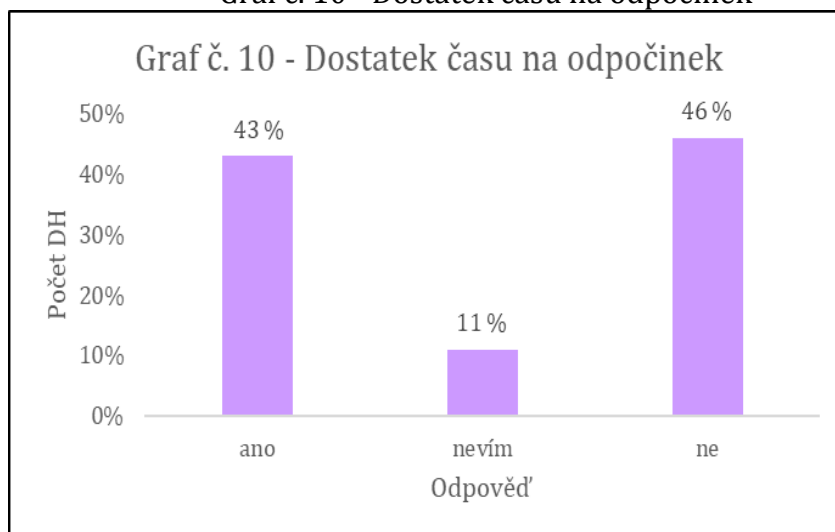
Otázka č. 10 „Víte, jaká jsou preventivní opatření proti vzniku syndromu vyhoření?“



49 (70 %) dentálních hygienistek odpovědělo, že znají preventivní opatření proti vzniku syndromu vyhoření. 15 (22 %) neví odpověď na tuto otázku, a zbylých 6 (9 %) dentálních hygienistek nevědí, jak takovému syndromu vyhoření předcházet. (viz graf č. 9)

Otázka č. 11 „Máte dostatek času na odpočinek a mimopracovní aktivity?“

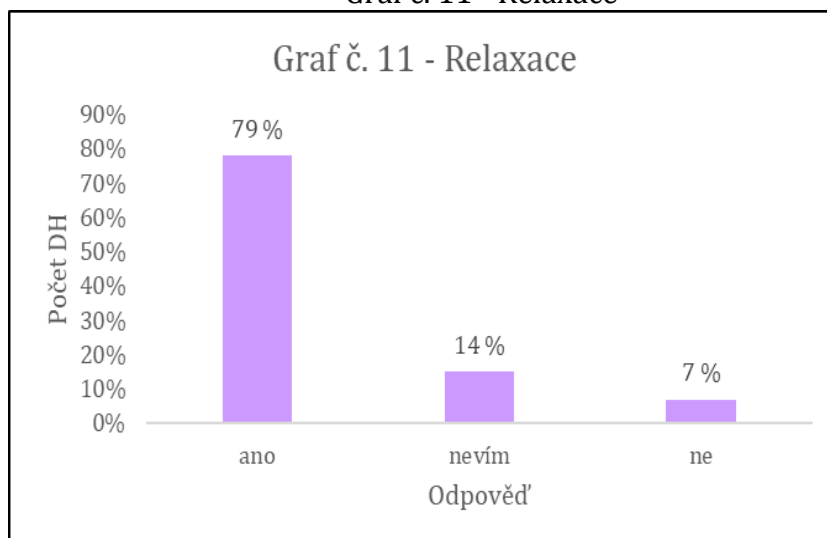
Graf č. 10 - Dostatek času na odpočinek



32 (46 %) dentálních hygienistek nemá dostatek času na odpočinek a mimopracovní aktivity. 30 (43 %) odpovědělo, že má dostatek času na odpočinek a mimopracovní aktivity. Zbýlých 8 (11 %) dentálních hygienistek nevědí, zda má dostatek času na odpočinek a mimopracovní aktivity. (viz graf č. 10)

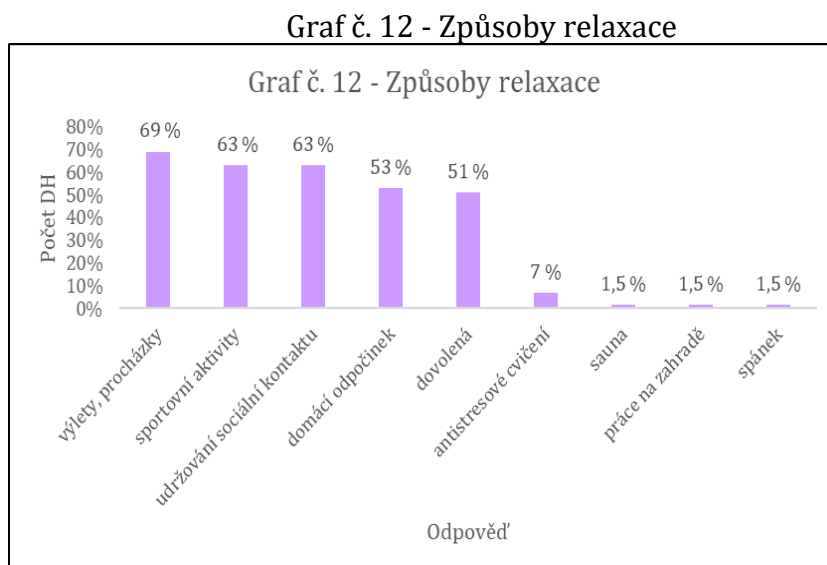
Otázka č. 12 a „Umíte relaxovat?“

Graf č. 11 - Relaxace



Graf poukazuje na to, že až 55 (79 %) dentálních hygienistek umí relaxovat, přičemž 10 (15 %) dentálních hygienistek odpověď na tuto otázku neví, zbylých 5 (7 %) odpovědělo, že relaxovat neumí. (viz graf č. 11)

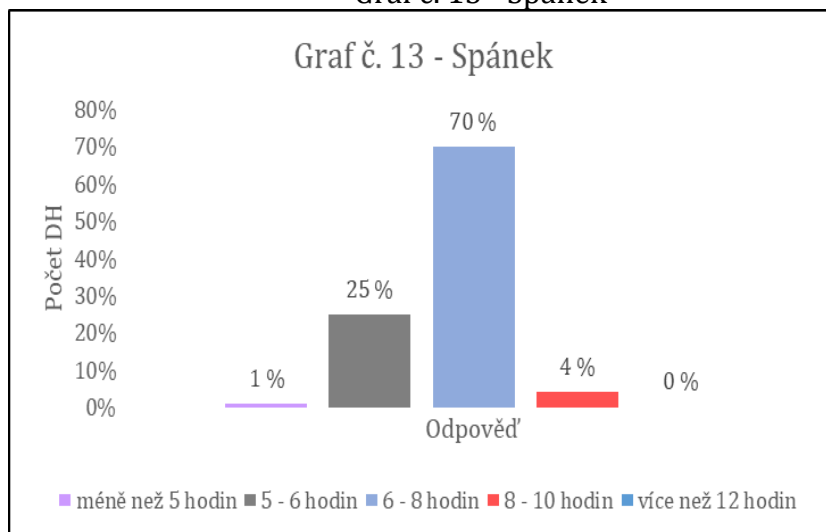
Otázka č. 12 b „Pokud ano, jaké způsoby relaxace upřednostňujete.“



Tato otázka je s více možností výběru, na niž odpovědělo 68 dentálních hygienistek ze 70 respondentů. Nejvíce 47 (69 %) dentálních hygienistek relaxaci upřednostňuje formou výletů a procházek. 43 (63 %) dentálních hygienistek odpovědělo, že upřednostňuje sportovní aktivity, a také relaxují udržováním sociálního kontaktu. 36 (53 %) dentálních hygienistek preferuje domácí odpočinek. 35 (51 %) dentálních hygienistek upřednostňuje relaxaci formou dovolené. 5 (7 %) využívá antistresové cvičení. 3 DH doplnily další možnost relaxace, upřednostňují saunu, práci na zahradě a spánek. (viz graf č. 12)

Otázka č. 13 „Kolik hodin denně spíte?“

Graf č. 13 - Spánek



Největší zastoupení respondentů mají DH, které v průměru spí 6–8 hodin (49, 70 %). 17 (25 %) dentálních hygienistek průměrně spí 5-6 hodin. Zatímco 3 (4 %) odpovědělo, že spí 8-10 hodin. 1(1 %) méně než 5 hodin. (viz graf č. 13)

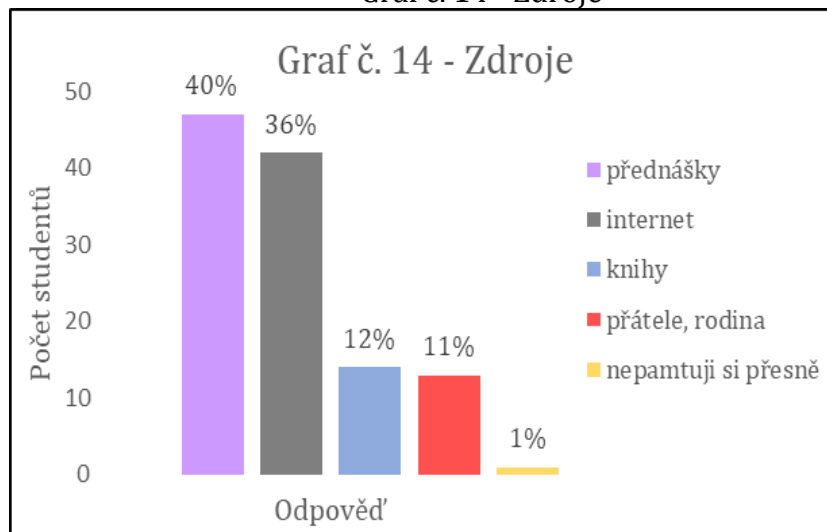
Výsledky dotazníkového šetření u studentů dentální hygieny

Otázka č. 1 a „Znáte pojem syndrom vyhoření nebo burnout?“

65 (91 %) studentů zná termín SV, přičemž zbylých 6 (9 %) studentů se s tímto termínem doposud neseťkalo.

Otázka č. 1 b „Pokud ano, uveďte zdroje.“

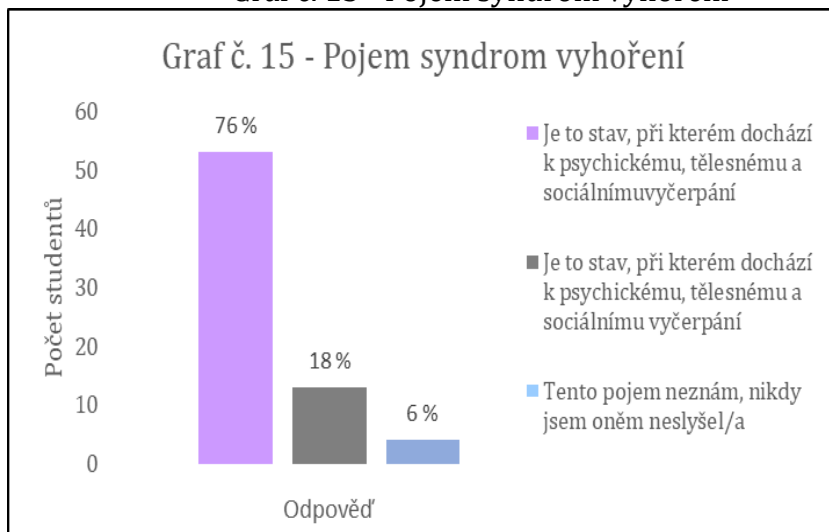
Graf č. 14 - Zdroje



Na tuto otázku s více možnostmi výběru odpovědělo 65 respondentů. Největší počet respondentů tvoří 47 (40 %) studentů dentální hygieny, následně 42 (36 %) studentů uvedlo internet. 14 (12 %) studentů zná pojem SV z knih, 13 (11 %) studentů zdroj odkazuje na přátele, rodinu. 1 student zdroj si přesně nepamatuje. (viz graf č. 14)

Otázka č. 2 „Jak rozumíte pojmu SV?“

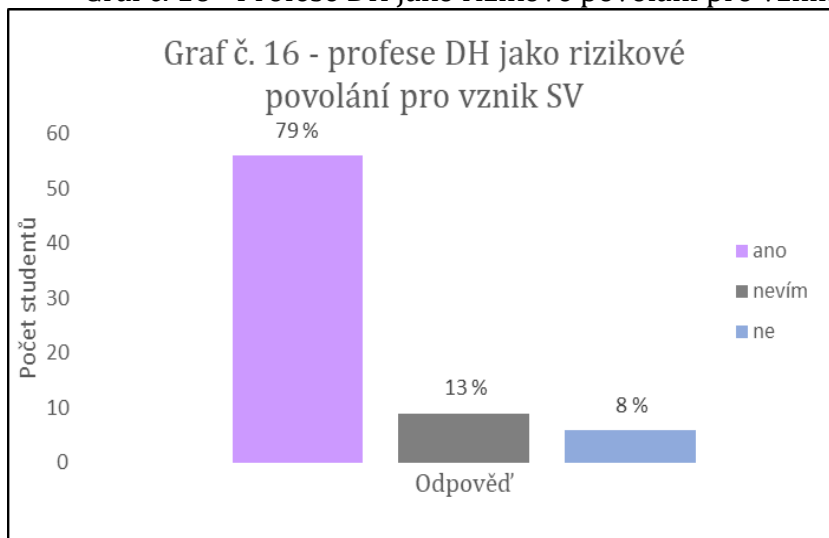
Graf č. 15 - Pojem syndrom vyhoření



Na tuto otázku odpovědělo 70 respondentů. 53 (76 %) studentů SV chápe jako stav, při kterém dochází k psychickému, tělesnému a sociálnímu vyčerpání. 13 (18%) studentů odpovědělo, že SV je stav, při kterém dochází pouze k psychickému vyčerpání. A zbylí 4 (6 %) studenti odpověděli, že tento pojem neznají. (viz graf č. 15)

Otázka č. 3 „Myslíte si, že profese dentálního hygienisty/ky patří mezi rizikové povolání pro vznik syndromu vyhoření?“

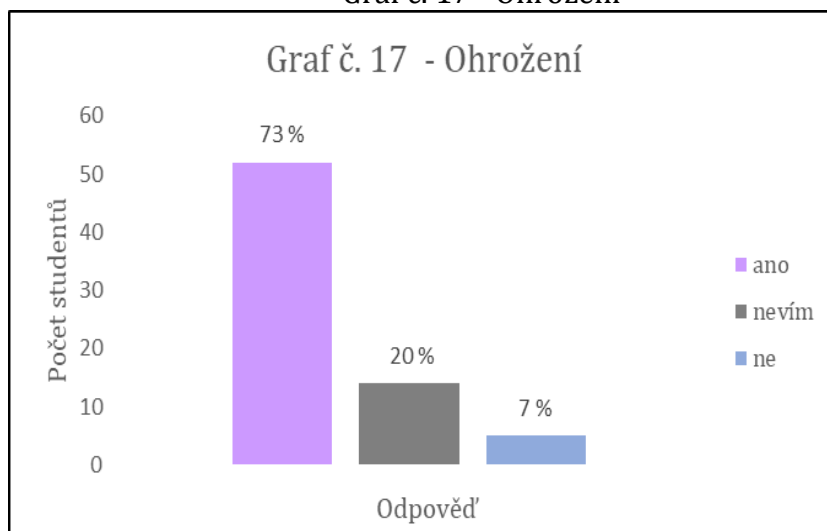
Graf č. 16 - Profese DH jako rizikové povolání pro vznik SV



56 (79 %) studentů předpokládá, že profese DH patří mezi rizikové povolání pro vznik syndromu vyhoření. 9 (13 %) odpověď na tuto otázku neznají, 6 (8 %) odpovědělo, že profese DH nepatří mezi rizikové povolání pro vznik syndromu vyhoření. (viz graf č. 16)

Otázka č. 4 „Myslíte si, že byste mohl/a být ohrožený/a syndromem vyhoření?“

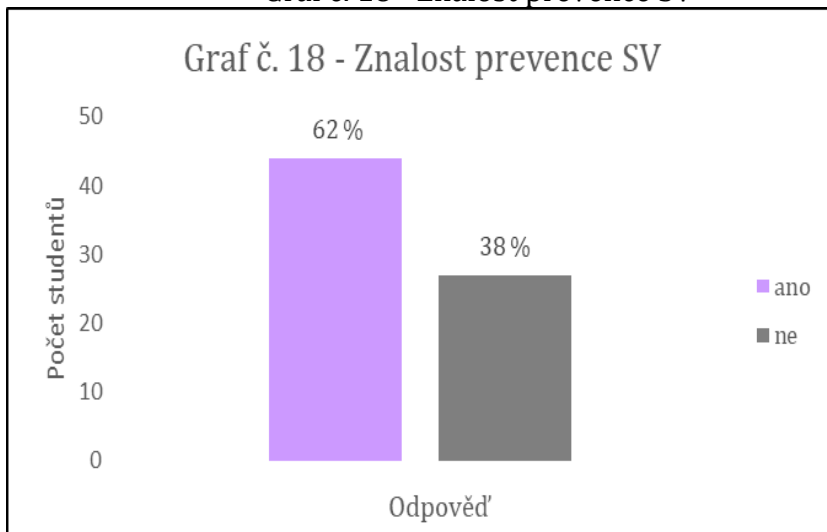
Graf č. 17 - Ohrožení



52 (73 %) studentů si myslí, že by mohlo být ohroženo SV, zatímco 14 (20 %) odpověď nezná. 5 (7 %) studentů odpovědělo, že si nemyslí, že by mohli být ohroženi SV. (viz graf č. 17)

Otázka č. 5 „Víte, jak takovému syndromu vyhoření předcházet?“

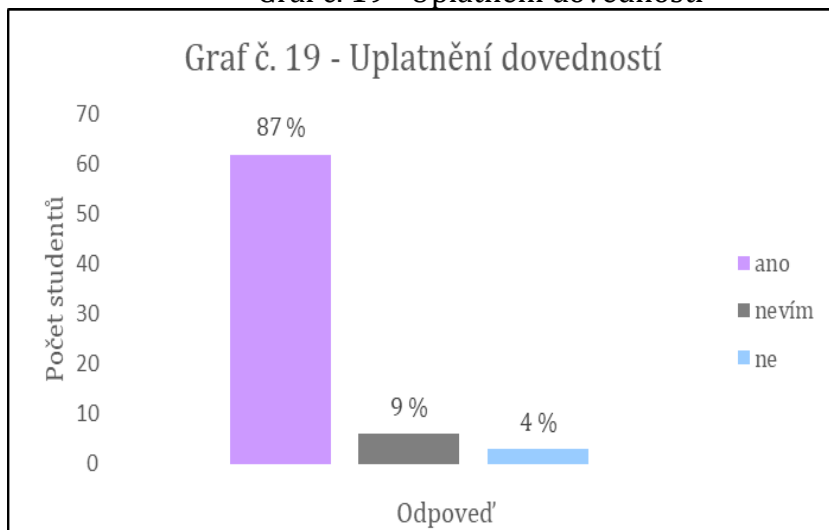
Graf č. 18 - Znalost prevence SV



44 (62 %) studentů odpovědělo, že jsou si vědomi, jak předcházet syndromu vyhoření, přičemž 27 (38 %) studentů nejsou si vědomi, jak předcházet syndromu vyhoření. (viz graf č. 18)

Otázka č. 6 „Těšíte se na chvíle, kdy budete schopni uplatnit veškeré dovednosti, které jste se doposud naučil/a v průběhu studia?“

Graf č. 19 - Uplatnění dovedností

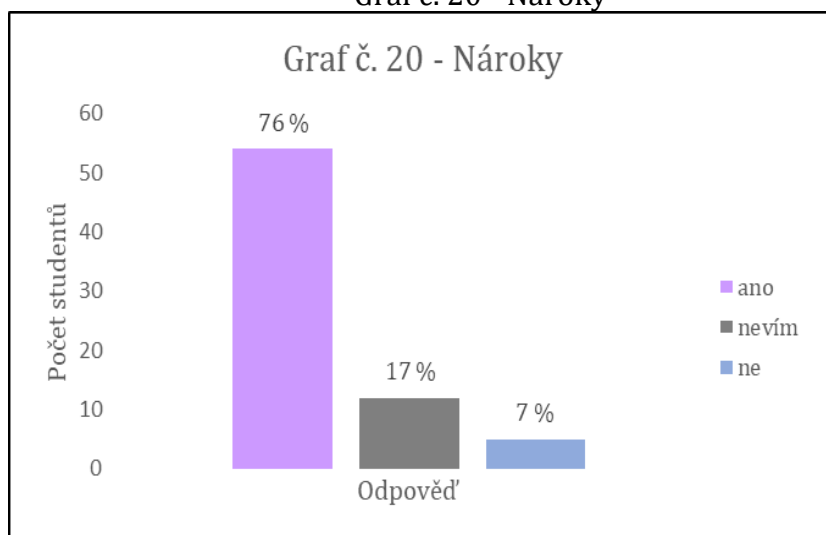


Většina respondentů v našem výzkumu 62 (87 %) studentů odpovědělo, že se těší na chvíle, až budou moci uplatnit veškeré dovednosti,

které se naučí během studií. 6 (9 %) odpovědělo, že neví, zbylí 3 (4 %) se netěší. (viz graf č. 19)

Otázka č. 7 „*Toužíte se po dokonalosti, máte vysoké požadavky, ideály na sebe a na své okolí, jste velmi angažovaný/á pro svou budoucí profesi?*“

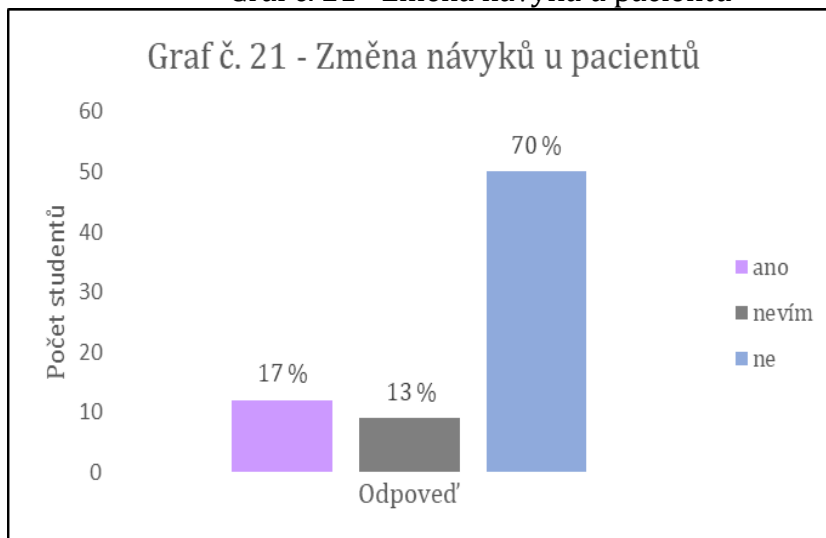
Graf č. 20 - Nároky



54 (76 %) studentů odpovědělo, že touží po dokonalosti, mají vysoké požadavky, ideály na sebe a na své okolí a jsou velmi angažováni pro svou budoucí profesi. 12 (17 %) odpověď neví, a zbylých 5 (7 %) studentů odpovědělo, že ne. (viz graf č. 20)

Otázka č. 8 „Myslíte si, že změníte téměř veškeré návyky u všech pacientů?“

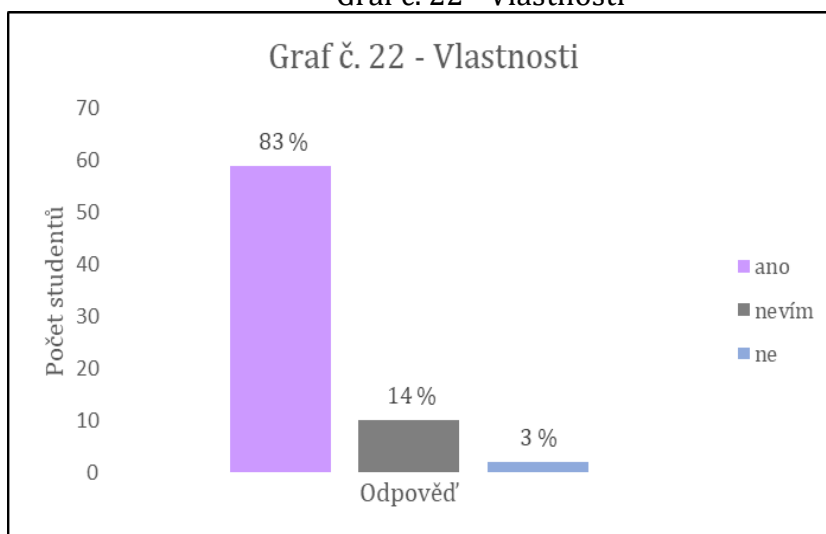
Graf č. 21 - Změna návyků u pacientů



Většina respondentů 50 (70 %) studentů je názoru, že nezmění téměř veškeré návyky u všech pacientů. Přičemž 12 (17 %) si myslí, že změní téměř veškeré návyky u všech pacientů, a zbylých 9 (13 %) studentů neví, zda tyto návyky změní. (viz graf č. 21)

Otázka č. 9 „Myslíte si, že patříte mezi zodpovědné, pracovité, pečlivé a ctižádostivé jedince?“

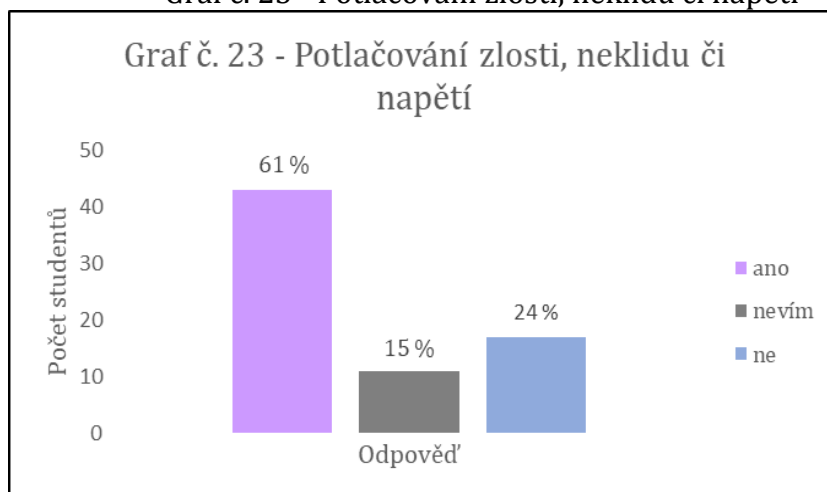
Graf č. 22 - Vlastnosti



Až 59 (83 %) studentů patří mezi zodpovědné, pracovité, pečlivé a ctižádostivé jedince. Zatímco 10 (14 %) studentů neví, zda patří mezi zodpovědné, pracovité, pečlivé a ctižádostivé jedince, pouze 2 (3 %) studenti odpověděli, že nepatří mezi tyto jedince. (viz graf č. 22)

Otázka č. 10 „Máte tendenci potlačovat zlost, neklid či napětí?“

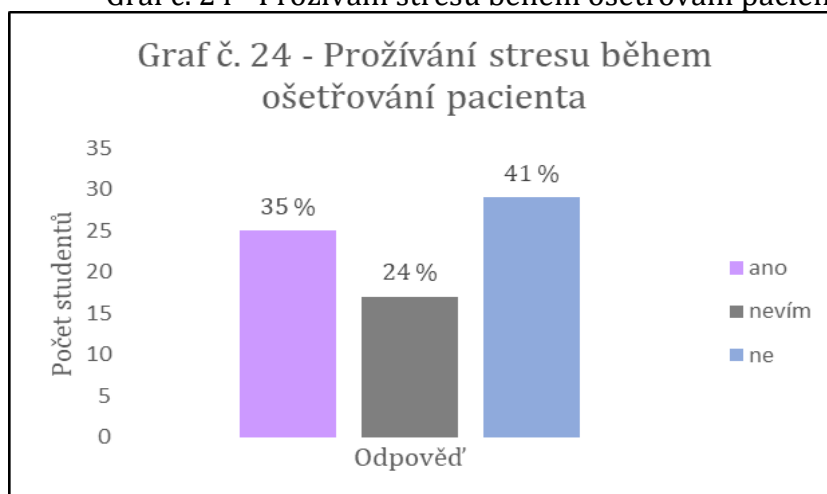
Graf č. 23 - Potlačování zlosti, neklidu či napětí



Z grafu vyplývá, že 43 (61 %) studentů má tendenci potlačovat zlost, neklid či napětí, přičemž 11 (15 %) odpověď na tuto otázku neví, také 17 (24 %) studentů si to nemyslí. (viz graf č. 23)

Otázka č. 11 „Když ošetřujete pacienta, jste ve stresu?“

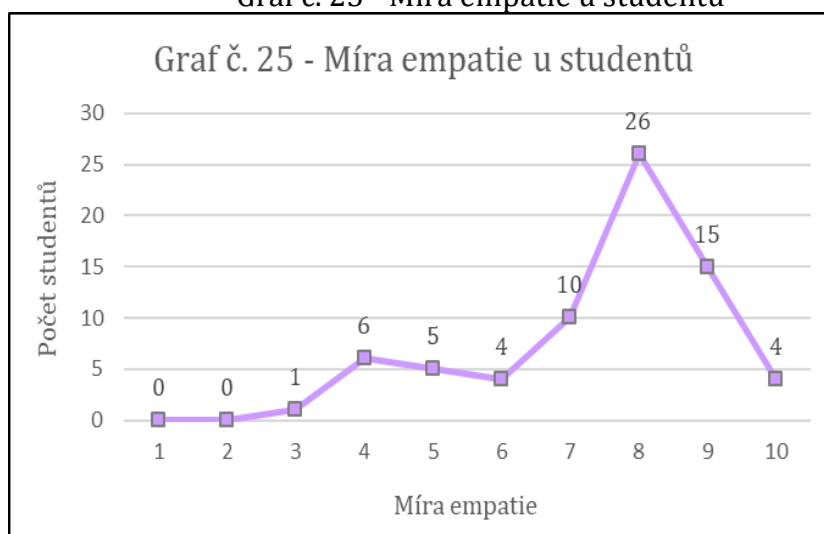
Graf č. 24 - Prožívání stresu během ošetřování pacienta



25 (35 %) studentů během ošetřování pacienta jsou ve stresu, zatímco 29 (41 %) studentů stres během ošetřování pacienta nepociťuje. Zbýlých 17 (24 %) neví, jestli jsou během ošetřování ve stresu, protože dosud ještě neošetřovali pacienta. (viz graf č. 24)

Otázka č. 12 „Uved'te míru své empatie (vcítění do role pacienta) na stupnici od 1-10. (1= nízká míra empatie, 10= vysoká míra empatie)

Graf č. 25 - Míra empatie u studentů



Z grafu vyplývá, že nejvíce studentů (26) ohodnotilo svou míru empatie číslem 8. 15 studentů uvedlo hodnotu 9, 10 studentů číslem 7. U 6 studentů byla uvedena míra empatie hodnotou 4. 5 studentů uvedlo číslo empatie 5. Také 4 studenti ohodnotili svou empatii číslem 6 a 10. A 1 student uvedl svou míru empatie číslem 3. (viz graf č. 25)

4.4. Kazuistika

Tabulka č. 2 - Anamnéza

Osobní anamnéza	Zcela zdravá
Rodinná anamnéza	Žádná dědičná onemocnění
Farmakologická anamnéza	Neužívá žádné léky
Alergická anamnéza	Kočí srst
Abúzus	Neudává

Žena, 38letá, svobodná, ctižádostivý studijní a výkonný typ. Po maturitě studovala 10 let, vystudovala obor porodní asistentka, dentální hygiena a obor speciální pedagogika a psychologie, během těchto let se setkala s pojmem SV (dále SV), ale zároveň nebyla dostatečně informovaná o problematice SV. Nikdy se nezamýšlela nad tím, že by mohla být ohrožená SV kvůli svému charakteru.

„Byla jsem naivní, nepředpokládala jsem, že mohu během této profese vyhořet“. Profesi DH vykonává již 15 let. Přičemž vystřídal sedm pracovišť. Po dobu prvních sedmi let pracovala na dvou místech zároveň. Během těchto let pracovala 55 hodin 5 dní v týdnu. V tomto období došlo k prvnímu psychickému, tělesnému a sociálnímu vyčerpání. Všední den vypadal tak, že v práci trávila až 12 hodin denně, po skončení pracovní doby neustále přemýšlela o práci, což následně vedlo k problému se spaním.

Zpočátku byla ke svým pacientům až příliš milá, nedokázala vybudovat přirozenou přátelskou formou respekt, a také rozlišit charakterové vlastnosti svých pacientů. Zaměstnavatelé byli až příliš důvěřiví, což paradoxně vedlo ke zvýšenému tlaku, který následně vyústil v kolaps, a k nechuti vykonávání práce. Její pacienti reagovali pozitivně, byli velmi spokojeni s ošetřováním, a proto jí dávali dary, což mělo vliv na kolegy. Proto na pracovišti prožívala mobbing a bossing, kolegové byli nepřející, falešní a neměli žádné porozumění. Také vážla komunikace na pracovišti, a to jak ze strany lékaře, tak i ze strany sestry a recepční. Hlavní problém spočíval

ve vnitřní neschopnosti říci „NE“. Nebyla schopná odmítat práci i po pracovní době, odmítat pacienty či prosby zaměstnavatele.“

Sociální kontakt byl opomíjen, neměla čas na přátele, rodinu ani na sebe, tak to probíhalo několik let. Prvně popisuje své negativní charakterové rysy, mezi které řadí netrpělivost, náročnost, nedůvěřivost, vztahovačnost. Také je perfekcionistická, zároveň je srdečná, empatická, přátelská, spontánní, otevřená, citlivá a lidská. Napříč svému psychologickému zaměření začala pociťovat soubor potíží zasahující psychickou, tělesnou a sociální stránku osobnosti. Zdravotní problémy se projevovaly obrovskou únavou, bolestí zápěstí projevující se neschopností zvednout předměty, bolestí zad, bolestí hlavy, nechutenstvím, které souviselo s úbytkem tělesné hmotnosti. Po psychické stránce byla uplakaná, věčně se omlouvající, pociťovala nechuť vykonávat jakékoliv aktivity ohledně práce, ale také mimopracovně. Zvýšený sklon ke konzumaci alkoholu či jiným návykovým látkám neměla. Vznik tohoto stavu podmínilo působení velkého tlaku na pracovišti, neschopnost vyslechnout názor a pohlédnout na určitou věc ze strany zaměstnavatele, nedocenění, vysoký počet pacientů během dne s náročnými výkony. Také dává vinu sama sobě, protože nebyla schopná říci „NE“. Neznala svou hodnotu, považovala za selhání, když něco vzdá.

Posléze měla chuť udělat radikální řez, protože po psychické a fyzické stránce už neměla nadále sílu ani energii setrávat v tomto stavu. Proto změnila zaměstnání, ale tam to bylo ještě horší. Uvědomila si, že musí vymezit hranice. Pochopila, že v tomto stavu nebude přínosná sobě ani pacientům. Z tohoto důvodu se rozhodla opustit svůj dosavadní životní styl, dala výpověď a rozhodla se, že dva měsíce nebude vůbec pracovat, své úspory věnovala na cestování, rozešla se se svým partnerem a čerpala energii pro lepší zaměstnání. Také podstoupila terapii, chodila na několik sebevzdělávacích kurzů. Přičemž ten první byl 1 týdně v intervalu 3 měsíců. Měla kouče, který se tímto problémem zabýval holistickým stylem. Terapie spočívala v meditaci, kdy se zaměřovala na své tělo, na svou mysl, na své svědomí. Nejvíce jí pomohlo na celou situaci se podívat sebekriticky. Tudíž začala sama od sebe, snažila se zjistit své potřeby, podívat se na negativní

minulé zkušenosti. Naučila se otevřeně přiznávat své chyby, nedostatky. Dala dostatečný prostor, aby mohla nad tímto problémem přemýšlet, a následně tuto situaci vyhodnotit. Snažila se dostat do role těch, se kterými měla konflikty, podívat se na neshody z druhé strany. Také nalézt pozitiva, v čem je pro společnost přínosná, uvědomit si, co jí v životě inspiruje, a čím může inspirovat ostatní. Hlavním klíčem je poznání své hodnoty, díky níž lze vytvořit respekt a autoritu k druhým. Nepostradatelným smyslem je uvědomění, zda je za potřebí za každou cenu mít uznání druhými. Naučila se říkat slovo „NE“, což následně vedlo k velké úlevě.

S tímto problémem se setkala 2x, kdy druhé celkové vyčerpání pocítila po 3 letech. Příznaky v podstatě měla totožné. Léčbu podstupovala stejným způsobem. Prožitek takového stavu umožnil změnu pohledu na profesi DH.

V současnosti pracuje v jiném zaměstnání, profesi DH vykonává 30 hodin týdně po dobu 4 dní, přičemž jeden den v týdnu je v jiném zaměstnání. Podstoupila změny ohledně pracovní sféry, mezi ně patří úprava ordinační doby, dostatek času na oběd, určitý řád pracovní doby. Zde má určitou úctu a pochopení, není na ní činěn nátlak, nikdo po ní nechce věci, kterých není schopná. Svůj volný čas tráví sportováním, uměním, četbou. Mezi činnostmi, které jí nejvíce naplňují, je kreativita a cestování. V neposlední řadě má dostatek času na své přátele a rodinu. Velkou výhodou na této profesi shledává, že víkendy má zcela volné a může se věnovat svým zálibám. Profese DH ji velmi naplňuje, těší se na práci s pacienty. K tomuto výslednému stavu přispívá, že tato profese je velmi stereotypní. Zároveň ji motivují pacienti, jejich příběhy, spokojenost, pochvaly, víra, chuť spolupracovat, chuť zlepšit jejich špatný stav a rozmanitost jejich osobností.

5. Diskuse

Vzhledem ke stále zvyšujícím se nárokům na pracovní výkon jedince ve společnosti zůstává v současné době SV velmi aktuálním tématem. Bylo popsáno, že SV často zasahuje jedince, kteří poskytují pomoc druhým [7]. Úkolem DH je vychovat pacienty k pravidelné a systematické péči o dutinu ústní [1]. Někdy však tato činnost může způsobovat poměrně značné psychické vyčerpání osoby. Úskalí profese DH můžeme především spatřovat v tom, že vyžaduje vysoké emocionální nasazení, zahrnující zejména empatii. Je zapotřebí jednak vysoké schopnosti verbální či neverbální komunikace, jednak značné manuální zručnosti [3]. Z toho lze usuzovat, že profese DH patří mezi rizikové faktory pro vznik SV. Přičemž významný podíl mají takové osobnostní predispozice, které na první pohled působí pozitivním dojmem, např. perfekcionalismus, ctižádostivost, vstřícnost apod.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že 95 % DH s praxí zná pojem SV, ale 50 % si neuvědomuje jeho závažné zdravotní následky.

Tuto hypotézu jsem stanovila z vlastního zájmu, abych zjistila rozsah znalostí o SV mezi DH s praxí, potažmo studenty dentální hygieny, navzdory tomu, že toto téma je v dnešní době poměrně známé a diskutované. Z dotazníkového šetření vyplývá, že 96 % DH s praxí zná pojem SV. Všechny DH, které znají pojem SV, odpověděly, že SV může vést k závažným zdravotním následkům. Z toho vyplývá, že tato hypotéza se mi potvrdila jen zčásti. Předpokládala jsem, že termín SV budou znát, ale nebudou velmi brát v úvahu jeho zdravotní následky. Výsledky z dotazníkového šetření poukázaly rovněž na to, že některé DH s praxí se domnívají, že SV zasahuje pouze psychickou stránku osobnosti, ačkoliv větší počet dentálních hygienistek zná skutečnou definici syndromu vyhoření. Tento stav může být podmíněn skutečností, že v odborné literatuře se poukazuje na to, že SV zasahuje především psychickou stránku jedince, méně již tělesnou a sociální stránku osobnosti [5].

Z dotazníkového šetření je taktéž patrné, že znalost pojmu SV u studentů dentální hygieny je o něco málo horší než u DH s praxí. 91 % studentů pojem SV zná, přičemž 18 % si myslí, že SV zasahuje pouze psychickou stránku osobnosti. Překvapilo mě, že u studentů jsou vědomosti horší, pokud bych vycházela z toho, že se zřejmě s touto problematikou již seznámili na přednáškách psychologie.

Hypotéza č. 2: Domnívám se, že 40 % DH s praxí na sobě často pocituje alespoň 3 příznaky syndromu vyhoření.

Navzdory tomu, že práce DH nemusí být vždy považovaná za vyčerpávající ve srovnání s jinými zdravotnickými profesemi (lékař, sestra, zdravotnický záchranář), mohou být její rizika významně opomíjena. Proto byla vytvořena tato hypotéza, aby se ukázalo, jak na sobě vnímají symptomy SV DH s praxí. Ukázalo se, že 47 % DH s praxí na sobě pocituje často alespoň 3 příznaky SV. Mezi nejčastější příznaky patří bolesti svalů a zad, bolesti hlavy, chronická únava, stavy celkové únavy, pocity napětí, zapomínání, pocity smutku, také se objevují zažívací potíže, poruchy spánku, stavy podezíravosti, pocity nepříjemného chladu. Tato hypotéza se mi tudíž potvrdila, avšak otázkou je, zda bolesti zad a svalů souvisí přímo s hrozbou vzniku syndromu vyhoření, anebo je to podmíněno pouze nesprávnou ergonomií. Je známo, že následkem nesprávné polohy konkrétně nesprávného sezení či stání během ošetřování může být poškození funkce svalů [44].

Hypotéza č. 3: Očekávám, že 80 % studentů přichází do praxe s idealistickým nadšením.

Z teoretické části vyplývá, že SV často zasahuje jedince, kteří vstupují do zaměstnání se značným entuziasmem, kteří jsou vysoce motivováni a očekávají, že jejich profese jím naplní smysl jejich života [45]. Z dotazníkového šetření vychází, že 87 % studentů se těší na chvíle, kdy budou moci uplatnit veškeré své dovednosti, které se doposud naučili v průběhu studia. Většina však nepředpokládá, že jsou schopni změnit téměř

veškeré návyky svých pacientů, z čehož lze vyvodit, že někteří studenti mají na tuto problematiku realistický pohled. Tudíž tato hypotéza se mi potvrdila jen z části.

61 % dotazovaných DH s praxí měla během studia přehnaná očekávání. Je to poměrně vysoké procento a domnívám se, že je jedním z významných rizikových faktorů vzniku SV. Jak již bylo zmíněno, prvním stádiem SV je idealistické nadšení, kdy jedinec nastupuje do své profese plný ideálů [13]. Na druhou stranu je však nutné vzít v úvahu fakt, že většina vysokoškolských studentů studuje s určitým zaujetím a na svou budoucí profesi se těší. Aby nedošlo ke vzniku a rozvoji SV, proto je důležité dodržovat jistá preventivní opatření, která napomohou udržovat psychickou stránku jedince v dobré kondici. Tato preventivní opatření jsou shrnuta v deseti bodech ve formě letáčku. Jsou to poměrně jednoduché rady a jejich dodržování může významně ovlivnit duševní pohodu.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že 50 % DH s praxí nemá dostatek času na odpočinek a mimopracovní aktivity.

Je známo, že SV může vznikat v důsledku dlouhodobé nevyrovnané životní situace [7]. Pro zachování dobré duševní a tělesné pohody je důležité mít vhodně rozvržený den, což zahrnuje zajištění dostatečného času na odpočinek [15]. Z dotazníkového šetření vyplývá, že s nedostatkem času pro odpočinkové aktivity se potýká 46 % DH s praxí, což vzhledem k mému předpokladu není překvapující. Domnívám se, že tento stav je podmíněn velmi rychlým až uspěchaným rozvojem civilizace [22]. Problém nespočívá v tom, že DH s praxí neznají způsoby relaxace, ale ve skutečnosti, že často pro své vysoké pracovní nasazení na ní nemají dostatek času. Předpokládám, že tento problém je podmíněn dnešní uspěchanou dobou, kdy si lidé dávají vysoké cíle a zbytečně se zatěžují nadměrným množstvím úkolů, což vede k celkovému vyčerpání. Tento stav také souvisí se zvýšeným působením stresu, který je základním faktorem pro vznik SV. Jak již bylo uvedeno v teoretické části, prevence patří mezi nejúčinnější a nejjednodušší metody, proto by se měl každý jedinec zamyslet nad způsobem svého životního stylu.

Měl by myslet na to, že je nejdříve zapotřebí umět postarat se o sebe a následně pečovat o ostatní [33].

Hypotéza č. 5: Předpokládám, že délka praxe a pracovní doby má vliv na rozvoj příznaků syndromu vyhoření.

DH, které vykonávají svou profesi méně než 5 let, častěji uvádějí příznaky SV, nežli DH, které jsou v praxi 15 – 20 let. Jejich poměr je 15: 2. Přičemž 5 DH, které pracují 31-40 hodin týdně, na sobě pociťují více než 3 příznaky SV. Tato skutečnost mě poněkud překvapila, protože jsem spíše očekávala, že příznaky budou mít rostoucí tendenci se zvyšující se dobou praxe. Tento stav může být závislý na tom, že zhruba 1/3 dotazovaných DH vykonává profesi méně než 5 let. Také se domnívám, že je podmíněn skutečností, že určitý počet DH přichází do praxe s idealistickým nadšením a má od své budoucí profese idealistické očekávání. Jak je v odborné literatuře zachyceno, SV je důsledkem ztráty původního nadšení a motivace [4]. Domnívám se, že u těchto DH se nenaplní původní očekávání, a následkem toho je zklamání projevující se některými příznaky SV. Z toho vyplývá, že samotná délka praxe nemá přímý vliv na rozvoj příznaků SV, ale naopak, jak se uvádí v odborné literatuře, rizikovými činiteli jsou určité osobní predispozice, pracovní a mimopracovní faktory, které mají zvýšenou inklinaci ke vzniku SV [12]. Usuzuji, že DH se postupem času na svou profesi, a celou situaci určitým způsobem adaptují, proto může dojít ke zlepšení psychické stránky osobnosti, a tím se příznaky SV redukují. Z těchto důvodů se mi tato hypotéza vyvrátila, ačkoliv příznaky SV se spíše vyskytují u osob, u nichž je pracovní doba nad 30 hodin týdně.

Jak bylo uvedeno výše, délka praxe nemá přímý vliv pro vznik SV. Naopak se zde uplatňují tyto faktory: nespolupracující pacienti, nedostatek času na pacienta, dlouhá pracovní doba, náročná pracovní pozice, včetně nedostatku času pro sebe. Téměř polovina DH nemá dostatek času na odpočinek a mimopracovní aktivity. Tudíž z toho lze usuzovat, že velmi neberou v úvahu preventivní opatření, která hrají v celé problematice zásadní roli. Proto byl vytvořen letáček, který shrnuje preventivní opatření.

Kazuistika DH, která si prošla syndromem vyhoření

Zkoumaná dentální hygienistka nastoupila do praxe velmi motivovaná, proto zpočátku měla extrémní pracovní nasazení, očividně to mělo majoritní vliv na celkové vyčerpání. Navzdory tomu, že byla velmi vzdělaná, ve škole nebyla dostatečně informovaná o SV, proto u sebe nevnímala riziko vyhoření. Jednoznačně měla osobnostní vlastnosti, které patří mezi rizikové faktory. Příznaky SV začala na sobě pociťovat po 7 letech, což je poměrně dlouhá doba jeho rozvoje. Hlavní problém spočíval v tom, že měla velké pracovní nasazení, nezajímala se o své okolí, přemýšlela jen o své profesi, nedržela si odstup od zaměstnavatele. Lze považovat, že profese DH se stala jejím životním stylem.

Tato kazuistika není úplně ideálním modelem pro vymezení fází syndromu vyhoření, které jsou popisovány v teoretické části. Ale také, jak je v odborné literatuře zmiňováno, SV nelze nějak jednoznačně ohraničit, proto se některé fáze střídají a někdy se vůbec nemusí vyskytovat [12]. Je zřejmé, že na počátku SV musí být idealistické nadšení. Jak konstatuje Honzák (2016), osoba, která vyhoří, dříve musela hořet pro svou dobročinnou činnost.

Jak je v literatuře zmiňováno, k vyhoření dochází tehdy, kdy jsou kladeny velmi vysoké požadavky na kladné emocionální vztahy mezi lidmi [45]. To se potvrdilo u zkoumané DH, kdy ke svým pacientům, ale i zaměstnavateli byla velmi vlídná, udržovala s nimi kladné vztahy. Ve smyslu, že nedokázala říci „NE“ a snažila se všem vyjít vstříc. Tento fakt měl patrně významný vliv na rozvoj SV.

Značným pozitivem je fakt, že byla schopná sama na sobě rozpoznat nepříznivé změny, které signalizovaly jednotlivé příznaky, rozvoje vzniku SV. Nepříznivé naopak je, že se tento stav opakoval, což může symbolizovat nedostatečné vyléčení v kombinaci s nedostatečným dodržováním preventivních opatření.

6. Závěr

V teoretické části bakalářské práce jsou shrnuty základní poznatky o syndromu vyhoření, a to zejména vymezení pojmu SV, jsou zde uvedeny jeho příčiny, rizikové faktory, příznaky, stádia, zdravotní následky, léčba, včetně možností prevence syndromu vyhoření.

Cílem praktické části bylo zjistit rozsah povědomí o SV mezi DH a studenty dentální hygieny pomocí dotazníkového šetření. Z dotazníkové studie vyplývá, že znalost o SV u DH a studentů je poměrně dobrá. Výsledky poukazují na skutečnost, že většina studentů patří mezi zodpovědné, pracovité, pečlivé a ctižádostivé jedince s poměrně vysokou mírou empatie. Studenti mají tendenci potlačovat zlost, neklid či napětí. Dle toho lze usuzovat, že mohou patřit do rizikové skupiny. Potvrdilo se, že délka praxe nemá přímý vliv pro vznik SV. Téměř polovina DH nemá dostatek času na odpočinek a mimopracovní aktivity. Tudíž z tohoto faktu lze usoudit, že příliš preventivní opatření neberou v úvahu. To bylo podnětem pro vytvoření letáčku, který shrnuje preventivní opatření. Pro přiblížení syndromu vyhoření u DH byla vytvořena kazuistika z pohledu DH, která si prošla stavem psychického, tělesného a sociálního vyčerpání. DH by neměly podceňovat rizika vzniku syndromu vyhoření. Měly by více dbát na preventivní opatření, která patří mezi nejúčinnější a nejjednodušší metody pro zachování duševní pohody.

Každý jedinec, ať už je součástí pracovního kolektivu nebo patří mezi blízké osoby jedince postiženého syndromem vyhoření, by si měl uvědomit, že SV zasahuje především osoby, které á priority nastupují a následně vykonávají svou profesi s vysokou mírou entuziasmu, empatie a s vysokými nároky na sebe sama a výsledky své práce. Proto, spíše než odsuzovat tyto osoby, je vhodné a efektivní vyjádřit pochopení a vlídně projevit chuť pomoci tuto nelehkou situaci řešit. Avšak i tento přístup vyžaduje rozumnou dávku opatrnosti a empatie, aby nedošlo ke zbytečnému konfliktu s destruktivním výsledkem.

7. Seznam použité literatury

1. MAZÁNEK, J. et al. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentářky*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-48658
2. PTÁČEK, R., J. RABOCH a V. KEBZA. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.
3. ZOULOVÁ, A. Dentální hygienistka a syndrom vyhoření (burn-out). *StomaTeam*. 2016, 16(1), 93-94. ISSN 1214-147X. Dostupné z: <http://www.stomateam.cz/cz/dentalni-hygienistka-a-syndrom-vyhoreni-burn-out/>
4. PTÁČEK, R. a L. ČELEDOVÁ. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1998-9.
5. KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
6. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2008. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-369-7.
7. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.
8. HONZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.
9. MASLACH, Ch. a S. JACKSON. The measurement of experienced SV. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR*. 1981, (2.99-113), 15. Dostupné z:
https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/documents/faculty_staff_docs/TheMeasurementofExperiencedBurnout.pdf
10. LIBIGEROVÁ, E. Syndrom profesionálního vyhoření. *Scan*. 1998, 8(4), 18-22. ISSN 1211-2995x

11. MASLACH, Ch., W. SCHAUFELI a M. LEITER. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001, (52), 28. Dostupné z: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf>
12. PEŠEK, R. a J. PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
13. STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
14. LIBIGEROVÁ, E. Co se skrývá za syndromem profesionálního vyhoření. *Causa subita*. 1999, 2(2), 36-38. ISSN 1212-0197.
15. ŠTUDENTOVÁ, K. *Burnout neboli syndrom vyhoření: informace pro pacienty*. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-520-0.
16. KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
17. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
18. KISSLING, W., R. MENDEL a H. FÖRSTL. Syndrom vyhoření prevalence, příznaky, diferenciální diagnostika a léčba. *Medicina po promoci*. 2015, 16(4), 268-272. ISSN 1212-9445.
19. JEKLOVÁ, M. a E. REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
21. SELYE, H. *Stres života*. Přeložila P. KUDRNÁČOVÁ. Hodkovičky: Pragma, 2016. ISBN 978-80-7349-392-9.
22. KEBZA, V. *Stres a možnosti jeho zvládnutí*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, 1994.
23. ŠVINGALOVÁ, D. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-105-8.

24. BARTŮŇKOVÁ, S. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.
25. RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ. Syndrom vyhoření v profesi zubního lékaře. *Stoma Team*. Praha, 2010(6), 27-35. ISSN 12-14-147X.
26. HONZÁK, R. *Základy psychologie*. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-377-x.
27. ZACHAROVÁ, E. Nebezpečí zvané syndrom vyhoření. *Zdravotnické noviny*. 2009, 58(45), 18-19. ISSN 1805-2355.
28. KOUKALOVÁ, A. Mobbing na pracovišti. *Sestra*. 2008, 18(4), 20. ISSN 1210-0404.
29. PRIEß, M. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
30. HONZÁK, R. Burnout syndrom. *Sestra*. 2008, 18(4), 27-28. ISSN 1210-0404.
31. HANÁKOVÁ, E. *Práce a zdraví, rizikové faktory pracovního prostředí*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2008. Bezpečný podnik. ISBN 978-80-86973-07-4.
32. KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.
33. BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
34. GORTER, R. Work stress and burnout among dental hygienists. *JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR, Int J Dent Hygiene*. 2005, 1(3), 88-92.
Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1601-5037.2005.00130.x?purchase_site_license=LICENSE_DENIED_NO_CUSTOMER&show_checkout=1&r3_referer=wol&purchase_referrer=www.ncbi.nlm.nih.gov&tracking_action=preview_click

35. RUSH, M. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. Moudrost do kapsy. ISBN 80-7255-074-8.
36. VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.
37. DVOŘÁK, V. Braňte se syndromu vyhoření. *Regenerace*. 2010, 18(4), 15. ISSN 1210-6631.
38. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
39. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti: výuková pomůcka pro studenty středních a vyšších zdravotnických škol*. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0185-5.
40. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
41. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-179-6.
42. DYNÁKOVÁ, Š., J. KOŽNAR a M. HERMANOVÁ. Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. *Praktický lékař*. 2010, 90(6), 365-367. ISSN 0032-6739.
43. HÖSCHL, C. et al. *Psychiatrie: učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Praha: Scientia Medica Praha, 1997. ISBN 80-85525-64-6.
44. Koval'ová, E. et al. *Orální hygiena.1.část*. Prešov: Akcent Print, 2010. ISBN 80-969419-3-3
45. KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace, sv. 42. ISBN 978-80-7195-573-3.

8. Souhrn

Cíl: Shrnout dosavadní poznatky o syndromu vyhoření (dále jen SV). Pomocí dotazníkového šetření zjistit povědomí o SV mezi dentálními hygienistkami (dále jen DH), potažmo studenty dentální hygieny se SV. Popsat tuto problematiku z pohledu DH. Pomocí letáku zrekapitulovat prevenci SV.

Úvod: Profese DH má několik úskalí, která mohou být rizikovými činiteli pro vznik či rozvoj SV. Tato profese vyžaduje jednak vysoké emociální nasazení, dále výbornou manuální zručnost a vykonávání profese bez asistence. Tyto faktory tudíž mohou působit na psychickou stránku a následně mohou vést k jeho vzniku a rozvoji. Proto je nutností, aby každá DH měla jakési povědomí o hrozbě SV a byla schopná rozpoznat obecné příznaky.

Materiál a metodika: Byly vytvořeny dva anonymní dotazníky na google.com, které byly zacíleny na DH s praxí a studenty dentální hygieny. Dotazníky byly rozesílány pomocí sociálních sítí a emailu. Dotazník pro DH dotazník byl tvořen 13 otázkami, přičemž ho zpracovalo 70 DH. Dotazník pro studenty obsahoval 11 otázek, přičemž 71 studenty byl zpracován. Dále byla prezentovaná kazuistika, která se vztahovala na DH, jež si prodělala SV. Sběr potřebných dat pro kazuistiku byl tvořen anamnézou, vyplněním dotazníku a seznamem 65 otázek, které byly zodpovězeny během intenzivního ústního rozhovoru. Získaná data byla zpracovaná v programu Word 2016. Poslední část je tvořena letáčkem, který zrekapituloval preventivní opatření.

Výsledky: 96 % DH s praxí, že zná pojem SV, přičemž 90 % zná skutečnou definici SV. 91 % studentů zná termín SV a 79 % studentů předpokládá, že profese DH patří mezi rizikové povolání pro vznik SV.

Závěr: Znalost SV u DH a studentů dentální hygieny je poměrně dobrá, ačkoliv téměř polovina DH nemá dostatek času pro odpočinek a mimopracovní aktivity. Rizika SV by neměla být podceňována. DH by se měly více zaměřit na preventivní opatření SV.

Klíčová slova: SV, stres, prevence.

9. Summary

Aim: To sum up the existing knowledge of burnout syndrome (hereinafter referred to as BS). Through a questionnaire survey, to determine the awareness of BS between dental hygienists (DH), respectively dental hygiene students suffering from BS. Describe this issue from the BS perspective. Using a leaflet to recap BS prevention.

Introduction: DH has several pitfalls that can be a risk factor for the emergence or development of BS. This profession requires high emotional commitment, excellent manual skills and working without assistance. These factors can affect the psychological side and consequently lead to its occurrence and development. Therefore, it is necessary for every DH to have some awareness of the BS threat and to be able to recognize general symptoms.

Material and Method: Two anonymous questionnaires were created on google.com, which focused on experienced DH and dental hygiene students. The questionnaires were distributed via social networks and emails. The questionnaire for DH consisted of 13 questions and was elaborated by 70 DH. The student questionnaire contained 11 questions, with 71 students being processed. In addition, a case report was presented that regarded the DH who suffered from BS. The collection of necessary data for the case history was conducted by anamnesis, answered questionnaire and by a list of 65 questions that were answered during an intensive oral interview. The obtained data were processed in Word 2016 programme. The last part is comprising a leaflet, which recapitulated the precautionary measures.

Results: 96 % of experienced DH confirmed knowing the concept of BS, while 90 % of whom know the actual BS definition. 91% of students know the term BS, and 79 % of students assume that the DH profession belongs to the risky professions for the occurrence of BS.

Conclusion: The knowledge of BS both at the DH and dental hygiene students is fairly good, although almost half of DH do not have enough time for rest and out-of-work activities. The risks of BS should not be underestimated. DH should focus more on preventative measures of BS.

Key words: Burnout syndrome, stress, prevention

10. Seznam tabulek grafů

Graf č. 1 - Zdroje	36
Graf č. 2 - Příznaky	39
Graf č. 3 - Stresující pracovní faktory	40
Graf č. 4 - Vysoká očekávání	41
Graf č. 5 - Léta praxe	41
Graf č. 6 - Odpracované hodiny týdně.....	42
Graf č. 7 - Odpracované hodiny v týdnu.....	43
Graf č. 8 - Zdravotní následky.....	43
Graf č. 9 - Prevence SV	44
Graf č. 10 - Dostatek času na odpočinek.....	45
Graf č. 11 - Relaxace	45
Graf č. 12 - Způsoby relaxace	46
Graf č. 13 - Spánek.....	47
Graf č. 14 - Zdroje	48
Graf č. 15 - Pojem syndrom vyhoření	49
Graf č. 16 - Profese DH jako rizikové povolání pro vznik SV.....	49
Graf č. 17 - Ohrožení	50
Graf č. 18 - Znalost prevence SV	51
Graf č. 19 - Uplatnění dovedností	51
Graf č. 20 - Nároky.....	52
Graf č. 21 - Změna návyků u pacientů.....	53
Graf č. 22 - Vlastnosti	53
Graf č. 23 - Potlačování zlosti, neklidu či napětí.....	54
Graf č. 24 - Prožívání stresu během ošetřování pacienta.....	54
Graf č. 25 - Míra empatie u studentů.....	55
Tabulka č. 1 - Příznaky syndromu vyhoření	37
Tabulka č. 2 - Anamnéza	56

11. Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník pro DH s praxí.....	74
Příloha č. 2 - Dotazník pro studenty dentální hygieny	78
Příloha č. 3 - Informovaný souhlas ke kazuistice.....	80
Příloha č. 4 - Graf – příznaky SV.....	81
Příloha č. 5 - Letáček	82

12. Přílohy

Příloha č. 1 - Dotazník pro DH s praxí

Dobrý den,

jmenuji se Iryna Yakubyak a jsem studentkou bakalářského oboru Dentální hygienistka na 3. LFUK. Tématem mé bakalářské práce je: „*SYNDROM VYHOŘENÍ U DENTÁLNÍ HYGIENISTKY A JEHO PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ*“. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění anonymního dotazníku, který mi napomůže při zpracování závěrečné práce. Předem Vám mnohokrát děkuji.

1. Znáte pojem „syndrom vyhoření“ neboli burnout?

- ANO
- NE

Pokud ano, uveďte zdroj, kde jste se o tom dozvěděla poprvé:

- Přednášky
- Knihy
- Internet
- Přátele, rodina
- Jiné (prosím uveďte)

2. Jak rozumíte pojmu „syndrom vyhoření“?

- Je to stav, při kterém dochází k psychickému, tělesnému a sociálnímu vyčerpání
- Stav, při kterém dochází pouze k psychickému vyčerpání
- Tento pojem neznám, nikdy jsem o něm neslyšel/a

3. Pozorujete na sobě tyto projevy? (u každého bodu zvolte pouze jednu odpověď)

Pocity smutku	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Pocity napětí	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Podrážděnost	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Podezíravost	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Zapomínání	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Chronická únava	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Nechuť k vykonávání profese	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Stavy celkové únavy	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Bolesti svalů	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Bolesti hlavy	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Bolesti zad	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Poruchy spánku	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Zažívací potíže	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Dýchací obtíže	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Pocity nepříjemného chladu	VŽDY	ČASTO	NĚKDY	ZŘÍDKA	NIKDY
Ztráta idealismu, cílevědomosti, zájmu o profesi		ANO	ČÁSTEČNĚ	NE	
Ztráta původního nadšení		ANO	ČÁSTEČNĚ	NE	
Pozorujete na sobě změnu empatie (vcítění do role pacienta) v průběhu praxe		ANO	ČÁSTEČNĚ	NE	
Pocity, že nevíte, o čem si povídat s lidmi (kromě motivace, instruktáže)		ANO	ČÁSTEČNĚ	NE	

4. Uveďte, které pracovní okolnosti Vás stresují nejvíce

- Nedostatek času na pacienta
- Nedostatek času pro sebe
- Dlouhá pracovní doba
- Nepříjemné pracovní prostředí a kolegové
- Hluk
- Vibrace
- Náročná pracovní pozice
- Nespolupracující pacienti

- Komunikace s pacientem
- Jiná (prosím uveďte)

5. Měl/a jste během studia vysoká očekávání od budoucí profese?

- ANO
- NEVÍM
- NE

6. Jak dlouho se věnujete profesi DH?

- Méně než 5 let
- 5–10 let
- 10–15 let
- 15–20 let

7. Kolik hodin týdně pracujete?

- Méně než 10 hodin
- 11–20 hodin
- 21–30 hodin
- 31–40 hodin
- Více než 40 hodin

8. Kolik dní v týdnu pracujete?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Jiná (prosím uveďte)

9. Myslíte si, že syndrom vyhoření může mít závažné zdravotní následky?

- ANO
- NEVÍM
- NE

10. Víte, jaká jsou preventivní opatření proti vzniku syndromu vyhoření?

- ANO
- NEVÍM
- NE

11. Máte dostatek času na odpočinek a mimopracovní aktivity?

- ANO
- NEVÍM
- NE

12. Umíte relaxovat?

- ANO
- NEVÍM
- NE

Pokud ano, jaké způsoby relaxace upřednostňujete:

- Udržování sociálních kontaktu – s rodinou, přáteli
- Sportovní aktivity
 - Jóga
 - Běhání
 - týmové sporty
 - jiné (prosím uveďte)
- Výlety, procházky
- Dovolena
- Domácí odpočinek
- Antistresové cvičení – svalová relaxace, autogenní trénink
- Jiná (prosím uveďte)

13. Kolik hodin denně spíte v průměru?

- Méně než 5 hodin
- 5-6 hodin
- 6-8 hodin
- 8-10 hodin
- Více než 12 hodin

Děkuji Vám za čas strávený vyplněním dotazníku.

Příloha č. 2 - Dotazník pro studenty dentální hygieny

Dobrý den,

jmenuji se Iryna Yakubyak a jsem studentkou bakalářského oboru Dentální hygienistka na 3. LFUK. Tématem mé bakalářské práce je: „*SYNDROM VYHOŘENÍ U DENTÁLNÍ HYGIENISTKY A JEHO PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ*“. Tímto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění anonymního dotazníku, který mi napomůže při zpracování závěrečné práce. Předem Vám mnohokrát děkuji.

1. Znáte pojem „syndrom vyhoření“ neboli burnout?

- ANO
- NE

Pokud ano, uveďte zdroje:

- Přednášky
- Internet
- Knihy
- Přátele, rodina
- Jiné (prosím uveďte)

2. Myslíte si, že profese dentální hygienisty/ky patří mezi rizikové povolání pro vznik syndromu vyhoření?

- ANO
- NEVÍM
- NE

3. Myslíte si, že byste mohl/a být ohrožený/á syndromem vyhoření?

- ANO
- NEVÍM
- NE

4. Víte, jak takovému syndromu vyhoření předcházet?

- ANO
- NEVÍM
- NE

5. Těšíte se na chvíle, kdy budete schopni uplatnit veškeré dovednosti, které jste se doposud naučil/a v průběhu studia?

- ANO
- NEVÍM
- NE

- 6. Toužíte po dokonalosti (máte vysoké požadavky, ideály na sebe a na své okolí, jste velmi angažovaný/á pro svou budoucí profesi)?**
- ANO
 - NEVÍM
 - NE
- 7. Myslíte si, že změníte téměř veškeré návyky u všech pacientů?**
- ANO
 - NEVÍM
 - NE
- 8. Myslíte si, že patříte mezi zodpovědné, pracovité, pečlivé a ctižádostivé jedince?**
- ANO
 - NEVÍM
 - NE
- 9. Máte tendenci potlačovat zlost, neklid či napětí?**
- ANO
 - NEVÍM
 - NE
- 10. Když ošetřujete pacienta, jste ve stresu?**
- ANO
 - NEVÍM (doposud ještě jsem neošetřoval/a)
 - NE
- 11. Uved'te míru své empatie (vcítění do role pacienta) na stupnici od 1-10 (1= nízká míra empatie, 10= vysoká míra empatie)**

Děkuji Vám za čas strávený vyplněním dotazníku.

Příloha č. 3 - Informovaný souhlas ke kazuistice

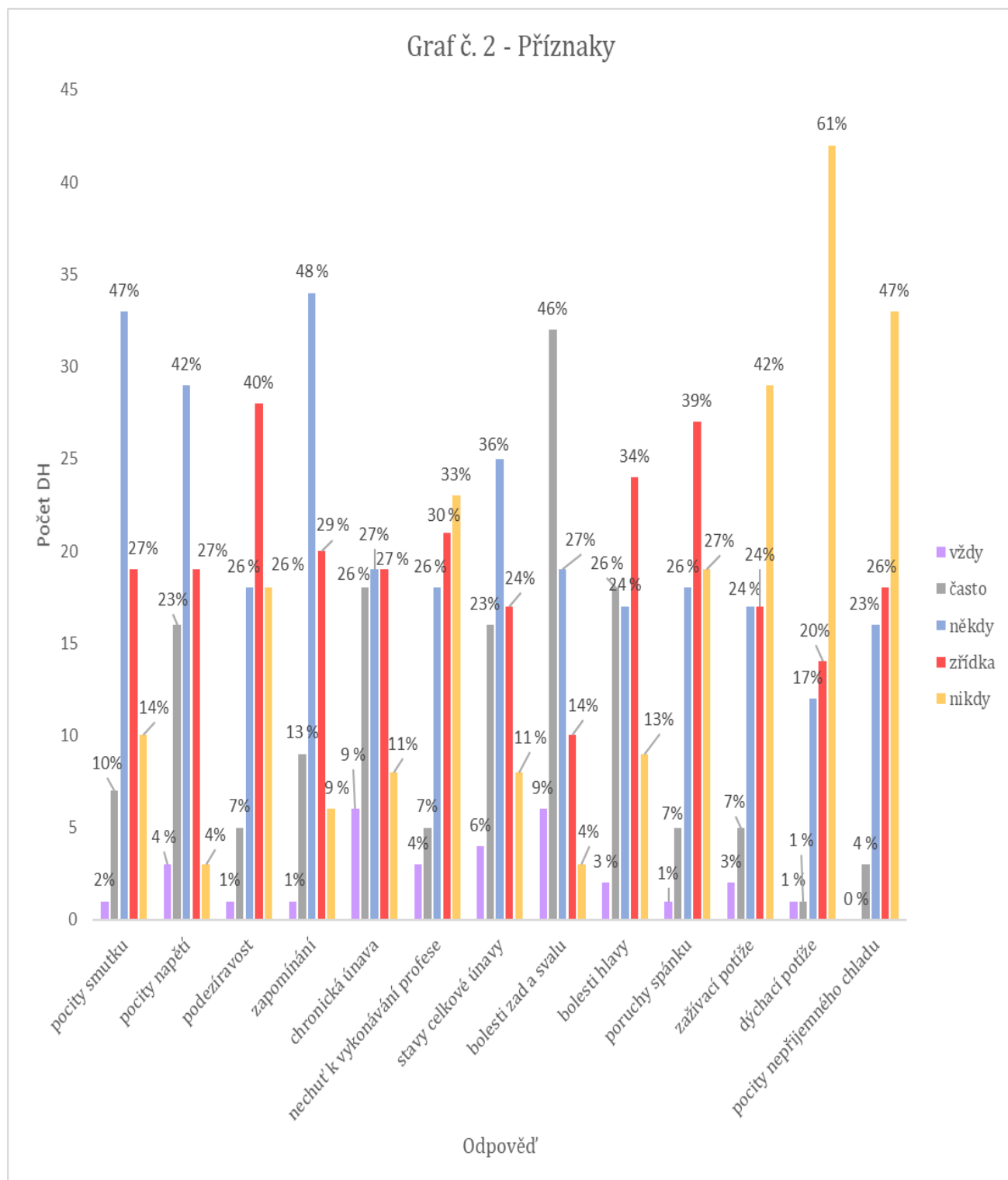
Informovaný souhlas

Souhlasím s anonymním zveřejněním údajů, které jsem dobrovolně poskytla Iryně Yakubyak pro účely bakalářské práce na téma SV u DH a jeho preventivní opatření.

Dne:

Podpis:

Příloha č. 4 - Graf – příznaky SV



Příloha č. 5 - Letáček



DESATERO

PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

aneb několik rad, jak předejít úplnému psychickému, tělesnému a sociálnímu vyčerpání.

Udržujte sociální kontakty

Člověk je tvor společenský, tudíž dobrá sociální opora má kladné účinky na psychickou stránku člověka.

Nepřehánějte to s pracovním nasazením

Dopřávejte si během práce odpočinek. Mějte na mysli, pokud se chcete postarat o své pacienty, nejdříve se musíte postarat sami o sebe.

Naučte se říkat „NE“

Zač stojí každé ANO, když neumíte říci NE? Mějte na mysli, že nemusíte všechno zvládnout za každých okolností.

Určete si své hodnoty, potřeby

Dělejte, převážně to, co Vás baví. Práce by neměla být jediným životním cílem. Najít smysl života je významný krok k prevenci vyhoření.

Mějte koníčky a záliby

Měli byste být schopni si maximálně odpočinout. Dbejte na dostatek pohybu. Při vhodné fyzické aktivitě dochází ke zvýšenému odbourávání stresových hormonů, tudíž tento stav příznivě ovlivňuje lidské tělo a psychiku.

Mějte se rádi

Dělejte si radost, odměňujte se, protože vše ostatní se odvíjí od toho, jaký máme vztah sami k sobě.

Bud'te sebekritičtí

V momentě prožívání potíží se nebojte na celou situaci podívat sebekriticky, přiznat své chyby, nedostatky. Ale také nezapomeňte na své přednosti, pozitivní vlastnosti. Podívejte se na daný problém ze všech stran, a ne pouze ze svého pohledu, to Vám může pomoci při řešení potíží.

Naučte se zvládat stresové situace.

Neschopnost předvídání určité zátěžové situace vede ke zvyšování intenzity stresu.

Naplánujte si harmonogram

Naplánujte si jej tak, abyste měli nějakou rezervu. Pro případ, že by něco nevycházelo podle plánu, abyste se zbytečně nevystavovali časové tísní.

Dbejte na dostatek spánku

Spánek je „továrna“ na dobíjení energie, kdy dochází k obnovení psychických a fyzických sil.

Vyrobila: Iryna Yakubyak