

Prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče

Lucie Půlpánová

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie PŮLPÁNOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části:

Nastítnit problematiku intenzivní péče

Stručně rozdělit zátěžové situace v oboru intenzivní péče

Seznámit s problematikou syndromu vyhoření

Uvést definici, příznaky a projevy syndromu vyhoření

Rozdělit stádia syndromu vyhoření dle jednotlivých autorů

Zmapovat problematiku prevence

Zpracování praktické části:

Stanovit cíle a hypotézy

Sestavit dotazník pro získání informací, který se vztahuje k cílům práce a hypotézám

Analyzovat získaná data

Interpretovat výsledky

Zpracovat edukační materiál k prevenci syndromu vyhoření

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BARTOŠÍKOVÁ,I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2006. 86s. ISBN 80-7013-439-9

JEKLOVÁ,M., REITMAYEROVÁ,E. Syndrom vyhoření. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32s. ISBN 80-86991-74-1

SCHMIDBAUER,W. Syndrom pomocníka. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 240s. ISBN 978-80-7367-369-7

HAVRDOVÁ,Z., HAJNY,M. ET AL. Praktická supervize. Praha: Galén, 2008. 213s. ISBN 978-80-7262-532-1

JOSHI,V. Stres a zdraví. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 160s. ISBN 978-80-7367-211-9

KEBZA,V., ŠOLCOVÁ,I. Syndrom vyhoření. 2. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23s. ISBN 80-7071-231-7

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Valentová**
Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.

doc. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně 25.2.2009

.....*Lučková Lucia*.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u zdravotních sester v oboru intenzivní péče. V teoretické části jsou popsány základní informace o oboru intenzivní péče, dále problematika syndromu vyhoření. Jako cíl praktické části jsem si stanovila zhodnotit znalosti sester o dané problematice, stanovit zátěžové faktory v oboru intenzivní péče, vymezit nejvíce rizikové pracoviště z pohledu sester a zhodnotit možnosti edukace. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila kvantitativní sběr dat – dotazníkové šetření. Ze získaných výsledků jsem pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku vyhodnotila stanovené hypotézy. V neposlední řadě bylo mým cílem vytvořit vhodný edukační materiál v rámci prevence syndromu vyhoření u zdravotních sester - informační CD.

Klíčová slova:

Zdravotní sestra, pracoviště intenzivní péče, zátěžové faktory, stres, syndrom vyhoření, stádia, projevy, diagnostika, léčba, prevence.

ABSTRACT

The bachelor's work is concerned with the problems of burn-out syndrome by the nurses in the intensive care branch. There are described basic information of the intensive care branch, next the problems of burn-out syndrome in this theoretical part. As the target of practical part I have determined to evaluate the nurses' experience about given problems, to appoint stressful factors in the intensive care branch, to delimitate the most risky workplace from the point of nurses view. Also to evaluate the possibilities of education. I have chosen the quantitative data collection – questionnaire inquiry as the research method. From the gained results I have evaluated the appointed hypothesis through the test of independence chi-square statistic for contingental table. Last but not least my target was the creation of suitable educative material in the range of the prevence of burn-out syndrome by the nurses – informative CD.

Keywords:

The nurse, the workplace of the intensive care branch, stressful factors, stress, burn-out syndrome, stages, symptoms, the diagnostic, the treatment, the prevence.

*“ Svět je zrcadlo. Mračte se do něho a bude se na vás
také mračit, zasmějte se a bude vám veselým
a hravým společníkem. „*

W.M. Thackeray ^[29]

Touto cestou bych chtěla poděkovat především Mgr. Markétě Valentové za cenné rady, podporu a odborné vedení mé bakalářské práce.

Také děkuji všem zdravotním sestřám, které se zúčastnily realizovaného výzkumu.

V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům za jejich podporu a pomoc během celého studia.

Ve Zlíně 5.6.2009

.....

OBSAH

OBSAH	8
ÚVOD	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE	13
1.1 ROZDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE DLE DOPORUČENÍ EVROPSKÉ SPOLEČNOSTI PRO INTENZIVNÍ MEDICÍNU – ESICM	13
1.1.1 INTENZIVNÍ PÉČE I. STUPNĚ (NIŽŠÍ)	14
1.1.2 INTENZIVNÍ PÉČE II. STUPNĚ (VYŠŠÍ)	14
1.1.3 INTENZIVNÍ PÉČE III. STUPNĚ (NEJVYŠŠÍ)	14
1.2 ROZDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE DLE ZAMĚŘENÍ JEDNOTKY	15
1.2.1 OBECNÉ JEDNOTKY INTENZIVNÍ PÉČE	15
1.2.2 SPECIALIZOVANÉ JEDNOTKY INTENZIVNÍ PÉČE	15
1.2.3 OBOROVÉ INTERNÍ JEDNOTKY INTENZIVNÍ PÉČE	15
1.2.4 JEDNOTKY INTENZIVNÍ PÉČE CHIRURGICKÉHO ZAMĚŘENÍ	16
1.3 POŽADAVKY NA MINIMÁLNÍ PERSONÁLNÍ A TECHNICKÉ VYBAVENÍ JEDNOTKY	17
1.4 OBECNÉ PRINCIPY USPOŘÁDÁNÍ JEDNOTKY	18
1.5 VZDĚLÁNÍ SESTRY V INTENZIVNÍ PÉČI	18
1.6 PRÁCE SESTRY NA JEDNOTKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE	19
1.6.1 ZÁKLADNÍ ROLE SESTRY V MODERNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ.....	20
1.6.2 SPECIFIKA PRÁCE.....	21
1.7 POTŘEBY KLIANTA V INTENZIVNÍ PÉČI	23
1.8 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE V PRÁCI SESTRY V OBORU INTENZIVNÍ PÉČE	24
1.8.1 ROZDĚLENÍ ZÁTĚŽOVÝCH FAKTORŮ V PRÁCI SESTRY	24
1.8.2 TYPY ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ	26
2 SYNDROM VYHOŘENÍ	28
2.1 HISTORIE	29
2.2 DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ	30
3 VLIV STRESU NA VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ	32
4 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK VYHOŘENÍ	34
4.1 VNĚJŠÍ FAKTORY	34
4.2 VNITŘNÍ FAKTORY	34
4.3 PROFESNÍ PODMÍNKY	35

5	SYMPTOMY	36
5.1	DĚLENÍ PŘÍZNAKŮ DLE IVY BARTOŠÍKOVÉ (2006)	36
5.1.1	NA PSYCHICKÉ ÚROVNI	36
5.1.2	NA ÚROVNI FYZICKÉ.....	37
5.1.3	NA ÚROVNI SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ	37
5.1.4	EMOCIONÁLNÍ VYČERPÁNÍ	37
6	STÁDIA VÝVOJE VYHOŘENÍ	38
6.1	FÁZE DLE W. SCHMIDBAUERA.....	38
6.2	FÁZE DLE G.KAPOUNOVÉ.....	38
6.3	ETAPY DLE A. KALLWASS.....	39
6.4	FÁZE DLE I.BARTOŠÍKOVÉ.....	40
7	DIAGNOSTIKA	42
7.1	MASLACH BURNOUT INVENTORY – MBI.....	42
7.2	BURNOUT MEASURE (BM).....	42
8	HLAVNÍ DŮSLEDKY VYHOŘENÍ.....	43
9	LÉČBA A PREVENCE	44
9.1	PREVENCE NA ÚROVNI JEDNOTLIVCE	44
9.2	PRACOVNÍ PODMÍNKY.....	46
9.3	PREVENCE NA ÚROVNI ORGANIZACE	47
9.3.1	TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE.....	47
9.3.2	AKTIVITY ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	48
9.3.3	SUPERVIZE	49
9.3.4	BÁLINTOVSKÉ SKUPINY	50
9.4	DUŠEVNÍ HYGIENA.....	52
9.5	METODY RELAXACE	53
9.6	FYZICKÉ CVIČENÍ	56
9.7	ZDRAVÁ VÝŽIVA	57
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	58
10	CÍLE PRÁCE	59
11	HYPOTÉZY.....	60
11.1	ROZDĚLENÍ POLOŽEK K OVĚŘENÍ HYPOTÉZ.....	61
12	METODIKA PRÁCE.....	63
12.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	63
12.2	METODA PRÁCE	65

12.2.1	FORMY POLOŽEK V DOTAZNÍKU	66
12.2.2	CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	67
12.3	ORGANIZAČNÍ ŠETŘENÍ.....	68
12.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	69
12.4.1	ZPŮSOB HODNOCENÍ OTÁZKY ČÍSLO 6	70
13	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	71
13.1	ZPRACOVÁNÍ IDENTIFIKAČNÍCH OTÁZEK	71
13.2	HYPOTÉZA ČÍSLO 1.....	76
13.3	HYPOTÉZA ČÍSLO 2.....	84
13.4	HYPOTÉZA ČÍSLO 3.....	93
13.5	HYPOTÉZA ČÍSLO 4.....	105
13.6	HYPOTÉZA ČÍSLO 5.....	116
14	DISKUZE.....	129
14.1	VÝZKUMY ZAMĚŘENÉ NA PROBLEMATIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	140
14.2	OPATŘENÍ PRO PRAXI.....	141
	ZÁVĚR	143
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	146
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	150
	SEZNAM GRAFŮ	152
	SEZNAM TABULEK.....	154
	SEZNAM PŘÍLOH.....	158

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala syndrom vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče. V obecné rovině je v posledních několika letech syndrom vyhoření často diskutovaným tématem a jeho nejčastější příznaky můžeme definovat ve zcela odlišných profesích. Především je ale definován v takzvaných pomáhajících profesích, kam řadíme i povolání zdravotní sestry. Během několika posledních let proběhla řada výzkumů a toto téma se stalo námětem mnoha bakalářských a diplomových prací. Také je mu věnována pozornost v odborných časopisech, na seminářích, konferencích či mezinárodních kongresech. I přesto jsem se rozhodla toto téma zpracovat a problematiku specifikovat pouze na zdravotní sestry v oboru intenzivní péče. Domnívám se, že na tyto sestry jsou kladeny vysoké požadavky, působí na ně neustálý tlak a je očekáváno, že vždy budou „vše vědět, vše umět a všemu rozumět“. Setkávají se s nečekanými situacemi, které se musí rychle a především správně vyřešit. Musí umět zhodnotit zdravotní stav klienta a včas zavolat lékaře. Jejich laskavá a vysoce odborná péče, kterou jsou schopny poskytovat, bývá nedostatečně oceněna nejen ze strany managementu nemocnice a nadřízených pracovníků, ale často také i samotných klientů. Obtížná je také oblast komunikace. Sestra musí rozpoznat problémy a potřeby klienta z jeho reakcí a chování.

Rozhodně bych nechtěla podceňovat náročnost práce sester na ostatních odděleních nemocničních zařízení, protože každé oddělení má svá specifika práce a z jiného pohledu je pro zdravotnický personál také velmi náročné. Syndrom vyhoření může postihnout sestru na kterémkoli oddělení. Nicméně současná literatura uvádí především oddělení intenzivní péče, léčebny dlouhodobě nemocných a onkologická pracoviště.

V důsledku svých dosavadních zkušeností při odborné praxi v rámci školy jsem se rozhodla zpracovat danou problematiku na oddělení intenzivní péče. Ráda bych zhodnotila znalosti sester o této problematice, vymezila nejrizikovější faktory v oblasti intenzivní péče a nejrizikovější oddělení z pohledu sester. V neposlední řadě je předmětem mého zájmu zjistit, jaké možnosti edukace jsou sestřím nabízeny, zda jsou o tomto problému vůbec edukovány a jaká je dostupnost edukačních programů podle typu nemocničního zařízení, ve kterých pracují.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE

Oddělení intenzivní péče jsou v současné době již nepostradatelná v řadě nemocničních zařízení. Je zde poskytována léčba klientům, kteří trpí závažným, život ohrožujícím onemocněním. Na všech těchto jednotkách je pacientovi poskytována vždy komplexní a individuální péče, a to v co největší míře.

Primárně je intenzivní medicína zaměřená především na nejzávažnější respirační a kardiovaskulární poruchy. Přesto pro zajištění optimální péče je nezbytný multidisciplinární přístup.

Základem pro vývoj intenzivní medicíny se staly jednak zkušenosti z pooperačních oddělení, jednak potřeby péče o klienty se selháním ventilace při epidemii polyomyelitidy v první polovině 50.let. Již v 60. letech vznikl základ sítě koronárních jednotek a po další desetiletí docházelo k prohlubování systematiky a znalostí v nově vytvářeném oboru. V současnosti lze tento obor považovat za svébytnou a dynamicky se rozvíjející disciplínu.

Na těchto odděleních sestry nepřetržitě sledují celkový stav klienta a veškeré informace zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. V dokumentaci nesmí chybět podepsaný informovaný souhlas. Pokud klient není schopen z jakéhokoli důvodu souhlas podepsat, odesílá se příslušný formulář na obvodní soud a poté se spolu s potvrzením o odeslání zakládá do ošetrovatelské dokumentace.

Oddělení musí splňovat minimální požadavky na personální a technické vybavení.

Přechodnou formu mezi oddělením intenzivní péče a standardním lůžkovým oddělením tvoří takzvané jednotky intermediální péče. Poskytují monitorování a podporu nemocných ohrožených rozvojem multiorgánového selhání, možnost krátkodobé plicní ventilace a neodkladné resuscitace. ^[8, 9, 30]

1.1 Rozdělení intenzivní péče dle doporučení Evropské společnosti pro intenzivní medicínu – ESICM

Dle těchto pokynů se intenzivní péče dělí na tři stupně. Každá úroveň obsahuje doporučený vzorec pro personální a technické vybavení, přičemž na jedné jednotce mohou být zastoupeny různé úrovně péče v poměru, který vyžaduje spektrum nemocných na daném oddělení. ^[9]

1.1.1 Intenzivní péče I. stupně (nižší)

„ se obvykle poskytuje v menších oblastních nemocnicích, zajišťuje kontinuální monitorování, zvýšenou sesterskou péči, možnost okamžité resuscitace a možnost krátkodobé ventilace (do 24 hodin).“ ^[9]

1.1.2 Intenzivní péče II. stupně (vyšší)

„ v tomto stupni se intenzivní péče poskytuje ve větších regionálních nemocnicích. Kromě zajištění základního monitorování je na tomto stupni i invazivní monitorování, měření srdečního výdeje, dlouhodobá umělá plicní ventilace. Chybí speciální metody invazivního sledování (plicní katetrizace, měření intrakraniálního tlaku, bulbární oxymetrie). Péči poskytuje stabilní lékařský tým, nebo je zde přinejmenším stále dostupný lékař, který zajišťuje práci na jednotce v plném rozsahu celé pracovní doby. Jednotka poskytuje zvýšenou sesterskou péči. Tato úroveň intenzivní péče má přístup k širšímu rozsahu vyšetření statim, 24 hodin zajištěnou možnost použití zobrazovacích metod, neposkytuje však komplexní léčebnou péči a některé výkony, jako je hemofiltrace nebo bezprostřední provádění hemodialýzy.“ ^[9]

1.1.3 Intenzivní péče III. stupně (nejvyšší)

„ poskytuje se ve velkých oblastních a fakultních nemocnicích. Spočívá v poskytování celého rozsahu intenzivní péče se zvláštním zaměřením na kritické stavy různé etiologie. Jednotka intenzivní péče tohoto typu je zajištěna specialisty z oblasti intenzivní medicíny, kteří jsou trvale dostupní pro práci na jednotce v průběhu celých 24 hodin. Je zajištěna speciální sesterská péče a potřebný personál provádějící nutriční a rehabilitační péči. Tyto jednotky mají přístup ke všem komplexním vyšetřením, technologicky pokročilým zobrazovacím technikám a rychlou dostupnost specialistů širokého spektra medicínských disciplín.“ ^[9]

Na těchto jednotkách patří mezi nejčastější problémy úmrtí klienta nebo ztráta kontinuity péče při jeho překladech na oddělení nižšího typu.

1.2 Rozdělení intenzivní péče dle zaměření jednotky

Podobně jako jsme si rozdělili tři stupně intenzivní péče, tak můžeme odlišit jednotky intenzivní péče – obecné, specializované a oborové.^[9]

1.2.1 Obecné jednotky intenzivní péče

Podstatou tohoto systému je poskytování péče na jednom větším oddělení pro klienty všech lékařských oborů. Toto uspořádání je vhodné pouze pro malé a středně velké nemocnice, kde zde spolupracují odborníci základních medicínských disciplín. Je nevhodné pro velké a univerzitní nemocnice, kde se uplatňuje spíše oborové zaměření jednotky. Výhodou je centralizace přístrojového vybavení, když péče vyžaduje rychlé rozhodnutí a použití technické podpory. Nevýhodou je to, že dochází k dělení kompetencí a odpovědnosti mezi více lékaři. Do této kategorie řadíme i anesteziologicko resuscitační oddělení – ARO, kdy stav klienta nemá jednotný etiologický původ, není vázán na jasně stanovenou diagnózu a obor.^[9]

1.2.2 Specializované jednotky intenzivní péče

Jsou zaměřeny na léčbu příslušného onemocnění v plné šíři. Výhodou této péče je komplexní přístup ke klientovi. Také z hlediska vynaložených prostředků je systém úsporný, přehledný a lépe kontrolovatelný. Tyto jednotky jsou budovány v centrech s velkou spádovou oblastí, aby kapacita byla účelně využita.^[9]

1.2.3 Oborové interní jednotky intenzivní péče

Všeobecné jednotky - Na toto oddělení jsou přijímáni klienti v těžkém stavu, který vzniká v průběhu mnoha interních onemocnění, nebo jako interní komplikace chirurgického onemocnění. Často zde hrozí selhání jednoho nebo více orgánů. Obvykle jde o choroby zažívacího traktu, akutní pankreatitidu, selhání funkce ledvin, sepsi, akutní stavy v endokrynologii, hematologii atd. Dle profilu nemocnice a velikosti jejího spádu se můžeme setkat s dalším dělením na metabolickou JIP, gastroenterologickou JIP, hepatální JIP, hematologickou a hematoonkologickou JIP, renální a dialyzační JIP a pneumologickou JIP.

Koronární jednotky intenzivní péče – Zde je zaměřeno na diagnostiku a léčbu poruch srdečního rytmu, akutních forem ischemické choroby srdeční, resuscitaci kardiologických pacientů a předcházení šoku. V současné době se uplatňuje především invazivní kardiochirurgie.

Geriatrické JIP – Postupy v léčbě u seniorů bývají konzervativnější, ale i přesto vede ke snížení mortality a zlepšení kvality života jedinců.

Transplantační jednotky intenzivní péče – Jsou odlišné dle různých typů nemocnic a dle druhu transplantovaného orgánu. Například jsou zaměřené na transplantaci srdce, jater, ledvin atd.

Onkologické jednotky intenzivní péče a jednotky pro transplantaci kostní dřeně – Specifikou této oblasti je požadavek na izolaci pacienta v prostoru s laminárním prouděním sterilního vzduchu. Jsou zde uloženi nemocní, kteří se léčí pomocí radioterapie, chemoterapie nebo jsou připravováni k transplantaci kostní dřeně. Je zde velké riziko infekcí, které mohou způsobit kritický stav klienta.

Infekční jednotky intenzivní péče – Uplatňují se zde především neuroinfekce, meningokokové a virové infekce.

Neurologické a psychiatrické jednotky intenzivní péče - Poskytují péči především klientům při akutních halucinogenních psychózách, schizofrenikům a klientům s akutní psychózou způsobenou například abusem alkoholu.^[9]

1.2.4 Jednotky intenzivní péče chirurgického zaměření

Chirurgické jednotky intenzivní péče – Zde je poskytována péče klientům, u kterých hrozí nebo došlo k selhání jednoho či více orgánů v průběhu pooperačního stavu nebo chirurgického onemocnění. Důležitá je neustálá přítomnost specializovaného lékaře.

Kardiochirurgické jednotky intenzivní péče – Na toto oddělení jsou umístěni především klienti v časném pooperačním období po kardiochirurgickém výkonu.

Neurochirurgické jednotky intenzivní péče – Jsou určeny pro klienty s neurochirurgickými traumaty a neurotraumaty.

Popáleninové jednotky intenzivní péče – Musí zde být zabezpečen nejvyšší stupeň čistoty a bezinfekčnosti prostředí, kontrola teploty a vlhkosti a v neposlední řadě využití laminární ventilace sterilního vzduchu.

Traumatologické jednotky intenzivní péče – Stoupající počet úrazů vedl k sestavení týmu pracovníků pod vedením úrazového chirurga.

Spinální jednotky intenzivní péče – Více jak 10 % těchto klientů je hospitalizováno na ARU z důvodu poruchy dechových funkcí.

Pediatrické jednotky intenzivní péče – Poskytují specifickou péči dětským klientům, kteří mají odlišné potřeby. Spadají sem i neonatální JIP, kde je zajištěna péče o děti s nízkou porodní hmotností, kognitivními deformitami a nezralými plícemi.^[9]

1.3 Požadavky na minimální personální a technické vybavení jednotky

Tyto požadavky vymezuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 493/2005 Sb.^[9] (Stručný přehled v tabulkách viz. příloha)

Lékařský personál

Základním principem je přítomnost lékařského personálu, který se věnuje výhradně práci na JIP a nemá žádné významné funkce mimo tuto jednotku. Měl by zajišťovat provoz celých 24 hodin, včetně volných dnů. Není podstatné, jakou má lékař základní specializaci, ale především musí být plně erudován ve všech metodách intenzivní medicíny a dalších znalostech a dovednostech nutných pro provádění tohoto oboru.^[9]

Ošetrovatelský personál

Základním předpokladem je odborná znalost a zaujetí pro práci na jednotce intenzivní péče. Minimální počet sester se liší dle typu a zaměření dané jednotky. Obecně platí, že na směně by měla být alespoň jedna sestra s delší praxí v intenzivní péči. Počet sester se také odvíjí od obloženosti jednotky a vytížení personálu. Důležitou součástí týmu je rehabilitační pracovník a nutriční terapeut.^[9]

Ostatní administrativní a podpůrný personál

U některých jednotek se lze setkat s funkcí administrativní pracovnice a funkcí technického pracovníka zodpovědného za přístrojové vybavení.^[9]

1.4 Obecné principy uspořádání jednotky

Celkový plán uspořádání jednotky by měl vést k minimalizaci pohybu personálu. Vhodná je kombinace použití jak otevřené části, kde je umístěno více klientů, tak jednotlivých boxů. Ty slouží především k minimalizaci rizika přenosu infekce a zajišťují klientovi větší soukromí. Základním požadavkem je dostatečný prostor na umístění lůžka. Doporučuje se alespoň 20 m². Každé lůžko musí být vybaveno monitorovacím systémem, rozvodem kyslíku a vzduchu, jištěným odsáváním a výstupem pro připojení na centrální rozvod vakua. Dále je požadováno efektivní osvětlení a dostatečné množství elektrických zásuvek. Prostor pro personál a dokumentaci má být umístěn tak, aby z tohoto místa byl dobrý rozhled po celé jednotce.^[9]

1.5 Vzdělání sester v intenzivní péči

Vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků bylo nutné upravit v souladu s požadavky Evropské unie, zásadami volného pohybu osob, volného přístupu fyzických i právnických osob ke zdravotnickému vzdělávání s cílem uplatnění na pracovním trhu Evropské unie.^[8]

V současné době je vzdělání sester členěno do několika úrovní:

Primární úroveň

Do této úrovně spadá základní devítiletá škola.

Sekundární vzdělání

Lze ho získat na kterékoli odborné škole zakončené maturitní zkouškou. Po absolvování střední zdravotnické školy studentka získává způsobilost pracovat ve zdravotnickém zařízení pod odborným dohledem jako zdravotnický asistent.

Terciální vzdělání

Řadíme sem vzdělání na vyšších odborných školách nebo na vysokých školách se získáním titulu DiS. (diplomovaný specialista), Bc. (bakalář) nebo Mgr. (magistr). Po absolvování tohoto studia a získání registrace je sestra způsobilá k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

System registrace má zajišťovat vysokou úroveň poskytované zdravotní péče a její periodickou kontrolu. Také umožňuje volný pohyb osob a uznání profesního vzdělání pro výkon povolání v zemích Evropské unie.^[8]

Specializační vzdělávání

Lze získat absolvováním vzdělávacích programů akreditovaných ministerstvem zdravotnictví. Mělo by být koncipováno modulovým způsobem, který umožňuje:

- Vhodnou kombinací a seřazením modulů dosáhnout požadované úrovně znalostí a dovedností.
- Volit si speciální moduly a certifikované kurzy, což umožní vzdělání v problematice, která souvisí s výkonem povolání každého jedince.
- Sepětí teorie s praxí.

Rozlišujeme tři úrovně modulů:

- Základní moduly, které jsou společné pro všeobecné sestry všech specializačních studií. Zaměřují se především na všeobecné znalosti a dovednosti.
- Odborné moduly jsou povinné pro zvolený obor studia.
- Speciální moduly jsou zaměřené na odbornou a úzce specializovanou problematiku. Sestry si je mohou zvolit dle vlastního zaměření nebo potřeb pracoviště. Mohou být nahrazeny certifikovanými kurzy.^[8]

Celoživotní vzdělávání

Je základním předpokladem dobrého výkonu zdravotnické profese.^[8]

1.6 Práce sestry na jednotkách intenzivní péče

Práce na těchto jednotkách je velmi specifická a odvíjí se od zaměření dané jednotky. Pro rozsah této práce není možné popsat každý typ jednotky intenzivní péče zvlášť, protože jich je v literatuře uváděno téměř 20.^[9]

S rozvojem našeho ošetrovatelství se neustále mění a rozvíjí role sestry. Stále více se stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopné samostatné práce. Mění se nejen kompetence, ale i rozsah její práce a profese.^[32]

1.6.1 Základní role sestry v moderním ošetřovatelství

Sestra – pečovatel

Tato role je spojena s poskytováním základní ošetřovatelské péče jak v nemocnici, tak v terénní péči. Sestra identifikuje ošetřovatelské potřeby klientů a zajišťuje plán jejich řešení.

Sestra – edukátor nemocného a jeho rodiny

Do této oblasti řadíme:

- upevňování zdraví a prevence nemocí,
- rozvoj soběstačnosti, předcházení komplikacím z omezeného pohybu, rozvoj sebeobslužných činností,
- nácvik potřebných dovedností a pomoc klientovi i rodině naučit se žít spokojeně i s dlouhodobým onemocněním.

Sestra – obhájce (advokát) nemocného

Pokud klient není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, sestra se stává jeho mluvčím, protože je může rozpoznat během ošetřovatelského procesu. Podporuje klientův pocit bezpečí a jistoty.

Sestra – koordinátor

V plánování a realizaci péče sestra spolupracuje se všemi členy zdravotnického týmu. Snaží se klienta i rodinu získat ke spolupráci a aktivní péči.

Sestra – asistent

Sestra zajišťuje přípravu klienta k vyšetření, asistenci při něm, plní nebo zajišťuje terapeutické činnosti ordinované lékařem. Podílí se na diagnosticko-terapeutické lékařské péči. ^[32]

Nedílnou součástí práce jsou všeobecné dovednosti, které sestra musí zvládnout, aby se mohla dále specializovat. Patří sem takové věci jako seznámit se s vybavením pracoviště, vedením dokumentace, harmonogramem práce na oddělení, začátkem a koncem pracovní doby či plánem služeb. Nezbytné je znát zásady BOZP, postup při pracovním

úrazu, práva pacientů, vyplňování výkazů nebo standardy ošetrovatelské péče. Mezi další činnosti, které si musí sestra osvojit, řadíme: příjem, překlad a propuštění klienta, zajištění hygienické péče, péče o pokožku, prevenci a léčbu dekubitů, dezinfekční programy, přípravu a aplikací injekcí, infuzí, krevních derivátů, odběr biologického materiálu, péči o umírající a zemřelé a mnohé další. Bez tohoto všeobecného základu se sestra nemůže ve své práci dále specializovat.

1.6.2 Specifika práce

Sestra v intenzivní péči si musí především osvojit monitoraci základních životních funkcí. Požadavek na nepřetržité monitorování vitálních funkcí klienta bývá častou indikací k přijetí. Monitoringem je myšleno nepřetržité nebo opakované sledování fyziologických funkcí a činnosti přístrojů. Cílem je včasná detekce abnormalit, usnadnění rozvahy o další terapeutické intervenci, možnost porovnání vývoje fyziologických funkcí v čase a zhodnocení účinnosti použité intervence. Význam této metody stoupá především s využitím invazivních postupů.^[8]

Dále sem řadíme péči o dýchací cesty, která je v intenzivní péči naprostou samozřejmostí a její nedílnou součástí. Radíme sem výkony jako podávání kyslíku, zajištění průchodnosti dýchacích cest včetně odsávání, laváží, zvlhčování vzduchu. Mnoho klientů má zavedenou endotracheální kanylu nebo tracheostomii. Většinou také bývají napojeni na umělou plicní ventilaci. Samozřejmostí je asistence lékaři při intubaci nebo extubaci klienta, příprava pomůcek, příprava pacienta k výkonu a ošetření po výkonu.^[8]

U klientů bývá často zaveden centrální žilní vstup do vena subclavia, vena jugularis interna, vena jugularis externa a jiných větších žilních systémů, což přináší především riziko infekce. Sestra musí vstup pravidelně asepticky ošetřovat, hodnotit barvu kůže a další známky zánětu. Tento vstup může být zaveden také pro měření centrálního žilního tlaku. Je tedy důležité znát potřebné pomůcky a především správný postup.

Výživa u pacientů v těžších až kritických stavech je zajištěna enterální cestou pomocí sond nebo cestou parenterální většinou do centrální žíly. Vznikají zde tedy další požadavky jako vhodná péče o sondu, zajištění průchodnosti, podávání stravy buď kontinuálně nebo bolusovým systémem. Důležité je kontrolovat jejich správné zavedení.

Péče o vyprazdňování je podobná jako na standardních pracovištích. Jako specifikum můžeme uvést měření hodinové diurézy.

Péče o pokožku je také velice podobná, ale na těchto odděleních je mnohem intenzivnější. Hygiena je prováděna častěji, je zde věnována větší pozornost péči o pokožku, prevenci dekubitů a různých defektů. Nezbytnou součástí je použití antidekubitární matrace a ostatních antidekubitárních pomůcek.

Za specifikum lze považovat použití infuzních pump a dávkovačů. Pro tuto potřebu jsou u lůžka vybudovány speciální rampy nebo lze použít různé stojany a držáky. Sestra musí podávané roztoky a léky včas měnit, správně nastavit rychlost podání a správně je označit. Je zde opět větší riziko infekce a větší požadavky na dodržování aseptických postupů.

Dále by sestra měla umět připravit pomůcky a asistovat při zavádění centrálních žilních vstupů, při hrudní či břišní punkci. Měla by umět pečovat o operační rány, drény a hrudní sání. Umět asistovat při zavádění epidurální anestezie. Umět sestavit a obsluhovat dialyzační přístroj či provádět výplach žaludku.

Typické je poskytování především rozšířené resuscitační péče, jejímž cílem je kardiopulmonální stabilizace a normalizace kyslíkového transportu s využitím pomůcek a farmakoterapie. Sestra musí být pohotová, včas zasáhnout při kriticky se měnícím stavu klienta, informovat lékaře a zajistit všechny potřebné pomůcky.

Můžeme se zde setkat i s hojným využitím bazální stimulace. Použití této metody v intenzivní péči má jistě své místo. Nejen, že pozitivně ovlivňuje vývoj zdravotního stavu klienta, ale také pozitivně působí na jeho rodinu. Ta tak může získat lepší pocit, že se pro klienta dělá opravdu maximum, a především může na této metodě intenzivně spolupracovat.

Velkým specifikem je komunikace s klientem. Ať už s klientem v bezvědomí, při zajištění dýchacích cest umělou plicní ventilací, klienty s afázií, zmatené, agresivní nebo se smyslovým defektem. Takováto komunikace je mnohem obtížnější a náročnější i na psychiku personálu. Důležité je věnovat pozornost neverbálním prvkům kam řadíme: mimiku, proxemiku, haptiku, posturiku, gestikulaci, paralingvistiku, vzhled a celkovou úpravu zevnějšku. Lze také využít různé náhradní formy komunikace. Pokud má setra dostatek zkušeností, může odezírat ze rtů. Další možností je využití psané formy komunikace, tabulek s písmeny, komunikačních karet, domluvených gest nebo různé

pomůcky jako elektrolarynx nebo orátory. Vyžaduje to tedy po sestře určité zkušenosti a především ochotu se klientovi věnovat. ^[8]

Jistě bychom našli další mnohá specifika dle specifického zaměření daných jednotek. Nejen proto, že se ošetrovatelství stále vyvíjí a sestry přebírají nové a nové kompetence, ale mění se i obsah jejich práce. Hlavní podstatou ošetrovatelství přesto stále zůstává uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb klienta.

1.7 Potřeby klienta v intenzivní péči

Intenzivní péče je poskytována klientům s různými zdravotními problémy, které vyžadují velký rozsah ošetrovatelské a léčebné péče. Tak jako se vyvíjí jejich zdravotní stav, mění se i jejich potřeby. Sestra se musí naučit potřeby klientů nejen vhodně a včas vyhledávat, ale především tyto potřeby uspokojovat. Je tedy nutné aby sestra klientovi naslouchala, byla empatická a navodila vzájemný vztah důvěry.

Obecně pojem potřeba znamená nějaký nedostatek, chybění něčeho, co člověk potřebuje pro svůj život a další vývoj. Ale nejen vyjadřování, ale i uspokojování potřeb je velmi individuální záležitostí každého jedince. V současné době je zdůrazňované především holistické pojetí jedince, chápání člověka jako biologické, psychické a sociální jednoty. ^[1,3]

Termín holismus je odvozený z řeckého slova celek. Z toho vyplývá, že holistická teorie vidí organismus jako celek, nikoli jako součet jeho částí. Porucha jedné části vede k poruše jiné části nebo celého systému. Hlavní podstatou této teorie jsou již zmíněné tři složky, a to somatika, psychika a sociální prostředí. K tomu, aby byly uspokojeny dané potřeby klienta, je nutný multidisciplinární přístup. ^[20]

Překážkou v uspokojení potřeb je často nemoc. Nemocný se v tuto chvíli zaměřuje na uspokojení svých fyziologických potřeb. Teprve tehdy, když jsou uspokojeny, začne se zaměřovat na potřeby vyšší úrovně. Mezi nejčastější a nejzákladnější potřeby klienta v intenzivní péči řadíme: dýchání, výživu, vyprazdňování, soběstačnost a psychickou vyrovnanost. Samozřejmě nelze podceňovat další specifické potřeby. Ty ale vycházejí především ze zdravotního stavu klienta a jeho individuálních potřeb. ^[8,20]

1.8 Zátěžové situace v práci sestry v oboru intenzivní péče

Pokud bychom chtěli porovnat práci sestry u lůžka a v ambulantních zařízeních, je na první pohled zřejmé, že práce u lůžka bude mít větší dopad na zdraví a životní styl každého zdravotnického pracovníka. V této oblasti lze také významně rozlišit práci na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Právě na JIP jsou na sestru kladeny mnohem vyšší požadavky. Prakticky je s klientem po celou svou pracovní dobu. Je u klienta když spí, vstává, provádí hygienickou péči, jí a vykonává další běžné úkony. Vše se také odvíjí od jeho zdravotního stavu. Zvláště na JIP mnoho těchto denních úkonů klienta přejímá sestra a zasahuje do jeho intimní zóny. Vidí klienta nejen v jeho fyzické nahotě, ale odhaluje i tu duševní, kdy je klient bezmocný. Právě opakované setkávání sestry s intimitou člověka klade vysoké nároky na osobnost sestry. Často se od ní očekává, že kromě své pracovní náplně bude schopna pomáhat nemocným zvládat jejich těžkou situaci. Ta se ale mění se změnou zdravotního stavu klienta a je důležité na ní pružně a včas reagovat. V situaci, kdy je klientův stav kritický a někdy i neodvratitelný, mohou u sestry vzniknout pocity nespravedlnosti osudu. ^[11]

1.8.1 Rozdělení zátěžových faktorů v práci sestry

Zátěže se mohou vztahovat jednak k podmínkám pracovní činnosti, ke zdravotnímu stavu klientů a také se týkají osobnostních charakteristik pracovníka. Obecně dělíme zátěže do dvou oblastí, a to fyzické, chemické a fyzikální, dále psychické, emocionální, sociální.

„Zátěže fyzické, chemické, fyzikální

- *statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, u výkonů, stání u vizity)*
- *dynamické zatížení (pocházení, vyřizování)*
- *zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování, úpravě lůžka)*
- *zatížení svalového a kloubního systému*
- *setkání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, nehojící se onemocnění, zápach, deformity, vyrážky)*
- *rizika infekce*
- *narušení spánkového rytmu při směnování*

- *nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu*
- *kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami (rukavice)*
- *hluk, nesprávné osvětlení, vibrace, radiační záření*

Zátěže psychické, emocionální, sociální

- *neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, přístrojů, instrukcí), rychlé přepojování mezi činnostmi*
- *pružné reagování na různorodé požadavky a změny*
- *nároky na paměť*
- *velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce*
- *nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel*
- *nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací*
- *nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce*
- *opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech*
- *konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnání se s pocity bezmoci*
- *zacházení s intimitou druhého člověka, včetně překračování hranic (zavádění sond, aplikace klyzmatu, cévkování, aplikace injekcí)*
- *působení bolesti druhým lidem*
- *otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin*
- *provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor*
- *opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách i postojích*
- *komunikace s příbuznými pacientů*
- *konflikt rolí*
- *nízké ohodnocení náročné práce*
- *nároky na neustálé učení a vzdělávání „^[11]*

1.8.2 Typy zátěžových situací

Profese sestry prodělala v relativně krátkém časovém období velké změny. Kompetence sester se značně rozšiřují a požadavky na dodržování standardů péče vyžadují nové dovednosti. Na zdravotní sestru působí nejen řada zátěžových faktorů, které jsou uvedeny výše, ale mnohdy se také dostává do odlišných zátěžových situací. Všechna tato kritéria mají významný podíl na vzniku a vývoji syndromu vyhoření. Narušují psychickou rovnováhu pracovníka, což se projeví na změně v chování, prožívání i uvažování. Mezi nejčastější zátěžové situace řadíme stres, frustraci, konflikt, deprivaci, trauma a krizi. ^[11, 12]

Stres

Pojem stres poprvé použil kanadský vědec H.Selye. Stresem označoval projevy, kterými organismus reaguje na různé druhy zátěže.

V odborné literatuře můžeme nalézt dva pojmy, a to distres a eustres. Distres je negativní působení nadměrných a dlouhodobých faktorů. Ne vše na nás ale musí působit negativně. Právě eustres je označení pro takzvaný pozitivní stres, který nás přiměřeně aktivizuje, stimuluje a pomáhá hledat nová řešení.

Mezi znaky stresové situace patří pocit, že nemůžeme situaci předvídat, že ji nemůžeme ovlivnit, a především, že ji nemůžeme zvládnout. Často na nás působí mnoho okolností, které vyžadují změny. Na proces zvládnání stresu působí především určité osobnostní charakteristiky jedince. Ovlivňují nejen hodnocení dané situace, ale i způsob zvládnání. Z toho vyplývá, že se jedná o individuální záležitost. Stejná situace může určitého jedince naprosto zničit a jiného naopak povzbudí k lepšímu výkonu.

Reakci na stres můžeme dle Vágnerové, 2004 rozdělit do tří fází. Nejprve dochází k tomu, že si jedinec uvědomí působení psychické či fyzické zátěže a aktivuje obranné mechanismy. Poté nastává fáze, kdy hledá strategie, kterými by působení stresu zvládl nebo alespoň zmírnil jeho účinky. V konečné fázi jsou dvě možnosti. Buď jedinec tento stav zvládne a překoná, nebo dochází k rozvoji dalších podmíněných poruch, které souvisí se selháním obranných mechanismů. ^[11, 12]

Frustrace

Jedná se o situaci, kdy jedinec neočekávaně ztratí šanci na uspokojení nějaké potřeby. Dostavuje se pocit zklamání. Někdy může mít i žádoucí efekt, protože nutí hledat nová

řešení a rozvíjet tak své schopnosti. Jedinou účinnou obranou je omezit svá očekávání nebo překonat frustraci prostým odložením uspokojení.^[12]

Konflikt

S konflikty se sestra setkává poměrně často. Můžeme sem zařadit konflikt s pacientem, s jeho příbuznými, s tím, co sami chceme a můžeme, ale také konflikt mezi jednotlivými členy zdravotnického týmu. Poměrně se jedná o běžné potíže. Problém nastává tehdy, jestliže má silný negativní vliv, trvá příliš dlouho nebo pokud ho člověk není schopen řešit. Poté může působit jako stresující faktor.^[12]

Deprivace

Zde se jedná o stav, kdy nejsou uspokojovány fyzické či psychické potřeby jedince v dostatečné míře, po dostatečně dlouhou dobu nebo vhodným způsobem. Je to velmi významný stav, který ovlivňuje psychiku člověka a má vliv i na jeho další psychický vývoj.^[12]

Trauma

Jedná se o náhle vzniklou situaci, která způsobí umělé poškození nebo ztrátu. Jedinec se stává nesoudný, nekritický a je ovlivněn především svými city. Ztrácí pocit jistoty a bezpečí. Změny můžeme pozorovat především v oblasti chování, kdy se chová neadekvátně, objevuje se panika až deprese.^[12]

Krize

Dochází k porušení psychické rovnováhy v důsledku náhlé změny situace, dlouhodobého hromadění nebo nárůstu problémů. Podstatou krize je selhání adaptačních mechanismů, kdy člověk musí hledat nové způsoby adaptace. Také pro nás může být podnětem ke změně.^[12]

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření je v dnešní době rozšířeným tématem a to nejen v oblasti zdravotní péče. U nás je mu věnována pozornost asi posledních 13 let, ve světě již více jak 30 let. V této době se s ním můžeme setkat téměř u každé profese, může se projevit u každého jedince. Postihuje mladé i starší lidi a nezávisí na společenském postavení. ^[11, 28]

Pojem vyhoření se stal hodně nadužívaným termínem. V pomáhajících profesích se v podstatě stal obdobou toho, co britská armáda nazývala „poválečná deprese“, Američané „únavou z boje“, generace našich rodičů „nervy“ a naše generace užívá pojem „deprese“. Všechny tyto slovní obraty jsou pojmenováním pro „nezvládnutí“. Vyhoření je proces, který začíná již brzy po zahájení vlastní kariéry. Vše se odvíjí od hodnotových systémů a osobností pomáhajících. ^[16]

S tímto syndromem se můžeme setkat především u pomáhajících profesí, kam zdravotnictví bezesporu patří. Jsou zde kladeny vysoké požadavky na zodpovědnost, výkon a pracovníci musí čelit neustálému tlaku a stresu. ^[11, 28]

V následujícím odstavci bych ráda citovala část z knihy Psychologie zdraví od J. Křivohlavého.

„Vyhoření postihuje lidi, kteří vstupují do zaměstnání s velkou mírou nadšení. Jsou vysoce motivovaní. Očekávají, že jim jejich práce dá smysl života. Je to nebezpečné zvláště tam, kde ti, kteří danou práci konají, ji považují spíše za poslání než za zaměstnání (námezdnou práci). Domnívají se, že jsou voláni k tomu, co dělají, vyšším zájmem, vyšší autoritou, „vyšší mocí“. Objevení příznaků vyhoření je přitom doprovázeno zjištěním, že selhali, že veškerá jejich snaha je marná, že jim chybí energie potřebná k úspěšnému dokončení toho, co dělali, a že již nemají nic hodnotného, co by mohli dát. Toto zjištění jim dává pocit, že celý život byl promarněn, že vše je marnost nad marností a jejich vlastní život je zcela bezúčelný. Vyhoření je tak dokladem, že jim selhala představa, že práce (v jiném případě zamilování apod.) by mohla být nadějným řešením existenční otázky (odpovědi na otázku Proč vůbec žít?).“ ^[24]

Podstatné ale je to, že i z vyhoření se můžeme něčemu naučit. Jedná se o cennou životní zkušenost, kdy se mnoho dozvíme o své odolnosti a způsobu, jakými čelíme dané zátěži. To nám může propříště umožnit včas předcházet nejen vyčerpání, ale hlavně vyhoření. ^[11]

Druhy a protipóly vyhoření

V literatuře se rozlišují dva pojmy a to *copout* a *burnout*. Rozdíl mezi nimi je nepatrný, ale významný. U pojmu **copout** se jedná o zjevné selhání a útek od odpovědnosti. V této chvíli byste mohli namítnout, že to je velmi podobné druhému pojmu, ale podstatou je to, že u vyhoření se z počátku udržuje vysoký výkon daného jedince a na tomto pozadí se postupně připravuje emocionální a fyzické selhání.

Také byl popsán „**syndrom obnošení**“, který je charakteristický naprostým pocitem vyčerpání při dlouhodobém působení stresu.

Dále „**syndrom podcenění**“, který se dostavuje tehdy, vykonává-li člověk dlouhodobě monotónní a nestimulující práci, která nedosahuje jeho kvalifikace.

Jako protiklad syndromu vyhoření by mohl být termín „**vigor**“ neboli vitalita, energie. Tento pojem podrobněji rozpracoval izraelský psycholog A. Shirom.

Dalším protikladem je pojem „**engagement**“ tedy zaujetí, zapálení a angažovanost. Byl zpracován dvěma významnými týmy, a to v Evropě W.Schaufeli a D.Enzeman a v USA a v Kanadě CH.Maslachová a M.Leiter. Pojem vyjadřuje stav, kdy člověk je plný energie a nasazení. Vede k pozitivním postojům k životu a práci. ^[23]

2.1 Historie

Poprvé r. 1974 tento termín použil H. J. Freudenberger v USA v jeho stati publikované v časopise „*Journal of Social Issues*“. ⁽⁷⁾ Byl spojován se stavem alkoholiků, když už ztrácejí zájem o okolní svět a středem jejich života se stává alkohol. Později byl tento pojem přenesen i na drogové závislosti, a dokonce byl spojován i s workoholismem, který je typický přepracovaností, apatií a vyčerpáním. ^[12]

Teoretické zázemí syndromu vyhoření můžeme nalézt ve dvou oblastech výzkumu:

- a) v linii filozoficko psychologické – existencionálně orientované
- b) psychologicko medicínské – především studium stresu a jeho důsledků

Existencialismus byl pro mnoho psychiatrů a psychologů velmi inspirativní. Především se zabývali otázkou prožitků u osamocného člověka. Tato krize byla popsána po první světové válce a za příčinu byl považován pocit totálního osamocení a nutností spoléhat se sám na sebe. Za ústřední pojem existencionálního přístupu je považována úzkost.

Je uvedena jako hlavní hybná síla prožívání reality, díky které si uvědomujeme své postavení v okolním světě. ^[23]

Největší zájem o tuto problematiku nastal na přelomu 70. – 80. let. Bylo publikováno mnoho literatury a odborných textů, ale i přesto zůstává nadále aktuálním tématem. Nyní se tento pojem objevuje především v zemích, které od 80. – 90. let 20. století prochází rozsáhlými transformačními změnami. ^[23]

V české literatuře je této problematice prozatím věnováno málo, i přesto, že se počet knih a textů v odborné literatuře každým rokem zvyšuje. Doposud byl syndrom vyhoření zmiňován spíše jako součást publikací autorů, kteří se zabývali především psychologií zdraví, psychoterapií a psychosomatikou. Buďme tedy rádi, že rok od roku přibývá více odborných seminářů, konferencí, je napsáno mnoho diplomových a bakalářských prací a tímto problémem se někdo zabývá. ^[23]

2.2 Definice syndromu vyhoření

Od doby vzniku tohoto pojmu bylo vytvořeno mnoho definic a doposud není vytvořen jeden ustanovený názor. V některých případech je syndrom označován jako specifická stabilní vlastnost osobnosti, v jiných je spojován s úzkostí, depresí a ztrátou ideálů. Ale i přesto můžeme konstatovat, že v současné literatuře převládá pojetí psychického stavu vyčerpání, který vzniká v důsledku stresových pracovních podmínek. ^[11]

Podívejme se nejprve na definice syndromu z období jeho vzniku. Jako první představitel je Carly Cherniss, který roku 1980 uvádí: „*Vyhoření je situací totálního (úplného) vyčerpání sil. Je pocitem člověka, který došel k závěru, že již nemůže dál. Je to stav člověka, který ztratil veškeré iluze.*“ ^[24] Definice vyhoření dle tohoto autora zní: „*Vyhoření je výsledek procesu, v němž lidé velice intenzivně zaujatí určitým úkolem (ideou) ztrácejí své nadšení.*“ ^[24] Autor dále poukazuje na to, že tento stav je výsledkem dlouhodobého působení napětí čili stresu. K dovršení procesu vyhoření dojde tehdy, pokud se pracovník k problému staví jen obranně a jeho angažovanost hluboce klesá.

Roku 1988 dvojice autorek Ayala Pinesová a Elliot Aronson říkají : „*Vyhoření je formálně definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně*

mimořádně náročné.“^[24] Tyto autorky také vymezily jednotlivé druhy vyčerpání, které dělí na fyzické, emocionální a mentální.

H. Freudenberger a G. North (1992) definují pojem takto: „*Vyhoření je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).*“^[24] Tato definice označuje vyhoření jako proces, ne jako stav psychického vyhoření. Termínem „lidé“ autor označoval především zdravotnické pracovníky. Sám se intenzivně zabýval vztahem mezi poskytovatelem a příjemcem péče.^[24]

Zde jsme si uvedli několik příkladů, jak se pojem definoval v minulosti, tedy v počátcích jeho vzniku. Nejedná se o nějaké vzdálené historické období, protože tento pojem lze považovat za relativně nový. Nyní si ale uvedeme novější pojetí, kdy v knize *Burn out syndrom* autoři J. Tošner a T. Tošnerová uvádí: „*Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života.*“^[12]

V literatuře lze nalézt ještě mnoho různých pojetí a definic tohoto termínu, podstatné ale je, že nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím. Téměř u každého pracovníka lze po určité době pozorovat některé charakteristiky. Důležité je ale to, zda se tomu jedinec poddá a syndrom u něj propukne nebo se jej podaří zvládnout.^[12]

Společné znaky různých definic:

- jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání
- vyskytuje se především u profesí pracujících s lidmi
- jsou zde přítomné nejen psychické příznaky, ale i fyzické a sociální
- podstatou vyhoření je emoční vyčerpání a často i celková únava
- hlavní složky tohoto syndromu vycházejí především z chronického stresu^[23]

3 VLIV STRESU NA VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ

Pojem stres jsme již charakterizovali v položce Rozdělení zátěžových situací. Je ale důležité zmínit se o jeho vlivu právě na vznik syndromu vyhoření. O této problematice najdeme v literatuře mnoho textů. Stres je většinou považován za každodenní součást života. Lze ho také označit civilizační chorobou, která způsobuje a podmiňuje celou řadu jak somatických, tak psychických onemocnění.

Stres, jako reakce na působení zevních vlivů, je popisován ve třech fázích.

První fáze – První fáze je spuštěna tehdy, když je organismus vystaven nějaké nadměrné zátěži. Naše tělo reaguje tak, že nám poklesne krevní tlak, rozbuší se nám srdce a pociťujeme svalové napětí. Pokud se daný jedinec na situaci adaptuje, dojde k úpravě předchozích změn – zvýší se krevní tlak, zpomalí se srdeční akce a svaly se uvolní. Celý tento proces se nazývá poplachová reakce. ^[35]

Druhá fáze – Tato fáze je nazývána rezistence. Jedinec se do ní dostane, pokud na něj stresové faktory působí po delší dobu. Je charakteristická především trvalým vypětím. ^[34]

Třetí fáze – Nyní se už organismus jedince nedokáže adaptovat a dostává se do fáze vyčerpání. A právě tato fáze je mnohdy klasifikována jako syndrom vyhoření. ^[11, 35]

Na vzniku stresu se uplatňují takzvané stresory. Jsou to faktory, které svým působením stres vyvolávají.

Pracovní stres může souviset s rolí, kterou jedinec zastává. V dnešním zdravotnictví se stále vynáší do popředí týmová spolupráce sestry, lékaře a ostatní zdravotnický personál. Zejména pokud je klient v akutním stavu, je tato spolupráce velmi důležitá, abychom dokázali saturovat všechny jeho potřeby. Ne vždy se ale sestra jako součást týmu cítí. Může to být dané nadřazeným postavením lékařů, nebo k této situaci dochází, pokud je sestra na pracovišti „nováčkem.“ Někdy je problematické zapadnout do již stmelené a dlouholeté kolektivu.

Dalším faktorem jsou nároky související s obsahem práce. Po sestřích na intenzivní péči jsou požadovány vysoké znalosti a mnoho dovedností. Nemalou váhu nese i vysoká odpovědnost za vývoj zdravotního stavu klienta. Tyto sestry musí umět mnohem více než sestry na standardních odděleních, to se také projevuje na jejich psychickém i fyzickém

zatížení a vede ke vzniku stresu. Určitou roli zde také mají již získané zkušenosti. Pokud sestra pracuje v oboru již několik let, zřejmě nemá obavy, že by si nevěděla rady. Zde je možné opět zdůraznit roli nově přijatých pracovníků. Pokud sestra přejde ze standardního oddělení na oddělení intenzivní péče, je to pro ni podstatná změna a musí se učit mnoho nových dovedností. V tuto chvíli na ni jsou kladeny vysoké nároky a může se cítit přetížena.

Organizace práce na oddělení je podstatným faktorem kvalitní zdravotní péče. Je podstatné, aby sestra věděla, co má dělat, a uměla si rozvrhnout čas tak, aby vše zvládla. Na JIP se ale musí počítat i s nečekaným. Často jsou náhlé příjmy, překlady nebo náhlé změny ve zdravotním stavu klientů. Je potřeba mít na směně jasně rozdělené, kdo a co v daný moment bude zajišťovat.

Neposledním faktorem jsou fyzikální vlivy prostředí jako hluk, prach, teplota, osvětlení a další. Na sestru nemusí kladně působit zvuky, které vydávají různé monitorovací přístroje. Po určité době si pracovníci na „pískání či tůtání“ zvyknou a už ho ani nemusí vnímat. Vliv bezesporu má i umělé osvětlení. Světlo ze žárovek bývá prudší než klasické denní světlo. Může dráždit oči a způsobovat únavu. ^[11]

4 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK VYHOŘENÍ

V předchozí kapitole o vlivu stresu na vznik vyhoření jsme uvedli již stresové situace, které na jedince působí především v pracovním prostředí. Nyní si ale rozdělíme rizikové faktory do třech skupin, a to vnější, vnitřní a profesní. Každá skupina má své charakteristiky a je potřeba se o nich zmínit trochu podrobněji.

4.1 Vnější faktory

Tato oblast se týká především situace a kontextu, v níž se daný jedinec nachází. Řadíme sem podmínky v zaměstnání, rodinu a vliv společnosti.

Zaměstnání a organizace práce – Tato oblast je velice široká. Mezi významné faktory můžeme zmínit náročné pracovní podmínky (nedostatek materiálu, stresové prostředí, konflikty na pracovišti atd.), nedostatečné ocenění personálu od vedení daného zařízení či klientů, nedostatek odpočinku a pracovní přetížení, nedostatek personálu, času, finančních prostředků a především odborných zkušeností. Vliv má i odmítání ze strany spolupracovníků, nadřízených či samotných klientů. ^[12]

Rodina – Jedinec může mít doma nějaké problémy. Důležité je, aby je vnitřně nepřinášel i do svého zaměstnání a naopak, pokud má problémy v zaměstnání, se od nich snažil odpoutat a nepřinášel je do rodinného života. Často to mohou být partnerské krize, onemocnění v rodině či finanční a bytové podmínky. ^[12]

Společnost – Soutěživý charakter dnešní doby může vést daného pracovníka k tomu, aby si stále stanovoval vyšší a vyšší cíle, které ale jednoho dne mohou překročit jeho fyzické či psychické možnosti. Dále zde můžeme uvést falešný obraz úspěchu, kdy za úspěšného člověka považujeme toho, kdo hodně vydělává a má prestižní zaměstnání. Je to ale klamný obraz, který si málokdo uvědomuje. To může u ostatních jedinců vyvolávat snahu nebýt pozadu a kladou na sebe příliš velké požadavky, které nemusí zvládnout. ^[12]

4.2 Vnitřní faktory

Do těchto faktorů řadíme osobnostní charakteristiky člověka, které podrobněji rozebereme níže. Dále sem patří špatný fyzický stav, neschopnost odpočinku a relaxace, nepravidelný denní biorytmus. ^[12]

Osobnostní charakteristiky jsou naprosto individuální u každého jedince. Lze ale pro tuto problematiku vybrat několik společných znaků. Pro vznik vyhoření není podmínkou výskyt všech rysů, ale čím jich jedinec má více, tím je větší pravděpodobnost, že k vyhoření dospěje.

Společné rysy:

- pevná vůle a odhodlanost jedince (neradi se vzdávají a přiznávají porážku),
- sklony k soběstačnosti (raději si udělají vše sami, nežli by to vysvětlovali někomu jinému),
- perfekcionismus (nesnáší nedbale odvedenou práci a očekávají výkon),
- vysoká sebedůvěra (jsou si jisti svými schopnostmi),
- odpor k pravidlům (potřebují volnost a možnost improvizace),
- značná cílevědomost (jejich život má určitý záměr),
- soutěživost (chtějí vyhrávat),
- žijí z úspěchu a uznání (mají vysokou potřebu dosahovat úspěchu),
- potřeba mít vše pod kontrolou (chtějí mít vše ve svých rukou),
- opovrhují vlastním selháním i selháním druhých (jsou ochotni udělat cokoli, aby nesehali),
- rozhodnost (rozhodují, i když pro to nemají potřebné informace). ^[28]

4.3 Profesionální podmínky

Za riziková pracoviště jsou považována ta, kde vládne soupeřivá atmosféra, často vznikají konflikty, nevěnuje se pozornost potřebám zaměstnanců, chybí supervize, nezajišťuje se osobní rozvoj, pracovník si nemá o svém problému s kým pohovořit, noví zaměstnanci nejsou zacvičeni již zkušenějším personálem a především, kde vládne byrokratická kontrola pracovníků. ^[12]

5 SYMPTOMY

Projevy vyhoření mohou být různé u každého jedince. Některý pracovník bude reagovat tím, že se do sebe ještě více uzavře a bude se snažit minimalizovat kontakt s klienty. Oproti tomu jiný může působit agresivně a zpochybňovat smysluplnost své práce. Vše se tedy odvíjí od povahových charakteristik jedince, jeho povahových vlastností a frustrační tolerance.^[12]

5.1 Dělení příznaků dle Ivy Bartoškové (2006)

Autorka knihy O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry Iva Bartošková uvádí příznaky rozdělené do čtyřech oblastí, které se týkají psychické, fyzické, emocionální a sociální oblasti jedince. Velmi podobné schéma rozdělení uvádí i autoři Vladimír Kobza a Iva Šolcová (2003)

5.1.1 Na psychické úrovni

- U pracovníka převládá pocit, že již dlouhou dobu o něco usiluje, aniž by bylo jeho snažení viditelné v porovnání s vynaloženou námahou.
- Zažívá pocity smutku, frustrace, beznaděje a depresivního ladění. Je pro něho obtížné, když jeho činy ztrácí smysluplnost.
- Projevují se příznaky negativismu ve vztahu k pacientům.
- Pocit celkového, ale především duševního vyčerpání.
- Útlum celkové aktivity jedince, především klesá jeho kreativita a iniciativa.
- Sebelítost, pocit nedostatečného uznání od svého okolí a od klientů.
- Používání rutinních postupů v péči o klienty, především stereotypních frází.
- Pokles až ztráta zájmu o svou profesi.^[23]
- Jedinec začne vnímat život jako nahromadění všech problémů a katastrof.
- Mohou se objevit poruchy soustředění a zapomnětlivost.
- Mohou se objevit i sebevražedné myšlenky.^[11]

5.1.2 Na úrovni fyzické

- Celková únava, apatie až ochablost, rychlá unavitelnost.
- Vegetativní změny jako zažívací a dýchací obtíže, změny srdeční frekvence, bolesti hlavy. Dále také poruchy krevního tlaku a bolesti ve svalech
- Charakteristické je celkové napětí jedince.
- Do této oblasti lze zařadit i různé závislosti například na nikotinu, alkoholu nebo dokonce i drogách. ^[23]
- Časté jsou i poruchy spánku. Jedinec má potřebu spát mnohem více, ale ráno se cítí unavený, nevyspalý a neodpočatý.
- Můžeme se setkat i s častější nemocností nebo drobnými úrazy. ^[11]

5.1.3 Na úrovni sociálních vztahů

- Zde se uplatňuje především redukce kontaktů s lidmi, především s klienty.
- Jedince nezajímá, jak ho hodnotí ostatní.
- Snižuje se schopnost empatie.
- Zvyšuje se množství konfliktů, které vznikají jako důsledek nezájmu a lhostejnosti jedince.
- Můžeme pozorovat zcela zjevnou nechuť ke zdravotnické profesi. ^[23]

5.1.4 Emocionální vyčerpání

- Jedinec se cítí zcela citově vyčerpaný a nechce slyšet ani zažívat další trápení a starosti.
- Ztrácí schopnost empatie a nevnímá, že lidé v jeho okolí mohou zažívat podobné pocity.
- Nezískává radost a potěšení z kontaktu s klienty.
- Vše se postupně z pracovní sféry přeneso do rodinného života jedince. Ta pro něj přestává být zdrojem radosti, a naopak na něj působí jako další zátěž v jeho již nelehké situaci. ^[11]

6 STÁDIA VÝVOJE VYHOŘENÍ

V současné literatuře je publikováno několik přístupů, které udávají různý počet jednotlivých fází burnout. Obecně ale platí to, že vývoj syndromu trvá několik let a probíhá v určitých fázích. Podívejme se tedy na jednotlivé fáze podle známých autorů, kteří se touto problematikou zabývali. Někteří rozlišují jen několik málo základních stádií, jiní problém rozebírají podrobněji. ^[8, 23]

Společným znakem různých členění zůstává prvotní nadšení pro práci, vlastní pocit smysluplnosti a směřování k danému cíli. Na konci dochází ke ztrátě těchto důležitých priorit, což vede k vnitřnímu rozkladu a někdy až ke ztrátě zaměstnání. ^[12]

6.1 Fáze dle W. Schmidbauera

Tento autor v knize Syndrom pomocníka vydané r. 2008 uvádí dělení do 4 fází. Při jejich popisu vychází z teorií J.Falelwich a C.Cherniss. Nelze jednotlivé fáze popsat tak podrobně jako autor, proto si uvedeme jen stručný přehled.

1. fáze – počáteční – nadměrná angažovanost, postižené osoby pracují téměř neustále, nepřipouštějí si negativní pocity, vzdávají se relaxace, uvolnění a odpočinku
2. fáze – propuknutí – lidé reagují zmateně, už si nejsou jisti ve své roli, mění pracoviště, hledají další vzdělávání a čekají, že to poté budou mít snazší
3. fáze – slábnutí výkonnosti – nedokáží se koncentrovat, dopouštějí se více chyb, vytrácí se jejich pracovní angažovanost, jsou často nemocní, mohou mít sklon zastírat obtíže
4. fáze – kompenzované vyhoření – jedinec skrývá, že se vnitřně povolání vzdal, slouží podle předpisů, má negativní vliv na pracovní kolektiv ^[3]

6.2 Fáze dle G.Kapounové

V knize Ošetřovatelství v intenzivní péči autorka uvádí rozdělení průběhu vyhoření do pěti fází.

1. fáze – nadšení - sestra pracuje nad rámec svých povinností, je plná ideálů a do práce se těší

2. fáze – stagnace – sestra postupně začne slevovat ze svých představ, požadavky klientů jí začínají unavovat až obtěžovat a vyhýbá se kontaktů s nimi, fáze je doprovázena stresem z vysokých nároků, které není schopna dostát
3. fáze – frustrace – je charakteristická velkým zklamáním ze svého povolání
4. fáze – apatie – sestra se vyhýbá komunikaci s klientem, vykonává jen to nejnnutnější a nemá zájem o další vzdělávání
5. fáze – vyhoření – zde můžeme pozorovat negativní postoj vůči sobě samé, vyhýbání se profesním požadavkům, ztráta pocitu zodpovědnosti a schopnosti se radovat, projevuje se agresivita, netrpělivost, únava, vyčerpanost ^[8]

6.3 Etapy dle A. Kallwass

Tato autorka pojala a zpracovala etapy, tedy stádia vyhoření poměrně podrobněji a rozdělila je do dvanácti oblastí. Přehled můžeme nalézt v knize Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Autorka uvádí jednotlivá stádia na příkladech z praxe běžného pracujícího člověka. Toto členění jsem zde zařadila, protože je na něj nahlíženo z jiného pohledu než u předchozích autorů.

1. musím obstát – zvládnout sebenáročnější úkoly bez odpočinku a zohlednění vlastních potřeb
2. zesílené úsilí – člověk si na sebe naloží příliš mnoho a postupně své úsilí ještě zvyšuje
3. zanedbávání vlastních potřeb – sestra nedokáže využít volný čas k pěstování vlastních potřeb a zájmů
4. potlačení konfliktu – skrývání své nespokojenosti
5. přehodnocení – jedná se o hodnoty výkonnosti a schopnosti vydržet, popření schopnosti říkat „ne“
6. popírání problému – jedinec si nechce připustit, že by mohl být přetěžován, vše je v pořádku, jen má zítra moc práce
7. v ústraní – vytváří se odstup od okolí, který se dále zvětšuje

8. viditelné změny chování – přichází únava, vyčerpání, depresivní rysy a nejrůznější psychosomatické obtíže
9. depersonalizace – neschopnost adekvátně vnímat sebe i druhé, mohou se objevit sklony k sarkasmu, cynismu nebo utlačování
10. vnitřní prázdnota – člověk jako by ztratil veškeré city a emoce a nedokáže se radovat ze života
11. deprese – může se projevovat odlišnými způsoby od dojmu „ živé mrtvoly“ nebo „ role klauna“
12. naprosté vyčerpání – projevuje se různými symptomy a je třeba, aby jim jedinec věnoval dostatečnou pozornost ^[7]

6.4 Fáze dle I.Bartošíkové

V publikacích, které jsem k danému tématu bakalářské práce nastudovala, bylo mnoho různých členění vývoje vyhoření. Některé jsem uvedla již výše, ale dělení dle I.Bartošíkové se mi zdálo nejlépe propracované, a hlavně zaměřené přímo na zdravotní sestru. Autorka toto pojetí vytvořila při práci s účastníky kurzu na téma prevence vyhoření. Jednotlivá stádia rozšířili o alternativní a perspektivní možnosti vývoje pracovníka v pomáhající profesi. Pojdme se tedy podrobněji podívat na jednotlivé fáze.^[11]

1. nadšení

Nováčci si přinášejí naděje, nereálné očekávání a mnoho energie. Rádi by pomohli všem a jsou přesvědčeni, že se jim to podaří. Nyní sestra mívá z práce uspokojení, baví ji a prožívá ji jako smysluplnou. Nebezpečné je, že neumí hospodařit se svými silami a přeceňuje se. Tato fáze může trvat různě dlouho. Při dobrém kolektivu a podpoře lze s nadšením pracovat dlouhodobě.

2. vystřízlivění

Počáteční nadšení se začíná vytrácet. Sestra zjišťuje, že ne vždy vynaložená práce se zúročuje. Dostavují se pocity nevděku a neúspěchu. Práce postupně zevšední a získává rutinu. Profese už není v centru zájmu daného jedince. Mladé sestry začínají pomýšlet na vlastní bydlení a založení rodiny. Chtějí více času na své přátele a zájmy. Začíná se dostavovat nespokojenost.

3. nespokojenost

Sestra se začíná kriticky vyjadřovat k různým věcem, se kterými nesouhlasí. Někdy se pokouší i o změnu. Přestává být ochotna vykonávat práci, která není její povinností, objevují se konflikty se spolupracovníky i nadřízenými. Pokud se sestra v této fázi nepokusí o změnu, dostává se až do stádia apatie a poté hrozí až rozvinutý syndrom vyhoření.

4. apatie

Sestra si hlídá pracovní dobu, práce je zdrojem obživy nikoli uspokojení. Vyhýbá se novým úkolům a minimalizuje kontakt s pacienty. Později se začne stranit i spolupracovníků. Je zde charakteristická snaha udržet si místo, ale moc se přitom nenamáhat. Začíná o pacientech mluvit nelichotivě až urážlivě. Zdůrazňuje se rozdělení „oni a my“. Nemá zájem o další vzdělávání, protože nemá cenu se zbytečně namáhat. Většinou tato fáze je slepou uličkou, ale lze zvolit jinou cestu, a to aktivní přístup, který autorka nazývá „vlastní intervencí“. Sestra si uvědomí svou situaci a hledá určité řešení. Někdy postačí jen dovolená, lepší organizace svého volného času nebo dočasné pracovní přeřazení. Intervence může mít i podobu vybudování svého osobního života, kdy si daná osoba ujasní, jaké místo v jejím životě zaměstnání zaujímá a jak v práci setrvat a být dobrý. Cílem je přehodnocení postojů k práci, pacientům i spolupracovníkům. Autorka tuto fázi nazývá „novou mízou“. Sestra pochopí, že je lepší pracovat v týmu, podělit se o práci i zodpovědnost. Že společná práce vytváří dobrou atmosféru a je důležitá pro dobrý pocit ze svého zaměstnání. Lze ji nazvat „obdobím cílené specializace a týmové spolupráce“.^[11]

7 DIAGNOSTIKA

Hlavní podstatou je pozorování jednotlivých příznaků i lidí, u nichž se syndrom začíná projevovat. To lze uplatnit pouze tehdy, je-li člověk o charakteristice syndromu dobře informován. Kromě toho se využívá různých speciálních psychologických metod, které byly pro tento účel přímo vytvořeny. Mezi nejvíce užívané metody patří dotazníky, které jsou založené na posuzovacích škálách. Pro příklad můžeme uvést od Ch. Maslachové a S.Jacksonové „Maslach Burnout Inventory“ nebo „Burnout Measure“ od A.Pinesové, E.Aronsona a D.Kafryho. ^[23]

7.1 Maslach Burnout Inventory – MBI

Tento dotazník určuje emocionální exhausci, depersonalizaci a snížený pracovní výkon. Existují tři verze, z nichž poslední byla vydána roku 1996 a došlo v ní k zásadnějším změnám. Obsahuje tři základní položky:

- Emocionální vyčerpání (EE)
- Depersonalizace (DP)
- Osobní uspokojení (PA)

V příloze uvádím českou verzi, která byla vytvořena pro Zdravotnický ústav se sídlem v Brně. ^[11]

7.2 Burnout Measure (BM)

Zde se autoři zaměřují na měření pocitů fyzické exhausce zjišťující pocity fyzického vyčerpání, slabosti a únavy, pocity emocionální exhausce, které se vztahují k pocitům úzkosti, beznaděje a bezvýchodnosti.

Překlad z originálu uvádí J.Křivohlavý ve své knize Jak neztratit nadšení. Grada 1998 a další verze byla uveřejněna v časopise Psychologie dnes, Mallotová, 2000. Viz příloha.

[11]

8 HLAVNÍ DŮSLEDKY VYHOŘENÍ

Autor Myron D. Rush uvádí jako hlavní důsledek vyhoření „ Eliášovo rozhodnutí“, které je výsledkem souhry určitých faktorů.

„ Eliášovo rozhodnutí“ – Jedná se o situaci, kdy si člověk již řekne „ mám toho dost“ a rezignuje na všechno, co dříve považoval za důležité. Rozhodnutí je výsledkem působení několika faktorů, a to: ztráty smyslu života, pozitivního vnímání sebe sama, pocity osamělosti, zášti a hořkosti a nakonec pocit beznadějnosti.

1. Ztráta smyslu života

Jedinec, který smysl života našel, uvádí věci do pohybu. Ten, kdo ho nenalezl, jim dává volný průběh. Pokud má člověk smysl života, je schopen čelit nepřízni osudu, ale pokud ho ztratil, není ochoten vyzkoušet nic, protože se nepřízně bojí.

2. Ztráta pozitivního vnímání sebe sama

Ovlivňuje jak naše jednání, tak i způsob života. Jedinec se mnohokrát považuje za ztroskotance, i když vůbec neselhal. Čím jsou jeho neúspěchy častější a větší, tím více to podryvá jeho sebevědomí.

3. Pocit osamocení v dnešním světě

Dostávají se pocity osamělosti a izolovanosti od vnějšího světa. Podstatou je jejich tendence izolovat se od druhých. Straní se i svých nejbližších, protože nejsou schopni vyrovnat se s vlastním selháním. Mají pocity, že ztratili všechny přátele, ale podstata je taková, že nikomu nedovolí, aby jejich přítelem byl.

4. Zášť a hořkost

Jsou zaměřeny především proti sobě, druhým lidem a někdy i proti vlastní víře. Sami sebe, považují za ztroskotance a viní se z neúspěchu druhých.

5. Pocit celkové beznaděje

Jejich přesvědčení je, že už nikdy nemohou nějakého úspěchu dosáhnout, tak proč se snažit. Dříve tito lidé byli přesvědčeni, že nic není nemožné, nyní naopak mají pocit, že nic není možné. Důvodem tohoto pocitu je i to, že si to přejí, nechtějí nic změnit. Změnou by totiž mohli riskovat selhání, kterému by nedokázali čelit. Raději tedy nebudou dělat nic. ^[28]

9 LÉČBA A PREVENCE

Pokud syndrom vyhoření vzniká v důsledku nerovnováhy mezi očekáváním jedince a profesní realitou, je potřeba tuto nerovnováhu zmenšit, jak ze strany jedince, tak ze strany zaměstnavatele. Můžeme si tedy stanovit určitá opatření.^[11]

Tato opatření můžeme považovat i za způsoby „léčby“. Záleží na tom, do jakého stádia vyhoření se jedinec dostane a zda si uvědomuje, že něco není v pořádku. Důležitá je také jeho motivace něco změnit, uzdravit se a podmínky na pracovišti.^[12]

Zaměstnavatel by měl projevovat zájem o prevenci tohoto syndromu především proto, že má i ekonomické důsledky. Podstatou je, že se syndrom sice promítá do postojů a způsobů chování daného jedince, ale snižuje i jeho pracovní úsilí, spokojenost a může vést až ke změně zaměstnání. Řada organizací proto vytváří programy zaměřené na pracovní poradenství, týmovou spolupráci a investují do kondičních programů, které snižují jak fyzický, tak psychický stres.^[23]

V evropských podmínkách se vytvořily dvě psychoterapeutické školy, které můžeme zmínit jak v rámci prevence, tak léčby vyhoření.

První školou je **daseinsanalýza**, která navazuje na filozofické dílo M.Heideggera. Podstatou je pomoci pacientovi nalézt cestu k pochopení vlastní existence a především tuto existenci realizovat. Důraz je kladen na jedinečnost každého jedince, která se maximálně respektuje. Nejde tedy o to, jaký člověk byl v minulosti, ale jaký je nyní a kam směřuje. Terapeut je brán spíše jako konzultant, který nabízí doporučení, ale nikoli pokyny nebo příkazy.

Další školou je **logoterapie**. Má snahu, aby jedinec našel svůj životní smysl v souladu se svým životem a osobností. Psychoterapeut pomáhá jedinci objevovat nové hodnoty a nové důvody, proč žít. Hlavním prostředkem tohoto učení je úsilí pomoci v nalezení smyslu života objevováním a naplňováním hodnot.^[23]

9.1 Prevence na úrovni jednotlivce

Řadíme sem vytváření zdravého systému sebeopory, který nám umožňuje smysluplný aktivní život mimo roli pomáhajícího. O zatěžující okolnosti a události se nemusíme starat, protože ty nám přináší život sám. Důležité je, abychom našli to, co nám dává sílu a radost

ze života. Někdy je potřeba udělat změnu především ve vlastním životním stylu, změnit požadavky na vlastní osobu, prověřit možnosti sociální opory. Někdy stačí zařadit do svého denního režimu více odpočinku a jindy musíme přistoupit aktivně a opravdu něco změnit. Stejně tak to můžeme změnit vlastními silami, ale někdy nám na to nestačí a je třeba vyhledat odbornou pomoc. ^[11]

Sociální opora – Do této kategorie řadíme především rodinné příslušníky, přátele a dobré známé a nesmíme opomenout spolupracovníky. Každý z nás by si měl vytvořit určitou sociální síť, aby se v případě potřeby měl na koho obrátit. Je důležité mít nejen kamarády jako své spolupracovníky, ale především kamarády, přátele a známé mimo své zaměstnání. Dbát na dobré vztahy se vyplácí především v období nouze, kdy pak snadněji najdeme někoho, kdo nám může pomoci. ^[11]

Péče o sebe a vlastní potřeby – K povolání zdravotní sestry patří uspokojování potřeb klientů a věnování jim své náklonnosti. Ale takovýto postoj bychom měli zachovávat i sami k sobě. Mít rád sám sebe by mělo být podmínkou pracovníka v pomáhajících profesích. Ten, kdo se nemá rád, nesnáší své vlastnosti, vede neustálý boj mezi tím jaký by chtěl být a jaký ve skutečnosti je. Spotřebovává tím mnoho energie. Do pečování o sebe sama patří také dopřát si masáž, koupel, kosmetiku nebo třeba navštívit kadeřníka. O některých způsobech relaxace se ještě podrobněji zmíníme níže. ^[11]

Nebát se požádat o pomoc – Zdravotník by měl znát hranice svých možností a umět včas požádat o pomoc někoho jiného. Důležité je, aby věděl, že požádat o pomoc není projevem selhání, naopak může být projevem důvěry v druhého člověka. ^[11]

Sebepoznání – Poznáním sebe sama získáme realističtější pohled na vlastní osobu, na to, co zvládneme, nezvládneme a kam až naše síly sahají. Nejvíce se o sobě jedinec může dozvědět za určitých zátěžových situací, kdy zjistí své vlastní reakce a hranice. ^[11]

Mít čas na svůj život a své koníčky – Tento problém může nastat na začátku pracovní kariéry, kdy je člověk pro svou práci nadšený a staví ji na přední místa svého hodnotového žebříčku. Ale nežijeme jen pro své povolání. Každý z nás má ještě osobní život, ve kterém je potřeba se angažovat. Když máme dobré zázemí, které je zdrojem naší životní energie, můžeme z něho čerpat i pro své povolání i přes to, že neprožíváme prvotní pracovní nadšení. Uvolnění a uspokojení v našem hektickém životě také přináší různé zájmy, koníčky. Obohacují náš život a jsou zdrojem emočních zážitků a energie. ^[11]

Udržování dobré tělesné kondice – Každý jistě zná banální doporučení o zdravé životosprávě a pohybové aktivitě. Ale právě ta jsou klíčem úspěchu. Zahrnují především aktivní přístup k životu a odpovědnost za vlastní zdraví. Měli bychom se také naučit odpočívat a věnovat dostatek času kvalitnímu spánku. ^[11]

Nenosit si práci domů – V povolání zdravotní sestry se často setkáváme s těžkými lidskými osudy, soucítíme s nimi a může pro nás být těžké se od nich oddělit s koncem pracovní doby. Je to však pro nás velmi důležité. Pokud s tím má někdo problémy, je dobré vytvořit si osobní rituál. Může jím být i pouhá cesta domů, sprcha, chvilka odpočinku při kávě a mnoho dalších. Důležité je oddělit „fungování“ v práci a naladit se na domov. ^[11]

Odborná pomoc – Pokud člověk nestačí řešit problémy sám, neměl by se bát vyhledat odbornou pomoc. Psycholog nebo psychoterapeut pomůže porozumět pocitům, které jedinec prožívá. Společně nalézají příčiny daného stavu a hledají vhodná východiska. ^[11]

9.2 Pracovní podmínky

Časový stres – Vzniká, pokud se má vykonat příliš mnoho práce v krátké době. Pokud se jedná o nárazovou práci, je možné napnout všechny síly a poté si dopřát více odpočinku. U zdravotních sester se může jednat například o situaci příjmu více pacientů v krátkém časovém úseku. Je třeba zajistit nejen administrativní složku, ale především se věnovat klientovi a plnit ordinace lékaře. Sestra v intenzivní péči se často setkává s nečekanými příjmy klientů, ale hlavně se nemůže předem připravit na to, v jakém zdravotním stavu přijdou a jak se bude dále rozvíjet.

Kontrola činnosti – Pokud sestra nemůže ovlivnit výsledky své práce, můžou přicházet pocity bezmoci a je potřeba aktivně hledat způsoby, jak jim čelit. ^[11]

Odměna za práci – V dnešní společnosti hraje velkou roli finanční ohodnocení povolání. Mnoho sester vystuduje zdravotnický obor, ale poté odchází do jiné pracovní sféry za lepší příležitostí a především lepším finančním ohodnocením.

Vztahy na pracovišti – Abychom se na pracovišti cítili dobře, měly by se naše hodnoty shodovat s hodnotami daného pracoviště. Sestra se cítí mnohem lépe, pokud jsou vztahy pozitivní. Je důležité, aby „zapadla“ do již vytvořeného kolektivu a získala jeho podporu. Je potřeba se naučit mluvit se spolupracovnicemi nejen o kladech, ale řešit s nimi i určité problémy. Nepotlačovat svoje city, ale vyjádřit je.

Vyhýbání se rutině a stereotypu – Některé sestry nechtějí přijmout nové postupy a nové dokumentace, protože jsou již léta zvyklé na ty staré. Neměly by se jim ale bránit, spíše by je měli brát jako určitou výzvu. Průběžné vzdělávání nám umožňuje naučit se něčemu novému, objevovat a rozšířit své obzory.

Dodržování hranic – Protože se ve svém povolání setkáváme s lidmi v nouzi, můžeme mít tendenci žít jejich život. Začínáme se trápit jejich problémy a překračujeme tím určitou profesní hranici. Můžeme se tak stát neobjektivními pozorovateli, protože nevidíme všechny souvislosti a možnosti. Opakem je vystavení si určité „zdi“ kolem sebe, přes kterou nikoho nepustíme. Má nás chránit před útoky z vnějšího světa. Tito lidé často žijí v neustálém střehu a izolaci. ^[11]

9.3 Prevence na úrovni organizace

Předcházet syndromu vyhoření by mělo být v zájmu organizace. Sestry pak poskytují vlídnou péči se zájmem o klienta a nejsou stále vyčerpané, podrážděné a nevrlé.

9.3.1 Týmová spolupráce

Je jednou ze základních podmínek. Pokud jsou sestry článkem týmu, jejich společná práce je mnohem úspěšnější a produktivnější. Jistě se mnou budete souhlasit, že jednotlivé výkony nedosahují takových úspěchů jako týmová práce. Ta přináší pocit radosti ze společného díla a není chápána jako povinnost, ale spíše jako určitá výzva. Je důležité, aby atmosféra byla neformální a jednotliví členové týmu získali pocit sounáležitosti se svými spolupracovníky. Pokud takový tým funguje dobře, jednotliví členové vědí, co mají dělat a kam jejich práce směřuje. Přináší jednotlivci pocit, že někam patří, že něco znamená. ^[11]

Pokud do týmu vstoupí nový pracovník, je třeba, aby ho ostatní členové seznámili s pravidly a povinnostmi a nenechali ho vše získávat pokusem a omylem. Také potřebuje projevit podporu, ocenění, pochvalu nebo i citlivou kritiku. I pro již vytvořený tým je i příchod nového pracovníka velmi pozitivní. Přináší jim nový náhled a především je může nakazit svým prvotním nadšením.

Pokud se sestra dostává do fáze nespokojenosti se svým zaměstnáním, je zde opět důležitá podpora týmu. Mohou jí včas poskytnout zpětnou vazbu a podporu. Mohou společně hledat

východiska a snažit se o změnu. Dobrý tým spolupracovníků by neměl nechat svého člena „padnou“, měl by mu v jeho krizovém období pomoci a poradit.

Ve fázi apatie až vyhoření, kdy jedinec ztrácí svou pracovní výkonnost, chová se necitlivě až neeticky, se stává pro svůj tým spíše zátěží. Jejich životním přesvědčením se stává pracovat méně a být za to více placeni. Ostatní členové týmu tak musí převzít některé jeho povinnosti, aby udrželi společnou práci na určité kvalitní úrovni. Špatný vliv mají především tím, že zhoršují celkovou atmosféru na pracovišti. Pokud v této situaci tým dobře funguje, můžou společnými silami tento problém řešit. Především by měli trvat na etickém přístupu ke klientům a změně chování. Pokud je stav vážný natolik, že si sestra nedokáže pomoci, je třeba vyhledat odbornou pomoc. ^[11]

9.3.2 Aktivity zdravotnického zařízení

Mělo by pečovat nejen o pacienty, ale i o zaměstnance:

Zajistit možnost regenerace – Do této oblasti můžeme zařadit vhodné rozpisy služeb, sportovní aktivity, rehabilitace, kulturní akce a jiné.

Pečovat o psychické zdraví personálu – Nabídnou zaměstnancům spolupráci s psychologem, praktickou relaxaci a osobní rozvoj. Lze využívat možnosti supervize.

Zajistit bezpečnost práce – Patří sem pravidelná školení o bezpečnosti práce, užívání bezpečnějších postupů, a především by mělo zařízení investovat do bezpečnějších pracovních pomůcek.

Podporovat kariérní růst zaměstnanců – Zaměstnavatel by měl především umožnit další vzdělávání, nabídnout stáže na jiných pracovištích či studijní pobyty. Doporučuje se i střídání pracovních pozic v rámci jednoho týmu.

Mapovat zátěže – V této oblasti je důležité podporovat výzkum na téma zátěže zdravotníků.

Snažit se zvýšit podíl pracovníků na rozhodování – Vedoucí personál by měl podřízené pracovníky zapojit do rozhodování o modernizaci, prostorových změnách, vybavení pracoviště a nákupu nových pomůcek. Sestry se tak mohou podílet na spolurozhodování a přináší jim to větší pocit týmové spolupráce. ^[11]

9.3.3 Supervize

V několika uplynulých letech došlo v mnoha pomáhajících profesích k nárůstu využívání poradenských a terapeutických služeb. K tomu částečně přispěl odklon společnosti od institucionální péče směrem k domácí péči. Zvyšovaly se tak nároky na rodiny a jejich příbuzné a na celou řadu pracovníků v pomáhajících profesích. Museli se naučit vypořádat se s trýzní a rozrušením svých klientů. Tento vzestup poradenství přinesl poznatek, že takováto práce musí být řádně supervidována. ^[16]

Tento termín pochází původně z angličtiny z ekonomického prostředí a obecně ho lze přeložit jako dohled, vedení. Umožňuje rozvíjet kompetence zaměstnanců v tom, co dělají a jak dokáží spolupracovat s ostatními za pomoci supervizora či supervizní skupiny. ^[5]

Definice dle Koláčkové uvádí, že *„ve vzájemné spolupráci mezi supervizorem a supervidovaným jde o společné hledání řešení v atmosféře důvěry, o rozvíjení sebereflexe vedoucí k pochopení dosud neuvědomovaných souvislostí, vztahů, pocitů a jejich odrazu v pracovní činnosti.“* ^[5]

V současné době role pomáhajícího s sebou nese určitá očekávání. Někdy nám znemožňuje vidět silné stránky klientů, zranitelnost nás samých nebo naši vzájemnou souvislost. Čím více se pomáhající staví do role terapeuta, tím více staví druhého do pozice pacienta. Ochota prozkoumat vlastní motivy, ať již pozitivní nebo negativní, je nezbytným předpokladem účinné pomoci. Pokud si pomáhající uvědomí své vlastní stinné stránky, bude mít menší tendenci přisuzovat jiným to, co nemůže přijmout sám u sebe. ^[16]

Kvalitně a odborně prováděná supervize je důležitým článkem prevence syndromu vyhoření a umožňuje další osobní a profesionální rozvoj. Jejím cílem ale není jen prevence vyhoření a stresu, ale také získání určitého náhledu, profesních postojů, kontrola znalostí a dovedností a popřípadě jejich doplnění. Může ji provádět jen odborník, který absolvoval příslušný kurz. ^[5]

Supervize tedy probíhá buď jako součást personálního řízení organizace, nebo jako samostatný segment ve smyslu externí podpory profesionality a celoživotního vzdělávání zaměstnanců. Vznik externí supervize měl dva hlavní důvody. Prvním bylo to, že ne každý vedoucí pracovník je expertem v dané oblasti, tak raději přenechává odpovědnost externímu supervizorovi. Druhým důvodem může být to, že ne každý pracovník chce své problémy sdělit svému nadřízenému a externí forma mu zaručuje určitou intimitu. ^[2]

Druhy supervize:

Individuální – má podobu předem dohodnutých, časově omezených schůzek s předem dohodnutým programem. Jedná se o kontakt s jedním pracovníkem. Má podpořit profesionalitu a další rozvoj zaměstnance.

Skupinová – umožňuje diskutovat o svých zážitcích, zkušenostech a momentálních pocitech ve skupině lidí. Také má podobu plánovaných, časově omezených schůzek s dohodnutým programem. Tato forma je výhodná především z hlediska efektivity času, peněz, podpůrné atmosféry skupiny, reflexe od ostatních členů, větší škály životních zkušeností a možnost využití různých technik procesu supervize. Jako nevýhody si můžeme uvést málo času na jednotlivce, možnou nedůvěru, vyšší nároky na odbornost supervizita. Také tato metoda odráží spíše skupinovou dynamiku nežli individuální.^[5]

Týmová – zahrnuje členy pracovního týmu bez ohledu na jejich postavení. Je zaměřena na efektivitu a činnost týmu jako jednoho celku.

Vzájemné konzultování dvou kolegů – umožňuje získat nadhled a zvážit možnosti řešení daného případu.

Intervize – je setkání skupiny bez externího supervizora. Za skupinu jsou považováni podobně postavení spolupracovníci, kteří sdílejí odpovědnost za pracovní činnost.

Autosupervize – pracovník si sám klade otázky, na něž se snaží najít odpověď.^[5]

Role supervizora

Role je hodně široký pojem a zahrnuje jistě velké spektrum činností. Pro úplnost tématu si uvedeme jen stručný přehled, kam řadíme: supervizor usnadňuje komunikaci, řídí skupinový rozhovor, organizuje sezení, pečuje o potřeby účastníků, využívá své postavení ve prospěch členů skupiny, zná své hranice a odpovědnost, a také chrání sám sebe před vyhořením.^[5]

9.3.4 Bálintovské skupiny

V 50. letech 20. století Michael Bálint zavedl setkání, která byla zaměřena na vzájemný vztah lékaře a pacienta. Hlavní myšlenkou byl psychoterapeutický přístup. Tato setkání se postupně rozšířila do dalších zemí pod názvem „bálintovské skupiny“.

Michael Bálint byl lékař a psychoterapeut. Zabýval se vztahem lékaře a pacienta a tím, jak tento vztah ovlivňuje léčbu. Došel k tomu, že nejdůležitějším prostředkem léčby je sám lékař, a učil je, aby měli pozitivní a otevřený vztah ke svým pacientům.

Podstatou bálintovských skupin je, aby její účastníci lépe porozuměli vztahům, porozuměli své vlastní citlivosti na různá sdělení klienta a poselství jeho příznaků. Dále aby se naučili lepšímu sebezpozorování a pozorování druhých. Skupina se snaží vcítit do toho, co se v terapeutovi či pacientovi děje, jaká jsou jejich přání a nároky, jak terapeut na pacienta reaguje a jak by reagovali ostatní, co je pro terapeuta typické a jak jeho vnímání pacienta ovlivňuje jeho postoj. ^[2]

Setkání bálintovských skupin je určitou formou skupinové práce. Má rovinu jak zážitkovou, účastnící, tak poznávací. K.Koblic je definuje jako „*skupinu, která se vztahem terapeut – klient zabývá nejen na rovině úvahy o subjektivitě vztahu s jeho možnými nevědomými souvislostmi, konflikty, přenosovými a protipřenosovými charakteristikami, ale také prostřednictvím dynamiky své vlastní skupinové práce přináší a ukazuje i další nevědomé roviny zkoumaného vztahu a může tedy i svým průběhem nově ukázat, co se ve vztahu terapeut – pacient děje.*“ ^[2]

Současné bálintovské skupiny jsou založeny na setkávání lidí pracujících v pomáhajících profesích, počet zúčastněných osob je od 6 do 12 a sezení obvykle trvá okolo 90 minut. Optimální je šest sezení ve dvou dnech, kdy na každém některý z účastníků nabídne případ, s kterým by chtěl pomoci. Nelze opomenout fakt, že každá supervize či bálintovská skupina je jedinečná, protože se odvíjí od osobnosti supervizora či vedoucího skupiny, klienta nebo skupiny jako takové. V České republice i přesto je tendence strukturovat průběh sezení do 5 fází. Někdy je ale problém to, že se skupina nemůže posunout z jedné fáze do druhé, nebo se formou vyjádření vrací již do fáze, která proběhla. Někdy také to, že dojde k přeskočení nebo uspěchání některých fází. I přesto je vždy na počátku každého sezení výběr případu. Jednotliví účastníci je nejprve charakterizují a poté se hlasováním vybírá ten, který by měl být přednesen. ^[2]

První fáze – expozice případu – zahrnuje popis kontaktu s klientem, co se odehrálo a s čím je jedinec nespokojený.

Druhá fáze – otázky, dotazování se – je prostorem pro účastníky, aby se ptali na okolnosti, které potřebují znát k pochopení souvislostí uvedeného případu.

Třetí fáze – fantazie – je obtížná. Účastníci se snaží vnímat a formulovat svoje prožívání a referující musí pouze naslouchat.

Čtvrtá fáze – praktické náměty – přináší různé náměty a postupy účastníků, které by oni sami zvolili.

Pátá fáze – poslední – přináší opět slovo předkladateli problému. Ten nehodnotí práci skupiny, ale především oceňuje nové pohledy a řeší, zda se jeho očekávání naplnilo. ^[2]

V 70. letech 20. století vznikla IBF - International Balint Federation, která v roce 2007 sdružovala již skupiny z 18 evropských zemí, USA a Austrálie. Tato organizace pořádá každé dva roky mezinárodní bálintosvkou konferenci. ^[2]

9.4 Duševní hygiena

Termín duševní hygiena se poprvé objevil v literatuře v polovině 19. století. V knize Sweetstera z Vermontu r. 1843 byl popsán jako schopnost zachovat si duševní zdraví a uvedeny metody, které k tomu přispívají. ^[31]

Péče sama o sebe má mimořádný vliv nejen na práci. V přípravě na toto povolání je sestra systematicky vyučována, jak pečovat o nemocné a uspokojovat jejich potřeby. Ale péče o sebe sama bývá ponechána pouze na její vlastní iniciativě. Zahrnuje mnoho oblastí od fyzického vzhledu, tělesného zdraví, stravování, spánku a jiné. Nyní se budeme věnovat významné oblasti života sestry, a to duševní hygieně. ^[17]

Duševní hygiena je jednou z významných psychologických disciplín. Poskytuje nám informace o tom, jak znovu získat či udržet duševní zdraví a rovnováhu. Jejich zdroj hledáme především ve třech činitelích: dědičné dispozice, fyzikální a sociální prostředí. ^[4]

Při péči o duši se zaměřujeme na to, co si myslíme, jaké máme pojetí různých věcí a událostí, co prožíváme, čeho bychom chtěli dosáhnout a co je vlastně cílem našeho života. Samozřejmě součástí péče o duši je také péče o naše tělo. To co se děje s naším tělem ovlivňuje naši psychiku a naopak. ^[17]

Osobnostní vlastnosti, které jsou důležité pro duševní hygienu, můžeme dále rozvíjet. V knize Obecná psychiatrie od Prof. MUDr. Petra Zvolského, DrSc. 2003 můžeme nalézt velmi zdařený popis vyrovnaného člověka: „*Vyrovnaný člověk má kladný postoj k sobě samému, je schopen řídit sama sebe a své činy s pocitem vnitřní jistoty. Zná své možnosti*

a umí jich využít, nevadí mu, že nedokáže přesně to co ostatní. Správně vnímá své okolí, nepodceňuje se ani nemá potřebu se vyvyšovat. Má dobré přátele a je schopen se jim svěřit, když je to potřeba. Dovede čelit nesnázím, výjimečně reaguje vztekem a strachem, překážky se snaží konstruktivně překonat. Má koníčky, které doplňují jeho vzdělání a obohacují vnitřní svět. V partnerských vztazích je úspěšný, protože dovede mít své blízké rád, chápe je, bere na ně ohledy a snadno se vcitňuje do jejich pocitů.“ ^[31]
Tak do takového obrazu osobnosti bychom chtěli dospět jistě všichni. Je proto důležité, abychom pro sebe něco dělali. ^[31]

Přetěžování organismu je jednou z důležitých příčin narušení našeho duševního zdraví. Projevuje se především značnou únavou. Proto bychom ji neměli připisovat naší lenosti či pohodlnosti, ale věnovat jí přiměřenou pozornost. Podceníme-li tuto výzvu k odpočinku, náš organismus může přejít do stádia chronické únavy, které se projevuje sníženou koncentrací a pracovní výkonností, neklidem, podrážděností, nezájmem o okolí a dalšími projevy. Přírozeným léčebným prostředkem tohoto problému je odpočinek, nejlépe spánek. Ten by měl u dospělého člověka trvat asi 6 – 8 hodin. Můžeme ale využít i metod krátkodobého odpočinku, kdy se na chvilku zasníme, zahledíme do dálky nebo se třeba jen zadíváme do koruny stromu. V poslední době se hojně využívá zvláštní uvolňovací metoda - relaxace. ^[4]

9.5 Metody relaxace

Hypoventilace nám umožní všeobecný emoční útlum. Když je jedinec napjatý nebo ve stresující situaci, je pro něj velice těžké se uvolnit. Měli bychom to tedy nacvičovat v období, kdy nám je relativně dobře, výsledky se postupně dostaví i v pro nás náročnějších obdobích. ^{35]}

Autogenní trénink je jedna z relaxačních technik, kterou může provádět každý sám. Nejprve je důležité se pohodlně usadit, aby se uvolnily všechny naše svaly. Metoda je založena především na sugesci, a to, že si vnutíme představu příjemného pocitu v končetinách i trupu. ^[4]

Rychlá relaxace se zahajuje hypoventilací, kdy se několik vteřin soustředíme na uspávající dýchání, které nás přibližuje k pocitu ospalosti či klidu. Jsou při tom zavřené oči. Další fází

je, že se jedinec pokusí dosáhnout stejného uvolnění při otevřených očích. Je dobré metodu procvičovat v každodenních situacích našeho života. ^[34]

Relaxace rukou se provádí v sedě. Začíná opět zpomalením dýchání, kdy ruce položíme na stehna a soustředíme se na jejich váhu a plochu. Čím jsou ruce těžší, tím je relaxace větší a svaly více uvolněné. ^[35]

Relaxace obličeje je založená na podobném principu jako předchozí metoda. Snažíme se uvolnit jednotlivé skupiny obličejových svalů. Dosažení uvolnění se může projevit zvýšenou tvorbou slin, což je dobrým znamením. ^[35]

Meditace také patří do skupiny relaxačních cvičení. Původní náboženské meditace byly založeny na opakování některých slov. Místo buddhistického „a-o-u-m“ Američané doporučují „u-w-a-n“. Vybrané slovo se opakuje asi 20 minut. Podstatou celé techniky je to, že se daná osoba soustředí na vyslovování určitého slova tak intenzivně, že přestane myslet na své těžkosti. ^[24]

Imaginace představuje záměrné zobrazování uklidňujících scénérií. Například návštěva hezkého koutku přírody nebo moře za letní dovolené. Také je doporučeno myslet na situace, které pro jedince byly povzbuzující. V pozadí metody je zjištění, že jedinec není schopen myslet na více než jednu věc. ^[24]

Uvolňování pomocí smyslů je další užitečnou obrannou metodou člověka. Jako první si můžeme uvést **humor**. Dříve, než nás přepadne nějaký stresor, zkusme se vžít do role pozorovatele a na dané situaci nalézt něco humorného. Pokud vám smích pomáhá v obraně proti stresu, smějte se. ^[6]

Smích má pozitivní účinky na chemické procesy, které probíhají v mozku, na náladu, uvolňuje stres a napětí a především spojuje lidi navzájem. Když máte pocit, že nic nevychází podle vašich představ, zasmějte se. Vaší směle místo toho, abyste se zbytečně rozhořčovali. ^[25]

Pláč je jedna z přirozených strategií organismu, jak nepodlehnout stresu. Při pláči, který v nás vyvolá obtížná situace, se spolu se slzami odplavuje z organismu adrenalin a mnoho dalších chemických látek. ^[6]

Aromaterapie je jedna z podpůrných léčebných metod mnoha obtíží. Její princip je založen na působení vonných látek na limbický systém, který je zodpovědný za vznik

emocí a citových prožitků. K základním prvkům patří silicové oleje, které jsou silně koncentrované, a proto se přidávají pouze po kapkách. Každý má svou specifickou harmonickou vůni. Můžeme použít různé metody, a to: odpařování, koupel, inhalace, masáž, obklad a přímá aplikace oleje na místo hmatatelného pulsu. ^[21, 26]

Muzikoterapie byla pomůckou duševní hygieny již v antickém Řecku. Dnešní muzikoterapie vychází z již minulých poznatků a své výzkumy se snaží orientovat do budoucnosti. Je využívána především k terapeutickým účelům, jejichž cílem je znovuoobnovení, zlepšení nebo udržení mentálního a fyzického zdraví. Hudba napomáhá jedinci rozvíjet svůj celkový potenciál a zlepšit sociální přizpůsobivost. ^[10]

Arteterapii lze rozdělit na dvě oblasti. V širším smyslu se jedná o léčbu uměním včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užším slova smyslu znamená pouze léčbu výtvarným uměním. ^[33]

Masáž lze také zařadit k metodám uvolňování pomocí smyslů. Jde zde o vnímání dotyku, ať už vlastními rukou – automasáž nebo rukou jiné osoby. Je to přímá metoda uvolnění těla po stresujícím dni, který je u zdravotních sester velmi častý. Velmi dobře zpracovanou techniku masáží jednotlivých částí těla můžete nalézt v knize Blahodárná masáž celého těla od Hildegard Fischer vydanou Gradoou Publishing a.s. roku 2006. ^[13, 25]

Akupresura je metoda, která pracuje s tlakem konečků prstů na jednotlivé body na těle. Je to zvláštní forma čínské masáže. Doporučuje se taková intenzita tlaku, která se nachází mezi příjemným pocitem a bolestí. K problematice této práce lze zařadit akupresurní body k prevenci nebo odstranění úzkosti, stresu či vyčerpanosti. ^[25]

Význam relaxace:

- Vede k psychickému i tělesnému uvolnění a zabraňuje pokračování stresové reakce.
- Umožňuje uvolnění přímo po námaze.
- Zvyšuje odolnost proti stresu.
- Umožňuje poddat se prožitku a tím uvolňuje i plné prožívání příjemných aktivit.
- Umožňuje usnout, zbavit se napětí.
- Přináší dostatek energie pro příští soustředění se na činnost.
- Umožňuje uvolnění před očekávanou stresovou situací.

- Pomáhá uvolnit se v zátěžové sociální situaci.
- Zvyšuje schopnost soustředit se.
- Umožňuje rychleji se učit z nové situace.
- Navodí optimismus a zvyšuje pocit sebedůvěry.
- Harmonizuje tělesné funkce a psychický stav.
- Zlepšuje schopnost zapamatovat si. ^[27]

9.6 Fyzické cvičení

Fyzická aktivita jde „ ruku v ruce“ s duševním stavem jedince, jak jsme se již zmínili. Je tedy nedílnou součástí našeho spokojeného života. Mnoho studií prokázalo, že cvičení pomáhá zvýšit obranyschopnost organismu, snížit hladinu noradrenalinu a také umožňuje snížit negativní účinek stresu. ^[6]

Alarmující je to, že čím dál více lidí upřednostňuje sedavý způsob života. Fyzická aktivita je v tomto případě omezena. Je tedy důležité, aby se jim dostalo povzbuzení. Můžeme do svého běžného života zařadit jen několik návyků, které nám umožní si fyzickou aktivitu snadněji osvojit a také jí začít provádět. Například pokud jedinec jezdí autem, mohl by začít kratší vzdálenosti chodit pěšky. Bydlí-li v panelovém domě, mohl by dát přednost schodům místo výtahu. Dále je potřeba zařadit alespoň dvakrát týdně nějakou fyzickou či sportovní aktivitu jako jízdu na kole, běh, chůzi a jiné. Aktivita záleží na osobním výběru jedince. Důležité je, aby přinášela potěšení a byla rychle realizovatelná. ^[35]

Cvičení vychází ze zkušeností dávných čínských, indických a japonských technik se zapojením současných vědeckých poznatků v oblasti anatomie, fyziologie a neurofyziologie. Provádí se ve volném a vhodném oděvu. Uvolňovací cvičení provádíme lehce, zvolna a všemi směry. Můžeme využít technik: pomalého kroužení, komíhání uvolněnou končetinou s využitím gravitace, pasivních nebo aktivních pohybů do krajních poloh, relaxace ^[15]

Jóga je jeden z nejdokonalejších systémů, který umožňuje dosáhnout jak fyzického, tak mentálního zdraví. Působí na celý organismus. Je důležité ji provádět pod vedením zkušeného učitele, nebo až když získáme vlastní zkušenosti. ^[19]

Energie Tchaj – Čchi je tradiční způsob čínského cvičení, které se provádí venku na čerstvém vzduchu. Stav uvolnění, kterého můžeme dosáhnout, je skvělý způsob, jak se připravit na den, který máme před sebou. Toto cvičení posiluje nejen svaly, podporuje průtok energie celým tělem a pomáhá rozvíjet pravidelné dýchání. Dlouhodobější cvičení také navozuje psychickou rovnováhu. Krátký návod k tomuto cvičení můžeme nalézt v knize *Jak žít zdravě a bez stresu* od autorky Lorny Lee Malcomové vydané roku 2003. ^[25]

Energie Čchi – Kung je dalším z pilířů tradiční čínské medicíny. Zahrnuje cvičení, kterým se jedinci mohou naladit se na svůj přirozený tok energie. V podstatě to je proces, který vychází ze soustředění myšlenek. Tuto metodu lze využít během dne, když se začínáme cítit pomalí a unavení. Dva druhy cviků lze nalézt v knize uvedené o odstavec výše. ^[25]

Bioenergetická cvičení jsou další metodou, která může pomoci uvolnit se od napětí. Má význam ve dvojitěm ohledu. Za prvé můžeme cvičit s cílem uvolnění tělesného napětí a nebo s cílem zpracovat prožitky a emoce, se kterými se potřebujeme vyrovnat. Celý tento proces vede k obnovení pozornosti k našemu vnitřnímu prožívání a umožňuje nám hlubší porozumění sobě samému. Další informace o této problematice můžeme nalézt v knize *Bioenergetická cvičení* od autorů: Hoffmann R. a Gudat U. vydané roku 2003. ^[22]

9.7 Zdravá výživa

O významu zdravé výživy v současném světě nikdo nepochybuje. Otázkou ale je to, co je za zdravou výživu považováno. Vlivem informační exploze je uváděno mnoho odlišných názorů. Obecně lze uvést, že podstatou je vyzdvihnout nutriční přednosti určitých potravin. Pokud člověk do svého jídelníčku zařadí více nutričně výhodných potravin, nezbyvá už mnoho místa pro ty nevýhodné. Je důležité uvědomit si, že pod pojmem zdravá výživa se nerozumí konzumace velkého množství zdravých potravin, ale především zdravé stravování. S výjimkou několika skupin potravin, jako jsou uzeniny a sladkosti lze konzumovat všechny potraviny. Nezdavými je dělá teprve jejich opakované a velké množství. ^[18]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

10 CÍLE PRÁCE

- Cíl číslo 1 – Zhodnotit znalosti sester o problematice syndromu vyhoření a jeho prevenci.
- Cíl číslo 2 – Stanovit zátěžové faktory v oboru intenzivní péče, které mají nejvyšší vliv na vznik syndromu vyhoření
- Cíl číslo 3 - Vymežit nejvíce rizikové pracoviště v oboru intenzivní péče z pohledu sester.
- Cíl číslo 4 - Zhodnotit možnosti edukace o syndromu vyhoření v jednotlivých typech nemocničních zařízení (fakultní, krajské a okresní nemocnice)
- Cíl číslo 5 - Vytvořit edukační materiály a edukovat sestry v rámci zkoumaných zdravotnických zařízení

11 HYPOTÉZY

Hypotézy k cíli číslo 1:

H01 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče mají dostatečné znalosti o problematice syndromu vyhoření.

HA1 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče nemají dostatečné znalosti o problematice syndromu vyhoření.

H02 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče mají zájem o prevenci syndromu vyhoření.

HA2 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče nemají zájem o prevenci syndromu vyhoření.

Hypotéza k cíli číslo 2:

H03 – Na vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících na oddělení intenzivní péče se podílejí především psychické zátěžové faktory.

HA3 - Na vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících na oddělení intenzivní péče se nepodílejí psychické zátěžové faktory.

Hypotéza k cíli číslo 3:

H04 – Sestry v oboru intenzivní péče považují za nejvíce rizikové pracoviště anesteziologicko resuscitační oddělení ve fakulturních nemocnicích.

HA4 – Sestry v oboru intenzivní péče nepovažují za nejvíce rizikové pracoviště anesteziologicko resuscitační oddělení ve fakulturních nemocnicích.

Hypotéza k cíli číslo 4:

H05 – Ve fakultních a krajských nemocnicích mají sestry větší možnost účastnit se výukových programů o problematice syndromu vyhoření, než sestry v okresních nemocnicích.

HA5 – Nebude významný rozdíl v zastoupení výukových programů na téma syndrom vyhoření v jednotlivých typech nemocničních zařízení.

11.1 Rozdělení položek k ověření hypotéz

K hypotézám, vztahujícím se k cíli číslo 1, jsem v dotazníku zvolila tyto otázky:

- Víte co znamená pojem Syndrom vyhoření / Burn out syndrom? (otázka číslo 4)
- Uvítala byste nějaké informační materiály o této problematice? (otázka číslo 5)
- Burn out syndrom znamená? (otázka číslo 6)
- Projevy syndromu vyhoření jsou: (otázka číslo 7)
- Víte jak tomuto problému včas předcházet? (otázka číslo 8)
- Uvítala byste více informací o: (otázka číslo 23)
- Víte, kde se v místě Vašeho bydliště nacházejí různá relaxační a rekreační centra? (otázka číslo 24)
- Využíváte těchto zařízení? (otázka číslo 25)

K hypotézám, vztahujícím se k cíli číslo 2, jsem v dotazníku zvolila tyto otázky:

- Za nejvíce zátěžové faktory v oboru intenzivní péče považujete? (otázka číslo 9)
 - a) psychické faktory
 - b) fyzické faktory
- Který druh faktorů považujete za nejvíce rizikové pro vznik syndromu vyhoření? (otázka číslo 10)
- Práci na vašem oddělení hodnotíte jako: (otázka číslo 11)

- Domníváte se, že na Vás působí zátěžové faktory, které by mohli vést ke vzniku syndromu vyhoření? (otázka číslo 12)

K hypotézám, vztahujícím se k cíli číslo 3, jsem v dotazníku zvolila tyto otázky:

- Které oddělení intenzivní péče dle Vašeho názoru považujete za nejvíce rizikové v rámci syndromu vyhoření? (otázka číslo 13)
- Z jakého důvodu jste vybrala toto oddělení za nejvíce rizikové pracoviště? (otázka číslo 14)
- Myslíte si, že práce na těchto rizikových pracovištích je odlišná dle typu a velikosti zdravotnického zařízení? (otázka číslo 15)
- Ve kterém typu zdravotnického zařízení jsou tato oddělení nejvíce riziková pro vznik syndromu vyhoření? Dle vašeho názoru. (otázka číslo 16)

K hypotézám, vztahujícím se k cíli číslo 4, jsem v dotazníku zvolila tyto otázky:

- Konají se na vašem pracovišti výukové programy zaměřené na problematiku syndromu vyhoření? (otázka číslo 17)
- Jak často se tyto programy konají? (otázka číslo 18)
- Těchto akcí se účastní: (otázka číslo 19)
- Jste dostatečně a s předstihem informováni o konání tohoto výukového programu od managementu? (otázka číslo 20)
- Myslíte si, že více výukových akcí o této problematice se pořádá ve: (otázka číslo 21)
- Myslíte si, že získané informace jsou pro Vás dostatečné a kvalitní? (otázka číslo 22)

12 METODIKA PRÁCE

12.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Do zkoumaného vzorku byli zařazeni respondenti ze tří typů zdravotnického zařízení, a to nemocnice fakultní, krajské a okresní. Dotazník byl určen pro zdravotní sestry pracující na jednotkách intenzivní péče. Celkem bylo do dotazníkového šetření zahrnuto šest pracovišť. Jednalo se o Fakultní nemocnici Brno, Fakultní nemocnici Hradec Králové, Krajskou nemocnici T. Bati a.s., Pardubickou krajskou nemocnici a.s., Chrudimskou nemocnici a.s. a Nemocnici Boskovice s.r.o. Dotazníkové šetření probíhalo od 31.10.2008 do 23.1.2009, tedy necelé tři měsíce.

Do Fakultní nemocnice Brno bylo dne 29.11. 2008 zasláno 50 dotazníků s požadavkem o rozdání na jednotky intenzivní péče. Požadavek byl specifikován distribucí alespoň na 3 pracoviště: ARO – 10 dotazníků, chirurgická JIP – 20 dotazníků, interní JIP – 20 dotazníků. Z celkového souboru byla návratnost pouze 15 dotazníků, což je jen 30%. Tato velmi nízká návratnost byla zřejmě ovlivněna neosobním předáním dotazníků a návratu pomocí poštovního systému. Návrat dotazníků byl 22.12.2008, šetření tedy probíhalo asi 3 týdny. Z navrácených souborů byla potvrzena distribuce pouze na oddělení interní JIP. Z těchto respondentů bylo 100% žen pracujících na oddělení interní jednotky intenzivní péče.

Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové probíhalo šetření od 9.1. do 23.1.2009 – tedy dva týdny. Bylo osobně rozdáno 50 dotazníků na tato oddělení: ARO (10 dotazníků), chirurgické JIP (20 dotazníků) a interní JIP (20 dotazníků). Návratnost vyplněných dotazníků byla 45 kusů, což je 90%. Před zpracováním bylo vyřazeno 6 dotazníků pro neúplné vyplnění a 1 dotazník pro špatné vyplnění. Návratnost kvalitních dotazníků tedy byla 38 kusů, což je 76%. Z těchto 38 respondentů bylo 36 žen (94,7%) a dva muži (5,3%). Z toho na ARO pracovalo 9 respondentů (23,7%), 11 respondentů na interní JIP (28,9%) a 18 respondentů na chirurgické JIP (47,4%). Návratnost dotazníků v této nemocnici byla podpořena osobním kontaktem s vrchní sestrou každého oddělení, která zajistila distribuci a následné sesbírání. Osobně jsem si poté dotazníky vyzvedla v několika předem stanovených termínech.

Od 24.11. do 3.12.2008 probíhal výzkum v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. Opět bylo osobně rozdáno 50 dotazníků. Do vybraných pracovišť bylo zařazeno oddělení ARO (10 dotazníků), interní JIP (20 dotazníků) a chirurgická JIP (20 dotazníků). Na každou jednotku jsem dotazníky donesla osobně a předala je staniční sestře. Návratnost dotazníků byla 31 kusů (62%). Před zpracováním bylo vyřazeno 9 dotazníků pro špatné vyplnění nebo nevyplnění. Návratnost použitelných dotazníků tedy byla 22 kusů (44%). Z tohoto celkového počtu bylo 0 mužů a 22 žen. Z toho 9 respondentů (40,9%) pracovalo na oddělení ARO, 8 respondentů (36,4%) na chirurgické JIP a 5 respondentů (22,7%) na interní JIP. Dotazníky jsem si osobně vyzvedla u staničních nebo vrchních sester v několika předem domluvených termínech.

Dalším pracovištěm byla Pardubická krajská nemocnice a.s. Po povolení výzkumu od hlavní sestry nemocnice jsem v tomto zařízení rozdala 50 dotazníků na tato oddělení: ARO (10 dotazníků), různé druhy interní JIP (20 dotazníků), chirurgické JIP (20 dotazníků). Návratnost z celkového počtu byla 38 dotazníků, což je 76%. Pro zvýšení návratnosti jsem opět zvolila osobní kontakt se staničními a vrchními sestrami. Výzkum probíhal od 9.12. do 16.12.2008, tedy pouze týden. Přes tento krátký čas byla návratnost dotazníků poměrně kvalitní. Před vyhodnocením získaných dat jsem opět musela vyřadit 7 dotazníků pro neúplné nebo nesprávné vyplnění. Návratnost kvalitních dotazníků tedy byla 31 kusů (62%). Z tohoto počtu respondentů byli 3 muži (9,7%) a 28 žen (90,3%). Dle typu oddělení můžeme rozdělit 10 respondentů (32,3%) z ARO, 13 respondentů (41,9%) z chirurgických JIP a 8 respondentů (25,8%) z interních JIP. Návratnost dotazníků byla podpořena osobním vyzvednutím u staničních sester.

V Chrudimské nemocnici a.s. probíhalo dotazníkové šetření od 31.10. 2008 do 26.1.2009. Původně rozdaný vzorek dotazníků byl vyzvednut již 10.12. 2008. Z důvodu nedostatečného počtu dotazníků pro srovnání jednotlivých typů zdravotnických zařízení jsem počátkem měsíce ledna poprosila o vyplnění dalších 3 dotazníků. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 50, návratnost 36 kusů (72%). Tato dle mého názoru kvalitní návratnost byla podmíněna především osobním kontaktem se staničními nebo vrchními sestrami, a především také tím, že jsem na těchto odděleních již byla v rámci praxe a s personálem většiny oddělení se dobře znám. Na tomto pracovišti jsem zvolila všechny jednotky intenzivní péče, které zde byly doposud zřízeny: ARO (12 dotazníků), chirurgická JIP (14 dotazníků) a interní typy JIP (24 dotazníků). Pokud rozdělíme návratnost dle typů

oddělení, jedná se o 12 respondentů (33,3%) z oddělení ARO, 8 respondentů (22,2%) z chirurgické JIP a 16 respondentů (44,4%) z interní JIP. Dotazníky jsem osobně vybrala přímo na oddělení od staničních sester nebo sester na směně.

Jako poslední zařízení jsem do svého výzkumu zařadila Nemocnici Boskovice s.r.o. Dotazník jsem distribuovala pomocí známé na oddělení ARO, která do nemocnice rozdala celkem 50 dotazníků. Sestry měly možnost dotazník vyplnit od 15.12. 2008 do 5.1. 2009. Z celkového počtu se vrátilo jen 20 dotazníků (40,0%) a z toho byly 3 dotazníky vyřazeny pro neúplné vyplnění. Konečný počet tedy byl 17 dotazníků (34%). Dotazníky měly být distribuovány na oddělení ARO (15 dotazníků), interní typy JIP (20 dotazníků) a chirurgické typy JIP (15 dotazníků). Návratnost byla především ovlivněna pracovním zařazením mé známé. Z oddělení ARO návratnost činí 15 kusů dotazníků (88,2%), z chirurgicky zaměřených JIP činí návratnost 2 kusy (11,8%) a z interních JIP byla návratnost 0 – vyplněné dotazníky byly ztraceny. Tato nízká návratnost byla zřejmě způsobena neosobním kontaktem.

Dohromady tedy bylo rozdáno 300 dotazníků do šesti zdravotnických zařízení. Z celkového počtu byla návratnost 185 dotazníků (61,7%). Z toho ale muselo být 26 dotazníků vyřazeno pro neúplné nebo špatné vyplnění. Konečný počet tedy činí 159 kusů (53%). Dohromady ze 159 respondentů bylo 6 mužů (3,8%) a 153 žen (96,2%). 53 respondentů (33,3%) pracovalo na oddělení ARO, 51 respondentů (32,1%) na chirurgických JIP a 55 respondentů (34,6%) na interních JIP.

12.2 Metoda práce

Ke zpracování této bakalářské práce byla použita metoda nestandardizovaného strukturovaného dotazníku (kvantitativní metoda). V obecné rovině je za dotazník považován standardizovaný soubor otázek připravených na určitém formuláři. Získávají se jím informace založené na nepřímém dotazování respondentů, kdy použijeme předem vytvořené písemné otázky. Jedná se o relativně nejrozšířenější metodu sběru dat. K výhodám dotazníkové techniky jsou řazeny především jednoznačná formulace otázek bez emočního ladění a také možnost hromadného zpracování. Nevýhodnou je eventuelní neporozumění dané otázce bez možnosti dalšího vysvětlení. ^[1, 14]

Použitý dotazník obsahuje 25 otázek zaměřených na problematiku syndromu vyhoření. Obsah jednotlivých položek jsem volila dle cílů této práce a většina otázek mi posloužila k ověření stanovených hypotéz. Před vytvořením dotazníku jsem nastudovala odbornou literaturu a snažila jsem se maximálně splnit požadované položky. Jednotlivé položky byly koncipovány jako dotazy nejen na znalosti respondentů o problematice syndromu vyhoření a jeho prevenci, ale také mě zajímaly zátěžové faktory z pohledu sestry, jaké pracoviště sestry považují za nejvíce rizikové a v neposlední řadě konání výukových programů k této problematice ve zdravotnickém zařízení, kde pracují.

Úvod dotazníků obsahuje oslovení respondentů, představení výzkumníka, téma a účel dotazníkového šetření a postup k vyplnění jednotlivých položek dotazníku. Hlavním cílem bylo získání dostatečného množství údajů pro tuto studii. Šetření bylo naprosto dobrovolné a anonymní. Po tomto krátkém úvodu jsem začala klást jednotlivé otázky.

12.2.1 Formy položek v dotazníku

Využité formy položek v dotazníku jsou:

Uzavřené otázky

Tento typ otázek nabízí soubor možných odpovědí, ze které respondent vybere tu, která je mu nejbližší. Rozlišujeme dva druhy těchto otázek: dichotomické (respondent si může vybrat pouze ze dvou variant odpovědi) a polynomické (respondent si vybírá z více variant odpovědí).^[1]

V mém dotazníku jsou uzavřené dichotomické položky zastoupeny například otázkami číslo: 1, 4, 8, 17, 20, 24, 25.

Mezi uzavřené polynomické otázky řadíme: 5, 7, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 19, 21, 22.

Polozavřené otázky

Jedná se o kombinaci uzavřené a volné otázky. Nejčastěji se jedná o doplnění variantou jiná odpověď.^[1]

V mém dotazníku je tento typ položek zastoupen otázkami: 2, 3, 9a, 9b, 13, 14, 23.

Otevřené otázky

Umožňují respondentovi vypsát jeho vlastní odpověď. Za výhodu této formy je považováno to, že se respondentovi ponechá volnost v odpovědi, předem mu není

nabídnuto řešení. Nevýhodou mohou být obtíže při zpracování, proto je vhodné zpracovat dodatečnou kategorizaci odpovědí.^[1]

V mém dotazníku je tento typ otázky zastoupen pouze položkou číslo 6.

Filtrační otázky

Cílem filtračních otázek je eliminovat respondenty, kteří nemohou odpovědět na otázky následující.^[1]

Tento typ otázky je v mém dotazníku zastoupen položkou číslo 17. (Jedná se o položku uzavřenou, dichotomickou, filtrační).

Kontrolní otázky

Jsou v dotazníku umístěny tam, kde si potřebujeme ověřit pravdivost odpovědí.^[1]

Jako kontrolní otázku jsem zvolila položku číslo 6. Jedná se tedy o otázku otevřenou, kontrolní. Tato položka měla sloužit k ověření pravdivosti odpovědí na otázku číslo 4.

12.2.2 Charakteristika položek

Jednotlivé položky jsou charakterizovány takto:

- Položky číslo 1, 2, 3 jsou identifikační. Cílem bylo zjistit pohlaví respondentů, typ oddělení a nemocnice, ve které pracují.
- Položky číslo 4, 6, 7, 8 se zaměřují na problematiku syndromu vyhoření, co tento termín znamená, jaké jsou příznaky a jak mu lze včas předcházet.
- Položky 9a, 9b, 10, 11, 12 jsou zaměřeny na zátěžové faktory v profesi sestry. Také jak sestry svou práci hodnotí.
- Položky 13, 14, 15, 16 vymezují nejvíce rizikové pracoviště z pohledu sester.
- Položky 17, 18, 19, 20, 21, 22 se zaměřují na výukové programy, kdo se těchto akcí účastní, častost jejich konání a zda respondenti považují získané informace za dostatečné a kvalitní.
- Položky číslo 5, 23, 24, 25 se týkají preventivních opatření. Zda respondenti mají zájem o další informační materiály, zda znají a využívají různá relaxační a rekreační centra.

12.3 Organizační šetření

Samotnému dotazníkovému šetření předcházelo vytvoření a seřazení položek dle stanovených cílů a hypotéz. První verzi mnou vytvořeného dotazníku jsem konzultovala se svou vedoucí bakalářské práce Mgr. Markétou Valentovou. Společně jsme některé otázky upravily, některé změnily a některé zcela vyřadily. Po těchto několika úpravách jsme odsouhlasily konečnou verzi, s kterou jsem začala dále pracovat.

Postupně jsem zhotovila a rozdala celkem 300 dotazníků do šesti zdravotnických zařízení. Celé šetření probíhalo již od 31.10. 2008 do 23.1.2009, tedy téměř tři měsíce. Do každé nemocnice, kterou jsem zařadila do svého výzkumu, jsem dala 50 dotazníků. Tento počet byl poté rozdělen na jednotlivá pracoviště intenzivní péče. V rámci mého výzkumu nebylo možné obsáhnout všechna pracoviště intenzivní péče v daných nemocnicích, čehož jsem si byla předem vědoma. Rozhodla jsem se tedy zařadit především ty základní: ARO, interní a chirurgické JIP. Mým cílem nebylo porovnávat jednotlivá oddělení, ale především jednotlivé typy zdravotnických zařízení. Většinu dotazníků jsem osobně předala staničním nebo vrchním sestřím. Pouze v jednom případě jsem zvolila distribuci přes známou sestru a v dalším pomocí poštovního systému. Tento typ distribuce se později ukázal jako nešťastně zvolený a byl příčinou nízkého návratu dotazníků z těchto dvou zdravotnických zařízení, což snížilo celkovou očekávanou návratnost. V ostatních zdravotnických zařízeních se mnou vedoucí personál jednal velmi přátelsky a pomohl mi jak v distribuci na oddělení, tak ve zpětném sesbírání. Předem jsme se dohodli na určitém datu, kdy jsem si dotazníky vyzvedla. Časový interval, který si sestry vyžádaly na vyplnění byl různý. Jednalo se o 1 týden až 1 měsíc. Na některých odděleních bylo komplikací návratnosti především to, že personál byl již podobnými dotazníky zahlcen nebo již vyplněné dotazníky ztratili. V průběhu šetření jsem musela znovu požádat o dovyplnění tří dotazníků v okresní nemocnici, abych získala porovnatelný vzorek. Celková návratnost z daného šetření byla mnohem nižší, než jsem očekávala. Jednalo se o 185 respondentů (61,7%), z kterých muselo být ještě 26 vyřazeno pro neúplné nebo špatné vyplnění jednotlivých položek. Konečná návratnost tedy činila 159 respondentů (53%).

12.4 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována pomocí statistické metody – test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku - a první tři identifikační otázky byly zpracovány procentuálním vyjádřením.

K vyhodnocení identifikačních položek v dotazníku jsem si nejdříve sečetla všechny odpovědi a poté jsem vypočítala procentuální vyjádření, které jsem zaokrouhlila na jedno desetinné místo. Získaná data jsem uvedla do grafů pomocí počítačového programu Microsoft Excel. Pro přehlednost grafů jsem procentuální hodnotu s jedním desetinným místem zaokrouhlila na celá čísla. Pouze u otázky číslo 2 jsem nechala číslo zaokrouhlené na jedno desetinné místo, což bylo nutné pro správné pochopení výsledků. Následně jsem získané výsledky, zaznamenané v tabulkách a grafech, popsala komentářem.

Pro vyhodnocení dalších otázek jsem zvolila test chí-kvadrát, který tvoří jakýsi přechod mezi parametrickými a neparametrickými testy. Lze ho použít především pro hodnocení kvalitativních znaků.^[14] Test nezávislosti chí-kvadrát jsem zpracovávala pomocí počítačového programu Microsoft Excel. Jedná se o statistickou metodu, ke které je nezbytně nutné stanovení nulové a alternativní hypotézy, které jsou uvedeny již výše. V programu jsem si vytvořila kontingenční tabulku, do které jsem uvedla výsledky jednotlivých odpovědí. Čísla v této tabulce zaznamenávají četnost odpovědí na položenou otázku. Pro každé pole v kontingenční tabulce jsem musela vypočítat očekávanou četnost, která se značí písmenem "O". Tato četnost se vypočítá tak, že vynásobíme odpovídající marginální četnosti v tabulce a ty se poté vydělí celkovou četností. Bylo tedy nutné si vytvořit další tabulku, do které by se očekávaná četnost zaznamenala. Pro tento výpočet jsem si v programu Microsoft Excel zadala vzorec a požadované hodnoty se mi vypočítaly.

Dalším krokem bylo vypočítat hodnoty podle vzorce

$$(P - O)^2/O \quad (1)$$

pro každé pole kontingenční tabulky. Kdy P je počet respondentů a O je očekávaná četnost. I pro tento výpočet bylo nutné vytvořit další tabulku, do které jsem dosadila požadovaný vzorec. Ze součtu všech těchto vypočítaných hodnot jsem získala testované kritérium χ^2 .

[36]

„Vypočítaná hodnota χ^2 je ukazatelem velikosti rozdílu mezi skutečností a vyslovenou nulovou hypotézou. Tuto vypočítanou hodnotu srovnáváme s kritickou hodnotou testovaného kritéria chí-kvadrát pro zvolenou hladinu významnosti a počet stupňů volnosti f , který vypočítáme ze vztahu

$$f = (r - 1) * (s - 1) \quad (2)$$

kde r je počet řádků kontingenční tabulky a s počet sloupců kontingenční tabulky.“^[36]

V celém svém šetření jsem zvolila hladinu významnosti 0,05.

12.4.1 Způsob hodnocení otázky číslo 6

Jelikož se jednalo o otevřenou otázku, bylo nutné stanovit určitá vyhodnocovací kritéria. Původně jsem chtěla rozdělit hodnocení na 4 stupně. V průběhu vyhodnocování se ale ukázalo, že nelze takto detailně hodnotit odpovědi respondentů. Zvolila jsem tedy pouze možnost správné a špatné nebo žádné odpovědi. Za správnou odpověď byla považována ta, ve které bylo buď přímo nebo opisem popsáno, že se jedná o stav fyzického, mentálního nebo emocionálního vyčerpání, kdy sestry ztrácejí nadšení a motivaci.^[24]

Tab. 1. Hodnocení otázky číslo 6

Kritérium hodnocení otázky č.6	
1	správná odpověď
0	špatná nebo žádná odpověď

13 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

13.1 Zpracování identifikačních otázek

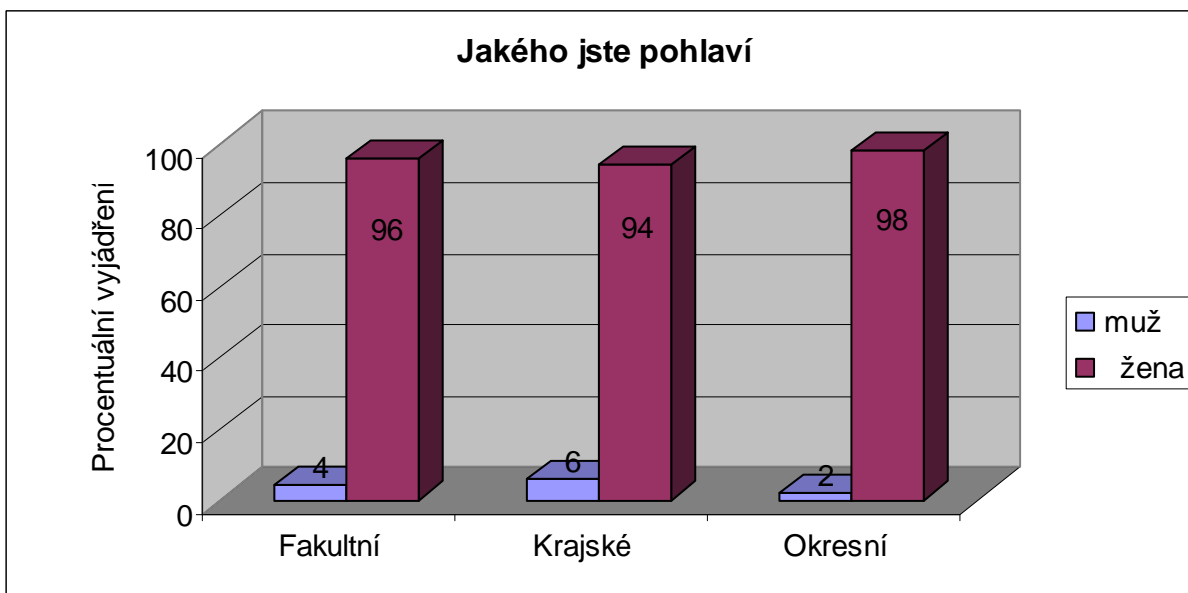
Otázka číslo 1:

Jakého jste pohlaví?

Tab. 2. Pohlaví respondentů.

Odpověď	Abs.č. fakultní	%	Abs.č. krajské	%	Abs.č. okresní	%
muž	2	3,8	3	5,7	1	1,9
žena	51	96,2	50	94,3	52	98,1
CELKEM:	53	100,0%	53	100,0%	53	100,0%

Abs.č. – absolutní četnost % - procentuální vyjádření



Graf 1. Pohlaví respondentů.

Na první otázku týkající se pohlaví respondentů odpovědělo celkem 6 respondentů, že jsou mužského pohlaví a 153 respondentů je pohlaví ženského. Pokud bychom rozdělili zastoupení pohlaví dle jednotlivých typů nemocnic, tak bylo nejvíce mužů zastoupeno v krajském typu nemocnice - 3 muži (5,7%) a 50 žen (94,3%). Ve fakultních nemocnicích ze šetření zúčastnili 2 muži (3,8%) a 51 žen (96,2%). Pouze 1 muž (1,9%) byl zastoupen v okresních nemocnicích spolu s 52 ženami (98,1%). Již z těchto získaných dat je zřejmé, že ve zdravotnické profesi na pozici sestry pracují stále více ženy než muži.

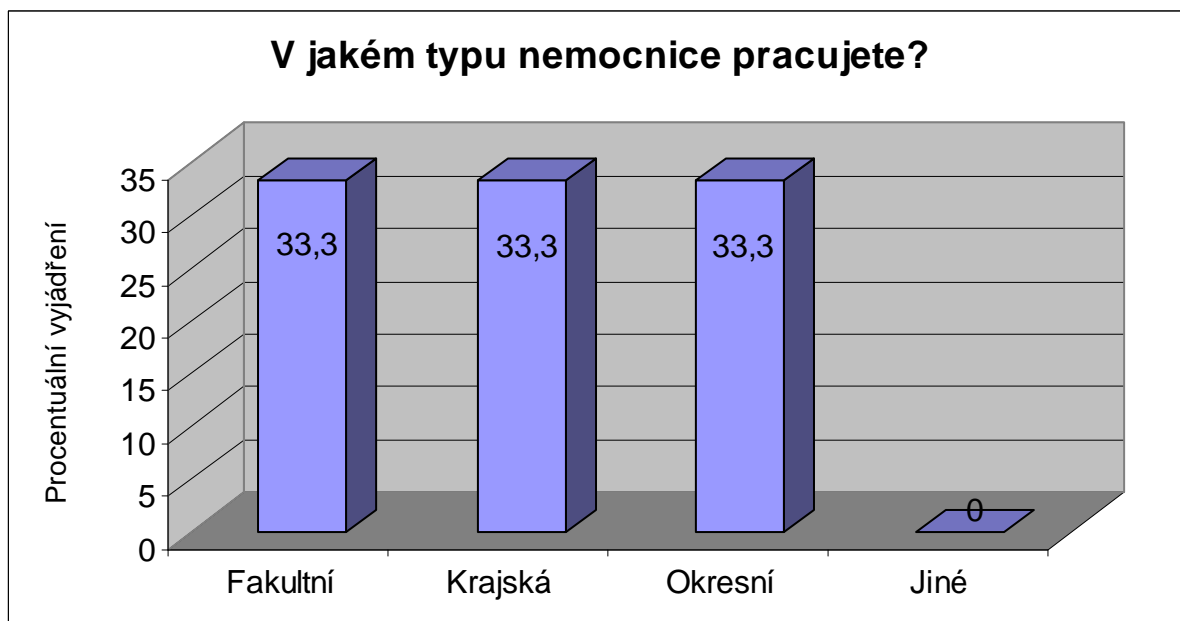
Otázka číslo 2:

V jakém typu nemocnice pracujete?

Tab. 3. Typ nemocničního zařízení.

Odpověď	Abs.č.	%
okresní	53	33,3
krajská	53	33,3
fakultní	53	33,3
jiné	0	0
CELKEM:	159	100,0%

Abs.č. – absolutní četnost % - procentuální vyjádření



Graf 2. Typ nemocnice.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 159 respondentů. Z toho bylo 53 respondentů z fakultního typu nemocnice, 53 z krajského a 53 z okresního typu nemocnice. Tato otázka byla zařazena především pro rozdělení jednotlivých dotazníků dle typu zdravotnického zařízení.

Otázka číslo 3:

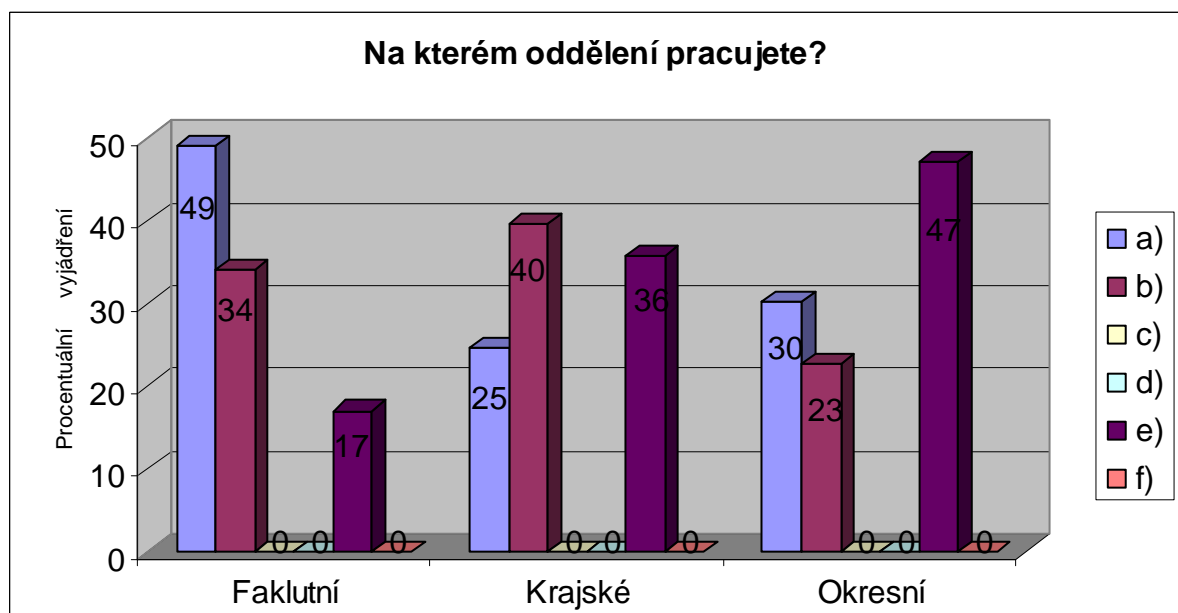
Na kterém oddělení pracujete?

- a) interní JIP b) chirurgická JIP c) dětská JIP
 d) neurologická JIP e) ARO f) jiné:

Tab. 4. Typ oddělení.

Odpověď	Abs.č. fakultní	%	Abs.č. krajské	%	Abs.č. okresní	%
a)	26	49,1%	13	24,6	16	30,2
b)	18	34,0%	21	39,6	12	22,6
c)	0	0%	0	0	0	0
d)	0	0%	0	0	0	0
e)	9	17,0%	19	35,8	25	47,2
f)	0	0%	0	0	0	0
CELKEM:	53	100,0%	53	100,0%	53	100,0%

Abs.č. – absolutní četnost % - procentuální vyjádření



Graf 3. Typ oddělení.

Dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti z oddělení ARO, chirurgických a interních jednotek intenzivní péče. Celkové zastoupení dle typu pracovišť považují za poměrně rovnoměrné. Z oddělení ARO se do celého výzkumu zapojilo 53 respondentů, 55 z interních typů JIP a 51 z chirurgických typů JIP. Toto rozdělení ale nepovažují za významné, protože nehodnotím na kterém oddělení respondenti pracují, ale především rozlišují typ nemocnice, ve které pracují.

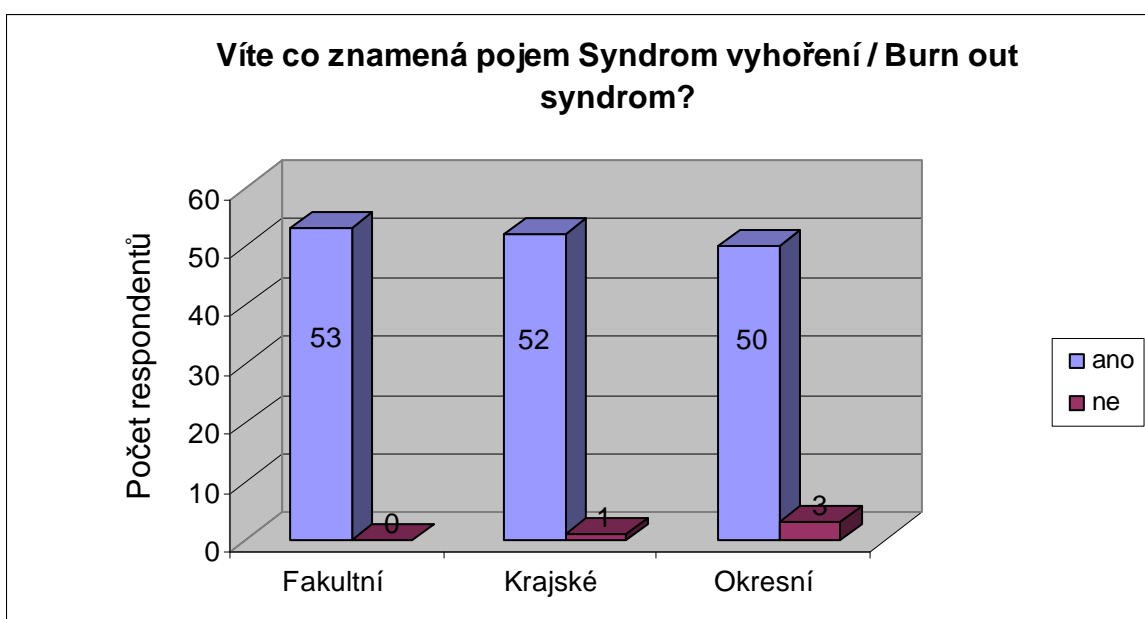
13.2 Hypotéza číslo 1

Otázka číslo 4:

Víte co znamená pojem Syndrom vyhoření / Burn out syndrom?

Tab. 5. Znalost pojmu Burn out.

Otázka č.4	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	53	52	50
ne	0	1	3
Celkem:	53	53	53



Graf 4. Znalost pojmu Burn out.

Tab. 6. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se znalosti pojmu Burn out.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	51,67	51,67	51,67
ne	1,33	1,33	1,33

Tab. 7. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se znalosti pojmu *Burn out*.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	0,0344	0,0022	0,0538
ne	1,3333	0,0833	2,0833

$$\chi^2 = 3,5903$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{2} \quad \mathbf{5,9910}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 2. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

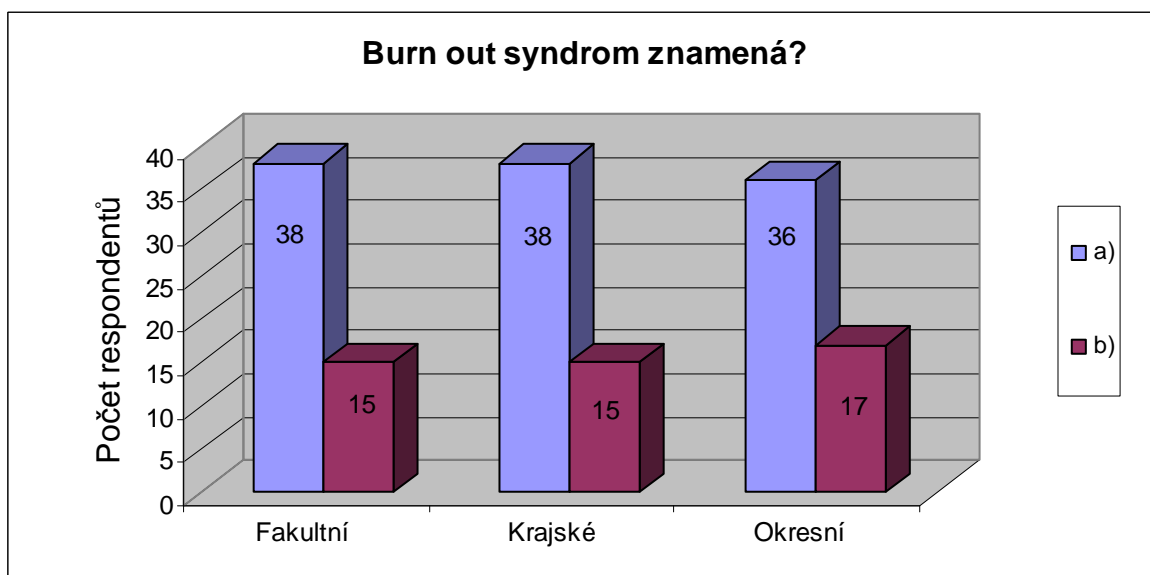
Otázka číslo 6:

Burn out syndrom znamená?

- a) správná odpověď
b) špatná nebo žádná odpověď

Tab. 8. Znalost významu pojmu Burn out.

Otázka č.6	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	38	38	36
b)	15	15	17
Celkem:	53	53	53



Graf 5. Význam pojmu Burn out.

Tab. 9. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se znalosti významu pojmu Burn out.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	37,33	37,33	37,33
c)	15,67	15,67	15,67

Tab. 10. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se znalosti významu pojmu *Burn out*.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0,0119	0,0119	0,0476
c)	0,0284	0,0284	0,1135

$$\chi^2 = 0,2416$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{2} \quad \mathbf{5,991}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 2. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

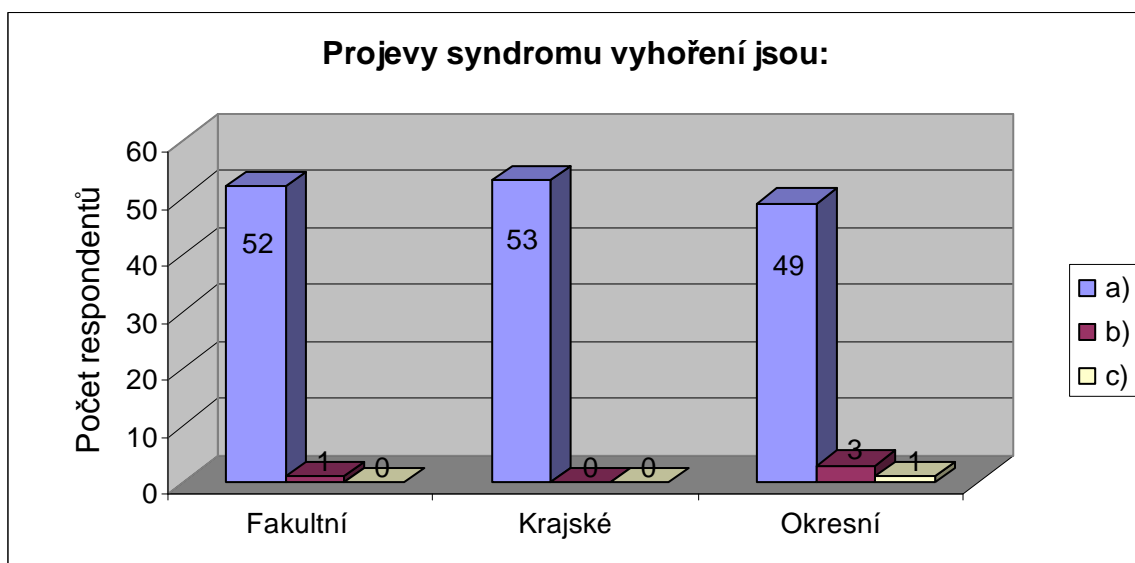
Otázka číslo 7:

Projevy syndromu vyhoření jsou:

- a) emoční zploštělost, pocity marnosti, utlumení empatie, ztráta motivace, únava, bolesti hlavy, konflikty s lidmi
- b) nesoustředěnost, pocity viny, fyzická poranění, odtažitost, úzkost, sebepoškozování
- c) pocity euforie, nesoustředěnost, poruchy smyslového vnímání

Tab. 11. Znalost projevů syndromu vyhoření.

Otázka č.7	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	52	53	49
b)	1	0	3
c)	0	0	1
Celkem:	53	53	53



Graf 6. Projevy Burn out.

Tab. 12. Tabulka očekávaných četností "O" vyjadřující znalost příznaků syndromu vyhoření.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	51,33	51,33	51,33
b)	1,33	1,33	1,33
c)	0,33	0,33	0,33

Tab. 13. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ vyjadřující znalost příznaků syndromu vyhoření.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0,0087	0,0541	0,1061
b)	0,0833	1,3333	2,0833
c)	0,3333	0,3333	1,3333

$$\chi^2 = 5,6688$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{4} \quad \mathbf{9,483}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

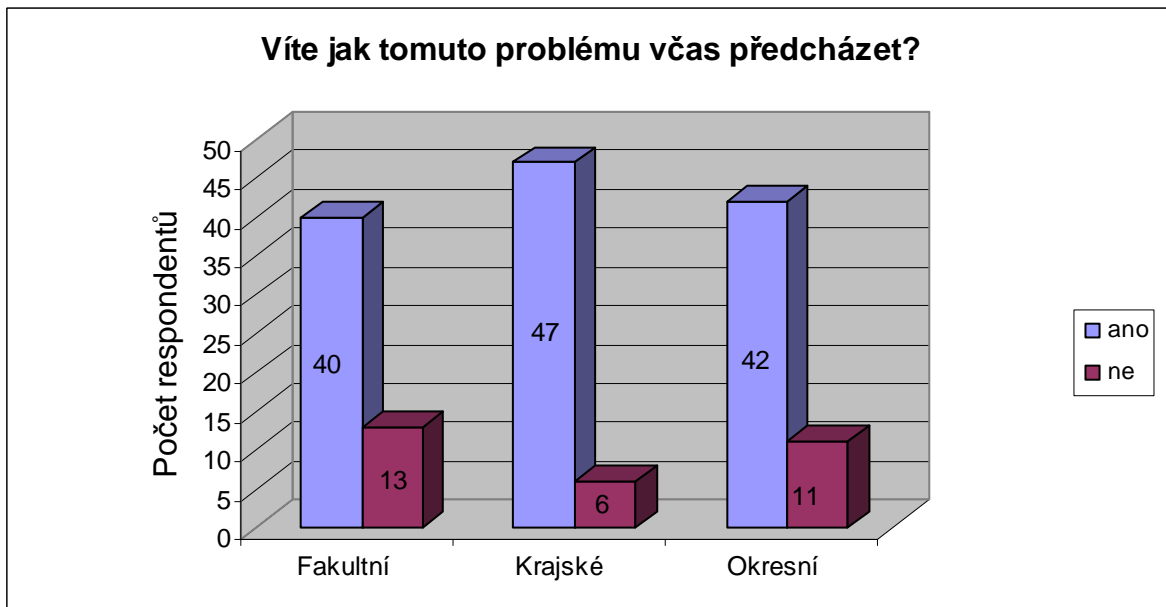
Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 8:

Víte jak tomuto problému včas předcházet?

Tab. 14. Znalost prevence syndromu vyhoření.

Otázka č.8	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	40	47	42
ne	13	6	11
Celkem:	53	53	53



Graf 7. Prevence syndromu vyhoření..

Tab. 15. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se znalosti prevence.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	43,00	43,00	43,00
ne	10,00	10,00	10,00

Tab. 16. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se znalosti prevence.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	0,2093	0,3721	0,0233
ne	0,9000	1,6000	0,1000

$\chi^2 = 3,2047$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti
 stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1)$ **2** **5,991**

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 2. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Celkové zhodnocení hypotézy číslo 1 k cíli číslo 1:

H01 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče mají dostatečné znalosti o problematice syndromu vyhoření.

HA1 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče nemají dostatečné znalosti o problematice syndromu vyhoření.

Otázka číslo 4 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 6 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 7 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 8 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Vypočítané hodnoty χ^2 jsou menší než hodnoty testovaného kritéria. To platí pro všechny otázky k této hypotéze. Přikláním se tedy k platnosti nulové hypotézy.

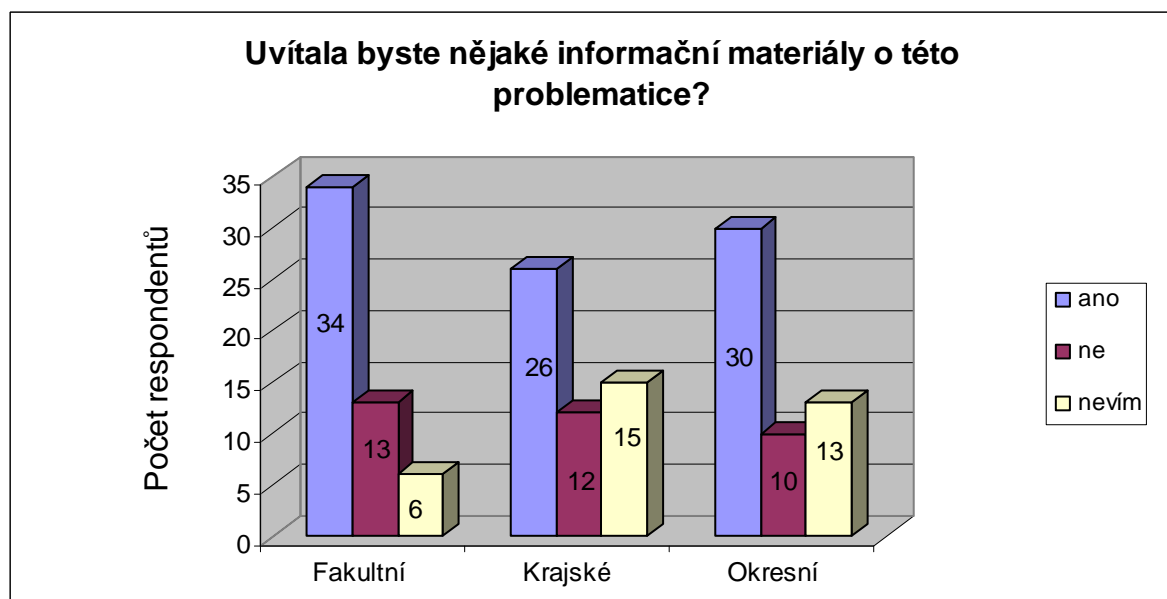
13.3 Hypotéza číslo 2

Otázka číslo 5:

Uvítala byste nějaké informační materiály o této problematice?

Tab. 17. Zájem respondentů o informační materiály.

Otázka č.5	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	34	26	30
ne	13	12	10
nevím	6	15	13
Celkem:	53	53	53



Graf 8. Informační materiály.

Tab. 18. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se zájmu o informační materiály.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	30,00	30,00	30,00
ne	11,67	11,67	11,67
nevím	11,33	11,33	11,33

Tab. 19. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se zájmu o informační materiály.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	0,5333	0,5333	0,0000
ne	0,1524	0,0095	0,2381
nevím	2,5098	1,1863	0,2451

$$\chi^2 = 5,4078$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{4} \quad \mathbf{9,483}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než stupeň testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

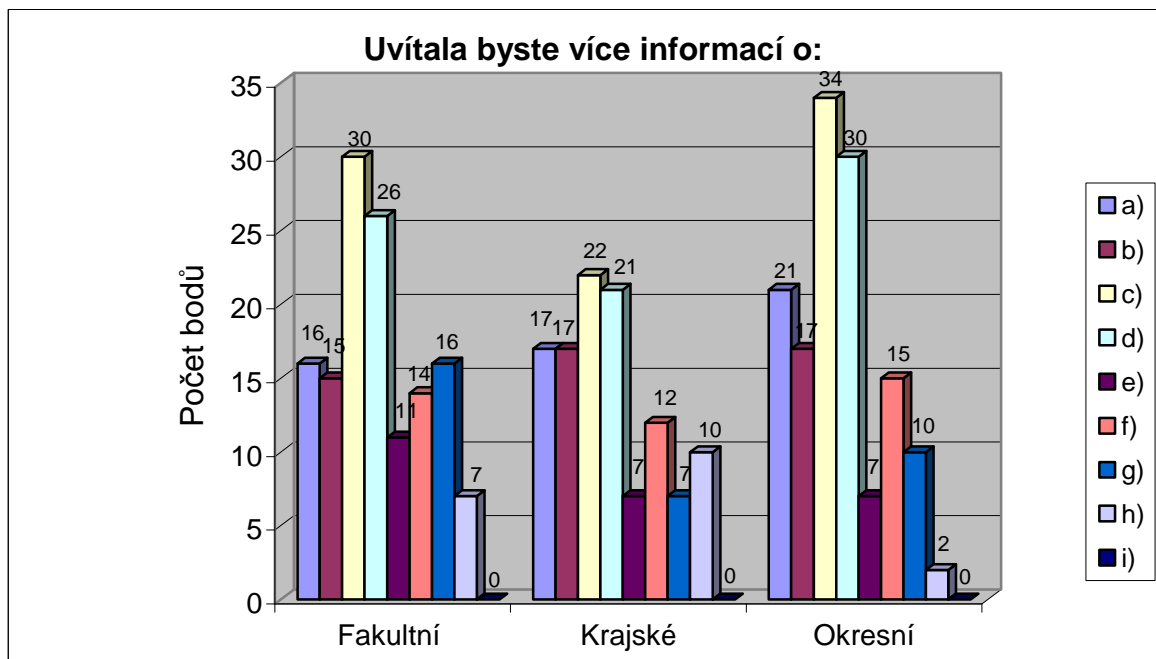
Otázka číslo 23:

Uvítala byste více informací o : (možnost označit více odpovědí)

- a) rizikových faktorech syndromu vyhoření
- b) projevech syndromu vyhoření
- c) léčbě syndromu vyhoření
- d) prevenci v oblasti výživy, spánku, aktivity, relaxačních technik
- e) supervizi a jejích možnostech
- f) psychoterapii
- g) Bálintovských skupinách (skupinová forma psychoterapie)
- h) poskytované informace Vám zcela vyhovují
- i) jiné:

Tab. 20. Zájem respondentů o další informace.

Otázka č.23	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	16	17	21
b)	15	17	17
c)	30	22	34
d)	26	21	30
e)	11	7	7
f)	14	12	15
g)	16	7	10
h)	7	10	2
i)	0	0	0
Celkem:	135	113	136



Graf 9. Zájem o další informace.

Tab. 21. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se zájmu o informace.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	18,98	15,89	19,13
b)	17,23	14,42	17,35
c)	30,23	25,31	30,46
d)	27,07	22,66	27,27
e)	8,79	7,36	8,85
f)	14,41	12,07	14,52
g)	11,60	9,71	11,69
h)	6,68	5,59	6,73
i)	0,00	0,00	0,00

Tab. 22. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se zájmu o informace.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0,4691	0,0774	0,1838
b)	0,2878	0,4619	0,0072
c)	0,0018	0,4322	0,4118
d)	0,0423	0,1214	0,2731
e)	0,5562	0,0173	0,3883
f)	0,0119	0,0004	0,0158
g)	1,6676	0,7568	0,2436
h)	0,0154	3,4766	3,3236
i)	0,0000	0,0000	0,0000

$$\chi^2 = 13,2434$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{14} \quad \mathbf{23,685}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

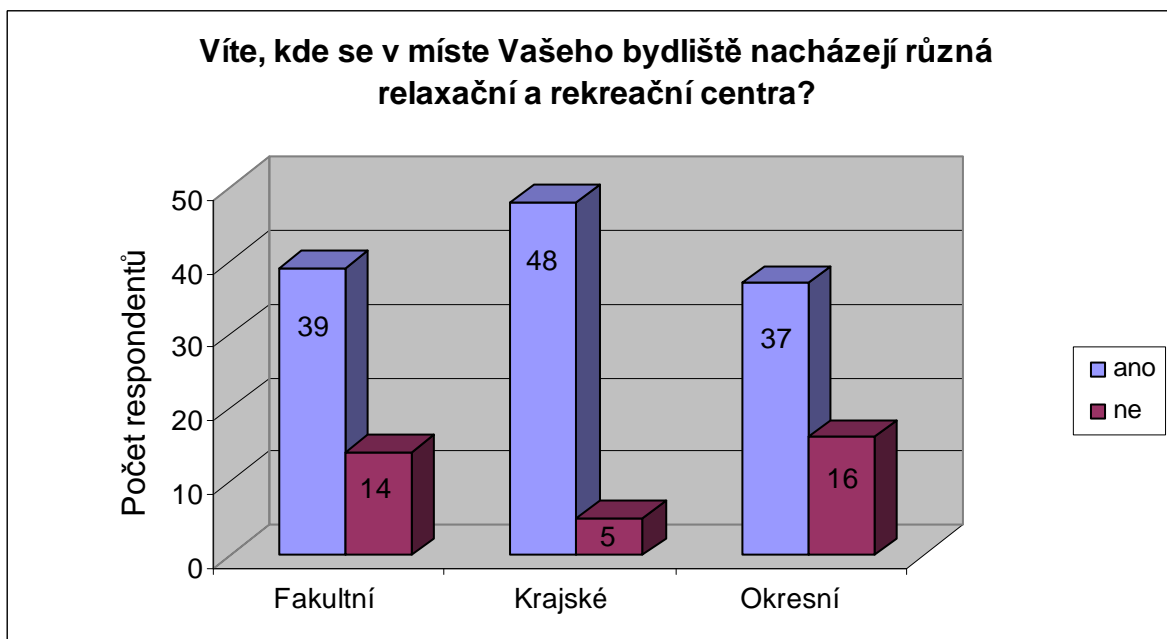
Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než stupeň testovaného kritéria pro stupeň volnosti 14. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 24:

Víte, kde se v místě Vašeho bydliště nachází různá relaxační a rekreační centra?

Tab. 23. Znalost ohledně umístění relaxačních a rekreačních center.

Otázka č.24	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	39	48	37
ne	14	5	16
Celkem:	53	53	53



Graf 10. Umístění relaxačních a rekreačních center.

Tab. 24. Tabulka očekávaných četností "O" ohledně znalosti umístění relaxačních a rekreačních center.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	41,33	41,33	41,33
ne	11,67	11,67	11,67

Tab. 25. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ ohledně znalosti umístění relaxačních a rekreačních center.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	0,1317	1,0753	0,4543
ne	0,4667	3,8095	1,6095

$$\chi^2 = 7,5470$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{2} \quad \mathbf{5,991}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

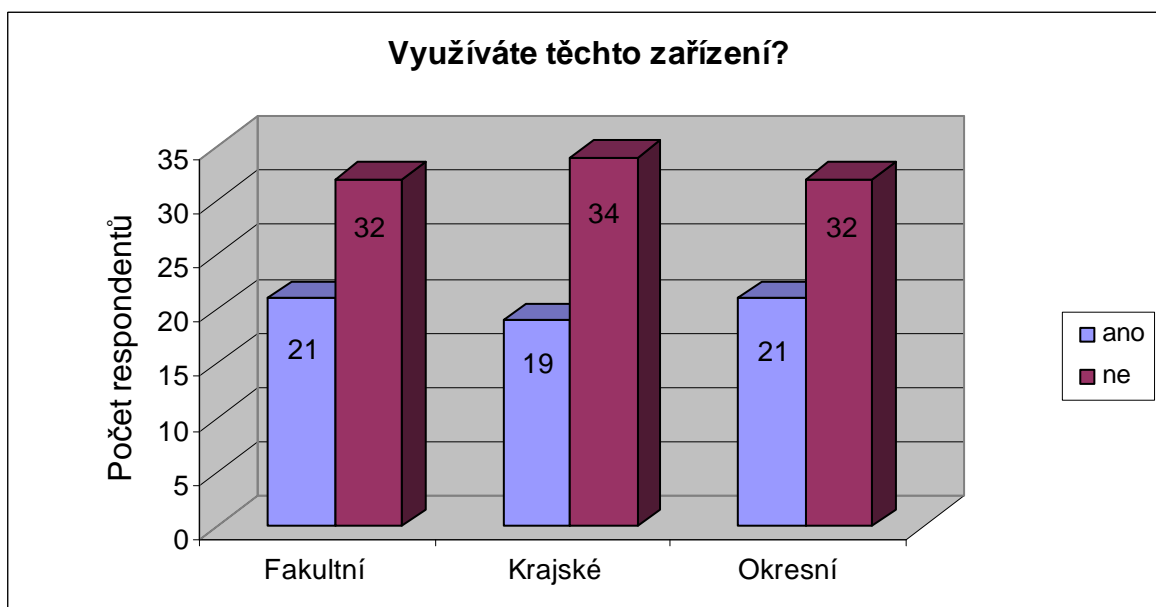
Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 2. Existuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti alternativní hypotézy.

Otázka číslo 25:

Využíváte těchto zařízení?

Tab. 26. Využití relaxačních a rekreačních zařízení.

Otázka č.25	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	21	19	21
ne	32	34	32
Celkem:	53	53	53



Graf 11. Využívání relaxačních a rekreačních zařízení.

Tab. 27. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se využití relaxačních a rekreačních zařízení.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	20,33	20,33	20,33
ne	32,67	32,67	32,67

Tab. 28. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se využití relaxačních a rekreačních zařízení.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	0,0219	0,0874	0,0219
ne	0,0136	0,0544	0,0136

$$\chi^2 = 0,2128$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad 2 \quad 5,991$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 2. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Celkové zhodnocení hypotézy číslo 2 k cíli číslo 1:

H02 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče mají zájem o prevenci syndromu vyhoření.

HA2 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče nemají zájem o prevenci syndromu vyhoření.

Otázka číslo 5 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 23 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 24 – přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

Otázka číslo 25 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Vypočítané hodnoty χ^2 jsou menší než hodnoty testovaného kritéria. To platí pro tři ze čtyř položek. Přikláním se tedy k platnosti nulové hypotézy.

13.4 Hypotéza číslo 3

Otázka číslo 9:

Za nejvíce zátěžový faktor v oboru intenzivní péče považujete? (možnost označit více odpovědí)

9a) psychické faktory:

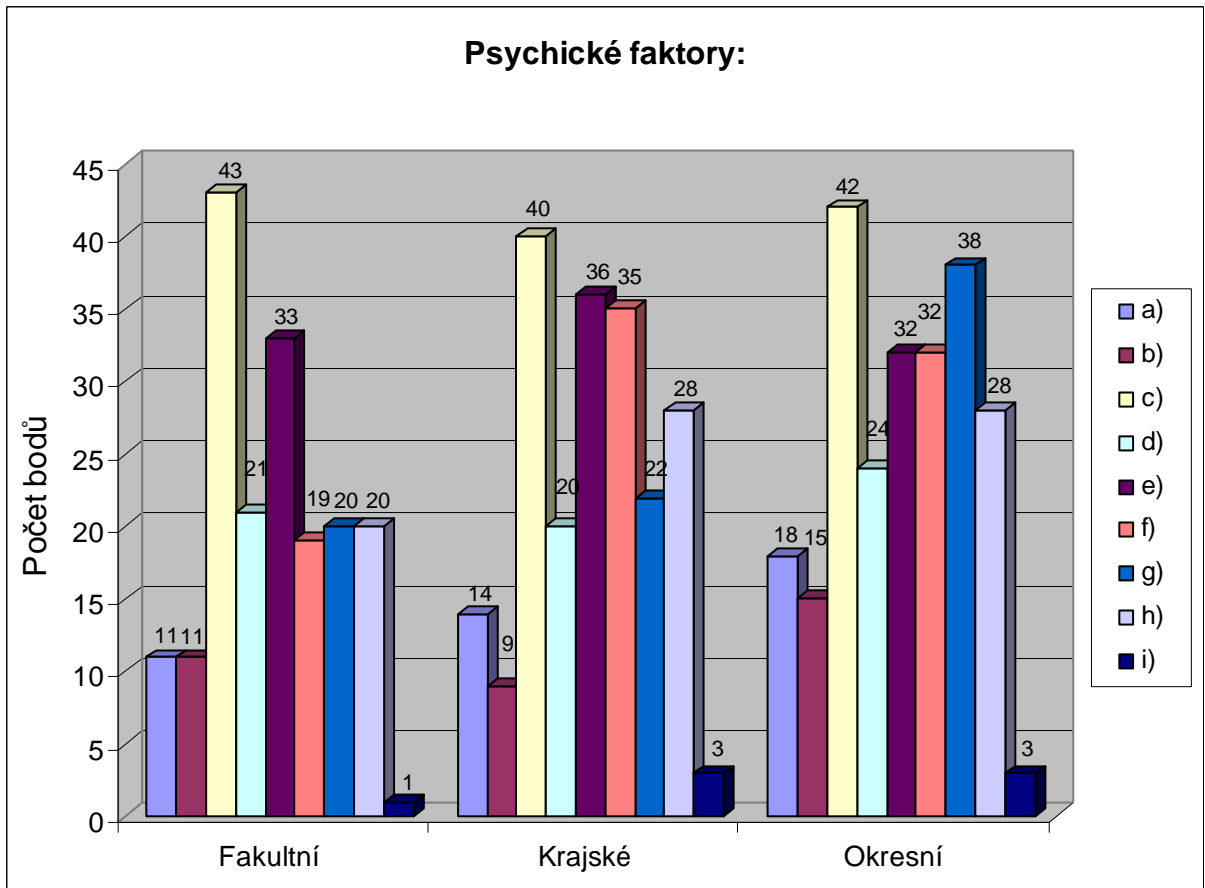
- a) po sestře jsou požadovány vysoce odborné znalosti
- b) sestra musí umět ovládat speciální přístroje
- c) stresové situace
- d) sestra musí mít schopnost rychle se rozhodnout
- e) vysoká odpovědnost za své jednání
- f) častá péče o klienty v těžkém, až kritickém stavu
- g) umírání a smrt klienta
- h) konflikty na pracovišti
- i) jiné:

Tab. 29. Četnost psychických zátěžových faktorů.

Otázka č.9a)	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	11	14	18
b)	11	9	15
c)	43	40	42
d)	21	20	24
e)	33	36	32
f)	19	35	32
g)	20	22	38
h)	20	28	28
i)	1	3	3
Celkem:	179	207	232

Tab. 30. Tabulka k otázce 9a vyjadřující četnost odpovědí k možnosti jiné.

Otázka 9a) odpověď jiné:	Fakultní	Krajské	Okresní
chaotická péče	1		
komunikace lékař / sestra podceňování		1	
nevzdělanost personálu		1	
stereotypní práce		1	
nedoceno			1
stále více odpovědnosti a žádné ocenění			2
CELKEM:	1	3	3



Graf 12. Psychické faktory.

Tab. 31. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se psychických zátěžových faktorů.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	12,45	14,40	16,14
b)	10,14	11,72	13,14
c)	36,21	41,87	46,93
d)	18,83	21,77	24,40
e)	29,25	33,83	37,92
f)	24,91	28,81	32,28
g)	23,17	26,80	30,03
h)	22,01	25,46	28,53
i)	2,03	2,34	2,63

Tab. 32. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se psychických zátěžových faktorů.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0,1699	0,0113	0,2138
b)	0,0734	0,6326	0,2635
c)	1,2751	0,0834	0,5170
d)	0,2508	0,1442	0,0066
e)	0,4797	0,1392	0,9230
f)	1,4019	1,3319	0,0025
g)	0,4341	0,8584	2,1138
h)	0,1841	0,2542	0,0099
i)	0,5207	0,1832	0,0527

$$\chi^2 = 12,5310$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{16} \quad \mathbf{26,296}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 16. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

9b) fyzické faktory:

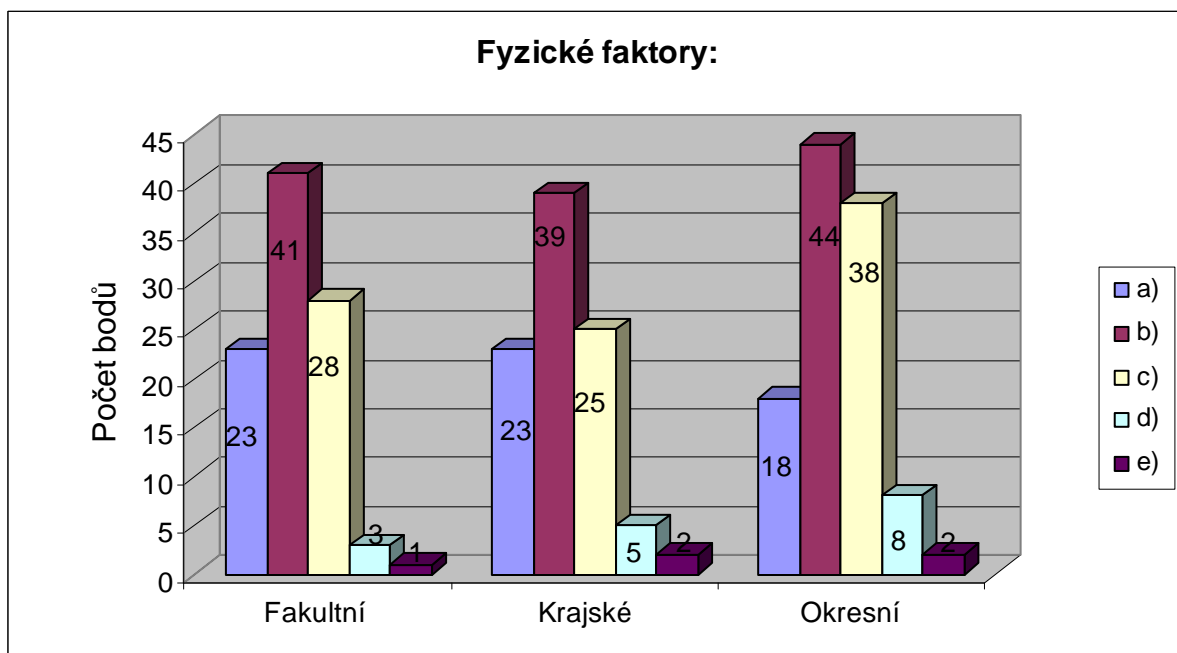
- a) práce na směny
- b) nedostatek zdravotnického personálu a práce přesčas
- c) manipulace s nepohyblivými klienty
- d) dodržování standardních postupů
- e) jiné:

Tab. 33. Četnost fyzických zátěžových faktorů.

Otázka č.9b)	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	23	23	18
b)	41	39	44
c)	28	25	38
d)	3	5	8
e)	1	2	2
Celkem:	96	94	110

Tab. 34. Tabulka k otázce 9b vyjadřující četnost odpovědí k možnosti jiné.

Otázka 9b) odpověď jiné:	Fakultní	Krajské	Okresní
administrativa	1		
nedostatek pomůcek		2	
polohování klientů bez zřízence			1
polohování klientů, kteří to neocení			1
CELKEM:	1	2	2



Graf 13. Fyzické faktory.

Tab. 35. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se fyzických zátěžových faktorů.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	20,48	20,05	23,47
b)	39,68	38,85	45,47
c)	29,12	28,51	33,37
d)	5,12	5,01	5,87
e)	1,60	1,57	1,83

Tab. 36. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se fyzických zátěžových faktorů.

x^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0,3101	0,4330	1,2735
b)	0,0439	0,0006	0,0473
c)	0,0431	0,4329	0,6434
d)	0,8778	0,0000	0,7758
e)	0,2250	0,1199	0,0152

$$x^2 = 5,2413$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{8} \quad \mathbf{15,507}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 8. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

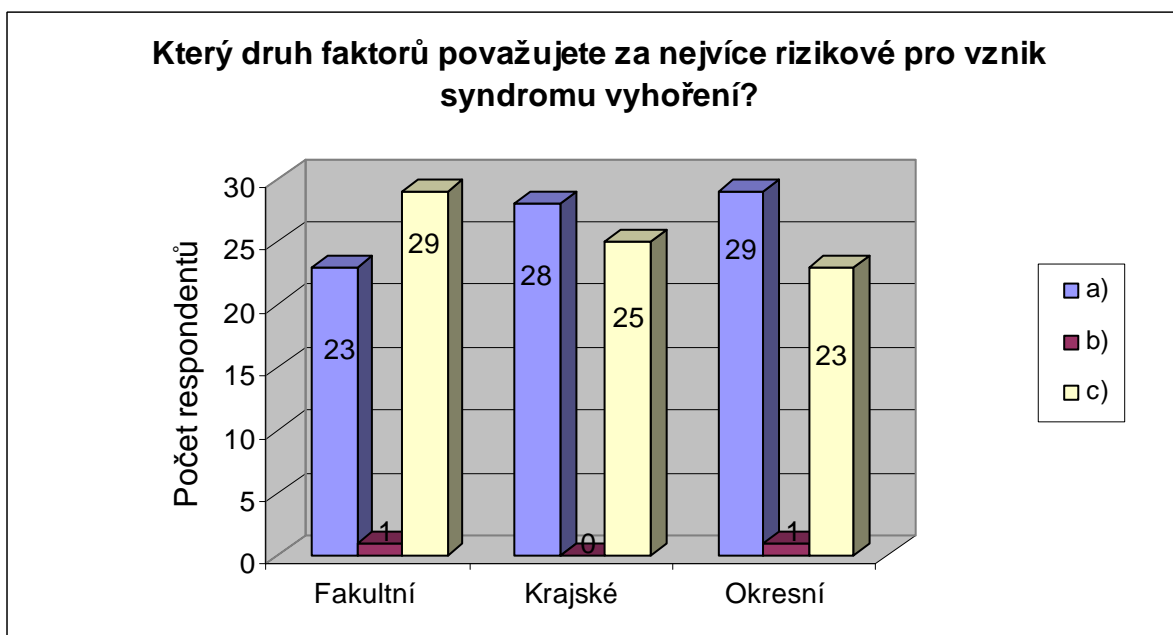
Otázka číslo 10:

Který druh faktorů považujete za nejvíce rizikové pro vznik syndromu vyhoření?

- a) psychické faktory
- b) fyzické faktory
- c) obojí

Tab. 37. Rizikovitost zátěžových faktorů.

Otázka č.10	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	23	28	29
b)	1	0	1
c)	29	25	23
Celkem:	53	53	53



Graf 14. Druhy rizikových faktorů.

Tab. 38. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se rizikivosti zátěžových faktorů.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	26,67	26,67	26,67
b)	0,67	0,67	0,67
c)	25,67	25,67	25,67

Tab. 39. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se rizikivosti zátěžových faktorů.

x^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0,5042	0,0667	0,2042
b)	0,1667	0,6667	0,1667
c)	0,4329	0,0173	0,2771

$$x^2 = 2,5023$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{4} \quad \mathbf{9,483}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

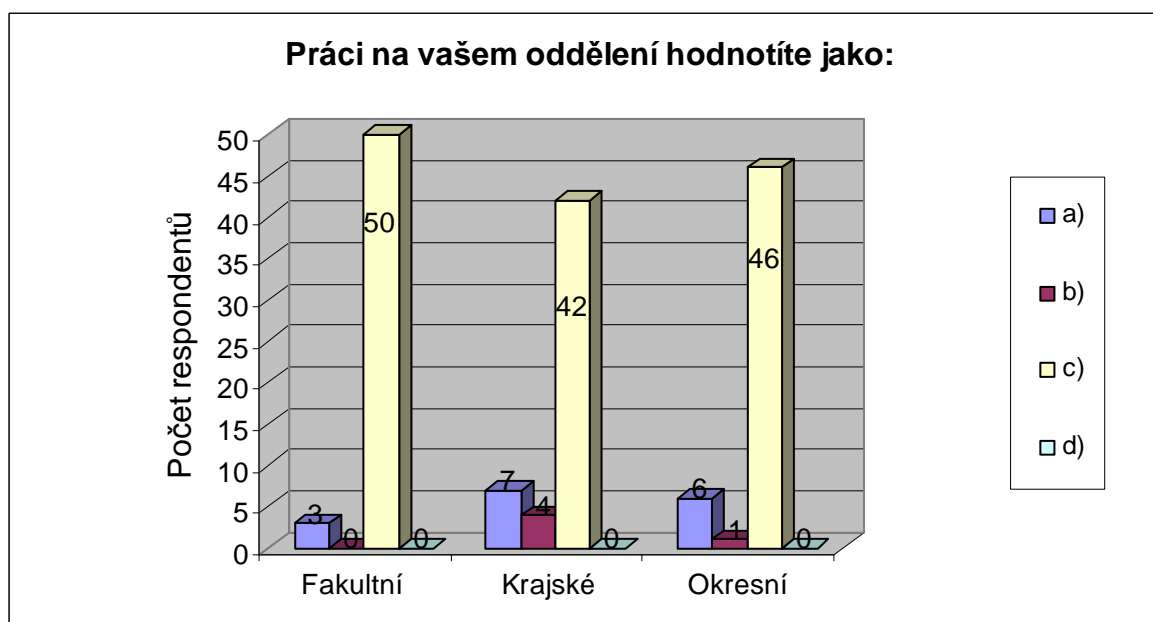
Otázka číslo 11:

Práci na vašem oddělení hodnotíte jako:

- a) psychicky náročnou
- b) fyzicky náročnou
- c) psychicky i fyzicky náročnou
- d) nenáročnou

Tab. 40. Hodnocení náročnosti práce.

Otázka č.11	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	3	7	6
b)	0	4	1
c)	50	42	46
d)	0	0	0
Celkem:	53	53	53



Graf 15. Náročnost práce.

Tab. 41. Tabulka očekávaných četností "O" ohledně hodnocení náročnosti práce.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	5,33	5,33	5,33
b)	1,67	1,67	1,67
c)	46,00	46,00	46,00
d)	0,00	0,00	0,00

Tab. 42. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ ohledně hodnocení náročnosti práce.

x^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	1,0208	0,5208	0,0833
b)	1,6667	3,2667	0,2667
c)	0,3478	0,3478	0,0000
d)	0,0000	0,0000	0,0000

$$x^2 = 7,5207$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{4} \quad \mathbf{9,483}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

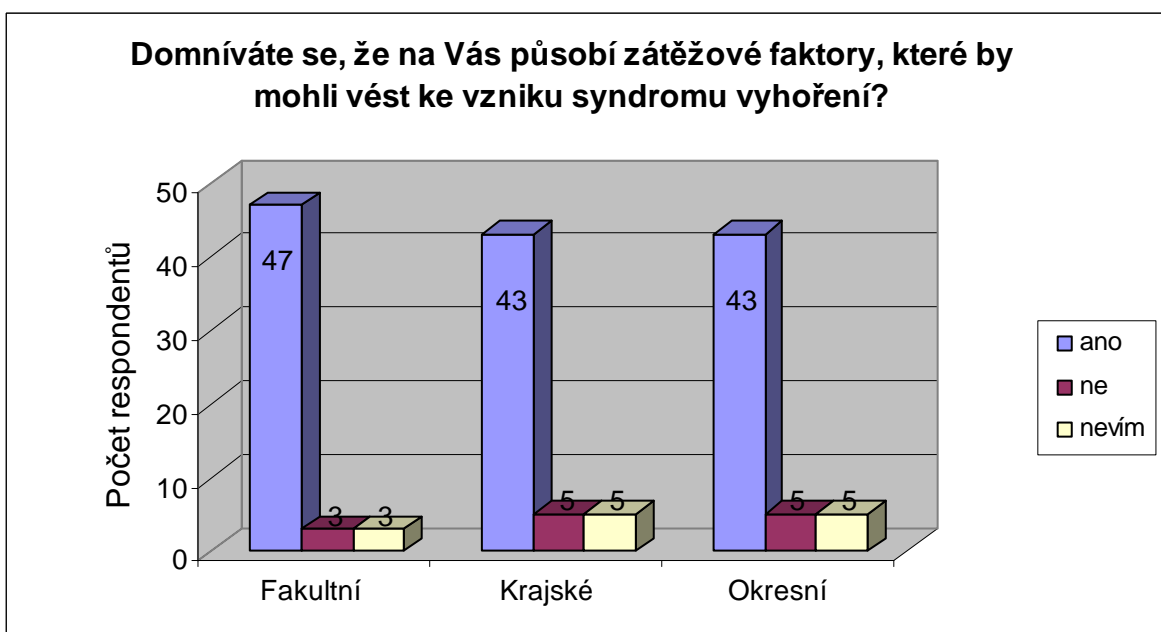
Vypočítaná hodnota x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 12:

Domníváte se, že na Vás působí zátěžové faktory, které by mohli vést ke vzniku syndromu vyhoření?

Tab. 43. Působení zátěžových faktorů.

Otázka č.12	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	47	43	43
ne	3	5	5
nevím	3	5	5
Celkem:	53	53	53



Graf 16. Náročnost práce.

Tab. 44. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se působení zátěžových faktorů.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	44,33	44,33	44,33
ne	4,33	4,33	4,33
nevím	4,33	4,33	4,33

Tab. 45. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se působení zátěžových faktorů.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	0,1604	0,0401	0,0401
ne	0,4103	0,1026	0,1026
nevím	0,4103	0,1026	0,1026

$$\chi^2 = 1,4714$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{4} \quad \mathbf{9,483}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Celkové zhodnocení hypotézy číslo 3 k cíli číslo 2:

H03 – Na vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících na oddělení intenzivní péče se podílejí především psychické zátěžové faktory.

HA3 - Na vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících na oddělení intenzivní péče se nepodílejí psychické zátěžové faktory.

Otázka číslo 9a – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 9b – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 10 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 11 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 12 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Vypočítané hodnoty χ^2 jsou menší než hodnoty testovaného kritéria. To platí pro všechny otázky k této hypotéze. Přikláním se tedy k platnosti nulové hypotézy.

13.5 Hypotéza číslo 4

Otázka číslo 13:

Které oddělení intenzivní péče dle Vašeho názoru považujete za nejvíce rizikové v rámci syndromu vyhoření?

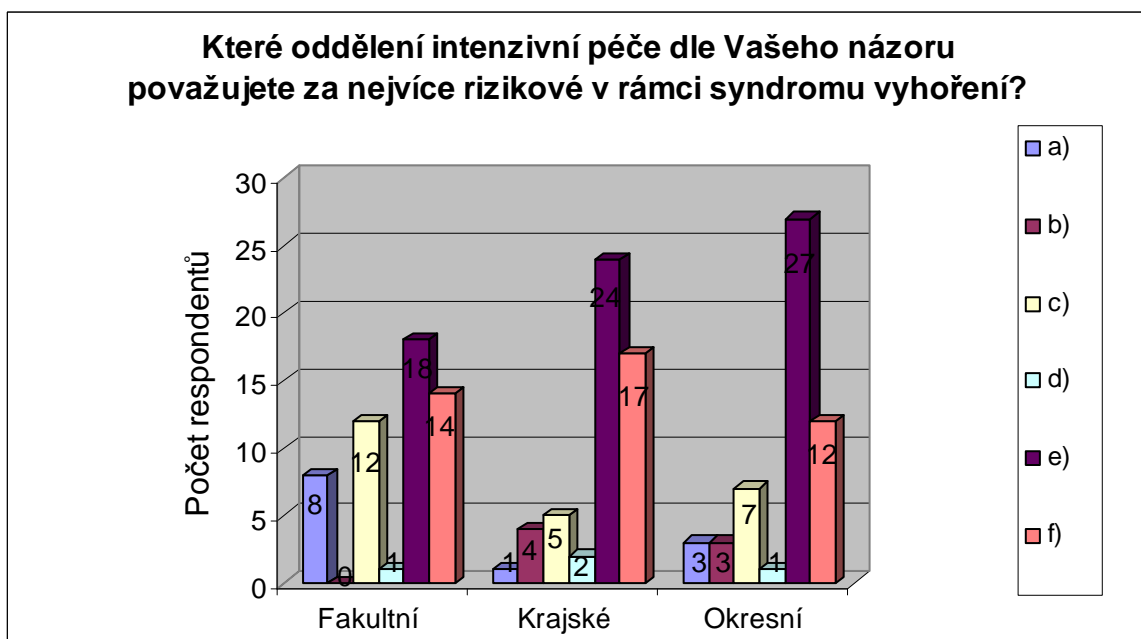
- a) interní JIP
- b) chirurgická JIP
- c) dětská JIP
- d) neurologická JIP
- e) ARO
- f) jiné:

Tab. 46. Rizikovost oddělení intenzivní péče.

Otázka č.13	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	8	1	3
b)	0	4	3
c)	12	5	7
d)	1	2	1
e)	18	24	27
f)	14	17	12
Celkem:	53	53	53

Tab. 47. Tabulka k otázce 13, možnost jiné.

Otázka 13 odpověď jiné:	Fakultní	Krajské	Okresní
LDN	1	1	3
gerontologická JIP		1	
onkologie	2		
všechny	11	15	9
CELKEM:	14	17	12



Graf 17. Rizikovost pracoviště.

Tab. 48. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se rizikovosti oddělení intenzivní péče.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	4,00	4,00	4,00
b)	2,33	2,33	2,33
c)	8,00	8,00	8,00
d)	1,33	1,33	1,33
e)	23,00	23,00	23,00
f)	14,33	14,33	14,33

Tab. 49. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se rizikovosti oddělení intenzivní péče.

x^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	4,0000	2,2500	0,2500
b)	2,3333	1,1905	0,1905
c)	2,0000	1,1250	0,1250
d)	0,0833	0,3333	0,0833
e)	1,0870	0,0435	0,6957
f)	0,0078	0,4961	0,3798

$$x^2 = 16,6741$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{10} \quad \mathbf{18,307}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota x^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 10. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 14:

Z jakého důvodu jste vybrala toto oddělení za nejvíce rizikové pracoviště? (možnost označit více odpovědí)

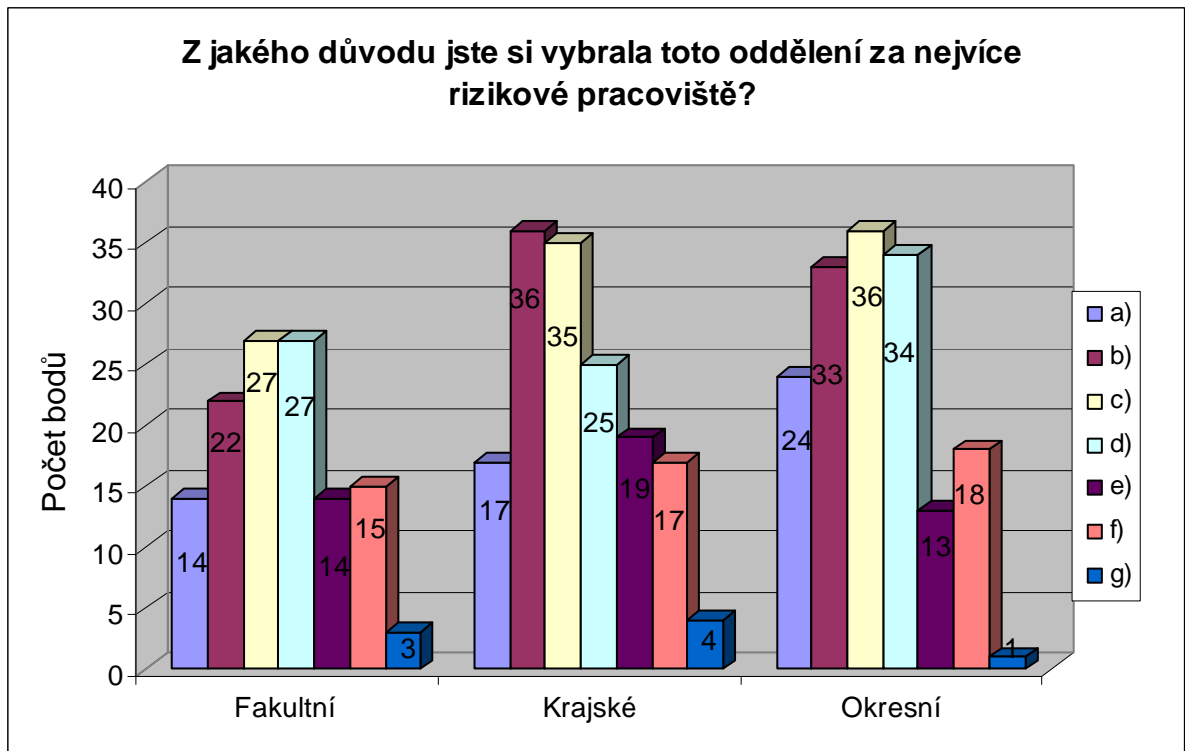
- a) na tomto oddělení je požadována vysoká odbornost zdravotních sester
- b) sestra zde má velkou odpovědnost za své jednání a musí se umět rychle rozhodnout
- c) léčí se zde pacienti ve velmi těžkých stavech
- d) sestra se zde často setkává s umíráním a smrtí
- e) na tomto oddělení je nedostatek personálu
- f) sestry jsou zde unavené a vyčerpané
- g) jiné:

Tab. 50. Důvod výběru rizikového oddělení.

Otázka č.14	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	14	17	24
b)	22	36	33
c)	27	35	36
d)	27	25	34
e)	14	19	13
f)	15	17	18
g)	3	4	1
Celkem:	122	153	159

Tab. 51. Tabulka k otázce 14, možnost jiné.

Otázka 14 odpověď jiné:	Fakultní	Krajské	Okresní
pohled na děti v těžkém stavu	2		
psychicky náročné	1		
pacienti jsou hospitalizováni velmi dlouho			1
stereotypní práce			1
nejsou vidět úspěchy v léčbě			2
na všech odděleních je specifická náročnost			
CELKEM:	3	4	1



Graf 18. Důvod výběru rizikového oddělení.

Tab. 52. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se důvodu výběru rizikového oddělení.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	15,46	19,39	20,15
b)	25,58	32,08	33,34
c)	27,55	34,55	35,90
d)	24,18	30,32	31,51
e)	12,93	16,22	16,85
f)	14,06	17,63	18,32
g)	2,25	2,82	2,93

Tab. 53. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se důvodu výběru rizikového oddělení.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0,1380	0,2945	0,7357
b)	0,5012	0,4788	0,0034
c)	0,0109	0,0059	0,0003
d)	0,3301	0,9328	0,1973
e)	0,0884	0,4777	0,8807
f)	0,0635	0,0223	0,0055
g)	0,2509	0,4935	1,2721

$$\chi^2 = 7,1835$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{12} \quad \mathbf{21,026}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

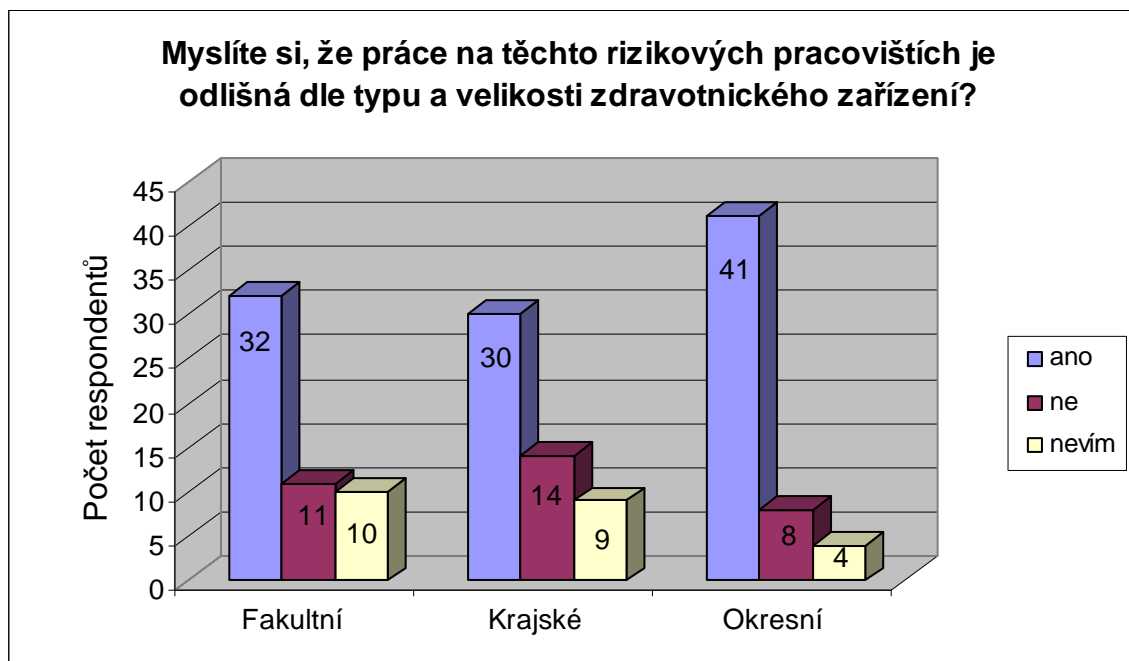
Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 12. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 15:

Myslíte si, že práce na těchto rizikových pracovištích je odlišná dle typu a velikosti zdravotnického zařízení?

Tab. 54. Odlišnost práce dle typu zařízení.

Otázka č.15	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	32	30	41
ne	11	14	8
nevím	10	9	4
Celkem:	53	53	53



Graf 19. Odlišnost práce dle typu a velikosti zdravotnického zařízení.

Tab. 55. Tabulka očekávaných četností "O" ohledně odlišnosti práce dle typu zařízení.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	34,33	34,33	34,33
ne	11,00	11,00	11,00
nevím	7,67	7,67	7,67

Tab. 56. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ ohledně odlišnosti práce dle typu zařízení.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	0,1586	0,5469	1,2945
ne	0,0000	0,8182	0,8182
nevím	0,7101	0,2319	1,7536

$\chi^2 = 6,3320$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti
 stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1)$ **4** **9,483**

r - počet řádků

s - počet sloupců

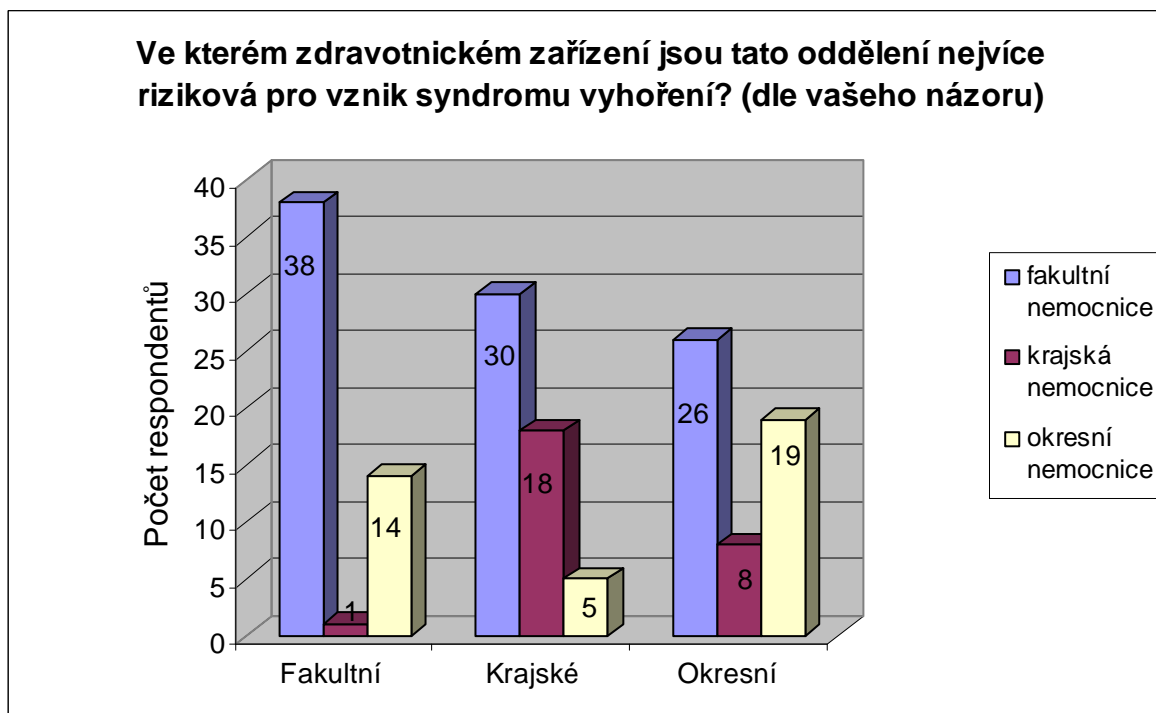
Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 16:

Ve kterém typu zdravotnického zařízení jsou tato oddělení nejvíce riziková pro vznik syndromu vyhoření? (dle vašeho názoru)

Tab. 57. Rizikovost oddělení dle typu zařízení.

Otázka č.16	Fakultní	Krajské	Okresní
fakultní nemocnice	38	30	26
krajská nemocnice	1	18	8
okresní nemocnice	14	5	19
Celkem:	53	53	53



Graf 20. Riziková pracoviště.

Tab. 58. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se rizikovosti oddělení dle typu zařízení.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
fakultní nemocnice	31,33	31,33	31,33
krajská nemocnice	9,00	9,00	9,00
okresní nemocnice	12,67	12,67	12,67

Tab. 59. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se rizikovosti oddělení dle typu zařízení.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
fakultní nemocnice	1,4184	0,0567	0,9078
krajská nemocnice	7,1111	9,0000	0,1111
okresní nemocnice	0,1404	4,6404	3,1667

$$\chi^2 = 26,5526$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{4} \quad \mathbf{9,483}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Existuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti alternativní hypotézy.

Celkové zhodnocení hypotézy číslo 4 k cíli číslo 3:

H04 – Sestry v oboru intenzivní péče považují za nejvíce rizikové pracoviště Anesteziologicko resuscitační oddělení.

HA4 – Sestry v oboru intenzivní péče nepovažují za nejvíce rizikové pracoviště Anesteziologicko resuscitační oddělení.

Otázka číslo 13 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 14 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 15 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 16 – přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

Vypočítané hodnoty χ^2 jsou menší než hodnoty testovaného kritéria. To platí pro tři ze čtyř položek. Přikláním se tedy k platnosti nulové hypotézy.

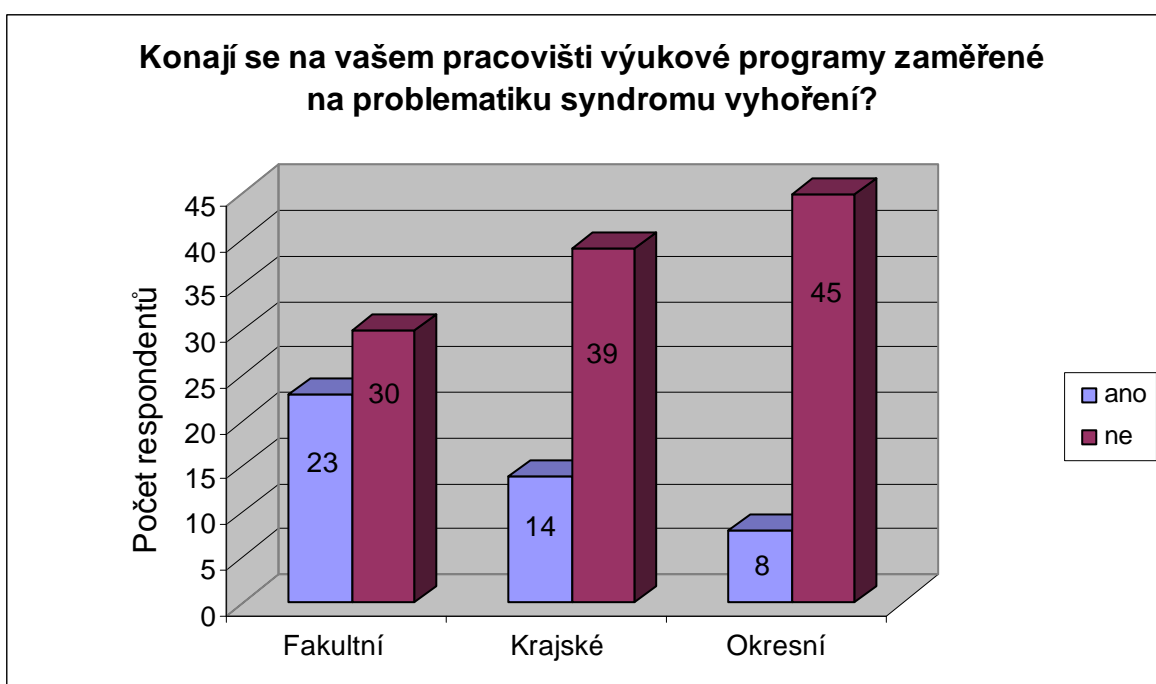
13.6 Hypotéza číslo 5

Otázka číslo 17:

Konají se na vašem pracovišti výukové programy zaměřené na problematiku syndromu vyhoření?

Tab. 60. Konání výukových programů.

Otázka č.17	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	23	14	8
ne	30	39	45
Celkem:	53	53	53



Graf 21: Konání výukových programů.

Tab. 61. Tabulka očekávaných četností "O" ohledně konání výukových programů.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	15,00	15,00	15,00
ne	38,00	38,00	38,00

Tab. 62. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ ohledně konání výukových programů.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	4,2667	0,0667	3,2667
ne	1,6842	0,0263	1,2895

$$\chi^2 = 10,6000$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad 2 \quad 5,991$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 2. Existuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti alternativní hypotézy.

U otázek číslo 18, 19, 20 je jiný počet respondentů z důvodu filtrační otázky číslo 17. Respondenti, kteří v otázce číslo 17 odpověděli ne, nevyplňovali další uvedené otázky.

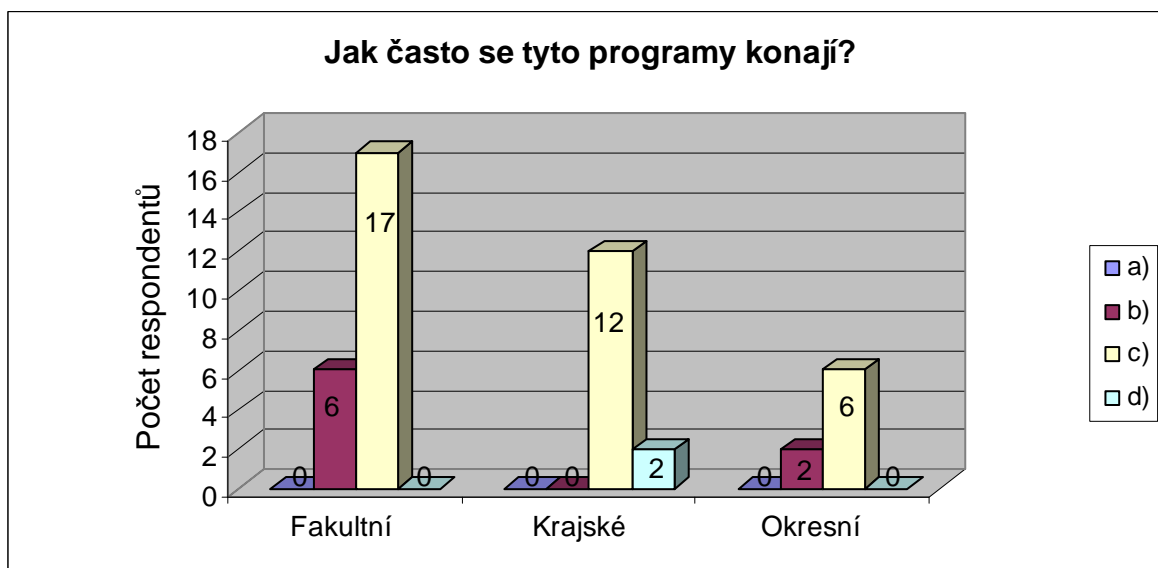
Otázka číslo 18:

Jak často se tyto programy konají?

- a) více jak jednou za 2 měsíce
- b) méně jak dvakrát za půl roku
- c) méně jak dvakrát ročně
- d) více jak dvakrát ročně

Tab. 63. Frekvence konání výukových programů.

Otázka č.18	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0	0	0
b)	6	0	2
c)	17	12	6
d)	0	2	0
Celkem:	23	14	8



Graf 22. Frekvence konání výukových programů.

Tab. 64. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se frekvence konání výukových programů.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0,00	0,00	0,00
b)	4,09	2,49	1,42
c)	17,89	10,89	6,22
d)	1,02	0,62	0,36

Tab. 65. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k týkající se frekvence konání výukových programů.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0,0000	0,0000	0,0000
b)	0,8932	2,4889	0,2347
c)	0,0442	0,1134	0,0079
d)	1,0222	3,0508	0,3556

$\chi^2 = 8,2109$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti
 stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1)$ **4** **9,483**

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

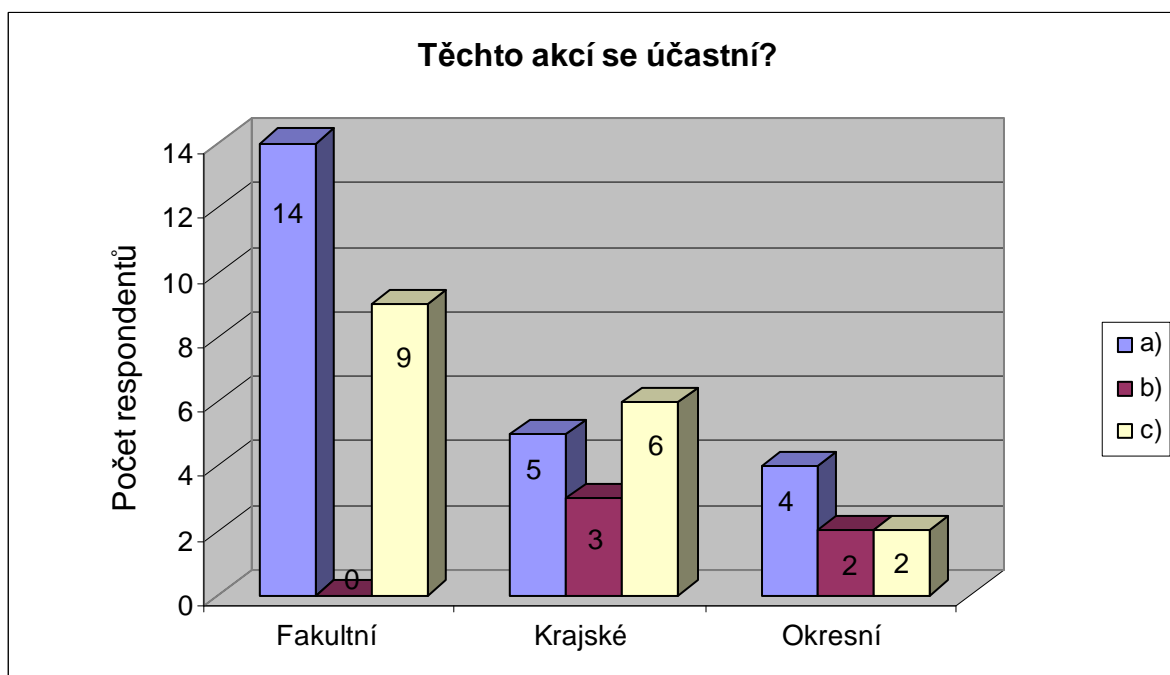
Otázka číslo 19:

Těchto akcí se účastní:

- a) pouze zaměstnanci nemocnice
- b) zdravotnický personál i z jiných zdravotnických zařízení
- c) obojí

Tab. 66. Účastníci výukových programů.

Otázka č.19	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	14	5	4
b)	0	3	2
c)	9	6	2
Celkem:	23	14	8



Graf 23. Kdo se účastní výukových akcí.

Tab. 67. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se účastníků programů.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	15,00	15,00	15,00
ne	38,00	38,00	38,00

Tab. 68. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se účastníků programů.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	4,2667	0,0667	3,2667
ne	1,6842	0,0263	1,2895

$\chi^2 = 6,8180$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti
 stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1)$ 4 9,483

r - počet řádků

s - počet sloupců

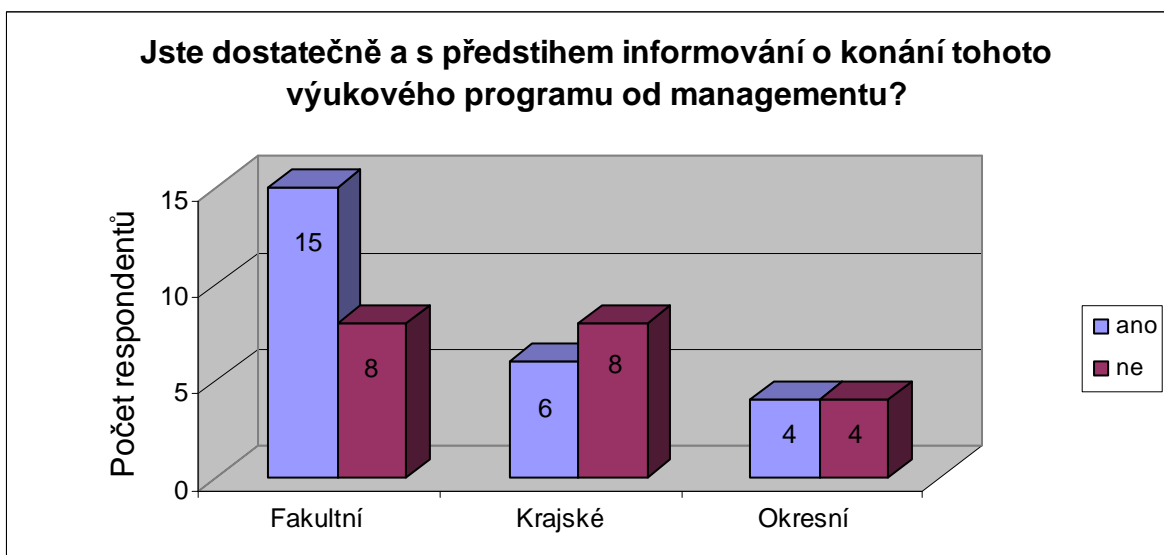
Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 20:

Jste dostatečně a s předstihem informování o konání tohoto výukového programu od managementu?

Tab. 69. Informovanost o konání výukových programů.

Otázka č.20	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	15	6	4
ne	8	8	4
Celkem:	23	14	8



Graf 24. Informovanost o konání výukových akcí.

Tab. 70. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se informovanosti o konání výukových programů.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	12,78	7,78	4,44
ne	10,22	6,22	3,56

Tab. 71. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se informovanosti o konání výukových programů.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	0,3865	0,4063	0,0444
ne	0,4831	0,5079	0,0556

$$\chi^2 = 1,8839$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{2} \quad \mathbf{5,991}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 2. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

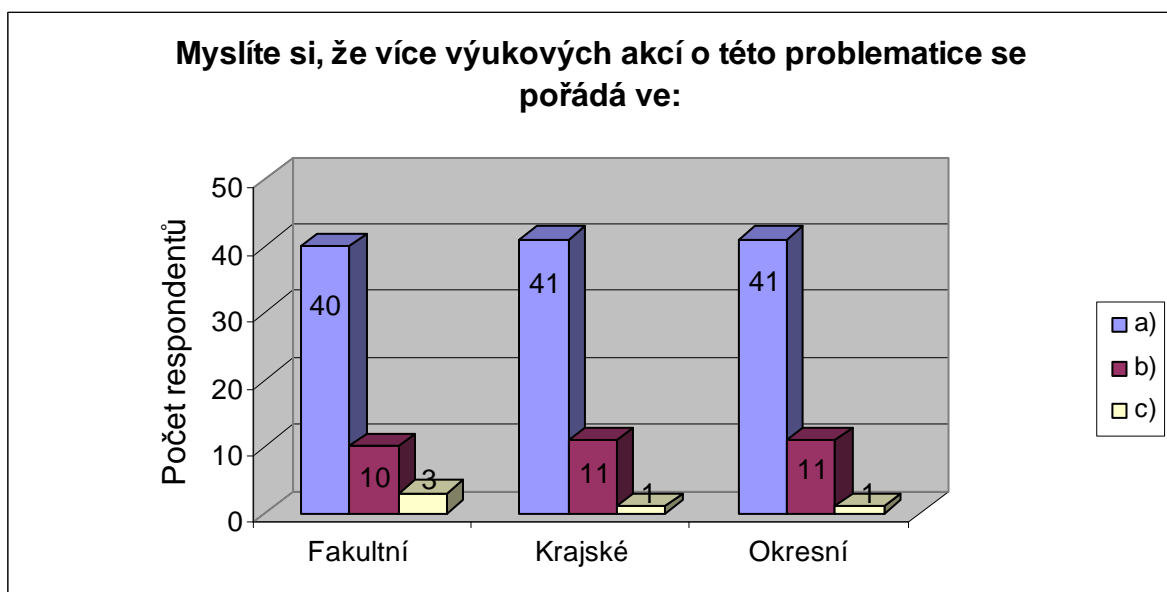
Otázka číslo 21:

Myslíte si, že více výukových akcí o této problematice se pořádá ve:

- a) fakultních nemocnicích
- b) krajských nemocnicích
- c) okresních nemocnicích

Tab. 72. Četnost konání výukových akcí dle typu zařízení.

Otázka č.21	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	40	41	41
b)	10	11	11
c)	3	1	1
Celkem:	53	53	53



Graf 25. Četnost konání výukových akcí.

Tab. 73. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se četnosti konání výukových akcí dle typu zařízení.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	40,67	40,67	40,67
b)	10,67	10,67	10,67
c)	1,67	1,67	1,67

Tab. 74. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se četnosti konání výukových akcí dle typu zařízení.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
a)	0,0109	0,0027	0,0027
b)	0,0417	0,0104	0,0104
c)	1,0667	0,2667	0,2667

$$\chi^2 = 1,6789$$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

$$\text{stupňů volnosti } f = (r - 1) * (s - 1) \quad \mathbf{4} \quad \mathbf{9,483}$$

r - počet řádků

s - počet sloupců

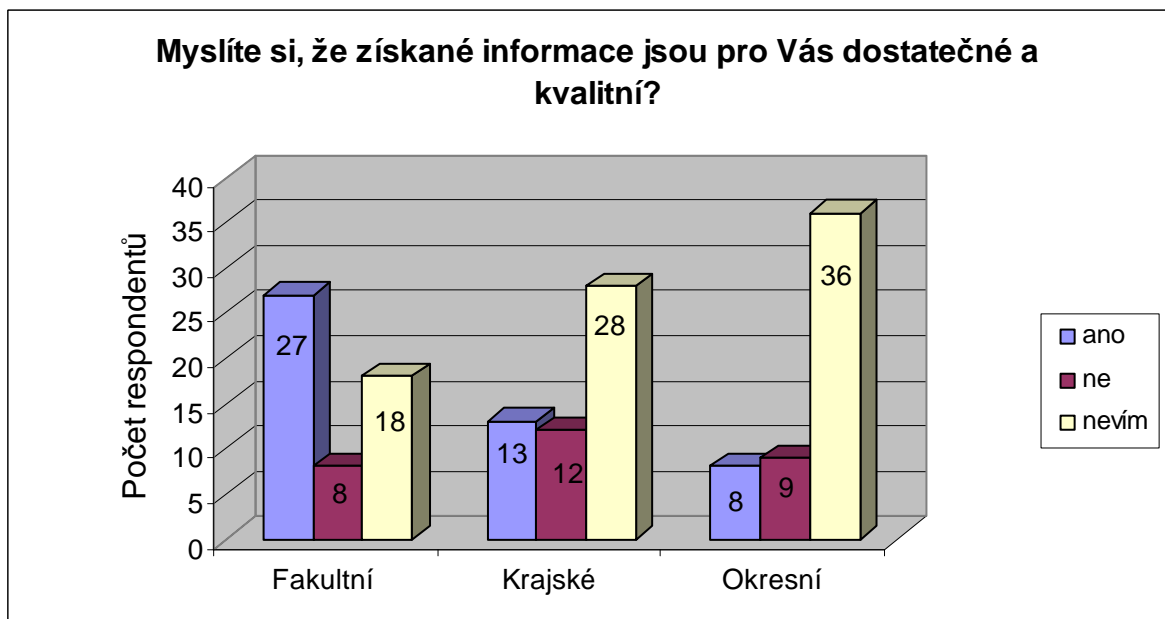
Vypočítaná hodnota χ^2 je menší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 22:

Myslíte si, že získané informace jsou pro Vás dostatečné a kvalitní?

Tab. 75. Kvalita získaných informací.

Otázka č.22	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	27	13	8
ne	8	12	9
nevím	18	28	36
Celkem:	23	14	8



Graf 26. Kvalita získaných informací.

Tab. 76. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se kvality získaných informací.

"O"	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	16,00	16,00	16,00
ne	9,67	9,67	9,67
nevím	27,33	27,33	27,33

Tab. 77. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se kvality získaných informací.

χ^2	Fakultní	Krajské	Okresní
ano	7,5625	0,5625	4,0000
ne	0,2874	0,5632	0,0460
nevím	3,1870	0,0163	2,7480

$\chi^2 = 18,9728$ tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti $f = (r - 1) * (s - 1)$ **4** **9,483**

r - počet řádků

s - počet sloupců

Vypočítaná hodnota χ^2 je větší než hodnota testovaného kritéria pro stupeň volnosti 4. Existuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláním k platnosti alternativní hypotézy.

Celkové zhodnocení hypotézy číslo 5 k cíli číslo 4:

H05 – Ve fakultních a krajských nemocnicích mají sestry větší možnost účastnit se výukových programů o problematice syndromu vyhoření, než sestry v okresních nemocnicích.

HA5 – Nebude významný rozdíl v zastoupení výukových programů na téma syndrom vyhoření v jednotlivých typech nemocničních zařízení.

Otázka číslo 17 – přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

Otázka číslo 18 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 19 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 20 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 21 – přikláním se k platnosti nulové hypotézy.

Otázka číslo 22 – přikláním se k platnosti alternativní hypotézy.

Vypočítané hodnoty χ^2 jsou menší než hodnoty testovaného kritéria. To platí pro čtyři ze šesti otázek k této hypotéze. Přikláním se tedy k platnosti nulové hypotézy.

14 DISKUZE

Pro potřeby výzkumu jsem si zvolila skupinu sester, které zastupovaly tři typy zdravotnických zařízení – okresní, krajské a fakultní nemocnice. Celkem bylo do šetření zařazeno šest pracovišť – Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Krajská nemocnice Tomáše Bati a.s., Krajská nemocnice Pardubice a.s., Nemocnice Boskovice s.r.o. a Chrudimská nemocnice a.s. Do těchto jednotlivých zařízení byl rozdán mnou vytvořený dotazník, který obsahoval 25 otázek. Celkem se tedy jednalo o 300 rozdaných dotazníků.

Autorka Ivana Bartošíková ve své knize O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry uvádí: „*Při vzniku syndromu vyhoření se neprokázala žádná souvislost s inteligencí, věkem, stavem, vzděláním ani délkou praxe v oboru, ani s dobou, po kterou je zastávána současná pracovní pozice. Střední, vyšší ani vysokoškolské vzdělání zdravotnických pracovníků nijak nezmenšuje působení stresorů a samo neusnadňuje zvládání zátěže.*“^[11]

Již z těchto poznatků, které jsem nastudovala, jsem vycházela při tvorbě dotazníků ke své bakalářské práci. Záměrně jsem do identifikačních otázek neuvedla údaje ohledně věku, vzdělání či délky praxe. Domnívám se, že tyto položky nemají rozhodující vliv pro riziko vzniku vyhoření.

Přes všechna moje očekávání byla návratnost dotazníků mnohem nižší, než jsem předpokládala. Již zmíněný dotazník jsem vyhodnotila pomocí metody chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. K tomuto vyhodnocení byly nezbytně nutné dobře stanovené hypotézy, které jsem vytvořila společně s vedoucí práce Mgr. Markétou Valentovou a dále jsem je konzultovala s Ing. Beranovou. Do úvodu dotazníku jsem zařadila několik identifikačních otázek, které byly vyhodnoceny pouze procentuálním vyjádřením.

Pokud bychom se zaměřili na první identifikační otázku, zjistíme, že se výzkumu zúčastnilo 155 žen a 4 muži. (viz. tab. č.2, graf č. 1) Nejednalo se tedy o rovnoměrné zastoupení pohlaví respondentů a nelze tvrdit, že se jedná z tohoto hlediska o objektivně porovnatelná data. Přesto tyto hodnoty nepovažuji za významné vzhledem k tématu a zaměření mé práce.

Autoři Vladimír Kebza a Iva Šolcová ve své knize Syndrom vyhoření uvádějí, že názory na obecný výskyt burn out syndromu z hlediska intersexuálních diferenciací nejsou jednotné. Zejména výzkumy prováděné v období 80. let ukazují, že vyhoření se častěji

objevuje u žen. Naopak další studie přináší vyrovnanější výsledky. Tyto nesrovnalosti jsou pravděpodobně ovlivněny parametry vzorku – především jde o feminizované profese. ^[23]

Další otázka mi umožnila zjistit a ovlivnit zastoupení respondentů dle typu nemocničního zařízení. Domnívám se, že z tohoto hlediska lze považovat výzkum za objektivní, protože se mi podařilo docílit rovnoměrného počtu respondentů. Výsledky byly ovlivněny i vyřazením některých dotazníků pro neúplné nebo špatné vyplnění. Naopak jsem u okresního typu nemocnice musela požádat o dovyplnění několika dotazníků, abych získala porovnatelné hodnoty (viz tab. č. 3, graf č. 2).

Jako další položku dotazníku jsem uvedla otázku ohledně typu oddělení, na kterém respondenti pracují. Otázka byla uvedena pouze jako informativní pro mé účely, jelikož otázka rizika vzniku syndromu vyhoření dle typu oddělení intenzivní péče není v této práci hodnocena. Důvodem vynechání hodnocení tohoto kritéria bylo především to, že by nebylo možné v rámci této práce získat objektivní údaje ze všech typů jednotek intenzivní péče, a především je získat v rovnoměrném zastoupení. Rozhodla jsem se tedy zařadit respondenty z chirurgických typů JIP, interních typů JIP a z anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Dle mého názoru se jedná o základní pracoviště, která můžeme nalézt ve všech typech nemocničních zařízení. Vysoce specializované jednotky intenzivní péče, které můžeme nalézt především ve fakultních nemocnicích, by se pravděpodobně daly hodnotit jen v rámci jednoho zařízení nebo zařízení stejného typu. Zastoupení respondentů můžeme nalézt v tabulce č. 4, graf č. 3.

Další položky v dotazníku byly koncipovány tak, aby mohly být zařazeny pod určitý cíl a ověřovaly určitou hypotézu.

Cíl číslo 1 – Zhodnotit znalosti sester o problematice syndromu vyhoření a jeho prevenci.

Znalost problematiky syndromu vyhoření je základem jeho úspěšné prevence a především včasného rozpoznání symptomů. Právě z tohoto důvodu jsem toto téma do své práce zařadila. Z výzkumu v oblasti intenzivní péče zpracovaného studentkou Univerzity Pardubice Petrou Jirmanovou v rámci bakalářské práce vyplynulo, že znalosti sester jsou dostatečné. Tento výzkum byl prováděn na vzorku pouze 42 respondentů, proto jsem se rozhodla tyto výsledky ověřit i ve svém šetření na vzorku 159 respondentů. ^[43] K tomuto cíli jsem si stanovila dvě hypotézy. První hypotéza je zaměřena na znalosti sester a druhá

na prevenci vyhoření. Všechny hypotézy byly koncipovány tak, aby se daly následně zpracovat metodou chí-kvadrát.

Hypotézy č. 1 k cíli č. 1

H01 –Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče mají dostatečné znalosti o problematice syndromu vyhoření.

HA1 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče nemají dostatečné znalosti o problematice syndromu vyhoření.

Z již uvedených výsledků mého výzkumu vyplývá, že byla potvrzena hypotéza H01, a tedy se přikláním k platnosti tvrzení, že sestry v oboru intenzivní péče mají dostatečné znalosti o této problematice.

Hypotézu jsem si ověřila na základě položek číslo 4,6,7,8, kdy položka č. 6 byla kontrolní otázkou na položku číslo 4. Všechny tyto otázky jsem vyhodnotila pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku. Z výsledků všech otázek byla jednoznačně potvrzena nulová hypotéza.

Z položky číslo 4 vyplynulo, že 155 respondentů ví, co znamená pojem syndrom vyhoření. Zajímavé bylo zjištění, že na otevřenou kontrolní otázku č. 6 správně odpovědělo pouze 112 respondentů. Přesto se jedná o naprostou většinu z celkového počtu, což vedlo k potvrzení nulové hypotézy. (viz. tab. č. 5, 8, graf č. 4, 5)

Dále jsem hypotézu ověřila pomocí otázky číslo 7, ve které jsem zjišťovala znalost projevů vyhoření. Otázka byla koncipována tak, že sestřám byly nabídnuty 3 možnosti odpovědí. Jednotlivé položky si byly velmi podobné, a tak nemuselo být zcela snadné rozlišit správnou odpověď. Opět naprostá většina sester (154) odpověděla správně, pouze celkem pět sester uvedlo špatnou odpověď. (viz tab. č. 11, graf č. 6)

V otázce číslo 8 jsem zjišťovala, zda sestry vědí, jak problému vyhoření včas předcházet. Otázka byla koncipována velmi stručně, takže se nedaly prokázat specifické znalosti. Na velmi stručnou otázku, zda prevenci znají nebo neznají, přesto většina respondentů odpověděla kladně a tím potvrdila hypotézu H01. (viz. tab. č. 14, graf č. 7)

Pokud bych se zamyslela nad celou problematikou těchto položek, na první pohled mohu nalézt rozdíly v odpovědích. Zajímavé je například to, že na otázku, zda vědí,

co znamená syndrom vyhoření, odpověděli záporně pouze 4 respondenti. V další otázce, kde respondenti měli vyhoření popsat, již odpovědělo špatně 47. Projevy vyhoření uvedlo špatně pouze 5 respondentů a na znalost prevence se záporně vyjádřilo 30 respondentů. Lze tedy vidět jednotlivé rozdíly. Z výsledků výzkumu se tedy můžeme domnívat, že téměř ¼ dotazovaných respondentů si myslí, že ví, co je burn out syndrom, ale nedokáže popsat, co znamená, a neví, jaké jsou možnosti jeho prevence.

Hypotéza č. 2 k cíli č. 1

H02 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče mají zájem o prevenci syndromu vyhoření.

HA2 – Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče nemají zájem o prevenci syndromu vyhoření.

Hypotézy H02 jsem si opět ověřila pomocí 4 položek v dotazníku. Vyhodnocení otázek číslo 5, 23, 24 a 25 mi potvrdilo platnost hypotézy H02. Proto se přikláním k tvrzení, že zdravotní sestry v oboru intenzivní péče mají zájem o problematiku prevence syndromu vyhoření.

Položka 5 byla založena na tom, zda mají sestry zájem o informační materiály. Tato položka byla uvedena záměrně především pro zpracování mého výstupu bakalářské práce. 90 respondentů odpovědělo na tuto otázku, že má zájem, 35 zájem nemělo a 34 nevědělo. I přes tento počet odpovědí byla potvrzena nulová hypotéza – respondenti mají zájem o prevenci syndromu vyhoření. (viz. tab. č. 17, graf č. 8)

Podobné výsledky můžeme nalézt v Časopise moderního ošetřovatelství Florence, kde autorka článku PaedDr., Mgr. Eva Zacharová, Ph.D. uvádí výsledky výzkumu realizovaného v r. 2007 u pracovníků integrovaného záchranného systému. Do průzkumu se zapojilo celkem 90 respondentů z oblasti Zdravotnické záchranné služby, příslušníci Policie ČR a pracovníci Hasičského záchranného sboru. Na otázku, zda si myslí, že by měla být prováděna školení na téma syndrom vyhoření, odpovědělo 22 = 73% respondentů ZZS, že ano. 8 = 26,6% respondentů nevědělo a možnost ne nezvolil nikdo. [38]

Otázka 23 byla již podrobněji zaměřena na druh informací, které by respondenti uvítali. Byla zde také nabídnuta možnost více odpovědí, takže v tabulce č. 20 a grafu č. 9 nejsou

uvedeny počty respondentů, ale počty odpovědí. Předpokládala jsem, že respondenti budou mít zájem o méně známé pojmy jako Bálintovské skupiny nebo supervize. Přesto počet odpovědí na tyto otázky byl z celkového počtu nejnižší. Domnívám se, že tato situace může být ovlivněna neznalostí těchto pojmů. Největší četnost (86 bodů) byla zastoupena u odpovědi c) léčba syndromu vyhoření. Další významné hodnoty můžeme nalézt u odpovědi d) prevence v oblasti výživy, spánku, aktivity, relaxačních technik (77 bodů). Na předních pozicích se také pohybovaly možnosti a) rizikové faktory syndromu vyhoření (54 bodů) a b) projevy syndromu vyhoření (49 bodů). Ze získaných údajů je tedy zřejmý zájem respondentů o tuto problematiku.

Otázky 24 a 25 byly zaměřeny na znalosti sester ohledně rozmístění různých relaxačních a rekreačních center, a zda tato zařízení využívají. Zpracované výsledky byly opět jednoznačné. Na otázku číslo 24 většina respondentů (124) odpověděla, že vědí, kde se centra nacházejí. Naproti tomu na otázku číslo 25 většina respondentů (98) odpověděla, že tato zařízení nevyužívají. Z daných výsledků se tedy můžeme domnívat, že nízké využívání těchto zařízení není způsobeno nedostatečnou informovaností, ale mnoha jinými individuálními důvody. (viz tab.č. 20, 23, graf č. 9,10)

Cíl číslo 2 – Stanovit zátěžové faktory v oboru intenzivní péče, které mají nejvyšší vliv na vznik syndromu vyhoření

Zátěžových faktorů pro vznik syndromu vyhoření je velmi mnoho. Řadíme sem jak vlivy fyzické, tak také vlivy vnitřní – psychické. Podstatné je to, že každý reaguje na odlišnou situaci jiným způsobem a to, co je pro někoho neúnosné, je pro jiného na snesitelné hranici. I přesto, že jsou tyto faktory velmi individuální, rozhodla jsem se alespoň částečně tuto problematiku zpracovat. Jelikož je toto téma velmi obsáhlé, rozhodla jsem se porovnat rozdíly v podílu fyzických či psychických faktorů. Dle tohoto kritéria jsem si stanovila níže uvedené hypotézy.

Na problematiku zátěžových faktorů již bylo provedeno několik studií. Nepodařilo se mi nalézt tuto studii přímo z oblasti intenzivní péče, ale pro zajímavost si můžeme některé výsledky uvést.

Například autorka PhDr. Lenka Machálková v časopise *Diagnóza v ošetrovatelství* uvádí článek *Jaká je pracovní spokojenost sester?* Článek je založen na výzkumném šetření, které

probíhalo u 164 sester interních oborů v r. 2007. Respondenti se na otázky vyjadřovali pomocí stupnice velmi nespokojena, nespokojena, spokojena a velmi spokojena. Pro nás jsou důležité především výsledky v oblasti nespokojena, kdy 98 respondentů je nespokojeno s technickým vybavením pracoviště, 91 s psychickou a 90 s fyzickou náročností. Znepokojující výsledek přináší i otázka ohledně možnosti odpočinku v pracovní době. Pouze 4 sestry uvádí, že mají možnost trávit přestávku v místě určeném pro odpočinek, a až 131 respondentů tráví přestávku na pracovně sester.^[38]

Hypotéza č. 3 k cíli č. 2

H03 – Na vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících na oddělení intenzivní péče se podílejí především psychické zátěžové faktory.

HA3 - Na vzniku syndromu vyhoření u sester pracujících na oddělení intenzivní péče se nepodílejí psychické zátěžové faktory.

K těmto hypotézám jsem zařadila otázky číslo 9a), 9b), 10, 11, 12. Celkové vyhodnocení mi opět potvrdilo platnost nulové hypotézy. Lze tedy předpokládat, že se na vzniku syndromu vyhoření podílejí především psychické zátěžové faktory.

Položku číslo 9 jsem ve svém dotazníku rozdělila na dvě části. První část 9a) se zabývá psychickými zátěžovými faktory, 9b) je naopak koncipována na fyzické zátěžové faktory. Mým cílem bylo zjistit četnost těchto otázek, takže zde respondenti měli možnost více odpovědí. Hodnoty, které najdeme v tabulkách 29, 30, 33, 34 a grafech číslo 12 a 13, znamenají počet bodů, nikoli počet respondentů.

Do položky 9a) bylo zařazeno 9 psychických zátěžových faktorů a dále uvedena možnost jiné. Z nabídnutých možností byla nejvíce zastoupena možnost stresové situace (125 bodů), dále vysoká odpovědnost za své jednání (101 bodů). Poměrně podobným počtem byly zastoupeny odpovědi: častá péče o klienty v těžkém až kritickém stavu (86 bodů) a umírání a smrt klienta (80 bodů). Naopak nejmenším počtem byla ohodnocena možnost b) sestra musí umět ovládat speciální přístroje (35 bodů). Oproti tomu odpověď na možnost jiné byla zastoupena pouze 7 respondenty. Odpovědi byly doplněny možnostmi: chaotická péče, komunikace lékař / sestra – podceňování, nevzdělanost personálu, stereotypní práce, nedocenoeno a stále více odpovědnosti a žádné ocenění. Psychické zátěžové faktory tedy celkem získaly 618 bodů.

V druhé části otázky 9b) byly nabídnuty 4 možné odpovědi vztahující se k fyzickým zátěžovým faktorům. Opět byla uvedena možnost jiné. Z nabídnutých odpovědí byla nejvíce zastoupena možnost b) nedostatek zdravotnického personálu a práce přesčas, což se dalo předpokládat k dnešní situaci ve zdravotnictví. Poměrně výrazné ohodnocení získala i možnost c) manipulace s nepohyblivými klienty. Nejméně získala odpověď d) dodržování standardních postupů. K možnosti jiné uvedli respondenti celkem 5 odpovědí, a to: administrativa, nedostatek pomůcek, polohování klientů bez zřízence a polohování klientů, kteří to neocení. Celkem tato otázka získala 300 bodů.

Již z tohoto výsledku lze usuzovat na vyšší vliv psychických faktorů, protože získaly o 318 bodů více než faktory fyzické.

Dále jsem k této hypotéze zařadila otázku číslo 10. Cíleně jsem se zde zeptala, který druh faktorů respondenti považují za více rizikové. Jednalo se o uzavřenou otázku, kde respondenti mohli zvolit možnost psychických faktorů, fyzických nebo možnost obojí. Jednoznačně zde 80 respondentů označilo faktory psychické, 77 označilo obojí a pouze dva respondenti označili faktory fyzické. Otázka tedy opět potvrdila nulovou hypotézu. (viz. tab. č. 37, graf č. 14)

Otázka číslo 11 se zabývala tím, jak respondenti hodnotí práci na svém oddělení. 138 respondentů ohodnotilo svoji práci jako psychicky i fyzicky náročnou, dále 16 jako psychicky náročnou a pouze pět jako fyzicky náročnou. Možnost odpovědi nenáročnou neuvedl žádný z dotazovaných respondentů. (viz. tab. č. 40, graf č. 15)

Jako poslední k této hypotéze jsem zařadila otázku 12. Z výsledků vyplynulo, že 133 respondentů se domnívá, že na ně působí faktory, které by mohly vést k vzniku syndromu vyhoření. 13 respondentů se domnívá, že na ně tyto faktory nepůsobí a 13 zvolilo odpověď nevím. (viz. tab. č. 43, graf č. 16)

Z uvedených výsledků plyne, že se na vzniku syndromu vyhoření podílejí především psychické zátěžové faktory.

Cíl číslo 3 – Vymezit nejvíce rizikové pracoviště v oboru intenzivní péče z pohledu sester.

Tento cíl jsem zařadila do svého výzkumu především z důvodu, že jsem chtěla zjistit názor sester, které na těchto odděleních pracují. Domnívám se, že za nejvíce rizikové pracoviště

je považované ARO, což jsem si stanovila v níže uvedené hypotéze. Toto tvrzení se mi také potvrdilo.

Hypotéza č. 4 k cíli č. 3

H04 – Sestry v oboru intenzivní péče považují za nejvíce rizikové pracoviště anesteziologicko resuscitační oddělení ve fakultních nemocnicích.

HA4 – Sestry v oboru intenzivní péče nepovažují za nejvíce rizikové pracoviště anesteziologicko resuscitační oddělení ve fakultních nemocnicích.

K ověření hypotézy H04 jsem zvolila otázky číslo 13, 14, 15 a 16. Při použití metody chí-kvadrát otázky číslo 13, 14 a 15 potvrdily nulovou hypotézu, naopak otázka číslo 16 potvrdila hypotézu alternativní. Jelikož ve vyhodnocení převažuje hypotéza nulová 3 : 1, považuji hypotézu H04 za potvrzenou.

Otázka číslo 13 zjišťovala, které pracoviště je dle názoru sester nejvíce rizikové. Jednoznačně zde byl potvrzen můj předpoklad a anesteziologicko resuscitační oddělení označilo nejvíce respondentů (69). Poměrně významné zastoupení získala i dětská JIP (24 respondentů). V případě této otázky využilo 43 respondentů možnost jiné, což je poměrně významné zastoupení. Z toho 35 respondentů uvedlo, že všechna oddělení jsou riziková. (viz. tab. č. 46, 47, graf č. 17)

V následující otázce jsem chtěla zjistit, z jakého důvodu vybrali respondenti toto oddělení za nejvíce rizikové. V tomto případě měli možnost označit více odpovědí, proto získané výsledky neznamenají počet respondentů na danou odpověď, ale počet bodů, které daná odpověď získala. Nejvýznamněji byly ohodnoceny odpovědi c) léčí se zde pacienti ve velmi těžkých stavech (98 bodů), b) sestra zde má velkou odpovědnost za své jednání a musí se umět rychle rozhodnout (91 bodů) a za d) sestra se zde často setkává s umíráním a smrtí (86 bodů). Ostatní nabídnuté odpovědi byly zastoupeny podobným počtem bodů (tabulky číslo 50, 51, graf číslo 18). V možnosti jiné uvedli respondenti: pohled na děti v těžkém stavu, psychicky náročné, pacienti jsou hospitalizováni velmi dlouho, stereotypní práce, nejsou vidět úspěchy v léčbě, na všech odděleních je specifická náročnost. Celkem byla možnost jiné zastoupena 8 body.

Položka číslo 15 byla zaměřena na otázku, zda si respondenti myslí, že práce na těchto pracovištích je odlišná dle typu a velikosti zdravotnického zařízení. Jednalo se o uzavřenou otázku, kdy na možnost ano odpovědělo 103 respondentů, 33 zvolilo možnost ne a 23 možnost nevím (tabulka číslo 54, graf číslo 19). S tímto výsledkem naprosto souhlasím. Domnívám se, že práce je více náročná zejména ve fakultních nemocnicích, kam jsou přijímáni klienti ve velmi těžkých, až kritických stavech. Do menších nemocnic nemohou být ve stejném stavu přijati například pro nedostatečné vybavení nebo nedostatečnou odbornost personálu.

Položka číslo 16 se zabývá otázkou, ve kterém typu zdravotnického zařízení jsou tato oddělení riziková pro vznik syndromu vyhoření. Respondentům byly opět nabídnuty uzavřené možnosti odpovědí, a to nemocnice fakultní, krajské či okresní. Při vyhodnocení této otázky převažovaly především nemocnice fakultní (94 respondentů). Tento výsledek je podmíněn předchozí otázkou, ze které vyplývá, že práce na těchto odděleních je odlišná dle typu zdravotnického zařízení. V této otázce se tedy potvrdilo, že nemocnice fakultní jsou rizikovější, a to zřejmě ze stejného důvodu, jaký je uveden v předchozí otázce. (viz. tab. č. 57, graf č. 20)

Pokud bych shrnula vyhodnocení těchto čtyř otázek, mohu potvrdit, že za nejvíce rizikové pracoviště sestry považují anesteziologicko resuscitační oddělení, a to především ve fakultních nemocnicích. Přesto nelze podceňovat rizikovost tohoto oddělení v ostatních typech zdravotnických zařízení, protože 27 respondentů označilo za nejvíce rizikové nemocnice krajské a 38 nemocnice okresní. Výsledky této otázky mohou být ovlivněny místem pracovního zařazení každého respondenta, proto potvrzení hypotézy pouze předpokládáme.

Cíl číslo 4 – Zhodnotit možnosti edukace o syndromu vyhoření v jednotlivých typech nemocničních zařízení (fakultní, krajské a okresní nemocnice)

Jelikož je edukace velmi důležitou součástí prevence syndromu vyhoření, považuji tuto část mého výzkumu za jednu z nejpodstatnějších. Obecně se možnosti edukace velmi liší. V současné době se pořádají různé konference, přednášky a semináře, díky kterým sestry získávají body důležité k registraci. Mnoho těchto akcí se pořádá pod záštitou univerzit nebo nemocnic.

Tento cíl jsem si stanovila, abych zjistila možnosti edukace sester dle typu zdravotnických zařízení. Domnívám se, že více možností mají sestry ve fakultních nemocnicích, ale přesto bych nechtěla podcenit různé výukové programy i v menších typech nemocnic. Proto mě zajímá především názor sester, zda se tyto programy konají, zda jsou o nich včas informovány, a především to, zda považují získané informace za dostatečné a kvalitní.

Hypotéza č. 5 k cíli č. 4

H05 – Ve fakultních a krajských nemocnicích mají sestry větší možnost účastnit se výukových programů o problematice syndromu vyhoření než sestry v okresních nemocnicích.

HA5 – Nebude významný rozdíl v zastoupení výukových programů na téma syndrom vyhoření v jednotlivých typech nemocničních zařízení.

K ověření hypotézy H05 jsem zařadila otázky číslo 17, 18, 19, 20, 21, 22. Otázka číslo 17 byla uvedena jako filtrační pro následující otázky číslo 18, 19, 20. Jedná se o položky, které vyplnili respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, tedy že se na jejich pracovišti výukové akce konají. Z tohoto důvodu jsou u zmíněných otázek jiné celkové počty respondentů.

Jako první jsem zhodnotila otázku číslo 17, která se zabývá konáním výukových programů na téma syndrom vyhoření. Již tento výsledek mě velmi překvapil. Za alarmující považuji především to, že pouhých 45 respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně (tabulka číslo 60, graf číslo 21). Z toho plyne, že na většině pracovišť nejsou prováděny výukové programy zaměřené na problematiku syndromu vyhoření. Pokud bych se na tyto výsledky podívala z hlediska typu pracoviště, zjistím, že nejvíce respondentů odpovědělo kladně ve fakultním typu nemocnice (23), v krajské nemocnici 14 respondentů a v okresní pouze 8 respondentů. I přes tyto alarmující hodnoty lze usoudit, že nejvíce výukových programů se koná ve fakultních nemocnicích.

Dále bylo předmětem mého zájmu zjistit, jak často se tyto výukové programy konají. Na tuto problematiku byla zaměřena otázka číslo 18. Největším počtem odpovědí byla zastoupena odpověď c) méně jak dvakrát ročně (35 respondentů z celkového počtu 45). 8 respondentů uvedlo odpověď b) méně jak dvakrát za půl roku a pouze 2 respondenti

uvedli odpověď d) více jak dvakrát ročně. Rozdělení odpovědí dle typu zdravotnického zařízení můžeme nalézt v tabulce číslo 63, graf číslo 22.

Otázka 19 byla zaměřena na to, kdo se těchto akcí účastní. Zda je navštěvují především zaměstnanci nemocnice nebo jsou přístupné i pro zdravotníky z jiných zařízení. Nejvíce odpovědí bylo zastoupeno v možnosti a) pouze zaměstnanci nemocnice (23). Poměrně vysoké hodnoty dosáhla i odpověď c) obojí (17) a nejméně odpovědí bylo uvedeno u odpovědi b) zdravotnický personál i z jiných zdravotnických zařízení (5). Pokud bychom se nad těmito odpověďmi zamysleli, zjistíme, že se výukových akcí účastní jak zaměstnanci nemocnice, tak zdravotnický personál i z jiných zdravotnických zařízení. (viz. tab. č. 66, graf č. 23)

Další otázkou číslo 20 jsem chtěla zjistit informovanost o konání těchto akcí. V této položce byly odpovědi poměrně vyrovnané, přesto převažovala odpověď ano, tedy že jsou o konání těchto akcí dostatečně a s předstihem informováni (25 respondentů). Dalších 20 respondentů uvedlo zápornou odpověď. Pokud bychom chtěli tuto otázku zhodnotit dle četnosti odpovědí dle typu zdravotnických zařízení, nejvíce kladných odpovědí bylo u fakulního typu nemocnice (15). I přesto lze z těchto odpovědí usoudit na rozporuplné výsledky. Pokud bychom se podívali na tabulku číslo 69, graf číslo 24, na první pohled můžeme usoudit, že se jedná o rozporuplné výsledky. Například v okresním typu nemocnice 4 respondenti uvedli odpověď kladnou a 4 odpověď zápornou. Tato situace by se dala vysvětlit zapojením dvou nemocnic z každého druhu nebo také zapojením různých oddělení do celkového výzkumu.

Otázka číslo 21 nás informuje především o názoru respondentů na množství konání těchto výukových akcí. Zde je již počítáno s původním celkovým počtem 159 respondentů. Ze získaných výsledků vyplývá, že většina respondentů (122) se domnívá, že více výukových akcí se koná ve fakulních nemocnicích. Pouze 32 zvolilo nemocnice krajské a 5 nemocnice okresní.

Poslední otázkou zařazenou k této hypotéze je položka číslo 22. Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti považují získané informace za dostatečné a kvalitní. Znepokojující bylo, že více jak polovina se nedokázala k této problematice vyjádřit a zvolila odpověď nevím (82 respondentů). Domnívám se, že tato situace je způsobena především skutečností, že respondenti neví, jaké informace jsou k této problematice dostupné, a tak

nedokáží posoudit jejich hodnotu. Z dalších výsledků 48 respondentů odpovědělo kladně a 29 respondentů záporně. Z těchto odpovědí tedy předpokládám, že respondenti nemají dostatečné informace.

Z výsledků zhodnocení této hypotézy metodou chí-kvadrát byla s převahou potvrzena nulová hypotéza, proto se přikláním k tvrzení, že sestry v krajských a fakultních nemocnicích mají větší možnost účastnit se výukových programů než sestry v okresních nemocnicích.

14.1 Výzkumy zaměřené na problematiku syndromu vyhoření

Výzkumů na dané téma proběhlo a probíhá poměrně mnoho. Zajímavé výsledky proběhlých studií můžeme nalézt například v časopise Sestra nebo Florence.

7.9.2007 byl v časopise Sestra zveřejněn článek Analýza výskytu Burn out na konkrétním pracovišti, jehož autorkou je Bc. Monika Mačejovská. Cílem tohoto šetření bylo provést analýzu sester na oddělení intenzivní péče chirurgických oborů v Ústřední vojenské nemocnici v Praze k náchylnosti burn out syndromu. Respondentům byl rozdán dotazník podle Pines a Aronson – Burn out measure. Výzkumu se zúčastnilo 54 respondentů. Alarmujícím výsledkem bylo to, že 29% dotazovaných směřovalo k projevům burn out a 13% by se dle výsledků mělo obrátit na psychologa. ^[40]

Dále mě zaujal výzkum, který byl opět zveřejněný v časopise Sestra, od autorky Mgr. Heleny Novotné s názvem Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. Datum zveřejnění bylo 6.3.2006. Do tohoto výzkumu bylo zařazeno celkem 104 sester pracujících v oblasti akutní a chronické péče, kdy 52 sester bylo ze standardního geriatrického oddělení a 52 z metabolické a koronární JIP. Ze zpracovaných výsledků vyplynulo, že vysoká intenzita syndromu vyhoření se objevila u sester na obou typech pracovišť, především v oblasti citového vyčerpání. Za znepokojující lze také hodnotit, že více jak polovina sester byla na střední míře vyhoření. Při porovnání výsledků z akutní a chronické péče se ukázalo, že citovým vyčerpáním a odosobněním jsou více postiženy sestry z chronické péče. Naopak v kategorii snížení pracovního výkonu syndrom vyhoření naprosto převládal u sester v akutní péči. ^[41]

16.12. 2005 zveřejnila redakce časopisu sestra článek s názvem Syndrom vyhoření. Opět se jednalo o výzkum, kterého se zúčastnilo 48 sester z oboru intenzivní péče. Autoři

na závěr konstatovali, že sestry nejsou ani tak vyhořelé, jako jsou pod velkým tlakem, který je na ně kladen z pohledu plnění povinností.^[42]

Z výše uvedených výzkumů vyplynuly určité poznatky pro tvorbu mé práce. Především studie potvrdily, že sestry na oddělení intenzivní péče nejsou ve většině případů „vyhořelé“, ale především jsou přetíženy a pracují pod velkým tlakem. Ale i to může být počátkem syndromu vyhoření. A právě zde je důležitá prevence.

14.2 Opatření pro praxi

K tomu, aby měl výzkum nějaký smysl, by z něj měla plynout určitá opatření pro praxi. V případě syndromu vyhoření by se mělo jednat především o jeho prevenci a úspěšnou léčbu. Důležité je, aby aktivní přístup zaujal nejen jedinec, ale i organizace, ve které pracuje.

Dle mého názoru by na prevenci této problematiky měl mít zájem především zaměstnavatel, protože tak může docílit spokojených a především „kvalitních“ zaměstnanců, kteří mají potřebné znalosti a dovednosti a neztrácí nadšení pro svoje povolání. Zaměstnavatel by tedy měl organizovat různé výukové programy, aby zaměstnanci poznali problematiku vyhoření a dokázali mu včas předcházet. Důležité je tuto problematiku opětovně připomínat, ať už různými letáky, brožurkami nebo výstupy na přednáškách a konferencích.

Jednou z mnoha možností prevence je dostupnost psychologa nebo supervizora v rámci nemocnice či jednotlivých oddělení. Sestra by tak měla možnost svěřit své problémy někomu důvěryhodnému a především se s nimi včas vyrovnat. Ne vždy je tato možnost nabídnuta, proto je důležité, aby alespoň vedoucí pracovníci vybízeli své podřízené k řešení problémů a poskytovali jim určitou formu supervize.

Z oblasti fyzické aktivity by se nabízelo mnoho možností. Například by bylo vhodné vytvořit v rámci rehabilitačního oddělení různá aktivní cvičení, která by zaměstnanci měli zdarma. Mohla by probíhat například třikrát týdně, tak aby sestra, která slouží dvanáctihodinové směny, měla možnost alespoň jednou týdně na cvičení docházet. Nabízela by se zde i určitá možnost relaxace, stmelení kolektivu a obecně zaměstnanců nemocnice.

Vhodná by byla i možnost dovolené například na chatě v majetku nemocnice, kam by zaměstnanci a jejich rodiny mohli jezdit za zvýhodněné ceny. Tato představa se v dnešní době nedostatku finančních prostředků může jevit jako zcela nereálná, ale přesto vím o nemocnicích, kde tuto možnost nabízejí.

K tomu, aby se daly všechny tyto myšlenky realizovat, musí být především zaměstnanec, který má zájem o aktivní prevenci vyhoření. Nelze tedy nabádat pouze nemocnice, aby svým zaměstnancům nabízely určité aktivity, ale především je důležité motivovat jedince. Toto lze dle mého názoru docílit pouze tak, že se o dané problematice bude co nejvíce mluvit a zaměstnanec si uvědomí, že i on je syndromem vyhoření ohrožen, že by pro jeho prevenci měl provádět maximum.

ZÁVĚR

Syndrom vyhoření je v dnešní době popisován v mnoha profesích, přesto zejména v takzvaných pomáhajících profesích, kam zdravotnictví bezesporu patří. Toto téma je dle mého názoru pro náš obor velmi důležité, protože aby sestra mohla pomáhat druhým, musí nejprve ona sama být v dobré psychické i fyzické kondici.

Od objevení a definování pojmu syndrom vyhoření bylo napsáno mnoho literatury, ale především proběhlo mnoho výzkumů. Bylo tedy obtížné zvolit téma výzkumu tak, aby získané informace byly přínosem pro praxi. I přesto jsem se rozhodla zaměřit svou studii především na znalosti sester v intenzivní péči a na možnosti prevence, a to ve smyslu, zda sestry vědí, co je syndrom vyhoření, zda o tuto problematiku mají zájem, jaké mají možnosti prevence a zda těchto možností využívají.

Nadále je zřejmé, že počet výzkumů se neustále zvyšuje. Syndrom vyhoření se stává velmi aktuálním tématem a mnoho studentů si ho volí i pro zpracování své závěrečné práce. Například jen v časopise *Sestra* za posledních několik let nacházíme mnoho výsledků těchto výzkumů, ať už přímo ohledně syndromu vyhoření, nebo výzkumy, které se tohoto tématu vzdáleně dotýkají.

Obecně lze tuto práci rozdělit na dvě části, a to část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část je zaměřena především na problematiku intenzivní péče, zátěžové faktory, popis syndromu vyhoření a částečně je zpracována problematika prevence, která je více rozvedena v samotném výstupu z této práce – tvorba informačního CD. Práce je koncipována tak, aby obsáhla podstatné informace, ale také naopak, aby nebyla příliš detailní. Po přečtení vytvořeného textu lze dle mého názoru získat ucelený pohled na problematiku syndromu vyhoření u sester v oboru intenzivní péče.

Praktická část je založena na kvantitativním sběru dat – dotazníkovém šetření. Zabývá se otázkami informovanosti respondentů, působením zátěžových faktorů, vymezením nejvíce rizikového pracoviště z pohledu sester a především možnostmi edukace. Důležitou součástí mého výzkumu byl také přístup k prevenci burn out syndromu od managementu nemocnice. V několika otázkách jsem se zaměřila na problematiku výukových akcí v nemocničních zařízeních, zda probíhají, zda jsou o nich sestry dostatečně informovány a zda jsou pro ně získané informace dostatečné a kvalitní.

Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků na šest pracovišť. Z toho 200 dotazníků bylo předáno osobně vrchním nebo staničním sestřám a 100 bylo posláno poštou nebo pomocí známé osoby v daném zařízení. Výzkumu se zúčastnilo 185 respondentů a do zpracovaných výsledků bylo zahrnuto pouze 159 respondentů, z důvodu několika špatně vyplněných dotazníků. Ty byly koncipovány tak, aby nebyly pro sestry příliš těžké a aby byly dostatečně srozumitelné. Přesto jejich návratnost nespĺnila mé očekávání.

Dle svých zkušeností se zpracováním tohoto tématu mohu posoudit, že se mi práce zpracovávala poměrně dobře. V některých případech bylo obtížné vybrat ty podstatné informace, protože dostupné literatury je poměrně mnoho. Podobná situace nastala při tvorbě cílů práce, protože již proběhlo mnoho výzkumů na podobná nebo stejná témata. Některými cíli práce jsem ověřila výsledky již zpracované jinými autory. Naopak některé výsledky považuji za informace nové. Z výsledků své práce se domnívám, že jsem dosáhla všech výše stanovených cílů.

Z realizovaného výzkumu se mi potvrdilo, že většina respondentů má dostatečné znalosti o problematice syndromu vyhoření, ale přesto má zájem o další informace, a to především v oblasti léčby syndromu vyhoření, prevence v oblasti výživy, spánku, aktivity a relaxačních technik. Vyšší zájem byl zaznamenán i o problematiku rizikových faktorů a projevů syndromu vyhoření. Toto zjištění bylo velmi důležité pro další zpracování informačního CD.

Dále se tato práce zabývala působením zátěžových faktorů. Z výsledků šetření bylo potvrzeno, že převažují spíše faktory psychické. Nejvyššího ohodnocení dosáhly především stresové situace, vysoká odpovědnost za své jednání, častá péče o klienty v těžkém, až kritickém stavu a umírání a smrt klienta.

Z hlediska určení nejvíce rizikového pracoviště z pohledu sester byl potvrzen můj předpoklad, že se jedná o oddělení ARO především ve větších typech nemocničních zařízení, a to zejména ve fakultních nemocnicích.

Poslední z mých cílů byl zaměřen na možnosti edukace z hlediska typu zdravotnického zařízení. Dříve, než jsem tento výzkum provedla, domnívala jsem se, že možnosti edukace jsou alespoň na přijatelné úrovni. Velmi mě překvapilo zjištění, že tuto možnost má pouze 45 ze 159 zkoumaných respondentů a z toho 35 respondentů uvádí frekvenci výukových programů méně jak dvakrát ročně. Tento výsledek považuji za zcela nedostačující

a doufám, že ke zlepšení přispěje i mnou vytvořené informační CD, které poskytnu všem pracovištím zařazeným do mého výzkumu.

V případě syndromu vyhoření by měla být nejdůležitějším výstupem znalost této problematiky a především znalost její prevence. Abychom mohli syndromu vyhoření včas zabránit, musíme ho umět včas rozpoznat. Proto jsem se rozhodla zaměřit výstup na oblast informovanosti a prevence. Dále bych ráda poskytla výsledky výzkumu jednotlivým zdravotnickým zařízením, aby měla možnost je sama posoudit a přijmout vhodná opatření. Všechny tyto informace budou shrnuty na informačním CD.

Domnívám se, že zlepšení této situace je závislé na iniciativě každého zdravotnického zařízení. Mělo by pro své zaměstnance vytvářet ať již různé výukové programy nebo jim umožnit přiměřený odpočinek a relaxaci. Pro to, aby zdravotník mohl pracovat dobře a především s plným nasazením, je podstatné, aby sám byl dostatečně odpočatý a měl k této profesi pozitivní přístup. Přesto nelze podceňovat aktivní účast samotného zdravotníka. Měl by se do prevence aktivně zapojit, najít si vhodný způsob relaxace, umět odpočívat a především brát vše s nadhledem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] BÁRTLOVÁ,S., SADÍLEK,P., TÓTHOVÁ,V. Výzkum v ošetrovatelství. 2. vydání. Brno: NCO NZO, 2008. 185s. ISBN 978-80-7013-467-2
- [2] HAVRDOVÁ,Z., HAJNÝ,M. et al. *Praktická supervize*. Praha: Galén, 2008. 213s. ISBN 978-80-7262-532-1
- [3] SCHMIDBAUER,W. *Syndrom pomocníka*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 240s. ISBN 978-80-7367-369-7
- [4] VACINOVÁ, M., TRPIŠOVSKÁ,D., FRAKOVÁ,M. *Psychologie*. 1. vydání. Praha: Univerzita J.A.Komenského, 2008. 189s. ISBN 978-80-86723-47-1
- [5] JEKLOVÁ,M., REITMAYEROVÁ,E. *Interní supervize*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 24s. ISBN 978-80-86991-061
- [6] JOSHI,V. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. 160s. ISBN 978-80-7367-211-9
- [7] KALLWASS,A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. 144s. ISBN 978-80-7367-299-7
- [8] KAPOUNOVÁ,G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 350s. ISBN 978-80-247-1830-9
- [9] ZADÁK,Z., HAVEL,E. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 336s. ISBN 978-80-247-2099-9
- [10] ZELEIOVÁ,J. *Muzikoterapie*. Praha: Portál, 2007. 256s. ISBN 978-80-7367-237-9
- [11] BARTOŠÍKOVÁ,I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2006. 86s. ISBN 80-7013-439-9
- [12] JEKLOVÁ,M., REITMAYEROVÁ,E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32s. ISBN 80-86991-74-1
- [13] TISCHER,H. *Blahodárná masáž celého těla*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 236s. ISBN 80-247-1512-0
- [14] BÁRTLOVÁ,S., SADÍLEK,P., TÓTHOVÁ,V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 146s. ISBN 80-7013-416-X

- [15] DOSTÁLOVÁ,I., MIKLÁNKOVÁ,L. *Protahování a posilování pro zdraví*. Olomouc:Hanex, 2005. 131s. ISBN 80-85783-47-9
- [16] HAWKINS,P., SHOHET,R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. 208s. ISBN 80-7178-715-9
- [17] KŘIVOHLAVÝ,J., PČENKOVÁ,J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5
- [18] KUNOVÁ,V. *Zdravá výživa*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 136s. ISBN 80-247-0736-5
- [19] MIHULKOVÁ,M., SVOBODA,M. *Zdraví přirozenou cestou*. 1. vydání. Liberec: Glos Semily, 2004. 312s. ISBN 80-85965-36-0
- [20] TRACHTOVÁ,E. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: NCZO NZO, 2004. 186s. ISBN: 80-7013-324-4
- [21] GILVERYOVÁ,C. et al. *Aromaterapie, masáž, jóga*. 1. vydání. Praha: Svojtka, 2003. 256s. ISBN 80-7237-705-1
- [22] HOFFMANN,R., GUDAT,U. *Bioenergetická cvičení*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 96s. ISBN 80-7178-756-6
- [23] KEBZA,V., ŠOLCOVÁ,I. *Syndrom vyhoření*. 2. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23s. ISBN 80-7071-231-7
- [24] KŘIVOHLAVÝ,J. *Psychologie zdraví*. 2. vydání. Praha: Portál, 2003. 279s. ISBN 80-7178-774-4
- [25] MALCOLMOVÁ,L. *Jak žít zdravě a bez stresu*. 1. vydání. Bratislava: Perfekt., 2003.148s. ISBN 80-8046-239-9
- [26] MANDŽUKOVÁ,J. *Ženám pro štěstí úspěch zdraví pohodu krásu*. 1. vydání. Benešov: START, 2003. 111s. ISBN 80-86231-28-3
- [27] PRÁŠKO,J., PRAŠKOVÁ,H., PRAŠKOVÁ,J. *Deprese a jak jí zvládat*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 184s. ISBN 80-7178-809-0
- [28] RUSH,D. *Syndrom vyhoření*. 1. vydání. Praha: Návrat domů, 2003. 129s. ISBN 80-7255-074-8

- [29] SIROVÁTKOVÁ,A. *Chci ti říct Děkuji ti*. 1. vydání. Praha: Doron, 2003.
ISBN 80-7297-026-7
- [30] ŠEVČÍK,P., ČERNÝ,V., VÍTOVEC,J. ET AL. *Intenzivní medicína*. 2. vydání. Praha: Galén, 2003. 422s. ISBN 80-7262-203-X
- [31] ZVOLSKÝ,P. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003. 192s. ISBN 8071846902
- [32] STAŇKOVÁ,M. *Sestra – reprezentant profese. České ošetřovatelství 11*. 1. vydání. Brno: IDVPZ v Brně, 2002. 78s. ISBN 80-7013-368-6
- [33] ŠICKOVÁ-FABRICI,J. *Základy arteterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 176s.
ISBN 80-7178-616-0
- [34] TOŠNEROVI, Tamara a Jiří. *Burn - Out syndrom. Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kurzů*. Praha: Hestia, 2002. 16s.
- [35] CHARLY,C. *Jak zvládat stres*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 208s.
ISBN: 80-7178-465-6
- [36] CHRÁSKA,M. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, 1993. ISBN 80-7067-287-0

Vyhláška:

- [37] Vyhláška č. 493/2005 Sb. ze dne 22. prosince 2005, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Časopisy:

- [38] MACHÁLKOVÁ,L. *Jaká je pracovní spokojenost sester? Diagnóza v ošetřovatelství*. 2008, ročník IV, číslo prosinec, s. 26. ISSN 1801-1349.
- [39] ZACHAROVÁ,E. *Syndrom vyhoření v klinické praxi. Časopis moderního ošetřovatelství Florence*. 2008, ročník IV, číslo 7-8, s. 305-306. ISSN 1801-464X
- [40] MAČEJOVSKÁ,M. *Analýza výskytu Burn out na konkrétním pracovišti. SESTRA*. 2007, ročník 17, číslo 9, s.28 – 29. ISSN 1210-0404.

[41] NOVOTNÁ, H. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. SESTRA. 2006, ročník 16, číslo 3, s. 23 – 24. ISSN 1210-0404.

[42] Redakce časopisu Sestra. Syndrom vyhoření. SESTRA. 2005, ročník 15, číslo 12, s. 20. ISSN 1210-0404.

Bakalářská práce:

[43] JIRMANOVÁ, P. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester na pracovištích intenzivní péče*. Pardubice, 2008. 52 s. Bakalářská práce na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice na katedře ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Řeřuchová Magdalena PhDr.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Abs.č.	Absolutní četnost
AMTA	American music therapy association
apod.	A podobně
ARIP	Specializované studium sester v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
atd.	A tak dále
a.s.	Akciová společnost
Bc.	Bakalář
BM	Burnout Measure
BOZP	Bezpečnost práce a požární ochrana
CO ₂	Oxid uhličitý
č.	Číslo
Dis	Diplomovaný specialista
DP	Depersonalizace
EE	Emocionální vyčerpání
EKG	Elektrokardiogram
ESICM	Evropská společnost pro intenzivní medicínu
f	Stupeň volnosti
HA	Hypotéza alternativní
H ₀	Hypotéza nulová
IBM	International Balint Federation
IBP	Monitor krevního tlaku
JIP	Jednotka intenzivní péče
MBI	Maslach Burnout Inventory

Mgr.	Magistr
NIBP	Neinvazivní monitor krevního tlaku
"O"	Očekávaná četnost
OD	Oddělení
OSN	Organizace spojených národů
P	Počet respondentů
PA	Osobní uspokojení
r.	Rok
s.	Strana
Sb.	Sbírka
SpO ₂	Saturace krve kyslíkem
s.r.o	Společnost s ručením omezeným
Tab.	Tabulka
TEMP	Monitor tělesné teploty
TISS	Bodové ohodnocení
tzv.	Tak zvaně
USA	Spojené státy americké
ÚPS	Ústavní pohotovostní služba
viz.	Lze vidět
x ²	Chí-kvadrát
ZPBD	Zdravotnický pracovník bez dohledu
ZPOD	Zdravotnický pracovník pod odborným dohledem
%	Procenta

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví respondentů.....	71
Graf 2. Typ nemocnice	73
Graf 3. Typ oddělení	74
Graf 4. Znalost pojmu Burn out	76
Graf 5. Význam pojmu Burn out.	78
Graf 6. Projevy Burn out	80
Graf 7. Prevence syndromu vyhoření.....	82
Graf 8. Informační materiály	84
Graf 9. Zájem o další informace	87
Graf 10. Umístění relaxačních a rekreačních center	89
Graf 11. Využívání relaxačních a rekreačních zařízení.....	91
Graf 12. Psychické faktory	94
Graf 13. Fyzické faktory	97
Graf 14. Druhy rizikových faktorů	99
Graf 15. Náročnost práce	101
Graf 16. Náročnost práce	103
Graf 17. Rizikovost pracoviště.....	106
Graf 18. Důvod výběru rizikového oddělení.....	109
Graf 19. Odlišnost práce dle typu a velikosti zdravotnického zařízení	111
Graf 20. Riziková pracoviště	113
Graf 21: Konání výukových programů	116
Graf 22. Frekvence konání výukových programů	118
Graf 23. Kdo se účastní výukových akcí	120
Graf 24. Informovanost o konání výukových akcí	122

Graf 25. Četnost konání výukových akcí	124
Graf 26. Kvalita získaných informací.....	126

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Hodnocení otázky číslo 6.....	70
Tab. 2. Pohlaví respondentů.....	71
Tab. 3. Typ nemocničního zařízení.....	73
Tab. 4. Typ oddělení.....	74
Tab. 5. Znalost pojmu Burn out.....	76
Tab. 6. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se znalosti pojmu Burn out	76
Tab. 7. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se znalosti pojmu Burn out	77
Tab. 8. Znalost významu pojmu Burn out.....	78
Tab. 9. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se znalosti významu pojmu Burn out	78
Tab. 10. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se znalosti významu pojmu Burn out	79
Tab. 11. Znalost projevů syndromu vyhoření.....	80
Tab. 12. Tabulka očekávaných četností "O" vyjadřující znalost příznaků syndromu vyhoření.....	81
Tab. 13. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ vyjadřující znalost příznaků syndromu vyhoření	81
Tab. 14. Znalost prevence syndromu vyhoření.....	82
Tab. 15. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se znalosti prevence	82
Tab. 16. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se znalosti prevence	83
Tab. 17. Zájem respondentů o informační materiály.....	84
Tab. 18. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se zájmu o informační materiály.....	84
Tab. 19. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se zájmu o informační materiály.....	85
Tab. 20. Zájem respondentů o další informace.....	86

Tab. 21. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se zájmu o informace	87
Tab. 22. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se zájmu o informace	88
Tab. 23. Znalost ohledně umístění relaxačních a rekreačních center.....	89
Tab. 24. Tabulka očekávaných četností "O" ohledně znalosti umístění relaxačních a rekreačních center	89
Tab. 25. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ ohledně znalosti umístění relaxačních a rekreačních center	90
Tab. 26. Využití relaxačních a rekreačních zařízení.....	91
Tab. 27. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se využití relaxačních a rekreačních zařízení	91
Tab. 28. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se využití relaxačních a rekreačních zařízení	92
Tab. 29. Četnost psychických zátěžových faktorů.....	93
Tab. 30. Tabulka k otázce 9a vyjadřující četnost odpovědí k možnosti jiné	94
Tab. 31. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se psychických zátěžových faktorů	95
Tab. 32. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se psychických zátěžových faktorů.....	95
Tab. 33. Četnost fyzických zátěžových faktorů.....	96
Tab. 34. Tabulka k otázce 9b vyjadřující četnost odpovědí k možnosti jiné	96
Tab. 35. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se fyzických zátěžových faktorů	97
Tab. 36. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se fyzických zátěžových faktorů	97
Tab. 37. Rizikovost zátěžových faktorů.....	99
Tab. 38. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se rizikovosti zátěžových faktorů	100
Tab. 39. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se rizikovosti zátěžových faktorů	100

Tab. 40. Hodnocení náročnosti práce.....	101
Tab. 41. Tabulka očekávaných četností "O" ohledně hodnocení náročnosti práce	102
Tab. 42. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ ohledně hodnocení náročnosti práce.....	102
Tab. 43. Působení zátěžových faktorů.....	103
Tab. 44. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se působení zátěžových faktorů	103
Tab. 45. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se působení zátěžových faktorů.....	104
Tab. 46. Rizikovost oddělení intenzivní péče.....	105
Tab. 47. Tabulka k otázce 13, možnost jiné	105
Tab. 48. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se rizikovosti oddělení intenzivní péče.....	106
Tab. 49. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se rizikovosti oddělení intenzivní péče	106
Tab. 50. Důvod výběru rizikového oddělení.....	108
Tab. 51. Tabulka k otázce 14, možnost jiné	108
Tab. 52. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se důvodu výběru rizikového oddělení	109
Tab. 53. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se důvodu výběru rizikového oddělení	110
Tab. 54. Odlišnost práce dle typu zařízení.....	111
Tab. 55. Tabulka očekávaných četností "O" ohledně odlišnosti práce dle typu zařízení	111
Tab. 56. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ k otázce ohledně odlišnosti práce dle typu zařízení	112
Tab. 57. Rizikovost oddělení dle typu zařízení.....	113
Tab. 58. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se rizikovosti oddělení dle typu zařízení	114

Tab. 59. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se rizikovosti oddělení dle typu zařízení	114
Tab. 60. Konání výukových programů.....	116
Tab. 61. Tabulka očekávaných četností "O" ohledně konání výukových programů	116
Tab. 62. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ ohledně konání výukových programů.....	117
Tab. 63. Frekvence konání výukových programů.....	118
Tab. 64. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se frekvence konání výukových programů	119
Tab. 65. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se frekvence konání výukových programů	119
Tab. 66. Účastníci výukových programů.....	120
Tab. 67. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se účastníků programů	121
Tab. 68. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se účastníků programů	121
Tab. 69. Informovanost o konání výukových programů.....	122
Tab. 70. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se informovanosti o konání výukových programů	122
Tab. 71. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se informovanosti o konání výukových programů	123
Tab. 72. Četnost konání výukových akcí dle typu zařízení.....	124
Tab. 73. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se četnosti konání výukových akcí dle typu zařízení	125
Tab. 74. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se četnosti konání výukových akcí dle typu zařízení	125
Tab. 75. Kvalita získaných informací.....	126
Tab. 76. Tabulka očekávaných četností "O" týkající se kvality získaných informací.....	126
Tab. 77. Tabulka dle vzorce $(P - O)^2/O$ týkající se kvality získaných informací.....	127

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Dotazník
- P II Požadavky na minimální personální vybavení dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 493/2005 Sb.
- P III Požadavky na minimální technické vybavení dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 493/2005 Sb.
- P IV Maslach Burnout Inventory
- P V Burnout measure
- P VI Inventář projevů syndromu vyhoření
- P VII Jak být dobrou sestrou
- P VIII Desatero péče o zdraví sestry
- P IX Jak se vyhnout syndromu vyhoření?
- P X Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve Fakultní nemocnici v Brně
- P XI Žádost o umožnění dotazníkového šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové
- P XII Žádost o umožnění dotazníkového šetření v Krajské nemocnici T. Bati a.s. Zlín
- P XIII Žádost o umožnění dotazníkového šetření v Pardubické krajské nemocnici a.s.
- P XIV Žádost o umožnění dotazníkového šetření v Chrudimské nemocnici a.s.
- P XV Žádost o umožnění dotazníkového šetření v Nemocnici Boskovice s.r.o.
- P XVI Informační CD

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní / pane

Dovolte, abych se Vám nejprve představila. Jmenuji se Lucie Půlpánová a jsem studentka třetího ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor - všeobecná sestra.

Do rukou se Vám dostal dotazník, který se zabývá problematikou prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče. Jistě víte, že problematika syndromu vyhoření je v posledních deseti letech často diskutovaným tématem.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Obsahuje 25 otázek. Veškeré získané informace budou použity pouze pro účely zpracování mé bakalářské práce. Ke každé otázce uveďte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Vybranou odpověď označte křížkem.

Předem Vám děkuji za objektivní vyplnění dotazníku.

Půlpánová Lucie

1. Jakého jste pohlaví?

- muž žena

2. V jakém typu nemocnice pracujete?

- okresní krajská
 fakultní jiné:.....

3. Na kterém oddělení pracujete?

- interní JIP chirurgická JIP
 dětská JIP neurologická JIP
 ARO jiné:.....

4. Víte co znamená pojem Syndrom vyhoření / Burn out syndrom?

- ano ne

5. Uvítala byste nějaké informační materiály o této problematice?

- ano ne nevím

6. Burn out syndrom znamená? (popište)

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

7. Projevy syndromu vyhoření jsou:

- emoční zploštělost, pocity marnosti, utlumení empatie, ztráta motivace, únava, bolesti hlavy, konflikty s lidmi
- nesoustředěnost, pocity viny, fyzická poranění, odtažitost, úzkost, sebepoškozování
- pocity euforie, nesoustředěnost, poruchy smyslového vnímání

8. Víte jak tomuto problému včas předcházet?

- ano
- ne

9. Za nejvíce zátěžový faktor v oboru intenzivní péče považujete?

(možnost označit více odpovědí)

a) psychické faktory:

- po sestře jsou požadovány vysoce odborné znalosti
- sestra musí umět ovládat speciální přístroje
- stresové situace
- sestra musí mít schopnost rychle se rozhodnout
- vysoká odpovědnost za své jednání
- častá péče o klienty v těžkém, až kritickém stavu
- umírání a smrt klienta
- konflikty na pracovišti
- jiné:.....

b) fyzické faktory:

- práce na směny
- nedostatek zdravotnického personálu a práce přesčas
- manipulace s nepohyblivými klienty
- dodržování standardních postupů
- jiné:.....

10. Který druh faktorů považujete za nejvíce rizikové pro vznik syndromu vyhoření?

- psychické faktory
- fyzické faktory
- obojí

11. Práci na vašem oddělení hodnotíte jako:

- psychicky náročnou
- fyzicky náročnou
- psychicky i fyzicky náročnou
- nenáročnou

12. Domníváte se, že na Vás působí zátěžové faktory, které by mohli vést ke vzniku syndromu vyhoření?

- ano
- ne
- nevím

13. Které oddělení intenzivní péče dle Vašeho názoru považujete za nejvíce rizikové v rámci syndromu vyhoření?

- interní JIP
- chirurgická JIP
- dětská JIP
- neurologická JIP
- ARO
- jiné:.....

14. Z jakého důvodu jste vybrala toto oddělení za nejvíce rizikové pracoviště?
(možnost označit více odpovědí)

- na tomto oddělení je požadována vysoká odbornost zdravotních sester
- sestra zde má velkou odpovědnost za své jednání a musí se umět rychle rozhodnout
- léčí se zde pacienti ve velmi těžkých stavech
- sestra se zde často setkává s umíráním a smrtí
- na tomto oddělení je nedostatek personálu
- sestry jsou zde unavené a vyčerpané
- jiné:

15. Myslíte si, že práce na těchto rizikových pracovištích je odlišná dle typu a velikosti zdravotnického zařízení?

- ano ne nevím

16. Ve kterém typu zdravotnického zařízení jsou tato oddělení nejvíce riziková pro vznik syndromu vyhoření? (dle vašeho názoru)

- fakultní nemocnice
 krajská nemocnice
 okresní nemocnice

17. Konají se na vašem pracovišti výukové programy zaměřené na problematiku syndromu vyhoření?

- ano ne

18. Jak často se tyto programy konají?

- více jak jednou za 2 měsíce
 méně jak dvakrát za půl roku
 méně jak dvakrát ročně
 více jak dvakrát ročně

19. Těchto akcí se účastní:

- pouze zaměstnanci nemocnice
 zdravotnický personál i z jiných zdravotnických zařízení
 obojí

20. Jste dostatečně a s předstihem informováni o konání tohoto výukového programu od managementu?

- ano ne

21. Myslíte si, že více výukových akcí o této problematice se pořádá ve:

- fakultních nemocnicích
 krajských nemocnicích
 okresních nemocnicích

22. Myslíte si, že získané informace jsou pro Vás dostatečné a kvalitní?

- ano ne nevím

23. Uvítala byste více informací o : (možnost označit více odpovědí)

- rizikových faktorech syndromu vyhoření
 projevech syndromu vyhoření
 léčbě syndromu vyhoření
 prevenci v oblasti výživy, spánku, aktivity, relaxačních technik
 supervizi a jejích možnostech
 psychoterapii
 Balintovských skupinách (skupinová forma psychoterapie)
 poskytované informace Vám zcela vyhovují
 jiné:

24. Víte, kde se v místě Vašeho bydliště nachází různá relaxační a rekreační centra?

- ano ne

25. Využíváte těchto zařízení?

- ano ne

Zde je prostor k vyjádření vašich návrhů a připomínek k tomuto tématu:

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

Děkuji za Váš čas a přeji příjemný zbytek dne.

**PŘÍLOHA P II: POŽADAVKY NA MINIMÁLNÍ PERSONÁLNÍ
VYBAVENÍ DLE VYHLÁŠKY MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY Č. 493/2005 SB.**

Oddělení resuscitační péče kromě neonatální

Tab. 1. Požadavky na personální obsazení oddělení resuscitační péče kromě neonatální.

Pracovník	Kvalifikace	Úvazek
<i>vedoucí lékař</i>	<i>specializovaná způsobilost</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>ošetřující lékař</i>	<i>specializovaná způsobilost</i>	<i>0,6 na lůžko</i>
<i>lékař ÚPS¹</i>	<i>specializovaná způsobilost</i>	<i>1,0 pouze pro stanici</i>
<i>staniční sestra - ZPBD</i>	<i>ZPBD + ARIP</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>setra – ZPBD event.ZPOD</i>	<i>z toho ARIP alespoň 50%</i>	<i>3,0 na lůžko</i>
<i>ZPOD bez maturity</i>	<i>- -</i>	<i>0,3 na lůžko</i>
<i>nepřetržitá dostupnost vysokoškolsky kvalifikovaného technika v rámci zdravotnického zařízení</i>		

Oddělení neonatální resuscitační péče

Tab. 2. Požadavky na personální obsazení oddělení neonatální resuscitační péče.

Pracovník	Kvalifikace	Úvazek
<i>vedoucí lékař</i>	<i>specializovaná způsobilost</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>ošetřující lékař</i>	<i>specializovaná způsobilost</i>	<i>0,6 na lůžko</i>
<i>lékař ÚPS</i>	<i>specializovaná způsobilost</i>	<i>1,0 pouze pro stanici</i>
<i>staniční sestra - ZPBD</i>	<i>ZPBD + ARIP</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>setra – ZPBD event.ZPOD</i>	<i>z toho ARIP alespoň 50%</i>	<i>4,0 na lůžko</i>
<i>ZPOD bez maturity</i>	<i>- -</i>	<i>0,3 na lůžko</i>
<i>nepřetržitá dostupnost vysokoškolsky kvalifikovaného technika v rámci zdravotnického zařízení</i>		

Oddělení intenzivní péče vyššího stupně

Tab. 3. Požadavky na personální obsazení intenzivní péče vyššího stupně.

Pracovník	Kvalifikace	Úvazek
<i>vedoucí lékař</i>	<i>specializovaná způsobilost</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>ošetřující lékař</i>	<i>odborná způsobilost s praxí delší než 24 měsíců</i>	<i>0,3 na lůžko</i>
<i>lékař ÚPS</i>	<i>odborná způsobilost s praxí delší než 24 měsíců</i>	<i>1,0 pouze pro stanici</i>
<i>staniční sestra - ZPBD</i>	<i>ZPBD + ARIP</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>setra – ZPBD event.ZPOD</i>	<i>z toho ARIP alespoň 25%</i>	<i>2,2 na lůžko</i>
<i>ZPOD bez maturity</i>	<i>- -</i>	<i>0,2 na lůžko</i>

Oddělení intenzivní péče nižšího stupně

Tab. 4. Požadavky na personální obsazení intenzivní péče nižšího stupně

Pracovník	Kvalifikace	Úvazek
<i>vedoucí lékař</i>	<i>specializovaná způsobilost</i>	<i>0,5 na stanici, denně přítomen</i>
<i>ošetřující lékař</i>	<i>odborná způsobilost s praxí delší než 24 měsíců</i>	<i>0,2 na lůžko</i>
<i>lékař ÚPS</i>	<i>odborná způsobilost s praxí delší než 24 měsíců</i>	<i>Pokud zajišťuje i ÚPS pro standardní lůžka, tak nejméně 2,0 celkem</i>
<i>staniční sestra - ZPBD</i>	<i>ZPBD + ARIP</i>	<i>1,0 na stanici</i>
<i>setra – ZPBD event.ZPOD</i>	<i>z toho ARIP alespoň jedna, ne v hematologii</i>	<i>1,4 na lůžko</i>
<i>ZPOD bez maturity</i>	<i>- -</i>	<i>0,1 na lůžko</i>

Přejato z: Vyhláška č. 493/2005 Sb. ze dne 22. prosince 2005, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. 60 - 61s.

**PŘÍLOHA P III: POŽADAVKY NA MINIMÁLNÍ TECHNICKÉ
VYBAVENÍ DLE VYHLÁŠKY MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY Č. 493/2005 SB.**

Oddělení resuscitační péče o pacienta s TISS 30 a více body

„ Podmínkou pro vykazování těchto OD je nejméně pět lůžek na pracovišti a zajištění následující úrovně přístrojového vybavení nejméně na dvou třetinách lůžek pracoviště.“^[37]

Tab. 5. Požadavky na technické vybavení oddělení resuscitační péče o pacienta s TISS 30 a více body.

Přístroj	Počet
<i>centrální monitorovací</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>dávkovač injekční</i>	<i>2 na 1 lůžko</i>
<i>defibrilátor</i>	<i>2 na stanici</i>
<i>EKG přístroj alespoň tříkanálový</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>kapnometr – modul CO₂</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>kardiostimulátor jednodutinový externí</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>lůžko resuscitační polohovatelné do stran</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>monitor EKG, SpO₂, IBP, TEMP</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>monitor modulární s moduly</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>nebulizátor</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>odsávačka</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>oxymetr pulzní</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>přístroj anesteziologický</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>pumpa infuzní</i>	<i>3 na 1 lůžko</i>
<i>ventilátor</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>

Oddělení intenzivní péče vyšší stupeň o pacienta s TISS 20 – 29 body

„ Podmínkou pro vykazování tohoto OD jsou minimálně čtyři lůžka na pracovišti, přístrojové vybavení uvedené dále a zajištění možnosti poskytování resuscitační péče po dobu alespoň 48 hodin na alespoň jednom lůžku. “^[37]

Tab. 6. Požadavky na technické vybavení oddělení intenzivní péče vyšší stupeň o pacienta s TISS 20 – 29 body.

Přístroj	Počet
<i>centrální monitorovací</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>dávkovač injekční</i>	<i>2 na 1 lůžko</i>
<i>defibrilátor</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>
<i>EKG přístroj alespoň tříkanálový</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>kardiostimulátor jednodutinový externí</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>lůžko resuscitační</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>monitor EKG, SpO₂, IBP, TEMP</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>nebulizátor</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>odsávačka</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>oxymetr pulzní</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>přístroj anesteziologický</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>pumpa infúzní</i>	<i>3 na 2 lůžka</i>
<i>ventilátor</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>

Oddělení intenzivní péče nižší stupeň o pacienta s TISS 15 – 19 body

„ Podmínkou pro vykazování tohoto OD jsou minimálně tři lůžka na pracovišti a přístrojové vybavení uvedené dále.“^[37]

Tab. 7. Požadavky na technické vybavení oddělení intenzivní péče vyšší stupeň o pacienta s TISS 15 – 19 body.

Přístroj	Počet
<i>centrální monitorovací</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>dávkovač injekční stříkačkový</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>defibrilátor</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>
<i>EKG přístroj alespoň tříkanálový</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>kardiostimulátor jednodutinový externí</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>lůžko resuscitační</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>monitor EKG, NIBP</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>nebulizátor</i>	<i>1 na 2 lůžka</i>
<i>odsávačka</i>	<i>1 na 2 lůžka</i>
<i>oxymetr pulzní</i>	<i>1 na 2 lůžka</i>
<i>pumpa infúzní</i>	<i>3 na 2 lůžka</i>
<i>ventilátor</i>	<i>1 na stanici</i>

Oddělení intenzivní péče nižší stupeň o pacienta s TISS 9 – 14 body

„ Podmínkou pro vykazování tohoto OD jsou minimálně tři lůžka na pracovišti a přístrojové vybavení uvedené dále.“^[37]

Tab. 8. Požadavky na technické vybavení oddělení intenzivní péče nižší stupeň o pacienta s TISS 9 – 14 body.

Přístroj	Počet
<i>centrální monitorovací</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>dávkovač injekční stříkačkový</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>defibrilátor</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>
<i>EKG přístroj alespoň tříkanálový</i>	<i>1 na stanici</i>
<i>lůžko resuscitační</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>monitor EKG, NIBP</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>nebulizátor</i>	<i>1 na 3 lůžka</i>
<i>odsávačka</i>	<i>1 na 2 lůžka</i>
<i>oxymetr pulzní</i>	<i>1 na 3 lůžko</i>
<i>pumpa infúzní</i>	<i>1 na 1 lůžko</i>
<i>ventilátor</i>	<i>1 na stanici</i>

Přejato z: Vyhláška č. 493/2005 Sb. ze dne 22. prosince 2005, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. 62 - 64 s.

PŘÍLOHA P IV: MASLACH BURNOUT INVENTORY

Odpovědi se vybírají ze stupnice 1 – 7 dle subjektivního hodnocení pocitů, kdy 1 znamená vůbec a 7 velmi silně.

Položka:

Emocionální vyčerpání (EE)

Práce mne citově vysává.

Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.

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

Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá.

Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.

Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.

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

Práce s lidmi mi přináší silný stres.

Mám pocit, že jsme na konci svých sil.

Depersonalizace (DP)

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

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

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

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

Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.

Osobní uspokojení (PA)

Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.

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

Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji.

Mám stále hodně energie.

Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.

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

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

Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.

Přejato z: BARTOŠÍKOVÁ,I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2006. 69 - 70s. ISBN 80-7013-439-9

PŘÍLOHA P V: BURNOUT MEASURE

Možnost odpovědí na níže uvedené otázky:

1 – nikdy 2 – jednou či dvakrát 3 – zřídka 4 - někdy
5 – často 6 – převážně 7 – stále

Otázky:

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. jsem unavený/á | 12. cítím se bezcenný/á |
| 2. cítím se sklíčeně | 13. cítím vyčerpání |
| 3. mám „ dobrý den“ | 14. trápím se |
| 4. jsem tělesně vyčerpaný/á | 15. jsem rozzlobený/á nebo zklamaný/á |
| 5. jsem citově vyčerpaný/á | 16. cítím se slabý/á a bezmocný/á |
| 6. jsem šťastný/á | 17. cítím beznaděj |
| 7. jsem vyřízený/á | 18. cítím se odmítaný/á |
| 8. jsem vyhořelý/á | 19. jsem optimistický/á |
| 9. jsem nešťastný/á | 20. jsem čínorodý/á –
respektive výkonný/á |
| 10. cítím se přepracovaný/á | 21. mám strach ^[11] |

Postup vyhodnocení

Sečtěte hodnoty otázek 3 + 6 + 19 + 20 = hodnota B.

Sečtěte hodnoty zbývajících otázek = hodnota A.

Odečtěte hodnotu B od 32 = C. Sečtěte A + C = D

Vydělte D číslem 21 = míra Vašeho vyčerpání či vyhoření

Výsledky

Hodnota 2 – 3 : vede se Vám dobře

Hodnota 3 – 4 : prožíváte vyčerpání či vyhoření a měli byste proti tomu něco udělat

Hodnota 5 a více : nacházíte se v akutní krizi ^[11]

Přejato z: BARTOŠÍKOVÁ,I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2006. 70 - 72s. ISBN 80-7013-439-9

PŘÍLOHA P VI: INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

- autoři: C.Henniga a G. Kellera

U každé položky zaškrtněte do jaké míry se Vás jednotlivé výpovědi týkají.

Počet bodů: 0 – nikdy 1 – zřídka 2 – někdy 3 – často 4 - vždy

Tab. 9. Inventář projevů syndromu vyhoření.

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

Vyhodnocení

Do níže uvedených řádků doplňte čísla bodů, které jste zaškrtnuli v jednotlivých položkách. Poté v každé řádce zvlášť sečtěte výsledky. Z dosažených hodnot lze vyčíst individuální stresový profil. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24. Vyšší hodnoty součtu z jednotlivých rovin Vám napovídají, které složce své osobnosti se více věnovat.

Rozumová rovina:

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

Emocionální rovina:

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

Tělesná rovina:

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

Sociální rovina:

Položky č.4....+ č.8....+ č.12....+ č.16....+ č.20....+č.24....=.....bodů ^[11]

Přejato z: BARTOŠÍKOVÁ,I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno: NCONZO, 2006. 73 - 75s. ISBN 80-7013-439-9

PŘÍLOHA P XII: JAK BÝT DOBROU SESTROU

- 1. Važ si každého pacienta/klienta a respektuj ho. Ber ho jako partnera a přítele, s kterým se i ty dobře cítíš a s kterým se vzájemně obohacujete. Ať se pacienti na práci s tebou těší, ať je to s tebou baví.*
- 2. Stůj vždy za oprávněnými zájmy svých nemocných, dej jim pocit, že jsou v bezpečí.*
- 3. Dbej ať tvoji nemocní zbytečně nestrádají, pečuj o ně. Bud' nekonečně trpělivá. Odpouštěj. Nikoho neironizuj.*
- 4. Edukuj zdravé i nemocné osoby a jejich rodinné příslušníky. Ved' pacienty ke zdravému stylu života a k soběstačnosti, informuj je o tom, co jim pomůže a prospěje, jsou-li nuceni žít dlouhodobě s nemocí či hendikepou. Edukuj rodinu a laické pečovatele, jak mohou být nemocnému oporou a pomáhat mu.*
- 5. Dopřej každému nemocnému radost z úspěchu. Chval co nejčastěji. Hodnoť jen to, čemu se pacient naučil, ne to, co ještě nedokáže. Vyhybej se negativnímu hodnocení. Co pacient nedokáže dnes, udělá třeba zítra nebo pozítří.*
- 6. Vzdělávej se. Chod' na semináře, přednášky, čti odborný tisk.*
- 7. Bud' všude, kde se něco nového v tvém oboru děje. Nadřícený to možná nedocení, ale pacienti ano!*
- 8. Plň spolehlivě odborné pokyny a ordinace lékaře. Neboj se. Jsi-li o něčem přesvědčená, stůj za tím. Bud' optimistou.*
- 9. Neboj se přiznat svůj omyl, vždyť chybovat je lidské.*
- 10. Nemáš-li ráda lidi, nebud' sestrou.*

Přejato z: STAŇKOVÁ, M. *Sestra – reprezentant profese. České ošetřovatelství 11.*
1. vydání. Brno: IDVPZ v Brně, 2002. 78s. ISBN 80-7013-368-6

PŘÍLOHA P VIII: DESATERO PÉČE O ZDRAVÍ SESTRY

- 1. Žij zdravě – dobře víš, jak – pokus se ve svém životě dodržovat všechna pravidla skutečně zdravého způsobu života.*
- 2. Pracovní zátěž kompenzuj příjemnými mimopracovními zážitky a zálibami: radostí z blízkých, kulturou, sportovní aktivitou, setkáváním se s přáteli, veřejnou a dobrovolnou činností.*
- 3. Vytvoř si i při směnném provozu jistou pravidelnost a systematicklost životního rytmu.*
- 4. Nepodceňuj biologická ani psychická rizika náročného sesterského povolání.*
- 5. V zaměstnání dodržuj hygienická a bezpečnostní pravidla a předpisy. Nevytvářej zbytečné aerosoly nešetřenou manipulací s potřísněnými pomůckami.*
- 6. Občas se cíleně zamysli nad svými pocity, projevy, vystupováním, chováním, nad svoji image.*
- 7. Občas se cíleně ptej svého okolí – spolupracovníků, přátel, pacientů atd., zda se nechováš jinak – lhostejně, podrážděně, odcizeně, hrubě.*
- 8. Pečuj o své zdraví, objeví-li se potíže, nesnaž se léčit sama, ale včas navštiv odborného lékaře a staň se řádným pacientem (nikoli jen konzultující spolupracivnicí).*
- 9. V případě nemoci dodržuj léčebný režim tak, jak bys si přála, aby ho dodržovali tvoji pacienti.*
- 10. Zvaž co potřebuješ udělat pro své zdraví zejména ty osobně a doplň tím desatero, aby bylo úplné:*

.....

Přejato z: STAŇKOVÁ, M. *Sestra – reprezentant profese. České ošetřovatelství 11.*
1. vydání. Brno: IDVPZ v Brně, 2002. 78s. ISBN 80-7013-368-6

PŘÍLOHA P IX: JAK SE VYHNOUT SYNDROMU VYHOŘENÍ?

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

11. **Předcházejte komunikačním problémům.** *Práci si dobře připravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům, i výhružkám.*
12. **V kritických okamžicích zachovejte rozvahu.** *V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si váš manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktů. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.*
13. **Následná konstruktivní analýza.** *Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhněte alternativní řešení. Zapojte do rozboru kolegyně a kolegy.*
14. **Doplňujte energii.** *Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku. Věnujte se činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.*
15. **Vyhledávejte věčné výzvy.** *Bud'te otevření novým zkušenostem, dále se učte a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.*
16. **Využívejte nabídek pomoci.** *Jestliže máte pocit že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřazených supervizi vaší práce.*
17. **Zajímejte se o své zdraví.** *Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost.“*

Přejato z: TOŠNEROVI, Tamara a Jiří. Burn - Out syndrom. Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kurzů. Praha: Hestia, 2002. 14s.

PŘÍLOHA P X: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ VE FAKULTNÍ NEMOCNICI V BRNĚ



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Pracoviště medicíny
dospělého věku
JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO
TEL.: 532 231 111
FAX: 543 211 185

Pracoviště
reprodukční medicíny
OBILNÍ TRH 11, 625 00 BRNO
TEL.: 532 238 111
FAX: 541 213 225

Pracoviště
dětské medicíny
ČERNOPOLEJNÍ 9, 625 00 BRNO
TEL.: 532 234 111
FAX: 532 234 438

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI SE ZÁVĚREČNOU DIPLOMOVOU (ODBORNOU) PRACÍ

Vyplňuje žadatel:

Příjmení a jméno žadatele: Půlpánová Lucie

Datum narození: 22.7.1987 Telefon: 720 557 387 Email: PulpanovaLucie@seznam.cz

Adresa (pro zaslání vyjádření): Malacká 270, Chrudim 4, 537 05

Škola/Fakulta: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta Humanitních studií Obor studia: Všeobecná sestra

Téma závěrečné práce: Prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče

Požadavek (přesná specifikace): vyplnění dotazníků k bakalářské práci

Způsob provedení sběru dat: dotazníkové šetření
Termín sběru dat: od 24.11.2008 do 16.1.2009

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: Nemocnice Bohunice, Jihlavská 20, Brno, 625 00 - oddělení JIP, ARO

Presentace dat: získaná data budou použita ke zpracování bakalářské práce a následně obhajobě

Poučení:

Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Použité dotazníky budou anonymní.

Po zpracování předloží výsledky příslušnému náměstkovi, který výzkum – dotazníkovou akci povolí.

Presentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jejím souhlasem.

Datum: 23.11.2008

Podpis: *Lucie Půlpánová*

Vyplňuje Fakultní nemocnice Brno

Vyjádření odpovědného zaměstnance dle organizačního řádu: ANO

NE

Úhrada:

ANO

NE

Datum: 18.11.2008

Podpis a razítko
Lucie Půlpánová
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - oddělení vzdělávání a péče o zaměstnance:

Zaevidováno na OVPZ dne: pod číslem:

Částka k úhradě:

Datum: 18.11.2008

Zaplaceno dne:

Podpis odpovědného zaměstnance OVPZ
Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20
625 00 Brno

Tel.: 532 231 111
Fax: 543 211 185
e-mail: fnbrno@fnbrno.cz

IČO: 652 697 05
DIČ: CZ 652 697 05
Bankovní spojení: 71234-621/0100

PŘÍLOHA P XI: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ VE FAKULTNÍ NEMOCNICI HRADEC KRÁLOVÉ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

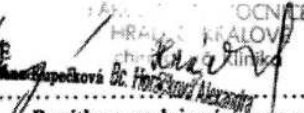
Jméno a příjmení studenta	Půlpánová Lucie
Téma bakalářské práce	Prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče
Skupina respondentů	Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče
Pracoviště	Fakultní nemocnice Hradec Králové Sokolská 581 500 05 Hradec Králové

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 19.12.2008


Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

Fakultní nemocnice
HRADEC KRÁLOVÉ
Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny


Hana Lednová
Vedoucí sestry

Fakultní nemocnice
I. interní klinika
500 05 Hradec Králové

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P XII: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ V KRAJSKÉ NEMOCNICI TOMÁŠE BATI A.S. ZLÍN

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Půlpánová Lucie
Téma bakalářské práce	Prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče
Skupina respondentů	Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče
Pracoviště	Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Havlíčkovo nábřeží 600 Zlín 762 75

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 18. 11. 08


Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

Bc. M. Hejtmánková
šm. ošetrovatelství
Krajská nemocnice T. Bati a.s.
Zlín

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P XIII: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ V PARDUBICKÉ KRAJSKÉ NEMOCNICI A.S.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Půlpánová Lucie
Téma bakalářské práce	Prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče
Skupina respondentů	Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče
Pracoviště	Pardubická krajská nemocnice, a.s. Kyjevská 44 Pardubice 532 03

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 9.12.2007


Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií


PARDUBICKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE, a.s.
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
tel.: 466 011 111

-1-

Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P XIV: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ V CHRUDIMSKÉ NEMOCNICI A.S.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Půlpánová Lucie
Téma bakalářské práce	Prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče
Skupina respondentů	Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče
Pracoviště	Chrudimská nemocnice, a.s. Václavská 570 537 27 Chrudim

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 24.10.2008


Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

Chrudimská nemocnice, a.s.
IČ: 275 27 581
Václavská 570
537 27 Chrudim


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail: jnavratilova@fhs.utb.cz



PŘÍLOHA P XV: ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ V NEMOCNICI BOSKOVICE S.R.O.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

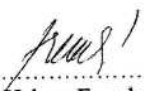
ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra.


Jméno a příjmení studenta	Půlpánová Lucie
Téma bakalářské práce	Prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče
Skupina respondentů	Zdravotní sestry v oboru intenzivní péče
Pracoviště	Nemocnice Boskovice, s.r.o. Otokara Kubína 179 Boskovice 680 01

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 2.12.2008


Mgr. Helena Fremlová
ředitelka Ústavu zdravotnických studií

Nemocnice Boskovice s.r.o.
Otokara Kubína 179
680 21 Boskovice
IČ:26925974 DIČ:CZ2692597


Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Navrátilová
tel: +420 577 008 137, e-mail:jnavratilova@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P XVI: INFORMAČNÍ CD

Informační CD na téma prevence syndromu vyhoření je zpracováno jako praxeologické opatření z mé bakalářské práce.

Na CD jsou popsány základní informace ohledně syndromu vyhoření, příčinách, projevech a především je propracována oblast prevence. Dále jsou zde stručně uveřejněny výsledky proběhlého výzkumu v oblasti intenzivní péče.

Informační CD bude nabídnuto pracovištím, která se zúčastnila realizovaného výzkumu, v rámci preventivního opatření.