VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA

SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER

Bakalářská práce

NIKOLA BROŽKOVÁ, DiS.

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA

SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER

Bakalářská práce

NIKOLA BROŽKOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Stehlíková, Ph.D.

Praha 2017

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Brožková Nikola
3. C VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 21. 10. 2016 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Syndrom vyhoření u všeobecných sester

Burn Syndrome Among General Nurses

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ivana Stehlíková, Ph.D.

V Praze dne: 1. 11. 2016

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literatura že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne: 31. března 2017

Podpis studenta

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych chtěla poděkovat Mgr. Ivaně Stehlíkové, Ph.D. za metodické a odborné vedení mé bakalářské práce, za poskytování cenných rad. Současně děkuji všem všeobecným sestrám, na kterých jsem prováděla průzkumné šetření ve Vojenské nemocnici Brno, za spolupráci a vstřícnost při vyplňování dotazníků.

ABSTRAKT

BROŽKOVÁ, Nikola. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Ivana Stehlíková, PhD. Praha 2017. 84 stran.

Bakalářská práce je zaměřena na téma "Syndrom vyhoření u všeobecných sester". Neustálé působení stresu a vysokých nároků, které jsou na sestry kladeny, ať už v oblasti fyzické či psychické, zvyšují riziko postižení syndromem vyhoření.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části je definován pojem "syndrom vyhoření" a jeho zmíněna historie. Dále teoretická část popisuje jeho symptomy vyhoření, které se projevují na úrovni fyzické, emoční, psychické a sociální. Poukazuje na 5 fází burnout syndromu: Nadšení, stagnace, frustrace, apatie, vyhoření. Je zde zmíněna i diagnostika, následky, možnosti zotavení a prevence syndromu vyhoření.

Praktickou část zahrnuje průzkum uskutečněný pomocí dotazníků zjišťujících rizikové faktory, které ovlivňují výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester ve Vojenské nemocnici v Brně na odděleních chirurgie, interny a neurologie.

Klíčová slova

Syndrom vyhoření. Stres. Pomáhající profese. Všeobecná sestra. Zdravotníci.

ABSTRACT

BROŽKOVÁ, Nikola. Burnout Syndrome Among General Nurses. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. (College of Nursing) Level of expertise: Bachelor's degree (Bc.). Supervisor: Mgr. Ivana Stehlíková, PhD. Prague 2017. 84 pages.

The thesis is focused on the topic of occupational Burnout Syndrome Among General Nurses. The ever present stress and high demands put on the nurses, be it of physical or mental variety, increase the risk of burnout.

The thesis consists of theoretical and practical parts. In the theoretical part the term „burnout syndrome" is defined and its history is mentioned. Next, the theoretical part describes the symptoms of burnout which manifest themselves on the physical, emotional, psychological and social levels. It hints at 5 phases of the burnout syndrome: Excitement, stagnation, frustration, apathy and burnout. Diagnosis, consequences, possibilities of recovery and preventions are also mentioned.

The practical part includes research, conducted through surveys asking about the dangerous factors which affect the occurance of the burnout syndrome among general nurses at Vojenska nemocnice in Brno in the departments of surgery, internal medicine and neurology.

Keywords

Burnout syndrome. Stress. Helping professions. General nurse. Healthcare workers.

Obsah

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

ÚVOD.....13

1 POJEM SYNDROM VYHOŘENÍ.....16

1.1 CO JE SYNDROM VYHOŘENÍ 16

1.2 HISTORIE..... 17

1.3 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ..... 19

1.4 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ 20

1.5 NÁSLEDKY STAVU VYHOŘENÍ..... 21

1.6 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ 24

1.7 MINIMUM O STRESU A JEHO VLIVU NA SYNDROM VYHOŘENÍ... 25

1.8 MOŽNOSTI ZOTAVENÍ 29

1.8.1 POMOC U RODINY, PŘÁTEL..... 30

1.8.2 POMOC V PRACOVNÍM KOLEKTIVU 30

1.8.3 POMOC U SPECIALISTY..... 31

1.9 PREVENCE VYHOŘENÍ..... 31

1.9.1 ADAPTAČNÍ PRAXE..... 32

1.9.2 PÉČE O SEBE..... 32

1.9.3 SEBEPOZNÁVÁNÍ A SEBEKRITIKA 32

1.9.4 OSOBNÍ ŽIVOT, PŘÁTELÉ, KONÍČKY..... 33

1.9.5 DOBRÁ FYZICKÁ KONDICE, RELAXACE 34

1.9.6 ODDĚLENÍ PRÁCE OD SOUKROMÍ..... 35

1.9.7 MEZILIDSKÉ VZTAHY..... 35

1.9.8 POMOC MEZI SPOLUPRACOVNÍKY..... 35

1.9.9 ZAMĚSTNÁNÍ 36

1.9.10 SUPERVIZE 36

2 PRŮZKUM 37

2.1 PRŮZKUMNÉ TÉMA, PROBLÉM A CÍL 37

2.2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY 37

2.3 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ 37

2.3.1 METODA POUŽITÁ PŘI PRŮZKUMU 37

2.3.2 PRŮZKUMNÝ SOUBOR 38

2.3.3 ČASOVÝ HARMONOGRAM 38

2.3.4 PRŮZKUMNÝ VZOREK 38

2.4 ANALÝZA DAT 39

2.5 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT – TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ-KVADRÁT 51

2.6 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU 54

3 DISKUZE 57

3.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 65

ZÁVĚR 66

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 70

PŘÍLOHY

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BM	Burnout Measure
CKI	Centrum krizové intervence
ČAPZ	Česká asociace pro psychické zdraví
ČAS	Česká asociace sester
DD	Domov důchodců
DP	Depersonalizace
EE	Emocionální vyčerpání
EEG	Elektroencefalografie
FN	Fakultní nemocnice
HD	Hemodialýza
HH	Helplessness (Bezmoc), Hopelessness (Beznaděj)
JIP	Jednotka intenzivní péče
MBI	Maslach Burnout Inventory
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů
ON	Oblastní nemocnice
OSI – R	Occupational Stress Inventory-Revised (Inventorium zaměstnaneckého stresu)
PA	Osobní uspokojení
QOL	Quality of life (Kvalita života)
VN	Vojenská nemocnice
WHO	World health organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 1 – Jste? 39
Tabulka 2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 2 – Do jaké věkové kategorie patříte? 40
Tabulka 3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 4 – Délka Vaší praxe ve zdravotnictví? 41
Tabulka 4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 5 – Je Vám znám pojem Burnout? 43
Tabulka 5 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 6 – Měli jste někdy na vašem oddělení vzdělávání na toto téma? 44
Tabulka 6 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 7 – Pokud ano, bylo pro Vás přínosné? 45
Tabulka 7 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni emociálního vyčerpání. 46
Tabulka 8 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni depersonalizace. 47
Tabulka 9 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni osobního uspokojení. 48
Tabulka 10 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 1 v ČÁSTI C, kde je možno více odpovědí – Vaše obrana proti stresu a způsob relaxace? 49
Tabulka 11 Skutečné četnosti 51
Tabulka 12 Skutečné (relativní) četnosti 52
Tabulka 13 Očekávané četnosti 52
Tabulka 14 Výpočet testovacího kritéria 53

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 1 – Jste? 39
Graf 2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 2 – Do jaké věkové kategorie patříte? 40
Graf 3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 4 – Délka Vaší praxe ve zdravotnictví? 41
Graf 4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 5 – Je Vám znám pojem Burnout? . 43
Graf 5 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 6 – Měli jste někdy na vašem oddělení vzdělávání na toto téma? 44
Graf 6 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 7 – Pokud ano, bylo pro Vás přínosné? 45
Graf 7 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni emociálního vyčerpání. 46
Graf 8 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni depersonalizace. 47
Graf 9 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni osobního uspokojení. 48
Graf 10 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 1 v ČÁSTI C, kde je možno více odpovědí – Vaše obrana proti stresu a způsob relaxace? 50

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Působení stresových faktorů vyvolávající stres 26
Obrázek 2 Rovnováha mezi zátěží a schopností..... 27

ÚVOD

Zapálíme-li svíčku na obou koncích, dostaneme sice dvakrát víc světla, vyhoří však za poloviční dobu.

Radkin Honzák

Téma vyhoření není ve zdravotnictví neznámým pojmem. Ve světě se tímto problémem vyhoření, vyhasnutí odborníci zabývají asi 40 let. V České republice je na toto téma upjata pozornost posledních 20 let. Syndromu vyhoření bylo u nás zpočátku věnováno méně pozornosti v odborné literatuře, v současnosti neustále vzrůstá zájem o tuto problematiku, která se projevuje narůstajícím počtem článků zdravotnické literatury i závěrečných prací studentů v různých stupních vzdělávání.

Na zdravotníky jako nositele pomáhající profese jsou kladeny vysoké nároky na výkon a zodpovědnost, které přinášejí těmto pracovníkům zátěž v podobě neustálých stresů, tlaku na další vzdělávání, očekává vysoké nasazení veškerého zdravotnického personálu. Motivace všech, kteří jsou ochotni pracovat v pomáhající profesi (včetně zdravotnictví), je velmi obdobná – pomáhat druhým lidem. Přicházejí do profese s nadšením a motivací a postupem času zjišťují, s jak velkou zátěží a nasazením se musí potýkat.

Rovnováha mezi investicí do vzdělání a ziskem se stane velice nestabilní, pomáhající spíše vynaloží, než získá, osobní výnos nemusí být úměrný očekávání. Vysoké nároky spojené s vlivem nízkého ocenění pak snadno vedou k fenoménu, který je označován jako pojem „syndrom vyhoření“. Je prokázáno, že tento problém v pomáhajících profesích způsobuje zhoršení poskytované péče, zvláště ve zdravotnictví je tento jev více zřetelný (BARTOŠÍKOVÁ, 2006).

I když se tato problematika týká i různých druhů profesí mimo zdravotníků, také pracovníků v sociální sféře, učitelů, policistů, hasičů, pracovníků justice apod.), tato bakalářská práce je zaměřena na obor zdravotnictví a to především na problematiku vyhoření u všeobecných sester.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje historii a několik podkapitol popisujících syndrom vyhoření. Zaměřuje se na jeho příznaky, fáze, diagnostiku, následky, možnosti zotavení a prevenci.

Praktická část zahrnuje stanovení průzkumného problému, vyhodnocení stanovených průzkumných cílů a otázek, metodiku a realizaci průzkumného šetření, analýzu dat vlastního průzkumného šetření, statistické zpracování dat pomocí chí – kvadrátu a interpretaci výsledků.

Cílem této práce je vyhodnotit míru vyhoření u všeobecných sester. Pro tuto práci byla zvolena metodika průzkumného šetření u všeobecných sester na odděleních chirurgie, interny, neurologie ve VN Brno. Dalším cílem je zjistit, zda je statisticky míra vyhoření u všeobecných sester závislá délce praxe ve zdravotnictví. Další cíl stanovuje, jestli tito respondenti znají a zároveň umí vysvětlit pojem „burnout“.

Cílem této práce je i zjištění, zda se respondenti snaží vzniku syndromu vyhoření předcházet. V této části je uvedena diskuze i s výsledky jiných provedených průzkumů v oblasti syndromu vyhoření, doporučení pro praxi a závěr, který obsahuje průběžné shrnutí celé práce.

Cíle stanovené pro tvorbu teoretické části bakalářské práce:

Cíl 1: Seznámit se blíže s pojmem „vyhoření“ a popsat jeho stav.

Cíle stanovené pro tvorbu praktické části bakalářské práce:

Cíl 1: Zjistit a vyhodnotit míru vyhoření u všeobecných sester.

Cíl 2: Zjistit, zda je statisticky míra emocionálního vyhoření – EE u všeobecných sester závislá na délce praxe ve zdravotnictví.

Cíl 3: Zjistit, zda je všeobecným sestrám znám pojem „burnout“.

Cíl 4: Zmapovat, zda se všeobecné sestry snaží vzniku syndromu vyhoření předcházet.

Vstupní literatura:

BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.* 1.vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-439-9.

KRASKA -LÜDECKE, K., 2007. *Nejlepší techniky proti stresu.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1165-6.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví.* 3.vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres, Příručka pro duševní pohodu.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3149-0.

STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3553-5.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2011. *Sestry v nouzi - Syndrom vyhoření, mobbing, bossing.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3174-2.

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací, které byly využity pro bakalářskou práci s názvem Syndrom vyhoření u všeobecných sester, probíhalo v období listopad 2016 až březen 2017. Pro rešerši (viz Příloha E) ve školní knihovně Vysoké školy zdravotnické o. p. s. bylo stanoveno vyhledávací období od roku 2007 do roku 2017, v českém, slovenském a anglickém jazyce.

Jako klíčová slova byla použita: syndrom vyhoření, stres, pomáhající profese, všeobecná sestra, zdravotníci. V anglickém jazyce tyto slova jako - burnout syndrome, stress, helping professions, general nurse, healthcare workers.

Na základě rešerše z katalogu Národní lékařské knihovny portálu Medvik, dále z Jednotné informační brány databáze Jib, Souborného katalogu ČR Sigma.nkp, databáze vysokoškolských prací Theses a online katalogu NCO NZO bylo vyhledáno celkem 44 záznamů (vysokoškolské práce – 6, knihy – 19, články a sborníky – 19). Pro bakalářskou práci bylo z rešerše využito 6 knih.

1 POJEM SYNDROM VYHOŘENÍ

1.1 Co je syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je definován jako psychosomatické onemocnění, které má za následek fyzické, psychické (mentální) a emocionální (citové) vyčerpání organismu. Jednoznačnou příčinou je působení dlouhodobého a nadměrného stresu (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Vyhoření by se také dalo definovat jako postupující ztráta energie a idealismu (VENGLÁŘOVÁ, 2011, s. 25). Tento syndrom se vyskytuje v oborech charakterizovaných vysokým pracovním nasazením, intenzivním kontaktem s lidmi a neodpovídajícím osobním ohodnocením. Zdravotnická profese je samozřejmě mezi nimi (BARTOŠÍKOVÁ, 2006).

V České republice zatím není syndrom vyhoření zahrnut do klasifikace nemocí, ale je zařazen do současně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10), která je schválena 10. revizí pod kódem Z73.0 do kategorie „Vyhasnutí“, vyhoření (MKN-10, 2008). Syndrom vyhoření (syndrom vyhaslosti, vypálení) se vyskytuje při dlouhodobých emocionálně náročných situacích. Jedná se o proces, který se vyskytuje pomalým, ale zcela jistým způsobem. Tento syndrom má za následek osobní újmu i zhoršenou kvalitu poskytované zdravotnické péče. Počátky tohoto jevu jsou závislé na charakteru každé osobnosti a na hodnotovém systému, který je nastaven v každém jednotlivci. Jedná se nejen o zdravotnický personál, ale i pracovníky v sociální sféře, učitelé, policisty, hasiče, pracovníky justice apod.

Syndrom vyhoření zasahuje do fyzické, psychické, emoční a sociální sféry člověka, která může mít dopad na jeho zdraví. Má souvislost se stresem, ale samozřejmě také s důsledkem selhávání osobních „coping mechanismů“ (mechanismus zvládnutí nároků).

Při jeho aktivaci dochází ke kombinaci velkého očekávání zaměstnance (subjektivní příčiny) a zátěže, vyplývající z nároků kladených na zodpovědný výkon povolání (objektivní podmínky). Pracovníci mají pocit, že se jim nedostává adekvátního ohodnocení vzhledem k vynaloženému úsilí a nárokům, které jsou na ně kladeny. To vše má později za následek syndrom vyhoření (BARTOŠÍKOVÁ, 2006).

1.2 Historie

Syndrom vyhoření (z angl. burnout) se vyskytl v roce 1974 v článku „Staff burnout“ Herberta Freudenbergera v časopise Journal of Social Issues (BAŠTECKÁ, 2003).

Herbert Freudenberger (nar. 26. listopadu 1927, Frankfurtnad Mohanem, zemřel 29. listopadu 1999 v New York City) byl americký psychoanalytik německého původu, díky němuž propukl v následujících letech velký zájem psychologů o probádání tohoto fenoménu a následného zařazení do seznamu nemocí, kde byl syndrom vyhoření detailně popsán (jeho vývoj, následky, prevence).

Herbert Freudenberger spolupracoval s dobrovolníky v pomocných profesích, především v oblasti paliativní péče, kde tento syndrom pozoroval a popsal. V roce 1980 uveřejnil syndom vyhoření s Geraldine Richelson v knize Burn Out: The High Cost of High Achievement.

Freudenberger byl ale prvním člověkem, který pojmenoval a vymezil syndrom vyhoření. Největší zájem o tuto problematiku začal růst v 70. a 80. letech, se zapojením určitých profesí, kde syndrom vyhoření lze snadno předpokládat.

Syndrom vyhoření byl již zaznamenán ve starověkém Řecku ve známé pověsti o Sysifovi (v řecké mytologii syn Aiola a jeho manželky Enareté), kde pověst charakterizovala celkové Sysifovo vyčerpání, který musel dopravit balvan až na vrchol hory. Bohužel Sysifos balvan na vrchol nikdy nedopravil, jelikož ho valil před sebou a ten se mu vždy vysmekl a skutálel se těsně před cílem dolů. Tato pověst vyjadřuje vyčerpávající práci (trápení), které nemá konce. Také v Bibli se můžeme seznámit s pojmem celkového vyčerpání nebo i v krásné literatuře se tento pojem objevuje velice často.

Je docela možné, že se Freudenberger nechal inspirovat beletristickou knihou „Případ vyhoření“ („A Burnout Case“) od Grahama Greena – pro vymezení a popis tohoto fenoménu. Tato kniha obsahuje životní příběh nadějného architekta, který je plný nadšení a očekávání od života. V životě se ale potkává s nečekanými problémy, kterým nevěnuje pozornost a považuje je za nedůležité. Avšak tyto problémy nedokáže překonat a jeho nadšení se vytrácí. Později je znechucen od tehdejší společnosti a hledá útočiště v džungli. Graham Green ve své uvedené knize zmiňuje, že burnout postihuje

především lidi, kteří nastupují do své práce s vysokou mírou nadšení a očekávání. Je rozdíl, jak člověk vnímá svoji práci – jestli jako povolání, službu lidem, bohu, či jinému vyššímu principu. Pokud ji ale vnímá jinak než jako námezdnou práci, může se zde u daných jedinců vyskytnout riziko vyhoření. Smysluplnost života je existenciální potřebou každého jedince, která bývá podstatou vyhoření (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

1.3 Příznaky syndromu vyhoření

Sestra postižena syndromem vyhoření získává pocit, že nezvládá svoje povinnosti, a rovněž pochybuje o významu a smyslu své činnosti. Svým okolím je vnímána jako člověk nervózní, nespokojený a podrážděný (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Práce všeobecné sestry je velmi náročná profese, jelikož neustále přichází do styku s lidmi různé národnosti, vzdělání, charakterů, zájmů, nejčastěji v okamžiku, kdy je ohroženo jejich zdraví. Sestra musí být odborníkem lidského těla i duše, aby dokázala pečovat o bio – psycho – socio – spirituální potřeby pacienta. Jsou kladeny vysoké požadavky na její vzdělání a prohlubování si odbornosti, ale i na její osobnost (KUTNOHORSKÁ.J., 2010).

K prvotním příznakům onemocnění patří zejména potíže se spánkem, bolestmi hlavy, břicha, ztuhlým krkem, bolestmi zad, častými infekcemi, poruchami krevního oběhu, případně nestálost tělesné hmotnosti.

Příznaky lze rozdělit do čtyř oblastí

1. **Tělesné vyčerpání** se charakterizuje únavou, chybějící energií, bolestmi svalů, poklesem fyzické energie, častějším onemocněním nebo kolísáním hmotnosti. Postižený může trpět zvýšenou únavou, nastává spánkový deficit a jeho kvalita je velice nestabilní. Po takto nekvalitním spánku se člověk necítí odpočatý. Sportovní aktivity nepřinášejí relaxaci, uvolnění, ale naopak prohlubují pocit selhávaní a viny.
2. **Vyčerpání v rovině psychiky** je přímým odrazem v negativistických názorech k sobě i okolí a zásadně mění dosavadní životní postoje. Takto postižený jedinec vnímá běžné životní situace jako složité a neřešitelné. Psychicky unavená osoba je cynická, negativistická, nemá ráda změny, ztratila důvěru v sebe i okolí. Zjevují se symptomy poruch soustředěnosti, roztržitosti; ztrácí se smysl života.
3. **Emociální vyčerpání** je charakteristické tím, že se člověk cítí citově vyprahlý a nedokáže vnímat problémy kolem sebe. Pociťuje beznaděj, bezmoc, není schopen se vžít do pocitů druhých. Vyhýbá se lidem, uzavírá se do sebe. Svoje negativní emoce, postoje uplatňuje nejen v práci, ale i v rodině a ve svém okolí. Ztrácí radost a víru ve svou rodinu a přátele. Emocionálně vyčerpaný

člověk reaguje zvýšeným podrážděním a pociťuje, že jsou pro něj i jeho blízcí přítěží (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

4. **Změny v sociálních vztazích** jsou představovány zejména neschopností a nechutí komunikace s lidmi, izolací v povolání, oddálení se od rodiny i přátel. Z důsledku psychického vyčerpání se ve zvýšené míře projevuje podrážděnost, výbušnost, konfliktnost. Dochází k poklesu sociability (schopnosti ke společenské družnosti) (BARTOŠÍKOVÁ, 2006).

Pro předejití následků syndromu vyhoření je nutné nepřehlížet první varovné příznaky, upozorňující na výskyt možných problémů, kterým lze předejít. Symptomy se projevují nejdříve v oblasti psychické a emoční, tudíž nejsou patrné na první pohled. Později se příznaky projevují znatelným snížením pracovního výkonu, který okolí velice rychle zaregistruje (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.4 Fáze syndromu vyhoření

Vyhoření nebývá popisováno jako stav, ale jako neustálý proces, který se vyvíjí a může trvat i několik měsíců. Může vzniknout i u motivovaného člověka plného ideálů a nadšení už s nástupem do zaměstnání, o kterém má jistý člověk své představy a očekávání. Je nabitý energií a chce zde uplatnit spoustu svých myšlenek. Nepřipouští si alarm únavy a neustále chce podávat ten nejlepší výkon.

Syndrom vyhoření řadíme do několika stupňů. Každý z nich vyjadřuje určitou oblast života. Na začátku vzniká emoční vyhoření, které postihuje více ženy než muže, dále se může vyskytovat psychické vyhoření a ztráta inspirace. Poté dojde k fyzickému vyčerpání, které je podkladem pro psychosomatická onemocnění. Následkem je dlouhodobě potlačovaný stres a přirozené reakce, jako bývají agresivita, zlost, pláč, strach a hněv (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Různí autoři uvádí řadu členění syndromu vyhoření do fází

1. Nadšení – Vyznačuje se ideály, jasným cílem, kvalitou práce, smysluplností, sršícími nápady a dochází k přetěžování se.
2. Stagnace – Počáteční nadšení klesá, slevování z vysokých nároků a představ.

3. Frustrace – Zdravotník se začíná zabývat otázkami efektivity a smyslu vlastní práce, šíří se tunelové vidění – myslí jen na svoji práci, o nic jiného zájem nejeví, pociťuje samotu se svými problémy, nastává deziluze a zklamání.

4. Apatie – Svoje povolání vnímá zdravotník jen jako zdroj obživy, vykonává jen nezbytně nutné práce, vyhýbá se komunikaci s pacientem, kolegy, nemá zájem o další vzdělávání, může zde vzniknout i tzv. HH – syndrom (z angl. helplessness – bezmocí a hopelessness – beznaděje).

5. Vyhoření – Veškeré vyčerpání, negativismus, lhostejnost a naprosté vyhýbání se profesním požadavkům.

Určité fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku více či méně znatelné. Jestliže tento syndrom není včas rozpoznán, může vyústit až v profesionální deformaci, která je charakteristická citovou ochablostí zdravotníka vůči nemocnému (KRASKA -LÜDECKE, 2007).

1.5 Následky stavu vyhoření

Vyhořelý člověk se cítí vnitřně vyprázdněný a snaží se tuto prázdnotu nahradit překotnými aktivitami, např. přejídáním, sexem, alkoholem, či jinými návykovými látkami. Tyto aktivity pak později narušují jeho sociální vztahy ve společnosti (HONZÁK, 2013).

Následky stavu vyhoření mají dopad na psychickou, sociální a tělesnou stránku člověka. Jedná se především o psychické a tělesné následky spojené se změnami v sociální oblasti.

Psychické následky:

- Postupná ztráta empatie a motivace.
- Časté změny nálad.
- Ztráta radosti ze života (anhedonie – jedním z příznaků schizofrenie, rovněž základní symptom deprese).
- Emocionální problémy, jako je rozmrzelost, výbušnost, netrpělivost, nervozita.
- Ztráta profesionálního entusiasmu (nadšení) a cítění zodpovědnosti.

- Pronikavý pesimismus do života (VENGLÁŘOVÁ, 2011).
- Nespokojenost se svým výkonem.
- Sebeobviňování.
- Negativní vnímaní sebe (STOCK, 2010).

Tělesné následky:

- Abúzus návykových látek – alkoholu, drog, léků.
- Častá únava, vyčerpání.
- Migrény, bolesti hlavy a pohybového aparátu.
- Zvýšená náchylnost k infekčním a psychosomatickým onemocněním.
- Kardiovaskulární a zažívací obtíže (VENGLÁŘOVÁ, 2011).
- Omezená produktivita – pokles výkonosti.
- Nedostatek energie, pocit slabosti.
- Sklony k nehodám.
- Poruchy se soustředěním a pamětí (STOCK, 2010).

Změny v sociální oblasti:

- Projevy cynismu (bezohlednosti), ironie, nezájmu o pacienty.
- Pasivní agrese vzhledem k blízkým, nadřízeným i kolegům, neochota spolupráce.
- Časté konflikty s kolegy, v rodině.
- Nekolegiální jednání na pracovišti.
- Negativní emoce, postoje k vlastní osobě, práci, instituci, společnosti a životu.
- Omezení zájmů, distance od přátel (VENGLÁŘOVÁ, 2011).
- Problémy v oblasti navázání a udržení společenských vztahů (STOCK, 2010).

Stav vyhoření je výsledkem souhry těchto hlavních příčin:

- Náročný směnný provoz.
- Ztráta smyslu práce, positivního vnímání sebe a života.
- Pocit beznaděje.
- Nevyzrálý charakter zdravotníka (nedokáže se vždy orientovat na potřeby nemocných).

- Pocit narušeného volného času.
- Vysoká zodpovědnost na pracovišti, špatný kolektiv a časté působení stresu.
- Konflikt více rolí (soukromý život a pracovní život).
- Neustálý kontakt s nemocnými.

V tomto stádiu nezbývá člověku nic jiného, než hledat cestu zpět k lidem ve svém okolí, ale především najít cestu k sobě samému. Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženi lidé, kteří mají sklon k workoholismu (závislosti na práci). Jsou to především:

- Lidé, kteří jsou příliš „zapálení“ do své práce.
- Lidé pracovití a důslední, kteří neumějí říct NE.
- Lidé, kteří museli ledacos obětovat, aby mohli vykonávat svoji práci.
- Lidé pracující příliš usilovně.
- Lidé, kteří příliš nejeví jiné zájmy mimo svou práci.
- Lidé, kteří prožívají neúspěch jako osobní prohru.
- Lidé, kteří si nepřipouštějí ani netuší, že mohou být ohroženi vyhořením.
- Lidé, kteří si myslí, že jsou nepostradatelní (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Základem syndromu vyhoření jsou dva aspekty

1. **Osobní nastavení pomáhajícího**

Jedním z důvodů je příliš silná chuť pomáhat a pečovat. Ta vede k nenaplněným očekáváním od sebe i od pacientů.

2. **Prostředí**

Do této oblasti patří charakter práce, nastavení systému a organizace práce na příslušném pracovišti. Mezi vysoce náročný charakter práce na pracovišti patří zejména:

- Péče o dlouhodobě nemocné.
- Péče o pacienty s nevyléčitelnou – infaustní prognózou.
- Práce v krizových centrech.
- Gerontologická, paliativní péče.

- Práce na psychiatrických odděleních – léčba závislostí, péče o depresivní pacienty.

Ve zdravotnictví je práce řešena většinou směnným provozem. Sestra musí být připravena na okamžité potřeby na pracovišti, často musí řešit potíže vyplývající z provozu, případně nahrazuje i jiné profese. Důležitým faktorem je pevné rodinné zázemí a pracovní kolektiv (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Organizační a systémové podmínky vzniku syndromu vyhoření:

- Necitelné chování nadřízených, nevhodný přístup.
- Docenění – fyzického a lidského, zdravotník více energie dává než získá.
- Vyčerpanost v důsledku malého počtu personálu.
- Negativní vztahy na pracovišti.
- Špatné pracovní podmínky a organizace práce.
- Práce ve strnulém kolektivu, který navzájem nespolupracuje.
- Přetíženost.
- Minimální podílení se na rozhodování.
- Přenášení zodpovědnosti na nelékařské zdravotníky mimo její kompetence.
- Nadměrná psychicko – emoční zátěž (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Psychická zátěž je jedním z významných rizikových faktorů vyhoření u všeobecných sester. Tuto zátěž lze definovat jako proces vnímání, zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy daného prostředí (VÉVODA, 2013).

Dobrá fyzická a psychická kondice je nejlepší způsob, jak organismus chránit před syndromem vyhoření. Pokud má dojít k vyrovnanosti emociální a duševní sféry, je třeba dbát i na stránku tělesnou. Velice důležitá je v tomto případě i životospráva, dostatek pohybu a odpočinku.

1.6 Diagnostika syndromu vyhoření

Pro diagnostiku syndromu vyhoření se využívá řada nejrůznějších metod. Nejpoužívanější metodou jsou dotazníky (viz Příloha A, Příloha B).

Nejznámější dotazníky:

- Maslach Burnout Inventory – MBI dotazník dle autorů Christine Maslacha Susan E. Jackson, tento dotazník monitoruje 3 oblasti: **emocionální vyčerpání – EE, depersonalizaci – DP** (= psychická porucha, kdy člověk není schopen adekvátně vnímat sebe samotného), **uspokojení z práce – PA.**
- Burnout measure – BM dotazník dle autorské dvojice A. Pinesová a E. Aronson z roku 1980. Dotazník mapuje tři různé oblasti celkového vyčerpání (fyzického, emocionálního a duševního vyčerpání) (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.7 Minimum o stresu a jeho vlivu na syndrom vyhoření

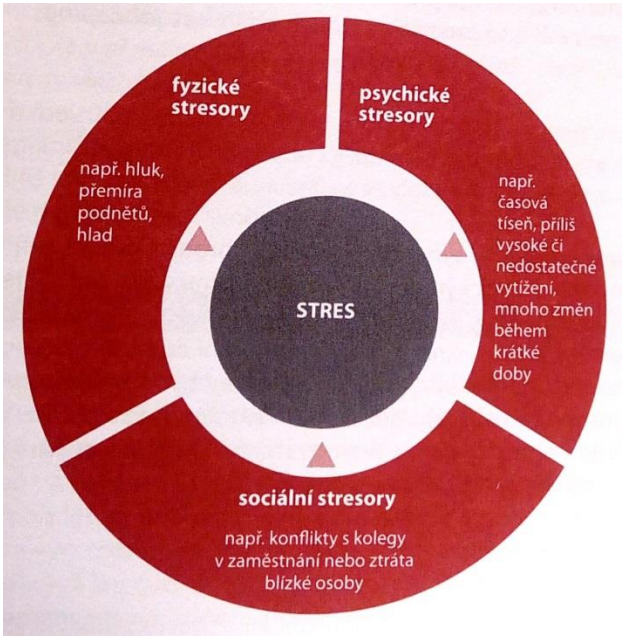
Stres má na člověka veliký vliv, zejména v dnešní době, v důsledku neustálého přetěžování mnohými úkoly, kdy na člověka působí řada stresových faktorů. Delší působení těchto faktorů, může u daného jedince způsobit až syndrom vyhoření.

Definice stresu

Jaro Křivohlavý definuje stres takto: *Situaci člověka ve stresu můžeme přirovnat do určité míry ke sněhové kouli, kterou ze všech stran stlačujeme tak moc, až z ní začne kapat voda a koule se mění v kus ledu* (KŘIVOHLAVÝ, 2010, s. 24).

Dle Kraska–Lüdecke je stres definován: *Stres je nespecifická obranná reakce (odpověď) organismu na jakýkoliv požadavek (zátěž), kterým byl organismus zatížen*
(KRASKA - LŬDECKE, 2007, s. 116).

Dle WHO (World Health Organization) vznikl seznam příznaků stresového stavu, který obsahuje 3 druhy příznaků (stresorů), které jsou uvedeny na obrázku **[1]**. Jedná se o příznaky: **fyziologické, psychologické a sociální** (KŘIVOHLAVÝ, 2010).



Obrázek 1 Působení stresových faktorů vyvolávající stres

(STOCK, 2010, s. 16)

Hodnocení psychické zátěže je možné určit metodou pomocí subjektivní odezvy organismu – **psychologickými výkonovými testy** (zjišťují souvislost mezi psychickou pracovní zátěží a funkčním stavem centrální nervové soustavy), **psychofyziologické metody** jsou aplikovány na zjišťování fyziologické odezvy organismu na psychickou zátěž (sledování fyziologických parametrů, např. dechové frekvence, srdeční frekvence, krevního tlaku apod.) nebo **biochemickými metodami** v důsledku změn ve vylučování hypofyzárních a nadledvinkových hormonů (VÉVODA, 2013).

Vývoj organismu při stresu má tři fáze

1. **Poplachová (alarmová) fáze** – Charakterizuje se pohotovostí potřebných sil ke zvládnutí zátěže. Nejdříve nastává šok, potom antišok, kdy se vysoká reakce začíná snižovat – řízeno sympatikem.
2. **Rezistenční (vyrovnávací) fáze** – Dochází při ní ke snížení reakce organismu na rušivý vliv, z důvodu adaptace na stresor – řízeno parasympatikem.
3. **Fáze vyčerpání (exhausce)** – Vzniká dlouhodobým a intenzivním stresorem provázeným projevy zoufalství, zlosti i apatií → má za následek snížení obranyschopnosti organismu.

Dále existují dvě formy stresu. Jedná se o ministresory a makrostresory, které se liší intenzitou působení stresu na člověka (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Ministresory a makrostresory

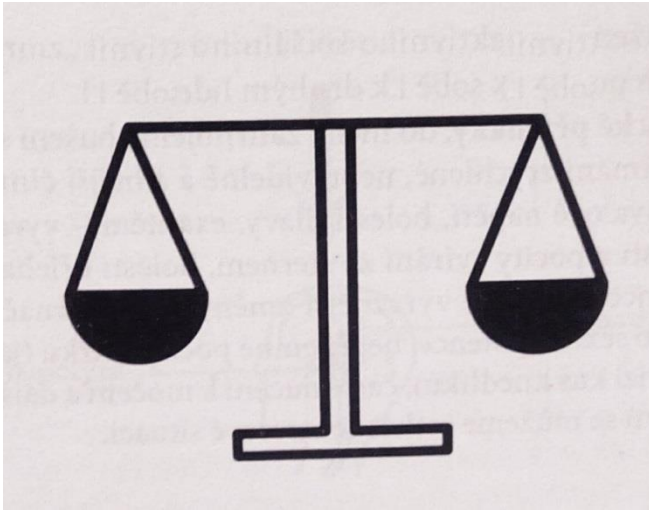
Ministresory jsou popsány jako malé stresory, vyznačující mírné okolnosti, které vyvolávají stres (např. dlouhodobě pociťovaný nedostatek lásky). **Makrostresory** jsou popsány jako velké, deptající, ničivé stresory, které překračují určitou hranici.

Dle délky působení dělíme stresory:

- Krátkodobé (akutní bolest, resuscitace pacienta).
- Dlouhodobé (dlouhotrvající bolest, zodpovědnost za vykonanou práci) (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Význam stresorů a salutorů

Ke stresu u člověka dochází působením tzv. STRESORŮ (zátěží), to jsou faktory, které významně ovlivňují naši psychiku. Jsou to veškeré požadavky, které jsou na člověka kladeny a zahrnují vše, co se od člověka očekává. Na druhou stranu existují faktory, které člověku pomáhají zvládat stresovou situaci (možnosti člověka – co je schopen udělat, překonat, apod.), jedná se o tzv. SALUTORY. Ideální řešením je, když jsou STRESORY a SALUTORY v rovnováze jako na obrázku **[2]** (KŘIVOHLAVÝ, 2010).



Obrázek 2 Rovnováha mezi zátěží a schopností

(VENGLÁŘOVÁ, 2011, s. 53)

Když možnosti člověka jsou výš než to, co se od něj žádá (tzn. když je raménko váhy se SALUTORY nahoře) → nastává klidová situace pohody. Ovšem když je tomu naopak a možnosti člověka jsou níže, než se od něj očekává (tzn. raménko váhy je se SALUTORY dole) → nastává stres.

Má - li sestra přijmout další práci a pracovat 2x více, jedná se o zvyšování zátěže. Naopak, dostane - li někoho, kdo mu s prací pomůže, jedná se snižování zátěže. Těžké situace nám pomáhají zvládat: **Fyzické (tělesné), psychické síly, naše zkušenosti, dovednosti, vztah, postoj k životu.** Důležitá je k činnosti člověka silná motivace (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

Úloha eustresu a distresu a vliv frustrace a deprivace na člověka

Eustres → Dochází k přetížení daného člověka, ale celková situace je pro něj příznivá (emocionálně positivní - svatba).

Distres→ Dochází k výraznému přetížení člověka, kdy jeho možnosti jsou nad jeho síly (emocionálně negativní - úmrtí v rodině) (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

Frustrace → Stav zklamání, opakovaných neuspokojených potřeb z důvodu neprojeveného uznání.

Deprivace (strádání) → Úzce souvisí s pojmem frustrace, kdy jedinec nemá dostatek uspokojení určitých potřeb (citové, smyslové) (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Co stres negativně ovlivňuje:

- Kardiovaskulární systém (hypertenze, koronární vady apod.).
- Gastrointestinální systém (nauzea, zvracení, vředy apod.).
- Imunitní systém (snížena rezistence k nemocem).
- Genitourinální systém (časté nucení na močení).
- Svalový systém (bolesti zad, hlavy apod.).
- Sexuální život a reprodukční systém (neschopnost otěhotnět).
- Dýchání (hyperventilace, astma apod.) (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

Jedno ze současných pojetí vlivu stresu na naše zdraví hovoří o tom, že stres působí jako startér či spouštěč téměř každé nemoci. Přitom termínem spouštěč se rozumí něco obdobného tomu, s čím se setkáváme u pušky či revolveru – stlačení páčky, které uvede chod výbuch v hlavni (KŘIVOHLAVÝ, 2010, s. 26-27).

Zvládání stresu

Cíle zvládání stresu mohou být různé. Můžeme snížit množství toho, co nás zatěžuje, zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu, zlepšit si podmínky pro regeneraci (relaxaci), zachovat si chladnou hlavu a pozitivní tvář – nedopustit osobní regres (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

1.8 Možnosti zotavení

Záleží vždy na člověku, jak se problematickou situací syndromu vyhoření vypořádá. Lidé kolem nás nám mohou pomoci, ale důležité je chtít uvnitř každého z nás.

Uchopit svůj život do vlastních rukou. To znamená vést smysluplný, aktivní, pohodový život. Pokud má člověk léčit a pečovat o druhé, je nezbytně nutné, aby to uměli sám na sobě. Jestliže neumí pečovat sám o sebe, s jakou kvalitou potom může pečovat o druhé? (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

K zamyšlení: Jednoho dne se slavný americký psychiatr H. S. Sullivan pohyboval v obědovém čase na oddělení a ptal se pracovníků, jestli už byli na obědě. Odpovědí se mu dostalo, že nikdo nebyl, jelikož se ještě neměli čas zastavit, protože se musejí nejdříve postarat o pacienty, to ho nehorázně rozčílilo: „Tohle mi řeknete ještě jednou a máte padáka! Kdo se neumí pořádně postarat sám o sebe, neskýtá záruku, že se postará o druhé!“ Tuhle větu by měli slyšet především ti „obětaví“, kteří se neustále přetěžují a nemají čas ani na své fyziologické potřeby (JANÁČKOVÁ, 2008). Důležité je, aby člověk zanalyzoval současnou situaci, popřípadě ji adekvátně uměl řešit a poté si dokázal najít čas na odpočinek. Člověk by měl zejména:

1. **Zhodnotit svůj současný stav**. Každý člověk by si měl na začátku položit základní otázku, jestli v dané situaci nepotřebuje pomoc od druhých nebo jestli ji zvládne sám. Respektive si uvědomit, jestli na to stačí nebo ne. Každý člověk by měl dbát na svoje stravovací návyky, dostatečný spánek a odpočinek, začít na sobě pracovat, zejména na své fyzické a psychické stránce, a to především relaxačními aktivitami. Někteří zdravotníci, když začínají méně pociťovat radost, nadšení a zájem o svou práci, začínají hledat další pracovní aktivity, např. vezmou si do hlavy nějaký úkol, začnou studovat. Následky si každý představí sám.

2. **Vydobýt si místo odpočinku.** Udělat si vymezený prostor a čas jen pro sebe a své vlastní soukromí, o kterém bude moci rozhodnout, kdo může vstoupit a kdo ne. Tento prostor využívat jen pro vlastní odpočinek a relaxaci (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Jestliže má člověk pocit, že se na něj řítí čím dál více problémů, se kterými si už neví rady, rozhodně není vhodné odkládat případnou žádost o pomoc, kterou mu mohou poskytnout jeho blízcí či odborníci. Někdy může být žádání o pomoc pro danou osobu složité a ponižující, zejména v dominantním postavení. Pomoc každý může najít u své rodiny, přátel, spolupracovníky, specialisty – odborníka.

1.8.1 Pomoc u rodiny, přátel

Pomoc u rodiny a přátel hrají ve fázi vyhoření a následné rekonvalescenci významnou roli. Pokud chtějí postiženému pomoci, je třeba se řídit níže uvedenými doporučeními:

- Projevujte mu najevo lásku i tehdy, i když si to tolik nezaslouží.
- Dávejte neustále najevo, že dotyčnému nadále věříte.
- Povzbuzujte ho, i když se mu něco nepovede.
- Dbejte o jeho postup a pokrok.
- Nekritizujte ho.
- Nestavte poradce jako autoritu.
- Netlačte ho k úspěchu (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.8.2 Pomoc v pracovním kolektivu

Pokud máme velice dobré mezilidské vztahy s našimi kolegy, kde si navzájem pomáháme, máme v nich založenou důvěru, tak jsou to právě oni, které bychom měli požádat o pomoc. Pokud jim na nás opravdu záleží, neměli by se k nám obracet zády, ale naopak nám ukázat vlídnou tvář a podat pomocnou ruku. Záleží i na postoji vedení, které nám může dočasně pomoci několika způsoby:

- Zaměstnat pracovníka jinými úkoly.
- Zvolit pro něj jiné, méně náročné oddělení.
- Přehodit směny (práce s jinými lidmi).
- Umožnit jednosměnný provoz (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.8.3 Pomoc u specialisty

Jestliže jsou veškerá předešlá doporučení bez efektu (jako např. změna životního stylu, zlepšení vztahů na pracovišti i v soukromí) a vyskytují se symptomy, které by mohly tvořit podklad pro psychosomatická onemocnění nebo projevy závislosti (alkohol, drogy, apod.), je nutné ihned hledat odbornou pomoc (VENGLÁŘOVÁ, 2011). Lze využít i telefonickou linku důvěry nebo naděje a krizová centra. Tyto linky jsou zcela anonymní, mají odbornou způsobilost, jsou snadno dostupné a jsou provázané s dalšími službami

Takovými linkami jsou např. **Linka psychopomoci ČAPZ (Česká asociace pro psychické zdraví)**, která je v provozu každý všední den od 9:00 do 21:00 hodin na tel. č. 224 214 214, 777 783 146 nebo na emailu:psychopomoc@capz.cz, a **Linka důvěry CKI (Centrum krizové intervence) Bohnice**, která je určena pro dospělé v provozu 24 hodin denně na tel. č. 284 016 666 (PSYCHOPORTAL, 2016).

Linka důvěry CKI Bohnice je určena především lidem, u kterých propukla životní pohroma manifestující se negativními myšlenkami (deprese, úzkosti, panika, pocity ohrožení, myšlenky na sebevraždu, apod.), s léčeným psychiatrickým onemocněním a při náhlém zhoršení jeho zdravotního stavu. Pro osobní kontakt existují **Centra krizové intervence (krizová centra)**, která nabízejí již zmíněnou neodkladnou pomoc 24 hodin denně bez nutnosti objednání (BOHNICE, 2016). Vhodným řešením v krizové situaci je konzultace, poradenství zaměřené na řešení problémů či koučing (odborné poradenství).

Někdy lidé vnímají danou situaci příliš negativně. Hlavně zdravotníci by si měli uvědomit, že veškeré negativismy mohou lehce přenášet na pacienta. Proto je důležitá včasná terapie nejen z hlediska psychofyzické rovnováhy zdravotníka, ale také kvůli pacientovi, jelikož vše kolem sebe citlivě vnímá (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.9 Prevence vyhoření

Tím, čím se můžeme proti syndromu vyhoření bránit v mnoha situacích, je prevence. Bohužel ji lidé často opomíjejí a myslí si, že ji nepotřebují, že si poradí lépe sami. Prevence syndromu vyhoření spočívá v adaptační praxi, péči o sebe, pomoci mezi spolupracovníky, podstatě mezilidských vztahů, charakteru zaměstnavatele,

sebepoznání a sebekritice, supervizi, osobním životě, přátelích, zájmech, oddělení práce od soukromého života a udržování dobré fyzické kondice (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.9.1 Adaptační praxe

Každá sestra, která nastoupí po ukončení studia do své profese, by si měla být vědoma náročnosti a rizik své práce. Náročnost povolání pro ni je nejen po stránce psychické, fyzické ale i emocionální. Práce s těžce nemocnými vyžaduje větší výdej energie, než se třeba dostává, jelikož je práce s nemocnými často náročná a výsledky nejsou patrné hned.

Co může být přínosem pro zdravotnickou profesi

1. Teoretická a praktická příprava ve škole – především přednáškami psychologie a ošetřovatelství.
2. Osobnostní předpoklady pro profesi.
3. Kvalitní nástupní praxe.

Nástupní praxe je dána zákonem. Možno ji řadit za určitou formu supervize, kdy pracovník pracuje po určitou dobu pod odborným dohledem školitele nebo odborně zkušených kolegů. Zkušený personál by měl začínajícímu kolegovi poskytnout pomoc a plně jej podporovat v jeho začátcích, jelikož se později rozhodne, zda se jeho profese stane pro toto pracoviště celoživotní (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.9.2 Péče o sebe

Důležitou podmínkou pro lidi v pomáhající profesi je mít rád sám sebe. Pokud máme lásku dávat, je nezbytně nutné ji přijímat.

1. Kdo nemá rád sám sebe, nemá rád ostatní, zanedbává sám sebe, nepřijímá energii.

2. Kdo nesnáší své povahové vlastnosti, nesnáší je ani u pacientů (KOPŘIVA, 2013).

1.9.3 Sebepoznávání a sebekritika

Důležité je, aby sestra porozuměla nejdříve svému projevu chování, následně může porozumět chování pacientů. Postupem života si člověk vytváří specifické pohledy na svět. Vnímá sám sebe, vytváří si určité názory, postoje, kterými by se chtěl řídit. Sebereflexí si člověk uvědomuje své pozitivní vlastnosti, schopnosti, nedostatky,

ale především osobní pocity a to ve všech situacích, ve kterých se nachází. Aby sebereflexe byla úspěšná, je důležité se řídit níže uvedenými body:

- Uvědomovat si to, jak se chováme, co děláme.
- Pravidelné sebehodnocení (uvažovat o tom, jaké faktory ovlivňují naše jednání).
- Písemné zaznamenání a rozbor výsledků sebehodnocení.
- Introspekce – pozorování vlastního chování, jednání (vnímání sebe sama).
- Sebepozorování zaměřené na emoční prožívání.
- Sebepoznávání za pomoci druhých lidí (jejich ohodnocení nás) (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

V průběhu života u člověka dochází k poznávání vlastních povahových vlastností. Kladné sebehodnocení nám umožňuje lepší pohled na svět, zvyšuje naše sebevědomí, motivuje ke zvládání překážek, vyššímu výkonu a upevňování fyzické a psychické pohody. I při prodělaném vyhoření se dozvíme o způsobu naší reakce, odolnosti, možnostech, ale i mezích.

1.9.4 Osobní život, přátelé, koníčky

Člověku, který zanedbává svůj osobní život, se tento postupně rozpadá. Mezi ohrožené patří zejména ženy, které plní roli matek, manželek. Na začátku pracovní kariéry se může objevit omezení osobního života v důsledku nadšení, velké angažovanosti do své profese, kariérním růstem, nadstandardními vztahy v kolektivu, to vše může mít za následek postavení zaměstnání na první místo v životě zdravotníka i na několik let. Člověk by neměl opomíjet svůj soukromý život, neboť má podstatný vliv na ten profesní.

V soukromém životě si člověk upevňuje vztahy, má zde své zázemí, ale především může čerpat energii pro svoji náročnou profesi. Nedílnou součástí je kvalita partnerského vztahu i sexuálního života. Měli bychom si pěstovat nejen dobré vztahy v rodině, ale také se svými přáteli, známými, spolupracovníky a okolím.

Důležité je pěstování osobních vztahů, rozvíjení své kreativní činnosti, zálib, koníčků, jelikož náš život propojí s uspokojením, radostí a uvolněním. Každý člověk by

si měl najít nějakou zálibu, která by obohatila jeho život, neboť potom může být také tolerantní k zábavě druhých (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.9.5 Dobrá fyzická kondice, relaxace

Zdravá životospráva (jíst zdravěji po menších porcích 5x denně), sport, či jakékoliv další pohybové aktivity a relaxace (procházky, turistika, vycházky, jóga, meditace, masáže apod.), dostatek spánku, tekutin, pravidelný denní rytmus, zní jako neustále opakovaná a banálně znějící doporučení, která se vyskytují kdekoli. Ovšem pokud je nebudeme považovat za důležitá preventivní opatření, dříve nebo později se ocitneme ve fázi vyhoření. Naše tělo je tvořeno energií, kterou potřebuje neustále doplňovat. Musíme umět s ní hospodařit a někdy je nutné se znovu „naučit odpočívat". Nutné je odpočívat, když se cítíme unaveni, ne až později, kdy si najdeme čas (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Pravidelná relaxace a pravidelné cvičení mají pro člověka nesmírný přínos v prevenci vyhoření, působení proti stresu a navození fyzické a psychické pohody, ale i sociálních vazeb. Pravidelná relaxace ovlivňuje pravidelnost dechových cyklů, aktivitu mozkových vln (na EEG), zvyšuje měrný elektrický odpor kůže a práh vnímání, snižuje spotřebu kyslíku, posiluje duševní svěžest, rozšiřuje cévy a navozuje pocit tepla, snižuje svalový tonus (napětí), reflexní činnost, tepovou frekvenci, krevní tlak a dechovou frekvenci.

Pravidelné intenzivní cvičení navozuje pozitivní pocit ze sebe a svého těla, snižuje riziko zdravotních obtíží, napětí, stresových, úzkostných a depresivních stavů, zvyšuje schopnost koncentrace a má vliv na posílení sebevědomí, že člověk něco dokázal (STOCK, 2010).

Každý člověk má jiné potřeby

Důležité je se zamyslet, proč studujeme určitou školu či vykonáváme danou práci, co nám přináší a co naopak bere a jestli je to ta správná volba do budoucna. Měli bychom se umět nad tím zamyslet a vyhodnotit, co je pro nás nejvýhodnějším a smysluplným řešením.

Hodnota provedené práce bývá většinou nedostatečně oceněná, a to je i důvod vyhoření, který hrozí sestrám, jelikož jejich práce bývá spojena především s posláním.

Jako doporučení na závěr je uvedeno (viz Příloha C) pár rad jako prevence proti syndromu vyhoření (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.9.6 Oddělení práce od soukromí

Ve zdravotnictví se setkáváme s nejrůznějšími lidskými osudy různého charakteru, obzvlášť často zdravotník soucítí s trpícími, potom je těžké pro zdravotníka oddělit blížící se konec pracovní doby. Mohou se zde vyskytnout i problémy v oblasti soukromí, kdy často dochází k zavlečení těchto problémů do práce s následky špatného pracovního výkonu a zhoršenou péčí o pacienta. Důležité je tedy oddělovat práci od osobního života. Kdo má pocit, že je to pro něj obtížné, měl by si najít nějaký pomocný motiv, zálibu, relaxaci, která odpoutá jeho myšlenky od případných problémů. Fungující složku by měla představovat zejména rodina, která by měla být místem klidu a odpočinku (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.9.7 Mezilidské vztahy

Jedná se o sociální podporu, tedy blízkost lidí, kteří mohou dát postiženému to, čeho se mu nedostává. Jde především o poskytování pomoci v oblasti emocí a povzbuzování v nelehkých životních situacích (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.9.8 Pomoc mezi spolupracovníky

Ten, kdo vykonává pomáhající profesi, si musí být vědom vystavení vysokému psychickému a fyzickému tlaku. Každý takový pracovník by měl být ochoten pomáhat, ale je na zvážení, zda na úkor svého zdraví a svých sil. Je třeba se vymezit ve svých možnostech. Měl by si také uvědomit, že chtít pomoc při postižení syndromem vyhoření není projevem selhání. Bohužel pomoc přicházející ze strany spolupracovníka jako pomáhajícího, nemusí mít vždy kladný úmysl. Spolupracovník si může pomoc druhému vysvětlovat jiným způsobem, především pocitem zavázanosti, oddanosti zoufalého pracovníka či uspokojování vlastních potřeb na úkor pomoci pracovníkovi. Tato situace se označuje jako „Syndrom pomocníka“ (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

Syndrom pomocníka

Syndrom pomocníka se vyznačuje neopravdovým projevem vlastních citů a potřeb. Pomáhání uspokojuje potřeby, které jsou nenaplněny v profesním či osobním životě. Je tedy obtížné rozlišit altruistické chování od egoistického. Jak lze chápat pomáhání od pomocníka:

1. Pomoc bez veškerých nároků blízké osobě.
2. Pomoc jako zajímavá profese (zájem o profesi).
3. Pomoc za účelem uspokojování vlastních potřeb (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.9.9 Zaměstnání

Pokud člověk cítí, že jeho nadřízený (zaměstnavatel) šetří chválou nebo jej psychicky deptá a nepodporuje jeho účast na vzdělávacích programech, je načase sáhnout až ke změně zaměstnání (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

1.9.10 Supervize

Nedílnou součástí života každé všeobecné sestry je nutnost zvyšování kvalifikace. Celoživotní rozvoj umožňuje supervize, která se zaměřuje na zdokonalení profesionálních dovedností a vytváří na pracovišti „vzdělávací prostředí“. Je soustředěna na aktivitu sester v bezpečném a tvořivém prostředí. Supervize podporuje pracovní růst sester, atmosféru a organizaci práce (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

2 PRŮZKUM

Praktická část této práce zahrnuje metodu kvantitativního průzkumu za pomoci dotazníkového šetření ve VN Brno.

2.1 PRŮZKUMNÉ TÉMA, PROBLÉM A CÍL

Téma: Syndrom vyhoření u všeobecných sester

Problém: Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester a zda je míra jejich emocionálního vyhoření – EE závislá na délce praxe ve zdravotnictví, dále jestli je sestrám znám pojem „burnout“ a jak se snaží jeho vzniku předcházet?

Cíl 1: Zjistit a vyhodnotit míru vyhoření u všeobecných sester.

Cíl 2: Zjistit, zda je statisticky míra EE u všeobecných sester závislá na délce praxe ve zdravotnictví.

Cíl 3: Zjistit, zda je všeobecným sestrám znám pojem „burnout“.

Cíl 4: Zmapovat, zda se všeobecné sestry snaží vzniku syndromu vyhoření předcházet.

2.2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Otázka 1: Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester?

Otázka 2: Je statisticky míra EE u všeobecných sester závislá na délce praxe ve zdravotnictví?

Otázka 3: Je sestrám znám pojem, „burnout“?

Otázka 4: Jakým způsobem se sestry snaží vzniku syndromu vyhoření předcházet?

2.3 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

2.3.1 METODA POUŽITÁ PŘI PRŮZKUMU

Pro získání dat z průzkumu ve VN Brno byla použita kvantitativní metoda pomocí standardizovaného anonymního dotazníku dle MBI, který určil míru výskytu syndromu vyhoření. Součástí dotazníku byly i doplňující otázky. Dotazník byl rozdělen na 3 části:

A., B., C. (viz Příloha A). Část A. tvořilo prvních 7 polootevřených doplňujících otázek s jednou možnou odpovědí, zaměřujících se na osobnostní charakteristiky respondentů (věk, rodinný stav, délka praxe, druh oddělení apod.).

Částí B. byl samotný standardizovaný dotazník (MBI), který obsahoval 22 uzavřených odpovědí různé intenzity. Třetí část C. se zaměřovala na využití preventivních opatření proti vzniku syndromu vyhoření, kterou tvořila jedna polootevřená doplňující otázka s různými možnostmi odpovědí a druhá doplňující otázka zůstala respondentům zcela otevřená. Výsledky šetření byly vyhodnoceny v programu Microsoft Office Excel 2010. V tomtéž programu byly vytvořeny tabulky (s relativní i absolutní četností), grafy znázorňující výsledky průzkumného šetření a společně i jejich slovní interpretace. V programu Microsoft Office Excel 2010 byly vytvořeny také tabulky pro statický výpočet pomocí chí – kvadrátu.

2.3.2 PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Průzkumný soubor tvořilo 90 všeobecných sester ve VN Brno. Po souhlasu s průzkumným šetřením náměstkyní ředitele VN Brno pro nelékařské zdravotnické profese (viz Příloha D), byl dotazník nejdříve rozeslán v tištěné formě třem vrchním sestrám z chirurgie, interny a neurologie jako pilotní studie, za účelem srozumitelnosti a vhodnosti formulace otázek, popřípadě jejich upravení. Dotazník nebylo třeba upravovat.

2.3.3 ČASOVÝ HARMONOGRAM

Od října do listopadu roku 2016 byly nashromažďovány literární zdroje pro teoretickou část bakalářské práce, kde byly stanoveny průzkumné cíle a vytvořen dotazník pro sběr dat kvantitativního průzkumného šetření, které probíhalo od 5. 12. 2016 do 6. 1. 2017. Začátkem ledna 2017 byly data zpracovány, poté vyhodnoceny a interpretovány. V březnu 2017 byla tato bakalářská práce kompletně napsána a vyhotovena.

2.3.4 PRŮZKUMNÝ VZOREK

Celkem bylo rozesláno 105 dotazníků mezi všeobecné sestry ve VN Brno na odděleních chirurgie, interny a neurologie. Na každé oddělení jich připadlo 35. Řádně vyplněných a použitých z celkového počtu bylo 90 dotazníků. Tyto dotazníky byly rozděleny a zpracovány po třiceti na každé oddělení. Návratnost činila zhruba 85,7 %.

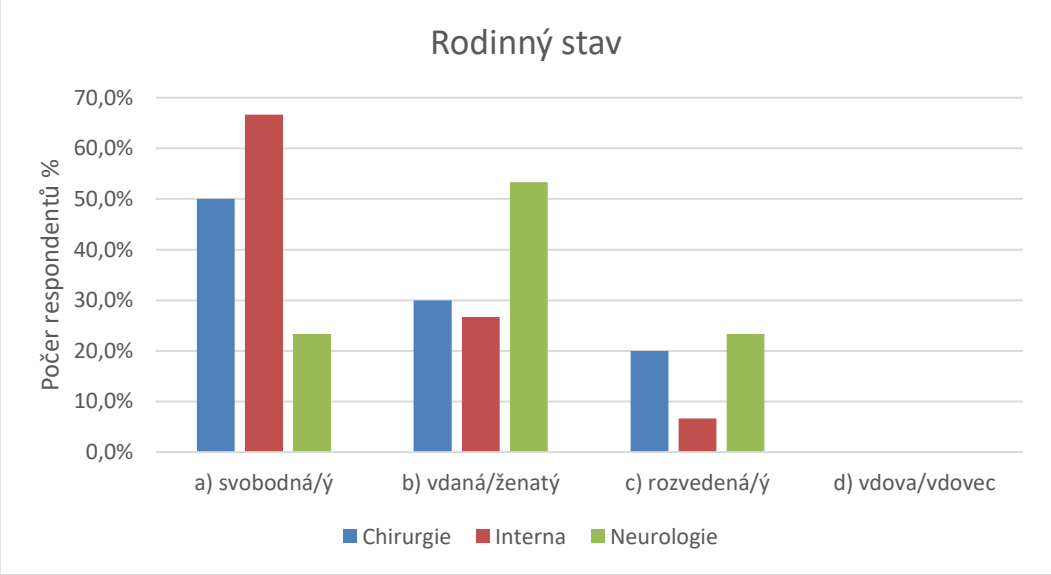
2.4 ANALÝZA DAT

Tabulka 1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 1 – Jste?

Rodinný stav						
	Chirurgie		Interna		Neurologie	
Odpověď	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost
a) svobodná/ý	50,0 %	15	66,7 %	20	23,3 %	7
b) vdaná/ženatý	30,0 %	9	26,7 %	8	53,3 %	16
c) rozvedená/ý	20,0 %	6	6,7 %	2	23,3 %	7
d) vdova/vdovec	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0
Celkem	100,0 %	30	100,0 %	30	100,0 %	30

Zdroj: Autor, 2017

Graf 1 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 1 – Jste?



Zdroj: Autor, 2017

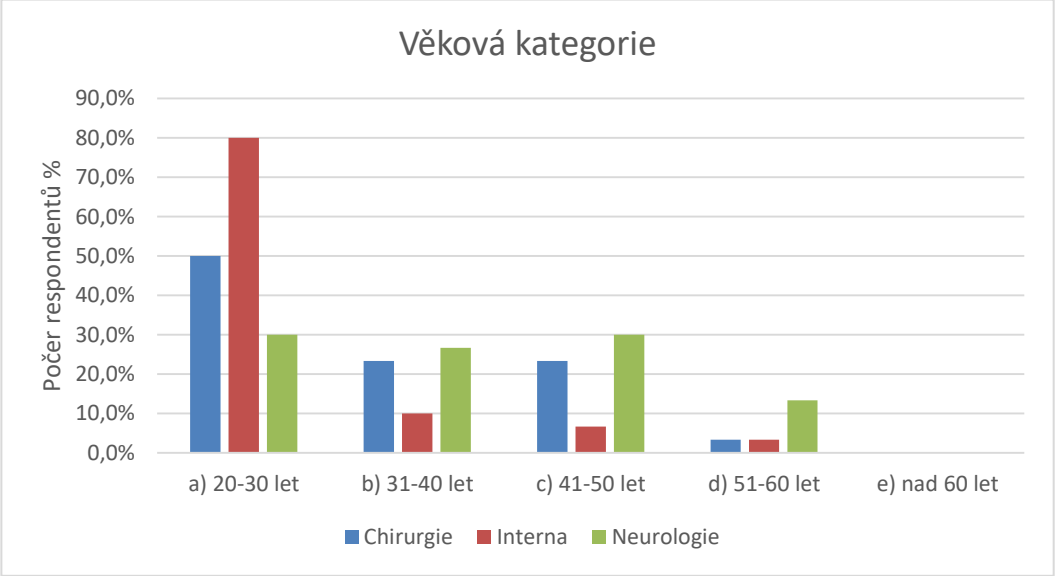
Z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, je svobodných 15 (50,0 %) na chirurgii, 20 (66,7 %)na interně a 7 (23,3 %) na neurologii. Vdaných/ženatých je na chirurgii 9 (30,0 %), na interně 8 (26,7 %) a na neurologii 16 (53,3 %). Rozvedených sester tvoří na chirurgii 6 (20,0 %), na interně 2 (6,7 %) a na neurologii 7 (23,3 %). Vdov a vdovců je na všech třech odděleních 0 (0,0 %).

Tabulka 2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 2 – Do jaké věkové kategorie patříte?

Věková kategorie						
	Chirurgie		Interna		Neurologie	
Odpověď	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost
a) 20-30 let	50,0 %	15	80,0 %	24	30,0 %	9
b) 31-40 let	23,3 %	7	10,0 %	3	26,7 %	8
c) 41-50 let	23,3 %	7	6,7 %	2	30,0 %	9
d) 51-60 let	3,3 %	1	3,3 %	1	13,3 %	4
e) nad 60 let	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0
Celkem	100,0 %	30	100,0 %	30	100,0 %	30

Zdroj: Autor, 2017

Graf 2 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 2 – Do jaké věkové kategorie patříte?



Zdroj: Autor, 2017

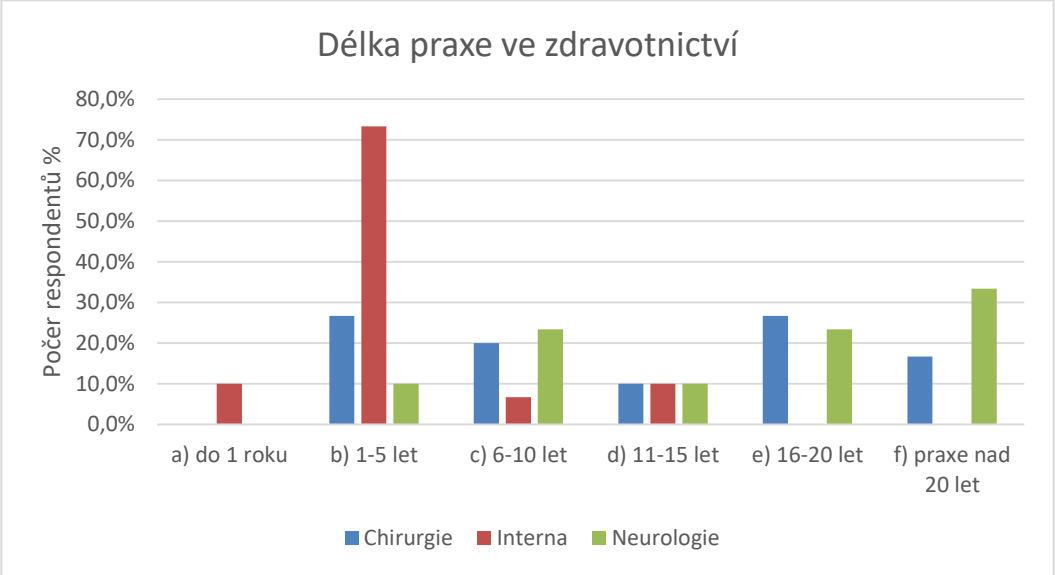
Z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, spadá do věkové kategorie 20 – 30 let na chirurgii 15 (50,0 %), na interně 24 (80,0 %) a na neurologii 9 (30,0 %) Do věkové kategorie 31 – 40 let spadá na chirurgii 7 (23,3 %), na interně 3 (10,0 %) a na neurologii 8 (26,7 %) sester. Další kategorii ve věku 41 – 50 let tvoří na chirurgii 7 (23,3 %), na interně 2 (6,7 %) a na neurologii 9 (30,0 %) sester. Kategorii 51 – 60 let tvoří na chirurgii 1 (3,3 %), na interně 1 (3,3 %) a na neurologii 4 (13,3 %) sester. Poslední kategorii nad 60 let tvoří 0 (0,0 %) sester.

Tabulka 3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 4 – Délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

Délka praxe ve zdravotnictví						
	Chirurgie		Interna		Neurologie	
Odpověď	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost
a) do 1 roku	0,0 %	0	10,0 %	3	0,0 %	0
b) 1-5 let	26,7 %	8	73,3 %	22	10,0 %	3
c) 6-10 let	20,0 %	6	6,7 %	2	23,3 %	7
d) 11-15 let	10,0 %	3	10,0 %	3	10,0 %	3
e) 16-20 let	26,7 %	8	0,0 %	0	23,3 %	7
f) praxe nad 20 let	16,7 %	5	0,0 %	0	33,3 %	10
Celkem	100,0 %	30	100,0 %	30	100,0 %	30

Zdroj: Autor, 2017

Graf 3 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 4 – Délka Vaší praxe ve zdravotnictví?



Zdroj: Autor, 2017

Z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, tvoří na chirurgii 0 (0,0 %), na interně 3 (10,0 %) a na neurologii 0 (0,0 %) sester s praxí do 1 roku. Na chirurgii tvoří 8 (26,7 %), na interně 22 (73,3 %) a na neurologii 3 (10,0 %) sester s praxí 1 – 5 let. S praxí 6 – 10 let tvoří na chirurgii 6 (20,0 %), na interně 2 (6,7 %) a na neurologii 7 (23,3 %) sester. S praxí 11 – 15 let tvoří na chirurgii 3 (10,0 %), na interně 3 (10,0 %) a na neurologii 3 (10,0 %) sester. S praxí 16 – 20 let tvoří na chirurgii 8 (26,7 %), na interně 0 (0,0%) a na neurologii 7 (23,3 %) sester.

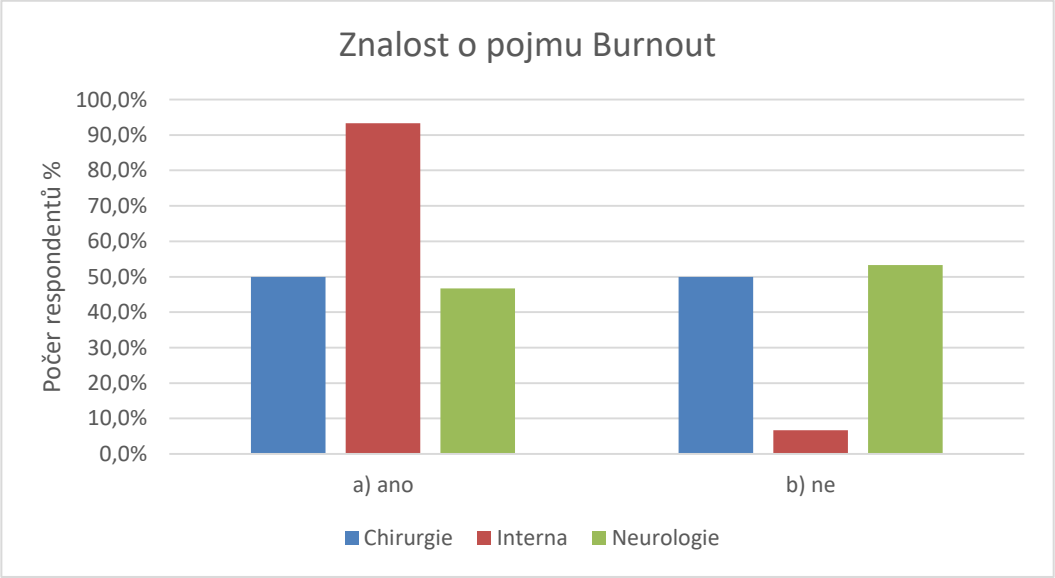
Poslední část tvoří sestry s praxí nad 20 let, kde je zastoupeno 5 (16,7 %) na chirurgii, 0 (0,0 %) na interně a 10 (33,3 %) sester na neurologii.

Tabulka 4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 5 – Je Vám znám pojem Burnout?

Znalost o pojmu Burnout						
	Chirurgie		Interna		Neurologie	
Odpověď	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost
a) ano	50,0 %	15	93,3 %	28	46,7 %	14
b) ne	50,0 %	15	6,7 %	2	53,3 %	16
Celkem	100,0 %	30	100,0 %	30	100,0 %	30

Zdroj: Autor, 2017

Graf 4 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 5 – Je Vám znám pojem Burnout?



Zdroj: Autor, 2017

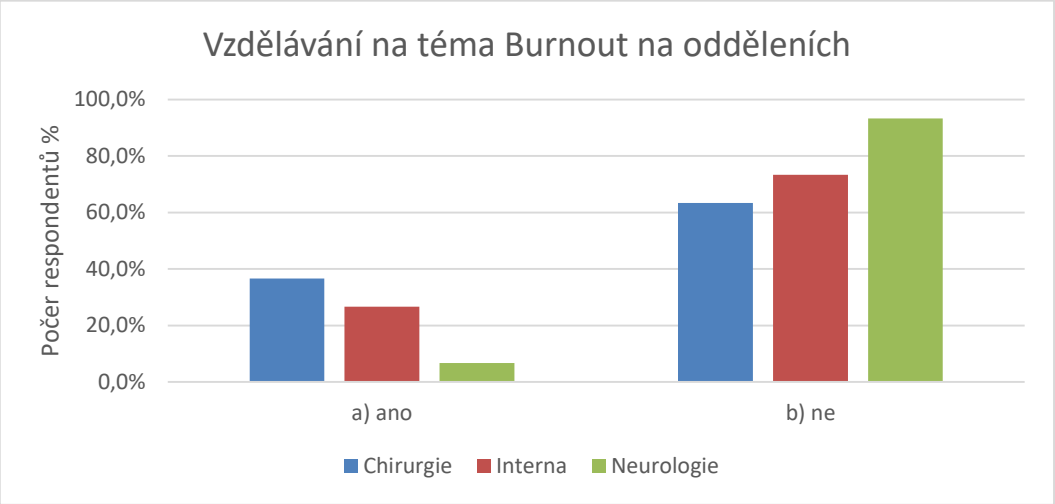
Z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, je znám pojem Burnout patnácti (50,0 %) sestrám na chirurgii, dvaceti osmi (93,3 %) na interně a čtrnácti (46,7 %) na neurologii. Pojem Burnout není naopak znám u patnácti (50,0 %) sester na chirurgii, dvou (6,7 %) na interně a šestnácti (53,3 %) na neurologii.

Tabulka 5 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 6 – Měli jste někdy na vašem oddělení vzdělávání na toto téma?

Vzdělávání na téma Burnout na odděleních						
	Chirurgie		Interna		Neurologie	
Odpověď	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost
a) ano	36, 7%	11	26,7 %	8	6,7 %	2
b) ne	63,3 %	19	73,3 %	22	93,3 %	28
Celkem	100,0 %	30	100,0 %	30	100,0 %	30

Zdroj: Autor, 2017

Graf 5 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 6 – Měli jste někdy na vašem oddělení vzdělávání na toto téma?



Zdroj: Autor, 2017

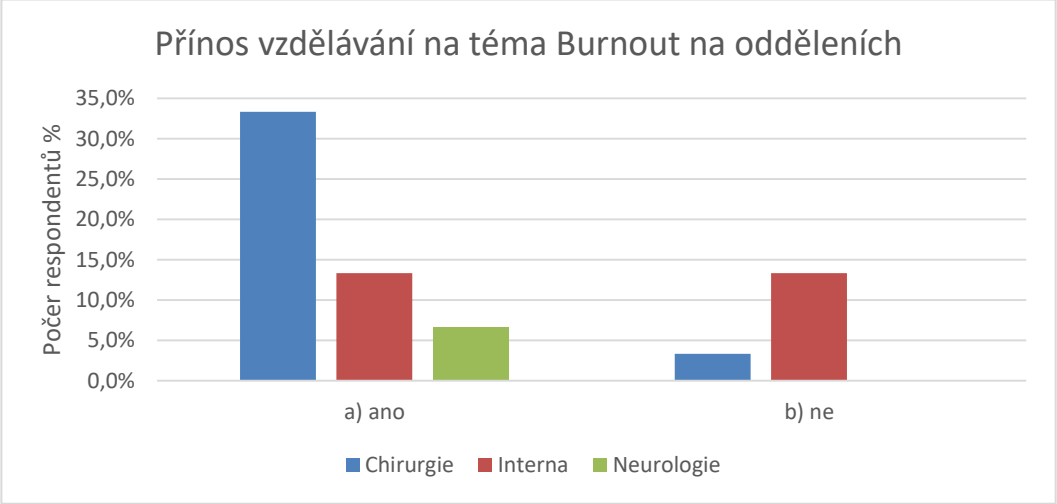
Z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, mělo vzdělávání na téma Burnout 11 (36,7 %) sester na chirurgii, 8 (26,7 %) na interně a 2 (6,7 %) na neurologii. Vzdělávání na toto téma naopak neproběhlo u devatenácti (63,3 %) sester na chirurgii, u dvaceti dvou (73,3 %) na interně a u dvaceti osmi (93,3 %) na neurologii.

Tabulka 6 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 7 – Pokud ano, bylo pro Vás přínosné?

Přínos vzdělávání na téma Burnout na odděleních						
	Chirurgie		Interna		Neurologie	
Odpověď	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost
a) ano	33, 3%	10	13,3 %	4	6,7 %	2
b) ne	3,3 %	1	13,3 %	4	0,0 %	0
Celkem	36,7 %	11	26,7 %	8	6,7 %	2

Zdroj: Autor, 2017

Graf 6 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 7 – Pokud ano, bylo pro Vás přínosné?



Zdroj: Autor, 2017

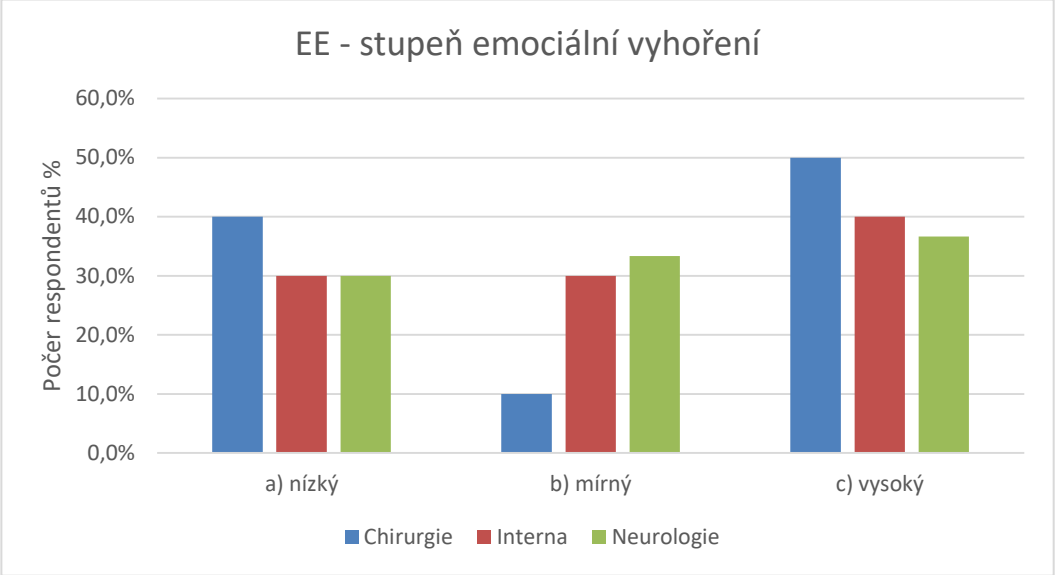
Celkovému počtu jedenácti (36,7 %) všeobecným sestrám na oddělení chirurgie, bylo přínosné vzdělávání na téma Burnout deseti (33,3 %) sestrám, naopak jediné sestře (3,3 %) na oddělení chirurgie bylo nepřínosné. Celkovému počtu osmi (26,7 %) všeobecným sestrám na oddělení interny, bylo přínosné vzdělávání na téma Burnout čtyřem (13,3 %), naopak dalším čtyřem (13,3 %) sestrám na oddělení interny bylo nepřínosné. Celkovému počtu dvěma (6,7 %) všeobecným sestrám na oddělení neurologie, bylo přínosné vzdělávání na téma Burnout dvěma (6,7 %), naopak 0 (0,0 %) sestrám na oddělení neurologie bylo nepřínosné.

Tabulka 7 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni emociálního vyčerpání.

EE - stupeň emociální vyhoření						
	Chirurgie		Interna		Neurologie	
Odpověď	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost
a) nízký	40,0 %	12	30,0 %	9	30,0 %	9
b) mírný	10,0 %	3	30,0 %	9	33,3 %	10
c) vysoký	50,0 %	15	40,0 %	12	36,7 %	11
Celkem	100,0 %	30	100,0 %	30	100,0 %	30

Zdroj: Autor, 2017

Graf 7 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni emociálního vyčerpání.



Zdroj: Autor, 2017

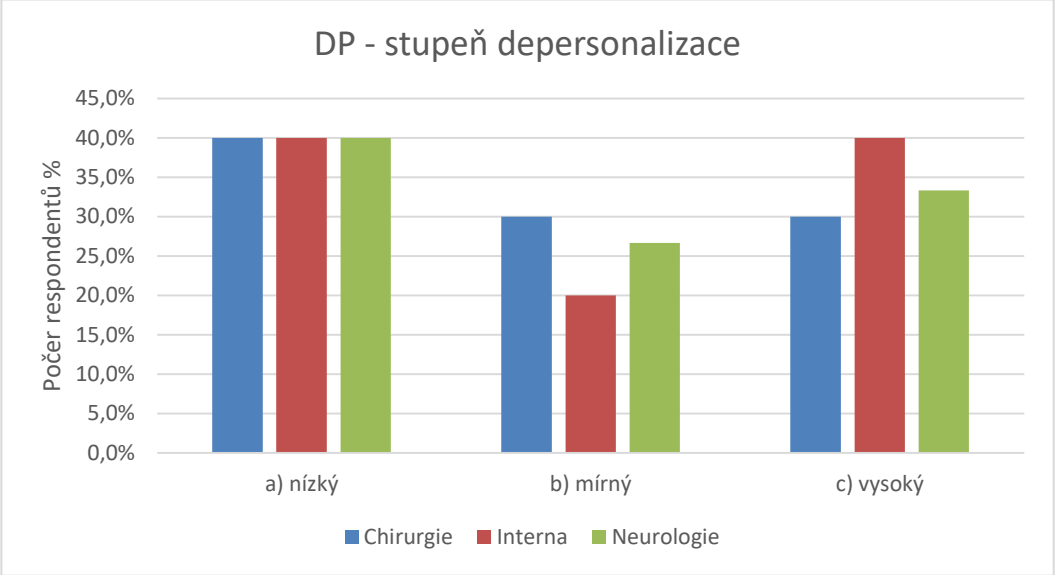
Z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, jeví nízký stupeň emociálního vyhoření 12 (40,0 %) sester na chirurgii, 9 (30,0 %) na interně a 9 (30,0 %) na neurologii. Mírný stupeň emociálního vyhoření je přítomen u třech (10,0 %) sester na chirurgii, u devíti (30,0 %) na interně a u desíti (33,3 %) na neurologii. Vysoký stupeň emociálního vyčerpání je přítomen u patnácti (50,0 %) sester na chirurgii, u dvanácti (40,0 %) na interně a u jedenácti (36,7 %) na neurologii.

Tabulka 8 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni depersonalizace.

DP - stupeň depersonalizace						
	Chirurgie		Interna		Neurologie	
Odpověď	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost
a) nízký	40,0 %	12	40,0 %	12	40,0 %	12
b) mírný	30,0 %	9	20,0 %	6	26,7 %	8
c) vysoký	30,0 %	9	40,0 %	12	33,3 %	10
Celkem	100,0 %	30	100,0 %	30	100,0 %	30

Zdroj: Autor, 2017

Graf 8 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni depersonalizace.



Zdroj: Autor, 2017

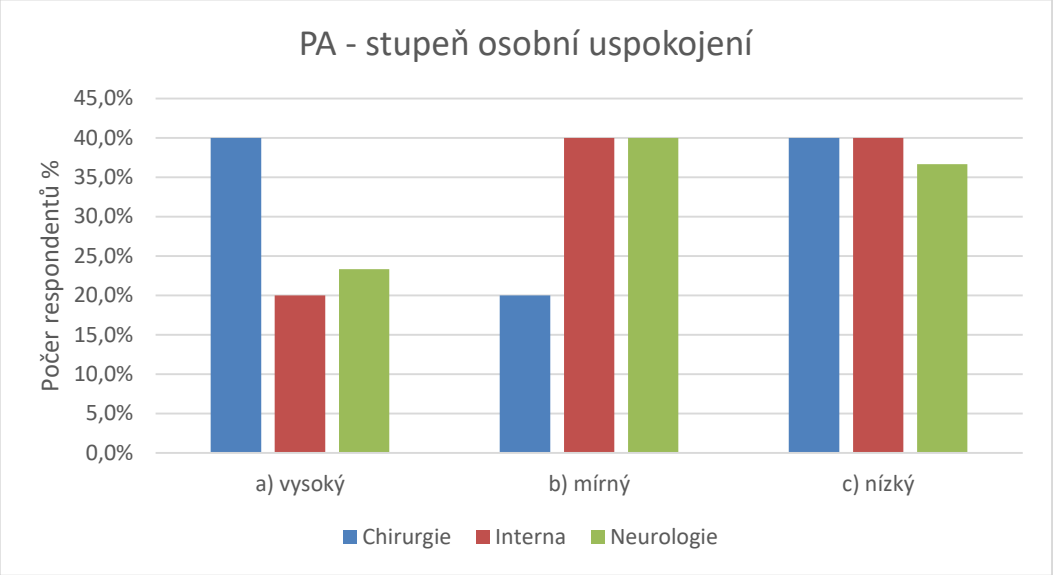
Nízký stupeň depersonalizace jeví 12 (40,0 %) sester na chirurgii, 12 (40,0 %) na interně a 12 (40,0 %) na neurologii. Mírný stupeň depersonalizace je přítomen u devíti (30,0 %) sester na chirurgii, u šesti (20,0 %) na interně a u osmi (26,7 %) na neurologii. Vysoký stupeň depersonalizace je přítomen u devíti (30,0 %) sester na chirurgii, u dvanácti (40,0 %) na interně a u desíti (33,3 %) na neurologii.

Tabulka 9 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni osobního uspokojení.

PA - stupeň osobní uspokojení						
	Chirurgie		Interna		Neurologie	
Odpověď	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost
a) vysoký	40,0 %	12	20,0 %	6	23,3 %	7
b) mírný	20,0 %	6	40,0 %	12	40,0 %	12
c) nízký	40,0 %	12	40,0 %	12	36,7 %	11
Celkem	100,0 %	30	100,0 %	30	100,0 %	30

Zdroj: Autor, 2017

Graf 9 Uvádí četnost výskytu odpovědí dle intenzity pocitů v ČÁSTI B ve stupni osobního uspokojení.



Zdroj: Autor, 2017

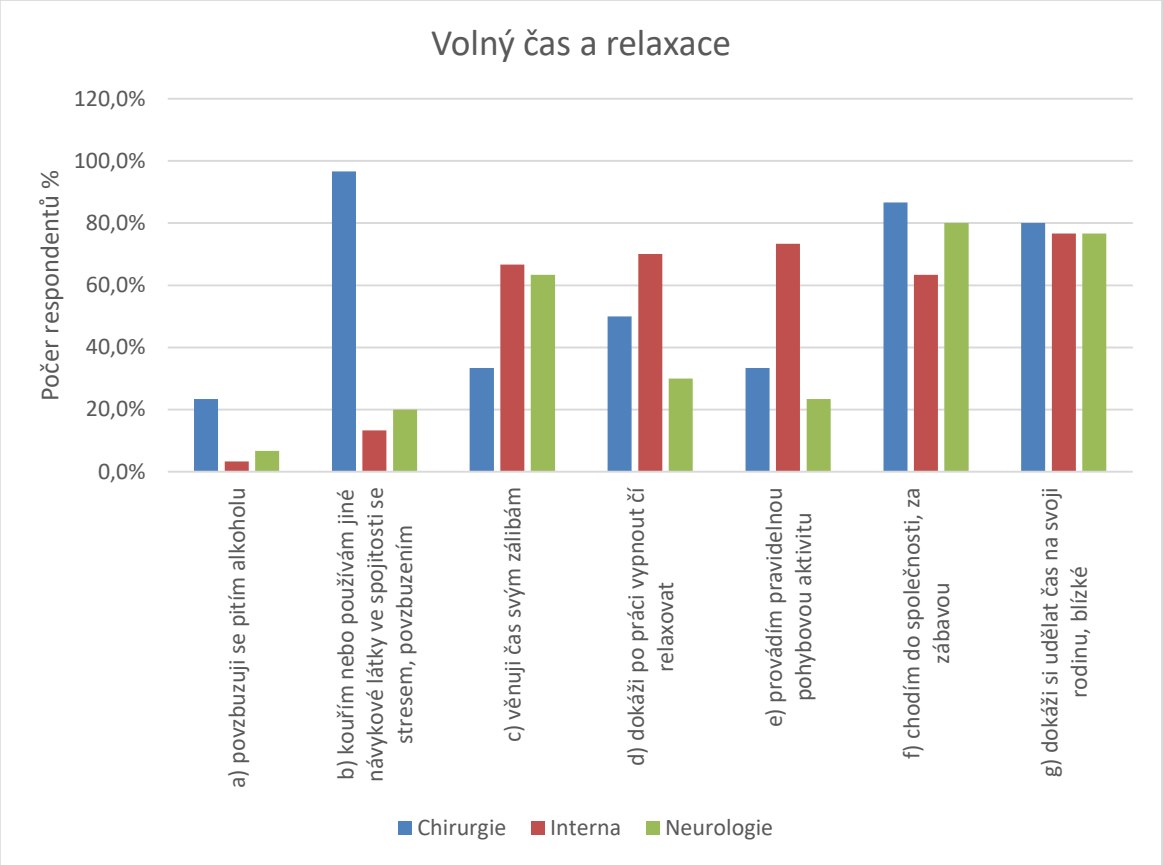
Z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, jeví vysoký stupeň osobního uspokojení 12 (40,0 %) sester na chirurgii, 6 (20,0 %) na interně a 7 (23,3 %) na neurologii. Mírný stupeň osobního uspokojení je přítomen u šesti (20,0 %) sester na chirurgii, u dvanácti (40,0 %) na interně a u dvanácti (40,0 %) na neurologii. Nízký stupeň osobního uspokojení je přítomen u 12 (40,0 %) sester na chirurgii, u dvanácti (40,0 %) na interně a u jedenácti (36,7 %) na neurologii.

Tabulka 10 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 1 v ČÁSTI C, kde je možno více odpovědí – Vaše obrana proti stresu a způsob relaxace?

Volný čas a relaxace						
	Chirurgie		**Interna**		**Neurologie**	
Odpověď	**relativní četnost**	**absolutní četnost**	**relativní četnost**	**absolutní četnost**	**relativní četnost**	**absolutní četnost**
a) povzbuzuji se pitím alkoholu	23,3 %	7	3,3 %	1	6,7 %	2
b) kouřím nebo používám jiné návykové látky	96,7 %	29	13,3 %	4	20,0 %	6
c) věnuji čas svým zálibám	33,3 %	10	66,7 %	20	63,3 %	19
d) dokáži po práci vypnout či relaxovat	50,0 %	15	70,0 %	21	30,0 %	9
e) provádím pravidelnou pohybovou aktivitu	33,3 %	10	73,3 %	22	23,3 %	7
f) chodím do společnosti, za zábavou	86,7 %	26	63,3 %	19	80,0 %	24
g) dokáži si udělat čas na svoji rodinu	80,0 %	24	76,7 %	23	76,7 %	23

Zdroj: Autor, 2017

Graf 10 Uvádí četnost výskytu odpovědí na otázku 1 v ČÁSTI C, kde je možno více odpovědí – Vaše obrana proti stresu a způsob relaxace?



Zdroj: Autor, 2017

Z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, se povzbuzuje pitím alkoholu 7 (23,3 %) sester na chirurgii, 1 (3,3 %) na interně a 2 (6,7 %) na neurologii. Kouří nebo používá jiné návykové látky 29 (96,7 %) sester na chirurgii, 4 (13,3 %) na interně a 6 (20,0 %) na neurologii. Čas svým zálibám věnuje 10 (33,3 %) sester na chirurgii, 20 (66,7 %) na interně a 19 (63,3 %) na neurologii. Po práci dokáže vypnout či relaxovat 15 (50,0 %) sester na chirurgii, 21 (70,0 %) na interně a 9 (30,0 %) na neurologii. Pravidelnou pohybovou aktivitu provádí 10 (33,3 %) sester na chirurgii, 22 (73,3 %) na interně a 7 (23,3 %) na neurologii. Chození do společnosti, za zábavou uskutečňuje 26 (86,7 %) sester na chirurgii, 19 (63,3 %) na interně a 24 (80,0 %) na neurologii. Čas na svoji rodinu si dokáže udělat 24 (80,0 %) sester na chirurgii, 23 (76,7 %) na interně a 23 (76,7 %) na neurologii.

2.5 STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT – TEST NEZÁVISLOSTI CHÍ-KVADRÁT

Mezi zjištěnými výsledky z dotazníku u otázky 4 a z části B. – stupně emocionálního vyčerpání, bylo provedeno testování nezávislosti pomocí chí – kvadrátu, kde byly vytvořeny tabulky skutečných a očekávaných četností (vit Tabulky 11 – 13).

U otázky 4 – Délka Vaší praxe ve zdravotnictví? – došlo v Tabulkách 11, 12, 13 a zároveň 14 k vzájemnému součtu délky praxe do 1 roku a praxe 1 – 5 let ve zdravotnictví, jelikož mezi jednotlivými délkami bez jejich sečtení nebylo možné provést test nezávislosti chí – kvadrátu.

Hladina významnosti byla zvolena 0,05, tedy 5 %. Po provedeném výpočtu testovacího kritéria (viz Tabulka 14) byl vypočten stupeň volnosti 4. Kritická hodnota v kontingenční tabulce pro stupeň volnosti 4, byla nalezena po zaokrouhlení 9,48. Platí zároveň podmínka, že pouze 20 % hodnot může být menší než pět a zároveň ani jedna z hodnot nesmí být menší než jedna. Pro statistický výpočet byla stanovena nulová a alternativní hypotéza.

Tabulka 11 Skutečné četnosti

Skutečné četnosti…n_{ij}		**Délka praxe ve zdravotnictví**			
		do 10 let	**10 - 20 let**	**nad 20 let**	**Součty n_j**
EE - stupeň emocionálního vyhoření	**nízký**	16	8	6	**30**
	mírný	16	5	1	**22**
	vysoký	19	11	8	**38**
	součty n_i	**51**	**24**	**15**	***n* … 90**

Zdroj: Autor, 2017

Tabulka 12 Skutečné (relativní) četnosti

Skutečné (relativní) četnosti		Délka praxe ve zdravotnictví			
		do 10 let	10 - 20 let	nad 20 let	celkem
EE - stupeň emocionálního vyhoření	nízký	18 %	9 %	7 %	33 %
	mírný	18 %	6 %	1 %	24 %
	vysoký	21 %	12 %	9 %	42 %
	celkem	57 %	27 %	17 %	100 %

Zdroj: Autor, 2017

Tabulka 13 Očekávané četnosti

Očekávané četnosti…e_{ij}		Délka praxe ve zdravotnictví			
		do 10 let	10 - 20 let	nad 20 let	Součty e_j
EE - stupeň emocionálního vyhoření	nízký	17,00	8,00	5,00	30
	mírný	12,47	5,87	3,67	22
	vysoký	21,53	10,13	6,33	38
	součty e_i	51	24	15	n … 90

Zdroj: Autor, 2017

Tabulky 11 a 12 znázorňují výsledky skutečných četností, kde je celkový počet respondentů 90. Tabulka 13 znázorňuje vypočítané očekávané četnosti.

Výsledkem testu nezávislosti bylo odpovězeno na průzkumnou otázku 2 (Je statisticky míra EE u všeobecných sester závislá na délce praxe ve zdravotnictví?) a tím zároveň splněn 2. stanovený cíl práce (Zjistit, zda je statisticky míra EE u všeobecných sester závislá na délce praxe ve zdravotnictví).

Testování nezávislosti bylo provedeno pomocí webové aplikace, která je dostupná na: http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php.

Stanovení nulové (H0) a alternativní hypotézy (H1):

H0: Stupeň emocionálního vyhoření - EE a délka praxe ve zdravotnictví na sobě nezávisí.

H1: Stupeň emocionálního vyhoření - EE a délka praxe ve zdravotnictví jsou na sobě závislé.

Tabulka 14 Výpočet testovacího kritéria

Testovací kritérium …K_{ij}		**Délka praxe ve zdravotnictví**		
		do 10 let	**10 - 20 let**	**nad 20 let**
EE - stupeň emocionálního vyhoření	**nízký**	0,06	0,00	0,20
	mírný	1,00	0,13	1,94
	vysoký	0,30	0,07	0,44

Zdroj: Autor, 2017

Kritická hodnota je po zaokrouhlení **9,48**. Jestliže vypočtená hodnota (testovací kritérium) bude vyšší než kritická hodnota, zamítne se tím nulová hypotéza H0 a bude přijata hypotéza alternativní H1. Pokud ale bude testovací kritérium nižší než kritická hodnota, nulová hypotéza H0 se tím nezamítne.

Vlastní výpočet testovacího kritéria:

$$K_{ij} = (n_{ij} - e_{ij})^2 / e_{ij}$$

Testovací kritérium *Kij*= 4,14

Nulovou hypotézu H0 nelze na hladině významnosti 5 % zamítnout.

Na základě provedeného výpočtu došlo k závěru, že neexistuje statisticky významný vztah nebo rozdíl mezi EE a délkou praxe ve zdravotnictví.

2.6 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Výše uvedená data z průzkumného šetření byla zpracována z 90 (100 %) dotazníků, které byly rozděleny po 30 dotaznících na oddělení chirurgie, interny a neurologie ve VN Brno. Pro průzkum byly stanoveny tři cíle a tři průzkumné otázky, které jsou vyhodnoceny níže.

Cíl 1: Zjistit a vyhodnotit míru vyhoření u všeobecných sester.

Cíl 2: Zjistit, zda je statisticky míra EE u všeobecných sester závislá na délce praxe ve zdravotnictví?

Cíl 3: Zjistit, zda je všeobecným sestrám znám pojem „burnout".

Cíl 4: Zmapovat, zda se všeobecné sestry snaží vzniku syndromu vyhoření předcházet.

Průzkumné otázky:

Otázka 1: Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester?

Verifikace dotazníku: část B. dle MBI

Po zhodnocení této části standardizovaného dotazníku dle MBI, bylo zjištěno, že z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, jeví

nízký stupeň emociálního vyhoření **12 (40,0 %)** sester na **chirurgii, 9 (30,0 %)** na **interně** a **9 (30,0 %)** na **neurologii.** ***Mírný stupeň emociálního vyhoření*** je přítomen u **třech (10,0 %)** sester na **chirurgii**, u **devíti (30,0 %)** na **interně** a u **desíti (33,3 %)** na **neurologii.** ***Vysoký stupeň emociálního vyčerpání*** je přítomen u **patnácti (50,0 %)** sester na **chirurgii,** u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **jedenácti (36,7 %)** na **neurologii.**

Nízký stupeň depersonalizace jeví **12 (40,0 %)** sester na **chirurgii**, **12 (40,0 %)** na **interně** a **12 (40,0 %)** na **neurologii.** ***Mírný stupeň depersonalizace*** je přítomen u **devíti (30,0 %)** sester na **chirurgii**, u **šesti (20,0 %)** na **interně** a u **osmi (26,7 %)** na **neurologii.** ***Vysoký stupeň depersonalizace*** je přítomen u **devíti (30,0 %)** sester na **chirurgii**, u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **desíti (33,3 %)** na **neurologii**.

Vysoký stupeň osobního uspokojení jeví **12 (40,0 %)** sester na **chirurgii**, **6 (20,0 %)** na **interně** a **7 (23,3 %)** na **neurologii.** ***Mírný stupeň osobního uspokojení*** je

přítomen u **šesti (20,0 %)** sester na **chirurgii**, u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **dvanácti (40,0 %)** na **neurologii.** ***Nízký stupeň osobního uspokojení*** je přítomen u **dvanácti (40,0 %)** sester na **chirurgii**, u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **jedenácti (36,7 %)** na **neurologii.**

Otázka 2: Je statisticky míra EE u všeobecných sester závislá na délce praxe ve zdravotnictví?

Verifikace dotazníku: otázka 4 a část B. – stupeň emocionálního vyčerpání

Na základě provedeného výpočtu došlo k závěru, že neexistuje statisticky významný vztah nebo rozdíl mezi EE a délkou praxe ve zdravotnictví.

Otázka 3: Je sestrám znám pojem, „burnout“?

Verifikace dotazníku: otázka 5

Z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, je ***znám*** pojem **„*burnout*“ patnácti (50,0 %)** sestrám na **chirurgii**, **dvaceti osmi (93,3 %)** na **interně** a **čtrnácti (46,7 %)** na **neurologii**. Pojem **„*burnout*“ *není naopak znám*** u **patnácti (50,0 %)** sester na **chirurgii**, **dvěma (6,7 %)** na **interně** a **šestnácti (53,3 %)** na **neurologii.**

Otázka 4: Jakým způsobem se sestry snaží vzniku syndromu vyhoření předcházet?

Verifikace dotazníku: otázky 1 a 2 z části C.

Z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, ***se povzbuzuje pitím alkoholu*** **7 (23,3 %)** sester na **chirurgii**, **1 (3,3 %)** na **interně** a **2 (6,7 %)** na **neurologii.** ***Kouří nebo používá jiné návykové látky*** **29 (96,7 %)** sester na **chirurgii**, **4 (13,3 %)** na **interně** a **6 (20,0 %)** na **neurologii**. ***Čas svým zálibám věnuje*** **10 (33,3 %)** sester na **chirurgii**, **20 (66,7 %)** na **interně** a **19 (63,3 %)** na **neurologii**. ***Po práci dokáže vypnout či relaxovat*** **15 (50,0 %)** sester na **chirurgii**, **21 (70,0 %)** na **interně** a **9 (30,0 %)** na **neurologii**. ***Pravidelnou pohybovou aktivitu provádí*** **10 (33,3 %)** sester na **chirurgii**, **22 (73,3 %)** na **interně** a **7 (23,3 %)** na **neurologii**. ***Chození do společnosti, za zábavou uskutečňuje*** **26 (86,7 %)** sester na **chirurgii**, **19 (63,3 %)** na **interně** a **24 (80,0 %)** na **neurologii**. ***Čas na svoji rodinu si dokáže udělat*** **24 (80,0 %)** sester na **chirurgii**, **23 (76,7 %)** na **interně** a **23 (76,7 %)** na **neurologii**.

Druhá otázka zůstala zcela otevřená, kde respondenti napsali trávení svého volného času jako je: *spánek, sport, jóga, spinning, plavání, běh, procházka, jízda na kole, bruslích, aerobik, tanec, péče o domácnost, děti, manžela, televize, přátelé, vaření, nakupování, četba knih, hudba, welness, vzdělávání se, sledování filmů, kino, divadlo.*

3 DISKUZE

Tato bakalářská práce byla zaměřena na syndrom vyhoření u všeobecných sester, kde průzkum probíhal na odděleních chirurgie, interny a neurologie ve VN Brno. Cílem této práce bylo seznámit se blíže s pojmem „vyhoření“ a popsat jeho stav. Cílem v praktické části bylo zjistit a vyhodnotit míru vyhoření u všeobecných sester. Tento cíl byl vyhodnocen tak, že z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, jeví

nízký stupeň emociálního vyhoření **12 (40,0 %)** sester na **chirurgii, 9 (30,0 %)** na **interně** a **9 (30,0 %)** na **neurologii.** ***Mírný stupeň emociálního vyhoření*** je přítomen u **třech (10,0 %)** sester na **chirurgii**, u **devíti (30,0 %)** na **interně** a u **desíti (33,3 %)** na **neurologii.** ***Vysoký stupeň emociálního vyčerpání*** je přítomen u **patnácti (50,0 %)** sester na **chirurgii,** u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **jedenácti (36,7 %)** na **neurologii.**

Nízký stupeň depersonalizace jeví **12 (40,0 %)** sester na **chirurgii**, **12 (40,0 %)** na **interně** a **12 (40,0 %)** na **neurologii.** ***Mírný stupeň depersonalizace*** je přítomen u **devíti (30,0 %)** sester na **chirurgii**, u **šesti (20,0 %)** na **interně** a u **osmi (26,7 %)** na **neurologii.** ***Vysoký stupeň depersonalizace*** je přítomen u **devíti (30,0 %)** sester na **chirurgii**, u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **desíti (33,3 %)** na **neurologii**.

Vysoký stupeň osobního uspokojení jeví **12 (40,0 %)** sester na **chirurgii**, **6 (20,0 %)** na **interně** a **7 (23,3 %)** na **neurologii.** ***Mírný stupeň osobního uspokojení*** je přítomen u **šesti (20,0 %)** sester na **chirurgii**, u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **dvanácti (40,0 %)** na **neurologii.** ***Nízký stupeň osobního uspokojení*** je přítomen u **dvanácti (40,0 %)** sester na **chirurgii**, u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **jedenácti (36,7 %)** na **neurologii.**

Tyto výsledky v oblasti míry vyhoření nedopadly příliš příznivě. Nejvíce „vyhořelých“ sester se vyskytuje ve stupni emocionálního vyhoření, tedy EE. Vysoký stupeň emociálního vyčerpání je přítomen u patnácti (50,0 %) sester na chirurgii, u dvanácti (40,0 %) na interně a u jedenácti (36,7 %) na neurologii. Přesto, že na všech třech odděleních využívají svůj volný čas pro relaxační techniky a odpočinek.

Zároveň znalost a umět vysvětlit pojmem „burnout“ umí 50,0 % sester na chirurgii, 93,3 % na interně a 46,7 % na neurologii. Vzdělávání na toto téma mělo

ale jen 36,7 % na chirurgii, 26,7 % na interně a pouze 6,7 % na neurologii, kde ale byl zároveň tento stupeň EE nejnižší z celkového vysokého stupně EE. Zato jeho hodnoty (33,3 %) v mírném stupni EE se jevily jako nejvyšší. Je tedy zde otázkou, jakým směrem se bude tato problematika vyvíjet. Z celkového počtu 36,7 % sester na chirurgii, které měly vzdělávání na téma Burnout, bylo toto téma přínosem pro 33,3 % sester. Na oddělení interny z celkového počtu 26,7 % a neurologie z celkového počtu 6,7 %, bylo přínosem pro polovinu, tedy 13,3 % a pro 6,7 %, tedy všechny sestry z neurologie. Je tedy zřejmé, že semináře či odborné přednášky na tuto problematiku mají smysl.

Lze předpokládat, že sestry ve věku 20 – 30 let jsou nejvíce postiženy EE, jelikož tvoří největší část celku v této věkové kategorii na všech odděleních (na chirurgii 50,0 %, na interně 80,0 % a na neurologii 30,0 %)

Zajímavým zjištění je, že na interně pije alkohol pouze 3,3 % a 6,7 % sester na neurologii. Naopak na chirurgii se povzbuzuje pitím alkoholu 23,3 % sester.

Fatálním zjištěním je, že kouří nebo požívá jiné návykové látky 96,7 % na chirurgii oproti interně a neurologii, kde užívá návykové látky 13,3 % a 20,0 % sester.

Vysoký stupeň depersonalizace – DP je přítomen u devíti (30,0 %) sester na chirurgii, u dvanácti (40,0 %) na interně a u desíti (33,3 %) na neurologii. Lze předpokládat, že sestry ve věku 20 – 30 let jeví vysoký stupeň depersonalizace, jelikož tvoří největší část celku v této věkové kategorii na všech odděleních.

Nízký stupeň osobního uspokojení – PA je přítomen u dvanácti (40,0 %) sester na chirurgii, u dvanácti (40,0 %) na interně a u jedenácti (36,7 %) na neurologii. Lze předpokládat, že sestry ve věku 20 – 30 let jeví nízký stupeň osobního uspokojení, jelikož tvoří největší část celku v této věkové kategorii na všech odděleních. Lze i předpokládat, že nízký stupeň PA tvoří svobodní, jelikož jejich počet 50,0 % na chirurgii a 66,7 % na interně tvoří největší část celku v této kategorii a je zde předpoklad, že by nechtěli být sami, popřípadě by chtěli založit rodinu. Je zde i předpoklad, že nízký stupeň PA tvoří také vdaní/ženatí, jelikož jejich počet 53,3 % tvoří největší část celku na neurologii v této kategorii.

Druhým cílem bylo zjistit, zda je statisticky míra EE u všeobecných sester závislá na délce jejich praxe ve zdravotnictví, pomocí výpočtu testu nezávislosti chí – kvadrátu.

Na základě provedeného výpočtu došlo k závěru, že neexistuje statisticky významný vztah nebo rozdíl mezi EE a délkou praxe ve zdravotnictví.

Třetím cílem bylo zjistit, zdali je všeobecným sestrám znám pojem „burnout". Průzkumem bylo zjištěno, že z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, je ***znám*** pojem **„*burnout*" patnácti (50,0 %)** sestrám na **chirurgii**, **dvaceti osmi (93,3 %)** na **interně** a **čtrnácti (46,7 %)** na **neurologii**. Pojem **„*burnout" není naopak znám*** u **patnácti (50,0 %)** sester na **chirurgii**, **dvěma (6,7 %)** na **interně** a **šestnácti (53,3 %)** na **neurologii.**

Posledním cílem bylo zmapovat, zda se všeobecné sestry snaží vzniku syndromu vyhoření předcházet. V dotazníku byly pro tento cíl vyhrazeny dvě otázky.

Průzkumem bylo zjištěno, že z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, ***se povzbuzuje pitím alkoholu*** **7 (23,3 %)** sester na **chirurgii**, **1 (3,3 %)** na **interně** a **2 (6,7 %)** na **neurologii.** ***Kouří nebo používá jiné návykové látky*****29 (96,7 %)** sester na **chirurgii**, **4 (13,3 %)** na **interně** a **6 (20,0 %)** na **neurologii**. ***Čas svým zálibám věnuje*** **10 (33,3 %)** sester na **chirurgii**, **20 (66,7 %)** na **interně** a **19 (63,3 %)** na **neurologii**. ***Po práci dokáže vypnout či relaxovat*** **15 (50,0 %)** sester na **chirurgii**, **21 (70,0 %)** na **interně** a **9 (30,0 %)** na **neurologii**. ***Pravidelnou pohybovou aktivitu provádí*** **10 (33,3 %)** sester na **chirurgii**, **22 (73,3 %)** na **interně** a **7 (23,3 %)** na **neurologii**. ***Chození do společnosti, za zábavou uskutečňuje*** **26 (86,7 %)** sester na **chirurgii**, **19 (63,3 %)** na **interně** a **24 (80,0 %)** na **neurologii**. ***Čas na svoji rodinu si dokáže udělat*** **24 (80,0 %)** sester na **chirurgii**, **23 (76,7 %)** na **interně** a **23 (76,7 %)** na **neurologii**.

Druhá otázka zůstala zcela otevřená, kde respondenti napsali trávení svého volného času jako je: *spánek, sport, jóga, spinning, plavání, běh, procházka, jízda na kole, bruslích, aerobik, tanec, péče o domácnost, děti, manžela, televize, přátelé, vaření, nakupování, četba knih, hudba, welness, vzdělávání se, sledování filmů, kino, divadlo*.

Je nutné podotknout, že v této otázce dva respondenti, uvedli, že mají příliš málo volného času na své aktivity či relaxaci, jelikož svůj čas tráví převážně jen v práci a domů se vracejí vyčerpaní. Nemají energii si někam zajít ani čas sami na sebe či na své blízké. Jsou většinou ve stresu z nedostatku času a vyčerpání, že se snaží ve volné chvíli „dospat", aby nabrali energii.

Porovnávání výsledků průzkumu této práce s jinými není snadné, jelikož nebyla nalezena taková práce, kde by její průzkum byl prováděn na stejném místě, odděleních nebo se skládal ze stejných průzkumných otázek. Proto byly vyhledány výsledky průzkumů takových prací, které se zaměřovaly na stejné téma nebo alespoň použily stejnou metodu standardizovaného dotazníku MBI.

Výsledky průzkumu Kléberové z roku 2015 ukázaly, že 44 % zaměstnanců ve FN Brno bylo postiženo vyhořením v oblasti osobního uspokojení. Dalších 32 % nelékařských zdravotnických pracovníků indikovalo mírný stupeň vyhoření. V oblasti emocionálního vyhoření se vyhoření ukázalo u 25 % pracovníků a u 28 % byl přítomen mírný stupeň vyhoření. V oblasti depersonalizace se výsledky jevily podobně, vyhoření se projevovalo u 21 % zaměstnanců a u 29 % dosáhlo mírného stupně vyhoření. Z průzkumu se ukázalo, že nejvíce postižených vyhořením bylo v oblasti osobního uspokojení. Toto zjištění autorka přikládá tomu, že práce v nemocničním zařízení může člověku zevšednět a stane se pro něj pouze jako zdroj obživy, práce ho přestane naplňovat. Při zpracování těchto faktorů, které by mohly tento výsledek ovlivňovat, jako je věk a délka praxe, byla prokázána mírná negativní závislost mezi věkem, délkou praxe a depersonalizací. Na prevenci, jako celoživotní vzdělávání, nemají zřejmě nelékařští zdravotničtí pracovníci dost času nebo dost chuti vyhledávat akce spojené s celoživotním vzděláváním (KLÉBEROVÁ, 2015).

Průzkum, který probíhal na pracovištích ON Náchod a FN Hradec Králové v roce 2008, vyhodnocením autorka zjistila, že sestry mají znalosti o pojmu „burnout“ dostatečné. Přesto však více jak 40 % respondentek uvedlo, že u svých kolegyň pozoruje příznaky tohoto syndromu, přestože dotazník dle MBI nevyhodnotil žádnou sestru jako „vyhořelou“. Podle autorky sestry mají nějaké základní znalosti o pojmu vyhoření, ale nedokáží jej správně charakterizovat a určit jeho příznaky, důvodem je jejich nedostatečná znalost, která by jim mohla pomoci odhalovat včasnou diagnostiku a zabránit tak dalšímu rozvoji burnout (JIRMANOVÁ, 2008).

Z průzkumu uveřejněného v roce 2015 v časopise Nephrology Nursing Journal vyplývá, že všeobecné sestry, pracující na hemodialýze (HD), jsou považovány za vysoce náchylné k vyhoření vzhledem ke svému blízkému vztahu k nevyléčitelným pacientům. Celkem 210 sester z 12 státních center HD v Srbsku anonymně vyplnily informační dotazník, poskytující faktické údaje o jejich sociodemografických charakteristikách a pracovních podmínkách s využitím MBI v analýze Health Survey

Services. Téměř polovina sester (42,9 %) jevila vyhoření. Vysoké emoční vyčerpání, vysoké odosobnění, a nízká úroveň osobního úspěchu byly přítomny v 40,9 %, 8,6 % a 31,3 %. Tyto sestry pracující v HD byly postiženy emocionálním vyčerpáním než jejich kolegyně v jiných zemích, ale jevily udržovanou vysokou míru empatie a pocitu osobního úspěchu (TRBOJEVIĆ-STANKOVIĆ, 2015).

Z průzkumu Vévodové a kolektivu z roku 2016 u sester pracujících na onkologii v České republice, byla zřetelná míra vyhoření a zjištění vztahu mezi copingovými strategiemi a syndromem vyhoření. Byly použity dotazníky MBI a standardizovaný dotazník OSI-R (Inventorium zaměstnaneckého stresu). Výsledky ukázaly, že v oblasti emocionálního vyčerpání je stav vyhoření zjištěn u třiceti šesti (26 %) sester, v oblasti depersonalizace u dvaceti čtyř (17 %) a v oblasti osobní výkonnosti u padesáti třech (28 %) onkologických sester. Varovné výsledky ukázaly, že stav vyhoření byl potvrzen u 23,66 % z celkového počtu 140 sester. Syndrom vyhoření bývá u onkologických sester častým jevem a jeho riziko je stále možné. Průzkum potvrdil souvislost vztahu mezi copingovými strategiemi a syndromem vyhoření u těchto sester (VÉVODOVÁ, 2016).

Průzkum uveřejněný v roce 2014 v časopise Progress in Health Sciences na dopady vyhoření, který byl proveden v rámci kvality související se zdravím života (QOL) u ošetřovatelského personálu v Řecku, byl zaměřen na 139 osob pracujících v psychiatrických a všeobecných nemocnicích v širším okolí Atén. Aplikován byl dotazník pro měření syndromu vyhoření MBI. Výsledky ukázaly, že vyhoření má negativní vliv na kvalitu života, ale také ukázaly veliký pozitivní vliv sociální podpory pro pečovatelské profesionály. Existuje souvislost mezi vyhořením, kvalitou života a sociální podporou (FRADELOS, 2014).

Další průzkumová studie uveřejněná v roce 2015 v časopise Rev Lat Am Enfermagem, byla provedena na vzorku 258 sestrách bakalářkách a pomocných sestrách, v nemocnici Andalucía ve Španělsku. Cílem bylo popsat sociální a pracovní charakteristiky zdravotnického personálu, posoudit míru profesního vyhoření a uspokojení z práce těchto odborníků, studovat možný vztah mezi profesionálním vyhořením, stresem a úrovně pracovní spokojenosti na jedné straně a sociálních věcí a zaměstnanosti na straně druhé. Pro průzkum byl zvolen dotazník MBI, a dotazník Font-Roja. Výsledky: ukázaly průměrné skóre pro profesionální stres a spokojenost, což odpovídá 44,23 a 65,46 bodů. Pokud jde o profesionální vyhoření, jeho průměrné skóre

bylo nalezeno pro emocionální vyčerpání, vysoké skóre pro odosobnění a nízká skóre pro profesionální úspěch. Výsledky studie je třeba využít ve zdravotnických organizacích a produkovat jejich zjištění o těchto vzájemných vztazích (PORTERO de la CRUZ, 2015).

Průzkum provedený ve Švédsku u jedenácti tisíc registrovaných zdravotních sester uveřejněný v roce 2015 v časopise Journal of Nursing Management, jehož data byla odvozena z otázek o posuzování pracovního prostředí a uspokojení, kvality péče a vyhoření měřeno MBI, výsledek ukázal, že u registrovaných zdravotních sester pracujících v malých nemocnicích (23 %) byla vyšší spokojenost s pracovním prostředím ve srovnání s 20 % sester pracujících ve středních nemocnicích a 21 % sester ve velkých nemocnicích (LINDQVIST, 2015).

Česká asociace sester (ČAS) uveřejnila v časopise Sesterna pro sestry a jiné nelékaře, že 31,8 % respondentů uvedlo, že se často dostávají do situací, kdy pacientům nemohou poskytnout určitou kvalitu péče. Pouze 2,3 % respondentů toto zjištění neuvedlo. S tím je spojena i vyčerpanost, kterou uvedlo až 67,8 % pracovníků.

Česká asociace sester (ČAS) uvádí v časopise Sesterna pro sestry a jiné nelékaře **roku 2013**, že 31,8 % respondentů uvedlo, že se často dostávají do situací, kdy pacientům nemohou poskytnout určitou kvalitu péče. Pouze 2,3 % respondentů toto zjištění neuvádí. S tím je spojena i vyčerpanost, kterou uvádí až 67,8 % pracovníků.

Všechny výsledky apelují na to, že zdravotníci nemají dostatečně vhodné podmínky pro poskytování kvalitní zdravotní péče. Závažným problémem je nedostačující počet zdravotníků na odděleních. Jedna sestra za svoji směnu má starost o více než 24 pacientů, především na standardních odděleních, odděleních následné péče, sociální péče a v léčebnách (v psychiatrických nemocnicích). Za takových podmínek není možné poskytovat individuální ošetřovatelskou péči charakteristickou z potřeb nemocného. Práce sestry je často omezena ordinací lékaře a provedení nutných činností (edukace pacientů, psychické pohody, prevence komplikací, apod.) za omezený časový prostor. Jestliže se navíc oddělení dostává do problému s nedostatkem pomocného personálu, je zcela nemožné poskytovat očekávanou kvalitní péči.

Mezi nejnovějšími evropskými průzkumy uvádí L. Aiken v prestižním časopise Lancet **z roku 2013**, že se postupně zlepšuje pracovní prostředí a snižuje se počet pacientů na jednu sestru, aby zde došlo ke zvýšení kvality zdravotnické péče

a spokojenosti pacientů. Chceme-li opravdu zvýšit kvalitu poskytované péče, musíme docílit odpovídajícímu personálnímu zajištění pracoviště.

Nárůst administrativy, na tento problém poukazuje 96,4 % respondentů. Dokumentace pacienta je důležitá nejen pro zajištění kontinuity péče, ale i pro předávání informací mezi zdravotníky, i pro řešení případných problémů a stížností, které mohou končit až soudním sporem. Většina zdravotníků (84,7 %)vnímá nárůst administrativy spíše negativně. Považují to za méně důležité pro poskytování kvalitní péče a apelují na duplicitní záznamy, nepřehlednost dokumentace, které jim přidávají jenom zbytečnou práci.

Vnímání pracovníků, že se mohou podílet na rozhodováních, která mají vliv na jejich práci, má vliv dle L. Aiken na větší spokojenost zaměstnanců. Skoro 60 % zdravotníků má problémy řešit pracovní záležitosti se svými nadřízenými, ze strachu ovlivnění jejich pracovní činnosti. Nepříliš dobrá komunikace s nadřízenými byla zdravotníky uvedena v dotazníku jako nejčastější otevřená odpověď. Kolem 200 zdravotníků dokonce poukazovalo na setkání s mobbingem (druh rafinované šikany na pracovišti) či bossingem (šikana ze strany nadřízeného pracovníka).

Získávání informací o šikaně na pracovišti lze získat z pravidelných anonymních dotazníků spokojenosti zaměstnanců od zaměstnavatele. Důležité je zaručit pracovníkovi diskrétnost a prostor ke sdělení daných problémů, lze využít i schránky důvěry, univerzální emailové adresy. Vedení zařízení by mělo sledovat práci na pracovištích a spokojenost zaměstnanců, kteří jsou nedílnou součástí pracovního týmu. Uvedením důvodů, proč zaměstnanci odcházejí, může být zdrojem důležitých informací o jisté situaci na pracovišti.

Povolání zdravotní sestry je veřejností velmi uznávané a ceněné. Ukazují to výsledky průzkumu prestiže povolání, kde se sestry **v roce 2013** „umístily“ na 3. místě. Stejně jako **v roce 2012.** V porovnání ale s podmínkami, které mají sestry a další zdravotničtí pracovníci poskytnuty k výkonu své práce spolu s finančním ohodnocením, jsou velmi tristní. Kolem 79 % zdravotníků přichází domů s pocitem, že nejsou za svoji práci dostatečně ohodnoceni. Jedná se především o odměňování podle platného předpisu o mzdě, kterým se řídí zřizovatelé jako právnické osoby (SESTERNA, 2013).

Od 1. července roku 2017 dojde také k navýšení platů všem sestrám pracujících u lůžka ve směnném provozu o 2 000 korun, bez ohledu na to, zda jsou zaměstnány

ve státní nebo soukromé nemocnici. Nemocnice, které jsou zřizovány ministerstvem, budou mít sjednán příplatek za směnnost, v případě soukromých nemocnic bude možnost čerpat 2 000 korun za směnu pro sestru u lůžka z dotačního programu, kde se o dotaci mohou přihlásit (MZČR, 2017).

3.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě interpretace výsledků průzkumu a diskuze, bylo navrženo doporučení pro praxi, zejména pro samotné všeobecné sestry, zdravotnický management a zdravotnické školy.

Doporučení pro všeobecné sestry:

- aktivní účast na přednáškách a seminářích zaměřených na problematiku syndromu vyhoření,
- úplná informovanost o syndromu vyhoření a jeho prevenci,
- zvýšení zájmu o preventivní programy (za pomocí motivace a doporučení zdravotnického managementu),
- jedna z hlavních motivací k předcházení vyhoření je zlepšení vztahů na pracovišti mezi personálem,
- doporučení pro všeobecné sestry – Pár rad na závěr… (viz Příloha C),

Doporučení pro zdravotnický management:

- nepřetěžování zdravotnického personálu,
- motivace pro sestry (benefiční programy),
- aktivně nabízet přednášky a semináře zaměřené na problematiku syndromu vyhoření,
- úplná informovanost o syndromu vyhoření a jeho prevenci,

Doporučení pro zdravotnické školy:

- aktivní účast studentů škol na přednáškách o problematice syndromu vyhoření,

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku vyhoření všeobecných sester v rámci určitého oddělení. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část obsahuje historii a několik podkapitol popisujících syndrom vyhoření. Praktická část zahrnuje stanovení průzkumného problému, vyhodnocení stanovených průzkumných cílů a otázek, metodiku a realizaci průzkumného šetření, analýzu dat vlastního průzkumného šetření, statistické zpracování dat pomocí chí – kvadrátu a interpretaci výsledků.

Prvním cílem této práce bylo zjistit a vyhodnotit míru vyhoření u všeobecných sester. Tento cíl byl vyhodnocen tak, že z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, jeví

nízký stupeň emociálního vyhoření **12 (40,0 %)** sester na **chirurgii, 9 (30,0 %)** na **interně** a **9 (30,0 %)** na **neurologii.** ***Mírný stupeň emociálního vyhoření*** je přítomen u **třech (10,0 %)** sester na **chirurgii**, u **devíti (30,0 %)** na **interně** a u **desíti (33,3 %)** na **neurologii.** ***Vysoký stupeň emociálního vyčerpání*** je přítomen u **patnácti (50,0 %)** sester na **chirurgii,** u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **jedenácti (36,7 %)** na **neurologii.**

Nízký stupeň depersonalizace jeví **12 (40,0 %)** sester na **chirurgii**, **12 (40,0 %)** na **interně** a **12 (40,0 %)** na **neurologii.** ***Mírný stupeň depersonalizace*** je přítomen u **devíti (30,0 %)** sester na **chirurgii**, u **šesti (20,0 %)** na **interně** a u **osmi (26,7 %)** na **neurologii.** ***Vysoký stupeň depersonalizace*** je přítomen u **devíti (30,0 %)** sester na **chirurgii**, u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **desíti (33,3 %)** na **neurologii**.

Vysoký stupeň osobního uspokojení jeví **12 (40,0 %)** sester na **chirurgii**, **6 (20,0 %)** na **interně** a **7 (23,3 %)** na **neurologii.** ***Mírný stupeň osobního uspokojení*** je přítomen u **šesti (20,0 %)** sester na **chirurgii**, u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **dvanácti (40,0 %)** na **neurologii.** ***Nízký stupeň osobního uspokojení*** je přítomen u **dvanácti (40,0 %)** sester na **chirurgii**, u **dvanácti (40,0 %)** na **interně** a u **jedenácti (36,7 %)** na **neurologii.**

Cíl byl vyhodnocením splněn.

Druhým cílem bylo zjistit, zda je statisticky míra EE u všeobecných sester závislá na délce jejich praxe ve zdravotnictví, pomocí výpočtu testu nezávislosti chí – kvadrátu. Na základě provedeného výpočtu došlo k závěru, že neexistuje statisticky významný vztah nebo rozdíl mezi EE a délkou praxe ve zdravotnictví. Cíl byl vyhodnocením splněn.

Třetím cílem bylo zjistit, zda je všeobecným sestrám znám pojem „burnout". Průzkumem bylo zjištěno, že z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, je ***znám*** pojem **„*burnout*" patnácti (50,0 %)** sestrám na **chirurgii**, **dvaceti osmi (93,3 %)** na **interně** a **čtrnácti (46,7 %)** na **neurologii**. Pojem **„*burnout" není naopak znám*** u **patnácti (50,0 %)** sester na **chirurgii**, **dvěma (6,7 %)** na **interně** a **šestnácti (53,3 %)** na **neurologii.**

Vyhodnocením byl tento cíl splněn.

Posledním čtvrtým cílem této práce bylo i zjištění, zda se respondenti snaží vzniku syndromu vyhoření předcházet. Průzkumem bylo zjištěno, že z celkového počtu 30 (100,0 %) všeobecných sester na každém oddělení, ***se povzbuzuje pitím alkoholu*** **7 (23,3 %)** sester na **chirurgii**, **1 (3,3 %)** na **interně** a **2 (6,7 %)** na **neurologii.** ***Kouří nebo používá jiné návykové látky*****29 (96,7 %)** sester na **chirurgii**, **4 (13,3 %)** na **interně** a **6 (20,0 %)** na **neurologii**. ***Čas svým zálibám věnuje*** **10 (33,3 %)** sester na **chirurgii**, **20 (66,7 %)** na **interně** a **19 (63,3 %)** na **neurologii**. ***Po práci dokáže vypnout či relaxovat*** **15 (50,0 %)** sester na **chirurgii**, **21 (70,0 %)** na **interně** a **9 (30,0 %)** na **neurologii**. ***Pravidelnou pohybovou aktivitu provádí*****10 (33,3 %)** sester na **chirurgii**, **22 (73,3 %)** na **interně** a **7 (23,3 %)** na **neurologii**. ***Chození do společnosti, za zábavou uskutečňuje*** **26 (86,7 %)** sester na **chirurgii**, **19 (63,3 %)** na **interně** a **24 (80,0 %)** na **neurologii**. ***Čas na svoji rodinu si dokáže udělat*** **24 (80,0 %)** sester na **chirurgii**, **23 (76,7 %)** na **interně** a **23 (76,7 %)** na **neurologii**.

Tento cíl byl již také splněn.

Pro tuto práci byla zvolena metodika průzkumného šetření u všeobecných sester na odděleních chirurgie, interny, neurologie ve VN Brno. Pro získání dat byla použita kvantitativní metoda pomocí standardizovaného anonymního dotazníku dle MBI, který určil míru výskytu syndromu vyhoření. Součástí dotazníku byly i doplňující otázky. Dotazník byl rozdělen na 3 části: A., B., C. (viz Příloha A).

Část A. tvořilo prvních 7 polootevřených doplňujících otázek s jednou možnou odpovědí, zaměřujících se na osobnostní charakteristiky respondentů (věk, rodinný stav, délka praxe, druh oddělení apod.).

Částí B. byl samotný standardizovaný dotazník (MBI), který obsahoval 22 uzavřených odpovědí různé intenzity.

Třetí část C. se zaměřovala na využití preventivních opatření proti vzniku syndromu vyhoření, kterou tvořila jedna polootevřená doplňující otázka s různými možnostmi odpovědí a druhá doplňující otázka zůstala respondentům zcela otevřená. Výsledky šetření byly vyhodnoceny v programu Microsoft Office Excel 2010. V tomtéž programu byly vytvořeny tabulky (s relativní i absolutní četností), grafy znázorňující výsledky průzkumného šetření a společně i jejich slovní interpretace. V programu Microsoft Office Excel 2010 byly vytvořeny také tabulky pro statický výpočet pomocí chí – kvadrátu.

Celkem tedy bylo rozesláno 105 dotazníků mezi všeobecné sestry ve VN Brno na odděleních chirurgie, interny a neurologie. Na každé oddělení jich připadlo 35. Řádně vyplněných a použitých z celkového počtu bylo 90 dotazníků. Tyto dotazníky byly rozděleny a zpracovány po třiceti na každé oddělení.

Na závěr této práce je nutno si uvědomit, že lidé by měli být k sobě více chápaví a ohleduplní, navzájem si naslouchat a neotáčet se ke druhým zády. Je zde předpoklad, že tato problematika konkrétně u všeobecných sester jen tak nevymizí a je zcela možné, že bude mít vzestupnou tendenci.

Tato problematika je velmi aktuální a diskutovaná. Je zřejmé, že současná společnost se k syndromu vyhoření nestaví příliš čelem. Mezi námi žijí lidé, kteří jsou postiženi tímto syndromem a my to bereme jako součást společnosti a neuvědomujeme si následky tohoto syndromu. Lidé by neměli být tak egocentričtí a měli by se podívat kolem sebe, zamyslet se, jak může dopadnout, když budou neustále vystaveni stresu, nebudou mít čas na žádnou relaxační aktivitu, na své blízké. Je zřejmé, že syndrom vyhoření poukazuje na výsledek špatných lidských vztahů a nesprávné lidské komunikace. Jsou to sami lidé, kteří znesnadňují život jiný lidem.

Proti syndromu vyhoření je důležitá prevence (nepřetěžování se, dostatečná relaxace). Jestliže k příznakům vyhoření dojde, je třeba příznaky nepřehlížet a vyhledat odbornou pomoc, ať už se jedná o jedince samotného nebo o jeho blízké. Je zcela nutné

změnit přístup k lidem a pohlížet na člověka jako na lidskou bytost, nikoliv jako „na stroj“.

Výsledky tohoto průzkumného šetření budou poskytnuty zdravotnickému managementu VN Brno, kde by tyto výsledky mohly zlepšit danou problematiku a předejít tak vyhoření u sester v rámci preventivních opatření.

Tato bakalářská práce pomohla se seznámit s problematikou vyhoření a popsat tak lépe její stav. Cíle práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.* 1.vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-439-9.

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

BOHNICE PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE [online]. *Krizová pomoc.* [cit. 08-12-2016]. Dostupné z: http://www.bohnice.cz/krizova-pomoc/

FRADELOS, E. et al., 2014. Burnout syndrome impacts on quality of life in nursing professionals: The contribution of perceived social support. *Progress in Health Sciences.* **4**(1), 102-109. ISSN 2083-1617.

HONZÁK, R., 2013. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření.* 1. vydání. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-331-3.

JANÁČKOVÁ, L., 2008. *Základy zdravotnické psychologie.* Praha: Triton. ISBN 978 - 80-7387-179-6.

JIRMANOVÁ, P., 2008. *Syndrom vyhoření na pracovištích intenzivní péče.* Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství.

KLÉBEROVÁ, P., 2015. *Analýza výskytu syndromu vyhoření ve FN Brno.* Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

KOPŘIVA, K., 2013. *Lidský vztah jako součást profese.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0528-9.

KRASKA -LŬDECKE, K., 2007. *Nejlepší techniky proti stresu.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1165-6.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví.* 3.vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres, Příručka pro duševní pohodu.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetřovatelství.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3224-4.

LINDQVIST, R. et al., 2015. Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. *Journal of Nursing Management.* **23**, 263-274. ISSN 0966-0429.

MKN-10 *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2.aktualiz. vydání. Praha: Bomton Agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

MZČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [online]. *Ministr Ludvík: Už letos přidáme peníze všem zdravotním sestrám za směny*. Copyright 2010. Poslední úpravy: 12. 01. 2017 [cit. 22-01-2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-ludvikuz-letos-pridame-penize-vsem-zdravotnim-sestram-za-smeny_13246_3692_1.html

PORTERO de la CRUZ S. a M. VAQUERO ABELLÁN, 2015. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* **23**(3), 543-552. ISSN 1518-8345.

PSYCHOPORTAL BRÁNA K ODBORNÉ POMOCI [online]. *Linky důvěry.* [cit. 08-12-2016]. Dostupné z: http://www.psychoportal.cz/linky-duvery

SESTERNA Dotazníkové šetření České asociace sester: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR - výsledky. *Sesterna pro sestry a jiné nelékaře.* Praha: We Make Media. 2013, **4**(2), 12-14. ISSN 1804-5308.

STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3553-5.

TRBOJEVIĆ-STANKOVIĆ, J. et al., 2015. Work-related factors as predictors of burnout in Serbian nurses working in hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal.* **42**(6), 553-561. ISSN 1526-744X.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2011. *Sestry v nouzi - Syndrom vyhoření, mobbing, bossing.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3174-2.

VÉVODA, J. a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4732-3.

VÉVODOVÁ, Š. a kol., 2016. Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester. *Psychologie a její kontexty.* **7**(1), 65-79. ISSN 1803-9278.

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník - Syndrom vyhoření u všeobecných sester I

Příloha B - Dotazník –Burnout Measure (BM) V

Příloha C – Pár rad na závěr VII

Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce VIII

Příloha E – Rešeršní protokol IX

Příloha F – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů X

Příloha A – Dotazník - Syndrom vyhoření u všeobecných sester

Dobrý den,

jsem studentkou Vysoké školy zdravotnické o. p. s. v Praze a pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma: Syndrom vyhoření u všeobecných sester.

Obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku, abych mohla analyzovat tuto problematiku. Dotazník je rozdělen na 3 části A., B. a C.

První část A. obsahuje identifikační otázky, druhá část B. obsahuje standardizovaný dotazník dle Maslach Burnout Inventory (MBI) a třetí část C. se zaměřuje na relaxační stránku a stres v rámci syndromu vyhoření. Na dotazník odpovídejte, prosím, pravdivě a podle stanovených pokynů u každé části. Dotazník je zcela anonymní.

Děkuji za Váši spolupráci, čas a ochotu.

Nikola Brožková, studentka oboru: Všeobecná sestra

ČÁST A. Zakroužkujte vždy jednu odpověď.

1. Jste
    a) svobodná/ý
    b) vdaná/ženatý
    c) rozvedená/ý
    d) vdova/vdovec
2. Do jaké věkové kategorie patříte?
    a) 20-30 let
    b) 31-40 let
    c) 41-50 let
    d) 51-60 let
    e) nad 60 let
3. Pracujete na oddělení
    a) interny
    b) chirurgie
    c) neurologie
4. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví

a) do 1 roku
b) 1-5 let
c) 6-10 let
d) 11-15 let
e) 16-20 let
f) praxe nad 20 let

5. Je Vám znám pojem Burnout?

a) ano (vysvětlete, prosím,…)

b) ne

6) Měli jste někdy na vašem oddělení vzdělávání na toto téma?

a) ano

b) ne

7) Pokud ano, bylo pro vás přínosné?

a) ano (čím…)

b) ne

ČÁST B. Vyplňte dle intenzity Vašich pocitů od 0 – 7.

Dotazník – Maslach Burnout Inventory (MBI)

Síla pocitů: (vůbec) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 – 7 (velmi silně)		
1.	EE	Práce mne citově vysává
2.	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3.	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
4.	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
5.	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi
6.	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá
7.	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
8.	EE	Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce
9.	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďuji
10.	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
11.	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
12.	PA	Mám stále hodně energie
13.	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení

14.	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
15.	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
16.	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres
17.	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
18.	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
19.	PA	Za roky své práce jsem udělal/a hodně dobrého
20.	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil
21.	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně
22.	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy

1) Příslušnost k oblasti vyhoření (EE – emocionální vyhoření,

DP – depersonalizace, PA - -osobní uspokojení)

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

Stupeň emocionálního vyčerpání - EE Nízký 0 - 16 Mírný 17 - 26 Vysoký 27 a více = vyhoření!	Stupeň osobního uspokojení - PA Vysoký 39 a více Mírný 38 - 32 Nízký 31 - 0 = vyhoření!
Stupeň depersonalizace - DP Nízký 0 - 6 Mírný 7 - 12 Vysoký 13 a více = vyhoření!	

(VENGLÁŘOVÁ, 2011, s. 43-44)

ČÁST C. U otázky č. 1 můžete zakroužkovat i více možných odpovědí, u otázky č. 2 napište, jak jinak trávíte volný čas či relaxujete.

1. Vaše obrana proti stresu a způsob relaxace
    a) povzbuzuji se pitím alkoholu
    b) kouřím nebo užívám nějaké jiné návykové látky (medikace na spaní, uklidnění, drogy…) ve spojitosti se stresem, povzbuzením
    c) věnuji čas svým zálibám (jakým…)
    d) dokáži po práci „vypnout“ či relaxovat (jak…)
    e) provádím pravidelnou pohybovou aktivitu (jak často a jakou)
    f) chodím do společnosti, za zábavou (kino, divadlo, koncert, výstavy, apod.)
    g) dokáži si udělat čas na svoji rodinu, blízké
2. Napište, jak jinak trávíte volný čas či relaxujete …

Příloha B Dotazník –Burnout Measure (BM)

Síla pocitů: Nikdy – 2. Jednou za čas – 3. Zřídka kdy – 4. Někdy – 5. Často – 6. Obvykle – 7. Vždy		
1.	Byl (a) jsem unaven (a)	
2.	Byl (a) jsem v depresi (tísni)	
3.	Prožíval (a) jsem krásný den	
4.	Byl (a) jsem tělesně vyčerpán (a)	
5.	Byl (a) jsem citově vyčerpán (a)	
6.	Byl (a) jsem šťastná (šťasten)	
7.	Cítil (a) jsem se vyřízen (a), zničen (a)	
8.	Nemohl (a) jsem se vzchopit a pokračovat dále	
9.	Byl (a) jsem nešťastný (á)	
10.	Cítil (a) jsem se uhoněn (á) a utahán (á)	
11.	Cítil (a) jsem se jako by uvězněn (á) v pasti	
12.	Cítil (a)jsem se jako bezcenný (á)	
13.	Cítil (a) jsem se utrápen (á)	
14.	Tížily mne starosti	
15.	Cítil (a) jsem se zklamán (a) a rozčarován (a)	
16.	Byl (a) jsem sláb (a) a na nejlepší cestě k onemocnění	
17.	Cítil (a) jsem se beznadějně	
18.	Cítil (a) jsem se odmítnut (a) a odstrčen (a)	
19.	Cítil (a) jsem se pln (á) optimismu	
20.	Cítil (a) jsem se pln (á) energie	
21.	Byl (a) jsem se pln (á) úzkostí a obav	

Vyhodnocení dotazníku:

· Sečtěte hodnoty uvedené u položek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21

a součet označte jako A.

· Sečtěte hodnoty uvedené u položek číslo: 3, 6, 19 a 20. Tento součet označte jako B.

· Vypočítejte C = 32 – B

· Vypočítejte D = A + C

· Výsledné skóre BQ získáte tak, že číslo D dělíte 21, tedy BQ = D: 21

BQ < 2 (dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví)

· 2 < BQ < 3 (výsledek ještě uspokojivý)

· 3 < BQ < 4 (doporučuje se zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života…)

· 4 < BQ < 5 (zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou)

· BQ > 5 (tento stav je třeba považovat za alarmující, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta)

Pro zjednodušení (abychom se vyhnuli dělení 21)

· BQ < 42 (dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví)

· 42 < BQ < 63 (výsledek ještě uspokojivý)

· 63 < BQ < 84 (doporučuje se zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života…)

· 84 < BQ < 105 (zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou)

· BQ > 105 (tento stav je třeba považovat za alarmující, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta)

(VENGLÁŘOVÁ, 2011, s. 45-46)

Příloha C – Pár rad na závěr…

- Uvědom si, že Tvým úkolem je pomáhat změnám, ne je násilně měnit.
- Buď k sobě laskavý/(á) a vlídný/(á).
- Buď druhým oporou, nebojse pochválit, nauč se pochvalu přijímat od druhých.
- Najdi si své útočiště - místo klidu.
- Uvědom si, že v situacích, v nichž se nacházíš, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci.
- Nesrovnávej se s druhými, respektuj své hranice.
- Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které Tě ničí.
- Snaž se obměňovat své pracovní postupy a neupadnout do stereotypu.
- Ve volném čase nehovoř o práci.
- Využívej posilujících prvků přátelství.
- Nauč se říkat NE bez pocitu viny.
- Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku.
- Raduj se, směj se a hraj si.
- Nauč se říkat, „rozhodl/(a) jsem se“ namísto „MUSÍM“.

(VENGLÁŘOVÁ, 2011)

Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	**Brožková Nikola, DiS.**	
Studijní obor	Všeobecná sestra **3CVS**	Ročník **třetí**
Téma práce	**Syndrom vyhoření u všeobecných sester**	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Vojenská nemocnice Brno p.o. Zábrdovická 3 636 00 Brno Odd. interna, chirurgie, neurologie	
Jméno vedoucího práce	**Mgr. Ivana Stehlíková, Ph.D.**	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ○ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ⊘ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	⊘ souhlasím ○ nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči	⊗ souhlasím ○ nesouhlasím PhDr. Pokojová Radka podpis	IČO 60 VOJENSKÁ NEMOCNICE BRNO 636 00 Brno, Zábrdovická 3 Náměstek ředitele pro NZP tel.: 973 445 515

V Brně dne 5.12.2016

podpis studenta

Příloha E – Rešeršní protokol

SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER

Nikola Brožková

Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina

Klíčová slova: syndrom vyhoření – burnout syndrome, stres - stress, pomáhající profese – helping professions, všeobecná sestra – general nurse, zdravotníci – healthcare workers.

Časové omezení: 2007-2017

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku

Počet záznamů: celkem 44 záznamů

(vysokoškolské práce – 6, knihy – 19, články a sborníky – 19)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Jednotná informační brána (www.jib.cz)
- Souborný katalog ČR (http://sigma.nkp.cz)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz)
- Online katalog NCO NZO

Příloha F – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Syndrom vyhoření u všeobecných sester v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne……

Jméno a příjmení studenta