

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče (MIP)

ID studijního oboru: 5345TO24

Bc. Jana Pidrmanová

Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester

Magisterská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Alexandra Kramářová

Praha, 06. 08. 2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje.

V Praze, 06. 08. 2009

Podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Alexandře Kramářové, za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci, ale i všem respondentkám, které ochotně vyplnily dotazník.

ANOTACE

1. Název práce: Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester
2. Příjmení a jméno: Bc. Pidrmanová Jana
3. Katedra: 1. lékařská fakulta
4. Obor: Intenzivní péče
5. Vedoucí práce: Mgr. Alexandra Kramářová
6. Počet stran: 62
7. Počet příloh: 3
8. Rok obhajoby: 2009
9. Klíčová slova: Stres, syndrom vyhoření, faktory, standardní oddělení, exponovaná oddělení, ošetřovatelství
10. Resumé: Diplomová práce je zaměřena na problematiku výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester. Mapuje výskyt rizikových faktorů na standardních a exponovaných pracovištích.

ANNOTATION

1. Title: Factors influencing the burn-out syndrome appearance among nurses
2. Surname and first name: Bc. Pidrmanová Jana
3. Department: 1 Faculty of Medicine
4. Field of study: Intensive Care
5. Thesis supervisor: Mgr. Alexandra Kramářová
6. Number of pages: 62
7. Number of attachments: 3
8. Year of defense: 2009
9. Keywords: Stress, burn-out syndrome, factors, standard care units, intensiv care units, nursing
10. Abstract: The issue of this dissertation work is the problematic of a burnout syndrome appearance in nursing profession. It is mapping the risk factors in standard care and intensive care units.

Identifikační záznam:

PIDRMANOVÁ, Jana. *Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester. [Factors influencing the burn-out syndrome appearance among nurses]*. Praha, 2009. 62 s., 3 příl., 26 tab., 4 grafy. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika / Ústav 1. LF UK 2009. Vedoucí diplomové práce Mgr. Alexandra Kramářová

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Teoretická část.....	10
2.1	Stres	10
2.1.1	Stresory.....	11
2.1.2	Vliv chronického stresu, psychosomatické jevy.....	13
2.1.3	Příznaky stresového stavu.....	14
2.1.4	Vztah mezi nemocí a stresem	15
2.1.5	Nemoci ze stresu	16
2.2	Obranné mechanismy a strategie zvládnání stresu.....	16
2.2.1	Obranné mechanismy.....	17
2.2.2	Zvládací strategie - copingy.....	18
2.3	Syndromu vyhoření - burnout	20
2.3.1	Příčiny vzniku	21
2.3.2	Faktory rizikové a protektivní.....	22
2.3.3	Role pracovního prostředí.....	23
2.3.4	Práce sester na odděleních JIP a ARO.....	24
2.3.5	Symptomy syndromu vyhoření.....	25
2.3.6	Fáze procesu psychického vyhořování.....	27
2.3.7	Odlišení burnout od jiných negativních psychických stavů	28
2.4	Prevence syndromu vyhoření.....	29
2.4.1	Primární prevence - zaměstnavatelé.....	30
2.4.2	Primární prevence - zdravotník.....	31

3	Praktická část	34
3.1	Cíl výzkumu	34
3.2	Stanovení hypotéz.....	34
3.3	Zkoumaný soubor	34
3.4	Metody a techniky	35
3.5	Předvýzkum.....	35
3.6	Organizace výzkumu	36
3.7	Zpracování získaných dat.....	36
3.8	Interpretace výsledků dotazníkového šetření	36
4	Diskuse.....	49
5	Závěr.....	55
6	Seznam literatury	58
7	Seznam zkratek	61
8	Seznam příloh	62

1 Úvod

Stejně jako mnoho jiných vědních oborů prochází i ošetrovatelství od posledních let 20. století výrazným dynamickým rozvojem. Dnes už je vnímáno jako samostatný vědní obor v rámci lékařství. Ošetrovatelství se tak stává vědou i uměním zároveň.

S tím souvisí také nové pojetí role sestry. Sestra zastává primární postavení v péči o pacienta, v plánování a poskytování péče v průběhu onemocnění a rehabilitace. Úloha sestry se stala tak komplexní, že její vzdělání si vyžaduje kromě znalosti ošetrovatelské teorie a praxe také znalosti z dalších společenských, fyzikálních a biologických věd. Nároky kladené na osobnost a práci sestry mají tedy vzestupnou tendenci. Sestra se při svém zaměstnání neustále seznamuje s množstvím novinek, musí ovládat a umět manipulovat s mnoha přístroji, sledovat pokroky v oblastech technického vývoje medicíny apod.

Ošetrovatelská péče se soustřeďuje na sociální, psychologické a zdravotní problémy pacientů. Sestra se často setkává s bolestí, utrpením a smrtí, a bývá proto v neustálém psychickém stresu. Zodpovědnost za životy a pohodu pacientů jsou pro ně na jedné straně zdrojem uspokojení z práce, ale na druhé straně se sestry mohou při této náročné práci cítit po určité době opotřebované a citově vyčerpané.

Každý člověk vstupuje do profese se svým žebříčkem životních a pracovních hodnot a během začleňování se do pracovního procesu se jeho hodnotový žebříček může pozměňovat. V ideálním případě se osobní a profesní hodnoty ztotožňují. Při konfliktu těchto hodnot dochází k morálním dilematům, pocitům osobního selhání, k frustraci.

Mnohé z nás někdy při návštěvě zdravotnického zařízení v naší zemi napadne otázka: „Proč někteří lidé vykonávají své povolání, když je viditelně obtěžuje?“ Můžeme se setkat s odpovědí: „Protože tito lidé nastupovali do svého zaměstnání s velkými ideály, cíli. Až realita sama představující kombinaci stylu práce s atmosférou na pracovišti vedla k pocitu zklamání, pocitu osobního selhání.“

Každodenní setkávání se s nemocí, bolestí a smrtí, časová náročnost zaměstnání zasahující i do rodinného života je pro sestru zdrojem velkého psychického vypětí. V neposlední řadě má negativní dopad na vnímání vlastní

profese i špatné finanční ohodnocení, a s ním pak související nízká společenská prestiž. Všechny tyto výše zmíněné aspekty často mohou vést k brzkému profesionálnímu vyhoření (vyprahlosti).

Zátěžové situace tvoří přirozenou součást života. Kdyby tyto situace v našem životě neexistovaly, byl by zdravý a plnohodnotný vývoj osobnosti narušen. Pokud se však takové situace kumulují v omezeném časovém úseku, není v silách jedince se na ně přiměřeně adaptovat. K tomuto stavu dochází často u pomáhajících profesí, mezi které povolání zdravotní sestry řadíme.

Sestry jsou vystaveny neustálému stresu, který mnohdy nejsou schopny zvládat, dostavuje se únava, vyčerpání, rezignace, citové oploštění. V takovém případě mluvíme již o syndromu vyhoření. Co bývá nejčastějším důvodem jeho vzniku? Co všechno může ovlivnit jeho rozvoj? V magisterské práci „Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester“ se autorka zamýšlí nad těmito otázkami.

2 Teoretická část

V teoretické části jsou shrnuty ucelené informace týkající se stresu jako významného faktoru vzniku syndromu vyhoření. Dále je podrobněji rozebrán samotný burnout syndrom, tedy příčiny jeho vzniku, projevy a fáze. Závěr teoretické části obsahuje informace o prevenci syndromu vyhoření jak ze strany zaměstnavatele, tak i samotného zaměstnance.

2.1 Stres

Slovo stres k nám proniklo z anglického „stress“, to pochází z latinského slovesa „stringo, stringere, strinxi, strictum.“, což podle latinského slovníku znamená „utahovati, stahovati, zadržovati“.

Stresem se rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná. (11)

Další definice hovoří o stresu jako o stavu organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, ať už tělesnou nebo duševní. Při stresu se uplatňují vývojově staré mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí. Jde zejména o výraznou aktivaci sympatického nervového systému a nadledvin, která způsobuje zrychlení krevního oběhu a srdeční činnosti, zvýšení krevního tlaku, prohloubení dýchání, vyplavení energetických zásob, tlumení bolesti, zvýšení svalové síly atd. (21)

Stres je nezbytný k přežití; jeho nevýhodou pro současného člověka však je, že se dostavuje jako reakce na podněty z psychosociální sféry, které rozhodně neznamenají ohrožení života, přesto se však celá kaskáda dějů spustí stejně, jako by o život šlo. (6)

Podle intenzity dělíme stresové reakce takto (6):

- ◆ *Hyperstres* – stres překračující hranice adaptability
- ◆ *Hypostres* – stres nedosahující obvyklých tolerancí stresu
- ◆ *Zátěž* – nižší než hraniční úroveň stresu

GAS (*General Adaptation Syndrom*) je fyziologická odpověď těla na nějaký druh hrozby. Jejím důvodem je udělat člověka více odolného proti trvajícím hrozbám. Tato vnitřní odpověď těla se nazývá stresová reakce. Stres, který nenarušuje homeostázu a připravuje osobu na setkání s velkým stresorem je nazýván *eustres*. Stres, který je extrémní a prodlužovaný a ovlivňuje homeostázu je nazýván *distres*. (5)

Dále stres rozlišujeme podle délky odpovědi organismu na zátěžovou situaci (6):

- ◆ *Akutní* (přechodná situační porucha) – v trvání několika hodin až dnů
- ◆ *Adaptační* (trvalá situační porucha) – v trvání několika týdnů až měsíců

V zaměstnání zaměřeném na pomoc druhým lidem, postupně tento proces krystalizuje v neodvratný stav, kdy dochází ke zhroucení adaptačního systému, syndromu profesionálního vyhoření.

2.1.1 Stresory

Tento termín je možno chápat jako negativně na člověka působící vliv. H. Selye hovoří o fyzikálních a emocionálních stresorech. Mezi tzv. *fyzikální stresory* řadí jedy, alkohol, nikotin, kofein a jiné drogy. Počítá sem i radiaci, vyzařování, ultrafialových a infračervených paprsků, vibrace, otřesy, viry, bakterie, meteorologické vlivy. Do druhé skupiny tzv. *emocionálních stresorů* řadí úzkostnost, obavy a strach, nevyspalost, sensorickou deprivaci, anticipaci.(11) Stresory poškozují sestru nejen po stránce psychické, ale také fyzické.

V profesi sestry se na jejím fyzickém poškozování podílejí faktory, jako jsou směnný provoz, dvanácti hodinové služby, služby o víkendech, chronický nedostatek personálu, noční směny. Převážnou část pracovní doby zatěžuje setra dolní končetiny, a to jak staticky, tak dynamicky. Zatížena je také páteř. Při zvedání a přenášení nemocných je kromě páteře zatížen i svalový a kloubní systém. Důsledkem opakovaných zátěží je únava, bolesti nohou, později i poruchy páteře a kloubů. (4) Za dvanácti hodinovou směnu sestra nachodí v průměru 11,5 km. Zvýšená fyzická námaha vede k somatickým potížím.

Se směnným provozem souvisí nepravidelný spánek, neblaze působící na organismus a projevující se nepříznivými změnami v biorytmu člověka. Dalším velkým stresorem je nepravidelné stravování, kdy sestry mnohdy nemají čas díky své vytíženosti se během směny najíst. Časový stres zhoršuje vnímání a koncentraci pozornosti, takže klesá výkonnost sestry. Velkou psychickou zátěží je také setkávání se se smrtí a lidským utrpením. Sociální zátěží bývá špatné pracovní prostředí, nedostatečné finanční ohodnocení.

Naše sestry jsou skutečně velice zatěžovány rozmachem současného zdravotnictví. Jenom celá dlouhá řada nových vyšetřovacích metod, na které pacienti musí být cíleně připravováni, obsluhování přístrojů, antidekubitární pomůcky, pomůcky pro postižené. (3)

Tab. 1 Makrostresory – velký stres a zdraví ohrožující stres

Finanční ohodnocení	
Bezohledné chování nemocného	Kumulace vyšetření
Administrativa	
Nedostatek personálu	
Ošetřování umírajících	
Nedostatečná prestiž oboru	
Profesionální odpovědnost	

Zdroj: čsp. SESTRA (20)

Opakované požadavky nemocného	Spolupráce s lékařem při výkonech
Množství práce	Neúplnost ordinace lékaře
Nedostatečné uspokojení potřeb klienta	Ošetřování těžce nemocných
Časová tíseň	Akutní příjmy
Nemožnost pracovat dle svých představ	Chybějící koncepce ve zdravotnictví
Nebezpečí infekce	Způsob informování klienta lékařem
Komunikace s lékařem	Nevyjasněné kompetence sester
Neinformovanost nemocných	

Tab. 2 Mikrostressory – malý a střední stres

Zdroj: čsp. SESTRA (20)

2.1.2 Vliv chronického stresu, psychosomatické jevy

Chronický stres vyvolává atrofii dendridů pyramidových neuronů v hipokampu. Zde jsou koncentrovány receptory pro glukokortikoidy. Hipokampus postižený atrofií špatně reguluje hladinu glukokortikoidů a dochází k jejímu zvýšení. Zvýšená hladina má stejný vliv, jako kdyby byl organismus ve stresu (aniž by sám stresový podnět trval). Mohou nastat tytéž změny jako při stresu (viz tab. 3). Mezi další důsledky chronického stresu patří rychlejší stárnutí

CNS způsobené nedostatkem kyslíku a cukru. (15) Psychosomatickou je ta choroba, na jejímž vzniku se podílejí zvýšenou měrou psychosociální faktory.

Tab. 3 Příklady nejčastějších poruch s významnou psychosociální komponentou

KARDIOLOGIE	Esenciální hypertenze, ischemická choroba srdeční a infarkt myokardu
GASTROENTEROLOGIE	Peptický gastroduodenální vřed, syndromy dráždivého tračníku
ENDOKRINOLOGIE	Diabetes mellitus, hypotyreóza
PSYCHOGENNÍ PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	Anorexia nervosa, bulimia nervosa, obezita
DERMATOLOGIE	Psoriasis vulgaris, atopický exém
NEUROLOGIE	Bolestivé syndromy páteře

Zdroj: J. Raboch et al.

2.1.3 Příznaky stresového stavu

Fyziologické příznaky

- ◆ Bušení srdce – palpitace
- ◆ Bolest a sevření za hrudní kostí
- ◆ Nechutenství a plynatost v břišní oblasti
- ◆ Křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha a průjem
- ◆ Časté nucení k močení
- ◆ Nedostatek sexuální touhy
- ◆ Změny v menstruačním cyklu
- ◆ Svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, často spojené s bolestmi v těchto částech těla
- ◆ Úporné bolesti hlavy
- ◆ Migréna – záchvatovitá bolest jedné poloviny hlavy
- ◆ Exantém
- ◆ Nepříjemné pocity v krku
- ◆ Dvojitě vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod (tzv. fokusace)

Emocionální – citové příznaky

- ◆ Prudké a výrazně rychlé změny nálady
- ◆ Nadměrné trápení se s věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité
- ◆ Neschopnost projevit emocionální náklonnosti
- ◆ Nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled
- ◆ Nadměrné pocity únavy
- ◆ Zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost

Behaviorální příznaky – chování a jednání lidí ve stresu

- ◆ Nerozhodnost

- ◆ Zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci
- ◆ Zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, vyhýbání se odpovědnosti
- ◆ Zvýšené množství vykouřených cigaret za den
- ◆ Zvýšená konzumace alkoholu
- ◆ Větší závislost na drogách, zvýšené množství tablet na uklidnění a léků na spaní
- ◆ Ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání
- ◆ Změněný denní životní rytmus – problémy s usínáním, dlouhé noční bdění a pak pozdní vstávání s pocitem velké únavy
- ◆ Zvýšená nekvalitnost práce

2.1.4 Vztah mezi nemocí a stresem

Stres je považován za potenciaálně významný faktor při vzniku a průběhu všech somatických chorob. Zkušenosti ukazují, že stresy jsou častými předchůdci rakoviny v procesu jejího vzniku. Psychosociální faktory se na vzniku nádorových onemocnění podílejí pravděpodobně nejvíce prostřednictvím neuroimunitních mechanismů. Působení tohoto faktoru má však nespecifický charakter. Klasický biomedicínský model myšlení chápe příčinu nemoci jednoznačně – příčinou je mikrob (virus, bakterie). Holistický model bere v úvahu jak mikroby, tak i stresory působící na člověka z jeho okolí. (11)

2.1.5 Nemoci ze stresu

„Stresová nemoc“ je označení pro nemoc, v jejíž patogenezi se nezanedbatelně uplatňuje stres. Do této skupiny řadíme zejména následující nejzávažnější onemocnění:

Ischemická choroba srdeční

- onemocnění srdce charakterizované nedostatečným prokrvením. Porušeno je zásobení kyslíkem a živinami i odvádění zplodin látkové výměny. Hlavními projevy jsou zejména angina pectoris a infarkt myokardu. (21)

Hypertenze

- je onemocnění charakterizované zvýšeným tepenným tlakem ve velkém krevním oběhu. Jedno z nejčastějších kardiovaskulárních onemocnění. Později se mohou dostavit závažné komplikace, jako je srdeční selhání, postižení ledvin.(21)

Vředová nemoc žaludku a dvanáctníku

- defekt ve sliznici žaludku či dvanáctníku, celkové onemocnění

Jiná další onemocnění

- tuberkulóza, alergie a další

2.2 Obranné mechanismy a strategie zvládnání stresu

Organismus, který je vystaven zátěži, se snaží před tímto nežádoucím vlivem chránit. Tato ochrana je adaptací na vzniklou krizi - je obranou vlastního já. Člověk usiluje o vyrovnání se zátěží. K tomu může použít dva základní principy.

Tím prvním jsou *obranné mechanismy*, jejichž podstata spočívá v nerealistickém náhledu na situaci. Druhým, vhodnějším, způsobem zvládnání stresu jsou takzvané *zvládací strategie*. Tento způsob vypořádávání se stresem je postaven na realistickém podkladě a přináší kvalitnější výsledky. O obou možných způsobech boje se stresem píše následující kapitola.

2.2.1 Obranné mechanismy

Obranné mechanismy jsou definovány jako klamná, iluzivní, matoucí pojmání skutečnosti. Jde o nevědomé procesy, které nastupují automaticky, aniž bychom si toho my sami byli vědomi, kdykoliv se objeví ohrožení. Vypořádat se s ním je pro nás příliš těžké.

Obranným mechanismům se učíme od dětství, imitujeme své rodiče. Ty obranné mechanismy, které považujeme za vyhovující, upevňujeme a posilujeme. Jejich autorem je Sigmund Freud, který sám „objevil“ a popsal celkem devět druhů. Dnes najdeme v psychologické literatuře zhruba 40 různých druhů obranných mechanismů. Křivohlavý rozděljuje obranné mechanismy do pěti skupin (11):

a) *Nepřiměřená agresivita - hostilní reakce, nepřátelství*

Jde o zdánlivou přeměnu toho, kdo je ohrožen, v toho, kdo sám má dost síly. Vytváří se tím klamný dojem síly a moci, pocit nadvlády, dominance a schopnosti řídit chod dění.

b) *Sebeobviňující obranné mechanismy*

Člověk v krizi sám sebe příliš kritizuje, podceňuje. Tím, že sníží svou vlastní hodnotu, pocítuje úspěch při konečném zvládnutí situace. Tento mechanismus je postaven na tom, že mé „já“ je připraveno na neúspěch. Pokud je ale konečný výsledek úspěšný, či alespoň úspěšnější, než předpokládám, zvýší se tak má vlastní (předem podceněná) hodnota.

c) Projekce - promítnutí

Své negativní povahové vlastnosti, neúspěchy přisuzuje jedinec druhým lidem. Vlastní neúspěch promítá i do druhých lidí. Ukazuje se, že tato forma řešení těžkostí patří k nejméně efektivním způsobům zvládnání stresu.

d) Represe - vytěsňování

Popírání daných skutečností, tvrzení. Člověk se snaží vytlačit spontánní chování, nechová se v souladu s vnitřním prožitkem. V nepříjemné situaci se opačnou reakcí snaží přesvědčit sám sebe, že je vše v pořádku (je veselý, směje se, ale na místě by byl smutek či pláč).

e) Intelektualizace a racionalizace

Řešení zátěže pomocí obecných výkladových principů zdánlivých pravd a otřepaných frází. Patří sem různé druhy racionalizace, sofistikování, rádoby filozofování, zdánlivé nadřazenosti nad věcí - například typu Ezopovy bajky o kyselých hroznech.

2.2.2 Zvládací strategie - copingy

Zvládací strategie jsou takovým zvládnáním zátěžové situace, které vychází z realistického pohledu na situaci. Vychází z předchozí situace a zkušenosti s ní. Lidé s vyšším sebevědomím mívají realističtější pohled na stresovou situaci a při jejím řešení spíše volí copingové strategie nežli obranné mechanismy. Copingové strategie můžeme dále rozdělit na aktivní a pasivní. (2)

Strategie aktivní

Představují boj se zátěží, se stresovou situací. Aktivní strategie spočívá v několika po sobě následujících krocích :

a) Informace

- ◆ nereaguji okamžitě na zátěž, ale vyčkávám
- ◆ snažím se o situaci získat co nejvíce informací
- ◆ snažím se najít pravdu

b) *Posilování vlastního já*

- ◆ budování takového životního stylu, který mi pomůže překonat stres, zátěž
- ◆ například měním životní styl, zbavuji se nepříznivých návyků
- ◆ učím se asertivnímu chování
- ◆ vyhledám odborníka
- ◆ vybuduji si pevnou sociální oporu, síť

c) *Plánování*

- ◆ plánuji další postup
- ◆ snažím se odhadnout, co ovlivnit mohu a co ne
- ◆ stanovím si cíle, ke kterým chci dojít
- ◆ hledám první krok, kterým mohu začít situaci řešit

d) *Realizace*

- ◆ kroky, které jsem si stanovil v předcházejícím bodu se snažím uvést do reality, uskutečnit (změna životosprávy, zaměstnání, ...)
- ◆ je zde reálné riziko, že skončím jen u plánování!

e) *Výdrž*

- ◆ posiluji své odhodlání
- ◆ nenechám se odradit počátečními neúspěchy, okamžitým neobjevením se výsledků
- ◆ počítám s obtížemi a smírím se s nimi

Strategie pasivní

Ačkoliv nejde o aktivní boj se zátěží, jedná se o velmi účinné strategie ve zvládnání stresu. Na rozdíl od obranných mechanismů jsou tyto strategie realistické.

a) *Vyčkávání*

- ◆ v zátěži okamžitě nereaguji, ale vyčkávám a nechám věci, aby se řešily samy

b) *Lhostejnost*

- ◆ nezáměřím se na věc
- ◆ nepřisvojuji si zátěž, snažím se nabýt pocitu, že se mě netýká
- ◆ je zde nutné zhodnotit, nakolik se mě situace týká, nakolik ne

c) *Rezignace*

- ◆ odevzdanost do rukou osudu
- ◆ „tak to je a já s tím nic nenadělám“

d) *Odepsanost*

- ◆ prohloubenější rezignace, beznaděj
- ◆ „nemůžu situaci řešit, mé úsilí je zbytečné“

2.3 Syndrom vyhoření - burnout

V 70. letech minulého století se poprvé objevil problém, který se stal v dalším desetiletí alarmujícím. V Japonsku se mu začalo říkat karoši. a známe jej jako smrt v důsledku přepracování. Z tohoto důvodu umírá v zemi vycházejícího slunce několik stovek lidí ročně. V Evropě a Americe tyto extrémní kořeny nezapustily, známe zde však problém podobný - vyhoření.(12)

Pojem „burnout“ byl uveden do literatury Herbertem Freudenbergem v jeho stati publikované v časopise „*Journal of Social Issues*“ v roce 1974. Vysvětluje ho jako „stav vyplenění všech energetických zdrojů původně intenzivně pracujícího člověka. Je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a motivaci“. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se začala zvedat na přelomu 70. – 80. let minulého století. (8)

V české odborné literatuře bylo k tomuto tématu publikováno velmi málo prací. Problém byl většinou pouze okrajově zmiňován v publikacích autorů zabývajících se psychologií zdraví či psychosomatikou, nebyl však systematicky zpracován. Výjimku tvořili autoři Helena Haškovcová ve svém článku z roku 1994 v časopise „*Sestra*“ a Jaro Křivohlavý v knize „*Jak neztratit nadšení*“ z roku 1998. V průběhu posledních přibližně deseti let však přibývá domácích, v časopisech publikovaných, prací v oblasti psychologie, pedagogiky a zdravotnictví, kde jsou problémy související se syndromem vyhoření velmi aktuální. Objevují se také bakalářské a diplomové práce, zabývající se tímto problémem, a přibývá odborných setkání, konferencí a seminářů, jež se syndromem vyhoření zabývají. Na knižních pultech se začínají objevovat české překlady některých, spíše populárněji zaměřených zahraničních publikací o syndromu vyhoření. Nejnovější monotematickou publikací je „učebnice“ autorky Bartošíkové z roku 2006 „*O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*“.

Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti postupně narůstá vzhledem ke zvýšenému životnímu tempu, rostoucím nárokům na emoční a sociální zdroje člověka. Prodloužila se etapa života, po kterou je nutno těmto nárokům čelit.

Jev (fenomén) celkového vyčerpání, tj. vyčerpání tělesného, psychického i duchovního nebyl neznám v kolébce evropského křesťansko - antického myšlení. Setkáváme se s ním např. v bibli, kde v knize nazvané „*Kazatel*“ čteme to, co vyjadřuje termín burnout. (10) Také jsou známy příběh proroka Eliáše, pověst o Sysífovi aj.

Autorka zde uvádí některé definice popisující tento jev, ale vždy z trochu jiného úhlu pohledu (13):

- ◆ Jako „vyhoření či vyhasnutí“ bývá popisován stav emocionálního vyčerpání zapříčiněný nadměrnými psychickými a emocionálními nároky.
- ◆ Vyhoření je proces, který začíná nadměrným a dlouhodobým pracovním zatížením, které vede k pocitu napětí, podrážděnosti, vyčerpání.
- ◆ Vyhoření je postupná ztráta ideálů, energie, smysluplnosti. Zažívají ho lidé v profesích orientovaných na pomoc druhým lidem.
- ◆ Vyhořet znamená vyčerpat se z fyzických a psychických sil, opotřebovat se nadměrnou snahou dosáhnout nerealistických požadavků.
- ◆ Burnout je odpovědí organismu na situaci, která člověka uvádí do stresového stavu. Tato situace je přitom tak silná, že by se negativně dotkla každého člověka, který by se do ní dostal.

2.3.1 Příčiny vzniku

Individuální psychické příčiny

- ◆ Myšlenkové a postoje vzorce, které vyvolávají stres a úzkost
- ◆ Negativní myšlení
- ◆ Nenalezení nebo ztráta smyslu v práci
- ◆ Neznalost strategií zvládnutí stresu
- ◆ Nahromadění životních stresorů
- ◆ Zvyšující se nároky na sebe
- ◆ Neschopnost požádat druhé o pomoc

Individuální tělesné příčiny

- ◆ Nedostatek odolnosti vůči stresu
- ◆ Nezdravý způsob života

Příčiny spojené s profesí

- ◆ Časová náročnost povolání
- ◆ Špatné pracovní podmínky a vybavení
- ◆ Nízké finanční ohodnocení
- ◆ Konflikty v kolektivu
- ◆ Tlak sociální role
- ◆ Nedostatek autonomie
- ◆ Nedostatečná zpětná vazba
- ◆ Směnný provoz
- ◆ Přesčas
- ◆ Akutní příjmy

Mezi osobnostní charakteristiky, které predisponují k burnoutu patří empatie, senzitivita, obětavost, idealismus, zaměřenost na druhé, úzkost, pedantství, tendence výrazně až přehnaně se identifikovat s druhými. Výrazně ohroženi jsou především ti, kteří jsou vysoce motivovaní a ochotní se cele věnovat své práci. Jinak řečeno – lidé, kteří očekávají, že svůj smysl života naleznou v práci. Jen vysoce motivovaní jedinci mohou vyhořet. Tedy, aby člověk mohl vyhořet, musí nejdříve „hořet“. Lidé bez této počáteční vysoké motivace mohou zažívat stres, odcizení, depresi, únavu, ale nemohou vyhořet. (13)

2.3.2 Faktory rizikové a protektivní (8)

Rizikové faktory (burnout podnětující)

- ♦ nutnost čelit chronickému stresu
- ♦ původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost
- ♦ původně vysoká empatie, obětavost
- ♦ nízká asertivita
- ♦ neschopnost relaxace
- ♦ permanentně prožívaný časový stres atd.

Protektivní faktory (burnout tlumící)

- ♦ dostatečná asertivita
- ♦ schopnost a dovednost relaxovat
- ♦ pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce
- ♦ pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace
- ♦ pocit adekvátního ekonomického uznání a hodnocení
- ♦ pocit osobní pohody („well-being“)

Protektivní faktory práce ve zdravotnictví (14)

- ♦ Nadprůměrná informovanost o zdravotních záležitostech a o ochraně zdraví
- ♦ Znalost o tom, kde hledat odbornou pomoc
- ♦ Pocit smysluplnosti a zaujetí je jedním z protektivních faktorů ve vztahu ke stresu a zátěžovým životním událostem
- ♦ Obvykle vyšší inteligence a vzdělání
- ♦ Zdravotníci mají relativně vysokou společenskou prestiž, jak opakovaně potvrzují výzkumy veřejného mínění. I to může být zdrojem určité gratifikace a může to přispívat k výše zmíněnému pocitu smysluplnosti

2.3.3 Role pracovního prostředí

Dobré pracovní prostředí, které podpoří vysoce motivovaného člověka, významně napomáhá ke splnění jeho cílů a očekávání. Tam, kde mají zaměstnanci možnost a volnost dělat dobře svou práci, cítí nejen podporu, ale mají i dobré mezikolegiální vztahy. Výsledkem je pocit úspěšnosti. A naopak – pokud motivovaný člověk nastoupí do prostředí plného stresu, kde překážky a nezměnitelná atmosféra jsou silnější než pochvala, podpora a možnosti prokázat své schopnosti, nenachází pracovník příležitost a sílu potřebnou k uskutečnění svých cílů. Výsledkem dlouhodobé konfrontace s takovýmto prostředím je subjektivní pocit selhání.

2.3.4 Práce sester na odděleních JIP a ARO

Sestry na anesteziologicko-resuscitačních odděleních patří ve své profesi k elitě. Jejich postavení je ale tvrdě vykoupeno. Pracují v náročném směnném provozu, kde ani noční směny nejsou vzhledem ke stavu klientů dobrou klidnější. Někteří klienti mají i poruchu vědomí, a proto je velmi omezená jejich mobilita. To vyžaduje od zdravotních sester provádění kompletní ošetrovatelské péče, včetně péče hygienické a zabezpečení stravování. I samotná manipulace s imobilními klienty je fyzicky dosti náročná. (7)

Všechny léčebné a ošetrovatelské činnosti musí být prováděny s maximální přesností, neboť klienti jsou v bezprostředním ohrožení života. Schopnost rychlého rozhodování, reagování a konání je pro výkon profese na tomto oddělení nezbytná. V neposlední řadě jsou to i vysoké požadavky na znalosti špičkové medicíny, specifické stresující

faktory jako těžké stavy pacientů, časté umírání. (1) K obecně stresujícím faktorům patří také nepředvídaný hluk. Podle americké práce zvyšuje hluk riziko syndromu vyhoření u sester na jednotce intenzivní péče. (14)

Mezi faktory, které také významně ovlivňují vznik syndromu vyhoření řadíme(16):

- ◆ Příliš mnoho pacientů, nebo neschopnost poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči
- ◆ Neschopnost dodržet správný standard ošetrovatelské péče z důvodu vysokého pracovního zatížení
- ◆ Pohled na krev a tělesné výměšky
- ◆ Nedostatek podpory ze strany nadřízených či nedostatek příležitostí k dalšímu vzdělávání
- ◆ Rutinní a monotónní práce (doplňování pomůcek aj.)
- ◆ Nedostatek kladného hodnocení ze strany pacientů

Množství každodenních těžkostí způsobuje frustraci. Většina zdravotních sester má velkou zodpovědnost, musí se přizpůsobovat novému technickému vybavení, vyrovnávat se s nepravidelným životním stylem. Pokud sestra problémy neřeší, frustrace narůstá a to vede k vyčerpání. Dalším stresujícím činitelem je pocit bezmocnosti. Ten sestry zažívají častěji než lékaři, protože patrně nemají pravomoc věci změnit. (19)

Sestry se snaží pacientům pomoci zlepšit jejich zdravotní stav. Někteří pacienti to chápou. Váží si toho a poděkují jim za jejich péči. Jiní to tak však nechápou. Neprojevují uznání. Není divu, že se sestry cítí potom frustrovány. Jejich základní existencionální potřeba není uspokojena. A to má vliv na sebehodnocení i na celkový postoj zdravotní sestry jak k jejímu povolání, tak k pacientům. (10)

Onemocnění, vedoucí k poruchám vitálních funkcí, jsou spojena s vysokou letalitou. Smrt pacientů, zejména mladých nebo dlouhodobě hospitalizovaných, k nimž si ošetřující sestry vytvářejí mnohdy silný citový vztah, vyvolává množství pocitů a prožitků, s nimiž je nutné se vyrovnat. Sestry se setkávají s odmítáním nebo nezahajováním terapie při nepříznivé prognóze, s bazální terapií nevléčitelně nemocných a raněných. Toto vše prožívají velmi intenzivně, protože jsou v úzkém kontaktu s pacientem.

2.3.5 Symptomy syndromu vyhoření

Symptomy syndromu vyhoření můžeme rozlišit v následujících úrovních:

Na psychické úrovni

- ◆ Negativní obraz vlastních schopností
- ◆ Ztráta zájmu o profesi
- ◆ Redukce činnosti na rutinní postupy
- ◆ Sebelítost
- ◆ Projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k pacientům
- ◆ Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, beznaděje
- ◆ Utlumení celkové aktivity
- ◆ Pocit celkového, především pak duševního vyčerpání
- ◆ Výrazný pokles motivace

Na úrovni fyzické

- ◆ Stav celkové únavy organismu
- ◆ Rychlá unavitelnost
- ◆ Vegetativní obtíže: bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, poruchy zažívání
- ◆ Bolesti hlavy
- ◆ Poruchy krevního tlaku
- ◆ Poruchy spánku
- ◆ Celková tenze
- ◆ Zvýšené riziko vzniku závislostí
- ◆ Zásahy do rytmu, intenzity a frekvence tělesné aktivity
- ◆ Dispozice k psychosomatickým poruchám

Na úrovni sociálních vztahů

- ◆ Celkový útlum sociability
- ◆ Zjevná nechuť k povolání a všemu, co s ním souvisí
- ◆ Nízká empatie – často původně vysoká empatie
- ◆ Postupné narůstání konfliktů
- ◆ Úbytek angažovanosti
- ◆ Omezení kontaktů s kolegy

Rizikové příznaky (6)

- ◆ Chronický pocit únavy, vyčerpání, vysílení, pocit tělesné nemohoucnosti
- ◆ Zlost na jedince, kteří něco požadují a vyžadují
- ◆ Nemístně sebekritické postoje za to, že nemohu požadavkům vyhovět
- ◆ Cynismus, negativismus, předrážděnost
- ◆ Pocit, že mě vše obtěžuje
- ◆ Nepřiměřené emoční výbuchy kvůli nepodstatným věcem
- ◆ Úbytek, nebo naopak přibývání na váze
- ◆ Nespavost a deprese
- ◆ Pocit nedostatku vzduchu a zkráceného dechu
- ◆ Podezřívavost
- ◆ Zvýšená tendence riskovat

2.3.6 Fáze procesu psychického vyhořování

Syndrom burnout není osamoceným jevem. Je do určité míry konečným stadiem procesu, který profesor Hans Selye – zakladatel souborného studia stresu nazval GAS – *General Adaptation Syndrom* (obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi). Tento proces zvaný GAS má podle H. Selyeho tři fáze: (10)

První fáze – působení stresoru

Druhá fáze – zvýšená rezistence

Třetí fáze – vyčerpání rezerv sil a obranných možností. Do této fáze stresu se obvykle zařazuje průběh syndromu burnout.

Rozvoj syndromu je kontinuální, ale můžeme rozeznat čtyři fáze (17):

a) Entusiasmus

- toto je nezbytná vlastnost všech sester. Mnoho jich vstupuje do ošetrovatelské profese s velkou energií, nadšením, ideály a přesvědčením, že budou poskytovat tu nejlepší péči. Aby zajistily pacientům kvalitní péči, jsou ochotny pracovat nad rámec svých povinností.

b) Stagnace

- když se nesplní prvotní očekávání, nadšení a motivace jedince se otupí.

c) Frustrace

- původně motivovaná sestra je frustrovaná a cynická, když zjistí, že nemůže dosáhnout svých ideálů, protože není v jejích silách změnit zaběhaný systém. Její emocionální rezervy se zmenší a sestra má pocit, že selhala.

d) Izolace

- je to depresivní stav, kdy už se jedinec není schopen vyrovnat s nastalou situací, není schopen se rozhodovat ani v jednoduchých záležitostech a cítí se nejistě. Může mít dlouhodobé absence a stahuje se do izolace. Tento stav chronického selhání můžeme označovat jako „vyhoření.“

Počet fází, které psychologové v procesu vyhoření vyčlenili, je různý. Například čtyřfázový model procesu burnout Christiny Maslach rozlišuje následující fáze:

- a) *Idealistické nadšení a přetěžování*
- b) *Emocionální a fyzické přetěžování*
- c) *Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením*
- d) *Terminální stadium*: stavění se proti všem a proti všemu, objevení se syndromu burnout v celé jeho pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie).

U osob trpících burnout syndromem lze pozorovat bludný kruh – nenastane-li očekávaný výsledek, následuje neschopnost vyrovnat se s tímto neúspěchem, a to vede k potřebě reagovat zvýšeným úsilím, což podporuje vyčerpání, které zvyšuje pravděpodobnost neuspokojivého výsledku. (15)

2.3.7 Odlišení burnout od jiných negativních psychických stavů

Burnout a stres

Stres a přesněji distres podobně jako burnout patří mezi negativní emocionální zážitky. Je definován napětím mezi tím, co člověka zatěžuje (tzv. stresory) a zdroji možností tyto zátěže zvládat (tzv. salutory). (10) Do stresu se může dostat každý člověk, avšak burnout se objevuje jen u lidí, kteří jsou intenzivně zaujati svou prací. Mají vysoké cíle, vysoká očekávání, mají výkonovou motivaci. Pravdou je, že stres obvykle přechází do burnoutu, avšak ne každý stresový stav dochází do této fáze celkového vyčerpání. Tam, kde práce je pro člověka smysluplná a překážky jsou zdolatelné, tam k burnoutu nedochází.

Tab. 4 Příznaky rozlišující stres a syndrom vyhoření

Stres	Syndrom vyhoření
Únava	Chronické vyčerpání
Úzkost	Nenaplněná potřeba spol. uznání
Nespokojenost	Znuděnost nebo cynismus
Svázanost	Odcizení / potlačení pocitů
Náladovost	Netrpělivost, podrážděnost
Pocity viny	Deprese
Nesoustředěnost	Zapomnětlivost, roztěkanost
Fyziologické poruchy	Psychosomatické problémy

Zdroj: LEMON 3 (17)

Burnout a deprese

Může propuknout u lidí, kteří intenzivně pracují – jako burnout. Deprese může být vedlejším příznakem burnout, avšak může se vyskytnout i nezávisle na burnout. Deprese se dá léčit farmakoterapeuticky, u burnout se to však dosud nepodařilo. Pravdou však je, že vztahy mezi burnout a depresí jsou velmi úzké. (10) Podle Freudenberg je reaktivní deprese často provázána pocitem viny, kdežto burnout spíše zlostí a hněvem.

Deprese je všudypřítomná, všeprostopující. V počátečních stádiích vyhoření jsou symptomy přítomny pouze v práci a v určitých situacích spojených často se zaměstnáním. V ostatních oblastech života jsou postižení schopni být stále spokojeni a produktivní. (13)

2.4 Prevence syndromu vyhoření

Jsou lidé, kteří na vyhoření reagují tak, že odejdou ze zaměstnání a najdou si místo mimo svůj původní obor. Dalším častým řešením je změna zaměstnání v rámci oboru. Přináší sice úlevu, většinou ale dočasnou, protože jsou často i na novém pracovišti konfrontováni se stejnými problémy. Strategií častou je útěk do vyšší pozice, kde už nehrozí kontakt s klienty – pacienty. (2)

Je tu ale ještě jedna cesta, jak se vypořádat se syndromem vyhoření – využít své krizové situace k osobnímu růstu. Krize může dát podnět k přehodnocení svých vlastních slabých a silných stránek, hranic svých možností.

Každá sestra by si měla při své práci včas uvědomit nebezpečí syndromu vyhoření, neboť jím nebude trpět jen ona sama, ale i klienti, kvalita ošetrovatelské péče, kterou jim poskytuje a samozřejmě i její spolupracovníci. (18)

2.4.1 Primární prevence - zaměstnavatelé

Při prevenci nadměrného stresu má svoji zodpovědnost nejen zdravotnický pracovník, ale i organizace, která ho zaměstnává. Prozíravý zaměstnavatel nadměrnému stresu předchází, protože si uvědomuje, že je to v jak v jeho zájmu, tak i v zájmu zaměstnanců i pacientů. (14) Povinností zaměstnavatelů je pečovat o zdraví svých zaměstnanců. Paradoxem je, že právě ve zdravotnictví jsou vytvářeny co nejlepší pracovní podmínky a prevence rizik poškození zdraví personálu málo brány v úvahu. (18)

Některé možnosti zaměstnavatelů(14):

- ◆ Zaměstnavatel by měl **analyzovat specifické stresové faktory** na svém pracovišti a integrovat prevenci stresu do systému péče o zaměstnance
- ◆ Zaměstnavatel by měl vytvářet situaci, kdy **míra odpovědnosti a míra pravomocí** toho kterého pracovníka si navzájem odpovídají.
- ◆ Zaměstnavatel by měl **podporovat odborné kontakty** a konzultace zaměstnanců a vytvářet podmínky pro jejich soustavné vzdělávání. To se může dít pořádáním různých seminářů, exkurzí i kurzů zvládnutí stresu.

- ◆ Zaměstnavatel může různými způsoby povzbuzovat k vhodným **rekreačním nebo sportovním akcím v mimopracovní době**, umožňující i účast rodin zaměstnanců. Sem patří např. zvýhodněný přístup do bazénů, tělocvičen, rehabilitační cvičení, jóga či aerobik pro zaměstnance, cvičení pro matky s dětmi atd.
- ◆ Měl by také podporovat **zdraví napomáhající praktiky** ze strany pracovníků a zprostředkovat užitečné informace a dovednosti z této oblasti.
- ◆ Zaměstnavatel by měl také v případě potřeby zprostředkovat **nestigmatizující formu pomoci** tam, kde je potřebná.
- ◆ Profesionální stres může mírnit vyhovující **pracovní prostředí** (určitá míra soukromí, méně nepředvídatelného hluku, dobré větrání, přiměřená teplota, osvětlení atd.).
- ◆ U profesí, kde je zvláště zatížen pohybový systém, což je ve zdravotnictví časté, je dobré nabízet **rehabilitační cvičení a další metody rehabilitace a fyzioterapie**.
- ◆ **Finanční ohodnocení** má význam praktický i morální. Zaměstnanec často vnímá svoji mzdu jako ohodnocení své práce, spíše než aby bral v úvahu např. zevní vlivy, které na tu kterou organizaci působí.
- ◆ **Morální ocenění** se u nás do jisté míry v minulosti zprofanovalo, může však mít pozitivní a motivující význam, jestliže se zvolí správná forma a doba.
- ◆ Vedoucí pracovníci na všech úrovních by měli být schopni **efektivně komunikovat** a zbytečně psychicky netraumatizovat podřízené (např. při spolupráci lékaře se sestrou).
- ◆ Zaměstnavatel by měl také stanovit **jasná pravidla** týkající se zákazu požívání alkoholu a jiných návykových látek na pracovišti, prosazovat je, také chránit nekuřáky před pasivním kouřením.
- ◆ Zaměstnavatel by měl vytvářet podmínky pro **efektivní týmovou práci**.

2.4.2 Primární prevence - zdravotník

Aby bylo riziko poškození co nejmenší, musí na svoje zdraví myslet každá sestra. Teprve kombinace úsilí zaměstnavatelů a každé z nás může přinést dobré

výsledky. Neefektivní strategií prevence profesionálního stresu je užívání návykových látek (káva, tabák, alkohol). (16)

Co může udělat v prevenci profesionálního stresu zdravotník(14):

- ◆ Vytvářet a udržovat kvalitní mezilidské **vztahy**. V této souvislosti se hovoří o sociální opoře (social support) jako o protektivním faktoru. Dobrá síť sociálních vztahů, včetně fungujícího rodinného života, zvyšuje odolnost proti profesionálnímu stresu.
- ◆ Mít k dispozici podstatné **informace**. Zvláště v dnešní době je důležitá schopnost s informacemi efektivně pracovat a orientovat se v nich, protože stresující může být i nadbytek informací a zahlcení jimi.
- ◆ Zvládnout potřebné pracovní **dovednosti**. Osvojení si nutných znalostí a dovedností pak dává pracovníkovi větší jistotu a sebedůvěru a pocit kompetence.
- ◆ Dobrá **komunikace** v rámci pracovního týmu i s dalšími pracovníky téže profese přirozeně usnadňuje spolupráci, má však i psychologický význam. Lidé téže profese bývají schopni si dobře porozumět, projevovat a poskytovat si pochopení a také sdílet praktické zkušenosti.
- ◆ Přirozenou strategií prevence a zvládnání nadměrného stresu jsou **relaxační techniky**. Relaxační techniky navozují tělesné i psychické změny, které jsou přirozeným opakem stresu a jsou použitelné i v prevenci u zdravotníků.
- ◆ **Dobré vnímání sebe sama** (sebeuvědomění) na tělesné i duševní úrovni je důležitým, i když nepřilíš často zdůrazňovaným faktorem. Schopnost dobře si sám sebe uvědomovat umožňuje včas reagovat na příznaky stresu, vyčerpání nebo časné známky nějaké zdravotní poruchy.
- ◆ Důležité je mít na sebe **realistické nároky** a dávat si dosažitelné cíle. Argumentem použitelným i u velmi soupeřivých a na výkon orientovaných lidí je to, že budou-li zdraví a v dobré kondici, spíše dosáhnou pracovních cílů a že to zvýší jejich výkonnost i tvořivost. Péči o vlastní duševní i tělesné zdraví by proto měli začlenit do svého života. Zdraví napomáhající praktiky (např. cvičení nebo relaxaci) by měli plánovat stejně odpovědně jako důležité pracovní úkoly.
- ◆ Odolnost proti stresu zvyšují i kvalitní **zájmy a záliby**, které nesouvisejí se zaměstnáním a které umožňující obnovu sil.
- ◆ Doporučuje se vést **hranici mezi zaměstnáním a soukromím**, i když je to někdy obtížné.
- ◆ Z hlediska duševní hygieny i s ohledem na kvalitu týmové práce, je třeba umět **zvládat negativní emoce** jako hněv, strach nebo úzkost. Zde se osvědčují zejména tělesná cvičení, relaxační techniky a některé psychoterapeutické postupy.
- ◆ Běžné užívané návykové látky, jako **alkohol, kofein a tabák**, nejenže stres nemírni, ale v mnoha ohledech ho zvyšují (např. tepovou frekvenci, krevní tlak apod.), i když to může být prováděno chvilkovou subjektivní úlevou. Ve výhodě jsou tedy nekuřáci a ti, kdo nadměrně nepijí alkoholické nápoje nebo kávu.

- ◆ Nepochybně pozitivní význam mají přiměřená a vhodná **tělesná cvičení**. Je sice pravda, že i tělesná cvičení zvyšují tepovou i dechovou frekvenci, během cvičení se však, zjednodušeně řečeno, odbourávají látky uvolňované při stresu. Přiměřeně intenzivní tělesný pohyb nebo práce prokazatelně snižují úzkosti i deprese.
- ◆ Mezi protektivními faktory jsme se zmiňovali o informovanosti o tom, kde hledat **odbornou pomoc**. Bohužel ne vždy tyto znalosti zdravotníci využívají v dostatečné míře. Určitě by si měli uvědomovat hranice samoléčení a vyhledat odbornou pomoc, včetně pomoci psychologické nebo psychiatrické, jestliže je to vhodné a potřebné.
- ◆ Nadprůměrná informovanost o zdravotních záležitostech a o ochraně zdraví by se měla projevat v **životním stylu** zdravotníků. Sem patří výživa odpovídající výdeji energie, málo živočišných tuků a jednoduchých cukrů, dostatek nestravitelných zbytků a vitamínů, přiměřeně spánku i aktivního odpočinku, dobrá organizace času atd.
- ◆ Dobré držení těla a dobrá **pracovní poloha** pomáhá předcházet profesionálnímu stresu a syndromu vyhoření.
- ◆ K užitečným strategiím patří i schopnost vhodně **projevit emoce a humor**, což také zvyšuje odolnost vůči stresu. Neagresivní a taktní humor navíc může uvolnit napětí a usnadňovat komunikaci i týmovou práci. Smích vyvolává v těle řadu změn a má tedy zároveň komunikační i autoregulační význam.
- ◆ **Individuální strategie**. Některé postupy sice nelze doporučit všeobecně, ale mohou být prospěšné určitým lidem s ohledem na jejich zájmy, hodnotovou orientaci nebo další okolnosti jejich života. Konkrétně se může jednat o hudbu a další druhy umění, duchovní a náboženské praktiky, rukodílné dovednosti, chov zvířat apod.

3 Praktická část

V praktické části jsou shrnuty poznatky získané dotazníkovým šetřením na vybraných exponovaných a standardních odděleních. Výzkum je zaměřen na zjištění výskytu rizikových faktorů, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření a příznaků stresového stavu u obou sledovaných skupin zdravotních sester.

Výzkum pouze mapuje rizikové faktory, avšak autorka doufala, že výskyt některých z nich, zejména zaměstnavatelem ovlivnitelných, bude vzhledem k obecné informovanosti o problematice a známých faktorech, nižší.

3.1 Cíl výzkumu

- Cíl 1 - Zmapovat výši výskytu běžných rizikových faktorů u definovaného souboru sester.
- Cíl 2 - Porovnat výši výskytu rizikových faktorů u sester dvou definovaných pracovišť.
- Cíl 3 - Zjistit, jak jsou sestry z exponovaných oddělení ohroženy vznikem syndromu vyhoření ve srovnání se sestrami ze standardních oddělení.
- Cíl 4 - Zjistit případný výskyt nových rizikových faktorů.

3.2 Stanovení hypotéz

- H 1 - Autorka předpokládá, že sestry pracující na exponovaných odděleních budou vznikem syndromu vyhoření (v souvislosti s vyšším výskytem rizikových faktorů) ohroženy více než sestry pracující na standardních odděleních.
- H 2 - Autorka očekává, že také na standardních odděleních bude výskyt rizikových faktorů relativně vysoký vzhledem k současné situaci v našem zdravotnictví.

3.3 Zkoumaný soubor

- Skupina zdravotních sester pracujících v Krajské zdravotní, a.s. - Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, o.z. na exponovaných odděleních déle než 1 rok.
- Skupina zdravotních sester pracujících v Krajské zdravotní, a.s. - Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, o. z. (dále jen Masarykova nemocnice) na standardních odděleních déle než 1 rok.

3.4 Metody a techniky

Potřebné informace pro získání požadovaných dat a ke splnění cíle výzkumu byly získány prostřednictvím studia odborných materiálů, metodou dotazování, technikou dotazníku. Dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č. 1) obsahuje celkem 22 položek, a to položky identifikační (otázky č. 1, 2, 3, 4), filtrační (1), uzavřené (21), výsledkové (19), kontrolní (1) a jednu položku otevřenou.

První čtyři položky poskytly informace o druhu oddělení, na kterém respondentka pracuje, době, po kterou pracuje na tomto oddělení, věku a celkové praxi ve zdravotnictví.

Otázky č. 5 až 22 se týkaly faktorů, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření.

Součástí otázky č. 13 je podotázka, která se také vztahuje k rizikovým faktorům.

Pro komparaci výzkumu byla provedena sekundární analýza dat.

Dále byla použita redukce negativním samovýběrem, kdy respondentky samy rozhodovaly zda dotazník vyplní, či ne. **Respondentkám bylo před vyplněním vysvětleno základní poslání výzkumu a zdůrazněna jejich vlastní anonymita.**

3.5 Předvýzkum

Předvýzkum proběhl na konci dubna 2009 na hemodialyzačním středisku Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. Zúčastnily se ho tři respondentky, které do hlavního výzkumu nebyly zařazeny. Cílem bylo ověřit, zda jsou otázky v dotazníku formulovány srozumitelně.

3.6 Organizace výzkumu

Samotná realizace výzkumu probíhala ve druhé polovině května 2009 na šesti pracovištích Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem. Jednalo se o gynekologické, ortopedické a interní oddělení, dále pak o gynekologickou a ortopedickou jednotku intenzivní péče a hemodialyzační středisko.

Návštěvě jednotlivých oddělení předcházela telefonický rozhovor s vrchními sestrami. Předmětem hovoru byla žádost o povolení rozdáni dotazníků na jednotlivá oddělení. Ve většině případů doplňovalo telefonický rozhovor ještě osobní setkání s vrchní sestrou a ukázka dotazníku. Dotazníky byly autorkou předány staničním sestram, které je následně distribuovaly ke směnovým sestram. Dva týdny po rozdáni byly autorkou vyzvednuty u každé staniční sestry.

Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků. Návratnost byla 57 dotazníků (95%), řádně vyplněno bylo 50 dotazníků (83%). Konkrétně bylo rozdáno 30 dotazníků na standardní oddělení, vráceno bylo 29 (97%) a 30 dotazníků na exponovaná oddělení, vráceno bylo 28 (93%).

3.7 Zpracování získaných dat

K úpravě grafů byla použita aplikace MS Excel z programového balíku MS Office 2003.

3.8 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

Otázka č.1 *„Jaká je celková doba Vaší praxe ve zdravotnictví?“*

Možnost „méně než 1 rok“ neoznačila žádná (0%) respondentka z obou typů oddělení. „1-5 let“ označilo na standardním oddělení 7 (28%) sester, na exponovaném oddělení 4 (16%) sestry. 4 (16%) sestry ze standardních oddělení a 3 (12%) z exponovaných označily rozmezí 6-10 let. „11-15 let“ označilo na standardním oddělení 7 (28%) sester, na exponovaném také 7 (28%) sester. 2 (8%) sestry na standardním a 5 (20%) sester na exponovaném oddělení označilo rozmezí 16-20 let. „Více než 20 let“ označilo na standardním oddělení 5 (20%) sester, na exponovaném 6 (24%) sester.

Tabulka č. 5

	Standardní oddělení	Exponovaná oddělení
< 1 rok	0%	0%
1 – 5 let	28%	16%
6 – 10 let	16%	12%
11 – 15 let	28%	28%
16 – 20 let	8%	20%
20 a více let	20%	24%

Otázka č. 2 „*Na jakém oddělení pracujete?*“

zodpovědělo 25 sester (50%) ze standardních oddělení a 25 sester (50%) z exponovaných oddělení.

Tabulka č.6

Standardní oddělení	50%
Exponovaná oddělení	50%

Otázka č.3 „*Kolik let na tomto oddělení pracujete?*“

„1-5 let“ označilo 9 (36%) respondentek, na exponovaném oddělení 8 (32%) sester. „5-10 let“ na standardním oddělení označilo 7 (28%) sester, 9 (36%) na exponovaném oddělení. 6 (24%) respondentek ze standardního oddělení a 3 (12%) z exponovaného označilo možnost „10-15 let“. „Více než 15 let“ označily na standardním oddělení 3 (12%) sestry a na exponovaném oddělení 5 (20%) sester.

Tabulka č. 7

	Standardní oddělení	Exponovaná
1 – 5 let	36%	32%
5 – 10 let	28%	36%
10 – 15 let	24%	12%
> 15 let	12%	20%

Otázka č. 4 „*Kolik je Vám let?*“

6 (24%) sester ze standardních oddělení a 4 (16%) z exponovaných oddělení označily věkové rozmezí 20-25 let. Možnost „26-30 let“ označilo 8 (32%) sester ze standardních a 7 (28%) z exponovaných oddělení. Věkové rozmezí 31-35 let na standardním oddělení označily 4 (16%) sestry, na exponovaném oddělení 3 (12%) sestry. 3 (12%) respondentky označily věkovou kategorii 36-40 let na standardním oddělení, 6 (24%) ve stejné kategorii na exponovaném oddělení. 4 (16%) sestry ze standardních oddělení a 5 (20%) z exponovaných označily věkové rozmezí 41 a více let.

Tabulka č. 8

	Standardní oddělení	Exponovaná
20 – 25 let	24%	16%
26 – 30 let	32%	28%
31 – 35 let	16%	12%
36 – 40 let	12%	24%
41 a více let	16%	20%

Otázka č. 5 „*Objevily se u Vás některé z těchto příznaků – palpitace, poruchy zažívání, poruchy spánku, bolesti hlavy, nadměrný pocit únavy, zvýšená nemocnost?*“

Možnost „ano“ označilo na standardním oddělení 14 (56%) sester, „ne“ 11 (44%) sester. Sestry pracující na exponovaném oddělení označily možnost „ano“ ve 22 (88%) případech, „ne“ ve 3 (12%) případech.

Tabulka č. 9

	Standardní oddělení	Exponovaná oddělení
ANO	56%	88%
NE	44%	12%

Otázka č. 6 „*Cítíte se být při výkonu své profese frustrována?*“

Na standardních odděleních označilo možnost „ano“ 6 (24%) sester a možnost „ne“ 19 (76%) sester. Na exponovaných odděleních označilo možnost „ano“ 11 (44%) sester, 14 (56%) sester označilo možnost „ne“.

Tabulka č. 10

	Standardní oddělení	Exponovaná oddělení
ANO	24%	44%
NE	76%	56%

Otázka č. 7 „*Které z uvedených směn Vás nejvíce zatěžují?*“

V této otázce mohly respondentky označit více možností. „ranní směny“ označily na standardních odděleních 3 (9,7%) sestry a také 3 (8,8%) z exponovaných. „denní směny“ označilo 8 (25,8%) sester ze standardních a 10 (29,5%) sester z exponovaných oddělení. Na standardním oddělení označilo „noční směny“ 11 (35,5%) sester, „služby o víkendech a svátcích“ 9 (29%) sester. Na exponovaném oddělení označilo „noční směny“ 9 (26,4%) sester, „služby o víkendech a svátcích“ 12 (35,3%) sester.

Tabulka č. 11

	Standardní oddělení	Exponovaná oddělení
Ranní	9,7%	8,8%
Denní (12 h)	25,8%	29,5%
Noční (12 h)	35,5%	26,4%
Služby o víkendech a svátcích	29%	35,3%

Otázka č. 8 „*Prožíváte během směny časový tlak?*“

Na standardním oddělení označily možnost „ano“ 2 (8%) sestry, „ne“ 3 (12%), „někdy“ 20 (80%) sester. Na exponovaném oddělení označilo možnost „ano“ 6 (24%) sester, „ne“ 3 (12%) sestry, „někdy“ 16 (64%) sester.

Tabulka č. 12

	Standardní oddělení	Exponovaná oddělení
ANO	8%	24%
NE	12%	12%
NĚKDY	80%	64%

Otázka č. 9 „*Pokud z jakýchkoliv důvodů nestihnete vykonat svou práci, požádáte kolegyni o pomoc?*“

Sestry pracující na standardních odděleních požádají kolegyni o pomoc v 16 (64%) případech, o pomoc nepožádá 1 (4%) sestra, někdy požádá kolegyni 8 (32%) sester. Na exponovaných odděleních požádá kolegyni o pomoc 13 (52%) sester, nepožádají 2 (8%) sestry, někdy kolegyni požádá 10 (40%) sester.

Tabulka č. 13

	Standardní oddělení	Exponovaná oddělení
ANO	64%	52%
NE	4%	8%
NĚKDY	32%	40%

Otázka č. 10 „*Myslíte si, že jste dostatečně finančně ohodnocena?*“

Na standardních i exponovaných odděleních shodně si myslí 3 (12%) sestry, že jsou dostatečně finančně ohodnoceny, 22 (88%) sester si to nemyslí.

Tabulka č. 14

	Standardní oddělení	Exponovaná
ANO	12%	12%
NE	88%	88%

Otázka č. 11 „*Pracujete přesčas?*“

Na standardních odděleních odpovědělo kladně 18 (72%) sester, záporně 7 (28%) sester. Na exponovaných odděleních odpovědělo kladně 20 (80%) sester, 5 (20%) sester odpovědělo záporně.

Tabulka č. 15

	Standardní oddělení	Exponovaná
ANO	72%	80%
NE	28%	20%

Otázka č. 12 *„Myslíte si, že vzhledem k náročnosti poskytování ošetrovatelské péče na vašem oddělení je dostatečný počet sester v rámci jedné směny?“*

Jako dostatečný hodnotí počet sester na směně 22 (88%) dotazovaných ze standardních oddělení, 3 (12%) sestry si myslí, že je počet nedostatečný. Na exponovaných odděleních si myslí 11 (44%) sester, že je počet dostatečný, 14 (56%) respondentek hodnotí počet sester nedostatečně.

Tabulka č. 16

	Standardní oddělení	Exponovaná
ANO	88%	44%
NE	12%	56%

Otázka č. 13 *„Označte s kterou z následujících situací se nejčastěji setkáváte na vašem oddělení“*

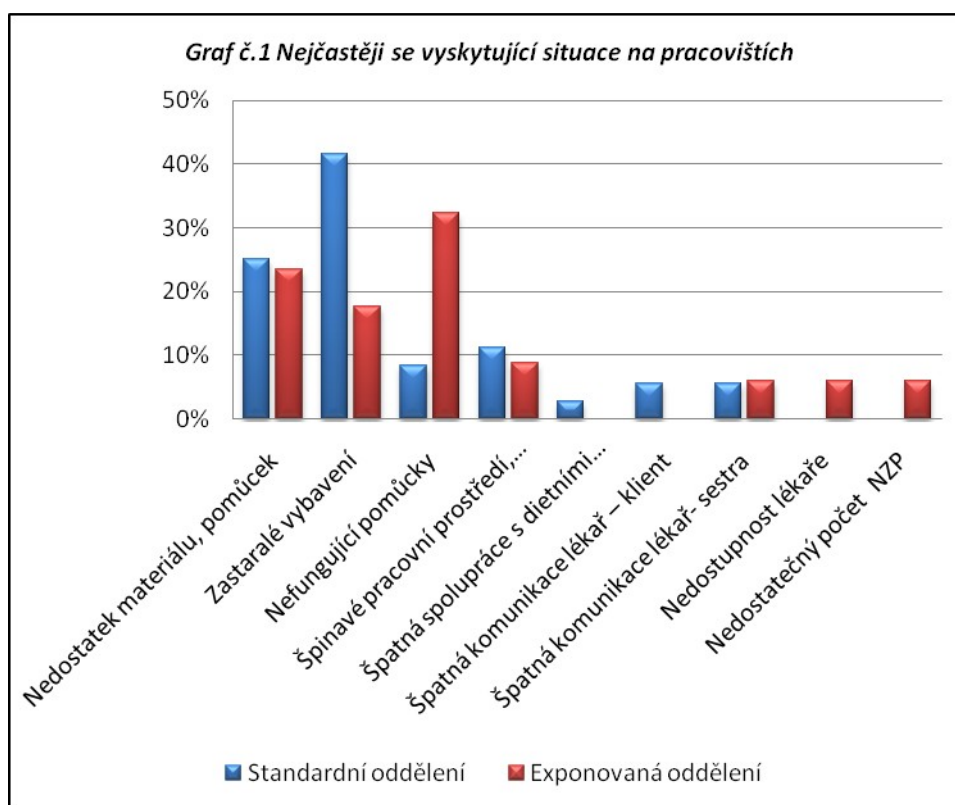
V této otázce mohly respondenty označit více možností. S nedostatkem materiálu, pomůcek se nejčastěji na standardních odděleních setkává 9 (25%) sester, se zastaralým vybavením 15 (41,7%) sester. Nefungující pomůcky označily ze standardních oddělení 3 (8,3%) sestry, špinavé pracovní prostředí, pomůcky, vybavení 4 (11,2%) sestry. Na exponovaných odděleních se sestry setkávají s nedostatkem materiálu, pomůcek v 8 (23,5%) případech, 6 (17,6%) sester označilo zastaralé vybavení, 11 (32,4%) nefungující pomůcky. 3 (8,8%) sestry se setkávají se špinavým pracovním prostředím, pomůckami, vybavením.

Součástí této otázky byla podotázka: „Pokud se vyskytnou jiné další, vypište je, prosím“. Jako další situace sestry ze standardních oddělení uvedly špatnou spolupráci s dietními sestrami v 1 (2,8%) případě, 2 (5,5%) sestry uvedly špatnou

komunikaci mezi lékařem a sestrou a 2 (5,5%) špatnou komunikaci mezi lékařem a klientem. Sestry z exponovaných oddělení uvedly ve 2 (5,9%) případech špatnou komunikaci mezi lékařem a sestrou, 2 (5,9%) sestry dodaly nedostupnost lékaře a 2 (5,9%) sestry se nejčastěji setkávají s nedostatečným počtem nižšího zdravotnického personálu.

Tabulka č. 17

	Standardní	Exponovaná
Nedostatek materiálu, pomůcek	25%	23,5%
Zastaralé vybavení	41,7%	17,6%
Nefungující pomůcky	8,3%	32,4%
Špinavé pracovní prostředí,	11,2%	8,8%
Špatná spolupráce s dietními	2,8%	0%
Špatná komunikace lékař -	5,5%	0%
Špatná komunikace lékař -	5,5%	5,9%
Nedostupnost lékaře	0%	5,9%
Nedostatečný počet NZP	0%	5,9%



Otázka č.14 „*Byla Vám nabídnuta, nebo existuje v rámci vašeho oddělení, možnost dále se vzdělávat?*“

Na standardních odděleních označilo možnost „ano“ 18 (72%) sester, možnost „ne“ 3 (12%) sestry, možnost „nevím“ 4 (16%) sestry. Na exponovaných odděleních možnost „ano“ označilo 14 (56%) sester, „ne“ 8 (32%), „nevím“ 3 (12%) sestry.

Tabulka č. 18

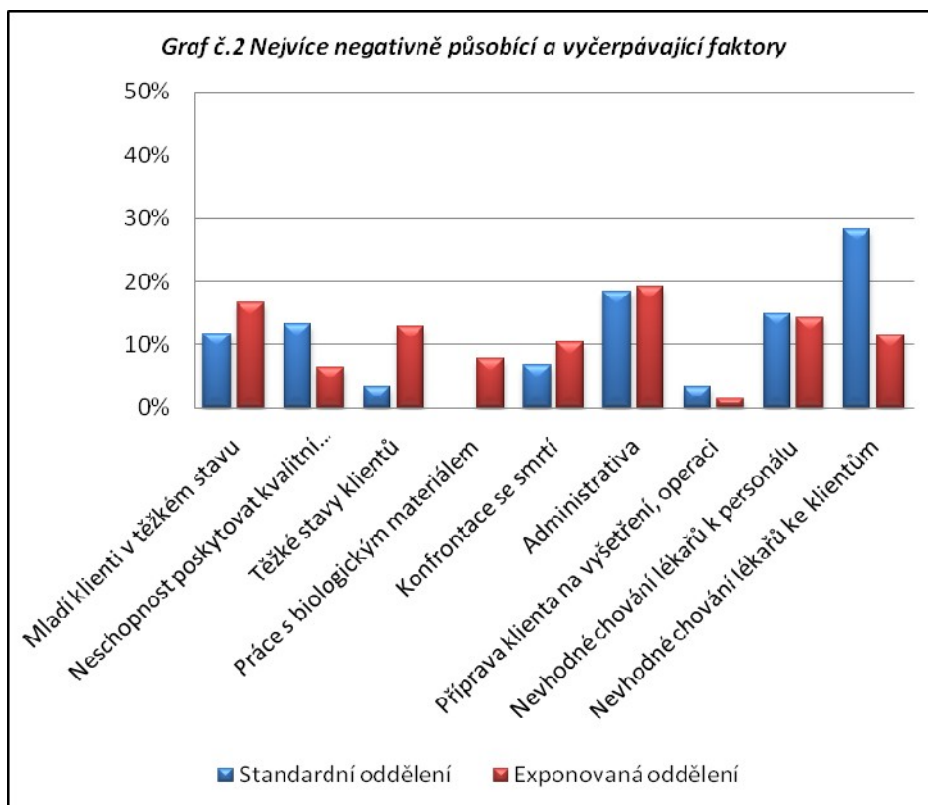
	Standardní oddělení	Exponovaná
ANO	72%	56%
NE	12%	32%
NEVÍM	16%	12%

Otázka č. 15 „*Které z následujících faktorů na Vás působí nejvíce negativně, vyčerpávají Vás?*“

V této otázce mohly respondentky označit i více možností. Na standardních odděleních označilo 7 (11,7%) sester možnost „mladí klienti v těžkém stavu“, 8 (13,3%) sester označilo faktor „neschopnost poskytnout kvalitní péči z důvodu nedostatku financí“, „těžké stavy klientů“ označily 2 (3,3%) dotazované, „práci s biologickým materiálem“ neoznačila žádná (0%) sestra. „Konfrontaci se smrtí“ udaly 4 (6,7%) sestry, „administrativu“ uvedlo 11 (18,3%) sester. „Příprava klienta na vyšetření, operaci“ 2 (3,3%) sestry. „Nevhodné chování lékařů k personálu“ označilo 9 (15%) sester, „nevhodné chování lékařů ke klientům“ 17 (28,3%) dotazovaných. Na exponovaných odděleních označilo možnost první 13 (16,7%) sester, druhou 5 (6,4%) sester, „těžké stavy klientů“ označilo 10 (12,8%) sester, „práci s biologickým materiálem“ 6 (7,7%) sester. „Konfrontaci se smrtí“ označilo 8 (10,3%) dotazovaných, „administrativu“ 15 (19,2%) sester, „přípravu klienta na vyšetření“ označila 1 (1,3%) respondentka. „Nevhodné chování lékařů k personálu“ označilo 11 (14,1%) a „nevhodné chování lékařů ke klientům“ 9 (11,5%) sester.

Tabulka č. 19

	Standardní oddělení	Exponovaná oddělení
Mladí klienti v těžkém stavu	11,7%	16,7%
Neschopnost poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči z důvodu nedostatku financí	13,3%	6,4%
Těžké stavy klientů	3,3%	12,8%
Práce s biologickým materiálem	0%	7,7%
Konfrontace se smrtí	6,7%	10,3%
Administrativa	18,3%	19,2%
Příprava klienta na vyšetření, operaci	3,3%	1,3%
Nevhodné chování lékařů k personálu	15%	14,1%
Nevhodné chování lékařů ke klientům	28,3%	11,5%



Otázka č. 16 „*Setkáváte se na Vašem oddělení s akutními příjmy, situacemi?*“

Na standardních odděleních označily možnost „ano“ 3 (12%) sestry, „ne“ 22 (88%) sester. Na exponovaných odděleních označilo možnost „ano“ 20 (80%) sester, 5 (20%) možnost „ne“.

Tabulka č. 20

	Standardní oddělení	Exponovaná
ANO	12%	80%
NE	88%	20%

Otázka č. 17 „*Myslíte si, že máte dostatečnou pracovní autonomii?*“

22 (88%) sester ze standardních oddělení označilo možnost „ano“, 3 (12%) sestry možnost „ne“. Na exponovaných odděleních označilo možnost „ano“ 18 (72%) sester, možnost „ne“ 7 (28%) sester.

Tabulka č. 21

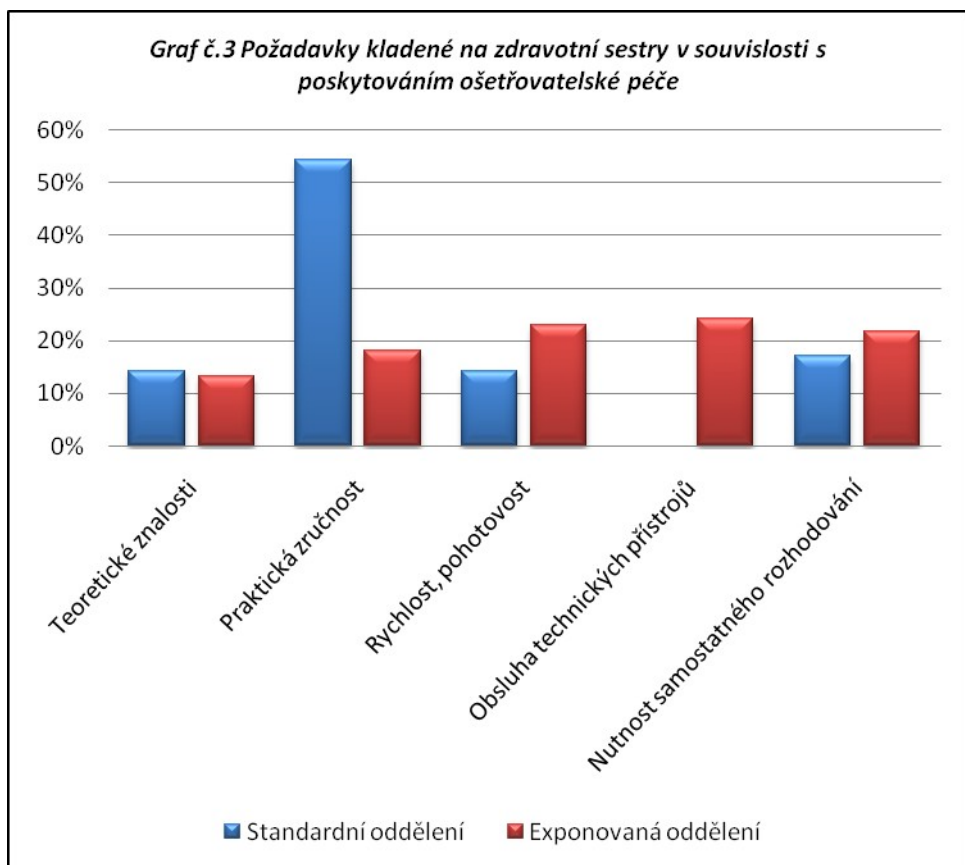
	Standardní oddělení	Exponovaná
ANO	88%	72%
NE	12%	28%

Otázka č. 18 „*Označte, jaké požadavky jsou na Vás nejvíce kladeny v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče*“

V této otázce mohly respondentky označit více možností. 5 (14,3%) sester ze standardních oddělení označilo možnost „teoretické znalosti“, „praktickou zručnost“ označilo 19 (54,3%) sester. „rychlost, pohotovost“ 5 (14,3%) sester. Možnost „obsluha technických přístrojů“ neoznačila žádná (0%) respondentka, „nutnost samostatného rozhodování“ označilo 6 (17,1%) sester ze standardních oddělení. 11 (13,2%) sester z exponovaných oddělení označilo požadavek „teoretické znalosti“, 15 (18,1%) sester „praktickou zručnost“, 19 (22,9%) sester „rychlost, pohotovost“. 20 (24,1%) sester označilo „obsluhu technických přístrojů“, „nutnost samostatného rozhodování“ pak 18 (21,7%) sester.

Tabulka č. 22

	Standardní oddělení	Exponovaná
Teoretické znalosti	14,3%	13,2%
Praktická zručnost	54,3%	18,1%
Rychlost, pohotovost	14,3%	22,9%
Obsluha technických	0%	24,1%
Nutnost samostatného	17,1%	21,7%



Otázka č. 19 „*Vykonáváte činnosti, které spadají do kompetence lékařů?*“

Na standardních odděleních označilo možnost „ano“ 6 (24%) sester, „ne“ 6 (24%) sester, „někdy“ 13 (52%) sester. Na exponovaných odděleních označilo možnost „ano“ 8 (32%) sester, „ne“ žádná (0%) sestra, „někdy“ 17 (68%) sester.

Tabulka č. 23

	Standardní oddělení	Exponovaná
ANO	24%	32%
NE	24%	0%
NĚKDY	52%	68%

Otázka č. 20 „*Jak často ošetřujete klienty, kteří jsou zcela nebo částečně nesoběstační?*“

Na standardních odděleních označilo možnost „denně“ 9 (36%) sester, „méně než třikrát týdně“ 16 (64%) sester, možnost „vůbec ne“ neoznačila žádná (0%) sestra. Na exponovaných odděleních označilo možnost „denně“ 20 (80%) sester, méně než třikrát týdně 5 (20%) sester, možnost „vůbec ne“ neoznačila žádná (0%) sestra.

Tabulka č. 24

	Standardní oddělení	Exponovaná
DENNĚ	36%	80%
MÉNĚ NEŽ 3x	64%	20%
VŮBEC NE	0%	0%

Otázka č. 21 „*Cítíte se po službě fyzicky unavená?*“

Na standardních odděleních jsou po službě fyzicky unaveny 2 (8%) sestry, možnost „ne“ neoznačila žádná (0%) sestra, někdy je unaveno 23 (92%) sester. Na exponovaných odděleních je po službě unaveno 9 (36%) sester, možnost „ne“ neoznačila žádná (0%) sestra, někdy je unaveno 16 (64%) sester.

Tabulka č. 25

	Standardní oddělení	Exponovaná
ANO	8%	36%
NE	0%	0%
NĚKDY	92%	64%

Otázka č. 22 „*Máte podporu ve svém pracovním kolektivu?*“

Na standardních odděleních možnost „ano“ označilo 24 (96%) sester, možnost „ne“ 1 (4%) sestra. Na exponovaných odděleních označilo možnost „ano“ 18 (72%) sester, možnost „ne“ označilo 7 (28%) sester.

Tabulka č. 26

	Standardní oddělení	Exponovaná
ANO	96%	72%

NE	4%	28%
----	----	-----

4 Diskuse

Tato výzkumná práce se snaží přispět ke zmapování rizikových faktorů, které mohou ovlivnit vznik syndromu vyhoření. Je určena pracovníkům ve

zdravotnictví – především zdravotním sestřám a jejich nadřízeným. Získané výsledky pochopitelně odrážejí situaci na jednotlivých odděleních, kde výzkum probíhal.

Autorka si na začátku výzkumu stanovila následující cíle:

- ◆ Zjistit, jak jsou sestry z exponovaných oddělení ohroženy vznikem syndromu vyhoření ve srovnání se sestrami ze standardních oddělení a zda se zvyšující se zátěží na standardních odděleních nedošlo k výraznějším změnám v neprospěch těchto oddělení.
- ◆ Porovnat výši výskytu běžných rizikových faktorů u sester dvou definovaných pracovišť.
- ◆ Zmapovat výši výskytu rizikových faktorů u definovaného souboru sester.
- ◆ Zjistit případný výskyt nových rizikových faktorů.

Sestry ze standardních oddělení uvedly ve 24%, že se při výkonu své profese cítí být frustrovány, oproti 44% sester z exponovaných oddělení. Autorka se domnívá, že jedním z důvodů této frustrace je zdravotní stav klientů na zátěžových odděleních. Sestra nemá možnost získat zpětnou vazbu od klientů se změněným vědomím, nebo od klientů nacházejících se v terminálním stadiu. Autorčiny domněnky potvrzuje i tento výzkum. Dle Křivohlavého se objevuje v souvislosti s výskytem syndromu psychického vyhoření v souboru negativních vlivů, které k němu vedou, velice často frustrace. (10)

Časový tlak prožívá během směny 24% dotazovaných z exponovaných oddělení a 8% sester ze standardních oddělení.

Dalším faktorem je nedostatečný počet sester na směně vzhledem k náročnosti poskytování ošetrovatelské péče na exponovaných pracovištích. S tím také souvisí časový tlak během směny. 12% respondentek ze standardních a 56% respondentek z exponovaných oddělení hodnotí počet sester na směně jako nedostatečný. Odráží se v tom jeden z klíčových problémů našeho ošetrovatelství, a to celkový nedostatek sester, nemožnost zavést do praxe model primární sestry řídící práci ostatních SZP (zdravotnických asistentů) a někde také neochota opustit stávající funkční model péče.

To, že sestra poskytuje nesoběstačnému klientovi kompletní ošetrovatelskou péči, včetně péče hygienické a zajištění stravování, pro ni může být velice zatěžující po stránce psychické, ale i fyzické. 36% sester pracujících na standardních odděleních uvedlo, že nesoběstačné klienty ošetřuje denně. 64% uvedlo, že je ošetřuje méně, než třikrát týdně. Sestry na exponovaných pracovištích ošetřují nesoběstačné klienty denně v 80%. Méně, než třikrát týdně

ve 20%. S tím, že sestry z exponovaných oddělení ošetřují nesoběstačné klienty v tak vysokém procentu, souvisí i vyšší faktor fyzické únavy.

Respondentky z tohoto typu oddělení uvedly fyzickou únavu po službě v 36%, ze standardních oddělení v 8%. Někdy je po službě fyzicky unaveno 64% sester z exponovaných a 92% sester ze standardních oddělení. Vyšší procento výskytu je zde tedy u sester ze standardních oddělení.

U obou sledovaných souborů prokázalo šetření shodně 88% sester nespokojených s finančním ohodnocením, což lze hodnotit jako velký stres a je to také staronový problém našeho zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví sice o situaci ví a snaží se ji alespoň částečně řešit, je však třeba si uvědomit, že tyto snahy naprosto neřeší finanční situaci v nestátních zařízeních, kterých je dnes již většina. S nespokojeností s finančním ohodnocením jako stresujícím faktorem koreluje Trachtová ve své studii. (20) Dále uvádí Kopřiva, že pro pomáhajícího pracovníka je přiměřené považovat výdělek za součást pracovního prostředí. Když například zdravotní sestra usoudí, že nemá cenu „za těch pár korun se tu dřít“ a přestane se o pacienty zajímat, tak svůj problém řeší na nevhodném místě a nevhodným způsobem. Začne tak kolem sebe vytvářet napětí a větší nebo menší konflikty, které budou znamenat další zátěž. (9)

Zajímavé, pro autorku překvapující, bylo zjištění, že pouze 56% respondentek ze zátěžových oddělení uvádí, že má možnost dále se vzdělávat, oproti 72% dotazovaných ze standardních oddělení. Autorku toto zjištění překvapilo, neboť je s možnostmi týkajícími se dalšího vzdělávání sester v Masarykově nemocnici seznámena. Nabídka seminářů a přednášek je dostatečně široká a také doba konání je velmi flexibilní. Mohlo by tomu tak být z přílišného pracovního vytížení během směny, z důvodu nedostatku sester na směně či z důvodu přesčasů? Důsledkem by mohlo být nenaplnění jedné ze základních myšlenek moderního ošetřovatelství, totiž celoživotního vzdělávání, získávání zkušeností a nových vědomostí ze strany zdravotních sester. Zejména nižší procento odpovědí na tuto otázku u sester z exponovaných pracovišť je zarážející. Výrazná míra vědomostí a dovedností, kterou při styku se stále náročnějšími přístroji a pracovními postupy nutnými pro provoz takovýchto oddělení je naprosto nezbytná. O to více jejich postoj překvapuje. Tento postoj k základnímu předpokladu pro profesní rozvoj sestry nejenže napomáhá vzniku syndromu vyhoření, ale je také ohrožujícím faktorem pro klienta, který přichází do nemocnice v tíživé životní situaci a očekává zdravotnický personál, který bude schopen adekvátně reagovat na jeho psychické i fyzické potřeby.

Jako faktory nejvíce vyčerpávající udává 16,7% ze zátěžových a 11,7% sester ze standardních oddělení ošetřování mladých klientů v těžkém stavu.

Práce s biologickým materiálem zatěžuje 7,7% sester z exponovaných pracovišť a překvapivě nezatěžuje žádnou respondentku ze standardních oddělení. Konfrontaci se smrtí jako vysoce stresující faktor udává 6,7% sester pracujících na standardních odděleních a 10,3% sester z exponovaných.

Administrativa je zastoupena v 19,2% na exponovaných pracovištích a v 18,3% na standardních. Křivohlavý uvádí, že nemá-li při práci docházet ke stresům a psychickému vyhoření, je třeba oprostít se od administrativního balastu a předejít tak do určité míry tzv. administrativní únavě. (10)

Při své práci se setkává 80% sester z exponovaných a 12% ze standardních oddělení s akutními situacemi. Tento faktor lze považovat při výkonu sesterského povolání za velmi stresující. Ovšem tyto situace jsou nedílnou součástí práce sester a jediné, co lze pro snížení stresu udělat, je zlepšit organizaci práce, případně navýšit počty personálu na oddělení, čímž se znovu vrátíme k bolestivému bodu našeho ošetrovatelství.

Výzkumem byly zmapovány situace, se kterými se respondentky nejčastěji setkávají na konkrétních odděleních. Výsledné hodnoty se u obou zkoumaných souborů v některých položkách liší nepatrně, v jiných se liší významně.

Zastaralé vybavení uvedlo 41,7% dotazovaných sester ze standardních oddělení, na zátěžových je procento nižší – 17,6%. Vzhledem k obvyklé praxi přesouvání starší techniky z JIP na standardní oddělení to není nijak překvapující.

Nefungující pomůcky udalo 8,3% respondentek ze standardních oddělení, ve 32,4% se vyjádřily respondentky z druhého souboru. Toto zjištění považují skutečně za alarmující a jistě by nemělo uniknout pozornosti vedoucích pracovníků oddělení.

Téměř čtvrtina sester ze zátěžových a 25% ze standardních pracovišť uvádí jako nejčastěji se vyskytující situaci nedostatek materiálu a pomůcek. To jistě negativně ovlivňuje poskytování kvalitní ošetrovatelské péče klientům. Také tento faktor je však zaměstnavatelem ovlivnitelný! Zaměstnavatelé vědí, jak úplně eliminovat, nebo jak snižovat rizikové faktory pracovního prostředí, přesto však tyto dále přetrvávají. Otázkou je, zda se tak děje v souvislosti s celkovou nepříznivou situací v našem zdravotnictví nebo z důvodu nezájmu ze strany zaměstnavatele situaci zlepšit, případně z důvodu chronického nedostatku financí pro zdravotnictví.

V podotázce měly sestry možnost samy doplnit jiné další situace. Překvapivě 2,8% dotazovaných ze standardních oddělení uvedla špatnou spolupráci s dietními sestrami, na exponovaných pracovištích tuto situaci neuvedla žádná respondentka. Špatná komunikace mezi lékařem a klientem se vyskytla v 5,5% na standardních odděleních. Sestry z exponovaných pracovišť se s takovou situací pravděpodobně nesetkávají, tuto možnost neuvedla žádná. Autorka si myslí, že to souvisí s počtem klientů na jednotlivých odděleních, v případě zátěžových také se zdravotním stavem klientů. 5,9% respondentek z exponovaných oddělení se setkala s nedostupností lékaře, což je vzhledem k možnosti náhlé změny zdravotního stavu klientů přinejmenším závažující. Stejně procento sester z téhož druhu oddělení postrádá dostatečný počet nižšího zdravotnického personálu. Autorka zastává názor, že nižší zdravotnický personál

je nedílnou součástí ošetrovatelského týmu a má v něm nezastupitelné místo. Pomáhá kvalifikované sestře vykonávat dostatečnou, účinnou a efektivní ošetrovatelskou péči. Sestra tak může lépe uspokojovat potřeby klientů v oblasti fyzické, psychické, sociální a kulturní. Ovšem vzhledem k tomu, jak problematické se v praxi ukázalo uplatnění zdravotnických asistentů a že pouze mizivé procento těchto absolventů skutečně nastupuje do praxe, výrazné zlepšení zřejmě nelze v brzké době očekávat.

Téměř 6% dotazovaných sester z exponovaných oddělení a 5,5% sester ze standardních se setkává se špatnou komunikací mezi sestrou a lékařem. Problémy ve vzájemné komunikaci mohou mít příčinu v nedostatečných sociálních dovednostech nejen sester, ale i lékařů. Komunikace je základem pro práci každého týmu, zvláště multidisciplinárního, což jsou všechny kolektivy na nemocničních odděleních. Komunikace slouží nejen jako prostředek předávání informací, ale je také výrazným faktorem ovlivňujícím psychickou pohodu. Zátěžové situace jsou pro každého člověka lépe snesitelné v prostředí, které se jeví jako přátelské, tedy komunikující, člověka přijímající a spolupracující. Nedostatek podnětů v pracovním prostředí snižuje motivaci člověka k práci, není zpětná vazba mezi těmi, kteří by si ji vzájemně měli ve vysoké míře poskytovat. Pacient, člověk nemocný, je vysoce vnímavý ke všem verbálním i neverbálním projevům ve svém okolí a reaguje na ně. Často signály, které k němu přicházejí, nesprávně interpretuje a připisuje jim vztah ke své osobě a svému stavu. Nekomunikaci a nepohodu mezi zdravotnickým personálem si vykládá jako jejich bezmocnost nad jeho „závažným“ stavem. Tímto způsobem komunikace na pracovišti může výrazně ovlivňovat nejen chuť a pracovní nasazení zdravotnického personálu – a tedy jejich potencionální ohrožení syndromem vyhoření - ale také psychickou pohodu klientů, která je v úměře s pohodou fyzickou. Bohužel lze předpokládat, že v některých případech jsou příčinou nevyhovující komunikace mezi zdravotníky nejen osobní vyladění každého z nich, ale také nedostatečné sociální dovednosti a lidské předpoklady pro práci s lidmi. Řada z těchto možných příčin je do značné míry těžko ovlivnitelných. Nicméně některé z nich odstranit lze. V první řadě by si ale každý pracovník pomáhající profesi měl být vědom svého postavení ve vztahu ke klientovi a své odpovědnosti vůči němu. Osobní spory i vlastní osobnostní rysy bránící komunikaci a vytváření pozitivního prostředí by měl být schopen potlačit.

Významným faktorem, který hraje důležitou roli při vzniku syndromu vyhoření, je pracovní kolektiv. Dle Libigerové existují studie prokazující, že právě ocenění hraje velmi důležitou roli při vzniku syndromu vyhoření. (13) 4% sester ze standardních oddělení udala, že nemají podporu ve svém týmu. Na zátěžových pracovištích to bylo zastoupení podstatně vyšší – v 28%. Podpora v týmu spolupracovníků úzce souvisí s otázkou komunikace v pracovním kolektivu. Obě tyto oblasti se ukázaly být problematické prakticky ve stejné míře u sester ze standardních oddělení, u sester na exponovaných odděleních je míra podpory hodnocena ještě mnohem hůře. Tento výsledek lze patrně připsat

vícečlenným kolektivům a odlišným způsobům práce na exponovaných odděleních, kde míra nutné péče o klienta a preventivní epidemiologická opatření do značné míry limitují možnou komunikaci a vzájemnou podporu personálu během služby.

Tento výzkum u zkoumaného vzorku potvrzuje souvislost mezi délkou praxe ve zdravotnictví a výskytem symptomatiky odpovídající popisu syndromu vyhoření. Stejný nálezný ovšem nepotvrzuje Bártlová a Jobánková ve své studii z roku 2001. (1) Sestry pracující ve zdravotnictví na standardních odděleních 1-5 let uvedly v 29%, že se u nich tato symptomatika objevila. U sester pracujících ve zdravotnictví na standardních odděleních déle než 20 let je tato symptomatika zastoupena ve 40%. U souboru sester z exponovaných oddělení je možno nalézt vyšší procento ve výskytu symptomatiky v závislosti na celkové délce praxe. 75% dotazovaných sester pracujících 1-5 let a 67% pracujících více než 20 let potvrdilo výskyt symptomatiky. (ilustruje graf č.4 v příloze č. 2)

Při celkovém hodnocení obou zkoumaných souborů bylo zjištěno, že u více než poloviny sester (53%) se vyskytovala symptomatika syndromu vyhoření, ať již pracovaly jen 1-5 let nebo více než 20 let. V tomto se výsledek šetření shoduje se studií Libigerové, prováděnou ve fakultní nemocnici v Hradci Králové. (13)

5 Závěr

Problematika syndromu vyhoření se týká každého zdravotníka, každého člověka, který pracuje v pomáhající profesi. Jeho dopady mají vliv nejen na osobu postiženého, ale také na jeho okolí. Není moudré ho podceňovat, věnovat mu pozornost pouze jako okrajovému jevu.

Tato magisterská práce má umožnit svým čtenářům bližší rozpoznání syndromu vyhoření u zdravotních sester. Její význam ve zdravotně sociální oblasti spočívá především v možnosti zvýšit míru informovanosti o problematice syndromu vyhoření, ale především o faktorech, kterými může být syndrom zapříčiněn a ovlivněn. V náhledu zdravotně sociální problematiky se téma jeví natolik významné a zajímavé pro zdravotnický personál, že jistě zasluhuje další pozornost a hlubší výzkum. Pro ten by práce mohla sloužit jako východisko, podklad.

Výzkumy zaměřené na zdravotnické pracovníky jako specifickou skupinu se objevují, ale jak ukazují výsledky i této práce, zdaleka jich není tolik, kolik by si problematika zasloužovala. Syndrom vyhoření je závažným problémem značné části zdravotníků. Faktory, které jej ovlivňují jsou denním chlebem každého z nich a boj proti nim není všem dostatečně znám ani mu není věnována dostatečná pozornost.

Autorka zjišťovala a porovnávala rozdíly, které se vyskytují ve vnímání rizikových faktorů mezi sestrami pracujícími na standardních a exponovaných odděleních.

Cíl č. 2 - porovnat výši výskytu rizikových faktorů u sester dvou definovaných pracovišť byl splněn. Předpokládala, že u sester na exponovaných odděleních bude míra ohrožení syndromem vyhoření vyšší, protože práce na těchto pracovištích je obecně náročnější, více stresující. Komunikace s klientem je často otázkou velice náročnou, mnohdy prakticky nemožnou. Sestry jsou pod neustálým tlakem daným provozem oddělení a skladbou pacientů, tedy situacemi, které vyžadují okamžité jednání netolerující sebemenší omyl či prodlevu. Pohybují se v prostředí plném technických zařízení. Trvale a více než na jiných odděleních zde také dochází k úmrtí pacientů, mezi kterými jsou i velmi mladí lidé. Jistě nelze zlehčovat práci sester na standardních odděleních, ale skutečností

zůstává, že pro vznik syndromu vyhoření se exponovaná pracoviště jeví jako více riziková.

Cíl č. 3 - zjistit, jak jsou sestry z exponovaných oddělení ohroženy vznikem syndromu vyhoření ve srovnání se sestrami ze standardních oddělení, byl splněn. **Zároveň toto zjištění potvrzuje autorčinu první hypotézu**, ve které předpokládala, že sestry pracující na exponovaných odděleních jsou vznikem syndromu vyhoření, v souvislosti s vyšším výskytem rizikových faktorů, ohroženy více než sestry pracující na standardních odděleních.

Výsledky výzkumu dále také ukazují, že i na standardních odděleních je výskyt některých rizikových faktorů relativně vysoký. Někdy se dokonce téměř vyrovnává s exponovanými pracovišti.

Cíl č. 1 - zmapovat výši výskytu rizikových faktorů u definovaného souboru sester, byl splněn. Jmenujme alespoň některé z nich: práce přesčas, nedostatek pomůcek, nadbytečná administrativa atd. **I zde se potvrzuje autorčina druhá hypotéza**. Tou je očekávání, že také na standardních odděleních bude výskyt rizikových faktorů relativně vysoký, vzhledem k současné situaci v našem zdravotnictví.

Z výsledků tohoto výzkumného šetření také vyplývá, že zdravotní sestry z obou pracovišť se setkávají při své práci s dalšími, novými rizikovými faktory a situacemi, které jsou pro ně stresující a zatěžující. Cíl č. 4 - zjistit případný výskyt nových rizikových faktorů, byl splněn. Obecně lze říci, že jako nejrizikovější se jeví problémy v komunikaci, ať už mezi zdravotníky samotnými, nebo mezi zdravotníkem a klientem.

Práce ve zdravotnictví je velmi náročná. Vyžaduje důkladnou přípravu, stálou aktualizaci poznatků, má i svá finanční úskalí. Na významu získávají právní a etické otázky.

Ani pacienti nejsou dokonalí a často také sami k vyhoření zdravotnického personálu přispívají. Toto by však nemělo být omluvou.

Zdravotnický personál je vysoce specifickou skupinou, která ani početně není skupinou zanedbatelnou. Navíc vyškolení i výcvik těchto pracovníků je finančně značně nákladný, a tak by snaha o udržení zkušených a kvalitních pracovníků měla být jedním ze základních kamenů personální filozofie každé

zdravotnické organizace. Výzkumy v této oblasti by měly být trvalou součástí vnitřních postupů v našem zdravotnictví a výsledkům a preventivním opatřením zabráňujícím syndromu vyhoření by měla být věnována mnohem větší pozornost.

6 Seznam literatury

1. BÁRTLOVÁ, S., JOBÁNKOVÁ, M. Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích. In *Sestra*, 2001, roč. 11., č. 7-8, s. 78-79. ISSN 12 – 10 – 0404
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 86 s. ISBN 80 - 7013 - 439 - 9
3. BLAHOŠ, J., GREGOR, O. et al. *Stres zdravotníků*. 1. vyd. Praha: Galen, 1997. 67 s. ISBN 80 – 85824 – 49 - 3
4. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., Rozsypalová, M. *Speciální psychologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. 174 s. ISBN 80 – 70 – 13 – 243 - 4
5. ELLIS, J., NOWLIS, E. *Nursing a human needs approach*. 4. vyd. Boston: Houghton Mifflin Company, 1989. 1001 s. ISBN 0 – 395 – 43 – 304 - 5
6. HONZÁK, R. Burnout syndrom. In *Adiktologie*, 2006, roč. 6., č. 3, s. 407-413. ISSN 1213 - 3841
7. JEŽEK, M. Jak se žije sestřám na ARO. In *Zdravotnické noviny*, 2007, roč. 56., č. 24, s. 13-15. ISSN 0044 - 1996
8. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření – funkční duševní porucha*. Praha: SZÚ, 1998. 23 s. ISBN 80 – 7071 – 099 - 3
9. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80 – 7178 – 429 - X
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 136 s. ISBN 80 – 7169 – 551 - 3

11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada – Avicenum, 1994. 192 s. ISBN 80 – 7169 – 121 - 6
12. KULKA, J. Syndrom vyhoření. In *Causa subita*, 2005, roč. 8., č. 9, s. 355-356. ISSN 1212 - 0197
13. LIBIGEROVÁ, E. Syndrom profesionálního vyhoření. In *Praktický lékař*, 1999, roč. 79., č. 4, s. 186-190. ISSN 0032 – 67 – 39
14. NEŠPOR, K. [Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí - možnosti prevence a časné intervence](http://www.drnespor.eu/addictcz.html). Poslední aktualizace - neuvedena[cit. 12-7-2009] dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>
15. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galen, Karolinum, 2001. 622 s. ISBN 80 – 72 – 62 – 140 - 8 (Galen) ISBN 80 – 246 – 0390 - X (Karolinum)
16. SCHNEIDROVÁ, D. Syndrom vyhoření (podkladový materiál pro kurz dne 18.1.2002). *Centrum preventivního lékařství*, 3. LF UK, Praha, 2002, 11 s. nepublikováno
17. STAŇKOVÁ, M. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 158 s. ISBN 80 – 7013 – 244 - 2
18. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 11*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80 – 7013 – 368 - 6
19. ŠKUBOVÁ, J. Vyčerpanost a jak jí čelit. In *Sestra*, 1996, roč. 6., č. 1, s. 33
20. TRACHTOVÁ, E. Sestry a stres. In *Sestra*, 1998, roč. 8., č. 4, s. 7.

21. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 966 s. ISBN 80 – 7345 – 037 - 2

7 Seznam zkratek

aj. = a jiné

apod. = a podobně

ARO = anesteziologicko-resuscitační oddělení

a.s. = akciová společnost

atd. = a tak dále

CNS = centrální nervový systém

č. = číslo

čsp. = časopis

JIP = jednotka intenzivní péče

např. = například

NZP = nižší zdravotnický pracovník

o.z. = odštěpný závod

SZP = střední zdravotnický pracovník

tab. = tabulka

tj. = to jest

tzv. = tak zvaný

8 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Graf - Symptomy syndromu vyhoření v závislosti na celkové době praxe ve zdravotnictví

Příloha č. 3: Základní desatero prevence a intervence v případě syndromu vyhoření

Příloha č. 1: Dotazník

Vážené kolegyně,

jmenuji se Bc. Jana Pidrmanová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia - obor Intenzivní péče na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé magisterské práce na téma: „*Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester*“.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné a zcela anonymní.

1

Děkuji za Váš čas a

vyplnění dotazníku

DOTAZNÍK

1. Jaká je celková doba Vaší praxe ve zdravotnictví?

- méně než 1 rok
- 1 rok – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 20 a více let

(Pokud jste označila možnost méně než 1 rok, již dále nevyplňujte.)

2. Na kterém oddělení pracujete?

- standardní lůžkové oddělení
- JIP, HDS

3. Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?

- 1 rok – 5 let
- 5 - 10 let
- 10 – 15 let
- více než 15 let

4. Kolik je Vám let?

- 20 – 25 let
- 26 – 30 let

- 31 – 35 let
- 36 – 40 let
- 41 a více let

5. Objevily se u Vás některé z těchto příznaků - palpitace, poruchy zažívání, poruchy spánku, bolesti hlavy, nadměrný pocit únavy, zvýšená nemocnost?

- ano
- ne

6. Cítíte se být při výkonu své profese frustrována (neuspokojením potřeb)?

- ano
- ne

7. Které z uvedených směn Vás nejvíce zatěžují?

- ranní
- denní (12 hodin)
- noční (12 hodin)
- služby o víkendech a svátcích

(Lze označit i více možností)

8. Prožíváte během směny časový tlak?

- ano
- ne
- někdy

9. Pokud z jakýchkoliv důvodů nestihnete vykonat svou práci, požádáte kolegyni o pomoc?

- ano
- ne
- někdy

10. Myslíte si, že jste dostatečně finančně ohodnocena?

- ano
- ne

11. Pracujete přesčas?

- ano
- ne

12. Myslíte si, že vzhledem k náročnosti poskytování ošetrovatelské péče na vašem oddělení je dostatečný počet sester v rámci jedné směny?

- ano
- ne

13. Označte, s kterou z následujících situací se nejčastěji setkáváte na vašem oddělení.

- nedostatek materiálu, pomůcek

- zastaralé vybavení
- nefungující pomůcky
- špinavé pracovní prostředí, pomůcky, vybavení

Pokud se vyskytují jiné, vypište je, prosím :

.....
.....

(Lze označit i více možností)

14. Byla Vám nabídnuta, nebo existuje v rámci vašeho oddělení, možnost dále se vzdělávat?

- ano
- ne
- nevím

15. Které z následujících faktorů na Vás působí nejvíce negativně, vyčerpávají Vás?

- mladí klienti v těžkém stavu
- neschopnost poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči z důvodu nedostatku financí
- těžké stavy klientů
- práce s biologickým materiálem
- konfrontace se smrtí
- administrativa
- příprava klienta na vyšetření, operaci...
- nevhodné chování lékařů k personálu
- nevhodné chování lékařů ke klientům

(Lze označit i více možností)

16. Setkáváte se na vašem oddělení s akutními příjmy, situacemi?

- ano
- ne

17. Myslíte si, že máte dostatečnou pracovní autonomii (samostatnost)?

- ano
- ne

18. Označte, jaké požadavky jsou na Vás nejvíce kladeny v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče.

- teoretické znalosti
- praktická zručnost
- rychlost, pohotovost
- obsluha technických přístrojů
- nutnost samostatného rozhodování

(Lze označit i více možností)

19. Vykonáváte činnosti, které spadají do kompetence lékařů?

- ano
- ne
- někdy

20. Jak často ošetřujete klienty, kteří jsou zcela nebo částečně nesoběstační?

- denně
- méně než 3x týdně
- vůbec ne

21. Cítíte se po službě fyzicky unavená?

- ano
- ne
- někdy

22. Máte podporu ve svém pracovním kolektivu?

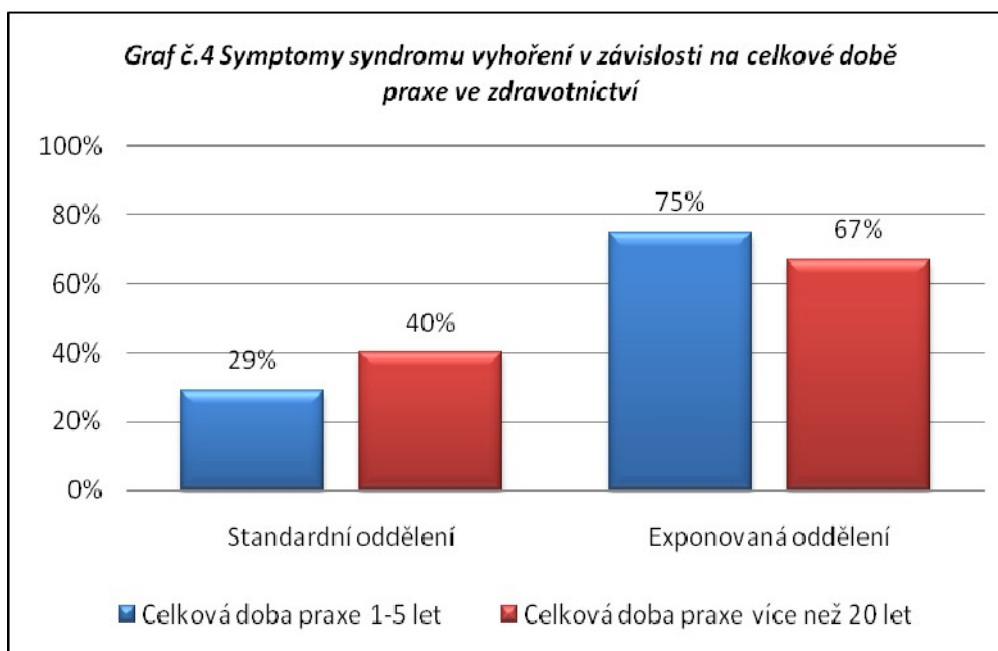
- ano
- ne

Váš názor na otázky v dotazníku (byly srozumitelné apod.):

.....

Zdroj: vlastní konstrukce

**Příloha č. 2: Graf - Symptomy syndromu vyhoření
v závislosti na celkové době praxe ve
zdravotnictví**



Zdroj: vlastní výzkum

Příloha č. 3: Základní desatero prevence a intervence v případě syndromu vyhoření

1. Myslete a jednejte pozitivně. Jakmile zabřednete do pesimismu, pochybností či sebelítosti, řekněte si „stop“. Uvědomte si, že na všem špatném je něco dobrého. Jistě máte nějaké přednosti. Plánujte si radosti a těšte se na ně.
2. Snižte své nároky na sebe a připusťte si nedokonalost. Maximalisté se vystavují nebezpečí stresu a selhání. Využívejte své dobré vůle a snahy, ale nesnažte se být absolutně bezchybní (některé postupy mohou bezvadnost vyžadovat, nikdy to však neplatí o všem). Stačí, když budete plnit své úkoly právě jen tak, aby byly vyřízené.
3. Naučte se komunikovat. Trocha asertivity neuškodí. Sdělte všem hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyjadřujte své pocity. Jestliže se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to citlivě, abyste sami bolestně nezasáhli druhého. Také se naučte říkat ne. Hlavně se nenechávejte přetěžovat.
4. Stanovte si své priority a delegujte úkoly. Nemusíte dělat všechno, být všude a vždy. Nevyplývejte svou energii na podružnostech. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberete jako podstatné. To vše podříd'te časovému plánu. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které můžete pohodlně zvládnout. Rozdělte si práci rovnoměrně a neodkládejte ji na později.
5. Při práci dělejte přestávky. Vaše zásoba energie je omezená. Hospodařte s ní a doplňujte ji. Odpočívejte a věnujte se při tom lidem a činnostem, při nichž se cítíte dobře a které vás naplňují. Měli byste se naučit relaxovat, popř. meditovat (chce to odborné vedení!).
6. Pracujte tvořivě. Vyhýbejte se rutině, monotónie má na psychiku zhoubný vliv. Proto – pokud je to jen trochu možné – měňte své

postupy, vymýšlejte zlepšení, variace, zajímejte se o neurobik (od slova „aerobic“), tj. různá neuropsychologická cvičení.

7. Svěřte se s problémy. Sdělená bolest je poloviční. Najděte si důvěrníka/důvěrnici, kterým můžete otevřeně vyličit své problémy a poslechnout si jeho/její názor. Přitom se nebojte požádat o radu. Člověk nemůže vyřešit všechny problém sám – potřebuje pohledy z jiné perspektivy.
8. Nebuďte zbytečně hrdí a využijte nabídek pomoci. Dojdete-li k závěru, že byste měli změnit své chování, požádejte o psychologickou radu, přihlaste se do vhodného výcviku, zúčastněte se diskusních skupin (jsou i na internetu).
9. Důležitá je informovanost. Jakmile víme, co nás může potkat, můžeme tomu snáze předcházet. Nejen proto je třeba studovat psychologickou problematiku svého povolání. Dobrou prevencí je také studium novinek svého oboru, což je pro zdravotníky samozřejmostí (viz kontinuální vzdělávání).
10. Last but not least: zajímejte se o své zdraví. Předcházejte potížím a berte vážně varovné signály svého těla či duše. Zdravotníci – a hlavně lékaři – jsou jedni z nejhorších pacientů. Proto zmírněte pracovní nasazení a přemýšlejte o svém životním stylu. (12)

