

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**SYNDROM VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍCH SESTER
PRACUJÍCÍCH NA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Autor práce: **Petra Kubicová**

Vedoucí práce: **Mgr. Michaela Votroubková**

2016

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**BURNOUT OF NURSES WORKING AT THE INTENSIVE
CARE DEPARTMENTS**

Bachelor's thesis

Author: **Petra Kubicová**

Supervisor: **Mgr. Michaela Votroubková**

2016

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....

(podpis)

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Michaelae Votroubkové za čas strávený odborným vedením mé práce, za její cenné rady a vždy milý a optimistický přístup. Děkuji všem kolegyním a kolegům, kteří věnovali čas a energii mému výzkumu. A v neposlední řadě děkuji své rodině za velikou podporu, pomoc a trpělivost, nejen během psaní této práce, ale v průběhu celého studia.

OBSAH

ÚVOD	3
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	4
1. Příčiny vzniku syndromu vyhoření	5
1.1 Působení stresových situací	5
1.2 Ztráta smysluplnosti života.....	6
1.3 Profesní rizikové faktory	6
1.4 Osobnostní rizikové faktory	6
1.5 Rizikové faktory v zaměstnání	7
2. Odlišení syndromu vyhoření od jiných negativních psychických stavů	9
3. Fáze syndromu vyhoření	10
4. Projevy syndromu vyhoření	12
5. Prevence a zvládání syndromu vyhoření.....	13
5.1 Protektivní faktory	14
5.2 Soubor doporučení.....	15
5.3 Individuální možnosti prevence a zvládání syndromu vyhoření	16
5.4 Externí vlivy v prevenci a zvládání syndromu vyhoření.....	24
6. Práce sestry na intenzivní péči	29
6.1 Práce v pomáhající profesi.....	29
6.2 Práce na intenzivní péči	30
II EMPIRICKÁ ČÁST	32
7. Stanovení cílů a hypotéz výzkumu.....	32
7.1 Stanovení cílů.....	32
7.2 Stanovení hypotéz.....	32
8. Použitá výzkumná metoda	33
8.1 Polostrukturovaný dotazník	33
8.2 Maslach Burnout Inventory dotazník.....	33
8.3 Zpracování dat	33
9. Výsledky zkoumání.....	34
9.1 Výsledky polostrukturovaného dotazníku	34
9.2 Výsledky Maslach Burnout Inventory dotazníku	47
9.3 Shrnutí výsledků	48

III DISKUZE.....	50
IV ZÁVĚR	54
ABSTRAKT	55
ABSTRACT	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
SEZNAM ZKRATEK.....	59
SEZNAM OBRÁZKŮ	59
SEZNAM TABULEK.....	59
PŘÍLOHA 1.....	60
PŘÍLOHA 2.....	65

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila problematiku syndromu vyhoření. Jak vyplývá z různých výzkumných šetření v pracích studentů a z odborné literatury, jako u dalších syndromů, nemá SV úplně jasně definovatelné příčiny, projevy a léčbu, či rekonvalescenci. Protože každý člověk je specifická individualita. Vždy tu ale jsou společné rysy a typické faktory.

Zkoumaný vzorek jsou zdravotní sestry (ženy a muži). Profese zdravotní sestry prošla od svého vzniku velkým vývojem. To podstatné, ale zůstává stále stejné. Péče o člověka, který díky změněnému fyzickému stavu prochází řadou dalších změn. Změnou rolí, potřeb, životních priorit, psychiky. Sestra by měla být nejen empatická, milá, vstřícná a pozitivně naladěná, ale také zručná a odborně připravená. Celoživotní vzdělávání sester je předmětem častých diskuzí a reforem. Sestry jsou během teoretické přípravy motivovány k dokonalé péči o pacienty. Když se spolupráce s pacienty vydaří, léčba se pozitivně vyvíjí, může se toto povolání jevit téměř jako poslání. Je však jasné, že k tomu, aby mohla sestra neustále energii vydávat a rozdávat, je třeba jí také načerpávat. Z interpersonálních vztahů, z odezvy pacientů a jejich rodin. A hlavně z osobního života, z rodiny, ze zálib.

Vybrala jsem si prostředí intenzivní péče, kde se sestry setkávají nejen s akutními případy a rychlými zvraty, ale také s různými etickými problémy, které si musí samy v sobě zpracovat a vyrovnat se s nimi. Nutná je vzájemná spolupráce všech členů týmu starajícího se o pacienta. Jelikož se vyvíjí nejen kompetence zdravotní sestry, ale také poznatky a léčba v medicíně, je třeba, aby byla sestra přizpůsobivá, a péče o pacienty se vyvíjela směrem dopředu. Také je zajímavé znát různé, nové alternativní postupy a být informovaná o povinnostech v právní oblasti.

Bakalářská práce je strukturovaná do dvou částí. V první, teoretické části, je definován SV, jeho příčiny, rizikové faktory, projevy a prevence. Druhá část je empirická. Tato část obsahuje stanovení cílů bakalářské práce a stanovení hypotéz, které slouží k vyhodnocení kvantitativního výzkumu (dotazníkové šetření), zjistit vyčerpanost sester pracujících na odděleních intenzivní péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

Historie

Odborný termín SV (anglicky „burnout syndrome“), se objevil v psychologii a psychoterapii v roce 1974, kdy ho popsal H. J. Freudenberger: „U někoho jsou to pocity únavy a vyčerpání, neschopnost setrást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. Dále se mohou objevovat změny psychiky jako únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená podrážděnost, ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny.“ (Venglářová, 2011).

H. Freudenberger byl ovlivněn knihou G. Greena, nazvanou A Burn Out Case (Případ vyhoření), která pojednává o příběhu zprvu nadšeného architekta, který měl odvážné plány, ale díky neustálým překážkám a nepochopení vzdal snahy o jejich realizaci (Křivohlavý, 2001).

S jevem celkového vyčerpání se setkáváme již v Bibli, kde je v knize Kazatel vyjádřena podstata SV následovně: „Marnost nad marností, všechno je marnost“. Ve starém Řecku se zrodila pověst o marném boji a totálním vyčerpání, v pověsti o Sysifovi. Ten byl odsouzen k tomu, aby dovalil na vysokou horu velký kámen z mramoru. Když se však blížil k samému vrcholu, kámen se mu vždy vysmekl, spadl a Sysifos musel začít znovu (Křivohlavý, 1998).

Definice

Agnes Pines a Elliott Aronson řekli: „Burnout je definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné. Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy. Maslach a Jackson řekli: „Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem“ (Křivohlavý, 1998).

SV je syndromem vyprahlosti, vypálení, popisuje profesionální selhávání na podkladě vyčerpání, které je způsobeno vysokými požadavky, které vycházejí od okolí nebo přímo od jedince samého. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebehodnocení a negativní postoje k povolání (Janáčková, 2008). SV je uváděn vždy v souvislosti s určitým typem povolání. Jeho příznaky se vyskytují u jinak psychicky zcela zdravých lidí, nejde o psychicky nemocné pacienty (Křivohlavý, 1998).

1. Příčiny vzniku syndromu vyhoření

SV lze chápat jako důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a realitou, mezi ideály a skutečností, ale také mezi nutností vykazovat špičkové výkony a naprosto neodpovídajícími podmínkami pro ně. Je obvykle definován jako ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí, která se objevuje u pracovníků v pomáhajících profesích a pojí se se závažnými osobními i profesními problémy. Je to výsledek procesu, v němž lidé intenzivně zaujatí určitým úkolem ztrácejí své nadšení, a to v důsledku chronického (nikoli akutního) stresu a nadměrné pracovní zátěže. Projevuje se psychickými i somatickými obtížemi až selháními v oblasti sociálního fungování a pracovního výkonu (Medical Tribune CZ, 2004).

1.1 Působení stresových situací

Již H. Selye upozornil, že u působení stresu na jedince nejde jen o objektivní faktory vzniku stresu, ale hlavně o jeho subjektivní výklad. Řekl: „Působení stresorů závisí v první řadě na tom, jak je tento stresor danou osobou chápán“ (Křivohlavý, 1994). H. Selye je považován za zakladatele kortikoidního pojetí stresu. Proces reakce organismu se stresem nazval General Adaptation Syndrome (GAS) jako obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi. Při styku organismu se zátěží se vyskytuje stabilní vzor odpovědi organismu. Dochází k poplachové reakci, kdy je organismus připraven k boji. Často, ale není možnost ani bojovat ani utéct. Nastává boj organismu se zátěží a závisí na tom, jak je silný stresor a jak je bojeschopný organismus. V případě dlouhodobého působení stresoru, může dojít k nemocem z adaptace (žaludeční vředy, hypertenze, astma, kardiovaskulární onemocnění, a jiné). Pokud nenastane zesílení obranné aktivity organismu, nastává vyčerpání (Křivohlavý, 2001).

Stres způsobuje řada podnětů. Mezi takzvané **fyzické stresory** patří hluk, přemíra podnětů, hlad. **Psychickými stresory** jsou časová tíseň, příliš vysoké nebo nedostatečné vytížení, mnoho změn během krátké doby. Za **sociální stresory** jsou považovány konflikty s kolegy v zaměstnání, ztráta blízké osoby. Reakce na stresové podněty závisí na individualitě jedince a posouzení dané situace. Pokud budeme některý ze stresorů vnímat jako ohrožení, které jen stěží zvládneme, spustí se v nás stresová reakce (Stock, 2011).

Ve všeobecně přijímaném modelu zvládnání stresu dle R. S. Lazaruse, je ideální rovnovážný stav (Křivohlavý, 1994).

1.2 Ztráta smysluplnosti života

SV je odpověď organismu na stresové situace, které působí dlouhodobě. Přitom, čím byl na počátku člověk více nadšený, tím je forma vyhoření větší. SV se týká lidí, kteří nastoupí do zaměstnání s velkým očekáváním, s velkou motivací a myslí si, že jim práce dá smysl života. Objevení SV je spojené s pocitem, že veškerá jejich snaha je marná, že selhali, že nemají dost potřebné energie, a že již nemají sílu nic předat. Člověk má potřebu žít s pocitem smysluplnosti. Obzvláště v profesi, kde si uvědomuje vlastní smrtelnost, která je provázena strachem. Lidé mají potřebu cítit se užitečně, dělat skutky, které je přesahují, když zjistí, že selhali, vyhoří (Křivohlavý, 2012).

Pokud vykonáváme určitou činnost, máme určitá očekávání toho, jak by měl vypadat výsledek. Kladné ocenění se jmenuje satiace, pokud se nám ho nedostane, jedná se o frustraci. Celkově mluvíme o potřebě uznání, ocenění, která je ale také individuální. Pocity frustrace se mohou v člověku hromadit. Mezi další lidské potřeby patří smysluplnosti života, společenské uznání. Důležité jsou kvalitní mezilidské vztahy, vzájemná úcta (Křivohlavý, 1998).

1.3 Profesionální rizikové faktory

SV jsou nejčastěji ohroženy profese, jejichž náplní je pomáhání druhým lidem. Často se stává, že pomáhající přebírají problémy těch, kterým pomáhají, snaží se je co nejlépe vyřešit a své potřeby odsouvají do pozadí. Práce se jim stane smyslem života. Mezi takové profese patří zdravotní sestra. Náplní zdravotní sestry je vždy profesionálně akceptovat jakéhokoliv pacienta, což je někdy velice komplikované až nemožné, protože někteří pacienti jsou velice negativističtí, konfliktní a nespokojení s lékařskou a ošetrovatelskou péčí (Venglářová, 2011).

1.4 Osobnostní rizikové faktory

A) Typ osobnosti – chování, které je rizikové pro vznik syndromu vyhoření:

- Lidé, kteří se obětují pro druhé a neumějí říci NE,
- lidé příliš nadšení pro svou práci,
- lidé, kteří pracují příliš usilovně,
- lidé, kteří se museli pro vykonávání práce příliš věcí vzdát,
- lidé, kteří prožívají neúspěch příliš osobně,
- lidé, kteří nemají zájmy mimo práci,
- lidé, kteří se domnívají, že jsou nepostradatelní
- lidé, kteří neznají riziko syndromu vyhoření. (Venglářová, 2011).

B) Poháněcí mechanismy:

- Buď silný!
- Buď dokonalý!
- Buď se všemi zadobře!
- Buď rychlý! (Venglářová, 2011)

C) Nízká odolnost, málo obranných mechanismů:

- Spíše pesimismus, nižší sebedůvěra,
- ztráta smyslu pro humor a s tím i odstup a nadhledu,
- horší schopnost přizpůsobení se (Stock, 2011).

1.5 Rizikové faktory v zaměstnání

A) Negativní vztahy mezi lidmi:

- Nedorozumění, spory, rozpory, konflikty, hádky, urážky, přehnaná asertivita nebo agresivita, nepřátelství.
- Málo vzájemné úcty, málo kladného hodnocení jedněch druhými, ponižování, urážení, snižování kladné hodnoty těch druhých, málo vzájemné důvěry, nezdravé projevy touhy po moci a nadvlády.
- Nedodržování základních etických norem lidského soužití, malá úcta k lidské důstojnosti.
- Projevy patologického perfekcionismu – popírání, hledání obětního beránka, závist, zlost, vztek, nepřátelství mezi jednotlivci či skupinami

B) Pracovní podmínky:

- Míra svobody a kontroly: nepřiměřená míra svobody a také kontroly. Není dobré, pokud nás příliš přísná a častá kontrola svazuje při práci, ale ani pokud jsme zcela napospas ponechání tomu, co děláme a nikoho to nezajímá. Správná míra svobody pomáhá kreativitě. Kontrola, ale může být také v souvislosti se zpětnou vazbou.
- Nesmyslnost požadavků: požadavky, nařizovány vedením se mohou jevit jako zcela nesmyslné těm, kdo práci vykonávají. Potom může nastat, že člověk místo radosti z práce pociťuje pouze finanční motivaci.
- Autorita: centralizace autority na straně jedné, nebo tříštění autority na druhé straně.

- Odpovědnost: její nadměrnost při nedostatku prostředků k jejímu zodpovědnému splnění. Ale samozřejmě také příliš malá míra odpovědnosti.
- Organizační podmínky: pokud není pracovníkům umožněno držet krok s vývojem a výzkumem, nebo pokud se zaměstnanci nemohou dále vzdělávat a teoreticky zdokonalovat (Křivohlavý, 2012).

C) Charakter práce:

- Péče o pacienty s infaustní prognózou,
- péče o chronicky nemocné,
- péče o depresivní pacienty,
- léčba závislostí,
- gerontopsychiatrická péče,
- práce v krizových centrech,
- práce na psychoterapeutických odděleních.

D) Rizika začínajících sester:

- Konfrontace s těžkou nemocí, setkání se s lidským utrpením, psychická a fyzická zátěž,
- nízký věk při zahájení praxe,
- nevyzrálá osobnost sestry,
- konflikt rolí,
- pocit bezmocnosti,
- vysoká zodpovědnost,
- časový stres,
- nezvyk na směnný provoz (Venglářová, 2011).

Ohroženi jsou hlavně ti, kdo pracují v oboru a profesi, jejichž úkolem je pomáhat a pomoc nabízet. Také jejich představitelé si je většinou vybírají proto, že sami jsou naplněni altruismem a dobrou vůlí dělat něco pro druhé. Často dokonce ani příliš nehledí na finanční ocenění, které je většinou nižší než v jiných oborech. Jenže na této cestě profesním a osobním životem je také může čekat nebezpečná frustrace a zrádná past v podobě bludného kruhu nazývaného syndrom vyhoření. A někdy se dokonce bludný kruh selhávání mění ve rdousící a zaškrcující spirálu (Medical Tribune CZ, 2004).

2. Odlišení syndromu vyhoření od jiných negativních psychických stavů

SV a stres

Stres se může objevit u každého člověka, ale SV se vyskytuje u lidí, kteří mají vysoké nadšení do práce, velkou motivaci a očekávání. SV se také vyskytuje pouze při práci s lidmi.

SV a deprese

Dle WHO patří deprese k nejčastějším nemocem. Může ale na rozdíl od SV propuknout u lidí, kteří nepracovali nebo nepracují vůbec. Deprese má na rozdíl od SV vazbu na negativní zážitky z mládí.

SV a únava

Klasicky je únava spojovaná spíše fyzickou činností nebo z intelektuální práce a zároveň s příjemným pocitem, že se nám podařilo něco vytvořit. Po relaxaci a odpočinku odezní. SV je ale spojený s něčím negativním, tíživým nebo bezvýhodným se selháním a s marností.

SV a odcizení

Odcizení se vyskytuje u lidí, pro které to, co dělali, nebylo smyslem života. U SV to je naopak.

SV a existenciální neuróza

Existenciální neuróza dle spisovatele Camuse: „Viděl jsem mnoho lidí, kteří zemřeli, protože neměli proč žít“. Dle Viktora E. Frankla se jedná o ztrátu smyslu života. Na počátku SV je pravý opak podstaty neurózy - pocit smyslu života, na konci procesu jsou pocity, že snaha selhala a úsilí se zhroutilo (Křivohlavý, 1998).

3. Fáze syndromu vyhoření

Dynamický proces SV probíhá u každého člověka individuálně. Lze u něj pozorovat jednotlivé fáze.

Nejjednodušší čtyřfázový model dle Christiny Maslachové:

- idealistické nadšení a přetěžování,
- emocionální a fyzické vyčerpání,
- dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením,
- terminální stadium, stavění se proti všem a proti všemu (Křivohlavý, 2012).

Fázový model dvojice autorů Edelwiche a Brodského:

- Idealistické nadšení – kdy člověk pracuje s velkým nasazením, dochází k rozporu velkých ideálů a množství energie s nereálnými nároky a zadostiučiněním.
- Stagnace – seznámení se s realitou, práce člověka pohltní, rodinný život dostává trhliny.
- Frustrace – objevení omezenosti svých možností, pochyby o smyslu snažení, zpochybňování významu a výsledků práce, nedostává se zpětná vazba, vrůstání zklamání.
- Apatie – jako obranná reakce proti frustraci, pokud práce přináší jen zklamání, dělá člověk jen to, co je nezbytně nutné. Přidávají se pocity rezignace a zoufalství (Stock, 2011).

Nejčlenitější model sepsal do své knihy John W. James:

- snaha kladně se v zaměstnání osvědčit,
- snaha udělat vše sám, bez pomoci,
- opomíjení sám sebe,
- člověk žije pouze prací,
- zmatení v hodnotovém žebříčku,
- popírání příznaků vzrůstajícího napětí,
- ztráta naděje, vznik cynismu, útek od všeho, hledání útěchy v závislostech, přejídání,
- změny chování, podrážděnost při kritice, sociální izolace,
- depersonalizace, ztráta kontaktu se sebou samým,
- prázdnota, zoufalství, selhání, frustrace,

- stísněnost, deprese, zoufalství z poznání, že nic nefunguje, smyslu prázdné vakuum,
- totální vyčerpání, fyzické, emocionální, mentální, ztráta zdrojů energie, motivace, pocit marnosti života (Křivohlavý, 2012).

Další pohled na fáze SV zveřejnil v roce 1997 představitel rakouské školy logoterapie a existenciální psychoterapie Alfried Längle:

- První fáze - člověk je pro něco nadšený, má cíl, má pro co žít, jeho život je smysluplný. Činnost je smysluplná.
- Druhá fáze – z prostředku se stává cíl - užitek. Člověk pracuje kvůli žádoucímu vedlejšímu produktu – penězům. Práce již není smyslem života, ale pracuje proto, že mu něco přináší. Dochází k odcizení. Dochází k frustraci základní motivace. „Nadšení uhasíná, oheň začíná doutnat“.
- Ve třetí fázi se mění oheň na popel. Necitlivé a necitelné chování k lidem, cynismus, ironie, sarkasmus. Dochází ke ztrátě úcty k vlastnímu životu, k vlastním přesvědčením, nadšením, snahám (Křivohlavý, 2012).

4. Projevy syndromu vyhoření

Psychické projevy:

- Ztráta radosti ze života,
- ztráta empatie,
- rozmrzelost, výbušnost, netrpělivost, nervozita,
- výkyvy nálad
- ztráta nadšení z práce,
- pesimistický pohled na budoucnost.

Sociální změny:

- Negativismus ve všech oblastech života,
- cynismus, ironie, nezájem o pacienty,
- pasivní agrese ve vztazích,
- nekolegiální jednání,
- konflikty v rodině,
- ztráta přátel, zájmové činnosti.

Tělesné příznaky

- Únava, vyčerpání,
- bolesti hlavy, svalů, pohybového aparátu,
- gastrointestinální obtíže,
- abúsus návykových látek,
- náchylnost k psychosomatickým onemocněním (Venglářová, 2011).

5. Prevence a zvládání syndromu vyhoření

Paní doktorka Sheila Cassidy, pečovala, v jednom z prvních anglických hospiců, nejen o pacienty, ale také o zdravotní sestry a personál. Na podkladě svých zkušeností vytvořila 16 podnětů, které slouží jako prevence SV.

1. Buď k sobě mírná, vlídná laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka – ať jím je kdokoliv a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své „útočiště“, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení, svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, když si to i třeba jen trochu zaslouhují.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené bolesti a utrpení, jehož jsme denně svědky, cítit se zcela bezmocnou a bezbrannou. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé pokud možno jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby nařikání: mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, a tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat a raduj se z toho.
9. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem vykonávat své práce. Snaž se z vlastní iniciativy, z vlastní vůle a nikým nenucena něco udělat jinak – tvořivě.
10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování života.
11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, vyhýbej se jakémukoliv rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočiň si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.

12. Plánuj si předem „chvilu útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti cokoliv tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.
13. Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“ než „musím“ nebo „mám povinnost“, či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“ než „nemohu“. Takto vedená osobní řeč sama k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.
14. Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“, ale i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak asi má tvé „ano“?
15. Netečnost a zdrženlivost ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkosti než připuštění si skutečnosti, že více, než děláš, se opravdu udělat nedá. Připust' si to – uvědom si, že nejsi všemohoucí.
16. Raduj se, hraj si a směj se – ráda a často (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Jelikož jsou příčiny vzniku SV ze strany jedince vnitřní a vnější, je třeba prevenci a léčbu zaměřit na obě oblasti.

První oblast se týká jednotlivce. Spočívá především v realistickém odhadu zamýšlených cílů i vlastních schopností, ve střízlivém hodnocení objektivní situace a ve vyvažování stresu a zátěže relaxačními aktivitami. Je podstatné, aby člověk nejprve pomohl sám sobě, protože jinak nemůže pomoci ani jiným.

Druhou oblastí jsou vlivy prostředí, v němž člověk žije nebo pracuje (Křivohlavý, 1998).

Systémová opatření by měla zahrnovat především usnadnění v organizaci práce. Zlepšování pracovních podmínek, technické a personální vybavení pracovišť. Snižování administrativy a lepší legislativu (Medical Tribune CZ, 2004).

5.1 Protektivní faktory

- Dostatečná asertivita.
- Schopnost a dovednost relaxovat.
- Umění nedostat se pod časový tlak.
- Pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce.
- Odolnost.
- Pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace.
- Víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění.
- Dispoziční optimismus.

- Příjemný tok, či proud zážitků, dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc.
- Sociální opora, v případě SV se jako nejefektivnější jeví opora ze strany spolupracovníků stejného postavení.
- Pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení.
- Pocit osobní pohody zahrnuje podle **E. Dienera** životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí. Definice dle **Wilsona** je soubor adjektiv: Člověk - mladý, zdravý, vzdělaný a vychovaný. Vykonávající zaměstnání, jež jej uspokojuje, dobře placený, optimistický, bezstarostný, věřící, ženatý (vdaná), s vysokým sebehodnocením, sebeúctou a pracovní morálkou, s mírnými a splnitelnými aspiracemi a se širokou inteligencí (Kebza, Šolcová, 1998).

5.2 Soubor doporučení

Co tedy dělat pro to, aby syndrom vyhoření vůbec nevznikl? Udělejte si tedy čas na své koníčky, sami na sebe, rodinu a přátele. Naučte se říkat ano, ale i ne s ohledem na své tělesné a psychosociální limity. Uvědomte si, co je pro vás v životě důležité a jaké máte priority. Dělejte si přestávky a uvědomte si, že jste jen lidé s omezenou kapacitou energie. Přistupujte k sobě s laskavostí a vlídností, stejně tak jako pečujete o své pacienty (Blatnická, Novotná, 2013).

Daniel Heczko – duchovní – který sám prožil hluboké vyhoření v celé jeho šíři, píše o tom, co mu pomáhalo dostat se ze stavu vyhoření.

- Nebát se o sobě slyšet pravdu, nechat si poradit od lékařů, řídit se radami přátel i odborníků.
- Věřit raději zjevení v Písmu o životě, naději a Boží lásce než svým negativním pocitům.
- Změnit životosprávu – zdravě jíst, sportovat, odpočívat.
- Počítat s tím, že léčba bude trvat dlouho, a že propady se budou vracet.
- Nezůstat se svými myšlenkami sám, ale současně omezit kontakty s lidmi jen na ty občerstvující.

Max Kašparů předkládá celkem šest podnětů pro prevenci jevu vyhoření. Uvádí je pomocí obrazu krychle. Tu chápe jako místnost, uprostřed níž hoří svíčka. Ta je obrazem a symbolem vzplání našeho nadšení. Jedná se přitom o to, aby oheň této svíčky nezhasl, aby neustále plál. Každá ze šesti stěn této krychle má zároveň svůj význam v prevenci vyhoření:

- Přední stěna - **smysl naší existence**, tj. to, co máme před sebou, k čemu směřujeme, co je pro nás cílem a tím i naší nejvyšší hodnotou, co dává našemu životu sílu, energii i naději, co nás motivuje.
- Zadní stěna – **bezpečný týl**, tj. lidi, kteří stojí za námi, o které se můžeme vždy opřít, kteří nám poskytují ochranu a mají pro nás připravenou záchrannou síť.
- Stěna po naší levici – **přátelé**, tj. lidé blízcí našemu srdci, s nimiž můžeme hovořit bez obav, nemusíme se bát, že to, co řekneme, bude použito proti nám.
- Stěna po naší pravici – **lidé, pro které pracujeme**- pro rodiče jsou jimi děti, pro učitele žáci, pro lékaře pacienti, pro faráře členové jeho sboru a všichni ti, které cestou životem potkává.
- Dolní podstava – **vědomí, že jsem člověk nejen na správném, ale také na svém místě** - cihla ve stěně domu. Ta musí být správně zasazena, aby se stěna nezbortila a nepadla. Důležité je, abychom místu, kam jsme byli položeni zůstali věrni. Aby se na nás mohly ostatní (cihly) spolehnout.
- Horní podstava – **ten, který všechno drží pohromadě a všemu dává smysl** – symbol duchovního života. Víry, modlitby, svátostí, lásky, naděje a života v pravdě. Ztráta stropu je pro hořící plamen v každém případě největším nebezpečím (Křivohlavý, 2012).

5.3 Individuální možnosti prevence a zvládnání syndromu vyhoření

Smysluplnost života

V. E. Frankl, rakouský lékař, psychiatr a psycholog poukázal vzájemnou propojenost přirozených potřeb a motivačních sil. Přirozenými hnacími silami a smysluplností toho, co děláme, o co se snažíme, co si přejeme. Důležitý je cíl určité činnosti. Cíl dává určité činnosti smysl. Otázka smysluplnosti také souvisí s tím, co pro nás má nebo nemá hodnotu. S prioritami. Toto vše souvisí s **etikou** (Křivohlavý, 2012).

Pokud bychom život člověka přirovnali k velkému bílému malířskému plátnu, každé slovo, které proneseme, každý čin, který vykonáme, je tahem štětce na tomto plátně. V životě

pak jde o to, aby v okamžiku naší smrti byl výsledný obraz co nejkrásnější. Na rozdíl od tvořivé činnosti, kde se jedná až o hotový výrobek, je v etice právě jednání, které je důležité (Heřmanová a kol., 2012).

Dle Antonovského má život smysl, když:

- Má cíle a závazky,
- má svůj hodnotový systém a řídí se morálními principy,
- je schopen řídit a ovlivňovat své životní role a cíle,
- je si vědom své hodnoty a důležitosti,
- má smysl pro humor, neboť ten jde ruku v ruce s odstupem a nadhledem, jedinec se dokáže dívat na věci z jiné perspektivy a vnímá relativitu problémových situací, s nimiž se dokáže daleko lépe vyrovnat (Stock, 2011).

Jsou různé úhly pohledu na situace, nebo na to, jaký máme život. Můžeme ho vidět krátký, plný těžkostí, starostí a problémů a říci- za nic to nestojí, všechno je na nic. Na druhé straně můžeme vidět, jak tím, jak tento život žijeme, působíme na druhé lidi. Tak nějak se na život díval i režisér filmu Kouzelný život (It's a Wonderful Life). V tomto filmu se setkáváme s hlavním hrdinou Georgem Baileym. Tomu se zcela zhroutil život a uvažoval o sebevraždě. Poslední noc před tím, než ji chtěl spáchat, se mu zdálo o tom, jak by vypadal svět, kdyby se on nenarodil. Byl překvapen tím, jak jeho zdánlivě nepatrný život ovlivnil celou řadu lidí. Kolika lidem pomohlo, že jim třeba sebenepatrnějším způsobem projevil úctu, kolik mezilidských vztahů se rozjasnilo tím, že on někomu něco odpustil, kolika lidem byl nějaký jeho drobný čin velkou pomocí.

Mnohdy, třeba dosti pozdě, se dozvíme, co znamenala- maličkost, kterou jsme někomu udělali, jak mu pomohla k tomu, aby se vzchopil, aby se posílila jeho naděje a jeho život dostal nový- nadějnější směr. Tehdy si uvědomujeme, že není pravda, že by náš život nutně musel být- marnost nad marnost, ale že mu můžeme dát tím, co ve styku s druhými lidmi děláme, dobrý smysl (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Úprava poměru mezi stresory a salutory

Stresory jsou zatěžující faktory, salutory jsou možnosti vzniklou situaci řešit. Pokud je více stresorů než salutorů, dochází ke stresu (Křivohlavý, 2012).

Stres - napětí (anglicky „strain“), negativní emocionální zážitek, který je doprovázený určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze

změnit. U stresové situace je důležitý poměr mezi velikostí stresu a schopností danou situaci zvládnout. „Nadlimitní“ zátěž vede k vnitřnímu napětí a narušení rovnováhy organismu.

- Distres: negativně prožívaný stres, „subjektivně prožívané ohrožení dané osoby s jeho průvodními, často výrazně negativními emocionálními příznaky. K distresu dochází tam, kde se domníváme, že nemáme dost sil a možností a emocionálně nám není dobře.“.
- Eustres: (např. svatba, narození dítěte, výhra, oslava narozenin), jedná se o události, ve kterých nejde o negativní emocionální zážitek.

Zajímavé jsou výzkumy R. Lazaruse, který se soustředil na to, co se děje v psychice člověka, který se dostává do těžké životní situace. Zjistil, že při objektivně stejném podnětu, je rozdílnost ve zranitelnosti člověka díky jeho věku, zkušenostem, povaze a dalším okolnostem (Křivohlavý, 2001).

Adaptace

Slovo adaptace je latinského původu. Obvykle se odvozuje od složeného tvaru ad-aptare, kde apto, avare znamená připravit a upravit, vyzbrojit se k boji, případně duševně se připravit na přicházející těžkou životní zkoušku. Aptus proto jinak řečeno znamená schopný, způsobilý, přiměřený daným požadavkům. Hlubší význam slova adaptovaný tedy je- být dobře připravený k tomu, co mě čeká.“

Adaptací se rozumí např. zvládání traumatizujících životních krizí, chování člověka v zátěžových situacích, vítězství nad životními těžkostmi, řešení konfliktních situací, dosahování změny postojů přesvědčováním, rozhodování se v nových nebo neobvyklých situacích, zvyšování odolnosti, posilování nezdolnosti, řízení stresu.

Coping nebo-li, zvládání těžkostí:

Jedná se o řešení krizí, těžkých životních situací, kde nemáme přesný návod, jak situaci co nejlépe vyřešit, ale musíme ho vytvořit dle individuality jedince.

„Když bylo moře klidné, zvládaly čluny svůj úkol na výtečnou. Když však přišla bouře, pak se ukázalo, kdo a jak mistrně situaci ovládá a dovede s ní vypořádat.“

William Shakespeare

Teorie zvládání stresu

Normální stav je možno charakterizovat rovnovážnou situací. Na člověka doléhá na jedné straně řada činitelů (podmínek, vlivů, faktorů), fyzikálních, fyziologických, psychických, sociálních. Takto ze všech stran napadáný člověk má k dispozici určitý soubor zdrojů- má určitou fyzickou zdatnost, určité znalosti a dovednosti, má své zkušenosti, určitou inteligenci, vazby na druhé lidi, určitou odolnost a nezdolnost. Rovnovážený stav je ideálem. Při porušení rovnováhy se musí učinit změna na straně zátěže, nebo na straně zdrojů sil a obrany (Křivohlavý, 1994).

Duševní hygiena

Rady pro změnu postoje k sobě samému:

- Neposlouchejte vnitřní příkazy „buď dokonalý, buď silný, buď nejlepší!“
- Dovolte sami sobě selhat a přiznat si to nahlas!
- Nepřehánějte to s obětavostí!
- Udělujte pochvalu, sami chvalte, ale naučte se ji i přijímat!
- Naučte se říkat ne - protože za co stojí každé vaše ANO, když neumíte říci NE požadavkům, které nedokážete zvládnout?
- Nerozhodujte za druhé - nezměníte je a ztrácíte vlastní síly, změnit lze pouze sebe a svůj postoj!
- Pravidelně se odměňujte a povzbuzujte, hýčkejte si přátelství!
- Neneste odpovědnost za to, že nejste podle představ druhých! Nejste povinna být taková, jakou vás chtějí mít ostatní, nejde o vaše selhání, ale o jejich omyl!
- Naučte se používat slova „rozhodla jsem se...“ a vynechte slovo „musím“!
- Plánujte si práci a odpočinek a dodržujte to, změňte stereotypy!
- Přiznejte si raději svou bezmoc, než být nevšimavá k utrpení, jedině tak budete lidem oporou!
- Radujte se, smějte se a hrajte si, neboť každý den máte svou šanci!
- Ponížít a naštvat mne může jen ten, komu to dovolím! (Klevetová, 2011)

Péče o duši

O naše požívání, pocity, emoce, představy, o to co je náš smysl života, naše priority. Tato péče rozhoduje o tom, kdo vlastně jsme a kým budeme. Thomas Moore, americký psycholog: „Velkou nemocí 21. století, která se projevuje v našich obtížích i těžkostech a která se každého z nás osobně dotýká, je ztráta duše. Když je péče o naši duši zanedbávána, duše neumírá. Toto zanedbání se projeví v celé řadě příznaků: ve zlosti a vzteku, v násilí, agresivitě, obsesích, holdování drogám a ve ztrátě smysluplnosti života“.

Životní přístup

Na jedné straně platí, že to, oč nám jde, ovlivňuje naše myšlení. Na druhé straně také platí, že to, co si myslíme, ovlivňuje i naše chtění, naši vůli i zaměření našeho života. V praxi to vypadá tak, že myslíme-li na věci negativní, deprimuje nás to, ničí to naši duši, ale dokonce to i negativně dokresluje obraz našeho obličeje a celého našeho vzezření (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Humor

Ukazuje se, že lidé, kteří nemají smysl pro humor, případně humor ztratili, vyhořívají podstatně rychleji a úplněji než ti, kteří smysl pro humor mají a bohatě ho používají i v zaměstnání.

Dekomprese

Neboli uvolnění napětí či stresu činností, při které zcela zapomeneme na vše ostatní (např. zájmová činnost, četba, hudba (Křivohlavý, 2012).

Jednání s lidmi

To, jak spolu jednáme, se projevuje minimálně třemi různými způsoby:

- Fyzická aktivita během komunikace.
- Bezeslovné vyjadřování (neverbální komunikace)- mimika, gesta, tím, jak se tváříme, něco sdělujeme.
- A dále to, jak spolu mluvíme.

Jeden ze základních poznatků sociální komunikace je, že není možné nekomunikovat. To, co děláme a jak s druhými jednáme, si vykládáme zcela přirozeně z vlastního hlediska.

Jakmile to ale druhý člověk uslyší či uvidí, vstupuje do hry něco dalšího. Může jít o jeho očekávání, o jeho představy. To ovlivňuje naše sdělení tak, že ho mění.

Během vzájemného jednání s lidmi hraje důležitou roli také **sebevědomí a sebepojetí** obraz, který si člověk udělá sám o sobě. To, jaké máme mínění sami o sobě, ovlivňuje okolí. Tím, jak s námi jednájí, za koho nás považují a co dělají, když s námi přicházejí do styku, ovlivňuje naše sebepojetí. Když nás chválí, naše sebepojetí a tím i sebevědomí se zlepšuje. Když nás haní, sebepojetí dostává rány a sebevědomí klesá (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Chceme-li být schopni porozumět ostatním, musíme si v první řadě porozumět sami. Přírozenou součástí osobního rozvoje by tedy měla být pravidelná **sebereflexe** – úvahy o tom, co, jak a proč vlastně děláme, co prožíváme, k jakým cílům směřujeme a jak se nám to daří. Na základě takového sebezpozorování dochází k sebehodnocení a na základě kladného sebehodnocení posilujeme vlastní sebedůvěru a sebevědomí (Šimková, 2013).

Evalvace a devalvace

Devalvace je snižování hodnoty druhého člověka, s nímž přicházíme do styku, a to jak v očích druhých lidí, kteří jsou našeho jednání svědky, tak i v očích toho, s nímž tak jednáme. Děláme to svými činy, tím, jak s ním mimoslovně jednáme a jak s ním hovoříme.

Evalvace je kladné hodnocení druhé osoby, to, co její kladné sebehodnocení posiluje a sílí sebevědomí. Sdělování úcty, uznání a vážnosti, laskavé a uctivé jednání s druhým člověkem, uznání kladné hodnoty toho, co udělal. Zastání se ho, když se mu křivdí, vyslechnutí ho, chce-li něco říci, nebo jeho pochválení, je-li jeho čin pochvaly hoden (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Využití času a energie

Naučit se odlišovat, co energii ubírá a co jí naopak dodává. Důležité je stanovit si cíle, které nejsou příliš velké, komplikované a nezvladatelné. Dále je dobré formulovat si to, čeho chci dosáhnout pozitivně a nesrovnávat současnost s minulostí. Člověka v jeho smýšlení na svět ovlivňují zažitá vzorce chování a s tím spojené výčitky svědomí. „Cíle musí být takové, abyste je byli schopni splnit vy sami, to znamená, že jejich uskutečnění závisí jen na vás.“ Také je dobré, vymezit časový horizont, během kterého daný cíl mám splnit. Výhody, jež s sebou daná změna nese, by měly převažovat nad nevýhodami (Stock, 2011).

Někdy se stává, že velké nadšení a angažovanost do práce potlačí osobní zájmy. Zejména u žen, které v životě sehrávají roli manželek a matek, se osobní zájmy často úplně vytrácejí. Chceme-li ovšem investovat energii do práce a rodiny, musíme ji také někde získávat

a k tomu právě slouží naše osobní a rozvojové cíle, záliby, koníčky, věci, které nás baví a přinášejí do našeho života radost a uspokojení. A pokud chceme odolávat obtížným situacím, je třeba udržovat se i tělesně fit. To znamená jak přiměřené množství pohybu, tak i přiměřené množství skutečného odpočinku a relaxace (Šimková, 2013).

Aktivní přístup k životu

Zahrnuje následující zásady (Kebza, Šolcová, 1998):

- Otevřenost k tomu, co se kolem nás děje, zájem o okolí a snaha chápat veškeré události a jevy v okolí jako zajímavé a smysluplné.
- Nebát se změn. Chápat a přijímat je jako něco naprosto běžného, přirozeného a obvyklého a považovat je za příležitost k tomu, ukázat, co dovedu.
- Při setkání se stresujícími životními událostmi nebýt pasivní, ale aktivně hledat způsoby a kroky jak životní situaci čelit – odhodlat se k podniknutí rozhodné protiakce.
- Počítat se stresujícími situacemi. Je třeba si uvědomit, že stresujícím situacím se v dnešním světě nevyhneme a při jejich hodnocení je potřeba z tohoto vědomí vycházet. Zejména v postavení, ve kterém jsou napjaté situace každodenním chlebem.
- Umět izolovat stres od ostatních životních aktivit – patří sem např. umění uzavřít své pracovní starosti za dveřmi kanceláře, stejně jako schopnost nepřinášet s sebou do zaměstnání své partnerské nebo rodinné starosti.
- Dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi. Dobré sociální zázemí a pevné zakotvení ve vztazích s druhými lidmi nám velmi pomáhá při zvládnutí stresu. Pocit podpory ze strany ostatních, pocit přináležení k někomu, možnost probrat s někým blízkým své problémy – to vše pomáhá lépe se vyrovnávat s životními těžkostmi.
- Vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí – zaměřit se na zdroje stresu, u jejichž vzniku je člověk sám – najít si uspokojující práci, aktivně, vstřícně a s rozvahou řešit průběžné problémy s životním partnerem a dětmi. Harmonický rodinný život poskytuje nezbytnou oporu nutnou k doplnění rezerv vyčerpaných vysokými nároky ze strany pracovního prostředí.
- Osvojit si zdravý životní styl. Aktivní přístup k životu a aktivní odpovědnost za své zdraví jsou spojeny s dodržováním správné životosprávy, dostatkem spánku, dostatkem pohybové aktivity a s vyloučením škodlivých návyků (kouření, alkohol či jiné závislosti).

Relaxace a cvičení

Známe tyto typy relaxace:

- autogenní trénink podle Schulze,
- uvolnění svalů podle Jacobsona,
- techniky jako jóga, Tai chi, Čchi- kung,
- (auto)hypnóza,
- meditace, tzv. bdělé snění,
- biofeedback, nebo-li biologická zpětná vazba.

Cílem všech relaxačních postupů je snížení aktivity sympatiku a aktivizace parasympatiku, jeho protipólu v rámci vegetativního nervového systému. Je důležité, aby se prováděla pravidelně po delší dobu.

Účinky pravidelné relaxace

Klid a vyrovnanost, duševní svěžest, snížení svalového napětí, snížení reflexní činnosti, rozšíření cév, snížení tepové frekvence, snížení krevního tlaku, snížení dechové frekvence, snížení spotřeby kyslíku, změna aktivity EEG.

Kondiční cvičení

Pravidelný pohyb zlepšuje náladu, protože při zvýšené zátěži začne tělo vylučovat endorfiny- hormony štěstí, dále dochází ke změně mozkové činnosti. Díky hormonu serotoninu, kterého je nedostatek např. při depresích. „Pravidelný pohyb pozitivně ovlivňuje průměrnou délku života, snižuje riziko vzniku rakoviny, posiluje oběhový systém a je dobrou prevencí onemocnění pohybové a opěrné soustavy. Jeho prostřednictvím se nejen zvyšuje naše výdrž, ale zlepšuje se nám i nálada.

Účinky pravidelného cvičení

Snížení pocitu napětí a stresových stavů, úbytek úzkostných a depresivních stavů, zvýšení schopnosti koncentrace, pozitivní přístup k vlastnímu tělu, posílení sebevědomí (Stock, 2011).

5.4 Externí vlivy v prevenci a zvládnání syndromu vyhoření

5.4.1 Sociální opora

Systém **sociální opory** je chápán jako určitý tlumící systém, který chrání lidi proti potencionálnímu škodlivému vlivu stresových událostí. Ti, kteří disponují takovýmto silným systémem sociální opory, se proto jeví lépe vybaveni ke zvládnání závažných životních změn i každodenních běžných mrzutostí.

Nedá se říci, že člověk, který má větší počet kontaktů s druhými lidmi, má automaticky vyšší míru sociální opory. Při té nejde ani tak o počet lidí, s nimiž přicházíme do osobního styku, jako spíš o hloubku vztahů k lidem, s nimiž máme hlubší osobní vztah (Křivohlavý, 2001).

Člověk se sice rodí jako jednotlivec, avšak prakticky vždy jako člen malé skupiny-rodiny. Tak se člověk rodí do společenské skupiny, vyrůstá v **sociální skupině** mezi kamarády, spolužáky, přáteli a později mezi spolupracovníky. Toto společenství druhých lidí určitým způsobem spolu spjatých vytváří tzv. **sociální síť**. Takovouto sociální síť může být nejen rodina, třída, kolektiv, pracovní či sportovní tým, ale i společenství sousedů, přátel ze zájmové skupiny. Sociální síť slouží jako významná pomoc jak v boji se stresem, tak při prevenci emocionálního vyhoření.

Cary Cherniss, profesor psychologie v USA, upozorňuje na 6 překážek vytváření účinných forem sociálních opor v organizacích, které pracují s lidmi:

- Pokud ti, kteří druhým pomáhají, zauímají protichůdná stanoviska, postoje, názory.
- Pokud v pracovním týmu panuje nepřátelské soupeření, typu „kdo z koho“, cílem „já jsem vítěz a ty poražený“.
- Pokud pracují spolupracovníci příliš daleko od sebe, mají malý osobní kontakt.
- Pokud jsou lidé tak vyčerpaní z mimopracovních aktivit, že jim téměř žádná energie nezbyvá.
- „Společenská tabu zakazující styk lidí z různých společenských vrstev, z různých oddělení, profesí, různé úrovně vzdělání, různého sociálního postavení.
- Vyšší míra fluktuace.

Pracovní podmínky

Přáním každého vedoucího je, aby v oddělení, které vede, měl dobře motivované zaměstnance, kteří se chtějí spolu s ním podílet na řešení úkolů, jež se mají plnit. S ohledem na toto přání by nejprve měl provádět výběr pracovníků. Dále zajistit těmto dobře motivovaným lidem takové pracovní podmínky, aby mohli co nejlépe pracovat. Zabránit všemu, co by mohlo jejich úsilí mařit a jejich nadšení tlumit.

Organizace práce:

- Ujasnění si kompetencí, co se od koho očekává, jaké má kdo povinnosti.
- Naplánovat pracovní úkoly reálně, dle možností pracoviště.
- Důsledná zpětná vazba a kontroly.
- Flexibilita, při rozmisťování lidí by se mělo dbát na jejich specifčnost.
- Kompletizace, při které bude vidět efekt práce, konečný výsledek.
- Uznání, všemi možnými prostředky.

Úprava pracovních podmínek:

- Uvolnění z napětí, místo, kam se může člověk uchýlit a odpočinout si, mimořádná dovolená na zotavenou.
- Zredukování zbytečných administrativních činností.
- Zjednodušení příliš složitých pracovních postupů.
- Zpestření jednotvárné práce, začlenění humoru a mimopracovních aktivit.
- Spolupráce je velice důležitá a její klidná forma je jako protiklad skupinového soupeření.
- Úprava pracoviště, možnost zachování soukromí a klidu.
- Hluk, který nás ničí a vyvolává v nás stres.
- Světlo, které nesmí být příliš oslňující, ale ani ho nesmí být příliš málo.
- Tepelná pohoda, „závisí na suché a vlhké teplotě, tepelném záření a proudění vzduchu“.
- Klid (Křivohlavý, 2012).

Možnosti vzdělávání:

Umožnění účasti zaměstnanců na školicích akcích, seminářích a přednáškách, umožnění rekvalifikace, dálkového studia, zprostředkování zahraničních stáží ke zvýšení odbornosti a kompetencí pracovníků (Bartošíková, 2006).

Kvalitní adaptace do zaměstnání

Na počátku zaměstnaneckého vztahu je to kvalitní adaptační proces, jenž zaměstnanci umožní seznámení s prostředím a proniknutí do profesní praxe. V průběhu zaměstnání je to pak především dobrá organizace práce, kdy všichni zaměstnanci vědí, co se od nich čeká, a ze strany nadřízených dostávají zpětnou vazbu. Další přirozenou podmínkou je možnost osobního rozvoje zaměstnanců (Šimková, 2013).

Supervize

Je setkávání za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce s pacienty. Slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů. Etickým kritériem je prospěch pacienta. **Supervize** je setkání pracovníků (týmu, skupiny nebo jednotlivce) se supervizorem. Obsahem rozhovorů jsou situace, které zdravotníci zažívají ve své praxi. Zátěž nepůsobí jen přímý kontakt s nemocným, bolestí, stresem. Stále častěji se objevují problémy ve vedení týmu, spolupráce s kolegy, vztah lékař- sestra. Náplní může být také kazuistika obtížného případu. Supervizor nabízí svůj pohled zvenčí, přináší své zkušenosti, doporučení.

V případě práce se složitým pacientem či při mimořádné události supervize poskytuje pracovníkovi podporu, posiluje jeho pracovní kompetence, přináší mu inspiraci pro nové postupy. Pokud by došlo k závažnému pochybení nebo porušení zákona či etických norem, zváží supervizor další postup (Venglářová, 2011).

Formy supervize:

- **Týmová supervize:** určená pro všechny členy týmu a je zaměřená na fungování týmu, spolupráci a komunikaci mezi členy, dále vztahy v organizaci a vztahy k vnějšku. Je nutné se předem dohodnout, zda bude přítomen někdo z vedení týmu.
- **Skupinová supervize:** setkání pracovníků pracujících s podobnými pacienty v podobných zařízeních. Nejčastěji probíhá formou balintovské supervize (kazuistické). Skupina je tvořena 8-12 členy. Je nutné předem jasně vymezit cíle, obsah a formální požadavky na supervizi.
- **Individuální supervize:** probíhá formou strukturovaného rozhovoru mezi jedním pracovníkem a supervizorem. Sestry ji volí spíše u mimořádného zážitku, např. napadení pacientem (Venglářová, 2011).

Zkušenosti z jiných zemí:

Rakouští supervizoři S.Steinmuller a H. W. Hemp berou supervizi jako aktivitu, která činí každodenní život v práci zejména u sociálních profesí snazší a snesitelnější a která pomáhá lidem zvládat stres. Tito autoři vidí supervizi jako proceduru a proces poradenství, jenž má sloužit k reflexi profesionálních problémů (Steinmuller, Hemp 2000 in Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010).

Ve Spojeném Království neexistuje obecně přijímaná definice supervize, a různé pomáhající profese pojmají supervizi různě. Ani termín klinické supervize není zcela akceptován a mnozí odborníci preferují např. termíny „tréninková supervize“ a „konzultativní supervize“ (Carroll 2003 in Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010).

Funkce supervize:

- **Vzdělávací funkce**- získávání nových vědomostí, zkušeností, porozumění v širších souvislostech.
- **Podpůrná funkce**- „Základní pilíř boje proti vyhoření. Během ošetřování nemocných prožívají sestry řadu stresujících situací, někdy mohou nabýt až rozměru traumat. Dlouhodobý kontakt s bolestí, trápením, bezvýchodností situace pacienta, s limity péče, se smrtelností lidí, to vše vede k velké emoční zátěži pracovníků. Negativní emoce se mohou objevit přímo při práci. Obvyklou reakcí je pak vytvoření hradby, kterou se zdravotník snaží chránit od přílišné zátěže.“
- **Řídící funkce**- Supervizor kontroluje kvalitu práce.

Etické principy supervize:

- Prospěch klienta,
- chrání autonomii klienta,
- vychází z dobrých úmyslů,
- ochrana sdělených údajů,
- supervizor se řídí platnými zákony, v případě, že zjistí závažná fakta, která ohrožují klienta, jedná s přímým nadřízeným,
- neublížení (Venglářová, 2011).

Specifické metody supervize

Koučink

Je spíše používaný ve firmách, jedná se o kombinaci poradenství, zpětné vazby a praktického nácviku, zejména pro:

- změny struktury organizace,
- nové pracovní postupy,
- změna rolí,
- problémy ve spolupráci v týmu,
- problémy v komunikaci,
- problémy s nadřízenými, podřízenými,
- otázky personálního rozvoje.

Balintovská skupina

Zakladatelem metody je Michael Balint (1895-1970), maďarský lékař. V padesátých letech 20. století začal se skupinou kolegů používat tento postup při kazuistických seminářích nad obtížnými případy z lékařské praxe. Pozornost soustředil na vztah mezi pomáhajícím profesionálem a pacientem.

- Je zde přednášející, který přednese případ tak, jak si ho pamatuje, jeho subjektivní obraz.
- Účastníci se ptají na okolnosti, detaily, aby si mohli utvořit obraz o tom, co se asi dělo v pomáhajícím, klientovi a případně i v dalších osobách, které v příběhu vystupují.
- Pomocí fantazie si účastníci zkoušejí vytvářet obraz o tom, co se dělo a jak to probíhalo.
- Účastníci říkají, jaký postup by v dané chvíli volili na místě pomáhajícího.
- Ten, kdo případ předložil, se vyjádří k tomu, co slyšel. Ocení to, co pro něj bylo užitečné.

6. Práce sestry na intenzivní péči

6.1 Práce v pomáhající profesi

Morální kodex sester

Základní povinnost sestry je několikanásobná- podporuje zdraví, předchází nemocem, navrácí zdraví, zmírňuje utrpení. Potřeba ošetřovatelství je všeobecná. V ošetřovatelství je neoddělitelné respektování života, důstojnosti a práv člověka, jakož i jeho národnosti, rasy, víry, barvy pleti, věku, pohlaví, politického a sociálního postavení.

- Poskytování pomoci člověku, který pomoc potřebuje,
- maximální úcta k lidské důstojnosti,
- sestra nejedná diskriminačně,
- chrání nemocného před protiprávním jednáním,
- jedná zodpovědně,
- dodržuje standardy ošetřovatelské péče,
- spolupracuje s ostatními pracovníky,
- podílí se na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví,
- jedná mravně (Vučková, 1994).

Jaké jsou osobnostní předpoklady pro profesi zdravotníka:

- Být tu vždy pro druhé.
- Nejprve všichni ostatní, pak teprve přijdeš na řadu ty.
- Nesmíš na sobě nic dát znát.
- Starosti z domova nech za dveřmi.

Přísné nároky na ukázněnost zřejmě pramení z historie, kdy ošetřovatelskou profesi zastávaly řeholní sestry. Ty měly lepší možnost oddělit soukromí od péče o nemocné. Soukromý život nechaly před branami kláštera. Základním předpokladem pro vykonávání povolání zdravotní sestry je absolvování příslušné školy, adaptačního období, dalšího vzdělávání. Dále jsou zde ještě osobnostní předpoklady (Venglářová, 2011).

Povahové rysy

Každá sestra je individuální bytost, která se každodenně setkává s nepříznivými osudy pacientů. Nezbytnou součástí osobnosti sestry je působení pracovního prostředí, složení ošetřovatelského týmu a vztahy v kolektivu. Obecně lze tedy říci, že pro profesi sestry je

důležitá psychická zralost, emoční stabilita a vyšší tolerance k frustraci nenaplněných cílů (Švecová, 2012).

Důležitou roli hraje **sociální inteligence** – vnímání druhých lidí, nálady a e mocí, které pacient prožívá. Otevřená komunikativní povaha, umění ptát se a naslouchat. Schopnost týmové spolupráce. Kompromisy při řešení konfliktů (Venglářová, 2011).

6.2 Práce na intenzivní péči

Intenzivní péče poskytuje pacientovi vždy komplexní a individuální péči, protože je poskytována danému pacientovi, v dané chvíli, v co nejvyšší možné míře. Komplexní ošetrovatelská péče je vždy maximální, ale specifická dle typu oddělení a diagnózy. Intenzivní péči vyžadují pacienti s různými chorobami a obtížemi, každý z nich potřebuje různý rozsah péče. Sestra má obvykle s nemocným daleko bližší vztah než lékař. Pacient je často na její péči závislý, je v podřízené pozici. Proto je důležité, aby sestra dokonale znala jeho potřeby, trpělivě ho vyslechla, poradila mu a neudílela jen příkazy a zákazy. Měla by vždy maximálně podporovat jeho soběstačnost a zároveň plně saturovat jeho potřeby. K nejčastějším potřebám pacienta na intenzivní péči patří dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost, psychická vyrovnanost (Kapounová, 2007).

Pracoviště intenzivní medicíny (v zahraničí se nejčastěji používá ICU – intensive care unit) jsou určena nemocným s potenciálním nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Zabývá se diagnostikou, kontinuálním sledováním a léčbou pacientů s potenciálně léčitelnými život ohrožujícími chorobami, úrazy a komplikacemi, u nichž je nezbytná podrobnější lékařská a ošetrovatelská péče než jakou lze poskytnout na standardních odděleních (Jánová, 2011).

Na všech typech intenzivní péče je stav pacientů nepřetržitě sledován sestrou a veškeré informace zaznamenávají do **dokumentace**. V rámci dokumentace nesmí chybět podepsaný informovaný souhlas s hospitalizací. Pokud zdravotní stav neumožňuje pacientovi dát informovaný souhlas, je vyplněn a odeslán na obvodní soud příslušný formulář, který se zakládá do dokumentace. V současné době je ke stanovení ceny péče hrazené zdravotními pojišťovnami využíván systém, který vztahuje hodnotu skóre k výkonům a technikám používaných v terapii a u jednotlivých pacientů – TISS (Therapeutic Intervention Scoring systém) (Kapounová, 2007).

Zdravotník by si měl během péče o pacienta v bezvědomí osvojit doporučení a zásady **specifické komunikace**. Jakýkoliv výkon by měl předcházet a ukončovat iniciální dotyk (dle

anamnézy jej využívají všichni členové zdravotnického týmu, je to stále stejné místo na těle pacienta). Oslovovat pacienta jménem, komentovat prováděné úkony, ověřovat hloubku vědomí (zmáčknutí ruky na výzvu, otevření očí, nebo plazení jazyka na výzvu), všimnout si sebemenší reakce na naše podněty (mrknutí oka, grimasa, změna dechového rytmu atd.). Dodržovat základní etická pravidla v komunikaci u nemocných v závažném zdravotním stavu (nikdy se o zdravotním stavu takového pacienta nebavit s další osobou nad jeho lůžkem, předpokládat, že nás může slyšet a vnímat, ale není schopen dát to najevo, kontrolovat své chování, emoce a samozřejmě o pacienta pečovat s ohledem a laskavostí) je samozřejmostí. Stejně tak je dobré podněcovat rodinu pacienta ke komunikaci, byť pasivní, jednostranné, dle výše zmíněných pravidel (Zacharová, 2008, Plevová, 2011 in Myslivcová, 2016).

Indikátorem kvality ošetrovatelské péče na pracovištích intenzivní medicíny bývá především konstantní tým vysoce kvalifikovaných zdravotních sester. Je důležitým úkolem nadřazených pracovníků o tento tým pečovat a snažit se ho udržet. Také výběru nových spolupracovníků je třeba věnovat velkou pozornost. Je také velmi důležité vhodně řídit, dokumentovat a vyhodnocovat adaptační proces nových kolegů. Věnovat pozornost tomu, jak si nový pracovník zvyká na režim a chod oddělení, osvojuje si manipulaci se základním přístrojovým vybavením a učí se zručně provádět specifické výkony, než se mu po mnohém opakování stanou běžnou rutinou. Cílem adaptačního procesu je co nejrychlejší a nejefektivnější začlenění nově příchozího do týmu, což posílí a ulehčí následnou spolupráci s jeho kolegy a naučí pracovníka fyzicky a psychicky zvládat tuto namáhavou práci. Předchází odchodu nových zaměstnanců v prvním roce po nástupu do nového zaměstnání, snižuje jejich nervozitu a stres z nového prostředí a především zvyšuje pracovní spokojenost a oddanost pracovníka (Šimonová, 2014 in Blahníková, 2015).

II EMPIRICKÁ ČÁST

7. Stanovení cílů a hypotéz výzkumu

Na základě teoretické části pojednávající o SV byly stanoveny následující cíle výzkumu a hypotézy.

7.1 Stanovení cílů

- 1) Zjistit, zda jsou sestry informované o problematice SV, změřit vyčerpanost zdravotního personálu.
- 2) Zjistit podmínky na pracovišti – pomocný personál, pomůcky, interpersonální vztahy.
- 3) Zjistit zda se sestry samy snaží předcházet SV.
- 4) Zjistit spokojenost sester s přístupem zaměstnavatele ohledně prevence proti SV.

7.2 Stanovení hypotéz

Hypotéza 1: „Předpokládám, že méně než polovina odpoví na otázku - Cítím vyhoření ze své práce – (6,7 bodů) kladně“.

Hypotéza 2: „Předpokládám, že méně než polovina odpoví na otázku - Jsem na konci svých sil – (6,7 bodů) kladně“.

Hypotéza 3: „Předpokládám, že více než polovina odpoví, že jsou na sestry kladeny příliš velké nároky“.

Hypotéza 4: „Předpokládám, že více než polovina odpoví, že má dost času na pacienty“.

Hypotéza 5: „Předpokládám, že více než polovina odpoví, že má dost času na osobní a rodinný život“.

8. Použitá výzkumná metoda

V kvantitativním šetření vyčerpanosti zdravotníků jsem použila 2 typy dotazníků.

8.1 Polostrukturovaný dotazník

První dotazník (viz příloha 1) je **polostrukturovaný**, vlastní konstrukce. Obsahuje 21 otázek. 2 jsou otevřené. Respondenti zde uvádějí, co si představují pod pojmem SV a návrh na zlepšení interpersonálních vztahů. 15 otázek je uzavřených, týkajících se identifikačních údajů respondentů, chování na pracovišti, vztahů s nadřízenými. 4 jsou polouzavřené, respondenti se mohou vyjádřit k tomu, co je na práci nejvíce vyčerpává, zda mají zaměstnanecké výhody, jak předchází SV, a jak předchází zaměstnavatel SV.

8.2 Maslach Burnout Inventory dotazník

Pro měření míry depersonalizace a pracovní spokojenosti byly využity faktory známého dotazníku **Maslach Burnout Inventory** (viz příloha 2), tedy světově nejrozšířenějšího dotazníku ke sledování vzniku syndromu vyhoření u exponovaných profesí. MBI měří pomocí 22 otázek celkem tři faktory – emocionální vyčerpání, depersonalizaci a pracovní spokojenost. K depersonalizaci, se váže v dotazníku 5 otázek a dalších 8 otázek je věnováno pracovní spokojenosti. I v této části dotazníku pak respondenti vyjadřují sílu svých pocitů k jednotlivým vyjádřením na škále od 0 do 7 (0 - nulová síla pocitu x 7 - velmi silný pocit) (Cañadas-De la Fuente a kol. 2015 v Blahníková 2015).

8.3 Zpracování dat

Výsledky dotazníků, které byly v papírové podobě, jsem převedla do digitální podoby a pomocí programu MS office Excel 2007 a dle typů dotazníků vyhodnotila.

9. Výsledky zkoumání

Výzkumné šetření probíhalo na 5. odděleních intenzivní péče pražské Nemocnice Na Homolce. Před zahájením samotného šetření jsem požádala náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, hlavní sestru, o schválení výzkumu na daných odděleních. Součástí žádosti byl přiložen kompletní dotazník. Rozdáno bylo 100 anonymních dotazníků, návratnost byla

70 dotazníků. Dotazníky jsem doručila osobně, se souhlasem vrchní sestry daného oddělení. Všichni respondenti, mají minimálně středoškolské vzdělání, rozdílné specializace a doplňkové kvalifikační kurzy. Pracovní prostředí na odděleních a v jedné nemocnici poskytuje podobné pracovní podmínky.

9.1 Výsledky polostrukturovaného dotazníku

Otázky jsou vyhodnoceny postupně. U odpovědí s více možnostmi jsou výsledné hodnoty zobrazeny pomocí grafu nebo vypsány textové odpovědi.

Co si představujete pod pojmem: syndrom vyhoření?

Tato otázka je otevřená, bez možností výběru odpovědí. Všichni respondenti popsali, co si myslí o SV. Některé pojmy se zde často opakovaly, jiné byly originální, nebo k zamyšlení:

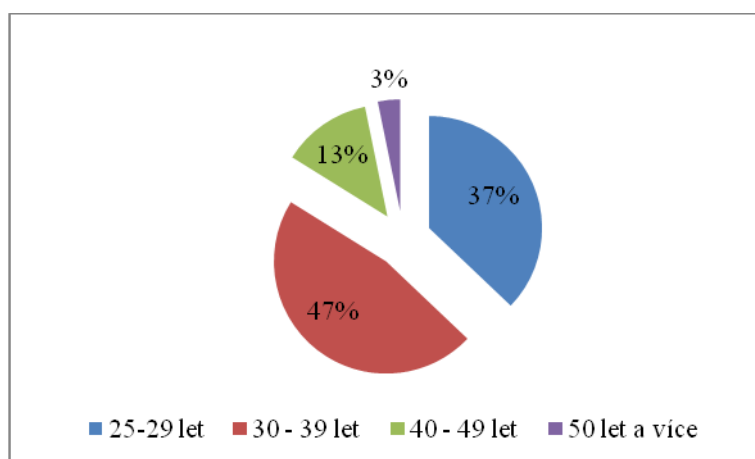
- *„Znechucení ze svého zaměstnání, pocit neuspokojení, pocit, zbytečnosti, citová oploštělost k pacientům, kolegyním, ztráta empatie.“*
- *„Stav, kdy sestra vlivem stresu a nespokojenosti nechce a nemůže poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, pacienti jí nezajímají.“*
- *„Nezájem o práci, pacienta. Pocit, že nedokážu víc ze sebe předat pacientovi (oporu, povzbuzení). Vnitřní smutek, že člověk nedokáže změnit svůj pohled, ke kterému dospěl přepracováním.“*
- *„Demotivace zdravotnického personálu, pocit, že pacientům stejně nepomůžeme, pocit stereotypu, bezmoci, vyčerpání, nechut' chodit do práce, vyčerpání psychické i fyzické.“*
- *„Práce, která mě přestala bavit, obtěžuje mě, přestože dříve byla mým koníčkem.“*
- *„Že má člověk deprese a nic ho nebaví, ztráta inspirace a ideálů.“*
- *„Stav, kdy člověka netěší jeho zaměstnání, nenaplňuje ho. Může být vystresovaný nebo nemusí se chovat profesionálně (v případě sestry) k pacientům.“*
- *„Když je čas změnit lokál.“*

Pohlaví respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo 67 žen (96 %) a 3 muži (4 %).

Věková skupina respondentů

Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 1. Ve věkové kategorii 25-29 let bylo 23 respondentů (37 %), v nejvíce zastoupené kategorii 30-39 let bylo 29 respondentů (47 %), v kategorii 40-49 bylo 8 respondentů (13 %) a v kategorii 50 let a více byli 2 respondenti (3 %).



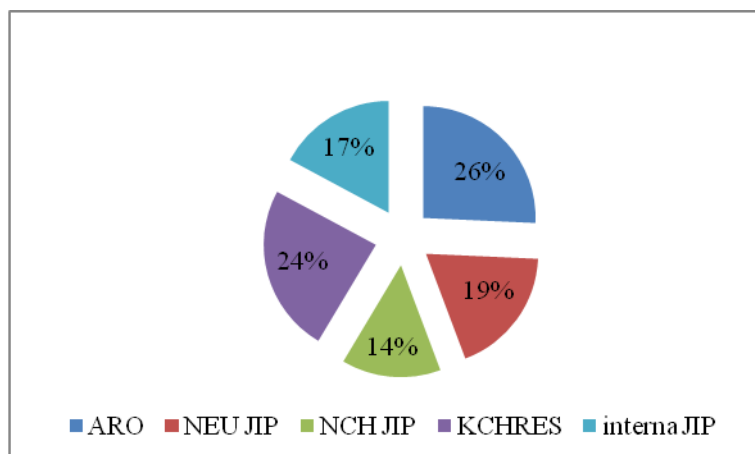
Obr. 1: Věkové skupiny respondentů

Na jakém typu oddělení pracujete?

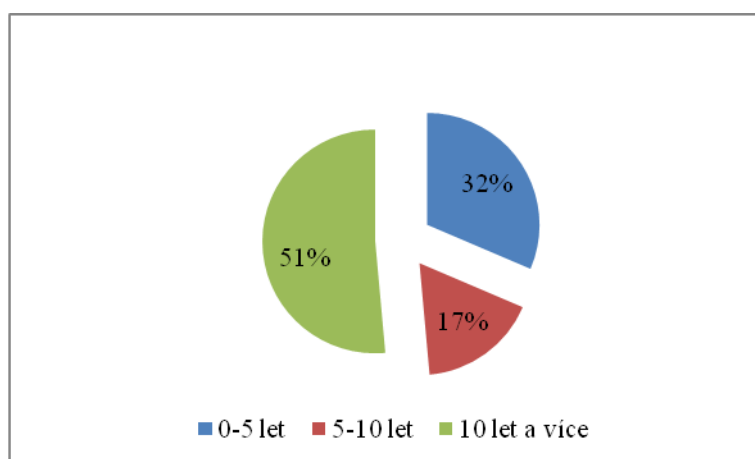
Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 2. Nejvíce zastoupená skupina s počtem 18 respondentů, pracuje na ARU (26 %), 13 respondentů pracuje na neurologickém JIPU (19 %), 10 respondentů pracuje na neurochirurgickém JIPU (14 %), 17 respondentů pracuje na oddělení kardiologie pooperační a resuscitační jednotce (24 %), 12 respondentů pracuje na interním JIPU (17 %).

Délka praxe respondentů v oboru intenzivní péče

Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 3. Nejkratší délku praxe na oddělení intenzivní péče v intervalu 0-5 let má 12 respondentů (32 %), 12 respondentů (17 %) má praxi 5-10 let a největší skupina respondentů v počtu 36 má praxi více než 10 let (32 %).



Obr. 2: Typ oddělení, na kterém respondenti pracují



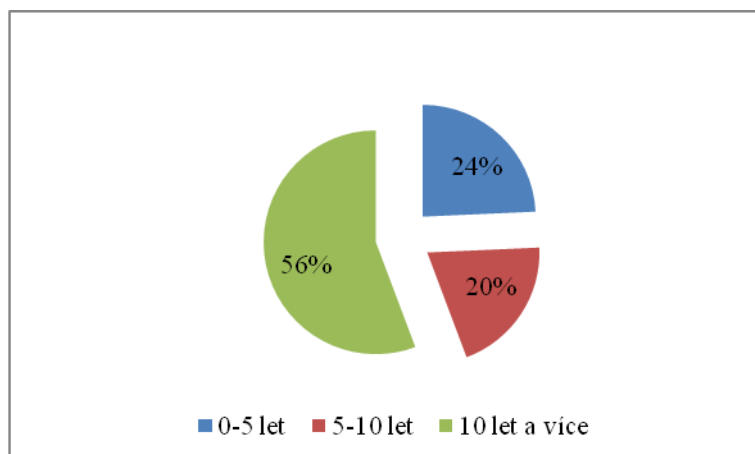
Obr. 3: Délka praxe na intenzivní péči

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 4. Ve zdravotnictví v intervalu 0-5 let pracuje 17 respondentů (24 %), 14 respondentů (20 %) pracuje 5-10 let a 39 respondentů (56 %) pracuje více než 10 let, což je také nejvíce zastoupená skupina.

Máte děti?

Na otázku, zda mají respondenti děti odpovědělo 35 respondentů (50 %) uvedlo, že děti má a 35 dětí, že nemá (50 %). Jde tedy o vyrovnaný poměr.



Obr. 4: Délka praxe ve zdravotnictví

Co Vás na práci nejvíce vyčerpává?

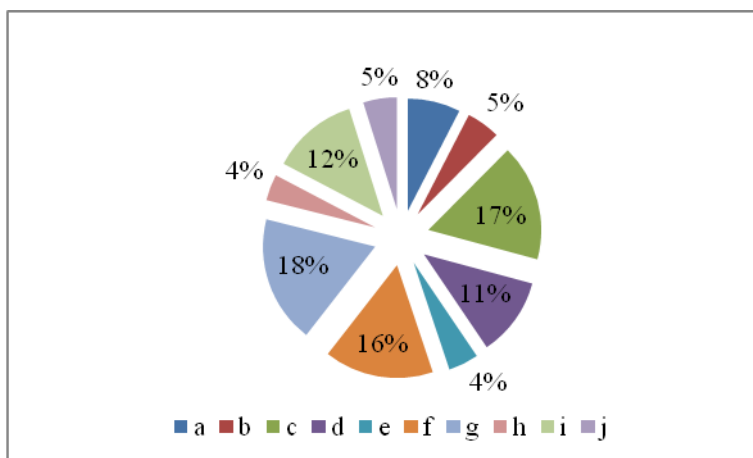
Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 5. Respondenti mohli zvolit několik možností. Pro přehlednost jsem počet respondentů, kteří odpověděli na jednotlivé varianty, napsala k variantě odpovědi.

Jednotlivé otázky:

- a) *Kladení mimořádných požadavků, které člověk nedokáže zvládnout* - 14 respondentů
- b) *Diktátorský režim nadřízeného* – 9 respondentů
- c) *Přetěžování, příliš mnoho úkolů, pacientů v poměru ke kapacitě pracovníků* – 31 respondentů
- d) *Nedostatek kladného ohodnocení práce nadřízenými* – 21 respondentů
- e) *Málo respektu, důstojnosti k pacientům* – 8 respondentů
- f) *Špatné vztahy na pracovišti* – 29 respondentů
- g) *Pocit, že člověk více dává, než přijímá* – 34 respondentů
- h) *Pracovní podmínky neumožňující pracovníkům tvořivé rozvinutí schopností a uplatnění dovedností* – 7 respondentů
- i) *Příliš velký rozdíl mezi představami a realitou* - 23 respondentů
- j) *Jiné, prosím napište* – 10 respondentů

K poslední variantě mohli respondenti připsat to, co je na práci nejvíce vyčerpává. Tuto možnost využilo 9 respondentů (5 %). Z oddělení ARO 4 respondenti, 2 z neurologie JIP, 1 z neurochirurgie JIP a 2 z oddělení kardiochirurgie, odpovědi byly následující:

- „*Neetické prodlužování života, 12 hodin práce u člověka ve stavu neslučitelným se životem (zbytečné finance), lidé nezodpovědní ke svému tělu (obézní, alkoholicí, narkomani).*“
- „*Nespravedlivý přístup nadřízených.*“
- „*Velký rozdíl v péči sester směrem k pacientům.*“
- „*Málo volna.*“
- „*Náročné noční služby.*“
- „*Nezvládnutelní pacienti s psychomotorickým neklidem.*“
- „*Malé finanční ohodnocení.*“
- „*Negativita pacientů, jejich vlastní ztráta chuti žít, postrádání smyslu života.*“



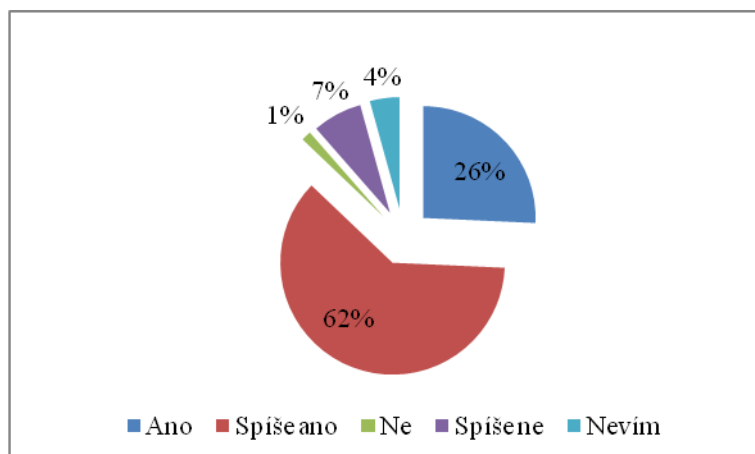
Obr. 5: Co vás na práci nejvíce vyčerpává

Panuje u Vás na pracovišti zdvořilé a slušné chování?

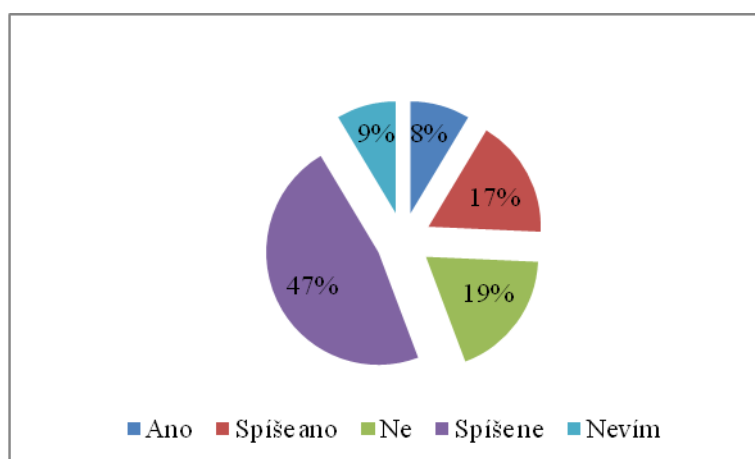
Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 6. Na otázku, že na pracovišti panuje zdvořilé a slušné chování odpovědělo kladně 18 respondentů (26 %), spíše ano odpovědělo 43 respondentů (62 %), což je rovněž většinová odpověď. Negativního názoru byl 1 respondent (1 %), spíše ne odpovědělo 5 respondentů (7 %) a 3 respondenti neví (4 %).

Panuje u Vás na pracovišti nevraživost?

Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 7. Z toho 6 respondentů (8 %) si myslí, že u nich na pracovišti panuje nevraživost, spíše ano odpovědělo 12 respondentů (17 %), 13 respondentů (19 %) si myslí, že u nich na pracovišti nepanuje nevraživost, spíše ne odpovědělo 33 respondentů (47 %), což je většinová odpověď a 6 respondentů (9 %) neví.



Obr. 6: Panuje u Vás na pracovišti zdvořilé a slušné chování



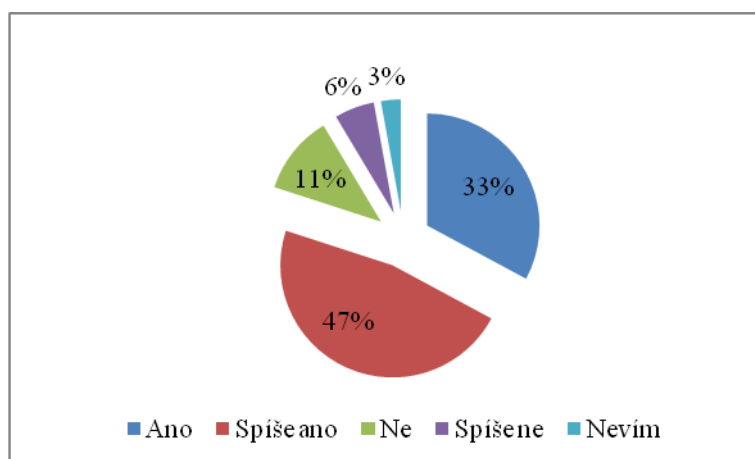
Obr. 7: Panuje u Vás na pracovišti nevráživost

Myslíte si, že jsou na sestry kladeny příliš velké nároky?

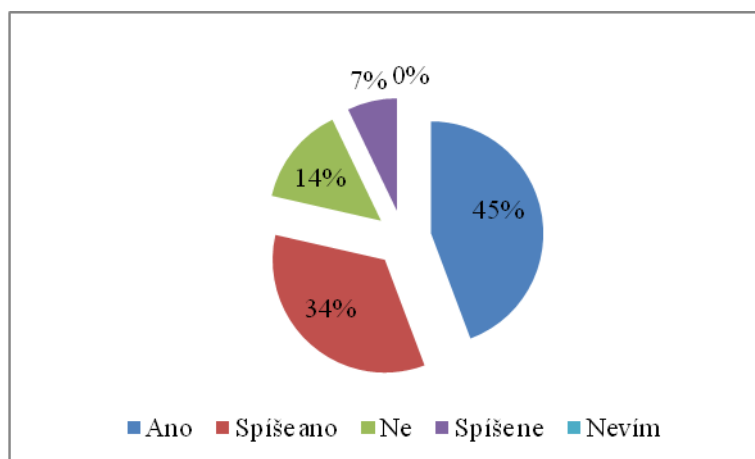
Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 8. O tom, že na sestry jsou kladeny velké nároky je přesvědčeno 23 respondentů (33 %), většinou odpověď spíše ano odpovědělo 33 respondentů (47 %), 8 respondentů (11 %) si myslí, že na sestry nejsou kladeny velké nároky, 4 respondenti (6 %) zvolili odpověď spíše ne a 2 respondenti (3 %).

Máte na oddělení dostatek pomocného personálu?

Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 9. O tom, že na oddělení je dostatek pomocného personálu je přesvědčeno 31 respondentů (45 %), což byla většinová odpověď, možnost spíše ano uvedlo 24 respondentů (34 %), 10 respondentů (14 %) si nemyslí, že by na oddělení byl nedostatek pomocného personálu, spíše ne odpovědělo 5 respondentů (7 %). Nevím nenapsal nikdo.



Obr. 8: Myslíte si, že jsou na sestry kladeny příliš velké nároky?



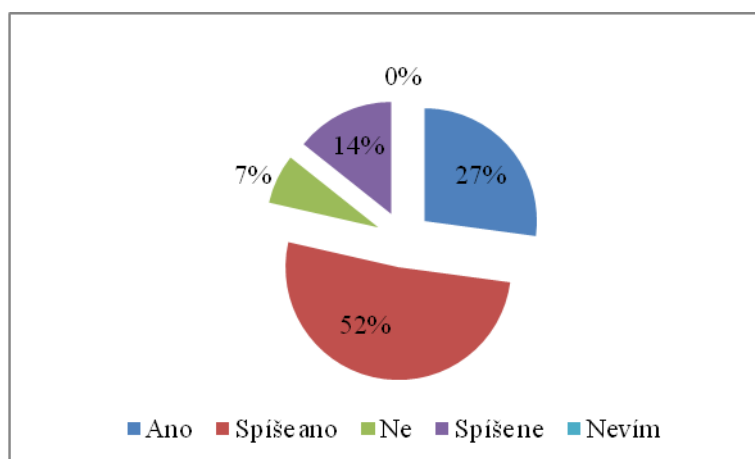
Obr. 9: Máte na oddělení dostatek pomocného personálu

Máte dost času na pacienty?

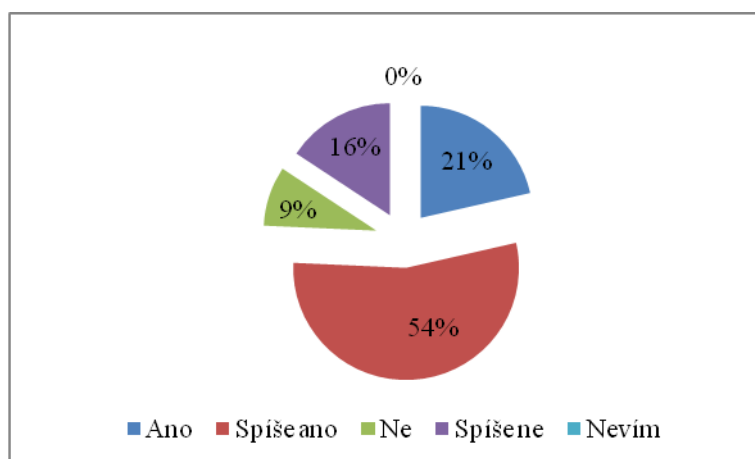
Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 10. O tom, že má dost času na pacienty je přesvědčeno 19 respondentů (27 %), spíše ano odpovědělo 36 respondentů (52 %), což je většinová odpověď. 5 respondentů (7 %) si myslí, že nemá čas na pacienty, 10 respondentů odpovědělo spíše ne (14 %) a nikdo nenapsal nevím.

Máte dost času na zdravotnickou dokumentaci?

Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 11. 15 respondentů (21 %) si myslí, že má dost času na zdravotnickou dokumentaci, spíše ano odpovědělo 38 respondentů (54 %), což je většinová odpověď. 6 respondentů (9 %) si myslí, že nemá dost času, spíše ne odpovědělo 11 respondentů (16 %) a nevím neodpověděl nikdo.



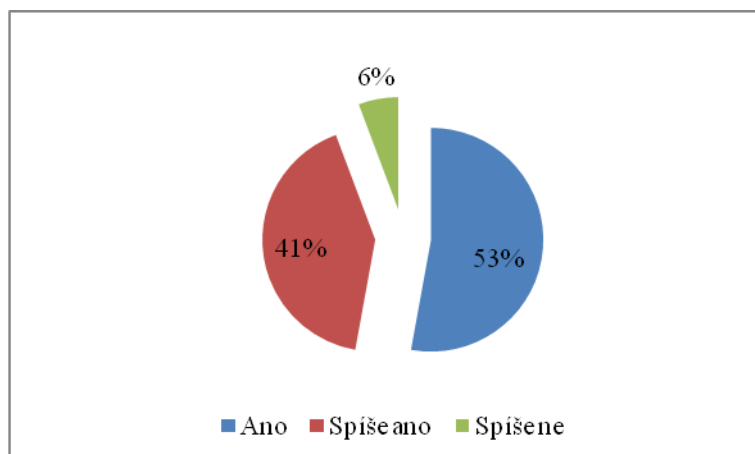
Obr. 10: Máte dost času na pacienty



Obr. 11: Máte dost času na zdravotnickou dokumentaci

Máte dostatek pracovních pomůcek?

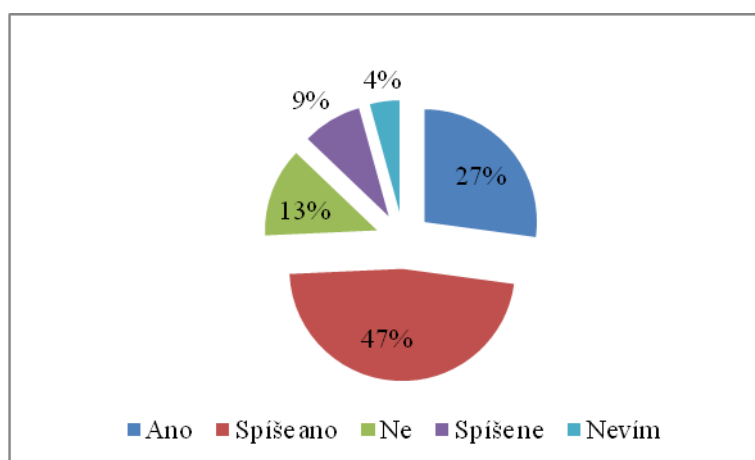
Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 12. 37 respondentů (53 %), což je většinová odpověď, si myslí, že mají na oddělení dostatek pracovních pomůcek, spíše ano odpovědělo 29 respondentů (41 %). 0 respondentů si myslí, že nemají dostatek pracovních pomůcek, spíše ne odpověděli 4 respondenti (6 %) a 0 respondentů napsalo, že neví. Pro přehlednost grafu, byly varianty, na které odpovědělo 0 respondentů smazány.



Obr. 12: Máte dostatek pracovních pomůcek

Jsou Vaši nadřízení spravedliví?

Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 13. 19 respondentů (27 %) si myslí, že jsou nadřízení spravedliví, spíše ano odpovědělo 33 respondentů (47 %), což je většinová odpověď. 9 respondentů (13 %) si myslí, že nadřízení nejsou spravedliví, spíše ne odpovědělo 6 (9 %) respondentů a 3 (4 %) neví.



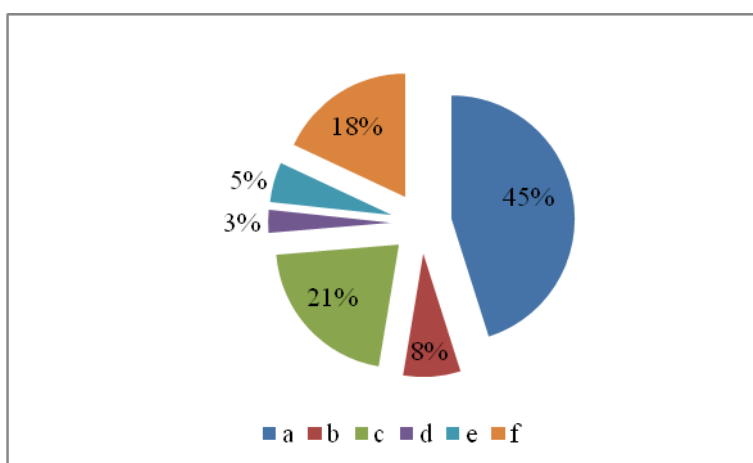
Obr. 13: Jsou Vaši nadřízení spravedliví

Máte v práci zaměstnanecké výhody?

Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 14. Respondenti mohli zvolit několik možností. Pro přehlednost jsem počet respondentů, kteří odpověděli na jednotlivé varianty, napsala k variantě odpovědi. K poslední variantě mohli respondenti připsat, jaké mají v zaměstnání zaměstnanecké výhody. Tuto možnost využilo 24 respondentů (18 %). Odpovědi byly následující: „unišky, sleva na bazén, relaxační centrum, podniková chata“.

Jednotlivé otázky:

- a) *Preventivní prohlídky* – 60 respondentů
- b) *Pomoc v případě krize* – 10 respondentů
- c) *Volno na zotavení* – 28 respondentů
- d) *Supervize* – 4 respondenti
- e) *Nic* – 7 respondentů
- f) *Jiné, prosím uveďte*



Obr. 14: Máte v práci zaměstnanecké výhody

Máte dostatek času pro Váš osobní a rodinný život?

Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 15. To, že má dostatek času pro osobní a rodinný život odpovědělo 11 respondentů (16 %), spíše ano odpovědělo 26 respondentů (37 %), což je většinová odpověď. Ne, odpovědělo 12 respondentů (17 %), spíše ne odpovědělo 20 respondentů (29 %). Nevím odpověděl 1 respondent.

Jakým způsobem předcházíte syndromu vyhoření?

Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 16. Respondenti mohli zvolit několik možností. Pro přehlednost jsem počet respondentů, kteří odpověděli na jednotlivé varianty:

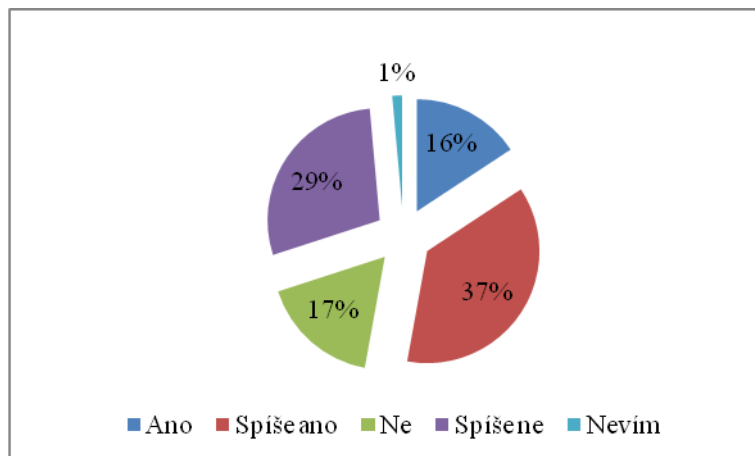
Jednotlivé otázky:

- a) *Správná životospráva* – 23 respondentů
- b) *Zájmy, záliby* – 49 respondentů
- c) *Relaxační techniky* – 22 respondentů

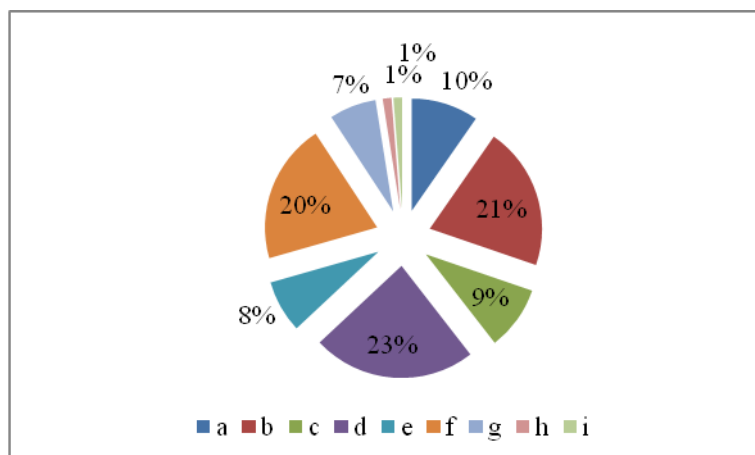
- d) *Volný čas s rodinou, přáteli* – 56 respondentů
- e) *Celoživotní vzdělávání* – 18 respondentů
- f) *Oddělování pracovního života od soukromého* – 48 respondentů
- g) *Asertivita* – 16 respondentů
- h) *Žádným způsobem* – 3 respondentii
- i) *Jiné, prosím uveďte* – 3 respondenti

K poslední variantě mohli respondenti připsat jakým způsobem předchází syndromu vyhoření, odpovědi byly následující:

- *„Domáci mazlíček, kultura,alkohol.“*
- *„Pracuji na částečný úvazek.“*
- *„Samostudium, kombinace odlišné práce.“*



Obr. 15: Máte dostatek času pro Váš osobní a rodinný život



Obr. 16: Jakým způsobem předcházíte syndromu vyhoření

Jak předchází Váš zaměstnavatel vzniku syndromu vyhoření?

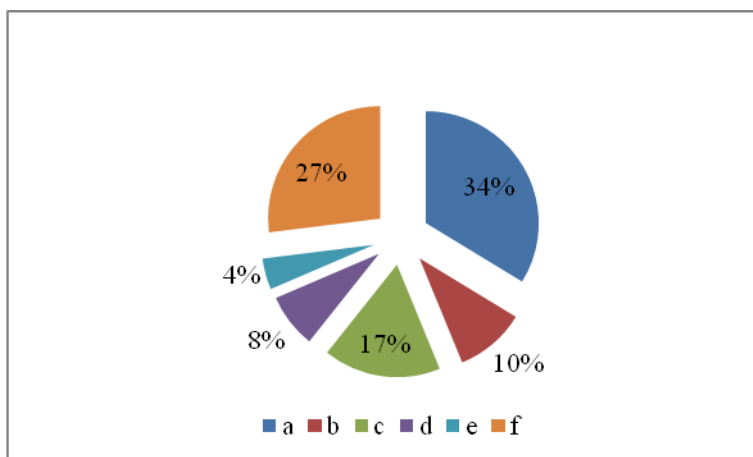
Výsledky této otázky jsou zpracovány v koláčovém grafu, viz obr. 17. Respondenti mohli zvolit několik možností. Pro přehlednost jsem počet respondentů, kteří odpověděli na jednotlivé varianty, napsala k variantě odpovědi.

Jednotlivé otázky:

- a) *Pořádá semináře* – 30 respondentů
- b) *Relaxační pobyty* – 9 respondentů
- c) *Výlety, návštěvy divadel (kin), památek* – 15 respondentů
- d) *Psychologická pomoc* – 7 respondentů
- e) *Supervize* – 4 respondenti
- f) *Jiné, prosím uveďte* – 24 respondentů

K poslední variantě mohli respondenti připsat jakým způsobem předchází syndromu vyhoření zaměstnavatel, odpovědi byly následující:

- „*Občasné akce, ale z iniciativy zaměstnanců (sami si vymyslí, zorganizují).*“
- „*Snaží se, abychom měli dobré pracovní podmínky.*“
- „*Nijak.*“



Obr. 17: Jak předchází Váš zaměstnavatel vzniku syndromu vyhoření

Jak zlepšit sesterské vztahy na pracovišti, nebo všeobecně interpersonální vztahy?

Tato otázka je otevřená, bez možností výběru odpovědí. Některé odpovědi a názory se opakovaly, zde je uveden reprezentativní vzorek odpovědí:

- „U nás jsou vztahy výborné, péče také. Tato otázka je složitá a složitá je odpověď, vždy je to o lidech, jaký si to udělají, takový to mají. Nedovolit drby, pomluvy a jiné ošklivé chování.“
- „Dostatek finančního ohodnocení, dostatek personálu, více dovolené, každoročně zaplacená dovolená u moře+ rodina (dle vlastního výběru), masáže.“
- „Pořádat tematické zájezdy“
- „Administrativní sestru, která se bude starat o dokumentaci, aby sestra měla více času na klienta.“
- „Uznat a vážit si práce sester. Změnit systém celého zdravotnictví od základu.“
- „Pořádat společné, relaxační pobyty.“
- „Více nadhledu a ochoty ke spolupráci.“
- „Fungující, motivující prostředí a nadřízení.“
- „2 měsíce prázdnin každých 5 let, placených.“
- „2-3x vyšší plat, zkrátila bych si úvazek na polovinu. Užila bych si volný čas pro sebe, pro rodinu, věnovala bych se nějakému pravidelnému koníčku a spokojená bych se těšila na stejně odpočínuté a spokojené kolegyně do práce...a samozřejmě na pacienty, na které bych byla ještě vlídnější než-li jsem teď.“
- „Spravedlivá pochvala, ocenění.“
- „Být k sobě upřímní, přijmout kritiku, nepomlouvat.“
- „Eliminovat personál vyvolávající konflikty.“
- „Dostatek personálu.“
- „Ujasnit si priority, neřešit hlouposti, oddělit profesní život od soukromého.“
- „Supervisor do týmu, někdo s nadhledem bez zaujetí.“
- „Více mužů do ženského kolektivu.“
- „Základem pro dobré vztahy je podle mě slušné chování. Netahat osobní problémy do práce, nemluvit s podřízenými z patra, povýšeně. Problém sesterského kolektivu je v jeho skladbě, ženy = drby. Starat se sám o sebe, v práci být ohleduplná, slušná, nevyužívat, nezávidět. V Česku utopie.“
- „Z očí do očí či ručně – stručně.“

9.2 Výsledky Maslach Burnout Inventory dotazníku

Vyhodnocení druhého dotazníku vycházejí ze studie Maslach a Jackson (1996). Metodika vyhodnocení SV je dělena na jednotlivé sub-škály, které berou v potaz stupeň emočního vyčerpání (EE), stupeň depersonalizace (DP) a stupeň osobního uspokojení (PA). Dotazník vyplnilo 65 respondentů. V tab. 1 jsou uvedeny průměrné hodnoty dotazníkové testu rozděleny do jednotlivých sub-škál.

Tab. 1: Celkové vyhodnocení dotazníku MBI

	Zkratka, sub-škála		
	EE	DP	PA
Hodnota	20,4	8,1	33,5

Vyhodnocení je provedeno jako celkový průměr všech naměřených hodnot, dle klíče tab. 2 (Maslach, Jackson, 1996). Výsledné hodnoty z testu ukazují na **mírný stupeň vyhoření** ve všech sub-škálách.

Tab. 2: Klíč k hodnocení MBI dotazníku

Stupeň vyhoření	Zkratka, sub-škála		
	EE	DP	PA
Nízký	0 - 16	0 - 6	0 - 31
Mírný	17 - 26	7 - 12	32 - 38
Vysoký	27 +	13 +	39 +

Zdroj: (Maslach, Jackson, 1996)

Pro vyhodnocení dle četnosti jednotlivých testů by byly hodnoty následující. Pro škálu EE bylo zastoupení odpovědí s hodnotou nízkého stupně vyhoření v poměru 38 %, mírného 42 % a vysokého 20 %. Pro škálu DP bylo zastoupení odpovědí s hodnotou nízkého stupně vyhoření v poměru 52 %, mírného 32 % a vysokého 15 %. Pro škálu PA bylo zastoupení odpovědí s hodnotou nízkého stupně vyhoření v poměru 42 %, mírného 26 % a vysokého 32 %.

9.3 Shrnutí výsledků

Z výsledků empirické části lze vyhodnotit stanovené cíle a hypotézy následovně:

Cíl č. 1 - zjistit informovanost sester o problematice syndromu vyhoření a změřit vyčerpanost zdravotního personálu.

K měření vyčerpanosti zdravotního personálu byl použit dotazník MBI. Z těchto výsledků vyplývá, že sledovaný soubor dosáhl celkově mírného stupně vyčerpanosti, což je vzhledem k náročnému pracovnímu prostředí poměrně pozitivní výsledek.

Zároveň všichni respondenti dokázali definovat pojem SV, o čemž vypovídají výsledky polostrukturovaného dotazníku v otázce č.1. Z otázky č. 8, vyplývá, že respondenty nejvíce vyčerpává pocit, kdy zaměstnanec více dává než přijímá.

Cíl č. 2 - zjistit podmínky na pracovišti – pomocný personál, pomůcky, interpersonální vztahy.

K vyhodnocení tohoto cíle slouží výstupy z polostrukturovaného dotazníku. Z výsledků vyplývá, že pomocného personálu (otázka č. 12) je podle 79 % respondentů dostatek (45 % ano, 34 % spíše ano). Pracovních pomůcek (otázka č. 15) je dostatek dle 94 % respondentů (53 % ano, 41 % spíše ano). Interpersonální vztahy (otázka č. 10) v rámci nevraživosti jsou dle 66 % respondentů v pořádku, v rámci slušného a zdvořilého chování (otázka č. 9) jsou dle 88 % respondentů v pořádku (26 % ano, 62 % spíše ano). Z těchto hodnot lze ohodnotit cíl č. 2 jako podmínky, které mají mírný vliv na vznik SV.

Cíl č. 3 - zjistit, zda se sestry samy snaží předcházet SV.

K vyhodnocení tohoto cíle slouží výstupy z polostrukturovaného dotazníku (otázka č. 19). Na tuto otázku odpovědělo 23 % respondentů, že SV předchází volným časem stráveným s rodinou a přáteli, 21% respondentů uvedlo zájmy a záliby a 20 % respondentů uvedlo oddělování pracovního života od soukromého.

Cíl č. 4 - zjistit spokojenost sester s preventivním přístupem zaměstnavatele proti SV.

K vyhodnocení tohoto cíle slouží výstupy z polostrukturovaného dotazníku (otázka č. 20). Nejvíce respondenti 34 % uváděli možnost semináře, 27 % uvedlo možnost jiné, kde sestry uváděly mimopracovní aktivity, dobré pracovní podmínky. Několikrát bylo dopsáno,

že se respondentům zdá, že zaměstnavatel nijak nepředchází SV, 17 % respondentů uvedlo možnost kulturní akce.

Hypotéza 1: „Předpokládám, že méně než polovina odpoví na otázku - Cítím vyhoření ze své práce – (6,7 bodů) kladně.“

Na otázku č. 8 z dotazníku MBI odpověděli s hodnotami 6 a 7 pouze dva respondenti. Tím se hypotéza potvrdila.

Hypotéza 2: „Předpokládám, že méně než polovina odpoví na otázku - Jsem na konci svých sil – (6,7 bodů) kladně.“

Na otázku č. 20 z dotazníku MBI odpověděl s hodnotami 6 pouze jeden respondent. Tím se hypotéza potvrdila.

Hypotéza 3: „Předpokládám, že více než polovina odpoví, že jsou na sestry kladeny příliš velké nároky.“

K vyhodnocení této hypotézy slouží výstupy z polostrukturovaného dotazníku (otázka č. 11). Kladně na tuto otázku odpovědělo 80 % respondentů (33 % ano, 47 % spíše ano). Tím se hypotéza potvrzuje.

Hypotéza 4: „Předpokládám, že více než polovina odpoví, že má dost času na pacienty.“

K vyhodnocení této hypotézy slouží výstupy z polostrukturovaného dotazníku otázka č. 13). Čas na pacienty má 79 % respondentů (27 % ano, 52 % spíše ano). Tím se hypotéza potvrzuje.

Hypotéza 5: „Předpokládám, že více než polovina odpoví, že má dost času na osobní a rodinný život.“

K vyhodnocení této hypotézy slouží výstupy z polostrukturovaného dotazníku otázka č. 18). Čas na osobní a rodinný život má 53 % respondentů (16 % ano, 37 % spíše ano). Tím se hypotéza potvrzuje.

III DISKUZE

Zkoumaný vzorek mé bakalářské práce obsahoval 70 respondentů, pracujících na oddělení intenzivní péče. Konkrétně z oddělení ARO, z neurologie JIP, z neurochirurgie JIP, z kardiologie a z interny JIP, poměry dotazníků z jednotlivých oddělení byly vyrovnány. Převážně bylo zastoupeno ženské pohlaví. Délka praxe respondentů na oddělení byla převážně přes 10 let.

Jako metodu zkoumání SV u sester na intenzivní péči jsem zvolila dotazníkové šetření. Tato metoda má své výhody v tom, že lze oslovit větší vzorek respondentů. Vyplnění dotazníku zabere minimum času, je anonymní a výsledky se dají dobře statisticky zpracovat.

Mezi možné nedostatky výzkumu lze ale zařadit například to, že respondenti neměli naprosto stejné podmínky pro vyplňování testu a dotazníků. Zdravotníci měli možnost vzít si dotazníky domů, kde by se jim vyplňovaly komfortně, nicméně se dá očekávat, že velká část z nich je vyplnila ve volných chvílích, přímo na pracovišti. Často rušné prostředí tak mohlo respondenty mírně rozptylovat a zdravotníci odpovědím nemuseli věnovat dostatečnou pozornost. Zároveň ale mohli respondenti cítit obavy z toho, že si jejich dotazník přečtou nadřizení, kterým je odevzdávali, ačkoliv zalepovali testy do obálky. Naprosté srovnání podmínek respondentů jako je denní doba, zda jsou po směně, nebo úplně o samotě, by bylo metodologicky velice náročné (Blahníková, 2015).

Z výsledků empirické části vyplývá, že informovanost o SV je teoreticky velice dobrá. Pokud mluvíme o konečném stádiu jako o vyhoření, jedná se obrazně o oheň, který hoří, plápolá, pak dohořívá, potom doutná a nakonec zbude jen popel. Nejlogičtější řešením by bylo - dobře přikládat! V praxi to znamená, že když chceme mít oheň, nestačí jen postavit krásnou hranici, ale je třeba i nanosit dříví do zásoby, abychom mohli na oheň přikládat, když plameny to první dříví stráví (Křivohlavý, 2012). Z tohoto vyplývá význam **prevence**.

Jedním z úkolů zdravotní sestry je pečovat o pacienty. Zdánlivě v pozadí však stojí úkol, který má na práci sestry velký vliv, a tím je **péče o sebe sama** (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Při dotazníkovém šetření byl také zájem věnován tomu, jak respondenti předchází SV, co jim pomáhá zapomínat na těžké a mnohdy neřešitelné osudy pacientů na oddělení intenzivní péče. Nejvíce zastoupené odpovědi byly následující: „*Volný čas s rodinou a přáteli, dále zájmy a záliby, oddělování pracovního života od soukromého, správná životospráva, relaxační techniky, celoživotní vzdělávání a asertivita*“. Z těchto odpovědí a rozboru této otázky lze soudit, že je pro zdravotníky důležité, aby měli dostatek volného času pro sebe.

Sestry jsou ohrožené syndromem vyhoření, a to hlavně v rovině emocionální, kde neexistuje velmi často **zpětná vazba**, důvody a motivace ke změně a chybí objektivní hodnocení sester. V rovině řízení sestrám chybí systematická možnost obrátit se s problémem na své nadřízené, kolegyně apod. Sestry mají zájem se vzdělávat a být úspěšné. Bude-li mít do budoucna sestra možnost obrátit se kdykoliv s problémem na kolegyně či nadřízené, bude-li si jedna druhé v týmu, který má společný cíl, pomáhat, bude-li se moci účastnit na řízení oddělení, bude-li si moci říci k tomu na poradách svůj názor, pak se zdá, že se spokojenost sester zvýší a sklon k syndromu vyhoření sníží (Lískovcová, 2013).

Velký prostor v mém zkoumání jsem se věnovala také **interpersonálním vztahům**. Ty někdy ovlivňují spokojenost sester na oddělení. V případě nevraživosti a slušného chování se respondenti vyjadřovali tak, že jsou spokojení. Na závěr dotazníku se mohli respondenti v této otázce vyjádřit svým názorem. Příspěvky byly velice zajímavé, např.: *„Dostatek finančního ohodnocení, více volna, možnost pracovat na zkrácený úvazek, nová pracovní pozice (administrativní sestra). Nedovolit pomlouvání, drby, eliminovat personál vyvolávající konflikty. Nezaujatý supervizor do týmu. Nadhled, ochota, umět přijmout kritiku“*.

Práce ve zdravotnictví se někdy podobá „začarovanému kruhu“. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že polovina respondentů nemá děti. V dnešní společnosti obecně platí, že je finančně zajímavé zůstat v práci přesčas. Což má za důsledek pokles motivace k zakládání vlastní rodiny a také ubývá volnočasových aktivit. Přitom sociální zázemí patří mezi **protektivní faktory v souvislosti se SV**, stejně jako dostatečné množství kvalitně stráveného volného času. Kromě toho je třeba mít na mysli, že práce s lidmi je sama o sobě psychicky i fyzicky náročná. V případě práce na oddělení intenzivní péče, kdy dochází ke styku s pacienty v ohrožení života a jejich rodinami, což zvyšuje psychickou náročnost. V neposlední řadě práci ovlivňují i dříve zmiňované vztahy s kolegy, tedy komunikace zdravotníků mezi sebou.

Na otázku **co zdravotníky v práci nejvíce vyčerpává**, bylo nejvíce odpovědí: *„Pocit, že člověk více dává, než přijímá. Přetěžování, příliš mnoho úkolů, v poměru ke kapacitě pracovníků. A špatné vztahy na pracovišti“*.

Ve vztahu **zdravotník a nadřízený** 21 respondentů zdůrazňuje: *„Nedostatek kladného ohodnocení práce nadřízenými“*, 9 respondentů označilo *„diktátorský režim nadřízeného“* a 7 respondentů označilo *„pracovní podmínky neumožňující pracovníkům tvořivé rozvinutí schopností a uplatnění dovedností“*. Ač by tomu tak mělo být, ve skutečnosti není sdílení problémů a nespokojenosti mezi zdravotními sestrami běžnou praxí, protože se sestry často bojí hodnocení a postihů ze strany zaměstnavatele. Mají zkrátka často potíže sdílet své pocity a starosti na pracovišti se svými kolegy, aby nevybočovaly z davu či nepůsobily zranitelně.

Zpravidla tak sdílejí své starosti a pracovní problémy spíše se svými rodinami než spolupracovníky (Li, Lambert, 2008).

V sociální interakci je kromě správné **komunikace** a řešení problémů také potřeba **evalvační jednání**, nejen ze strany nadřízených. Do něj zahrnujeme projevy úcty, respektu, uznání. Tedy **kladné hodnocení druhých osob a toho co dělají, jak vypadají**. Po projevu evalvace se člověk cítí poctěn, obohacen a má více důvodů k tomu, aby měl o sobě lepší smýšlení. Proto jsou projevy evalvace tak důležité u osob propadajících se do SV (Křivohlavý, 2012). Komunikace vedení s podřízenými zaměstnanci je velice důležitá. Informace o nových skutečnostech, které se v organizaci objevují, jsou pro zaměstnance podstatné a snižují případné napětí způsobené nevědomostí a strachem, co bude dál. Pracovní porady jsou vhodnou možností osobního styku pracovního týmu včetně nadřízených pracovníků (Jirásková, 2013).

Je důležité informovat všechny zaměstnance o rizicích SV. Hygiena rukou v rámci každého vstupního školení je jistě potřebná, ale jak i z výzkumu vyplývá – vyhořelý pracovník nemá motivaci dodržovat zásady asepse. Proto je dobré věnovat tomuto tématu pozornost a nepodceňovat jeho zařazení do vstupního školení. Stejně tak by měla probíhat průběžná školení pro stávající zaměstnance i připomínání možnosti využití psychosociálních služeb. Vyhledávat a informovat o přednáškách s touto problematikou mohou přímí nadřízení. Stejně tak mohou finančně podporovat vzdělávání, zvláště pak v této problematice (Šenkýřová, 2013).

Výsledky týkající se předcházení SV ze strany zaměstnavatele nejsou příliš optimistické. **Opora nadřízeného** je přitom velice důležitá. Během práce zdravotní sestry dochází k řadě stresujících a vyhocených situací. Je třeba nebát se všechny nejasnosti konzultovat s nadřízenými.

Výsledky studií každopádně napovídají, že zdravotnická zařízení by měla hledat způsob, jak zdravotním sestram zprostředkovat cestu k optimálnímu zvládnání stresu a zachování jejich mentální i fyzického zdraví. Budování sítě sociální opory v institucích může tuto situaci výrazně zlepšit. **Týmové supervize, společné aktivity nebo zacvičení vedoucích pracovníků** pak mohou jednoduše redukovat stres, ale i posilovat sociální vazby napříč jednotkami intenzivní péče. Tým zdravotních sester, který poskytuje jak emocionální, tak praktickou pracovní podporu svým členům tak může sestry chránit od stresu, depresí, vyhoření a zvyšovat jejich pracovní spokojenost, což se vždy pozitivně promítá i do kvality poskytované péče (Blahníková, 2015).

Z dotazníkového šetření ve Francii, z roku 2007 vyplývá, že třetina respondentů jeví vážné příznaky SV. Výzkum probíhal rovněž v prostředí intenzivní péče, respondenti kladli důraz na dostatek času na osobní život a dobré interpersonální vztahy. Z oblasti etiky je

problematická péče o umírajícího pacienta, zejména otázky jestli vzdát péči nebo pokračovat u nevléčitelně nemocných (Marie Cécile a kol., 2007).

Tyto **etické problémy** se objevují také v odpovědích respondentů z dotazníkového šetření, např.: „*Neetické prodlužování života. 12 hodin práce u člověka ve stavu neslučitelném se životem (zbytečné finance). Lidé nezodpovědní ke svému tělu (obézní, alkoholicí, narkomani). Zadržaná smrt! Negativita pacientů, jejich vlastní ztráta chuti žít, postrádání smyslu života*“.

Velice těžko se sestra namotivuje na stoprocentní péči u lůžka nemocného, pokud sama nesouhlasí se smyslem počínání. Těžko se stále jen vynakládá energie, když není **zpětná vazba** od pacienta. Je velice diskutabilní situace, kdy určitá sociální skupina působí, jako by jí péče o zdraví byla lhostejná a svým počínáním vlastní zdravotní stav spíše poškozuje. Ve chvíli, kdy je pacient v tak závažné situaci, že skončí na oddělení intenzivní péče se snaží celý tým zdravotníků bojovat o jeho zdraví a vše zachránit. Nemluvě o tom, že kromě náročné péče, hrozí zdravotníkům riziko, v podobě infekční nákazy.

Vlivem úprav osnov vzdělávání sester, dochází k řadě změn i co se týče jejich pracovních kompetencí. Stále stejné ale zůstává to, že sestra je osobou, která stráví u nemocného nejvíce času. Zná jeho nálady, pocity. Ví, co ho trápí, nebo naopak těší. **Péče o pacienta** je hlavním smyslem práce zdravotní sestry. Je proto důležité, aby sestra měla takové podmínky, který tento smysl negativně neovlivní.

IV ZÁVĚR

Bakalářskou práci jsem věnovala problematice syndromu vyhoření. Konkrétně u zdravotních sester pracujících na oddělení intenzivní péče. Pomocí dotazníkového šetření jsem zjišťovala jejich vyčerpanost.

Ukázalo se, že SV je mezi zdravotníky známý pojem. Zdravotníci se snaží stresy ze své práce vykompenzovat důrazem na osobní život. To se jim ve všeobecném měřítku daří úspěšně, dle výsledku, který poukazuje na jejich mírný stupeň vyčerpání. Je vidět, že péče o pacienty je stále obohacuje a naplňuje.

Respondenti poukazovali na vyčerpávající mezilidské vztahy, mezi sebou a nedostatek ocenění a zpětné vazby od vedení. Ze strany pacientů respondenty nejvíce vyčerpávají sporné okamžiky během léčby. Rozhodnutí, které musí respektovat, ale se kterými se plně neztotožňují.

Šetření ukázalo slabá místa, v rámci prevence – v přístupu nadřízených a zaměstnavatele. Je důležité, aby zdravotníci měli v nadřízených spojence a oporu. Aby byli edukováni o rizicích, které jim hrozí, i v případě SV. Ale také o možnostech, na koho se obrátit, když řeší situaci, se kterou si neví rady. Aby se zdravotníci nebáli říct nahlas to, co je trápí a věděli, že každý jejich problém bude řešený diskrétně a pokud možno účinně.

Kromě profesionality a kvalitní ošetrovatelské péče by neměl z práce zdravotníků zmizet nadhled a smysl pro humor. Protože jen velice obtížně se v prostředí, ve kterém se sestra cítí stísněně, dá předávat pozitivní energie těm, kteří to nejvíce potřebují – pacientům.

ABSTRAKT

Autor:	Petra Kubicová
Instituce:	Univerzita Karlova Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Syndrom vyhoření u zdravotních sester pracujících na oddělení intenzivní péče
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Votroubková
Počet stran:	65
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2016
Klíčová slova:	syndrom vyhoření, zdravotní sestra, intenzivní péče, smysl života, stres, kvantitativní výzkum, polostrukturovaný dotazník, MBI dotazník

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření v práci zdravotní sestry na intenzivní péči. Pojednává o tom, proč často vyhasne nadšení, v podobě ohně, se kterým sestra nastupuje do zaměstnání. V teoretické části je definován syndrom vyhoření, příčiny vzniku, jeho fáze, projevy a prevence.

Základem empirické části je kvantitativní výzkumné šetření vyčerpanosti zdravotníků. Poukazuje na souvislost syndromu vyhoření s pracovním prostředím, interpersonálními vztahy a s osobním životem zdravotní sestry. Zkoumaný vzorek tvoří zdravotní sestry, které pracují na pěti různých odděleních intenzivní péče, jedné pražské nemocnice. Výzkum probíhal pomocí 2 typů dotazníků, standardizovaného a polostrukturovaného.

ABSTRACT

Author: Petra Kubicová
Institution: Charles University,
Faculty of Medicine in Hradec Králové
Social Medicine, Department of Nursing
Title: Burnout Syndrome of Nurses working at the Intensive Care Departments
Supervisor: Mgr. Michaela Votroubková
Number of pages: 65
Year of defense: 2016

Keywords: Burnout syndrome, Nurse, intensive care, meaning of life, stress, quantitative research, half-structured questionnaire and MBI questionnaire.

This Bachelor's pursuit discusses the Burnout syndrome of a nurse on intensive care ward. It shows why the enthusiasm of a young nurse disappears so fast although she has the spark to start with. In the theoretical part the Burnout syndrome is defined, the cause of emergence, its stages, the utterances and prevention.

The base of the empirical part stands on the quantitative research of the permanent exhaustion of the medical staff. It refers to the connection between the Burnout syndrome and the working environment, interpersonal relationships and private life of an ordinary nurse. In the research samples are nurses, working on five different wards within one hospital in Prague. The research was done through two different questionnaires: standardized and half-structured.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOŠÍKOVÁ, I. 2006. *O syndromu Vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Brno 2006. NCO-NZO. ISBN 80-7013-439-9.

BLAHNÍKOVÁ, V. *Sociální opora a její vliv na depersonalizaci, pracovní spokojenost a prožívaný zdravotní stav u sester na intenzivní péči*. Praha 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

BLATNICKÁ, J., NOVOTNÁ, J. *Syndrom vyhoření trochu jinak*. Sestra, 2013, roč. 23, č. 3, ISSN: 1210-0404. s. 24-25.

DYNÁKOVÁ, Š., KOŽNAR, J., HERMANOVÁ, M. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků*. Praktický lékař, 2010, roč. 90, č. 6, s. 365-366. ISSN: 0032-6739.

HEŘMANOVÁ, J. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Grada, Praha 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

JANÁČKOVÁ, L. 2008. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha 2008. Triton, 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.

JÁNOVÁ, S. *Syndrom vyhoření u sester v intenzivní péči*. Praha 2011, Diplomová práce. Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze

JIRÁSKOVÁ, L. *Podmínky ovlivňující rozvoj syndromu vyhoření u zdravotních sester pracujících v LDN*. Hradec Králové 2013. Bakalářská práce. UK v Praze LF v Hradci Králové.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Grada Publishing, a.s., Praha 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha 1998. ISBN 80-7071-231-7

KLEVETOVÁ, D. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření*. Sestra, 2011, roč. 21, č. 10, ISSN: 1210-0404. s. 20-22.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří 2012. ISBN 978-80-7195-7-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Grada Publishing, a.s., Praha 1998. ISBN 80-7169-551-3

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Grada Avicenum, Praha 1994. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Portál, s.r.o., Praha 2001. ISBN 80-7178-55-2.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Grada Publishing, a.s., Praha 2004. ISBN 80-247-0784-5.

LAMBERT, aj. *Workplace stressors, coping, demographics and job satisfaction in Chinese intensive care nurses*. *Nursing In Critical Care*. 2008, 13(1), s. 12-24. doi:10.1111/j.1478-5153.2007.00252.

LÍSKOVCOVÁ, J. *Syndrom vyhoření u sester*. Praha 2013. Bakalářská práce. 1. LF UK v Praze, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství.

MEDICAL TRIBUNE: aktuální - nezávislá - mezinárodní. Praha: Medical Tribune CZ, 2004. ISSN: 1214-8911.

MYSLIVCOVÁ, K. *Psychicky náročné momenty v práci sestry v intenzivní péči*. Praha 2016. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta.

PONCET, M., C., TOULLIC, P., aj. *Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2007, 7(175), s. 698-704.

STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Grada Publishing, a.s., Praha 2011. ISBN 978-80-247-3553-5

ŠENKÝŘOVÁ, J. *Prevence syndromu vyhoření na jednotkách intenzivní péče*. Praha 2013. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze 1, 1.LF.

ŠIMKOVÁ, H. *Jak nevyhořet*. Zdravotnické noviny, 2013, roč. 62, č. 1, s. 35. ISSN: 1805-2355.

ŠVECOVÁ, M. *Role a funkce koordinátora environmentálního vzdělávání, výchovy a osvěty*. [online]. [cit.2016-09-21]. Dostupné na WWW <<http://granty.vse.cz/evvo/wp-content/uploads/2010/11/Role-a-funkcekoordinatora-FINAL.pdf>>

VELECKÁ, J. *Syndrom vyhoření u sester pracujících v oborech intenzivní péče*. Brno 2015. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.

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

VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství pro 1. Ročník středních zdravotnických škol, obor všeobecná sestra*. Fortuna, Praha 1994. ISBN 80-7168-151-2.

SEZNAM ZKRATEK

ARO	anesteziologicko – resuscitační oddělení
EEG	elektroencefalogram
JIP	jednotka intenzivní péče
KCH RES	kardiologicko – resuscitační oddělení
NEU JIP	neurologie intenzivní péče
NCH JIP	neurochirurgie intenzivní péče
SV	syndrom vyhoření
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Věkové skupiny respondentů	35
Obr. 2: Typ oddělení, na kterém respondenti pracují.....	36
Obr. 3: Délka praxe na intenzivní péči.....	36
Obr. 4: Délka praxe ve zdravotnictví	37
Obr. 5: Co vás na práci nejvíce vyčerpává.....	38
Obr. 6: Panuje u Vás na pracovišti zdvořilé a slušné chování	39
Obr. 7: Panuje u Vás na pracovišti nevraživost.....	39
Obr. 8: Myslíte si, že jsou na sestry kladeny příliš velké nároky?	40
Obr. 9: Máte na oddělení dostatek pomocného personálu	40
Obr. 10: Máte dost času na pacienty	41
Obr. 11: Máte dost času na zdravotnickou dokumentaci	41
Obr. 12: Máte dostatek pracovních pomůcek.....	42
Obr. 13: Jsou Vaši nadřízení spravedliví	42
Obr. 14: Máte v práci zaměstnanecké výhody	43
Obr. 15: Máte dostatek času pro Váš osobní a rodinný život.....	44
Obr. 16: Jakým způsobem předcházíte syndromu vyhoření	44
Obr. 17: Jak předchází Váš zaměstnavatel vzniku syndromu vyhoření.....	45

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Celkové vyhodnocení dotazníku MBI	47
Tab. 2: Klíč k hodnocení MBI dotazníku.....	47

PŘÍLOHA 1

Polostrukturovaný dotazník

Dobrý den, jmenuji se Petra Kubicová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF UK v Hradci Králové.

Obracím se na Vás se žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který je předpokladem zpracování bakalářské práce. Zabývá se problematikou: **Syndrom vyhoření u zdravotních sester pracujících na intenzivní péči.**

Dotazník je samozřejmě anonymní, informace v něm získané budou sloužit pouze pro zpracování bakalářské práce. Při vyplňování označte vždy jen jednu odpověď, pokud u otázky není uvedeno jinak. Chtěla bych Vás poprosit o co nejpřesnější odpovědi.

Moc děkuji za Váš čas a ochotu! 😊

1. Co si představujete pod pojmem: syndrom vyhoření (prosím doplňte):
2. Jaké je Vaše pohlaví
 - Žena
 - Muž
3. Jaký je Váš věk
 - 25-29 let
 - 30-39 let
 - 40-49 let
 - 50 let a více
4. Na jakém typu oddělení pracujete
 - ARO
 - neurologie JIP
 - neurochirurgie JIP
 - kardiochirurgie jednotka pooperační a resuscitační péče
 - interna JIP
5. Jak dlouho pracujete v oboru intenzivní péče
 - 0-5 let
 - 5-10 let
 - 10 let a více
6. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví
 - 0-5 let

- 5-10 let
 - 10 let a více
7. Máte děti
- Ano
 - Ne
8. Co Vás na práci nejvíce vyčerpává (prosím, zaškrtněte 1-3 výroky, se kterými souhlasíte)
- Kladení mimořádných požadavků, které člověk nedokáže zvládnout
 - Diktátorský režim nadřízeného
 - Přetěžování- příliš mnoho úkolů, pacientů v poměru ke kapacitě pracovníků
 - Nedostatek kladného ohodnocení práce nadřízenými
 - Málo respektu- důstojnosti k pacientům
 - Špatné vztahy na pracovišti
 - Pocit, že člověk více dává, než přijímá
 - Pracovní podmínky neumožňující pracovníkům tvořivé rozvinutí schopností a uplatnění dovedností
 - Příliš velký rozdíl mezi představami a realitou
 - Jiné, prosím napište
9. Panuje u Vás na pracovišti zdvořilé a slušné chování
- Ano
 - Spíše ano
 - Ne
 - Spíše ne
 - Nevím
10. Panuje u Vás na pracovišti nevraživost
- Ano
 - Spíše ano
 - Ne
 - Spíše ne
 - Nevím
11. Myslíte si, že jsou na sestry kladeny příliš velké nároky
- Ano
 - Spíše ano

- Ne
- Spíše ne
- Nevím

12. Máte na oddělení dostatek pomocného personálu

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

13. Máte dost času na pacienty

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

14. Máte dost času na zdravotnickou dokumentaci

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

15. Máte dostatek pracovních pomůcek

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

16. Jsou Vaši nadřízení spravedliví

- Ano
- Spíše ano

- Ne
- Spíše ne
- Nevím

17. Máte v práci zaměstnanecké výhody (prosím, vyberte jaké)

- Preventivní prohlídky
- Pomoc v případě krize
- Volno na zotavení
- Supervize
- Nic
- Jiné, prosím uveďte

18. Máte dostatek času pro Váš osobní a rodinný život

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

19. Jakým způsobem předcházíte syndromu vyhoření (prosím, vyberte)

- Správná životospráva
- Zájmy, záliby
- Relaxační techniky
- Volný čas s rodinou, přáteli
- Celoživotní vzdělávání
- Oddělování pracovního života od soukromého
- Asertivita
- Žádným způsobem
- Jiné, prosím uveďte

20. Jak předchází Váš zaměstnavatel vzniku syndromu vyhoření

- Pořádá semináře
- Relaxační pobyty
- Výlety, návštěvy divadel/ kin/ památek
- Psychologická pomoc

- Supervize

- Jiné, prosím uveďte

21. Prosím napište Váš nápad, jak zlepšit sesterské vztahy na pracovišti, nebo všeobecně interpersonální vztahy:

PŘÍLOHA 2

MBI – DOTAZNÍK

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

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 naladují.
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