

# **Univerzita Karlova v Praze**

## **1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče



**Bc. Simona Jánová**

Syndrom vyhoření u sester v intenzivní péči

Burnout by Nurses in Intensive Care

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 30. 4. 2011

Simona Jánová

Děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za odborné vedení, její rady a připomínky a za její čas, který mi poskytla. Také děkuji všem respondentům za spolupráci při vyplnění dotazníků, které mi umožnily objektivně posoudit stěžejní problém mé diplomové práce.

Identifikační záznam:

JÁNOVÁ, S. Syndrom vyhoření u sester v intenzivní péči. [Burnout by nurses in intensive care]. Praha, 2011. 82 s., 2 příl. Diplomová práce. (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta. Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Mellanová, Alena.

# **Syndrom vyhoření u sester v intenzivní péči**

## **Abstrakt:**

Cílem této diplomové práce bylo zjistit výskyt rizika syndromu vyhoření u sester v intenzivní péči ve Fakultní nemocnici Motol v Praze, porovnat riziko syndromu vyhoření mezi sestrami v intenzivní péči u dětí a dospělých, a dále podle věku, pohlaví, rodinného stavu, délky praxe ve zdravotnictví a na současném oddělení, spokojenosti a náročnosti na pracovišti. Výzkumnou metodou pro sběr dat byly použity dva anonymní dotazníky: dotazník vlastní konstrukce a standardizovaný dotazník dr. Pines pro zjištění rizika syndromu vyhoření. Bylo zjištěno, že více než polovina sester ve FN Motol měla nízké riziko syndromu vyhoření a nebylo prokázáno, zda mají sestry na dětských nebo dospělých odděleních toto riziko vyšší. Výsledky potvrdily, že nespokojenost a zvyšující se intenzita stresu na pracovišti je úměrná riziku vzniku syndromu vyhoření. Tento výzkum potvrdil, že ačkoliv většina sester dosáhla dobrých výsledků, bylo prokázáno vysoké procento sester s alarmujícím skóre a dokonce i vyhoření. Proto bychom toto téma neměli opomíjet, ale naopak na něj upozorňovat a předcházet nepříjemným následkům pomocí vzdělávacích seminářů, zpříjemňování pracovního prostředí a nepřetěžování sester.

**Klíčová slova:** syndrom vyhoření, stres, sestry, intenzivní péče, duševní hygiena

## **Burnout by nurses in intensive care**

### **Abstract:**

Objective of this thesis was to determine incidence of the risk of burnout by nurses in intensive care in the Motol University Hospital in Prague, compare to risk of burnout among nurses in intensive care for children and adults and by age, sex, marital status, education, length of experience in health care and on the current department, satisfaction and performance in the workplace. The research method for data collection were two anonymous questionnaires: one prepared by author of the thesis and a standardized questionnaire by dr. Pines to determine the risk of burnout. It was found that more than half of nurses in FN Motol had low risk of burnout and has not demonstrated that nurses have on children's or adult wards increased risk. Results confirmed that discontent and the increasing intensity of stress in the workplace is proportional to the risk of burnout. This research confirmed that although most nurses achieved good results has been shown a high percentage of nurses with alarmig score and even burnout. Therefore we should not ignore this issue, but rather to warn him and avoid unpleasant consequences through educational seminars, pleasant working environment and do not overload nurses.

**Keywords:** burn-out, stress, nurses, intensive care, mental hygiene

# OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SYNDROM VYHOŘENÍ (BURNOUT).....	10
1.1 Pojetí a definice syndromu vyhoření .....	10
1.2 Podobnost se stresem a depresí .....	11
1.3 Rizikové faktory.....	14
1.4 Příznaky syndromu vyhoření .....	17
1.5 Metody ke zjištění syndromu vyhoření.....	20
1.6 Prevence syndromu vyhoření.....	21
2 INTENZIVNÍ PÉČE.....	24
2.1 Rozdělení intenzivní péče .....	24
2.2 Vzdělání a role sester v intenzivní péči .....	25
2.3 Potřeby pacienta v intenzivní péči .....	27
2.4 Specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče .....	28
2.5 Specifika práce sestry na intenzivní péči pro dospělé.....	30
2.6 Specifika práce sestry na intenzivní péči pro děti.....	33
3 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE SESTER V INTENZIVNÍ PÉČI.....	36
3.1 Zátěže v práci sestry.....	36
3.2 Interpersonální vztahy .....	37
3.3 Interpersonální konflikt.....	39
3.4 Mobbing, bossing .....	39
4 SUPERVIZE.....	40
4.1 Historie supervize ve zdravotnictví.....	40
4.2 Formy supervize.....	41
4.3 Funkce supervize.....	41
4.4 Specifické metody supervize.....	42
5 EMPIRICKÁ ČÁST .....	44
5.1 Formulace problému .....	44
5.2 Cíle a hypotézy.....	44
5.3 Metoda sběru dat.....	45
5.4 Organizace výzkumu.....	45
5.5 Zpracování dat.....	46
5.6 Výsledky a jejich interpretace.....	46
DISKUZE .....	71
ZÁVĚR .....	74
DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	76
BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE .....	77
SEZNAM TABULEK .....	79
SEZNAM GRAFŮ .....	81
PŘÍLOHY .....	82

## ÚVOD

Pro mnohé z nás je syndrom vyhoření známým, avšak stále aktuálním tématem, a to nejen u nás, ale i ve světě. Existují ale i takoví, kteří o této problematice ještě neslyšeli a nejsou dostatečně informováni a poučeni o jejím důsledku. Vzhledem ke zrychlenému tempu života, jsou na nás kladeny vysoké požadavky, a to především v oblasti ekonomické a sociální. Lidé jsou často vystavováni stresovým situacím v práci i v rodině. Nemají nebo si neumí udělat dostatek volného času pro sebe, své koníčky a známé. Tím narůstá nejen vznik civilizačních, ale také psychických onemocnění nebo tzv. syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření se objevuje nejčastěji u lidí v pomáhajících profesích, ale také u těch, kteří přicházejí s lidmi často do styku. Mezi nejohroženější profesí patří především zdravotníci. Právě zdravotníci, konkrétně všeobecné sestry, se denně setkávají s problémy, bolestí a utrpením jiných lidí. Tráví s nimi většinu času a jsou jim oporou v těžkém období jejich života. Úkolem sestry není jen ošetrovatelská a odborná péče o pacienta. Sestra mimo jiné spolupracuje s rodinou pacienta a multidisciplinárním týmem, jenž tvoří lékaři, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, sanitáři, psychologové, pedagogové, sociální pracovníci a další. Sestra musí znát základní problematiku všech onemocnění, provádět odborné zdravotnické výkony, asistovat při nich lékaři a umět obsluhovat technické vybavení sloužící k léčbě nemocných. Vede podrobnou dokumentaci nemocného a edukuje jej i jeho rodinu o problematice onemocnění a léčbě. Současně se musí řídit příkazy svých nadřízených a nadále se vzdělávat ve svém oboru v rámci celoživotního vzdělávání. Nároků kladených na sestry je velmi mnoho, a tak není divu, že se mohou cítit fyzicky a hlavně citově vyčerpané.

Téma syndrom vyhoření u sester v intenzivní péči jsem si vybrala, jelikož sama pracuji na oddělení intenzivní péče a znám náročnost tohoto oddělení. V čem je intenzivní péče odlišná od jiných oddělení? V intenzivní péči je pacientům poskytována komplexní a individuální péče. U těchto pacientů jsou neustále monitorovány jejich základní fyziologické funkce, jelikož u nich může náhle dojít k životu ohrožujícím situacím. Sestry mají tedy velkou zodpovědnost a musí se umět orientovat i ve stresově vypjatých situacích. Jejich vysoké pracovní nasazení, nedostatek odpočinku a nízké ohodnocení může vést již ke zmíněnému syndromu vyhoření.



Ve své práci jsem se zaměřila na oddělení intenzivní péče u dětí a dospělých, kde bylo mým cílem zjistit a porovnat riziko výskytu syndromu vyhoření.

Tato problematika se může týkat kohokoliv z nás nebo našich blízkých a neměli bychom ji podceňovat. Doufám, že tato práce bude ku prospěchu všem, a že výsledky výzkumu najdou svá uplatnění.

# 1 SYNDROM VYHOŘENÍ (BURNOUT)

## 1.1 Pojetí a definice syndromu vyhoření

Jev vyhoření (nebo také burnout) je nejspíš stejně starý, jako sama lidská práce, nicméně jeho název pochází až z roku 1974 od amerického psychoanalytika Herberta J. Freudenbergera. Ten publikoval pojem „burnout“ (původně v podobě „burn-out“) v jeho stati v časopise „Journal of Social Issues“, a to v podstatě v rozměrech současného pojetí. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se začala zvedat vzápětí, tj. na přelomu 70. a 80. let, ve vztahu k převážně většině profesí, u nichž lze výskyt syndromu vyhoření předpokládat. (Kebza, 2003). Podle Freudenbergera je syndrom vyhoření konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a motivaci. (Křivohlavý, 1998). Nejedná se o obyčejnou únavu, syndrom je vždy spojen s otázkou smyslu vlastní práce. (Kapounová, 2007)

Termín burnout popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebehodnocení a negativní postoje k povolání. (Venglářová, 2011)

Bartošíková uvádí, že se objevuje při práci s lidmi v tzv. „pomáhajících profesích“ a souvisí jednak se zátěží, ale je také důsledkem selhání „coping mechanismů“ (mechanismů zvládnání nároků). Při jeho vzniku se kombinují velká očekávání pracovníka a zátěže, které plynou z vysokých nároků. Opakovaný zážitek pracovníka, že už nemůže dále těmto nárokům dostát, ve spojení s přesvědčením, že vložené úsilí je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo ohodnocení, vede k vyhoření. (Bartošíková, 2006)

Syndrom vyhoření je vlastně druh stresu, emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání nepřinese očekávané výsledky při

maximálním, mnohdy až extrémním nasazení jedince. Princip tohoto syndromu psychologové obrazně přirovnávají k silně hořícímu ohni, který živí velká motivace, elán a postupně dochází k jeho dohořívání až uhasnutí, protože jej nemá co živit. (Sestra, 2007)

Podle ICD (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace) je vyhoření zařazeno mezi doplňkové kategorie diagnóz a není tedy klasifikováno jako nemoc. V USA je syndrom vyhoření uznáván jako nemoc z povolání. (Stock, 2010)

## **1.2 Podobnost se stresem a depresí**

### **Stres**

Stres (z angl. stress – zátěž, nápor, tlak) může mít mnoho podob. Tento pojem se stal synonymem toho, že momentálně nebo dlouhodobě něco „není v pořádku“, že někomu něco „přerůstá přes hlavu“ nebo něco „není v rovnováze“.

„Stres je setrvalá, dlouhodobá tělesná nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků či škodlivých podnětů.“ (Venglářová, 2011, s. 48)

Vyhoření není totéž co stres. Dochází k němu pouze v důsledku chronického stresu. Stresové faktory coby spouštěče tedy hrají při vzniku burnout syndromu zásadní roli. Syndrom vyhoření bývá způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou disbalancí mezi zátěží a fází klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem. Rovnováha mezi těmito póly bývá v případě burnout syndromu narušena. (Stock, 2010)

Stres je podle Bartoškové stavem či psychofyzickou reakcí na selhání adaptačních mechanismů (tj. našeho „já“) v přizpůsobení se určité zátěžové situaci. Jedná se o situace, které kladou neúměrné nároky na duševní kapacitu, na schopnost a pružnost týkající se jak přizpůsobení, tak i aktivního zpracování – reagování ve smyslu řešícího zásahu do dané situace tak, aby nedošlo k hrubému narušení duševní, respektive psychosomatické rovnováhy (ke stresové situaci). V situacích, kdy se diferencované vnímání a vyhodnocování nedaří a dosavadní způsoby chování selžou, může jedinec sáhnout po primitivnějším řešení, a to zátěžovou situaci odstranit buď útokem (zničením), či útekem. Příslušná humorální, hormonální, vegetativní, nervová

i psychická aktivace organismu vede k fyziologickým změnám (zrychlení tepu, zvýšení krevního tlaku, pocení, svalové napětí atd.), tak i psychickému napětí (úzkost, vypjatá pozornost atd.). Tato reakce má být vnímaná jako nemoc, jejíž příznaky mají být odstraněny. Po čase může dojít k chronicitě např. hypertenzi, poruše srdečního rytmu, z funkční poruchy se může vyvinout tělesná choroba či dochází k psychofyzickému vyčerpání (např. syndrom vyhoření). (Bartošíková, 2006)

Rozlišujeme dva druhy stresu. Eustres je příjemný, radostný, dodává aktivní energii. Může při něm dojít k přetížení člověka, ale v kladném slova smyslu. Můžou to být situace, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, avšak vyžaduje to určitou námahu (např. narození dítěte, různé oslavy). Distres je stres nepříjemný, který ve větší míře působí škodlivě tím, že vede k přetížení člověka a v dané situaci převyšuje jeho možnosti. (Venglářová, 2011)

Stres způsobuje řada tzv. stresorů. Jedná se o stresory fyzické (např. hluk, přemíra podnětů, hlad), psychické (např. časová tíseň, příliš vysoké či nedostatečné vytížení, mnoho změn během krátké doby) a sociální (např. konflikty s kolegy v zaměstnání, ztráta blízké osoby). Jestli v nás uvedené stresory při společném působení vyvolají chronický stres, záleží na našem zhodnocení situace, schopnostech tuto situaci zvládnout a intenzitě a délce působení stresových faktorů. (Stock, 2010)

Světová zdravotnická organizace (WHO) se dohodla na tom, co je pro stres příznačné. Seznam příznaků stresového stavu obsahuje tři druhy příznaků – fyziologické, psychologické a behaviorální.

### **Příznaky stresového stavu, které se projevují v našem chování a jednání**

- ◆ nerozhodnost
- ◆ změněný denní rytmus
- ◆ neustálé nářky a bédování
- ◆ zvýšená nepozornost
- ◆ zvýšená spotřeba alkoholu a cigaret

## **Příznaky stresového stavu, které se projevují v naší psychice**

- ◆ prudké a výrazné změny nálady
- ◆ zvýšená podrážděnost, popudlivost
- ◆ omezování kontaktu s druhými lidmi

## **Fyziologické příznaky stresového stavu**

- ◆ bušení srdce
- ◆ úporné bolesti hlavy
- ◆ bolesti a pocity svírání za hrudní kostí
- ◆ nechutenství a plynatost v břišní oblasti
- ◆ časté nucení na močení (Stock, 2010)

Coping-strategie jsou způsoby vyrovnávání se se zátěží. Jejich cílem je zvládnutí vnějších nebo vnitřních tlaků. Pojmem zvládnutí (coping) se rozumí zvládnutí působícího stresoru, tj. nasazení všech sil k boji, abychom zvládli nadlimitní zátěž. Zda to jedinec zvládne či ne, záleží na jeho adaptaci. Při adaptaci jde o hledání a nalézání vhodných způsobů zvládnutí úkolů, pro než má člověk k dispozici vrozené i naučené způsoby řešení.

## **Na zvládání stresu se podílí**

- ◆ Osobní zdroje zvládání stresu - zdraví a energie
  - schopnost řešit problémy (hledání informací)
  - vzory (způsob chování ve stresu)
  - praktické zdroje řešení
  - přesvědčení o svých schopnostech
- ◆ Sociální opora – vztahy s okolím, možnost požádat o pomoc i vyslechnutí (Venglářová, 2011)

## **Deprese**

Deprese je v běžné řeči vnímána jako poměrně trvalý pocit velkého smutku. V odborné řeči je chápána jako stav člověka, který je skleslý, truchlivý, sklíčený, vážný, málo aktivní, má potíže se soustředit, má velké výkyvy v chuti a příjmu potravy

a špatně spí. Je doprovázená pocity beznaděje a sociálního odmítání, člověk může mít sebevražedné myšlenky a pokoušet se je dokonce realizovat.

Deprese je chápána jako organické onemocnění, podobně jako Parkinsonova choroba, demence nebo mozková mrtvice. Na jedné straně je to chronické onemocnění, které člověka hendikepuje, na druhé straně je možno demonstrovat strukturální a biochemické změny v mozku. (Asbjorn, 2010).

Symptomy vyhoření a depresivních stavů se vzájemně překrývají a existuje mezi nimi řada podobností. V pokročilém stadiu lze syndrom vyhoření jen velmi obtížně odlišit od deprese. Řada autorů považuje vyhoření za zvláštní formu deprese. Přesto však mnohé nasvědčuje tomu, že burnout syndrom představuje v porovnání s depresemi daleko složitější problém. Projevuje se zejména vyčerpáním na několika rovinách, tedy charakteristickým vyhasnutím, jež je třeba odlišovat od stavů sklíčenosti, které jsou běžné při depresivních epizodách. (Stock, 2010).

U člověka trpícího depresí, se objevují příznaky v jakékoliv situaci jeho života. Deprese je tedy „všudypřítomná“. Syndrom vyhoření se od deprese liší hlavně tím, že je dlouho výhradně vázán na pocity z práce a v práci. U vyhořelého jedince depresivní prožitky mizí, když není v práci a dělá, co ho baví a nemusí myslet na práci. Příznaky se zhoršují, jakmile se do práce vrátí a vše na něho znovu působí. (Bartošíková, 2006).

### **1.3 Rizikové faktory**

Rizikovým faktorem vyhoření může být jednak profese, jejíž součástí je náročná práce s lidmi a jednak sám jedinec, který je méně odolný vůči stresu, má nízké sebevědomí, je emočně labilní nebo depresivně laděný. (Kapounová, 2007)

Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženy profese, jejichž představitelé pomáhají druhým lidem. Pomáhající často přebírají jejich problémy, snaží se splnit jejich potřeby a své vlastní odsouvají do pozadí.

### **Nejvíce ohroženi jsou:**

- ◆ lidé pracovití, důslední, obětující se pro druhé, a kteří neumí říct NE
- ◆ lidé, kteří jsou pro svoji práci nadšeni
- ◆ lidé plní energie a usilovně pracující
- ◆ lidé, kteří neúspěch prožívají jako osobní porážku
- ◆ lidé, kteří mají minimální zájmy mimo práci (Venglářová, 2011)

Nyní se spíše zdá, že tuto základní charakteristiku je třeba kromě kontaktu s lidmi, jenž nemusí mít vždy zcela profesionální ráz, doplnit též o trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za standard, s malou, či žádnou možností úlevy, odchylek, vysazení, a se závažnými důsledky v případě chyb a omylů. Pocit jedince, že již nadále nemůže těmto požadavkům dostát, ve spojení s přesvědčením, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu, vede ke vzniku vyhoření.

### **Přehled profesí s rizikem vzniku vyhoření:**

- ◆ lékaři, zdravotní sestry, další zdravotničtí pracovníci (ošetřovatelky, laboranti, technici)
- ◆ psychologové a psychoterapeuti
- ◆ sociální pracovníci a pracovnice ve všech oborech
- ◆ učitelé na vyšších stupních škol
- ◆ policisté právníci, úředníci (Kebza, 2003)

Podkladem pro vznik syndromu vyhoření jsou dvě okolnosti. Prvním předpokladem je osobnostní nastavení pomáhajícího. Podstatou je příliš velká motivace pomáhat a pečovat, která vede k iluzorním očekáváním od sebe i od příjemců péče. Druhou proměnnou je prostředí, ve kterém pracujeme. Do této oblasti patří charakter práce, nastavení systému a organizace práce na konkrétním pracovišti.

Sesterská profese je založena na vztahu. Zkoušíme si vytvořit vztah i s „nesympatickým“ člověkem. Měli bychom akceptovat každého nemocného, ačkoli někteří pacienti budí negativní pocity, vyvolávají konflikty, jsou nespokojeni s lékařskou a ošetřovatelskou péčí.

### **Vysoce zatěžující je:**

- ◆ péče o pacienty s infaustní prognózou
- ◆ péče o chronicky nemocné
- ◆ péče o depresivní pacienty
- ◆ léčba závislostí
- ◆ gerontopsychiatrická péče
- ◆ práce na krizových centrech
- ◆ práce na psychoterapeutických odděleních (Venglářová, 2011)

### **Rizikové faktory v zaměstnání**

Nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření pocházejí z pracovní oblasti. Zvýšená pracovní zátěž patří mezi stresové faktory. V momentě, kdy naše nároky na sebe samé překročí míru toho, co dokážeme zvládnout, zažíváme stres. Nadměrné zatížení může být příčinou vzniku burnout syndromu. Vyčerpání je jednak důsledkem vyhoření, jednak jeho zesilovačem. Aby postižený provedl tytéž úkony, musí vynaložit daleko větší úsilí i množství energie, což celý proces vyhoření urychluje.

Lidé, kteří nejsou za svůj výkon dostatečně odměněni, pracují bez potřebné motivace. Tím není myšleno jen finanční ohodnocení, ale také pocit, že si jejich úsilí někdo váží a dovede je ocenit. Práce by nám měla dávat možnost rozvíjet a zdokonalovat naše dovednosti. Pokud tuto příležitost nemáme, brzy se dostaví zklamání. Neznamená to, že musíme bát neustále chválení, nicméně nedostatek uznání, nespravedlivé hodnocení výsledků a omezené možnosti kariérního růstu spíše demotivují a přispívají k naší nespokojenosti.

Dalším rizikovým faktorem je špatný kolektiv. Je-li náš pracovní kolektiv nepřátelský, odměřený či chladný, necítíme se v něm dobře. Týmu, který se potýká s problémy, chybí v něm kolegiální a převládá závist, vzájemná neúcta a nevraživá atmosféra, se navíc výrazně snižuje výkonnost. Nedostatek vzájemné soudržnosti mezi spolupracovníky může být pociťován jako zdroj ohrožení a vyvolat stresovou reakci. (Stock, 2010)



## **Rizikové faktory osobnostní**

Při vzniku syndromu vyhoření většinou nehrají roli jen situační faktory. S vnějšími stresory se každý člověk vyrovnává jinak. Znamená to, že spouštěče vyhoření se mohou ukrývat i v charakterových vlastnostech postiženého. Každý člověk má své charakteristické zvyky a povahové vlastnosti. Odborníci se dnes shodují na tom, že vnější podmínky a povahové faktory hrají při vzniku burnout syndromu přibližně stejně velkou roli.

Lidé s chováním typu A se označují jedinci s vysokými ambicemi a silně vyvinutým smyslem pro povinnost, kteří se vyznačují soutěživostí, netrpělivostí, perfekcionismem a sklony k agresivitě. Spěch, vznětlivost a podrážděnost jsou pro ně typické. Označují se jako jedinci závislí na práci, tzv. workoholici. Zpočátku jsou úspěšní, neboť za jejich výkony se jim dostává uznání, ale svou bojovností způsobují konflikty mezi lidmi. Vědomě se vystavují několika stresorům, např. nadměrná zátěž a nadprůměrné množství úkolů nahuštěné do velmi omezeného časového rámce. Teprve po letech vyplývané energie u nich dochází k fyzické reakci, např. vyhoření.

Chování typu B je opakem typu A, vyznačující se větší trpělivostí, klidem a uvolněností. V zásadě lze říct, že se jedná o účinnou ochranu před syndromem vyhoření.

Pojmem „vědomí souvztažnosti“ je myšlen pozitivní postoj jedince ke světu a k životu jako takovému. Jedinec, který ji má, si i v těžkých situacích dokáže svět rozumově vysvětlit a necítí se jim ohrožen, život je pro ně smysluplný, berou ho jako výzvu, jež je hodna jejich úsilí. Lidem s negativním životním přístupem toto vědomí chybí, sou tedy méně odolní a mají nižší schopnost vyrovnat se se zátěží. Je tedy náchylnější k chronickému stresu a vyhoření. (Stock, 2010)

### **1.4 Příznaky syndromu vyhoření**

Příznaky mohou leckdy poukazovat na jiné duševní poruchy. Obvyklé je, že se člověk příliš angažuje, což se střídá se stále delšími obdobími vyčerpanosti. Stále méně snese, stále on i jeho okolí trpí jeho výkyvy nálad, stále méně je schopen opravdového

odpočinku, snáze podléhá infekcím. Únava se může stát chronickou a vést až k naprosté ztrátě sil. (Kallwass, 2007)

Bartošíková rozděluje příznaky syndromu vyhoření do těchto oblastí:

Emocionální vyčerpání – člověk „ztrácí kapacitu pro lidi“, cítí se citově vysátý, začíná se emočně distancovat. Snaží se vyhýbat lidem, reaguje podrážděně, nepřátelsky, necitlivě, přestává být empatický. Vytrácí se radost a uspokojení z kontaktu s lidmi v práci, postupně i v rodině.

Psychické vyčerpání – odrazí se negativními postoji k sobě i k jiným projevující se změnou životních postojů. Postižený vnímá život jen jako seskupení problémů, nároků a hrožících katastrof. Je cynický, negativistický, pesimistický, nechce žádné změny, přestává si věřit. Objevují se poruchy soustředění, zapomnětlivost, dochází k utlumení celkové aktivity a mizí tvořivost. Jeho činnost se redukuje na rutinní postupy, upadá do činnostního a myšlenkového stereotypu. Vytrácí se smysl práce, později i života, mohou se objevit sebevražedné myšlenky.

Tělesné vyčerpání – projevuje se chronickou únavou, nedostatkem energie, svalovými bolestmi, pocity tělesné slabosti. Únava je spojena s pocity viny a selhávání, dostavuje se zvýšená potřeba spánku, který je nekvalitní a člověk se cítí neodpočatý. Objevuje se častější nemocnost, změny stravovacích návyků, a tím změna tělesné hmotnosti. Zvyšuje se riziko zneužívání návykových látek.

Změny v sociálních vztazích – stahování se ze sociálního kontaktu, vyhýbání se pacientům, postupně izolování se od spolupracovníků. Zvyšuje se podrážděnost, mohou narůstat konflikty, hostilní postoje, odmítání ve vztazích. Dochází k celkovému útlumu sociability, převažuje lhostejnost, apatie, nezájem o hodnocení druhými. (Bartošíková, 2006)

### **Vývoj syndromu vyhoření**

Stále častěji je vyhoření popisováno nikoliv jako stav, ale jako neustále se vyvíjející proces, který může trvat i několik měsíců až let. Syndrom vyhoření má několik stupňů. V každém z nich zasahuje více určité oblasti života. Na počátku bývá emoční vyhoření, které vnímají více ženy než muži, dále může docházet k psychickému vyhoření a ztrátě inspirace. Nakonec dojde k fyzickému vyčerpání, které může přejít do

psychosomatického onemocnění. Jde o následek dlouhodobého potlačovaného stresu a přirozených reakcí, jako jsou agresivita, zlost, pláč, strach a hněv.

### **Vývoj vyhoření podle Edelwiche a Brodskyho probíhá v pěti fázích:**

- ◆ **Nadšení** - Začínající pracovník srší elánem, má velká (a nerealistická) očekávání. Dobrovolně pracuje přesčas, práce ho zcela naplňuje, identifikuje se se svou profesí a tak zanedbává volnočasové aktivity.
- ◆ **Stagnace** - Počáteční nadšení uvadá, dotyčný se ve své profesi už trochu zorientoval a zjistil, že má svá omezení a že ne všechny ideály půjdou naplnit. Rovněž se už začíná ohlížet i po jiných, než jen pracovních záležitostech – bere v potaz osobní potřeby, koníčky.
- ◆ **Frustrace** - Pracovníka začínají zajímat otázky efektivity a smyslu vlastní práce, protože se opakovaně setkal s nespolupracujícími klienty, technickými a byrokratickými překážkami. Mohou se vyskytnout spory s nadřízenými i počínající emocionální a fyzické potíže.
- ◆ **Apatie** - Stadium apatie přichází po déletrvající frustraci, když na frustrující situace nemá dotyčný vliv (ať už domněle nebo objektivně). Mnozí lidé se potýkají s tzv. HH-syndromem charakterizovaném bezmocností a beznadějí („HH“ z angl. helplessness & hopelessness). Pracovník vnímá své povolání jen jako zdroj obživy, dělá pouze to, co musí, a odmítá jakékoli novinky, rozhovory se spolupracovníky i žádosti o práci přesčas. Klienty se často cítí obtěžován.
- ◆ **Vyhoření** - Jako poslední nastává období emocionálního vyčerpání, depersonalizace (pocit ztráty sebe, vnímání sebe jen jako kolečka ve stroji atp.), pocitu ztráty smyslu a vůbec všech možných projevů syndromu vyhoření popsaných na jiných místech tohoto webu.

Jednotlivé fáze přecházejí do dalších tak hladce a nepostřehnutelně, že dotyčný si to, co se děje, uvědomí teprve ve chvíli, kdy už je po všem. Tím hlavním, co odliší nevyhořelého perfekcionista, nadšence a pilného pracovníka od toho, u koho se syndrom vyhoření rozvine, je míra ne/realističnosti očekávání a aspirací. (Peterková, 2008-2009)

## **1.5 Metody ke zjištění syndromu vyhoření**

MBI – Maslach Burnout Inventory – dotazník k měření úrovně vyhaslosti, publikován v roce 1981 kalifornskou psycholožkou Christine Maslachovou se spolupracovnicí Susan Jacksonovou. Jedná se o nejužívanější metodu tohoto typu. MBI obsahuje v první verzi 22 položek a tři subškály: emoční exhauce (vyčerpání), depersonalizace a personal accomplishment (snížená osobní výkonnost). Všechny položky jsou posuzovány ve dvou dimenzích, a to na dvou škálách: 1) z hlediska frekvence výskytu posuzovaných prožitků (na šestibodové posuzovací škále), 2) z hlediska jejich intenzity (na sedmibodové posuzovací škále). Přes poněkud obtížněji využitelné skóre (výsledkem není jedna hodnota) umožňuje tato verze dotazníku velmi cenný pohled jak na intenzitu prožitku jednotlivých složek vyhaslosti, tak na frekvenci jejich výskytu. Dle autorky vykazuje metoda relativně vysokou reliabilitu (hodnota vnitřní konzistence pro jednotlivé subškály se pohybovala v rozpětí  $r = 0,71$  až  $r = 0,90$ , hodnota reliability „test - retest“ v rozpětí  $r = 0,53$  do  $r = 0,82$ ).

Burnout measure – přepracovaná verze dotazníku publikovaná A. Pinesovou se spolupracovníky (Pines, Aronson a Kafry, 1981). Tato metoda je v literatuře hojně citována a zdá se, že se jedná o druhou nejčastěji užívanou metodu k diagnostice vyhaslosti. Skládá se z 21 položek, posuzovaných na sedmibodové posuzovací škále typu „Jak často“ s rozpětím od „Nikdy“ (1) do „Vždy“ (7), a zjišťuje tři hlavní prožitkové složky vyhaslosti: pocity tělesného vyčerpání, emočního vyčerpání a duševního vyčerpání. (Příloha 1)

Týmy Ch. Maslachové a A. Pinesové s jejich spolupracovníky výrazně ovlivnily tvorbu dalších metod, inspirovaných těmito vzory. Postupně tak vznikala řada dalších analogických postupů, např. „Staff Burnout Scale for Health Professional“ (BS - HP, Jones, 1980, 1981), „The Meier Burnout Assessment“ (MBA, Meier, 1984), „Teacher Burnout Scale“ (TBS, Seidman, Zager, 1986 - 1987), „Teacher Stress Reactions“ (TSR, French, 1991) a další. (Kebza, 2003)

## **1.6 Prevence syndromu vyhoření**

Jako u všech onemocnění a poruch platí i v případě syndromu vyhoření, že čím dříve se začne řešit, tím lépe. V ideálním případě je problém rozpoznán už ve fázi stagnace, kdy jsou předpoklady pro zabránění rozvoji burnoutu nejlepší. Úspěchem ale je i to, pokud se problém podaří identifikovat v následných fázích, tj. ve stadiu frustrace a apatie. Mnozí lidé si však připustí možnost, že s nimi není něco v pořádku, až ve chvíli, kdy už se jiné východisko prostě nenabízí. U vyhoření (podobně jako třeba u závislostí) jde navíc o plíživý proces, jehož vznik a vývoj je těžké z pozice samotného postiženého vůbec postřehnout. S plně rozvinutým syndromem vyhoření je asi nejlepší svěřit se do rukou odborníka, tj. psychologa nebo psychiatra. Kromě odstranění nejakutnějších potíží (depresivních nálad, příp. sebevražedných tendencí apod.) se pracuje na získání realističtějšího přístupu k zaměstnání i sobě samému, osvojení si základů zdravé životosprávy, umění odpočívat a pozornost je věnována i vybudování sociální podpůrné sítě (systému zdravých mezilidských vztahů). Pracuje se s osobností dotyčného, s jeho mezilidskými vztahy a s jeho prací. Konkrétní postupy závisejí na preferencích toho kterého poradce nebo terapeuta.

Prevenčí jsou kvalitní mezilidské vztahy - tzv. sociální podpůrná síť, tedy existence blízkých lidí, kteří jedinci mohou poskytnout to, co si on sám dát nemůže. Jde hlavně o aktivní naslouchání (ovšem bez nutkání radit), povzbuzování a faktickou i emocionální pomoc v těžkých situacích. Dále osvícení zaměstnavatelé, kteří podporují účast svých pracovníků na workshopech. Při nich jsou na začátku utvořeny skupiny pracovníků různých pomáhajících profesí ohrožených burnoutem. Členové těchto skupin spolu diskutují rozličné problémy, řeší úkoly, podporují se, vyměňují si informace o tom, jak pracují se svými klienty atp. Lépe jsou na tom lidé typu B, kteří se (na rozdíl od typu A) neženou za výkonem a úspěchem s vyplazeným jazykem a tepem na hranici mdlob, nýbrž dokážou vnímat svou práci a její výsledky v širších souvislostech. Nic nezkazíte uměním odmítat a odpočívat ani tím, když si najdete nějaký mimopracovní koníček. (Peterková, 2008-2009)

Ze světa přichází nový trend pomáhání – defusing a debriefing. Používají je týmy pomáhající v oblasti hromadných a živelných katastrof. „Debrief“ v angličtině znamená „vyslechnout hlášení“. Jedná se o krátké, zpravidla jednorázové setkání co největšího

počtu osob zasažených traumatickou událostí se speciálně školenými odborníky, kdy se rozebere incident a účastníci jsou informováni o předpokládaných emočních reakcích a jejich řešení. Měl by bránit propuknutí posttraumatické psychické poruchy. Defusing znamená obyčejné popovídání si s kolegy, kamarádkami, partnerem nebo rodiči, ke sdělení starosti, a tak uvolnit nahromaděné emoce a napětí. Zavedení podobné služby by jistě prospělo i duševní pohodě extrémně zatížených zdravotníků a zabránilo by mnoha projevům syndromu vyhoření. (Sestra, 2005)

### **Co můžeme pro změnu udělat pro sebe (nikoliv pro druhé):**

- ◆ buď sama k sobě laskavá a vlídná
- ◆ uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne násilně je měnit
- ◆ najdi si své útočiště – místo klidu
- ◆ buď druhým oporou, neboj se pochválit, nauč se to přijímat od nich
- ◆ nesrovnávej se s druhými a respektuj své hranice
- ◆ uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občanské pocity bezmoci
- ◆ snaž se obměňovat své pracovní postupy a neupadnout do stereotypu
- ◆ najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu a naříkáním, které tě ničí
- ◆ využij posilujících prvků přátelství
- ◆ ve volném čase nehovoř o práci
- ◆ plánuj si chvíle odpočinku a oddechu
- ◆ nauč se říkat NE bez pocitu viny
- ◆ nauč se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím“
- ◆ raduj se, směj se a hraj si. (Venglářová, 2011)

### **16 rad jak se vyhnout syndromu vyhoření:**

- ◆ Snižte nároky. Kdo na sebe stále klade příliš vysoké nároky, vystavuje se stresu. Uvědomte si, že člověk je nedokonalý a chybující.
- ◆ Nepomáhejte všem. „Nepáchejte dobro“. Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno.
- ◆ Naučte se říkat ne, nenechávejte se přetěžovat, myslete také někdy na sebe.
- ◆ Stanovte si priority. Nemusíte být všude a vždy. Soustřeďte se na aktivity, které si vyberete jako důležité.
- ◆ Plánujte si čas, rozdělte si rovnoměrně práci, snažte se vyhnout odkládání práce.

- ◆ Dělejte si přestávky. Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné aktivity do druhé.
- ◆ Vyjadřujte své pocity. Pokud se vás něco dotkne, dejte to najevo. Udělejte to ale citlivě k druhému člověku.
- ◆ Svěřte se s problémy. Najděte si někoho, komu důvěřujete.
- ◆ Nebojte se požádat o radu. Požádejte o návrhy k řešení. Nemusíte si se všemi lámat hlavu sám.
- ◆ Myslete pozitivně. Radujte se z toho, co umíte a dokážete.
- ◆ Učte se komunikovat. Práci si dobře připravte a sdělte svým spolupracovníkům hned na začátku svá očekávání a cíle.
- ◆ Zachovejte rozvahu v konfliktních situacích. Nejednejte impulzivně. Můžete konflikt řešit i s humorem.
- ◆ Doplnujte energii. Odpočívejte. Relaxujte. Dělejte činnosti, které vás těší.
- ◆ Využívejte nabídek pomoci. Pokud máte pocit, že nereagujete dobře, změňte své chování.
- ◆ Přihlaste se do vhodného výcvikového kurzu.
- ◆ Zajímejte se o své zdraví. Berte vážně signály svého těla.
- ◆ Zdravě se stravujte, sportujte a dělejte si radost. (Zacharová, 2007)

Smysl profese zdravotní sestry není jednoznačný. Jde převážně o poskytování pomoci, přičemž zpětná vazba, informace o úspěšnosti jejího působení není vždy dosažitelná (psychicky nemocní pacienti s poruchami vědomí, umírající). Hodnota vykonané práce je prakticky nevyčíslitelná, a možná i proto je nedostatečně oceněná. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami – i toto je důvod, pro který hrozí sestřím vyhoření. (Venglářová, 2011)

## **2 INTENZIVNÍ PÉČE**

### **2.1 Rozdělení intenzivní péče**

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. Intenzivní medicína je primárně zaměřena na zejména na nejzávažnější respirační a kardiovaskulární poruchy, ale pro optimální péči o kriticky nemocné je nezbytný multidisciplinární přístup. (Ševčík, 2003)

Na všech typech intenzivní péče je stav pacientů nepřetržitě sledován sestrou a veškeré informace zaznamenávány 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).

Požadavky na minimální technické a personální vybavení, stejně jako seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami je možné najít ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví číslo 493/2005 Sb. (Kapounová, 2007)

Na základě praktických zkušeností a více literárních doporučení se intenzivní péče dělí do tří stupňů. Všeobecně je přijímáno a do různých národních zdravotnických struktur zabudováno doporučení Evropské společnosti pro intenzivní medicínu - ESICM.

Intenzivní péče I. stupně (nižší) – zajišťuje kontinuální monitorování, zvýšenou sesterskou péči, možnost okamžité resuscitace a krátkodobé ventilace.

Intenzivní péče II. stupně (vyšší) – základní i invazivní monitorování, dlouhodobá



umělá plicní ventilace, neposkytuje komplexní léčebnou péči.

Intenzivní péče III.stupně (nejvyšší) – spočívá v poskytování celého rozsahu intenzivní péče se zvláštním zaměřením na kritické stavy různé etiologie. (Zadák, 2007)

### **Personální zajištění intenzivní péče**

Základním a principiálním pravidlem pro dobrou práci jednotky je přítomnost lékařského personálu, který se výhradně věnuje práci na JIP, tj. pracuje zde na plný úvazek a nemá vyjma výuky a výzkumných aktivit žádné jiné závažnější funkce. Optimální je, pokud zajišťuje provoz celých 24 hodin, včetně volných dnů. Zásadním požadavkem je, aby měl lékař plnou erudici ve všech metodách intenzivní medicíny. Každá JIP musí mít oficiálně stanoveného vedoucího, který je specialistou v oblasti intenzivní péče a splňuje všechny předpoklady této specializace.

Počet sester, které mají pracovat na jednotce intenzivní péče, se liší podle typu jednotky a oboru, který zajišťují. Na JIP II. typu se předpokládá jedna sestra na každého pacienta a jedna sestra v záloze, dále jedna sestra s delší praxí v intenzivní péči v každé směně. Důležitou součástí personálu jsou rehabilitační pracovníci a nutriční terapeuti.

U větších jednotek intenzivní péče je nezbytná administrativní pracovnice a funkce technického pracovníka zodpovědného za bezpečnost přístrojového vybavení. (Zadák, 2007)

## **2.2 Vzdělání a role sester v intenzivní péči**

Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků v České republice bylo třeba zásadním způsobem upravit v souladu s požadavky Evropské unie, zásadami volného pohybu osob v oblasti poskytování zdravotní péče, volného přístupu fyzických osob ke zdravotnickému vzdělávání a přístupu právnických i fyzických osob k poskytování zdravotnického vzdělávání s cílem volného uplatnění na pracovním trhu Evropské unie.

### **Nyní je vzdělávání sester členěno do třech úrovní:**

- ◆ primární – základní devítiletá škola
- ◆ sekundární – kterákoliv střední odborná škola s maturitou, po absolvování čtyřleté střední zdravotnické školy získává student možnost pracovat ve zdravotnickém zařízení pouze pod odborným dohledem jako zdravotnický asistent
- ◆ terciální – kvalifikační vzdělávání na vyšších odborných školách, získáním titulu „diplomovaný specialista“ (DiS) nebo na vysokých školách získáním titulu „bakalář“ (Bc.) či „magistr“ (Mgr.). Po ukončení studia a získání registrace je sestra způsobilá k výkonu zdravotnického povolání samostatně bez odborného dohledu

Důvodem registrace je zajištění vysoké úrovně poskytování zdravotní péče a její periodická kontrola. Slouží rovněž k zabezpečení volného pohybu osob a uznání profesního vzdělávání pro výkon povolání v zemích Evropské unie.

Specializační vzdělávání je možné získat absolvováním vzdělávacích programů, které jsou akreditovány ministerstvem zdravotnictví. Vzdělávání, které vede ke specializované způsobilosti, by mělo být koncipováno modulovým způsobem, kdy rozlišujeme 3 úrovně modulů:

- ◆ základní – jsou společné pro všeobecné sestry všech specializačních studií, zaměřují se na všeobecné znalosti a dovednosti
- ◆ odborné – jsou povinné v souladu se zvoleným oborem specializačního studia
- ◆ speciální – jsou zaměřeny na odbornou, úzce specializovanou problematiku a sestry si je zvolí podle vlastního zaměření nebo potřeb pracoviště. Mohou být nahrazeny certifikovanými kurzy.

Celoživotní vzdělávání je základním předpokladem dobrého výkonu zdravotnického povolání. (Kapounová, 2007)

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění role sestry. Sestra se stále více stává rovnocennou členkou zdravotnického týmu schopnou samostatné práce v oblasti své působnosti. Protože se mění kompetence sestry, mění se i obsah její práce a profese se stává samostatnější.

### **Základní role sestry v moderním ošetrovatelství:**

- ◆ sestra-pečovatel – poskytování základní ošetrovatelské péče
- ◆ sestra-edukátor nemocného a jeho rodiny – prevence poruch zdraví, rozvoj soběstačnosti, předcházení komplikací, nácvik praktických dovedností (ošetrování ran, aplikace inzulínu atd.)
- ◆ sestra-obhájce nemocného – v případě neschopnosti nemocného projevit své potřeby, stává se sestra jeho mluvčím, podporuje jeho pocit bezpečí a jistoty
- ◆ sestra-koordinátor – při plánování a realizaci ošetrovatelského procesu spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu a rodinou nemocného
- ◆ sestra-asistent – podílí se na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, při kterých asistuje. (Staňková, 2002)

Současné ošetrovatelství od sestry očekává, že je uznávaným odborníkem v oblasti svého samostatného působení. Jako všichni občané i sestry mají povinnost iniciovat a podporovat činnosti, které napomáhají upevňovat zdraví a uspokojovat sociální potřeby společnosti. Sesterské činnosti můžeme z hlediska jejich obsahu rozdělit do následujících skupin:

- ◆ základní ošetrovatelská péče – uspokojování základních potřeb člověka
- ◆ diagnosticko-terapeutická činnost – příprava a provedení různých vyšetření včetně následného pozorování nemocného a jeho ošetření
- ◆ psychosociální činnost – různé formy komunikace, poskytování instrukcí a informací, edukační práce atd.
- ◆ administrativní práce - vedení ošetrovatelské dokumentace
- ◆ přípravné a dokončovací práce – činnosti spojené s přípravou ošetrovatelských, diagnostických a léčebných výkonů, péče o pomůcky, doplňování materiálu, léků apod. (Staňková, 2002)

### **2.3 Potřeby pacienta v intenzivní péči**

Život člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb. Potřeba je vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné

k životu. Primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci, sekundární se vyvíjejí na podkladě primárních, jsou velmi individuální, činí život bohatším a příjemnějším. (Šrámková, 2007)

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Jednání zaměřené k uspokojení potřeby převádí potřebu na její psychologickou úroveň. (Trachtová, 2005)

Rozsah poskytované ošetrovatelské péče závislý na diagnóze a zdravotním stavu nemocného. Stejně jako se neustále vyvíjí zdravotní stav pacienta, vyvíjí se neustále jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. Pacient je často závislý na péči sestry, je v podřízené pozici. Je důležité, aby sestra znala potřeby pacienta, podporovala ho v soběstačnosti a zároveň saturovala jeho potřeby. K nejzákladnějším potřebám pacienta na intenzivní péči patří:

- ◆ potřeba dýchání
- ◆ potřeba výživy
- ◆ potřeba vyprazdňování
- ◆ potřeba soběstačnosti
- ◆ potřeba psychické vyrovnanosti (Kapounová, 2007)

## **2.4 Specifika práce sestry na jednotce intenzivní péče**

Jednou z častých indikací k přijetí na jednotky intenzivní péče je nepřetržité monitorování vitálních funkcí pacienta. Monitoringem rozumíme opakované nebo trvalé sledování fyziologických funkcí pacienta a činností přístrojů. Slouží k včasné detekci abnormalit těchto funkcí, usnadnění rozvahy o případné terapeutické intervenci, kontrole a porovnání fyziologických funkcí a zhodnocení účinnosti použité intervence.

Péče o dýchací cesty je naprostou samozřejmostí a nedílnou součástí. Zahrnuje podávání zvlhčeného kyslíku kyslíkovou maskou nebo brýlemi, zajištění průchodnosti

dýchacích cest pomocí tracheální rourky nebo tracheostomie včetně odsávání a nebulizační terapie. Většina pacientů vyžaduje invazivní nebo neinvazivní plicní ventilaci.

U klientů bývají často zavedeny intravaskulární vstupy (centrální nebo periferní žilní katétry, arteriální katétry, Swan-Ganzovy katétry) a také permanentní močové katétry, což přináší především riziko infekce. Sestra musí vstup pravidelně asepticky ošetřovat, hodnotit barvu kůže a další známky zánětu.

Péče o vyprazdňování je podobná jako na standardních pracovištích. Specifikem může být měření hodinové diurézy. Péče o pokožku je na těchto odděleních je mnohem intenzivnější, a to z hlediska imobility pacientů a prevence dekubitů. Hygiena je prováděna častěji, je zde věnována větší pozornost péči o pokožku, prevenci dekubitů a různých defektů. Nezbytnou součástí je použití antidekubitární matrace a ostatních antidekubitárních pomůcek. (Kapounová, 2007)

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

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

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

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

Můžeme se zde setkat i s hojným využitím bazální stimulace. Použití této metody

v intenzivní péči má jistě své místo. Nejen, že pozitivně ovlivňuje vývoj zdravotního stavu klienta, ale také pozitivně působí na jeho rodinu. Ta tak může získat lepší pocit, že se pro klienta dělá opravdu maximum, a především může na této metodě intenzivně spolupracovat. (Půlpánová, 2009)

## **2.5 Specifika práce sestry na intenzivní péči pro dospělé**

Zatímco k ošetřujícímu lékaři (do ambulance) přichází pacient relativně dobrovolně, s určitým postojem a pojetím kooperace s lékařem, do nemocnice přichází obvykle díky rozhodnutí autority, a na toto rozhodnutí má jen malý vliv. Hospitalizace je pro pacienty zážitkem poměrně nového druhu. Mnohé se mění nejen v pacientovi (jeho těle), ale i v jeho psychice. (Křivohlavý, 2002)

Onemocnění je charakterizováno změnami v oblasti sociální, tělesné a psychické. Choroba bývá doprovázena řadou nepříjemných průvodních symptomů. Nemocný prochází řadou zákroků, mnohdy nedochází ke zlepšení. Na psychiku působí také ztráta soběstačnosti, nucený pobyt v izolaci s podobně nemocnými lidmi. Očekávání nepříjemných projevů vyvolává úzkost, depresivní rozladění. Někteří nemocní odmítají komunikovat, nechťejí spolupracovat se zdravotníky. (Venglářová, 2006)

### **Zásady komunikace s dospělým nemocným**

- ◆ Projevení osobního zájmu o pacienta. Nemocný je schopen z našeho projevu vycítit zájem o svůj osud a naopak lhostejnost.
- ◆ Sladění verbálního a neverbálního projevu. Zvláště v náročných situacích dochází k rozporu mezi slovy a neverbálním projevem.
- ◆ Setrvání u tématu, které přináší nemocný. Reakcí na těžké téma rozhovoru bývá uhýbání k méně závažným tématům.
- ◆ Citlivé reagování na nemocného. Respektujeme, zda mu vyhovuje dané téma, zda není vyčerpán. Zájem upínáme na nemocného, ne na příznaky choroby či obtíže. Citlivou reakci poznáme podle přání pacienta dál pokračovat

v rozhovoru.

- ◆ Srozumitelná komunikace. Komunikujeme slovy, kterým nemocný dobře rozumí. Používání odborných termínů komplikuje situaci a působí na nemocného nadřazeně.
- ◆ Nepoužíváme sugestivní manipulativní otázky ve snaze vyhnout se přímému pojmenování. (Venglářová, 2006)

### Zásady komunikace s umírajícím pacientem

U umírajících je často svízelné uspokojit základní potřeby. Při blížícím se konci života citelně ožívají spíše potřeby blízkosti, bezpečí a jistoty. Přes tíži situace si nemocní přejí zůstat důstojnými bytostmi, chtějí prožívat své dny podle svých přání. Chtějí mít informace o světě mimo nemocnici, alespoň duchem být s blízkými. Mají na to právo.

Postoje k péči o umírající nejsou jednotné. Obsahují kulturní a náboženské odlišnosti různých skupin lidí. Vhodný způsob komunikace volíme podle stadia přijetí závažného onemocnění pacientem. Pro nemocné je charakteristický způsob reakcí podle stadia přijetí. Přehledné členění stadií, kterými prochází nemocný při přijímání závažné diagnózy, vypracovala Elizabeth Kübler-Rossová. (Tab. 1)

Tab. 1: Fáze přijetí závažného onemocnění

<b>Fáze</b>	<b>Projevy</b>	<b>Vhodné reakce</b>
<b>Šok, popření</b>	Popírání existence onemocnění.	Dostatek času, navázání kontaktu, snaha získat důvěru nemocného.
<b>Hněv, vzpoura</b>	Zlost na všechno, odmítání ošetření, vyvolávání konfliktů.	Umožnit odreagování, nepohoršovat se, nenapomínat.
<b>Vyjednávání, smlouvání</b>	Hledání zázračných	Trpělivost, motivace k

<b>Fáze</b>	<b>Projevy</b>	<b>Vhodné reakce</b>
<b>S osudem</b>	léků, dávání slibů za uzdravení.	vytrvání v dosavadní léčbě.
<b>Smutek, deprese</b>	Obavy, vzdávání se, rezignace na léčbu.	Naslouchání, podpora komunikace s rodinou, hledání řešení.
<b>Smíření</b>	Vyrovnání, loučení s blízkými, pokora.	Poskytnutí blízkosti, neverbální podpory (doteky)

### **Příprava pacienta na bolestivé výkony a operaci**

Řada výkonů, které musí pacient v nemocnici podstoupit, je u něho spojena s nepříznivými pocity, bolestí, obavami a strachem. Týká se to především diagnostických vyšetření a terapeutických zásahů. (Křivohlavý, 2002)

Při chirurgických zákrocích je přirozeným jevem předoperační strach, který vyplývá z obav, že nastanou komplikace, operace nebude úspěšná. Hovoříme o tzv. anticipačním strachu. Tento strach lze redukovat aktivní pomocí zdravotnických pracovníků při podpoře pozitivních citů a rozumných vztahů pacienta k sobě, správnou informovaností, překonáváním bolesti a aktivním zapojením do psycho-rehabilitačního programu.

V interní medicíně vznikají obecně problémy s chronicky nemocnými, kteří nemají sebedůvěru, chybí jim pocit, že jsou užiteční, klesá jejich motivace k léčbě. Těmto nemocným chybí také tendence k aktivní spolupráci při rehabilitaci a rekonvalescenci. Dlouhodobá konzervativní léčba vyžaduje trpělivost ze strany pacienta, ale i lékaře. Pacientům je nutné dodávat sebedůvěru, učit je žít s chorobou, připravovat je na změněné životní podmínky, diskutovat s nimi o možnostech další léčby a posilovat jejich důvěru v účinnost léčby.



### **Psychologický přístup:**

- ◆ poznání premorbidní osobnosti člověka
- ◆ vytváření vztahů mezi nemocným a lékařem, zejména v souvislosti s prováděným operačním zákrokem
- ◆ znalosti stádií, kterými nemocný prochází při poúrazových stavech a komplikované léčbě
- ◆ komplexní posouzení zdravotního stavu s ohledem na psychiku nemocného
- ◆ individuální přístup k pacientovi, především v předoperační přípravě a pooperační péči
- ◆ eliminace pocitu strachu a úzkosti spojených s chirurgickým úkonem
- ◆ vysvětlení průběhu a stadií bolesti spojených s odborným výkonem
- ◆ umožnění pravidelného kontaktu nemocného s blízkými osobami
- ◆ příprava pacienta na nové, změněné životní podmínky či životní režim
- ◆ vhodná komunikace mezi nemocným a zdravotnickým personálem
- ◆ včasné poučení o možnostech a variantách léčby
- ◆ spolupráce s psychologem či psychiatrem (Zacharová, 2007)

## **2.6 Specifika práce sestry na intenzivní péči pro děti**

Hlavním důvodem hospitalizace na jednotce intenzivní a resuscitační péče je v dětském věku respirační insuficience, která výrazně převažuje nad ostatními příčinami. Traumatickou záležitostí jsou úrazy, které tvoří vysoké procento hospitalizací. V dětském věku se objevuje také řada vrozených vad, dědičných poruch metabolismu i zvláštních nozologických jednotek, které mají naléhavý charakter.

Dítě na JIP je vystaveno stresu danému závažným konkrétním stavem, který byl důvodem k přijetí. Navíc je péče spojena s celou řadou nepříjemných aspektů, které mohou ovlivňovat psychiku nemocných: oddělení od rodiny, rušivé zvukové, světelné a taktilní podněty, bolestivé procedury, narušení schématu noc-den, léky ovlivňující vědomí a psychiku.

## **Ontogeneze ve vztahu k hospitalizaci**

Kojenci a batolata trpí izolací od matky, nepříznivě na ně působí střídání cizích lidí v jeho okolí. Vztekly negativismus je u něj formou protestu, který bychom neměli tlumit.

Předškolní děti mají pocit uvěznění, strach z bolestivých procedur a mohou mít noční děsy, nemají ale pocit úzkosti.

Školáci již mají pocity úzkosti, strach z nemoci, kterou si uvědomují, i strach ze smrti. Pobyt na oddělení může brát jako trest, žijí v domnění, že si ho zaslouží, a proto při bolestivých procedurách se chovají se stoickým klidem.

Adolescenti trpí ztrátou nad osudem, za nemoc se stydí, projevují obavy ze ztráty tělesné integrity, poškození vzhledu a intelektu.

## **Zásady komunikace s nemocnými dětmi**

Prvním předpokladem úspěšné komunikace sestry s dítětem je znalost charakteristik vývojového období. Komunikace je podmíněná zdravotním stavem, typem onemocnění a intenzitou klinických příznaků. Ovlivňuje ji i prožívání a psychický stav dítěte. Komunikace s dítětem a jeho rodiči vyžaduje trpělivost, upřímnost, důslednost, lidskost a schopnost naslouchat, ale i profesionální vystupování.

Rozhovor by měl vždy začínat představením sebe a členů týmu. Dítě oslovujeme křestním jménem a také ono by mělo lékaře a sestry oslovovat křestním jménem. Z našeho chování (vlídného, vyrovnaného, rozhodného) má být zřejmé, že je dítě v dobrých rukou, jimž se může s důvěrou svěřit.

Při náhlém onemocnění, kdy není na přípravu čas, se snažíme dítě i rodinu uklidnit a stručně a srozumitelně informovat o tom, co bude následovat. Pokud je na přípravu pobytu v nemocnici čas, má být dítě předem připraveno. Dítě nikdy nepodvádíme a vždy včas a šetrně říkáme pravdu.

Rodiče a sourozenci by s dítětem měli být co nejčastěji a co nejdéle dobu. Na dítě co nejvíce mluvíme, dotýkáme se ho i mimo léčebnou a ošetrovatelskou činnost, a to i u dětí v bezvědomí. Dítě musí mít kolem sebe svoje oblíbené hračky. Musíme si být vědomi, že psychický a citový komfort dítěte má přímý vliv na patofyziologii odpovědi

na zátěž. (Plevová, 2010)

### **Příprava dítěte k zákrokům**

Dítě by mělo být na zákrok připraveno a informováno o něm. Cítí a tuší, že se děje něco nezvyklého, vidí strach a rozrušení rodičů. Fakt, že mu nikdo nic nevysvětlí, ještě posiluje jeho podezření, že se chystá něco děsivého.

Příprava by měla obsahovat vysvětlení, co se bude dít a kdy, bude-li cítit bolest, jak s ní může pracovat, kdo jej bude doprovázet, jak dlouho výkon potrvá a co bude následovat.

Dovezení dítěte na operační sál nebo na místo, kde se bude zákrok konat, by mělo být svěřeno sestře, s níž má dítě nejlepší kontakt. Je třeba dbát na to, aby dítě mělo správnou představu o narkóze a jejím účelu. Dítě je třeba ujistit, že usne klidně jako doma, že bude spánek dočasný a je důležitý k tomu, aby vyloučil jakoukoliv bolest. Musíme jej připravit i na to, že po probuzení bude nějakou chvíli trvat, než se zcela uzdraví, ale uzdravovat se bude rychleji a bude mu čím dál lépe. (Plevová, 2010)

### **Zásady péče o umírající děti**

Nevyléčitelné onemocnění dítěte je vždy spojeno s těžkým zásahem do života rodiny. Podobně jako dospělí i děti potřebují psychosociální podporu. Usilujeme o každodenní psychickou pohodu pacienta, které docílíme komunikací a častými kontakty s příbuznými. Prostřednictvím nedirektivních empatických rozhovorů a fyzického kontaktu (vezmeme pacienta za ruku, pohledíme ho) poskytujeme umírajícímu citovou podporu a vědomí, že jsme k dispozici nejen jako ošetřující personál. Umožníme mu hovořit o všem, co považuje za významné, tedy i o jeho obavách. Respektujeme prožívání a přání umírajícího.

Psychologická péče o umírající děti je zvláště zatěžující a obtížná proto, že smrt přichází příliš brzy. Zmíněné okolnosti způsobují, že smrt dítěte je vždy vypjatou situací, ačkoliv s praxí si na ni zdravotníci zvykají. (Plevová, 2010)

## 3 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE SESTER V INTENZIVNÍ PÉČI

### 3.1 Zátěže v práci sestry

Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, než je tomu u většiny jiných profesí. Nadměrná zátěž zvyšuje riziko chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč lékaři a sestry opouštějí zdravotnictví.

#### **Zátěže z pracovní činnosti – fyzické, chemické, fyzikální:**

- ◆ statické zatížení (stání při přípravě léků, infuzí atp., asistence u lůžka, u výkonů, apod.)
- ◆ zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování, úpravy lůžka)
- ◆ zatížení svalového, cévního a kloubního systému
- ◆ setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené a hnisavé rány, zápach, vyrážky, apod.)
- ◆ rizika infekce
- ◆ narušení spánkového rytmu při směnování
- ◆ kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, pomůckami (rukavice)

#### **Zátěže psychické, emocionální, sociální:**

- ◆ neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, přístrojů, ordinací lékaře), rychlé přepojování pozornosti mezi činnostmi
- ◆ pružné reagování na různorodé požadavky a změny
- ◆ velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce
- ◆ nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací
- ◆ vyrovnávání se s pocity bezmoci
- ◆ působení bolesti druhým lidem
- ◆ komunikace s příbuznými pacientů
- ◆ konflikty rolí

- ◆ nízké ohodnocení náročné práce (Bartošíková, 2006)

Při porovnání prac sestry u lůžka a v ambulantních zařízeních, je zřejmé, že práce u lůžka bude mít větší dopad na zdraví a životní styl každého zdravotnického pracovníka. V této oblasti lze také významně rozlišit práci na standardních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Právě na JIP jsou na sestru kladeny mnohem vyšší požadavky. Prakticky je s klientem po celou svou pracovní dobu. Je u klienta, když spí, vstává, provádí hygienickou péči, jí a vykonává další běžné úkony. Vše se také odvíjí od jeho zdravotního stavu. Zvláště na JIP mnoho těchto denních úkonů klienta přejímá sestra a zasahuje do jeho intimní zóny. Vidí klienta nejen v jeho fyzické nahotě, ale odhaluje i tu duševní, kdy je klient bezmocný. Právě opakované setkávání sestry s intimitou člověka klade vysoké nároky na osobnost sestry. Často se od ní očekává, že kromě své pracovní náplně bude schopna pomáhat nemocným zvládat jejich těžkou situaci. Ta se ale mění se změnou zdravotního stavu klienta a je důležité na ní pružně a včas reagovat. V situaci, kdy je klientův stav kritický a někdy i neodvratitelný, mohou u sestry vzniknout pocity nespravedlnosti osudu. (Půlpánová, 2009)

### **3.2 Interpersonální vztahy**

Mezilidským vztahem se rozumí především emoční vazba, tedy cit jedné osoby k druhé. Aby měl tento vztah význam, musí být dostatečně intenzivní a vzájemný, přičemž pro vznik vztahu je důležitým prvkem čas. První dojem z druhé osoby si vytváříme rychle, ale časem se vztah mění, upevňuje nebo také upadá. (Beran, 2010)

Od sester se vyžaduje spolupráce a zvládnání interpersonálních problémů, které v těsně pracujících zdravotnických týmech vznikají. Patří mezi ně soupeření, konfliktní zájmy, problémy s financováním provozu zařízení a nedostatečné ocenění práce. Stres na pracovišti vede k odreagování jak u lékařů, tak u pacientů a sestry se snadno stávají terčem jejich reakcí.

## **Vztah sestra - lékař**

Vztah lékař – sestra se postupně měnil v důsledku sociálních změn, ke kterým došlo ve vývoji společnosti. Po dlouhá staletí a tisíciletí bylo pro ženy jediné společensky uznávané poslání, a to starost o manžela, děti a domácnost. Není divu, že se povolání sestry a profesionálního ošetřování jeví jako jedna z cest k osamostatnění se u žen.

Řada problémů ve vztahu sestra - lékař vyplývá ze vzájemného nepochopení rolí a odpovědnosti v rámci moderního lékařství a ošetrovatelské péče. Lékaři i sestry kladou rozdílný důraz na specifické části léčebného procesu. S rozvojem moderního ošetrovatelství se často u lékařů vyskytuje názor, že by ošetrovatelství nemělo zasahovat do jejich oblastí. V některých zemích se cítí lékaři ohroženi vysokoškolskými ošetrovatelskými profesemi. Sestry často nejsou spokojeny s nižším respektem k ošetrovatelství ze strany lékařů. Ale mnohdy i dnes lékaři vnímají sestru jako jim odborně podřízenou pracovníci, která má plně respektovat jejich příkazy a ordinace. Ve zdravotnictví vyspělých zemí dochází ke změně společenského postavení sester a lékařů. Lékaři ztrácejí část svého výsadního postavení a sestry zase posílily své postavení v současném systému zdravotní péče. (Bártlová, 2005)

## **Vztah sestra - pacient**

V porovnání s ostatními zdravotnickými pracovníky jsou sestry nejčastěji v kontaktu s pacientem. Při ošetrování se dostávají k pacientovi velmi blízko, zasahují do intimní zóny, do které běžně lidé pouštějí jen své nejbližší. Kromě toho, že ho vidí v jeho nahotě těla, jsou přítomny i jeho odhalení duševnímu. Vztah pacienta k sestře může být jak velmi důvěrný, blízký, tak komplikovaný závislostí, nároky nebo pocity nedostačivosti, selhání, studu. Nemocní si také většinou k lékaři nedovolí to, co k sestře. Kromě toho sestry bývají prvním „narázníkem“ při konfliktech s příbuznými pacientů, se kterými se setkávají častěji než ostatní zdravotníci. (Bartošíková, 2006)

### **3.3 Interpersonální konflikt**

Slovo konflikt pochází z latinského *conflictus* (srazit se spolu). Konfliktem rozumíme střet názorů, neshodu, rozpor či dokonce válku. (Venglářová, 2011)

Interpersonální konflikt je nesoulad mezi nějak spojenými jednotlivci – spolupracovníky, blízkými přáteli, milenci nebo členy rodiny. Slovo spojenými zdůrazňuje transakční povahu interpersonálního konfliktu, tj. skutečnost, že stanovisko jednoho účastníka ovlivňuje druhého účastníka. Proto jsou stanoviska v interpersonálním konfliktu do určité míry ve vzájemném vztahu a do určité míry neslučitelná.

Interpersonální konflikt je složitý a často i těžko pochopitelný proces. Ačkoliv interpersonální konflikt je vždy stresový, je důležité si uvědomit, že má jak negativní, tak pozitivní aspekty. Důvodem negativního aspektu je nečestný způsob boje a snaha zranit druhého. Pozitivním aspektem interpersonálního konfliktu je skutečnost, že nás nutí zkoumat problém a pracovat na jeho možném řešení. Vztah se může konfliktem posílit, ozdravit a být pro oba uspokojivější. (DeVito, 2008)

### **3.4 Mobbing, bossing**

Mobbing je termín označující šikanu (teror na pracovišti). Jde o systematické pronásledování zaměstnance. Častým důvodem je zájem, aby zaměstnanec ukončil pracovní poměr. Původce šikany je zpravidla spolupracovník, ke kterému se přidává několik členů pracovního kolektivu.

**Společnými znaky aktérů mobbingu jsou:**

- ◆ je zdatný manipulátor
- ◆ umí vzbudit pocity viny
- ◆ přehrává zodpovědnost na druhé
- ◆ mění názory
- ◆ kritizuje, vyvolává konflikty
- ◆ využívá druhé

Projevy mobbingu mohou být slovní (zesměšňování, zlehčování, skákání do řeči), mimoslovní (ignorace, pohrdání, pohrdavá gesta), ztráta výsledků práce, smazání dat, zatajení informací, apod).

Následky mobbingu jsou psychické (snížené sebevědomí, poruchy soustředění, zvýšená dráždivost, úzkost až deprese), zdravotní (snížená imunita, kardiovaskulární onemocnění, dýchací problémy, choroby zažívacího traktu) a mají dlouhodobý vliv na soukromý život.

Bossing označuje šikanu, jejímž aktérem je nadřízený. (Venglářová, 2011)

## **4 SUPERVIZE**

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. Supervizit nabízí pohled zvenčí, přináší své zkušenosti a doporučení. V případě práce se složitým pacientem či při mimořádné události, supervize poskytuje pracovníkovi podporu, posiluje jeho pracovní kompetence a přináší mu inspiraci pro nové postupy. Při supervizi se nejedná o kontrolu ani přímé řízení prostřednictvím supervizita. (Venglářová, 2011)

### **4.1 Historie supervize ve zdravotnictví**

K rozvoji supervize v tomto smyslu došlo v anglosaském prostředí na konci 19. století, kdy předchůdci dnešních sociálních pracovníků – dobrovolníci – pracující v terénu využívali supervize ve smyslu poradenství a jako administrativní podporu placených, zkušenějších pracovníků. Ve zdravotnictví nacházíme první zmínku o supervizi ve Velké Británii v roce 1902. Jednalo se o supervizi porodních asistentek



v profesní hierarchické linii. Supervize zde byla vázána na splnění administrativních úkolů a na propojení porodnické praxe s právními a organizačními předpisy.

Dříve tak převládal model, který dnes nazýváme supervizí manažerskou – supervizit byl ve služebně nadřazené roli nad supervidovanými a pomáhal jim správně se orientovat v pracovních problémech a zároveň měl odpovědnost za kvalitu odvedené práce. Významným impulsem pro rozvoj další formy, skupinové supervize, byl ve dvacátých letech 20. století úzký kontakt sociálních pracovníků s lékaři. Sociální pracovníci se začali úspěšně podílet na diskuzích nad případy v nemocnicích, kde se stávali partnery lékařů svými informacemi o sociálních okolnostech života pacientů. Z případových konferencí se rozvinula metoda skupinové supervize, v níž se využívá bohatství znalostí a postřehů různých členů skupiny ke zlepšení práce. (Marková, 2010)

## **4.2 Formy supervize**

Týmová supervize je určena pro všechny členy týmu, je zaměřena na spolupráci v týmu, zlepšení efektivity práce a komunikaci jednotlivých členů týmu. Je nutné se předem dohodnout, zda bude přítomen někdo ze členů vedení, např. staniční sestra. Tématem supervize mohou být vztahy uvnitř týmu, vztahy v organizaci, vztahy k vnějšku (spolupráce s jinými týmy).

Skupinová supervize je setkání pracovníků, kteří pracují s podobnými pacienty, v podobných zařízeních. Nejčastěji probíhá balintovská supervize (kasuistická). Cílem je profesionální rozvoj, získávání nových poznatků a dovedností. Je nutné předem jasně vymežit cíle, obsah a formální požadavky na supervizi.

Individuální supervize probíhá formou strukturovaného rozhovoru mezi jedním pracovníkem a supervizorem.

## **4.3 Funkce supervize**

V rámci kontraktu je třeba jasně vymežit, jakou funkci má supervize plnit. Cíle supervize můžeme rozdělit do několika kategorií a dobře tak porozumět různým

funkcím supervize.

1. Vzdělávací funkce – poskytuje prostor pro rozvoj dovednosti, získání nových vědomostí, porozumění situaci klienta a principům péče o něj.

2. Podpůrná funkce – ochota supervizora porozumět obtížím pracovníků, jeho pochopení pro náročnou práci. Během ošetřování nemocných prožívají sestry řadu stresujících situací vedoucích k velké emoční zátěži. Obvyklou reakcí je pak vytvoření hradby, kterou se zdravotník snaží chránit od přílišné zátěže. Podpůrná supervize patří k základním pilířům boje proti vyhoření.

3. Řídící funkce – supervizit má na zřeteli odbornost a kvalitu péče a může být prvkem kontroly kvality péče. Zvláště u začínajících pracovníků je řídicí supervize nedílnou součástí začlenění do profese.

#### **4.4 Specifické metody supervize**

##### **Koučink**

Koučováním se rozumí kombinace individuálního poradenství, osobní zpětné vazby a praktického tréninku. Jde o poradenství zaměřené na zefektivnění spolupráce v organizaci, lepší porozumění profesi, roli. V pomáhajících profesích se s tímto způsobem práce setkáváme málokdy.

##### **Manažerská supervize**

Tento termín je užíván v případě, že supervizi provádí nadřízený. Na rozdíl od externího supervizora má zodpovědnost za kvalitu práce svých podřízených. Supervize vedená manažerem je nástroj pro dosažení optimálního fungování pracovních týmů i jednotlivců. Slouží nejen k rozvoji, ale i k vedení podřízených.

##### **Případová supervize**

Na skupinovém setkání pracovníků je projednáván jeden nebo více případů. Hledají nové postupy a strategie. Členové supervizní skupiny nabízejí své zkušenosti. Specifickou formou jsou balintovské skupiny.

##### **Balintovská skupina**

Skupiny jsou složeny z šesti až dvanácti pracovníků. Při setkáních pracují

na konfliktních nebo problematických vztazích s pacienty či klienty. Práce v balintovské skupině má standardní postup. Je rozdělena do pěti fází. Po krátké prezentaci případů následuje podrobnější popis situace, která je pro terapeuta obtížná, konfliktní. Druhá fáze patří upřesňujícím dotazům ostatních. Třetí fází je sdělování fantazií k probíranému klientovi. Ve čtvrté fázi přinášíme nápady na postup v dané situaci. Pátá fáze patří shrnutí postupů, které předkladatele něčím zaujaly a připadají mu využitelné. Na závěr můžeme vyjádřit podporu a nabídnout pomoc. (Venglářová, 2011)

## 5 EMPIRICKÁ ČÁST

### 5.1 Formulace problému

Syndrom vyhoření je stále aktuálním tématem, kterému je nutno věnovat i nadále pozornost. Role sestry v intenzivní péči je velmi důležitou a nenahraditelnou úlohou. Sestra je při své dvanáctihodinové směně vystavována mnoha stresovým situacím, které musí řešit společně s lékařem a dalšími zdravotnickými pracovníky. Zvláště v intenzivní péči je na sestry kladena větší zodpovědnost za svěřené pacienty, kdy se může jejich stav nečekaně změnit. Neustálá psychická a fyzická zátěž mohou být příčinou syndromu vyhoření. Vysoká náročnost, nízké ohodnocení a motivace hrají významnou roli pro vznik syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření vzniká nejčastěji u profesí pomáhajícím druhým, kdy výdej převládá nad příjmem. Sestra pečuje o pacienty a je vystavována různým stresovým situacím, ale pokud nemá dostatečnou motivaci, ztrácí svá očekávání, nadšení a práce jí nepřináší uspokojení. Ztrácí zájem o svou profesi a pacienty, kteří jsou pro ni jen zátěží. Práce se pro ně stává pouze zdrojem obživy.

### 5.2 Cíle a hypotézy

**Cíl 1:** Zjistit výskyt syndromu vyhoření u sester v intenzivní péči ve FN Motol.

**Cíl 2:** Porovnat riziko syndromu vyhoření mezi sestrami v intenzivní péči u dětí a dospělých.

**Cíl 3:** Zjistit a porovnat riziko syndromu vyhoření podle věku, pohlaví, rodinného stavu, délky praxe ve zdravotnictví a na současném oddělení, spokojenosti a náročnosti na pracovišti.

**H 1:** Více než polovina sester v intenzivní péči ve FN Motol bude mít nízké riziko syndromu vyhoření.

**H 2:** Sestry v intenzivní péči u dětí budou mít vyšší výskyt riziko syndromu vyhoření než u dospělých.

**H 3:** Sestry pracující déle než 6 let na jednom pracovišti budou mít vyšší riziko syndromu vyhoření.

### **5.3 Metoda sběru dat**

Pro tento výzkum jsem zvolila metodu dvou anonymních dotazníků. První dotazník vlastní konstrukce byl zaměřen na otázky týkající se pohlaví, věku, rodinném stavu, vzdělání, délce praxe ve zdravotnictví a na současném oddělení, spokojenosti a náročnosti na pracovišti. Druhý standardizovaný dotazník dr. Pines (BDG Pinnes) sloužil ke zjištění míry syndromu vyhoření. Ten se skládal z 21 otázek a byl posuzován z hlediska frekvence výskytu prožitků během posledních šesti měsíců. Posuzovací škála pro frekvenci výskytu měla 7 možných odpovědí: 1 – nikdy, 2 – 1x-2x, 3 – zřídka, 4 – někdy, 5 – často, 6 – převážně, 7 – stále. 17 otázek mělo negativní zaměření a 4 otázky pozitivní.

### **5.4 Organizace výzkumu**

Výzkum probíhal v měsících prosinec 2010 až leden 2011. Dotazování probíhalo ve Fakultní nemocnici Motol v Praze s písemným souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchních sester jednotlivých oddělení.

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Návratnost byla 97 vyplněných dotazníků (80,3 %). Do výzkumného vzorku bylo zařazeno 97 sester pracujících na odděleních intenzivní péče FN Motol. 35 z nich pracovalo na kardiokirurgickém oddělení, 30 na dětském kardiocentru, 12 na spondylogirgii a 20 na dětské chirurgii novorozenců a kojenců.

## 5.5 Zpracování dat

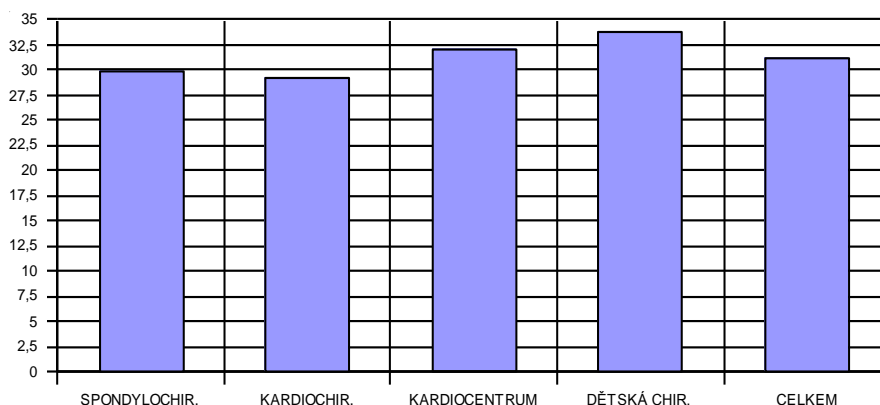
Pro zpracování výsledků byl použit program MS Excel, ve kterém byly nejprve zjištěny výsledky obecné části dotazníku znázorněné procentuálně a graficky. Z druhé části dotazníku byla vypočítána míra syndromu vyhoření podle dr. Pines. Výsledky byly označeny jako velmi dobré, alarmující a prokazující vyhoření. Výsledky skóre celkem byly znázorněny graficky a jednotlivá oddělení reálnými čísly.

## 5.6 Výsledky a jejich interpretace

### Sociodemografické charakteristiky souboru

Z celkového počtu 97 sester, bylo celkem 88 (90,7 %) žen a 9 (9,3) mužů. Na oddělení spondylochirurgie pracovalo 12 (100 %) žen, na kardiouchirurgii 29 (82,9 %) žen a 6 (17,1 %) mužů, na dětském kardiocentru 27 (90 %) žen a 3 (10 %) mužů a na dětské chirurgii 20 (100 %) žen.

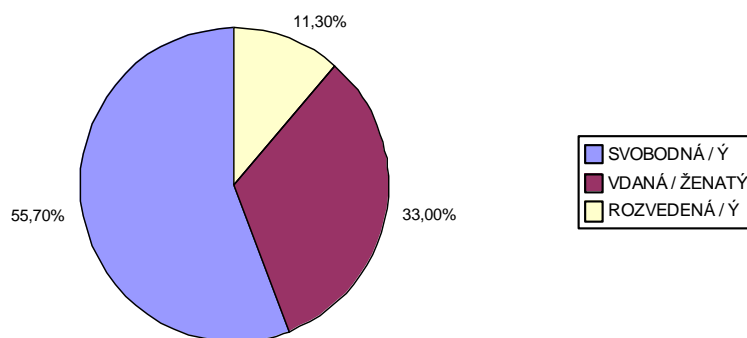
Průměrný věk sester celkem byl 31,1 let, přičemž nejmladší z žen měla 22 let a nejstarší 49 let, u mužů byl nejnižší věk 23 a nejvyšší 41 let. Na oddělení kardiouchirurgie byl věkový průměr sester 29,2 let, na spondylochirurgii 29,9 let, na oddělení dětského kardiocentra 32 let a na dětské chirurgii 33,7 let. (Graf 1)



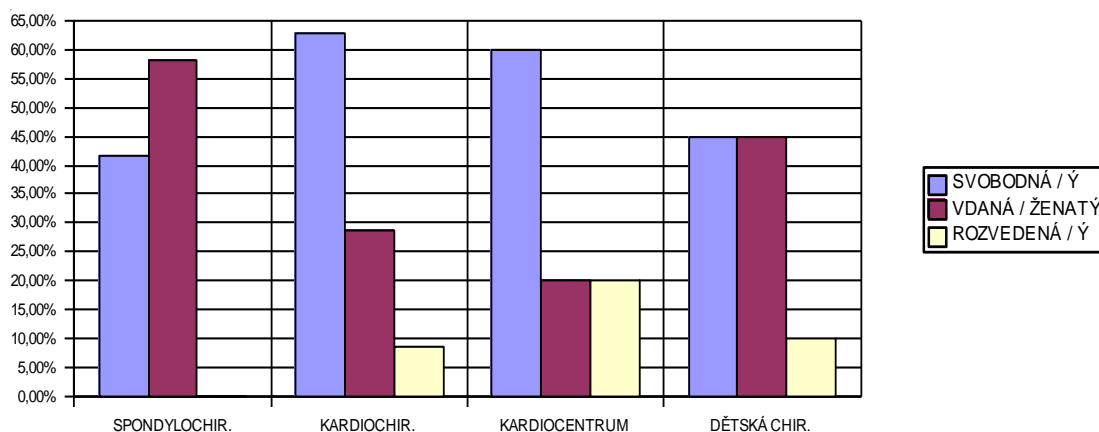
Graf 1: Věkový průměr sester celkem

Celkový soubor dotázaných tvořilo 54 (55,7 %) svobodných sester, 32 (33 %) vdaných / ženatých a 11 (11,3 %) rozvedených. (Graf 2)

Na dětských i dospělých odděleních bylo téměř vyrovnané procento svobodných a vdaných / ženatých. 22 (62,8 %) svobodných sester pracovalo na kardiouchirurgii, 5 (41,7 %) na spondylochirurgii, 6 (60 %) na dětském kardiocentru a 9 (45 %) na dětské chirurgii. Na spondylochirurgii pracovalo 7 (58,3 %) vdaných / ženatých, na kardiouchirurgii 10 (28,6 %), na dětském kardiocentru 6 (20 %) a na dětské chirurgii 9 (45 %). (Graf 3). Na těchto odděleních pracovaly rozvedené sestry: 3 (8,6 %) na kardiouchirurgii, 6 (20 %) na dětském kardiocentru a 2 (10 %) na dětské chirurgii. Na dětských odděleních se vyskytovalo více rozvedených sester, což bychom mohli přisoudit jejich vyššímu věku.



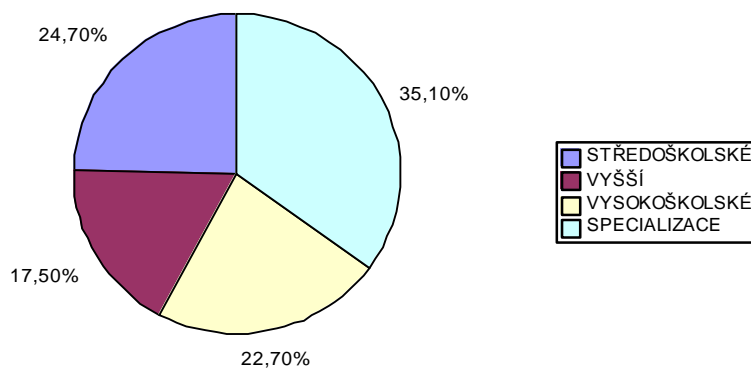
Graf 2: Rodinný stav celkem



Graf 3: Rodinný stav

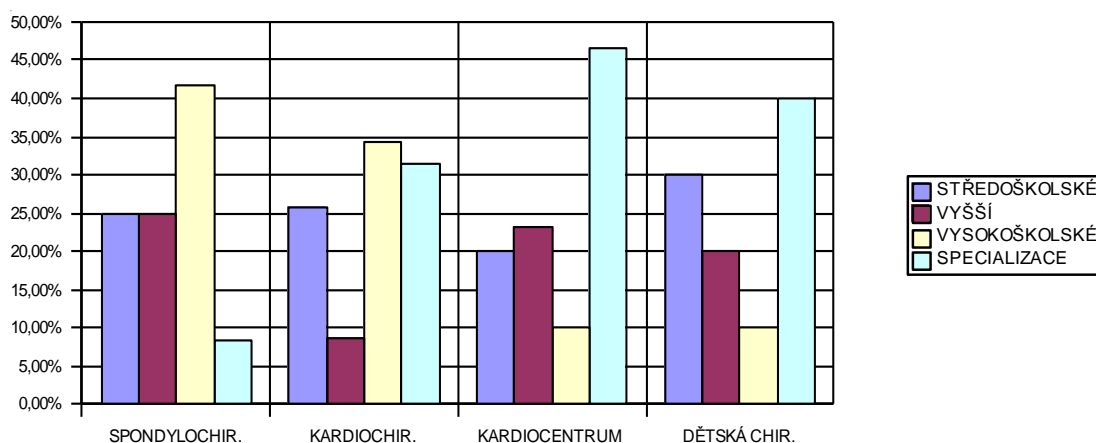
Výzkumný soubor tvořilo celkem 29 (24,7 %) středoškolsky vzdělaných sester, 17 (17,5 %) s vyšším vzděláním, 22 (22,7 %) vysokoškolských sester a 34 (35,1 %) se specializací.

Na spondylochirurgii pracovaly 3 (25 %) sestry se středoškolským a 3 (25 %) s vyšším odborným vzděláním, 5 (41,7 %) s vysokoškolským vzděláním a pouze jedna (8,3 %) se specializací. 9 (25,7 %) sester na kardiouchirurgii mělo středoškolské vzdělání, 3 (8,6 %) vyšší odborné a 12 (34,3 %) vysokoškolské. Specializaci zde mělo 11 (31,4 %) sester. Na dětském kardiocentru pracovalo 6 (20 %) sester se středoškolským vzděláním, 7 (23,3 %) s vyšším odborným, 3 (10 %) s vysokoškolským vzděláním a 14 (46,7 %) se specializací. Na dětské chirurgii bylo 6 (30 %) středoškolsky vzdělaných sester, 4 (20 %) měly vyšší odborné vzdělání, 2 (10 %) vysokoškolské a 8 (40 %) specializaci. (Graf 5). Mezi nejvyšší dosažené vzdělání dotázaných sester patří především specializace na dětský nebo dospělý ARIP. Tu mělo celkem 34 (35,1 %) sester. (Graf 4). Na dospělých odděleních se tedy vyskytovalo více mladších, svobodných a vysokoškolsky vzdělaných sester. Sestry na dětských odděleních byly starší, svobodné a se specializací.



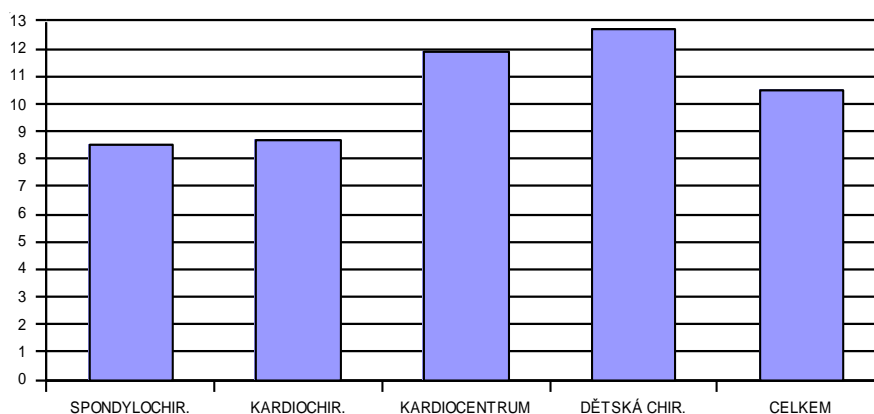
Graf 4: Vzdělání celkem





Graf 5: Vzdělání

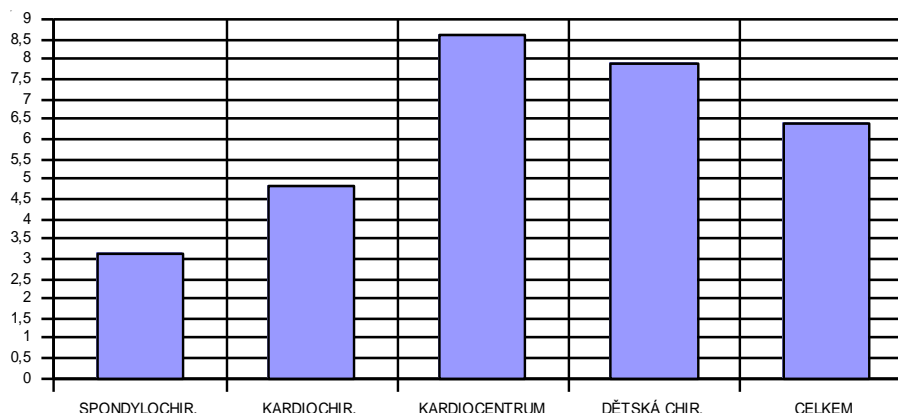
Průměrná délka praxe sester ve zdravotnictví byla celkem 10,5 let. Nejkratší doba praxe byla 1 rok, nejdelší 28 let. Na oddělení kardiologie to bylo 8,7 let, na spondylochirurgii 8,5 let, na oddělení dětského kardiocentra 11,9 let a na dětské chirurgii 12,7 let. Delší praxi ve zdravotnictví tedy měly sestry pracující na dětských odděleních než na dospělých. (Graf 6)



Graf 6: Délka praxe sester ve zdravotnictví

Průměrná délka praxe sester na současném oddělení byla 6,4 let, kdy nejkratší praxe byla 3 měsíce a nejdelší 20 let. Na oddělení spondylochirurgie byl průměr 3,1 let, na kardiologii 4,8 let, na dětském kardiocentru 8,6 let a na dětské chirurgii 7,9 let. Graf 7 ukazuje, že nejdelší praxi na současném oddělení měly sestry na dětském

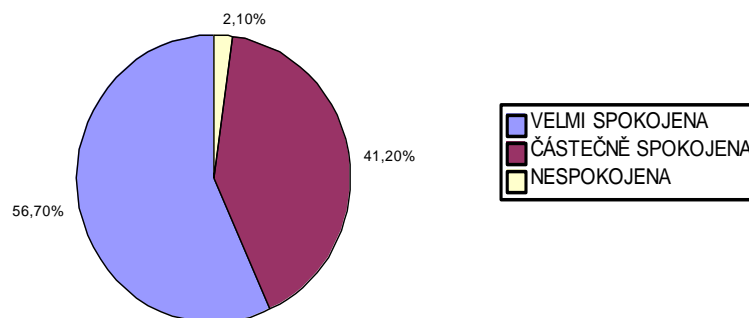
kardiocentru a pak na dětské chirurgii. Delší praxe sester na těchto odděleních může být dána vyšším věkem sester, ale také dobrými pracovními podmínkami, a méně stresujícím prostředím. Naopak na dospělých odděleních, kde pracovaly mladší sestry, mohlo být více stresových faktorů, a docházet tak k častější obměně personálu.



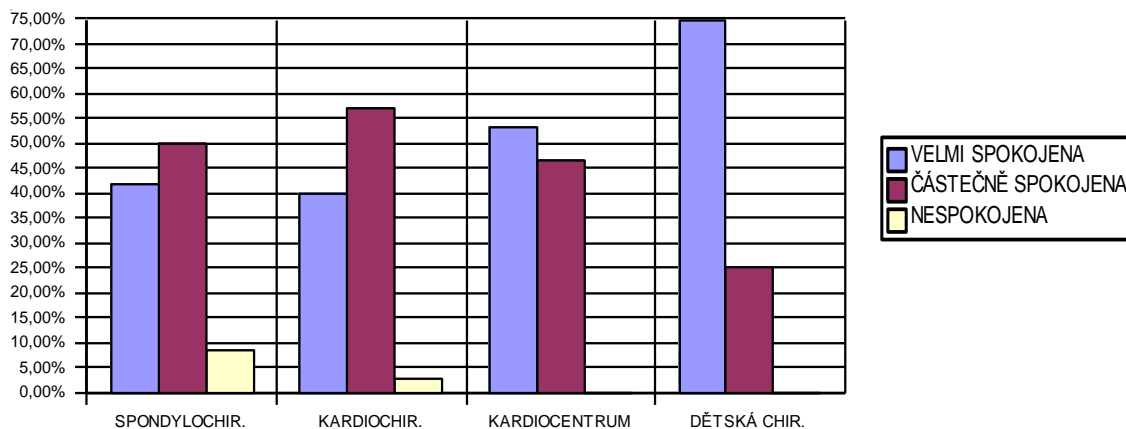
Graf 7: Délka praxe sester na současném oddělení

55 (56,7 %) sester odpovědělo na otázku týkající se spokojenosti na pracovišti, že je se svým pracovištěm velmi spokojená, 40 (41,2 %) sester bylo částečně spokojených a 2 (2,1 %) nespokojených. (Graf 8)

15 (75 %) sester bylo velmi spokojeno s oddělením dětské chirurgie 6 (50 %) sester ze spondylochirurgie bylo se svým pracovištěm částečně spokojeno. Velmi nespokojené byly pouze 2 (2,1 %) sestry, a to na oddělení spondylochirurgie (8, 3 %) a kardiouchirurgie (2, 9 %). Můžeme tedy říct, že na dětských odděleních byly sestry spokojenější než na oddělení s dospělými pacienty. (Graf 9)



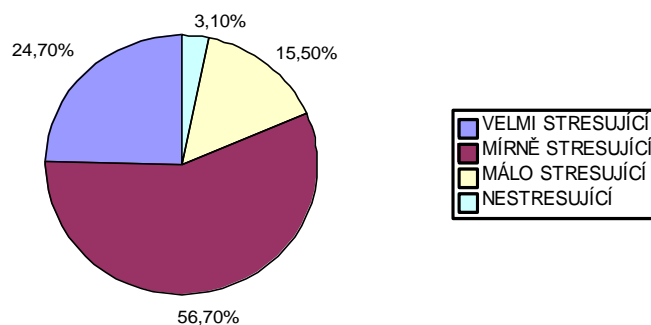
Graf 8: Spokojenost celkem



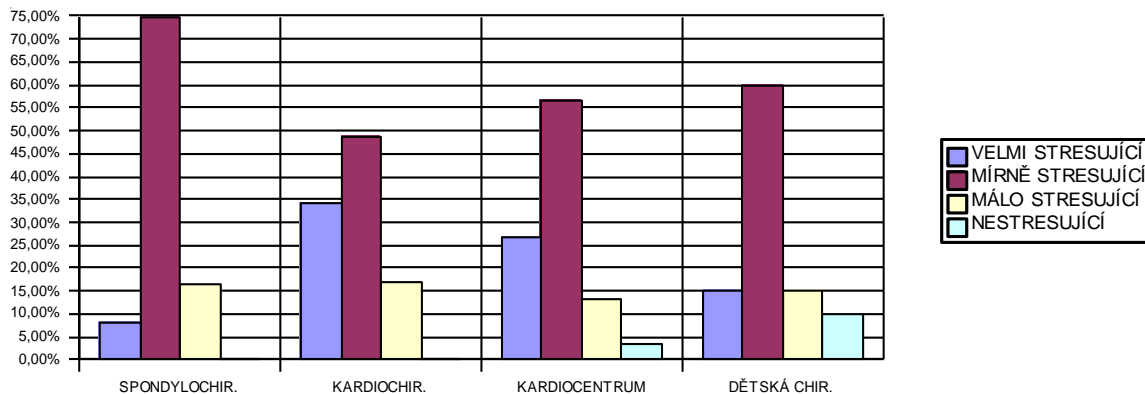
Graf 9: Spokojenost

Práce na oddělení byla pro 55 (56,7 %) sester považována za mírně stresující. Jako velmi stresující hodnotilo svou práci 24 (24,7 %) sester. 15 (15,5 %) sester odpovědělo, že je pro ně práce málo stresující a pro 3 (3,1 %) není stresující. (Graf 10)

Podle grafu 11 můžeme říct, že sestry pracující na dospělých odděleních považují svou práci za více stresující než na odděleních pro děti.



Graf 10: Náročnost celkem

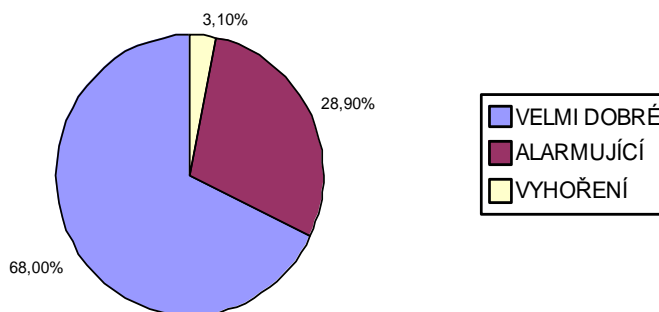


Graf 11: Náročnost

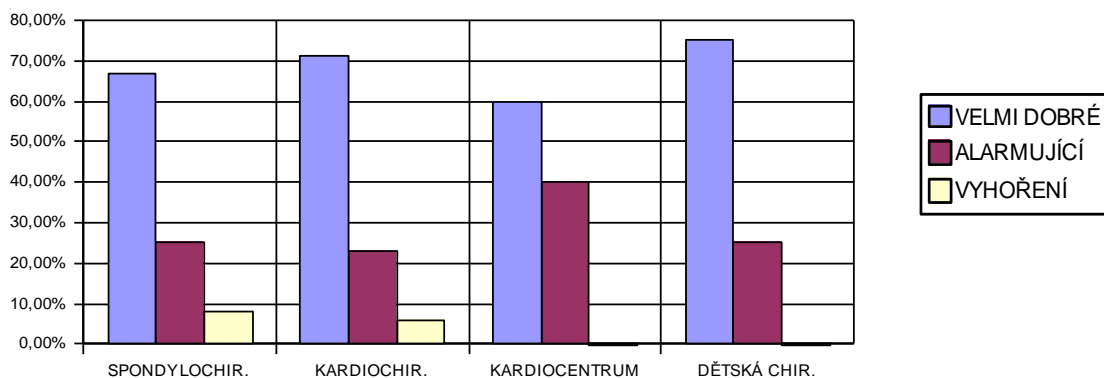
### Skóre syndromu vyhoření

Z celkových výsledků vyplynulo, že 66 (68 %) sester má velmi dobré skóre syndromu vyhoření, 28 (28,9 %) alarmující a u 3 (3,1 %) byl syndrom prokázán. (Graf 12)

Nejlepší výsledky s velmi dobrým skóre syndromu vyhoření mělo 15 (75 %) sester pracujících na dětské chirurgii, 25 (71,4 %) na kardiouchirurgii, 8 (66,7 %) na spondylochirurgii a 12 (60 %) na dětském kardiocentru. Alarmující výsledky mělo 12 (40 %) sester na dětském kardiocentru, 5 (25 %) na dětské chirurgii, 3 (25 %) na spondylochirurgii a 8 (22,9 %) na kardiouchirurgii. Vyhoření bylo prokázáno u jedné (8,3 %) sestry na spondylochirurgii a 2 (5,7 %) na kardiouchirurgii. (Graf 13)



Graf 12: Skóre syndromu vyhoření celkem



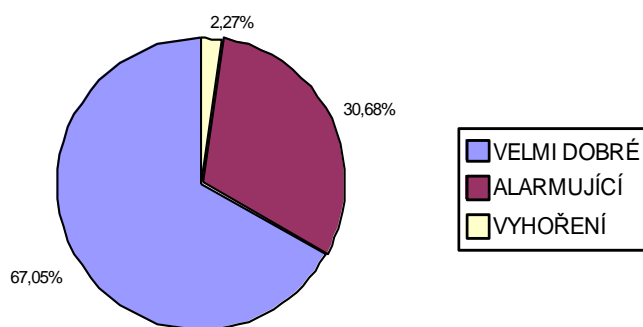
Graf 13: Skóre syndromu vyhoření

7 (77, 8 %) dotázaných mužů mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření. Jeden (11,1 %) muž z oddělení kardiochirurgie měl alarmující výsledky a jeden (11,1 %) z téhož oddělení prokazoval vyhoření.

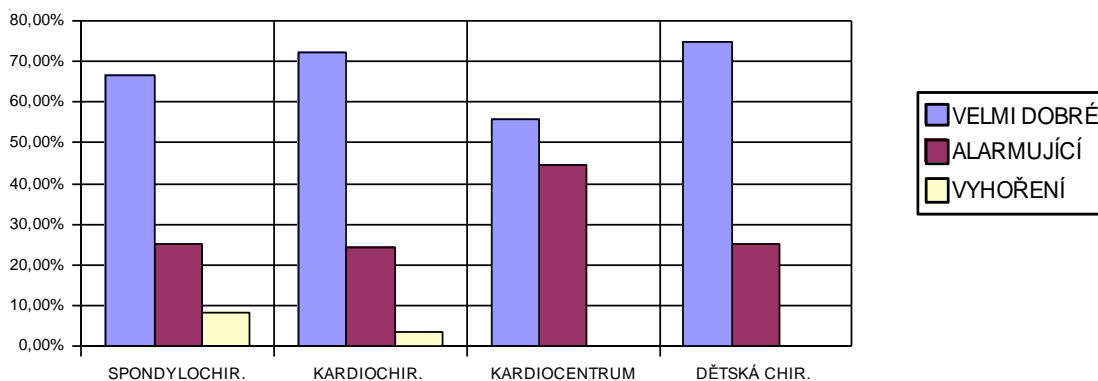
Celkově 59 (67 %) žen dosáhlo velmi dobrého skóre syndromu vyhoření, 27 (30,7 %) alarmujícího a 2 (2,3 %) prokazovaly vyhoření. (Graf 14)

Velmi dobrého skóre dosáhlo 15 (75 %) sester na dětské chirurgii, 21 (72,4 %) na kardiochirurgii, 8 (66,7 %) na spondylochirurgii a 15 (55,6 %) na dětském kardiocentru. Alarmující skóre na dětském kardiocentru mělo 12 (44,4 %) sester, na spondylochirurgii 3 (25 %), na dětské chirurgii 5 (25 %) a 7 (24,1 %) na kardiochirurgii. Vyhoření se prokázalo pouze v jednom (8,3 %) případě na spondylogirurgii a ve dvou (3,5 %) případech na kardiochirurgii.

Výsledné skóre syndromu vyhoření mezi dětskými a dospělými odděleními byly téměř vyrovnané. Jak vyplývá z grafu 15, nejlepší skóre měly sestry z dětské chirurgie a kardiochirurgie. Nejhorší výsledky byly u sester dětského kardiocentra a spondylochirurgie.

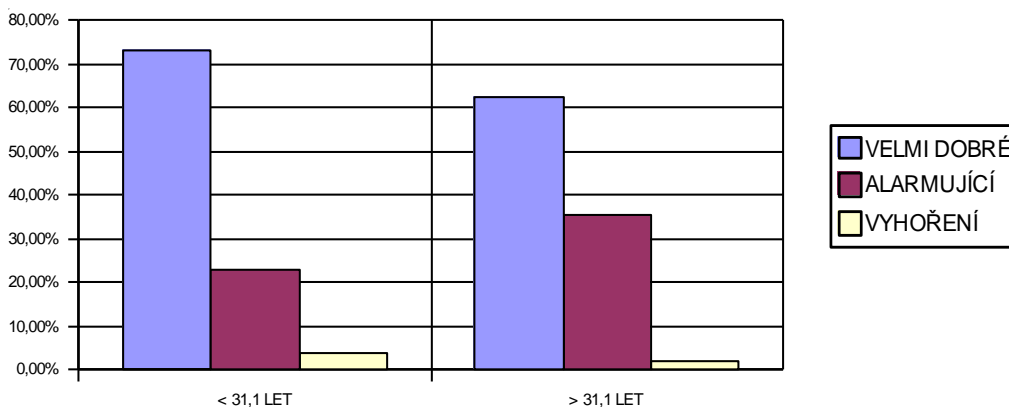


Graf 14: Skóre syndromu vyhoření u žen celkem



Graf 15: Skóre syndromu vyhoření u žen

Celkový věkový průměr sester byl 31,1 let. 52 (53,6 %) sester bylo mladších, než věkový průměr. Z nich 38 (73,1 %) dosáhlo velmi dobrého skóre, 12 (23,1 %) alarmujícího a 2 (3,8 %) prokazovaly vyhoření. Starších sester, než byl věkový průměr, bylo 45 (46,4 %). Z nich mělo dobré skóre 28 (62,2 %) sester, 16 (35,6 %) alarmující a pouze jedna (2,2 %) byla vyhořelá. (Graf 16)



Graf 16: Skóre syndromu vyhoření podle věku celkem

Na oddělení spondylochirurgie byl věkový průměr sester 29,9 let, přičemž nejmladší sestra měla 25 let a nejstarší 43 let. 8 (66,7 %) sester bylo mladších, než byl průměrný věk na tomto oddělení. Z nich 5 (62,5 %) mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření, 2 (25 %) alarmující a jedna (12,5 %) prokazovala vyhoření. 4 (33,3 %) sestry byly starší než průměrný věk. Z nich 3 (75 %) měly dobré skóre a jedna (25 %) alarmující. (Tab. 2)

Tab. 2: Skóre syndromu vyhoření podle věku na spondylochirurgickém oddělení

věk / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
< 29, 9 let	5	62,5 %	2	25 %	1	12,5 %	8	66,7 %
> 29, 9 let	3	75 %	1	25 %	0	0 %	4	33,3 %
<b>celkem</b>	8	66,7 %	3	25 %	1	8,3 %	12	100 %

Na oddělení kardiochirurgie byl věkový průměr sester 29,2 let. Nejmladší sestře bylo 22 let a nejstarší 41 let. 17 (48,6 %) sester bylo mladších, než byl průměrný věk na tomto oddělení. Z nich 12 (70,6 %) mělo velmi dobré skóre, 4 (23,5 %) alarmující a jedna (5,9 %) byla vyhořelá. 18 (51,4 %) sester bylo starších, než byl průměrný věk. Z nich 13 (72,2 %) mělo velmi dobré skóre, 4 (22,2 %) alarmující a jedna (5,6 %) prokazovala vyhoření. (Tab. 3)

Tab. 3: Skóre syndromu vyhoření podle věku na kardiochirurgickém oddělení

věk / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>
< 29, 2 let	12	70,6 %	4	23,5 %	1	5,9 %	17	48,6 %
> 29, 2 let	13	72,2 %	4	22,2 %	1	5,6 %	18	51,4 %
<b>celkem</b>	25	71,4 %	8	22,9 %	2	5,7 %	35	100 %

Průměrný věk na oddělení dětského kardiocentra byl 32 let. Nejmladší sestra měla 23 let a nejstarší 45 let. 17 (56,7 %) sester bylo mladších než průměrný věk na tomto oddělení. Z nich 11 (64,7 %) mělo velmi dobré skóre a 6 (35,3 %) alarmující. Sester starších než byl věkový průměr, bylo 13 (43,3 %). Z nich mělo velmi dobré skóre 7 (53,8 %) sester a alarmující 6 (46,2 %). Ani v jednom případě zde nebylo prokázáno vyhoření. (Tab. 4)

Tab. 4: Skóre syndromu vyhoření podle věku na dětském kardiocentru

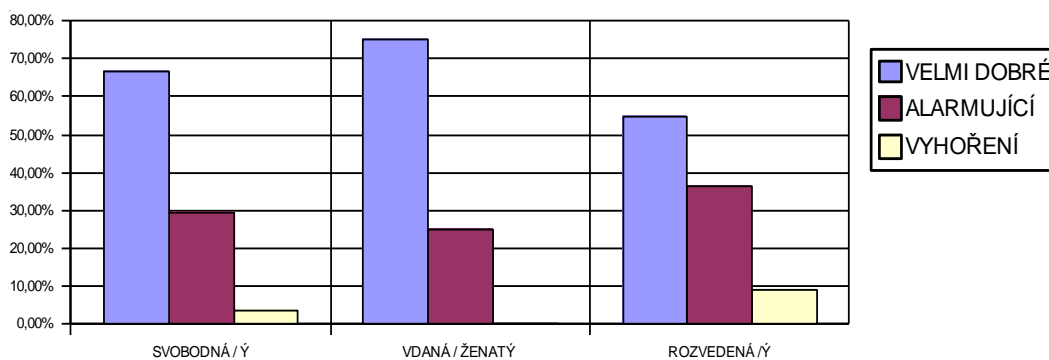
věk / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
< 32 let	11	64,7 %	6	35,3 %	0	0 %	17	56,7 %
> 32 let	7	53,8 %	6	46,2 %	0	0 %	13	43,3 %
<b>celkem</b>	18	<b>60 %</b>	12	<b>40 %</b>	0	<b>0 %</b>	30	<b>100 %</b>

Průměrný věk sester na oddělení dětské chirurgie byl 33,7 let. Nejmladší sestra zde měla 23 let a nejstarší 49 let. 10 (50 %) sester bylo mladších a 10 (50 %) starších než byl průměrný věk na tomto oddělení. 7 (70 %) mladších sester mělo velmi dobré skóre a 3 (30 %) alarmující. Starší sestry dosáhly v osmi (80 %) případech velmi dobrého skóre a ve dvou případech (20 %) alarmujícího. (Tab. 5)

Tab. 5: Skóre syndromu vyhoření podle věku na dětské chirurgii

věk / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
< 33, 7 let	7	70 %	3	30 %	0	0 %	10	50 %
> 33, 7 let	8	80 %	2	20 %	0	0 %	10	50 %
<b>celkem</b>	15	<b>75 %</b>	5	<b>25 %</b>	0	<b>0 %</b>	20	<b>100 %</b>

Z grafu 17 vyplývá, že 24 (75 %) vdaných / ženatých mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření. Velmi dobré skóre mělo také 36 (66,7 %) svobodných sester a 6 (54,5 %) rozvedených. Alarmující skóre bylo u čtyř (36,4 %) rozvedených sester, 16 (29,6 %) svobodných a 8 (25 %) vdaných / ženatých. 2 (3,7 %) svobodné sestry a jedna (9,1 %) rozvedená - prokazovaly vyhoření.



Graf 17: Skóre syndromu vyhoření podle rodinného stavu celkem



Z tab. 6 vyplývá, že na spondylochirurgickém oddělení pracovalo 5 (41,7 %) svobodných sester a 7 (58,3 %) vdaných / ženatých. 4 (80 %) svobodné a 4 (57,1 %) vdané /ženatí měli velmi dobré skóre syndromu vyhoření, 3 (42,9 %) vdané / ženatí měli alarmující a jedna (20 %) svobodná sestra prokazovala vyhoření.

Tab. 6: Skóre syndromu vyhoření podle rodinného stavu na spondylochirurgickém oddělení

rodinný stav / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
svobodná / ý	4	80 %	0	0 %	1	20 %	5	41,7 %
vdaná / ženatý	4	57,1 %	3	42,9 %	0	0 %	7	58,3 %
rozvedená / ý	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>8</b>	<b>66,7 %</b>	<b>3</b>	<b>25 %</b>	<b>1</b>	<b>8,3 %</b>	<b>12</b>	<b>100 %</b>

Na kardiochirurgickém oddělení pracovalo 22 (62,6 %) svobodných sester. Z nich 14 (63,6 %) mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření, 7 (31,8 %) alarmující a jedna (4,5 %) prokazovala vyhoření. Vdané / ženatí tvořili 28,6 % (10). 9 (90 %) mělo velmi dobré skóre a jedna (10 %) alarmující. 3 (8,6 %) sestry byly rozvedené. Z nich 2 (66,7 %) měly velmi dobré skóre a jedna (33,3 %) prokazovala vyhoření. (Tab. 7)

Tab. 7: Skóre syndromu vyhoření podle rodinného stavu na kardiochirurgickém oddělení

rodinný stav / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
svobodná / ý	14	63,6 %	7	31,8 %	1	4,5 %	22	62,6 %
vdaná / ženatý	9	90 %	1	10 %	0	0 %	10	28,6 %
rozvedená / ý	2	66,7 %	0	0 %	1	33,3 %	3	8,6 %
<b>celkem</b>	<b>25</b>	<b>71,4 %</b>	<b>8</b>	<b>22,9 %</b>	<b>2</b>	<b>5,7 %</b>	<b>35</b>	<b>100 %</b>

Na oddělení dětského kardiocentra pracovalo 18 (60 %) svobodných sester, 6 (20 %) vdaných / ženatých a 6 (20 %) rozvedených. 12 (66,7 %) svobodných sester mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření a 6 (33,3 %) alarmující. 3 (50 %) vdané / ženatí měli velmi dobré skóre a 3 (50 %) alarmující. 3 (50 %) rozvedené sestry měly velmi dobré a 3 (50 %) alarmující skóre. (Tab. 8)

Tab. 8: Skóre syndromu vyhoření podle rodinného stavu na dětském kardiocentru

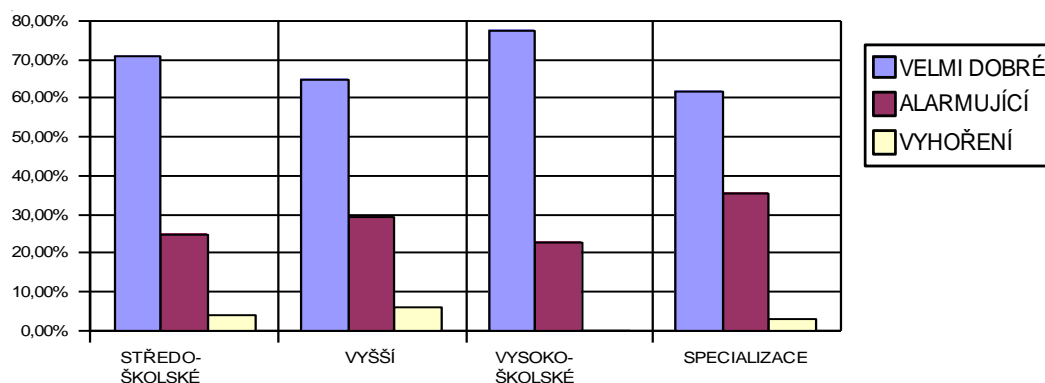
rodinný stav / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
svobodná / ý	12	66,7 %	6	33,3 %	0	0 %	18	60 %
vdaná / ženatý	3	50 %	3	50 %	0	0 %	6	20 %
rozvedená / ý	3	50 %	3	50 %	0	0 %	6	20 %
<b>celkem</b>	<b>18</b>	<b>60 %</b>	<b>12</b>	<b>40 %</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>30</b>	<b>100 %</b>

Na dětské chirurgii pracovalo 9 (45 %) svobodných, 9 (45 %) vdaných / ženatých a 2 (10 %) rozvedené sestry. Velmi dobré skóre mělo 6 (66,7 %) svobodných sester, 8 (88,9 %) vdaných / ženatých a jedna (50 %) rozvedená. Alarmující skóre se prokázalo u 3 (33,3 %) svobodných sester, jedné (11,1 %) vdané / ženatého a jedné (50 %) rozvedené. (Tab. 9)

Tab. 9: Skóre syndromu vyhoření podle rodinného stavu na dětské chirurgii

rodinný stav / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
svobodná / ý	6	66,7 %	3	33,3 %	0	0 %	9	45 %
vdaná / ženatý	8	88,9 %	1	11,1 %	0	0 %	9	45 %
rozvedená / ý	1	50 %	1	50 %	0	0 %	2	10 %
<b>celkem</b>	<b>15</b>	<b>75 %</b>	<b>5</b>	<b>25 %</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

Z grafu 18 vyplývá, že nejlepších výsledků dosáhly sestry s vysokoškolským vzděláním, kdy 17 (77,3 %) sester mělo velmi dobré skóre a 5 (22,7 %) alarmující. Velmi dobré skóre syndromu vyhoření mělo 17 (70,8 %) sester se středoškolským vzděláním, 11 (64,7 %) s vyšším a 21 (61,8 %) sester se specializací. Alarmující skóre mělo 12 (35,3 %) sester se specializací, 5 (29,4 %) s vyšším vzděláním a 6 (25 %) se středoškolským. Vyhoření bylo prokázáno u jedné (4,2 %) se středoškolským vzděláním, jedné (5,9 %) s vyšším a u jedné (2,9 %) se specializací.



Graf 18: Skóre syndromu vyhoření podle vzdělání celkem

V tab. 10 vidíme, že na spondylochirurgickém oddělení pracovaly 3 (25 %) sestry se středoškolským, 3 (25 %) s vyšším, 5 (41,7 %) s vysokoškolským a pouze jedna (8,3 %) se specializačním vzděláním. Středoškolské sestry měly v jednu (33,3 %) velmi dobré skóre, jednu (33,3 %) alarmující a taktéž jednu (33,3 %) prokazovaly vyhoření. Sestry s vyšším vzděláním měly velmi dobré skóre v 66,7 % (2) a alarmující v 33,3 % (1). Všechny vysokoškolské sestry na tomto oddělení měly velmi dobré skóre a alarmující se prokázalo pouze u sestry se specializací.

Tab. 10: Skóre syndromu vyhoření podle vzdělání na spondylochirurgickém oddělení

vzdělání / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	$n_1$	$f_1$	$n_1$	$f_1$	$n_1$	$f_1$	$n_1$	$f_1$
středoškolské	1	33,3 %	1	33,3 %	1	33,3 %	3	25 %
vyšší	2	66,7 %	1	33,3 %	0	0 %	3	25 %
vysokoškolské	5	100 %	0	0 %	0	0 %	5	41,7 %
specializace	0	0 %	1	100 %	0	0 %	1	8,3 %
celkem	8	66,7 %	3	25 %	1	8,3 %	12	100 %

Na kardiochirurgickém oddělení pracovalo 9 (25,7 %) středoškolsky vzdělaných sester, kdy 7 (77,8 %) z nich mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření a 2 (22,2 %) alarmující. Vyšší vzdělání měly 3 (8,6 %) sestry, z nichž 2 (66,7 %) měly velmi dobré skóre a jedna (33,3 %) syndrom vyhoření. Vysokoškolské sestry na tomto oddělení bylo 12 (34,3 %). 9 (75 %) z nich mělo velmi dobré skóre a 3 (25 %) alarmující. Specializaci

mělo 11 (31,4 %) sester, kdy 7 (63,6 %) mělo velmi dobré skóre, 3 (27,3 %) alarmující a jedna (9,1 %) byla vyhořelá. (Tab. 11)

Tab. 11: Skóre syndromu vyhoření podle vzdělání na kardiokirurgickém oddělení

vzdělání / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
středoškolské	7	77,8 %	2	22,2 %	0	0 %	9	25,7 %
vyšší	2	66,7 %	0	0 %	1	33,3 %	3	8,6 %
vysokoškolské	9	75 %	3	25 %	0	0 %	12	34,3 %
specializace	7	63,6 %	3	27,3 %	1	9,1 %	11	31,4 %
celkem	25	71,4 %	8	22,9 %	2	5,7 %	35	100 %

Z tab. 12 vyplývá, že z dětského kardiocentra mělo 6 (20 %) sester středoškolské vzdělání. Z nich 4 (66,7 %) měly velmi dobré skóre syndromu vyhoření a 2 (33,3 %) alarmující. 7 (23,3 %) sester mělo vyšší vzdělání, kdy 3 (42,9 %) měly velmi dobré skóre a 4 (57,1 %) alarmující. Vysokoškolské vzdělání měly 3 (10 %) sestry, z nichž jedna (33,3 %) mělo velmi dobré skóre a 2 (66,7 %) alarmující. Specializaci na tomto oddělení mělo 14 (46,7 %) sester. 10 (71,4 %) z nich mělo velmi dobré skóre a 4 (28,6 %) alarmující.

Tab. 12: Skóre syndromu vyhoření podle vzdělání na dětském kardiocentru

vzdělání / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
středoškolské	4	66,7 %	2	33,3 %	0	0 %	6	20 %
vyšší	3	42,9 %	4	57,1 %	0	0 %	7	23,3 %
vysokoškolské	1	33,3 %	2	66,7 %	0	0 %	3	10 %
specializace	10	71,4 %	4	28,6 %	0	0 %	14	46,7 %
celkem	18	60 %	12	40 %	0	0 %	30	100 %

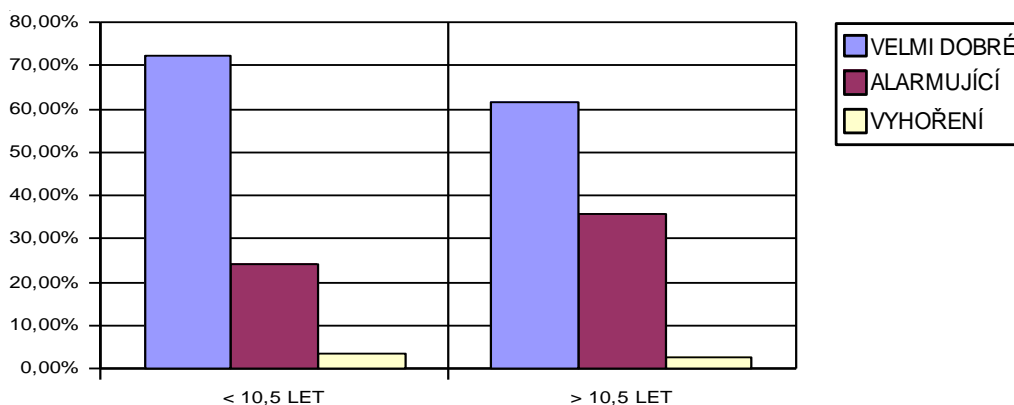
Na oddělení dětské chirurgie pracovalo 6 (30 %) středoškolských sester. 5 (83,3 %) z nich mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření a jedna (16,7 %) alarmující. 4 (20 %) sestry s vyšším a 2 (10 %) s vysokoškolským vzděláním dosáhly

velmi dobrého skóre. Specializaci mělo 8 (40 %) sester, z nichž 4 (50 %) měly velmi dobré skóre a 4 (50 %) alarmující. (Tab. 13)

Tab. 13: Skóre syndromu vyhoření podle vzdělání na dětské chirurgii

vzdělání / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
středoškolské	5	83,3 %	1	16,7 %	0	0 %	6	30 %
vyšší	4	20 %	0	0 %	0	0 %	4	20 %
vysokoškolské	2	10 %	0	0 %	0	0 %	2	10 %
specializace	4	50 %	4	50 %	0	0 %	8	40 %
<b>celkem</b>	15	75 %	5	25 %	0	0 %	20	100 %

Celkový průměr délky praxe sester ve zdravotnictví byl 10,5 let. 58 (59,8 %) sester mělo kratší praxi ve zdravotnictví, než byl celkový průměr. Z nich 42 (72,4 %) mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření, 14 (24,1 %) alarmující a 2 (3,4 %) prokazovalo vyhoření. Sester s delší praxí ve zdravotnictví než byl celkový průměr bylo 39 (40,2 %). Z nich mělo velmi dobré skóre 24 (61,5 %) sester, alarmující 14 (35,9 %) a jedna (2,6 %) byla vyhořelá. (Graf 19)



Graf 19: Skóre syndromu vyhoření podle praxe ve zdravotnictví celkem

Na oddělení spondylochirurgie měly sestry nejkratší průměrnou praxi ve zdravotnictví, a to 8,5 let. 7 (58,3 %) sester mělo kratší praxi ve zdravotnictví, než byl průměr na tomto oddělení, a 5 (41,7 %) sester pracovalo ve zdravotnictví delší dobu.

Méně zkušené sestry měly velmi dobré skóre v pěti (71,4 %) případech, alarmující v jednom (14,3 %) a taktéž v jednom případě (14,3 %) bylo prokázáno vyhoření. U sester s delší praxí nebylo prokázáno vyhoření, ale 2 (40 %) měly alarmující skóre a 3 (60 %) velmi dobré. (Tab. 14)

Tab. 14: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe ve zdravotnictví na spondylochirurgickém oddělení

délka praxe ve zdravotnictví / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
< 8, 5 let	5	71,4 %	1	14,3 %	1	14,3 %	7	58,3 %
> 8, 5 let	3	60 %	2	40 %	0	0 %	5	41,7 %
<b>celkem</b>	8	66,7 %	3	25 %	1	8,3 %	12	100 %

Průměrná délka praxe ve zdravotnictví na kardiochirurgickém oddělení byla 8,7 let. 16 (45,7 %) sester mělo kratší délku praxe, než byla průměrná na tomto oddělení a 19 (54,3 %) delší. Sestry s kratší praxí měly v 68,8 % (11) velmi dobré skóre, 4 (25 %) měly alarmující a jedna (6,6 %) prokazovala vyhoření. Sestry s delší praxí měly velmi dobré skóre v 73,7 % (14), alarmující v 21 % (4) a vyhoření bylo prokázáno také v jednom (5,3 %) případě. (Tab. 15)

Tab. 15: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe ve zdravotnictví na kardiochirurgickém oddělení

délka praxe ve zdravotnictví / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
< 8, 7 let	11	68,8 %	4	25 %	1	6,6 %	16	45,7 %
> 8, 7 let	14	73,7 %	4	21 %	1	5,3 %	19	54,3 %
<b>celkem</b>	25	71,4 %	8	22,9 %	2	5,7 %	35	100 %

Na oddělení dětského kardiocentra byla průměrný délka praxe ve zdravotnictví 11,9 let. 14 (46,7 %) sester pracovalo ve zdravotnictví kratší dobu, než byl průměr na tomto oddělení. Z nich 8 (57,1 %) mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření a 6 (42,9 %) alarmující. Sester s delší praxí ve zdravotnictví, než byl průměr, tvořilo 53,3 % (16). Z nich mělo velmi dobré skóre 10 (62,5 %) a alarmující 6 (37,5 %). (Tab. 16)

Tab. 16: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe ve zdravotnictví na dětském kardiocentru

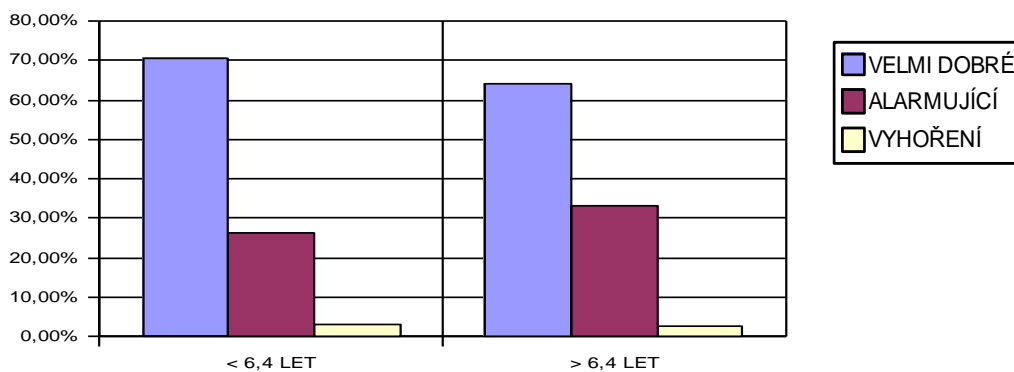
délka praxe ve zdravotnictví / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
< 11, 9 let	8	57,1 %	6	42,9 %	0	0 %	14	46,7 %
> 11, 9 let	10	62,5 %	6	37,5 %	0	0 %	16	53,3 %
<b>celkem</b>	18	60 %	12	40 %	0	0 %	30	100 %

Na dětské chirurgii pracovaly sestry s průměrnou délkou praxe ve zdravotnictví 12,7 let. 11 (55 %) sester pracovalo ve zdravotnictví kratší dobu, než byl průměr, na tomto oddělení a 9 (45 %) déle. Sestry s kratší praxí měly v 81,8 % (9) velmi dobré skóre syndromu vyhoření a v 18,2 % (2) alarmující. 6 (66,7 %) sester s delší praxí mělo velmi dobré skóre a 3 (33,3 %) alarmující. (Tab. 17)

Tab. 17: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe ve zdravotnictví na dětské chirurgii

délka praxe ve zdravotnictví / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
< 12, 7 let	9	81,8 %	2	18,2 %	0	0 %	11	55 %
> 12, 7 let	6	66,7 %	3	33,3 %	0	0 %	9	45 %
<b>celkem</b>	15	75 %	5	25 %	0	0 %	20	100 %

Průměrná délka praxe sester na současném oddělení byla 6,4 let. 61 (62,9 %) sester mělo tuto délku praxe kratší než celkový průměr. Z nich 43 (70,5 %) mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření, 16 (26,2 %) alarmující a 2 (3,3 %) prokazovaly vyhoření. Sestry s delší praxí na současném oddělení, než byl celkový průměr, bylo 36 (37,1 %). Velmi dobré skóre syndromu vyhoření mělo 23 (63,9 %) z nich, alarmující 12 (33,3 %) a jedna (2,8 %) byla vyhořelá. (Graf 20)



Graf 20: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe na současném oddělení celkem

Na spondylochirurgickém oddělení byla průměrná délka praxe sester 3,1 let, což byla také nejkratší praxe ze všech zkoumaných oddělení. 9 (75 %) sester mělo praxi na tomto oddělení kratší, než byl celkový průměr. Z nich 5 (55,6 %) mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření, 3 (33,3 %) alarmující a jedna (11,1 %) byla vyhořelá. 3 (25 %) sestry měly praxi na tomto oddělení delší než celkový průměr a z nich všechny měly velmi dobré skóre syndromu vyhoření. (Tab. 18)

Tab. 18: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe na současném oddělení spondylochirurgie

délka praxe na současném oddělení / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	$n_1$	$f_1$	$n_1$	$f_1$	$n_1$	$f_1$	$n_1$	$f_1$
< 3, 1 let	5	55,6 %	3	33,3 %	1	11,1 %	9	75 %
> 3, 1 let	3	100 %	0	0 %	0	0 %	3	25 %
<b>celkem</b>	8	66,7 %	3	25 %	1	8,3 %	12	100 %

Průměrná délka praxe sester na kardiochirurgickém oddělení byla 4,8 let. 18 (51,4 %) sester pracovalo na tomto oddělení kratší dobu, než byl celkový průměr. Z nich 12 (66,7 %) mělo velmi dobré skóre, 5 (27,8 %) alarmující a jedna (5,5 %) prokazovala vyhoření. Delší praxi na tomto oddělení, než byl celkový průměr, mělo 17 (48,6 %) sester. Z nich mělo velmi dobrý průměr 13 (76,5 %) sester, 3 (17,6 %) alarmující a jedna (5,9 %) prokazovala vyhoření. (Tab. 19)



Tab. 19: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe na současném oddělení kardiologie

délka praxe na současném oddělení / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
< 4, 8 let	12	66,7 %	5	27,8 %	1	5,5 %	18	51,4 %
> 4, 8 let	13	76,5 %	3	17,6 %	1	5,9 %	17	48,6 %
<b>celkem</b>	25	71,4 %	8	22,9 %	2	5,7 %	35	100 %

Průměrná délka praxe sester na dětském kardiocentru byla 8,6 %. 16 (53,3 %) sester pracovalo na tomto oddělení kratší dobu, než byl celkový průměr. 11 (68,6 %) z nich mělo velmi dobré skóre a 5 (31,3 %) alarmující. Sestry s delší praxí, než byl celkový průměr, tvořily 46, 7 % (14). Z nich 7 (50 %) mělo velmi dobré a 7 (50 %) alarmující skóre. (Tab. 20)

Tab.20: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe na současném oddělení dětského kardiocentra

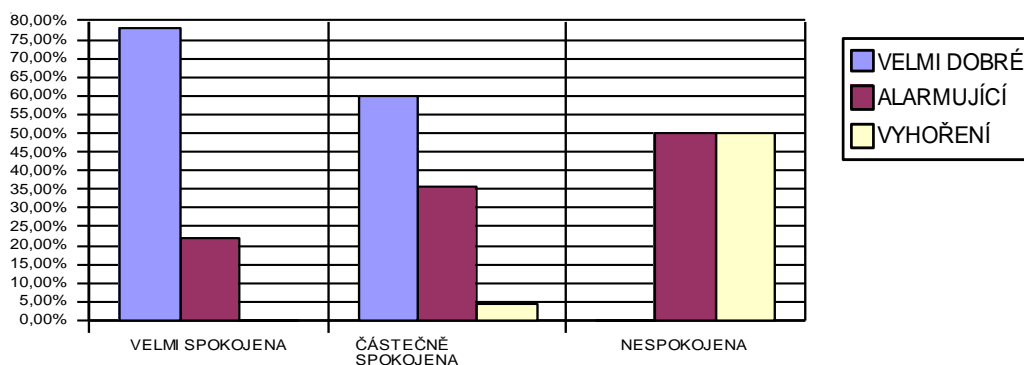
délka praxe na současném oddělení / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
< 8, 6 let	11	68,6 %	5	31,3 %	0	0 %	16	53,3 %
> 8, 6 let	7	50 %	7	50 %	0	0 %	14	46,7 %
<b>celkem</b>	18	60 %	12	40 %	0	0 %	30	100 %

Na oddělení dětské chirurgie byla průměrná délka praxe sester 7,9 let. 13 (65 %) sester mělo praxi na tomto oddělení kratší, z nich 12 (92,3 %) mělo velmi dobré skóre a pouze jedna (7,7 %) alarmující. 7 (35 %) sester pracovalo na tomto oddělení delší dobu než celkový průměr. Velmi dobré skóre měly 3 (42,9 %) sestry a 4 (57,1 %) alarmující. (Tab. 21)

Tab. 21: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe na současném oddělení dětské chirurgii

délka praxe na současném oddělení / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
< 7, 9 let	12	92,3 %	1	7,7 %	0	0 %	13	65 %
> 7, 9 let	3	42,9 %	4	57,1 %	0	0 %	7	35 %
<b>celkem</b>	15	75 %	5	25 %	0	0 %	220	100 %

Z grafu 21 vyplývá, že nejlepší skóre měly ty sestry, které byly se svým pracovištěm nejvíce spokojeny. Velmi spokojených sester se svým pracovištěm bylo 39 (40,2 %), z nich 30 (78 %) mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření a 9 (22 %) alarmující. Celkem 45 (46,4 %) sester odpovědělo, že jsou se svým pracovištěm částečně spokojeny. 27 (60 %) z nich mělo velmi dobré skóre, 16 (35,6 %) alarmující a dvě (4,4 %) prokazovaly vyhoření. Pouze dvě (2,1 %) sestry nebyly se svým pracovištěm spokojeny. Z nich jedna (50 %) měla alarmující skóre a jedna (50 %) byla vyhořelá.



Graf 21: Skóre syndromu vyhoření podle spokojenosti na oddělení celkem

Na spondylochirurgickém oddělení bylo se svou prací velmi spokojeno 5 (41,7 %) sester, které měly velmi dobré skóre syndromu vyhoření. Částečně spokojených bylo 6 (50 % sester), z nichž 3 (50 %) měly velmi dobré skóre, 2 (33,3 %) alarmující a jedna (16,7 %) prokazovala vyhoření. Pouze jedna (8,3 %) sestra s alarmujícím skóre odpověděla, že není se svou prací spokojena. (Tab. 22)

Tab. 22: Skóre syndromu vyhoření podle spokojenosti na spondylochirurgickém oddělení

spokojenost/ skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	$n_1$	$f_1$	$n_1$	$f_1$	$n_1$	$f_1$	$n_1$	$f_1$
velmi spokojena	5	100 %	0	0 %	0	0 %	5	41,7 %
částečně spokojena	3	50 %	2	33,3 %	1	16,7 %	6	50 %
nespokojena	0	0 %	1	100 %	0	0 %	1	8,3 %
celkem	8	66,7 %	2	25 %	1	8,3 %	12	100 %

Se svou prací na kardiokirurgickém oddělení bylo velmi spokojeno 14 (40 %) sester, z nichž 11 (78,6 %) dosáhlo velmi dobrého skóre syndromu vyhoření a 3 (21,4 %) alarmujícího. Částečně spokojených bylo 20 (57,1 %) sester, kdy 14 (70 %) z nich mělo velmi dobré skóre, 5 (25 %) alarmující a jedna (5 %) prokazovalo vyhoření. Nespokojených byla pouze jedna (2,9 %) sestra, která prokazovala vyhoření. (Tab. 23)

Tab. 23: Skóre syndromu vyhoření podle spokojenosti na kardiokirurgickém oddělení

spokojenost/ skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
velmi spokojena	11	78,6 %	3	21,4 %	0	0 %	14	40 %
částečně spokojena	14	70 %	5	25 %	1	5 %	20	57,1 %
nespokojena	0	0 %	0	0 %	1	100 %	1	2,9 %
<b>celkem</b>	25	71,4 %	8	22,9 %	2	5,7 %	35	100 %

Na oddělení dětského kardiocentra bylo velmi spokojeno 16 (53,3 %) sester, z nichž 11 (68,8 %) mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření a 5 (31,2 %) alarmující. Částečně spokojených bylo 14 (46,7 %) sester, z nichž 7 (50 %) dosáhlo velmi dobrého skóre a 7 (50 %) alarmujícího. (Tab. 24)

Tab. 24: Skóre syndromu vyhoření podle spokojenosti na dětském kardiocentru

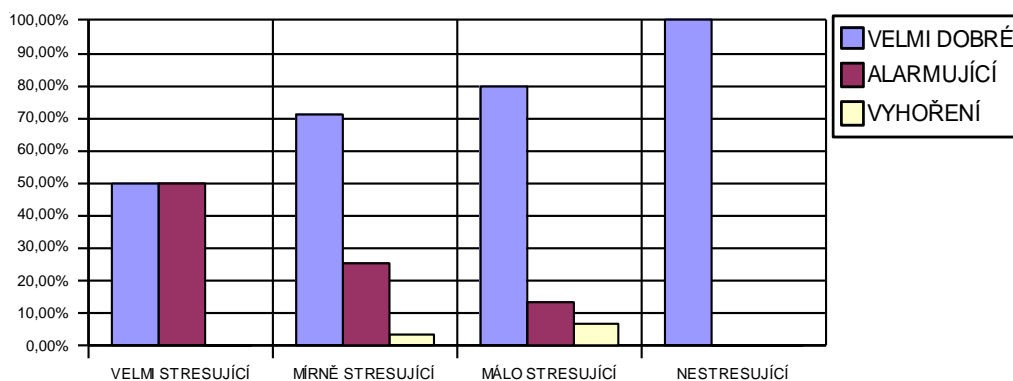
spokojenost/ skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
velmi spokojena	11	68,8 %	5	31,2	0	0 %	16	53,3 %
částečně spokojena	7	50 %	7	50 %	0	0 %	14	46,7 %
nespokojena	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>celkem</b>	18	60 %	12	40 %	0	0 %	30	100 %

15 (75 %) sester na dětské chirurgii bylo se svým pracovištěm velmi spokojeno. Z nich 12 (80 %) sester mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření a 3 (20 %) alarmující. 5 (25 %) sester bylo částečně spokojeno, z nichž 3 (60 %) dosáhlo velmi dobrého skóre a 2 (40 %) alarmujícího. (Tab. 25)

Tab. 25: Skóre syndromu vyhoření podle spokojenosti na dětské chirurgii

spokojenost/ skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
velmi spokojena	12	80 %	3	20 %	0	0 %	15	75 %
částečně spokojena	3	60 %	2	40 %	0	0 %	5	25 %
nespokojena	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>celkem</b>	15	75 %	5	25 %	0	0 %	20	100 %

Z grafu 22 vyplývá, že nejlepší skóre syndromu vyhoření měly sestry, které nepovažovaly svou práci za stresující. Tyto sestry však tvořily pouze 3,1 % (3). Jako málo stresující označilo svou práci 15 (15,5 %) sester, z nichž 12 (80 %) mělo velmi dobré skóre syndromu vyhoření, dvě (13,3 %) alarmující a jedna (6,7 %) vyhořelá. 55 (56,7 %) sester považovalo svou práci za mírně stresující. 39 (70,9 %) z nich mělo velmi dobré výsledky, stejně odpovídělo i 14 (25,5 %) sester s alarmujícím skóre a dvě (3,6 %) vyhořelé. 12 (50 %) sester s velmi dobrým skóre syndromu vyhoření a 12 (50 %) s alarmujícím skóre označilo svou práci jako velmi stresující.



Graf 22: Skóre syndromu vyhoření podle náročnosti na oddělení celkem

9 (75 %) sester na spondylochirurgickém oddělení hodnotilo svou práci jako mírně stresující, z nichž 6 (66,7 %) dosáhlo velmi dobrého skóre, dvě (22,2 %) alarmujícího a jedna (11,1 %) prokazovala vyhoření. Jako málo stresující označily svou práci dvě (16,7 %) sestry, které měly velmi dobré skóre. Pouze jedna (8,3 %) sestra s alarmujícím skóre označila svou práci jako velmi stresující. (Tab. 26)

Tab. 26: Skóre syndromu vyhoření podle náročnosti na spondylochirurgickém oddělení

náročnost / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
velmi stresující	0	0 %	1	100 %	0	0 %	1	8,3 %
mírně stresující	6	66,7 %	2	22,2 %	1	11,1 %	9	75 %
málo stresující	2	100 %	0	0 %	0	0 %	2	16,7 %
nestresující	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>8</b>	<b>66,7 %</b>	<b>3</b>	<b>25 %</b>	<b>1</b>	<b>8,3 %</b>	<b>12</b>	<b>100 %</b>

Na kardiochirurgickém oddělení hodnotilo svou práci 17 (48,6 %) jako mírně stresující. 13 (76,5 %) z nich dosáhlo velmi dobrého skóre, 3 (17,6 %) alarmujícího a jedna (5,9 %) byla vyhořelá. 12 (34,3 %) sester odpovědělo, že je pro ně práce velmi stresující, z nichž 7 (58,3 %) sester mělo velmi dobré skóre a 5 (41,7 %) alarmující. Jako málo stresující označilo svou odpověď 6 (17,1 %) sester, kdy 5 (83,3 %) mělo velmi dobré skóre a jedna (16,7 %) byla vyhořelých. (Tab. 27)

Tab. 27: Skóre syndromu vyhoření podle náročnosti na kardiochirurgickém oddělení

náročnost / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
velmi stresující	7	58,3 %	5	41,7 %	0	0 %	12	34,3 %
mírně stresující	13	76,5 %	3	17,6 %	1	5,9 %	17	48,6 %
málo stresující	5	83,3 %	0	0 %	1	16,7 %	6	17,1 %
nestresující	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
<b>celkem</b>	<b>25</b>	<b>71,4 %</b>	<b>8</b>	<b>22,9 %</b>	<b>2</b>	<b>5,7 %</b>	<b>35</b>	<b>100 %</b>

Z tab. 28 vyplývá, že 8 (26,7 %) sester na oddělení dětského kardiocentra označilo svou práci jako velmi stresující, z nichž 4 (50 %) měly velmi dobré skóre a 4 (50 %) alarmující. 17 (56,7 %) sester odpovědělo, že je pro ně práce mírně stresující. Z nich 10 (58,8 %) sester mělo velmi dobré výsledky a 7 (41,2 %) alarmující. Jako málo stresující označilo svou práci 4 (13,3 %) sestry, a to 3 (75 %) s velmi dobrým skóre a jedna (25 %) s alarmujícím. Pouze jedna (3,3 %) sestra s velmi dobrým skóre syndromu vyhoření nepovažovalo svou práci za stresující.

Tab. 28: Skóre syndromu vyhoření podle náročnosti na dětském kardiocentru

náročnost / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
velmi stresující	4	50 %	4	50 %	0	0 %	8	26,7 %
mírně stresující	10	58,8 %	7	41,2 %	0	0 %	17	56,7 %
málo stresující	3	75 %	1	25 %	0	0 %	4	13,3 %
nestresující	1	100 %	0	0 %	0	0 %	1	3,3 %
<b>celkem</b>	18	60 %	12	40 %	0	0 %	30	100 %

Na dětské chirurgii označily 3 (15 %) sestry svou práci jako velmi stresující, z nichž jedna (33,3 %) měla velmi dobré skóre a dvě (66,7 %) alarmující. 10 (83,3 %) sester s velmi dobrým skóre a 2 (16,7 %) s alarmujícím považovaly svou práci za mírně stresující. Jako málo stresující označily svou práci dvě (66,7 %) sestry s velmi dobrým skóre a jedna (33,3 %) s alarmujícím. Pro dvě (10 %) sestry s velmi dobrým skóre nebyla práce stresující. (Tab. 29)

Tab. 29: Skóre syndromu vyhoření podle náročnosti na dětské chirurgii

náročnost / skóre	velmi dobré		alarmující		vyhoření		celkem	
	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>	n <sub>1</sub>	f <sub>1</sub>
velmi stresující	1	33,3 %	2	66,7 %	0	0 %	3	15 %
mírně stresující	10	83,3 %	2	16,7 %	0	0 %	12	60 %
málo stresující	2	66,7 %	1	33,3 %	0	0 %	3	15 %
nestresující	2	100 %	0	0 %	0	0 %	2	10 %
<b>celkem</b>	15	75 %	5	25 %	0	0 %	20	100 %

## DISKUZE

K této práci jsme si zvolili skupinu sester, které pracovaly ve fakultní nemocnici, a to jak na oddělení intenzivní péče pro děti, tak i pro dospělé. Všechna oddělení byla zaměřena na chirurgické obory. Celkem byly do šetření zapojeny čtyři oddělení – kardiovaskulární chirurgie pro dospělé, spondylochirurgie, dětské kardiocentrum a dětská chirurgie. Na tato oddělení byl rozdán dotazník, který obsahoval 21 standardizovaných otázek dr. Pines pro riziko vzniku syndromu vyhoření a 8 mnou vytvořených otázek zaměřených na pohlaví, věk, vzdělání, délku praxe ve zdravotnictví a na současném oddělení, spokojenost a náročnost na pracovišti.

**Cíl 1: Zjistit výskyt syndromu vyhoření u sester v intenzivní péči ve FN Motol.**

Z výsledků bylo zjištěno, že u 68 % sester nebyl prokázán syndrom vyhoření, u 28,9 % sester bylo prokázáno alarmující skóre a u 3,1 % sester vyhoření. K tomuto cíli jsem si stanovila hypotézu zaměřenou na výskyt syndromu vyhoření.

**H 1 - Více než polovina sester v intenzivní péči ve FN Motol bude mít nízké riziko syndromu vyhoření.**

Z uvedených výsledků mého průzkumu vyplývá, že tato hypotéza byla potvrzena, a mohu tedy říct, že více než polovina sester ve FN Motol má nízké riziko syndromu vyhoření. Dle mého názoru jsou sestry ve FN Motol o syndromu vyhoření dostatečně informovány v rámci seminářů. Dalším faktorem může být motivace, spokojenost s pracovištěm, pracovním týmem, vedením a organizací. S tímto nízkým rizikem souvisí také spokojenost v osobním životě, dostatečný odpočinek a kontakt s rodinou přáteli.

**Cíl 2: Porovnat riziko syndromu vyhoření mezi sestrami v intenzivní péči u dětí a dospělých.**

Z výsledků bylo zjištěno, že sestry na oddělení dětských a dospělých měly téměř vyrovnané výsledky. Ačkoliv se na dospělých odděleních vyskytovaly i vyhořelé sestry, na dětských bylo více sester s alarmujícími výsledky.

**H 2: Sestry v intenzivní péči u dětí budou mít vyšší výskyt rizika syndromu vyhoření než u dospělých.**

Tato hypotéza se nepotvrdila. Sestry na dětských odděleních měly lepší výsledky, a tedy nižší výskyt rizika syndromu vyhoření než na odděleních dospělých, kde byl u třech sester syndrom vyhoření zaznamenán.

**Cíl 3: Zjistit a porovnat riziko syndromu vyhoření podle věku, pohlaví, rodinného stavu, délky praxe ve zdravotnictví a na současném oddělení, spokojenosti a náročnosti na pracovišti.**

První otázka byla zaměřena na pohlaví. Zjistili jsme, že nižší riziko syndromu vyhoření měli muži. Jelikož se jednalo o nerovnoměrný počet obou pohlaví, nemůžeme objektivně prokázat, které z nich má vyšší riziko syndromu vyhoření.

Ve druhé otázce udávali respondenti svůj věk. Vypočítali jsme průměrný věk všech respondentů a poté porovnávali riziko syndromu vyhoření u mladší a starší skupiny sester. Celkově bylo zjištěno, že sestry starší než 31,1 let mají vyšší riziko syndromu vyhoření než sestry mladší. Příčinou může být ztráta nadšení a ideálů a nemožnost splnit nereálné cíle. Na oddělení kardiochirurgie byl poměr mezi věkově staršími a mladšími sestrami téměř vyrovnaný a na spondylochirurgii a dětské chirurgii měly vyšší riziko syndromu vyhoření sestry mladší než průměrný věk. Nelze tedy jednoznačně říct, že riziko syndromu vyhoření závisí na věku sester.

Další otázka byla zaměřena na rodinný stav, kdy jsme zjistili, že nejlepší skóre mají sestry vdané / ženatí. Naopak nejhůře dopadly sestry rozvedené. Na některých odděleních se však tyto výsledky nepotvrdily, a proto nemůžeme jednoznačně říct, že



riziko syndromu vyhoření závisí na rodinném stavu.

Čtvrtá otázka se týkala vzdělání sester. Zjistili jsme, že celkově měly nejlepší výsledky vysokoškolsky vzdělané sestry a nejvyšší riziko syndromu vyhoření sestry s vyšším vzděláním a specializací. Na jednotlivých odděleních se však výsledky lišily, a proto nemůžeme potvrdit, že riziko syndromu vyhoření závisí na vzdělání.

Další otázka byla zaměřena na délku praxe ve zdravotnictví. Celkové výsledky rizika syndromu vyhoření v závislosti na délce praxe sester ve zdravotnictví ukazují, že větší riziko bylo u sester pracujících déle než 10,5 let. Na kardiologii a dětském kardiocentru byly sestry s delší průměrnou praxí ve zdravotnictví méně ohroženy rizikem syndromu vyhoření. Jelikož průměrná délka na jednotlivých pracovištích byla odlišná, nemůžeme tyto výsledky jednoznačně potvrdit.

Následující dotaz se týkal délky praxe na současném oddělení, přičemž celkové výsledky ukázaly, že vyšší riziko syndromu vyhoření jak u sester s delší praxí než byla průměrná délka 6,4 let. Nejvíce rizikové bylo oddělení dětské chirurgie, kde ani polovina sester s delší praxí, než byl průměr, neměla dobré skóre syndromu vyhoření. Ani u této otázky však nemůžeme jednoznačně říct, zda je praxe na současném pracovišti závislá na syndromu vyhoření, neboť na ostatních odděleních byly výsledky odlišné.

Předposlední otázka se týkala spokojenosti sester na pracovišti. Z celkových výsledků jednoznačně vyplynulo, že spokojenost na pracovišti závisí na riziku vzniku vyhoření. Velmi dobré skóre měly sestry, které byly se svým pracovištěm velmi spokojené, naopak nespokojené sestry měly alarmující skóre nebo byly vyhořelé.

V poslední otázce zaměřené na míru stresu na pracovišti bylo zjištěno, že velikost stresu je úměrná riziku vzniku syndromu vyhoření. Sestry považující své pracoviště za nestresující měly pouze dobré skóre. Se zvyšující se intenzitou stresu na pracovišti se zvyšovalo i procento sester ohrožených syndromem vyhoření.

### **H 3: Sestry pracující déle než 6 let na jednom pracovišti budou mít vyšší riziko syndromu vyhoření.**

Tato hypotéza se jednoznačně nepotvrdila, ale vzhledem k celkovým výsledkům můžeme říct, že délka praxe na současném oddělení má určitý vliv na riziko vzniku syndromu vyhoření.

## ZÁVĚR

Výsledky tohoto výzkumu ukazují, že ačkoliv má většina sester nízké riziko syndromu vyhoření, objevily se i takové, kterých se tento problém týká, a proto by nemělo být toto téma nijak podceňováno.

Tento výzkum prokázal, že u 66 (68 %) sester nebyly zjištěny známky syndromu vyhoření, alarmující výsledky však byly zaznamenány u 28 (28,9 %) a syndrom vyhoření u třech (3,1 %). Sestry se syndromem vyhoření pracovaly na oddělení spondylochirurgie a kardiochirurgie.

Z celkových výsledků vyplývá, že nejlepší skóre měly sestry na oddělení dětské chirurgie, kde velmi dobrých výsledků dosáhlo 15 (75 %) sester a také na dětském kardiocentru, kde mělo 12 (60 %) sester velmi dobré skóre, avšak 40 % alarmující. Na těchto odděleních se ani v jednom případě syndrom vyhoření neobjevil.

Celkově 59 (67 %) žen dosáhlo velmi dobrého skóre syndromu vyhoření, 27 (30,7 %) alarmujícího a 2 (2,3 %) prokazovaly vyhoření. Nejlepší výsledky byly zjištěny opět na oddělení dětské chirurgie (75 %), ale také kardiochirurgie, kde 25 (71,9 %) sester mělo velmi dobré skóre, přestože se zde vyskytovaly 2 (5,7 %) sestry vyhořelé.

Při porovnání rizika vyhoření u věkových skupin sester bylo z celkových výsledků zjištěno, že u mladších sester než byl celkový věkový průměr, tj. 31,1 let, mělo 38 (73,1 %) sester velmi dobré skóre oproti starším sestrám, které dosáhly tohoto skóre v 62,2 % (28 sester). Syndrom vyhoření se vyskytoval jak u mladších, tak u starších věkových skupin sester.

Z celkového souboru sester mělo 24 (75 %) vdaných / ženatých velmi dobré skóre, syndrom vyhoření se prokázal u jedné (9,1 %) rozvedené sestry a dvou (3,7 %) svobodných.

Nejlepších výsledků dosáhly sestry s vysokoškolským vzděláním, kdy mělo 17 (77,3 %) sester velmi dobré skóre, 5 (22,7 %) alarmující a ani v jednom případě nebylo prokázáno vyhoření. Nejvyšší riziko syndromu vyhoření měly sestry se specializací, kdy 21 (61,8 %) mělo velmi dobré výsledky, avšak 12 (35,3 %) mělo alarmující a jedna (2,9 %) prokazovala vyhoření.

U sester s kratší praxí ve zdravotnictví než byl celkový průměr, tj. 10,5 let, bylo zjištěno nižší riziko pro syndrom vyhoření než u sester s praxí delší. 42 (72,4 %) sester s kratší praxí měla velmi dobré skóre, naopak 14 (35,9 %) sester s delší praxí mělo alarmující výsledky a jedna (2,6 %) byla vyhořelá.

Praxe sester na současném oddělení byla podle výzkumu méně riziková u sester s kratší praxí, než byla její průměrná délka, tj. 6,4 let. Alarmující skóre mělo 16 (26,2 %) sester a dvě (3,3 %) byly vyhořelé. Naopak 12 (33,3 %) sester s delší praxí na oddělení mělo alarmující skóre a u jedné (2,8 %) bylo prokázáno vyhoření.

Bylo zjištěno, že nejlepší skóre měly ty sestry, které byly se svým pracovištěm nejvíce spokojené. Velmi dobré skóre bylo prokázáno u 30 (78 %) sester, které byly se svou prací velmi spokojeny, částečně spokojeno bylo 16 (35,6 %) sester s alarmujícím skóre a dvě (4,4 %) prokazující vyhoření. Nespokojeny byly dvě (2,1 %) sestry, kdy jedna měla alarmující skóre a jedna syndrom vyhoření.

Tento výzkum prokázal, že velikost stresu je úměrná riziku vzniku syndromu vyhoření. Nejlepších výsledků tedy dosáhly 3 (100 %) sestry, které nepovažují svou práci za stresující. Naopak sestry hodnotící svou práci jako velmi stresující, měly až 50 % alarmující skóre.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Lidé pracující ve zdravotnictví, zvláště sestry a lékaři, nesou velkou zodpovědnost za pacienty. Musí se proto rychleji přizpůsobovat změnám a zpracovávat stále nové informace, učit se nové technologie a postupy a vzdělávat se ve svém oboru po celý život. Kromě fyzické náročnosti jako je zvedání a manipulace s pacienty, noční směny a nedostatek spánku, změna režimu den-noc nebo nepravidelné stravování, je toto povolání náročné i psychicky. Na odděleních intenzivní péče musí sestra neustále sledovat životní funkce pacientů a být připravena i na neočekávané situace.

Nikdo z nás nemůže s jistotou předem říct, že se ho toto téma netýká. Týká se nás všech, kteří pracujeme s lidmi. Přestože nás může práce těšit, nacházíme v ní smysl, když dáváme pacientům oporou v těžkých situacích, přináší nám uspokojení a „hoříme“ pro ni, dřív nebo později může nastat chvíle, kdy v nás toto nadšení „vyhasne“. Jak potvrdil tento výzkum, syndrom vyhoření se může objevit v jakémkoliv věku, rodinném stavu nebo vzdělání. Záleží pouze na každém z nás, jak moc jsme o tomto problému informováni, zda se mu snažíme předcházet nebo ho naopak ignorujeme.

Podle mého názoru by sestry měly být informovány o syndromu vyhoření již při studiu na středních školách. Při nástupu do praxe jsou mladé sestry nadšeny a nepřipouští si, že by je mohl tento problém někdy potkat. Proto by bylo vhodné pořádat o syndromu vyhoření pravidelné odborné semináře s autentickými příběhy sester nebo jejich známých. Vhodnou metodou může být i tzv. defusing a debriefing, kdy si sestry mezi sebou sdělují své zážitky a zkušenosti, navrhují možná řešení a učí se navzájem ze svých chyb.

Nezastupitelnou roli v prevenci syndromu vyhoření hrají dobré vztahy v rodině, mezi partnery a přáteli. Opět je zde klíčová komunikace a svěření se se svými problémy, trápením, názory. Partner nebo rodina jsou pro dotyčného pouze posluchači, kteří chápou jeho starosti a snaží se ho podpořit v jeho rozhodnutích.

Každý člověk a zvláště ti, kteří jsou syndromem vyhoření ohroženi nejvíce, by si měli umět najít volný čas jen pro sebe. Každý jsme jiný a volný čas trávíme různě. Někdo odpočívá spánkem, četbou, prací na zahrádce, jiný potřebuje vybit svoje emoce sportem nebo posezením s přáteli. Ať tak či onak, důležité je, abychom alespoň na chvíli „vypnuli“ a vypustili svoje starosti z paměti.

## BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

1. ASBJORN O., F. *Vliv psychiky na zdraví*. Praha : Grada Publishing, 2010.  
240 s. ISBN 978-80-247-2864-3
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha : Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4
3. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006.  
86 s. ISBN 80-7013-439
4. BERAN, J. *Lékařská psychologie*. Praha : Grada Publishing, 2010.  
144 s. ISBN 978-80-247-1125-6
5. DeVITO, J. *Základy mezilidské komunikace*. Praha : Grada Publishing, 2008.  
512 s. ISBN 978-80-247-2018-0
6. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha : Grada Publishing, 2007.  
352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
7. KAWLLASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha : Portál, 2007.  
144 s. ISBN 978-80-7367-299-7
8. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003.  
23 s. ISBN 80 - 7071 - 231 - 7
9. KELNAROVÁ, J. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*.  
Praha : Grada Publishing, 2009. 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002.  
198 s. ISBN 80-247-0179-0
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing, 1998.  
136 s. ISBN 80-7169-551-3
12. KŘIVOHLAVÝ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing,  
2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5
13. MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha : Grada  
Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
14. PETERKOVÁ, M. *Syndrom vyhoření*. 2008-2009. Dostupné na [WWW.syndrom-vyhoření.psychoweb.cz](http://WWW.syndrom-vyhoření.psychoweb.cz)

15. PLEVOVÁ, I. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.
16. PŮLPÁNOVÁ, L. *Prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče*. Zlín, 2009. 158 s., 16 příl. Bakalářská práce. (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Valentová, Markéta.
17. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11. Sestra – reprezentant profese*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6
18. STOCK, C. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha : Grada Publishing, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5
19. ŠEVČÍK, P. *Intenzivní medicína*. Praha : Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X
20. ŠULISTOVÁ, J. Nenechte se zavalit. *Sestra*, roč. 15, č. 12 (2005), s. 18-19. ISSN 1210-0404
21. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno : MIKADAPRESS spol. s.r.o., 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
22. VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi*. Praha : Grada Publishing, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2
23. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha : Grada Publishing, 2007. 96 s., ISBN 978-80-247-2170-5
24. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing, 2006. 144 s., ISBN 80-247-1262-8
25. ZADÁK, Z. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha : Grada Publishing, 2007. 336 s. ISBN 978-80-247-2099-9
26. ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická teorie – Teorie a praktická cvičení*. Praha : Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

## SEZNAM TABULEK

- Tab. 1: Fáze přijetí závažného onemocnění
- Tab. 2: Skóre syndromu vyhoření podle věku na spondylochirurgickém oddělení
- Tab. 3: Skóre syndromu vyhoření podle věku na kardiochirurgickém oddělení
- Tab. 4: Skóre syndromu vyhoření podle věku na dětském kardiocentru
- Tab. 5: Skóre syndromu vyhoření podle věku na dětské chirurgii
- Tab. 6: Skóre syndromu vyhoření podle rodinného stavu na spondylochirurgickém oddělení
- Tab. 7: Skóre syndromu vyhoření podle rodinného stavu na kardiochirurgickém oddělení
- Tab. 8: Skóre syndromu vyhoření podle rodinného stavu na dětském kardiocentru
- Tab. 9: Skóre syndromu vyhoření podle rodinného stavu na dětské chirurgii
- Tab. 10: Skóre syndromu vyhoření podle vzdělání na spondylochirurgickém oddělení
- Tab. 11: Skóre syndromu vyhoření podle vzdělání na kardiochirurgickém oddělení
- Tab. 12: Skóre syndromu vyhoření podle vzdělání na dětském kardiocentru
- Tab. 13: Skóre syndromu vyhoření podle vzdělání na dětské chirurgii
- Tab. 14: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe ve zdravotnictví na spondylochirurgickém oddělení
- Tab. 15: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe ve zdravotnictví na kardiochirurgickém oddělení
- Tab. 16: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe ve zdravotnictví na dětském kardiocentru
- Tab. 17: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe ve zdravotnictví na dětské chirurgii
- Tab. 18: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe na současném oddělení spondylochirurgie
- Tab. 19: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe na současném oddělení kardiochirurgie
- Tab. 20: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe na současném oddělení dětského kardiocentra

Tab. 21: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe na současném oddělení dětské chirurgie

Tab. 22: Skóre syndromu vyhoření podle spokojenosti na spondylochirurgickém oddělení

Tab. 23: Skóre syndromu vyhoření podle spokojenosti na kardiouchirurgickém oddělení

Tab. 24: Skóre syndromu vyhoření podle spokojenosti na dětském kardiocentru

Tab. 25: Skóre syndromu vyhoření podle spokojenosti na dětské chirurgii

Tab. 26: Skóre syndromu vyhoření podle náročnosti na spondylochirurgickém oddělení

Tab. 27: Skóre syndromu vyhoření podle náročnosti na kardiouchirurgickém oddělení

Tab. 28: Skóre syndromu vyhoření podle náročnosti na dětském kardiocentru

Tab. 29: Skóre syndromu vyhoření podle náročnosti na dětské chirurgii



## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věkový průměr sester celkem

Graf 2: Rodinný stav celkem

Graf 3: Rodinný stav

Graf 4: Vzdělání celkem

Graf 5: Vzdělání

Graf 6: Délka praxe sester ve zdravotnictví

Graf 7: Délka praxe sester na současném oddělení

Graf 8: Spokojenost celkem

Graf 9: Spokojenost

Graf 10: Náročnost celkem

Graf 11: Náročnost

Graf 12: Skóre syndromu vyhoření celkem

Graf 13: Skóre syndromu vyhoření

Graf 14: Skóre syndromu vyhoření u žen celkem

Graf 15: Skóre syndromu vyhoření u žen

Graf 16: Skóre syndromu vyhoření podle věku celkem

Graf 17: Skóre syndromu vyhoření podle rodinného stavu celkem

Graf 18: Skóre syndromu vyhoření podle vzdělání celkem

Graf 19: Skóre syndromu vyhoření podle praxe ve zdravotnictví celkem

Graf 20: Skóre syndromu vyhoření podle délky praxe na současném oddělení celkem

Graf 21: Skóre syndromu vyhoření podle spokojenosti na oddělení celkem

Graf 22: Skóre syndromu vyhoření podle náročnosti na oddělení celkem

# **PŘÍLOHY**

Příloha 1 Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 2 Standardizovaný dotazník (BDG Pines)

## DOTAZNÍK

### **Vážený respondente, vážená respondentko,**

jmenuji se Simona Jánová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze oboru Intenzivní péče. Dovoluji si Vás požádat o spolupráci, a to vyplněním dotazníku, který je součástí mé diplomové práce *Syndrom vyhoření u sester v intenzivní péči*. Dotazník je anonymní, a proto Vás prosím o pravdivé a upřímné odpovědi. Vyplněné dotazníky slouží pouze pro účely mé diplomové práce. Předem Vám děkuji za Váš čas a pochopení.

#### **1. Pohlaví:**

- a) žena
- b) muž

#### **2. Kolik je Vám let?**

.....

#### **3. Jaký je Váš rodinný stav?**

- a) svobodná / ý
- b) vdaná / ženatý
- c) rozvedená / ý

#### **4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) středoškolské (SZŠ)
  - b) vyšší (DiS)
  - c) vysokoškolské (Bc., Mgr.)
  - d) specializace (jaká?)
-

**5. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

.....

**6. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?**

.....

**7. Jste s povoláním na tomto pracovišti spokojená?**

- a) velmi spokojena
- b) částečně spokojená
- c) velmi nespokojena

**8. Myslíte si, že vaše práce je pro vás**

- a) velmi stresující
- b) mírně stresující
- c) málo stresující
- d) není stresující

## Příloha 2

Předkládám Vám dotazník vypracovaný dr. Pinesovou (BDG Pines) ke zjišťování míry syndromu vyhoření. Zamyslete se nad uvedenými otázkami a zakroužkujte na uvedené škále (od 1 do 7) číslo, které nejvíce odpovídá tomu, jak často jste se takto cítil/a během posledních 6 měsíců. Předem Vám děkuji za ochotu a vyplnění dotazníku.

nikdy	1x-2x	zřídka	někdy	často	převážně	stále
1	2	3	4	5	6	7

### Zakroužkujte, jak často jste se takto cítila v posledních 6 měsících?

	nikdy	1x-2x	zřídka	někdy	často	převážně	stále
1. Cítím se být unaven/a?	1	2	3	4	5	6	7
2. Cítím se být poražen/a (sklíčen/a)?	1	2	3	4	5	6	7
3. Cítím, že mám dnes dobrý den?	1	2	3	4	5	6	7
4. Cítím se být tělesně vyčerpán/a?	1	2	3	4	5	6	7
5. Cítím se být citově vyčerpán/a?	1	2	3	4	5	6	7
6. Cítím, že jsem šťasten/tna?	1	2	3	4	5	6	7
7. Cítím se být vyřízen/a?	1	2	3	4	5	6	7
8. Cítím se být vyhaslý/á (vyhořelý/á)?	1	2	3	4	5	6	7
9. Cítím se být nešťastný/á?	1	2	3	4	5	6	7
10. Cítím se být přepracován/a?	1	2	3	4	5	6	7
11. Cítím se jako bych byl uvězněn/a (v pasti)?	1	2	3	4	5	6	7
12. Cítím se jako bych neměl/a žádnou cenu?	1	2	3	4	5	6	7
13. Cítím se být znechucen/a (vyčerpán/a)?	1	2	3	4	5	6	7
14. Cítím se být sklíčený/á (trápím se)?	1	2	3	4	5	6	7

15. Cítím se, že jsem rozzloben/a na jiné a jimi zklamán/a?	1	2	3	4	5	6	7
16. Cítím se být slabý/á a bezmocný/á?	1	2	3	4	5	6	7
17. Pociťuji a prožívám beznaděj?	1	2	3	4	5	6	7
18. Cítím, že jsem odmítán/a?	1	2	3	4	5	6	7
19. Cítím se optimisticky?	1	2	3	4	5	6	7
20. Cítím se být čínorodý/á?	1	2	3	4	5	6	7
21. Cítím, že prožívám úzkost (mám strach)?	1	2	3	4	5	6	7