

Univerzita Karlova
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství



Lucie Chmelařová

**Strategie používané v prevenci syndromu vyhoření u
zdravotních sester**

*The Strategies used to protect nurses against burnout
syndrome*

Bakalářská práce

Praha, 2017

Autor práce: Lucie Chmelařová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra – kombinovaná forma

Vedoucí práce: **Mgr. Miloš Mauer**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav etiky a humanitních studií**

Předpokládaný termín obhajoby: **září 2017**

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3.LF UK jsou totožné.

V Praze dne 4. září 2017

Lucie Chmelařová

Poděkování:

Chtěla bych moc poděkovat Mgr. Miloši Mauerovi za odborné vedení, konzultace a cenné připomínky. Také moc děkuji PhDr. Haně Svobodové, Ph.D. za odbornou pomoc, cenné připomínky a rady. Oběma patří také velké poděkování za ochotu, vstřícnost a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Ráda bych zde také poděkovala svým rodičům za jejich podporu v průběhu celého studia.

OBSAH

| | |
|---|----|
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 7 |
| ÚVOD..... | 7 |
| 1. STRES..... | 9 |
| 1.1 <i>Stres jako fyziologická reakce organismu</i> | 11 |
| 1.2 <i>Stres v povolání zdravotní sestry</i> | 12 |
| 2. SYNDROM VYHOŘENÍ..... | 15 |
| 2.1 <i>Definice pojmu</i> | 15 |
| 2.2 <i>Kdo je nejvíce ohrožen</i> | 21 |
| 2.3 <i>Důsledky syndromu vyhoření</i> | 24 |
| 3. MOŽNÉ STRATEGIE V PREVENCI..... | 26 |
| 3.1 <i>Supervize</i> | 26 |
| 3.1.1 <i>Definice pojmu</i> | 26 |
| 3.1.2 <i>Funkce supervize</i> | 27 |
| 3.1.3 <i>Formy supervize</i> | 28 |
| 3.1.4 <i>Metody supervize</i> | 29 |
| 3.2 <i>Relaxační techniky</i> | 31 |
| 3.2.1 <i>Dechová cvičení</i> | 32 |
| 3.2.2 <i>Meditace</i> | 33 |
| 3.2.3 <i>Jóga</i> | 36 |
| 3.2.4 <i>Schultzův autogenní trénink</i> | 39 |
| 3.2.5 <i>Aromaterapie</i> | 39 |
| 3.2.6 <i>Akupresura</i> | 40 |
| 3.2.7 <i>Shrnutí vybraných relaxačních technik</i> | 40 |
| VÝZKUMNÁ ČÁST..... | 42 |
| 4. VÝZKUM..... | 42 |
| 4.1 <i>Výzkumný problém a cíl výzkumu</i> | 42 |
| 4.2 <i>Stanovení hypotéz</i> | 42 |
| 4.3 <i>Zkoumaný soubor</i> | 45 |
| 4.4 <i>Metodika výzkumu</i> | 49 |
| 5. VÝSLEDKY VÝZKUMU..... | 51 |
| 5.1 <i>Hypotéza č. 1</i> | 51 |
| 5.1.1 <i>Podhypotéza 1</i> | 51 |
| 5.1.2 <i>Podhypotéza 2</i> | 55 |
| 5.1.3 <i>Podhypotéza 3</i> | 58 |
| 5.2 <i>Hypotéza č. 2</i> | 59 |
| 5.2.1 <i>Podhypotéza 1</i> | 59 |
| 5.2.2 <i>Podhypotéza 2</i> | 61 |
| 5.2.3 <i>Podhypotéza 3</i> | 62 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3 Hypotéza č. 3..... | 64 |
| 5.3.1 Podhypotéza 1..... | 64 |
| 5.3.2 Podhypotéza 2..... | 68 |
| 5.4 Diskuze a interpretace výsledků | 69 |
| 6. ZÁVĚR..... | 75 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 77 |
| SEZNAM ZKRATEK | 80 |
| SEZNAM GRAFŮ | 81 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 83 |
| Příloha č. 1..... | 84 |
| Příloha č. 2..... | 90 |
| Příloha č. 3..... | 91 |

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

K napsání bakalářské práce na toto téma mne inspirovali zdravotničtí pracovníci, ať už zdravotní sestry, ošetřovatelé, ošetřovatelky, sanitáři, sanitářky a lékaři, se kterými jsem se za svůj život měla možnost potkat. Dále mou inspirací byli pacienti, o které jsem pečovala na své praxi během studia nebo poté v zaměstnání na interním a posléze chirurgickém oddělení. K výběru tohoto tématu přispěly také mé osobní životní zkušenosti. Jako studentka zdravotnického oboru Všeobecná sestra jsem si během praxí v nemocnici uvědomila, v jak moc stresovém prostředí se odehrává péče o naše pacienty a s jakými životními osudy se musejí zdravotníci setkávat každý den. Přesto se od nich očekává profesionální chování a vystupování nenechajíc na sobě znát své emoce, jako je například lítost, strach, stres, hněv a že se budou vždy chovat mile a hezky k pacientům i ke svým spolupracovníkům. Proto řada zdravotnických pracovníků své emoce potlačuje a snaží se je vytěsnit, aby se mohli soustředit a dobře vykonat svoji práci. Ale to je, myslím si, „tikající bomba“, která může bouchnout a vést k propuknutí syndromu vyhoření. Někdy je ale potřeba své pocity ventilovat. Proto jsem ve své práci zvolila jako účinné strategie v prevenci supervizi a relaxační techniky. Jak jsem již uvedla, povolání zdravotní sestry je velmi psychicky náročné. Den co den se setkává s lidmi, kteří jsou nemocní a někteří z nich již nemají šanci na vyléčení.

V teoretické části práce se zabývám stresem, který souvisí s povoláním zdravotní sestry a může přejít do závažnějšího stavu, kterým je právě syndrom vyhoření. To, co považuji za důležité, je, jaké jsou možnosti prevence a jak se můžeme jako zdravotníci bránit proti vypuknutí syndromu vyhoření. Jako strategie jsem ve své práci zvolila supervizi a relaxační techniky. Vycházím z toho, že supervize je v literatuře popisována jako účinná metoda pomáhající „pomáhajícím“ (tedy lidem pracujícím v pomáhajících profesích), jak lépe zvládat náročné situace, které s sebou tyto profese nesou. Relaxačními technikami se ve své práci zabývám z důvodu osobní pozitivní zkušenosti s těmito metodami a také proto, že jsou předmětem zkoumání vědeckých pracovníků a již existují validní studie o tom, že tyto metody jsou prospěšné a mohou pomoci v léčbě a terapii mnohých duševních, ale i somatických problémů.

Ve výzkumné části je mým cílem zjistit, zda si sestry uvědomují, že jsou náchylné k syndromu vyhoření, dále jaké strategie používají dotázané sestry nejčastěji v prevenci syndromu vyhoření, jaký názor mají na supervizi, zda mají možnost ji navštěvovat. Dále výzkumná část obsahuje diskuzi k zjištěným výsledkům a závěr.

Přála bych si, aby moje práce byla inspirací nejen pro sestry, ale i pro všechny pracovníky ve zdravotnictví, jak se účinně ubránit syndromu vyhoření nejen v jejich náročném zaměstnání, ale aby si některé metody osvojili a mohli je využívat i v osobním životě. Neboť se domnívám, že vše se vším souvisí a nespokojenost v osobním životě může vést k nespokojenosti v práci a naopak.

1. STRES

„Dlouhý, zdravý a šťastný život je výsledkem prospěšných činů, smysluplných projektů, které v nás samotných vzbuzují nadšení, a přitom jsou přínosem a požehnáním pro životy druhých.“

Hans Selye

Pojem stres pochází z anglického slova stress – zátěž, nápor, tlak, tedy už název říká, že jde o stav, kdy dlouhodobě „něco není v pořádku“ nebo „něco není v rovnováze“. Za zakladatele učení o stresu je považován Hans Selye (1907-1982), kanadský lékař maďarského původu. Původně se tento termín užíval v technice, kde označoval jakousi sílu působící na materiál, např. lis, který působí tlakem na daný předmět. Nebo by se dalo použít jednoduché přirovnání k přefouknuté pneumatice, která již přetlak nevydrží a praskne a ujde z ní všechno vzduch. Takto by se dal označit člověk, který prožívá stres. Je to možná ještě o něco horší stav, protože tlak je na člověka vyvíjen ze všech stran (zaměstnání, rodina, partnerské problémy). Existuje ale i stres, který má spíše pozitivní účinky a může nás příjemně motivovat. Dodává nám radost a odvalu i přes to, že vyžaduje také určité úsilí nebo námahu. Tento druh stresu se nazývá eustres. Může to být např. narození dítěte, svatba nebo různé oslavy. (Venglářová a kol., 2011)

Jaro Křivohlavý ve své knize Psychologie zdraví (2001) definuje tzv. stresory - faktory, které vedou ke stresu a distresu. Uvádí zde např. vztah práce a stresu, kde říká, že pracovníci, na které jsou v práci kladeny velké požadavky s malou možností řízení, jsou vystaveni stresu nejvíce. Myslím, že do této skupiny patří zdravotní sestry také, protože mají spoustu povinností a odpovědností, které jsou na ně kladeny jak od nadřízených tak, od pacientů a často není v jejich silách, ať už z časových nebo ekonomických důvodů, všechny tyto požadavky splnit. Dalším stresorem podle Křivohlavého (2001) je vysilující snaha o kariéru. Zde vysvětluje, že člověk očekává v novém zaměstnání určitý profesní růst, že bude patřičně za svůj výkon finančně ohodnocen, že se postupně dopracuje např. na vyšší pozice atd. Pokud toto očekávání není naplněno, objevuje se stres. Dále uvádí, že pro někoho může být stresorem práce s lidmi a pro někoho zase práce izolovaná od lidí. Podle mého názoru obě situace mohou být stresové, pokud si člověk neurčí hranice, které

nepřekročí a nevytvoří si zdravý odstup a nadhled. Další faktory, které zmiňuje, jsou hluk a spánek. Nadměrný hluk je škodlivý a na pracovišti se jím zabývá pracovní lékařství. Nedostatek spánku má přímý vliv na snížení pozornosti, zhoršení koncentrace, vede k nadměrným pocitům únavy, úzkostem a nerozhodnosti. A v neposlední řadě jmenuje jako stresor vztahy mezi lidmi, a to jak na pracovišti, tak v rodině. Mnohdy jsem byla svědkem toho, že kolektiv zdravotních sester dokáže být velmi nepřátelský, zvláště vůči novým kolegyním nebo kolegyním, které se něčím liší a nezapadnou. To je podle mého názoru velký stresor, který může vyústit až v odchod ze zaměstnání a může způsobit bolest na duši. Samozřejmě záleží na osobnostní charakteristice dané osoby, jak je schopna se se zátěžovou situací vyrovnat. Kromě stresorů uvádí Křivohlavý i tzv. salutory, což jsou faktory, které člověka naopak povzbudí, dodávají mu odvalu a sílu. Řadí mezi ně např. smysluplnost vykonávané práce, přesvědčení a hodnota toho, o čem se snažíme a uznání od člověka, kterého si sami vážíme.

Dovolím si tvrdit, že v nějaké stresové situaci se během svého života ocitl snad každý člověk. Mohl na sobě pozorovat určité změny, ke kterým při stresu dochází. Křivohlavý ve své knize *Sestra a stres* (2010) uvádí seznam příznaků stresového stavu. Projevuje se ve třech rovinách – fyziologické, psychologické a behaviorální. Jako první více rozvádí právě příznaky behaviorální, neboť se domnívá, že nejdříve se objevují určité změny chování. Nerozhodnost, změněný denní rytmus, neustálé stěžování si, změny ve vztahu k potravě, zvýšená nepozornost, zvýšená snaha vyhnout se práci, ztráta chuti do práce, zhoršená kvalita práce, zvýšené množství vykouřených cigaret, zvýšený příjem alkoholu a větší závislost na drogách všeho druhu, to všechno se dá zahrnout do této oblasti. Mezi příznaky, které se projeví v duševním životě, patří prudké a výrazné změny nálady, zvýšená podrážděnost, úzkostnost, nadměrné pocity únavy, nadměrné starosti o vlastní zdraví, „zmrazení“ emocionálních postojů vůči sobě i druhým, omezování kontaktu s lidmi. Nakonec uvádí fyziologické příznaky, mezi které patří bušení srdce, bolesti hlavy, zvýšené svalové napětí, bolesti a svírání za hrudní kostí, nechutenství a plynatost v břišní oblasti, křečovitě bolesti v dolní části břicha, průjmy, časté nucení na močení, ztráta sexuální touhy, změny v menstruačním cyklu, palčivé pocity v rukou a nohou. (Křivohlavý, 2010, s. 22-24)

1.1 Stres jako fyziologická reakce organismu

Stres na tělesné úrovni je fyziologickou obrannou reakcí na zátěžovou situaci. Přípravuje nás na „boj nebo útěk“, což je ještě pozůstatek z dávných dob, kdy člověk opravdu potřeboval v určitých situacích bojovat nebo utíkat. Dnes se za zátěžové považují situace vzniklé působením stresorů, které jsem popsala v minulé kapitole. Samozřejmě každý člověk je jiný, někdo je vůči stresu odolnější více jiný méně. Reakce na stres mohou být kognitivní, afektivní, behaviorální a fyziologické. Je velmi zajímavé, že ne vždy je mezi těmito oblastmi spojitost. Jeden člověk má například na stres silnou reakci tělesnou, ale necítí přitom žádný stres emoční. To se projevuje především u lidí, kteří volí jako strategii zvládání obtížných situací popření nebo vyhnutí se problému.

Co se tedy vlastně v našem těle děje během stresu? Již Selye rozdělil stres do tří stadií, které se používají dodnes: 1. Poplach – okamžitá reakce organismu, která připravuje na již zmíněný „boj nebo útěk“. 2. Rezistence – tělo se pokouší se stresem vyrovnat a vrátit se k normálu. 3. Vyčerpání – pokud stresová zátěž trvá moc dlouho, povede to k tělesnému vyčerpání, onemocnění a v nejhorším případě ke smrti. Reakce probíhá ve dvou vlnách, přičemž první je aktivován sympatický nervový systém, který vyplavením katecholaminů (adrenalin, noradrenalin) připravuje tělo k okamžitému jednání. Stimulují se především mozek, srdce a plíce a krev je odvedena z nedůležitých orgánů jako je kůže, GIT a reprodukční orgány. Jako druhá, pomalejší vlna se aktivuje osa hypothalamus – hypofýza – nadledviny, při které se uvolňuje z hypothalamu CRH (faktor uvolňující kortikotropin), který přes adenohypofýzu stimuluje další reakce vyúsťující v uvolnění kortizolu z kůry nadledvin. Kortizol jakožto zásadní stresový hormon, patří do skupiny glukokortikoidů a má mnoho funkcí, kterým se budu více věnovat v dalším odstavci. Za normálních okolností vede přítomnost kortizolu v krvi k zastavení produkce CRH v hypothalamu – tomu se říká negativní zpětná vazba. Pokud je ale stresová reakce dlouhodobá, tak negativní zpětná vazba selhává, a to vede k chronicky zvýšeným hladinám kortizolu v krvi. To může mít negativní důsledky jako např.: nahromadění břišního tuku, úbytky kostní a svalové tkáně, problémy se spánkem, snížení sexuálních funkcí, úzkosti, deprese. (Ayers, Visser, 2015)

Jak je vidět, při stresové reakci dochází v lidském těle k mnoha biochemickým dějům, vyplavují se hormony, což jsou působky chemické povahy. V určité míře nás chrání proti nepříznivým vlivům, ale pokud jsou vyplavovány často a ve velkém množství, přestane fungovat negativní zpětná vazba a spíše našemu organismu škodí. Pro představu,

jakou úlohu mají tyto hormony při stresové reakci, jsem si vzala na pomoc kapitolu o stresu Pavla Maruny v knize *Obecná patologická fyziologie* (2009), kde je podrobně popsána úloha katecholaminů a glukokortikoidů. Katecholaminy zvyšují srdeční výdej, zvyšují krevní tlak a jejich příčinou dojde k redistribuci krve (vazodilatace v koronárním řečišti, mozku, plicích a svalovině a vazokonstrikce v kůži a oblasti břišních orgánů). Stimulují játra k odbourávání glykogenu, tím se zvýší glukóza v krvi a mozek, srdce a sval jí můžou zpracovávat. Glukokortikoidy se uplatní v druhé fázi stresové reakce a mají přímý katabolický účinek. Z jejich účinků na krvetvorbu můžeme jmenovat neutrofilii, pokles hladiny lymfocytů a naopak zvýšení počtu trombocytů. Zásadní jsou jejich protizánětlivé účinky, které zabraňují extrémní zánětlivé reakci vedoucí k poškození organismu.

Maruna ve své kapitole také hovoří o psychoemotivním stresu vznikajícího na emočním podkladě a vysvětluje, že tento druh stresu také aktivuje výše popsané dvě vlny (osy), tedy sympatoadrenální a vlnu hypothalamus – hypofýza – nadledviny. Proto protrahovaný psychoemotivní stres může být rizikovým nebo spouštěcím faktorem některých somatických onemocnění. (Nečas a kol., 2009)

1.2 Stres v povolání zdravotní sestry

Nemocniční prostředí by mělo být v ideálním případě klidné a harmonické, neboť jsou zde hospitalizováni nemocní lidé, kteří potřebují být obklopeni něčím hezkým, milým a láskyplným, zkrátka pozitivním. Vždyť společným cílem zdravotníků všech oborů by měl být spokojený a uzdravující se pacient. Pro prostředí nemocnic jako takových asi nezměníme, ale můžeme se pokusit změnit atmosféru na oddělení tím, že změníme především sami sebe. To se ale velmi „lehko říká a opravdu těžko dělá“, když na zdravotníky, především tedy sestry, číhá jeden stresor za druhým, v podobě nelehkých situací, které musí řešit. Ať už se jedná o časovou tíseň pro vykonání určitých činností (např. ranní hygiena pacientů), velké množství dokumentace, což je v dnešní době velmi diskutované téma, málo personálu na směnu, tudíž přetěžování zaměstnanců, sestry slouží hodně služeb do měsíce, jsou unavené, frustrované, nestíhají zastat práci v domácnosti, postarat se o rodinu, kde kvůli tomu mohou vznikat problémy. Sestra se dostává pod obrovský tlak, který může trvat různě dlouho, protože si např. nemůže dovolit nebo nechce změnit práci atd.

Podle Venglářové (2011) dělíme zátěže sestry na fyzické a psychické. Mezi zátěže fyzické řadí statické zatížení (většina činností se provádí ve stoje nebo při nahnutí u lůžka pacienta), zatížení kostního, svalového, kloubního a cévního systému, kontakt s otevřenými ránami, infekcemi, dezinfekcemi, různými léky při jejich ředění (možnost potřísnění), práce na směny (narušení spánkového rytmu). Se zátěžemi psychickými dává do souvislosti neustálou pozornost, pružné reagování na změny, velkou zodpovědnost za svoji práci, rychlé jednání a rozhodování, komunikace s příbuznými, působení bolesti druhým a v neposlední řadě neadekvátní ohodnocení náročné práce.

Proto je důležité, aby sestry dokázaly efektivně relaxovat a odpočívat jako kompenzaci k jejich náročnému povolání. To uvádí Honzák ve své Svěpomocné příručce sestry (2015), že je potřeba také kvalitně spát a dodržovat zásady spánkové hygieny. Za normu se považuje doba spánku mezi pěti a devíti hodinami a je to individuální. Mimo tuto normu už je nedostatek nebo nadbytek spánku. Sestry pracují většinou ve směnném provozu, střídají se tedy denní a noční směny a deficit spánku u nich může nastat velmi snadno. Každý jsme samozřejmě jiný a každý noční směny snáší jinak. Je ale potřeba spánkový dluh určitě splatit, i když, jak píše Honzák, nikdy ho nesplatíme úplně, ale měli bychom se snažit udělat vše pro jeho snížení. (Honzák, 2015, s. 77) Jednou z charakteristik pro lidi, kteří pomalu spějí k vyhoření, je že člověk začíná pracovat více a tvrději, snaží se všechnu práci udělat sám, neřekne si o pomoc, předvádí, že je nenahraditelný (viz kap. 2.1) U zdravotních sester mě napadá situace, když si některé sestry berou více služeb, než je nutné, dobrovolně. Když je např. kolegyně požádá, jestli by nevzaly tu a tu službu. Taková sestra ví, že svých služeb má dost a měla by odpočívat, ale směnu kolegyni vezme. Důvodů může být několik (potřebuje peníze, nedokáže říct ne, chce být ta, která je tou „zachránkyní“, atd.) Pro její tělo, mysl i duši to ale není moc dobré. Z únavy mohou nastat např. tyto problémy: prodloužená reakční doba, zpožděné odpovědi na podnět, náchylnost k nesprávným reakcím, zvýšené bezpečnostní riziko, zpomalení myšlení, zhoršený výkon. (Honzák, 2015, s. 63, 76-77) Dalším velkým tématem, jak být mezi směny a na směnách fit, je skladba stravy. To je, dle mého názoru, velmi důležitý aspekt, na který by sestry neměly zapomínat. Ve své bakalářské práci se vhodným stravováním nezabývám, ale uvědomuji si, že vše souvisí se vším a naše strava ovlivňuje to, jak se cítíme a Honzák (2015) tomu věnuje ve své knize celou kapitolu. To, jak zdravotní sestry tráví volný čas, jak si dokáží odpočinout a zda cíleně dělají určité aktivity v prevenci syndromu vyhoření, zjišťuji ve výzkumné části.

Sestry jsou si plně vědomy své profesní role, kterou chtějí dělat, jak nejlépe umějí. Mnohdy kvůli tomu ale zapomínají na své vlastní potřeby. Honzák (2015) to přesně vystihuje a popisuje to na příkladu ženy Nikol, která chce být dokonalá v práci, dokonalá manželka, dokonalá matka, ale ve finále nic nestíhá a je z toho čím dál víc nešťastná. Honzák vysvětluje, že touha po dokonalosti je „cesta do pekel“, protože dokonalost neexistuje. (Honzák, 2015, s. 41-47) Tohoto jevu si občas všímám i u sester, které chtějí být dokonalé v péči o pacienta, chtějí vše zvládat na 100% a nedávají najevo své emoce, navenek působí sebejistě (ony jsou přece ty, které mají vše zvládat, mají být oporou pro nemocné, mají být ty „dokonalé“ a bezchybné) a připustit si, že něco nezvládají nebo že v něčem selhaly, je nepřijatelné. Myslím si ale, že v hloubi duše cítí, že to tak není v pořádku, ale nechtějí nebo nemají čas se tím zabývat.

Na závěr této kapitoly se zmíním o zajímavém výzkumu. V knize Burnout syndrom jako mezioborový jev (2013) mne zaujal výzkum, který byl proveden ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a porovnával stresovou zátěž sester na standardních odděleních a na odděleních JIP a ARO. Bylo zjištěno, že největší zátěž pro obě oddělení jsou zmatení pacienti, pacienti s demencí a agresivní pacienti. Dále obě oddělení uvedla jako vysokou zátěž nedostatek personálu a častá úmrtí. Sestry z obou oddělení se shodují, že velkou zátěž působí také narůstající administrativa. Jako střední zátěž označili pracovníci JIP vztahy na pracovišti, směnný provoz a komunikaci s příbuznými. Pracovníci na standardním oddělení uvedli jako střední zátěž komunikaci s příbuznými, vztahy na pracovišti a pacienty v bezvědomí. Za mírnou zátěž označily sestry obou oddělení komunikaci s pacientem a práci s technikou. Zaujala mě také zkoumaná otázka, jak sestry zvládají noční směny. Zjistilo se, že až 80% sester má při noční směně problémy. Jedná se o problémy se zažíváním, s nevolností a pak také s nekvalitním spánkem. To dokazuje, že noční směny jsou projevem vysoké stresové zátěže sester. Překvapilo mě ale, že celkově uvedly sestry z JIP směnný provoz na 6. místo a na standardních odděleních dokonce až na 8. místo zátěžových faktorů, což poukazuje na to, že směnný provoz, ač je nepříjemný, tak je většinou sester brán jako „nutné zlo“, které je neovlivnitelné.

2. SYNDROM VYHOŘENÍ

„Jsme to, co si myslíme. Vše z toho, co jsme, vzniká s našimi myšlenkami. Myšlenkami tvoříme svět.“

Buddha

2.1 Definice pojmu

V důsledku toho všeho stresu a přetížení, které je na zdravotní sestry kladeno, se mohou některé sestry dostat do stavu nazývaného syndrom vyhoření. Poprvé tento pojem použil Herbert Freudenberger, který ho také sám prožil. Jeho životní příběh mluví za vše. Jako dvanáctiletý kluk byl rodiči vyslán z nacistického Německa v roce 1938 do Ameriky, kde se ho ujala jeho nevlastní teta. Ta se o něj příliš nestarala, a tak se potloukal po ulicích než se ho ujal další příbuzný, který se o něho už staral lépe. Studoval večer při práci, vystudoval psychologii na dvou vysokých školách. Stal se z něho uznávaný psycholog na Manhattanu. Poté založil bezplatnou polikliniku pro mladé narkomany, bezdomovce a problémové jedince. Přes den tedy pracoval jako psycholog ve své ordinaci a odpoledne až do večera na poliklinice pro narkomany. Domů chodil pozdě v noci a takto to praktikoval šest dní v týdnu. Jeho manželka už se na to nemohla dívat a navrhla, že pojedou na Vánoce na dovolenou k jezeru Tahoe. Když na Štědrý večer přišel domů z práce, místo aby se připravoval na dovolenou, padl vyčerpán do postele a týden se z ní nezvedl. Poté usoudil, že něco není v pořádku a začal se tím zabývat. Začal se léčit sám tak, že si nahrával na magnetofon to, co by řekl terapeutovi. Když si to poslechl, zděsil se, kolik je tam negativních myšlenek a emocí. Pár měsíců zůstal doma a analyzoval nahrávky. Protože byl odborník v psychologii a vědec, začal tento problém zkoumat a zjistil, že se syndromem vyhoření potýká více lidí a hlavně ti, kteří pracují s lidmi a poskytují jim pomoc. (Honzák, 2015)

Podle Rushe (2003, s. 7) by se tento stav dal definovat takto: „Je to druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky.“

Existují různé definice od různých autorů, kteří se syndromem vyhoření zabývají. Např. Křivohlavý ho dává do souvislosti s nadměrným stresem a nazývá ho

psychosomatickým onemocněním: „Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému (mentálnímu) a emocionálnímu (citovému) vyčerpání organismu. Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je zcela jednoznačné, že je projevem dlouhotrvajícího a nadměrného stresu.“ (Křivohlavý, 2009)

O syndromu vyhoření se dnes velmi živě mluví v souvislosti s povoláními, kde je častý kontakt s lidmi, tedy ve zdravotnictví, učitelství, ale i např. v managementu. Možná je tento termín v dnešní době spíše „moderní“, často slyšíme od známých nebo od kolegů, že už jsou vyhořelí, vyčerpaní nebo že už je prostě ta práce nebaví tak jako na začátku. Je otázkou, zda tito lidé za pojem syndrom vyhoření pouze nemaskují vlastní nespokojenost sám se sebou. Na druhou stranu by se dalo říci, že právě tady, tedy u nespokojenosti se sebou samým, se může zrodit prvotní semínko, které později vyklíčí až do vážnějšího stavu. Velký stres nám působí nerealistická očekávání a přehnané nároky na svoji osobu. To pramení již někde v dětství a ruku na srdce, všichni známe ty věty typu: tohle nesmíš, tohle se nedělá, musíš se chovat tak a tak, každý samozřejmě v různé míře. Proto kritická sebereflexe a přiměřené nároky jsou prvotním opatřením v prevenci syndromu vyhoření. (Janáčková, 2008)

Honzák (2015) vysvětluje, jak na syndrom vyhoření a jeho příčiny nahlížel sám Freudenberg. Hlavně lidé pracující v pomáhajících profesích mají podle něho nereálné požadavky na vztahy mezi lidmi. Mají pocit, že jejich nápady a řešení jsou tak skvělé, že je každý musí pochopit a souhlasit s nimi. (Honzák, 2015, s. 22) Autor se v knize dále zabývá, proč právě pomáhající profese jsou ohroženy tímto syndromem, a mimo jiné vysvětluje, že zdravotník (nebo obecně „pomocník“) by měl dokázat pochopit (nejlépe z vlastní zkušenosti, které může docílit absolvováním nějakého sebezkušenostního psychoterapeutického výcviku), proč jím poskytnutá pomoc nebo řešení jsou pro objekt jeho snah nepřijatelné. Vysvětluje, že musíme pochopit tu základní pravdu, a to, že jediným expertem na svůj život je klient nebo pacient sám. (Honzák, 2015, s. 60) Další Freudengerovou příčinou je kladení důrazu na věci, které nejsou podstatné a přehánění nebo zveličování problémů. Honzák k tomu dodává, že představy a domněnky mají velkou moc a když budeme lidově řečeno „z komára dělat velblouda“ můžeme si tím velmi uškodit, dostaneme se do zbytečného stresu z něčeho, co vlastně ani nenastalo (s. 25) Naopak, pokud si budeme vizualizovat například situaci v tom nejlepším světle, je velmi pravděpodobné, že se odehraje spíše v pozitivním smyslu. Věřím v ohromnou sílu myšlenky a myslím si, že něco takového měl Honzák také na mysli.

Christian Stock (2010) porovnává rozdíl mezi stresem, depresí a syndromem vyhoření a říká, že vyhoření není totéž co stres. Vyhoření je důsledek chronického stresu a stresové faktory působí jako spouštěče tohoto syndromu. Vysvětluje, že může být způsoben také dlouhodobou nerovnováhou mezi zátěží a odpočinkem. A shoduje se zde s Honzákem (2008, viz výše), že stresovým faktorem je zvýšená pracovní zátěž, protože pokud pracovní nároky jsou vyšší, než dokážeme zvládnout, dostáváme se do stresu.

V rámci povinně volitelného předmětu Prevence syndromu vyhoření jsem se dozvěděla, že studenti naší fakulty měli za úkol udělat rozhovor se zkušenou sestrou na téma syndrom vyhoření. Výsledky zpracovala Raisová (2017) v přednášce. Jako největší rizikové faktory syndromu vyhoření v jejich práci označily: spousta administrativy a málo času na pacienty, obecně přetíženost a vysoká zodpovědnost, směnný provoz, komunikační problémy na pracovišti, chybějící možnost si promluvit o problémech na pracovišti, případně nefunkční supervizní skupiny.

Faktorů, které mohou způsobit tento stav, je mnoho. Rush (2003) uvádí 10 nejběžnějších: „Pocit nutkání místo povolání, neschopnost přibrzdit, snaha udělat všechno sám, přehnaná pozornost cizím problémům, soustředěnost na detaily, nereálná očekávání, příliš velká rutina, nesprávný pohled na Boží priority v našem životě, špatný tělesný stav, neustálé odmítání ze strany druhých.“ (s. 18)

Dalšími faktory mohou být podle Vodáčkové (2002, s. 178) také: „Nejasnost profesionální role, nesplnitelnost pracovních úkolů, neslučitelnost pracovních úkolů, přemíra úkolů, neadekvátní finanční ohodnocení, úkoly přesahující schopnosti anebo kvalifikaci pracovníka, kritika a absence ohodnocení.“ Zajímavé je pojetí syndromu vyhoření právě Vodáčkové, která ve své kapitole o syndromu vyhoření píše, že vyhoření je někdy zaměňováno se stresem a že stres může, ale také nemusí být spouštěčem vyhoření. Zaujala mne myšlenka, že lidé často podstupují stresové situace a stresová zaměstnání dobrovolně v případě, že se jim jejich vydaná energie vrátí zpět. Hovoří o motivaci jako o „vodě, kterou zaléváme zahradu naší činnosti...“ Ztráta motivace je pak ten důvod k vyhoření. Pokud se lidem nevrací jejich úsilí zpět nebo nevidí pozitivní výsledky své práce, připadají si často méněcenní, klesá chuť se do práce vůbec pustit, podávat výkon, objevují se pocity beznaděje a bezmoci.

Tento obraz můžeme vidět ve zdravotnictví hned v několika situacích. Může to být např., když se o pacienta staráme, pečujeme o něho po celou dobu jeho hospitalizace a my víme, že přes všechnu léčbu a naši snahu a péči, pacient stejně zemře. Oddělení, kde k této

situaci dochází velmi často, je např. interna nebo ARO. Nebo situace, kdy v nemocnici schází ložní prádlo a my chtít nechtít musíme převlékat postele jen v těch nejnnutnějších případech a i tak mnohdy musíme improvizovat, aby pacient měl vše čisté, tak jak to má být. Chceme svoji práci dělat dobře a s přesvědčením, že děláme pro pacienty všechno, co můžeme, ale vlastně díky např. ekonomické situaci nemůžeme, protože nemáme k dispozici všechny pomůcky. O tom hovoří Mauer (2012), kdy doslova říká: „Syndrom vyhoření může souviset také s tzv. morální tísní (tento pojem „moral distress“ poprvé použil v roce 1984 Andrew Jameton a vysvětlují ho Heřmanová, Zvoníčková a Svobodová v článku v časopise Sestra, 2010), kdy zdravotník trpí neetickým chováním na pracovišti nebo neschopností pomáhat pacientům vhodným způsobem, ať již jsou příčiny této neschopnosti jakékoliv.“ (Mauer, 2012, s. 122) V neposlední řadě můžeme uvést i neadekvátní finanční ohodnocení za náročnou práci, což také jistě přispívá ke ztrátě motivace a k pocitům marnosti a nechuti k práci. Přitom oběťmi tohoto syndromu jsou většinou lidé nadměru pracovití, ambiciózní, zvyklí dosahovat úspěchů, zapálení pro svou práci.

Právě na těchto lidech můžeme nejnázne pozorovat první příznaky, protože člověk, který byl zapálený pro svou práci, byl hovorný, zábavný, najednou je zamklý, smutný, bez energie, vše je mu jedno. Nejdřív než dáme tomuto člověku nálepku, že je vyhořelý, musíme vyloučit nedostatek kompetencí nebo vzdělání pracovníka, nějaký problém mimo zaměstnání, přítomnost symptomů duševních poruch (Venglářová a kol, 2011). Já osobně si myslím, že mimopracovní problém (např. rodinný, partnerský) může mít vliv na rozvoj syndromu vyhoření tím, že člověka tento problém nějak ovlivní, stane se nervózní, roztržitý, dělá chyby, s tím klesá jeho pracovní úroveň, je terčem kritiky jak nadřízených tak kolegů a klesá jeho sebevědomí. Snaží se ale pracovat lépe a mnohdy ještě více, ale dlouhodobě to nepřináší pozitivní výsledky. Toto jsou popisované prvotní příznaky vyprahlosti, a jak jsem již zmínila, vše souvisí se vším. Proto si myslím, že je dobré v prevenci syndromu vyhoření pěstovat sebelásku, sebevědomí, bdělou mysl a pozornost (viz dále). Mezi další prvotní příznaky uvádí Venglářová (2011) tělesné problémy, které začínají poruchami spánku, bolestmi hlavy, zad, dále jsou přítomny časté infekce, kolísání váhy. Podle Bartošikové (2006) rozdělujeme příznaky do tří oblastí: tělesné, psychické a emocionální. Mezi ty psychické řadí negativismus, pesimismus, člověk je vyčerpaný, mnohdy cynický, nechce se učit nic nového, přestává si věřit. Do roviny emocionální tento stav zasáhne tak, že se objevují pocity bezmoci, beznaděje, prázdnoty. Najednou se tito

lidé začnou cítit jinak, dříve byli rádi s lidmi, teď se spíše izolují, vadí jim kontakt s lidmi a poslouchání jejich starostí a problémů. Uzavírají se do sebe nejen v práci, ale i doma. (Venglářová a kol., 2011). Toto jsem dost často pozorovala na různých odděleních a konkrétně jsem si toho všimla na jednom oddělení malé nemocnice, kde jsem rok pracovala, že převažoval negativismus a cynismus a v tomto duchu se nesla atmosféra oddělení. Teď nemám na mysli, že by všichni lidé pracující na tomto oddělení byli vyhořelí, ale obecně se setkávám a cítím spíše negativní energii, napjaté vztahy mezi kolegy. Jako příklad mohu uvést jednu situaci, kdy jsem jako sanitářka pečovala o jednu pacientku a ona mi moc poděkovala a řekla, že se jí moc líbí můj přístup a i většiny sester a že je s péčí moc spokojená. Měla jsem radost a chtěla jsem se s ní podělit i s ostatními kolegyněmi na sesterně, kde jsem ale narazila na negativistickou reakci, u které byla přítomna i vrchní sestra. Bylo mi řečeno, že paní je zmatená a že si určitě vymýšlí. Zanechalo to ve mně pocit zklamání a marnosti, že toto slyším z úst zdravotních sester a že nefunguje vzájemná podpora a pochvala. Vždyť nedobrá atmosféra na pracovišti a nepřátelské vztahy s lidmi jsou potencionálním stresorem, jak o tom hovoří Křivohlavý (viz výše) a mohou přispět k propuknutí vyprahlosti. Mezi příznaky tělesné pak Venglářová řadí únavnost, častou nemocnost, bolesti hlavy, zvýšenou potřebu spánku, ale spánek je nekvalitní, člověk se cítí nevyspalý, přitom spal celou noc.

Stock (2010) popisuje hlavní tři příznaky syndromu vyhoření, a to vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Vyčerpání je fyzické i emoční. Mezi emoční vyčerpání řadí sklíčenost, bezmoc, beznaděj, ztrátu sebeovládání, pocity, prázdnoty, strachu, ztrátu odvahy. Mezi fyzické znaky pak přidává nedostatek energie, chronickou únavu, svalové napětí, bolesti zad, náchylnost k infekčním nemocem, poruchy paměti a soustředění. Zde můžeme vidět symptomy podobné depresi, o níž v této knize taky mluví a srovnává ji se syndromem vyhoření. Dochází k závěru, že jisté podobnosti tu jsou, ale není to totéž. Syndrom vyhoření charakterizuje jako „jev této doby, který se rozmáhá díky narůstajícím změnám v pracovní oblasti, rozpadem rodinných struktur a demografického rozvoje.“ (s. 15).

Ráda bych zde popsala i vývoj burn-out syndromu jak ho vysvětluje Stock podle fázového modelu dvojice autorů Edelwishe a Brodského. Na začátku je téměř vždy idealistické nadšení, počáteční energie a ideály jsou v rozporu s nároky kladenými na sebe i okolí. Poté přichází stagnace, kdy se dotyčný seznámí s realitou a uvědomí si, že to v

jeho zaměstnání nechodí tak, jak si představoval. Zažívá zklamání a práce už pro něho není tak fascinující. Následuje frustrace a poté apatie.

Také Freudenberger společně s Gailem Northem (Honzák, 2015) vytvořili vývojový cyklus fází syndromu vyhoření. Cyklus má 12 fází, nemusí se objevit všechny a nemusí se vždy u každého objevit v tomto pořadí.

1. Nutkavá snaha po sebeprosazení. Tato snaha a nepřiměřené ambice často přerůstá až do patologického nutkání.
2. Člověk začíná pracovat více a tvrději. Zaměřuje se na práci, která vyžaduje více úsilí než je běžné. Snaží se dělat všechno sám a tím předvádí, že je nenahraditelný.
3. Přehlížení potřeb druhých. Rodina, přátelé, jídlo, spánek se stávají nepotřebnými, investuje čas a energii pouze na práci.
4. Přesunutí konfliktu. V této fázi si člověk začíná uvědomovat, že něco není v pořádku, ale nedokáže s tím nic dělat. Objevují se příznaky stresu.
5. Revize a posunutí hodnot. Člověk se izoluje od ostatních ve snaze vyhnout se konfliktům a současně ještě více popírá své základní potřeby. Nezbyvá mu energie na potěšení, zájmy, rodinu, přátele.
6. Popírání vznikajících problémů. Člověk přestává vyhledávat sociální kontakty, představují pro něj nesnesitelnou zátěž, narůstá agresivita a sarkasmus. Začne vše svádět na to, že nemá na nic čas, že nestíhá. Přitom si neuvědomuje, že je pánem svého času a může změnit svůj přístup a jednání.
7. Stažení. Situace se mění v úplnou izolaci. Může se objevit alkohol a uklidňující léky, protože člověk si myslí, že přece pracuje správně a zaslouží úlevu.
8. Zcela jasně patrné změny chování. Blízcí takto postiženého jedince si nemohou nevšimnout, že se jeho chování změnilo.
9. Depersonalizace. Ztrácí kontakt sám se sebou a se svými potřebami, tím pádem přestává pociťovat sebe i druhé jako cenné osobnosti.

10. Vnitřní prázdnota. Cítí se vnitřně vyprázdněný a snaží se to překonat např. přejídáním, alkoholem nebo drogami.
11. Deprese. Člověk se cítí vyčerpaný, beznadějný, jeho život ztratil smysl a přibývá typických depresivních symptomů.
12. Syndrom vyhoření. Emoční, celkový psychický i tělesný kolaps, v extrémních případech se mohou objevit sebevražedné tendence jako únik ze situace.

Toto rozdělení se mi moc líbí a nějakým způsobem se mnou rezonuje, neboť jsem si uvědomila, že přesně tyto fáze jsem prožívala také, když jsem začala studovat medicínu. Byla jsem do studia ze začátku zapálená, pořád jsem se učila, postupně jsem ale nedělala skoro nic jiného, tvrdila jsem, že nemám čas, že se musím učit. Neměla jsem čas na kamarády a své blízké. Nakonec se u mě začaly projevovat symptomy deprese a různých úzkostí. Naštěstí jsem se nedopracovala až do tak extrémní fáze č. 12. Nestal se mi ani totální kolaps jako Freudengerovi (viz výše), ale v hloubi duše jsem cítila, že něco není v pořádku, ale nedokázala jsem s tím dlouhou dobu nic dělat. Proces zotavování jsem pojala podobně jako on, ne tedy na vědecké úrovni, ale spíše tím, že jsem si začala více všimnout sama sebe, svých navykklých reakcí a emocí, které byly většinou negativní, jak také u sebe shledal Freudenger. K tomuto uvědomění mi pomohla hlavně jóga a meditace (viz níže) Velkou oporou mi byla také rodina a blízcí, kteří si samozřejmě všimli změny mého chování.

2.2. Kdo je nejvíce ohrožen

Setkala jsem se během svého působení ve zdravotnictví na praxi a v krátkém časovém období i v práci se sestrami, na kterých bylo opravdu vidět, že svoji práci milují. Všechno chtějí mít precizně uděláno, vše u pacienta musí být dokonalé, byly ochotny i zůstat po službě déle, jen aby měly svoji práci udělanou podle svých představ. Což je ale v sesterském provozu mnohdy nemožné. A právě tyto typy sester bývají nejvíce ohroženy syndromem vyhoření. Podle Venglářové (2011) jsou nejvíce ohroženy tyto lidé: „pracovití, důslední, ti, kteří se obětují pro druhé a neumějí říct NE, lidé, kterým jde o dobrou práci, jsou pro svoji práci nadšeni, lidé plní energie a ti, kteří pracují příliš usilovně, lidé, kteří se museli mnohého vzdát, aby mohli vykonávat svoji práci, lidé, kteří neúspěch prožívají jako

osobní porážku, lidé, kteří mají minimální zájmy mimo práci, lidé, kteří se domnívají, že jsou nepostradatelní, lidé, kteří netuší, že jsou ohroženi syndromem vyhoření.“ (s. 26) Dále uvádí dvě okolnosti, které jsou podkladem vzniku. Je to osobnostní nastavení člověka, kde podstatou je přílišná motivace pomáhat a pečovat. Nemusí ale vždy jít jen o opravdový zájem o pacienty, ale může zatím být i uspokojení touhy po moci a egoismus. O tom píše také Mauer (2012), který ve své kapitole o autonomii hovoří o Karpmanově trojúhelníku dramatu, což je dle mého názoru velmi zajímavý model, který byl použit psychiatrem Stephanem Karpmanem v 70. letech v USA. Tento model se zabývá analýzou patologické komunikace v různých systémech a může být použit i pro komunikaci ve zdravotnictví. Tedy ve vztahu mezi pacientem a zdravotníkem v souvislosti s problematikou autonomie a moci. Popisuje tři role, a to Oběť, Zachránce a Pronásledovatele, tyto role jsou nevědomé a na sobě závislé. Může se do nich dostat jak jeden člověk, tak i skupina lidí nebo např. celý zdravotní systém. Role se mohou prolínat, sledem událostí přecházet jedna v druhou. V této souvislosti bych ráda popsala roli zachránce tak, že takový člověk je motivován většinou nevědomou touhou po moci, touhou být pro někoho užitečný a potřebný, je na své roli závislý. Zajímavé také je, že tito lidé často odsouvají své problémy a nejsou schopni je vnímat natož přiznat si, že nějaký problém mají. (2012) To je podle mě časté u zdravotníků, kteří jsou natolik pohlceni problémy svých pacientů a povinnostmi postarat se o ně, že sami opomíjejí ty svoje, dochází k potlačování emocí a strachu. Zdravotník se pak snaží navenek vypadat, že vše zvládá, že on přece nemůže mít nějaký problém a nepotřebuje žádnou pomoc, ale uvnitř může být velmi zraněný a může svádět nelehký vnitřní souboj.

Samozřejmě jsme ale každý jiný, každý člověk prožívá stresové a zátěžové situace individuálně. Kraska-Ludecke (2007, s. 31-32) rozdělila osobnost na typ A a typ B. Osobnost typu A je silně orientovaná na výkon, netrpělivá, ctižádostivá, všechno chce mít dokonalé a řídí se podle hesla „všechno nebo nic“, což jí ale může způsobovat vnitřní napětí, které ale umí dobře maskovat. Navenek působí velmi sebevědomě. Myslím si, že život těchto lidí je celkem komplikovaný, protože si ho komplikovaný dělají. Velmi rychle podléhají momentálním emocím a reagují přehnaně impulsivně. Zatímco osobnost typu B si právě ve vypjatých situacích zachovává klid a čistou hlavu, nebere věci až tolik vážně a tím neplýtvá zbytečnou energií, ba naopak dokáže si lépe odpočinout a věnovat energii opravdu důležitým věcem. Náchylnější k propuknutí syndromu vyhoření je osobnost typu

A. Je také náchylnější i k somatickým nemocem, jako je infarkt myokardu a mrtvice. Kraska-Ludecke uvádí, že riziko infarktu u osobnosti typu A je až dvojnásobně vyšší.

Stock (2010, s. 42-43) také rozděluje osobnost na typ A a typ B s téměř stejnou charakteristikou a dále uvádí, že klíčová je rovnováha mezi těmito dvěma typy, že ideální je, aby se tyto dvě charakteristiky doplňovaly. To je samozřejmě v reálném životě velmi těžké a také toto rozdělení je jen zjednodušeným modelovým příkladem. Jako sestry pracujeme v týmu, který je na lidské povahy velmi různorodý a ne vždy je jednoduché v takovém týmu zapadnout, prosadit se nebo normálně fungovat. Souhlasím se Stockem (2010), který dále vysvětluje, jak je možné, že reagujeme jako typ A nebo B. Říká, že je to dáno našimi vnitřními motivátory, které nás pohánějí. A kde se tyto motivátory vzaly? Podle transakční analýzy se do nás vryly časté příkazy rodičů nebo jiných blízkých osob, které byly natolik silné, že fungují i bez našeho vědomí. Stock uvádí pět těchto motivátorů: „Bud' silný! Bud' dokonalý! Bud' se všemi za dobře! Bud' rychlý! Zaber!“ (Stock, 2010, s. 46-47) A jak to souvisí se syndromem vyhoření? U lidí v riziku syndromu vyhoření vedou tyto zásady k vysokému sebevědomí, perfekcionismu, upřednostňování práce pod časovým tlakem, upozad'ování vlastních zájmů, sklonům nabírat na sebe víc povinností, než je člověk schopen zvládnout. V důsledku toho potom zanedbává odpočinek a riziko syndromu vyhoření u něho stoupá.

Jak je ale možné, že někteří lidé pracují tvrdě, každý den jsou vystavení stresu a velké zátěži v práci a i přes to jsou pozitivní, plní energie a elánu a o nějakém syndromu vyhoření u nich nemůže být ani řeč? To zmiňuje Stock (s. 50-52) ve své knize také a vychází z výzkumu tzv. salutogeneze, tzn. nauky o původu a zrodu zdraví a z výzkumu tzv. resilience, což znamená odolnost člověka. Pojem salutogeneze pochází od Aarona Antonovského, který v 80. letech 20. století prováděl výzkumy mezi izraelskými ženami, které zažily koncentrační tábory a přišly o své blízké. Zjistil, že až 29% žen bylo po psychické stránce zcela v pořádku. Toto zjištění si vykládal tím, že musí existovat nějaké předpoklady, díky kterým člověk snese velkou psychickou zátěž. Tyto předpoklady nazval „vědomí souvztažnosti“, čímž myslel především pozitivní přístup k životu jako takovému a lidé, kteří ho mají si potom i v nepříznivých chvílích dokáží poradit a vzít situaci takovou, jaká je. Věří, že mohou zvládnout cokoli, necítí se životem tak ohroženi, život je pro ně smysluplný. Stock uvádí, že Antonovsky došel k závěru, že pro člověka má život smysl, když: „má cíle a závazky, má svůj hodnotový systém a řídí se morálními principy, je schopen řídit a ovlivňovat své životní role, je si vědom své hodnoty a důležitosti

(optimismus, sebedůvěra), má smysl pro humor, neboť ten jde ruku v ruce s odstupem a nadhledem, jedinec se dokáže na věci dívat z jiné perspektivy a vnímá realitu problémových situací, s nimiž se dokáže daleko lépe vyrovnat.“ (Stock, 2010, s. 51) Toto vědomí souvztažnosti člověk může získat během života z nabytých zkušeností a z toho, co je mu vštípeno rodiči nebo blízkými. Jsou lidé, kteří ale toto vědomí nezískali, svět vnímají spíše negativně a jsou tím pádem méně odolní a více náchylní např. k syndromu vyhoření. Těmto lidem, myslím si, by mohla pomoci meditace nebo jóga, o nichž se budu detailněji zmiňovat v kapitole o možných strategiích v prevenci syndromu vyhoření. Dále zmiňuje, že vědci zkoumali „resilienci“ neboli odolnost člověka a zjistili, jaké schopnosti mají odolní lidé: „úsudek: umění klást věcné otázky a dávat upřímné odpovědi, nezávislost: právo na vytvoření pevných hranic mezi sebou a ostatními, vztahy: hledání a udržení blízkých a plnohodnotných vztahů, kreativita: schopnost vyjádřit frustraci či bolest uměleckými prostředky, smysl pro humor: umění zasmát se sám sobě a nacházet ve špatném to dobré, morálka: schopnost rozlišit dobro a zlo, odhodlání bojovat za tyto hodnoty za každou cenu.“ (s. 52)

2.3 Důsledky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je ve svém konečném důsledku velmi závažný stav, který jedinec není schopen zvládnout sám a je potřeba, aby vyhledal odbornou pomoc. Rush (2003, s. 48-57) se zabývá pěti hlavními důsledky tohoto syndromu. Jsou to: ztráta smyslu života, ztráta pozitivního vnímání sebe, pocit osamělosti v dnešním světě, pocit zášti a hořkosti, pocit beznaděje. Když hovoří o ztrátě smyslu života, myslí tím, že vyhořelý člověk rezignoval úplně na všechno, co bylo v jeho životě důležité. Nemá např. zájem o rodinu (rozpad manželství), o práci, která pro něho dříve byla velmi důležitá a naplňovala ho, o koníčky, o přátele. Tito lidé by nejraději zůstali celý den v posteli, protože již nemají, pro co by doslova z té postele vstali. V nejhorších případech si tyto lidé přejí už jenom zemřít.

Dalším důsledkem je ztráta pozitivního vnímání sebe, jednoduše řečeno ztráta sebevědomí. Tento důsledek je podle mého názoru velmi zásadní, neboť mít zdravé sebevědomí je pro člověka důležité ve všech směrech a oblastech života. Lidé, kteří jsou vyhořelí, bývali vysoce výkonní, disponovali velmi vysokým sebevědomím. S vyhořením přichází i pocit selhání a takto sebevědomý člověk se považuje za naprostého ztroskotance, který zaujímá velmi negativní postoj k životu. (Rush, 2003) Řekla bych, že se dostává do

jakéhosi bludného kruhu, ze kterého se vymanit je těžké. Jsem toho názoru, že pokud člověk smýšlí negativně, přitahuje si k sobě ještě více negativních událostí a situací ve svém životě. Klíčem k tomu, jak zase obnovit sebevědomí a pozitivní postoj je, dle mého názoru, změna myšlení – transformace negativního na pozitivní.

Dalším důsledkem podle Rushe je pocit osamocení v dnešní době. Vyhořelí lidé se straní kontaktu s ostatními lidmi, bojí se, že kontakt s nimi nezvládnou. Příčina je v nízkém, podrytém sebevědomí a v pocitu selhání vyhořelého člověka. Naopak si stěžují, že na ně jejich přátelé zapomněli nebo že je nenavštěvují, ale když je navštíví, tak se s nimi nebaví. Opět je zde vidět začarovaný bludný kruh. Obvykle tyto lidé přestávají komunikovat i se svoji rodinou a zavírají si tak dveře před svými nejbližšími, kteří by jim třeba mohli pomoci.

Zášť a hořkost jsou dalšími důsledky, které popisuje Rush. Říká, že člověk cítí zášť vůči sobě, vůči okolí a vůči Bohu. Vůči sobě jí cítí, protože se považují za úplné zoufalce, vůči okolí, protože si myslí, že je to jejich vina a Bůh, že to všechno dopustil. Posledním důsledkem je podle něho pocit celkové beznaděje. Lidé mají pocit, že je všechno beznadějně a když jim někdo nabídne nějaké pozitivní řešení, vždy najdou důvod, proč to nebude fungovat. Zdá se mi zajímavý důvod, proč tomu tak je. Rush píše, že tyto lidé vidí vše beznadějně proto, protože si to v hloubi duše přejí. Změna by vyžadovala riskovat další selhání, které by už vyhořelí lidé nemuseli zvládnout. Rush dále vysvětluje, že nic ve skutečnosti není beznadějně, vše se dá ověřenými způsoby řešit. Člověk ale musí chtít udělat první krok a další pozitivní změny na sebe nenechají dlouho čekat. Myron Rush, autor knihy Syndrom vyhoření (Rush, 2003), který tyto důsledky ve své knize uvedl, je člověk, který si syndromem vyhoření prošel na vlastní kůži a také se z něho dokázal zotavit.

3. MOŽNÉ STRATEGIE V PREVENCI

3.1 Supervize

„Lotus potřebuje bahno, aby vyrostl a rozkvetl. Moudrost a laskavost se rodí, když porozumíme utrpení.“

Thich Nhat Hanh

Slovo supervize vyvolává u zdravotníků často rozporuplné emoce, setkala jsem se s velmi negativními názory na toto téma. Tyto názory, které jsem slýchávala častěji a častěji, mě přiměly k úvaze, proč tomu tak je. Vždyť supervize je něco, co nabízí zdravotníkům pomoc, jak lépe zvládat složité situace, stresové a zátěžové faktory v tomto povolání. Aspoň tak jsem si to představovala já. Venglářová (2013) o supervizi říká: „Smyslem supervize je péče o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní péči pacientům.“ (s. 11). Myslím si, že je skvělé, že existuje způsob a možnost, jak zdravotník může takto pracovat sám se sebou. Proč je tedy supervize tak negativně vnímána zejména mezi zdravotními sestrami? To jsem se pokusila zjistit ve svém výzkumu.

3.1.1 Definice pojmu

Definici pojmu supervize můžeme v literatuře najít mnoho, dle mého názoru nejlépe vystihuje supervizi tato: „Slovo supervize může vyvolávat představu jakési vyšší kontroly, hodnocení. V koncepci integrativní supervize Českého institutu pro supervizi však supervizi rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být supervize také modelem učení. Cílem supervize tak může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření. Je prokázáno, že prostřednictvím „dominového efektu“ může být dobrá supervize prospěšná nejen supervidovanému, ale především jeho klientům, žákům, zaměstnancům atd.“

(www.supervize.eu) Z této definice jasně vyplývá, že supervize je pozitivní v tom smyslu, že se stará o duševní pohodu pracovníka a měla by mu opravdu pomáhat. Zde se nabízí otázka, jak moc jsou zdravotníci ochotni přijmout pomoc, uvědomit si, že nějaký problém mají a zda vůbec nějakou pomoc chtějí využít.

Venglářová (2013, s. 16-17) velmi hezky popisuje, co supervize není. Supervize není kontrola nebo jiný dohled nad kvalitou práce zaměstnanců. Budu se zmiňovat dále o formách supervize, ale zde k tomu, proč to není kontrola. Supervizor by měl být někdo zvenčí, odborník, vyškolený (musí absolvovat výcvik v supervizi po cca 13. letech praxe v práci s lidmi) v metodě supervize. Obvykle to bývá psycholog nebo pedagog, který většinou zároveň prošel nějakým psychoterapeutickým výcvikem. Supervize ale není psychoterapie, protože v psychoterapii se řeší i soukromé záležitosti klienta, kdežto supervize je zaměřená na problémy v pracovní oblasti. Supervizor může být i nadřízený, to je manažerská supervize, zde se ale již o kontrolu a přímé řízení zaměstnanců může jednat. Tato forma se moc nedoporučuje, protože často se na supervizních setkáních řeší témata týkající se interpersonálních vztahů, vztahů s nadřízenými, ve zdravotnictví vztahy sester s lékaři a také v neposlední řadě i vztahy s kolegyněmi a s nižším zdravotnickým personálem. Z vlastní zkušenosti si dovoluji tvrdit, že právě tyto vztahy jsou klíčovým problémem na různých pracovištích. I v tomto by mohla být supervize účinná a nápomocná.

3.1.2 Funkce supervize

Hawkins a Shonet (2004) popisují 3 funkce supervize, a to vzdělávací (formativní), podpůrnou (restorativní) a řídicí (normativní). Vzdělávací funkce vede k rozvoji dovedností a schopností supervidovaných. Uvádějí, jak může supervizor pomoci supervidovaným:

- Lépe klientovi porozumět
- Více si uvědomovat své reakce a odezvy na klienta.
- Chápat dynamiku toho, jak probíhají jejich interakce s klientem
- Podívat se na to, jak intervenují a jaké jsou dopady jejich intervencí
- Zkoumat další způsoby práce s touto a podobnými situacemi klientů

Podpůrná funkce supervize je způsob práce se skutečností, že všichni pracovníci pracující v přímé péči s klienty zažívají emoce, jako je zoufalství, beznaděj, strach a bolest. Pracovníci si uvědomují, že potřebují čas, aby tyto emoce mohli zpracovat a aby je uměli zvládat. Pokud těmto emocím nevěnujeme pozornost, povede to dříve nebo později k nižší účinnosti pracovníků, kteří se začnou více ztotožňovat se svými klienty anebo se začnou kontaktu s nimi vyhýbat nebo omezovat jen na nejnnutnější dobu. To poté vede ke stresu a také k syndromu vyhoření, což je velmi nepříjemný stav, který jsem popsala výše.

Řídící funkce supervize se zaměřuje na kontrolu kvality. To, že zdravotníci nebo lidé v pomáhajících profesích obecně, určitou kontrolu potřebují, je dáno možná malou zkušeností a nedostatečným výcvikem, jistě také citlivými oblastmi v důsledku vlastních zranění a předsudky. Supervizoři nesou určitou odpovědnost za to, jak supervidovaní pracují se svými klienty a také za to, že jejich práce bude odpovídat vytyčeným etickým standardům. (Hawkins, Shonet, 2004, s. 60)

3.1.3 Formy supervize

Supervize má několik forem a supervidovaní mají možnost zvolit si, jaký druh jim nejlépe vyhovuje. Může probíhat jako individuální supervize, kdy toto setkání je založeno na dvou lidech, a to na supervizorovi a klientovi. Zde supervizor musí vymezit hranice mezi supervizí a psychoterapií, neboť velmi snadno může dojít ke „sklouznutí“ k psychoterapii. Další formou je skupinová supervize. Za vhodné se považuje dle Venglářové (2013) složit skupinu z pracovníků z různých pracovišť, aby neměli účastníci obavy, jak bude hodnoceno jejich vystoupení ve skupině. Existují i uzavřené skupiny, kam dochází stále stejní klienti a výhodou je rozvoj vztahů mezi členy, možnost větší podpory a porozumění. V nemocnicích se směnným provozem může být skupinová supervize praktická, protože tam mohou docházet sestry postupně a nenaruší se chod oddělení. Dále existuje týmová supervize, kdy se účastní celý tým, tedy např. celé oddělení v nemocnici. Zde se může pracovat na spolupráci a komunikaci v týmu, na zvýšení efektivity práce a celkově na dobré atmosféře na pracovišti. (Venglářová, 2013, s. 36-39). Sestry často namítnou, že k tomu, aby se něco vyřešilo v týmu na jejich oddělení, nepotřebují chodit na supervizi. Je pravda, že existují např. provozní schůze nebo se ráno před směnou, kdy se sestry scházejí a vyměňují si službu, projednávají různé záležitosti, které souvisí s nějakým problémem v týmu. Někdy je u toho přítomná i staniční sestra. Tady ale narážíme na problém již popsaný, tedy že se v tu chvíli jedná o formu manažerské supervize. Pokud

není přítomna ani staniční sestra, chybí zde, dle mého názoru, nadhled někoho zvenčí, který by situaci viděl i z jiného úhlu a mohl by tento svůj pohled přednést všem zúčastněným. Když jsem si se sestrami o supervizi povídala, zjistila jsem, že vnímají jako problém i to, když supervizi vede právě někdo zvenčí, pro ně úplně cizí. Mají obavy se před ním tzv. „otevřít“. Když ale supervizi vede např. nadřízený, je to opět problém, zase jsou přítomny obavy z toho, aby neměly na pracovišti ještě větší problém, když řeknou, co si myslí. To je, dle mého názoru, věc, kvůli které není supervize ve zdravotnictví oblíbená a moc nefunguje.

Zajímavá forma supervize se nazývá autosupervize. Vysvětlila bych tento pojem jedním slovem, a to sebereflexe. Člověk se sám zabývá vlastními postupy, reakcemi a myšlenkami. Hodnotí, pozoruje se, všímá si sám sebe v určitých situacích. Zahrnuje dvě oblasti, a to sebezpozorování a sebehodnocení - hodnocení svojí práce a jaký měla dopad na klienta. (Venglářová, 2013, s. 39, In: Borders, Leddick, 1987)

3.1.4 Metody supervize

Supervize probíhá podle určitých teoretických modelů, jako mnoho dalších oblastí. Pro použití v ošetrovatelské praxi uvádí Venglářová (2013) dva vhodné modely, a to Cyklický model supervize a Bálintovské skupiny.

Cyklický model probíhá podle pěti okruhů, které na sebe navazují. Nejprve se stanoví téma (zakázka) supervizního setkání. Buď je již předem jasné, nebo se formuje při mapování aktuální situace na pracovišti. Supervizor se ptá, co je naléhavé a co chtějí zúčastnění projednat. Je důležitá aktivita a angažovanost supervidovaných. Dalším okruhem je zaměření (vedení situace a formulace problému). Jedná se o detailnější představení tématu. Může se jednat o kazuistiku konkrétního pacienta, konkretizování problémů a vytyčení cílů. Další částí je prostor, tedy samotné jádro supervize. Zde je prostor pro vyjádření supervizora k dané situaci, nabízení možností a podpory. V další fázi, která je nazvána „most“ se poznatky z předchozí fáze aplikují na původní problém, kterým supervize začala. Plánuje se postup, jak danou situaci zlepšit. Mohou také zaznít doporučení, jak bojovat s emoční zátěží a s různými stresory na pracovišti. Tento moment je dle mého názoru velmi důležitý, můžeme se dozvědět o jiných metodách, které nám supervizor doporučí a o kterých nemáme třeba ani povědomí. Poslední fází cyklického modelu je shrnutí, rekapitulace daného tématu, co se odehrálo, jaká doporučení a postupy

byly vymyšleny. Také je zde prostor pro vyjádření zúčastněných, co pro ně bylo přínosné a co naopak ne. (Venglářová, 2013, s. 41-45)

Druhým modelem, který se využívá v ošetrovatelské praxi, jsou tzv. Bálintovské skupiny. Pocházejí od maďarského lékaře Michaela Bálinta (1895-1970), který používal psychologické metody v praktické medicíně. Také tato forma má své fáze, kterými jsou představení případu, otázky, fantazie, praktické náměty na řešení a vyjádření předkladatele případu. Při představení případu přednese protagonista svůj případ a vyjádří své emoce, které se u něho při práci s tímto klientem objevují. Poté supervizní skupina začíná klást doplňující otázky ptát se na další informace o pacientovi. Ve fázi fantazie jde o rozvoj představivosti a vcítění se do pracovníka i do pacienta. Potom účastníci skupiny přicházejí s návrhy a náměty na řešení. V této a předchozí fázi protagonista pouze naslouchá, což je někdy obtížné a supervizor by měl umět tuto situaci udržet a uhlídat. V poslední fázi se může protagonista vyjádřit k tomu, co slyšel a jestli mu to přišlo užitečné či nikoliv. Supervizor poté shrne průběh setkání, poděkuje za účast, odvahu a empatii všem zúčastněným a hlavně protagonistovi případu, protože není jednoduché jít tzv. „s kůží na trh“ a vyjádřit veřejně své emoce a pocity. (Venglářová, 2013, s. 45-47)

V současné době se supervize do zdravotnictví v České republice zavádí a tam, kde již zavedena je, selhává. Průkopnicí supervize v českém ošetrovatelství je právě Venglářová (2016), která shrnula problémy zavádění supervize do nemocnic do tří skupin. První jsou psychologické důvody. Zde popisuje, že zdravotníci většinou potlačují své emoce a problémy a pokud už si je přiznají, nechtějí s nimi pracovat formou supervize. Na supervizích pak často dochází k přesměrování zdrojů stresu spíše do způsobu řízení nemocnic a do zdravotní politiky obecně. Když supervizor chce vrátit diskuzi zpět směrem k emocím, je ticho. Dalším problémem je, že když už zdravotníci chtějí pomoci, tak pomoc chtějí jenom přijímat. Dále Venglářová vidí problém v nedostatečné podpoře nově příchozích zaměstnanců v adaptační fázi. Na druhou stranu i „školící“ sestry to nemají lehké, v návalu práce, kterou musí zvládnout (a že ji není málo), ještě jsou zatíženy podporou nových sester. Tento stálý tlak potom vyvolává nutnost emoce spíše potlačovat, než je reflektovat. Rozvíjení empatie s pacienty je pak vnímáno jako ohrožení. Další velkou skupinou problémů jsou třísměnný provoz jako takový, současná krize personálu a s tím související množství přesčasů. Nemocnice často zaměstnávají personál, který je přespolní a pouze dojíždí na směny a přijet ve volném dni na supervizi, je neefektivní. V neposlední řadě zmiňuje rovnoprávnost sester a lékařů. Problém vidí v tom, že sestry

dostanou příkazem zúčastnit se supervize a s lékaři se vyjednává. Dnes je ale ošetrovatelství samostatnou profesí, která má s lékařem spolupracovat jako s partnerem. To se stále učíme. Mohu jen souhlasit. Lékaři by se měli učit respektovat sestry. Toho ale docílíme pouze tehdy, pokud budeme jako sestry respektovat samy sebe a prezentovat se náležitě sebevědomě, ale přitom s pokorou. To se bohužel moc neděje nebo právě naopak. V článku je uvedeno, že sestry se vyjadřují o lékařích, že je ve škole nic nenaučili, že je ony musí učit zdravit, mýt si ruce atd. Tento způsob chování sester k lékařům je, dle mého názoru, víc než nešťastným. Touto cestou se, myslím si, té kýžené rovnoprávnosti docílit nedá. Závěrem v článku shrnuje, že zavádění supervize do nemocnic přínosné je a otázkou zůstává ne, zda ji zavádět, ale jak. (<http://listy.supervize.eu>)

Zde bych se chtěla ještě zmínit o zajímavém projektu na Klinice anesteziologie a resuscitace ve FNKV. Nejde přímo o supervizi, ale o první psychickou pomoc zdravotníkům, tzv. peer podporu, kterou zavedli zaměstnanci na této klinice. Jedná se o kolegiální podporu, kdy oddělení má 1-2 vyškolené „peery“, což jsou zdravotníci, kteří pomáhají sekundárně zasaženým v kritické situaci. Těmito zasaženými lidmi mohou být jak příbuzní, popř. pozůstalí, tak i zdravotničtí pracovníci – kolegové, kteří jsou nastalou událostí nějak psychicky zasaženi. Tento projekt mě zaujal, neboť pomáhá nejenom při nějakém neštěstí, ale i v situacích, kdy vnímáme dlouhodobé zatížení, stres a pozorujeme na sobě příznaky vyhoření. Můžeme peery kontaktovat z celé nemocnice FNKV, tedy tato pomoc nefunguje pouze na KAR, ale je dostupná pro všechny zaměstnance. Na přednášce, kterou jsem absolvovala v rámci XII. Chirurgického dne, jsem se dozvěděla, že peerů bude postupně přibývat, že se budou doškolovat, aby tuto službu mohlo využít co nejvíce lidí.

3.2 Relaxační techniky

„Není trvalého štěstí v žádném předmětu světa, je v nás...“

Eduard Tomáš

Relaxační techniky jsem do své práce zařadila, protože s nimi mám osobní zkušenost a hodně mi pomohly při zotavování se ze syndromu vyhoření, který jsem prožívala, jak jsem již popsala výše, při studiu medicíny a životních situacích, které nastaly po zanechání tohoto studia. Doprovázejí mne a pomáhají mi vlastně dodnes a jejich přínos

zaznamenávám při svém dalším studiu, tentokrát ošetrovatelství a v nemalé míře také již v práci ve zdravotnictví a ovlivňují v pozitivním směru i můj osobní život. Postupně jsem začala prohlubovat jak praktické, tak teoretické znalosti o relaxačních metodách. Zjistila jsem, že některé z nich jsou předmětem zkoumání vědeckých pracovníků, kteří zjišťují velmi pozitivní přínos těchto technik ve zdravotnictví a v medicíně jako možné léčebné metody určitých nemocí, nebo jako užitečný nástroj pro udržení kondice, dobré nálady, nadhledu a sebeuvědomění pracovníků v pomáhajících nebo manažerských profesích.

Pokud chceme opravdu pomáhat druhým, být jim oporou a vykonávat svoji práci zdravotní sestry na profesionální úrovni, měli bychom být především oporou sami sobě, vyznat se ve svých vlastních emocích a umět s nimi pracovat, být v rovnováze a v neposlední řadě mít se rádi takoví, jací jsme. Tohoto stavu lze dle mého názoru docílit právě těmito metodami.

3.2.1 Dechová cvičení

Dýchací systém a oběhový systém zajišťují transport dýchacích plynů k buňkám, kde se kyslík využívá k oxidaci živin a uvolnění energie. Vzniká při tom oxid uhličitý, který se zase dýchacím a oběhovým systémem dostane z těla ven. Dýchání se rozděluje na tři mechanismy, a to výměnu plynů mezi okolní atmosférou a plicemi (ventilace), výměnu plynů mezi alveolárním vzduchem a krví (difúze) a tzv. vnitřní dýchání, což jsou oxidoredukční procesy v mitochondriích, které vedou k přeměně energie. (Trojan a kol., Lékařská fyziologie, 2003). Když při těchto technikách máme sledovat nádech a výdech, krátce zde popíšu, jak nádech a výdech vzniká, jaké mechanismy tomu napomáhají. Čihák (2002, s. 234-235) vysvětluje, že v pleurální dutině je nižší tlak než atmosférický, který je přítomen i v plicích, tudíž rozpíná plíce a drží je přitisknuté ke stěnám pleurálních dutin. Při vdechu tedy ještě více klesá tlak kolem plíce a atmosférický vzduch vniknuvší do plic je ještě více rozpíná. Dutina hrudní se rozšiřuje pomocí inspiračních svalů, hlavně bránice, zevních mezižeberních svalů a pomocných inspiračních svalů. Nádech (inspirium) je tedy vždy děj aktivní. Při výdechu (expirium) se zmenšuje dutina hrudní a plíce zůstává v kontaktu se stěnou pleurální dutiny a aktivně se stahuje. Bránice relaxuje a zdvihá se, čímž zmenšuje dutinu hrudní a vzduch je vytlačován ve směru tlakového gradientu z plic ven. (Čihák, 2002, s. 234). Dýchací svaly zajišťují 3 funkce: respirační, posturální, dynamickou. Na hodinách jógy často slýchávám, že při nádechu nabíráme novou energii, tzv. pránu, světlo a při výdechu všechno pouštíme, to staré nepotřebné jde z těla ven. Z

pohledu fyziologie je nádech, jak jsem již vysvětlila, děj aktivní, má excitační vliv na svalovou aktivitu zatímco výdech podporuje spíše relaxaci a uvolnění svalového napětí.

Proč je důležité dech zpomalit z jógového pohledu vysvětlují Ivana a Jan Knaislovi (2007). Dýchání je řízeno z dýchacího centra v prodloužené míše a my ho můžeme vůli ovlivnit. Můžeme dech prohloubit, zpomalit nebo naopak zrychlit. Jak už jsem uvedla výše, úkolem dýchání je přivést kyslík k buňkám za vzniku energie a oxidu uhličitého. Když budeme cíleně dech zpomalovat nebo dech zadržovat, zpomalíme proces přeměny energie, omezíme pohyb těla a vzniklá energie v těle zůstane a my ji můžeme využít např. pro vyšší stupně jógy. (Knaisl, Knaislová, 2007, str. 58). Jóga používá tzv. plný jógový dech, který můžeme nacvičit tím, že budeme dech pociťovat a uvědomovat si ho v určitých oblastech těla. Dechová vlna zahrnuje spodní (břišní) dech, střední (hrudní) dech, horní (podklíčkový dech) a podstatou plného jógového dechu je naučit se spojovat tyto tři fáze dohromady.

V józe se práce s dechem nazývá Pránajáma, což v sanskrtu znamená ovládnutí Prány, tedy životní energie. Mezi dechovou techniku můžeme zařadit dech zvaný „Nádhí Šódhána“, což znamená pročištění kanálků, kterými prána proudí. Má za úkol připravit tělo pro vyšší duchovní praxi – meditaci. (Knaisl, Knaislová, 2007, s. 66-67)

Pro zajímavost zmiňuji článek na webu Harvardské univerzity (viz níže), kde je odstavec věnovaný kontrolovanému dýchání. Popisuje studie, které byly provedeny u lidí hospitalizovaných pro depresi. Program byl nazván Sudarshan Kriya yoga, který zahrnuje několik typů cyklického dýchání od pomalého, zklidňujícího po rychlé a stimulující. Jedna studie srovnává 30 minut tohoto dýchání, po šest dní v týdnu, s elektrokonvulzivní terapií a léčbou tricyklickými antidepresivy u 45 lidí. 93% z nich dostalo elektrokonvulzivní terapii, 73% z nich bralo antidepresiva a 63% použilo dechové techniky a dosáhlo remise. Výsledky další studie potvrzují pozitivní vliv tohoto dýchání na depresi v raných stádiích léčení alkoholismu. (www.health.harvard.edu)

3.2.2 Meditace

Co je vlastně meditace? Slovo pochází z latinského „meditatio“, což znamená rozjímat. Toto slovo ve mně zpočátku vzbuzovalo pocit jakéhosi tajemna, ale cítila jsem, že to musím vyzkoušet a že by mi to mohlo pomoci. Poprvé jsem se s meditací setkala na hodinách jógy, kde krátká meditace na úvod je součástí každé lekce. Když jsem si o této metodě přečetla nějakou literaturu, zjistila jsem, že meditace není nic jiného než cvičení

pozornosti a bdělosti mysli. V této kapitole budu hodně pracovat s knihou Sharon Salzbergerové „Pravé štěstí – síla meditace“ (2012). Existují různé druhy meditace, které využívají např. ticho anebo hudbu a tanec. Vždycky je ale cíl stejný, snažit se pozorovat a vnímat, co se odehrává právě teď a tady, tedy cvičení bdělé mysli. Meditace je metoda stará tisíce let a obvykle je spojena s nějakým náboženstvím. Meditace ale vůbec nemusí znamenat náboženství, meditující člověk může být naprostý ateista. Podstatu meditace popisuje Salzbergerová takto: „Meditace nás učí soustředit se a věnovat jasnou pozornost svým zkušenostem i svým reakcím, tak jak přicházejí, a sledovat je, aniž bychom je odsuzovali. To nám umožňuje odhalovat své škodlivé návyky, které jsme do té doby neviděli. Tak například, někdy své skutky opíráme o domněnky, které jsme si neproověřili (např. nejsem schopen obstát v obtížných situacích, nezasloužím si lásku apod.) a pak uvízneme u neproduktivních vzorců. Jakmile si jednou uvědomíme své naučené reakce i to, jak podkopávají naši schopnost věnovat pozornost současnému pohybu, začneme být schopni lépe a poučeněji volit. Budeme schopni na druhé reagovat s větším pochopením a kreativnějším způsobem.“ (Salzbergerová, 2012, s. 18)

V dotazníku mám označení tzv. „mindfulness“, které se dá jednoduše přeložit jako všímavost. Chtěla bych zde vysvětlit tento název. Je to vlastně to samé co meditace, ale název je uzpůsobený „západnímu“ člověku. Meditace neboli všímavost opravdu pomáhá, a to i v prevenci syndromu vyhoření. Jak? Zde vysvětlím. Lidé praktikující meditaci lépe zvládají nepříjemné emoce, protože je nepotlačují, naopak je dokáží vnímat, kde se např. projevují v jejich těle a dokáží je přijmout. Všímavost (meditace) také zmírňuje chronický stres, chronické bolesti, nespavost a vyčerpání, protože mění vztah k nepříjemnému prožívání a dříve si všimneme příznaků vyčerpání či vyhoření a věnujeme dostatek času činnostem, které nás naplňují. Všímavější lidé mají lepší vztahy a lépe zvládají konflikty, protože díky odstupu od myšlenek méně kritizují sebe i druhé, jsou přátelštější, dokáží lépe porozumět druhým lidem, ale zároveň dokáží vyjádřit, co je pro ně důležité. (www.praveted.info)

Chtěla bych se ještě zmínit o tom, že meditace je předmětem zkoumání vědeckých pracovníků a bylo provedeno několik studií a výzkumů, které se zabývají vlivem meditace na lidskou psychiku a lidský mozek jako takový. Většinou se tím zabývají vědci v Americe a pár těchto poznatků uvedla i Salzbergerová ve své knize. To mne velmi zaujalo, protože si myslím, že spousta lidí u nás v České republice si myslí, že je to něco „alternativního“ nebo „šarlatánského“ a nemají k tomuto druhu relaxace důvěru. V roce 2005

neurofyzioložka Sara Lazarová z Harvardské univerzity vyzkoumala, že mozek meditujících lidí obsahuje hustší tkáň v šedé kůře mozkové před levým čelním lalokem, což je oblast, která je zodpovědná za zpracovávání emocí a důležitá pro naši duševní a fyzickou pohodu. V roce 2009 porovnávala zase Eileen Ludersová z univerzity v Los Angeles mozek lidí zkušených v meditaci vzhledu s kontrolní skupinou a zjistila, že mozek meditujících má více šedé kůry. Další výzkum provedla v roce 2010 opět Lazarová a skenovala mozek dobrovolníků, kteří absolvovali osmitýdenní výcvik ve snižování stresu na základě bdělé mysli. Po výcviku udělala další sken mozku a zjistila pozoruhodné změny mozku v oblastech hippokampu (spojen s pamětí a učením), který se zvětšil a amygdala (spojená s reakcí na stres) se zmenšila. Bylo provedeno ještě několik výzkumů a na základě nich doporučují meditaci i někteří lékaři pacientům s chronickými bolestmi, nespavostí a poruchami imunitního systému. Přidávám ještě zahraniční článek zabývající se studii, které potvrzují efektivitu meditačních technik v léčbě nemocí. Tyto techniky jsou vyhledávány často lidmi, kteří trpí psychologickými nebo psychickými problémy. Účelem tohoto výzkumu bylo najít co nejvíce studií, které by splňovaly daná kritéria. Studie na zdravých lidech byly vyloučeny. Průzkum probíhal na serverech PubMed, PsycInfo a Cochrane Database. Klíčová slova byla meditace, modlitba, jóga, relaxace. Nejvíce důkazů pro účinnost bylo nalezeno pro epilepsii, symptomy premenstruačního syndromu a v období menopauzy. Výhody těchto metod byly dále nalezeny pro zlepšení nálady, úzkostí, autoimunitních onemocnění a emočních nestabilit. (Arias AJ, et al., 2006)

Zajímavý článek napsal Handl (2014) v časopise Practicus. Zabývá se prevencí stresu a syndromu vyhoření pomocí meditace. Je zaměřen na lékaře a uvádí zde výzkum, který uskutečnila Psychiatrická klinika 1. LF UK s Českou lékařskou komorou. Z dotazníkového šetření vyplynulo (účastnilo se 7500 lékařů), že pouze 8% lékařů nevnímá své povolání jako zdroj chronického stresu a vyhoření. Zbýlých 92% ano. Jako účinnou metodu uvádí autor článku meditaci sahající k jógě. Vychází z tisíc let staré techniky meditace a podstatou je dosažení stavu tzv. „bezmyšlenkového vědomí“, ve kterém je potlačena nadbytečná aktivita mysli, aniž by byla snížena pozornost nebo vědomí. Pak se můžeme plně koncentrovat na vnímání aktuální přítomnosti. Autor v článku popsal i změny v organismu, které s sebou provádění meditace přináší. Dochází k ovlivnění aktivity limbického systému, ke snížení tonu sympatiku a zvýšení aktivity parasympatiku, k poklesu hladin katecholaminů a kortizolu (antagonismus stresu). Krevní tlak, dechová frekvence, spotřeba kyslíku a energie klesá a je navozena fyzická relaxace. Změny

můžeme nacházet i v mozku. To lze pozorovat na EEG nebo magnetickou rezonancí. Byl popsán posun elektrické aktivity od beta k alfa a théta vlnám zejména v levém frontálním laloku a aktivace fronto-limbických drah, což má za následek zvýšený výskyt pozitivních emocí. V neposlední řadě meditace také ovlivňuje hladiny neuromediátorů. Zvyšuje hladinu serotoninu i beta-endorfinů, což vede ke zlepšení nálady a k potlačení sklonnů k depresivitě. Z těchto provedených studií vyplývá, že meditace je validní a účinnou metodou pro prevenci stresu a syndromu vyhoření. (Handl, 2014, s. 7-12)

Myslím si, že tyto výzkumy jsou dostatečným důkazem pro to, že meditace opravdu může pomoci při terapii různých duševních i fyzických nemocí a problémů.

3.2.3 Jóga

S jógou mám velmi pozitivní osobní zkušenost, nadchla jsem se pro ni již po první lekci. Cvičím ji už 5 let skoro každý den. Je pro mě nejen fyzickým cvičením, ale i duševní očišťovnou, filozofií a životním stylem. Fascinuje mne svoji komplexností, zasahuje totiž do mnoha oblastí života, od fyzického cvičení, přes zdravou stravu po mentální zklidnění. Jednoduše řečeno, propojuje tělo, mysl i duši člověka.

První zmínky o józe byly nalezeny ve 2. - 3. století př. n. l. v Indii a jejich autorem byl Pataňdžali. Nazvány byly Jógasútra a dodnes se z nich čerpá. Jsou zde popsány základní pojmy jógy a různá cvičení, která mají vést k očištění člověka, k posílení jeho životní energie (prány) a zklidnění mysli. Kolem roku 1000 př. n. l. se objevila hathajóga a dostalo se do popření i tělesné cvičení. Smyslem hathajógy je rovnováha mezi tělem a myslí, dosažení pevného zdraví a klidné mysli. (Knaisl, Knaislová, 2007, s. 28). Dnes, v moderním světě, existuje spousta jógových stylů, od jemné relaxační jógy po náročnou dynamickou. Každý člověk si může vybrat podle toho, co mu vyhovuje.

Pro mě je jóga nástroj, jak si uvědomit sama sebe, nahlédnout a zaměřit pozornost do svého vnitřního prostoru, uvědomovat si své tělo, pocity v něm, pozorovat se. Ten rozdíl mezi tím, jak se cítím před lekcí jógy a po ní, je obrovský. Cítím se uvolněná, nabitá energií, radostí a dokážu vnímat přítomný okamžik - pouze to, co se přede mnou odehrává, moje mysl je tedy zklidněná, není roztržštěná a neřeší, co bylo, co bude, prostě se raduje z toho, co je právě teď a tady. Tato zkušenost je pro mě zásadní, protože když jsem ve stresu, nedokážu se pořádně soustředit, jsem podrážděná a cítím vnitřní napětí. Jóga mi

ukázala, že se i ve stresových obdobích života mohu cítit skvěle, ukotvená sama v sobě, mohu cítit radost, štěstí, lásku.

Pozitivní účinky jógy jsou předmětem zkoumání vědců po celém světě. Také pomáhá proti stresu a depresi a následně je tedy vhodnou metodou v prevenci syndromu vyhoření. Bylo provedeno několik studií a pokusů, hlavně tedy v zahraničí. Článek, který byl publikován na webu Harvardské lékařské fakulty z roku 2009, uvádí několik studií, které prokazují příznivé účinky jógy na lidský organismus. Už od roku 1970 se zkoumají účinky těchto technik jako možné metody léčby úzkostí a deprese. Bylo provedeno zatím ale málo studií, i když v posledním desetiletí ohromně stoupla popularita těchto technik a jógy jako takové. Studie, které byly dosud provedeny, dokazují, že jóga může redukovat dopad přehnané stresové odpovědi organismu a může být nápomocná v léčbě úzkostí a deprese. Má samo zklidňující efekt jako další metody, např. meditace, fyzické cvičení nebo dokonce sociální kontakt s přáteli. Další studie prokazují účinek jógy na stresovou odpověď organismu tím, že snižuje fyzické vzrušení, snižuje tepovou frekvenci, snižuje krevní tlak a usnadňuje dýchání. Existuje také důkaz o tom, že zvyšuje variabilitu tepové frekvence, jako indikátoru schopnosti organismu odpovídat na stres více flexibilně. V roce 2008 na Univerzitě v Utahu prezentovali výsledky studie zabývající se náchylností k bolesti. Vybrali 12 zkušených jogínů, 14 lidí s fibromyalgií a 16 zdravých dobrovolníků. Zkoumali práh bolesti. Lidé s fibromyalgií, podle očekávání, cítili bolest nejdříve a největší aktivita v jejich mozku byla zaznamenána v oblastech pro odpověď na bolest. Naopak nejvyšší práh bolesti měli lidé praktikující jógu a při MRI byla zaznamenána menší aktivita oblastí mozku spojených s bolestí. Závěr této studie je, že jóga může lidem pomoci regulovat stres a dokonce i reakci na bolest. Další oblastí, které jóga může měnit, je nálada. V Německu provedená studie v roce 2005 zkoumala 24 žen, které o sobě řekly, že jsou „emocionálně labilní“. Jedna skupina cvičila 2x týdně 90 minut jógu po dobu 3 měsíců. Kontrolní skupina provozovala běžné činnosti kromě cvičení a jiných relaxačních metod. Všechny zúčastněné byly vystaveny po tuto dobu emocionálnímu stresu. Míra stresu byla zaznamenána různými skórovacími testy. Na konci výzkumu zaznamenaly ženy cvičící jógu zlepšení vnímaného stresu, deprese, úzkostí, energie, únavy a pohody. Kromě toho ještě ženy cvičící jógu zmínily zmírnění bolestí zad, hlavy a zlepšení spánku. Další studie přinesly výsledky zlepšení nálady a kvality života seniorů a například pacientů s demencí a epilepsií. V závěru tohoto článku je zmínka o tom, že jóga nemusí být pro každého nebo spíše je vhodné pečlivě vybrat správný styl a lidé s nějakým omezením či

problémem by měli praktikování jógy konzultovat se svým lékařem nebo jiným odborníkem. S tím mohu souhlasit. (www.health.harvard.edu)

V roce 2015 byl proveden pokus u odborníků na duševní zdraví, protože u nich může stres spojený s prací vyústit až v syndrom vyhoření a může to mít negativní dopad na jejich pacienty. Pokus byl zacílený na zjištění, jaké má jóga účinky na stres způsobený prací, adaptaci na stres a také činnost autonomního nervového systému. Srovnával výsledky experimentální skupiny, která praktikovala jógu 12 týdnů s kontrolní skupinou bez jógového programu. Výsledky potvrdily významné snížení stresu a významné zvýšení adaptace na stres u skupiny praktikující jógu. Účastníci v kontrolní skupině nezaznamenali žádné změny. Měření probíhalo na začátku, ve střední době (po 6 týdnech) a na konci (po 12týdnech). (Lin SL, et al, 2015)

Ještě bych se chtěla zmínit o článku, který byl zveřejněn v lednu 2017 na serveru novinky.cz. Zabývá se jógou a jejími pozitivními účinky na naše zdraví. Tento článek mě zaujal i díky tomu, že se zde vyjadřují lékaři, tedy ti „nejvyšší“ odborníci na lidské zdraví. Článek začíná velmi zajímavým výzkumem, který provedl rehabilitační lékař z FN v Bánské Bystrici. Výzkum se týkal bolesti zad a byl proveden na skupině sester v této nemocnici. Dospěl k výsledkům, že po třech měsících pravidelného cvičení jógy se u nich bolesti zad snížily v průměru o 40%. Zlepšila se také pohyblivost páteře a nerovnováha svalů. Sestry chtěly dokonce ve cvičení jógy pokračovat i po skončení výzkumu. Tamní nemocnice proto zavedla, že si všichni zaměstnanci mohou přijít jednou týdně zdarma zacvičit. To je naprosto úžasné. V článku se ještě píše, že zdravotníci jsou mnohem více náchylní ke kouření a pití alkoholu jako způsobu, jak uvolnit napětí nebo také k syndromu emočního vyhoření. Jóga je jednou z cest, jak zvládat stres a zároveň udržet tělo pevné a pružné. (Veselý, 2017) Cvičit jógu v prostorách nemocnice mohly donedávna i zaměstnanci vinohradské nemocnice. Na nástěnce jedné z klinik byla umístěna pozvánka na hodiny jógy v prostorách Kaple na pavilonu M. Když jsem se o to zajímala více, dozvěděla jsem se, že to vzniklo z iniciativy sester z KAR a hlavně jejich vrchní sestry. Domluvila jsem si s ní schůzku a povídaly jsme si o této problematice. Sdělila mi o první psychické pomoci, kterou pořádají (viz výše) a také že ona sama je „jogínka“ a jógu v nemocnici zařídila společně s pár sestrami z oddělení. Jelikož to byla iniciativa sester a ne vedení nemocnice, cvičení nebylo samozřejmě zadarmo, jako ve zmíněné Bánské Bystrici. Nedávno se cvičení jógy přemístilo do tělocvičny základní školy nedaleko FNKV. Ve výše zmíněném článku je ještě napsáno, že jógu doporučuje svým klientům i psycholog, který

uvádí příklad svého klienta, který pracoval 12hodin denně, ale přesto na svoji práci potřeboval stále více času a hrozilo mu naprosté vyčerpání. Tento psycholog mu doporučil jógu a meditaci a díky tomu začal jeho klient věci vidět jinak. Že nemusí vše zvládat sám, že může pověřit a motivovat někoho, kdo určité úkony udělá za něj. Postupně začal pracovat méně a méně hodin, začal se věnovat svým koníčkům a prožíval mnohem šťastnější život. V podnikání se mu dařilo možná i o něco lépe. (Veselý, 2017)

3.2.4 Schultzův autogenní trénink

Tuto relaxační metodu vynalezl berlínský neurolog a psychiatr J. H. Schultz (1884-1970). Podstatou je vzájemná interakce psychického napětí, funkčního stavu vegetativní nervové soustavy a svalového napětí. Cíleně a vědomě se navozuje svalová relaxace k dosažení psychického uvolnění i uvolnění vnitřních orgánů, které řídí vegetativní nervový systém. Metoda byla ověřena různými výzkumy, které prokázaly, že je účinná pro zvládání stresu a prožitek relaxace, pro zlepšení koncentrace a učení, ale také je vhodná pro léčbu psychosomatických onemocnění, např. poruch spánku nebo bolestí. (www.autogennitrenink.cz)

V náchodské nemocnici plánují v rámci Dne duševního zdraví zařadit i přednášku o této metodě. Součástí bude i praktický workshop pro sestry, aby si mohly metodu vyzkoušet přímo na místě.

3.2.5 Aromaterapie

Aromaterapie je prastará léčebná metoda založená na působení éterických olejů na organismus. Éterické oleje voní a my je dokážeme vnímat naším smyslem – čichem. Nosní sliznice je plná čichových receptorů, které vysílají signály do mozku a mozek je vyhodnocuje jako vůni. Čich je spojen s limbickým systémem, což je oblast kontrolující, kromě jiných funkcí, emoční chování, úzkosti a strachy. Toto je podstatou aromapsychologie. S touto oblastí je spojená i paměť, takže s různými vůněmi máme spojené i vzpomínky, a to jak v pozitivním, tak v negativním smyslu. Vdechování éterických olejů nám tedy může navodit pocit pohody, zklidnění, koncentrace a celkové psychické vyrovnanosti. Pro představu uvádím účinky některých rostlin, z nichž se éterické oleje vyrábějí. Pro relaxaci a zklidnění je vhodná např. levandule, meduňka, jasmín, mandarinka, citrón, heřmánek, růže. Pro podporu pozornosti a koncentrace jsou dobré

např. rozmarýn, bazalka, máta, hřebíček. Pro stabilizaci psychiky pomeranč, levandule, růže, myrha. (Kubicová, 2016)

Aromaterapie ve zdravotnictví se začíná pozvolna objevovat, ale spíše v zahraničí. Ve Francii populární firma Puresentiel zabývající se aromaterapií má velké úspěchy a spolupracuje s lékaři a nemocnicemi a vytváří vědecké studie o účinnosti a toleranci svých produktů. Zakladatelka firmy říká, že jim nejde o léčení nemocí, ale spíše o zlepšení podmínek nemocných díky aromaterapii. V Německu již 30 nemocnic používá esenciální oleje jako podpůrné prostředky například při léčbě a prevenci strupů, zejména u seniorů. Experti a vědci, kteří se aromaterapií zabývají, na druhou stranu varují před nadměrným používáním. Musí se používat v přesně určených případech a v odpovídajícím množství. (www.svetzdravotnictvi.cz)

3.2.6 Akupresura

Akupresura je metoda, které se rozvíjela mnoho let a pochází z Číny. Tuto metodu si každý člověk může aplikovat sám, protože podstata je ve stlačování určitých bodů na těle. Tyto body leží na tzv. „meridiánech“, což jsou dráhy v těle, ve kterých protéká životodárná energie čchi. Stlačováním těchto bodů se ustavuje v těle rovnováha. Akupresura je vhodná při stavech únavy a přetížení, kdy se po dobu 7 vteřin stlačuje palci bod ve střední části krční páteře v prohlubni na koci lebky. Body pro odstranění úzkostných stavů se nacházejí na hrotu brady a na spodním konci hrudní kosti. Anebo lze stlačovat „bod duševní vyrovnanosti, který se nachází na vnější straně nohy pod čéškou, kde je patrná drobná prohlubenina. Samozřejmě, že akupresura ani jiné zde popisované metody nenahrazují lékařskou péči a nejsou všemocné, proto pokud se nedostaví při léčbě akupresurou zlepšení, je potřeba vyhledat lékařskou pomoc. (Kraska-Ludecke, 2007) Akupresura s akupunkturou (místo stlačování bodů se používá vpichování speciálních jehel) jsou součástí tradiční čínské medicíny (viz níže)

3.2.7 Shrnutí vybraných relaxačních technik

Všechny tyto metody, ač pocházejí z různých dob a oblastí, spojuje to, že navracejí rovnováhu v organismu. Propojují tělo, mysl i duši. Mnohé z nich mají spíše preventivní charakter a daly by se shrnout pod název „alternativní medicína“. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že zdravotníci tento pojem moc neuznávají a k těmto metodám jsou spíše skeptičtí. Ovšem ne všichni, protože za obrovský důkaz toho, že tyto metody jsou

prospěšné, můžeme považovat vznik Kliniky tradiční čínské medicíny ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Na webu této kliniky je vysvětleno, co přesně tradiční čínská medicína je: „Tradiční čínská medicína (TCM) je souborné označení pro metody prevence, vyšetření a léčby, které vycházejí z tradičního čínského lékařství. Mezi metody léčby TCM patří akupunktura, podpůrné podávání bylin, dietetika, čínská masáž tuina a cvičení qigong (čchikung). TCM pohlíží na organismus jako na celek. Metody TCM kladou důraz na energetickou rovnováhu organismu a na předcházení nemocem.“ (www.fnhk.cz)

K tomuto tématu jsem našla velmi zajímavý článek. Jedná se o zápis diskuzního pořadu, kterého se účastnili 3 velicí odborníci, a to MUDr. Aleksi Šedo, DrSc. děkan 1. Lékařské fakulty, MUDr. Radkin Honzák, CSc., psychiatr a pedagog a prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., ředitel Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Hovoří o alternativní medicíně v Čechách, vyjadřují se k tomu, proč hodně lidí jde se svým problémem spíše k „léčiteli“ než k lékaři a shodují se, že toto je problém. Důvodem, podle Šeda je to, že lékaři na své pacienty nemají moc času, což je právě mnohdy jeden z aspektů, proč lidé lékaře navštíví (za jejich potížími se skrývají různé neurózy nebo psychosomatické potíže). Doslova říká: „Nemocní hledají u léčitelů komunikaci a lidský přístup. Obojí by měli učitelé vlastním příkladem vštěpovat medikům již při studiu.“ K tomu se přidává Honzák, který se přiklání k tomu, aby byl na lékařských fakultách v postgraduálním vzdělávání vyučován psychosomatický přístup. Prymula se vyjadřuje k Čínské medicíně: „Alternativní medicína je termín, který se vžil pro vše, co nespĺňuje základní kritéria naší klasické západní medicíny a postupně získal nádech jakési pejorativnosti. Všem těmto metodám připadlo adjektivum nevědecké, bez existence reálných důkazů účinnosti. Jistě není možné do jednoho hrubého pytle vložit vše, i já jsem odpůrcem celé škály různých postupů včetně například homeopatie. V takzvaně tradičních medicínách některých starých národů se však snažím hledat určité ración. Nedovedu si představit, že by se stovky a tisíce let vyvíjel systém, kde by nic nefungovalo. Nic není černobílé. Měli bychom ze všech systémů využívat to pozitivní, tedy to, co jsme schopni medicínsky prokázat. Například tradiční čínská medicína jistě nikdy nevytlačí medicínu západní, může však být doplňkovou alternativou v dobrém slova smyslu tam, kde západní medicína selhává a východní má prokazatelný efekt“.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. VÝZKUM

Ve výzkumné části své bakalářské práce se zaměřuji na to, zda zdravotní sestry jsou informovány o syndromu vyhoření a možnosti jeho vzniku v tomto zaměstnání. Dále mne zajímá, zda sestry něco dělají pro to, aby u nich tento syndrom nevypukl. Jako účinnou strategii v prevenci uvádím v teoretické části supervizi, a proto mne zajímá názor sester na tuto metodu a zda nemocnice tuto možnost nabízí. Dalšími strategiemi, kterými se ve své práci zabývám, jsou relaxační techniky. S těmito technikami mám pozitivní osobní zkušenost, ale vím, že nejsou tolik rozšířené, zvláště ve zdravotnictví, a proto mě ve výzkumu zajímalo, zda mají zdravotní sestry o těchto metodách alespoň nějaké povědomí, popř. to již zkusily.

4.1 Výzkumný problém a cíl výzkumu

Profese zdravotní sestry je, jak jsem zde již několikrát zmínila, velmi psychicky náročná. Patří mezi tzv. pomáhající profese, kam patří také např. učitelé, psychologové, sociální pracovníci, pečovatelé. Práce zdravotní sestry je specifická v tom, že sestra je v každodenním kontaktu s těžce nemocnými lidmi a jejich příbuznými, její práce je zodpovědná, chyba může mít fatální následky pro pacienty. Je tedy vystavena neustálému stresu jak ze strany pacientů, tak ze strany lékařů a vedení. Sama ale může ovlivnit jen málo co, což může vést k pocitům bezmoci, beznaděje, marnosti a možná, v tom nejhorším případě, vyhoření. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, zda zdravotní sestry aktivně něco dělají v prevenci syndromu vyhoření, popř. co konkrétně.

4.2 Stanovení hypotéz

Pro výzkum jsem stanovila následující hypotézy a podhypotézy:

H 1: Sestry nedostatečně pracují na prevenci syndromu vyhoření.

- 1) Protože nemají dostatek informací. Tuto podhypotézu jsem zvolila, protože si myslím, že jsou sestry málo informované o tom, co vlastně syndrom vyhoření doopravdy je. Tento termín je, jak jsem již popsala v teoretické části, dnes velmi moderní a používá se často. Myslím si, že je tento termín nejspíš zkreslen v populárním používání, neboť hodně lidí říká, že už jsou „vyhořelí“ a možná

tím spíše myslí, že jsou unaveni, nevyspalí, nebo že je práce už jednoduše nebaví. Ale znají sestry opravdový význam tohoto syndromu a jeho důsledky? Učily se něco o syndromu vyhoření na svých školách, které absolvovaly? Poskytuje nemocnice, ve které pracují, nějaké semináře na toto téma? To jsem zjišťovala ve svém dotazníku. Myslím si, že ve škole byly sestry s tímto problémem seznámeny a mají nějaké základní informace. V nemocnicích, kde pracují, si myslím, že tyto vědomosti už dál nerozvíjejí, neboť nemocnice žádné semináře na toto téma nepořádá.

- 2) Protože si ho nepřipouští. Zdravotní sestry, jak jsem již popsala v teoretické části, patří mezi pomáhající profese, které jsou k syndromu vyhoření více náchylné než jiná zaměstnání. Honzák (2015) k tomu říká, že ti, kteří pracují s lidmi, do své práce dávají nejen své teoretické a praktické dovednosti, ale i část své osobnosti. S tím naprosto souhlasím. Právě proto je možná pro zdravotníky těžké pracovat se svými emocemi a připustit si, že mají nějaký problém.

- 3) Protože nemají čas se tím zabývat. Poslední podhypotéza tvrdí, že sestry nemají čas se zabývat syndromem vyhoření u své vlastní osoby. Jak jsem již několikrát zmínila, zdravotníci jsou spíše orientováni na výsledky a fakta, to je pro ně důležité. Zabývat se pocity a emocemi je pro ně ztráta času. Myslím si, že to pramení z doby, kdy zde převládal tradiční biomedicínský model ošetřovatelství. Tento model se silně orientuje na odborné a technické dovednosti a psychosociální péče je až na „druhé koleji“ a mnohdy je opomíjena. Dalším důvodem je, že v návalu velkého množství administrativy, odborných úkonů a různých požadavků, které jsou na sestry kladeny, nemají jednoduše čas zabývat se záležitostmi jako je syndrom vyhoření, svými pocity a emocemi. Potřebují vykonat dobře svoji práci, zajistit pacienty a chod oddělení.

H 2: Supervize je pro sestry z různých důvodů nepřístupná. V teoretické části se podrobně zabývám supervizí, jejími metodami a funkcemi. I přes to, že „filozofie“ supervize by měla vést k upravení náhledu pracovníka na jeho práci s klienty, na jeho vlastní emoce a reakce na různé situace, pozitivním směrem, v praxi (hlavně ve zdravotnictví) tomu ale tak pořád není.

- 1) Sestry nemají možnost supervizi navštívit, protože ji nemocnice nenabízejí. Jak jsem již několikrát zmínila v teoretické části, supervize není ve zdravotnictví moc rozšířená a oblíbená. Z tohoto poznatku vycházím při stanovení této hypotézy a myslím si, že v obou nemocnicích, které jsem zvolila pro svůj výzkum, supervizi pro sestry neprovozují. Zda tomu tak opravdu je a proč, jsem se pokusila zjistit v literatuře a u vedení těchto konkrétních nemocnic osobně. Výsledky mého výzkumu uvádím níže.
- 2) I kdyby tu možnost měli, tak by ji nevyužili, protože nevěří, že by jim mohla pomoci v prevenci syndromu vyhoření. Toto si myslím, neboť zdravotníci moc o svých emocích a problémech nechtějí mluvit, natož je ventilovat před ostatními kolegy v rámci supervizní skupiny. Myslím, že je supervize pro sestry nepřijemná. Honzák uvádí, že ti, kteří by to potřebovali nejvíce, se možností poučit se a něco na sobě změnit, důsledně vyhýbají. Tvrdí, že je to zbytečné, ale v hloubi duše cítí, že to není pravda. (Honzák, 2015, s. 12) Nechtějí uvěřit, že by jim rozebírání nějaké situace nebo pocitů mohlo pomoci.
- 3) Nevyhledávají ji, protože si myslí, že je to forma kontroly nadřízenými i kolegů Dalším úskalím, proč si myslím, že sestry vnímají supervizi negativně, je, že si myslí, že je to kontrola jejich činnosti nejenom jejich nadřízenými, ale i kolegů, kteří zde mají možnost vyslechnout osobní názor. Tento důvod uvádím, neboť mám tu zkušenost osobní a zprostředkovanou (viz teoretická část), že sestry mají obavy z toho, že se informace dostanou k jejich nadřízeným a nemají důvěru k supervizorovi.

H 3: Sestry nepoužívají žádné relaxační techniky a necvičí jógu. Tuto hypotézu jsem stanovila na základě obecně známého faktu, že zdravotníci nejsou moc těmto „východním“ metodám nakloněni a že jim nevěří. Také vycházím z osobní zkušenosti, protože zdravotníci jsou většinou zaměřeni na výsledky a fakta, která lze hmotně měřit. Když před nimi vyslovím slovo meditace, tak se setkávám s nedůvěrou a skepsí v tyto tzv. „alternativní“ metody.

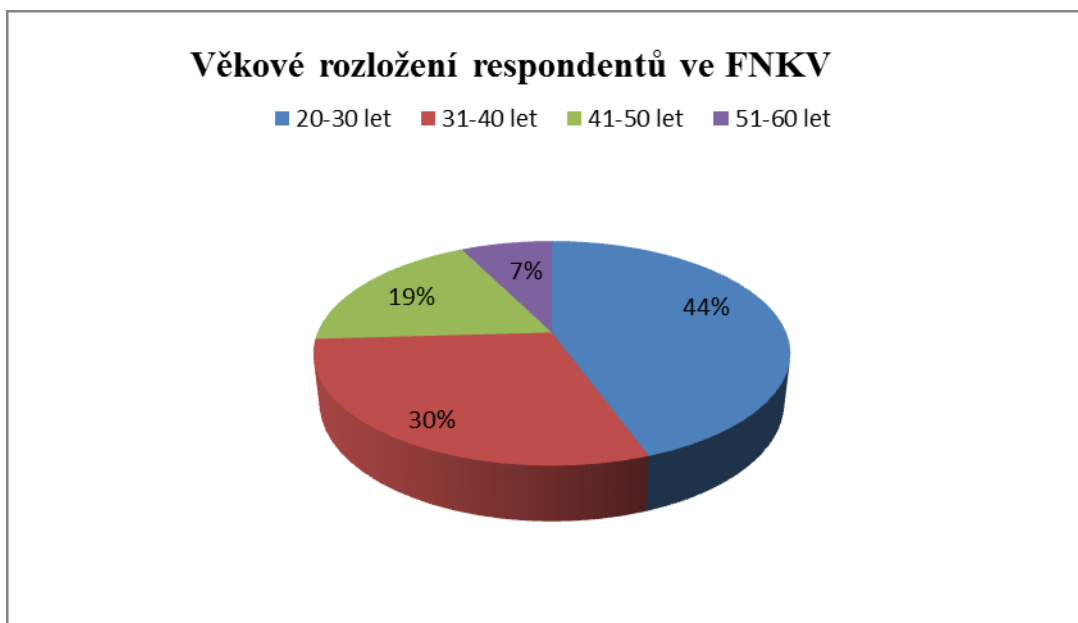
- 1) Protože tyto metody naznají a nevěří jim. Tato podhypotéza vychází z výše uvedené hypotézy a z myšlenky, že pokud sestry (nebo zdravotníci obecně) neznají žádné relaxační techniky, nevědí, co je to meditace a neznají účinky jógy, nemohou pak vlastně ani vědět, že by jim to mohlo pomoci zbavit se emocionálního (ale i fyzického) napětí a být prevencí syndromu vyhoření.
- 2) Protože nevědí, že by jim to mohlo pomoci v prevenci syndromu vyhoření. Myslím si, že většina sester s těmito metodami nemá osobní zkušenost, proto by je ani nenapadlo cíleně je využít v prevenci syndromu vyhoření.

4.3 Zkoumaný soubor

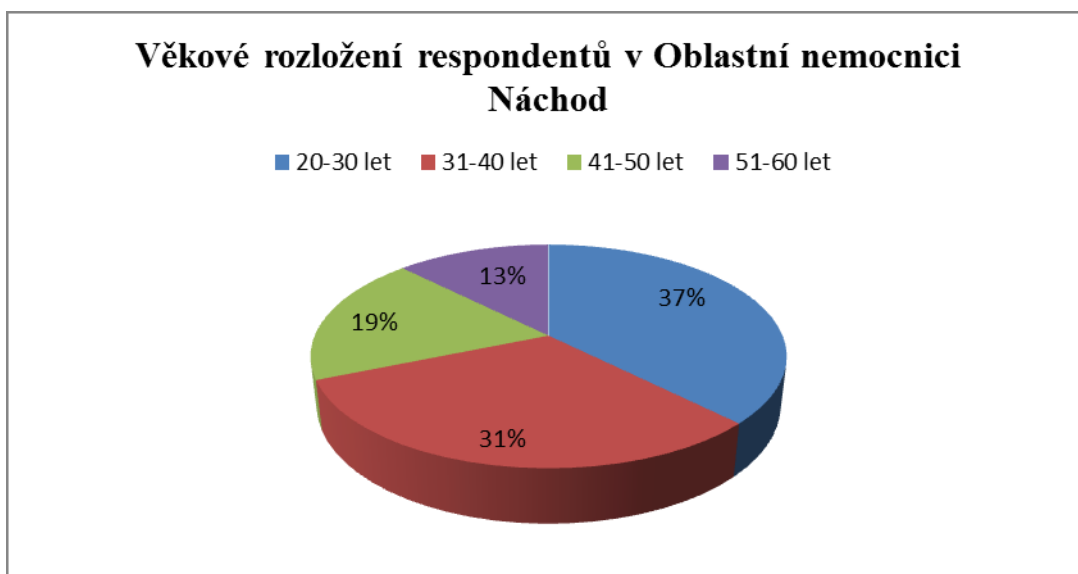
Výzkum prevence syndromu vyhoření byl proveden u zdravotních sester dvou nemocnic, a to ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a v Oblastní nemocnici Náchod. Bylo dotázáno celkem 60 respondentů pracujících v těchto nemocnicích, přesně tedy 28 respondentů z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (dále jen FNKV) a 32 respondentů z Oblastní nemocnice Náchod (dále jen ONN). Výzkumu se zúčastnilo 60 žen, mezi respondenty nebyl ani jeden muž (viz graf č. 1). Ve FNKV odpovídalo 12 žen ve věkové kategorii 20-30 let, 8 ve věku 31-40 let, 5 žen bylo ve věku 41-50 let a dvě ženy ve věkové kategorii 51-60 let. V ONN bylo také 12 žen ve věku 20-30 let, 10 pak ve věku 31-40 let, 6 žen ve věku 41-50 let a 4 ženy v poslední věkové kategorii 51-60 let. (viz graf č. 2).

Z hlediska vzdělání mělo ve FNKV 5 žen střední školu, 4 ženy uvedly vyšší odborné vzdělání a 19 respondentek uvedlo vysokoškolské vzdělání. (viz graf č. 3) V ONN byla situace trochu jiná, ne-li opačná. 18 respondentek uvedlo jako nejvyšší dosažené

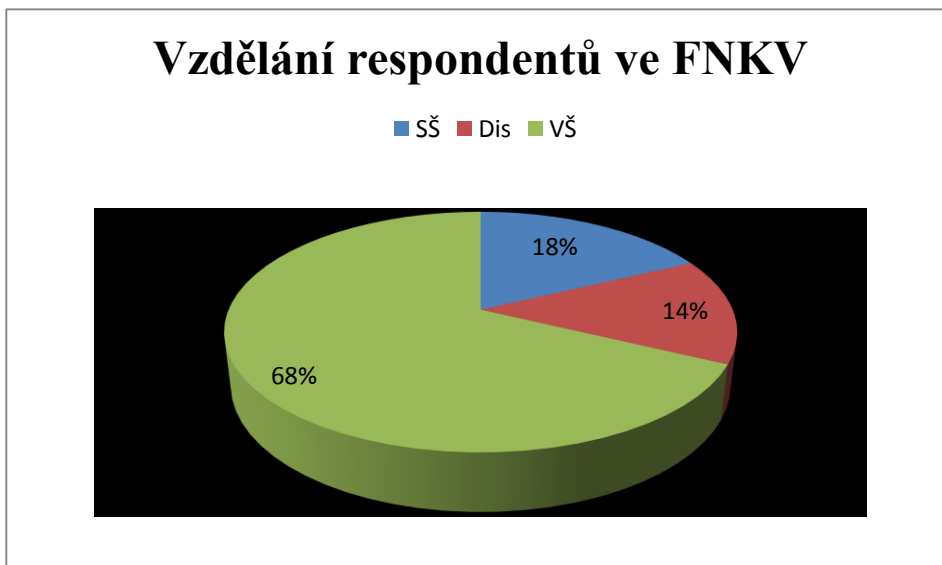
vzdělání střední školu, taktéž 4 ženy uvedly vyšší odbornou školu a 10 mělo vysokou školu. (viz graf č. 4)



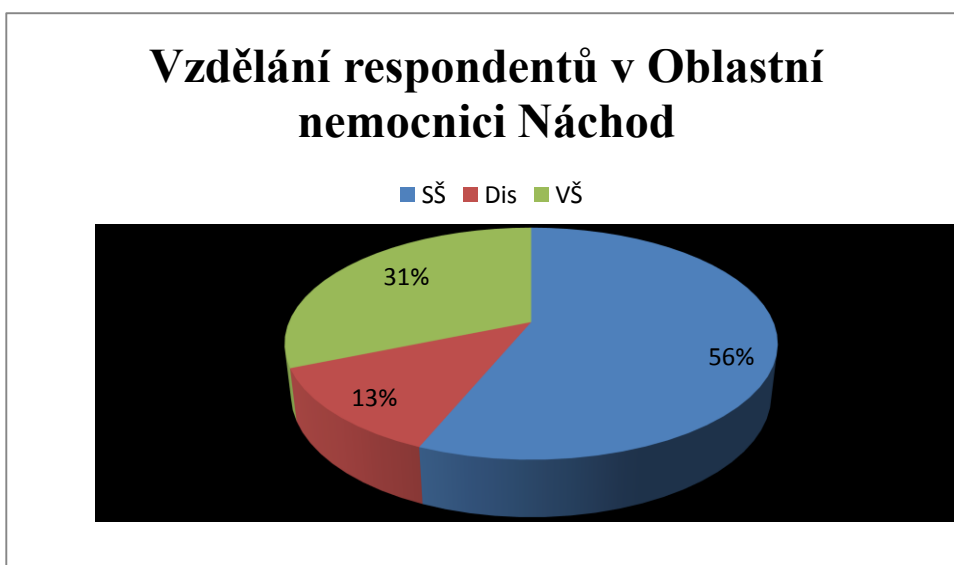
Graf č. 1



Graf č. 2



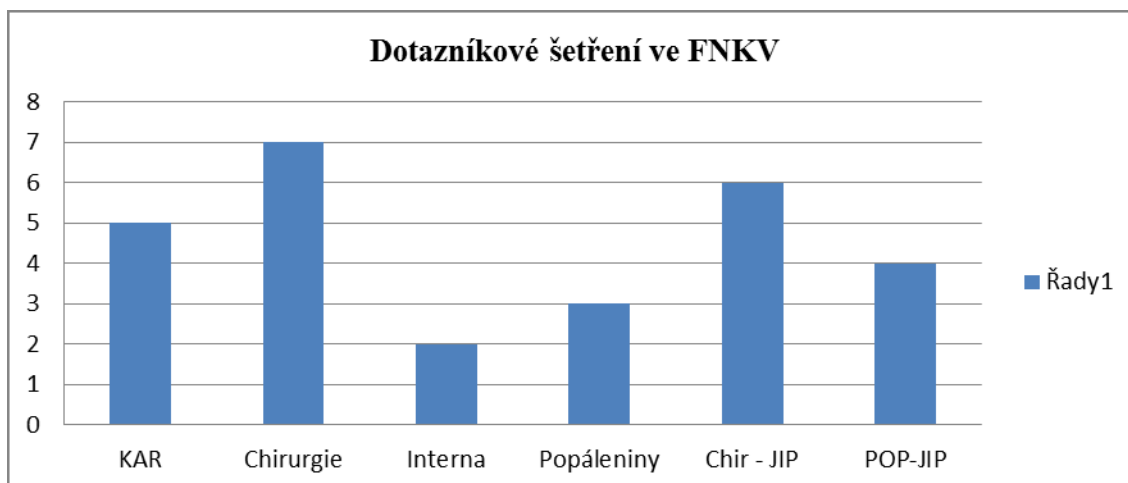
Graf č. 3



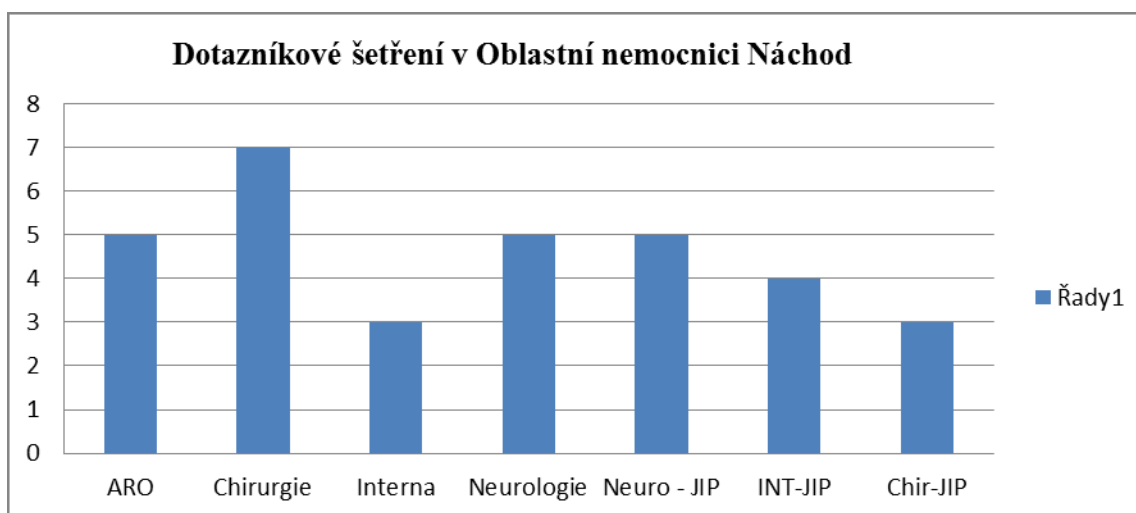
Graf č. 4

Oddělení nebo kliniky, na kterých bylo šetření realizováno, se u těchto dvou vybraných nemocnic většinou liší, shodná jsou pouze oddělení ARO, interna a chirurgie. Vybrala jsem taková oddělení, kde si myslím, že jsou sestry ohroženy syndromem vyhoření. Jednotlivé kliniky, kde výzkum proběhl, jsou tyto: Klinika anesteziologie a resuscitace FNKV, Chirurgická klinika FNKV, Interní klinika FNKV, Klinika popáleninové medicíny FNKV, Anesteziologicko-resuscitační oddělení ONN, Chirurgické oddělení ONN, Interní oddělení ONN, Neurologické oddělení ONN. Tyto oddělení jsou,

myslím si, stěžejní v otázce náchylnosti sester k syndromu vyhoření. Anesteziologicko-resuscitační oddělení: Zde jsou hospitalizováni pacienti např. po dopravních nehodách, často mladí lidé, kteří jsou v kómatu delší dobu. Ošetrovatelská péče o takového pacienta je náročná především psychicky, protože se stává, že se takového pacienta již nepodaří zachránit. Chirurgie je další obor, který jsem vybrala v obou nemocnicích. Práce na chirurgii je pro sestry také náročná, chirurgie je rychlá, energická, mnohdy „tvrdá“ a z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že citlivější povahy mohou se „sebevědomou chirurgií“ trochu bojovat. Návratnost dotazníků z tohoto oddělení byla největší. Dalším oborem je interna, odkud byla návratnost dotazníků nejmenší. Toto oddělení patří k nejnáročnějším a sestry to zde nemají vůbec lehké. Vyhořet je dle mého názoru na tomto oddělení snadné. Na interních odděleních leží pacienti delší dobu, mnohdy jsou jejich onemocnění nevléčitelná, jsou to pacienti vyššího věku, ale mohou zde být i pacienti mladší. Sestra je zde často v kontaktu s velikým utrpením a v konečném stadiu i se smrtí. Péče je náročná i fyzicky v tom, že někteří pacienti jsou ležící, imobilní, tudíž manipulace s nimi je komplikovaná a pokud je ještě nedostatek pomocného personálu, jsou sestry na tuto péči samy. Proto mne malá návratnost překvapila. Otázkou je, zda lidé, kteří mají na vyhoření náběh, či dokonce prožívají prvotní fáze, právě tento dotazník záměrně nevyplnili. Oddělení, která jsou odlišná, jsou popáleniny a neurologie. Klinika popáleninové medicíny FNKV zajišťuje komplexní péči o pacienty všech věkových kategorií pro spádovou oblast celých Čech. Léčba popálenin je velmi náročná a někdy trvá hodně dlouhou dobu. Ošetřují se zde i děti, což je další psychická zátěž pro sestry a zvláště pro ty, které mají samy děti. Proto si myslím, že na této klinice jsou sestry ohroženy syndromem vyhoření. Dalším oddělením, které jsem vybrala v ONN, je Neurologie. Tento obor se zabývá léčbou onemocnění periferního a centrálního nervového systému a onemocnění páteře. Zařadila jsem ho, protože úzce souvisí i s jinými obory jako je psychiatrie, interna, neurochirurgie, pediatrie. Jsou zde hospitalizováni pacienti např. po cévních mozkových příhodách nebo různých míšních lézích. Ošetrovatelská péče o tyto pacienty je zde také velmi náročná. Oddělení náchodské neurologie se zabývá ještě diagnostikou a léčbou roztroušené sklerózy mozkomíšní, bolestmi hlavy, poruchami paměti a myšlení-demencemi, extrapyramidovými poruchami (Parkinsonova choroba) a jinými poruchami hybnosti, degenerativními a zánětlivými onemocněními centrálního a periferního nervstva a dalšími chorobami. Jednotlivé zastoupení respondentů na popsanych pracovištích ukazuje graf č. 5 a 6.



Graf č. 5



Graf č. 6

4.4 Metodika výzkumu

Pro sběr dat kvantitativního výzkumu této bakalářské práce jsem zvolila jednu z nejrozšířenějších technik – dotazník. Obsahuje celkem 23 otázek. Dotazník bych rozdělila do tří částí. První polovina otázek zjišťuje u respondenta jeho znalosti a povědomí o syndromu vyhoření. Mnoho lidí tento pojem zná, protože se dnes hojně používá, jak jsem popsala v teoretické části, ale ne každý opravdu ví, co přesně toto slovní spojení znamená. Druhá část jsou otázky, které se zaměřují na supervizi. Zjišťují, jestli nemocnice supervizi nabízí svým zaměstnancům a zda si respondenti myslí, že by jim to mohlo pomoci v prevenci syndromu vyhoření. Třetí část jsou poslední čtyři otázky, které

mají zjistit, jestli sestry používají nějaké relaxační techniky, jaký vztah mají k cvičení jógy a provádění meditace a zda si myslí, že by to také mohlo pomoci v prevenci syndromu vyhoření. Na výběr měli respondenti většinou uzavřené odpovědi typu ano, ne a nevím. U některých odpovědí ale měli možnost doplnit vlastní výpověď, např. Jak nejčastěji trávíte volný čas? Jednou z možných odpovědí bylo: sportuji, uveďte jaké sporty...

Abych mohla výzkum realizovat, musela jsem podat žádost u náměstkyně ošetrovatelské péče obou nemocnic, které výzkum schválily. Rozhodnutí příkládám v příloze č. 2 a 3. Dotazníky jsem rozdávala osobně na odděleních, kde jsem se vždy setkala s vrchní nebo staniční sestrou a požádala ji, aby dotazníky dala ostatním sestřím. Poté jsem si vyplněné dotazníky zase sama osobně převzala. S rozdáváním dotazníků nebyl problém, ale překvapila mne malá návratnost dotazníků z interních oddělení obou nemocnic.

5. VÝSLEDKY VÝZKUMU

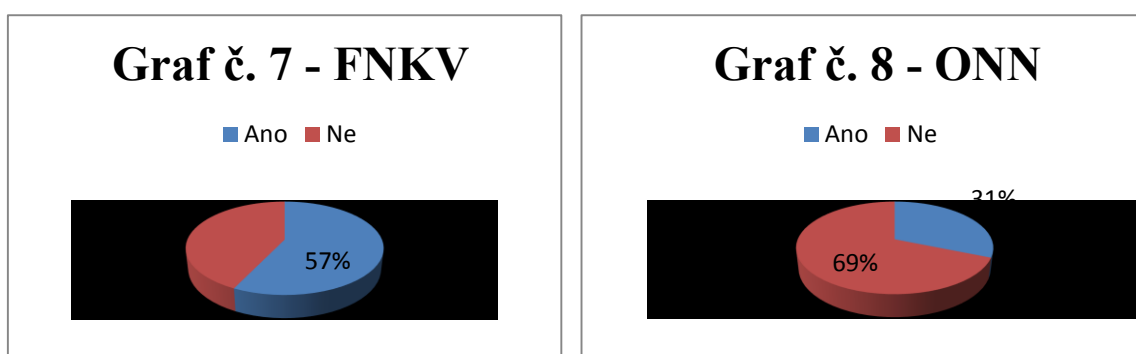
5.1 Hypotéza č. 1

Jako první hypotézu jsem zvolila to, že sestry nedostatečně pracují na prevenci syndromu vyhoření. Zde jsem ještě vytvořila 3 podhypotézy, ke kterým se vztahují otázky č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14.

5.1.1 Podhypotéza č. 1

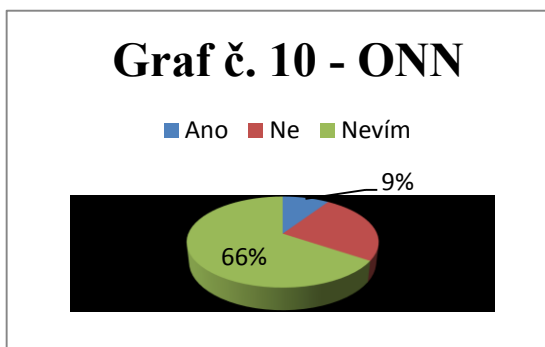
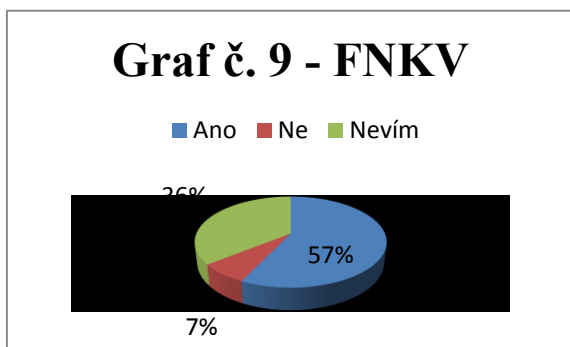
První podhypotéza řeší, že sestry nemají dostatek informací o syndromu vyhoření. K této podhypotéze se vztahují otázky č. 6, 7, 8 a 9.

Otázka č. 6 – výsledky:



Graf č. 7 a Graf č. 8 – vztahují se k otázce č. 6 – Účastnil/a jste se nějaké vzdělávací akce (kurzy, semináře), která by se týkala syndromu vyhoření?

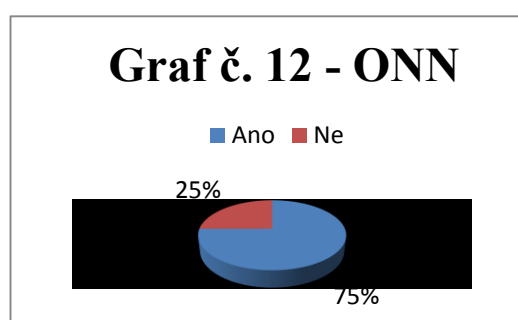
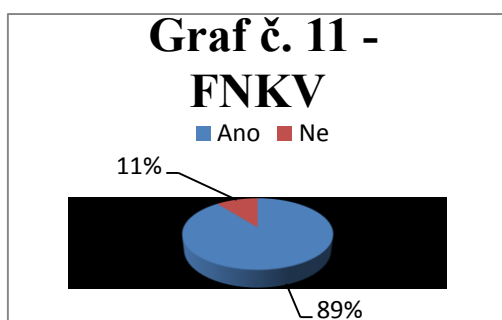
Výsledky této otázky jsou odlišné v těchto dvou nemocnicích. Ve FNKV odpovědělo 57% respondentek, že se zúčastnilo nějaké vzdělávací akce o syndromu vyhoření, kdežto v ONN odpovědělo ano pouze 31% respondentek. Je to dáno možná tím, že Vinohradská nemocnice je přece jenom větší a je v Praze, tedy ve velkoměstě, kde obecně lidé dle mého názoru mají větší možnost získání informací, které je zajímaví. Ve FNKV ale 43% respondentek uvedlo, že se neúčastnilo semináře nebo kurzu. Je to skoro polovina, což je, myslím si, docela hodně. Otázkou je, zda o nějakých seminářích nebo kurzech na toto téma vědí třeba z oddělení, na kterém pracují. To zjišťuje následující otázka č. 7:



Graf č. 9 a Graf č. 10 - vztahují se k otázce č. 7 – Poskytuje nemocnice, kde pracujete, takové semináře nebo kurzy?

Ve FNKV 57% respondentek odpovědělo, že nemocnice poskytuje semináře na téma syndrom vyhoření. 7% odpovědělo, že ne a 36% o tom neví. Rozdílnost odpovědí je dána pravděpodobně tím, že na některých odděleních jsou více informováni a na některých méně. Tento fakt bohužel nemohou moc samy sestry ovlivnit, je to spíše věc staniční nebo vrchní sestry, jestli se ona sama o toto téma zajímá a zda informaci pošle dál svým sestřám. V ONN je situace zcela jiná. Tam odpovědělo až 66% dotázaných sester, že o žádných seminářích poskytovaných nemocnicí neví. 25% sester odpovědělo, že nemocnice žádné semináře neposkytuje. Když jsem tuto informaci zjišťovala u vedení nemocnic, v Náchodě jsem se dozvěděla, že semináře přímo o syndromu vyhoření nemají, ale v rámci Dne duševního zdraví chtějí poprvé pořádat přednášku o autogenním tréninku jako metodě v prevenci syndromu vyhoření. Součástí má být i workshop, kdy si sestry budou moci vyzkoušet tuto metodu na vlastní kůži. To mne mile překvapilo, že se nemocnice zajímá o tuto formu relaxace v prevenci syndromu vyhoření, kterou zmiňuji v teoretické části. Ve FNKV jsem zjistila, že semináře na téma syndrom vyhoření nemocnice pořádá.

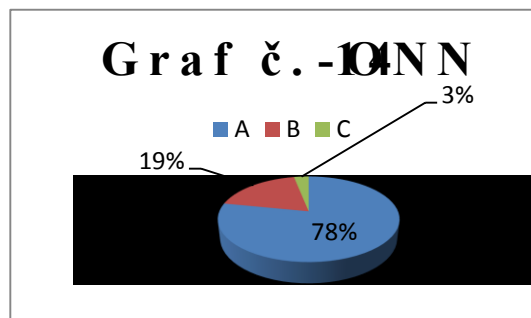
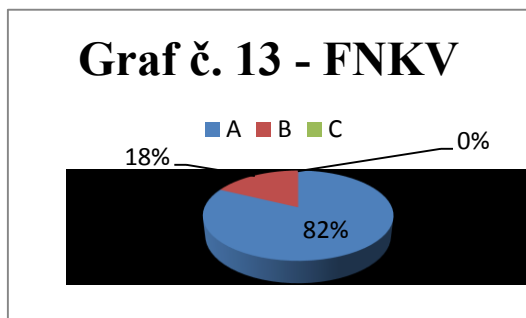
K této podhypotéze se vztahuje dále otázka č. 8:



Graf č. 11 a Graf č. 12 – vztahují se k otázce č. 8: Učili jste se ve škole, kterou jste studoval/a něco o syndromu vyhoření?

Tento výsledek je přibližně stejný v obou nemocnicích. Většina respondentek má nějaké znalosti o syndromu vyhoření ze školní instituce, kterou navštěvovala. Základní informace sestry tedy určitě mají, je otázkou, zda si plně uvědomují závažnost tohoto syndromu a jestli informacím, které jim byly nabídnuty na jejich školách, věnovaly dostatečnou pozornost. Zde bych si dovolila malou poznámku. Vzdělávání zdravotních sester v České republice není v této době příliš jasné a mění se. Ze zdravotnických asistentů budou praktické sestry, které budou moci pracovat samostatně. Po střední zdravotnické škole budou muset absolvovat pouze jeden rok, aby mohly být vpuštěny do reálné péče o pacienta. Vysoká škola tedy nebude povinná. Z výzkumu vyplývá, že i v náhodské nemocnici více než polovina sester znalosti má ze své školy, přitom v ONN 56% dotázaných uvedlo nejvyšší dosažené vzdělání střední školu. Je otázka, zda tyto sestry spíše neodpovídaly záporně. Snažím se zde uvažovat o tom, zda aktuální nastavení vzdělávání bude dostačující, jak v obecné rovině znalostí a dovedností (jednoduše řečeno, aby nové sestry obstály s tímto typem vzdělání v reálné praxi) a potom konkrétně v otázce vědomostí o syndromu vyhoření a ve znalostech prevence. Na druhou stranu se ve své praxi a v životě obecně setkávám se sestrami, které mají „pouze“ střední školu, ale mají například 20 let praxe, někdy i méně, třeba jenom 10 let, a jsou výbornými sestrami co se praktických a teoretických dovedností týká, tak i osobnostně, charakterově. Jsou vyrovnané, pracují tvrdě, ale umějí si odpočinout, vědí jak, co jim dělá radost, znají se. A v neposlední řadě mají vlastnost, kterou na lidech obecně obdivuji, a tou je umění zasmát se sám sobě a životu, nebrat se tak vážně.

K podhypotéze informovanosti sester o tomto problému se vztahuje ještě otázka č. 9, která již cíleně zjišťuje, jak respondentky chápou pojem syndrom vyhoření.



Graf č. 13 a Graf č. 14 – vztahují se k otázce č. 9: Jak chápete syndrom vyhoření? Na výběr byly tyto možnosti:

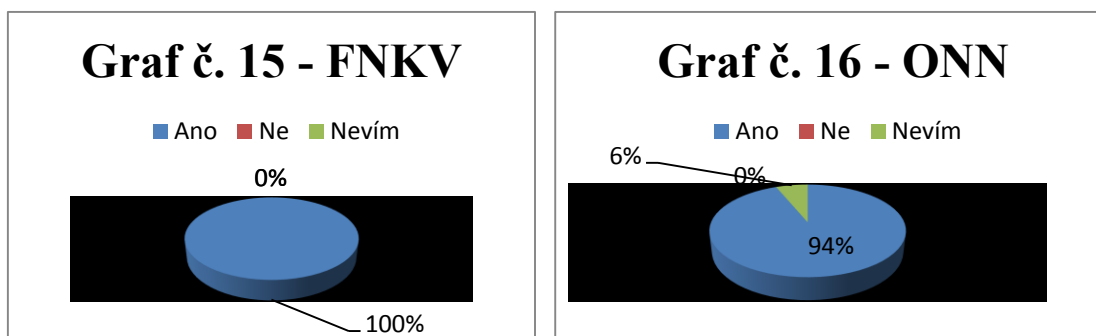
- A) Je to stav emočního, fyzického i sociálního vyčerpání jako důsledek dlouhodobého stresu, kdy je nerovnováha mezi nadměrnou zátěží, odpočinkem a relaxací
- B) Je to stav, kdy se lidem nevrací jejich vydané úsilí zpět, ztrácí motivaci, a to potom vede k pocitům bezmoci a beznaděje
- C) Myslím si, že se tento termín zveličuje a lidé ho používají jako „zástěrku“ toho, že je daná práce nebaví nebo že mají nějaký mimopracovní problém (partnerský, rodinný...)

Odpověď A zaškrtnulo ve FNKV 82% respondentek a v ONN 78%. To je převážná většina. Myslím si, že tato odpověď je správná, ale neúplná. Správná odpověď je i B, která podstatu syndromu vyhoření vystihuje více. Problematikou toho, co vlastně syndrom vyhoření je a není, jsem se zabývala v teoretické části. (viz. Kap. 2.1) Výsledky této otázky potvrzují, že sestry nějaké vědomosti o syndromu vyhoření mají, ale informace jsou to spíše povrchní, obecné. Bohužel ale formulace této otázky je nepřesná, proto výsledky jsou trochu zavádějící. Jak jsem popsala výše u stanovení hypotézy, může to souviset s tzv. popularizací pojmu v tom smyslu, že se tento výraz hojně používá a někdy i s jakousi nadsázkou. Když už máme všeho tzv. „po krk“, máme hodně práce, nic nestíháme nebo nás během dne něco naštvalo, řekneme, že už jsme naprosto vyhořeli. Takto se to ale nedá říci, protože syndrom vyhoření a hlavně jeho důsledky jsou závažné a proto bychom neměli podceňovat jeho prevenci.

5.1.2 Podhypotéza č. 2

Tato podhypotéza zní, že sestry nedostatečně pracují na prevenci syndromu vyhoření, protože si ho nepřipouští. K této části se vztahují otázky č. 10, 11, 12 a 14.

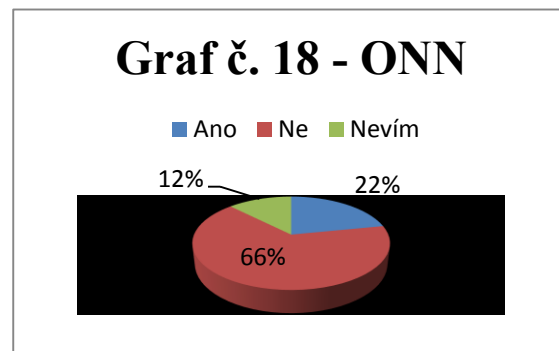
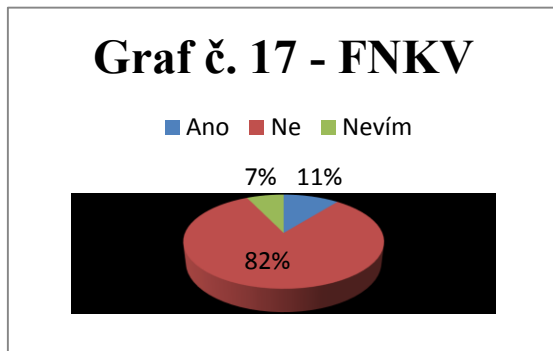
Otázka č. 10 zjišťuje, co si sestry myslí o sestřích a jejich náchylnosti k syndromu vyhoření. Výsledky ukazují následující grafy.



Graf č. 15 a Graf č. 16 – vztahují se k otázce č. 10: Jsou podle Vás sestry náchylné k syndromu vyhoření?

Podle výsledků této otázky je patrné, že si sestry uvědomují, že patří do skupiny, která je ohrožena syndromem vyhoření. To je dobré zjištění. Tyto výsledky vyvrací stanovenou podhypotézu, že si sestry syndrom vyhoření nepřipouštějí. Zde bych chtěla zmínit článek, který je z roku 2009 a vyšel na serveru idnes.cz. Je zajímavý tím, že redaktorka strávila 2 dny se zdravotními sestrami ve VFN v Praze. Byla tedy přítomná všemu, co sestra musí během své směny zvládnout. Jednalo se o koronární jednotku II. Interní kliniky VFN v Praze. Redaktorka popisuje, že sestry musí zvládnout náročnou práci s technikou a všemi přístroji, dávkovat životně důležité léky, sledovat příjem a výdej tekutin u pacienta, odebírat krev, do toho vynášet mísy a ještě být na všechny milá a vlídná. Právě chování sester k pacientům je v článku rozebíráno. Pacienti si stěžují, že sestry jsou na ně hrubé a neurvalé a že je z nich cítit vyčerpanost a vyhoření. Jedna sestra na to říká: „Musíte být stále příjemná a na každého se usmívat, zároveň jsme ty první, které odnesou ty všechny nepříjemné emoce od pacientů...“. Vyjadřuje se zde i jedna pacientka, která si myslí, že kvůli nízkému ohodnocení sestry odcházejí buď do zahraničí, nebo do jiného oboru a ty, které zůstanou, jsou přetěžovány. A pacienti to samozřejmě vnímají. Nakonec článku je popsán závěr směny, kdy sestra musí mít vše zapsané do dokumentace, zajištěné pacienty, připravená na předání další směně, do toho zvoní pacient, že by potřeboval pomoci na WC... (Jarošová, 2009)

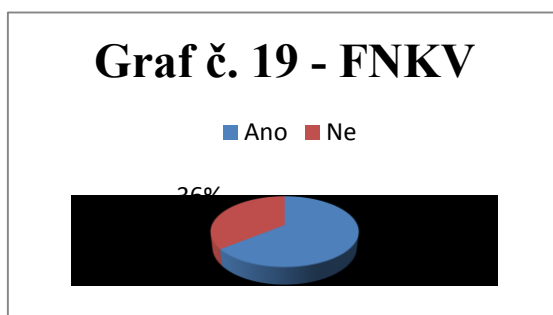
Další otázka jde hlouběji a ptá se, jestli, když mají sestry mezi směnami volno, dostatečně zregenerují a syndrom vyhoření jim nehrozí. Výsledky ukazují grafy:



Graf č. 17 a Graf č. 18 – vztahují se k otázce č. 11: Myslíte si, že pokud mají sestry mezi směnami volno a mohou se dostatečně zregenerovat a odpočinout si, syndrom vyhoření jim nehrozí?

Výsledky této otázky jasně ukazují, že více než polovina sester v obou nemocnicích si myslí, že sestry mezi směnami nemohou dostatečně zregenerovat, aby jim syndrom vyhoření nehrozil. Tento výsledek lze hodnotit pozitivně v tom smyslu, že sestry chápou syndrom vyhoření komplexněji a nezaměňují ho s nedostatkem odpočinku. To je zjištění, které mě potěšilo. Hlavně tedy v náchodské nemocnici, kde se takto vyjádřilo 66% respondentek. Dalo by se předpokládat, že si sestry uvědomují, že pro prevenci syndromu vyhoření je potřeba dělat něco víc.

Otázka č. 12 zjišťuje, zda si sestry myslí, že konkrétně ony jsou náchylné k syndromu vyhoření. Výsledky ukazují následující grafy:

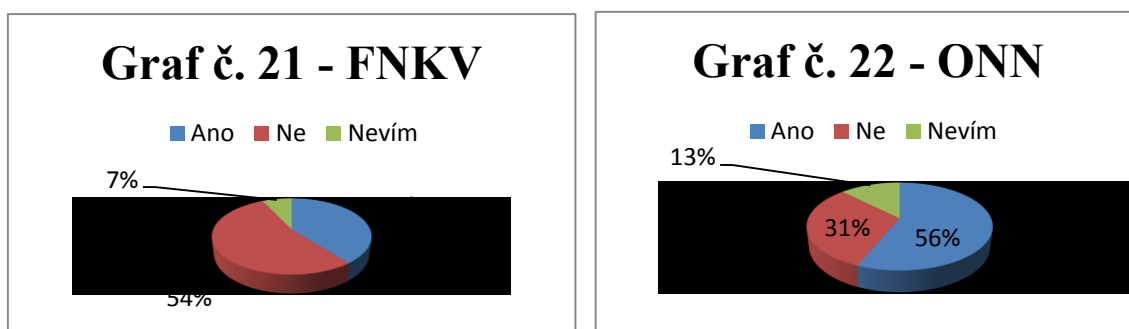


Graf č. 19 a Graf č. 20 – vztahují se k otázce č. 12 – Myslíte, že jste Vy náchylní k propuknutí syndromu vyhoření

Výsledky jsou zase poměrně těsné. Ve FNKV si myslí 64% respondentek, že jsou náchylné k syndromu vyhoření. V ONN je tomu tak u 59% respondentek. To je víc než polovina a ve FNKV je to ještě o 5% více než v ONN. V teoretické části jsem se zabývala osobnostmi, které jsou více náchylné k syndromu vyhoření a které méně (viz. Kap. 2.2). Honzák (2015) k tomu dodává, že je dobré poznat sám sebe a vědět, jaké vlastnosti u mě převládají. Díky této otázce se sestry měly možnost zamyslet samy nad sebou a zhodnotit svoji situaci. Výsledky ukazují, že více než polovina sester v obou nemocnicích si je vědoma rizika syndromu vyhoření u své osoby.

Pro srovnání uvádím bakalářskou práci, kterou zpracovala Procházková (2013), kde zkoumá riziko vzniku syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Motol. Cílem bylo porovnat pracoviště stejného typu, ale různého zaměření (děti nebo dospělí). Je to jiné zaměření, než moje práce, byli srovnáváni pracovníci různého zaměření v téže nemocnici. Z výsledků tohoto výzkumu vyplynulo vyšší riziko vzniku vyhoření u pracovníků na pracovištích pro dospělé – 55,25%, u dětí to bylo 44,75%.

Poslední otázkou, která se zabývá syndromem vyhoření jako takovým, je otázka č. 14. Výsledky ukazují následující grafy:



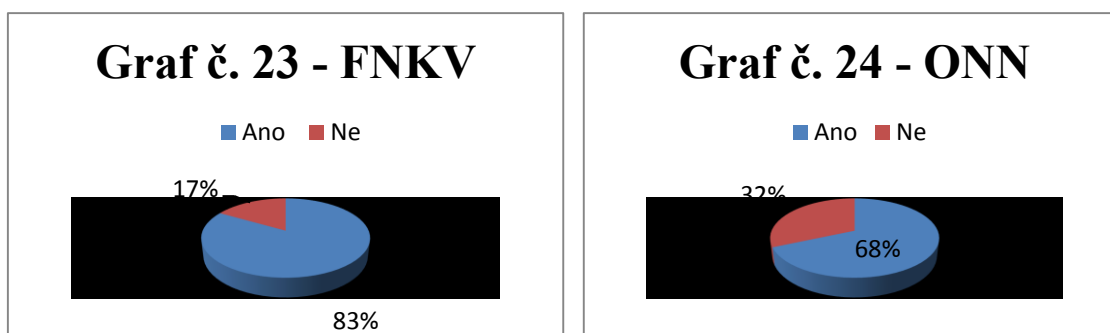
Graf č. 21 a Graf č. 22 - vztahují se k otázce č. 14: Myslíte si, že syndromem vyhoření jsou ohroženi jen určité typy lidí?

Výsledky této otázky už tak jednoznačné nejsou. Ve FNKV si 39% dotázaných myslí, že jsou syndromem vyhoření ohroženi pouze určité typy lidí. 54% respondentek si myslí, že nikoliv. A 7% odpovědělo, že neví. V ONN odpovědělo 56% dotázaných, že ano

a 31%, že ne. 13% se vyjádřilo neutrálně. Tady je vidět rozdílný pohled na situaci v obou nemocnicích. Tento výsledek mě překvapil, čekala bych větší převahu kladných odpovědí ve FNKV, i když 39% také není málo. V ONN bych čekala opak vzhledem k předchozím výsledkům a pravděpodobně menší informovanosti sester v náchodské nemocnici. Výsledky této otázky lze interpretovat i opačně. Předpoklad mnoha lidí je, že syndrom vyhoření může vzniknout jen u určitých lidí, mně se to přece stát nemůže, proto potom tito lidé nedělají nic v prevenci. Menší počet kladných odpovědí lze tedy chápat jako zralejší postoj těchto sester. Tento dvojí náhled vychází z určité nejasnosti samotné otázky. Již několikrát jsem zmínila (viz výše), že to, jestli člověk vyhoří nebo ne, závisí hodně na nastavení jeho osobnosti. Raisová (2017) ještě přidává psychický stav a odolnost v zátěži, zvládací strategie, schopnost relaxovat, životní podmínky, míra informovanosti o syndromu vyhoření. (přednáška, 2017).

5.1.3 Podhypotéza č. 3

Další otázka navazuje na otázku předchozí, protože těch, kteří odpověděli ano (tedy, že jsou náchylní k syndromu vyhoření), se ptám, zda něco vědomě dělají proto, aby u nich syndrom vyhoření nepropukl. Otázka se také vztahuje k podhypotéze, která tvrdí, že sestry nemají čas se zabývat syndromem vyhoření. Výsledky:



Graf č. 23 a Graf č. 24 – vztahují se k otázce č. 13: Pokud jste odpověděli ano, děláte něco pro to, aby u Vás tento syndrom nepropukl?

A) Ano

B) Ne, protože nemám čas toto téma řešit, jsou důležitější věci

Ve FNKV 83% respondentek odpovědělo ano, tedy, že něco dělá v prevenci syndromu vyhoření. Pouze 17% odpovědělo, že nemají čas toto řešit. V ONN odpovědělo ano 68% a 32% dotázaných odpovědělo záporně. Větší procento záporných odpovědí

v ONN zase opět možná souvisí s menší informovaností tamních sester o závažnosti „burnoutu“, ovšem v obou nemocnicích vévodí odpověď kladná. Je vidět, že sestry se snaží být v prevenci SV aktivní, ale z této otázky nepoznáme, co přesně pro to dělají. Jejich snaha může být nedostatečná a vůbec nemusí mít na vznik syndromu vyhoření vliv. Vyplývá to z nevhodně zvolené otázky. Ve vztahu k dané podhypotéze výsledky ukazují, že menší procento sester obou nemocnic uvedlo, že nemají čas toto téma řešit.

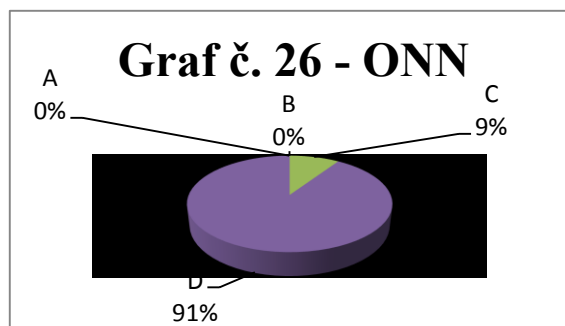
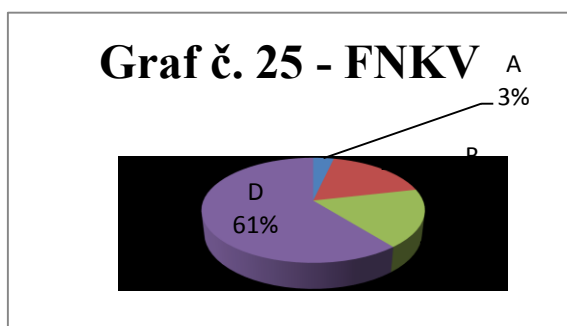
Pro srovnání zde uvádím práci, která se zabývá prevencí syndromu vyhoření u sester a zpracovala ji Kosáková (2013). Jako metody prevence uvedla komunikační dovednosti, asertivní chování, psychoterapii. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se na sledovaných pracovištích vytváří prostor pro prevenci syndromu vyhoření a zjistit postoj sester k prevenci syndromu vyhoření. Zjistila větší zátěž a riziko vzniku u sester na JIP, zvýšená zátěž u mladých sester, ale v závěru píše, že se z tohoto výzkumu nedají vyvozovat jednoznačné výsledky.

5.2 Hypotéza č. 2

Druhá stanovená hypotéza se týká supervize, konkrétně, že pro sestry je supervize z různých důvodů nepřístupná. K této hypotéze patří 3 podhypotézy, k nimž se vztahují otázky 15, 16, 17 a 18.

5.2.1 Podhypotéza 1

Otázka č. 15 zjišťuje, jestli nemocnice poskytují supervizi a pokud ano, jestli ji respondentky navštěvují či nikoliv. Výsledky ukazují následující grafy:



Graf č. 25 a Graf č. 26 – vztahují se k otázce č. 15: Možnou strategií v prevenci syndromu vyhoření je supervize, což je proces zaměřený na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní činností. Nabízí tuto metodu Vaše nemocnice?

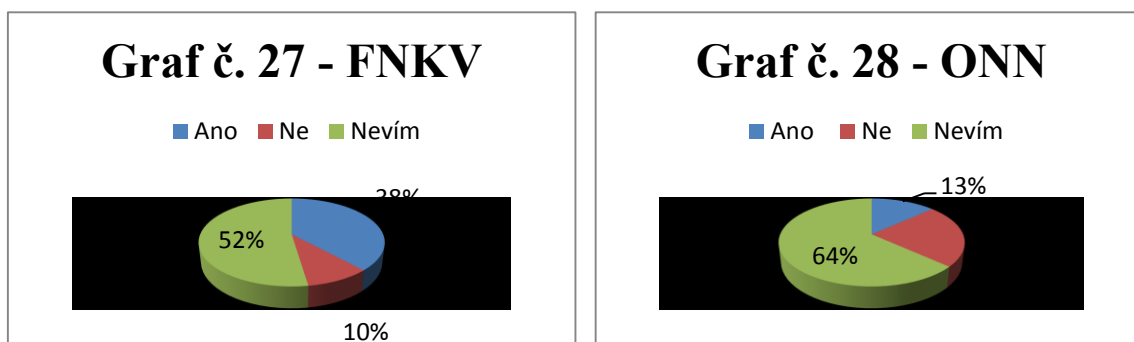
- A) Ano, chodit tam je povinné
- B) Ano, ale nechodím tam, je to ztráta času
- C) Ano, ale nic mi to nepřináší
- D) Ne, taková možnost v nemocnici vůbec není

Zhodnocení výsledků. Ve FNKV pouze 3% respondentek odpovědělo, že chodit na supervizi je povinné. 18% odpovědělo, že nemocnice supervize pořádá, ale nechodí tam. Stejně 18% dotázaných odpovědělo, že tam chodí, ale nic jim to nepřináší. A nejvíce odpovědí bylo záporných – 61%, tedy, že v nemocnici taková možnost vůbec není. Zde vidím trochu rozpor, neboť celkem 36% dotázaných sester z jedné nemocnice odpovědělo, že supervize v nemocnici je a 61% odpovědělo, že není. Jak je možné, že někdo o supervizi ví a jiný ne? Napadají mne dvě možnosti. Buď je to tak, že se opět sestry na oddělení dozvídají informace od staniční nebo vrchní sestry a pokud ona usoudí, že supervizi na jejich oddělení nepotřebují, informace o tom, že probíhá, se k sestřím jednoduše nedostanou. Druhou možností je, že daná klinika si supervizi zajistí sama jenom pro své sestry. V ONN je situace zase úplně jiná. Tam 91% respondentek odpovědělo záporně a pouze 9% odpovědělo, že ano, supervize v nemocnici je, ale nic jim to nepřináší. Další dvě možnosti byly bez odpovědi. Dá se tedy předpokládat, že v ONN opravdu žádná supervize neprobíhá a že to není kvůli tomu, že by se informace k sestřím nedostaly. Když jsem ověřovala informace o supervizi u vedení nemocnic, zjistila jsem, že v náchodské nemocnici nemají supervizi jako takovou, ale že zde funguje psychoterapeutická pomoc pro zaměstnance. Funguje to tak, že psychoterapeutka průběžně obchází různá oddělení a zjišťuje, zda někde nemají nějaký problém, který by chtěli řešit. Pokud ano, udělají jakousi poradou nebo provozní schůzi, kde se tento problém s psychoterapeutkou řeší. Jednou za měsíc se psychoterapeutka sejde s náměstkyní ošetrovatelské i léčebné péče, aby vše prodiskutovaly společně a reflektovaly nalezené problémy. Pokud někdo ze zaměstnanců projeví zájem řešit něco soukromě, je možno se objednat na individuální sezení. Toto samozřejmě má nemocnice ošetřeno tak, aby tato forma pomoci probíhala diskrétně. Ve FNKV supervize pro sestry neprobíhá, pouze pro dobrovolníky a sociální pracovníky.

Mám ale informace od vrchní sestry jedné kliniky, že supervizi zkoušeli zavést jenom v rámci kliniky. To se ale nezdařilo a supervize byla ukončena. Důvody, proč to nefungovalo, zmiňuji v teoretické části v kapitole o supervizi. (viz kap. 3.1)

5.2.2 Podhypotéza 2

Další otázka navazuje na předchozí a zjišťuje, u toho kdo odpověděl záporně, zda si myslí, že by tato metoda mohla pomoci a zda by jí navštěvovali. Výsledky jsou opět graficky znázorněny:



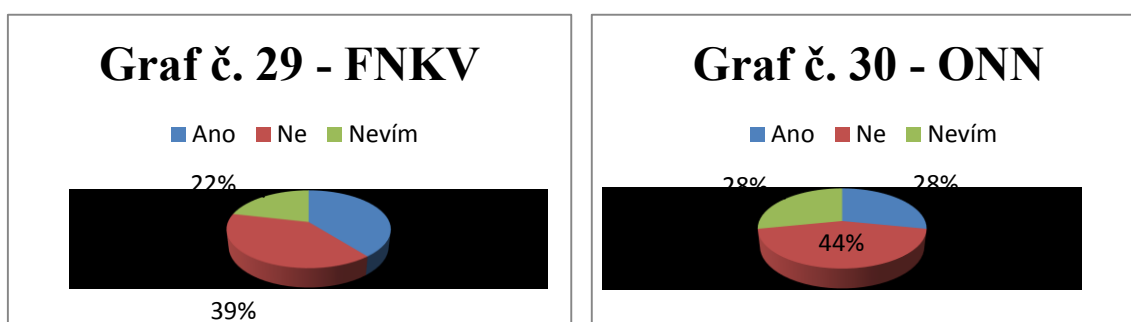
Graf č. 27 a Graf č. 28 – vztahují se k otázce č. 16: Pokud ne, myslíte si, že by tato metoda mohla zdravotníkům pomoci a kdyby byla možnost, navštěvovali byste jí?

Ve FNKV až 38% sester odpovědělo kladně, tedy si myslí, že by supervize mohla pomoci a navštěvovaly by jí. To je docela dobrý výsledek. Ovšem v ONN to zase tak slavné nebylo, kladně odpovědělo pouze 13% respondentek. I když této otázce v obou nemocnicích vévodí odpověď nevím. Ve FNKV je to 52% a v ONN ještě více, a to 64% dotázaných. Výsledky této otázky potvrdily jisté rozpaky, které jsou ze strany zdravotníků vůči supervizi časté. Vyloženě záporně odpovědělo v ONN 23%, což je docela dost a ve FNKV pouze 10%. Z výsledků této otázky je ve finále „cítit“ jistá skepse a nedůvěra k supervizi, kterou já osobně vnímám velmi často, když na toto téma například narazíme s kolegyněmi v práci. Když jsem hledala nějaké informace na internetu, jestli mají sestry se supervizí zkušenost, narazila jsem na bakalářskou práci, kterou napsala Krainová (2012) a která zkoumá, jaké mají sestry v manažerských pozicích zkušenosti se supervizí a zda v ní vidí přínos. Názory se různily, autorka v závěru práce uvádí doslovné názory sester, tak, jak je napsaly do dotazníku. Vybírám některé, které se více opakovaly. Objevily se názory, že supervize je u nás zatím v plenkách a že se neumí provádět dobře a efektivně a kdyby se

„to umělo“, určitě by byla přínosná a nápomocná pro sestry. Další názory: je drahá, ale určitě přínosná, je potřebná, ale pro oblast zdravotnictví nedosažitelná. Byly tam i názory opačné, že v praxi nepomůže, že sestry ji vnímají jako další kontrolu (audit) nebo někteří respondenti s tím neměli žádnou zkušenost, takže nevěděli, jak odpovědět. (Krainová, 2012, s. 40) Z těchto názorů vrchních a staničních sester, pro které byl tento výzkum určen, soudím, že ji vnímají velmi pozitivně, jsou otevřeny změně tohoto rázu, ale zde je možno souhlasit s Venglářovou (2011, viz výše), že nevědí, jak ji do zdravotnictví (do ošetřovatelství) zavést, aby se nemocnicím vyplatila a měla pozitivní efekt.

5.2.3 Podhypotéza 3

K této podhypotéze se vztahují otázky 17 a 18. Výsledky jsou opět znázorněny graficky. Otázka č. 17:

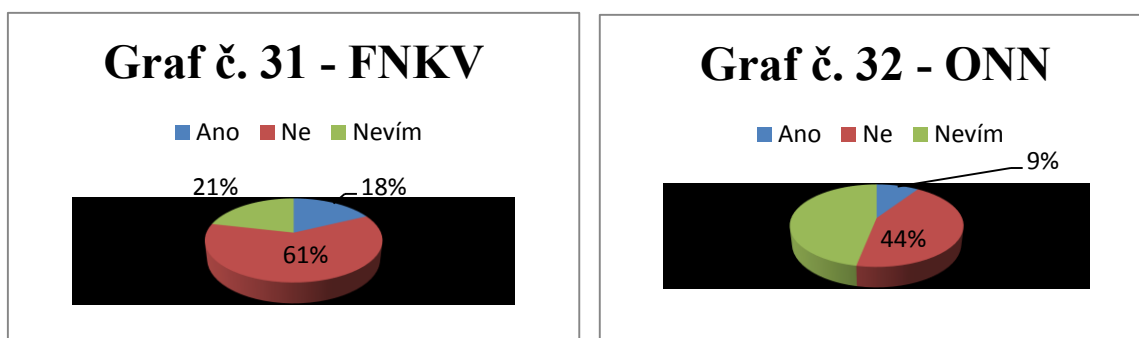


Graf č. 29 a Graf č. 30 – vztahují se k otázce č. 17: Myslíte si, že supervize je forma kontroly Vašimi nadřízenými?

Výsledky této otázky mne velmi překvapily, protože jsou hodně těsné, nejednoznačné. 39% dotázaných ve FNKV si myslí, že supervize je kontrola a stejné procento si myslí, že to kontrola není. 22% respondentek odpovědělo Nevím. V ONN se zase shodují odpovědi Ano a Nevím – odpovědělo shodné množství dotázaných, a to 28%. Záporně odpovědělo 44%, tedy, že supervize není kontrola nadřízenými. To mě překvapilo, že v náhodské nemocnici tolik sester vyvrací stanovenou podhypotézu. Ale obecně z těchto výsledků vnímám určitý „chaos“ a nejednotnost na toto téma. Někdo si myslí, že to kontrola je, jiný zase, že není. Ale podle mého názoru většina sester vlastně moc neví, pokud to nezkusily anebo neměly dobrou zkušenost, jak má správně supervize vypadat. Jak zjišťuji z výsledků svého výzkumu a z dostupných zdrojů, které nacházím, je

velkou neznámou, jak supervizi v nemocnicích zavádět. Venglářová (2011) také ve svém článku zmínila, že jednou z překážek zavádění supervize jako něčeho nového, nějaké změny, ve velkých nemocnicích je také to, že sestry těchto změn zažívají hodně, protože nemocnice se akreditují, probíhají různé audity a kontroly. Proto se domnívám, že z toho může pramenit strach sester ze změny, že se zase zavádí něco nového, zase se „mě budou na něco ptát...“, což potom může vést k negativnímu postoji k supervizi, přitom se jedná úplně o něco odlišného. Z vlastní zkušenosti vím, jak jsou audity a různé akreditace pro sestry běžně pracující v provozu nepříjemné. Zvyšují už tak velký stres, a to rozhodně nepřispívá k dobré a vyrovnané atmosféře na pracovišti. Možná zde je ten důvod, proč se náchodské sestry v 44% shodují, že to kontrola není. Pravděpodobně se supervizí nemají moc zkušeností, ale také tam nemají tak časté audity a akreditace, i když mají také některá oddělení akreditována.

Výsledky otázky č. 18:



Graf č. 31 a Graf č. 32 – vztahují se k otázce č. 18: Na supervizi byste se stejně nijak neprojeví, protože byste se báli, že by Vám to způsobilo ještě větší problém na pracovišti.

Výsledky jsou opět překvapivé, hlavně ve FNKV, kde 61% dotázaných sester odpovědělo záporně, tedy, že by se na supervizi nebály projevit. Pouze 18% respondentek odpovědělo Ano a 21% sester neví. V ONN 44% odpovědělo záporně, 47% dotázaných neví a pouze 9% odpovědělo Ano. Dá se tedy říci, že více než polovina dotázaných ve FNKV by se nebála se na supervizi projevit, aby z toho neměla ještě větší problém na pracovišti. To je povzbudivé zjištění, protože pokud by se do této nemocnice supervize zavedla a byla by kvalitní, sestry by to dle mého názoru ocenily a patřičně by to reflektovaly. Na druhou stranu to mohou být pouze jejich domněnky, protože reálnou

zkušenost se supervizí často nemají. Otázkou také je, zda by dotázané sestry, které by se nebály projevit, dokázaly reflektovat svoje vlastní emoce a prožitky vůči pacientům, kolegům (spíše kolegyním) a v neposlední řadě také vůči sobě. Reflektovat svoje vlastní emoce, mluvit o tom a sdílet je se svými kolegy, není vůbec jednoduché. Proto obavy sester a nedůvěru v supervizi chápu. Je důležité sestrám vše vysvětlit a dobře supervizi uchopit. Zde opět poukazuji na problémy se supervizí dle Venglářové, která uvádí, že pokud už supervize v nemocnici probíhá, sestry se moc nezapojují nebo odvádějí diskuzi od citlivých témat na jiná. (Venglářová, 2011)

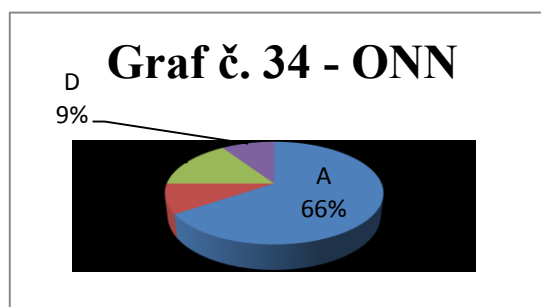
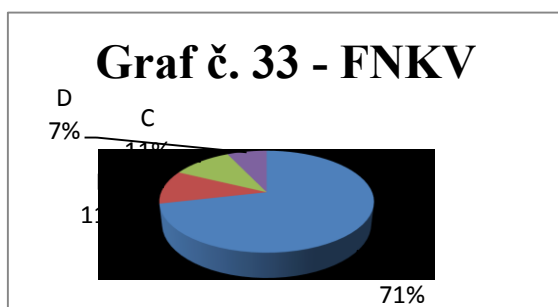
5.3 Hypotéza č. 3

Poslední část dotazníku je zaměřena na to, jak sestry tráví volný čas a zda používají nějaké relaxační techniky jako prevenci syndromu vyhoření. Stanovila jsem dvě podhypotézy. K podhypotéze č. 1 se vztahují otázky č. 19, 20, 21 a 22. K podhypotéze č. 2 patří poslední otázka č. 23

5.3.1 Podhypotéza 1

Výsledky otázek vztahujících se k této podhypotéze:

Otázka č. 19 zjišťuje, jak sestry tráví nejčastěji volný čas. Bylo žádoucí, aby respondentky odpověděly jednou odpovědí, která opravdu nejvíce vystihuje náplň jejich volného času. Výsledky jsem opět graficky znázornila:



Graf č. 33 a Graf č. 34 – vztahují se k otázce č. 19: Jak nejčastěji trávíte volný čas? (Vyberte jednu odpověď)

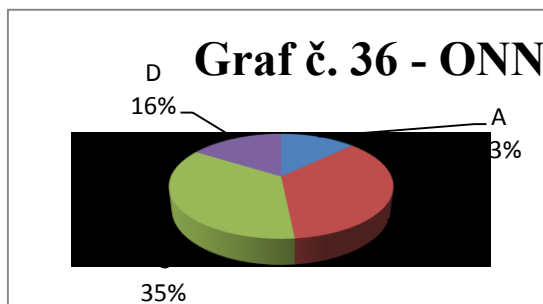
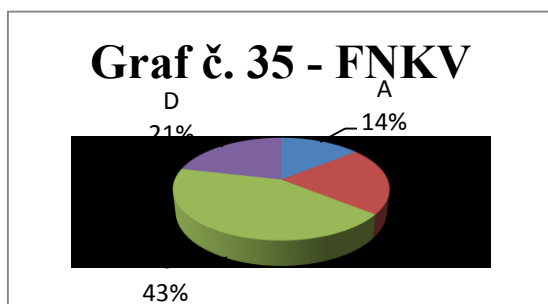
- A) S rodinou, přáteli
- B) Sportuji, jaké sporty....
- C) V přírodě

D) Volný čas skoro vůbec nemám, a když už ano, musím pořád myslet na práci, nedokážu vypnout

U odpovědi B mohly respondentky vyplnit sporty, které provozují. Na tuto otázku odpovědělo ve FNKV 11%. Uvedly tyto sporty: běh, procházky, plavání, turistiku, kolo. V ONN za B odpovědělo 9%. Zde se objevovaly sporty jako cyklistika, aerobick, bosu, jumping, procházky. Odpověď, že tráví nejvíce volného času v přírodě, uvedlo ve FNKV 11% a v ONN 16% dotázaných. Naštěstí nejméně odpovědí měla možnost za D, tedy, že nemají vůbec volný čas anebo že nemohou přestat myslet na práci. Uvedlo to pouze malé procento sester v obou nemocnicích, a to konkrétně 7% ve FNKV a 9% v ONN. Ideální by bylo, kdyby tuto možnost nezaškrtl vůbec nikdo. S rodinou a přáteli, tedy možnost A, vyplnilo ve FNKV 71% dotázaných a v ONN 66% sester. To je více než polovina v obou nemocnicích. V dotazníku bylo napsáno, aby respondenti vyplnili pouze jednu odpověď, tedy tu, která je vystihuje nejvíce. Některé sestry ale dělají více zadaných aktivit nebo ještě jiné, které na výběr nebyly. Z tohoto důvodu je otázka zkrácena.

Je velmi hezké, že sestry mají blízké, se kterými tráví nejčastěji volný čas. Ovšem znamená nejčastěji také nejraději? Je určitě dobré mít někoho blízkého, ať už je to manžel nebo dobrá kamarádka, kterému se můžeme svěřit se svým problémem, třeba i pracovním. Může nám nabídnout jakýsi náhled zvenčí a pomůže nám také to, že na svoje problémy nejsme sami. Ovšem někdy jsme se svými blízkými hodně často, musíme se postarat o chod domácnosti, o děti (škola, školka, kroužky), popř. o manžela. Samozřejmě, že to děláme rády, ale pokud nemáme moc čas na sebe samotné, mohou z nás naopak naši blízcí energii „vysávat“ a my ji nemáme kde brát. Proto si myslím, že někdy je dobré věnovat čas sama sobě, uvědomit si svoji podstatu, svoji hodnotu, pochválit se, hýčkat se. Dovolit si chvíli myslet jenom na sebe. Toto zní možná jako bych čtenáře nabádala k egoismu nebo narcismu, ale to opravdu není mým úmyslem. Právě naopak. Také Honzák sdílí tento názor a ve své příručce pro sestry (2015) uvádí vystihující citát H. S. Sullivana: „Kdo se neumí postarat o sebe, nebude se umět pořádně postarat o druhé“.

Otázka č. 20 je již zaměřená na relaxační techniky a konkrétně zjišťuje, zda respondentky mají nějaké informace o józe a jejích pozitivních účincích na organismus. Výsledky opět ukazují následující grafy:



Graf č. 35 a Graf č. 36 – vztahují se k otázce č. 20: Víte, že pravidelné cvičení jógy blahodárně působí na tělo i mysl a velmi pozitivně působí na psychiku? Možnosti:

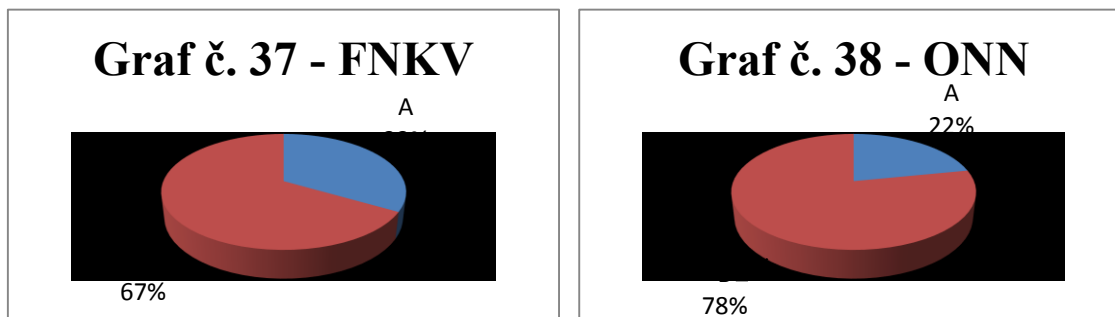
- A) Ano, jógu cvičím
- B) Ano, ale mám radši jiný druh cvičení, uveďte jaký.....
- C) Ne, nepřemýšlela jsem o tom
- D) Ne, nepotřebuji to, cítím se dobře a fit

Ve FNKV i v ONN nejméně odpovědí získala možnost za A, tedy že respondentky jógu cvičí a znají její účinky. Málo odpovědí jsem čekala, ale jsem ráda, že se aspoň nějaké sestry najdou, které jógu cvičí. Odpověď za B označuje možnost, že sestry o józe vědí, ale samy provozují jiný druh cvičení. Mohly uvést konkrétně jaké cvičení. Ve FNKV takto odpovědělo 22% dotázaných a objevily se tyto sporty: aerobic, kalanetika, kolečkové brusle, basketbal, posilovna, taneční cvičení, procházky. V ONN to bylo 36% a sporty byly vesměs podobné, převládá aerobic (3x), bosu, jumping, kolektivní sporty, posilování, cyklistika, běh, volejbal. Otázkou je, zda tyto sporty sestry provozují jen proto, že je to baví nebo v tom vidí hlubší záměr odreagování se, odproštění se od myšlenek na práci a zklidnění mysli. To může nabídnout právě jóga, a proto si myslím, že by mohla být účinná v prevenci syndromu vyhoření u zdravotních sester. Jóga se zbývá v teoretické části v kapitole věnované relaxačním technikám (viz. Kap. 3.2.3)

Ve FNKV až 43% sester uvedlo možnost C, tedy že nad tím nepřemýšlely. To mne překvapilo, protože v ONN takto odpovědělo 35%, tedy méně než ve FNKV. Spíše bych to čekala obráceně. 21% dotázaných ve FNKV a 16% v ONN se cítí fit a nepotřebuje žádnou fyzickou ani psychickou podporu. Jedna respondentka v ONN tuto odpověď nevyplnila.

Další otázka, která se vztahuje k této hypotéze, je otázka č. 21. Ta už zjišťuje, zda sestry používají cíleně k uvolnění napětí nějaké relaxační techniky. To znamená, že si u

sebe uvědomují potřebu nějak se zklidnit nebo naopak vybit přebytečnou energii, laicky řečeno „vyčistit si hlavu“. Každý pro to samozřejmě potřebuje něco jiného a dle svého temperamentu vyhledává buď klidnější, nebo naopak dynamické aktivity. Výsledky jsou opět znázorněny graficky:



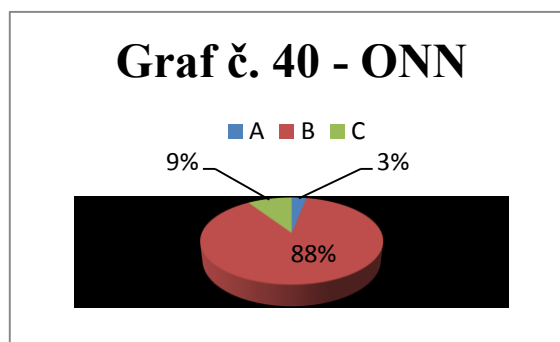
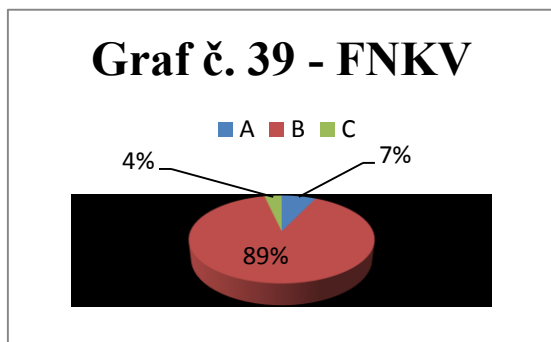
Graf č. 37 a Graf č. 38 – vztahují se k otázce č. 21: Používáte k uvolnění napětí nějaký druh relaxačních technik?

- A) Ano, uveďte jaké...
- B) Ne, nepotřebuji to

Odpovědi na tuto otázku jsou více než jednoznačné. 67% sester z FNKV odpovědělo záporně, tedy, že nepoužívají relaxační techniky k uvolnění napětí, protože to nepotřebují. V ONN to bylo ještě více, a to 78%. U odpovědi A, kterou zvolilo ve FNKV 33% dotázaných, bylo možné doplnit konkrétní metodu relaxace. Respondentky uvedly např. hudbu (3x), dechové cvičení (2x), četbu, saunu, spánek, bylinkové kapky a jedna respondentka uvedla naam jógu. V ONN vybralo tuto odpověď 22% sester a u nich se objevily metody jako procházka, sport (2x), zahrada, autogenní trénink, meditace (2x). Přestože většina sester odpověděla záporně, což jsem předpokládala ve své hypotéze, tak přece jenom některé sestry cíleně používají relaxační metody k uvolnění napětí. Mile mne překvapilo, že se v dotazníku náhodských sester objevila meditace a autogenní trénink. Jedna respondentka ve FNKV tuto odpověď nevyplnila.

Poslední dvě otázky dotazníku se zaměřují na meditaci. Konkrétně zda respondentky někdy o meditaci slyšely nebo s ní mají nějakou zkušenost a testuje jejich mínění o této ne moc rozšířené relaxační metodě v prevenci syndromu vyhoření.

Výsledky otázky č. 22:



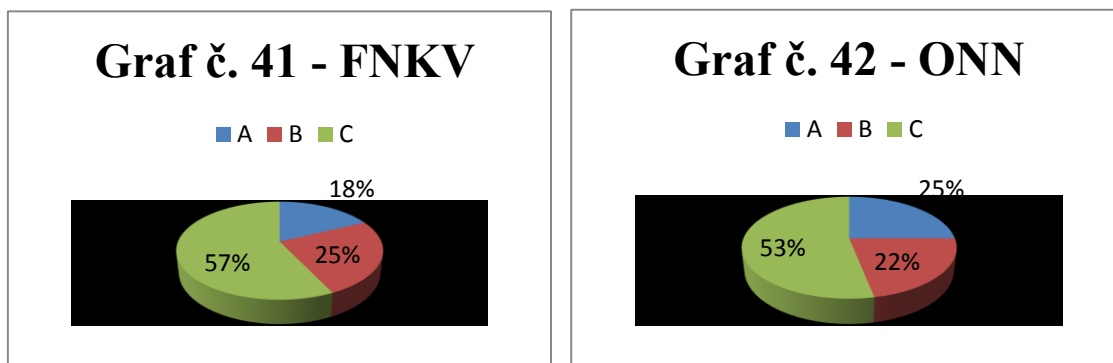
Graf č. 39 a Graf č. 40 – vztahují se k otázce č. 22: Slyšeli jste o meditaci nebo o tzv. „mindfulness“ technikách?

- A) Ano, zkusel/a jsem to a pomohlo mi to
- B) Ne, neslyšela jsem o tom
- C) Ano, přijde mi to zajímavé a chtěl/a bych to vyzkoušet

Na tuto otázku v obou nemocnicích odpověděly respondentky přibližně stejně. Převážná většina o meditaci neslyšela, tedy vlastně neví, co to vlastně je. Pár sester z obou nemocnic to již zkusily a měly pozitivní zkušenost (ve FNKV 7% a v ONN pouze 3%). A několik sester o tom již slyšelo a rády by to vyzkoušely. (FNKV 4% a ONN 9%). Čísla jsou to malá, jak jsem předpokládala, ale když to sečteme, tak ve FNKV 11% sester přijde meditace zajímavá a prospěšná. V ONN je to 12%. Výsledek mě celkem potěšil, hlavně tedy v náhodské nemocnici, kde bych předpokládala ještě nižší číslo, ne-li nulové. Přece jenom si myslím, že k těmto „alternativním“ metodám mají možnost snáze se dostat lidé, kteří bydlí ve větších městech. Hlavně tedy v Praze, když se lidé o toto téma začnou více zajímat, mohou nalézt velmi zajímavé odkazy a místa, kde se meditace provádí.

5.3.2 Podhypotéza 2

Jako poslední podhypotézu jsem stanovila, že sestry nevědí, že by jim pravidelná meditace mohla pomoci v prevenci syndromu vyhoření. K této podhypotéze se vztahuje poslední otázka č. 23. Výsledky ukazují poslední grafy:



Graf č. 41 a Graf č. 42 – vztahují se k otázce č. 23: Myslíte si, že by mohla pravidelná meditace pomoci v prevenci syndromu vyhoření a při zvládnání stresových situací ve Vašem zaměstnání?

- A) Ano
- B) Ne, vůbec těmto „alternativním“ metodám nevěřím
- C) Nevím, nemám s tím žádnou zkušenost

Největší procento odpovědí v obou nemocnicích získala odpověď za C, tedy že respondentky s meditací nemají žádnou zkušenost, tudíž nevědí, zda by mohla v prevenci syndromu vyhoření pomoci. Skoro stejný počet v obou nemocnicích byl i u odpovědi za B, že těmto alternativním metodám nevěří. 25% (FNKV) a 22% (ONN) není tak hrozné číslo, čekala jsem tuto odpověď vícekrát, neboť moje osobní zkušenost taková je (viz výše). Na druhou stranu, kladná odpověď, tedy že si myslí, že by to pomoci mohlo, má také své zástupkyně v obou nemocnicích. Ve FNKV je to 18% a v ONN dokonce 25%. To nejsou úplně zanedbatelné výsledky, z čehož mám radost.

5.4 Diskuze a interpretace výsledků

Ve své práci jsem se zaměřila na syndrom vyhoření a možné strategie používané v prevenci u zdravotních sester dvou nemocnic, a to ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a Oblastní nemocnici Náchod. Tyto dvě pracoviště jsem zvolila z důvodu srovnávání výsledků ve velké fakultní nemocnici s menší oblastní nemocnicí na východě Čech. Cílem bylo přinést poznatky z dotazníkového šetření zaměřeného na povědomí o syndromu vyhoření a o možnostech prevence, kdy mne zajímá názor sester na supervizi a na relaxační techniky jako účinné strategie v prevenci syndromu vyhoření. K provedení vlastního šetření byl vytvořen dotazník obsahující 23 otázek. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, návratnost byla 60 dotazníků, konkrétně tedy 28 dotazníků z FNKV a 32

z ONN. Pro tento výzkum jsem stanovila 3 hlavní hypotézy, které byly rozděleny ještě do několika podhypotéz.

Dotazník byl rozdělen do 3 částí. První část (otázky 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14) se týkala syndromu vyhoření a zkoumala, zda sestry přesně vědí, co tento pojem znamená a zda pociťují náchylnost k tomuto syndromu u sester obecně a u své vlastní osoby. Najít studie, které by byly podobné mému výzkumu, nebylo jednoduché, spíše jsem nacházela studentské práce, které se zabývají přímo rizikem vzniku syndromu vyhoření u zdravotních sester na různých odděleních. Některé práce uvádím v diskuzi u příslušných otázek.

Druhá část dotazníku byla zaměřena na supervizi jako na možnost prevence syndromu vyhoření. Vztahují se k ní otázky č 15, 16, 17 a 18. K tématu supervize ve zdravotnictví nebo v ošetrovatelství byly provedeny studie spíše v zahraničí. Zajímavá studie, která se zabývá vlivem supervize na syndrom vyhoření, byla provedena Edwardsem et al. (2006). Zkoumala vzorek 260 sester pracujících v komunitě pro oblast duševního zdraví. Byl použit dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) a Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS). Zjistilo se, že sestry, které měly pozitivní zkušenost se supervizí, udávaly mnohonásobně menší míru syndromu vyhoření. (Edwards et al., 2006) Starší studie byla provedena v roce 2001 ve Finsku a je součástí rozsáhlejšího výzkumu zacíleného na vliv supervize na kvalitu péče. Jde o kvalitativní výzkum a metodou byl skupinový rozhovor analyzovaný metodou fenomenografie. Probíhala skupinová supervize na pěti odděleních a cílem zjištění efektu supervize na kvalitu péče. Vliv supervize na kvalitu péče byl prokázán a supervize byla doporučena jako kvalitní intervence v sesterské praxi. (Hyrkäs, Paunonen-Ilmonen, 2001) Tyto studie dokazují, že v zahraničí mají se supervizí větší zkušenosti a že mají pozitivní výsledky. Ve své práci zjišťuji spíše, zda se sestry se supervizí setkaly na svém pracovišti, zda ve vybraných nemocnicích funguje a jaký mají na supervizi názor. V českém ošetrovatelství se supervize zatím zavádí a zkouší se její efektivita. Z literatury, vlastní zkušenosti a ostatně i z výsledků svého výzkumu vyplývá, že u nás zatím supervize u zdravotních sester v nemocnicích moc nefunguje. Zajímavým zjištěním ale je, že pokud by byla supervize zavedena dobře, sestry by ji uvítali. Usuzuji tak z výsledků své otázky č. 16, kdy ve FNKV 38% sester odpovědělo, že by supervize mohla pomoci v prevenci syndromu vyhoření, více procent ale měla odpověď nevím, a to 52%. A také z výsledků bakalářské práce Krainové (2012).

Třetí částí dotazníku jsou otázky na relaxační techniky (19, 20, 21, 22 a 23). Zjišťuje u sester, zda používají nějaké relaxační techniky a zda si myslí, že by tyto metody

mohly pomoci prevenci syndromu vyhoření. Studií, které by byly podobné mému výzkumu, jsem moc nenašla, spíše bylo provedeno mnoho výzkumů, které se zabývají těmito metodami v medicíně jako možnost podpůrné léčby některých somatických nemocí nebo psychických problémů. Články, které jsem našla v dostupných zdrojích nebo literatuře, uvádím postupně v textu.

Interpretace výsledků výzkumu: Diskuzi ke každé otázce uvádím vždy pod konkrétní otázkou, zde tedy pouze zhodnocení výsledků.

Hypotéza č. 1.

Pro to, aby sestry mohly vědomě pracovat na prevenci syndromu vyhoření, musí vědět, co tento stav znamená a měly by mít nějaké znalosti ze svých škol, které absolvovaly. Proto jsem zvolila k této hypotéze 3 podhypotézy.

K podhypotéze 1 se vztahují otázky č. 6, 8 a 9 a týkají se znalostí sester o syndromu vyhoření ze svých absolvovaných škol a poté na svých pracovištích. Otázka č. 9 zjišťuje, zda sestry přesně ví, co je syndrom vyhoření. Výsledky této otázky přinesly přibližně stejné zastoupení v obou nemocnicích, ovšem otázka je špatně formulovaná a výsledky jsou tedy zkresleny. Z výsledků dalších dvou otázek vyplývá větší informovanost sester ve FNKV, ale vzhledem ke zkresleným výsledkům nemůžeme jednoznačně říci, zda stanovená podhypotéza byla potvrzena nebo vyvrácena. Sestry nějaké informace mají, ale z výzkumu se bohužel nezjistilo (díky zkreslení otázky č. 9), na jaké úrovni tyto znalosti jsou.

Podhypotéza 2 obsahuje otázky č. 10, 11, 12 a 14. Výsledky otázky č. 10 jasně ukazují, že si sestry jsou dobře vědomy toho, že patří mezi rizikové profese pro vznik syndromu vyhoření (ve FNKV odpovědělo ano 100% dotázaných a v ONN 94%). Otázka č. 11 doplňuje toto tvrzení, protože na otázku, pokud si sestry mezi směny odpočinou, syndrom vyhoření u nich nehrozí, odpovědělo záporně ve FNKV 82% dotázaných a v ONN 66% (12% odpovědělo Nevím). Vyšší procento kladných odpovědí na otázku, zda jsou konkrétně dotazované sestry náchylné k vyhoření, bylo zaznamenáno v obou nemocnicích. V otázce č. 14 se odpovědi v obou nemocnicích lišily. Větší procento sester ve FNKV si nemyslí, že syndromem vyhoření jsou ohroženi jen určité typy lidí, kdežto v ONN si to naopak myslí 56% dotázaných. V diskuzi pod otázkou jsem zmínila dvojí pohled na výsledky této otázky a její nejasnost. Toto podhypotéza, že sestry nedostatečně pracují na prevenci syndromu vyhoření, protože si ho nepřipouští, myslím si, vzhledem k získaným výsledkům, může být vyvrácena.

K podhypotéze 3 se vztahuje otázka č. 13, která zjišťuje u respondentek, které odpověděly, že jsou náchylní k syndromu vyhoření, zda něco aktivně dělají v prevenci. Na výběr byly tyto odpovědi: a) Ano, b) ne, nemám čas to řešit, jsou důležitější věci. Menší procento sester v obou nemocnicích uvedlo, že nemají čas toto řešit. Ovšem otázka je opět hodně nejasná, viz diskuze výše. Proto zde o vyvrácení této podhypotézy nemůžeme přesvědčivě mluvit.

Hypotéza č. 2

Podhypotéza 1 říká, že supervize je pro sestry nepřístupná, protože ji nemocnice nenabízejí. K této podhypotéze se vztahuje otázka č. 15. Nejvíce odpovědí v obou nemocnicích získala možnost, že v nemocnici možnost supervize není. Proto stanovená podhypotéza může být tímto výzkumem potvrzena.

K pohypotéze 2 se vztahuje otázka č. 16, která zjišťuje, zda si sestry myslí, že by supervize mohla pomoci. Ve FNKV si 38% dotázaných sester myslí, že ano, ale 52% odpovědělo nevim. V ONN kladně odpovědělo pouze 13% dotázaných. Nevím odpovědělo 64%. Jak jsem již popsala u diskuze pod otázkou, výsledky jsou takové rozpačité, nejednoznačné. Myslím si ale, že spíše inklinují k potvrzení této stanovené podhypotézy.

Podhypotéza 3, tedy, že sestry si myslí, že supervize je forma kontroly nadřízenými i kolegů, je spojena s otázkami 17 a 18. Výsledky otázky č. 17 přinesly opět nejednoznačný výsledek. V náhodské nemocnici až 44% sester odpovědělo, že se o kontrolu nejedná, což bylo více než ve FNKV, kde takto odpovědělo 39%. Z těchto výsledků, podle mého názoru, nelze určit potvrzení nebo vyvrácení dané podhypotézy. Otázka č. 18 přinesla uspokojivější výsledky, a to, že 61% sester ve FNKV a 44% v ONN by se nebálo na supervizi projevit, aby neměli ještě větší problém na pracovišti. Otázka má ale jedno úskalí, které také zmiňuji v diskuzi. Mohou to být pouze domněnky těchto sester, protože reálnou zkušenost se supervizí často nemají. Proto si myslím, že ani u této otázky nemůžeme bohužel přesně určit vyvrácení nebo potvrzení stanovené podhypotézy.

Hypotéza č. 3

Poslední část otázek je věnována relaxačním technikám a zjišťuje, zda sestry používají tyto techniky cíleně jako prevenci syndromu vyhoření. Hypotéza předpokládá, že žádné techniky nepoužívají. Stanovila jsem ještě 2 podhypotézy, které předpokládají, že sestry metody neznají, nevěří jim a že nevědí, že by jim to mohlo pomoci právě v prevenci syndromu vyhoření.

U podhypotéza 1 se jedná se o poslední otázky č. 19, 20, 21 a 22. U otázky č. 19 uvedlo velké procento sester obou nemocnic možnost A, tedy že tráví volný čas s rodinou a přáteli. Byla zde i možnost zaškrtnout, že nemají vůbec volný čas a musejí pořád myslet na práci. Zde bylo naštěstí odpovědí nejméně. Otázka č. 20 je změřená na jógu a zjišťuje povědomí u sester o této technice. 22% ve FNKV uvedlo, že jógu znají, ale mají radši jiný druh cvičení, v ONN to bylo 36%. Nejvíce odpovědí ve FNKV bylo u odpovědi, že o tom nepřemýšleli. Konkrétnější už byla otázka č. 21, která zjišťuje, zda používají nějaké relaxační techniky k uvolnění napětí. Většina sester v obou nemocnicích, odpověděla záporně. Otázka č. 22 se zaměřuje na povědomí sester o meditaci. Většina sester z obou nemocnic odpověděla, že tuto metodu nezná. Stanovená podhypotéza předpokládající, že sestry tuto metodu neznají a ani jí nevěří, byla potvrzena.

Podhypotéza 2 předpokládá, že sestry nevědí, že by jim meditace mohla pomoci v prevenci syndromu vyhoření. Zahrnuje poslední otázku č. 23. V obou nemocnicích převládla odpověď, že nevědí, neboť s touto metodou nemají žádnou zkušenost. Podhypotéza byla tedy potvrzena. I přes to se ale našlo malé procento sester, které to již zkusily a zkušenost mají pozitivní. Za to jsem moc ráda a přála bych si, aby povědomí o těchto metodách a jejich účincích nadále stoupalo. Diskuze a zajímavé odkazy z vyhledaných zdrojů viz výše v textu.

Hodnocení celkových hypotéz:

Hypotéza č. 1 předpokládá, že sestry nedostatečně pracují na prevenci syndromu vyhoření. Podhypotézy potom předpokládají, proč tomu tak je. Vzhledem k nejasným a zkresleným výsledkům u podhypotéz se domnívám, že nelze přesně říci, zda stanovená hypotéza byla potvrzena či nikoliv. K tomu by bylo potřeba některé otázky v dotazníku upravit nebo přidat další otázky, které by byly pro výzkum výtěžné a kde by sestry mohly odpovídat více konkrétně.

Hypotéza č. 2 předpokládá, že supervize je z různých důvodů pro sestry nepřístupná. Tento předpoklad se, myslím si, podařilo potvrdit. Ovšem i v této části dotazníku byly otázky, které mohly být lépe formulované, aby mohly být i výsledky lépe zpracovatelné.

Hypotéza č. 3 předpokládá, že sestry nepoužívají žádné relaxační techniky a necvičí jógu. Tato hypotéza byla dle výsledků výzkumu také potvrzena. Přesto, jak jsem již zmínila výše, se našly sestry, které tyto metody již zkusily a některé relaxační techniky používají. Bylo jich ale opravdu zatím málo. Výsledky této části výzkumu byly dle mého

názoru nejvíce jasné a nejlépe interpretovatelné. Možná je to dáno tím, že otázky byly dobře a cíleně zvoleny nebo dotazované sestry mají na toto téma jasný a vyhraněný názor.

Zhodnocení celkového výzkumu: Zajímavá byla návratnost dotazníků. Z celkového počtu 80 rozdaných dotazníků se jich 60 vrátilo vyplněných. Jak jsem již uvedla výše, nejnižší návratnost byla na interních odděleních obou nemocnic. Důvodem může být fakt, že ho zde záměrně nevyplnili lidé, kteří prožívají nějaké fáze syndromu vyhoření. Dalším důvodem by mohlo být, že se na toto oddělení dostává hodně dotazníků s touto tematikou a respondenti již nechtějí dotazníky vyplňovat. Tento fakt může výsledky zkreslovat. Jak jsem již popsala v diskuzi u jednotlivých otázek, některé z nich nebyly zvoleny příliš dobře, a proto zkreslují výsledky výzkumu. (viz výše) Nepodařilo se mi zjistit, zda sestry opravdu ví, jak závažný je tento stav. Otázky na toto téma mohly být lépe zvoleny, mohlo jich být více a mnohdy mohly být konkrétnější. Proto se z první části výzkumu (syndrom vyhoření) nedají vyvozovat jednoznačné výsledky. Druhá část zaměřená na supervizi přinesla jasnější výsledky. Zjistila jsem, že v obou zvolených nemocnicích supervize pro sestry není (jak jsem zmínila výše, na jednom oddělení FNKV zkusili supervizi zavést, ale pokus selhal), takže názor většiny dotázaných sester na supervizi může být spíše založen na jejich domněnkách. Bylo by zajímavé provést výzkum tam, kde supervizi zavedenou mají a porovnat názory sester s reálnou zkušeností. Třetí část výzkumu zaměřená na relaxační techniky byla více vypovídající a z výsledků můžeme říci, že daná hypotéza byla potvrzena. Zajímavý by mohl být kvalitativní výzkum zaměřený na menší skupinu sester, například cvičících jógu ve Vinohradské nemocnici a zkoumat, zda má jóga vliv na jejich profesi zdravotní sestry.

6. ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda zdravotní sestry vědí, co je to syndrom vyhoření a že jsou rizikovou skupinou, která je tímto syndromem ohrožena a také, zda cíleně používají nějaké strategie v jeho prevenci, popřípadě jaké konkrétně. V teoretické části jsem se pokusila vysvětlit pojem syndrom vyhoření, jaké jsou jeho rizikové faktory a důsledky. Poté se zabývám možnými účinnými strategiemi, a to supervizí a relaxačními technikami. Ve výzkumné části mne zajímal názor sester právě na tyto dvě odlišné metody, zda je využívají a zda jim pomáhají.

Výzkumná část přinesla zajímavé výsledky, mnohdy překvapivé, jindy zase očekávané, tzn., že došlo k potvrzení stanovených hypotéz. Ovšem některé otázky nebyly dobře zvoleny a měly omezené možnosti odpovědí, tím byl výzkum zkreslen. Byly srovnávány odpovědi sester z vybraných oddělení Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Oblastní nemocnice v Náchodě. Tedy šlo o „kontrast“ velké fakultní nemocnice a menší nemocnice krajské. V některých otázkách se tento velikostí rozdíl projevil, v jiných zase naopak. Oddělení byla vybrána na základě náročnosti v péči o nemocné a nebyla stejná v obou nemocnicích.

Z výsledků výzkumu vnímám, že sestry samy sebe vnímají jako ohrožené syndromem vyhoření. Supervizi, jako metodu v prevenci syndromu vyhoření by uvítaly, kdyby byla lépe zorganizovaná a byl by zde kvalitní supervizor, jinak ji považují za neefektivní. Zkušenost s relaxačními technikami uvedenými v teoretické části, má jenom velmi malé procento sester. V odpovědích uváděly spíše různé sporty, procházky, chvíle s rodinou a přáteli, což jsou také činnosti, které mohou pomoci nedopracovat se až do stavu syndromu vyhoření.

Bylo vytvořeno hodně bakalářských nebo magisterských prací na téma syndrom vyhoření a jeho prevence. Je to důkaz toho, že toto téma je stále aktuální, ne-li čím dál tím aktuálnější. Sestry se snaží získávat informace, nejenom pro sebe, ale chtějí je předávat dál. I já bych si přála, aby se o toto téma zajímalo více sester a bylo ochotno se sebou pracovat. Může se zdát, že když na sobě chceme nebo musíme pracovat, je s námi něco špatně a například se za to stydíme. Dle mého názoru, opak je pravdou. To, že se rozhodneme pro osobní růst, nás může posunout dál, můžeme objevit nové možnosti, nová řešení, nové přátele, můžeme jenom získat a ještě tím pomůžeme ostatním, třeba našim pacientům, kteří nám za náš přístup budou vděční.

Na téma supervize v ošetrovatelství jsem v česky dostupných zdrojích nenašla žádné studie nebo výzkumy, jenom opět několik málo studentských prací. Spíše se jednalo o výzkumy, které se uskutečnily v zahraničí, hlavně tedy ve Velké Británii a severských zemích. Tam je supervize na mnohem větší úrovni a více se využívá i v sesterské profesi. Věřím, že v nedaleké budoucnosti se zvýší úroveň i v České republice a supervize si získá větší přízeň. Myslím si, že je zde vytvořeno celkem dobré „podhoubí“ v podobě sester, které by ji uvítaly, jen je potřeba dotáhnout rozjetý projekt do zdárného konce tím správným směrem.

Výzkumy a studie relaxačních technik jsou také převážně zahraniční, ale i v České republice jsou odborníci z řad zdravotníků, lékařů a psychologů, kteří se tím zabývají. Myslím si, že bude v budoucnu těchto studií přibývat a čím víc se bude zjišťovat jejich pozitivní efekt, budou moci být některé z těchto metod postupně zařazovány do léčebných programů různých potíží.

Na závěr své práce přidávám Desatero sester z anglických hospiců tak, jak ho uvádí Honzák (2015) v jedné ze svých knih o syndromu vyhoření:

- Buď sama k sobě laskavá a vlídná.
- Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne násilně měnit.
- Najdi si své „útočiště“ - místo klidu.
- Buď druhým oporou, neboj se je pochválit, nauč se to přijímat od nich.
- Uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci.
- Snaž se obměňovat své pracovní postupy a neupadnout do stereotypu.
- Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které tě ničí.
- Když jdeš domů, soustřeď se na dobré věci.
- Snaž se sama sebe posilovat a povzbuzovat.
- Využívej posilujících prvků přátelství.
- Ve volném čase nehovoř o práci.
- Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku.
- Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím“.
- Nauč se říkat NE; za co stojí každé tvé ANO, když nikdy neumíš říci NE.
- Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým je nebezpečnější, než připustit si myšlenku, že se nedá nic dělat.
- Raduj se, směj se a hraj si.

(Honzák, 2015, s. 217)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Ayers, S., de Visser, R., *Psychologie v medicíně*, Praha: Grada, 2015, ISBN: 978-80-247-5230-3

Křivohlavý, J., *Sestra a stres*, Praha: Grada, 2010, ISBN: 978-80-247-3149-0

Křivohlavý, J., Stres, In: *Psychologie zdraví*, Praha: Portál, 2001, ISBN: 80-7178-551-2

Maruna, P., Stres, In: Kofránek, J., Krijt, J., Maršálek, P., Mělková, Z., Nečas, E., Prokešová, L., Šimák, J., Šulc, K., Vokurka, M., *Obecná patologická fyziologie*, Praha: Karolinum, 2009, ISBN: 978-80-246-1688-9

Venglářová, M., Myšáková, L., Mahrová, G., Laštovica, M., *Sestry v nouzi*, Praha: Grada, 2011, ISBN: 978-80-247-3174-2

Honzák, R., Syndrom vyhoření, In: Jánáčková, L., *Základy zdravotnické psychologie*, Praha: Triton, 2008, ISBN: 978-80-7387-179-6

Lucká, Y., Koblí, L., Syndrom vyhoření, práce s ním a jeho prevence, In: Vodáčková a kol., *Krizová intervence*, Praha: Portál, 2002, ISBN: 80-7178-696-9

Mauer, M., Princip autonomie, In: Vácha, M., Konigová, R., Mauer, M., *Základy moderní lékařské etiky*, Praha: Portál, 2012, ISBN: 978-80-7367-780-0

Stock, Ch., *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*, Praha: Grada, 2010, ISBN: 978-80-247-3553-5

Ptáček, R., Raboch, J., Kebza, V. a kol., *Burnout syndrom jako mezioborový jev*, Praha: Grada, 2013, ISBN: 978-80-247-5114-6

Rush, M., *Syndrom vyhoření*, Praha: Návrat domů, 2003, ISBN: 80-7255-074-8

Honzák, R., *Svépomocná příručka sestry*, Praha: Galén, 2015, ISBN: 978-80-7492-142-1

Honzák, R., *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*, Praha: Vyšehrad, 2015, ISBN: 978-80-7429-552-2

Venglářová, M. a kol., *Supervize v ošetrovatelské praxi*, Praha: Grada, 2013, ISBN: 978-80-247-4082-9

Hawkins, P., Shonet, R., *Supervize v pomáhajících profesích*, Praha: Portál, 2004, ISBN: 80-7178-715-9

Čihák, R., *Anatomie 2*, Praha: Grada, 2002, str.234,235, ISBN: 80-247-0143-X

Knaisl, J., Knaislová, I., *Unijóga*, Praha: Pavel Dobrovský-BETA, 2007, ISBN: 978-80-7306-324-5

Salzbergerová, S., *Pravé štěstí – síla meditace*, Praha: Pavel Dobrovský-BETA, 2012, ISBN: 978-80-7306-489-1

Kraska-Ludecke, K., *Nejlepší techniky proti stresu*, Praha: Grada, 2007, ISBN: 978-80-247-1833-0

Kubicová, I., Aromaterapie, jóga, čakry..., *Jóga dnes*, 2016, str.78-79, ISSN: 1804-44840

Internetové zdroje:

Morální tíseň – nové téma etiky v ošetrovatelství [online], www.zdravi.euro.cz,
Heřmanová, J., Zvoníčková, M., Svobodová, H., 2010, dostupné z:
<http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/moralni-tisen-nove-tema-etiky-v-oseetrovatelstvi-449658>

Co je supervize [online], www.supervize.eu, Český institut pro supervizi, 2006, dostupné z:
<http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>

Yoga for anxiety and depression [online], www.health.harvard.edu, 2009, dostupné z:
<https://www.health.harvard.edu/mind-and-mood/yoga-for-anxiety-and-depression>

Co je všímavost [online], www.praveted.info, dostupné z:
http://www.praveted.info/co_je_mindfulness

Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness [online], www.ncbi.nlm.nih.gov, Arias AJ, et al. J Altern Complement Med. 2006. dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/17034289/>

Effects of Yoga on Stress, Stress Adaption, and Heart Rate Variability Among Mental Health Professionals-A Randomized Controlled Trial. [online], www.ncbi.nlm.nih.gov, Lin SL, et al. Worldviews Evid Based Nurs. 2015, dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/26220020/?i=1&from=yoga%20burn%20out>

Autogenní trénink – O metodě [online], www.autogennitrenink.cz, dostupné z:
<http://www.autogennitrenink.cz/o-metode/>

Aromaterapie si získává ve Francii stále větší oblibu [online], www.svetzdravotnictvi.cz,
ČTK, 2015, dostupné z: <http://www.svetzdravotnictvi.cz/aromaterapie-si-ziskava-ve-francii-stale-vetsi-oblibu-18687/>

Metody TCM [online], www.fnhk.cz, @Copyright 2011 FN HK, dostupné z:
<https://www.fnhk.cz/tcm/metody-tcm/metody-tcm>

MEDialogy: Alternativní medicína v Čechách [online], www.lf1.cuni.cz, © 2006 - 2017 Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, Poslední aktualizace: 17.3.2016, dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/medialogy-alternativni-medicina-v-cechach>

Dva dny se zdravotními sestrami: stres a únava [online], www.zpravy.idnes.cz, Jarošová, B., 2009, dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/dva-dny-se-zdravotnimi-sestrami-stres-a-unava-fay-/domaci.aspx?c=A090605_212840_domaci_abr

Jóga jako preventivní lék [online], www.novinky.cz, Veselý, P., 2017, dostupné z: <https://www.novinky.cz/zena/styl/426897-joga-jako-preventivni-lek.html>

Jde zavést supervizi do zdravotnických zařízení? [online], www.listy.supervize.eu, Venglářová, M., 2016, dostupné z: <http://listy.supervize.eu/temata/precetli-jsme-za-vas/jde-zavest-supervizi-do-zdravotnickych-zarizeni/>

Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. [online], www.ncbi.nlm.nih.gov, Edwards D, Burnard P, Hannigan B, Cooper L, Adams J, Juggessur T, Fothergil A, Coyle D., 2006, dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16879545>

The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. [online], www.ncbi.nlm.nih.gov, Hyrkäs, K, Paunonen-Ilmonen, M., 2001, dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11251737>

Practicus [online], 2014, č.1, ročník: 13, ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://www.practicus.eu/data/Practicus2014/practicus2014-01.pdf>

Studentské práce:

Krainová, J., *Supervize sester v nemocnicích ČR*, 2012, Olomouc, bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, vedoucí práce: Mgr. Jiřina Tučková

Procházková, K., *Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků*, 2013, Praha, bakalářská práce, Univerzita Karlova, vedoucí práce: Mgr. Hana Nikodemová

Kosáková, E., *Prevence syndromu vyhoření sester*, 2006, Hradec Králové, bakalářská práce, Univerzita Karlova, vedoucí práce: PhDr. Marie Rybářová

Přednáška PhDr. Raisové, Ph.D., *Syndrom vyhoření*, 2017

SEZNAM ZKRATEK

GIT – Gastrointestinální trakt

CRH – Corticotropin releasing hormone

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

3.LF UK – 3.lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MRI – Magnetická rezonance

TCM – Tradiční čínská medicína

FNKV – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

ONN – Oblastní nemocnice Náchod

EEG – Elektroencefalograf

FN – Fakultní nemocnice

MBI – Maslach Burnout Inventory

MCSS - Manchester Clinical Supervision Scale

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Věkové rozložení respondentů ve FNKV

Graf č. 2 – Věkové rozložení respondentů v ONN

Graf č. 3 – Vzdělání respondentů ve FNKV

Graf č. 4 – Vzdělání respondentů v ONN

Graf č. 5 – Dotazníkové šetření ve FNKV

Graf č. 6 – Dotazníkové šetření v ONN

Graf č. 7, Graf č. 8 - Účastnil/a jste se nějaké vzdělávací akce (kurzy, semináře), která by se týkala syndromu vyhoření?

Graf č. 9, Graf č. 10 - Poskytuje nemocnice, kde pracujete, takové semináře nebo kurzy?

Graf č. 11, Graf č. 12 - Učili jste se ve škole, kterou jste studoval/a něco o syndromu vyhoření?

Graf č. 13, Graf č. 14 – Jak chápete syndrom vyhoření?

Graf č. 15, Graf č. 16 – Jsou podle Vás zdravotní sestry náchylné k syndromu vyhoření

Graf č. 17, Graf č. 18 – Myslíte se, že pokud mají mezi směnami volno a mohou se dostatečně zregenerovat a odpočinout si, syndrom vyhoření jim nehrozí?

Graf č. 19, Graf č. 20 – Myslíte si, že Vy jste náchylní k syndromu vyhoření?

Graf č. 21, Graf č. 22 – Myslíte si, že syndromem vyhoření jsou ohroženi jen určité typy lidí?

Graf č. 23, Graf č. 24 – Pokud jste odpověděli ano, děláte něco pro to, aby u Vás syndrom vyhoření nepropukl?

Graf č. 25, Graf č. 26 – Možnou strategií v prevenci syndromu vyhoření je supervize, což je proces zaměřený na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní činností. Nabízí tuto metodu Vaše nemocnice?

Graf č. 27, Graf č. 28 – Pokud ne, myslíte si, že by tato metoda mohla zdravotníkům pomoci a kdyby byla možnost, navštěvovali byste jí?

Graf č. 29, Graf č. 30 – Myslíte si, že supervize je forma kontroly vašimi nadřízenými?

Graf č. 31, Graf č. 32 – Na supervizi byste se stejně nijak neprojevili, protože byste se báli, že by Vám to způsobilo ještě větší problém na pracovišti.

Graf č. 33, Graf č. 34 – Jak nejčastěji trávíte volný čas? (Vyberte jednu odpověď)

Graf č. 35, Graf č. 36 – Víte, že pravidelné cvičení jógy blahodárně působí na tělo i mysl a velmi pozitivně působí na psychiku?

Graf č. 37, Graf č. 38 – Používáte k uvolnění napětí nějaký druh relaxačních technik?

Graf č. 39, Graf č. 40 – Slyšeli jste někdy o meditaci nebo o tzv. „mindfulness“ technikách?

Graf č. 41, Graf č. 42 – Myslíte si, že by mohla pravidelná meditace pomoci v prevenci syndromu vyhoření a při zvládnání stresových situací ve Vašem zaměstnání?

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Schválená žádost dotazníkového šetření ve FNKV

Příloha č. 3 – Schválená žádost dotazníkového šetření v ONN

Příloha č. 1 – Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Chmelařová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra na 3. LF UK. Toto je dotazník k mé bakalářské práci, jejíž téma je: **Strategie používané v prevenci syndromu vyhoření u zdravotních sester**. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku.

Předem moc děkuji.

1) Kolik je Vám let?

- a) 20-30
- b) 31-40
- c) 41-50
- d) 51-60

2) Jste:

- a) žena
- b) muž

3) V jakém typu nemocnice pracujete?

- a) Velká fakultní nemocnice

- b) Krajská nemocnice
- c) Oblastní nemocnice

4) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské

5) Na jakém oddělení pracujete?

.....

6) Účastnil/a jste se nějaké vzdělávací akce (kurzy, semináře), která by se týkala syndromu vyhoření?

- a) Ano
- b) Ne

7) Poskytuje nemocnice, kde pracujete, takové semináře nebo kurzy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím o tom

8) Učili jste se ve škole, kterou jste studoval/a něco o syndromu vyhoření?

- a) Ano

b) Ne

9) Jak chápete syndrom vyhoření?

a) je to stav emočního, fyzického i sociálního vyčerpání jako důsledek dlouhodobého stresu, kdy je nerovnováha mezi nadměrnou zátěží, odpočinkem a relaxací

b) je to stav, kdy se lidem nevrací jejich vydané úsilí zpět, ztrácí motivaci a to potom vede k pocitům bezmoci a beznaděje

c) myslím si, že se tento termín zveličuje a lidé ho používají jako „zástěrku“ toho, že je daná práce nebaví nebo že mají nějaký mimopracovní problém (partnerský, rodinný,...)

10) Jsou podle Vás zdravotní sestry náchylné k syndromu vyhoření?

a) ano

b) ne

c) nevím, nepřemýšlela jsem o tom

11) Myslíte si, že pokud mají mezi směnami volno a mohou se dostatečně zregenerovat a odpočinout si, syndrom vyhoření jim nehrozí?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

12) Myslíte, že jste Vy náchylní k propuknutí syndromu vyhoření?

a) Ano

c) Ne

13) Pokud jste odpověděli ano, děláte něco pro to, aby u Vás tento syndrom nepropukl?

a) Ano

b) Ne, protože nemám čas toto téma řešit, jsou důležitější věci

14) Myslíte si, že syndromem vyhoření jsou ohroženi jenom určité typy lidí?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

15) Možnou strategií v prevenci syndromu vyhoření je supervize, což je proces zaměřený na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní činností. Nabízí tuto metodu Vaše nemocnice?

a) ano, chodit tam je povinné

b) ano, ale nechodím tam, je to ztráta času

c) ano, ale nic mi to nepřináší, nechodím tam

c) ne, taková možnost v nemocnici vůbec není

16) Pokud ne, myslíte si, že by tato metoda mohla zdravotníkům pomoci a kdyby byla možnost, navštěvovali byste jí?

a) ano

b) ne

c) nevím

17) Myslíte si, že supervize je forma kontroly Vašimi nadřízenými?

a) Ano

b) Ne

c) Nevím

18) Na supervizi byste se stejně nijak neprojevíli, protože byste se báli, že by Vám to způsobilo ještě větší problém na pracovišti.

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

19) Jak nejčastěji trávíte volný čas? (Vyberte jednu odpověď)

- a) S rodinou, přáteli
- b) Sportuji, jaké sporty.....
- c) V přírodě
- d) Volný čas skoro vůbec nemám, a když už ano, musím pořád přemýšlet na práci, nedokážu vypnout

20) Víte, že pravidelné cvičení jógy blahodárně působí na tělo i mysl a velmi pozitivně působí na psychiku?

- a) Ano, jógu cvičím
- b) Ano, ale mám radši jiný druh cvičení, uveďte jaký.....
- c) Ne, nepřemýšlela jsem o tom
- d) Ne, nepotřebuji to, cítím se dobře a fit

21) Používáte k uvolnění napětí nějaký druh relaxačních technik?

- a) Ano, jaké.....
- b) Ne, nepotřebuji to

22) Slyšeli jste o meditaci nebo o tzv. "mindfulness" technikách?

- a) ano, zkoušel/a jsem to a pomohlo mi to
- b) ne, neslyšela jsem o tom
- c) ano, přijde mi to zajímavé a chtěl/a bych to vyzkoušet

23) Myslíte si, že by mohla pravidelná meditace pomoci v prevenci syndromu vyhoření a při zvládání stresových situací ve Vašem zaměstnání?

- a) Ano

b) Ne, vůbec těmto „alternativním“ metodám nevěřím

c) Nevím, nemám s tím žádnou zkušenost

Příloha č. 2 – Schválená žádost dotazníkového šetření ve FNKV

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Šrobárova 1050/50
Praha 10, 100 34

Věc: Žádost

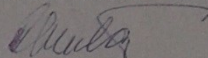
Vážená paní náměstkyně,

jsem studentka 3. LF UK oboru Všeobecná sestra a současně pracuji na Chirurgické klinice FNKV. Chtěla bych Vás požádat o souhlas s rozdáváním dotazníků zdravotním sestřám ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Téma mojí bakalářské práce je: STRATEGIE POUŽÍVANÉ V PREVENCI SYNDROMU VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍCH SESTER.

Předem moc děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Lucie Chmelařová



Vyjádření náměstkyně pro ošetrovatelskou péči:

Souhlasím.

24. 02. 2017

PhDr. Líbuše Gavlasová, MPA

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
Náměstek pro ošetrovatelskou péči a
řídící kvantitu zdravotní péče

Lucie Chmelařová
Dukelská 603
Nové Město nad Metují, 549 01

Příloha č. 3 – Schválená žádost dotazníkového šetření v ONN



Nemocnice
Náchod

Chmelařová Lucie

V Náchodě dne 21. 2. 2017

Žádost o povolení dotazníkového šetření

Dobrý den,

souhlasím s provedením dotazníkového šetření v Oblastní nemocnici Náchod a.s. na téma „Strategie používané v prevenci syndromu vyhoření u zdravotních sester“ s tím, že tento výzkum bude anonymní a bude použit pouze pro Vaše studijní účely.

S pozdravem

Mgr. Markéta Faiferová
Zástupkyně NOP
Oblastní nemocnice Náchod a.s.

