

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PSYCHOLOGIE

**RIZIKO SYNDROMU VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH
SESTER**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Bc. Lucie Lehká

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na vzdělávání

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana MIŇHOVÁ, CSc.

Plzeň, 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni dne 20. 6. 2017

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Velmi děkuji vedoucí své bakalářské práce doc. PhDr. Janě MIŇHOVÉ, CSc. za odborné vedení, věnovaný čas a za ochotu poskytnutí cenných rad.

Dále děkuji všem respondentům za jejich trpělivost při vyplňování dotazníků, bez kterých by nebylo možné výzkumnou část uskutečnit.

Obsah

Úvod.....	1
1.1 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	3
1.2 HISTORIE A SOUČASNÉ POJETÍ POJMU „SYNDROM VYHOŘENÍ“.....	3
1.2.1 ZAKLADATEL TEORIE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	5
1.3 PROJEVY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	5
1.3.1 CHARAKTERISTIKA PRACOVNÍKŮ, U NICHŽ EXISTUJE RIZIKO SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	7
1.4 PRŮBĚH SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	9
1.4.1 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	10
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY, KTERÉ MOHOU BÝT ZDROJEM SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	12
1.5.1 STRES.....	12
1.5.2 FRUSTRACE.....	15
1.6 PREVENCE STRESU.....	16
1.6.1 FAKTORY, KTERÉ NAPOMÁHAJÍ DUŠEVNÍ HYGIENĚ.....	17
1.7 KOMPETENCE VŠEOBECNÝCH SESTER.....	20
1.7.1 KOMPETENCE SESTER NA ANESTEZILOGICKÉM ODDĚLENÍ.....	20
1.7.2 KOMPETENCE SESTER NA INTERNÍM ODDĚLENÍ.....	22
1.7.3 KOMPETENCE SESTER NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ.....	23
1.7.4 KOMPETENCE SESTER NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	24
1.8 FORMULACE PROBLÉMU.....	27
1.9 CÍL EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ A DÍLČÍ ÚKOLY.....	27
1.10 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	27
1.11 ÚDAJE O RESPONDENTECH.....	27
1.12 METODY VÝZKUMU.....	30
1.13 POZOROVÁNÍ A ROZHOVOR.....	30
1.14 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	31
1.14.1 VÝSLEDKY TESTU PŘETÍŽENÍ.....	31
1.14.2 VÝSLEDKY TESTU FRUSTRACE.....	33
1.14.3 VÝSLEDKY TESTU NÁCHYLNOSTI KE STRESU.....	35
1.15 VYHODNOCENÍ STANDARDIZOVANÝCH DOTAZNÍKŮ.....	37
1.15.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PŘETÍŽENÍ.....	37
1.15.2 VYHODNOCENÍ TESTU FRUSTRACE.....	37
1.15.3 VYHODNOCENÍ NÁCHYLNOSTI KE STRESU.....	38
1.16 SHRNUTÍ ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DISKUSE.....	40
1.16.1 SUBJEKTIVNÍ PŘETÍŽENÍ SESTER.....	40
1.16.2 SUBJEKTIVNÍ PROŽÍVÁNÍ FRUSTRACE SESTER.....	40
1.16.3 SUBJEKTIVNÍ NÁCHYLNOST KE STRESU.....	41
ZÁVĚR.....	42
RESUMÉ.....	45
SUMMARY.....	45
SEZNAM LITERATURY.....	46
SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A SCHÉMAT.....	49
SEZNAM PŘÍLOH.....	I

Úvod

Syndrom vyhoření je neustále diskutovaným a aktuálním tématem, které je ve společnosti často zmiňované. Navzdory tomu jsou příznaky syndromu vyhoření na mnoha pracovištích stále přehlíženy.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na riziko vzniku syndromu vyhoření u všeobecných sester. Tuto specifikaci jsem si vybrala proto, že sama pracuji jako všeobecná sestra a ze zkušenosti vím, že by se příznaky neměly podceňovat. Dále jsem z praxe zažila několik případů, kdy se sestry dostaly až do tak složité situace, že nevěděly, jak ji samy mají vyřešit, jelikož byly na pokraji psychického a fyzického vyčerpání, a jediným východiskem pro ně byla odborná pomoc. Tomu by se dalo předejít, kdyby se „první volání sester o pomoc nepřehlíželo“.

Syndrom vyhoření se u všeobecných sester postupně projevuje tím, že začnou nerady chodit do práce, jelikož je jejich práce přestává bavit a naplňovat, chybí jim energie, nebaví je plnit požadované úkoly nebo se vyhýbají komunikaci a pomoci svým pacientům. Snižuje se zájem o jejich rodinu a také se přestávají věnovat svým zájmům, které je dříve bavily a dělaly radost.

Pomocí standardizovaných dotazníků bych chtěla poukázat na potenciální riziko syndromu vyhoření, aby případně došlo zavčas k potlačení jeho vzniku.

Cílem teoretické části bude objasnění termínu syndrom vyhoření. Popis, proč vzniká, jaké jsou jeho příznaky, příčiny, důsledky. Dále se zmíním, jak se proti syndromu vyhoření bránit, jak mu nejúčinněji předejít. Také se pokusím v práci vysvětlit možnosti prevence, aby se předešlo pozdější léčbě vyhoření.

V praktické části se zaměřím na 4 oddělení v nemocničních zařízeních. Předem jsem si stanovila minimální počet 40 respondentů z každého oddělení. Respondentům předložím standardizovaný dotazník, který následně zpracuji a údaje zobrazím v grafické podobě.

Výzkum zaměřený na riziko syndromu vyhoření u všeobecných sester by měl odpovědět na to, zda sestry zvládají svoji práci na pracovišti, aniž by se u nich

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření neboli „*burnout*“ se stal společenským problémem západní civilizace. Jeho existence je stále na mnoha pracovištích zlehčována, a to navzdory tomu, že způsobuje nejen každoroční miliardové škody ve státním i soukromém sektoru, ale má závažný dopad na psychiku společnosti a přináší s sebou velká osobní trápení (Prieß, 2015, s. 10).

Syndrom vyhoření nepatří mezi psychiatrické diagnózy, ale může vést k rozvinutí příznaků, které se dají pod různými psychiatrickými diagnózami klasifikovat. Jedná se například o depresivní a úzkostné poruchy.

U mnoha lidí je povolání hlavní součástí života. Představuje životní styl a standard, podmínky života a také pohled na sebe sama.

Pracovní prostředí může být příčinou tlaku a vyhoření. Někteří klienti mají více problémů najednou, které nejsou schopni vlastními silami řešit, a často od všeobecných sester očekávají více, než jim můžou poskytnout. Od sester se očekává pomoc klientovi, být s ním naladěna na stejnou vlnu, projevovat pochopení a být připravena řešit jeho obtíže. Navzdory intenzivní zátěži, kterou představují klientova nereálná očekávání, mohou se vyskytnout překážky v podobě nedostupnosti služby, kterou by klient potřeboval, ale tyto další problémy již nejsou v kompetenci sestry (Maroon, 2012, s. 30-31).

1.2 Historie a současné pojetí pojmu „syndrom vyhoření“

Výzkumy se datují od sedmdesátých let minulého století. Touto problematikou se zabývali vědci jako Herbert Freudenber (1974), jenž také pojem definoval, Christina Maslachová a Susan E. Jacksonová (1981) nebo Cary Cherniss (1980). Tito odborníci se zaměřovali na syndrom vyhoření u profesí typu sociální pracovníci, všeobecné sestry, učitelé a jiné profesní skupiny, které byly v přímém kontaktu s klienty. Tyto výzkumy se snažily objasnit otázky, co je podstatou tohoto jevu, jak vzniká, kde na své oběti číhá, jak se mu vyhnout a jak s ním zacházet.

V osmdesátých letech zájem o toto téma vzrostl, a to zejména v akademických kruzích. Například u sociálních pracovníků se povinnosti a nároky zvýšily v důsledku narůstajícího počtu obyvatelstva ve větším stavu nouze. Situace vznikla v době, kdy se péče o sociálně nezajištěné skupiny přesouvala ze soukromých zařízení a institucí (církve, státní orgány).

O syndromu vyhoření se nejdříve začalo mluvit ve spojení s pracovním prostředím – v zařízeních, kde se intenzivně pracovalo s klienty, kteří se dostali do akutních krizových situací. Například u psychiatrů se zvýšil počet sebevražd, lékaři trpěli migrénami a poruchami gastrointestinálního (trávicího) traktu, více kouřili, měli problémy v rodině. Trpěli příznaky emocionální tlaku, s kterými si nedokázali poradit (Maroon, 2012, s. 10).

Současné pojetí „Syndromu vyhoření“

Na základě nových výzkumů vznikly různé druhy teorií, které vysvětlují, jaké jsou možné příčiny vzniku syndromu vyhoření. Jedna teorie tvrdí, že vyhoření je rozpor mezi vnímáním skutečnosti a mezi tím, jaká skutečná realita je.

Další teorie se zaměřuje na sebedůvěru jedince ve vlastní schopnosti organizovat a vykonávat činnosti nutné k dosažení různých cílů. Vědci se domnívají, že potlačením sebeřízení a sebekontroly dochází k zeslabení spojení mezi pracovníkem a jeho úkolem. Nedochozí k pocitům sebeuplatnění a hrozí náchylnost k vyhoření.

Jiná teorie se zabývá zachováváním zdrojů. Vysvětluje, že musí být zachována minimálně jedna podmínka ze tří, aby se mohl rozvinout stres. Mezi tyto podmínky patří:

- 1) zdroje jsou v ohrožení,
- 2) nezaměstnanost,
- 3) pracovníci nezvládají dané úkoly nebo nepřinášejí žádoucí výsledky.

Naopak ti, kteří jsou odměňováni za práci, která každý den vyžaduje naprostou míru profesionality, lépe zvládají tlak. Tito pracovníci mají také k dispozici více osobních zdrojů (Maroon, Instifan, 2012, s. 18-19).

1.2.1 Zakladatel teorie syndromu vyhoření

Za zakladatele je považován Herbert Freudenberger, americký psychoanalytik německého původu, který v roce 1974 popsal syndrom vyhoření.

On sám v článku (Journal of social issues, 1974, s. 159) uvádí vlastní prožití „syndromu vyhoření“, které prožili i někteří jeho kolegové. Událost se stala v době, kdy intenzivně pracoval se spolupracovníky na bezplatné klinice. V tento čas se již mluvilo o konceptu syndromu vyhoření. Poté, co tento pocit (stav vyhoření) Freudenberger zažil, začal si klást řadu otázek. Za prvé, co je vyhoření? Jaké jsou jeho znaky? Jaké typy osobností jsou na velký nápor náchylnější než jiné? Má to stejnou intenzitu u profesionálních dobrovolníků nebo je efekt jiný u placených zaměstnanců? Co s tím můžeme dělat, jakmile se syndrom vyhoření objeví? Jaká kritéria si u sebe sama máme nastavit nebo jaké pracovní prostředí musíme zajistit, aby se předešlo hrozbě?

Na podkladě zjišťování příznaků u svých klientů Freudenberger po mnoha položených otázkách a jejich následné analýze stanovil definici syndromu vyhoření takto:

„U někoho jsou to pocity únavy a exhausce (vyčerpání), neschopnost setřást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. Jsou to převážně tělesné projevy.

Mohou se však projevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální (chování): například osoba známá povídavostí je náhle zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny“ (in Venglářová, 2011, s. 24).

1.3 Projevy syndromu vyhoření

Aby se syndrom vyhoření rozvinul, musí být splněno několik stresujících podmínek, jako je například:

1. zvyšující se pracovní zátěž,
2. nedostatečný pocit, že je pracovník oceňován a odměňován,
3. pocit stereotypu ve vykonávané práci a nemožnost mít vliv na události.

U syndromu vyhoření může vzniknout vyčerpání, pokles sebeúcty a pokles pozornosti k sobě samému. Místo původního nadšení, radosti z práce a činorodosti nastupuje pasivita, pohrdání a lhostejnost. Zdravotník řeší své psychické problémy návykovými látkami, začne víc pít, kouřit nebo se přejídat. Častěji je v pracovní neschopnosti z důvodu nemoci. Zhoršují se mu vztahy v rodině, trpí úzkostí, zhoršuje se deprese a v nejhorších případech se mohou objevovat až myšlenky na sebevraždu.

Pocity zoufalství a beznaděje se zhoršují a on neví, jak vznikající situaci vyřešit. Ve studii, kterou prováděla Maslachová a Later (2005), bylo zjištěno, že dopad škod na zdraví způsobené syndromem vyhoření je srovnatelný se škodami způsobenými například kouřením nebo nadváhou.

Freudenberger pracoval s klienty v rehabilitačních centrech pro drogově závislé a popisoval u lidí, kteří pracovali v pomáhajících oborech, jejich emocionální, fyzické a intelektuální vyčerpání, způsobené neustálou mentální zátěží. Popisoval to takto: „Jejich vyčerpání se projevuje jako chronická únava, náchylnost k nemocem, nespokojenost a pocit selhání, bezmoc a beznaděj a silící odpor ke své práci a k životu všeobecně. Tyto příznaky se manifestují v profesních situacích, v nichž ze sebe musí pomáhající hodně vydat a kdy se musí nepřetržitě věnovat pozornost problémům jiných lidí – aniž by se mu za to dostalo uznání, povzbuzení nebo podpory“ (Maroon, 2012, s. 15–16).

Venglářová (2011, s. 31) rozděluje následky stavu vyhoření do tří oblastí:

1. Psychické projevy:

- ztráta schopnosti radovat se a těšit se ze života (anhedonie, rovněž základní symptom deprese),
- ztráta empatie,

- emocionální problémy, mezi které patří rozmrzelost, výbušnost, netrpělivost, nervozita,
- změny nálad,
- ztráta profesionálního entuziazmu (nadšení) a pocity zodpovědnosti,
- pesimismus pronikající do budoucnosti.

2. Změny v sociální oblasti:

- negativní postoje k vlastní osobě, práci, instituci, společnosti a životu vůbec,
- cynismus (bezohlednost), ironie, nezájem o pacienty,
- pasivní agrese ve vztahu k blízkým, nadřízeným i kolegům („ano, ale...“, sabotování spolupráce, „remcání“),
- nekolegiální jednání,
- konflikty v rodině,
- ztráta přátel, omezení zájmů.

3 Tělesné příznaky:

- únava, vyčerpání,
- bolesti hlavy, pohybového aparátu,
- zažívací obtíže,
- abúzus alkoholu, drog, léků,
- zvýšená náchylnost k psychosomatickým onemocněním.

1.3.1 Charakteristika pracovníků, u nichž existuje riziko syndromu vyhoření

Jedná se o skupinu lidí, kteří jsou na dně, již nemůžou dál. Oni sami to ví, ale nevědí, co s tím dělat, jelikož byli celý život zdraví, nebyli nikdy nemocní. Na svém zdraví postavili svoji kariéru a to, že selhali, vnímají jako hanbu. Cítí to jako svoji prohru, obrovskou porážku a často se dostaví k lékaři pozdě, jelikož si myslí, že musí pracovat jako dřív, podat ještě větší výkon. Zlomit se, překonat se, jak často nejen zdravotníci uvádí. Pracovníci neumí odpočívat, relaxovat. Oddělit svůj soukromý život od pracovního.

Syndrom vyhoření vzniká jako příznak extrémního vyčerpání u lidí, kteří podávají dlouhodobě maximální výkon a současně jsou to lidé, kteří jsou schopni velký výkon vydávat a záleží jim na tom, aby v konkrétní situaci uspěli. Je to skupina lidí velmi cílevědomých, pečlivých, výkonných, úspěšných, kteří úspěšně přestávají být, protože už dál nemůžou, protože se vyčerpají po emoční a fyzické stránce. Radkin Honzák (2015, str. 9) rozdál dotazníky na ambulantních zařízeních a lůžkových odděleních, a ze 782 vrácených dotazníků každá sestra zadržela odpověď: Chtěla jsem pomáhat lidem. Pomáhat je hezké, ale není to lehké. Práce je bez konce, ve dne v noci.

Tito lidé přicházejí s problémem k psychologovi, že už nemohou dál, ale otázkou je, co je to dál, čeho vlastně chtějí dosáhnout. Záleží to na situaci, zdali chtějí pořád o něco usilovat v životě nebo jen musí plnit požadavky svého nadřízeného.

Odborníci se shodují, že existují osobnostní typy, typ chování A a typ chování B, které může syndrom vyhoření postihnout. Na tuto spojitost poukazovali kardiologové Friedmann a Rosenman (1974), kteří si všimli, že riziko infarktu je dvakrát větší u typu A než u ostatních lidí.

Typ chování A

„Jako typ A označují Friedmann a Rosenman jedince s vysokými ambicemi a silně vyvinutým smyslem pro povinnost, kteří se vyznačují soutěživostí, netrpělivostí, perfekcionismem a sklony k agresivitě. Spěch, vznětlivost a podrážděnost jsou pro ně typické. Později tento pojem použili psychologové pro označení jedinců závislých na práci, tzv. workoholiků, což jsou pracovníci, kteří nedokážou nepracovat, aniž by trpěli pocitem úzkosti (Killingerová, Barbara, 1998, s. 15).

Pracovníci s tímto vzorcem chování jsou zpočátku úspěšní, neboť se jim za tyto výkony dostává značného uznání. Svou bojovností a netrpělivostí však často způsobují konflikty. Tím se dostávají do stále větší izolace a utvrzují se v názoru, že si musí vše udělat sami. Vědomě se vystavují současně několika

stresorům, jejichž délka trvání a intenzita jsou velmi vysoké, např. nadměrná zátěž, více projektů, schůzek a povinností, než je běžné.

Lidé typu A nepocítují téměř žádné zdravotní potíže a neuvědomují si, jakým způsobem se na nich nedostatek regenerace a celková nevyváženost projevuje“ (Christian Stock, 2010, s 42–43).

Typ chování B

„Typ B se vyznačuje nižší mírou nepřátelského chování, agresivity, soutěživosti, a naopak větší trpělivostí, klidem a uvolněností. Lze tedy říci, že se jedná o ideální předpoklady pro účinnou ochranu před syndromem vyhoření. Avšak trvale nízké vytížení a uvolněný přístup snižují efektivitu a produktivitu práce.

V extrémních případech, při nízké angažovanosti, iniciativě, motivaci i cílech, může dojít až k permanentní nečinnosti a z dlouhodobého hlediska i k hluboké nespokojenosti jak v zaměstnání, tak v osobním životě, nikoli však k vyhoření“ (Christian Stock, 2010, s 43–44).

Stock (2010, s. 44) uvádí, že by měla být důležitá vyváženost a rovnováha mezi oběma póly.

1.4 Průběh syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření začíná velmi plíživě. Nejdříve jde o nechuť chodit do práce, o lhostejnost mluvit s klientem a řešit s ním jakoukoli situaci, nebo nejlépe s ním nepřijít do kontaktu vůbec. Pracovní povinnosti zdravotníka ho nutí se přímému kontaktu nevyhýbat. Sestra se snaží negativní pocity potlačit a myslí si, že to bude opět v pořádku, ale není. Později chodí do práce, protože musí.

Zdravotníci ke konci rezignují, poškozuje je to v různých směrech, zejména v psychickém a fyzickém. Uvědomují si, že už se nedá nic dělat. Už jsou to lidé, kteří propadají apatii, jsou zoufalí, plačtiví, nespí v noci. S řadou objektivních potíží například bušení srdce, vysoký krevní tlak, vysoké teploty, alergie.

Sestry si nevědomky snaží udržovat emoční odstup, jelikož musí podávat vysoké výkony, musí se smířit s velkým neštěstím lidí, což může vést k určitému cynismu vůči sobě nebo vůči klientům. Takové chování již vykazuje jeden z příznaků vyhoření (Maroon, 2012, s. 31).

1.4.1 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je popisován jako dlouhodobý proces, který je definován čtyřmi fázemi. Zdravotník buď může fázemi procházet postupně, nebo je i možné některé fáze přeskočit. Nejjednodušší model vyhoření se skládá ze tří fází, a nejsložitější model je tvořen z dvanácti fází, jež se ale překrývají, a proto je nelze zcela ohraničit. V následujícím textu cituji model, který popisuje Stock (2010, s. 23-24).

1. Idealistické nadšení

Téměř všechny vědecké modely vycházejí z typického příkladu jedince, který zpočátku pracuje s nadprůměrným nasazením. Velké ideály a množství energie jsou v rozporu s nereálnými nároky kladenými na sebe i své okolí. Jako příklad si uveďme zdravotníka, jenž si myslí, že zachrání všechny drogově závislé na svém oddělení. Předpokládá také, že mu jeho pozice zajišťuje pevné zázemí a že všichni jeho klienti skutečně hledají pomoc. Svou energii vynakládá neefektivně, neboť to s klienty myslí až příliš dobře. Přeceňuje své síly a hýří bezmezným optimismem. Stává se také, že se jedinec extrémně ztotožní se svou prací a klienty – žije tedy jen svým zaměstnáním a uzavírá se před okolním světem. Existuje samozřejmě řada zaměstnanců a podnikatelů, kteří se své práci sice věnují naplno, ovšem dovedou realisticky odhadnout překážky a k rozvoji burnout syndromu u nich nedochází. Jsou dokonce lidé, kteří se do práce zcela ponoří a díky ní pak zažívají pocit uspokojení. I zde jde především o vyváženost, umírněnost a odpovídající kompenzaci.

2. Stagnace

V této fázi se zdravotník dostatečně seznámil s realitou a začíná přehodnocovat své počáteční ideály. Zažil několik zklamání. Stále vykonává svou

práci, ale ta už pro něj není tak vzrušující jako na začátku. Věci, které dříve považoval za nedůležité (plat, možnosti kariérního růstu), se nyní dostávají do popředí jeho zájmu. Rodinný život dostává první trhliny. Celý jeho život se v podstatě omezil jen na práci. V tomto počátečním stadiu vyhoření ještě ani postižený, ani jeho nejbližší okolí nepozorují žádné známky onemocnění.

3. Frustrace

Postupem času zdravotník zjišťuje, jak jsou jeho možnosti ve skutečnosti omezené. Začíná pochybovat o smyslu svého snažení. Uvědomuje si vlastní bezmocnost. Zpochybňuje význam i výsledky své práce. Přibývají problémy s byrokracií a nedostatkem uznání ze strany klientů a nadřízených. V důsledku propastného rozdílu mezi tím, co by chtěl udělat, a tím, co lze reálně provést, vzrůstá jeho zklamání.

4. Apatie

Jako obranná reakce proti frustraci nakonec nastupuje vnitřní rezignace. Pokud se práce stává trvalým zdrojem zklamání a postižený nemá žádné vyhlídky na změnu, dělá jen to, co je nezbytně nutné. Vyhýbá se náročným úkolům i kontaktům s klienty a vše se snaží vyřídit co nejrychleji. Počáteční nadšení se zcela vytrácí. K tomu se přidávají pocity rezignace, popřípadě zoufalství, způsobené nedostatkem jiných možností uplatnění.

1.5 Rizikové faktory, které mohou být zdrojem syndromu vyhoření

Příčinou rizika syndromu vyhoření mohou být ale i jiné okolnosti. Všeobecné sestry stíhá jedna katastrofa za druhou. Vážně tělesně onemocní nebo mají velké emoční ztráty ve svém okolí. Může to být například série úmrtí. Starají se o těžce nemocného klienta, klient zemře a za několik dalších dní pečují o klienta, který trpí opět vážným onemocněním.

Sestry se musí se špatnou diagnózou nebo úmrtím vyrovnávat, což je pro ně velmi psychicky náročné. Pokud tyto informace na sestry působí každý den, týden, měsíc, rok, tak se může stát, že na určité typy zdravotníků tyto zprávy působí značně depresivně a mohou jim podlehnout. Venglářová v publikaci uvádí (2011, s. 27), že je pro všeobecné sestry nejvíce zatěžující, pokud se starají o tyto pacienty:

1. péče o klienty s infaustní prognózou (smrtnou),
2. péče o chronicky nemocné klienty,
3. péče o depresivní klienty,
4. léčba závislostí,
5. péče o gerontopsychiatrické klienty,
6. práce na krizových centrech,
7. práce na psychoterapeutických odděleních.

1.5.1 Stres

Klienti od sester očekávají útěchu a naznačení, že vše dopadne „dobře“. V tomto momentě se sestry dostávají do vnitřního konfliktu sami se sebou. Rády by klientům sdělily dobré zprávy, ale jelikož ví, že jsou určité komplikace v jejich zdravotním stavu, které jsou nepředvídatelné, nemohou klienty podpořit tak, jak by očekávali. Sestry také ví, že sdělování zpráv, jak dobrých, tak i špatných, není v jejich kompetenci, a toto rozhodnutí náleží pouze ošetřujícímu lékaři.

Základní informace o stresu

Za zakladatele moderního pojetí stresu se považuje kanadský lékař maďarského původu Hans Selye (1907-1982), který zavedl tento pojem v roce 1936. Mimo jiné byl autorem mnoha publikací o stresu. Za nejznámější se považuje kniha *Poznámky o adaptačním procesu* (Venglářová, Martina, 2011, s. 47).

Výraz stres pochází z anglického slova „stress“ a znamená zátěž nebo nápor. Použitím tohoto výrazu dáváme najevo, že se psychicky necítíme vyrovnaní a tušíme, že něco „není v rovnováze“.

Definice stresu

„Stres lze také definovat jako stav organismu, který je odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, ať už tělesnou nebo duševní. Při stresu se uplatňují vývojově staré mechanismy, které umožňují přežití organismu vystaveného nebezpečí. V této situaci se aktivuje sympatický nervový systém a nadledvinky (kůra a dřeň), což má za následek zrychlení krevního oběhu a srdeční činnosti, zvýšení krevního tlaku, prohloubení dýchání atp. Také dochází k vyplavení energetických zásob (cukrů, tuků), tlumení bolesti, zvýšení svalové síly a psychických schopností“ (Hugo, Jan, 2004, s. 421).

Druhy stresu

Rozeznáváme dva druhy stresu – *Eustres* a *Distres*. Eustres je považován za příznivý stres, který přispívá k pozitivním výsledkům. Oproti tomu distres se pokládá za nepříznivý stres, který může mít neblahý dopad na psychický a duševní stav jedince, pokud působí dlouhodobě.

Fáze stresu

Venglářová (2011, s. 57) popisuje v publikaci následující fáze stresu:

1. **Fáze poplachová (alarmová)** - pro tuto fázi je charakteristická mobilizace sil potřebných ke zvládnutí zátěže. V počátečním stádiu této fáze se mluví o šoku. Po něm obvykle následuje druhé stádium – antišok, kdy se původně vysoká reakce snižuje. Tato fáze je řízena sympatikem.

2. **Fáze rezistence (vyrovnávací)** - při této fázi se postupně snižuje reakce organismu na nepříznivý vnější vliv. Organismus se na stresující faktor (stresor) adaptuje. Tato fáze je řízena parasymptikem.
3. **Fáze vyčerpání (exhausce)** - tato fáze nastává v momentě, kdy působí stresory příliš dlouho a intenzivně. Následkem toho dochází k celkovému selhání adaptační a regulační schopnosti organismu, snížení obranyschopnosti, která může vyvolat onemocnění, ale i smrt. Tato fáze bývá provázena projevy zlosti, zoufalstvím, nebo naopak apatií.

Příčiny stresu

Existují různé druhy zátěží, jako jsou například chemické, fyzikální, psychické či emocionální zátěže. Čím větší počet faktorů působí, tím více způsobují nepříjemné stresující pocity, s kterými se sestry nedokáží dostatečně vypořádat.

Podle Bartoškové Ivany (2006) v publikaci (Venglářová, Martina, 2011, s. 58) lze rozdělit zátěže na ty, které se týkají:

- a) zátěže z pracovní činnosti,
- b) zátěže plynoucí z odlišnosti diagnóz ošetřovaných klientů,
- c) zátěže týkající se osobnosti zdravotníků.

Zátěže týkající se chemických a fyzikálních podmínek:

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

Zátěže psychické, emocionální, sociální:

- neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu klientů, přístrojů, ordinace lékaře), rychlé přepojování pozornosti mezi činnostmi,
- pružné reagování na různorodé požadavky a změny,
- velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce,
- nutnost rychlého rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací,
- vyrovnávání se s pocity bezmoci,
- působení bolesti druhým lidem,
- komunikace s příbuznými klientů,
- konflikt rolí, nízké ohodnocení náročné práce.

1.5.2 Frustrace

Podle Václava Hoška (1999, s. 31-32) je frustrace popisována jako situace zmaru. Jedná se o pocit zklamání, kdy nelze dosáhnout uspokojivého přání nebo potřeby nehledě na intenzitu překážky. Pakliže má frustrace dlouhodobý charakter, mohla by mít nepříznivé psychické, ale i somatické následky.

Frustrace se projevuje psychickou tenzí, verbalizací (například klením), stereotypními pohyby, které zahrnují přecházení, poklepávání nohou nebo prsty, chaotičností až zmateností.

Psychoanalýza (Freud) vysvětlovala frustraci *regresí*, která se týká návratu na ontogeneticky nižší stádium vývoje a *sublimací*, při které dochází k přetvoření frustrovaného sexuálního pudu do jiné společensky přijatelné činnosti.

Všeobecné sestry by měly mít pro jejich povolání vysokou psychickou odolnost neboli vysokou frustrační toleranci. Ta je spojována s emoční stabilitou, flegmaticností a schopností zvládat negativní emoční stavy. Naopak nízká frustrační tolerance bývá příznakem neurotických projevů a labilitou osobnosti.

Existují faktory, které mají vliv na intenzitu frustrační tolerance. Mezi ně, například patří:

- dědičné vlivy,
- typologické vlivy (somatotyp, psychotyp, osobnost),
- vyčerpání, nemoc, úraz, handicap,
- věk,
- vliv životosprávy,
- pozitivní výchovné vlivy (adaptace na nezdary).

1.6 Prevence stresu

Autoři Hugo Körbächer a Monika Kruhl (2013, s. 7) vyzdvihují název psychická odolnost neboli resilience - jeho význam se podle nich odráží jak v naší práci, tak i v soukromém životě, a proto bychom mu měli věnovat větší pozornost. Tento fenomén poukazuje na různé strategie, které lidé využívají pro zvládání překážek. Psychické odolnosti se lze naučit a po celý život ji utvářet a upevňovat, a to jak našimi postoji, tak našimi dovednostmi.

Je důležité, aby sestra měla hodnotový systém, který jí bude pomáhat při zbavování se některých problémů. Pokud řeší problémy v zaměstnání týkající se přetížení nebo řeší problémy pracovního zaměření, měla by mít jasnou představu o tom, co je ještě dobře, a co už není a vyčerpává ji. Mít silnou vůli a pevný systém, vědět, co chce. Je velmi důležité, jak tyto informace využít do praxe. Sestra by měla být schopna zaujmout odstup od problémů.

Dobře pomáhá smysl pro humor. Odborníci tvrdí, že lidé se smyslem pro humor mají lepší postoje k postavení se problémům v krizových situacích než jiní. Také je důležité, jaké má zdravotník hodnoty, jestli je schopen realizovat svoje představy. Pokud například zaměstnavatel nepodporuje jakoukoli iniciativu zaměstnance, zaměstnanec ztrácí smysl investovat úsilí do jakéhokoli dalšího zlepšování na pracovišti. Vrací se ke své rutinní práci, kde nemá možnost vyniknout a být pochválen a ohodnocen. Aby zdravotník nepropadl negativním myšlenkám, je důležité se naučit přijímat v životě zklamání, umět mít odstup, udržovat si rovnováhu mezi prací a životem.

Například Američan Andrew Salter se snažil ve 40. letech 20. století naučit své klienty spontánním reakcím. Tito klienti měli problémy se naučit sociálním dovednostem. Řada z nich, trpící sociální úzkostí, měla problémy vyjádřit své emoce. A. Salter se snažil klienty naučit dát najevo jejich přání a požadavky, nebát se oponovat, umět říci „ne“ na nepříjemné žádosti, aniž by tím byla dotčena druhá strana. Seznamoval klienty s technikami a postupy, které známe pod pojmem „asertivita“ (Capponi, Věra, 2004, s. 10; Práško, Jan, 1996, s. 17).

Hugo Körbächer a Monika Kruhl (2013, s. 11) vypracovali model představující trojici základních postojů (*optimismus, schopnost přijímat, zaměřenost na řešení*) a čtveřici aspektů chování ve vzájemné propojenosti (*utvářet budoucnost, mít svou vlastní regulaci, převzít za sebe odpovědnost, pracovat na vztazích*).

Pro zdravotní personál jsou například vytvořeny tzv. „workshopy“, které jsou vedeny za pomoci terapeutických postupů. Tyto workshopy nejsou zaměřeny na léčbu, ale spíše na prevenci. Jejich účelem je pomoci zdravotníkům, aby uměli vyjádřit své pocity, problémy, emoce, jak svoji práci vnímají. Cílem je pro ně vytvořit bezpečný prostor a poznat sami sebe a zjistit, jak se vyrovnávat s těžkými rozhodnutími nebo se sdělováním nepříjemných informací.

1.6.1 Faktory, které napomáhají duševní hygieně

Duševní hygiena je popisována jako systém vědecky propracovaných pravidel a rad, které slouží k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví. Myšlenka duševní hygieny se začala prakticky uplatňovat až začátkem 20. století (Míček, Libor, 1984, s. 9).

„Slovo relaxace vychází z latinského „relaxare“, kde „re“ znamená *znovu* a *laxus* znamená *volný*. Relaxace je metodou duševní hygieny a je v plném slova smyslu způsobem vnitřní očisty“ (Grofová, Kateřina, 2015, s. 26).

Relaxační techniky by nám měly pomoci si prostřednictvím sebereflexe ujasnit, kdo vlastně jsme. Přemýšlet víc o svém životě, jaké jsou naše sny, očekávání, a jakým směrem bychom se chtěli v životě ubírat (Kallwass, Angelika,

2007, s. 64–65).

Podle čínské medicíny jsou velmi důležitá meditační cvičení, pohyb a především správná strava. Zajistit si vlastní místo pro sebe, tiché, bez rušivých vlivů, kde se sami cítíme dobře, dokážeme se uvolnit a zbavit veškerého napětí, které nás sužuje.

Fyzická aktivita

Jaro Křivohlavý (2001, s. 139) uvádí, že cvičení neovlivňuje pouze fyzickou stránku, ale i psychickou. Cvičení pozitivně zlepšuje zatíženou psychiku, snižuje úroveň anxiety (úzkosti), zvyšuje kladné sebehodnocení a posiluje psychiku v boji se stresem. U výzkumů, které se zaměřovaly na interakci mezi cvičením a úzkostí, bylo zjištěno, že například jogging, rychlá chůze, procházky či pěší výlety mají blahý vliv na zdraví jak u mladých, tak i u strašících lidí.

Správná výživa

Správná výživa napomáhá k lepší odolnosti proti infekcím. Pracovní výkonnost se zvýší a také může vést k prodloužení naší existence. Vlivem hektického stylu života dochází k častému přejídání. Z psychologického hlediska si lze toto rozpoložení vysvětlit tím, že někteří jedinci špatně zvládají působení stresu a zklamání běžného života řeší přejídáním. Jde v podstatě o únik z reality, který se dá přirovnat jako úniku do snů (Míček, Libor, 1984, s. 44).

Spánek

Spánek je velmi důležitý pro naši psychickou pohodu. Aby byl spánek kvalitní, doporučuje se spát v tiché temné místnosti s dostatečným přívodem čerstvého vzduchu. Z výzkumů bylo zjištěno, že ke zdravému prohloubení spánku dochází v tiché místnosti. Teplota v místnosti by měla být mezi 16-18°C. Doba spánku by se měla pohybovat mezi 6-8 hodinami. Důležitá je také pravidelnost usínání a snažit se před spánkem vyhnout pozdnímu jídlu, které ztěžuje usínání. Poslední jídlo by mělo být 2-3 hodiny před spánkem (Míček, Libor, 1984, s. 43).

Hospodaření s časem

Odborníci se shodují, že pro duševní rovnováhu jedince je nejdůležitější vyhnout se pocitům časové tísně, které vnímáme jak subjektivně, tak i objektivně. Avšak v dnešním uspěchaném světě je zcela nemožné odstranit časové stresy, a s tímto faktem se bohužel budeme muset smířit. Lze ale minimalizovat situace, abychom snížili intenzitu stresu. Těmito body Míček (1984, s. 60-62) radí, jak dosáhnout více volného času:

- mít pořádek ve věcech a být koncentrován,
- podle časových možností si nepřibírat nespílitelné povinnosti,
- rozumně si rozvrhnout práci a povinnosti,
- správně posoudit závažnost úkolů a omezit pozornost na zbytečnosti,
- mít schopnost posoudit, které činnosti nás okrádají o čas,
- vytvořit si pravidelnost denního režimu.

1.7 Kompetence všeobecných sester

Abych osvětlila náplň práce sester na jednotlivých oddělení, vybrala jsem jejich kompetence z vyhlášky:

Vyhláška č. 55/2011 Sb.

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků¹

1.7.1 Kompetence sester na anesteziologickém oddělení

(1) Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

- sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu, hodnotit závažnost stavu,
- zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,
- pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
- zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení; sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je;

¹ ČESKO. § 54 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 8. 4. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#p54>

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

- provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,
- provádět katetrizaci močového měchýře mužů,
- zavádět gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí,
- provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
- vykonávat činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,
- vykonávat činnosti v souvislosti s dlouhodobou umělou plicní ventilací i v domácí péči, včetně poučení o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků pacienta a jím určených osob,
- vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,
- vykonávat činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie,
- provádět punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis;

c) pod odborným dohledem lékaře

- aplikovat transfuzní přípravky¹⁴⁾ a přetlakové objemové náhrady,
- provádět extubaci tracheální kanyly,
- provádět externí kardiostimulaci.

(2) Sestra pro intenzivní péči v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby, poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle § 17.

1.7.2 Kompetence sester na interním oddělení

Sestra pro péči v interních oborech vykonává u dospělého pacienta činnosti podle § 54 a dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

- vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče u pacienta s onemocněním vnitřních orgánů, včetně přípravy na jeho návrat do vlastního sociálního prostředí,
- vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče u pacienta s onemocněním vnitřních orgánů zaměřené na posílení a udržení soběstačnosti a mentální schopnosti pacienta se zohledněním jeho věku prostřednictvím cílených aktivit,
- poskytovat paliativní péči, vyhledávat aktuální potřeby pacienta a koordinovat týmovou spolupráci v péči o pacienta v terminálním stadiu,
- vykonávat preventivní a protiepidemiologická opatření u pacienta s onemocněním vnitřních orgánů,
- edukovat pacienta a jím určené osoby v oblastech prevence onemocnění, přitom spolupracovat s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem a zdravotně-sociálním pracovníkem,
- provádět poradenskou a dispenzární činnost zaměřenou na problematiku onemocnění vnitřních orgánů, indikovat zdravotnické prostředky,
- hodnotit a ošetřovat chronické rány, doporučovat vhodné krycí materiály;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře poskytovat preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární péči u pacienta s onemocněním vnitřních orgánů.

1.7.3 Kompetence sester na chirurgickém oddělení

Sestra pro péči v chirurgických oborech vykonává u dospělého pacienta činnosti podle § 54 a dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

- vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče u pacienta s onemocněním vyžadujícím chirurgickou léčbu, včetně přípravy na návrat do vlastního sociálního prostředí,
- vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče u pacienta s onemocněním vyžadujícím chirurgickou léčbu zaměřené na posílení a udržení soběstačnosti, mentální schopnosti se zohledněním jeho věku prostřednictvím cílených aktivit,
- poskytovat paliativní péči, vyhledávat aktuální potřeby pacienta a koordinovat týmovou spolupráci v péči o pacienta v terminálním stadiu,
- vykonávat preventivní a protiepidemiologická opatření u pacienta s onemocněním vyžadujícím chirurgickou léčbu,
- edukovat pacienta a jím určené osoby v oblastech prevence a ošetřování; přitom spolupracovat s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem a zdravotně-sociálním pracovníkem,
- provádět poradenskou a dispenzární činnost zaměřenou na problematiku onemocnění vyžadujícího chirurgickou léčbu, indikovat zdravotnické prostředky,
- hodnotit a ošetřovat chronické rány a doporučovat vhodné krycí materiály;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře poskytovat preventivní, diagnostickou, léčebnou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární péči u pacienta s onemocněním vyžadujícím chirurgickou léčbu.

1.7.4 Kompetence sester na psychiatrickém oddělení

Sestra pro péči v psychiatrii vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, který má patologické změny psychického stavu.

Dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

- provádět poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace,
- koordinovat spolupráci mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami, aktivně pracovat s osobami určenými pacientem, společně vytvářet podmínky pro návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí,
- sledovat chování pacienta z hlediska včasného zachycení nastupující krize,
- napomáhat adaptaci pacienta na změněné životní podmínky a podporovat zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit,
- provádět psychoterapeutickou podporu,
- v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při začleňování pacienta s poruchou duševního zdraví do vlastního sociálního prostředí;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

- provádět návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta,
- poskytovat ošetrovatelskou péči pacientovi, který má patologické změny psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí,
- sledovat dodržování léčebného režimu pacienta, hodnotit známky

zhoršování onemocnění, vyhodnocovat, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí, a informovat lékaře, případně zajistit nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí;

c) pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa

- v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci,
- v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při zajišťování psychologické pomoci rodině,
- používat pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů,
- zajišťovat psychoterapeutický režim oddělení.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

1.8 Formulace problému

V praktické části bakalářské práce se u všeobecných sester zaměřuji na míru jejich přetížení, zda se u nich projevuje frustrace a jaká je intenzita náchylnosti ke stresu.

1.9 Cíl empirického šetření a dílčí úkoly

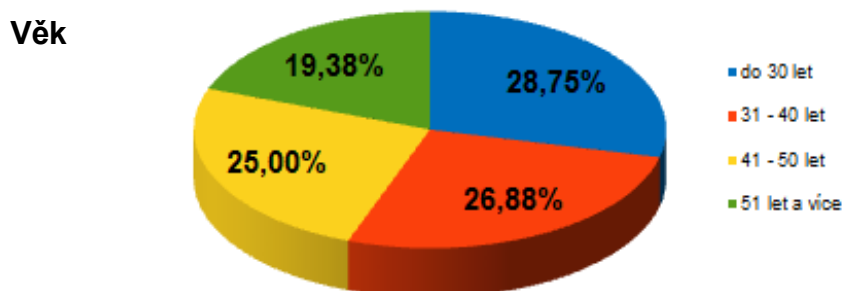
Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké je riziko syndromu vyhoření u všeobecných sester na těchto pracovištích: anesteziologicko–resuscitační oddělení, interní oddělení, chirurgické oddělení a psychiatrické oddělení.

Výzkumnou otázkou v bakalářské práci bylo zjistit u všeobecných sester zátěž přetížení. Dále zda se u nich projevuje frustrace a jaká je intenzita náchylnosti ke stresu.

1.10 Charakteristika respondentů

Ke splnění tohoto cíle jsem stanovila 4 oddělení a to anesteziologicko–resuscitační oddělení, interní oddělení, chirurgické oddělení a psychiatrickém oddělení. Tato oddělení jsem vybrala záměrně, aby byly patrné rozdíly intenzity práce sester a jejich psychického nasazení na uvedených specializacích.

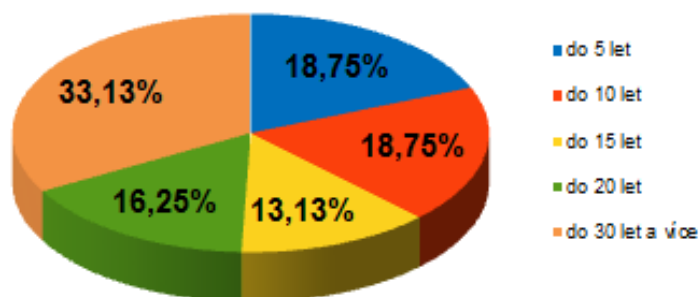
1.11 Údaje o respondentech



Graf č. 1: Věk

Z průzkumu vyplývá, že na odděleních pracují sestry s největší věkovou kategorií do 30 let, následují je sestry s věkovou skupinou mezi 31–40 lety, poté sestry mezi 41–50 lety a nejméně na odděleních pracují sestry věkově nad 51 let.

Počet let praxe

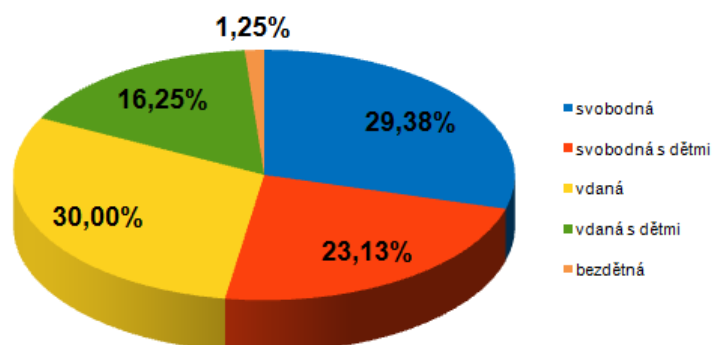


Graf č. 2: Počet let praxe

V dotazníku jsem zjišťovala počet let praxe u 160 sester. Z uvedených výsledků vyplývá, že velká část sester má největší praxi do 30 let a více. Stejná čísla v procentech vyšla u sester s praxí do 5 a do 10 let. Dále je následují sestry s praxí do 20 let a nakonec sestry do 15 let.

Praxe sester poměrně rovnoměrně pokrývá všechny rozsahy praxe, což dává naději na plynulou výměnu sester a předávání praktických zkušeností.

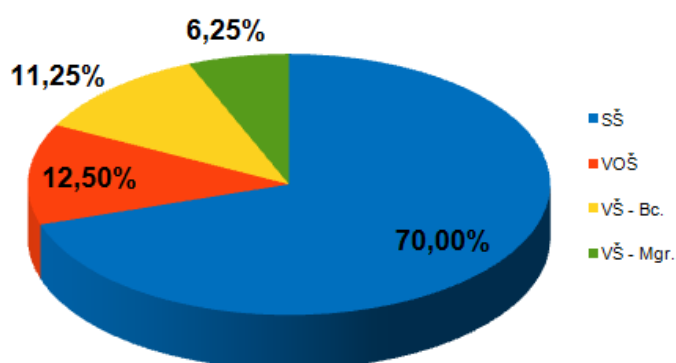
Rodinný stav



Graf č. 3: Rodinný stav

Z grafu vyplývá, že nejvíce sester, které pracují na oddělení, jsou vdané a stejný počet je i svobodných sester. Menší počet je svobodných sester s dětmi, dále vdaných sester s dětmi a malé procento zastupují sestry bez dětí.

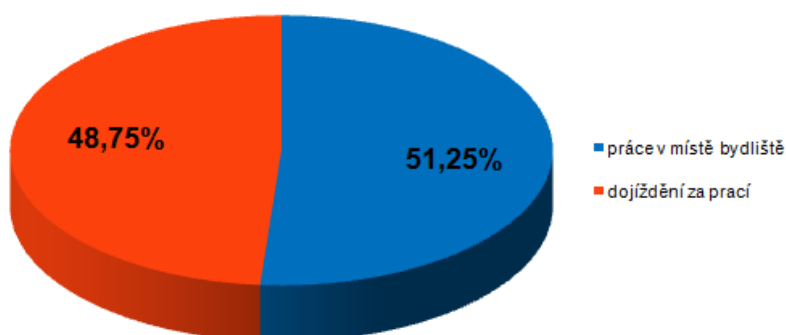
Dosažené vzdělání



Graf č. 4: Dosažené vzdělání

Z dotazníku vyplývá, že největší část tvoří sestry se střední školou. Za touto skupinou jsou sestry, které vystudovaly vyšší odbornou školu a také sestry, které získaly titul na vysoké škole bakalářského studijního programu. Nejméně procent se týká sester vysokoškolského vzdělání s magisterským titulem.

Místo bydliště



Graf č. 5: Místo bydliště

Z grafu je patrné, že jen nepatrně větší procento sester má práci v místě bydliště a nemusí dojíždět za prací.

1.12 Metody výzkumu

Zkoumaný soubor byl tvořen pouze sestrami ze všech 4 oddělení. Z každého oddělení jsem si stanovila cíl získat 40 dotazníků. Použila jsem techniku sběru dat formou kvantitativního výzkumu prostřednictvím standardizovaného dotazníku. Dotazníky jsem předala nebo rozeslala do 8 nemocnic. Z nich bylo ochotno spolupracovat 6 nemocnic. V této bakalářské práci neuvádím názvy nemocničních zařízení, vzhledem k zachování jejich anonymity.

1.13 Pozorování a rozhovor

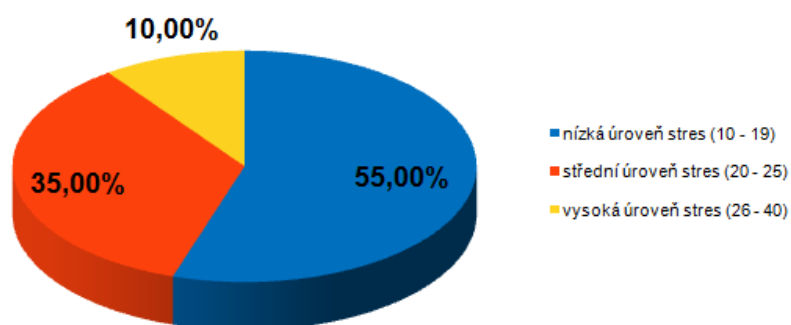
Vzhledem k vytíženosti sester na odděleních nebylo možné provádět rozsáhlejší pozorování a rozhovory. Přesto jsem z krátkých návštěv na některých odděleních vypožadovala, že u některých sester se projeví určité znaky přetížení ve smyslu nervozity nebo roztěkanosti projevující se například při přípravování pomůcek k výkonu. Pro podrobnější průzkum přetížení sester jsem vycházela z vyhodnocení standardizovaných dotazníků.

1.14 Interpretace získaných údajů

Dotazníkové šetření bylo rozděleno na tři části. První část se týká přetížení sester na pracovišti. Druhá část údajů informuje o míře frustrace sester. Třetí část průzkumu se zaměřuje na test k náchylnosti ke stresu.

1.14.1 Výsledky testu přetížení

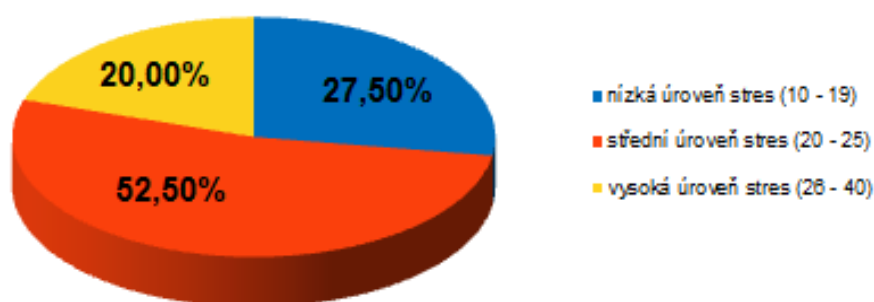
Přetížení na anesteziologicko – resuscitačním oddělení



Graf č. 6: Přetížení na anesteziologicko – resuscitačním oddělení

Z grafu vyplývá, že na tomto oddělení 55% sester vykazuje nízkou úroveň stresu, 35% sester udává střední úroveň stresu a 10 % sester trpí vysokou úrovní stresu.

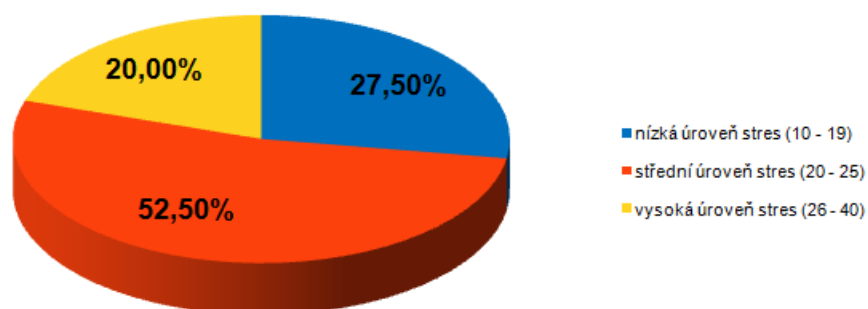
Přetížení na interním oddělení



Graf č. 7: Přetížení na interním oddělení

Z údajů vyplývá, že 52,50% sester zvládá pracovní zátěž se střední úrovní stresu, 27,50% sester pociťuje nízkou úroveň stresu a 20% sester prožívá vysokou úroveň stresu na pracovišti.

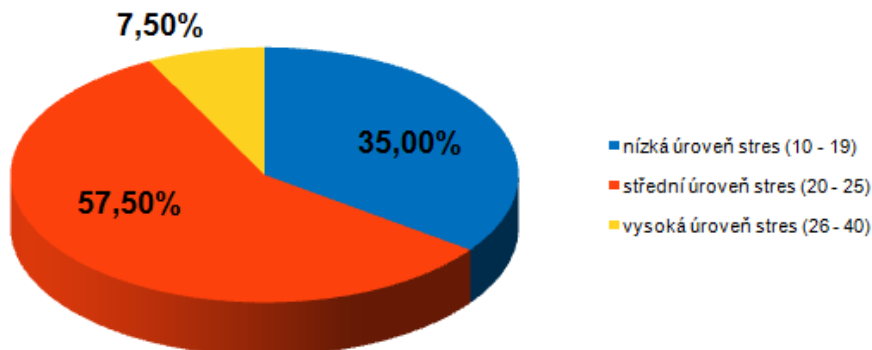
Přetížení na chirurgickém oddělení



Graf č. 8: Přetížení na chirurgickém oddělení

Na chirurgickém oddělení výsledky ukazují stejná procenta jako u interního oddělení, tedy, že se 52,50% sester potýká se střední úrovní stresu, 27,50% sester pociťuje střední úroveň stresu a 10% sester vykazuje známky vysoké úrovně stresu.

Přetížení na psychiatrickém oddělení

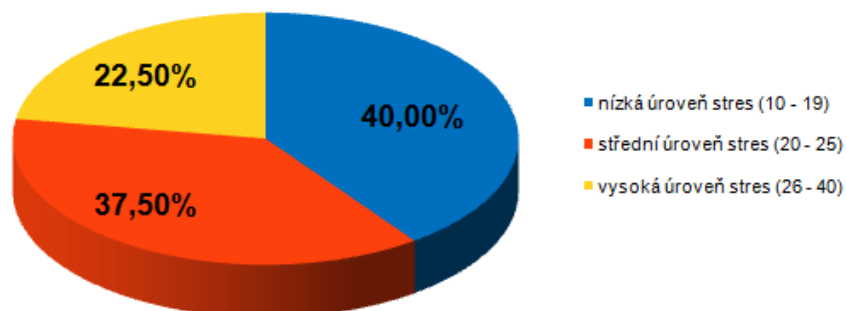


Graf č. 9: Přetížení na psychiatrickém oddělení

Z tohoto grafu je patrné, že více než polovina sester zažívá střední úroveň stresu, 35% sester na sobě pociťuje nízkou úroveň stresu a pouze 7,5% sester prožívá vysokou úroveň stresu.

1.14.2 Výsledky testu frustrace

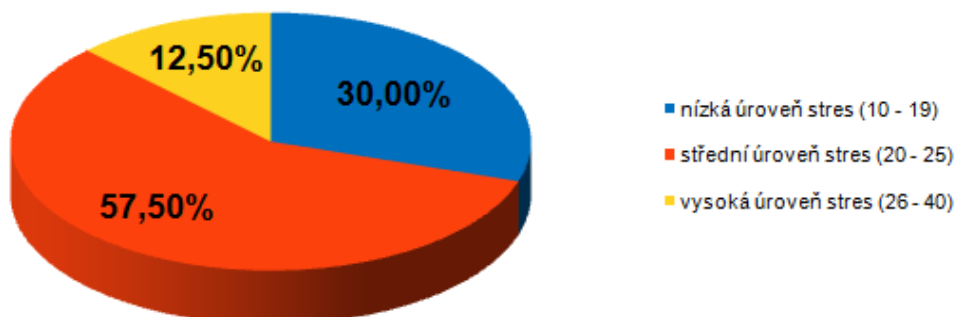
Frustrace na anesteziologicko – resuscitačním oddělení



Graf č. 10: Frustrace na anesteziologicko – resuscitačním oddělení

Na tomto oddělení 40% sester zvládá pracovní činnost s nízkou úrovní stresu, s 37,5% je následují sestry, které zvládají práci se střední úrovní stresu a s 22,5% jsou to sestry s vysokou úrovní stresu na pracovišti.

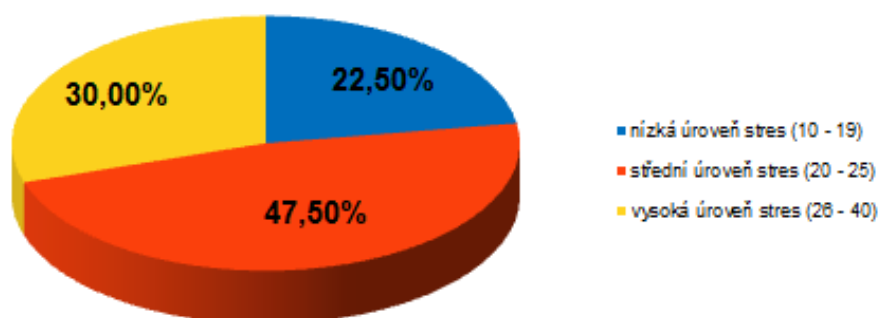
Frustrace na interním oddělení



Graf č. 11: Frustrace na interním oddělení

Z koláčového grafu vyplývá, že více než polovina sester zvládá pracovní zátěž se střední úrovní stresu, 30% sester s nízkou úrovní stresu a 12,5% s vysokou úrovní stresu.

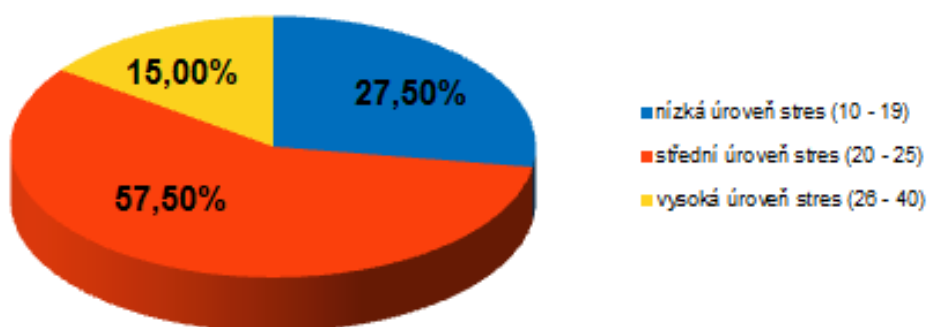
Frustrace na chirurgickém oddělení



Graf č. 12: Frustrace na chirurgickém oddělení

Na tomto oddělení pociťuje střední úroveň stresu 47,5% sester, 30% sester trpí vysokou úrovní stresu a 22,5% sester cítí nízkou úroveň stresu.

Frustrace na psychiatrickém oddělení

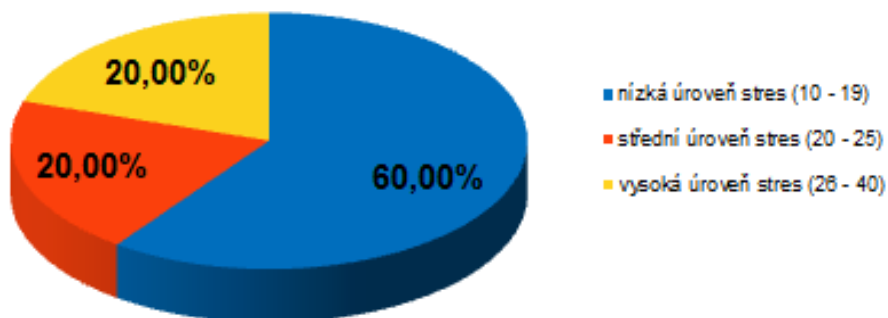


Graf č. 13: Frustrace na psychiatrickém oddělení

Více než polovina sester (57,5%) udává střední úroveň stresu, 27,5% sester vykonává pracovní činnost s nízkou úrovní stresu a 15% sester pracuje s vysokou úrovní stresu na oddělení.

1.14.3 Výsledky testu náchylnosti ke stresu

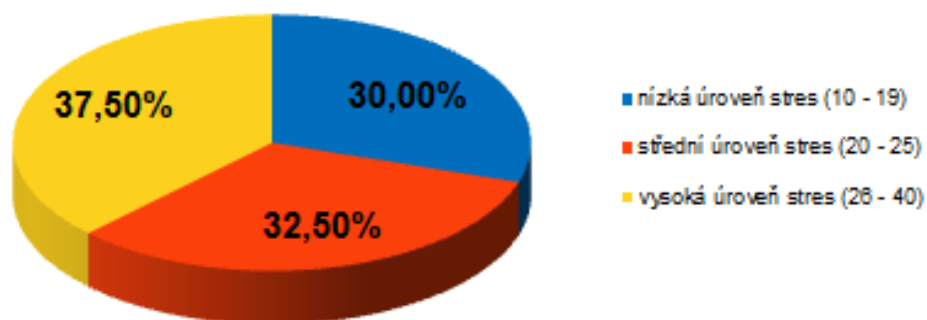
Náchylnost ke stresu na anesteziologicko – resuscitačním oddělení



Graf č. 14: Náchylnost ke stresu na anesteziologicko – resuscitačním oddělení

Na tomto oddělení až 60% sester zažívá nízkou úroveň stresu. Střední a vysokou úroveň stresu mají sestry se stejnými 20%.

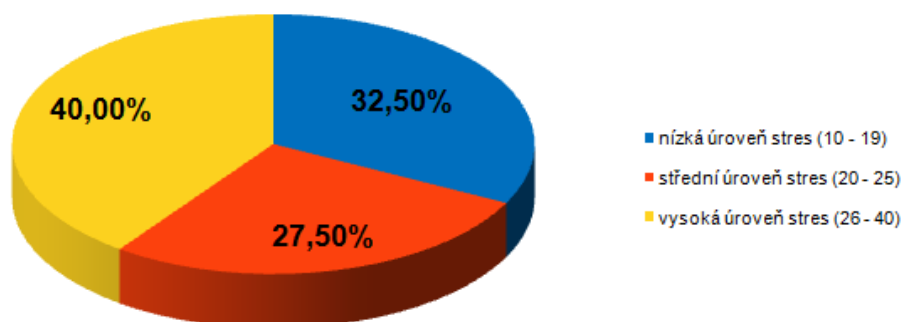
Náchylnost ke stresu na interním oddělení



Graf č. 15: Náchylnost ke stresu na interním oddělení

Z grafu vyplývá, že na interním oddělení 37,5% sester pracuje s vysokou úrovní stresu, 32,5% sester se střední úrovní stresu a 30% sester s nízkou úrovní stresu.

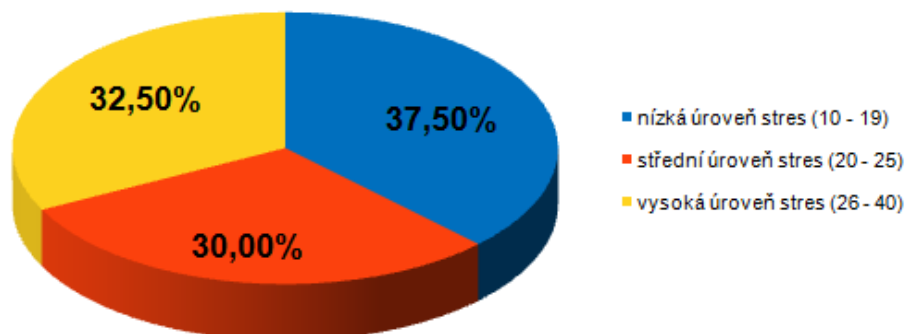
Náchylnost ke stresu na chirurgickém oddělení



Graf č. 16: Náchylnost ke stresu na chirurgickém oddělení

Z grafu je patrné, že 40% sester pracuje na oddělení s vysokou úrovní stresu, 32,5% sester s nízkou úrovní stresu a 27,5% tvoří sestry pociťující střední úroveň stresu na pracovišti.

Náchylnost ke stresu na psychiatrickém oddělení



Graf č. 17: Náchylnost ke stresu na psychiatrickém oddělení

Na psychiatrickém oddělení sestry z 37,5% cítí nízkou úroveň stresu. 32,5% pociťuje vysokou úroveň stresu a 30% sester udává, že se na pracovišti vyrovnávají se střední úrovní stresu.

1.15 Vyhodnocení standardizovaných dotazníků

1.15.1 Vyhodnocení dotazníku přetížení

Tabulka č. 1: Počet odpovědí na dotazník přetížení

A – nízká úroveň stresu B – střední úroveň stresu C – vysoká úroveň stresu

Ze všech odpovědí z dotazníku přetížení je zřejmé, že nejvíce sester pociťuje střední nebo nižší úroveň stresu. Pouze malé množství sester se cítí přetížené.

V tabulce č. 1 jsou výsledky shrnuté podle počtu vyhodnocených dotazníků.

ODPOVĚDI

Oddělení	A	B	C
ARO	22	14	4
INT	11	21	8
CHIR	11	21	8
PSY	14	23	3
Celkem	58	79	23

Tabulka č. 2: Odpovědi na otázky 1 až 4 v procentech

V tabulce č. 2 jsou výsledky shrnuté podle vyhodnocených dotazníků v procentech.

1.15.2 Vyhodnocení testu frustrace

Tabulka č. 3: Počet odpovědí na test frustrace

A – nízká úroveň stresu B – střední úroveň stresu C – vysoká úroveň stresu

Ze všech odpovědí z dotazníku frustrace je zřejmé, že nejvíce sester pociťuje střední úroveň stresu. Množství sester se s nízkou a vysokou úrovní frustrace přiblížil k podobným hodnotám.

V tabulce č. 3 jsou výsledky shrnuté podle počtu vyhodnocených dotazníků.

ODPOVĚDI

Oddělení	A	B	C
ARO	16	15	9
INT	12	23	5
CHIR	9	19	12
PSY	11	23	3
Celkem	48	80	29

Tabulka č. 4: Počet odpovědí na test frustrace v procentech

V tabulce č. 4 jsou výsledky shrnuté podle vyhodnocených dotazníků v procentech.

PROCENTA

Oddělení	nizká úroveň frustrace (10 - 19)	střední úroveň frustrace (20 - 25)	vysoká úroveň frustrace (26 - 40)
ARO	40,00%	37,50%	22,50%
INT	30,00%	57,50%	12,50%
CHIR	22,50%	47,50%	30,00%
PSY	27,50%	57,50%	15,00%

1.15.3 Vyhodnocení náchylnosti ke stresu

Tabulka č. 5: Počet odpovědí na test náchylnosti ke stresu

A – nízká úroveň stresu B – střední úroveň stresu C – vysoká úroveň stresu

Z tabulky vyplývá, že výsledky jsou poměrně vyrovnané, nicméně více sester trpí menší náchylností ke stresu.

V tabulce č. 5 jsou výsledky shrnuté podle počtu vyhodnocených dotazníků.

ODPOVĚDI

Oddělení	A	B	C
ARO	24	8	8
INT	12	13	15
CHIR	13	11	16
PSY	15	12	13
Celkem	64	44	52

Tabulka č. 6: Počet odpovědí na test náchylnosti ke stresu v procentech

V tabulce č. 6 jsou výsledky shrnuté podle vyhodnocených dotazníků v procentech.

PROCENTA

Oddělení	nízká úroveň stres (10 - 19)	střední úroveň stres (20 - 25)	vysoká úroveň stres (26 - 40)
ARO	60,00%	20,00%	20,00%
INT	30,00%	32,50%	37,50%
CHIR	32,50%	27,50%	40,00%
PSY	37,50%	30,00%	32,50%

1.16 Shrnutí zjištěných výsledků výzkumu a diskuse

1.16.1 Subjektivní přetížení sester

Z rozboru dotazníků vyplynulo překvapivé zjištění, že sestry na anesteziologicko–resuscitačním oddělení vykazují nízkou úroveň stresu (55 %), což je výrazně méně než na ostatních odděleních. Toto zjištění je překvapující, protože toto oddělení je velmi specializované a vyžaduje intenzivní péči o klienty a obsluhu složitějších technických zařízení k monitorování životních funkcí jako je například dechová frekvence a srdeční činnost.

Tento stav si zdůvodňuji tím, že každá sestra pečuje o malý počet klientů (obvykle jeden až dva klienty). Přestože jsou klienti ve složitějším zdravotním stavu, jsou neustále monitorováni přístroji, které sestry ihned informují o změně jejich stavu.

Na tomto oddělení jsou sestry více připraveny řešit krizové změny zdravotního stavu klientů, jelikož je na tomto oddělení povinná specializace v oboru. Tím, že jsou sestry proškoleny zvládat tyto situace, nedochází tak často k jejich přetížení.

Na interním a chirurgickém oddělení sestry vykazují střední až vyšší úroveň přetížení. Toto si vysvětluji právě opačným stavem péče o klienty než na anesteziologicko–resuscitačním oddělení, tj. sestra pečuje o více klientů, používá méně monitorovacích zařízení zdravotního stavu klientů a obvykle jsou i méně vyškoleny na krizové situace, což vede k jejich vyššímu zatížení.

1.16.2 Subjektivní prožívání frustrace sester

Z rozboru dotazníku vyplývá, že stav frustrace všeobecných sester koresponduje s jejich přetížením. Opět je u sester pracujících na anesteziologicko–resuscitačním oddělení frustrace nižší než na ostatních odděleních. Zdůvodnění tohoto stavu je shodné jako u předchozího výzkumu.

Překvapivým zjištěním je, že všeobecné sestry na oddělení psychiatrie také uvádí střední úroveň frustrace. Tuto změnu si vysvětluji tím, že všeobecné sestry provádí též psychoterapeutickou podporu klientů a řeší jejich stresové problémy,

respektive přebírají problémy klientů na sebe, a to může být zdrojem jejich frustrace.

1.16.3 Subjektivní náchylnost ke stresu

Z výzkumu vyplývá, že náchylnost ke stresu u všeobecných sester je odrazem jejich přetížení. U sester pracujících na anesteziologicko–resuscitačním oddělení náchylnost ke stresu nižší než na ostatních odděleních. Zdůvodnění tohoto stavu si vysvětlují výše uvedenými příklady.

Sestry z chirurgického oddělení uvádí vysokou náchylnost ke stresu. Toto lze zdůvodnit vysokými nároky na práci sester, která vyplývá z péče o klienty po chirurgických zákrocích, například převazy, ztížená manipulace s obtížně pohyblivými klienty a s častou aplikací tlumivých léků proti bolesti. Tato zvýšená péče sester vede k vyšší náchylnosti ke stresu.

O něco méně, ale přesto vysoká, je náchylnost ke stresu vykazována u sester na interním oddělení. Na náchylnost ke stresu u sester na interním oddělení může mít též vliv péče o klienty v terminálním stádiu choroby.

Závěr

Závěrem bakalářské práce na téma „Riziko syndromu vyhoření u všeobecných sester“ shrnuji své poznatky, ke kterým jsem dospěla.

Povolání všeobecné sestry je velmi náročné a patří k těm profesím, u kterých je zvýšené riziko syndromu vyhoření. Ve své práci jsem se zaměřila na subjektivní prožívání přetíženosti vedoucí ke stresu, frustraci a sklonu k náchylnosti ke stresu zkoumané skupiny, protože ve svých důsledcích mohou tyto změny vést k syndromu vyhoření.

V teoretické části se proto zabývám výkladem tohoto pojmu a rizikovými faktory, které mohou být jeho zdrojem. Dále jsem se snažila popsat postupy prevence, jak nejúčinněji předejít případnému riziku rozvoje syndromu vyhoření. Všeobecné sestry na odděleních by měly být psychicky odolné, aby byly schopné zvládnout stresové faktory své profese, které by mohly směřovat až k syndromu vyhoření.

V praktické části jsem se zaměřila na anesteziologicko–resuscitační oddělení, interní oddělení, chirurgické oddělení a psychiatrické oddělení. Z každého oddělení se mi podařilo získat 40 respondentů, kteří vyplnili předem standardizovaný dotazník, který byl sestaven z všeobecných informací a z oblastí výzkumu. Všeobecné informace se týkaly věku, délky praxe, rodinného stavu, dosaženého vzdělání a místa bydliště. Odborná část dotazníku byla zaměřena na přetížení, frustraci a náchylnost ke stresu.

Výzkum těchto standardizovaných dotazníků ukázal na úroveň stresu a frustraci sester na jednotlivých typech oddělení. Ve všech výzkumných oblastech se ukázalo, že všeobecné sestry z anesteziologicko–resuscitačních oddělení jsou více odolné než sestry z interních oddělení, chirurgických oddělení a psychiatrických oddělení.

Výsledky z anesteziologicko–resuscitačních oddělení zdůvodňuji tím, že každá sestra pečuje o malý počet klientů. I když tito klienti jsou ve složitějším zdravotním stavu, monitorovací přístroje napomáhají sestřám k rychlému

vyhodnocení změny zdravotního stavu. Sestry jsou obvykle lépe připraveny a proškoleny zvládat těžší krizové situace zdravotního stavu klientů. Zejména zajišťují základní životní funkce, a ne sociální potřeby. Jelikož jsou na těchto odděleních náročnější provozní nároky, je doba návštěv striktnější než na jiných odděleních. Tím, že je zkrácená doba návštěv, dochází k menšímu osobnímu kontaktu mezi sestrami a rodinami klientů. Domnívám se, že tyto okolnosti také přispívají k tomu, že sestry lépe zvládají psychickou zátěž při péči o klienty.

Výzkum ukázal, že se u všeobecných sester na oddělení psychiatrie projevila střední úroveň frustrace. Sestry se velmi často zaměřují na psychoterapeutickou podporu klientů a řešení jejich stresových problémů, což může vést k větší psychické zátěži sester (frustraci) z důvodů velké míry empatie a tím přebírání problémů klientů na sebe.

Z výzkumu oblasti náchylnosti ke stresu vyplynulo, že sestry z chirurgického oddělení uvádí vysokou náchylnost ke stresu. Tento závěr lze zdůvodnit péčí o klienty po chirurgických zákrocích. Vliv dále může mít komplikovanější manipulace s těžce pohyblivými klienty po operacích, zvládnutí mnoha úkolů najednou u většího počtu klientů, jako jsou například převazy ran, případně častá aplikace analgetických léků. Proto tato zvýšená péče sester o tyto klienty vede k vyšší náchylnosti ke stresu.

Nižší, ale přesto vysoká náchylnost ke stresu se projevila u sester na interním oddělení, protože, jak často sestry uvedly při rozhovoru, pečují i o klienty v terminálním stádiu.

Závěrem navrhuji všeobecným sestram několik možností k předcházení syndromu vyhoření. Pokud budou sestry pracovat dlouhodobě pod tlakem a zároveň projevovat zvýšenou empatii s klienty, vznik syndromu vyhoření je nevyhnutelný.

Důležité je, aby si všeobecné sestry zorganizovaly svůj život. Pokud se u nich projeví známky výrazného stresu, který by mohl vést k syndromu vyhoření, měly by být schopny umět relaxovat, aby se jejich tělo zregenerovalo. V tomto případě nejde jen o tělo, jako o fyzickou část, ale hlavně o zotavení „duše“, tedy

psychiky člověka. Je důležité nepropadnout stereotypům a naučit se mít sebe rád.

Sestry jsou zvyklé pečovat o druhé a na sebe často zapomínají. Měly by si najít takovou činnost, která jim dělá radost. Zaměřit se na své zájmy, které je baví, v kterých jsou dobré a jež jim dávají pocit zklidnění a uspokojení. Určitě bude sestrám pomáhat, když se budou umět pochválit a nebudou na sobě hledat chyby.

Resumé

- V této práci se věnuji problematice rizika vzniku syndromu vyhoření u všeobecných sester. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Na teoretickou část a na praktickou část. V první části se věnuji pojmu syndromu vyhoření – kdo tento pojem definoval, jaké jsou jeho projevy, příčiny a průběh. V závěru práce se zaměřuji na prevenci a na faktory, které pomáhají při duševní hygieně.
- V druhé, praktické části, analyzuji výsledky z předem rozdaných standardizovaných dotazníků. Cílem speciální části je zjistit, do jaké míry jsou sestry pracující na oddělení v nemocni přetížené, frustrované a jaká je jejich náchylnost ke stresu.

Klíčová slova:

všeobecná sestra, syndrom vyhoření, workoholismus, perfekcionismus, psychoterapie

Summary

- This work is devoted to the issue of burnout syndrome in the general nursing profession. The bachelor thesis is divided into two parts. The general part and the practical part. The first section explains the concept of burnout syndrome, who is a representative of this concept. What the symptoms, causes and course of burnout are. At the end of the first part I focus on the prevention and the importance of the factors of mental hygiene.
- In the second practical part I analyze the results of the standardized questionnaires distributed in advance. The aim of the practical part is find out what is the extent of overloaded, frustration, and susceptibility to stress for the nurses working in hospital.

Key words:

general nurse, burnout syndrome, workaholism, perfectionism, psychotherapy

Seznam literatury

1. BAŠTĚCKÁ, B. A kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha:Portál, 2003. s. 420. ISBN 80-7178-735-3.
2. FREUDENBERGER, Herbert J. Staff burn-out. *Journal of social issues*, 1974, 30.1: 159-165.
3. GROFOVÁ, Kateřina a ČERNÝ, Vojtěch. *Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl: návrat k přirozenému uvolnění*. 1. vyd. Brno: Edita, 2015. 115 s. ISBN 978-80-266-0835-6.
4. GRUHL, Monika a Hugo KÖRBÄCHER. *Psychická odolnost v každodenním životě*. 1. vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 141 s. ISBN 978-80-262-0345-2.
5. BAŠTĚCKÁ, B. A kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha:Portál, 2003. s. 420. ISBN 80-7178-735-3.
6. HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychothriller)*. První vydání. Praha: Galén, [2015], ©2015. 257 stran. ISBN 978-80-7492-142-1.
7. HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 70 s. ISBN 80-7184-889-1.
8. KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření: v práci a osobním životě*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
9. KILLINGER, Barbara. *Workaholismus, záslužná závislost: rádce pro přežití rodiny*. 1. vyd. Brno: Alman, 1998. 271 s. Cesta k poznání; sv. 2. ISBN 80-86135-04-7.
10. KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 2.

11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
12. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
13. MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
14. MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena: Celost. vysokošk. učebnice pro stud. filozof. fakulty oboru psychologie*. 1. vyd. Praha: SPN, 1984. 207 s. Učebnice pro vysoké školy.
15. NEENAN, Michael a DRYDEN, Windy. *Kognitivní terapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 109 s. Stručný přehled. ISBN 978-80-7367-372-7.
16. NOVÁK, Tomáš a CAPPONI, Věra. *Asertivně do života: [asertivní techniky, asertivní práva, testy, tréninkové programy, výcvik]*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 174 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0989-9.
17. PRAŠKO, Ján a PRAŠKOVÁ, Hana. *Asertivitou proti stresu*. 1. vyd. Praha: Grada, 1996. 181 s. ISBN 80-7169-334-0.
18. PRIEß, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. 175 stran. ISBN 978-80-247-5394-2.
19. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
20. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.

21. ČESKO. § 54 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2017 [cit. 8. 4. 2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#p54>

Seznam tabulek, grafů a schémat

Seznam grafů

GRAF Č. 1: VĚK.....	27
GRAF Č. 2: POČET LET PRAXE.....	28
GRAF Č. 3: RODINNÝ STAV.....	28
GRAF Č. 4: DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	29
GRAF Č. 5: MÍSTO BYDLIŠTĚ.....	29
GRAF Č. 6: PŘETÍŽENÍ NA ANESTEZIOLOGICKO – RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ.....	31
GRAF Č. 7: PŘETÍŽENÍ NA INTERNÍM ODDĚLENÍ.....	31
GRAF Č. 8: PŘETÍŽENÍ NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ.....	32
GRAF Č. 9: PŘETÍŽENÍ NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	32
GRAF Č. 10: FRUSTRACE NA ANESTEZIOLOGICKO – RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ.....	33
GRAF Č. 11: FRUSTRACE NA INTERNÍM ODDĚLENÍ.....	33
GRAF Č. 12: FRUSTRACE NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ.....	34
GRAF Č. 13: FRUSTRACE NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	34
GRAF Č. 14: NÁCHYLNOST KE STRESU NA ANESTEZIOLOGICKO – RESUSCITAČNÍM ODDĚLENÍ.....	35
GRAF Č. 15: NÁCHYLNOST KE STRESU NA INTERNÍM ODDĚLENÍ.....	35
GRAF Č. 16: NÁCHYLNOST KE STRESU NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ.....	36
GRAF Č. 17: NÁCHYLNOST KE STRESU NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ.....	36

Seznam tabulek

TABULKA Č. 1: POČET ODPOVĚDÍ NA DOTAZNÍK PŘETÍŽENÍ.....	37
TABULKA Č. 2: ODPOVĚDI NA OTÁZKY 1 AŽ 4 V PROCENTECH.....	37
TABULKA Č. 3: POČET ODPOVĚDÍ NA TEST FRUSTRACE.....	37
TABULKA Č. 4: POČET ODPOVĚDÍ NA TEST FRUSTRACE V PROCENTECH.....	38
TABULKA Č. 5: POČET ODPOVĚDÍ NA TEST NÁCHYLNOSTI KE STRESU.....	38
TABULKA Č. 6: POČET ODPOVĚDÍ NA TEST NÁCHYLNOSTI KE STRESU V PROCENTECH. .	39

Seznam příloh

PŘÍLOHA Č. 1

Anamnestický dotazník

Vážení respondenti,

Jsem studentka 3. ročníku Fakulty pedagogické na Západočeské univerzitě v Plzni. Studuji obor Psychologie se zaměřením na vzdělávání. Obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží jako podklad k bakalářské práci na téma Riziko syndromu vyhoření u všeobecných sester.

Dotazník je zcela **anonymní** a všechna data budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce. Abych předešla jakýmkoli nepříjemnostem, v bakalářské práci **nebudu uvádět názvy nemocnic**, na kterých byly dotazníky vyplněny. Své odpovědi v nabídce prosím **označte**, je možné označit i více odpovědí. V případě otevřených otázek Vás prosím o doplnění.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu při jeho vyplnění.

S pozdravem

Bc. Lucie Lehká

1. Jakého jste pohlaví?

a) Muž b) Žena

2. Kolik je Vám let?

a) do 30 let b) 31 – 40 let c) 41 – 50 let d) 51 let a více

3. Počet let praxe?

a) do 5 let b) do 10 let c) do 15 let d) do 20 let e) do 30 let a více

4. Na jakém oddělení pracujete?

.....

5. Jaký je Váš rodinný stav?

a) Svobodná b) Svobodná s dětmi c) Vdaná d) Vdaná s dětmi e) Bezdětná

6. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

a) SŠ b) VOŠ c) VŠ – Bc. d) VŠ – Mgr. f) Jiné (uveďte)

.....

7. Místo bydliště?

a) Máte práci v místě bydliště b) Dojíždíte za prací

Zdroj, úroveň stresu a frustrace

Instrukce : U každé otázky zvolte jednu z variant odpovědí podle následující tabulky:

skoro vždy	velmi často	občas	téměř nikdy
4	3	2	1

Tabulka č. 1 (přetížení)

1.	Nemáte dost času dokončit práci?	
2.	Musíte vynechat jídlo, abyste mohl(a) dokončit práci?	
3.	Přejete si pomoc, abyste mohl(a) něco dokončit?	
4.	Máte pocit, že lidé od Vás očekávají příliš mnoho?	
5.	Cítíte se zavalen(a) tím, co se od vás očekává?	
6.	Máte pocit, že práce zasahuje do Vašeho volného času?	
7.	Jste zdeprimován(a), když pomyslíte na všechno, co máte udělat?	
8.	Nevidíte konec požadavků, které se na Vás kladou?	
9.	Rád(a) soutěžíte v práci i jinde?	
10.	Máte pocit, že máte příliš zodpovědnosti?	
C e l k e m		

Tabulka č. 2 (frustrace)

1.	Stávám se nervózní, když nemohu ovlivnit to, co se nedaří.	
2.	Jsem podrážděný(á), když někdo přede mnou jede, anebo jde pomalu a brání mi v cestě.	
3.	Zlobí mě, když jsou mé plány závislé na druhých.	
4.	Snažím se vyhnout tlačenicím, jak je to jen možné.	
5.	Necítím se dobře, když musím stát v dlouhých frontách.	
6.	Hádky, konflikty mě rozrušují.	
7.	Když to, co si naplánuji, nejde hladce, cítím úzkost.	
8.	K životu a práci potřebuji hodně místa.	
9.	Když jsem něčím zaměstnán(a), nenávidím vyrušování.	
10.	Stávám se netrpělivý(á), když se setkám s neschopností.	

Tabulka č. 3 (stres neničí jen duši, ale i tělo)

Instrukce : Posuďte následující tvrzení a pravdivě posuďte, jak často prožíváte uvedené pocity. Body přiřazujte podle následující stupnice:

1.	Mívám studené ruce.	
2.	Bolí mne hlava.	
3.	Souhlasím s bonmotem, že když se člověk ráno probudí a nic ho nebolí, tak už je mrtvý.	
4.	Někdy mi buší srdce jako o závod, aniž vykonávám něco namáhavého.	
5.	Chytají mně křeče do nohou.	
6.	Pocítuji úzkost, aniž se mi cokoli neblahého děje.	
7.	Trápí mne zácpa.	
8.	Pocítuji silné napětí, i když nemám žádný problém a teoreticky bych měl(a) být v klidu.	
9.	Když chvíli nezměním polohu, mám klouby jako ztuhlé a musím se rozhýbat.	
10.	Mám špatné zažívání.	
11.	Někdy mám tak staženo v krku, že se mi špatně polykají sliny.	
12.	Sedím-li chvíli v klidu, mívám mravenčení v končetinách.	
13.	Potí se mi nohy a přitom je mám studené.	
14.	Bolí mne v kříži.	
15.	Mívám pocit, že všechno je zbytečné, o nic nemá smysl usilovat.	
16.	Dostávám průjem z ničeho nic, aniž jsem si vědom(a) nějaké dietní chyby.	
17.	Věci a činnosti, které mne dříve těšily, jsou mi nyní jedno.	
18.	Stáhne se mi to na hrudi tak, že mám dojem, že se nedokážu nadechnout.	
19.	Někdy mám pocit, jako bych to, co má být pro zábavu, dělal(a) jako náročnou práci.	
20.	Mám takový pocit napětí, že cítím, že mám i zuby zaťaté.	
21.	Mívám zvýšenou teplotu, aniž jsem nemocný(á).	
22.	Jsou chvíle, kdy se na jídlo nemohu ani podívat, jako bych měl(a) křečovitě stažený žaludek.	
23.	Bez příčiny (námahy nebo horka) se více potím.	
24.	Srdce mi i v klidu skáče jako jankovité zvíře - tu pomalu, tu rychle, tu jako by se úplně zastavilo.	
25.	Jako bych měl(a) unavené oči, cítím silný tlak za očima.	
26.	Někdy jsem v takovém napětí, že mám pocit, jako bych za chvíli měl(a) celý(á) popraskat.	
27.	Stává se mi, že kdeco zapomínám - pořád něco hledám (tužky, deštník, klíče apod.)	
28.	Bolí mne za krkem tak, že nevím, jak dát hlavu.	
29.	Domluví-li se na něčem, stává se, že to úplně zapomenu nebo popletu.	
30.	Někdy mne bolí celé tělo, jako bych byl(a) zmlácený(a), a přitom jsem nic namáhavého nedělal(a).	
Celkem bodů :		

PŘÍLOHA Č. 2

TEST PŮSOBENÍ STRESU

Zkuste si projít dotazník míry stresu podle Arnda Steina. Podle výsledků poznáte, zda zátěž ve vašem případě nepřerostla únosnou hranici, za níž se nachází území potenciálních duševních nebo tělesných nemocí. Dotazník se skládá z dvaceti otázek. Na každou z nich odpovězte buď ano, nebo ne.

1. Míváte často pocit, že den je příliš krátký na to, abyste stihli udělat všechno potřebné?
2. Gestikulujete živě?
3. Jíte ve spěchu, rychle?
4. Máte pocit, že vám všechno jde nějak pomalu?
5. Skáčete druhým často do řeči?
6. Máte tendenci často dopovědět větu za druhého?
7. Jede-li před vámi sváteční řidič, popadne vás vztek nebo jste nervózní?
8. Ztrácíte rychle trpělivost, když musíte stát ve frontě?
9. Rozčilují vás běžné úkony, protože vás odvádějí od důležitější práce?
10. Čtete knihy napříč stránky, abyste četbu zvládli rychleji?
11. Zabýváte se v myšlenkách nebo při samotném jednání více záležitostmi najednou?
12. Zabýváte se ve volném čase nebo na dovolené pracovními či rodinnými problémy?
13. Pronášíte poslední slova věty nebo výroky rychleji než počáteční?
14. Je pro vás těžké bavit se o něčem, co vás příliš nezajímá?
15. Míváte na dovolené nebo ve volném čase často pocit, že byste měli něco dělat?
16. Sestavujete si časový plán tak, že vám v něm takřka nezbývá prostor na nečekané události?

17. Míváte často zatnuté zuby, případně skřípete jimi?

18. Srovnáváte své úspěchy s výsledky druhých?

19. Doprovázíte své výroky často zatnutými pěstmi, abyste slovům dodali náležitý důraz?

20. Jste se svou prací, případně i s rodinným životem nespokojení?

Vyhodnocení:

Na všechny otázky byste se měli snažit odpovědět co nejpříjemněji. Za každou odpověď „ano“ si připište jeden bod.

16 až 20 bodů	Pozor! S okamžitou platností byste se měli víc zaměřit na odpočinek a oddech. V tuto chvíli neohrožujete pouze svůj pocit spokojenosti, nýbrž i své zdraví!
7 až 15 bodů	Vaše hladina stresu je zvýšená, ale do skupiny, jejíž zdraví je přímo ohroženo, prozatím nepatříte
0 až 6 bodů	Blahopřejeme vám! Stres na vás působí v malé míře, měli byste být fit.

POUŽITÝ ZDROJ:

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.