

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetřovatelství

Gabriela Křepelková

**Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících
o pacienty s Alzheimerovou demencí**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Romana Klášterecká, Ph.D.

Olomouc 2014

ANOTACE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce v ČJ: Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí

Název práce v AJ: Burnout among Nurses Caring for Patients with Alzheimer's Dementia

Datum zadání: 2013-01-11

Datum odevzdání: 2014-05-15

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav Ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Gabriela Křepelková

Vedoucí práce: Mgr. Romana Klášterecká, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí, které pracují na psychiatrickém oddělení. Práce předkládá přehled publikovaných poznatků o stresu, zátěžových faktorech a zvládnání stresu, ale také popisuje syndrom vyhoření a jeho prevenci. Dále se věnuje problematice psychiatrické péče a specifické ošetrovatelské péče o pacienty s Alzheimerovou demencí. Výzkumné šetření mapovalo výskyt syndromu vyhoření ve vztahu k pracovní zátěži a k protektivním faktorům a míru zátěže všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí.

Abstrakt v AJ:

This thesis deals with burnout among nurses caring for patients with Alzheimer's dementia who work in the psychiatric ward. The thesis presents an overview of published findings on stress, stressors, and stress management, but also describes burnout and its prevention. It also addresses the issue of mental health care and specific nursing care for patients with Alzheimer's dementia. The survey maps the incidence of burnout in relation to workload and protective factors and also the workload rate of nurses caring for patients with Alzheimer's dementia.

Klíčová slova v ČJ: Syndrom vyhoření, stres, duševní hygiena, sestry v psychiatrii, přetížení pečovatele, Alzheimerova demence

Klíčová slova v AJ: Burnout syndrome, stress, mental hygiene, nurses in psychiatry, caregiver role strain, Alzheimer's Disease

Rozsah: 89 s., 11 příl.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně
a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 15. května 2014

podpis

Děkuji Mgr. Romaně Klášterecké, Ph.D., za odborné vedení a za cenné rady při zpracování diplomové práce. Zvláštní poděkování patří Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D., za její pomoc a za rady, které mi pomohly při vypracování práce.

OBSAH

ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	11
1.1 STRES U VŠEOBECNÝCH SESTER	11
1.1.1 Zátěžové faktory	13
1.1.2 Možnosti zvládnání stresu	17
1.2 SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER	19
1.2.1 Prevence syndromu vyhoření	22
1.3 VŠEOBECNÉ SESTRY PRACUJÍCÍ NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ	26
1.4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY S AD	30
2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ	34
2.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A HYPOTÉZY	34
2.2 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	35
2.3 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ	37
2.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
2.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	40
3 INTERPRETACE DAT	41
3.1 INTERPRETACE DAT K CÍLI 1	41
3.2 INTERPRETACE DAT K CÍLI 2	44
3.3 INTERPRETACE DAT K CÍLI 3	46
3.4 INTERPRETACE DAT K CÍLI 4	50
DISKUSE	54
ZÁVĚR	57
BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE	60
SEZNAM ZKRATEK	74
SEZNAM TABULEK	76
SEZNAM GRAFŮ	77
SEZNAM PŘÍLOH	78
PŘÍLOHY	79

ÚVOD

Demografické stárnutí populace je v současné době aktuální téma celé společnosti, a to nejen České republiky, ale také vyspělých zemích. V důsledku stárnutí populace se zvyšuje podíl seniorů, klesá podíl dětí a mládeže a zvyšuje se průměrný věk života. Mezinárodní alzheimerovská asociace Alzheimer's Disease International - ADI zveřejnila fakt, že v posledních letech dochází k postupnému růstu počtu pacientů s demencí, a to až na trojnásobek. K nejrychlejšímu růstu dochází v rozvojových zemích, a to v Číně, Indii a v oblasti Pacifiku. V roce 2013 trpělo demencí 44,4 milionů lidí po celém světě a předpokládá se, že v roce 2050 se bude jednat o 277 milionů lidí. Více než polovina starších závislých lidí trpí Alzheimerovou demencí nebo jinou formou demence (Prince, Prina, Guerchet, 2013, s. 4-9). Alzheimerova demence (AD) je progresivní neurodegenerativní onemocnění s dominujícími mnestickými a intelektovými poruchami a s výrazným úpadkem osobnosti. Toto onemocnění má plíživý začátek a pomalu progreduje. Adekvátní pozornost v péči o pacienty s Alzheimerovou demencí je třeba věnovat pečovatелům a podpořit rodinné příslušníky. Světová zpráva o Alzheimerově chorobě - Word Alzheimer's Report dospěla k závěru, že je potřeba další podpory, aby bylo možné snížit zátěž na jednotlivce i na celou společnost. Lidé s demencí potřebují zvláštní péči v porovnání s jinými pacienty z důvodu toho, že potřebují více osobní péče, více hodin péče a více dohledu (Word Alzheimer's Report, 2013, s. 7). Pečovatelé jsou vystaveni velkému fyzickému a psychickému tlaku ze všech stran, které spouští stresové mechanismy. Dlouhodobý, chronický a nadměrný stres, vede k úplnému vyčerpání a ke vzniku syndromu vyhoření. Přední místa oborů, kde se objevuje syndrom vyhoření, zaujímají hospice, onkologická oddělení, JIP, psychiatrie, neurologie a koronární jednotky (Bártlová, Hajduchová, 2010, s. 110). Jako preventivní opatření lze využít copingové způsoby a strategie zvládání.

Diplomová práce je zaměřena na syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí, které pracují na psychiatrickém oddělení.

Pro vypracování diplomové práce byly stanoveny následující dílčí cíle:

Cíl 1. Zjistit míru syndromu vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a provést komparaci dat Psychiatrických nemocnic Šternberk, Bohnice, Kroměříž.

Cíl 2. Zjistit míru role v zaměstnání všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření.

Cíl 3. Zjistit míru osobních zdrojů všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření.

Cíl 4. Zjistit míru zátěže u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření.

Jako vstupní studijní literatury byly použity následující zdroje:

1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
2. DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. 2010. *Diagnostika a terapie duševních chorob*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
3. FRANKOVÁ, Vanda et al. 2011. *Alzheimerova demence v praxi konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2423-5.
4. GLENNER, Joy A. et al. 2012. *Péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.
5. HALOVÁ, Miroslava. 2010. *Nemocný v domácí péči II., Demence a demence Alzheimerova typu*. 1. vyd. Nouzov: VEF Enterprises, 2010. ISBN 978-80-904611-0-9.

6. JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Klaudia et al. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80247-3149-0.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. ISBN: 80-7169-551-3.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
11. MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. 2010. *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.
12. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
13. PIDRMAN, Vladimír. 2007. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

Popis rešeršní strategie

Rešeršní strategie byla provedena za pomoci Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO), které se zaměřuje na celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků všech oborů. Rešerše byla zpracována z časopisecké kartotéky knihovny NCONZO a z databáze BIBLIOGRAPHIA MEDICA ČECHOSLOVAKA (BMČ) a MEDLINE. Po použití zadaných klíčových slov, bylo nalezeno 35 odborných článků a publikací v českém, slovenském a anglickém jazyce. Další rešeršní vyhledávání bylo uskutečněno v Národní lékařské knihovně (NLK- National Medical Library) v Praze, která vytváří retrospektivní rešerše v databázích jako BMČ, báze EMBASE, Web of Knowledge a Scopus a báze Journal Citation Reports. Po zadání klíčových slov bylo vyhledáno

445 periodik a monografií z české, slovenské a zahraniční literatury. Poslední fáze spočívala v samostatném vyhledávání strukturovaných recenzovaných plnotextů samostatných periodik na stránkách vydavatelství solen, na stránkách vydavatelství České lékařské společnosti J. E. Purkyně v časopise Česká a Slovenská psychiatrie, v knihovně Univerzity Palackého v Olomouci prostřednictvím portálu Elektronických informačních zdrojů, v databázi EBSCO a v databázi PubMed. Vyhledávací období bylo červenec 2013 - únor 2014. Po prostudování všech vyhledaných zdrojů byly vyřazeny monografie, kapitoly knih a nerecenzovaná neimpaktovaná periodika. V diplomové práci bylo použito 88 relevantních článků, 57 v českém jazyce, 13 ve slovenském jazyce a 18 v anglickém jazyce. Kritéria výběru byla stanovena podle dílčích cílů práce, klíčových slov a roku vydání 2000-2014. Všechny prameny jsou citovány podle normy ISO 690:2011 v bibliografických a elektronických zdrojích na konci diplomové práce.

Pro rešeršní strategii byla použita klíčová slova v českém jazyce:

syndrom vyhoření – stres - duševní hygiena - sestry v psychiatrii - přetížení pečovatele - Alzheimerova demence.

Pro rešeršní strategii byla použita klíčová slova v anglickém jazyce:

Burnout syndrome – stress - mental hygiene - nurs in psychiatr* - caregiver role strain - Alzheimer's disease.*

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 STRES U VŠEOBECNÝCH SESTER

Stresorem se rozumí podnět, který spouští stresové reakce. Tyto reakce mohou být spuštěny buď životní událostí, nebo vnitřním prožitkem. Stresovou odpověď však nevyvolávají velké životní události, ale také drobné nesnáze, mrzutosti a konflikty, které se v anglickém jazyce označují jako „hassles” (Večeřova- Procházková, Honzák, 2008, s. 190). Nešpor poukazuje na to, že existují tři kategorie stresorů ovlivňující rozvoj stresu, které jsou rozděleny podle oblasti působení. Jedná se o biologické stresory, jako např. infekce, úrazy, operace, chlad a hlad, psychologické stresory, např. ohrožení sebevědomí, ohrožení sebeúcty, neúspěch, pocity bezmocnosti, neschopnost sebezprosažení a konflikt, ale také sociální stresory, mezi které patří rodinný konflikt, pracovní konflikt, ztráta důležité osoby, ztráta postavení, kompetence apod. (Nešpor, 2008, s. 371). Pojem stres můžeme vnímat v nejrůznějších kontextech, proto jednotná definice neexistuje. Nejvýznamnější teorii stresu popsal již v roce 1994 Jaro Křivohlavý, kdy pojímá stres jako vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná (Křivohlavý, 1994, s. 15). Evropská agentura publikovala zprávu o stavu výzkumu stresu při zaměstnání a popisuje tři přístupy k vymezení stresu. První přístup, nazývaný jako „technický přístup” pojímá stres, který souvisí s prací jako averzní či škodlivý rys pracovního prostředí a v souvisejících studiích s ním nakládá jako s nezávislou proměnnou environmentální příčinou poruch zdraví. „Fyziologický přístup”, který spadá do druhého přístupu, definuje stres jako běžné fyziologické účinky široké řady averzních či škodlivých podnětů a zachází s ním jako se závislou proměnnou. Pojímá stres jako specifickou logickou reakci na okolí, které člověka ohrožuje nebo poškozuje. Posledním přístupem je přístup „psychologický”. Tento přístup pojímá pracovní stres jako dynamickou interakci osoby a jejího pracovního prostředí (European Agency, 2000, s. 32-37). Další teorie stresu popsal např. W. B. Cannon

(poplachová teorie emocí), H. Selye (teorie obecného adaptačního syndromu), T. H. Holmes a R. H. Rahe (teorie životních událostí), J. W. Mason (kognitivní kontrola stresové situace jako ochrana před depresivním typem odpovědi), R. S. Lazarus (psychologický model stresu), D. S. Goldstein (Homeostatická teorie stresu), S. Reichlin (stresem navozená neuroimunitní modulace) a také A. Van der Ven a R. Van Diesta et al. (patofyziologické důsledky stresu) (In Kryl, 2004, s. 1). Gandi et al. poukazuje na to, že stres a stresové mechanismy patří neoddělitelně k životu, v mírných dávkách stimulují a v ohrožení nás připravují na obrannou akci. Strach z věcí, které představují reálnou hrozbu, nás motivuje, abychom se s nimi vypořádali anebo abychom se jim vyhnuli. Nadměrný stres vede k menší spolupráci, agresivitě a dokonce brzdí výkon v náročných úkolech (Gandi et al, 2011, s. 182). Cyralene Bryce společně s Americkou zdravotní organizací (American Health Organization) uvádí oficiální doporučení koncepce stresu a v ní popisují dva typy stresu, eustres a diststres. Eustres je charakterizován jako optimální hladina stresu působící jako tvůrčí a motivační síla, která vede lidi k dosahování neuvěřitelných výkonů a cílů. Naproti tomu chronický traumatický stres, nazývaný jako distres, je potenciálně neobyčejně destruktivní a poškozuje psychické a tělesné zdraví a může ohrozit samotný život (Bryce, 2001, s. 7). Podobný přístup zastává Hosáková, která si myslí, že eustres je užitečný a oživující. Uvádí, že takový typ stresu člověk prožívá před schůzkou, v nových podmínkách, přičemž dochází k aktivaci našich sil. Distres je tedy opak eustresu, je škodlivý, negativní. Chemickou povahou jsou oba stejné, liší se ovšem reakcí organismu. Po prožitku eustresu následuje pocit radosti a spokojenosti, distres naopak vyvolává pocit přetížení, zoufalství, bezmoc, ztrátu pocitu jistoty. Každý nadměrný, dlouhodobý nebo opakovaný stres je škodlivý a může být příčinou somatického onemocnění (Hosáková, 2007, s. 80). Na to reaguje Křivohlavý a uvádí, že stres má negativní vliv na kardiovaskulární systém (hypertenze, koronární choroby), gastrointestinální systém (návaly, zvracení, vředová choroba gastroduodena, dráždivý syndrom střeva), imunitní systém (zvýšená únava, letargie či snížená rezistence

k nemocem), genitourinální systém (impotence, organistické dysfunkce), svalový systém (bolesti v zádech, bolesti v oblasti hrudníku, bolesti hlavy), ale také má negativní vliv na respirační systém (dechová nedostatečnost, hyperventilace, astma) (Křivohlavý, 2010, s. 26). Stres lze rozdělit do tří fází: fáze poplachová, u které dochází k mobilizaci organismu a do krve je vplaveno množství adrenalinu, fáze rezistence, kdy se organismus adaptuje na zátěž a hledá vyrovnaní se s účinky stresu a poslední fáze konečná, organismus se adaptuje a nastupuje únava nebo celkové vyčerpání a selhání adaptačních schopností vede k vážnému ohrožení organismu nemocí nebo může dojít až ke smrti (Selye In Schreiber, 2004, s. 3). Stres se projevuje v různé rovině, tělesné, psychické a behaviorální. V tělesné rovině se jedná o projevy jako např. bolesti hlavy, dorzalgie, napětí ve svalstvu, svalové spazmy, svalová únava, poruchy trávení, průjem a zácpa, hypertenze, tachykardie, pocení, tremor apod. V psychické rovině může docházet k úzkosti, nadměrné bdělosti, fobickým reakcím, pocitům ohrožení, derealizaci, depersonalizaci, frustraci, bezmocnosti, depresi, zvýšenému libidu, sníženému či zvýšenému apetitu a v oblasti behaviorální se vyskytují projevy jako např. zlost, výbušnost, podrážděné reakce, netrpělivost, agresivita, agitovanost, abúzus návykových látek, sexuální excesy a sexuální dysfunkce (Kryl, 2004, s. 39). Stresové události mohou mít podobu událostí neovlivnitelných, událostí nepředvídatelných představujících výzvu pro hranice našich schopností a našeho sebepojetí nebo vnitřních konfliktů. Nepředvídané situace jsou u některých profesí považovány za velmi stresující (Hosáková, 2007, s. 80). Bartošíková tvrdí, že práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, než u jiných profesí. Práce všeobecných sester a ošetřovatelek patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším (Bartošíková, 2006, s. 10).

1.1.1 Zátěžové faktory

Práce všeobecné sestry je podle Hosákové provázená fyzickým a psychickým zatížením (Hosáková, 2007, s. 81). Podobný přístup k problematice zátěže zastává Bartošíková, která popisuje dva typy, zátěž

fyzickou, chemickou, fyzikální a zátěž psychickou, emocionální, sociální. Do první oblasti zátěže řadíme statické zatížení (např. stání při práci a asistenci u lůžka, u výkonu, stání u vizity), dynamické zatížení (např. pocházení, vyřizování, přecházení mezi provozy), zatížení páteře (např. při zvedání pacientů, polohování, úprava lůžka), zatížení svalového a kloubního systému (Bartošíková, 2006, s. 11-12). Uhlíř, Petlachová a Kuchařová tvrdí, že práce všeobecné sestry je činností velice náročnou na pohybový aparát. Nejvíce se přetížení projevuje v oblasti dolní části zad z důvodu pracovních úkonů v předklonu u lůžka, mnohdy i s rotacemi trupu. V oblasti páteře dochází ke svalové dysbalanci i přetížení meziobratlových plotének bederního úseku páteře. Přetížené svaly, spolu s oslabením břišních svalů, jsou jednou z dílčích součástí Jandova zkříženého syndromu. Proto je třeba se systematicky věnovat nejen terapii vzniklých potíží, ale také preventivnímu cvičení (např. pilates, Tai-chi, feldenkraisova metoda, S-E-T koncept, relaxační cvičení, škola zad a ergonomie pracovní činnosti) a v celkové prevenci se soustředit na optimalizaci organizace práce (Uhlíř, Petlachová, Kuchařová, 2011, s. 438). V oblasti fyzické, chemické a fyzikální se dále jedná o setkávání se s nepříjemnými podněty (např. exkrementy, otevřené rány, nehojící se onemocnění, zápach, deformity, vyrážky), rizika infekce, narušení spánkového rytmu při směnování, nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu. Zátěží může být i kontakt s léky, desinfekčními přípravky, pomůckami, hluk, nesprávné osvětlení, vibrace a radiační záření. Do druhé oblasti, zátěže psychické, emocionální a sociální, zařazujeme neustálou pozornost, pečlivé sledování (např. stav pacientů, přístrojů, instrukcí), pružné reagování na různorodé požadavky a nároky na paměť. Všeobecná sestra má velkou zodpovědnost za výsledky své práce, musí se samostatně rychle rozhodnout při respektování daných pravidel, jednat účelně i při nedostatku informací a improvizovat při nárazovém charakteru práce. Setkává se s utrpením, bolestí a smrtí, zachází s intimitou druhého člověka, včetně překračování hranic (např. zavádění sond, aplikace klyzmatu, cévkování, aplikace injekcí). Řeší otázky týkající se soukromých záležitostí nejen pacienta, ale také jeho

rodiny. Své vlastní zážitky konfrontuje se svými postoji a hodnotami a přemýšlí o svém životě. Komunikace s příbuznými pacientů je náročná a může docházet ke konfliktu. Práce všeobecné sestry je nízko ohodnocena a jsou na ní kladené vysoké nároky na neustálé vzdělávání (Bartošíková, 2006, s. 11-12). Dosud zpracované studie o problematice fyzické a psychické zátěže nejvíce směřovaly k psychické zátěži. Blažková, Krátká a Kramaříková zpracovaly studii o zátěžových faktorech a prevenci syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče. Zátěžové faktory rozdělily do dvou skupin, a to na psychické a fyzické. Ze studie vyplynulo, že respondenti považují za nejvíce zátěžové především psychické zátěžové faktory. Jedná se především o stresové situace jako např. odpovědnost za své jednání, péče o klienty v těžkém a kritickém stavu, umírání a smrt klienta, vztah sestry - lékař a nedocení práce (Blažková, Krátká, Kramaříková, 2011, s. 44-50). Toto dokládá také studie, jejímž autorem je Jana Zálešáková společně s Radkou Bužgovou. Nejčastější situace, které jsou zdrojem psychické zátěže, se týkají administrativy, dále konfrontace s bolestí, utrpením a smrtí. Ve svém výzkumu dále zjistily, že onkologické sestry nepociťují vysoký stupeň psychické zátěže, ale velmi negativně vnímají pocit časového tlaku, úbytek dlouhodobé výkonnosti a kritické hodnoty byly v položce únavy a ochablosti (Zálešáková, Bužgová, 2011, s. 113-118). Časovou tíseň, psychickou náročnost a únavu uvedla Kadučáková, která se zabývala analýzou faktorů psychické zátěže ovlivňující kvalitu práce sestry (Kadučáková, 2011, s. 299). Shodné výsledky studii v problematice psychické zátěže uvádí více autorů, dále např. Soósová společně s Varanovou nebo Zrubáková, Jadvišová s Gilanovou apod. Výzkumná studie autorky Bártlové a Hajduchové zkoumala psychofyzickou zátěž a příčiny fluktuace sester. Do výběrového souboru bylo zařazeno 537 sester pracujících ve státních nemocnicích a v soukromém sektoru, pracujících z 84,4 % na lůžkových odděleních. Celkem 59 % sester uvedlo, že na sobě pozorují tělesné vyčerpání. Je prokazatelné, že sestry ve třísměnném provozu jsou častěji vyčerpané než sestry pracující v jednosměnném procesu. Psychické vyčerpání uvedlo 53,3 % sester a nejvíce byly identifikovány vztahové

problémy mezi sestrou a lékařem, které jsou příčinou fluktuace (Bártlová, Hajduchová, 2010, s. 110-115). Pracovní vztahy mezi lékařem a sestrami uvádí Bártlová, přičemž se zmiňuje o tom, že je nutné zlepšit multidisciplinární týmovou práci, komunikaci a spolupráci všech členů léčebného i ošetrovatelského týmu (Bártlová, 2006, s. 31-35). Touto problematikou se zabýval aplikovaný výzkum realizovaný v rámci Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví ČR v letech 2008-2010, který má shodné výsledky (Bártlová, Chloubová, 2009, s. 252-256). Elena Gurková a Slávka Macejková ve své průřezové, deskriptivní studii zjišťovaly vztah mezi psychickou zátěží a výskytem depresivní symptomatologie a subjektivní pohodou u sester. Byl potvrzen významný vztah mezi těmito pojmy. Vyšší frekvence výskytu deprese se u nich spojila s vyšší psychickou zátěží a nižší subjektivní pohodou. Alarmující bylo zjištění, že u 28 % sester nebyla zjištěna deprese, u 50 % sester byl přítomný lehký stupeň deprese, u 17 % mírný stupeň deprese a u 5 % středně těžká deprese (Gurková, Macejková, 2012, s. 326-334). Ve studii provedené mezi sestrami pracujícími s onkologickými nemocnými na oddělení onkologie a hematoonkologie ve Fakultní nemocnici v Ostravě a v Olomouci, byla zkoumána pracovní zátěž a míra syndromu vyhoření, míra sociální opory a její vztah k protektivním faktorům. Na základě dat lze konstatovat, že 74 % respondentů není ohroženo zátěží a existuje statisticky významná negativní korelace mezi syndromem vyhoření a mírou sociální opory (Ježorská, Kozyková, Chrástina, 2012, s. 56-62). Tomuto odporuje Gandi et al., který se věnoval roli stresu a úrovni syndromu vyhoření v práci sestry. Studie byla provedena u 2245 zdravotních sester ve vybraných regionech Nigérie. Z výzkumu vyšlo najevo, že zdravotní sestry pociťují nesnesitelnou pracovní zátěž. Je nutné vyvodit závěr a poukázat na potřebu snížit pracovní tempo a snížit počet pacientů na sestru. Tyto kroky by měly pozitivně ovlivnit a snížit pracovní zátěž a vyčerpání (Gandi et al., 2011, s. 181-194).

1.1.2 Možnosti zvládání stresu

Večeřová-Procházková a Honzák uvádí, že zvládání, neboli coping, jsou způsoby nebo strategie, které směřují k vyrovnání se se zátěží (fyzické a psychické) (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008, s. 191). Bianchi ve své studii popisuje teorii zvládání podle pojetí Lazaruse a Folkamana. Zvládání lze definovat jako aktivní nebo pasivní pokusy, které vedou k vypořádání se s danou situací, vnímanou jako stresující. Zvládání je úzce spojeno se stresem, protože stresující situace jsou do značné míry dány schopností jednotlivce se přizpůsobit (Lazarus, Folman In Bianchi, 2004, s. 739). Jaro Křivohlavý popisuje strategii zvládání stresu. Na jedné straně je důležité řešit problém (kognitivní strategie), a na druhé straně využívat postupy ke zvládnutí emocionální situace. Kognitivní strategie spočívá v naší schopnosti myslet a myšlením řešit situace a problémy. Existuje několik druhů této strategie, jako např. konfrontační způsob zvládání stresu, hledání sociální opory, plánované hledání řešení problému, sebeovládání, distancování se od toho, co se děje, hledání pozitivních stránek, přijetí osobní zodpovědnosti a snaha vyhnout se stresové situaci (Křivohlavý, 2010, s. 29-47). S tímto tvrzením koreluje článek Večeřové-Procházkové a Honzáka, kteří popisují kognitivní strategii zvládání stresu (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008, s. 191-192). Mezi postupy zaměřené na zvládnutí emocionální situace patří nácvik relaxačních technik (progresivní svalová relaxace, autogenní trénink), autohypnóza, jóga, krátké kombinované techniky (práce s dechem), fyzická aktivita a sport (Kryl, 2004, s. 40). Lim, Bogossian a Ahern tvrdí, že stres má negativní dopad na zdraví a pohodu sester, ale také na funkčnost ošetrovatelské péče. Austrálie čelí závažnému problému, který poukazuje na nedostatek sester. Z důvodu této problémové situace, jmenovaní autoři vytvořili systematický review, jehož cílem bylo zjistit zdroje stresu a efektivní copingové strategie. Došli k závěru, že zdroj stresu je především v oblasti týmové spolupráce a mezilidských vztahů, ale také v organizaci pracoviště. Copingové strategie souvisí se sociální podporou a jsou spojené s duševním zdravím sestry. Tento review doporučuje, aby byly sestry během přípravy povolání vzdělávány v oblasti zvládání stresu (Lim, Bogossian,

Ahern, 2010, s. 22-31). Dálava, Millere a Circenis dodávají informace, že lidé mají tendenci používat tři kategorie zvládnání stresu, stanovit si problém, řešit problém a uvolnit potlačované emoce různými postupy (např. relaxační techniky). Lotyšská studie poukazuje na to, že každá třetí sestra volí strategii útěku a neexistují statisticky významné korelace mezi délkou praxe a copingové strategie (Dálava, Millere, Circenis, 2011, s. 1468-1473). Útěk je druhým způsobem snížení psychické tenze v náročných situacích. Může se jednat o určité situace jako např. úmyslné přeslechnutí, přehlédnutí, slovní výmluvy, únik do světa iluzí, únik do nemoci, alkoholu nebo toxikomanie (Zachová, 2008, s. 5). Ve zvládnání stresu hrají velkou roli osobnostní faktory a osobnostní dispozice. Do popředí se dostává typ osobnosti XY a chování typu XY. V 60. letech minulého století byla vytipována riziková osobnost typu A vyznačující se netrpělivostí, agresivně asertivním přístupem, rychlým jednáním nesnášejícím odklad a zvýšenou dynamikou a po revizi byl tento typ osobnosti nahrazen osobností typu D. Lidé, osobnostního typu D, chtějí dosáhnout co nejvyššího výkonu a jsou charakterizováni dvěma základními psychosociálními vlastnostmi, mezi které patří převaha negativně naladěné efektivity (úzkost, podrážděnost) a sociální inhibice (neprojevození emocí, vyhýbavé chování) (Denollet In Večeřova-Procházková, Honzák, 2008, s. 192). Osobnostní charakteristika všeobecné sestry je rozhodující v její práci z hlediska optimálních organizačních schopností, schopností řešit problémy, převažujícího optimistického či negativistického ladění, zájmu o profesi, pracovitosti a úcty či schopností efektivně komunikovat. Osobnost každé sestry se mění a formuluje rychleji v opakovaném střetu s náročnými životními situacemi. Existuje pět klasifikací osobnosti sester, rutinní typ, herecký typ, nervózní sestra, mužský typ, mateřský typ a specialista. Sestra by neměla patřit do žádného uvedeného typu, ale měla by mít nejvhodnější vlastnosti z různých variant (Zachová, Škochová, 2008, s. 249). Postupy pro zachování rovnováhy a psychosomatické pohody obsahují tři základní principy spočívající ve stanovení si své přirozené hladiny stresu, pěstování egoistického altruizmu a získání ocenění od svého okolí (Honzák, 2008, s. 31). Zdravotnický personál, především všeobecná sestra je vystavena

velkému tlaku ze všech stran, který spouští stresové mechanismy. Dlouhotrvající, nadměrný a nesnesitelný stres vede k syndromu vyhoření (burnout syndrom) (Gandi et al., 2011, s. 183).

1.2 SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER

Syndrom vyhoření je důsledkem nadměrného a chronického stresu vycházejícího z neúměrných očekávání a jejich střetu s realitou (Honzák, 2010, s. 18). Při vzniku a rozvoji hraje důležitou roli nepoměr stresorů (faktory zatěžující člověka) a možností, jak náročnou situaci řešit (salutory). Když zátěž podstatně převažuje nad salutory, stres přechází do stresové situace nazývané distres, v důsledku které se může rozvinout burnout syndrom (Křivohlavý, 1994, s. 20). Na tomto rozvoji se podílí více faktorů jako např. dlouhodobé trvání stresové situace a přetěžování, frustrující neuspokojení potřeb a očekávání, vysoká míra emocionální zátěže, negativní vztahy v užším a širším slova smyslu a v neposlední řadě negativní vlivy prostředí, pracovních podmínek a organizace práce (Křivohlavý, 1998, s. 18). Syndrom vyhoření zažil a posléze popsal Herbert Freudenberger, již v roce 1970. Další psychologové, kteří se zabývali burnout syndromem je celá řada např. Cary Cherniss, Helena Sek, Carol J. Alexandrová, Donald Hay, Donald Oken, Shirley Kashoff a další. V současné době se používají dvě verze definic syndromu vyhoření. První verze je podle A. Pinese a E. Aronsona, kteří popisují burnout jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání (Pines, Aronson In Křivohlavý, 1998, s. 49). Druhá verze, jejímiž autory jsou Christina Maslach společně se Susan E. Jackson, vysvětlují syndrom vyhoření jako emociální vyčerpání, depersonalizace a snížení osobního výkonu. Tato dvojice vytvořila dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), který je nejčastější používanou metodou směřující k vyšetření syndromu vyhoření (Maslach, Jackson In Honzák, 2010, s. 17). Bartošíková ve své publikaci uvádí, že emociální vyčerpání zachycuje vyčerpání citových zdrojů a rezerv, které má za následek pocit, že pracovník už nemá co nabídnout, prožívá beznaděj, ale také bezmocnost a deprese. Depersonalizaci popisuje jako intenzivní negativní postoj k pacientovi, k sobě samému,

k práci a k životu obecně. Postupně dochází k cynismu a pocitu odcizení, které se projevuje necitlivou a neosobní odezvou na chování jiných osob. Pocity nedostatku vlastní kompetence a úspěšnosti v práci projevující se nedosahováním vlastních cílů, zahrnuje faktor osobního uspokojení z práce (Bartošíková, 2006, s. 23). Burnout syndrom se může projevovat různým způsobem, od fyzického vyčerpání, přes emocionální až po vyčerpání duševní. Fyzické vyčerpání se projevuje chronickou únavou, celkovou slabostí až vyčerpáním. Pro sestru jsou vyčerpávající každodenní běžné aktivity. Objevují se u ní bolesti hlavy, pocity nevolnosti, nespavost, pocity zkrácení dechu, divné pocity na kůži a nejrůznější tělesné bolesti. Charakteristickými znaky emocionálního vyčerpání je podrážděnost, plačtivost, záchvaty zlosti či hněvu, podezíravost a vztahovačnost. Dále se může jednat o pocity bezmocnosti, beznaděje, pesimismu, smutku a může se rozvinout i deprese. Mezi duševní vyčerpání patří negativní postoj k sobě samému, k práci, k světu, ztráta idejí, nadějí a kreativity (Mallotová, 2000, s. 14- 15). Syndrom vyhoření není ale nemocí, je postupným procesem, který se postupně stupňuje. Zpočátku se projevuje nenápadně, ale v konečné fázi může mít až fatální následky. Křivohlavý ve své publikaci uvedl 4 fázový model procesu burnout syndromu Christiny Maslach, který se využívá i v současnosti (In Křivohlavý, 1998, s. 61). Bartošíková tyto fáze více specifikovala. Proces vzniku syndromu vyhoření začíná u motivovaného, nadšeného pracovníka nástupem do pomáhající profese, který má své představy a očekávání. V první fázi je člověk nadšený, má své ideály, zaujetí, energii a je vnímavý. Vše je pro něho nové, zajímavé a má chuť se učit novým poznatkům a dovednostem. Postupně ale dochází k tomu, že neodhadne své síly a vyhoří. Ve druhé fázi nováček ztrácí nadšení a zjistí, že musí slevit od svých ideálů. Dochází u něho k psychickému a fyzickému vyčerpání. Dehumanizované vnímání sociálního okolí, odcizení a obranné postoje jsou charakterizovány ve třetí fázi. Znamená to, že je sestra nespokojená a kriticky vyjadřuje svůj nesouhlas. Objevují se úvahy, proč si zvolila takové povolání. Pokud se sestra nepokusí o změnu, tak dochází k apatii, lhostejnosti, negativismu a vyčerpání (Bartošíková, 2006, s. 29-33).

Někteří autoři dělí syndrom vyhoření podle modelu Brodského a Elewicha do pěti stádií, které jsou nadšení, stagnace, frustrace, apatie a intervence. Východiskem z problému je zamyšlení se nad sebou samým a rozhodnutí se ke změně. Změnou může být další vzdělání, zvýšení kvalifikace anebo změna pracoviště (Brodský, Elwich In Andrášiová, 2006, s. 560; Černá, Kožíková, 2004, s. 265; Pelcák, Tomeček, 2011, s. 87-88; Tibor, 2009, s. 34). Syndrom vyhoření u všeobecných sester je téma, kterému je v posledních letech věnována velká pozornost a je probíráno z různých hledisek. Mnohé studie poukazují na rozdíly v přetížení sester s ohledem na konkrétní pracoviště a typ oddělení, v souvislosti se sociodemografickými ukazateli (pohlaví, věk, délka praxe, vzdělání, rodinný stav, státní příslušnost, bydliště apod.) a zkoumají, zda má burnout syndrom vliv na vznik některých onemocnění (např. kardiovaskulárních, respiračních, imunitních onemocnění). K průzkumným šetřením a k výzkumům byly nejčastěji použity standardizované dotazníky Burnout Measure (BM) a Maslach Burnout Inventory (MBI). Pavla Prokelová a Darja Jarošová zjišťovaly výskyt syndromu vyhoření u sester pracujících na neurochirurgických odděleních a vliv sociodemografických faktorů na míru syndromu vyhoření. Průzkumné šetření probíhalo v Moravskoslezském kraji ve dvou nemocnicích s počtem 74 respondentů. Celková míra syndromu vyhoření dosahovala průměrných hodnot 3 bodů, což je pokládáno za hraniční hodnotu. Syndrom vyhoření byl potvrzen pouze u 7 sester, jejichž skóre přesahovalo 4 body (Prokelová, Jarošová, 2013, s. 140). Tomuto tvrzení odporuje Pilárik společně s Tobákošovou, kteří ve své studii zjistili, že 50 % sester vykazuje vysoký stupeň vyhoření, přičemž Kovářová došla k závěru, že každá čtvrtá sestra trpí vysokým stupněm vyhoření. Výzkum probíhal na Slovensku u 32 850 sester z 10 zemí Evropské unie (Kovářová, 2005, s. 304-310; Pilárik, Tobákošová, 2013, s. 8). Prokelová a Jarošová dále zkoumaly souvislosti mezi syndromem vyhoření a věkem sester. Ukázalo se, že věk se jevil jako rizikový faktor, protože s narůstajícím věkem se riziko syndromu vyhoření zvyšovalo. Nejvíce byly ohroženy sestry nad 40 let. Dále bylo prokázáno, že výskyt syndromu vyhoření stoupá s délkou praxe. Největší riziko syndromu vyhoření

bylo prokázáno u sester s nejdelší praxí a naopak nejnižší riziko u sester s nejkratší praxí (Prokelová, Jarošová, 2013, s. 140). Statisticky významný vztah uvedených komponentů, syndromem vyhoření a délkou praxe, uvedly Dimunová a Nagyová, jejichž průzkum probíhal na Slovensku u 770 sester a 74 porodních asistentek. Signifikantně vyšší riziko syndromu vyhoření bylo u sester a porodních asistentek pracujících v období od 1-3 roků a od 5 roků (Dimunová, Nagyová, 2012, s. 1). U determinantu vzdělání byly výraznější rozdíly. Nejvyšší míra syndromu vyhoření byla zjištěna u sester absolventek středních zdravotnických škol a u bakalářek, na což poukazují Prokelová a Jarošová (Prokelová, Jarošová, 2013, s. 140). Naopak Lucia Dimunová neprokázala statisticky významný vztah mezi vzděláním, věkem a syndromem vyhoření u sester. Vzorek respondentů tvořilo 585 sester pracujících ve 12 zdravotnických zařízeních na Slovensku. Je důležité zmínit, že se potvrdil statisticky významný vztah mezi místem bydliště a syndromem vyhoření. Výskyt burnout syndromu se vyskytoval u sester žijících na venkově (Dimunová, 2008, s. 56-64). Problematiku syndromu vyhoření v souvislosti sesociodemografickými ukazateli uvádí i autorky jako např. Pohlová, Kozáková společně s Jarošovou (Pohlová, Kozáková, Jarošová, 2011, s. 274).

1.2.1 Prevence syndromu vyhoření

Zaručené rady, které by nám řekly, jak předejít syndromu vyhoření, nejsou univerzální z důvodu multikauzální etiologie, na které se podílí vnitřní a vnější faktory ze soukromé a pracovní oblasti (Pelcák, Tomeček, 2011, s. 90). Prevenci syndromu vyhoření popsalo mnoho autorů, jako např. Nešpor, Andrášiová, Pelcák společně s Tomečkem, Černá s Kožíkovou, Křivohlavý, Bartošíková apod. Mária Andrášiová si myslí, že prevence syndromu vyhoření v první řadě spočívá v celkovém a kontrolovaném řízení životního stylu s cílem eliminovat stresory a zvyšovat množství salutorů. Základním prvkem je stanovení si reálných cílů (Andriášová, 2006, s. 561). Bartošíková uvádí, že burnout syndrom je možné zmenšit jednak na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a zvládání stresu, na straně druhé změnou organizace a kultury. Na úrovni

jednotlivce jako hlavní faktory uvádí nalezení smysluplné pracovní činnosti, získání a převzetí profesionální autonomie a opory a konstituování přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám (Bartošíková, 2006, s. 40). Navíc Kosová k tomu dodává informace ohledně sebereflexe a péči o sebe z existenciálního hlediska. Nejen vnější okolnosti práce vedou k profesionálnímu vyčerpání, ale také snaha dosáhnout prací vlastního sebepotvrzení a uznání od druhých (Kosová, 2008, s. 223-225). Na to navazuje článek Zacharové, která popisuje sociální oporu, která hraje významnou roli a můžeme ji chápat jako vzájemnou pomoc. Sociální oporu dělí podle způsobu provedení na oporu nasloucháním a vyslechnutím, emocionální oporu, oporu stvrzováním reality, oporu spočívající v odborném ocenění nebo také v odborném apelu, oporu poskytnutím hmotné a osobní pomoci (Zacharová, 2008, s. 41-42). Hlavní zdroje sociální opory spočívají v rodině, zaměstnání, mimo práci od přátel a známých. V prevenci na straně organizace je nutná týmová práce a supervize (Bartošíková, 2006, s. 41). Švédská randomizovaná kontrolovaná studie autorů Petersona et al. byla zaměřena na jednotlivce a nikoli na organizaci pracoviště, ale byly nalezeny příznivé účinky ve vnímání změn v pracovních podmínkách. Jedním z možných vysvětlení je, že účastníci byli povzbuzováni a podporováni ostatními členy skupiny, aby přijali opatření na pracovišti a stanovili si priority mezi svými pracovními úkoly. Dalším vysvětlením může být to, že se vedoucí dozvěděla o vysokém zatížení zaměstnanců a iniciovala změny vedoucí ke změně pracovního prostředí (Peterson et al., 2008, s. 506-516). Termín supervize je v posledních letech stále častěji užíván především v souvislosti se zdravotní péčí a obecně u pomáhajících profesí (Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010 s. 170). Dagmar Dvořáčková definuje supervizi jako metodu práce cíleně zaměřenou na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality zdravotníka, týmu či celé organizace. Podotýká, že jednotná definice supervize neexistuje a uvádí definice podle Baštecké, Matouška, Úlehla, Tošnerových apod. (Dvořáčková, 2009, s. 42). Bartošíková konstatuje, že cílem supervize je zlepšení pracovní pozice, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí. Orientuje se na podporu kvality

práce i vzájemné spolupráce, ale také na vzdělávání spojené s praxí (Bartošíková, 2006, s. 61). Podle Dynákové, Kožnara a Hermanové lze supervizi považovat za formu podpory a poradenství a je obvykle poskytována profesionálním konzultantem, supervizorem, který může být interní nebo externí (Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010 s. 170-172). Interní supervizor je zaměstnancem organizace. Supervizi provádí buď přímý nadřízený, nebo je k tomu určený jiný pracovník. Externí supervizor není zaměstnancem organizace, a proto má nezaujatý pohled (Bartošíková, 2006, s. 62). Osobitým druhem supervize je technika, kterou vypracoval Michael Balint, která se zabývá vztahem zdravotník-pacient. Balintovské skupiny umožňují zdravotníkovi porozumět prožívání pacienta, a snížit emoční napětí, které mohou vyvolávat konflikty a nedorozumění (Balint In Andrášiová, 2006, s. 561). V ČR se problematikou supervize zabývá Český institut pro supervizi (ČIS) a Českomoravský institut pro supervizi a koučing (ČMISK). Strategie k prevenci syndromu vyhoření spočívá v několika krocích, které uvádí Nešpor. Důležité je mít kvalitní síť mezilidských vztahů a mít dobré kolegiální vztahy mezi zdravotníky v rámci týmové práce. Velký důraz je kladen na to znát dovednosti týkající se psychoterapeutické pomoci a krizové intervence (komunikační dovednosti) a provádět relaxační a meditační techniky. Další krok spočívá v sebeuvědomění, péče o vlastní osobu a o vlastní zdraví. Doporučuje se mít kvalitní zájmy a záliby, které nás budou naplňovat. Ke kvalitním zálibám nepatří dlouhé sledování televize, ale naopak poslech uklidňující hudby. Pozitivní význam má také přiměřená a vhodná tělesná cvičení (procházky, turistika, vycházky se psem, tanec, jóga, pilates), a správná životospráva (strava, pitný režim, spánek). Smích a humor patří také k užitečným strategiím. Smích vyvolává v těle řadu změn a má komunikační i autoregulační význam (Nešpor, 2007, s. 372). V oblasti péče o zdraví se může sestra inspirovat desaterem určeném pro sestry, které uvádí Černá společně s Kožíkovou (příloha 1) (Černá, Kožíková, 2004, s. 265). Lucia Dimunová ve své studii zkoumala, zda práce na směny ovlivňuje výskyt vybraných ovlivnitelných kardiovaskulárních rizikových faktorů (stravovací návyky, pohybová aktivita a kouření). Výzkum se

uskutečnil v roce 2007 a bylo osloveno 700 sester pracujících ve zdravotnických zařízeních košického regionu na Slovensku. Ukázalo se, že existuje významný statistický vztah mezi prací na směny a stravovacími návyky. Sestry pracující v denních službách se stravují pravidelněji než sestry pracující na směny. Kouření patřilo mezi další faktory, ale nepotvrdil se statisticky významný vztah mezi pracovními směnami a kouřením. Naproti tomu sestry pracující v denních službách piji méně kávy než sestry pracující na směny. Výsledky studie potvrdily významnost prevence a podpory zdravého životního stylu (Dimunová, 2009, s. 29-32). V oblasti problematiky kouření Ječná, Hosák a Čermáková došli k závěru, že psychiatrické sestry více inklinují ke kouření oproti sestrám pracujícím v somatických oborech. Společenské faktory mají významný vliv pro rozvoj a udržování závislosti na nikotinu (Ječná, Hosák, Čermáková, 2009, s. 27-31). Sestry pracující na psychiatrickém oddělení jsou ohrožené vysokou úrovní syndromu vyhoření. Burnout syndrom lze snížit preventivními opatřeními prostřednictvím vzdělávání, které zlepšuje schopnosti modifikace chování. McLeod, Densley a Chapman zkoumali, zda vzdělávací program v technice modifikace chování bude mít pozitivní vliv směřující k problému vyhoření u psychiatrických sester. Výsledky studie nenaznačují, že by tento vzdělávací program měl účinky v oblasti burnout syndromu. Nicméně došli k závěru, že se tento program podílel na změnách v postojích a změnách v chování sester, které mohou mít za následek zmírnění syndromu vyhoření (McLeod, Densley, Chapman, 2006, s. 1-10). Nešpor zastává tvrzení, že nejrizikovějšími obory pro vznik syndromu vyhoření jsou anesteziologie, tzv. urgentní medicína a psychiatrie (Nešpor, 2006, s. 371).

1.3 VŠEOBECNÉ SESTRY PRACUJÍCÍ NA PSYCHIATRICKÉM ODDĚLENÍ

Ve 20. století došlo k rozvoji psychiatrické péče a vznikl nový pohled na vnímání psychiatrie, který byl ovlivněn dílem Sigmunda Freuda, ale také profesorem Höschlem, který poukázal na zvláštní změny v psychiatrii (Marková, Vengkářová, Babiáková, 2006, s. 32). Do 21. století psychiatrie vstupuje jako moderní vědní disciplína a v současné době došlo k závažnému kroku, který má ovlivnit celkový pohled na tento obor včetně názorů veřejnosti na duševně nemocné (Slezáková et al, 2007, s. 167-168). Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZČR) uvádí, že podle řady vědeckých výzkumů je stav péče o duševní zdraví v naší zemi v některých aspektech horší než ve srovnání s jinými státy západní a severní Evropy, proto v březnu v roce 2013 vznikla Reforma psychiatrické péče schválená jako součást Národního programu reforem 2013. Na této strategii se podílela Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP), Ministerstvo práce a sociálních věcí, nestátní neziskové organizace, ale i zástupci uživatelů a poskytovatelů psychiatrické péče a další. Reforma Psychiatrické péče si klade sedm cílů, kdy hlavní cíl spočívá ve zlepšení kvality života duševně nemocných lidí prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči. Během několika let má dojít k rekonstrukturalizaci intramulární péče, vybudování plnohodnotné sítě ambulantní péče a vytvoření extramulární péče s provázaností do vzdělávání (MZČR, 2013a, s. 34). Strategie se opírá o čtyři pilíře: Ambulantní péči, Centra duševního zdraví (CDZ), Psychiatrická oddělení nemocnic a Psychiatrické nemocnice (MZČR, 2013b, s. 35). Raboch, Wenigová et al. mapovali stav psychiatrické péče. Cílem projektu bylo vypracovat doporučení pro změnu struktury lůžkové psychiatrické péče a pro rozvoj mimolůžkové péče. Zjistili, že dostupnost psychiatrické péče je u nás neuspokojivá a obor psychiatrie je nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je velice zanedbán, proto Česká psychiatrická společnost o.s. ve spolupráci s Psychiatrickou společností ČLS JEP a Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví doporučila návrhy reformy psychiatrické péče pro období

2014-2020 (Raboch, Wenigová et al, 2012, s. 15). Na to reaguje studie Martina Dlouhého a Jana Jaroše, kteří popisují finanční problémy v oblasti psychiatrické péče v Moldavsku. Poukazují na to, že psychiatrická péče zaostává za moderními trendy o duševně nemocné a je zde nedostatek kvalifikovaného personálu. V řadě okresů chybí odborníci na dětskou psychiatrickou péči a v některých okresech chybí i odborníci na dospělé populaci. Důvodem problému je to, že v tomto státě je omezený počet organizací poskytujících psychiatrickou péči. (Dlouhý, Jaroš, 2012, s. 286-290). V ČR podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) v roce 2012 zajišťovalo psychiatrickou péči 18 psychiatrických nemocnicí pro dospělé a 3 psychiatrické nemocnice pro děti. Na péči v nemocnicích pro dospělé se podílelo 570 lékařů a 3045 zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (ZPBD) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012, s. 21). Profese psychiatrické sestry je v mnoha ohledech specifická a náročná. Sestra musí komunikovat s duševně nemocnými lidmi a hledá rovnováhu mezi partnerským a direktivním přístupem k pacientům z hlediska vyššího rizika agresivity pacientů vůči personálu (Ječná, Hosák, Čermáková, 2009, s. 27-28). Podle Markové, Venglářové a Babiákové je sestra pracující na psychiatrii sociálně vyzrálou osobností s určitým širším rozhledem, která umí komunikovat s pacientem a má specializaci v psychiatrickém ošetřovatelství a psychoterapeutický výcvik. Naproti tomuto faktu se často setkáváme s tím, že sestry na psychiatrii bývají vnímané jako odborně neschopné. Je to bohužel dáno nedostatečnou prestiží oboru, kterou vnímá široká veřejnost (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006, s. 23). Gaebel et al., uvedl článek, který se týká stigma a prestiže oboru psychiatrie. Opakované výzkumy potvrzují to, že psychiatrie není oceňována a nemá takovou prestiž jako jiné obory. Hlavní výsledky výzkumu poukazují na to, že negativní postoje vůči psychiatrii můžeme nalézt v široké veřejnosti, u uživatelů psychiatrické péče a jejich příbuzných, ale také od zdravotnických pracovníků a studentů medicíny. Po celém světě má psychiatrie problém motivovat mladé absolventy, aby si vybrali psychiatrii jako profesionální specializaci. Byla založena pracovní skupina pro

destigmatizaci psychiatrie a usadil se akční plán na posílení image psychiatrie. Jedním ze strategických plánů je boj proti stigmatu, a to ve vztahu k negativnímu obrazu psychiatrie. Další strategie spočívá ve zvýšení atraktivnosti oboru a optimalizace učebních osnov ve vzdělání (Gaebel et al., 2011, s. 119-123). Ječná, Hosák společně s Čermákovou si myslí, že psychiatrické sestry vnímají jako stresový faktor nedostatečnou prestiž a stigma oboru ve společnosti (Ječná, Hosák, Čermáková, 2009, s. 27-32). Některé skupiny pacientů mají vysoké nároky na sebeovládání sestry, zejména pacienti s poruchou osobnosti a asociálními rysy, proto po relativně krátké době může dojít ke stresu a syndromu vyhoření u sester pracujících na psychiatrii (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006, s. 92). Tuto vizi potvrzuje Yada et al., který tvrdí, že psychiatrické ošetřovatelství je považováno za nejvíce stresující povolání a zdravotníci pracující na psychiatrii mají vyšší míru syndromu vyhoření než pracovníci v jiných odděleních. Stres způsobuje duševní poruchy a má negativní dopad na služby zdravotní péče (Yada et al., 2011, s. 567-575). Ječná, Hosák a Čermáková zkoumali stresogenní faktory u psychiatrických sester ve srovnání se sestrami pracujícími na somatických odděleních (interních, chirurgických, gerontologických a metabolických). Z výzkumu vyplynulo, že psychiatrické sestry jsou více odolné vůči stresu než sestry nepsychiatrické a umí ho lépe zvládat (Ječná, Hosák, Čermáková, 2009, s. 27-31). Shodné výsledky studie prezentují autoři Hosák, Hosáková společně s Čermákovou, kteří vyzkoumali, že míra závažnosti syndromu vyhoření je významně nižší u sester pracujících na psychiatrii než u sester pracujících v interních oborech (Hosák, Hosáková, Čermáková, 2005, s. 202-203). Podobný přístup zastává Schult et al., který zkoumal syndrom vyhoření u sester v Německu na psychiatrických a na somatických odděleních. Vzorek respondentů tvořilo 389 sester. U sester pracujících na somatických odděleních bylo hlášeno vyšší skóre burnout syndromu. Tato studie může pomoci umožnit rozvoj specifických intervenčních aktivit, jako např. sociální změny na pracovišti nebo strukturální úroveň organizace práce (Schult et al., 2009, s. 225-233). Tomuto odporuje průřezová studie Sahraiana et al., která vyzkoumala, že

sestry z psychiatrických oddělení prokázaly významně vyšší stupeň emocionálního vyčerpání a depersonalizace ve srovnání se sestrami pracujícími na jiných odděleních (interní, chirurgické a popáleninové). Také došli k závěru, že sestry, které pracovaly na noční směny, byly více emočně vyčerpány (Sahraian et al, 2008, s. 62-67). Zwijsen et al. uvádí, že pokud chceme optimalizovat zásahy ke zlepšení péče a snížit zátěž zaměstnanců, tak je důležité mít znalosti o vztahu mezi jednotlivými neuropsychiatrickými příznaky. Proto zkoumal vztah mezi frekvencí a závažností jednotlivých neuropsychiatrických příznaků a distresu. Tato explorativní průřezové studie byla provedena u 432 obyvatel domovů pro lidi s demencí. Vyšlo najevo, že agrese je nejčastější symptom, dále disinhibice, podrážděnost a úzkost, naproti tomu halucinace, euforie a apatie měly nejnižší skóre. Apatie způsobuje stres mezi zaměstnanci. Závěry zdůrazňují, že je důležité podporovat pracovníky v managementu poruch chování u pacientů (Zwijsen et al., 2013, s. 41). Agrese, úzkost, halucinace a apatie jsou symptomy, které patří do behaviorálních a psychologických příznaků Alzheimerovy demence (Jiráček, 2007, s. 295-298).

1.4 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE O PACIENTY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

Hlavní specifika ošetrovatelské péče o pacienty s alzheimerovou demencí souvisí se symptomy a s postupnou progresí onemocnění. Symptomy Alzheimerovy demence se dělí do tří základních skupin, nazvané jako ABC symptomatologie. První písmeno A značí aktivity denního života, písmeno B představuje behaviorální změny a poslední písmeno C poukazuje na změny kognitivní (Cummings In Ressler, 2011, s. 98-99). Poruchy aktivit denního života (ADL) jsou do značné míry podmíněny poruchami exekutivních funkcí. Pavel Martínek a Aleš Bartoš se zabývali aktivitami denního života u pacientů s Alzheimerovou demencí očima jejich pečovatелů. Pečovatелům byl rozdán dotazník, který obsahoval 34 otázek směřujících na různé aktivity např. příprava jídla, nápojů, oblékání, osobní hygiena, koupání, péče o zevnějšek apod. Výsledky poukazují na skutečnost, že mezi nejvíce zachované základní aktivity denního života patří příjem potravy a tekutin, vyměšovací funkce a položky spojené s vylučováním. Dále se zjistilo, že nejvíce pacientů mělo problémy s orientací v čase. Pečovatelé uvedli, že jim vadí časová dezorientace pacienta a jejich problémy v komunikaci a časté vyptávání se na běžné časové údaje. Také je unavuje to, že pacient nechápe, co po něm chtějí. Závěrem lze konstatovat, že pravidelné hodnocení ADL slouží pečovatелům, ale i zdravotnickému personálu odhadnout zátěž vyplývající z pacientovy soběstačnosti (Martínek, Bartoš, 2008, s. 186-192). Kozáková a Bártová zkoumaly vliv kognitivní výkonnosti na soběstačnost pacientů s demencí. Ve studii byly použity dva dotazníky, dotazník k hodnocení kognitivních funkcí Mini Mental State Examination (MMSE) a dotazník soběstačnosti Disability Assesmetn for Dementia (DAD-CZ). Byl potvrzen signifikantní vztah mezi těmito dotazníky, čím vyšší je skóre MMSE, tím vzniká větší závislost pacienta na druhé osobě. Další cíl se zaměřoval na hodnocení soběstačnosti pacienta v závislosti na věku. Mladší pacienti ve věku 65-74 let dosáhli nejvyšších hodnot v dotazníku DAD než senioři v kategorii 75-89 let (Kozáková, Bártová, 2012, s. 335-339). Jan Lužný zpracoval studii, která směřovala ke zhodnocení efektivity zavedených

nefarmakologických aktivit na podporu a zachování kognitivních funkcí a spokojenost hospitalizovaných pacientek s těmito aktivitami na ženském gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Do nefarmakologických aktivit zařadil kognitivní trénink, podporu naučených postupů, reminiscenční terapii, programování aktivit, orientaci realitou, validační terapii a reflektivní podporu, prvky logoterapie a existenciální analýzu a canisterapii. Lužný došel k závěru, že nedošlo ke statisticky signifikantnímu zlepšení, ale ani zhoršení kognitivních funkcí, ale pacientky pozitivně hodnotily psychoterapeutické aktivity (Lužný, 2011, s. 312-318). Behaviorální změny jsou doprovázené celou řadou nekognitivních symptomů a poruch chování, označované jako Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). Jedná se o symptomy narušené percepce, obsahové stránky myšlení, nálady nebo chování (Finkel, Costa, Cohen In Brunovský, 2006, s. 66-69). Jiráček popisuje, že se pod poruchami chování skrývají neagresivní poruchy chování - agitovanost (přecházení z místa na místo, nepřiměřené dotýkání se někoho, snaha opustit byt či oddělení nemocnice, opakování různých neúčelných pohybů a jednoduchých úkonů či bloudění, neustálé kladení stejných otázek, opakování určitých frází a v pokročilém stádiu vydávání neartikulovaných skřetů, nařikání a upoutání pozornosti) a verbálně agresivní chování (nadávky, klení, vyhrožování, ječení). Brachiálně agresivní chování je spojené s agresivitou vůči věcem (trhání prádla, kopání do dveří a nábytku apod.) anebo vůči lidem (Jiráček, 2011, s. 56-60). Martin Brunovský k tomu dodává informace, že pacienti s Alzheimerovou demencí mají tendence obviňovat druhé ze schovávání či krádeže věcí (peníze ze skříně, peří z peřin, oblečení) a také se u nich mohou vyskytnout poruchy nálad (konstantování vět typu: „Kdybych tu raději nebyl“ nebo „Raději bych s tím skončil“). Charakteristickým rysem mohou být i noční halucinace, kdy pacient vidí neexistující osoby a povídá si s nimi. V důsledku toho vzniká insomnie, která se vyznačuje tím, že pacient v noci nespí, ale spí v průběhu dne (Brunovský, 2006, s. 66-69). BPSD se nejčastěji vyskytují u pacientů v pokročilých stádiích a jsou nejčastějším důvodem pro přijetí pacienta do nemocničního prostředí, léčebné či jiné ústavní péče. Lidé

s demencí potřebují zvláštní péči, která spočívá v co nejvyšší možné adekvátní podpoře, léčbě a zachování uspokojivé kvality života. Nedílnou součástí komplexní péče jsou nefarmakologické přístupy, které pomáhají zachovat kvalitu života a soběstačnost pacienta. Součástí nefarmakologického managementu je zajištění adekvátního a bezpečného prostředí (Holmerová et al., 2013, s. 158-164). Česká alzheimerovská společnost (ČAS) vydala strategii P-PA-IA (podpora, programové aktivity, individualizovaná asistence), ve které jsou charakterizovány jednotlivá stadia demence vycházející z potřeb pacientů. V prvním stadiu počínající a mírné demence (P-PA-IA 1) je pacient relativně soběstačný a péče mu je zajištěna pomocí pečovatelské služby nebo dopomocí rodinných příslušníků. Středně pokročilá a mírná demence (P-PA-IA 2) je doprovázená omezenou soběstačností, dezorientací, potřebou pomoci v ADL a potřebou trvalého dohledu buď v denním stacionáři, nebo v pobytovém zařízení. V pobytovém zařízení všeobecná sestra plánuje aktivity pacienta a zapojuje ho do denních aktivit, které musí zohledňovat pravidelný denní rytmus. Zřetel je kladen na zachování soběstačnosti pacienta prostřednictvím sebeobslužných aktivit. Den pacienta naplňují programové aktivity, mezi které patří reminiscence, kognitivní rehabilitace, canisterapie, senzorická stimulace apod. Třetí stádium, těžké demence a demence komplikovaná poruchami chování (P-PA-IA 3), je stav pokročilý natolik, že pacient vyžaduje individuální asistenci a na režimu programových aktivit se nemůže podílet. Zde se uplatňuje komplexní ošetrovatelská péče v oblasti výživy (dehydratace, malnutrice, anorexie, nauzea), vyprazdňování (inkontinence moče, stolice, průjem, zácpa, meteorismus, plynatost), spánku (insomnie, hypersomnie, spánková inverze, apnoe), bolesti (hodnocení bolesti) apod. Poslední stádium, terminální, trvá několik týdnů a důraz je kladen na paliativní péči (Holmerová et al., 2013, s. 158-164). Zdravotnický personál by měl k pacientům s Alzheimerovou demencí přistupovat trpělivě, pozorně, empaticky, s respektem, s úctou a důstojností. Navzdory nemoci je pacient stále jedinečnou individuální osobností a je nutné pátrat a naplňovat bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Komunikace nejen s pacienty, ale

i s jejich rodinnými příslušníky je centrálním tématem. Všeobecná sestra by měla hledat různé druhy komunikace od verbálních projevů po neverbální a měla by znát Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence (Příloha 2) (Kalvach et al, 2008, s. 324-325). Také důstojnost je vnímána jako důležitá součást kvality života. Význam důstojnosti je zakotven v mezinárodním kodexu ošetřovatelské etiky (ICN Code of Ethics for Nurses). Tranvag, Petersen a Naden vytvořili metasyntézu z 10 kvalitativních článků směřujících k důstojnosti pacienta s demencí, z nichž došli k závěru, že základem pro zachování důstojnosti je obhajovat autonomii a integritu dané osoby a vytvořit humánní prostředí (Tranvag, Petersen, Naden, 2013, s. 861-880).

2 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ

2.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A HYPOTÉZY

Pro výzkumné šetření diplomové práce byly zvoleny následující cíle a hypotézy:

Cíle a hypotézy:

Cíl 1: Zjistit míru syndromu vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a provést komparaci dat Psychiatrických nemocnic Šternberk, Kroměříž a Bohnice.

Cíl 2: Zjistit míru role v zaměstnání všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření.

H_{1A}: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou role v zaměstnání existuje signifikantní vztah.

H₁₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou role v zaměstnání neexistuje signifikantní vztah.

Cíl 3: Zjistit míru osobních zdrojů všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření.

H_{2A}: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou rekreace existuje signifikantní vztah.

H₂₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou rekreace neexistuje signifikantní vztah.

H_{3A}: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou péče o sebe existuje signifikantní vztah.

H₃₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou péče o sebe neexistuje signifikantní vztah.

H4_A: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou sociální opory existuje signifikantní vztah.

H4₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou sociální opory neexistuje signifikantní vztah.

H5_A: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou racionálního/ kognitivního zvládnání existuje signifikantní vztah.

H5₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou racionálního/ kognitivního zvládnání neexistuje signifikantní vztah.

Cíl 4: Zjistit míru zátěže u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření.

H6_A: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou zátěže existuje signifikantní vztah.

H6₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou zátěže neexistuje signifikantní vztah.

2.2 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vzhledem k záměrům výzkumného šetření diplomové práce byl použit kvantitativní přístup s využitím dotazníkové metody. Pro konstrukci dotazníku byly použity dva standardizované dotazníky, Maslach Burnout Inventory (MBI) a Inventorium Zaměstnaneckého stresu (OSI-R), ale také nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Tyto dotazníky byly doplněny o základní demografické údaje (pohlaví, věk, délka praxe) a pro správnou identifikaci respondentů byla položena otázka, která směřovala ke zjištění počtu pacientů s Alzheimerovou demencí hospitalizovaných v daném zařízení.

Maslach Burnout Inventory

Maslach Burnout Inventory (MBI) je metoda, která byla publikována již v roce 1981 autory Christiny Maslach a Susan E. Jackson. MBI slouží ke zjištění míry syndromu vyhoření a sleduje tři faktory, emocionální vyčerpání a depersonalizace, které jsou laděné negativně a osobní uspokojení z práce laděné pozitivně. Respondent hodnotí své pocity na stupnici intenzity (síly) od 0-7 (0 - vůbec, 7 - velmi silně). Vyhodnocuje se celkové skóre pro jednotlivé faktory. Úroveň vyhoření se měří ve třech stupních (Tab. 1), a to na nízký, mírný a vysoký. Pro emocionální vyčerpání a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak osobní uspokojení z práce poukazuje na nízké hodnoty.

Tabulka 1 MBI

Stupeň vyhoření	EE	DP	PA
Nízký	0 - 16	0 - 6	39 a více
Mírný	17 - 26	7 - 12	38 - 32
Vysoký	27 a více	13 a více	31 - 0

Inventorium Zaměstnaneckého stresu

Další standardizovaný dotazník Inventorium Zaměstnaneckého stresu je rozdělený na Role v zaměstnání (ORQ) a Osobní zdroje (PRQ). Role zaměstnání se dělí na role přetížení (RO), role nedostatečnosti (RI) a role nejasnosti (RA). Role přetížení měří míru, do jakých požadavků na práci překračují zdroje a míru, do jaké jednotlivec zvládá pracovní zatížení. Role nedostatečnosti hodnotí požadavky na dané pracovní místo a role nejasnosti vyjadřuje, jestli jsou jednotlivci jasné priority, očekávání a hodnocení kritérií. Osobní zdroje tvoří oblast rekreace (RE), péče o sebe sama (SC), sociální oporu (SS) a racionální/kognitivní zvládání (RC). Rekreace poukazuje na to, jak jednotlivec využívá a získává potěšení a odpočinek z pravidelných rekreačních činností. Péče o sebe sama se zaměřuje na to, zda

se jednotlivec pravidelně zapojuje do osobních aktivit, protože tyto aktivity umí redukovat nebo zmírnit chronický stres. V sociální opoře se zjišťuje pomoc a podpora okolí a v racionálním/ kognitivním zvládnání se sleduje, zda jednotlivec využívá kognitivní zručnost při pracovním stresu. Respondent hodnotí své pocity na nejspolehlivější technice měření postojů, Likertově škále od 1 do 5 (1 - zřídka nebo nikdy, 2 - příležitostně, 3 - často, 4 - obvykle, 5 - většinou). Uvedený dotazník sestavilo vydavatelství PSYCHO-DIAGNOSTIKA, s. r. o. Brno.

Dotazník zátěže specifický na AD

Poslední část dotazníku spočívá v dotazníku vlastní konstrukce, který hodnotí zátěž všeobecných sester, které pečují o pacienty s Alzheimerovou demencí. Byl vytvořen na základě teoretických podkladů podle specifik ošetrovatelské péče, které souvisí s ABC symptomatologií. Zahrnuje aktivity denního života, behaviorální a kognitivní změny (viz. kapitola 5), které mohou zatěžovat, znepokojovat, obtěžovat a unavovat pečovatelé. Respondenti hodnotí své pocity na Likertově škále od 1-5 (1 - zřídka nebo nikdy, 2 - příležitostně, 3 - často, 4 - obvykle, 5 - většinou).

2.3 Charakteristika souboru respondentů

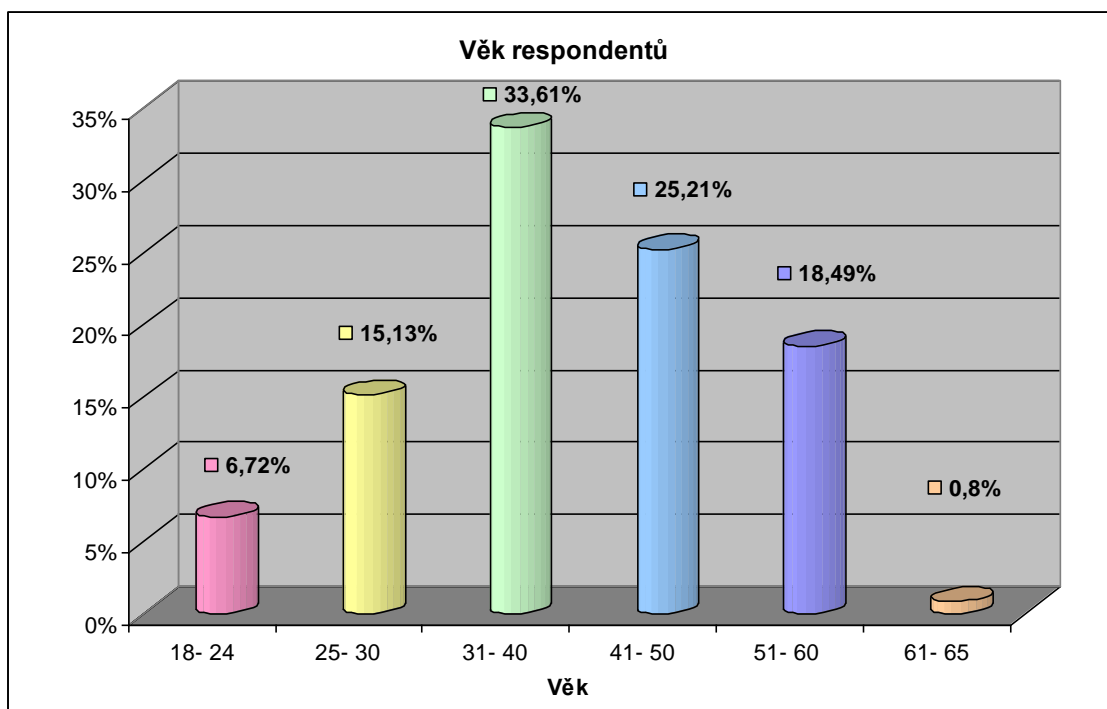
Kritériem pro výběr souboru byly Všeobecné sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou demencí, které pracují na psychiatrickém oddělení. Dalším kritériem byl věk 18-65 let. Rozložení pohlaví znázorňuje Tab. 1, která poukazuje na to, že se výzkumného šetření zúčastnilo 89,92 % (107) žen a 10,08 % (12) mužů. Věk znázorňuje Tab. 2 a graf 1, ze kterých je patrné, že nejvíce respondentů bylo v kategorii 31-40 let a v kategorii 41-50 let. Průměrný věk činil 40 let.

Tabulka 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Muži	12	10,08
Ženy	107	89,92
Celkem	119	100

Tabulka 3 Věk respondentů

Věková kategorie	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
18 - 24	8	6,72
25 - 30	18	15,13
31 - 40	40	33,61
41 - 50	30	25,21
51 - 60	22	18,49
61 - 65	1	0,8
Celkem	119	100

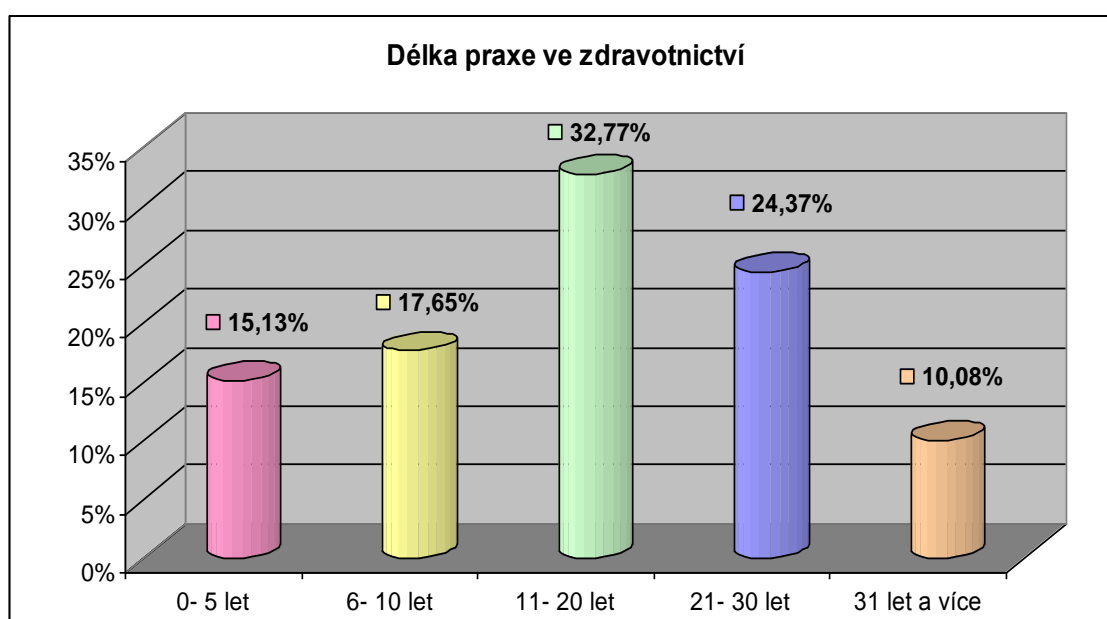


Graf 1 Věk respondentů

Průměrná délka praxe byla 17,58 let, přičemž nejkratší trvání praxe byla čtvrt roku a nejdelší 43 let. Délka praxe je uvedena v Tab. 3 a grafu 2. Poslední položka v rámci informačních údajů mapovala, kolik pacientů v zařízení, kde respondenti pracují, má diagnostikovanou Alzheimerovu demenci. Průměrný počet pacientů byl 10,85.

Tabulka 4 Délka praxe ve zdravotnictví

Délka praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
0 - 5 let	18	15,13
6 - 10 let	21	17,65
11 - 20 let	39	32,77
21 - 30 let	29	24,37
31 let a více	12	10,08
Celkem	119	100



Graf 2 Délka praxe ve zdravotnictví

2.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Před samotným zahájením výzkumného šetření byly stanoveny cíle a hypotézy diplomové práce. Při výběru výzkumného vzorku nemocnic byla použita metoda náhodného výběru technikou losování, aby každá psychiatrická nemocnice měla možnost být zařazena do výběru. Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky je v ČR 18 psychiatrických nemocnicích pro dospělé (ÚZIS ČR, 2013, s. 1). Každá nemocnice byla očíslovaná a náhodně losována z klobouku. Byla vylosována Psychiatrická nemocnice Kroměříž, Psychiatrická nemocnice Šternberk a Psychiatrická nemocnice Bohnice. Před začátkem realizace výzkumného šetření byly osloveny hlavní sestry daných nemocnic a získány souhlasily s realizací výzkumného šetření (Příloha 3,4). Od Psychiatrické nemocnice Bohnice jsem dostala vyrozumění o schválení Etické komise (Příloha 5). Dotazníky byly rozdány na specifických odděleních, kde pečují o pacienty s Alzheimerovou demencí. Respondenti byli seznámeni s účelem dotazníkového šetření a s anonymitou dat. Distribuce dotazníků probíhala od ledna 2014 do března 2014. Celkově bylo rozdáno 190 dotazníků. Návratnost byla 119 (62 %) dotazníků, 49 dotazníků z PN Šternberk, 30 dotazníků z PN Kroměříž a 40 dotazníků z PN Bohnice.

2.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Získaná data byla vypočítána a zanesena do programu Microsoft Office Excel, která byla podkladem pro vytvoření tabulek a grafů. Pro zjištění vzájemných vztahů byl použit Pearsonův koeficient korelace (r), který vyjadřuje míru vztahu mezi dvěma proměnnými a může nabývat hodnot z intervalu od -1 do +1. Kladný výsledek poukazuje na to, že vyšším hodnotám jedné proměnné odpovídají vyšší hodnoty druhé proměnné a zároveň nižším hodnotám první proměnné odpovídají nižší hodnoty druhé proměnné. Pokud je koeficient korelace záporný, znamená to, že mezi proměnnými, které srovnáváme je negativní vztah (Chrásková, 2007, s. 114-115).

3 INTERPRETACE DAT

3.1 INTERPRETACE DAT K CÍLI 1

Cíl 1: Zjistit míru syndromu vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a provést komparaci dat Psychiatrických nemocnic Šternberk, Bohnice, Kroměříž.

Ke splnění cíle byl použit Maslach Burnout Inventory.

Dle standardizovaného dotazníku byla zjištěna následující data.

Emocionální vyčerpání se projevuje u 34,45 % (41) sester. U 32,77 % (39) sester byl zaznamenán vysoký stupeň depersonalizace. Nejvyšší míra vyhoření byla ve subškále osobního uspokojení, kde až 61,34 % (73) sester vykazovaly vysoký stupeň vyhoření. Přehled poznatků uvádí Tab. 5.

Tabulka 5 Míra syndromu vyhoření

MBI	EE		DP		PA	
	n	%	n	%	n	%
Nízký	47	39,50	53	44,54	73	61,34
Mírný	31	26,05	27	22,69	33	27,73
Vysoký	41	34,45	39	32,77	13	10,93
Celkem	119	100	119	100	119	100

EE - emocionální vyčerpání

DP - depersonalizace

PA - osobní uspokojení

n - absolutní četnost

% - relativní četnost

Tab. 6 znázorňuje průměrnou, minimální a maximální hodnotu. U emocionálního vyčerpání byla průměrná hodnota 20,75. Vypočítaná hodnota poukazuje na to, že stupeň emocionálního vyčerpání je mírný. 9,47 byla průměrná hodnota depersonalizace, což také poukazuje na mírný stupeň. Pouze osobní uspokojení vykazovalo nízkou průměrnou hodnotu 29,26. Nízké hodnoty osobního uspokojení značí syndrom vyhoření.

Tabulka 6 Srovnání výsledných skóre MBI

MBI	r	min. hodnota	max. hodnota
EE	20,75	0	57
DP	9,47	0	24
PA	29,26	7	54

EE - emocionální vyčerpání

DP - depersonalizace

PA - osobní uspokojení

r - průměrná hodnota

Tab. 7 a graf 3 znázorňuje míru syndromu vyhoření v Psychiatrické nemocnici Šternberk, Bohnice a Kroměříž. Nejvyšší stupeň v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace byl zaznamenán v PN Šternberk, poté v PN Bohnice a v poslední řadě v PN Kroměříž. Znamky emocionálního vyčerpání byly u 44,90 % sester v PN Šternberk, 32,5 % sester v PN Bohnice a u 20 % sester v PN Kroměříž. V oblasti vztahu k druhým lidem neboli v depersonalizaci byl zaznamenán vysoký stupeň vyhoření, a to u 44,90 % sester v PN Šternberk, 30 % sester v PN Bohnice a 16,67 % v PN Kroměříž. Nejvyšší míra syndromu vyhoření byla v oblasti osobního uspokojení, která se projevovala u 73,33 % sester v PN Kroměříž, 62,5 % v PN Bohnice a 53,06 % v PN Šternberk.

Tabulka 7 Míra syndromu vyhoření- komparace PN

MBI		Šternberk		Kroměříž		Bohnice	
		n	%	n	%	n	%
EE	nízký	14	28,57	13	43,33	20	50
	mírný	13	26,53	11	36,67	7	17,5
	vysoký	22	44,90	6	20	13	32,5
	celkem	49	100	30	100	40	100
DP	nízký	21	42,86	14	46,66	18	45
	mírný	6	12,24	11	36,67	10	25
	vysoký	22	44,90	5	16,67	12	30
	Celkem	49	100	30	100	40	100
PA	nízký	26	53,06	22	73,33	25	62,5
	mírný	16	32,65	6	20	11	27,5
	vysoký	7	14,29	2	6,67	4	10
	celkem	49	100	30	100	40	100

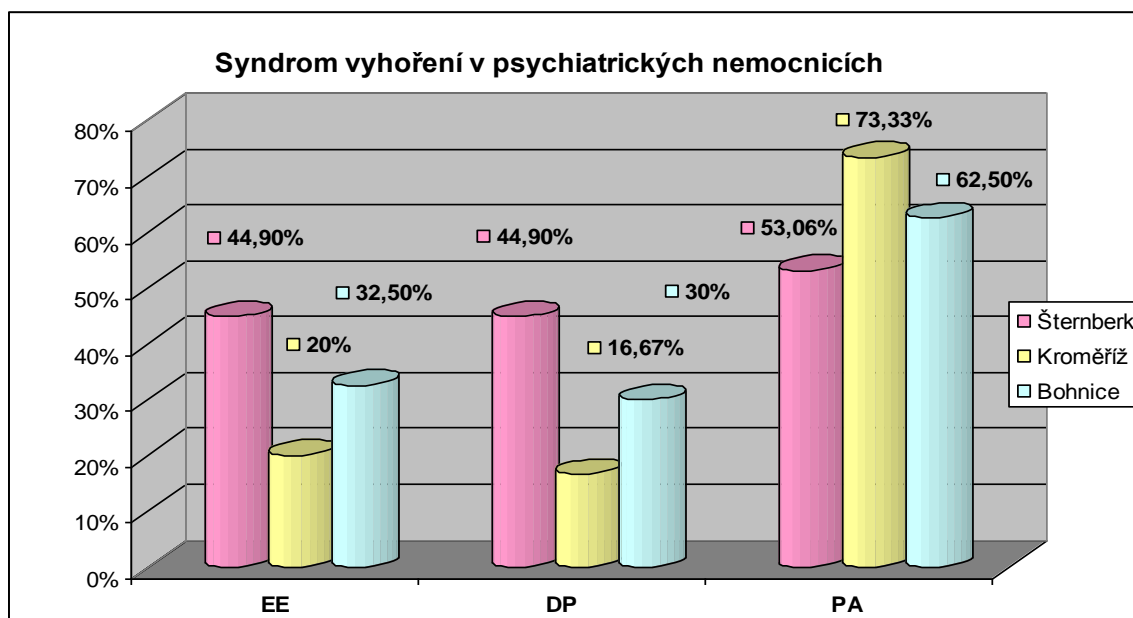
EE - emocionální vyčerpání

DP - depersonalizace

PA - osobní uspokojení

n - absolutní četnost

% - relativní četnost



Graf 3 Syndrom vyhoření- komparace PN

Tab. 8 znázorňuje přehled průměrných, minimálních a maximálních hodnot MBI. Z tabulky je patrné, že ve subškále depersonalizace jsou značné rozdíly v dat v komparaci psychiatrických nemocnic.

Tabulka 8 Srovnání skór míry vyhoření- Komparace PN

MBI	Šternberk			Kroměříž			Bohnice		
	r	min.	max.	r	min.	max.	r	min.	max.
EE	23,04	0	47	19,87	2	57	18,6	0	46
DP	11,20	0	24	6,97	0	17	9,06	0	23
PA	31,14	7	53	27,63	15	42	28,18	7	54

EE - emocionální vyčerpání

DP - depersonalizace

PA - osobní uspokojení

r - průměrná hodnota

min. - minimální hodnota

max. - maximální hodnota

3.2 INTERPRETACE DAT K CÍLI 2

Cíl 2: Zjistit míru role v zaměstnání všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření.

Ke splnění cíle a hypotéz byl použit standardizovaný dotazník Inventorium zaměstnaneckého stresu (OSI-R), část 1: Dotazník rolí v zaměstnání (ORQ).

Pro interpretaci výsledků byly použity průměrné hodnoty skór. Tab. 9 poukazuje na průměrnou hodnotu, minimální a maximální hodnotu pracovní zátěže, která je rozdělena do kategorie: role přetížení, role nedostatečnosti a role nejasnosti. Vyšší skóre v oblasti role v zaměstnání naznačují vyšší hladinu stresu. Pokud je hodnota nižší, tak je pracovní

zatížení menší. Z výsledků lze vyvodit závěr, že sestry pociťují střední pracovní zatížení.

Tabulka 9 Srovnání skór role v zaměstnání

Role v zaměstnání	r	min. hodnota	max. hodnota
Role přetížení	26,18	13	42
Role nedostatečnosti	25,29	14	45
Role nejasnosti	22,84	10	42

r - průměrná hodnota

Ověření hypotéz

H_{1A}: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou role v zaměstnání existuje signifikantní vztah.

H₁₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou role v zaměstnání neexistuje signifikantní vztah.

Z Tab. 10 je patrné, že existuje pozitivní signifikantní vztah mezi emočním vyčerpáním, depersonalizací a rolí v zaměstnání. Čím vyšší je stupeň emocionálního vyčerpání a depersonalizace, tím vyšší je role v zaměstnání. Výsledné korelace osobního uspokojení, rolí nedostatečnosti a roli nejasnosti poukazují na to, že existuje signifikantní negativní vztah. Čím vyšší je u jednotlivce míra nedostatečnosti a nejasnosti, tím nižší je míra osobního uspokojení (pozn. nižší míra osobního uspokojení poukazuje na vyšší stupeň syndromu vyhoření). Mezi osobním uspokojením a rolí přetížení neexistuje signifikantní vztah.

Tabulka 10 Role v zaměstnání a její vztah k míře vyhoření

	EE	DP	PA
Role přetížení	0,628**	0,539**	0,065
Role nedostatečnosti	0,190*	0,356**	-0,383**
Role nejasnosti	0,332**	0,381**	-0,254**

EE - emocionální vyčerpání

DP - depersonalizace

PA - osobní uspokojení

** 0,01 hladina významnosti

*0,05 hladina významnosti

Hypotéza 5 byla ověřena. Data nemají normální distribuci. Z toho důvodu byla přijata alternativní hypotéza, ale u osobního uspokojení a rolí nedostatečnosti byla přijata nulová hypotéza.

3.3 INTERPRETACE DAT K CÍLI 3

Cíl 3: Zjistit míru osobních zdrojů všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření.

Ke splnění cíle a hypotéz byl použit standardizovaný dotazník Inventorium zaměstnaneckého stresu (OSI-R), část 3: Dotazník osobních zdrojů (PRQ).

Tab. 11 znázorňuje průměrnou hodnotu, minimální a maximální hodnotu osobních zdrojů. Osobní zdroje se rozděluje na rekreaci, péče o sebe, sociální oporu a racionální/kognitivní zvládnání. Čím vyšší je hodnota osobních zdrojů, tím více dochází k redukci nebo zmírnění stresu. Nízké hodnoty poukazují na to, že sestra nevyužívá jednotlivé faktory. Z uvedených protektivních faktorů byla nejvyšší průměrná hodnota v oblasti sociální opory. Sestry pocítují vysokou míru podpory a pomoci svého okolí. V oblasti

péče o sebe vyšly průměrné hodnoty nejhůře. 61,34 % (73) sester uvedlo, že zřídka nebo nikdy neprovádí meditaci. Krátké cvičení na hluboké dýchání nepraktikuje 60,50 % (72) sester a 37,82 % (45) sester nevyužívají relaxační techniky. Výsledky uvádí Tab. 12

Tabulka 11 Srovnání skór osobních zdrojů

Osobní zdroje	r	min. hodnota	max. hodnota
Rekreace	32,81	15	46
Péče o sebe	26,87	14	45
Sociální opora	39,12	10	52
Racionální zvládání	34,62	12	50

r - průměrná hodnota

Tabulka 12 Péče o sebe

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost v %
Relaxační techniky	45	37,82
Meditace	73	61,34
Cvičení na hluboké dýchání	72	60,50

Ověření hypotéz

H_{2A}: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou rekreace existuje signifikantní vztah.

H₂₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou rekreace neexistuje signifikantní vztah.

Dle alternativní hypotézy 4 očekáváme, že mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou rekreace existuje signifikantní vztah. Tato hypotéza se potvrdila, existuje negativní signifikantní vztah mezi emocionálním vyčerpáním, depersonalizací

a rekreací. Čím vyšší je u dané osoby míra rekreace, tím nižší je riziko vzniku syndromu vyhoření. Mezi mírou rekreace a osobním uspokojením neexistuje signifikantní vztah, proto se potvrdila nulová hypotéza. Výsledky jsou znázorněné v Tab. 13.

Tabulka 13 Rekreace a její vztah k míře vyhoření

	EE	DP	PA
Rekreace	-0,275**	-0,162*	0,067

EE - emocionální vyčerpání

DP - depersonalizace

PA - osobní uspokojení

** 0,01 hladina významnosti

*0,05 hladina významnosti

H3_A: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou péče o sebe existuje signifikantní vztah.

H3₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou péče o sebe neexistuje signifikantní vztah.

Tab. 14 znázorňuje péči o sebe a její vztah k míře syndromu vyhoření. Pro porovnání výsledků byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledné hodnoty mezi emocionálním vyčerpáním a péčí o sebe byl $r = 0,05$, mezi depersonalizací a péčí o sebe byl $r = 0,106$ a mezi osobním uspokojením a péčí o sebe byl $r = 0,053$. Na základě výsledků lze konstatovat, že neexistuje signifikantní vztah. Přijímáme nulovou hypotézu.

Tabulka 14 Péče o sebe a její vztah k míře vyhoření

	EE	DP	PA
Péče o sebe	0,05	0,106	0,053

EE - emocionální vyčerpání

DP - depersonalizace

PA - osobní uspokojení

H4_A: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou sociální opory existuje signifikantní vztah.

H4₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou sociální opory neexistuje signifikantní vztah.

Tab. 15 podává přehled o sociální opoře a její vztah k míře syndromu vyhoření. Z tabulky je patrné, že mezi sociální oporou, emocionálním vyčerpáním a depersonalizací existuje negativní signifikantní vztah. Čím vyšší je míra sociální opory, tím nižší je míra emocionálního vyčerpání a depersonalizace. Mezi sociální oporou a osobním uspokojením existuje signifikantní pozitivní vztah. Čím vyšší je sociální opora, tím vyšší je osobní uspokojení. Hypotéza 4 byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

Tabulka 15 Sociální opora a její vztah k míře vyhoření

	EE	DP	PA
Sociální opora	-0,223**	-0,218**	0,20*

EE - emocionální vyčerpání

DP - depersonalizace

PA - osobní uspokojení

** 0,01 hladina významnosti

H5_A: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou racionálního/ kognitivního zvládnání existuje signifikantní vztah.

H5₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou racionálního/ kognitivního zvládnání neexistuje signifikantní vztah.

Tab. 16 poukazuje na racionální/ kognitivní zvládání a jeho vztah k míře vyhoření. Mezi emocionálním vyčerpáním a racionálním/ kognitivním zvládáním existuje signifikantní negativní vztah. Výsledné $r = -0,186$ značí skutečnost, že čím vyšší je emocionální vyčerpání, tím nižší je racionální/ kognitivní zvládání. Hodnoty mezi osobním uspokojením a racionálním/ kognitivním zvládáním bylo $r = 0,20$. Výsledná hodnota znázorňuje, že mezi mírou osobního uspokojení a racionálním/ kognitivním zvládáním existuje signifikantní pozitivní vztah. Čím vyšší je osobní uspokojení, tím vyšší je racionální/ kognitivní zvládání. U zmíněných korelací přijímáme alternativní hypotézu. Pouze u depersonalizace a racionálním/ kognitivním zvládáním neexistuje signifikantní vztah, protože výsledné $r = -0,08$. Zde přijímáme nulovou hypotézu.

Tabulka 16 Racionální/ kognitivní zvládání a jeho vztah k míře vyhoření

	EE	DP	PA
Kognitivní zvládání	-0,186*	-0,08	0,20*

EE - emocionální vyčerpání

DP - depersonalizace

PA - osobní uspokojení

**0,01 hladina významnosti

3.4 INTERPRETACE DAT K CÍLI 4

Cíl 4: Zjistit míru zátěže u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření.

Ke splnění cíle byl použit dotazník vlastní konstrukce, který byl vytvořen na základě teoretických podkladů a je specifický pro všeobecné sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou demencí.

Tab. 17 znázorňuje přehled průměrných, minimálních a maximálních hodnot zátěže, ale také modus, medián a směrodatnou odchylku. Minimální hodnota byla 20, maximální byla 92 a průměrná hodnota činila 43,55. Na základě dat lze konstatovat, že sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou demencí pociťují střední zátěž. Modus je hodnota, která se vyskytuje nejčastěji, což byla 32. Medián je prostřední hodnota, a ta byla 39. Směrodatná odchylka určuje odchylky od aritmetického průměru. Jednalo se o hodnotu 13,80.

Tabulka 17 Srovnání skór zátěže

	r	min. hodnota	max. hodnota	Mode	Me	směrodatná odchylka
Zátěž	43,55	20	92	32	39	13,80

r - průměrná hodnota

Me - medián

Mode - modus

Ověření hypotéz

H_{6A}: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou zátěže existuje signifikantní vztah.

H₆₀: Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací, osobního uspokojení a mírou zátěže neexistuje signifikantní vztah.

Tab. 18 udává míru zátěže všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k míře vyhoření. Mezi emocionálním vyčerpáním, depersonalizací a zátěží existuje statisticky významná pozitivní korelace. Čím vyšší je zátěž, tím vyšší je míra emocionálního vyčerpání a depersonalizace. Přijímáme alternativní hypotézu. Výsledné korelace osobního uspokojení a zátěže byla $r = -0,01$. Znamená to, že mezi osobním uspokojením a zátěží neexistuje signifikantní vztah, proto byla přijata nulová hypotéza.

Tabulka 18 Zátěž a její vztah k míře vyhoření

	EE	DP	PA
Zátěž	0,546**	0,695**	-0,01

EE - emocionální vyčerpání

DP - depersonalizace

PA - osobní uspokojení

**0,01 hladina významnosti

Vedlejší výsledky v oblasti zátěže

Tab. 19 poukazuje na zátěž ve vztahu k věku, délky praxe a počtu pacientů s Alzheimerovou demencí. Pro zjištění vztahu mezi mírou zátěže a věkem byl použit Pearsonův korelační koeficient. Korelace byla $r = -0,026$. Lze konstatovat, že neexistuje signifikantní vztah mezi mírou zátěže a věkem. Také se zjistilo, že mezi mírou zátěže a počtem pacientů s Alzheimerovou demencí neexistuje signifikantní vztah. Pouze korelační koeficient $r = -0,200$ mezi mírou zátěží a délkou praxe poukázal na statisticky významnou negativní korelaci. Se vzrůstající délkou praxe se snižuje míra zátěže.

Tabulka 19 Zátěž ve vztahu k věku, délky praxe a počtu pacientů s AD

	Věk	Délka praxe	Počet pacientů s AD
Zátěž	-0,026	-0,200*	-0,148

*0,05 hladina významnosti

Statistické metody při ověřování hypotéz

Při testování emocionálního vyčerpání, depersonalizaci a osobního uspokojení bylo zjištěno, že data nemají normální rozložení. Distribuce dat byl proveden Shapiro- Wilk testem. Přehled poznatků uvádí Tab. 20.

Tabulka 20 Test normality- Shapiro- Wilk test

	Shapiro- Wilk		
	statistic	df.	sig.
EE	,965	119	,004
DP	,920	119	,000
PA	,981	119	,083

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

DISKUSE

Práce se zabývala syndromem vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí, které pracují na psychiatrickém oddělení. Povaha oboru je pro všeobecné sestry včetně celého zdravotnického personálu psychicky i fyzicky náročná a je zde velké riziko vzniku syndromu vyhoření. V rámci výzkumného šetření se zjišťovala míra syndromu vyhoření. Emocionální vyčerpání se projevovalo u 34,45 % sester a zvýšená depersonalizace byla zaznamenána u 32,77 % sester. Nejvyšší míra syndromu vyhoření byla v oblasti osobního uspokojení, kde až 61,34 % sester vykazovaly vysoký stupeň vyhoření. Toto dokládá také výzkumné šetření, jehož autory jsou Pilarík a Tobákošová, kteří zkoumali míru syndromu vyhoření u 72 sester z Kliniky úrazové chirurgie Univerzitní nemocnice L. Pasteura v Košicích. Emocionální vyčerpání prožívalo 33,9 % sester, zvýšená depersonalizace byla u 30,6 % sester a vysoká míra osobního uspokojení byla u 50 % sester (Pilník, Tobákošová, 2013, s. 7-10). Ježorská, Kozyková a Chrastina zkoumali syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologickými nemocnými. Ke zjištění míry syndromu vyhoření použily standardizovaný dotazník Burnout Measure. Výsledky poukazují na to, že 25 % sester je ohroženo rizikem vzniku syndromu vyhoření a u 11 % sester byl syndrom vyhoření prokázán. Dále se zaměřovali na pracovní zátěž a míru vyhoření. Z výzkumu bylo patrné, že existuje pozitivní signifikantní vztah mezi mírou pracovní zátěže a syndromem vyhoření (Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012, s. 56-60). Tyto výsledky dokládá námi realizovaný výzkum, který zjišťoval míru zátěže u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření. Potvrdilo se, že čím vyšší je stupeň emocionálního vyčerpání a depersonalizace, tím vyšší je i míra zátěže. Dalším zkoumaným prvkem bylo zjistit míru osobních zdrojů (rekreaci, péče o sebe, sociální oporu a racionální/kognitivní strategii) a její vztah k syndromu vyhoření. Nejhorší průměrná hodnota byla naměřena v oblasti péče o sebe. Po hlubším prozkoumání se zjistilo, že 60,50 % všeobecných sester zřídka nebo nikdy neprovádí meditaci, 61,34 %

všeobecných sester nepraktikuje krátké cvičení na hluboké dýchání a 37,82 % všeobecných sester nevyužívají relaxační techniky. Při určování vzájemných vztahů osobního uspokojení a míry vyhoření, lze na základě výsledků konstatovat, že mezi těmito faktory neexistuje signifikantní vztah. Z protektivních faktorů byla nejvyšší průměrná hodnota v oblasti sociální opory. Všeobecné sestry pocítují vysokou míru podpory a pomoci svého okolí. Mezi sociální oporou, emocionálním vyčerpáním a depersonalizací existuje negativní signifikantní vztah. Čím vyšší je míra sociální opory, tím nižší je míra emocionálního vyčerpání a depersonalizace. Shodné výsledky popisuje i již zmiňovaný výzkum autorů Šárky Ježorské, Jany Kozykové a Jana Chrastiny (Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012, s. 56-60). Siying, Wei, Huangyuan, Zhiming a Mianzhen zkoumali vztah mezi syndromem vyhoření a pracovního stresu u 495 sester v Číně. Pro své výzkumné šetření použili standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory a Inventorium zaměstnaneckého stresu, z kterého použili dvě dimenze, a to role v zaměstnání a osobní zdroje. Z výsledků lze konstatovat, že existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou rolí v zaměstnání a mírou vyhoření. Míra osobních zdrojů a míra syndromu vyhoření korelovala negativně. Výsledky poukazují na to, že větší pracovní stres a syndrom vyhoření je spojený se strategiemi zvládnání stresu. Požívání copingových strategií by mohlo zlepšit psychické zdraví sester (Siying, Wei, Huangyuan, Zhiming, Mianzhen, 2007, s. 143-149). Naše studie se zaměřovala na podobný typ výzkumného šetření a byl použit stejný typ standardizovaného dotazníku. Zkoumala se míra role v zaměstnání a míra osobních zdrojů a její vztah k syndromu vyhoření. Potvrdilo se očekávání, že existuje signifikantní vztah mezi emočním vyčerpáním, depersonalizací, osobním uspokojením a rolí v zaměstnání. Čím vyšší je stupeň emocionálního vyčerpání a depersonalizace, tím vyšší je hladina stresu v zaměstnání. V oblasti osobních zdrojů jsme měli podobné výsledky jako u předchozího výzkumu. Míra emočního vyčerpání a depersonalizace korelovala s rekreací, sociální oporou a racionálním/kognitivním zvládnání negativně. Čím vyšší je míra osobních zdrojů, tím nižší je syndrom vyhoření.

Uvědomujeme si, že jsme nepostihli všechny faktory, které by mohly vést k syndromu vyhoření. Při analýze dat mohl počet respondentů ovlivnit platnost a spolehlivost dotazníku. Také kultura a společnost má vliv na rozdílnost ve výsledcích zejména v klasifikaci syndromu vyhoření. Bodové hodnocení se liší danou zemí (Siyang, Wei, Huangyuan, Zhiming, Mianzhen, 2007, s. 143-149). Omezením naší studie mohl být výběr nemocnic, kde bylo výzkumné šetření aplikováno. Dle našeho názoru by bylo vhodné se zaměřit na syndrom vyhoření více do hloubky a zkoumat vyhoření nejen u všeobecných sester pracujících v zařízeních pro pacienty s Alzheimerovou demencí, ale také se soustředit na pečovatele, kteří pečují o tyto pacienty v domácím prostředí.

ZÁVĚR

Stres je velice aktuální téma a lze ho považovat za problém dnešní doby. Je to dáno především tím, že žijeme v uspěchané době a na každého člověka jsou kladeny vysoké nároky, a to nejen v zaměstnání, ale také v soukromém životě. Samozřejmě stres a stresové mechanismy patří neoddělitelně k životu, kdy optimální hladina stresu působí jako motivační síla a vede nás k dosahování neuvěřitelných výkonů a cílů. Pokud ale optimální hladina stresu přesáhne svoji hladinu, tak vznikne nadměrný stres. Nadměrný stres vyvolává pocity přetížení, zoufalství, bezmoc a beznaděj a vede k poškození psychického i tělesného zdraví. Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu, než u jiných profesí. Práce všeobecných sester patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším. Pro zvládání stresových situací je důležité, aby každá sestra znala a hlavně využívala copingové strategie, které směřují k vyrovnání se se zátěží. Mezi tyto strategie patří např. rekreace, péče o sebe, sociální opora a kognitivní zvládání. Pokud je stres dlouhodobý, nadměrný a nesnesitelný, tak vede k syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je charakterizován jako stav celkového emocionálního vyčerpání, depersonalizace a pocitu ztráty smyslu vlastní práce. Nejrizikovějšími obory pro vznik syndromu vyhoření jsou anesteziologie, tzv. urgentní medicína a psychiatrie. Psychiatrické sestry mohou vnímat jako stresový faktor nedostatečnou prestiž a stigma oboru ve společnosti. Z tohoto důvodu byla založena pracovní skupina pro destigmatizaci psychiatrie a usadil se akční plán na posílení image psychiatrie. Dalším stresovým faktorem, který přispívá ke vzniku vyhoření na psychiatrii, je výběr určitých skupin pacientů např. pacientů s Alzheimerovou demencí. V posledních letech dochází k postupnému nárůstu počtu pacientů s demencí. Toto onemocnění má plíživý začátek a pomalu progreduje. V současné době je adekvátní pozornost věnována pečovatelům a podpoře rodinných příslušníků o pacienty s Alzheimerovou demencí.

Naše práce je zaměřena na syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí, které pracují na psychiatrickém oddělení. Výzkumné šetření bylo uskutečněno v Psychiatrických nemocnicích Šternberk, Kroměříž a Bohnice. Konkrétně jsme se zaměřili na již zmiňovaný syndrom vyhoření a roli v zaměstnání (role přetížení, role nedostatečnosti, role nejasnosti), osobní zdroje (rekreace, péče o sebe, sociální opora, kognitivní zvládnání) a na zátěž všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí. Výsledky poukazují na to, že až jedna třetina sester má projevy emocionálního vyčerpání a depersonalizace, a u více než jedné poloviny sester byl zaznamenán vysoký stupeň zátěže v oblasti osobního uspokojení. Nejvyšší stupeň emocionálního vyčerpání a depersonalizace byl zaznamenán v Psychiatrické nemocnici Šternberk, poté v Psychiatrické nemocnici Bohnice a v poslední řadě v Psychiatrické nemocnici Kroměříž. V oblasti osobního uspokojení byla míra vyhoření v opačném pořadí, nejvyšší míra vyhoření se projevovala v Psychiatrické nemocnici Kroměříž, poté v Psychiatrické nemocnici Bohnice a na posledním místě v Psychiatrické nemocnici Šternberk. Zjišťovala se míra vyhoření a role v zaměstnání. Byl potvrzen předpoklad, že existuje pozitivní signifikantní vztah mezi mírou vyhoření a rolí v zaměstnání. Čím vyšší je míra vyhoření, tím vyšší je i role v zaměstnání. Mezi mírou emocionálního vyčerpání, depersonalizací a rekreací, sociální oporou a racionálním/kognitivním zvládnáním existuje signifikantní negativní vztah. Čím vyšší je míra zmiňovaných osobních zdrojů, tím nižší je syndrom vyhoření. Osobní uspokojení korelovala se sociální oporou a racionální/kognitivní zvládnáním pozitivně. Čím vyšší je osobní uspokojení, tím vyšší je sociální opora a kognitivní strategie. Mezi mírou vyhoření a v péči o sebe neexistuje signifikantní vztah. Dále nás zajímala míra zátěže všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí a její vztah k syndromu vyhoření. Na základě dat lze konstatovat, že sestry pečující o pacienty s Alzheimerovou demencí pociťují střední zátěž a mezi emocionálním vyčerpáním, depersonalizací a zátěží existuje statisticky

významná pozitivní korelace. Čím vyšší je zátěž, tím vyšší je míra emocionálního vyčerpání a depersonalizace.

Závěrem je třeba dodat, že stres a syndrom vyhoření je u všeobecných sester opomíjen. Často si lidé myslí, že když sestra pomáhá druhým lidem, tak si zvládne pomoci i sama. Věřím, že výsledky diplomové práce upozorní na problematiku syndromu vyhoření u všeobecných sester a bude více do hloubky zkoumána.

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. ANDRÁŠIOVÁ, Mária. 2006. Syndróm vyhorenia v lekárskej praxi, možnosti jeho zvládania a prevencie. *Via practica* [online]. 2006, roč. 3, č. 12, s. 559-561. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1339-424X. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Andrasiova.pdf>
2. BARTKO, Daniel, ČOMBOR, Igor, MADARÁSZ, Štefan, LULIAK, Milan. 2008. Demencia Alzheimerovho typu. *Via practica* [online]. 2008, roč. 5, č. 10, s. 398-402. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1339-424X. Dostupné z: http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3407&magazine_id=1
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, HAJDUCHOVÁ, Hana. 2010. Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice*. 2010, roč. 13, č. 3, s. 110-115. ISSN 1213-6050.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva, CHLOUBOVÁ, Ivana. 2009. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt* [online]. 2009, roč. 11, č. 1, s. 252-256. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopiszsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330102630900425.pdf>
5. BÁRTLOVÁ, Sylva. 2006. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt* [online]. 2006, roč. 8, č. 1, s. 31-35. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopiszsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326162725458760.pdf>
6. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
7. BÉREŠOVÁ, Anna. 2010. Syndróm vyhorenia v súvislosti so zdravotno-sociálnymi problémami sestier košického regiónu. *Cesta k profesionálnému ošetrovatelstvu* [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 2010, roč. 5, s. 30-34. [cit. 19. 2. 2014]. ISBN 978-80-7248-607-6. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2010>

8. BIANCHI, Estela Regina Ferrar. 2004. Stress and coping among cardiovascular nurses: a study Brazil. *Issues in Mental Health Nursing* [online]. 2004, no. 25, pp. 737-745. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 1096-4673. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=3&hid=4213>
9. BLAŽKOVÁ, Markéta, KRÁTKÁ, Anna, KRAMAŘÍKOVÁ, Lucie. 2011. Zátěžové faktory a prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče. *Jihlavské zdravotnické dny* [online]. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2011, s. 44-50. [cit. 19. 2. 2014]. ISBN 978-80-87035-37-5. Dostupné z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf
10. BREČKA, Tibor. 2009. Burnout syndrom aneb co má shořet, shoří. *Rescue Report*. 2009, roč. 12, č. 4, s. 34-35. ISSN 1212-0456.
11. BRUNOVSKÝ, Martin. 2006. Poruchy chování u demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, Roč. 7, č. 2, s. 66-69. [cit. 9. 4. 2013]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/02/03.pdf>
12. BRYCE, Cyralene. 2001. *Insights into the Koncept of stress*. Washington: Pan American Health Organization, 2001. [cit. 20. 3. 2014]. ISBN 92-75-12359-4. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.preventionweb.net/files/1995_VL206605.pdf
13. ČERNÁ, Renáta, KOŽÍKOVÁ, Zuzana. 2004. Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) u zdravotnických sester. *Urologie pro praxi* [online]. 2004, roč. 14, č. 6, s. 265. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2004/06/10.pdf>
14. DEKLAVA, Liana, MILLERE Inga, CIRCENIS, Kristaps. 2011. Stress coping among nurses in Litvia. *HealthMed* [online]. 2011, vol. 5, no. 6, pp. 1468-1473. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 1840-2291. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=19&hid=4213>

15. DIMUNOVÁ, Lucia. 2009. Práca na zmeny u sestier a jej dopad na výskyt kardiovaskulárnych rizikových faktorov. *Cesta k profesionálnemu ošetrovatelstvu* [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 2009, roč. 4, s. 29-32. [cit. 19. 2. 2014]. ISBN 978-80-7248-521-5. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2009>
16. DIMUNOVÁ, Lucia. 2008. Vplyv sociálno-demografických ukazateľov na výskyt syndrómu vyhorenia u sestier na slovensku. *Profese on-line* [online]. 2008, roč. 1, č. 2, s. 56-65. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <http://profeseonline.upol.cz/vplyv-socialno-demograficky-ch-ukazateozov-na-vyskyt-syndromu-vyhorenia-u-sestier-na-slovensku/>
17. DIMUNOVÁ, Lucia, NAGYOVÁ, Iveta. 2012. Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. *Profese- on-line* [online]. 2012, roč. 5, č. 1, s. 1-4. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2012_01/01_dimunova.pdf
18. DLOUHÝ, Martin, JAROŠ, Jan. 2012. Zdravotní politika a psychiatrická péče v Moldavsku. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2012, roč. 108, č. 6, s. 286- 290. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_27_31.pdf
19. DOLÁK, František, BÁRTLOVÁ, Sylva. 2010. Představa odborné veřejnosti o psychiatrické sestře v komunitní péči. *Ošetrovatelský výzkum a praxe založená na důkazech* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. 2010, s. 24-29. [cit. 19. 2. 2014]. ISBN 978-80-7368-694-9. Dostupné z: <http://fzs.osu.cz/uom/dokumenty/uom-publikace/sympozium-2010.pdf>
20. DOUBEK, Pavel. 2006. Zvládání stresu, duševní hygiena a prevence syndromu vyhoření v ambulanci praktického lékaře. *Postgraduální medicína* [online]. 2006. roč. 8, příl. 1, s. 57-60. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/zvladani-stresu-dusevni-hygiena-a-prevence-syndromu-vyhoreni-v-a-272931>

21. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2009. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. *Sociální péče*. 2009, č. 6, s. 42-44. ISSN 1213-2330.
22. DYNÁKOVÁ, Šárka, KOŽNAR, Jan, HERMANOVÁ, Marie. 2010. Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. *Psychoterapie*. 2010, roč. 4, č. 3-4, s. 169-173. ISSN 1802-3983.
23. EUROPEAN AGENCY. 2000. *Research on Work-related Stress*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities, 2000. [cit. 20. 3. 2014]. ISBN 92-828-9255-7. Available from: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/203>
24. GAEBEL, Wolfgang, ZÄSKE, Harald, CLEVELAND, Helen- Rose et al. 2011. Measuring the stigma of psychiatry and psychiatrists: development of a questionnaire. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* [online]. 2011, vol. 261, pp. 119-123. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 0940-1334. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=17&hid=4213>
25. GANDI, Joshua, WAI, Paul, KARICK, Haruna, DAGONA, Zubanu. 2011. The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental Health In Family Medicine* [online]. 2011, vol. 3, no. 8, pp. 181-194. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1756-834X. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5cb806a5-b1f4-4d91-9971-dd1d2684c1dc%40sessionmgr4003&vid=3&hid=4108>
26. GURKOVÁ, Elena, MACEJKOVÁ, Slávka. 2012. Psychická zátěž a depresivní symptomatologie u sestier. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, roč. 3, č. 1, s. 326-334. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-01/1_gurkova_macejkova.pdf
27. HOLMEROVÁ, Iva, BALÁČKOVÁ, Nina, BAUMANOVÁ, Michaela et al. 2013. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie* [online]. 2013, roč. 2, č. 3, s. 258-164. [cit. 25. 2. 2014].

- ISSN 1805-4684. Dostupné z: <http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/11/paja.pdf>
28. HOLMEROVÁ, Iva, VAŇKOVÁ, Hana. 2009. Demence a deprese ve vyšším věku. *Medicína pro praxi* [online]. 2009, roč. 6, Suppl. F, F21-F28. [cit. 9. 4. 2013]. ISSN 1214-8687. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2009/02/14.pdf>
29. HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka et al. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost: Gerontologické centrum, 2007. [cit. 17. 3. 2014]. ISBN 978-80 86541-28-0. Dostupné z: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf
30. HOLMEROVÁ, Iva, JANEČKOVÁ, Hana, VELETA, Petr, VAŇKOVÁ, Hana. 2005. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2005, roč. 7, č. 10, s. 449-453. [cit. 9. 4. 2013]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2005/10/08.pdf>
31. HOLMEROVÁ, Iva, ROKOSOVÁ, Martina, SUCHÁ, Jitka, VELETA, Petr. 2004. Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. Hlavní téma: Demence. *Neurologie pro praxi* [online]. 2004, Roč. 5, č. 1, s. 17-20. [cit. 9. 4. 2013]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2004/01/05.pdf>
32. HONZÁK, Radkin. 2010. Syndrom vyhoření: příčiny, průběh, důsledky, prevence. *Vox pediatricae*. 2010, roč. 10, č. 8, s. 17- 19. ISSN 1213-2241.
33. HOSÁK, Ladislav, HOSÁKOVÁ, Jiřina, ČERMÁKOVÁ, Eva. 2005. Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2005, roč. 6, č. 4, s. 202-203. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/04/11.pdf>
34. HOSÁKOVÁ, Jiřina. 2007. Stres v práci sestry. *Cesta k profesionálnímu ošetřovatelství* [online]. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 2007, roč. 2,

- s. 80-82. [cit. 19. 2. 2014]. ISBN 978-80-7248-413-3. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2007>
35. CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
36. JEČNÁ, Veronika, HOSÁK, Ladislav, ČWRMÁKOVÁ, Eva. 2009. Stres v povolání psychiatrické sestry. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2009, roč. 105, č. 1, s. 27-31. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_27_31.pdf
37. JEŽORSKÁ, Šárka, KOZYKOVÁ, Jana, CHRASTINA, Jan. 2012. Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologickými nemocnými. *Ošetrovateľstvo* [online]. 2012, roč. 2, č. 2, s. 56-62. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osevovatelstvo.eu/archiv/2012-rocnik-2/cislo-2/syndrom-vyhoreni-u-vseobecnych-sester-pracujicich-s-onkologicky-nemocnymi>
38. JIRÁK, Roman. 2011. Poruchy chování a nálady u demencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 2, s. 56-60. [cit. 9. 4. 2013]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/03.pdf>
39. JIRÁK, Roman. 2007. Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Neurologie pro praxi* [online]. 2007, roč. 8, č. 5, s. 295-298. [cit. 4. 9. 2013]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/05/09.pdf>
40. JUHÁSOVÁ, Andrea. 2011. Komparácia rizík vyhorenia v profesii zdravotnej sestry a učitel. *Jihlavské zdravotnícké dny* [online]. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2011, s. 291-298. [cit. 19. 2. 2014]. ISBN 978-80-87035-37-5. Dostupné z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf
41. KADUČÁKOVÁ, Helena. 2011. Sestra a psychická pracovní záťaž. *Jihlavské zdravotnícké dny* [online]. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2011, s. 299- 307. [cit. 19. 2. 2014]. ISBN 978-80-87035-37-5. Dostupné z: https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf

42. KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, HOLMEROVÁ, Iva et al. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
43. KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. 2010. Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie* [online]. 2010, roč. 54, č. 1, s. 1-6. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1804-6436. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/psycho/2013/Studie_syndrom_vyhoreni_a_rizika_KVO.pdf
44. KOZÁKOVÁ, Radka, BÁRTOVÁ, Lucie. 2012. Vliv kognitivní výkonnosti na soběstačnost seniorů s demencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, roč. 3, č. 1, s. 335-339. [cit. 4. 9. 2013]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-01/2_kozakova_bartova.pdf
45. KRYL, Michal. 2004. Poruchy vyvolané stresem. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, roč. 5, č. 1, s. 38-40. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/12.pdf>
46. KROMBHOLZ, Richard. 2011. Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 3, s. 196-200. [cit. 9. 4. 2013]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5112
47. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. *Sestra a stres*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80247-3149-0.
48. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
49. LIM, J., BOGOSSIAN, F., AHERN, K. 2010. Stress and coping Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review* [online]. 2010, vol. 57, no. 1, pp. 22-31. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 0020-8132. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=13&hid=4213>

50. LUŽNÝ, Jan. 2011. Nefarmakologické ovlivnění kognitivních funkcí u klientů s demencí. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, roč. 2, č. 4, s. 312-318. [cit. 9. 4. 2013]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-04/5_luzny.pdf
51. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
52. MARTÍNEK, Pavel, BARTOŠ, Aleš. 2008. Aktivity denního života pacientů s Alzheimerovou nemocí očima jejich pečovatелů. *Česká geriatrická revue* [online]. 2008, roč. 6, č. 3, s. 186-192. [cit. 9. 4. 2013]. ISSN 1214-0732. Dostupné z: www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_08_03_13.pdf
53. MCLEOD, Hamish J, DENSLEY, Lisa, CHAPMAN, Kate. 2006. The Effects of Training in Behaviour Modification Strategies on Stress, Burnout, and Therapeutic Attitudes in Frontline Inpatient Health Nurses. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling* [online]. 2006, vol. 12, no. 1, pp. 1-10. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 1323-8922. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=9&hid=4213>
54. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2013a. MZ Představuje strategii reformy psychiatrické péče v ČR. MZČR. ©2010. [cit. 19. 2. 2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr_8306_2778_1.html
55. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2013b. Reforma péče o duševní zdraví. Strategie reformy psychiatrické péče. MZČR. 2013. [cit. 25. 2. 2014]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wpcontent/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
56. NEŠPOR, Karel. 2009. Jak zvládat profesionální stres u pracovníků v oblasti duševního zdraví. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, roč. 10,

- č. 1, s. 41-13. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/01/10.pdf>
57. NEŠPOR, Karel. 2007. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicina pro praxi* [online]. 2007, roč. 4, č. 9, s. 371-373. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/10.pdf>
58. O'CONNOR, Daniel, EPPINGSTALL, Barbara, TAFFE, John, PLOEG, Eva. 2013. A randomized, controlled cross- over trial of dermally-applied lavender (*Levandula angustifolia*) oil as a treatment of agitated behaviour in dementia. *BMC Complementary And Alternative Medicine* [online]. 2013, vol. 13, no. 1, p. 315. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 1472-6882. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1186%2F1472-6882-13-315#page-1>
59. PAPEŽOVÁ, Hana. 2004. Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, roč. 5, č. 6, s. 291-296. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/02.pdf>
60. PELCÁK, Stanislav, TOMEČEK, Alexandr. 2011. Syndrom vyhoření- psychické důsledky výkonu práce expedienta. *Praktické lékařství* [online]. 2011, roč. 7, č. 2, s. 87-90. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2011/02/10.pdf>
61. PETERSON, Ulla, BERGSTÖM, Gunnar, SAMUELSSON, Mats, ÅSBERG, Marie, NYGRE, ÅKE. 2008. Reflecting peer- support Goss in the preventiv of stress and burnout. *Journal of Advenced Nursing* [online]. 2008, vol. 63, no. 5, pp. 506-516. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 0309-2402. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=7&hid=4213>
62. PIDRMAN, Vladimír. 2003. Demence - její klinika a praxe. *Česká geriatrická revue* [online]. 2003, Roč. 1, č. 2, s. 5-9. [cit. 9. 5. 2013]. ISSN 1214-0732. Dostupné z: http://www.prolekare.cz/pdf?ida=gr_03_02_01.pdf

63. PILÁRIK, Ľubor, TOBÁKOŠOVÁ, Zuzana. 2013. Emocionálna inteligencia a syndróm vyhorenia u sestier. *Ošetrovateľstvo* [online]. 2013, roč. 3, č. 1, s. 5-10. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osestrovatelstvo.eu/archiv/2013-rocnik-3/cislo1/emocionalna-inteligencia-a-syndrom-vyhorenia-u-sestier>
64. POHLOVÁ, Lucie, KOZÁKOVÁ, Radka, JAROŠOVÁ, Darja. 2011. Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. *Praktický lékař* [online]. 2011, roč. 91, č. 5, s. 274-277. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:2d0f0a9c-6999-11e3-b52f-d485646517a0>
65. PRAŠKO, Ján. 2010. Psychiatrie, psychoterapie a supervize. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2010, roč. 106, č. 5, s. 271-272. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.supervize.eu/wp-content/uploads/2010/11/Cs_psychiatrie-svize.pdf
66. PRINCE, Martin, PRINA, Matthew, GUERCHET, Maelenn. 2013. *Word Alzheimer Report 2013: Journey od Garing: An analysis of long - term care for Dementia*. London: Alzheimer's disease International, 2013. [cit. 25. 2. 2014] ISBN N/A. Available from: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf>
67. PROKELOVÁ, Pavla, JAROŠOVÁ, Darja. 2013. Syndrom vyhoření u sester na neurochirurgických odděleních. *Kontakt* [online]. 2013, roč. 15, č. 2, s. 135-142. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopiszsfsfu.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130619083626867340.pdf>
68. RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora, et al. 2012. Mapování stavu psychiatrické péče a její směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). *Česká psychiatrická společnost* [online]. 2012 [cit. 17. 3. 2014]. ISSN N/A. Dostupné z: http://www.cmhd.cz/dokumenty/OZ_zkr_komplet.pdf
69. RESSNER, Pavel, BÁRTOVÁ, Petra, NILIUS, Petr, et al. 2011. Porucha chování a nálady u demenci. *Neurologie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12,

- č. 2, s. 98-103. [cit. 9. 5. 2013]. ISSN 1213-1814. Dostupné z:
<http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/02/07.pdf>
70. RESSNER, Pavel. 2004. Alzheimerova choroba - diagnostika a léčba. *Neurologie pro praxi* [online]. 2004, Roč. 5, č. 1, s. 11-16. [cit. 9. 5. 2013]. ISSN 1213-1814. Dostupné z:
<http://www.solen.cz/pdfs/neu/2004/01/04.pdf>
71. SAHRAIAN, A., FAZELZADEH, A., MEHIDIZADEH, S., TOOBAAE, H. 2008. Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, Sumery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review* [online]. 2008, vol. 55, no. 1, pp. 62-67. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 1466-7657. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=5&hid=4213>
72. SHEARDOVÁ, Kateřina. 2011. Současné možnosti terapie demenci, význam nefarmakologických intervencí. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2011, roč. 12, č. 3, s. 126-128. [cit. 9. 5. 2013]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/11.pdf>
73. SCHREIBER, Vratislav. 2004. Současný pohled na stres a endokrinní odpověď. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2004. roč. 3, s. 111-114. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1212-7299. Dostupné z:
<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2004/03/02.pdf>
74. SCHULTZ, M., DAMKRÖGER, C., HEINS et al. 2009. Effort- reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* [online]. 2009, vol. 16, no. 3, pp. 225-253. ISSN 1351-0126. Available from:
<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=11&hid=4213>
75. SOÓSOVÁ, Mária, VARADYOVÁ, Anna. 2012. Stres v práci sestry v anesteziologickej a intenzívnej starostlivosti. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2012, roč. 3, č. 1, s. 340-347. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1804-2740. Dostupné z:

http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2012-01/3_sovariova_varadyova.pdf

76. SIYING, Wu, WEI, Zhu, HUANGYUAN, Li, ZHIMING, Wang, MIANZHEN, Wang. 2007. Relationship between job burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2007, vol. 59, no. 3, pp. 233-239. [cit. 28. 4. 2014]. ISSN 1365-2648. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04301.x/pdf>
77. ŠUTOVSKÝ, Stanislav, KRÁLOVÁ, Mária, IZÁKOVÁ Ľubomíra, TURČÁNI, Peter. 2012. Alzheimerova choroba a zmiešaná demencia – jedna entita alebo dve? *Neurologie pro praxi* [online]. 2012, roč. 13, č. 1, s. 26-31. [cit. 9. 5. 2013]. ISSN 1213-1814. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2012/01/08.pdf>
78. TUVESON, Hanna, EKLUND, Mona, WANN-HANSSON, Christiane. 2012. Stress of Conscience among psychiatric nursing staff in relation to enviromental and individuals factors. *Nursing Ethics* [online]. 2012, vol. 19, no. 2, pp. 208-219. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 0969-7330. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=21&hid=4213>
79. TRANVÅG, Oscar, PETERSEN, A Karin, NÅDEN, Dagfinn. 2013. Dignity - preserving dementia care: A metasynthesis. *Nursing Ethics* [online]. 2013, vol. 20, no. 8, pp. 861-880. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 0969-7330. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=23&hid=4213>
80. UHLÍŘ, Petr, BETLACHOVÁ, Milada, KUCHAROVÁ, Zuzana. 2011. Bolesti dolní části zad u zdravotních sester a jejich prevence. *Medicína pro praxi* [online]. 2011. roč. 8, č. 10, s. 438-440. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/10/10.pdf>
81. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2012. Psychiatrická péče 2012. *Zdravotnická statistika* [online]. 2012. [cit. 25.

2. 2014]. ISSN 1210-8588. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2012>
82. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena, HONZÁK, Radkin. 2008. Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, roč. 10, č. 4, s. 188-192. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <http://kramerus.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:bmc07510708>
83. WIMMEROVÁ, Martina, ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. 2008. Věk, míra odosobnění, odchod ze zdravotnictví ve vztahu k burnoutu - motivace studentů. *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství* [online]. 2008, roč. 3, s. 129-132. [cit. 19. 2. 2014]. ISBN 978-80-7248-470-6. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2008>
84. YADA, Hironori, ABE, Hiroshi, FUNAKOSHI, Yayoi et al. 2011. Development of the Psychiatric Nurse Job Stressor Scale (PNJSS). *Psychiatry & Clinical Neurosciences* [online]. 2011, vol. 65, no. 6, pp. 567-575. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 1323-1316. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=37613a95-95fc-4424-b333-5de24b0685cb%40sessionmgr4005&vid=15&hid=4213>
85. ZACHAROVÁ, Eva. 2008. Syndrom vyhoření- riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, roč. 10, č. 1, s. 41-24. [cit. 25. 2. 2014]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/01/10.pdf>
86. ZACHOVÁ, Veronika, ŠKOCHOVÁ, Dagmar. 2008. Boj s profesionální deformací. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2008, roč. 2, č. 5-6, s. 249-250. [cit. 19. 2. 2014]. ISSN 1802-2960. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/05/11.pdf>
87. ZÁLAŠÁKOVÁ, Jana, BUŽGOVÁ, Radka. 2011. Psychická zátěž sester pečujících o onkologicky nemocné. *Pracovní lékařství*. 2011, roč. 63, č. 3-4, s. 113-118. ISSN 0032-6291.
88. ZRUBÁKOVÁ, Katarína, JADVIŠOVÁ, Jana, GILANOVÁ, Viera. 2011. Smrť jako stresoidný faktor v práci sestry. *Teoria, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve* [online]. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta. 2011, s. 479-491. [cit. 19. 2. 2014]. ISBN

978-80-89544-00-4.

Dostupné

z:

http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/tvav_ose_2011.pdf

89. ZVOLSKÝ, Petr. 2001. Demence. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2001, roč. 3, Suppl. 11, s. 15-19. [cit. 9. 5. 2013]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2001/11/16.pdf>
90. ZWIJSEN, S. S., HERTOOGH, C.M.P.M., SMALBRUGGE, A., et al. 2013. Nurses in mistress? An explorative study into the relation between mistress and individual neuropsychiatric of people with dementia in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2013, no. 11, p. 41. [cit. 9. 5. 2013]. ISSN 1099-1166. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.4014/pdf>

SEZNAM ZKRATEK

AD	Alzheimerova demence
ADI	Alzheimers Disease International
ADL	Activity Daily Living
BM	Burout Measure
BMČ	BIBLIOGRAPHIA MEDICA ČECHOSLOVAKA
BPSD	Behavioural and psychological symptoms of dementia
CDZ	Centra duševního zdraví
ČAS	Česká alzheimerovská společnost
ČIS	Český institut pro supervizi
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČMISK	Českomoravský institut pro supervizi a koučing
DAD-CZ	Disability Assesment for Dementia
DP	Depersonalizace
EE	Emocionální vyčerpání
H ₁₀	Nulová hypotéza
H _{1A}	Alternativní hypotéza
ICN	Code of Ethics for Nurses
JIP	Jednotka intenzivní péče
Max.	Maximální
MBI	Maslach Burnout Invenntory
Me	Medián
Min.	Minimální
MMSE	Mini Mental State Examination
Mode	Modus
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
N	Absolutní četnost
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
ORQ	Rolí zaměstnání
OSI-R	Inventorium zaměstnaneckého stresu

PA	Osobní uspokojení
PN	Psychiatrická nemocnice
P-PA-IA	Podpora, programové aktivity, individualizovaná asistence
PRQ	Osobní zdroje
RA	Role nejasnosti
RC	Racionální/ kognitivní strategie
RE	Rekreace
RI	Role nedostatečnosti
RO	Role přetížení
SC	Péče o sebe
SS	Sociální opora
Tab.	Tabulka
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
ZPBD	Zdravotničtí pracovníci nelékařů s odbornou způsobilostí

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 MBI	36
Tabulka 2 Pohlaví respondentů	38
Tabulka 3 Věk respondentů	38
Tabulka 4 Délka praxe ve zdravotnictví	39
Tabulka 5 Míra syndromu vyhoření	41
Tabulka 6 Srovnání výsledných skór MBI.....	42
Tabulka 7 Míra syndromu vyhoření- komparace PN	43
Tabulka 8 Srovnání skór míry vyhoření- Komparace PN	44
Tabulka 9 Srovnání skór míry role v zaměstnání	45
Tabulka 10 Role v zaměstnání a její vztah k míře vyhoření.....	46
Tabulka 11 Srovnání skór osobních zdrojů	47
Tabulka 12 Péče o sebe	47
Tabulka 13 Rekreační a její vztah k míře vyhoření	48
Tabulka 14 Péče o sebe a její vztah k míře vyhoření	48
Tabulka 15 Sociální opora a její vztah k míře vyhoření	49
Tabulka 16 Racionální zvládnání a jeho vztah k míře vyhoření	50
Tabulka 17 Srovnání skór zátěže	51
Tabulka 18 Zátěž a její vztah k míře vyhoření	52
Tabulka 19 Zátěž ve vztahu k věku, délky praxe a počtu pacientů s AD..	52
Tabulka 20 Test normality- Shapiro- Wilk test	53

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 Věk respondentů.....	38
GRAF 2 Délka praxe.....	39
GRAF 3 Syndrom vyhoření- komparace PN.....	43

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Desatero péče o zdraví sestry.....	75
Příloha 2 Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence.....	76
Příloha 3 Umožnění dotazníkového šetření PN Kroměříž.....	78
Příloha 4 Umožnění dotazníkového šetření PN Šternberk.....	79
Příloha 5 Umožnění dotazníkového šetření PN.....	80
Příloha 6 Dotazník.....	81

PŘÍLOHY

Příloha 1 Desatero péče o zdraví sestry

DESATERO PÉČE O ZDRAVÍ SESTRY

1. Žij zdravě - každý dobře víme, co to znamená. Pokus se všechna tato pravidla skutečně ve svém životě dodržovat.
2. Pracovní zátěž kompenzuj příjemnými mimopracovními zážitky a zálibami.
3. Vytvoř si při směném provozu jistou pravidelnost a symetričnost životního rytmu.
4. Nepodceňuj biologická ani psychická rizika náročného sesterského povolání.
5. V zaměstnání dodržuj hygienická a bezpečnostní pravidla a předpisy.
6. Občas se cíleně zamysli nad svými pocity, projevy, vystupováním, chováním, nad svojí „image“.
7. Pečuj o své zdraví, objeví-li se potíže, nesnaž se je léčit sama, ale včas navštiv odborného lékaře a staň se řádným pacientem.
8. V případě nemoci dodržuj léčebný režim tak, jak by sis přála, aby ho dodržovali tvoji pacienti.
9. Zvaž, co potřebuješ udělat pro své zdraví zejména ty osobně a doplň tím desatero, aby bylo úplné!

Příloha 2 Desatero komunikace s pacienty se syndromem demence

DESATERO KOMUNIKACE S PACIENTY SE SYNDROMEM DEMENCE

1. Při komunikaci omezujeme rušivé a rozptylující vlivy prostředí, např. rozhlasové vysílání, ujistíme se, že pacient dobře slyší, že má správně nastaveny kompenzační pomůcky (naslouchadla) a že netrpí komunikační poruchou ve smyslu afázie.
2. Pacienta povzbuzujeme vlídným zájmem, usilujeme o klidné chování a pozitivní výraz, omezujeme prudké pohyby a přecházení, zůstáváme v zorném poli pacienta, důsledně respektujeme fenomén zpomalení - spěch často vyvolá úzkost a zmatenost.
3. Mluvíme srozumitelně, pomalu a v krátkých větách.
4. V hovoru se vyhýbáme odborným výrazům, žargonu, ale i frázím či ironicky míněným protimluvům, používáme výrazy pacientovi známé a přiměřené. Používáme přímá pojmenování, vyhýbáme se zájmenům a pokud lze, tak na předměty osoby, části těla, o nichž hovoříme, ukazujeme. Jestliže pacient něco správně nepochopil, použijeme pokud možno jinou formulaci a neopakujeme stejná slova.
5. Aktivně navazujeme a udržujeme oční kontakt a průběžně ověřujeme, zda pacient našim informacím správně porozuměl, důležité údaje píšeme navíc na list papíru. Pro získání pozornosti, popř. pro zklidnění, používáme dotek.
6. Využíváme non-verbální komunikaci, mimiku, dotek a tyto projevy sledujeme a umožňujeme i u pacienta, jsme vnímaví jak k projevům úzkosti, strachu, deprese, bolesti.
7. Dáme jasně najevo, jestliže odcházíme, a zopakujeme, zda jen na chvíli (vrátíme se, komunikace či zdravotnická procedura neskončila), nebo zda konzultace skončila.
8. Pacienta nepodceňujeme, komunikaci neomezujeme, ale přizpůsobíme ji jeho schopnostem. Právě nemocné se syndromem demence pečlivě informujeme o povaze a důvodu vyšetření či léčebného výkonu, kterým se mají podrobit, během výkonu s nimi komunikujeme, uklidňujeme je, postup komentujeme.

9. Aktivně chráníme důstojnost lidí trpících syndromem demence, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat o sobě, bráníme jejich ponižování, nehovoříme o nich, jako by nevnímali (fenomén zvěcnění živé bytosti), dodržujeme alespoň obecnou úroveň respektování lidského studu.
10. Při komunikaci posilujeme orientaci pacienta osobou, místem i časem, oslovujeme je důstojně jménem anebo tak, jak si sám přeje nebo vyžaduje. Jistotu pacienta posilujeme umožněním kontaktu s blízkou osobou, na kterou je zvyklý nebo na které je závislý, pokud to jen trochu lze, umožňujeme účast této zklidňující osoby při vyšetření.

Příloha 3 Žádost o umožnění dotazníkového šetření Kroměříž

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži
Havlíčková 1265
Kroměříž
767 01

Gabriela Křepelková
Břest 5
Břest
768 23

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bych chtěla realizovat v rámci zpracovávání své diplomové práce, jejíž součástí je i průzkumná část. Jmenuji se Gabriela Křepelková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji studijní obor Ošetrovatelská péče v interních oborech. Cílem dotazníkového šetření je zjistit míru syndromu vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí. Využiji standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory v kombinaci s dotazníkem Inventorium zaměstnaneckého stresu OSI-R. Předpokládaná délka průzkumného šetření je v období leden- únor 2014. Děkuji za pochopení a spolupráci.

Jméno a příjmení studenta	Gabriela Křepelková
Téma diplomové práce	Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí
Skupina respondentů	Všeobecné sestry
Pracoviště	Gerontopsychiatrické oddělení (7B, 13A, 13B, 19A)

V Břestě dne 17. 1. 2014

.....
Křepelková
Gabriela Křepelková

.....
PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE
V KROMĚŘÍŽI
hlavní SZP
767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Příloha 4 Žádost o umožnění dotazníkového šetření Šternberk

Psychiatrická léčebna Šternberk
Olomoucká 1848/173
Šternberk
785 01

Gabriela Křepelková
Břest 5
Břest
768 23

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bych chtěla realizovat v rámci zpracovávání své diplomové práce, jejíž součástí je i průzkumná část. Jmenuji se Gabriela Křepelková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, kde studuji studijní obor Ošetrovatelská péče v interních oborech. Cílem dotazníkového šetření je zjistit míru syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících o pacienty s Alzheimerovou demencí. Využiji standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory v kombinaci s dotazníkem Inventorium zaměstnaneckého stresu OSI-R. Předpokládaná délka průzkumného šetření je v období leden- únor 2014. Děkuji za pochopení a spolupráci.

Jméno a příjmení studenta	Gabriela Křepelková
Téma diplomové práce	Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících o pacienty s Alzheimerovou demencí
Skupina respondentů	Všeobecné sestry
Pracoviště	Primariát I. Gerontopsychiatrický muži (oddělení 1, oddělení 3A) Primariát VIII. Gerontopsychiatrický ženy (oddělení 9A, 9B, 9C)

V Břestě dne 16. 12. 2013

.....
Gabriela Křepelková

.....
Bc. Kupková Jaroslava
.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Příloha 5 Žádost o umožnění dotazníkového šetření PN Bohnice

Etická komise

ekomise@plbohnice.cz

Psychiatrická nemocnice Bohnice
státní příspěvková organizace
IČO: 00064220 DIČ: CZ00064220
181 02 Praha 8, Ústavní 91
ředitel organizace: MUDr. Martin Holý

Gabriela Křepelková

76823 Břest 5
studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studia
Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
studijní obor Ošetrovatelská péče v interních oborech.

Naše značka:

Vyřizuje/linka: 420284016141

V Praze dne 20.2.2014

Žádostí o umožnění dotazníkového šetření

Etická komise PL Bohnice vyslovila **souhlas** s dotazníkovým šetřením v rámci zpracovávání diplomové práce „**Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí**“ na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci studijní obor Ošetrovatelská péče v interních oborech.

Etická komise žádost posoudila a schválila bez výhrad.

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomykacz v.z.
tajemník etické komise



Psychiatrická nemocnice Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8 – Bohnice

tel. + 420 725867810, fax. + 420 284016595
pomykacz@bohnice.cz, www.bohnice.cz

Příloha 5 Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,
jmenuji se Gabriela Křepelková a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci, studijního oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce. Cílem dotazníkového šetření je zjistit míru syndromu vyhoření u všeobecných sester pečujících

o pacienty s Alzheimerovou demencí.

Dotazník je zcela anonymní a získané údaje budou zpracovány v rámci mé diplomové práce.

Předem děkuji za ochotu a Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

S pozdravem Gabriela Křepelková

MBI

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení křížek, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

Velmi silně

		0	1	2	3	4	5	6	7
1	Práce mne citově vysává								
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil								
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a								
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů								
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi								
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá								
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů								
8	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce								
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují								
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivým k lidem								
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým								
12	Mám stále hodně energie								
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení								
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává								
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty								
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres								
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru								
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými pacienty/klienty								

19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého								
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil								
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně- vyrovnaně								
22	Cítím, že klienti/ pacienti mi přičítají některé své problémy								

OSI-R

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení křížek, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

1- zřídka nebo nikdy, 2- příležitostně, 3- často, 4- obvykle, 5- většinou

ČÁST 1

		1	2	3	4	5
1	V práci musím dělat příliš mnoho různých věcí za příliš krátký čas					
2	Cítím, že množství mých pracovních povinností se zvyšuje					
3	Očekává se ode mne, že budu vykonávat v práci úkoly, na které jsem nebyl školený/á					
4	Práci si musím brát domů					
5	Mám schopnosti, které potřebuji na vykonávání své práce					
6	Ve své práci jsem dobrý/á					
7	Pracuji pod krátkými časovými termíny					
8	Přeji si, aby se mi dostávalo více pomoci při plnění úloh, které se na mě v práci kladou					
9	Moje práce si vyžaduje, aby jsem pracoval/a na několik stejně důležitých úkolech					
10	Očekává se ode mne, že budu vykonávat více práce, než je přiměřené					
11	Moje kariéra nepostupuje tak, jak jsem doufal/a					
12	Moje práce odpovídá mým zručnostem a zájmům					
13	Moje zaměstnání mě nudí					
14	Cítím, že mám ve své práci velkou zodpovědnost					
15	V práci využívám své schopnosti					
16	Moje práce má velkou budoucnost					
17	Moje práce mi uspokojuje potřeby úspěchu a uznání					
18	Cítím, že mám vyšší kvalifikaci, než potřebuji ke své práci					
19	V mém zaměstnání se učím novým zručnostem					
20	Musím vykonávat úlohy, které jsou pod mé schopnosti					
21	Můj nadřízený mi dává užitečnou zpětnou vazbu o mém výkonu v práci					
22	Vím, co mám dělat, když chci postupovat					
23	Nejsem si jistý/á co mám ve své práci dosáhnout					
24	Když stojím před několika úlohami, vím, kterou mám dělat první					
25	Vím, jak mám začít pracovat na novém projektu, který mi byl přidělený					

26	Můj nadřízený jednu věc žádá a přitom chce celkem jinou					
27	Vím, jak se chovat v práci vhodně (např. mezilidské vztahy, oblékání atd.)					
28	Priority mé práce jsou mi jasné					
29	Vím, jak mám podle mého šéfa trávit pracovní čas					
30	Vím, na základě čeho jsem hodnocený/á					

ČÁST 3

Tento dotazník vyplňte stejným způsobem jak předchozí

1- zřídka nebo nikdy, 2- příležitostně, 3- často, 4- obvykle, 5- většinou

		1	2	3	4	5
1	Když potřebuji dovolenou, vezmu si jí					
2	Ve svém volném čase můžu dělat to, co sám/a chci					
3	Přes víkendy dělám věci, které mě velmi baví					
4	Televizi téměř vůbec nesleduji					
5	Mnoho z mého volného času věnuji návštěvě různých akcí (např. divadlo, kino, koncerty, sportovní akce atd.)					
6	Mnoho z mého volného času trávím skupinovými aktivitami (např. sport, hudba, malování, práce se dřevem, šitím atd.)					
7	Na věci, které mě baví, si čas najdu					
8	Když relaxuji, často myslím na práci					
9	Trávím dostatek času oddychovými činnostmi, když to potřebuji					
10	Svým zálibám věnuji mnoho z volného času					
11	Dbám na dietní stravování (pravidelné střídání stravování, s ohledem na dostatečný přísun živin)					
12	Na preventivní lékařské prohlídky chodím pravidelně					
13	Vyhýbám se nadměrnému užívání alkoholu					
14	Pravidelně cvičím (aspoň 20 minut, 3 krát za týden)					
15	Provádím relaxační techniky					
16	Dopřávám si tolik spánku, kolik potřebuji					
17	Vyhýbám se stravováním nezdravých jídel a nápojů (např. káva, čaj, cigarety atd.)					
18	Medituji					
19	Několikrát denně provádím krátké cvičení na hluboké dýchání					
20	Pravidelně si čistím zuby zubní nití					
21	Aspoň jedna z osob, která je pro mě důležitá mě oceňuje					
22	Pomáhám si prací okolo domu					
23	Pomáhám s důležitými věcmi, které musí být hotové					
24	Mám aspoň jednu chápavou osobu, s kterou můžu hovořit o mých starostech					
25	Mám aspoň jednu chápavou osobu, s kterou můžu hovořit o jiných problémech v práci					
26	Cítím, že mám aspoň jednoho přítele/přítelkyni, se kterým můžu počítat					
27	Cítím se milovaný/á					
28	Mám osobu, která mi je opravdu nejvíce blízka					
29	Mám skupinu přátel, kteří mě oceňují					
30	Když potřebuji pomoc v práci, vím na koho se mám obrátit					
31	Když přijdu domů, jsem schopný/á vypustit práci z hlavy					
32	Cítím, že jsou i jiné zaměstnání, které by jsem mohl/a dělat mimo mého					

	současného						
33	Pravidelně kontrojuji a reorganizuju svůj styl práce a svůj rozvrh						
34	Umím si určit priority při nakládání s časem						
35	Dokážu postupovat přesně podle stanovených priorit						
36	Mám určité techniky, jak se vyhnout zmatku						
37	Umím identifikovat důležité prvky problémů, se kterými se střetnu						
38	Když čelím problému, přistupuji k němu systematický						
39	Když se mám o něčem rozhodnout, dívám se vždy na důsledky možných rozhodnutí						
40	Snažím se být vědom/a svého způsobů chování a věcí, které provádím						

Specifický dotazník vztahující se na Alzheimerovu demenci

Tento dotazník vyplňte stejným způsobem jak předchozí

1- zřídka nebo nikdy, 2- příležitostně, 3- často, 4- obvykle, 5- většinou

		1	2	3	4	5
1	Unavuje mne pacientovo vyptávání se na běžné časové údaje					
2	Pacient nechápe, co po něm chce					
3	Tolik o pacienta pečuji a nemohu si s ním popovídat					
4	Znepokojuje mne pacientovo neustálé přecházení z místa na místo					
5	Znepokojuje mne, že se pacient nepřiměřeně dotýká někoho					
6	Vyvádí mne z míry pacientova snaha opustit nemocnici					
7	Znepokojuje mne, že pacient opakuje různé neúčelné pohyby					
8	Zatěžuje mne, že pacient neustále klade stejné otázky a opakuje stejné fráze					
9	Obtěžuje mne, když pacient vydává neartikulované skřeky, naříkání a upoutává na sebe pozornost					
10	Zatěžuje mne verbálně agresivní chování pacienta- nadávky, klení, vyhrožování, ječení					
11	Nevím, jak se zachovat, když je pacient agresivní vůči věcem (např. trhá prádlo, kope do dveří a nábytku, rozbíjí věci)					
12	Nevím, jak se zachovat, když pacient odmítá vykonávat různé úkony (př. k jídlu, koupání) a posléze je agresivní na mou osobu					
13	Nevím, jak se zachovat, když se u pacienta se objevují noční halucinace. Vidí neexistující osoby a povídá si s nimi					
14	Pacient si často stěžuje, že mu lidé kradou věci (peníze ze skříně, peří z peřin, oblečení)					
15	Nevím, jak mám reagovat, když pacient říká „Kdybych tu raději nebyl“ nebo věty ve smyslu „Raději bych s tím skončil“.					
16	Často řeším, že pacient spí během dne a v noci nemůže usnout					
17	Znepokojuje mne toulání pacienta během dne a v noci					
18	Je těžké u pacienta hodnotit bolest					
19	Snažím se o citlivý přístup k pacientovi ve vztahu v závislosti na denních aktivitách (př. najedení a napití, oblékání, koupání, kontinence moči a stolice atd.)					

Informační údaje

Jaké je Vaše Pohlaví?

a) žena

b) muž

Jaký je Váš věk?

.....

Jaká je Vaše délka praxe (uved'te)

.....

Kolik pacientů v zařízení, kde pracujete, má diagnostikovanou Alzheimerovou demenci?

.....