

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Šárka Fedorcová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Šárka Fedorcová

**Syndrom vyhoření u sester pracujících na klinice anesteziologie,
resuscitace a intenzivní medicíny**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2011

ANOTACE

Příjmení a jméno autora	Fedorcová Šárka
Instituce	Ústav ošetrovatelství Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci
Název práce	Syndrom vyhoření u sester pracujících na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
Název v anglickém jazyce	Burnout syndrome of nurses working in the intensive care department
Datum zadání	2011-01-17
Datum odevzdání	2011-04-29
Vedoucí práce	Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.
Počet stran	63
Počet příloh	2
Rok obhajoby	2011
Klíčová slova v ČJ	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, syndrom vyhoření, zátěžové faktory, sociální opora, standardizovaný dotazník.
Klíčová slova v AJ	Intensive care department, Burnout Syndrome, strain factors, social support, standardized questionnaire.
Anotace v českém jazyce	Práce je teoreticko-výzkumná a zabývá se problematikou syndromu vyhoření u sester pracujících na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Cílem bylo zmapovat pracovní zátěž u sester, zjistit výskyt „vyhoření“ na daném pracovišti a vliv sociální opory. Pro sběr dat byly použity tři standardizované dotazníky. Meisterův dotazník pro hodnocení pracovní zátěže, dotazník BM - psychického vyhoření a dotazník PSSS – sociální opory
Anotace v anglickém jazyce	My bachelor's work is in the area of theoretic-research and deals with Burnout Syndrome problems of nurses working in the Clinic of anaesthesia, resuscitation and intensive care medicine.

The aim of my work was to monitor the strain nurses are exposed to, find out the burnout incidence on the respective department and the influence of social support. To collect the research were used three standardized questionnaires. Meister questionnaire for evaluation of the work burden, BM – questionnaire for Burnout syndrome and PSSS questionnaire for social support influence.

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci vypracovala samostatně za použití literatury a zdrojů v ní uvedených.

Olomouc 10. dubna 2011

.....

podpis

Děkuji Mgr. Šárce Ježorské, Ph.D. za cenné rady a metodickou pomoc při zpracování bakalářské práce. Poděkování také patří zdravotním sestřám z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

OBSAH

ANOTACE	3
ÚVOD.....	9
1 PROFESE SESTRY, ZÁTĚŽOVÉ FAKTORY, DŮSLEDKY.....	11
1.1 Profese sestry, vymezení pojmu sestra	11
1.2 Specifika práce sestry na KAR.....	11
1.3 Zátěžové faktory v péči o pacienta na KAR.....	12
1.3.1 Pojem zátěž.....	12
1.3.2 Zátěž u zdravotníků	12
1.4 Důsledky působení psychické zátěže	13
1.4.1 Stres	13
1.4.2 Deprese	13
1.4.3 Únava.....	13
2 SYNDROM VYHOŘENÍ NEBOLI BURNOUT	14
2.1 Definice a historie syndromu vyhoření	14
2.2 Etiologie syndromu vyhoření	15
2.3 Syndrom vyhoření v profesi sestry	16
2.4 Symptomatologie syndromu vyhoření.....	16
2.5 Stadia procesu vyhoření.....	18
2.6 Diagnostika a metody zkoumání syndromu vyhoření	19
2.7 Rizikové faktory syndromu vyhoření.....	19
2.7.1 Rizikové profese	22
2.7.2 Důsledky stresu sestry	22
2.8 Terapie syndromu vyhoření.....	22
2.9 Prevence vyhoření, psychorelaxace.....	23
3 VLIV SOCIÁLNÍ OPORY NA ZVLÁDNUTÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ	25
3.1 Definice sociální opory.....	25
3.2 Druhy sociální opory	26
3.3 Význam sociální opory k prevenci syndromu vyhoření.....	27
3.4 Výsledky studie sociální opory ve vztahu k syndromu vyhoření.....	27
3.5 Sociální opora ve vztahu ke zdravotnímu stavu	28
3.6 Sociální opora jako prevence vyhoření	29
4 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	30
4.1 Zdroje odborných poznatků.....	30
4.2 Charakteristika zkoumaného souboru	30
4.3 Metoda sběru dat	33
4.3.1 Meisterův dotazník pro hodnocení pracovní zátěže	34
4.3.2 Dotazník BM – psychického vyhoření („Burnout Measure“)	34
4.3.3 Dotazník PSSS – sociální opory („Perceived Social Support Scale“)	
.....	35
4.4 Organizace průzkumného šetření	36
4.5 Způsob zpracování dat.....	37
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
5.1 Analýza výsledků ke stanoveným cílům	39
5.1.1 Analýza výsledků k cíli č. 1.....	39
5.1.2 Analýza výsledků k cíli č. 2.....	41
5.1.3 Analýza výsledků k cíli č. 3.....	42
DISKUSE	45

ZÁVĚR	47
LITERATURA A PRAMENY	49
SEZNAM ZKRATEK	54
SEZNAM TABULEK	55
SEZNAM GRAFŮ	56
SEZNAM PŘÍLOH	57
PŘÍLOHY	58

ÚVOD

Povolání zdravotní sestry patří mezi jedno z nejnáročnějších a ze zdravotního hlediska nejrizikovějších profesí. Nese s sebou velkou jak fyzickou tak psychickou zátěž. Obzvláště náročná je práce na odděleních intenzivní péče. Mezi ně patří mimo jiné anesteziologicko- resuscitační oddělení. Co se týče psychické náročnosti – tato složka bývá často opomíjená a ne zřídka tak dochází k syndromu zvanému vyhoření, neboli Burnout.

Burnout syndrom se projevuje hlavně u lidí v „pomáhajících profesích“ jako jsou lékaři, sestry, učitelé, psychologové, sociální pracovníci, manažeři, policisté atd. (Křivohlavý, 1998)

Burnout můžeme pojmenovat také jako syndrom vyhasnutí, vyhaslosti, vyprahlosti.

Člověk se cítí emocionálně, duševně a fyzicky slabý, trpí pocitem zklamání, hořkosti, nezájmu o svou osobu, o okolí, o práci, o koníčky, rodinu, přátele. Je emočně vyprahlý, trpí pocity beznaděje, zaujímá negativní postoj, je pesimistický. Projeví se až po nějaké době, někdy se může zdát, že je všechno v pořádku, ale potom se stav může během několika dnů změnit. (Křivohlavý, 1998)

Dnešní doba je velmi uspěchaná, lidé se pořád za něčím honí, jsou ve velké časové tísní, stresu, nedokáží relaxovat. To s sebou přináší riziko vzniku tohoto syndromu.

Toto téma bylo zvoleno z důvodu čím dál častějšího výskytu tohoto problému, ať už ve větší či menší míře, přičemž tato složka bývá často opomíjená.

Bakalářská práce je zaměřena na zdravotní sestry pracující na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KAR) ve Fakultní nemocnici v Olomouci, na vliv sociálního prostředí, které může přispět ke vzniku syndromu vyhoření.

Teoretická část pojednává o profesi sestry, zátěžových faktorech a důsledcích, se zaměřením na samotný burnout syndrom a vliv sociální opory na jeho výskyt.

Empirická část práce se zabývá průzkumem, pomocí 50 poskytnutých dotazníků zdravotním sestřím na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.

Cílem průzkumu je zjistit, v jaké míře se syndrom vyskytuje u sester na KAR, výskytem stresových faktorů, vliv sociální opory na vznik tohoto syndromu a nalézt možný způsob, jak se dá syndromu předejít, nebo alespoň omezit jeho výskyt.

1 PROFESE SESTRY, ZÁTĚŽOVÉ FAKTORY, DŮSLEDKY

1.1 Profese sestry, vymezení pojmu sestra

Jen málo povolání prodělalo v relativně krátké době takové změny jako profese sestry. Počátky vznikaly na půdě charitativních institucí, středověkých hospitálů, v podobě charitativní činnosti, které měly základ výhradně náboženský. Poskytovaly útulek a základní péči pro chudé.

Teprve v druhé polovině 19. století pronikala do nemocnic racionální medicína spolu s lékaři. Tímto byl položen základ k novodobé profesi sestry. Lékař potřeboval ke své činnosti pomocníka, kterým se stala sestra.

Tradičně je sestra považována za člena týmu, který poskytuje odbornou péči pacientům.

Posláním sester je pomáhat jedincům, rodinám, skupinám, uspokojovat a dosahovat fyzické, psychické a sociální pohody v kontextu prostředí, ve kterém žijí a pracují. Sestry pomáhají jednotlivci a jeho rodině, přátelům a sociálním skupinám aktivně se zúčastnit zdravotní péče, tím podporují jejich sebedůvěru a soběstačnost. (Křivohlavý, 1998)

1.2 Specifika práce sestry na KAR

Práce sester na KAR je fyzicky i psychicky velmi náročná pro rozsáhlé spektrum onemocnění a individuální potřeby každého nemocného. Péče o pacienta je komplexní, zahrnuje potřeby nejen v oblasti somatické, ale také psychologické a sociální.

Sestra na KAR je vystavena velkému fyzickému i psychickému tlaku, musí být neustále v pohotovosti, musí umět včas a správně zareagovat v nepředvídatelné situaci. Sledování a monitorace fyziologických funkcí - dýchacího, kardiovaskulárního, nervového systému, stavu vědomí, vnitřního prostředí, tělesné teploty, bilance tekutin a další činnosti, jsou typické pro práci sestry na tomto oddělení, pomocí vysoce specializovaných znalostí, přístrojů a pomůcek.

Neodkladná resuscitace patří mezi výkony, které se ne zřídka objevují na odděleních jako je KAR. Je to souhrn opatření a výkonů, které se provádí za účelem rychlého obnovení nebo udržení průtoku okysličené krve mozkovým řečištěm, při náhlém selhání jedné či více základních životních funkcí. (Adamus, M. a kolektiv, 2010)

1.3 Zátěžové faktory v péči o pacienta na KAR

1.3.1 Pojem zátěž

Zátěž je definována jako: „Vyrovnávání se s požadavky kladenými na jedince, vyplývající ze vztahu mezi jejich náročností a vlastnostmi, jimiž je jednotlivec k jejich zvládnutí vybaven.“

Podle charakteru působících podnětů a primárních reakcí rozlišujeme tři druhy zátěže: biologická, fyzická, psychická. (Žídková a Hladký, 1999, str. 7)

Psychická zátěž je proces primárně psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky životních a pracovních situací. Tělesné reakce bývají druhotné, vyvolané psychickými procesy.

Obecně je známo, že psychická zátěž souvisí s uspokojením vlastní práce, s pocitem jistoty a vírou v budoucnost. Pokud některý faktor chybí, přichází beznaděj, psychická únava, psychosociální choroby, odpor k vlastní práci, úzkost, deprese a syndrom vyhoření. (Novák, 2001)

1.3.2 Zátěž u zdravotníků

Zátěžové situace mohou mít podstatný vliv na vznik a vývoj syndromu vyhoření, bývají i jednou z hlavních příčin. Přímou podporu především tím, že mohou vést a často i vedou k narušení psychické rovnováhy, někdy jen dočasně nebo částečně, někdy trvaleji. Toto narušení se projevuje změnou prožívání, uvažování i chování. (Vágnerová, 2004)

Zatížení sestry při práci se liší typem oddělení, zdravotním stavem nemocných, počtem sester přítomných v určité směně na pracovišti i počtem

pomocného zdravotnického personálu. Zátěž v práci sestry lze rozdělit na zátěž, vztahující se k podmínkám pracovní činnosti, dále na zátěže plynoucí z odlišnosti diagnóz ošetřovaných pacientů a na zátěže, které se týkají osobnosti zdravotníků. Jakákoliv zátěž, ať už fyzického nebo psychického rázu, může sestru emocionálně vysilovat. Pokud zátěž trvá déle, má negativní vliv na její pracovní výkonnost a může vést až k somatickému onemocnění. (Rozsypalová, Haladová, 1981)

1.4 Důsledky působení psychické zátěže

1.4.1 Stres

Stres a přesněji distres (Křivohlavý, 1994) podobně jako burnout patří mezi negativní emocionální zážitky. Je definován napětím mezi tím, co člověka zatěžuje (tzv. stresory) a zdroji možností tyto zátěže zvládat (tzv. salutory).

Do stresu se může dostat každý člověk, může se objevit při různých činnostech, obvykle přechází do burnout, ovšem ne každý stresový stav dochází do této fáze celkového vyčerpání.

1.4.2 Deprese

Deprese se uvádí jako nemoc současné doby. Patří do souboru negativních emocionálních jevů, kterými se zabývá psychologie (Křivohlavý, 1997). Může propuknout u lidí, kteří intenzivně pracují, jako burnout. Velmi často má kořeny z mládí vlivem negativních zážitků.

1.4.3 Únava

Únava patří mezi další negativní psychologické zážitky, podobně jako burnout. Má užší vztah k fyzické zátěži, než je tomu u burnout. U burnout je únava vždy projevem něčeho negativního, tíživého. Bývá velmi úzce spojována s pocitem osobního selhání. (Křivohlavý, 1997)

2 SYNDROM VYHOŘENÍ NEBOLI BURNOUT

V roce 1998 vydal Státní zdravotní ústav poprvé příručku o syndromu vyhoření. Cílem této příručky bylo seznámit širokou veřejnost s podstatou vzniku a rozvoje syndromu vyhoření, s jeho příznaky, léčbou a prevencí.

Ukázalo se, že podstatu syndromu vyhoření je možné poznat na základě holistického přístupu k člověku, včetně jeho aktuálního postavení co se týče oblasti zdraví a nemoci.

Již od sedmdesátých let 20. století se odborníci zabývali stavu vyčerpání.

Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vypálení, též vyhaslosti, tj. vyčerpání („burnout syndrome“).

Anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burn-out“ pak dohořet, vyhořet, vyhasnout.

„Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a vyhaslosti: kde nic není, tj. kde již není materiál, který by živil hořící oheň, nemá již dál co hořet“ (Kebza, Šolcová, 2003, str. 3).

V současné době se jedná o velmi aktuální medicínský problém, protože kromě psychiky ovlivňuje i kvalitu života osob, u kterých se vyskytuje, a má za následek vznik některých duševních onemocnění a poruch.

Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje odolnost člověka vůči negativním účinkům stresu je pokládána osobnost jedince. Za klíčový vnější (sociální) faktor je pokládána tzv. sociální opora (Kebza, Šolcová, 2003, str. 3).

2.1 Definice a historie syndromu vyhoření

Pojem „burnout“ (původně v podobě „burn-out“) byl uveden do literatury Hendrichem Freudenbergerem, publikace v časopise s názvem „Journal of Social Issues“ v roce 1974. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku byla na přelomu 70. a 80. let, ve vztahu k převážné většině profesí, u nichž lze výskyt syndromu vyhoření předpokládat.

Termín Burn-out (vyhoření) byl původně spojován s lidmi, kteří zcela propadli alkoholu, i s toxikomany.

Později se tento termín začal používat i u „workholiků“. Docházelo k apatii, ke stranění se druhých lidí v případě neúspěchů, k depresím, lhostejnosti, celkové vyčerpanosti, únavě a osamění (Kebza, Šolcová, Syndrom vyhoření, 2003, str. 6).

Definic vyhoření je celá řada. Potterová (1997), Rush (2003) definovali Burnout jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.

S jevem celkového vyčerpání se lidé setkávají od samého začátku jejich existence. V bibli je vyjádřen termín Burnout jako „Marnost nad marnost.“

Rovněž známá je pověst o králi Sysifovi, která pochází ze starého Řecka. Sysifos byl za protivení se bohům odsouzen k tomu, aby věčně valil velký kámen na vysokou horu. Vždy, když byl skoro na vrcholu hory, kámen se mu vymknul z rukou a Sysifos musel valit znovu. To s sebou přinášelo značné vyčerpání, únavu, stres. Od toho je odvozen název „Sysifova práce“, která vyjadřuje permanentní trápení, které nemá konce. (Křivohlavý, 1998)

2.2 Etiologie syndromu vyhoření

Hlavními spouštěči vyhoření jsou:

1. Osobnostní predispozice.
2. Příslušnost k „pomáhající profesi.“
3. Původně vysoké nadšení.
4. Chronický stres (permanentní časový tlak, vysoké emoční napětí navazující na původně velký elán).

Burnout se objevuje jako důsledek dlouhodobého psychického vyčerpání a působením stresujících podnětů. Vyskytuje se u osob, které mají neustálý, náročný a intenzivní kontakt s lidmi a jejichž práce je neadekvátně ohodnocená.

Zdravotnictví bylo první oblastí, která upozornila na syndrom vyhoření. (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2010)

2.3 Syndrom vyhoření v profesi sestry

Vysoké požadavky na práci, nutnost podávat maximální výkon i při nedostatku personálu, nízké finanční ohodnocení nebo nedostatečná prestiž oboru jsou stresory, které vedou k únavě a k pocitu celkové vyčerpanosti. Dlouhodobá únava se stává chronickou, je spojená s hlubokým vyčerpáním a ztrátou výdrže. Dochází k psychickému selhání.

McConnel (1982) uvedl, že jako nejčastější zdroj stresu sestry uvádějí zodpovědnost za životy a pohodu pacientů, konfrontaci se smrtí a s tím spojenou bezmoc, šok z bolesti na kterou se dívaly, ale nebyla možnost pacientovi pomoci a neustálé projevování empatie a utěšování pacientů.

Novotná (2006) uvedla, že mezi významné stresory, které se podílejí na syndromu vyhoření, patří také konflikty na pracovištích (s nadřízenými i kolegy), nepravidelný pracovní rytmus a nedořešené kompetence sester a pracovní přetížení.

Z výzkumu Marečkové a Valentové (2006) vyplynulo, že výskyt syndromu vyhoření v profesi zdravotní sestry je alarmující. Z celkového počtu 104 sester se u 17 prokázala vysoká úroveň v oblasti citového vyčerpání, v kategorii odosobnění u 8 sester a u 63 došlo ke snížení pracovního výkonu.

Z výsledku výzkumu Novotné a Hlaváčové (2004) vyplynulo, že sestry, u nichž byl prokázán výskyt syndromu vyhoření, si stěžují na malý prostor k vyjádření svého názoru a pocit malé spoluúčasti na rozhodování o záležitostech pracoviště.

Sestry také uváděly, že vyjimečně slyší slova povzbuzení, pochvaly od lékaře. Celkově hodnotily vztah sestra –lékař jako problematický. (in Ježorská, 2008)

2.4 Symptomatologie syndromu vyhoření

Na psychické úrovni

- Převažuje pocit, že dlouhodobé a namáhavé úsilí o něco, má nepatrný efekt.

- Převažuje pocit smutku.
- Pocit celkového, duševního vyčerpání.
- Útlum celkové aktivity, redukce spontaneity, iniciativity, kreativity.
- Převaha negativního myšlení, cynismu, hostility ve vztahu k osobám, které jsou součástí profesionální, deprese, frustrace, beznaděj
- Ztráta zájmu o témata související s profesí.
- Redukce činnosti na rutinní postupy.
- Sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání.

Na fyzické úrovni

- Celková únava, skleslost, apatie.
- Vegetativní potíže: bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací potíže, dýchací potíže („lapání po dechu“).
- Nespecifikované bolesti hlavy.
- Poruchy krevního tlaku.
- Poruchy spánku.
- Bolesti svalů.
- Přetrvávající celková tenze.
- Zvýšené riziko vzniku závislosti.

Na úrovni sociálních vztahů

- Celkový útlum sociability.
- Výrazné stranění se kontaktu s druhými lidmi, mající vztah k profesi.
- Výrazná nechuť pracovat.
- Nízká empatie (dříve u osob s vysokou empatií).

- Konkrétně –operační styl myšlení.

- Postupné narůstání konfliktů (v důsledku nezájmu, lhostejnosti a „sociální apatie“ ve vztahu k okolí).

V posledních letech byla intenzivně zkoumána sociálně-psychologická souvislost syndromu vyhoření. Jednalo se především o ty, které usnadňují, či naopak omezují či znemožňují jeho vznik a rozvoj. W. Schaufeli uvedl hypotézu o „infekčnosti tohoto syndromu.“ Uvedl, že podle tohoto předpokladu by vznik a rozvoj vyhoření v určitém sociálním prostředí usnadňoval a podporoval jeho šíření ve stejném sociálním prostředí jedné firmy, instituce či komunity. (in Kebza, V., Šolcová, 2003, str. 11)

Ch. Maslachová (in Kebza, V., Šolcová, 2003, str. 11) uvedla, že „syndrom vyhoření nějakého pracovníka je signálem něčeho, co nefunguje dobře v organizaci.“

Lze si představit, že zklamání, prohlédnutí, ztráta ideálů, se může v určité organizaci za určitého vedení, firemní kultury a celkové atmosféry na pracovišti dostavit snadněji než jinde.

2.5 Stadia procesu vyhoření

Různí psychologové se odlišují ve stanovení počtu fází procesu vyhoření. Neexistuje jednoznačná koncepce. Vyhoření bývá popisováno jako neustále se vyvíjející proces. První stadium charakterizuje „zapálení pro věc“, po níž dojde k „vystřízlivění“, kdy ideály nejsou plně realizovatelné. Následuje období první frustrace, zklamání tématem, řešeným problémem či celou profesí, osoby, s nimiž je člověk v kontaktu a na jejichž hodnocení je závislý, začínají být vnímány negativně. V další fázi syndromu nastupuje apatie, spojená s hostilitou nejen vůči klientovi, ale vůči všemu, co s profesí či vykonávanou činností souvisí. Poslední stadium charakterizuje úplné vyhoření, vyčerpání, spojené s cynismem, odosobněním a ztrátou lidskosti (Kebza, Šolcová, 2003, str. 13).

Další model procesu burnout představila Ch. Maslachová (in Křivohlavý, 1998). Je považován za nejjednodušší, proto je velmi často používán, citován, např. v rámci diplomových prací. První fáze se vyznačuje idealistickým nadšením a přetěžováním. V druhé fázi dochází k emocionálnímu a fyzickému vyčerpání, v třetí fázi k dehumanizaci druhých lidí jako obrany před vyhořením a čtvrtá fáze charakterizuje terminální stadium spojené s úplným vyhořením, vyčerpáním.

Podobné modely procesu Burnout lze nalézt u Karavana, Burische a Laengle (in Křivohlavý, 1998, str. 61).

2.6 Diagnostika a metody zkoumání syndromu vyhoření

Identifikace syndromu vyhoření se provádí na základě symptomů u osob, které svým chováním budí známky prvních projevů vyhoření, dále z prožitku těchto příznaků u postižených osob, které lze lépe identifikovat, jestliže jsou alespoň částečně informováni o problému vyhoření a dále ze speciálních psychologických metod, jako jsou např. dotazníky, založené na posuzovacích škálách. Známý je dotazník Ch. Maslachové a S. Jacksonové, „Maslach Burnout Inventory“, nebo také dotazník „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho. Ve Státním zdravotním ústavu byly vytvořeny české verze některých z těchto metod a jsou postupně předávány k ověřovacímu využití v psychologické praxi. Ne zřídka se rovněž využívají v rámci diplomových prací věnovaných problematice vyhoření (Kebza, Šolcová, 2003, str.17).

Fedorcová (2010) v rámci projektu FRVŠ (Fond rozvoje vysokých škol) č. 1801/2010 zpracovala edukační materiál v podobě power pointové prezentace, který je k dispozici na internetových stránkách Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Cílem bylo seznámit zdravotní sestry s problematikou syndromu vyhoření, s možností ověření si svých znalostí pomocí kontrolních otázek.

2.7 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Kebza a Šolcová (2003) řadí mezi rizikové faktory ve vztahu k vyhoření tyto:

- samotný život v civilizované společnosti, neustále rostoucí životní tempo s nároky na člověka
- příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci (ale i pouze kontakt) s lidmi
- osoba žijící v chronickém stresu
- vysoké požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotónní práce
- zpočátku vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, zaujetí pro věc
- chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu
- původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé
- nízká asertivita
- původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost
- nemožnost relaxace
- depresivní ladění, úzkostné, fobické rysy
- permanentně prožívaný časový tlak („rush out“ a „rush up“ syndrom)
- nízké či nestabilní sebepojetí, sebehodnocení
- stabilně prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys) a agrese (jako chování, v němž dochází k behaviorální expresi obojího, tj. tzv. AHA syndrom – „Anger, Hostility, Aggression“ Ch. Spielbergera)
- syndrom „hopelessness-helplessness“ (prožitek bezmoci a beznaděje)

Kebza a Šolcová (2003, str.16) řadí mezi **protektivní faktory** (zabraňující rozvinutí syndromu vyhoření) tyto:

1. Chování typu B – dostatečná asertivita.
2. Ego-kompetence.
3. Dispoziční optimismus.
3. Umění nedostat se pod časový tlak (time-management)
4. Pestrost práce.
3. Podpora ze strany kolegů (peer-support)
4. Podpora v rodině, od přátel (social support)
5. Záliby, navození toku příjemných zážitků („flow“)
6. Pocit osobní pohody/životní spokojenosti (well-being)
7. Osobnostní charakteristiky (sence of coherence) – osobní nezdolnost, internalita, emoční stabilita atd.

Neutrální faktory jsou ty, které nemají na vznik syndromu vliv. (Ovšem ve většině studií, které se doposud zkoumaly, nebyl jednoznačně prokázán vliv těchto faktorů na vznik vyhoření). Patří zde:

1. Inteligence.
2. Pohlaví.
3. Věk.
4. Vzdělání.
5. Délka praxe.
6. Délka setrvání na určité pozici.

(Kebza, Šolcová, 2003)

2.7.1 Rizikové profese

Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti neustále roste. Je to dáno hlavně zvýšeným životním tempem, rostoucími nároky na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka v dnešní společnosti. Syndrom se objevuje zejména při práci s lidmi, v tzv. pomáhajících profesích. Zdravotnictví bylo první oblastí, která upozornila na výskyt vyhoření (zdravotní sestry, lékaři, psychologové, sociální pracovníci atd.). Jednou z hlavních příčin vyhoření je chronický stres. Mezi další ohrožené skupiny lidí patří učitelé, pracovníci pošt, dispečeri, policisté, právníci, poradci a informátoři, úředníci v bankách atd. (Kebza, Šolcová, 2003)

2.7.2 Důsledky stresu sestry

Bartošíková (2006) uvedla, že vyhoření vede k dehumanizaci postojů k pacientům. Zdravotník ztrácí empatii s pacienty. Častěji kritizuje, hovoří o pacientech s despektem, ironicky a nelichotivě. Pacienti se stávají předmětem péče, zdravotník se k nim chová chladně, odtažitě, izoluje se, reaguje na pacienty odmítavě nebo agresivně. Negativní postoj k pacientům se pak promítá i do vztahů ke spolupracovníkům a nakonec i do osobního života. Omezuje sociální kontakty, ztrácí zdroje prožitků radosti.

2.8 Terapie syndromu vyhoření

Člověk trpící syndromem vyhoření potřebuje pomoc, protože sám sobě většinou už není schopen pomoci. Důležité je začít věnovat se sám sobě, vhodná je i výměna zkušeností, přijetí faktu, že mohu selhat, a že neztrácím své ostatní přednosti. Pokud je stav postiženého natolik vážný, že s sebou nese příznaky deprese, myšlenky na sebevraždu, léčba spadá do kompetence psychologa, psychoterapeuta, nebo psychiatra.

Rush (2003) uvedl, že za efektivní se pokládá oddělení pracovníka od zdroje problému. (Zaměstnavatel může pracovníka dočasně pověřit jinými úkoly, umístit jej na jiné pracoviště nebo jej nechat pracovat s jinými lidmi do té doby, než se jeho stav zlepší).

Zaměstnavatel má možnost zaměstnance propustit, tím mu ovšem většinou příliš nepomůže, protože vnímaný problém vlastního selhání si pracovník odnese s sebou do dalšího pracovního poměru (Zákoník práce, 2002).

Za nejefektivnější řešení se tedy jeví snaha o řešení této osobní krize pomocí přehodnocení svého stavu, s využitím odborné pomoci ve formě supervize nebo psychologa a pomocí restrukturalizace (alespoň dočasné) pracovního místa, jak již bylo uvedeno výše. (Ústava ČR, Listina základních práv a svobod, 2003)

2.9 Prevence vyhoření, psychorelaxace

Syndromu vyhoření lze čelit a úspěšně mu předcházet. Možnosti prevence vyhoření jsou jak na úrovni každého jedince, tak na úrovni zaměstnavatele, kolektivu. U jedince je důležité zvládnout duševní hygienu a aktivní přístup ke stresu. Zaměstnavatel může této problematice předcházet pomocí zařazení různých programů, zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, důraz na týmovou spolupráci, na identifikaci rolí v týmu a jejich cílevědomý výcvik, zvýšení podílu pracovníků na řízení. (in Ježorská, 2008)

Prevence na úrovni jednotlivce

Důležitá je péče o své tělesné a duševní zdraví (dostatek spánku, zdravá výživa, pohyb, smysl pro humor, dokázat se radovat z maličkostí, znát hranice svých možností, vyřazovat pracovní problémy z běžného života, umět relaxovat, zabývat se tím, co nás baví, koníčky. Pěstovat dobré mezilidské vztahy v rodině i mimo ni a v neposlední řadě i potřeba celoživotního vzdělávání.

Prevence na úrovni organizace

Umění zorganizovat si práci (ujasnit si, co se ode mě očekává, zpětná vazba, flexibilita, uznání, přiměřené vztahy nadřízených k podřízeným, případně přestup na jiné pracoviště a prodloužená dovolená, týmová spolupráce, zvýšení počtu pracovníků).

Upravit pracovní podmínky (obohatit práci, zjednodušit složité pracovní úkony).

Programy zaměřené na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech.

Úprava pracoviště (příjemné pracovní prostředí - hluk, světlo, teplo, klid, individuální úprava pracoviště).

Při prevenci vyhoření je důležitý vlastní postoj člověka k práci – samozřejmě v ní má být pocíťován smysl, ale neměl by být jediným cílem, smyslem a zájmem v jeho životě. (Křivohlavý, 2001)

3 Vliv sociální opory na zvládnutí syndromu vyhoření

3.1 Definice sociální opory

Americký profesor psychiatrie Gerard Caplan (in Křivohlavý, 1998, str. 90) definuje sociální oporu jako mezilidské vztahy, vztah člověka ve skupině lidí, na které se může spolehnout, jak po stránce emocionální podpory, asistence a potřebných zdrojů ve chvílích, kdy je potřebuje. Tato lidé mu poskytují i zpětnou vazbu. Sdílejí spolu i určité stejné hodnoty a společenské normy.

Ayala Pines a Elliot Aronson (in Křivohlavý, 1998, str. 90) uvedli, že čím lepší vztah má člověk k druhým lidem, tím má i relativně nižší úroveň psychického vyhoření. Lidé, kteří si druhých lidí váží postatně víc, váží si i více sociální opory a vytváří kolem sebe dobré přátelské vztahy. Čím více se člověku dostává sociální opory, tím menší množství příznaků vyhoření se u něj dá zjistit.

Dle Kebzy a Šolcové (1999, str. 20) je sociální opora: „Jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby, také systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci, při snaze dostat nárokům a dosáhnout cílů. Zdroje sociální opory jsou součástí systému sociálních vztahů jedince.“

Sociální opora je mimořádně důležitým faktorem v prevenci stresu, distresu a psychického vyhoření. (Křivohlavý, 1998, str. 92)

Řada studií prokázala, že osoby, které mají pozitivní a úzký vztah-vazbu k ostatním lidem, jsou odolnější vůči různým stresorům v životě i v práci.

3.2 Druhy sociální opory

a) Instrumentální opora – jde o konkrétní formu pomoci jako je např. finanční výpomoc, poskytnutí různých potřebných věcí, zařízení důležitých záležitostí, které postižený sám není schopen provést, poskytnutí materiální podpory atd. V této souvislosti se hovoří i o tzv. „asistenci potřebným“ (doping assistance). Jedná se o iniciativu člověka pomoci druhému velice konkrétním – věcným způsobem.

b) Informační opora – člověku je podána informace, která mu může být nápomocna v situaci, ve které se nachází. Např. poskytnutí informací od lidí, kteří mají s podobnou situací zkušenosti. Do této kategorie patří i pomoc nasloucháním, kdy se zjišťují potřeby a představy člověka o tom, co by bylo možné pro něj udělat apod.

c) Emocionální opora – člověku v tísní je empatickou formou sdělována emocionální blízkost (láska, soucítění), náklonnost, je mu podána ruka při stavech deprese, beznaděje a pocitu odcizení. Rovněž je mu dodávána naděje a pozitivní myšlení atd.

d) Hodnotící opora – klade důraz na posílení sebevědomí, sebehodnocení, autoregulaci (řízení věcí podle vlastních přání), povzbuzování ve víře a naději apod. Do této kategorie spadá také sdílení těžkostí s člověkem v tísní (sharing) i společné nesení některých těžkých úkolů spolu s ním (mutuality). (Křivohlavý, 2001)

Je známo i členění sociální opory podle způsobu provedení:

- a) Opora nasloucháním.
 - b) Opora emocionální.
 - c) Opora stvrzováním reality.
 - d) Opora v podobě ocenění.
 - e) Opora spočívající v odborném apelu.
 - f) Poskytnutí hmotné pomoci.
 - g) Poskytnutí osobní pomoci.
- (Zacharová, 2008)

3.3 Význam sociální opory k prevenci syndromu vyhoření

Naprostou většinu svého života člověk prožije ve skupině. Toto společenství druhých lidí vytváří sociální síť. Ta má hlavní zdroje v rodině, zaměstnání, u přátel a dobrých známých v rámci trávení volného času, realizaci zájmů, koníčků atd.

V rámci prevence burnout je významná silná a účinná sociální opora ze strany rodiny, přátel a spolupracovníků. Sociální oporou se rozumí sociální kontakt, neopuštění postiženého v jeho „těžké životní situaci“ a vyslechnutí jeho nářků, stížností a problémů. Rozumí se jí i materiální a finanční pomoc v případě potřeby.

Z výzkumu Pinesové a Aronsona (in Křivohlavý, 1998) bylo prokázáno, že člověk si sociální opory váží tím více, čím více je ohrožen emocionálním vyhořením. Rovněž je prokázáno, že ti lidé, kteří nejvíce potřebují účinnou sociální oporu, ji ve svém životě nejvíce postrádají. Nedostatek sociální opory je příznivým faktorem pro vznik burnout. Čím větší je sociální síť kolem člověka, tím větší je možnost záchrany „při pádu do propasti burnout.“ Největší význam má v této souvislosti opora poskytovaná stejně postavenými spolupracovníky (peer-support). (Křivohlavý, 1998, str. 90)

3.4 Výsledky studie sociální opory ve vztahu k syndromu vyhoření

Řada studií ukázala, že sociální opora je velmi významným faktorem jak v prevenci stresu a psychického vyhoření, tak při zvládnání těchto negativních jevů. Je známo, že lidé disponující silnou sociální oporou mají ve svém životě relativně méně příznaků psychického vyhoření.

Kladný vliv sociální opory potvrzuje studie P. Jansena, W. Schaufeliho a I. Houkese (1999), kteří zkoumali syndrom vyhoření u 156 zdravotních sester. Z výsledků vyplynulo, že existuje signifikantní negativní vztah mezi

mírou vyhoření a sociální oporou ze strany spolupracovníků (peer-support) a sociální oporou ze strany supervidorů.

Z výzkumu Pečenkové, Strnada a Milky (2002) vyplynulo, že sestry v zátěžových situacích nevyužívají dostatečně sociální oporu, ale zátěž se snaží zvládat samy, bez pomoci druhých lidí. Pokud se na někoho obrátí o pomoc, jsou to obvykle jiné sestry. Alarmujícím zjištěním je, že až 10% sester nemá dostatečnou sociální oporu.

Z výzkumu Ježorské (2008) rovněž vyplynulo, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi mírou vyhoření a mírou sociální opory u sester. (Ježorská, 2008)

3.5 Sociální opora ve vztahu ke zdravotnímu stavu

Sociální opora se řadí mezi protektivní faktory nejen syndromu vyhoření, ale také psychického a somatického zdraví. Ochranný vliv sociální opory prokázal např. Gore (in Baštecká, Goldmann, 2001). V roce 1978 sledoval sto nezaměstnaných a zjistil, že podpora manželky nejlépe chrání před fyziologickými následky této životní události.

Lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí podle některých zjištění déle a disponují celkově lepším fyzickým i duševním zdravím, než lidé bez těchto vazeb. (in Kebza, Šolcová, 1999)

Framinghamská studie zkoumající vlivy negativně působící na srdeční činnost došla k závěru, že ženy, které žily v neharmonickém manželství (tj. s relativně nižší formou sociální opory), měly vyšší počet kardiovaskulárních onemocnění.

Další studie (in Kebza, Šolcová, 1999) zabývající se vztahem sociální opory a deprese prokázala, že v případě vlivu negativních životních událostí, nedostatku sociální opory má tato pozitivní vazbu s depresí.

Rovněž se zjistilo, že lidé, kteří nikdy neměli důvěrné přátele, byli na tom zdravotně hůře než ti, kteří důvěrného přítele měli. Zároveň se zjistilo, že míra sociální opory u „starých přátel“ je podstatně vyšší než u přátel, které známe chvíli. (in Křivohlavý, 2001)

3.6 Sociální opora jako prevence vyhoření

Jak již bylo řečeno výše, lidé, kteří mají silnou sociální oporu, mají relativně nejméně příznaků vyhoření.

Z výsledku výzkumu Pinesové (2002) a Ježorské (2008) míra vyhoření signifikantně negativně koreluje s dostupností sociální opory. Dobrá a účinná sociální opora se v tomto smyslu jeví jako nejlepší prevence burnout.

Dosavadní výsledky výzkumů syndromu vyhoření rovněž poukazují na důležitost dobrých mezilidských vztahů při práci, které výrazně ovlivňují pracovní spokojenost.

Dobré mezilidské vztahy doma i na pracovišti působí kladně v prevenci vyhoření.

Dobré vtahy jsou tam, kde jeden druhému:

- a) naslouchá
- b) je dobrým sociálním zrcadlem
- c) projevuje uznání
- d) pomáhá
- e) spolupracuje s druhým
- f) povzbuzuje druhého
- g) empaticky s ním soucítí (Křivohlavý, 1998)

Mimo jiné, i ve zdravotnictví se najde velká řada nedorozumění, neshod, konfliktů apod. Ve většině případů se jedná hlavně o špatnou komunikaci mezi lékařem a sestrou nebo pacientem a sestrou, sestrou a sestrou atd. Další příčinou vzniku konfliktů bývá osobnost každého z nás (vlastnosti, zájmy, koníčky, vzdělání, žebříček hodnot atd). (in Jirmanová, 2008)

4 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Z analýzy teoretických poznatků vyplynulo, že by bylo přínosné zmapovat výskyt syndromu vyhoření, míru pracovní zátěže a vliv sociální opory na vznik syndromu u sester pracujících na KAR. Z tohoto důvodu byly stanoveny následující cíle.

Cíl 1

Zmapovat míru pracovní zátěže u sester pracujících na KAR a její vztah k syndromu vyhoření pomocí Meisterova dotazníku.

Cíl 2

Zmapovat výskyt syndromu vyhoření na KAR pomocí dotazníku BM – psychického vyhoření.

Cíl 3

Zmapovat míru sociální opory u sester pracujících na KAR a její vztah k syndromu vyhoření.

4.1 Zdroje odborných poznatků

Odborné poznatky byly získány především studiem odborné literatury, odborných časopisů, Google Scholar a Put Med, pomocí kterých byla provedena rešerše. Dále byly použity standardizované dotazníky, s obohacením o demografické údaje. Po doplnění těchto údajů byly dotazníky vystaveny k realizaci průzkumného šetření.

4.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor výzkumu tvořily zdravotní sestry spolu se čtyřmi zdravotními bratry, pracující na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Olomouc. Jednalo se o 19 sester pracujících na anesteziologii, 30 sester pracujících na lůžkové části jednotky

intenzivní péče (z toho 4 zdravotní bratři) a jedna zdravotní sestra pracující na dospívacím pokoji. Výzkum byl proveden u sester pracujících v jednosměnném, dvousměnném či třisměnném provozu, všech kategorií vzdělání, věkově neomezené, s výslednou průměrnou hodnotou 30ti let věku.

Věk respondentů

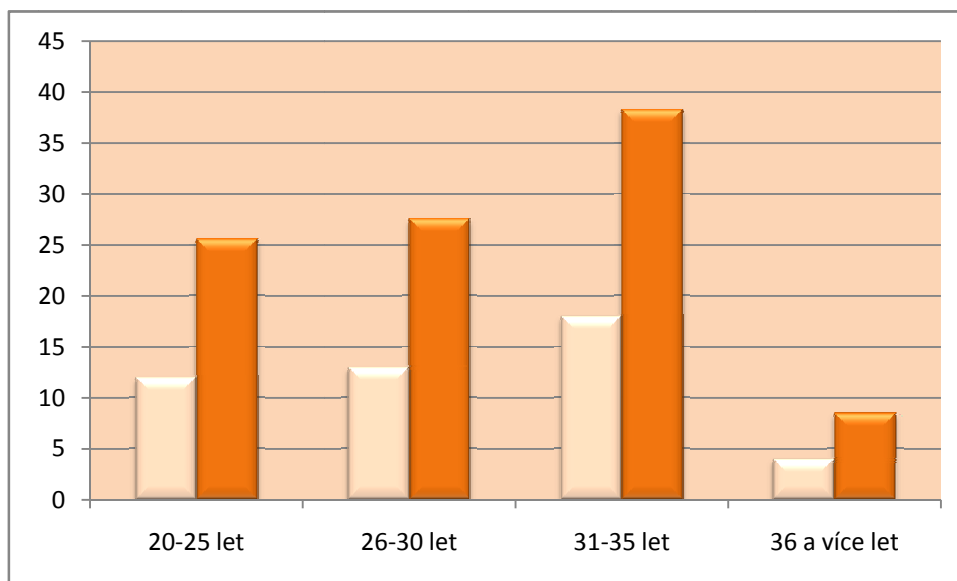
Z celkového počtu 47 (100%) respondentů tvořilo nejpočetnější skupinu 18 (38,3%) respondentů věkového rozmezí 31–35 let. Druhou nejpočetnější skupinu tvořilo 13 (27,6%) respondentů ve věku 26-30 let. Nejméně zastoupené věkové skupiny byly nad 36 let se 4 (8,5%) respondenty. Průměrný věk respondentů činil 30 let.

Tab. 1 – Věkové zastoupení respondentů

Věková skupina	ni	f _i (%)
20-25 let	12	25,6
26-30 let	13	27,6
31-35 let	18	38,3
36 a více let	4	8,5
Celkem	47	100

ni – absolutní četnost, f_i (%) – relativní četnost

Graf 1 Věkové zastoupení respondentů



Pohlaví respondentů

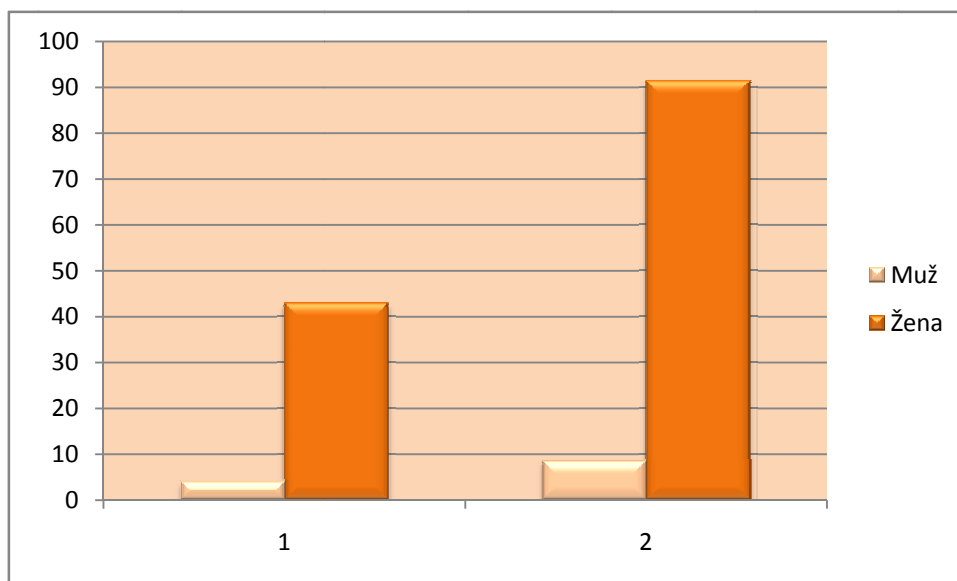
Z celkového počtu 47 (100%) dotazovaných respondentů bylo 43 (91,5%) žen a 4 (8,5%) muži. Ve zdravotnictví je stále ve větší míře zastoupeno ženské pohlaví.

Tab. 2 – Zastoupení respondentů podle pohlaví

Pohlaví	ni	fi (%)
Muž	4	8,5
Žena	43	91,5
Celkem	47	100

ni – absolutní četnost, fi (%) – relativní četnost

Graf 2 Zastoupení respondentů podle pohlaví

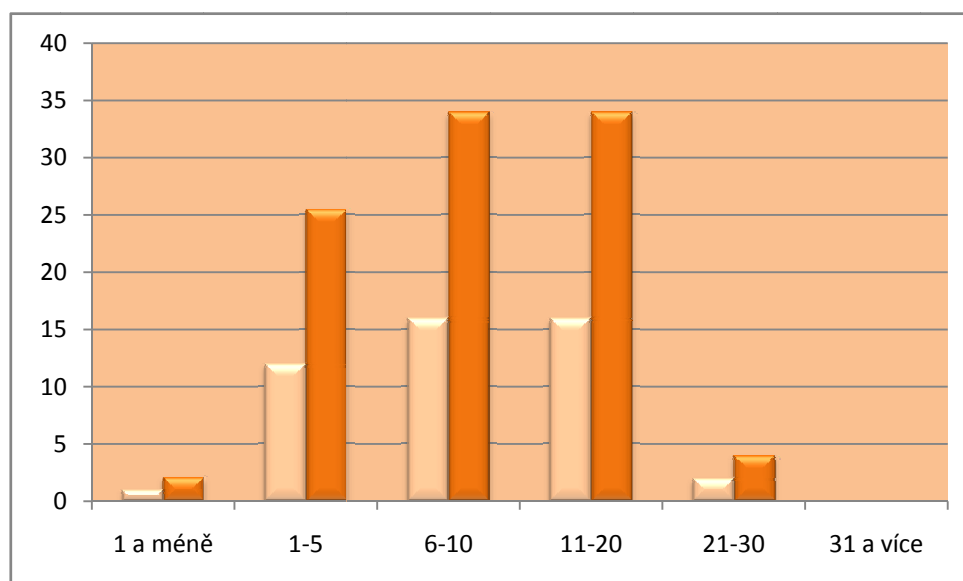


Tab. 3 - Délka praxe ve zdravotnictví

Délka praxe (v letech)	ni	f_i (%)
1 a méně	1	2,1
1-5	12	25,5
6-10	16	34
11-20	16	34
21-30	2	4
31 a více	0	0
Celkem	47	100

ni – absolutní četnost, f_i (%) – relativní četnost

Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví



4.3 Metoda sběru dat

Pro účely bakalářské práce a sběr dat byly zvoleny dotazníky. (Příloha 2)

Testovou baterii tvořily tři standardizované dotazníky. Meisterův dotazník pro hodnocení pracovní zátěže W. Meistera, dotazník BM (Burnout Measure) –

psychického vyhoření A. Pinesové a E. Aronsona a Blumenthalův dotazník PSSS – sociální opory. Dotazníky byly anonymní.

4.3.1 Meisterův dotazník pro hodnocení pracovní zátěže

Meisterův dotazník vznikl v roce 1975. Autorem je W. Meister. V současné době se používá stručně, srozumitelně upravená verze z roku 1987 s dobrou reliabilitou. Dotazník slouží ke zkoumání pracovní zátěže. K průzkumu jsou vybráni pracovníci stejné profese na stejném pracovišti. (Žídková, Hladký, 1999)

Dotazník se skládá z 10 položek, posuzovaných na pětibodové škále typu „Vůbec nesouhlasím“ (1) do „Plně souhlasím“ (5).

Dotazník zjišťuje faktory a stupeň pracovní zátěže. Lze jej použít individuálně nebo skupinově. Jeho vyplnění trvá do 5 minut.

Míra zátěže je klasifikována ve třech stupních. Seznam jednotlivých stupňů zátěže je uveden v tabulce níže (Žídková, Hladký, 1999).

Tab. 4 – Hodnocení úrovně pracovní zátěže

Stupeň	Úroveň zátěže	Počet bodů v Meisterově dotazníku
I.	zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti	10 - 26
II.	zátěž, při které může pravidelně docházet k dočasnému ovlivnění subjektivního stavu resp. výkonnosti	27 - 32
III.	zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika	33 - 50

4.3.2 Dotazník BM – psychického vyhoření („Burnout Measure“)

Autorem dotazníku BM je A. Pines a E. Aronson. Vznikl v roce 1980. Dotazník se využívá ke zjištění míry psychického vyhoření. V literatuře jsou uváděny dobré psychometrické hodnoty tohoto dotazníku. Dotazník je složen z 21 položek, posuzovaných na sedmibodové škále typu „Jak často“ s rozpětím od „Nikdy“ (1) do „Vždy“ (7).

Dotazník BM zjišťuje tři hlavní prožitkové složky syndromu vyhoření a to pocity duševního vyčerpání, pocity tělesného vyčerpání a pocity emočního vyčerpání.

Dotazník je možno použít individuálně nebo skupinově. Jeho vyplnění trvá 5-10 minut.

Křivohlavý (1998) uvádí škálu k vyhodnocení dat, získaných při měření dotazníkem BM – psychického vyhoření.

Tab. 5 – Hodnocení úrovně psychického vyhoření

Výsledná hodnota BM	Hodnocení výsledné hodnoty
BM 2,0 a nižší	dobry výsledek
BM 2,1 – 3,0	uspokojivý výsledek
BM 3,1 – 4,0	doporučení zamyslet se nad smyslem života, ujasnit si žebříček hodnot, životní cíle
BM 4,1 – 5,0	přítomnost syndromu psychického vyčerpání, bezpodmínečně nutná psychologická intervence
BM 5,1 a více	havarijní stav, potřeba vzniklý stav neodkladně řešit

4.3.3 Dotazník PSSS – sociální opory („Perceived Social Support Scale“)

Autorem dotazníku je J.A. Blumenthal a kol., z roku 1974. Dotazník je jednoduchý, zachycuje úroveň sociální opory pomocí 12 položek posuzovaných na sedmibodové škále (od „Rozhodně nesouhlasím“ po „Rozhodně souhlasím“).

Maximální počet dosažených bodů je 84.

Výsledkem dotazníku jsou tři dílčí skóre:

1. Sociální opora od blíže neurčené osoby.
2. Sociální opora od členů rodiny.
3. Sociální opora od přátel. (Kebza, Šolcová, 1999)

Vyplnění dotazníků trvá do 5 minut.

Vašina (1999) uvedl, že dotazník sociální opory prokazuje velmi dobré psychometrické parametry, srovnatelné s jinými metodami.

4.4 Organizace průzkumného šetření

Po korektuře testové baterie bylo pro účel průzkumného šetření vyhotoveno 50 identických dotazníků, které byly spolu se stejným množstvím obálek předány do rukou vrchní sestry KAR. Na jednotku intenzivní péče KAR bylo dodáno 30 dotazníků, na anesteziologii dotazníků 19 a jeden dotazník byl dodán na dospávací pokoj.

Vyplněné dotazníky byly anonymní, v zalepené obálce je respondent shromažďovali na jednotce intenzivní péče a anesteziologii. Na konci průzkumného šetření je staniční sestry předaly do rukou vrchní sestry. Za měsíc od zahájení šetření byly vyplněné dotazníky k vyzvednutí u vrchní sestry.

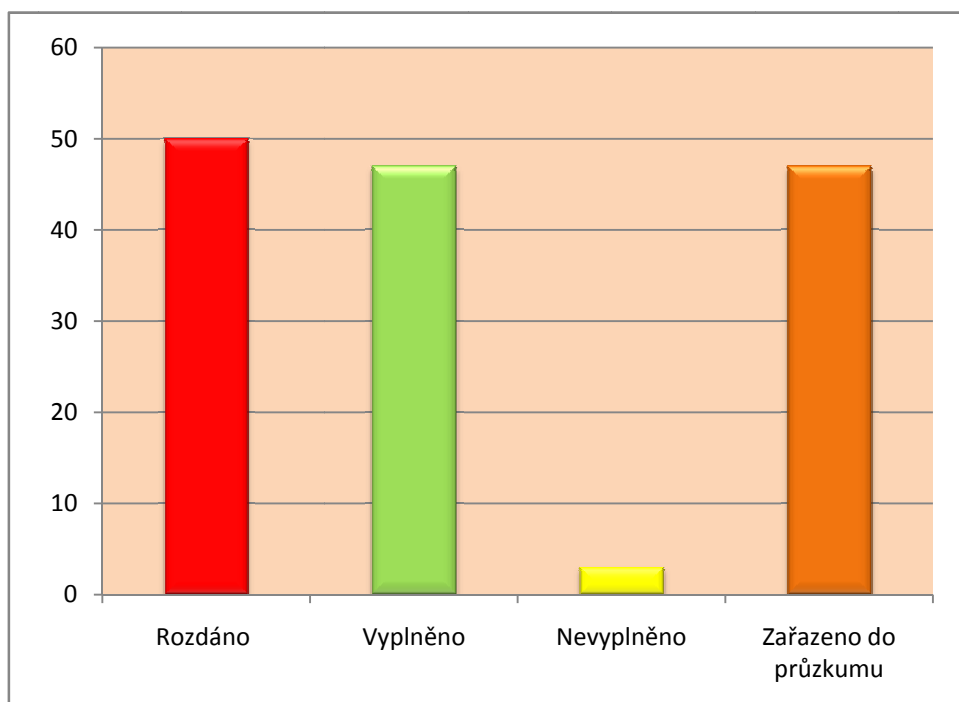
Prvním krokem průzkumného šetření bylo podání žádosti o povolení průzkumného šetření (Příloha 1) a schválení obsahu dotazníku Manažerem nelékařských oborů Fakultní nemocnice v Olomouci.

Šetření bylo provedeno v období od 1. 1. 2011 do 31. 1. 2011.

Tab. 6 – Distribuce a návratnost dotazníků

	Rozdáno	Vyplněno	Nevyplněno	Zařazeno do průzkumu
Celkem	50	47	3	47

Graf 4 Distribuce a návratnost dotazníků



4.5 Způsob zpracování dat

Po vyzvednutí vyplněných dotazníků od vrchní sestry KAR byla provedena kontrola dat. Účelem bylo vyřadit ze souboru ty dotazníky, které byly chybně či neúplně zpracovány, nebo nesplňovaly stanovená kritéria. Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků. Z těchto 50 dotazníků byla návratnost 47. V průzkumném šetření tak byla zpracována data 47 probandů.

Získaná data byla převedena do tabulky v programu Microsoft Excel. Následně byly výsledky převedeny do tabulek četností a doplněny o výpočty relativní četnosti. U některých položek byly vypočítány střední hodnoty pomocí vzorce pro aritmetický průměr.

K relativní četnosti se dospělo matematickou řadou:

$$f_i = n_i/N$$

f_irelativní četnost

n_iabsolutní četnost

Nčetnost celková

Relativní četnost vyjadřuje, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Nejčastěji se udává v procentech (%) a to tak, že ji vynásobíme 100%.

Střední hodnoty byly spočítány pomocí vzorce pro aritmetický průměr:

$$\bar{x} = (x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n) : N$$

\bar{x}aritmetický průměr

x_nčíselná hodnota

Nčetnost celková všech hodnot

Pro zjištění, zda naměřené hodnoty dvou proměnných jsou ve vzájemném vztahu, byla použita korelace pro metrická data. Pro výpočet byl aplikován Pearsonův korelační koeficient. (Reiterová, 2000)

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Analýza výsledků ke stanoveným cílům

5.1.1 Analýza výsledků k cíli č. 1

Zmapovat míru pracovní zátěže u sester pracujících na KAR a její vztah k syndromu vyhoření.

Ke zjištění údajů k cíli č. 1 byl použit Meisterův dotazník.

Tab. 7 – Distribuce průměrných hodnot pracovní zátěže

Počet respondentů	Průměrné hodnoty	Minimální hodnoty	Maximální hodnoty
47	21,42	12	37

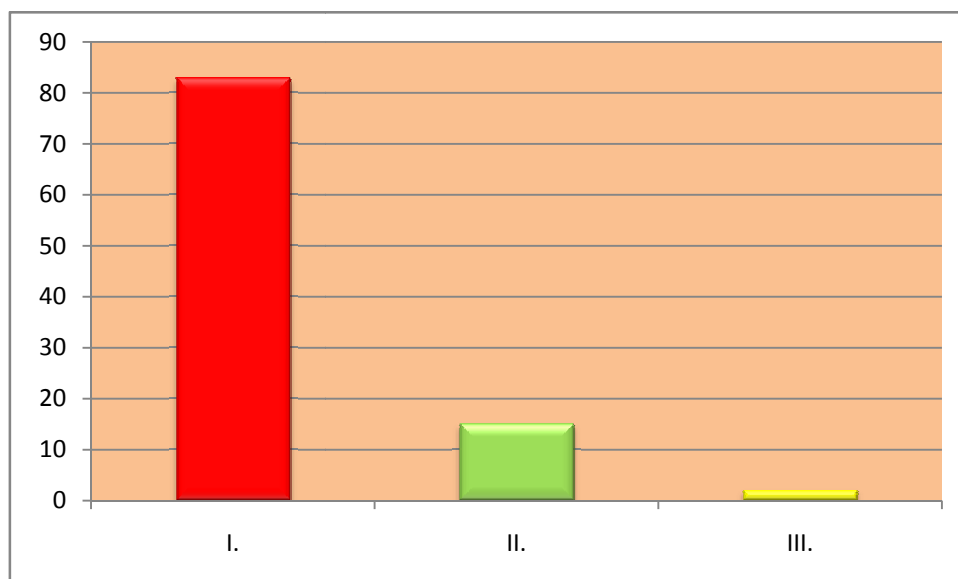
Tabulka 7 uvádí průměrné hodnoty pracovní zátěže respondentů, které byly získány pomocí Meisterova dotazníku. Z porovnání těchto výsledků s uvedenými hodnotami v tabulce 4 vyplývá, že zkoumaní respondenti při svém zaměstnání pocítují zátěž I. stupně, při níž není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti.

Tab. 8 – Přítomnost jednotlivých stupňů zátěže

Stupeň pracovní zátěže	ni	fi (%)
I.	39	83
II.	7	15
III.	1	2
Celkem	47	100

ni - absolutní četnost, fi (%) relativní četnost

Graf 5 Přítomnost jednotlivých stupňů zátěže



Tabulka 8 a graf 5 poukazují na přítomnost jednotlivých stupňů zátěže u respondentů. Z grafu i tabulky je patrné, že největší skupina 39 (83%) respondentů, vykonávající práci na KAR, pociťuje zátěž I. stupně. Lze tak usoudit, že většina respondentů není ohrožena zátěží, která by mohla negativně ovlivnit jejich zdraví či pracovní výkon.

Pro porovnání výsledků hodnot BM a hodnot Meisterova dotazníku byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledné $r = 0,78$. Jelikož r je větší než $r_{0,01}$, je zcela evidentní, že existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou vyhoření a mírou pracovní zátěže. Se vzrůstající zátěží vzrůstá i míra vyhoření.

Na základě analýzy získaných dat lze vyvodit závěr, že pracovní zátěž, vyskytující se u zdravotních sester pracujících na KAR, je uspokojivá.

Cíl č. 1 byl splněn. Byla zmapována míra zátěže u sester pracujících na KAR a její vztah k syndromu vyhoření.

5.1.2 Analýza výsledků k cíli č. 2

Zmapovat výskyt syndromu vyhoření na KAR.

Ke zjištění údajů k cíli č. 2 byl použit dotazník BM – psychického vyhoření.

Tab. 9- Distribuce průměrných hodnot BM

Počet respondentů	Průměrné hodnoty	Minimální hodnoty	Maximální hodnoty
47	2,85	1,5	4,7

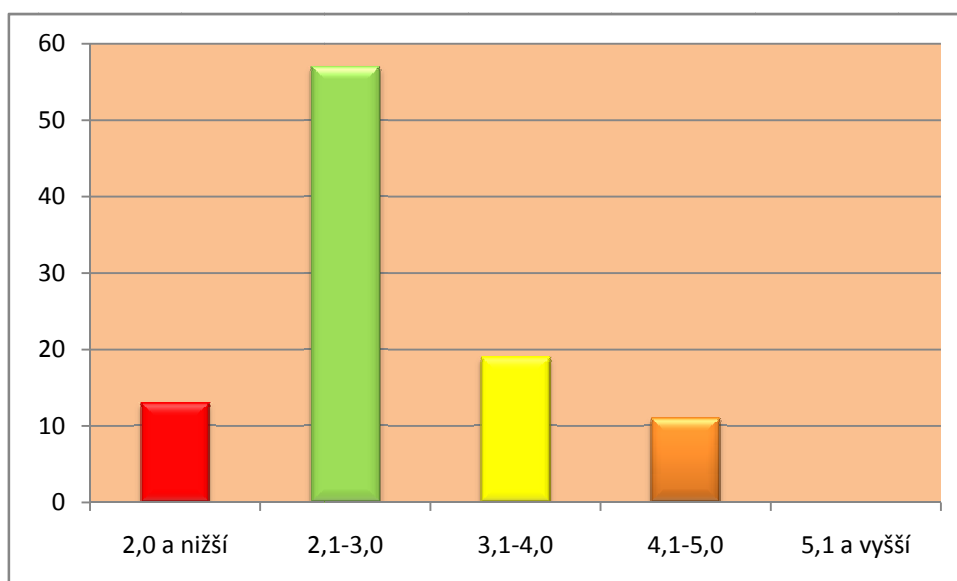
Tabulka 9 uvádí dosažené průměrné hodnoty BM dotazníku.

Tab. 10 – Konkrétní dosažené hodnoty BM dotazníku

Hodnota BM	ni	f _i (%)
2,0 a nižší	6	13
2,1 – 3,0	27	57
3,1 – 4,0	9	19
4,1 – 5,0	5	11
5,1 a vyšší	0	0
Celkem	47	100

ni – absolutní četnost, f_i (%) – relativní četnost

Graf 6 Konkrétní dosažené hodnoty BM dotazníku



Tabulka 10 a graf 6 uvádí hodnoty BM a jejich zastoupení jednotlivými respondenty. Z grafu a tabulky vyplývá, že největší skupinu respondentů, kteří dosáhli hodnot v rozmezí 2,1 – 3,0 tvořilo 27 osob (57%). Lze konstatovat, že tato skupina dosáhla uspokojivých výsledků. Ještě lepších výsledků dosáhla skupina 6 (13%) osob. Zajímavým zjištěním je fakt, že skupina 9 (19%) respondentů dosáhla výsledků v rozmezí 3,1–4,0, kde riziko syndromu vyhoření je již vysoké. Na přítomnost syndromu vyhoření poukazuje skóre v rozmezí 4,1 – 5,0. Z tabulky je patrné, že syndromem je postiženo 5 (11%) respondentů, z celkového počtu 47.

Nejvyššího skóre v rozmezí 5,1 a výše nedosáhl žádný z dotazovaných.

Z výsledků lze konstatovat, že cca (cirka) polovina sester pracujících na KAR zatím není ve zvýšené míře syndromem vyhoření ohrožena. Ovšem je třeba zdůraznit, že u 5 (11%) z nich, byl syndrom vyhoření prokázán. Alarmujícím zjištěním je, že 9 (19%) sester se nachází v pásmu ohrožení vzniku syndromu vyhoření.

Cíl č. 2 byl splněn. Byl zmapován výskyt syndromu vyhoření na KAR.

5.1.3 Analýza výsledků k cíli č. 3

Zmapovat míru sociální opory u sester pracujících na KAR a její vztah k syndromu vyhoření.

Ke zjištění údajů k cíli č. 3 byl použit dotazník PSSS sociální opory a dotazník BM psychického vyhoření.

Tab. 11 - Distribuce průměrných hodnot PSSS

Počet respondentů	Průměrné hodnoty	Minimální hodnoty	Maximální hodnoty
47	71,68	36	84

Tabulka 11 uvádí naměřené průměrné hodnoty sociální opory, získané pomocí PSSS dotazníku. Aritmetickým průměrem byly zjištěny průměrné

hodnoty sociální opory, které dosahovaly hodnot 71,68 z maximálního skóre 84. Lze tedy konstatovat, že respondenti mají dobrou sociální oporu.

Tab. 12 - Průměrné hodnoty PSSS a jejich vztah k míře vyhoření

Skupina	ni	fi (%)	PSSS x
A	33	70	2,43
B	9	19	3,43
C	5	11	4,58
Celkem	47	100	-

A – skupina, u nichž nebyla prokázána přítomnost syndromu vyhoření (hodnoty $BM \leq 3,0$)

B – skupina, u nichž bylo prokázáno riziko vzniku syndromu vyhoření (hodnoty $BM 3,1 - 4,0$)

C – skupina, u nichž byl prokázán syndrom vyhoření (hodnoty $BM \geq 4,1$)

ni – absolutní četnost

fi – relativní četnost (%)

PSSS x - průměrné hodnoty sociální opory naměřené dotazníkem PSSS

Tab.13 - Míra sociální opory a její vztah k vyhoření

Skupina	ni	fi (%)	PSSS x
A	33	70,21	2,43
B	14	29,79	4
Celkem	47	100	-

A - skupina, u nichž nebyla prokázána přítomnost syndromu vyhoření (hodnoty $\leq 3,0$)

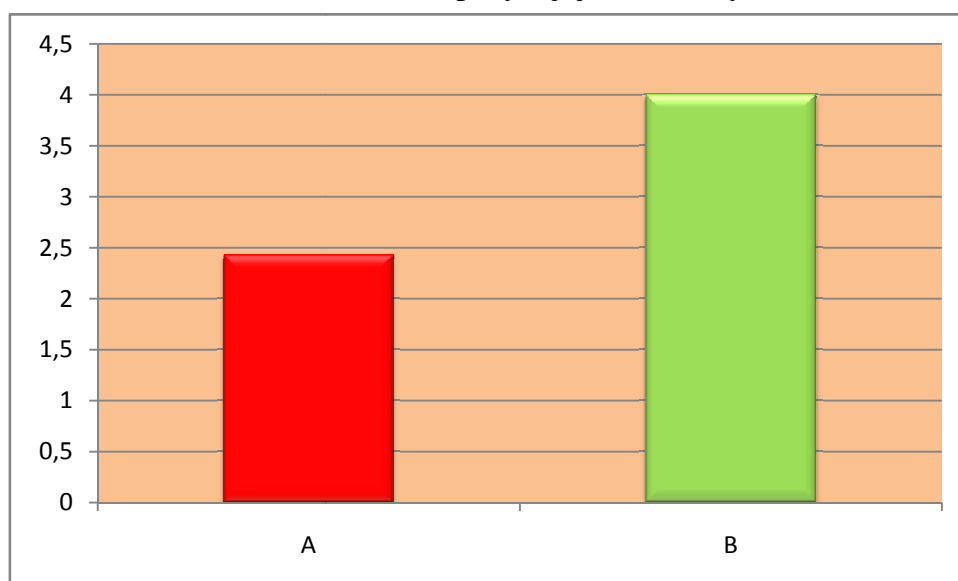
B – skupina, u nichž bylo prokázáno riziko vzniku syndromu vyhoření a syndrom vyhoření (hodnoty $BM \geq 3,1$)

ni – absolutní četnost

fi – relativní četnost (%)

PSSS x – průměrné hodnoty sociální opory naměřené dotazníkem PSSS

Graf 7 Míra sociální opory a její vztah k vyhoření



Tabulka 12 znázorňuje dosažené průměrné hodnoty PSSS u jednotlivých respondentů.

Respondenti byli roztržďeni podle výšky skóre, kterého dosáhli v dotazníku BM. Skupinu A tvořily osoby, jejichž skóre v dotazníku BM dosahovalo hodnot do 3,0 včetně. U těchto osob nebyl prokázán syndrom vyhoření. Počet respondentů v této skupině byl 33 (70%).

Do skupiny B byli zařazeni respondenti v rozmezí skóre 3,1–4,0 . Tyto osoby se nacházely v rizikové oblasti syndromu vyhoření. Celkový počet jich činil 9 (19%).

Skupina C zahrnovala respondenty s dosaženým skóre v rozmezí od 4,1 a výše. U těchto osob již byl prokázán syndrom vyhoření. Jejich počet byl 5 (11%).

Pro porovnání výsledků hodnot BM a hodnot PSSS byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledné $r = -0,12$. Jelikož r je menší než $r 0,01$, je evidentní, že neexistuje statisticky významná korelace mezi mírou vyhoření a mírou sociální opory.

Cíl č. 3 byl splněn. Byla zmapována míra sociální opory a její vztah k syndromu vyhoření.

DISKUSE

Jak již bylo uvedeno výše, cílem práce bylo zmapovat míru pracovní zátěže u sester pracujících na KAR a její vztah k syndromu vyhoření, dále zmapovat výskyt syndromu vyhoření na KAR a také míru sociální opory u sester pracujících na KAR a její vztah k syndromu vyhoření.

Z průzkumného šetření bylo zjištěno, že existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou vyhoření a mírou pracovní zátěže. Se vzrůstající zátěží vzrůstá i míra vyhoření, což koresponduje s výsledkem výzkumu Nováka (2001), který uvedl, že se zvyšující se pracovní zátěží stoupá také riziko syndromu vyhoření. Z průzkumu Gučkové (2006), která mimo jiné ve své práci zmapovala zátěž u sester pracujících na neurologickém oddělení vyplynulo, že většina sester pocítovala při práci zátěž prvního stupně. Kopečná (2008) rovněž ve své práci zjišťovala zátěžové faktory sester. Zaměřila se na skupinu sester, které pracují s terminálně nemocnými v hospicích a na onkologických odděleních. Jako nejvíce zátěžový faktor sestry uváděly mnoho „papírové práce“ a nedostatek času při práci. Vorlíček (2006) uvedl, že u zdravotních sester, které pracují delší dobu v tak náročných podmínkách ve zdravotnictví, může časem dojít k syndromu vyhoření. Doporučuje, aby se sestry naučily odpočívat, relaxovat a byly smířeny se smrtí, se kterou se setkávají, nebo se mohou setkat.

Při zpracovávání dat byla očekávána statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou vyhoření a mírou pracovní zátěže. Výsledky tohoto průzkumného šetření nejsou nikterak překvapivé, až na zjištění, že neexistuje statisticky významná korelace mezi mírou vyhoření a mírou sociální opory. Důvodem mohl být malý vzorek respondentů, jelikož z dřívějších výzkumů (Kebza, Šolcová, 2003, Křivohlavý, 1998) bylo dokázáno, že sociální opora patří k protektivním faktorům vyhoření, tzn. k faktorům, které snižují pravděpodobnost vzniku vyhoření. Zjištění rovněž neekoresponduje s výsledky výzkumu Ježorské (2008), která zkoumala syndrom vyhoření u učitelů, úředníků a zdravotních sester. Z výzkumu Jenkinse a Elliota (2004) a Pinesové a Aronsona (in Křivohlavý, 1998) vyplynulo, že existuje významná negativní souvislost mezi mírou vyhoření a sociální opory. Bylo

prokázáno, že lidé se silnou sociální oporou mají relativně nejméně příznaků vyhoření. Rovněž bylo dokázáno, že lidé, kteří sociální oporu potřebují nejvíce, ji ve svém životě nejvíce postrádají. (Křivohlavý, 1998)

Z výzkumu diplomové práce Kozykové (2010), zaměřené na syndrom vyhoření u sester pracujících na onkologickém oddělení vyplynulo, že převážná většina sester pociťuje při práci s pacienty zátěž I. stupně, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, nebo subjektivního stavu a výkonnosti. Dále bylo zjištěno, že sociální opora má významný vliv na psychický stav člověka. Nízké skóre sociální opory vede k vyššímu riziku vyhoření. Z provedené analýzy vyplynulo, že délka praxe ve zdravotnictví nemá výrazný vliv na riziko vzniku syndromu vyhoření.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zaměřit se na problematiku syndromu vyhoření a psychickou zátěž zdravotních sester, které pracují na KAR ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Problematika profese sestry, specifika práce, působící zátěžové faktory a důsledky této zátěže byly popsány v úvodní kapitole. V následující části byl popsán samotný syndrom vyhoření. Poslední kapitola teoretické části bakalářské práce byla zaměřena na problematiku sociální opory a její vliv k syndromu vyhoření.

Analýzou získaných teoretických poznatků se dospělo k závěru, že by bylo přínosné v praktické části práce zmapovat psychickou zátěž a výskyt syndromu vyhoření u sester pracujících na KAR formou standardizovaných dotazníků.

Průzkumných šetření v této práci bylo dále zjištěno, že na sledovaném pracovišti KAR ve Fakultní nemocnici v Olomouci pracují převážně ženy a pouze 4 (4%) muži. Toto zjištění není překvapivé vzhledem k povaze povolání.

Z výsledků dále vyplývá, že na KAR v Olomouci jsou zaměstnány sestry průměrné věkové kategorie 30 let. Z celkového počtu 47 (100%) sester tvořilo nejpočetnější skupinu 18 (38,3%) sester věkového rozmezí 31 – 35 let. Druhou nejpočetnější skupinu tvořilo 13 (27,6%) sester ve věku 26-30 let. Nejméně zastoupené věkové skupiny byly nad 36 let se 4 (8,5%) sestrami. Je zcela evidentní, že práce sester na KAR je fyzicky i psychicky náročná, což se nejednou potvrdilo z výsledků průzkumných šetření.

Je diskutabilní, zda sestry, které pracují na KAR krátkou dobu, cca 5 měsíců a měly možnost vyplnit dotazníky k výzkumu, poskytly adekvátní data k realizaci výkumného šetření. Jejich data mohly ovlivnit výsledek průzkumného šetření vzhledem ke krátké době odvedené praxe na oddělení KAR. Z důvodu adaptace na náročnou práci na KAR je zcela možné, že jejich psychika a tím i poskytnutí údajů v rámci vyplňování dotazníků k průzkumnému šetření, byly ovlivněny.

V průzkumném šetření bylo zjištěno, že existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi mírou vyhoření a mírou pracovní zátěže.

Se vzrůstající zátěží vzrůstá i míra vyhoření. Dále bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významná korelace mezi mírou vyhoření a mírou sociální opory.

Co se týče problematiky vyhoření, za efektivní se jeví poskytnutí schránek důvěry jednotlivým klinikám FN, které by mohly pomoci sestřím svěřit se se svými problémy. Neméně důležitá je možnost využití služeb psychologa.

V souladu se zjištěnými výsledky průzkumného šetření by bylo vhodné zavést do výuky na středních zdravotnických školách problematiku syndromu vyhoření.

Témata týkající se oblasti psychologie by mohla být častěji aplikována na různých vzdělávacích akcích pro zdravotní sestry.

Důležitým prvkem v pochopení problematiky syndromu vyhoření by mohla být studie, zabývající se problematikou vyhoření u zdravotníků z pohledu pacientů.

Vzhledem k tomu, že problematika vyhoření bývá často opomíjená, byl vypracován edukační materiál v rámci projektu FRVŠ (Fond rozvoje vysokých škol) č. 1801/2010 pro zdravotní sestry ve formě power pointové prezentace, s možností kontroly svých vědomostí pomocí otázek. Edukační materiál je k dispozici na internetových stránkách Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Je určen všem zdravotním sestřím, s cílem dozvědět se více o dané problematice. (Fedorcová, 2010)

LITERATURA A PRAMENY

1. ADAMUS, M. a kol. *Základy anesteziologie, intenzivní medicíny a léčby bolesti*. 1. vyd. (vydání) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 343 s. ISBN 978-80-244-2425-5.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.
4. ČERNÁ, R., KOŽÍKOVÁ, Z. *Syndrom vyhoření (burnout syndrom) u zdravotních sester*. Urologie pro praxi. 6/2004. 265 s.
5. FEDORCOVÁ, Š. *Syndrom vyhoření čili Burnout – myslíme na tuto diagnózu?* Olomouc, 2010. Power pointová prezentace. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Katedra ošetřovatelství.
6. GUČKOVÁ, M. *Fyzické a psychické zátěže sester na neurologii*. Brno, 2006. 69 s. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství.
7. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-x.
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.

9. IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písenné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
10. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2.
11. JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
12. JEŽORSKÁ, Š. *Syndrom vyhoření*. Olomouc, 2008. 185 s. Disertační práce (Ph.D.). Univerzita Palackého v Olomouci, Filosofická fakulta. Katedra psychologie.
13. JIRMANOVÁ, P. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester na pracovištích intenzivní péče*. Pardubice, 2008. 52 s. Bakalářská práce (Bc.) Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Katedra ošetrovatelství.
14. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
15. KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. *Československá psychologie*, 1999, číslo 1., s. 19-35.
16. KOPEČNÁ, J. *Vliv ošetrovatelské péče o terminálně nemocné na psychiku sester*. Zlín, 2008. s. 122. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Ústav zdravotnických studií.

17. KOZYKOVÁ, J. *Psychická zátěž a syndrom vyhoření u sester pracujících na onkologickém oddělení*. Olomouc, 2010. s. 98. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Ústav společenských a humanitních věd.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 273 s. ISBN 80-7178-551-2.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2. rozš. vyd. Praha: Grada, 2003. 173 s. ISBN 80-247-0575-3.
21. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
23. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 161 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
24. NOVÁK, P. *Péče o duševní zdraví zaměstnanců ve zdravotnictví ve Švédsku*. In: *Pečující povolání. Sborník přednášek*. Praha, 2001.
25. PINES, A. M. *A Cross-Cultural Investigation of Social Support and Burnout*. *European Psychologist*. 7(4), December 2002, s. 256 – 264.
26. POTTEROVÁ, B. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Věra Moravová. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1997. 259 s. ISBN 80-7198-211-3.

27. PTÁČEK, R., KUŽELOVÁ, H., ČELEDOVÁ, L. *Syndrom vyhoření u lékařů*. Tempus Medicorum. 6/2010, s. 6-7.
28. PTÁČEK, R., KUŽELOVÁ, H., ČELEDOVÁ, L. *Syndrom vyhoření u lékařů*. Zdravotnické noviny. 31 – 32/2010, s. 21-23.
29. REITEROVÁ, E. *Základy statistiky pro studenty psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. 101 s. ISBN 80-244-0083-9.
30. ROZSYPALOVÁ, M., HALADOVÁ, E. *O sestřích pro sestry*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 123 s. ISBN 08-054-8.
31. RUSH, M. *Syndrom vyhoření*. Miroslava Čejková. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.
32. ÚPLNÉ ZNĚNÍ ZÁKONA – *Zákoník práce*, Sagit, Praha 2002.
33. ÚPLNÉ ZNĚNÍ ZÁKONA – Ústava ČR, *Listina základních práv a svobod*, Sagit, Praha 2003.
34. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přepr. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
35. VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 1999. 86 s. ISBN 80-7042-546-6.
36. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.
37. ZACHAROVÁ, E. *Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky*. Interní medicína pro praxi 1/2008, s. 41-42.

38. ŽÍDKOVÁ, Z., HLADKÝ, A. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 78 s. ISBN 80-7184-890-5.

SEZNAM ZKRATEK

AJ	Anglický jazyk
atd.	a tak dále
cca	cirka
č.	číslo
ČJ	Český jazyk
FN Olomouc	Fakultní nemocnice Olomouc
KAR	klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
kol.	kolektiv
např.	například
projekt FRVŠ	Fond rozvoje vysokých škol
str.	strana
tab.	tabulka
tj.	to je
tzv.	takzvané (ý)
vyd.	vydání

SEZNAM TABULEK

- Tab. 1 Věkové zastoupení respondentů
- Tab. 2 Zastoupení respondentů podle pohlaví
- Tab. 3 Délka praxe ve zdravotnictví
- Tab. 4 Hodnocení úrovně pracovní zátěže
- Tab. 5 Hodnocení úrovně psychického vyhoření
- Tab. 6 Distribuce a návratnost dotazníků
- Tab. 7 Distribuce průměrných hodnot pracovní zátěže
- Tab. 8 Přítomnost jednotlivých stupňů zátěže
- Tab. 9 Distribuce průměrných hodnot BM
- Tab. 10 Konkrétní dosažené hodnoty BM dotazníku
- Tab. 11 Distribuce průměrných hodnot PSSS
- Tab. 12 Průměrné hodnoty PSSS a jejich vztah k míře vyhoření
- Tab. 13 Míra sociální opory a její vztah k vyhoření

SEZNAM GRAFŮ

- Graf 1 Věkové zastoupení respondentů
- Graf 2 Zastoupení respondentů podle pohlaví
- Graf 3 Délka praxe ve zdravotnictví
- Graf 4 Distribuce a návratnost dotazníků
- Graf 5 Přítomnost jednotlivých stupňů zátěže
- Graf 6 Konkrétní dosažené hodnoty BM dotazníku
- Graf 7 Míra sociální opory a její vztah k vyhoření

SEZNAM PŘÍLOH

- 1) Žádosti o povolení průzkumného šetření
- 2) Dotazníky

PŘÍLOHY

1) Žádosti o povolení průzkumného šetření

Vážený pan
Bc. Martin Šamaj
Manažer nelékařských oborů FNOL
I.P.Pavlova 6
775 20 Olomouc

V Olomouci dne 25.11.2010

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumu

Vážený pane Šamaj,


obracím se na Vás s prosbou o povolení spolupráce se zaměstnanci FN Olomouc, za účelem získání dat ve formě dotazníku pro výzkumné šetření v rámci závěrečné práce studentky Fedorcové Šárky, Dis., narozené 12.05.1980, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra, na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, kombinované formy.

Potřebná data by byla využita ke zpracování výzkumu, zabývajícího se psychickou zátěží a syndromem vyhoření u sester, pracujících na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.

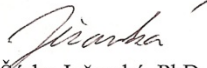
Jmenovaná studentka vypracuje závěrečnou práci pod vedením Mgr. Šárky Ježorské, PhD., odborné asistentky ústavu společenských a humanitních věd FZV UP.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


studentka Fedorcová Šárka, Dis.
e-mail: sarka.fedorcova@seznam.cz

Mgr. Šárka JEŽORSKÁ, PhD.
Ústav společenských a humanitních věd
FZV UP
Hněvotínská 3. 779 00 OLOMOUC


Mgr. Šárka Ježorská, PhD., odb.as.

Kontaktní adresa:

Mgr. Šárka Ježorská, PhD.

FZV UP v Olomouci

Hněvotínská 3

775 20 Olomouc

e-mail: s.jezorska@seznam.cz


Bc. Martin ŠAMAJ
manažer
nelékařských oborů
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

Vážená paní
Mariana Hubáčková
Vrchní sestra Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
I.P.Pavlova 6
775 20 Olomouc

V Olomouci dne 25.11.2010

Věc: Žádost o povolení sběru dat k výzkumu

Vážená paní Hubáčková,

obracím se na Vás s prosbou o povolení spolupráce se zaměstnanci FN Olomouc, za účelem získání dat ve formě dotazníku pro výzkumné šetření v rámci závěrečné práce studentky Fedorcové Šárky, Dis., narozené 12.05.1980, posluchačky 3. ročníku bakalářského studijního oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, kombinované formy.

Potřebná data by byla využita ke zpracování výzkumu, zabývajícího se psychickou zátěží a syndromem vyhoření u sester, pracujících na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.

Jmenovaná studentka vypracuje závěrečnou práci pod vedením Mgr. Šárky Ježorské, PhD., odborné asistentky Ústavu společenských a humanitních věd FZV UP v Olomouci.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

Mgr. Šárka JEŽORSKÁ, PhD.
Ústav společenských a humanitních věd
FZV UP
Hněvotínská 3. 779 00 OLOMOUC

S pozdravem



studentka Fedorcová Šárka, Dis.

e-mail: sarka.fedorcova@seznam.cz



Mgr. Šárka Ježorská, PhD., odb.as.

Kontaktní adresa:

Mgr. Šárka Ježorská, PhD.

FZV UP v Olomouci

Hněvotínská 3

775 20 Olomouc

e-mail: s.jezorska@seznam.cz

22.10.2010

Hubáčková

0715
FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC
Klinika anesteziologie a resuscitace
I.P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, 588 441 111
Přednosta: MUDr. Jan Neiser
Mariana Hubáčková
59352

2) Podklady pro dotazníky

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Šárka Fedorcová a jsem studentkou bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra, na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Pod vedením Mgr. Šárky Ježorské, PhD., vypracovávám bakalářskou práci na téma: *Syndrom vyhoření u sester pracujících na klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny*

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je potřebný k realizaci výzkumného šetření v praktické části mé práce.

Výzkumné šetření považuji za důvěrné a anonymní.

Děkuji Vám za spolupráci a čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Fedorcová Šárka, Dis.

Uvedené možnosti zakroužkujte, případně dopište, dále pokračujte dle zadání u jednotlivých částí dotazníku.

Demografické údaje:

Jste: a) žena

b) muž

Kolik je Vám let?.....

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?.....

Na jakém oddělení pracujete?.....

3) Meisterův dotazník pro hodnocení pracovní zátěže

MEISTERŮV DOTAZNÍK PRO HODNOCENÍ PRACOVNÍ ZÁTĚŽE

Vaším úkolem je u každé otázky označit odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

- 5 – ano, plně souhlasím
- 4 – spíše souhlasím
- 3 – nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 – spíše nesouhlasím
- 1 – ne, vůbec nesouhlasím

anone

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1) Při práci mívám často pocit časového tlaku | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2) Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3) Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4) Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5) V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6) Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7) Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8) Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěla dělat něco jiného | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9) Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10) Práce je psychicky tak náročná, že je velmi obtížné dělat ji po léta se stejnou výkonností | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

4) Dotazník BM – Psychického vyhoření

DOTAZNÍK BM – PSYCHICKÉHO VYHOŘENÍ

Jak často máte následující pocity a zkušenosti? Použijte prosím tohoto odstupňování.

7 – ano vždy

6 – obvykle

5 – často

4 – někdy

3 – zřídka kdy

2 – jednou za čas

1 – nikdy

- 1) Byla jsem unavená 7 6 5 4 3 2 1
- 2) Byla jsem v depresi (tísni) 7 6 5 4 3 2 1
- 3) Prožívala jsem krásný den 7 6 5 4 3 2 1
- 4) Byla jsem tělesně vyčerpaná 7 6 5 4 3 2 1
- 5) Byla jsem citově vyčerpaná 7 6 5 4 3 2 1
- 6) Byla jsem šťastná 7 6 5 4 3 2 1
- 7) Cítila jsem se vyřízena (zničena) 7 6 5 4 3 2 1
- 8) Nemohla jsem se vzchopit a pokračovat dále 7 6 5 4 3 2 1
- 9) Byla jsem nešťastná 7 6 5 4 3 2 1
- 10) Cítila jsem se uhoněná a utahaná 7 6 5 4 3 2 1
- 11) Cítila jsem se jako by uvězněná v pasti 7 6 5 4 3 2 1
- 12) Cítila jsem se jako bych byla nula (bezpečná) 7 6 5 4 3 2 1
- 13) Cítila jsem se utrápená 7 6 5 4 3 2 1
- 14) Tížily mne starosti 7 6 5 4 3 2 1
- 15) Cítila jsem se zklamaná a rozčarována 7 6 5 4 3 2 1
- 16) Byla jsem slabá a na nejlepší cestě k onemocnění 7 6 5 4 3 2 1
- 17) Cítila jsem se beznadějně 7 6 5 4 3 2 1
- 18) Cítila jsem se odmítnuta a odstrčena 7 6 5 4 3 2 1
- 19) Cítila jsem se plna optimismu 7 6 5 4 3 2 1
- 20) Cítila jsem se plná energie 7 6 5 4 3 2 1
- 21) Byla jsem plná úzkosti a obav 7 6 5 4 3 2 1

5) Dotazník PSSS – Sociální opory

DOTAZNÍK PSSS - SOCIÁLNÍ OPORY

Označte u každé otázky odpověď, se kterou se ztotožňujete.

7 – ano, rozhodně souhlasím

6 – souhlasím

5 – spíše souhlasím

4 – nevím

3 – spíše nesouhlasím

2 – nesouhlasím

1 – rozhodně nesouhlasím

- 1) Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi nablízku 7 6 5 4 3 2 1
- 2) Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své radosti i starosti. 7 6 5 4 3 2 1
- 3) Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat 7 6 5 4 3 2 1
- 4) Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc, jakou potřebuji7 6 5 4 3 2 1
- 5) Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti. .7 6 5 4 3 2 1
- 6) Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat 7 6 5 4 3 2 1
- 7) Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně7 6 5 4 3 2 1
- 8) Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech 7 6 5 4 3 2 1
- 9) Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti7 6 5 4 3 2 1
- 10) Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem ..7 6 5 4 3 2 1
- 11) Moje rodina mi při rozhodování pomáhá7 6 5 4 3 2 1
- 12) O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit7 6 5 4 3 2 1