

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

bakalářské kombinované studium  
2009 – 2012

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Zdeňka Stupková

Problematika syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti  
intenzivní a resuscitační péče

**Praha 2012**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
Mgr. Libuše Kohlíčková

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor Combined (Part time) Studies  
2009 – 2012

**BACHELOR THESIS**

Zdeňka Stupková

Burn out syndrome isme of the intensit and resuscitation care  
workers

**Prague 2012**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:**  
Mgr. Libuše Kohlíčková

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze 1. 3. 2012

Zdeňka Stupková

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Libuši Kohlíčkové za cenné rady a připomínky poskytnuté při psaní bakalářské práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti intenzivní a resuscitační péče (dále ICU). Zjišťuje objektivní míru výskytu syndromu vyhoření a zároveň nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti ICU. Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části bakalářské práce jsou popisovány základy, příznaky a příčiny vzniku syndromu vyhoření, preventivní opatření a léčba. V dalších kapitolách je popisována charakteristika pracoviště ICU, skupina pracovníků v dané oblasti, míra fyzické a psychické zátěže, umírání a smrt. Praktická část je tvořena průzkumem, prováděným pomocí dotazníku na pracovištích ICU.

## **Klíčové pojmy**

Intenzivní a resuscitační péče (ICU), frustrace, motivace, stres, stresor, syndrom vyhoření, pomáhající profese.

## **Annotation**

The bachelor work deals with the burn out syndrome of the intensive and resuscitation care workers (further ICU). The main objective is to find out the unbiased measure occurrence of the burn out syndrome and concurrently the most common cause of the burn out syndrome birth of the ICU area workers. The work is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part of the bachelor work, there i describe the basics, symptoms and cause sof the burn out syndrome birth, preventive measures and the treatment. Next chapters deal with the ICU workplace characteristics, group of workers of the area given, physical and psychice strain degrese, dying and dech. The practical part is made up of a questionnaire surfy, which i carried out at ICU workplaces. The objektive is to find uot the cause sof the ICU area workers burn out syndrome birth.

## **Key words**

Intensive and resuscitation care, frustration, motivation, stress, stressor, burn out syndrome, helping professions.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....</b>	<b>9</b>
<b>2. SYNDROM VYHOŘENÍ.....</b>	<b>10</b>
2. 1 Okolnosti vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření .....	11
2. 1. 1 Stres jako pojem, typy stresu a stresové vlivy .....	13
2. 1. 2 Frustrace.....	14
2. 1. 3 Mezilidské vztahy na pracovišti .....	15
2. 1. 4 Nadměrná fyzická a psychická zátěž .....	17
2. 1. 5 Okolní vlivy (prostředí) .....	18
2. 2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření.....	19
2. 3 Symptomy syndromu vyhoření.....	21
2. 4. Fáze syndromu vyhoření.....	22
2. 5 Preventivní opatření a léčba.....	23
<b>3. CHARAKTERISTIKA ICU .....</b>	<b>27</b>
3. 1 Zařízení poskytující intenzivní a resuscitační péči .....	28
3. 2 Rozsah poskytované péče .....	29
3. 3 Pracovníci poskytující péči v oblasti ICU .....	30
3. 4 Psychická a fyzická zátěž .....	33
3. 5 Smrt a umírání .....	34
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	
<b>4. CÍL PRŮZKUMU .....</b>	<b>38</b>
4. 1 Výzkumné hypotézy .....	38
4. 2 Použité metody .....	39
4. 3 Harmonogram postupů .....	39
4. 4 Charakteristika souboru .....	40
4. 5 Analýza dat .....	41
4. 6 Interpretace výsledků .....	71
4. 7 Dílčí závěry.....	72
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>73</b>

<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ .....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>79</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>80</b>



## ÚVOD

Bakalářská práce na téma „**Problematika syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti intenzivní a resuscitační péče**“ má zjistit, objektivní míru výskytu a zároveň nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti intenzivní a resuscitační péče.

Syndrom vyhoření je znám již dlouhá léta. Ve světě je zkoumán jeho výskyt 30 let, u nás je tomuto tématu intenzivněji věnována pozornost asi 10 let. Ve zdravotnictví není syndrom vyhoření neznámým pojmem. Motivace lidí, kteří chtějí pracovat v pomáhající profesi, bývá velmi podobná – pomáhat druhým lidem. Vstupují do profese s nadšením a ideály a teprve postupně zjišťují, s jak velkým výkonovým i emočním nasazením musí počítat. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se snadno stává nerovným, pomáhající více vydávají, než dostávají, emoční nebo osobní zisk z práce nemusí být tak velký, jak bývá očekáván. Ve spojení velkých nároků s nízkým oceněním pak snadno dochází k jevům, pro které u nás bývá používán pojem syndrom vyhoření.<sup>1</sup> Je nemožné si nevšimnout, že stále více lidí v našem okolí se dostává do situací, kdy mají pocit, jakoby jim docházely síly, cítí se nervózní a přetížení. A právě stres, problémy v zaměstnání, neshody v rodině bývají častými příčinami vzniku těchto situací. Uvědomit – si, že od těchto potíží zbývá pouze malý krůček ke vzniku závažného problému, a to syndromu vyhoření je v těchto případech nezbytně nutné. Je dokázáno, že je syndrom vyhoření objevován jako problém v již zmiňovaných pomáhajících profesích, kde postupně dochází nejen ke zhoršení zdravotního stavu pracovníků, ale také ke zhoršování poskytované péče. Je známo, že práce v oblasti ICU bývá z hlediska výskytu syndromu vyhoření poměrně riziková, a to z toho důvodu, že se jedná o jak fyzicky, tak především psychicky náročnou profesi.

Tam, kde je objevován syndrom vyhoření, klesá konkurence schopnost zdravotnického zařízení, pacienti se zde necítí dobře, nedůvěřují zdravotnickému personálu a vyhledávají jiná zdravotnická zařízení. Výskyt syndromu vyhoření značně narůstá,

---

<sup>1</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I: O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 2006, s. 6.

protože celkové životní tempo a nároky spolu s většími požadavky výkonnosti jsou zvyšovány. Dochází ke zvyšování produktivního věku, protože hranice odchodu do důchodu stoupá.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

**ICU** – anglicky intensive care unit, název je překládán jako specializované oddělení nemocnic, poskytující intenzivní zdravotnickou péči. Mnoho nemocnic je tvořeno také dalšími úseky intenzivní péče pro speciální obory medicíny, podle potřeby a možností příslušné nemocnice. Označení není jednotně standardizováno.

**Frustrace** – latinsky frustrá, frustratio, marně, zmarnění, je označováno pocitem, pokud se něco důležitého nepovede a v nejbližší době není šance to napravit, ať už pro to, že už to prostě není možné anebo v tom brání něco, s čím si nelze poradit. Je popisováno zklamáním či pocitem zmaru.

**Motivace** – je v psychologickém slovníku vymezena jako vnitřní nebo vnější faktor nebo soubor faktorů vedoucí k energetizaci organismu. Usměřňováno je naše chování a jednání pro dosažení určitého cíle. Vyjadřován je souhrn všech skutečností – radost, zvědavost, pozitivní pocity, radostné očekávání, které bývají podporovány nebo tlumeny ze strany jedince, aby bylo něco konáno nebo naopak.

**Stres** – anglicky stress, napětí, namáhání, tlak, je chápán jako funkční stav živého organismu, který bývá vystavován mimořádným podmínkám (stresorům) a jeho následné obranné reakce, které mají za cíl, aby bylo zachováno vnitřní prostředí a zabráněno poškození organismu nebo smrti.

**Stresor** – bývá označován jako podnět vyvolávající stres, zatěžující podnět. Je rozeznáváno mnoho typů stresorů – akutní, chronické, pracovní, rodinné, společenské, osobní, přírodní, fyzikální, chemické atd. Např. hluk, ponížení, umění říci NE, partnerovo chování atd.

**Syndrom vyhoření** – také syndrom vyhasnutí, vyhaslosti, anglicky burn-out, bývá označován jako psychický stav, prožitek vyčerpání. Výskyt zaznamenává zvláště u profesí obsahující práci s lidmi nebo alespoň kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení. Klíčovou složkou je označována vyčerpanost, kognitivní vyčerpání a opotřebení, celková únava. Všechny hlavní složky syndromu vyhoření jsou výsledkem chronického stresu.<sup>2</sup>

**Pomáhající profese** – tento pojem bývá vymežován v širším slova smyslu, označovány tak bývají všechny profese, jejichž úkoly je poskytování určité veřejné služby, výdělečné i dobrovolné.<sup>3</sup>

## 2. SYNDROM VYHOŘENÍ

**Skutečně, on byl nepostradatelný!**

**Všude, kde se něco dělo pro blaho obce, byl činný, byl tady.**

**Slavnosti a bály, dostihy i udílení cen, hostiny i zkouška hasičské stříkačky – bez něho to prostě nešlo.**

**Bez něho se nic neudálo, ani chvíli neměl volno.**

**Ani včera, když ho pohřbívali, u toho nemohl chybět.**

**(Wilhelm Busch)**

Zmínky o vzniku syndromu vyhoření byly objeveny před více než čtvrt stoletím a stejně dlouhou dobu jsou rozpracovány koncepce zmírňující jeho dopady. Nicméně stále můžeme ve zdravotnických zařízeních potkávat lékaře a sestry zasažené syndromem vyhoření v celé jeho pestrosti projevů. Z velmi zkušených, citlivých a tolerantních profesionálů se stávají „roboti“, kteří chtějí mít práci rychle hotovou, jsou unavení, odměření, chladní a bezcitní.<sup>4</sup> Syndrom vyhoření (burn+out původně v podobě burn-out, dříve také u nás překládán jako syndrom vyhaslosti, vypálení) vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné.

---

<sup>2</sup> KUSÍNOVÁ, V., NOVOTNÁ, A: Kolik cizí bolesti uneseme. Sestra, č. 7-8, 2001, s. 45.

<sup>3</sup> HEPNEROVÁ, J., VÁŇA, P: Syndrom vyhoření může být příčinou fluktuace a chyb zdravotníků. Sestra, č. 12, 2008, s. 51–52.

<sup>4</sup> DYNÁKOVÁ, Š., KOŽNAR, J., HERMANOVÁ, M: Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. 2010, s. 365–367.

Příznaky syndromu vyhoření bývají objeveny při práci s lidmi v tzv. „**pomáhajících profesích**“. V souvislostech je spojován se zátěží, ale také bývá důsledkem selhání osobních „**coping mechanismů**“ (mechanismů zvládnání nároků). Při vzniku syndromu vyhoření se kombinují velká očekávání pracovníka (subjektivní příčiny) a zátěže, které plynou z vysokých nároků (objektivní podmínky). Opakované zážitky pracovníků, že už nemohou dále těmto nárokům dostát, ve spojení s přesvědčeními, že vložená úsilí jsou naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo ohodnocení, vedou k vyhoření.

Výskytem syndromu vyhoření jsou způsobeny škody osobní (zasahuje pracovníky pomáhajících profesí) ale také bývá v jeho důsledcích zhoršující-se kvalita poskytovaných služeb. Zárodky těchto jevů jsou možná položeny už v osobnostech pomáhajících a v hodnotovém systému těch, kteří tyto profese orientované na pomoc druhým lidem přitahují. Ohroženi bývají kromě zdravotníků i sociálních pracovníků, soudců, učitelů i další pomáhající profese.

Vyskytující se syndrom vyhoření je chápán i jako sociální problém, protože se vždy jedná o důsledek práce s lidmi a má dopad v sociální sféře. Syndrom vyhoření není jen prostým vyčerpáním, i když vyčerpání psychické a fyzické i emocionální je při něm popisováno.<sup>5</sup>

## **2. 1 Okolnosti vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření**

Přestože syndrom vyhoření bývá představován skupinou specifických symptomů, není zatím v české výzkumné ani klinické praxi chápán jako diagnostická kategorie ve smyslu samostatné nosologické jednotky a přes prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon, není klasifikován jako choroba z povolání.

Okolnosti vzniku syndromu vyhoření jsou spatřovány jak v osobnostních charakteristikách postižených, tak v konkrétních pracovních podmínkách. Podíl osobnosti na vzniku syndromu vyhoření je značný. Více jsou postiženi motivovaní lidé s vysokými cíli a velkými očekáváními. Vyhořet mohou jen ti, kdo „**hořeli**“. To znamená Ti, kteří se do práce pouštějí s nadšením, zápalem a jsou vysoce emočně angažovaní. Dále jsou to lidé, kteří mají na sebe vysoké nároky a nesplnění cílů

---

<sup>5</sup> TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T: Syndrom vyhoření. 2002, <http://www.hest.cz>, s. 4.

prožívají jako porážku. Touha po dokonalosti je nesplnitelnou fikcí. Co se týká osobnostních charakteristik, zmiňují se také o tzv. „**syndromu pomahače**“ u lidí, kteří pomoc druhým prožívají, jako nutkavou potřebu. Na užitečnosti druhým stojí jejich vlastní sebehodnocení. Uvádí se, že někteří zdravotníci trpí tzv. „**spasitelským komplexem**“.

Odolnost vůči zátěži je dána jednak konstitučně, jednak vývojovými faktory a také je možné ji trénovat. Lidé vystaveni stresujícím vlivům nejsou jen jejich pasivními příjemci, ale jejich aktivními zpracovateli. Z toho se také odvíjí šance vědomě vyhodnotit zátěžové situace a přisoudit jim takovou míru závažnosti, jakou skutečně mají. Dalo by se tedy říci, že vnímání stresoru a jeho kognitivní zpracování je jednou z možností, jak mohou být stresující prvky modulovány.

**Emocionální vyčerpání** je chápáno tak, že lidé ztrácí kapacitu pro ostatní, cítí se citově vyprahlí, vysátí, už nechtějí slyšet další trápení, starosti. Zažívají pocit, že už nemohou pomoci, že neví jak. Už nemají chuť se vžívat do pocitů jiných lidí, cítí se ohrožení, začínají se emočně distancovat. Pokud se nemohou vyhnout, reagují podrážděně, nepřátelsky, přestávají být empatictí. Vytrácí se radost z kontaktu s lidmi, nejprve v práci, postupně se to ale přenáší i do osobního života. Rodinu a přátele přestávají vnímat jako zdroje radosti a uspokojení, stávají se pro ně další zátěží. Vyhořelí zdravotníci nejsou schopni reagovat na emocionální podněty a to dokonce ani na ty kladné.

**Psychické vyčerpání** bývá odrazem v negativních postojích k sobě, jiným a změnou životních postojů. Život začíná být vnímán jen jako seskupení nároků, problémů a hrožících katastrof, lidově „**všechno je špatně**“. Takoví lidé jsou cyničtí, negativističtí, nechtějí už žádné změny, nic nového, přestávají si věřit. Jejich činnosti jsou redukovány na rutinní postupy, upadají do stereotypu. Život pro ně přestává mít perspektivu, vytrácí se smysl jejich práce, mohou se objevit i sebevražedné myšlenky.

**Tělesné vyčerpání** je vyznačováno chronickou únavou, nedostatkem energie, pocity tělesné slabosti. Zvyšuje se riziko častější nemocnosti, drobných úrazů, dochází ke změnám ve stravování. Zneužíváno je i návykových látek.

Změny v **sociálních vztazích** se odráží především stahováním se ze sociálního kontaktu. Nejdříve vyhýbání se pacientům, postupné izolování se i od spolupracovníků.

Mohou narůstat konflikty, odmítání ve vztazích, převažuje apatie, nezájem o hodnocení druhými.<sup>6</sup>

V průběhu více než 30 let výzkumu syndromu vyhoření bylo objeveno ve světové literatuře mnoho pojetí a vymezení, jenž se často v různých aspektech vzájemně liší. Lze však konstatovat, že většina pojetí se shoduje alespoň v následujících bodech:

- 1) Jde především o psychické stavy, prožitky vyčerpání,
- 2) Vyskytují se u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „**práci s lidmi**“,
- 3) Tvořeny jsou řadou symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální,
- 4) Klíčovou složkou syndromu vyhoření, jsou zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a opotřebení a často celková únava,
- 5) Všechny hlavní složky tohoto syndromu rezultují z chronického stresu.

Okolnosti vedoucí k syndromu vyhoření u jednotlivých povolání jsou zcela typické. Obecně jsou vyjmenovány řady faktorů, které jsou společné všem.

## **2. 1. 1 Stres jako pojem, typy stresu a stresové vlivy**

Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je zcela evidentní, že výskyt syndromu vyhoření je jedním z projevů nadměrného stresu. Pojem stres se stal slovem módním a je užíván, zneužíván a velmi často používán nesprávně. Až do 30. let minulého století toto slovo označovalo nadměrný či zvýšený tlak nebo zvýšené namáhání ve smyslu fyzikálním. Stres v medicínském smyslu je představován jako automaticky probíhající reakce organismu na ose hypotalamus – hypofýza – nadledvinky na ohrožující podněty. Stresory, jsou představovány jako ohrožující podněty, zatímco stres je označován procesem, kterým má být organismus připravován na útok nebo na útěk, v další fázi pak na přežití v krajně nebezpečných podmínkách. Obecně lze říci, že stres je stavem těla a mysli, který má narušující vliv na normální chod funkcí lidského organismu.

Rozlišovány jsou dva typy stresu. A to je **distres** a **eustres**. Dále může být stres rozlišován podle intensity na **hypostres**, který je slabší a organismus si na něj může

---

<sup>6</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I: O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 2006, s. 22–23.

vzniknout a na **hyperstres**, přesahující hranice adaptability, způsobující selhání psychické, nebo fyzické zhroucení a v krajním případě i smrt.

**Eustres** je používán do jisté míry před důležitou schůzkou, výkonem nebo v nových podmínkách. Cítíme, jak jsou mobilizovány všechny síly, jak jsme schopni překonat sebe sama. Ovšem i tato zátěž v silnější míře může být škodlivá na lidský organismus. Škodlivý stres, o kterém se hovoří, je **distres** neboli negativní stres. Začíná se ztrácet pocit jistoty a adekvátnosti, cítíme přetížení, zoufalství, bezmoc a ztrátu.

Za normálních okolností reagují lidé na stresor tzv. „**automatickou poplachovou reakcí**“, která je připravována organismem k akci. Podnětem automatické reakce v dnešní době ovšem může být i jen potenciální nebezpečí způsobené slovní urážkou, konfliktem doma nebo na pracovišti. I tyto reakce v organismu jsou vyvolávány jako poplach, který uvede organismus do nejvyšší pohotovosti. Bylo zjištěno, že to nejsou jen velké změny v životě, co mají negativní vliv na zdraví, ale i samo jejich očekávání (např. rozvod). Lidé by si proto neměli všimnout jen velkých změn, ale zajímat se o stresory, dlouhodobé hrozby a celkovou situaci rodiny, společnosti, neboť i ty mají stresový vliv na člověka. Je známo mnoho typů potenciálně stresových situací a každý na ně reaguje jinak. Někdo je zničený z toho, když ztratí svoji práci, zatímco pro jiného je práce na plný úvazek stresující. Existující každodenní stres, který vzniká, uvízneme-li v zácpě, a traumatický stres jako rozvod či ztráta dítěte. Popisovány dokonce bývají tzv. „**obecné stresy**“, vznikající jako důsledek války a terorismu.

## 2. 1. 2 Frustrace

Název pochází z latinského slova frustrá, což znamená marně. Ve slovníku cizích slov můžeme najít význam, kde je frustrace označována jako zklamání po nesplněné touze nebo přání. Psychologický slovník uvádí, že se jedná o stav zklamání, zmarnění. Vzniká, je-li jedinci zabráněno dosáhnout cíle snažení. Překážka musí být vnější, fyzická nebo jednání jiného jedince, anebo vnitřní, jako je plachost, pocity viny. Frustrací bývá nazývána situace, kdy je jedincům znemožněno dosáhnout nějaké vytyčené, osobně důležité potřeby. Lidé prahnou po uznání, ocenění, nedostane-li se jim tohoto ocenění, jsou frustrováni. Stejně jako přijímání a zvládání stresu bylo zcela individuální, bývá tomu tak i v situaci frustrace. Frustrace se mohou hromadit

a sčítat. Nejčastěji syndromu vyhoření předchází frustrace z neuspokojení tzv. „**existenciálních potřeb**“, což bývá smysluplnost práce a dále frustrace, nejsou-li uspokojeny potřeby uznání druhými lidmi. Výskyt agresivního chování vždy předpokládá přítomnost frustrace, jsou známy i případy, kdy frustrace vedly k růstu celkové hladiny motivace. Frustrací bývá označována zvláštní situace, v níž se nachází motivovaná osoba, která směřuje k určitému cíli, ale její aktivity jsou přitom nějakou překážkou blokovány. Zejména v moderní psychologii je zdůrazňován velký význam a důležitost frustrací, zvláště těch, které se stávají základem rysů osobnosti, jako je např. agresivita.

Těžké a delší dobu trvající frustrace jsou nazývány **deprivace** (tj. strádání). Frustrované osoby reagují vždy specificky. Nejtypičtější reakcí bývá agrese vůči zdroji frustrace (vůči okolí, osobě, rodině, i vůči sobě=autoagrese). Jinou reakcí je označována kompenzace, při níž si stanovujeme náhradní cíle a snažíme se o jejich dosažení.<sup>7</sup>

Smyslem všech těchto reakcí je odstranění úzkosti vzniklé z neúspěchu. V chování je frustrace představována různými způsoby. Od házení věcmi, nadávání, napadání osob, kritizování až po výbuchy hněvu, pláč, sny. Závažným bývá též přenos frustrovaného chování do oblasti fantazie nebo jiného způsobu chování (např. alkoholismus).

Rozeznávají jsou:

- 1) **Primární frustrace** – týkající se vrozených biologických potřeb,
- 2) **Sekundární frustrace** – týkající se získaných psychogenních potřeb.

Zvláštní případ představují tzv. „**existenční frustrace**“ (nedostatek životní perspektivy). Bylo zjištěno, že kolektivní frustrace jsou snesitelnější než individuální frustrace. Odolnost člověka vůči frustraci bývá nazývána frustrační tolerance a u každého člověka je jiná. Zvláště děti se vyznačují nízkou frustrační tolerancí. Pojem frustrace musí být odlišován od pojmu stres.

### 2. 1. 3 Mezilidské vztahy na pracovišti

Nespokojenost v pracovním životě a naprostá vyčerpanost, často dovedou jedince k odchodu ze zaměstnání. Zdálo by se, že je vyhráno – někomu změna zaměstnání skutečně pomůže najít cestu ze začarovaného kruhu. Bohužel většina lidí si své

---

<sup>7</sup> CHARVÁT, J: Život, adaptace a stres. 1973, s.38.



vyhoření přenáší i na nové pracoviště. Nejsou schopni se aktivně zapojit do pracovního týmu, popisují stavy úzkosti, pocit marnosti a ztrátu sebevědomí, mohou přetrvávat po mnoho měsíců i v novém zaměstnání. Negativní roli zde ještě navíc sehrává stres z nového pracoviště a nových úkolů. Jedinci nemohou najít své místo, zauímají negativní postoj k práci a ke spolupracovníkům. A místo toho, aby změnou zaměstnání bylo nalezeno východisko, krize je dále prohlubována. Pro postižené je důležité poznat, že se něco děje, přiznat si, že něco není v pořádku, a začít se věnovat sami sobě. A pokud na to sami nestačí, určitě je na místě vyhledání odborné pomoci.

Syndrom vyhoření nebývá jen záležitost jedince. Významnou roli zde sehrávají faktory pracovního prostředí, vnitřní kultura organizace a postoje manažerů, schopnost naslouchat jeden druhému, lidská důstojnost, úcta a mezilidské vztahy. Ještě dnes se bohužel setkáváme s manažery, kteří pokládají syndrom vyhoření za problém jedince a nejsou ochotni připustit podíl nezdravé vnitřní kultury jako zdroje stresu, kterému zaměstnanci někdy podléhají. Neuvědomují si nejen nebezpečí hrozící postiženému jedinci, ale ani rizika ze snížení pracovního výkonu, která mohou ohrozit pacienta a ve svých konečných důsledcích i samotné zdravotnické zařízení.

Týmový přístup k práci bývá jednou ze základních podmínek ošetrovatelské péče. Výsledkem takové práce se stává kolektivní atmosféra důvěry, pocit sounáležitosti a „**týmový duch**“. Dobrá týmová práce vede k podstatně větším výkonům, než je součet jednotlivých individuálních výkonů. Přináší radost, je uvolňována energie a sdílená radost se stává dalším zdrojem motivace celého týmu. Neznamena to, že by týmová práce zcela eliminovala únavu nebo vyčerpání z práce, i sestry pracující v týmu se mohou cítit po náročné službě unavené.<sup>8</sup>

Negativní vztahy mezi lidmi, kdy dochází k nedorozumění, konfliktům, sporům, hádkám, urážkám a v některých případech verbálním nebo dokonce tělesným napadením, přispívají k výskytu syndromu vyhoření. To vše bývají situace, se kterými se člověk v životě setkává. Takové chování je dáno touhou po moci, nadvládě, závisti, vzteku atd. Pokud tyto typy chování, afekty se stanou opakovanou frustrující zkušeností a člověk je do ní ponořen dlouhodobě, působí jako velmi stresující faktor. Podíváme-li se na případy vyhořelého jedince, často je zjištěno, že u jedince byla poškozena tzv. „**sociální síť**“, to znamená, že okruh nejbližších byl nějakým způsobem poškozen.

---

<sup>8</sup> VÁŇA, P., HEPNEROVÁ, J: Syndrom vyhoření může být příčinou fluktuace a chyb u zdravotníků. Zdravotnické noviny, 2008, č. 51–52.

Přestože by to mnozí nepřiznali, paradoxem bývá, že vyhoření u zaměstnanců podporují sami jejich zaměstnavatelé. Vyhořelí zaměstnanci stojí své zaměstnavatele nemalé částky ročně z důvodu ztráty produktivity, za kterou se platí, ale která neexistuje, protože je zaměstnanec vyhořelý.

#### **2. 1. 4 Nadměrná fyzická a psychická zátěž**

Názory na to, zda bývá tendence k vyhoření více osobnostně podložena, či zda je způsobena hlavně vnějšími podmínkami, se různí. Víceméně bývá přijímán názor, že syndrom vyhoření je výsledkem střetu určitých osobnostních (psychických) a fyzických dispozic, úrovně sociability a sociální opory, schopnost čelit stresu a zvládat jej, s působením stresu a to především chronické povahy. Práce ve zdravotnictví je spojována s větší mírou stresu, nežli je tomu u většiny jiných profesí. Nejedná se vždy jen o zátěže napomáhající rozvoji adaptačních mechanismů. Nadměrná zátěž je spojována s rizikem chybných výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění a je častým důvodem, proč lékaři a sestry opouštějí zdravotnictví. Mezi nejčastější zátěže je označována fyzická a psychická zátěž.

##### **Zátěže fyzické, chemické a fyzikální:**

- Statické zatížení (stání při práci, u výkonů),
- Dynamické zatížení (přecházení, vyřizování),
- Zatížení páteře,
- Zatížení svalového a kloubního systému,
- Setkávání s nepříjemnými podněty (zápach, deformity, otevřené rány apod.),
- Rizika infekce,
- Narušení spánkového rytmu (směnný provoz),
- Nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu,
- Kontakt s léky, dezinfekčními prostředky, pomůckami (rukavice),
- Hluk, vibrace, nesprávné osvětlení, radiační záření).

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

- Neustálá pozornost, pečlivé sledování (stav pacientů, přístrojů), rychlé přepojování mezi činnostmi,

- Pružné reagování na změny, požadavky,
- Nároky na paměť,
- Velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce,
- Nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel,
- Nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací,
- Nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce,
- Opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech,
- Konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnání se s pocity bezmoci,
- Působení bolesti druhým,
- Otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin,
- Konflikt rolí,
- Nízké ohodnocení náročné práce,
- Nároky na neustálé vzdělávání a učení a ještě řada dalších.<sup>9</sup>

To, že práce středního a pomocného personálu je řazena k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším ukazují statistické údaje. Ve většině zemí bývá řazen obor zdravotnictví, co se týká nemocí z povolání, dokonce výše než stavebnictví či hutní průmysl.

### **2. 1. 5 Okolní vlivy (prostředí)**

K syndromu vyhoření přispívají také činitelé, které vytvářejí nebo doplňují prostředí jedince, ať už pracovní nebo osobní. Jedná se například o nesmyslnost pracovních požadavků – k syndromu vyhoření často vedou pocity nesmyslnosti zadané práce, radost z práce vymizí a motivací se stává mnohdy jen finanční ohodnocení, nejasná očekávání – vyhořením jsou ohroženi také lidé na pracovištích, kde nejsou stanovená jasná očekávání, realistická, nebo kde jsou očekávání neuskutečnitelná. Nedostatečná informovanost pracovníků, vedení nebo podřízených, nulové skupinové rozhovory často vedou k psychickému vyhoření. Extrémní míra svobody a kontroly – do zátěžové situace na pracovišti je řazena také nepřiměřená míra svobody a stejně tak přemrštěná míra kontroly, na člověka nepůsobí dobře, pokud nemá žádnou volnost při rozhodování. Stejně tak není dobré, pokud má svobody nadměru, podobně je tak

---

<sup>9</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I: O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 2006, s. 11–12.

i u kontroly jakožto zpětné vazby, pokud chybí je zle, ale pokud je jí přespříliš, není to také správné.<sup>10</sup>

Mezi další vlivy okolí mohou být započítány i změny v osobním životě, např. rodinná tragédie, úmrtí blízké osoby, osamění, finanční a rodinné problémy. I jiné vnitřní vlivy mohou mít dopad na emocionální stabilitu jedince (menopauza, gravidita, nemoc).

Tak jako kdekoli jinde i ve zdravotnictví je způsobena velká řada nedorozumění, neshod, konfliktů apod. Ve většině případů se jedná hlavně o špatnou komunikaci mezi lékařem a sestrou nebo pacientem a sestrou. Další příčinou vzniku konfliktů bývá osobnost každého z nás (zájmy, koníčky, vzdělání, žebříček hodnot).

Častější a závažnější problém vyskytující se především na ICU je vztah lékař – sestra. Ne všichni lékaři si uvědomují, že tento vztah by měl být založen na partnerské úrovni. Také sestry si jsou vědomy, že péče o pacienta je týmová práce založená na dodržování svých rolí. V oblasti mezilidských vztahů na pracovišti může působit každý svým přístupem, což by se mělo být odrazem jak v pocitech sester, tak v atmosféře pracoviště a především v lepší úrovni poskytované péče. Zlepšení vztahu na pracovišti je v zájmu sester a je do jisté míry také v jejich silách. Pro předcházení stresových situací mohou být využívány pracovní porady, týmové psychologické konzultace, vzájemná podpora a povzbuzení. Důležité je i ocenění práce. Nadřízení musí umět poskytnout potřebnou zpětnou vazbu, práce musí být ohodnocena. Všem by měl být umožněn odborný růst, protože právě vzdělávání ve svém oboru je označováno za nedílnou strategii boje proti vzniku syndromu vyhoření.

## 2. 2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

Otázka příčin rozvinutí syndromu vyhoření bývá neméně složitá jako jeho projevy. Ke vzniku syndromu vyhoření vede několik základních cest. První z nich je již zmiňovaná **ztráta ideálu**, kde je na počátku nadšení a radost z nového povolání a ke konci s narůstajícími problémy dochází ke ztrátě pocitu smysluplnosti v povolání a tím také ke ztrátě důvěry ve vlastní schopnosti. Další cestou je **workoholismus**.

---

<sup>10</sup> KŘIVOHLAVÝ, J: Jak neztratit nadšení. 1998, s. 30.

Jedinec je závislým na své práci, trpí nutkavou potřebou neustále pracovat, pracuje přesčas a věnuje práci všechn svůj volný čas a energii. Po nějaké době je energie čím dál méně a jedinec začíná být vysílen. Třetí cestou je **teror příležitosti**, což znamená, že každá nová zakázka, je lákavá, představuje zajímavou příležitost a zkušenost, po čase se ale ukáže, že dostat všem těmto zakázkám je náročné jak po stránce časové, tak po stránce energetické, pro jedince je to vysilující a neschopnost slevit z pracovního tempa ho může po čase dovést právě k syndromu vyhoření. Obecně lze příčiny vzniku rozdělit na vnitřní a vnější.<sup>11</sup>

#### **Vnitřní příčiny:**

- **Nereálné představy** a vize o práci,
- Přehnaný optimismus či nadšení při nástupu do práce,
- **Nadprůměrné pracovní nasazení**, workoholismus,
- Přehnaný požadavek na vlastní dokonalost, neschopnost vyrovnat se s vlastními chybami,
- **Perfekcionalismus**, pedantství, lpění na vlastních představách,
- Vztahovačnost, přecitlivělost,
- Naivní pohled na možnosti okolí (vedení, kolegů),
- **Přílišná kritičnost**, snížená schopnost odpouštět.

#### **Vnější příčiny:**

- **Ignorance osobních potřeb** (mnohdy základních),
- Nedostatek okolí, závist kolegů, podezíravost,
- Nedostatek prostředků či času k realizaci cílů,
- **Špatná organizace práce, chaotické rozdělování úkolů**,
- Stále se opakující činnost, výkon nepopulárních prací,
- Neustálé řešení kupících se problémů,
- Nutnost naplňování potřeb druhých na úkor svých,
- **Nízké ohodnocení**, nedocnění schopností dotyčného,
- Arogance vedení, manipulace, vydírání,

---

<sup>11</sup> KOPŘIVA, K: Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese. 1997, s. 101–102.

- Neustálé přidávání práce,
- Změny v kolektivu či vedení, změny pracovní náplně bez souhlasu dotyčného.

Ke vzniku syndromu vyhoření přispívá mnoho skutečností, tyto jsou nazývány rizikovými faktory. Velkým rizikem je již samotná profese, obzvláště pomáhající profese.

### 2. 3 Symptomy syndromu vyhoření

Vzhledem k tomu, že se jedná o syndrom, vyskytuje se v této oblasti řada příznaků. Jedná se o projevy na úrovni psychické, fyzické, sociální. Příznaky, které jsou popisovány, se vyskytují zejména v poslední fázi syndromu vyhoření.

**1) Psychické příznaky:** jedinci jsou popisovány pocity malé nebo žádné efektivity při nadměrně vyvinuté námaze. Pocity emocionálního vyčerpání, kdy dochází až k emoční zploštělosti, dále pocity marnosti, vlastní zbytečnosti, snížení sebevědomí. Takoví lidé jsou ironičtí, negativističtí, cyničtí, objeven je u nich hostilis, pesimismus, deprese, smutek, beznaděj, frustrace a pocit úzkosti. Věci pro člověka ztrácejí smysl, mohou vést až ke vzniku mikromanických bludů.

**2) Fyzické příznaky:** při syndromu vyhoření je popisována rychlá únava, apatie, ochablost. Vegetativní projevy zahrnují bolesti u srdce, arytmie, zažívací a dýchací obtíže. Objevovány jsou svalové bolesti, přestože k nadměrnému zatížení svalů nedošlo, dále nespecifikované bolesti hlavy. Celková tenze a může se připojit i zvýšené riziko jakékoli závislosti. Za zmínku stojí také **syndrom chronické únavy**, který se velice podobá v příznacích. Navíc zde bývají i somatické problémy (citlivost a bolestivost mizních uzlin, migrující otoky, světloplachost aj.).

**3) Sociální příznaky:** dochází k omezení kontaktu s okolním světem, a to jak s klienty, tak s kolegy. Je zde útlum sociability, nezájem o hodnocení od ostatních osob, nastávají konfliktní situace, které nevyvolává postižený, ale vznikají v důsledku apatie.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I: O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 2006, s. 12.

Syndrom vyhoření bývá označován, podle některých studií „**infekčním**“, tehdy vzniká lavinová reakce, protože tím, že se projevuje syndrom u jednoho člověka v kolektivu, může být spouštěčem u dalších pracovníků v tomto kolektivu. Pro vedoucí pracovníky a kolegy, je důležité, aby byly rozpoznány stádia u vlastních zaměstnanců a bylo na ně adekvátně reagováno.<sup>13</sup>

## 2. 4. Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je charakterizován nejen jako statický jev, ale jako proces, který má svůj počátek, vývoj a konečný stav. Vývoj syndromu vyhoření je popisován z hlediska pracovníka v pomáhající profesi v následujících čtyřech fázích:

**1) Nadšení** – nultá fáze, pracující jedinec má velké ideály, je vysoce angažován, ale výsledky nebývají ideální, jak by si představoval, dochází k přetěžování. Tato fáze trvá různě dlouho, pokud jedinec pracuje v dobrém kolektivu, lze pracovat s tímto nadšením i dlouhodobě.

**2) Vystřízlivění** – nebo stagnace. Stav kdy se nerealizují představy a cíle, nadšení upadá. V centru zájmu jedince již nestojí práce, je objeven volný čas, pomyšlení na rodinu, na přátele, na zájmy. Je zde náznak nespokojenosti. V této etapě lze přetrvat dlouho, tam, kde se jedinci podaří vytvořit dobré zázemí a žít smysluplný život, nemusí být syndrom vyhoření vůbec objeven.

**3) Nespokojenost** – pro tuto fázi je charakteristická frustrace. Vzniká negativní postoj k pracovnímu procesu jako celku, projevují se spory v kolektivu, podrážděnost, nesnášenlivost. Toto období je nejlepší k rozpoznání dalšího rozvoje syndromu. Vyžadována je v této etapě nějaká změna, ti aktivnější se o ni pokoušejí, někteří se o změnu ani nepokusí.

**4) Apatie** – vyznačována je ztrátou zájmů a absolutní ztrátou nadšení a elánu, převládá zklamání. V žádném případě nemá zájem o další vzdělání. Někdy stačí začít s osobními změnami, někdy je ovšem potřeba místo opustit. Změna ovšem může mít podobu vybudování si svého osobního života, kdy je potřeba, aby si jedinec ujasnil, jaké místo má v jeho životě práce a za jakých podmínek by mohl v zaměstnání setrvat, aniž by se zhoršila jeho kompetence k poskytování daných služeb klientům, spolupráce

---

<sup>13</sup> MYRON D. RUSH: Syndrom vyhoření. 2003, s. 35–38.

s kolegy – jde tedy o přehodnocení postojů nejen ke klientům, ale i k pracovníkům – proto tato fáze může být nazývána i jako období „**nové mízy**“. Tato fáze může trvat dlouhou dobu, jedinec může čekat, až se něco stane, je nazývána jako cesta do „**slepé uličky**“. Na konci této etapy hrozí rozvinutý syndrom vyhoření.<sup>14</sup>

## **2. 5 Preventivní opatření a léčba**

Jestliže je nazýván burnout důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tuto diskrepanci, zmenšit jednak na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategie zvládnání stresu, jednak na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury. Z vnějších okolností, které snáze vedou k vyhoření je věnována pozornost především vlivu sociální opory.

Sociální opora zaznamenává hlavní zdroje v rodině, zaměstnání (od spolupracovníků), mimo práci od přátel a dobrých známých v rámci trávení volného času, realizace zájmů, koníčků atd. Nedostatek opory je spojován s vyhaslostí.

**Prevence syndromu vyhoření na úrovni jedince, tedy osobní, je představována spojením zdravého systému sebedopory, což znamená vytvoření vlastního smysluplného, příjemného a fyzicky aktivního života mimo roli pomáhajícího.** Jako hlavní faktory předcházení vyhoření jsou uváděny následující tři skupiny okolností:

- 1) Nalezení smysluplné pracovní činnosti,
- 2) Získávání a převzetí profesionální autonomie a opory
- 3) Konstituování přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám.

Včetně poznání přínosu, jenž člověk přináší práci a práce jemu.

Jaký postup je zvolen při syndromu vyhoření, záleží na tom, jak závažné jsou příznaky, kterými zasažený člověk trpí. Pokud jsou vážné, pak potřebuje pomoc někoho druhého, protože sám sobě většinou už není schopen pomoci. Stresující nebo vyčerpávající úkoly jsou dočasně odloženy, a začneme se věnovat něčemu úplně jinému

---

<sup>14</sup> SNOPKOVÁ, I: Burn – out syndrom. Sestra, č. 7–8, 2007, s. 37–38.



– někdy především sami sobě. Tady mohou pomoci spolupracovníci, kteří už mají podobné zkušenosti a sami nejsou syndromem vyhoření právě postiženi.

Týmová spolupráce může také hodně pomoci, zejména tam kde čas a pozornost je věnována nejen klientům, ale i členům týmu. V každém případě by příznaky syndromu vyhoření neměly být nerozpoznány a nepojmenovány – představují situace, o kterých je nutné přemýšlet a řešit je.<sup>15</sup>

K účelným opatřením patří vyčištění interpersonální situace a dobré sociální kontakty, jak na pracovišti, tak zejména v rodině. Pro dosažení cílů musí začít každý sám u sebe a zaujmout k sobě kladný postoj. Zakladatel transakční analýzy Eric Berne, postupoval filozofií své školy větou: **Člověk potřebuje několik pohlazení denně, jinak mu vysychá mícha.** Pohlazením se rozumí nejen fyzický kontakt, ale také přijetí a ocenění sebe i druhých v psychosociální rovině. Pohlazení získáváme od druhých, především by však měl každý umět pohladit také sám sebe. To není seberozmazlování, to je naplnění skutečné potřeby. Nejen teď a tady, ale i ve vztahu k budoucnosti. Plnění základních požadavků mentální hygieny, optimalizování relací mezi zátěží a odpočinkem, co nejpravidelnější životní režim a přiměřené množství tělesného pohybu je doporučováno všem, pro osoby v zátěžových provozech však s třemi vykřičníky navíc. Desatera doporučení pro anglické sestry a pečovatelky, která jsou jasně formulována jako výzva všem, kteří berou svojí službu druhým nejen jako povolání, ale také jako poslání.

- Bud' sama k sobě laskavá a vlídná,
- Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne je násilně měnit,
- Najdi si své místo klidu,
- Bud' druhým oporou, neboj se pochválit, nauč se to přijímat od nich,
- Uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci,
- Snaž se obměňovat své pracovní postupy a neupadnout do stereotypu,
- Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které tě ničí,
- Když jdeš domů, soustřeď se na dobré věci,

---

<sup>15</sup> DYNÁKOVÁ, Š., KOŽNAR, J., HERMANOVÁ, M: Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. Praktický lékař, 2010, s. 365–366.

- Snaž se sama sebe posilovat a povzbuzovat,
- Využívej posilujících prvků přátelství,
- Ve volném čase nehovoř o práci,
- Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku,
- Nauč se říkat „**rozhodla jsem se**“ namísto „**musím**“,
- Nauč se říkat **NE**, za co stojí každé tvé **ANO**, když nikdy neumíš říci **NE**,
- Netečnost e rezervovanost ve vztahu k druhým je nebezpečnější než připustit si myšlenku, že se nedá nic dělat,
- Raduj se, směj se a hraj si.

Neefektivní strategie vyrovnávání se stresem:

- **Užívání návykových látek** – tabák, káva a alkohol, zdravotníkům jsou známy i rizika užívání řady léků, ať už hypnotik nebo anxiolytik,
- **Úniky** – pracovní zátěž nezvládneme tím, že budeme od nevyřešených problémů unikat do další práce, nebo čekat, až se to vyřeší. Vyhnutí je krátkodobá strategie, nepřináší perspektivní řešení,
- **Agrese** – ani obviňováním druhých, okolností osudu, se nic nezlepší. Naopak agresivní napadání lidí kolem sebe oslabuje zdroje sociální opory, která je tak důležitá při pomoci při zvládnání zátěže a vyhoření. Jestliže si lidi kolem sebe odeženeme, zůstaneme na vše sami.

Do prevence na úrovni organizací mohou být zařazeny pracovní podmínky. Vzhledem k tomu, že důsledky syndromu vyhoření jsou promítány i do ekonomické situace (absence v práci, pokles pracovní aktivity) je v zájmu organizací, zaměstnavatelů, aby se prevencí syndromu vyhoření zabývali. Organizací by mělo být rozvíjeno pracovní poradenství, týmová spolupráce, programy se zaměřením na osobní rozvoj, výcvik v profesních dovednostech. Užitečnou se zdá i organizace práce. Aby při práci nedocházelo ke stresovým situacím a následně k vyhoření, je zapotřebí:

- **Jasně stanovit, kdo a co má dělat, co je jeho povinnost,**
- **Pracovní úkoly je potřeba stanovit tak, aby byly realizovatelné,** a nedocházelo k rovnováze mezi úkolem a možnostmi pracovníka,

- **Zpětná vazba,**
- **Pružnost, přizpůsobivost, flexibilita,**
- **Kompletizace** je důležitým prvkem pro spokojenost zaměstnance,
- **Uznání** vedoucím zaměstnancem zvyšuje spokojenost.

Důležitou součástí prevence syndromu vyhoření a možností profesního růstu je označována **supervize**. Cílem supervize je zlepšit pracovní situaci, pracovní atmosféru, organizaci práce a kompetence odpovídajících specifických úkolů. Je orientována na podporu kvality práce i vzájemné spolupráce a na učení spojené s praxí. Supervize v pomáhajících profesích je označována jako **organizovaná příležitost k reflexi, která je zaměřována na různé aspekty pracovní situace, s cílem zkvalitnit práci a podpořit profesní růst pracovníka**. Supervize je v České republice rozšířena především v nestátních organizacích a ve státních organizacích sociálních služeb. Pracovišti ve státním zdravotnickém systému je zatím vyhledávána minimálně, a ta se spoléhají především na vnitřní supervizi, která je poskytována v tradiční hierarchii vedoucím lékařem či primářem. Za určitou formu supervize je považována dobře vedená nástupní praxe u zdravotních sester, kdy po určitou dobu pracují pod supervizí zkušenějších kolegyň.

Tam, kde se pracovníci přestanou učit a vyvíjet se objevuje ztráta zájmu, apatie. Supervize, kromě jiného, pomáhá v organizaci průběžně vytvářet „**učící prostředí**“.<sup>16</sup> V supervizi se jedná o podporu a poradenské aktivity poskytované obvykle pracovníkovi pomáhající profese ze strany profesně zkušenějšího, respektovaného a důvěryhodného odborníka. Supervize je obvykle činností, která je vyžádána ze strany organizace či pracovníka samotného. Konečnou mírou úspěšnosti supervize je její pozitivní dopad na dobro pacienta, klienta.

Odborná pomoc bývá vhodná u pracovníka, který zažívá vyhoření, ale v pravém slova smyslu není nemocný. Pokud zažívá pocity spojené s vyhořením dlouhodobě, nakonec opravdu onemocnět může. Je vhodné vyhledání psychoterapeutické pomoci, když se nám zdá, že už postižený nestačí svoje problémy řešit vlastními silami. Rozvinutý syndrom vyhoření je považován za stav nouze, za krizový stav, který vyžaduje řešení. Psycholog – psychoterapeut může pomoci se zmapováním příčin

---

<sup>16</sup> BARTOŠÍKOVÁ, I: O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 2006, s. 65.

a nabídnout možná řešení. Není dobré váhat příliš dlouho, vždyť jde o hledání smyslu práce, o uspořádání vlastního života, o nalezení východiska.

### 3. CHARAKTERISTIKA ICU

V roce 1854 byla Florence Nightingale povolána do krymské války, kde se ukázala potřeba oddělovat vážně raněné vojáky od těch méně raněných. Nightingale byla snížena mortalita na bojišti ze 40 % na 2 % vytvořením koncepce intenzivní péče.

V roce 1950 byla stanovena koncepce „**Pokročilé podpory života**“, (P. Safar), kdy byli pacienti udržováni v sedaci a ventilováni v prostředí intenzivní péče. Safar je považován za prvního intenzivistu.

Intenzivní péče má být zvažována vždy, pokud jsou přítomné „**varovné příznaky**“, naznačující ohrožení základních vitálních funkcí, mnohdy je postačující přítomnost jediného příznaku. V těchto případech má být konzultován intenzivista, který rozhoduje o případné indikaci překladau na pracoviště intenzivní péče. Pro příjem na pracoviště intenzivní péče jsou stanovena přísná kritéria. Pracoviště bývají určena pacientům s potenciálním nebo již probíhajícím selháním jednoho nebo více orgánů, u nichž je předpokládán přínos poskytované intenzivní péče na překlenutí kritického stavu s reálnou nadějí na obnovení či zlepšení orgánových funkcí. Nemají být naopak přijímáni pacienti ve stabilizovaném stavu, ale zároveň ani pacienti v terminálním stádiu onemocnění, u kterých ani intenzivní péče nevede k podstatnému zlepšení prognózy.

V různých stádiích onemocnění potřebují pacienti lékařskou, sesterskou a ošetrovatelskou péči a léčbu. Tento nový a ověřený systém, který je a stále bývá používán v celém světě, a který je v podstatě dobudován i u nás, bývá označován, jako „**diferencovaná péče**“. Na realizaci systému diferencované péče je vytvořena řada změn členění odborných oddělení, organizovány jsou změny péče o nemocné v terénu a ve zdravotnických zařízeních. Potřebná je i důsledná týmová práce v návaznosti na speciální zdravotnickou techniku, zejména při dodržování maximálního ekonomického provozu oddělení, na kterých je diferencovaná péče poskytována. U těžce nemocného pacienta se všechny konsiliární vyšetření musí vykonávat u jeho

lůžka, nepřetržitě jsou sledovány základní životní funkce, případně selhávající funkce nahrazovány. Zdravotní stav, používání monitorovacích nebo léčebných přístrojů velmi omezují přemísťování pacienta. Bohuš (1997, s. 8) říká: „**Při splnění požadavků, které vyplývají ze zásad diferencované péče a při dodržení maximální ekonomické stability, je potřebné:**“

- 1) Aby pacienti přišli za přístroji,
- 2) Aby konsiliáři přišli za pacientem,
- 3) Aby všechny potřebné diagnostické a léčebné výkony byly prováděny na místě,
- 4) Aby byli pacienti transportováni jen v nevyhnutelných případech.<sup>17</sup>

### **3. 1 Zařízení poskytující intenzivní a resuscitační péči**

Jak již bylo mnohokrát zmíněno, pokrok v medicíně jde neuvěřitelnou silou dopředu. V roce 2008 bylo v České republice 52 590 lůžek, která jsou určena pro intenzivní medicínu, byla využita ze 78 %, a to 2 185 781 pacienti. Uvedená čísla nevypovídají jen o potřebnosti zřizování a míře využitelnosti intenzivních oddělení, ale i o nutnosti specifického vzdělávání sester.

Kapacita lůžek ICU odpovídá možnostem a velikosti dané nemocnice.

**Malá nemocnice** (méně než 300 lůžek) zde je doloženo, že by měla mít ekonomicky únosnou společnou kapacitu pro interní i chirurgické obory, která je vedena anesteziologem – intenzivistou. Péče o základní onemocnění je spádová pro jednotlivá oborová oddělení.

**Střední nemocnice** (300–600 lůžek) je tvořena interdisciplinární lůžkovou základnou Anesteziologicko – resuscitačním oddělením, dále (ARO), která je vedena anesteziologem, lůžka JIP lékaři specialisty příslušných oborů.

**Velká nemocnice** (více než 600 lůžek) podle počtu odborných oddělení disponuje příslušným počtem specializovaných JIP, interdisciplinárním lůžkovým ARO.

Koncepce jednotlivých medicínských oborů je vypracována a schválena, vydána je Ministerstvem zdravotnictví a je zveřejněna ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Po zveřejnění je závazná pro příslušný obor.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> BOHUŠ, O., a kolektiv: Anesteziológia, resuscitológia a intenzívna starostlivosť. 1992, s. 8-9.

<sup>18</sup> MEDEA, FRESENIUS: Intenzivní péče. 1996, s. 17.

ICU jsou klasifikovány jako důležitý lékařský obor v systému léčebně – preventivní péče našeho zdravotnictví. Představován je vysoce technizovaný obor, který využívá širokou škálu zdravotnických prostředků charakteru přístrojové techniky, diagnostické i terapeutické a navazujícího spotřebního materiálu. Jedná se o typická pracoviště, pro která jsou vyžadovány funkční týmy, které jsou schopny na vysoké úrovni řešit interdisciplinární problémy, a to ve vypjatých situacích. Významným je i pohled na projektování a navrhování koncepce takových pracovišť z hlediska bezpečnosti a funkčnosti, pro lege artis poskytovanou zdravotní péči. Je třeba si uvědomit, že intenzivní péče je umožňována pacientům vždy komplexně a individuálně, protože je poskytována daným pacientům v dané chvíli v co největší možné míře.

Ze stejného důvodu je neustále pozměňován i význam pojmu komplexní péče. Pracoviště ICU jsou určena pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů. Poskytována je zde možnost diagnózy, prevence a léčby multiorgánového selhání, nepřetržitě v kteroukoliv dobu. Dostupnost lékařů se stává okamžitou. Na všech typech ICU je stav pacientů nepřetržitě sledován středním zdravotnickým personálem a veškeré informace zaznamenávány do dokumentace. Kapounová (2007, s. 19) uvádí: **„Pacienti jsou na tato oddělení přijímáni z jiného zdravotnického zařízení, od rychlé záchranné služby, z ostatních oddělení nemocnice, z ambulantní složky.“**<sup>19</sup>

### 3. 2 Rozsah poskytované péče

Rozsah poskytované ošetrovatelské péče je na ICU závislý na diagnóze a zdravotním stavu pacienta. Stejně jako se neustále vyvíjí zdravotní stav pacienta, vyvíjí se neustále jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. Sestra vytváří obvykle s pacientem daleko bližší vztah než lékař. Pacient se stává často na její péči závislým, je v podřízené pozici. Proto je důležité, aby sestrou byly dokonale zmapovány všechny jeho potřeby. Podporována by měla být jeho soběstačnost a zároveň plně saturovány

---

<sup>19</sup> KAPOUNOVÁ, G: Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2007, s. 19.

jeho potřeby. Kapounová (2007, s. 21) uvádí: „**K nejčastějším potřebám na ICU jsou řazeny:**“

- Potřeba dýchání,
- Potřeba výživy,
- Potřeba vyprazdňování,
- Potřeba soběstačnosti,
- Potřeba psychické vyrovnanosti,
- Pocit jistoty a bezpečí.<sup>20</sup>

Zdravotní péče poskytovaná v rámci ICU, ať již jako péče přednemocniční či poskytovaná na lůžku, je společná pro řadu závažných specifík a problémů především medicínských. V poslední době se při poskytování intenzivní péče dostávají do popředí takové problémy a nejasnosti v oblasti právní a etické, které nemohou být opomíjeny. Pro intenzivní péči je charakteristická především urgentnost poskytované zdravotní péče a některá specifika ošetřovaných, která nepochybně kladou na poskytovatele této péče zvýšené nároky, a to jak na odbornost, tak i na jejich lidské kvality, v řadě případů pak i na jejich fyzickou i psychickou odolnost a v neposlední řadě i na správnou organizaci poskytované péče. Více než v jiných medicínských oborech vystupuje v urgentní medicíně do popředí neopakovatelnost, ojedinělost a výjimečnost každého konkrétního případu s požadavkem na individuální přístup. Bývá oprávněným požadavkem odborníků i laiků, aby tato péče byla poskytována na co nejvyšší úrovni v souladu se stanovenými postupy *lege artis*, což je zajištěno především tím, že se lékaři na tuto oblast poskytování zdravotní péče specializují. Stanovení intenzivní medicíny jako oboru má také oporu v právním předpise, kterým je stanoveno, že zdravotní péči je poskytována zdravotnickým zařízením na základě účelné spolupráce a dělby práce při zachování jednoty odborné péče o zdraví člověka a osobní odpovědnosti za poskytovanou péči. Efektivita urgentní péče, poskytovaná kvalifikovanými odborníky, dokládá výsledky péče a dostatečně je zdůvodněna účelnost vyčlenění této činnosti jako samostatného oboru.

---

<sup>20</sup> KAPOUNOVÁ, G: Ošetřovatelství v intenzivní péči. 2007, s. 21.

### 3. 3 Pracovníci poskytující péči v oblasti ICU

Ošetřovatelství konce 20. století změnilo svoji tvář. Obor je mnohem výrazněji vymezován ve svých specifických a nezastupitelných teritoriích. Požadavky na ošetřovatelskou péči jsou neustále zvyšovány. Tato náročná péče, zahrnující velmi různorodou škálu různě náročných činností a kladoucí vysoké nároky na behaviorální stránku ošetřovatelského povolání nemůže být poskytována pouze jednou kategorií pracovníků. Ošetřovatelská péče je zajišťována **ošetřovatelským týmem**, který je významnou součástí zdravotnického týmu. V našich podmínkách bývá tvořen středním zdravotnickým personálem s různým typem kvalifikace, nižším zdravotnickým personálem /ošetřovatelé a ošetřovatelky/, pomocným zdravotnickým personálem /sanitáři/.

Na národní úrovni je v současné chvíli regulováno povolání sestry a řízeno následujícími normami:

- **Zákon č. 20/ 1966** Sb. O péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů,
- **Zákon č. 96/ 2004** Sb. O podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče,
- **Vyhláška č. 321/ 2008** Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků,
- **Vyhláška č. 55/ 2011** Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
- **Koncepce ošetřovatelství** – metodický materiál přijatý MZ ČR, který definuje obor, pracovníky, vzdělávání, řízení, výzkum a směry vývoje oboru (Věstník MZ ČR č. 6/ 1998),
- **Centrální registrace** sester a porodních asistentek prováděná od roku 2001 Českou asociací sester.

Zkušenosti vyspělých zemí potvrdily, že je vhodné, aby profesionální ošetřovatelská péče byla zajišťována několika kategoriemi ošetřovatelských pracovníků, které jsou v různých zemích různě označovány – v mezinárodním kontextu byly dosud společně



nazývány sestrami 1. a 2. úrovně. V koncepci českého ošetrovatelství jsou vedeny kategorie písmeny A, B, C (pomocný zdravotnický pracovník).

**Sestry 1. úrovně (typ A):** pracují samostatně v terénu i v nemocnici např. jako primární, skupinové nebo směnové sestry. Dosahují nejvyššího stupně kvalifikačního vzdělání v dané zemi. Kvalifikace je získána po ukončení všeobecného středoškolského vzdělání ve vyšším ošetrovatelském studiu na školách různého typu nebo na univerzitách a je stanoveno používat označení např. registrované sestry, diplomované sestry, sestry-bakalářky, atd. Jsou oprávněné pracovat samostatně na vymezených úsecích ošetrovatelství a vést práci sester 2. úrovně a pomocného personálu.

**Sestry 2. úrovně (typ B):** zaměřením jsou více praktické, dosahují nižší stupeň kvalifikačního vzdělání. Pracují v nemocnici i v terénu jen jako členky týmu vedeného sestrami typu A, nikoliv samostatně. Dále se vzdělávají v různých kurzech.

**Pomocný ošetrovatelský personál (typ C):** nižší ošetrovatelští pracovníci, vykonávající jednoduché práce pod vedením sester typu A nebo B. Kvalifikační vzdělání je získáno studiem na střední zdravotnické škole, případně dlouhodobém kurzu.

V intenzivní péči jsou kladeny větší nároky na sestry typu A.

Mezi další personál ICU lze zařadit rehabilitační pracovníky, technické a zdravotní laboranty, hygieniky, úklidové služby, administrativní pracovníky.<sup>21</sup>

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

Pro intenzivní péči bývá nepostradatelný duch týmové práce. Lékaři spolupracují se všemi skupinami zdravotnického personálu ve směně, tak je zabráněno vzniku komunikačních nepřesností. Sestry jsou tím začleněny do terapie klienta a každá nová opatření jsou přímo zaznamenána do dokumentace. Stávají se samostatnými a cítí se plně zodpovědnými. Bylo zjištěno, že spolupráce přispívá k optimálním výkonům, bylo dosaženo jistoty při neodkladných a naléhavých výkonech, v akutních situacích.

---

<sup>21</sup> MEDEA, FRESENIUS: Intenzivní péče. 1992, s. 9.

Docíleno bylo zájmu o další vzdělávání v oboru a navýšení sebekontroly celé skupiny. Celoživotní vzdělávání bylo určeno základním předpokladem dobrého výkonu zdravotnického povolání. Obory medicíny a ošetrovatelství jsou velmi rychle rozvíjeny, neustále dochází k podstatným změnám ve způsobech poskytované péče, které musí být osvojovány a převedeny do praxe. Práce sester je spojována s mnoha riziky jak pro pacienta, tak pro sestry jako poskytovatele péče. Tomuto zodpovědnému povolání je přisouzeno celoživotní vzdělávání, vedoucí ke snížení všech rizik.<sup>22</sup>

### **3. 4 Psychická a fyzická zátěž**

Pracovní zátěží byla stanovena míra vyváženosti mezi kapacitou člověka na jedné straně a požadavky a podmínkami, za kterých je uskutečňována, na straně druhé. V případě, že jsou obě dvě tyto složky v rovnováze, je pracovní zátěž přiměřená. Pokud došlo k nerovnováze, jedná se o zátěž nepřiměřenou, která je označována jako zátěž z přetížení výkonové kapacity, respektive o zátěž nadlimitní. Těžká fyzická práce v ošetrovatelské péči, bývá spojována především s manipulací s pacienty a břemeny, může vést k některým zdravotním problémům sester, především v oblasti pohybového systému. Při každodenních a opakovaných manipulacích s imobilními pacienty a pacienty se sníženou pohybovou schopností často nejsou respektovány doporučené limity pro hmotnost a manipulaci s břemenem (včetně lidského těla). Jedním ze základních předpokladů prevence poškození pohybového aparátu sester bylo stanoveno zvládnutí bezpečných technik manipulace s pacientem. Současné ošetrovatelství je zaměřeno na minimalizaci výkonů spojených s prostým vertikálním zdviháním a přenášením pacienta a na uplatnění správných manipulačních technik spolu s využíváním technických pomůcek pro manipulaci.

Ošetrovatelskou péčí je označována práce s člověkem a pro člověka, zpravidla nemocného, jako namáhavá z hlediska fyzického a psychického.

Sestrami v každodenní praxi jsou řešeny a prožívány problémy spojené s utrpením, bolestí, nemocí a smrtí pacientů, což představuje velkou psychickou zátěž

---

<sup>22</sup> MEDEA, FRESENIUS: Intenzivní péče. 1992, s. 10.

a riziko ohrožení vzniku syndromu vyhoření. Pokud je sestrami získána schopnost a zručnost efektivně zvládat zátěžové situace v práci a ve svém životě, je lépe hodnocena náročnost zátěžových situací pacienta a je zde možnost pomoci pacientovi, jeho příbuzným a dalším při zvládnání náročných životních situací spojených s hospitalizací, změnou zdravotního stavu, terapií nebo úmrtím.

Tak jako tělesné, ani psychické zdraví neexistuje a nefunguje samostatně. Projevováno, upevňováno a rozvíjeno je pouze v součinnosti s ostatními podmínkami. Snižovaná pracovní zátěž, stres, psychosociální rizika v ošetrovatelské péči jsou potřebné nejen z morálního, ale také z právního hlediska. A je to mimořádně potřebné i z hlediska ekonomického. Podle rámcové směrnice č. 89/ 391 EHS (převzata do zákona SR č. 124/2006, zákon o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci), která je věnována ochraně zdraví a bezpečnosti v Evropské unii, je dána zaměstnavatelům povinnost řídit zátěž a stres související s výkonem práce. Každý zaměstnavatel má uvedenou povinnost postarat se o bezpečnost a ochranu zdraví při práci včetně ochrany před účinky stresu. Zaměstnavateli by měli být identifikovány příčiny fyzické zátěže a pracovního stresu, posouzena rizika a přijata preventivní opatření na jejich eliminaci.

### 3. 5 Smrt a umírání

V posledních letech je popisována v řadě publikací **problematika rizik ohrožující lékaře a sestry ošetrující umírající a těžce nemocné pacienty**. Barni a kol. (1996) zkoumali stres u klinických onkologů, radioterapeutů a dalších vybraných skupin zdravotnických pracovníků. Bylo zjištěno, že 52, 7 % z nich trpělo úzkostí a 16 % depresí. Převahu měly mladé ženy, hlavně sestry. Rizika spojená s psychickou zátěží si nechtějí zdravotníci připustit a řeší je nejčastěji omezováním komunikace s pacientem. Čím je tato zkušenost častější, tím méně se ví o zátěži, kterou přináší umírající pacient pro zdravotnický personál.

Na nedostatečnou komunikaci si stěžují právě pacienti, ale tato komunikace je narušena i mezi kolegy, především mezi specializovanými odborníky a praktickými lékaři působícími v terénu. Paradiso a kol. uvádí, že jedna třetina dotázaných pacientů,

si stěžovala na nedostatek koordinace lékaře specialisty z lůžkových zařízení s lékařem první linie (Paradiso a kol., 1995). Kritické situace s následným stresem lékařů i sester pracujících na ICU, onkologických odděleních apod. při komunikaci s nevléčitelně nemocnými umírajícími pacienty vyžadují psychickou sílu a vyrovnanost. K překonání této zátěže pomáhá často zavedení **týmové spolupráce** na pracovišti. Ta slouží k větší informovanosti a spolupráci a zároveň je umožněno i ventilování pocitů, které zdravotnický personál prožívá v každodenním styku s pacienty a umírajícími. V týmové práci jsou rovněž lépe řešeny konfliktní situace, neboť zde probíhá otevřenější komunikace a je také předpokládána větší schopnost členů týmu naslouchat jeden druhému se vzájemným respektem. Umírající pacienti mají pro lékaře vysoce ambivalentní rys: na jedné straně je vyžadováno lékařskou přísahou nasazení všech optimálních dostupných prostředků a technik, na straně druhé je prožívána lékařem neschopnost jít dále než po hranice svých možností.

Umírání a smrt jsou označovány tématy **tanalogie**, což je interdisciplinární vědní obor zabývající se smrtí a všemi fenomény, které jsou s ní spojovány. V jejím zájmovém okruhu jsou biologické otázky konce života, problémy fyziologie, morfologie, práva, psychologie (vědomí a uvědomování si konce, subjektivní stav umírajícího apod.). Zabývá se otázkami sociálně psychologickými, např. vztahem zdravotníků k umírajícím, vztahem příbuzných a známých apod. Zde jsou zařazovány otázky sociální, jako např. změna sociálně-ekonomického postavení v rodině v důsledku smrti člena rodiny apod.

V ČR každoročně umírá více než 100 000 lidí. Způsob a úroveň péče o umírající jsou zcela zásadním způsobem ovlivňovány celkovým společenským prostředím. A především vztahem společnosti k otázkám umírání a smrti, způsobem, jak je tato péče na úrovni zdravotní politiky státu deklarována a na úrovni fungování zdravotnického systému organizována. Výsledky rozsáhlého šetření, které byly zveřejněny v roce 2004 pod názvem „**Umírání a paliativní péče v ČR**“, dokazují, že přes pozitivní změny v posledních desetiletích se velké většině umírajících v ČR stále nedostává odpovídající péče. Výzkum veřejného mínění v daném projektu poukázal na:

- Naléhavou potřebu zkvalitnění péče o umírající,
- Nutnost orientace na péči o umírající v jejich vlastním prostředí a v úzké spolupráci s jejich rodinami,

- Naléhavou potřebu zásadním způsobem zlepšit péči o umírající ve zdravotnických a sociálních institucích.

Závěr života je zbytečně provázen bolestí, osamělostí a ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení. Návrhy pro zlepšení péče o nevléčitelně nemocné a umírající v ČR:

- Vzdělávání zdravotníků a dalších pečujících profesí,
- Působení na odbornou veřejnost,
- Podpora inovačních místních projektů,
- Sledování a vyhodnocování péče o terminálně nemocné a umírající,
- Rozvoj domácí a paliativní péče,
- Využití osvědčených postupů ze zahraničí,
- Soustavná popularizace tématu péče o umírající.

Dalšímu rozvoji však v ČR stále brání komplex legislativních, ekonomických, politických a společenských překážek, přestože zahraniční zkušenosti ukazují, že zásadní zlepšení o terminální nemocné a umírající je možné především rozvojem moderní paliativní péče.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> BÁRTLOVÁ, S: Sociologie medicíny a zdravotnictví, 2005, s. 72-73.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4. CÍL PRŮZKUMU

Praktická část práce je zaměřena na průzkum výskytu syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti ICU. Zjišťuje objektivní míru výskytu syndromu vyhoření a nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti ICU. Průzkum je zaměřen na výskyt syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti ICU a hlavní příčiny vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření. Pro sběr dat byl použit vlastní dotazník, který má dvě části. Na základě definování primárního cíle a následných dílčích cílů, byly stanoveny hypotézy, které tvoří podstatu prvotní tvorby otázek dotazníku. Součástí průzkumu je zpracování a analýza získaných dat z vyplněných dotazníků a jejich následné vyhodnocení. V závěru průzkumu jsou dosažené výsledky řádně prezentovány a zhodnoceny.

Cíle průzkumu jsou následující:

1. Zjištění rizikovosti profesního zaměření u pracovníků v oblasti ICU z důvodu výskytu syndromu vyhoření.
2. Zjištění psychické a fyzické náročnosti této profese jako hlavního spouštěcího mechanismu vedoucího ke vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti ICU.

### 4. 1 Výzkumné hypotézy

V souladu s cíly průzkumu byly stanoveny níže uvedené hypotézy, na jejichž základě byl sestaven dotazník.

1. Náročnost profese v oblasti ICU je nejznámějším faktorem ovlivňující výskyt syndromu vyhoření u pracovníků v této oblasti.
2. Nejčastějšími faktory vzniku syndromu vyhoření v oblasti ICU jsou označovány psychická a fyzická náročnost profese, ošetřování těžce nemocných klientů, spolupráce a vztahy s nadřízenými na pracovišti.

## 4. 2 Použité metody

Výběr samotné metody průzkumu je ovlivněn cíly průzkumu, jeho charakterem, specifikací průzkumného souboru, která může být dána stanovením podmínek, které by měli všichni účastníci průzkumu splňovat.

Průzkumný soubor byl pro účely tohoto průzkumu vybrán na základě předem stanovených podmínek, kterými jsou:

- Respondenti obojího pohlaví,
- Muži a ženy bez ohledu na jejich věk,
- Respondenti různých pracovišť ICU.

Soubor účastníků průzkumu není příliš omezen množstvím přísných kritérií, které by byly příčinou složitějšího sběru informací, potřebných ke zpracování průzkumu. Specifickou cílovou skupinou jsou pouze zaměstnanci (muži a ženy) bez rozdílu věku z různých pracovišť ICU. Z důvodu anonymity respondentů, nejsou uvedena žádná data (jména, apod.).

## 4. 3 Harmonogram postupů

Pro účely tohoto průzkumu byla zvolena **kvalitativní metoda dotazníku**, který je standardizovaným souborem formulovaných písemných otázek na předem připraveném formuláři, sloužícímu k nepřímému dotazování respondentů. Dotazníky byly respondentům poskytnuty v písemné formě. **Postup tvorby dotazníků** lze rozdělit na několik etap, z nichž každá má jisté definované podmínky, jejichž základem je:

- Zaujetí celé širší zkoumané problematiky,
- Dostatečná znalost zkoumané tematiky průzkumníkem,
- Sběr dat ve stejném časovém období,
- Dostatečný počet zúčastněných respondentů,
- Nepřítomnost průzkumníka při vyplňování dotazníků respondenty,
- Anonymita.

Podmínkou **konstrukce dotazníku** je logická struktura, dynamika (tj. udržení zájmu respondenta) a omezená délka.

Při sestavování jednotlivých otázek zahrnutých do dotazníku, byly zohledněny následující faktory:

- Funkce dílčích otázek,
- Způsob pokládání otázek,
- Jasná, srozumitelná a jednoznačná formulace otázek.

Jednotlivé **druhy otázek** v dotazníku byly zvoleny dle jejich formy a účelu (viz. níže):

- Uzavřené (alternativní, výčtové),
- Polouzavřené,
- Otevřené.

Dotazník obsahuje celkem **30 otázek**, z nichž první dvě otázky se týkají **demografických údajů** respondenta (tj. pohlaví a věk). Další **otázky** jsou **meritorní**, jdoucí k jádru studovaného problému. Nejčastěji se vyskytujícími otázkami v dotazníku jsou **otázky uzavřené**, kdy je odpověď vybírána z nabízených možností, a to ve formě **otázek alternativních** (možnost výběru z několika možností), **výčtových** (možnost kombinace několika možností odpovědí). Dotazník „**Problematika syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti ICU**“ je součástí příloh bakalářské práce.

#### **4. 4 Charakteristika souboru**

V rámci průzkumu bylo zhotoveno 150 kopií dotazníků (viz. příloha bakalářské práce), které byly poskytnuty zaměstnancům pracovišť ICU (Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Jednotka intenzivní a pooperační péče cévní chirurgie, Jednotka intenzivní a pooperační péče neurochirurgie, Jednotka pooperační a intenzivní péče kardiochirurgie) ve zdravotnickém zařízení Nemocnice Na Homolce v Praze k jejich vyplnění. Z celkového počtu poskytnutých dotazníků byla jejich návratnost 79 % tedy 118 dotazníků. Pouze respondenti Jednotky intenzivní a pooperační péče kardiochirurgického oddělení nebyli ochotni dotazníky vyplnit, vráceny byly s odůvodněním časové zaneprázdněnosti a neochoty personálu. Ostatní respondenti se dobrovolně a ochotně zúčastnili dotazníkového průzkumu a všechny položené otázky byly zodpovězeny v celém rozsahu.



## 4. 5 Analýza dat

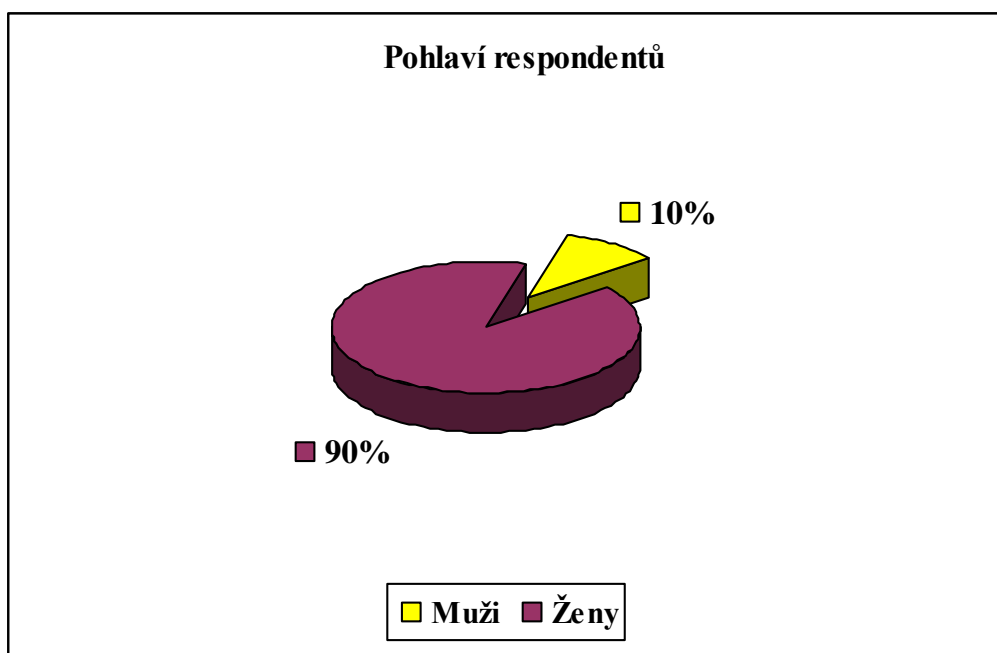
Získaná data z respondenty vyplněných dotazníků, kteří jsou zaměstnanci ICU, byla zpracována programem MS Excel. V tomto programu byly ze získaných dat vytvořeny tabulky a grafy, které jsou výstupem průzkumu, jehož cílem bylo posouzení vzniku výskytu syndromu vyhoření, a zjištění hlavních příčin vzniku u pracovníků v oblasti ICU. Grafické výstupy plynoucí ze zpracování a následné analýzy získaných dat z vyplněných dotazníků jsou uvedeny níže.

### I. Vlastní dotazník

**Tabulka č. 1:** Pohlaví respondentů

	<b>%</b>	<b>Počet osob</b>
Muži	10	12
Ženy	90	106

**Graf č. 1**

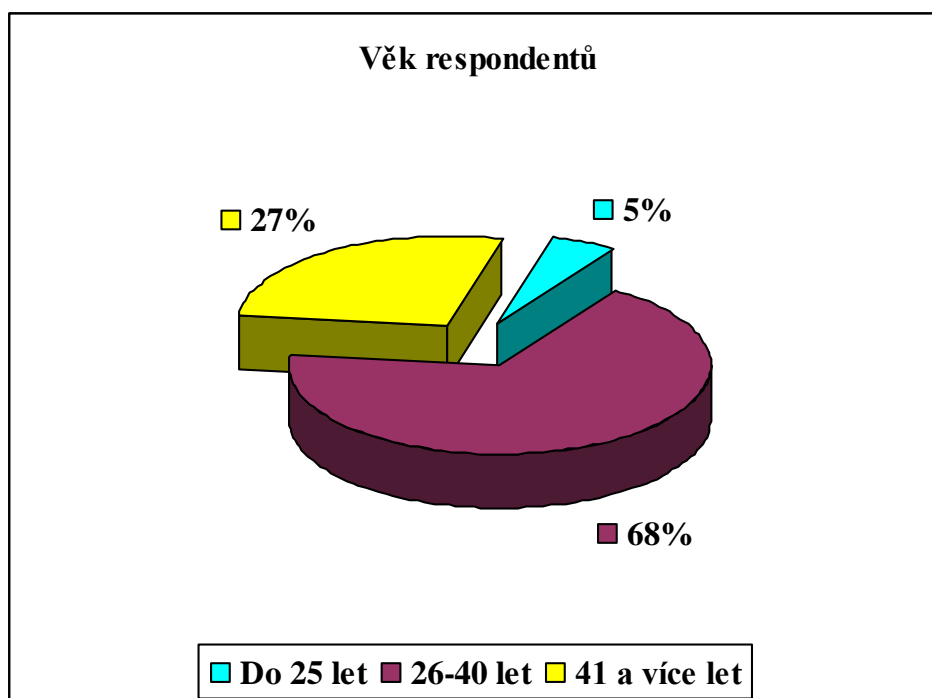


První otázka v dotazníku se týkala pohlaví respondentů. Z celkového počtu 118 účastníků byl výsledný průzkumný soubor sestaven ze 106 žen a 12 mužů.

**Tabulka č. 2: Věk respondentů**

	<b>%</b>	<b>Počet osob</b>
<b>Do 25 let</b>	5	6
<b>26–40 let</b>	68	80
<b>41 a více let</b>	27	32

**Graf č. 2**

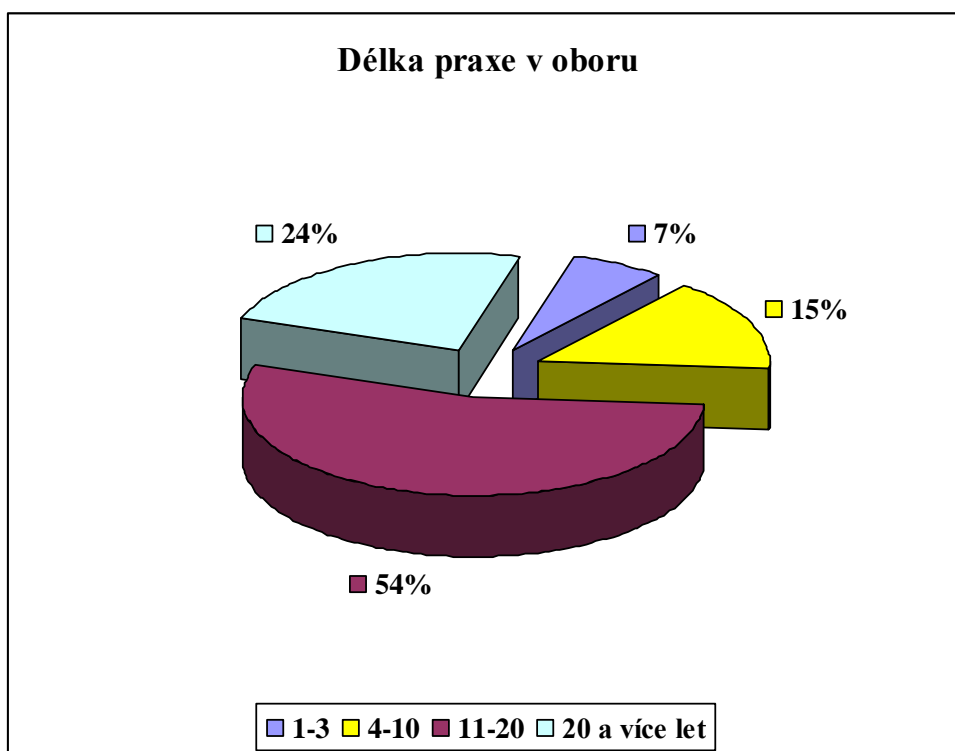


Tabulka a graf č. 2 informují o průměrném věku respondentů. Nejmladšímu z respondentů je 22 let, nejstaršímu 56 let. Průměrný věk respondentů je 36 let.

**Tabulka č. 3: Délka praxe v oboru**

	<b>%</b>	<b>Počet osob</b>
<b>1–3</b>	7	8
<b>4–10</b>	15	18
<b>11–20</b>	54	64
<b>20 a více let</b>	24	28

Graf č. 3

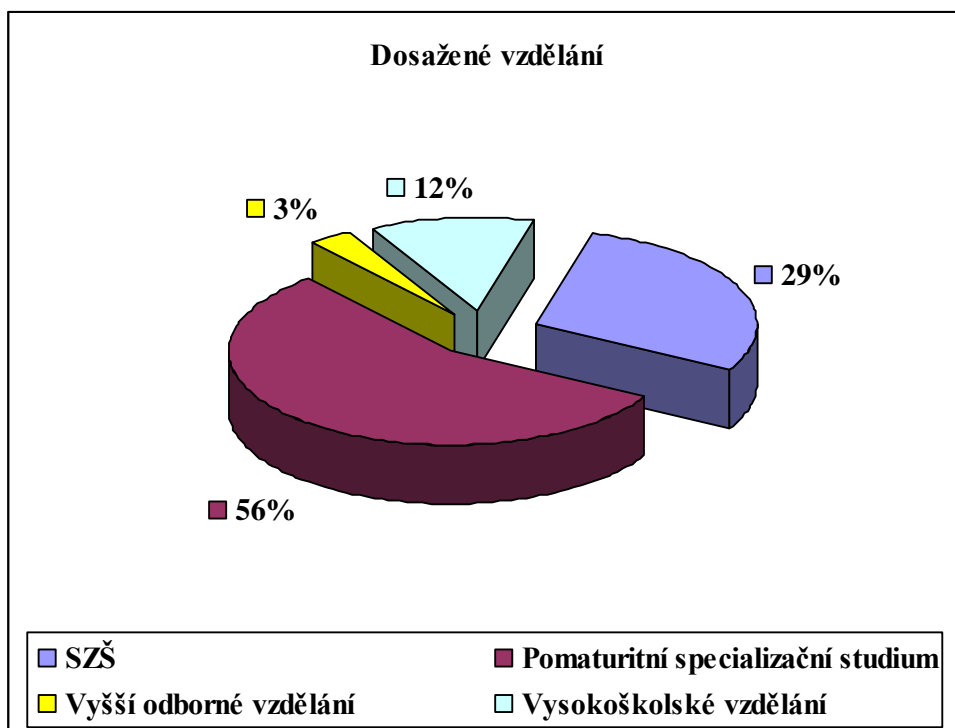


Třetí otázka se týkala délky praxe v oboru ICU u dotazovaných respondentů. Z průzkumu vyplynulo, že průměrná délka praxe je 16 let.

Tabulka č. 4: Dosažené vzdělání

	%	Počet osob
<b>SZŠ</b>	29	34
<b>Pomaturitní specializační studium</b>	56	66
<b>Vyšší odborné vzdělání</b>	3	4
<b>Vysokoškolské vzdělání</b>	12	14

Graf č. 4

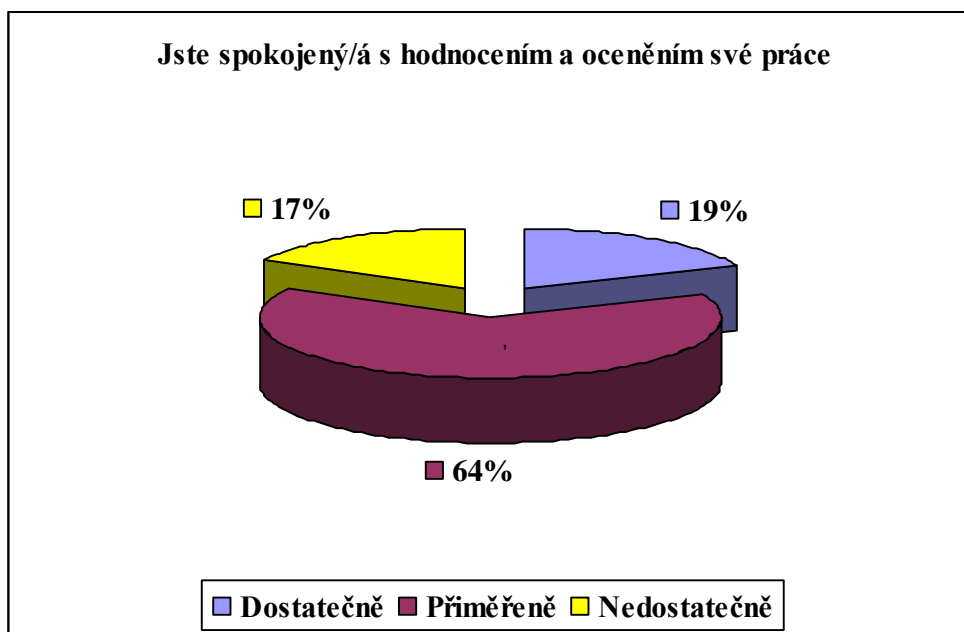


Tabulka a graf č. 4 informuje o dosaženém vzdělání respondentů. Středoškolské vzdělání bylo dosaženo u 29 % respondentů, Pomaturitní specializační studium u 56 % dotázaných, Vyšší odborné vzdělání bylo označeno 3 % respondentů a 12 % respondentů jsou vysokoškolsky vzdělání pracovníci ICU.

**Tabulka č. 5:** Jste spokojený/á s hodnocením a oceněním své práce?

	%	Počet osob
<b>Dostatečně</b>	19	22
<b>Přiměřeně</b>	64	76
<b>Nedostatečně</b>	17	20

**Graf č. 5**

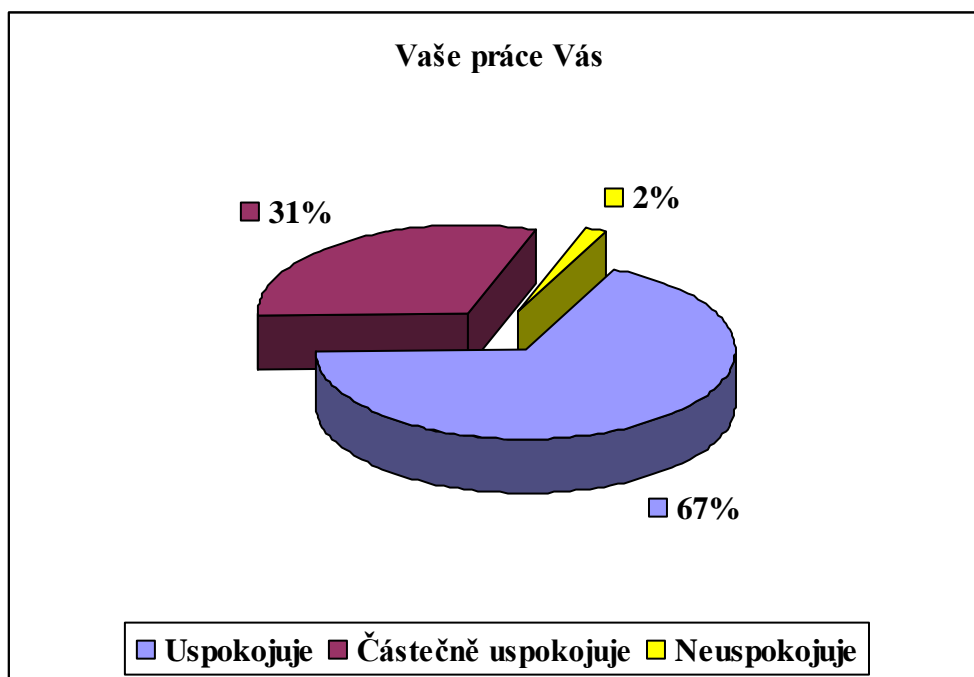


V této otázce byla respondenty uváděna spokojenost s hodnocením a oceněním práce, 64 % respondentů je spokojeno přiměřeně, dostatečně 19 %, nespokojenost vyjádřilo 17 %.

**Tabulka č. 6:** Vaše práce Vás:

	<b>%</b>	<b>Počet osob</b>
<b>Uspokojuje</b>	67	80
<b>Částečně uspokojuje</b>	31	36
<b>Neuspokojuje</b>	2	2

Graf č. 6

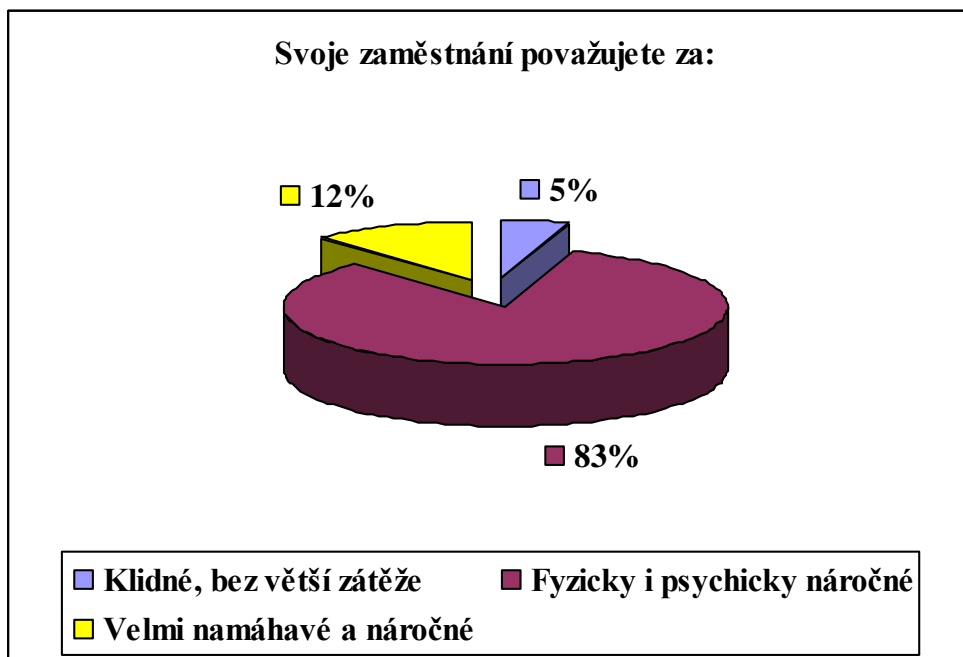


Bylo zjištěno, že většinu respondentů 67 % práce uspokojuje, 31 % částečně uspokojuje a 2 % respondentů odpověděla-neuspokojuje.

**Tabulka č. 7:** Svoje zaměstnání považujete za:

	%	Počet osob
<b>Klidné, bez větší zátěže</b>	5	6
<b>Fyzicky i psychicky náročné</b>	83	98
<b>Velmi namáhavé a náročné</b>	12	14

Graf č. 7

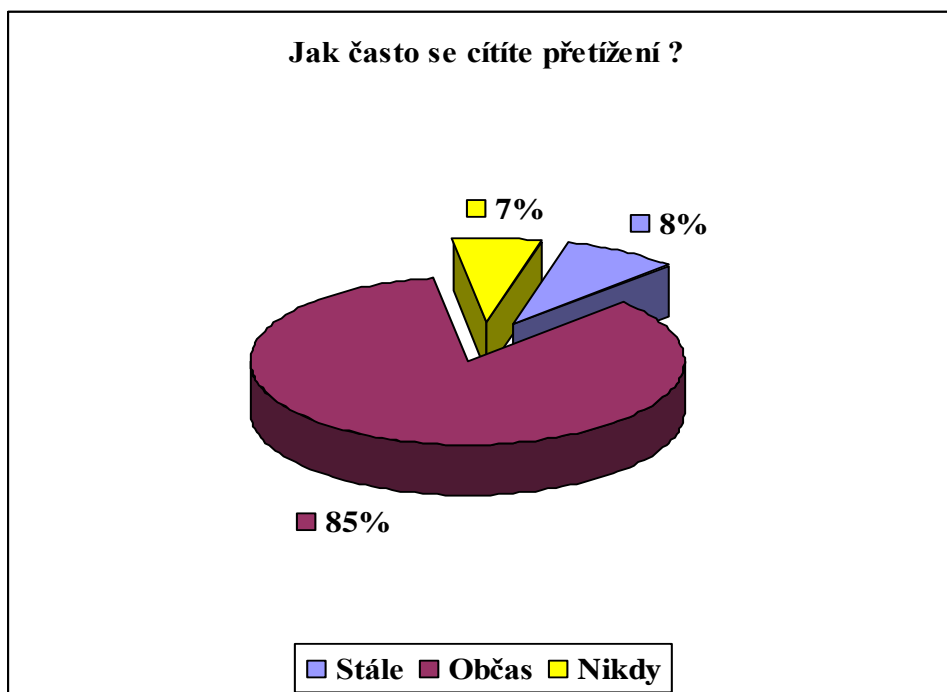


Většina charakterizovala svoji práci za fyzicky a psychicky náročnou a to 83 %, 12 % za velmi namáhavou a náročnou, pouze 5 % je považována za klidnou, bez větší zátěže.

**Tabulka č. 8:** Jak často se cítíte přetížení?

	%	Počet osob
<b>Stále</b>	8	10
<b>Občas</b>	85	100
<b>Nikdy</b>	7	8

**Graf č. 8**



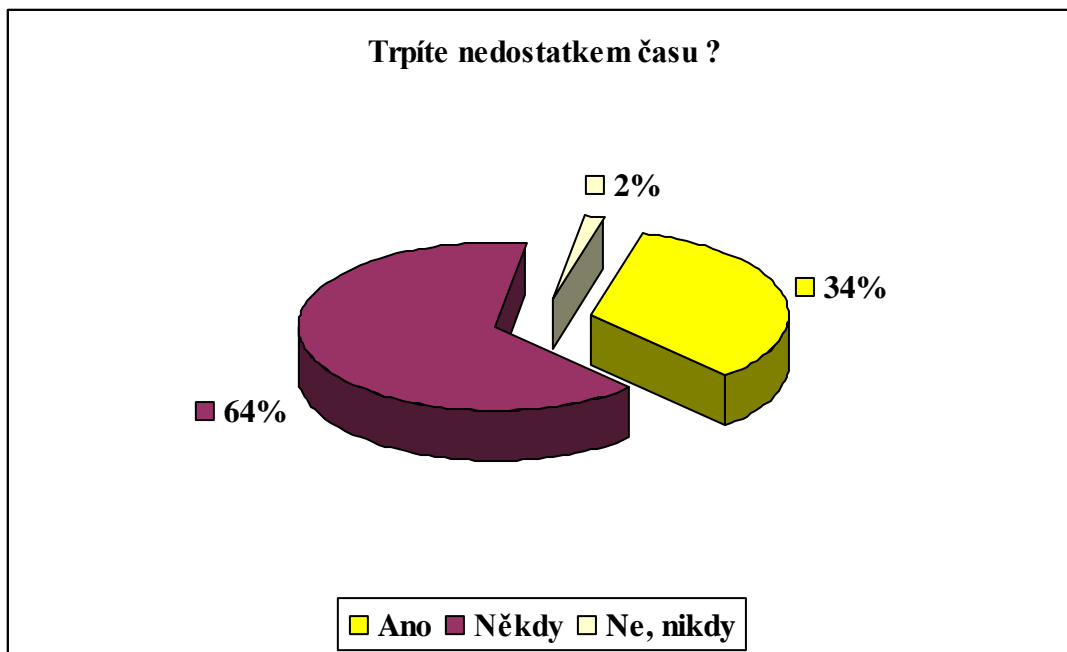
Z průzkumu této otázky vyplynulo, že většina respondentů a to 85 % se cítí přetížená občas, 8 % stále a 7 % nikdy.

**Tabulka č. 9:** Trpíte nedostatkem času?

	%	Počet osob
<b>Ano</b>	34	40
<b>Někdy</b>	64	76
<b>Ne, nikdy</b>	2	2



Graf č. 9



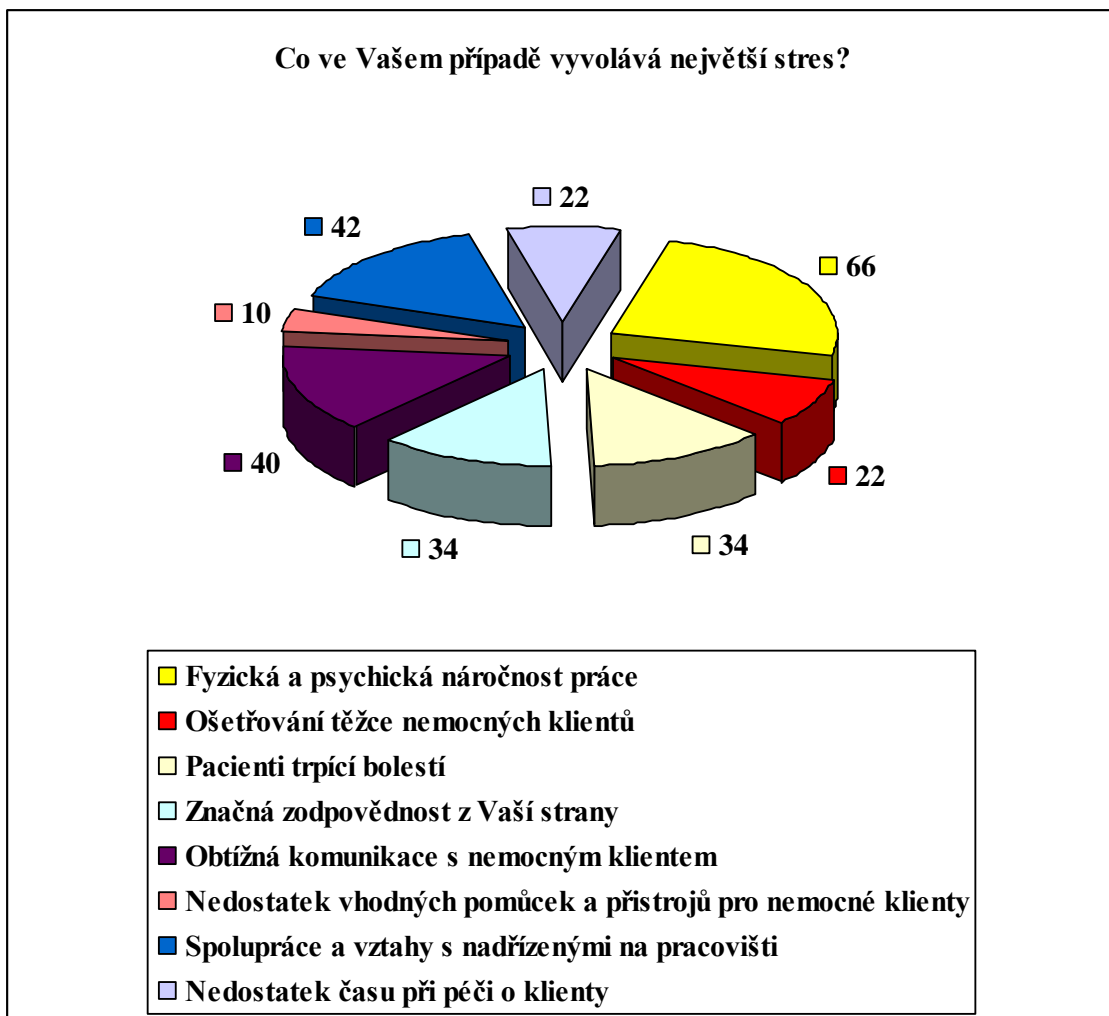
Zajímalo nás, zda respondenti trpí nedostatkem času, vzhledem k této profesi.

2 % uvedla ne, nikdy, 64 % někdy a 34 % ano.

**Tabulka č. 10:** Co ve Vašem případě vyvolává největší stres?

	%	Počet osob
<b>Fyzická a psychická náročnost práce</b>	56	66
<b>Ošetřování těžce nemocných klientů</b>	19	22
<b>Pacienti trpící bolestí</b>	29	34
<b>Značná zodpovědnost z Vaší strany</b>	29	34
<b>Obtížná komunikace s nemocným klientem</b>	34	40
<b>Nedostatek vhodných pomůcek a přístrojů pro nemocné klienty</b>	8	10
<b>Spolupráce a vztahy s nadřízenými na pracovišti</b>	36	42
<b>Nedostatek času při péči o klienty</b>	19	22

Graf č. 10



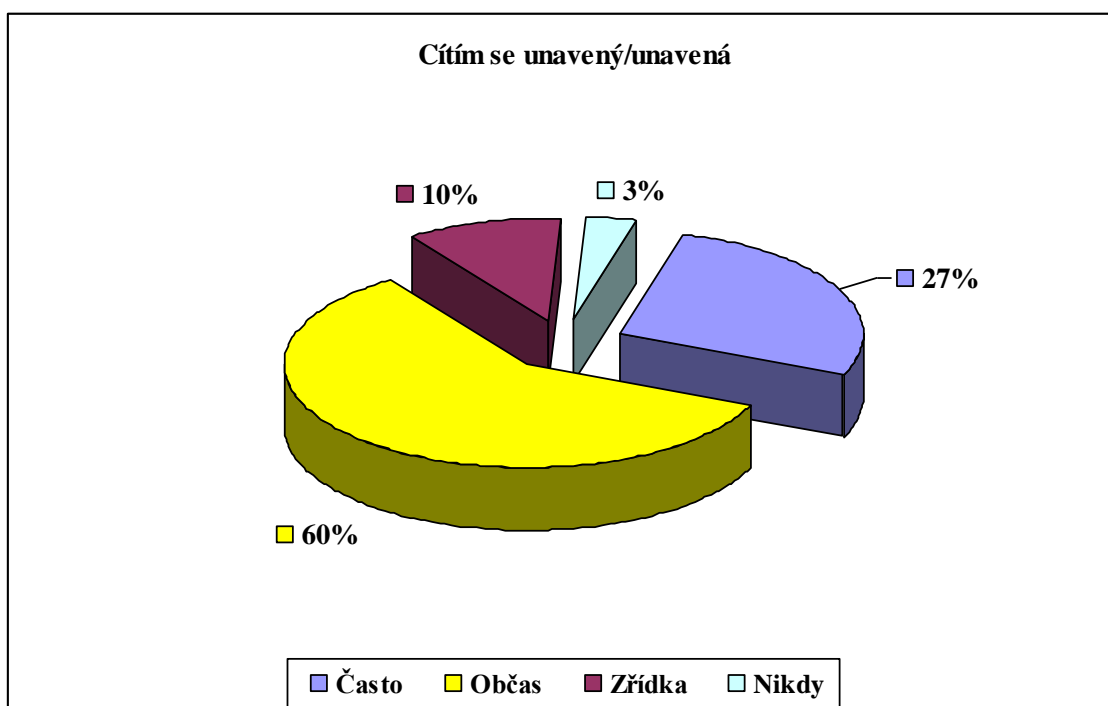
Respondenti mohli zvolit více možností u odpovědi na tuto otázku. Nejčastějšími faktory vyvolávajícími stres u respondentů jsou označovány fyzická a psychická náročnost práce (66 respondentů), spolupráce a vztahy s nadřízenými (42 respondentů, při bližším průzkumu zejména s lékaři), obtížná komunikace s nemocnými (40 respondentů) Nejmenším problémem je nedostatek vhodných pomůcek a přístrojů pro nemocné klienty, zde odpovědělo 10 respondentů.

## II. Dotazník ke zjištění míry přítomnosti syndromu vyhoření u dotazovaných pracovníků ICU

Tabulka č. 11: Cítím se unavený/á

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	27	32
Občas	60	70
Zřídka	10	12
Nikdy	3	4

Graf č. 11

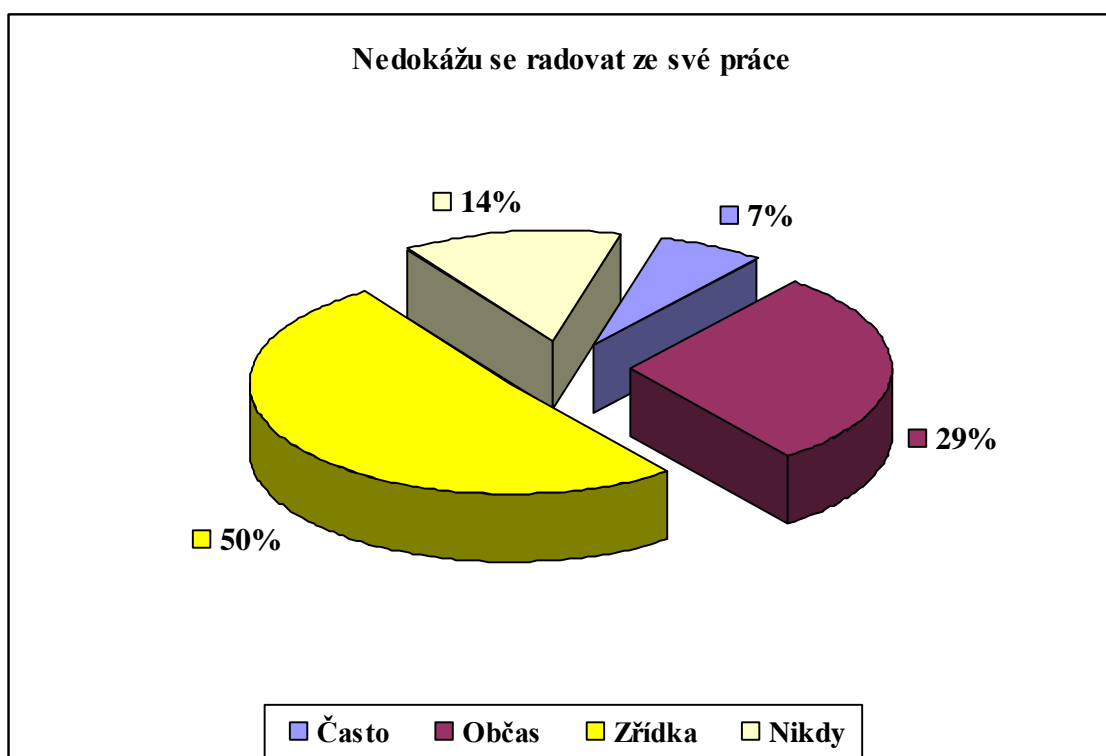


Tabulka a graf č. 11 prezentují skutečnost, že 60 % respondentů se cítí občas unaveně, 27 % často, 10 % se cítí unaveně zřídka, 3 % odpověděla nikdy. Únavu vždy necítí žádný respondent.

**Tabulka č. 12:** Nedokážu se radovat ze své práce

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	7	8
Občas	29	34
Zřídka	50	60
Nikdy	14	16

**Graf č. 12**

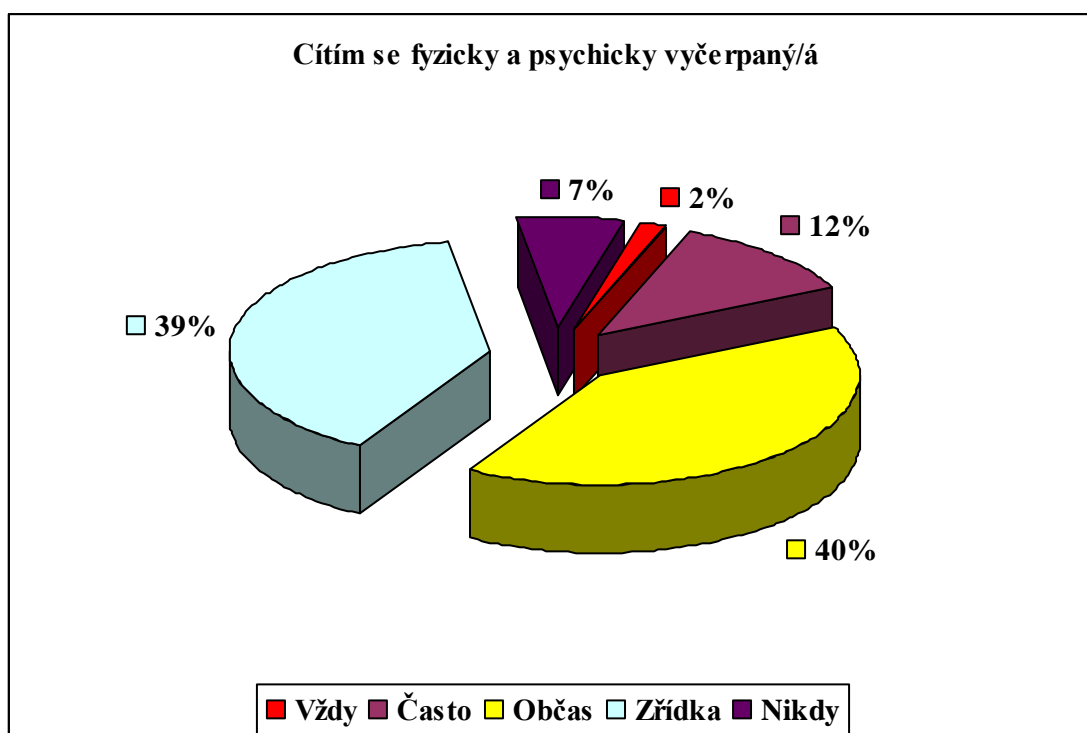


Na tuto otázku respondenti reagovali pozitivními hodnoceními, pouze 29 % účastníků se nedokáže radovat ze své práce občas, často 7 %, zbylých 64 % uvedlo zřídka a nikdy.

**Tabulka č. 13:** Cítím se fyzicky a psychicky vyčerpaný/á

	%	Počet osob
<b>Vždy</b>	2	2
<b>Často</b>	12	14
<b>Občas</b>	40	48
<b>Zřídka</b>	39	46
<b>Nikdy</b>	7	8

**Graf č. 13**

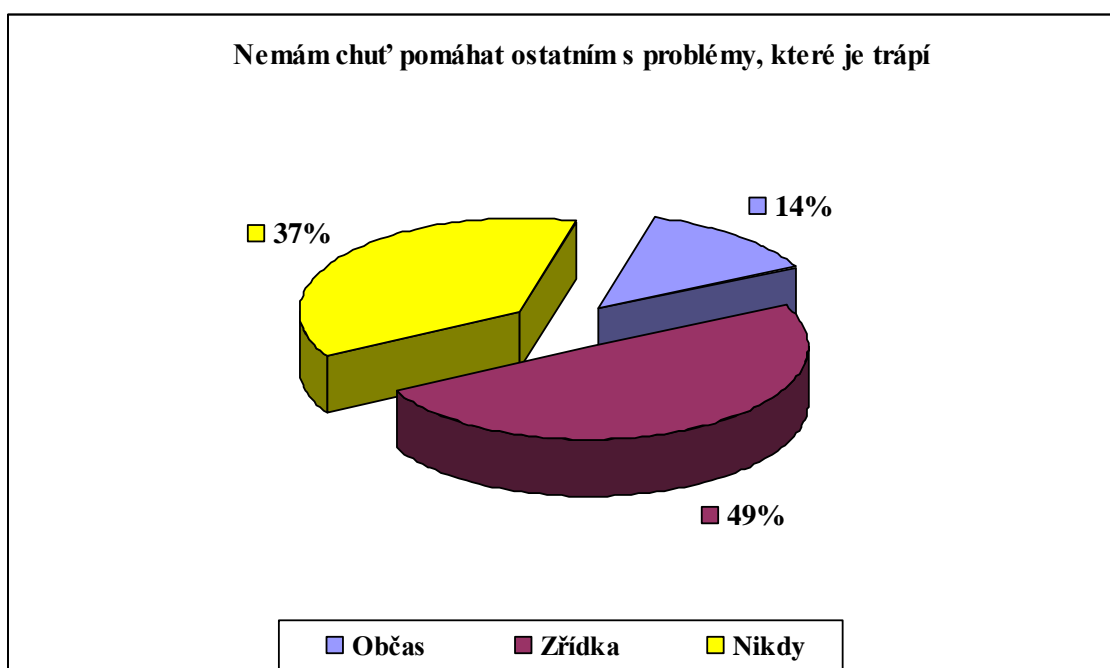


Tabulka a graf č. 3 demonstrují, zda se respondenti cítí fyzicky a psychicky vyčerpaní. 12 % uvedlo často, 40 % občas, 39 % zřídka, Nikdy 7 % a vždy 2 %.

**Tabulka č. 14:** Nemám chuť pomáhat ostatním s problémy, které je trápí

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	0	0
Občas	14	16
Zřídka	49	58
Nikdy	37	44

**Graf č. 14**

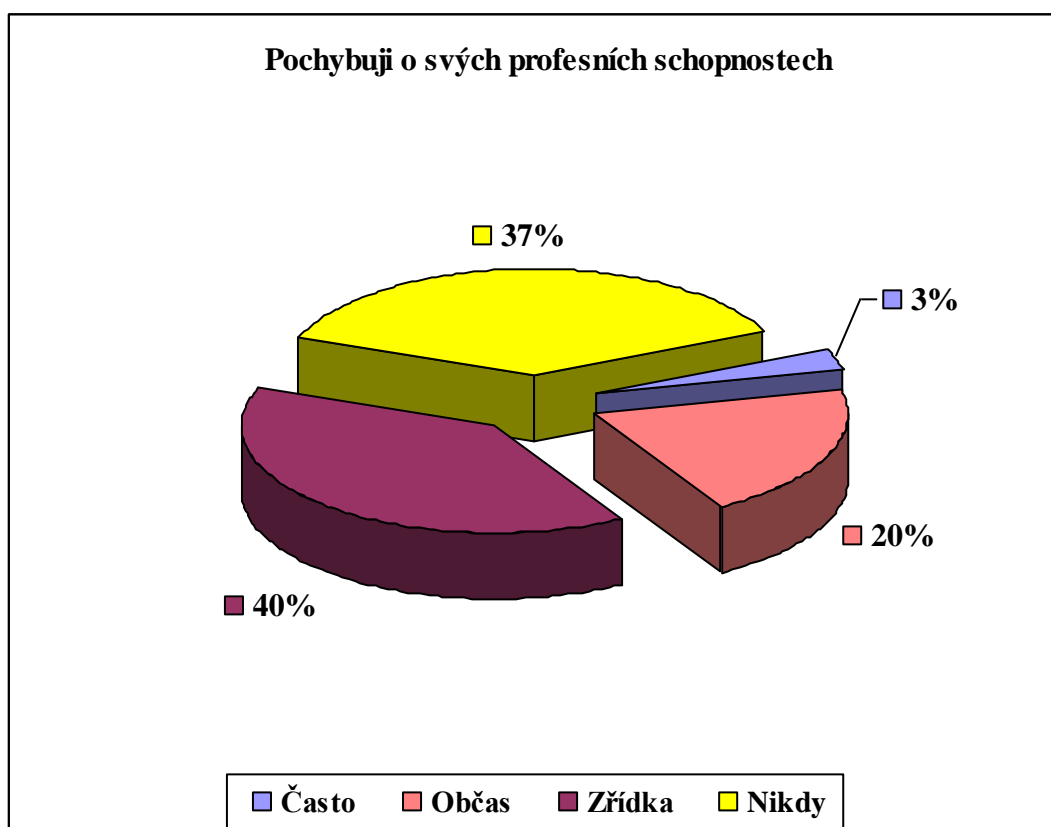


Z průzkumu vyplynulo, že 49 % respondentů zřídka nemá chuť pomáhat ostatním, 37 % nikdy, pouze 14 % uvedlo občas. To dokazuje dobrou týmovou spolupráci.

**Tabulka č. 15:** Pochybují o svých profesních schopnostech

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	3	4
Občas	20	24
Zřídka	40	46
Nikdy	37	44

**Graf č. 15**

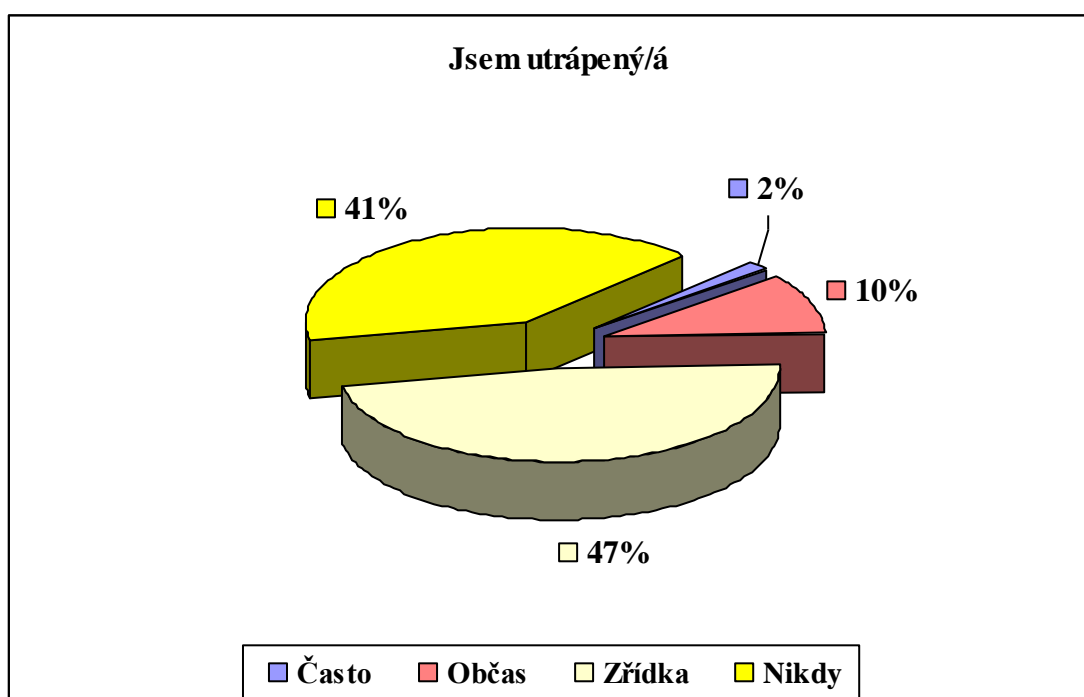


Zajímalo nás, zda respondenti pochybují o svých profesních schopnostech. 39 % uvedlo zřídka a 37 % nikdy. Občas pochybuje 20 % a často 3 %. Vždy, neodpověděl žádný respondent. Je potěšující, že více jak 75 % respondentů je přesvědčeno a jsou si jisti svými profesními schopnostmi.

Tabulka č. 16: Jsem utrápený/ á

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	2	2
Občas	10	12
Zřídka	47	56
Nikdy	41	48

Graf č. 16



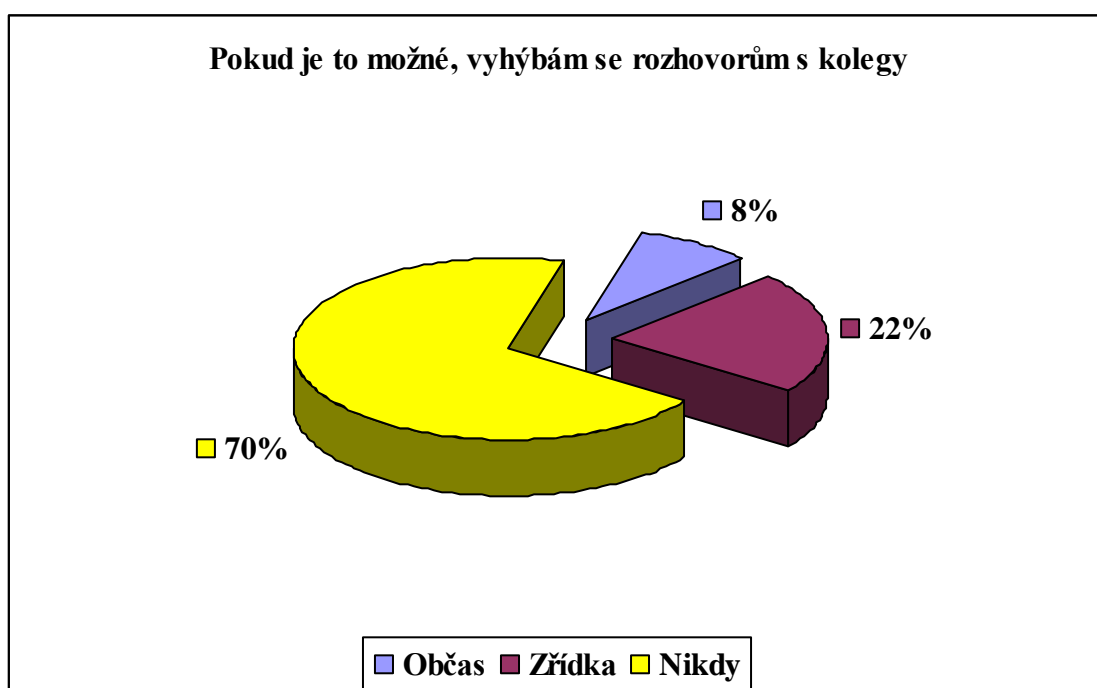
Tabulka a graf č. 6 znázorňují, zda se respondenti cítí utrápeně. 2 % často, 10 % občas, zřídka 47 %, 41 % uvádí nikdy.



**Tabulka č. 17:** Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s kolegy

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	0	0
Občas	8	10
Zřídka	22	26
Nikdy	70	82

**Graf č. 17**

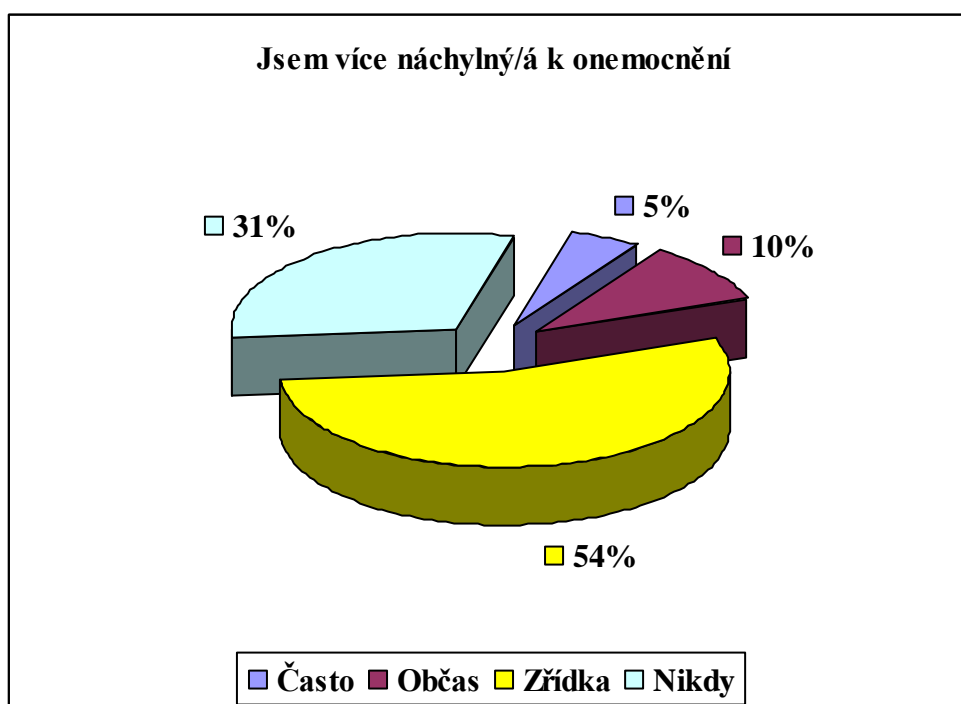


Zde je prezentována skutečnost, kdy respondenti odpovídají na otázku, vyhýbání se rozhovorům s kolegy, 70 % uvedlo nikdy, 22 % zřídka, občas 8 %. Většina respondentů je schopna týmové kooperace.

**Tabulka č. 18:** Jsem více náchylný/á k onemocnění

	%	Počet osob
<b>Vždy</b>	0	0
<b>Často</b>	5	6
<b>Občas</b>	10	12
<b>Zřídka</b>	54	64
<b>Nikdy</b>	31	36

**Graf č. 18**

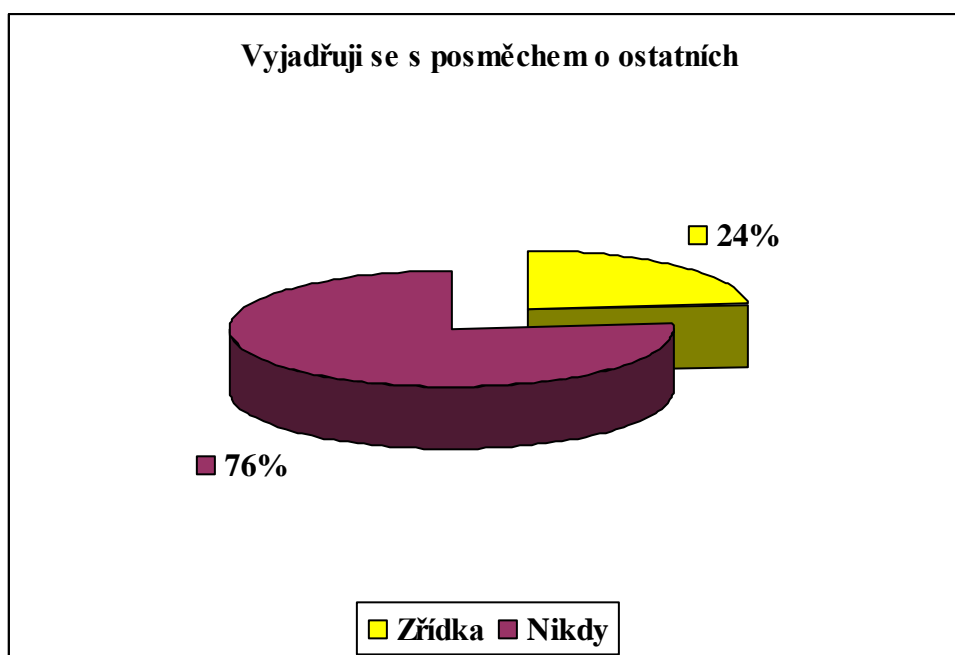


Pouze 5 % respondentů uvedlo, že jsou často náchylní k onemocnění, 10 % občas, ostatními účastníky bylo uvedeno zřídka a nikdy.

**Tabulka č. 19:** Vyjadřuji se s posměchem o ostatních

	<b>%</b>	<b>Počet osob</b>
<b>Vždy</b>	0	0
<b>Často</b>	0	0
<b>Občas</b>	0	0
<b>Zřídka</b>	24	28
<b>Nikdy</b>	76	90

**Graf č. 19**

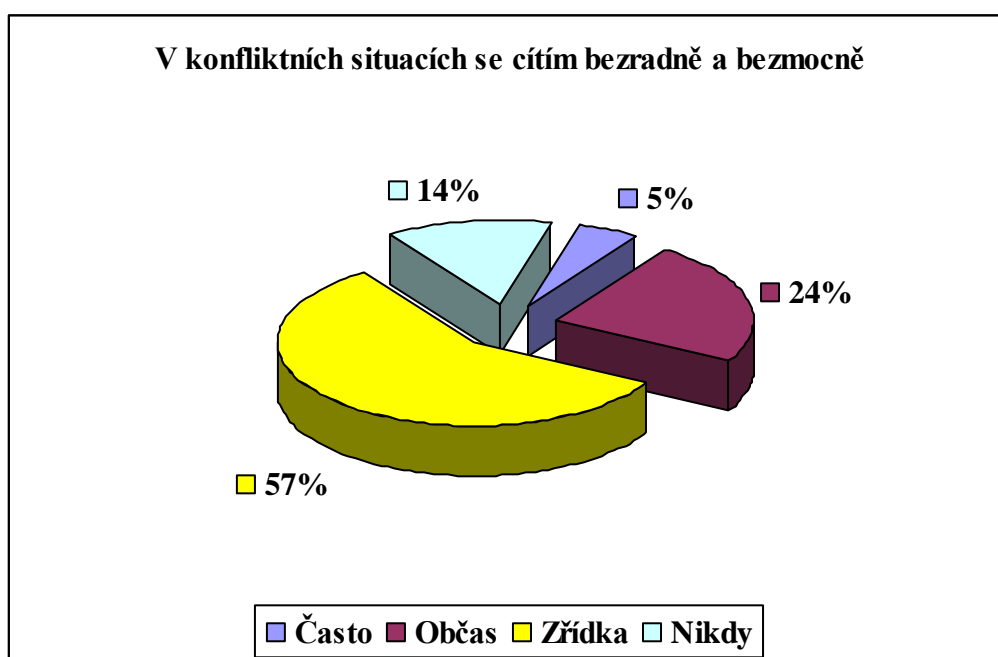


Z této otázky vyplynulo, že 76 % respondentů nikdy nemluví s posměchem o ostatních v týmu, 24 % zřídka.

**Tabulka č. 20:** V konfliktních situacích se cítím bezradně a bezmocně

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	5	6
Občas	24	28
Zřídka	57	68
Nikdy	14	16

**Graf č. 20**

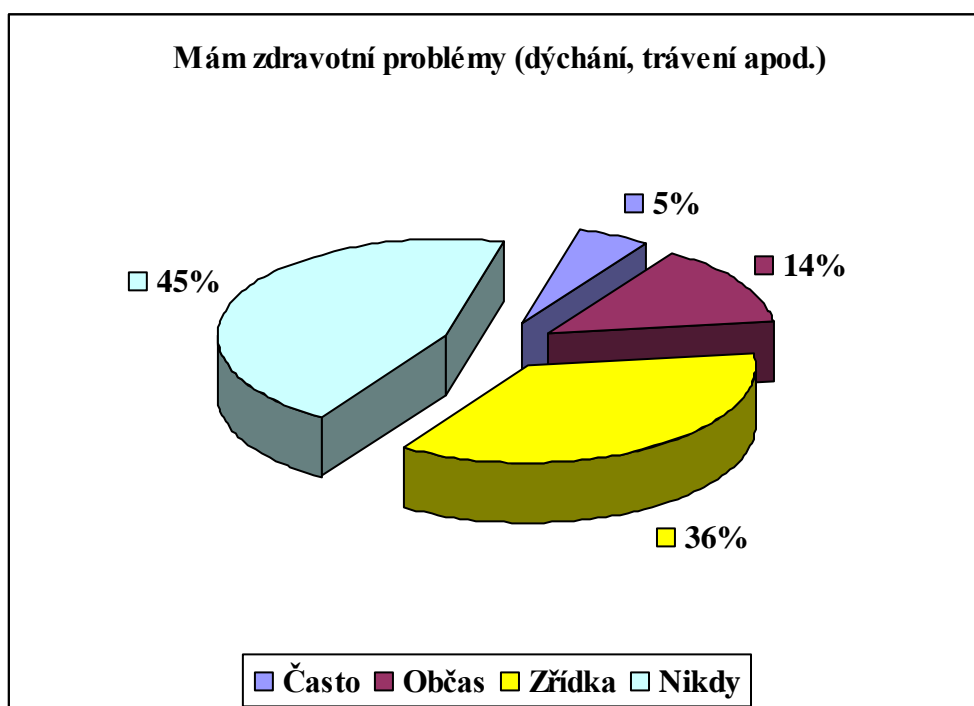


Tabulka a graf č. 10 znázorňují odpověď na otázku, jak se cítí respondenti v konfliktních situacích na pracovišti. 5 % uvedlo často, 24 % občas, zřídka 57 %, nikdy se bezradně a bezmocně necítí 14 % respondentů.

**Tabulka č. 21:** Mám zdravotní problémy

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	5	6
Občas	14	16
Zřídka	36	42
Nikdy	45	54

**Graf č. 21**

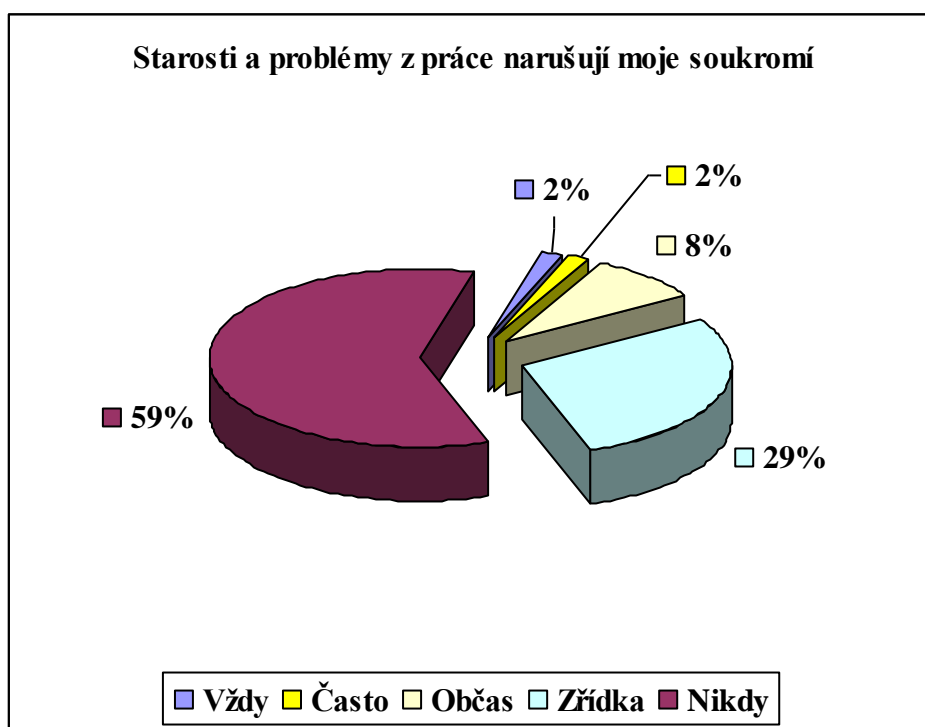


Pouze 5 % respondentů odpovědělo na tuto otázku často a 14 % občas. Z toho vyplývá, že práce v oblasti ICU nevede k vyššímu výskytu zdravotních problémů.

**Tabulka č. 22:** Starosti a problémy z práce narušují moje soukromí

	%	Počet osob
Vždy	2	2
Často	2	2
Občas	8	10
Zřídka	29	34
Nikdy	59	70

**Graf č. 22**

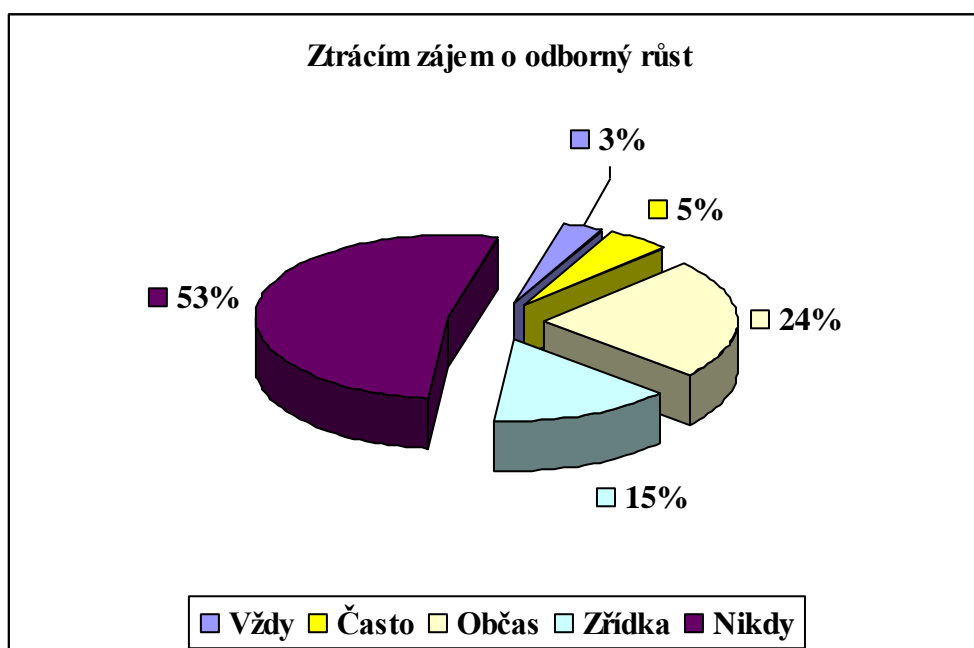


Starosti a problémy z práce narušují soukromí vždy a často pouze u 2 % respondentů, 8 % uvedlo občas. Zřídka uvedlo 29 %, 59 % nikdy. Z toho vyplývá, že většinu respondentů pracovní problémy v soukromí nezatěžují.

**Tabulka č. 23: Ztrácím zájem o odborný růst**

	%	Počet osob
Vždy	3	4
Často	5	6
Občas	24	28
Zřídka	15	18
Nikdy	53	62

**Graf č. 23**

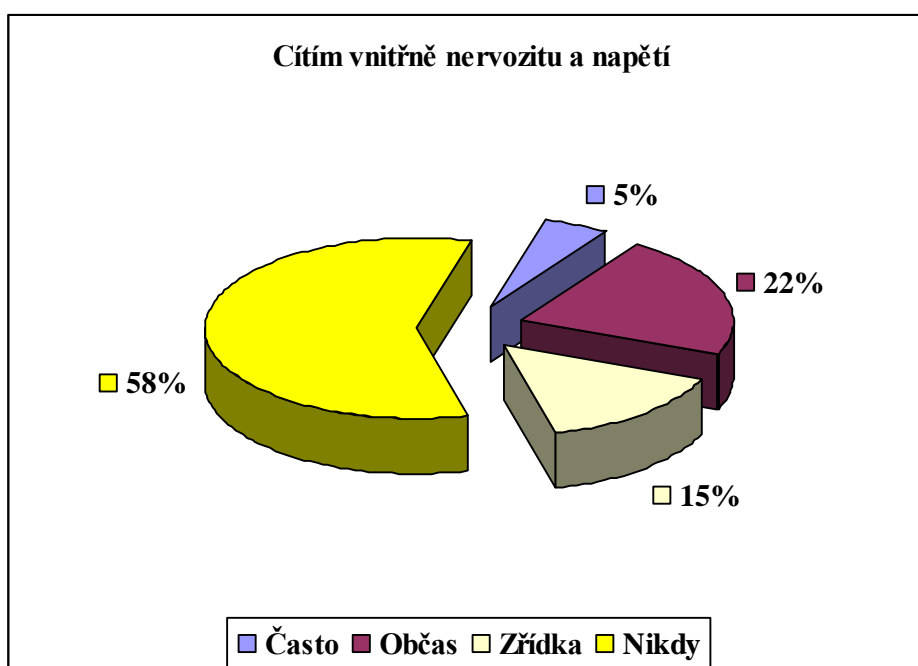


Na otázku č. 13 odpovědělo 53 % respondentů nikdy, 15 % zřídka, 24 % občas. Často ztrácí zájem o odborný růst 5 % respondentů a vždy 3 %.

**Tabulka č. 24:** Cítím vnitřně nervozitu a napětí

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	5	6
Občas	22	26
Zřídka	15	18
Nikdy	58	68

**Graf č. 24**



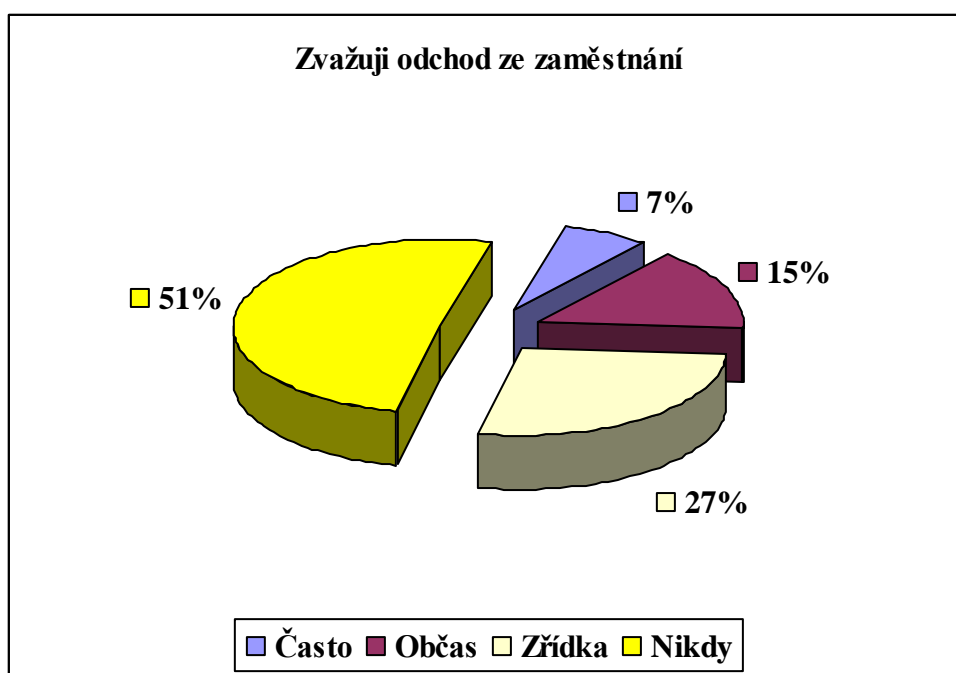
Tato otázka zjišťovala míru nervozity a napětí u respondentů. Často uvedlo 5 % respondentů, občas 22 %, 15 % zřídka a nikdy 58 %. Více jak polovina vnitřně nepocítuje nervozitu a napětí.



**Tabulka č. 25: Zvažují odchod ze zaměstnání**

	<b>%</b>	<b>Počet osob</b>
<b>Vždy</b>	0	0
<b>Často</b>	7	8
<b>Občas</b>	15	18
<b>Zřídka</b>	27	32
<b>Nikdy</b>	51	60

**Graf č. 25**

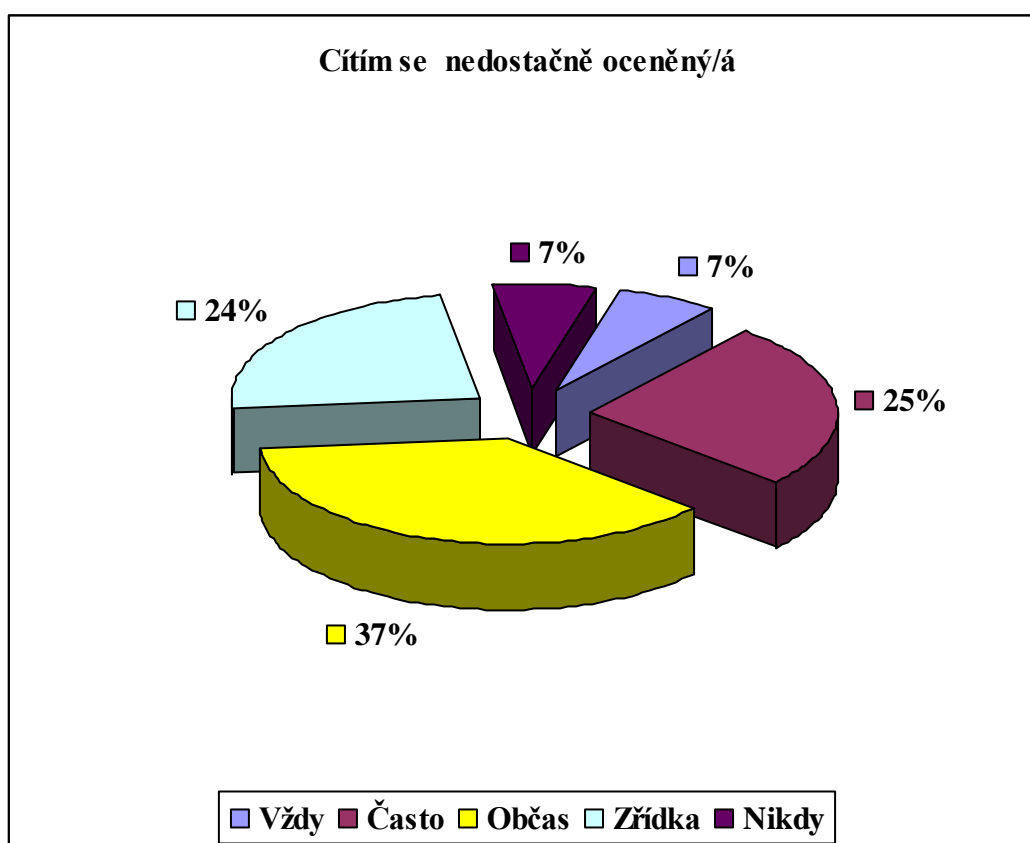


Pouze 7 % respondentů často zvažuje odchod ze zaměstnání, občas uvedlo 15 % respondentů. Ostatní jsou se zaměstnáním spokojeni.

**Tabulka č. 26:** Cítím se nedostatečně oceněný/á

	%	Počet osob
Vždy	7	8
Často	25	30
Občas	37	44
Zřídka	24	28
Nikdy	7	8

**Graf č. 26**

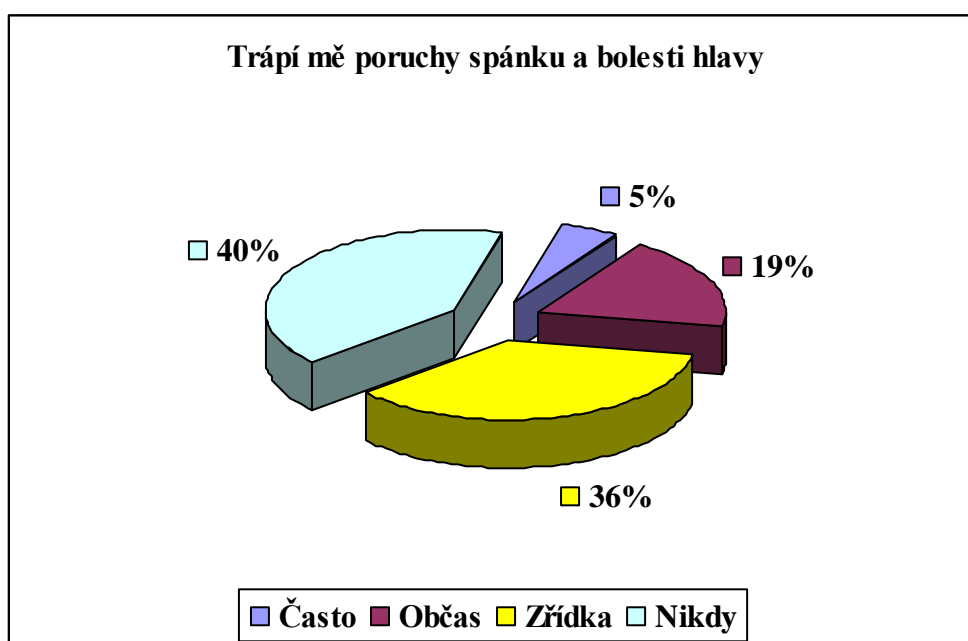


32 % respondentů je spokojeno s oceněním práce vždy a často, 37 % občas, zřídka 24 % a není spokojeno nikdy 7 %. Tato skutečnost bohužel odráží nedostatečné ohodnocení zdravotnického personálu.

**Tabulka č. 27:** Trápí mě poruchy spánku a bolesti hlavy

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	5	6
Občas	19	22
Zřídka	36	42
Nikdy	40	48

**Graf č. 27**

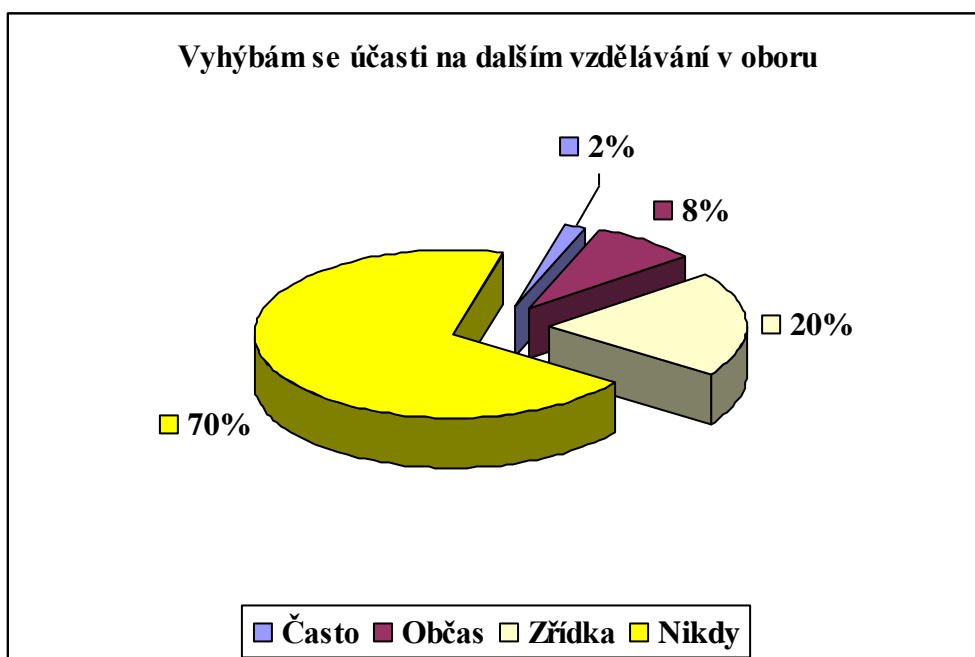


V tabulce a grafu č. 17 je uvedeno, zda respondenti trpí více poruchami spánku a bolestmi hlavy vzhledem k náročnosti profese. Často 5 %, občas 19 %, zřídka uvedlo 36 %, 40 % je bez obtíží.

**Tabulka č. 28:** Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání v oboru

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	2	2
Občas	8	10
Zřídka	20	24
Nikdy	70	82

**Graf č. 28**

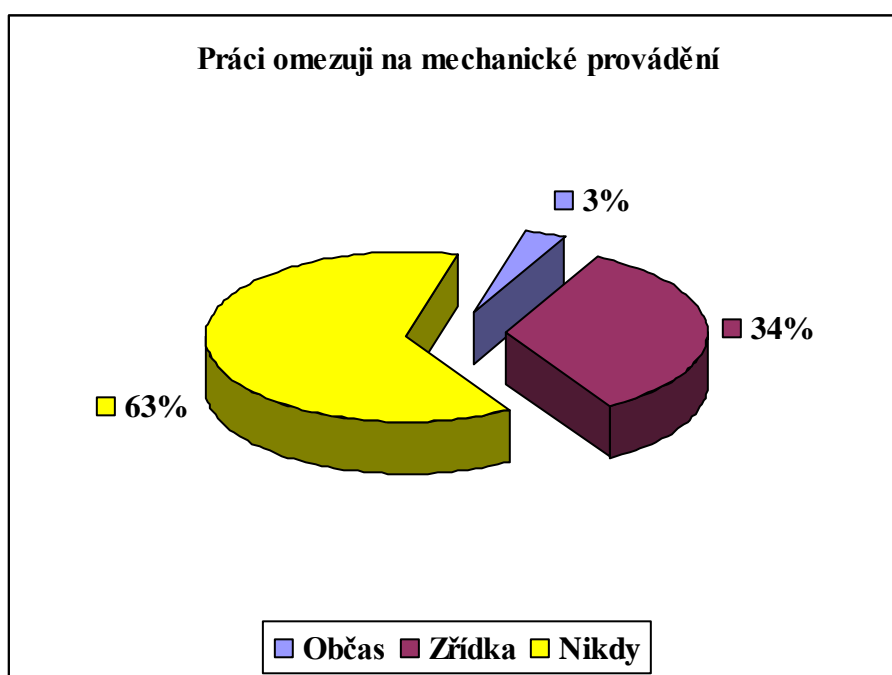


Často nemají potřebu se vzdělávat 2 % respondentů, 70 % se vzdělávat chce a nevyhýbá se vzdělávacím akcím. Ve zdravotnictví je další vzdělávání pracovníků velmi důležité z hlediska rozvoje a pokroku v této oblasti.

**Tabulka č. 29:** Práci omezují na mechanické provádění

	<b>%</b>	<b>Počet osob</b>
<b>Vždy</b>	0	0
<b>Často</b>	0	0
<b>Občas</b>	3	4
<b>Zřídka</b>	34	40
<b>Nikdy</b>	63	74

**Graf č. 29**

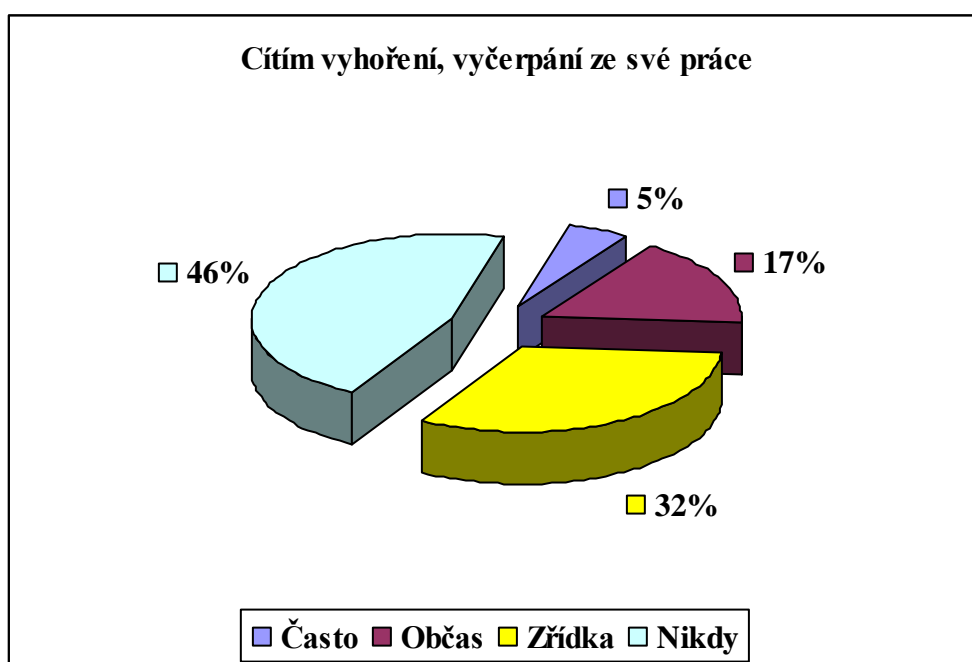


3 % respondentů pracují občas mechanicky, zřídka 34 %, nikdy uvedlo 63 % respondentů. Tuto skutečnost znázorňuje tabulka a graf č. 19.

**Tabulka č. 30:** Cítím vyhoření, vyčerpání ze své práce

	%	Počet osob
Vždy	0	0
Často	5	6
Občas	17	20
Zřídka	32	38
Nikdy	46	54

**Graf č. 30**



Zde respondenti uvádějí, zda se cítí vyhoření a vyčerpání ze své práce. 5 % často, 17 % občas, zřídka 32 %, 46 % nikdy. Z toho vyplývá, že většina zaměstnanců není ohrožena syndromem vyhoření.

## 4. 6 Interpretace výsledků průzkumu

### Vyhodnocení hypotéz

**Hypotéza č. 1** předpokládala rizikovost profesního zaměření u pracovníků v oblasti ICU z důvodu výskytu syndromu vyhoření. Důkazem pro potvrzení hypotézy jsou výsledky plynoucí z tabulky a grafu č. 7, kde respondenti uvádějí z 83 % svoji práci za fyzicky a psychicky náročnou, 12 % za velmi namáhavou a náročnou. Dále otázka č. 13, kdy se respondenti cítí fyzicky a psychicky vyčerpaní, 12 % uvedlo často, 40 % občas. Do této oblasti patří i otázka č. 30, kdy 17 % respondentů se cítí vyhoření a vyčerpaní ze své práce občas, často uvádí 5 % respondentů. Z výše uvedeného vyplývá, že náročnost profese v oblasti ICU je rizikovou pro výskyt syndromu vyhoření a to z důvodu fyzické a psychické náročnosti. **Hypotéza se potvrdila.**

**Hypotéza č. 2** předpokládala výskyt nejčastějších faktorů vzniku syndromu vyhoření v oblasti ICU a to fyzickou a psychickou náročnost profese, ošetřování těžce nemocných a komunikace s nimi, spolupráci a vztahy s nadřízenými na pracovišti. Důkazem plynoucím z otázky č. 10, kdy zjišťujeme u respondentů, jaké nejčastější příčiny vyvolávají stres v jejich profesi, bylo odpovězeno v 56 % fyzická a psychická náročnost profese, obtížná komunikace s nemocnými v 34 %, spolupráce a vztahy na pracovišti s nadřízenými (při detailním průzkumu zejména s lékaři) odpovědělo 36 % respondentů. Únavu cítilo v odpovědi na otázku č. 11, 27 % respondentů často, 60 % občas. **Hypotéza se potvrdila.**

Z dotazníkového šetření nám vyplynula následující fakta:

- Profesní zaměření respondentů v oblasti ICU je rizikové pro výskyt syndromu vyhoření,
- Tato profese je respondenty označována za fyzicky a psychicky náročnou,
- Respondenti označují jako hlavní příčiny vzniku syndromu vyhoření fyzickou a psychickou náročnost profese, obtížnou komunikaci s nemocnými, péči o těžce nemocné, spolupráci a vztahy s nadřízenými na pracovišti.

Je potřebné mít na paměti, jak závažné problémy výskyt syndromu vyhoření v oblasti ICU přináší pro samotné postižené i jejich okolí. Bylo by vhodné, aby zdravotníci byli více seznamováni s touto problematikou, aby byli schopni reagovat a měli představu, s čím se konkrétně potýkají. Z průzkumu vyplynulo, že většina

respondentů se necítí vyhoření a vyčerpání ze své práce. Respondenty neohrožují jen tyto výše uvedené faktory, které mohou vést k výskytu syndromu vyhoření, ale často také únava, nedostatek času, nedostatečné ocenění vykonané práce. Jak bylo uvedeno, výskyt syndromu vyhoření není jen ve zdravotnictví a zejména v oblasti ICU, ale i mimo zdravotnická zařízení (ale i tam) je často opomíjen.

#### **4. 7 Dílčí závěry**

Součástí bakalářské práce na téma „**Problematika syndromu vyhoření v oblasti ICU**“, je průzkum, jehož cílem bylo zjištění rizikovosti profesního zaměření u pracovníků v oblasti ICU z důvodu výskytu syndromu vyhoření, a zjištění, zda fyzická a psychická náročnost této profese jsou hlavním spouštěcím mechanismem vedoucím ke vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti ICU. Na základě předem definovaného cíle průzkumu byly stanoveny hypotézy, které sloužily jako podklad pro zpracování otázek dotazníku, který je podstatou praktické části bakalářské práce.

Průzkumný soubor byl vytvořen respondenty obojího pohlaví (tj. muži a ženy) bez ohledu na jejich věk. Soubor se skládal ze 106 žen a 12 mužů, ve věkové kategorii 22-56 let. Dotazník obsahoval 30 otázek týkajících se problémů a příčin vedoucích k jádru problematiky, jehož úkolem bylo splnění předem vytyčených cílů průzkumu a potvrzení či vyvracení hypotéz. Dotazník byl poskytnut respondentům v písemné podobě v celkovém počtu 150 výtisků. Data získaná z vyplněných dotazníků byla následně zpracována a analyzována. V programu MS Excel byly vytvořeny názorné tabulky a grafy, které jsou výstupem průzkumu. Z celkového počtu poskytnutých dotazníků k vyplnění, byla jejich návratnost 79 % (118 respondentů).

Svoji profesi považuje za fyzicky a psychicky náročnou 56 % respondentů, přetížení cítí občas 85 % dotázaných. V časové tísně se cítí 64 % respondentů, ale i přesto 68 % respondentů tato profese uspokojuje. Hlavními příčinami vyvolávajícími stres jsou respondenty označovány fyzická a psychická náročnost profese, ošetřování těžce nemocných klientů v 19 % a komunikace s nimi v 34 %, spolupráce a vztahy s nadřízenými na pracovišti v 36 %. Respondenti se cítí často unavení, uvádí 27 %,



nedostatečně ocenění, 25 % často a 7 % vždy. Vyhoření a vyčerpání ze své práce se cítí pouze 5 % respondentů, ale i to je alarmující signál.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem průzkumu bakalářské práce bylo zjištění rizikovosti profesního zaměření u pracovníků v oblasti ICU z důvodu výskytu syndromu vyhoření a zjištění, zda fyzická a psychická náročnost této profese je hlavním spouštěcím mechanismem vedoucí k výskytu syndromu vyhoření. Z realizovaného průzkumu vyplývá, že výskyt syndromu vyhoření v profesní oblasti ICU je značný a to zejména na podkladě fyzické a psychické náročnosti této profese. Významnými faktory jsou respondenty označovány ošetřování těžce nemocných, obtížná komunikace s nemocnými, komunikace s nadřízenými na pracovišti, časová tíseň, únava a nedostatečné ocenění vykonané práce. Přesto respondenti neztrácí zájem o obor, odborný růst, nevyhýbají se účasti na dalším vzdělávání a nezvažují odchod z této profese.

## SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80 – 7013 – 439 – 9.

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1197 – 4.

BOHUŠ, O., a kol. *Anesteziologie, resuscitologie a intenzivna starostlivost'*. Martin: Osveta, 1992. ISBN 80 – 217 – 0436 – 5.

BROCKERT, S. *Ovládání stresu*. Praha: Melantrich, 1993. ISBN 80 – 7023 – 159 – 9.

CUNGI, CH. *Jak zvládat stres*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80 – 7178 – 465 – 6.

ČERNÝ, V. *Jak překonat stres*. Praha: Computer Press, 1999. ISBN 80 – 7226 – 260 – 2.

FRIEDEL, J., KUHLINGER – PETERS, G. *Jak úspěšně zvládnout tlak a stres v práci*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1517 – 1.

HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha: Tercie, 1996. ISBN 80 – 901549 – 0 – 5.

HAWKINS, P., SHONET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80 – 7178 – 715 – 9.

HENDL, J. *Překlad statistických metod a zpracování dat*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80 – 7367 – 123 – 9.

HOŠEK, V. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80 – 7184 – 889 – 1.

JEKLOVÁ, M., REYTMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80 – 86991 – 74 – 1.

KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978 – 80 – 247 – 1830 – 9.

KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978 – 80 – 7367 – 299 – 7.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80 – 7178 – 318 – 8.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80 – 7169 – 551 – 3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Publishing, 1994. ISBN 80 – 7169 – 121 – 6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978 – 80 – 247 – 3149 – 0.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví*. Olomouc, 2008. ISBN 978 – 80 – 244 – 1877 – 3.
- MATOUŠEK, O., a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80 – 7178 – 548 – 2.
- MYRON D. RUSH. *Syndrom vyhoření*. Praha: Victor Books, 2004. ISBN 80 – 7255 – 074 – 8.
- PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80 – 247 – 0068 – 9.
- SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80 – 7178 – 312 – 9.
- SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80 – 7367 – 369 – 7.
- STAŇKOVÁ, M. *Sestra – reprezentant profese*. Brno: IDVPZ, 2002. ISBN 80 – 7013 – 368 – 6.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80 – 247 – 1262 – 8.

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

### Seznam tabulek

Tab. 1 Pohlaví respondentů .....	41
Tab. 2 Věk respondentů .....	42
Tab. 3 Délka praxe v oboru .....	42
Tab. 4 Dosažené vzdělání .....	43
Tab. 5 Jste spokojený/ á s hodnocením a oceněním své práce .....	44
Tab. 6 Vaše práce Vás: .....	45
Tab. 7 Svoje zaměstnání považujete za: .....	46
Tab. 8 Jak často se cítíte přetížení .....	47
Tab. 9 Trpíte nedostatkem času .....	48
Tab. 10 Co ve Vašem případě vyvolává největší stres .....	49
Tab. 11 Cítím se unavený/ á .....	51
Tab. 12 Nedokážu se radovat ze své práce .....	52
Tab. 13 Cítím se fyzicky a psychicky vyčerpaný/ á .....	53
Tab. 14 Nemám chuť pomáhat ostatním s problémy, které je trápí .....	54
Tab. 15 Pochybuji o svých profesních schopnostech .....	55
Tab. 16 Jsem utrápený/ á .....	56
Tab. 17 Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s kolegy .....	57
Tab. 18 Jsem více náchylný/ á k onemocnění.....	58
Tab. 19 Vyjadřuji se s posměchem o ostatních.....	59
Tab. 20 V konfliktních situacích se cítím bezradně a bezmocně.....	60
Tab. 21 Mám zdravotní problémy .....	61
Tab. 22 Starosti a problémy z práce narušují moje soukromí .....	62
Tab. 23 Ztrácím zájem o odborný růst.....	63
Tab. 24 Cítím vnitřní nervozitu a napětí.....	64
Tab. 25 Zvažuji odchod ze zaměstnání.....	65
Tab. 26 Cítím se nedostatečně oceněný/ á .....	66
Tab. 27 Trápí mě poruchy spánku a bolesti hlavy .....	67
Tab. 28 Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání v oboru.....	68
Tab. 29 Práci omezují na mechanické provádění .....	69

Tab. 30 Cítím vyhoření, vyčerpání ze své práce.....	70
---	----

### **Seznam grafů**

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	41
Graf č. 2 Věk respondentů .....	42
Graf č. 3 Délka praxe v oboru.....	43
Graf č. 4 Dosažené vzdělání .....	44
Graf č. 5 Jste spokojený/ á s hodnocením a oceněním své práce .....	45
Graf č. 6 Vaše práce Vás: .....	46
Graf č. 7 Svoje zaměstnání považujete za: .....	47
Graf č. 8 Jak často se cítíte přetížení .....	48
Graf č. 9 Trpíte nedostatkem času? .....	49
Graf č. 10 Co ve Vašem případě vyvolává největší stres?.....	50
Graf č. 11 Cítím se unavený/ á .....	51
Graf č. 12 Nedokážu se radovat ze své práce .....	52
Graf č. 13 Cítím se fyzicky a psychicky vyčerpaný/ á .....	53
Graf č. 14 Nemám chuť pomáhat ostatním s problémy, které je trápí.....	54
Graf č. 15 Pochybuji, o svých profesních schopnostech .....	55
Graf č. 16 Jsem utrápený/ á .....	56
Graf č. 17 Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s kolegy .....	57
Graf č. 18 Jsem více náchylný/ á k onemocnění.....	58
Graf č. 19 Vyjadřuji se s posměchem o ostatních.....	59
Graf č. 20 V konfliktních situacích se cítím bezradně a bezmocně.....	60
Graf č. 21 Mám zdravotní problémy .....	61
Graf č. 22 Starosti a problémy z práce narušují moje soukromí.....	62
Graf č. 23 Ztrácím zájem o odborný růst.....	63
Graf č. 24 Cítím vnitřně nervozitu a napětí .....	64
Graf č. 25 Zvažuji odchod ze zaměstnání.....	65
Graf č. 26 Cítím se nedostatečně oceněný/ á .....	66
Graf č. 27 Trápí mě poruchy spánku a bolesti hlavy .....	67
Graf č. 28 Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání v oboru.....	68
Graf č. 29 Práci omezují na mechanické provádění .....	69

Graf č. 30 Cítím vyhoření, vyčerpání ze své práce..... 70

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha A** – Vlastní dotazník..... I

**Příloha B** – Dotazník ke zjištění míry přítomnosti syndromu vyhoření u dotazovaných pracovníků ICU..... IV

## **Příloha A**

### **Dotazník**

Vážení respondenti,  
jsem studentkou 3. ročníku bakalářského programu, obor Management a řízení lidských zdrojů na Univerzitě J. A. Komenského v Praze. Pracuji na bakalářské práci s názvem Problematika syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti intenzivní a resuscitační péče (ICU).

Tímto Vás prosím o vyplnění níže uvedeného dotazníku. Šetření je zcela anonymní a slouží pouze pro účely mé bakalářské práce. Vybrané odpovědi zakroužkujte, případně dopište odpověď na otázku.

Děkuji za spolupráci a Vaše upřímné odpovědi.

Zdeňka Stupková

1. Pohlaví:

- Muž
- Žena

2. Věk .....

3. Délka praxe v oboru .....

4. Dosažené vzdělání:

- SZŠ
- Pomaturitní specializační studium (ARIP, apod.)
- Vyšší odborné vzdělání
- Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.)

5. Jste spokojený/á s hodnocením a oceněním své práce?



- Dostatečně
- Přiměřeně
- Nedostatečně

6. Vaše práce Vás:

- Uspokojuje
- Částečně uspokojuje
- Neuspokojuje

7. Svoje zaměstnání považujete za:

- Klidné, bez větší zátěže
- Fyzicky i psychicky náročné
- Velmi namáhavé a náročné

8. Jak často se cítíte přetížení?

- Stále
- Občas
- Nikdy

9. Trpíte nedostatkem času?

- Ano
- Někdy
- Ne, nikdy

10. Co ve Vašem případě vyvolává největší stres? (zaškrtněte 2 a více možností)

- Fyzická a psychická náročnost práce
- Ošetřování těžce nemocných klientů
- Pacienti trpící bolestí
- Značná zodpovědnost z Vaší strany
- Obtížná komunikace s nemocným klientem
- Nedostatek vhodných pomůcek a přístrojů pro nemocné klienty

- Spolupráce a vztahy s nadřízenými na pracovišti
- Nedostatek času při péči o klienty

## Příloha B

### Dotazník ke zjištění míry přítomnosti syndromu vyhoření u dotazovaných pracovníků ICU

	vždy	často	občas	zřídka	nikdy
11. Cítím se unavený/ á					
12. Nedokážu se radovat ze své práce					
13. Cítím se fyzicky a psychicky vyčerpaný/ á					
14. Nemám chuť pomáhat ostatním, s problémy, které je trápí					
15. Pochybuji o svých profesních schopnostech					
16. Jsem utrápený/ á					
17. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s kolegy					
18. Jsem více náchylný/ á k onemocnění					
19. Vyjadřuji se s posměchem o ostatních					
20. V konfliktních situacích se cítím bezradně a bezmocně					
21. Mám zdravotní problémy (dýchání, trávení apod.)					
22. Starosti a problémy z práce narušují moje soukromí					
23. Ztrácím zájem o odborný růst					
24. Cítím vnitřně nervozitu a napětí					
25. Zvažuji odchod ze zaměstnání					
26. Cítím se nedostatečně oceněný/ á					
27. Trápí mě poruchy spánku a bolesti hlavy					
28. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání v oboru					
29. Práci omezují na mechanické provádění					
30. Cítím vyhoření, vyčerpání, ze své práce					

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Zdeňka Stupková

**Obor:** Manažerská studia – řízení lidských zdrojů

**Forma studia:** Kombinovaná

**Název práce:** Problematika syndromu vyhoření u pracovníků v oblasti intenzivní a resuscitační péče

**Rok:** 2012

**Počet stran:** 66

**Celkový počet stran příloh:** 4

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 26

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 0

**Vedoucí práce:** Mgr. Libuše Kohlíčková