

Syndrom vyhoření u všeobecných sester

Aneta Kulíšková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlín
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Aneta Kulišková
Osobní číslo: H21370
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Syndrom vyhoření u všeobecných sester

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti specifík syndromu vyhoření u všeobecných sester.

Příprava metodiky přehledové studie.

Formulace kritérií pro výběr dokumentů k přehledové studii.

Realizace rešerše dokumentů k cíli přehledové studie.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků přehledové studie, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- SEBALO VŘÍUKOVÁ, M., I. SEBALO, T. BREČKA et al. Burnout Syndrome in the Czech Republic: The Decreasing Trend over the Years. *Front Public Health* [online], 2023, vol. 11. [cit. 2023-10-25]. ISSN 2296-2565.
- STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použítou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení §§ 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolnosti až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce „Syndrom vyhoření u všeobecných sester“ si klade za cíl zjistit prevalenci syndromu vyhoření v Evropě. Teoretická část se zabývá profesí všeobecné sestry a její náplní práce, věnuje se stresu, jeho příznakům, jednotlivým formám stresu, jeho zvládnání (copingu). Pozastavuje se také i nad konflikty na pracovišti a samotnou prevencí syndromu vyhoření. Dále se ve druhé části zabývá samotným syndromem vyhoření, jeho příčinami, projevy a léčbou. Třetí část bakalářské práce je zaměřena také na důležitost supervize ve zdravotnictví. Praktická část analyzuje prevalenci syndromu vyhoření na JIP a v paliativní péči ve vybraných zemích Evropy a tato data mezi sebou porovnává.

Klíčová slova: všeobecná sestra, stres, syndrom vyhoření, supervize, JIP, paliativní péče

ABSTRACT

The bachelor's thesis "Burnout syndrome in general nurses" aims to determine the prevalence of burnout syndrome in Europe. The theoretical part deals with the general nurse's profession and its job content, it is devoted to stress, its symptoms, individual forms of stress, its management (coping). It also focuses on workplace conflicts and the prevention of burnout syndrome itself. Furthermore, the second part deals with the burnout syndrome itself, its causes, manifestations and treatment. The third part of the bachelor thesis is also focused on the importance of supervision in healthcare. The practical part analyzes the prevalence of burnout syndrome in the ICU and in palliative care in selected European countries and compares these data with each other.

Keywords: general nurse, stress, burnout syndrome, supervision, ICU, palliative care

Poděkování

Chtěla bych vyjádřit hluboké poděkování mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Šalenové. Děkuji za její cenné rady, ochotu, trpělivost, vstřícnost a velmi milý a lidský přístup. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a nejbližším, kteří mě v průběhu studia na vysoké škole a při psaní bakalářské práce intenzivně podporovali. Poslední poděkování patří OpenAI.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

OBSAH	8
Úvod	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Všeobecná sestra	12
1.2 Náplň práce sestry	13
1.2 Stres	14
1.1.1 Příznaky stresového stavu.....	15
1.1.2. Zvládání stresu (coping).....	17
1.1.1.1 Konflikty na pracovišti	18
1.2 Prevence syndromu vyhoření	19
2 SYNDROM VYHOŘENÍ	22
2.1. Rizikové faktory a příčiny syndromu vyhoření	23
2.3 PŘÍZNAKY	25
2.3.2 Návykové látky jako možnost úniku před stresem	27
2.3.2.1 Vývoj jednotlivých fází syndromu.....	30
2.3.3 Léčba syndromu vyhoření.....	31
3 SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ	33
II. PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 PŘEHLEDOVÁ STUDIE – PREVALENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER na oddělení jednotky intenzivní péče a paliativní péče	36
4.2 Cíle a otázky systematické přehledové studie	36
4.3 Druhy přehledových studií	36
4.4 Sestavení souboru analyzované literatury	38
4.4.1 Kritéria vyhledávání.....	39
4.4.2 Popis rešerše a vyhledávací strategie	41
4.5 MASLACH BURNOUT INVENTORY	41
4.6 PALIATIVNÍ PÉČE	41
4.7 JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE	43
5 EVROPSKÉ ZEMĚ ZAŘAZENÉ DO VÝZKUMU	44
5.2 Analýza dat u sester pracujících na jednotce intenzivní péče a v paliativní péči	45
5.3 Výzkum u sester pracujících v paliativní péči	46
5.3.1 Itálie	46
5.3.2 Portugalsko.....	47
5.3.3 Španělsko	47
5.3.4 Rumunsko	48
5.3.5 Chorvatsko	49

5.3.6 Česká republika.....	49
6 VÝZKUM U SESTER NA JIP	51
6.1.1 Řecko	51
6.1.2 Itálie	52
6.1.3 Chorvatsko	53
6.1.4 Rumunsko	54
6.1.5 Polsko.....	54
6.1.6 Velká Británie	55
6.1.7 Rusko	56
7 TABULKY K POROVNÁNÍ DAT PREVALENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ	57
8 DISKUZE.....	60
8.2 VÝSTUP PRO PRAXI	61
8.3 LIMITY VÝZKUMU	62
9 ZÁVĚR.....	63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	71
SEZNAM OBRÁZKŮ	72
SEZNAM TABULEK.....	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Naše populace se ocitá ve vyspělé době. Díky nárůstu nových moderních technologií se učíme mnohým věcem rychleji, pracujeme efektivněji a osvojení těchto klíčových kompetencí je od nás v pracovním životě očekáváno. V důsledku toho je doba obzvláště uspěchaná a na jedince jsou kladeny čím dál větší nároky. To s sebou také přináší vyšší požadavky v zaměstnání, emocionální vypětí a stres, obzvláště v profesích, kdy jsou zaměstnanci ve vysokém měřítku v kontaktu s lidmi. Tento stav s sebou přináší i nedostatek času na přestávky během výkonu pracovní činnosti, minimální, někdy takřka žádný prostor na konzumování potravy, ale vyšší fyzickou a převážně psychickou zátěž. Tento stav může zapříčinit mnohé civilizační choroby, jako je vysoký krevní tlak, akutní infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, obezita, nádorová onemocnění, deprese či závislosti. Jak už jsme výše zmínili, v povoláních, která mají co dočinění s lidmi, může docházet k syndromu vyhoření, který je také řazen mezi novodobá civilizační onemocnění. Jedná se o stav organismu, kdy je takřka vyčerpán, a tak si naše tělo touto reakcí „říká“ o pomoc. V mnoha případech, kdy se zdravotnický pracovník necítí po delší dobu psychicky stabilní, ať už kvůli profesi či mimoprofesně, a jeho trvalý stav se nelepší, je pravděpodobné, že začne hledat únik od reality. Může se jednat např. o alkohol nebo různé typy návykových látek.

Neplánovanou inspirací pro tuto bakalářskou práci se pro mě stala odborná bloková praxe na dětském psychiatrickém oddělení ve Fakultní nemocnici v Brně. Tato praxe na mě měla po celou dobu velký emocionální dopad, kdy jsem se mnohdy nad vážnými problémy dětských pacientů rozplakala. Tudiž i sama, jako praktická sestra, rozumím, jak je obtížné zachovat profesionalitu a ubránit se vlně emocí.

Teoretická část se zabývá obecnou charakteristikou syndromu vyhoření, projevem tohoto syndromu, příčinami a samotnou léčbou. Ve druhé kapitole se zdůrazní důležitost supervize ve zdravotnických povoláních. Objasní se, co samotná supervize je a k čemu slouží.

Praktická část bakalářské práce se bude zabývat kvantitativním výzkumem. Za cíl jsme si stanovili zjistit prevalenci syndromu vyhoření na JIP a v Paliativní péči ve vybraných zemích Evropy. Tato data mezi sebou budeme porovnávat a klademe si za cíl zjistit, kde dochází k největší prevalenci syndromu vyhoření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VŠEOBECNÁ SESTRA

Všeobecná sestra je zdravotnickým pracovníkem, který má odbornou způsobilost k výkonu služeb ve zdravotním povolání dle §86 zákona č.96/2004 Sb. K výkonu zdravotnického povolání nebo povolání jiného odborného pracovníka na území ČR podle ust. §85b zákona č.96/2004 Sb. (Česko, 2004).

Sestra je nenahraditelným členem zdravotnického týmu. Mezi hlavní role všeobecné sestry patří poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči P/K v široké škále zdravotnických zařízení. Mezi ně patří především nemocnice, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, agentury domácí péče, ambulantní péči, rehabilitační centra, lázně apod.

Povolání sestry vyžaduje vysoce kvalifikovanou přípravu a profesionální výkon. Od sestry se předpokládá schopnost ovlivňovat prožívání a chování pacientů, zvládat fyzické nároky své profese a řešit další výzvy spojené s výkonem této profese (Kutnohorská, 2007, s. 40-41).

Mezi klíčové vlastnosti, které by všeobecná/praktická sestra měla splňovat, řadíme zodpovědnost, pečlivost, komunikativnost, organizaci práce, flexibilitu, rychlé rozhodování, empatii a psychickou odolnost. Kromě své osobnostní vizáže, která o samotné sestře mnohé vypoví, by měla brát zřetel i na péči o sebe sama. Sestra by se měla vhodně oblékat, býti upravená a na pracovišti se pohybovat v nepoškozené, nepokrčené, neušpiněné pracovní uniformě odpovídající její požadované velikosti. Vlasy by měla mít pevně sepnuty. Nehty by měla mít ostříhány. Neměla by nosit umělé nehty nebo jakýkoliv lak. Tato opatření slouží k zamezení rizika infekce.

Důvěryhodnost sester má významný dopad na vnímání ošetrovatelského povolání ve společnosti a ovlivňuje jeho prestiž. Je to také projev jejich vztahu k práci. Důvěryhodnost vyžaduje pravidelnou péči a úsilí. Mezi základní indikátory důvěryhodnosti lze řadit postoj k povolání, etiku v projevu a chování, odborné znalosti a zevnějšek.

Mezi základní indikátory důvěryhodnosti patří:

- Postoj sestry k povolání
- Slušnost projevu, chování
- Odborná znalost
- Vnější stránka sestry (Staňková, 2002, s. 13-14)

Mezi charakteristické rysy sestry se řadí:

- Poskytování aktivní ošetrovatelské péče
- Poskytování individuální péče skrze ošetrovatelský proces

- Poskytování ošetrovatelské péče založené na vědeckých poznatcích
- Komplexní holistický přístup k pacientům
- Péče zaměřena na prevenci
- Poskytování péče ve spolupráci s ošetrovatelským týmem (Plevová, 2018, s. 57-58)

1.2 Náplň práce sestry

Tato kapitola je věnována náplni práce všeobecné sestry a výkonům, které všeobecná sestra poskytuje ve zdravotnickém zařízení. Dále jsou zde uvedeny výkony, ke kterým je všeobecná sestra kompetentní, tudíž má způsobilost k provádění těchto činností. Všechny níže zmíněné činnosti jsou důležité a je klíčové, aby je sestra vykonávala s maximálním nasazením. Mezi tyto činnosti řadíme:

- Základní ošetrovatelská péče – soubor činností, které jsou zaměřeny na zjišťování a plánované uspokojení základních lidských potřeb člověka, které se mohou vlivem onemocnění výrazně změnit nebo nemocný nezvládá si tyto základní lidské potřeby sám zajistit (Staňková, 2002, s. 13-14).
- Diagnostická činnost – zahrnuje přípravu a provedení různých vyšetření, sledování stavu nemocného a provádění léčebných procedur včetně odběrů biologického materiálu pro diagnostické účely (Staňková, 2002, s. 13-14).
- Psychosociální činnosti – jsou klíčové pro ošetrovatelskou diagnostiku a pro spolupráci s pacientem a jeho rodinou, při tvorbě a realizaci ošetrovatelského plánu, jakož i pro zajištění celkového pohodlí pacienta. Zahrnují různé formy komunikace, poskytování instrukcí a informací, edukaci, ochranu práv pacienta, podporu, pomoc při komunikaci a interakci s okolím a další (Staňková, 2002, s. 13-14).
- Administrativní práce – jsou důležitou součástí práce sestry, avšak neměly by ji odvádět od hlavního úkolu, a to péči o nemocné. Proto je stěžejní rozlišovat mezi zbytečnými a nezbytnými administrativními úkoly. V dobře řízených zdravotnických zařízeních často technika přebírá většinu administrativních prací včetně vedení dokumentace, záznamů o pacientech, vyplňování žádostí na vyšetření a výkazů pro zdravotní pojišťovny. (Staňková, 2002, s. 13-14).
- Přípravné a dokončovací práce – zahrnují se zde činnosti spojené s přípravou pro ošetrovatelské, léčebné a diagnostické procedury, organizace pomůcek včetně jejich

dezinfekce, doplňování zásob materiálu a léků apod. Tyto práce mohou být obvykle vykonávány ošetřovatelkou nebo sanitářkou s výjimkou specializovaných výkonů (Staňková, 2002, s. 13-14).

Mezi hlavní kompetence, které sestra vykonává bez odborného dohledu, řadíme:

Získávání osobní, rodinné, pracovní, farmakologické, sociální anamnézy pacienta. Pozorování a hodnocení fyziologických funkcí pacientů (tlak, puls, teplotu, saturaci kyslíkem). Zhodnocení psychického a fyzického stavu. Vyhodnocení potřeb a soběstačnosti P/K. Pozorování a hodnocení psychického stavu pacienta. Hodnocení, převazy a péči o porušenou celistvost kůže. Zavedení a péči o močový a periferní žilní katétr. Odběry a zhodnocení biologického materiálu. Vykonávat rehabilitační činnost, polohování P/K, nácvik sebeobsluhy, posazování, aktivní a pasivní dechová cvičení. Manipulace, příjem a skladování léčivých preparátů. Provedení odsávání sekretu z horních dýchacích cest včetně odsávání sekretu z tracheostomické kanyly. Edukovat P/K v oblasti svého zdraví a péči o něj. Zajistit příjem, překlad nebo propuštění P/K (Přehlednější ošetřovatelství, 2020).

1.2 Stres

Pojem stres vychází z anglického překladu – nápor nebo nátlak. Vyskytuje se v mnoha podobách. Pojem stres se stal synonymem toho, že momentálně nebo dlouhodobě není něco v pořádku nebo také dlouhodobě přesahuje schopnost jedince. Také to, že někomu něco přerůstá přes hlavu a je porušena vnitřní rovnováha (Venglářová, 2011, s. 47).

Sestra se dennodenně potýká se stresory na pracovišti. Z pohledu psychické zátěže patří k jedněm z nejnáročnějších povolání na lidskou psychiku a zároveň je obzvláště náročná v rámci fyzické zátěže. Sestra se setkává se smrtí, pečuje o mrtvé tělo, komunikuje s pozůstalými osobami, se kterými se poté ocitne v kontaktu a má tu povinnost jim finálně předat osobní věci po jejich milované osobě. Setkává se s bolestí klientů, pláčem dětí, dospělých i starých osob. Rovněž vidí klienta v situacích, kdy je jeho tělo postiženo ireverzibilním druhem onemocnění a ví, že pacient brzy zemře. V těchto případech je složité udržet si profesionální postoj. V tomto případě by sestra neměla být převážně labilní či precitlivělá, aby nezpůsobila i v tak závažné situace klientovi nebo rodině klienta psychickou újmu. Na druhou stranu by neměla být emocionálně chladná a lhostejná už v již tak závažné situaci.

Stres je běžnou součástí lidského života. Neměl by být ovšem každodenní záležitostí. Každý jedinec je pravidelně vystavován určité zátěži. Míra odolnosti vůči stresu je však individuálně variabilní,

např., že každý z nás má jiné příčiny stresu. Odlišná měřítko v příkladu, co někoho vystresuje na vysoké úrovni, jiného člověka vůbec nestresuje. Každá osoba by měla ovšem mít svůj vlastní způsob a různé druhy strategií s jeho vypořádáváním. Odborný termín pro tuto strategii se nazývá „Coping“.

Když se člověk ocitne v situaci, která vyvolává stres, reaguje tělo pomocí starých mechanismů, jako je „boj nebo útěk“, které slouží k ochraně organismu při ohrožení života. Tato reakce je provázena zvýšenou aktivitou sympatického nervového systému, který ovlivňuje různé tělesné funkce, jako je srdeční frekvence a trávicí procesy. Člověk je vystaven různým stresorům, především sociálním faktorům a tlakům souvisejícím s pracovním prostředím, které jsou nazývány jako stresory nebo mikrostressory dle druhu jejich intenzity (Matoušek, 2003, s. 3-4).

Je důležité zmínit, že odolnost člověka vůči stresu je závislá na řadě faktorů, jako je věk, genetická predispozice, intelekt, akutní stav organismu, společenské okolnosti, pracovní aktivity nebo životní zkušenosti (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2017, s. 56).

1.1.1 Příznaky stresového stavu

Příznaky stresového stavu mohou být variabilní, vyskytovat se v jiném měřítku, protože každého stres ovlivňuje jiným způsobem. Stres s sebou zahrnuje příznaky na úrovni fyzické, psychické a fyziologické.

Příznaky na úrovni fyzické:

- Základními příznaky jsou nejistota a nerozhodnost v situacích, kdy je potřeba vybrat si z vícero možností. Tato nerozhodnost se projevuje příliš dlouhým váháním při rozhodování, zda zvolit jednu možnost, a nebo druhou.
- Změny ve vztahu k jídlu mohou zahrnovat buď ztrátu chuti k jídlu, nebo naopak zvýšený příjem jídla ve větších množstvích. Osoba tedy takzvaně „zajídá stres“ a nebo naopak vlivem stresu nebo nervozity není schopna vést adekvátní příjem potravy. S tím se pojí možný příbytek nebo úbytek hmotnosti.
- Změna denního rytmu – problémy se spánkem až nespavost (insomnie). Osoba, která prožívá hluboký stres, má problémy s usínáním, budí se během noci s následnými problémy znovu upadnout do spánku. Nebo do něj osoba během noci vůbec nevpadne. Osoby poté mohou začít užívat medikamenty na spaní. Pozor by si měly dávat v případě, když se jedná o takzvané Benzodiazepiny, u kterých se po delší době užívání objevuje závislost.
- Neustálé stížnosti a projevy zoufalství – jedinec vnímá všechno negativně a vidí vše v temných barvách.

- Snaha vyhnout se práci, úkolům a zodpovědnosti – ztráta chuti do práce, zhoršuje se samotná výkonnost a kvalita práce.
- Sklony k alkoholismu, tabakismu a závislosti – v tomto případě se jedná o únik před problémy a snahu uklidnit se. V zdravotnickém prostředí se jedná o častý jev (Křivohlavý, 2009, s. 22-24). Viz kapitola 2.2.1. Návykové látky, jako možnost úniku před stresem.

Příznaky na úrovni psychické:

- Zvýšená nepozornost – s projevy časté chybovosti ve výkonech, absence organizace času či odkládání úkolů na poslední chvíli pak samotné myšlenky jedince uvádí k přemýšlení nad jinými věcmi nebo nenaslouchání při zadávání samotného úkolu.
- Výrazné výkyvy nálad až sklony k agresi – nálada se u jedince pohybuje jako na horské dráze. Během několika minut prožívá stavy smutku, štěstí, radosti nebo pláče vedoucí až k emocionální nestabilitě a stavu celkové nevyváženosti.
- Absence emocionální náklonnosti – jedinec není schopen soucítit, odpovídá chladně. Jeho reakce mají dojem, že ho situace nezajímá, chybí adekvátní citová odezva.
- Zvýšená únava – objevuje se vlivem nedostatku spánku, dlouhotrvajícího chronického stresového období z rodinného, pracovního nebo vztahového důvodu nebo vlivem nežádoucích životních situací. Posléze tato únava vede k celkové tělesné a psychické vyčerpanosti a má psychické i fyzické důsledky na celkové zdraví jedince.
- Sklony k disociaci a izolaci – jedinec je vlivem stresu vyčerpán. Nemá kapacitu na to udržovat běžné komunikace, bojí se nepříjemných otázek na jeho osobu. Snaží se skrýt své problémy se snahou celkově tyto problémy potlačit (Křivohlavý, 2009, s. 22-24).

Příznaky na úrovni fyziologické:

- Častá nutkavost na močení (polakisurie) – vlivem stresu dojde ke zvýšené produkci glukokortikoidů, což jsou hormony kůry nadledvin. Za stresových podmínek může dojít k nadměrné produkci aldosteronu – nejdůležitějšího mineralokortikoidu, jenž má klíčovou roli v regulaci produkce moči ledvinami a v udržování rovnováhy vody a minerálních látek v těle. To může ovlivnit močení a metabolismus minerálních látek v těle (Paulík, 2017, s. 47).
- Palpitace (bušení srdce) – dřev nadledvin utváří dopamin, adrenalin a noradrenalin, které jsou klíčové pro reakci těla na stres. Tyto hormony pomáhají mobilizovat energii pro zvládnání

stresových situací. Jejich produkce je významně zvýšena během stresu a vede ke stimulaci sympatiku. Adrenalin má různé účinky, jako je zrychlení srdečního tepu, zúžení cév vnitřních orgánů a zvýšení krevního tlaku. S těmito příznaky se tedy pojí samotná palpitace (Paulík, 2017, s. 47).

- Mezi další fyziologické příznaky patří také nechutenství, meteorismus (plynatost), nepříjemné bolesti a sevření za hrudní kosti. Nesnesitelné bolesti hlavy, které jsou lokalizovány v krční oblasti a pronikají až do temene a čela. Dále se objevuje pokles libida, změny v menstruačním cyklu a možné migrény (Křivohlavý, 2009, s. 22-24).

1.1.2. Zvládání stresu (coping)

Coping je možné definovat jako aktivní myšlenky a soubor chování, které jedinec využívá ke zvládání stresových situací jak už vnitřních, tak i vnějších (Folkman, 2004).

Termín „Coping“ je proces, který jedinec využívá ke zvládání stresorů, nepříjemných situací nebo každodenních obtíží v životě člověka. Je to určitý typ strategie, která slouží k redukci kteréhokoliv typu nepohodlí nebo změny vývoje vnímání situace.

Když lidé čelí stresorům, jejich reakce na ně se nazývají „styly zvládání“, což je soubor osobnostních vlastností, které ovlivňují jejich chování v dané situaci. Tyto vlastnosti zůstávají relativně stabilní v čase a přetrvávají přes různé situace (Coppens, et al., 2010).

Existuje rozlišení mezi reaktivním zvládáním, kdy jedinec reaguje na stresor po jeho vzniku, a proaktivním zvládáním, které se snaží předcházet budoucím stresorům. Lidé s proaktivním přístupem jsou často úspěšnější v stabilním prostředí, protože jsou více strukturovaní, méně ovlivněni stresory a spíše se spoléhají na osvědčené postupy, zatímco reaktivní jedinci mohou být lepší v neustále se měnícím prostředí, protože jsou schopni rychleji reagovat na vzniklé situace (Coppens, et al., 2010).

Strategie copingu obvykle zahrnují tyto 4 základní kategorie:

- Zaměřené na problém – tato strategie se soustředí na aktivní řešení zdroje stresu. Příklady zahrnují plánování, hledání alternativních možností řešení a úpravu prostředí (Folkman, 2004).
- Zaměřené na emoce – tento styl copingu se snaží zredukovat negativní emoce spojené se stresem. To může zahrnovat pozitivní přeorganizaci situace, přijetí skutečnosti, vyhledávání humoru nebo využití náboženství (Folkman, 2004).

- Zaměřené na význam – tento přístup zahrnuje kognitivní strategie, které pomáhají jednotlivci nalézt smysl a řídit význam stresující situace (Folkman, 2004).
- Sociální coping (vyhledávání podpory) – jedinec snižuje svůj stres tím, že hledá podporu a porozumění od ostatních, blízkých osob ve svém sociálním prostředí, ať už emocionálně, nebo pouze instrumentálně (Folkman, 2004).

Další vhodné strategie dle Křivohlavého – distancovat se od vzniklé situace, přijmout osobní zodpovědnost za vzniklou situaci, snažit se vyhnout stresovým situacím. Dalším příkladem může být využívání různých druhů relaxace, a to ku příkladu meditaci, jógu, imaginaci nebo individuální formy relaxace (Křivohlavý, 2009. s.27-28).

Mezi cíle zvládnání stresu (copingu) patří minimalizovat faktory, které nás mohou uvést do stresu, tolerovat, být schopen zvládnout nepříjemné životní situace, udržet si pozitivní sebeobraz, umět zachovat emocionální stabilitu, zlepšit faktory, které nám jsou schopny zregenerovat se po náročných stresových událostech a udržení si sociální interakci v životě s ostatními lidmi (Křivohlavý, 2009, s. 87).

1.1.1.1 Konflikty na pracovišti

Konflikty na pracovišti patří mezi běžnou součást pracovního prostředí. Mohou být způsobeny různými důvody, jako jsou např. rozdílné názory na situace, osobní nesnášenlivost pracovníků nebo soutěživé prostředí. Velkou roli v této problematice hraje nedostatek komunikace a také nejasné role zaměstnanců. Tyto konflikty mohou mít negativní dopad na celkovou produktivitu, pracovní klima a celkový pozitivní vztah mezi zaměstnanci. Je důležité, aby byly konflikty řešeny včas, efektivně a konstruktivně, prostřednictvím otevřené komunikace, snahy vyslechnutí a porozumění druhé straně a hledání společného řešení vzniklého problému. To může zahrnovat zapojení manažerů a nebo tréninku v oblasti řešení těchto konfliktů a zamezení rizika vzniku budoucích problémů, a to např. v podobě definovaných rolí, zlepšení úrovně komunikace nebo podpory týmové práce.

Na druhou stranu konflikty mohou v některých případech vést i k pozitivnímu přínosu pro zaměstnance, ale i pro jeho firmu. Tyto konflikty se mohou týkat ať už varování před možnými problémy, povzbuzování inovace na pracovišti, podpory komunikaci na pracovišti, iniciativy změny, podněcování kreativity nebo komplexního posílení týmu (Belz a Siegrist, 2001, s. 270) .

Z hlediska druhů konfliktů na pracovišti se konflikty rozdělují na:

- Konflikty, které se odehrávají uvnitř jedince, tedy jsou intrapersonální a nebo také intrapsychické konflikty. Nastávají uvnitř jednotlivce v jeho vlastní psychice, kde se střetávají pozitivní motivace a cíle (apetence) s negativními motivacemi a cíli (averze) (Křivohlavý, 2002, s. 20).
- Konflikty mezi dvěma jedinci jsou označovány jako interpersonální konflikty, kdy dojde ke střetu zájmů, výměně názorů nebo střetu potřeb dvou lidí (Křivohlavý, 2002, s. 20).
- Skupinové konflikty vznikají uvnitř konkrétní skupiny lidí, kde se mohou objevit rozpory, rivalita nebo celkový nesoulad mezi členy této skupiny (Křivohlavý, 2002, s. 20).
- Mezi skupinové konflikty jsou konflikty, které se odehrávají mezi dvěma nebo více skupinami lidí, kde může dojít k napětí, rivalitě nebo konfliktům z důvodu rozdílných názorů, zájmů, hodnot nebo cílů (Křivohlavý, 2002, s. 20).

1.2 Prevence syndromu vyhoření

„*Sestra, která zapomíná na osobní život, ho postupně ztrácí.*“ - Venglářová Martina
(Venglářová, 2011, s. 36)

Existuje několik preventivních faktorů, kterými můžeme docílit ke zmírnění tohoto syndromu nebo úplného předejití. Mezi ně řadíme fyzickou aktivitu, kontakt s rodinou a přáteli, zdravé stravování apod.

- Fyzická aktivita – je značně důležité se po dobu celého našeho života držet v kondici a dbát o své fyzické zdraví. Pro některé jedince může být problematické po dvanáctihodinové směně nebo na druhý den provádět jakýkoliv druh fyzické aktivity, ale z dlouhodobého hlediska je to zcela nevhodné. Tato situace může zapříčinit různé druhy onemocnění. Nemusíme nutně podávat vysoké výkony v podobě spalování několika desítek kalorií denně. Je potřeba, aby si každá sestra našla sport, který ji bude naplňovat a přinášet jí radost. Do pohybových aktivit můžeme zařadit např. plavání, jízdu na kole, procházky, fitness, běh atd., dle toho, jaká má jedinec privilegia.

- Sladění mezi pracovním a osobním životem – stanovení hranic mezi pracovním a osobním životem, uvědomění si, co jedinec od života očekává a uvědomění si, že práce není nejdůležitějším a hlavně jediným aspektem v lidském životě. Toto uvědomění hraje klíčovou roli ve zvládnutí fyzické a psychické zátěže. Mezi nejdůležitější aktivity v této problematice patří odpočinek. Jakmile skončí pracovní směna v zaměstnání, je zásadní nadměrně nepřemýšlet o tom, co se za ten den přihodilo. Nesdělovat své rodině či partnerovi ve větší míře to, co se za ten den v nemocničním prostředí dopodrobna událo. Každodenní sdělování si pouze negativních interakcí v životě by mohlo zavést až k možné partnerské či rodinné krizi. Na druhou stranu také není nikterak dobré vůbec nesdělovat své problémy v zaměstnání. Tudíž je vhodné si mezi těmito dvěma body vytvořit jisté sladění.
- Kontakt s rodinou a přáteli – je neskonale důležitým životním aspektem k udržení si zdravé psychické rovnováhy. Přináší příležitost vypovídat se z negativních myšlenek a přijít na myšlenky pozitivnější s možností požádat o jakýkoliv druh pomoci.
- Zdravé stravování – je během nepřetržitého provozu obzvláště těžké. Sestry se stravují nepravidelně, v mnoha případech na stravu nemají téměř žádný čas. Oběd, na který by si každá sestra měla umět vynahradiť čas, je v některých náročných dnech vlivem většího množství příjmů a odchodů pacientů těžké, ale ne nemožné. Toto jisté odkládání přestávek přináší s sebou rizika kardiovaskulárních a gastrointestinálních poruch. V nemocničním prostředí jsou sestry denně vystaveny několika mnohdy nezdravým pokrmům, které obdrží od spokojených pacientů v podobě zákusků, chlebíčků nebo bonboniér. To s sebou přináší rizika obezity či diabetu. Proto je zásadní stravovat se pestře dle pravidla 80/20. Toto pravidlo není natolik striktní. Funguje ve smyslu, že osmdesát procent dne člověk konzumuje pestrou, vyváženou stravu s dostatkem bílkovin a sacharidů, ve zdravé míře tuků a cukrů, vlákniny a dále minerálů jako je např. zinek, hořčík, vápník, jód, železo. Také vitamíny rozpustné v tucích, mezi které řadíme vitamín A, D, E, K a také vitamíny rozpustné ve vodě, mezi které spadá vitamin C, B1, B2, B5, B6, B12, Biotin.
- Čas na dovolenou a odpočinek – odpočinek by se nikdy neměl podceňovat a ani odkládat, a proto je více než důležité alespoň jedenkrát za rok vyrazit na dovolenou. Načerpání pozitivní energii ze zážitků, kterých nám dovolená může přinést nespočet. Během výkonu zaměstnání si udělat po náročných pracovních nasazeních alespoň pětiminutovou pauzu na zregenerování se a urovnání si svých vlastních myšlenek. K častým nešvarům ve zdravotnických profesích

patří absence konzumace potravy. Nikdy by se tato činnost neměla odkládat a je důležité, abychom v tomto případě mysleli především na sebe a na své zdraví.

Komunikace – je klíčovým aspektem k prevenci syndromu vyhoření. Rovněž je zásadní ke sdělení problémů a potíží. Mezi členy týmu by pracovník měl být schopen otevřeně a transparentně komunikovat. Dorozumívání musí být jasné a srozumitelné, zejména, když se jedná o péči o pacienta. Vlivem vnitřních faktorů je jedinec v jiných měřítkách zvyklý komunikovat, ale o pracovních záležitostech musí umět komunikaci zvládat. Ovšem je nutné respektovat individualitu každého pracovníka týmu.

Spoluvytváření si pracovního prostředí – vést pozitivní fungování na pracovišti, aktivně se podílet na fungování zdravotnického týmu. Umět říkat v některých ohledech slovo NE. Nenechat se ovlivnit negativními kolegy. Nepouštět se do agresivních konverzací mezi členy týmu. Nepomlouvat se mezi sebou a využívat asertivní chování (Zacharová, 2008, s.42).

Relaxace – k úspěšnému splnění správné relaxace bychom měli splňovat tyto podmínky – harmonické prostředí a svěží vzduch, oblečení, ve kterém se cítíme pohodlně, vyhradit si každý den dostatek času pro danou relaxaci, správnou polohu při výkonu relaxace, umění se soustředit na výkon aktivity, správně dýchat, dostatečně uvolnit svaly, být trpělivý a dodržovat pravidelnost v relaxaci (Křivohlavý, 2010, s. 65).

Mezi techniky relaxace, které jsou dostupné k využití ve zdravotnickém prostředí, zahrnujeme relaxaci pomocí správného dýchání, poslech hudby, různé formy dechových cvičení, meditaci, imaginaci nebo čtení knih (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2017, s. 61).

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření z anglického překladu Burn-out syndrome byl poprvé vysloven v roce 1974 americkým psychologem Herbertem Freudenbergem. Tento známý psychoanalytik si tento syndrom vyhoření prožil na vlastní kůži. Diagnostikoval si jej, začal se sám léčit a později tento syndrom zahájil jeho analýzu. Definuje jej jako: „Stav psychického a fyzického vyčerpání způsobeného profesním životem.“ Na základě svých zkušeností si osvojil vlastní přesvědčení, že tato záležitost ovlivňuje mnohem širší okruh lidí, především ty, kteří pracují v profesi pomáhajících (Medical tribune, 2012).

Henrich Freudenberg (1974) definuje syndrom vyhoření takto:

„Syndrom vyhoření je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).“ (Freudenberg, 1974 cit. podle Křivohlavý, 2012, s. 47).

Ayala Malach-Pinesová a Elliot Aronson (1981):

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, jež jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání a chronických situačních stresů.“ (Malach-Pinesová a Aronson, 1981 cit. podle Křivohlavý, 2012, s. 65).

Evžen Řehulka:

„Syndrom vyhoření je situace emocionálního vyčerpání, která může postihnout jednotlivce v pracovním procesu. Vyjevuje se nedostatkem motivace a vášní k práci. Současně s tím se objevuje rostoucí pocit nespokojenosti z důvodu ztráty iluzí nebo ideálů spojených s prací.“ (Řehulka a Řehulková, 1998, s. 67).

O několik desítek let později se již tento pojem vyskytuje všude kolem nás a je na něj kladen zvýšený důraz v rámci prevence profesního života.

Jedná se o komplexní stav organismu, kdy je tělo natolik emocionálně, fyzicky a psychicky vyčerpáno v důsledku dlouhodobého gradujícího chronického stresu, že se dopracuje v podstatě k jeho

„vyhoření“. Toto vyhoření se projeví například neschopností vstát z postele po dobu několika dní v důsledku toho, aby si tělo odpočinulo a načerpalo energii, která mu byla na dlouhou dobu tak odepřena.

Některé osoby mohou být disponovanější pro rozvoj syndromu vyhoření. Může se jednat o nadšence do daného povolání, workoholiky, kteří pracují „od nevidím, do nevidím“, dále emočně citlivější osoby, zdravotníky, pedagogy, pracovníky v sociálních službách, manažery a pracovníky ve vedoucích pozicích, dále psychology, psychiatry, terapeuty, hasiče, policisty, právníky, ženy na mateřské dovolené, osoby pečující o své blízké nebo pracovníky v oboru informačních technologií, ale může postihnout rovněž každého z nás.

2.1. Rizikové faktory a příčiny syndromu vyhoření

Mezi hlavní příčiny tohoto onemocnění patří dlouhodobý, chronický stres, který není nikterak po dlouhou dobu řešen. Může se jednat o stres pracovní, stres z osobního života a nebo o jejich kombinaci. Každý jedinec má individuální reakce na řešení a zvládání stresu. Jsou na nás kladeny jednotlivé kvanta požadavků v zaměstnání a my zkrátka nestíháme nebo nezvládáme z fyzické nebo psychické příčiny tyto požadavky plnit.

Dle výzkumu se výskyt syndromu vyhoření postupně narůstá s přibývajícím věkem a délkou praxe. U mladých zdravotníků se setkáme s příčinou syndromu vyhoření v důsledku pracovního stresu a nedostatkem adaptace v pracovním prostředí (Vňuková et al., 2023).

Existují rovněž jedinci, kteří se v důsledku zátěže chovají spíše pasivně, ale také jedinci, kteří si mohou tento syndrom víceméně aktivně přivodit i sami. Má-li osoba charakteristické vlastnosti a je vystavena podmínkám vnějším (prostředí) a svému okolí, hovoříme v tomto případě o takzvaném wearout = opotřebení, čemuž se rozumí pasivní vyhoření. Naopak pokud hovoříme o tzv. vnitřní touze, která nutí jedince neustále pracovat, tak tato skutečnost může představovat předpoklad pro vznik aktivního syndromu vyhoření (Stock, 2010).

Existují jedinci, kteří mají možné předpoklady pro syndrom vyhoření, a to zejména jedinci, kteří jsou zprvu neskonale nadšeni do výkonu svého zaměstnání a splňují nadměru své pracovní náplně. Toto nadšení do práce ale postupně vyprchává a uvnitř myslí se rozvíjí představa, že jen pouze tímto úplným pracovním nasazením mohou smysluplně naplnit svůj životní potenciál. Neustále si tyto osoby přidávají nároky, které na sebe kladou, nejsou spokojeny s výkonem své práce bez ohledu na svůj talent a schopnosti. Potom si mohou tito jedinci začít uvědomovat jisté pocity jako osobní

porážku nebo vnitřní selhání v sobě samém. Neumějí se oprostít od nadměrných požadavků svého okolí.

Nesníží svoji pracovní zátěž na přiměřenou úroveň, protože odmítají předat své povinnosti na ostatní a touží mít nad vším svou vlastní kontrolu. Tyto osoby trpí neschopností dostatečně relaxovat a odpočívat. Jedinci, kteří mají předpoklady pro syndrom vyhoření, jsou často pod jistým tlakem z různých směrů. Jejich sebevědomí se frekventovaně pohybuje na nízké úrovni, ale trpí ideálem vysoké aspirace. Považují jakýkoliv neúspěch za značné osobní selhání (Zacharová, 2008, s. 41).

Příčiny vzniku rozdělujeme do tří skupin, a to na osobní, profesní a na kombinaci obou výše zmíněných. Dále můžeme příčiny vzniku syndromu vyhoření rozdělit na vnitřní a vnější faktory. Osobní faktory vzniku mohou zahrnovat nepříjemné až neurčité chování v komunikaci a jednání s lidmi, nepřilísná psychická odolnost, zdravotní problémy, zvýšené očekávání z pohledu rodiny, nesplněná pracovní očekávání, nedostačující sociální opora a nezvládání různých aspektů života (Jobánková, 2002).

Profesní faktory se způsobují v důsledku jakékoliv interakce na pracovišti. V konsekvenci mnoha příčin, mezi které řadíme nesoulad pracovního týmu, osobní nesympatie mezi kolegy, nedostatek personálu a s tím i zvýšená pracovní náplň, zvýšená zátěž, práce přesčas, neustálý dopad rušivých faktorů, ponižování a narážky na pracovišti ze strany nadřízených a kolegů nebo také neustálý dozor při výkonu práce a s tím i snížená samostatnost (Stock, 2010).

Mezi vnitřní faktory patří přehnaná soutěživost, cílevědomost, snížená schopnost vcítění se do druhých, snížená schopnost zvládnutí pracovní zátěže. Dále neschopnost smířit se s některými chybami, které jedinec provádí, taktéž perfekcionismus, který má mnohdy až sklony k pedantství. Ať už v jednotlivých pracovních úkonech a nebo na pracovišti, klademe si přílišné, ne vždy reálné cíle, máme mnohdy až nereálné cíle pro výkonnost svého povolání a poté se je na úkor svého zdraví snažíme dosahovat. Mezi takzvané vnější faktory zahrnujeme nadměrnou psychickou a fyzickou zátěž například v důsledku deficitu pracovníků v zaměstnání. Dále nedostatečná motivace zdravotnického pracovníka v důsledku absence pracovních benefitů, pochval a odměň. Dále snížená schopnost komunikovat se členy pracovního týmu, nadřízenými i v osobním životě. Mezi příčiny nekomunikativnosti zařazujeme stud, nechuť nebo celkovou uzavřenost (Medicspark, 2023).

Další příčinou může být mobbing a bossing na pracovišti. V případě mobbingu – z anglického překladu psychické týrání nebo „buzerace“ – se jedná o jistý nátlak zaměstnance na svého kolegu na pracovišti. Osoba, která tyto činnosti provádí, může mít odlišný záměr. Jedná se např. o zahnání

kolegy do kouta, aby práci opustil, nebo mu je pouze nesympatický a má náladu mu provádět špatnosti (Svobodová, 2007, s. 18).

Projevuje se formou obtěžování, šikany, narážky, pomluv nebo jistým určitým druhem tlaku. Dlouhodobé neřešení této situace může dojít ku příkladu až k fyzickému napadení z obou stran.

Naopak bossing je šikana nebo nátlak ze strany vedoucího na zaměstnance. V této situaci nadřazený zneužívá svých pravomocí a šikaneje zaměstnance (Svobodová, 2007, s. 18).

Projevuje se formou nadměrného zadávání úkolů, zvýšeným tlakem na zaměstnance, ponižováním, narážkami, manipulací. Dlouhodobé setrvání tohoto stavu může zapříčinit až syndrom vyhoření.

2.3 PŘÍZNAKY

Jakmile člověk zvyšuje svou aktivitu s cílem kompenzovat pokles produktivity, často to vede pouze k emocionální frustraci, která původně způsobila pokles produktivity (Rush, 2003).

Tím se situace jen zhoršuje, jako když se do ohně nalévá olej, což nakonec může vyústit ve větší problémy. Čím více člověk trpí syndromem vyhoření, tím rychleji vyčerpává svou energii. Příznaky tohoto syndromu mohou postupně během několika let gradovat. Osoba, která je tímto zasažena, si dlouho nemusí uvědomovat vůbec žádné příznaky, ale mohou se projevit, až když je příliš pozdě a tělo je již vyčerpáno a dojde již k samotnému vyhoření. A tímto vyhořením v podstatě žádá o pomoc.

Jednotlivé syndromy vyhoření se rozdělují na vnější a vnitřní.

Každé tělo reaguje na dlouhodobý nápor stresu v jiných měřítkách, tedy příznaky a projevy jsou v mnohých případech individuální. Tyto jednotlivé příznaky si můžeme rozdělit na fyzické, psychické a sociální (Kapounová, 2020).

Nejprve se zaměříme na psychické projevy, které se u tohoto syndromu objevují.

- Psychické projevy:

Dochází k celkovému vyčerpání, zejména duševnímu, projevujícím se emocionální únavou a poklesem nebo ztrátou motivace. Je popisována intenzivní únava, což je v kontrastu s celkovým pocitem bezvýznamnosti. Aktivita se utlumuje – zejména spontaneita, kreativita, iniciativa a invence. Převahuje depresivní nálada se smutkem, frustrací, beznadějí a pocitem marnosti vykonaného úsilí. Dochází k přesvědčení o vlastní nepotřebnosti až bezcennosti, někdy až k mikromanickým bludům. Projevuje se negativismus, cynismus a nepřátelství vůči lidem, se kterými se pracuje (pacientům, klientům, zákazníkům). Ztráta zájmu o témata související s prací, často i negativní hodnocení

instituce, kde se profese vykonává. Sebelítost a pocit nedostatku uznání. Podrážděnost a někdy i senzitivita v mezilidských vztazích. Omezení aktivity na rutinní postupy, používání frázi podobné stereotypu a klišé (Kebza, 2003, s. 9).

Dále mezi psychické příznaky může patřit úplná nebo částečná ztráta zájmů o okolní aktivity či koníčky, které jsme dřív měli tak rádi. Projevuje se také citová otupělost v rodinném prostředí či partnerských vztazích, která s sebou může nést i snížené libido, což může vyústit až k vyhrocené partnerské krizi.

- Fyzické projevy:

Rychlá únava, která se objevuje i po krátkých obdobích relativního odpočinku. Problémy s vegetativní funkcí, jako jsou bolesti u srdce, změny srdečního tepu, potíže s trávením, dechové obtíže a narušený dech. Časté bolesti hlavy převážně neurčitého původu. Mohou se objevovat poruchy krevního tlaku, nespavost nebo jiné poruchy spánku. Svalové bolesti. Trvalé napětí v těle. Zvýšené riziko vzniku různých závislostí. Poruchy v rytmu, frekvenci a intenzitě tělesné aktivity (Kebza, 2003, s. 9).

Při fyzických projevech často dochází ke kardiovaskulárním změnám změnou srdeční frekvence, bolestí na hrudi, nízkým tlakem (pod 100/60 mmHg) nebo naopak vysokým tlakem (nad 140/90 mmHg) (Stock, s.29).

Vyčerpání – tento příznak je veden mezi fyzické i psychické příznaky vysílenosti. Mezi psychické vyčerpání patří pocit bezmoci, zjevná sklíčenost, deprese, absence v sebeovládání v podobě emoční nestability, neurčité projevy strachu, pocity prázdna, apatie, snížená odvaaha a pocit osamocení. Mezi fyzické projevy vyčerpání patří poruchy paměti a koncentrace, zvýšená náchylnost k infekcím, svalové napětí, vyšší riziko úrazů, nedostatek energie, slabost, poruchy trávicího a srdečně-cévního systému a chronická únava (Stock, s.29).

Chronická únava se projevuje nedostatkem energie, pocitem nevyspání se, i když jsme nad spánkovým procesem strávili dostatečný počet hodin. Dále zaznamenáváme žaludeční potíže, zvýšenou četnost průjmů a třesů. Objevuje se pocit neodcházejícího zhoršeného psychického rozpoložení ve formě špatných pocitů, úzkostí či deprese.

- Sociální příznaky:

Sociální příznaky se projevují zvýšenou izolací a celkovou nechutí komunikovat s lidmi. Zjevný odpor provádět zdravotnické povolání a vše, co s touto prací souvisí. V souvislosti plánování práce,

zpracovávání výsledků. Nezvedáním telefonů, nechutí provádět příjmy nebo překlady pacientů. Zaznamenává se také snížená empatie. Tento jev je typický pro jedince, kteří naopak dříve empatií měli nadmíru. Tendence k myšlení v konkrétních a praktických termínech. Postupné zintenzivnění konfliktů, které obvykle nejsou způsobeny aktivním vyvoláváním, ale spíše vznikají nedostatkem zájmu, patrnou lhostejností a sociální nepřítomností vůči okolí (Kebza, 2003. s. 10).

Za 5 let praxí v nemocničním prostředí jsem se setkala se stovkami sester a některé z nich, které jsou již částečně postihnuty syndromem vyhoření, mi utkvěly v paměti a překypovaly těmito vlastnostmi nebo chováním. Mezi ně zařadím narážky a averze na studenty na praxích. V tomto případě bylo lepší se těmito sestrami vyhýbat a raději k nim mluvit co nejméně. Narážky a averze k pacientům, nadměrné zadávání úkolů na studenty, aby si sestra ulevila od denní práce nebo zjevná lhostejnost k ošetrovatelským výkonům. Luskání na studenty, nesoustředěnost během ošetrovatelských výkonů. Odrazování od navazujícího magisterského studia. Rovněž jsem se setkala s druhým typem sestry, která byla příliš nadšena do výkonu zdravotnického povolání. Na směny přicházela i o dvě hodiny dříve (sestra neměla prý doma co dělat) a s tím souvisela i samotná absence přátel a blízkých osob.

2.3.2 Návykové látky jako možnost úniku před stresem

Návykové látky, neboli drogy, jsou skupinou látek, které u jedince mohou vyvolat závislost. Podle jednotlivých zemí a dle jejich platné legislativy se látky rozdělují na legální a nelegální. Dle svých účinků také na stimulační, halucinogenní a tlumivé. Mezi legální drogy patří alkoholické nápoje, tabák, kratom, léky a také ředidla. Naopak mezi nelegální drogy evidujeme extázi, heroin, marihuanu, pervitin, kokain a hašiš.

Všeobecné sestry mohou rovněž vlivem nadměrného stresu dospět k možným sklonům k návykovým látkám, jako jsou drogy se stimulačními účinky. Mezi ně řadíme extázi, kofein, amfetaminy, kokain a efedrin. Dále do návykových látek řadíme například antidepresiva a anxiolytika, alkohol, cigarety nebo také sladkosti. Vpád do možného rizika závislosti je na vysoké úrovni, protože sestra s některými těmito návykovými látkami pracuje a mohou v těchto případech představovat zdroj. Látky, které jsou stimulační a mají schopnost závislosti, můžeme najít v podobě antidepresiv, anxiolytik, kokainu, pervitinu, extáze nebo novinkou na trhu, která se nazývá kratom.

Antidepresiva patří mezi běžně užívaná léčiva ve zdravotnictví. Ovlivňují chování jedince a tyto léky mají schopnost ovlivnit chemické látky nazývané neurotransmitery – převážně serotonin, noradrenalin a dopamin. Tyto medikamenty mohou pomoci obnovit rovnováhu těchto neurotransmiterů, což může zlepšit náladu a snížit symptomy deprese. Je nadmíru důležité zmínit, že antidepresiva mají být užívány pouze na předpis a pod dohledem ošetřujícího lékaře.

Mezi jejich funkce patří zmírnit klinickou depresi a sloužit k rovněž k její prevenci, také sociálně úzkostné poruchy, PTSD, panické poruchy, OCD nebo zabránit potencionálnímu strachu z blížící se operace nebo důležitého vyšetření. Mezi zástupce této lékové skupiny řadíme Asentru a nebo také Zolofit (SÚKL, 2021).

Anxiolytika jsou lékovou skupinou, jež je rovněž užívána běžně ve zdravotnickém prostředí.

Mezi jejich funkce patří ovlivnit neurotransmitery jako je serotonin, dopamin a norepinefrin. Ovlivňují spánek, náladu a stresovou odpověď. Jsou předepsány ke krátkodobé léčbě úzkosti u dospělých. Tyto látky se užívají rovněž jako součást premedikace před operací nebo důležitým vyšetřením. Mezi zástupce patří Apaurin, Diazepam, Neurol a nebo Lexaurin. Lexaurin, Apaurin a nebo Diazepam se používají také i k abstinenci léčbě k chronického alkoholismu (SÚKL, 2021).

Kratom je stálezelený strom z látky alkaloidů pěstující se převážně v jihovýchodní Asii. (European Kratom Alliance, 2023).

Na světě se vyskytuje několik desítek druhů, např. červený, zelený a bílý. V České republice je kratom relativní novinkou. Na českém trhu je v roce 2024 veden, jako doplněk stravy a nebo sběratelský předmět.

V Evropě je kratom ilegální např. v těchto zemích: Bulharsko, Estonsko, Francie, Irsko, Itálie, Polsko, Rumunsko, Rusko, Slovensko, Slovinsku, Švýcarsko, Turecko nebo Velká Británie. Naopak v zemích Evropy, jako je Česká republika, Německo, Belgie, Španělsko, Ukrajina nebo Maďarsko je konzumace kratomu legální. Mezi jeho účinky patří zmírnit míru úzkosti, zvýšit kreativitu a soustředěnost, navodit pocit relaxace a euforie. Pomoci zlepšit naši náladu a také dopomoci při léčbě závislosti (European Kratom Alliance, 2023).

Sám kratom je ale psychoaktivní látkou, na kterou si může jedinec také vybudovat závislost.

Prodává se ve formě prášku a podává se v tekuté formě smíchaný např. s džusem nebo ovocnou šťávou. Užívá se rovněž v tabletové formě.

Kofein je látka, bez které by si většina z nás nedokázala představit ráno. Patří do každodenní rutiny milionu lidí, ať už k zvládnutí náročného dne v práci a nebo jako studijní „nakopávač“ na vysoké škole, v náročném zkouškovém období. Má pozitivní vliv na produktivitu člověka, ale setkáváme se i se situací, kdy je nebezpečný a hrozí až předávkování se kofeinem.

Je také látkou stimulující a má účinek na adenosin. Vyskytuje se například v kávě, kakau, čaji, čokoládě nebo energetických nápojích. Vstřebává se v tenkém střevě. Maximální denní dávka kofeinu činí 300 mg, což představuje přibližně 3 šálky černé kávy za den. V případě, kdy dojde

k akutnímu předávkování kofeinem, kdy maximální denní dávku neodhadneme nebo se jedinec dychtivě snaží o co nejvyšší doplnění zdroje energie, může dospět k předávkování = akutní otrava. Mezi příznaky akutní otravy patří úzkost, tachykardie, neklid, nespavost atd. K chronické otravě dojde při dlouhodobém užívání většího množství látek obsahujících kofein. U chronické otravy dochází k poruchám trávení, nechutenství, trvalému neklidu nebo nesoustředěnosti. Stav, kde pravidelně překračujeme denní dávku kofeinu, může vzejít až do stavu, jež se nazývá „Kofeinismus“. Tomu se rozumí syndrom charakteristický těmito příznaky: neklid, tachykardii, úzkost, zvýšenou diurézu, nespavost, svalový třes, potíže kardiovaskulární a gastrointestinální a bolesti hlavy. Smrt v souvislosti s touto látkou, čemuž se rozumí dávka nad 150 mg/kg, byla v minulosti evidována, ale byla potvrzena bezmála jen u několika málo případů (Blažíčková, 2020).

Alkohol patří mezi nejrozšířenější drogy na světě. Negativně ovlivňuje život jedince i jeho okolí.

Ročně zabíjí až 3 miliony lidí po celém světě. Toto užívání alkoholu vede k závažným ekonomickým a sociálním disfunkcím. Vliv konzumace alkoholu na chronické a akutní důsledky je do značné míry dán celkovou spotřebou alkoholu a způsobu pití, obzvláště těmi, které mají výraznou spojitost s epizodami nadměrného konzumování alkoholu (WHO, 2022).

Problém nastává, kdy závislost na alkoholu začíná výrazně omezovat profesní život jedince. U sestry, která má problém s alkoholem s možnými příznaky na pracovišti, mohou kolegové jednoduše vyzorovat.

Mezi ně řadíme přímou konzumaci alkoholu na pracovišti, zápach dechu alkoholem, ospalost, třes, vrávoravou chůzi, apatii apod. Jedinec poté na sebe může upoutat pozornost častými odchody na toaletu. Dále se může projevit emoční nestabilita ve formě např. záchvatů vzteku, neobvyklé změny rozpoložení, kdy se druhy emocí střídají, fáze deprese a možné projevy sebelítosti (Nešpor, 2007).

Závislost na alkoholu s sebou přináší mnohá druhotná závažná onemocnění, jako je jaterní cirhóza, alkoholická hepatitida, hypertenze, kardiomyopatie, oslabený imunitní systém, demenci, gastritidu, pankreatitidu, poruchy reprodukčního systému, depresi, úzkosti nebo alkoholickému zánětu očního nervu.

Cigarety patří do hojné skupiny užívaných návykových látek ve zdravotnictví. Z okolí často slyšíme, že hojný počet sester začne kouřit až po nástupu do zaměstnání. S tím se pojí víceméně i známá problematika, a to cigaretové pauzy. Tato oblast bývá v poslední době řešena, a to z důvodu nadměry pauz a času na odpočinek oproti nekuřákům. Dále sestry kuřačky mají méně času na pacienty. Viditelné kouření v areálu nemocnice nebo následný zápach může u pacientů vzbudit pocit nesmyslné edukace, že neefektivně sestry upozorňují na rizika spojená s kouřením, což může snížit

jejich motivaci k odvykání této závislosti. Mezi další nevýhody kouření sester patří riziko kardiovaskulárních, respiračních a nádorových chorob.

V dnešní době v nemocnicích v České republice kouří přibližně 40 % sester, což představuje více žen kuřaček než ve zbytku populace. U sester, které jsou kuřačky, bylo prokázáno, že kouření podlehly v průměru ve věku 17 letech života a za spouštěcí mechanismus uvedly: ovlivnění svými kolegy, stresové situace v zaměstnání, přátele a nebo také spolužáky na střední škole. Malé procento sester uvádí jako příčinu svého rodiče (Mádlová, 2000, s.31).

2.3.2.1 Vývoj jednotlivých fází syndromu

Jak jsme již výše zmínili, syndrom vyhoření je důsledek dlouhodobého chronického stresu, kdy je tělo natolik vyčerpáno, že dojde v podstatě k jeho vyhoření. V této kapitole jsou vypsány jednotlivé fáze syndromu vyhoření a jejich postupný vývoj.

Tyto fáze probíhají postupně, ovšem některé fáze mohou být úplně přeskočeny (Stock, 2010, s. 37). Jednotlivé fáze jsou v některých případech zjevné dle konkrétních projevů nebo symptomů a rozpoznají je nejlépe lidé, kteří se na pracovišti pohybují periodicky, např. studenti a učitelé. Pro pracovníky, kteří pracují s jedincem, který je postižen syndromem vyhoření, rozpoznání nemusí být ihned zřejmé, protože tuto osobu znají delší dobu a neví, jestli se jedná pouze o celkovou negativní osobnost jedince, nebo naopak počínající syndrom vyhoření.

Tato problematika se vyvíjí v pěti jednotlivých stádiích:

1. Nadšení – tato fáze se pojí s prvotním nadšením jedince v povolání. Jedince práce baví, je v ní spokojený, angažuje se, jeho ideály cílí mimořádně vysoko a snaží se vytvářet jen dobré vztahy na pracovišti. K práci má jen a pouze pozitivní vztah a je nadměrně motivován k výkonu tohoto povolání (Zacharová,2008, s.41).
2. Stagnace – postupem času předešlá fáze může být ukončena a může vzejít k zvýšenému stresu a pracovní zátěži. Jedinec se může cítit neustále pod tlakem, v důsledku toho, že ideály se nedaří zrealizovat tak, jak by skutečně chtěl. V souvislosti s pracovními požadavky a tím počínající vzrůst stavu přetížení. Nároky, které klade zaměstnavatel a pacienti na pracovníka, začínají být obtěžující (Zacharová,2008, s.41).
3. Frustrace – v této fázi začíná jedinec pociťovat jistý nezáměr o profesi. Cítí se apaticky a má dojem, že je vyhořelý. Objevuje se nedostatek energie, únava a ztrácí iluzi o svém zaměstnání.

Objevují se jisté negativní vztahy k pacientům. Mohou se vyskytnout narážky, vulgarismy, negativismy. Profese pro něj představuje zklamání (Zacharová, 2017, s.326).

4. Apatie – v pracovním prostředí koluje nepřátelství. Sestra a pacient se nesnesou, navzájem se pomlouvají. Pracovník se vyhýbá jakýmkoliv rozhovorům s pacienty, kolegy a nadřízenými se snahou se izolovat (Zacharová, 2017, s.326).
5. Vyhoření – dojde k zjevnému snížení pracovního procesu a produktivity. Zájem o své povolání a o pacienty je takřka na nule. Sestra pocítuje jistou beznaděj a depresivní stavy (Zacharová, 2017, s.326).

2.3.3 Léčba syndromu vyhoření

Je klíčové brát v úvahu, že léčba syndromu vyhoření zahrnuje dlouhodobý proces, při kterém hraje klíčovou roli aktivní účast jedince ke svému vlastnímu uzdravení. Profesionální pomoc a podpora blízkých může být klíčem k úspěšnému zvládnutí už tak obtížné situace.

Nejprve je vhodné domluvit schůzku s psychologem nebo psychiatrem, kteří provedou diagnostiku a stanoví správnou diagnózu. Poté, co je diagnóza stanovena, následuje navržení řešení problému, což závisí na závažnosti syndromu vyhoření. Léčba syndromu vyhoření obvykle probíhá formou psychoterapie, která může být prováděna v nemocnici nebo ambulantně v závislosti na závažnosti stavu jedince. Terapeut využívá své znalosti z oblasti klinické psychologie k poskytnutí odpovídající péče. Důležitým prvkem léčby syndromu vyhoření je dodržování a intenzivní aplikace principů z oblasti duševní hygieny (Kolínský, 2013) .

Mnoho jedinců, u kterých se Syndrom vyhoření rozvinul, hledá útěchu v různém typu návykových látek, v podobě léků na spaní, alkoholu a nebo nikotinu. Nicméně tyto látky pouze krátkodobě zmírňují symptomy tohoto onemocnění a ve střednědobém horizontu mohou stav stresové poruchy výrazně zhoršit. Existuje také vysoké riziko rozvoje některé z těchto závislostí. Pokud se rizikové pití přidá k syndromu vyhoření, je vhodné zvážit kombinaci terapie s prvky Kontrolované konzumace. Tato terapie spočívá v komunikaci mezi klientem a terapeutem, kteří spolu aktivně pracují na posilování sebekontroly, vnitřní motivace a důvěry ve své vlastní schopnosti. Léčba ovšem také spočívá v tréninku a nácviku dechových strategií, které mají za cíl zvládnout stres (AdiCare, Psychologická a psychiatrická klinika).

Autoři Kebra a Šolcová (2003) formulují několik principů, které napomáhají aktivnímu řešení problému:

- Být otevřený k tomu, co se děje kolem nás, projevovat zájem o okolní prostředí a snažit se chápat všechny události a jevy v našem okolí jako zajímavé a smysluplné.
- Nemít strach z nových situací a změn. Vnímat je jako běžnou a přirozenou součást života, kterou je třeba chápat a přijímat.
- Být aktivní při setkání se stresujícími událostmi a aktivně hledat způsoby a kroky, jak čelit životním situacím.
- Uvědomění si stresujících situací a přijmout, že v dnešní době jsou nevyhnutelné. Při jejich hodnocení je důležité vzít v úvahu toto vědomí a přijmout je jako fakt.
- Zvládnout oddělit stresové situace od ostatních životních aktivit - zahrnuje schopnost uzavřít pracovní starosti za dveřmi kanceláře a také umění nepřenášet stres do osobního života.
- Pečovat o pozitivní a plodné vztahy s ostatními lidmi je klíčové. Silné sociální pouto a pevná opora ve vztazích s ostatními nám významně usnadňuje zvládnání stresu
- Vytvořit si prostředí, které podporuje pohodu - zaměřit se na faktory stresu, které jsou ovlivnitelné člověkem samotným.
- Přijmout zdravý životní styl. Aktivní angažovanost v životě a osobní zodpovědnost za své zdraví jsou spojeny s dodržováním správných životních norem, zajištěním dostatečného spánku a pravidelnou fyzickou aktivitou (Kebra a Šolcová, 2003, s. 20-21).

3 SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Fenoménem dnešní doby se nejen ve zdravotnickém prostředí stává pojem supervize.

Jedná se o společné setkávání se pracovníků, ať už týmu, skupiny nebo jednotlivce se samotným supervizorem. S jasným cílem sdělení si zážitků a zkušeností a celkovou interakcí s P/K. Klade si za cíl profesní růst, poskytnutí dostatečného prostoru, pro sdělení si zkušeností ventilovat pozitivní nebo negativní emoce a hledat nové pohledy na různé druhy problematik, pohledů a nápadů. Rovněž dalším cílem supervize je podpora profesního růstu, zlepšení pracovního prostředí a zefektivnění organizačních procesů. Morálním měřítkem je samotné blaho pacienta (Venglářová, 2011, s. 153).

Důležitým prvkem v procesu supervize je supervizor, který je členem managementu a má klíčovou roli v řízení pracovníků. Supervizor slouží jako spojovací článek mezi vedením a zaměstnanci, pomáhá novým zaměstnancům při jejich začlenění do práce a udržuje blízký vztah s nimi, což snižuje jejich úzkost a posiluje jejich pocit příslušnosti k organizaci. Motivuje zaměstnance k dosahování cílů organizace, řeší pracovní problémy a konflikty, poskytuje podporu a poradenství a přispívá k udržení pracovní disciplíny a produktivity (Baštecká, 2001, s. 365).

Supervizor přináší své externí pohledy na problémy a komplexní řešení problému a nabízí zaměstnancům své zkušenosti a doporučení. Slouží jako opora zaměstnancům, posiluje jejich dovednosti a představuje nové možnosti a postupy. Supervize může probíhat individuálně, ve skupině nebo ve formě týmových setkání. Jejím cílem je podpora budování týmu nebo týmové spolupráce, zlepšení a sjednocení pracovních procesů, prevence syndromu vyhoření, podpora efektivního řízení a komunikace napříč týmy (Venglářová, 2011 s. 153).

Formy supervize:

- Týmová – je vhodná pro celý tým a zaměřuje se na podporu spolupráce, zvýšení efektivity práce a zlepšení samotné komunikace mezi jeho členy. Předem je důležité dohodnout, zda-li se na supervizi zúčastní i člen vedení, například staniční sestra (Venglářová, 2011, s. 155-156).
- Individuální – jedná se o setkání mezi pracovníkem a supervizorem, které probíhá ve formě strukturovaného rozhovoru. (Venglářová, 2011, s. 155-156).

- Skupinová – je setkání pracovníků, kteří mají podobnou pracovní náplň nebo pracují s podobnými pacienty v podobných zařízeních (Venglářová, 2011, s. 155-156).

Supervize má tyto 3 základní funkce:

- Normativní – týká se dodržování předepsaných norem a standardů a podporuje poskytování kvalitních a bezpečných služeb. Také napomáhá rozvoji profesní odpovědnosti jednotlivců, skupin nebo týmu (Špirudová, 2015, s. 381).
- Formativní – umožňuje rozvoj profesních znalostí a dovedností prostřednictvím reflexe praxe. Jedná se tedy o vzdělávací a edukační funkci (Špirudová, 2015, s. 381).
- Posilující (restorativní) – poskytuje podporu pro profesní růst a rozvoj. Je zaměřena na seberozvoj a uvědomění si vlastních schopností a pomáhá obnovit energii, sílu a motivaci pracovníků, aby zvládli další výzvy a změny ve svém profesním životě (Špirudová, 2015, s. 381).

Závěrem bychom měli uvést, že syndrom vyhoření představuje závažný problém dnešní doby. S počínajícím nárůstem požadavků v zaměstnání a zvyšujícím se náparem stresu v budoucnosti dojde k vysoké prevalenci syndromu vyhoření. Je důležité, abychom v této problematice co nejvíce využívali primární prevence. Mezi ně patří důležitost využití supervize, trávení času s přáteli a rodinou, mluvení o svých problémech, ale je také vhodné klást důraz na pohybové aktivity a udržení si zdravé životosprávy.

Celá teoretická část se zabývá samotnou všeobecnou sestrou, náplní její práce a jejími kompetencemi. Věnuje se také stresu, jeho příznakům, vývoji a konfliktům na pracovišti. Ve druhé kapitole se soustředíme na samotný komplex syndromu vyhoření. Třetí kapitola je věnována problematice supervize, jejím formám a funkci.

Pokud se cítíme emočně vyčerpáni, musíme si na chvíli odpočinout, zastavit se a uvědomit si, že práce je ovšemže součástí našeho života, ale nemělo by to být naopak. V rámci prevence je klíčovým aspektem, pravidelně, v intervalu, který uznáme za vhodný, zvážit změnu pracovního prostředí. A na závěr je důležité říci, že zdraví máme pouze jedno a měli bychom s ním zacházet co nejšetrněji.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 PŘEHLEDOVÁ STUDIE – PREVALENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER NA ODDĚLENÍ JEDNOTKY INTENZIVNÍ PÉČE A PALIATIVNÍ PÉČE

Cílem této praktické části bakalářské práce jsme si stanovili zjistit prevalenci syndromu vyhoření. Výzkum byl avizován na dvou odděleních, na kterých dochází k častému výskytu syndromu vyhoření, v souvislosti, s vysokou mírou pracovní zátěže a psychickému a fyzickému nátlaku.

4.2 Cíle a otázky systematické přehledové studie

Tato přehledová studie, která je součástí bakalářská práce na téma Syndrom vyhoření u všeobecných sester si přednostně klade za cíl, sumarizovat prevalenci syndromu vyhoření u všeobecných sester na Jednotce intenzivní péče a v oblasti paliativní péče v Evropě. Cílem bylo nashromáždit data od roku 2016 až po rok 2024 a tato data mezi sebou porovnat. Vyhledávání se uskutečnilo dne 20. 3. 2024.

Hlavní cíl: Které evropské země v oblasti paliativní péče a na odděleních JIP dosahují nejvyšší prevalence syndromu vyhoření.

Vedlejší cíl: Ve které zemi Evropy je prevalence syndromu vyhoření nejzávažnější.

4.3 Druhy přehledových studií

Pro vyhledávání a správné vypracování praktické části jsem intenzivně věnovala pozornost doporučených rad od J. Mareše (2013), který ve své knize systematicky popisuje a také vysvětluje jednotlivé typy přehledových studií.

Rozlišujeme více než jeden druh přehledové studie. Ve výsledku jsme schopni rozlišovat dva druhy těchto studií. První typ patří mezi ty častější a má funkci zaměřit se pouze na jeden výzkum. Často se vyskytuje např. v bakalářských, magisterských a doktorských pracích a diskutuje se zde o dosavadních výzkumech, zaměřených na tuto problematiku. Převážně se tento přehled nachází na začátku práce, ovšem ve výzkumných člancích a časopisech může být součástí úvodního textu a zahrnovat jeden až tři tištěné stránky psaného textu (Mareš, 2013, s. 429).

Druhý typ, který je více specifitější, představuje konkrétní přehledovou studii, která postupně mapuje výzkum v určité oblasti. Tato studie se zaměřuje pouze na souhrnný pohled, na stav průzkumu v daném oboru: vybírá relevantní práce, provádí jejich analýzu, hodnotí a shrnuje výsledky desítky výzkumných prací na určitý druh tématu (Mareš, 2013, s. 429).

Literární přehled – jedná se o obecný přehled, zaopatřené označení pro různé druhy přehledů zdrojů literatury. V oblasti výzkumného kontextu jde o přehled existujících poznatků za určitý časový úsek. Autor se v tomto případě spoléhá na výzkumné studie na určité téma, analýzu a generalizaci jejich výsledků (Mareš, 2013, s. 430).

Tradiční/narativní přehled – představuje přehled shrnující, který se zabývá souborem rozsáhlejších prací na dané téma za určitou časovou periodu. Autor v této studii pečlivě volí výzkumnou otázku a nebo stanovená hlediska. Kvalita takového přehledu závisí na různých faktorech včetně volby zdrojů, vyhrazené metodě analýzy a dosavadními zkušenostmi s daným typem teorie (Mareš, 2013, s. 430).

Mapující přehled / systematické mapování – charakterizuje přehled, který se rovněž zabývá rozsáhlejšími pracemi na dané téma. Tyto výzkumy se seskupují do celků větších. Využívají se zde „pojmové mapy“ k zobrazení vztahů mezi zkoumanými tématy (Mareš, 2013, s. 430).

Systematický přehled – jedná se o studii opírající se, je-li to možné, o komplexní vyčerpávající komplex prací na dané téma za určité období. Tato studie obsahuje popisy postupů a analýzu získaných výzkumů (Mareš, 2013, s. 430).

Kritický přehled – jedná se o přehled shrnující, který se rovněž zabývá rozsáhlejšími soubory témat za určité období. Autor se při tvorbě přehledu soustředí na nadhled nad popisem získaných poznatků. Pečlivě zkoumá jednotlivé teoretické přístupy, kriticky posuzuje jejich kvalitu a má specifikovat konkrétní slabé a silné stránky (Mareš, 2013, s. 431).

Integrativní přehled – představuje specifický typ studie, která shrnuje aktuální poznatky řady výzkumných studií, ať už experimentálních nebo neexperimentálních. Jedná se také o teoretické práce za určitou časovou osu. Slouží k hlubšímu pochopení určitého procesu, problému, ať už vědecké nebo aplikační problematiky (Mareš, 2013, s. 431).

Rychlý přehled – studie, která má odpovědět na jeden výzkumný problém. Úkolem autora je zpracovávat literární rešerše, popisovat data z výzkumů, vše uspořádat a vypracovat finální odpověď na tuto otázku (Mareš, 2013, s. 431).

Meta-analýza – studie, která má za cíl využívat statistické metody ke shrnutí výsledků z řady kvantitativně zaměřených výzkumných studií, které zkoumají podobný nebo stejný problém (Mareš, 2013, s. 431).

Meta-syntéza – přehled shrnující. Opírá se o širokou škálu metaanalýz za určité časové období. Kritéria, která jsou předem stanovená, slouží k vybírání vhodné metaanalýzy, která generalizuje poznatky o daném tématu (Mareš, 2013, s. 429-431).

Kvalitativní systematický přehled – přehled shrnující. Opírá se o širokou škálu kvalitativních výzkumů na určité téma za dané časové období. Úkolem autora je zkoumat jednotlivé, kvantitativně zaměřené studie, a sleduje, jaká témata byla identifikována výzkumníky a k jakým výsledkům poté přišli (Mareš, 2013, s. 429-431).

4.4 Sestavení souboru analyzované literatury

Vyhledávání požadovaných zdrojů k praktické části bakalářské práce bylo provedeno skrze elektronické databáze PubMed, Scopus a také Google Scholar. Tyto internetové zdroje umožňují systematické vyhledávání, filtraci a adekvátní přehled požadovaných studií. Oddělení relevantních a nerelevantních zdrojů proběhlo zprvu objektivně. Použitím vhodných kritérií a vyhodnocením, zdali je soubor vhodný pro zařazení do výzkumu, či nikoliv, jelikož nesplňuje dané požadavky. A také proběhla subjektivní analýza. V tomto případě je důležité vyhodnocení, zdali je studie vhodná pro zařazení do výzkumu, či nikoliv.

Vyhledávání bylo omezeno na rozpětí od roku 2016 - 2024. Vyhledávací jazyk byl omezen na anglický. Databáze PubMed našla celkem 37 dokumentů. Google Scholar vygeneroval celkem 6 574 dokumentů. A databáze Scopus našla 51 dokumentů. Nejprve probíhalo vyřazení článků v souvislosti s názvem a také abstraktem. Některé studie vyžadovaly podrobnější analýzu.

Vyhledávání dle požadovaných kritérií a následná detekce určila, že celkově bylo do studie zahrnuto 13 studií.

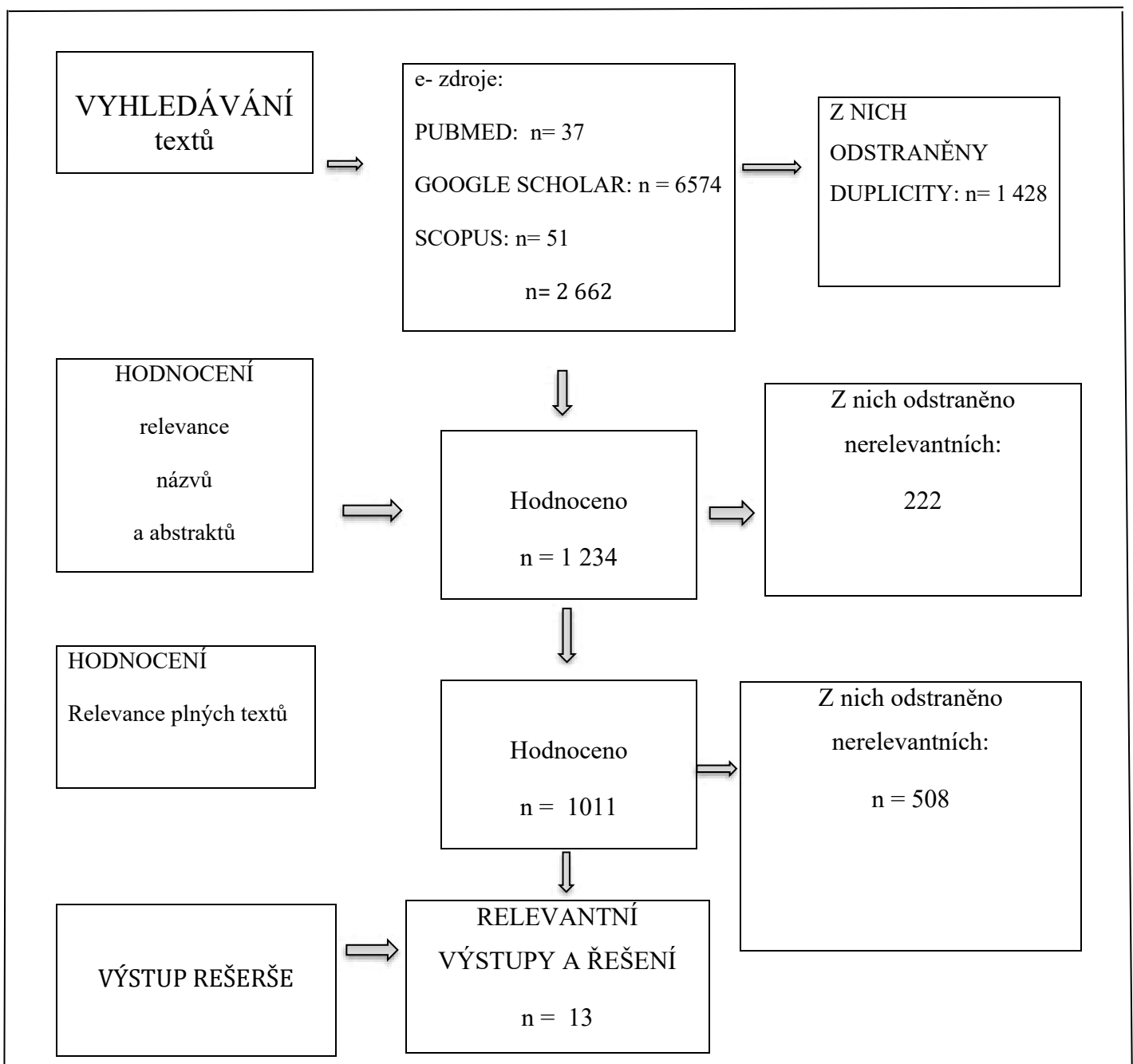
Scopus je internetovým vyhledávačem a řadí se mezi nejvyužívanější databázi citací a abstraktu ve světě. Patří pod společnost Elsevier. Poskytuje čtyři hlavní tematické oblasti jako jsou přírodní vědy, společenské vědy, fyzikální vědy a také vědy zdravotní (Knihovna Akademie věd České republiky).

Google Scholar je internetovou platformou obsahující širokou škálu odborných publikací, článků v časopisech, konferenčních příspěvků, závěrečných prací, dizertací, knih, preprintů, abstraktů,

technických zpráv a další akademické literatury napříč různými výzkumnými obory. Obsahuje díla od mnoha akademických nakladatelů, odborných společností, univerzitních repozitářů a různých dalších renomovaných zdrojů. Kromě toho také zahrnuje soudní posudky a patenty (Google Scholar, 2004).

4.4.1 Kritéria vyhledávání

Mezi klíčové vyhledávání bylo zásadní zvolit si správně klinickou otázku. Období výzkumu bylo ohraničeno od roku 2016 až do roku 2024. Zvolený jazyk byl nastaven na anglický. Předpoklad pro vhodný výzkum byly viditelné hodnoty Maslach Burnout inventory (MBI). Tento dotazník zahrnuje specifické elementy, které se nazývají Emoční vyčerpání (EE), Depersonalizace (DP) a Snížený osobní úspěch (PA).



Obrázek 1 Postupový diagram

Zdroj: vlastní výzkum

4.4.2 Popis rešerše a vyhledávací strategie

Rešerše byla prováděna v období březen až duben 2024. Rešeršním cílem bylo nalézt požadovaný počet studií, které se opíraly o cílená data s prevalencí syndromu vyhoření v zemích Evropy. Sběr dat zahrnoval složku Depersonalizace, Emočního vyčerpání a Sníženého osobního úspěchu. Studie probíhaly pomocí Maslach Burnout Inventory. Relevantní články se analyzovaly pomocí databáze Scopus, PubMed a také Google Scholar.

4.5 MASLACH BURNOUT INVENTORY

Maslach Burnout Inventory (MBI) je užitečným nástrojem v klinické praxi na komplexní měření intenzity syndromu vyhoření, převážně u pracovníků ve zdravotnictví. Poprvé byl publikován v roce 1981 americkou psycholožkou Christinou Maslach (Maslach, 2021).

MBI dotazník se skládá ze tří dimenzí. Emoční vyčerpání, Depersonalizace a také Snížený osobní úspěch. Každý z těchto okruhů je rozdělen na cílené otázky, kterých je celkem 22 a spadají do této kategorie (Maslach, 2021) viz. seznam příloh (dotazník Maslach Burnout Inventory).

Emoční vyčerpání (EE) je charakterizováno nepříjemným pocitem zoufalství, duševního vysílení, nadměrnou únavou a také pocity bezradnosti. Je také silně spojeno s celkovým negativismem k sobě samému, ale také k pracovnímu a soukromému životu (Zacharová, 2008).

Depersonalizace (DP) je stav, kdy jedinec postupně ztrácí kontakt se svými vlastními prožitky a objevuje se pocit, že je odtržen od své osobnosti, těla, myšlenek a pocitů. Mohou nastat i situace, kdy se jedinec cítí, jako by byl „mimo své tělo“ a vnímá se v této situaci cizí a nezainteresovaný (Raszka a Praško, 2008).

Osobní úspěch (PA) je stav, který je charakterizován dosažením spokojenosti nebo úspěchu v osobním, profesním nebo sociálním životě. V souvislosti se syndromem vyhoření je osobní úspěch snížen. A řadí se tedy mezi rizikové faktory syndromu vyhoření.

4.6 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je odvozena od slova „pallium” = plášť a nebo také rouška (Bužgová, 2015, s. 14).

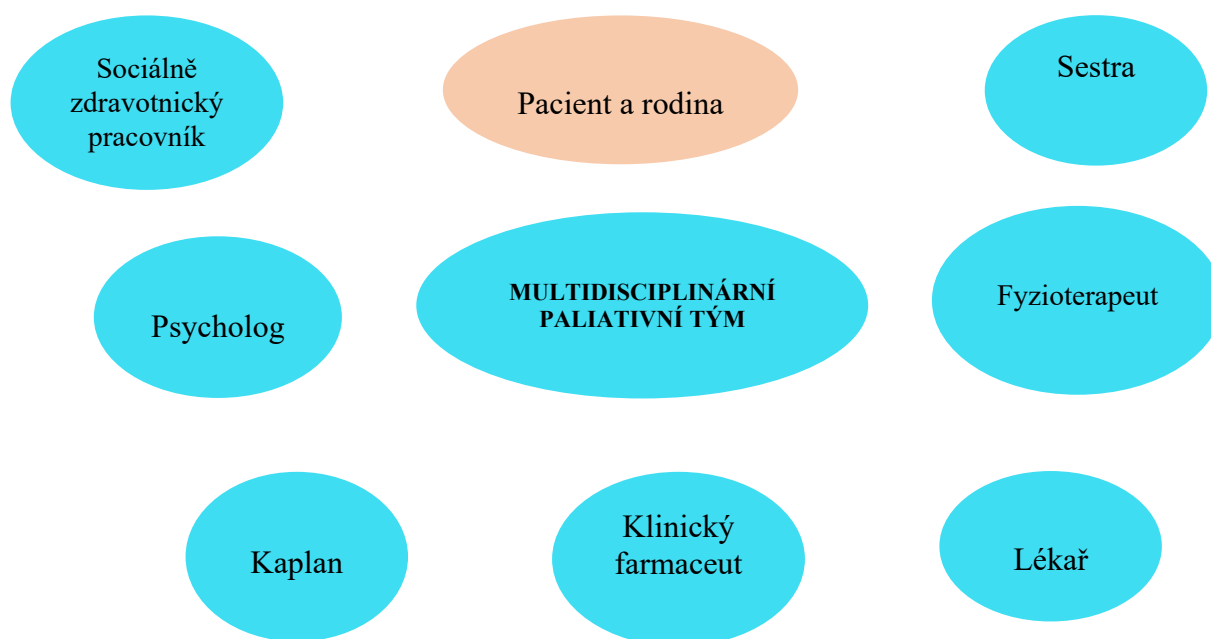
Definice paliativní péče dle WHO: „aktivní, komplexní péče o pacienty, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení

psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní péče je dosažení, co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin” (Bužgová, 2015, s. 14).

P/K, kteří jsou v paliativní léčbě, trpí progresivním ireverzibilním onemocněním. Tato situace trvale ovlivňuje fyzický a psychický stav nemocného a jeho nejbližších. Tento druh péče je poskytován v terminální fázi onemocnění, u závažných chronických onemocnění, ale také v brzkém stádiu závažného onemocnění (Bužgová, 2015, s. 14).

Paliativní péče také slouží jako nástroj ke zlepšení kvality života nemocných a jejich milovaných. Klade si rovněž za cíl zmírnit bolest a utrpení v souvislosti s včasnou diagnostikou, vyhodnocením a také k zajištění psychických, psychosociálních a duchovních potřeb (Bužgová, 2015, s. 14).

Sestra v paliativní péči poskytuje symptomatickou léčbu, komplexní edukační činnost, pečuje o celkovou psychickou a fyzickou pohodu nemocného a zajišťuje podporu pro nemocné P/K a jejich rodiny. Z hlediska uplatnění na trhu sestry najdou své místo např. v hospicích, v domácí paliativní péči, v komunitní péči nebo také v paliativních nemocničních odděleních, kterých bohužel není příliš mnoho.



Obrázek 20 Multidisciplinární paliativní tým

Zdroj: vlastní zpracování (dle Bužgová, 2015, s. 71)

4.7 JEDNOTKA INTENZIVNÍ PÉČE

Jednotka intenzivní péče (JIP) je vysoce specializovaným nemocničním oddělením, poskytujícím komplexní ošetrovatelskou a lékařskou péči 24 hodin denně. Pacienti, jsou hospitalizováni na tomto oddělení, v důsledku ohrožení vitálních funkcí, akutních nebo chronických onemocnění. Hospitalizace je také nutná v případě ohrožení jedné a nebo více vitálních funkcí (Bartůněk a kolektiv 2016, s.6).

Pokud se jedná o přístrojové vybavení, tak JIP musí být vybavena monitorovanými zařízeními, jako je tlakoměr a oxymetr. Dále musí disponovat infuzními pumpami, EKG monitory, ventilátory, odsávacími zařízeními, intubačními sety, nebulizátory, defibrilátory, resuscitačním vozíkem a elektronickými zdravotními záznamy atd.

V rámci historie je vhodné zmínit nejvýznamnější osobnost ošetrovatelství, a to Florence Nightingale. V roce 1854 se výrazně angažovala během Krymské války, na kterou byla povolána tehdejšími ministrem války Sidney Herbertem. Významnou činnost, kterou aplikovala během války, byla separace zraněných a méně zraněných vojáků. Tímto klíčovým krokem redukovala úmrtnost na bitevním poli ze 40 % na 2 % (Bartůněk a kolektiv 2016, s.4).

Vojáky navštěvovala i ve večerních hodinách a na cestu si svítila lampou. V důsledku toho byla poté označována jako „Dáma s lampou“ a tato lampa je v dnešní době symbolem ošetrovatelství.

Vznik Jednotky intenzivní péče spadá do poloviny 20. století, kdy byla formulována myšlenka tzv. „konceptu podpory života“, což je program zaměřený na poskytování komplexní péče pacientům v režimu udržování sedace a ventilace v prostředí intenzivní péče (Bartůněk a kolektiv 2016, s.4).

5 EVROPSKÉ ZEMĚ ZAŘAZENÉ DO VÝZKUMU

V tabulce jsou znázorněny jednotlivé země Evropy, která splnila kritéria pro zařazení do našeho výzkumu v rámci prevalence syndromu vyhoření. Jsou zde rovněž znázorněna oddělení JIP a paliativní péče, rok vydání a autor výzkumu.

Pořadí	Evropský stát	Počet sester účastníci se výzkumu	paliativní péče x JIP	Rok vydání	Autor
1.	Chorvatsko	620	JIP	2020	Frganović A., & Selič P.
2.	Itálie	84	JIP	2021	Stocchetti, et al.
3.	Polsko	560	JIP	2018	Nowacka et al.
4.	Rumunsko	29	JIP	2019	Cotrau et al.
5.	Rusko	881	JIP	2022	Kaštanov A., et al.
6.	Řecko	348	JIP	2024	Pakou V., et al.
7.	Velká Británie	157	JIP	2019	Vincent L., et al.
8.	Itálie	75	paliativní péče	2020	Ercolani G., et al.
9.	Portugalsko	300	paliativní péče	2016	Pereira S., et al.
10.	Španělsko	162	paliativní péče	2020	Campos J., et al.
11.	Rumunsko	65	paliativní péče	2020	Iorga M., et al.

12.	Chorvatsko	171	paliativní péče	2017	Neuberg D., et al.
13.	Česká republika	53	paliativní péče	2023	Nováková, L.

Tabulka 1 Míra prevalence syndromu vyhoření ve vybraných zemích Evropy

Zdroj: vlastní zpracování

FAKTORY	ÚROVEŇ SYNDROMU VYHOŘENÍ		
	Nízké riziko	Střední riziko	Vysoké riziko
Emoční vyčerpání EE	0-16	17-26	27 a více
Depersonalizace DP	0-6	7-12	13 a více
Osobní úspěch PA (snižený)	39 a více	38-32	0-31

Tabulka 2 Úroveň syndromu vyhoření

Zdroj: vlastní zpracování (dle Honzák, 2018, s. 38)

5.2 Analýza dat u sester pracujících na jednotce intenzivní péče a v paliativní péči

Výzkum se zabývá porovnáním prevalence syndromu vyhoření u sester pracujících v oblasti paliativní péče a sester pracujících na JIP. Vzhledem k tomu, že s oběma pracovními prostředími souvisí vysoká fyzická a psychická zátěž, klademe si za cíl porovnat, na kterém oddělení dochází více k rizikům syndromu vyhoření. Komplexním cílem bude analyzovat jednotlivé studie a nalezené hodnoty poté mezi sebou porovnat.

5.3 Výzkum u sester pracujících v paliativní péči

V oblasti paliativní péče výzkumu participovala Itálie, Portugalsko, Španělsko, Rumunsko, Chorvatsko a Česká republika. Ve výzkumu paliativní péče jsme našli menší počet relevantních dat, která splňovala kritéria pro zařazení, do námi zvoleného výzkumu.

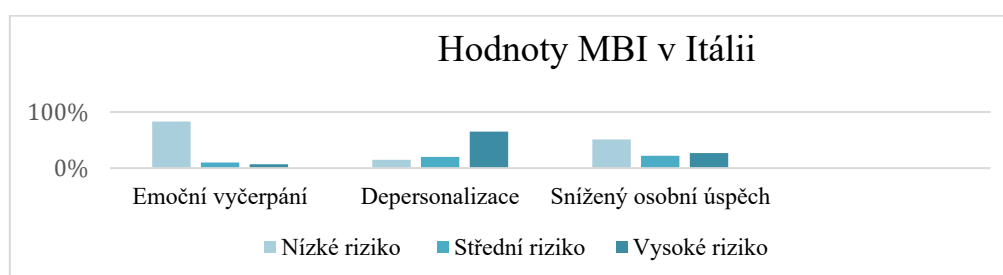
5.3.1 Itálie

Paliativní tým se dennodenně potýká se stresory na pracovišti. Pečuje o umírající, spolupracuje s rodinnými příslušníky a tato situace je neskonale stresující. Tudíž je velká pravděpodobnost, že pracovníci mají vysoké riziko k počínajícímu syndromu vyhoření.

Výzkumu ke zjištění prevalence syndromu vyhoření se účastnil tým paliativní péče v Itálii. Studie zahrnovala 75 sester, což představovalo 36 % respondentů z celého výzkumu. Výrazné zastoupení zde činilo 54 žen. Mužů se tohoto výzkumu účastnilo 21. Průměrný věk respondentů byl 37 let. Respondenti byli pracovníky Národního programu pro pomoc nádorům (ANT), která slouží k poskytování specializační komplexní péče svými zdravotnickými pracovníky. Nachází se v 10 regionech v Itálii. Studie prošla souhlasem etické komise. Průzkum byl prováděn od července do září 2016 (Ercolani et al., 2020).

Bylo zjištěno, že nízké riziko EE bylo klasifikováno u 62 sester (83 %), střední riziko u 8 sester (10 %) a vysoké riziko EE u 5 sester (7 %). Nízké riziko DP se objevilo u 11 sester (15 %), střední riziko u 15 sester (20 %) a vysoké riziko DP se objevilo u 49 sester (65 %). Nízké riziko PA bylo objeveno u 38 sester (51 %), střední riziko u 17 sester (22 %) a snížený PA ve vysokém riziku se objevilo u 20 sester (27 %) (Ercolani et al., 2020).

Výsledky dokazují, že EE a DP mají co dočinění s vyhýbáním se copingovým strategiím, avšak možné řešení problémů a pozitivní přístup byly negativně spojeny s EE a pozitivně s PA. Využívání strategií vyhýbání souviselo s nižší psychickou a fyzickou pohodou (Ercolani et al., 2020).



Tabulka 3 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče v Itálii

Zdroj: vlastní zpracování

5.3.2 Portugalsko

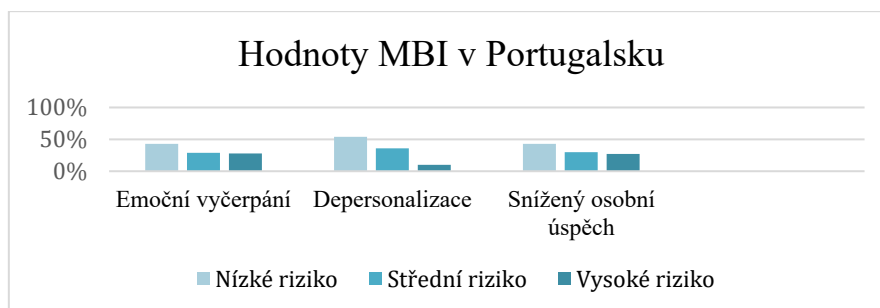
Tato studie se týkala syndromu vyhoření a kvality života portugalských zdravotníků v oboru paliativní péče.

Výzkum byl proveden v období srpen až červen 2016. V tomto výzkumu kooperovalo 92 sester z paliativní péče (Pereira et al., 2016).

Navíc v tomto výzkumu zazněly dotazy na nejbližší datum úmrtí pacienta, konflikty v rodinném nebo pracovním životě, komunikaci s nejbližšími příbuznými nebo poskytování péči o umírajícího pacienta v terminálním stádiu. Tyto aspekty jsou ve výzkumu klíčové, protože mohou ovlivnit celkový výsledek MBI a jeho hodnoty.

U sester v paliativní péči bylo zjištěno, že EE v nízkém riziku uvedlo 40 sester (43 %), střední riziko 27 sester (29 %) a vysoké 26 sester (28 %). V oblasti DP se nízké riziko jevílo u 50 sester (54 %), střední riziko u 33 sester (36 %) a vysoké u 9 sester (10 %). V oblasti PA se objevilo nízké riziko u 40 sester (43%), střední riziko u 28 sester (30%) vysoké riziko u 25 sester (27%) (Pereira et al., 2016).

Z komplexních výsledků této studie a analýzou jednotlivých dat bylo zjištěno, že 13 sester představuje vysoké riziko syndromu vyhoření.



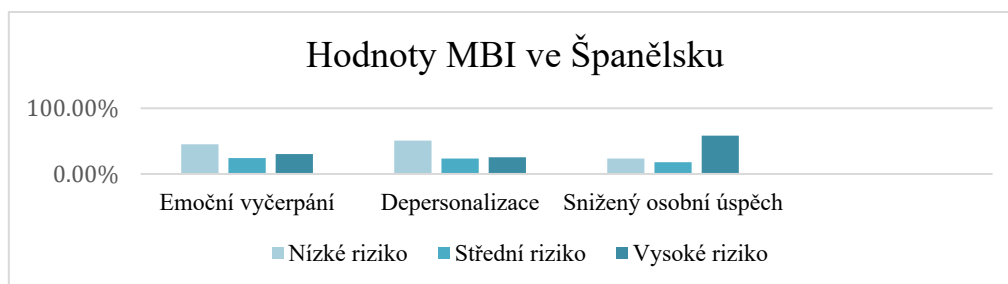
Tabulka 4 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče v Portugalsku

Zdroj: vlastní zpracování

5.3.3 Španělsko

Ve Španělsku se tohoto výzkumu na Lanzarote zúčastnilo 161 sester z domácí péče a paliativní péče v nemocnicích. Výzkum byl avizován v červenci 2016. Respondenti vyplnili požadovaný MBI dotazník. Cílem tohoto výzkumu bylo sledovat pracovní spokojenost pracovníků a jestli jejich výsledek ovlivňuje míru stresu. Výzkum tvořily z 89 % ženy a z 11 % muži. Více než polovina pracovala v nemocnicích a zbytek respondentů tvořily sestry v domovech pro seniory. Sběr dat byl anonymní a prošel souhlasem etické komise. EE v nízkém riziku bylo zjištěno u 73 sester (45,3 %), střední riziko u 39 sester (24,3 %) a vysoké riziko EE u 49 sester (30,4 %). V oblasti DP se nízké

riziko jevílo u 82 sester (50,9 %), střední riziko u 38 sester (23,6 %) a vysoké riziko u 41 sester (25,5 %). V důsledku sníženého PA v nízkém riziku objevilo u 38 sester (23,6 %), střední riziko u 29 sester (18 %) a vysoké riziko PA se vyskytlo u 94 sester (58,4%). Bylo zjištěno, že přibližně polovina sester měla středně vysoké riziko EE a důsledku toho mají pracovníci na tomto typu oddělení vyšší míru stresu (Campos, et al., 2020).



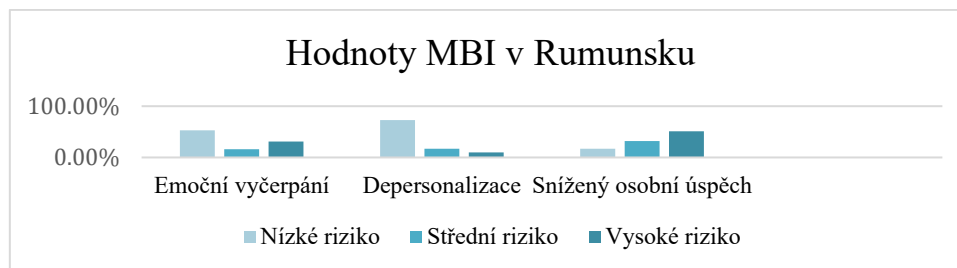
Tabulka 5 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče ve Španělsku

Zdroj: vlastní zpracování

5.3.4 Rumunsko

Výzkumu v Rumunsku se účastnilo 65 sester. Studie byla prováděna v období leden až duben 2019. Tento výzkum byl prováděn pomocí MBI dotazníku. Studie se mimo jiné zaměřovala na pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe, počet dětí a jestli respondenti trpí chronickým onemocněním. Studie byla také věnována poznatkům, zdali sestry mají tendenci vytvářet si emocionální vazby k P/K, což se v praxi stává často a není mnohdy jednoduché tomuto stavu zabránit. Bylo zjištěno, že bezmála 40 % sester si často vytváří k P/K emocionální vazby. Rovněž ze studie vyplynulo, že sestry, které jsou svobodné, mají vyšší riziko EE (25,15 % x 16,18 %). Z výzkumu bylo zjištěno, že různé faktory pracovního prostředí mohou zvýšit riziko syndromu vyhoření ve všech třech rozměrech MBI (emoční vyčerpání, depersonalizace, snížený osobní úspěch). Naopak respondenti s vysokoškolským vzděláním mají nižší skóre EE (Iorga et al., 2020).

Bylo zjištěno, že EE, v nízkém riziku postihuje sester 35 sester (53%), střední riziko 10 sester (16%), vysoké 20 sester (31%). DP v nízkém riziku je evidováno u 47 sester (73%), střední riziko u 11 sester (17%) a vysoké riziko u 7 sester (10%). Snížený PA byl zjištěn u 11 sester (17%), střední riziko u 21 sester (32%) a vysoké riziko u 33 sester (51%) (Iorga et al., 2020).

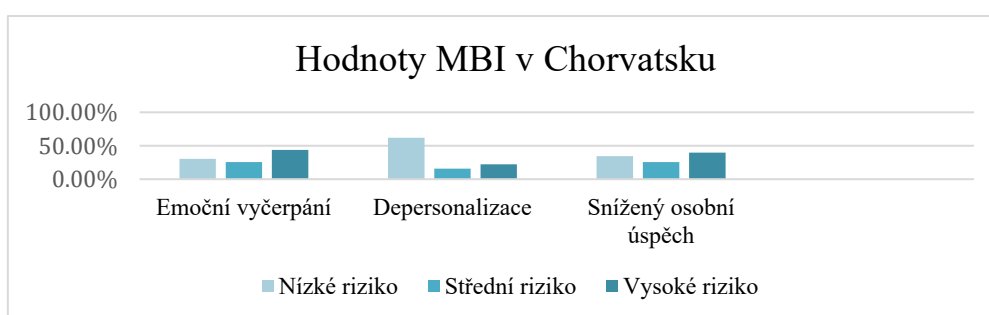


Tabulka 6 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče v Rumunsku

Zdroj: vlastní zpracování

5.3.5 Chorvatsko

Výzkumu v Chorvatsku se zúčastnilo 171 sester. Studie se skládala z MBI dotazníku. Rovněž jako studie předešlé dotazník prošel souhlasem etické komise. Participanti pocházeli z hospicové péče a také z nemocničního zařízení. Výzkum byl realizován v období říjen až prosinec 2016. Cílem výzkumu bylo zjistit prevalenci syndromu vyhoření a jak toto onemocnění ovlivňuje zacházení se seniory. Tento dlouhodobý stav vyhoření může zapříčinit až agresivitu a možné napadení seniora. Důvodů pro tyto činy může být mnoho a jeden z nich je nedostatek personálu. Bylo zjištěno, že EE v nízkém riziku pociťuje 52 sester (30,4 %), střední riziko 44 sester (25,7 %) a vysoké riziko se projevilo u 75 sester (43,9 %). V dimenzi DP se nízké riziko jevílo u 106 sester (62 %), střední u 27 sester (15,8 %) a vysoké riziko bylo objeveno u 38 sester (22,2 %). V oblasti sníženého PA se objevila 59 sester (34,5 %), ve středním riziku u 44 sester (25,7 %) a ve vysokém u 68 sester (39,8 %) (Neuberg et al., 2017).



Tabulka 7 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče v Chorvatsku

Zdroj: vlastní zpracování

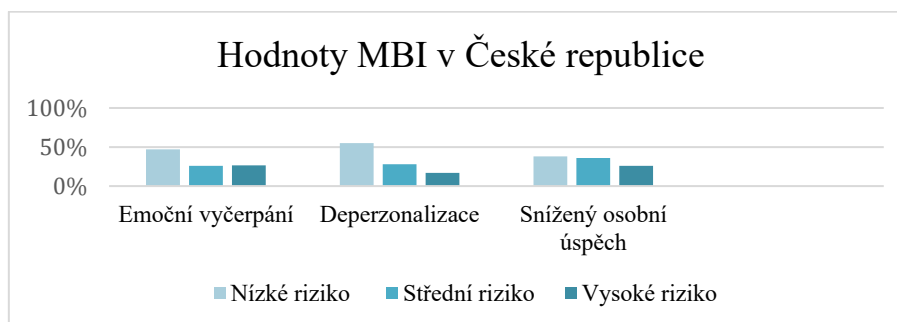
5.3.6 Česká republika

V rámci praktické části Bakalářské práce na téma Syndrom vyhoření v paliativní a hospicové péči Bc. Lucie Nováková zkoumala úroveň syndromu vyhoření u sester v paliativní a hospicové péči a

tato data mezi sebou porovnávala. Ke sběru dat rovněž využila MBI dotazník. Výzkumu se celkem zúčastnilo 53 sester z této oblasti péče.

Díky tomuto cennému výzkumu poskytla Bc. Nováková hledaná data k realizování své praktické části bakalářské práce. Porovnávaly se zde rovněž hledané MBI hodnoty v souvislosti s délkou praxe. Studie zjistila, že EE na nízké úrovni se jevila u 25 sester (47 %). Střední riziko vykazovalo 14 sester (26 %). Tato data byla stejně diagnostikována i pro vysoké riziko EE (26 %). V oblasti DP se nízké riziko objevilo u 29 sester (55 %). Střední riziko se jevila u 15 sester (28 %) a vysoké riziko u 9 sester (17 %). Závěrem se v oblasti sníženého PA jevila nízká úroveň u 20 sester (38 %). Střední riziko u 19 sester (36 %). Ve vysokém riziku u 14 sester (26 %) (Nováková, 2023).

V její bakalářské práci bylo zjištěno, že k riziku syndromu vyhoření a nebo k již samotnému projevu má překvapivě větší pravděpodobnost skupina sester s délkou praxe kratší 20 let (Nováková, 2023).



Tabulka 8 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče v České republice

Zdroj: vlastní zpracování

6 VÝZKUM U SESTER NA JIP

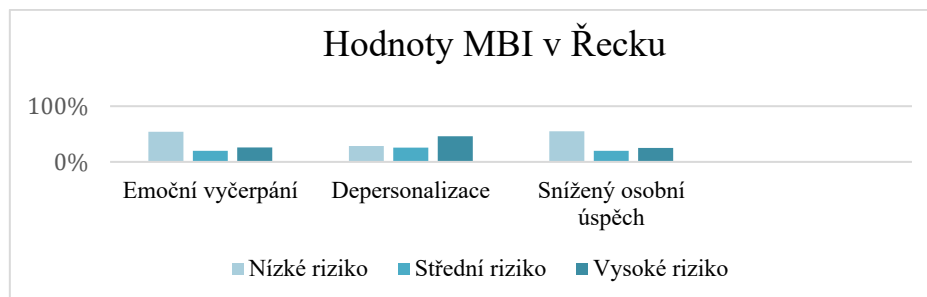
Výzkum, který se zaměřoval na sběr dat u sester pracujících na oddělení JIP, měl patřičně rozsáhlejší oblast sběru dat, což usnadnilo postupné analyzování všech dat v jednotlivých zemích. Tato kapitola představuje vybrané studie, které splňovaly kritéria, pro zařazení do výzkumu.

6.1.1 Řecko

Studie byla prováděna na 31 odděleních v 10 městech na JIP po celém Řecku. Celkově se studie účastnilo bezmála 348 sester. Proces analýzy vzorků probíhal v období prosinec 2021 až červen 2022. Sestry byly požádány, aby vyplnily MBI a další dva dotazníky důležité pro tento druh studie. Výzkum prošel souhlasem etické komise. Studie byla rozdělena do tří dimenzí dle délky praxe. V rozmezí méně než pět let, pět až deset let a více než deset let. Tento aspekt má významný vliv na riziko syndromu vyhoření. Je tedy vhodné z hlediska prevence měnit nemocniční prostředí v průměru okolo 5 let, nebo když sestra začíná mít pocit, že svou situaci na oddělení nemá ve svých rukou a práce ji intenzivně psychicky a fyzicky vyčerpává.. Hodnota pro snížený PA v průměru činila 30,1 % (Pakou et al., 2024).

Ve výzkumu EE bylo zjištěno nízké riziko u 189 sester (54%), střední riziko u 68 sester (20%) , že 91 sester pociťuje vysoké riziko EE (26%). V oblasti DP nízké riziko se objevilo u 100 sester (28,5%), střední riziko u 89 sester (25,5%) a vysoké riziko postihuje 159 sester (46%). Snížený PA, v nízkém riziku se objevil u nízké riziko u 194 sester (55%), střední riziko u 72 sester (20%) a vysoké riziko u 87 sester (25%) (Pakou et al., 2024).

Bylo zjištěno, že zdravotnický personál pracující na JIP v menších městech má vyšší tendenci k neuroticismu. Tento jev může ovlivňovat naše emoční jednání a zvládání nečekaných životních událostí. Vede k emocionální nestabilitě, depresi, sklonům k úzkostem nebo také k výraznou nespokojeností. Výrazný rozdíl se objevil u pracovníků s více než 10letou praxí. Závěrem je třeba říci, že u sester s více zkušenostmi hrála roli také zvýšená míra psychotismu a byla snížena také míra extraverze. Tato dlouhodobá situace může zhoršovat vztahy mezi zdravotníky, ale i zhoršení celkové péče o P/K. S tím se pojí i samotná prodloužená hospitalizace nebo i zvýšená úmrtnost na oddělení (Pakou et al., 2024).



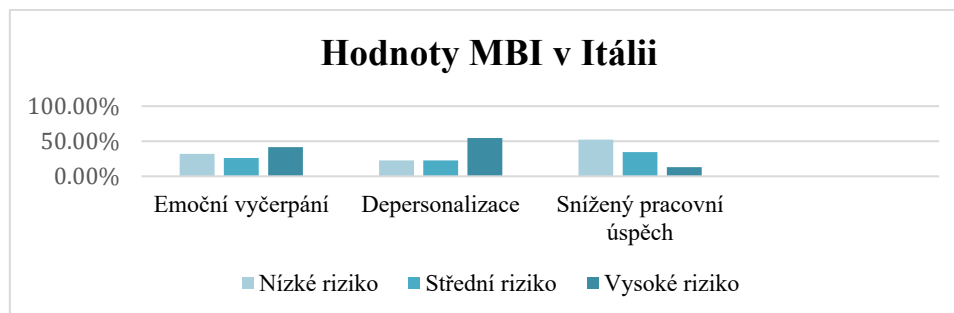
Tabulka 9 Hodnoty MBI na JIP v Řecku

Zdroj: vlastní zpracování

6.1.2 Itálie

Druhá studie se týkala zjištění prevalence syndromu vyhoření na JIP v Itálii během druhé vlny pandemie v období od 11. do 28. ledna 2021. Mezi země, která byla zasažena pandemií nejvíce v celé Evropě, patřila právě Itálie. Výzkumu se účastnilo celkem 84 italských nemocnic na oddělení JIP, které splňovaly požadavky pro jejich zařazení. Výzkum tvořilo 54 žen a 30 mužů. Studie probíhala v podobě online dotazníku a byla schválena etickou komisí. Dotazník byl složen z MBI a mimo jiné i z Insomnia Severity Index, který slouží ke zjištění povahy a také závažnosti a důsledku nespavosti. V této studii se objevilo výrazné procento úzkosti a nespavosti. Nicméně zde zazněly důležité dotazy na psychickou pohodu zaměstnanců, tj. jestli se u zaměstnanců objevily obtíže při zařazení se do kolektivu a nového prostředí, srovnání míry pracovní zátěže před COVID-19 a během COVID-19, srovnání vztahů mezi kolegy a nebo také jestli se sestry cítí na pracovišti dostatečně chráněny. Mezi odpověďmi převládaly problémy s adaptací na pracovní prostředí, zlepšení vztahů mezi kolegy, zvýšená pracovní zátěž a dostatečná ochrana pracovníků na pracovišti (Stochetinni et al., 2021).

V oblasti MBI uvedlo nízké riziko EE 27 sester (32,1 %), střední 22 (26,1 %) a vysoké riziko se kalkuluje u 35 sester (41,6 %). V oblasti DP nízké riziko uvedlo 19 sester (22,6 %), střední také 19 sester (22,6 %) a vysoké 46 sester (54,7 %). Snížený PA uvedlo 44 sester (52,4 %), střední 29 (34,5 %) a vysoké 11 sester (13,1 %). Průměrné hodnoty činí 35,24 % pro EE, 44,77 % DP a 36,71 % snížený PA. Dle výsledků diagnostikujeme, že až 62 % sester splňovalo kritéria pro syndrom vyhoření. Závěrem je důležité říci, že výsledky této studie naznačují, že pandemie COVID-19 významně negativně ovlivnila duševní pohodu pracovníků na JIP(Stochetinni et al., 2021).



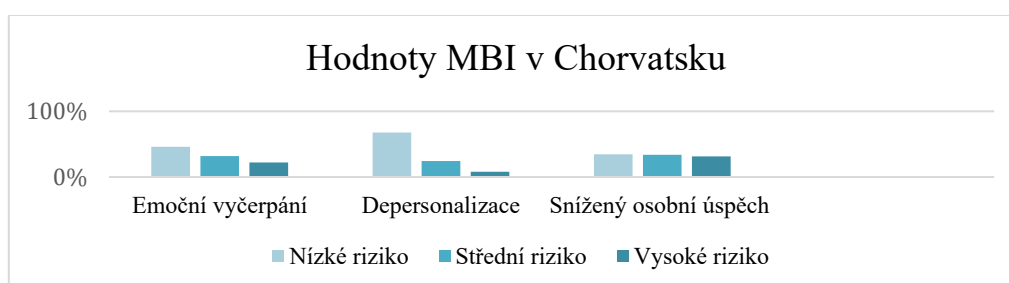
Tabulka 10 Hodnoty MBI na JIP v Itálii

Zdroj: vlastní zpracování

6.1.3 Chorvatsko

V Chorvatsku se výzkumu v roce 2020 účastnilo celkem 620 sester z pěti nemocnic v hlavním městě Záhřeb. Výraznou většinu tvořily ženy (544) a 76 členů tvořili muži. Výzkum prošel souhlasem etické komise. Sestry obdržely MBI dotazník. Mimo jiné ve studii zazněly dotazy na nejvyšší dosažené vzdělání, délku praxe, věk pracovníka, oddělení, na kterém sestra pracuje a ve které nemocnici v Záhřebu sestra pracuje. Převážnou většinu sester v tomto výzkumu tvořily ženy ve věku 26-35 let. Cílem výzkumu bylo zjistit prevalenci syndromu vyhoření u sester v Chorvatsku (Friganovič et al., 2020).

Byla zjištěna tato jednotlivá data. Riziko EE na nízké úrovni uvedlo 285 sester (46 %), na střední riziko 248 sester (31,9 %) a na vysoké riziko 136 sester (22,1 %). DP na nízké úrovni uvedlo 421 sester (67,7 %), na středním riziku 149 (24,4 %) a vysoké riziko se vyskytlo u 50 sester (7,9 %). Snížený PA na nízké úrovni uvedlo 217 sester (34,5 %), na střední úrovni 211 (33,9 %) a na vysoké úrovni 192 sester (31,3 % sester). Tyto výsledky dokazují, že přibližně každá pátá sestra trpí EE (Friganovič et al., 2020).

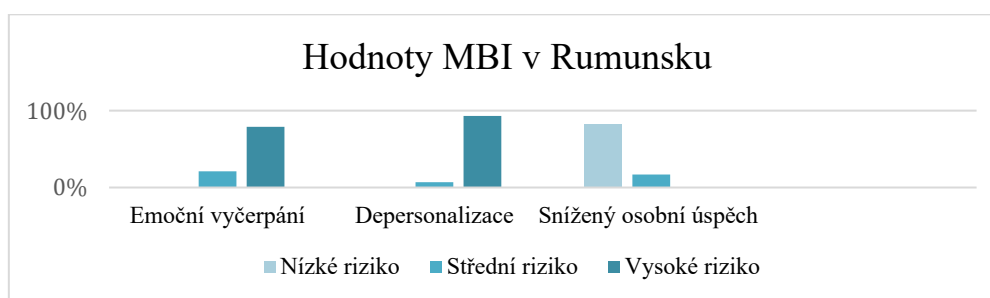


Tabulka 11 Hodnoty MBI na JIP v Chorvatsku

Zdroj: vlastní zpracování

6.1.4 Rumunsko

Studie se týkala hodnocení úrovně stresu a zjištění výskytu syndromu vyhoření na JIP u sester v nemocnicích v Rumunsku. Výzkumu se zúčastnilo 29 sester. Výzkum zahrnoval 28 žen a 1 muže. Z toho 21 sestrám bylo méně než 45 let a 8 sestrám bylo více než 45 let. S ohledem na vzdělání, 16 sester absolvovalo pouze střední zdravotnickou školu, 9 sester bylo vysokoškolsky vzdělaných a 4 sestry absolvovaly postgraduální studium. Šetření si kladlo za cíl zjistit míry spokojenosti, stresu a syndromu vyhoření. Výzkum probíhal od března do května 2018. Bylo zjištěno, že na nízké úrovni nepociťuje EE žádná sestra, středně vyčerpano se cítí 6 sester (21 %) a 23 sester se cítí vysoce emočně vyčerpano (79 %). DP na nízké úrovni nepociťuje žádná sestra, střední riziko tvoří 7 %, což zahrnuje 2 sestry, a vysoká DP se objevila u 93 % (27 sester). Snížený PA na nízké úrovni je evidován u 83 % sester (24 sester), střední riziko u 5 sester (17 %). Z výsledků je jasné, že míra stresu je v této studii nadměrná (Cotrau et al., 2019).



Tabulka 12 Hodnota MBI na JIP v Rumunsku

Zdroj: vlastní zpracování

6.1.5 Polsko

Studie, která probíhala v Polsku, se zabývala zjištěním sociodemografických a profesních faktorů syndromu vyhoření. Studie se zúčastnilo 560 sester napříč celým Malopolskem. K výzkumu byl použit MBI dotazník. Výzkum zahrnoval dvě části. První spočívala ve zjištění sociodemografických faktorů, jako je pohlaví, věk, rodinný a rodičovský vztah, pracoviště a výše vzdělání (střední, bakalářské, magisterské). Výzkumy prokazují, že EE na nízké míře vykazuje 189 sester (33,75 %). Střední riziko uvedlo 163 sester (29,11 %). Vysoké riziko syndromu vyhoření se ukázalo u 208 sester (37,14 %). Průměrná hodnota pro tuto složku činí 22,90 %. DP na nízké míře vykazuje 300 sester (53,57 %), střední riziko 143 sester (25,54 %). Střední riziko bylo prokázáno u 143 sester. Vysoké riziko kalkuluje 117 sester (20,89 %). Snížený PA na nízké úrovni uvedlo 360 sester (64,29 %), střední riziko 128 sester (22,86 %) a vysoké riziko 72 sester (12,86 %). Průměrně se snížený PA

vykazuje u 57,9 % sester. Studie ukazuje, že syndrom vyhoření je ovlivněn demografickými faktory a pracovními podmínkami sester. Analýza ukázala, že sestry pociťují symptomy vyhoření, jako je psychické vyčerpání, depersonalizaci a nízkou spokojenost s pracovním výkonem. Důležitými faktory jsou vzdělání, pracovní doba a pracoviště. Mezi navrhované strategie ke zlepšení pracovních podmínek patří snížení pracovní zátěže, zlepšení přístupu k informacím a podpora profesního rozvoje (Nowacka et al., 2018).

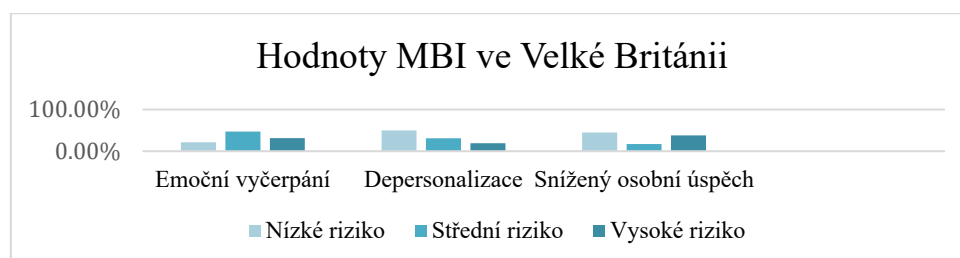


Tabulka 13 Hodnota MBI na JIP v Polsku

Zdroj: vlastní zpracování

6.1.6 Velká Británie

Studie ve Velké Británii se účastnil celý lékařský a nelékařský personál na jednotkách intenzivní péče. Studie byla provedena pomocí online dotazníku MBI. Dotazník byl pracovníkům zaslán online a data byla zkoumána s ohledem na pohlaví, věk a dobu praxe a profesi. Studie se zúčastnilo celkem 157 sester. Ve výzkumu participovalo 125 žen a 32 mužů. Největší věkovou skupinu v této studii zahrnovaly ženy a muži ve věku 35-55 let. Bylo zjištěno, že nízké riziko EE uvedlo 34 sester (21,5%), střední riziko 74 sester (47,3 %) a vysoké riziko 49 sester (31,2 %). V oblasti DP bylo zjištěno, že v nízkém riziku ji uvedlo 79 sester (50 %) sester, střední riziko 49 sester (31 %) a vysoké riziko se objevilo u 31 sester (19%). V oblasti PA bylo zjištěno, že nízké riziko představovalo 71 sester (45 %), střední riziko 26 sester (17 %) a vysoké riziko 60 sester (38 %) (Vincent et al., 2019).

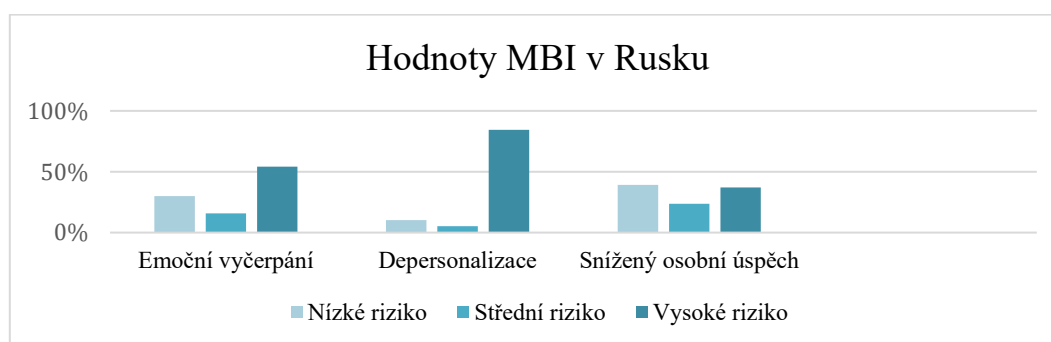


Tabulka 14 Hodnoty MBI na JIP ve Velké Británii

Zdroj: vlastní zpracování

6.1.7 Rusko

V období pandemie COVID-19 se v ruské metropoli prováděl výzkum na zjištění míry syndromu vyhoření. Výzkumu se zúčastnilo 380 sester. Průzkum neprošel etickou komisí, ale byl vytvořen dle zásad Helsinské deklarace lidských práv. U sester na jednotce intenzivní péče COVID-19 se syndrom vyhoření projevoval v různé míře s variabilní délkou vykonávání praxe na oddělení. Ti s kratší pracovní dobou (1 až 4 měsíce) měli nejnižší úroveň emočního vyčerpání, depersonalizace a snížené osobní výkonnosti. Nejnižší míru verbální agrese měly sestry s 5 až 8měsíčním úvazkem. Nejnižší fyzické, implicitní agrese a agresivní chování měly sestry s 1 až 9 roky úvazku. EE se objevilo na nízké úrovni u 114 sester (30 %), u 60 sester (15,8 %), ve středním riziku a ve vysokém riziku u 206 sester (54,2 %). DP byla evidována v nízkém riziku u 39 sester (10,3 %), u 20 sester se objevila se středním rizikem (5,3 %) a 321 sester uvedlo vysoké riziko DP (84,5 %). Snížený PA se vyskytl u 149 sester (39,2 %) v nízkém riziku, ve středním se projevil u 90 sester (23,7 %) a u 141 sester (37,1 %) se jevil ve vysokém riziku. Studie vykazuje, že výsledky výzkumu jsou značně vysoké. Téměř 68,3 % sester vykazuje příznaky syndromu vyhoření. Nejzávažnější statistiku vykazuje vysoké riziko EE. Mezi rizikové faktory, které mají co dočinění s takovými radikálními výsledky, sestry uvedly noční směny, časté úmrtí P/K a jejich zhoršený stav a také nedostatek placené dovolené (Kaštanov et al., 2022).



Tabulka 15 Hodnota MBI na JIP v Rusku

Zdroj: vlastní zpracování

7 TABULKY K POROVNÁNÍ DAT PREVALENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Tabulky se skládají z jednotlivých zemí Evropy, které byly relevantní pro zařazení do výzkumu. Dále se zde nachází daný typ oddělení (JIP x paliativní péče) a počet sester ve výzkumu. Číslo 1,2,3 představují stupeň rizika. 1 – nízké riziko, 2 – střední riziko, 3 – vysoké riziko. Tato čísla jsou vždy přiřazena ke každé složce MBI – Emoční vyčerpání, Depersonalizace a Snížený osobní úspěch. Jednotlivá data se vypočítala pomocí váženého průměru pro každou složku.

Evropská země	Oddělení	Počet sester	Emoční vyčerpání			Depersonalizace			Snížený osobní úspěch			EE – vážený průměr	DP – Vážený průměr	PA – Vážený průměr
			1	2	3	1	2	3	1	2	3			
Chorvatsko	JIP	669	285	248	136	421	149	50	217	24	192	5,39%	1,30%	1,82%
Itálie	JIP	84	27	22	35	19	19	46	44	29	11	2,01%	2,32%	1,61%
Polsko	JIP	560	189	163	208	300	143	117	360	128	72	2,03%	1,67%	1,49%
Rumunsko	JIP	29	0	6	23	0	2	27	24	5	0	2,80%	2,93%	1,17%
Rusko	JIP	380	114	60	206	39	20	321	149	90	141	2,24%	2,74%	1,98%
Velká Británie	JIP	157	34	74	49	79	49	31	71	26	60	2,10%	1,71%	1,92%
Řecko	JIP	348	189	68	91	100	89	159	194	72	87	1,71%	2,16%	1,72%

Tabulka 16 Prevalence syndromu vyhoření na JIP

Zdroj: vlastní zpracování

Evropská země	Oddělení	Počet sester	Emoční vyčerpání			Depersonalizace			Snížený osobní úspěch			EE – vážený průměr	DP – Vážený průměr	PA – Vážený průměr
			1	2	3	1	2	3	1	2	3			
Itálie	paliativní péče	75	62	8	5	11	15	49	38	17	20	5,80%	1,30%	1,82%
Portugalsko	paliativní péče	84	38	26	25	19	19	46	44	29	11	5,20%	2,32%	1,61%
Španělsko	paliativní péče	161	73	39	49	82	38	41	38	29	94	5,10%	5,20%	3,54%
Rumunsko	paliativní péče	65	35	10	20	47	11	7	11	21	33	1,76%	1,38%	2,33%
Chorvatsko	paliativní péče	171	52	44	75	106	27	38	59	44	68	4,70%	5,30%	3,77%
Česká republika	paliativní péče	53	25	14	14	29	15	9	20	19	14	5,20%	1,62%	1,87%

Tabulka 17 Prevalence syndromu vyhoření v paliativní péči

Zdroj: vlastní zpracování

8 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala syndromem vyhoření u všeobecných sester. Výzkum na toto důležité téma poskytuje cenná data k zmapování a vyhodnocení syndromu vyhoření na oddělení JIP a paliativní péče v Evropě. Pro sběr dat byla použita kvantitativní metoda dat stylem přehledové studie. Naším cílem bylo zjistit, jaká je prevalence syndromu vyhoření u všeobecných sester na oddělení JIP a paliativní péče v Evropě. A také ve které zemi Evropy a na jakém z těchto dvou vybraných oddělení je prevalence syndromu vyhoření nejzávažnější. Do oblasti paliativní péče splňovala kritéria našeho výzkumu Itálie, Portugalsko, Španělsko, Rumunsko, Chorvatsko a Česká republika. A v oblasti JIP Chorvatsko, Itálii, Polsko, Rumunsko, Rusko, Velká Británie a Řecko. Pro sběr dat byl použit MBI dotazník, který zahrnuje aspekty Emočního vyčerpání, Depersonalizace a Sníženého osobního úspěchu. Tento dotazník obsahuje celkem 22 otázek.

Hlavní cíl: Které evropské země v oblasti paliativní péče a na odděleních JIP dosahují nejvyšší prevalence syndromu vyhoření.

Můžeme říci, že prevalence syndromu vyhoření v Evropě je značně vysoká. Z našeho šetření a vlastní analýzy vyplynulo, že v oblasti paliativní péče je situace nejzávažnější v následujících zemích. V dimenzi EE dosáhla nejvyšší hodnoty Itálie (5,80 %). V DP došlo k největší prevalenci v Chorvatsku (5,30 %). A snížený PA dosáhl nejvyšší hodnoty v Chorvatsku (3,77 %). Na oddělení JIP je situace nejzávažnější v těchto zemích. V oblasti EE dosáhla nejvyšší hodnoty Chorvatsko (5,39 %). V oblasti DP je nejzávažnější ve státě Rumunsko (2,93 %). Ke sníženému PA došlo nejvíce v Rusku (1,98 %).

Vedlejší cíl: Ve které zemi Evropy je prevalence syndromu vyhoření nejzávažnější.

Dle vypočítaných vážených průměrů jsme zjistili, že k vyšší prevalenci syndromu vyhoření celkově dochází v paliativní péči. Tento stav zapříčiňuje nadměrná psychická i fyzická zátěž. Sestra se tomto oddělení dennodenně potýká s nadměrnými stresory na pracovišti a má větší předpoklad pro syndrom vyhoření než sestry na JIP. Zjistili jsme, že dle našeho vypočítaného váženého průměru dochází nejvíce k prevalenci syndromu vyhoření na oddělení paliativní péče ve státě Chorvatsko. V oblasti EE se sice neumístilo na prvním místě, ale v kategorii DP a PA disponuje nejvyššími hodnotami. Tento výzkum v Chorvatsku byl prováděn v roce 2017, tudíž pandemie COVID-19 na tento výsledná stav neměla žádný vliv.

Tyto dva cíle byly komplexně zodpovězeny a splněny a cíle bakalářské práce považujeme za splněné.

8.2 VÝSTUP PRO PRAXI

Důležitým aspektem pro vyvarování se syndromu vyhoření je ve společnosti často zmiňovaná prevence. Tato psychologická oblast je často probírána na středních zdravotnických školách, také na vysokých školách a mimo jiné i mezi zdravotnickým personálem.

Myslím, že je důležité zmínit, že projevy syndromu vyhoření mohou jednoznačně trpět sestry, ale i studenti bakalářského programu Všeobecné ošetrovatelství, na které je v této oblasti zapomínáno. Jedná se o nadměrné počty hodin odborných praxí, které se avizují kromě zimního a letního semestru mimo jiné i v letním období. A rovněž požadavky v podobě počtu předmětů jsou neskonale vyčerpávající. V důsledku toho se mohou dostat do situace, kdy mohou mít riziko syndromu vyhoření. Proto bych ráda věnovala výstup pro praxi sestrám, ale také studentům zdravotnického oboru.

Zaměření problematiky syndromu vyhoření u všeobecných sester bych se ráda věnovala nadále, pokud možno v rámci navazujícího magisterského studia v oboru Intenzivní péče. Tato oblast výzkumu se pro mě stala obzvláště zajímavou a naučila mě si více vážit svého zdraví a pečovat o něj.

Rovněž mi přijde vhodné pro tento výzkum navrhnout intervenční plán. Je navržen prostřednictvím letáku. „Co dělat, když se cítím vyhořelý/á?“ Brožura by mohla sloužit jako pomoc pro sestry v nouzi nebo pro kolegyně v pracovním prostředí, aby mohly tímto způsobem dopomoci svým kolegyním s vyhledáním pomoci a na koho se v této situaci obrátit.



Obrázek 28 Intervenční plán pro sestry a studenty.

Zdroj: vlastní zpracování

8.3 LIMITY VÝZKUMU

Ve výzkumu bylo problematické najít dostatečné množství požadovaných článků a prací, aby splňovaly kritéria našeho avizovaného výzkumu. Určujícími prvky pro začlenění studií do našeho výzkumu bylo využití MBI dotazníku zachycujícího aspekty emočního vyčerpání, depersonalizace i sníženého osobního úspěchu a realizace šetření v evropském státě v letech 2016 - 2024.

9 ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Syndrom vyhoření u všeobecných sester zachycuje prevalenci syndromu vyhoření v evropských zemích na oddělení JIP a v oblasti paliativní péče. Výzkum byl avizován formou kvantitativního šetření, přehledovou studií.

Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První z nich si klade za cíl objasnit profesi všeobecná sestra, její náplň práce ve zdravotnictví, věnuje se rovněž stresu, příznakům stresového stavu a jeho zvládnání (copingu). Zajímá se rovněž o konflikty na pracovišti a samotnou prevencí syndromu vyhoření.

Druhá kapitola je zaměřena na syndrom vyhoření, rizikové faktory, příčiny syndromu vyhoření a jeho příznaky, návykové látky jako možnost úniku před stresem, vývoj jednotlivých stádií syndromu vyhoření a léčbu syndromu vyhoření. Závěrečná, třetí kapitola syndromu vyhoření je zaměřena na supervizi ve zdravotnictví.

Praktická část se zabývala samotnou prevalencí syndromu vyhoření v Evropě. Do požadovaného výzkumu jsme zařadili státy, které splňovaly daná kritéria. V oblasti JIP se to týkalo států – Chorvatsko, Itálie, Polsko, Rumunsko, Rusko, Řecko a Velké Británie.

V paliativní péči se oblast výzkumu týkala – České republiky, Chorvatska, Itálie, Portugalska, Španělska a Rumunska.

Praktická část si stanovila hlavní a vedlejší cíl, a to zjistit prevalenci syndromu vyhoření v Evropě a zjistit, ve které zemi Evropy a na kterém oddělení, je tato situace nejzávažnější. Výzkum ukazuje, že prevalence syndromu vyhoření je značně vysoká. A rovněž jsme zjistili, že nejzávažnější situace nastala v oblasti paliativní péče v Chorvatsku.

Považujeme za důležité zmínit zde i situaci v České republice. Výzkum byl avizován na oddělení paliativní péče. Česká republika v dimenzi EE dosáhla druhé nejvyšší hodnoty společně s Portugalskem (5,20%). V dimenzi DP se umístila na čtvrtém místě (5,30 %). A sníženého PA dosáhla rovněž čtvrtého místa (1,87 %).

Závěrem této bakalářské práce je třeba říci, že výzkum na téma prevalence syndromu vyhoření, u sester pracujících na JIP a v oblasti paliativní péče s sebou přináší důležité informace ke zjištění syndromu vyhoření v Evropě. Na základě výzkumu, který jsme analyzovali, jsme zjistili, že míra prevalence syndromu je značně vysoká. Výzkumy poukazují na závažnost syndromu vyhoření, který ovlivňuje jak zdravotnický personál, tak z vysoké míry i samotného P/K.

Mezi návrhy na možná řešení je návrh na využití primární prevence u pracovníků. Důležitou roli v této problematice rovněž hraje podpora. Tato intervence má za cíl pomoci zaměstnancům a podpořit

jejich psychickou odolnost. Je rovněž klíčové dbát na primární prevenci vyhoření. Svěřit se blízké osobě se svými problémy, najít si dovednost či zálibu, která bude mít pozitivní dopad na mentální a fyzické zdraví. S tím se pojí také dodržování zdravé životosprávy ve formě zdravého stravování, dostatku pohybu nebo vyhýbání se návykovým látkám.

Je nezbytné upozornit, že studie o syndromu vyhoření v Evropě mají pozitivní dopad na zlepšení životní pohody a výkonnosti zaměstnanců a také na zajištění udržitelné pracovní síly v různých zemích Evropy při formulaci a realizaci opatření.

Na závěr považujeme za klíčové zmínit, aby každý z nás dbal na své psychické a fyzické zdraví. V dnešní uspěchané době, kdy jsou na nás kladeny vysoké nároky a není jednoduché najít si chvíli pro odpočinek, se tato již známá věta může zdát všední a nevěnujeme jí tolik pozornosti. Avšak neměli bychom na tuto personalizovanou prevenci zapomínat. Je nanejvýš důležité trávit čas s našimi blízkými, na kterých nám záleží. Pokud možno vyvarovat se stresu, nepouštět se zbytečně do pracovních konfliktů, umět si sami sebe vážit, pečovat o sebe a být na sebe hodní. Tudíž bychom neměli zapomínat na fakt, že práce je součástí našeho života, ale rozhodně by to nemělo být naopak.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bibliografické publikace:

- BARTŮNĚK, P. a JURÁSKOVÁ, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BAŠTECKÁ, B., 2001. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-550-7.
- BEZLZ, H. a SIEGREEST, M., 2001. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: Východiska, metody, cvičení a hry*. Praha: Portál. ISBN 80-71784-79-6, 978-80-7367-930-9.
- BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- JOBÁNKOVÁ, M., 2002. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno. ISBN 80-7013-390-2.
- KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.
- KEBZA, V., 2003. *Syndrom vyhoření*. 2.vyd. Praha: Státní zdravotnický ústav. ISBN 80-7071-231-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. a PEČENKOVÁ, J., 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0784-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. 2.vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-807195-573-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Sestra a stres*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-642-X.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- MATOUŠEK, O., 2003. *Pracovní stres a zdraví*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce. ISBN 80-239-1051-5.
- HONZÁK, R., 2018. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-004-8.
- PAULÍK, K., 2017. *Psychologie odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5646-2.

- PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I.* 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.
- ŘEHULKA, E. a ŘEHULKOVÁ, O., 1998. *Učitelé a zdraví.* Brno: Psychologický ústav. ISBN 80-902653-7-5.
- STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství.* Brno: 11. Sestra - reprezentant profese. IDVPZ. ISBN 80-7013-368-6.
- STOCK, J., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3553-5.
- SVOBODOVÁ, L., 2007. *Mobbing, nebezpečný fenomén dnešní doby.* Praha: VÚBP. ISBN 978-80-86973-66-1.
- ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II, doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2011. *Sestry v nouzi.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.
- ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení.* 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

Příspěvky v časopisech:

- MÁDLOVÁ, I., 2000. Sestry a kouření v číslech. *Sestra*. Roč. 10, č. 4, s. 31. ISSN 1210-0404.
- MAREŠ, J., 2013. Přehledové studie: jejich typologie, funkce a způsob vytváření. *Pedagogická orientace*. Online. Roč. 23, č. 4, s. 429-431. ISSN 1805-9511. Dostupné z: <https://doi.org/10.5817/Pe-dOr2013-4-427>. [cit. 2024-04-04].
- NEŠPOR, K., 2004. Intoxikace alkoholem a kocovina. *Praktické lékařství*. Online. Roč. 2007, č.4, s. 156-158. ISSN 2788-1717. Dostupné z: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2007/04/02.pdf>. [cit. 2024-04-03].
- RASZKA, M. a PRAŠKO, J., 2008. Depersonalizace a derealizace - současné nálezy. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. Online. Roč. 2008, č. 3, s. 140. ISSN 1803-6597. Dostupné z: https://depersonalizace.info/file/raszka_depersonalizace_a_derealizace-soucasne_nalezky. [cit. 2024-04-05].

ZACHAROVÁ, E., 2008. Syndrom vyhoření: Riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. Online. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 2008, č.10, s. 41-42. Dostupné z: <https://www.solen.cz/artkey/int-200801-0010.php>. [cit. 2024-04-05].

Kvalifikační práce:

KOLÍNSKÝ, M., 2013. *Syndrom vyhoření*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/21446>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.

BLAŽÍČKOVÁ, B., 2020. *Kofein, jeho vlastnosti a stanovení*. Pardubice: Univerzita Pardubice. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/76595>. Univerzita Pardubice. Fakulta chemicko-technologická, Katedra biologických a biochemických věd.

Online publikace:

ADICARE, PSYCHOLOGICKÁ A PSYCHIATRICKÁ KLINIKA. *Léčba a příznaky syndromu vyhoření*. 2024. Online. Dostupné z: <https://adicare.cz/deprese/lecba-a-priznaky-syndromu-vyhoreni/>. [cit. 2024-02.12].

EUROPEAN KRATOM ALIANCE. *Legality of Kratom across Europe varies from country to country*. 2023. Online. Dostupné z: <https://eka.eu/about-kratom/kratom-legality/>. [cit. 2024-01-06].

COPPENS, C.; SIETSE, F.; a KOOLHAAS, M., 2010. Coping styles and behavioural flexibility: towards underlying mechanisms. Online. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. Vol. 365, no. 1560, s. 5-15. Dostupné z: <https://doi.org/10.1098/rstb.2010.0217>. [cit. 2024-02-04].

FOLKMAN, S. a MOSKOWITZ, JT., 2004. Coping: pitfalls and promise. Online. *Annu Rev Psychol*. Vol. 55, no. 745-74, s. 4-8. Dostupné z: <https://doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>. [cit. 2024-02-01].

GOOGLE SCHOLAR. *Coverage of Google Scholar*. 2004. Online. Dostupné z: <https://scholar.google.com/intl/us/scholar/help.html#coverage>. [cit. 2024-03-29].

MEDICAL TRIBUNE. *Herbert J. Freudenberger – autor termínu “syndrom vyhoření.”*. 2012. Online. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/komentare/herbert-j-freudenberger-autor-termínu-syndrom-vyhoreni/>. [cit. 2024-02-14].

KNIHOVNA AKADEMIE VĚD ČESKÉ REPUBLIKY. *Scopus*. Online. Dostupné z: <https://www.lib.cas.cz/db/scopus/>. [cit. 2024-03-29].

MASLACH, CH. a LEITER, M., 2021. *How to Measure Burnout Accurately and Ethically*. *Harvard Business Review*. Online. Dostupné z: <https://hbr.org/2021/03/how-to-measure-burnout-accurately-and-ethically>. [cit. 2024-03-30].

MEDICSPARK.CZ. *Syndrom vyhoření, burn-out: Jaké jsou jeho příčiny, příznaky a fáze?* 2023. Online. Dostupné z: <https://medicspark.cz/nemoci/syndrom-vyhoreni-burn-out-jake-jsou-jeho-priciny-priznaky-a-faze/>. [cit. 2024-01-10].

PŘEHLEDNĚJŠÍ OŠETŘOVATELSTVÍ. *Všeobecná sestra*. 2020. Online. Dostupné z: <https://prehlednejsizdravotnictvi.cz/vseobecna-sestra-kompetence/>. [cit. 2024-02-10].

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, © 2024. Online. Dostupné z: <https://www.sukl.cz/> [cit. 2024-01-30].

VŇUKOVÁ, M.S.; SEBALO, I.; BREČKA, T.; ANDERS, M. a PTÁČEK, R., 2023. Burnout syndrome in the Czech Republic: The decreasing trend over the years. Online. *Front Public Health*. Vol. 11, s. 1-6. ISSN 2296-2565. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1099528>. [cit. 2024-03-11].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Alcohol*, 2022. Online. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. [cit. 2024-01-16].

Legislativní publikace:

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., občanský zákoník. Online. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, © 2010-2023. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. [cit. 2023-02-19].

Zdroje přehledové studie:

COTRAU, P.; HODOSAN, V.; VLADU, A.; TIMAR, C.; DAINA, L. et al., 2019. Occupational Stress and Burnout Syndrome among ICU Nurses. A Prospective Observational Study. Online. *Central European Annals of Clinical Research*. Vol. 1, no. 3, s. 1-10. Dostupné z: <https://doi:10.35995/ceacr1010003>. [cit. 2024-02-04].

ERCOLANI G.; VARANI, S.; PEGHETTI, B.; FRANCHINI L.; MALERBA B. M. et al., 2020. Burnout in Home Palliative Care: What Is the Role of Coping Strategies? Online. *Journal of palliative care*. Vol. 35, no. 1, s. 1-12. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0825859719827591>. [cit. 2024-02-04].

IORGA, M.; MURARU, D.I.; VELNIC, A. a IOAN, B., 2020. Study on professionals working in palliative care and oncology departments: The relationship between personality factors, professional events and burnout syndrome. Online. *Agathos*. Vol. 11, no. 1, s. 288-300. Dostupné z: https://www.agathos-internationalreview.com/issue10_2/issue11_1/24.Iorga%20author%207mart2020.pdf. [cit. 2024-04.17].

FRIGANOVIC, A. a SELIČ, P., 2020. Levels of Burnout Syndrome in Croatian Critical Care Nurses: A Cross-Sectional Study. Online. *Psychiatria Danubina*. Vol. 32, no. 4, s. 80-85. PMID 14744233. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33212452/>. [cit. 2024-02-01].

GÓMEZ URGUIZA, J. L.; GARCÍA, A.L.; SORIANO, V. A.; CAMPOS, O. E.; BAENA RAMÍREZ, L. et al., 2020. Burnout in Palliative Care Nurses, Prevalence and Risk Factors: A Systematic Review with Meta-Analysis. Online. *Int J Environ Res Public Health*. Vol. 17, no. 20, s. 1-13. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103753>. [cit. 2024-04-29].

KAŠTANOV, A.; MOLOTOK, J.; JAVOROSKIJ, A.; BOJARKOV, A.; VASILEV, J. et al., 2022. A Comparative Cross-Sectional Study Assessing the Psycho-Emotional State of Intensive Care Units' Physicians and Nurses of COVID-19 Hospitals of a Russian Metropolis. Online. *Int J Environ Res Public Health*. Vol. 19, no. 3, s. 1-22. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031828>. [cit. 2024-04.15].

NEUBERG, M.; ŽELENZNIK, D.; MĚŠTROVIĆ, T.; RIBIĆ, R. a KOZINA, G., 2017. Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes: results of a cross-sectional study

among nurses. Online. *Arh Hig Rada Toksikol.* Vol. 68, no. 3, s. 190-197. Dostupné z: <https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2982>. [cit. 2024-04.15].

NOVÁKOVÁ, L., 2023. *Syndrom vyhoření u sester pracujících na odděleních paliativní péče a v hospicích.* Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/handle/11025/53665>. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií.

NOWACKA, A.; PISKORSZ, A.; WOLAK WOLFSHAUT, R.; PIATEK, J. a GNIADEK, A., 2018. Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska-Preliminary Results. Online. *Int J Environ Res Public Health.* Vol. 21, no. 15, s. 1-16. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph15102083>. [cit. 2024-04.15].

PAKOU, V.; TSARTSALIS, D.; PAPATHANAKOS, G.; DRAGIOTI E.; GOUVA, M. et al. 2024. Personality Traits, Burnout, and Psychopathology in Healthcare Professionals in Intensive Care Unit - A Moderated Analysis. Online. *Healthcare.* Vol. 12, no. 5, s. 1-16. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare12050587>. [cit. 2024-04.18].

PEREIRA, M. S.; TEIXEIRA, M. C.; CARVALHO, S. A. a MAREIRO HERNANDEZ, P., 2016. Compared to Palliative Care, Working in Intensive Care More than Doubles the Chances of Burnout: Results from a Nationwide Comparative Study. Online. *Plos one.* Vol. 11, no. 9, s. 6-14. Dostupné z: <https://doi:10.1371/journal.pone.0162340>. [cit. 2024-04.18].

STOCCHETTI, N.; SEGRE, G.; ZANIER, R. E.; ZANETTI, M.; CAMPI, R. et al., 2021. Burnout in Intensive Care Unit Workers during the Second Wave of the COVID-19 Pandemic: A Single Center Cross-Sectional Italian Study. Online. *Int J Environ Res Public Health.* Vol. 18, no. 11, s. 1-15. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph18116102>. [cit. 2024-02-04].

VINCENT, L.; BRINDLEY, P.G; HIGHFIEL, D; INNES, R.; GREIG, P. et al., 2019. Burnout Syndrome in UK Intensive Care Unit staff: Data from all three Burnout Syndrome domains and across professional groups, genders and ages. Online. *Journal of the intensive care society.* Vol. 20, no. 4, s. 363-369. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/175114371986039>. [cit. 2024-02-04].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ANT Národní program pro pomoc nádorům

aj. a jiné

atd. a tak dále

EE emoční vyčerpání

EHR elektronické zdravotní záznamy

EKG elektrokardiograf

DP depersonalizace, ztráta zájmu

č. číslo

GDPR General Data Protection Regulation (Obecné nařízení o ochraně osobních údajů)

JIP Jednotka intenzivní péče

MBI Maslach Burnout Inventory (dotazník Maslach burnout)

mg/kg miligram na kilogram

mmHg milimetr rtuti

např. například

OCD Obsedantně kompulzivní porucha

OLBI Oldenburg Burnout Inventory

PA osobní úspěch

P/K pacient/ klient

PTSD Posttraumatická stresová choroba

Sb. Sbírký

s. strana

ust. ustanovení

WHO World health organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Postupový diagram	40
Obrázek 2 Multidisciplinární paliativní tým	42
Obrázek 3 Intervenční plán pro sestry a studenty	61

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Míra prevalence syndromu vyhoření ve vybraných zemích Evropy	45
Tabulka 2 Úroveň syndromu vyhoření	45
Tabulka 3 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče v Itálii.....	46
Tabulka 4 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče v Portugalsku	47
Tabulka 5 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče ve Španělsku	48
Tabulka 6 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče v Rumunsku.....	49
Tabulka 7 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče v Chorvatsku.....	49
Tabulka 8 Hodnoty MBI v oboru paliativní péče v České republice.....	50
Tabulka 9 Hodnoty MBI na JIP v Řecku.....	52
Tabulka 10 Hodnoty MBI na JIP v Itálii.....	53
Tabulka 11 Hodnoty MBI na JIP v Chorvatsku.....	53
Tabulka 12 Hodnota MBI na JIP v Rumunsku	54
Tabulka 13 Hodnota MBI na JIP v Polsku	55
Tabulka 14 Hodnoty MBI na JIP ve Velké Británii.....	55
Tabulka 15 Hodnota MBI na JIP v Rusku	56
Tabulka 16 Prevalence syndromu vyhoření na JIP	58
Tabulka 17 Prevalence syndromu vyhoření v paliativní péči	59
Tabulka 18 Maslach Burnout Inventory	74

SEZNAM PŘÍLOH

Otázky	Nikdy	Zřídka	Občas	Často	Vždy
I. Emoční vyčerpání	0	1	2	3	4
Cítím se ze své práce emočně vyčerpaný/á.	0	1	2	3	4
Na konci pracovního dne se cítím vyčerpaný/á.	0	1	2	3	4
Cítím se unavený/á, když musím čelit dalšímu dni v zaměstnání.	0	1	2	3	4
Celodenní práce s lidmi je pro mě namáhavá.	0	1	2	3	4
Cítím se vyhořelý/á ze své práce.	0	1	2	3	4
Cítím se frustrovaný/á svou prací.	0	1	2	3	4
Mám pocit, že na své práci pracuji příliš tvrdě.	0	1	2	3	4
Přímá práce s lidmi mě příliš stresuje.	0	1	2	3	4
Cítím se, jako kdybych byl/a na konci lana.	0	1	2	3	4
II. Osobní úspěch					
Snadno porozumím tomu, jak mí pacienti o věcech mluví.	0	1	2	3	4
Velmi efektivně řeším problém se svými pacienty.	0	1	2	3	4
Cítím, že pozitivně skrze moji práci ovlivňuji životy lidí.	0	1	2	3	4
Cítím se velmi energetický/á.	0	1	2	3	4
Jednoduše vytvořím uvolněnou atmosféru se svými pacienty.	0	1	2	3	4
Po práci se svými pacienty se cítím nadšený/á.	0	1	2	3	4
Cítím, že jsem v práci vykonal/a mnoho užitečných věcí.	0	1	2	3	4
V práci čelím problémům velmi jednoduše.	0	1	2	3	4
III. Depersonalizace					
Mám pocit, že s některými pacienty zacházím, jako kdyby byli neosobními předměty.	0	1	2	3	4
Od té doby, kdy jsem začal/a pracovat v tomto zaměstnání jsem bezcitnější.	0	1	2	3	4
Obávám se, že mě toto zaměstnání emocionálně zoceluje.	0	1	2	3	4
Nezajímá mě, co se stane s některými pacienty.	0	1	2	3	4
Cítím, že mě mí pacienti viní ze svých problémů.	0	1	2	3	4

Tabulka 18 Maslach Burnout Inventory

Zdroj: vlastní zpracování (dle Maslach C., et al., 1981)