

Pracovní zátěž všeobecných sester pracujících v domácí péči ve Zlínském kraji

Petra Macůrková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
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: **Petra Macůrková**
Osobní číslo: **H21377**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Pracovní zátěž všeobecných sester pracujících v domácí péči ve Zlínském kraji**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti domácí péče.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace kvantitativního šetření technikou standardizovaného dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

- GORDON, P., G. TAVELLA & K. EYERS. *Burnout. A Guide to Identifying Burnout and Pathways to Recovery*. New York: Routledge, 2023. 242 p. ISBN 978-1-032-35896-3.
- JOCHMANNOVÁ, L., T. KIMPLOVÁ a kol. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada, 2021. 552 s. ISBN 978-80-271-2569-2.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. 4. aktual. a přeprac. vyd. Praha: Cesta domů, 2021. 52 s. ISBN 978-80-88126-90-4.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Koncepce domácí péče*. [online]. 2020 [cit. 2023-10-16]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf
- PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vyd. Praha: Grada, 2017. 376 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PEATE, I. *Alexander's Nursing Practice: Hospital and Home*. 5th ed. London: Elsevier Health Sciences, 2019. 889 p. ISBN 978-0-7020-6230-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
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 výsledek bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) 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 výpisy, 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 výdělku jím 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 okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá pracovní zátěží všeobecných sester pracujících v domácí péči ve Zlínském kraji. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretické část práce popisuje domácí péči v historických souvislostech, seznámí se s koncepcí domácí péče v České republice, zabývá se profesí sestry a vzděláváním v oblasti domácí péče a kompetencemi sestry ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Praktická část je věnována výzkumu, pomocí standardizovaného dotazníku MBI – Maslach Burnout Inventory. Skupinou respondentů jsou sestry pracující v zařízeních domácí péče ve Zlínském kraji.

Klíčová slova: domácí péče, klient, zdravotní péče, všeobecná sestra, pracovní zátěž

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals with the workload of general nurses working in home care in the Zlín region. The work is divided into a theoretical and practical part. The theoretical part of the work, describes home care in a historical context, introduces the concept of home care in the Czech Republic, deals with the profession of nurses and education in home care and the competencies of a nurse in the patient's own social environment. The practical part is devoted to research, using the standardized questionnaire MBI – Maslach Burnout Inventory. The group of respondents are nurses working in home care in the Zlín region.

Keywords: home care, client, health care, practical nurses, workload

Chtěla bych tímto poděkovat respondentům na pracovištích domácí péče, kteří se mnou spolupracovali v rámci dotazníkového šetření. Poděkování patří i mé rodině a kamarádům, kteří mě během studia podporovali a byli mi oporou.

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

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD..... | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST..... | 11 |
| 1 DOMÁCÍ PÉČE | 12 |
| 1.1 VÝVOJ DOMÁCÍ PÉČE | 12 |
| 1.1.1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE VE SVĚTĚ | 12 |
| 1.1.2 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE NA NAŠEM ÚZEMÍ..... | 12 |
| 1.1.3 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE PO VZNIKU ČESKÉ REPUBLIKY..... | 14 |
| 1.2 KONCEPCE DOMÁCÍ PÉČE V ČR..... | 14 |
| 1.2.1 CÍLE DOMÁCÍ PÉČE | 15 |
| 1.2.2 PRINCIPY DOMÁCÍ PÉČE..... | 16 |
| 1.3 FORMY DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE..... | 17 |
| 1.4 ZAVEDENÍ A POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE | 18 |
| 1.4.1 INDIKACE DOMÁCÍ PÉČE | 18 |
| 1.4.2 FREKVENCE POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE | 19 |
| 1.4.3 AGENTURY DOMÁCÍ PÉČE..... | 19 |
| 1.4.4 FINANCOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE | 19 |
| 2 VŠEOBECNÁ SESTRA V DOMÁCÍ PÉČI | 21 |
| 2.1 ODBORNÁ ZPŮSOBILOST K VÝKONU POVOLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY | 21 |
| 2.2 VZDĚLÁVÁNÍ V OBLASTI DOMÁCÍ PÉČE..... | 22 |
| 2.2.1 KOMPETENCE VŠEOBECNÉ SESTRY | 23 |
| 2.2.2 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI..... | 23 |
| 2.2.3 PŘEDPOKLADY K POVOLÁNÍ VŠEOBECNÉ SESTRY | 24 |
| 2.2.4 OBECNÉ VLASTNOSTI VŠEOBECNÉ SESTRY | 25 |
| 2.2.5 MOTIVACE VŠEOBECNÝCH SESTER V DOMÁCÍ PÉČI..... | 26 |
| 2.2.6 VÝHODY POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE VŠEOBECNOU SESTROU | 26 |
| 2.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V DOMÁCÍ PÉČI | 27 |
| 3 ZÁTĚŽ VŠEOBECNÝCH SESTER V DOMÁCÍ PÉČI | 29 |
| 3.1 ZÁTĚŽ, STRES..... | 29 |
| 3.1.1 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ VŠEOBECNÝCH SESTER V DOMÁCÍ PÉČI..... | 30 |
| 3.1.2 FYZICKÁ ZÁTĚŽ VŠEOBECNÝCH SESTER V DOMÁCÍ PÉČI..... | 31 |
| 3.2 SYNDROM VYHOŘENÍ | 31 |
| 3.2.1 PRVNÍ VAROVNÉ PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ..... | 32 |
| 3.2.2 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ | 32 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2.3 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ..... | 34 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 37 |
| 4 METODIKA PRÁCE | 38 |
| 4.1 CÍLE PRÁCE | 38 |
| 4.2 METODIKA VÝZKUMU | 38 |
| 4.3 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ | 39 |
| 4.4 CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ..... | 39 |
| 4.5 PRŮBĚH VÝZKUMU | 40 |
| 4.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ..... | 40 |
| 4.7 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT..... | 41 |
| 4.8 DISKUZE | 64 |
| 4.8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI | 66 |
| ZÁVĚR | 67 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 69 |
| SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 72 |
| SEZNAM TABULEK..... | 73 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 75 |

ÚVOD

Vybrali jsme si téma pracovní zátěž všeobecných sester pracujících v domácí péči ve Zlínském kraji, protože toto téma je nám blízké, považujeme ho za velmi významné v době, kdy je snahou přesunout nemocniční péči do vlastního sociálního prostředí pacienta. Práce o klienty v domácí zdravotní péči zahrnuje zajištění komplexního přístupu o klienta pomocí bio-psycho-sociálních a duševních potřeb a klade se důraz na individuální pojetí každého klienta. Tato práce, především práce s lidmi je velmi náročná, často se může stát, že spolupráce s některými klienty a jejich rodinnými příslušníky není zcela jednoduchá, a sestry musí zastávat určitý profesionální a lidský postoj, který se od nich očekává a plnit dané role, které by měly. Když musí sestra řešit vzniklé problémové situace, měla by umět komunikovat a edukovat zúčastněné, aby si získala důvěru klienta i jeho rodiny. Všechno se snaží dělat tak, aby to v co největší míře vyhovovalo klientovi a jeho požadavkům. Všeobecné sestry mají určený počet klientů, o které pečují. Kvůli tomu se může stát, že pociťují časovou tíseň nebo úzkost z toho, co je čeká u některých klientů, až je navštíví nebo složitější dopravní situace na silnici. Někdy to můžou být i nesrovnalosti, až konfliktní situace mezi spolupracovníky nebo dalšími členy multidisciplinárního týmu. Důsledkem dlouhodobých stresových situací, nespokojenosti a vyčerpání sestry může dojít až k syndromu vyhoření. Cílem práce je zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících v domácí péči ve Zlínském kraji, a to pomocí standardizovaného dotazníku MBI.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMÁCÍ PÉČE

„Domácí péče (DP) představuje nezastupitelnou formu zdravotní péče (ošetřovatelskou péči, léčebně rehabilitační péči nebo paliativní péči), která je pacientovi poskytována v jeho sociálním prostředí“ (MZČR, 2020, s. 10).

Je indikována u pacientů s akutním nebo chronickým onemocněním, u pacientů s mentálním nebo tělesným postižením či jejich kombinací a u osob závislých na pomoci druhé osoby (MZČR, 2020, s. 10).

1.1 Vývoj domácí péče

1.1.1 Historie domácí péče ve světě

V historii od nejstarších dob už nacházíme způsob péče o člověka v domácích podmínkách. Doma se rodilo, také léčilo a stejně i tak se umíralo, v přítomnosti celé rodiny to bylo považované za naprosto přirozené. První podnět k myšlence vzniku moderního konceptu domácí péče pochází z roku 1859 z Anglie, který měl William Rathbone v době, kdy se pečovalo o jeho nevléčitelně nemocnou manželku. V návaznosti na to založil Rathbone spolu s Florence Nightingalovou odbornou školu pro sestry (Hanzlíková, 2007, s. 238).

V Americe v roce 1885 začínají prvotní snahy o poskytování domácí péče, zatímco rychlý vývoj domácí péče je v Evropě až koncem 19. století. V 70. letech 20. století se zvyšují náklady na poskytování péče a důsledkem toho se vrací k myšlence domácí péče (Hanzlíková, 2007, s. 238–239).

1.1.2 Historie domácí péče na našem území

Domácí péče se začíná objevovat již počátkem 12. století, kdy byla poskytována řeholními řády, které prováděly ošetřování v obydlí nemocných (Jarošová, 2007, s. 60).

Významnou osobou byla Zdislava z Lemberka, která se věnovala charitativní práci. Vstoupila do řádu dominikánů jako laická spolupracovnice. Často docházela za chudými a nemocnými, kterým byla oporou (Kutnohorská, 2010, s. 28–29).

V Praze v 15. století byly k účelu navštěvování nemocných a péči o ně (např. pomoc s osobní hygienou nebo praní prádla) speciálně cvičené diakonky. Po zákazu jejich činnosti církví začaly vznikat v soukromých domech lazarety. Postupně byli nemocní ošetřováni ve speciálně zřízených institucích – lazaretech, špitálech a později v nemocnicích (Jarošová, 2007, s. 60).

V 18. století za vlády Marie Terezie došlo ke zlepšení péče v sociální oblasti o nemocné z nižších vrstev, v domácí péči se projevovala charitativní i odborná stránka, zaváděla se veřejná zdravotní opatření a budovaly se zdravotnická zařízení s léčebnou činností (nemocnice, chorobince, nalezince, porodnice) (Kutnohorská, 2010, s. 32).

V 19. století došlo k významné ženské emancipaci, což vedlo k zakládání mnoha spolků usilujících o jejich vzdělávání. V souvislosti s aktivitami tohoto hnutí vznikla v Praze v roce 1874 ošetřovatelská škola (Kutnohorská, 2010, s. 58, s. 60).

V roce 1916 došlo k otevření České zemské školy pro ošetřování nemocných při Všeobecné nemocnici v Praze. Škola byla dvouletá, teorie se vyučovala v prvním roce a praktická výuka probíhala ve druhém roce. Absolventky získaly titul diplomovaná ošetřovatelka (Kutnohorská, 2010, s. 68–69).

Roku 1919 vznikl Československý červený kříž (ČSČK) s Alicí Masarykovou jako předsedkyní organizace. Její zásluhou navštívily Československo 3 americké sestry, které inspirovaly a pomáhaly budovat vysokou úroveň ošetřovatelské školy v Praze. Založila první Vyšší sociální školu v Československé republice, která připravovala sociálně orientované pracovníky, vzdělávala i diplomované sestry pro samostatnou práci v terénu (Plevová et al., 2018, s. 33, 44).

Po druhé světové válce u nás došlo k razantnímu rozvoji ústavní péče, která byla zaměřena na sociální a materiální zabezpečení. V rámci sekundární zdravotní péče byla poskytována hlavně ošetřovatelská péče. Od roku 1952 se ujmul stát podle zákona odpovědnosti za provádění domácí péče. V roce 1989 došlo k výrazným změnám v zdravotní a ošetřovatelské péči v souvislosti se vznikem a rozvojem domácí péče (Jarošová, 2007 s. 32, s. 60).

Roku 1990 vzniklo první středisko ošetřovatelské péče při České katolické charitě. Tady bylo ošetřováno prvních 18 nemocných v domácím prostředí. V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví právně legalizovalo domácí péči jako jeden ze segmentů zdravotní činnosti definovaný jako zvláštní forma zdravotní péče ve Zdravotním řádě. V říjnu téhož roku byla zřízena první agentura domácí péče, která byla financovaná z rozpočtu nemocnice v Pardubicích. Na konci roku 1991 bylo zřízeno 26 agentur domácí ošetřovatelské péče. (Jarošová, 2007, s. 63). Jarošová (2007, s. 63) uvádí: „V roce 1992 došlo k velkému nárustu, kdy byl nově přijat zákon č. 160/92 Sb. Ke konci roku bylo celkem 68 agentur poskytujících domácí ošetřovatelskou péči.“

1.1.3 Historie domácí péče po vzniku České republiky

Na jaře roku 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR), která seskupuje poskytovatele domácí péče – lékaře, sestry, psychology, sociální pracovníky a další účastníky domácí péče. V roce 1994 bylo v registru Asociace domácí péče evidováno 353 agentur s 3632 zaměstnanci. V tomto roce byl také v několika agenturách pro klienty v terminální fázi života aplikován model hospicové péče. V roce 2000 bylo registrováno v České republice celkem 472 registrovaných agentur a v roce 2001 narostl počet na 477. V roce 2005 bylo koncem roku registrováno 494 pracovišť domácí péče, z nichž bylo 88 % dostupných 24 hodin denně a jejich služeb využilo 142,5 tisíc klientů, z tohoto počtu bylo 77 % bylo ve věku 65 let a více (Jarošová, 2007, s. 63–64).

Během let 2009 - 2017 došlo k mírnému poklesu ročního počtu pacientů domácí zdravotní péče o 5 % ze 145,2 tisíc na 138,3 tisíc. Většina pacientů byla ve věku 65 let a více. Kvůli zvyšujícímu se počtu seniorů v populaci, lze očekávat zvyšující se potřebu tohoto druhu péče, pokud nebude intenzivně kompenzována lůžkovou zdravotnickou péčí. Poměr zastoupení pohlaví při využívání těchto služeb je nevyrovnaný. V roce 2017 využívaly služby více ženy než muži, možným vysvětlením je, že se ženy dožívají vyššího věku než muži a jejich podíl v populaci roste (Wija et al., 2019, s. 64–65).

Celkový počet pacientů v domácí péči zůstává v čase stabilní. Každý rok je domácí péče poskytnuta v průměru 141 943 pacientům, z toho 61 % tvoří ženy a 39 % muži. V roce 2020 využilo domácí péče 145 796 pacientů, tj. 14 pacientů na 1 000 osob v populaci (ÚZIS, 2021, s. 3).

1.2 Koncepce domácí péče v ČR

Reakcí stále sílící potřeby etablování koncepčního přístupu k domácí péči vzniká v roce 2020 Koncepce domácí péče. Součástí DP je poskytování zdravotní péče, která úzce souvisí se sociální péčí poskytovanou pacientovi multidisciplinárním týmem v jeho vlastním sociálním prostředí. Multidisciplinární tým je garantován lékařem, kdy v centru týmu se nachází vždy pacient a jeho pečující. Domácí péče je založena na úzké spolupráci poskytovatelů domácí péče s praktickými lékaři pacientů. Multidisciplinární tým tvoří poskytovatelé různých odborností, kteří poskytují péči. V rámci odbornosti 925 platí, že vedoucím ošetřovatelského týmu je všeobecná sestra se specializací.

Koncepce DP byla tvořena s cílem, aby započatý měnící se proces zvyšující kvalitu v oblasti domácí péče nebyl, jakkoliv narušen, ale aby naopak lidské a finanční zdroje byly

i v budoucnu účinně využívány pro pokračování systémových změn v této oblasti, a tím zesílily koncept funkčního propojení sociálních a zdravotních služeb. Koncepce DP respektuje základní cíl Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030, definovaný jako: „Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“ (MZČR, 2020, s. 5–6).

Koncepce DP bere v úvahu veškeré připravované změny v primární péči ČR, jejímž cílem je postupná proměna a posílení primární péče způsobem, aby byla schopna současně v maximálním rozsahu poskytovat kvalitní zdravotní péči, která je snadno dostupná pacientovi. Posílení a jasné vytyčení kompetencí v souvislosti k ambulantním specialistům vedle praktických lékařů se musí rovněž zaměřit na nelékařské zdravotnické pracovníky, především všeobecné sestry. S cílem zapojení je do monitorování, prevence a řízení osob s chronickými onemocněními. Důsledkem toho by praktičtí lékaři měli větší prostor zvládat a léčit pacienty se závažnějšími onemocněními. Těmito stanovenými strategickými cíli, obzvláště posílením role sester v domácí péči, uvolňuje koncepce DP kapacity, vyšší časovou dostupnost a tím i výkonnost praktických lékařů v primární péči. Posílením role sester v DP bude zaručena nejvyšší uskutečnitelná míra a kvalita péče, čímž bude pacientovi umožněno co nejdelší setrvání v jeho vlastním sociálním prostředí (MZČR, 2020, s. 6).

1.2.1 Cíle domácí péče

Domácí péče respektuje integritu nemocného člověka s jeho vlastním sociálním prostředím a individuálním vnímáním kvality života. Cílem je zabezpečit v každém případě, co největší rozsah, dostupnost, efektivitu a kvalitu poskytované zdravotní péče prostřednictvím zajištění holistického přístupu – bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb. Dalším cílem je vytvoření vyhovujícího sociálního prostředí, které bude přispívat k urychlení pacientova uzdravení nebo povede ke zlepšení jeho kvality života a také jeho blízkých. Dalším důležitým cílem je snižování negativních vlivů onemocnění na celkový stav pacienta, udržování a pokud možno i snaha o zvyšování soběstačnosti pacienta a vylepšení individuální úrovně kvality života. Snažíme se o vyhledávání, monitoraci a uspokojování potřeb pacienta, zmírnění utrpení a umožnění důstojného umírání. Neméně důležitým cílem je zabezpečení komplexní péče v koordinaci s ambulantní, lůžkovou péčí a sociálními službami. V neposlední řadě mezi cíle řadíme snižování nákladů na hospitalizaci a kontrolu dodržování léčebného režimu pacientem. Pro poskytování péče je zcela nezbytná spolupráce s blízkými osobami pacienta (MZČR, 2020, s. 14).

1.2.2 Principy domácí péče

Chápání domácí péče je závislé na principu pevné vazby a interakce lidské bytosti s jejím vlastním sociálním prostředím a důležitostí brát v potaz individuální vnímání kvality života každé osoby. Tyto základní principy vznikají z chápání domácí péče, lze tedy říct, že jde o znaky poskytování kvalitní zdravotní péče a musíme je při poskytování péče respektovat:

- Holistický přístup – Vnímání člověka jako jednotného celku s jeho biologickými, psychologickými, sociálními a spirituálními potřeby a jejich vzájemnou interakcí mezi všemi oblastmi.
- Podpora soběstačnosti a autonomie pacienta (zplnomocňování) – Zplnomocňování chápeme jako proces, během něhož dochází ke snížení pacientovi bezmocnosti a odcizení. Dosahují větší kontroly nad všemi stránkami svého života. To vede k tomu, že je pacient schopný se ujmout kontroly nad okolnostmi ve svém životě a nabývat svých vlastních cílů, čímž se stává způsobilý k dosažení snahy pomoci sobě za podpory sestry.
- Princip subsidiarity – Domácí péče zahrnuje na významné úrovni podporu ke svépomoci a motivaci pacienta, jeho rodiny a pečujících v oblasti sebestačnosti a k nezávislosti na sociálních a zdravotních službách, čímž se stávají aktivními partnery, a nikoliv jenom pasivními příjemci pomoci.
- Deinstitutionalizace – Přemístění péče ze zdravotnických zařízení do přirozeného sociálního prostředí se klade důraz na podporu, zvláště poskytování domácí péče u pacientů, u kterých by dlouhodobá izolace v zařízení narušila či snížila uskutečnitelnost zpětného navrácení do vlastního sociálního prostředí. Péče by měla být poskytována, dle přání pacienta, s ohledem na jeho zdravotní znevýhodnění s důrazem na co největší zachování kvality života.
- Komunitní přístup – Je v úzké souvislosti s principem subsidiarity. Ošetrovatelská péče, zejména ta na úrovni case managementu, spojuje veřejné a lokální zdroje a mobilizuje občanskou pomoc a svépomoc. Můžeme ho definovat jako podporu a spolupráci s blízkými pečujícími, dobrovolníky a sousedskou výpomocí. Funguje jako alternativa institucionální péče s cílem co nejdéle zůstat ve vlastním sociálním prostředí a tím zvyšovat kvalitu života u chronicky nemocných osob či osob s nutností obecné paliativní péče.

- Multidisciplinarita – Dochází k propojení více souvisejících oborů zaměřených na člověka a vytvoření multidisciplinárního týmu se spoluprací mezi resorty.
- Demedicalizace – Tento princip úzce souvisí s deinstitucionalizací, kdy se snaží zohledňovat kvalitu života medicínskými aspekty. Důležitost je kladena na autonomii, seberealizaci a respekt důstojnosti pacienta (MZČR, 2020, s. 11).

1.3 Formy domácí zdravotní péče

Domácí péče může být poskytována v České republice ve 4 základních formách:

1. Domácí hospitalizace

Jde o specializovanou akutní domácí péči. Indikační skupinu tvoří jedinci s akutním krátkodobým onemocněním, například gastrointestinální, urologickou nebo kardiovaskulární chorobou, která nevyžaduje hospitalizaci. Je také určena klientům v pooperačním a poúrazovém stavu, protože zahrnuje specializovanou domácí péči. Bývá poskytována krátkodobě v rozsahu dnů nebo týdnů.

2. Dlouhodobá domácí péče

Jedná se o nejrozšířenější formu domácí péče v České republice. Indikační skupinou jsou klienti s chronickými onemocněními. Jsou to obvykle klienti s komplikovaným diabetes mellitus, po cévních mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, s chronickou bolestí, s částečným nebo úplným ochrnutím, s imunodeficitem nebo duševní chorobou. Tato forma je určena klientům, jejichž zdravotní a duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči. Jedná se o typicky integrovanou formu domácí péče nazývanou komplexní domácí péče. Bývá poskytována v rozsahu měsíců až několika let.

3. Preventivní domácí péče

Jde o preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu klientů. Může to být monitorace celkového stavu pacienta nebo měření fyziologických funkcí. Ošetřující lékař určí frekvenci poskytování na základě celkového stavu klienta.

4. Domácí paliativní péče

Zahrnuje péči o klienty všech věkových skupin v preterminálním a terminálním stádiu života. Pracovníci zajišťují odbornou péči, která klade důraz na management bolesti a emocionální podporu, a tím se snaží mírnit utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání. Tato forma je poskytována u klientů, u nichž ošetřující lékař

předpokládá dobu úmrtí do nadcházejících šesti měsíců (Jarošová, 2007, s. 65–66; Seifert et al., 2023, s. 21–22).

1.4 Zavedení a poskytování domácí péče

1.4.1 Indikace domácí péče

Domácí péče je určena klientům, u kterých není nutný pobyt na lůžkovém oddělení, ale zároveň je potřebné zajistit následnou odbornou zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí klienta. Domácí péče je indikovaná ošetřujícím lékařem, který posoudí celkový stav klienta. Na základě doporučení registrujícího poskytovatele je poskytována ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství anebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaře v oboru pediatrie s platností maximálně 3 měsíce, nebo ošetřujícího lékaře po hospitalizaci (indikující lékař) pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí a platnost indikace domácí péče je maximálně na 14 dnů, také může být poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře např. v případě pacienta v terminálním stavu nebo na základě indikace ambulantního specialisty po dobu maximálně 14 dnů. Ošetřující lékař po zhodnocení stavu klienta a po zhodnocení jeho vlastního sociálního prostředí s vybranou agenturou domácí péče vystaví poukaz na odbornost 925, což je domácí zdravotní péče a na tiskopis 06 s pořadovým číslem 1 uvede přesný typ návštěvy. V domácí zdravotní péči existují 4 typy návštěv, a ty se liší podle časového rozsahu po 15, 30, 45 a 60 minutách. Následovně vyplní lékař požadované výkony a materiální kódy. Materiální kódy obsahují průměrné materiálové náklady, které jsou potřebné pro provedení výkonů. O veškerých pomůckách a materiálním vybavení rozhoduje ošetřující lékař a tyto produkty předepisuje na recepty nebo speciální poukaz a jejich ordinaci zaznamená na tiskopis 06. Ve spolupráci s pracovníkem DP si ošetřující lékař domluví interval pro souhrn písemné zprávy. V tomto souhrnu pracovník agentury podává informace lékaři o aktuálním stavu klienta a ohlašuje potřebné změny v rozsahu indikací výkonů. Termín předání se zaznamená na tiskopis 06. Kopii tiskopisu založí lékař do zdravotnické dokumentace a originál tiskopisu předá určené agentuře DP. Pokud se bude pokračovat v poskytování domácí péče v nezměněné formě i po uplynutí platnosti tiskopisu, lékař pouze vyplní záhlaví tiskopisu 06 a označí jej pořadovým číslem (2, 3, 4, až x). Období poskytování péče není omezeno. Pokud ji klient potřebuje a ošetřující lékař indikuje, může být poskytována nepřetržitě (Misconiová, [b.d.], s. 15–17; MZČR, 2020, s. 8, s. 12–13). Tiskopis (viz Příloha č. 1).

1.4.2 Frekvence poskytování domácí péče

S ohledem na indikační skupiny klientů je upřednostňována nepřetržitá dostupnost domácí péče. Interval péče je 365 dní v roce, 7 dní v týdnu a 24 hodin denně. Nejedná se však o nepřetržitý provoz zařízení. V případě nočních či víkendových návštěv klientů vždy je nutné, aby lékař požadavek uvedl na Poukaz na vyšetření/ošetření DP – 06, kam patří výkony 06135 a to je výkon sestry v době od 22 do 6 hodin, nebo 06137 (označuje výkon sestry v den pracovního klidu nebo pracovního volna). Každý výkon ošetrovatelské návštěvy zahrnuje zhodnocení aktuálního zdravotního stavu pacienta. Frekvence návštěv domácí péče v maximálním rozsahu hrazeném z fondu zdravotního pojištění jsou denně 3 návštěvy odborné péče. Pro zavedení a ukončení domácí péče anebo administrativní činnost sestry existuje hodinový výkon 06311 (MZČR, 2020, s. 12).

1.4.3 Agentury domácí péče

Agentury DP jsou zřizovány státní správou, samosprávou, charitativními nebo humanitárními organizacemi, zdravotnickými zařízeními ambulantního či lůžkového typu, privátními sestrami a lékaři. Všechny subjekty musí být registrovány u pověřeného úřadu státní správy. Poskytovatelé musí splňovat požadavky pro bezpečný provoz. Technické a prostorové vybavení zařízení poskytující domácí péči se řídí podle platných právních předpisů (Seifert et al., 2023, s. 21).

Agentury domácí péče vykonávají ošetrovatelskou domácí zdravotní péči, která je určena klientům všech věkových kategorií, kteří potřebují buď krátkodobé ošetření nebo jsou to pacienti, kteří vyžadují dlouhodobou péči (Kolektiv autorů, 2021, s. 18).

1.4.4 Financování domácí péče

Financování je hrazeno z fondu veřejného zdravotního pojištění a podle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v aktuálním znění. Možná je i přímá platba od klientů či rodinou klienta, pokud nejsou klienti pojištěni nebo za výkony, které nejsou hrazené ze zdravotního pojištění. Jestliže klient zvolil záměrně a vědomě nesmluvní zařízení, anebo pokud zdravotní pojišťovna nemá smluvní vztah se zdravotnickým zařízením poskytujícím domácí péči. Další možností financování domácí péče jsou sponzorské dary, granty, z nadací apod.

(Kalvach, 2011, s. 187; Seifert et al., 2023, s. 20–21).

Výkony hrazené zdravotními pojišťovnami v rámci domácí péče jsou ordinovány ošetřujícím lékařem. Jde o odborné a specializované výkony prováděné kvalifikovanými

zdravotnickými pracovníky a výčet těchto výkonů najdeme v Seznamu diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami (Misconiová, [b.d.], s. 19).

2 VŠEOBECNÁ SESTRA V DOMÁCÍ PÉČI

Vzhledem k rozvoji zdravotní péče, dochází k vzniku nových oborů specializačního vzdělání, které jsou legislativně upravené vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. Cílem je posílit samostatnost a odpovědnost sester při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí. V souvislosti s domácí péčí se bavíme o zdravotnickém pracovníku se specializovanou způsobilostí § 66b Sestra pro domácí a hospicovou péči. Sestra pro domácí a hospicovou péči poskytuje dle § 54 specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči a paliativní péči pacientovi ve vlastním sociálním prostředí nebo ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, kde je poskytována paliativní péče.

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře může například hodnotit a ošetřovat nehojící rány, zavádět a udržovat kyslíkovou terapii nebo edukovat pacienta a jeho blízké o prevenci onemocnění, současně spolupracovat s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, nutričním terapeutem, zdravotně-sociálním pracovníkem a sociálním pracovníkem a další. Bez odborného dohledu lékaře a na základě indikace může provádět činnosti preventivní, diagnostické, rehabilitační, léčebné a paliativní péče. Mezi to patří například zavádění a ukončování domácí péči včetně její administrace, vykonávání činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti, podávání léčivých přípravků do epidurálního katetru a další činnosti (Česko, 2011). Celé znění uvedeno (viz Příloha č. 2).

2.1 Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry

Zákonem č. 96/2004 Sb. v aktuálním znění se ustanovují podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti, která souvisí s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), kdy zdravotnický pracovník je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (Česko, 2004).

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává po absolvování.

a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,

- b) nejméně tříletého studia na vyšších zdravotnických školách v oboru diplomovaná všeobecná sestra,
- c) studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce nejméně jeden rok, jde-li o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry podle § 5a odst. 1 písm. a) nebo b), byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání (Česko, 2004).

2.2 Vzdělávání v oblasti domácí péče

Postgraduální studium je navazující vysokoškolské studium. Kromě magisterských a doktorských programů, lze zde zařadit i specializační a celoživotní vzdělávání. Celoživotní vzdělávání je průběžné obnovování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti všech odborných a zdravotnických pracovníků v odpovídajícím oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky. Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické a jiné odborné pracovníky. Za celoživotní vzdělávání se pokládá studium navazujících studijních programů, ať už akreditovaný doktorský, magisterský či bakalářský studijní obor nebo studijní obor vyšší odborné školy se zdravotnickým zaměřením, který blízce souvisí s odborností zdravotnického pracovníka a je absolvován po předchozí získané odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání (Plevová et al., 2018, s. 50–51).

V prosinci 2019 Ministerstvo zdravotnictví České republiky představilo vzdělávací program specializačního vzdělávání pro všeobecné sestry v oboru Domácí péče a Hospicové péče, které je absolvované získáním specializované způsobilosti s označením odbornosti Sestra pro domácí a hospicovou péči (MZČR, 2019, s. 1–2).

Sestra pro domácí a hospicovou péči vykonává specializovanou a vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, která se zaměřuje na paliativní péči. Sestra se specializací v domácí a hospicové péči je oprávněna poskytovat zdravotní služby nevyлéčitelně nemocným v terminálním stádiu onemocnění (MZČR, 2019, s. 37).

Sestra pracuje bez odborného dohledu lékaře a bez indikace lékaře. Věstník MZ ČR stanovil 35 činností, ve kterých je specializovaná sestra kompetentní a nezávislá. Specifické činnosti konané sestrou pro domácí a hospicovou péči jsou ukončování domácí péče, vyplňování poukazů domácí péče, určování typu návštěvy a samostatně vytváří plán ošetrovatelské péče. Může předepisovat terapeutické krytí, kompenzační pomůcky pro pacienty, inkontinenční a stomické pomůcky (MZČR, 2019, s. 37–39).

2.2.1 Kompetence všeobecné sestry

Kompetenci může označit jako předpoklad nebo schopnost zvládnout určitou činnost. Je to soubor předpokladů, který obsahuje vědomosti, schopnosti, dovednosti, postoje a hodnoty k uplatnění povolání sestry (MZČR, 2020, s. 33).

Kompetence najdeme ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., v aktuálním znění z 1.7. 2022, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Činnosti zdravotnických pracovníků po získání odborné způsobilosti jsou popsány v § 3 Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí a § 4 Všeobecné sestry.

Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace lékaře nebo zubního lékaře v souladu se stanovenou diagnózou, poskytovat základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Mezi poskytované činnosti může patřit například: vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacienta, pozorovat a hodnotit fyzický a psychický stav pacientů...

Všeobecná sestra vykonává činnosti bez odborného dohledu na základě indikace lékaře nebo zubního lékaře při poskytování preventivní, diagnostické, rehabilitační, léčebné, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Součástí je příprava pacienta k diagnostickým a léčebným výkonům, asistence při výkonech a zajišťování ošetrovatelské péče při těchto výkonech a po nich. Může to být například zavádět periferního žilního katétru pacientům starším 3 let, nebo provádět katetrizaci močového měchýře u žen a dívek starších 3 let a další činnosti (Česko, 2011).

Sestra pro domácí a hospicovou péči vykonává činnosti podle § 54 při poskytování specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí, ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, kde je poskytována paliativní péče. Dále může a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře 1. zjišťovat sociální a zdravotní situaci pacienta a osob blízkých ve vztahu k onemocnění nebo jeho následkům a následnému zajištění zdravotní a sociální péče (Česko, 2011). Celé znění uvedeno (viz Příloha č. 3).

2.2.2 Role všeobecné sestry v domácí péči

Profesní role jsou sociální role, které odrážejí očekávané chování a vystupování v rámci výkonu profese. Rolí sestry je role ošetrovatelky, komunikátorky, edukátorky, poradkyně, nositelky změn, manažerky, advokátky pacienta, týmové hráčky a výzkumnice (Špirudová, 2015, s. 8).

Profesní činnost sester vyplývá ze zaměření na zdraví jako celku. Do popředí se nyní dostávají činnosti, které jsou zaměřené na primární péči, jako je udržování a podpora zdraví nebo prevence nemoci. Zde jsou následující role, které sestry vykonávají:

- Sestra pečovatelka – role je spojena s poskytováním základní ošetrovatelské péče, sestra uspokojuje ošetrovatelské potřeby a zajišťuje péči o nemocné v nemocnici i v terénu.
- Sestra asistentka – velký podíl na diagnosticko-terapeutické péči související s přípravou nemocného k vyšetření a asistence u vyšetření, dále plnění sestrou léčebné ordinace stanovené lékařem.
- Sestra koordinátorka – sestra úzce spolupracuje s ostatními členy multidisciplinárního týmu, zvláště během plánování a realizace ošetrovatelské péče. Zároveň se snaží získat nemocného a jeho blízké k aktivní a individuální péči o něho.
- Sestra edukátorka – tato role souvisí s důležitostí edukace nemocného a jeho rodiny. Během vykonávání této role se sestra snaží o upevňování zdraví a prevenci poruch, předcházení komplikacím a rozvoji soběstačnosti a sebeobslužných činností a ncviku praktických potřebných dovedností s cílem pomoci nemocnému a jeho rodině žít relativně spokojeně s dlouhodobým onemocněním.
- Sestra obhájkyň/advokátka – během ošetrovatelského procesu a poskytování péče je schopna v případě, kdy pacient není schopen projevit za sebe své zájmy, přání nebo problémy, stává se jeho mluvčím (Plevová et al., 2018, s. 82, s. 85).
- Sestra mentorka – zodpovídá za dohled nad studenty v klinickém prostředí, sestra zajišťuje podporu, vedení, učení a hodnocení studentů (Gurková a Zeleníková, 2017, s. 41).

2.2.3 Předpoklady k povolání všeobecné sestry

Předpokladů k vykonávání sesterského povolání je mnoho. Můžeme zmínit předpoklady senzomotorické, mezi které řadíme zručnost, pohybovou aktivitu, šikovnost nebo neporušené smyslové vnímání. Úpravu vlastního zevnějšku a smysl pro úpravu zdravotnického prostředí řadíme k estetickým předpokladům. Intelektové předpoklady chápeme jako schopnost řešit problémové situace a vybrat z mnoha možností optimální řešení a myšlenkové procesy a operace, která nám pomáhá k osvojení si spousty pojmů. Sociální předpoklady zahrnují schopnost empatie, navazovat kontakt a vést dialog, ovládat své verbální i neverbální projevy a mít pozitivní vztah k lidem. Předpoklady regulační jsou

přizpůsobivost, zvýšená odolnost vůči fyzickému i psychickému stresu a sebezapření. Komunikační schopnosti jsou naslouchání a mlčení, podněcování, stimulace hovoru, sumarizování a zrcadlení (Plevová et al., 2018, s. 90).

V profesionální ošetrovatelské praxi nacházíme 6 hodnot, které jsou považované za základní při poskytování péče dle ošetrovatelského standardu. Patří sem péče, soucit, kompetence, komunikace, odvaha a závazek. Péče je naše nejdůležitější činnost, poskytujeme ji s cílem pomáhat jednotlivcům a zlepšit zdraví celé komunity. Soucit je založen na vztazích, během kterých je péče poskytována. Důležitost kompetence k vykonávání činnosti, všechny ošetřující osoby musí mít schopnost porozumět zdravotním a sociálním potřebám jednatelce a mít odborné, klinické a technické znalosti k poskytování efektivní péče a léčby. Odvaha nám dovoluje vykonávat věci správně, nebát se ozvat, když máme obavy o osoby, na kterých nám záleží. Závazek vůči našim pacientům a populaci je tím nejdůležitějším prvkem, který máme. Snažíme se o dodržování závazku a zlepšování péče a splňovat budoucí výzvy v oblasti podpory, péče a zdraví (Peate, 2019, s. 2–3).

2.2.4 Obecné vlastnosti všeobecné sestry

Obecné vlastnosti osobnosti zdravotníka jsou takové, které ovlivňují kladně vztah zdravotníka s pacientem a pozitivně podporují lidskou komunikaci. K těmto obecným vlastnostem řadíme autenticitu, což znamená otevřenost prožívání člověka a souhlas projevu. Dále k obecným vlastnostem zařazujeme empatii neboli vcítění se a pochopení druhého člověka. Nakonec přiřazujeme k obecným vlastnostem akceptaci neboli úctu, důvěru a sympatii k pacientovi nebo také bezpodmínečné přijetí. Ideální osobnost sestry neexistuje, ale dochází k uplatňování individuálních specifických povahových vlastností zdravotníka. Podstatný je kolektiv multidisciplinárního nebo ošetrovatelského týmu, protože určuje dynamiku a atmosféru. Mezi absolutně nezbytné vlastnosti k povolání a osobnosti sestry je osobní zralost, vnitřní stabilita a vyšší frustrační tolerance (Plevová et al., 2018, s. 89).

2.2.5 Motivace všeobecných sester v domácí péči

Motivace představuje soubor pohnutek podněcujících k určité činnosti. Motivace je považována za podnět, který dává účel nebo směr chování. Podněcuje k tomu, aby člověk něco dělal, reagoval, ale zároveň také může zabraňovat něco provádět či reagovat. Působí u lidí na vědomé nebo nevědomé úrovni. Patří mezi základní rysy osobnosti.

Pracovní motivace je jev, který se objevuje ve složitých souvislostech vnějšího a vnitřního prostředí. V závislosti na proměnlivých a podmiňujících činitelích, které vstupují do vzájemné interakce a ovlivňují chování člověka v pracovním procesu. V pracovním procesu se motivace projevuje ve vztahu člověka k práci, v jeho pracovní aktivitě a má přímý vliv na výkon a výkonnost zaměstnance. (Magerčiaková a Kober, 2023, s. 22–23).

Zaměstnanci jsou nejdůležitějším zdrojem v zdravotnických organizacích. Spokojenost zaměstnanců se zaměstnáním zvyšuje jejich motivaci a pracovní výkon. Spokojenost se spojuje s pozitivními a nespokojenost s negativními formami chování zaměstnanců.

Spokojenost s odměňováním se považuje za základní cíl pracovníka. Jedním z významných faktorů, které ovlivňují pracovní spokojenost je pozitivní a zdravé pracovní prostředí, které usiluje zejména o zajištění zdraví, bezpečnosti, podpory kvalitní péče o pacienty a zlepšení motivace. Další důležitý faktor, který determinuje pracovní spokojenost je finanční ohodnocení a poskytování benefitů (Magerčiaková a Kober, 2023, s. 27-28, s. 32).

Odměny rozdělujeme na hmotné a nehmotné, mezi odměny patří pocit jistoty a bezpečí, příplatky za přesčasy, příplatky na pojištění, poskytování sociálních služeb a péče, služební automobil, delší placená dovolená, možnost pracovního růstu a další (Plevová et al., 2012, s. 168).

2.2.6 Výhody poskytování domácí péče všeobecnou sestrou

Domácí péče má velké množství výhod, pacient zůstává ve svém přirozeném, důvěrně známém prostředí a nehrozí u něho vznik hospitalismu (to je stav, který souvisí s adaptací na nemocniční prostředí a s hospitalizací). Dále se také eliminuje vznik nemocničních i jiných infekčních nákaz vzniklých v souvislosti s pobytem v nemocnici. Sestra v domácí péči dochází ke klientovi do domácnosti. Mezi výhody domácí péče patří:

- Ekonomičnost – zkrácení délky hospitalizace a tím i snížení nákladů na péči.
- Víceoborovost – péče je poskytována multidisciplinárním týmem.
- Individualizovaná péče – dbá se na individuální potřeby každého klienta.

- Podpora zdraví – zahrnují činnosti primární, sekundární a terciální prevence.
- Přirozené prostředí – péče je poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí, je to důvěrně známé prostředí pro klienta, lepší adaptace na nemoc.
- Účast rodinných příslušníků – možnost zapojení blízkých osob do aktivní péče.
- Dlouhodobá péče – délka péče se odvíjí dle potřeb klienta a jeho příbuzných.
- Komplexnost – jsou poskytované v rámci péče činnosti léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální a konzultační (Krátká a Šilháková, 2008, s. 80; Jarošová, 2007, s. 62; Hanzlíková, 2007, s. 247).

2.3 Ošetrovatelská péče v domácí péči

Domácí péče zajišťuje komplexní péči ve spolupráci s lůžkovou péčí a s dalšími zdravotnickými a sociálními službami v rámci multidisciplinárního týmu (MZČR, 2020, s. 12).

Domácí zdravotní péče je členěna na primární, sekundární a terciární zdravotní péči. Primární zdravotní péče nastává v momentě prvního kontaktu jedinců se zdravotními službami v komunitě. Zaměřuje se na prevenci onemocnění, obzvláště edukaci, diagnostické a terapeutické výkony, dále ochranu a upevňování zdraví a uspokojování potřeb.

Sekundární zdravotní péče zajišťuje klientům základní, komplexní a specializovanou péči. Je poskytována v institucích, například v nemocnicích, léčebnách, hospicích anebo specializovaných ambulancích a zaměřuje se na prevenci komplikací u nemocných.

Smyslem terciární zdravotní péče je dokončit léčebný proces a zlepšit zdravotní stav jedince. Ošetrovatelská péče je zaměřena na základní a komplexní péči, na rehabilitaci, edukaci, na léčebné výkony a paliativní péči, která je poskytována v přirozeném sociálním prostředí klientů, zařízení dlouhodobé péče nebo rehabilitačních zařízeních (Jarošová, 2007 s. 68; Plevová et al., 2018, s. 77).

Ošetrovatelské činnosti prováděné v praxi jsou klientům domácí péče prováděny sestrou buď přímou nebo nepřímou cestou. Přímou péči chápeme všechny činnosti, kdy je sestra v přímém kontaktu s klientem a jeho rodinou a vše, co souvisí s aktuálním fyzickým aspektem ošetrovatelské péče. Mezi tyto aktivity můžeme zařadit fyzické vyšetření, edukace klienta a jeho rodiny, hodnocení stavu klienta a uspokojování potřeb klienta. Sestra pomáhá a motivuje klienta a jeho rodinu si osvojit pozitivní chování a návyky podporující zdraví. Všechny vykonané úkony se poté musí zaznačit do ošetrovatelské

dokumentace klienta a jsou vykazovány příslušné zdravotní pojišťovně k proplacení. Anebo se bavíme o nepřímé péči, což jsou sesterské aktivity zahrnující především zkvalitňování a koordinaci poskytované péče. Můžeme sem zařadit konzultace sestry s ostatními odborníky a členy multidisciplinárního týmu, organizování a účast na všech poradách klientových poskytovatelů péče, dokumentační práce nebo obhajoba klientových práv ve zdravotnickém kontextu (Jarošová, 2007, s. 68–69; Plevová et al., 2018, s. 125).

Velkou součástí ošetrovatelské péče ve zdravotnických institucích a v domácnostech klientů/pacientů je poskytování péče metodou ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces probíhá v pěti základních fázích, které zahrnují posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení (Jarošová, 2007, s. 69; Plevová et al., 2018, s. 108).

3 ZÁTĚŽ VŠEOBECNÝCH SESTER V DOMÁCÍ PÉČI

Rostou požadavky na povolání sester, protože je nutné, aby se sestry ustavičně zdokonalovaly v oblasti ošetřovatelství, psychologie, poradenství či komunikace. V domácí péči se sestra spoléhá sama na sebe, musí mít proto dostatečnou praxi a znalosti, aby v případě vyskytnutí problému zvládla jeho řešení. Případně je možné v terénu se po telefonu profesionálně poradit, ať už s kolegyněmi či praktickým lékařem. Domácí péče není ohraničená věkovou kategorií, a proto se sestry setkávají s klienty různého stáří s různorodými diagnózami. Očekává se, že sestra všechny tyto požadavky zvládne, což vytváří psychické i fyzické zatížení. Z psychické stránky je nezbytné, aby sestra zvládala zátěžové situace a vyhýbala se nadměrnému stresu. Z fyzického hlediska dochází k zatížení v případě nepřiměřené fyzické zátěže, která může vést až ke zdravotním problémům (Imramovská a Machová, 2015).

Během poskytování domácí péče jsou na sestru kladeny velké nároky, na její fyzické i psychické schopnosti. Sestra nikdy neví, co ji u pacienta čeká, musí se spolehnout na sebe a své odborné znalosti a zkušenosti, musí pracovat samostatně bez možnosti náhlé konzultace s lékařem. Psychický tlak a stres se na sestru přenáší z prostředí, ve kterém je péče poskytována a také z nezbytnosti se dokázat samostatně rozhodnout v jakékoliv situaci. Musí neustále udržovat pozornost a zdolávat značné množství konfliktních situací. Je povinna se chovat profesionálně při jednání s pacientem i jeho rodinou, lékaři a dalšími spolupracovníky týmu (MZČR, 2020, s. 13).

3.1 Zátěž, stres

Stres si můžeme spojit se situacemi, které jsou obtížné, ohrožující a zásadně narušují rovnováhu organismu. Zátěž a stres chápeme jako všechny nároky, které jsou kladené během života na člověka, jako bytost bio-psycho-socio-spirituálně-ekologických systémů a přemýšlíme o vzniklých zátěžových podnětech a odpovědích, které zahrnují všechny komponenty chování a prožívání a respektují spojitost celého organismu s vnějším prostředím. Zátěž je obecnější pojem a stres je jeho specifický případ. Stres je stav, ve kterém míra zátěže přesahuje snesitelnou hranici. Během stresových situací dochází ke konfliktu mezi expozičními a dispozičními faktory. Mírou zátěže jsou expoziční faktory jsou to nároky kladené na jedince, které představují určitý tlak na splnění všech požadavků a na druhé straně to jsou dispoziční faktory, které představují odolnost pro zvládnutí

kladených nároků a které si můžeme představit jako komplex předpokladů, adaptivních vloh osobnosti či pracovní výkonnost organismu (Paulík, 2017, s. 65–66).

3.1.1 Psychická zátěž všeobecných sester v domácí péči

Psychická zátěž patří k rizikovým faktorům práce všeobecné sestry. Psychická zátěž je proces psychického zpracování a vyrovnání se s nároky a vlivy životního a pracovního prostředí.

Dlouhodobá psychická zátěž může vést k poruchám zdraví, jako jsou některé psychosomatické nemoci (ischemická choroba srdeční, hypertenze nebo vředová choroba) anebo vzniku psychického onemocnění. Hodnocení psychické pracovní zátěže se provádí různými metodami, které vycházejí ze subjektivních reakcí organismu. Může to být psychologickými výkonovými testy, které určují působení psychické pracovní zátěže na funkční stav centrální nervové soustavy. Dále psychofyziologickými metodami, které jsou zaměřené na stanovení fyziologické odezvy organismu na pracovní psychickou zátěž, kdy se sledují fyziologické funkce např. srdeční frekvenci, krevní tlak nebo dechovou frekvenci. Popřípadě dalším způsobem jsou biochemické metody, které diagnostikují zjišťování změn ve vylučování hypofyzárních a nadledvinkových hormonů.

S psychickou pracovní zátěží souvisí některé faktory práce, jako třeba přetížení

ale i nevytížení. Dalšími faktory jsou značně vysoká odpovědnost, časový tlak, monotonie práce, vnucené pracovní tempo nebo konfliktní interpersonální vztahy na pracovišti, vysoká náročnost práce s velmi nízkou kontrolou nad svou vlastní prací, směnný provoz a vysoké nároky na sociální integraci.

U všeobecných sester na pracovní psychickou zátěž působí také konflikty mezi lékařem a klientem. Klient by chtěl být zdravý, ale lékař má pocit zdaru už při nějaké stabilizaci klientova zdravotního stavu. Během práce se všeobecná sestra setkává s lidským utrpením a bolestí, kdy v určitých momentech může selhávat její profesionální ochrana. Časová tíseň může způsobit náročné navázání individuálního kontaktu. Dalšími zátěžovými situacemi sekundárního charakteru jsou konflikty mezi členy multidisciplinárního týmu. Následkem neúměrné, dlouhodobé psychické zátěže dochází mnohdy k psychickým potížím, které mají za výsledek vznik a rozvoj specifických poruch prožívání a chování, změny v pracovním výkonu, ztráty motivace k práci až syndrom vyhoření. Nadlimitní psychická zátěž souvisí se vznikem a průběhem spousty somatických onemocnění.

Co můžeme dělat pro ochranu psychické pracovní zátěže? K příznivým vlivům patří sociální podpora, vysoká motivace k práci, vysoká volnost rozhodování i přes obrovskou náročnost práce, dodržování zásad psychohygieny (Vévoda, 2013, s. 88–89).

3.1.2 Fyzická zátěž všeobecných sester v domácí péči

Mezi fyzickou zátěž patří manipulace s klientem během ošetrovatelské, rehabilitační a léčebné péče. Může k ní docházet nejvíce během polohování, osobní hygieny nebo rehabilitačního cvičení (Vévoda, 2013, s. 87).

Manipulace s těžkými klienty je velmi obtížná, sestra musí vynaložit obrovské úsilí, aby pacienta uvedla do potřebné polohy a rizikem může být i absence kompenzačních pomůcek. Dalším rizikem může být počet pacientů za den. Anebo také zde můžeme zařadit chůzi, stoj ale i sed (Imramovská a Machová, 2015).

3.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření jako termín se začal objevovat v psychologii v sedmdesátých letech 20. století. Vyhoření je stav, kdy v důsledku přehnaného úsilí může docházet až k újmě na psychickém a fyzickém zdraví. Tento jev byl zkoumán a popisován psychology a nejednou se uvedlo, že jde o multidimenzionální chronický syndrom, který se vyznačuje vyčerpáním a odtažitým chováním v práci a je výsledkem dlouhodobého interpersonálního stresu. Můžeme říci, že jde o negativní emocionální stav, celkové vyčerpání a vysokou únavnost s depresivními příznaky a vyskytuje se u lidí, jejichž profese je spojena s prací s lidmi. Syndrom vyhoření postihuje jedince, kteří při vstupu do zaměstnání prokazují velké nadšení, jsou velmi motivováni s očekáváním, že jejich práce jim bude smyslem života. Častěji je to u jedinců, kteří berou svou práci jako životní poslání a pokládají ji za povolání nikoliv zaměstnání. S velkou pravděpodobností se syndrom vyhoření objeví u početné skupiny lidí zaměstnaných jako pomáhající profese. Základním znakem u těchto profesí je pomoc druhým, kteří se nacházejí ve všelijakých životních situacích, přičemž je možné předpokládat, že takové situace budou spojené s vysokými požadavky na osobnost pomáhajícího pracovníka. Kromě profesní odbornosti se očekává celková osobnostní zralost, schopnost vcítění se, citová vyrovnanost a mravní odpovědnost. Zdravotníci jsou první skupinou, kde se můžeme setkat se syndromem vyhoření. Konkrétněji jsou ohrožené všeobecné sestry pracující v hospicích, na onkologických odděleních, odděleních intenzivní péče, psychiatrii a na interních odděleních. Bylo zjištěno, že u zdravotníků počínajícími mechanismy syndromu vyhoření byly uváděné problémy, mezi které patřily

nepřipravenost ze školy na emocionální zátěž, s níž se setkávaly, náročnost při sdělování špatných zpráv rodinným příslušníkům pacientů, vnímaly nedostatek personálu anebo enormní přetíženost prací (Jochmannová et al., 2021, s. 85–87).

Mezi další skupinu ohroženou syndromem vyhoření patří pracovníci v oblasti sociální péče a sociálních služeb, zejména sem řadíme sociální pracovníky, psychology, policii, pracovníky ve vězeňské službě a další (Jochmannová et al., 2021, s. 88).

Vyhoření je obecně definováno jako negativní psychický syndrom, který se vyvíjí z reakce na stálé stresující pracovní nároky. Jeho definice a měření tkví na třech zásadních příznacích, jak je objasněno v příručce Světové zdravotnické organizace MKN-11: energetické vyčerpání a vyčerpání, zesílené duševní narušení ze své práce nebo pocity negativity a bezohlednosti související s prací, pocity neúčinnosti a nedostatku úspěchu.

Definice MKN byla tvořena současným nejpoužívanějším měřítkem vyhoření Maslach Burnout Inventory, vyvinula ho sociální psycholožka Christina Maslach a její tehdejší postgraduální studentka Susan Jackson (Gordon et al., 2023, s. 40).

3.2.1 První varovné příznaky syndromu vyhoření

Zdravotník má pocit, že práci nezvládá, zpochybňuje smysl své práce. Působí nervózním, nespokojeným a podrážděným dojmem. Mezi první tělesné stížnosti patří problémy se spánkem, bolesti hlavy a zad, ztuhlost krku a kolísáním váhy, ať už úbytek nebo přibírání.

Příznaky rozdělujeme do tří kategorií: tělesné vyčerpání, psychické vyčerpání a emocionální vyčerpání. Tělesné vyčerpání se projevuje hlavně chronickou únavou a nedostatkem energie, psychické vyčerpání, u kterého se odráží negativní postoje k sobě samému i k jiným lidem a začíná se projevovat změna dosavadních životních postojů. Emocionální vyčerpání, jejíž projevem je vytrácení radosti z kontaktu s lidmi, cítí se prázdňe a uzavírá se do sebe (Venglářová et al., 2013, s. 24–25).

3.2.2 Diagnostika syndromu vyhoření

Kvůli názoru, že vyhoření může být jenom jiné označení pro vyčerpání, vedlo k rozvoji nástrojů vyhoření, hodnotící vyčerpání jako svůj jediný znak. Měření BM (Burnout Measure) položky hodnotí fyzické, emocionální a duševní vyčerpání. Anebo CBI (Copenhagen Burnout Inventory) hodnotí pouze vyhoření/únavu jako konstrukt vyhoření. Položky kladou váhu na únavu, fyzické a emocionální vyčerpání a pocit opotřebení (Gordon et al., 2023, s. 43).

Prvotní model MBI a další modely se domnívají v současný výskyt třech zásadních znaků syndromu vyhoření. Někteří naznačují postupný vývoj syndromu vyhoření. Klinická zkoumání poukazují na fakt, že nejdříve postižený zpozoruje vyčerpání a poté neprožívá potěšení z předešle užívaných aktivit a zmenšující se starost o ostatní lidi. Další příznaky se mohou ukázat současně nebo v pozdější fázi. Během prohlubujícího se syndromu vyhoření se můžou jedinci stávat apatickými, asociálními a uzavřenými, mohou se cítit až bezmocně (Gordon et al., 2023, s. 43–44).

Diagnostika a diferenciální diagnostika u syndromu vyhoření je složitá. U postiženého jedince se vyskytují symptomy z více oblastí – psychické, fyzické a sociální. V diagnostice se uplatňuje spousta odlišných postupů, nejvíce jsou to speciálně zacílené dotazníky (Jochmannová et al., 2021, s. 97).

Podle některých odborníků, se syndrom vyhoření zčásti shoduje s některými povědomějšími a diagnosticky vypracovanějšími poruchami či chorobami. Několik podobných příznaků má s depresí (smutná nálada, ztráta motivace a energie, pocity bezcennosti). Vyhoření se od deprese liší tím, že působí negativně na myšlenky a pocity týkající se profesního výkonu s jeho následky. Po přepnutí psychiky na nepracovní oblast se tato diference pozvolně ukáže. Pro endogenní depresivní poruchy jsou charakteristické sklony k sezonnosti výskytu, u vyhoření ale nikoliv. Další poruchou, které se může vyhoření podobat, je alexithymie. Ke společným příznakům řadíme emocionální oploštělost, sociální otupělost, celkovou netečnost, redukci imaginativních aktivit a kreativity. Alexithymie se liší od vyhoření v tom, že má častější výskyt u pacientů s některou z psychosomatických chorob. Vyhoření nezahrnuje hlavní znak alexithymie, což je nedostatek slov k vyjádření emocí. Alexithymičtí pacienti neumí emoce vyjádřit, kdežto pacienti s vyhořením emoce omezují, jejich emocionalita je narušená a mají k dispozici dostačující lexikum k jejímu vyjádření (Jochmannová et al., 2021, s. 100).

Vyhoření má podobnou charakteristiku jako chronická únava. Shodují se zejména ve výskytu únavy. U syndromu chronické únavy musí platit, že se jedná o únavu, která se dříve nevyskytovala, trvá déle než 6 měsíců a zapříčiňuje více než 50% pokles předešlé aktivity. Mezi další projevy patří snížená schopnost soustředění, poruchy poznávacích funkcí a přítomnost depresivní symptomatiky (Jochmannová et al., 2021, s. 100).

Ustavičně narůstá počet osob, které mají pocit, že už dále nezvládnout zdolávat náročné životní situace ani obtížné pracovní podmínky. Syndrom vyhoření je reakcí hlavně na pracovní zátěž, na dlouhodobě nevyrovnaně působící stres, který zapříčiňuje práce s lidmi. Usilovat o zabránění syndromu vyhoření by mělo být významnou prioritou péče

o zaměstnance každého zaměstnavatele. Prevenci syndromu vyhoření zahrnuje i samotná informovanost dané problematiky. Jestliže si je jedinec vědom, jaké nebezpečí mu hrozí, může mu lehce zamezit. Pokud se ovšem syndrom vyhoření úplně rozvine, vznikají pro jedince náročné chvíle plné problémů, které převážně není možno zdolat odděleně. Avšak vyhoření může vést k podstatným životním změnám, osobnímu růstu a vývoji naší osobnosti (Jochmannová et al., 2021, s. 100–101).

3.2.3 Prevence syndromu vyhoření

Prevencí máme na mysli včasnou přípravu organismu na nadměrnou zátěž. Jde o možnost předcházet vyhoření.

1. Interní postupy

Jsou postupy zaměřené na jedince, kteří jsou ohroženi vyhořením, kognitivní přístupy a kognitivní hodnocení stresových situací. Zjistilo se, že k vyhoření dochází, pokud je daný jedinec nadměru zaměřen na jeden vymezený cíl. Tito jedinci mají úspěch jako největší cíl v jejich životě, a také ho vidí jako jediný smysl života s potřebou vynikat v konkurenci s druhými. Výzkumy se zaměřili na osobnostní charakteristiky u osob, které v životě něčeho dosáhli bez vyhoření při maximální výkonnosti. Byla zjištěna charakteristika těchto osob: nejsou úzkostlivě opatrní ani neriskují přespříliš, mají určených více cílů svého snažení. Je u nich potřeba zpětné vazby, informovanost o důsledcích svých činností. Dělají si dopředu plány o své práci, které uvádí v krátkodobých plánech, které se pak prolínají a zapadají do dlouhodobých plánů. Úspěch je pro ně vedlejším produktem jejich činnosti, není pojat jen jako cíl. Při výzkumu došlo k zjištění, že jedinci s touto motivací jsou odolnější vůči psychickému vyhoření (Jochmannová et al., 2021, s. 95–96).

2. Externí postup

Externí postup znamená orientaci činností na změnu vnějších podmínek, které přispívají k syndromu vyhoření. Jeden z hlavních externích faktorů, který zamezuje nástupu syndromu vyhoření, je sociální opora. Jedná se o pomocný a podpůrný vztah blízkých lidí k dané osobě. Sociální oporu můžeme nacházet u členů rodiny, v zaměstnání u spolupracovníků a mimo práci u svých přátel a dobrých známých, a co se týče trávení volného času, vykonáváním zájmů a koníčků. Sociální oporu si můžeme vykládat z mnoha různých aspektů:

- Makroúroveň sociální opory - jedná se o sociální a ekonomickou celospolečenskou formu pomoci lidem v postižených oblastech, např. přírodními katastrofami, zemětřesení, záplavami.

- Mezoúroveň sociální opory - je snaha sociální skupiny pomoci jednomu ze skupiny svých členů nebo ze svého okolí, kteří jsou v určité nouzi. Můžeme si to představit jako pomoc spolupracovníkovi z práce.
- Mikroúroveň sociální opory - poskytnutí pomoci a opory od nejbližší osoby. Může to být pomoc v partnerském vztahu nebo pomoc dítěti od matky (Jochmannová et al., 2021, s. 96).

Na sociální oporu můžeme také nahlížet jako na efekt nárazníkového vlivu (buffering effect) a může se projevovat rozdílným způsobem:

V poznávací oblasti jde o ujasnění si působících stresorů a získání informací, které mohou přispět k hlubšímu porozumění situace. Posílení sebeúcty a zvýšení sebevědomí, během sociální opory může dojít k ovlivnění subjektivního pojetí osobní kompetence a přesvědčení, že danou situaci mohou zvládnout. Volbou může být účelnější taktika boje se stresem, kdy poukazují na prospěšné jednání pro zdraví se zdravotně vhodnějšími návyky a zvyky (Jochmannová et al., 2021, s. 96).

3.2.3 Možnosti preventivních opatření

Duševní hygiena je důležitým preventivním opatřením v předcházení syndromu vyhoření je dodržování zásad duševní hygieny, která se zaměřuje na duševní zdraví, jak ho chránit a upevňovat. Jde o komplex vědecky vypracovaných pravidel a doporučení, které slouží k uchování, zlepšení a znovunabytí zdraví a duševní rovnováhy. Duševní hygiena se věnuje zdravým lidem se zaměřením na upevnění a posílení duševního zdraví a má preventivní funkci. Zaměřuje se i na lidi, kteří jsou na hranici mezi zdravím a nemocí se stále vážnějšími projevy narušení duševní rovnováhy. Duševní hygiena se zabývá i nemocnými lidmi, které informuje o dodržování zásad životosprávy v době zdravotního zatížení. Plnění zásad duševní hygieny ve významu úpravy životosprávy a denního režimu, celého životního stylu spolu s naučením se základních postupů a taktik vyhodnocování stresogenních okolností a překonávání stresu, vede k předpokladu úspěšné prevence syndromu vyhoření (Jochmannová et al., 2021, s. 97).

Dále co můžeme dělat pro své zdraví a jak předcházet syndromu vyhoření:

- Pečovat o sebe, odpočívat, myslet i na své potřeby – člověk si musí sám za to stát, aby se o sebe postaral. Ocenění sebe i druhých v psychosociální rovině, které můžeme chápat nikoliv jen jako něco fyzického, například pohlazení. Do pečování

o sebe patří i udělat si radost, dopřát si masáž, koupel, návštěvu kadeřníka anebo kosmetiky. Pokud jste názoru, že si ocenění zasloužíte, odměňujte se co nejčastěji.

- Udělejte si čas na svůj život a své koníčky – dbát na hojné a dobré vztahy s lidmi, udržovat dobré přátelství. Radost, uspokojení a uvolnění nám můžou zajistit osobní záliby, zájmy a koníčky, které obohacují náš život.
- Udržujte se v dobré tělesné kondici – pohybová aktivita, sport a zdravá životospráva s dostatkem spánku a odpočinku. Relaxační techniky, které umožňují rychle navodit stav tělesného i psychického uvolnění. Je důležitý zejména aktivní přístup a zodpovědnost za vlastní zdraví se snahou omezit škodlivé návyky, například kouření, nadměrné požívání alkoholu nebo přejídání se.
- Nenoste si práci domů – během pracovní doby se setkáváme s těžkými osudy pacientů a soucítíme-li a vžíváme-li se do jejich pocitů, může být těžké se potom oddělit od toho všeho na konci dne. V tomto nám může pomoci si najít náš rituál, který nám pomůže se naladit na domov. Může to být jízda na kole, procházka se psem, osprchování se nebo koupel, chvilka odpočinku při kávě nebo poslech hudby.
- Požádejte o pomoc, když vám síly nestačí – je dobré se naučit znát hranice svých možností, není zapotřebí se srovnávat s ostatními lidmi a klást na sebe přespříliš vysoké cíle. Pokud požádáme o pomoc druhého člověka, nebrat to jako selhání, ale naopak jako projev důvěry v danou osobu.
- Odborná pomoc – pokud se vám zdá, že neovládáte svými vlastními silami řešit své problémy a je možné, že momentálně nemáte nikoho, kdo by vám mohl pomoci, nebojte se obrátit na psychologickou pomoc. Rozvinutý syndrom vyhoření považujeme za stav nouze s vyžadujícím řešením. V tomto směru může být prospívající pomoc odborníka, který vám může pomoci porozumět pocitům, které prožíváte, může vám pomoci určit příčiny a dále pomoci najít vhodné řešení. Psychoterapie je jedna z cest k lepšímu sebepoznání (Bartošíková, 2006, s. 44–47).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování praktické části byla použita metoda kvantitativního výzkumu. „Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi proměnnými, změřit intenzitu této závislosti“ (Kutnohorská, 2009, s. 21).

Během dotazníkového šetření se setkáváme nejčastěji se dvěma typy dotazníků, a to standardizovaným dotazníkem anebo dotazníkem vlastní konstrukce. (Hricová et al., 2023, s. 43).

Dle Chrásky (2016, s. 158) *"Dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba odpovídá písemně."*

„U standardizovaných dotazníků byla ověřena platnost pro zkoumaný problém u výběrové skupiny respondentů a jsou zde vytvořeny normy, které pak můžeme snadno srovnat s našimi výsledky a využít v diskusních částech našich publikací. Standardizované dotazníky mají obvykle rovněž stanovenou reliabilitu“ (Hricová et al., 2023, s. 43).

Technikou sběru dat byl použit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (dále jen MBI).

4.1 Cíle práce

Hlavní cíl:

Zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících v domácí péči.

Dílčí cíle:

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda má délka praxe všeobecné sestry vliv na míru výskytu syndromu vyhoření

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda má výše úvazku všeobecných sester vliv na míru výskytu syndromu vyhoření

4.2 Metodika výzkumu

Jako technika sběru dat byl zvolen standardizovaný dotazník MBI. O souhlas s použitím české verze tohoto dotazníku byla kontaktována PhDr. Zdeňku Židkovou, která s použitím dotazníku souhlasila (viz Příloha č. 4).

V úvodní části dotazníku byly informace pro respondenty o účelu dotazníku, který sloužil pouze ke zpracování bakalářské práce, dále se tam nacházely instrukce ke správnému vyplnění dotazníku. Standardizovaný dotazník byl doplněn o demografické údaje (viz Příloha č. 5). Prvních 9 otázek sloužilo ke zjištění základních údajů o respondentech, respondenti měli vybrat odpověď, která byla nejvíce pravdivá. Všechna získaná data byla zpracována v počítači pomocí programů Microsoft Word a Microsoft Excel.

4.3 Charakteristika vzorku respondentů

Mezi respondenty byly zahrnuty všeobecné sestry, pracující v domácí péči ve Zlínském kraji. Celkový počet respondentů byl 57. Všichni respondenti byly ženy. Kritéria pro zařazení do výzkumu byla stanovena následovně.

- Všeobecné sestry vzdělané dle platné legislativy v ČR.
- Všeobecné sestry pracující na pracovištích domácí péče ve Zlínském kraji.
- Všeobecné sestry ochotné podílet se na průzkumu.

4.4 Charakteristika dotazníkového šetření

Maslach Burnout Inventory autorky Maslachové, dotazník je zaměřen na vyhoření a určuje 3 relativně samostatné komponenty, které jsou emocionální vyčerpání (dále jen EE), depersonalizaci (dále jen DP) a osobní uspokojení (dále jen PA). Dotazník obsahuje celkem 22 otázek, z nichž 9 se vztahuje na oblast emocionálního vyčerpání, 5 otázek se týká depersonalizace a 8 otázek je k úrovni osobního uspokojení. Respondent posuzuje frekvenci a intenzitu emocí a odpovědi zapisuje na sedmistupňové Likertově škále.

- Oblast emocionálního vyčerpání se zabývá stavem, v němž nastává emocionální vyčerpání, dochází ke ztrátě chuti do života, ztrátě zájmů a sil ke kterékoliv aktivitě a zvýšené únavě. Označujeme ji jako rozhodující indikátor syndromu vyhoření.
- Úroveň depersonalizace se týká chování, jak se jedinec chová k ostatním lidem. K tomuto stavu může dojít, pokud jedince nedostává potřebnou kladnou zpětnou odpověď od těch, o které pečuje. Může se projevit zahořklostí vůči těm osobám, ztrátou respektu a úcty nebo odtažitým chováním.
- Dimenze osobního uspokojení, vyjadřuje tendenci k zápornému posuzování sebe sama v pracovním vztahu a vztahu k ostatním lidem s pocity vlastní kompetence. U jedinců, kterým chybí schopnost zdravé sebedůvěry představuje hrozbu. Kvůli

tomu, že si tito jedinci nedůvěřují schází jim zápal ke zvládnání zátěžových situací (Jochmannová et al., 2021, s. 97–98).

Tabulka 1 Přehled hodnocení jednotlivých vyhodnocení u subškál dotazníku MBI

| Stupeň emocionálního vyčerpání (EE) | |
|--|---|
| 0–16 bodů | nízká úroveň vzniku syndromu vyhoření |
| 17–26 bodů | mírná úroveň vzniku syndromu vyhoření |
| 27 a více bodů | vysoká úroveň, již rozvinutý syndrom vyhoření |
| Stupeň depersonalizace (DP) | |
| 0–6 bodů | nízká úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření |
| 7–12 bodů | mírná úroveň vzniku syndromu vyhoření |
| 13 a více bodů | vysoká úroveň, již rozvinutý syndrom vyhoření |
| Stupeň osobního uspokojení (PA) | |
| 39 a více bodů | vysoká úroveň pracovního uspokojení |
| 32–38 bodů | mírná úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření |
| 0–31 bodů | nízká úroveň, již rozvinutý syndrom vyhoření |

Tabulka 1, zdroj: (Židková, 2013)

4.5 Průběh výzkumu

Dotazníkové šetření bylo realizováno od února do března roku 2024. Dotazníky byly do pracovišť doručeny osobně v tištěné formě, po kontaktu s vedoucími pracovníky na pracovištích domácí péče. Dotazníky byly rozdány v tištěné formě všeobecným sestřím pracujících v zařízení poskytující domácí péči ve Zlínském kraji. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, návratnost byla 57 dotazníků a všechny navracené dotazníky byly zařazeny ke zpracování bakalářské práce a žádný z dotazníků nebyl vyřazen. Byla vybrána následující pracoviště Charita v Holešově, Charita ve Zlíně, Charita v Kroměříži, Charita v Uherském Brodě, Charita ve Vsetíně, Včelka ve Zlíně, Včelka ve Starém městě, Agentura Integrita v Uherském Hradišti a Sestřička ve Zlíně.

4.6 Zpracování získaných informací

Výsledky z dotazníků jsou uspořádány do tabulek absolutních a relativních četností a okomentovány.

„Absolutní četnosti ukazují, kolikrát se daná hodnota objevila v našich pozorováních.

Relativní četnosti ukazují procento, ve kterém se daná hodnota objevila v našich pozorováních“ (Janáček, 2022, s. 23).

4.7 Interpretace získaných dat

Rozdělení na 2 části, 1. část je originální dotazník – demografické údaje a zpracování do souhrnné tabulky a 2. část je standardizovaný dotazník MBI (viz Příloha č. 6).

1. Demografické údaje

Tabulka 2 Souhrnná tabulka demografických údajů o respondentech

| Pohlaví | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------|--|----------|--|-----------|--|---------------|--|----------|--|
| Žena | | 57 | | Muž | | 0 | | | | | |
| Věk | | | | | | | | | | | |
| 21 - 28 | | 29 - 34 | | 35 - 45 | | 46 - 60 | | Nad 60 let | | | |
| 5 | | 6 | | 21 | | 22 | | 3 | | | |
| Vzdělání | | | | | | | | | | | |
| SZŠ | | VOŠZ | | VŠ - Bc. | | VŠ - Mgr. | | Speciálizační | | | |
| 28 | | 14 | | 5 | | 4 | | 6 | | | |
| Specializační kurz | | | | | | | | | | | |
| Ano | | 43 | | Ne | | 14 | | | | | |
| Předchozí zaměstnání ve zdravotnictví | | | | | | | | | | | |
| Ano | | 51 | | Ne | | 6 | | | | | |
| Délka zaměstnání - roky | | | | | | | | | | | |
| <1 rok | | 1 - 3 | | 3 - 10 | | 10 - 15 | | 15 - 20 | | > 20 let | |
| 7 | | 9 | | 26 | | 6 | | 4 | | 5 | |
| Současně i jiné zaměstnání | | | | | | | | | | | |
| Ano | | 11 | | Ne | | 46 | | | | | |
| Výše úvazku | | | | | | | | | | | |
| Hlavní pracovní poměr | | | | | | 53 | | | | | |
| Dohoda o provedení práce | | | | | | 4 | | | | | |
| Režim zařízení | | | | | | | | | | | |
| Jednosměnný | | | | | | 37 | | | | | |
| Nepřetržitý | | | | | | 20 | | | | | |

Tabulka 2, zpracování: vlastní zdroj

Komentář: Celkový počet 57 respondentů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili.

Tabulka 3 Pohlaví respondentů

| Pohlaví respondentů | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Žena | 57 | 100 |
| Muž | 0 | 0 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 3, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Do dotazníkového šetření se zapojilo 57 respondentů (100 %) a všichni zapojení byli ženského pohlaví.

Tabulka 4 Věk respondentů

| Věk respondentů | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|-----------------|-------------------|-----------------------|
| 21–28 let | 5 | 9 |
| 29–34 let | 6 | 10 |
| 35–45 let | 21 | 37 |
| 46–60 let | 22 | 39 |
| Nad 60 let | 3 | 5 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 4, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Nejméně bylo respondentů nad 60 let byly 3 (5 %), na druhém místě byly respondenti ve věku od 21–28 let, kterých bylo 5 (9 %), na třetím místě bylo ve věku 29–34 let 6 respondentů (10 %). Na čtvrtém místě bylo 21 respondentů s věkem 35–45 let (37 %). A na pátém místě s největším zastoupením respondentů, a to s číslem 22 bylo ve věku 46–60 let a to s (39 %).

Tabulka 5 Vzdělání v oboru všeobecná sestra

| Dosažené vzdělání | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|--|-------------------|-----------------------|
| SZŠ – Střední zdravotnická škola | 28 | 49 |
| VOŠZ – Vyšší odborná škola zdravotnická, obor Diplomová všeobecná sestra | 14 | 24 |
| VŠ – Vysoká škola, Bc., obor Všeobecná sestra | 5 | 9 |
| VŠ – Vysoká škola, Mgr., obor | 4 | 7 |
| Specializační studium – obor Všeobecná sestra – domácí péče a hospicové péče | 1 | 2 |
| Specializační studium – jiný obor, uveďte jaký | 5 | 9 |
| Jiné, uveďte | 0 | 0 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 5, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: S největším zastoupením dokončily respondentky Střední zdravotnickou školu s (49 %), poté to byla Vyšší odborná škola zdravotnická v oboru Diplomová všeobecná sestra s 14 absolventkami (24 %), na dalším místě byly vysoké školy s bakalářským oborem Všeobecná sestra s 5 absolventkami (9 %), dále 5 respondentek (9 %) mělo specializační vzdělání v různých oborech jako jsou Nefrologie, Komunitní sestra, Perioperační péče, Intenzivní péče anebo Intenzivní péče v pediatrii a 1 respondentka

(2 %) měla specializační vzdělání v domácí péči a hospicové péči a na posledním místě to byla vysoká škola s magisterským oborem s 4 respondentkami (7 %).

Tabulka 6 Absolvování certifikovaných kurzů

| Máte certifikované kurzy? | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|---------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano | 43 | 75 |
| Ne | 14 | 25 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 6, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Otázka se zaměřovala v rámci celoživotního vzdělávání na získávání certifikovaných kurzů. 43 (75 %) respondentů uvedlo, že má získané certifikované kurzy, většinou měly splněny aspoň dva, ale někdy jen jeden anebo zas naopak i více než dva kurzy, mezi ně patřily kurzy jako Rehabilitačního ošetřovatelství, tento kurz mělo splněno dokonce 22 respondentů. Ve velkém zastoupení to byl i kurz Paliativní péče s 20 respondenty. Další kurz, který mělo splněno hodně respondentů byl Specifická ošetřovatelská péče o nehojící se rány a defekty, s 13 respondenty, pak to byl kurz Bazální stimulace s 12 respondenty. V poměrně nižším zastoupení to byl kurz Ošetřovatelské péče o pacienta z periferie zavedeným centrálním katétre (PICC), který absolvovalo 7 respondentů. Kurz Katetrizace močového měchýře muže, čistá intermitentní katetrizace, edukace v oblasti intermitentní katetrizace a péče o permanentní vstupy do močových cest vykonávají 3 respondentky. Kurz technik bandážování v kompresivní léčbě měly 2 respondentky, stejně také jako kurz Péče o pacienta léčeného asistovanou peritoneální dialýzou, který splnily 2 respondentky a kurz Specifická péče o pacienta s roztroušenou sklerózou měly ukončeny také 2 respondentky.

Další kurzy už měla vždy splněna jen jedna respondentka, byly to například kurz Hodnocení rizik, prevence a léčba dekubitů, Ošetřovatelská péče o pacienty se žilním katétre a parenterální výživou aplikovanou v přirozeném sociálním prostředí, Zvládání stresu a pracovní zátěže jako prevence syndromu vyhoření, Ošetřovatelská péče o pacienta s umělou plicní ventilací v jeho vlastním sociálním prostředí, Myofasciální – manuální lymfodrenáž (M-MLD), Kurz Péče o stomika anebo dokonce Masérský kurz.

Naopak 14 respondentek (25 %) nevedlo žádné certifikované kurzy.

Tabulka 7 Předchozí zaměstnání ve zdravotnictví před nástupem na pracoviště domácí péče

| Předešlé zaměstnání | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|---------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano, uveďte kde | 51 | 89 |
| Ne | 6 | 11 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 7, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: V této tabulce se zjišťovalo předchozí zaměstnání ve zdravotnictví u respondentů, před nástupem na pracoviště domácí péče. Vysoké zastoupení 51 respondentů (89 %) uvedlo, že má předchozí zkušenost se zaměstnáním souvisejícím se zdravotnictvím, většinou uváděly, že pracovaly na více pracovištích. Mezi nejčastější zařízení se řadily nemocnice s a 40 respondentek sdělilo v jakých nemocnicích měly ony zkušenost, řadily se sem třeba Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Olomouc, Krajská nemocnice Tomáše Bati, Fakultní nemocnice Ostrava, Fakultní nemocnice v Plzni, Nemocnice AGEL v Přerově, Uherskohradištská nemocnice, Fakultní nemocnice v Motole a Institut klinické a experimentální medicíny v Praze. Mezi nejčastější zodpovězené oddělení patřily: chirurgické oddělení, urologické oddělení, neurologické oddělení, ARO, operační sály, plicní oddělení, hemodialýza, infekční oddělení a intenzivní lůžko. Zkušenost s prací v ambulancích mělo 8 respondentek mezi ambulance řadily například onkologickou, interní, zubní anebo chirurgickou ambulanci. V domovech pro seniory pracovalo 5 respondentek. V hospici a v domácím hospici pracovalo také 5 respondentek. Na klinikách pracovaly 3 respondentky, mezi kliniky uvedly oční kliniku a EUC kliniku. V ordinaci praktického lékaře pracovala pouze 1 respondentka. 6 respondentek (11 %) uvedlo, že neměly předchozí zkušenost se zaměstnáním ve zdravotnictví před nástupem na pracoviště domácí péče.

Tabulka 8 Délka zaměstnání na pracovišti domácí péče

| Délka zaměstnání | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|------------------|-------------------|-----------------------|
| Méně než 1 rok | 7 | 12 |
| 1–3 roky | 9 | 16 |
| Od 3–10 let | 26 | 46 |
| Od 10–15 let | 6 | 10 |
| Od 15 – 20let | 4 | 7 |
| 20 a více let | 5 | 9 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 8, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Dále jsme se zabývali otázkou o délce jejich zaměstnání na pracovišti domácí péče. Pracovní délku méně, než rok uvedlo 7 respondentek (12 %). Od 1–3 let pracovní délky bylo 9 respondentek (16 %). Největší zastoupení bylo v kategorii od 3–10 let a to s 26 respondentkami (46 %). Pracovní délku zaměstnání od 10–15 let uvedlo 6 respondentek (10 %). 4 Respondentky (7 %) bylo v nejnižším zastoupení, a to v délce zaměstnání od 15–20 let. A v pracovním období 20 a více let se nacházelo 5 respondentek (9 %).

Tabulka 9 Současné zaměstnání i jinde, než je pracoviště domácí péče

| Jiné současné zaměstnání | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|--------------------------|-------------------|-----------------------|
| Ano, uveďte kde | 11 | 19 |
| Ne | 46 | 81 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 9, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Největší zastoupení mělo 46 respondentek (81 %), které uvedly, že nepracují současně na jiném pracovišti, než je pracoviště domácí péče.

U dalšího bodu 11 respondentek uvedlo (19 %), že současně pracují i na jiném pracovišti, než je pracoviště domácí péče. Tři respondentky uvedly, že pracují v domově pro seniory anebo v hospici. Další velké zastoupení bylo u osmi respondentek, které uváděly oddělení v nemocnici jako Gynekologické oddělení, Interní oddělení, ARO anebo Ortopedická ambulance.

Tabulka 10 Současný typ pracovního úvazku

| Typ pracovního úvazku | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|--|-------------------|-----------------------|
| Hlavní pracovní poměr – uved'te výši úvazku | 53 | 93 |
| Dohoda o provedení práce | 4 | 7 |
| Dohoda o pracovní činnosti | 0 | 0 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 10, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Hlavní pracovní poměr uvedlo, že má 53 respondentek (93 %), z toho plný pracovní poměr 1,0 mělo 39 respondentek (68 %). Zkrácený pracovní poměr 0,8 měla 1 respondentka (2 %). Zkrácený pracovní poměr 0,75 mělo 8 respondentek (14 %). A zkrácený pracovní poměr 0,5 mělo 5 respondentek (9 %).

Uzavřenou dohodu o provedení práce měly 4 respondentky (7 %). A dohodu o pracovní činnosti neměla žádná respondentka.

Tabulka 11 V jakém pracovním režimu pracujete na pracovišti domácí péče?

| Pracovní režim | Absolutní četnost | Relativní četnost (%) |
|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Jednosměnný provoz | 37 | 65 |
| Nepřetržitý provoz | 20 | 35 |
| Jiný, uveďte | 0 | 0 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 11, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Na otázku ohledně pracovního režimu při poskytování domácí péče odpovídaly respondentky následovně, 37 respondentek (65 %) uvedlo, že pracuje v jednosměnném provozu. A v nepřetržitém provozu se nachází 20 respondentek (35 %).

2. Standardizovaný dotazník MBI

Při vyhodnocování dotazníku se nesčítá celkové skóre, ale u každé subškály se sčítají body zvlášť. Každá subškála měří vyhoření ve třech stupních – nízká, mírná a vysoká. Pro subškálu emocionálního vyčerpání a depersonalizaci znamená vysoká hodnota již rozvinutý syndrom vyhoření, ovšem u subškály osobního uspokojení značí syndrom vyhoření nízké hodnoty (Židková, 2013).

Na stupeň emocionálního vyčerpání se soustředíme v otázce číslo 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 a 20. Na stupeň depersonalizace se zaměřuje otázkami 5, 10, 11, 15 a 22. A na stupeň osobního uspokojení se ptáme v otázkách 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 a 21. Respondent určuje sílu pocitů na stupnici 0–7, které obvykle prožívá. Pocity se značí 0, která znamená vůbec a 7, která se vyznačuje jako velmi silně.

Hlavní cíl: Zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících v domácí péči.

Tabulka 12 celkové výsledky všech respondentů v subškále emocionálního vyčerpání

| EE | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--------------------------|-------------------|---------------------|
| Nízká | 31 | 54 |
| Mírná | 20 | 35 |
| Vysoká, syndrom vyhoření | 6 | 11 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 12, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Konečné výsledky v subškále emocionálního vyčerpání byly následovné, z celkového počtu 57 respondentů (100 %) z toho počtu se v nízké úrovni vzniku syndromu vyhoření nacházelo 31 respondentů (54 %). V mírné úrovni syndromu vyhoření to bylo 20 respondentů (35 %). A ve vysoké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření a s již už vzniklým syndromem vyhoření se objevilo 6 respondentů (11 %).

Tabulka 13 celkové výsledky všech respondentů v subškále depersonalizace

| DP | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--------------------------|-------------------|---------------------|
| Nízká | 41 | 72 |
| Mírná | 11 | 19 |
| Vysoká, syndrom vyhoření | 5 | 9 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 13, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: V subškále depersonalizace výsledky byly následovné, z celkového počtu 57 respondentů většina 41 respondentů (72 %) se nacházelo v nízké úrovni vzniku syndromu vyhoření. V mírné úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření se nacházelo 11 respondentů (19 %) a ve vysokém riziku vzniku syndromu vyhoření a s již už vzniklým syndromem vyhoření se objevilo 5 respondentů (9 %).

Tabulka 14 celkové výsledky všech respondentů v subškále osobního uspokojení

| PA | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|-------------------------|-------------------|---------------------|
| Vysoká | 31 | 54 |
| Mírná | 16 | 28 |
| Nízká, syndrom vyhoření | 10 | 18 |
| Celkem | 57 | 100 |

Tabulka 14, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: V subškále osobního uspokojení byly výsledky nadcházející, z celkového počtu 57 respondentů uvedlo 31 respondentů (54 %) vysokou úroveň osobního uspokojení. Mírnou úroveň rizika vzniku syndromu vyhoření u osobního uspokojení uvedlo 16 respondentů (28 %). A nízkou úroveň u osobního uspokojení a rizika vzniku syndromu vyhoření a již rozvinutým syndromem vyhoření se objevilo u 10 respondentů (18 %).

Tabulka 15 Výskyt syndromu vyhoření u všech respondentů

| Syndrom vyhoření | EE | DP | PA |
|------------------|----|----|----|
| Nízká | 31 | 41 | 10 |
| Mírná | 20 | 11 | 16 |
| Vysoká | 6 | 5 | 31 |
| Celkem | 57 | 57 | 57 |

Tabulka 15, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: V subškále emocionálního vyčerpání se nacházelo v nízké úrovni 31 respondentů, v mírné úrovni to bylo 20 respondentů a ve vysoké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření to bylo 6 respondentů. V oblasti depersonalizace byly výsledky následující, 41 respondentů se nacházelo v nízké úrovni, 11 respondentů se nacházelo v mírné úrovni a 5 respondentů bylo ve vysoké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření. A v oblasti osobního uspokojení se 31 respondentů nacházelo ve vysoké úrovni osobního uspokojení, 16 respondentů bylo v mírné úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření a 10 respondentů se nacházelo v nízké úrovni osobního uspokojení a rizika vzniku syndromu vyhoření.

Dílčí cíl 1: Zjistit, zda má délka praxe všeobecné sestry vliv na míru výskytu syndromu vyhoření

Tabulka 16 Délka zaměstnání méně než 1 rok

| Méně než 1 rok | EE | DP | PA |
|----------------|----|----|----|
| Nízká | 3 | 4 | 1 |
| Mírná | 3 | 1 | 2 |
| Vysoká | 1 | 2 | 4 |
| Celkem | 7 | 7 | 7 |

Tabulka 16, zpracování: vlastní zdroj

Komentář: 7 respondentů odpovědělo, že jejich délka praxe je méně než rok. Následovné výsledky byly, v nízké úrovni emocionálního vyčerpání se nacházeli 3 respondenti, v mírné také 3 a ve vysoké úrovni jeden respondent. Dále v subškále depersonalizace v nízké úrovni to byli 4 respondenti, 1 respondent byl v mírné úrovni a 2 ve vysoké úrovni. A v oblasti osobního uspokojení to byly v nízké úrovni a s rizikem vzniku syndromu vyhoření 1 respondent, v mírné 2 respondenti a ve vysoké úrovni 4 respondenti.

Tabulka 17 Délka zaměstnání 1–3 roky

| 1–3 roky | EE | DP | PA |
|----------|----|----|----|
| Nízká | 3 | 5 | 0 |
| Mírná | 3 | 4 | 3 |
| Vysoká | 3 | 0 | 6 |
| Celkem | 9 | 9 | 9 |

Tabulka 17, zpracování: vlastní zdroj

Komentář: U 9 respondentů s délkou praxe 1–3 roky byly výsledky následovné. V subškále emocionálního vyčerpání se nacházeli 3 respondenti v nízké, mírné až vysoké

úrovni syndromu vyhoření. V oblasti depersonalizace to bylo 5 respondentů v nízké úrovni a 4 v mírné úrovni, žádný respondent se nenacházel ve vysoké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření. A v oblasti osobního uspokojení se nenacházel žádný respondent v nízké úrovni až se syndromem vyhoření, 3 respondenti byli v mírné úrovni a 6 bylo ve vysoké úrovni osobního uspokojení.

Tabulka 18 Délka zaměstnání 3–10 let

| 3–10 let | EE | DP | PA |
|----------|----|----|----|
| Nízká | 17 | 22 | 5 |
| Mírná | 8 | 2 | 7 |
| Vysoká | 1 | 2 | 14 |
| Celkem | 26 | 26 | 26 |

Tabulka 18, zpracování: vlastní zdroj

Komentář: U 26 respondentů s délkou praxe 3–10 let byly výsledky následovné. V oblasti emocionálního vyčerpání bylo v nízké úrovni 17 z nich, 8 se nacházelo v mírné úrovni a 1 ve vysoké úrovni. V oblasti depersonalizace 22 respondentů bylo v nízké úrovni, 2 v mírné úrovni a 2 ve vysoké úrovni vzniku syndromu vyhoření. A v oblasti osobního uspokojení se ve vysoké úrovni nacházelo 14 respondentů, 7 respondentů bylo v mírné úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření a 5 bylo v nízké úrovni osobního uspokojení.

Tabulka 19 Délka zaměstnání 10–15 let

| Od 10–15 let | EE | DP | PA |
|--------------|----|----|----|
| Nízká | 2 | 2 | 2 |
| Mírná | 4 | 4 | 1 |
| Vysoká | 0 | 0 | 3 |
| Celkem | 6 | 6 | 6 |

Tabulka 19, zpracování: vlastní zdroj

Komentář: U 6 respondentů s délkou praxe 10–15 let se ukázaly nadcházející výsledky. V oblasti emocionálního vyčerpání byly v nízké úrovni 2 a v mírné úrovni 4 respondenti. V oblasti depersonalizace se v nízké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření nacházeli 2 respondenti a v mírné úrovni 4 respondenti. A v oblasti osobního uspokojení se ve vysoké úrovni nacházeli 3 respondenti, v mírné úrovni 1 respondent a v nízké úrovni osobního uspokojení a syndromu vyhoření 2 respondenti.

Tabulka 20 Délka zaměstnání 15–20 let

| Od 15–20 let | EE | DP | PA |
|--------------|----|----|----|
| Nízká | 3 | 4 | 2 |
| Mírná | 1 | 0 | 1 |
| Vysoká | 0 | 0 | 1 |
| Celkem | 4 | 4 | 4 |

Tabulka 20, zpracování: vlastní zdroj

Komentář: U 4 respondentů s délkou praxe 15-20 let byly takové výsledky. V oblasti emocionálního vyčerpání se v nízké úrovni nacházeli 3 respondenti a v mírné úrovni jen 1 respondent. V oblasti depersonalizace se všichni 4 respondenti nacházeli v nízké úrovni vzniku syndromu vyhoření a v oblasti osobního uspokojení se ve vysoké a mírné úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření nacházeli po 1 respondentu a v nízké úrovni osobního uspokojení až s již rozvinutým syndromem vyhoření byli 2 respondenti.

Tabulka 21 Délka zaměstnání 20 a více let

| 20 a více let | EE | DP | PA |
|---------------|----|----|----|
| Nízká | 4 | 4 | 0 |
| Mírná | 0 | 0 | 2 |
| Vysoká | 1 | 1 | 3 |
| Celkem | 5 | 5 | 5 |

Tabulka 21, zpracování: vlastní zdroj

Komentář: U 5 respondentů s délkou praxe 20 a více let se vyskytly výsledky. V oblasti emocionálního vyčerpání se s nízkou úrovní naskytly 4 respondenti a jen 1 respondent se vyskytl ve vysoké úrovni až s již rozvinutým syndromem vyhoření. V oblasti depersonalizace byly stejné výsledky jako v oblasti emocionálního vyčerpání. V oblasti osobního uspokojení se v mírné úrovni rizika syndromu vyhoření nacházeli 2 respondenti a ve vysoké úrovni osobního uspokojení vyskytli 3 respondenti.

Tabulka 22 Délka zaměstnání u všech respondentů

| Délka zaměstnání | Vysoká EE | Vysoká DP | Nízká PA | Dohromady |
|------------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| Méně než 1 rok | 1 | 2 | 1 | 4 |
| 1–3 roky | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Od 3–10 let | 1 | 2 | 5 | 8 |
| Od 10–15 let | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Od 15–20 let | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 20 a více let | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Celkem | 6 | 5 | 10 | 21 |

Tabulka 22, zpracování: vlastní zdroj

Komentář: Celkem se z 57 respondentů 6 nacházelo s ve vysoké úrovni emocionálního vyčerpání, 5 bylo ve vysoké úrovni depersonalizace a 10 se objevilo v nízké úrovni osobního uspokojení, u všech 21 respondentů už byl rozvinutý syndrom vyhoření. V rozmezí délky praxe, myslíme tím délku zaměstnání na pracovištích domácí péče se dohromady 3 respondenti s praxí méně než 1 rok vyskytovali s již rozvinutým syndromem vyhoření, 1 respondent se vyskytoval ve vysoké úrovni emocionálního vyčerpání a 1 v depersonalizaci a 1 se vyskytoval v nízké úrovni osobního uspokojení. Dále 3 respondenti s délkou praxe 1–3 roky se všichni 3 nacházeli ve vysoké úrovni až s již rozvinutým syndromem vyhoření v oblasti emocionálního vyhoření. Ohromných 8 respondentů s délkou praxe 3–10 let se jich vyskytovalo 5 v nízké úrovni osobního uspokojení, 2 respondenti byly ve vysoké úrovni depersonalizace a 1 respondent byl ve vysoké úrovni v oblasti emocionálního vyčerpání. Respondenti s délkou praxe 10–15 let měli následující výsledky v nízké úrovni osobního uspokojení až s již syndromem vyhoření byli pouze 2. S délkou praxe 15–20 let se také pouze 2 respondenti nacházeli v nízké úrovni osobního uspokojení až se syndromem vyhoření. A výsledky respondentů se délkou praxe 20 a více let byly nadcházející, 1 respondent se vyskytoval ve vysoké úrovni emocionálního vyčerpání až s již rozvinutým syndromem vyhoření a také 1 respondent se objevil ve vysoké úrovni depersonalizace až s již rozvinutým syndromem vyhoření.

Ze zjištěných výsledků můžeme říci, že nejvyšší zastoupení měli respondenti s délkou praxe v rozmezí 3–10 let, dále vyšli u kategorie méně než 1 rok 4 respondenti a v období 1–3 roky to byli 3 respondenti. U dalších respondentů s délkou praxe 10–15 let, 15–20 let a 20 a více let byly nejnižší výsledky a v každé kategorii se objevili jen 2 respondenti.

Dílčí cíl č. 2 Zjistit, zda má výše úvazku všeobecných sester vliv na míru výskytu syndromu vyhoření.

Celkové množství respondentů bylo 57. Z toho bylo 39 respondentů zaměstnáno na hlavní pracovní poměr 1,0. 18 respondentů odpovědělo, že pracuje na jiný, než je hlavní pracovní poměr 1,0. Z toho 4 respondenti pracují na dohodu o provedení práce, přičemž jsou zaměstnaní ještě v jiném dalším zaměstnání, jako třeba domov pro seniory, gynekologické oddělení, ortopedická ambulance nebo intenzivní lůžko. 4 respondenti jsou zaměstnaní s pracovním úvazkem 0,5. 1 respondent je také zaměstnán na pracovní úvazek 0,5, ale

vykonává u toho další zaměstnání. 7 respondentů je zaměstnáno s pracovním úvazkem 0,75. 1 respondent je zaměstnán také na pracovní úvazek 0,75 ale ještě k tomu vykonává jiné zaměstnání a 1 respondent má úvazek 0,8 a přitom ještě pracuje současně v jiném zaměstnání.

Stupeň emocionálního vyčerpání

Tabulka 23 Výsledky respondentů, pracujících na nižší pracovní úvazky v subškále emocionálního vyčerpání

| EE | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--------------------------|-------------------|---------------------|
| Nízká | 13 | 72 |
| Mírná | 4 | 22 |
| Vysoká, syndrom vyhoření | 1 | 6 |
| Celkem | 18 | 100 |

Tabulka 23, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Z množství 18 respondentů zaměstnaných na zkrácený pracovní úvazek anebo dohodu o provedení práce byly různé výsledky v subškále emocionálního vyčerpání se nacházely od čísel 1, 2, 4, 7, 8, 9, 14, 16, 17, 19, až k nejvyššímu výsledku 27. Většina respondentů byla vyhodnocena s nízkým rizikem vzniku syndromu vyhoření (72 %). V mírném riziku byly 4 respondentky (22 %) a s vysokým rizikem vzniku vyhoření, až již s rozvinutým syndromem vyhoření se nacházela 1 respondentka (6 %).

Tabulka 24 Výsledky respondentů, pracujících na hlavní pracovní poměr v subškále emocionálního vyčerpání

| EE | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--------------------------|-------------------|---------------------|
| Nízká | 18 | 46 |
| Mírná | 16 | 41 |
| Vysoká, syndrom vyhoření | 5 | 13 |
| Celkem | 39 | 100 |

Tabulka 24, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Z množství 39 respondentů zaměstnaných na hlavní pracovní poměr 1,0 se odpovědi v subškále emocionálního vyčerpání objevovaly následovná čísla 0, 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 32, a nejvyšší číslo 39. V nízké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření v subškále emocionálního vyčerpání se nacházelo

18 respondentů (46 %) s výsledky odpovědí 0, 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15. V mírné úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření se nacházelo 16 respondentů (41 %) s výsledky odpovědí 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26. A ve vysoké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření až s již rozvinutým syndromem vyhoření se vyskytovalo 5 respondentů (13 %) mezi výsledky odpovědí se vyskytovala čísla jako 28, 30, 31, 32, a nejvyšší číslo 39.

Tabulka 25 Porovnání výsledků všech respondentů v subškále emocionálního vyčerpání

| EE | Zkrácený pracovní úvazek | Hlavní pracovní poměr | Dohromady |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------|
| Nízká | 13 | 18 | 31 |
| Mírná | 4 | 16 | 20 |
| Vysoká, syndrom vyhoření | 1 | 5 | 6 |
| Celkem respondentů | 18 | 39 | 57 |

Tabulka 25, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: V subškále emocionálního vyčerpání byly výsledky následovné, u 18 respondentek zaměstnaných na nižší pracovní úvazky, než je hlavní pracovní poměr se s nízkým rizikem vzniku syndromu vyhoření nacházelo 13 respondentů, zatímco u respondentů, kteří byli zaměstnaní na hlavní pracovní poměr 1,0 odpovědělo na nízkou úroveň 18 z nich.

V mírném riziku vzniku syndromu vyhoření výsledky vyhodnotily 4 respondentky pracující na zkrácený pracovní úvazek, zatímco respondentů pracujících na hlavní pracovní poměr se vyskytovalo až 16. Ve vysoké úrovni vzniku syndromu vyhoření a s již rozvinutým syndromem vyhoření se vyskytoval pouze 1 respondent pracující na zkrácený pracovní úvazek, kdežto u respondentů pracujících na hlavní pracovní poměr to bylo až 5 z nich.

Výsledky u subškály emocionálního vyčerpání byly pestré, vysoký nepoměr jsme pozorovali u mírného stupně, kdy až 16 respondentů zaměstnaných na hlavní pracovní poměr odpovědělo na mírné riziko vzniku syndromu vyhoření, naopak u respondentů, kteří pracovali na nižší pracovní úvazky to byli pouze 4. A u vysokého rizika vzniku syndromu vyhoření až s již rozvinutým syndromem vyhoření se vyskytovala pouze 1 respondentka pracující na zkrácený pracovní úvazek, na protější straně to bylo až 5 respondentů, pracujících na hlavní pracovní poměr, kterým vyšly takové výsledky.

Stupeň depersonalizace

Tabulka 26 Výsledky respondentů, pracujících na nižší pracovní úvazky v subškále depersonalizace

| DP | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--------|-------------------|---------------------|
| Nízká | 15 | 83 |
| Mírná | 2 | 11 |
| Vysoká | 1 | 6 |
| Celkem | 18 | 100 |

Tabulka 26, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Z množství 18 respondentů zaměstnaných na zkrácený pracovní úvazek anebo dohodu o provedení práce byly výsledky odpovědí v subškále depersonalizace následovné číslice 0, 1, 3, 4, 5, 6, 7 a nejvyšší číslo bylo uvedeno 20. Většina respondentů, 15 byla vyhodnocena s nízkým rizikem vzniku syndromu vyhoření (83 %). V mírném riziku vzniku syndromu vyhoření se nacházely 2 respondentky (11 %). A s vysokým rizikem vyhoření až s již rozvinutým syndromem vyhoření byla 1 respondentka (6 %), byla to ta samá respondentka, u předešlé subškály emocionálního vyčerpání, která uvedla číslo.

Tabulka 27 Výsledky respondentů, pracujících na hlavní pracovní poměr v subškále depersonalizace

| DP | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--------|-------------------|---------------------|
| Nízká | 26 | 67 |
| Mírná | 9 | 23 |
| Vysoká | 4 | 10 |
| Celkem | 39 | 100 |

Tabulka 27, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Z množství 39 respondentů zaměstnaných na hlavní pracovní poměr 1,0 odpovědi v subškále depersonalizace byly vyhodnocené s výsledky mezi kterými se objevily čísla 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, a nejvyšší číslo bylo 17. V nízké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření v subškále depersonalizace se nacházelo 26 respondentů (67 %), kteří uvedli v nízkém stupni depersonalizace čísla jako 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6. V mírné úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření to bylo 9 respondentů (23 %)

s výsledky 7, 8, 9, 11, 12. A ve vysoké úrovni už s již rozvinutým syndromem vyhoření se nacházely 4 respondentky (10 %) s odpověďmi, které byly čísla 14, 15 a nejvyšší 17.

Tabulka 28 Porovnání výsledků všech respondentů v subškále depersonalizace

| DP | Zkrácený pracovní úvazek | Hlavní pracovní poměr | Dohromady |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------|
| Nízká | 15 | 26 | 41 |
| Mírná | 2 | 9 | 11 |
| Vysoká, syndrom vyhoření | 1 | 4 | 5 |
| Celkem respondentů | 18 | 39 | 57 |

Tabulka 28, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: V subškále depersonalizace výsledky odpovědí byly nadcházející z 18 respondentek zaměstnaných na nižší pracovní úvazky se s nízkým stupněm rizika vzniku syndromu vyhoření vyskytovalo 15 z nich, početné zastoupení u nízkého rizika bylo také respondentů pracujících na hlavní pracovní poměr 1,0, kterých bylo 26. V nízkém riziku se tedy dohromady nacházelo 41 respondentů. V mírném riziku vzniku syndromu vyhoření se nacházeli 2 respondenti, kteří pracují na nižší pracovní úvazky a 9 respondentů pracujících na hlavní pracovní poměr 1,0. 11 respondentů se nacházelo v mírné úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření. Ve vysoké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření a s již rozvinutým syndromem vyhoření byla 1 respondentka, pracující na zkrácený úvazek a na hlavní pracovní poměr uvedli výsledky odpovědí 4 respondenti. Ve vysokém riziku bylo tudíž 5 respondentů. Definitivní výsledky v subškále depersonalizace byly různorodé, v nízkém riziku syndromu vyhoření se nacházelo 15 respondentů zaměstnaných na nižší pracovní úvazky, ale respondentů zaměstnaných na hlavní pracovní poměr 1,0 bylo v této úrovni o 9 více. V mírné hranici rizika vzniku syndromu vyhoření se nacházeli 2 respondenti zaměstnaní na nižší pracovní úvazky, ale naopak až 9 respondentů pracujících na hlavní pracovní poměr 1,0. A ve vysoké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření a s již rozvinutým syndromem vyhoření se vyskytovala 1 respondentka pracující na zkrácený pracovní úvazek, mezitímco respondentů pracujících na hlavní pracovní poměr byli 4.

Stupeň osobního uspokojení

Tabulka 29 Výsledky respondentů, pracujících na nižší pracovní úvazky v subškále osobního uspokojení

| PA | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|-------------------------|-------------------|---------------------|
| Vysoká | 10 | 55 |
| Mírná | 7 | 39 |
| Nízká, syndrom vyhoření | 1 | 6 |
| Celkem | 18 | 100 |

Tabulka 29, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Z množství 18 respondentů zaměstnaných na zkrácený pracovní úvazek anebo dohodu o provedení práce byly výsledky odpovědí s čísli 24, 33, 34, 38, 40, 41, 43, 44, 45, 48, 49 a nejvyšší číslo bylo 54. Vysoká úroveň osobního uspokojení se nacházela u 10 respondentek (55 %). S mírnou úrovní rizika vzniku syndromu vyhoření u subškály osobního uspokojení bylo 7 respondentek (39 %). A jedna respondentka se nacházela v nízké úrovni osobního uspokojení a s již vyvinutým syndromem vyhoření (6 %). Byla to jiná respondentka než u předešlých dvou subškál emocionálního vyčerpání a depersonalizace.

Tabulka 30 Výsledky respondentů, pracujících na hlavní pracovní poměr v subškále osobního uspokojení

| PA | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|-------------------------|-------------------|---------------------|
| Vysoká | 21 | 54 |
| Mírná | 9 | 23 |
| Nízká, syndrom vyhoření | 9 | 23 |
| Celkem | 39 | 100 |

Tabulka 30, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: Z množství 39 respondentů zaměstnaných na hlavní pracovní poměr 1,0 byly výsledky u subškály osobního uspokojení, kde se vyskytovaly odpovědi s čísly v hojném rozpětí čísel 26, 27, 29, 30, 31, 23, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 53 a nejvyšší 54. Kdy ve vysoké pracovní spokojenosti se nacházela u 21 respondentů (54 %), kteří uváděli čísla odpovědí 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 53, 54. S mírnou úrovní rizika vzniku syndromu vyhoření bylo 9 respondentů (23 %) s čísly 32,

33, 34, 36, 37, 38. A také 9 respondentů (23 %) se nacházelo v nízké úrovni osobního uspokojení a s již rozvinutým syndromem vyhoření, s uvedenými čísly 26, 27, 29, 30 a 31.

Tabulka 31 Porovnání výsledků všech respondentů v subškále osobního uspokojení

| PA | Zkrácený pracovní úvazek | Hlavní pracovní poměr | Dohromady |
|-------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------|
| Vysoká | 10 | 21 | 31 |
| Mírná | 7 | 9 | 16 |
| Nízká, syndrom vyhoření | 1 | 9 | 10 |
| Celkem respondentů | 18 | 39 | 57 |

Tabulka 31, zdroj: vlastní zpracování

Komentář: V subškále osobního uspokojení byly výsledky následovné, 10 respondentů zaměstnaných na nižší pracovní úvazky, než je hlavní pracovní poměr se nacházely s vysokou úrovní osobního uspokojení. A s vysokou úrovní osobního uspokojení se vyskytovalo 21 respondentů zaměstnaných na hlavní pracovní poměr 1,0. Dohromady ve vysoké úrovni osobního uspokojení se ztotožňovalo 31 respondentů. V mírném riziku vzniku syndromu vyhoření výsledky vyhodnotily 7 respondentek pracujících na zkrácené pracovní úvazky a respondentů pracujících na hlavní pracovní poměr 1,0 se vyskytovalo 9. Dohromady v mírném riziku syndromu vyhoření to představovalo 16 respondentů. V nízké úrovni osobního uspokojení a s již rozvinutým syndromem vyhoření se vyskytoval pouze 1 respondent pracující na zkrácený pracovní úvazek, kdežto u respondentů pracujících na hlavní pracovní poměr 1,0 to bylo až 9 z nich. Tudíž dohromady to činilo 10 respondentů s nízkou úrovní osobního uspokojení a s rozvinutým syndromem vyhoření. Výsledky u subškály osobního uspokojení byly poutavé, poměrně velké zastoupení bylo u vysokého stupně osobního uspokojení, kdy 10 respondentů zaměstnaných na zkrácené pracovní úvazky odpovědělo v této hranici a také 21 respondentů zaměstnaných na hlavní pracovní poměry, kteří se také ztotožnili s vysokou úrovní osobního uspokojení. Skoro stejný počet jsme pozorovali u mírného stupně rizika syndromu vyhoření, kdy zodpovědělo na hlavní pracovní poměr 1,0 u 9 respondentů a na nižší pracovní úvazky, než je 1,0 u 7 respondentů. A vysoký nepoměr jsme mohli vidět u nízkého stupně osobního uspokojení až s již rozvinutým syndromem vyhoření, kde se vyskytovala 1 respondentka pracující na zkrácený pracovní úvazek a na protilehlé straně to bylo až 9 respondentů pracujících na hlavní pracovní poměr 1,0.

Tabulka 32 Celkové hodnoty u všech respondentů podle výše úvazku

| Výše úvazku | Hlavní pracovní poměr 1,0 | Zkrácený pracovní úvazek | Dohromady |
|-------------|---------------------------|--------------------------|-----------|
| EE – vysoká | 5 | 1 | 6 |
| DP – vysoká | 4 | 1 | 5 |
| PA – nízká | 9 | 1 | 10 |
| Celkem | 18 | 3 | 21 |

Tabulka 32, zdroj: vlastní zpracování

Komentář:

Výsledky podle výše pracovního úvazku byly následovné, u zkráceného pracovního úvazku se vyskytl 3 respondenti, s již rozvinutým syndromem vyhoření. A u hlavního pracovního poměru 1,0 se 5 respondentů vyskytovalo ve vysoké úrovni emocionálního vyčerpání, 4 respondenti byli u vysokého stupně v oblasti depersonalizace a u osobního uspokojení se 9 respondentů vyskytlo v nízké úrovni a s již rozvinutým syndromem vyhoření.

4.8 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá tématem pracovní zátěže u všeobecných sester pracujících v domácí péči ve Zlínském kraji. Hlavní cíl bakalářské práce bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících v domácí péči. Dílčími cíli bylo zjistit, zda má délka praxe všeobecné sestry vliv na míru výskytu syndromu vyhoření. A druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda má výše úvazku všeobecných sester vliv na míru výskytu syndromu vyhoření. Odpovědi na hlavní cíl, kdy na základě výzkumného šetření byly získány následující výsledky. V oblasti emocionálního vyčerpání se z celkových 57 respondentů nacházelo 31 respondentů (54 %) v nízké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření. V mírné úrovni to bylo 20 respondentů (35 %) a pouze 6 respondentů bylo s vysokou mírou rizika vzniku syndromu vyhoření až s již rozvinutým syndromem vyhoření (11 %). V oblasti depersonalizace z celkových 57 respondentů se na nízkém stupni rizika vzniku syndromu vyhoření nacházelo dohromady 41 respondentů (72 %), v mírném stupni se vyskytovalo 11 respondentů (19 %) a na vysokém stupni rizika vzniku syndromu vyhoření až s již rozvinutým syndromem vyhoření se objevilo 5 respondentů (9 %). V oblasti osobního uspokojení se z celkových 57 respondentů vyskytovalo 31 respondentů (54 %) s vysokou úrovní osobního uspokojení. V mírné úrovni se objevilo 16

respondentů (28 %). V nízké úrovni osobního uspokojení a s již rozvinutým syndromem vyhoření se nacházelo 10 respondentů (18 %).

Můžeme říct, že pracovní zátěž, která je kladena na všeobecné sestry při vykonávání jejich profese je obrovská. Toto zaměstnání je samo o sobě náročné. I přes náročnost poskytování péče o klienty v jejich domácím prostředí, zastoupení osob s vysokým stupněm rizika vyhoření až s již syndromem vyhoření nebylo až tak četné, ale i velké zastoupení respondentů se vyskytovalo už v mírné úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření.

K srovnání zde uvádím výsledky výzkumu bakalářské práce (Nováková, 2023) na téma Syndrom vyhoření u sester pracujících na odděleních paliativní péče a v hospicích. Z výsledků této zmíněné práce vyplývá, že z celkového počtu 53 respondentů se v oblasti emocionálního vyčerpání s nízkou úrovní nacházelo 25 sester, s mírnou úrovní emocionálního vyčerpání to bylo 14 sester a také 14 sester (26,5 %) se nacházelo s vysokou mírou emocionálního vyčerpání až vyhoření. V oblasti depersonalizace se s nízkou úrovní nacházelo 29 sester, v mírné úrovni rizika vzniku vyhoření to bylo 15 sester a 9 sester (17 %) bylo ve vysoké úrovni depersonalizace až se syndromem vyhoření. V oblasti osobního uspokojení se s vysokou mírou nacházelo 17 sester, v mírné úrovni osobního uspokojení to bylo 18 sester a taktéž 18 sester (34 %) bylo v nízké úrovni osobního uspokojení až s již vzniklým syndromem vyhoření. V této práci byl výskyt syndromu ve všech oblastech vyšší než u sester v domácí péči.

K dalšímu srovnání uvádím výsledky výzkumu bakalářské práce (Tvrdý, 2016) na téma Syndrom vyhoření v profesi všeobecné sestry. Výzkum byl vykonán na pracovištích v Nemocnici v Havlíčkově Brodě a v Psychiatrické nemocnici. Výzkum byl prováděn u 81 respondentů, výsledky ukazují, že v dimenzi emocionálního vyčerpání se 23 respondentů (28,4 %) všech dotázaných dostalo do vysoké míry až syndromu vyhoření, v oblasti depersonalizace se vyskytlo 22 respondentů (27,2 %) ve vysoké úrovni až se syndromem vyhoření. A s nízkou mírou v oblasti osobního uspokojení se nacházelo 31 respondentů (38,3 %). V jedné nebo více dimenzích vykazovalo vyhoření 43 respondentů (53 %) a z toho 11 osob (13,6 %) bylo ve všech třech dimenzích. Horší výsledky pozorované z výzkumu byly u sester pracujících v nemocnici v Havlíčkově Brodě (60,5 %), než u sester pracujících v Psychiatrické nemocnici.

(Štípská, 2020) se ve své bakalářské práci zabývala prevencí syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně a. s., Uherskohradištské nemocnici a nemocnici TGM Hodonín p. o., v oblasti prevence syndromu vyhoření se z 96 respondentů snaží většina 85 respondentů eliminovat faktory,

které spouští syndrom vyhoření a předcházet stresu a vyčerpání. Mezi nejčastější metody prevence uváděli pravidelný odpočinek, procházky a výlety v přírodě, trávení času s rodinou nebo věnování se koníčkům.

(Doušová, 2021) se ve své bakalářské práci zabývá tématem Syndromu vyhoření u všeobecných sester. Mezi dílčí cíle byla zařazena otázka vlivu délky praxe všeobecné sestry na výskyt syndromu vyhoření. Byly hodnoceny sestry pracující na JIP/ARO nebo sestry pracující v domově pro seniory. Z výsledků bylo zřejmé, že čím déle sestry pracovaly v oboru, tak tím měly vyšší riziko syndromu vyhoření. Délka praxe měla vliv u všeobecných sester na výskyt syndromu vyhoření ve všech dimenzích. Dále byly sestry ovlivněny místem výkonu zaměstnání, sestry v domově pro seniory pocitovaly uspokojení vykonávané práce i po dlouhé praxi v oboru, naopak sestry pracující na JIP/ARO pocitovaly uspokojení ze své práce, pokud pracovaly krátkou dobu, čím delší dobu pracovaly v oboru, tím pocitovaly nižší uspokojení ze své práce.

4.8 Doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi je zpracovat letáček s informacemi k syndromu vyhoření a možnými preventivními opatřeními pro sestry pracující na pracovištích domácí péče a tento letáček následovně distribuovat do zařízení, které jsme oslovili s prosbou na respondenty o vyplnění dotazníkového šetření.

ZÁVĚR

Bakalářské práce byla zaměřena na zjištění pracovní zátěž všeobecných sester pracujících v domácí péči. Hlavním cílem práce bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících v domácí péči. Z celkem 57 respondentů s výsledky míry výskytu syndromu vyhoření se 6 respondentů nacházelo ve vysoké úrovni rizika vzniku syndromu vyhoření až s vzniklým syndromem vyhoření. V dimenzi depersonalizace se 5 respondentů vyskytlo ve vysokém stupni rizika vzniku syndromu vyhoření až s již rozvinutým syndromem vyhoření a v oblasti osobního uspokojení bylo 10 respondentů v nízké úrovni osobního uspokojení a s rizikem vzniku syndromu vyhoření, až s již rozvinutým syndromem vyhoření. U všech 21 respondentů (37 %) už byl rozvinutý syndrom vyhoření.

Dílčím cílem 1 bylo zjistit, zda má délka praxe všeobecné sestry vliv na míru výskytu syndromu vyhoření. V rozmezí délky praxe, myslíme tím délku zaměstnání na pracovištích domácí péče se dohromady 3 respondenti s praxí méně než 1 rok vyskytovali s již rozvinutým syndromem vyhoření, 1 respondent se vyskytoval ve vysoké úrovni emocionálního vyčerpání, 1 v depersonalizaci a 1 se vyskytoval v nízké úrovni osobního uspokojení. Dále 3 respondenti s délkou praxe 1–3 roky se všichni 3 nacházeli ve vysoké úrovni až s již rozvinutým syndromem vyhoření v oblasti emocionálního vyhoření. Ohromných 8 respondentů s délkou praxe 3–10 let se jich vyskytovalo 5 v nízké úrovni osobního uspokojení, 2 respondenti byli ve vysoké úrovni depersonalizace a 1 respondent byl ve vysoké úrovni v oblasti emocionálního vyčerpání. Respondenti s délkou praxe 10–15 let měli následující výsledky v nízké úrovni osobního uspokojení až s již syndromem vyhoření byli pouze 2. S délkou praxe 15–20 let se také pouze 2 respondenti nacházeli v nízké úrovni osobního uspokojení až se syndromem vyhoření. A výsledky respondentů se délkou praxe 20 a více let byly nadcházející, 1 respondent se vyskytoval ve vysoké úrovni emocionálního vyčerpání až s již rozvinutým syndromem vyhoření a také 1 respondent se objevil ve vysoké úrovni depersonalizace až s již rozvinutým syndromem vyhoření. Ze zjištěných výsledků můžeme říci, že nejvyšší zastoupení měli respondenti s délkou praxe v rozmezí 3–10 let, dále vyšli u kategorie méně než 1 rok 4 respondenti a v období 1–3 roky to byli 3 respondenti. U dalších respondentů s délkou praxe 10–15 let, 15–20 let a 20 a více let byly nejnižší výsledky a v každé kategorii se objevili jen 2 respondenti.

Dílčím cílem 2 bylo zjistit, zda má výše úvazku všeobecných sester vliv na míru výskytu syndromu vyhoření. Výsledky podle výše pracovního úvazku byly následovné, u zkráceného pracovního úvazku se vyskytli 3 respondenti, s již rozvinutým syndromem vyhoření. A u hlavního pracovního poměru 1,0 se 5 respondentů vyskytovalo ve vysoké úrovni emocionálního vyčerpání, 4 respondenti byli u vysokého stupně v oblasti depersonalizace a u osobního uspokojení se 9 respondentů vyskytlo v nízké úrovni a s již rozvinutým syndromem vyhoření.

Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřovala na historii domácí péče, koncepci domácí péče, dále na všeobecnou sestru pracující v domácí péči, zejména zátěží všeobecných sester v domácí péči a ovšem syndromem vyhoření. V praktické části byl použit standardizovaný dotazník MBI a výzkumného šetření se zúčastnilo 57 respondentů pracujících v následujících zařízeních domácí péče, která byla vybrána jako Charita v Holešově, Charita ve Zlíně, Charita v Kroměříži, Charita v Uherském Brodě, Charita ve Vsetíně, Včelka ve Zlíně, Včelka ve Starém městě, Agentura Integrita v Uherském Hradišti a Sestřička ve Zlíně.

Dlouhodobé stresové situace, nespokojenost sester nebo konfliktní situace na pracovišti mohou vést k syndromu vyhoření spolu s pracovní zátěží a nadlimitním zatížením organismu souběžně s působícími dalšími faktory. Vysoké riziko vzniku vyhoření až již vzniklý syndrom vyhoření jsme mohli z výsledků sledovat jen u pár jedinců, kteří vyplňovali dotazník. Velmi nás tyto výsledky překvapily, protože jsme čekali vzhledem k náročnosti práce mnohem vyšší zastoupení těchto osob. Můžeme tedy říci, že pracovní zátěž nepocíťovalo tolik respondentů, jak by se od náročnosti zaměstnání dalo očekávat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 8070134399.
- ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v aktuálním znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96/zneni-20240101>
- ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v aktuálním znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/zneni-20220701>
- DOUŠOVÁ, Ž., 2021. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester* [online]. Opava [cit. 2024-05-15]. Dostupné z: https://is.slu.cz/th/qdb02/Bc_prace_2021_ZD.pdf. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě. Fakulta veřejných politik, Ustav nelékařských zdravotnických studií.
- GORDON, P., G. TAVELLA & K. EYERS, 2023. *Burnout. A Guide to Identifying Burnout and Pathways to Recovery*. New York: Routledge. ISBN 978-1-032-35896-3.
- GURKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ, 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0583-0.
- HANZLÍKOVÁ, A., et al., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-257-1.
- HRICOVÁ, A., S. ONDRÁŠEK a D. URBAN, 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3636-0.
- CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika. Praha: Grada. ISBN 9788024753263.
- IMRAMOVSKÁ, S., a A. MACHOVÁ, 2015. Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči. *Florence*. [online]. Č. 1-2. [cit. 2024-01-15]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/1/psychicke-a-fyzicke-faktory-v-profesi-sestry-v-domaci-peci/>.
- JANÁČEK, J., 2022. *Statistika jednoduše. Průvodce světem statistiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1738-3.
- JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.

- JOCHMANNOVÁ, L., T. KIMPLOVÁ et al., 2021. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2569-2.
- KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KOLEKTIV AUTORŮ. 2021. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. 4. aktual. a přeprac. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88126-90-4.
- KRÁTKÁ, A. a G. ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. [online]. [cit. 2024-01-14]. ISBN 978-80-7318-726-2. Dostupné z: <https://docplayer.cz/4893225-Osetrovatelstvi-v-komunitni-peci.html>
- KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MAGERČIAKOVÁ, M. a L. KOBER, 2023. *Motivace sester po pandemii covid-19*. Grada. ISBN 978-80-271-3730-5.
- MZČR, 2020. *Koncepce domácí péče*. [online]. [cit. 2023-10-16]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf
- MZČR, 2019. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru: Všeobecná sestra – Domácí péče a hospicová péče*. Dostupné z: <https://1url.cz/zu8oG>
- MISCONIOVÁ, B., bez data. *Domácí péče, Otázky a odpovědi*. [online]. In: Národní centrum domácí péče České republiky. [cit. 2024-01-14]. Dostupné z: https://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/domacipece.pdf
- NOVÁKOVÁ, L., 2023. *Syndrom vyhoření u sester pracujících na odděleních paliativní péče a v hospicích* [online]. Plzeň [cit. 2024-05-08]. Dostupné z: https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/11025/53665/1/Novakova_Lucie_VSS_BP_1.pdf.
Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni.
- PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.
- PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetřovatelství I*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.
- PEATE, I., 2019. *Alexander's Nursing Practice: Hospital and Home*. 5th ed. London: Elsevier Health Sciences. ISBN 978-0-7020-6230-8.

SEIFERT, B., S. BÝMA a M. SEIFERT et al., 2023. *Primární péče. Všeobecné praktické lékařství*. Praha, Univerzita Karlova: Karolinum. ISBN 978-80-246-5478-2.

ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.

ŠTIPSKÁ, M., 2020. *Prevence syndromu vyhoření u všeobecných sester* [online]. Zlín [cit. 2024-05-15]. Dostupné z:

https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/48215/%c5%a1tipsk%c3%a1_2020_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Ústav zdravotnických věd.

TVRDÝ, Z., 2016. *Syndrom vyhoření v profesi všeobecné sestry* [online]. Praha [cit. 2024-05-08]. Dostupné z:

https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2015-2016/Vseobecna_sestra_2016/TVRDY_ZDENEK/TVRDY_ZDENEK.pdf. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.

ÚZIS. NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM – AMBULANTNÍ PÉČE: NZIS REPORT č. K/31. 2021. Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2020. [online]. 2021 [cit. 2024-01-15]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008403/nzis-rep-2021-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2020.pdf>

VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024731742.

VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.

VZP-06dp – Poukaz na vyšetření/ošetření DP, 2024. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR* [online]. [cit. 2024-05-07]. Dostupné z: <https://www.ozp.cz/web/files-c/823/tiskopisy-vyuctovani-vzp-06dp-poukaz-na-vysetreni-osetreni-dp-1.pdf>

WIJA, P., P. BAREŠ a J. ŽOFKA, 2019. *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR* [online]. Praha: Institut pro sociální politiku a výzkum, z. s., [cit. 2024-01-13]. ISBN 978-80-907662-2-8. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analyza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodob-pece-v-CR.pdf>

ŽIDKOVÁ, Z., 2013. Zdeňka Židková PSVZ. *Zdeňka Židková PSVZ* [online]. [cit. 2024-05-07]. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|--------|---|
| ADP ČR | Asociace domácí péče České republiky |
| Apod. | A podobně |
| ARO | Anesteziologicko-resuscitační oddělení |
| BM | Burnout Measure |
| CBI | Copenhagen Burnout Inventory |
| ČR | Česká republika |
| ČSČK | Československého červeného kříže |
| DP | depersonalizaci |
| DP | Domácí péče |
| EE | Emotional Exhaustion, emocionální vyčerpání |
| JIP | Jednotka intenzivní péče |
| MBI | Maslach Burnout Inventory |
| MKN | Mezinárodní klasifikace nemocí |
| MZČR | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| Např. | Například |
| PA | Personal Accomplishment, osobní uspokojení |
| ÚZIS | Ústav zdravotnických informací a statistiky |

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 Přehled hodnocení jednotlivých vyhodnocení u subškál dotazníku MBI | 40 |
| Tabulka 2 Souhrnná tabulka demografických údajů o respondentech | 41 |
| Tabulka 3 Pohlaví respondentů..... | 42 |
| Tabulka 4 Věk respondentů | 43 |
| Tabulka 5 Vzdělání v oboru všeobecná sestra..... | 44 |
| Tabulka 6 Absolvování certifikovaných kurzů..... | 46 |
| Tabulka 7 Předchozí zaměstnání ve zdravotnictví před nástupem na pracoviště domácí péče | 47 |
| Tabulka 8 Délka zaměstnání na pracovišti domácí péče | 48 |
| Tabulka 9 Současně zaměstnání i jinde, než je pracoviště domácí péče | 49 |
| Tabulka 10 Současný typ pracovního úvazku | 50 |
| Tabulka 11 V jakém pracovním režimu pracujete na pracovišti domácí péče? | 51 |
| Tabulka 12 celkové výsledky všech respondentů v subškále emocionálního vyčerpání..... | 52 |
| Tabulka 13 celkové výsledky všech respondentů v subškále depersonalizace..... | 53 |
| Tabulka 14 celkové výsledky všech respondentů v subškále osobního uspokojení | 53 |
| Tabulka 15 Výskyt syndromu vyhoření u všech respondentů | 53 |
| Tabulka 16 Délka zaměstnání méně než 1 rok | 54 |
| Tabulka 17 Délka zaměstnání 1–3 roky | 54 |
| Tabulka 18 Délka zaměstnání 3–10 let..... | 55 |
| Tabulka 19 Délka zaměstnání 10–15 let..... | 55 |
| Tabulka 20 Délka zaměstnání 15–20 let..... | 56 |
| Tabulka 21 Délka zaměstnání 20 a více let | 56 |
| Tabulka 22 Délka zaměstnání u všech respondentů | 56 |
| Tabulka 23 Výsledky respondentů, pracujících na nižší pracovní úvazky v subškále emocionálního vyčerpání..... | 58 |
| Tabulka 24 Výsledky respondentů, pracujících na hlavní pracovní poměr v subškále emocionálního vyčerpání..... | 58 |
| Tabulka 25 Porovnání výsledků všech respondentů v subškále emocionálního vyčerpání..... | 59 |
| Tabulka 26 Výsledky respondentů, pracujících na nižší pracovní úvazky v subškále depersonalizace..... | 60 |
| Tabulka 27 Výsledky respondentů, pracujících na hlavní pracovní poměr v subškále depersonalizace..... | 60 |
| Tabulka 28 Porovnání výsledků všech respondentů v subškále depersonalizace..... | 61 |
| Tabulka 29 Výsledky respondentů, pracujících na nižší pracovní úvazky v subškále osobního uspokojení | 62 |

| | |
|--|----|
| Tabulka 30 Výsledky respondentů, pracujících na hlavní pracovní poměr v subškále osobního uspokojení | 62 |
| Tabulka 31 Porovnání výsledků všech respondentů v subškále osobního uspokojení..... | 63 |
| Tabulka 32 Celkové hodnoty u všech respondentů podle výše úvazku | 64 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Poukaz na vyšetření/ošetření DP

Příloha P II: Vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků, v aktuálním znění – všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí

Příloha P III: Vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků, v aktuálním znění – Sestra pro domácí a hospicovou péči

Příloha IV: Souhlas s použitím dotazníku MBI

Příloha P V: Dotazník doplněn o demografické údaje

Příloha P VI: Standardizovaný dotazníku MBI

PŘÍLOHA P I: POUKAZ NA VYŠETŘENÍ/OŠETŘENÍ DP

| | | | | |
|----------------|-------------------|-----------|-------|---|
| Kód pojiškovny | požaduje díl A | IČP | Datum | Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP: |
| | | Odbornost | | |

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP

| | | | |
|---------------------------------|--|-------------------|--|
| Pacient | | | |
| Č. pojištění | | Základní diagnóza | |
| Variabilní symbol | | Ost. dg. | |
| Ad zařízení domácí péče: | | Kód náhrady | |

razítko a podpis požadujícího

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon:

.....

Další příslušníci domácnosti na této adrese: ano – ne

Kontaktní osoba pro DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon – je-li rozdílná od adresy pacienta):

.....

Pacient v péči pečovatelské služby: ano – ne

Mobilita pacienta: a) plná
b) omezená:

Smyslové omezení:

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: a) plná
b) omezená:

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety:

.....

Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.):

.....

Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo:

.....

Požadováno: (Pro úhradu požadované péče zdravotní pojiškovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IČP

Odbornost

Var. symbol

Datum Kód Poč.

| | | | |
|----|--|--|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |
| 31 | | | |
| 32 | | | |
| 33 | | | |
| 34 | | | |
| 35 | | | |

Čís. dokladu

Poř. č.

provedl
díl B

Datum Kód Poč.

| | | | |
|----|--|--|--|
| 36 | | | |
| 37 | | | |
| 38 | | | |
| 39 | | | |
| 40 | | | |
| 41 | | | |
| 42 | | | |
| 43 | | | |
| 44 | | | |
| 45 | | | |
| 46 | | | |
| 47 | | | |
| 48 | | | |
| 49 | | | |
| 50 | | | |
| 51 | | | |
| 52 | | | |
| 53 | | | |
| 54 | | | |
| 55 | | | |
| 56 | | | |
| 57 | | | |
| 58 | | | |
| 59 | | | |
| 60 | | | |
| 61 | | | |
| 62 | | | |
| 63 | | | |
| 64 | | | |
| 65 | | | |
| 66 | | | |
| 67 | | | |
| 68 | | | |
| 69 | | | |
| 70 | | | |

Datum Kód Poč.

| | | | |
|----|--|--|--|
| 71 | | | |
| 72 | | | |
| 73 | | | |
| 74 | | | |
| 75 | | | |
| 76 | | | |
| 77 | | | |
| 78 | | | |
| 79 | | | |
| 80 | | | |
| 81 | | | |
| 82 | | | |
| 83 | | | |
| 84 | | | |
| 85 | | | |
| 86 | | | |
| 87 | | | |
| 88 | | | |
| 89 | | | |
| 90 | | | |
| 91 | | | |
| 92 | | | |
| 93 | | | |
| 94 | | | |
| 95 | | | |
| 96 | | | |
| 97 | | | |
| 98 | | | |
| 99 | | | |

Dne:

razítko a podpis

PŘÍLOHA P II: VYHLÁŠKA Č. 55/2011 O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ, V AKTUÁLNÍM ZNĚNÍ – VŠEOBECNÁ SESTRA SE SPECIALIZOVANOU ZPŮSOBILOSTÍ

VŠEOBECNÁ SESTRA SE SPECIALIZOVANOU ZPŮSOBILOSTÍ

§ 54

Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí

Všeobecná sestra uvedená v § 55 až 67a po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle § 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje a organizuje ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,
2. sledovat a vyhodnocovat stav pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podílet se na jejich řešení,
3. koordinovat práci členů ošetrovatelského týmu v oblasti své specializace,
4. hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče,
5. provádět ošetrovatelský výzkum, zejména identifikovat oblasti výzkumné činnosti, realizovat výzkumnou činnost a vytvářet podmínky pro aplikaci výsledků výzkumů do klinické praxe na vlastním pracovišti i v rámci oboru,
6. připravovat standardy specializovaných postupů v rozsahu své způsobilosti,
7. vést specializační vzdělávání v oboru své specializace,
8. provádět a dokumentovat fyzikální vyšetření pacienta;

b) na základě indikace lékaře

1. provádět přípravu pacientů na specializované diagnostické a léčebné postupy, doprovázet je a asistovat během výkonů, sledovat je a ošetřovat po výkonu,
2. edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.

PŘÍLOHA P III: VYHLÁŠKA Č. 55/2011 O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ, V AKTUÁLNÍM ZNĚNÍ – SESTRA PRO DOMÁCÍ A HOSPICOVOU PÉČI

§ 66b

Sestra pro domácí a hospicovou péči

Sestra pro domácí a hospicovou péči vykonává činnosti podle § 54 při poskytování specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče pacientovi ve vlastním sociálním prostředí nebo ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, kde je poskytována paliativní péče. Dále může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. zjišťovat zdravotní a sociální situaci pacienta a osob blízkých ve vztahu k onemocnění nebo jeho následkům a následnému zajištění zdravotní a sociální péče,
2. plánovat obsah, rozsah a časovou náročnost ošetrovatelské péče a vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče,
3. edukovat pacienta a jeho osoby blízké v oblastech prevence onemocnění, přitom zejména spolupracovat s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, nutričním terapeutem, zdravotně-sociálním pracovníkem a sociálním pracovníkem,
4. vyhotovovat plán ošetrovatelské paliativní péče ve spolupráci s pacientem a osobami jemu blízkými,
5. pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
6. pečovat o pacienta na domácí plicní ventilaci, včetně obsluhy zdravotnických prostředků, vyhodnocení ventilačních parametrů, výměny tracheostomické kanyly při komplikacích, provádět poučení pacienta a jím určených osob o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků,
7. hodnotit a ošetřovat nehojící se rány,
8. zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
9. podávat očistné klyzma nebo provádět manuální vybavení stolice u pacienta staršího 15 let věku,
10. aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci 20% glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií, včetně zavedení periferního žilního katetru,
11. provádět výměnu močového katetru mužů a chlapců starších 15 let věku,
12. doporučovat pacienty do péče jiných poskytovatelů zdravotních služeb;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádět činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péče. Přitom zejména může

1. zavádět a ukončovat domácí péči, včetně její administrace,
2. podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru,
3. zavádět Huberovu jehlu do implantovaného portového katetru a provádět její odstranění,
4. vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,
5. provádět dialýzu u pacienta s chronickým selháváním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,
6. provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
7. nastavovat ventilační parametry při poskytování domácí umělé plicní ventilace,
8. provádět katetrizaci močového měchýře mužů a chlapců starších 15 let věku.

PŘÍLOHA P IV: SOUHLAS S POUŽITÍM DOTAZNÍKU MBI

Petra Macůrková
Chomýž 21, 768 61 Bystřice pod Hostýnem
Studijní obor: Všeobecné ošetrovatelství
Škola: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd

Písemný souhlas s použitím české verze dotazníku MBI – Maslach Burnout Inventory.

Souhlasím s použitím dotazníku MBI - Maslach Burnout Inventory - pro účely bakalářské práce Petry Macůrkové na téma: Pracovní zátěž všeobecných sester pracujících v domácí péči ve Zlínském kraji.

Česká verze dotazníku je volně k použití na mých pracovních webových stránkách, které jsou zaměřeny na sledování psychické pracovní zátěže (<https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>).

V Brně dne 19.10.2023

--

.....
PhDr. Zdeňka Židková
odborný poradce v psychologii práce
Uzbecká 26, Brno

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK DOPLNĚN O DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,

jsem studentka 3. ročníku, studijního programu Všeobecné ošetřovatelství na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem: „Pracovní zátěž všeobecných sester pracujících v domácí péči ve Zlínském kraji“. Dotazník má dvě části, v první části jsou demografické údaje a v druhé části je standardizovaný dotazník MBI – Maslach Burnout Inventory. Vaše účast je dobrovolná, doba vyplnění dotazníku je asi 10 minut. Vámi poskytnuté údaje jsou anonymní a budou využity pouze pro zpracování výše uvedené práce.

Vyplněním dotazníku dáváte kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití

Instrukce k vyplnění dotazníku: Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte jen jednu odpověď, a to tu, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru, případně odpověď prosím doplňte.

Děkuji za Vaši ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku

Petra Macůrková

Jaké je Vaše pohlaví?

- Žena
- Muž

Kolik Vám je let?

- 21–28 let
- 29–34 let
- 35–45 let
- 46–60 let
- Nad 60 let

Jaké je Vaše dosažené vzdělání v oboru všeobecná sestra? (možné zakroužkovat více odpovědí)

- SZŠ – Střední zdravotnická škola
- VOŠZ – Vyšší odborná škola zdravotnická, obor Diplomová všeobecná sestra
- VŠ – Vysoká škola, Bc., obor Všeobecná sestra
- VŠ – Vysoká škola, Mgr., obor
- Specializační studium – obor Všeobecná sestra – domácí péče a hospicové péče

- Specializační studium – jiný obor, uveďte jaký
- Jiné, uveďte

V rámci celoživotního vzdělávání, absolvoval(a) jste certifikované kurzy?

- Ano
 - Kurz bazální stimulace
 - Kurz technik bandážování v kompresivní léčbě
- Jiné kurzy, uveďte
- Ne

Pracoval(a) jste před nástupem na pracoviště domácí péče ve zdravotnictví?

- Ano, uveďte kde

- Ne

Jak dlouho pracujete na pracovišti domácí péče?

- Méně než 1 rok
- 1–3 roky
- Od 3–10 let
- Od 10–15 let
- Od 15–20 let
- 20 a více let

Pracujete i v jiném zaměstnání, než je pracoviště domácí péče?

- Ano, uveďte kde

- Ne

Jaký máte současný typ pracovního úvazku?

- Hlavní pracovní poměr – uveďte výši úvazku
- Dohoda o provedení práce
- Dohoda o pracovní činnosti

V jakém pracovním režimu pracujete na pracovišti domácí péče?

- Jednosměnný provoz
- Nepřetržitý provoz
- Jiný, uveďte

PŘÍLOHA P VI: STANDARDIZOVANÝ DOTAZNÍK MBI

MBI

Instrukce: doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení číslo označující sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

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

| | | |
|----|---|--|
| 1 | Práce mne citově vysává | |
| 2 | Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil | |
| 3 | Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a | |
| 4 | Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů | |
| 5 | Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi | |
| 6 | Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá. | |
| 7 | Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů | |
| 8 | Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce | |
| 9 | Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji. | |
| 10 | Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem | |
| 11 | Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým | |
| 12 | Mám stále hodně energie | |
| 13 | Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení | |
| 14 | Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává | |
| 15 | Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty | |
| 16 | Práce s lidmi mi přináší silný stres | |
| 17 | Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru | |
| 18 | Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty | |
| 19 | Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého | |
| 20 | Mám pocit, že jsem na konci svých sil | |
| 21 | Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně. | |
| 22 | Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy | |