

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA PLZEŇ
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Petra Rupertová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Petra Rupertová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**SYNDROM VYHOŘENÍ VŠEOBECNÝCH SESTER
- SROVNÁVACÍ STUDIE DVOU NEMOCNIC**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Světlana Lisová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne: 22.3.2012

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Světlaně Lisové za cenné rady, podněty a připomínky, také děkuji mé rodině za podporu a pomoc, které se mi dostalo při vypracování této bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 SYNDROM VYHOŘENÍ OBECNĚ	14
1.1 Definice	14
1.2 Příznaky	15
1.3 Fáze syndromu vyhoření	16
1.4 Rizikové faktory a podmínky vzniku	18
1.4.1 Rizikové faktory v zaměstnání	18
1.4.2 Rizikové faktory osobnosti	19
1.4.3 Podmínky vzniku syndromu vyhoření	19
1.5 Diagnostika	20
1.6 Léčba	20
2 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ	22
2.1 Sociální opora	22
2.2 Balintovské skupiny	24
2.3 Supervize	25
2.4 Preventivní doporučení	28
PRAKTICKÁ ČÁST	29
3 FORMULACE PROBLÉMU	29
3.1 Hlavní problém	29
3.1.1 Dílčí problémy	29
3.2 Cíl průzkumu	30
3.2.1 Dílčí cíle průzkumu	30
3.3 Vzorek respondentů	30
3.4 Metody průzkumu	32
3.5 Zpracování údajů	32
3.5.1 Zpracování jednotlivých otázek dotazníku	33
3.5.2 Ověřování hypotéz	52
3.5.2.1 Hypotéza 1	52
3.5.2.2 Hypotéza 2	54
3.5.2.3 Hypotéza 3	55
3.5.2.4 Hypotéza 4	57

4 DISKUZE	60
ZÁVĚR	64
Literatura a prameny	
Seznam zkratek	
Seznam tabulek	
Seznam grafů	
Seznam příloh	

Anotace

Příjmení a jméno: Rupertová Petra

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Syndrom vyhoření u všeobecných sester - srovnávací studie dvou nemocnic

Vedoucí práce: Mgr. Světlana Lisová

Počet stran: číslované 54, nečíslované 21

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: syndrom vyhoření - příznaky - projevy - léčba - diagnostika – prevence - duševní hygiena - supervize - Balintovské skupiny

Souhrn:

V teoretické části popisuji syndrom vyhoření v celkovém pohledu – s jeho projevy, příznaky, jednotlivými fázemi a léčbou. Stěžejní část tvoří prevence z pohledu jednotlivce a zejména organizace metodami Balintovské skupiny a supervize. V praktické části provádím výzkum ve dvou nemocnicích v Plzeňském a Karlovarském kraji, který je zaměřen na vnímání pracovního klimatu a prevenci syndromu vyhoření. Získané výsledky následně analyzuji a ověřuji ve čtyřech hypotézách.

Annotation

Surname and name: Rupertová Petra

Department: Ošetrovatelství a porodní asistence

Title of thesis: Burnout syndrome in nurses - comparative study of two hospitals

Consultant: Mgr. Světlana Lisová

Number of pages 54, unnumbered pages 21

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 27

Key words: burnout syndrome - signs - symptoms – treatment - diagnostic - prevention
- mental hygiene - supervision - Balint's groups

Summary:

In the theoretical part I describe burnout syndrome in the overall point of view - with its manifestations, symptoms, the phases and treatment. The main part consists of prevention from the perspective of individuals and particular organizations Balint's groups and methods of supervision. In the practical part of doing the research in two hospitals in Pilsen and Karlovy Vary region, which is focused on the perception of working environment and preventing burnout syndrom. The results then I analyze and verify in four hypotheses.

ÚVOD

V hlavě mi utkvěl jeden ze známých citátů Myrona D. Rushe, ve kterém se říká, že pokud zapálíme oba konce svíčky, získáme tím více světla, ale svíčka tak zároveň rychleji vyhoří. Velké plány, nasazení a příkladná péče o pacienty jsou ideály, se kterými absolventi zdravotnických škol nastupují do nových zaměstnání. Většinou však bývá realita jiná. I těm, kterým se podaří své představy prosadit, začínají po pár letech vadit banální věci, začínají pochybovat o smyslu své práce a hledají možné únikové cesty. Pokud se jim „únik“ nezdaří, dostávají se do začarovaného kruhu, který se pak odráží nejen na jejich tělesné a psychické stránce, ale i v komunikační oblasti s druhými lidmi.

Jev vyprahlosti je zřejmě stejně starý jako lidská práce sama. Jeho název mu dal až v roce 1974 americký psychoanalytik Herbert J. Freudenberger. Původně byl používán jako „burn-out“ ve spojení s narkomany v chronickém stadiu, ale později byl dán do souvislosti s pracujícími lidmi, kteří projevovali bezmocnost, zoufalství a letargii. Často jde tak o důsledek dlouhodobého stresu, který je spojený s prací s druhými lidmi. Zvláštní pozornost si zaslouží i výskyt syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků, kdy takto postižený personál může snižovat kvalitu péče o pacienty.

Syndrom vyhoření je nejčastějším psychologickým problémem pomáhajících profesí a po určité době má každý pracovník nějaké projevy. To je dáno intenzivní zátěží při kontaktu s lidmi, jejichž psychika je v nerovnováze, potřeby jsou akcentované a představa o přiměřené pomoci se často rozchází s realitou. Nejvíce namáhavá je práce s hendikepovanými, dementními nebo s lidmi s vrozeným deficitem rozumových schopností a umírajícími. Velmi těžká je spolupráce s klienty agresivními, hyperkritickými k personálu nebo snažícími se zneužívat sociální služby. Dosáhnout pocitu uspokojení v zaměstnání je z uvedených důvodů pro pracovníky ve zdravotnictví a sociálních službách mnohem obtížnější. Syndrom vyhoření může vzniknout poměrně rychle od nástupu do zaměstnání, v řádech týdnů až měsíců.

Hlavním cílem mé práce je poukázat na možnosti prevence z pohledu organizace, odhalit, zda zdravotničtí pracovníci znají tyto možnosti a nabídnout jim tak nové povědomí o těchto skutečnostech.

Má bakalářské práce je teoreticko-průzkumného charakteru. V teoretické části popisují stručně syndrom vyhoření, jeho příznaky, fáze a možnou nápravu i léčbu.

Stěžejní část je zaměřena na jeho prevenci z pohledu jednotlivce, skupiny a organizace. V praktické části jsem se zaměřila na srovnání výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester ve dvou podobných zdravotnických zařízeních, zejména z pohledu pracovního klimatu, projevů a na možnosti prevence tohoto jevu. Stanovila jsem si jeden hlavní a čtyři dílčí problémy. Následně jsem analyzovala otázky v dotaznících a ověřovala čtyři hypotézy, ze kterých se mi dvě potvrdily pouze částečně, další se mi potvrdila a jedna se nepotvrdila vůbec.

K dotazníkovému šetření jsem si vybrala Fakultní nemocnici v Plzni a Karlovarskou krajskou nemocnici, a.s. v Karlových Varech. Fakultní nemocnice v Plzni patří mezi největší nemocnice v České republice a nemocnice v Karlových Varech je největší v Karlovarském kraji. Cílem průzkumu bylo zjistit aktuální subjektivní pohled na syndrom vyhoření a na jeho povědomí u všeobecných sester ze dvou regionálních nemocnic a vzájemně je porovnat. Důvodem výběru tohoto tématu k bakalářské práci byla skutečnost, že se nároky ze strany zaměstnavatele na všeobecné sestry zvyšují. A to nejen po stránce vzdělávací, technické, ale i po stránce administrativní. Proto zařazení supervize a Balintovských skupin do běžného pracovního procesu nevidím jako neschůdnou a nereálnou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM VYHOŘENÍ OBECNĚ

1.1 Definice

Definice syndromu vyhoření je v odborné literatuře a na webových portálech mnoho, přesto jsou si všechny více či méně podobné. Proto je v této kapitole nesrovnávám, ale dávám do logické posloupnosti.

Podle Freudembergera (Beran, 2009) se se syndromem vyhoření setkáváme u těch povolání, kde převažuje nerovnováha u emočních stran „dávat“ a „brát“. Tam, kde převažuje výdej nad příjmem dochází postupem času k vyčerpání fyzických a psychických rezerv. Podle Vymětala (Vymětal, 2003) má na vývoj syndromu vliv náročné povolání, tedy takové, kdy člověk je neustále vystaven řadě frustrací. Je často ve stresu, musí se umět rychle rozhodnout a být zodpovědný za svá rozhodnutí a činy. Musí se umět ovládat, je vystaven konfliktům na pracovišti.

Další autor (Křivohlavý, 1998) uvádí, že vyhoření je formálně definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy. Fyzickým vyčerpáním je míněna celková slabost, chronická únava, snížení energie. Emocionálním vyčerpáním je míněn pocit beznaděje a nemožnosti pomoci. Mentálním vyčerpáním je míněn záporný postoj k práci, k sobě samému a k celému světu.

Dle dalšího autora (Knoll, 2011) se vyhoření týká zejména oblasti práce a je typické citovým a mentálním vyčerpáním. Často jde o důsledek dlouhodobého stresu a týká se nejvíce lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Od deprese nebo prosté únavy se liší hlavně tím, že jeho součástí jsou pochybnosti o smyslu své práce a vztahuje se výhradně na onu krizovou oblast.

1.2 Příznaky

Příznaky syndromu vyhoření se podle Křivohlavého (Křivohlavý, 1998) rozdělují na subjektivní a objektivní. Mezi subjektivní příznaky patří snížené sebehodnocení, velká únava, poruchy soustředění, negativismus a snadné podráždění. Mezi objektivní příznaky patří snížená celková výkonnost jak v zaměstnání, tak i mimo. Intenzita výskytu syndromu vyhoření je u lidí různá. Záleží na druhu činnosti, kterou člověk vykonává.

Nejpodstatnějším znakem (Stres zdravotníků – sborník ze symposia, 1997) je chronický stres vycházející z pracovní činnosti, který může být doprovázen další zátěží z osobního života a působením dalších sociálních a fyzikálních faktorů. Nejvíce ohroženy jsou ty profese, které jsou charakteristické vysokými nároky na výkon, bez možnosti delší úlevy a vznikem závažných následků v případě omylu. Výkon takové profese bývá spojen s velkou odpovědností a nasazením, někdy s pocíťováním „poslání“ profese. Vyhoření je tedy důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, mezi ideály a skutečností.

Podle Stocka (Stock, 2010) má syndrom vyhoření tři základní symptomy – vyčerpání, odtazení a pokles výkonnosti. Vyčerpání popisuje v emoční a ve fyzické rovině. V emoční rovině se jedná o sklíčenost, beznaděj, bezmoc, ztrátě sebeovládání, pocity strachu, prázdnoty až apatii. Fyzické vyčerpání je charakteristické nedostatkem energie, slabostí, chronickou únavou, svalovým napětím, bolestmi zad, vyšší náchylností k infekčním onemocněním, poruchami spánku, funkčními poruchami v rovině kardiovaskulární a gastrointestinální, poruchami paměti a soustředění, náchylností k nehodám.

Dříve převládal názor, že syndrom vyhoření se vyskytuje převážně v pomáhající sféře, například u zdravotních sester, sociálních pracovníků, učitelek a vychovatelek. Nyní se ukazuje, že se může vyskytovat odcizení také v jiných oblastech zaměstnání při nepříznivém pracovním klimatu.

Syndrom také významně ovlivňuje soukromý život postiženého jedince. Ten si přináší pracovní problémy domů a rodina i přátelé začnou vnímat změny. Dotyčný se stává podrážděnějším, nebo naopak apatickým. V extrémních případech dochází k rozrušení dosavadních sociálních vazeb a dobrovolné izolaci.

V oblasti pracovní výkonnosti dochází k poklesu, dotyčný potřebuje mnohonásobně více energie a času k provedení úkonů, které dříve běžně zvládal. Prodlužuje se doba nutná k regeneraci organismu. Víkend ani dovolená již nestačí k odpočinku a nabrání nových sil.

Z hlediska zaměstnavatele či vedoucího úseku se syndrom vyhoření (Matoušek, 2003) může projevovat zejména neangažovaným vztahem k podřízeným, vyhýbání se dalším kontaktům s nimi, eventuálně vznikem častých konfliktních situací. Dále pak ztrátou citlivosti pro jejich potřeby, preferování administrativy před kontaktem, lpění na standardních a zavedených postupech, na pracovní pozici či služebním postupu a potažmo na výhodách plynoucích ze zaměstnání.

Odmítání mimopracovních aktivit, minimalizace vložené energie do práce, skepse v úvahách o účinnosti vlastní práce jsou dalšími možnými známkami vyhoření u podřízených. V extrémních případech pak narůstá počet pracovních neschopností jako únik do nemoci a u žen někdy i vzniku těhotenství, které nebylo již z pohledu rodiny plánováno.

Syndrom vyhoření (Baštecká, 2003) je provázen celou řadou příznaků, které lze považovat za obecné. Proto může být zvláště v počátku špatně rozpoznatelný. Je výhradně způsoben chronickým stresem, kdy stres je příčina a vyhoření důsledek. Jedná se o dlouhodobou disbalanci mezi zátěží a fází klidu, mezi aktivitou a odpočinkem. Reakce na stres jsou velmi individuální a závislé na našem vlastním posouzení dané situace. Když se vnímá některý ze stresorů jako ohrožení a je přesvědčení, že zvládnutí je nad síly jedince, vzniká zátěžová reakce. Z toho vyplývá, proč lidé v obdobných situacích reagují různě. Záleží na tom, jestli konkrétní situace u nich vyvolá či nevyvolá stres.

1.3 Fáze syndromu vyhoření

Nevýhodou pro jedince (Libigerová, 1999) je přílišné počáteční nadšení do práce, perfekcionismus, workoholismus, nebo naopak málo práce, neschopnost odmítnout další a další úkoly, špatná organizace času. Výskyt syndromu vyhoření je také u lidí, u kterých opadlo počáteční nadšení, kteří si kladou příliš vysoké cíle, co osobně prožívají neúspěchy, kteří neumějí dostatečně odpočívat a relaxovat a také žijících v dlouhodobém mezilidském konfliktu.

Než skutečné vyhoření může být diagnostikováno, prochází jedinec určitými fázemi (Kallwass, 2007). Nadšení je fází první. Ta je charakteristická nástupem do práce a počátečním idealismem. Vyznačuje se velkou chutí pracovat a zapojit se. Jedná se o období nápadů, očekávání, představ a elánu. Práce dotyčného pohlcuje a naplňuje. Stagnace je další fáze. V této fázi nadšení uvadá, počáteční „růžové brýle“ jsou odhozeny. Dotyčný zjišťuje, že práce a výsledky v ní mají své omezení, že ne všechny jeho cíle a ideály půjdou naplnit. Mnoho věcí už také zvládá automaticky, rutinně v souvislosti se získanými pracovními zkušenostmi.

Frustrace je třetí fázi. V této fázi se vznikající problémy postupně prohlubují, vyvstávají otázky ohledně naplňování vlastních potřeb, seberealizace a smyslu práce, který se postupně vytrácí. Práce začíná být nudná nebo nad síly dotyčného. Množí se konflikty s kolegy či vedením a mohou vznikat emocionální či fyzické problémy. Apatie je čtvrtou fází. Zde již počáteční idealismus a nadšení zcela zmizelo. Zaměstnání je vnímáno jen jako zdroj obživy. Přichází stavy bezmoci, beznaděje a dotyčný dělá v práci jen to, co musí a chápe ji jako nutné zlo. Poslední fází je vyhoření. V tomto konečném stadiu přichází celková fyzická i psychická vyčerpanost, vytratil se smysl práce, často i smysl života či vlastní důležitosti. Mezi časté symptomy patří negativismus, nechutenství, časté opakující se nemoci.

Celkově syndrom vyhoření (Snopková, 2007) výrazně snižuje kvalitu života tomu, kdo jím trpí a dotýká se i jeho okolí. Postižení se projevuje sníženou výkonností (kvalitou i kvantitou), podrážděností střídanou apatií a ironií. Člověk má větší sklon k nadměrné konzumaci návykových látek (cigarety, alkohol, léky) a je tak ohrožen závislostí. Narušují se mezilidské vztahy, narůstají problémy v partnerství, objevují se somatické obtíže (bolesti žaludku, potíže s trávením, bolesti hlavy a zad). Projevy emocionální nestability se projevují pláčem, depresemi, neochotou ráno vstát a jít do práce. Častým jevem je také bavení se na účet ostatních a nazírání na jejich problémy tak, jako by si je zasloužili. Nastává ztráta lidskosti v mezilidských vztazích a to se projevuje sníženou kvalitou péče o "pečující" .

Dále jsou znatelné i ekonomické ztráty (Melgosa, 2001). Častěji absentuje a fluktuluje, což znamená vyplácení dávek státní sociální podpory v době jeho pracovní neschopnosti a výcvik nových lidí nastupujících na jeho místo. To vše může vést k nižší kvalitě poskytovaných služeb a také k vyšším nárokům na stávající personál.

Vždy jsem chtěla pracovat na operačním sále. Proto jsem byla šťastná, když jsem si po studiu na zdravotnické škole splnila svůj životní sen. Byla jsem nadšená, plná ideálů

a vždy jsem se těšila do práce. Tento elán mě neopustil ani po dvou letech, kdy jsem odcházela na mateřskou dovolenou. Po tříleté odmlce jsem opět vplula do víru pracovního života. Opět natěšená, protože se mi po instrumentování již stýskalo. Postupně však začalo mé počáteční nadšení opadávat a když jsem po dalších šesti letech odcházela na druhou mateřskou dovolenou s dcerou, vnitřně jsem cítila, že tato příjemná přestávka přišla v pravý čas. S dceřinými prvními narozeninami jsem se vrátila zpět na částečný úvazek. Musím přiznat, že tato forma pracovního poměru byla pro mne optimální. Vše se zvládalo s úsměvem a s potěšením. Práce, děti, manžel, domácnost. Nyní již čtvrtým rokem mám plný pracovní úvazek, studuji a vše je nějak náročnější. Pokud bych se měla sama zařadit do vývojové fáze vyhoření, procházím stále druhou fází i když občas nakouknu již do té třetí. Za její krajní mez jsem se zatím ještě nedostala a budu dělat vše proto, abych její hranici nepřekročila.

1.4 Rizikové faktory a podmínky vzniku

Rizikové faktory lze rozdělit do dvou oblastí. Důležitost také sehrávají sociální podmínky, ve kterých se člověk nachází.

1.4.1 Rizikové faktory v zaměstnání

Nejčastější příčiny pocházejí ze zaměstnání. Podle Stocka (Stock, 2010) má velký vliv na vznik syndromu vyhoření zvýšená pracovní zátěž, která je konkrétně u zdravotních sester téměř samozřejmostí. Vysoké nároky na kvalitu, flexibilitu a rychlost poskytované péče očekávané jak nemocným, tak zaměstnavatelem vytvářejí velký tlak na sestry samotné. Dalším rizikovým faktorem je působení rušivých vlivů, kdy člověk vykonává několik věcí najednou, musí být neustále dostupný na telefonu a učí se ovládat nové technologie téměř za pochodu.

Nedostatek samostatnosti (Staňková, 2002) je také rizikový faktor, který ovlivňuje vznik syndromu vyhoření. Pokud je člověk příliš kontrolován, může mu neustálý dohled ze strany vedení a z toho plynoucí pocit nesvobody začít vadit. To znamená, že danou situaci může jen velmi málo ovlivnit a jeho rozhodování je značně omezené. Taktéž nedostatek uznání, ať už ve formě finančního ohodnocení nebo uznání ze strany vedení negativně působí na pracovníka. Pokud se k tomu přidá ještě vnímaná nespravedlnost ze strany nadřízeného, ztrácí dotyčný motivaci k pracovnímu výkonu. A jelikož

v zaměstnání tráví jedinec mnoho času, je patrné, že také špatný kolektiv, kde převládá nepřátelství a odměřenost, může být vnímán jako zdroj ohrožení a vyvolat stres.

1.4.2 Rizikové faktory osobnosti

Každý člověk má povahové vlastnosti (Čechová, 2001), podle kterých je posuzován. Charakterové a temperamentové vlastnosti osobnosti také sehrávají svou roli při vzniku syndromu vyhoření. Na rozdíl od temperamentu jsou charakterové vlastnosti získané. Za velmi důležité považují společenské, mravní, pracovní a zejména seberegulační vlastnosti osobnosti, ze kterých je svědomí, sebehodnocení a sebevýchova odrazem vnitřního života člověka. Pokud si je člověk uvědomuje z pohledu znalosti svého temperamentu, může ho krotit nebo naopak posílit všude tam, kde je to zapotřebí.

Podle výsledků výzkumu dvou kardiologů Friedmanna a Resenmanna z roku 1974 (Stock, 2010), kteří rozdělili lidi na dvě skupiny, tj. skupinu „A“ a „B“, jsou lidé skupiny „A“ více náchylnější k vyhoření. Lidé skupiny „A“ jsou bojovní, netrpěliví, ambiciózní, zpočátku úspěšní, později začínají narážet a působit konflikty, čímž se dostávají do izolace. Jsou ochotni a schopni být vystaveni několika stresům dlouhodobě a s vysokou intenzitou. Nepocítují téměř žádné zdravotní obtíže, neuvědomují si, že nedostatek odpočinku se na nich negativně odrazí. Po letech, kdy se začnou hromadit neúspěchy a fyzické vyčerpání, může dojít k vyhoření. Chování typu „B“ je pravým opakem. Je vyznačováno nižší mírou nepřátelského chování, agresivity, soutěživosti, naopak se více projevuje klid, trpělivost, uvolněnost. Typ „B“ nebývá ohrožen syndromem vyhoření.

1.4.3 Podmínky vzniku syndromu vyhoření

K rozvoji syndromu vyhoření (Libigerová, 1999) přispívají pracoviště, na kterých není věnována pozornost potřebám personálu, kde nejsou noví členové zacvičeni zkušeným personálem, neexistují plány osobního rozvoje. Dále tam, kde vládne soupeřivá atmosféra, existuje rivalita mezi několika pracovníky a v neposlední řadě, kdy vládne byrokratická kontrola nad chováním pracovníků. Za důležitou podmínku vzniku považují skutečnost, kdy nemá pracovník příležitost sdělit někomu kompetentnímu potíže při práci a poradit se o jejich řešení a tam kde chybí supervize. Více o tomto pojmu uvedu v oddíle 2.7.2 o supervizi.

1.5 Diagnostika

Nejběžnější metody ke zjištění výskytu syndromu vyhoření jsou dotazníky. Nejznámější dotazník je Maslach Burnout Inventory (MBI dotazník, 2011). Obsahuje celkem 22 otázek, které sledují tři hlavní faktory, z nichž dva jsou negativně laděné – emocionální vyčerpání a depersonalizace. Zbýlý je naladěn pozitivně – hodnotí osobní uspokojení z práce. Pocity se hodnotí dle častosti výskytu, dle stupně intenzity a hodnotí se celkové skóre u všech faktorů. U nás se s tímto dotazníkem pracuje málo.

Dalším typem dotazníku (Kebza, 2003) je 21 otázkový dotazník autorů Ayala Pines a Elliot Aronson označovaný jako Burnout Measure. Zde respondent hodnotí na škále od jedné do sedmi jak jsou pro něj jednotlivé výroky pravdivé. I tento dotazník sleduje především tři hlavní faktory a to pocit tělesného vyčerpání, pocit emocionálního vyčerpání a pocit psychického vyčerpání.

Sebeposuzovací dotazník na stres a syndrom vyhoření (Schmidbauer, 2008) vytvořili v roce 1966 Henning a Keller. Obsahuje 24 výroků, které se týkají poznávacích, emocionálních, tělesných a sociálních účinků stresu a vyhoření. Z dosažených hodnot lze zhodnotit individuální stresový profil a dále dle jednoduchého klíče označit celkovou míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření.

Mezi další postupy vedoucí k diagnostice syndromu vyhoření patří vyšetření psychologem či psychiatrem. Blíže specifikovat metodiku a nástroje těchto specializovaných vyšetření není však cílem mé bakalářské práce.

1.6 Léčba

Z kategorie lékařských diagnóz je v Mezinárodní klasifikaci nemocí kód Z 73 charakterizován jako „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ a kód Z 73.0 jako „Vyhasnutí, vyhoření (stav)“. V USA je tato nemoc klasifikována jako nemoc z povolání. U nás je o tomto zařazení stále vedena široká diskuse.

Léčba vyhoření (Peterková, 2011) je nesmírně individuální a složitá. Rozsah poskytované péče se pohybuje v rozpětí doporučené zdravotní dovolené až po hospitalizaci na psychiatrické klinice s nutností intenzivní farmakoterapie. Stejně jako u každé jiné nemoci platí, že čím dříve se s léčbou započne, tím snadněji a rychleji se stav zlepšuje. Ideálně je nejlepší začít s léčbou ve fázi stagnace, kdy je šance na zbavení se

všech problémů největší. Dle lékařů totiž velká část postižených hází problémy za hlavu a se skutečností, že s nimi nemusí být opravdu vše v pořádku se velice často smířují až tehdy, kdy jim obtíže nedovolují před ničím přivřít oči a léčba tak často započíná až ve fázi frustrace nebo apatie. Při léčbě v těchto stádiích je pak nutné mít na paměti i možnost, že ani po léčbě se stav nemocného nemusí zlepšit natolik, aby mohl pokračovat ve své práci na stejném místě.

Páteří léčby je nepochybně psychoterapie (Zvolský, 2001), kdy při opakovaných ambulantních návštěvách zkušený psychoterapeut nemocnému pomáhá rozkrýt způsoby, kterými se jeho práce proplétá jeho ostatním životem a pomáhá mu získat nad těmito problémy kontrolu. Především získat přiměřenější přístup k práci, k vlastnímu životu, k sobě samému, zaměřuje se i na budování lepších sociálních vazeb, podporuje zdravou a tolik potřebnou relaxaci ruku v ruce se správnou životosprávou.

Velmi často společně s psychoterapií je vhodné použít i medikamentózní zklidnění pacienta antidepresivy, neboť se syndromem vyhoření se často pojí také pocit ztráty orientace ve vlastním životě a absence představ o jeho dalším směřování a pochyby o vlastní budoucnosti. Vzhledem k často přítomným poruchám spánku je často považováno za vhodné doplnit léčbu i užíváním anxiolytik či hypnotik, dle zvážení a zkušeností lékaře, který léčbu nemocného vede. Je velmi kontraproduktivní, když do léčebného procesu vedeného psychoterapeutem v dobré víře zasáhne například praktický lékař předpisem hypnotik na dobrý spánek bez konzultace s psychoterapeutem.

V některých případech, kdy se syndrom vyhoření projevuje ve své nejintenzivnější formě, je nutná i hospitalizace, kdy po odeznění nejtěžších příznaků je obvykle brzo možné přistoupit k ambulantní formě léčby.

2 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Nejdůležitější zbraní (Jeklová, 2006) proti nebezpečnému syndromu je prevence. Je důležité vědět, že něco takového existuje a že se to týká každého z nás. Je vhodné si stanovit hranice, které by se neměly překračovat. Zabránit tomu, aby se zaměstnání míchalo do osobního života. To znamená nepracovat na pracovním úkolu doma a jednoduše nechat „práci v práci“. Skutečnost je ale taková, že málokdo z výše uvedeného dokáže vše striktně dodržovat. Podle mě, má každý z nás potřebu mluvit doma o práci. Alespoň okrajově. V každé normální rodině se při příchodu domů z práce zeptáme životního partnera na to, co bylo v práci.

Psychohygiena neboli duševní hygiena (Trachytová, 1998) není nic neznámého. Skládá se z určených a jasných pravidel, která pomáhají prohloubit, udržet nebo znovu získat svou duševní rovnováhu. Je určena všem – zdravým i nemocným. To co vyhovuje jednomu, nemusí však pomoci druhému. Proto si každý z nás hledá svou vlastní cestu.

Dobré je (Kalwass, 2007) mít své mimopracovní koníčky, u kterých se můžeme odreagovat. Vhodné jsou například poslech hudby, sportovní aktivity, meditace. Jedno z efektivních opatření, které se dá používat snadno, často a po celý život je relaxace. Každý jedinec, který pracuje ve stresu, by měl umět alespoň jednu relaxační techniku. Může jí používat v případě potřeby nebo pravidelně jako prevenci stresu a potažmo syndromu vyhoření.

Mě osobně se osvědčila metoda autogenního tréninku, který vyvolává pocit příjemného klidu a uvolnění. Naučit se jí není těžké a za použití autosugestivních formulek to zvládne každý, kdo o to stojí.

V práci je dobré (Stock, 2010) střídát pracovní činnosti, naučit se říkat "NE". Nebýt perfekcionista a přiznat si, že nikdo není neomylný. Stanovit si priority a radovat se z každého, byť menšího úspěchu by mělo být součástí každodenního života.

2.1 Sociální opora

Za jeden z nejdůležitějších faktorů (Praško, 2001), který také pomáhá lidem v předcházení syndromu vyhoření, je považovaná sociální opora. Sociální oporou je myšlena pomoc poskytovaná druhými lidmi člověku, který prochází zátěžovou situací.

Je to taková pomoc, která těžkou situaci odlehčuje. V dnešní době, zvláště ve městech, se čím dál více prosazuje individualismus, kdy převážně mladí lidé žijí bez partnera nebo se cítí silní a neohrožitelní. Právě jedinci, kteří trpí syndromem vyhoření patří k těm, kteří již delší dobu nepečují o své sociální vazby.

Naopak lidé (Trachytová, 1998) s pevným zázemím u svých partnerů, rodin a přátel, od nichž dostávají citovou podporu jsou méně náchylní k nemocem a zvyšuje se u nich průměrná délka života. Pokud si lidé na samotu zvyknou, později si již nic jiného ani nedovedou představit. Lidé by se měli pokusit pečovat o své sociální vztahy. Lásku a bezpečí mohou poskytnout pouze funkční rodiny a harmonické společenství.

Sociální opora (Kohoutek, 2000) má své tři úrovně. *Makroúroveň*, která je na úrovni podílení se, tzv. participaci aktivit u nejbližší komunity, *mezoúroveň* je založena na principu kvality dané struktury a podpory sociální sítě jednotlivce a *mikroúroveň* je závislá na kvalitě intimních vztahů jednotlivce.

Sociální síť (social network) (Bartošíková, 2006) je dalším důležitým pojmem v sociální opoře. Tvoří jí společenství druhých lidí, kteří poskytují určitou možnost záchrany a opory v případě těžkostí. Rozhodující je kvalita sociální sítě a struktura sociálních vztahů a vazeb. Hustou sítí podpůrných a přátelských vztahů si člověk vytváří okolo sebe pouze tehdy, pokud má hodnota člověka větší význam než-li materiální zajištění. Mezi zdroje sociální opory patří rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, komunita a profesionálové.

Mezi formy sociální opory patří emocionální, instrumentální, podpůrná atmosféra, informační a hodnotící opora.

Emocionální opora dává možnost pohovořit si o problémech s chápajícím jedincem. Spočívá v podání pomocné ruky ve chvíli propadání se do deprese a beznaděje. Dodává naději a poskytuje důležité emoce – lásku, víru, empatii. Instrumentální opora je praktická pomoc při nějaké činnosti nebo praktický druh pomoci, např. finanční půjčka. Podpůrná atmosféra je vzájemné sdílení pocitů o dané situaci či problému. Informační opora spočívá v tom, že se postiženému jedinci dodají informace, které mu mohou pomoci se v dané situaci orientovat. Může se sem řadit i pomoc poskytnutá nasloucháním. Hodnotící opora je posilování sebehodnocení a povzbuzení.

2.2 Balintovské skupiny

Tento a následující oddíl tvoří důležitou část mé teoretické části práce, tak jak jsem uvedla v úvodu a v oddíle 2.4.3. Poprvé jsem slyšela o Balintovských skupinách a supervizi již před více jak pěti lety od své dlouholeté kamarádky, která pracuje jako sociální pracovnice ve východních Čechách. Při našich setkáních mi vždy vypráví, jak jí pomáhají nejen v psychicky náročné práci kurátorky pro mládež, ale jak se jejich pozitiva promítají i do rodinné interakce a mezilidské komunikace v běžném životě. Domnívám se, že tato prevence ze strany zaměstnavatele by měla být součástí i ve zdravotnictví. Pokud to jde v sociální sféře, proč by to nešlo i u nás, zdravotníků?

Balintovské skupiny (Kohoutek, 2000) byly jedním z prvních systematických postupů v západním světě, který předcházela současnému pojetí supervize. Autorem metody byl maďarský lékař Michael Balint, který žil v letech 1896 až 1970. Absolvoval psychoanalytický výcvik a byl jedním z průkopníků psychosomatické medicíny. Na základě svých zkušeností došel k přesvědčení, že lékař by se měl zabývat nejen nemocí pacienta, ale celým člověkem v jeho prostředí. Jeho způsob práce byl od 60. let 20. století využíván i v ostatních pomáhajících profesích, protože práce s lidmi přináší problematické vztahy.

Význam skupin je (Matoušek, 2003), že kultivuje naslouchání, přináší nové poznatky o mezilidském vztahu. Poskytuje pomoc při řešení profesionálních problémů v neutrální atmosféře, která dovolí pochopit osobní podíl člověka na jeho profesním problému. Je tak významnou prevencí syndromu vyhoření. Předností je mimo jiné i „univerzální“ jazyk, který je přístupný odborníkům různých specializací.

Pro ucelenost a lepší představivost popíši průběh sezení. Skupina má 6-12 členů, tzv. účastníků skupiny. Před započítím vlastní práce ve skupině vyzve vedoucí účastníky, aby předložili svůj problém k řešení.

Postup práce v Balintovské skupině se skládá z pěti fází. *Expozice případu* je první fází, kdy někdo z účastníků sezení nabídne případ, kde nebyl spokojen při kontaktu s klientem nebo při řešení případu a chtěl by s ním pomoci. Nese v sobě vnitřní konflikt a chtěl by si věci ujasnit a najít uspokojivé řešení. Další fází jsou *otázky*. Je to fáze, kdy účastníci kladou předkladateli otázky, které se týkají jeho problému, aby si mohli ujasnit okolnosti a vytvořit si obraz dané situace. Je nesmírně důležité, aby každý ze členů skupiny měl pocit, že má dostatek informací k vytvoření si obrazu dané situace.

Třetí fáze se nazývá *fantazie*. V této fázi si účastníci sdělují nahlas svoje poznatky a subjektivní představy o citech a vztazích jednotlivých postav, které jsou zaangażované v případě. Jde o zapojení intuice a je třeba se vyvarovat racionalizace (rozumového zdůvodnění). Čtvrtou fází jsou *praktické náměty k řešení*. Účastníci si v této fázi navzájem sdělují, jak by daný problém oni sami řešili a jaký postup by si zvolili na místě předkladatele. Ten během této fáze pouze naslouchá a aktivně se již neúčastní. Poslední fází je *vyjádření protagonisty*. Předkladatel se vyjádří k tomu, co slyšel ve třetí a čtvrté fázi a ocení to, co pokládá za užitečné. Ostatní nechává bez komentáře.

Na závěr vedoucí skupiny zařadí pro účastníky sezení možnost vyjádřit podporu pro předkladatele problému, např. formou pozdravu, gestem, dotykem apod.. Vedoucí skupiny vede a koriguje vlastní práci ve skupině tak, aby byly dodrženy mantinely a daný postup.

2.3 Supervize

Supervize (Matoušek, 2003) je další z možností prevence syndromu vyhoření. Je to celoživotní forma učení, která klade důraz na rozvoj profesionálních dovedností a kompetence supervidovaných. V supervizním procesu dochází k tomu, že jeden člověk (supervizant - pracovník, který je supervidován) přináší druhému člověku (supervizorovi - odborníkovi provádějícímu supervizi) obraz, příběh a pocity, které se týkají třetí osoby (klienta, spolupracovníka, nadřízeného, podřízeného) a podává mu subjektivní zprávy o některých aspektech svojí práce.

Samotné slovo se skládá ze dvou latinských slov – super a vize. Původ má však v angličtině, v níž znamená dozor, kontrolu, řízení. Proto u mnohých lidí vyvolává nedůvěru, představu kontroly a mocenský vztah.

Nejdříve bych v krátkosti nahlédla (Lásková, 2007) do její historie. Supervize souvisí se vznikem sociální práce v USA a Anglii na přelomu 19. a 20. století. Již v roce 1917 je zařazena do prvních standardů sociální práce, psychoterapie, poradenství a medicíny. Společenská objednávka stoupá v Evropě v 80. letech minulého století. Velmi známou osobností byl Michael Balint, díky kterému se začalo užívat v supervizi Balintovských skupin (viz předchozí oddíl).

Počátky supervize u nás se datují od 80. let 20. století, kdy Jaroslav Skála pracuje v rámci Balintovských skupin s pracovníky soudnictví a vězeňství. Jedním z prvních pracovišť v oblasti sociálních služeb, kde byla po roce 1989 zavedena supervize nejen

jako prevence syndromu vyhoření, ale i jako způsob rozvoje, vzdělávání pracovníků a vedení organizace, byla Diakonie v Praze v rámci Střediska křesťanské pomoci.

Jako každá metoda, tak i supervize má své cíle, své funkce a druhy (dělení). Jako hlavní cíle supervize (Havrdová, 1999) jsem vybrala následující. *Vzdělávat se* (ve spolupráci se supervizorem se zjišťuje úroveň schopností supervidovaného a rozvíjí se pak dále dalším učením), *pomáhat* (důležité je vědět, že jedinec má podporu a má se na koho obrátit s problémy a těžkostmi), *bránit se* (možnému předčasnému „profesnímu vyhoření“), *posilovat* (nejen svou autonomii, ale i nezávislost získáním dalších dovedností, včetně zvýšení sebevědomí), *motivovat se* (a to zkušeností při spolupráci a setkávání se se supervizorem, s jeho názory a následnému poučení se z chyb), *přispět* (zamyslet se a dojít k naplnění základních etických pravidel své profese), *splňovat* (to, co se od nás čeká – naplnit očekávání své organizace a odevzdávat tak kvalitní práci).

Funkce supervize jsou tři základní. Řídící, která spočívá v hodnocení posouzení kvality pracovníka, vzdělávací, kdy jde o rozvoj dovedností, schopností a porozumění supervidovaných. V supervizi jsou jim předávány zkušenosti z dobré praxe. A neposlední řadě podpůrná funkce, která je zaměřena přímo na prevenci syndromu vyhoření tak, aby se supervidovaný mohl vyrovnat s pracovní zátěží a aby lépe zvládal nároky své profese. Získává tak energii, naději a pracovní odhodlání.

Výše uvedené dělení supervize je „takzvaně“ umělé, protože všechny složky jsou vzájemně propojeny. Supervize případová (odborná) se zaměřuje na klientův problém nebo na problém s klientem. Manažerská (rozvojová) supervize je cílena na rozvoj a růst pracovníka či celého týmu. Obě tyto supervize pak mohou být cíleně zaměřené na jednotlivce, skupinu nebo tým.

Blíže bych specifikovala úkoly supervize podle počtu a způsobu provádění (Havrdová, 1999). Individuální (školitelská) supervize, kdy se používá modelových pracovních situací. Jde o smlouvu s jedním pracovníkem na základě plánovaných schůzek a písemného kontraktu, který je sestaven před zahájením supervize. Jsou stanoveny cíle a hranice.

Další formou je skupinová supervize. Má 8-15 členů a vede ji supervizor či supervizní dvojice. Opět jde o dohodu, která se specifikuje při prvním setkání, kde se stanoví cíle a hranice. Pracovníci zde diskutují o své práci. Výhodou je, že se členové mohou vzájemně podporovat, učit se jeden od druhého, předávat si okamžitou zpětnou vazbu. Využívá se zde skupinové dynamiky. Supervidovaní nebývají z jednoho

pracoviště, ale všichni jsou na stejné pracovní pozici. Jako příklad uvedu možnou supervizní skupinu všech vrchních sester Fakultní nemocnice v Plzni.

Poslední možností je týmová supervize. Tento druh supervize je zaměřen na všechny členy pracovního kolektivu bez ohledu na jejich zařazení. Je zaměřena především na činnost týmu jako celku a týmovou efektivitu. V popředí stojí vztahy mezi jednotlivými členy týmu.

Svůj význam (Lásková, 2007) sehrává též osobnost supervizora, protože na něm závisí kvalitně odvedená supervize. Základním požadavkem je supervizní výcvik tohoto odborníka. Výcviky v supervizi u nás poskytují například Remedium, SPIN-nestátní nezisková organizace pro rozvoj metody videotrénink interakcí v České republice, Český institut pro supervizi. Každá z institucí má jiné vstupní požadavky, proto jsem vybrala ty, které všechny spojují. Vysokoškolské vzdělání humanitního směru v magisterském studiu nebo medicíny, praxi v pomáhajících profesích od 5 do 13 let, absolvování základních kurzů supervize a řízení, základní výcvik v psychoterapii, zkušenosti s vedením týmu.

Supervizor pak může pracovat jako interní, kdy je zaměstnancem organizace a kde slouží jako pojítko v linii řízení. Umožňuje orientaci zaměstnanců v práci, motivuje je a tak řídí jejich výkon. Řeší problémy s kázní a porušováním etiky. V neposlední řadě poskytuje zaměstnancům podporu a poradenství. Externí supervizor je důležitý při supervizi týmu nebo řízení, protože interní by měl problém a potíže supervidovat celek, kterého je součástí.

Lásková (2007,s.323) zdůrazňuje, že organizace nese odpovědnost za kvalitní práci svých zaměstnanců. Čím větší status organizace v síti má, tím spíše by měla zajišťovat kvalitní supervizi svým pracovníkům.

Každá instituce si pak může zpracovat své supervizní programy. Do své práce vybírám ty programy, které by se nás, zdravotníků, mohly týkat. Zařadila bych tam okruhy etiky a hodnot, role „lékaře“ a „nelékaře“ – co od ní očekávají, co kdo dělá, otázky hranic, hodnot. Dále pak otázku kompetencí, očekávání od vedení týmu, diskusi o případech, vytváření plánů péče, zvládání konfliktů, komunikaci s nadřízeným, s vedením, rozbor potřeb týmu, předávání vědomostí a dovedností, hledání možných cest rozvoje. V neposlední řadě pak osobní identifikaci v oblasti stresu a jeho zvládání a samozřejmě prevenci syndromu vyhoření.

2.4 Preventivní doporučení

Preventivním opatřením (Praško, 1996) je jakési "desatero", které by si měl každý člověk u pomáhajících profesí uvědomit. Je třeba si udělat kompletní inventuru profesního i soukromého života, identifikovat individuální stresové faktory, stanovit si cíle ve změně chování, pokusit se změnit sociální postoje. Určit si priority, kterými lze získat kontrolu nad situací. Změnit životní přístup k větší uvolněnosti, pokud je tendence se přetěžovat a připravit se, že se změnami přijdou komplikace, eventuelně nesouhlas okolí. Vytvořit si vyvážený program doplněný relaxačním cvičením a dostatkem pohybu, udržovat si funkční síť sociálních vztahů a pravidelný odpočinek spojený s regenerací. Při velmi komplikované situaci v zaměstnání místo raději opustit.

Nejenom zaměstnanec, ale i zaměstnavatel (Matoušek, 2003) by si měl vytvořit svůj strategický plán prevence pro své zaměstnance. Mezi ně by se měla určitě zařadit kvalitní příprava na profesi, obsahující výcvik v potřebných sociálních dovednostech, jasné definice náplně práce, systém v zácviu nového personálu. Možnost využití profesionálního poradenství. Existence plánů osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání pracovníků, omezení administrativní zátěže, umožnění omezení pracovního úvazku a samozřejmě průběžná supervize.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Na základě poznatků uvedených v teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na oblast pracovního klimatu, jeho vnímání a možnostmi prevence z pohledu sestry a organizace, které jsou dávány do souvislosti se syndromem vyhoření a snažila se je porovnat ve dvou regionálních nemocnicích.

3.1 Hlavní problém

Jako hlavní koncepční problém jsem si stanovila tento: Je věnována dostatečná pozornost syndromu vyhoření, jeho projevům a prevenci v obou nemocnicích stejně?

3.1.1 Dílčí problémy

V návaznosti na hlavní problém jsem si stanovila problémové otázky, které korespondují s následnými hypotézami a dílčími cíli.

Problém č. 1: Má výše vzdělání vliv na výskyt syndromu vyhoření?

Problém č. 2: Mají sestry povědomí o syndromu vyhoření a jeho příznacích?

Problém č. 3: Je pracovní klima a spokojenost sester v regionech rozdílná?

Problém č. 4: Věnují sestry a nemocnice dostatečnou pozornost prevenci syndromu vyhoření?

K výše uvedeným dílčím problémům jsem si stanovila tyto hypotézy.

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že s vyšším a požadovaným vyšším vzděláním budou narůstat projevy syndromu vyhoření.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že sestry mají povědomí o syndromu vyhoření, které však není dostatečné a cítí se více jak z 50% psychicky nebo fyzicky vyčerpány.

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že pracovní klima a spokojenost sester v regionech nemá vliv na syndrom vyhoření.

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že více jak 50 % respondentů bude znát osobní možnosti prevence a pojmy Balintovská skupina a supervize bez rozdílu regionu.

3.2 Cíl průzkumu

Hlavním cílem průzkumu je zjistit aktuální subjektivní pohled na syndrom vyhoření a na jeho povědomí u všeobecných sester ze dvou regionálních nemocnic a vzájemně je porovnat.

3.2.1 Dílčí cíle průzkumu

Vzhledem k širokému spektru zkoumané problematiky jsem si stanovila cíle dílčí, které jsou úzce spjaty s dílčími hypotézami výzkumného šetření.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zda má výše vzdělání vliv na rozvoj syndromu vyhoření.

Dílčí cíl č. 2: Zmapovat, zda jsou vědomosti všeobecných sester o syndromu vyhoření dostatečné a zjistit jaký je jejich fyzický a psychický stav.

Dílčí cíl č. 3: Porovnat, zda region ovlivňuje pracovní klima a spokojenost všeobecných sester na pracovištích.

Dílčí cíl č. 4: Poukázat, zda je prevence syndromu vyhoření ze strany jednotlivce i zaměstnavatele dostatečná.

3.3 Vzorek respondentů

Celý průzkum jsem prováděla v období od května do listopadu 2011 ve Fakultní nemocnici Plzeň-Lochotín a Karlovarské krajské nemocnici, a.s..

Jak již vyplývá z názvu mé práce, držela jsem se zásad výzkumného procesu s prvky srovnávací studie. Podstatou srovnávací studie je myšlenka vzájemného srovnávání dvou i více subjektů se stejným zaměřením a za stejných podmínek. Vycházela jsem z podstaty „benmarchingu“ neboli porovnávacího ukazatele.

Stejně podmínky pro šetření byly dodrženy z pohledu kapacity oddělení, počtu pracujících sester a vybavení pracovišť na jednotlivých standardních odděleních a zaměření operačních výkonů na operačních sálech. Vzhledem k tomu, že jsem při mapování situace před samotným šetřením obdržela od náměstkyně ošetrovatelské péče z Karlovarské krajské nemocnice, a.s. informaci, že na mnou vytipovaných pracovištích nepracují muži, nezařazovala jsem otázku na pohlaví a ve Fakultní nemocnici v Plzni jsem vybrala oddělení, kde je výhradně ženský kolektiv.

Ve Fakultní nemocnici v Plzni na Lochotíně jsem prováděla dotazníkovou metodu šetření na dvou stanicích 1. Interní kliniky, na dvou stanicích a jedné jednotce intenzivní

péče Chirurgické kliniky a na Centrálních operačních sálech v prvním nadzemním a prvním podzemním podlaží. Na každém úseku jsem rozdala 20 dotazníků a celkem bylo osloveno ve Fakultní nemocnici 60 respondentů. Návratnost byla celkem 55 dotazníků, tj. 91,6%. Z toho po 100% jich bylo z Chirurgické kliniky a z Centrálních operačních sálů, tj. celkem 40 dotazníků. Z 1. Interní kliniky byla návratnost 75%, tj. 15 dotazníků.

V Karlovarské krajské nemocnici, a.s. jsem rozdala 20 dotazníků na dvou srovnatelných stanicích interního oddělení, dalších 20 dotazníků na dvou podobných stanicích a jednom pokoji intenzivní péče chirurgického oddělení. Posledních 20 dotazníků jsem rozdala po sedmi na chirurgickém, po sedmi na gynekologickém operačním sále a zbylých šest na operačním sále ušního, nosního a krčního oddělení. Operační trakt není jako ve Fakultní nemocnici pod centrálním vedením, ale náleží pod primariát daného oddělení. Návratnost byla 50 dotazníků, tj. 83,3%. Z toho po 100% bylo z chirurgického a interního oddělení, z operačních sálů byla návratnost 10 dotazníků, tj. 50%. Z toho byla 100% návratnost z chirurgických operačních sálů, tj. 7 a 50% návratnost ze sálů ušního, nosního a krčního oddělení, tj. 3. Z gynekologického operačního sálu byla návratnost 0%, tj. 0 dotazníků.

Celková návratnost z obou nemocnic byla 105 dotazníků ze 120 distribuovaných, tj. 87,5%.

Jednotlivá oddělení jsem vybírala záměrně z důvodu dodržení stejných podmínek pro srovnání obou regionů. E-mailové schválení pro prováděná šetření jsem měla náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči obou nemocnic a nápomocny mi byly staniční nebo vrchní sestry výše zmiňovaných oddělení nebo klinik.

Tabulka č. 1 Návratnost dotazníků

Nemocnice	Chirurgická oddělení		Interní oddělení		Operační sály		CELKEM	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
FN Plzeň	20	100%	15	75%	20	100%	55	91,6%
KKN, a.s.	20	100%	20	100%	10	50%	50	83,3%
CELKEM	40	100%	35	87,5%	30	75%	105	87,5%

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost, FN – Fakultní nemocnice, KKN – Karlovarská krajská nemocnice

3.4 Metody průzkumu

Dotazník, který jsem použila ve své práci, jsem sestavila dle vlastní konstrukce. Použila jsem ho z důvodu, že umožňuje poměrně snadno, rychle a ekonomicky získat informace od většího počtu respondentů. Při sestavování dotazníku jsem pečlivě vážila volbu a obsah jednotlivých položek. Rozdělila jsem ho do tří okruhů. První okruh byl obecný s dotazy na věk, délku praxe, dosažené vzdělání a současné studium. Druhá část byla zaměřena na pracovní klima, momentální psychickou i fyzickou pohodu a poslední okruh se týkal prevence. Celkem soubor obsahoval 19 číslovaných otázek a jednu volnou, nečíslovanou s možností nepovinného vyjádření. Součástí byly i tři otázky filtrační. Na otázky respondenti odpovídali písemně. Připojila jsem jednoduché slovní vysvětlení ohledně účelu průzkumu. Vzor nevyplněného dotazníku uvádím v příloze č.1.

Do dotazníku jsem zařadila položky uzavřené, kdy respondenti vybírali předem připravené odpovědi a sumační postojové škály. Dále jsem volila položky otevřené jak s prvky postojového hodnocení, kdy respondenti měli možnost vyjádřit své subjektivní pocity procenty, tak doplněním svého názoru. Volbou těchto typů otázek byla skutečnost, že při předvýzkumu u 20 tazatelů v měsíci dubnu 2011, byly standardní postojové škály zavádějící (respondenti dopisovali číselnou osu) a tím by neměly v hlavním šetření očekávanou vypovídající hodnotu vzhledem ke stanoveným cílům, problémům a hypotézám.

3.5 Zpracování údajů

K analýze otázek, následnému ověřování cílů, problémů a hypotéz jsem použila statistickou veličinu četnosti. Četnost je absolutní nebo relativní a udává, kolik hodnot daného znaku se vyskytuje v daném souboru. Absolutní četnost hodnoty statistického znaku „z“ udává počet výskytů znaku „z“ ve statistickém souboru „S“. Relativní četnost udává kolik procent hodnot znaku ze statistického souboru je rovno hodnotě „z“.

Vypočítávala jsem ji dle vzorce: $r = z_a / |S|$, kdy „ z_a “ je absolutní četnost znaku „z“ a „ $|S|$ “ je rozsah statického souboru neboli počet prvků.

3.5.1 Zpracování jednotlivých otázek dotazníku

Otázka č. 1

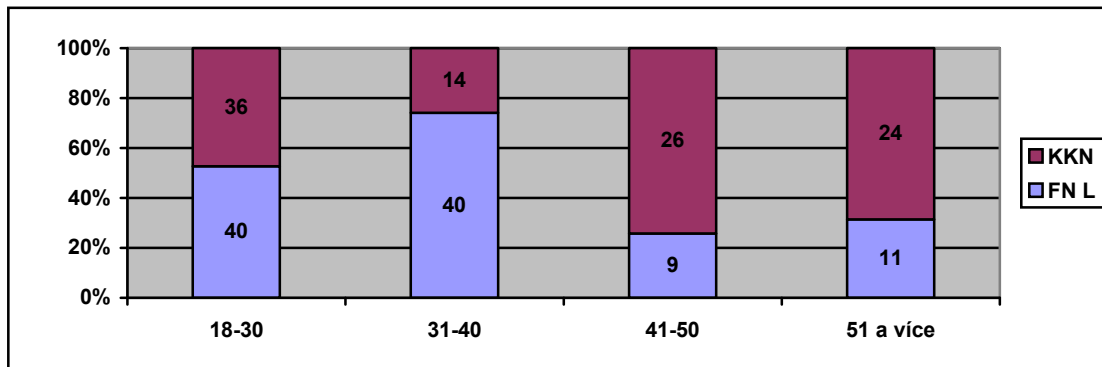
Je Vám: ● 18-30 let, ● 31-40 let, ● 41-50 let, ● 51 let a více

Tabulka č. 2 Věkové rozložení

Věk	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interna		Operační sály		Chirurgie		Interna		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
18-30	9	45%	6	40%	7	35%	9	45%	7	35%	2	20%
31-40	6	30%	7	46,6%	9	45%	5	25%	0	0%	2	20%
41-50	1	5%	1	6,7%	3	15%	1	5%	8	40%	4	40%
51 a více	4	20%	1	6,7%	1	5%	5	25%	5	25%	2	20%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%					

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 1 Celkové % věkové rozložení v jednotlivých nemocnicích



Jak vyplývá z výsledků tabulky č. 2 a grafu č. 1 je nejvíce početná věková skupina mezi 18–30 lety. Z obou nemocnic je v této věkové kategorii zastoupeno 40 respondentů z celkového počtu 105. Nejméně zastoupená věková skupina je mezi 41-50 lety (celkem 18), z čehož jich je 13 z Karlovarské krajské nemocnice, a.s.. Ve věkové kategorii 31-40 let je celkem 29 respondentů, přičemž je 22 sester z fakultní nemocnice, oproti kategorii od 51 let a více, kdy z celkového počtu 18 sester jich je jen 6. Celkově v 80% je nejvíce početně zastoupená věková kategorie 18-40 let ve Fakultní nemocnici Plzeň. V Karlovarské krajské nemocnici je tato věková skupina zastoupena v 50% a v 50% ve věkové kategorii od 41 let.

Otázka č. 2

Jak dlouho pracujete na Vašem současném pracovišti?

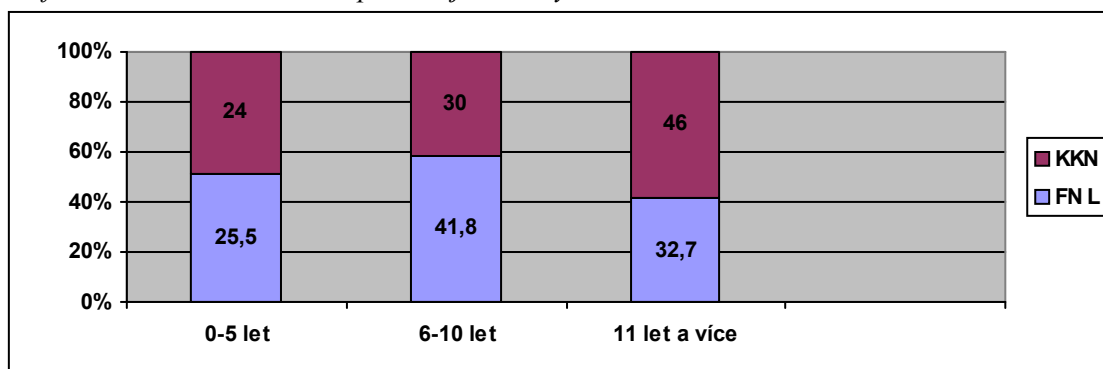
- 0-5 let, • 6-10 let, • 11 let a více

Tabulka č. 3 Délka práce

Praxe	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interna		Operační sály		Chirurgie		Interna		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
0-5 let	5	25%	2	13,4%	7	35%	4	20%	6	30%	2	20%
6-10 let	10	50%	9	59,9%	4	20%	7	35%	4	20%	4	40%
11 a více	5	25%	4	26,7%	9	45%	9	45%	10	50%	4	40%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%					

Legenda: AČ– absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 2 Celkové % rozložení praxe v jednotlivých nemocnicích



Z předložených údajů je patrné, že největší délka praxe na současném pracovišti je 11 let a více. Z celkového počtu 105 respondentů jich pracuje 41, tj. 39%. Více (23) je z Karlovarské krajské nemocnice, a.s. a 18 z Fakultní nemocnice Plzeň. Praxe na jednom oddělení v délce 6-10 let je zastoupena 38 sestrami, přičemž z nich je 23 z plzeňské nemocnice a 15 z karlovarské. Praxe do pěti let je zastoupena v obou nemocnicích téměř shodně (14 FN X 12 KKN). Doba praxe sester na současných pracovištích odpovídá věkovému rozložení a lze usuzovat, že fluktuace je minimální.

Otázka č. 3

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

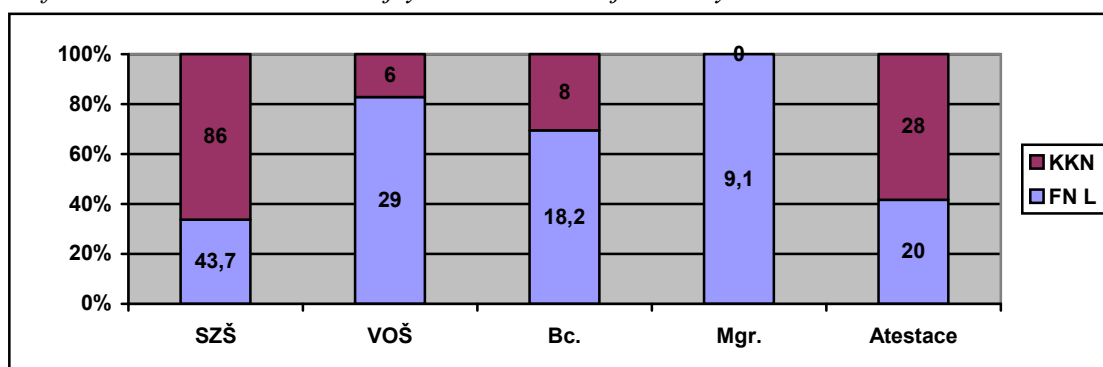
- SZŠ, • VOŠ, • Bc., • Mgr., • a máte atestaci v oboru (doplňte)

Tabulka č. 4 Přehled dosaženého vzdělání

Vzdělání	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interna		Operační sály		Chirurgie		Interna		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
SZŠ	8	40%	5	33,3%	11	55%	18	90%	15	75%	10	100%
VOŠ	4	20%	7	46,7%	5	25%	1	5%	2	10%	0	0%
Bc.	6	30%	3	20%	1	5%	1	5%	3	15%	0	0%
Mgr.	2	10%	0	0%	3	15%	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%	
Atestace	AČ 11		RČ 20%		AČ 14		RČ 28%		AČ 14		RČ 28%	

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost, atestace z celkového počtu

Graf č. 3 Celkové % rozložení nejvyššího vzdělání v jednotlivých nemocnicích



Z výsledků jednoznačně vyplývá, že nejvíce zastoupené je středoškolské vzdělání. Ze 105 respondentů ho má 67, tj. 63,8%. V Karlových Varech je to 43 a v Plzni 24 sester. Vyšší odbornou školu absolvovalo celkem 19 respondentů, z toho 16 ve fakultní a 3 v karlovarské nemocnici. Bakalářského vzdělání dosáhlo celkem 14 sester, z toho 4 ve Varech a 10 v Plzni. Magisterské vzdělání patří jednoznačně Fakultní nemocnici (5). Atestovaných sester je celkem 25, z toho 11 v Plzni a 14 v Karlových Varech. Zastoupení atestací je následující: instrumentování 16x, chirurgie 4x, interna 2x, intenzivní péče 2x. Poslední dvě jmenované atestace jsou zastoupeny jen v Karlových Varech. Statisticky nepoměrné je zastoupení vzdělání na operačních sálech v Karlových Varech, kde mají všechny dotázané středoškolské vzdělání, 8 z nich má atestaci. Ve

Fakultní nemocnici má 11 sester středoškolské, 5 vyšší odborné vzdělání, 1 bakalářské a 3 magisterské. Atestovaných v instrumentování je v Plzni 9, z toho 1 v chirurgii.

Otázka č. 4

Studujete v současné době?

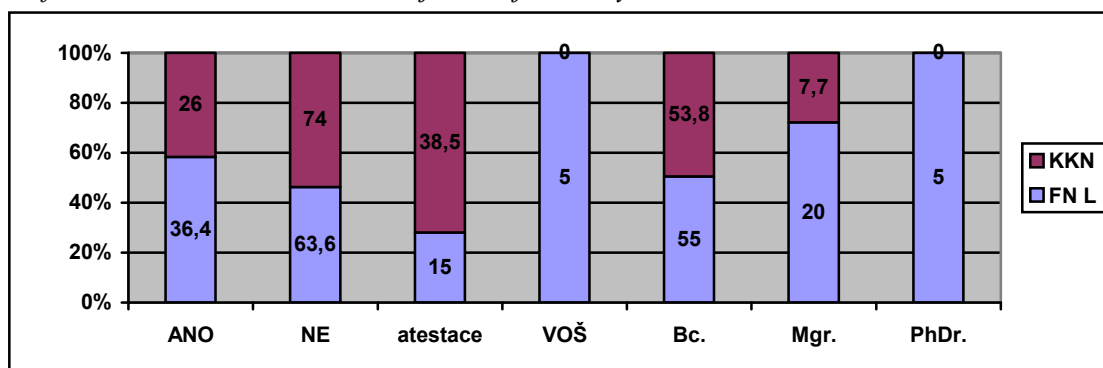
- ano prosím, doplňte co studujete, • ne

Tabulka č. 5 Přehled studujících

Studium	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interna		Operační sály		Chirurgie		Interna		Operační sály	
	AČ	RC	AČ	RC	AČ	RC	AČ	RC	AČ	RC	AČ	RC
Ano	6	30%	8	53,3%	6	30%	7	35%	4	20%	2	20%
Ne	14	70%	7	46,7%	14	70%	13	65%	16	80%	8	80%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RC 100%		AČ 50		RC 100%					
atestace	2	33,4%	0	0%	1	16,6	3	42,8%	0	0%	2	100%
VOŠ	1	16,6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Bc.	2	33,4%	5	62,5%	4	66,8	4	57,2%	3	75%	0	0%
Mgr.	0	0%	3	37,5%	1	16,6	0	0%	1	25%	0	0%
PhDr.	1	16,6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	6	100%	8	100%	6	100%	7	100%	4	100%	2	100%

Legenda: AČ – absolutní četnost, RC – relativní četnost

Graf č. 4 Celkové % rozložení studujících v jednotlivých nemocnicích



Ze 105 oslovených respondentů jich studuje 33. Z toho 20 v nemocnici Plzeň a 13 v Karlových Varech. Nejvíce je zastoupené bakalářské vzdělání, které je studováno v 18 případech a je téměř procentuelně shodné v obou nemocnicích. Dále se jedná o

atestační, které je více zastoupeno v karlovarské nemocnici a jedná se o návaznost na středoškolské studium. Magisterské studium je zastoupeno v pěti případech. Vyšší odborné a rigorózní studium je realizováno pouze v Plzni.

Otázka č. 5

Jste nucena svým zaměstnavatelem studovat?

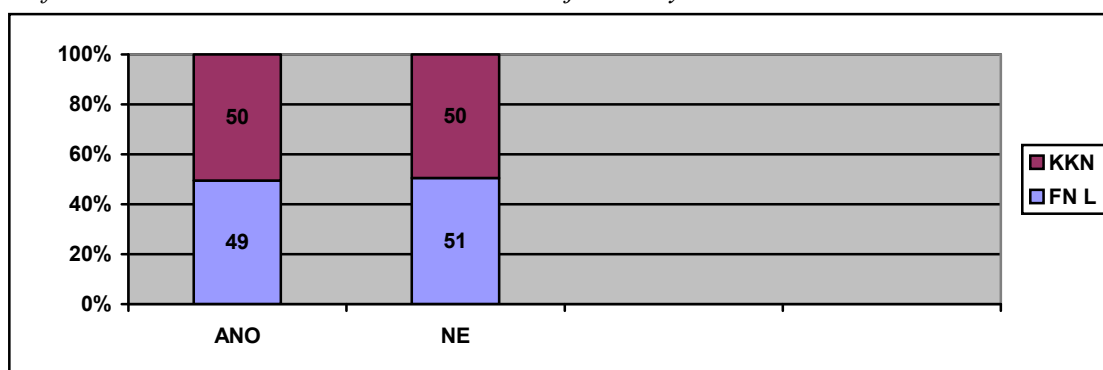
- ano, • ne

Tabulka č. 6 Přehled nutnosti studia

Nutnost	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interna		Operační sály		Chirurgie		Interna		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Ano	12	60%	2	13,3	13	65%	12	60%	9	45%	4	40%
Ne	8	40%	13	86,7%	7	35%	8	40%	11	55%	6	60%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%					

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 5 Celkové % rozložení nutnosti studia v jednotlivých nemocnicích



Jak je patrné jsou výsledky z obou nemocnic téměř shodné. Záporné odpovědi byly převážně od respondentů, kteří již mají dosažené vyšší vzdělání, vč. atestace, než středoškolské nebo byli ve věkové kategorii od 51 let a více. Z toho vyplývá, že se nároky na vzdělání sester ze strany zaměstnavatele neustále zvyšují. Výjimku tvořily čtyři sestry, po kterých není zaměstnavatelem vyšší studium požadováno, ale přesto studují. Jedná se o studium magisterské a rigorózní. Ve třech případech to byly „nelékaři“ z Fakultní nemocnice Plzeň.

Otázka č. 6

Z kolika procent se cítíte být spokojena na současném pracovišti?

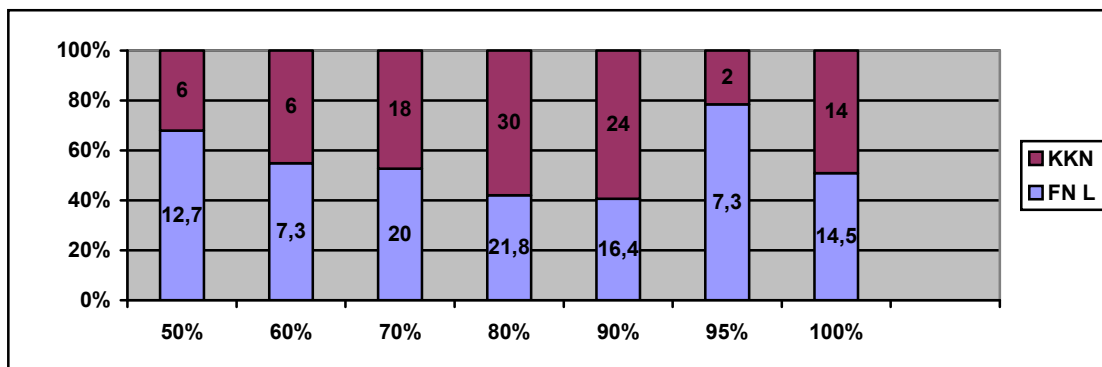
- (uveďte počet procent)

Tabulka č. 7 Přehled spokojenosti na současném pracovišti

Spokojenost	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interna		Operační sály		Chirurgie		Interna		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Z 50%	3	15%	0	0%	4	20%	1	5%	2	10%	0	0%
Z 60%	1	5%	2	13,3%	1	5%	0	0%	1	5%	2	20%
Z 70%	3	15%	5	33,4%	3	15%	3	15%	4	20%	2	20%
Z 80%	5	25%	3	20%	4	20%	10	50%	3	15%	2	20%
Z 90%	4	20%	0	0%	5	25%	4	20%	6	30%	2	20%
Z 95%	1	5%	2	13,3%	1	5%	1	5%	0	0%	0	0%
Ze 100%	3	15%	3	20%	2	10%	1	5%	4	20%	2	20%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%					

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 6 Celkové % rozložení spokojenosti na pracovištích v jednotlivých nemocnicích



Potěšující je, že nikdo z oslovených respondentů není na současném pracovišti spokojen z méně jak 50%. Z 50% byly nespokojené sestry v 10 případech, z toho v 7 v Plzni. V 60% je spokojenost v 7 a v 70% již ve 20 případech. Nejvíce spokojenosti je 80% - 100%. V 33 případech je to ve Fakultní nemocnici Plzeň a v 35 v Karlovarské krajské nemocnici, a.s. Věk a délka praxe nesehrávaly rozdíl v procentuelní volbě.

FILTR: Na tuto otázku odpovídají pouze sestry, které pracují na operačních sálech.
Ostatní pokračují otázkou č. 8.

Otázka č. 7

Chybí Vám komunikace s pacienty?

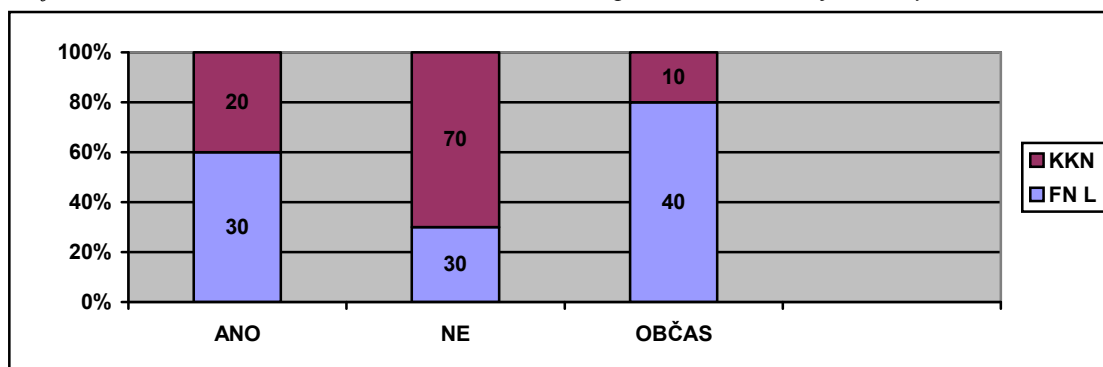
- ano, • ne, • občas

Tabulka č. 8 Absence komunikace s pacienty na operačních sálech

Operační sály	FN Plzeň		KKN		CELKEM	
Komunikace	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Ano	6	30%	2	20%	8	26,6%
Ne	6	30%	7	70%	13	43,4%
občas	8	40%	1	10%	9	30%
CELKEM	20	100%	10	100%	30	100%

Legenda: AČ– absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 7 Celkové % rozložení absence komunikace na operačních sálech v jednotlivých nemocnicích



Z výsledku je patrné, že v obou nemocnicích ve 43,3% nechybí sestřím na operačních sálech komunikace s pacienty, ve 30% jim chybí občas a v 26,6% ji úplně postrádají. Rozdílné výsledky jsou v Plzni a v Karlových Varech. Ve 14 případech komunikace s pacienty chybí zcela nebo občas v Plzni a pouze ve 3 případech ve Varech. Opět zde v odpovědích nesehrával roli věk ani délka praxe.

FILTR: Na tuto otázku odpovídají pouze sestry, které pracují u lůžka na oddělení. Ostatní pokračují otázkou č. 9.

Otázka č. 8

Obtěžuje Vás komunikace s pacienty nebo jejich rodinami?

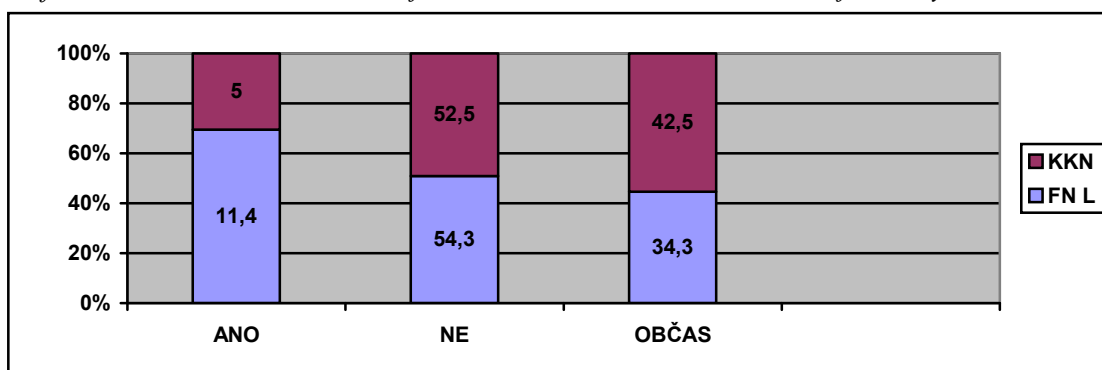
- ano, • ne, • občas

Tabulka č. 9 Obtěžující komunikace s pacienty na standardních odděleních

Komunikace	Fakultní nemocnice Plzeň				Karlovarská krajská nemocnice				CELKEM	
	Chirurgie		Interna		Chirurgie		Interna		AČ	RČ
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Ano	2	10%	2	13,3%	0	0%	2	10%	6	8%
Ne	8	40%	11	73,4%	11	55%	10	50%	40	53,3%
občas	10	50%	2	13,3%	9	45%	8	40%	29	38,7%
CELKEM	20	100%	15	100%	20	100%	20%	100%	75	100%

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 8 Celkové % rozložení obtěžující komunikace na standardních odd. v jednotlivých nemocnicích



Na standardních odděleních v obou nemocnicích neobtěžuje sestry komunikace v 53,3%. Rozdíly mezi nemocnicemi jsou nepatrné. Občas je komunikace s pacienty a jejich rodinami obtížná pro 12 sester ve Fakultní nemocnici Plzeň a pro 17 v nemocnici v Karlových Varech. Tuto odpověď uvedla většina respondentů ve věku od 41 let. Obtěžující je pro 8 sester, z toho pro 4 z 35 dotázaných v Plzni a pro 2 ze 40 sester v Karlových Varech.

Otázka č. 9

Považujete Váš kolektiv za přátelský?

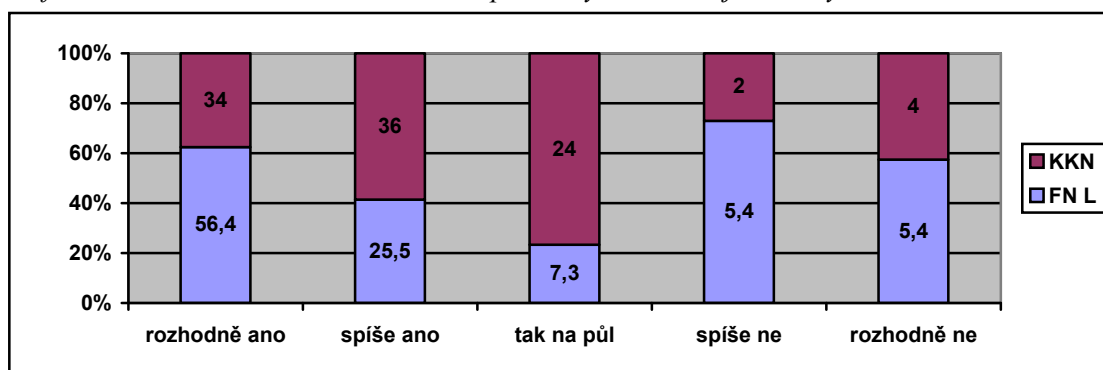
- rozhodně ano, • spíše ano, • tak na půl, • spíše ne, • rozhodně ne

Tabulka č. 10 Přehled názorů na přátelský kolektiv

Kolektiv	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interná		Operační sály		Chirurgie		Interná		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
rozhodně ano	12	60%	6	40%	13	65%	10	50%	5	25%	2	20%
spíše ano	3	15%	6	40%	5	25%	7	35%	7	35%	4	40%
tak na půl	2	10%	2	13,4%	0	0%	3	15%	6	30%	3	30%
spíše ne	2	10%	1	6,6%	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%
rozhodně ne	1	5%	0	0%	2	10%	0	0%	2	10%	0	0%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%					

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 9 Celkové % rozložení názorů na přátelský kolektiv v jednotlivých nemocnicích



Z výsledků vyplývá, že 48 dotázaných z celkového počtu 105 respondentů považuje kolektiv na pracovišti za rozhodně přátelský, z toho je jich 31 ve Fakultní nemocnici Plzeň. Za spíše přátelský ho považuje 32 respondentů, z toho 18x byla tato odpověď uvedena v Karlovarské krajské nemocnici, a.s.. Z poloviny ho označilo za přátelský celkem 16 respondentů, z čehož bylo 12 sester v Karlových Varech. Za spíše nepřátelský nebo zcela nepřátelský byl označen v obou nemocnicích v 9 případech, z toho 6x v Plzni. Překvapivé je, že všechny tyto dotázané sestry byly ve věkové kategorii od 18 do 30 let a na všech typech oddělení.

Otázka č. 10

Domníváte se, že je chování vašich nadřízených vůči podřízeným spravedlivé?

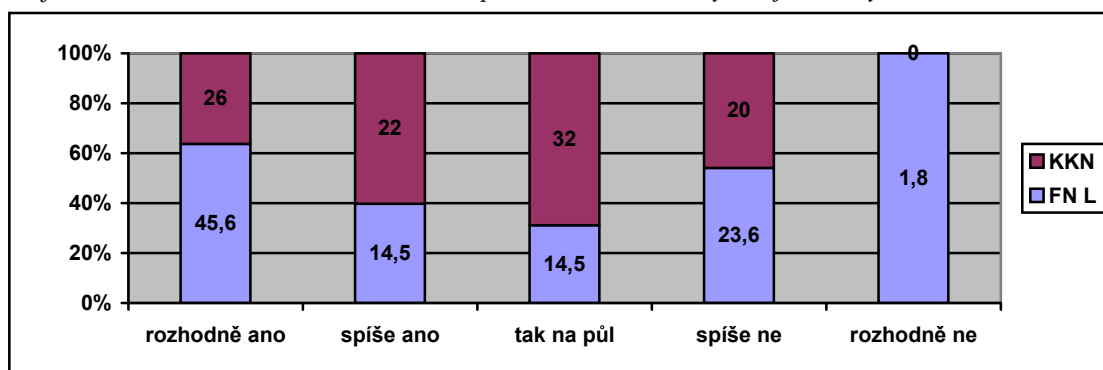
- rozhodně ano, • spíše ano, • tak na půl, • spíše ne, • rozhodně ne

Tabulka č. 11 Přehled názorů na spravedlivost chování nadřízených

Kolektiv	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interná		Operační sály		Chirurgie		Interná		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
rozhodně ano	8	40%	6	40%	11	55%	5	25%	6	30%	2	20%
spíše ano	4	20%	1	6,6%	3	15%	4	20%	3	15%	4	40%
tak na půl	4	20%	4	26,7%	0	0%	6	30%	7	35%	3	30%
spíše ne	4	20%	4	26,7%	5	25%	5	25%	4	20%	1	10%
rozhodně ne	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55				RČ 100%		AČ 50				RČ 100%	

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 10 Celkové % rozložení názorů na spravedlivost nadřízených v jednotlivých nemocnicích



Za rozhodně a spíše spravedlivé chování nadřízených vůči podřízeným považuje z obou nemocnic 57 (tj. 54,3%) sester, z toho 33 z plzeňské nemocnice. Za spravedlivé tak na půl ho považuje 8 respondentů z fakultní nemocnice a 16 v Karlových Varech. Za spíše nespravedlivé ho označilo 33 dotázaných. Poměr těchto odpovědí byl z obou nemocnic téměř stejný. Pouze jedna sestra z plzeňských operačních sálů vidí chování nadřízených za rozhodně nespravedlivé, přičemž 14 z 20 sester ze stejného oddělení ho ohodnotilo jako kladné.

Otázka č. 11

Je brán ohled staniční nebo vrchní sestrou na Vaše soukromé požadavky?

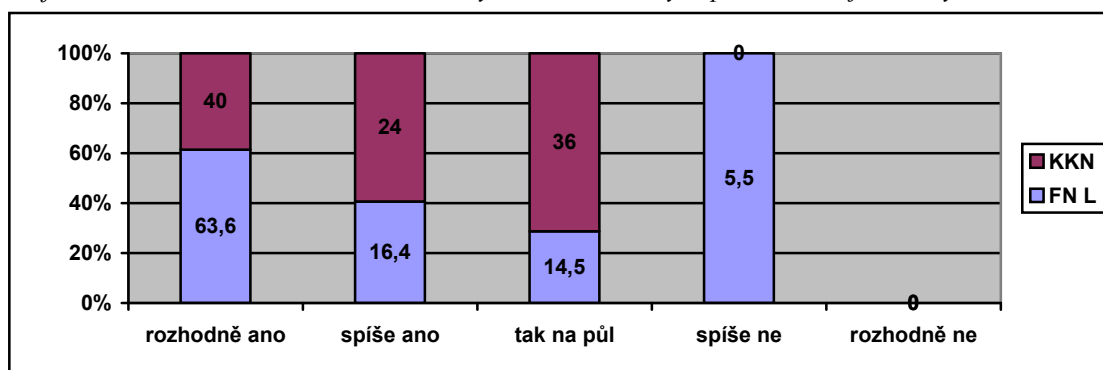
- rozhodně ano, • spíše ano, • tak na půl, • spíše ne, • rozhodně ne

Tabulka č. 12 Přehled názorů na ohled týkající se soukromých požadavků

	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interná		Operační sály		Chirurgie		Interná		Operační sály	
Kolektiv	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
rozhodně ano	14	70%	6	40%	15	75%	9	45%	6	30%	5	50%
spíše ano	4	20%	2	13,3%	3	15%	4	20%	5	25%	3	30%
tak na půl	1	5%	5	33,4%	2	10%	7	35%	9	45%	2	20%
spíše ne	1	5%	2	13,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
rozhodně ne	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%	

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 11 Celkové % rozložení názorů na vyhovění soukromých požadavků v jednotlivých nemocnicích



Ohled staničních nebo vrchních sester na soukromé požadavky respondentů jsou v obou nemocnicích respektovány v 72,3%, kdy 76 sester odpovědělo rozhodně nebo spíše ano. V 44 případech to bylo ve Fakultní nemocnici Plzeň. Tak na půl je vyhověno 26 dotazovaným, z toho 18x v Karlových Varech. Rozhodně ne neodpověděla žádná ze sester z obou nemocnic a spíše ne jen 3 ze standardních oddělení v Plzni. Ze zjištěných údajů v předchozí otázce a vzájemným porovnáním s touto vyplývá, že nespravedlivé chování nadřízených vůči podřízeným není vesměs respondenty vnímáno ze strany staničních sester.

Otázka č. 12

Jsou na vašem pracovišti dodržovány kompetence sester?

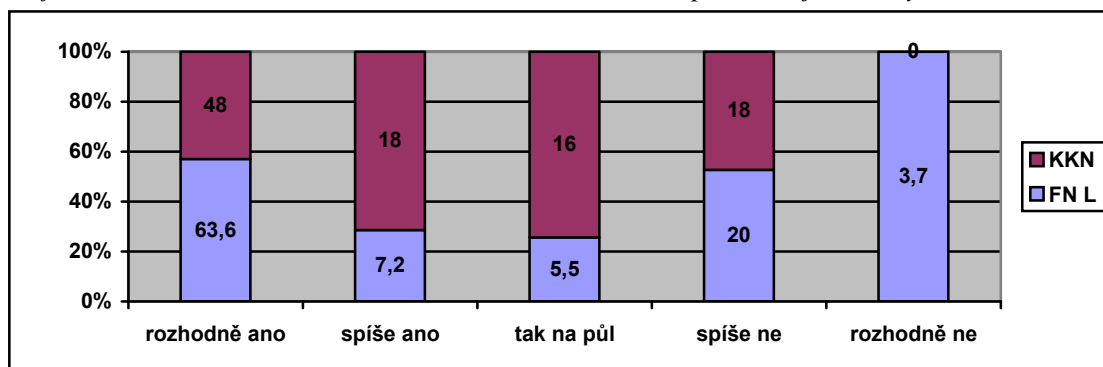
- rozhodně ano, • spíše ano, • tak na půl, • spíše ne, • rozhodně ne

Tabulka č. 13 Přehled názorů na dodržování kompetencí

Kompetence	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interná		Operační sály		Chirurgie		Interná		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
rozhodně ano	14	70%	6	40%	15	75%	12	60%	9	45%	3	30%
spíše ano	2	10%	1	6,7%	1	5%	2	10%	4	20%	3	30%
tak na půl	1	5%	2	13,3%	0	0%	2	10%	3	15%	3	30%
spíše ne	3	15%	4	26,7%	4	20%	4	20%	4	20%	1	10%
rozhodně ne	0	0%	2	13,3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55			RČ 100%			AČ 50			RČ 100%		

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 12 Celkové % rozložení názorů na dodržování kompetencí v jednotlivých nemocnicích



Kompetence sester jsou dodržovány v 72 případech, tj. 68,6%. Tuto odpověď uvedlo 39 respondentů z Fakultní nemocnice Plzeň a 33 z Karlovarské krajské nemocnice, a.s.. Tak na půl jsou kompetence dodržovány dle 11 dotazovaných, tj. 10,5%. Spíše ne uvedly sestry ve 20 případech a rozhodně nejsou kompetence dodržovány na interním oddělení v Plzni, kde tuto možnost zvolily 2 sestry.

Otázka č. 13

Máte možnost při provozních poradách vyjádřit svoji nespokojenost?

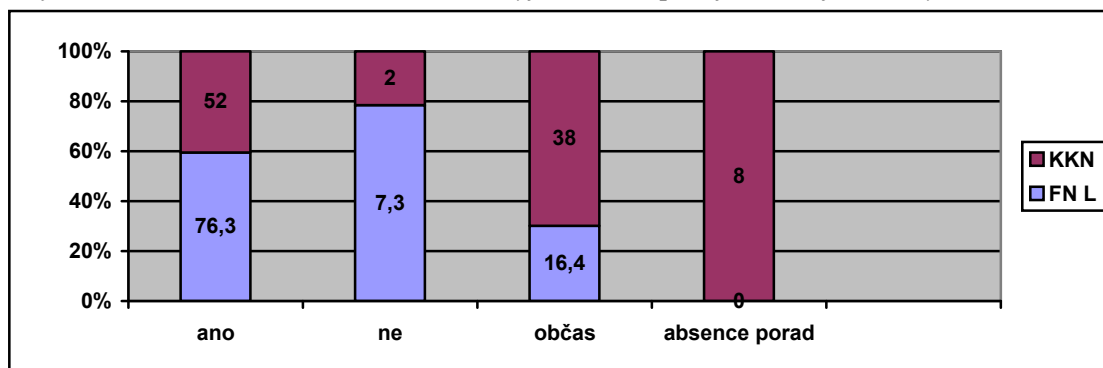
- ano, • ne, • občas, • provozní poradady nemáme,

Tabulka č. 14 Přehled názorů na vyjádření nespokojenosti při poradách

Porady	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interna		Operační sály		Chirurgie		Interna		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
ano	16	80%	12	80%	14	70%	14	70%	10	50%	2	20%
ne	0	0	2	13,4%	2	10%	0	0%	1	5%	0	0%
občas	4	20%	1	6,6%	4	20%	6	30%	7	35%	6	60%
absence porad	0	0%	0	0%	0%	0%	0	0%	2	10%	2	20%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%					

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 13 Celkové % rozložení názorů na vyjádření nespokojenosti v jednotlivých nemocnicích



Z výsledků vyplývá, že možnost vyjádřit vždy nespokojenost při provozních poradách má 68 dotazovaných, tj. 64,8%. Z toho jich je 42 z Plzně a 26 z Karlových Varů. Občas má tuto možnost vyjádřit 28 dotazovaných, tj. 26,7%. V Karlových Varech uvedlo tuto odpověď 19 sester. Nemožnost vyjádření názoru bylo v 5 případech, z toho 4x v Plzni na operačních sálech a interním oddělení. Zajímavý je výsledek poslední položky odpovědi a to, zda je absence provozních porad. V Karlových Varech uvedly tuto možnost pouze 4 sestry z interního oddělení a operačních sálů.

Otázka č. 14

Momentálně se fyzicky a psychicky:

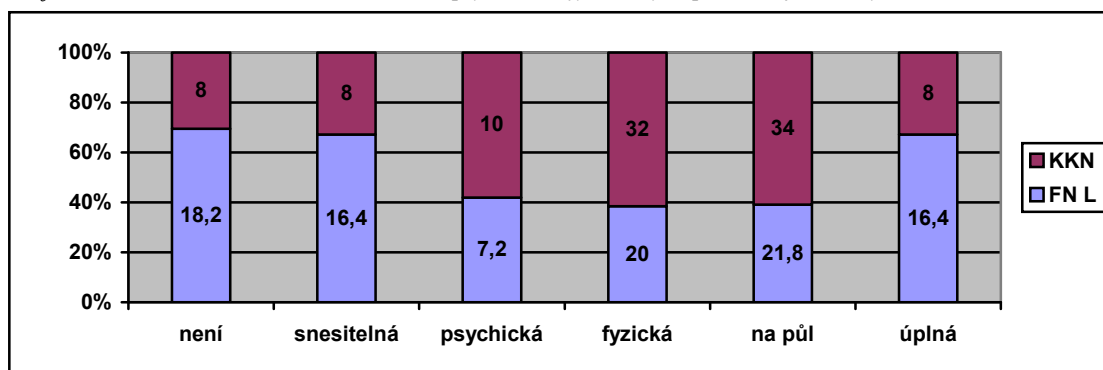
- necítím vůbec vyčerpaná, • cítím vyčerpaná, ale ve snesitelné míře, • cítím vyčerpaná spíše psychicky, • cítím vyčerpaná spíše fyzicky, • cítím vyčerpaná tak na půl, • cítím zcela vyčerpaná

Tabulka č. 15 Přehled momentální psychické a fyzické vyčerpanosti

Vyčerpanost	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interná		Operační sály		Chirurgie		Interná		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
není	4	20%	2	13,4%	4	20%	0	0%	3	15%	1	10%
snesitelná míra	3	15%	3	20%	3	15%	3	15%	0	0%	1	10%
spíše psychická	1	5%	1	6,6%	2	10%	1	5%	2	10%	2	20%
spíše fyzická	2	10%	7	46,6%	2	10%	7	35%	6	30%	3	30%
tak na půl	7	35%	0	0%	5	25%	7	35%	9	45%	1	10%
úplná	3	15%	2	13,4%	4	20%	2	10%	0	0%	2	20%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%	

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 14 Celkové % rozložení momentální psychické a fyzické vyčerpanosti v jednotlivých nemocnicích



Výsledné parametry ukazují, že z celkového počtu 105 dotázaných se necítí vůbec fyzicky ani psychicky vyčerpaných či ve snesitelné míře 27 respondentů, tj. 25,7%. Z toho jich bylo 19 z plzeňské a 8 z karlovarské nemocnice. Psychická vyčerpanost byla téměř totožná v obou nemocnicích a to v 9 případech (8,6%). Naproti tomu fyzicky se cítilo vyčerpaných 27 sester (25,7%), z toho jich bylo 16 z Karlových Varů s převahou na lůžkových odděleních. Vyčerpanost psychická a fyzická byla zastoupena ve 29 případech, tj. 27,6%. Úplně vyčerpaných respondentů bylo celkem 13, z toho 9x v Plzni

a na všech odděleních. Věkové zastoupení bylo ve všech volitelných položkách s mírou vyčerpání.

Otázka č. 15

Z kolika procent se domníváte, že časté bolesti hlavy, zad a poruchy spánku jsou počátečními příznaky syndromu vyhoření?

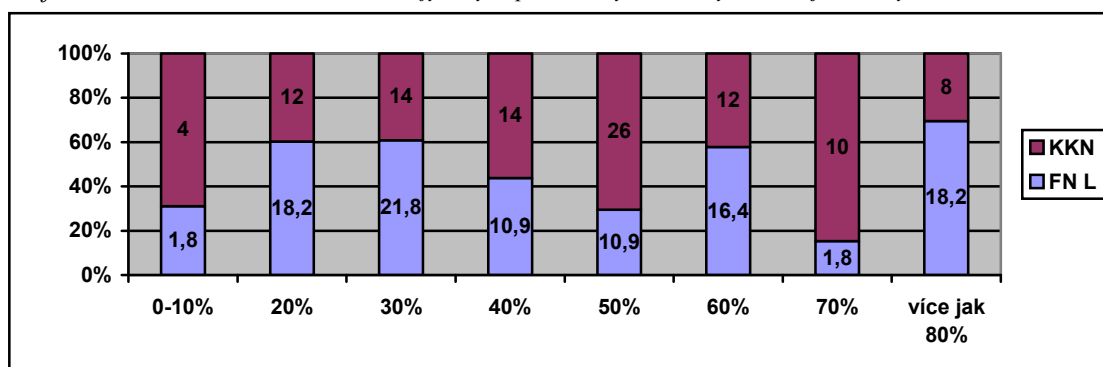
- (uved'te počet procent)

Tabulka č. 16 Přehled znalostí fyzických příznaků syndromu vyhoření

Příznaky	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interná		Operační sály		Chirurgie		Interná		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
0-10%	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	1	5%	1	10%
20%	3	15%	5	33,4%	2	10%	2	10%	0	0%	4	40%
30%	3	15%	4	26,7%	5	25%	4	20%	2	10%	1	10%
40%	1	5%	2	13,3%	3	15%	3	15%	4	20%	0	0%
50%	2	10%	2	13,3%	2	10%	7	35%	4	20%	2	20%
60%	7	35%	0	0%	2	10%	1	5%	4	20%	1	10%
70%	1	5%	0	0%	0	0%	3	15%	2	10%	0	0%
více jak 80%	3	15%	2	13,3%	5	25%	0%	0%	3	15%	1	10%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%					

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 15 Celkové % rozložení znalostí fyzických příznaků syndromu vyhoření v jednotlivých nemocnicích



Jak vyplývá z tabulky č. 16 a grafu č. 15 jsou zastoupené odpovědi do 20% v 19 případech, tj. 18% respondentů, kdy se setry domnívají, že časté bolesti hlavy, zad a poruchy spánku nemohou být fyzickými příznaky syndromu vyhoření. Z toho jich bylo

11 z nemocnice Plzeň. V rozmezí od 30% do 50% se to domnívá 51 dotázaných, tj. 48,6%. Více tyto možnosti uvedly sestry z Karlových Varů a to ve 27 případech. Zbytek, tj. 35 (33,4%) respondentů uvedlo, že výše uvedené příznaky mohou být z více jak 60% příčinou syndromu vyhoření. Odpovědi byly vcelku korespondující s otázkou č. 14, která se týkala momentální psychické a fyzické vyčerpanosti a sestry, které se cítily nějakým způsobem vyčerpané uvedly tento fakt z více jak 50%.

Otázka č. 16

Z kolika procent se domníváte, že soukromé problémy mohou ovlivnit výskyt syndromu vyhoření?

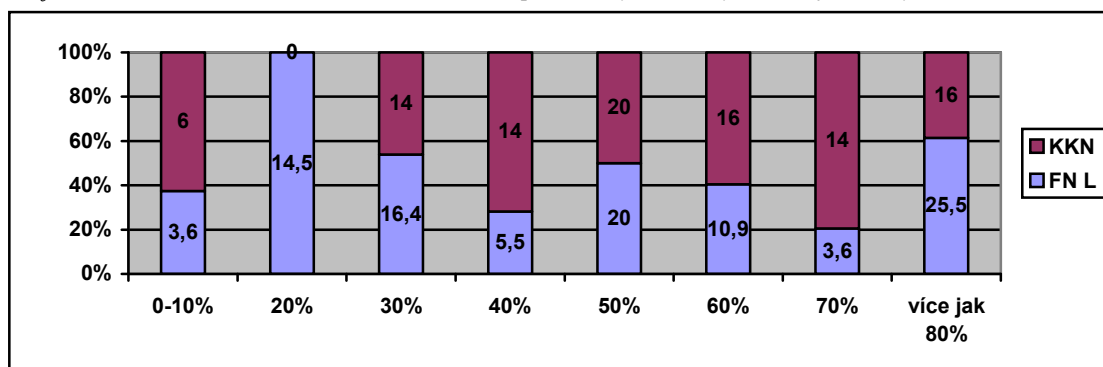
- (uved'te počet procent)

Tabulka č. 17 Přehled znalostí ostatních příznaků syndromu vyhoření

Příznaky	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interná		Operační sály		Chirurgie		Interná		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
0-10%	0	0%	0	0%	2	10%	2	10%	1	5%	0	0%
20%	1	5%	5	33,3%	2	10%	0	0%	0	0%	0	0%
30%	3	15%	3	20%	3	15%	4	20%	3	15%	0	0%
40%	1	5%	2	13,3%	0	0%	4	20%	3	15%	0	0%
50%	6	30%	1	6,7%	4	20%	4	20%	4	20%	2	20%
60%	4	20%	1	6,7%	1	5%	1	5%	4	20%	3	30%
70%	0	0%	0	0%	2	10%	3	15%	3	15%	1	10%
více jak 80%	5	25%	3	20%	6	30%	2	10%	2	10%	4	40%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%				AČ 50		RČ 100%			

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 16 Celkové % rozložení znalostí ostatních příznaků syndromu vyhoření v jednotlivých nemocnicích



Celkem 13 (12,4%) ze 105 respondentů uvedlo v odpovědích, že soukromé problémy mohou ovlivnit syndrom vyhoření do 20%. Do 50% uvedlo již tuto možnost 47 dotázaných, tj. 44,8%. Nejpočetnější skupina byla ta, která spatřuje možnost přispění soukromých problémů syndromu vyhoření ve více jak 60%. Tuto možnost zvolilo celkem 45 sester, tj. 42,8%. Jednotlivé odpovědi respondentů z obou nemocnic jsou procentuelně vyjádřeny v grafu č. 16. Z výsledků otázky č. 15 a názorů respondentů je patrné, že osobní problémy připouští ve vyšší míře než fyzické příznaky, které jsou pro ně zřejmě více zanedbatelné jako počáteční projev syndromu vyhoření.

Otázka č. 17

Jakým způsobem odpočíváte ve volném čase? (možno uvést více odpovědí)

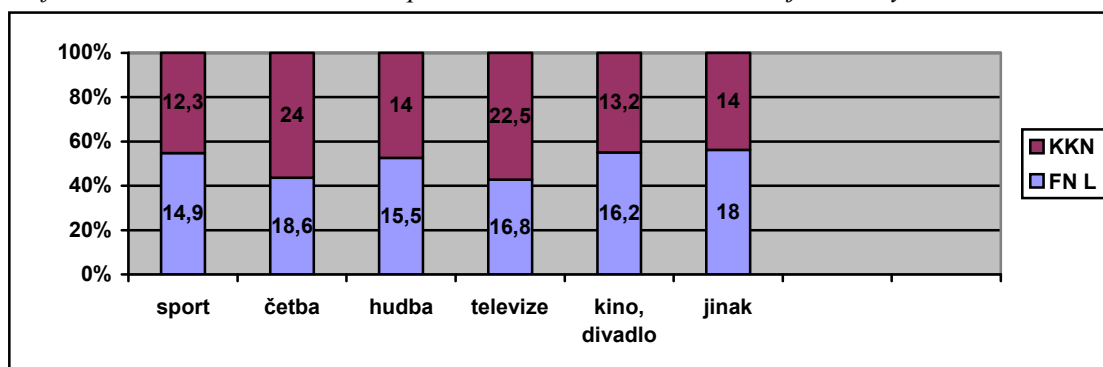
- sport, • četba, • poslech hudby, • sledování TV, • kino, divadlo, • jinak
- (prosím, uveďte jak)

Tabulka č. 18 Přehled odpočinku ve volném čase

	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interná		Operační sály		Chirurgie		Interná		Operační sály	
Odpočinek	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
sport	11	17,4	3	8,4	10	16,1	8	15,5	4	9,5	4	11,4
četba	10	15,9	8	22,2	12	19,4	11	21,1	13	30,9	7	20
poslech hudby	11	17,4	4	11,1	10	16,1	7	13,5	5	11,9	6	17,2
sledování TV	9	14,4	7	19,4	11	17,7	11	21,1	13	30,9	5	14,3
kino, divadlo	10	15,9	8	22,2	8	13	4	7,7	5	11,9	8	22,8
jinak	12	19	6	16,7	11	17,7	11	21,1	2	4,9	5	14,3
Celkem	63	100%	36	100%	62	100%	52	100%	42	100%	35	100%
CELKEM	161 AČ		RC 100%		129 AČ		RC 100%					

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 17 Celkové % rozložení odpočinku sester ve volném čase v jednotlivých nemocnicích



Celkem bylo uvedeno 290 odpovědí a z toho vyplývá, že na 105 respondentů vychází necelé tři druhy odpočinku. Z toho bylo 161 možností ve Fakultní nemocnici v Plzni a 129 v Karlovarské krajské nemocnici, a.s.. Více je jako zdroj odpočinku v Plzni preferován sport, hudba, kino či divadlo. V Karlových Varech je více preferováno sledování televize a četba. Mezi jinými možnostmi odpočinku byly shodně v obou nemocnicích uváděny procházky se psem, partnerem, manželem či dětmi. Dále víkendové relaxační pobyty, jóga, meditace, břišní tance, zumba, společenské tance a taneční zábavy. Věková kategorie od 41 let nejčastěji uváděla zájmy, záliby, práci na zahradě, hru na hudební nástroj, zpěv, ruční práce, úklid a vaření.

Otázka č. 18

Znáte pojmy Balintovská skupina nebo supervize?

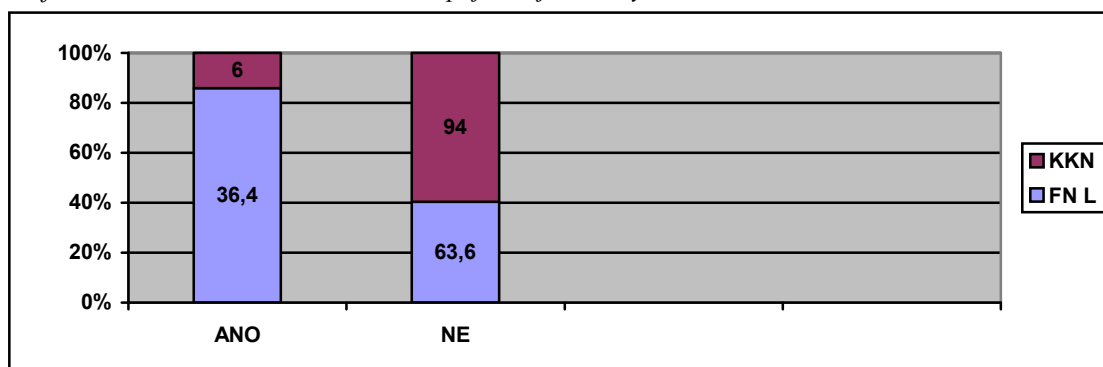
- ano, • ne

Tabulka č. 19 Přehled znalosti pojmu Balintovská skupina a supervize

Porady	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interna		Operační sály		Chirurgie		Interna		Operační sály	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
ano	11	55%	5	33,3%	4	20%	1	5%	2	10%	0	0%
ne	9	35%	10	66,7%	16	80%	19	95%	18	90%	10	100%
Celkem	20	100%	15	100%	20	100%	20	100%	20	100%	10	100%
CELKEM	AČ 55		RČ 100%		AČ 50		RČ 100%					

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 18 Celkové % rozložení znalosti pojmů v jednotlivých nemocnicích



Pojmy Balintovská skupina a supervize zná 23 sester, tj. 21,9%. Z toho bylo 20 respondentů z Plzně. Záporných odpovědí bylo celkem 82, tj. 78%, z toho 42 v Karlových Varech.

FILTR: Na tuto otázku odpovídají pouze sestry, které na otázku č. 18 odpověděly ANO

Otázka č. 19

Je Balintovská skupina nebo supervize používána v rámci možností na vašem pracovišti?

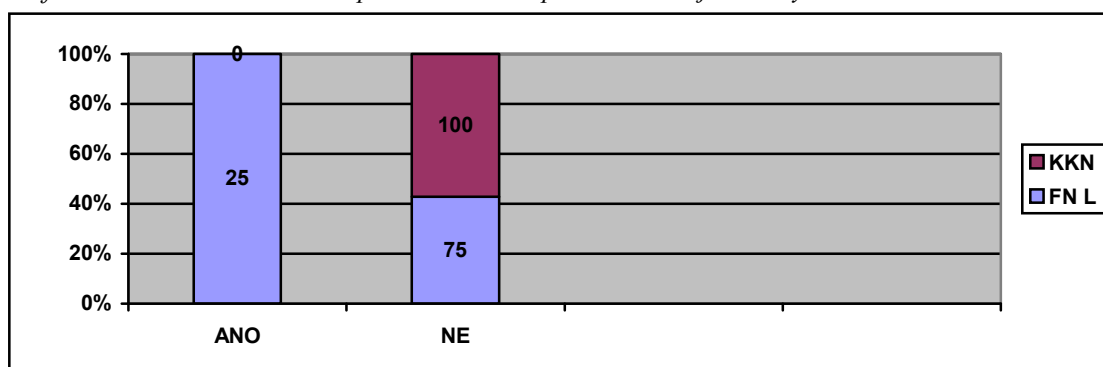
- ano, • ne

Tabulka č. 20 Přehled použití Balintovských skupin a supervize na pracovištích

	Fakultní nemocnice Plzeň						Karlovarská krajská nemocnice					
	Chirurgie		Interna		Operační sály		Chirurgie		Interna		Operační sály	
Porady	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
ano	3	27,3	0	0%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%
ne	8	72,7	5	100%	2	50%	1	100%	2	100%	0	0%
Celkem	11	100%	5	100%	4	100%	1	100%	2	100%	0	0%
CELKEM	AČ 20		RČ 100%		AČ 3		RČ 100%					

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost

Graf č. 19 Celkové % rozložení použití metod na pracovištích v jednotlivých nemocnicích



Z výše uvedeného vyplývá, že Balintovské skupiny a supervize je používána pouze ve Fakultní nemocnici Plzeň a to ve třech případech na chirurgickém oddělení a ve dvou na operačních sálech.

Volná otázka:

Prostor pro Vaše vyjádření k Balintovským skupinám a supervizi

K této volné otázce se vyjádřilo celkem deset respondentů, ze kterých byli tři, kteří tyto pojmy neznají. Tito respondenti se vyjádřili ve smyslu, že je to určitě další hloupost, nesmysl a blábol. Další tři z dotazovaných uvedli, že je to těžko proveditelné, dále že by byla neochota vedení řešit problémy nebo že neví, zda by to přijal celý kolektiv či lékaři. Ostatní sestry, které uvedly, že se u nich tato prevence provádí se zapojily s názory, že je to fajn nebo očišťující, když si mohou se staniční sestrou promluvit o pracovních či osobních problémech. Dvě sestry z plzeňských operačních sálů vnímají provozní porady jako „falešné či nepravé supervize“.

3.5.2 Ověřování hypotéz

3.5.2.1 Hypotéza 1

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že s vyšším a požadovaným vyšším vzděláním budou narůstat projevy syndromu vyhoření.

K ověření hypotézy č.1 jsem použila v dotazníku otázky č. 3, 4, 5 a 14.

Otázka č. 3: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je: SZŠ, VOŠ, Bc., Mgr. a máte atestaci v oboru (uved'te).

Pro ověření jsem brala v úvahu pouze vyšší vzdělání než střední (bez atestace). Ve Fakultní nemocnici Plzeň má 11 sester atestaci, 16 vyšší odborné, 10 bakalářské a 5 magisterské vzdělání. Celkem se jedná o 42 sester z 55 dotazovaných. V Karlovarské krajské nemocnici, a.s. má 14 sester atestaci, 3 vyšší odborné a 4 bakalářské vzdělání, byl tudíž celkový součet 21 z 50 dotazovaných.

Otázka č. 4: Studujete v současné době? Ano... prosím, doplňte co studujete. Ne

V nemocnici Plzeň studuje 20 sester z 55 a v Karlových Varech 13 sester z 50 buď atestační, vyšší odborné, bakalářské, magisterské nebo doktorské studium.

Otázka č. 5: Jste nucena svým zaměstnavatelem studovat? Ano. Ne.

V této otázce jsem brala v úvahu pouze ty odpovědi, ve kterých odpověděli respondenti „ano“. V Plzni je nuceno svým zaměstnavatelem studovat 27 z 55 dotazovaných a v Karlových Varech 25 z 50 respondentů.

Otázka č. 14: Momentálně se fyzicky a psychicky: necítím vůbec vyčerpaná, cítím vyčerpaná, ale ve snesitelné míře, cítím vyčerpaná spíše psychicky, cítím vyčerpaná spíše fyzicky, cítím vyčerpaná tak na půl, cítím zcela vyčerpaná

Analyticky jsem vyhodnotila odpovědi aktuálně studujících sester a nestudujících sester, ale s vyšším vzděláním (započítáno i atestační) než středním, které odpověděly, že cítí vyčerpaný spíše psychicky nebo fyzicky, dále tak na půl nebo úplně. Ve Fakultní nemocnici Plzeň je to 7 studujících a 13 sester s vyšším vzděláním z 55. V Karlovarské krajské nemocnici, a.s. se jedná o 5 studujících a 3 sestry s vyšším odborným vzděláním z 50.

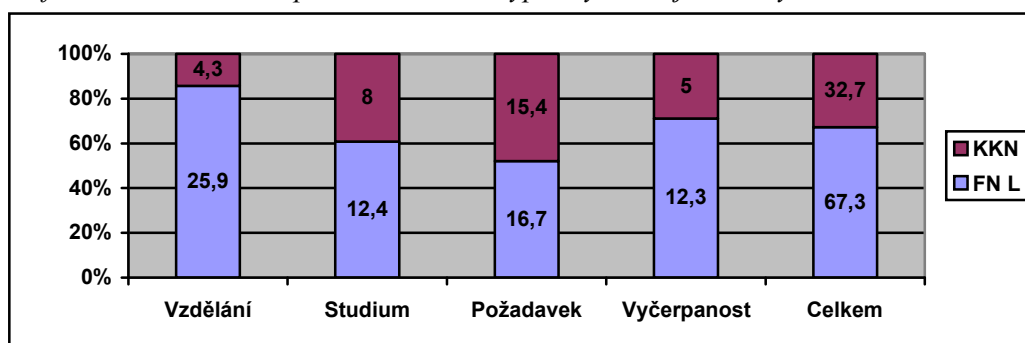
Pro ověření jsem vycházela z celkového počtu 420 možných odpovědí z obou nemocnic, přičemž relevantních jich bylo 162. Z toho jich bylo 109 z Plzně a 53 z Karlových Varů.

Tabulka č. 21 Přehled dílčích odpovědí k ověření hypotézy č. 1

H 1	Vzdělání		Studium		Požadavek studia		Vyčerpanost		Celkem	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
FN Plzeň	42	25,9%	20	12,4%	27	16,7%	20	12,3%	109	67,3%
KKN K.V.	7	4,3%	13	8%	25	15,4%	8	5%	53	32,7%
CELKEM	49	30,2%	33	20,4%	52	32,1%	28	17,3%	162	100%

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost, FN – fakultní nemocnice, KKN – karlovarská krajská nemocnice

Graf č. 20 Celkové % odpovědi k ověření hypotézy č.1 v jednotlivých nemocnicích

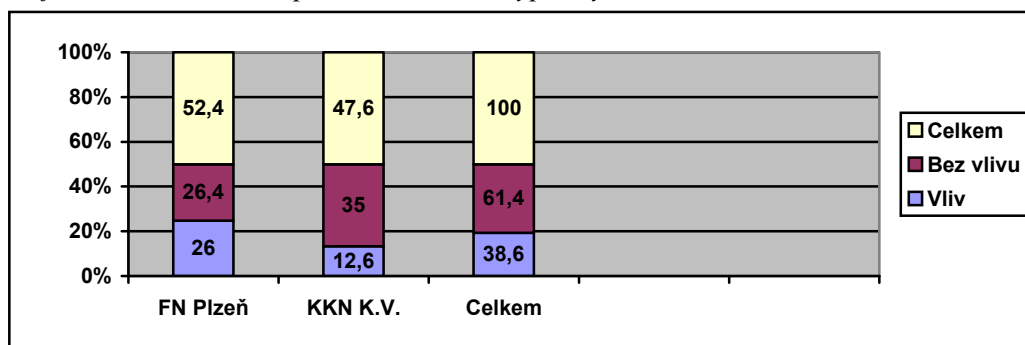


Tabulka č. 22 Přehled odpovědí k ověření hypotézy č. 1

H1-vznik SV	FN Plzeň		KKN		CELKEM	
Studium	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Vliv	109	26%	53	12,6%	162	38,6%
Bez vlivu	111	26,4%	147	35,0%	258	61,4%
CELKEM	220	52,4%	200	47,6%	420	100%

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost, FN – fakultní nemocnice, KKN – karlovarská krajská nemocnice

Graf č. 21 Celkové % odpovědi k ověření hypotézy č.1



Z výsledků vyplývá, že tato hypotéza se mi nepotvrdila, jelikož u 61,4% odpovědí respondentů nemá výše vzdělání ani současné studium vliv na příznaky nebo rozvoj syndromu vyhoření. Ze 134 vzdělaných nebo studujících sester je psychicky nebo fyzicky vyčerpaných pouhých 17,3%.

3.5.2.2 Hypotéza 2

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že sestry mají povědomí o syndromu vyhoření, které však není dostatečné a cítí se více jak z 50% psychicky nebo fyzicky vyčerpaný.

K ověření hypotézy č.2 jsem použila v dotazníku otázky č. 14, 15 a 16.

Otázka č. 14: Momentálně se fyzicky a psychicky: necítím vůbec vyčerpaná, cítím vyčerpaná, ale ve snesitelné míře, cítím vyčerpaná spíše psychicky, cítím vyčerpaná spíše fyzicky, cítím vyčerpaná tak na půl, cítím zcela vyčerpaná

Jako podklad pro ověření jsem brala v úvahu odpovědi, že jsou respondenti vyčerpaní buď psychicky nebo fyzicky, či se cítí vyčerpaní na půl a nebo zcela. Celkem se jedná o 36 z 55 dotázaných z Fakultní nemocnice Plzeň a o 42 z 50 respondentů z Karlovarské krajské nemocnice, a.s.. Celkový počet z obou nemocnice je 78 ze 105 dotázaných.

Otázka č. 15: Z kolika procent se domníváte, že časté bolesti hlavy, zad a poruchy spánku jsou počátečními příznaky syndromu vyhoření?(uved'te počet procent).

V potaz pro objektivní ověření jsem brala odpovědi respondentů, kteří uvedli domněnku možných fyzických příznaků syndromu vyhoření od 40% a výše. Celkem se jednalo o 67 dotázaných, z toho jich bylo 32 v nemocnici Plzeň a 35 v Karlových Varech.

Otázka č. 16: Z kolika procent se domníváte, že soukromé problémy mohou ovlivnit výskyt syndromu vyhoření? ?(uved'te počet procent).

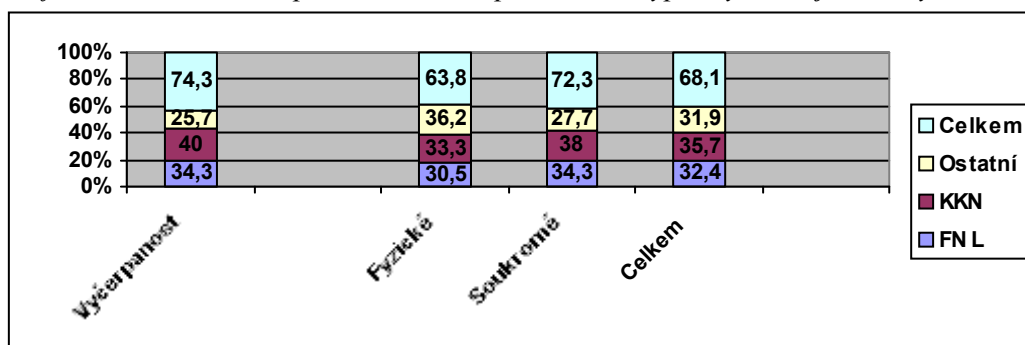
Opět jsem brala v potaz odpovědi respondentů, kteří uvedli domněnku možných soukromých problémů ve vztahu k syndromu vyhoření od 40% a výše. Celkem se jednalo o 76 dotázaných, z toho jich bylo 36 v nemocnici Plzeň a 40 v Karlových Varech.

Tabulka č. 23 Přehled dílčích odpovědí k ověření hypotézy č. 2

H 2	Vyčerpanost		Celkem		Fyzické příznaky		Soukromé problémy		Celkem	
	AČ	RC	AČ	RC	AČ	RC	AČ	RC	AČ	RC
FN Plzeň	36	34,3%	78	74,3%	32	30,5%	36	34,3%	143	68,1%
KKN K.V.	42	40%			35	33,3%	40	38%		
CELKEM	78	74,3%			67	63,8%	76	72,3%		
Ostatní odpovědi	27	25,7%	27	25,7%	38	36,2%	29	27,7%	67	31,9%
CELKEM	105	100%	105	100%	105	100%	105	100%	210	100%

Legenda: AČ – absolutní četnost, RC – relativní četnost, FN – fakultní nemocnice, KKN – karlovarská krajská nemocnice

Graf č. 22 Celkové % odpovědi k ověření problému a hypotézy č.2 v jednotlivých nemocnicích



Tato hypotéza se mi potvrdila pouze částečně. První část hypotézy, tj. že sestry mají nedostatečné povědomí o vyhoření se mi nepotvrdila, jelikož fyzické příznaky a soukromé problémy k ovlivnění syndromu vyhoření uvedlo 68,1% dotazovaných z obou nemocnic. Druhá část hypotézy, která souvisela s fyzickým a psychickým vyčerpáním se mi potvrdila. Psychicky či fyzicky, kombinovaně i zcela potvrdilo 74,3% sester v obou nemocnicích, což je o 24,3% více než jsem předpokládala.

3.5.2.3 Hypotéza 3

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že pracovní klima a spokojenost sester v regionech nemá vliv na syndrom vyhoření.

K ověření hypotézy č.3 jsem použila v dotazníku otázky č. 9, 10, 11 a 12.

Otázka č. 9: Považujete Váš kolektiv za přátelský? Rozhodně ano, spíše ano, tak na půl, spíše ne, rozhodně ne

Brala jsem v úvahu odpovědi respondentů, kteří považovali kolektiv za přátelský a odpověděli „rozhodně ano“ a „spíše ano“. Za přátelský ho považuje z Fakultní nemocnice Plzeň 45 respondentů z 55. V Karlovarské krajské nemocnici, a.s. je to v 35 případech z 50 možných. Celkem je vnímán kolektiv jako přátelský v 80 případech ze 105 možných odpovědí.

Otázka č. 10: Domníváte se, že je chování vašich nadřízených vůči podřízeným spravedlivé? Rozhodně ano, spíše ano, tak na půl, spíše ne, rozhodně ne

Opět jsem brala jsem v úvahu odpovědi respondentů, kteří vnímali chování nadřízených vůči podřízeným za spravedlivé a odpověděli „rozhodně ano“ a „spíše ano“. Celkem z obou nemocnic takto odpovědělo 57 ze 105 sester. Z toho jich bylo 33 z plzeňské a 26 z karlovarské nemocnice.

Otázka č. 11: Je brán staniční nebo vrchní sestrou ohled na Vaše soukromé požadavky? Rozhodně ano, spíše ano, tak na půl, spíše ne, rozhodně ne

V potaz jsem brala odpovědi respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli „rozhodně ano“ a „spíše ano“. V Plzni jich takto odpovědělo 44 z 55 dotázaných a ve Varech 32 z 50. Kladně odpovědělo celkem 76 sester.

Otázka č. 12: Jsou na vašem pracovišti dodržovány kompetence sester? Rozhodně ano, spíše ano, tak na půl, spíše ne, rozhodně ne

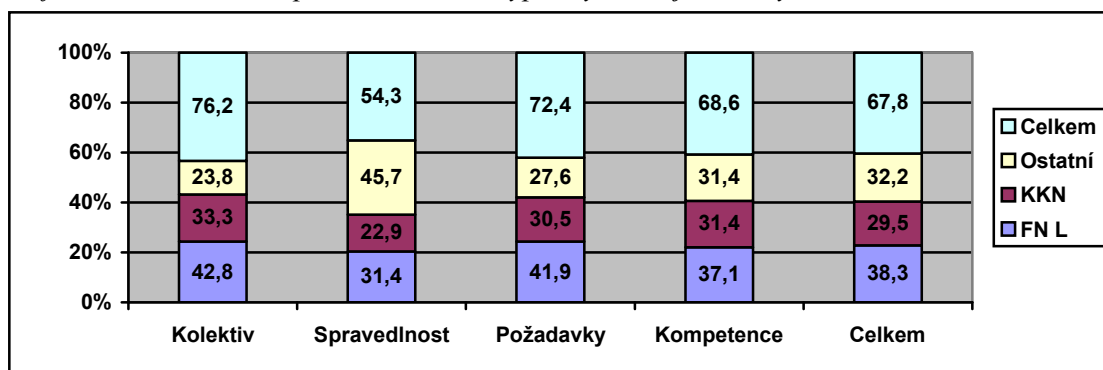
Předpokladem byly odpovědi „rozhodně ano“ a „spíše ano“, kdy jsou sesterské kompetence na pracovištích dodržovány. Celkem takto odpovědělo 72 ze 105 sester, z toho jich bylo z 55 možných 39 a to z Fakultní nemocnice Plzeň a 33 z 50 dotázaných z Karlovarské krajské nemocnice, a.s..

Tabulka č. 24 Přehled dílčích odpovědí k ověření hypotézy č. 3

H 3	Kolektiv		Spravedlnost		Požadavky		Kompetence		Celkem	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
FN Plzeň	45	42,8%	33	31,4%	44	41,9%	39	37,1%	161	38,3%
KKN K.V.	35	33,3%	24	22,9%	32	30,5%	33	31,4%	124	29,5%
CELKEM	80	76,2%	57	54,3%	76	72,4%	72	68,6%	285	67,8%
Ostatní odpovědi	25	23,8%	48	45,7%	29	27,6%	33	31,4%	135	32,2%
CELKEM	105	100%	105	100%	105	100%	105	100%	420	100%

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost, FN – fakultní nemocnice, KKN – karlovarská krajská nemocnice

Graf č. 23 Celkové % odpovědi k ověření hypotézy č.3 v jednotlivých nemocnicích

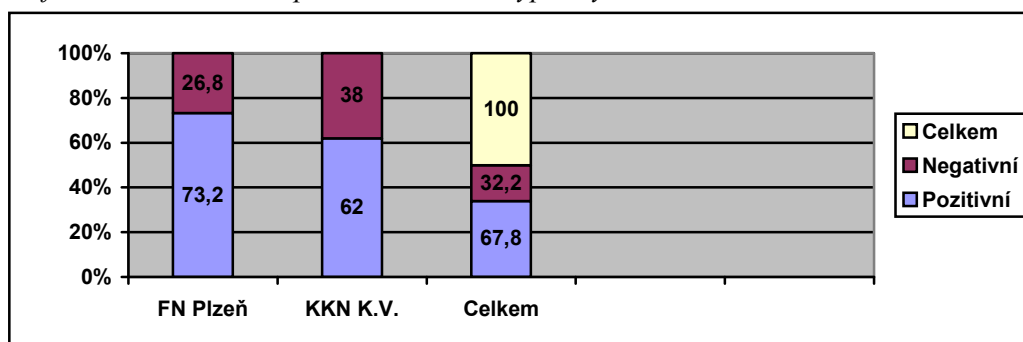


Tabulka č. 25 Přehled odpovědi k ověření hypotézy č. 3

Region	FN Plzeň		KKN		CELKEM	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Pracovní klima						
Pozitivní	161	73,2%	124	62%	285	67,8%
Negativní	59	26,8%	76	38%	135	32,2%
CELKEM	220	100%	200	100%	420	100%

Legenda: AČ – absolutní četnost, RČ – relativní četnost, FN – fakultní nemocnice, KKN – karlovarská krajská nem.

Graf č. 24 Celkové % odpovědi k ověření hypotézy č.3



Tato hypotéza se mi zcela potvrdila, jelikož 73,2% sester ve fakultní a 62% v karlovarské nemocnici považuje kolektiv za přátelský, chování nadřízených vůči podřízeným shledává za spravedlivé, soukromé požadavky jsou akceptovány staniční nebo vrchní sestrou a sesterské kompetence se dodržují. Region nesehrává v těchto výše uvedených záležitostech žádného zásadního významu a v obou regionech přesáhlo pozitivní pracovní klima a spokojenost více jak 50%.

3.5.2.4 Hypotéza 4

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že více jak 50 % respondentů bude znát osobní možnosti prevence a pojmy Balintovská skupina a supervize bez rozdílu regionu.

K ověření hypotézy č.4 jsem použila v dotazníku otázky č. 13, 17, 18 a 19.

Otázka č. 13: Máte možnost při provozních poradách vyjádřit svoji nespokojenost? Ano, ne, občas, provozní porady nemáme

Důvodem pro výběr této otázky byla skutečnost, že při pravidelných poradách na pracovišti by se měly řešit nejen provozní záležitosti, ale i problémy, které se vyskytují při realizaci ošetrovatelské péče. V úvahu jsem brala odpovědi respondentů, kteří odpověděli ano a občas. Celkem se jedná o 96 sester ze 105 dotazovaných, z toho jich bylo 51 z Plzně a 45 z Karlových Varů.

Otázka č. 17: Jakým způsobem odpočíváte ve volném čase?(možno uvést více odpovědí). Sport, četba, poslech hudby, sledování TV, kino, divadlo, jinak

Zde jsem brala v úvahu počet způsobů odpočinku na jednoho respondenta. Celkem uvedlo 105 respondentů ve svých odpovědích 290 možností odpočinku, z toho jich bylo 129 v Karlových Varech a 161 v Plzni.

Otázka č. 18: Znáte pojmy Balintovská skupina nebo supervize?

V této otázce byly pro mě směrodatné odpovědi ano. Ve Fakultní nemocnici Plzeň takto odpovědělo 20 z 55 dotazovaných a v Karlovarské krajské nemocnici, a.s. 3 z 50 dotazovaných.

Otázka č. 19: Je Balintovská skupina nebo supervize používána v rámci možností na vašem pracovišti?

Opět jsem brala v úvahu odpovědi, kdy respondenti odpověděli, že Balintovská skupina nebo supervize je používána v rámci možností na jejich pracovišti. Ve fakultní nemocnici takto odpovědělo 5 dotazovaných a v krajské nemocnici žádný.

Tabulka č. 26 Přehled odpovědí k ověření první části hypotézy č. 4

H4	FN Plzeň		KKN		CELKEM	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Počet způsobů	161	55,5%	129	44,5%	290	100%
CELKEM	161	55,5%	129	44,5%	290	100%
Na jednoho respondenta	FN	2,92	KKN	2,58	Obě	2,76

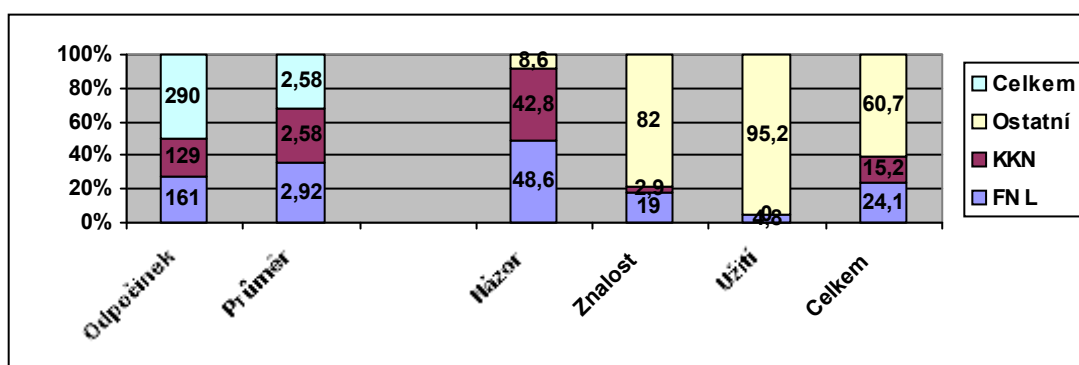
Legenda: AČ– absolutní četnost, RČ – relativní četnost, FN – fakultní nemocnice, KKN –karlovarská krajská nem.

Tabulka č. 27 Přehled odpovědí k ověření druhé části hypotézy č. 4

H 4	Možnost názoru		Znalost pojmů BS a SPV		Užití BS a SPV		Celkem	
	AC	RC	AC	RC	AC	RC	AC	RC
FN Plzeň	51	48,6%	20	19%	5	4,8%	76	24,1%
KKN K.V.	45	42,8%	3	2,9%	0	0%	48	15,2%
CELKEM	96	91,4%	23	21,9%	5	4,8%	124	39,3%
Ostatní odpovědi	9	8,6%	82	78,1%	100	95,2%	191	60,7%
CELKEM	105	100%	105	100%	105	100%	315	100%

Legenda: AC – absolutní četnost, RC – relativní četnost, FN – fakultní nemocnice, KKN – karlovarská krajská nemocnice

Graf č. 25 Celkové % odpovědi k ověření hypotézy č.3 v jednotlivých nemocnicích



Tato hypotéza se mi potvrdila jen částečně. První část hypotézy se mi potvrdila, jelikož každý z respondentů užívá k relaxaci více jak dvě metody. Druhá část se mi nepotvrdila, jelikož 60,7% respondentů nemá zcela možnost projevit svůj názor na poradě nebo neznají pojmy Balintovská skupina a supervize a pokud ano, tak nejsou zcela zaměstnavatelem využívány. Regionálně jsou odlišné odpovědi v druhé části hypotézy, kdy v Plzni jsou alespoň 23,8% znalosti a využití oproti Karlovým Varům, kde jsou necelá tři procenta.

4 DISKUSE

Jako první dílčí cíl, který jsem si stanovila, bylo zjistit, zda má výše vzdělání vliv na výskyt syndromu vyhoření. V hypotéze jsem předpokládala, že s vyšším vzděláním a požadovaným studiem, který je kladen na všeobecné sestry, se budou projevy syndromu vyhoření vyskytovat častěji. Důvodem domněnky bylo, že studium při zaměstnání je daleko náročnější než běžné denní studium a jedinci jsou více psychicky a fyzicky vyčerpaní. Také věk studující sestry, která má rodinu a děti, sehrává při studiu svou úlohu. Odvedení kvalitního výkonu v práci, zajištění rodiny, přednášky ve škole a zkouškové období přináší stresové situace, které se během trvání studia kumulují.

Jak vyplynulo z výzkumu, jsou nároky zaměstnavatelů stejné, bez rozdílu regionu. Pravdou však je, že ve Fakultní nemocnici Plzeň je více studováno bakalářské a magisterské studium, včetně jednoho doktorského a je zastoupeno nejvíce na interním oddělení. V Karlovarské krajské nemocnici, a.s. je zastoupení bakalářského téměř shodné na chirurgickém a interním oddělení. Na operačních sálech této nemocnice mají všechny sestry středoškolské vzdělání s atestací, přičemž dvě z nich ji v současné době studují. Nelze opomenout také příležitosti ke studiu, kdy v Karlových Varech je pouze vyšší odborná škola a v Plzni je jak vyšší odborná škola zdravotnická, tak možnost vysokoškolského bakalářského a posléze i navazujícího magisterského studia na Západočeské univerzitě.

Druhým dílčím cílem bylo zmapovat, zda jsou vědomosti všeobecných sester o syndromu vyhoření dostatečné a zjistit, jaký je jejich momentální fyzický a psychický stav. Zde jsem dávala do souvislosti opět dva proměnné faktory a to: uvědomění si momentálního psychického i fyzického stavu a znalostí možných počátečních projevů syndromu vyhoření. Ve všech nabízených mírách vyčerpanosti byly v dotazníku zastoupeny všechny zkoumané věkové kategorie ze všech oddělení obou nemocnic. Úplně fyzicky a psychicky vyčerpané byly zastoupené více sestry z Fakultní nemocnice Plzeň než sestry v karlovarské nemocnici.

Další důležitou věcí k zamyšlení je pracoviště dotazovaných sester. V dotaznících byly filtrační otázky pro sestry pracující u lůžka a pro sestry, které pracují na operačních sálech. Obě se týkaly komunikace s pacienty. Na operačních sálech nechybí sestrám komunikace s pacienty v téměř 44%. Sestry na lůžkových odděleních uvedly, že je komunikace s pacienty nebo jejich rodinami neobtěžuje ve více jak 50%. Ostatní, které uvedly opačné možnosti a to buď chybějící interakci s pacienty nebo naopak obtěžující

komunikaci, by měly zvážit možnost změny stávajícího oddělení a pokud jsou přidružené i ostatní projevy syndromu vyhoření, tak návštěvu psychologa nebo psychiatra.

Celkem osm sester z obou nemocnic uvedlo v dotazníku možnost od 0% do 10%, že časté bolesti hlavy, zad, poruchy spánku a soukromé problémy mohou být dávány do souvislosti se syndromem vyhoření. Všechny byly ve věku od 18 do 30 let a s vyšším stupněm vzdělání. Myslím si, že by se při studiu měly dozvědět o příznacích, projevech a fázích vyhoření daleko více a pokud tyto vědomosti již mají, tak je nebrat na lehkou váhu a nepodceňovat.

Druhou stranou mince je fakt, že soukromé problémy, které nepramení z pracovního vytížení, mohou být pro určitý počet lidí jakýmsi motorem či stimulem. Práce se pak pro ně stává jediným místem, kde jsou doceňováni a dostávají od pacientů, nadřízených nebo kolegů morální satisfakci ve formě úsměvu, pochvaly či duševního pohlazení, když rodinná sociální síť selhává. V práci dobrovolně slouží přesčasové hodiny za chybějící kolegyně, ale pokud to trvá příliš dlouhou dobu, „únik“ z domova do práce je začne do značné míry vyčerpávat a dostávají se do začarovaného kruhu. Nespokojenost v domácím prostředí a vyčerpanost v práci je rychlý a neodvratný skok do spárů vyhoření, eventuelně do alkoholové či drogové závislosti.

Otázka pracovního klimatu a spokojenosti byla třetím cílem mé praktické části. Spočívala v regionálním porovnání pracovního klimatu a spokojenosti všeobecných sester na pracovištích. V práci trávíme mnoho času. Při tak psychicky a fyzicky náročné práci jako je profese všeobecné sestry, hodně záleží na pracovním kolektivu a jeho vedení. Pouze pět sester z Plzně a tři sestry z Karlových Varů nepovažují pracovní kolektiv spíše nebo rozhodně za přátelský. Čtrnáct sester z fakultní nemocnice shledalo chování nadřízených za nespravedlivé, z toho jich bylo šest z operačních sálů. V karlovarské nemocnici to bylo deset sester z lůžkových oddělení. Na soukromé požadavky je brán ohled ve 100% v Karlovarské krajské nemocnici, a.s. a v plzeňské uvedly tři sestry z lůžkových oddělení, že ohled staniční setry na jejich soukromé požadavky spíše není. Ohledně kompetencí bylo uvedeno, že se ve třinácti případech spíše nebo rozhodně „ne“ nedodržují v Plzni a v devíti v Karlových Varech, z toho v osmi případech na lůžkových odděleních.

Region nemá zásadní vliv na pracovní klima a spokojenost sester. Jediné „negativum“ jsem shledala v názoru, který se týkal chování nadřízených vůči podřízeným. Dotazované neshledaly nespravedlnost od staničních sester, jelikož to

vyvrátily v následující otázce, ale zřejmě od lékařů. Dostávám se tak k otázce pracovního vztahu sestry a lékaře. Jak lékaři vnímají práci všeobecné sestry? Je pro ně partnerem v léčebném procesu o pacienta nebo překážkou? Jaký mají pohled na vysokoškolsky vzdělané sestry? Pokud mohu osobně zhodnotit část těchto otázek z pozice sálové sestry, tak je vše závislé na osobnosti lékaře a jeho odborných zkušenostech. Povahou jsem spíše introvert a jsou lékaři, kterých si nesmírně vážím a ráda s nimi pracuji. I v nejvyhrocenějších situacích, o které není při chirurgických operacích nouze, dokáží zachovat dekorum a lidskou tvář. Poděkování za dobře odvedenou práci je pro ně samozřejmostí. A to jsou právě ty chvíle, které mám na své práci ráda.

Posledním sledovaným cílem bylo poukázat, zda je prevence syndromu vyhoření ze strany jednotlivce a zaměstnavatele dostatečná. Z výsledků vyplynulo, že sestry dokáží využívat svůj volný čas různými způsoby. Některé uvedly jen jeden způsob, některé všechny nabízené možnosti. Nejvíce zvolených metod uvedly dotazované ve Fakultní nemocnici Plzeň z chirurgického oddělení a z operačních sálů. Nejlépe relaxovat v Karlovarské krajské nemocnici, a.s., dokáží sestry z chirurgického oddělení.

Možnost preventivních metod syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele znalo více sester z Fakultní nemocnice Plzeň a to téměř v 37% oproti karlovarským sestrám, které je znají jen v 6% a nejsou tam vůbec realizovány. Zde je výrazný regionální nepoměr mezi Plzní a Karlovými Vary. V Plzni jsou aplikovány v pěti případech na chirurgickém oddělení a operačních sálech.

Za úvahu stojí vyjádření k volné otázce s tímto tématem, ke které napsalo svůj názor deset sester. Tři z nich evidentně vidí Balintovské skupiny a supervizi v negativním slova smyslu. Všechny byly z operačních sálů v Karlových Varech ve věku od 41 do 50 let a tyto pojmy neznaly. Dále však v dotazníku uvedly, že mají pouze občas při provozních poradách vyjádřit svoji nespokojenost a dvě byly tak napůl nespokojené s chováním nadřízených a jedna spíše nespokojená. Myslím si, že pokud by získaly povědomí o významu těchto metod, určitě by názor změnily. Ostatní vyjadřující byli ti, kteří tyto pojmy znali. Další tři sestry uvedly, že podle jejich názoru by zavedení bylo těžko proveditelné nebo problém spatřují v neochotě vedení řešit problémy či přijmutí nových metod celým kolektivem a lékaři. Oceňuji jejich nadhled v tom slova smyslu, že uvažovaly týmově. Kolektiv by to zřejmě spatřoval jako zásah do jejich volného času nebo kontrolu odvedené práce. Dvě sestry z plzeňského chirurgického oddělení uvedly, že se tyto metody u nich provádí formou rozhovorů se staniční sestrou, kde mohou

prezentovat pracovní a osobní problémy. Obě byly ve věku 18-30 let, jedna absolventkou vyšší odborné školy zdravotnické a druhá bakalářského studia. Z toho pro mě vyplývá, že staniční sestra je vědomostně vybavená a uvědomuje si výhody supervize a prováděním, zřejmě formou individuálních sezení, si zajišťuje kvalitní a kompaktní tým. Poslední dvě sestry z fakultních operačních sálů spatřují v provozních poradách realizaci těchto metod v nepravém slova smyslu. Tím, že čtrnáct sester z dvaceti má vždy možnost vyjádřit svou nespokojenost, je toho důkazem.

Závěrem diskuse bych chtěla zhodnotit regionální odlišnosti. Ze stanovených problémů, cílů a hypotéz jsem nehledala výrazné regionální odlišnosti. Větší rozdíl je ve vzdělanosti sester, kdy sestry v plzeňském regionu dosahují v současné době vyššího vzdělání. Výrazným meziregionálním rozdílem je však znalost a uplatnění prevence ze strany zaměstnavatele a to Balintovské skupiny a supervize, kdy Karlovy Vary oproti Plzni značně pokulhávají.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se snažila proniknout do problematiky syndromu vyhoření. Zaměřila jsem se zejména na jeho prevenci jak z pohledu jednotlivce, tak z pozice zaměstnavatele.

V teoretické části jsem srovnávala odborné definice syndromu vyhoření a popisovala jeho jednotlivé fáze. Další části jsem věnovala rizikovým faktorům, diagnostice a léčbě. Prevence syndromu vyhoření tvořila samostatnou kapitolu a zabývala jsem se tématy duševní hygieny, sociální opory, Balintovských skupin a supervize.

V praktické části jsem porovnávala výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester a jeho vlivy ve dvou největších nemocnicích dvou sousedících regionů – plzeňského a karlovarského. Stanovila jsem si čtyři hypotézy, které jsem dotazníkovou metodou ověřovala u stopěti respondentů. Jedna hypotéza se mi potvrdila zcela, dvě částečně a jedna vůbec.

Jsem si vědoma toho, že tyto výzkumné výsledky mají omezenou platnost a týkají se pouze těch respondentů, které jsem oslovila. Pro hlubší a kategorizující závěry by bylo třeba rozsáhlejšího výzkumného šetření za užití více empirických metod.

Přesto problémy, na které jsem se snažila upozornit, mohou přispět k zavedení supervize jako metody k prevenci syndromu vyhoření. Předpokládám, že každé zdravotnické zařízení má své klinické psychology, ze kterých by se alespoň jeden mohl specializovat a věnovat interní supervizi. Začít by se mohlo u vyššího managementu nemocnice, který by vyplývající pozitiva jistě uvítal a mohl by přenést tuto pozitivní myšlenku i na patra nižší. Jsem přesvědčena, že by si zaměstnavatel získal nejen úctu svých zaměstnanců, ale určitě by zaregistroval méně fluktuací, pracovních neschopností a zejména spokojených a usměvavých pracovníků.

Externí supervize je pro zaměstnavatele samozřejmě finančně náročnější, ale jsem přesvědčena, že nezávisle vedená supervize na profesionální úrovni je pak objektivnějším obrazem života uvnitř organizace. Může sloužit jako sebereflexe pro lidi ve vedoucích pozicích, kteří mohou následně pomoci svým podřízeným.

Obecným závěrem této problematiky pro všechna povolání je skutečnost, kdy si můžeme položit otázku: „Přibývá syndromu vyhoření?“ Zdá se, že ano. Pokud se nad tím zamyslím z pohledu jednotlivce ve vztahu k zaměstnavateli, tak je to vysvětlováno rostoucími nároky na pracovníky a současně menším ohledům na ně. Snižuje se vnímaná hodnota pracovníka, který se po té sám bere jako méně hodnotný. Stále

dokonalejší technologie vyžadují méně zaměstnanců, což vede k vyšší nezaměstnanosti a poklesu mezd. Mnoho lidí pak přijme i málo placenou a neuspokojivou práci. Na druhé straně ovšem rostoucí složitost strojů a přístrojů předpokládá i vyšší požadavky na obsluhu, což je rovněž stresující faktor.

Žijeme v uspěchané době. I přesto jsem přesvědčená, že vzájemná úcta a tolerance všech lidí v různých pracovních i lidských pozicích by neměla překročit určitou mez a dávat tak příčinu k netolerantnosti, pomluvám, urážení a naschválům. Téměř všemu se v pracovně- mezilidských vztazích dá předcházet. Pokud selže tato prevence, hledejme pak kompromis ve všech situacích a pokud možno, snažme se vše vyřešit s úsměvem a vzájemným podáním ruky.

LITERATURA A PRAMENY

1. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha, Portál, 2003, 416 s. ISBN 80-7178-735-3
2. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-701-3439-9.
3. BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha, Grada Publishing, 2009, 144 s. ISBN 978-80-2471125-6
4. ČECHOVÁ, V. *Obecná psychologie*. 1.vyd. Brno: Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, s. 26-27. ISBN 80-7013-343-0
5. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, vydavatelství a nakladatelství, 1999, 167 s. ISBN 80-902-0818-5.
6. JEKLOVÁ, Marta, REITMAYEROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-869-9174-1.
7. KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 2007, 139 s. ISBN 978-807-3672-997.
8. KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-707-1231-7.
9. KNOLL, Jiří. Syndrom vyhoření trápí stále více lidí. [cit. 2011-01-05]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/pardubice/zpravodajstvi/_zprava/832897
10. KOHOUTEK, Rudolf. *Základy psychologie osobnosti*. Brno: CERM, 2000, 263 s. ISBN 80-720-4156-8.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 131 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9551-3.

12. LÁSKOVÁ, A. *Úvod do supervize a duševní hygieny. In. Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách.* 1 vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007, s. 311-322. ISBN 978-80-7368-229-3
13. LIBIGEROVÁ, Eva. Syndrom profesionálního vyhoření. *Praktický lékař.* 1999, 79(4), s. 186-190.
14. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-717-8548-2.
15. MBI dotazník. *MBI dotazník.* [cit. 2011-12-25]. Dostupné z: <http://www.inflow.cz/mbi-maslach-burnout-inventory>
16. MELGOSA, Julián. *Zvládni svůj stres.* 2. vyd. Praha: Advent-Orion, 2001, 190 s. Život a zdraví. ISBN 80-717-2624-9.
17. PETERKOVÁ, Michaela. Syndrom vyhoření. [cit. 2011-12-25]. Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/>
18. PRAŠKO, Ján. *Proti stresu krok za krokem.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 187 s. ISBN 80-247-0068-9.
19. PRAŠKO, Ján. *Asertivitou proti stresu.* 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1996, 181 s. ISBN 80-716-9334-0.
20. SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka.* 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7
21. SNOPKOVÁ, I. Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření. *Sestra.* 2007, 17(7), s. 37-38.
22. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 11: sestra - reprezentant profese.* 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002, 78 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3368-6.
23. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-802-4735-535.
24. *Stres zdravotníků: [sborník ze symposia] : Karlovy Vary 7.-8. února 1997.* 1. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Galén, 1997, 71 s. ISBN 80-858-2449-3.

25. TRACHYTOVÁ, Eva. Sestry a stres. *Sestra*. 1998, 8(4), s. 7.
26. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-717-8740-X.
27. ZVOLSKÝ, Petr, RABOCH, Jiří. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.

SEZNAM ZKRATEK

Č. – číslo

AČ – absolutní četnost

RČ – relativní četnost

FN – fakultní nemocnice

KKN – Karlovarská krajská nemocnice

H 1 – hypotéza č. 1

H 2 – hypotéza č. 2

H 3 – hypotéza č. 3

H 4 – hypotéza č. 4

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1 návratnost dotazníků
- Tabulka č. 2 věkové rozložení
- Tabulka č. 3 délka práce
- Tabulka č. 4 přehled dosaženého vzdělání
- Tabulka č. 5 přehled studujících
- Tabulka č. 6 přehled nutnosti studia
- Tabulka č. 7 přehled spokojenosti na současném pracovišti
- Tabulka č. 8 absence komunikace s pacienty na operačních sálech
- Tabulka č. 9 obtěžující komunikace s pacienty na standardních odděleních
- Tabulka č. 10 přehled názorů na přátelský kolektiv
- Tabulka č. 11 přehled názorů na spravedlivost chování nadřízených
- Tabulka č. 12 přehled názorů na ohled týkající se soukromých požadavků
- Tabulka č. 13 přehled názorů na dodržování kompetencí
- Tabulka č. 14 přehled názorů na vyjádření nespokojenosti při poradách
- Tabulka č. 15 přehled momentální psychické a fyzické vyčerpanosti
- Tabulka č. 16 přehled znalostí fyzických příznaků syndromu vyhoření
- Tabulka č. 17 přehled znalostí ostatních příznaků syndromu vyhoření
- Tabulka č. 18 přehled odpočinku ve volném čase
- Tabulka č. 19 přehled znalosti pojmu Balintovská skupina a supervize
- Tabulka č. 20 přehled použití Balintovských skupin a supervize na pracovištích
- Tabulka č. 21 přehled dílčích odpovědí k ověření hypotézy č. 1
- Tabulka č. 22 přehled odpovědí k ověření hypotézy č. 1
- Tabulka č. 23 přehled dílčích odpovědí k ověření hypotézy č. 2
- Tabulka č. 24 přehled dílčích odpovědí k ověření hypotézy č. 3
- Tabulka č. 25 přehled odpovědí k ověření hypotézy č. 3
- Tabulka č. 26 přehled odpovědí k ověření první části hypotézy č. 4
- Tabulka č. 27 přehled odpovědí k ověření druhé části hypotézy č. 4

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Celkové % věkové rozložení v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 2 Celkové % rozložení praxe v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 3 Celkové % rozložení nejvyššího vzdělání v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 4 Celkové % rozložení studujících v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 5 Celkové % rozložení nutnosti studia v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 6 Celkové % rozložení spokojenosti na pracovištích v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 7 Celkové % rozložení absence komunikace na operačních sálech v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 8 Celkové % rozložení obtěžující komunikace na standardních odd. v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 9 Celkové % rozložení názorů na přátelský kolektiv v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 10 Celkové % rozložení názorů na spravedlivost nadřízených v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 11 Celkové % rozložení názorů na vyhovění soukromých požadavků v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 12 Celkové % rozložení názorů na dodržování kompetencí v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 13 Celkové % rozložení názorů na vyjádření nespokojenosti v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 14 Celkové % rozložení momentální psychické a fyzické vyčerpanosti v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 15 Celkové % rozložení znalostí fyzických příznaků syndromu vyhoření v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 16 Celkové % rozložení znalostí ostatních příznaků syndromu vyhoření v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 17 Celkové % rozložení odpočinku sester ve volném čase v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 18 Celkové % rozložení znalosti pojmů v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 19 Celkové % rozložení použití metod na pracovištích v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 20 Celkové % odpovědí k ověření hypotézy č.1 v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 21 Celkové % odpovědí k ověření hypotézy č.1

Graf č. 22 Celkové % odpovědí k ověření problému a hypotézy č.2 v jednotlivých nemocnicích

Graf č. 23 Celkové % odpovědí k ověření hypotézy č.3 v jednotlivých nemocnicích.

Graf č. 24 Celkové % odpovědí k ověření hypotézy č.3

Graf č. 25 Celkové % odpovědí k ověření hypotézy č.3 v jednotlivých nemocnicích

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník respondentům – zdroj autor

Příloha č. 1 Dotazník respondentům – zdroj autor

Dobrý den.

Jmenuji se Petra Rupertová a jsem studentkou třetího ročníku fakulty zdravotnických studií ZČU Plzeň. Dovoluji si Vás poprosit o co neobjektivnější vyplnění tohoto dotazníku, který slouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Syndrom vyhoření.

Dotazník je anonymní, všechny informace jsou důvěrné a budou použity pouze pro vypracování mé práce.

Svoji odpověď, prosím, označte křížkem nebo číslem.

Děkuji za Váš čas.

1. Je Vám: 18-30 let, 31-40 let, 41-50 let, 51 let a více

2. Jak dlouho pracujete na Vašem současném pracovišti ?

0-5 let 6-10 let 11 a více let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

SZŠ VOŠ Bc. Mgr.

a máte atestaci v oboru (doplňte)

4. Studujete v současné době?

ano (prosím, doplňte co studujete)

ne

5. Jste nucena svým zaměstnavatelem studovat?

ano

ne

6. Z kolika procent se cítíte být spokojena na současném pracovišti?

FILTR: Na tuto otázku odpovídají pouze sestry, které pracují na operačních sálech.

Ostatní pokračují otázkou č. 8.

7. Chybí Vám komunikace s pacienty?

ano

ne

občas

FILTR: Na tuto otázku odpovídají pouze sestry, které pracují u lůžka na oddělení.

Ostatní pokračují otázkou č. 9.

8. Obtěžuje Vás komunikace s pacienty nebo jejich rodinami?

ano

ne

občas

9. Považujete Váš kolektiv za přátelský?

rozhodně ano spíše ano tak na půl spíše ne rozhodně ne

10. Domníváte se, že je chování vašich nadřízených vůči podřízeným spravedlivé?

rozhodně ano spíše ano tak na půl spíše ne rozhodně ne

11. Je brán ohled staniční nebo vrchní sestrou na Vaše soukromé požadavky?

rozhodně ano spíše ano tak na půl spíše ne rozhodně ne

12. Jsou na vašem pracovišti dodržovány kompetence sester?

rozhodně ano spíše ano tak na půl spíše ne rozhodně ne

13. Máte možnost při provozních poradách vyjádřit svoji nespokojenost?

ano ne občas provozní porady nemáme

14. Momentálně se fyzicky a psychicky:

necítím vůbec vyčerpaná cítím vyčerpaná, ale ve snesitelné míře
cítím vyčerpaná spíše psychicky cítím vyčerpaná spíše fyzicky
cítím vyčerpaná tak na půl cítím zcela vyčerpaná

15. Z kolika procent se domníváte, že časté bolesti hlavy, zad a poruchy spánku jsou počátečními příznaky syndromu vyhoření?

16. Z kolika procent se domníváte, že soukromé problémy mohou ovlivnit výskyt syndromu vyhoření?

17. Jakým způsobem odpočíváte ve volném čase? (možno uvést více odpovědí)

sport četba poslech hudby sledování TV kino
divadlo jinak

18. Znáte pojmy Balintovská skupina nebo supervize? ano ne

FILTR: Na tuto otázku odpovídají pouze sestry, které na otázku č. 18 odpověděly ANO

19 . Je Balintovská skupina nebo supervize používána v rámci možností na vašem pracovišti?

ano ne

20. Volná otázka: Prostor pro Vaše vyjádření k Balintovským skupinám a supervizi