

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Lucie Nováková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Lucie Nováková

**SYNDROM VYHOŘENÍ U SESTER PRACUJÍCÍCH
NA ODDĚLENÍCH PALIATIVNÍ PÉČE A V HOSPICÍCH**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Nováková Lucie

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Syndrom vyhoření u sester pracujících na odděleních paliativní péče
a v hospicích

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 76

Počet stran – nečíslované: 29

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 39

Klíčová slova: Syndrom vyhoření, všeobecná a praktická sestra, paliativní péče

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester pracujících na oddělení paliativní péče a v hospicích. Teoretická část je členěna do několika kapitol, které pojednávají o samotném syndromu vyhoření o jeho historii, vymezení pojmu, příčinách, fázích, diagnostice, léčbě a prevenci. Dále se práce zaměřuje konkrétně na syndrom vyhoření u sester, na jeho příčiny, projevy a prevenci. V neposlední řadě se zabývá paliativní péčí, kde se věnuje vymezení pojmu, způsobům poskytování paliativní péče a roli sestry v paliativní péči. Práce dále obsahuje rozhovor s MUDr. Marií Svatošovou. Dílčí cíle se zabírají zjištěním, jaká je úroveň emocionálního vyčerpání, depersonalizací a úrovní osobního uspokojení u sester pracujících na lůžkových odděleních paliativní péče a v hospicích. Poslední dílčí cíl je zaměřen na zjištění toho, zda má délka praxe vliv na syndrom vyhoření u sester.

Abstract

Surname and name: Nováková Lucie

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Burn-out syndrome in nurses working in palliative care units and hospices

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 76

Number of pages – unnumbered: 29

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 39

Keywords: Burn-out syndrome, general and practical nurse, palliative care

Summary:

Bachelor thesis is focused on problems of burnout syndrome in general and nurses working in palliative care and hospices. The theoretical part is divided into several chapters, which deal with the burnout syndrome itself about its history, definition of the concept, causes, stages, diagnosis, treatment and prevention. Further with the work focuses specifically on burn-out syndrome in nurses, its causes, manifestations and prevention. Last but not least, she deals with palliative care, where she deals with the definition of the concept, the ways of providing palliative care and the role of a nurse in palliative care. The work also includes an interview with MUDr. Marie Svatošová. The sub-objectives are concerned with finding the level of emotional exhaustion, depersonalisation of levels and personal satisfaction in nurses working in palliative care wards and hospices. The last sub-objective is aimed at determining whether the duration of the practice has an impact on the burnout syndrome in nurses.

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad a podkladů. Dále děkuji praktickým a všeobecným sestřám, které se zapojily do výzkumu a za jejich ochotu. MUDr. Marii Svatošové děkuji za její čas, který mi věnovala a v neposlední řadě děkuji své rodině za podporu při studiu.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM OBRÁZKŮ	10
SEZNAM TABULEK	11
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 TEORETICKÉ VÝCHODISKO	15
2 SYNDROM VYHOŘENÍ	15
2.1 Historie.....	15
2.2 Definice.....	16
2.3 Příčiny syndromu vyhoření.....	17
2.4 Projevy a fáze syndromu vyhoření	18
2.5 Diagnostika syndromu vyhoření.....	21
2.6 Léčba syndromu vyhoření	22
2.7 Prevence syndromu vyhoření.....	23
3 SYNDROM VYHOŘENÍ V PROFESI VŠEOBECNÁ A PRAKTICKÁ SESTRA	26
3.1 Příčiny syndromu vyhoření u sester.....	26
3.2 Projevy syndromu vyhoření u sester.....	27
3.3 Prevence syndromu vyhoření u sester	27
4 PALIATIVNÍ PÉČE	29
4.1 Mobilní hospic	31
4.2 Lůžkový hospic.....	31
4.3 Nemocniční paliativní péče.....	31
4.4 Role sestry při poskytování paliativní péče	32
4.5 Vzdělání paliativní sestry.....	32
4.6 Implementace paliativní péče do nemocnic.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	34
6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY	35
6.1 Hlavní cíl.....	35

6.2	Dílčí cíle a výzkumné předpoklady	35
6.2.1	Operacionalizace pojmů	35
7	METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	37
7.1	Metodologie výzkumu	37
7.1.1	Standardizovaný dotazník – Maslach Burnout Inventory – MBI.....	37
7.2	Charakteristika sledovaného souboru	37
7.3	Organizace výzkumu	38
7.4	Zpracování dat	38
8	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	66
	DISKUZE	71
	ZÁVĚR.....	75
	SEZNAM LITERATURY	77
	SEZNAM PŘÍLOH	81

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1, Rozložení respondentů dle jejich délky praxe	39
Graf 2, Rozložení respondentů dle místa vykonávání paliativní péče	40
Graf 3, Rozložení odpovědí na otázku č. 1 v dotazníku MBI	41
Graf 4, Rozložení odpovědí na otázku č. 2 v dotazníku MBI	42
Graf 5, Rozložení odpovědí na otázku č. 3 v dotazníku MBI	43
Graf 6, Rozložení odpovědí na otázku č. 4 v dotazníku MBI	44
Graf 7, Rozložení odpovědí na otázku č. 5 v dotazníku MBI	45
Graf 8, Rozložení odpovědí na otázku č. 6 v dotazníku MBI	46
Graf 9, Rozložení odpovědí na otázku č. 7 v dotazníku MBI	47
Graf 10, Rozložení odpovědí na otázku č. 8 v dotazníku MBI	48
Graf 11, Rozložení odpovědí na otázku č. 9 v dotazníku MBI	49
Graf 12, Rozložení odpovědí na otázku č. 10 v dotazníku MBI	50
Graf 13, Rozložení odpovědí na otázku č. 11 v dotazníku MBI	51
Graf 14, Rozložení odpovědí na otázku č. 12 v dotazníku MBI	52
Graf 15, Rozložení odpovědí na otázku č. 13 v dotazníku MBI	53
Graf 16, Rozložení odpovědí na otázku č. 14 v dotazníku MBI	54
Graf 17, Rozložení odpovědí na otázku č. 15 v dotazníku MBI	55
Graf 18, Rozložení odpovědí na otázku č. 16 v dotazníku MBI	56
Graf 19, Rozložení odpovědí na otázku č. 17 v dotazníku MBI	57
Graf 20, Rozložení odpovědí na otázku č. 18 v dotazníku MBI	58
Graf 21, Rozložení odpovědí na otázku č. 19 v dotazníku MBI	59
Graf 22, Rozložení odpovědí na otázku č. 20 v dotazníku MBI	60
Graf 23, Rozložení odpovědí na otázku č. 21 v dotazníku MBI	61
Graf 24, Rozložení odpovědí na otázku č. 22 v dotazníku MBI	62
Graf 25, Vyhodnocení syndromu vyhoření na úrovni emocionálního vyčerpání	67
Graf 26, Porovnání emocionálního vyčerpání dle délky praxe sester	68
Graf 27, Porovnání depersonalizace dle délky praxe sester	69
Graf 28, Porovnání osobního uspokojení dle délky praxe sester	70

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Model Brouček	25
---------------------------------	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1, Odpovědi respondentů v dotazníku MBI	41
Tabulka 2, Vyhodnocení dotazníků MBI	64

SEZNAM ZKRATEK

Atd.A tak dále

FNFakultní nemocnice

SV Syndrom vyhoření

tzv. takzvaný, takzvaně

ÚHKT Ústav hematologie a krevní transfuze

VFN Všeobecná fakultní nemocnice

WHO.....World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Pro bakalářskou práci jsem zvolila téma syndrom vyhoření u sester pracujících na odděleních paliativní péče a v hospicích. U syndromu vyhoření se jedná o psychický stav, kdy dochází k emocionálnímu vyčerpání, depersonalizaci a snížení osobního výkonu. Od roku 2019 byl syndrom vyhoření kodifikován v Mezinárodní klasifikaci nemocí jako nemoc. Projevuje se ve čtyřech úrovních, a to v úrovni fyzické, kognitivní, emoční a behaviorální.

Pro zpracování tohoto tématu jsem se rozhodla z několika důvodů. Jedním z nich bylo, že syndromem vyhoření je ohrožen každý z nás, a proto je velmi důležité, abychom se touto problematikou zabývali a snažili se mu předcházet. Ohroženy jsou především profese, při kterých je člověk v každodenním kontaktu s lidmi. Zdravotnická profese je tedy jednou z nejrizikovějších, co se vzniku této nemoci týká. Na zdravotnický personál jsou kladeny stále vyšší požadavky. Profese sestry je provázena silnou psychickou zátěží a rovněž je považována za velmi stresující povolání. Sestry pracující na odděleních paliativní péče a v hospicích jsou nejen v nepřetržitém kontaktu s pacienty/klienty, ale také se smrtí, což může být velmi psychicky, a výrazně emočně náročné.

Dalším důvodem k výběru tohoto tématu, bylo, že jsem přesvědčena o důležitosti šíření této problematiky do povědomí veřejnosti. Chtěla bych, aby informace o paliativní péči byly natolik kvalitní a dostupné, aby se lidé, kterých se tato oblast týká, nebáli umírání a neočekávali na konci života pouze bolest.

Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je věnována historii a vymezení pojmu syndromu vyhoření. Popisuje jeho projevy, příčiny, diagnostiku, léčbu a prevenci. Dále se v teoretické části zaměřuji na syndrom vyhoření v profesi praktické a všeobecné sestry, konkrétně se věnuji jeho projevům, příčinám a prevenci. Následně se v teorii věnuji paliativní péči, její definici, způsobům jejího poskytování, a roli i vzdělání sestry v paliativní péči. Závěrečné pasáži se zmiňuji o implementaci paliativní péče do nemocnic.

Na teoretickou část navazuje praktická, jejímž cílem je zmapování výskytu syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester pracujících na lůžkových odděleních paliativní péče a v hospicích v Plzeňském a Středočeském kraji a v hlavním městě Praze. Dále chceme zjistit, jaká je úroveň emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení a také to, zda má délka praxe na syndrom vyhoření vliv.

V samotném závěru bakalářské práce (viz příloha A) jsem zpracovala krátký rozhovor se zakladatelkou a vůdčí osobností českého hospicového hnutí MUDr. Marií Svatošovou, ve kterém

nám sděluje nejen své postoje k dané problematice vycházející z její dlouholeté praxe, ale taktéž její osobní zkušenost a rady, jak syndromu vyhoření předcházet.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÉ VÝCHODISKO

Troufám si říct, že syndromem vyhoření je ohrožen, každý z nás. Je velmi důležité o této problematice hovořit a vědět o něm, znát jeho příznaky, příčiny, léčbu a stejně tak jeho prevenci. Jak už jsem již zmínila v úvodu téma bakalářské práce *Syndrom vyhoření u sester pracujících na oddělení paliativní péče a v hospicích* jsem si vybrala právě z tohoto důvodu. Dalším důvodem při výběru tohoto tématu, bylo, že jsem přesvědčená důležitosti šíření této problematiky do povědomí veřejnosti. Přála bych si, aby informace o paliativní péči byly natolik kvalitní a dostupné, aby se lidé, kterých se tato oblast týká, nebáli umírání a neočekávali na konci života pouze bolest.

Rešerše byla stanovena na základě klíčových slov ve vědecké knihovně v Plzni. Relevantní zdroje jsem vyhledávala ve vědecké knihovně v Plzni, online knihovně Bookport, elektronické databázi Medvik a Google Scholar.

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Stavům celkového vyčerpání, které jsou označovány jako „syndrom vyhoření“, se psychologové a lékaři věnují od 70. let 20. století. Mnohdy jsou používány výrazy jako syndrom vypálení či vyhasnutí, avšak nejčastěji je používán termín „burnout“. Z anglického překladu „to burn“, znamená „hořet“, což je v přeneseném významu „být pro něco zapálený“. Anglický termín „burn out“ značí doslova „dohořet“, „vyhořet“ či „vyhasnout“ (Pešek, Praško, 2016, str. 16). Nejčastěji se setkáváme se syndromem vyhoření (dále také „SV“) tam, kde je hlavní pracovní náplní práce s lidmi (Blatnická, Novotná, 2013, s. 24).

2.1 Historie

Poprvé termín „syndrom vyhoření“ použil americký psycholog německého původu H.J.-Freude Berger (1926 - 1999), který v roce 1974 popsal syndrom vyhoření v článku „Staff burnout“ v časopise *Journal of Social Issues*. Jeho definice SV zní: „*Burnout je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)*“. Pomocí této

definice klade u „burnout“ důraz zejména na jeho proces a nevnímá pojem pouze jako stav psychického vyhoření (Křivohlavý, 2012, s. 65). Po pojmenování tohoto jevu se jím začalo zabývat mnoho dalších psychologů (Křivohlavý, 2012, str. 58).

Původně se termín „burnout“ (vyhoření) uplatňoval u jedinců, kteří zcela propadli alkoholu a ztratili zájem o vše ostatní. Posléze se tento pojem rozšířil i na toxikomany, kteří se ve svém stavu dokázali soustředit pouze na drogu a vše ostatní jim bylo zcela lhostejné. Později byl termín používán i v jiných oblastech, dokonce předcházela pojmu „workoholik“. Rovněž u takto označovaných lidí totiž docházelo k apatii, depresím, lhostejnosti, celkovému vyčerpání, únavě a osamělosti (Křivohlavý, 2012, str. 62).

V českém prostředí byla první příručka o syndromu vyhoření pro odbornou i širokou veřejnost vydána v roce 1998 Státním zdravotním ústavem. Jejím hlavním cílem bylo seznámit veřejnost s podstatou vzniku a rozvoje syndromu vyhoření, jeho hlavními příznaky, diagnostikou, léčbou a prevencí. Téhož roku vyšla také první monotematická publikace *Jak neztratit nadšení*, jejímž autorem je Křivohlavý (Kebza, Šolcová, 2003, str. 3).

Koncem května roku 2019 Světová zdravotnická organizace zařadila oficiálně syndrom vyhoření do mezinárodní klasifikace nemocí, přiřazuje k němu kód Z73.0. s názvem „Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života“ (WHO, 2019).

2.2 Definice

V dnešní době neexistuje pro problém syndromu vyhoření jednotná definice. Během několika desetiletí se postupně objevovaly různé definice od psychologů, jež se snažily tento jev přesně pojmenovat. Známostou dvojicí, která se zabývala syndromem vyhoření, je Ayla M.-. Pinesová a Elliot Arnson, jejichž definice zní: „Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání a chronických situačních stresů.“ Dalšími odborníky, kteří se zabývají syndromem vyhoření, jsou profesorka Cristina Maslach z Kalifornské univerzity Berkeley a její kolegyně Susan E. Jackson. Syndrom vyhoření definovaly následovně: „Burn out je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde si lidé věnují potřebným lidem.“ (Křivohlavý, 2012, str. 63)

Definic, jež se zabývají syndromem vyhoření, je mnoho. Některé se zaměřují na konečný stav – stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání. Jiné na proces, který má vlastní vývoj.

Nicméně všechny mají společné znaky, jimiž je přítomnost negativních emocionálních příznaků (deprese, vyčerpání). Dalším společným znakem je, že nejčastěji se se syndromem vyhoření setkávají jedinci, u nichž nejvíce dochází ke kontaktu s lidmi (zdravotníci, učitelé). Důraz je kladen na psychické příznaky a prvky v chování. Menší pracovní efektivita není spojena se špatnými pracovními schopnostmi a dovednostmi, nýbrž s negativními postoji. V neposlední řadě je nutno dodat, že syndrom vyhoření se objevuje u psychicky zdravých lidí a nijak nesouvisí s psychickou patologií (Jeklová, Reitmayerová, 2006, str. 7).

2.3 Příčiny syndromu vyhoření

Hlavní příčinou vzniku syndromu vyhoření je dlouhodobě působící stres, který jedinec nedokáže zvládnout. V dnešní době se stres vyskytuje téměř v každé profesi a setkáváme se s ním i v osobním životě (Křivohlavý, 2012, str. 39). J. Křivohlavý (2012, s. 27) stres definuje jako "*vztah mezi dvěma silami, které působí protikladně.*" Tyto dvě protikladně působící síly jsou označovány termínem stresory a salutory. Jestliže je poměr stresorů a salutorů vyrovnaný, ke stresu nedochází. Problém se vyskytuje tehdy, je-li souhrnná síla stresorů větší než souhrnná síla salutorů. V této situaci dochází ke stresu. (Křivohlavý, 2012, str. 39).

Další zátěžovou situací, jež vede k syndromu vyhoření, je frustrace. Označuje stav, kdy u jedince nedojde k náležitému uspokojení potřeb. Potřeby rozdělujeme na fyzické, psychické a sociálně-psychické. Studie ukazují, že nejčastěji neuspokojenou potřebou v souvislosti se syndromem psychického vyhoření je potřeba povědomí smyslnosti života, tzv. existenciální potřeba. Další, která se velmi často vyskytuje ve studiích zaměřených na syndrom vyhoření, je potřeba společenského uznání – respektu. Lidé potřebují být oceňováni druhými a pociťovat, že jejich práce je kladně ohodnocena (Křivohlavý, 2012, str. 41).

K syndromu vyhoření rovněž vedou negativní vztahy. Ty jsou způsobeny nedorozuměními, spory, konflikty, nedostatkem vzájemné úcty, respektu a nedodržováním základních etických norem. Dále může být pro vznik SV zásadní emocionální zátěž. Často jsou vystavovány emocionální zátěži profese, které přicházejí dennodenně do kontaktu s lidmi. Mezi ně se řadí například lékaři, všeobecné sestry, pracovníci sociálních služeb, policisté a úředníci. V neposlední řadě má na syndrom vyhoření vliv prostředí, pracovní podmínky a organizace práce (Křivohlavý, 2012, str. 43).

Na syndromu vyhoření se rovněž podílejí rizikové faktory, které lze rozdělit do tří kategorií. Do první kategorie spadají faktory, které jsou součástí osobnosti člověka. Jedná se o osobnost typu A (osobnost ambiciózní, soutěživou a zapálenou do všeho), pro kterou je typický

perfekcionismus, výrazně narušené emoční potřeby v dětství, stresující myšlenkové postoje, nízké sebevědomí, vysoká míra empatie, nadměrná očekávání a nadšení při zahájení práce, nadměrná míra soutěživosti, konflikt hodnot, tendence potlačovat emoce neschopnost relaxace, nízká míra asertivity, nadměrná potřeba zalíbit se druhým, neschopnost racionálního plánování času a nízká míra sebereflexe (Pešek, Praško, 2016, str. 18).

Druhá kategorie obsahuje všechny faktory, jež přísluší pracovní sféře. Patří zde nedostatečná společenská prestiž v povolání, požadavky na vysoký výkon, nadměrné množství práce, nedostatek podpory a ocenění od kolegů a nadřízených, nedostatek zážitků a úspěchů, nedostatečná finanční odměna, špatná organizace práce, nespravedlivé poměry, jednotvárnost nebo nesmyslnost pracovní náplně, obtížní klienti, absence profesní perspektivy, schází využití.

Do poslední kategorie rizikových faktorů syndromu vyhoření spadají ty, jež jsou součástí mimopracovní sféry. Jedná se o absenci partnera, nechápavého partnera, konfliktní partnerství, příliš ctižádostivého partnera, soutěživost partnerů, nedostatek hlubších přátelských vztahů, nedostatek koníčku, zájmů a tělesného pohybu, špatné stravování, příliš mnoho těžkých životních událostí a špatné existenční podmínky (Pešek, Praško, 2016, str. 18).

2.4 Projevy a fáze syndromu vyhoření

Proces vyhoření může být manifestován vznikem mnoha obtíží. Symptomy jsou rozděleny do čtyř úrovní prožívání, a to do fyzické, kognitivní, emoční a behaviorální (Poschkamp, 2013, str. 30). Do fyzické úrovně jsou zahrnuty příznaky, jež se týkají somatického stavu dotyčného. Patří zde ztráta energie, tělesné vyčerpání, změny tělesné hmotnosti, chronická únava, nedostatek spánku, oslabení imunitního systému, náchylnost k nemocem, problémy s krevním oběhem, problémy se zažíváním, časté bolesti hlavy a ztuhlé šíjové svaly (Venglářová, 2012, str. 31). Kognitivní úroveň zahrnuje všechny příznaky, které se vztahují ke snížené nebo alespoň omezené schopnosti myšlení, jimiž je například slabá koncentrace a paměť, dezorganizace, nepřesnost, neschopnost plnit komplexní úkoly, či ztráta flexibility. Do emoční úrovně náleží příznaky, které se projevují narušeným nebo negativním citovým stavem. Mezi tyto symptomy řadíme emoční vyčerpání, pocity přetížení, antipatie vůči klientům, defenzivní či paranoidní přístup, sníženou sebeúctu, depresi, skleslost, frustraci, strach jít do práce, pocit bezmoci, zoufalství, zbytečnosti a sebevražedné sklony. Všechny příznaky, jež souvisí s chováním dotyčné osoby, spadají do behaviorální úrovně. Jedná se o úpadek nadšení, cynismus, snížení výkonnosti, časté konflikty s druhými, apatii, zvýšenou agresi, časté absence, „pookrání“

ve volných dnech, izolaci, vyhýbání se kontaktům s kolegy, konflikty s partnerem a přáteli a zvýšenou konzumaci alkoholu, kávy a drog (Poschkamp, 2013, str. 30).

Syndrom vyhoření je brán jako dlouhodobý proces, jenž se vyvíjí ve fázích. Postižený prochází postupně jednotlivými fázemi, avšak v některých případech může docházet k přeskočení některé z nich. Bylo vytvořeno několik modelů, přičemž nejjednodušší obsahuje tři stádia a nejsložitější dvanáct stádií syndromu vyhoření. U nejsložitějšího modelu se jednotlivé fáze překrývají a nelze je jednoznačně ohraničit (Pešek, Praško, 2016, str. 19).

Podle Eselwiche a Brodského lze proces vyhoření u většiny případů rozdělit do pěti stádií, jimiž jsou – nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření (Poschkamp, 2013, str. 38). **Nadšení** je období, do kterého dotyčný vstupuje s hlavou plnou nápadů, idealistickým nadšením, velkým očekáváním, osobní angažovaností a často s nereálnými cíli. Doslova oplývá ochotou a energií. Začne omezovat vlastní volný čas a činnosti s ním spojené. To vše má za následek spuštění procesu vyhoření (Poschkamp, 2013, str. 38). Ve druhé fázi procesu vyhoření – **stagnaci**, dochází ke „střízlivění“. Zde se člověk konfrontuje s původními ideály a naráží na neuspokojivou realitu. Zjišťuje totiž, že je výrazně odlišná od očekávání. Nejprve se dotyčný snaží intenzivním úsilím dosáhnout vytyčených cílů, přestože už jich dosáhnout nelze. Poté začne pociťovat averzi vůči práci a všemu, co s ní souvisí. Dotyčný se začne vyhýbat práci, klientům i kolegům. Věnuje se méně práci a snaží se volnočasovými aktivitami zaplnovat prázdné místo, které vzniklo v souvislosti s původním nadšením. Mohou se začít vyskytovat známky depresivních nálad nebo agresivního chování (Pešek, Praško, 2016, str. 20). Ve třetí fázi – **frustrace** – **jedinec** zjišťuje, jak jsou ve skutečnosti jeho možnosti omezené. Klesá jeho pracovní výkonnost narůstá pocit demotivace a únava. Jedinec pociťuje bezmoc a zklamání z podprůměrných výsledků jeho práce. Trápí jej nedostatečné uznání od klientů a nadřízených a zpochybňuje smysl své práce (Poschkamp, 2013, str. 38). Čtvrtou fází je **apatie**, což je obranná reakce proti frustraci. Jedinec se straní vlastním emocím a stahuje se sám do sebe. Vykonává jen to nejnnutnější. Počáteční nadšení již zcela vymizelo, nemá proto žádnou motivaci. Vyhýbá se náročným úkolům i kontaktům s klienty. Nechce se bavit o pracovních tématech. Začínají se u něj vyskytovat psychosomatické problémy, jimiž jsou bolesti zad, hlavy, kožní onemocnění, poruchy spánku a únava. Dotyčný může začít užívat léky, alkohol, drogy a další návykové látky. Také se mohou objevit častější absence v zaměstnání (Pešek, Praško, 2016, str. 20). Posledním stádiem je syndrom **vyhoření**, který je často provázen depresivními stavy. Dochází k úplnému emočnímu vyčerpání. Jedinec odchází ze zaměstnání, či mění pozici v původní organizaci. Po absolvování psychoterapie většinou pracuje dál ve své původní profesi, v nejhorším případě však může zůstat vyhořelý a bez pomoci (Pešek, Praško, 2016, str. 20).

Podle Freudenbergera se cyklus vyhoření skládá ze dvanácti fází, které nemusí jít vždy přesně za sebou a ani se pokaždé nemusí všechny objevit (Honzák, 2018, str. 29). První fáze je **nutkavá snaha o sebeprosazení**. Dotyčný má na začátku nepřiměřené ambice a usilovně se snaží prosadit v pracovní oblasti. Tato snaha přerůstá až do patologického nutkání. V další fázi **člověk začíná více a tvrději pracovat**. Je to snaha nemocného dokázat sobě i ostatním, že zvládne vše potřebné bez cizí pomoci. Přednostně se zaměřuje na práci, jež vyžaduje více úsilí, než je běžné. Snaží se být „nenahraditelným“ (Honzák, 2018, str. 29). Poté nastává fáze **přehlížení potřeb druhých**. Veškerý čas a úsilí nemocný orientuje na práci. Nezbyvá mu žádný čas ani energie na rodinu, přátele, jídlo, spánek. Tyto záležitosti se mu zdají nepotřebné a nezajímavé. Další fází je **přesunutí konfliktů**. Jedinec si začne poprvé uvědomovat, že je něco v nepořádku. Nedokáže rozpoznat zdroj problémů, a to vede k vnitřní krizi a pocitu ohrožení. Začnou se objevovat první tělesné potíže – příznaky stresu. Následující fáze se týká **revize a posunutí hodnot**. Dotyčný se izoluje od ostatních a snaží se vyhnout možným konfliktům. Ještě intenzivněji popírá své základní potřeby. Práce pohlcuje veškerou jeho energii a žádná už nezbyvá na rodinu, přátele a zájmy. Začíná emoční otupení. Ve fázi **popírání vznikajících problémů** se jedinec stává netolerantním. Nerad vyhledává sociální kontakty a pokud se na nich musí podílet, znamená to pro něj nesnesitelnou zátěž. Začíná se u něj objevovat značná agresivita a sarkasmus (Honzák, 2018, str. 30). **Stažení** je fáze, kdy člověk maximálně omezí sociální kontakty a zcela se izoluje. Začne konzumovat alkohol, uklidňující prášky nebo drogy. Objevují se u něj pocity beznaděje a ztráty smyslu. Další fází jsou **zcela jasně patrné změny chování**. U jedince došlo k tak znatelným změnám v chování, že spolupracovníci, rodina, přátelé a lidé v sociálním okolí už tyto změny nemohou přehlédnout. Ve fázi **depersonalizace** nemocný ztrácí kontakt se svými potřebami a sám se sebou. Nevnímá druhé ani sám sebe jako cenné osobnosti. Jeho pohled na život se mění v pouhou sérii mechanických funkcí (Honzák, 2018, str. 31). Následující fáze přísluší **vnitřní prázdnotě**. Jedinec pociťuje prázdnotu a snaží se ji překonat zběsilými aktivitami, jakými jsou například přejídání, sex, alkohol nebo drogy. Tyto aktivity přesahují běžné sociální meze. Ve fázi **deprese** je dotyčný vyčerpaný, lhostejný k okolí a pociťuje beznaděj. Domnívá se, že mu budoucnost nemá co nabídnout. Ztratil smysl života. Vyskytují se u něj stále více depresivní symptomy, a to psychické i tělesné. Poslední fází je **syndrom vyhoření**. Objevuje se emoční, celkový psychický a tělesný kolaps. Se současnou depresí se mohou vyskytovat sebevražedné sklony. Sebevražda připadá jedinci jako nejjednodušší způsob řešení situace (Honzák, 2018, str. 31).

2.5 Diagnostika syndromu vyhoření

K diagnostikování syndromu vyhoření lze využít několik metod, jimiž jsou sebezpozorování, pozorování druhých, pohovor a dotazníkové šetření. Jedinec si všímá a hodnotí vlastní chování a pozoruje změny, které se vztahují k syndromu vyhoření (Dam,2021). Hlavní roli zde hraje upřímnost vůči sobě a přiznání, že u něj již syndrom vyhoření probíhá. Změny na jedinci mohou pozorovat a hodnotit i druzí. Další metodou, která slouží k diagnostice, je pohovor. Jedinec vede pohovor s odborníkem, který následně pohovor vyhodnotí (Maroon, 2012, str. 71).

Nejčastější metodou je dotazníkové šetření. Při vyplňování dotazníku je velmi důležitá upřímnost respondenta. Je nutné, aby byly zjištěny opravdové pocity dotazovaného. Nejvyužívanějším dotazníkem je BMI – Maslach Burnout Inventory vytvořený autory C. Maslach a S. Jackson. Obsahuje 22 položek, jež mapují tři oblasti, a sice emocionální vyčerpání – EE, depersonalizaci – DP (psychická porucha, kdy jedinec není schopen adekvátně vnímat sebe samotného) a uspokojení z práce – PA (Venglářová, 2012, str. 29).

Dalším dotazníkem, který lze využít pro diagnostiku syndromu vyhoření je BM – Burnout Measure. Tento dotazník byl sestaven v roce 1980 autory Ayala Pinesová, Ph.D. Elliot Aronson, Ph. D. Standardizovaný dotazník je orientován na tři aspekty celkového vyčerpání, mezi které se řadí fyzické, emocionální a duševní (Ptáček et. Al., 2012 s.30).

Dále je využíván Orientační dotazník, jehož autory jsou D. Hawkins, F. Minirth, P. Maier a Ch. Thursman. Pomocí tohoto dotazníku lze rozpoznat blížící se stav psychického vyhoření. Respektuje syndrom vyhoření jako proces, a ne jako momentální neměnný stav (Ptáček et. Al., 2012 s.30)

Dotazník MBI – General Survey byl sestaven pro použití s jinými profesními skupinami, než jsou služby pro lidi. Zaobírá se třemi oblastmi – vyčerpáním (exhaustion), cynismem (cynicism) a profesní výkonností (professional Efficacy). Oblast vyčerpání měří pocity přetížení a vyčerpání z práce, oblast cynismu měří lhostejnost nebo vzdálený postoj k práci a professional Efficacy měří spokojenost s minulými a současnými úspěchy a hodnotí očekávání jedince ohledně pokračující efektivity práce (Mind garden, 2016). Kromě toho je využívána dotazníková metoda Shirom Melamed burnout measure („škála vyhoření“), která se zaobírá oblastí fyzické námahy a kognitivního vyčerpání. Další účinná technika se nazývá Oldenburg Burnout Inventory (OBI). Ta je zaměřena na oblast vyčerpání a disengagement (distancování se od práce, uzavření). V neposlední řadě se při diagnostice syndromu vyhoření v zahraničí využívají tyto

dotazníky – Athlete Burnout Questionnaire (ABQ), Copenhagen Burnout Inventory (CBI) či Heidelberger Burnout Test (HBT), (Vítková, 2018).

Diferenciální diagnostika syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se velmi často podobá svými příznaky, ale i důsledky v chování, jednání a prožívání známějším chorobám. S endogenní depresí má řadu společných znaků – smutná nálada, ztráta motivace a energie, pocity zbytečnosti a zmaru. Rozdíl je v tom, že u burnout syndromu se pocity vyhaslosti vztahují na konkrétní zaměstnání, nikoliv jako u endogenní deprese, která má vliv na celou řadu životních aktivit. Další rozdílem je, že při zdravotní dovolené nastává rapidní zlepšení, a zatímco u endogenní deprese změny nepřichází. Lidé trpící endogenní depresí jsou ranní pesimisti, zatímco u lidí se syndromem vyhoření se depresivní prožívání během dne mění a zhoršení přichází až večer. Rozdíl je i ve spánku. Endogenní deprese se projevuje častým buzením v průběhu spánku, kdežto u vyhasnutí jsou to problémy s obtížným usínáním. Obviňování okolí je typické pro syndrom vyhoření, zatímco u endogenních depresí je to autoakuzace (sebeobviňování). Rozdíl také nastává v léčbě, neboť základem léčby endogenní deprese je farmakoterapie a u vyhaslosti psychoterapeutické prostředky.

Dále se Burnout syndrom podobá alexithymii, která je charakterizována oploštělou emocionalitou, otupělostí v sociálních vztazích, celkovou netečností a absencí kreativity a spontánnosti. Hlavním rozdílem je, že alexithymie se vyskytuje nejčastěji u pacientů s psychosomatickou chorobou. Lidé trpící alexithymií nedokáží své pocity vyjádřit, zatímco lidé s vyhasnutím emoce redukují, avšak disponují dostatečnou slovní zásobou k jejich vyjádření.

Také může dojít k záměně s únavovým syndromem. Rozdílem jsou zde pseudohalucinace, které se objevují pouze u únavového syndromu. Rovněž je důležité zaměřit se na to, zda pacient vykazuje opravdu dominující emoční vyprahlost.

Podobat se může také neurastenii. Rozpoznat je však můžeme pomocí závratí, jež se u vyhasnutí téměř nikdy nevyskytují (Kupka, str. 29, 2008).

2.6 Léčba syndromu vyhoření

U syndromu vyhoření je velmi důležité, aby k započetí léčby došlo co nejdříve, a to nejlépe ve fázi stagnace. Bohužel se u syndromu vyhoření jedná o plíživý proces a mnoho lidí si neuvědomuje, že se blíží nebezpečí. Pokud se jedinec dostane až do konečné fáze vyhoření, je důležité, aby vyhledal psychologa, či psychiatra. Nezbytná je účast na terapiích, které se zabývají otázkami zdravého životního stylu, posílením mezilidských vztahů a získáním

realističtějšího postoje k zaměstnání. Nejde pouze o snahu naučit se více relaxovat, odpočívat, a věnovat se svým zájmům, ale také odstranit aktuální potíže, jakými jsou deprese, či sebevražedné tendence. Účinné jsou kognitivně – behaviorální terapie či logoterapie (Preiß, 2015, str. 149).

Kognitivně – behaviorální terapie je terapeutický přístup, který napomáhá jedincům porozumět tomu, jak smýšlí o světě, o okolí kolem nás a o nás samotných (Odyssea, 2022). Logoterapie patří mezi humanistické a existenciální proudy psychoterapie. Zabývá se fyzickými, psychickými a spirituálními aspekty člověka (AdiCare psychologická a psychiatrická klinika, 2018).

Při vypořádávání se se syndromem vyhoření je velmi důležité mluvit se svými blízkými. Dobrý posluchač napomůže nemocným uspokojit nervový systém a zmírnit stres. Být přátelský ke svým spolupracovníkům rovněž přispívá nemocným k vymanění se z vyhoření. Dále je pro takto postižené jedince prospěšná redukce kontaktu s lidmi, kteří na ně mají negativní vliv a také je vhodné se spojit s komunitou, která je pro člověka smysluplná. Poté je důležité orientovat se na aspekty práce, které má člověk rád a provést změnu svého postoje k práci. To vše napomáhá ke znovuzískání smyslu zaměstnání. Je pro ně taktéž nutné najít rovnováhu ve svém životě (Preiß, 2015, str. 149).

Rovněž je významná pomoc ze strany zaměstnavatele, který může zajistit několik opatření, například snížit požadavky na pracujícího, zařídit změnu pozice, či nové vymezení pracovních povinností (Preiß, 2015, str. 149).

2.7 Prevence syndromu vyhoření

Aby došlo k zabránění syndromu vyhoření, musí prevence probíhat ve třech oblastech. Těmi jsou – organizační, osobní a vztahové úrovně. Jedním z velkých problémů je, že v práci vedení bere problematiku na lehkou váhu a dalším problémem je její popírání. Popíráním proces postižený nezadrží, nýbrž ho jen ignoruje. Prvním krokem v opatření na osobní úrovni je útlum očekávání. Při volbě studia a povolání častokrát probíhá rozhodnutí s malým množstvím informací. Poté nastává velmi nerealistický obraz žádoucích činností, očekávání nejsou po zahájení výkonu povolání naplněna a vzniká tzv. šok z praxe. Pro lidi zasažené SV je důležité si uvědomit, že nikdo nemůže splnit všechna očekávání a každý z nás je nahraditelný. Je také zapotřebí, aby se dotyční jedinci naučili nepřebírat cizí povinnosti na sebe, nechtěli se zalíbit všem okolo a mít vše pod kontrolou, protože někdy chaos může přinést ochranu před zklamáním z nesplněných plánů. Dále je potřeba, aby přijali své „vnitřní dítě“, tzv... dovolili si pocit slabosti.

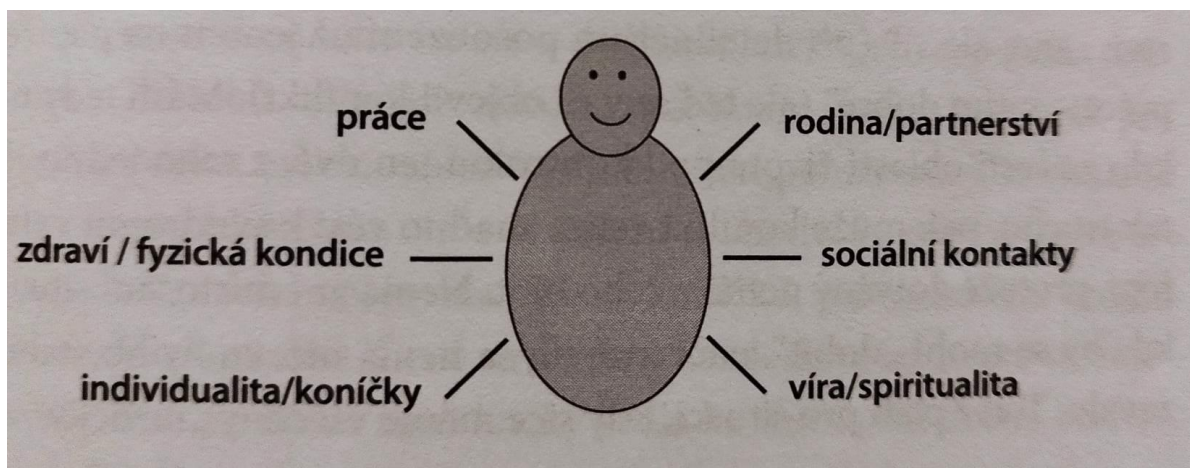
Také je vhodné, aby byli sami sobě dobrým přítelem/dobrou přítelkyní. Měli by se vyhnout izolaci a nezůstávat na problémy sami. Zásadní je, aby se naučili naslouchat své tělo, připustili si stres a jeho omezení, přiznali si daný problém a přestali s popíráním. Dalším krokem v prevenci SV je přemýšlení o změně místa, ale zároveň nevnímat nové místo jako známku selhání. Je dobré najít takovou pozici, která bude dotýčného naplňovat. Následujícími opatřeními, která jsou pro léčbu nezbytnými, jsou opatření na vztahové úrovni. (Poschkam, 2013, str. 87–95).

Křivohlavý (2012, str. 102) rozděluje prevenci na dvě oblasti: vnitřní (interní) a vnější (externí). Interní oblast je orientována na jednotlivce, jež jsou více ohroženi SV nebo již prochází některou z fází. Důležité je zaměření na základní existenciální potřeby tzv. smysluplnost života a osobní charakteristiky, které mohou být nápomocné před vyhořením a úplným zhroucením. Externí oblast je zaměřena na nepříznivé vlivy prostředí, ve kterých se jednotlivci nacházejí, ať už soukromě nebo pracovní. Jedná se tedy o životní nebo pracovní podmínky. V této oblasti je nezbytné věnovat pozornost sociální podpoře, dobrým vztahům mezi lidmi, kladnému hodnocení pocházející od jiných osob a pracovním podmínkám. Zaměstnanci by se měli seznámit s problematikou stresu a burnout syndromu. K zabránění vzniku a následujícímu rozvoji stresu a SV je zapotřebí provést tato opatření – pracovníkům objasnit, co se, od koho vyžaduje, stanovit úkoly tak, aby bylo reálné je zorganizovat, přičemž záleží na zpětné vazbě a velmi důležité je i uznání pracovníka a úprava pracovních podmínek ve smyslu uvolnění z centra napětí, nebo úprava pracoviště. Mezi další drobné rady pro prevenci a zvládání vyhoření patří humor, osvědčený zájem o své zdraví, relaxace a pracovní porady (Křivohlavý, 2012, str. 102–148). Účinné relaxační metody při prevenci SV jsou autogenní trénink podle Schultze, uvolnění svalů podle Jacobsona, asijské techniky jako jóga, Tai chi, Čchi-kung, (auto) hypnóza, (nenáboženská) meditace, tzv. bdělé snění, biofeedback, (neboli biologická zpětná vazba). Pomocí těchto cvičení docílíme uvolnění napětí v organismu a zlepšení pozornosti (Černý a Grofová, 2015, str. 25).

Model Broučka

Model Brouček definuje šest zásadních oblastí života, které tvoří základní pilíře lidského zdraví a spokojenosti. Jedná se o tyto oblasti rodina/partnerství, práce, zdraví/fyzická kondice, sociální kontakty, individualita/koníčky a víra/spiritualita. Jestliže je člověk ve všech oblastech spokojen, a má je pod kontrolou, je před syndromem vyhoření dobře chráněný. Má totiž, kde „dobít“ a načerpat síly. Naopak člověk, který má pod kontrolou jen některou z oblastí,

je s každým nově vzniklým konfliktem více vystaven syndromu vyhoření. Proto je potřeba vést dialog sám se sebou a zdokonalovat se ve všech oblastech života tak, aby odpovídaly našim představám (Prieß, 2015, str. 53).



Obrázek 1- Model Brouček (Prieß, 2015, str. 53)

3 SYNDROM VYHOŘENÍ V PROFESI VŠEOBECNÁ A PRAKTICKÁ SESTRA

3.1 Příčiny syndromu vyhoření u sester

Sestry jsou během svého pracovního života ohroženy širokým spektrem stresorů, od nerealistických očekávání od managementu zdravotnického zařízení, přes etická rozhodnutí, až k situacím vyskytujících se na konci života. Jsou vystavovány tragickým okolnostem, poskytují emocionální podporu pacientům i jejich rodinám. Rovněž na ně působí vypjaté emoční reakce, zvláště hněv, různé formy agrese. Jedná se o situace, které se zvládají velmi obtížně. Sestry často trpí pracovním přetížením (Univerzita AdventHealth, 2019). Pracují ve směnném provozu, musí umět rychle reagovat na proměnlivou situaci, ať už se jedná o změnu stavu pacienta nebo jakoukoliv jinou situaci. Jednak často řeší provozní problémy a také dokonce suplují jiné role a profese (Vanglářová, 2011, str. 27–28). Sestry se starají o dobré tělesné zdraví pacientů, ale velmi často zapomínají na to své. Nepravidelné stravování, nedostatek odpočinku, nedostatečný pohyb, dlouhodobé neřešení zdravotních problémů, nadváha apod., to vše vede k poruše v emocionální a duševní rovině (Vanglářová, 2011, str. 27–28).

Podkladem pro vytvoření SV jsou dvě okolnosti. V první řadě se jedná *osobnostní nastavení pomáhajícího*. Podstata spočívá v příliš silné motivaci pomáhat a pečovat, což způsobuje iluzorní očekávání od sebe samých i od příjemců péče. Druhým předpokladem je *pracovní prostředí*. Zde se jedná o charakter práce, nastavení systému a organizace práce na konkrétním pracovišti (Vanglářová, 2011, str. 27).

V roce 1974 klinický psycholog Herbert Freudenberger vytvořil frázi „vyhoření sestry“. Podotkl, že sestry jsou zasaženy tímto stavem z důvodu úzkých vazeb na pacienty. Výzkumníci Christina Maslach a Susan E. Jackson ukázali, že se vyhoření sestry skládá ze tří dimenzí – emocionální vyčerpání, snížený pocit osobního úspěchu a depersonalizace. Emocionální vyčerpání negativně ovlivňuje poskytování péče pacientům a další jiné povinnosti sester. Sestry jsou nepostradatelnou součástí při poskytování zdravotní péče. Zvládají nespočet případů, avšak ne všechny mohou ovlivnit, a to poté vede ke sníženému pocitu z osobního úspěchu. Posledním stupněm je depersonalizace, přičemž se jedná o bezcitné reakce, neosobní jednání vůči příjemců služby, péče, léčby nebo instrukcí. Sestra se tak stává neempatickou a není schopna být starostlivá vůči pacientům s obtížnou léčbou a emocemi (Univerzita AdventHealth, 2019).

3.2 Projevy syndromu vyhoření u sester

Syndrom vyhoření se projevuje emocionálním vyčerpáním, jež vzniká při situacích, kdy sestry dosáhnou limitu svých schopností a nemohou reagovat na emocionální úrovni. Nastává depersonalizace. Vztahy s pacienty a kolegy se vzdalují. Typickými znaky, které se projevují u sester zasažených syndromem vyhoření, jsou negativní pocity, pocity vyčerpání a cynické postoje. (Aholá, Toppinen – Tannerová s., Seppänen, 2017). Projevují se potíže s koncentrací a pamětí, které jsou pro sestry velmi klíčové, především s ohledem k jejich zodpovědnosti. Dále se SV projevuje nezvládnutím obvyklých činností, nezájmem o pacienty nebo zhoršenou kvalitou péče. Projevy syndromu vyhoření jsou také na fyzické úrovni, přičemž se projevují poruchami spánku, dušností, bolestí hlavy a gastrointestinálními potížemi (Medical Tribune, 2015).

3.3 Prevence syndromu vyhoření u sester

Prevenci syndromu vyhoření by se měly sestry věnovat neprodleně od začátku své pracovní kariéry. Aktivní psychohygiena může zcela zabránit velkým problémům, nebo alespoň zmírnit jejich dopad. Proto je zapotřebí provádět emoční ventilaci. Je velmi důležité umět dostatečně relaxovat a odpočívat, mít dostatek spánku a pohybu a také si najít koníčky, jež člověka baví a naplňují (Houšková, 2022). Dále by se měli jedinci bránit komunikačním nedorozuměním a případné konflikty ihned řešit. Rovněž je velmi důležité mít kvalitní mezilidské vztahy v rodině i s přáteli či s kolegy – zdravotníky. V krizových situacích slouží jako „záchranná síť“. Dále by sestry měly být zdravě asertivní. V neposlední řadě je důležité umět chránit svá práva, a přitom nepoškozovat práva druhých lidí (Hekelová, 2018). Také je prospěšné umět mít rád sám sebe a přijmout to, jací jsme, neboť kdo se nemá rád a nepečuje o sebe, jen vydává energii a zpátky už ji nepřijímá. Dalším důvodem je fakt, že ten, kdo nesnáší některé své skutečné vlastnosti, je nedokáže přijmout ani u svých pacientů. Sestra by měla být empatická, ne však přecitlivělá. Měla by znát své hranice, neporovnávat se s ostatními a neklást na sebe příliš vysoké cíle (Venglářová et al., 2011, s. 34).

Práci bychom si neměli brát domů. Sestra by měla najít pomocný rituál k tomu, aby dokázala přeladit myšlenky z práce na domov, protože ten by měl být oázou klidu a relaxace (Venglářová et al., 2011, s. 37).

Na náročnou profesi se setra připravuje již během studia, a to v hodinách psychologie a ošetrovatelství. Prevenci syndromu vyhoření také napomáhá adaptační proces, který lze považovat za určitou formu supervize. Sestra je po dobu adaptační praxe pod dozorem

sestry – školitelky, což sestře poskytuje podporu a pomoc v začínající profesi (Venglářová et al., 2011, s. 33).

Smysl profese praktické a všeobecné sestry není jednoznačný. Při poskytování pomoci nebývá vždy dosažena zpětná vazba a informace o úspěšnosti jejího působení, například při péči o umírající. Výsledky profesionální činnosti nejsou vždy zjevné a jejich charakter má dlouhodobou perspektivu. Hodnota vykonané práce je téměř nevyčíslitelná, a proto je i nejspíše nedostatečně oceněna. Pracovní úspěch se u sester hojně posuzuje morálními a duchovními hodnotami, což je také důvod, proč sestřám hrozí syndrom vyhoření (Venglářová et al., 2011, s. 38).

Sestry z anglických hospiců, tedy pracovišť s vysokým rizikem syndromu vyhoření, sepsaly „desatero“ proti syndromu vyhoření. Desatero je uvedeno v příloze 1 (Honzák, 2018, s. 2003).

4 PALIATIVNÍ PÉČE

Slovo „paliativní“ je odvozeno z latinského slova *pallium*, což má za význam roušku nebo plášť. Anglické slovo „palliate“ znamená mírnit, tišit. Tato etymologie ukazuje, jaký má úkol paliativní péče – „zakrýt“ hojivou rouškou účinky nevléčitelné nemoci či poskytnout plášť těm, kteří byli ponecháni na mrazu, z důvodu nemožnosti pomoci kurativní léčbou (Bužgová, 2015, str. 16). Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala v roce 2002 paliativní péči jako *„přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasným rozpoznáním a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“* Je to tedy komplexní bio-psycho-sociálně-spirituální přístup. Jedná se o interdisciplinárně vedenou péči, která je sestavena z lékařů různých specializací, všeobecných a praktických sester a nutričních terapeutů, sociálního pracovníka, fyzioterapeutů, psychiatra, psychologa či duchovního (Kupka, 2014, str. 26).

Multidisciplinární paliativní tým pracuje s úctou a respektem k hodnotám a přáním pacienta a jeho rodině. Paliativní lékař přímá do péče pacienta, zhodnocuje symptomy a nastavuje léčbu. Paliativní sestra je v blízkém intenzivním kontaktu s pacientem. Vykonává péči ordinovanou lékařem a zjišťuje aktuální zdravotní a psychický stav všech zúčastněných. Dále podle potřeby koordinuje ostatní služby, které poskytuje paliativní tým. Sociální pracovník napomáhá s uzavíráním smluv, zajišťuje příspěvek na péči a zřizuje zapůjčení kompenzačních pomůcek. Psycholog či psychoterapeut umožňuje pacientovi a všem zúčastněným mluvit o náročné životní situaci, vypořádat se s úzkostí a nabízí prostor pro uspořádání problematických situací či vztahů. Duchovní se do péče zapojuje na přání pacienta či rodiny. Napomáhá pacientovi a jeho blízkým hledáním naděje a víry (Centrum paliativní péče, 2014).

Péče o nevléčitelně nemocné probíhala již od středověku. Za pomoci církevních řádů vznikala v kláštrech speciální místa pro nevléčitelně nemocné. Avšak paliativní – hospicová péče, tak, jak ji vnímáme dnes, vznikla až v první polovině 19. století. V Lyonu byl roce 1847 založen první hospic Jeanne Garnierovou, zakladatelkou hospicové péče. Vzniku hospice předcházelo sdružení žen, které se věnovalo péči o nevléčitelně nemocné. V České republice nastal rozvoj paliativní medicíny až od období 90. let minulého století. Ve spolupráci s mnoha odborníky i laickými pracovníky v oboru paliativní péče se MUDr. Marií Svatošové podařilo 8. prosince 1995 otevřít první český hospic v Červeném Kostelci, který byl pojmenován po patronce trpících Anežce České. V Plzni první hospic, který vznikl byl hospic svatého Lazara v roce 1998 (Umírání.cz, 2016).

Marie Svatošová, rozená Maršíková, je praktická lékařka, spisovatelka, publicistka, katolická aktivistka a zakladatelka hospicového hnutí v ČR. V roce 1993 se stala zakladatelkou Sdružení Ecce homo pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Mezi její nejúspěšnější knihy patří *Hospice a umění doprovázet*, *Hospice slovem a obrazem*, *Až k prolití krve – Radostné poselství P. MUDr. – Ladislava Kubíčka* nebo *Kmotra na e-mailu*. Založila první hospic, pomoci a radou se podílela na zprovoznění řady dalších hospiců. MUDr. Marie Svatošová byla za svou mimořádnou humanistickou činnost několikrát oceněna. V roce 2002 získala Medaili za zásluhy III. stupně, v roce 2008 Svatováclavskou medaili, v roce 2015 Medaili Za zásluhy I. stupně, v roce 2017 cenu Dáma české kultury a v roce 2020 byla pasována na Rytířku českého lékařského stavu (Paměť národa 2021). V samotném závěru bakalářské práce (viz příloha A) je zpracovaný krátký rozhovor, ve kterém nám sděluje nejen své postoje k dané problematice vycházející z její dlouholeté praxe, ale taktéž její osobní zkušenost a rady, jak syndromu vyhoření předcházet.

Mezi principy paliativní péče patří poskytnutí úlevy od bolesti a jiných symptomů. Paliativní péče neurychluje ani neoddaluje smrt a zároveň na smrt nahlíží jako na přirozený proces. Integruje spirituální a psychologické aspekty péče o pacienta. Vytváří systematickou podporu pacientům, která jim umožňuje žít přiměřeně aktivní život až do smrti. Jedinečnost paliativní péče spočívá ve spolupráci s rodinou, která je aktivně zapojována do poskytování péče. Rovněž je rodinám systematicky nabízena podpora celého paliativního týmu, která napomáhá vyrovnání se s pacientovým onemocněním i se zármutkem po jeho smrti. Paliativní péče se zaměřuje na individuální potřeby pacienta a chrání jeho důstojnost (Kupka, 2014, str. 26–27).

Paliativní péče se rozděluje dle komplexnosti péče na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je dobrá klinická péče o pacienta v pokročilé či konečné fázi onemocnění. Poskytnout by ji měli umět všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. Zahrnuje komunikaci s pacientem a rodinou, psychickou podporu, léčbu symptomů a zaměřuje se na kvalitu života. Specializovaná paliativní péče je interdisciplinární péče, kterou poskytuje tým odborníků, jenž je v této oblasti speciálně vzdělaný. U nemocných, kde intenzita a dynamika obtíží přesahuje možné řešení v rámci obecné paliativní péče, nastupuje právě tato specializovaná paliativní péče. Je poskytována v lůžkových hospicích, denních paliativních stacionářích, na oddělení paliativní péče v rámci nemocnice i, v ambulancích paliativní medicíny (Sláma, 2012, str. 10–12).

Paliativní péče je poskytována v mobilních hospicích, lůžkových hospicích a nemocničních zařízeních (Centrum paliativní péče, 2014). Některé hospice a jiné organizace také nabízejí kromě lůžkové péče, také respitní péči (odlehčovací péči). Tato péče je určena osobám, které se v domácím prostředí trvale pečují o své blízké. Poskytuje rodině odpočinek, prostor pro

načerpání sil a energie nebo čas pro vyřízení nezbytných věcí (návštěva u lékaře, úřadu, rekonstrukce bytu). Tato služba je vždy jen dočasná a na omezenou kratší dobu (Urbanová, 2011).

4.1 Mobilní hospic

Specializovaná hospicová péče je poskytována v domácím prostředí pacienta. Péče je dostupná 24 hodin, denně 7 dní v týdnu. Pacient s rodinou mají k dispozici nepřetržitou telefonní pohotovost. Multidisciplinární tým navštěvuje pacienta v jeho domácím prostředí a s pomocí rodiny zajišťuje důstojné a bezbolestné umírání v místě, kde se pacient cítí dobře (Centrum paliativní péče, 2014).

4.2 Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je určen pro pacienty, kteří nechtějí nebo nemohou prožít zbytek života ve svém domácím prostředí. Multidisciplinární tým zajišťuje pacientovi komplexní péči a při tom se snaží co nejblíže se přiblížit domácímu prostředí. Poskytuje podporu pacientovi i jeho rodině. Návštěvní hodiny jsou pro příbuzné neomezené a je jim umožněno ubytování se svými blízkými přímo v hospici (Centrum paliativní péče, 2014).

4.3 Nemocniční paliativní péče

V nemocničním zařízení se můžeme setkat s paliativní péčí ve formě konziliárních paliativních týmů, které poskytují péči na různých odděleních nemocnice. Fungují, jako expertní poradenský tým pro rodiny a zdravotníky z jiných oddělení. Druhou možností je poskytnutí péče na lůžkovém oddělení paliativní péče. Zatím v České republice není nemocniční paliativní péče běžnou součástí služeb nemocnic. Prvním krokem pro zavedení paliativní péče do nemocnic byl program „Spolu až do konce“, na kterém se podílelo Centrum paliativní péče (Centrum paliativní péče, 2014).

S multidisciplinárním týmem se již setkáváme i ve FN Plzeň, který začal poskytovat konziliární (poradenskou) činnost od jara 2022. Dále v této nemocnici vznikla ambulantní paliativní péče, která započala provoz v prosinci téhož roku (Fakultní nemocnice Plzeň, 2022).

4.4 Role sestry při poskytování paliativní péče

Paliativní sestra je v intenzivním kontaktu s pacientem a jeho rodinou. Má několik rolí, v první řadě je poskytovatelem paliativní péče, edukátorem a poradcem v sociální oblasti. Poskytuje péči předepsanou lékařem a zaopatřuje aktuální zdravotní i psychický stav zúčastněných. Měla by proto rozumět principům paliativní péče, znát etické otázky umírání a smrti, biologickou stránku provázející umírání a smrt (Paliativní centrum, 2014). Respektuje práva nemocných, která vyplývají z Listiny základních práv a svobody. Nemocní mají právo na důstojné zacházení a řádnou péči. Sestra by měla mít citlivý přístup, respekt k osobnosti pacienta a vést empatickou komunikaci s pacientem i s jeho rodinou. Úlohou sestry v oblasti paliativní péče je pozorování a sledování pacientových symptomů, dále zmírňování příznaků utrpení, ulevování od bolesti. Sestra sleduje účinky léčby, zvláště léčby bolesti (Moje medicína 2017). V neposlední řadě učí pacienta i rodinu, jak nejlépe zmírňovat symptomy. Definuje společně s pacientem přijatelnou úroveň komfortu. Dále plánuje péči společně s pacientem, rodinou a členy multidisciplinárního týmu. Realizuje dohodnutý plán péče. Přizpůsobuje prostředí dle přání pacienta. Také věnuje čas naslouchání obavám a očekáváním pacienta. V neposlední řadě povzbuzuje pacienta při dosahování jeho vytyčených cílů, a to přiměřeně jeho stavu. Nechává pacienta postupovat svým vlastním tempem a respektuje jeho momentální nálady, poskytuje podporu a útěchu. Rovněž vede dokumentaci, která je jedním z ukazatelů poskytování kvalitní péče (Vorlíček, str. 165, 2006).

Sestra se stará o pacienta po celou dobu umírání, přičemž má po jeho smrti na starost i péči o jeho tělo, o které se stará taktně, šetrně a respektuje intimitu zemřelého. Tu zajišťuje pomocí zástěn či převozem do místnosti k tomu určené. Po celou dobu péče o mrtvé tělo nezapomíná na etický přístup (Kennedyová, 2016). Dále dbá o čistotu těla. Zemřelého pokládá na záda do vodorovné polohy, a to bez polštáře nebo jen s malým polštářkem pod hlavou. Poté opatrně zavře oční víčka a ústa zemřelého, popřípadě na ně položí navlhčený tampon na oči po dobu 1 hodiny. Po dokončení ošetrovatelských úkonů je tělo převezeno do chladné a pietně vyzdobené místnosti, která je k tomu určená (Umírání.cz, 2016).

4.5 Vzdělání paliativní sestry

V České republice není vzdělávání pro paliativní sestry zcela ucelené. Neexistuje žádný komplexní vysokoškolský vzdělávací program nebo obor paliativní péče. Vzdělávání probíhá pomocí kurzů. Například v Brně Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů organizuje tyto kurzy – Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči, Komunikace

sester (Paliativa, 2018). Dále probíhá také vzdělávání pomocí kurzu ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium) pořádaného Centrem paliativní péče. Kurz ELNEC vznikl v roce 2000 v USA, odkud se rozšířil i k nám. Jedná se o intenzivní kurz, který svým obsahem respektuje multidisciplinární přístup, jenž je nutný při realizaci péče o pacienty na konci života. Kurz obsahuje nejen léčbu bolesti a ostatních závažných symptomů souvisejících s těžkou nemocí, ale také etické a duchovní aspekty péče a nácvik efektivní komunikace s pacienty, s rodinou i v rámci týmu. Celková koncepce probíhá v duchu „sestry sestrám“ (Paliativní centrum, 2022). Dále centrum paliativní péče pořádá kurz ESPERO, který je zaměřen na komunikaci a práci s emocemi. Sestry připravuje na složité situace v komunikaci s pacienty se závažnou nemocí, s jejich rodinami a také s lékaři a dalšími spolupracovníky (Centrum paliativní péče, 2022).

4.6 Implementace paliativní péče do nemocnic

Centrum paliativní péče koordinovalo jedinečný projekt Spolu až do konce 2016–2020, který se týkal zavedení paliativní péče do nemocnic. Program realizoval Nadační fond Avast. V roce 2016 bylo vybráno 18 nemocnic: (Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice Motol, interní oddělení Strahov (VFN), klinika Na Košíku, nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Ústav hematologie a krevní transfuze (ÚHKT), Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice, Všeobecná fakultní nemocnice Praha, nemocnice Hořovice, nemocnice Na Pleši, nemocnice Jindřichův Hradec, Krajská nemocnice Liberec, Masarykova městská nemocnice v Jilemnicích, Vysokomýtská nemocnice, Masarykův onkologický ústav Brno, a nemocnice Milosrdných sester Kroměříž), které dostaly finanční prostředky pro rozvoj nemocničních paliativních týmů, vytvoření vnitřních metodik a směrnic pro péči o nevléčitelně nemocné pacienty. Cílem celého projektu bylo, aby měl pacient kvalitní informace a mohl se na konci svého života svobodně rozhodnout kde a jak chce umřít, koho chce mít na blízku a jaký způsob péče zvolí. Dále také, aby paliativní péče byla dostupná a otevřená pro co nejvíce nemocných lidí a stala se tak samozřejmou součástí každé komunity v České republice a života nás všech. Výsledkem tohoto programu byl vznik pilotních týmů v podpořených organizacích. Rovněž bylo výsledkem i zjištění, že tato služba je v našich nemocničních zařízeních velmi důležitá a potřebná. Dále program inspiroval Ministerstvo zdravotnictví ke spuštění vlastních projektů k zakotvení péče v systému. V neposlední řadě projekt definoval překážky, které nemocnice musí překonat, pokud budou s paliativní péčí začínat (Centrum paliativní péče, 2021).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Syndrom vyhoření bývá častým problémem u mnoha profesí, především v těch, při kterých je člověk v každodenním kontaktu s lidmi. Zdravotnická profese je tedy jednou z nejrizikovějších, co se vzniku syndromu vyhoření týká. U zdravotníků je rizikovým faktorem nejen nepřetržitý kontakt s lidmi, ale rovněž časté setkávání se se smrtí. Sestry pracující na oddělení paliativní péče a v hospicích se se smrtí setkávají denně, a proto si klademe následující otázku: „Jaká je četnost výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na lůžkách paliativní péče v Plzeňském kraji, Středočeském kraji a v Praze“?

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PŘEDPOKLADY

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem je zmapování výskytu syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester pracujících na lůžkových odděleních paliativní péče a v hospicích v Plzeňském kraji, Středočeském kraji a v hlavním městě Praze.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné předpoklady

Cíl č. 1: Zjistit, jaká je úroveň emocionálního vyčerpání u sester pracujících na oddělení paliativní péče a v hospicích.

Předpoklad č. 1: Předpokládáme, že stupeň emocionální vyčerpání bude vyšší u sester pracujících v hospicích než u sester pracujících na oddělení paliativní péče a v hospicích.

Cíl č. 2: Zjistit, zda má délka praxe sester pracujících na lůžkových odděleních paliativní péče a v hospicích vliv na výskyt syndromu vyhoření.

Předpoklad č. 2: Předpokládáme, že sestry s méně, než 20letou praxí mají nižší výskyt syndromu vyhoření než sestry s více než 20letou praxí.

6.2.1 Operacionalizace pojmů

Paliativní péče – jedná se o komplexní přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientům a jejich rodinám. Péče je určena pacientům, kteří trpí život ohrožující nemocí. Cílem je zmírnění utrpení, léčba bolesti a dalších problémů, jakožto fyzických, psychosociálních i duchovních (WHO, 2002).

Všeobecná sestra – profese, kterou lze vykonávat po bakalářském studiu Všeobecné ošetrovatelství nebo lze absolvovat vyšší odborné vzdělávání studijního programu všeobecná sestra. Sestra poskytuje ošetrovatelkou péči a jejím úkolem je podpora a pokus o navrácení zdraví (Národní soustava povolání, 2018).

Praktická sestra – profese, kterou je možné vykonávat po střední škole v oboru praktická setra. Praktická sestra poskytuje ošetrovatelskou péči a jejím úkolem je podpora a pokus o navrácení zdraví (Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

7 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

7.1 Metodologie výzkumu

Pro tuto práci jsme zvolili formu kvantitativního výzkumu, který založen na myšlence předpokladu, že lidské chování můžeme do jisté míry měřit a předpovídat. „*Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem explodovat je, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných.*“ (Hendl, 2016, str. 44).

Data do šetření jsme získali od respondentů pomocí standardizovaného dotazníku – Maslach Burnout Inventory – MBI, který byl anonymní. Na základě stanovených dílčích cílů jsme, standardizovaný dotazník doplnili dvěma otázkami ohledně, délky praxe praktických a všeobecných sester a místa, kde sestry poskytují paliativní péči. Dotazník byl respondentům distribuován přes internetový portál Google Formuláře a osobním předáním tištěné podobě. „*Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři*“ (Kutnohorská, 2009, str. 42).

7.1.1 Standardizovaný dotazník – Maslach Burnout Inventory – MBI

Dotazník Maslach Burnout Inventory – MBI slouží k vyhodnocení syndromu vyhoření. Skládá se ze tří dimenzí vyhoření, z nichž dvě jsou negativně laděny – emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jedna je pozitivně laděna, osobní uspokojení. Dotazník obsahuje celkem 22 otázek. Prvních 9 otázek se týká emocionálního vyčerpání, dalších 5 otázek depersonalizace a posledních 8 otázek je věnováno osobnímu uspokojení. Respondenti na jednotlivé otázky odpovídali pomocí stupnice – Síly pocitů, kdy „vůbec“ odpovídá 0 a „velmi silně“ 7. Vyhodnocení spočívá ve všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách. Vyhodnocení dotazníku je uvedeno v kapitole zpracování dat.

7.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výběr respondentů byl záměrný. Podle Gavorda (2000, str. 144) je „*záměrný výběr potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné, tj. aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí.*“ Cílovou skupinou byly všeobecné a praktické sestry, které předem splňovaly daná kritéria. Mezi požadovaná kritéria patřil – pracovní úvazek na oddělení paliativní péče nebo v hospicích, pracovní úvazek musel být vykonáván v Plzeňském kraji, Středočeským

kraji nebo v hlavní městě Praze a v neposlední řadě byla podmínkou také ochota respondentů dotazník vyplnit. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 53 respondentů, přičemž všem byly položeny stejné otázky.

7.3 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal v Plzeňském kraji, Středočeském kraji a v hlavním městě Praze, během letního semestru 2023 a trval 5 týdnů. Po schválení dotazníku od Mgr. Lenky Kroupové jsme požádali o souhlas s výzkumným šetřením v jednotlivých zařízeních. Poté jsem zaslali dotazníky, které jsem distribuovala v Plzeňském kraji do Hospice svatého Lazara, v Praze do Hospice Štronsburk, Hospice Malovická, Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, Ústřední vojenská nemocnice, Kliniky na Košíku a Domova s paliativní péčí Pod Střechou, ve Středočeském kraji do Hospice svatého Pastýře, Hospice knížete Václava, Nadačního fondu klíče a nemocnice Příbram. Výzkumné šetření bylo schváleno v Hospici svatého Lazara, Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského, v Hospici Dobrého Pastýře, v nemocnici Příbram a v nemocnici Kutná Hora. Dotazník vyplnilo celkem 53 respondentů.

Před výzkumem jsem provedla pilotní výzkum. Dotazník jsem rozeslala deseti sestřám, které mi jej vyplnily a potvrdily jeho srozumitelnost.

Původně bylo výzkumné šetření plánováno pouze v Plzeňském kraji, ale z důvodu získání většího počtu respondentů jsem dotazníky distribuovala do Středočeského kraje a hlavního města Praha.

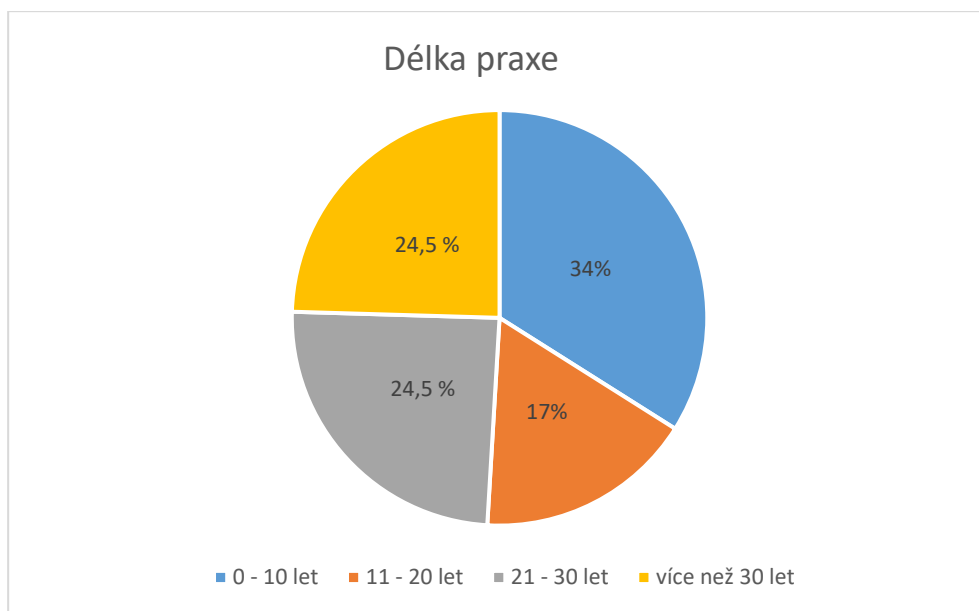
7.4 Zpracování dat

Data byla získána pomocí standardizovaného dotazníku – Maslach Burnout Inventory – MBI, který byl doplněn dvěma otázkami ohledně délky praxe praktických a všeobecných sester a místa, kde sestry poskytují paliativní péči. Výzkumné šetření bylo interpretováno pomocí grafů. Pro zpracování a analýzu dat byl použit program Microsoft Office Excel.

První otázka byla směřována ke zjištění délky praxe respondentů. Z celkového počtu respondentů 53 (100 %) má 18 respondentů (34 %) délku praxe 0–10 let, 9 respondentů (17 %) 11–20 let, 13 respondentů (24,5 %) 21–30 let a 13 respondentů (24,5 %) více než 30 let praxe.

Otázka č. 1: Délka Vaší praxe?

Graf 1 Rozložení respondentů dle jejich délky praxe



Zdroj: vlastní

Druhá otázka zjišťovala místo, kde respondenti vykonávají paliativní péči. Z celkového počtu 53 respondentů (100 %) vykonává 27 (51 %) respondentů paliativní péči v hospici a 26 (49 %) respondentů na oddělení paliativní péče.

Otázka č. 2: Kde vykonáváte paliativní péči?

Graf 2 Rozložení respondentů dle místa vykonávání paliativní péče



Zdroj: vlastní

Na otázky ve standardizovaném dotazníku Maslach Burnout Inventory – MBI - respondenti odpovídali pomocí čísel 0–7. Čísla volili dle stupnice síly pocitů, kde 0 znamenala „vůbec“ a 7 „velmi silně“.

Tabulka č. 1 Odpovědi respondentů na dotazník Maslach Burnout Inventory – MBI

Položka dotazníku	Kvantifikace odpovědí							
	0	1	2	3	4	5	6	7
1 Práce mne citově vysává	11	4	12	12	6	4	3	1
2 Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	12	5	13	11	7	1	1	3
3 Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	12	14	5	3	6	2	0	1
4 Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/ pacientů	1	3	1	5	7	14	17	5
5 Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi	30	5	12	3	2	0	0	1
6 Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá	7	10	7	11	5	8	2	3
7 Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientům	0	2	4	7	11	13	13	3
8 Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce	21	6	8	9	2	4	0	3
9 Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují	0	6	3	7	10	15	9	3
10 Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	25	9	10	3	3	1	1	1
11 Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	27	6	10	2	3	1	2	2
12 Mám stále hodně energie	1	6	9	7	14	3	9	4
13 Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	28	7	6	5	3	2	0	2
14 Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	19	11	10	5	3	1	3	1
15 Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	29	5	5	6	2	4	0	2
16 Práce s lidmi mi přináší silný stres	15	7	7	11	5	4	3	1
17 Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	1	2	5	6	6	17	11	5
18 Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	7	7	8	5	7	11	4	4
19 Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	0	7	4	3	11	11	12	5
20 Mám pocit, že jsem na konci svých sil	24	12	10	2	2	1	0	2
21 Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně	11	8	9	3	5	7	6	4
22 Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	14	7	14	4	5	3	3	3

Emocionální vyčerpání

Depersonalizace

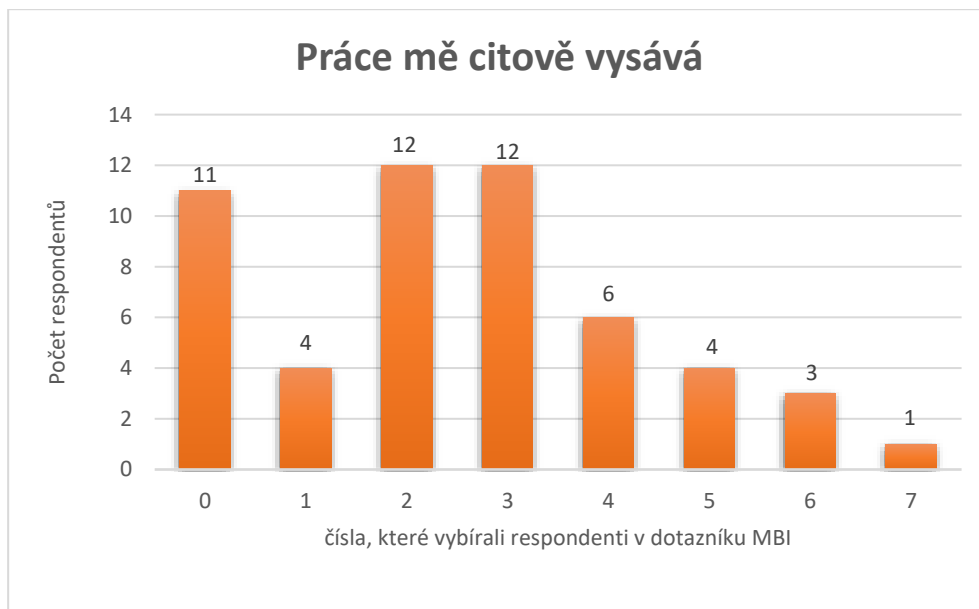
Pracovní uspokojení

Zdroj: Vlastní

První otázka v dotazníku Maslach Burnout Inventory – MBI se týkala úrovně emocionálního vyčerpání. Na otázku *Práce mě citově vysává* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo 11 respondentů (21 %) číslicí 0, 4 respondenti (7 %) číslicí 1, 12 respondentů (23 %) číslicí 2, 12 respondentů (23 %) číslicí 3, 6 respondentů (11 %) číslicí 4, 5 respondentů (23 %) číslicí 5, 3 respondenti (6 %) číslicí 6 a 1 respondent (2 %) zvolil číslicí 7.

Otázka č. 1 Práce mě citově vysává

Graf 3 Rozložení odpovědí na otázku *Práce mě citově vysává*

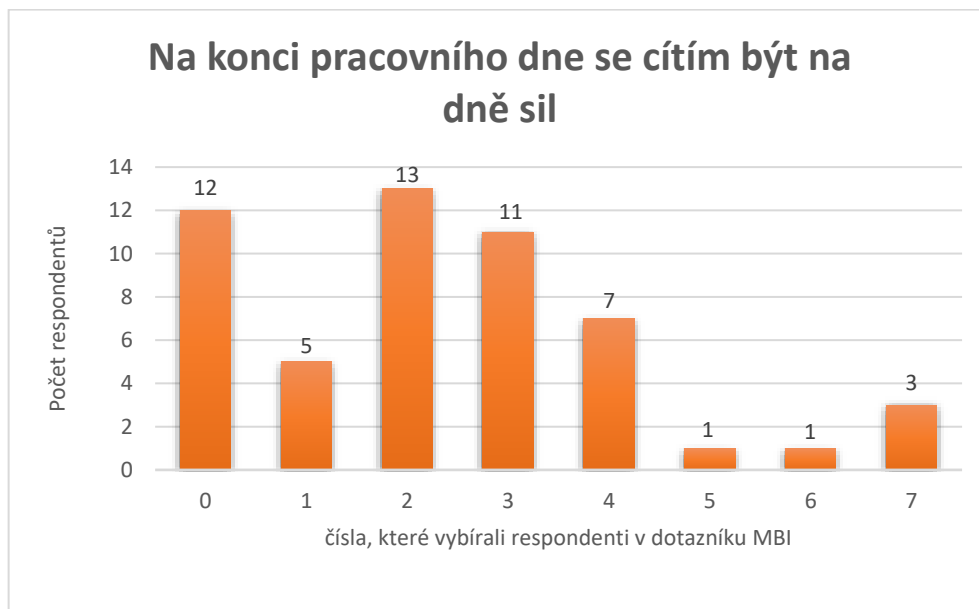


Zdroj: Vlastní

Druhá otázka se rovněž zaměřila na úroveň emocionálního vyčerpání. Na otázku *Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo 12 respondentů (24 %) číslicí 0, 5 respondentů (10 %) číslicí 1, 13 respondentů (26 %) číslicí 2, 11 respondentů (22 %) číslicí 3, 7 respondentů (14 %) číslicí 4, 1 respondent (2 %) číslicí 5, 1 respondent (2 %) číslicí 6 a 3 respondenti (6 %) zvolili číslicí 7.

Otázka č. 2 Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil

Graf 4 Rozložení odpovědí na otázku Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil

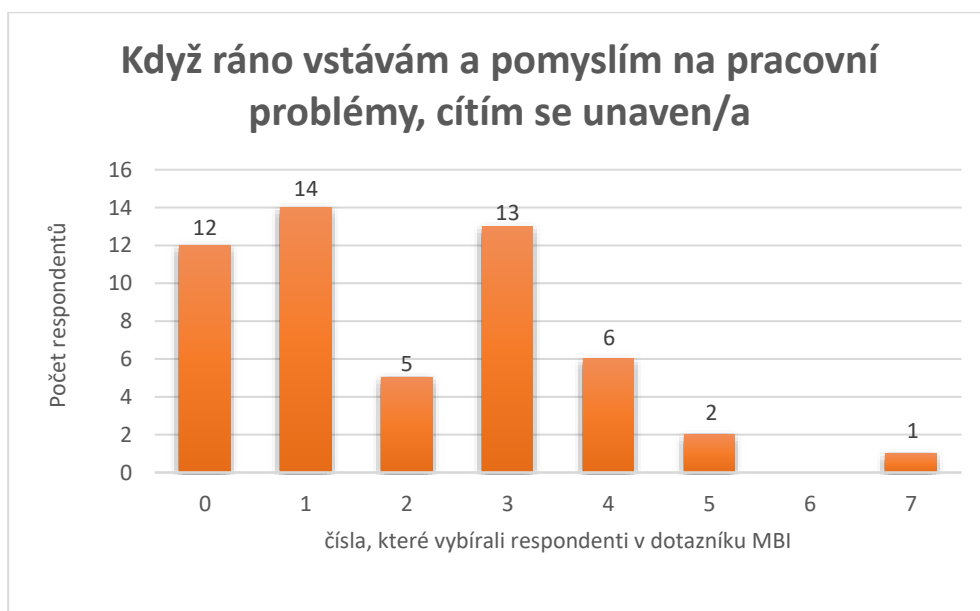


Zdroj: Vlastní

K emocionální úrovni byla vztažena i třetí otázka, která zněla *Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a*. Z celkového počtu respondentů 53 (100 %) uvedlo 12 respondentů (23 %), že se vůbec necítí být unavený, když po probuzení pomyslí na pracovní problémy. Dalších 14 respondentů (25 %) zvolilo číslici 1, 4 respondenti (25 %) číslici 1, 5 respondentů (9 %) číslici 2, 13 respondentů (25 %) číslici 3, 6 respondentů (11 %) číslici 4, 2 respondenti (4 %) číslici 5, žádný z respondentů (0 %) neuvedl číslici 6 a 1 respondent (2 %) uvedl, že se velmi silně cítí být unavený, když ráno vstává a pomyslí na pracovní problémy.

Otázka č. 3 Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a

Graf 5 Rozložení odpovědí na otázku *Když vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a*

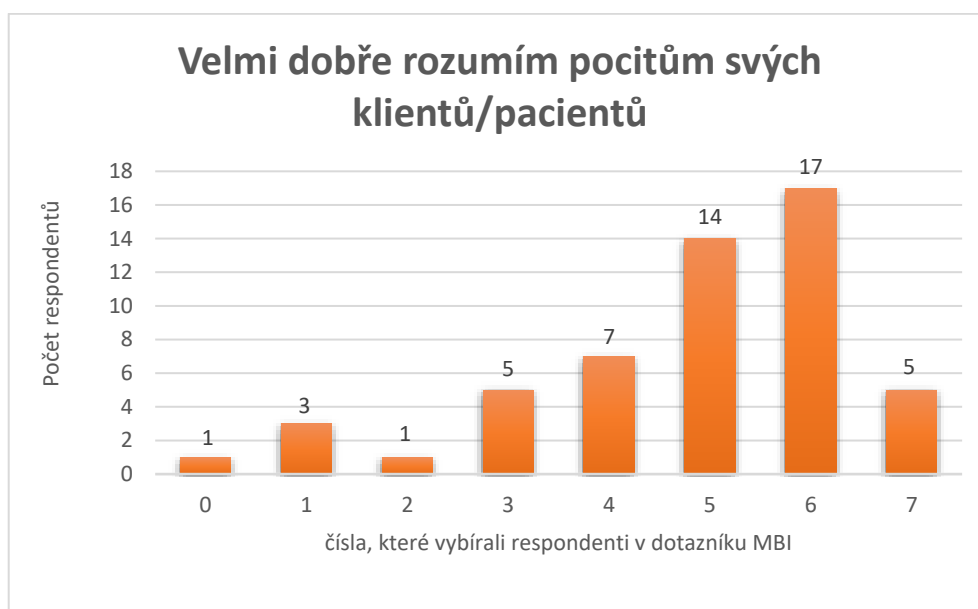


Zdroj: Vlastní

Čtvrtá otázka byla vztažena k úrovni osobního uspokojení. Na otázku *Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/ pacientů* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpověděl 1 respondent (2 %), že vůbec nerozumí pocitům svých klientů, další 3 respondenti (6 %) zvolili číslici 1, 1 respondent (2 %) vybral číslici 2, 5 respondentů (10 %) číslici 3, 7 respondentů (13 %) číslici 4, 14 respondentů (26 %) číslici 5, 17 respondentů (32 %) číslici 6 a číslici 7, což znamenalo velmi rozumím pocitům svých klientů zvolilo 5 (9 %) respondentů.

Otázka č. 4 Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/ pacientů

Graf 6 Rozložení odpovědí na Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/ pacientům



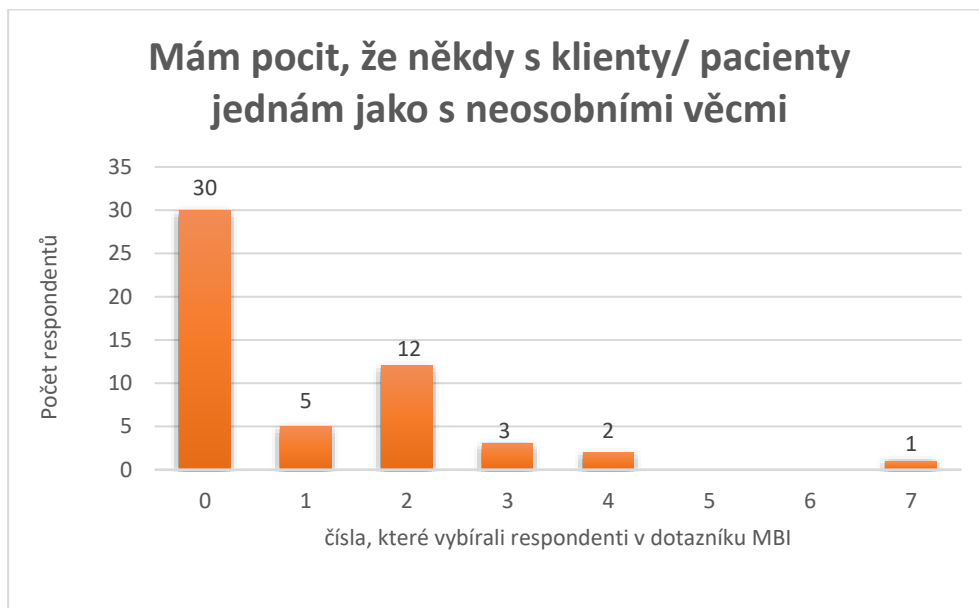
Zdroj: Vlastní

Další otázka zněla *Mám pocit, že někdy s klienty/ pacienty jedním jako s neosobními věcmi*. Pomocí této otázky byla zjišťována úroveň depersonalizace. Z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo číslicí 0, což znamenalo, že vůbec nezacházejí s klienty/ pacienty jako s neosobními věcmi, 30 (56 %) respondentů. Další 5 respondentů (9 %) zvolilo číslicí 1, 12 respondentů (23 %) číslicí 2, 3 respondenti (6 %) vybral číslicí 3, 2 respondenti (4 %) číslicí 4, 0 respondentů (0 %) číslicí 5, 0 respondentů (0 %) číslicí 6, 1 respondent vybral (2 %) číslicí 7.

Otázka č. 5 Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi

Graf 7 Rozložení odpovědí na otázku Mám pocit, že někdy s klienty/ pacienty jedním jako

s neosobními věcmi



Zdroj: Vlastní

Pomocí šesté otázky jsme zjišťovali úroveň emocionálního vyčerpání. Na otázku *Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) vybralo číslu 0 respondentů 7 (13 %). Další 10 respondentů (19 %) číslu 1, 7 respondentů (13 %) číslu 2, 11 respondentů (21 %) číslu 3, 5 respondentů (9 %) číslu 4, 8 respondentů (15 %) číslu 5, 2 respondenti (4 %) číslu 6 a 3 respondenti zvolili (6 %) číslu 7.

Otázka č. 6 Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá

Graf 8 Rozložení odpovědí na otázku Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá

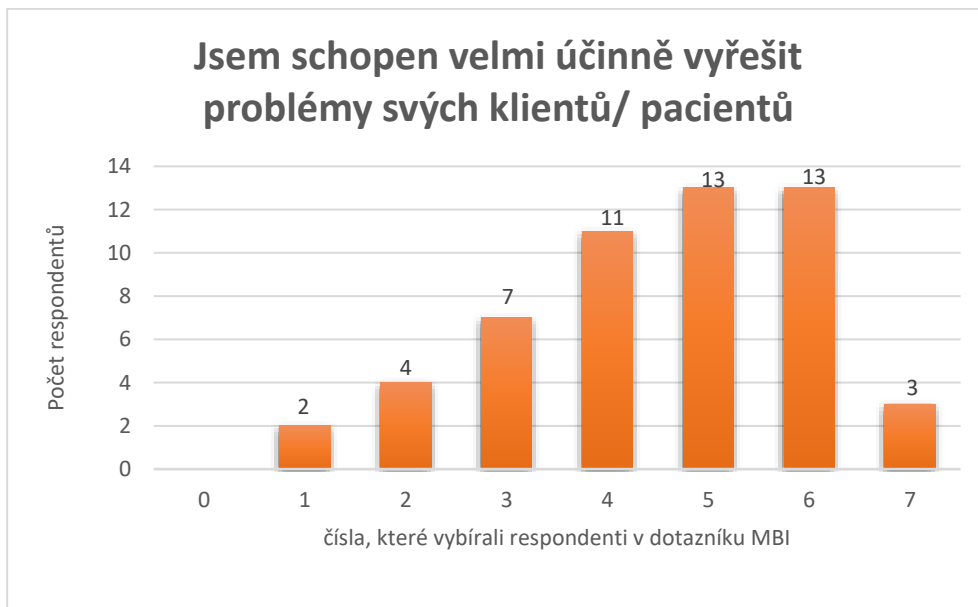


Zdroj: Vlastní

Sedmá otázka *Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů*, zjišťovala úroveň osobního uspokojení. Z celkového počtu 53 (100 %) zvolilo 0 respondentů (0 %) číslici 0, 2 respondenti (4 %) číslici 1, 4 respondenti (8 %) číslici 2, 7 respondentů (13 %) číslici 3, 11 respondentů (21 %) číslici 4, 13 respondentů (24 %) číslici 5, 13 respondentů (24 %) číslici 6 a 3 (6 %) respondenti zvolili číslici 7.

Otázka č. 7 Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů

Graf 9 Rozložení odpovědí na otázku Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů / pacientů

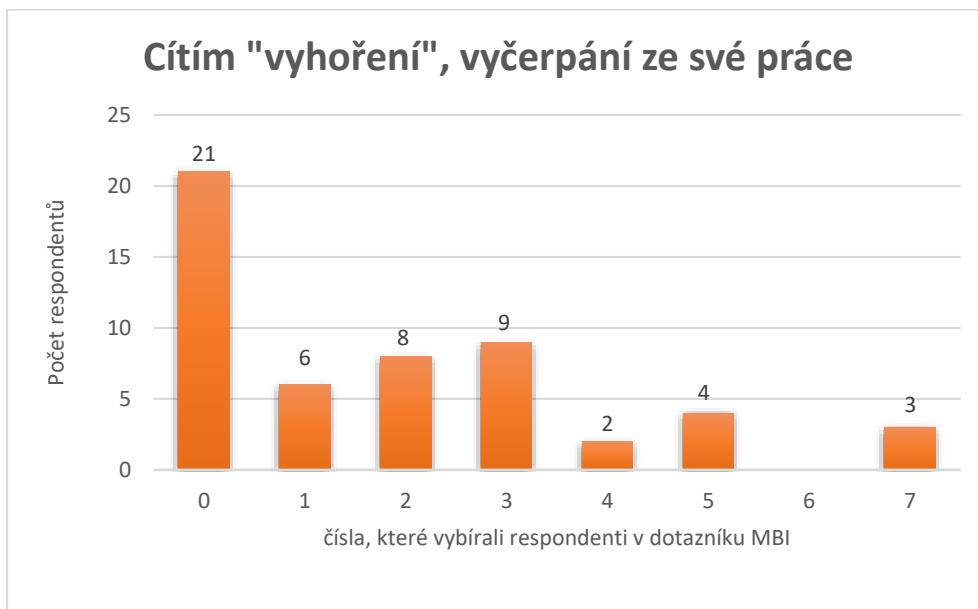


Zdroj: Vlastní

Osmá otázka byla vztažena k úrovni emocionálního vyčerpání. Na otázku *Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo 21 respondentů (40 %) číslicí 0, 6 respondentů (11 %) číslicí 1, 8 respondentů (15 %) číslicí 2, 9 respondentů (17 %) číslicí 3, 2 respondenti 2 (4 %) číslicí 4, 4 respondenti (7 %) číslicí 5, 0 respondentů (0 %) číslicí 6 a 3 (6 %) respondenti zvolili číslicí 7.

Otázka č. 8 Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce

Graf 10 Rozložení odpovědí na Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce

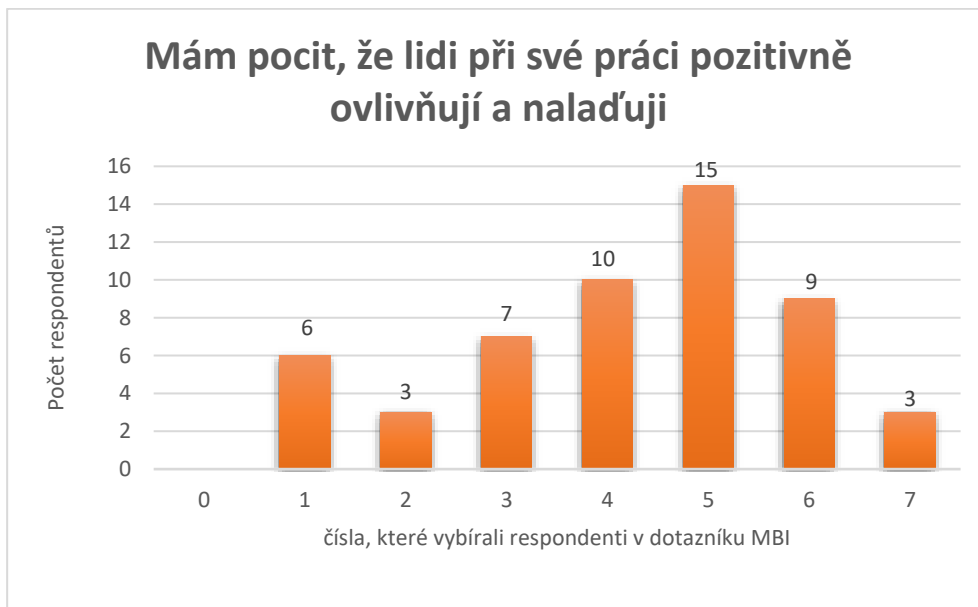


Zdroj: Vlastní

Další otázka *Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují*, byla vztažena k úrovni osobního uspokojení. Respondenti odpovídali následovně, z 53 (100 %) odpovědělo 0 respondentů (0 %) číslicí 0, 6 respondentů (11 %) číslicí 1, 3 respondenti (6 %) číslicí 2, 7 respondentů (13 %) číslicí 3, 10 respondentů (19 %) číslicí 4, 15 respondentů (28 %) číslicí 5, 9 respondentů (17 %) číslicí 6 a 3 (6 %) respondenti zvolili číslicí 7.

Otázka č. 9 Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují

Graf 11 Rozložení odpovědí na otázku Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují

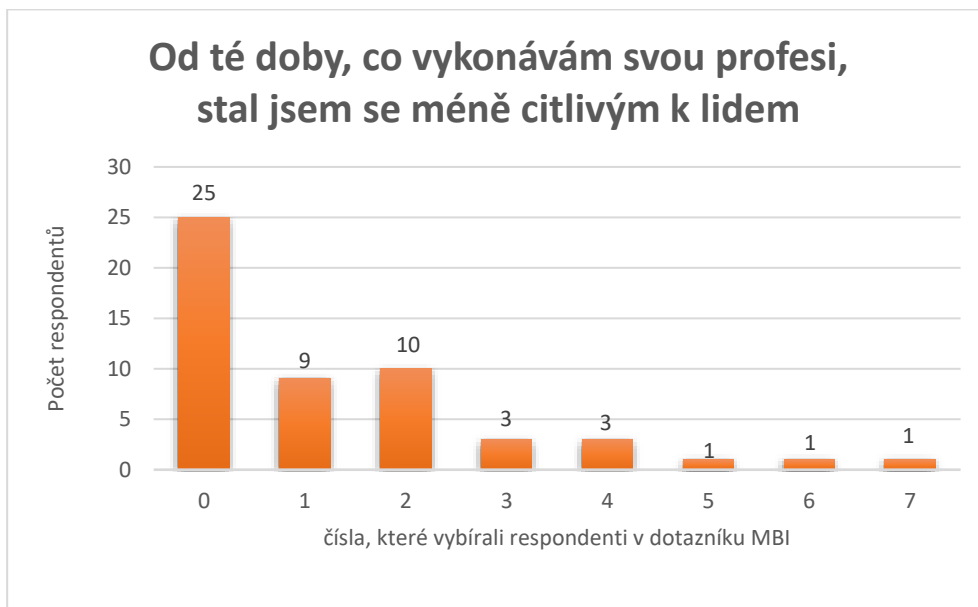


Zdroj: Vlastní

Desátá otázka zněla *Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem*. Tato otázka zjišťovala úroveň depersonalizace. Z 53 (100 %) respondentů zvolilo 25 respondentů (47 %) číslici 0, 9 respondentů (17 %) číslici 1, 10 respondentů (19 %) číslici 2, 3 respondenti (5 %) číslici 3, 3 respondenti (6 %) číslici 4, 1 respondent (2 %) číslici 5, 1 respondent (2 %) číslici 6 a 1 respondent (2 %) zvolil číslici 7.

Otázka č. 10 *Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem*

Graf 12 Rozložení odpovědí na otázku Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem

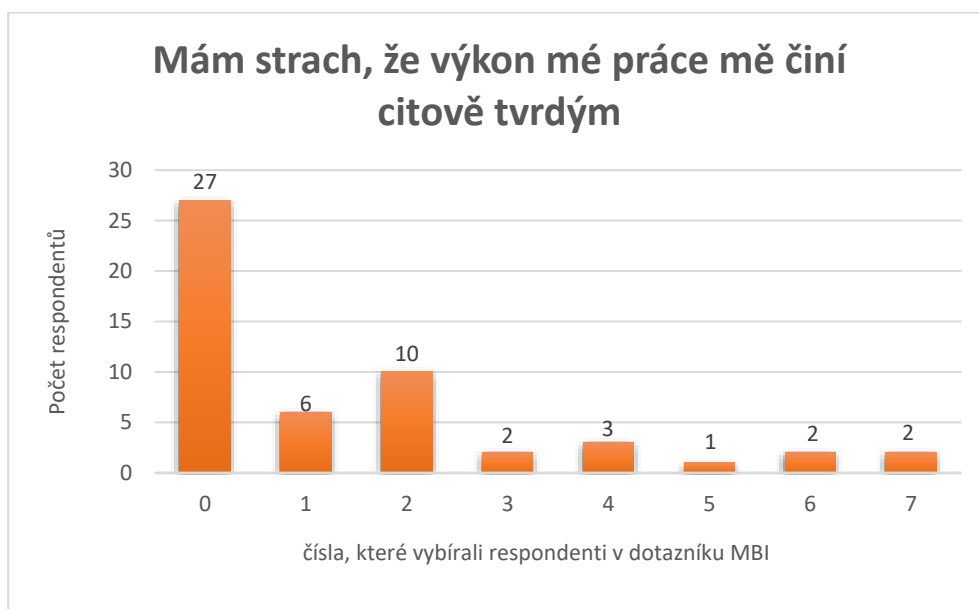


Zdroj: Vlastní

Jedenáctá otázka byla rovněž vztažena k úrovni depersonalizace. Na otázku *Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo 27 respondentů (51 %) číslicí 0, 6 respondentů (11 %) číslicí 1, 10 respondentů (19 %) číslicí 2, 2 respondenti (4 %) číslicí 3, 3 respondenti (5 %) číslicí 4, 1 respondent (2 %) číslicí 5, 2 respondenti (4 %) číslicí 6 a 2 respondenti (4 %) zvolili číslicí 7.

Otázka č. 11 Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým

Graf: 13 Rozložení odpovědí na otázku Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým

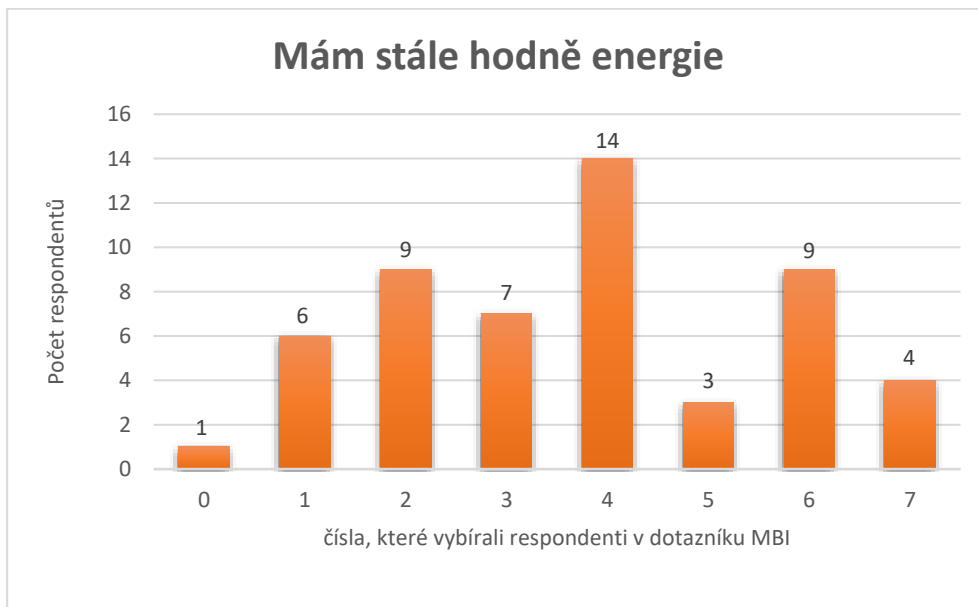


Zdroj: Vlastní

Dvanáctá otázka byla zaměřena na zjištění úrovně osobního uspokojení. Na otázku *Mám stále hodně energie* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpověděl 1 respondent (2 %) číslicí 0, že nemá žádnou energii. Dalších 6 respondentů (11 %) zvolilo číslicí 1, 9 respondentů (17 %) číslicí 2, 7 respondentů (13 %) číslicí 3, 14 respondentů (26 %) číslicí 4, 3 respondenti (6 %) číslicí 5, 9 respondentů (17 %) číslicí 6 a zbylí 4 respondenti (8 %) odpověděli číslicí 7, tedy, že mají stále velmi hodně energie.

Otázka č. 12 Mám stále hodně energie

Graf 14 Rozložení odpovědí na otázku *Mám stále hodně energie*

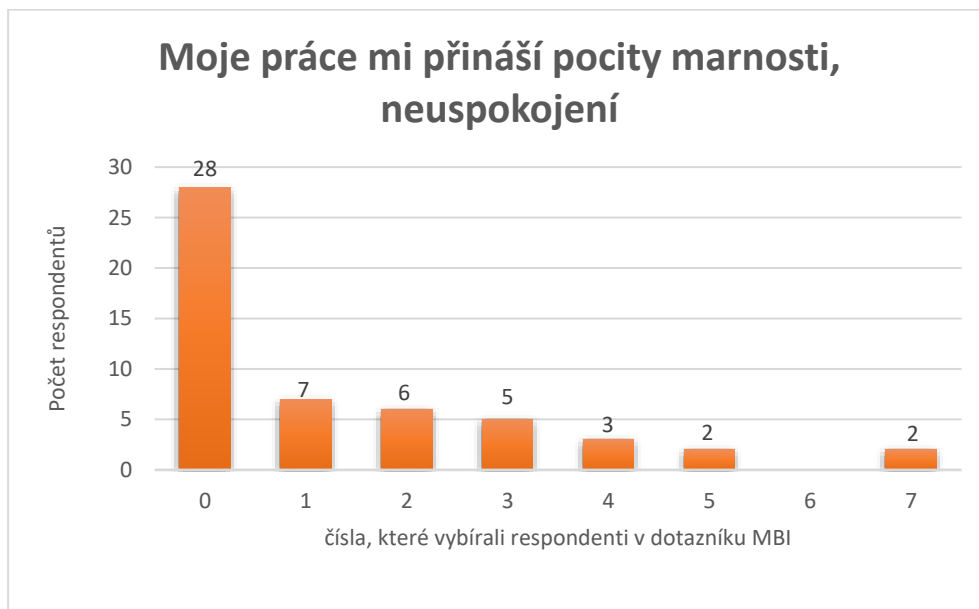


Zdroj: Vlastní

Třináctá otázka vztahovala k úrovni emocionálního vyčerpání: *Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení*. Z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo 28 respondentů (53 %) číslicí 0, 7 respondentů (13 %) číslicí 1, 6 respondentů (11 %) číslicí 2, 5 respondentů (9 %) číslicí 3, 3 respondenti (6 %) číslicí 4, 2 respondenti (4 %) číslicí 5, 0 respondentů (0 %) číslicí 6 a 2 respondenti zvolili (4 %) číslicí 7.

Otázka č. 13 Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení

Graf 15 Rozložení odpovědí na otázku *Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení*



Zdroj: Vlastní

Čtrnáctá otázka byla rovněž vztažena k úrovni emocionálního vyčerpání. Z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo na otázku *Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává* 19 respondentů (36 %) číslicí 0, 11 respondentů (21 %) zvolilo číslicí 1, 10 respondentů (19 %) číslicí 2, 5 respondentů (9 %) číslicí 3, 3 respondenti (5 %) číslicí 4, 1 respondent (2 %) číslicí 5, 3 respondenti (6 %) číslicí 6 a 1 respondent (2 %) odpověděl číslicí 7, tedy, že má velmi silný pocit, že plní své úkoly tak usilovně, že ho to vyčerpává.

Otázka č. 14 Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává

Graf 16 Rozložení odpovědí na otázku *Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává*

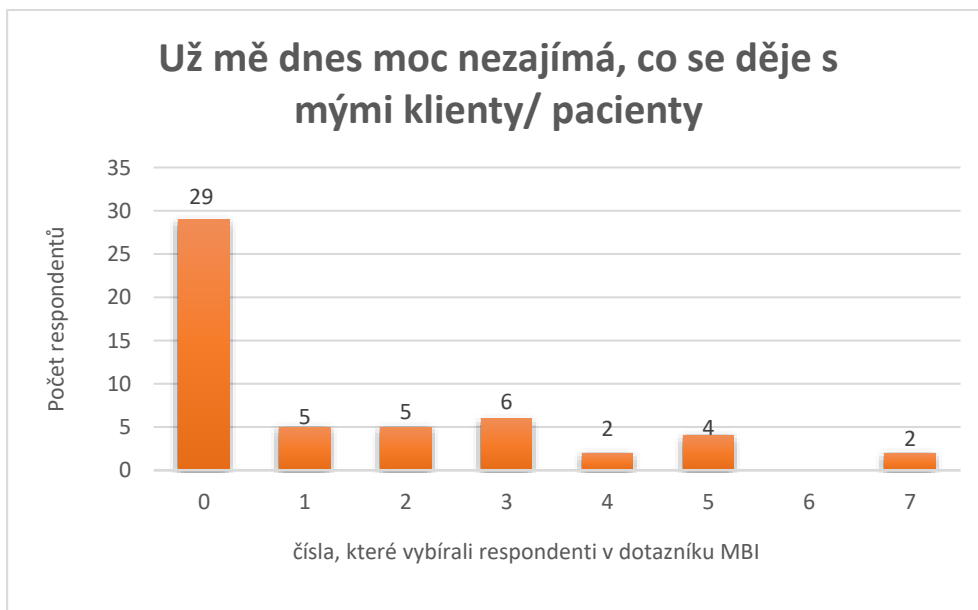


Zdroj: Vlastní

Patnáctá otázka *Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty* byla vztažena k depersonalizaci. Z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo 29 respondentů (55 %) číslicí 0, což znamenalo, že je stále zajímavá, co se děje s jejich klienty/ pacienty. Dalších 5 respondentů (9 %) zvolilo číslici 1, 5 respondentů (9 %) číslici 2, 6 respondentů (11 %) číslici 3, 2 respondenti (4 %) číslici 4, respondentů 4 (8 %) číslici 5, 0 respondentů (0 %) číslici 6 a 2 respondenti (4 %) zvolili číslici 7, že vůbec nezajímá, co se děje s jejich klienty/ pacienty.

Otázka č. 15 Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty

Graf 17 Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/ pacienty



Zdroj: Vlastní

Šestnáctá otázka byla vztažena k úrovni emocionálního vyčerpání. Na otázku *Práce s lidmi mi přináší silný stres* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo 15 respondentů (28 %) číslicí 0, 7 respondentů (13 %) číslicí 2, 7 respondentů (13 %) číslicí 2, 11 respondentů (21 %) číslicí 3, 5 respondentů (9 %) číslicí 4, 4 respondentů (8 %) číslicí 5, 3 respondenti (6 %) číslicí 6 a 1 respondent (2 %) zvolil číslicí 7.

Otázka č. 16 Práce s lidmi mi přináší silný stres

Graf 18 Rozložení odpovědí na otázku *Práce mi přináší silný stres*

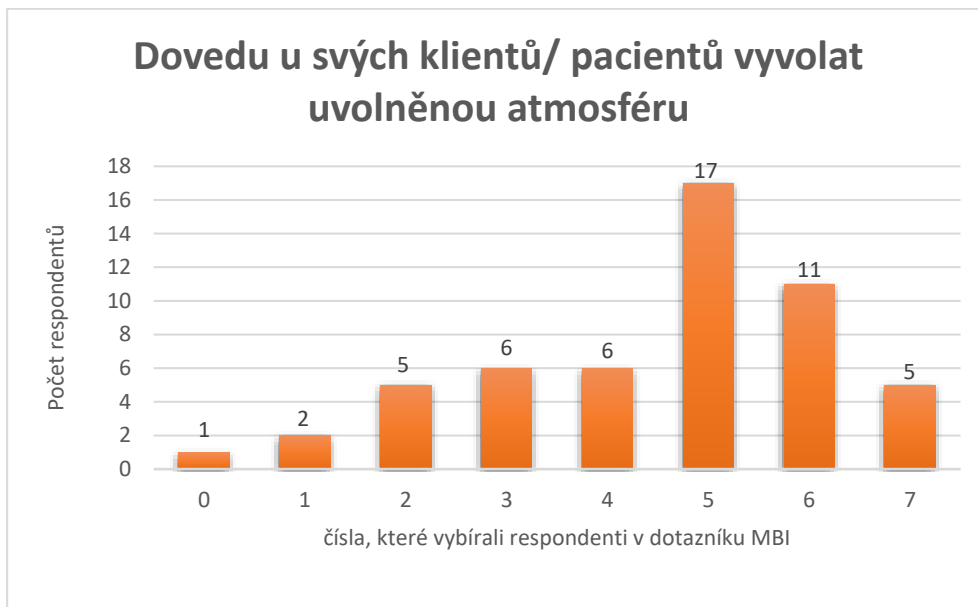


Zdroj: Vlastní

Sedmnáctá otázka zjišťovala úroveň osobního uspokojení. Na otázku *Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpověděl 1 respondent (2 %) číslicí 0, 2 respondenti (4 %) zvolili číslicí 1, 5 respondentů (10 %) číslicí 2, 6 respondentů (11 %) číslicí 3, 6 respondentů (11 %) číslicí 4, 17 respondentů (32 %) číslicí 5, 11 respondentů (21 %) číslicí 6 a 5 respondentů (9 %) zvolilo číslicí 7.

Otázka č. 17 Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru

Graf 19 Rozložení odpovědí na otázku *Dovedu u svých klientů/ pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru*

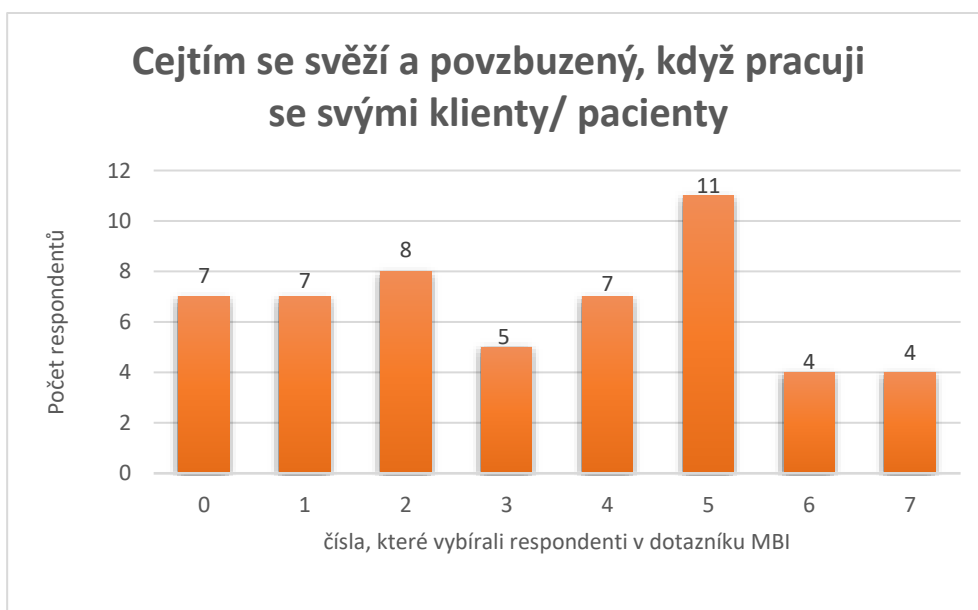


Zdroj: Vlastní

Osmnáctá otázka *Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty* byla rovněž vztažena k úrovni osobního uspokojení. Respondenti odpovídali následovně, z 53 (100 %) respondentů zvolilo 7 respondentů (13 %) číslici 0, 7 respondentů (13 %) číslici 1, 8 respondentů (15 %) číslici 2, 5 respondentů (9 %) číslici 3, 7 respondentů (13 %) číslici 4, 11 respondentů (21 %) číslici 5, 4 respondenti (8 %) číslici 6 a 4 respondenti (8 %) zvolili číslici 7.

Otázka č. 18 Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty

Graf 20 Rozložení odpovědí na otázku Cejtím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/ pacienty

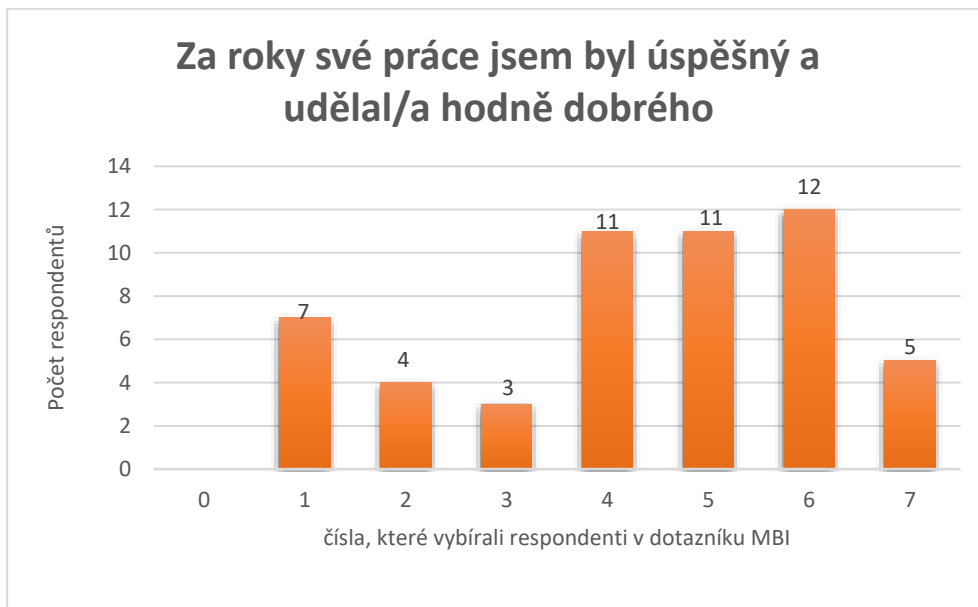


Zdroj: Vlastní

Devatenáctá otázka taktéž zjišťovala úroveň osobního uspokojení. Na otázku *Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo 0 respondentů (0 %) číslicí 0, 7 respondentů (13 %) číslicí 1, 4 respondenti (7 %) číslicí 2, 3 respondenti (6 %) číslicí 3, 11 respondentů (21 %) číslicí 4, 11 respondentů (21 %) číslicí 5, 12 respondentů (23 %) číslicí 6 a 5 respondentů (9 %) zvolilo číslicí 7.

Otázka č. 19 *Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého*

Graf 21 Rozložení odpovědí na otázku Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého

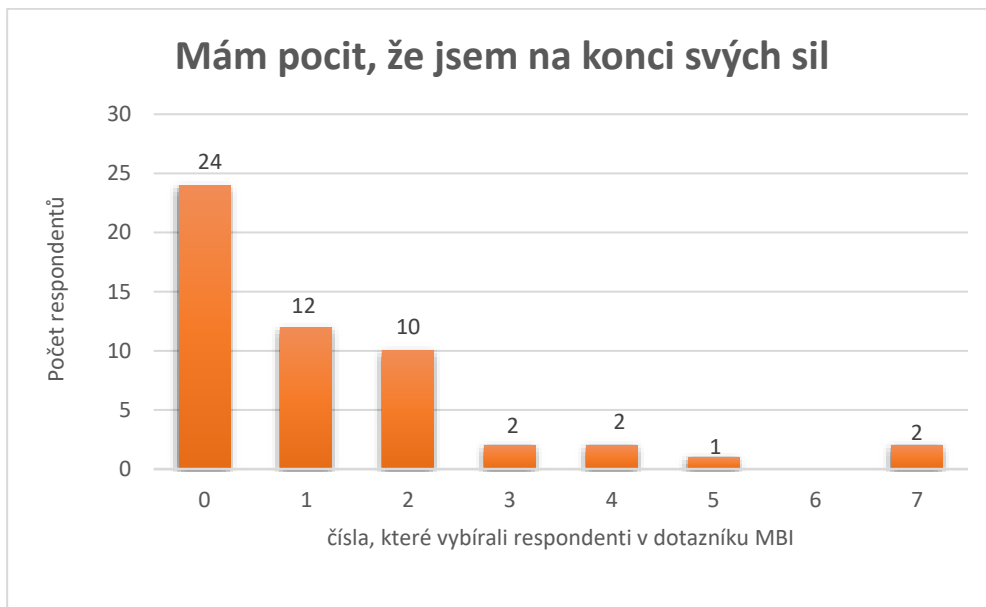


Zdroj: Vlastní

Dvacátá otázka sloužila ke zjištění úrovně emocionálního vyčerpání. Respondenti odpovídali na otázku *Mám pocit, že jsem na konci svých sil* následovně, z celkového počtu respondentů 53 (100 %) zvolilo 24 respondentů (45 %) číslici 0, 12 respondentů (22 %) vybralo číslici 1, 10 respondentů (19 %) číslici 2, 2 respondenti (4 %) číslici 3, 2 respondenti (4 %) číslici 4, 1 respondent (2 %) číslici 5, 0 respondentů (0 %) číslici 6 a 2 respondenti (4 %) zvolili číslici 7, tedy že mají velmi silný pocit, že jsou na konci svých sil.

Otázka č. 20 Mám pocit, že jsem na konci svých sil

Graf 22 Rozložení odpovědí na otázku Mám pocit, že jsem na konci svých sil

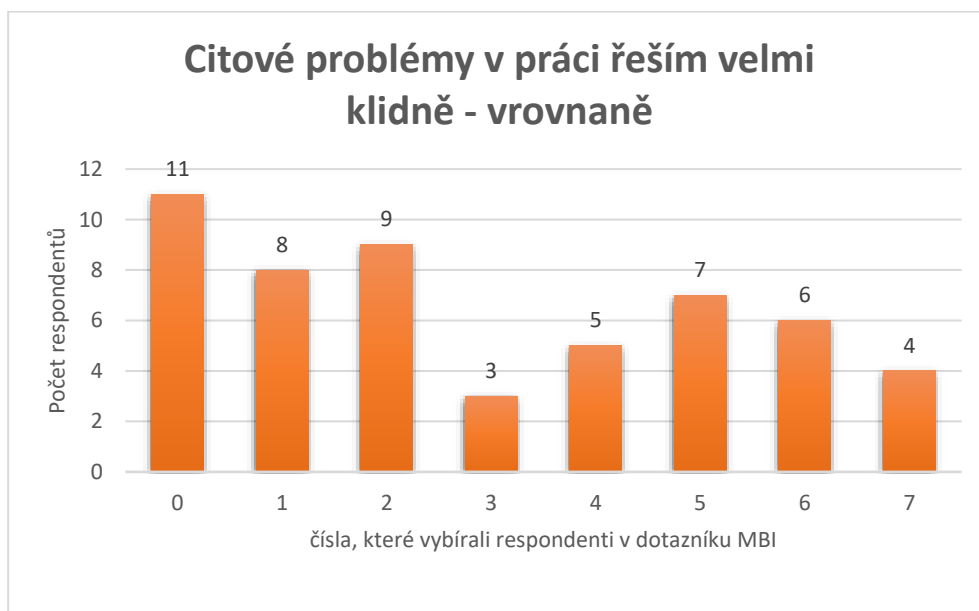


Zdroj: Vlastní

Dvacátá první otázka *Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně* byla vztažena k úrovni osobního uspokojení. Z celkového počtu 53 (100 %) respondentů odpovědělo 11 respondentů (21 %) číslicí 0, 8 respondentů (15 %) číslicí 1, 9 respondentů (17 %) číslicí 2, 3 respondenti (6 %) číslicí 3, 5 respondentů (9 %) číslicí 4, 7 respondentů (13 %) číslicí 5, 6 respondentů (11 %) číslicí 6 a 4 respondenti (8 %) zvolili číslicí 7.

Otázka č. 21 Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně

Graf 23 Rozložení odpovědí na otázku *Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně*

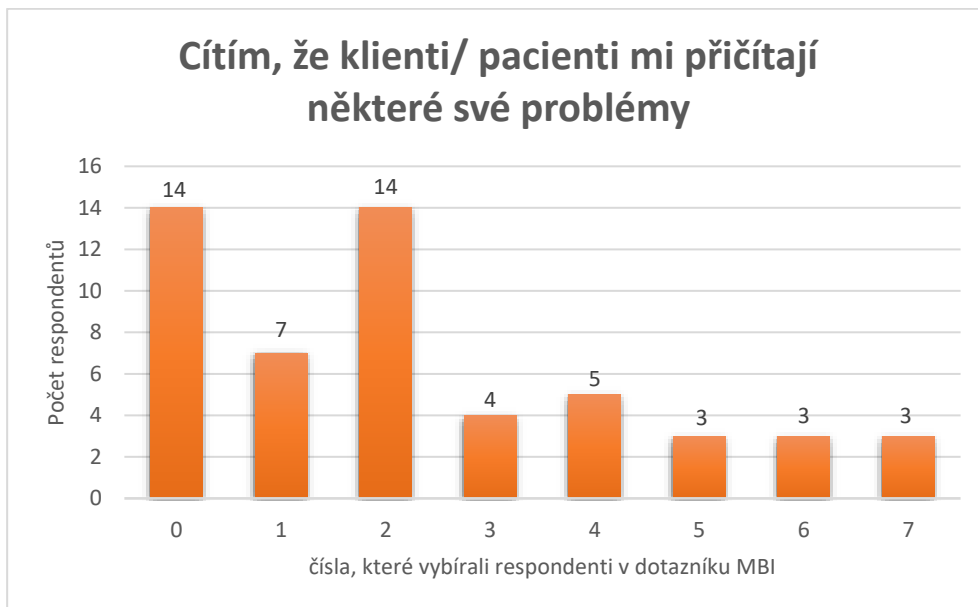


Zdroj: Vlastní

Dvacátá druhá otázka sloužila ke zjištění úrovně depersonalizace. Na otázku *Cítím, že klienti/ pacienti mi přičítají některé své problémy* z celkového počtu respondentů 53 (100 %) odpovědělo 14 respondentů (26 %) číslicí 0, 7 respondentů (13 %) číslicí 1, 14 respondentů (26 %) číslicí 2, 4 respondenti (8 %) číslicí 3, 5 respondentů (9 %) číslicí 4, číslicí 3 respondenti (6 %) číslicí 5, 3 respondenti (6 %) číslicí 6 a 3 respondenti (6 %) zvolili číslicí 7.

Otázka č. 22 Cítím, že klienti/ pacienti mi přičítají své problémy

Graf 24 Rozložení odpovědí na otázku Cítím, že klienti/ pacienti mi přičítají některé své problémy



Zdroj: Vlastní

Tabulka č. 2 Vyhodnocení dotazníků Maslach Burnout Inventory – MBI

Respondent	Jednotlivé dimenze dotazníku		
	EE	DP	PA
1	19	5	42
2	4	0	33
3	4	0	40
4	8	2	38
5	3	1	53
6	4	1	44
7	18	5	38
8	3	1	31
9	16	3	23
10	43	13	30
11	0	0	47
12	4	0	27
13	26	20	32
14	13	11	27
15	6	1	19
16	8	0	16
17	14	0	36
18	49	32	39
19	61	23	10
20	43	18	32
21	5	2	51
22	26	13	37
23	20	10	33
24	32	10	25
25	2	0	45
26	0	0	11
27	18	3	31
28	27	12	32
29	18	7	24
30	9	0	28
31	8	0	16
32	0	0	48
33	21	7	36
34	25	9	38
35	9	4	41
36	21	4	27
37	14	4	39
38	17	2	35
39	30	6	33

délka praxe respondentů:
0 – 10 let
11 – 20 let
21 – 30 let
30 a více

EE – emocionální
vyčerpání
(Emotional Exhaustion)
DP – depersonalizace
PA - osobní uspokojení
(Personal
Accomplishment)

40	33	7	35
41	22	2	40
42	16	7	37
43	11	7	47
44	57	15	33
45	7	8	54
46	7	4	34
47	39	13	41
48	31	9	39
49	17	2	51
50	32	13	26
51	27	11	37
52	25	3	23
53	27	11	38

Zdroj: Vlastní

Vyhodnocení dotazníků:

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký 0–16

Mírný 17–26

Vysoký 27 a více = **vyhoření**

Stupeň depersonalizace DP

Nízký 0–6

Mírný 7–12

Vysoký 13 a více = **vyhoření**

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký 39 a více

Mírný 38–32

Nízký 31–0 = **vyhoření**

8 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Cíl č. 1: Zjistit, jaká je úroveň emocionálního vyčerpání u sester pracujících na oddělení paliativní péče a v hospicích.

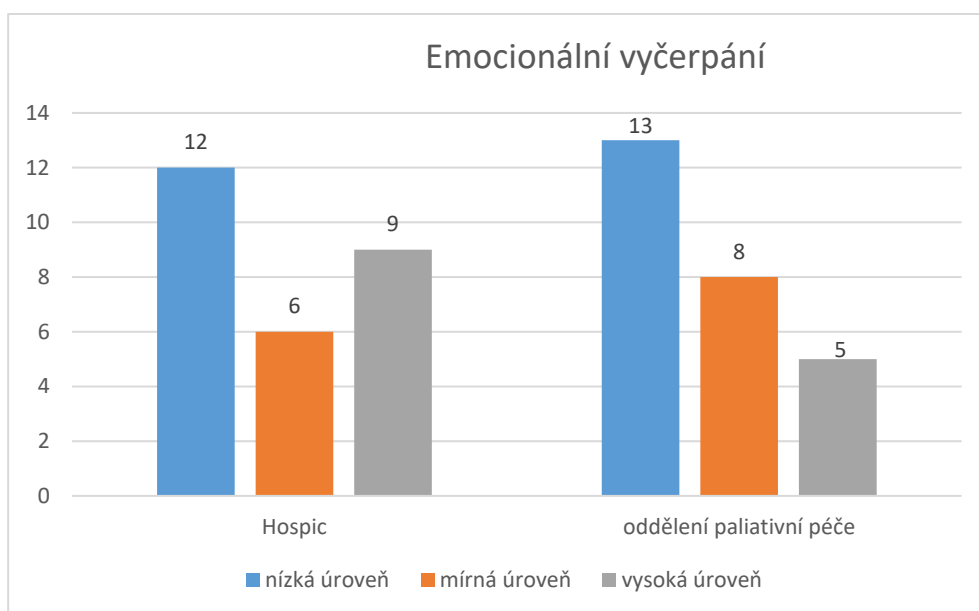
Předpoklad č. 1: Předpokládáme, že stupeň emocionální vyčerpání bude vyšší u sester pracujících v hospicích než u sester pracujících na oddělení paliativní péče a v hospicích.

V části věnované k zmapování emocionálního vyčerpání bylo celkem 9 otázek. Pomocí škály pocitů, respondenti volili čísla od 0 do 7, kdy 0 znamenala „vůbec“ a 7 „velmi silně“. Vyhodnocení spočívalo v součtu čísel. Při dosažení 0 – 16 bodů je míra emocionálního vyčerpání nízká, při dosažení 17 – 26 bodů je míra emocionálního vyčerpání mírná a více než 27 bodů znamená vysokou míru emocionálního vyčerpání = vyhoření.

Z celkového počtu 53 respondentů, bylo 27 sester pracujících v hospici a 26 sester pracujících na oddělení paliativní péče. Na úrovni emocionálního vyčerpání má z 27 sester pracujících v hospici, 12 sester nízkou úroveň emocionálního vyčerpání, 6 sester mírnou úroveň vyčerpání a 9 sester vysokou úroveň vyčerpání = vyhoření. Z 26 sester pracujících na oddělení paliativní péče má 13 sester nízkou úroveň emocionálního vyčerpání, 8 sester mírnou úroveň emocionálního vyčerpání a 5 sester vysokou úroveň vyčerpání = vyhoření. Tyto výsledky nalezneme v grafu 25.

Předpoklad, že emocionální vyčerpání bude vyšší u sester pracujících v hospicích než u sester pracujících na oddělení paliativní péče a v hospicích, byl **potvrzen**.

Graf 25 Vyhodnocení syndromu vyhoření na emocionální úrovni



Zdroj: Vlastní

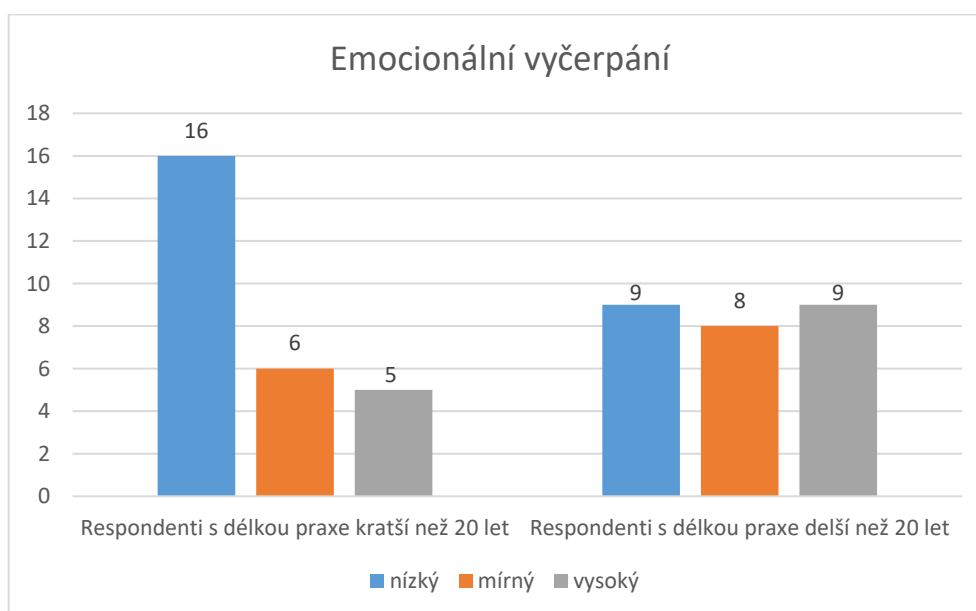
Cíl č. 2: Zjistit, zda má délka praxe sester pracujících na lůžkových odděleních paliativní péče a v hospicích vliv na výskyt syndromu vyhoření.

Předpoklad č. 2: Předpokládáme, že sestry s méně, než 20letou praxí mají nižší výskyt syndromu vyhoření než sestry s více než 20letou praxí.

Z celkového počtu 53 respondentů, má 27 respondentů kratší praxi, než je 20 let a 26 respondentů delší praxi, a to více než 20 let. Na úrovni emocionálního vyčerpání má z 27 respondentů s kratší praxí, než je 20 let, 16 respondentů nízkou úroveň emocionálního vyčerpání, 6 respondentů mírnou úroveň vyčerpání a 5 respondentů vysokou úroveň vyčerpání = vyhoření. Z 26 respondentů s praxí delší 20 let má 9 respondentů nízkou úroveň emocionálního vyčerpání, 8 respondentů mírnou úroveň emocionálního vyčerpání a 9 respondentů vysokou úroveň vyčerpání = vyhoření.

Sestry s délkou praxe, více než 20 let, trpí více emocionálním vyčerpáním, než sestry s délkou praxe kratší než 20 let.

Graf 26 Porovnání emocionálního vyčerpání dle délky praxe sester

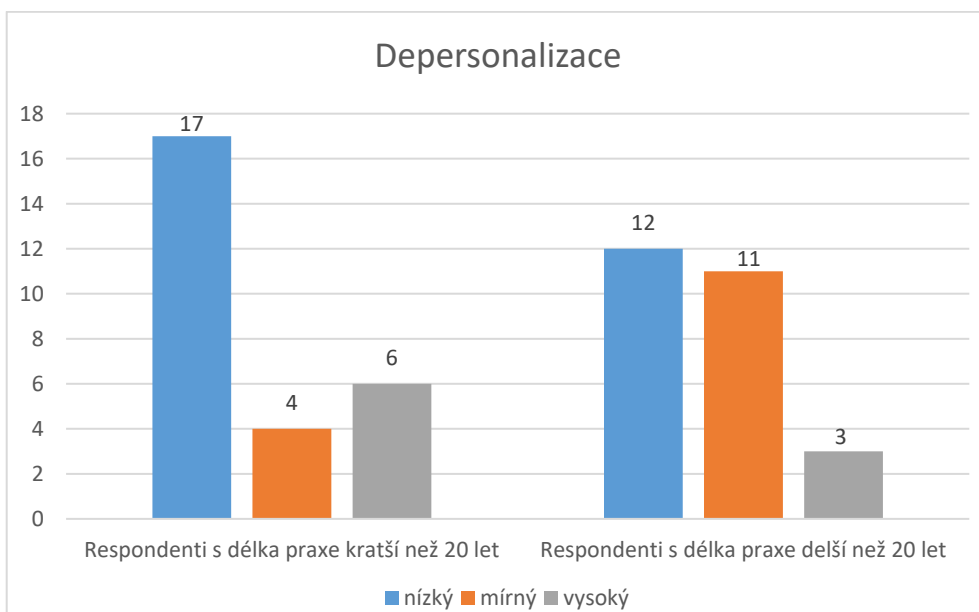


Zdroj: Vlastní

Na úrovni depersonalizace má z 27 respondentů s praxí kratší než 20 let 17 respondentů nízkou úroveň emocionálního vyčerpání, 4 respondenti mírnou úroveň vyčerpání a 6 respondentů vysokou úroveň vyčerpání = vyhoření. Z 26 respondentů s praxí delší než 20 let má 12 respondentů nízkou úroveň emocionálního vyčerpání, 11 respondentů mírnou úroveň emocionálního vyčerpání a 3 respondenti vysokou úroveň vyčerpání = vyhoření.

Sestry s délkou praxe, než 20 let trpí více depersonalizací, než sestry s délkou praxe více než 20 let.

Graf 27 Porovnání depersonalizace dle délky praxe sester

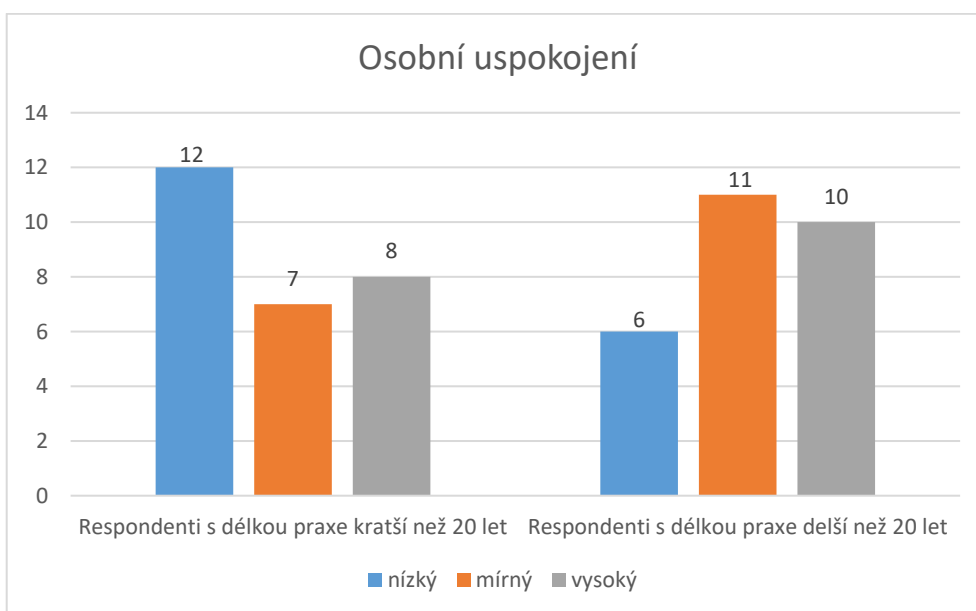


Zdroj: Vlastní

Na úrovni osobního uspokojení má z 27 respondentů s praxí kratší než 20 let 9 respondentů nízkou úroveň osobního uspokojení = vyhoření, 8 respondentů mírnou úroveň osobního uspokojení a 10 respondentů vysokou úroveň osobního uspokojení. Z 26 respondentů s praxí delší než 20 let má 5 respondentů nízkou úroveň osobního uspokojení = vyhoření, 11 respondentů mírnou úroveň osobního uspokojení a 10 respondentů vysokou úroveň vyčerpání.

Sestry s kratší délkou praxe, než 20 let, mají menší osobní uspokojení, než sestry s délkou praxe více než 20 let.

Graf 28 Porovnání osobního uspokojení dle délky praxe sester



Zdroj: Vlastní

Předpoklad, že u sester s praxí kratší než 20 let, se objevuje nižší výskyt syndromu vyhoření, než u sester s praxí delší více než 20 let, byl **vyvrácen**.

DISKUZE

Cílem práce bylo zmapování výskytu syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester pracujících na odděleních paliativní péče a v hospicích. Pro dosažení hlavního cíle jsme si stanovili dva cíle dílčí, které měly pomoci zjistit úroveň emocionálního vyčerpání sester a zda má délka praxe sestry vliv na vznik a úroveň syndromu vyhoření.

Pro sběr dat byla použita kvantitativní metoda výzkumu. Výzkumným nástrojem při šetření byl online standardizovaný dotazník – Maslach Burnout Inventory, který obsahoval 22 otázek. Na základě stanovených dílčích cílů jsme standardizovaný dotazník doplnili dvěma otázkami ohledně délky praxe praktických a všeobecných sester a místa, kde sestry poskytují paliativní péči. Dotazník, který byl rozeslán sestrám do hospiců a na lůžková oddělení paliativní péče, byl anonymní a všem sestrám byly položeny stejné otázky. Do výzkumného šetření se zapojilo 53 sester.

Prvním cílem bylo zjistit, jaká je úroveň emocionálního vyčerpání u sester pracujících na odděleních paliativní péče a v hospicích. Předpokládali jsme, že stupeň emocionální vyčerpání bude vyšší u sester pracujících na oddělení paliativní péče a v hospicích. Profese sestry je doprovázena silnou psychickou zátěží a rovněž je považována za velmi stresující povolání. I přesto byla úroveň emocionálního vyčerpání vysoká u 14 (26, 5 %) sester, což je méně než polovina dotazovaných. Krivohlavý (2012) uvádí, že faktor emočního vyčerpání nejpřesněji ukazuje na vznik vyhoření. Výsledky tohoto cíle najdeme v grafu č. 25. U sester pracujících v hospici mělo nízkou úroveň emocionálního vyčerpání 12 sester, mírnou úroveň emocionálního vyčerpání 6 a vysokou úroveň emocionálního vyčerpání = vyhoření 9 sester. U sester pracujících na oddělení paliativní péči, bylo tomu takto – 13 sester mělo nízkou úroveň emocionálního vyčerpání, 8 sester mírnou úroveň emocionálního vyčerpání a 5 sester mělo vysokou úroveň emocionálního vyčerpání = vyhoření. Náš předpoklad byl tedy v tomto případě potvrzen.

Druhým cílem bylo zjistit, zda má délka praxe sester pracujících na lůžkových odděleních paliativní péče a v hospicích vliv na výskyt syndromu vyhoření. Předpokládali jsme, že u sester s praxí kratší 20 let bude nižší výskyt syndromu vyhoření, než u sester s praxí delší 20 let. Nejprve jsme rozdělili sestry na dvě skupiny, do 20 let praxe a nad 20 let praxe. Poté jsme je porovnávali v jednotlivých dimenzích. Co se týče emocionálního vyčerpání, byla vysoká úroveň u 9 sester s praxí delší než 20 let, což je 33 %. Zatímco u sester s praxí kratší 20 let mělo pouze u 5 sester, tedy 19 % vysokou úroveň emocionálního vyčerpání, tyto výsledky nalezneme v grafu č. 26. Ukázalo se, že sestry s praxí delší než 20 let spíše trpí emocionálním vyčerpáním.

V oblasti depersonalizace tomu bylo naopak. Výsledky z této oblasti se nacházejí v grafu č. 27. U sester s praxí delší než 20 let měly vysokou úroveň depersonalizace pouze 3 sestry (11 %), zatímco u sester s praxí kratší než 20 let to bylo 6 sester (22 %). Tudíž depersonalizaci více trpí sestry s praxí kratší 20 let. V případě vlivu délky praxe můžeme vidět, že tento faktor nemá vliv. V tomto případě bychom mohli uvažovat o jiných faktorech, jež by mohly mít vliv na míru depersonalizace, tedy například povaha sestry, citové založení či míra empatie.

V poslední oblasti osobního uspokojení vyšlo, že u sester s praxí delší než 20 let mělo 5 sester (19 %) nízkou míru osobního uspokojení a u sester s praxí kratší než 20 let to bylo 8 sester (30 %). Tyto výsledky se nacházejí v grafu č. 28. Vyšší míru osobního uspokojení mají tedy sestry s praxí delší než 20 let. Mohli bychom očekávat, že vysoká míra uspokojení se bude objevovat spíše u sester s praxí kratší než 20 let, protože jsou ve svém zaměstnání kratší dobu, než sestry s delší praxí než 20 let, a tedy budou více nadšené pro práci. Avšak dle výsledků výzkumu jsme dospěli k závěru, že větší míru uspokojení naopak mají sestry s praxí nad 20 let. To může být zapříčiněno nižším očekáváním sester s dlouhou dobou praxe, nebo naopak vyšším očekáváním sester krátce po škole, a tedy i vyšší mírou zklamání, pokud se jejich představy ohledně práce nenaplní, a proto u nich nedojde k osobnímu uspokojení.

Předpoklad, že se u sester s praxí kratší než 20 let, objevuje nižší výskyt syndromu vyhoření, než u sester s praxí delší 20 let byl vyvrácen. Skutečnost, že míra vyhoření nezávisí na délce praxe jednotlivých zdravotnických pracovníků potvrzuje i výzkum provedený na Lékařské fakultě Ostravské univerzity v Ostravě z roku 2015 provedený na 241 zdravotnických pracovnících, kteří obdobně jako v tomto výzkumném šetření byli dotazováni standardizovaným dotazníkem BM (The Burnout Measure) (Pavelková, Bužgová, 2015). Přestože můžeme vidět, že ve vzniku syndromu vyhoření nehraje hlavní roli délka praxe sestry, ale i jiné faktory, jako je prevence a předcházení syndromu vyhoření, osobnost sestry, míra emocí, kterou sestra do práce vkládá či pracovní podmínky a kolektiv, Haškovcová (2007) popisuje, že se syndrom vyhoření v nejvíce případech začíná rozvíjet po 2 až 5 letech od nástupu do zaměstnání. (zdroj <https://www.databazeknih.cz/knihy/thanatologie-nauka-o-umirani-a-smrti-118560>). Rovněž Pešek a Praško, uvádějí, že na rozvoj syndromu vyhoření délka praxe nemá vliv.

V práci bylo zjišťováno, jaká je míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na lůžkovém oddělení paliativní péče a v hospicích v Plzeňském kraji, Středočeském kraji a v hlavním městě Praze. Z 53 respondentů mělo 25 (47 %) sester nízkou úroveň emocionálního vyčerpání, 14 (26,5 %) sester mírnou úroveň emocionálního vyčerpání a 14 (26, 5 %) sester vysokou míru emocionálního vyčerpání = vyhoření. V oblasti depersonalizace mělo nízkou úroveň 29 (55 %) sester, mírnou úroveň depersonalizace 15 (28 %) sester a vysokou úroveň

depersonalizace = vyhoření mělo 9 (17 %) sester. Křivohlaví (2012) uvádí, že depersonalizace se projevuje cynismem, ztrátou respektu vůči lidem a nejtěžším projevem je zacházení s lidmi jako s neživými. V oblasti osobního uspokojení mělo vysokou úroveň 17 (32 %) sester, mírnou úroveň osobního uspokojení 18 (34 %) sester a 18 (34 %) sester nízkou úroveň osobního uspokojení = vyhoření. Křivohlaví (2012) uvádí, že se nízká úroveň osobního uspokojení projevuje u jedinců, jenž si sami sebe naváží a nedůvěřují si. I podle výzkumu provedený v Praze 2022 je největší zastoupení míry vyhoření v oblasti osobního uspokojení, kde ze 60 sester trpělo nízkou úrovní osobního uspokojení 45 % sester (Rakhat, 2022). Dále výsledky můžeme porovnat s diplomovou prací „Syndrom vyhoření a jeho prevence u zdravotních sester zaměstnaných v nemocnici“, kde autorka Klára Ellingerová uvádí, že 100 sester má nízkou úroveň osobního uspokojení 65 % sester (Ellingerová, 2016).

Vysoký stupeň vyhoření až u třetiny zúčastněných osob rovněž prokázala systematická analýza SV u evropských zdravotníků provedena v roce 2012. (BRIA, M., BABAN, A., DUMITRASCU, D. L. Systematic Review of Burnout Risk Factors among European Healthcare Professionals. *Cognitie, Creier, Comportament* [online]. 2012, 16(3), [cit. 2013-30-04]. Dostupné z <http://www.questia.com/library/1P3-2784983711/systematic-review-of-burnoutrisk-factorsamong-european>). Také Pešek a Praško (2019) potvrzují, že u profesionálů pracující s lidmi dochází k syndromu vyhoření u 20 až 30 %.

V neposlední řadě bych chtěla velice poděkovat MUDr. Marii Svatošové za velmi příjemný a přínosný rozhovor odkrývající její zkušenosti a rady. Z důvodu časového vytížení paní doktorky byl rozhovor pořízen v online prostředí MS Teams, přičemž jsem rozhovor současně nahrávala a následně jej přepsala do programu MS Word.

LIMITY VÝZKUMU

Během výzkumu jsme se setkali s několika překážkami. Hlavním problémem bylo oslovení dostatečného množství respondentů. Dotazníkové šetření bylo rozesláno do několika zařízení, avšak z velké části nepřišla žádná odezva nebo výzkumné šetření nebylo povoleno z důvodu více probíhajících výzkumů v daném zařízení, případně neochoty ke spolupráci ze strany zařízení.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

Na základě provedeného výzkumu je patrné, že nejdůležitějším faktorem je prevence. Myslíme si, že by se mělo důsledněji předcházet syndromu vyhoření již v samotných začátcích praxe praktické a všeobecné sestry. Proto bychom rádi navrhovali, aby se například již při výuce na středních zdravotnických školách, později na vysokých školách, více mluvilo o významu duševní hygieny a možnosti terapie, aby byli studenti dostatečně informováni v této problematice a měli v případě potřeby dostupnou odbornou pomoc. Co se týče paliativní péče, navrhovali bychom zařadit konkrétně pro studijní obor Všeobecné ošetřovatelství povinný týden praxe v hospicovém zařízení.

Dále bychom pro sestry pracující v hospicích a na odděleních paliativní péče navrhovali zavést jednou ročně povinný seminář „Duševní hygiena“, který by je přiměl více pečovat o své duševní zdraví se stejnou pravidelností, jako pečují o své zdraví tělesné. Rozsah semináře by byl koncipován na 6 hodin pod vedením odborníků z řad psychoterapeutů, sester ve vedoucích pozicích na paliativních odděleních a peerů, kteří by aktivně doplňovali přednášky o konkrétní příběhy z praxe. Účastníci semináře by si tak měli možnost osvojit efektivní strategie zvládání stresu a stresových situací včetně praktického nácviku, zdokonalili by se v komunikaci, dozvěděli by se o možnostech péče o své duševní zdraví a o možnosti supervize. Na závěr by každý účastník obdržel osvědčení o absolvování semináře.

ZÁVĚR

Bakalářská práce mapuje výskyt a vliv syndromu vyhoření na sestry v hospicích a na lůžkových odděleních paliativní péče v Plzeňském a Středočeském kraji a v hlavním městě Praha. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření, kdy byly do jednotlivých zařízení rozeslány online standardizované dotazníky určené pro zdejší sestry. V každém zařízení jsme si před zahájením šetření nechali podepsat souhlas s výzkumem.

Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola je věnována syndromu vyhoření, jeho historii, vymezení pojmů, projevům, příčinám, diagnostice, léčbě a prevenci. Ve druhé kapitole jsme se zaměřili na syndrom vyhoření v profesi všeobecné a praktické sestry. To rovněž zahrnovalo, jaké jsou příčiny, projevy a prevence syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester. Třetí kapitola byla věnována paliativní péči. Byl zde vymezen tento pojem, uvedeny způsoby poskytování paliativní péče a představena role sestry v paliativní péči. Dále jsme se zaměřili na vzdělání sestry v paliativní péči a v neposlední řadě na implementaci paliativní péče do nemocnic. V samotném závěru bakalářské práce (viz příloha A) jsem zpracovala krátký rozhovor se zakladatelkou a vůdčí osobností českého hospicového hnutí MUDr. Marií Svatošovou, ve kterém nám sděluje nejen své postoje k dané problematice vycházející z její dlouholeté praxe, ale také její osobní zkušenost a rady, jak syndromu vyhoření předcházet.

Za teoretickou částí následuje část praktická. Zde byl formulován výzkumný problém a uvedeny hlavní a dílčí cíle. V metodice práce jsme popsali organizaci výzkumu, metodiku sběru dat, charakteristiku sledovaného souboru a metodu zpracování dat.

Hlavním cílem bylo zmapování výskytu syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester pracujících na lůžkových odděleních paliativní péče a v hospicích v Plzeňském kraji, Středočeském kraji a v hlavním městě Praze. Dílčí cíle vycházely z hlavního cíle. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaká je úroveň emocionálního vyčerpání u sester pracujících na odděleních paliativní péče a v hospicích. Předpokládali jsme, že stupeň emocionálního vyčerpání bude vyšší u sester pracujících v hospicích než u sester pracujících na oddělení paliativní péče. Tento předpoklad byl potvrzen.

Druhý dílčím cílem bylo zjistit, zda má délka praxe sester pracujících na lůžkových odděleních paliativní péče a v hospicích vliv na výskyt syndromu vyhoření. Předpokládali jsme, že sestry s méně, než dvacetiletou praxí mají nižší výskyt syndromu vyhoření než sestry s více než 20 lety praxe. Tento předpoklad byl vyvrácen.

V diskusi jsme délku praxe sester dosadili do jednotlivých dimenzí syndromu vyhoření. Takto jsme zjistili, že téměř polovina sester s praxí nad 30 let má stupeň emocionálního vyčerpání vysoký, tudíž lze tvrdit, že délka praxe má na tuto dimenzi syndromu vyhoření vliv. Dále jsme v diskusi porovnali, jaký vliv má délka praxe na stupeň depersonalizace a zjistili jsme, že tento faktor, tedy délka praxe, vývoj depersonalizace neovlivňuje. Posledním sektorem je míra uspokojení. V tomto případě jsme zjistili, že vysoká míra uspokojení se objevuje spíše u sester s praxí nad 30 let.

V práci bylo zjišťováno, jaká je míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na lůžkovém oddělení paliativní péče a v hospicích v Plzeňském kraji, Středočeském kraji a v hlavním městě Praze. Z 53 respondentů mělo 25 (47 %) sester nízkou úroveň emocionálního vyčerpání, 14 (26,5 %) sester mírnou úroveň emocionálního vyčerpání a 14 (26, 5 %) sester vysokou míru emocionálního vyčerpání = vyhoření. V oblasti depersonalizace mělo nízkou úroveň 29 (55 %) sester, mírnou úroveň depersonalizace 15 (28 %) sester a vysokou úroveň depersonalizace = vyhoření mělo 9 (17 %) sester. V oblasti osobního uspokojení mělo vysokou úroveň 17 (32 %) sester, mírnou úroveň osobního uspokojení 18 (34 %) sester a 18 (34 %) sester nízkou úroveň osobního uspokojení = vyhoření.

SEZNAM LITERATURY

1. AdiCare. Logoterapie. AdiCare – Psychologická a psychiatrická klinika. [Citace: 23. 10 2022.] <https://adicare.cz/sluzby/druhy-psychoterapie/logoterapie/>.
2. AdventHealth University. Nurse burnout. *AdventHealth University* [online]. [cit. 28.11.2022] Dostupné z: <https://www.ahu.edu/blog/nurse-burnout>.
3. AHOLA K., TOPPINEN-TANNERA S., SEPPÄNEN J., 2017. Burnout Research. Volume 4. Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis ScienceDirect [online]. 2017, s. 1-11. [cit.2018-04-13]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058616300596>
4. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, s.s., 2015. 978-80-247-5402-4.
5. Centrum paliativní péče, z. ú. Paliativní péče. Centrum paliativní péče. [online]. [cit. 20.12.2022] Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>
6. Cesta domů. Články na Umírání.cz. Umírání.cz | *informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé*. [online]. [cit. 2.12.2022] Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>.
7. ČERNÝ, V. a Grofová, K. *Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl: návrat k přirozenému uvolnění*. Brno: Edika, 2015. ISBN 978-802-6608-356
8. DAM, Arno Van, A clinical perspective on burnout: diagnosis, classification, and treatment of clinical burnout [online]. [cit. 20.01.2023] Dostupné z <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/1359432X.2021.1948400>
9. Fakultní nemocnice Plzeň. Paliativní tým pomáhá lepší kvalitě života nemocných. Fakultní nemocnice Plzeň. [Online] 4. 3 2022. [Citace: 25. 12 2022.] <https://www.fnplzen.cz/cs/node/11853#:~:text=Fakultn%C3%AD%20nemocnice%20Plze%C5%88%20za%C4%8D%C3%ADn%C3%A1%20nov%C4%9B%20poskytovat%20konzili%C3%A1rn%C3%AD%20%C4%8Dinnost,%C3%BActou%20a%20respektem%20k%20jejich%20p%C5%99%C3%A1n%C3%ADm%20a%20hodnot%C3%A1m>.
10. FLORENCE. *Sestra v následné péči, hospicová péče*. FLORENCE - Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese [online]. 2020. [cit.

- 23.12.2022] Dostupné z: [https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/9/sestra-v-nasledne-peci-hospicova-pece-i-cast/.%202570-4915./](https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/9/sestra-v-nasledne-peci-hospicova-pece-i-cast/.%202570-4915/)
11. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 80-85931-79.
 12. Hélio. Návky relaxací. Hélio - centrum pro duševní zdraví. [online]. 2012 [cit. 15.12.2022]. Dostupné z: <https://heliocentrum.cz/psychiatricka-ambulance/kurzy>
 13. HEKLOVÁ, Zuzana. Jak nevyhořet v práci sestry. FLORENCE - Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese. [online] 2018. [cit. 5.01.2023] Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2018/3/jak-nevyhoret-v-praci-sestry/>
 14. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2016. 978-80-262-0982-9.
 15. HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření 3. vydání*. Praha: Vyšehrad, spol. s.r.o., 2018. 978-80-7429-552-2.
 16. HOUŠKOVÁ, Simona. Syndrom vyhoření u zdravotníků | Přehlednější zdravotnictví, Medfair s.r.o. [online]. 2022 [cit. 19.01.2023]. Dostupné z: <https://prehlednejsizdravnictvi.cz/syndrom-vyhoreni-u-zdravotniku/>
 17. KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 80-7071-231-7.
 18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství s.r.o., 2012. 978-80-7195-573-3.
 19. KUPKA, M. *Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření*. E-psychologie [online]. 2018 [20.1.2023]. Dostupný z [E-psychologie](#)
 20. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Pardubice: Grada Publishing a.s., 2014. 978-80-247-8633-9.
 21. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. 978-80-247-2713-4.
 22. Mene Tekel. Marie Svatošová | Mene Tekel, mezinárodní festival. [online]. [cit. 19.02.2023]. Dostupné z: <https://www.menetekel.cz/cz/osobnosti/marie-svatosova/>
 23. MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. 978-80-262-0180-9

24. Mind Garden. MBI: Obecný průzkum. Mind Garden. [online]. 2022 [30. 10. 2022]
Dostupné z: [Maslach Burnout Inventory - General Survey \(MBI-GS\) - Hodnocení, testy | Mind Garden - Mind Garden](#)
25. MPSV. Všeobecná sestra. Národní soustava povolání. [online]. 2017 [cit. 01.03.2023]. Dostupné z: <https://www.nsp.cz/jednotka-prace/vseobecna-sestra-0359>
26. mzcr. Přehled oborů a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [online]. 2012 [cit. 28.01.2022] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/prehled-oboru-a-vzdelavani-nelekarskych-zdravotnickych-pracovniku/#PS-21b>.
27. ODYSSEA. Co je KBT. ODYSSEA - Mezinárodní institut KBT. [online]. [cit. 20.10.2022]. Dostupné z: <https://www.vyckvkkbt.cz/co-je-kbt>
28. PAVELKOVÁ, Helena, BUŽGOVÁ, Radka. Burnout Among Healthcare workers in hospice care. Central European Journal of Nursing and Midwifery. [online]. 2014 [cit. 11.3.2023] Dostupné z: [Burnout among healthcare workers in hospice care \(osu.cz\)](#)
29. PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Jan. *Syndrom vyhoření - jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta, 2016. 978-80-88163-00-8.
30. PTÁČEK, Radek a kol. Burnout syndrom jako mezioborový jev. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 168s. Edice celoživotního vzdělání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6
31. PTÁČEK, Radek. VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Syndrom vyhoření: prevalence, příznaky, diferenciální diagnostika a léčba. MEDICAL TRIBUNE [online]. 2015. Medical Tribune [cit. 10.01.2023]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/syndrom-vyhoreni-prevalence-priznaky-diferencialni-diagnostika-a-lecba/>
32. SLÁMA, Ondřej, VORLÍČEK, Jiří. Péče o umírajícího pacienta. MojeMedicina.cz: portál pro zdraví. [online]. 2012 [cit. 5.01.2022]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pruvodce-pacienta/pece-o-pacienta/pece-o-umirajiciho-pacienta.html>
33. SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. Solen. [online]. 2012 [cit. 28.01.2023]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>
34. ŠVECOVÁ, Dagmar. Kvalita života pacientů v paliativní péči, ošetrovatelská péče v zahraničí. Linkos.cz. [online] 2013. [cit. 12.12.2022]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy-po->

[kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/kvalita-zivota-pacientu-v-paliativni-peci-osetrovatelska-pece-v-zahranici/](#)

35. The Importance of Patient Dignity in Care at the End of Life, 2016. [online]. The Ulster Medical Society. [cit. 2022-10-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847835/>
36. VČELÁK, Petr. Informace a návod k použití: Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. *Petr Včelák - Materiály pro studenty*. [Online] 3. květen 2018. [Citace: 29. únor 2019.] <https://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-sablona.php>.
37. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada Publishing, a. a., 2012. 978-80-247-3174-2.
38. VORLÍČEK, Jiří. *Klinická onkologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. 8024717166.
39. WHO, 2019 Mezinárodní klasifikace nemocí [Online] [Citace: 25. ledna 2023.] Dostupné z: [Světová zdravotnická organizace \(WHO\)](#)

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A Rozhovor s MUDr. Marií Svatošovou
- Příloha B Seminář „Duševní hygiena“
- Příloha C Souhlas s výzkumným šetřením v Oblastní nemocnici Příbram – lůžkové
 paliativní oddělení
- Příloha D Souhlas s výzkumným šetřením na oddělení paliativní péče v nemocnici
 Milosrdných sester sv. Karla Boromejského
- Příloha E Souhlas s výzkumným šetřením v hospici Svatého Lazara
- Příloha F Souhlas s výzkumným šetřením v Hospici Dobrého Pastýře
- Příloha G Souhlas s výzkumným šetřením na oddělení paliativní péče v Kutné Hoře
- Příloha H Dotazník šetření
- Příloha CH „Desatero“ sester z anglických hospiců, tedy pracovišť s vysokým rizikem
 syndromu vyhoření

PŘÍLOHY

Příloha A – Rozhovor s MUDr. Marií Svatošovou

1. Jak jste se dostala k paliativní péči?

Začínala jsem od píky. Po maturitě na velmi kvalitní Zdravotnické škole v Náchodě jsem rok pracovala jako zdravotní sestra na neurochirurgické klinice v Hradci Králové. Byla to cenná zkušenost, z níž jsem profitovala nejen během studia na lékařské fakultě, ale i po celý další profesní život jako lékařka. Nejprve na interně v Semilech, pak jako praktická lékařka v Praze. Sestra na lůžkovém oddělení, ale i v domácí péči, tráví s pacientem a jeho rodinou významně více času než lékař. A je-li aspoň trochu empatická, dokáže jejich situaci vnímat v mnohem širších souvislostech – jedním slovem celostně. S léty praxe sbírá zkušenosti, dokáže kriticky vidět nedostatky v péči i v systému, a je-li třeba, staví se jako advokátka na obranu svých pacientů, například, je-li svědkem prokazatelně marné a pacienta zbytečně zatěžující léčby, ordinované z alibismu, anebo nedostatečné léčby bolesti. Sestra, omezená v kompetencích, tím často trpí, protože tomu může více méně jen nečinně přihlížet. To byla do listopadu 1989 i moje situace, situace praktické lékařky. S pocitem bezmoci, a někdy i spravedlivého hněvu, jsem pročetla lékařské zprávy mých pacientů, kteří poslední týdny života prožívali jinak a jinde, než by si přáli. Často zatěžováni prokazatelně marnou léčbou nebo invazivními vyšetřovacími metodami, od nichž si nikdo nic smysluplného slibovat nemohl. Rodiny by se rády o svého blízkého v závěru života postaraly, ale z různých důvodů na to nestačily. Do toho se mi v roce 1988 dostal do ruky samizdatový časopis Salus s článkem MUDr. Cecilly Saundersové (původně zdravotní sestry) o Hospici sv. Kryštofa v Londýně. Pochopila jsem, že problém řešitelný je a že to někde funguje. O rok později bylo možné dát výpověď a pustit se do díla. V té době jsem neplánovala žádnou celorepublikovou síť hospiců, pouze jsem chtěla na jednom malém vzorku ukázat, že když se chce, všechno jde.

2. Pamatujete si vašeho prvního pacienta, kterého jste doprovázela?

Moje „nejhlubší hospicové kořeny“ jsou v rodině kolegyně, mimořádně vzácné ženy a maminky dvou školáček. Začátkem 80. let více než dva roky statečně bojovala se svou rakovinou. Do dlouhodobého doprovázení jsem tehdy vplula spontánně, aniž bych tušila, co mě v budoucnu čeká, co a proč se zde učím. S oběma dětmi, kterým je dnes přes padesát,

jsem v kontaktu dodnes. Jejich maminka si to velmi přála, a vlastně i zařídila. Pár týdnů před smrtí vyslovila přání, abych se stala biřmovací kmotrou její holčičky. Tím vznikl nejen příbuzenský vztah, ale postupně i hluboké přátelství, kterého si nesmírně vážím. Samozřejmě, že to není klasický příklad pozůstalostního doprovázení. To musí být ukončeno podle situace v řádu měsíců, maximálně jednoho, dvou let. Trvá-li potřeba déle, nejspíš už jde o patologické truchlení a je nutno klienta předat psychologovi.

3. Kde a jak jste se naučila, tak dobře komunikovat s lidmi na konci života?

Promovala jsem v roce 1968. V té době nás komunikovat s pacienty na konci života nikdo na fakultě neučil. Něco se sice dalo odkoukat od starších kolegů, ale to bohužel nebylo vždycky následováníhodné. A tak na otázky, podobné té, kterou mi kladete, většinou odpovídám stručně: „Mám Ladislavovu školu“. Ladislav byl MUDr. Kubíček, lékař a kněz v jedné osobě. Téměř třicet let, než ho 11. 9. 2004 v Třebenicích na faře dva kluci zavraždili, byl mým zpovědníkem a velkým učitelem. Protože byl původním povoláním lékař, mohla jsem s ním řadu medicínských problémů, zejména těch etických, kdykoliv konzultovat. Vždycky si pro mě našel čas, nikdy za mě nic nerozhodoval, ale pokaždé mi dobře poradil. Často se mě lidé ptají, co těm umírajícím říkám. Očekávají jakousi kuchařku, návod k použití. Na tohle téma jsem načetla, co se načíst dalo, absolvovala jsem nejrůznější kurzy, ale ze všeho nejvíce se mi osvědčuje metoda, kterou jsem si sama pro sebe nazvala „klika a rohožka“. Původ má – kde jinde – v Ladislavově škole. Jdu za pacientem a nemohu vědět, co mě tam čeká. O čem bude chtít dnes mluvit, co řeší, co či kdo ho trápí, co zrovna teď potřebuje, nebo naopak nepotřebuje slyšet. Proto nevpadnu do jeho pokoje rovnou z ulice, ale chvíli postojím na rohožce u dveří, podržím kliku v ruce a nabídnu se do služby: „Tak tedy dobře, Bože, jestli chceš, abych tam šla, tak jdu. A jestli chceš, abych mu něco řekla, tak mi řekni co, a já slibuji, že mu to řeknu.“ A pak naslouchám a čekám. Když mě napadne něco, co cítím, že mám říct nahlas, i když se mi to třeba úplně nezdá, tak to řeknu. Prostě proto, že jsem to slíbila. A ono se většinou ukáže, že přesně tohle je jasný signál – mlčet. V těchto situacích je někdy potřeba i mlčet, spolknout slzu, „jen“ stisknout ruku, pohladit.... Nonverbálně často vyjádříme, co bychom slovy vyjádřit nedokázali, nebo dokonce pokazili.

4. Čeho myslíte, že se lidé na konci života bojí nejvíce?

Prakticky každý se bojí fyzické bolesti a dalších symptomů. Od toho je tu ale paliativní medicína. Ta dnes dokáže vyřešit hodně, i když zdaleka ne všechno, co pacienta trápí. Škála

obav a strachů je široká a naprosto individuální – od strachu o zabezpečení nezaopatřených dětí, bezradného manžela, splácení hypotéky atd., až po utrpení z výčitek svědomí.

5. Jaká podle Vás musí sestra být, aby zvládla práci v paliativní péči?

Kromě potřebného vzdělání, dobrého tělesného i psychického zdraví a pokud možno i dobrého rodinného zázemí jsou nutné i osobnostní předpoklady, jako je empatie, trpělivost, vyrovnanost, schopnost naslouchat, nesoudit, mít ráda lidi, tj. chtít jejich dobro. Avšak ne na úkor svých vlastních potřeb. To není sobectví. Naopak, je to v zájmu pacientů. Nebude-li mít sestra uvnitř sebe pohodu a pokoj, zákonitě bude kolem sebe šířit nepohodu a nepokoj. To je to poslední, co by její paliativní pacient potřeboval. Dobrá sestra dokáže i v největší časové tísní a pracovním stresu obdarovat a povzbudit pacienta – i toho mrzutého – milým úsměvem. Předpokladem samozřejmě je, že ten úsměv není hraný, ale upřímný.

6. Jak Vy sama bojujete proti syndromu vyhoření?

Kromě obvyklých způsobů psychohygieny, o kterých se dočtete všude, se mi osvědčil jeden méně obvyklý, o němž se v odborné literatuře nedočtete nic. Při doprovázení umírajících a jejich blízkých se důsledně vyhýbám dvěma škodlivým extrémům. Prvním je naslouchání stylem „jedním uchem tam, druhým ven“. Takový způsob sice může na první pohled vypadat jako prevence syndromu vyhoření, ale opak je pravdou. Chvíli to zdánlivě funguje, avšak časem nutně přijde frustrace ze selhání, následována syndromem vyhoření. Zcela opačným extrémem – ovšem se stejným konečným efektem, tj. syndromem vyhoření – je kumulace vyslechnutých strastí ve své mysli. Jak to řešit, abych nemocnému ulevila a sobě neublížila, to jsem se taky naučila v „Ladislavově škole“. Na jeho radu strastem a obavám empaticky naslouchám a hned je třídím na dvě hromádky – lidskými silami řešitelné, a neřešitelné. Řešitelné budu řešit po skončení rozhovoru, neřešitelné nepouštím nezpracované druhým uchem ven, ale rovnou je v duchu přeformátuju do přímluvné modlitby, a tu adresuju všemohoucímu Bohu. Je mi osmdesát, dodnes se příležitostně doprovázení věnuji, někdy je to snazší, jindy náročnější, ale stále mě to těší i naplňuje, a syndrom vyhoření jsem na sobě nikdy nepozorovala. Čelit se mu tedy dá, jen je potřeba vědět, jak na to.

7. Existuje ještě něco, čeho byste chtěla v oblasti paliativní péče dosáhnout?

Moc si přeju, aby byla hospicová a paliativní péče tak kvalitní, a tak dostupná, aby nikoho ani nenapadlo uvažovat o eutanázii. Ale to už je na vás, na mladší generaci. My jsme začali, vy to dokončete.

Příloha B – Seminář „Duševní hygiena“

Seminář „Duševní zdraví“

- Určen sestřám (nejen) v paliativní péči
- Rozsah 6 hodin (9:00 – 15:00 sobota)
- Princip terapie sdílením
- Rady, jak vyhnout syndromu vyhoření, jak pravidelně pečovat o své duševní zdraví, jak efektivně zvládat stres a naučit se s ním pracovat, jak se s ním naučit pracovat, jak se naučit udržet svůj pracovní a osobní život v rovnováze

Vedení kurzu

- Psychoterapeut
- Peer

Ukončení kurzu

- Osvědčení o absolvování pro zaměstnance

Povinně 1x 2 roky

Příloha C – Souhlas s výzkumným šetřením v Oblastní nemocnici Příbram – paliativní lůžkové oddělení



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Lucie Nováková
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetřovatelství
Akademický rok: 2022/2023

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Příbram – paliativní lůžkové oddělení

Odůvodnění žádosti:

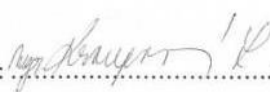
Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 10.2.23.....

Podpis: .....



Žádost pro oslovenou instituci

Vážená vrchní sestro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Oblastní nemocnici Příbram – paliativní lůžkové oddělení, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Lucie Novákové, posluchačky bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zmapování výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na lůžkách paliativní péče v Plzeňském kraji, Středočeském kraji a v Praze.

Vedlejším cílem práce je zjistit, zda má délka praxe sestry pracujících na lůžkách paliativní péče vliv na výskyt syndromu vyhoření. Druhý vedlejší cíl je zjistit, jaká je úroveň emocionálního vyčerpání u sester pracujících v paliativní péči.

Sledovaný soubor tvoří sestry pracujících na lůžkách paliativní péče

Sběr dat bude proveden pomocí standardizovaného a mnou vytvořeného doplňkového dotazníku

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Lenky Kroupové

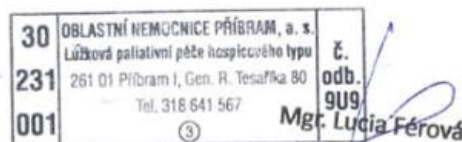
Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V Příbrami dne 24.2.23



Razítko a podpis zástupce instituce

**Příloha D – Souhlas s výzkumným šetřením na oddělení paliativní péče v nemocnici
Milosrdných sester sv. Karla Boromejského**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Lucie Nováková
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetřovatelství
Akademický rok: 2022/2023

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na oddělení paliativní péče v nemocnici
Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze**

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 10.2.2023.....

Podpis: [Signature].....

Žádost pro oslovenou instituci

Vážená hlavní sestro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na oddělení paliativní péče v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Lucie Novákové, posluchačky bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zmapování výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na lůžkách paliativní péče v Plzeňském kraji, střeďočeském kraji a v Praze.

Vedlejším cílem práce je zjistit, zda má délka praxe sestry pracujících na lůžkách paliativní péče vliv na výskyt syndromu vyhoření. Druhý vedlejší cíl je zjistit, jaká je úroveň emocionálního vyčerpání u sester pracujících v paliativní péči.

Sledovaný soubor tvoří sestry pracujících na lůžkách paliativní péče

Sběr dat bude proveden pomocí standardizovaného a mnou vytvořeného doplňkového dotazníku

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Lenky Kroupové

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím
 Nesouhlasím

V Praze dne 10. 2. 2023

.....
Razítko a podpis zástupce instituce


Mgr. Dobromila Doležalová, DIS.

**Nemocnice Milosrdných sester
sv. Karla Boromejského v Praze
Vlašská 36, 118 33 Praha 1
Hlavní sestra**

Příloha E – Souhlas s výzkumným šetřením v hospici Svatého Lazara



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Lucie Nováková
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetrovatelství
Akademický rok: 2022/2023

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Hospici svatého Laza

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 10. 2. 2023.....

Podpis: .....



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Žádost pro oslovenou instituci

Vážená paní ředitelko,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Hospici svatého Laza, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Lucie Novákové, posluchačky bakalářského studijního programu Všeobecné ošetřovatelství Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zmapování výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na lůžkách paliativní péče v Plzeňském kraji.

Vedlejším cílem práce je zjistit, zda má délka praxe sestry pracujících na lůžkách paliativní péče vliv na výskyt syndromu vyhoření. Druhý vedlejší cíl je zjistit, jaká je úroveň emocionálního vyčerpání u sester pracujících v paliativní péči.

Sledovaný soubor tvoří sestry pracujících na lůžkách paliativní péče

Sběr dat bude proveden pomocí standardizovaného a mnou vytvořeného doplňkového dotazníku

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Lenky Kroupové

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V Plzeň dne 10. 2. 2023



HOSPIC SVATÉHO LAZARA z.s.

Sladkovského 2427/66a, 326 00 Plzeň

T: 377 431 381-3

E: hospic@hsl.cz

IČO: 447 61 508

www.hsl.cz

.....
Razítko a podpis zástupce instituce

Příloha F – Souhlas s výzkumným šetřením v Hospici Dobrého Pastýře



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Lucie Nováková
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetřovatelství
Akademický rok: 2022/2023

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Tři, z.ú., Hospici Dobrého Pastýře

Odůvodnění žádosti:


Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 10.2.2023.....

Podpis: .....



Jméno a příjmení studenta: Lucie Nováková
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetřovatelství
Akademický rok: 2022/2023

**Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Tři, z.ú., Hospici Dobrého
Pastýře**

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 21.2.2023

Podpis: 



TŘI, z.ú.
LÉKOVÝ HOSPIC DOBRÉHO PASTÝŘE
Sokolská 504, 257 22 Dobruška
tel. 317 77 261, 317 7012000
e. 0023403 290 271603432

Příloha G – Souhlas s výzkumným šetřením na oddělení paliativní péče v Kutné Hoře



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Lucie Nováková
Studijní program/ročník: Všeobecné ošetřovatelství
Akademický rok: 2022/2023

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Kutná Hora – paliativní lůžkové oddělení

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 10.2.2023.....

Podpis: .....



Žádost pro oslovenou instituci

Vážená hlavní sestro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Nemocnici Kutná Hora – paliativní lůžkové oddělení, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Lucie Novákové, posluchačky bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zmapování výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na lůžkách paliativní péče v Plzeňském kraji, Středočeském kraji a v Praze.

Vedlejším cílem práce je zjistit, zda má délka praxe sestry pracujících na lůžkách paliativní péče vliv na výskyt syndromu vyhoření. Druhý vedlejší cíl je zjistit, jaká je úroveň emocionálního vyčerpání u sester pracujících v paliativní péči.

Sledovaný soubor tvoří sestry pracujících na lůžkách paliativní péče

Sběr dat bude proveden pomocí standardizovaného a mnou vytvořeného doplňkového dotazníku

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Lenky Kroupové

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V LUCIE NOVÁKOVÉ dne 1.9.2013

Delatni nemocnice Kolín, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
Kutná Hora, lůžkové oddělení
Všeobecné ošetrovatelství
HLAVNÍ SESTRA
tel: 377 502 290 mobil: 601 541 120
fax: 377 502 291 e-mail: uz@delatni.cz

Razítko a podpis zástupce instituce

Příloha H – Dotazníkové šetření

Syndrom vyhoření

Dobrý den,
jmenuji se Lucie Nováková, jsem studentka oboru Všeobecná sestra na ZČU a dovolila bych si Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku pro mou bakalářskou práci, která nese název "Syndrom vyhoření u sester pracujících na odděleních paliativní péče a v hospicích". Cílem bakalářské práce je zmapování výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na oddělení paliativní péče a v hospicích v Plzeňském kraji, ve Středočeském kraji a v Praze.

 novacka7@gmail.com (nesdíleno)
[Přepnout účet](#)



*Povinné pole

Délka Vaší praxe? *

- 0 - 10 let
- 11 - 20 let
- 21 - 30 let
- více než 30 let



Kde vykonáváte paliativní péči *

- hospic
- lůžka zdravotních zařízení
- Jiné: _____

Nyní bych vás požádala o vyplnění standardizovaného dotazníku BMI. Zde budete vybírat číslo, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, který obvykle prožíváte.

Síla pocitů:

Vůbec 0-1-2-3-4-5-6-7 Velmi silně

Práce mne citově vysává *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7



Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Celodenní práce s lidmi je pro mne
skutečně namáhavá *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Jsem schopen velmi účinně vyřešit
problémy svých klientů/pacientů

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně
ovlivňují a nalaďují. *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Od té doby, co vykonávám svou profesi, *
stal jsem se méně citlivým k lidem

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Mám strach, že výkon mé práce mne činí *
citově tvrdým

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Mám stále hodně energie *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Moje práce mi přináší pocity marnosti,
neuspokojení

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Práce s lidmi mi přináší silný stres *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Mám pocit, že jsem na konci svých sil *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně. *

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají
některé své problémy *

0

1

2

3

4

5

6

7

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha CH

„DESATERO“ SESTER Z ANGLICKÝCH HOSPICŮ, TEDY PRACOVÍŠT S VYSOKÝM RIZIKEM SYNDROMU VYHOŘENÍ

- Buď sama k sobě laskavá a vlídná.
- Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne násilně měnit druhé.
- Najdi si své „útočiště“ – místo klidu.
- Buď druhým oporou, neboj se je pochválit, nauč se to přijímat od nich.
- Uvědom si, že v situaci, v níž jsi, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmoci.
- Snaž se obměňovat své pracovní postupy.
- Najdi rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které tě ničí.
- Když jdeš domů, soustřeď se na dobré věci.
- Snaž se sama sebe povzbuzovat a posilovat.
- Využívej posilujících prvků přátelství.
- Ve volném čase nehovoř o práci.
- Plánuj si chvíle oddechu a odpočinku.
- Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím“.
- Nauč se říkat NE; zač stojí každé tvé ano, když nikdy neumíš říci NE?
- Netečnost a rezervovat ve vztahu k druhým lidem je nebezpečnější než připustit si myšlenku, že se dál nedá už více dělat.
- Raduj se, směj se, hraj si.