

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

MÍRA PSYCHICKÉ ZÁTĚŽE U SESTER NA JEDNOTKÁCH
INTENZIVNÍ PÉČE

Bakalářská práce

Autor práce: Michaela Matějková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Pokorná

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Michaela Matějková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. Lada Cetlová, Ph.D.
Název práce:	Míra psychické zátěže u sester na jednotkách intenzivní péče
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Pokorná
Cíl práce:	Zmapování psychické zátěže u sester na jednotkách intenzivní péče

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na míru psychické zátěže u sester na jednotkách intenzivní péče. Práce je zaměřena na rozdílnost ve zvládání stresu podle délky praxe, dosaženého vzdělání a pohlaví. Práce poukazuje na možné metody, které vedou ke zlepšení zvládání stresu na pracovištích intenzivní péče. Dále je bakalářská práce zaměřena na hlavní důvody stresové zátěže u pracovníků na jednotkách intenzivní péče.

Klíčová slova

psychická zátěž; intenzivní péče; syndrom vyhoření; supervize

Abstract

This bachelor's thesis focuses on the level of psychological stress among nurses working in intensive care units. It explores differences in stress management related to years of experience, education, and gender. The thesis also identifies methods that can improve stress management in these demanding environments. Additionally, it addresses the primary causes of stress experienced by intensive care unit staff.

Keywords

psychological stress; intensive care; burnout syndrome; supervision

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 10. ledna 2020

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Petře Pokorné za vždy přítomnou vstřícnosti při konzultacích, trpělivost, empatický přístup a morální podporu nejen při psaní práce. Dále děkuji Bc. Magdě Kocmanové, Dis. za její čas při poskytování cenných rad v průběhu psaní práce, a především podporu po celou dobu studia. V neposlední řadě děkuji také svým kolegyním a kolegům z Fakultní nemocnice Brno Bohunice za ochotu při vyplňování dotazníků.

Obsah

Seznam grafů.....	7
Seznam zkratk.....	8
Úvod	9
1 Teoretická část	10
1.1 Intenzivní péče	10
1.1.1 Osobnost všeobecné sestry	11
1.2 Syndrom vyhoření	13
1.2.1 Faktory ovlivňující vznik vyhoření	14
1.2.2 Fáze rozvoje syndromu vyhoření	14
1.2.3 Diagnostika syndromu vyhoření	15
1.2.4 Syndrom vyhoření a další onemocnění.....	15
1.2.5 Pomoc a řešení při syndromu vyhoření	16
1.2.6 Prevence.....	17
1.3 Supervize	17
1.3.1 Funkce supervize	18
1.3.2 Druhy supervize.....	18
1.3.3 Osobnost supervizora	19
1.3.4 Minimální požadavky pro vstup do výcviku supervizora	20
1.3.5 Etická komise ČIS.....	21
2 Výzkumná část	22
2.1 Cíl výzkumu	22
2.2 Výzkumné otázky	22
2.3 Metodika výzkumu.....	22
2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	22
2.5 Průběh výzkumu.....	23
2.6 Zpracování získaných údajů	23
2.7 Výsledky výzkumu	23
3 Diskuze	47
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi	54
Závěr	56
Seznam použité literatury	58
Seznam příloh.....	61

Seznam grafů

Graf 1: Podíl žen a mužů v %	23
Graf 2: Věk respondentů	24
Graf 3: Délka praxe respondentů	25
Graf 4: Dosažené vzdělání	26
Graf 5: Zhodnocení psychické zátěže	27
Graf 6: Zhodnocení náročnosti služeb dle denní doby	27
Graf 7: Kladné pocity respondentů před službou	28
Graf 8: Zhodnocení motivace v průběhu pracovního působení	29
Graf 9: Úvaha nad pociťováním psychické únavy	29
Graf 10: Změna typu oddělení z důvodu psychické zátěže	30
Graf 11: Změna povolání a odchod ze zdravotnictví	31
Graf 12: Úvaha nad setrváním ve stávající pozici	32
Graf 13: Ovlivnění pracovního výkonu vztahy na pracovišti	33
Graf 14: Stres na pracovišti	34
Graf 15: Ovlivnění rodinného života nepřetržitým provozem	35
Graf 16: Úvaha nad platovým ohodnocením	36
Graf 17: Povědomí o pojmu supervize	37
Graf 18: Úvaha nad přínosem supervize	38
Graf 19: Vnímání nedostatku personálu na pracovišti	39
Graf 20: Řešení problematiky psychické zátěže na pracovišti	40
Graf 21: Vnímání rizika syndromu vyhoření	41
Graf 22: Syndrom vyhoření u respondentů	42
Graf 23: Úvaha nad syndromem vyhoření u spolupracovníků	43
Graf 24: Syndrom vyhoření a jeho prevence na pracovišti	44
Graf 25: Míra osvěty u syndromu vyhoření	45
Graf 26: Možné faktory vedoucí ke snížení psychické zátěže na pracovišti	46

Seznam zkratek

AD	antidepresivum
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BM	burnout measure
ČIS	Český institut pro supervizi
EKG	elektrokardiografie
JIP	jednotka intenzivní péče
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MBI	Maslach Burnout Inventory
MZČR a SR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky a Slovenské republiky
PSA	personal subjective analysis
TD	tedium measure

Úvod

Psychická zátěž v povolání všeobecných sester nejen na jednotkách intenzivní péče je oblast, která vždy bude součástí této profese. Požadavky na práci sester nalézáme nejenom v celoživotním vzdělávání a v nutnosti disponovat do jisté míry určitou odolností po stránce fyzické, ale i psychické. Ošetrovatelství jako takové se neustále vyvíjí a na pracovníky jsou kladeny větší nároky ze strany vzdělávání díky vývoji a propojenosti ošetrovatelství s dalšími vědeckými disciplínami. S tím se neodmyslitelně pojí i vyšší míra stresových situací, se kterými se sestry mohou potkat.

Psychická zátěž u všeobecných sester nejen na jednotkách intenzivní péče bude tématem vždy aktuálním. Stresové situace k povolání všeobecné sestry bohužel patří, takzvaně „pomáhající profese“ budou mít vždy tento faktor přítomný. Je proto velmi důležité, aby sestry samotné věděly o všech možnostech sebezpěče o duševní zdraví, popřípadě se nebály jakýkoliv problém včas a efektivně řešit.

Stěžejní je i osobnost sestry a její dovednost v tom, jak v takovýchto situacích adekvátně postupovat. Nejen díky tomu lze zamezit do jisté míry i příznakům syndromu vyhoření a snížit v krajních případech potenciální pochybení ze strany sestry.

Toto téma bylo zvoleno nejen pro svoji stálou aktuálnost v návaznosti na povahu povolání všeobecných sester, ale také ve snaze lépe pochopit důvody případné nespokojenosti, lépe porozumět problematice psychické zátěže a její případné propojenosti do dalších oblastí. Dále byl pro výběr tématu důležitým faktorem také porovnání výsledků dotazníkového šetření ve výzkumné části velkých pracovišť fakultní nemocnice s pracovišti menšími. V neposlední řadě zde hrála roli i snaha více pochopit práci všeobecných sester v intenzivní péči, jejich motivaci pro takto náročnou práci a spokojenost s výběrem tohoto typu oddělení, a také se dozvědět o možných negativech, která jsou s tímto druhem pracovního zařazení spjata.

Ve výzkumné části této bakalářské práce jsou promítnuty poznatky, úvahy a zkušenosti všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče. Pro výzkum samotný byla zvolena Fakultní nemocnice Brno – Pracoviště medicíny dospělého věku v Bohunicích. Kvantitativní výzkum pomocí dotazníků s uzavřenými otázkami byl realizován na cíleně vybraných jednotkách intenzivní péče chirurgického nebo interního zaměření. Dotazníkové šetření probíhalo koncem roku 2019, konec výzkumného šetření byl stanoven na 10. ledna 2020. Toto období bylo značně poznamenáno tehdy začínající pandemií onemocnění COVID-19. Přesto byly některé výsledky v porovnání s jinými pracemi po tomto těžkém období velmi podobné a možná tak pouze poukazují na stále stejnou závažnost tématu, například v oblasti syndromu vyhoření nebo supervizí. Výsledky dotazníkového šetření dokazují a potvrzují, jak moc psychicky náročná profese všeobecné sestry může být, co vše je jí třeba obětovat, ale také to, že přes všechna možná úskalí je stále většina sester, která svou práci vykonává.

1 Teoretická část

1.1 Intenzivní péče

Již během probíhající krymské války (1853–1856) britská zdravotní sestra a jedna z nejvýznamnějších osobností ošetrovatelství Florence Nightingale (1820–1910) prosadila opatření, které spočívalo v oddělování vážně zraněných vojáků od méně zraněných. Tento krok lze považovat za první koncepci soustředěné intenzivní péče. Výsledkem tohoto opatření bylo rapidní snížení mortality na bojišti ze 40 % na 2 %. S odstupem času němečtí chirurgové F. Sauerbruch a M. Kirschner ve 30. letech 20. století zavedli na klinikách v Berlíně a Heidelbergu ošetrovatelskou péči u pacientů po operacích na pooperačních boxech. Tímto krokem došlo k prvnímu poskytování specializované péče pro závažně nemocné (Bartůněk, Jurásková, 2016).

Za otce intenzivní medicíny lze považovat prof. Petera Safara. Jeho idea vytvoření pokročilé podpory zdraví v roce 1950 znamenala počátek moderní intenzivní péče. Tento program zajišťuje péči o pacienty v režimu udržování v sedaci a ventilování v prostředí intenzivní péče. Za další zlomovou událost lze považovat otevření první koronární jednotky v roce 1964. Vybavení na této jednotce již zahrnovalo elektrické systémy na trvalou kontrolu činnosti srdce a dýchání, tzv. elektronické sestry – v dnešní době nazývané monitory. První jednotka intenzivní péče v Československu byla otevřena v roce 1967. Velkou zásluhu na jejím založení měl prim. MUDr. Herman (Bartůněk, Jurásková, 2016).

Po druhé světové válce v roce 1948 došlo ke sloučení předválečných ošetrovatelských škol se školami rodinnými a nastal vznik středních zdravotnických škol. Na těchto školách docházelo ke vzdělávání nejen sester, ale také laborantů, ženských sester, dietních sester a rehabilitačních pracovníků. Délka studia byla čtyři roky, polovinu studia tvořily všeobecně vzdělávací předměty. Brzy se ovšem přišlo na to, že tento systém budoucím sestrám neposkytuje dostatečnou přípravu na jejich budoucí praxi. Díky iniciativě českých lékařů a intenzivistů začalo docházet ke změnám. Zásadní nastala v roce 1960, kdy vzniklo Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků (nyní již Národní centrum pro ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů) v Brně a Bratislavě. Právě zde dochází ke specializačnímu vzdělávání sester v mnoha oborech, mimo jiné i v intenzivní péči. Tak, jako docházelo k rozvoji a vývoji techniky, docházelo i ve vzdělávání ke změnám, s čímž souvisí i změna délky studia. Studium postupně zahrnovalo i problematiku práce sester na dialyzačních střediscích nebo také práce v operačním středisku zdravotnické záchranné služby (Bartůněk, Jurásková, 2016).

„V roce 1974 byly metodickým opatřením MZ ČR a SR legislativně upraveny koncepce oboru anesteziologie a resuscitace, zásady organizace rychlé zdravotnické pomoci, zásady poskytování první pomoci a zásady poskytování diferencované péče“ (Bartůněk, Jurásková, 2016, str. 6).

Díky těmto změnám bylo možné, aby došlo k dalšímu rozvoji. Rok 2006 byl významným mezníkem pro vzdělávání sester v intenzivní péči. Došlo k akreditaci programu pro sestry v intenzivní péči v České republice na 1. LF UK. I díky rozvoji multioborové spolupráce zdravotnických týmů, délce a historii vzdělávání sester specialistek má Česká republika v oblasti intenzivní péče sestry, které se řadí ve světě ke špičkovým pracovníkům (Bartůněk, Jurásková, 2016).

Vývoj a celkový pokrok v oblasti intenzivní medicíny během posledního půlstoletí je přikládán především velkému rozvoji vysoce kvalitní přístrojové techniky. Otevřel se prostor pro nové diagnostické a léčebné metody za pomoci umělé plicní ventilace, monitorace EKG, kardiostimulace i defibrilátoru. S pokrokem ovšem přichází i mnoho problémů, které vedou k vleklým diskuzím nejen mezi lékaři a zdravotnickými pracovníky, ale také poutají pozornost etiků, filozofů či představitelů církví. Etický problém vzniká u nemocných pacientů v terminálním stádiu, jejichž vitální funkce jsou zajišťovány pomocí přístrojů. Zde nastává citlivá problematika ukončení léčby, zvolení paliativního postupu a v neposlední řadě kontroverzní otázka eutanazie (Bartůněk, Jurásková, 2016).

„Pracoviště intenzivní péče je určeno pacientům s hrozícím nebo již probíhajícím selháním jednoho či více orgánů, pacientům, u nichž bezprostředně hrozí selhání základních fyziologických funkcí, nebo těm, u nichž k tomuto selhání došlo“ (Kapounová, 2020, str. 49).

Může se stát, že sestry si vždy ne zcela uvědomují, že u pacienta dochází k náhlé ztrátě prestiže, životního rytmu, zaměstnání, volnosti pohybu, navíc je velmi značně omezen a narušen kontakt s rodinnými příslušníky či partnery. Dále se pacient nachází v neznámém prostředí, přidávají se obavy o své zdraví, strach z operačního výkonu, bolesti a mnohá další omezení, se kterými se lze v intenzivní péči setkat. Může tedy nastat situace, kdy pacient při svém pobytu v nemocničním zařízení reaguje v rámci prožívání stresu agresivně či depresivně (Plevová, Zoubková, 2021).

K neustálému vývoji medicíny také neodmyslitelně patří zvyšující se nároky na péči o pacienty. Důležitá je zde týmová práce, nutnost neustálého zvyšování rozsahu vědomostí i schopnost tyto poznatky aplikovat v praxi, dodržet všechny etické normy a dbát na dodržení práv pacientů. Nároky v oblasti znalostí a dovedností se u sester na jednotkách intenzivní péče neustále zvyšují. *„Jedná se o přirozený důsledek snahy o zvyšování kvality poskytované péče, která jde ruku v ruce s progresivním vývojem medicíny. Tato role je vázána na vysokou míru zkušeností a dostatečný výcvik v klinické praxi“ (Plevová, Zoubková, 2021, str. 16).*

Sestra by vždy měla maximálně pacienta podporovat, co možná nejlépe znát všechny jeho potřeby, být trpělivá, dbát na to, aby nepoužívala příkazy a zákazy. Pacient je většinou na péči sestry zcela závislý, v intenzivní péči nejčastěji v oblastech dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnosti. Je to většinou právě ošetřující sestra, která má s pacientem daleko bližší vztah a kontakt než ošetřující lékař (Plevová, Zoubková, 2021).

1.1.1 Osobnost všeobecné sestry

Tak, jako v jiných profesích, ani v povolání všeobecné sestry pravděpodobně nikde neexistuje dokonalá osobnost v praxi. Důležitou roli zde může hrát společenská prestiž tohoto povolání, osobnostní předpoklady, míra zralosti, vyspělost, vnitřní stabilita či schopnost vyššího stupně frustrační tolerance. Nároky na profesi praktické a všeobecné sestry se stále mění a zvyšují v návaznosti na neustálý pokrok nejen v medicíně jako takové, ale i pokrok například v oblasti přístrojové techniky (Weissbergerová, 2017).

Pro výkon tohoto povolání je stěžejní disponovat určitými předpoklady. Roli jako takovou lze chápat jakožto očekávané chování jedince, které úzce souvisí s jeho postavením ve společnosti. Ošetrovatelství prochází neustálým vývojem, tudíž neodmyslitelně dochází i k vývoji role sestry. Sestra není pouze rovnocenným partnerem lékaře, ale také zajišťuje ošetrovatelskou péči, zastává roli sestry edukátorky, obhájkyne práv pacienta, sestra poradkyně či výzkumnice, v neposlední řadě také například sestra manažerka. Osobnost sestry jako takovou tvoří převážně vztah k její profesi, upravený zevnějšek, důvěryhodnost, styl a způsob projevu, odborné znalosti či vztah k lidem (Podrazilová, 2016).

Velmi důležitou oblastí, ve které by sestra měla vynikat, je schopnost efektivní komunikace, zvýšená odolnost vůči stresu, schopnost a ochota pracovat celoživotně na profesních vědomostech, velmi dobré sociální citění, které je důležité pro komunikaci s nemocnými a jejich rodinami či laickou veřejností a také dobrá komunikace s ostatními členy týmu. Schopnost disponovat manuální zručností a praktičností je také při této profesi žádoucí (senzomotorické předpoklady). Dále by neměla být opomíjena ani stránka estetická. Celkově upravený vzhled sestry může pozitivně ovlivnit vnímání pacienta. Sestra dbá na svůj zevnějšek a dále dbá na vhodně upravené a čisté prostředí v rámci svých možností a kompetencí (Študentová, 2016).

Povolání sestry patří mezi takzvané pomáhající profese, ve kterých jsou zátěžové a stresové situace poměrně často přítomné. Obecně lze pomáhající profese chápat jako pojem, u kterého je kladen důraz na lidskou činnost, která je primárně zaměřena na práci s lidmi. Povolání sestry spadá do zdravotnických služeb, konkrétně do služeb ošetrovatelských (Špirudová, 2015). Z hlediska druhu práce jsou nejvíce ohroženi ti, jejichž hlavní náplní práce je komunikace s lidmi nebo pečování o ně (Študentová, 2016), (Příloha č. 4, Tab. 2).

Zvýšená pracovní zátěž nemusí být mít vždy pouze formu mentálního přetěžování, ale také situace, kdy dochází k nadměrné fyzické zátěži. Ta může nastat v případě, že pomáhající nemá k dispozici pomocné adekvátní potřeby a nástroje (Pešek, Praško, 2016).

U jedinců, kteří jsou vystaveni vyšší pracovní zátěži, je nutné dbát na to, aby měli možnost dostatečné autonomie, která spočívá v jisté míře o rozhodování tempu své práce, rozhodování o tom, jaké budou zvoleny postupy, či za jakých podmínek bude práce prováděna. Díky tomu může stoupat pocit kontroly nad situací, může docházet ke snížení pociťování stresu a následně se i snížit riziko jejich vyhoření (Pešek, Praško, 2016).

Pracovní zátěž lze rozdělit na objektivní a subjektivní. Pod pojmem objektivní zátěž lze zahrnout faktory, které jsou měřitelné, například počet osob, počet kontaktů s osobami/klienty, počet vyhotovených zpráv, doba strávená s klienty. U subjektivního přetížení nastává u pracovníka pocit, že nemá schopnosti pro to, aby zadaný objem práce zvládl, nebo že nemá dostatečnou odbornost pro splnění úkolu. Jednou z možností, jak se lépe vypořádat s pracovní zátěží, je delegování úkolů a zodpovědnosti na druhé. Přenechání úkolů druhým však není správným řešením v momentě, kdy se daný pracovník chce zadané práce zbavit pouze proto, že je pro něj nudná či nevděčná. Pověřený člověk, na kterého byly delegovány případné úkoly, potřebuje mít dostatečné kompetence, aby byla zajištěna jeho autonomie (Pešek, Praško, 2016).

Pro ochranu a udržení duševního zdraví sester je důležitá takzvaná duševní hygiena. Lze ji definovat jako interdisciplinární obor zaměřující se na otázky hledání a nalézání efektivního způsobu života – optimální životní cesty. Svě místo nalézá především v problematice prevence psychických nemocí, problematice životosprávy, jednání s lidmi, zabývá se řešením konfliktů a životních situací, nápomocná je také u zvládání emocionálního napětí, stresových situací nebo psychické zátěže. U pomáhajících profesí, kde se předpokládá stálý kontakt s lidmi, má duševní hygiena také své místo v oblasti vlivu na pracovní výkon (Vobořilová, 2015).

1.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření lze definovat jako psychický stav, který je charakteristický sníženým pracovním výkonem a vyčerpáním z důvodu dlouhodobého působení intenzivního stresu. „Významným rizikovým faktorem je nevyhovující pracoviště, nepříjemná pracovní atmosféra, nedobrý kolektiv, šikanující či neuznaný nadřízený“ (Študentová, 2016, str. 6).

Stres jako takový je popisován a definován jako stav zatížení organismu v důsledku různých stresorů. Stresor zajišťuje spuštění stresové reakce a ta organismus přivede do stavu pohotovosti a připravenosti. Důležitým úkolem stresu je zajistit ochranu organismu před nebezpečím. Organismus mobilizuje energii potřebnou pro rychlou soustředěnou akci. Záplava adrenalinu a noradrenalinu aktivovaná sympatikem se projevuje zúžením cév, zrychleným dechem a tepovou frekvencí, zvýšeným napětím kosterního svalstva a dochází k rozšíření zornic nebo odkrvení prstů (Pešek, Praško, 2016).

„Stres je mechanismus ochraňující život, a to za nesmírně vysokou energetickou cenu, navíc však také za cenu vypnutí některých funkcí (například imunita) v zájmu posílení funkcí zásadních a prioritních“ (Honzák, 2017, str. 43).

Stresová reakce je velmi důležitá a funkční v situaci, kdy se jedná o ochranu života v nebezpečných situacích. Tyto situace ale nastávají poměrně výjimečně. Na řadu přichází stresory, které spíše nesou charakter psychologického ohrožení. Ovšem reakce organismu na tento druh stresorů je stejná jako na hrozbu fyzickou. Není možné zbavit se nahromaděných stresových hormonů a energie pohybem, útekem nebo bojem tak, jako u fyzické hrozby. To může být u některých jedinců spouštěčem civilizačních onemocnění, psychických chorob či psychosomatických obtíží (Pešek, Praško, 2016).

Stres jako takový lze dělit na eustres a distres. Označení eustres definuje tento pojem jako pozitivní zátěž, která, pokud je v přiměřené míře, motivuje a stimuluje daného jedince k lepším výkonům. Distres je forma stresu, který může jedince poškodit, při dlouhodobém působení vyvolat onemocnění a v krajním případě i smrt (Příloha č. 3, Obr. 4). Dále lze stres jako takový rozdělit dle délky trvání na akutní a chronický. Akutní stres trvá v řádech minut až hodin, tato zátěž je pro organismus přechodná a odezní. U chronického stresu se jedná o dlouhodobou zátěž, jíž je organismus vystaven. Chronický silný stres může vést ke vzniku psychosomatických onemocnění, nelze vyloučit ani vliv na vzniku nádorových onemocnění (Elknerová, 2022).

Lidé, kteří působí ve zdravotnictví, mají obecně spíše problém přiznat vlastní emoce, mají pocit vlastního selhání a často se vyhýbají odborné pomoci, protože se bojí profesní stigmatizace (Špirudová, 2016).

1.2.1 Faktory ovlivňující vznik vyhoření

Syndrom vyhoření může vzniknout za přítomnosti určitých rizikových faktorů. Jedná se o oblasti zahrnující osobnost člověka, dále pracovní prostředí a mimopracovní život. U osobnosti člověka může roli sehrát například perfekcionismus, stresující myšlenkové postoje, nízké sebevědomí daného jedince, vysoká míra empatie, nadměrná očekávání a nadšení při nástupu do zaměstnání, vysoká míra empatie, neschopnost efektivně relaxovat, nízká míra sebereflexe, asertivity nebo sebevědomí. V pracovní sféře se může jednat mimo jiné také o vysoké požadavky na pracovní výkon, nadměrné množství práce, nedostatečné finanční ohodnocení, pocit nedostatečné společenské prestiže povolání, špatná organizace práce, jednotvárnost či nesmyslnost pracovní náplně, absence kvalitní supervize, nevyužití kvalifikace zaměstnanců, vnímání nespravedlivých poměrů na pracovišti či nízká míra samostatnosti. Ve třetí oblasti mimopracovního života lze hovořit o oblastech zahrnujících špatné existenční podmínky jako například bydlení, špatné stravování, finance, nedostatek hlubších přátelských vztahů, konfliktní partnerství, příliš ctižádostivý či nechápavý partner, případně jeho absence v životě. Rizikové také může být nedostatečné uspokojení ve sféře zájmů a koníčků (Pešek, Praško, 2016).

1.2.2 Fáze rozvoje syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je výsledkem postupného procesu, nevzniká ze dne na den. Dospět k němu mohou osoby po určité individuálně dlouhé době, která se dá dělit na určité fáze (Příloha č. 4, Tab. 1). Existuje několik modelů, kdy častým modelem je model popisující pět fází (Pešek, Praško, 2016).

Tento model nabízí Edelwich a Brodský (Elknerová, 2022).

- **První fáze – idealistické nadšení**
Při nástupu do nového zaměstnání je jedinec plný velkých očekávání a plný nadšení. Převládá idealizování práce, pracovník je přesvědčen o svých kvalitách a možnostech, převládá touha pomáhat, prosadit se. Často mají lidé nerealistické představy o náplni své práce, o svých spolupracovnících a nadřízených (Elknerová, 2022).
- **Druhá fáze – vystřízlivění (stagnace)**
V této fázi dochází ke střetu s realitou, ke zjištění, že skutečnost je výrazně odlišná od původního očekávání, dochází k prvním problémům, může docházet k upírání pozornosti na vyhýbání se obtížnějším úkolům nebo situacím (Elknerová, 2022).
- **Třetí fáze – frustrace**
Dochází k prohlubování problémů na pracovišti, množí se neshody s vedením, práce je pro danou osobu již neuspokojující, problémy se mohou vyskytovat i při práci s klienty (Elknerová, 2022).
- **Čtvrtá fáze – apatie**
Tato fáze „apatie“ je v podstatě obrannou reakcí. Jedinci se uzavírají do svých vlastních negativních myšlenek, dělají pouze to nejnutnější. Dochází ke stranění se obtížnějších pracovních úkolů, neochota se bavit o pracovních tématech. Mohou se začít objevovat známky psychosomatických problémů, například bolesti hlavy, bolesti zad, kožní onemocnění, únava, žaludeční obtíže (Pešek, Praško, 2016).

Tato fáze přichází s dlouhodobou frustrací, práce je brána již pouze jako nutný zdroj obživy (Elknerová, 2022).

- **Pátá fáze – rozvinutý syndrom vyhoření**

Je to finální stádium, u jedinců může být často přítomný depresivní stav. Jedná se o stav úplného emoční vyčerpání. Negativa se prolínají i do osobního života (Elknerová, 2022).

Vyhoření se projevuje v rovině myšlenek, emocí, tělesných reakcí. Chování jedince a jeho důsledky mají negativní dopad nejen pro něj samotného, ale také na pracovní tým, jehož je součástí (Pešek, Praško, 2016).

1.2.3 Diagnostika syndromu vyhoření

„Syndrom vyhoření spadá v Mezinárodní klasifikaci nemocí do skupiny diagnóza s označením Z73. Problémy spojené s obtížemi při vedení života nese konkrétní označení Z73.0 Vyhasnutí (vyhoření)“ (Poláčková, 2019, str. 19).

U každého jedince se může syndrom vyhoření projevit v jiné míře. Může nastat situace, kdy dojde k záměně při diagnostice s jiným, velmi podobným onemocněním. Pro posouzení a stanovení syndromu vyhoření mají odborníci k dispozici různé metody a nástroje. (Tringlová, 2021). Při diagnostice syndromu vyhoření je nejčastější metodou ze strany odborníků volena metoda dotazníků, především pro jejich dostupnost. Princip této metody spočívá v tom zjistit, jak postižený jedinec vnímá sám sebe. Nejpoužívanějším psychodiagnostickým dotazníkem je MBI (Maslach Burnout Inventory), BM (Burnout Measure), TM (Tedium Measure). Dále je k dispozici pro stanovení syndromu vyhoření možnost takzvaného subjektivního hodnocení vlastní situace díky PSA (Personal Subjective Analysis), také zvané jako rozbor osobního vnitřního stavu (Tringlová, 2021).

1.2.4 Syndrom vyhoření a další onemocnění

Pokud se jedinci dlouhodobě jeví určitá životní situace jako stav, nad kterým ztrácí kontrolu a čím větší pocit bezmoci vnímá, tím silněji dochází k pociťování stresu (Příloha č. 4, Tab. 3). Vždy záleží na subjektivním vnímání a zhodnocení. Tento stav se může u některých osob vyvinout až do stavu deprese. V tomto případě lze depresi vnímat jako vedlejší příznak syndromu vyhoření (Spitzerová, 2019).

Deprese jako taková je charakteristická depresivní náladou, jejíž hlavní rysy jsou smutek, ztráta zájmů, potěšení a neschopnost spontánních aktivit po dobu alespoň dvou týdnů (Orel a kol., 2020).

Dochází k pociťování ztráty energie – až nastávají stavy zcela bez energie a bez takzvaných vnitřních sil. Je přítomen pokles výkonu, ztráta rychlosti i v těch úkonech nebo činnostech, které daný jedinec dříve bez obtíží zvládal. Pociťování beznaděje, pesimistické ladění, pocity provinění, sebedopceňování a pocit vlastní bezcennosti a bezvýchodnosti mohou být neúnosné do té míry, že se u dotyčného mohou začít objevovat myšlenky na smrt. Ta se jeví jako jediným východiskem a možným řešením (Orel a kol., 2020).

„Celoživotní prevalence depresivní poruchy v běžné populaci je odhadována na 5–16 %. Praktický lékař může ve své klientele očekávat asi 10 % depresivních nemocných. Ženy trpí depresí přibližně 2x častěji než muži“ (Andres, Červený, str. 3, 2023).

Deprese je často doprovázena chronickým somatickým onemocněním, zejména onemocněním onkologickým, kardiovaskulárním. Dále se deprese mohou častěji vyskytnout u osob po centrální mozkové příhodě, u osob s chronickou bolestí a u jedinců, kteří udávají nadměrnou konzumaci alkoholu či abusus jiných návykových látek. Častěji lze pozorovat deprese v období šestinedělí, u seniorů či v období dospívání (Andres, Červený, 2023).

Mezi hlavní příznaky, které jsou stěžejní pro diagnostiku deprese, patří přetrvávající smutek nebo pokleslá nálada, zřetelné snížení zájmu či schopnosti prožívat potěšení v aktivitách, jež dříve danou osobu bavily, pokles energie, zvýšená únava i při malé námaze a snížení aktivity. Do vedlejších příznaků deprese lze zahrnout například sníženou schopnost soustředění a pozornosti, ztrátu sebedůvěry a sebeúcty, sebevýčitky a bezdůvodné pocity viny, pesimistický pohled na budoucnost, myšlenky na sebepoškození či sebevraždu, sníženou chuť k jídlu, snížením hmotnosti a také poruchy spánku ve formě snížení či zvýšení v porovnání k předchozímu stavu (Andres, Červený, 2023).

V léčbě depresí existuje možnost léčby nefarmakologické a farmakologické (Příloha č. 3, Obr. 1). Přístup nefarmakologický nabízí například možnosti využití specifické psychoterapie, podpůrné psychoterapie, elektrokonvulzivní terapie, fototerapie, tělesného cvičení, změny životního stylu a dietní opatření, vyřazení kouření tabákových výrobků. Farmakoterapie využívá antidepresiv při středně těžké a těžké formě depresí. Tato možnost léčby by neměla být první volbou při zahájení léčby u mírných depresivních epizod, ale pouze po pečlivém zvážení poměru užitku a rizika. Pro úspěšnou léčbu antidepresivy je nutné sledovat její průběh a dokončení. Náhlé přerušení farmakologické léčby může způsobit syndrom z vysazení projevující se závratí, pocením, jedinec pociťuje chřipkové příznaky, vomitus, nauzeu, třes, poruchy spánku, děsivé sny, nesoustředěnost, může být přítomna únava, agresivita až suicidální úvahy (Andres, Červený, 2023).

„Prevencí je postupné přerušování léčby AD, a to o 20–30 % týdně po dobu minimálně 4 týdnů, a podle potřeby déle“ (Andres, Červený, 2023, str. 13).

Vztah mezi depresí a syndromem vyhoření je velmi úzký (Spitzerová, 2019).

1.2.5 Pomoc a řešení při syndromu vyhoření

Záleží vždy na konkrétním jedinci, u kterého tento závažný stav nastane, jak se s daným problémem rozhodne vypořádat. Stěžejní je uvědomění a připsuštění si problému a chtít jej řešit (Spitzerová, 2019).

Pokud jedinec poskytuje pomoc druhým, pečuje a stará se o ostatní, je nezbytné, aby v první řadě pečoval sám o sebe (Brožková, 2017).

Za stěžejní lze považovat vnímání a poznání sebe sama. V léčebné praxi syndromu vyhoření lze nalézt mnoho možností, jakými lze tuto problematiku efektivně řešit. Možnou úlevu a pomoc nabízí psychoterapie (Študentová, 2016).

Na těchto sezeních jedinec většinou rozebírá s psychoterapeutem či psychologem svůj problém, za jakých podmínek nastal u dotyčného syndrom vyhoření, dochází k popisování pocitů, jak se daný cítí. Tyto druhy terapií však jen v malém procentu vedou k trvalému uzdravení. Dochází pouze ke krátkodobé úlevě díky možnosti svěřit se a vypovídat se ze svých problémů. Na řadu poté v terapii syndromu vyhoření přichází pomoc ve formě farmakoterapie, různé formy antidepressiv či hypnotik (Tringlová, 2021). Dále se nasazují například anxiolytika, která pomohou zvládat úzkost, strach, napětí a mohou být kombinována s antidepressivy nebo podávána samostatně (Študentová, 2016).

1.2.6 Prevence

I přes všechna možná doporučení a opatření, která jedinec podnikne, nelze vyloučit, že se jej syndrom vyhoření nebude týkat. Prevence jako taková může zabránit vzniku syndromu vyhoření, ale také napomáhá k udržení fyzického a duševního zdraví jedince. Za velmi důležitý faktor v oblasti prevence lze považovat relaxaci a odpočinek. To, že jedinec je schopný přestat myslet na práci a pracovní povinnosti, ale také fakt, že relaxaci je vhodné provádět i v práci samotné, ať už ve formě protažení nebo využití pracovní pauzy na krátkou procházku po chodbě, může být prvním krokem v oblasti prevence. Dobré rozvržení práce (neboli time management) je další možností, jak bojovat s případným vyhořením. Důležitá je schopnost pracovat se svým časem tak, aby se zvládaly pracovní a mimopracovní povinnosti, stanovení si jasných a reálných cílů, plánování daných úkolů s dostatečným předstihem. Velmi důležitá je i fyzická aktivita, která má pozitivní vliv na psychickou stránku jedince a také může pomoci snižovat stres a napětí, který je u syndromu vyhoření přítomný (Havránková, 2021).

U některých jedinců je vhodné začít se změnami v celkovém životním stylu, především přehodnotit postoj k sobě samému, nemít nerealistická očekávání a požadavky na druhé (Spitzerová, 2019).

Sociální podpora je také důležitou oblastí v problematice syndromu vyhoření. Podporu může jedinec nalézat nejen ve své rodině či okruhu přátel, ale také je důležitá podpora kolegů či nadřízených (Havránková, 2021).

Pomoc v pracovním kolektivu může znamenat například to, že je jedinec zaměstnán jinými úkoly, nadřízený zajistí změnu oddělení, které nebude pro dotyčného tolik náročné, popřípadě zajistí a umožní jednosměnný provoz u pozic, kde je nutný provoz nepřetržitý (Brožková, 2017).

V neposlední řadě je také nutné zmínit a zdůraznit supervize, jež mohou být velkým pomocníkem všem, kteří se se syndromem vyhoření v jakékoliv podobě u sebe nebo u svých spolupracovníků potýkají (Havránková, 2021).

1.3 Supervize

Supervizi lze chápat jako nástroj profesionální podpory, který je uplatňován na pracovištích za účelem odborného rozvoje zaměstnanců a rozvinutí jejich motivace. Tento proces zahrnuje reflexní myšlení nad činnostmi a aktivitami, které mají návaznost na profesní roli a její rozvoj, dále také řeší otázku interpersonálních vztahů. Své místo má především v profesích, jejichž podstata spočívá v práci s lidmi. Cílem supervize je zlepšit aktuální stav, ale zabývá se také situacemi, které mohou teprve nastat. Pracovníci, kteří se supervizí účastní, poté mohou lépe

udržovat určité standardy zaměstnavatele, prohlubují si své odborné znalosti a poskytují lepší a kvalitnější služby a péči. V České republice v roce 2002 vznikl Český institut pro supervizi. V období let 2005 a 2006 proběhlo v Národním centru ošetřovatelství vzdělávací setkání o supervizi a došlo k zamyšlení, jak supervizi aplikovat do českého zdravotnictví (Adamčík, 2022).

Předpokladem pro to, aby supervize byla efektivní a plnila svůj účel, je ovšem to, že sami pracovníci mají zájem o tuto problematiku, jsou ochotni na setkání odhalit svá slabá místa, otevřeně o nich hovořit a jsou ochotni spolupracovat (Adamčík, 2022).

Supervize je jedním z nenahraditelných ochranných faktorů před syndromem vyhoření. Supervize jako taková však neslouží jako léčba syndromu vyhoření, ale spíše jako preventivní metoda stavu emočního vyčerpání, depersonalizace a snížení osobního výkonu. Mezi výhodami skupinových sezení lze vyzdvihnout převážně možnost sdílení pracovní frustrace, což může vést k ujištění a uklidnění v profesionálním rozhršení a následnému pokračování v nesnadné práci. U osob působících ve zdravotnictví na pozici všeobecné sestry supervize nabízí možnost sdílet individuální zkušenosti, poskytuje aktivní podporu a sestry samotné mohou sdílet s ostatními kolegy svou míru frustrace (Příloha č. 3, Obr. 3). Hlavním benefitem supervize se může jevit funkce povzbuzující (Pekáčková, 2016).

1.3.1 Funkce supervize

Supervize jako taková má dané jedince podporovat, vzdělávat a vést (Příloha č. 3, Obr. 2). U funkce vzdělávací dochází k rozvoji osobních a pracovních dovedností, je věnován čas problematice celoživotního vzdělávání a vzdělávání založeného na kompetencích, mělo by docházet k cílenému rozvoji způsobilostí pracovníka dle jeho profese a hodnot. Řídící funkce supervize umožňuje pracovníkům udržet si profesní standard, organizační postupy v kontextu etických norem a legislativních požadavků, vede k oddanosti hodnotám organizace a ke zvládání úkolů. Podpůrná funkce nabízí pomoc unést a zvládat pracovní zátěž, posilovat pracovní odhodlání a naději, podporuje a rozvíjí tvořivost, především je velkým pomocníkem při porozumění emoční zátěže z vlastní práce a při zvládání těchto obtížných situací (Baštecká, 2016). Dále posiluje motivaci pomáhajících profesionálů zvládat další úkoly, změny a problémy v pracovním životě (Špirudová, 2015).

1.3.2 Druhy supervize

Supervize lze dle způsobu komunikace a práce supervizora s jedinci rozdělit na týmovou, skupinovou, odbornou, organizační, interní a externí (Adamčík, 2022).

V oblasti týmové supervize se nejčastěji jedná o tým zdravotnických pracovníků, kteří pracují na konkrétním oddělení, slouží k rozvoji a reflexi týmové spolupráce. Dochází zde k zaměření pozornosti na vztahy pracovníků mezi sebou, pracovní kvalitu či efektivitu práce. Cílem týmové supervize je nejen správné nasměrování zdravotnických pracovníků, ale také stabilita a optimalizace (Adamčík, 2022).

Při supervizi skupinové dochází k setkávání zdravotnických pracovníků z různých pracovišť a pro tyto pracovníky je společné to, že mají podobný pracovní zájem či potřeby. Jedná se například o staniční sestry nebo osoby nově nastupující do zaměstnání. Supervizor se stává vedoucím setkání, kde pracovníci různého věku, pohlaví a profese mohou sdílet své zkušenosti, problémy,

starosti a díky tomu získávají i cennou zpětnou vazbu od ostatních účastníků. Nevýhodou skupinové supervize se může jevit méně času na každého jednotlivce, nicméně nespornou výhodou tohoto druhu supervize je získávání nových poznatků z praxe (Adamčík, 2022).

U interní formy supervize je přítomen manažer, který je součástí organizačního řízení ve vedení organizace a navíc je i supervizorem podřízených zaměstnanců. Těm nabízí podporu, vedení a osobní rozvoj (Adamčík, 2022).

Externí supervize spočívá v tom, že supervizor není přímým zaměstnancem organizace. Jedná se tudíž o osobu zvenčí a osoby v pozici supervidovaných nemusí mít obavu otevřít a řešit problémy, jež jsou spojeny například s jejich pracovním prostředím (Adamčík, 2022).

Pro vyšší manažery organizace a ředitele, kteří mají na starosti rozhodování a zavádění změn, je určena supervize organizační. Tento druh rozebírá celkové fungování organizace, kulturu pracoviště a vztahy, které zde panují. Umožňuje jasně stanovit a pojmenovat překážky, potřeby i nejasnosti. Díky tomu je organizační supervize schopna poskytnout těmto pracovníkům jistotu v oblasti jejich rolí a pracovního zařazení v organizaci (Adamčík, 2022).

V případě odborné supervize se supervizor zaměřuje na konkrétní reflexi práce s klientem a sebereflexi pracovníka. Společně dochází k hledání co nejoptimálnějšího postupu při řešení konkrétních případů. Dále dochází k rozebírání určitých událostí a hledání efektivní intervence (Adamčík, 2022).

1.3.3 Osobnost supervizora

Požadavky na osobu, která se rozhodne vykonávat funkci supervizora, se mohou obvykle podobat požadavkům na vlastnosti dobrého manažera nebo dobrého pomáhajícího pracovníka. Důležitá je schopnost rozvinuté empatie, umět naslouchat, mít smysl pro humor, být zvědavý, otevřený, flexibilní. Dobrý supervizor by měl mít upřímný a opravdový zájem pomoci, disponovat otevřeností, být moudrým, pokorným a skromným člověkem. Stěžejní je schopnost srozumitelně a jasně komunikovat a především ctít zásadu zachování mlčenlivosti o skutečnostech, jež se na supervizích dozví (Baštecká, 2016).

Supervizor by měl mít schopnost usměrňovat a zvládat úzkost svou i supervidovaných, pracovat s lidmi různých kultur, být schopen flexibility v pohybu mezi teorií a praxí. Správný supervizor je schopný vidět tutéž situaci z mnoha odlišných pohledů a je otevřený k celoživotnímu učení nejen z nových situací, ale také od supervidovaných. Kromě humoru, skromnosti a trpělivosti je nutné také to, aby supervizor byl natolik vyspělý, aby uměl vhodně nakládat s mocí (Baštecká, 2016).

Na supervizory jsou kladeny velké nároky – od schopností výše uvedených, až po požadavky v umění aktivního vedení. Vedení supervizního týmu vyžaduje schopnost řídit, vést a učit, aniž by to na supervidované působilo příliš autoritářsky či mocensky (Baštecká, 2016).

Schopnost vést ostatní vyžaduje jasnost v definování úkolů, cílů. Jistota, kterou supervizor vyzařuje, roste se zkušenostmi a také s jeho přípravou před supervizí. Při přípravě samotné by se supervizor měl zaměřit na setkání jako takové ve fázi počáteční a také na pozdější fázi, při které mohou nastat neočekávané a překvapivé situace (Baštecká, 2016).

Dále by měl supervizor disponovat schopností využívat a aplikovat teoretické modely. Nezbytné jsou tudíž vědomosti v oblasti kognitivních map, modelů a rámců. Tyto poznatky je nutné vhodně a pohotově aplikovat v praxi (Baštecká, 2016).

Jasně vyjádření preferencí a cílů je základem pro důvěru při komunikaci. Supervizor by měl vždy jasně odlišit, na čem trvá, co považuje za nutné, co je pro něj prioritní, a nezbytné je také nastavení hranic a cílů supervize (Baštecká, 2016).

Pro správné a efektivní vedení supervize je nezbytné naslouchání a provázení. Toho je nedílnou součástí aktivní dotazování supervizorem, zájem o názor a pocity týmu, naslouchání se zájmem, zvědavostí a otevřeností. Při vedení supervize někteří mohou aplikovat aktivní vedení týmu, jiní dávají přednost spíše provázení a naslouchání. Důležitá je vyváženost, tedy schopnost supervizora situačně plynule tyto styly střídát (Baštecká, 2016).

Díky asertivnímu vedení týmu při supervizi lze dosáhnout toho, že se sníží do jisté míry pasivní nebo aktivní agrese u účastníků. I přesto by se dobrý supervizor neměl případným konfliktům vyhýbat. Vzhledem k tomu, že se supervidovaný tým neustále vyvíjí, je velmi pravděpodobné, že k jakémukoli formě konfliktu dojde. Jedním z důvodů může být odlišnost v názorech a postojích, hodnotách, způsobu práce a podobně. Proto je stěžejní, aby supervizor uměl tato místa rozpoznat, pojmenovat a především efektivně řešit (Baštecká, 2016).

1.3.4 Minimální požadavky pro vstup do výcviku supervizora

Dle Českého institutu pro supervizi jsou vstupní kritéria pro zájemce do výcviku ČIS 2023 následující:

- Vysokoškolské vzdělání humanitního směru magisterské úrovně nebo medicína s možností žádat o vyjednání výjimky
- Minimálně 10 let praxe v oblasti pomáhající profese nebo 5 let praxe po psychoterapeutickém výcviku a zároveň i 5 let po vysoké škole ukončené magisterským titulem
- Ukončený výcvik v psychoterapii akreditovaný Českou psychoterapeutickou společností nebo Českou asociací pro psychoterapii
- 60 hodin supervize vlastní práce, z toho minimálně 10 hodin individuální supervize
- Zkušenost s vedením uceleného vzdělávacího programu v oblasti pomáhajících profesí nebo zkušenost s vedením pracoviště či týmu
- Úspěšné absolvování přijímacího pohovoru

Po dokončení výcviku se zájemce může přihlásit ke zkoušce a stát se řádným supervizorem. Přihlášení je však podmíněno souborem standardních kritérií, které musí zájemce splňovat. V opačném případě je potřeba tyto požadavky doplnit (Newsletter CIS, 2022).

Standardní kritéria:

- 13 let praxe v oblasti pomáhající profese
- Ukončený výcvik v psychoterapii akreditovaný Českou psychoterapeutickou společností nebo Českou asociací pro psychoterapeuty
- Nutnost 120 hodin supervize, z toho minimálně 20 hodin individuální supervize
- Zkušenost s vedením uceleného vzdělávacího programu v oblasti pomáhajících profesí minimálně 200 hodin nebo zkušenost s vedením pracoviště či týmu minimálně 3 roky
- Úspěšné absolvování přijímacího pohovoru

1.3.5 Etická komise ČIS

Jako každá profesní organizace i Český institut pro supervizi má vlastní etický kodex a komisi. Etická komise dbá na dodržování všech etických pravidel supervizí v praxi a posuzuje etické otázky, které souvisí s profesní činností členů. Cílem je zvyšovat a upevňovat povědomí v oblasti etiky supervize a koučinku u členů i veřejnosti (Newsletter CIS, 2022).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem této práce je zmapovat psychickou zátěž u sester na jednotkách intenzivní péče.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě cíle výzkumu byly stanoveny čtyři výzkumné otázky:

1. V jakých oblastech může být psychická zátěž definována?
2. Jaká jsou možná rizika při nedostatečné sebepéči a jejich prevence?
3. Jaká jsou rizika při zvýšené psychické zátěži na pracovišti?
4. Jaká je informovanost personálu o aspektech psychické zátěže?

2.3 Metodika výzkumu

Ke zpracování výzkumné části bylo provedeno kvantitativní šetření. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku vlastní konstrukce, vyplňování bylo zcela anonymní a dobrovolné (Příloha č. 1). Dotazník byl tvořen 26 uzavřenými otázkami, dotazovaní měli označit vždy jednu odpověď. Kvantitativní výzkum byl zvolen z důvodu možnosti oslovit více respondentů a zajištění většího množství získaných dat. První tři otázky dotazníkového šetření byly demografické, týkaly se pohlaví, věku a délky dosažené praxe u respondentů. Otázka č. 4 byla zaměřena na doposud nejvyšší dosažené vzdělání. Další dotazování probíhalo v oblastech psychické náročnosti ve službách a profesi jako takové, dále jsme zjišťovali motivace i úvahy oslovených pracovníků nad změnou oddělení či zaměstnání. Poté se otázky zabývaly problematikou syndromu vyhoření u sester na jednotkách intenzivní péče. Bylo zkoumáno, zda vztahy na pracovišti mohou ovlivnit pracovní výkony respondentů. Informovanost a pohled pracovníků na pojem supervize zjišťovaly otázky č. 17–18. To, do jaké míry mají pracovníci na vybraných pracovištích možnost řešit svou psychickou zátěž s vedoucím pracovníkem, zkoumala otázka č. 20. V návaznosti na problematiku psychické zátěže sester na jednotkách intenzivní péče se dotazníkové šetření ubíralo směrem týkajícím se platového ohodnocení, zjištění názoru respondentů na dostatek personálu i na to, co by mohlo dle dotazovaných přispět ke snížení psychické zátěže sester na jednotkách intenzivní péče.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Dotazník byl distribuován praktickým a všeobecným sestrám na jednotkách intenzivní péče různého zaměření ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice. Pro účely výzkumného šetření byly zvoleny oddělení intenzivní péče následujících klinik: Neurochirurgická klinika – JIP A, JIP B, Interní hematologická a onkologická klinika – JIP, Interní gastroenterologická klinika – JIP, Kardiologická klinika – JIP.

2.5 Průběh výzkumu

Výzkum se uskutečnil v období od 4. listopadu 2019 do 10. ledna 2020. Celkem bylo distribuováno 120 dotazníků. Vyřazeno muselo být 13 dotazníků kvůli označení více odpovědí v poslední otázce a 2 pro neúplné vyplnění.

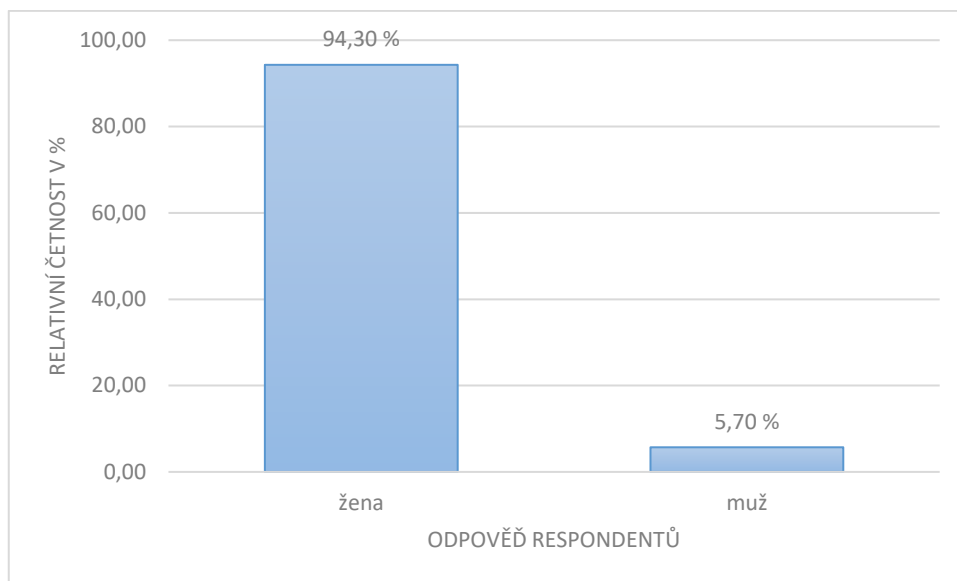
Před zahájením dotazníkového šetření bylo nutné podání žádosti o sběr dat pro studijní účely na Odboru organizačních, právních věcí a personalistiky, Oddělení organizace řízení. Žádost byla schválena 31. října 2019. Po schválení žádosti byly osloveny vrchní sestry klinik, na kterých dotazníkové šetření probíhalo. Následně byly po ústní dohodě vrchním sestrám odevzdány vytištěné dotazníky k vyplnění.

2.6 Zpracování získaných údajů

Veškeré informace byly vyhodnoceny a statisticky zpracovány v programu Microsoft Excel. Uvedené grafy doplňují také komentáře k upřesnění zjištěných údajů.

2.7 Výsledky výzkumu

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

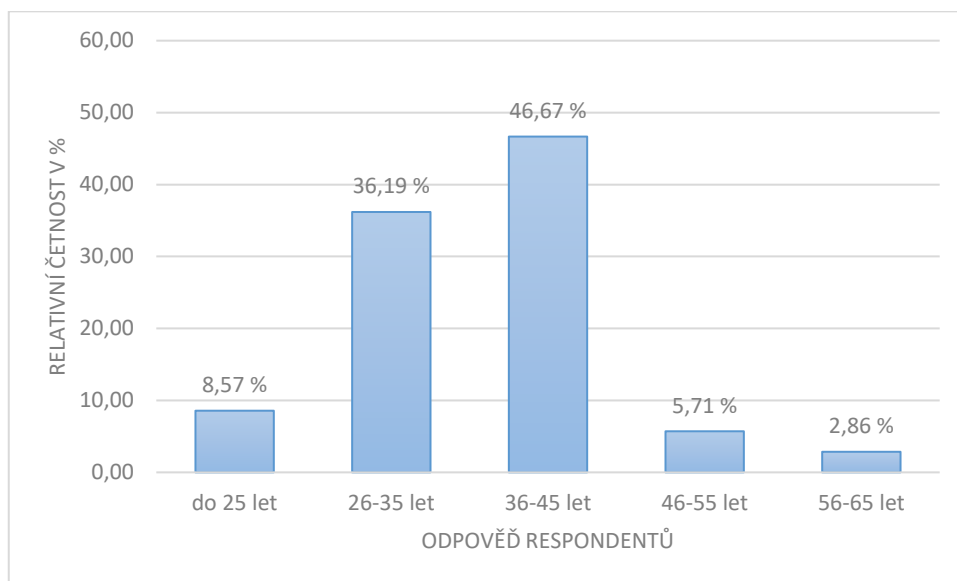


Graf 1: Podíl žen a mužů v %

Zdroj: vlastní výpočty

Graf 1 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku týkající se pohlaví. 94,30 % dotázaných tvořily ženy (99 osob) a 5,70 % muži (6 osob).

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

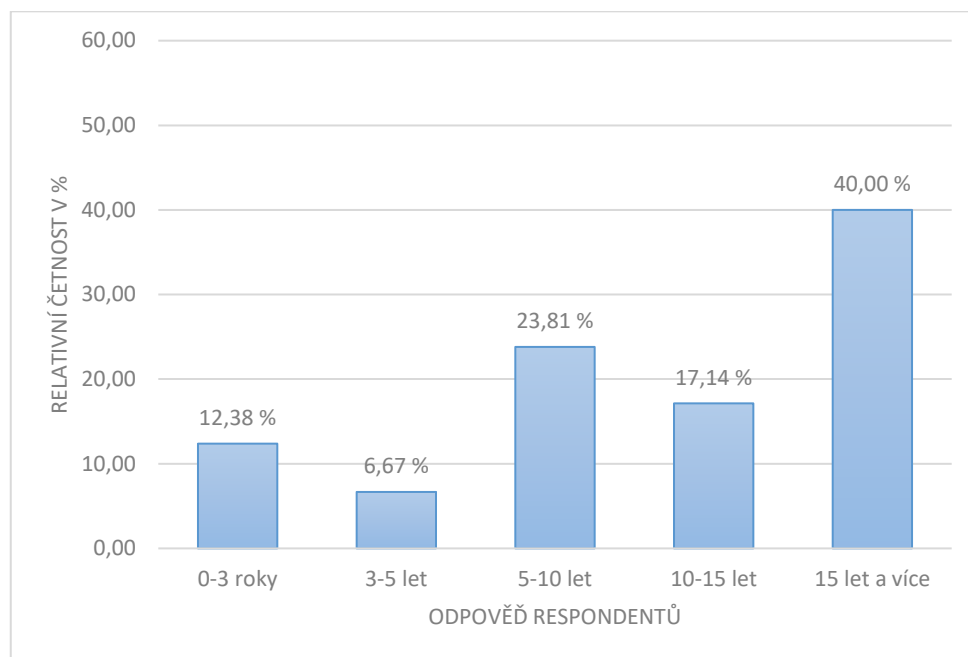


Graf 2: Věk respondentů

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 2 jsou zobrazeny výsledky odpovědí týkajících se věkové skupiny respondentů. Nejpočetnější skupinu činili dotazovaní ve věkové kategorii 36–45 let, která tvořila 46,67 % (49 osob), v rozmezí 26–35 let bylo 36,19 % (38 osob). V kategorii do 25 let se nacházelo 8,57 % dotázaných (9 osob). Dále je uvedeno zastoupení 5,71 % (6 osob) ve skupině 46–55 let, nejméně respondentů se zařadilo do věkové skupiny 56–65 let, která tvořila 2,86 % (3 osoby).

Otázka č. 3: Jaká je dosavadní délka Vaší praxe?

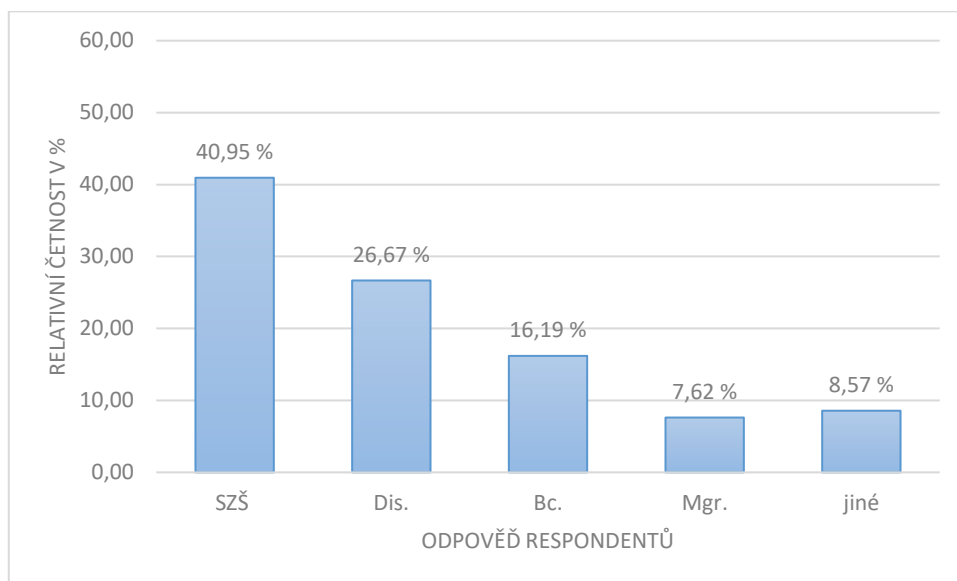


Graf 3: Délka praxe respondentů

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 3 se nachází výsledky týkající se délky praxe na jednotkách intenzivní péče. Nejvíce početnou skupinou se stala kategorie 15 a více let praxe – 40,00 % respondentů (42 osob). Druhou nejvíce označovanou věkovou kategorií byla 5–10 let, která tvořila 23,81 % (25 osob). Skupina 10–15 let praxe byla zastoupena 17,14 % (18 osob). Dále mělo 12,38 % respondentů praxi do 3 let (13 osob), délku praxe v rozmezí 3–5 let označilo 6,67 % (7 osob).

Otázka č. 4: Jaké je Vaše doposud nejvyšší dosažené vzdělání?

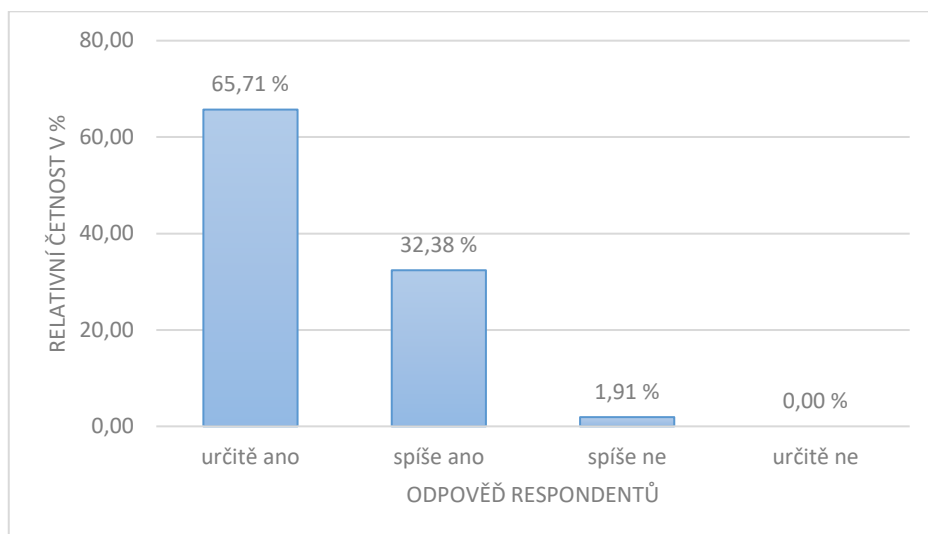


Graf 4: Dosažené vzdělání

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 4 je znázorněno dosažené vzdělání pracovníků na vybraných jednotkách intenzivní péče. 40,95 % (43 osob) respondentů uvedlo střední zdravotnickou školu. 26,67 % (28 osob) dotázaných uvedlo studium zakončené titulem Dis., studium s titulem Bc. 16,19 % (17 osob), titul Mgr. 7,62 % (8 osob), poslední možnost – odpověď „Jiné“ zvolilo 8,57 % (9 osob). V dotazníku nebylo zjišťováno, zda mají respondenti specializaci.

Otázka č. 5: Považujete svoji práci za psychicky náročnou?

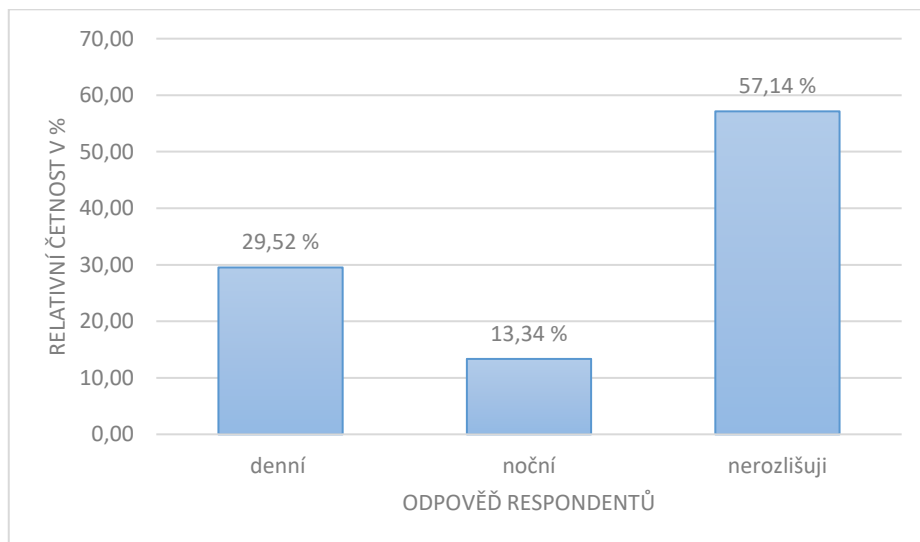


Graf 5: Zhodnocení psychické zátěže

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 5 je vyobrazeno subjektivní zhodnocení psychické zátěže dotazovaných. 65,71 % (69 osob) dotazovaných zhodnotilo svou práci jako psychicky náročnou a označilo první odpověď „určitě ano“. Odpověď „spíše ano“ označilo 32,38 % respondentů (34 osob) a 1,91 % (2 osoby) se rozhodlo označit odpověď „spíše ne“. Pro odpověď „určitě ne“ se nerozhodl nikdo.

Otázka č. 6: Považujete za více psychicky náročnou službu?

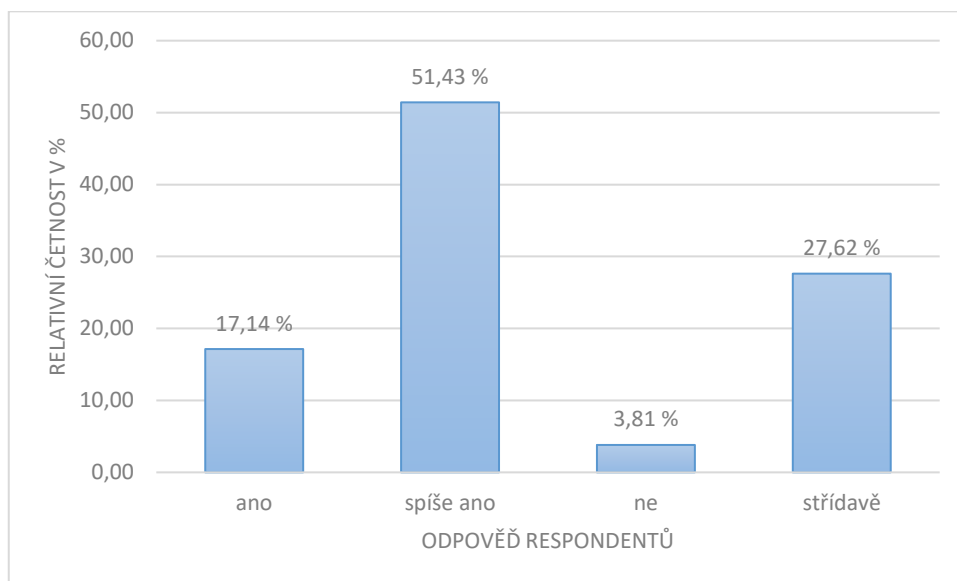


Graf 6: Zhodnocení náročnosti služeb dle denní doby

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 6 je vyjádřeno, který typ služby respondenti považují za více psychicky náročný. Výsledky ukazují, že 57,14 % (60 osob) nerozlišuje mezi denní a noční službou a tvoří tak většinu. Dále 29,52 % dotázaných (31 osob) uvedlo, že za více psychicky náročnou službu považují službu denní, nejméně odpovědí se nacházelo u možnosti noční služby – 13,34 % (14 osob).

Otázka č. 7: Chodíte do práce s dobrou náladou/radostí?

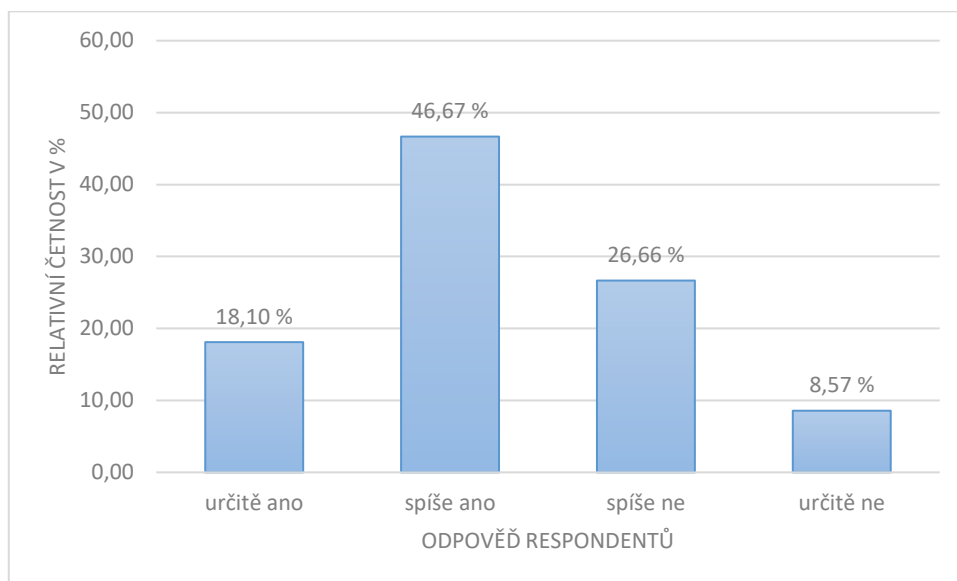


Graf 7: Kladné pocity respondentů před službou

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 7 lze vidět odpovědi respondentů, zda chodí na své pracoviště s dobrou náladou/radostí. „Spíše ano“ označilo nejvíce pracovníků – 51,43 % (54 osob), možnost „ne“ 3,81 % (4 osoby), dále 17,14 % (18 osob) uvedlo, že „ano“. Poslední možnost, tedy odpověď „střídavě“, označilo 27,62 % (29 osob), které zhodnotily tuto možnost jako nejvíce přesnou aktuálnímu zhodnocení jejich pocitů.

Otázka č. 8: Pracujete po své praxi se stále stejnou motivací jako při nástupu do zaměstnání?

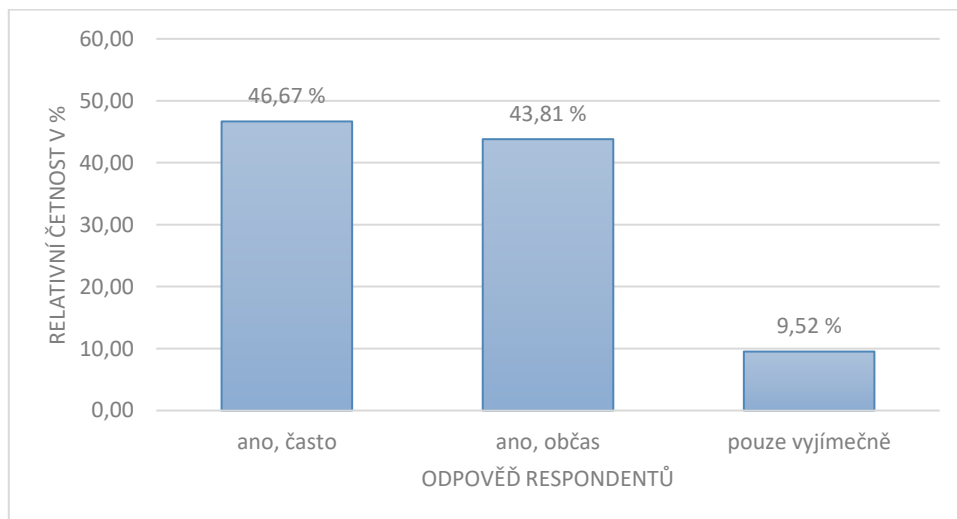


Graf 8: Zhodnocení motivace v průběhu pracovního působení

Zdroj: vlastní výpočty

Graf 8 ilustruje odpovědi týkající se problematiky motivace a to, zda respondenti pracují se stejnou motivací, s jakou nastoupili do zaměstnání. 46,67 % respondentů (49 osob) zhodnotilo tuto otázku jako „spíše ano“ a 18,10 % (19 osob) uvedlo „určitě ano“. Odpověď „spíše ne“ uvedlo 26,66 % (28 osob), pokles motivace v porovnání s nástupem do zaměstnání sdělilo 8,57 % (9 osob) a zvolilo odpověď „určitě ne“.

Otázka č. 9: Cítíte někdy po skončení služby známky psychické únavy?

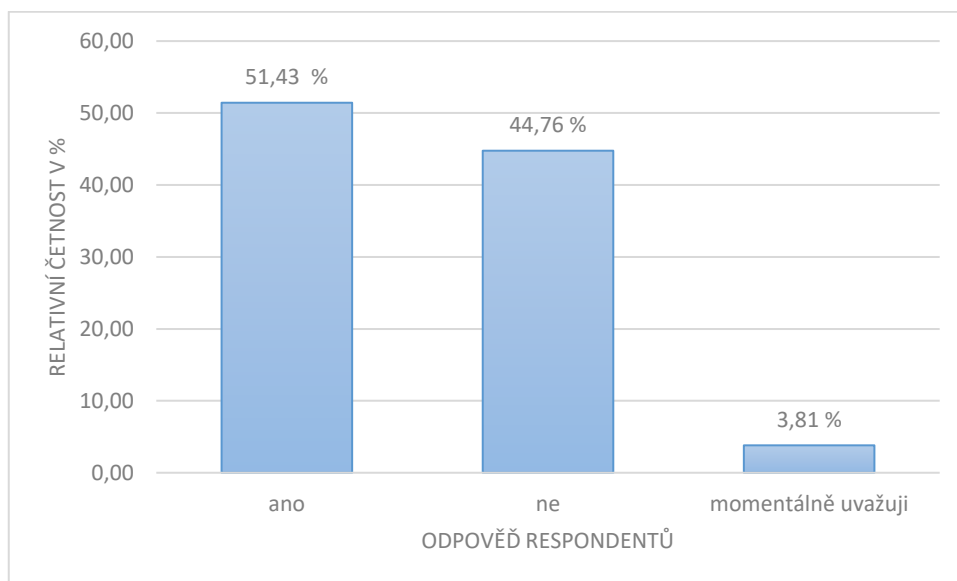


Graf 9: Úvaha nad pociťováním psychické únavy

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 9 lze vidět zhodnocení odpovědí respondentů v oblasti psychické únavy po skončení služby. Téměř polovina respondentů – 46,67 % (49 osob) cítí často po skončení služby známky psychické únavy. Dále 43,81 % (46 osob) uvedlo, že známky psychické únavy na své osobě pozoruje občas, výjimečně 9,52 % (10 osob).

Otázka č. 10: Uvažovali jste někdy nad změnou svého oddělení z důvodu pravidelné psychické zátěže?

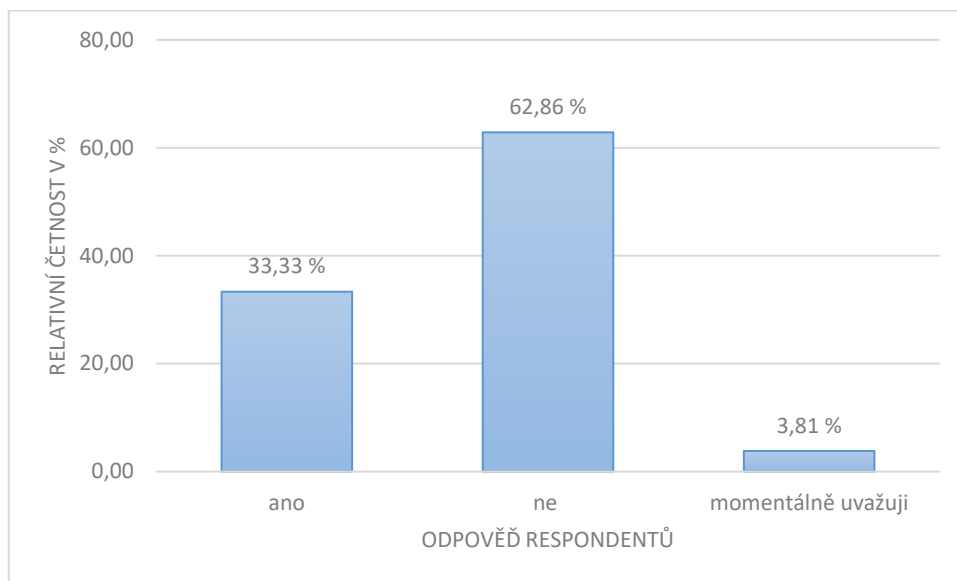


Graf 10: Změna typu oddělení z důvodu psychické zátěže

Zdroj: vlastní výpočty

Graf 10 ukazuje, že více než polovina dotázaných – 51,43 % (54 osob) během své praxe na jednotce intenzivní péče uvažovala z důvodu pravidelné psychické zátěže o změně oddělení. Další skupina dotázaných neuvažovala o změně oddělení – 44,76 % (47 osob) a 3,81 % (4 osoby) v době vyplňování dotazníku uvedlo, že momentálně o změně oddělení uvažuje.

Otázka č. 11: Uvažovali jste někdy nad změnou povolání či odchodem ze zdravotnictví vzhledem k psychické náročnosti profese?

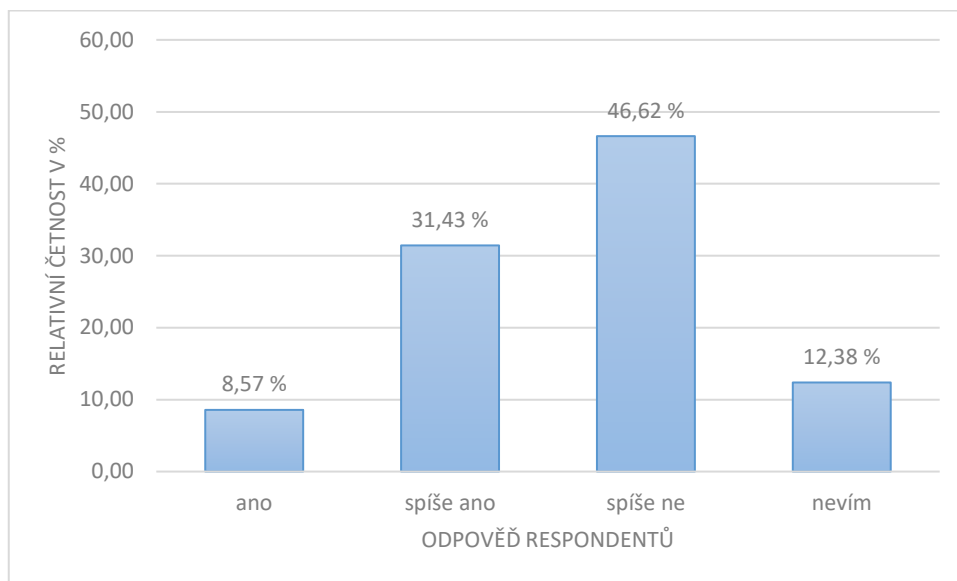


Graf 11: Změna povolání a odchod ze zdravotnictví

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 11 lze vidět odpovědi respondentů na problematiku změny zaměstnání či odchodem ze zdravotnictví v souvislosti s psychickou zátěží. 62,86 % respondentů uvedlo, že nad změnou povolání nebo odchodem ze zdravotnictví neuvažovali (66 osob), oproti tomu 33,33 % (35 osob) někdy nad změnou povolání nebo odchodem uvažovalo a v době vyplňování dotazníků nad změnou povolání či odchodem ze zdravotnictví aktuálně uvažovalo 3,81 % (4 osoby).

Otázka č. 12: Dokážete si představit, že aktuální práci/pozici budete vykonávat až do odchodu do penze?

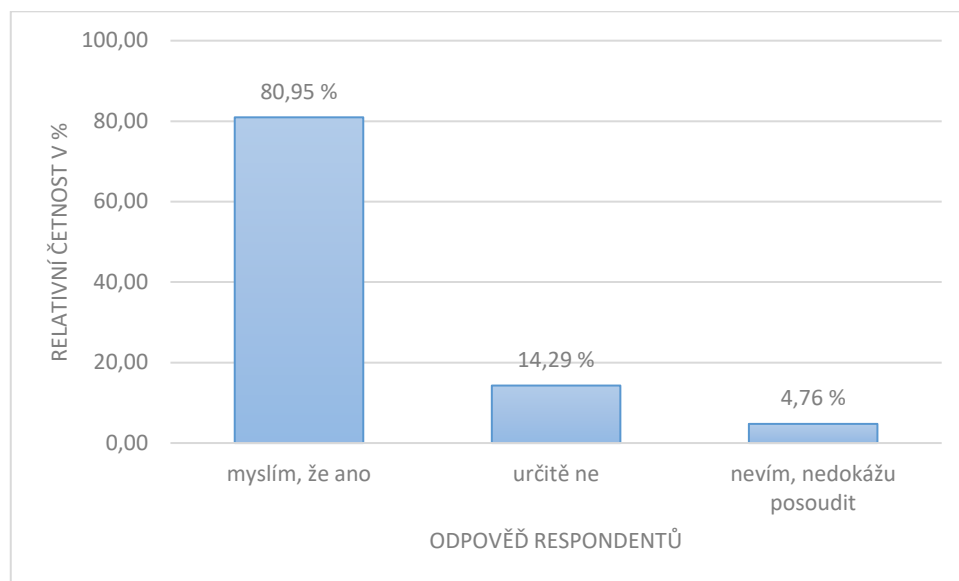


Graf 12: Úvaha nad setrváním ve stávající pozici

Zdroj: vlastní výpočty

Graf 12 vypovídá o úvaze dotazovaných ohledně jejich setrvání na aktuální pozici až do odchodu do penze. Téměř polovina – 47,62 % (50 osob) si nedokáže představit, že setrvají v aktuální pozici až do odchodu do penze a 8,57 % (9 osob) uvedlo, že „ano“. „Spíše ano“ zvolilo 31,43 % (33 osob) a 12,38 % (13 osob) nedokázalo jednoznačně odpovědět a využilo možnosti označit odpověď „nevím“.

Otázka č. 13: Ovlivňuje Vaši práci vztah s kolegy na službě a lékaři na pracovišti?

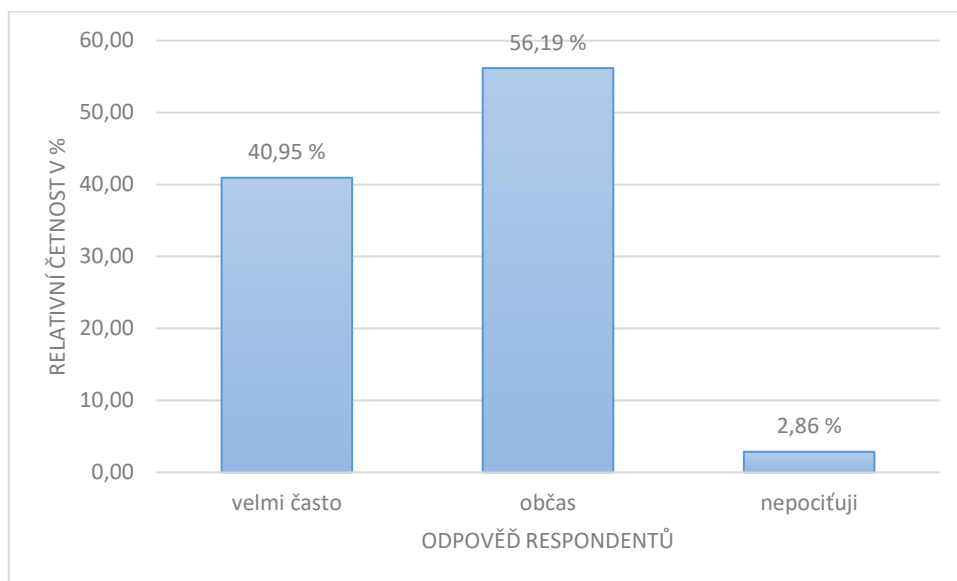


Graf 13: Ovlivnění pracovního výkonu vztahy na pracovišti

Zdroj: vlastní výpočty

Graf 13 ukazuje, jak vnímají respondenti vztahy na pracovišti a do jaké míry je dokáží ovlivnit při jejich práci. Otázka zjišťovala nejen vztah mezi nelékařským zdravotnickým personálem na dané službě, ale i lékaři na pracovišti. 80,95 % dotázaných (85 osob) pociťovalo, že jejich vztahy s kolegy na službě ovlivňují jejich pracovní výkony. Dále se 14,29 % (15 osob) nedomnívá, že by jejich práce byla ovlivněna vztahy, které mají na službě se svými kolegy nebo lékaři na pracovišti a 4,76 % (5 osob) nedokázalo posoudit, zda je jejich vztahy mohou ovlivnit a mít dopad na jejich práci.

Otázka č. 14: Jak často pociťujete stres na svém pracovišti?

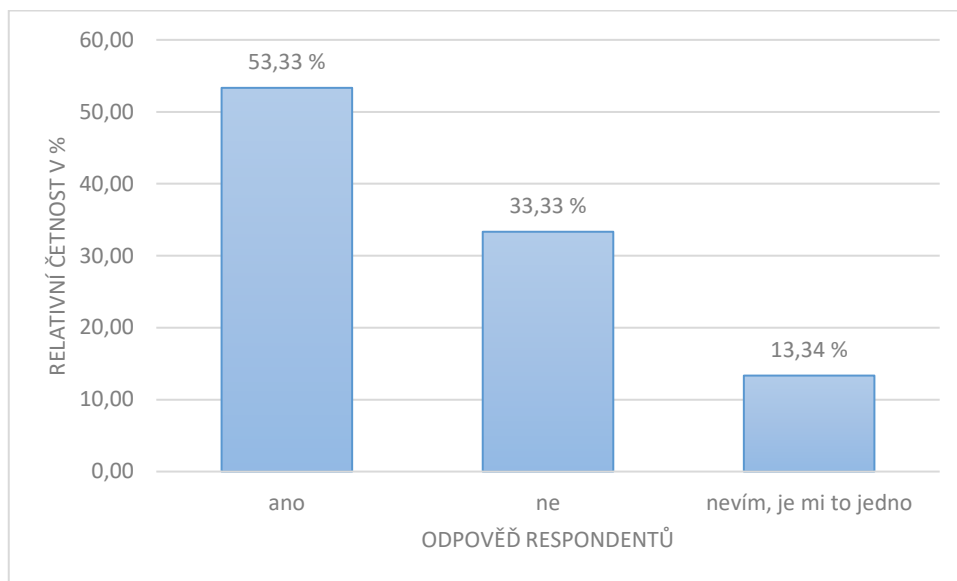


Graf 14: Stres na pracovišti

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 14 je zhodnocení respondentů v otázce četnosti vnímání stresu na jejich pracovišti. U 56,19 % (59 osob) lze vidět, že pociťují stres na svém pracovišti „občas“ a 40,95 % (43 osob) pociťuje stres na svém pracovišti „velmi často“. Dále 2,86 % (3 osoby) uvedlo, že na jejich pracovišti nepociťují stres žádný.

Otázka č. 15: Bylo Vám líto, že během svátku (např. Vánoce) nemůžete čas trávit s rodinou, přáteli?

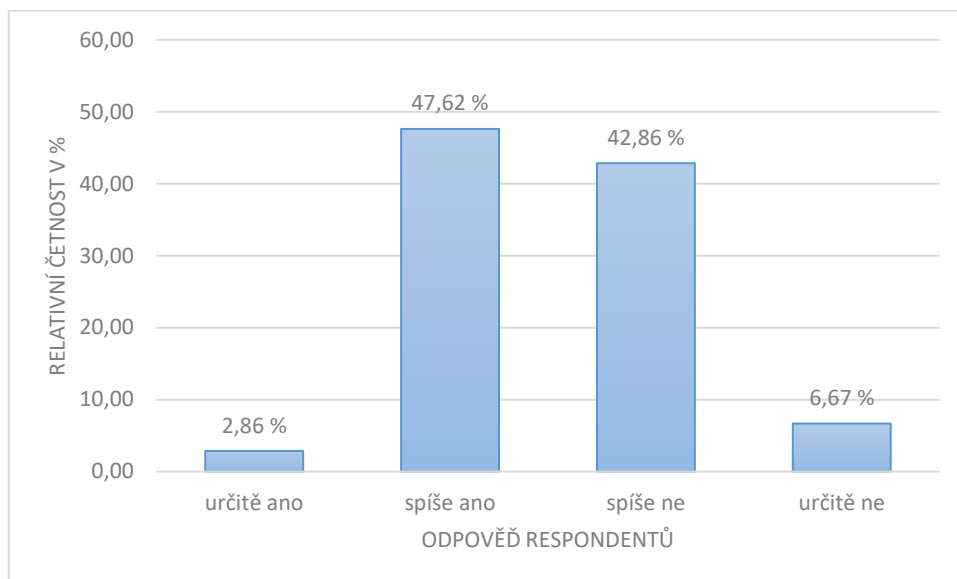


Graf 15: Ovlivnění rodinného života nepřetržitým provozem

Zdroj: vlastní výpočty

Graf 15 zobrazuje vnímání respondentů ohledně problematiky osobního, rodinného života a času stráveného o svátcích (např. Vánoce) ve službě. Více než polovina – 53,33 % (56 osob) pociťuje lítost nad tím, že během svátků nemůže trávit čas s rodinou nebo přáteli. Opačný názor, tedy že nepociťují lítost nad tím, že nemohou být s rodinou nebo přáteli, uvedlo 33,33 % (35 osob) a 13,34 % (14 osob) tvořilo skupinu, která se nejvíce ztotožnila s odpovědí poslední „nevím, je mi to jedno“.

Otázka č. 16: Jste spokojeni se svým platovým ohodnocením vzhledem k psychické náročnosti profese?



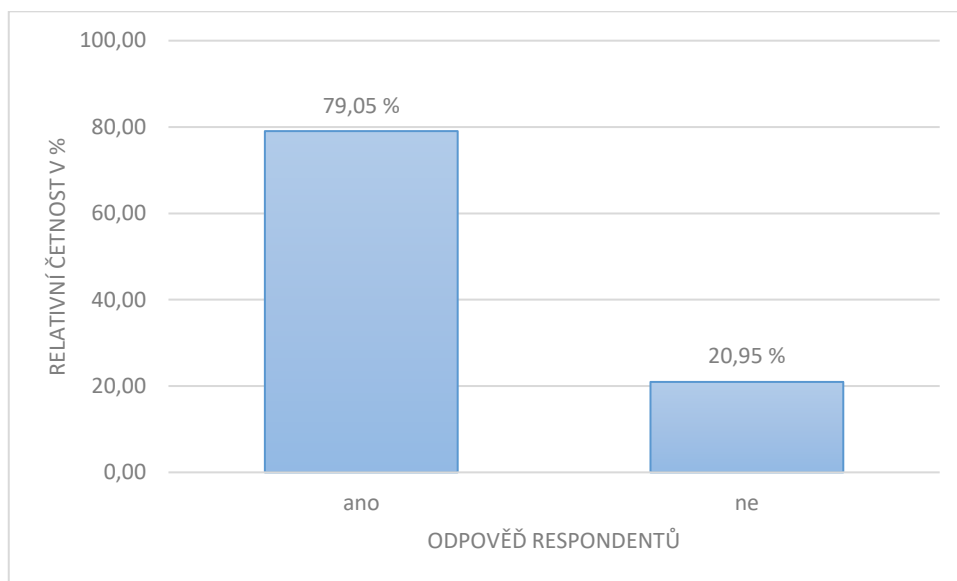
Graf 16: Úvaha nad platovým ohodnocením

Zdroj: vlastní výpočty

Graf 16 ukazuje spokojenost respondentů s jejich platovým ohodnocením vzhledem k psychické náročnosti profese. Tato otázka neobsahovala návaznost na délku praxe nebo stupeň dosaženého vzdělání.

Nejvíce zastoupená skupina tvořící 47,62 % (50 osob) je spokojena se svým platovým ohodnocením a uvedla možnost „spíše ano“. Dále se 42,86 % (45 osob) domnívá, že jejich práce spíše není dostatečně finančně ohodnocena vzhledem k psychické náročnosti profese a spíše se necítí spokojeni a 6,67 % (7 osob) pociťuje jasnou nespokojenost se svým platovým ohodnocením vzhledem k psychické náročnosti profese. Nejméně početnou skupinou byli respondenti, kteří se domnívají, že jejich práce je zcela dostatečně platově ohodnocena a jsou spokojeni – 2,85 % (3 osoby) zvolilo možnost „určitě ano“.

Otázka č. 17: Setkali jste se na svém pracovišti s pojmem supervize?

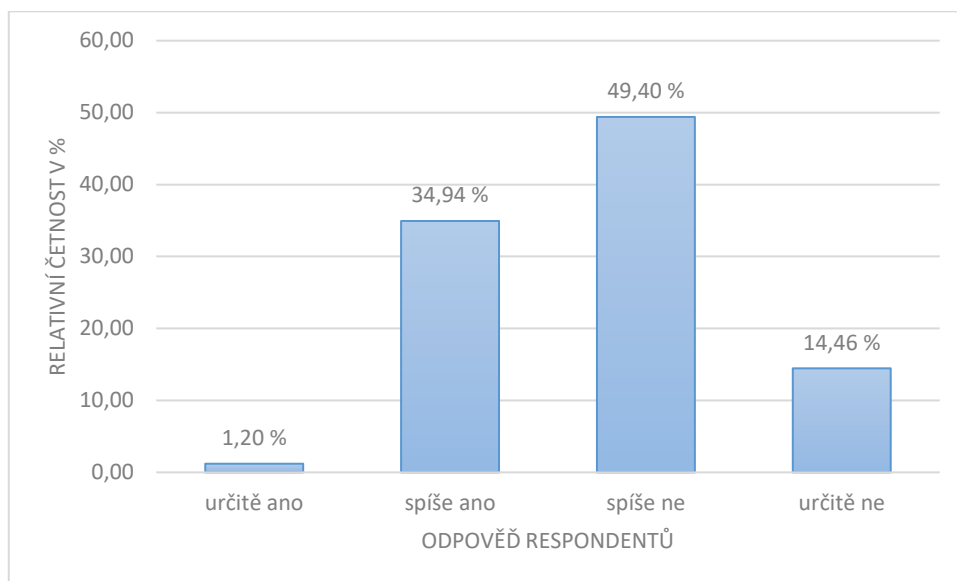


Graf 17: Povědomí o pojmu supervize

Zdroj: vlastní výpočty

Grafické znázornění otázky č. 17 ukázalo, zda mají respondenti povědomí o pojmu supervize. Pokud byla u otázky č. 17 uvedena možnost „ne“, tudíž se na svém pracovišti zdravotník nesetkal s pojmem supervize, bylo v dotazníku uvedeno, aby přešel na otázku č. 19. S pojmem supervize se na svém pracovišti setkala 79,05 % (83 osob). Z toho tedy vyplývá, že 20,95 % respondentů (22 osob) se zatím nesetkalo na svém pracovišti s pojmem supervize.

Otázka č. 18: Považujete supervizi za přínosnou?

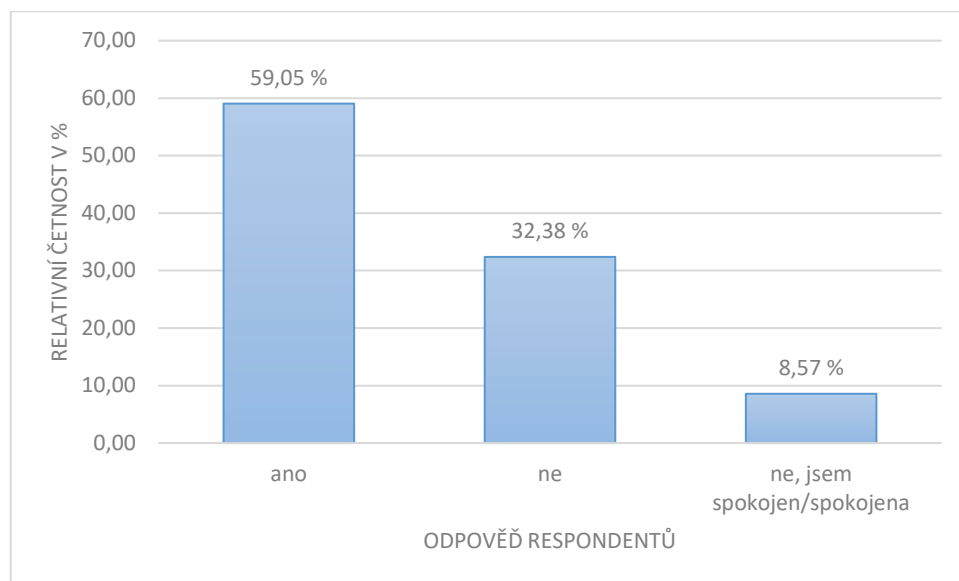


Graf 18: Úvaha nad přínosem supervize

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 18 je znázorněno, do jaké míry respondenti považují supervizi za přínosnou ve svém povolání. Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří u otázky č. 17 odpověděli „ano“ (79,05 %, 83 osob). Nejčastější skupinou u této otázky byli respondenti, kteří spíše nepovažují supervizi za přínosnou – 49,40 % (41 osob) a 14,46 % (12 osob) se ztotožňuje s odpovědí „určitě ne“, tudíž nepovažují supervizi za přínosnou. Naopak 34,94 % (29 osob) vidí v supervizi přínos a označilo možnost „spíše ano“. Pouze 1,20 % (1 osoba) se ztotožnilo s odpovědí „určitě ano“ a supervizi jednoznačně vnímá jako přínosnou.

Otázka č. 19: Pociťujete nedostatek personálu na svém oddělení?

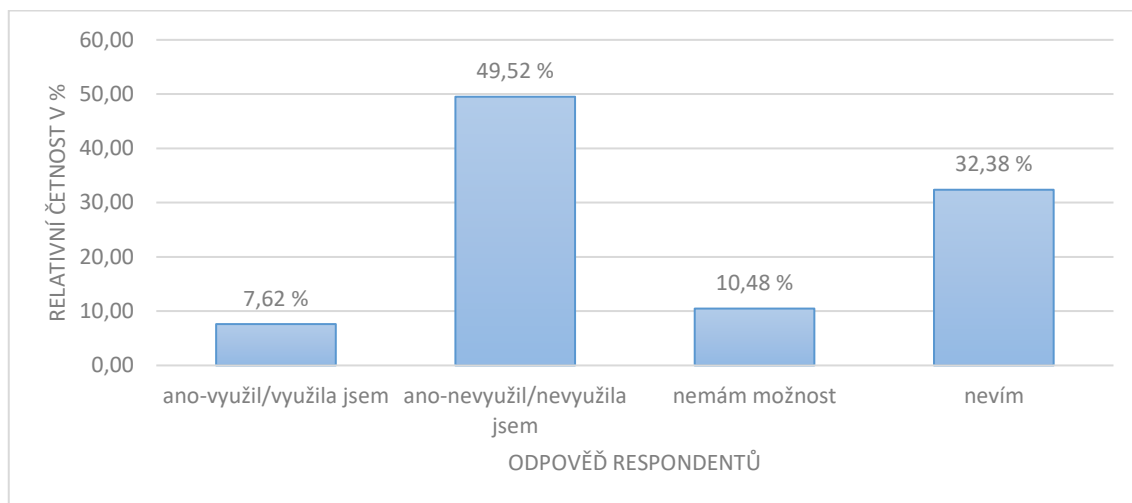


Graf 19: Vnímání nedostatku personálu na pracovišti

Zdroj: vlastní výpočty

Graf 19 zobrazuje subjektivní pocit respondentů na otázku, zda vnímají a pociťují nedostatek personálu na svém oddělení. Více než polovina – 59,05 % (62 osob) pociťuje nedostatek personálu na svém oddělení, zatímco 32,38 % (34 osob) nepociťuje nedostatek personálu na svém oddělení. 8,57 % respondentů (9 osob) se rozhodli využít možnosti poslední odpovědi a uvedli, že nepociťují nedostatek personálu a s aktuální situací na oddělení jsou spokojeni.

Otázka č. 20: Máte na svém pracovišti možnost řešit s vedoucím pracovníkem problematiku psychické zátěže?

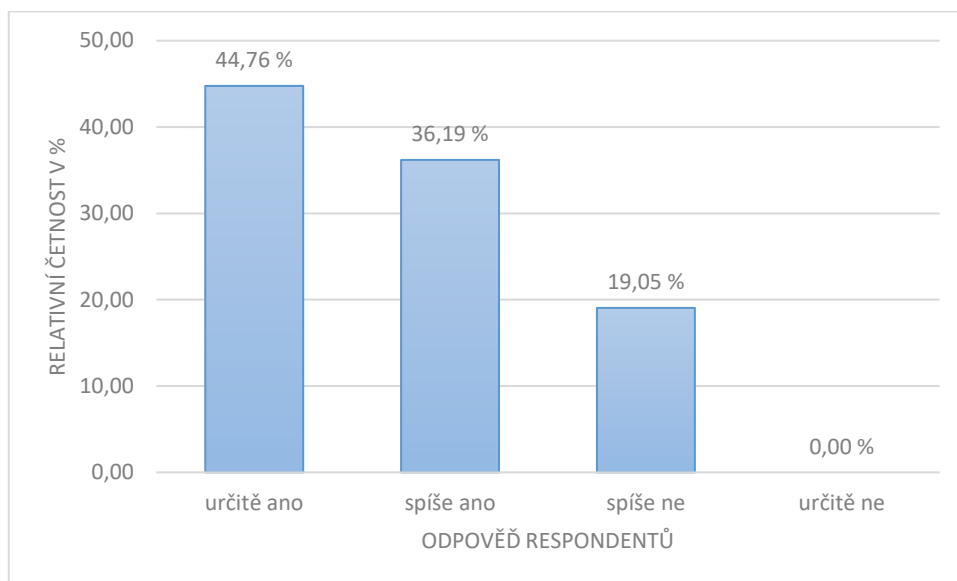


Graf 20: Řešení problematiky psychické zátěže na pracovišti

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 20 je znázorněno, zda mají respondenti možnost na svém pracovišti řešit problematiku psychické zátěže se svým vedoucím pracovníkem a zda této možnosti popřípadě využili. Cca polovina dotázaných – 49,52 % (52 osob) má na svém pracovišti možnost řešit se svým vedoucím pracovníkem problematiku psychické zátěže, ale této možnosti nevyžila. 7,62 % (8 osob) uvedlo, že této možnosti využilo a řešilo s vedoucím pracovníkem psychickou zátěž. 32,38 % (34 osob) neví, zda mají možnost problematiku psychické zátěže řešit se svým vedoucím pracovníkem. Zbytek dotázaných, který tvořil 10,48 % (11 osob), uvedl, že tuto možnost na svém pracovišti nemá, a tudíž nemůže se svým vedoucím pracovníkem řešit problematiku psychické zátěže.

Otázka č. 21: Myslíte si, že se Vás může v budoucnu týkat syndrom vyhoření?



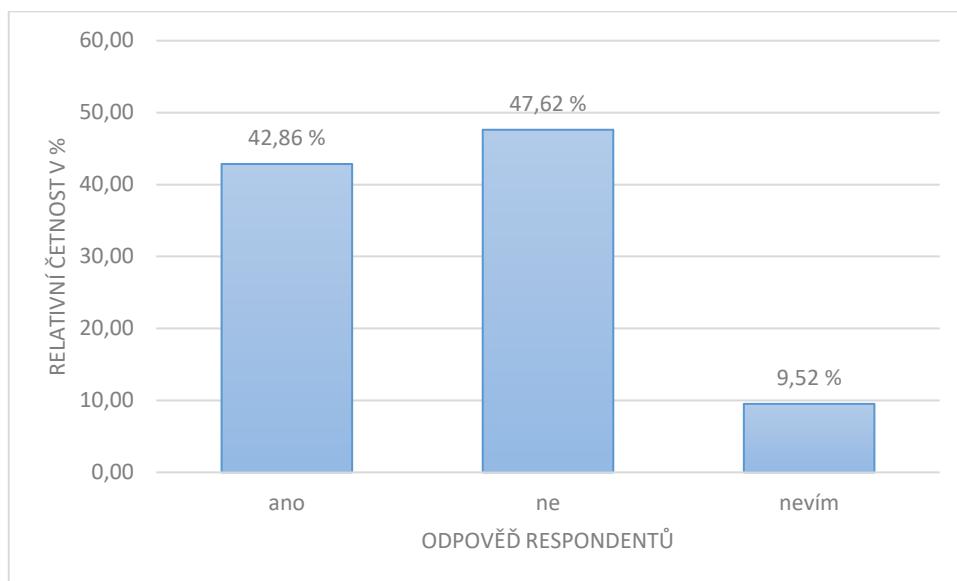
Graf 21: Vnímání rizika syndromu vyhoření

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 21 jsou zobrazeny odpovědi respondentů, které se týkaly syndromu vyhoření. V této otázce pracovníci hodnotili, zda si myslí, že se jich v budoucnu může týkat tento problém. Většina dotázaných uvedla, že se jich určitě do budoucna může týkat syndrom vyhoření a tvořila tak 44,76 % (47 osob). Pocit, že „spíše ano“, má 36,19 % (38 osob). To, že se u respondenta syndrom vyhoření spíše v budoucnu nevyskytne, uvedlo 19,05 % (20 osob).

Žádný z účastníků dotazníkového šetření se neztotožnil s možností „určitě ne“.

Otázka č. 22: Pocítli jste na sobě během své praxe známky syndromu vyhoření?

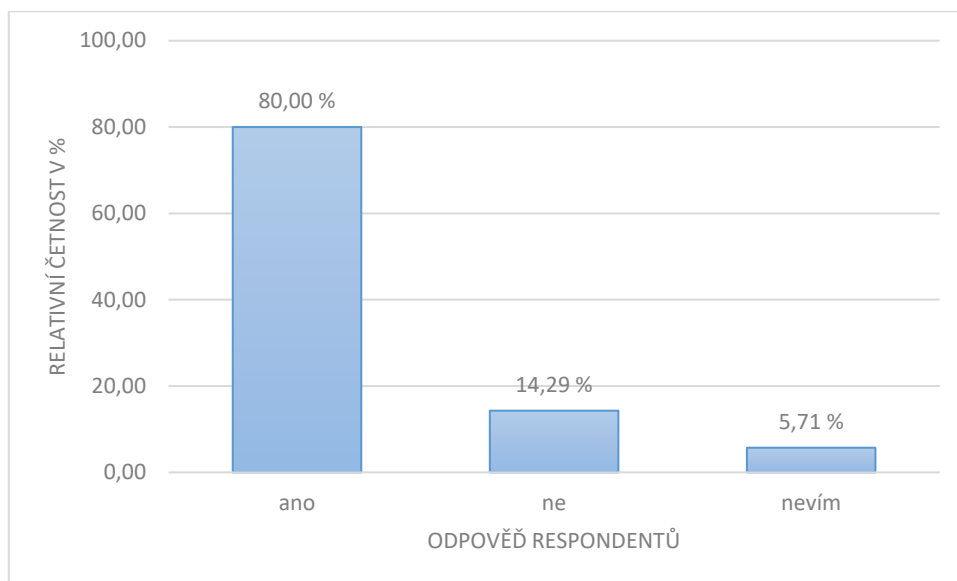


Graf 22: Syndrom vyhoření u respondentů

Zdroj: vlastní výpočty

Graf 22 ukazuje, zda u sebe respondenti zaznamenali známky syndromu vyhoření. Téměř polovina respondentů – 47,62 % (50 osob) neudává, že by na sobě během své praxe pocítli známky vyhoření. Naopak 42,86 % (45 osob) na sobě známky syndromu vyhoření během své praxe pocítlo. Zbytek tvořící 9,52 % (10 osob) nedokáže posoudit, zda u sebe již známky syndromu vyhoření pocítli, či nikoliv.

Otázka č. 23: Setkali jste se během své praxe se syndromem vyhoření u svých kolegů?

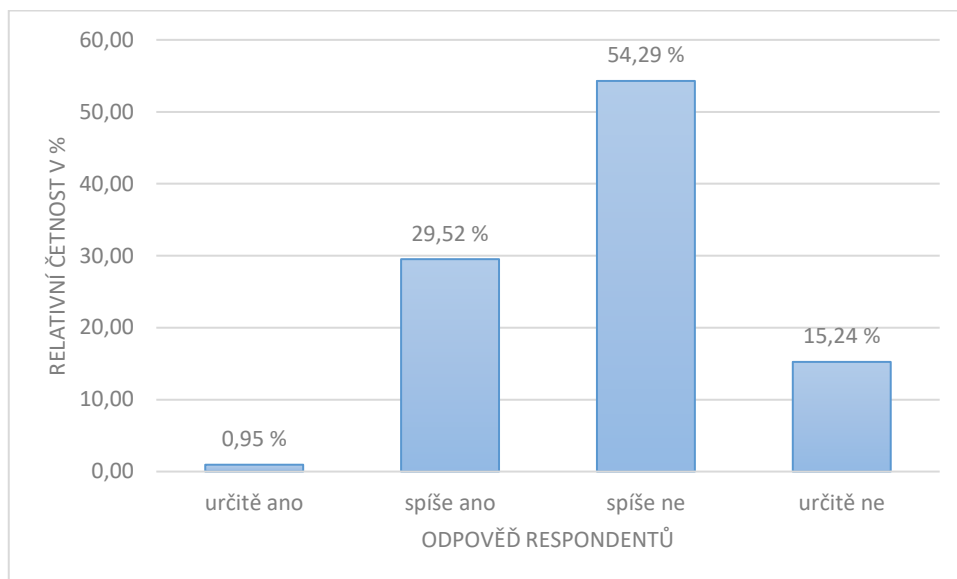


Graf 23: Úvaha nad syndromem vyhoření u spolupracovníků

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 23 lze vidět, zda respondenti zaznamenali syndrom vyhoření u svých spolupracovníků. Většina tvoří 80,00 % (84 osob) se již během své praxe setkala u svých kolegů se syndromem vyhoření. Naproti tomu 14,29 % (15 osob) během své praxe nezaznamenalo, že by se jejich kolegů týkal syndrom vyhoření. 5,71 % (6 osob) nevědělo, zda se během své praxe setkala u svých kolegů se syndromem vyhoření.

Otázka č. 24: Vnímáte své pracovní podmínky na pracovišti za dostatečnou prevenci syndromu vyhoření?

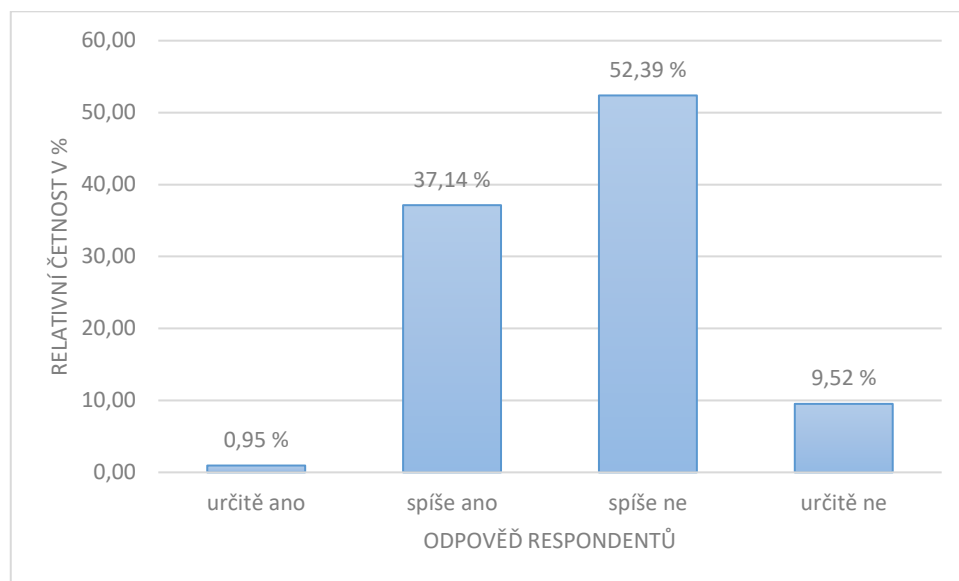


Graf 24: Syndrom vyhoření a jeho prevence na pracovišti

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 24 je uvedeno, zda respondenti vnímali své pracovní podmínky jako dostatečnou prevenci v souvislosti se syndromem vyhoření. 54,29 % dotázaných (57 osob) si myslí, že spíše nemá dostatečnou prevenci syndromu vyhoření kvůli pracovním podmínkám. 15,24 % (16 osob) uvedlo, že „určitě ne“. Oproti tomu 29,52 % (31 osob) se domnívalo, že „spíše ano“, tudíž se přiklání k možnosti, že jejich podmínky lze hodnotit jako dostatečnou prevenci syndromu vyhoření. 1 osoba (necelé 1 %) považuje své pracovní podmínky jako dostatečnou prevenci syndromu vyhoření a je spokojena.

Otázka č. 25: Vnímáte osvětu proti syndromu vyhoření jako dostatečnou?

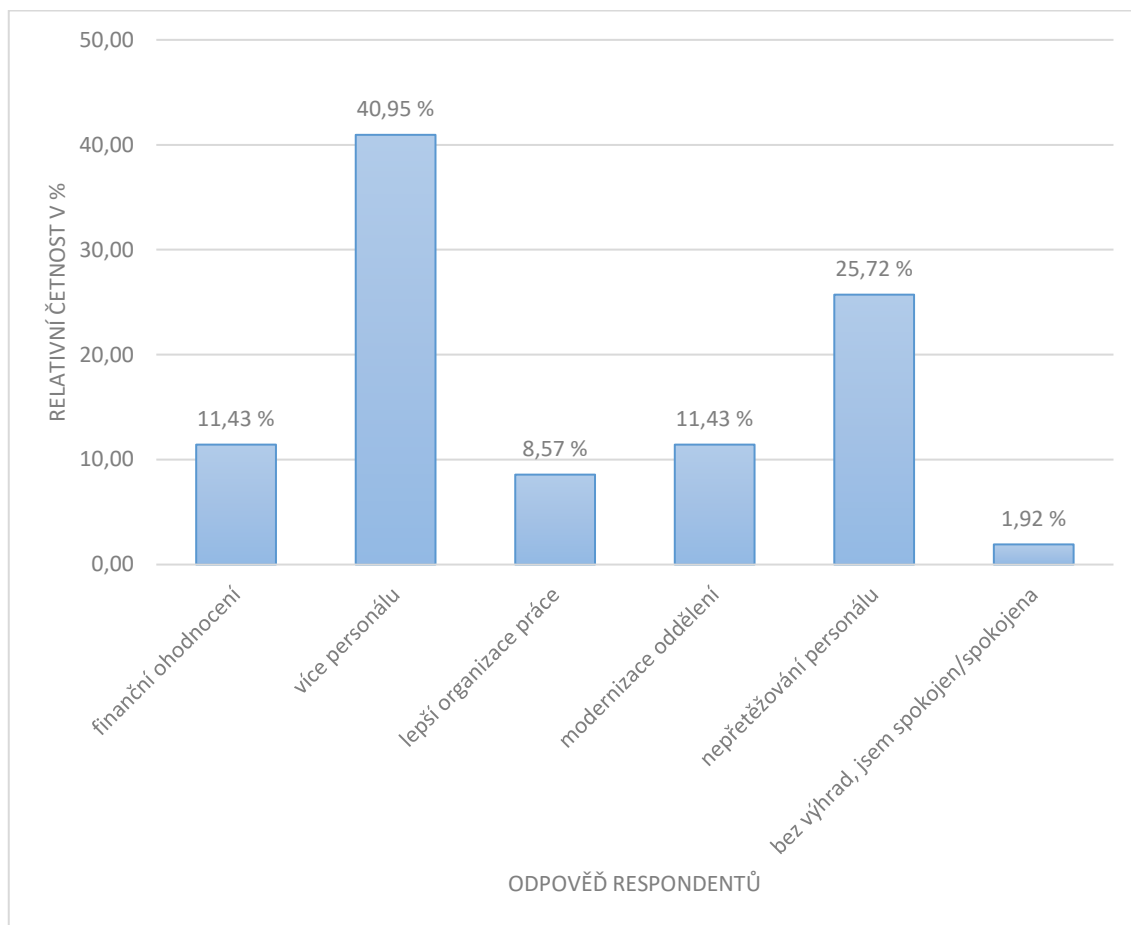


Graf 25: Míra osvěty u syndromu vyhoření

Zdroj: vlastní výpočty

V grafu 25 lze vidět, do jaké míry vnímají respondenti dostatečnost osvěty v problematice syndromu vyhoření. Téměř polovina tvořící 52,39 % (55 osob) spíše nepovažuje momentální osvětu v oblasti syndromu vyhoření za dostatečnou a 9,52 % (10 osob) uvedlo, že určitě nepovažuje osvětu v této oblasti za vyhovující. Dále 37,14 % (39 osob) se přiklonilo k možnosti „spíše ano“ a hodnotí osvětu v oblasti syndromu vyhoření jako spíše dostatečnou. Pouze 1 osoba (0,95 %) si myslí, že osvěta je dostatečná.

Otázka č. 26: Co by podle Vašeho názoru prioritně přispělo ke snížení psychické zátěže u sester na jednotkách intenzivní péče?



Graf 26: Možné faktory vedoucí ke snížení psychické zátěže na pracovišti

Zdroj: vlastní výpočty

U grafu 26 lze vidět odpovědi respondentů, které vypovídají o jejich názoru na to, co by mohlo prioritně přispět ke snížení psychické zátěže sester na jednotkách intenzivní péče. Tato otázka byla vzhledem k více možnostem nejvíce vyřazovanou otázkou dotazníkového šetření. 40,95 % respondentů (43 osob) uvedlo, že ke snížení psychické zátěže by prioritně přispělo, kdyby na pracovišti bylo více personálu. Druhou nejčastější odpovědí u respondentů bylo nepřetěžování personálu, což uvedlo 25,72 % (27 osob). Náзор, že ke snížení psychické zátěže by mohlo přispět také vyšší finanční ohodnocení personálu, zastává 11,43 % (12 osob) a modernizace oddělení získala také 11,43 % (12 osob). Podle 8,57 % respondentů (9 osob) by situaci napomohla lepší organizace práce. Pouze 1,90 % respondentů (2 osoby) uvedlo, že jsou spokojeni a nemají na svém pracovišti žádné výhrady.

3 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku v oblasti psychické zátěže sester pracujících na jednotkách intenzivní péče. Cílem práce je zmapování psychické zátěže u sester na jednotkách intenzivní péče. Dotazníkové šetření probíhalo na vybraných klinikách Fakultní nemocnice Brno Bohunice. V návaznosti na cíl práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala, v jakých oblastech může být psychická zátěž definována, druhá otázka se zabírala možnými riziky při nedostatečné sebezpečí a prevenci, třetí výzkumná otázka zkoumala možná rizika, která mohou nastat při zvýšené psychické zátěži na pracovišti. Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala informovanost personálu o aspektech psychické zátěže.

Oslovení pracovníci odpovídali zcela anonymně, sběr dat probíhal pomocí dotazníkového šetření. Distribuováno bylo 120 dotazníků. Kvantitativní forma výzkumu byla zvolena z důvodu možnosti získání dat od většího množství respondentů z důvodu snahy o co nejvíce objektivní posouzení problematiky tématu této práce. Během vyhodnocování dotazníkového šetření bylo nejvíce dotazníků vyřazeno kvůli poslední otázce č. 26. Dotazovaní označovali více správných odpovědí z důvodu ne příliš vhodně položené otázky, případně z důvodu, že tato oblast je pro respondenty natolik obsáhlá a problematická, že nebyli schopni zvolit pouze jednu z možností. Během zkušební verze distribuce dotazníků před zahájením samotného dotazníkového šetření na vybraných pracovištích nebylo zaznamenáno, že by tato otázka mohla být pro respondenty obtížnější na vyhodnocení a mohl by nastat problém s označením více odpovědí.

Úvodní čtyři otázky v dotazníku byly demografické. Otázka č. 1 zjišťovala pohlaví oslovených respondentů na pracovištích intenzivní péče. Z výsledků vyplývá, že kolektiv na vybraných jednotkách intenzivní péče tvoří v drtivé většině ženy (94,3 %). Muži tvoří 5,7 %. Otázka č. 2 byla zaměřena na věkovou kategorii sester, jež pracují na vybraných jednotkách intenzivní péče. Bylo zjištěno, že nejvíce personálu se nachází ve věkové kategorii 36–45 let (46,67 %). Méně získala věková skupina sester v rozmezí 26–35 let (36,19 %). Sestry, které nepřekročily věk 25 let, tvořily na vybraných jednotkách intenzivní péče 8,57 %, dále 5,71 % týmu tvořily sestry, jež spadaly do věkové kategorie 46–55 let. Nejméně početnou věkovou skupinou byli respondenti, kteří překročili hranici 56 let. Do rozmezí 56–65 let spadalo 2,86 % sester (3 osoby). Otázka 3 zjišťovala délku praxe. Z výsledků je patrné, že nejvíce pracovníků na jednotkách intenzivní péče má praxi 15 a více let (40 %). V dotazníku nebylo zjišťováno, zda se délka praxe týká pouze praxe na jednotce intenzivní péče, zaměření bylo jen na délku působení ve zdravotnictví. Praxi 5–10 let uvedlo 23,81 % z celkového počtu. Poměrně vyrovnané výsledky bylo možné pozorovat v délce praxe do 3 let, která tvořila 12,38 % a 10–15 let s 17,14 %. Praxi v rozmezí 3–5 let označilo 6,67 % respondentů. V otázce 4 bylo zkoumáno doposud nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Na vybraných jednotkách intenzivní péče nejčastěji pracovali respondenti, kteří dosáhli středoškolského zdravotnického vzdělání a tvořili téměř 41 %. V této otázce nebyla zjišťována specializace respondentů v intenzivní péči či jiné. Druhou nejčastější skupinou respondentů byla skupina, která zakončila studium titulem Dis. a tvořila tak 26,67 %. Bakalářský titul získalo 16,19 %. Magisterské vzdělání mělo 7,62 % respondentů (8 osob) převážně ve věkovém rozmezí 26–35 let, s délkou praxe do 5 let. 8,57 % respondentů uvedlo možnost jiné. Otázky 5–26 byly zahrnuty do čtyř výzkumných otázek, jež byly stanoveny následovně:

Výzkumná otázka č. 1: V jakých oblastech může být psychická zátěž definována?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká jsou možná rizika při nedostatečné sebekpěči a jejich prevence?

Výzkumná otázka č. 3: Jaká jsou rizika při zvýšené psychické zátěži na pracovišti?

Výzkumná otázka č. 4: Jaká je informovanost personálu o aspektech psychické zátěže?

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1: V jakých oblastech může být psychická zátěž definována?

První výzkumná otázka obsahovala otázky z dotazníku č. 6, 12, 13, 15, 16, 19.

Otázka 6 zjišťovala, který druh služby (denní nebo noční) respondentům na vybraných jednotkách intenzivní péče přijde psychicky náročnější. Z vyhodnocených dat vyplývá, že většina respondentů, která tvořila 57,14 %, nijak nerozlišuje, zda je pro ně psychicky náročnější denní nebo noční provoz. Z výsledků je patrné, že 13,34 % dotázaných hodnotí noční službu jako psychicky náročnou. Denní služba je tak pro dotazované více psychicky náročná oproti nočnímu provozu. Fakt, že dotazníkové šetření ukázalo, že nejvíce osob nerozlišuje náročnost dle denní doby, lze vnímat jako pozitivní.

Otázka 12 zjišťovala, zda si oslovení respondenti dokáží představit, že budou vykonávat stávající pozici na jednotce intenzivní péče do doby, než odejdou do penze. Téměř polovina respondentů se domnívá, že sama sebe spíše nevidí na stávající pozici v dlouhodobém horizontu. Tato skupina tvořila 46,62 %. Výsledky lze porovnat s diplomovou prací Černé (2021). Práce se zabývala problematikou zátěže sester na jednotkách intenzivní péče. Ve své práci zjišťovala, zda respondenti svou práci považují za natolik psychicky zatěžující, že ji nelze vykonávat dlouhodobě. Zde největší skupinu tvořili respondenti, kteří neví, zda je jejich práce natolik psychicky zatěžující, aby nebylo možné ji vykonávat dlouhodobě (28,57 %). Dotazníkové šetření probíhalo také ve Fakultní nemocnici Brno Bohunice a dále ve Fakultní nemocnici u sv. Anny. Rozdílnost ve výsledcích lze vysvětlit například rozmanitostí respondentů ze dvou různých fakultních nemocnic a také tím, že Černá dotazníkové šetření prováděla i u respondentů působících na klinice Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (KARIM). Svou roli v rozdílnosti mohl sehrát i fakt, že dotazníkové šetření této bakalářské práce probíhalo koncem roku 2019 (konec dotazníkového šetření 10. ledna 2020), tedy období do jisté míry ovlivněné tehdy probíhající pandemií onemocnění COVID-19.

Otázka 13 zkoumala, zda vztah respondentů s jejich kolegy na službě a lékaři na pracovišti dokáže ovlivnit jejich pracovní výkon. 81 % respondentů si myslí, že jejich vztahy s kolegy na službě opravdu ovlivňují jejich práci, což může například souviset i s faktem, že v otázce 23, kde je zjišťováno, zda se pracovníci na vybraných jednotkách intenzivní péče setkali se syndromem vyhoření u svých kolegů, 80 % odpovědělo, že ano. Dále může souviset také se skutečností, že dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že u otázky 26 přes 70 % respondentů (druhá nejzastoupenější skupina) zastává názor, že nepřetěžování personálu by mohlo přispět ke snížení psychické zátěže u sester na jednotkách intenzivní péče. Dále bylo v této části zjištěno, že naopak 14,29 % není ovlivněno vztahy se svými kolegy na službě či lékaři na pracovišti a 4,8 % dotazovaných nedokázalo tuto otázku posoudit.

Otázka 15 se zabývala problematikou směnného provozu a faktem, zda respondenti pociťovali lítost nad tím, že nemohou trávit volný čas během svátků s rodinou či přáteli. 53 % dotázaných

uvedlo, že během své praxe pocítili lítost nad tím, že jejich volný čas je do jisté míry ovlivněn směnným provozem a může v nich vzbuzovat i lítost nad tímto faktem. Podobnou otázku ve své diplomové práci kladla i Tejnecká (2019). V této práci většina odpověděla, že směnný provoz ovlivňuje jejich osobní a rodinný život (49 %). Výsledky v porovnání s touto prací ukazují, že shoda, jež v dotazníkové šetření nastala, poukazuje na to, že sestry ve směnném provozu mohou pociťovat i lítost nad tím, že jejich práce zasahuje do osobního či rodinného života. V dotazníkovém šetření této práce 33,3 % respondentů zhodnotilo, že nepociťují lítost nad tím, že nemohou svůj čas kvůli směnnému provozu trávit s rodinou či přáteli po dobu svátků, 5 osob v dotazníku uvedlo, že neví a tuto problematiku nijak neřeší. Jednalo se převážně o pracovníky ve věkové kategorii do 25 let.

Otázka 16 měla za úkol ukázat, do jaké míry jsou respondenti spokojeni se svým platovým ohodnocením v návaznosti na míru psychické náročnosti profese. Zde 47,7 % uvedlo, že je se svým platovým ohodnocením spíše spokojeno. Jednalo se tedy o nejpočetnější skupinu oslovených respondentů pracujících na jednotkách intenzivní péče. Podobnou procentuální shodu v zastoupení lze vidět v práci Černé (2021). Stejnou odpověď zvolilo v jejím dotazníkovém šetření 48,2 % pracovníků. Vyplývá tedy, že sestry na jednotkách intenzivní péče jsou spíše spokojeny se svým platovým ohodnocením v návaznosti na psychickou náročnost profese. Naproti tomu odpověď „spíše ne“, tedy vyjádření jisté míry nespokojenosti, Černá (2021) vyčíslila na 28,5 %, ovšem v dotazníkovém šetření této práce odpověď „spíše ne“ označilo jako druhou nejčastější odpověď 42,9 %. Rozdíl mezi spokojenými respondenty a těmi, kteří si nepřijdou dostatečně finančně ohodnoceni, je menší u Černé (2021) téměř o polovinu. Tuto skutečnost lze opět vysvětlit tím, že roli mohla sehrát rozdílnost ve fakultních nemocnicích (Fakultní nemocnice Brno Bohunice a Fakultní nemocnice u sv. Anny), a dále množství respondentů, které Černá oslovila i na oddělení KARIM. V dotazníkovém šetření této práce 7 osob zhodnotilo, že míra jejich nespokojenosti s platovým ohodnocením je velká, a označilo možnost „určitě ne“. Jednalo se převážně o respondenty ve věkové kategorii do 25 let.

To, zda respondenti pociťují nedostatek personálu na svém oddělení, zkoumala otázka 19. Více než polovina sester nedostatek personálu pociťuje (59,05 %). Dále byl uveden názor 32,38 % respondentů, kteří si myslí, že nedostatek personálu na jejich pracovišti není, a 8,57 % vyjádřilo svou spokojenost nad chodem oddělení (8 osob). Tento výsledek může mít souvislost s otázkou 26, kde bylo nepřetěžování personálu a vyšší počet personálu na oddělení nejčastější odpovědí dotazovaných na to, co by dle jejich názoru mohlo přispět ke snížení psychické zátěže u sester na jednotkách intenzivní péče.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2: Jaká jsou možná rizika při nedostatečné sebepéči a jejich prevence?

Druhá výzkumná otázka obsahovala otázky z dotazníku č. 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25

V otázce 17 bylo zjišťováno, zda se respondenti na svém pracovišti setkali s pojmem supervize. Pokud respondent odpověděl ne, bylo mu sděleno, aby přistoupil k otázce 19. Toto se týkalo 21 % respondentů. 79 % respondentů se s pojmem supervize na svém pracovišti setkalo. Negativní odpovědi byly zjištěny u respondentů s délkou praxe do 3 let, případně u respondentů, kteří spíše negativně hodnotili platové ohodnocení i komunikaci s vedoucím pracovníkem v oblasti psychické zátěže.

Otázka 18 ukázala, do jaké míry považují pracovníci vybraných klinik intenzivní péče supervizi za přínosnou. Pouze 1,20 % respondentů se domnívalo, že supervize je přínosem. Názor „spíše ano“ reprezentuje skupina respondentů s 34,94 %, nejpočetnější skupinou byla skupina s téměř 50 %, která se domnívá, že supervize přínosem v jejich profesi spíše není. V porovnání s výsledky bakalářské práce Adamčíka (2021) lze vidět rozdílnost ve zhodnocení odpovědí v problematice přínosu supervize. Zatímco v Adamčíkově práci pouze 3,1 % uvedlo, že v supervizi nevidí žádný přínos, v dotazníkovém šetření této práce 14,46 % zcela určitě neshledává supervizi přínosnou. Většina respondentů dotazníkového šetření této práce vnímá supervizi spíše negativně. Rozdílnost ve výsledcích může být způsobena kulturou pracoviště, popřípadě nemocnice, komunikací vedoucích pracovníků, která může být klíčová pro pochopení pojmu supervize jako celku. Dále je zde i zjištění, že v otázce 20 více než 30 % respondentů neví, zda má možnost řešit s vedoucím pracovníkem problematiku psychické zátěže. Lze tedy předpokládat, že problematika supervize může souviset i s tímto výsledkem.

U otázky 21 můžeme vidět úvahu respondentů nad tím, zda se jich v budoucnu může týkat syndrom vyhoření. Většina respondentů se domnívá, že se jich určitě může v budoucnu týkat (44,76 %). Nikdo z respondentů neoznačil možnost „určitě ne“, ovšem k možnosti „spíše ne“ se přiklonilo 19 % (20 osob). K variantě, že se jich do budoucna syndrom vyhoření pravděpodobně týkat může, se přiklonilo 36,19 % a zvolilo odpověď „spíše ano“.

Otázka 22 zjišťovala, zda na sobě pracovníci během své praxe zaznamenali příznaky syndromu vyhoření. Výsledky byly poměrně vyrovnané, jelikož 42,86 % respondentů uvedlo „ano“. Naopak se známkami syndromu vyhoření nemělo vlastní zkušenost 47,62 %. Více respondentů tedy nemá osobní zkušenost, nicméně rozdíl mezi výsledky poukazuje na to, že příznaky syndromu vyhoření na sobě pozorovalo pouze o několik procent méně respondentů. 9,52 % dotázaných si nebylo jisto, zda na sobě zaznamenali příznaky syndromu vyhoření (10 osob). K podobnému výsledku dospěla ve své práci i Kostúrová (2014), kdy 52,17 % respondentů osobní zkušenost se syndromem vyhoření mělo, 47,8 % uvedlo, že nemá. Tato práce z roku 2014 byla cíleně vybrána i vzhledem k časovému rozestupu a porovnání situace před pandemií onemocnění COVID-19.

To, zda se respondenti během své praxe setkali se syndromem vyhoření u svých kolegů, zjišťovala otázka 23. Z výsledků je patrné, že většina pracovníků se během své praxe již setkala se syndromem vyhoření u svých kolegů, tato skupina tvořila 80 %. Ti, kteří tuto zkušenost se syndromem vyhoření u kolegů neměli, zastupují skupinu se 14,29 %. V tomto dotazníkovém šetření 6 osob (5,71 %) uvedlo možnost „nevím“. Velmi podobné výsledky lze najít i v práci Blažkové (2023). Položila stejnou otázku a dotazníkové šetření v její práci ukázalo, že 85,3 % respondentů již pozorovalo u svých kolegů syndrom vyhoření. 10,3 % dotazovaných vyhodnotilo, že ne a 4,4 % respondentů zvolilo možnost odpovědi „nevím, nedokážu posoudit“. Tato dotazníková šetření od sebe dělilo období pandemie onemocnění COVID-19. I přesto jsou výsledky velmi podobné a tedy poukazují na to, jak závažnou a stále aktuální problematikou syndrom vyhoření v profesi praktických a všeobecných sester je a neměl by být přehlížen.

Otázka 24 se zabývala tím, zda respondenti vnímají své pracovní podmínky jako dostatečnou prevenci syndromu vyhoření. Většina spíše nepovažovala své pracovní podmínky jako dostatečnou prevenci v návaznosti na syndrom vyhoření (54,29 %). Názor, že určitě nejsou podmínky na pracovišti dostatečné, zastávalo 15,24 % respondentů. Naopak 29,52 % došlo k závěru „spíše ano“. 1 respondent byl se svými pracovními podmínkami zcela spokojen a označil

možnost „určitě ano“ (0,95 %). Shodný výsledek lze najít v práci Tringlové (2021). I zde nejvíce dotazovaných projevilo nespokojenost nad prevencí syndromu vyhoření (48 %), zcela spokojen nebyl v jejím dotazníkovém šetření žádný z respondentů.

U otázky 25 lze vidět názor pracovníků působících na jednotkách intenzivní péče na to, zda vnímají osvětu u syndromu vyhoření jako dostatečnou. Výsledek dotazníkového šetření byl poměrně vyrovnaný. Zde se 52,39 % respondentů domnívalo, že míra osvěty je spíše nedostatečná a 35,2 % uvedlo „spíše ano“. Jako zcela dostatečnou osvětu problematiky syndromu vyhoření označilo 0,95 % respondentů odpověď „určitě ano“ a opačný názor, tedy že osvěta v této problematice je určitě nedostačující, 9,52 %. Pro porovnání výsledků odpovědí respondentů byla zvolena zahraniční studie Benítez, Espín, Martínez, Urguiza, García, Soriano a De la Fuente (2023). Tato španělská studie se zabírala nejen syndromem vyhořením jako takovým, ale upozorňovala i na důležitost sociální podpory sester – převážně na potřebu více studií na toto téma pro lepší pochopení problematiky, ale také na to, že je třeba více prací, díky kterým by mohlo dojít ke snížení negativních dopadů syndromu vyhoření u sester i u pacientů. Toto potvrzují i výsledky tohoto dotazníkového šetření, které ukázalo, že sami respondenti (47,6 %) pracující na jednotkách intenzivní péče spíše nevnímají osvětu v této oblasti za dostatečnou.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3: Jaká jsou rizika při zvýšené psychické zátěži na pracovišti?

Třetí výzkumná otázka obsahovala otázky z dotazníku č. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 19

Otázka 7 zjišťovala, zda respondenti přichází do zaměstnání s dobrou náladou či radostí. Více než polovina (51,43 %) uvedla „spíše ano“, jednoznačně s dobrou náladou či radostí přicházelo do zaměstnání 18 osob, u 3,8 % naopak tento pocit nedominoval a rozhodli se proto označit možnost „ne“. U 27,62 % pracovníků se tyto pocity střídají a nemají vyhraněný názor na tuto otázku. Zde uvedené zjištění, že pouze 17,14 % chodí do práce s dobrou náladou a radostí, může souviset s výsledky dotazníkového šetření otázky 13, která ukázala, že téměř 81 % dotázaných si uvědomuje, že jejich práci ovlivňují vztahy na pracovišti.

To, zda respondenti pracují se stejnou měrou motivace jako při nástupu do zaměstnání, odhalila otázka 8. Více než polovina hodnotila kladným způsobem míru své motivace při práci stejně jako při nástupu do zaměstnání, tedy 46,67 % respondentů odpovědělo „spíše ano“, možnost „určitě ano“ uvedlo 18,1 %. Názor „spíše ne“ mělo 26,66 % a 8,57 % dotázaných uvedlo, že jejich motivace určitě není stejná jako při nástupu do zaměstnání. Tuto skupinu nejvíce tvořili respondenti ve věkovém rozmezí 46–55 let.

Otázka 9 zkoumala, zda pracovníci na vybraných jednotkách intenzivní péče pociťují po skončení služby známky psychické únavy. Většina respondentů uvedla, že po skončení služby na sobě pociťují známky psychické únavy. Dotázaní, kteří známky psychické únavy pociťovali často, tvořili 46,67 %, ti, kteří únavu vnímali občas pak 43,81 %. Pouze výjimečně po skončení služby pociťovalo psychickou únavu 9,52 % zdravotníků. V porovnání s prací Černé (2021), kde byla také řešena otázka psychické náročnosti u sester na jednotkách intenzivní péče, lze vidět, že i v práci Černé respondenti uvádí, že na sobě pozorují únavu z důvodu psychické zátěže. V jejím dotazníkovém šetření odpovědělo téměř 10 % dotázaných, že ano a přes 36 % že spíše ano.

Vyplývá tedy, že je více pracovníků, kteří známky psychické únavy pociťují, než těch, kteří na sobě známky psychické únavy nepociťují.

U otázky 10 bylo zjišťováno, jak velké procento respondentů někdy uvažovalo nad změnou oddělení z důvodu pravidelné psychické zátěže. Více než 50 % již během svého působení na jednotce intenzivní péče nad změnou oddělení uvažovalo. Naopak 44,76 % ne. 4 osoby uvedly, že se momentálně nachází v situaci, kdy nad změnou oddělení uvažují. Výsledky tohoto dotazníkového šetření ukázaly, že počet osob, které již uvažovaly nad změnou oddělení, je velmi podobný počtu těch, které nad změnou oddělení z důvodu pravidelné psychické zátěže neuvažovaly. Stejně vyrovnaného poměru si lze povšimnout i u práce Černé (2021). Ta se zajímala o to, zda již respondenti uvažovali nad odchodem z intenzivní péče. Výsledek jejího dotazníkového šetření ukázal větší podíl pracovníků, kteří nad změnou oddělení neuvažovali (55,3 %), odpověď „ano“ označilo 44,7 %. I zde lze pozorovat poměrně malý rozdíl mezi těmito skupinami.

Otázka 11 zkoumala, zda oslovení pracovníci na vybraných jednotkách intenzivní péče uvažovali nad změnou povolání či odchodem ze zdravotnictví vzhledem k psychické náročnosti profese. V době realizace dotazníkového šetření nad změnou povolání či odchodem ze zdravotnictví uvažovalo 3,81 %. Většina respondentů nad změnou povolání nebo odchodem ze zdravotnictví neuvažovalo (62,86 %) a ti, kteří již nad odchodem ze zdravotnictví uvažovali, tvořili 33,33 %. Oslovení zdravotníci, kteří momentálně uvažovali nad změnou povolání či odchodem ze zdravotnictví, byli převážně pracovníci, kteří nepřekonali délku praxe 3 let. Velmi podobných výsledků dosáhlo dotazníkové šetření v práci Majvaldové (2017). Zde jsou také úvahy respondentů nad tím, zda již někdy uvažovali nad odchodem ze zdravotnictví. Bylo zjištěno, že přes 62,67 % respondentů nad změnou neuvažovalo, menší část nad změnou uvažovala (37,3 %). Dotazníkové šetření Majvaldové (2017) probíhalo také na pracovišti fakultní nemocnice (Fakultní nemocnice Olomouc), srovnání dvou skupin respondentů přineslo zjištění, že i přes psychickou náročnost profese pracovníci spíše neuvažují nad změnou povolání/odchodem ze zdravotnictví.

Frekvenci pociťování stresu na pracovišti ukázala otázka č. 14. 3 osoby uvedly, že na svém pracovišti stres nepociťují. Nejvíce respondentů zaznamenalo pociťování stresu na pracovišti pouze občas (56,19 %), pociťování stresu velmi často uvedlo 41 %. V práci Svobodové (2018) lze vidět, že i zde byla nejpočetnější skupinou respondentů ta, jež pociťuje stres občas (47,6 %), a 30,5 % respondentů pociťovalo stres často. I počet respondentů, kteří nepociťují stres, je podobný – u Svobodové (2018) tvořili 3,7 %. Je tedy patrné, že zjištění v práci Svobodové (2018) je téměř shodné.

Vyhodnocení výzkumné otázky č. 4: Jaká je informovanost personálu o aspektech psychické zátěže?

Čtvrtá výzkumná otázka obsahovala otázky z dotazníku č. 5, 14, 16, 19, 20, 26

Otázka 5 zjišťovala, zda respondenti považují svou práci za psychicky náročnou. Většina hodnotila svou práci jako psychicky náročnou (odpověď „určitě ano“ zvolilo 65,71 %, „spíše ano“ 32,38 %). Shodných výsledků dosáhla ve své práci Svobodová (2018). I zde většina sester označila jejich práci za psychicky náročnou (93 %). Ve srovnání s výsledky dotazníkového šetření této bakalářské práce u otázky č. 11 – zda respondenti uvažovali nad odchodem ze zdravotnictví, kde

nejvíce převažovali pracovníci, kteří nad odchodem neuvažují, lze vidět, že i přes psychickou náročnost profese převažují sestry, jež ve zdravotnictví nadále chtějí zůstat. Toto zjištění lze vnímat velmi pozitivně.

Informaci o tom, zda pracovníci měli možnost na svém pracovišti řešit s vedoucím pracovníkem problematiku psychické zátěže, poskytla otázka 20. Kladně lze zhodnotit fakt, že téměř polovina dotázaných (49,52 %) uvedla, že ano (nicméně tuto možnost nevyužila). 7,62 % uvedlo, že tato možnost na jejich pracovišti je a problematiku psychické zátěže již řešila. Ovšem druhou nejpočetnější skupinou (32,38 %) byli respondenti, kteří neví, zda mohou na svém pracovišti s vedoucím pracovníkem psychickou zátěž probrat. Dále bylo zjištěno, že 10,4 % pracovníků vybraných klinik jednotek intenzivní péče tuto možnost na svém pracovišti nemá. Podobný výsledek o možnosti řešení této problematiky uvádí ve své práci Pátková (2023). I zde převažovali respondenti, kteří vědí o možnostech řešení s vedoucím pracovníkem v případě psychické zátěže. Fakt, že v dotazníkovém šetření této práce 10,48 % respondentů tuto možnost nemá, a 31,4 % neví, zda se na vedoucí pracovníky lze obrátit, může poukazovat na problematiku komunikace na pracovišti nejen ze strany vedoucích pracovníků, ale také na ne zcela dobrou komunikaci sester.

Otázka 26 zjišťovala, co by dle názoru respondentů prioritně přispělo ke snížení psychické zátěže sester na jednotkách intenzivní péče. Z důvodu více označených odpovědí muselo být 13 kusů dotazníků vyřazeno z šetření. Mohlo se to stát z důvodu, že pro dotazující byla ne příliš vhodně formulována otázka, nebo proto, že pro respondenty byla tato oblast natolik problematická a obsáhlá, že přikládali stejnou míru důležitosti více odpovědím.

V této otázce nejvíce dotázaných zhodnotilo, že prioritně by ke snížení psychické zátěže na jednotkách intenzivní péče přispělo více personálu na pracovišti (40,95 %), druhá nejvíce označovaná odpověď vypovídala o tom, že nepřetěžování personálu je také pro respondenty důležitým faktorem (25,72 %). Stejně výsledky bylo možné pozorovat u možnosti finančního ohodnocení a modernizace oddělení – obě varianty získaly po 11,43 %. Lepší organizaci práce považovalo 8,57 % respondentů za dostačující pro snížení psychické zátěže, 2 osoby využily možnosti poslední odpovědi – nemám výhrady, jsem spokojen/spokojena. Při porovnání s prací Weissbergerové (2017), která kladla podobnou otázku, lze vidět, že i v její práci respondenti zhodnotili, že více personálu na pracovišti je klíčové. Fakt, že její dotazníkové šetření neprobíhalo ve fakultní nemocnici (Nemocnice Břeclav), svědčí o tom, že vnímání nedostatku personálu rezonuje nejen na menších pracovištích, ale i na pracovištích větších. Dalším problémem může být přetěžování personálu právě z důvodu personálního nedostatku. Tyto dva faktory mohou značně přispět ke zvýšené psychické zátěži sester a lze se domnívat, že mohou souviset i s problematikou syndromu vyhoření.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Cílem této bakalářské práce je zmapovat psychickou zátěž u sester na jednotkách intenzivní péče. Z výsledků, které byly zjištěny pomocí dotazníkového šetření, vyplývá, že praktické a všeobecné sestry, jež pracovaly na vybraných pracovištích Fakultní nemocnice Brno Bohunice, si uvědomují velkou psychickou náročnost své profese, i přesto však většina oslovených pracovníků neuvažovala nad odchodem ze zdravotnictví. Faktem ovšem je, že sestry, které pracovaly na jednotkách intenzivní péče, ve většině případech již někdy uvažovaly nad tím, zda by nebylo vhodné změnit typ oddělení pro zvýšenou psychickou zátěž. Pozitivní zjištění lze nalézt v tom, že většina pracovníků je ve své podstatě spokojena se svým platovým ohodnocením za odvedenou práci. Za znepokojivé považujeme zjištění v oblasti supervize. Sestry sice ve většině případů měly zkušenost s pojmem supervize jako takovým, nicméně po vyhodnocení výsledků bylo patrné, že více než polovina nepovažuje tuto metodu, která umožňuje rozvíjet profesní dovednosti a především řešit profesní vztahy na pracovišti, za přínosnou. Velkým benefitem supervize je i možnost případného řešení nežádoucích situací. Na vině zde může být celková kultura daného pracoviště, ne příliš vhodně zvolená komunikace ze strany vedoucích pracovníků či nepochopení pojmu supervize sestrami, které pracují na jednotkách intenzivní péče vybraných pracovišť. Nabízí se i možnost, že nezájem sester o tuto problematiku může vycházet z již zmíněné psychické zátěže, které jsou pracovníci na tomto typu oddělení vystaveni. Zde je možné vidět souvislost i s faktem, že většina sester již během své praxe zaznamenala příznaky syndromu vyhoření u některé ze svých kolegyně (či kolegů) a poměrně vyrovnané výsledky při porovnávání, kdo z pracovníků již na sobě příznaky syndromu vyhoření pocítil či nikoliv. Nezájem o supervize se může jevit o něco více pochopitelným.

Dále sestry na vybraných pracovištích zhodnotily své pracovní podmínky v návaznosti na prevenci syndromu vyhoření za ne zcela dostačující. Pokud se k tomuto faktu přidá výsledek dotazníkového šetření ohledně nedostatku personálu na pracovišti, lze usoudit, že situace, kterou sestry vnímají, je velmi komplikovaná a znepokojující. Z důvodu pocíťování nedostatku personálu může nastat zmíněné přetěžování pracovníků. Nedostatek kvalifikovaného personálu nejen na jednotkách intenzivní péče, ale i na jiných pracovištích, je závažným a dlouhodobým problémem, který ovšem nebyl předmětem zkoumání této bakalářské práce. Pozitivně lze zhodnotit výsledek dotazníkového šetření, který ukázal, že i přes zvýšenou psychickou zátěž sestry chodí do práce s radostí/dobrou náladou i přesto, že dotazovaní respondenti si byli vědomi, že jejich práci na službě ovlivňují vztahy s kolegy, se kterými daný den pracují. Opět lze vidět možnou návaznost na problematiku supervize, její nepřijetí a bohužel nevyužití jejího potenciálu.

Ukázalo se, že pro sestry v tomto dotazníkovém šetření na vybraných pracovištích jednotkách intenzivní péče je nepřetěžování personálu společně s dostatkem personálu důležitější než případné zvýšení platového ohodnocení. Prostředí, ve kterém sestry pracují, je pomyslným pilířem daného oddělení a spokojenost sester v kolektivu nemůže zcela vynahradit stránka finanční, která ovšem také hraje důležitou roli.

S ohledem na tato zjištění byla stanovena následující doporučení. Za nejdůležitější považujeme vzbuzení zájmu o problematiku supervize. Pochopení, přijmutí a pozitivní vnímání této oblasti je klíčové. Vedoucí pracovníci by měli motivovat své pracovníky k tomu, aby se supervize nebáli, nepovažovali ji za nutné zlo nebo ztrátu času. Stěžejní se zde jeví manažerské schopnosti vrchních či staničních sester, nabízení více odborných seminářů, přednášek na toto téma či edukace o pozitivních aspektech supervize.

Dále je také důležité provádět více osvěty od vedoucích pracovníků v oblasti syndromu vyhoření, upevňování důvěry ve vztahu vedoucí pracovník – sestra. Sestry samotné by se měly v rámci svého celoživotního vzdělávání více snažit prozkoumávat tuto problematiku, zlepšit svou péči o duševní zdraví a více zvážit aktivní či pasivní účast na odborných kongresech, přednáškách a seminářích. Tyto setry by měly být za tuto činnost náležitě platově ohodnoceny. Apelovat na zaměstnavatele, aby jeho zaměstnanci měli k dispozici více edukačního materiálu, který je na pracovišti volně dostupný. Vedoucí pracovníci jednotlivých klinik mohou prosazovat u zaměstnavatele větší snahu v oblasti osvěty u syndromu vyhoření týkající se praktických a všeobecných sester.

V neposlední řadě je důležité také to, aby pracovníci na jednotkách intenzivní péče věděli o možnostech řešení zvýšené psychické zátěže a bylo jim vždy umožněno tuto problematiku s vedoucím pracovníkem řešit.

Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Míra psychické zátěže u sester na jednotkách intenzivní péče“ si kladla za cíl zmapovat míru psychické zátěže u pracovníků na jednotkách intenzivní péče. Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá současným stavem problematiky syndromu vyhoření a jeho dopady na duševní zdraví, dále stručně popisuje historii intenzivní medicíny nejen ve světě, ale i v České republice. Důležitou kapitolou je problematika supervizí a celkový pohled na práci všeobecných sester a psychickou zátěž. Druhá část pracovala s analýzou dat, která vzešla z dotazníkového šetření. To probíhalo na vybraných pracovištích Fakultní nemocnice Brno Bohunice. Vyplňování dotazníků bylo zcela dobrovolné a anonymní. K cíli bakalářské práce byly formulovány čtyři výzkumné otázky.

V první výzkumné otázce bylo zjišťováno, v jakých oblastech může být psychická zátěž definována. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že se jedná o psychickou náročnost služeb dle denní doby, o problematiku dlouhodobé perspektivy v setrvání na aktuální pracovní pozici na jednotce intenzivní péče, vztahy na pracovišti, které mohou ovlivnit pracovní výkony sester, což v dotazníkovém šetření uvedla téměř většina dotázaných. Zásah do osobního a rodinného života pracovníků během svátků vzhledem k nutnosti směnného provozu na jednotkách intenzivní péče, ale také platového ohodnocení spadalo do oblasti první výzkumné otázky. Poslední oblastí bylo dostatečné množství personálu na oddělení respondentů.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaká jsou možná rizika při nedostatečné sebepečí a jejich prevence. Problematická se zde ukázala oblast supervize a její možné nepochopení jakožto dobré metody pro zachování duševního zdraví. Závažným rizikem při nedostatečné sebepečí u sester na jednotkách intenzivní péče se stala problematika syndromu vyhoření, s jehož příznaky se v dotazníkovém šetření této práce setkala již většina pracovníků u svých kolegů. Většina respondentů uvedla, že se domnívají, že i jich samotných se syndrom vyhoření v budoucnu týkat může. To, že poměr mezi skupinou sester, která na sobě známky syndromu vyhoření aktuálně pociťuje, a té, která nikoli, je téměř vyrovnaný, odhalila otázka 22. Bylo zjištěno, že pracovní podmínky na vybraných pracovištích sestry spíše nevnímají jako dostatečnou prevenci syndromu vyhoření a ani osvěta na toto závažné téma nebyla pro většinu respondentů dostatečná. Toto zjištění potvrdila i zahraniční studie uvedená v diskusi, jež zdůrazňuje nutnost více odborných prací na problematiku syndromu vyhoření.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, jaká jsou rizika při zvýšené psychické zátěži na pracovišti. Pociťování špatné nálady při příchodu na pracoviště, pokles motivace v porovnání s dobou nástupu do zaměstnání či vnímání psychické únavy po skončení služby lze zahrnout do této oblasti. Znamky psychické únavy po skončení služby na jednotkách intenzivní péče pociťovala většina respondentů. To potvrzuje celkovou psychickou náročnost práce všeobecných sester na jednotkách intenzivní péče, které se dotazníkového šetření této práce účastnily. Za další riziko lze považovat možný odchod pracovníků z oddělení, či úplné opuštění zdravotnické profese. Frekvence pociťování stresu na pracovišti, ovlivňování osobního či rodinného života pracovníků ve směnném provozu a nebo možnou nespokojenost se svým platovým ohodnocením lze také považovat za rizikový faktor zvýšené psychické zátěže. Výsledky ukázaly, že většina respondentů je v podstatě spokojena se svým platovým ohodnocením i přes to, že vnímání a pociťování stresu na pracovišti bylo u respondentů poměrně časté. Za poslední rizikovou oblast lze považovat

pociťování nedostatku personálu na pracovišti, což v dotazníkovém šetření této práce zaznamenala více než polovina respondentů.

Poslední, čtvrtá výzkumná otázka zkoumala, jaká je informovanost personálu o aspektech psychické zátěže. Úvaha respondentů nad psychickou náročností jejich profese, finanční ohodnocení v návaznosti na míru pociťovaného stresu na pracovišti nebo vnímání nedostatku personálu v intenzivní péči na vybraných klinikách ukazuje, že i přesto většina pracovníků byla v době dotazníkového šetření spokojena se svým platovým ohodnocením vzhledem k míře psychické zátěže, které jsou při své práci vystaveni. Při zkoumání názorů pracovníků v intenzivní péči, co by dle nich mohlo přispět ke snížení psychické zátěže u sester, bylo patrné, že více personálu a jeho nepřetěžování bylo prioritní odpovědí. Většina respondentů věděla o možnosti případné intervence v momentě, kdy by potřebovali s vedoucím pracovníkem řešit problematiku psychické zátěže na svém oddělení, nicméně této možnosti v době realizace dotazníkového šetření využila na vybraných pracovištích Fakultní nemocnice Brno Bohunice jen menšina.

Výzkumná část této práce ukázala, že pracovníci na jednotkách intenzivní péče jsou vystavováni psychické zátěži při své činnosti poměrně často. Pozorování příznaků syndromu vyhoření u svých kolegů na pracovišti rovněž svědčí o tom, že sestry na jednotkách intenzivní péče zvýšenou psychickou zátěž všeobecně vnímají. Je potřeba, aby sami pracovníci možná více pochopili a přijali supervize, které při dobrém vedení supervizorem mohou být velkým pomocníkem při zvládnání všech úskalí, jež tato profese obsahuje. Kromě dostatečného finančního ohodnocení je také třeba dbát na dobré vztahy na pracovišti, dobrou komunikaci ze strany vedoucích pracovníků, a především zaměřením více pozornosti na problematiku syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele ve snaze co možná nejvíce psychickou zátěž u sester v intenzivní péči snížit.

Seznam použité literatury

ADAMČÍK, Tomáš, 2022. *Problematika týmové supervize v ošetrovateľskej praxi nelékařského zdravotnického pracovníka* [online]. [cit. 2024-09-20]. Praha. Bakalářská práce. VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/th/nz1r9/Adamcik_Tomas_-_Problematika_tymove_supervize_v_oseetrovateľske_praxi_nelekarskeho_zdravotnickeho_pracovnika.pdf

ANDERS, Martin a ČERVENÝ, Rudolf. *Deprese: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2023. Doporučené postupy pro praktické lékaře*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, [2023]. [cit. 2024-09-18]. ISBN 978-80-88280-43-9.

BLAŽKOVÁ, Veronika, 2023. *Vliv směnného provozu na kvalitu života všeobecných sester* [online]. [cit. 2024-09-20]. Praha. Bakalářská práce. VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/th/opzic/Finalni_verze_BP_Veronika_Blazkova_8815_3CV_S_.pdf

BROŽKOVÁ, Nikola, 2017. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester* [online]. [cit. 2024-09-20]. Praha. Bakalářská práce. VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA. Dostupné z: https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2016-2017/Vseobecna_sestra_2017/BROZKOVA_NIKOLA/BROZKOVA_NIKOLA_BP.pdf

ČERNÁ, Stanislava, 2021. *Zátěž sester pracujících v intenzivní péči* [online]. [cit. 2024-09-20]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/dswz2/Sablona_zaver_praci__LF_210612_NAFORMATOVANO_verze_2_s_trany.pdf

Český institut pro supervizi, Prosinec 2022, číslo 1 [online]. [cit. 2024-09-20]. Dostupné z: https://www.supervize.eu/wp-content/uploads/2023/01/Newsletter-CIS-1_2022.pdf

FOUKALOVÁ, Marie, 2021. *Stres a syndrom vyhoření u sester na intenzivní péči* [online]. [cit. 2024-09-20]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/hizyq/Stres_a_syndrom_vyhoreni_u_vseobecnych_sester_na_intenzivni_peci_-_Foukalova_Marie.pdf

HAVRANKOVÁ, Marie, 2021. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření* [online]. [cit. 2024-09-20]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/r7kcu/Diplomova_prace.pdf

HONZÁK, Radkin. *Psychosomatická prvouka*. V Praze: Vyšehrad, 2017. [cit. 2024-09-18]. ISBN 978-80-7429-912-4.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovateľství v intenzivní péči: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada, 2020. [cit. 2024-09-18]. ISBN 978-80-271-1551-8.

KOSTUROVÁ, Alexandra, 2014. *Syndróm vyhorenia sestier pracujúcich na jednotkách intenzívnej starostlivosti* [online]. [cit. 2024-09-20]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/j01mb/syndrom_vyhorenia_Kosturova.pdf

- KRATOCHVÍLOVÁ, Helena, 2017. *Psychická a fyzická zátěž všeobecných sester* [online]. [cit. 2024-09-20]. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/u3cac/bakalarska_prace.pdf
- NALOS, Daniel; BARTŮŇEK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana a HECZKOVÁ, Jana. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Grada, 2016. [cit. 2024-09-20]. ISBN 978-80-271-9328-8.
- PÁTKOVÁ, Denisa, 2023. *Náročnost ošetrovatelské péče všeobecné sestry na neurologickém oddělení* [online]. [cit. 2024-09-20]. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <http://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/68235/thema/9211>
- PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. [cit. 2024-09-18]. ISBN 978-80-88163-00-8.
- PEŠEK, Roman. *Sám sobě psychoterapeutem, aneb, Co opravdu pomáhá zvládat úzkosti a deprese: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2018. [cit. 2024-09-18]. ISBN 978-80-88163-85-5.
- POKORNÁ, Andrea; ZÍTKOVÁ, Marie a MIČUDOVÁ, Erna. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9756-4.
- SVOBODOVÁ, Adéla, 2018. *Vliv stresu na práci sestry* [online]. [cit. 2024-09-20]. Praha. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, Lékařská fakulta. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/100191/130233042.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2015. [cit. 2024-09-18]. ISBN 978-80-247-5711-7.
- ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpory pro pacienty*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2015. [cit. 2024-09-18]. ISBN 978-80-247-5710-0.
- ŠTUDENTOVÁ, Kateřina. *Burnout, neboli, Syndrom vyhoření: informace pro pacienty*. Praha: Maxdorf, [2016]. ISBN 978-80-7345-520-0.
- TEJNECKÁ, Pavlína, 2019. *Práce sestry v intenzivní péči* [online]. [cit. 2024-09-20]. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/rkvc2/Diplomova_prace_Tejnecka.pdf
- TRINGLOVÁ, Andrea, 2021. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester* [online]. [cit. 2024-09-20]. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/zzh9s/>
- VARGAS-BENÍTEZ, Miguel Ángel; IZQUIERDO-ESPÍN, Francisco José; CASTRO-MARTÍNEZ, Nuria; GÓMEZ-URQUIZA, José L.; ALBENDÍN-GARCÍA, Luis et al. Burnout syndrome and work engagement in nursing staff: a systematic review and meta-analysis. Online. *Frontiers in Medicine*. 2023, roč. 10. [cit. 2024-09-20]. ISSN 2296-858X.
- VOBOŘILOVÁ, Jarmila. *Duševní hygiena a stres*. V Praze: České vysoké učení technické, 2015. [cit. 2024-09-18]. ISBN 978-80-01-05724-7.

WEISSBERGEROVÁ, Vladěna, 2017. *Pracovní zátěž u všeobecných sester* [online]. [cit. 2024-09-20]. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/y4eh0/bakalarka_OK.pdf

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník.....	62
Příloha č. 2: Žádost o sběr dat pro studijní účely	67
Příloha č. 3: Obrázky	69
Příloha č. 4: Tabulky	72