

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Jana SAMARANSKÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Pracovní zátěž nelékařského zdravotnického personálu
na nemocničním geriatrickém oddělení.**

Jana Samaranská

Bakalářská práce

2012

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Samaranská**
Osobní číslo: **Z09084**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Pracovní zátěž nelékařského zdravotnického personálu na nemocničním geriatrickém oddělení**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury a sběr informací.
2. Popis současné problematiky v daném tématu.
3. Stanovení cílů a výzkumných otázek.
4. Stanovení plánu výzkumu a vhodné metodiky.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Závěr a kritické hodnocení.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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


Seznam odborné literatury:

1. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. 1. vyd. Praha : Grada , 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. Sestra a stres : příručka pro duševní pohodu. 1. vyd. Praha : Grada , 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
3. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. ET. al. Akutní stavy v geriatrii. 1. vydí. Praha : Galen , 2009. ISBN 978-80-7262-620-5.
4. STOCK, CH. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vyd. Praha : Grada , 2010. ISBN 678-80-247-3553-5.


Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Ivo Bureš**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **16. července 2012**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem k práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou, nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, Je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření tohoto díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce Univerzitní Knihovně.

V Pardubicích 17. 6. 2012

Jana Samaranská

Poděkování

Velice děkuji svému vedoucímu práce MUDr. Ivo Burešovi za jeho čas, ochotu a pomoc při tvoření mé bakalářské práce, také děkuji své konzultantce paní Janě Burešové za cenné informace, které taktéž přispěly k tvorbě mé bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o tom, jak vnímá nelékařský zdravotnický personál fyzickou a psychickou zátěž na svém oddělení. Jak se personál cítí a zda je ve svém zaměstnání spokojený. Jak vychází se svými spolupracovníky. Co je to syndrom vyhoření a supervize v ošetrovatelství.

KLÍČOVÁ SLOVA

Fyzická zátěž, psychická zátěž, syndrom vyhoření, supervize, spokojenost.

TITTLE

Workload paramedical personnel in a hospital geriatric department.

ANNOTATION

The thesis deals with how to perceive non-medical health staff physical and psychological burden on his department. How do staff feel and whether it is satisfied in their jobs . What comes with your coworkers. What is burnout syndrom and supervision in nursing.

KEYWORDS

Physical exercise , mental stress , burnout syndrom, supervision , satisfaction

OBSAH:

ÚVOD.....	11
CÍLE.....	12
I Teoretická část.....	13
1 Náročnost v péči o geriatrického pacienta.....	13
1.1 Geriatrická křehkost (fraitly).....	13
1.2 Imobilizační syndrom.....	14
1.2.1 Symptomy a syndromy vedoucí k imobilizačnímu syndromu.....	14
1-2.2 Příznaky imobilizačního syndromu.....	14
1.3 Další geriatrické syndromy.....	16
2 Stres.....	17
2.1 Definice.....	17
2.2 Původ stresu.....	17
2.3 Základní pojmy týkající se stresu.....	17
2.3.1 Eustres.....	17
2.3.2 Distres.....	17
2.3.3 Frustrace.....	17
2.3.4 Deprivace – strádání.....	18
2.4 Stresory.....	18
2.4.1 Ministresory.....	18
2.4.2 Makrostresory.....	18
2.4.3 Krátkodobé stresory u zdravotní sestry.....	18
2.4.4 Dlouhodobé stresory u zdravotní sestry.....	18

2.4.5 Nejčastější stresové faktory	18
2.5 Příznaky stresu	18
2.6 Stres jako fyziologická reakce	19
2.6.1 Nervové řízení mechanismu stresu	19
2.6.2 Humorální řízení mechanismu stresu	19
2.7 Obecný adaptační syndrom	19
2.8 Zátěže v práci sestry	20
2.8.1 Zátěže z pracovní činnosti - fyzické, chemické, fyzikální	20
2.8.2 Zátěže psychické, emocionální, sociální	20
2.9 Nemoci způsobené stresem	20
2.10 Zvládání stresu	20
2.11 Strategie zvládání stresu	20
2. Postupy zaměřené na zvládnutí emocí	21
3 Syndrom vyhoření	22
3.1 Definice syndromu vyhoření	22
3.2 Příznaky syndromu vyhoření	22
3.3 Fáze syndromu vyhoření	22
2. Stagnace	22
3. Frustrace	22
4. Apatie	22
5. <i>Vyhoření</i>	23
3.3 Projevy syndromu vyhoření	23
3.3.1 Psychické projevy	23

3.3.2 Změny v sociální oblasti.....	23
3.3.3 Tělesné příznaky.....	23
3.4 Hlavní důsledky syndromu vyhoření	23
3.5 Prevence syndromu vyhoření.....	23
3.5.1 Adaptační praxe.....	23
3.5.2 Péče o sebe	24
3.5.3 Pomoc tam, kde vaše síly nestačí	24
3.5.4 Mezilidské vztahy.....	24
3.5.5 Osvícení zaměstnavatelé	24
3.5.6 Sebepoznávání a sebehodnocení	24
3.5.7 Osobní život, přátelé, koníčky.....	24
3.5.8 Práce patří do práce	25
3.5.9 Dobrá tělesná kondice	25
3.5.10 Plnění osobních potřeb (Venglářová, 2011).....	25
4 Supervize v ošetrovatelské praxi	26
4.1 Definice.....	26
4.2 Supervizor	26
4.3 Formy supervize.....	26
4.3.1 Týmová supervize	26
4.3.2 Skupinová supervize.....	26
4.3.3 Individuální supervize	26
4.4 Funkce supervize.....	26
4.4.1 Vzdělávací funkce	26

4.4.2 Podpůrná funkce	27
4.4.3 Řídící funkce	27
4.5 Specifické metody supervize.....	27
4.5.1 Koučink	27
4.5.2 Manažerská supervize	27
4.5.3 Případová supervize.....	27
4.5.4 Balintovská metoda	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	28
VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
5 METODIKA VÝZKUMU.....	29
5.1 Použité metody.....	29
6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ.....	31
DISKUZE	50
ZÁVĚR	53
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	54
SEZNAM OBRÁZKŮ	55
SEZNAM TABULEK	56
DOTAZNÍK.....	57

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma Pracovní zátěž na nemocničním geriatrickém oddělení. Já osobně vnímám práci na tomto oddělení jako velice náročnou jak po psychické, tak po fyzické stránce, protože jsem sama na tomto oddělení pracovala, nejprve jako zdravotní sestra u lůžka a později jako staniční sestra.

Práce s geriatrickými pacienty není stále mezi zdravotníky vnímána jako lukrativní obor. Mnoho z nich bere geriatrii jako odkladiště nemocných starých lidí a myslí si, že kdyby pracovali na takovémto oddělení, tak by ztratili odbornost. Mnohdy zde nechtějí pracovat i proto, že se zde pečuje i o pacienty v terminálním stádiu, doba hospitalizace na tomto oddělení je delší než na jiných nemocničních odděleních a pacienti častěji vyžadují kontakt s personálem a jeho pomoc ať pasivně, nebo aktivně. Není však pravda, že je zde nižší odbornost. Právě proto, že geriatrickí pacienti nemají jen jednu nemoc, ale jsou polymorbidní, užívají mnoho léků, často potřebují infuzní i transfuzní terapii, nutriční podporu a mají mnohem více ošetrovatelských problémů nakumulovaných na jednom oddělení, jako je péče o tracheostomickou kanylu, permanentní močový katetr, perkutánní gastrostomii, nasogastrickou sondu a spoustu dalších. Velmi často mívají i akutní, nebo chronickou ránu. Jsou velmi křehcí, rychle se u nich rozvíjí imobilizační syndrom a zdravotnická i ošetrovatelská péče o ně je velmi náročná. V dnešní době i v budoucnu bude potřeba oddělení takového, nebo podobného typu mnohem víc, neboť populace stárne a dnešním trendem není se o své starší příbuzné starat doma, ale institucionalizovat je, navíc na tomto geriatrickém oddělení leží pacienti, kteří vyžadují akutní léčení.

Práce má část teoretickou a praktickou. V teoretické části se věnuji problematice geriatrického pacienta, specifiky v péči o něj a její náročnosti. Zmiňuji se zde i o geriatrické křehkosti, imobilizačním syndromu a dalších geriatrických syndromech. Dále pak v této části popisují, co je stres, jeho příznaky a to, jak jej můžeme zvládat. Co znamená syndrom vyhoření a termín Supervize. V praktické části pak hodnotím výsledky mého výzkumu prováděného na geriatrickém oddělení, kde je mým cílem zjistit, jak vnímají zdravotničtí pracovníci na tomto oddělení fyzickou a psychickou zátěž. Jak jsou spokojení ve svém zaměstnání, protože dobré interpersonální vztahy vedou také ke spokojenosti na pracovišti. Zda znají termín syndrom vyhoření a ví, co tento termín znamená.

CÍLE

1. Zjistit, jak vnímá personál geriatrického oddělení fyzickou zátěž.
2. Zjistit, jak vnímá personál geriatrického oddělení psychickou zátěž.
3. Zjistit míru spokojenosti zdravotnického personálu na geriatrickém oddělení.
4. Zjistit, zda zdravotnický personál zná pojem syndrom vyhoření (Burn out syndrom).

I Teoretická část

1 Náročnost v péči o geriatrického pacienta

Komorbidity a multimorbidity - přidružené choroby, nebo kombinace několika současně probíhajících chorob. Modifikace klinického obrazu chorob ve stáří – atypický klinický obraz, selhávání nejkřehčího orgánu (obvykle to bývá mozek), odlišný klinický průběh, specifické geriatrické komplikace (rozvoj imobilizačního syndromu, nebo delirantní stavy), odlišná strategie léčby. Nevýraznost typické symptomatologie – často příznaky chybějí, nebo jsou málo výrazné, nenápadné. Klinicky závažné změny jsou například nenápadnost, či chybění bolesti, zvláště viscerální, tiché nebolestivé srdeční infarkty, nebolestivé peptické vředy a jiné. Afebrilní, či subfebrilní průběh zánětlivých onemocnění. Chybění obranného svalového napětí. Chybění tachykardie u zánětů, srdečního selhávání anémie, či plicní embolie. Chybění dysurických obtíží při zánětlivých onemocněních dolních močových cest. Apatetická forma hypertyreózy bez pocení, tachykardie a hyperaktivity (Kalvach 2008).

1.1 Geriatrická křehkost (fraitly)

Je to specifikum geriatrických pacientů. Jedná se o involuční proces s přibývajícím multisystémovými funkčními deficity, celkovým zhoršováním a riziky dekompenzace zdravotního stavu. Dochází ke ztrátě soběstačnosti, potřeby zdravotní péče, institucionalizaci a úmrtí.

Faktory podílející se na rozvoji geriatrické křehkosti:

Genetická dispozice, involuční morfologické a funkční změny, chorobné procesy, multimorbidity, nežádoucí účinky léků, důsledky pohybové aktivity, malnutrice, kognitivní deficit a deprese, psychosomatická dekompenzace a maladaptace, vnější vlivy fyzikální i sociální.

Klinický obraz:

Únava při běžných denních činnostech, ubývání spontaneity a variability pohybové stravovací a programové, hypomobilita, omezování pohybových aktivit, psychomotorické zpomalení, dekonvence, úbytek svalové hmoty a síly, klesající tolerance psychické i fyzické zátěže, instabilita s pády, dyskoordinace pohybu, změna postoje, nechutenství, hubnutí s malnutricí, senzorycké deficity, poruchy paměti a kognitivní deficit, apatie a hypobulie, imunodeficit s recidivujícími infekty, chronická bolest. Toto vede ke ztrátě soběstačnosti, upoutání na lůžko, rozvoji imobilizačního syndromu a potřebě dlouhodobé ústavní léčbě.

Prevence geriatrické křehkosti:

Péče o dostatečný příjem kvalitní potravy jako prevence malnutrice a nutričních deficitů, motivační a psychoterapeutická podpora, pohybová aktivita a odporový trénink k udržování svalové síly, průběžná fyzioterapie (Kalvach 2008).

1.2 Imobilizační syndrom

Označení důsledků a projevů dlouhodobého omezení pohybové aktivity. Vzniká dlouhodobým upoutáním na lůžko. Vede ke komplexní rehabilitační, ošetrovatelské, ale i lékařské intervenci – péči. Je to klasický geriatrický syndrom. Vyskytuje se ale i u astronautů při dlouhodobém pobytu ve stavu beztlíže. Závažná akutní dekompenzace zdravotního stavu

1.2.1 Symptomy a syndromy vedoucí k imobilizačnímu syndromu

Terminální fáze geriatrické křehkosti, nedostatek pohybu (hypomobilita), nestabilita, pády, inkontinence, malnutrice, dehydratace, kognitivní deficit – demence, delirantní stavy přidružená onemocnění – Parkinsonova choroba....

1-2.2 Příznaky imobilizačního syndromu

Porucha ortostatické regulace – kolapsové stavy při posazení, oblenění krevního oběhu – riziko flebotrombózy a plicní embolie, dekondice a přestavba oběhového systému plicní hypoventilace – rozvoj pneumonie, vznik dekubitů, svalová atrofie s poklesem svalové síly, vznik flekčních kontraktur – zatuhnutí končetin v pokrčení, zhoršení pohybové koordinace při chůzi, dekalifikace skeletu (ztráta vápníku z kostí), rozvoj osteoporózy, obstipace, inkontinence stolice, poruchy mikce – retence, inkontinence, psychické poruchy – deliria, deprese, derivace, dehydratace, malnutrice.

Hypoventilace a respirační infekce

Dáno špatnou polohou – málo pod hlavou, stagnace hlenu v dýchacích cestách, následná atrofie dýchacích svalů vede ke zhoršenému dýchání a odkašlávání a dochází k rozvoji pneumonie. Příznakem často nejsou teploty a kašel, ale alterace psychického stavu, apatie, zmatenost, delirantní stavy, často tachykardie.

Prevence: polohování, zvýšená poloha, dechová rehabilitace – nácvik dýchání, podpora dýchacích svalů, odkašlávání.

Tromboembolická nemoc

Nejobávanější komplikace, sdružené faktory kardiovaskulárního aparátu.

Prevence: nutná časná mobilizace, posazování, postavování, nácvik chůze, cvičení dolními končetinami na lůžku. Bandážování dolních končetin. Zajištění heparinem dle ordinace lékaře.

Dekalcifikace skeletu

Ztráta vápníku z kostí, vylučování vápníku ve zvýšené míře močí, riziko tvorby močových kamenů.

Léčba: dodání vápníku a vitamínu D, důležitá vertikalizace (postavování) s uplatněním gravitace, nelze ovlivnit polohováním.

Flekční kontraktury

Zkracování měkkých tkání v oblasti flektovaných kloubů, mohou se vyvinout špatným polohováním, ale i dlouhodobým sezením v křesle. Občas jim nelze zabránit v důsledku přidruženého onemocnění (Parkinsonismus či deprese). Důležitá rehabilitace, protahování kontraktur, správné polohování.

Porucha pohybové koordinace

Zhoršeno u Parkinsonovy choroby a u pacientů se syndromem demence.

Prevence a léčba: udržení svalové síly, nácvik chůze, dostatečná výživa a hydratace, při sezení – nohy z lůžka musí stát pevně na podložce, procvičování přenášení váhy, cvičení na míči, přešlapování se zvedáním chodidla nad podložku.

Dehydratace a malnutrice

Je důležité dbát na dostatek tekutin a potravy bohaté na vitaminy, bílkoviny, stopové prvky, a vlákninu. Lze využít speciálních uzavřených nádobek na pití vleže, ale pozor na aspiraci. Při nedostatečné výživě či dehydrataci je nutné ihned informovat lékaře.

Poruchy mikce a defekace

Moč: inkontinence – pleny, retence – močový katetr, stolice - inkontinence – pleny, obstipace – laxativa, manuální vybavení stolice, klyzma, Pozor na falešný průjem – stolice je zadržována v rektální ampuli a její tekutý obsah obtéká okolo – velké riziko ileu.

Psychická alterace

Riziko deprese, deprivace v důsledku ztráty kontaktu s okolním světem. Možnost vysazování imobilních pacientů tak, aby viděli z okna, vyvážení ven na vozíku či lůžku, pokud to lze.

Dekubity (Kalvach 2008).

1.3 Další geriatrické syndromy

Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti, syndrom anorexie a malnutrice, syndrom instability s pády, syndrom inkontinence, syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti, syndrom deliria, syndrom týrání zneužívání a zanedbávání starého člověka, syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří, syndrom dehydratace, syndrom duálního sensorického deficitu, syndrom maladaptace, syndrom terminální geriatrické deteriorace (Kalvach 2008).

2 Stres

2.1 Definice

„Stres je nespecifická obranná reakce (odpověď) organismu na jakýkoliv požadavek (zátěž), kterým byl organismus zatížen.“

„Stres je setrvalá dlouhodobá tělesná nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků či škodlivých podnětů.“

„Definice stresu je mnoho, ale všechny mají něco společné, vždy dochází k narušení vnitřní rovnováhy člověka.“ (Venglářová, 2011, str. 48)

2.2 Původ stresu

Z angličtiny stress – zátěž, nápor, tlak. Zakladatelem učení o stresu je kanadský lékař maďarského původu (rodák z Komárna) Hans Selye. Jeho nejznámější kniha je Poznámky o adaptačním syndromu. Původně se termín stres užívalo v technice a průmyslu ve vztahu k fyzikální síle působící na materiál. V roce 1956 přenesl Selye tento pojem do biologie. Označil jím nespecifické změny biologického systému vyvolané různými škodlivými vlivy (intoxikace, horko, chlad, nedostatek potravy, fyzická námaha, infekce a další). (Venglářová, 2011)

2.3 Základní pojmy týkající se stresu

2.3.1 Eustres

Příjemný, radostný, ve slabší míře působí radostně, dodává lidem aktivní energii. Může dojít i k přetížení člověka, ale kladným směrem. Do této skupiny patří například narození dítěte, různé oslavy a podobně.

2.3.2 Distres

Nepříjemný stres, který ve větší míře působí škodlivě, vede k přetížení člověka, v dané situaci převyšuje jeho schopnosti.

2.3.3 Frustrace

Stav zklamání, zmaření, jedinec není schopen dosáhnout vytyčeného cíle z důvodů překážek, které se mu staví do cesty. Chronické neuspokojování potřeb, může mít i zdravotní následky.

2.3.4 Deprivace – strádání

Jedinec má nedostatek určitých podnětů (smyslových citových). Dočasný stav neuspokojování potřeb. (Venglářová, 2011)

2.4 Stresory

Negativní životní faktory. Vše, co člověka zatěžuje.

Stresorem je navozen pocit ohrožení, strach, že se něco stane, pocit, že ztrácíme nad sebou kontrolu.

2.4.1 Ministresory

Vyjadřují mírné okolnosti vyjadřující stres, bývají dlouhodobého rázu. Ministresory se sčítají, když chybí kladná kompenzace, mohou být zdrojem deprese.

2.4.2 Makrostresory

Přesahují hranici, kterou není člověk schopen zvládnout.

2.4.3 Krátkodobé stresory u zdravotní sestry

Záchrana života pacienta.

2.4.4 Dlouhodobé stresory u zdravotní sestry

Zodpovědnost za pacienty.

2.4.5 Nejčastější stresové faktory

Fyzikální, fyziologické, psychické, traumatické. (Venglářová, 2011)

2.5 Příznaky stresu

1. Behaviorální příznaky - objevují se v chování a jednání člověka, například je to nerozhodnost, nebo změněný denní rytmus, neustálé stěžování si, změny ve vztahu k potravě, snížená pozornost, ztráta chuti do práce a zhoršující se kvalita práce.

2. Psychické příznaky - prudké a výrazné změny nálady, zvýšená podrážděnost, úzkost, nadměrné pocity únavy, sociální izolace, ochabnutí emocionálních postojů k sobě i k druhým.

3. Fyziologické příznaky - bušení srdce, zrychlený, nepravidelný tep, zvýšené svalové napětí, bolesti hlavy, vyrážka v obličeji, bolesti a pocity svírání za sternem, bolesti břicha, plynatost, průjem, nechutenství, změny v menstruačním cyklu, nezájem o sex, globus hystericus (pocit cizího předmětu v krku), pocit častého močení a další. (Venglářová, 2011)

2.6 Stres jako fyziologická reakce

Mozek vyhodnocuje zátěž, řídí chování, které překonává zátěž, vyvolává v těle fyziologické reakce umožňující aktivovat rezervy pro útěk, nebo boj, v další fázi pak přežití v nebezpečných podmínkách. Je řízena dvěma mechanismy.

2.6.1 Nervové řízení mechanismu stresu

Prostřednictvím sympatiku – osa hypotalamus – dřeň nadledvin.

Nejprve zasáhne složka nervová prostřednictvím autonomního sympatického nervového systému do dřene nadledvin, dojde tam k vyplavení adrenalinu a noradrenalinu do krve. Adrenalin aktivuje reakce spojené s útokem, nebo útekem, je proto potřeba dodat živiny do svalů a dalších orgánů. Dochází ke zrychlení srdeční činnosti dýchání, zvýšení krevního tlaku, krevního cukru i svalového napětí. Tato reakce je krátká a uplatňuje se v méně náročných situacích.

2.6.2 Humorální řízení mechanismu stresu

Prostřednictvím hypofýzy - osa hypotalamus – hypofýza – kůra nadledvin.

Nastupuje jako druhá vlna humorální takzvaná adrenokortikotropní sekrece. Kůra nadledvin pak produkuje kortikoidy hormony zasahující do metabolismu organismu. Tato reakce nastupuje pomaleji a trvá déle. Uplatňuje se v situacích vyčerpání. Kortikoidy aktivují imunitní systém, tlumí záněty, uvolňují energii z jater. (Venglářová, 2011)

2.7 Obecný adaptační syndrom

1. Fáze poplachová: dochází zde k mobilizaci sil potřebných ke zvládnutí zátěže. Nejprve je fáze šoku, pak obvykle následuje fáze antišoku, kdy se reakce snižuje. Tato fáze je řízena sympatikem.

2. Fáze rezistence: vyrovnávací. Postupně se snižuje reakce organismu na vnější vliv, organismus se na stres adaptuje. Tato fáze je řízena parasympatikem.

3. Fáze vyčerpání: působí-li stresory příliš dlouho a intenzivně, nastává tato fáze. Dochází k celkovému selhání organismu, může vyvolat onemocnění, ale i smrt. Bývá provázena projevy zlosti, nenávisti, nebo naopak apatií. (Venglářová, 2011)

2.8 Zátěže v práci sestry

2.8.1 Zátěže z pracovní činnosti - fyzické, chemické, fyzikální

„Statické zatížení (stání při přípravě léků, infuzí atp., asistence u lůžka, u výkonů apod.). Zatížení páteře (při zvedání pacientů, polohování, úpravy lůžka). Zatížení svalového, cévního a kloubního systému. Setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené a hnisavé rány, zápach vyrážky apod.). Rizika infekce. Narušení spánkového rytmu při směnování. Kontakt s léky, desinfekčními přípravky, pomůckami (rukavice).“ (Venglářová, 2011, str. 58)

2.8.2 Zátěže psychické, emocionální, sociální

„Neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavů pacientů, přístrojů, ordinace lékaře), rychlé přepojování pozornosti mezi činnostmi. Pružné reagování na různorodé požadavky a změny. Velká zodpovědnost za výsledky, následky své práce. Nutnost rychlých rozhodnutí a účelového jednání i při nedostatku informací. Vyrovnání se s pocity bezmoci. Působení bolesti druhým lidem. Komunikace s příbuznými pacientů. Konflikt rolí. Nízké ohodnocení náročné práce.“ (Venglářová, 2011, str. 58)

2.9 Nemoci způsobené stresem

Kardiovaskulární systém – hypertenze, koronární choroby.

Gastrointestinální systém – zvracení, žaludeční vředy, dráždivý tračník.

Imunitní systém – snížená rezistence k nemocem, zvýšená únavnost a letargie.

Urogenitální systém – časté nucení na močení, impotence.

Svalový systém – bolesti zad, za krkem, hlavy, bolesti v oblasti hrudníku.

Respirační systém – dechová nedostatečnost, hyperventilace, astma.

Dermatologický systém – ekzémy, alergie, furunkly, abscesy (Venglářová, 2011)

2.10 Zvládání stresu

„Osobní zdroje zvládání stresu - Zdraví a energie. Schopnost umět řešit problémy (hledání informací, vytváření řešení). Vzory (způsob chování ve stresu). Praktické zdroje. Přesvědčení o svých schopnostech.“

„Sociální opora – vztahy s okolím, možnost požádat o pomoc i vyslechnutí“ (Venglářová 2011 str. 63, 64).

2.11 Strategie zvládání stresu

1. Postupy zaměřené na řešení, či odstranění problémů – takzvané kognitivní strategie, využívají schopnost řešit postupy myšlením.

Konfrontační způsob zvládání stresu.

Hledání sociální opory.

Plánované hledání řešení problému.

Sebeovládání.

Distancování se od toho, co se děje.

Hledání pozitivních stránek na tom, co se děje.

Přijetí osobní zodpovědnosti za to, co se děje.

Snaha vyhnout se stresové situaci a utéci z ní. (Křivohlavý, 2010)

2. Postupy zaměřené na zvládnutí emocí

Zde jde o zklidnění emocí. Jsou to například relaxační postupy, kterých je velmi mnoho.

Spontánní relaxace – spánek a odpočinek.

Diferencovaná relaxace – Je to záměrná relaxace, navozujeme jí vlastní vůlí. Můžeme jí provádět kdykoliv v době našeho bdění, je to například i procházka a vše, co je nám příjemné, aromaterapie, arteterapie, muzikoterapie, relaxace prostřednictvím barev a další. Patří sem i speciální relaxační techniky. (Venglářová, 2011)

Neméně důležitou součástí zvládnutí stresu je naše nezdolnost – resilience. Jedná se o osobní míru tvrdosti houževnatosti mrštnosti, nezlomnosti, schopnosti rychle se vzpamatovat po ráně. (Křivohlavý, 2010)

3 Syndrom vyhoření

3.1 Definice syndromu vyhoření

Psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému (mentálnímu) a emocionálnímu (citovému) vyčerpání organismu. Je projevem dlouhotrvajícího nadměrného stresu, ale může to být i postupující ztráta energie a idealizmu. (Venglářová, 2011)

3.2 Příznaky syndromu vyhoření

1. Tělesné vyčerpání: chronická únava, nedostatek energie, svalové bolesti, tělesná slabost, častější nemocnost, změna tělesné hmotnosti, rychlá unavitelnost, může být zvýšená potřeba spánku, ale spánek je nekvalitní. Únava je spojována s pocity viny a selhávání.

2. Psychické vyčerpání: negativní postoje k sobě i k jiným, život je vnímán jako „jedna velká katastrofa“. Cynismus, negativismus, pesimismus, odmítání jakýchkoliv změn, člověk si přestává věřit. Objevují se poruchy soustředění, zapomětivost, útlum celkové aktivity, mizí tvořivost. Mohou se objevit i sebevražedné myšlenky.

3. Emocionální vyčerpání: Člověk se cítí emocionálně vysátý, nechce už slyšet žádné další trápení. Pocity beznaděje, bezmoci, nechce být empatický, vyhýbá se lidem, uzavírá se do sebe. Rodinu a přátele přestává vnímat jako zdroje radosti a uspokojení. Je podrážděný, rodina se stává další přítěží. (Venglářová, 2011)

3.3 Fáze syndromu vyhoření

1. Nadšení

„V popředí jsou ideály, jasný cíl, kvalita práce, smysluplnost, srší nápady a dochází k přetěžování se.“ (Venglářová, 2011, str. 30)

2. Stagnace

„Počáteční nadšení uvadá, slevování ze svých ideálů.“ (Venglářová, 2011, str. 30)

3. Frustrace

„Zdravotníka začínají zajímat otázky efektivity a smyslu vlastní práce, objevuje se tunelové vidění, má v hlavě jen svoji práci, nic jiného ho nezajímá, cítí se osamělý se svými problémy, velká deziluze a zklamání.“ (Venglářová, 2011, str. 30)

4. Apatie

„Zdravotník vnímá svoje povolání jen jako zdroj obživy, dělá jen nejnужnější práce, vyhýbá se komunikaci s nemocnými a dalšímu vzdělávání, může se vyskytnout i tzv. HH syndrom: syndrom bezmoci a beznaděje.“ (Venglářová, 2011, str. 30)

5. Vyhoření

*„Vyčerpání, negativismus lhostejnost, naprosté vyhýbání se pracovním požadavkům.“
(Venglářová, 2011, str. 30)*

Některé fáze mohou být výrazně patrné, jiné nevýrazné, Při nevhodném rozpoznání může syndrom vyhoření vézt až k profesionální deformaci. Vyznačuje se citovou otrlostí vůči nemocnému. Sestra je lhostejná k jeho stavu a osudu. (Venglářová, 2011)

3.3 Projevy syndromu vyhoření

3.3.1 Psychické projevy

Ztráta schopnosti radovat se ze života, ztráta empatie, emocionální problémy, rozmrzelost, výbušnost, netrpělivost, nervozita, změny nálad, ztráta profesionálního nadšení, pocitu zodpovědnosti. Pesimistické myšlení do budoucna.

3.3.2 Změny v sociální oblasti

Negativní postoje k vlastní osobě, práci, instituci, společnosti a životu vůbec, cynismus ironie, nezájem o pacienty, sabotování spolupráce, pasivní agrese k nadřízeným i spolupracovníkům, nekolegiální jednání, konflikty v rodině, ztráta přátel, omezování vlastních zájmů.

3.3.3 Tělesné příznaky

Únava, vyčerpání, bolesti hlavy a pohybového aparátu, zažívací obtíže, abúzus, drog, léků a alkoholu, organismus je zvýšeně náchylný k psychosomatickým onemocněním. (Venglářová, 2011)

3.4 Hlavní důsledky syndromu vyhoření

Ztráta smyslu práce a života, ztráta pozitivního vnímání sama sebe, pocit osamocení, zášti, hořkosti a beznaděje. (Venglářová, 2011)

3.5 Prevence syndromu vyhoření

3.5.1 Adaptační praxe

Je zakotvena v zákoně, forma supervize – začínající sestry pracují po určitou dobu pod vedením sestry školitelky, nebo zkušenějších kolegyň. Přípravenost po studiu při nástupu do zaměstnání, uvědomování si rizika své práce, psychické, fyzické, ale i emocionální náročnosti.

1. Teoretická a praktická příprava ve škole.
2. Osobnostní předpoklady pro profesi.
3. Kvalitní nástupní praxe.

3.5.2 Péče o sebe

Mít se rád, sám sebe přijímat, kdo se nemá rád, nepečuje o sebe, vydává energii a nepřijímá jí zpátky. Kdo nepřijímá některé své skutečné vlastnosti, nedovede je přijmout ani u svých pacientů.

3.5.3 Pomoc tam, kde vaše síly nestačí

Každý zdravotník by měl znát hranice svých možností. Je třeba si uvědomit, že není potřeba stále se srovnávat s druhými a klást si příliš vysoké cíle. Že požádání o pomoc není projevem selhání, ale naopak projevem důvěry v druhého člověka.

3.5.4 Mezilidské vztahy

To co mohou poskytnout blízcí lidé. Aktivní naslouchání, povzbuzování a emocionální pomoc v těžkých situacích.

3.5.5 Osvícení zaměstnavatelé

Dovedou ohodnotit dobrou práci, nešetří pochvalou, podporují účast svých zaměstnanců na vzdělávacích a společenských akcích.

3.5.6 Sebepoznávání a sebehodnocení

Umožňuje nám lépe se adaptovat a zvládat náročné situace. Sebepoznávání je neustálé uvědomování si dobrých osobních vlastností, schopností a nedostatků, ale i pocitů v každé situaci, ve které se nacházíme. Kladné sebehodnocení zvyšuje vlastní sebedůvěru, vede k optimistickému pohledu na svět, k optimálnímu duševnímu a fyzickému stavu, k vyšším výkonům a ke zvýšenému úsilí při překonávání překážek.

3.5.7 Osobní život, přátelé, koníčky

Důležitým zdrojem energie je kvalita vztahu včetně sexuálního života. Neméně důležitým zdrojem energie je setkávání se s přáteli mimo zaměstnání a věnování se koníčkům a osobním zájmům.

3.5.8 Práce patří do práce

Oddělit osobní život od pracovního. Je možné najít si nějaký pomocný rituál, jak přeladit myšlenky.

3.5.9 Dobrá tělesná kondice

Patří sem zdravá životospráva, sport, či jakékoliv jiné fyzické aktivity, dostatek spánku, pravidelný denní režim, patří sem i dostatek kvalitního odpočinku.

3.5.10 Plnění osobních potřeb

Každý člověk má jiné osobní hodnoty a potřeby. (Venglářová, 2011)

4 Supervize v ošetrovatelské praxi

4.1 Definice

„Setkávání se za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce s pacienty. Slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů. Etickým kritériem je prospěch pacienta“ (Venglářová, 2011, str. 153).

4.2 Supervizor

Je to externí pracovník, nabízí pohled zvenčí, přináší své zkušenosti a doporučení, poskytuje pracovníkovi podporu, posiluje pracovní kompetence, může doporučit také další vzdělávání. (Venglářová, 2011)

4.3 Formy supervize

4.3.1 Týmová supervize

Nejčastější ve zdravotnických zařízeních. Je určena pro všechny členy týmu, i když bývá setkání organizováno často jen pro jednu pracovní skupinu. Cílem je zlepšení efektivity práce a komunikaci jednotlivých členů týmu. Vždy je nutno se předem dohodnout, bude-li přítomen někdo z vedení, například staniční sestra. Řeší se vztahy uvnitř týmu, vztahy v organizaci, vztahy z vnějšku.

4.3.2 Skupinová supervize

Setkání pracovníků, kteří pracují s podobnými pacienty v podobných zařízeních a jejím cílem je profesionální rozvoj, získávání nových poznatků, dovedností a informací. Skupina je tvořena 8 – 12 členy. Předem se vymezují cíle, obsah a formální požadavky.

4.3.3 Individuální supervize

Je to strukturovaný rozhovor mezi jedním pracovníkem a supervizorem. Je zaměřena pouze na pracovní problematiku pracovníka. (Venglářová, 2011)

4.4 Funkce supervize

4.4.1 Vzdělávací funkce

Poskytuje prostor pro rozvoj dovedností, získávání nových vědomostí, principů péče o klienta a porozumění jeho situaci.

4.4.2 Podpůrná funkce

Patří k jednomu ze základních pilířů boje proti syndromu vyhoření. Zde by měl supervizor pochopit a porozumět náročnosti a obtížnosti v práci. Například dlouhodobý kontakt s bolestí, náhlé úmrtí dítěte a dalším emočním zátěžím.

4.4.3 Řídící funkce

Supervizor může být součástí kontroly kvality práce zvláště u začínajících pracovníků a jejich začlenění do profese. (Venglářová, 2011)

4.5 Specifické metody supervize

4.5.1 Koučink

V pomáhajících profesích se s tímto typem supervize setkáváme jen zřídka. Uplatňuje se spíše v oblasti sportu, vedení týmů nebo při rozvoji osobnosti. Je to kombinace osobní zpětné vazby, individuálního poradenství a praktického tréninku.

4.5.2 Manažerská supervize

Tuto supervizi provádí nadřízený. Slouží k rozvoji a vedení podřízených, k optimálnímu fungování v týmu i jednotlivě.

4.5.3 Případová supervize

Projednávají se jeden nebo více případů a různé postupy. Je vhodná u začínajících pracovníků.

4.5.4 Balintovská metoda

Je specifickou formou případové supervize. Je určena pro pracovníky v pomáhajících profesích. Ve skupině je šest až dvanáct pracovníků. Na setkáních probírají problematické vztahy s pacienty, či klienty. Balintovská skupina má určený standartní postup. Expozice případu (pracovník přednese problém). Otázky (ostatní se ptají na to, co potřebují vědět k danému případu). Fantazie (účastníci říkají své představy o citech a vztazích z případu). Praktické náměty na řešení (v této fázi se probírají spoluúčastníci praktický postup daného případu). Vyjádření protagonisty (zde se předkladatel vyjadřuje k tomu, co slyšel, oceňuje to, co je pro něj užitečné). (Venglářová, 2011)

II PRAKTICKÁ ČÁST

VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Cítí se zdravotnický personál na geriatrickém oddělení fyzicky přetěžován?
2. Cítí se zdravotnický personál často psychicky přetížený?
3. Je zdravotnický personál spokojený ve své práci?
4. Je většina personálu seznámena s problematikou Syndromu vyhoření?

5 METODIKA VÝZKUMU

5.1 Použité metody

Pro výzkum mé bakalářské práce jsem si zvolila formu dotazníku. Výzkum jsem prováděla na nemocničním geriatrickém oddělení. Mou cílovou skupinou byly ženy, protože na tomto oddělení mají sanitáři odlišný harmonogram práce a jako ošetřovatel, zdravotnický asistent, nebo zdravotní sestra zde momentálně nepracuje žádný muž. Byl určen pro 30 dotazovaných, které pracují na geriatrickém oddělení na plný úvazek. Dotazník jsem rozdala na dvou patrech. Na vyplnění jsem nechala dotazovaným jeden týden, výzkum jsem prováděla v době od 13. 6. 2012 do 18. 6. 2012. Jeho návratnost byla 100 %. Dotazník byl zcela anonymní, obsahoval 22 otázek. Použila jsem otázky uzavřené, polouzavřené, dichotomické, polytomické a jedna otázka byla otevřená.

Ke zpracování dat jsem použila tabulky, koláčové a sloupcové grafy v programu MS excel a MS word. Některé výsledky jsem vyjádřila v procentech pro lepší přehlednost.

V den, kdy jsem rozdala dotazníky na oddělení, bylo na prvním patře 33 pacientů, z toho zcela ležících vyžadujících komplexní péči 11, částečně soběstačných nechodících schopných se obsloužit v rámci lůžka 3, chodících s doprovodem 12 a zcela soběstačných 7. Na druhém patře byla skladba pacientů taková: celkový počet 32 pacientů, z toho zcela ležících vyžadujících komplexní péči 15, částečně soběstačných nechodících schopných se obsloužit v rámci lůžka 5, chodících s doprovodem 2 a zcela soběstačných 10.

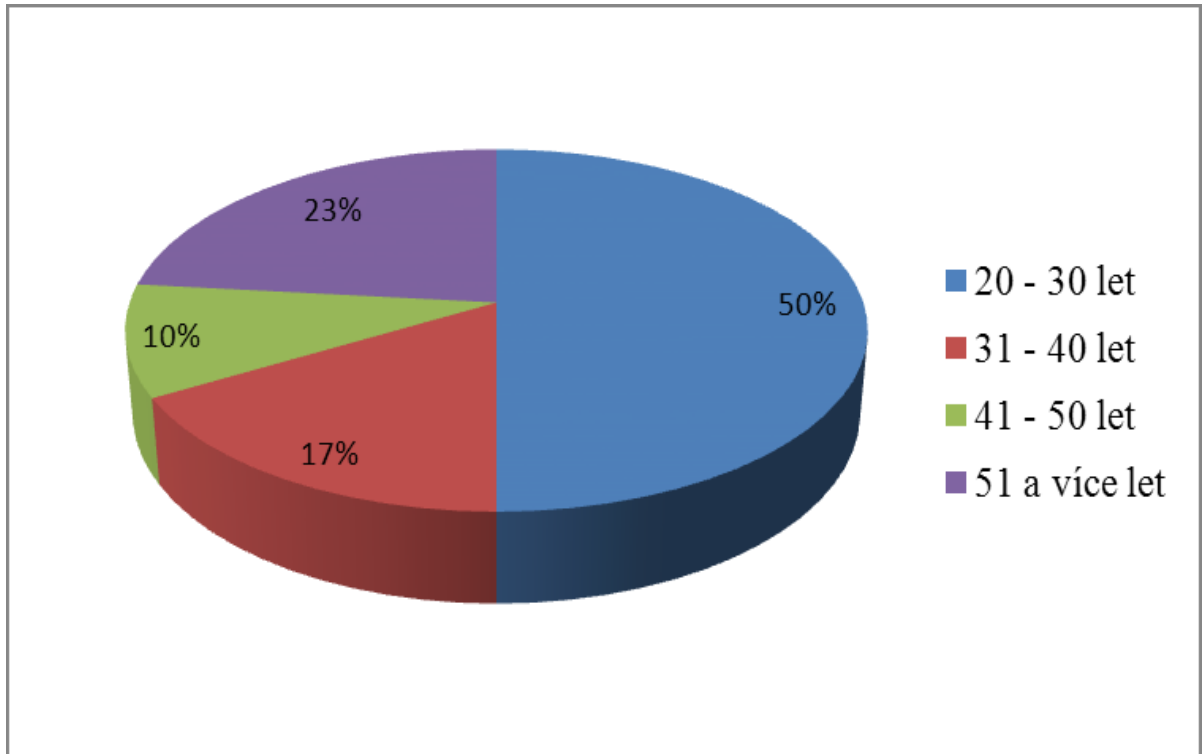
Tab. 1 Skladba pacientů na geriatrickém oddělení

skladba pacientů na patrech	počet na 1. patře	počet na 2. patře
permanentní močový katetr	15	15
inkontinentní pacienti částečně	3	8
inkontinentní pacienti zcela	15	15
tracheostomická kanyla	1	0
infuzní, či transfuzní terapie	5	6
pacienti s demencí, nebo delirantními stavy	25	22
pacienti, které je nutné krmit	10	8
pacienti s NG sondou, nebo PEGem	4	3
bariérový režim	1	2
chronická rána, nebo dekubitus	32	25
pacienti nevidomí, neslyšící, s poruchou řeči	10	8

Na tyto počty pacientů byl na oddělení podle rozpisu služeb tento počet personálu. Staniční sestra 1 na ranní směnu od 6 do 14.30 hod., zdravotní sestry směnové 2, nebo 1 sestra a 1 zdravotnický asistent na dvanácti hodinovou směnu a většinou 1 sanitářka a 1 ošetřovatelka taktéž na dvanáctihodinovou směnu a 1 sanitář na každé patro. Na noční směnu byla 1 zdravotní sestra a buď 1 ošetřovatelka, nebo 1 sanitářka. K nim na obě patra jeden sanitář. Tyto údaje jsem získala od vrchní sestry geriatrického oddělení, která je konzultantkou pro mou bakalářskou práci.

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

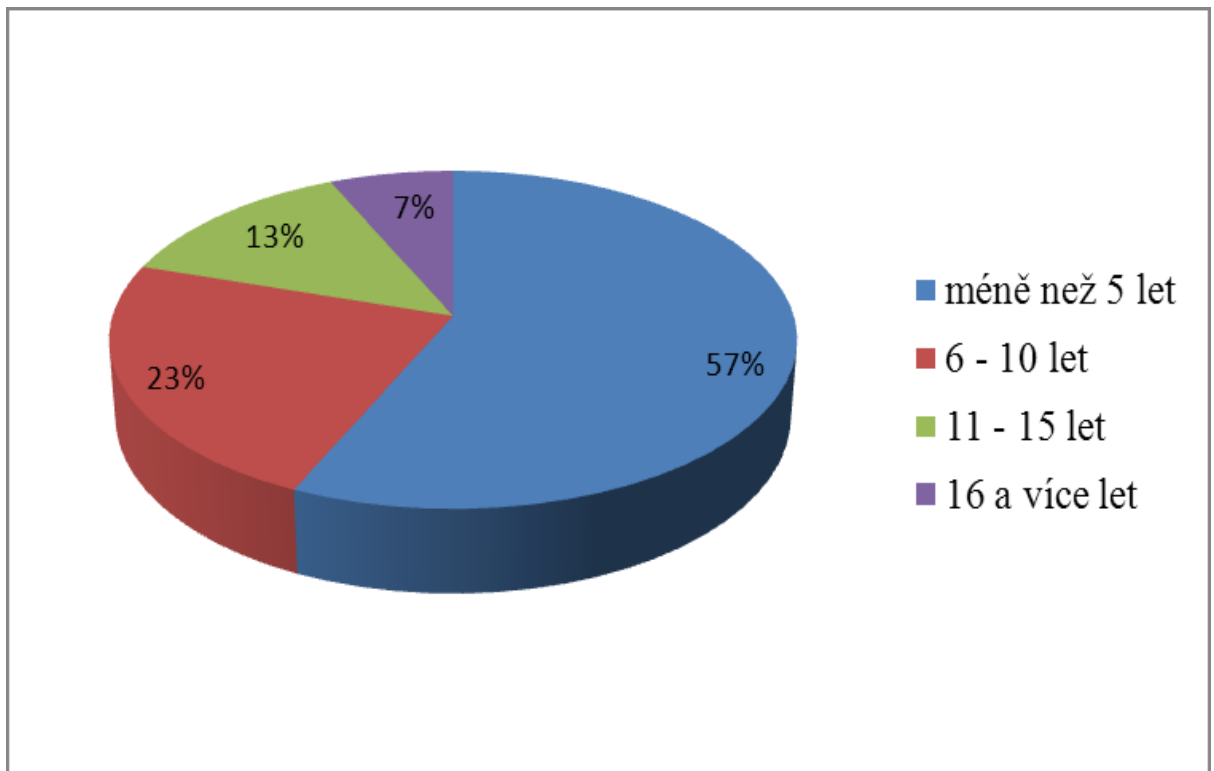
Otázka č. 1 – Věk



Obr. 1 Graf věku respondentů

Na geriatrickém oddělení pracuje 50% zdravotnic ve věku od 20 do 30 let, 17 % od 31 do 40 let, 10 % od 41 do 50 let a 23 % ve věku 51 a více let. Z toho vyplývá, že 2/3 zdravotnického personálu tvoří zdravotnice v mladším dospělém věku. Vychází to z náročnosti práce na tomto oddělení.

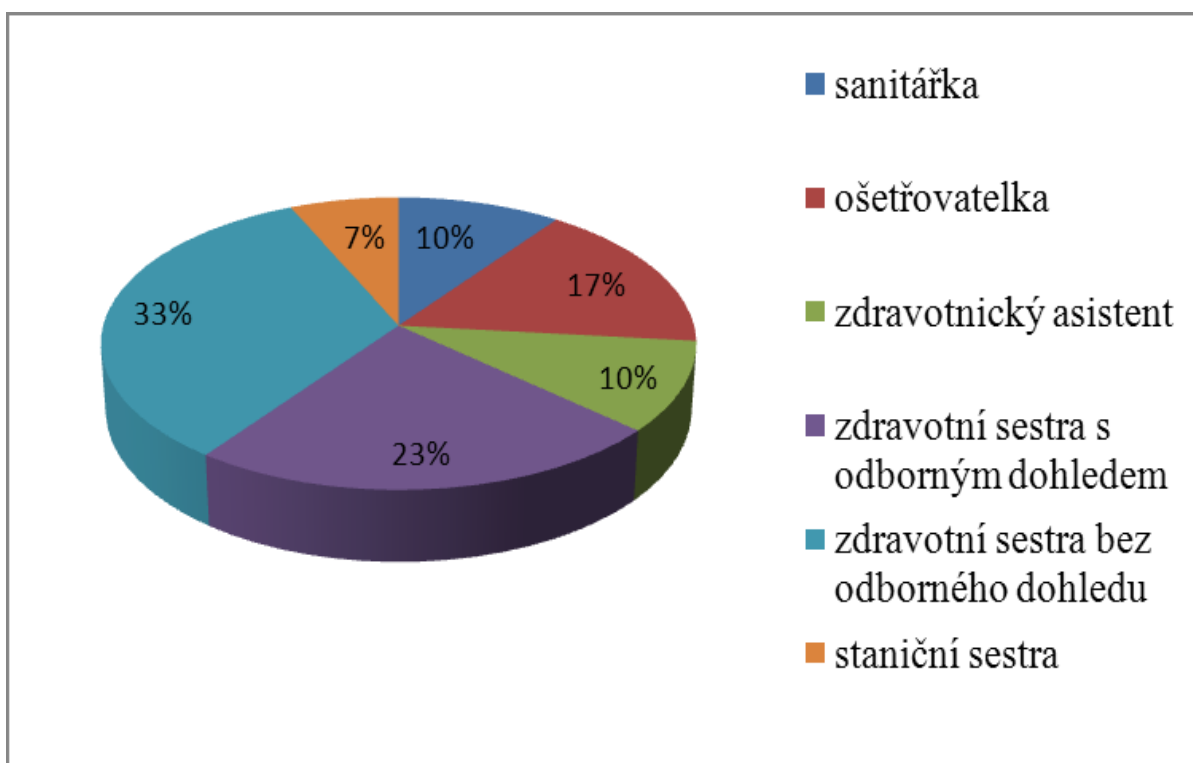
Otázka č. 2 - Jak dlouho pracujete na geriatrickém oddělení?



Obr. 2 Graf délky práce na geriatrickém oddělení

Na geriatrickém oddělení pracuje 57 % zdravotnic méně než 5 let, 23 % v rozmezí 6 až 10 let, 13 % 11 až 15 let a 7 % 16 a více let. Z této otázky vyplývá, že na tomto oddělení pracuje 80% personálu méně než 11 let.

Otázka č. 3 - Jaké je Vaše pracovní zařazení?



Obr. 3 Graf pracovního zařazení

Na geriatrickém oddělení pracuje 73 % středního zdravotnického personálu, 40 % bez odborného dohledu, 23 % s odborným dohledem a 10 % tvoří zdravotničtí asistenti. Pomocný zdravotnický personál a nižší zdravotnický personál tvoří 27%.

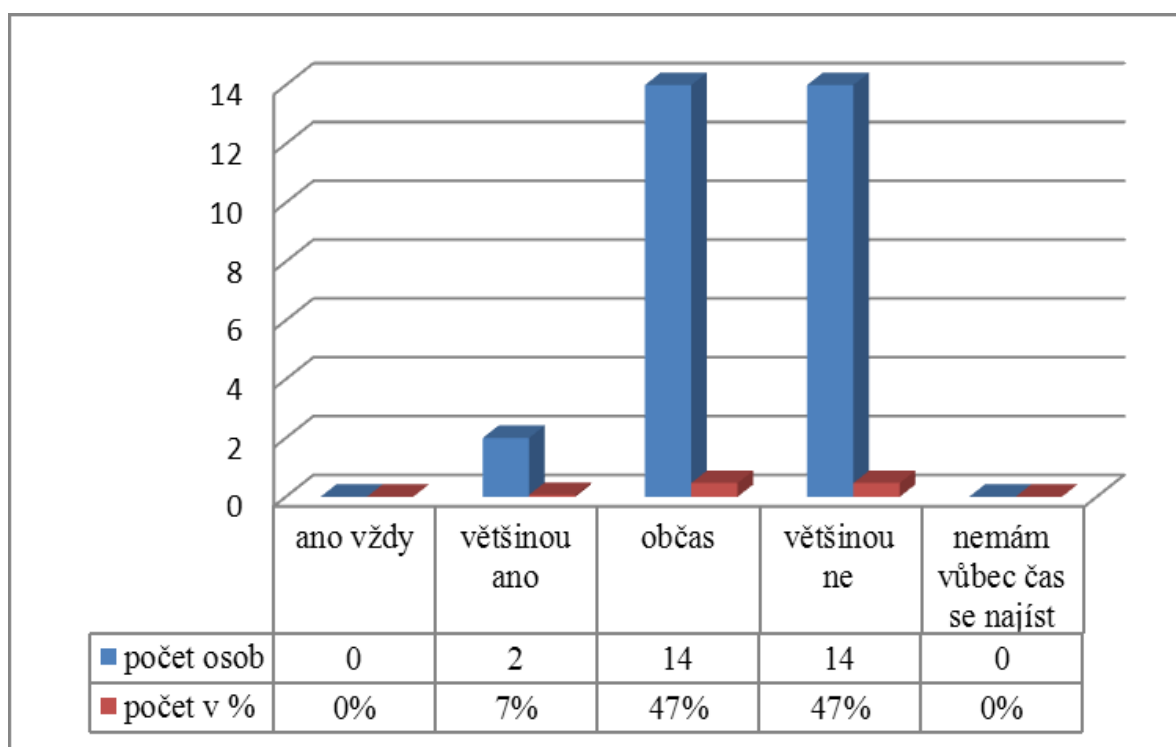
Otázka č. 4. - Vyhovuje Vám směnný režim, ve kterém pracujete?

Tab. 2 Spokojenost se směnným režimem – viz tab. 2.

spokojenost se směnným režimem	počet osob	Počet osob v %
ano	27	90%
ne	3	10%
celkem	30	100%

Na geriatrickém oddělení pracuje personál ve třísměnném 12 hodinovém režimu. Většina personálu je s tímto směnovým režimem spokojena, pouze 3 dotazovaným tento režim nevyhovuje.

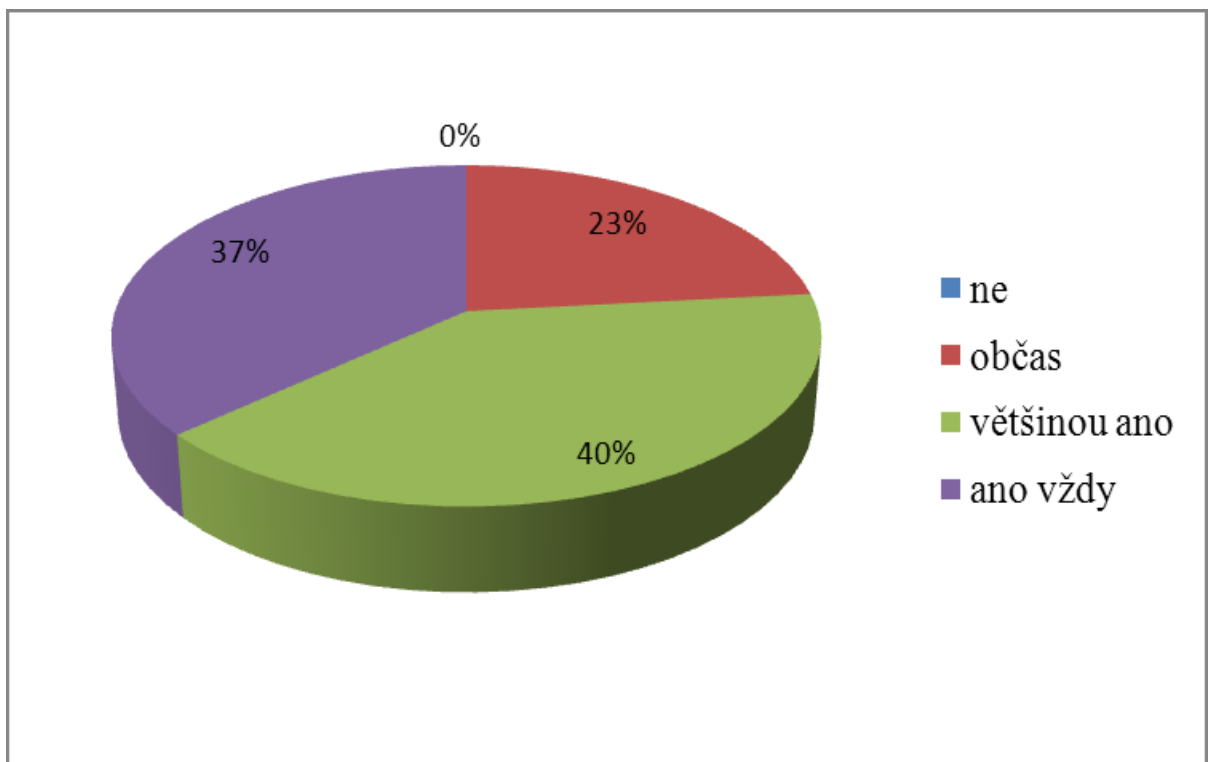
Otázka č. 5 - Máte čas se pravidelně v práci stravovat?



Obr. 4 Graf pravidelnosti stravování v práci

Z grafu vyplývá, že pouze 2 dotazované mají většinou čas na pravidelné stravování, 14 pouze občas a 14 většinou ne. Většina personálu se tedy nemá čas pravidelně stravovat.

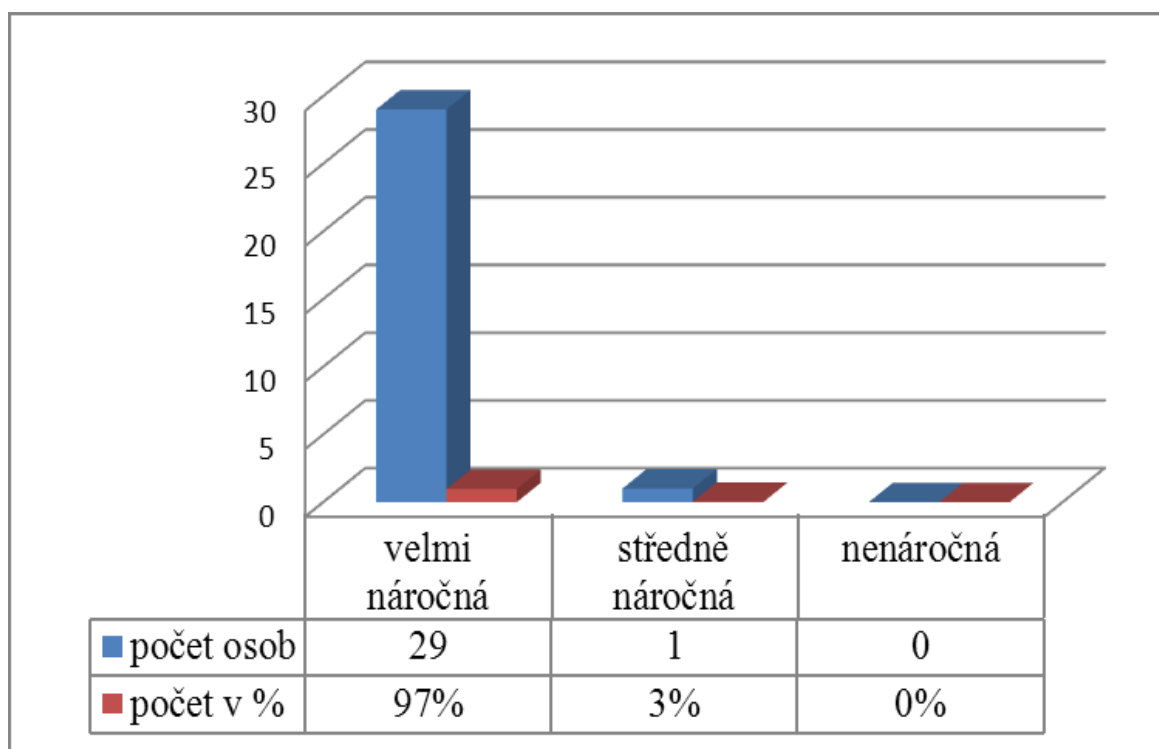
Otázka č. 6 - Cítíte se po práci fyzicky unavená?



Obr. 5 Graf fyzické unavenosti po práci

Z tohoto grafu vyplývá, že 37 % dotazovaných se cítí unavené jen občas, 63 % se cítí unavené většinou, nebo vždy.

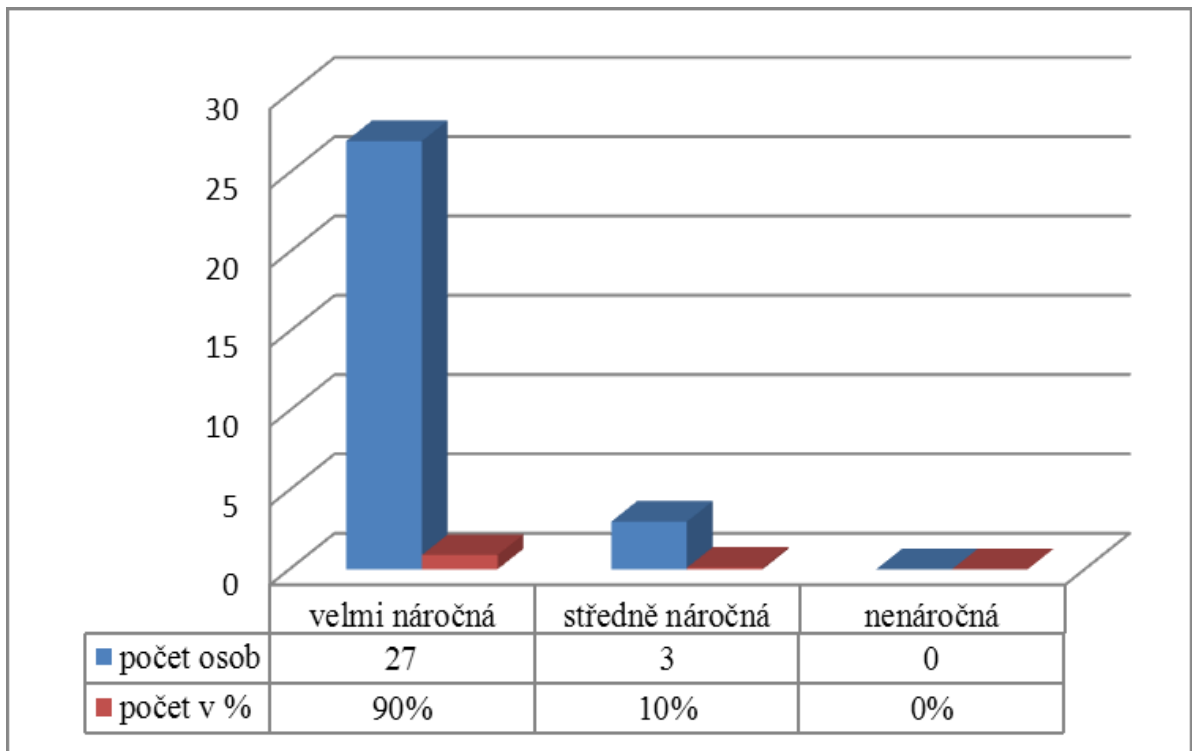
Otázka č. 7 - Jak vnímáte fyzickou zátěž na Vašem oddělení?



Obr. 6 Graf vnímání fyzické zátěže na oddělení

Na grafu je možno vidět, že téměř všechny dotazované vnímají svojí práci jako velmi fyzicky náročnou.

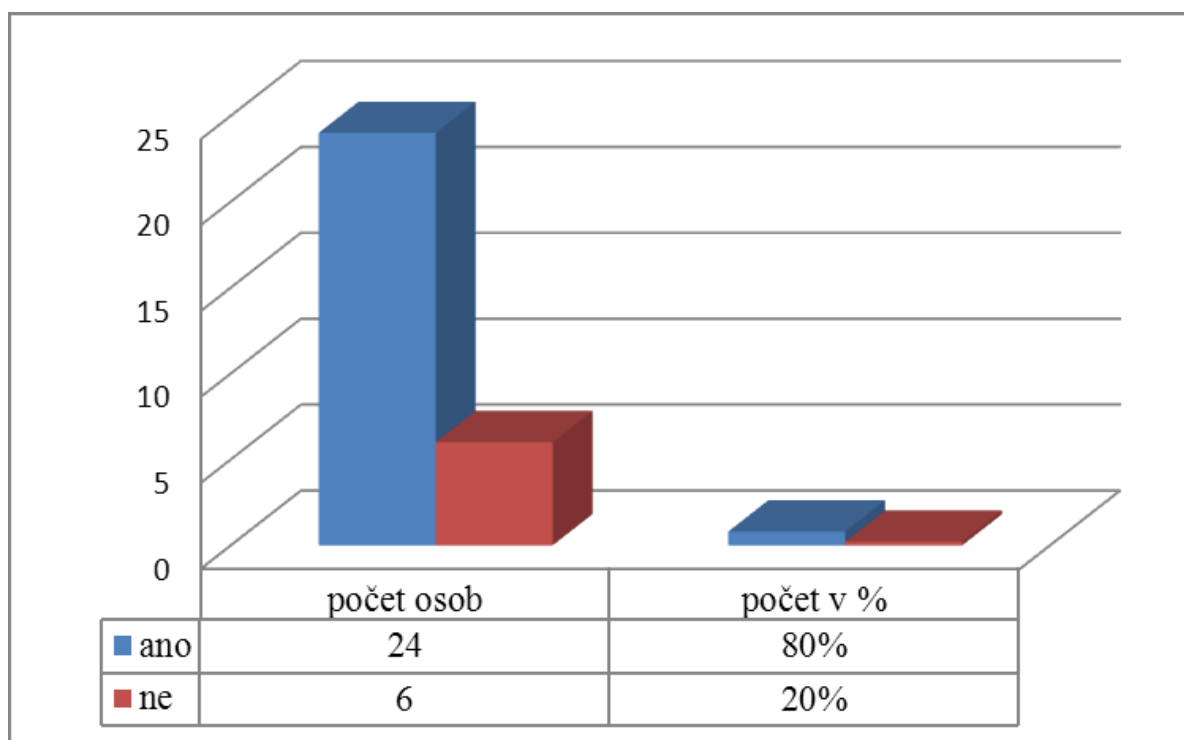
Otázka č. 8 - Jak vnímáte psychickou zátěž na Vašem oddělení?



Obr. 7 Graf vnímání psychické zátěže na oddělení

Pouze 3 dotazované vnímají svojí práci jako středně psychicky náročnou. Většina personálu tak vnímá svojí práci jako velmi psychicky náročnou.

Otázka č. 9 - Trpíte zdravotními tělesnými obtížemi?



Obr. 8 Graf zdravotních tělesných obtíží pečujícího personálu

Z grafu vyplývá, že 80 % personálu udává, že trpí nějakými zdravotními obtížemi. Jednotlivé zdravotní obtíže jsou popsány v tab. 3.

Tab. 3 Zdravotní obtíže

zdravotní obtíže	počet osob
bolesti hlavy	10
bolesti dolních končetin	11
varixy	4
bolesti zad	18
vysoký krevní tlak	1
zaživací obtíže	7
jiné	0

Zde zakřížkovaly dotazované více možných odpovědí. Nejvíce udávaly bolesti zad, celkem 18x, dále pak bolesti dolních končetin 11x, potom bolesti hlavy 10x, zaživací obtíže 7x, varixy 4x a jedna dotazovaná uvedla vysoký krevní tlak.

Otázka č. 10. - Které pracovní činnosti vnímáte jako fyzicky nejnáročnější?

Tab. 4 Fyzicky náročné pracovní činnosti

pracovní činnosti	počet odpovědí
administrativa	0
hygienická péče	9
polohování, vysazování a ukládání pacientů do lůžka	24
podávání stravy	0
doprovod pacienta na vyšetření	0
péče o pacienta v terminálním stádiu nemoci	11
asistence při výkonech	0

V této otázce volily některé dotazované více možných odpovědí. Jako nejvíce náročné volily polohování, vysazování a ukládání pacientů do lůžka, celkem 24x, dále pak péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci, celkem 11x, a hygienickou péči volilo jako velmi fyzicky náročnou 10 dotazovaných – viz tab. 4.

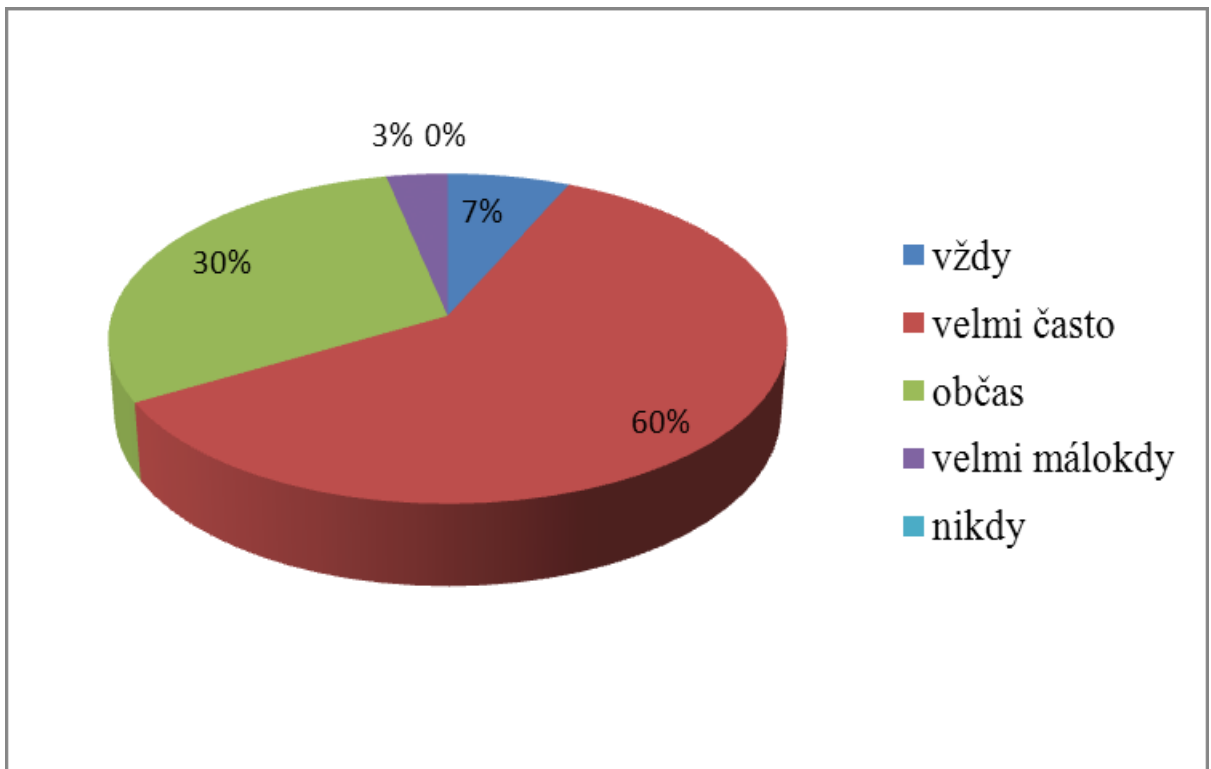
Otázka č. 11. - Které pracovní činnosti vnímáte jako psychicky nejnáročnější?

Tab. 5 Psychicky náročné pracovní činnosti

pracovní činnosti	počet odpovědí
administrativa	14
hygienická péče	2
polohování, vysazování a ukládání pacientů do lůžka	3
podávání stravy	0
doprovod pacienta na vyšetření	0
péče o pacienta v terminálním stádiu	23
asistence při výkonech	1

Zde také volily některé dotazované více možných odpovědí. Nejvíce psychicky náročnou udávaly péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci, celkem 23 dotazovaných, dále uvedlo 14 dotazovaných jako velmi psychicky náročnou administrativu a některé uvedly také jako velmi psychicky náročné polohování, vysazování a ukládání do lůžka, hygienickou péči a jedna vnímá velmi náročnou i asistenci při výkonech. – viz tab. 5.

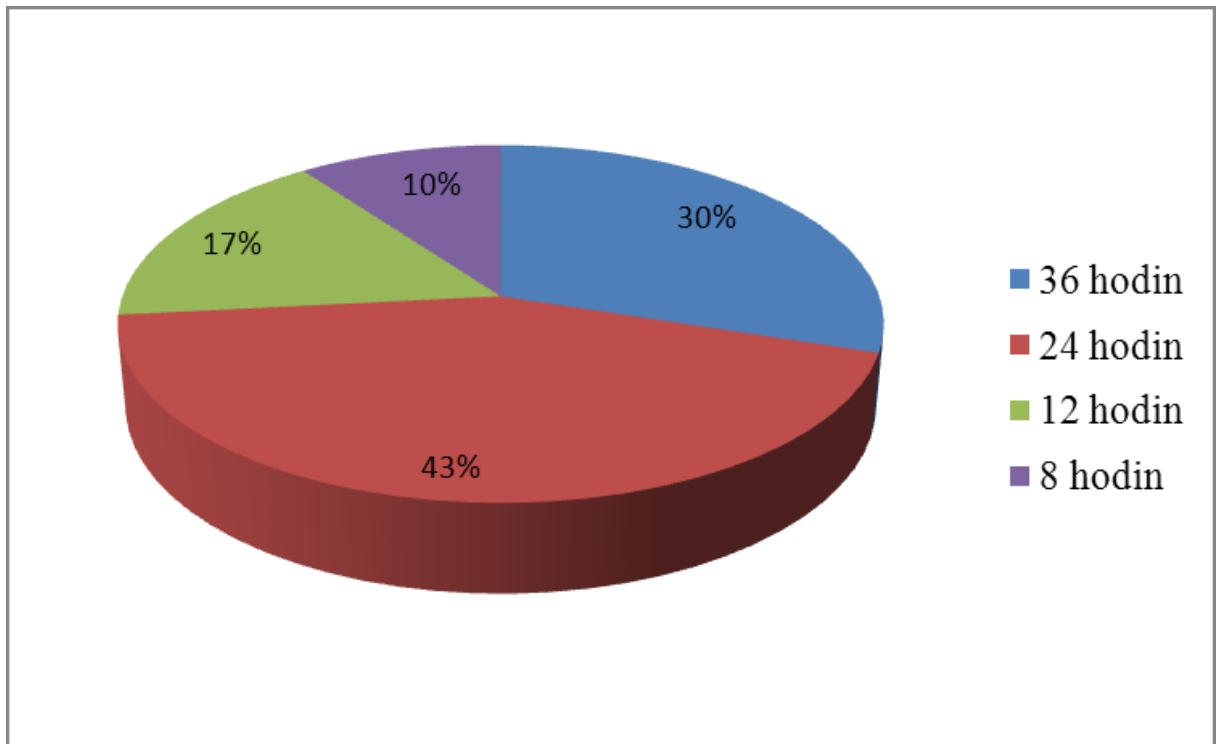
Otázka č. 12. - Jak často se cítíte po práci psychicky vyčerpaná?



Obr. 9 Graf pocitu psychické vyčerpanosti po práci

Zde uváděly dotazované nejčastěji, že se cítí psychicky vyčerpané v 60 % velmi často a 7 % vždy. 30 % je psychicky vyčerpano občas a jen 3 % což je jedna dotazovaná jen velmi málokdy. Žádná dotazovaná neuvedla, že by se po práci necítila nikdy psychicky vyčerpaná.

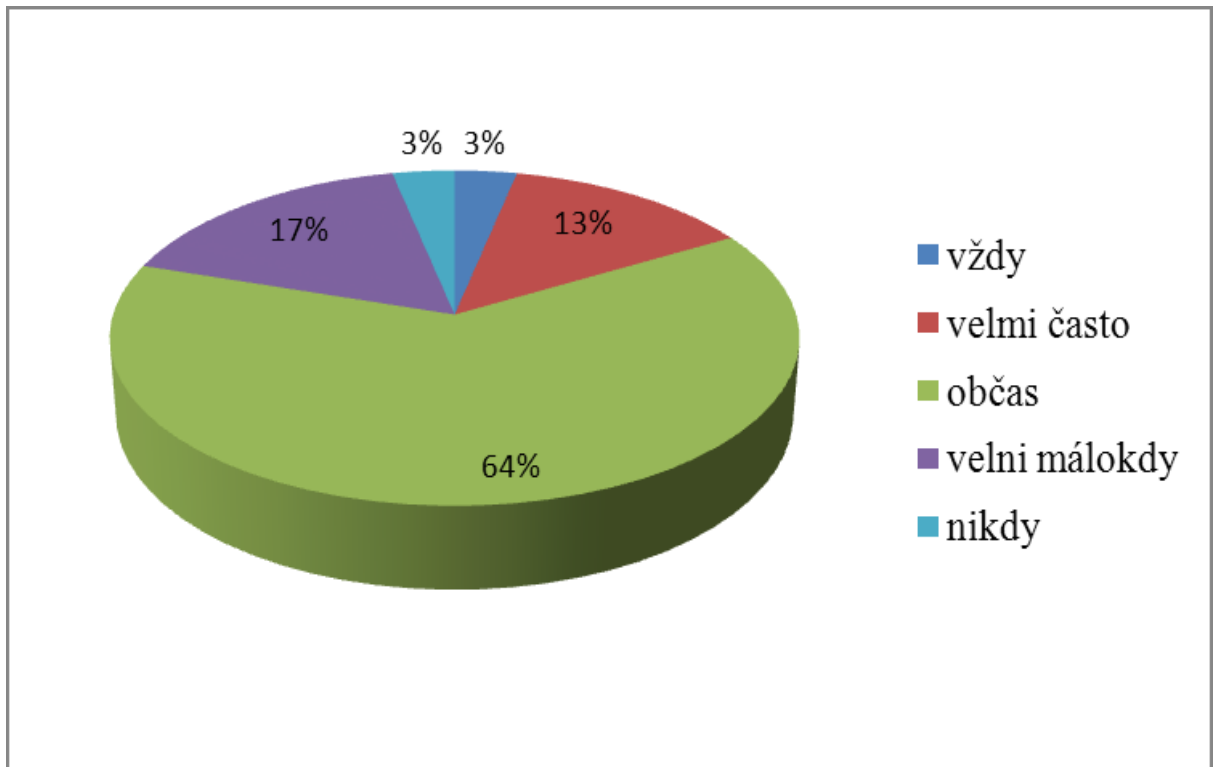
Otázka č. 13 - Kolik času minimálně potřebujete na obnovu vašich psychických a fyzických sil abyste mohla přijít na další směnu?



Obr. 10 Graf minimálního počtu hodin na obnovu psychických a fyzických sil

Téměř polovina dotazovaných potřebuje na obnovu svých psychických a fyzických sil minimálně 24 hodin, skoro třetina minimálně 36 hodin, 17 % potřebuje minimálně 12 hodin a jen 10 % dotazovaných stačí 8 hodin na odpočinek.

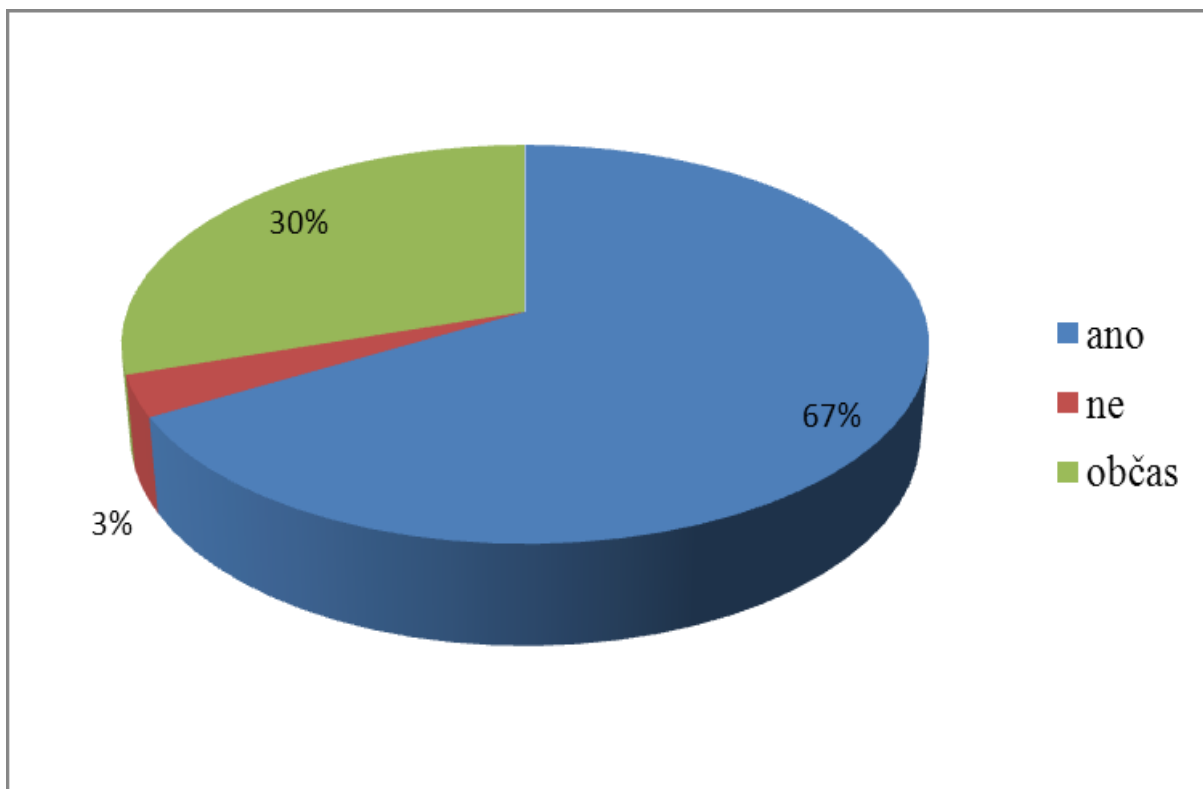
Otázka č. 14. - Jak často máte po skončení Vaší směny pocit, že jste něco zapoměla udělat, nebo zapsat?



Obr. 11 Graf pocitu zapomenutí některých pracovních povinností po skončení směny

16 % dotazovaných má pocit, že zapoměly něco udělat, nebo zapsat velmi často, nebo vřdy. Dvě třetiny dotazovaných má tento pocit občas a jen 20 % velmi málokdy, nebo nikdy.

Otázka č. 15 - Máte pocit, že pracujete v práci pod stresem?

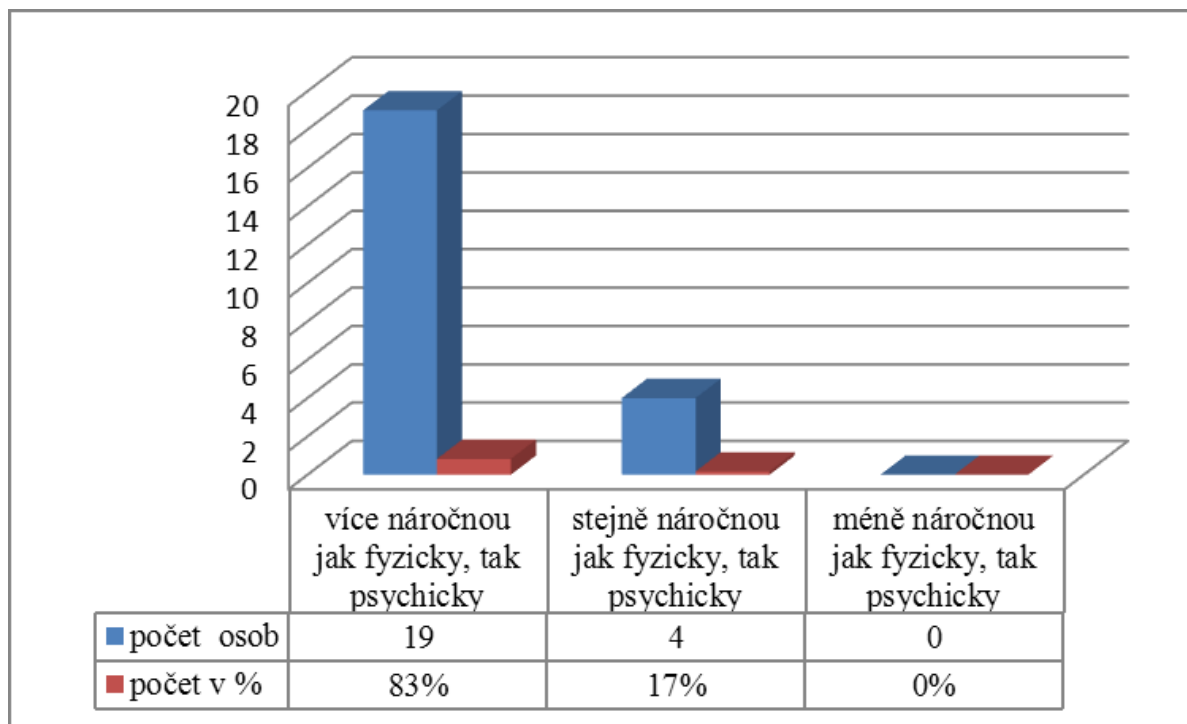


Obr. 12 Graf pocitu práce pod stresem

Téměř dvě třetiny dotazovaných má pocit, že pracuje pod stresem, 30 % občas a jen jedna dotazovaná se necítí v práci stresovaná.

Otázka č. 16. - Svoji práci vnímám jako

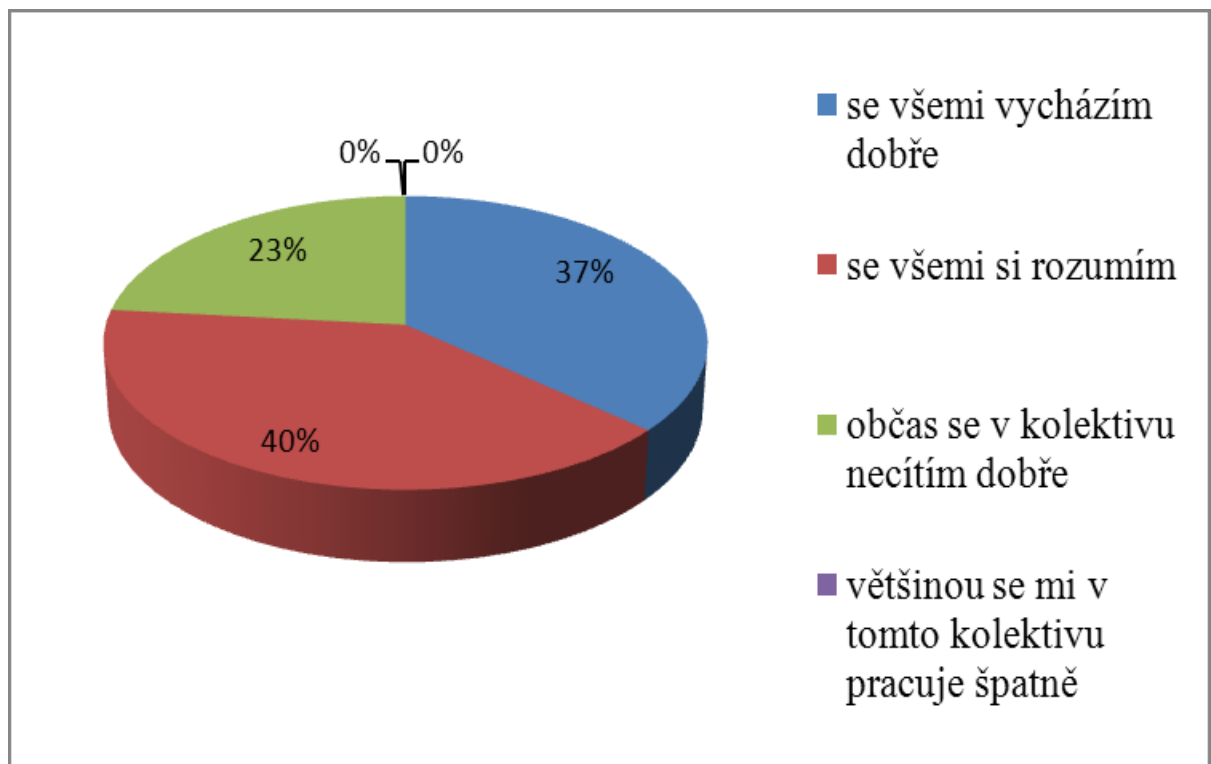
Na tuto otázku odpovězte, pokud jste pracovala i na jiném oddělení, či v jiném zdravotnickém zařízení.



Obr. 13 Graf vnímavosti své práce

Tato otázka byla určena pro ty, které již pracovaly na jiném oddělení. Odpovědělo na ní 25 dotazovaných. Většina z nich vnímá svoji práci jako více náročnou jak fyzicky, tak psychicky, 4 svoji nynější práci vnímají jako stejně náročnou. Žádná dotazovaná práci na geriatrickém oddělení nevnímá jako méně náročnou.

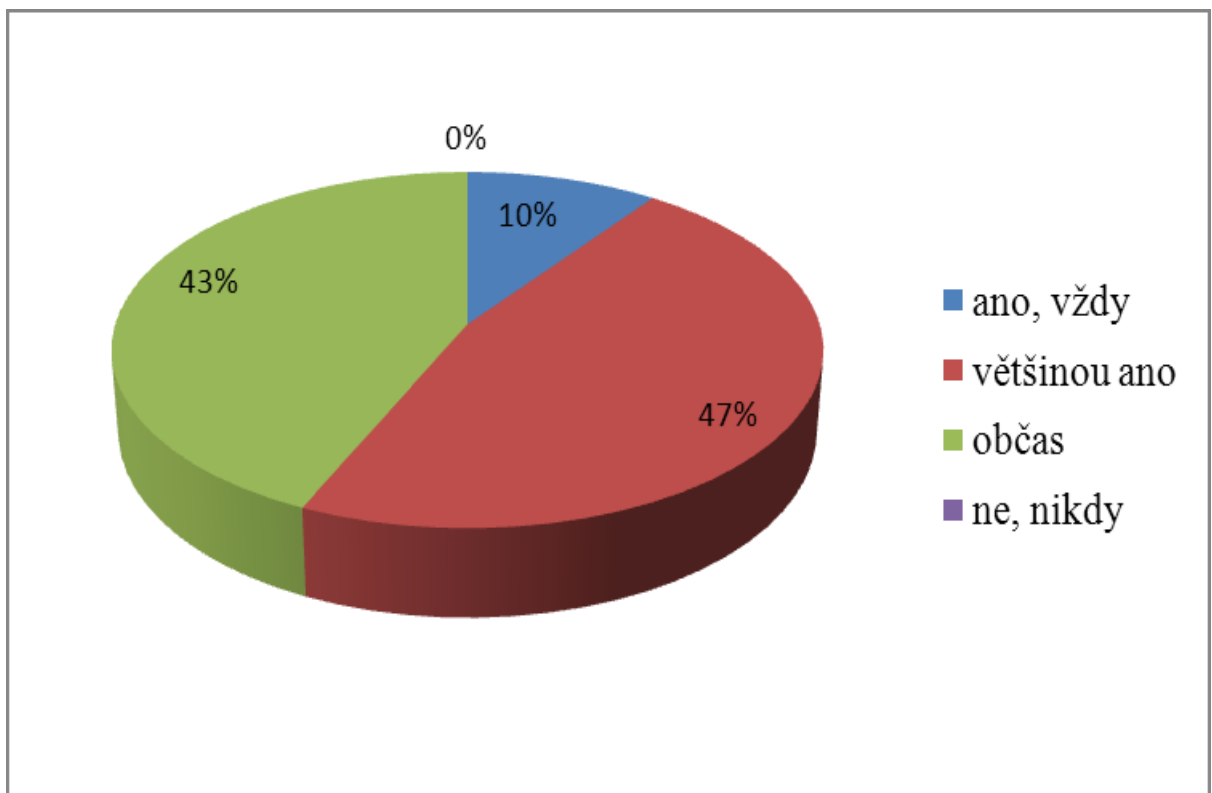
Otázka č. 17. Jak vnímáte Váš pracovní kolektiv?



Obr. 14 Graf vnímání svého pracovního kolektivu

77 % dotazovaných se cítí ve svém pracovním kolektivu dobře, jen 23 % udává, že se občas necítí v kolektivu dobře.

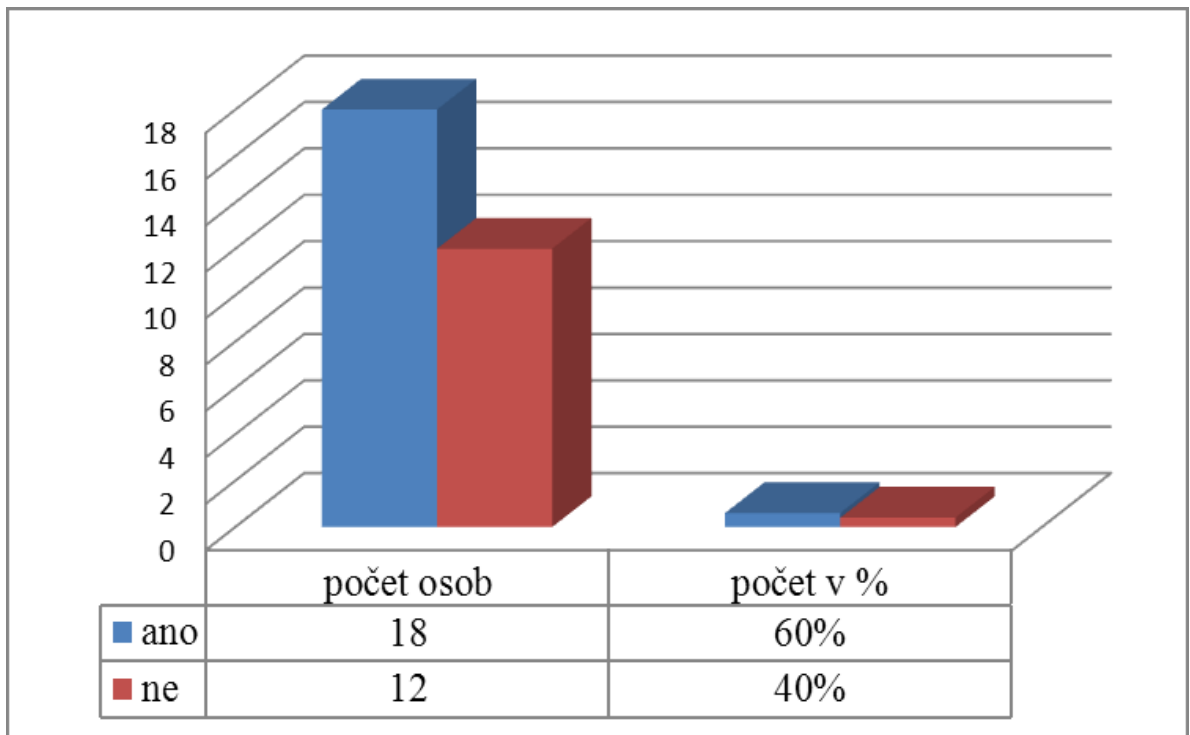
Otázka č. 18. - Řešíte se svými spolupracovníky, co Vám při práci nevyhovuje?



Obr. 15 Graf řešení pracovních nedostatků s ostatními

57 % dotazovaných udává, že se svými kolegyněmi většinou, nebo vždy řeší, co jim nevyhovuje v práci s nimi, zbytek dotazovaných toto řeší občas. Žádná dotazovaná neuvěděla, že by toto neřešila nikdy.

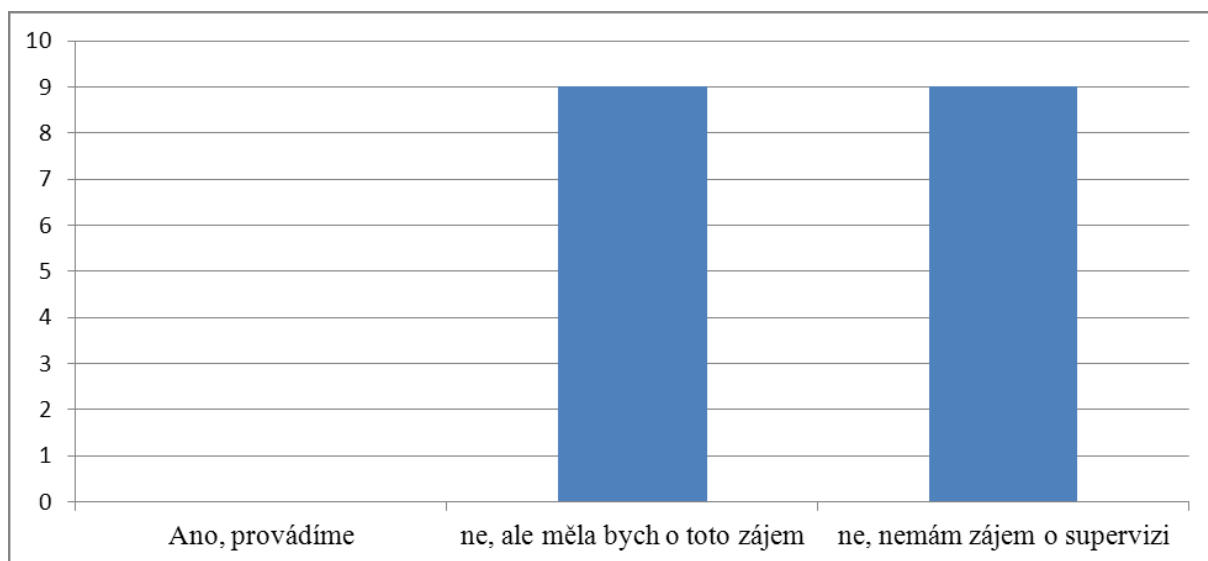
Otázka č. 19. - Víte, co znamená termín supervize?



Obr. 16 Graf znalosti termínu supervize

Z grafu vyplývá, že 60 % dotazovaných má povědomí o termínu supervize a 40 % neví, co tento termín znamená.

Otázka č. 20. - Provádíte supervizi na Vašem oddělení, popřípadě měla byste o toto zájem?



Obr. 17 Graf provádění supervize na oddělení

Na tuto otázku odpovídaly ty dotazované, které odpověděly kladně na předchozí otázku. Bylo jich celkem 18 a polovina z nich by měla zájem o supervizi, je to zhruba jedna třetina z celkového počtu dotazovaných.

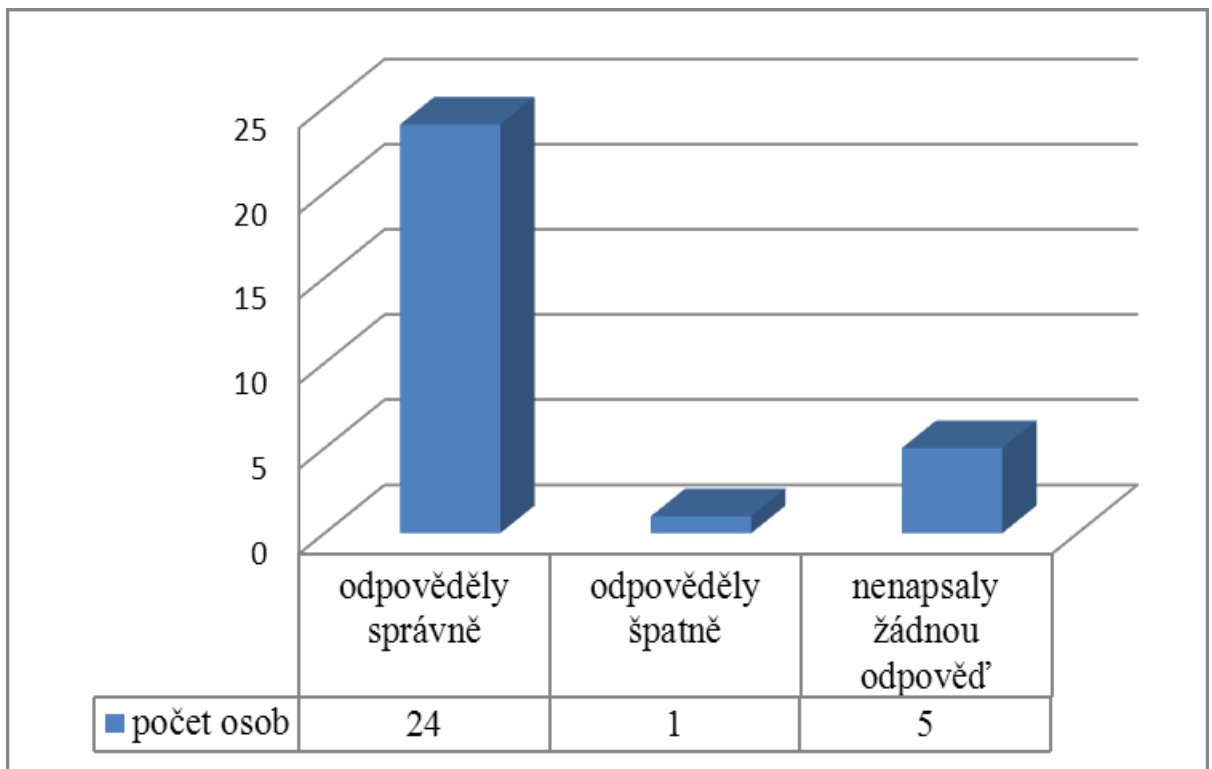
Otázka č. 21. - Znáte termín syndrom vyhoření?

Tab. 6 Znáte termín syndrom vyhoření?

Znáte termín syndrom vyhoření?	počet
ano, vím, co znamená	30
ano, ale nevím přesně, co znamená	0
ne, tento termín neznám	0

Na otázku, zda znají dotazované termín syndrom vyhoření, odpověděly všechny, že ano a že ví, co znamená – viz tab. 6.

Otázka č. 22. - Pokud víte, co syndrom vyhoření znamená, zkuste ho zde nyní jednoduše popsat svými slovy.



Obr. 18 Graf odpovědi na jednoduchý popis, co znamená syndrom vyhoření.

Na tuto otázku měly dotazované odpovědět vlastními slovy. I když v minulé otázce odpověděly všechny dotazované, že ví, co znamená termín syndrom vyhoření, jen 24 z nich odpovědělo zcela, nebo téměř správně, 5 jich nenapsalo žádnou odpověď, 1 napsala špatnou odpověď.

DISKUZE

Výzkumná otázka č. 1: Cítí se zdravotnický personál na geriatrickém oddělení fyzicky přetěžován?

„Sestra na pracovišti ujde průměrně denně 11,5 kilometrů, 96 minut stráví v předklonu a 392 minut stojí.“ (Valášková, Sestra 12/2008, str. 22)

Na pracovišti pracuje dle výsledků otázky č. 2 více jak polovina sester méně než 5 let, i toto může být důvodem zvýšené fyzické zátěže. Pouze 2 zaměstnankyně mají většinou čas na pravidelné stravování, ostatních 29 dotazovaných uvedlo, že mají na pravidelné stravování čas pouze občas a nebo se většinou nemají čas pravidelně stravovat vůbec (otázka č.5.). Pouze 23 % dotazovaných se cítí unavená po práci jen občas, 77 % se cítí unavená většinou nebo vždy (otázka č. 6). Téměř všechny dotazované vnímají svojí práci jako velmi fyzicky náročnou (otázka č. 7). 80 % personálu udává , že trpí nějakými zdravotními obtížemi. Nejvíce udávaly bolesti zad, celkem 18x, dále pak bolesti dolních končetin 11x, varixy 4x a jedna dotazovaná uvedla vysoký krevní tlak (otázka č. 9). Jako nejvíce náročné volily dotazované polohování, vysazování a ukládání pacientů do lůžka, celkem 24x, dále pak péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci, celkem 11x, a hygienickou péči volilo jako velmi fyzicky náročnou 10 dotazovaných (otázka č. 10). Téměř polovina dotazovaných potřebuje na obnovu svých psychických a fyzických sil minimálně 24 hodin, skoro třetina minimálně 36 hodin, 17 % potřebuje minimálně 12 hodin a jen 10 % dotazovaných stačí 8 hodin na odpočinek (otázka č. 13). Ty dotazované, které pracovaly na jiných odděleních, vnímají svojí práci jako více náročnou jak po fyzické, tak po psychické stránce (otázka č. 16). Z výzkumu vyplývá, že zdravotnický personál vnímá svojí práci jako velmi fyzicky náročnou a často se cítí fyzicky přetěžovaný. Vzhledem k tomu, že na průměrně 32 -33 pacientů je pouze 5 pečujících osob a minimálně polovina pacientů je odkázána zcela, nebo částečně na pomoc zdravotnického personálu, potřebují dopomoc při hygieně, vyprazdňování, jídle a jiných běžných denních činnostech jsou jejich pocity jistě oprávněné.

Výzkumná otázka č. 2: Cítí se zdravotnický personál často psychicky přetížený?

Na otázku, jak vnímají dotazované psychickou zátěž na svém oddělení, odpovědělo 90 %, že je pro ně velmi psychicky náročná (otázka č. 8). Téměř 2/3 se cítí po práci většinou, nebo vždy psychicky vyčerpané (otázka č. 12), Jako největší psychickou zátěž uvedly péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci 23x, druhá nejvíce psychicky zatěžující činnost byla pro dotazované administrativa 14x (otázka č. 11). Bolestmi hlavy trpí 10 dotazovaných a zažívacími obtížemi 7 (otázka č. 9). Jak jsem již prezentovala v minulé výzkumné otázce na obnovu fyzických a psychických sil potřebují velmi často alespoň 24 hodin (otázka č. 13) a práce na tomto oddělení je pro ně více psychicky a fyzicky zatěžující než na odděleních, kde pracovaly dříve (otázka č. 16). Téměř 2/3 dotazovaných má pocit, že pracuje pod stresem, (otázka č. 15). Z této výzkumné otázky vyplývá, že psychickou zátěž vnímají dotazované na tomto oddělení v převážné většině jako velmi náročnou a často se cítí psychicky přetížené. Některé trpí somatickými projevy stresového zatížení, jako jsou například bolesti hlavy, nebo zažívací obtíže, ty mohou pocházet však i z toho, že často nemají čas se v zaměstnání pravidelně stravovat. Na oddělení tohoto typu je velmi důležité navázat vztah se všemi pacienty. Mnohdy je to velmi náročné, velmi obtížně se navazuje kontakt s pacienty s demencí, či delirantními stavy, kterých je na tomto oddělení převážná většina, velmi psychicky náročné je také starat se o pacienty v terminálním stádiu nemoci, kteří se zde vyskytují ve větší míře, než na jiných odděleních. Další z možných stresových situací je převaz chronické rány, či dekubitů. I ty se na oddělení vyskytují v hojné míře. Nejen pohled na samotnou ránu, či její zápach, ale i bolest, kterou má pacient ať již při převazu, nebo v průběhu léčení působí negativně na personál. Je však důležité zachovat vždy profesionální přístup. Problémem je pak chladný přístup, nebo naopak velká citová angažovanost. Na oddělení se vyskytují i pacienti, kteří vyžadují bariérový režim, například pacienti s MRSA infekcí, nebo klostridiovou infekcí. Tito pacienti jsou izolováni na jednotlivých pokojích a mají individualizované všechny pomůcky. Ošetrovatelská péče o ně je náročnější, zdravotnický personál nesmí při jejich ošetřování opustit pokoj, aniž by se převlékl a odezinfikoval se. Vždy musí mít vše s sebou, nebo ještě jednoho z týmu, který mu asistuje a podává potřebné pomůcky. Má pak pocit, že nestíhá ostatní práci a chybí při dalších ošetrovatelských, či odborných úkonech v týmu.

Výzkumná otázka č. 3: Je zdravotnický personál spokojený ve své práci?

Tuto otázku jsem pojala spíše jako spokojenost při práci v pracovním kolektivu. 2/3 dotazovaných uvádí, že mají dobrý pracovní kolektiv. Pouze 23 % dotazovaných se občas necítí v kolektivu dobře (otázka č. 17). Více jak polovina uvádí, že téměř nebo vždy řeší se svými kolegyňemi, co jim při práci nevyhovuje, 43 % řeší toto jen občas. Při dotazu, zda znají sestry termín supervize, mi odpovědělo 18 z 30 dotazovaných, že ví, co termín znamená (otázka č. 19). Na oddělení se supervize neprovádí a jen 9 dotazovaných, které uvedly, že ví, co tento termín znamená, by mělo o supervizi zájem (otázka č. 20).

Burgerová, (2010) uvádí: *„Zjištění, že pro většinu respondentů je supervize podporou a k práci ji potřebují, ukazuje na to, že tuto službu považují pracovníci LDN za velmi důležitou.“* Výsledky mého výzkumu se poměrně liší od výsledků, které uvádí. Spíše se blíží výroku, který uvádí Venglářová, (2007), že se zdravotníci spíše zdráhají, nebo i obávají přijmout profesionální podporu, například formou supervize. Celkově však z výzkumu vyplývá, že jsou dotazované většinou v pracovním kolektivu spokojené.

Výzkumná otázka č. 4: Je většina personálu seznámena s problematikou syndromu vyhoření?

Všechny dotazované uvedly, že ví, co syndrom vyhoření znamená (otázka č. 21), 5 však nenapsalo žádnou stručnou charakteristiku, jedna odpověděla špatně a zbylých 24 dotazovaných napsalo zhruba správný popis toho, co syndrom vyhoření znamená (otázka č. 22). Lze tedy usuzovat, že ty dotazované, které neodpověděly, co syndrom vyhoření znamená, neznaly správnou odpověď. Z výzkumu vyplývá, že většina dotazovaných ví, co tento termín znamená.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit fyzickou a psychickou zátěž na geriatrickém oddělení, jak je personál spokojený v zaměstnání a zda zná pojem syndrom vyhoření. Míru fyzické a psychické zátěže vnímá většina dotazovaných jako velmi vysokou. Ze skladby pacientů na oddělení a náročnosti péče o ně vyplývá, že jejich pocity jsou oprávněné. Určitě by se také dalo změřit jak dlouho která činnost u pacienta, nebo s ním trvá a zda je počet pečujících osob o ně dostačující. Toto by mohlo být námětem další bakalářské práce na téma zátěže zdravotnického personálu. Kolektiv hodnotí dotazované vcelku kladně. Základní povědomí o syndromu vyhoření zhruba mají. Jen 9 dotazovaných z celkového počtu má však zájem o supervizi. Domnívám se, že je to spíše z nevědomosti. Dle mého názoru by si mohla některá ze sester připravit přednášku na téma syndrom vyhoření a supervize. Přispělo by to určitě k dalšímu vzdělávání zdravotnického personálu na oddělení a jeho informovanosti v této problematice. Myslím si, že by pak mělo o supervizi zájem více dotazovaných a lépe by porozuměly, co syndrom vyhoření znamená. Pokud by pak měly o supervizi zájem, mohlo by vedení oslovit některého pracovníka z týmu klinických psychologů pracujících v nemocnici a zkusit supervizi praktikovat. Dále by se pak mohlo zjistit, do jaké míry jsou pracovníci ohroženi, či zasaženi syndromem vyhoření, pomocí standardizovaných dotazníků, třeba formou další bakalářské práce.

Péče o geriatrického pacienta je velmi náročná jak z pohledu medicínského, kdy starý člověk nemá jen jednu diagnózu, ale je polymorbidní, jeho onemocnění nemívají klasický průběh a většinou vyžaduje multidisciplinární přístup, tak z hlediska ošetrovatelského. Často bývá v důsledku involučních změn a geriatrické křehkosti imobilní, inkontinentní, dochází u něj k psychickým změnám, mění se stravovací návyky, nemívá pocit hladu a žízně. V důsledku toho pak vzniká malnutriční syndrom a získat ho ke spolupráci je velmi složité. Častěji se zde setkáváme se smrtí, chronickými ránami a dekubity. Nejen proto je doba hospitalizace delší. Léčba a rekonvalescence nemocných je pak náročnější. Stoupá tak fyzická a psychická zátěž pečujícího personálu a jejich odbornost musí být z více oborů.

Jak jsem uvedla v úvodu, také jsem na tomto oddělení pracovala. Byla jsem zde zaměstnaná 6 let. Nejednou jsem sama pociťovala velkou psychickou i fyzickou únavu. Občas jsem se cítila velmi deprimovaná a stresovaná a bála jsem se, že mě zasáhne syndrom vyhoření. Nyní jsem již druhým rokem na mateřské dovolené a zjišťuji, že mi nejen má práce, ale i kolektiv schází a těším se vždy na společné setkání s nimi.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

• Monografická publikace

1. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4
2. KLEVETOVÁ, D.; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
3. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres : příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0
4. MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, H. ET. al. *Akutní stavy v geriatrii*. 1. vyd. Praha : Galen, 2009. ISBN 978-80-7262-620-5
5. STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5
6. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-2170-8.
7. VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi : syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2
8. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-2247-1262-8

• Článek v seriálové publikaci

1. BURGEROVÁ, M. Syndrom vyhoření u personálu LDN. *Zdravotnické noviny*. 2010, roč. 59, č. 38, s. 25.
2. VALÁŠKOVÁ, D. Sestra stráví denně v předklonu 96 minut. *Sestra*. 2008, č. 12, s. 22.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Graf věku respondentů

Obr. 2 Graf délky práce na geriatrickém oddělení

Obr. 3 Graf pracovního zařazení

Obr. 4 Graf pravidelnosti stravování v práci

Obr. 5 Graf fyzické unavenosti po práci

Obr. 6 Graf vnímání fyzické zátěže na oddělení

Obr. 7 Graf vnímání psychické zátěže na oddělení

Obr. 8 Graf zdravotních tělesných obtíží pečujícího personálu

Obr. 9 Graf pocitu psychické vyčerpanosti po práci

Obr. 10 Graf minimálního počtu hodin na obnovu psychických a fyzických sil

Obr. 11 Graf pocitu zapomenutí některých pracovních povinností po skončení směny

Obr. 12 Graf pocitu práce pod stresem

Obr. 13 Graf vnímavosti své práce

Obr. 14 Graf vnímání svého pracovního kolektivu

Obr. 15 Graf řešení pracovních nedostatků s ostatními

Obr. 16 Graf znalosti termínu supervize

Obr. 17 Graf provádění supervize na oddělení

Obr. 18 Graf odpovědi na jednoduchý popis, co znamená syndrom vyhoření

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Skladba pacientů na geriatrickém oddělení

Tab. 2 Spokojenost se směnným režimem

Tab. 3 Zdravotní obtíže

Tab. 4 Fyzicky náročné pracovní činnosti

Tab. 5 Psychicky náročné pracovní činnosti

Tab. 6 Znáte termín syndrom vyhoření?

DOTAZNÍK

Dobrý den,

Do rukou se Vám dostává dotazník, jehož vyplnění je anonymní a zcela dobrovolné. Veškeré získané informace budou použity k vypracování mé bakalářské práce s názvem: „*Pracovní zátěž nelékařského zdravotnického personálu na nemocničním geriatrickém oddělení*“.

Obracím se proto na Vás s prosbou, abyste podle svého názoru zaškrtnuly čtvereček s Vaší odpovědí. Je jen na Vás zda některé z otázek ponecháte bez odpovědi. Zodpovíte-li však všechny, přispějete velmi významným způsobem k objektivitě celé práce.

Rozhodnete-li se tento dotazník vyplnit, děkuji Vám za spolupráci i čas, který jste mi tímto věnovali.

Jana Samaranská

studentka 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií

Univerzita Pardubice

1. Věk

- 20-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- 50 a více let

2. Jak dlouho pracujete na geriatrickém oddělení?

- méně než 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- více než 15 let

3. Jaké je Vaše pracovní zařazení?

- Sanitářka
- Ošetřovatelka
- Zdravotnický asistent
- Zdravotní sestra s odborným dohledem
- Zdravotní sestra bez odborného dohledu
- Staniční sestra

4. **Vyhovuje Vám směnný režim, ve kterém pracujete?**
- Ano
 - Ne
5. **Máte čas se v práci pravidelně stravovat?**
- Ano vždy
 - Většinou ano
 - Občas
 - Většinou ne
 - Nemám vůbec čas se najíst
6. **Cítíte se po práci fyzicky unavená?**
- Ne
 - Občas
 - Většinou ano
 - Ano vždy
7. **Jak vnímáte fyzickou zátěž na Vašem oddělení?**
- Velmi náročná
 - Středně náročná
 - Nenáročná
8. **Jak vnímáte psychickou zátěž na Vašem oddělení?**
- Velmi náročná
 - Středně náročná
 - Nenáročná
9. **Trpíte zdravotními tělesnými obtížemi?**
- Ne
 - Ano Jaké?
 - bolesti hlavy
 - bolesti dolních končetin
 - varixy
 - bolesti zad
 - vysoký krevní tlak
 - zažívací potíže
 - jiné

10. Které pracovní činnosti vnímáte jako fyzicky nejnáročnější?

- Administrativa
- Hygienická péče
- Polohování, vysazování a ukládání do lůžka
- Podávání stravy
- Doprovod pacienta na vyšetření
- Péče o pacienta v terminálním stadiu nemoci
- Asistence při výkonech

11. Které pracovní činnosti vnímáte jako psychicky nejnáročnější?

- Administrativa
- Hygienická péče
- Polohování, vysazování a ukládání do lůžka
- Podávání stravy
- Doprovod pacienta na vyšetření
- Péče o pacienta v terminálním stadiu nemoci
- Asistence při výkonech

12. Jak často se cítíte po práci psychicky vyčerpaná?

- Vždy
- Velmi často
- Občas
- Velmi málokdy
- Nikdy

13. Kolik času minimálně potřebujete na obnovu Vašich psychických a fyzických sil, abyste mohla přijít na další směnu?

- Minimálně 8 hodin
- Minimálně 12 hodin
- Minimálně 24 hodin
- Minimálně 36 hodin
- Minimálně 48 hodin

- 14. Jak často máte po skončení Vaší směny pocit, že jste něco zapoměla udělat, nebo zapsat?**
- Vždy
 - Velmi často
 - Občas
 - Velmi málokdy
 - Nikdy
- 15. Máte pocit, že pracujete v práci pod stresem?**
- Ano
 - Ne
 - Občas
- 16. Na tuto otázku odpovězte, pokud jste pracovala i na jiném oddělení, či v jiném zdravotnickém zařízení.**
- Svoji práci vnímám jako:**
- Více náročnou jak psychicky, tak fyzicky
 - Stejně náročnou jak fyzicky, tak psychicky
 - Méně náročnou jak fyzicky, tak psychicky
- 17. Jak vnímáte Váš pracovní kolektiv?**
- Se všemi vycházím dobře
 - Se všemi si rozumím
 - Občas se v kolektivu necítím dobře
 - Většinou se mi v tomto kolektivu pracuje špatně
 - Tento kolektiv mi nevyhovuje
- 18. Řešíte se svými spolupracovníky, co Vám při práci nevyhovuje?**
- Ano vždy
 - Většinou ano
 - Občas
 - Ne, nikdy
- 19. Víte, co znamená termín „Supervize“?**
- Ano
 - Ne

Pokud jste odpověděli ano, pokračujte otázkou č. 20, pokud ne, pokračujte otázkou 21.

20. Provádíte Supervizi na Vašem oddělení, popřípadě měla byste o toto zájem?

- Ano, provádíme
- Ne, ale měla bych o toto zájem
- Ne, nemám zájem o Supervizi

21. Znáte termín “Syndrom vyhoření“?

- Ano, vím, co to znamená
- Ano, ale nevím přesně, co znamená
- Ne, tento termín neznám.

22. Pokud víte, co Syndrom vyhoření znamená, zkuste ho nyní zde jednoduše popsat svými slovy.
