

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



## Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester

Bc. Kateřina Podzemská

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2016

Prague College of Psychosocial Studies



# Factors influencing the emergence of burnout syndrome among nurses

Bc. Kateřina Podzemská

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mudr. Olga Dostálová, CSc.

Prague 2016

## Anotace

Tato práce se zabývá faktory, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření obecně, především však u zdravotních sester. Teoretická část práce zahrnuje základní poznatky týkající se psychologie syndromu vyhoření se zaměřením na rizikové faktory a specifika práce zdravotní sestry. Autorka provedla vlastní výzkumné šetření a formulovala pět výzkumných hypotéz, které se zaměřily na syndrom vyhoření ve vztahu k pracovnímu prostředí, věku, rodinnému stavu, depresivnímu naladění a úvaze o odchodu ze zaměstnání. Předmětem výzkumného šetření byly zdravotní sestry z karlovarské krajské nemocnice, polikliny Bezručova a polikliniky Karlovy Vary, u kterých byly pomocí dotazníkových metod (MBI, Beckův inventář deprese a dotazník vlastní konstrukce) zjištěny potřebné informace. V závěru autorka uvádí doporučení pro další výzkum.

## Klíčová slova

Syndrom vyhoření, rizikové faktory syndromu vyhoření, diagnostika a prevence syndromu vyhoření, zdravotní sestra, depresivní naladění, interní oddělení, ambulantní sféra

## Abstract

This diploma thesis sheds light on the factors, which influence the emergence of burnout syndrome among nurses. Examines the correlation degree of burnout with working environment, age, marital status, depressive state of mind and thoughts about leaving work. The theoretical part encompasses the basic findings pertaining to the psychology of burnout with a focus on the risk factors and the nature of the nurse work. On the basis of the theoretical material the author formulates five research hypotheses, which shall be verified in the practical part. The subject of research was gathered through questionnaire methods (MBI, Beck depression inventory, and a questionnaire of self construction. In the conclusion the author goes on to state her recommendations for further research in the given field.

## Keywords

Burnout syndrome, burnout syndrome risk factors, diagnostics and burnout prevention, nurse, depressive mood, internal department, outpatient sector

## Prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem svou práci magisterské zkoušky na téma Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 30. 07. 2016

.....

Bc. Kateřina Podzemská

### Poděkování

Děkuji paní doktorce Olze Dostálové za velmi vstřícný přístup, ochotnou spolupráci a cenné rady při psaní této práce.

Chtěla bych také poděkovat vrchní sestře interního oddělení Karlovarské krajské nemocnice a.s. paní Danuši Klecanové a vedení Poliklinice Bezručova a Poliklinice Karlovy Vary za umožnění realizace výzkumu.

V Praze dne 30. 07. 2016

.....

Bc. Kateřina Podzemská

# Obsah

Úvod.....	9
<b>1 SYNDROM VYHOŘENÍ .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Vymezení syndromu vyhoření .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Fáze procesu syndromu vyhoření.....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 Klasifikace syndromu vyhoření.....</b>	<b>17</b>
<b>1.4 Symptomy.....</b>	<b>18</b>
1.4.1 Symptomy na psychické úrovni.....	18
1.4.2 Symptomy na fyzické úrovni .....	19
1.4.3 Symptomy na úrovni sociálních vztahů .....	19
<b>1.5 Diagnostika syndromu vyhoření .....</b>	<b>20</b>
1.5.1 Diagnostika dotazníkovými metodami .....	20
1.5.2 Syndrom vyhoření a jiné duševní poruchy.....	22
<b>1.6 Léčba .....</b>	<b>22</b>
1.6.1 Psychoterapie .....	23
1.7.2 Relaxace .....	24
<b>1.7 Prevence vyhoření.....</b>	<b>25</b>
1.7.1 Prevence u zdravotnického personálu .....	25
<b>2 PRÁCE ZDRAVOTNÍ SESTRY .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Role a osobnost zdravotní sestry .....</b>	<b>27</b>
2.1.1 Motivace k volbě práce zdravotní sestry .....	28
2.1.2 Pracovní zátěž vyplývající z povolání zdravotní sestry .....	28
2.1.3 Důsledky opotřebování v práci zdravotní sestry.....	29
2.2.1 Práce sestry na standardním interním oddělení.....	30
2.2.2 Práce sestry v ambulantní sféře .....	31
<b>3 FAKTORY SYNDROMU VYHOŘENÍ .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Vybrané psychologické koncepce ve vztahu k syndromu vyhoření.....</b>	<b>35</b>
3.1.2 Chování typu A/B.....	35
3.1.2 Nezdolnost.....	36
3.1.3 Motivace a smysl života .....	37
<b>3.2 Vnější faktory .....</b>	<b>38</b>
3.2.1 Sociální opora.....	38
3.2.1 Zaměstnání a organizace práce .....	39

<b>3.3 Zátěžové faktory ve zdravotnictví.....</b>	<b>40</b>
3.3.1 Nespecifické zátěžové faktory ve zdravotnictví.....	40
3.3.2 Specifické zátěžové faktory u vybraných skupin zdravotníků.....	41
3.3.3 Protektivní faktory práce ve zdravotnictví.....	42
<b>4 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Úvod k výzkumnému šetření .....</b>	<b>43</b>
<b>4.2 Charakteristika výzkumného vzorku .....</b>	<b>44</b>
<b>4.3 Cíl výzkumu a vymezení výzkumných hypotéz.....</b>	<b>46</b>
<b>4.4 Použité metody .....</b>	<b>46</b>
4.4.2 MBI .....	48
4.4.3 Beckův inventář deprese.....	50
4.4.4 Vlastní dotazník.....	51
<b>4.5 Způsob administrace dotazníků .....</b>	<b>52</b>
<b>4.6 Analýza výsledků výzkumné sondy .....</b>	<b>53</b>
4.6.1 Analýza výsledků dotazníku MBI.....	53
4.6.2 Analýza výsledků vlastního dotazníku .....	57
4.6.3 Analýza dotazníku Beckova inventáře deprese.....	61
<b>4.7 Ověření hypotéz .....</b>	<b>64</b>
<b>4.8 Diskuse .....</b>	<b>65</b>
4.8.1 Pracovní prostředí a intenzita syndromu vyhoření .....	66
4.8.2 Věk a intenzita syndromu vyhoření.....	66
4.8.3 Rodinný stav a intenzita syndromu vyhoření .....	67
4.8.4 Úvahy o odchodu a intenzita syndromu vyhoření.....	68
4.8.5 Depresivní naladění a intenzita syndromu vyhoření.....	68
<b>LITERATURA .....</b>	<b>70</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>75</b>
<b>Bibliografické údaje .....</b>	<b>83</b>
<b>Evidenční list knihovny.....</b>	<b>84</b>



## ÚVOD

Syndrom vyhoření představuje pro společnost třetího tisíciletí závažnou hrozbu. Dnešní doba je charakteristická orientací na úspěch, vysoký výkon a produktivitu. Zaměstnanci jsou nuceni k vysokému pracovnímu tempu a extrémním pracovním výkonům. Tomu ale v posledních letech neodpovídá prostředí ekonomické i zaměstnanecké nejistoty, někdy nízké mzdové ohodnocení vysokých pracovních výkonů zaměstnanců a negativní psychosociální klima v mnoha zařízeních a společnostech. I když je možné takové vypětí v krátkém období zvládat, je tomu tak pouze za cenu zvýšené stresové expozice a zátěže. Překotné společenské změny, ekonomická deprese, rozpad tradičních společenských i rodinných hodnot, existenční problémy a celá řada dalších skutečností vystupují jako faktory, se kterými se jedinci obtížně vyrovnávají a které spolupůsobí jako iniciační okolnosti syndromu vyhoření.

Termín syndrom vyhoření byl poprvé použit v roce 1974 pro označení emočního vyčerpání zaměstnanců pomáhajících profesí. Syndrom vyhoření – burnout syndrome – je velmi výstižnou metaforou; anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, spojení „burn out“ pak dohořet, vyhořet nebo vyhasnout. Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka postiženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a vyhaslosti, kdy již není materiál, který by živil hořící oheň.

V literatuře je prezentována řada konceptů syndromu vyhoření. Prvotní teorie vycházely z představy, že hlavní rizikovou skupinou, která je vyhořením ohrožena nejvíce, jsou lidé, kteří pracují s jinými lidmi a kteří mají tendenci se příliš sociálně i emočně angažovat. Objektem zkoumání byli lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci a učitelé. Pozdější výzkumy dospěly k závěru, že vyhořením jsou ohroženi i zaměstnanci jiných než pomáhajících profesí, ve kterých je člověk neúměrně zatěžován, a je vystaven některým dalším nepříznivým vlivům externího organizačního prostředí.

Teoretická reflexe problému má dvě dimenze: sociálně psychologickou a medicínskou. První se zaměřuje na analýzu sociálních a psychologických faktorů vzniku syndromu vyhoření, jeho prevenci a eliminaci, druhá souvisí s diagnostikou a léčbou syndromu vyhoření jako poruchy duševního zdraví.

V českém prostředí se ucelené publikace zabývající se různými aspekty syndromu vyhoření v širším měřítku začaly objevovat od druhé poloviny devadesátých let minulého století. K hlavním autorům patří J. Křivohlavý, V. Kebza a I. Šolcová, M. Jeklová a E. Reitmayerová, J. Tošner a T. Tošnerová. V jejich monografiích je popsána teorie syndromu vyhoření, autoři prezentují výsledky svých výzkumů vzniku, diagnostiky a prevence syndromu vyhoření u různých profesí v české společnosti. Publikace a výsledky výzkumů nejen těchto autorů byly hlavním zdrojem poznatků, které jsem použila pro teoretickou a empirickou část diplomové práce.

Teoretickou část své práce jsem strukturovala do tří kapitol. První kapitola udává přehled zahraniční a české odborné literatury, která objasňuje podstatu syndromu vyhoření a jeho teoretické souvislosti, zabývám se zde i léčbou, diagnostikou a prevencí. Druhá kapitola diplomové práce se zabývá specifikami práce zdravotní sestry, která byla předmětem mého dalšího zkoumání. Poslední, třetí kapitola teoretické části analyzuje v obecně teoretické rovině rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku syndromu vyhoření, a zaměřuje se na faktory vzniku u zdravotnického personálu.

Praktická část mé diplomové práce obsahuje výsledky výzkumného šetření u vybraného vzorku zdravotních sester pracujících v nemocničním zařízení a zdravotních sester zaměstnaných v ambulantní sféře převážně soukromých ordinací. Cílem bylo nejen zjistit, do jaké míry může naměřená intenzita syndromu vyhoření souviset s některými rizikovými faktory, jako jsou vyšší věk, tedy i předpokládaná delší doba praxe v oboru, rodinný stav, a subjektivní myšlenky na odchod ze zaměstnání, ale také jaký vliv na intenzitu syndromu vyhoření může mít samotné prostředí, ve kterém zdravotní sestry pracují.

# 1 SYNDROM VYHOŘENÍ

V této kapitole věnuji pozornost syndromu vyhoření a to jak z hlediska obsahu tohoto pojmu, tak i v souvislosti s jeho výskytem, diagnostikou, prevencí a také jeho léčbou.

## 1.1 Vymezení syndromu vyhoření

Termín syndrom vyhoření, neboli *burnout syndrome*, poprvé použil americký psychoanalytik Herbert Freudenberger ve své knize „*Burnout: The High Cost of High Achievement*”, který jej v roce 1974 popsal jako stav, při němž dochází k vyčerpání všech energetických zdrojů původně intenzivně pracujícího člověka. Poprvé bylo popsáno vyhoření u personálu „*alternativních*” léčebných zařízení, kterými byly například „*Free Clinics*” existující mimo etablované léčebny a závislé na obětavé pomoci dobrovolníků. Brzy se ukázalo, že tento koncept lze uplatnit i u dobře placeného personálu ve vyšších pozicích, u lékařů, psychiatrů, zdravotních sester, učitelů i sociálních pracovníků (JEKLOVÁ a REITMAYEROVÁ, 2006, s. 55).

HARTL a HARTLOVÁ (2000, s. 586) uvádí tuto definici syndromu vyhoření „*ztráta profesionálního zájmu neo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí; ... projevuje s epocity zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti; postižený ztrácí zájem o svou práci ... spokojuje s es každodenním stereotypem .. snaží s epouze přežít ... jde o stav konečný, ačkoliv je vývoj plíživý ..*”.

Dále uvádím definici z Lemonu – učebních textů pro sestry a prodní asistentky: „*Syndrom vyhoření se definuje jako fenomén mající původ v kumulaci účinků stresu působícího na člověka v zaměstnání. Tento termín se stále častěji používá v souvislosti s rychlým stresujícím způsobem života na konci dvacátého století. Jde o syndrom tělesného, duševního a duchovního vyčerpání charakterizovaný progresivní ztrátou ideálů, energie a smyslu života. Může postihnout osoby, které pracují s lidmi a řeší všechny situace velmi intenzivně a uvědoměle. Člověk, který přestane své zaměstnání chápat jako „povolání”, trpí syndromem vyhoření*” (MAGNUSSON a GOODING, 1997, s. 60).

Matoušek uvádí, že syndrom vypálení je „soubor příznaků vyskytující se u pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobé nekompensované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí ...” (MATOUŠEK, 2003, s. 263).

Křivohlavý ve své knize „*Jak neztratit nadšení*” uvádí přehled definic syndromu vyhoření jednotlivých psychologů, kteří se tímto syndromem dlouhodobě zabývali (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

Fyzické vyčerpání představuje výrazné snížení energie, chronickou únavu a celkovou slabost.

- Emocionální vyčerpání se projevuje pocity beznaděje a představou, že člověku není pomoci, že člověk je chycen jakoby do pastí.
- Mentální vyčerpání je definováno negativním postojem sama k sobě, k práci a ke světu (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

Podle Bohumily BAŠTECKÉ (2003) existují další definice syndromu vyhoření (např. ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka pomáhajících profesí nebo vyhoření jako výsledek procesu, v němž lidé velice intenzivně zaujati určitým úkolem nebo ideou ztrácejí své nadšení), které se shodují v určitých bodech:

- Jedná se převážně o změnu psychického stavu, prožitek vyčerpání.
- Vyskytuje se zvláště u profesí obsahující práci s lidmi, nebo alespoň větší kontakt s lidmi a závislost na jejich hodnocení.
- Tvoří ho řada symptomů především v oblasti psychické, částečně i fyzické a sociální.
- Klíčovou složkou syndromu je emoční vyčerpanost, kognitivní vyčerpání a „opotřebení” a často i celková únava.

Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vycházejí podle Baštecké z chronického stresu. Nejpodstatnějším znakem je chronický stres vycházející z pracovní činnosti, který může být doprovázen další zátěží z osobního života, ale i ze sociálního prostředí. Taková profese je charakteristická vysokými nároky na výkon, bez možnosti delší úlevy a závažnými následky v případě omylu.

Výkon takové práce bývá spojován s velkou odpovědností a nasazením, někdy se mohou vyskytnout pocity, že člověk nevykonává pouze povolání, ale i „*poslání*“. Vyhoření je tedy pak důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou mezi ideály a skutečností (BAŠTECKÁ, 2003).

## 1.2 Fáze procesu syndromu vyhoření

*Burnout stav*, ve kterém se člověk může nacházet, není jevem statickým, ale jedná se o proces, který je sledem několika fází. Vyhořování vzniká za určitých okolností a vyvíjí se především v čase. Burnout nevzniká ze dne na den, ale postupně se vyvíjí v průběhu měsíců, ale i let. Má tedy svůj začátek, průběh a výsledný stav. V literatuře se můžeme setkat hned s několika různými rozděleními jeho fází.

Velmi časté z mnoha členění průběhu syndromu vyhoření je založeno na teorii zvládání stresu Hanse Seyla, jenž se věnoval studiu stresu a definoval GAS (z angl. - General Adaption Syndrom), tedy obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi, který má tři fáze:

1. fáze - působení stresoru.
2. fáze - zvýšená rezistence (obranyschopnost organismu).
3. fáze - vyčerpání rezerv sil a obranných možností. Právě do této poslední fáze stresu se obvykle řadí průběh syndromu vyhoření (KŘIVOHLAVÝ, 2001, s. 88).

Další pojetí procesu syndromu vyhoření vytvořila Christina Maslachová, která jej rozdělila do čtyř fází. Způsob, jakým tento proces vymezila, je v současnosti nejužívanější. Maslachová je rovněž autorkou řady prací o vyhaslosti a také autorkou jedné z nejčastěji používané diagnostické metody „*Maslach Burnout Inventory*“.

První fázi burnout syndromu charakterizuje jako idealistické nadšení a přetěžování, kterou střídá fáze druhá, kde se již setkáváme s emocionálním a fyzickým vyčerpáním. Třetí fáze je jakási obrana před vyhořením v podobě *depersonalizace* (odosobnění) druhých lidí. Konečnou, terminální fází je stádium, kdy dochází ke stavění se proti všem a proti všemu, vyhoření se projevuje ve všech zdrojích energie (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO a PEČENKOVÉ, 2004, s. 54).

Mallotová (2000) uvádí, že podle Edelwiche a Brodského lze v průběhu procesu vyhoření sledovat pět stádií, kterými jsou:

#### *1. stádium - nadšení*

Takto do zaměstnání přichází většina nových zaměstnanců. V tomto případě jde ale o nadšení spojené s velkou motivací a nereálnými očekáváními. Práce se stává hlavní náplní života, člověk věří, že pracovat pro druhé je smyslem jejich života a kromě práce nic jiného nepotřebuje. Dochází k neefektivnímu vydání energie a často dobrovolnému přepracování.

#### *2. stádium - stagnace*

Stagnace střídá původní nadšení, které již dohasíná, práce není tak přitažlivá, aby zastínila vše ostatní. Člověk se rozkoukal, realita ho přiměla slevit z jeho očekávání a začíná toužit po něčem jiném, jako je mít volný čas, partnera, přátele nebo peníze. Těžiště se přesouvá na úsilí uspokojit tyto potřeby a také na snahu o povýšení.

#### *3. stádium - frustrace*

Toto stadium je charakteristické tím, že člověk hledá smysl práce jako takový a přemýšlí o její efektivitě. Dochází k pochybnostem o smysluplnosti práce, která má pomáhat ostatním lidem. Objevují se emocionální a fyzické obtíže, začínají problémy ve vztazích na pracovišti. Pokud nemá člověk možnost tento stav změnit, nutně následuje další fáze.

#### *4. stádium - apatie*

Apatie je nejčastější a přirozenou reakcí na frustraci. Člověk dělá pouze to, co má v náplni práce, původně časté přesčasové hodiny vystřídá přesné dodržování pracovní doby nebo i pozdní příchody do práce, vyhýbá se novým úkolům, klientům, pacientům či zákazníkům. Převládá snaha udržet si místo a příliš se nenamáhat.

## 5. stadium - intervence

V pátém stádiu syndromu vyhoření jde o jakýkoliv krok, který je reakcí na vyhoření a vede k přerušení zklamání. Člověk si udělá více času na rodinu, partnera, najde si nové koníčky, či obnoví ty zanedbávané nebo se začne vzdělávat. Všechny tyto kroky mohou vést ke snaze najít nové zaměstnání, ve kterém se člověk bude moci seberealizovat. Často dochází ke znovu obnovení svého vztahu k práci, ke klientům, zákazníkům, spolupracovníkům a přátelům (MALLOWOVÁ, 2000).

Toto dělení je sice logické, ale přehnaně optimistické. Podle mého názoru i zkušenosti nemusí vždy syndrom vyhoření končit zlepšením psychického stavu postiženého, ale naopak může nastat fáze naprostého selhání, kdy postižený volí raději jakoukoli cestu úniku, než aby obnovil původní stav.

Jinak popisuje fáze průběhu syndromu vyhoření Laengle:

První fázi označuje jako **nadšení**, kde prostředkem dosažení cíle, který si jedinec vytýčil, je práce. Jeho život a veškeré počínání je smysluplné.

Druhou fázi nazývá **utilitární zájem**. Ten, kdo ve fázi nadšení pracoval, protože měl před sebou určitý ideál, cíl a potřebnou motivaci, nyní pracuje, protože se mu stal žádoucí vedlejší efekt. Tím mohou být například peníze. Dochází ke vzdalování se od cíle, který si člověk původně vytýčil. Jedná se o tzv. **odcizení**. Motivace je neuspokojována. Smysluplné cíle člověk nahrazuje cíli zdánlivými. Příkladem těchto cílů může být život podle módy, či přimknutí se k určité ideologii. Nadšení pohasíná a oheň dříve nebo později začne doutnat.

Třetí fáze tzv. **doutnání**, zmíněné ve druhé fázi se nyní mění v popel. Jedinec ztrácí úctu k lidem. Dochází k zvěcnění sociálního světa. Jednoduše řečeno vyhořelý člověk se na lidi kolem sebe dívá jako na věci a ne na živé bytosti<sup>1</sup>. S tímto faktem souvisí další negativní důsledky, jako je cynismus, necitlivé chování, ironie a nerespektování. Současně si dotyčný přestává vážit sám sebe, svého těla a je také cynický sám k sobě. Nic pro něj nemá hodnotu a ničeho si není schopen vážit. Život beze smyslu se stává pouhým přežíváním (cit dle KŘIVOHLAVÉHO, 1998, s. 64 - 66).

---

<sup>1</sup> Tato fáze by se tedy dala nazvat **reifikace** [pozn. autorky této práce]

<sup>2</sup> Bludy podceňující vlastní osobnost

Křivohlavý uvádí i jiný, podrobnější, dvanáctistupňový model procesu vyhoření podle Jamese:

1. snaha se pozitivně osvědčit v pracovním procesu;
2. snaha udělat vše sám a nedelegovat jinému formální pracovní autoritu;
3. opomíjení nutné péče o sebe;
4. práce, projekt, plán, návrh, úkol, cíl atp. se stávají jediným, na čem člověku záleží;
5. zmatení v hodnotovém žebříčku;
6. popírání příznaků rodícího se vnitřního napětí;
7. dezorientace, ztráta naděje, vymizení angažovanosti, zrod cynismu;
8. radikální změny v chování – nesnášení rad a kritiky, sociální izolace;
9. ztráta kontaktu sama se sebou a s vlastními životními cíli;
10. prázdnota, zouflavší ze selhání a dopadu „až na dno“;
11. deprese – zoufalství z poznání, že nic nefunguje, člověk se ocitá ve smysluprázdném vakuu;
12. totální vyčerpání – fyzické, emocionální a mentální (cit dle KŘIVOHLAVÉHO, 1998, s. 62).

Autorky publikace o syndromu vyhoření ilustrují postupný vznik syndromu vyhoření místo teoretického vysvětlení konkrétním příkladem ze života jedné klientky: *„Když jsem nastoupila do nového zaměstnání, byla jsem přesvědčená, že je to to pravé, co jsem už dlouho hledala. Byl to přesně typ práce, který jsem chtěla, přišlo mi smysluplné pomáhat handicapovaným dětem, starat se o ně, pomáhat jim v životě najít si své místo. Nastoupila jsem s velkým nadšením, učila se nové věci a trávila jsem v práci s malými klienty hodně času. Děti si mě zcela získaly, byly na nich vidět pokroky, kterých jsme společně dosahovali. Bylo to prostě ideální místo pro mne. Pracovala jsem tam několik měsíců a práce mě čím dál víc pohlcovala, trávila jsem tam hodně času, dokonce příliš přes limit své pracovní doby. Snažila jsem se pomáhat, co to šlo. Kolegům se se mnou rovněž dobře pracovalo, někteří se mi začali svěřovat se svými pracovními problémy, pomáhala jsem jim je řešit. Ani jsem si nevšimla, že se cosi začalo nepozorovatelně měnit. Občas jsem se začala přistihovat, že se ráno do práce začínám míň těšit, služby ně více unavovaly a vysilovaly. Byla jsem přetažená a reagovala jsem příkřeji na spolupracovníky.*



*S únavou jsem večer uléhala a stejně unavená jsem probouzela. Už jsem nechtěla tolik pomáhat, dokonce jsem se začala některým úkolům vyhýbat. Tohle všechno se několik měsíců stupňovalo až jsem se najednou dostala do stavu, kdy jsem dál nemohla. Cítila jsem se vyčerpaná, unavená, znechucená, nedokázala jsem si představit, jak budu dál vykonávat svoji práci, ale zároveň jsem nevěděla, jak tuto situaci řešit” (JEKLOVÁ a REITMAYEROVÁ, 2006, s. 5).*

V popisu této konkrétní životní situace, kterou Jeklová a Reitmayerová uvádějí, jsou plasticky popsány nejen základní symptomy syndromu vyhoření, ale i jeho postupný, plíživý nástup.

K vymezení stádií syndromu vyhoření existuje řada přístupů, z nichž některé jsou mnohem složitější svým členěním. Jednotlivé fáze přecházejí do dalších tak hladce a nepostřehnutelně, že dotyčný si to, co se dělo, uvědomí teprve ve chvíli, kdy už je situace obtížně řešitelná. Tím hlavním, co odliší nevyhořelého perfekcionista, nadšence a pilného pracovníka od toho, u koho se syndrom vyhoření rozvine, je míra nerealističnosti, očekávání a aspirací (JOBÁNKOVÁ a KVAPILOVÁ, 2007).

### 1.3 Klasifikace syndromu vyhoření

Syndromu vyhoření je v mezinárodní klasifikaci přiřazen kód ICD 10, kategorie Z 73, tzv. „Problémy spojené s obtížemi při vedení života” s podkategorií Z73.0 (Mezinárodní klasifikace nemocí ČR, 2008). Má tedy svou diagnózu a konkrétní označení.

*„Podle ICD (z angl. International Classifications Diseases; Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace) je vyhoření řazeno do doplňkové kategorie diagnóz, a není tedy klasifikováno jako nemoc. Je zde ale uvedena jiná, již mnoho let známá neurastenie, jež se také vyznačuje stavy únavy a vyčerpání, ovšem symptomy, které jsou typické pro syndrom vyhoření, pokrývá částečně” (STOCK, 2010).*

Syndrom vyhoření by mohl být v závislosti na konkrétním klinickém obraze řazen částečně do skupiny diagnóz *F48 - Jiné neurotické poruchy* a to zejména do podskupin *F48.0 - Neurastenie* a *F.48.1 - Depersonalizační a derealizační syndrom*, neboť jde v podstatě o specifický únavový syndrom. Teoreticky lze uvažovat i o souvislosti se skupinou diagnóz *F43 - Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení* - s dodatkem, že v úvahu by připadala pouze souvislost se stresem chronické povahy (KEBZA a ŠOLCOVÁ, 1998).

## 1.4 Symptomy

Příznaky syndromu vyhoření se objevují na všech úrovních bio-psycho-sociálního modelu zdraví a jsou blíže popsány v následujících podkapitolách.

### 1.4.1 Symptomy na psychické úrovni

Na psychické úrovni se nejčastěji objevuje pocit profesního neúspěchu, přesvědčení, že jedinec ztratil svůj potenciál fungovat a vyvíjet se ve své profesi. Důsledky tohoto selhání se projeví ve vztahu k sobě a k pracovní činnosti. Vztah k pracovní činnosti – žádoucí a oblíbené, která byla dříve náplní života – se postupně mění a stává negativním, je provázen pocity zklamání a marnosti, až se zdá nemožné v této činnosti ještě někdy pokračovat.

Pracovní výkon je zhoršen, často je těž přítomna změna vztahu ke klientům ve smyslu negativních až cynických pocitů a postojů. Psychický stav je charakterizován pocity psychického, zvláště emocionálního vyčerpání, odosobněním a ztrátou zájmu na dalším osobním růstu, snížením osobních aspirací. Ve vztahu k původně vykonávané profesi a většinou s ní souvisejících okolností se objevují hostilní pocity, úzkost, deprese, negativismus, emoční oploštění, lhostejnost. Vztah k sobě je charakterizován tendencí ke sníženému seběvědomí, k negativnímu mínění o sobě, zejména pokud jde o pracovní kompetenci (ZACHAROVÁ, 2008).

Výrazné je rovněž utlumení empatie a ztráta či výrazná redukce pozitivních vztahů k osobám, jimž má být poskytována určitá služba, nebo s nimiž je jedinec v kontaktu a na jejichž hodnocení záleží efektivita jeho činnosti. Tyto osoby vnímá ne jako lidské bytosti, ale jako objekty, tvořící součást vnějšího prostředí.

Dále dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco, co má z jeho pohledu smysl, již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná.

Únava je popisována dosti expresivně („*mám toho po krk*“, „*sem už úplně na dně*“), což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality. Dochází k redukci spontaneity, kreativity, iniciativy. Převažují pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje, tíživě se prožívá marnost vynaloženého úsilí a jeho nízká smysluplnost. Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezmocnosti, jež někdy až hraničí s *mikromanickými bludy*<sup>2</sup> (JEKLOVÁ a REITMAYEROVÁ, 2006).

### **1.4.2 Symptomy na fyzické úrovni**

Na fyzické úrovni se člověk ocitá ve stavu celkové únavy organismu, apatie a ochablosti. Rychlá unavitelnost se dostavuje po velmi krátkých časových etapách relevantního zotavení. Vyskytují se bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže (např. nemožnost se nadechnout). Pacienti si často stěžují na nespecifikovatelné bolesti hlavy, trpí poruchami spánku, bolestmi ve svalech a uvádějí celkovou přetrvávající tenzi. Značně se zvyšuje riziko závislosti všeho druhu (KEBZA a ŠOLCOVÁ, 2003, s. 59).

### **1.4.3 Symptomy na úrovni sociálních vztahů**

V oblasti sociálních vztahů dochází k celkovému útlumu sociability, jedinec nejeví zájem o hodnocení ze strany druhých osob. Výrazně se redukuje kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami majícími vztah k profesi. Zjevná nechť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí (plán či harmonogram práce, zpracování výsledků, dohoda nových či náhradních termínů). Bývá přítomna i nízká empatie, která se často projevuje u osob s empatií původně velmi dobrou. Postupně narůstají konflikty a to většinou však nikoliv v důsledku jejich aktivního vyvolávání, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a sociální apatie ve vztahu k okolí (KOPŘIVA, 2000, s.102).

---

<sup>2</sup> Bludy podceňující vlastní osobnost

## 1.5 Diagnostika syndromu vyhoření

Příznaky mohou leckdy poukazovat na jiná duševní onemocnění, přesto bychom však měli věnovat pozornost tomu, když se objeví první varovné signály počáteční fáze syndromu. Obvykle se jedinec ve svém zaměstnání příliš angažuje, což se později střídá se stále více se prodlužujícími obdobími vyčerpanosti. Člověk je stále méně schopen opravdového odpočinku, je často unavený a tato únava se postupně stává chronickou a vede k naprosté ztrátě sil. Pokud syndrom vyhoření zachytíme v počáteční fázi, je možné provést jistá preventivní opatření. Tato opatření začínají důkladným rozbořením situace: analýzou rozvržení sil, nároků vůči sobě, iluzí o vztazích a o zaměstnání. Následuje potřebná korektura a zahájení péče o sebe cestou některých z mnoha možností psychohygieny. Jednou z nich je pěstování nebo obnovení společenských styků, neboť mezilidské vztahy chrání před vyhořením (STOCK, 2010, s. 21-22).

Syndrom vyhoření lze odhalit pouhým pozorováním jednotlivých známek chování u jedince, u kterého máme podezření, že je tímto syndromem postižen. K určení přesné diagnózy je však zapotřebí využít i další psychodiagnostické metody, jakými jsou většinou rozhovor a velmi často využívané dotazníkové metody, které jsou založeny na posuzovacích škálách (LIBIGEROVÁ, 1999).

### 1.5.1 Diagnostika dotazníkovými metodami

Diagnostika syndromu vyhoření není jednoduchá. Pokud opomineme klinické metody diagnostikování, je k dispozici jen několik testových modelů, které umožní zjistit, zda vyšetřovaní jsou či nejsou syndromem vyhoření ohroženi. Ve své podstatě se jedná o inventarizaci, sebereflexi situací a jednání, které mohou dát první varovný signál k řešení vznikajícího nebo již plně rozvinutého syndromu (FIELD a BRAMWELL, 1998).

První odborné metody, které měly sloužit k diagnostice syndromu vyhoření, vznikaly na přelomu 70. a 80. let 20. století. Pinesová vytvořila na počátku 80. let nejprve tzv. „*The Tedium Scale*” (tedium = únava, nuda, otrava). Později Pinesová se svými spolupracovníky tento dotazník přepracovala a uvedla jej pod názvem „*Burnout Measure*”.

Tento BM dotazník je zaměřen na tři různé složky jevu celkového vyčerpání:

1. Pocity fyzického vyčerpání - pocity únavy, ztráty sil, celkové slabosti.
2. Pocity emocionální vyčerpání - pocit tísně, deprese, beznaděje, bezvýchodnosti.
3. Pocity psychického vyčerpání - pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, pocity marnosti a ztáta iluzi (PINISOVÁ a MASLACHOVÁ, 1982).

BM dotazník obsahuje 21 položek, které obsahují sedmibodovou škálu typu „*Jak často*” v rozpětí od 1 („*Nikdy*”) po 7 („*Vždy*”). BM dotazník má vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk hodnotí sám a kdy ho hodnotí ten, kdo ho dobře zná (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

Pro diagnostickou samoobsluhu lze využít dotazník vytvořený autory D. Hawkinsem, F. Minirthem, P. Maierem a CH. Thursmanem. Ten je tvořen souborem otázek a tvrzení, na které se odpovídá buď vyjádření souhlasu, tedy zaškrtnutím odpovědi „*ano*” nebo vyjádřením nesouhlasu s daným tvrzením zaškrtnutím „*ne*”. Je-li většina odpovědí typu „*ano*”, pak výsledek naznačuje, že může jít o zrod syndromu vyhoření.

Nejčastěji používanou metodou k odbornému vyšetření syndromu vyhoření patří metoda MBI (z angl. Maslach burnout inventory), vytvořená autorskou dvojicí CH. Maslachovou a S. Jacksonovou v roce 1981. Práce autorek se opírá o empirická data nasbíraná v šetření, jehož předmětem byly vždy dva příklady z různých povolání. Na základě toho byly určeny faktory, z nichž se nakonec tři staly součástí testu vyhoření (MASLACHOVÁ et al, 2001).

Jedná se o *emocionální vyčerpání*, kdy jedinec pociťuje, že stres, jemuž je vystaven, dosáhl hranice, nebo ji dokonce překročil. Druhou částí je *depersonalizace*, jakožto proces, v němž má jedinec sklony distancovat se od sebe a od jiných, osoby začne považovat za objekty. Poslední oblastí je *seberealizace*, kdy je jedinec přesvědčen, že vykonává důležitou práci dobře a vzorně. Dotazník MBI se stal v průběhu posledních dvaceti let nejrozšířenějším a jedním z nejcitovanějších diagnostických metod užívaných v mnoha zemích celého světa pro detekci *burnout* (POSHKAMPF, 2013, s. 85).

## 1.5.2 Syndrom vyhoření a jiné duševní poruchy

Syndrom vyhoření lze při nedostatku zkušeností s diagnostikou zaměnit se stresem, depresí a existenciální neurózou. Rozdíly mezi jednotlivými diagnózami jsou následující:

- **Stres**

Vyhoření může být následek dlouhodobého nezvládnutého stresu. Akutní stres působí jako aktivátor adaptačních mechanismů. Stres je adaptační proces, který je přechodný a je provázen tělesnými a duševními příznaky, zatímco vyhoření znamená zhroucení adaptačního procesu a je provázeno především chronickým poklesem výkonnosti.

- **Deprese**

Deprese se může vyskytovat jako samostatné onemocnění, ale i jako vedlejší příznak burnout. Klinická deprese se dá léčit farmakologicky, zatímco burnout syndrom ne. Zde je léčbou hledání smysluplnosti života. Mezi nejvíce využívané psychoterapeutické směry se řadí logoterapie a existenciální psychoterapie .

- **Únava**

Únava se také vyskytuje samostatně nebo při burnout. Běžná únava je ovlivnitelná krátkodobou relaxací, což u burnout není možné. Zde je únava něčím negativním, tíživým, těžkým a bezvýhodným. U burnout je únava spojována s pocitem selhání a marnosti.

- **Existenciální neuróza**

Existenciální neuróza se vyznačuje ztrátou smysluplnosti života, vyskytuje se i při burnoutu, ale jen v jeho konečném procesu. Na začátku burnout je naopak mimořádně intenzivní prožitek nadšení a smysluplnosti života, práce (KŘIVOHLAVÝ, 1998, s. 45).

## 1.6 Léčba

Pokud se syndrom vyhoření rozvine v plném rozsahu, je nezbytné ho léčit. V počátečních stádiích je možno proces zvrátit ještě např. kratšími přestávkami v práci, kratší dovolenou pro načerpání nových sil. Čím je však proces v pokročilejších fázích, tím déle trvá zotavení (BARTLOVÁ a JOHÁNKOVÁ, 2001).

Jako i u jiných onemocnění a duševních poruch platí, že čím dříve se zahájí léčba, tím lepší může být průběh a prognóza, tak je tomu i u syndromu vyhoření. V ideálním případě je burnout rozpoznán ve fázi stagnace, kdy jsou předpoklady pro zabránění vývoje vyhoření nejlepší. Mnoho lidí si však připustí, že něco není v pořádku až v pokročilejších stádiích. Syndrom vyhoření bývá zpravidla plíživým procesem, jehož vznik a vývoj je těžké z pozice postiženého postřehnout. Plně rozvinutý burnout patří do rukou odborníka, tj. psychologa nebo psychiatra (PETERKOVÁ, 2009).

### 1.6.1 Psychoterapie

Psychologická léčba nabízí nesčetné množství terapeutických přístupů, záleží vždy na preferencích konkrétního psychoterapeuta a samotného pacienta. Nejčastěji využívaným přístupem v léčbě syndromu vyhoření bývá *logoterapie*, která spočívá v nalezení smyslu života, řešení frustrační situace, objevení nových hodnot a přijetí tohoto smyslu (SNOPKOVÁ, 2007).

Logoterapie vychází z předpokladu, že pokud není touha po smyslu naplněna, následkem může být frustrace vedoucí až k existenciálnímu vakuu. Proto se tato metoda opírá o hodnotový žebříček člověka, přičemž za základní atributy lidského života považuje svobodu a odpovědnost vůči svědomí.

Dalším možným psychoterapeutickým přístupem, který lze při léčbě vyhoření použít je *daseinsanalýza*. Jde o existenciální psychoterapii, která přispívá k pochopení existence postiženého a pomáhá provádět následné nápravy k naplnění existence. Za cíl si především klade naučit pacienta být sám sebou (VYMĚTAL, 2004, s. 225).

*Behaviorálně-kognitivní terapie* bývá doplňujícím přístupem v terapii burnout, neřeší totiž podstatu problému, nýbrž je zaměřena na dílčí problémy. Klient se v terapii pomocí nácviku učí, jak tíživé situace zvládat a mít nad nimi nadhled (VYMĚTAL, 2004, s. 189).

## 1.7.2 Relaxace

Člověk, který je denně vystaven profesionálnímu stresu, by se měl naučit relaxovat. Relaxace může fungovat jako prevence vyhoření, ale zároveň jako součást léčby, když už je jedinec syndromem postižen. Relaxace slouží k celkovému zastavení se a očistě duše. Relaxovat se dá mnoha způsoby, někdo pracuje na zahradě, jiný provádí sport, malování apod. Tyto aktivity člověka však nedostanou do maximálního relaxovaného stavu, spíše jen z části sníží psychické napětí (HENNIG a KELLER, 1996, s. 133).

V subjektivním prožívání je relaxace stav uvolnění těla a mysli s prožitkem klidu, vyrovnaní a vnitřního ticha. Relaxovat neznámá zdřímnout si, něčím se rozptýlit nebo usnout. Spánek nemusí vždy přinést příslušné uvolnění. Při relaxaci dochází k uvolnění jak po tělesné, tak i duševní stránce. Tělesné uvolnění se projevuje snížením dechové frekvence, snížením frekvence srdečních úderů, mírným poklesem krevního tlaku a uvolněním svalů. Duševní uvolnění představuje urovnání myšlenek, až jejich vymizení nebo se naopak člověk soustředí na jednu věc, např. plánuje, jak si užije víkend, nebo pojedete na výlet. Čím je uvolnění hlubší, tím se člověk cítí vyrovnanější a účinek relaxace déle přetrvává. Objevuje se silný pocit harmonie, klidu, starosti se vzdálí a přestávají sužovat. Hluboké uvolnění podporuje větší sebedůvěru a optimičtější ladění (KALLWASS, 2007, s. 118).

Mezi hlavní účinky patří psychické a tělesné uvolnění, které brání v pokračování stresové reakce. Dále relaxace celkově zvyšuje odolnost vůči stresu, podporuje spánek, včasné usnutí, snižuje napětí v těle i na duši.

Relaxace je dovednost, kterou je potřeba se učit a v učení vytrvat. Nelze se ji naučit za týden, současně nelze očekávat okamžitý efekt (NEŠPOR, 2016, s.97).



## 1.7 Prevence vyhoření

Jako u celé řady jevů se ukazuje, že prevence může být výrazně účinná. Některá preventivní opatření se týkají osobní roviny, nad některými by měl převzít zodpovědnost zaměstnavatel, nebo alespoň umožnit jejich realizaci. Prevence vzniku syndromu vyhoření spočívá v předcházení a eliminaci rizikových faktorů a posilování protektivních faktorů a salutorů<sup>3</sup>. Postupy, které se zaměřují na problematiku prevence, lze všeobecně rozdělit do dvou skupin.

Do první skupiny patří metody zaměřené na toho, kdo je ohrožen vyhořením tzv. interní postupy. Ve druhé skupině jsou soustředěny aktivity zaměřené na úpravu vnějších podmínek tzv. externí postupy (AKHTAR, 2015, s.155).

### 1.7.1 Prevence u zdravotnického personálu

Každý zdravotník, který nastoupí po studiu do zaměstnání, by měl být natolik připraven, aby si uvědomoval rizika své práce. Zvláště např. u povolání zdravotní sestry, které je náročné jak po stránce psychické, tak i emocionální. Práce s nemocnými lidmi nepřináší výsledky příliš rychle. U začínající sestry často převažuje výdej energie nad zisky a při dlouhodobé zátěži se může stát, že zbývající energii vynakládala jen na vlastní obranu. To, co zdravotní sestru může na takto náročnou profesi připravit, je teoretická a praktická příprava během studia, zejména pak v hodinách psychologie a ošetrovatelství. S nástupem do zaměstnání je spojena i adaptační praxe, která je zakotvena v zákoně. Lze ji považovat za určitou formu supervize, kdy začínající sestry pracují po určitou dobu pod dohledem sestry – školitelky. Tato by měla začínající sestře poskytnout pomoc a podporu, protože v tomto nejdůležitějším období se rozhoduje o tom, zda se pro ni vykonávaná profese stane celoživotním zájmem (VENGLÁŘOVÁ et al., 2011, s. 34).

Péče o sebe samou je také jedním z nezbytných předpokladů, jak se vyhnout vyhoření. Mít se rád a přijímat sám sebe se považuje jako podmínka pro lidi, kteří pracují v pomáhající profesi. Jelikož ten, kdo se nemá rád, nepečuje o sebe, jen vydává energii a nepřijímá ji zpátky. Faktem také je, že pokud někdo nesnáší některé své vlastnosti, nedovede je přijmout ani u svých pacientů (KOPŘIVA, 2000, s. 130).

---

<sup>3</sup> Biologické, psychologické, sociální a ekologické faktory kladně ovlivňující kvalitu života

Každý, kdo pracuje v pomáhající profesi, by měl vědět, že bude trvale vystaven značné psychické zátěži. Každý zdravotník by měl být empatický, ne však přehnaně, měl by znát hranice svých možností a měl by také vědět, že požádat o pomoc není projevem selhání. Může být naopak projevem důvěry k druhým lidem.

Existence blízkých osob tvoří v životě člověka tzv. sociální podpůrnou síť, která jedinci může poskytnout to, co si on sám dát nemůže. Jde hlavně o aktivní naslouchání, povzbuzování a faktickou i emocionální pomoc v těžkých situacích.

Jednou z velmi důležitých věcí je dobrá tělesná kondice, která zahrnuje zdravou životosprávu, sport či jakoukoliv jinou pohybovou aktivitu, dostatek spánku, pravidelný denní režim (VENGLÁŘOVÁ et al., 2011, s. 35).

Smysl profese zdravotní sestry není jednoznačný. Jde převážně o poskytování pomoci, přičemž zpětná vazba, informace o úspěšnosti jejího působení není vždy dosažitelná. Výsledky profesionální činnosti zdravotní sestry jsou málo zjevné a mají charakter dlouhodobé perspektivy. Hodnota vykonané práce je prakticky nevyčíslitelná a možná i proto je nedostatečně oceněná. Pracovní úspěch se zde často měří morálními a duchovními hodnotami – i toto je důvod, pro který hrozí sestřím vyhoření (POSHKAMP, 2013, s. 66).

## 2 PRÁCE ZDRAVOTNÍ SESTRY

### 2.1 Role a osobnost zdravotní sestry

Role sestry se měnila společně s rozvojem ošetrovatelství od charitativní činnosti, přes pojetí sestry jako pomocníka lékaře, až k samostatné práci rovnocenné členky zdravotnického týmu. Hlavní funkcí sestry je, kromě spolupráce se členy zdravotnického týmu, řízení a poskytování ošetrovatelské péče, výchova pacientů, aktivní účast na rozvoji a výzkumu ošetrovatelské praxe.

Sestra poskytuje pacientovi ošetrovatelskou péči na základě ošetrovatelského procesu, který je jasně stanoven. Dosažení a dodržování standardů péče vyžaduje od sester nové schopnosti, které se nepoužívaly v minulosti, např. ve vztahu k sociálním problémům, které provázejí chorobu či zdraví jedince. Pro výkon většiny činností jsou v ošetrovatelství stanovené přesné normy, ale některé z nich jsou sestry nuceny uplatňovat ve výjimečných situacích.

Osvojení si role a adaptace na nové funkce, zodpovědnost vůči jejich realizaci a nové vzory chování se do značné míry odvíjejí také od společenské prestiže povolání sestry. Mezi základní znaky ošetrovatelského povolání patří zanícení pro službu, kterou ošetrovatelství lidem poskytuje. Další neodlučitelnou součástí tohoto povolání je důstojný, lidský přístup a uznávání hodnot každého člověka bez ohledu na rasové, sociální a kulturní rozdíly. Jako další bychom mohli jmenovat např. nutnost celoživotního vzdělávání.

Pro efektivní průběh léčby i pro samotné ošetrování je velice důležité, aby sestra vzbuzovala v pacientovi i v jeho rodině maximální důvěru. Důvěryhodnost by tak spolu s ochotou pomoci, trpělivostí, respektem a tolerancí měly být základními vlastnostmi utvářejícími osobnost zdravotní sestry. Dobrá sestra je také aktivní, pracovitá a spolehlivá. Aktivně se zajímá o pacientovy potřeby a snaží se je v co největší míře uspokojovat. Zejména laskavý přístup a zájem o pacienta může velice usnadnit vzájemnou spolupráci. Tyto vlastnosti je potřeba neustále rozvíjet, pracovat na nich a většinu z nich si sestra osvojí až během své ošetrovatelské praxe (DĚDINA et al., 2005, s. 223 - 229).

### **2.1.1 Motivace k volbě práce zdravotní sestry**

K hlavním faktorům, které ovlivňují práci a výkon zdravotní sestry, patří motivace. Tu bychom dále mohli rozdělit na vnitřní a vnější motivaci. *Vnitřní* motivace je ta, která vychází z nitra jedince a jejím výsledkem je vnitřní pocit spokojenosti sám se sebou. Je to především ta motivace, která vedla sestru k rozhodnutí studovat obor zdravotní sestry a vykonávat ošetrovatelskou péči. Je však individuální a pro každého může znamenat něco jiného. Naproti tomu motivace *vnější* jsou faktory, které vycházejí z okolního prostředí. Sem bychom mohli zařadit platové a pracovní podmínky, management nemocnice, benefity pro zaměstnance, vybavenost pracoviště, atd. (DĚDINA a CEJTHAMR, 2005, s. 79).

KILÍKOVÁ (2006, s. 89) považuje za stěžejní motivaci bariéry, které mohou mít neblahý vliv na pracovní schopnosti jedince. Mezi vnější bariéry můžeme zařadit především špatné vztahy na pracovišti nebo osobní problémy, vznik konfliktů či neobjektivní hodnocení jednotlivých pracovníků. Vnitřní bariérou může být například nesoulad mezi zájmy, nezvládnání osobních problémů, či neefektivní plnění zadaných pracovních úkolů, nebo prostě neschopnost pro výkon tohoto povolání. Aby se v zaměstnání zdravotní sestry předešlo neproduktivnímu výkonu, je nezbytné, aby nadřízený neopomíjel uplatňovat motivační prvky a předešel těm demotivačním.

### **2.1.2 Pracovní zátěž vyplývající z povolání zdravotní sestry**

Povolání zdravotní sestry sebou přináší spoustu rizikových faktorů, které bychom mohli dále rozdělit na fyzické a psychické. Mezi fyzické faktory lze zařadit především zdravotní riziko. Sestra se denně setkává s nemocnými pacienty, kteří jsou potencionálními přenašeči nemoci. Kromě setkání s pacientem je dalším rizikem manipulace s biologickým materiálem, ale také s dezinfekcí a toxickými látkami, které mohou poškodit sliznici dýchacích cest či pokožku. Sestra během směny často manipuluje s pacienty, postelemi a vybavením, což pro ni představuje velkou fyzickou zátěž. Samotná manipulace s pacienty je jednou z hlavních příčin bolestí zad a páteře, proto je velmi důležité, aby se při ní setra naučila správným postupům a předešla tak chronickým bolestem (KŘIVOHLAVÝ, 2001, s. 60).

Nejčastější psychický faktor, který se při výkonu tohoto povolání vyskytuje, je stres spojený s intenzivním psychickým napětím. Ten ovlivňuje práci sestry téměř každodenně a lze jej chápat jako všechny faktory, které na jedince působí a vzbuzují u něj pocity strachu a ohrožení. Sestra se ve své praxi setkává se smrtí, bolestí a utrpením i agresí a nejrůznějšími dalšími stresovými událostmi. Stres může působit dlouhodobě či jen krátkodobě. V obou případech je důležité, aby se na něj sestry naučily reagovat, nebo mu přímo předcházet. Stres ovlivňuje především celkové klima na pracovišti, vztahy mezi pracovníky a nadřízenými, spánek, životní styl a mnoho dalších faktorů. Dlouhodobé působení stresu může mít neblahý vliv na psychiku jedince, kvalitu spánku a může se také projevit v podobě psychosomatického onemocnění (KŘIVOHLAVÝ, 2001, s. 65).

### **2.1.3 Důsledky opotřebování v práci zdravotní sestry**

V souvislosti s důsledky opotřebování zdravotních sester při výkonu jejich povolání je nezbytné zmínit se právě o syndromu vyhoření, kterým je zdravotnický personál ohrožen nejvíce. Jedná se o soubor tělesných a duševních symptomů, které jsou důsledkem nadměrného působení zátěže na psychiku jedince. Nejhojnější výskyt je zaznamenáván u pracovníků, kteří jsou horliví, nadšení pro svou práci a jsou na ně kladeny postupně vyšší nároky od druhých a od sebe samých. Chybí jim podpora blízkých a jejich ideály neodpovídají realitě (VENGLÁŘOVÁ et al., 2011, s. 119).

Opotřebování v práci zdravotní sestry se může projevit také na kvalitě spánku a jeho průběhu v důsledku narušení přirozeného biologického rytmu. Sestry tedy mívají spánek často narušen a mohou trpět některými poruchami spánku. Ty mají pak neblahý vliv na celkový stav organismu. Poruchy spánku nejčastěji zahrnují nedokonalý spánek a spánkovou deprivaci. Někdy se objevuje hypersomnie, která se projevuje nadměrnou spavostí a sníženou koncentrací. Spánek po nočních směnách bývá mělký a obvykle kratší. Ani brzké vstávání na ranní či denní směnu není považováno za vhodné. Sestra se cítí unavená, je podrážděná, ospalá a vyčerpaná. V horších případech mohou tyto projevy mít za následek pracovní úraz. (SÝKOROVÁ, 2006). Toto se může zhoršovat tím více, pokud nemá sestra žádnou pomoc v domácnosti a při výchově dětí.

### **2.2.1 Práce sestry na standardním interním oddělení**

V rámci své diplomové práce jsem prováděla první část výzkumu na interním oddělení, proto se budu v této podkapitole zabývat právě jím.

Interní lékařství je obor medicíny zabývající se diagnostikou, léčbou, prevencí a výzkumem onemocnění vnitřních orgánů. Léčba spočívá hlavně v nechirurgickém, konzervativním řešení. Sestra poskytuje kvalitní a individualizovanou ošetrovatelskou péči na co nejvyšší úrovni prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Základní péče je poskytována pacientům, kterým léčebný a diagnostický postup nebo zdravotní stav neznemožňuje běžné denní aktivity. Riziko ohrožení základních vitálních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu a vědomí, je u těchto pacientů minimální. Stejně tak nevykazují patologické změny psychického stavu.

Součástí některých menších interních oddělení je i JIP – jednotka intenzivní péče, na které je poskytována specializovaná ošetrovatelská péče pacientům, jimž jejich zdravotní stav brání vykonávat běžné denní aktivity, a je u nich reálné riziko selhání či narušení životních funkcí. Může se zdát, že práce sestry na standardních odděleních je rutinní a ne příliš náročnou záležitostí, ale sestra se často dostává do situací, kdy musí čelit časové tísní a musí umět rychle a svědomitě jednat a často se sama rozhodovat. Takto náročné situace si žádají, aby sestra uměla zachovat chladnou hlavu a byla schopná mít celou situaci pod kontrolou a to, i když je pod velkým tlakem.

Mezi běžné úkony, které sestra vykonává bez odborného dohledu, patří vyhodnocování potřeby a úrovně soběstačnosti pacientů, také zhoršování projevů onemocnění, hrozící rizikové faktory, k čemuž používá i měřicí techniky. Sestra sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, dechovou frekvenci, puls, krevní tlak, tělesnou teplotu a další tělesné parametry. Její náplní práce je také zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou, odsávání sekretů z horních dýchacích cest a zajišťování jejich průchodnosti. V její kompetenci je i hodnocení a ošetření poruchy celistvosti kůže, chronických ran a stomií. Úzce spolupracuje s fyzioterapeutem, kdy společně provádějí rehabilitační ošetření jako je polohování, posazování a dechová cvičení.

Na základě indikace lékaře připravuje pacienty na různá diagnostická vyšetření, podává léčivé přípravky, zavádí a udržuje kyslíkovou terapii, provádí screeningová a depistážní vyšetření. Některé úkony může sestra provádět pouze pod odborným dohledem lékaře. Těmi jsou například aplikace nitrožilních derivátů, asistence při aplikaci transfuzních přípravků (KOMAČEKOVÁ, 2009).

### **2.2.2 Práce sestry v ambulantní sféře**

Druhá část výzkumu pro mou diplomovou práci probíhala v několika ordinacích praktických a specializovaných lékařů. V následující podkapitole se tedy budu zabývat specifikami práce sestry, která nepracuje na lůžkovém oddělení v nemocničním zařízení, ale je zaměstnaná v ambulantní sféře.

To, co odlišuje práci zdravotní sestry v ambulantní praxi od práce, kterou vykonává sestra v nemocnici, je především péče o pacienta a z toho plynoucí jiný druh zátěže. Tato práce vyžaduje především výborné komunikační schopnosti a také asertivní přístup k někdy velmi netrpělivým pacientům. Ambulantní sestra se nesetkává s tak velkým utrpením a bolestí a velmi zřídka se setká se smrtí pacienta. Pacient, o kterého pečuje, není tedy většinou v bezprostředním ohrožení života, není upoután na lůžko a dochází do ambulantní péče sám. Práce sestry spočívá nejen v administrativě zdravotní dokumentace, objednávání pacientů k vyšetření a kontrolám, odběru krve, měření tlaku, ale i ve vykonávání některých menších zákroků, které specializované pracoviště vyžaduje.

Tyto sestry bývají pro práci více motivovány, jsou většinou lépe platově ohodnoceny, nepracují v takovém stresu a atmosféra na pracovištích bývá zpravidla klidnější než na rušných nemocničních odděleních. S tím bývá spojena i menší zodpovědnost, která v tomto případě leží spíše na lékaři. Zodpovědnost sestry je zejména v dobré komunikaci s pacientem a jeho rodinou, což často může být zdrojem specifické zátěže. Velmi také záleží na osobnosti sestry, pro kterou se práce po čase může stát monotonní a stereotypní, což může být jeden z faktorů, který přispěje vzniku syndromu vyhoření (VÉVODA, 2013).

### 3 FAKTORY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Pro posouzení faktorů, které zvyšují (resp. snižují) pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření, lze rozlišit tři rozdílné přístupy:

1. **Individuální přístup**, ve kterém je zdůrazňována role osobnostních charakteristik, typ chování, nezdolnost, význam motivace a smysl života.

2. **Přístup vycházející z pozic psychologie práce a organizace** definuje *burnout* jako důsledek chronického stresu na pracovišti a poukazuje na tyto důležité indikátory syndromu vyhoření: pracovní přetížení, konflikt rolí, nedostatečná sociální opora, časový stres, vlastní přesvědčení o intenzitě kontrolních mechanismů, nedostatek prostoru k autonomnímu rozhodování a slabá zpětná vazba. U pomáhajících profesí je kladen důraz na vysoké nároky na kvalitu práce, odpovědnost a nasazení pracovníka při současné nízké autonomii pracovní činnosti.

3. **Sociologický, případně sociálně psychologický přístup** zdůrazňuje význam sociální opory a sociální sítě, poukazuje na ztrátu morální odpovědnosti, nižší fungování přirozených sociálních vazeb a zdůrazňuje význam motivace a smyslu života (PEČEK a PRAŠKO, 2016, s. 55).

Pro přehled uvádím nejčastěji se objevující rizikové faktory, tedy ty, které mohou jedince ohrozit a přispět ke vzniku duševní poruchy, a faktory protektivní, které naopak přispívají k dobrému životnímu stylu.

#### **Rizikové faktory:**

- život v současné civilizované společnosti s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka,
- příslušnost k profesi obsahující náročnou profesionální práci, ale i pouze kontakt s lidmi,
- nutnost čelit chronickému stresu,
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce,
- původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé,
- původně střední až vysoká senzitivita,
- nízká asertivita,
- původně vysoký perfekcionismus, pedanství, odpovědnost,



- neschopnost relaxace,
- negativní afektivita, depresivní ladění,
- permanentně prožívaný časový stres,
- vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou, zvláště v oblasti kardiovaskulárního aparátu,
- externí lokalizace kontroly,
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení,
- chronické přesvědčení o neodpovídajícím společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávání profese,
- habituálně založený prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys) a agrese,
- syndrom beznaděje.

**Protektivní faktory:**

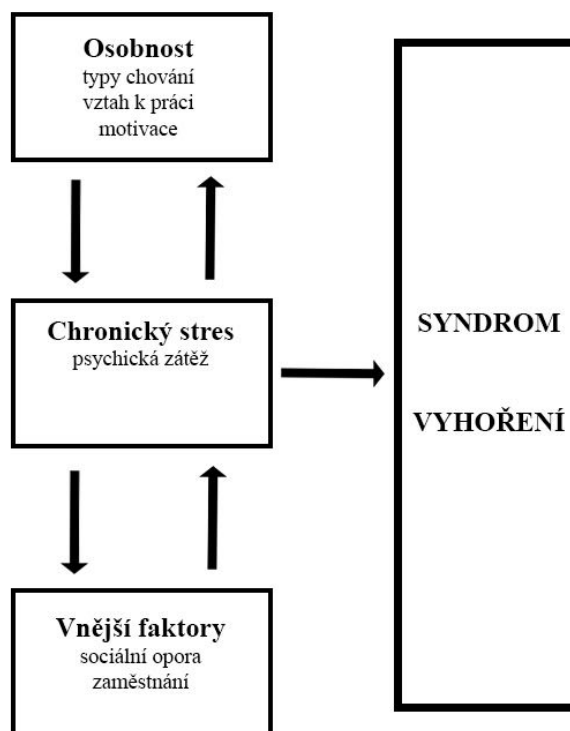
- dostatečná asertivita,
- schopnost a dovednosti relaxovat,
- vhodná organizace času,
- pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce,
- osobní kompetence, pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace,
- ego-kompetence,
- víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění,
- percipovaná kontrola,
- interní lokalizace kontroly,
- dispoziční optimismus,
- sociální opora - v případě vyhaslosti se jako nejefektivnější jeví opora ze strany spolupracovníků stejného postavení,
- pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení,
- pocit osobní pohody zahrnující životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí (HONZÁK , 2013, s. 145 - 147).

Vznik syndromu vyhoření je o to pravděpodobnější, čím více rizikových faktorů se u jedince vyskytuje a kumuluje. Společně se znásobuje jejich vliv. Za jeden z nejpodstatnějších zahajujících faktorů vyhaslosti je považováno působení chronického stresu.

Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci jedince vůči negativním účinkům stresu, je pokládána osobnost člověka.

Vnější faktory se týkají situace a kontextu, v němž se ohrožený jedinec nachází. Jedná se podmínky v zaměstnání, v organizaci, kde pracuje, o situaci v osobním životě jedince, jeho rodinu a širší příbuzenský okruh a v neposlední řadě i o společnost, v níž žijeme a podmínky, které na nás každodenně klade. Za klíčový vnější, sociálně založený faktor je pokládána sociální opora, tj. systém vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí a jednak z tohoto okolí přijímá. Shora uvedené faktory shrnují na obr. č.1.

**Obr. č. 1. Základní faktory syndromu vyhoření**



### 3.1 Vybrané psychologické koncepce ve vztahu k syndromu vyhoření

Každý člověk má k dispozici určité zdroje pro to, aby zvládal požadavky, které na něho klade vnější prostředí. Mezi ně patří fyzické vlastnosti (tělesná zdatnost, obratnost, síla, trénovanost), inteligence (vlohy, dovednosti, znalosti, zkušenosti) a osobnostní vlastnosti (tendence chovat se určitými způsoby). V situacích, kdy musí pro dosažení svých záměrů mobilizovat své duševní síly, může jít o krátkodobé vzepětí, jindy o působení chronického stresoru, který bude působit týdny či měsíce. Proto prvním předpokladem pro zvládání stresu je poznání svých osobních možností - „na co člověk má“ (MASLACHOVÁ a LEITER, 2008).

#### 3.1.2 Chování typu A/B

Považuji za důležité uvést také některé faktory ve vztahu zdraví - nemoc, které mohou ovlivnit vznik, průběh nebo zvládání syndromu vyhoření.

Lékaři Friedman a Roseman na základě dlouhodobých výzkumů rozlišili dva způsoby lidského chování, které je možné dávat do souvislosti s výskytem infarktu myokardu. Tyto dva způsoby jednání označili jako chování typu A a chování typu B. Chování typu A bylo dáno do souvislosti s výskytem syndromu vyhoření. Základní charakteristiky typu chování A je možno shrnout do několika oblastí:

- **Soutěživost a boj o úspěch** - lidé typu A mají silnou potřebu dosáhnout úspěchu za každé situace, nikdy nejsou spokojeni se svým postavením nebo výsledkem své práce. Pouští se do soupeření i tehdy, pokud jde o malé vítězství, například při hrách s dětmi. Potřeba soutěžení může být natolik extrémní, že vyvolává konflikty a odcizuje je od rodiny, přátel a spolupracovníků.
- **Časová tísen a netrpělivost** - lidé typu A se domnívají, že nemají dostatek času, aby udělali to, co považují za nutné. Při práci spěchají, avšak někdy nejsou ani tak produktivní jako lidé typu B, rysem je roztržitost a únava. Často rychle jezdí, rychle mluví, při řeči často přerušují. Jsou nervózní, když mají čekat, a proto dělají obvykle současně více věcí naráz.
- **Hostilita** - lidé typu A se rychle rozzlobí. Nemusí jít vždycky o typickou agresi fyzického charakteru, ale spíše o nepřátelské projevy k druhým jako výraz znuženosti, blahosklonné pohrdání, provokující chování.

- ***Snaha udržet si kontrolu na situaci*** – lidé typu A ohrožuje obava, že ztratí vládu nad situací a proto se snaží úporně zachovat si kontrolu nebo aspoň pocit, že kontrolu nad situací mají. Potřeba ovládat situaci může vést k pocitům bezmocnosti v situacích, kdy kontrola není možná.
- Znaky typu A pozorovatelné v projevu:
  - rychlost a množství řečových projevů,
  - rychlá gestikulace,
  - napětí obličejových svalů, strnulý úsměv,
  - zrychlení všech aktivit (jídlo, chůze) (FARKAŠOVÁ, 2006, s. 21).

### **3.1.2 Nezdolnost**

Nezdolnost popisuje individuální schopnost jedince snižovat negativní vliv nepříznivých životních situací, včetně akutního a chronického stresu a náročných životních situací.

#### ***3.1.2.1 Nezdolnost typu Hardiness***

Pojem hardines (nezdolnost, tvrdost, tuhost, odolnost) se objevuje mezi odbornou veřejností na konci sedmdesátých a na začátku osmdesátých let. Hardiness je osobnostní proměnnou moderující vztah mezi stresogenní událostí a nemocí.

Teoretický rámec hardiness vychází z existenciální psychologie a chápe člověka jako biologický, sociálně a psychologicky založenou bytost, jejímž základním cílem je hledání a ustanovení smyslu. Hardiness je konstelací osobnostních postojů konstituovaná ze tří komponent: angažovanosti (odpovědnosti), kontroly a výzvy (PRIEß, 2015, s. 15).

#### ***3.1.2.2 Nezdolnost typu SOC***

Z pohledu praktické aplikace ve zdravotnictví je přínosná koncepce nezdolnosti typu SOC – Sence of Coherence. Smysl pro spojitost, soudržnost je definován jako globální orientace vyjadřující rozsah, v jakém má člověk trvalý, i když dynamický pocit důvěry.

Stimuly pocházející z vnitřního nebo vnějšího prostředí v průběhu života mají strukturu, jsou předvídatelné, srozumitelné, pochopitelné a vysvětlitelné. Člověk má k dispozici zdroje, které mohou reagovat – zvládat ty požadavky, jež tyto stimuly na nás kladou. Tyto požadavky jsou pak výzvy, které stojí za investování a angažování se, jsou smysluplné (PRIEB, 2015, s. 17-18).

Křivohlavý (1994) ve své přehledové studii popisuje SOC jako pojetí úzkostného sepětí (koherence) v chápání obrazu světa jako smysluplného celku životní orientace a vyjadřuje, do jaké míry má daná osoba pocit důvěry v to, že dění v jejím vnitřním světě a ve světě vnějším je předvídatelné, že vše půjde dále tak, jak se dá reálně očekávat. SOC lze považovat za hlavní záruku soudržnosti osobnosti v zátěžových situacích.

Nezdolnost typu SOC je tvořena třemi komponenty, jejichž poměr ovlivňuje volbu strategií zvládnání stresu (coping), následně i psychické procesy a stavy, včetně vegetativní a endogenní odpovědi organismu:

- **Srozumitelnost** je kognitivní tendence určitým způsobem vnímat a chápat svět a své místo v něm. Vypovídá o rozsahu, v jakém člověk vnímá stimuly z interního i externího prostředí, se kterým je konfrontován, jako racionální.
- **Zvládnutelnost** vyjadřuje rozsah, v jakém vnímáme, že zdroje, které máme k dispozici, jsou adekvátní požadavkům, které jsou na nás kladeny. Jde o subjektivní hodnocení vlastních možností.
- **Smysluplnost** se vztahuje k emocionální stránce celkového postoje k životu a dění v něm. Člověk s vysokou úrovní smysluplnosti je přesvědčen, že problémy, před které je postaven, stojí za to, aby do jejich řešení investoval úsilí a energii (KŘIVOHLAVÝ, 1994, s. 97).

### 3.1.3 Motivace a smysl života

Zakladatel logoterapie Viktor Frankl považuje hledání smyslu života za základní lidskou motivaci a smysl práce je podle něj jedním ze základních kamenů smyslu života (FRANKL, 1994a, FRANKL 1994b). Původ slova motivace můžeme hledat v latině – movero, movere, tj. pohybovat, měnit.

Motivace je procesem, který určuje naše chování a jednání. Odpovídá na otázku, proč je člověk aktivní a proč právě tímto způsobem. Je procesem regulačním, který plní funkci směřování činnosti tak, aby se dosáhlo určitého výsledku. Základní otázkou jsou pak motivy našeho chování. Motivace v užším smyslu se používá k označení pochodů, které aktuálně ovlivňuje chování v určitých situacích. Motivace stimuluje naše chování, usměrňuje je a dává mu smysl.

Motivací k práci může být pro někoho mzda, sociální postavení, uznání, získání věcí, které jsou symboly postavení. Práce může sloužit jen jako prostředek k dosažení životního stylu. Pro jiného je práce opravdu smyslem života a zdrojem motivace k další činnosti. Když práce pro člověka ztrácí smysl, musí na její provádění vynaložit daleko více energie při daleko menším uspokojení z vykonané práce (HONZÁK, 2013, s. 57).

## 3.2 Vnější faktory

Psychosociální stres v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím v práci, organizačními aspekty zaměstnání a obsahem i určitými operačními aspekty prováděného úkolu. V oblasti mimopracovního stresu je předmětem sledování především problematika chronických denních nepříjemností, mikrostresorů a tzv. životních událostí. Obě oblasti mohou být zdrojem zdravotních rizik. Navíc, nadměrné požadavky a stresogenní podmínky v jedné oblasti zasahují do prožívání v oblasti druhé (VOSEČKOVÁ a HRSTKA, 2010, s. 32).

### 3.2.1 Sociální opora

Sociální opora má přímý vliv na snížení stresu, nebo působí spíše jako nárazník, který blokuje, nebo spíše tlumí vliv zátěžové situace. Pokud systém sociální opory chybí, následkem může být snížení psychické odolnosti jedince a možnosti si s krizí poradit.

Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytovaná druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní určitým způsobem ulehčuje její zvládnání. O sociální opoře lze hovořit tam, kde jde o pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou danému člověku v krizi nejbližší (PETERKOVÁ, 2009).

### 3.2.1 Zaměstnání a organizace práce

Nárokům souvisejícím s vlastní pracovní činností byla v posledních letech věnována značná pozornost. Ukázalo se, že vysoce stresogenní je práce charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současné nízké autonomii pracovní činnosti. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodovat o tempu práce, její povaze a podmínkách.

V oblasti širšího konceptu pracovního stresu vzniklo několik teoretických modelů. Jedna z nich vychází z teorie kontroly nad situací, snižuje míru stresu, kdežto nedostatek kontroly může být spojen s různými formami poruch zdraví. S mírou kontroly může být spojena i míra náročnosti práce. Ukazuje se, že psychologické a fyziologické napětí je výsledkem jejich vzájemného působení. Jako míru kontroly lze označit i možnosti volnosti v rozhodování, která je určována možnostmi rozhodovat o tom, jak pracovat, provádět samostatná rozhodování a uplatňovat tvořivost. Je možno predikovat, že napětí se objeví tehdy, jsou-li přítomny vysoké nároky a nízká volnost rozhodování. Je-li obojí v rovnováze, lze předpokládat vzrůst osobní kompetence (ELLIS a NOWLIS, 1989).

Vysoké nároky a vysoká míra kontroly vyznačuje aktivitu, která vede k vývinu nových vzorců chování jak v práci, tak mimo ni. Aktivní práce je spojena se spokojeností i při vysoké náročnosti práce. Na druhé straně nízké nároky a malá kontrola znamená pasivní práci, která vede k nespokojenosti.

Nejhorší kombinací jsou pak vysoké nároky a malá míra volnosti – tento druh byl zjištěn např. u čišníků, bankovních úředníků, zdravotních sester, hasičů, řidičů (RUSH, 2003, s. 166).

### 3.3 Zátěžové faktory ve zdravotnictví

Zde bych ráda nastínila problematiku faktorů, které zatěžují jedince zaměstnané ve zdravotním sektoru.

#### 3.3.1 Nespecifické zátěžové faktory ve zdravotnictví

Lékaři a další zdravotničtí pracovníci přicházejí do styku s tabuizovanými oblastmi lidské existence v bio-psycho-sociální rovině. Patří sem lidské tělo jako projev existence ve zdraví, ale i v nemoci se všemi projevy, zkoumání různých tělních dutin, ostych, stud, otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin. Pacienti bývají často depresivní, vyčerpaní a podráždění. Nezřídka je tu i setkání a nutnost přijetí konečnosti života, umírání, smrt.

Vděk ze strany pacienta nebo rodiny naprosto nemusí odpovídat úsilí a námaze, kterou lékař vynaložil. Lékař si také často nemůže být naprosto jist, že léčebný postup, který použil, je tím jediným a nejlepším možným postupem *lege artis* s ohledem na informační explozi ve vědě a v medicíně. Pokud dává své pochybnosti a nejistotu příliš najevo, pacient dost možná vyhledá léčitele nebo šamana. Specifickým problémem poslední doby je konflikt rolí, kdy má lékař nezřídka fungovat jako manažer nebo administrátor - a zároveň jako ten, kdo poskytuje v duchu nejlepších tradic medicíny pomoc (VOSEČKOVÁ a HRSTKA, 2010, s. 39).

Specifickým rysem práce zdravotníka je snadná dostupnost nejrůznějších i návykových látek a tendence k samoléčení. Zdravotník také bývá svým okolím často vnímán jako expert. Jakékoliv selhání ať skutečné nebo domnělé může okolí vnímat jako nekompetentnost. Nepochybně stresující je také péče o pacienty, u nichž došlo k poškození zdraví v důsledku nedostatečné zdravotní péče nebo zaviněním ze strany zdravotníků (ZACHAROVÁ, 2008).

Existuje zde konflikt rolí, kdy jisté nároky ze strany profese nelze uspokojit, aniž by tím alespoň částečně netrpěla rodina - a naopak určité nároky rodiny není snadné uspokojit, aniž by netrpěla profese. Tento konflikt rolí je zvláště patný u lékařek.



K dalším nespecifickým zátěžovým faktorům patří trojsměnný provoz, někdy i dlouhodobá spánková deprivace, nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích, časové nároky a nároky na průběžné vzdělávání a adaptaci nové situaci a novým přístupům, nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů, které v těsně pracujících zdravotnických týmech vznikají.

Kooperaci týmu pochopitelně zhoršují okolnosti jako nedostatečná gratifikace, vyčerpání, konfliktní zájmy a soupeření, finanční problémy atd.

Dalším nespecifickým zátěžovým faktorem je nárazový charakter práce v mnoha oborech, finanční otázky, velká míra administrativních úkonů na úkor přímé péče. Zdravotník bývá náhle zavalen složitými, někdy navzájem neslučitelnými úkoly, které má zvládat ve velmi omezeném čase (VOSEČKOVÁ a HRSTKA, 2010, s. 38).

### **3.3.2 Specifické zátěžové faktory u vybraných skupin zdravotníků**

Lékaři jsou většinou vedoucími týmů a mívají v nich největší odpovědnost. Zajímavou - ale ne příliš studovanou - skupinou osob jsou mladí lékaři. Jejich status naprosto nemusí odpovídat míře praktických dovedností potřebných pro praxi a neodpovídá ani jejich finančnímu ohodnocení. Okolnost, že většina mladých lékařů tyto nároky nějak zvládne, ještě neříká, za jakou je to cenu. Více jsou patrně ohroženy mladé lékařky. Vysoká míra stresu u lékařek může souviset s nedostatkem času, nedostatečným finančním ohodnocením a pochybnostech o systému zdravotní péče. Negativní vnímání systému zdravotní péče může být příčinou profesionálního stresu lékařů, může však být i jeho následkem. Výsledky léčby lékařů pro závislost na alkoholu jsou relativně příznivé díky okolnosti, že se do léčby pod tlakem zaměstnavatele mohou dostat brzy, a že snaha zůstat v profesi je motivuje ke spolupráci v léčení (SNOPKOVÁ, 2007).

Specifika práce zdravotní sestry je spojena především s tím, že sestra s nemocnými stráví většinou podstatně více času než lékař, duševní i tělesné problémy pacientů se jí mohou více dotýkat. Za stresující považují zdravotní sestry složitost své práce a okolnost, že se od nich chce často v krátkém časovém úseku mnoho různých věcí, dále pak je významné jejich pracovní přetížení a péče o umírající.

Sestry často poukazují na hlavní stresory, jako jsou přepracovanost, nedostatečná možnost řídit vlastní práci, zmatení rolí, směnný provoz, rotace a mechaničnost práce. Dalším podstatným stresorem je nevhodné chování nadřízených. Nemocný si také většinou k lékaři nedovolí tolik co k sestře. I u zdravotních sester dochází ke konfliktu rolí v zaměstnání a v rodině a i ony jsou více ohroženy, např. závislostmi na návykových látkách.

Sestry, které měly v úmyslu opustit svoji profesi, si nejčastěji stěžovaly na nedostatek šíře práce a problémy se svojí profesionální rolí. Odolnost zdravotních sester vůči stresu může negativně ovlivnit zkušenost s těžkou nemocí vlastních dětí, hmotný nedostatek, nedostatek pracovníků v určitém zdravotnickém zařízení a nutnost pracovat s nespokojenými příbuznými pacientů (VÉVODA, 2013, s. 102).

Pomocnému zdravotnickému personálu a jeho profesionálnímu stresu se většinou nevěnuje mnoho pozornosti. Při nedostatku kvalifikovaných středních zdravotnických pracovníků se mnozí z nich mohou snadno dostávat do situace, kdy pracují na hranici svých odborných možností. Jsou vystaveni podobným stresujícím faktorům jako jiné kategorie pracovníků, ale jejich příprava jim umožňuje v menší míře těmto stresujícím faktorům efektivně čelit (PRAŠKO a PRAŠKOVÁ, 2001, s. 145).

### **3.3.3 Protektivní faktory práce ve zdravotnictví**

K protektivním faktorům patří lepší znalost týkající se zdraví a jeho ochrany a lepší informovanost o tom, kde hledat v případě potřeby pomoc. Práce ve zdravotnictví, jelistliže je v souladu s hodnotovou orientací pracovníka, může také více než jiné profese dávat pocit smysluplnosti a zaujetí pro práci. Smysluplnost spolu s pocitem kontroly a schopnosti přijímat překážky a problémy jako výzvu - a dále pružnost - patří k faktorům zvyšujícím odolnost vůči zátěžovým životním událostem. Z uvedených faktorů má právě *zaujetí* patrně největší význam.

Společenská prestiž práce zdravotníka snad ze společnosti zcela nevymizela a může být také zdrojem určité gratifikace (BARTLOVÁ a JOBÁNKOVÁ, 2001).

## 4 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 4.1 Úvod k výzkumnému šetření

Tento kvalitativní výzkum má z důvodu velmi malého zkoumaného vzorku charakter předvýzkumu, nazvala jsem jej tedy výzkumnou sondou. V této výzkumné sondě jsem se zaměřila na empirické ověření z dosavadní literatury předpokládáných vztahů mezi vybranými proměnnými, mezi které patří intenzita syndromu vyhoření, pracovní prostředí, věk, doba délky praxe, myšlenky na odchod z práce a míra depresivního ladění. Zjišťovala jsem intenzitu projevu syndromu vyhoření jako nezávisle proměnné na definované závisle proměnné vybraném vzorku zdravotních sester pracujících v Krajské nemocnici v Karlových Varech na interním oddělení a vybraných sestřích pracujících v ambulantní sféře v soukromých ordinacích v Karlových Varech.

Výzkumem syndromu vyhoření u zdravotnického personálu se v minulosti zabývali četní autoři, jmenuji jen některé (MASLACHOVÁ, SCHAUFELLI a LEITER, 2001; KUPKA, 2008; KEBZA a ŠOLCOVÁ, 1998). Na základě dosavadních výzkumů výše zmíněnými autory jsem formulovala hypotézy, které jsem ve své výzkumné sondě testovala. Cílem výzkumného šetření tedy bylo testování výzkumných hypotéz.

Zdravotní sestry jsem vybrala z toho důvodu, že patří k jedné z nejohroženějších skupin vzniku syndromu vyhoření a výskytu faktorů, které mohou jeho vznik urychlit. Je tedy velice důležité, aby si zaměstnavatel byl rizikových faktorů vědom a stejně tak i sestra, jedině pak výskytu tohoto syndromu lze předcházet.

Výzkumná část práce je zaměřena na šetření souvislosti intenzity syndromu vyhoření pracujícího jedince s jeho pracovním prostředím, věkem, rodinným stavem, délkou doby praxe v oboru a depresivním laděním. V první části výzkumného šetření popisují vybraný výzkumný vzorek, cíle výzkumu, hypotézy a metodiku, která se skládá ze tří metod šetření. Ve druhé části výzkumu se již zaměřuji na analýzu dat získaných z dotazníkového šetření a na závěr se věnuji samotným výsledkům, které jsem díky šetření získala.

## 4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor byl složen ze 30 zdravotních sester ve věku 25 - 45 let, z toho 15 jich bylo zaměstnáno v karlovarské krajské nemocnici, kde pracují na interním oddělení II a 15 zdravotních sester pracujících v ambulantní sféře soukromých ordinací. Rozpětí věkové hranice jsem zvolila proto, že u nižší než 25 let byla doba praxe v oboru příliš krátká, aby mohly být zaznamenány známky syndromu vyhoření, a naopak u sester starších by zkoumání mohly ovlivnit další faktory, např. hormonální změny v menopauze, což by mohlo výsledky šetření znevěrohodnotit. Složení souboru z hlediska věku a délky praxe jsem znázornila u obou zkoumaných skupin v Tab. č. 1, Tab. č. 2., Tab. č. 3. a Tab. č. 4.

Celkově jsem dotazník zadala čtyřiceti sestřím, návratnost dotazníků činí tedy 75 %. Tento vzorek jsem získala pomocí tzv. příležitostného výběru, který byl závislý na ochotě zkoumaných respondentů dotazník vyplňovat a na jejich fyzické dostupnosti.

**Tab. č. 1. Složení nemocničních sester z hlediska věku**

Věková skupina	Počet sester	Vyjádření v %
25 - 31	4	26,6
32 - 38	5	33,4
39 - 45	6	40
<b>Celkem</b>	15	100 %

**Tab. č. 3. Složení ambulantních sester z hlediska věku**

Věková skupina	Počet sester	Vyjádření v %
25 - 31	4	26,6
32 - 38	6	40
39 - 45	5	33,4
<b>Celkem</b>	15	100 %

Věková kategorie 25 - 31 byla zastoupena 4 nemocničními sestrami (tj. 26,6%) a 4 ambulantními sestrami (tj. 26,6 %), kategorii od 32 - 38 představovalo 5 nemocničních sester (tj. 33,4 %) a 6 ambulantních sester (tj. 40 %), poslední věkovou kategorii 39 - 45 tvořilo 6 nemocničních sester (tj.40 %) a 5 ambulantních sester (tj.33,4 %).

Z uvedených dat vyplývá, že největší počet respondentek obsahuje věková kategorie 32 - 38 let nastejno s kategorií 39 – 45 let, kde bylo po 11 sestrách (tj. 36,6 %) nejméně zastoupena byla kategorie 35 – 31 let, kde bylo celkem 8 sester (tj.26,6 %).

**Tab. č. 2. Složení nemocničních sester z hlediska počtu let praxe v oboru**

Počet let praxe v oboru	Počet sester	Vyjádření v %
1 - 5	3	21,2
6 - 13	8	54,5
14 - 20	4	24,3
<b>Celkem</b>	15	100%

**Tab. č. 4. Složení ambulantních sester z hlediska počtu let praxe v oboru**

Počet let praxe v oboru	Počet sester	Vyjádření v %
1 - 5	4	24,3
6 - 13	8	54,5
14 - 20	3	21,2
<b>Celkem</b>	15	100%

Z celkového počtu respondentek 30 jich mělo 7 délku praxe v oboru 1 - 5 let (tj.23,3 %). Nejvíce respondentek měla kategorie 6 - 13 let délky praxe, ve které jich dohromady bylo 16 (tj.53,4 %). Kategorii délky praxe 14 - 22 označilo 7 sester (tj.23,3 %).

### 4.3 Cíl výzkumu a vymezení výzkumných hypotéz

Na základě shora uvedených zjištění z literatury jsem formulovala výzkumnou otázku a z ní plynoucích pět hypotéz.

Výzkumná otázka:

*Má intenzita syndromu vyhoření zdravotní sestry souvislost s jejím věkem, délkou doby praxe, rodinným stavem, myšlenkami na odchod z oboru a prostředím, ve kterém pracuje?*

Jednotlivé hypotézy předpokládají vyšší intenzitu syndromu vyhoření u zdravotních sester pracujících na interním oddělení, u starších respondentek, svobodných a bezdětných. Současně předpokládají souvislost mezi intenzitou syndromu vyhoření a myšlenkami na odchod ze zaměstnání. Poslední hypotéza predikuje, že u sestry, která vykazuje příznaky syndromu, se častěji objevuje depresivní ladění než u sestry, která žádné takové příznaky nevykazuje.

Výzkumné hypotézy:

- H1: Intenzita syndromu vyhoření je vyšší u zdravotních sester pracujících na interním oddělení v nemocnici, než u sester pracujících v ambulantní péči.
- H2: Zdravotní sestry vyššího věku trpí syndromem vyhoření více než mladší.
- H3: Výskyt syndromu vyhoření častěji postihuje svobodné a bezdětné zdravotní sestry.
- H4: Existuje vztah mezi intenzitou syndromu vyhoření a četností úvah o odchodu z oboru.
- H5: Sestra s vysokou intenzitou syndromu vyhoření vykazuje vysokou míru depresivního ladění.

### 4.4 Použité metody

Toto zkoumání je kombinací kvantitativní a kvalitativní metody zpracování dat. Kvantitativní část se věnuje analýze dat získaných z dotazníku MBI, analýze věku a délky praxe oboru sester. Kvalitativní část zahrnuje analýzu rodinného stavu, úvahy o odchodu ze zaměstnání a část je také věnovaná analýze Beckova inventáře deprese.

Z analýzy dat výsledku MBI u nemocničních a ambulantních sester jsem byla schopná výsledná skóre porovnat mezi těmito dvěma skupinami a vzít tak v úvahu jejich pracovní prostředí. Nadále jsem pracovala už s celým výzkumným vzorkem 30-ti sester a nebrala místo, kde pracují, v potaz. Porovnávala jsem průměry dosažených skóre u sester, z hlediska jejich věku, rodinného stavu a úvah o odchodu z práce.

Na závěr jsem vybrala pouze dvě sestry, které jsem podrobila podrobnější analýze v souvislosti s mírou naladění, jejíž skóre zjišťoval Beckův inventář deprese. Výběr těchto dvou respondentek probíhal dle nejpřesnějšího skóre odpovídající nejvyšší a nejnižší intenzitě syndromu vyhoření. K detailnější analýze pouze dvou představitelk, které v dotazníku obdržely nepřesnější skóre odpovídající dané intenzitě, jsem přistoupila z toho důvodu, že se jedná o krajní hranice dotazníku, a budou na něm tak přesněji rozpoznatelné souvislosti pro srovnání s výsledky z dotazníku BDI. Tento typ zkoumaného vzorku mi s jistotou neumožňuje získaná data a závěry generalizovat, protože není vzorkem reprezentativním, což ovšem neznamená, že vzniklé závěry nemohou být užitečné pro další zkoumání (FERJENČÍK, 2000, s. 113).

Ve výzkumu všech respondentek jsem použila v celkovém počtu 3 dotazníky. Prvním dotazníkem u všech třiceti sester byla zjištěna míra intenzity syndromu vyhoření, k čemuž byl použit inventář syndromu vyhoření Maslachové - MBI (z *angl. Maslach burnout inventory*). Tento dotazník jsem zvolila z toho důvodu, že je nejen nejpoužívanější metodou pro detekci syndromu vyhoření, ale je i celosvětově standardizovaný, je tedy pravděpodobně tou nejvhodnější pomocnou psychodiagnostickou metodou pro určení přítomnosti symptomů syndromu vyhoření, má vysokou reliabilitu a dobré psychometrické vlastnosti. Optimální u tohoto dotazníku je také čas, který potřebují respondentky pro jeho vyplnění.

Vlastní dotazník byl součástí dotazníků MBI a v úvodu zjišťoval především osobní údaje respondentek. Otázky byly zaměřené na věk, rodinný stav a myšlenky na odchod ze zaměstnání.

Poslední použitou metodou, kterou vyplňovaly také všechny respondentky, byl Beckův inventář deprese, který zjišťoval míru depresivního ladění. Tuto pomocnou diagnostickou metodu jsem také vybrala z důvodu její standardizace u nás v ČR a pro její časovou nenáročnost s vědomím, že nebude depresi přímo detekovat, jen nastíní současné psychické rozpoložení (naladění) šetřené zdravotní sestry.

V následujících podkapitolách blíže popíši mnou vybrané a použité metody ve výzkumné šetření.

#### **4.4.2 MBI**

Pro zjištění míry přítomnosti syndromu vyhoření byl použit celosvětově používaný standardizovaný dotazník MBI (z angl. Maslach Burnout Inventory) vytvořený Christinou Maslachovou (viz Příloha I).

MBI dotazník je složen z 22 položek, jež hodnotí tři kategorie burnout:

- EE (z angl. emotional exhaustion) – emocionální, citové vyčerpání,
- DP (z angl. depersonalization) – odosobnění, ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem,
- PA (z angl. Personal accomplishment) – osobní uspokojení.

V dotazníku je 9 otázek zaměřených na dimenzi EE, 5 otázek zaměřených na DP a 8 otázek zaměřených na PA.

Podle hodnocené dimenze burnout vyplývá následující rozdělení jednotlivých otázek MBI dotazníku:

- Otázky mapující emocionální vyčerpání otázka č. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Otázky mapující odosobnění - otázka č.5, 10, 11, 15, 22.
- Otázky mapující stupeň osobního uspokojení – otázka č. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (WIMMEROVÁ, 2006).



Odpověď na každou otázku respondentky vyjádřily jedním ze sedmi stupňů odpovědní škály podle svých pocitů, který označily kroužkem.

0 = nikdy se tak necítím

1 = cítím se tak několikrát za rok či méně

2 = cítím se tak jednou měsíčně či méně

3 = cítím se tak několikrát za měsíc

4 = cítím se tak jednou týdně

5 = cítím se tak několikrát za týden

6 = cítím se tak každý den

V závislosti na počtu dosažených bodů byla každá kategorie *burnout* hodnocena třemi stupni vyčerpání – nízké, střední a vysoké (viz tabulka č. 6).

**Tab. č.6. Bodová kategorizace syndromu vyhoření dle MBI dotazníku**

<b>Kategorizace MBI</b>	<b>nízké</b>	<b>střední</b>	<b>vysoké</b>
EE – citové vyčerpání	≤16	17 - 26	≤27
DP - odosobnění	≤6	7 - 12	≤13
PA – stupeň osobního uspokojení	≥39	38 - 32	≤31

Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korepondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení s vyhořením nízké hodnoty. Maximální počet získaných bodů pro dimenzi emocionálního vyhoření je 54 bodů, pro dimenzi depersonalizace 30 bodů a pro dimenzi osobního uspokojení 48 bodů.

### 4.4.3 Beckův inventář deprese

„Beckův inventář deprese“ BDI jsem pro zjištění depresivní nálady zvolila z toho důvodu, že je v psychodiagnostice hojně používán jako osvědčená, citlivá a validní metoda. Je také velmi vhodný do psychologické, psychiatrické a všeobecné lékařské praxe i výzkumu. V kombinaci s rozhovorem, pozorováním a projektivními technikami přispívá k ucelenému náhledu na pacientovy potíže a slouží jako pomocná psychodiagnostická metoda. V tomto případě nelze z dotazníku vyvozovat diagnózu deprese, velmi dobře však postačí pro detekci depresivního ladění, které může být spojené se syndromem vyhoření.

Inventář není časově náročný, k jeho vyplnění sestry otrebovaly zhruba 5 - 10 minut a jeho vyhodnocení proběhlo také velmi rychle.

Dotazník obsahuje 21 položek, které představují jednotlivé příznaky a negativní myšlenky vyskytující se v různé míře u jedinců s depresivním laděním či deprese. Tak jak byl předložen k vyplnění je uveden jako Příloha II.

Jedná se o následující položky:

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| 1. Smutek                              | 11. Agitovanost           |
| 2. Pesimismus                          | 12. Ztráta zájmu          |
| 3. Minulá selhání                      | 13. Nerozhodnost          |
| 4. Ztráta radosti                      | 14. Pocit bezcennosti     |
| 5. Pocity viny                         | 15. Ztráta energie        |
| 6. Pocit potrestání                    | 16. Změna spánku          |
| 7. Znechucení sám ze sebe              | 17. Podrážděnost          |
| 8. Sebekritika                         | 18. Změny v chuti k jídlu |
| 9. Sebevražedné myšlenky nebo<br>přání | 19. Koncentrace           |
| 10. Plačtivost                         | 20. Únava                 |
|  | 21. Ztráta zájmu o sex    |

Každá z těchto položek obsahuje 4 možné výroky zaměřené na intenzitu daného příznaku se skórováním v rozmezí 0 – 3 bodu. Sestra měla označit (zakroužkovat) číslo před výrokem, který nejvíce vystihoval její pocity za posledních 14 dní.

Hodnota 0 značí nepřítomnost symptomu, 1 bod znamená, že symptom je u daného jedince přítomen v malé míře, 2 body představují závažnější intenzitu a 3 body pak jeho nejvyšší hladinu. K docílení výsledného skóre jsem sečetla všechny zakroužkované hodnoty. Nejvyšší možné skóre, které lze v dotazníku dosáhnout, je 63 bodů. Minimální pak v hodnotě 0. Výsledné skóre a míru stupně deprese nalezneme v tabulce č. 7 (VRANÁ, 2012).

**Tab. č. 7. Míra depresivního ladění dle celkového skóru v BDI**

<b>Míra depresivního ladění</b>	<b>Celkové skóre</b>
<b>minimální</b>	0 – 13
<b>mírná</b>	14 – 19
<b>střední</b>	20 – 28
<b>vysoká</b>	29 – 63

Dotazník tak, jak byl zdravotním sestřám předložen k vyplnění, je uveden v Příloze č. 3.

#### **4.4.4 Vlastní dotazník**

Pro tento výzkum jsem si sama vytvořila krátký dotazník, díky kterému bych ráda našla odpovědi na mnou stanovené hypotézy. Dotazník se skládá z celkem 5 otázek a zahrnuje 3 okruhy. Pro ověření srozumitelnosti otázek jsem provedla předvýzkum na deseti respondentech, jejichž připomínky jsem vzala v potaz a dotazník podle nich upravila. Sestry měly na výběr vždy z několika možností a měly zakroužkovat variantu, která odpovídá skutečnosti.

Dotazník ve formě, v jaké byl předložen zkoumaným osobám, je součástí první části dotazníku MBI (viz Příloha I).

Tento dotazník obsahoval následující okruhy otázek:

- věk,
- rodinný stav,
- zvažování odchodu ze zaměstnání.

#### 4.5 Způsob administrace dotazníků

První část sběru dat byla realizována na interním oddělení karlovarské krajské nemocnice v průběhu měsíce června. Po předchozí domluvě se staniční sestrou interního oddělení, jsem na sesternu umístila desky s dvaceti obálkami, které obsahovaly můj vlastní dotazník, MBI, a BDI. V obálkách byly na úvodním papíře napsány instrukce k jejich vyplnění. Informativní dopis s instrukcemi, který byl také součástí obsahu obálek, je uveden v Příloze č. 4. Zdravotní sestry byly požádány, aby dotazník vyplnily během své směny, nejlépe během obědové pauzy, aby měly na vyplňování klid. Zdravotní sestry měly na vyplnění přibližně tři týdny a po předem stanoveném termínu jsem desky s obálkami z oddělení od staniční sestry převzala.

Druhá část sběru dat byla realizovaná v několika soukromých ordinacích v Karlových Varech, které poskytují ambulantní péči. Konkrétně se jednalo o ordinace umístěné v budově polikliniky Karlovy Vary a polikliniky Bezručova, též v Karlových Varech. Za účelem získání vysoké míry reprezentativnosti vzorku jsem se snažila pokrýt co nejširší část této specializované sféry. Vybrala jsem tedy vždy po jedné ordinaci od praktického lékaře, ordinaci pediatrie, gynekologie, kardiologie, pneumologie, alergologie, rehabilitace, fyzioterapie, kožní ordinace a ordinaci očního lékaře a diabetologa. V každé ordinaci byly vždy zaměstnány 1 - 3 sestry. Výsledný počet zdravotních sester, které dotazník vyplňovaly, byl 20. Postup byl velice podobný tomu, s jakým byly seznámeny sestry na oddělení interním v nemocnici. Po předchozí domluvě s lékaři jsem roznesla všech dvacet obálek do příslušných ordinací a zhruba po čtrnácti dnech si je opět vyzvedla.

## 4.6 Analýza výsledků výzkumné sondy

Po vyzvednutí desek s vyplněnými dotazníky od staniční sestry a specializovaných lékařů, jsem všech 40 obálek zkontrolovala a musela jich 10 vyřadit kvůli chybně vyplněným nebo vůbec nevyplněným položkám. Návratnost dotazníků i přesto byla vcelku vysoká. K mé výzkumné sondě jsem tedy následně mohla použít 30 dotazníků z původních 40. V následujících podkapitolách budou analyzována data, získaná z dotazníkového šetření.

### 4.6.1 Analýza výsledků dotazníku MBI

Jako první jsem vyhodnocovala dotazník MBI, u obou skupin zdravotních sester zvlášť, jelikož jeho výsledky byly klíčové pro další zkoumání. Odpovídající skóre jsem pro jednotlivé kategorie sečetla a na základě výsledku jsem jednotlivé respondenty mohla přiřadit k jednomu z následujících tří stupňů intenzity.

Nejdříve jsem vyhodnotila dimenzi emocionálního vyčerpání u nemocničních sester znázorněné v Tab. č.8 a následně u sester ambulantních v Tab. č.9.

V této oblasti dosáhly představitelky interního oddělení průměrného počtu v oblasti emocionálního vyčerpání 23,3 bodů tj. o 2,9 více než ambulantní sestry, které dosáhly průměrného počtu 20,4 bodů.

**Tab. č.8. Stupeň emocionálního vyčerpání u nemocničních sester**

<b>Stupeň emocionálního vyčerpání</b>	<b>Počet sester</b>	<b>Vyjádření v %</b>	<b>Průměr bodů</b>
<b>Nízký &lt;16</b>	2	13,3	13
<b>Střední 17-26</b>	7	46,6	21
<b>Vysoký &gt;27</b>	8	53,3	36
<b>Celkem/průměr</b>	15	100%	23,3

**Tab. č.9 Stupeň emocionálního vyčerpání u ambulantních sester**

<b>Stupeň emocionálního vyčerpání</b>	<b>Počet sester</b>	<b>Vyjádření v %</b>	<b>Průměr bodů</b>
<b>Nízký &lt;16</b>	7	46,6	10
<b>Střední 17-26</b>	5	33,4	22
<b>Vysoký &gt;27</b>	3	20	29
<b>Celkem/průměr</b>	15	100 %	20,4

V následujících tabulkách č. 10 a č. 11 je zobrazen stupeň depersonalizace u obou zkoumaných vzorků. V této oblasti dosáhly představitelky ambulantní sféry průměrného počtu 9,6 bodů tj. o 0,7 méně než představitelky interního oddělení, které dosáhly průměrného počtu 10,3 bodů.

**Tab. č. 10. Stupeň depersonalizace u nemocničních sester**

<b>Stupeň depersonalizace</b>	<b>Počet sester</b>	<b>Vyjádření v %</b>	<b>Průměr bodů</b>
<b>Nízký &lt; 6</b>	3	20	6
<b>Střední 7-12</b>	6	40	11
<b>Vysoký &gt; 13</b>	6	40	14
<b>Celkem</b>	15	100	10,3

**Tab. č. 11. Stupeň depersonalizace u ambulantních sester**

<b>Stupeň depersonalizace</b>	<b>Počet sester</b>	<b>Vyjádření v %</b>	<b>Průměr bodů</b>
<b>Nízký &lt; 6</b>	8	53,3	6
<b>Střední 7-12</b>	5	33,4	9
<b>Vysoký &gt; 13</b>	3	20	15
<b>Celkem</b>	15	100 %	9,6

Tabulka č. 12 a tabulka č. 13 znázorňují výsledky v kategorii osobního uspokojení. V této oblasti dosáhly představitelky interního oddělení průměrného počtu 34,3 bodů tj. o 2 méně než sestry, které dosáhly průměrného počtu 36,3 bodů.

**Tab. č.12. Stupeň osobního uspokojení u nemocničních sester**

<b>Stupeň osobního uspokojení</b>	<b>Počet sester</b>	<b>Vyjádření v %</b>	<b>Průměr bodů</b>
<b>Nízký &lt; 31</b>	9	60	28
<b>Střední 32-38</b>	4	26,6	33
<b>Vysoký &gt; 39</b>	2	13,3	42
<b>Celkem</b>	15	100 %	34,3

**Tab. č.13 Stupeň osobního uspokojení ambulantních sester**

<b>Stupeň osobního uspokojení</b>	<b>Počet sester</b>	<b>Procentuální vyjádření</b>	<b>Průměr bodů</b>
<b>Nízký &lt; 31</b>	3	20%	30
<b>Střední 32-38</b>	4	26,6%	36
<b>Vysoký &gt; 39</b>	8	53,4%	43
<b>Celkem</b>	15	100 %	36,3

V tabulce č.14 jsou znázorněny výsledky dotazníkového šetření ukazující rozdíly v intenzitě syndromu vyhoření mezi nemocničními zdravotními sestrami a sestrami ambulantními.

**Tab. č.14. Porovnání průměrů dosažených bodů v MBI**

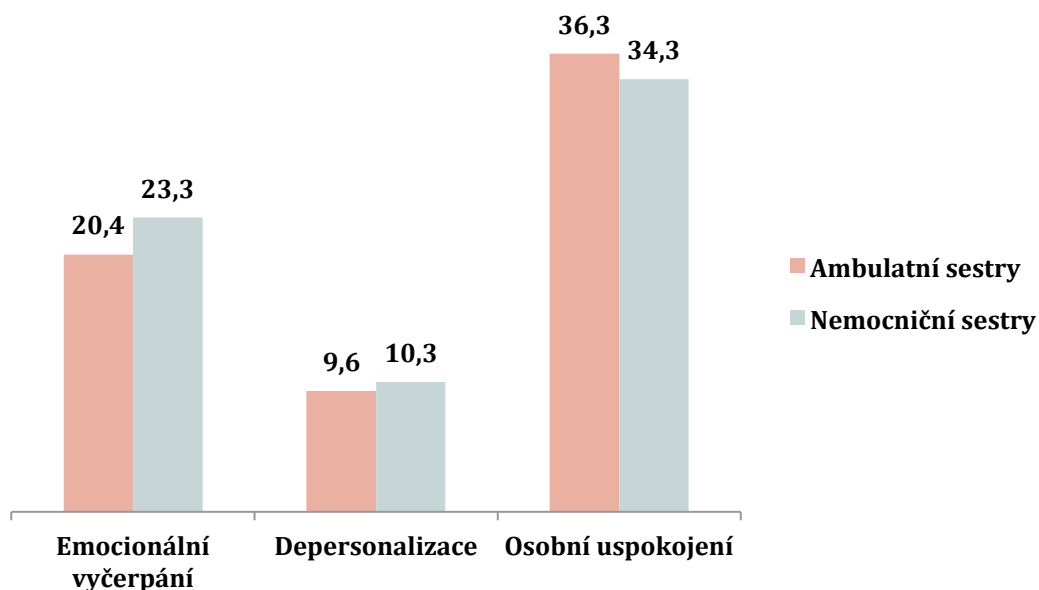
<b>Kategorie MBI</b>	<b>Nemocniční sestry</b>	<b>Ambulantní sestry</b>
<b>Stupeň emocionálního vyčerpání</b>	23,3	20,4
<b>Stupeň depersonalizace</b>	10,3	9,3
<b>Stupeň osobního uspokojení</b>	34,3	36,3

V dimenzi emocionálního vyčerpání dosáhly v MBI nemocniční sestry průměrného počtu bodů 23,3, což je o 2,9 bodu více než sestry pracující v ambulantní sféře, které dosáhly průměrného počtu bodů 20,4. Stupeň depersonalizace je opět vyšší u sester v nemocnici, konkrétně o 0,7 bodu. Vyšší úroveň osobního uspokojení z praxe mají naopak sestry ambulantní. V této kategorii dosáhl průměr hodnot jejich odpovědí 36,3, což je o 2 body více, než u nemocničních sester, které odpověděly v průměru 34,3.

Pro lepší přehlednost uvádím ještě grafické zobrazení hodnot průměrů, které v daných oblastech dosáhly ambulantní a nemocniční sestry v dotazníku MBI zjišťující intenzitu projevu syndromu vyhoření. Čím vyšší hodnoty v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace tím vyšší intenzita, naopak u osobního uspokojení čím nižší, tím menší projevy. Nemocniční sestry průměrně dosahují vyšších hodnot svědčících pro výskyt syndromu vyhoření než ambulantní sestry.



**Graf č. 1. Porovnání průměrných hodnot u ambulantních a nemocničních sester**



#### 4.6.2 Analýza výsledků vlastního dotazníku

V této části analýzy výsledků jsem přistoupila k vyhodnocení svého vlastního dotazníku a připojila k němu data získaná z výsledků dotazníku MBI, který byl analyzován v předešlé podkapitole. Tentokrát jsem nebrala v potaz vliv místa jejich zaměstnání. Analýze jsem podrobila všech 30 sester najednou.

##### a) Analýza věku

V tab.č.15 jsou zobrazeny výsledky dotazníkového šetření týkající se rozdílu v intenzitě syndromu vyhoření mezi mladšími a staršími sestrami.

**Tab. č.14. Porovnání průměrů dosažených bodů v MBI u mladších a starších sester**

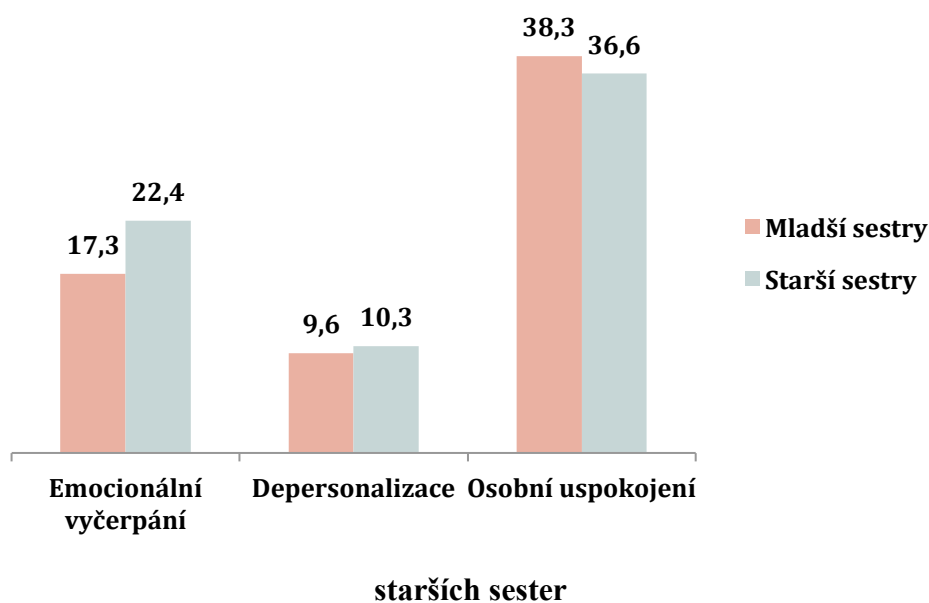
Kategorie MBI	Mladší sestry	Starší sestry
Stupeň emocionálního vyčerpání	17,3	22,4
Stupeň depersonalizace	9,6	10,3
Stupeň osobního uspokojení	38,3	36,3

Pro získání těchto dat jsem z množiny všech dotazovaných vytvořila dvě podmnožiny. Z věku všech sester jsem vypočítala aritmetický průměr, jenž mi umožnil rozdělit celek všech respondentek do dvou věkových kategorií.

V kategorii emocionálního vyčerpání je patrný rozdíl mezi získanými odpověďmi mladších a starších sester. Respondentky s nižším věkovým průměrem dosáhly v odpovědích hodnoty 17,3 což je o 5,1 méně než u sester starších. Rozdíl v dimenzi depersonalizace je 0,7 ve prospěch mladších respondentek. Oblast osobního uspokojení byl vyšší u mladších sester a to o 2 body.

Pro lepší přehlednost uvádím grafické zobrazení hodnot průměrů, které v daných oblastech dosáhly zdravotní sestry mladšího věku a sestry vyššího věku. Z grafu lze vyčíst, že hodnoty svědčící pro vyšší intenzitu syndromu vyhoření byly naměřeny vždy u sester staršího věku

**Graf. č.2. Porovnání průměrných hodnot mladších a**



b) Analýza rodinného stavu

V tabulce č. 15 jsou znázorněny výsledky dotazníkového šetření, které se týkalo intenzity syndromu vyhoření mezi svobodnými, bezdětnými sestrami a sestrami bez závazků.

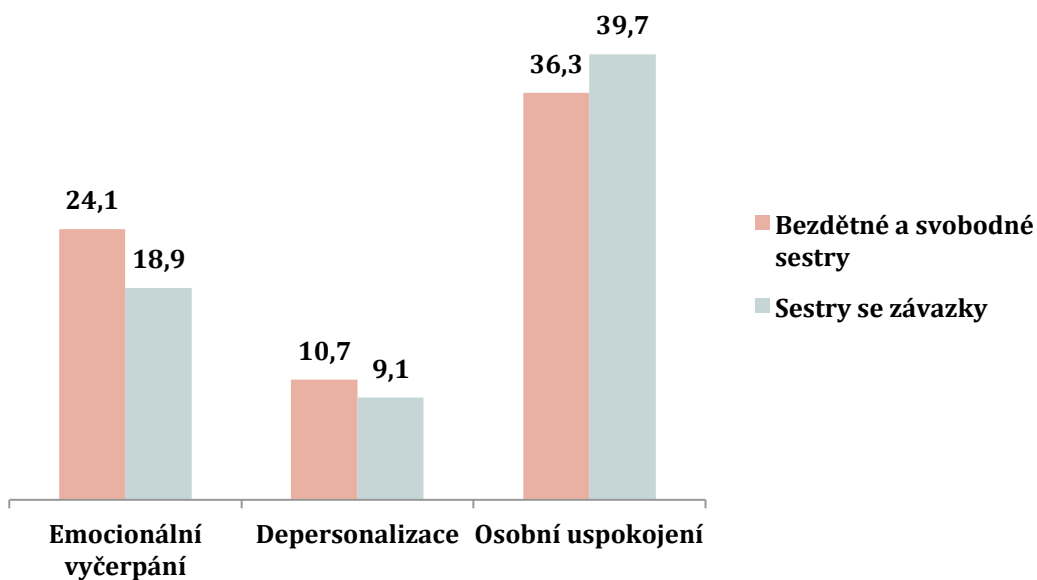
**Tab. č. 15. Porovnání průměru dosažených bodů v dotazníku MBI u svobodných, bezdětných sester a sester bez závazků**

<b>Kategorie MBI</b>	<b>Svobodné a bezdětné sestry</b>	<b>Sestry se závazky</b>
<b>Stupeň emocionálního vyčerpání</b>	24,1	18,9
<b>Stupeň depersonalizace</b>	10,7	9,1
<b>Stupeň osobního uspokojení</b>	36,3	39,7

Sestry, které jsou bezdětné, v oblasti emocionálního vyhoření dosáhly bodového průměru 24,1, což je o 5,2 bodů více než sestry se závazky, jejichž hodnota byla 18,9. Svobodné sestry dosahují také vyššího stupně depersonalizace, naměřila jsem u nich průměrnou hodnotu 10,7, což je o 1,6 bodů méně než u druhé skupiny sester bez závazků. Výsledek také značí nižší úroveň osobního uspokojení z vykonávané práce u respondentek bez závazků, jedná se o rozdíl 2 bodů.

V grafu č.3 můžeme vidět naměřené hodnoty průměrů, které v daných oblastech dosáhly bezdětné a svobodné sestry v porovnání s hodnotami sester, které již některé závazky mají. Z grafu lze vyčíst, že hodnoty svědčící pro vyšší intenzitu syndromu vyhoření byly naměřeny vždy u sester bez závazků.

**Graf. č.3 Porovnání průměrných hodnot u sester bezdětných a svobodných a u sester se závazky**



c) Analýza úvah odchodu ze zaměstnání

V tabulce č.16 jsou zobrazeny výsledky dotazníkového šetření, ve kterém jsem zjišťovala závislost intenzity syndromu vyhoření a četnost úvah o odchodu z nynějšího zaměstnání.

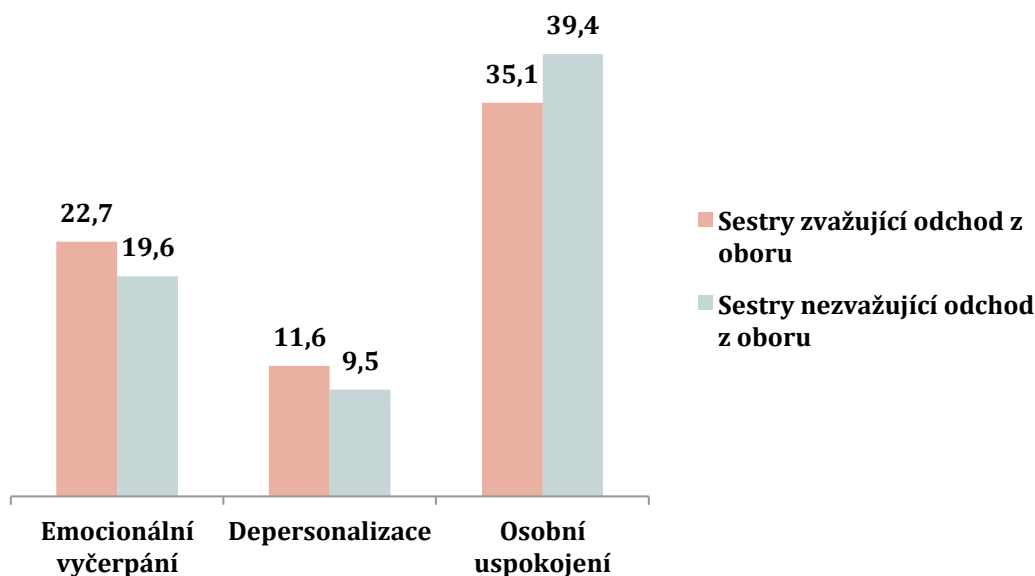
**Tab.č.16. Porovnání průměru dosažených bodů v dotazníku MBI u sester zvažující a nezvažující odchod z oboru**

Kategorie MBI	Sestry zvažující odchod z oboru	Sestry nezvažující odchod z oboru
Stupeň emocionálního vyčerpání	22,7	19,6
Stupeň depersonalizace	11,6	9,5
Stupeň osobního uspokojení	35,1	39,4

V oblasti emocionálního vyhoření je hodnota rozdílu bodů mezi sestrami, které odchod zvažují, a sestrami, které odchod nezvažují, vyjádřena 3,1 body. Stupeň depersonalizace je o 2,1 bodu vyšší u sester, které o odchodu přemýšlejí, než u sester, které odchod nezvažují. V dimenzi úrovně osobního uspokojení je též patrný rozdíl a to o hodnotu 4,3 bodu.

Grafické zobrazení hodnot průměrů, které v daných oblastech dosáhly sestry zvažující odchod ze zaměstnání a sester, které o odchodu neuvažují, ukazují, že naměřená intenzita syndromu vyhoření byla vždy vyšší u sester, které o odchodu z oboru již uvažovaly, zatímco u sester, které jsou v práci spokojeny a myšlenky na odchod nebyly zaznamenány, dosahovaly skóre značící nižší intenzitu vyhoření.

**Graf.č.4. Porovnání průměrných hodnot u sester zvažujících odchod z oboru a u sester, které odchod nezvažují**



#### 4.6.3 Analýza dotazníku Beckova inventáře deprese

Nyní se dostávám k vyhodnocení dat z dotazníku BDI. Dotazník zjišťující míru depresivního ladění jsem podrobila analýze pouze u dvou vybraných sester. Pro další zkoumání jsem tedy vybrala představitelky, u nichž byla naměřena nejnižší a nejvyšší intenzita syndromu vyhoření.

Respondentku s nejnižší naměřenou intenzitou syndromu vyhoření jsem označila Sestra č.1 a respondentku, jejíž výsledky svědčí pro nejvyšší intenzitu vyhoření jsem označila Sestra č.2. Výběr těchto dvou sester probíhal dle získaných skóre z předchozího dotazníkového šetření MBI viz kap. 4.6.1.

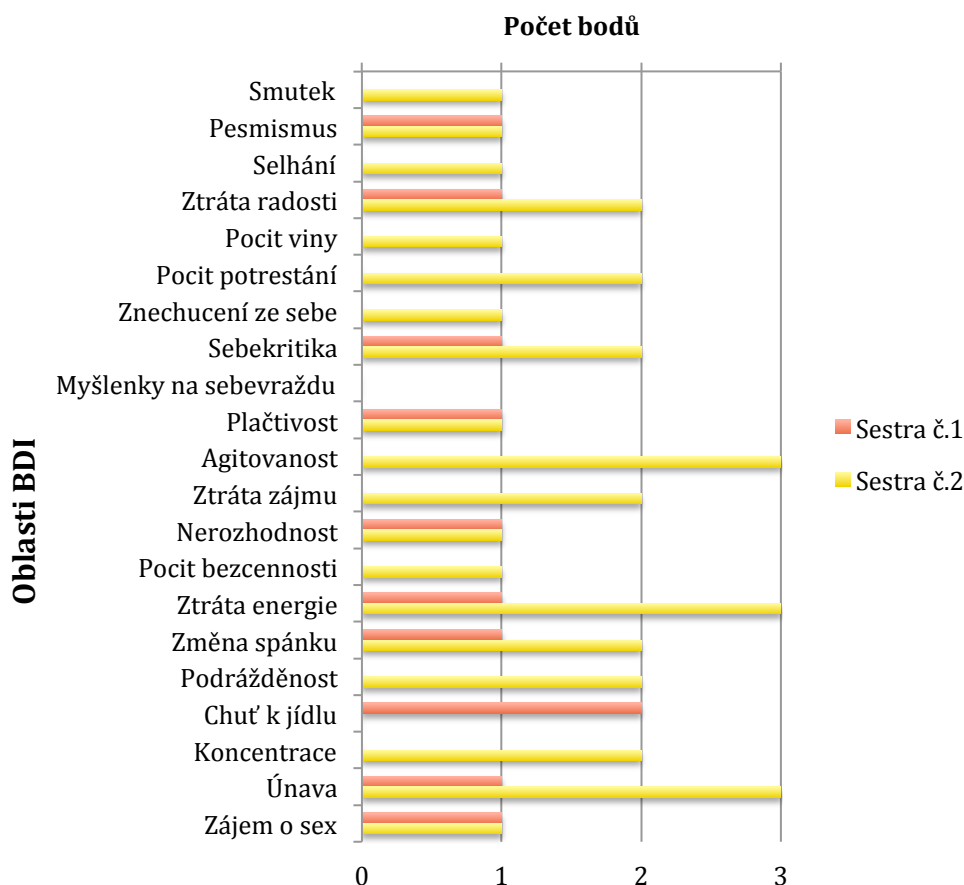
V tabulce č. 17 uvádím výsledky dotazníku BDI u Sestry č.1 a Sestry č.2. Na první pohled je z tabulky patrné, že Sestra č. 1 dosáhla nižšího skóre míry depresivního ladění, v testu obdržela pouze 11 bodů ze 63 možných a náleží jí tedy minimální míra depresivního ladění, zatímco Sestra č. 2 dosáhla celkového skóre v dotazníkovém šetření 32, výsledná kategorie míry depresivního ladění je na spodní hranici vysoké míry.

**Tab. č. 17. Dosažené skóre v BDI**

<b>Respondentka</b>	<b>Počet bodů</b>	<b>Míra depresivního ladění</b>
Sestra č. 1	11	Minimální
Sestra č. 2	32	Vysoká

Pro přehled uvádím grafické zobrazení jednotlivých bodů získaných v daných oblastech dotazníku BDI pro Sestru č.1 a Sestru č.2 (viz Graf.č1).

**Graf.č.5 Dosažené body v oblastech BDI u Sester č.1 a č.2**



Z grafického zobrazení lze vyčíst, že Sestra č. 2 odpovídala na otázky celkově vyššími hodnotami bodů než Sestra č. 1. Počtem bodů číslo 3 označila Sestra č. 2 otázky týkající se agitovanosti, ztráty energie a únavy, nulové hodnocení náleží položkám týkajícím se chuti k jídlu a myšlenkám na sebevraždu. Oblasti, které se přímo mohou projevit při výkonu práce zdravotní sestry a blízce tak souviset se syndromem vyhoření, jsou: koncentrace, pocit potrestání, nerozhodnost, ztráta energie, podrážděnost, únava. Převážně všechny tyto položky sestra s projevy syndromu vyhoření označila počtem bodů číslo 2, kromě oblasti únava a ztráty energie, kde se rozhodla pro vyšší hodnocení, tedy 3.

Sestra č.1 – s téměř nulovou intenzitou syndromu vyhoření, obdržela v testu markantně nižší skóre, i přesto však některé oblasti bodovala stejným počtem bodů jako Sestra č.2. Jednalo se o oblast pesimismu – hodnoceno 1 bodem, myšlenek na sebevraždu – hodnoceno 0 bodů, plačtivost – hodnoceno 1 bodem, nerozhodnosti - hodnoceno 1 bodem a ztráta zájmu o sex hodnocena 1 bodem. Nulou Sestra č.1 označila téměř polovinu položek (tj. 9) Zatímco Sestra č. 2 pouze dvě.

## 4.7 Ověření hypotéz

V této části se dostávám k ověření hypotéz, které jsem si na začátku výzkumného šetření stanovila. Abych své hypotézy mohla potvrdit či vyvrátit, budu vycházet z předchozích výsledků, které jsem získala na základě dat vyplněných v dotazníku MBI, mého vlastního dotazníku a analýzy dat získaných z dotazníku Beckova inventáře deprese.

U H1 (Intenzita syndromu je vyšší u zdravotních sester pracujících na interním oddělení v nemocnici než u sester pracujících v ambulantní péči) mne bude zajímat několik proměnných. Jedná se o typ zařízení, ve kterém sestra pracuje, a hodnoty intenzity syndromu vyhoření v daných oblastech. Z tabulky č. 14 a grafu č.1 lze vyčíst průměrně naměřené hodnoty u jednotlivých skupin sester. Zde mě bude konkrétně zajímat, zda sestry pracující v nemocnici dosáhly vyššího skóre v oblasti emocionálního vyčerpání (EE) a depersonalizace (DP) a naopak nižšího skóre v oblasti osobního uspokojení (PA), než sestry pracující v ambulantní sféře. Z této tabulky a grafu je možno vidět, že nemocniční sestry opravdu dosáhly vyššího a nižšího skóre v daných oblastech. Na základě těchto poznatků H1 potvrzují.

K vyvrácení či potvrzení hypotézy H2 (Zdravotní sestry vyššího věku trpí syndromem vyhoření více než mladší) využiji data zakreslená v grafu č. 2 a tabulky č. 14, kde se budu soustředit na hodnoty naměřené v EE, DP a PA. Hypotéza č. 2 předpokládá vyšší naměřené skóre v oblastech EE a DP u sester staršího věku a zároveň nižšího skóre v oblasti PA, než u sester mladšího věku. Z grafu a tabulky lze tyto závěry potvrdit, tudíž mohu potvrdit i H2.



U H3 (Výskyt syndromu vyhoření častěji postihuje svobodné a bezdětné zdravotní sestry) budu opět zkoumat naměřené hodnoty z dotazníku MBI v oblastech EE, DP a PA, ale u sester, které jsou bezdětné a svobodné, a u sester, které již nějaké závazky mají. Z tabulky č.15 a grafu č.3 lze jasně vyčíst, že sestry bez závazků dosáhly takových výsledků, které hypotézu H3 potvrzují, tudíž ji na základě těchto poznatků přijímám.

U H4 se opět zaměřím na dvě skupiny sester a jejich výsledná skóre v oblastech EE, DP a PA, které porovnáám v rámci průměrně naměřených hodnot. První skupina respondentek, jsou zdravotní sestry, které již v minulosti zvažovaly nebo zvažují odchod ze svého zaměstnání a druhou jsou zdravotní sestry, které odchod ze své práce dosud nezvažovaly. Potřebné poznatky o dosažených bodech jsem získala z grafu č. 4 a tabulky č.16. Data svědčí pro potvrzení mé hypotézy a na základě toho H4 (Existuje vztah mezi mírou příznaků syndromu vyhoření a četností úvah o dochoodu z oboru) potvrzují.

K ověření poslední hypotézy H5 využiji jako podklad poznatky z podkapitoly 4.6.3, kde jsou podrobněji analyzovány dvě sestry, které dosáhly nejvyššího a nejnižšího možného skóre v intenzitě výskytu syndromu vyhoření a následně byl vyhodnocen i Beckův inventář deprese pro zjištění míry depresivního naladění, které je v tomto případě jednou z proměnných. Z tabulky č.17 je na první pohled jasné že sestra s vyšší intenzitou syndromu vyhoření získala i vyšší skóre v míře depresivního naladění, tudíž H5 potvrzují.

## 4.8 Diskuse

Předem musím zdůraznit, že výsledky mého výzkumu nelze zobecňovat, vzhledem k velmi malému počtu účastníků v dotazníkovém šetření. Pro získání reprezentativního vorku by bylo potřeba většího počtu respondentů a podrobení výsledků statistické analýze, abychom zjistili, zda jsou výsledné rozdíly ve výsledcích statisticky významné.

#### **4.8.1 Pracovní prostředí a intenzita syndromu vyhoření**

Hypotéza č. 1 předpokládala vyšší intenzitu syndromu vyhoření, u sester, které pracují v nemocnici než u sester pracujících v ambulanci sféře soukromých praxí lékařů. Tato hypotéza byla potvrzena analýzou dat získaných od obou těchto skupin, kde v oblasti EE dosáhly nemocniční sestry o 2,9 bodů více než sestry pracující v ambulancích. Rozdíl v depersonalizaci nebyl tak markantní i přes to však zaznamenaný a to 0,7 bodů vyšší u nemocničních sester. U osobního uspokojení šlo o rozdíl 2 body, který svědčil, pro větší spokojenost ambulantních sester. Důvodem těchto výsledků může být to, že sestry, které jsou zaměstnány v nemocničních zařízeních, pracují ve větším stresu, často se setkávají se smrtí a pečují o umírající pacienty, zároveň jsou na ně kladeny vyšší nároky, nejsou dostatečně motivovány a nadšení z práce postupem času vyhasíná, zatímco sestry, které jsou zaměstnány v ambulanci sféře nejsou v tak velkém stresu, nejsou vystaveny přímé smrti pacienta. Důvodem by mohlo být i to, že nejsou součástí směnného provozu a nepracují tedy v nočních hodinách. Pro průkaznější výsledky by však bylo třeba podrobit analýze větší výzkumný vzorek, než byl dostupný pro tento výzkum.

#### **4.8.2 Věk a intenzita syndromu vyhoření**

Hypotéza č. 2 předpokládala vyšší intenzitu vyhoření u starších zdravotních sester než u sester mladšího věku. Tato hypotéza byla potvrzena analýzou dat z dotazníku MBI a dotazníku vlastního. V úrovni emocionálního vyčerpání jsou vidět rozdíly mezi průměrnými odpověďmi mladších a starších dotazovaných. Mladší respondenty dosáhly v odpovědích hodnoty 17,3, což je o 5,1 méně než starší sestry. Tento výsledek může značit prvotní nadšení po nástupu do praxe, které s věkem a délkou praxe ustává. Další z důvodů může být průběžná kumulace neřešených pracovních problémů, nebo např. neshodách v pracovním kolektivu. Rozdíl v oblasti depersonalizace činil 0,7 ve prospěch mladších respondentů. Zdravotní sestry nižšího věku mají také vyšší stupeň osobního uspokojení než jejich starší kolegyně, konkrétně o 2 body.

S narůstajícím věkem, tedy v mnoha případech i s délkou praxe v oboru dochází k celkově nižšímu uspokojení z pracovního procesu, například monotónností práce, stereotypem či ubývajícím prvotním zapálením do práce, uspokojení z práce tedy se stoupajícím věkem klesá.

Mallotová (2000) ve své publikaci uvádí, že syndrom vyhoření bývá označován za „fenomén prvních let zaměstnání“, kdy jsou noví pracovníci ještě plní entuziasmu, nadšení a očekávání, což bývá následně vystřídáno frustrací, zklamáním a stagnací či apatií. Autorka však dále uvádí, že tento syndrom není problémem pouze nově nastupujících pracovníků, ale jsou jím ohroženi i zaměstnanci, kteří jsou již starší, a ve svém oboru setrvávají již několik desítek let, čemuž přispívá i oddalující se hranice věku odchodu do důchodu, a právě u těchto osob se setkáváme se syndromem vyhoření daleko častěji. Z toho důvodu si myslím, že by bylo potřebné zajistit prevenci syndromu vyhoření pro všechny věkové kategorie.

### **4.8.3 Rodinný stav a intenzita syndromu vyhoření**

Při ověřování závislosti výskytu syndromu vyhoření na rodinném stavu a počtu dětí (hypotéza č. 3) bylo zjištěno, že svobodné a bezdětné respondentky vykazovaly vyšší intenzitu emocionálního vyhoření a vyššího pracovního vyčerpání než respondentky vdané a s dětmi. Tato hypotéza byla potvrzena na základě získaných dat dotazníku MBI a dat z vlastního dotazníku.

Výsledky svobodných respondentek v oblasti emocionálního vyhoření dosáhly hodnoty o 5,2 bodů vyšší než výsledky vdaných účastnic průzkumu. Vyšší stupeň EE u svobodných účastnic by se dala vysvětlit chybějící možností sdílet problémy s blízkou osobou, neboť mezilidské vztahy chrání před vyhořením. Jsou pravděpodobně také příliš soustředěny na práci a integrují pracovní problémy do soukromého života. Svobodné sestry dosahují dle výzkumu také vyššího stupně depersonalizace, kde rozdíl není zas tolik alarmující ale i přesto zde byl naměřen. Vyšší hodnoty osobního uspokojení dosáhly sestry, které jsou vdané, a mají již děti, což může nasvědčovat většímu naplnění smyslu života a spokojenosti, která pramení především z osobního života a následně se odráží i v průběhu pracovního procesu. Pro detailnější prozkoumání faktorů, které ovlivňují osobní spokojenost sester, by bylo potřeba podrobnějšího dotazníku a jeho následné analýzy.

#### **4.8.4 Úvahy o odchodu a intenzita syndromu vyhoření**

Cílem mé čtvrté hypotézy bylo potvrdit, že existuje souvislost mezi úvahami o odchodu ze zaměstnání a intenzitou syndromu vyhoření. Konkrétně jsem předpokládala, že sestry, které uvažují o odchodu ze zaměstnání, trpí syndromem vyhoření více než ty zdravotní sestry, které o odchodu neuvažují. Díky získaným výsledkům se mi tuto hypotézu podařila potvrdit a mohla jsem ji tedy přijmout. Zajímavé by určitě bylo detailněji prozkoumat, co sestry vedlo k tomu uvažovat o odchodu ze zaměstnání a zda své myšlenky budou realizovat. Z výsledku lze vyčíst, že souvislost se syndromem vyhoření existuje, nejsem však schopna potvrdit, zda je statisticky významá.

#### **4.8.5 Depresivní naladění a intenzita syndromu vyhoření**

K ověření mé poslední hypotézy jsem k detailnější analýze vybrala pouze dvě respondentky, které v dotazníku MBI obdržely nejvyšší a nejnižší skóre. Porovnála jsem jejich výsledky s testem BDI a zjistila, že sestra s vyšší intenzitou syndromu vyhoření vykazuje také vyšší míru depresivního naladění, než sestra, u které byla intenzita projevu syndromu vyhoření téměř minimální. Dále jsem se zabývala rozborem samotných odpovědí, které sestry označily v Beckově inventáři deprese, který danou míru depresivního naladění zjišťoval. Mým cílem nebylo diagnostikovat u daných sester depresi, pouze zjistit jejich aktuální psychický stav, depresi tudíž nelze ani vyloučit, domnívám se však díky některým odpovědím, že tento psychický stav je spíše odrazem syndromu vyhoření než klinické deprese. Pro potvrzení či vyvrácení by bylo potřeba detailnějšího vyšetření, což by bylo nad rámec této práce.

## ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření obecně a se zvláštní pozorností věnovanou tomuto jevu u zdravotních sester. Její význam spočívá především v možnosti zvýšit míru informovanosti o tomto syndromu, o faktorech, jež bývají jeho příčinou a o možnostech prevence, která by mohla zabránit jeho rozvoji. Teoretická část práce shrnuje současné poznatky o syndromu vyhoření, které jsou ze zdravotního a psychologického hlediska natolik významné a zajímavé, že jistě zasluhují další pozornost. Pro další výzkum by tato práce mohla sloužit jako východisko. Výzkumy zaměřené na zdravotnické pracovníky jako specifickou skupinu se sice objevují, ale zdaleka jich není tolik, kolik by si problematika zasloužila.

Cílem této diplomové práce bylo tedy shrnout poznatky o syndromu vyhoření a faktory, které jeho vznik ovlivňují, ale také přiblížit specifika práce zdravotní sestry. Dalším cílem bylo provedení vlastního výzkumného šetření, které mělo odpovědět na pět autorkou formulovaných hypotéz. Ve svém šetření autorka zjistila, že existuje souvislost míry intenzity syndromu vyhoření u zdravotních sester s některými vybranými faktory jako např. prostředí, v němž je jedinec zaměstnán, míra jeho depresivního naladění, rodinný stav a úvahy o odchodu ze zaměstnání. Autorka je si vědoma, že pro signifikantní potvrzení jejích závěrů by musel být soubor zkoumaných osob podstatně větší.

Práce ve zdravotnictví je velmi náročná, vyžaduje důkladnou přípravu, stálou aktualizaci poznatků a má i svá finanční úskalí. Na významu získávají právní a etické otázky. Ani pacienti nejsou dokonalí a často také sami k vyhoření zdravotnického personálu přispějí svým chováním.

Zdravotnický personál je vysoce specifickou skupinou, která ani početně není skupinou zanedbatelnou. Navíc vyškolení i výcvik těchto pracovníků je finančně značně nákladný, a tak by snaha o udržení zkušených a kvalitních pracovníků měla být jedním ze základních kamenů personální filozofie každé zdravotnické organizace. Výzkumy v této oblasti by měly být trvalou součástí vnitřních postupů v našem zdravotnictví a výsledkům a preventivním opatřením zabráňujícím syndromu vyhoření by měla být věnována mnohem větší pozornost.

## LITERATURA

1. AKHTAR, Miriam. *Pozitivní psychologii proti depresi*. Praha: Grada, 2015. 184 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4839-9.
2. BARTLOVÁ, Sylva a JOBÁNKOVÁ, Marie. Syndrom vyhoření na exponovaných pracovištích. *Sestra*. 2001, roč. 11, č. 7, s. 78-79. ISSN 1210-0404.
3. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.
4. DĚDINA, Jiří a CEJTHAMR, Václav. *Management a organizační chování: manažerské chování a zvyšování efektivity, řízení jednotlivců a skupin, manažerské role a styly, moc a vliv v řízení organizací*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1300-4.
5. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelství - teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.
6. FIELD, Steven a BRAMWELL, Richard. An investigation into the relationship between caring responsibilities and the levels of perceived pressure reported by female employees. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 1998, Vol. 71, Issue 8, 165–170. ISSN 0963-1798.
7. FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 1994a. ISBN 80-85139-29-2.
8. FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994b. ISBN 80-901601-4-X.
9. HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
10. HENNIG, Claudius a KELLER, Gustav. Antistresový program pro učitele: projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-093-6.
11. HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.

12. JEKLOVÁ, Martina a REITMAYEROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
13. JOBÁNKOVÁ, Marie a KVAPILOVÁ, Jiřina. Zdroje psychosociální zátěže v sesterské profesi. *Sestra*. 2007, roč. 17, 36-38 ISSN 1210-0404.
14. KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
15. KARASEK, Robert. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. 2003, Vol. 24, Issue 3, 285 – 308. ISSN 0267-8373.
16. KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. 2. rozšíř a dopl. vyd. Praha: SZÚ, 2003. ISBN 978-80-7367-299.
17. KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
18. KILÍKOVÁ, Mária. *Základy manažmentu v ošetrovatelství I*. Bratislava: Sapiencia, 2006. ISBN 80-89271-01-4.
19. KOMAČEKOVÁ, Dana, Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče - prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 7 - 8, s. 26 -28. ISSN 1210-0404.
20. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7169-551-3.
21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a PEČENKOVÁ, Jana. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. ISBN: 80-7169-551-3.
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4.
25. LIBIGEROVÁ, Eva. Syndrom profesionálního vyhoření. *Praktický lékař*. 1999, roč. 79, č. 4, s. 189-192. ISSN 0032-67-39.
26. MAGNUSSON, Aaron a GOODING, Steven. Ochrana zdraví sestry. In: *Lemon 3 - Učební texty pro sestry a porodní asistentky*. Brno: Institut pro

- další vzdělávání pracovníku ve zdravotnictví, 1997, s. 60 – 116. ISBN 80-7013-244-2.
27. MALLOTOVA, Kristina, Burn-out. *Psychologiednes*. 2000, roč. 6, č. 2, s. 14-15. ISSN 1211-5886.
28. MASLACH, Christina, SCHAUFELI, Weber. LEITER, Michael. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001, Vol. 52, p. 397–422. ISSN 0066-4308.
29. MASLACH, Christina a. LEITER, Michael. Early predictors of job burnout and engagement. *The Journal of Applied Psychology*. 2008, Vol. 93, Issue 7, p. 67-79. ISSN 0021-9010.
30. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
31. Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. Decenální revize. Praha: Bomton agency, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.
32. NEŠPOR, Karel. *Kudy do pohody: tisíc snadných rad, jak se uklidnit*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1044-3.
33. PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
34. PINES, Agnes a MASLACH, Christina. Characteristics of staff burnout in menatl health settings. *Training*. 1982, Vol. 6, Issue 7, p. ...
35. POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013. ISBN 978-80-266-0161-6.
36. PRAŠKO, Ján a PRAŠKOVÁ, Hana. *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada, 2001. Edice Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0068-9.
37. PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
38. RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. Moudrost do kapsy, sv. 2. ISBN 80-7255-074-8.
39. SNOPKOVA, Ivana. Burn-out čili syndrom vyhoření. *Sestra*. 2007, roč. 17, č.7 - 8, s. 37 - 38. ISSN 1210-0404.



40. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.
41. SÝKOROVÁ, Anna. Spánek a jeho poruchy. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 4, s. 32 ISSN 1210-0404.
42. TOŠNER, Jiří a TOŠNEROVÁ, Tamara. *Burn – Out - Syndrom vyhoření*. Praha: Agnes, 1999. ISBN 80-902633-4-8.
43. TRACHTOVÁ, Eva. Sestry a stres. *Sestra*. 1998, roč. 8, č. 3. s. 56 ISSN 12-10-0404.
44. VENGLÁŘOVÁ, Martina et al. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, lobbying, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
45. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
46. VOSEČKOVÁ, Alena a HRSTKA, Zdeněk. *Kapitoly z psychologie zdraví: učební text pro vysokoškolskou výuku*. 4. Díl. Syndrom vyhoření. Brno: Univerzita obrany, 2010. Učební texty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové. ISBN 978-80-7231-344-0.
47. VYMĚTAL, Jiří. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.
48. ZACHAROVÁ, Eva. Syndrom vyhoření v klinické praxi. *Florence*. Praha: Galén. 2008, roč. 4, č. 7 - 8, s. ISSN 1801-464X.

#### Internetové prameny

49. HRABAL, Václav. Obvykle vyhoří ti nejlepší. [online] 2009. [cit.2013-05-10]. Dostupné z: <http://managementcoaching.blogspot.cz/2009/02/obvykle-vyhori-ti-nejlepsi.html>
50. KUPKA, Martin. Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *ČMPS*. 2008, roč.2, č.1, s. 10. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>
51. PETERKOVÁ, M. Syndrom vyhoření. *Psychoweb.cz*. 2009 [online][cit. 2009-13-10]. Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psvchoweb.cz/>

## Závěrečné práce

52. VRANÁ, Klára. *Subjektivně vnímaná depresivní symptomatika u dospělé české populace –využití Beckova inventáře deprese (BDI)*. Praha, 2012. Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce: doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

## PŘÍLOHY

### Příloha č. I Dotazník vlastní konstrukce a MBI

Vážená paní/slečno,

*Laskavě Vás žádám o vyplnění přiloženého dotazníku, ve kterém se zabývám zkoumáním vzniku syndromu vyhoření u zdravotních sester, které pracují v nemocničním a ambulantním zařízení. Dotazník je zcela anonymní, a jeho vyplnění Vám zabere asi 15 - 20 minut času. Získané informace budou použity pouze pro potřebu diplomované práce zpracovávané na Pražské vysoké škole psychosociálních studií.*

**Nejprve prosím odpovězte na otázky zakroužkováním příslušné odpovědi:**

1. Jak dlouho pracujete ve směnném provozu ?  
 1 – 5 let       6 – 13 let       14-20 let
  
2. Uveďte prosím kolik je Vám let ?  
 25 – 31 let       32 – 38 let       39 – 45 let
  
3. Uveďte prosím Váš rodinný stav  
 sbobodná       vdaná       rozvedená       ovdovělá  
 ve vztahu
  
4. Počet dětí ?  
 jedno       dvě       tři       více       žádné
  
5. Zvažujete odchod ze zaměstnání ?  
 ANO       NE

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

1. Práce mne citově vysává

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

4. Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

6. Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

8. Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

9. Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji.

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

11. Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

12. Mám stále hodně energie.

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

13. Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

16. Práce s lidmi mi přináší silný stres.

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

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

Vůbec 0 1 2 3 4 5 6 7 Velmi silně

*Nyní prosím přejděte k vyplnění posledního dotazníku na druhé straně.*

## **Příloha II** Beckův inventář deprese

Máte před sebou dotazník obsahující skupiny tvrzení. Nejdříve přečtete všechna tvrzení v určité skupině a označte to, které Vás nejlépe charakterizuje v tento den. Pokud Vám vyhovuje více tvrzení, zvolte to, které Vás charakterizuje nejlépe. Pečlivě prosím označte všechny odpovědi.

1.

- 0- necítím se smutná
- 1- cítím se posmutnělá, sklíčenýá
- 2- jsem stále smutná a smutku se nedokážu zbavit
- 3- jsem tak nešťastná, že to nemohu snést

2.

- 0- příliš se budoucnosti neobávám
- 1- budoucnosti se obávám
- 2- vidím, že se už nemám na co těšit
- 3- vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit

3.

- 0- nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
- 1- v životě jsem měla více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé
- 2- vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
- 3- vidím, že jsem jako člověk ( matka, manželka) plně selhala, zklamala

4.

- 0- nejsem nijak zvlášť nespokojená
- 1- věci mě už tak netěší jako dříve
- 2- nic mi již nepřináší uspokojení
- 3- ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mě sebemenší potěšení

5.

- 0- netrpím pocity viny
- 1- často mívám pocity viny
- 2- hodně mívám pocity viny
- 3- stále trpím pocity viny

6.

- 0- nemám pocit, že budu za něco potrestána
- 1- mám pocit, že bych mohl být potrestána
- 2- očekávám, že budu nějak potrestána
- 3- vím, že budu nějak potrestána

7.

- 0- necítím se příliš zklamán sám sebou
- 1- zklamala jsem se v sobě
- 2- jsem dosti znechucena sama sebou
- 3- nenávidím sebe sama

8.

- 0- necítím se horší než kdokoli jiný
- 1- mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb
- 2- stále si vyčítám všechny své chyby
- 3- za všechno špatné mohu já

9.

- 0- nepřemýšlím o sebevraždě
- 1- někdy pomýšlím na sebevraždu
- 2- často přemýšlím o sebevraždě
- 3- kdybych měla příležitost, tak bych si vzala život

10.

- 0- nepláču více než obvykle
- 1- pláču nyní častěji než předtím
- 2- pláču nyní stále, nedokážu přestat
- 3- předtím jsem mohla plakat, nyní to nejde i kdybych chtěl

11.

- 0- nejsem nyní podrážděná více než obvykle
- 1- jsem často podrážděná a rozladěná
- 2- jsem stále podrážděná a rozladěná
- 3- nemohu se již rozčilit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly



12.

- 0- neztratila jsem zájem o ostatní lidi
- 1- mám menší zájem o ostatní lidi
- 2- ztratila jsem většinu zájmu o ostatní lidi
- 3- ztratila jsem všechny zájem o ostatní lidi

13.

- 0- dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích
- 1- odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve
- 2- mám značné potíže v rozhodování
- 3- vůbec se nedokážu rozhodnout

14.

- 0- nemám větší starosti se vzhledem než dříve
- 1- mám starosti, že vyhlížím už dost staře a neatraktivně
- 2- mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
- 3- mám pocit, že vypadám hnusně a odpudivě

15.

- 0- práce mi jde jako dříve
- 1- musím se nutit když chci začít něco dělat
- 2- dá mi velké přemáhání, abych cokoli udělala
- 3- nejsem schopna jakékoli práce

16.

- 0- spím stejně dobře jako dříve
- 1- nespím již tak dobře jako dříve
- 2- probouzím se o 1-2 hodiny dříve než obvykle a nemohu spát
- 3- denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin

17.

- 0- necítím se více unavena než obvykle
- 1- unavím se snáze než dříve
- 2- téměř všechno mě unavuje
- 3- únava mi zabraňuje cokoli dělat

18.

- 0- mám svou obvyklou chuť k jídlu
- 1- nemám takovou chuť k jídlu jakou jsem mívala
- 2- mám mnohem menší chuť k jídlu
- 3- zcela jsem ztratila chuť k jídlu

19.

- 0- v poslední době jsem nezhubnula
- 1- ztratila jsem v poslední době více než 2,5 kg
- 2- ztratila jsem v poslední době více než 5 kg
- 3- ztratila jsem v poslední době více než 7,5 kg

20.

- 0- nestarám se o své zdraví více než obvykle
- 1- dělají mi nyní starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
- 2- velice často myslím na své tělesné obtíže
- 3- moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají

21.

- 0- nepozoruji snížení zájmu o sex
- 1- mám menší zájem o sex než dříve
- 2- mám o hodně menší zájem o sex než dříve
- 3- ztratila jsem úplně zájem o se

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

Jméno a příjmení autorky: Bc. Kateřina Podzemská

Studijní program: prezenční

Studijní obor: Mgr. Psychologie

Název práce: Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester.

Počet stran (bez příloh): 60 normostran

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů literatury: 52

Vedoucí práce: Mudr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2016



**Posudek vedoucího diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Kateřina PODZEMSKÁ

Obor studia: Psychologie

Název práce: *Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester*

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 73

Počet stránek příloh: 8

Počet titulů v seznamu literatury: 52

Internetových pramenů: 5

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)  
Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části  
v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké byste zvolila postupy při péči o ohroženou psychiku zdravotní sestry?

Kdybyste pracovala jako psycholožka na oddělení, kde by nastal náhlý nedostatek středního personálu, jaké byste navrhla akutní řešení?

Je možno využít v určitém úseku práce dobrovolníků po jejich určitém vyškolení v případě nutnosti?

A jak byste si toto školení představovala?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka podrobně vysvětluje pojmy spojené se syndromem vyhoření nejprve v obecné rovině. Zabývá se jeho následky, jeho diagnostikováním a léčbou a v neposlední řadě také prevencí. Dále pak se zabývá prací zdravotní sestry, motivací k volbě tohoto povolání, jeho pracovní zátěží a možných důsledků této zátěže. Zvláště si všímá práce zdravotní sestry na interním oddělení a na ambulanci. V praktické části pracuje se dvěma skupinami sester, jednak sestrami lůžkového zařízení, jednak zařízením polikliniky. Každá skupina má 15 osob. Autorka uvádí své šetření jako kombinaci výzkumu kvalitativního a kvantitativního. Používá k tomu renomovaných dotazníků s mnoha položkami. Je si vědoma toho, že soubory jsou příliš malé na vyvozování obecných závěrů, i když pro zjišťování některých údajů je slučuje dohromady. V každém případě autorka prokázala, že k výzkumu přistupovat dovede, i když její výzkum je až příliš složitý, a nemůže poskytnout informace, které by se mohly považovat za širě platné.

Nedostatky:

Volba metody zkoumání byla příliš složitá na tak malý soubor, i když se autorka snažila vytěžit z informací, které získala vše, co bylo možné.

Jsou chyby v číslování tabulek. Čísla tabulek mají následovat za sebou, ale autorka má dvakrát tabulku č.1 (s. 34 a s.44), dále za druhou tabulkou č.1 následuje tab. č.3, poté tab.č.2 na s.45. Tabulka č.5 chybí úplně.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: Velmi dobře, při tomu odpovídající obhajobě i výborně.

10.9.2016

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek oponenta magisterské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Kateřina Podzemská

Obor studia: Psychologie

Název práce: Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester

Oponent práce: Mgr. Lucie Vacková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 60

Počet stránek příloh: 8

Počet titulů v seznamu literatury: 52

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	X			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Charakterizujte syndrom vyhoření.
- 2) Jakým způsobem lze syndromu vyhoření předcházet?
- 3) Vysvětlete rozdíl mezi specifickými a nespecifickými zátěžovými faktory ve zdravotnictví.

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Autorka diplomové práce se ve svém textu zabývá faktory ovlivňujícími vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester. V teoretické části DP autorka nejprve předkládá základní poznatky týkající se syndromu vyhoření, zachycuje jeho diagnostiku, léčbu a alternativy prevence. Dále pak nastiňuje specifika pracovní zátěže u zdravotních sester, které propojuje s vybranými psychologickými koncepcemi vztahujícími se k syndromu vyhoření. V praktické části DP autorka předkládá kvalitativně – kvantitativní pilotní výzkumné šetření realizované u zdravotních sester, jehož hlavním cílem bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi intenzitou syndromu vyhoření a věkem zdravotních sester, jejich rodinným stavem, odpracovanými léty praxe, pracovním prostředím či vyskytujícími se myšlenkami na odchod ze zaměstnání.

Nedostatky DP:

Po stránce obsahové bych uvítala doplnění informace o chování typu B (podkapitola 3.2.1 Chování typu A/B, s. 35).

Klady DP:

Téma diplomové práce úzce souvisí se studovaným oborem. Text je psán kultivovanou formou, autorka se nedopouští přehmatů vůči českému jazyku. Předložený pilotní výzkum by bylo vhodné rozvinout např. v rámci doktorského studia.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 9/9 2016

Mgr. Lucie Vacková

