

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Nikola Tichá

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Syndrom vyhoření v nelékařských zdravotnických profesích

Bc. Nikola Tichá

Diplomová práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Nikola Tichá**
Osobní číslo: **Z17308**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Téma práce: **Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických profesí**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. HONZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.
3. MUSIL, J. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. 1. vyd. Olomouc: Jiří Musil – Psychologická a výchovná poradna, 2010. ISBN 978-80-903449-9-0.
4. PRIEB, M. *Jak zoládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
5. SELYE, Hans. *Život a stres*. 1. vyd. Bratislava: Obzor, 1966. ISBN 65-093-66.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2017**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA

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

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

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnic Univerzity Pardubice č. 7/2019, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10. 05. 2020

Bc. Nikola Tichá

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu práce paní Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost v průběhu vypracování diplomové práce.

Mé poděkování patří také náměstkyním pro ošetrovatelskou péči za možnost uskutečnění výzkumu v příslušných zdravotnických zařízeních. V neposlední řadě patří poděkování také všem vrchním sestrám daných nemocnic a všem zúčastněným respondentům, kteří se podíleli na výzkumné části diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala své rodině a blízkým přátelům, za velkou podporu a velkou trpělivost po celou dobu mého studia a při psaní diplomové práce.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření v nelékařských profesích, především se zaměřením na všeobecné sestry. V teoretické části je charakterizována problematika stresu s následnou problematikou syndromu vyhoření. Syndromu vyhoření byla věnována rozsáhlá část teorie, kde byla popsána historie, definice, rizikové faktory, symptomy, terapie prevence. Další kapitola je zaměřena na vzdělávání nelékařských pracovníků. Průzkumná část je zaměřena na syndrom vyhoření a jeho jednotlivé domény za použití MBI dotazníku u všeobecných sester.

KLÍČOVÁ SLOVA

syndrom vyhoření, stres, všeobecná sestra, vzdělání

TITLE

Burnout in non-medical health professions

ANNOTATION

Diploma is about the burnout syndrome in non-medical professions, especially with focus on nurses. The theoretical part is characterized by the issue of stress with subsequent problems of burnout syndrome. Which has been given a large part of the theory, describing history, definitions, risk factors, symptoms, prevention therapy. The next chapter is focused on education of non-medical workers. The exploratory part is focused on burnout syndrome and its users, using MBI questionnaire on local nurses.

KEYWORDS

burnout syndrome, stress, nurse, education

OBSAH

Úvod.....	13
Cíle práce	16
Teoretická část	17
1 Stres v profesi všeobecných sester.....	17
1.1 Stres.....	18
1.2 Dělení stresu.....	19
1.3 Druhy stresorů.....	19
1.4 Fáze stresu.....	20
1.5 Symptomy stresu.....	21
1.5.1 Symptomy stresu v chování a jednání	22
1.5.2 Psychologické symptomy stresu.....	22
1.5.3 Fyziologické symptomy stresu	22
1.6 Pozitivní úloha stresu	22
2 Syndrom vyhoření.....	24
2.1 Historie syndromu vyhoření.....	24
2.2 Definice syndromu vyhoření.....	25
2.3 Odlišnost syndromu vyhoření od jiných psychických stavů.....	25
2.3.1 Syndrom vyhoření a únava	25
2.3.2 Syndrom vyhoření a stres	25
2.3.3 Syndrom vyhoření a deprese.....	26
2.4 Cesta vedoucí k syndromu vyhoření	26
2.5 Rizikové faktory vedoucí k syndromu vyhoření.....	26
2.5.1 Rizikové faktory v zaměstnání	27
2.5.2 Rizikové faktory osobnostní	28
2.6 Symptomy syndromu vyhoření.....	29

2.6.1	Fyzická úroveň.....	30
2.6.2	Kognitivní úroveň.....	30
2.6.3	Emoční úroveň.....	30
2.6.4	Úroveň chování.....	30
2.7	Fáze syndromu vyhoření.....	30
2.8	Diagnostika syndromu vyhoření.....	32
2.8.1	Dotazníkové metody.....	32
2.9	Terapie syndromu vyhoření.....	34
2.10	Prevence syndromu vyhoření.....	35
2.10.1	Zásady proti stresu a vyhoření.....	35
3	Vzdělání sester.....	36
3.1	Kvalifikační vzdělání.....	36
3.2	Specializační vzdělání.....	37
3.3	Celoživotní vzdělání.....	37
4	Odlišnosti všeobecných sester, pracujících na standardním oddělení, od všeobecných sester na specializovaných odděleních aro a jip.....	38
	Průzkumná část.....	40
	Průzkumné cíle a otázky.....	40
5	Metodika sběru dat a průzkumný vzorek.....	41
5.1	Průběh průzkumu.....	41
5.2	Analýza dat.....	42
5.3	Průzkumný soubor.....	42
6	Interpretace výsledků.....	46
6.1	Jednotlivé domény MBI dotazníku.....	46
6.1.1	EE – Stupeň emocionálního vyčerpání.....	46
6.1.2	DP – Stupeň depersonalizace.....	55
6.1.3	PA – Stupeň osobního uspokojení z práce.....	60

6.2	Průzkumné šetření zaměřené na délku praxe respondentů	68
7	Diskuze	75
8	Závěr	80
9	Použitá literatura	82
10	Přílohy.....	86

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 – Obecný adaptační syndrom (Selye, 1956).....	21
Obrázek 2 – Krabicový graf z emocionálního vyčerpání a délkou praxe respondentů	70
Obrázek 3 – Krabicový graf z depersonalizace a délkou praxe respondentů	72
Obrázek 4 – Krabicový graf osobního uspokojení z práce a délkou praxe respondentů.....	74
Tabulka 1 – Rozdělení pohlaví ve všech zdravotnických zařízení.....	42
Tabulka 2 – Přehled četností věkového rozložení	43
Tabulka 3 – Přehled četností délky praxe ve zdravotnických zařízeních	43
Tabulka 4 – Nejvyšší dosažení vzdělání respondentů	44
Tabulka 5 – Jakou organizační strukturu má Vaše zdravotnické zařízení.....	44
Tabulka 6 – Jednotlivá oddělení respondentů ve zdravotnických zařízeních.....	45
Tabulka 7 – Otázka č. 1 v MBI dotazníku	46
Tabulka 8 – Otázka č. 2 v MBI dotazníku	47
Tabulka 9 – Otázka č. 3 v MBI dotazníku	48
Tabulka 10 – Otázka č. 6 v MBI dotazníku	49
Tabulka 11 – Otázka č. 8 v MBI dotazníku	50
Tabulka 12 – Otázka č. 13 v MBI dotazníku	51
Tabulka 13 – Otázka č. 14 v MBI dotazníku	52
Tabulka 14 – Otázka č. 16 v MBI dotazníku	53
Tabulka 15 – Otázka č. 20 v MBI dotazníku	53
Tabulka 16 – Součet bodů v kategorii EE	54
Tabulka 17 – Popisná statistika EE.....	54
Tabulka 18 – Otázka č. 5 v MBI dotazníku	55
Tabulka 19 – Otázka č. 10 v MBI dotazníku	56
Tabulka 20 – Otázka č. 11 v MBI dotazníku	57
Tabulka 21 – Otázka č. 15 v MBI dotazníku	57
Tabulka 22 – Otázka č. 22 v MBI dotazníku	58
Tabulka 23 – Součet bodů v kategorii DP	59
Tabulka 24 – Popisná statistika DP	59
Tabulka 25 – Otázka č. 4 v MBI dotazníku	60
Tabulka 26 – Otázka č. 7 v MBI dotazníku	61
Tabulka 27 – Otázka č. 9 v MBI dotazníku	62

Tabulka 28 – Otázka č. 12 v MBI dotazníku	63
Tabulka 29 – Otázka č. 17 v MBI dotazníku ..	64
Tabulka 30 – Otázka č. 18 v MBI dotazníku	65
Tabulka 31 – Otázka č. 19 v MBI dotazníku	66
Tabulka 32 – Otázka č. 21 v MBI dotazníku	67
Tabulka 33 – Součet bodů v kategorii PA	68
Tabulka 34 – Popisná statistika PA	68

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

aj.	a jiné
ARIP	anestezie-resuscitace-intenzivní péče
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
BM	Burnout Measure
č.	číslo
DP	depersonalizace
EE	emocionální vyhoření
GAS	General Adaptation Syndrom
JIP	jednotka intenzivní péče
kap.	kapitola
MBI	Maslach Burnout Inventory
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
např	například
obr.	obrázek
PA	osobní uspokojení
s.	strana
Sb.	sbírky
Sm. odch.	směrodatná odchylka
TN	Tedium Measure
tzn.	to znamená
WHO	World Health Organization

ÚVOD

*„K narození patří smrt.
K nádechu patří výdech.
K dávání patří přijímání.
K výkonu patří odpočinek.
K bezpečí patří osamělost.
K napětí patří uvolnění.“*

Čínská moudrost

Pro diplomovou práci bylo zvoleno téma „Syndrom vyhoření v nelékařských profesích.“ Syndromem vyhoření více postihuje schopné, ambiciózní a zodpovědné jedince. Nejvíce ohroženou profesní skupinou jsou lékaři, zdravotní sestry, psychologové a psychoterapeuti, duchovní, sociální pracovníci, dispečeři záchranné služby, učitelé, policisté, právníci ale také úředníci. Obecně lze říci, že to mohou být všechny profese zaměřené na kontakt s druhými lidmi. Odhaduje se, že syndromem vyhoření se za svůj život setká 20 - 30 % profesionálu, kteří pracují s ostatními lidmi. Dle Evropské agentury pro bezpečí a ochranu zdraví při práci je dokázané, že pracovníky nejvíce stresují procesy spojené s organizací práce. Tato reorganizace může vyvolávat nejistotu, která následně vede k pracovní zátěži. Největším stresorem je také uváděno nepříjemné chování jak spolupracovníků, tak nadřízených (Pešek a Pračko, 2016, s. 16 - 17). Herbert Freudenberger jakožto objevitel syndromu vyhoření poukazuje, že ženám hrozí větší riziko vedoucí k vyhoření. Mnohdy se to dá vysvětlit převzetím rolí a funkcí, které v jisté míře překračují hranici potenciálu jedince. U žen se jedná o dvojnásobnou zátěž z hlediska rodinných a pracovních povinností, které musí být splňovány s maximálním nasazením (Poschkamp, 2013, s. 49).

Diplomová práce je členěná na teoretickou a průzkumnou část. V první kapitole v teoretické části je věnována stresu v profesi všeobecných sester. Popsání stresu, jeho dělení, druhy, fáze a symptomy, také je zde poukazováno na pozitivní úlohu stresu. Dále největší kapitola byla věnována samotnému syndromu vyhoření. V této kapitole byla zmapována historie samotného syndromu vyhoření, dále bylo poukázáno na různé definice uváděné v dostupné literatuře. Zajímala nás také odlišnost syndromu vyhoření od jiných psychických stavů. Jako každá nemoc má syndrom vyhoření své rizikové faktory, symptomy, fáze, diagnostiku, terapii i prevenci. Teorie je také zaměřena na vzdělávání všeobecných sester, které je v této době nedílnou součástí každého, kdo se hodlá toto povolání vykonávat. Medicína jde neustále kupředu a je důležité se neustále vzdělávat a prohlubovat své vědomosti a dovednosti. Bylo

poukázáno také na odlišnosti všeobecných sester, a to především pracujících na standardních a specializovaných odděleních.

V průzkumné části bude popsána metodika sběru dat a průzkumný vzorek. Především průběh průzkumu s analýzou dat. Popsání průzkumného souboru a výsledky průzkumu. Velmi důležitou kapitolou je interpretace výsledků, kde byla data získána od respondentů za pomoci MBI dotazníku a poté rozdělena do příslušných domén spadající pod syndrom vyhoření. Jednotlivé vyhodnocení domén poukazuje na přítomnost a intenzitu syndromu vyhoření. Za pomoci popisné statistiky bude vyhotoven přehled odpovědí v jednotlivých doménách syndromu vyhoření u všech zúčastněných respondentů. Průzkumné šetření bude také zaměřeno na délku praxe respondentů v souvislosti s výskytem známek syndromu vyhoření v jednotlivých doménách. Vše je zakončeno diskuzí, kde byly zodpovězeny průzkumné otázky.

CÍLE PRÁCE

Cíl teoretické části:

Popsat problematiku stresu v profesi všeobecných sester. Zaměřit se na syndrom vyhoření, jeho historii, definice, odlišnosti od jiných psychických stavů, rizikové faktory, symptomy, terapii a prevenci. Dále stručně popsat vzdělávání sester, které může souviset se syndromem vyhoření. V neposlední řadě popsat odlišnost pracujících všeobecných sester na ARO, JIP a standardních odděleních.

Cíl průzkumné části:

Cílem výzkumné části je posoudit přítomnost a míru syndromu vyhoření u všeobecných sester za pomoci standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory

TEORETICKÁ ČÁST

1 STRES V PROFESI VŠEOBECNÝCH SESTER

Povolání ve zdravotnictví se řadí mezi nejnáročnější. Přímá pracovní zátěž kromě toho vyžaduje na všeobecných sestrách kvalifikační vzdělání a učení se novým praktickým dovednostem. Jedná se o povolání, ve kterém je neustálý styk s mnoha stresory různého druhu. Všeobecné sestry se často setkávají se smrtí, s trpícími, umírajícími a nevléčitelně nemocnými. Při každodenním styku s pacienty, kteří mohou různě reagovat na nemoc či hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, může dojít k různým konfliktům. Když se k těmto problémům přidají ještě další problémy či špatné vztahy na pracovišti, všeobecná sestra se může dostat do těžké životní situace a je vystavena nadměrnému stresu (Venglářová, 2011, s. 47).

Pokud se zaměřím na profesi všeobecné sestry a působícím stresu, zejména mám na mysli psychickou zátěž. Mellanová a kolektiv (2014, s. 106-107) popisují psychickou zátěž ve dvou různých rovinách. Jednou touto rovinou je zatížení, jež vyplývá ze samostatné práce všeobecných sester, kam můžeme zařadit neustálé sledování symptomů, změny zdravotního stavu, udržení a vybavení si důležitých údajů o zdravotním stavu pacientů, nutnost rychlého rozhodování řešit problémy, neustálou interakci s lidmi a v neposlední řadě provádění výkonů, které nemocnému ani vykonávající sestře nejsou příjemné. Druhá rovina týkající se psychického zatížení vyplývá z osobního života. Zde mohou zařadit onemocnění členů rodiny včetně dětí, obtíže s financemi, osobní problémy s partnerem či dětmi, vlastní zdravotní problémy a mnohé další. Samozřejmě všechny tyto uvedené situace bývají stresující a velmi vyčerpávající.

V sesterském povolání je stres celosvětovým problémem. Zrovna všeobecné sestry ze všech zdravotnických pracovníků jsou nejvíce vystavovány vysokému stresu. Švédská studie s velmi početným vzorkem všeobecných sester potvrdila, že více než 80 % respondentů prožívá vysoké či velmi vysoké pracovní zatížení. Pracovní stres je často spojován se sníženou pracovní spokojeností, vzrůstající psychickou a fyzickou obtíží. Kde byla pracovní spokojenost, nebyla nalezena souvislost mezi časovým nedostatkem a samotnou prací. Prokázala se však souvislost mezi pracovním vedením a spokojeností. Pouze nepatrná souvislost mezi pracovní spokojeností a sociální oporou. Výzkum také potvrdil, že nízké pracovní ohodnocení je také označováno jako zdroj stresu. Pokud by bylo toto nízké

ohodnocení spjaté s nepřiměřeně vysokým pracovním nátlakem, tak se jedná o podstatný zdroj stresu. Také se potvrdilo, že stres může být ovlivňován pracovními výsledky a podmínkami (Gelsema a kol., 2005, s. 222-240).

Profese všeobecných sester se považuje za velmi stresující, zejména práce na některých náročných odděleních. Za náročné lze považovat například oddělení onkologie. Tyto onkologické sestry poukazují na to, že vlivem pracovní zátěže a stresu při vykonávání profese jsou více ohroženy řadou dalších vlivů, kterými mohou být: syndrom vyhoření, pracovní nespokojenost, zhoršení zdravotního stavu, deprese, úzkost, poruchy spánkového režimu a interpersonální problémy. Studie, které se na toto zaměřují, podrobně analyzovaly strukturu pracovního stresu a zvládání stresu u sester pracujících na hematologických-onkologických odděleních. Vzniklo 97 faktorů stresu a také byl vytvořen popis struktury prostředí (Florio, Donnelly, Zevon. 1998, s. 227-242).

Zaměstnanci pracující ve vícesměnném provozu mají horší zdravotní výsledky než zaměstnanci v denních směnách. Na podkladě tohoto tvrzení byl uskutečněný výzkum v Melbourne mezi sestrami. Výsledky výzkumu potvrdily, že odlišné organizační struktury mezi různými směnami jsou označovány jako prediktory horších zdravotních výsledků. Samostatné pracovní služby se však neprokazují jakožto prediktory zdravotních výsledků (Von Treuer, Fuller-Tyszkiewicz, Little. 2014, s. 453-461).

V dnešní době jsou v souvislosti s fyzickou a psychickou náročností profese všeobecných sester realizovány různé studie, jež se zabývají přítomností nejrůznějších komplikací u sester. Specifickým druhem potíží u pracujících v průmyslovém světě jsou muskuloskeletární problémy a bolesti horních končetin a zad. Také u sester se vyskytují velmi často, poněvadž povolání sester je jak fyzicky, tak i psychosociálně náročné. Například u geriatrických sester se toto projevuje v 49 %. Pacienti vyžadují nadměrnou výpomoc v každodenních činnostech, často trpí demencí a mají problémy s chováním. U takovýchto sester pracujících na geriatrici se objevují více psychosociální stresory a mají těžší pracovní podmínky. Těžká fyzická práce zvyšuje přítomnost muskuloskeletárních problémů u zdravotníků, kteří mají nižší psychickou podporu. (Rekkarinen a kol., 2013, s 211-219).

1.1 Stres

Stres lze definovat v mnoha podobách. Převážně je definován jako stav, který zatěžuje organismus vlivem různých stresorů. Tyto stresory spouštějí následnou stresovou reakci, pomocí níž je přiváděn organismus do stavu pohotovosti a připravenosti. Tudíž člověk je

připraven k tzv. boji či útěku. Pokud tato řešení nejsou úspěšná, dostává se organismus do útlumu a rezignace (Pešek a Praško, 2016, s. 12).

Za zakladatele stresu je považován kanadský lékař maďarského původu Hans Selye, který napsal mnoho publikací o stresu. Dříve se termín stres užíval spíše v technice a průmyslu v souvislosti s působením fyzických sil na materiál. Teprve roku 1956 přenesl Selye pojem stres do biologie, kde tímto pojmem označil nespecifické změny biologického systému (Venglářová, 2011, s. 48).

1.2 Dělení stresu

Stres také pragmaticky rozdělujeme na eustres (dobrý stres) a distres (špatný stres). Stres můžeme ale chápat jako silnou frustraci a s tímto souvisí také deprivace. Všechny zmiňované pojmy jsou uvedeny níže (Pešek a Praško, 2016, s. 12).

Eustres, jedná se o přijatelný stres, který je při překonávání překážek spojen s příjemným očekáváním. Jde o situace, jež organismus zatěžují, ale vyvolávají pozitivní emoce. Kam řadíme např. narození dítěte, sňatek apod. **Distres**, zde se vyvolávají negativní emoce, které snižují adaptační schopnosti. Tento typ stresu vede k somatickým či psychiatrickým onemocněním. Např. úmrtí blízkého člověka, konflikty s kolegy nebo partnerem, nadměrná zátěž v práci (Ptáček, Čeledová a kolektiv, 2011, s. 26). **Frustrace**, je stav zklamání a zmaru, kdy jedinec nemůže dosáhnout svého vytyčeného cíle z důvodů různých překážek. Obecně lze říci, že jde o dlouhodobé neuspokojování potřeb, které s sebou může nést i zdravotní následky. **Deprivace** – velmi úzce souvisí s frustrací. Jde o tzv. strádání, kdy jedinec má nedostatek smyslových a citových podnětů. Oproti frustraci lze tento stav definovat jako pouze dočasné neuspokojení potřeb (Venglářová, 2011, s. 49).

1.3 Druhy stresorů

Pod pojmem stresor si můžeme představit negativně působící vliv na člověka. Tyto stresory rozdělujeme na vnitřní a vnější, vzhledem ke vztahu k člověku. Typickými stresory, které se nacházejí ve **vnitřním prostředí**, jsou onemocnění, prožívání bolesti, únava aj. **Vnějšími stresory** mohou být například silné senzorické stimuly, jako je hluk či vibrace (Kliment, 2014, s. 9 - 10).

Literatura Orela a Facové (2010, s. 7-9) uvádí podobné rozdělení. K **vnitřním vlivům** zařazují také perfekcionalismus či úzkostné osobnostní rysy, dále nevyřešené konflikty a nízké sebehodnocení. **Zevní vlivy** zahrnují oblasti **biologické** (např.: hlad, žízeň, bolest,

únava, nedostatek spánku); **psychické** (např.: hněv, apatie, beznaděj, bezmocnost); **fyzikální a chemické vlivy** (např.: teplo, zima, hluk, zápach, nepořádek). Také se sem řadí **časové, ekonomické a politické vlivy**.

Kanadský lékař Hans Selye rozdělil stresory na dva základní typy, jimiž jsou **emocionální** a **fyzikální**. Mezi emocionální stresory zařazuje úzkost, nenávisť, strach, nepřátelství a očekávání. Fyzikálními stresory jsou jedy jako např.: kofein, alkohol, nikotin a další návykové látky. K těmto fyzikálním stresorům zařadil také katastrofy, znečištěný vzduch, viry a bakterie aj. (Selye, 1966, s. 305).

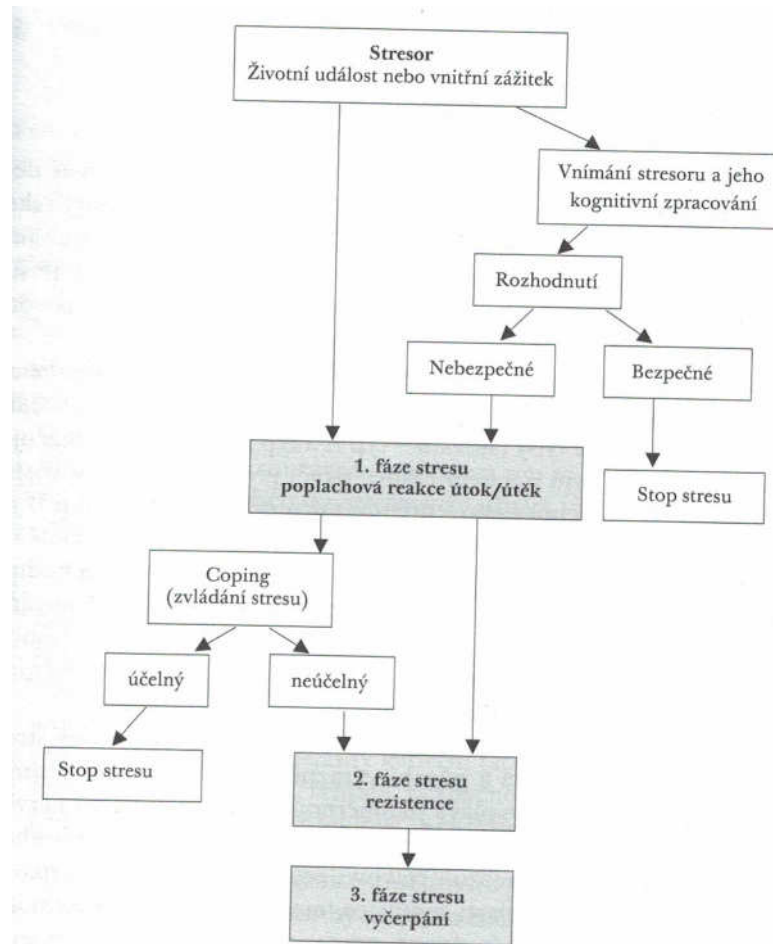
Stresory se dají také rozdělit ve vztahu k charakteristice práce, jak uvádí Wedlichová (2008, s. 136) a Křivohlavý (2009, s. 173-174). Tyto stresory obsahují **časový stres**, tzn., že člověk je vystavován časovému tlaku. Dalším stresorem může být **velké množství zadané práce**, kdy se jedná o přetěžování jedince. Dále **nevyjasnění pravomocí**, nejsou dány jasné hranice či nejasná zpětná vazba. Stresující může být pro člověka i nepřiměřený **hluk**, který nechce poslouchat. Jakýkoliv stres může také vyvolat **poruchy spánku**, či naopak může vést k **poruchám spánku**. Pociťující **dlouhodobé napětí**, kam se zařadí nedostatek peněz, problémy v osobním životě, velká odpovědnost a navíc **omezený prostor**, kdy se nachází velké množství osob na jednom místě nebo naopak nedostatek místa pro osobní kontakt. Dalším aspektem může být **kontakt s lidmi nebo vztahy mezi lidmi, omezení svobody, pocit bezmoci nebo působení negativních vlivů**.

1.4 Fáze stresu

Stresové reakce jsou vyvolané na základě stresových faktorů. Na stresové faktory může jedinec zareagovat vědomě, nebo nevědomě. Jak jedinec reaguje, má do určité míry stejný charakter, nazývaný GAS syndrom (general adaptation syndrom), v překladu se dá říci, že se jedná o obecný adaptační syndrom. Pro některé jedince může být velmi stresující zkouška, konflikty na pracovišti či plnění pracovních povinností, naopak pro jiné jedince jsou tyto situace naprosto normální a nestresující (Půža, 2009, s. 16).

Uvádí se 3 fáze stresu dle Hansa Selye, které jsou zmiňované v literatuře Ptáčka, Čeledové a kolektivu (2011, s. 24-25). Zde jsou uvedeny jednotlivé fáze s popisnou informací a jejich zobrazení v diagramu. Obr. 1, kde **1. fází** je **poplachová reakce**, jde o stav pohotovosti na boj či útěk. Jedná se o aktivaci sympatické části autonomního nervového systému, kde dochází ke zvýšené koncentraci adrenalinu a noradrenalinu, což souvisí s obrannou reakcí organismu. Typickými příznaky je třes rukou, zvýšené pocení a palpitace srdce. **2. fáze odporu**, také

nazývána rezistence. Jde o snahu organismu vyrovnat se se stresovou situací, spíše se projevuje jako útlum až deprese. Útlumové reakce jsou způsobeny parasympatickým nervovým systémem. **3. fáze vyčerpání** nastává tehdy, pokud se stresová situace nezvládla. Organismus vlivem dlouhodobého a nepříznivého stavu je ve fázi vyčerpání. Mohou se projevit pocity únavy a kolaps obranných schopností organismu.



Obrázek 1 – Obecný adaptační syndrom (Selye, 1956)

1.5 Symptomy stresu

Jako u zdravotních problémů, tak i u stresu se setkáváme s určitou nejistotou. Symptomů stresu je mnoho a různých druhů. Mnoho odborníků zabývajících se stresem se pokusilo sestavit seznam symptomů. Jelikož takových seznamů by vzniklo mnoho, tak Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, WHO) charakterizovala symptomy u stresu rozdělením do určitých kategorií. Kategorie jsou následující: fyziologické, psychologické a behaviorální (Minirth, 2011, s. 11-12).

1.5.1 Symptomy stresu v chování a jednání

Tyto symptomy, nazývané též jako behaviorální, se objevují nejdříve. Lze mezi ně zařadit například **nerozhodnost**, jedná se o nejistotu v určitých situacích, kde je více možností volby. Dále **změna denního rytmu**, kde se může jednat o problémy spojené s usínáním a spaním, jakožto dlouhé bdění, probuzení se během noci. Většinou pozorujeme pozdní vstávání s pocity únavy. Typické jsou **nářky a bédování**, kdy jedinec může vidět svět v tmavých barvách. Mohou se objevit i změny týkající se **stravování**, pozorované buď jako ztráta chuti k jídlu, či naopak přejídání se. Pozorujeme u jedince i zvýšenou **nepozornost**, kdy dochází ke zhoršení koncentrace pozornosti. Může se objevit i větší konzumace alkoholu, cigaret či jiných návykových a omamných látek. S tímto vším je také úzce spojené vyhýbání se práci, úkolům a odpovědnosti, snížené množství odvedené práce a zhoršená kvalita práce (Křivohlavý, 2010, s. 22-24).

1.5.2 Psychologické symptomy stresu

Tyto symptomy se projevují v duševním životě, v psychice jedince. Jedinec vykazuje **prudké a výrazné změny nálad**, které vedou od velké radosti k velkému smutku, pozorujeme i naopak. Dostavuje se zvýšená **podrážděnost, popudlivost**, jinak nazývána jako iritabilita, a **úzkost**. Trápí se věcmi, které nejsou zdaleka tak důležité a potřebné. Je typická výrazná **únava**. Jedinec není schopen projevit emoční náklonnost a sympatii v mezilidských vztazích. Dostavuje se nadměrné snění a omezení kontaktu s druhými lidmi (Křivohlavý, 2010, s. 22-24).

1.5.3 Fyziologické symptomy stresu

Mezi fyziologické symptomy stresu patří **palpitace**, zrychlená a často nepravidelná srdeční činnost. Mohou se dostavit úporné **bolesti hlavy**, které velmi často začínají v krční oblasti a poté propagují dopředu směrem od temene k čelu, mohou mít za následek **migrénu**. Dochází ke **zvýšenému svalovému napětí** v oblasti krční a dolní části páteře spojené s bolestmi zad. Jedinec může pociťovat **nechutenství a plynatost** v abdominální oblasti. Často je i výskyt **průjmu** spojený s křečemi a svíravými bolestmi v podbřišku. U žen dochází ke změnám v **menstruačním cyklu** a u mužů k **impotenci** a ztrátě chuti na sex. Také se může objevit **exantém** v obličeji (Křivohlavý, 2010, s. 22-24).

1.6 Pozitivní úloha stresu

Jak v literatuře uvádí Venglářová (2011, s. 57-58), každého stresuje vždy něco jiného. Pro jednoho to může představovat ohrožení, pro druhého to může znamenat příjemné napětí

vedoucí k dosažení dobrých výsledků. Z toho plyne také pozitivní úloha stresu. Jedná se o stresové situace, kdy stres upozorňuje na případné nebezpečí a hrozbu, připravuje organismus do pohotovosti a také nás ve stavu pohotovosti udržuje, dokud nám stále hrozí nebezpečí. Pozitivní úlohu nabývá při záchraně života či zkouškách, neboť nás motivuje. Dodává nám energii ke změně dosavadního uvažování a motivuje nás, abychom vyzkoušeli v práci nové postupy, které rozvíjejí naši tvůrčí stránku a zvyšují pracovní nasazení. Za takto příznivých podmínek si obohacujeme život. Zda zadaný úkol vyřešíme, poté se můžeme radovat z našeho úspěchu, jsme spokojeni a můžeme aktivně relaxovat.

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Od 70. let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového vyčerpání, jinak také známého pod názvem syndrom vyhoření. Někdy se také můžeme setkat s použitím výrazu syndrom vypálení nebo vyhaslosti. V dnešní době syndrom vyhoření známe a vídáme pod názvem burnout syndrom (Pešek a Pračko, 2016, s. 16). Charakteristické pro syndrom vyhoření je, že se projevuje spíše na psychice postiženého jedince. Navenek syndrom vyhoření spatřujeme až o mnohem později. Nejvíce se s ním setkáme tam, kde hlavní pracovní náplní je práce s lidmi (Blatnická, Novotná, 2013, s. 24).

2.1 Historie syndromu vyhoření

Za objevitele odborného názvu Burnout syndrom, který se objevoval v psychologii a psychoterapii, označujeme Hendricha Freudenbergera. V roce 1974 tento syndrom popsal v časopise Journal of Social Issues, kde jej definoval takto: „*Burn-out je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci.*“ (Ptáček, Čeledová a kolektiv, 2011, s. 28) Po pojmenování tohoto jevu začalo mnoho dalších psychologů tento jev nepřetržitě dále studovat (Křivohlavý, 2012, s. 58).

Původně byl termín burnout, neboli vyhoření, používán pro označení lidí, kteří propadli alkoholu a ztratili veškerý zájem o vše ostatní. Postupem času se začal používat pro označování narkomanů ve stavu, kdy se dotyční soustředí na zajištění potřebné drogy a vše ostatní v jejich životě jim je lhostejné. Mnoho psychologů se tímto termínem zabývalo a vznikla řada pokusů, potažmo studií o ujasnění, co vlastně termín syndrom vyhoření znamená (Křivohlavý, 2012, s. 62).

V následujícím textu jsou pro ukázkou uvedeny některé pokusy o ujasnění termínu burnout syndromu:

- Cary Cherniss definoval syndrom vyhoření takto: „*Burnout je situací totálního (úplného) vyčerpání sil. Burnout je pocitem člověka, který došel k závěru, že již nemůže jít dál. Burnout je stav, kdy člověk ztratil naději, že se ještě něco může změnit.*“
- Nejznámější a nejvíce používaná je definice Henrich Freudenbergera, který tento stav definoval takto: „*Burnout je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým v jejich*

těžkostech pomoci, a pak se cítí sami přemožení jejich problémy)“ (Křivohlavý, 2012, s. 63-64).

2.2 Definice syndromu vyhoření

V dnešní době neexistuje jednotná definice syndromu vyhoření. Během několika desetiletí se postupně objevovaly různé definice, kde se autoři a psychologové snaží přesně tento syndrom definovat. Jednotlivé definice se v určitých pojmech neshodují, ale naopak se autoři v určitých charakteristikách shodují, a to především v následujícím. Zejména jde o psychický stav se zaměřením na prožitek vyčerpání. Zpravidla se vyskytuje u profesí, kde podstatou pracovní náplně je práce s lidmi anebo pravidelný kontakt s nimi. Objevuje se řada symptomů v oblastech: psychických, fyzických a sociálních. Klíčové je pro syndrom vyhoření emoční a kognitivní vyčerpání ve spojení s celkovou únavou. Všechny hlavní prvky syndromu vyhoření vycházejí z dlouhodobého chronického stresu (Ptáček, Čeledová a kol., 2011, s. 28-29).

2.3 Odlišnost syndromu vyhoření od jiných psychických stavů

Odlišit syndrom vyhoření od jiných negativních psychických stavů je dle symptomů velmi obtížné, jelikož se mnohdy překrývají. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí syndrom vyhoření není samostatnou diagnózou, avšak je uveden jako faktor ovlivňující zdravotní stav. Mnozí odborníci syndrom vyhoření nediagnosticsují a s větší pravděpodobností hovoří o depresi, chronické únavě, reakci na dlouhodobý stres (Poschkamp, 2013, s. 41).

2.3.1 Syndrom vyhoření a únava

Únava je negativní psychologický zážitek, který je velmi podobný syndromu vyhoření. Mohou se vyskytovat současně. Obecně únava má užší vztah ke zvýšené fyzické zátěži (např. tělesná námaha) než je tomu u vyhoření. Z fyzické únavy je možné se dostat odpočinkem, což u vyhoření není možné. Únava spojená s burnout syndromem se vždy pojí s něčím negativním, těžkým a bezvýchodným. Často je spojena s pocitem selhání a bezvýslednosti (Křivohlavý, 2012, s. 70-71).

2.3.2 Syndrom vyhoření a stres

„Vyhoření není totéž co stres. Dochází k němu v důsledku chronického stresu. Stresové faktory coby spouštěče tedy hrají při vzniku burnout syndromu důležitou roli“ (Stock, 2010, s. 15). Stres lze popsat jako pocit naléhavosti, jenž následně vede ke zvýšené aktivitě. Tudíž jedinec se cítí bez energie. Následkem toho může dojít k srdečním příhodám, gastroduodenálním vředům a dalším onemocněním. Jedinec, který je postižen burnout

syndromem prožívá pocity bezmoci, ztrácí motivaci a mohou se vyskytnout i depresivní stavy. Jedinec má pocit, že život nemá smysl a zaujímá negativní postoje (Carneige, 2011, s. 99).

2.3.3 Syndrom vyhoření a deprese

Symptomy syndromu vyhoření a stavů deprese se poněkud překrývají a existuje mezi nimi mnoho podobností. Lékaři raději stanovují diagnózu deprese, než syndrom vyhoření. Popravdě syndrom vyhoření v pokročilém stádiu lze od deprese velmi obtížně odlišit. K odlišení diagnóz a správnému stanovení předchází sepsání detailní anamnézy a odhalení všech zátěžových faktorů, které vedly k vyčerpání. Většina autorů považuje syndrom vyhoření za neobvyklou formu deprese. Mnohé však nasvědčuje tomu, že syndrom vyhoření představuje oproti depresi mnohem komplikovanější problém. Projevuje se totiž vyčerpáním v několika rovinách, je potřebné jej odlišit od stavu sklíčenosti, který se běžně objevuje v depresivních epizodách (Stock, 2010, s. 18-19).

2.4 Cesta vedoucí k syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření si můžeme představit jako ztrátu vůle a motivace. Jak uvádí ve své literatuře Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 14-15), **první cesta** k syndromu vyhoření je ztráta ideálů, kdy například počáteční nadšení z nového zaměstnání, nové úkoly a pracovní tým není dle našich představ. Postupem času mohou narůstat potíže, dochází ke srážce s realitou, jež ukazuje, že nejsou věci takové, jako se zprvu zdály být. V tomto období je významná podpora přátel, pracovního týmu a záleží na samotné osobnosti jedince, jak se s tím vyrovná. **Druhou cestou** je tzv. workoholismus, což je závislost na práci. Jedinec má vnitřní touhu a potřebu hodně pracovat, což vyžaduje mnoho času a energie. **Třetí cesta** je teror příležitostí, kdy každá nová výzva je považována za zajímavou a lákavou příležitost. Později se ale ukazuje, že je v této výzvě spotřebováván všechn náš čas a energie. Syndrom vyhoření nevzniká pouze z nadměrné práce a ztrát ideálů, velký podíl nesou i další skutečnosti. Například neschopnost říkat „NE“ dalším zadávaným úkolům, vysoké osobní nároky, dosahování mnoha cílů a také předávání velké emocionální podpory po delší časový interval.

2.5 Rizikové faktory vedoucí k syndromu vyhoření

Hlavní příčinou vedoucí k syndromu vyhoření je stále zmiňovaný, dlouhodobě působící pracovní stres, který pracovník nedokáže zvládnout. Mimo pracovní oblast se také na vzniku syndromu vyhoření podílí stále trvající denní nepříjemnosti a velké životní události.

Neopomíjenou roli zde hrají také vnitřní faktory, jakými jsou rysy osobnosti, sociální podpora aj. (Pelcák, 2015, s. 56)

2.5.1 Rizikové faktory v zaměstnání

Zvýšenou pracovní zátěž zařazujeme mezi stresové faktory. V posledních desetiletích se svět práce změnil. Rostoucí produktivitu vykonává méně lidí a ti zastávají více pracovních povinností. Rozvíjející se moderní technologie také přináší nové pracovní činnosti vedoucí k personálnímu opatření. Dnešní společnost žije v době, která je zaplavena různým množstvím informací. Také se nacházíme ve společnosti služeb, kde je patrné že naši zákazníci mají vysoké nároky na kvalitu poskytovaných služeb, rychlost a flexibilitu. Ve chvíli, kdy naše nároky na sebe sama převyšují míru, co dokážeme zvládnout, prožíváme stres. Takto nadměrné přetížení může být příčinou syndromu vyhoření. Vyčerpání organismu považujeme jednak za důsledek, ale také zesilovač syndromu vyhoření. Aby postižený pracovník provedl určité zadané úkony, musí vynaložit velké množství energie. Celý proces syndromu vyhoření se pak pouze urychluje. Poté hovoříme o začarovaném kruhu, ze kterého postižený nemůže ven (Stock, 2010, s. 32-34).

Nedostatek samostatnosti je další stresor, který může vést k syndromu vyhoření. Čím širší pole působnosti lidé ve svém zaměstnání mají, tím více je práce baví a jedinec se může svobodně realizovat. Naopak pokud člověk podléhá přílišné kontrole, předpokládá se vzrůstající nespokojenost. Takovýto problém může pramenit od nadřízených manažerů, kteří nedávají svým zaměstnancům dostatek volnosti. Může se stávat, že nesvoboda a neustálý dohled začne vadit. Pracovníci jsou svazováni dodržováním pravidel a dohledem nadřízeného, což může vést ke ztrátě kontroly nebo moci. Odráží se to v situacích, které můžeme málo ovlivnit a máme omezené rozhodování. Nedostatek samostatnosti můžeme pozorovat také při týmové spolupráci, kde se setkávají dominantní a apatičtí členové (Stock, 2010, s. 34-35).

Nedostatek uznání, pokud lidé za svoje výkony nejsou dostatečně odměněni, pak pracují bez potřebné motivace. Není zde myšleno jen finanční ohodnocení, ale také pocit, že si jejich úsilí někdo cení. Zaměstnání by mělo dávat možnosti dále se rozvíjet a zdokonalovat naše schopnosti a dovednosti. Pokud nám není dána takováto příležitost, dostáváme se do zklamání. Nejde o to být neustále chváleni, ale nedostatek uznání, nespravedlivé ohodnocení našich výsledků a omezení kariérního růstu nás demotivují a vedou k naší nespokojenosti (Kallwass, 2007, s. 129-130).

Špatný kolektiv, nejvíce času trávíme se svými kolegy v práci, než s našimi nejbližšími. Pokud je náš pracovní kolektiv nepřátelský, vůči nám odměřený a chladný, necítíme se v takovémto týmu dobře. Špatný kolektiv se potýká s mnoha problémy, chybí zde kolegalita, převládá závist, špatná atmosféra a také snížená pracovní výkonnost. Naproti tomu stálý, příjemný a výkonný tým, vzájemná podpora a důvěra vede k vyvážené spolupráci všech členů v týmu (Stock, 2010, s. 37-38).

Nespravedlnost, nadržováním či naopak nespravedlivým rozdělením pracovních činností vzrůstá cynismus u pracovníků a jsou ohroženi syndromem vyhoření. Každý zaměstnanec má své silné a slabé stránky, které by měl zaměstnavatel zohledňovat. Velmi často však dochází k podceňování či diskriminaci kolegů. Nespravedlivý přístup tedy můžeme popsat jako určité ponižení, které by mohlo být dalším zdrojem psychické zátěže (Stock, 2010, s. 38).

Konflikt hodnot, hodnoty označujeme za vše, co je pro nás v životě důležité. Hodnoty jsou naším motorem a motivací k určitým výkonům. Někdy se dostáváme do konfliktu s našimi individuálními hodnotami, dochází k vnitřnímu konfliktu. Pokud objevíme nerovnováhu mezi osobními a pracovními hodnotami, zavládne nesoulad. Práce nám může připadat bezvýznamná, zbytečná až škodlivá, dostavuje se odcizení. Prvek, který je zde klíčový, je naše svědomí. Nejvíce nám ubližuje neustálá snaha konflikt vyřešit, ale naše šance vedoucí ke změně hodnot v zaměstnání jsou neúspěšné a dále jsme nuceni jednat v rozkolu s vlastními hodnotami. Tímto důsledkem může vzniknout psychologický jev „vnitřní rozpor“ (Kallwass, 2007, s. 109-117).

2.5.2 Rizikové faktory osobnostní

Charakteristické zvyky má každý člověk. Jak spolupracovníky, tak i nejbližší rodinu rozdělujeme dle jejich povahových vlastností. Reakce na stres jsou také ovlivňovány osobnostními rysy jednotlivce. Členění reakcí na stres je rozdělení osobnosti typu A a typu B. Vnější podmínky, které jsou zmiňované v předešlé kapitole, a tyto povahové faktory jsou v rovnováze při vzniku syndromu vyhoření (Venglářová, 2011, s. 60, Stock, 2010, s. 42).

Chování typu A popsali již v 50. letech 20. století američtí kardiologové Friedman a Rosenman. Je často spojován s kardiovaskulárními onemocněními. Lidé s osobností tohoto typu jsou obvykle energetičtí, ctižádostiví, netrpěliví, orientovaní na výkon a perfekcionisté. Osoby s takovýmto typem chování bývají zprvu úspěšné. Často se z důvodu své bojovnosti a netrpělivosti dostávají do konfliktů. Tím se mohou dostávat do větší izolace a mají názor, že musí vše udělat sami. Prožívají vnitřní neklid a napětí, které na nich nebývá zprvu poznat.

Jedinci s tímto typem chování se vědomě vystavují současně několika stresorům, jejich délka trvání a intenzita je nadměrně vysoká (Venglářová, 2011, s. 60, Stock, 2010, s. 42-43, Pešek a Praško, 2016, s. 30).

Lidé s **chováním typu B** jednají ve stresových situacích mírněji od předešlého typu. Je charakterizován nižší mírou nepřátelského chování, agrese, soutěživosti a oproti tomu je patrná větší trpělivost, klid a uvolnění. Především zachovává klidnou hlavu a umí si stanovit priority. Zásadně trvalé nižší vytížení a laxnější přístup snižuje efekt a produktivitu pracovních činností. V extrémních situacích může tato permanentní nečinnost vést k nespokojenosti jak v zaměstnání, tak i v osobním životě (Venglářová, 2011, s. 60-61, Stock, 2010, s. 43-44).

Klíčová je rovnováha mezi oběma typy chování, čeho má chování typu A na rozdávání, naopak lidem typu B chybí. Typ A není ani na chvíli v poklidu, typ B má většinou z námahy strach. Ale ani jeden nemá možnost vlastní volby, jejich podvědomí je nastavené na automatický program, tzv. „autopilot“ (Stock, 2010, s. 44).

Dostupná literatura uvádí i další typ chování D, který je charakterizován sníženou reakcí na stresové podněty. Negativní emoce prožívají velmi intenzivně, ovšem takovéto emoce zůstávají uvnitř nositele. Obvykle se jedná o lidi, kteří jsou trvale nešťastní, úzkostní a mají sklony k depresím (Venglářová, 2011, s. 61).

2.6 Symptomy syndromu vyhoření

„Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému (mentálnímu) a emocionálnímu (citovému) vyčerpání organismu. Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je zcela jednoznačné, že je projevem dlouhotrvajícího a nadměrného stresu.“ (Venglářová, 2011, s. 24)

O syndromu vyhoření hovoříme jako o psychosomatickém onemocnění. Dochází zde k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání organismu jedince (Křivohlavý, 2009, s. 113). Jedinec při práci pociťuje, že ji nezvládá a ztrácí smysl pracovní náplně. Většinou se objevuje nervozita a podrážděnost. Mezi první problémy patří nekvalitní spánek, bolesti zad a hlavy, může být častěji nemocný, dochází ke změně váhy, zažívání a problémy s krevním tlakem (Venglářová, 2011, s. 24). Psychoanalytik Herbert Freudenberger tvrdí, že ženy jsou s větší pravděpodobností více ohroženy syndromem vyhoření než muži. Především to vysvětluje na pracovních a rodinných povinnostech, které ženy plní s maximálním nasazením, jež vede ke hlubokému vnitřnímu vyčerpání (Poschkamp, 2013, s. 49).

2.6.1 Fyzická úroveň

Tyto symptomy se projevují bezprostředním tělesným omezením. Objevuje se tělesné vyčerpání a ztráta energie. Jedinec pociťuje dlouhodobou únavu. Má nekvalitní spánek, po probuzení se cítí neodpočinitý. Časté jsou problémy se zažíváním a krevním oběhem. Přidružují se bolesti hlavy a nespecifické tělesné bolesti (Maroon, 2012, s. 29-33).

2.6.2 Kognitivní úroveň

Tyto symptomy se popisují jako snížená či omezená schopnost myšlení jedince. Člověk má slabou koncentraci a paměť. Může nastat dezorganizace v práci a osobním životě. Jedinec ztrácí flexibilitu a schopnost plnit komplexně zadané úkoly (Maroon, 2012, s. 29-33).

2.6.3 Emoční úroveň

Emoční úroveň se projevuje narušeným negativním citovým vztahem. U postiženého se projevuje emoční vyčerpání, podrážděnost. Může pociťovat zvýšený smutek, deprese a frustrace. Často je snížená sebeúcta. Sestra může být apatická vůči pacientům a zaujímá negativní základní postoj. Mohou se objevit nekontrolovatelné vulgární verbální projevy. Jedinec se bojí jít do svého zaměstnání, může být podezřívavý a vztahovačný vůči svému okolí (Poschkamp, 2013, s. 35).

2.6.4 Úroveň chování

Symptomy se projevují v chování dotyčné osoby. Kdy se dostavuje úpadek nadšení, snížená pracovní výkonnost a větší počet absence. Jedinec mívá časté konflikty v kolektivu i v osobním životě. Je celkově agresivní a izolovaný. Často může docházet ke zvýšené konzumaci návykových látek a omamných látek (Maroon, 2012, s. 29-33).

Uvedený seznam symptomů není chápán tak, že u každé osoby se musí projevit všechny symptomy současně. Pozorujeme výskyt jednoho ze symptomů, což zvyšuje pravděpodobnost, že se objeví i ostatní symptomy (Maroon, 2012, s. 29). Vyhoření se neobjeví, jak se uvádí v literatuře, přes noc, jde o plíživě a dlouho nastupující proces. Prvními signály u všeobecných sester může být pocit nezvladatelnosti práce, zpochybnění významu a smyslu svého povolání. Většinou všeobecná sestra působí podrážděně, nespokojeně a nervózně (Poschkamp, 2013, s. 36)

2.7 Fáze syndromu vyhoření

Jak již bylo zmíněno, syndrom vyhoření nevzniká náraz ze dne na den. Jde o neustále se vyvíjející proces, který může trvat několik měsíců ale i let. Tento proces většinou může začít

u velmi motivovaného, nadšeného pracovníka před nástupem do pomáhající profese. Takovýto člověk je plný optimismu, elánu a chce realizovat své plány. Lidé k syndromu vyhoření mohou dospět individuálně v různě dlouhé době, tuto dobu orientačně rozdělujeme na určité fáze. Uvádějí se různé modely, které popisují tři až dvanáct fází syndromu vyhoření. Rozdílný počet fází v literatuře vzniká na základě shrnutí či detailnějších popisů jednotlivých fází. Avšak jednotlivé fáze nejde přesně ohraničit, neboť mají u jednotlivých lidí různou délku, mohou se různě střídat či opakovat, některá se nemusí objevit vůbec. Není tedy nutné, aby proces vyhoření dospěl až do konce. Díky vlastní iniciativě jedince, která vede ke změně pracoviště, změně pracovní náplně, je možné průběh procesu vyhoření přerušit (Honzák, 2013, s. 28-32).

Hanse Selyeh je autorem třífázového modelu nazývaného General Adaptation Syndrome (obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi). **I. fáze** je působení stresorů. **II. fáze** je zvýšená obranyschopnost organismu. Ve **III. fázi** dochází k vyčerpání rezervních sil a obranných možností. Do této fáze se obvykle zařazuje průběh syndromu vyhoření (Selyeh, 1950, s. 4667-4668).

Christina Maslach vytvořila nejjednodušší čtyřfázový model. **I. fází** je idealistické nadšení a přetěžování, jedinec má jasný cíl, odvádí velmi kvalitní práci a srší nápady. Ve **II. fázi** dochází k přetížení, emocionálnímu a fyzickému vyčerpání organismu. Ve **III. fázi** dochází k napadání druhých lidí, neboli dehumanizace, jako obrana před samotným vyhořením. **IV. fáze** je označena jako terminální stádium, tedy stavění se proti všem a všemu, zde se objevuje syndrom vyhoření v celé své pestrosti (Křivohlavý 2012, s. 77-85).

Edelwiche a Brodský, tato dvojice autorů vytvořila čtyřfázový model. **I. idealistické nadšení**, kdy jedinec na svém počátku začíná pracovat s nadprůměrným nasazením, mívá velké ideály a velké množství energie. Avšak tyto nároky jsou často nereálné a klademe je na sebe i své okolí. **II. stagnace** v této fázi se jedinec střetává s realitou a začíná přehodnocovat své počáteční cíle a ideály. Stále svou práci vykonává, ale není to takové jako na začátku. Věci, které zprvu nebyly důležité, se dostávají do popředí. V počátečním stádiu vyhoření postižený, ani jeho nejbližší okolí nepozorují žádné změny. **III. frustrace**, zde dochází ke zpochybňování smyslu snažení, význam a výsledky své práce. Přibývají konflikty a vzrůstá zklamání v sebe sama. **IV. apatie** nastává obranná reakce proti frustraci a nastupuje vnitřní rezignace. Práce se stává trvalým zdrojem zklamání. Postižený se vyhýbá náročným úkolům

a interakci s okolím. Počáteční nadšení je zcela ztraceno. Mohou se také přidávat pocity rezignace a zoufalství (Edelwiche, Brodský, 1980, s. 55).

John W. James publikoval nejčtenější model, kde rozlišuje celkově dvanáct po sobě následujících fází syndromu vyhoření. V **I. fázi** jde o snahu osvědčit se pozitivně v pracovním procesu. **II. fáze** je snaha udělat vše sám bez pomoci. **III. fáze** pojednává o zapomínání na sebe sama a na vlastní osobní potřeby. **IV. fáze** je práce, projekt, plán, návrh či úkol, tyto etapy se stávají jediným, oč jedinci jde. **V. fáze** je zmatek v žebříčku hodnot, souboj mezi tím, co je podstatné a co je nepodstatné. **VI. fáze**, zde jde o kompulzivní popírání všech přítomných příznaků, dochází k popření vnitřního napětí jako projev obrany. **VII. fáze**, dochází k dezorientaci, ztrátě naděje, zrození cynismu, sklon k návykovým látkám. **VIII. fáze**, zde jde o pozorovatelné změny v chování, nesnesení kritiky a rad, jedinec se může dostat do sociální izolace. **IX. fáze** – depersonalizace, jde o ztrátu kontaktu se sebou samým i s vlastními životními cíli a hodnotami. **X. fáze**, kdy se dostavuje prázdnota, kdy se dostavují pocity zoufalství ze selhání a pád na samé dno. **XI. fáze** je typická stísněnost, depresí, zoufalstvím, nic nefunguje a jedinec se ocitá ve smysluprázdném vakuu. Můžou se dostavit suicidální myšlenky a nízké sebehodnocení. **XII. fáze** je fází konečnou, kdy je typické totální vyčerpání fyzického, emocionálního a mentálního vyplenění. Vyčerpání zásob energie a ztráta motivace (Poschkamp, 2013, s. 36-39).

2.8 Diagnostika syndromu vyhoření

Lékař diagnostikuje nemoc dle určitých symptomů. S psychickým stavem vyhoření je tomu také tak. V případě vyhoření pátráme po souboru symptomů, který tvoří ucelený obraz takového stavu. Tudíž k diagnostice používáme řadu různých metod. Nejpoužívanější metodou je dotazník. Syndrom vyhoření je velmi často ukryt pod řadou psychiatrických diagnóz. Jde o závažný neurotizující faktor a tudíž se v konečném vyhodnocení, dle MKN-10, řadí nejčastěji mezi Neurotické poruchy, Stresové poruchy a Somatoformní poruchy (Křivohlavý 2012, s. 47).

2.8.1 Dotazníkové metody

Dotazník Burnout Measure (BM) psychického vyhoření

Autory dotazníku jsou Ayala Pines a Elliott Aronson z roku 1980. Dotazník zjišťuje míru psychického vyhoření a je zaměřen na tři aspekty jednoho psychického jevu, čímž je psychické vyčerpání, neboli exhausce. Těmito třemi aspekty, na které se zaměřuje, jsou:

pocity fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání. Hodnotí se síla pocitu jedince na stupnici od 1 do 7 (viz Příloha A) (Křivohlavý, 2012, s. 49-52).

Dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI)

MBI patří mezi nejnámější dotazníky používané ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných povolání. Dotazník se nejvíce využívá ke zjištění syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. Tento dotazník se skládá ze tří oblastí. Dvě jsou zaměřeny negativně: emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jedna je zaměřena pozitivně: osobní uspokojení z práce. Pocity jedince se hodnotí dvěma způsoby, a to na stupnici frekvence výskytu a na stupnici intenzity (Maslach et al., 1986, s. 191-196). Odpovědi jedince se zaznamenávají na šestistupňové až sedmistupňové Likertově škále. Odpovědi týkající se frekvence pocitů v MBI dotazníku se zaznamenávají na škále od 0 do 6. Kdy 0 = nikdy, 1 = párkrát za rok nebo méně, 2 = jednou měsíčně nebo méně, 3 = párkrát za měsíc, 4 = jednou týdně, 5 = párkrát týdně, 6 = každý den. Naopak druhé odpovědi týkající se intenzity síly pocitu se zaznamenávají na škále od 0 do 7. Kdy 0 = vůbec, 1 = velmi slabě, 2 = slabě, 3 = velmi mírně, 4 = mírně, 5 = mírně silně, 6 = silně, 7 = velmi silně (Pugnerová, 2019, s. 235). Následně se vyhodnocuje celkové skóre pro jednotlivé faktory. Dotazník má celkem 22 otázek poskládaných do tří faktorů, které měří emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížený pracovní výkon. Při vyhodnocení dotazníku se spočítá součet všech bodových hodnocení v jednotlivých třech doménách. Stupeň emocionálního vyčerpání značený také jako EE, se hodnotí následovně: Nízký 0-16; Mírný 17-26; Vysoký 27 a více bodů. V případě vysokého výsledku nad 27 se jedná o vyhoření. V podkapitole depersonalizace značené jako DP je hodnocení následující: Nízký 0-6; Mírný 7-12 a vysoký 13 a více, i v tomto případě se také jedná o vyhoření. Stupeň osobního uspokojení vyznačující se jako PA je následující: Vysoký 39 a více; Mírný 38 a Nízký 31-0. Ve stupni PA je tomu odlišně než u předešlých, v případě vyhoření je považován stupeň nízký od 31 do 0. Poprvé tato metoda byla publikována v roce 1981 dvojicí autorů Christina Maslach a Susan Jackson. Roku 1986 byl dotazník upraven. V roce 1995 byla provedena italskou dvojicí Antonio Pierro a Silvia Fableri důkladná mnohostranná faktorová analýza MBI dotazníku a prokázala se existence tří faktorů (Maslach et al., 1986, s. 197-215). Dotazník MBI byl použit v průzkumné části diplomové práce. (viz Příloha B)

Dotazník Tedium Measure (TN)

Autorkami dotazníku jsou Christina Maslach a Ayala Pines roku 1981. Slovo Tedium znamená v překladu znechucení. Pozitivem tohoto dotazníku je časová nenáročnost. Informuje, zda je jedinec ohrožen syndromem vyhoření. Napomáhá ke zjištění vztahu k práci a k životu. A to jak celkově, tak i v danou chvíli. U každé otázky uvedené v dotazníku se doplňuje číslo za pomoci škály od 1 do 7 dle aktuálních pocitů (viz Příloha C) (Stock, 2010, s. 26).

2.9 Terapie syndromu vyhoření

Při terapii syndromu vyhoření je důležité, aby si postižený jedinec, který se do tohoto stavu dostal, byl vědom, že něco není v pořádku. Byl srozuměn s tím, že se jedná o závažný stav. Další podmínkou je, zda se dotyčný chce léčit. První krok je uvědomit si smysluplnost vlastní práce a svého života. Takovéto uvědomění je základním prvkem celkové životní spokojenosti. Pokud se dostaneme do stavu vyhoření, vždy v nás něco zůstává. Můžeme si také odnést i pozitivní zisk, a to vědomí, že míváme tendence propadávat stavům nadšení či se snadno nadchneme pro novou práci nežli je zdrávo a musíme se chránit. Pomoci nám může naše okolí, ale především musíme chtít my sami. Jednou nejjednodušší pomocí je sociální opora okolí. Sociální oporu můžeme chápat jako podporu lidí, kteří jsou v našem blízkém i vzdálenějším okolí. Dle mnoha studií je prokázáno, že čím lepší vztahy má člověk s ostatními lidmi v okolí, má relativně nižší úroveň psychického vyhoření. V pracovní oblasti lze udělat řadu opatření, čímž se pracovní podmínky mohou zlepšit a omezí se tím stresory s pracovním prostředím. Je nezbytné si ujasnit pracovní úkoly, aby je jedinec byl schopen vykonávat. Nezbytnou částí je také oddělení práce od času na odpočinek. (Venglářová, 2011, s. 32).

Individuální léčba syndromu vyhoření je psychoterapie. Působení této terapie se odvíjí od úsilí jedince postiženého syndromem vyhoření a na jeho spolupráci s psychoterapeutem (Musil, 2010, s. 38).

Dodržením určitých daných pravidel je možné předejít syndromu vyhoření, jenž by u zdravotníků dříve či později vedl k dehumanizaci postojů ke klientům. Proto při léčbě syndromu vyhoření je důležité: vytvořit si odstup od klientů; důsledně oddělovat osobní život od pracovního; mluvit o citech a nepotlačovat je; udělat si čas na odpočinek; nebát se dělat změny; stresující situace přijímat aktivně; udržovat kolem sebe dobré sociální zázemí

a kladné vztahy s druhými lidmi; nalezení smysluplné práce; vytvořit si přirozený vztah k práci a dalším životním aktivitám (Prieß, 2015, s. 149-158).

2.10 Prevence syndromu vyhoření

Jak v léčbě, tak i v prevenci syndromu vyhoření platí neodmyslitelné zásady. Těmito zásadami jsou: rovnováha mezi prací a odpočinkem, zdravý životní styl a pravidelný režim. Za prevenci považujeme kompletní změnu u životního ale také hlavně pracovního stylu. Krátkodobá dovolená nepřináší žádné budoucí řešení. Naše zaměstnání by se nemělo stát hlavním smyslem života. Není nutností přestat pracovat, je nutné se naučit relaxovat. Pečlivě si rozdělit pracovní dobu menšími pauzami a najít si čas na relaxaci a vlastní zájmy. Pokud tohoto dosáhneme, je důležité také si dopřát dostatečný spánek a vyváženou stravu (Ptáček, Čeledová a kolektiv, 2011, s. 39-40).

2.10.1 Zásady proti stresu a vyhoření

Musil (2010, s. 39-40) uvádí ve své literatuře určité zásady, které jsou důležité proti stresu a syndromu vyhoření. Patří sem dodržování zdravé životosprávy. Vyhýbání se frustracím, které mohou být způsobené vysokými požadavky na jedince. Jedinec upravuje vlastní ideály i očekávání. Neztotožňovat se s druhými lidmi, s jejich názory nebo postoji. Jedinec by si měl udržovat emocionální odstup. Naučit se slušnému odmítání a vyjadřovat své pocity nebo názory otevřeně a bez obav. Sestavovat si priority a poté je plnit po řadě dle prvního stanovení. Naučit se neodmítat psychickou podporu od jiných a také si jí považovat. Měli bychom pravidelně odpočívat a rovnoměrně pracovat, dodržovat pauzy a nebdít v noci. Nesmíme ztrácet víru v sebe sama, jak ve svých schopnostech, tak věřit i ve smysl své profese. Naučit se být uvážlivý ve vypjatých situacích, nejednat impulzivně. Vykonávat svou profesi bez vysokého napětí, vyhnout se workoholismu a nenavyšovat kladné nároky na sebe sama. Preventivně se vyhýbat situačním stresům, a to jak pracovním, rodinným i sociálním.

3 VZDĚLÁNÍ SESTER

Jelikož empirická část je zaměřená na nelékařské povolání a konkrétně na všeobecné sestry, uvádíme typy vzdělání všeobecných sester i z hlediska zákonů. Chceme poukázat na souvislost mezi vzděláním všeobecných sester a syndromem vyhoření.

V posledních letech se v České republice neustále řeší nedostatek lékařů a sester. Značný pokles je zejména v počtu sester. Častokrát se uzavírají části lůžek, někdy dokonce i celá oddělení nemocnic. Ve snaze řešit problematiku nedostatku všeobecných sester se setkáváme s extrémními přístupy, které ale nemohou situaci vyřešit. V našem zdravotnictví je mnoho problémů jak v profesionální přípravě sester, tak chybí i dlouhodobá koncepce jejich vzdělání (Mellanová, 2017, s. 7-8).

Poskytování zdravotnické péče a činnosti sester patří k regulované činnosti. To znamená, že právní předpisy stanovují kdo, kde a za jakých podmínek se vše vykonává. Konkrétně se toho týká zákon o zdravotních službách, který stanovuje, že zdravotní péči poskytují zásadně poskytovatelé zdravotních služeb, ve zdravotnických zařízeních a s kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky či odborníky. Samotné povolání sestry je regulováno konkrétním zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních, a to zákonem č. 96/2004 Sb., v platném znění (Vévoda a kolektiv, 2013, s. 104).

Budoucí všeobecné sestry mohou získat odbornost k výkonu povolání několika možnostmi. V České republice máme tři stupně vzdělávacího systému pro budoucí a již pracující všeobecné sestry. Těmito stupni vzdělání jsou kvalifikační, specializační a celoživotní vzdělávání.

3.1 Kvalifikační vzdělání

Získání odborné způsobilosti pro všeobecné sestry v České republice je absolvování zdravotnického akreditovaného oboru na vysoké škole (bakalářský obor k vykonávání povolání všeobecné sestry), anebo obor na vyšší a střední zdravotnické škole (diplomovaná všeobecná sestra). Po absolvování střední zdravotnické školy získávají způsobilost praktické sestry (dříve zdravotničtí asistenti), které nelze považovat za plnohodnotně způsobilé všeobecné sestry. Jakýkoliv zdravotnický pracovník získá způsobilost k výkonu povolání, musí daný obor splňovat požadavky vyhlášky č. 39/2005 Sb., v platném znění, kde se stanovují minimální požadavky na studijní programy pro získávání odborné způsobilosti nelékařského zdravotnického povolání (Vévoda a kolektiv, 2013, s. 104-110).

3.2 Specializační vzdělání

Specializační způsobilost není podmínkou k výkonu samostatného povolání. Je nezbytná v případě vysoce specializovaných činností, které by sestry bez tohoto vzdělání nemohly vykonávat. Všechny specializační obory jsou stanoveny nařízením vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Všeobecné sestry se mohou specializovat v následujících specializačních oborech: intenzivní péče, perioperační péče, ošetrovatelská péče v pediatrii, intenzivní péče v pediatrii, komunitní ošetrovatelská péče, ošetrovatelská péče v interních a chirurgických oborech, ošetrovatelská péče v psychiatrii, perfuziologii, organizaci a řízení ve zdravotnictví. Za celý průběh specializačního vzdělání odpovídá akreditované zařízení, kde se toto vzdělání uskutečňuje. Toto vzdělání je ukončeno atestační zkouškou (Vévoda a kolektiv, 2013, s. 110-113)

3.3 Celoživotní vzdělání

Za celoživotní vzdělání považujeme průběžné obnovení, zvyšování, prohlubování a doplnění vědomostí, dovedností v příslušných oborech ve stejnosměrné linii nesoucí nejnovější vědecké poznatky. Všichni zdravotničtí pracovníci se mohou celoživotně vzdělávat pomocí certifikovaných akreditovaných kurzů, inovačních kurzů, odborných stáží, účastech na různých seminářích, konferencích, kongresech a sympoziích. Také samostatná publikační činnost se zahrnuje do celoživotního vzdělávání, dále činnost pedagogická či vědecko-výzkumná a jejich účast v jednotlivých projektech. Za formu celoživotního vzdělávání můžeme považovat samostudium odborné literatury či náš osobní zájem v navazujícím studijním programu na vysokých školách nebo vyšších odborných školách. Jakákoliv účast na akcích spojených s celoživotním vzděláním se zaznamenává do průkazu odbornosti nebo vydáním samostatného potvrzení na účasti. (Vévoda a kolektiv, 2013, s. 117-121)

4 ODLIŠNOSTI VŠEOBECNÝCH SESTER, PRACUJÍCÍCH NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ, OD VŠEOBECNÝCH SESTER NA SPECIALIZOVANÁCH ODDĚLENÍCH ARO A JIP

Poněvadž není práce všeobecných sester na všech odděleních stejná, bude nás také zajímat v empirické části odlišnost pracujících sester na specializovaných odděleních ARO, JIP a na standardních odděleních, vzhledem ke vztahu syndromu vyhoření. Proto uvádíme stručné odlišení takto pracujících sester.

Požadavky na nelékařský zdravotnický personál, vykonávající práci na ARO, JIP nebo dalších specializovaných odděleních urgentní péče, jež je podobná péči na ARO a JIP, jsou ustanovené ve výše zmiňovaném zákonu č. 96/2004 Sb., v platném znění. K výkonu povolání na takto odborných odděleních může pracovat způsobilá sestra pro intenzivní péči nebo zdravotnický záchranář, což je garantované jejich vzděláním. Stanovené zdravotnické činnosti, neboli specializovaná ošetrovatelská péče, je ošetřena vyhláškou č. 55/2011 Sb., dále ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., která dále stanovuje určité činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (Česko, 2004, Česko, 2016).

Všeobecné sestry a jejich odlišnost na odděleních ARO a JIP není striktně dána pouze požadavky plynoucími z platných právních norem pro vykonávání činností, kam se řadí odborná způsobilost, zdravotnická činnost nebo vysoce specializovaná ošetrovatelská péče, to vše úzce souvisí s těžkým tělesným stavem klienta na těchto odděleních. Odlišnost bychom také hledali ve zvýšených požadavkách v odolnosti vůči stresu a zátěži se souvislostí s většími nároky na osobnostní vlastnosti a schopnosti. Často se setkáváme s otázkami rozměrného zásahu do života klientů, s nezvratnými změnami a celoživotními omezeními, v neposlední řadě také se zátěží a ztrátou, kde ztráta může mít podobu smrti (Woleská, 2017).

Grossman 2007 se zabývá otázkami týkajícími se sesterské efektivity řízení a potvrzuje, že všeobecné sestry pracující v intenzivní péči potřebují více řídicích schopností a také potřebují být efektními manažerkami. Pokud při výběru sestry by byl požadavek na kreativitu, flexibilitu a schopnost povzbudit ostatní, aby i oni sami byli flexibilní a kreativní, přineslo by to velký vývoj do společnosti ve všech ostatních směrech. Také Grossman popisuje sestry mentorky, které učí a rozvíjí kompetence řízení a vedení u ostatních sester. Velký důraz se klade na proces individuálního učení, se kterým se sestry nerodí, ale učí se tomu svou praxí.

Ti, co ovládají efektivitu vedení, mohou posílit druhé a napomáhat jim s vlastním rozvojem. Zkušenosti s individuálním učením v procesu vedení můžeme vyhledat pod názvem mechanismus rozvoje řídicích schopností (Grossman, 2007, s. 57-65).

PRŮZKUMNÁ ČÁST

Průzkumné cíle a otázky

Na základě stanovených cílů průzkumu a studia odborné literatury byly stanoveny v diplomové práci následující cíle a otázky.

Cíl č. 1: Zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u oslovených všeobecných sester.

Průzkumná otázka 1: Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření v jednotlivých doménách u všeobecných sester?

Cíl č. 2: Zjistit míru výskytu syndromu vyhoření v souvislosti s délkou praxe u všeobecných sester.

Průzkumná otázka č. 2: Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření a délkou praxe všeobecných sester?

5 METODIKA SBĚRU DAT A PRŮZKUMNÝ VZOREK

V průzkumné části diplomové práce byla nejprve zvolena příslušná metoda ke sběru dat, dále časové rozmezí, ve kterém bude probíhat samostatný průzkum, místo pro sběr dat a v poslední řadě byla stanovena kritéria pro zařazení respondentů do průzkumného šetření.

5.1 Průběh průzkumu

Průzkumné šetření probíhalo v období od srpna do listopadu 2018. K získání potřebných dat byla zvolena kvantitativní metoda formou anonymního dotazníku, týkající se problematiky syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. Dotazník byl rozdělen do dvou částí obsahující celkem 29 otázek (příloha D).

První část dotazníku je anamnestická. Jedná se o nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, který nám sloužil k získání základních informací o respondentovi. Obsahuje otázky zahrnující pohlaví, věk, délku praxe, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní úvazek, typ nemocnice, ve které působí, a dané oddělení. Tato anamnestická část dotazníku zahrnuje celkem 7 identifikačních otázek. Z toho 4 otázky jsou uzavřené, kde respondenti vybírali z možných nabídnutých odpovědí. Dále 2 otázky polootevřené, zde respondenti mohli uvést svou odpověď v kolonce „jiné“.

Druhá část je samostatný MBI (Maslach Burnout Inventory) dotazník, který slouží ke zjištění stupně vyhoření ve třech oblastech, a to v následujících: emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení. Tento MBI dotazník obsahuje 22 otázek. V oblasti emocionálního vyčerpání obsahuje 9 otázek, depersonalizace zahrnuje 5 otázek a v oblasti osobního uspokojení máme otázek 8. Respondenti ke každé otázce vybírali na stupnici od 0 do 7. Tato stupnice označovala subjektivní prožívání intenzity pocitů v zaměstnání. Zde tedy 0 označovala situaci, kdy intenzita pocitu není vůbec. Číslo jedna označovalo velmi slabý pocit. Dva označovalo na stupnici slabý prožitek pocitu. Na stupnici číslo tři značilo velmi mírnou intenzitu prožitku. Číslo čtyři se vyznačovalo mírnou intenzitou, číslo pět na této stupnici značilo mírně silný pocit. Na stupnici šest značilo silnou intenzitu pocitu a sedm označovala velmi silně prožívanou situaci (Venglářová, 2011, s. 42-44). Dále viz s. 30, kap. 2.8.

Pro sběr dat byla oslavena 3 zdravotnická zařízení: fakultní nemocnice v Praze, krajské nemocnice a soukromá nemocnice. Po osobním setkání s náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči byl potvrzen souhlas s výzkumem ve zdravotnických zařízeních. Následně došlo ke

kontaktování vrchních sester vybraných oddělení. Především se jednalo o oddělení ambulantní péče, lůžkové péče a intenzivní péče. Respondenti vyplňovali dotazník anonymně. U vyplňování dotazníku nebyl výzkumník přítomen. Vyplněné dotazníky byly odevzdány vedoucím pracovníkem každého oddělení.

Kritéria pro vyhodnocení dotazníku byla následující. Všechny dotazníky musí být plně vyplněné a dalším kritériem je, aby respondenti pracovali na plný pracovní úvazek v daném zdravotnickém zařízení. Celkem bylo rozdáno 402 dotazníků. Návratnost je 279 (69,40 %) vyplněných. Ze všech vrácených dotazníků bylo vyřazeno 28, které nespĺňovaly požadovaná kritéria, tudíž se dále pracovalo s celkovým počtem 251 dotazníků.

5.2 Analýza dat

Po sběru všech dotazníků ze zdravotnických zařízení byla provedena analýza dat. Ke zpracování dat byl použit počítačový program Microsoft Office Excel 2010. V tomto programu byla data zpracována a následně byly vytvořeny přehledné grafické tabulky. Pro přesné a detailnější zpracování výsledků dat byl použit program STATISTICA ©. V tomto programu bylo využito popisné statistiky

5.3 Průzkumný soubor

Skupinu pro průzkumné šetření tvořily všeobecné zdravotní sestry pracující v různých klinických oborech. Celkem se průzkumného šetření zúčastnilo 251 respondentů z 3 různých zdravotnických zařízení. Z celkového počtu respondentů bylo 208 (82,87 %) žen a 43 (17,13 %) mužů. Ke zjišťování údajů o respondentech byl použit anamnestický dotazník vlastní tvorby.

Úvod anamnestického dotazníku se především zaměřoval na pohlaví, věk, délku praxe, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní úvazek, typ nemocnice, ve které působí, a oddělení respondentů.

Otázka č. 1 – Pohlaví respondentů

Tabulka 1 – Rozdělení pohlaví ve všech zdravotnických zařízeních

POHLAVÍ	n_i	f_i (%)
Žena	208	82,87
Muž	43	17,13
Celkem	251	100,00

Otázka č. 2 – Věk respondentů

Tabulka 2 – Přehled četností věkového rozložení

VĚK	n_i	f_i (%)
18–35 let	117	46,61
36–45 let	48	19,12
46–55 let	76	30,28
56 a více let	10	3,98
Celkem	251	100,00

Z výsledků tabulky 2 je patrné, že nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byli respondenti od 18 – 35 let, kdy jejich počet činil 117 (46,61 %). Druhou nejpočetnější věkovou kategorií bylo rozmezí mezi 46-55 lety, kde počet respondentů tvořil 76 (30,28 %). V další věkové kategorii 36–45 let, kde bylo zastoupeno 48 (19,12 %) respondentů. Poslední věkovou kategorií s nejmenším zastoupením 10 (3,98 %) respondentů tvořila skupinu ve věku 56 a více let.

Otázka č. 3 – Délka praxe ve zdravotnických zařízeních

Následující tabulka 3, která znázorňuje délku praxe zúčastněných respondentů ve zdravotnických zařízeních. Je patrné, že nejvíce zastoupenou skupinou je délka praxe do 5 let, kde bylo 76 (30,28 %) respondentů. Další skupinou s počtem 64 (25,50 %) respondentů byla kategorie s délkou praxe 22 a více let. S velmi malým rozdílem je kategorie s délkou praxe 12–22 let s počtem 60 (23,90 %) respondentů. Nejmenší zastoupení je skupina 51 (20,32 %) respondentů s délkou praxe 6-11 let.

Tabulka 3 – Přehled četností délky praxe ve zdravotnických zařízeních

DÉLKA PRAXE	n_i	f_i (%)
do 5 let	76	30,28
6–11 let	51	20,32
12–21 let	60	23,90
22 a více let	64	25,50
Celkem	251	100,00

Otázka č. 4 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z výsledků tabulky 4 vyplývá, že nejvíce bylo zastoupeno vysokoškolské vzdělání s počtem 92 (36,65 %) respondentů. Druhou největší skupinou byla střední zdravotnická škola se

zastoupením 82 (32,67 %) respondentů. Dále bylo vzdělání na vyšší odborné škole s počtem 71 (28,29 %) respondentů. Nejmenší skupinou bylo jiné vzdělání s 6 (2,39 %) respondenty. Odpovědí na jiné dosažené vzdělání tzv. anestezie-resuscitace-intenzivní péče neboli ARIP.

Tabulka 4 – Nejvyšší dosažení vzdělání respondentů

VZDĚLÁNÍ	n_i	f_i (%)
SZŠ	82	32,67
VOŠ	71	28,29
VŠ	92	36,65
jiné	6	2,39
Celkem	251	100,00

Otázka č. 6 – Jakou organizační strukturu má zdravotnické zařízení

Jak ukazují výsledky tabulky 5, největší zastoupení respondentů pracuje ve fakultní nemocnici 144 (57,37 %). Dále část respondentů pracuje v krajské nemocnici, a to v zastoupení 81 (32,27 %) respondentů. Nejmenší část dotazovaných pracuje v soukromé nemocnici, a to v zastoupení 26 (10,36 %) respondentů.

Tabulka 5 – Jakou organizační strukturu má Vaše zdravotnické zařízení

ORGANIZAČNÍ STRUKTURA NEMOCNICE	n_i	f_i (%)
krajská nemocnice	81	32,27
fakultní nemocnice	144	57,37
soukromá nemocnice	26	10,36
Celkem	251	100,00

Otázka č. 7 – Oddělení respondentů

Tabulka 6 – Jednotlivá oddělení respondentů ve zdravotnických zařízeních

NEMOCNICE	FAKULTNÍ NEMOCNICE		KRAJSKÁ NEMOCNICE		SOUKROMÁ NEMOCNICE	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Ambulantní odd.	37	25,69	14	17,28	8	30,77
Standartní odd.	51	35,42	24	29,63	13	50,00
Intenzivní péče	56	38,89	43	53,09	5	19,23
Celkem	144	100,00	81	100,00	26	100,00

V neposlední řadě bylo zjišťováno zastoupení respondentů v jednotlivých typech zdravotnických zařízení a jejich zařazení na jednotlivých odděleních, o čemž vypovídá tabulka 6. Zde respondenti měli na výběr ze třech možností, které jsou následující: ambulantní oddělení, standardní oddělení a oddělení s intenzivní péčí.

Zúčastnění respondenti z fakultní a krajské nemocnice pracují více v oboru intenzivní péče. fakultní nemocnici je to 56 (38,89 %) respondentů a v krajské nemocnici 43 (53,09 %) respondentů. V soukromé nemocnici je to pouze 5 (19,23%) respondentů, zde to může být ovlivněno typem zdravotnického zařízení. Soukromá nemocnice nemá tolik lůžek zaměřených na intenzivní péči.

Další velkou skupinou respondentů ve všech zdravotnických zařízeních jsou ti, kteří vykonávají svou pracovní činnost na standardním lůžkovém oddělení. Ve Fakultní nemocnici jde o 51 (35,42 %) zúčastněných respondentů. V Krajské nemocnici na lůžkovém oddělení pracuje 24 (29,63 %) respondentů. V soukromé nemocnici je největší zastoupení respondentů právě na standardním lůžkovém oddělení 13 (50,00 %).

Nejméně dotazových respondentů bylo z ambulantních oddělení. Respondentů pracujících na ambulantním oddělení ve fakultní nemocnici je 37 (25,69 %). V krajské nemocnici pracuje 14 (17,28 %) respondentů na ambulanci, také v soukromé nemocnici je jich pouze 8 (30,77 %) sloužících na ambulanci.

6 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části diplomové práce je uvedena interpretace výsledků z dotazníkového šetření. Prezentace výsledků a vyhodnocení Maslach Burnout Inventory dotazníku (MBI). Samotný MBI dotazník má 22 otázek, je poskládán do tří faktorů, kterým se měří emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení z práce. (viz Příloha B) Při samotném vyhodnocování dotazníků se počítá součet všech bodů v jednotlivých doménách uvedených respondentem. (Dále viz s. 39-40, kap. 6.1).

6.1 Jednotlivé domény MBI dotazníku

6.1.1 EE – Stupeň emocionálního vyčerpání

Stupeň emocionálního vyčerpání označujeme zkratkou EE. Tato doména obsahuje celkem 9 otázek v dotazníku MBI (č. otázek: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 a 20), na které respondenti uvedli pomocí stupnice sílu pocitu v souvislosti s danou položkou (viz Příloha B). Vyhodnocení spočívá v součtu všech bodů v této oblasti. Nízké emocionální vyčerpání vyjadřuje rozsah bodů 0–16, mírné emocionální vyčerpání 17-26 bodů. Vysoké emocionální vyčerpání, tedy vyhoření, označujeme u skóre 27 a více bodů. Uvedené otázky v dotazníku nejsou seřazeny, ale jsou v dotazníku promíchány.

Otázka č. 1 – Práce mne citově vysává.

Tabulka 7 – Otázka č. 1 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	40	15,94
1	44	17,53
2	46	18,33
3	57	22,71
4	34	13,55
5	15	5,98
6	8	3,19
7	7	2,79
Celkem	251	100,00

Otázka číslo 1 se zabývala tím, zda práce respondenty citově vysává. Z praxe je zřejmé, že práce všeobecných sester je velmi náročnou profesí jak v oblasti fyzické, tak i emoční. Z celkového počtu respondentů 251 (100 %) uvedlo 40 respondentů (15,94 %), že je práce

vůbec citově nevysává. Dále 44 (17,53 %) respondentů uvedlo, že je práce vysává velmi slabě. O něco více, tedy 46 (18,33%) respondentů uvedlo odpověď slabě. Nejvíce odpovědí na stupnici síly pocitu, zda respondenty práce citově vysává, uvádělo 57 (22,71%) respondentů odpověď velmi mírně. Dále 34 (13,55 %) respondentů uvedlo, že je práce mírně vysává. Mírně silně na stupnici uvedlo 15 (5,98 %) respondentů. Méně, což je 8 (3,19 %) respondentů uvedlo, že je práce silně vysává. Nejmenší silou pocitu, tedy velmi silnou intenzitu pocitu uvedlo 7 (2,79 %) respondentů. Je tedy patrné, že respondenty práce citově nevysává. Výsledky mohou být ovlivněny mnoha faktory, jako například naladění jednotlivých respondentů, složení ošetrovatelského týmu a další.

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

Tabulka 8 – Otázka č. 2 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	24	9,56
1	38	15,14
2	55	21,91
3	59	23,51
4	31	12,35
5	22	8,76
6	10	3,98
7	12	4,78
Celkem	251	100,00

Druhá otázka v MBI dotazníku se zabírala, zda se respondenti na konci pracovního dne cítí být na dně sil. Z celkového počtu 251 (100 %) respondentů jich 59 (23,51 %) uvedlo, že se na konci svého pracovního dne cítí velmi mírně na konci svých sil. Pouze 24 (9,56 %) respondentů se vůbec necítí na konci svého pracovního dne unaveni. O něco více, tedy 38 (15,15 %) respondentů uvedlo, že se na konci dne cítí unaveně velmi slabě. Slabě unaveno se cítí 55 (21,91 %) respondentů. Odpověď mírně zvolilo 31 (12,35 %) a mírně silně 22 (8,76 %) respondentů. Silně, tedy 10 (3,98 %) a velmi silně 12 (4,78 %) respondentů se cítí na konci svého pracovního dne na dně svých sil. Ovšem i zde záleží na mnoha faktorech, které hrají velkou roli. Mohou to být: kapacita oddělení, složení pacientů aj.

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

Tabulka 9 – Otázka č. 3 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	56	22,31
1	57	22,71
2	54	21,51
3	39	15,54
4	15	5,98
5	10	3,98
6	14	5,58
7	6	2,39
Celkem	251	100,00

Otázka číslo 3 zjišťovala, zda se respondenti při ranním vstávání cítili unaveni a mysleli na pracovní problémy. Vůbec se necítí unavení a nemyslí na pracovní problémy 56 (22,31 %) respondentů. Velmi slabě to pociťuje 57 (22,71 %) respondentů či slabě to cítí 54 (21,51 %) respondentů, kdy jsou unaveni po probuzení a myslí na pracovní problémy. Svou situaci s pocitovým vnímáním velmi mírně uvedlo 39 (15,54 %) respondentů. S mírným pocitem únavy při vstávání se takto cítí 15 (5,98 %) respondentů. Velmi silně to pociťuje 10 (3,98 %) respondentů, že se po probuzení cítí unaveni a musí myslet na pracovní problémy. Silně je unaveno a zaobírá se pracovními problémy 14 (5,58 %) respondentů. Pouze 6 (2,39 %) respondentů uvedlo, že se cítí velmi silně unaveni a musí neustále myslet na pracovní problémy. Je tedy uvedeno, že většina respondentů se necítí být unavena, nebo jejichž únava není v takovém rozsahu, aby ovlivňovala další pracovní nasazení. Také myšlení na pracovní problémy se u respondentů neobjevuje v takové míře.

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

Tabulka 10 – Otázka č. 6 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	29	11,55
1	49	19,52
2	43	17,13
3	51	20,32
4	28	11,16
5	25	9,96
6	17	6,77
7	9	3,59
Celkem	251	100,00

Otázka číslo 6 nám ukazuje, zda celodenní práce s lidmi je pro respondenty skutečně namáhavá. 29 (11,55 %) respondentů hodnotí, že celodenní práce není vůbec namáhavá. Za velmi slabě a slabě namáhavou celodenní práci s lidmi hodnotilo 92 (36,65 %) respondentů. Nejvíce, tedy 51 (20,32 %) respondentů hodnotilo svou citovou situaci velmi mírně. Za mírně namáhavou práci uvedlo 28 (11,16 %) respondentů. Mírně silně 25 (9,96 %) a silně 17 (6,77 %) respondentů uvedlo, že celodenní práce s lidmi je skutečně namáhavá. Skupina 9 (3,59 %) respondentů uvedla, že je práce s lidmi velmi citově silně namáhavá. Zda je pro respondenty vykonaná práce namáhavá, či nikoli, může přirovnat k pohybu respondentů na odděleních s různou odborností.

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

Tabulka 11 – Otázka č. 8 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	65	25,90
1	57	22,71
2	42	16,73
3	39	15,54
4	21	8,37
5	12	4,78
6	9	3,59
7	6	2,39
Celkem	251	100,00

Otázka číslo 8 z MBI dotazníku zjišťovala, zda se respondenti cítí vyhořelí ze své práce. Tyto citové pocity z vyhoření nám respondenti nemusejí přiznat. Opět záleží na mnoha faktorech, kdy a za jakých okolností byl dotazník respondentem vyplňován. Z tabulky 11 jasně vidíme, že z celkového počtu 251 (100 %) se vůbec takto necítí 65 (25,90 %) respondentů. Respondenti, kteří se cítí velmi slabě 57 (22,71 %) a slabě 42 (16,73 %) unaveni ze své práce. Velmi mírně vyhořelých se cítí být 39 (15,54 %) oslovených. Za mírně vyhořelé se uvedlo 21 (8,37 %) respondentů. Citově s na stupnici s mírně silným vyhořením se cítí 12 (4,78 %) respondentů. Vyčerpaně se takto cítí respondenti se silným pocitem nebo velmi silným pocitem 15 (5,98 %).

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

Tabulka 12 – Otázka č. 13 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	71	28,29
1	49	19,52
2	47	18,73
3	39	15,54
4	18	7,17
5	17	6,77
6	5	1,99
7	5	1,99
Celkem	251	100,00

Následující otázka nám popisuje, zda respondentům práce přináší pocity marnosti a neuspokojení. Z tabulky 12 nám vyplývá, že 71 (28,29 %) respondentů nemá vůbec žádné pocity marnosti a neuspokojení ze své práce. Respondentů, pociťujících velmi slabě je 49 (19,52 %) a slabě 47 (18,73 %). Velmi mírně, tedy 39 (15,54 %) respondentů uvedlo, že jim práce přináší pocity marnosti a neuspokojení. 17 (6,77 %) respondentů uvedlo, že práce jim dává mírně silné pocity marnost a neuspokojení. Silné a velmi silné pocity marnosti a neuspokojení z práce uvedlo 10 (3,98 %) respondentů. Většina respondentů uvedla, že práce jim nepřináší silné pocity marnosti a neuspokojení.

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

Tabulka 13 – Otázka č. 14 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	59	23,51
1	46	18,33
2	38	15,14
3	36	14,34
4	32	12,75
5	20	7,97
6	14	5,58
7	6	2,39
Celkem	251	100,00

Otázka číslo 14 u respondentů zjišťovala, jaký mají pocit, když plní své úkoly tak usilovně, že je to vyčerpává. Tato otázka je zaměřena na svědomí každého osloveného respondenta, a také na obtížnosti zadaného úkolu. Z praxe moc dobře víme, jak zadané úkoly, ač již od nadřízeného či pacientů, mohou být náročné a jedince dostat na konec jeho sil. Při plnění zadaných úkolů vůbec není vyčerpáno 59 (23,51 %) respondentů. Velmi slabý pocit, zda plní usilovně úkoly až do vyčerpání, mělo 46 (18,33 %) respondentů. 38 (15,14 %) respondentů má slabý pocit, který je vyčerpává usilovné plnění úkolů. Pocity velmi mírně 36 (14,34 %) a mírně 32 (12,75 %) respondenty, vyčerpává plnění úkolů. Mírně silný pocit z usilovného plnění úkolů, které je vyčerpává, uvedlo 20 (7,97 %) oslovených. Pocit silného vyčerpání při plnění úkolů uvedlo 14 (5,58 %) a pocit velmi silného vyčerpání cítí 6 (2,36 %) respondentů.

Otázka č. 16 – Práce s lidmi mi přináší silný stres.

Tabulka 14 – Otázka č. 16 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	60	23,90
1	39	15,54
2	45	17,93
3	38	15,14
4	33	13,15
5	16	6,37
6	12	4,78
7	8	3,19
Celkem	251	100,00

Z dotazníku MBI otázka číslo 16 zjišťuje, zda práce s lidmi přináší respondentům silný stres. Z celkového počtu 251 (100 %) respondentů - uvedlo 60 (23,90 %), že při práci s lidmi nemá vůbec žádný silný stres. Velmi slabý stres při práci pociťuje 39 (15,54 %) respondentů. Při práci pociťuje slabý stres 45 (17,93 %) respondentů. Velmi mírný a mírný pocit uvedlo 77 (28,29 %) respondentů, kdy při práci s lidmi pociťovali silný stres. Mírně silný pocit stresu, při práci s lidmi uvedlo 16 (6,37 %) respondentů. Silný pocit stresu v práci uvádí 12 (4,78 %) respondentů. Velmi silný stres v práci zažívá 8 (3,19) oslovených respondentů.

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

Tabulka 15 – Otázka č. 20 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	87	34,66
1	47	18,73
2	47	18,73
3	27	10,76
4	22	8,76
5	12	4,78
6	3	1,20
7	6	2,39
Celkem	251	100,00

Poslední otázkou z domény emocionálního vyčerpání je, zda mají respondenti pocit, že jsou na konci svých sil. Mnoho respondentů, tedy 87 (34, 66 %), nemá pocit, že jsou na konci svých sil. Velmi slabě až slabě to pociťuje 94 (37,46 %) respondentů, že jsou na konci svých sil. Velmi mírně pociťuje být na konci sil 27 (10,76 %) respondentů. Mírný pocit v této otázce má 22 (8,76 %) respondentů. 12 (4,78 %) respondentů uvedlo, že má mírně silný pocit, kdy jsou na konci svých sil. Pouze 3 (1,20 %) respondenti pociťují silný pocit, že jsou již na konci svých sil. Velmi silný pocit z konce svých sil má 6 (2,39 %) oslovených respondentů.

Shrnutí domény stupně emocionálního vyčerpání u všech 251 (100 %) respondentů. Kdy po součtu bodů u všech otázek v této doméně byli respondenti rozděleni do tří skupin dle vyhodnocení MBI dotazníku. Tabulka 16 ukazuje rozřazení respondentů do oněch tří skupin. Vidíme zde, že nejvíce respondentů, 103 (41,04 %), ve skupině s nízkým bodovým hodnocením má, tedy nízký stupeň emocionálního vyčerpání. Znamená to, že součet bodů těchto respondentů byl ve výše uvedených devíti otázkách MBI v rozmezí 0-16. Ve skupině se součtem bodů 17-26 se vyskytuje 80 (31,87 %) respondentů, má tedy mírný stupeň emocionálního vyčerpání. Vyhořelých v emocionálním vyčerpání je 68 (27,09 %) respondentů, kdy jejich součet v této doméně činil 27 a více bodů. Na základě součtu jednotlivých bodů z otázek v doméně emocionálního vyčerpání byli respondenti rozděleni do skupin. Je patrné, že oslovení respondenti nemají projevy syndromu vyhoření v doméně emocionálního vyčerpání.

Tabulka 16 – Součet bodů v kategorii EE

SOUČET BODŮ V KATEGORII EE	n_i	f_i (%)
Vysoký 27 a více = vyhoření	68	27,09
Mírný 17-26	80	31,87
Nízký 0-16	103	41,04
Celkem	251	100,00

EE – Stupeň emocionálního vyčerpání

Tabulka 17 – Popisná statistika EE

	Počet	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Stupeň emocionálního o vyčerpání (EE)	251	20	19	18	12	0	63	12,70

EE – Stupeň emocionálního vyčerpání

V tabulce 17 je znázorněna popisná statistika odpovědí z domény emocionálního vyčerpání v MBI dotazníku. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 251 respondentů s průměrným součtem 20 bodů. Minimální bodová hranice dosahovala hodnoty 0 a maximální hodnoty 63. Při vzestupném seřazení výsledků všech respondentů je střední hodnota – medián, 19 bodů. Četnost mediánu byla 7. Nejčastější vyskytující se hodnotou – modus, bylo 18 bodů s četností 12. Směrodatná odchylka činila 12,70. Vzhledem k výsledkům popisné statistiky a zastoupení četností respondentů v jednotlivých vyhodnocujících kategoriích lze říci, že dotazovaní respondenti netrpí emocionálním vyčerpáním, nebo mají začínající mírnou formu. Tento výsledek nám vyznačují hodnoty modu, mediánu a průměru, jejichž hodnoty se pohybují v dolní hranici mírného stupně emocionálního vyhoření.

6.1.2 DP – Stupeň depersonalizace

Stupeň depersonalizace dále označujeme zkratkou DP. Tato doména obsahuje 5 otázek v dotazníku MBI (č. otázky: 5, 10, 11, 15 a 22), na které respondenti uvedli pomocí stupnice sílu pocitu v souvislosti s danou položkou (viz Příloha B). Nízká depersonalizace je 0-6 bodů. Mírná depersonalizaci označujeme body 7-12. Za vysokou depersonalizaci, tedy vyhoření, je 13 a více bodů.

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

Tabulka 18 – Otázka č. 5 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	97	38,65
1	58	23,11
2	46	18,33
3	18	7,17
4	15	5,98
5	7	2,79
6	5	1,99
7	5	1,99
Celkem	251	100,00

Otázka číslo 5 v MBI dotazníku zjišťovala, zda mají respondenti pocit, že někdy s klienty jednají jako s neosobními věcmi. Z celkového počtu 251 (100 %) respondentů uvedlo 97 (38,65 %), že nepocitují, že by jednali s klienty jako s neosobními věcmi. Velmi slabý pocit, kdy s klienty jednají jako s neosobními věcmi, uvedlo 58 (23,11 %). Že respondenti jednají se

svými klienty jako s věcmi a mají z toho slabý pocit, že je to špatné, uvedlo 46 (18,33 %). 18 (7,17 %) respondentů uvedlo, že má velmi mírný pocit, že se svými klienty jednají neosobně. Dalších 15 (5,98 %) respondentů má mírný pocit, že se svými klienty jednají neosobně. Silně mírný pocit uvedlo 7 (2,79 %) respondentů. I zde se u této otázky nevyhneme pocitům, jako je silný 5 (1,99 %) a velmi silný 5 (1,99 %). Je viditelné, že mnozí respondenti mají dobrý vztah ke klientům.

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

Tabulka 19 – Otázka č. 10 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	81	32,27
1	56	22,31
2	31	12,35
3	25	9,96
4	28	11,16
5	11	4,38
6	8	3,19
7	11	4,38
Celkem	251	100,00

Otázka číslo 10 udává sílu pocitu u respondenta, zda se stal méně citlivým k lidem za dobu vykonávání své profese. Tento pocit nemělo 81 (32,27 %) respondentů. Velmi slabý pocit necitlivosti v profesi s lidmi uvedlo 56 (22,31 %) respondentů. Také slabý pocit necitlivosti, kdy respondenti jsou ve své profesi méně citliví k lidem, uvedlo 31 (12,35 %) respondentů. Velmi mírný a mírný pocit necitlivosti při vykonávání profese uvedlo 53 (21,12 %) respondentů. Z 251 (100 %) respondentů uvedlo 11 (4,38 %), že mají mírně silný pocit necitlivosti vůči klientům ve své profesi. Silný pocit necitlivosti má 8 (3,19 %) respondentů. Velmi silný pocit necitlivosti ke klientům v profesní kariéře má 11 (4,38 %) respondentů.

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

Tabulka 20 – Otázka č. 11 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	66	26,29
1	49	19,52
2	42	16,73
3	32	12,75
4	27	10,76
5	19	7,57
6	11	4,38
7	5	1,99
Celkem	251	100,00

Další otázka udávala sílu pocitu strachu, kdy výkon z provedené práce činí respondenty citově tvrdými. Velmi silný pocit uvedlo 5 (1,99 %) respondentů, kteří jsou citově chladní. 11 (4,38 %) respondentů uvedlo velmi slabý pocit strachu z výkonu provedené své práce. Mírně silný pocit uvedlo 19 (7,57 %) oslovených respondentů. Mírnou sílu pocitu 27 (10,76 %) a velmi mírnou sílu pocitu uvedlo 32 (12,75 %), kdy se u respondentů z prováděné práce tvoří emoční chladnost. Slabý pocit strachu pocituje 42 (16,73 %) respondentů, kdy jsou při vykonávání práce citově chladní. 49 (19,52 %) respondentů udává velmi slabý pocit strachu. Nejvíce tedy 66 (26,29 %) nemá vůbec žádný pocit, že by je profese činila citově tvrdými.

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

Tabulka 21 – Otázka č. 15 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	62	24,70
1	58	23,11
2	35	13,94
3	28	11,16
4	35	13,94
5	9	3,59
6	13	5,18
7	11	4,38
Celkem	251	100,00

Další otázka číslo 15 z MBI dotazníku zjišťovala, zda již respondenty nezajímá, co se děje dnes s jejich klienty. Vůbec 62 (24,70 %) respondentů nezajímá, co se dále děje s jejich klienty. Velmi slabý pocit má 58 (23,11 %) a slabý pocit má 35 (13,94 %) respondentů, kteří mají zájem o to, co se děje s jejich klienty. 28 (11,16 %) respondentů má velmi mírný pocit a zajímají se o své klienty i dnes. Mírný pocit pociťuje 35 (13,94 %) oslovených respondentů. Mírně silný pocit má 9 (3,59 %) a silný pocit má 13 (5,18 %) respondentů, jež v dnešní době nezajímá, co se děje s klienty. Velmi silný pocit nezájmu o své klienty má 11 (4,38 %) respondentů.

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

Tabulka 22 – Otázka č. 22 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	74	29,48
1	39	15,54
2	53	21,12
3	32	12,75
4	24	9,56
5	17	6,77
6	9	3,59
7	3	1,20
Celkem	251	100,00

Poslední otázkou v doméně depersonalizace je otázka číslo 22 v MBI dotazníku. Zjišťuje sílu pocitu, že klienti přičítají některé své problémy respondentovi jako ošetřující osobě. Žádný pocit, že by klienti přičítali své problémy pečujícím má 74 (29,48 %) respondentů. Velmi slabý pocit má 39 (15,54 %) a slabý pocit má 53 (21,12 %) respondentů, kdy jim klienti přičítali některé své problémy. Velmi mírný pocit uvedlo 32 (12,75 %) respondentů. Také mírný pocit má 24 (9,56 %) respondentů, kteří si myslí, že klienti jim přičítají některé své problémy. Mírně silný pocit má 17 (6,77 %) a silný pocit má 9 (3,59 %) oslovených respondentů, kteří uvedli, že klienti je obviňují z některých svých komplikací. Pouze 3 (1,20 %) respondenti mají velmi silný pocit, že jim klienti přičítají některé ze svých problémů.

Shrnutí domény stupně depersonalizace u všech 251 (100 %) respondentů. Po vyhodnocení součtu bodů také řadíme respondenty do tří skupin (viz tabulka 23, která toto vyhodnocení znázorňuje). Z celkového počtu 251 (100 %) respondentů, ve skupině, kdy je součet bodů 0-6, jedná se o 95 (37,85 %) respondentů s mírnou depersonalizací. Ke skupině se součtem bodů od 7 do 12 se vyskytuje 79 (31,47 %) respondentů. Mají tedy mírný stupeň depersonalizace. Vyhořelých respondentů ve vysokém stupni depersonalizace se součtem bodů 13 a více je 77 (30,68 %) oslovených. Je tedy patrné, že v doméně depersonalizace mají respondenti dle vyhodnocujících kritérií nízký stupeň změn a průjevů, které souvisí se syndromem vyhoření.

Tabulka 23 – Součet bodů v kategorii DP

SOUČET BODŮ V KATEGORII DP	n_i	f_i (%)
Vysoký 13 a více = vyhoření	77	30,68
Mírný 7-12	79	31,47
Nízký 0-6	95	37,85
celkem	251	100,00

DP – Stupeň depersonalizace

Tabulka 24 – Popisná statistika DP

	Počet	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Sm. odch.
Stupeň depersonalizace (DP)	251	10	8	Více násob.	21	0	35	6,65

DP – Stupeň depersonalizace

Tabulka 24 znázorňuje popisnou statistiku odpovědí z domény depersonalizace v MBI dotazníku. Výzkumný vzorek tvořilo tedy celkem 251 respondentů s průměrným součtem 10 bodů. Minimální bodová hranice dosahovala hodnoty 0 a maximální 35. Při vzestupném seřazení výsledků všech respondentů je prostřední hodnota - medián 8 bodů. Četnost mediánu byla 19. Nejčastější vyskytující se hodnoty – modus - byly vícenásobné s četností 21 opakování. Vícenásobný modus, neboli polymodální znamená, že nejčastější hodnoty v souboru jsou obsaženy vícekrát. Směrodatná odchylka činila 6,65. Vzhledem k výsledkům popisné statistiky a zastoupení četností respondentů v jednotlivých kategoriích lze říci, že dotazovaní respondenti netrpí depersonalizací, nebo mají začínající mírnou formu. Tento

výsledek nám vyznačují hodnoty modu, mediánu a průměru, jejichž hodnoty se pohybují v dolní hranici mírného stupně depersonalizace.

6.1.3 PA – Stupeň osobního uspokojení z práce

Zkratkou PA označujeme doménu osobní uspokojení z práce. V této doméně je zahrnuto 8 otázek v MBI dotazníku (č. otázky: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 a 21), na které respondenti uvedli pomocí stupnice sílu pocitu v souvislosti s danou položkou (viz Příloha B). Stupeň osobního uspokojení má pozitivní charakter oproti emocionálnímu vyčerpání a depersonalizaci, které jsou zaměřeny negativně. To také můžeme pozorovat na bodovém hodnocení, které je opačné než u předešlých. Vysoký stupeň osobního uspokojení označujeme body 39 a více. Mírné osobní uspokojení 32–38 bodů. Vyhoření v oblasti osobního uspokojení 0–31 bodů.

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

Tabulka 25 – Otázka č. 4 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	10	3,98
1	16	6,37
2	20	7,97
3	27	10,76
4	40	15,94
5	54	21,51
6	57	22,71
7	27	10,76
Celkem	251	100,00

První otázkou z domény osobního uspokojení z práce je číslo 4 z MBI dotazníku. Zaobírala se tím, zda respondenti dobře rozumí pocitům svých klientů. Jedná se o pozitivní otázku, tudíž odpovědi uvedené respondenty a jejich síly pocitu jsou s rostoucí stupnicí větší, jak nám znázorňuje tabulka 25. Vůbec pocitům svých klientů nerozumí 10 (3,98 %) respondentů. Respondenti nerozumí svým klientům, kdy mají velmi slabý a slabý pocit má 36 (14,34 %) oslovených. 27 (10,76 %) respondentů má velmi mírný pocit, že svým klientům nerozumí. Mírně to, že svým klientům nerozumí, vnímá 40 (15,94 %) respondentů. Mírně silný pocit má 54 (21,51 %) respondentů. Nejvíce respondentů, 57 (22,71 %), má silný pocit, že rozumí svým klientům. Velmi silný pocit, že svým klientům pocitově rozumí, má 27 (10,76 %) respondentů. Oslovení respondenti uvedli, že převážně rozumí pocitům klientů, o které pečují.

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

Tabulka 26 – Otázka č. 7 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	8	3,19
1	21	8,37
2	30	11,95
3	44	17,53
4	24	9,56
5	46	18,33
6	53	21,12
7	25	9,96
Celkem	251	100,00

Další otázka sbírala informace o síle pocitu, zda jsou respondenti schopni účinně vyřešit problémy svých klientů. Vůbec neumí vyřešit problém u svých klientů 8 (3,19 %) respondentů. Velmi slabý pocit, že neumí účinně řešit problém svých klientů má 21 (8,37 %) oslovených respondentů. Slabě se cítí 30 (11,95 %) respondentů, kdy neumí působivě vyřešit vzniklý problém u svých klientů. Velmi mírný a mírný pocit uvedlo 68 (27,09 %) respondentů, že jsou schopni účinně vyřešit problémy klientů. Mírně silný pocit v řešení problémů klientů uvedlo 46 (18,33 %) respondentů. 53 (21,12 %) respondentů udává silný pocit, že umí schopně vyřešit problémy svých klientů. Velmi silný pocit, že umí vyřešit problémy svých klientů, má 25 (9,96 %) oslovených respondentů. Zde je viditelné, že respondenti jsou schopni vyřešit vzniklé problémy u svých klientů, o které pečují.

Otázka č. 9 – Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuju.

Tabulka 27 – Otázka č. 9 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	9	3,59
1	12	4,78
2	25	9,96
3	46	18,33
4	33	13,15
5	55	21,91
6	42	16,73
7	29	11,55
Celkem	251	100,00

Následující otázka se zabývá tím, jak respondenti při své práci pozitivně ovlivňují a kladně naladují své klienty. Vůbec pozitivně neovlivňuje ani nenaladuje 9 (3,59 %) respondentů. Velmi slabý pocit má 12 (4,78 %) a slabý pocit 25 (9,96 %) respondentů, že při své práci pozitivně ovlivňuje a naladuje své klienty. Velmi mírný pocit z toho, že při své profesi kladně ovlivňuje a působí na klienty 46 (18,33 %) oslovených respondentů. 33 (13,15 %) respondentů má mírný pocit, že pozitivně ovlivňuje a vyvolává pozitivní náladu u klientů. Mírně silný pocit z toho, že v práci pozitivně ovlivňují své klienty má 55 (21,91 %) respondentů. Silný pocit má při své profesi v pozitivním ovlivňování a naladování 42 (16,73 %) respondentů. Při vykonávání práce velmi silně pozitivně ovlivňuje a naladuje své klienty 29 (11,55 %) respondentů.

Otázka č. 12 – Mám stále hodně energie.

Tabulka 28 – Otázka č. 12 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	18	7,17
1	26	10,36
2	29	11,55
3	48	19,12
4	37	14,74
5	38	15,14
6	36	14,34
7	19	7,57
Celkem	251	100,00

Následuje další otázka číslo 12 v MBI dotazníku. Touto otázkou se u respondentů zjišťovalo, zda mají stále hodně energie. Přehled, jak na tom z celkových 251 (100 %) oslovených respondentů je se svou energií, znázorňuje tabulka 28. Pocit, že vůbec nemá energii, má 18 (7,17 %) respondentů. Velmi slabý pocit z toho, že nemají mnoho energie, uvedlo 26 (10,36 %) respondentů. Více, tedy 29 (11,55 %) respondentů, má slabý pocit, že již nemá mnoho sil. Velmi mírný pocit, že má stále mnoho energie, uvedlo nejvíce respondentů, a to 48 (19,12 %) z toho, že mají stále mnoho energie. Mírný pocit, že mají stále mnoho energie, uvedlo 37 (14,74 %) respondentů. Mírně silný pocit má 38 (15,14 %) a silný pocit má 36 (14,34 %) respondentů, že mají ještě velmi mnoho sil. Velmi silný pocit, že mají hodně energie, pocítuje 19 (7,57 %) respondentů. Dalo by se říci, že rozložení informací u respondentů, zda mají hodně energie, je vyvážené. Především závisí na časovém období, kdy respondenti dotazník vyplňovali.

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

Tabulka 29 – Otázka č. 17 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	9	3,59
1	16	6,37
2	31	12,35
3	31	12,35
4	39	15,54
5	56	22,31
6	45	17,93
7	24	9,56
Celkem	251	100,00

Další otázka se tázala respondentů, zda u svých klientů dovedou vyvolat uvolněnou atmosféru. V tabulce 29 pozorujeme, že mnoho respondentů umí vyvolávat u svých klientů uvolněnou atmosféru. Vůbec toto neumí 9 (3,59 %) respondentů. Velmi slabý pocit, zda umí u klientů vyvolat uvolněnou náladu, má 16 (6,37 %) respondentů. Stejný počet respondentů, a to 31 (12,35 %) má slabý a velmi mírný pocit, že u svých klientů umí navodit uvolněnou atmosféru. Mírně to hodnotí 39 (15,54 %) respondentů, že se klienti v jejich přítomnosti cítí uvolněně. Nejvíce uvedlo 56 (22,31 %) respondentů, že mírně silně umí ovlivňovat své klienty a vyvolávají u nich uvolněné prostředí. Silný pocit z tohoto má 45 (17,93 %) respondentů. Jen 24 (9,56 %) respondentů má velmi silný pocit z toho, že u svých klientů umí během práce navodit uvolněnou atmosféru.

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

Tabulka 30 – Otázka č. 18 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	12	4,78
1	24	9,56
2	32	12,75
3	60	23,90
4	51	20,32
5	36	14,34
6	23	9,16
7	13	5,18
Celkem	251	100,00

Otázka číslo 18 z MBI dotazníku u respondentů zjišťovala, zda se cítí svěží a povzbuzení, když pracují se svými klienty. Vůbec se takto necítí 12 (4,78 %) respondentů. Velmi slabý pocit udává 24 (9,56 %) respondentů. Slabě se cítí být svěžích a povzbudivých při práci 32 (12,75 %) respondentů. Nejvíce, tedy 60 (23,90 %) respondentů uvedlo, že to pociťují velmi mírně. Mírně se cítí být svěží a povzbuzeno 51 (20,32 %) respondentů v práci. Mírně silně má pocit 36 (14,34 %) a silně má pocit 23 (9,16 %) respondentů, že při vykonávání práce se cítí svěží a povzbuzení. Pouze 13 (5,18 %) má velmi silný pocit svěžesti a povzbuzení při práci se svými klienty. Zde je zastoupení spíše negativní. Respondenti se necítí ve většině být svěží a motivovaní při práci se svými klienty.

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

Tabulka 31 – Otázka č. 19 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	9	3,59
1	9	3,59
2	21	8,37
3	32	12,75
4	28	11,16
5	56	22,31
6	58	23,11
7	38	15,14
Celkem	251	100,00

Další otázka číslo 19 z MBI dotazníku u respondentů zjišťovala, zda se za své odpracované roky cítí být úspěšní a že udělali mnoho dobrého. Vůbec se takto necítí 9 (3,59 %) respondentů. Stejný počet respondentů, 9 (3,59 %), má velmi slabý pocit, že za odpracovaná léta se cítí být úspěšní a udělali hodně dobrého. Slabě tento pocit vnímá 21 (8,37 %) respondentů. Velmi mírný pocit má 32 (12,75 %) a mírný pocit má 28 (11,16 %) respondentů, že se za svou kariéru cítili být úspěšní a udělali mnoho dobrého. 56 (22,31 %) respondentů má mírně silný pocit, že za odsloužená léta jsou úspěšní a učinili mnoho dobrého. Nejvíce, tedy 58 (23,11 %) respondentů uvedlo, že mají silný pocit v této uvedené otázce. Velmi silný pocit z toho, že jsou za odpracované roky úspěšní a velmi dobrého udělali, má 38 (15,14 %) respondentů. U této otázky se respondenti pohybovali spíše v kladných odpovědích vyznačujících silný pocit, kdy po dobu vykonávání své profese se cítí být úspěšní a vykonali dobré činy.

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

Tabulka 32 – Otázka č. 21 v MBI dotazníku

STUPNICE SÍLY POCITU	n_i	f_i (%)
0	6	2,39
1	23	9,16
2	30	11,95
3	59	23,51
4	36	14,34
5	36	14,34
6	40	15,94
7	21	8,37
Celkem	251	100,00

Poslední otázkou v doméně osobního uspokojení z práce je zjištění informace, zda respondenti své citové problémy v zaměstnání řeší velmi klidně a vyrovnaně. Vůbec takto neřeší problémy 6 (2,39 %) respondentů. Velmi slabě to pocítuje 23 (9,16 %) respondentů. Slabý pocit z řešení problémů z toho, že umí řešit klidně a vyrovnaně má 30 (11,95 %) respondentů. Nejvíce respondentů, 59 (23,51 %), uvedlo, že velmi mírně umí řešit citové problémy v zaměstnání klidně a vyrovnaně. Mírně, má pocit 36 (14,34 %), a také mírně silně má pocit 36 (14,34 %) respondentů, kteří v zaměstnání své citové problémy vyřeší klidně a rozvážně. Silný pocit z řešení citových problémů v práci klidně a rozvážně má 40 (15,94 %) respondentů. Velmi silný pocit z uvedené otázky má 21 (8,37 %) respondentů.

Shrnutí domény osobního uspokojení z práce u všech 251 (100 %) respondentů. Po vyhodnocení součtu bodů i zde řadíme respondenty do tří skupin (Tabulka 33). Tato stupnice se od ostatních dvou předchozích domén liší v tom, že čím méně bodů, tím vyšší stupeň vyhoření. Nejméně respondentů, 75 (29,88 %), je ve skupině se součtem bodů 39 a více, jedná se o vysoký stupeň pracovního uspokojení. Mírné pracovní uspokojení, tedy v součtu bodů 32-38, nachází 82 (32,67 %) respondentů. Nejvíce respondentů, 94 (37,45 %), je v kategorii s nízkým pracovním uspokojením s rozpětím 0-31 bodů, právě v této skupině se jedná o vyhoření.

Tabulka 33 – Součet bodů v kategorii PA

SOUČET BODŮ V KATEGORII PA	n_i	f_i (%)
	Vysoký 39 a více	75
Mírný 38-32	82	32,67
Nízký 31-0 = vyhoření	94	37,45
celkem	251	100,00

PA – Stupeň osobního uspokojení z práce

Tabulka 34 – Popisná statistika PA

	Počet	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Stupeň osobního uspokojení z práce (PA)	251	32	33	32	18	0	56	10,26

PA – Stupeň osobního uspokojení z práce

Tabulka 34 znázorňuje popisnou statistiku odpovědí z domény osobního uspokojení z práce v MBI dotazníku. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 251 respondentů s průměrným součtem 32 bodů. Minimální bodová hranice dosahovala hodnoty 0 a maximální 56. Při vzestupném seřazení výsledků od všech zúčastněných respondentů je prostřední hodnota - medián 33 bodů. Četnost mediánu byla 15. Nejčastější vyskytující se hodnotou - modus - byl 32 bodů s četností 18 opakování. Směrodatná odchylka činila 10,26. Vzhledem k výsledkům popisné statistiky a zastoupení četností respondentů v jednotlivých kategoriích lze říci, že dotazovaní respondenti jsou v mírném stupni vyhoření v této doméně. Dle hodnot modu, mediánu a průměru lze konstatovat, že respondenti se pohybují na dolní hranici mírného vyhoření.

6.2 Průzkumné šetření zaměřené na délku praxe respondentů

Dalším dílem v průzkumném šetření bylo zjistit, jakou délku praxe mají respondenti v jednotlivých doménách syndromu vyhoření. Tato data byla dána do krabicových grafů a následně popsána. Krabicové grafy (Box plot) většinou slouží k jednoduchému vyobrazení velkého souhrnu dat a rozložení dat v průzkumném souboru. Souhrnně nám tento krabicový graf znázorňuje následující hodnoty: maximum, horní kvartil, medián, dolní kvartil a minimum, také odlehlé a extrémní hodnoty.

Krabicový graf (Obrázek 2) znázorňuje doménu *emocionálního vyčerpání* u syndromu vyhoření s délkou praxe respondentů. Jsou tu uvedeny čtyři možnosti odpovědí se zaměřením na délku praxe ve zdravotnictví, které byly použity v průzkumném šetření. První možností a) byla *délka praxe do 5 let*. Výzkumný vzorek v této kategorii s délkou praxe do 5 let tvořilo 76 respondentů s průměrným součtem 18 bodů. Na krabici a) vidíme minimální hranici 0 bodů a maximální hranici 44 bodů. Tyto bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 0 a maximální součet byl 44 bodů. Dále jsou viditelné odlehle hodnoty tří respondentů, kteří měli součet bodu 53, 56 a 63. Tyto odlehle hodnoty mohou být způsobeny některými limity průzkumného šetření. Lze tedy říci, že respondenti s délkou praxe do 5 let se dle hodnoty průměru pohybují v dolní hranici mírného vyhoření. Respondenti tedy mají predispozici k syndromu vyhoření, ale opravdu v mírné podobě.

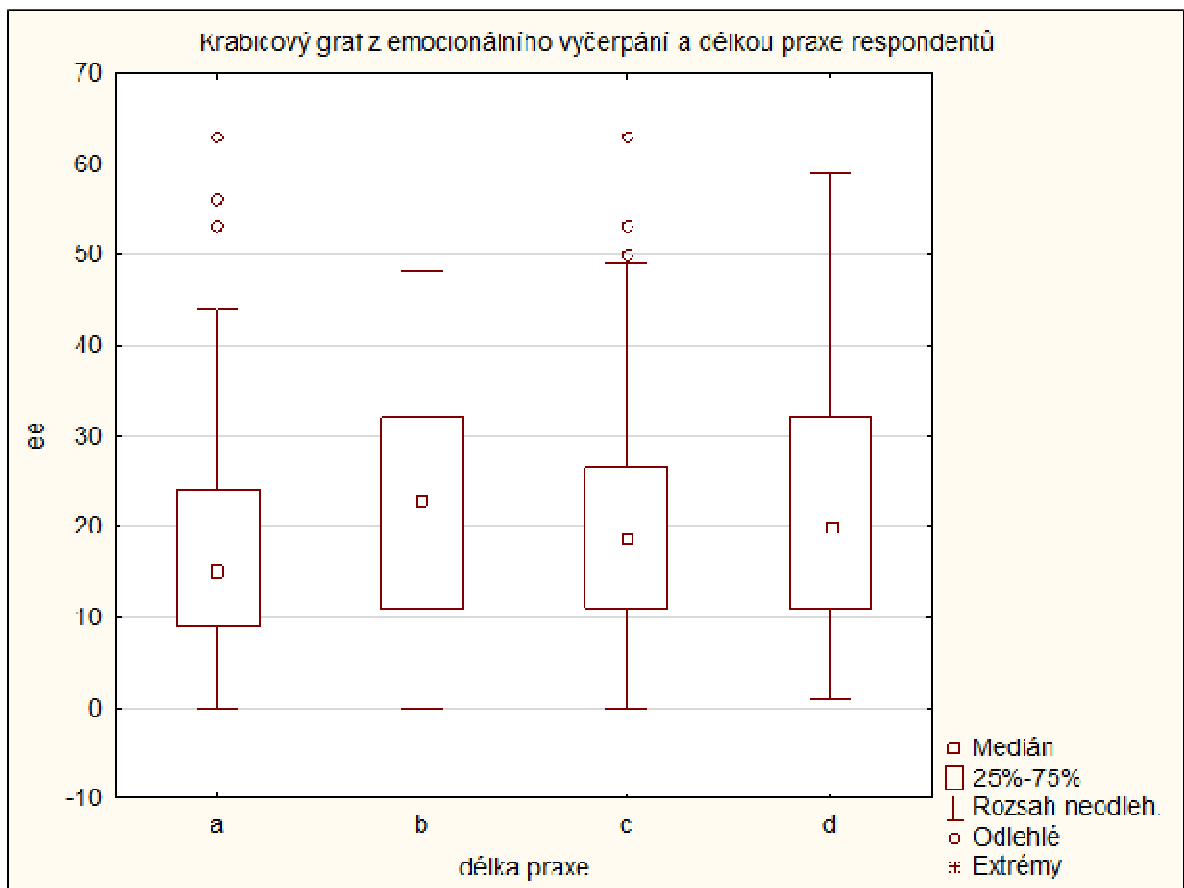
Další možností jsou odpovědi, které zjišťovaly délku praxe u respondentů *6-11 let*. Tuto kategorii s délkou praxe 6-11 let tvořilo 51 respondentů s průměrným součtem 22 bodů. Na krabici b) vidíme, že minimální hranici 0 bodů a maximální hranici s 48 body. Tyto bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 0 a maximální součet byl 48 bodů. Dle hodnoty průměru s hodnotou 22 bodů lze říci, že respondenti s délkou praxe 6-11 let spadají dle vyhodnocujících kritérií do mírného stupně vyhoření v doméně emocionálního vyčerpání.

Předposlední možnou odpovědí na otázku týkající se délky praxe byla možnost *12-21 let*. Tuto kategorii s délkou praxe 12-21 let uvedlo 60 respondentů s průměrným součtem 20 bodů. Tyto odpovědi nám znázorňuje krabice c). U této krabice se nám objevují odlehle hodnoty. Jedná se o odpovědi respondentů, kteří mají součet bodů v emocionálním vyčerpání 50, 53 a 63. Respondenti, jejichž součet bodů se pohyboval takto vysoko, považujeme za velmi vyhořelé. Tyto odlehle hodnoty mohou být způsobeny některými limity průzkumného šetření. Vidíme zde minimální hranici 0 a maximální hranici 49 bodů. Tyto bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 0 a maximální součet byl 49 bodů. Pokud vezmeme v potaz hodnotu průměru u respondentů s délkou praxe 12-21 let, lze říci, že se respondenti pohybují v mírném stupni vyhoření v doméně emocionálního vyčerpání.

Poslední odpovědí, týkající se délky praxe, byla možnost, která stanovovala *délku praxe 22 a více let* u zúčastněných respondentů. V této kategorie s délkou praxe 22 a více let se

pohybovalo 64 respondentů s průměrným součtem 22 bodů. Poslední krabice d) znázorňuje také minimální bodovou hranici 0 a maximální dosaženou bodovou hranici 59 body. Tyto bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 0 a maximální součet byl 59 bodů. Dle vyhodnocujících kritérií a hodnoty průměru lze říci, že respondenti s délkou praxe 22 a více let se pohybují v mírném stupni vyhoření v doméně emocionálního vyčerpání.

Z krabicového grafu (Obrázek 2) domény emocionálního vyčerpání lze říci, že nejhůře jsou na tom respondenti s délkou praxe do 5 let. Tito respondenti se pohybovali při dolní hranici pro mírné známky syndromu vyhoření. Zbylé kategorie s uváděnou délkou praxe, kde se se svými průměry 20-22 bodů pohybovali v mírném stupni syndromu vyhoření, již ne při její dolní hranici vyhodnocujících kritérií.



Obrázek 2 – Krabicový graf z emocionálního vyčerpání a délkou praxe respondentů

Následující krabicový graf (Obrázek 3) vyobrazuje doménu *depersonalizace* u syndromu vyhoření s uvedenou délkou praxe u respondentů. Respondenti opět vybírali ze 4 možností.

Rozložení odpovědí respondentů u jednotlivých odpovědí nám vypovídají určité krabice z grafu 2. První možnost je *délka praxe do 5 let*. Respondentů s délkou praxe do 5 let tvořilo 76 respondentů s průměrným součtem bodů 9. Na krabici a) vidíme minimální bodovou hranici 0 a maximální bodovou hranici 20 bodů. Tyto bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 0 a maximální součet byl 20 bodů. Dále jsou zobrazeny dvě odlehlé hodnoty u respondentů, jejichž součtem bylo 28 a 30 bodů. Součtem v této doméně je považujeme za velmi vyhořelé. Lze tedy říci, že respondenti s délkou praxe do 5 let se pohybují v mírném stupni vyhoření v oblasti depersonalizace.

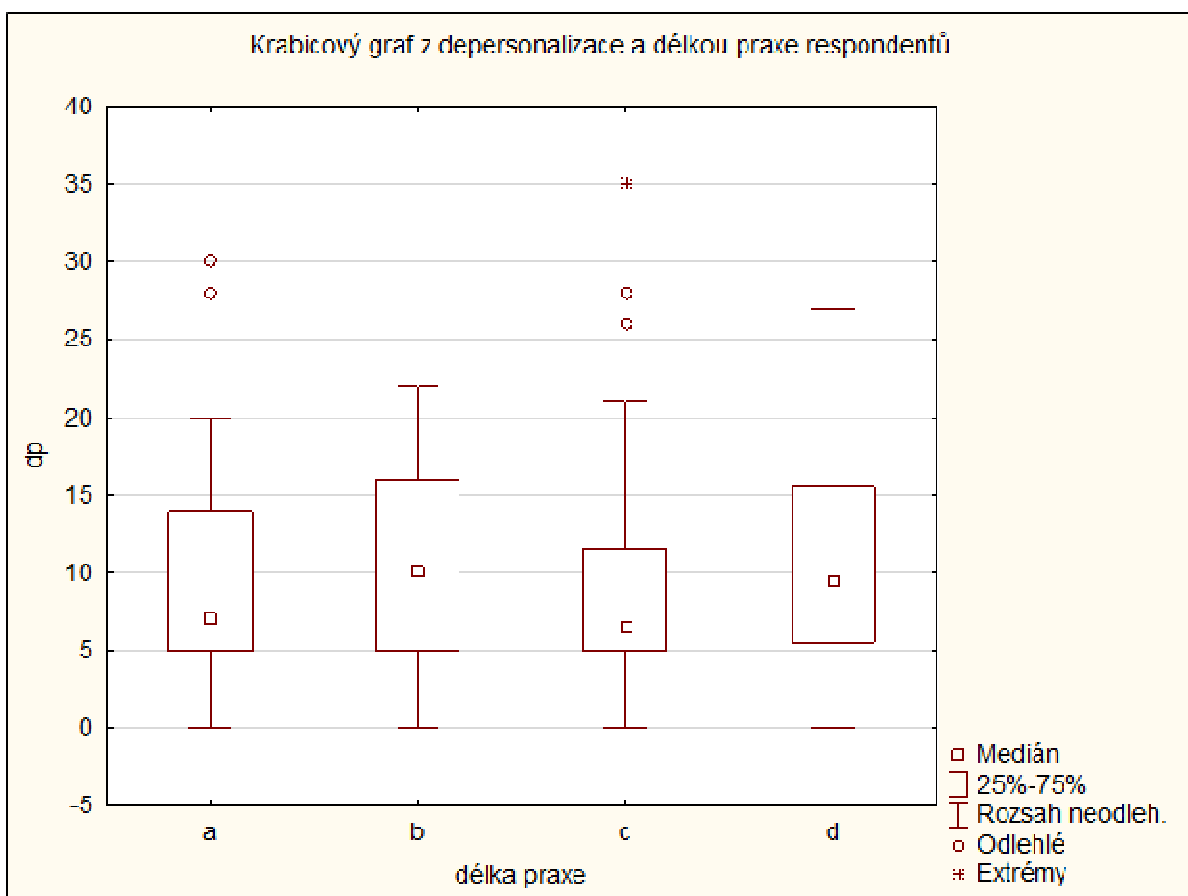
Další odpovědí, zjišťující délku praxe, byla možnost *6-11 let*. Tuto kategorii s délkou praxe 6-11 let tvořilo 51 respondentů, s průměrným součtem 10 bodů. Viditelná je na krabici b) minimální hranice bodů 0 a dosažení maximální hranice 22 bodů. Dle hodnoty průměru v této kategorii s délkou praxe 6-11 nám vyplývá, že se respondenti zařazují dle vyhodnocujících kritérií do mírného stupně vyhoření v doméně depersonalizace.

Možnost získávající údaje od respondentů, jejichž délka praxe se pohybovala *12-21 let*. Délku praxe 12-21 let uvedlo 60 respondentů s průměrným součtem bodů 9. Znázorňuje nám to krabice c), kde je také viditelná minimální bodová hranice 0 a maximální hranice 21 bodů. Tyto bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 0 a maximální součet 21 bodů. Na krabicovém grafu (Obrázek 3) u možnosti c) vidíme dvě odlehlé hodnoty, kdy respondenti svými body dosáhli výsledků 26 a 28 bodů. Tyto respondenty považujeme za velmi vyhořelé. Objevila se nám i extrémní hodnota u této kategorii respondentů, kdy se jednalo o celkový počet 35 bodů, tedy vysoce vyhořelého respondenta v depersonalizaci. Tyto odlehlé hodnoty mohou být způsobeny některými limity průzkumného šetření. Lze tedy říci na základě průměrné hodnoty u respondentů s délkou praxe 12-21 let, že spadají spíše k dolní hranici mírného stupně vyhoření v oblasti depersonalizace.

Poslední možnou odpovědí v této otázce byla možnost s *délkou praxe 22 a více let*. Tato kategorie s takovou délkou praxe byla uvedena 64 respondenty, kdy průměrná hodnota činila 11 bodů. Krabice d) vyobrazuje minimální bodovou hranici 0 a maximální hranici 27 bodů. Tyto bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 0 a maximální součet byl 27 bodů. Také zde

dle vyhodnocujících kritérií a hodnoty průměru řadíme respondenty s délkou praxe 22 a více let do hodnoty mírného stupně, ale spíše k horní bodové hranici v doméně depersonalizace.

Z krabicového grafu (Obrázek 3) domény depersonalizace lze říci, že respondenti s délkou praxe do 5 let a respondenti s délkou praxe 12-21 let dopadli nejhůře. Dle hodnot průměru 9 bodů se sice zařezují do mírného stupně syndromu vyhoření, ale při dolní hranici tohoto rozpětí. Zbylé kategorie s uváděnou délkou praxe, kde se svými průměry 10-11 bodů se pohybovali také v mírném stupni syndromu vyhoření, ale ne při dolní hranici hodnotících kritérií.



DP – Stupeň depersonalizace

Obrázek 3 – Krabicový graf z depersonalizace a délkou praxe respondentů

Poslední krabicový graf (Obrázek 4), který vyobrazuje doménu *osobního pracovního uspokojení* a délky praxe u zúčastněných respondentů. Z možných odpovědí, které respondentům byly nabídnuty, se nemění od předchozích. Tedy první možnost je *délka praxe do 5 let*. Zde byl výzkumný vzorek zastoupen 76 respondenty s průměrným součtem 32 bodů. Krabice a) znázorňuje minimální bodovou hranici 9 a maximální bodovou hranici 51. Tyto

bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 9 a maximální součet 51 bodů. U krabice a) je odlehlá hodnota se součtem bodů, jejichž výsledek je 0. Takovéto bodové vyhodnocení považujeme za velké vyhoření v osobním uspokojení. Tato doména má pozitivní charakter, jak je uvedeno v podkapitole 4.1.3 této práce. Lze tedy říci, že respondenti s délkou praxe do 5 let dle hodnoty průměru se pohybují v dolní hranici mírného vyhoření. Tito respondenti mají predispozice k vyhoření v osobním uspokojení. Dle hodnotících kritérií se nacházejí na hranici k vyhoření.

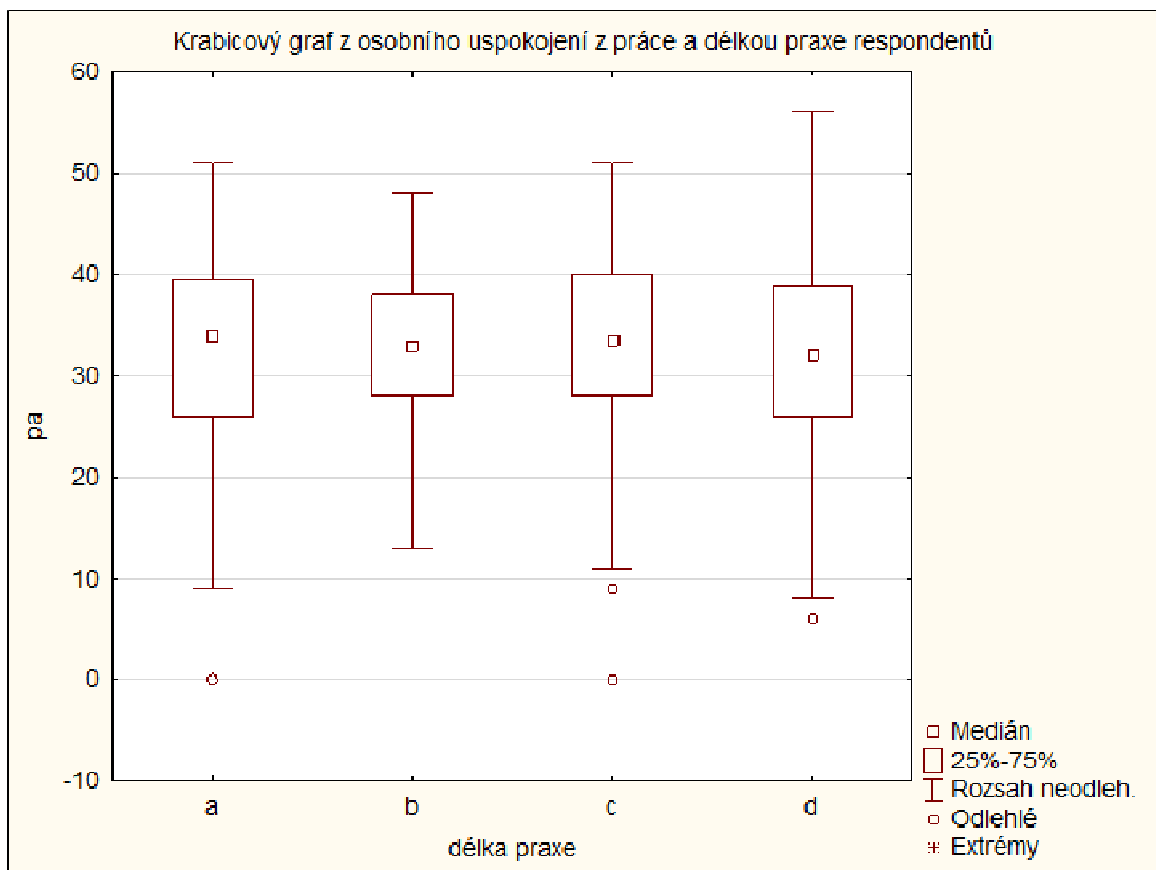
Nadále je tu možnost, kdy je délka praxe *6-11 let*. Do kategorie s délkou praxe 6-11 let spadalo 51 respondentů s průměrným součtem bodů 33. Krabice b) znázorňuje minimální bodovou hranici 13 a maximální bodovou hranici 48. Tyto bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 13 a maximální 48 bodů. Lze tedy říci, že respondenti s délkou praxe 6-11 let dle dosažené průměrné hodnoty se pohybují při dolní hranici mírného stupně vyhoření v doméne osobního uspokojení.

Dále se zjišťovala délka praxe *12-21 let* u respondentů. Tato kategorie s délkou praxe 12-21 let mělo 60 respondentů s průměrným součtem 33 bodů. Vyobrazení dat nám znázorňuje krabice c). Zde vidíme minimální bodovou hranici 11 bodů a maximální bodovou hranici 51 bodů. Tyto bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 11 a maximální součet 51 bodů. U této krabice pozorujeme dvě odlehlé hodnoty, a to po součtu bodů u respondentů, kdy výsledkem bylo 9 a 0 bodů. Těmito body se respondenti považují a velice vyhořelé v osobním uspokojení. Tyto odlehlé hodnoty mohou být způsobeny některými limity průzkumného šetření. Vzhledem k hodnotě průměru u respondentů s délkou praxe 12-21 let lze říci, že se pohybují spíše v dolní hranici mírného stupně vyhoření blížíci se vyhoření dle vyhodnocujících kritérií.

Délka praxe u respondentů *22 let a více let*. Výzkumný vzorek v této kategorii tvořilo 64 respondentů s průměrným součtem bodů 32. Krabice d) vyobrazuje minimální bodovou hranici 8 a maximální bodovou hranici 56 bodů. Tyto bodové hranice nám určují minimální a maximální rozsah získaných celkových bodů u respondentů. Minimální součet bodů byl 8 a maximální součet 56 bodů. Vidíme zde i odlehlou hodnotu, kdy po součtu bodů činil výsledek 6 bodů. I zde se nám objevují hodnoty velkého vyhoření v osobním uspokojení. Tato

odlehlá hodnota může být způsobena některými limity průzkumného šetření. Dle vyhodnocujících kritérií a hodnoty průměru u respondentů s délkou praxe 22 a více let lze říci, že se pohybují v dolní hranici mírného stupně vyhoření v doméně osobního pracovního uspokojení. Také jako u předešlých hodnot průměrů v doméně osobního uspokojení se respondenti pohybují již na hranici vyhoření.

Z krabicového grafu (Obrázek 3) domény osobního uspokojení lze říci, že nejvíce ohroženou skupinou jsou respondenti s délkou praxe do 5 let a respondenti s délkou praxe 22 a více let. Jejich průměrné hodnoty 32 bodů viditelné z krabicového grafu se zařazují do dolní hranice mírného stupně syndromu vyhoření. Jedná se tedy o velmi tenkou hranici k vyhoření v této doméně. I další dvě kategorie s délkou praxe 6-11 a 12-21 let, které mají průměr 33 bodů, jsou také touto hodnotou při dolní hranici mírného stupně vyhoření.



PA – Stupeň osobního uspokojení z práce

Obrázek 4 – Krabicový graf osobního uspokojení z práce a délkou praxe respondentů

7 DISKUZE

Diplomová práce je věnována problematice syndromu vyhoření u všeobecných sester a dalším pojmům s ním spojené. V teoretické části je popsána problematika stresu, který výrazně doprovází vznik syndromu vyhoření. Navazující kapitola byla samotná problematika syndromu vyhoření, kde byla popsána historie, definice, rizikové faktory, symptomy, diagnostika, terapie a prevence. Nedílnou součástí teoretické části byla zmínka o vzdělávání všeobecných sester a odlišnosti v profesi všeobecných sester.

Prvním cílem diplomové práce bylo, za pomoci tištěné formy dotazníku Maslach Burnout Inventory, zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester v jednotlivých doménách. Respondenti odpovídali celkem na 22 otázek, u kterých měli vždy uvést sílu pocitu ze sedmi možných odpovědí (0-7). Po součtu odpovědí byli rozděleni respondenti do příslušných domén, kterými jsou emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení. Následovalo vyhodnocení jednotlivých domén dle vyhodnocujících kritérií, ze kterého vyplývalo, jaký stupeň vyhoření se u respondentů vyskytuje. Byla také vypracována popisná statistika z jednotlivých domén, které se hlouběji věnovala odpovědím respondentů.

Druhým cílem bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester s přihlédnutím k délce praxe. Tato data se získávala na základě vyplněného MBI dotazníku a z otázek anamnestické části dotazníku. Respondenti měli na výběr ze čtyř možností s různou délkou praxe. Po vyhodnocení byly vyhotoveny krabicové grafy u jednotlivých domén syndromu vyhoření s možnostmi odpovědí vyobrazujících délku praxe respondentů.

Téma syndromu vyhoření je velice aktuální a stále řešený problém nejen ve zdravotnických povoláních, je také velice nebezpečný pro samotného jedince a velmi ovlivňuje pracovní výkon i osobní život. Syndrom vyhoření, uváděný také jako burnout syndrom, má několik fází a mnoho podob. V praxi se tak jednoduše může stát, že u jedince mylně stanovíme syndrom vyhoření. Jak uvádí ve své literatuře Poschkamp (2013), odlišit syndrom vyhoření od jiných negativních stavů jako únava, deprese, stres aj. je dle jejich symptomů velmi obtížné a mohou se někdy překrývat.

První průzkumná otázka: Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření v jednotlivých doménách u všeobecných sester?

Literatura Křivohlavého (2012) uvádí, že se dotazníkovou MBI metodou v podstatě zjišťují tři domény. Jde o domény emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobní pracovní

uspokojení. Doména emocionálního vyčerpání může být charakterizována jako pocit beznaděje, snížené motivace a nedostatku sil. Jedná se o nejsměrodatnější ukazatel přítomnosti syndromu vyhoření. V depersonalizaci se jedná o změnu osobnosti ve smyslu ztráty vlastní existence. Doména osobního pracovního uspokojení, která poukazuje na dosažení pracovních úspěchů.

Vyhodnocující kritéria určují tři stupně intenzity v příslušných doménách. Doména *emocionálního vyčerpání* má bodová kritéria následující: nízké 0-16 bodů, mírné 17-26 bodů a vyhoření 27 a více bodů. Doména *depersonalizace* má bodová kritéria následující: nízké 0-6 bodů, mírné 7-12 bodů a vyhoření 13 a více bodů. Doména *osobního pracovního uspokojení*, kde je bodová stupnice tato: vyhoření 0-31 bodů, 32-38 bodů mírné a dobré 39 a více bodů.

Po vyhodnocení odpovědí všech 251 (100%) respondentů a součtu jejich bodů v *doméně emocionálního vyčerpání* lze říci, že 103 (41,04 %) respondentů se nachází v nízkém stupni. V této kategorii bylo největší zastoupení respondentů. Skupinu respondentů s mírnou intenzitou tvořilo 80 (31,87 %) respondentů a 68 (27,09 %) respondentů jsou vyhořelí v doméně emocionálního vyčerpání. S porovnáním s výsledky diplomové práce Křepelkové (2014) lze konstatovat, že výsledky z domény emocionálního vyčerpání nejsou podobné. Nejpočetnější skupina respondentů 47 (39,50 %) se nacházelo v nízkém stupni, stejně jako v našem průzkumu. Poté následnou početnou skupinou byli vyhořelí respondenti 41 (34,45 %) a nejméně respondentů 31 (26,05 %) bylo v mírném bodovém rozpětí. Spíše jsou námi získané výsledky v doméně emocionálního vyčerpání srovnatelné s výzkumem Manové (2009), která se ve své diplomové práci zabírala podobnou tematikou. Můžeme také porovnat naše výsledky s výzkumem Manové (2009), která v diplomové práci použila dotazníkovou metodu MBI. Výsledky jsou obdobné i u Manové (2009), nejvíce respondentů, 66 (54,40%), se objevilo v nízkém stupni. V mírném stupni bylo zastoupeno 29 (24 %) respondentů a vyhoření v emocionálním vyčerpání 26 (21,50 %).

V doméně *depersonalizace* po vyhodnocení všech odpovědí od 251 (100 %) respondentů. Nejvíce respondentů 95 (37,85 %) spadlo do nízkého bodového hodnocení. Dále 79 (31,47 %) má mírný stupeň vyhoření v doméně depersonalizace a vyhořelých v této doméně činilo 77 (30,68 %) respondentů. S porovnáním diplomových prací Křepelkové (2014) a Manové (2009) lze říci, že rozložení respondentů do kategorií dle vyhodnocujících kritérií je ve stejném pořadí s naším průzkumem. Ve výzkumu Křepelkové (2014) je větší zastoupení vyhořelých respondentů, a to 39 (32,77 %). Zato ve výzkumu Manové (2009) je vyhořelých

pouze 8 (6,60 %) respondentů z celkových 121 (100%). Při porovnání s výsledky průzkumu se připodobňujeme diplomové práci Křepelkové (2014), lze konstatovat, že rozložení respondentů dle vyhodnocujících kritérií je podobné.

Vyhodnocení domény *osobního uspokojení* spočívala v součtu bodů u všech zúčastněných 251 (100 %) respondentů. Po vyhodnocení dosahovalo vysokého bodového hodnocení 75 (29,88 %) respondentů. Mírného stupně dle součtu bodů bylo 82 (32,67 %) respondentů. Největší skupina respondentů 94 (37,45 %) dosahovala nízkého bodového hodnocení a mají vyhoření v oblasti osobního uspokojení. Z výzkumu Křepelkové (2014) bylo nejmenší zastoupení 13 (10,93 %) respondentů ve vysokém bodovém hodnocení a dále v mírné bodové toleranci 33 (27,73 %) respondentů. Velký počet 73 (61,34 %) respondentů dosáhl vysoké bodového hodnocení po součtu bodů a mají vyhoření v doméně osobního uspokojení. Výzkum Manové (2009) se s naším průzkumem a výzkumem Křepelkové (2014) neshoduje. Manová (2009) jako nepočetnější skupinu 46 (38 %) respondentů dle vyhodnocujících kritérií dosáhlo po součtu 39 a více bodů. 33 (27,30 %) respondentů z celkového počtu 121 (100%) bylo vyhořelých.

Druhá průzkumná otázka: Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření a délkou praxe všeobecných zdravotních sester?

Určit přesné rozmezí délky praxe ve vztahu k syndromu vyhoření je velmi obtížné. Prieß (2015) ve své knize uvádí určitou individuální míru životní energie, kterou každý člověk v sobě má. Toto by se dalo přirovnat k délce praxe ve zdravotnictví, kdy stav syndromu vyhoření znamená, že tato životní energie došla. Jde o stav, kdy člověk funguje automaticky. Neexistují chvíle, kdy je člověk sám sebou a udělá něco sám pro sebe. Cítí se být komukoliv, kdykoliv k dispozici, pouze ne sám sobě. Stav syndromu vyhoření může postihnout začínající všeobecné sestry, kdy jednotlivá rizika začínajících sester uvádí publikace Venglářová (2011). Naopak u všeobecných sester s delší praxí někdy můžeme pozorovat již vznikající stav syndromu vyhoření. Všeobecná sestra s delší praxí se může cítit nedocenená, přetížená a může se objevit i přenášení kompetencí, jelikož se jedná o zkušeného pracovníka.

Průzkumné šetření se zajímalo o délku praxe respondentů ve vztahu k syndromu vyhoření v jednotlivých doménách. Tento problém analyzovala otázka č. 3 z anamnestické části dotazníku a samostatný MBI dotazník. Zúčastnění respondenti měli na výběr ze 4 možností. Během vyhodnocení získaných dat byli respondenti rozděleni do 4 skupin dle délky své praxe. Přehled zastoupení respondentů s určitou délkou praxe nám ukazuje tabulka 6. Ve

výzkumech diplomových i bakalářských prací s obdobnou tematikou Křepelkové (2014), Zábajnickové (2010) a Manové (2009), které se zajímaly také o délku praxe v souvislosti se syndromem vyhoření. Samozřejmě kategorie s různou délkou praxe není plně shodná s výzkumy ostatních výzkumníků. Nejpočetnější zastoupení 76 (30,28 %) respondentů v našem průzkumu bylo s délkou praxe do 5 let. Obdobné zastoupení s největším zastoupením respondentů 42 (34,70 %) s délkou praxe do 5 let z celkového počtu 121 (100 %) respondentů bylo ve výzkumu Manové (2009). Mnoho respondentů 64 (25,50 %) zúčastněných průzkumu z celkových 251 (100 %) mělo délku praxe 22 a více let. Tímto zastoupením se shoduje výzkum Křepelkové (2014), kde druhou největší skupinou 41 (34,45 %) respondentů byli právě ti s délkou praxe 22 a více let. Oproti výzkumu Zábajnickové (2010), kde pouze 11 (22 %) respondentů bylo v kategorii s délkou praxe 22 a více let, z celkových 50 (100 %) respondentů. Lze tedy říci, že rozdělení respondentů v určitých výzkumech není jednotné. Ale můžeme poukázat na to, že nejvíce zúčastněných respondentů bývá s délkou praxe do 5 let a dále 22 a více let.

Po vyhodnocení odpovědí z MBI dotazníků byla data rozdělena do příslušných domén a uvedených možností délky praxe u respondentů. Pro zpracování těchto příslušných dat bylo využito krabicových grafů a následně se pracovalo s průměry u jednotlivých rozmezí délky praxe (Krabicový graf 1, 2 a 3). Krabicový graf 1 zobrazuje doménu *emocionálního vyčerpání* u respondentů s různou délkou praxe. Průměry u všech možností odpovědí v doméně emocionálního vyčerpání se pohybovaly v součtu bodů 18-22. Těmito hodnotami průměru se respondenti, dle bodového vyhodnocení platící pro tuto doménu, pohybovali v dolní hranici mírného stupně. Lze, tedy říci, že respondenti mají určité predispozice pro syndrom vyhoření v doméně emocionálního vyčerpání, ale zatím ne v takové míře. Bakalářská práce Málkové (2017) uvádí, že 43 % respondentů bylo ve stavu vyhoření do 5 let praxe a týkalo se to i respondentů s praxí delší 21 let.

Krabicový graf 2 vyobrazuje doménu *depersonalizace* u respondentů s různou délkou praxe. Hodnoty průměru v doméně depersonalizace dosahovaly 9-11 bodů. Dle vyhodnocujících kritérií pro tuto doménu řadíme respondenty do dolní hranice mírného stupně. Respondenti se nám tedy objevují v mírném stupni vyhoření, ale dle hodnot průměru v dolní hranici bodového hodnocení. Toto tvrzení nám nekorresponduje s výzkumem Manové (2009), kde uvádí, že v celém souboru respondentů převažuje nízký stupeň v doméně depersonalizace. Poukazuje však na to, že zaznamenává výskyt mírného a vysokého stupně depersonalizace s nárůstem délky praxe.

Doménu *osobní uspokojení* znázorňuje Krabicový graf 3. Hodnoty průměru v této doméně jsou zastoupeny hodnotami 32-33 bodů. Lze tedy říci, že dle vyhodnocujících kritérií se respondenti pohybují v mírném stupni v této doméně, ale při její dolní hranici. Je patrné, že mezi mírným stupněm a vyhořením je tenká hranice. Naše vyhodnocení v této doméně se neshoduje s tvrzením Manové (2009) a Mackové (2013), které uvádějí, že respondenti se pohybují v dobrém stupni osobního uspokojení bez souvislosti na délce praxe.

Lze tedy říci, že délka praxe může, ale také nemusí ovlivnit vznik syndromu vyhoření. Potvrzuje to i kvalitativní výzkum Šlemínové (2014), kdy se při rozhovoru vyskytl syndrom vyhoření u pracovnice s délkou praxe 9 měsíců, ale i s délkou praxe 20 let. Jak tedy vidíme, nelze určit přesnou délku praxe, ve které jsou všeobecné sestry nejvíce vyhořené. Je možno si položit otázku, jaké příčiny vedou ke stavu vyhoření v určité sféře kariéry u všeobecné sestry. Totiž každé období má své různé příčiny, které se mohou v průběhu měnit či opakovat. Pokud se podíváme na všeobecnou sestru jako ženu zastávající nejrůznější role. Článek autorů Fox a Dwyer (1999) poukazuje na vztah mezi pracovní zátěží a zátěží rodinou u všeobecných sester. Také popisují tři rodinné stresory: manželské napětí, nečekaná potřeba pomoci a nedostatečná péče o děti. To vše můžeme zařadit u všech našich respondentů, i když je jejich délka praxe různorodě dlouhá.

8 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou syndromu vyhoření v nelékařských profesích. Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, v jaké míře se syndrom vyhoření u respondentů vyskytuje. Syndrom vyhoření a jeho výskyt v pomáhajících profesích je stále aktuální téma k diskusi. Právě pracovníci nejen v nelékařské profesi jsou tímto syndromem ohroženi. Bohužel, často se na syndrom vyhoření a celkově příznaky tohoto syndromu přijde, až když je jedinec opravdu vyhořelý a může to vést až ke změně povolání. Koneckonců často tito pracovníci hledají povolání i mimo svou odbornou způsobilost.

Teorie této diplomové práce spočívala ve zmapování výskytu stresu v profesi všeobecných sester. Především jak definujeme stres, jeho dělení dle odborné literatury, následné fáze stresu a v neposlední řadě také symptomy. A abychom nebyli jen pesimisté, zajímala nás i pozitivní úloha stresu, což je také velmi důležité, neboť nás může posunovat kupředu jako hnací motor. Samozřejmě s mírou, pouze po určitou dobu a ve vhodný okamžik. Navazující na stres je samostatný syndrom vyhoření, neboli burn-out syndrom. Za objevitele tohoto odborného názvu považujeme Hendricha Freudenbergera, který ho v roce 1974 popsal v odborném časopise Journal of Social Issues. Také definice syndromu vyhoření se u různých autorů liší, je mnoho názorů na tento stav u zasažených jedinců. Museli jsme poukázat, také na různé stavy, které úzce souvisí se syndromem vyhoření a často se mohou zaměňovat. Dle dostupné odborné literatury se jednalo především o únavu, stres a depresi. Samozřejmě je jich uváděno více, ale tyto tři jsou zmiňované nejčastěji. Jako zdravotníci víme, že ke stavu vyhoření (někdy užíváme i termín vyhaslost) vede určitá cesta. Je pochopitelné, že syndrom vyhoření nevzniká z nadměrně naložené práce a ztrát ideálů jedince. Vedou k tomu mnohé další skutečnosti jako vysoké osobní nároky, mnoho vytyčených cílů a především i předávání velké emocionální podpory po delší čas druhým. Jako každá nemoc má i syndrom vyhoření své rizikové faktory, symptomy, fáze, diagnostiku, vhodnou terapii a prevenci. Také poukazujeme na vzdělávání všeobecných sester, které dle úsudku je úzce spjato se syndromem vyhoření. Vzdělaný personál by měl mít přehled o takovéto komplikaci, která nemusí postihnout je samotné, ale i jejich spolupracovníky, se kterými tráví mnoho času. Ovšem nemusí to záviset pouze na dosaženém vzdělání, ale také na člověku samotném. Jeho vnímavosti, ochotě a podpoře. Od tohoto se nám také odvíjí jednotlivé odlišnosti všeobecných sester pracujících na různých odděleních. Samo sebou musí mít určité předpoklady, které je vedou v pracovní sféře určitým směrem. Některé všeobecné sestry se cítí více využité v intenzivní medicíně, kde není nouze o adrenalinové směny. Naopak některé všeobecné sestry se cítí lépe u lůžka

klienta, kde je práce velmi náročná. Dále nesmíme také zapomínat na ambulantní všeobecné sestry, zde se jedná spíše o větší frekvencovanost klientů. Odvětví medicíny je různorodé a velmi pestré, proto zde charakterových vlastností najde uplatnění každý jedinec, který má touhu se vydat tímto směrem a pomoci druhým.

Nedílnou součástí diplomové práce je také průzkumná část. Zde byly stanoveny průzkumné otázky, které nás zajímaly. Byla určena metodika ke sběru dat od respondentů. Jednalo se o kvantitativní metodu formou dotazníku. Tento dotazník byl rozdělen na osobní dotazník a Maslach Burnout Inventory (MBI) dotazník. Pro sběr dat byla oslovena tři zdravotnická zařízení, a to fakultní nemocnice v Praze, krajská nemocnice a soukromá nemocnice. Následně byly domluveny osobní schůzky s náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči ve zvolených zdravotnických zařízeních, kde byl vysvětlen účel průzkumného šetření. Poté docházelo k jednotlivému kontaktování vrchních sester vybraných oddělení, kde se jednalo především o oddělení ambulantní péče, lůžkové péče a intenzivní péče. Vždy byl zachován osobní kontakt s vedoucími pracovníky ve zdravotnickém zařízení. Velmi nás těší ochota a vstřícnost, které se nám během průzkumného šetření dostalo. Po předchozí domluvě s vedoucími pracovníky byly rozdány dotazníky na příslušná oddělení, kde je respondenti vyplňovali anonymně. Bylo také nutno stanovit si kritéria při vyhodnocování dotazníků. Jednalo se především o dotazníky, které musí být vyplněné celé. Dalším kritériem bylo, aby respondenti pracovali na plný pracovní úvazek v daném zdravotnickém zařízení. Celkově bylo rozdáno 402 dotazníků a jejich návratnost činila 279 (69,40 %) vyplněných. Z navrácených dotazníků bylo 28 vyřazeno, neboť nesplňovaly námi zvolená kritéria. Tudíž se dále v celém vyhodnocování průzkumu pracovalo s počtem 251 dotazníků. U interpretace výsledků bylo zapotřebí získaná data z MBI dotazníku rozdělit na jednotlivé domény. U jednotlivých domén bylo vyhodnoceno zastoupení otázek a následné vyhodnocení. Při využití krabicových grafů byl vytvořen přehled průzkumného šetření s dotazem na délku praxe respondentů.

Konečná fáze diplomové práce se věnuje diskuzi o syndromu vyhoření a získaných dat z průzkumného šetření. V diskuzi byly zodpovězeny dané průzkumné otázky. Také zde byla použita dostupná literatura a jiné bakalářské či diplomové práce na stejné téma. Jiné vhodné práce poskytovaly určité porovnání, i když každý průzkum či výzkum se vždy zajímal o něco trochu jiného. Závěrem lze konstatovat, že většina respondentů byla v mírném stupni vyhoření ve všech doménách.

9 POUŽITÁ LITERATURA

1. BLATNICKÁ, Jindra a Jana NOVOTNÁ. *Syndrom vyhoření trochu jinak*. Sestra [online]. 18. 3. 2013 [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/syndrom-vyhoreni-trochu-jinak-469520>.
2. ČESKO. 2004. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.
3. ČESKO. 2016. Vyhláška č. 2/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-2>.
4. EDELWICH, Jerry, BRODSKY, Archie. *Burn-Out – Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Sciences Press, 1980, 255 s. ISBN 9780877055075.
5. GELSEMA, Tanya I., Margot VAN DER DOEF, Stan MAES, Simone AKERBOOM a Chris VERHOEVEN. *Job Stress in the Nursing Profession: The Influence of Organizational and Environmental Conditions and Job Characteristics*. *International Journal of Stress Management*. 2005, 12(3), 222-240. DOI: 10.1037/1072-5245.12.3.222. ISSN 1573-3424. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1072-5245.12.3.222>.
6. GROSSMAN, Sheila. *Assisting Critical Care Nurses in Acquiring Leadership Skills. Development of a Leadership and Management Competency Checklist*. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2007, 26(2), 57-65. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17312408>.
7. FOX, Marilyn L. a Deborah J. DWYER. *An investigation of the effects of time and involvement in the relationship between stressors and work-family conflict*. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1999, 4(2), 164-174. DOI: 10.1037/1076-8998.4.2.164. ISSN 1939-1307. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1076-8998.4.2.164>.
8. FLORIO, Gerard A., James P. DONNELLY a Michael A. ZEVON. *The structure of work-related stress and coping among oncology nurses in high-stress medical settings: A transactional analysis*. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1998, 3(3), 227-242. DOI: 10.1037/1076-8998.3.3.227. ISSN 1939-1307. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1076-8998.3.3.227>.
9. HONZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*, 1.vyd.Praha:Vyšehrad, 2013, 240 s. ISBN 978-80-7429-331-3.
10. JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-86991-74-1.

11. KALLWASS, M. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
12. KLIMENT, Pavel. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 110 s. ISBN 978-802-4442-068.
13. KŘEPELKOVÁ, Gabriela. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o pacienty s Alzheimerovou demencí* [online]. Olomouc 2014. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Mgr. Romana Klášterecká, Ph.D. Dostupné z: https://theses.cz/id/5xoyjs/Kepelkov_Gabriela_Syndrom_vyhoen_u_veobecnych_sester_peujc.pdf.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. Orientace, sv. 42. ISBN 978-80-7195-573-3.
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010, 119 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3149-0.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-807-3675-684.
17. LEITER, Michael P., Arnold BAKKER a Christina MASLACH, ed. *Burnout at work: a psychological perspective*. London: Psychology Press, 2014. Current issues in work and organizational psychology. ISBN 978-1-84872-229-3.
18. MACKOVÁ, Denisa. *Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory v dlouhodobé péči*. [online]. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Katedra ošetrovatelství. PhDr. Michaela Schneiderová. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/e1y0l/Syndrom_vyhoreni_u_sester_pracujicich_se_seniory_v_dlouhodobe_peci.pdf.
19. MANOVÁ, Jitka. *Syndrom vyhoření v práci sester se seniory v regionu Kladno*. [online]. Kladno, 2009, Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. PhDr. Marie Macková, Phd., RSW. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/denwk/Bc._JITKA_MANOVA__SYNDROM_VYHORENI.pdf.
20. MASLACH, Christina, et al. *Maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
21. MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012, 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
22. MÁLKOVÁ, Jana. *Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků v dlouhodobé péči*. [online]. Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. PhDr. Sabina Slavíčková. Dostupné z: file:///C:/Users/Niky/Desktop/MalkovaJ_SyndromVyhoreni_SS_2017.pdf.
23. MINIRTH, Frank B. *Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011, 144 s. ISBN 978-80-7255-252-8.
24. MELLANOVÁ, Alena. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada Publishing, 2017, 112 s. Sestra. ISBN 978-80-247-5589-2.

25. MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 5., přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.
26. MUSIL, Jiří V. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. Vyd. 1. Olomouc: Jiří Musil - Psychologická a výchovná poradna, 2010. 60 s. ISBN 978-80-903449-9-0.
27. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Stres, zátěž a jejich zvládnání*. Ostrava: Základní škola Ostrava-Dubina, Františka Formana 45, 2010, 75 s. ISBN 978-80-904576-8-3.
28. PELCÁK, Stanislav. *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 75 s. ISBN 978-80-7435-576-9.
29. PEKKARINEN, Laura, Marko ELOVAINIO, Timo SINERVO, Tarja HEPONIEMI, Anna-Mari AALTO, Anja NORO a Harriet FINNE-SOVERI. *Job demands and musculoskeletal symptoms among female geriatric nurses: The moderating role of psychosocial resources*. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2013, **18**(2), 211-219. DOI: 10.1037/a0031801. ISSN 1939-1307. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0031801>.
30. PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezníčit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016, 179 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
31. POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013, 104 s. Rádce pro pedagogy. ISBN 978-80-266-0161-6.
32. PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015, 175 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
33. PTÁČEK, Radek a Libuše ČELEDOVÁ. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum, 2011, 117 s. ISBN 978-80-246-1998-9.
34. PUGNEROVÁ, Michaela. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0532-8.
35. PŮŽA, M. *Analýza stresových faktorů na pracovišti*. (Bakalářská práce) Brno: VŠE, 2009. 72 s.
36. SELYE, Hans. *Život a stres*. 1. vyd. Bratislava: Obzor, 1966. ISBN 65-093-66.
37. SELYE, Hans. *British Medical Journal: Stress and the General Adaptation Syndrome*. 1950, 17(1), 1383–1392. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2038162/?page=1>.
38. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
39. ŠLEMÍNOVÁ, Jana. *Syndrom vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích*. [online]. Pardubice, 2014. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická. PhDr. Mgr. Ilona Ďatko, Ph.D. Dostupné z:

https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/58097/SleminovaJ_Syndromvyhoreni_ID_2014.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

40. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011, 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.
41. VÉVODA, Jiří. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013, 159 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4732-3.
42. VON TREUER, Kathryn, Matthew FULLER-TYSZKIEWICZ a Glenn LITTLE. *The impact of shift work and organizational work climate on health outcomes in nurses. Journal of Occupational Health Psychology*. 2014, **19**(4), 453-461. DOI: 10.1037/a0037680. ISSN 1939-1307. Dostupné také z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0037680>.
43. WEDLICOVÁ, Iva a Vladislava HEŘMANOVÁ. *Kapitoly z vývojové psychologie*. V Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity J.E. Purkyně, 2008, 143 s. Skripta. ISBN 978-80-7414-044-0.
44. WOLESKÁ, Jana. *Zátěž a zasažení ztrátou* [přednáška]. Praha, 17. 05. 2017.
45. ZÁBOJNÍKOVÁ, Zuzana. *Syndrom vyhoření u zdravotních sester*. [online]. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. doc. PhDr. Ing. Josef Konečný, CSc. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13005/z%c3%a1bojn%c3%adkov%c3%a1_2010_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

10 PŘÍLOHY

Příloha A

Dotazník BM – psychického vyhoření

Tímto dotazníkem můžeme změřit míru vlastního psychického vyhoření. Při vyplňování použijte prosím níže uvedeného odstupňování. Pro účely tohoto zkoumání se zaměřte na předcházející období 1 roku.

1 ... nikdy

2 ... jednou za čas

3 ... zřídka

4 ... někdy

5 ... často

6 ... obvykle

7 ... vždy

- | | |
|--|-----|
| 1. Byl/a jsem unaven/a. | () |
| 2. Byl/a jsem v depresi (tísni). | () |
| 3. Prožíval/a jsem krásný den. | () |
| 4. Byl/a jsem tělesně vyčerpaný/á. | () |
| 5. Byl/a jsem citově vyčerpaný/á. | () |
| 6. Byl/a jsem šťastný/á. | () |
| 7. Cítil/a jsem se vyřízený/á (zničený/á). | () |
| 8. Nemohl/a jsem se vzchopit a pokračovat dále. | () |
| 9. Byl/a jsem nešťastný/á. | () |
| 10. Cítil/a jsem se uhoněný/á a utahaný/á. | () |
| 11. Cítil/a jsem se jako uvězněný/á v pasti. | () |
| 12. Cítil/a jsem se jako bych byl/a nula (bezcestný/á). | () |
| 13. Cítil/a jsem se utrápený/á. | () |
| 14. Tížily mne starosti. | () |
| 15. Cítil/a jsem se zklamaný/á a rozčarovaný/á. | () |
| 16. Byl/a jsem slabý/á a na nejlepší cestě k onemocnění. | () |
| 17. Cítil/a jsem se beznadějně. | () |
| 18. Cítil/a jsem se odmítnut/a a odstrčen/a. | () |
| 19. Cítil/a jsem se pln/a optimismu. | () |
| 20. Cítil/a jsem se pln/a energie. | () |
| 21. Byl/a jsem pln/a úzkosti a obav. | () |

UPOZORNĚNÍ: Tento dotazník je chráněn copyrightem. Copyright © 1980 Ayala Pines, PhD, and Elliot Aronson, PhD.

Příloha B

Metoda Maslach Burnout Inventory – MBI

Síla pocitů: **Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně**

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

(Leiter, Bakke a Maslach, 2014)

Příloha C

Tedium Measure

1 ... nikdy

2 ... jednou za čas

3 ... zřídka

4 ... někdy

5 ... často

6 ... obvykle

7 ... vždy

Otázky A:	1	2	3	4	5	6	7
Jste unavení?							
Pocítujete sklíčenost?							
Cítíte se fyzicky vyčerpaní?							
Připadáte si „vyždímaní“?							
Cítíte se vnitřně vyprázdnění?							
Jste nešťastní?							
Jste přepracovaní?							
Cítíte se jako v pasti?							
Připadáte si bezcenní?							
Jste znechucení?							
Pocítujete obavy?							
Pocítujete vůči svému okolí zlost nebo zklamání?							
Připadáte si slabí a bezmocní?							
Pocítujete beznaděj							
Máte pocit, že vás okolí odmítá?							
Máte strach?							

Otázky B:	1	2	3	4	5	6	7
Máte dnes hezký den?							
Jste šťastní?							
Máte optimistickou náladu?							
Jste plní energie a chuti do práce?							

(Stock, 2010)

Příloha D

Dotazník použitý k výzkumu

Dobrý den,

jmenuji se Nikola Tichá a jsem studentkou navazujícího magisterského studia oboru Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Má diplomová práce se zabývá tématem syndromu vyhoření u pomáhajících profesí.

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a veškeré Vámi uvedené údaje budou sloužit jen pro účely mé diplomové práce. Dotazník je rozdělen na dvě části, na část A, kde jsou otázky vlastní tvorby, a část B, což je standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) určený ke zhodnocení syndromu vyhoření. U každé otázky je možné označit pouze jednu odpověď. U některých otázek je možno vypsát svou odpověď.

Za Vaší spolupráci předem velice děkuji.

Nikola Tichá

A) VLASTNÍ DOTAZNÍK

1) Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2) Kolik je Vám let?

- a) 18 – 35 let
- b) 36 – 45 let
- c) 45 – 55 let
- d) 56 a více let

3) Jak dlouhou máte praxi ve zdravotnickém zařízení?

- a) do 5 let
- b) 6 – 11 let
- c) 12 – 21 let
- d) 22 a více let

4) Jaké je Vaše největší dosažené vzdělání?

- a) střední zdravotnická škola
- b) vyšší odborné (Dis.)
- c) vysokoškolské (Bc., Mgr.)
- d) jiné.....

5) Jaký je Váš současný pracovní úvazek?

- a) plný
- b) částečná
- c) dohodou

- 6) Jako organizační strukturu má Vaše nemocnice?
- a) spádová nemocnice pouze 4 základní obory
 - b) okresní nemocnice
 - c) fakultní nemocnice
 - d) soukromá nemocnice
 - e) jiné.....

7) Uvedte Vaše oddělení:.....

B) DOTAZNÍK MASLACH BURNOUT INVENTORY

Autoři: Maslachová Christiane a Jacksonová Susan

U každé otázky označte číslo, jaké pocity ze zaměstnání prožíváte. Síla pocitů je značena následovně: (vůbec) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 (velmi silně)

ČÍSLO OTÁZKY	ZNĚNÍ OTÁZKY	MOŽNÉ ODPOVĚDI								
		0	1	2	3	4	5	6	7	
1	Práce mne citově vysává.	0	1	2	3	4	5	6	7	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	0	1	2	3	4	5	6	7	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.	0	1	2	3	4	5	6	7	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	0	1	2	3	4	5	6	7	
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi.	0	1	2	3	4	5	6	7	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	0	1	2	3	4	5	6	7	
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	0	1	2	3	4	5	6	7	
8	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce.	0	1	2	3	4	5	6	7	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují.	0	1	2	3	4	5	6	7	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.	0	1	2	3	4	5	6	7	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.	0	1	2	3	4	5	6	7	

12	Mám stále hodně energie.	0	1	2	3	4	5	6	7
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	0	1	2	3	4	5	6	7
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.	0	1	2	3	4	5	6	7
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.	0	1	2	3	4	5	6	7
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	0	1	2	3	4	5	6	7
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	0	1	2	3	4	5	6	7
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.	0	1	2	3	4	5	6	7
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého.	0	1	2	3	4	5	6	7
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	0	1	2	3	4	5	6	7
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	0	1	2	3	4	5	6	7
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	0	1	2	3	4	5	6	7