

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Zuzana Ksandrová, DiS.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Syndrom vyhoření v prostředí perioperační péče

Diplomová práce

2024

Bc. Zuzana Ksandrová, DiS.

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Zuzana Ksandrová**
Osobní číslo: **Z22251**
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče**
Téma práce: **Syndrom vyhoření v prostředí perioperační péče**
Téma práce anglicky: **Burnout syndrome in the perioperative care environment**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

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 vedoucí**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví, 2011. *Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů*. In: Sbíрка zákonů České republiky.
- GURKOVÁ, Elena, a kol., 2021. Nurses' work environment, job satisfaction, and intention to leave a cross-sectional study in Czech hospitals. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 12(4), s. 495-504. ISSN 2336-3517.
- JANÍKOVÁ, Eva a kol., 2021. Work environment assessment instruments used in nursing. *Kontakt*. 23(4), s. 263-273. ISSN 1212-4117.
- NEDVĚDOVÁ, Daniela, 2019. Stres a syndrom vyhoření v profesi porodních asistentek. *Ošetrovatelské perspektivy*. 2(2), s. 65-80. ISSN 2570-785X.
- PAVLOVÁ, Petra; HOLÁ, Jana a ŠILLER, Jiří, 2016. Historické mezníky ošetrovatelské perioperační péče od poloviny 20. století po současnost: literární přehled. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencja*. 6, s. 49-53. ISSN 1339-5920.
- PTÁČEK, Radek, a kol. Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření. *Československá psychologie*, 2017, 61(6), s. 536-545. ISSN 0009-062X.
- SCHAUFELI, Wilmar B. Burnout: A short socio-cultural history. *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction*, 2017, p. 105-127. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-3-319-52887-8_5

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Iva Marková, Ph.D.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Syndrom vyhoření v prostředí perioperační péče 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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 směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10.04. 2024

Bc. Zuzana Ksandrová, DiS. v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Ivě Markové, Ph.D. za vedení mé diplomové práce, za věnování svého času, udělování cenných rad a připomínek, za její odbornou pomoc, trpělivost a velmi lidský přístup. Také bych chtěla poděkovat své rodině a svým kolegyním a kolegům z pracoviště za podporu po celou dobu studia.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá problematikou výskytu syndromu vyhoření a hodnocením pracovního prostředí v profesi sestry pro perioperační péči. Práce je tvořena částí teoretickou a výzkumnou. V teoretické části je pozornost věnována třem hlavním oblastem, jimiž jsou perioperační péče, syndrom vyhoření a pracovní prostředí. Výzkumná část popisuje metodiku výzkumu, který byl realizován pomocí standardizovaných dotazníků Shirom Melamed Burnout Measure a Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, a prezentuje výsledky získané dotazníkovým šetřením. Výzkum prokázal, že sestry pro perioperační péči zřídka trpí syndromem vyhoření, 21,85 % sester vykazovalo vysoké riziko syndromu vyhoření a pouze 0,84 % sester bylo vyhořelých. Fyzická únava byla stanovena jako hlavní riziková oblast syndromu vyhoření. Polovina (51,26 %) sester pro perioperační péči hodnotila pracovní prostředí jako příznivé, zatímco nepříznivé pracovní prostředí bylo zaznamenáno u pětiny (21,01 %) sester pro perioperační péči. Nedostatek personálu byl identifikován jako nejproblematictější oblast pracovního prostředí.

V diplomové práci byl prokázán vztah mezi syndromem vyhoření a pracovním prostředím, konkrétně – kvalitnější hodnocení pracovního prostředí souvisí s nižší pravděpodobností výskytu syndromu vyhoření. S narůstajícím rozsahem kompetencí a činností sester pro perioperační péči a v kontextu nedostatku kvalifikovaného personálu se nároky na sestry zvyšují ve všech oblastech, a proto je důležité zkoumat faktory stresu a stresory, které mohou přispívat k rozvoji syndromu vyhoření. Zároveň je nezbytné provádět v pravidelných časových intervalech analýzu pracovního prostředí. Pracovní prostředí je jedním z klíčových faktorů, které mohou buď pozitivně, nebo negativně ovlivnit celkový přístup sester a kvalitu poskytované perioperační péče. Na základě těchto zjištění je jedním z doporučení provádět další výzkumná šetření v oblasti perioperační péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

Perioperační péče, pracovní prostředí, sestra pro perioperační péči, syndrom vyhoření

TITLE

Burnout syndrome in the perioperative care environment

ANNOTATION

The diploma thesis deals with the occurrence of burnout syndrome and the evaluation of the working environment in the profession of perioperative nurse. The thesis consists of a theoretical part and a research part. The theoretical part focuses on three main areas: perioperative care, burnout syndrome and work environment. The research part describes the methodology of the research, which was carried out using standardised questionnaires Shirom Melamed Burnout Measure and Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, and presents the results obtained from the questionnaire survey. Research has shown that perioperative nurses rarely suffer from burnout, with 21,85 % of nurses at high risk of burnout and only 0,84 % of nurses burned out. Physical fatigue was identified as a major risk area for burnout. Half (51,26 %) of perioperative nurses rated their working environment as favourable, while a fifth (21,01 %) of nurses reported an unfavourable working environment. Staff shortages were identified as the most problematic area of the working environment.

The dissertation demonstrated the relationship between burnout syndrome and the work environment, specifically - a better evaluation of the work environment is associated with a lower likelihood of burnout syndrome. With the increasing range of responsibilities and activities of perioperative nurses and the shortage of qualified staff, the demands on nurses in all areas are increasing and it is therefore important to investigate stress factors and stressors that may contribute to the development of burnout. At the same time, it is necessary to carry out a regular analysis of the working environment. The working environment is one of the key factors that can positively or negatively influence the overall attitude of nurses and the quality of perioperative care provided. Based on these findings, one of the recommendations is to conduct further research in the area of perioperative care.

KEYWORDS

Burnout syndrome, perioperative care, perioperative nurse, work environment

OBSAH

Úvod.....	13
1 Cíle a metody práce	15
1.1 Cíl práce	15
1.2 Metody k dosažení cíle.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	17
2 Perioperační péče.....	17
2.1 Vybrané aspekty z historie perioperační péče.....	17
2.2 Vzdělávání sester pro perioperační péči v ČR.....	18
2.3 Kompetence sestry pro perioperační péči	19
2.4 Náplň práce sestry pro perioperační péči.....	21
2.4.1 Instrumentující sestra	21
2.4.2 Obíhající (cirkulující) sestra	22
2.4.3 Nástrojová sestra.....	23
3 Syndrom vyhoření.....	23
3.1 Vybrané aspekty z historie syndromu vyhoření.....	24
3.2 Znaky syndromu vyhoření	26
3.2.1 Stres	27
3.3 Prevence syndromu vyhoření.....	28
3.4 Diagnostika syndromu vyhoření	28
3.4.1 Maslach Burnout Inventory (MBI).....	29
3.4.2 Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM)	29
3.4.3 Burnout Assessment Tool (BAT)	30
4 Pracovní prostředí.....	31
4.1 Faktory pracovního prostředí	31
4.2 Faktory ovlivňující pracovní prostředí.....	32

4.3	Hodnocení pracovního prostředí	33
4.3.1	Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI).....	33
4.3.2	Revised Professional Practice Environment (RPPE).....	34
5	Shrnutí teoretické části	34
	VÝZKUMNÁ ČÁST	36
6	Metodika výzkumné části	36
6.1	Výzkumné cíle	36
6.2	Výzkumné hypotézy.....	37
6.3	Charakteristika výzkumného souboru	38
6.3.1	Sociodemografické údaje.....	38
6.4	Realizace výzkumného šetření.....	41
6.5	Metoda sběru dat.....	41
6.5.1	Shirom Melamed Burnout Measure.....	42
6.5.2	Practice Environment Scale of the Nursing Work Index.....	42
6.6	Analýza dat.....	43
7	Prezentace výsledků výzkumu	44
7.1	Syndrom vyhoření.....	44
7.1.1	Hodnocení SMBM	45
7.1.2	Hodnocení SMBM podle typu nemocnice a operačních sálů.....	47
7.1.3	Výsledky testování hypotéz týkající se syndromu vyhoření	49
7.2	Pracovní prostředí	50
7.2.1	Hodnocení PES-NWI.....	51
7.2.2	Hodnocení PES-NWI podle typu nemocnice a operačních sálů.....	54
7.2.3	Výsledky testování hypotéz týkající se pracovního prostředí	55
7.3	Syndrom vyhoření vs. pracovní prostředí	57
8	Diskuze	58

8.1	Přínos práce a doporučení pro praxi.....	62
8.2	Limity práce	63
9	Závěr.....	64
10	Použitá literatura.....	66
10.1	Primární zdroje	66
10.2	Sekundární zdroje	66
10.3	Odborné články	67
10.4	Internetové zdroje	71
10.5	Ostatní.....	71
11	Přílohy.....	72

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Sociodemografické údaje.....	39
Tabulka 2 – Riziko syndromu vyhoření podle celkového skóre SMBM	44
Tabulka 3 – Riziko syndromu vyhoření podle jednotlivých domén.....	45
Tabulka 4 – Hodnocení SMBM.....	46
Tabulka 5 – Riziko syndromu vyhoření podle typu nemocnice	47
Tabulka 6 – Riziko syndromu vyhoření podle typu operačních sálů	48
Tabulka 7 – Porovnání rizika syndromu vyhoření dle typu nemocnice a operačních sálů	49
Tabulka 8 – Hodnocení pracovního prostředí.....	50
Tabulka 9 – Hodnocení PES-NWI.....	51
Tabulka 10 – PES-NWI podle typu nemocnice.....	54
Tabulka 11 – PES-NWI podle typu operačních sálů	55
Tabulka 12 - Porovnání pracovního prostředí dle typu nemocnice a operačních sálů	56
Tabulka 13 – Srovnání SMBM a PES-NWI.....	57

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AACN	American Association of Critical-Care Nurses
BAT	Burnout Assessment Tool
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
EORNA	European Operating Room Nurses Association / Evropská asociace sálových sester
MBI	Maslach Burnout Inventory
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PES-NWI	Practice Environment Scale of the Nursing Work Index
RPPE	Revised Professional Practice Environment
SMBM	Shirom Melamed Burnout Measure
UPCE	Univerzita Pardubice
USA	Spojené státy Americké
WHO	World Health Organization / Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Ošetřovatelství a zejména perioperační péče jsou oblasti, které jsou vysoce náročné na schopnosti a dovednosti jedince. Profese sestry může být sama o sobě vnímána jako stresující, jelikož je zde vysoká míra stresu a stresorů, a hrozí zde narušení psychického i fyzického zdraví (Nedvědová, 2019).

Profese sestry pro perioperační péči je velice krásná, ale zároveň v některých oblastech velmi náročná. Sestrám pro perioperační péči jsou svěřeny důležité kompetence a s nimi odpovídající zodpovědnost. V prostředí operačních sálů je nezbytná efektivní týmová spolupráce, jejímž účelem je předcházení možných nežádoucích událostí a bezpečnost při práci na operačním sále. Dobrá týmová spolupráce úzce souvisí se spokojeností s prací a efektivním pracovním prostředím. Změny v pracovních podmínkách sester pro perioperační péči v posledních letech ovlivňují pracovní prostředí a mohou mít dopad na oblasti, jako je pracovní spokojenost, syndrom vyhoření a kvalita poskytované péče. Významným faktorem je i nedostatek personálu, a to jak pomocného, tak i zkušených sester. Dlouhotrvající nedostatek sester či jejich fluktuace vede k větší zátěži, jelikož zkušenou sestrou se nestanete za týden, ani za měsíc, a neustále zacvičování nových sester je pro stávající personál vyčerpávající. Pracovní zátěž sester pro perioperační péči se neustále prohlubuje, rozšiřují se operační postupy a s tím i nárůst pacientů a vytíženost operačních sálů. Toto vše se může negativně projevit v kvalitě péče o pacienty a vést k nadměrné stresové zátěži až syndromu vyhoření (Nedvědová, 2019; Sillero and Zabalegui, 2018; Urpo et al., 2021).

Řada studií se zabývá tématem syndromu vyhoření (Kolodzieyski, 2021; Nedvědová, 2019; Ptáček et al., 2017) a tématem pracovního prostředí (Gurková et. al., 2021; Marková, 2023; Zeleníková et al., 2020) a to buď odděleně anebo v souvislosti s dalšími zkoumanými oblastmi jako např. pracovní spokojenost, stres, nedokončená ošetřovatelská péče, a to většinou v jiném prostředí (lůžkové standardní oddělení, jednotka intenzivní péče, pediatrie). Téma syndromu vyhoření a pracovního prostředí v oblasti perioperační péče v ČR bylo zkoumáno jen velice okrajově, a to byl důvod volby této problematiky, jelikož právě tyto výzkumy v této oblasti chybí.

Diplomová práce je zaměřena na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části je popsána perioperační péče, její stručná historie, vzdělávání sester pro perioperační péči, jejich kompetence a pracovní náplň. Dále teoretická část popisuje syndrom vyhoření, jeho příznaky,

prevenci a diagnostiku a pracovní prostředí, faktory, kterého ho ovlivňují, oblasti, které ovlivňuje pracovní prostředí a možnosti jeho hodnocení. Výzkumná část popisuje metodiku výzkumu, který byl realizován pomocí standardizovaných dotazníků Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM) a Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) a prezentuje výsledky získané dotazníkovým šetřením. Část výzkumná má tři hlavní cíle: zjistit výskyt syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči, zjistit, jak hodnotí sestry pro perioperační péči pracovní prostředí a zda, existuje vzájemný vztah mezi těmito zkoumanými oblastmi. Analýza dat je pak podkladem pro vyhodnocení výzkumných hypotéz, doporučení pro klinickou praxi a nástin možností budoucího výzkumu.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

V této diplomové práci byly stanoveny tři hlavní cíle:

1. Zjistit výskyt syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči.
2. Zjistit, jak sestry pro perioperační péči hodnotí pracovní prostředí.
3. Zjistit, zda existuje vztah mezi syndromem vyhoření a pracovním prostředím.

K těmto hlavním cílům byly stanoveny cíle dílčí:

- Zjistit, zda jsou rozdíly ve výskytu syndromu vyhoření z hlediska typu nemocnice (státní, soukromé, fakultní, okresní, krajské, městské).
- Zjistit, zda jsou rozdíly ve výskytu syndromu vyhoření z hlediska typu operačních sálů (centrální operační sály, oborové operační sály).
- Zjistit, zda jsou rozdíly v hodnocení pracovního prostředí z hlediska typu nemocnice (státní, soukromé, fakultní, okresní, krajské, městské).
- Zjistit, zda jsou rozdíly v hodnocení pracovního prostředí z hlediska typu operačních sálů (centrální operační sály, oborové operační sály).

1.2 Metody k dosažení cíle

Teoretická část diplomové práce se zakládá na literární rešerši využívající aktuální poznatky o daném tématu, především se jedná o odbornou literaturu, články v odborném tisku a zákony. Na základě hlavních a dílčích cílů a prostudování odborných zdrojů byly stanoveny výzkumné hypotézy. Ke sběru dat pro výzkumnou část této diplomové práce byla využita kvantitativní forma výzkumu realizovaná pomocí standardizovaných dotazníků: česká verze dotazníku Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM) a česká verze dotazníku Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI). Data získaná dotazníkovým šetřením byla zpracována v programu Microsoft Office-Excel 2016. Ke statistickému zpracování byl použit statistický program Statistica, verze 14. Statistické zpracování bylo provedeno metodou deskriptivní a induktivní statistiky. Data jsou prezentována prostřednictvím charakteristik:

absolutní četnost (N) a relativní četnost (%), průměr a směrodatná odchylka (SD). Normalita dat byla ověřena pomocí testu normality Shapiro-Wilk. K hodnocení rozdílů byl použit neparametrický test Mann-Whitney U a Kruskal-Wallis ANOVA test. Vzájemná korelace proměnných byla zkoumána prostřednictvím neparametrické Spearmanovy korelační analýzy.

TEORETICKÁ ČÁST

Tato část diplomové práce je zaměřena na stručnou charakteristiku tří hlavních oblastí. První oblast je zaměřena na perioperační péči, stručnou historii perioperační péče, vzdělávání sester pro perioperační péči, jejich kompetence a pracovní náplň. Druhá oblast popisuje syndrom vyhoření, jeho příznaky, prevenci a diagnostiku. Třetí oblast se zabývá pracovním prostředím, faktory, které pracovní prostředí ovlivňují, oblastmi, které mohou být ovlivněny pracovním prostředím a možnostmi hodnocení pracovního prostředí.

2 PERIOPERAČNÍ PÉČE

Termín perioperační péče vznikl pomocí řecké předpony „peri“, jejíž význam je kolem či okolo. Perioperační péče je definována jako ošetrovatelská péče poskytovaná v oblastech předoperační, intraoperační a pooperační péče o pacienta. Perioperační péče je různorodá a zároveň komplexní specializovanou oblastí s mnoha dílčími specializacemi. Perioperační péče pokrývá především ošetrovatelskou péči v oblastech chirurgické intervence, anesteziologie, poanestetické a pooperační péče. V některých případech může zahrnovat také specializace, jako je ambulantní péče, endoskopie, sterilizace, intervenční radiologie a léčba bolesti. Tyto různorodé role jsou podnětem pro rozvoj kompetencí sester pro perioperační péči (EORNA, 2019).

Profese sestry pracující na operačním sále byla v průběhu let nazývána mnoha různými termíny, které šly ruku v ruce s kompetencemi a legislativou. Mezi nejrozšířenější pojmenování patří sálová sestra, sestra instrumentářka a v současné době perioperační sestra. Legislativně je však správně termín sestra pro perioperační péči. Tento termín vznikl na základě přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů a dále je legislativně zakotven ve vyhlášce č. 158/2022 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

2.1 Vybrané aspekty z historie perioperační péče

V kontextu historie ošetrovatelství je obor perioperační péče relativně mladou profesí. Funkce operačních sester začala vynikat ve válečném období, kdy lékař k ošetření pacientů potřeboval asistenty. Operační sestry v této době vykonávaly drobné chirurgické zákroky, sutury kůže

a asistenci při větších operacích. S rozvíjejícími se chirurgickými specializacemi se role operační sestry stala nezastupitelnou a z operační sestry se stal plnohodnotný člen zdravotnického týmu se samostatným rozhodováním, kritickým myšlením a schopností řešit nepředvídatelné situace (Pavlová, Holá a Šiller, 2016).

Pokrok v perioperační péči a vzdělávání sester pro perioperační péči byl stále ještě kolem roku 1950 velmi pomalý, v historických pramenech není zmíněno, jaké má mít sestra pracující na operačním sále vzdělání, a to až do roku 1954. V tomto roce vyšla kniha prof. MUDr. Bohuslava Niederleho, *Práce sestry na operačním sále*, která přinesla ucelené poznatky o práci sester na operačním sále. V roce 1954 zároveň vyšla učebnice prof. Arnolda Jiráska, *Ošetřování chirurgických nemocných*. Ze zahraničních publikací vyšla v roce 1959 kniha Kathrine Armstrongové, *Aids to Surgical Nursing: a complete text book for nurses* (Kordulová, 2016; Pavlová, Holá a Šiller, 2016).

V roce 1960 vzniklo Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a v Bratislavě, mezi první vzdělávací specializace zde patřilo Instrumentování na operačním sále. V průběhu let prošlo Středisko pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků mnoha změnami, z nichž poslední velmi výrazná přeměna proběhla v roce 2003, kdy se stalo Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (Fendrychová, 2020; Kordulová, 2017).

Prestiž profese sestry pracující na operačním sále postupně vzrůstala a v roce 1998 byla založena profesní organizace českých sálových sester – Společnost instrumentárek, jež byla součástí České společnosti sester. Společnost instrumentárek se stala platným členem Evropské asociace sálových sester (European Operating Room Nurses Association = EORNA). Bohužel činnost Společnosti instrumentárek postupně upadala a v roce 2014 její činnost zanikla úplně. Některé členky bývalé Společnosti instrumentárek dále toužily po rozvoji svých znalostí a dovedností, sdílení svých zkušeností s kolegy a nechtěly ukončit své členství v EORNA. Z tohoto důvodu vznikla samostatná sekce perioperačních sester ČAS v roce 2015 (ČAS, 2017).

2.2 Vzdělávání sester pro perioperační péči v ČR

Výkon profese sestry pro perioperační péči, příprava na tuto profesi a celoživotní vzdělávání je legislativně zakotveno. Způsobilost k výkonu profese sestry pro perioperační péči

je v současné době možné získat dvěma způsoby. První možností je absolvování navazujícího magisterského studia na vysoké škole. Druhou možností je absolvování specializačního studia (Kordulová, 2017; Magerčiaková a Kober, 2023).

Navazující magisterské studium v oboru Specializace v ošetrovatelství – perioperační péče je v současné době možné studovat na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Jedná se o kombinovanou formu studia v délce dva roky. Podmínkou k přijetí do navazujícího magisterského studia je mít bakalářský diplom ve studijním programu Ošetrovatelství, studijním oboru Všeobecná sestra / Ošetrovatelství nebo studijním programu Všeobecné ošetrovatelství. Navazující magisterské studium je zakončeno státní zkouškou (UPCE, 2023).

Specializační studium je stanoveno nařízením vlády č. 164/2018 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, ve znění pozdějších předpisů. Podmínkou k přijetí do specializačního studia je získání odborné způsobilosti k výkonu profese všeobecné sestry. Vzdělávací program specializačního studia je realizován v akreditovaném zřízení, obsahuje 560 hodin teoretické i praktické výuky a je složen z modulů. Optimální doba specializačního vzdělání je 18-24 měsíců. Specializační vzdělání je zakončeno atestační zkouškou. Podmínkou pro přihlášení k atestační zkoušce, kromě získaného předepsaného počtu kreditů a absolvování modulů, je splnění délky výkonu profese v perioperační péči po dobu minimálně jednoho roku (Česko, 2018 a 2020).

2.3 Kompetence sestry pro perioperační péči

Mezinárodní rada sester klade důraz na to, že profese sester pro perioperační péči je založena na etické odpovědnosti chránit zájmy pacienta, projevovat pokoru a respekt a také podporovat právo na seburčení. Být profesionální sestrou pro perioperační péči znamená mít znalosti, dovednosti a schopnosti a také umět aplikovat výsledky výzkumu, vědět „*proč a jak*“ by měly být konkrétní činnosti provedeny. Zároveň je nutné, aby sestra pro perioperační péči měla osobní odpovědnost za to, co je v každé situaci správné či chybné (Blomberg, Lindwall and Bisholt, 2019).

Existuje několik definic pojmu kompetence a jejich význam se liší. Odborná kompetence je definována jako schopnost sestry pro perioperační péči jednat a integrovat znalosti, dovednosti, postoje a hodnoty v různých kontextech zdravotní péče. Klinická kompetence není

jen o vzdělání a zkušenostech, ale o schopnosti sjednotit teorii a praxi (Blomberg, Lindwall and Bisholt, 2019).

Kompetence sester pro perioperační péči jsou legislativně zakotveny ve vyhlášce č. 158/2022 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Podle této vyhlášky vykonává sestra pro perioperační péči činnosti v péči o pacienta před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Vyhláška určuje činnosti společné pro všechny všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí a činnosti konkrétně definované pro práci sestry pro perioperační péči. Dále vyhláška dělí kompetence sestry pro perioperační péči na dvě oblasti (Česko, 2022).

První oblastí jsou činnosti konané bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Tato oblast zahrnuje:

- příprava instrumentaria, zdravotnických prostředků, potřebného materiálu a pomůcek před, v průběhu a po operačním výkonu,
- vykonávání specializovaných sterilizačních a dezinfekčních postupů,
- zajištění manipulace s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
- provedení antiseptiky operačního pole u pacienta,
- ve spolupráci s lékařem provedení před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajištění stálé připravenosti pracoviště operačním výkonům,
- zarouškování operačního pole,
- instrumentování při operačních výkonech (Česko, 2022).

Druhá oblast zahrnuje činnosti bez odborného dohledu na základě indikace lékaře. Do této oblasti spadá:

- zajištění polohy pacienta, fixace pacienta na operačním stole, zajištění prevence komplikací z imobilizace,
- asistence u méně náročných operačních výkonů (Česko, 2022).

EORNA definuje pět základních kompetencí sester pro perioperační péči. První kompetencí je odborná, etická a právní praxe, jejímž cílem je schopnost sestry pro perioperační péči analyzovat, rozumět a činit profesionální klinický úsudek. Sestra dodržuje etické kodexy a zachovává respekt a úctu k pacientovi. Druhá kompetence se týká ošetrovatelské péče a perioperační péče, zde je cílem, aby sestra pro perioperační péči poskytovala kvalitní péči prostřednictvím holistického a individuálního přístupu k pacientovi. Kompetence interpersonální vztahy a komunikace má za cíl vytvoření efektivního komunikačního systému mezi pacientem, rodinou, ošetrovatelským a lékařským týmem. Čtvrtá kompetence je zaměřena na organizační a manažerské dovednosti a pátá kompetence klade důraz na vzdělávání, výzkum a osobní rozvoj. Hlavní cíl páté kompetence říká, že sestra pro perioperační péči se vzdělává a osobnostně rozvíjí za účelem budování svého profesního portfolia. Sestra pro perioperační péči by si měla udržovat své znalosti a dovednosti a měla by se podílet na výzkumné činnosti v oblasti perioperační péče (EORNA, 2019).

2.4 Náplň práce sestry pro perioperační péči

Náplň práce sestry pro perioperační péči je velice obsáhlá a mnohostranná. Primární úlohou sestry pro perioperační péči je asistence lékaři při operačním zákroku na operačním sále, příprava instrumentária a pacienta k operaci. Povinností sestry pro perioperační péči je zachování mlčenlivosti, dodržování etického kodexu a průběžné celoživotní vzdělávání (Kudlejová a kol., 2014).

Dle vykonávaných činností jsou sestry pro perioperační péči děleny na sestry instrumentující, zabezpečují operační výkon. Dále se dělí na sestry obíhající (cirkulující), během operačního výkonu zabezpečují kontakt s okolím, a sestry nástrojové, jejichž náplní je kontrola a ošetřování nástrojů, příprava sít a zdravotnických prostředků pro operační zákroky (Jedličková, 2019).

2.4.1 Instrumentující sestra

Hlavní náplní práce instrumentující sestry je podávání a odebrání nástrojů a materiálu lékařům v průběhu operačního výkonu. Instrumentující sestra spolupracuje velmi úzce s obíhající sestrou. Před začátkem operace připravuje všechny zdravotnické prostředky, nástroje, sterilní materiál, přístroje a připravuje sterilní instrumentační stoly. Instrumentující sestra asistuje

lékaři při antisepsi operačního pole a při zarouškování pacienta. Důležité pro kvalitní instrumentování je, aby instrumentující sestra znala operační postupy, návyky operátora, stála tak, aby viděla do operační rány (Ihnát, 2017; Jedličková a kol., 2019).

Instrumentující sestra je povinna dodržovat zásady asepse, mít ruce vždy nad pasem, před sebou, nedotýkat se oděvu, neopírat se o instrumentační stoly nebo v blízkosti operačního pole. Instrumentující sestra by měla vždy mít přehled o nástrojích, materiálu a jehlách, které se při operačním výkonu používají. Početní kontrolu mulového materiálu a nástrojů instrumentující sestra provádí vždy spolu s obíhající sestrou před začátkem operačního výkonu, před uzavřením dutiny či operační rány, při střídání instrumentujících sester v průběhu operačního výkonu a při ukončení operačního výkonu. Po ukončení operačního výkonu ukládá instrumentující sestra použité nástroje do dekontaminačních kontejnerů (EORNA, 2019; Jedličková, 2019; Kudlejová a kol., 2014).

2.4.2 Obíhající (cirkulující) sestra

Obíhající sestra je tzv. spojka mezi operačním týmem a okolím. Mezi nejdůležitější činnosti obíhající sestry spadá kontrola identifikačních údajů pacienta, dokumentace, alergií pacienta a stranová kontrola. Spolu s instrumentující sestrou vykonává před začátkem operačního výkonu kontrolu zdravotnických prostředků, zapojuje přístroje a přikládá neutrální elektrodu. Umístění neutrální elektrody musí být zapsané do dokumentace. Obíhající sestra nese spolu s lékařem odpovědnost za adekvátní polohu pacienta při operačním výkonu. Vhodnou polohu pacienta pomáhají zajistit operační stoly, fixační pomůcky a polohovací pomůcky. Mezi další neméně důležité činnosti obíhající sestry spadá příprava operačního týmu, podávání sterilních nástrojů a materiálu tak, aby nedošlo k znesterilnění podávaných nástrojů a materiálu nebo instrumentující sestry. Obíhající sestra kontroluje dodržování aseptických podmínek na sále a zodpovídá za správné vedení dokumentace. Instrumentující sestra je zodpovědná za adekvátní uložení a popis vzorků biologického materiálu. V součinnosti s instrumentující sestrou vykonává početní kontrolu nástrojů a mulového materiálu, souhlas či nesouhlas zaznamenává do dokumentace. Mezi další činnosti obíhající sestry patří vyplnění žádanek pro centrální sterilizaci a transport dekontaminovaných nástrojů na sterilizaci. Po ukončení operačního výkonu kontroluje úklid sálu, doplňuje a připravuje materiál k dalšímu operačnímu výkonu (EORNA, 2019; Jedličková a kol., 2019; Kolektiv autorů, 2014; Kudlejová a kol., 2014).

2.4.3 Nástrojová sestra

Nástrojová sestra pracuje na přísálové či centrální sterilizaci. Její nejdůležitější činnosti spočívají v péči o nástroje, sestavování setů operačních instrumentárií a v přípravě zdravotnických prostředků ke sterilizaci. Nástrojová sestra také vykonává a je zodpovědná za kontrolu dekontaminace, mytí a sušení nástrojů. Dále nástrojová sestra vykonává a zodpovídá za kontrolu sterilizace zdravotnických prostředků, kontrolu sterilizačních procesů chemickými identifikátory. Velmi důležitou činností nástrojové sestry je vedení dokumentace a dodržování epidemiologických podmínek a používání ochranných pomůcek. (Jedličková a kol., 2019).

Sestra pro perioperační péči je krásné, ale zároveň velmi stresující povolání. V kombinaci s negativními faktory může u sester pro perioperační péči docházet k narušení jejich subjektivní pohody a psychického zdraví. To se může projevit vznikem stresu a následně syndromem vyhoření (Nedvědová, 2019).

3 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření (z anglického „burn out“) zahrnuje stav fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání v důsledku velkých očekávání a chronického pracovního stresu. Freudenberg popisuje syndrom vyhoření jako vyčerpání a ztrátu energie, kterou pociťují zaměstnanci, jejichž očekávání nebyla naplněna. Maslach dodává, že zaměstnanci, kteří jsou neustále vystaveni problémům svých klientů, zažívají frustraci (Vévodová, Vévoda a Grygová, 2020).

Syndrom vyhoření je silně spojen s pocitem rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem, jedinec očekává, že energie vložená do práce bude vrácena. Je tedy úzce spojen s vnímáním spravedlnosti v práci a podporou, kterou jedinec dostává od svých nadřízených a spolupracovníků (Vňuková et al., 2023).

Syndrom vyhoření je často připisován osobám v pracovním procesu, který je náročný na sociální interakce a vysokou zodpovědnost. Jedná se především o pomáhající profese jako jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové apod. V dnešní době se syndrom vyhoření vyskytuje i u netypických skupin, jako jsou např. studenti (Vosečková, Truhlářová a Blažek, 2020).

Definice syndromu vyhoření je celá řada, všechny však mají několik hromadných rysů: patologicky špatná nálada, souvislost s určitým druhem povolání (práce s lidmi), nižší efektivita práce, negativní postoj k práci, význam je kladen na psychické příznaky a na složky chování (Sádlová a Zvěřinová, 2017).

3.1 Vybrané aspekty z historie syndromu vyhoření

Termín syndrom vyhoření poprvé definoval v klinickém smyslu v roce 1974 německý psycholog Herbert J. Freudenberger, který před Hitlerem uprchl do Spojených států amerických. Termín syndrom vyhoření použil v souvislosti s totálním pracovním vyčerpáním a se ztrátou chuti pokračovat v práci ve svém oboru. Koncept syndromu vyhoření dále rozvinula akademická výzkumnice a sociální psycholožka Christina Maslach, která vyvinula nejpoužívanější dotazník pro hodnocení syndromu vyhoření (Schaufeli, 2017; Šamánek, 2017).

Termín vyhoření byl poprvé použit jako neformální, každodenní termín. Freudenberger si tento termín vypůjčil z nelegální drogové scény, kde bylo hovorově odkazováno na ničivé účinky chronického užívání drog, a právě termín vyhoření zde byl použit k popisu postupného emocionálního vyčerpání, ztráty motivace a snížené angažovanosti. Freudenberger byl spíše zaměřený psychoanalyticky a zajímal se více o prevenci a boj proti syndromu vyhoření, než o pochopení a zkoumání jeho základů. Nezávisle na sobě a současně s Freudenbergerem se Maslach a její kolegové setkali se stejným pojmem v Kalifornii při rozhovorech s pracovníky v sociálních službách. Maslach se zajímala o to, jak se tyto pracovníci vyrovnávají s emocemi při vykonávání své náročné práce. Z těchto rozhovorů bylo zjištěno, že se pracovníci cítí často emocionálně vyčerpaní a vyvinuly se u nich negativní pocity vůči jejich klientům. V důsledku tohoto emočního zmatku zažili krizi odborné způsobilosti. V návaznosti na tuto skutečnost byl vyvinut dostupný a snadno použitelný dotazník pro hodnocení syndromu vyhoření – Maslach Burnout Inventory (MBI), který se stal nejrozšířenějším nástrojem (Schaufeli, 2017).

Vznik konceptu syndromu vyhoření souvisí s několika širšími sociálními, ekonomickými a kulturními vývojovými trendy 20. století v Americe. Přispěly k tomu tři konkrétní události:

- Od počátku 60. let 20. století vedla válka proti chudobě v USA k velkému přílivu idealisticky motivovaných mladých lidí do profesí v oblasti sociálních služeb. Nicméně

poté, co se snažili zhruba deset let vymýtit chudobu, zjistili, že jsou stále více rozčarování a frustrovaní. Tyto pocity se postupně změnilly v zoufalství a cynismus.

- Od počátku 50. let 20. století prošly sociální služby rychlou profesionalizací a byrokratizací. Tradiční malé agentury, kde byla práce považována za povolání, se přeměnily ve velké moderní organizace. Z tohoto pohledu syndrom vyhoření představuje cenu zaplacenou za profesionalizaci pomáhajících profesí z „obyčejného“ povolání do povolání „moderního“.
- Kulturní revoluce v 60. letech 20. století výrazně oslabilu profesní autoritu lékařů, sester, učitelů, sociálních pracovníků a policistů. Tradiční prestiž těchto odborníků již nebyla akceptována jako samozřejmost a stále náročnější příjemci očekávali mnohem více než v minulosti. V důsledku toho se zvýšily nároky na péči, službu, empatii a soucit. Rostl rozpor mezi úsilím profesionálů a odměnami, které dostávali (Schaufeli, 2017).

Tyto tři faktory jsou víceméně specifické pro sektor lidských služeb, ale došlo také k dalšímu, obecnějšímu sociokulturnímu vývoji, který přispěl v poslední čtvrtině 20. století ke vzniku syndromu vyhoření. Současně se rozvinula „narcistická kultura“ charakterizovaná přechodnými, nevděčnými, a dokonce bojovnými sociálními vztahy, které vyprodukovaly sebestředné a manipulativní jedince požadující okamžité uspokojení svých tužeb (Schaufeli, 2017).

Termín vyhoření má však delší historii. Jako pojem se objevil již v roce 1960 v novele Vyhořelý případ Grahama Greena, kde je popsán život světově proslulého architekta Querryho, kterého vysílila vlastní sláva. Ve studii psychiatrické sestry slečny Jonesové od Morrise Schwarze a Gwen Will sice nepoužívají termín syndrom vyhoření, ale jejich podrobný popis případu velmi dobře zapadá do dnešního pojetí syndromu vyhoření. Tato studie z roku 1953 je považována za první publikaci o syndromu vyhoření v odborném časopise, slečna Jonesová v této studii prezentuje nízkou morálku nemocničního personálu a její dopady na péči o pacienty (Schaufeli, 2017; Šamánek, 2017).

V 16. století William Shakespeare v básni Vášnivý poutník pravděpodobně použil frázi „vyhořel“ k popisu procesu energetického vyčerpání ve vztahu k lásce. Některé zdroje uvádějí, že případy vyhoření lze nalézt již v Bibli, například u proroka Eliáše. Eliáš potom co vyhrál několik vítězství a vykonal zázraky ve jménu Páně, se tváří v tvář bližící se porážce zhroutl

a upadne do hlubokého zoufalství. Tento duševní stav se mezi kněžími stal známý jako „Eliášova únava“ a zahrnuje symptomy jako intenzivní, ale vyčerpávající oddanost věci, zklamání a sociální neangažovanost. Dalším příkladem z Bible je Mojžíš, který v určitém okamžiku během útěku z Egypta propadne rozčarování, protože toho tolik dal, ale jeho lidé stále nejsou spokojeni a nadále požadují více (Schaufeli, 2017).

3.2 Znaky syndromu vyhoření

Freudenberger v roce 1974 definoval syndrom vyhoření jako reakci na dlouhodobé působení stresu, který je způsobený nepříznivými pracovními podmínkami na pracovišti. Maslach vyhoření definovala jako symptom fyzických a psychických dimenzí, včetně negativních postojů k práci, životu a ostatním lidem, které jsou důsledkem vyčerpání, únavy, zoufalství a beznaděje jednotlivců. Syndrom vyhoření může postihnout zaměstnance ve všech odvětvích (Güler et al., 2019).

Syndrom vyhoření se rozvíjí dlouhou dobu a často je zpozorován až v posledním stádiu. Je definováno pět stádií syndromu vyhoření. První stádium je nadšení, které je provázeno vysokými ideály a angažovaností. Druhé stádium – stagnace se projevuje nemožností zrealizovat ideály či změnit jejich zaměření, požadavky od klientů, zaměstnavatele či příbuzných se stávají obtěžujícími. Třetí stádium je definováno jako frustrace, ta zahrnuje negativní vnímání klientů, frustraci z práce a pracoviště. Nepřátelský postoj vůči klientům a vyhýbání se kolegům i komunikaci se objevuje ve čtvrtém stádiu – apatie. Páté stádium syndrom vyhoření, projevující se úplným vyčerpáním, negací vůči zaměstnání, kariéře, sníženou profesionální produktivitou, odcizením a odosobněním (Šamánek, 2017).

Je důležité rozlišit dlouhodobý stres a syndrom vyhoření, jelikož jsou to dva odlišné jevy. Mezi bezprostřední projevy dlouhodobého stresu patří sklíčenost, psychické vyčerpání a ústup od činností spojených s prací. Syndrom vyhoření zahrnuje emocionální, kognitivní, behaviorální, motivační a somatickou kategorii symptomů vyhoření. Kategorie emoční zahrnuje depresivní stavy, vyčerpání, úzkost, snížení emoční kontroly, podrážděnost, sníženou empatii, nárůst agresivity a celkový nedostatek pracovního uspokojení. Do kognitivní kategorie spadají pocity bezmoci, nízké sebevědomí, poruchy paměti a koncentrace, strnulost myšlení, nepřátelství, podezřívání, nedostatek důvěry vůči kolegům a vedení na pracovišti. Behaviorální kategorie je charakterizována impulzivním jednáním, neschopností odpočívat, izolací,

poklesem kvality práce, odporem k novým nápadům, vyhýbáním se kontaktu s kolegy, minimalizací času stráveného v práci či úplnou absencí. Motivační kategorie obsahuje ztrátu hodnot jako je pocit smysluplnosti spojený s prací, s vysokým očekáváním a ambicemi, ztrátu ochoty pracovat, ztrátu iniciativy a kreativity. Somatická kategorie se projevuje bolestmi hlavy, zad, poruchami spánku, změnou tělesné hmotnosti, srdečními a žaludečními potížemi, hypertenzí a oslabením imunitního systému (Klamut, Olivera-Figueroa a Weissenberger, 2022).

Syndrom vyhoření vede k neschopnosti plnit požadavky práce a pracovního prostředí a vede ke ztrátě smysluplnosti práce kvůli dlouhodobé reakci na emocionální, fyzické a duševní vyčerpání. Toto je primární rozdíl mezi dlouhodobým stresem a syndromem vyhoření, který je na samém konci stresového kontinua (Klamut, Olivera-Figueroa a Weissenberger, 2022).

3.2.1 Stres

Stres vzniká tehdy působí-li dlouhou dobu na člověka nadměrně silný vnější či vnitřní podnět (tzv. stresor) anebo je-li člověk vystaven nesnesitelné situaci, které není možnost se vyhnout a je vnímána jako tělesné či duševní ohrožení. Stres může mít několik příčin jak ve sféře pracovní, tak v rodinné i osobní. Osobní příčiny se mohou týkat přímo role, kterou člověk zastává ve svém životě – přetížení, rolí nejednoznačnost, konflikt rolí. Z rodinných příčin se může na stresu podepsat nevyváženost rodinného a pracovního života, dysfunkční vztahy. Pracovní příčinou stresu se může stát vysoká pracovní zátěž, nevhodné pracovní podmínky, velká zodpovědnost, pracovní nejistota, nedostatečný kariérní postup, konfliktní vztahy na pracovišti, vysoká fluktuace zaměstnanců, nízká pracovní spokojenost, nedostatek personálu, nedostatek ocenění ze strany kolegů a managementu, konflikt práce s rodinou. Pro zvládnání stresu je velmi důležitá individuální odolnost vůči zátěži, která je ovlivněna osobnostními vlastnostmi člověka, vzděláním, schopnostmi, dovednostmi, znalostmi, zkušenostmi, zvyky a také věkem, pohlavím a aktuálním zdravotním stavem. Pracovní zátěž je globálním problémem spojeným s nízkou pracovní spokojeností, vysokou fluktuací zaměstnanců a s rostoucími příznaky fyzické i psychické zátěže, což poté může vést k syndromu vyhoření (Nedvědová, 2019).

3.3 Prevence syndromu vyhoření

Úspěšná prevence syndromu vyhoření zahrnuje především realistické a objektivní zhodnocení situace včetně všech pozitiv i negativ. Mezi aspekty zvyšující pravděpodobnost syndromu vyhoření patří především ignorování psychohygieny v práci, absence relaxačních aktivit, vynechávání přestávek v zaměstnání a neustálé vypětí. Dále se k těmto faktorům přidává kompenzace rodinných problémů prací a problematika umění říct „ne“ (Ptáčková, 2021; Šamánek, 2017).

Abychom předešli vyčerpání energetických zdrojů a vyhnuli se tak syndromu vyhoření je nezbytné udržovat tzv. energetickou rovnováhu. Rozum, myšlení a jednání jsou pro život nepostradatelné, ale nepřinášejí emoční saturaci a negenerují novou energii. Zdrojem energie jsou emoce, a to jak emoce pozitivní, tak negativní. Jediným způsobem, jak odolávat syndromu vyhoření je udržet v rovnováze plnění povinností a pozitivní emoční prožívání. Neexistuje univerzální návod, který bude vždy a každému fungovat. Důležité je uvědomění, že pro prevenci syndromu vyhoření je podstatná činnost, která nás vnitřně těší, i když se navenek může jevit jako nesmyslná nebo zbytečná. Volný čas má být pro člověka o udržení rovnováhy mezi povinnostmi, zábavou a odpočinkem (Spurná, 2022).

Prevence syndromu vyhoření se dá rozdělit do několika základních kategorií. První kategorie, zdraví a kondice, souvisí s dostatkem spánku, vhodnými stravovacími návyky a fyzickou aktivitou. Odpočinek, zájmy, záliby spadají do kategorie relaxace. Velmi důležité jsou kvalitní mezilidské vztahy – rodina, přátelé, kolegové. Kategorie celoživotního vzdělávání zahrnuje rozvíjení dovedností, studium cizích jazyků a zvyšování profesní kvalifikace. Jednou z nejdůležitějších kategorií je zdravé pracovní prostředí, jelikož v práci trávíme velkou část života. Tato kategorie zahrnuje pracovní zátěž, kontrolu práce, odměnu, spravedlnost, kolektiv a hodnotu jednotlivce v práci (Ptáčková, 2021; Putra et al., 2021).

3.4 Diagnostika syndromu vyhoření

Doposud neexistují mezinárodně uznávaná standardizovaná kritéria pro měření syndromu vyhoření z povolání. Za účelem diagnostiky syndromu vyhoření byla vyvinuta celá řada hodnotících nástrojů, př. Maslach Burnout Inventory (MBI), Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM), Burnout Assessment Tool (BAT). Většina výzkumů používá k hodnocení syndromu vyhoření nástroj, který se stal zlatým standardem syndromu vyhoření – Maslach

Burnout Inventory. Je odhadováno, že MBI se používá v 88 % všech publikací o syndromu vyhoření (Shoman, Hostettler a Canu, 2023; Schaufeli, Desart a De Witte, 2020).

3.4.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

MBI byl vypracován Christinou Maslach a Susane E. Jackson, poprvé byl uveřejněn v roce 1981. MBI je 22 položkový dotazník obsahující tři základní dimenze:

- Emocionální vyčerpání (emotional exhaustion – EE): citová únava, cynismus, vyčerpání.
- Depersonalizace (DP): odlidštění, lhostejnost, ztráta zájmu o klienty, ztráta ideálů, zvýšená agresivita.
- Osobní uspokojení (personal accomplishment – PA): ztráta výkonnosti, pokles důvěry ve své schopnosti, pokles pracovní morálky, neschopnost zvládat požadavky života (Saligerová, 2017).

Dimenze emocionálního vyčerpání obsahuje osm otázek týkajících se únavy, frustrace a snížené emoční energie. Dimenze depersonalizace zahrnuje šest otázek a osm otázek je obsaženo v dimenzi osobního uspokojení. Dimenze emocionálního vyčerpání a depersonalizace jsou negativně laděné, vysoké skóre v těchto oblastech může naznačovat různý stupeň syndromu vyhoření. Naopak dimenze osobního uspokojení je pozitivně laděná, zde nízké skóre naznačuje syndrom vyhoření. Ke každé položce je přiřazena sedmibodová hodnotící bodová škála (Güler et al., 2019; Sipos et al., 2020).

3.4.2 Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM)

SMBM byl vyvinut Arie Shiromem a Samuelem Melamedem, do české verze byl přeložen se souhlasem autorů doktorkou Ivou Šolcovou. SMBM definuje syndrom vyhoření jako afektivní stav charakterizovaný tím, že člověk cítí vyčerpání své fyzické, emocionální a kognitivní energie. Vyhoření je tedy kombinací těchto tří dimenzí (Shoman, Hostettler a Canu, 2023).

SMBM je zaměřen výlučně jen na zdroje energie a nezahrnuje další behaviorální postoje, jako cynismus, nezaujatost nebo oblasti zahrnující sebevědomí. SMBM pomáhá lépe odlišit symptomy vyhoření od symptomů deprese. Dotazník SMBM obsahuje 14 položek, šest položek

mapuje fyzickou únavu, pět položek se zaměřuje na kognitivní únavu a tři položky zjišťují emoční vyčerpání. Ke každé položce je přiřazena sedmistupňová škála od 1 = nikdy nebo téměř nikdy po 7 = vždy nebo téměř vždy. Vyšší skóre značí vyšší úroveň vyhoření. Česká verze dotazníku je dostupná na internetu (Ptáček a kol., 2017; Shoman, Hostettler a Canu, 2023).

3.4.3 Burnout Assessment Tool (BAT)

BAT na syndrom vyhoření pohlíží jako na stav vyčerpání souvisejícího s prací, ke kterému dochází u zaměstnanců a který je charakterizován extrémní únavou, sníženou schopností regulovat kognitivní a emocionální procesy a mentální distancí. Tyto čtyři základní dimenze syndromu vyhoření jsou doprovázeny depresivní náladou a také nespécifickými psychologickými a psychosomatickými potížemi. Ve své původní verzi se BAT skládá ze:

- základní části (BAT-C), která zahrnuje 23 položek pokrývajících čtyři základní dimenze: vyčerpání, mentální vzdálenost, kognitivní poruchy a emoční poruchy.
- sekundární části (BAT-S) se třemi dimenzemi symptomů: depresivní nálada, psychický stres a psychosomatické potíže (Shoman, Hostettler a Canu, 2023).

V květnu 2019 WHO uznala syndrom vyhoření jako jev z povolání vyplývající z chronického stresu na pracovišti, který nebyl úspěšně zvládnut. Jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) řadí syndrom vyhoření mezi faktory ovlivňující zdravotní stav. Tento jev zahrnuje důvody pro využití jiných zdravotnických služeb než nemoc. Ve svém pokročilém stádiu má syndrom vyhoření několik příznaků jako deprese, ale většinou je považován za rizikový faktor deprese nebo jako prostředník mezi pracovním stresem a depresí. Zatímco deprese byla celosvětově stanovena jako hlavní příčina zdravotního postižení a po určitou dobu hlavní přispěvatel k celkové globální zátěži nemocí, syndrom vyhoření je uznáván jako nemoc pouze v několika zemích (Shoman, Hostettler a Canu, 2023).

Syndrom vyhoření je stále více problémem v pracovním prostředí a týká se rostoucího počtu lidí, což vede k celé řadě nezdravých, a dokonce život ohrožujících fyzických a psychických následků (Klamut, Olivera-Figueroa a Weissenberger, 2022).

Jedním z přístupů k prevenci syndromu vyhoření je zdravé pracovní prostředí. Výskyt vyhořelých sester je vyšší tam, kde je špatně řízeno pracovní prostředí (Putra et al., 2021).

4 PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ

Dle WHO atraktivní a podpůrné pracovní prostředí lze popsat jako prostředí, které přitahuje jednotlivce do zdravotnických profesí, povzbuzuje je, aby zůstali ve zdravotnictví, a umožňuje jim efektivní výkon (Zeleníková et al., 2020).

Zdravé pracovní prostředí by mělo začínat pozitivními mezilidskými vztahy a respektem mezi vedoucími pracovníky a ošetřujícím personálem. Pozitivní spolupráce mezi vedoucími pracovníky a personálem přispěje k vytvoření pečujícího pracovního prostředí. Sestry, které se cítí ze strany svých manažerů oceňovány, jsou zase povzbuzovány k tomu, aby se svými pacienty a spolupracovníky budovaly pozitivní a pečující interakce. Jinými slovy, pečující manažeři pozitivně ovlivňují pečující chování ošetřujícího personálu (Putra et al., 2021).

Pracovní prostředí lze charakterizovat jako soubor faktorů ovlivňujících jedince, které jsou naopak spoluutvářeny činností těchto jedinců. Pracovní prostředí a jeho podmínky upravuje česká legislativa, a to nařízení vlády č. 246/2018 Sb., Národní politika BOZP ČR a související zákony jako např. zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Ideální pracovní prostředí je takové, které poskytuje podmínky pro fyzickou, duševní a sociální (případně duchovní) pohodu. Mezinárodní norma ISO 6385:2016 definuje pracovní prostředí jako fyzikální, chemické, biologické, organizační, sociální a kulturní faktory, které obklopují pracovníka. Americká asociace sester kritické péče identifikovala šest standardů pro zdravé pracovní prostředí. Patří mezi ně kvalifikovaná komunikace, opravdová spolupráce, efektivní rozhodování, vhodné personální obsazení, smysluplné uznání a autentické vedení. Vzhledem k charakteru práce sester je pracovní prostředí důležitým faktorem jejich motivace k lepšímu výkonu v zaměstnání (Janíková a kol., 2021; Marková a Jarošová, 2023).

4.1 Faktory pracovního prostředí

Mezi rizikové faktory pracovního prostředí řadíme fyzikální, chemické a biologické činitele, prašnost na pracovišti, fyzickou a psychickou zátěž. Mezi faktory fyzikální patří osvětlení, hluk, vibrace a otřesy, klimatické podmínky (teplota, vlhkost, proudění a tlak vzduchu, prach a čistota ovzduší), elektromagnetické záření, barevné aspekty. Fyzikální faktory působí přímo na organismus člověka. Chemické faktory vnikají přímo do organismu člověka, především dýchacími cestami, ale mohou vnikat i kůží. Mezi chemické faktory řadíme plyny, páry, kapénky a prach v ovzduší. Biologické faktory pracovního prostředí působí přímo na cílové

orgány a zahrnují mikroorganismy, buněčné kultury a endoparazity. Mezilidské vztahy a oblasti, které s nimi souvisí pak spadají do sociálně-psychologických faktorů pracovního prostředí. Všechny tyto rizikové faktory mohou na jedince působit neutrálně, negativně či pozitivně (ZSBOZP, 2024).

4.2 Faktory ovlivňující pracovní prostředí

Kvalita pracovního prostředí souvisí s pracovní spokojeností, fluktuací sester, syndromem vyhoření a kvalitou péče. Pracovní prostředí také ovlivňuje postoj zaměstnanců k vlastnímu zdraví a vnímání pracovní zátěže (Janíková a kol., 2021; Marková a Jarošová, 2023).

American Association of Critical-Care Nurses (AACN) definovala šest standardů zdravého pracovního prostředí: kvalifikovaná komunikace, skutečná spolupráce, efektivní rozhodování, vhodné personální obsazení, smysluplné uznání, autentické vedení.

Kvalifikovaná komunikace je umění, které může zachránit životy. Podpora otevřené a efektivní konverzace mezi členy týmu optimalizuje výsledky a podporuje nezbytnou spolupráci. Pomáhá také novějším sestřím rychleji se dostat do tempa. Skutečná spolupráce spoléhá na týmového ducha, protože tým, který spolupracuje, společně uspěje. Spolupráce mezi sestrami a personálem zajišťuje účinnější a efektivnější péči o pacienty a podpůrnější prostředí, kde se členové týmu mohou rozvíjet ve své praxi (AACN, 2024).

Standard efektivního rozhodování se zakládá na zlepšení péče o pacienty, která začíná posílením postavení lidí, jež o ně pečují. Když sestry zasednou k jednacímu stolu spolu s dalšími zdravotnickými pracovníky a vedoucími představiteli organizace, máme možnost navrhnout protokoly, které budou přínosem pro členy týmu i pacienty. Optimální výsledky a větší spokojenost s prací jsou pravděpodobnější, když sestry aktivně ovlivňují rozhodnutí, která mají vliv na kvalitu péče (AACN, 2024).

Vhodné personální obsazení jasně souvisí se zdravím pracovního prostředí. Ovlivňuje vše na oddělení, včetně výkonnosti a udržení sester, kvality péče, výsledků péče o pacienty a nákladů nemocnice. Vhodné personální zajištění vede k lepším výsledkům u pacientů a zdravému pracovnímu prostředí. S tím souvisí další standard – smysluplné uznání. Jelikož zdravé pracovní prostředí začíná oceněním členů týmu za jejich přínos pro organizaci. Přestože je ošetrovatelství jednou z nejdědnějších profesí, je zároveň jednou z nejnáročnějších.

Individuální a smysluplné oceňování sester může pomoci posílit pocit hodnoty, což povede k větší spokojenosti sester. K tomu, aby mohlo tým efektivně fungovat, podporovat se a být oceňován je nezbytné autentické vedení. Dobrý vedoucí udává tón jednotky. Autentické vedení vybavuje sestry dovednostmi a povzbuzením, které potřebují k růstu ve své praxi. Výsledkem je znalejší a soudržnější tým, který trvale zvyšuje úroveň péče (AACN, 2024).

4.3 Hodnocení pracovního prostředí

Historicky byl nárůst vědeckého zájmu o zkoumání pracovního prostředí značně ovlivněn výzkumem spojeným s tzv. „*hnutím magnetů*“ neboli konceptem atraktivní „*magnetické*“ nemocnice. Původ výzkumu zaměřeného na nemocnice Magnet úzce souvisel s pokusy vyřešit problém kritického nedostatku sester v nemocnicích a přispěl k rozvoji nástrojů pro hodnocení pracovního prostředí (Gurková a kol., 2021).

Hodnocení pracovního prostředí je důležitým ukazatelem pro management nemocnice a lze jej použít při plánování pracovních sil a k předvídání potřeb týkajících se profese sestry. Na celém světě se k hodnocení pracovního prostředí používá velké množství nástrojů. Jejich autoři se většinou zaměřují na jednotlivé faktory, u kterých se potvrdilo, že hrají důležitou roli při utváření pracovního prostředí. Nejběžnější nástroj k hodnocení pracovního prostředí je PES-NWI. Dalším používaným nástrojem je RPPE (Janíková a kol., 2021; Zeleníková et. al., 2020).

4.3.1 Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)

PES-NWI je nástroj, který byl poprvé vyvinut na základě výzkumu v nemocnicích Magnet, dokáže měřit, hodnotit a porovnávat prostředí ošetrovatelské praxe. Skládá se z pěti dimenzí s 31 položkami, které obsahují soubor charakteristik přítomných v organizacích podporujících praxi profesionálního ošetrovatelství. Při hodnocení je tak udáván stupeň podle toho, co je přítomno v každé položce v jejich práci. Položky jsou hodnoceny na čtyřbodové škále v rozsahu od 1 – zcela nesouhlasím do 4 – zcela souhlasím. PES-NWI je kategorizováno do pěti domén: účast sestry na záležitostech nemocnice, ošetrovatelské základy pro kvalitní péči, schopnost manažera sestry, vedení a podpora sester, personální obsazení a přiměřenost zdrojů

a kolegiální vztahy sestra-lékař. (Hallowell, 2022; Sillero and Zabalegui, 2018 a 2020; Zangaro and Jones, 2019).

4.3.2 Revised Professional Practice Environment (RPPE)

RPPE je multidimenzionální nástroj zahrnující osm složek profesionální klinické praxe v prostředí akutní péče. Poprvé byl publikován v roce 2009 a od té doby byl použit v několika studiích napříč různými zařízeními, od nemocnic akutní péče do zařízení péče o starší lidi a pohotovostní oddělení. RPPE je škála s 39 položkami, které jsou hodnoceny na čtyřbodové škále v rozsahu od 1 – zcela nesouhlasím do 4 – zcela souhlasím. Škála se skládá z následujících osmi domén: vedení a autonomie v klinické praxi, kontrola nad praxí, komunikace o pacientech, týmová práce, řešení neshod, personální vztahy, vnitřní pracovní motivace a kulturní citlivost (Zeleníková et al., 2020).

Pracovní prostředí úzce souvisí s bezpečností pacientů a indikátory kvality ošetrovatelské péče. Vztah mezi nepříznivým pracovním prostředím a špatnými výsledky sester, kvalitou ošetrovatelské péče a bezpečností pacientů se stal globálním fenoménem (Gurková a kol., 2021).

5 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Profese sestry pro perioperační péči je vysoce specializovaná a potřebuje kvalifikovaný personál. Kvalifikace k profesi sestry pro perioperační je legislativně zakotvena v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů a ve vyhlášce č. 55/20011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Získání specializačního vzdělání v oboru perioperační péče je možné dvěma způsoby, první možností je navazující magisterské studium na vysoké škole, druhým způsobem je absolvování specializačního studia.

S přibývajícím rozvojem v oblasti medicíny, operačních postupů, materiálů a instrumentária a také s rozvojem v oblasti techniky, jsou sestřím pro perioperační péči prohlubovány kompetence a na sestry jsou kladeny vzrůstající nároky. Tento postupný tlak může vést

k vyššímu působení stresorů a postupnému vyčerpání jak ve fyzické, tak i emocionální a psychické oblasti, což může mít za následek až syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je „plíživý“, rozvíjí se dlouhou dobu a často bývá zaregistrován až v posledním stádiu, které je provázeno negativním postojem vůči zaměstnání, kariérnímu postupu, odcizením až nepřátelským postojem vůči kolegům a nadřízeným. V rámci prevence syndromu vyhoření je důležité zachovávat si dostatek prostoru pro relaxaci a oblíbené aktivity, jedním z hlavních faktorů, které mohou přispět k prevenci syndromu vyhoření je i příznivé pracovní prostředí.

Kvalitní pracovní prostředí by mělo být takové, které přitahuje nové jedince do zaměstnání a motivuje současné pracovníky, aby ve své profesi zůstali. Základními stavebními kameny příznivého pracovního prostředí jsou komunikace, spolupráce, smysluplné rozhodování, personální politika, uznání a pochvala a důvěryhodné vedení. Kvalita pracovního prostředí je jedním z klíčových faktorů fungování ať už jednotlivých pracovišť anebo celé organizace, a proto by kvalita pracovního prostředí měla být průběžně monitorována a vyhodnocována.

Zájem o analýzu pracovního prostředí a syndromu vyhoření v oblasti ošetrovatelství se nestále zvyšuje, což dokládá i rostoucí počet studií v této oblasti, avšak v oblasti perioperační péče stále tyto studie chybí. Příklady aktuálních studií publikovaných v odborných periodících:

Nedvědová (2019), literární přehled zaměřený na syndrom vyhoření v profesi porodních asistentek. Závěr studie byl, že k rozvoji syndromu vyhoření přispívá nedostatek profesního uznání a ocenění, nedostatečná podpora ze strany vedení a nedostatečný počet personálu.

Bartoníčková et al., (2021), průřezová deskriptivní studie zaměřená na nedokončenou ošetrovatelskou péči a pracovní prostředí sester na vybraných odděleních dětské péče. Pracovní prostředí bylo hodnoceno pomocí dotazníku PES-NWI, který ukázal převážně příznivé hodnocení pracovního prostředí.

Zeleníková a kol. (2021), průřezová deskriptivní studie zabývající se vztahem pracovního prostředí a nedokončené ošetrovatelské péče. K hodnocení pracovního prostředí byl využit standardizovaný nástroj PES-NWI, jehož výsledkem bylo příznivé pracovní prostředí.

Marková (2023), průřezová deskriptivní studie, zabývající se fenoménem přidělované ošetrovatelské péče se zaměřením na hodnocení pracovního prostředí sester na standardních lůžkových odděleních. Pracovní prostředí bylo hodnoceno pomocí nástroje PES-WI, závěrem této studie bylo, že pracovní prostředí je hodnoceno jako příznivé.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část diplomové práce představuje metodiku, charakteristiku výzkumného souboru, popis sběru dat a analýzu dat. Je zde popsáno hodnocení jednotlivých dotazníků, které byly aplikovány při zpracování výzkumné části této diplomové práce.

6 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Výzkumné šetření bylo realizováno formou kvantitativního typu výzkumu. Ke sběru dat byl použit dotazník (příloha A) skládající se ze tří částí: sociodemografické údaje, česká verze standardizovaného dotazníku SMBM, česká verze standardizovaného dotazníku PES-NWI. S použitím vybraných nástrojů souhlasily všechny oslovené autorky české a originální anglické verze. Originály souhlasů jsou k dispozici.

6.1 Výzkumné cíle

Tato diplomová práce sleduje tři hlavní cíle: zjistit ve vybraných nemocnicích ČR výskyt syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči, zjistit, jak sestry pro perioperační péči hodnotí pracovní prostředí a zjistit, zda existuje vztah mezi těmito dvěma zkoumanými oblastmi.

K hlavním cílům byly stanoveny cíle dílčí pro výzkumnou část:

- Zjistit, zda jsou rozdíly ve výskytu syndromu vyhoření z hlediska typu zdravotnického zařízení (státní, soukromé, fakultní, okresní, krajské, městské).
- Zjistit, zda jsou rozdíly ve výskytu syndromu vyhoření z hlediska typu operačních sálů (centrální operační sály, oborové operační sály).
- Zjistit, zda jsou rozdíly ve vnímání pracovního prostředí z hlediska typu zdravotnického zařízení (státní, soukromé, fakultní, okresní, krajské, městské).
- Zjistit, zda jsou rozdíly ve vnímání pracovního prostředí z hlediska typu operačních sálů (centrální operační sály, oborové operační sály).

6.2 Výzkumné hypotézy

V návaznosti na stanovené hlavní a dílčí cíle této práce byly stanoveny následující hypotézy vztahující se k syndromu vyhoření a pracovnímu prostředí sester pro perioperační péči.

Hypotéza 1: Existuje rozdíl ve výskytu syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči podle typu nemocnice (státní vs. soukromé; fakultní vs. krajské vs. okresní vs. městské).

Hypotéza 2: Existuje rozdíl ve výskytu syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči podle typu operačních sálů (centrální vs. oborové).

Odůvodnění:

Ve studii Petlachové (2016) byl prokázán významný rozdíl ve výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester na jednotlivých odděleních standardní lůžkové péče.

Hypotéza 3: Existuje rozdíl v hodnocení pracovního prostředí sester pro perioperační péči podle typu nemocnice (státní vs. soukromé; fakultní vs. krajské vs. okresní vs. městské).

Hypotéza 4: Existuje rozdíl v hodnocení pracovního prostředí sester pro perioperační péči jsou rozdíly podle typu operačních sálů (centrální vs. oborové).

Odůvodnění:

Podle dostupných studií bylo prokázáno, že pracovní prostředí na standardních lůžkových odděleních je vnímáno odlišně v nemocnicích fakultního a nefakultního typu (Gurková, 2019; Labudíková, 2021).

Hypotéza 5: Existuje vztah mezi výskytem syndromu vyhoření a hodnocením pracovního prostředí sester pro perioperační péči.

Odůvodnění:

Syndrom vyhoření je výsledkem dlouhodobého pomalého působení negativních vlivů. Jedním z těchto klíčových faktorů může být i pracovní prostředí, jak dokazují studie u všeobecných sester (Bruyneel et al., 2023; Ježorská, Vévoda a Chrastina, 2014).

6.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 119 sester pro perioperační péči z vybraných nemocnic ČR. Kritériem pro zařazení respondentů do dotazníkového šetření byla pracovní pozice – sestra pro perioperační péči a minimální délka praxe 12 měsíců na operačním sále. Na základě vedení Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice bylo možné dotazník také distribuovat mezi studentky navazujícího magisterského programu Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče.

6.3.1 Sociodemografické údaje

Výzkumný soubor tvořilo 119 sester pro perioperační péči, z nichž 115 (96,64 %) bylo žen a čtyři (3,36 %) byli muži. Nejčetněji zastoupenou věkovou kategorií byla kategorie 41-50 let, ve které se nacházelo 37 respondentů (31,09 %) a nejméně zastoupenou věkovou kategorií byla kategorie 18-25 let s 13 respondenty (10,92 %). 55 respondentů (46,22 %) bylo v manželském svazku, 33 respondentů (27,73 %) bylo svobodných a 31 respondentů (26,05 %) uvedlo, že jsou rozvedení. Středoškolské vzdělání absolvovalo 38 respondentů (31,93 %), vyšší odborné vzdělání ukončilo 17 respondentů (14,29 %). Bakalářský titul získalo 48 respondentů (40,34 %), magisterský titul uvedlo 13 respondentů (10,92 %). Dva respondenti (1,68 %) získali titul PhDr. v ošetrovatelství a jeden respondent (0,84 %) uvedl absolvované NCONZO. Specializační studium v oboru sestra pro perioperační péči ukončilo 74 respondentů (62,18 %) 26 respondentů (21,85 %) uvedlo, že u nich specializační studium probíhá a 19 respondentů (15,97 %) specializační vzdělání nemělo. V odpracovaných letech na operačním sále byly nejvíce zastoupeny dvě kategorie. První kategorie 2-5 let s počtem 41 respondentů (34,45 %) a druhá kategorie více jak 20 let s 38 respondenty (31,93 %). Nejméně zastoupenou kategorií byla kategorie 6-10 let s počtem 12 respondentů, (10,08 %). V dotazníku byla uvedena i varianta délka praxe na operačním sále 0-1 rok k eliminaci respondentů nespĺňujících základní parametry zařazení do výzkumného souboru. Nejvíce respondentů - 28 respondentů (23,53 %) pracovalo v hlavním městě, druhým nejvíce zastoupeným krajem byl kraj jihomoravský s 23 respondenty (19,33 %). Nejméně respondentů pracovalo v kraji karlovarském a moravskoslezském, u obou krajů po jednom respondentovi (0,84 %). Na centrálních operačních sálech pracovalo 83 respondentů (69,75 %), na dětských operačních sálech pracovalo sedm respondentů (5,88 %) a 29 respondentů uvedlo práci na oborovém typu sálu. Ve státní nemocnici pracovalo 88 respondentů (73,95 %) a 31 respondentů (26,05 %) pracovalo

v nemocnici soukromé. Z toho 50 respondentů (42,02 %) pracovalo ve fakultní nemocnici, 40 respondentů (33,61 %) v krajské nemocnici, městskou nemocnici uvedlo 14 respondentů (11,76 %) a 15 respondentů (12,61 %) pracovalo v nemocnici okresní. Tato data jsou následně prezentována v tabulce 1.

Tabulka 1 – Sociodemografické údaje

Popis charakteristiky	Absolutní četnost	Relativní četnost
	N = 119	
	N	%
Pohlaví		
Ženy	115	96,64
Muži	4	3,36
Věk		
18-25 let	13	10,92
26-30 let	16	13,45
31-40 let	26	21,85
41-50 let	37	31,09
51 let a více	27	22,69
Rodinný stav		
Svobodná/ý	33	27,73
Vdaná/ženatý	55	46,22
Rozvedená/ý	31	26,05
Vzdělání		
Střední zdravotnická škola	38	31,93
Vyšší odborná škola	17	14,29
Vysoká škola - Bc.	48	40,34
Vysoká škola - Mgr.	13	10,92
PhDr. v ošetrovatelství	2	1,68
NCONZO	1	0,84
Specializační studium		
Ano	74	62,18
V současné době studuji	26	21,85
Ne	19	15,97

Popis charakteristiky	Absolutní četnost	Relativní četnost
	N = 119	
	N	%
Délka praxe na operačních sálech		
2-5 let	41	34,45
6-10 let	12	10,08
11-20 let	28	23,53
Více jak 20 let	38	31,93
Kraj		
Hlavní město Praha	28	23,53
Jihočeský	3	2,52
Jihomoravský	23	19,33
Karlovarský	1	0,84
Kraj Vysočina	10	8,40
Královehradecký	4	3,36
Liberecký	6	5,04
Moravskoslezský	1	0,84
Olomoucký	3	2,52
Pardubický	5	4,20
Plzeňský	4	3,36
Středočeský	17	14,29
Ústecký	8	6,72
Zlínský	6	5,04
Typ operačních sálů		
Centrální operační sály	83	69,75
Dětské operační sály	7	5,88
Oborový operační sál	29	24,37
Typ nemocnice		
Státní	88	73,95
Soukromé	31	26,05
Fakultní	50	42,02
Krajská	40	33,61
Okresní	15	12,61
Městská	14	11,76

6.4 Realizace výzkumného šetření

Před samotnou distribucí dotazníku byl dotazník předložen 5 respondentům pro ověření srozumitelnosti, ze získaných výsledků bylo možné tuto verzi dotazníku použít pro hlavní část výzkumného šetření. Z možností tištěné a elektronické formy byla z důvodu plošného pokrytí sběru dat vybrána forma elektronická.

Celkem, s žádostí o spolupráci v distribuci dotazníku mezi sestry pro perioperační sestry, bylo osloveno 22 zdravotnických zařízení ČR. Souhlasné stanovisko a příslib distribuce dotazníku vyjádřilo 10 zdravotnických zařízení. Potvrzené žádosti o provedení výzkumného šetření jsou k dispozici u autorky diplomové práce. Tři zdravotnická zařízení vyjádřila nesouhlasné stanovisko, z toho jedna nemocnice uvedla, že v jejich zařízení jsou zakázané dotazníkové akce týkající se syndromu vyhoření, pracovní spokojenosti a pracovního prostředí. Zbývajících 9 zdravotnických zařízení na žádost nereagovalo.

Vzhledem k distribuci dotazníku v elektronické podobě nebylo možné zjistit návratnost dotazníku. Autorka při každém souhlasném vyjádření zdravotnického zařízení toto zdravotnické zařízení oslovila s žádostí o poskytnutí celkového počtu sester pro perioperační péči pracujících v daném zařízení. Na tuto prosbu reagovala pouze dvě zdravotnická zařízení s počty 100 a 17, zbývajících 8 zdravotnických zařízení na tuto prosbu neposkytlo odpověď.

Vyplněno bylo 132 dotazníků, z toho 13 dotazníků bylo vyřazeno kvůli nedostatečné praxi více než 12 měsíců. Při závěrečném vyhodnocování bylo použito celkem 119 dotazníků z 10 zdravotnických zařízení.

6.5 Metoda sběru dat

Sběr dat byl realizován pomocí anonymního elektronického dotazníkového šetření v období listopad 2023-únor 2024. Dotazník byl distribuován sestrám pro perioperační péči v elektronické podobě prostřednictvím platformy Google Forms, kde byl dostupný na adrese: <https://forms.gle/9ZXan4WDHW7NELhU8>.

Po ukončení sběru dat byl dotazník uzavřen.

6.5.1 Shirom Melamed Burnout Measure

Pro hodnocení výskytu syndromu vyhoření byla použita česká verze standardizovaného dotazníku SMBM. Průměrné výsledky SMBM slouží jako orientační údaj, který upozorňuje, zda jedinec směřuje k syndromu vyhoření či nikoliv. Jelikož SMBM nemá přesně stanovenou hodnotu vyhoření, byla pro potřeby této diplomové práce stanovena kritéria následovně:

- Byl stanoven neutrální bod na sedmistupňové Likertově škále, neutrálním bodem je zde hodnota 4,0. Hodnoty nižší, než neutrální bod ukazují na nízké riziko syndromu vyhoření a hodnoty vyšší, než neutrální bod ukazují pro vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření.
- Celkové skóre dotazníku má rozmezí 14-98 bodů. Z tohoto bodového rozpětí byla stanovena hranice rizika syndromu vyhoření a to hodnotou 50. percentilu = skóre 56, hodnoty vyšší než 56 jsou považovány za riziko syndromu vyhoření. Dosáhlo-li celkové skóre rozmezí 84-98 bodů (stanoveno na základě nejvyšších bodových hodnot 6 a 7 pro položku), toto skóre bylo považováno za syndrom vyhoření.

Dotazník obsahuje tři domény, pro každou doménu byla také stanovena hranice rizika syndromu vyhoření hodnotou 50. percentilu. V doméně fyzická únava (bodové rozpětí 6-42) je za riziko syndromu vyhoření považována hodnota vyšší než 24. Doména kognitivní únavy (bodové rozpětí 5-35) označuje riziko vyhoření skóre vyšší než 20 a v doméně emoční vyčerpání (bodové rozpětí 3-21) je za riziko syndromu vyhoření považována hodnota vyšší než 12. Souhrnná tabulka s daty SMBM dotazníku je uvedena v příloze B.

6.5.2 Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

Pro hodnocení pracovního prostředí byla použita česká verze standardizovaného dotazníku PES-NWI. Podle doporučení autora PES-NWI se vypočítává celkové složené skóre PES-NWI, tj. z průměru skóre pro každou doménu. Kritéria pro hodnocení pracovního prostředí jsou stanovena následovně:

- Byl stanoven neutrální bod na čtyřstupňové Likertově škále, neutrálním bodem je zde hodnota 2,5. Hodnoty vyšší, než neutrální bod ukazují pro příznivé pracovní prostředí. Souhrnná tabulka s daty PES-NWI dotazníku je uvedena v příloze C.
- Ke zhodnocení, zda se jedná o příznivé, neutrální či nepříznivé pracovní prostředí jsou doporučeny dvě strategie:

1. První strategie je strategie dle autorů Lake a Friese z roku 2006. Pro každou sestru pro perioperační péči bylo stanoveno průměrné skóre pěti domén, hodnota skóre každé domény byla porovnána s hodnotou 2,5 (neutrální bod). Na základě počtu domén se skóre vyšším než 2,5 bylo pracovní prostředí klasifikováno do tří skupin: příznivé pracovní prostředí (= průměrné skóre ve čtyřech nebo pěti doménách bylo vyšší než 2,5), neutrální pracovní prostředí (= průměrné skóre ve dvou nebo třech doménách bylo vyšší než 2,5) a nepříznivé pracovní prostředí (= žádná z pěti domén nedosáhla hodnoty vyšší než 2,5 nebo pouze jedna z pěti domén dosáhla hodnoty vyšší než 2,5) (Gurková a kol., 2021). Tato strategie byla použita k hodnocení dat v této diplomové práci.
2. Druhou možnou strategií je strategie založená na práci autorů Park, Hanchett a Ma (2018). Zde je hodnoceno PES-NWI dle percentilů celkového skóre PES-NWI, kdy je vypočítán 25. percentil a 75. percentil celkového skóre PES-NWI (Gurková a kol., 2021).

6.6 Analýza dat

Data získaná dotazníkovým šetřením byla zpracována v programu Microsoft Office-Excel 2016. Ke statistickému zpracování byl použit statistický program STATISTICA, verze 14.

Statistické zpracování bylo provedeno metodou deskriptivní a induktivní statistiky. Proměnné jsou prezentovány prostřednictvím charakteristik: absolutní četnost (N), relativní četnost (%) a směrodatná odchylka (SD). Normalita dat byla ověřena pomocí histogramů a Shapiro-Wilk testu normality. Z důvodu nerovnoměrně rozložených dat byly použity neparametrické testy: Mann-Whitney U test a Kruskal-Wallis ANOVA test. Vzájemná korelace proměnných byla zkoumána prostřednictvím neparametrické Spearmanovy korelační analýzy. Při testování hypotéz se vycházelo z 5 % hladiny významnosti alfa, $p = 0,05$.

7 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Tato kapitola prezentuje výsledná zjištění empirických dat získaných z českých verzí standardizovaných dotazníků SMBM a PES-NWI.

7.1 Syndrom vyhoření

Jedním z hlavních cílů diplomové práce bylo zjistit výskyt syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči. Riziko syndromu vyhoření bylo stanoveno na základě celkových výsledků a bodového rozložení v celkovém souboru dotazovaných respondentů (tabulka 2).

Tabulka 2 – Riziko syndromu vyhoření podle celkového skóre SMBM

Skóre SMBM	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost %
14-56 bodů (nízké riziko syndromu vyhoření)	92	77,31
57-84 bodů (vysoké riziko syndromu vyhoření)	26	21,85
85-98 bodů (syndrom vyhoření)	1	0,84
Celkem	119	100,00

Syndrom vyhoření byl podle dosaženého celkového skóre rozdělen do tří kategorií: nízké riziko syndromu vyhoření – vysoké riziko syndromu vyhoření – syndrom vyhoření. Nízké riziko syndromu vyhoření bylo zjištěno u 92 respondentů (77,31 %), vysoké riziko syndromu vyhoření vykazovalo 26 respondentů (21,85 %) a u jednoho respondenta (0,84 %) probíhal syndrom vyhoření.

Tabulka 3 – Riziko syndromu vyhoření podle jednotlivých domén

Skóre SMBM	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost %
Fyzická únava		
6-24 bodů (nízké riziko syndromu vyhoření)	69	57,98
25-42 bodů (vysoké riziko syndromu vyhoření)	50	42,02
Kognitivní únava		
5-20 bodů (nízké riziko syndromu vyhoření)	95	79,83
21-35 bodů (vysoké riziko syndromu vyhoření)	24	20,17
Emoční vyčerpání		
3-12 bodů (nízké riziko syndromu vyhoření)	94	78,99
13-21 bodů (vysoké riziko syndromu vyhoření)	25	21,01

Tabulka 3 prezentuje celkové skóre a bodové rozložení jednotlivých domén SMBM. V doméně fyzická únava bylo 69 respondentů (57,98 %) v nízkém riziku syndromu vyhoření a 50 respondentů (42,02 %) se nacházelo ve vysokém riziku syndromu vyhoření. Vysoké riziko syndromu vyhoření v doméně kognitivní únava bylo zaznamenáno u 24 respondentů (20,17 %) a nízké riziko syndromu ohrožení bylo zjištěno u 95 respondentů (79,83 %). Nízké riziko syndromu vyhoření v emoční doméně mělo 94 respondentů (78,99 %) a vysoké riziko syndromu vyhoření bylo zjištěno u 25 respondentů (21,01 %).

7.1.1 Hodnocení SMBM

Pro vyhodnocení SMBM byl stanoven neutrální bod na sedmistupňové Likertově škále (hodnota 4,0). Hodnoty nižší, než neutrální bod ukazují nízké riziko syndromu vyhoření a hodnoty vyšší, než neutrální bod ukazují vysoké riziko syndromu vyhoření. Jednotlivé položky dotazníku jsou uspořádány dle průměrné hodnoty od nejlépe hodnocených odpovědí,

po hůře hodnocené odpovědi, resp. od nejméně se vyskytujících pocitů po nejčastěji se vyskytující pocity. Hodnocení jednotlivých položek a domén dotazníku SMBM je uvedeno v následující tabulce 4.

Tabulka 4 – Hodnocení SMBM

Doména	Položka	Průměr	±SD
E	12 Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a zákazníků	2,35	1,35
E	14 Cítím, že nedokážu být milý/milá na spolupracovníky a zákazníky	2,43	1,33
E	13 Cítím, že nejsem schopen/a citově investovat do spolupracovníků a zákazníků	2,50	1,44
C	11 Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech	2,57	1,37
C	9 Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně	2,61	1,33
C	10 Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á	2,66	1,30
P	6 Cítím se vyhořelý/á	2,82	1,64
C	8 Obtížně se koncentruji	2,83	1,26
P	2 Necítím žádnou sílu jít ráno do práce	2,95	1,52
C	7 Myslí mi to pomalu	3,02	1,29
P	3 Cítím se fyzicky vysílený/á	3,61	1,54
P	5 Připadám si, jako by se mi „vybily baterky“	3,61	1,56
P	4 Cítím, že mám všeho dost	3,66	1,62
P	1 Cítím se unavený	4,39	1,32
Hodnoty pro jednotlivé domény		Průměr	±SD
	1. Fyzická únava	3,51	1,53
	2. Kognitivní únava	2,74	1,31
	3. Emoční vyčerpání	2,43	1,37
Celkové SMBM skóre		3,0	1,42

*C = kognitivní únava, E = emoční vyčerpání, P = fyzická únava

Tabulka 4 popisuje na základě deskriptivní analýzy všech položek SMBM průměrné hodnoty domén a celkovou průměrnou hodnotu SMBM. Celkové skóre SMBM je 3,0 (SD 1,42),

tzn. že bylo prokázáno nízké riziko syndromu vyhoření. Mezi nejméně se vyskytující pocity patřily položky z domény emočního vyčerpání: Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a zákazníků s hodnotou 2,35 (SD 1,35); Cítím, že nedokážu být milý/milá na spolupracovníky a zákazníky, hodnota 2,43 (SD 1,33); Cítím, že nejsem schopen/a citově investovat do spolupracovníků a zákazníků, hodnota 2,50 (SD 1,44). Mezi nejvíce se vyskytující pocity patřily položky z domény fyzické únavy: Připadám si, jako by se mi „vybily baterky“, hodnota 3,61 (SD 1,56); Cítím, že mám všeho dost, hodnota 3,66 (SD 1,62); Cítím se unavený, hodnota 4,39 (SD 1,32) – tato položka jako jediná má hodnotu vyšší než neutrální bod, tzn. že v této položce bylo prokázáno vysoké riziko syndromu vyhoření.

7.1.2 Hodnocení SMBM podle typu nemocnice a operačních sálů

Nemocnice byly rozděleny do dvou kategorií. První dělení zahrnovalo nemocnice státní a soukromé. Druhé dělení pak obsahovalo nemocnice fakultní, krajské, okresní a městské.

Hodnocení rizika syndromu vyhoření podle typu nemocnice prezentuje tabulka 5.

Tabulka 5 – Riziko syndromu vyhoření podle typu nemocnice

Skóre SMBM	Typ nemocnice					
	Státní N / %	Soukromé N / %	Fakultní N / %	Krajská N / %	Okresní N / %	Městská N / %
14-56 bodů (nízké riziko syndromu vyhoření)	69 (78,41)	26 (83,87)	40 (80,00)	31 (77,50)	12 (80,00)	12 (85,71)
57-84 bodů (vysoké riziko syndromu vyhoření)	18 (20,45)	5 (16,13)	10 (20,00)	8 (20,00)	3 (20,00)	2 (14,29)
85-98 bodů (syndrom vyhoření)	1 (1,14)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (2,50)	0 (0,00)	0 (0,00)
Celkem respondentů	88 (73,95)	31 (26,05)	50 (42,02)	40 (33,61)	15 (12,61)	14 (11,76)
	119 (100,00)		119 (100,00)			

V porovnání typů nemocnic v kategorii státní vs. soukromé bylo zjištěno, že z 88 respondentů pracujících ve státní nemocnici se 69 respondentů (78,41 %) nacházelo v nízkém riziku syndromu vyhoření, 18 respondentů (20,45 %) vykazovalo vysoké riziko syndromu vyhoření a u jednoho respondenta (1,14 %) probíhal syndrom vyhoření. Z 31 respondentů pracujících v soukromé nemocnici 26 respondentů (83,87 %) bylo v nízkém riziku a u pěti respondentů (16,13 %) bylo zjištěno riziko vysoké.

V rámci porovnání typů nemocnic fakultní vs. krajské vs. okresní vs. městské bylo zjištěno, že v nemocnici fakultního typu pracovalo 50 respondentů, z toho v nízkém riziku se nacházelo 40 respondentů (80,00 %) a ve vysokém riziku 10 respondentů (20,00 %). Z 40 respondentů pracujících v krajském typu nemocnice bylo u 31 respondentů (77,50 %) zjištěno nízké riziko syndromu vyhoření, osm respondentů (20,00 %) vykazovalo vysoké riziko syndromu vyhoření a u jednoho respondenta (2,50 %) byl zaznamenán syndrom vyhoření. V okresní nemocnici pracovalo 15 respondentů, z toho u 12 respondentů (80,00 %) bylo zjištěno nízké riziko a tři respondenti (20,00 %) se nacházeli ve vysokém riziku. V nemocnici městského typu pracovalo 14 respondentů, z toho 12 respondentů (85,71 %) vykazovalo nízké riziko a dva respondenti (14,29 %) byli ve vysokém riziku syndromu vyhoření.

Hodnocení rizika syndromu vyhoření podle typu operačních sálů je představeno v tabulce 6.

Tabulka 6 – Riziko syndromu vyhoření podle typu operačních sálů

Skóre SMBM	Typ operačních sálů		
	COS N / %	Oborové N / %	Dětské N / %
14-56 bodů (nízké riziko syndromu vyhoření)	70 (84,34)	20 (68,97)	5 (71,43)
57-84 bodů (vysoké riziko syndromu vyhoření)	12 (14,46)	9 (31,03)	2 (28,57)
85-98 bodů (syndrom vyhoření)	1 (1,20)	0 (0,00)	0 (0,00)
Celkem respondentů	83 (69,75)	29 (24,37)	7 (5,88)
	119 (100,00)		

*COS = centrální operační sály

V porovnání typů operačních sálů bylo zjištěno, že z 83 respondentů pracujících na centrálních operačních sálech se 70 respondentů (84,34 %) nacházelo v nízkém riziku syndromu vyhoření, 12 respondentů (14,46 %) vykazovalo vysoké riziko syndromu vyhoření a u jednoho respondenta (1,20 %) probíhal syndrom vyhoření. Na oborových sálech pracovalo 29 respondentů, z toho 20 respondentů (68,97 %) bylo v nízkém riziku a u devíti respondentů (31,03 %) bylo zjištěno vysoké riziko syndromu vyhoření. Ze sedmi respondentů pracujících na dětských sálech bylo v nízkém riziku pět respondentů (71,43 %) a u dvou respondentů bylo zjištěno vysoké riziko syndromu vyhoření.

7.1.3 Výsledky testování hypotéz týkající se syndromu vyhoření

Ke zhodnocení normality dat byly vytvořeny histogramy (příloha D) a proveden Shapiro-Wilk test normality. Porovnání dat bylo hodnoceno na základě Mann-Whitney U testu a testu Kruskal-Wallis ANOVA (tabulka 7).

Tabulka 7 – Porovnání rizika syndromu vyhoření dle typu nemocnice a operačních sálů

Typ nemocnice	Shapiro-Wilkův test normality p-hodnota	Test p-hodnota
Státní	0,0090	Mann-Whitney U p = 0,7886
Soukromá	0,8936	
Fakultní	0,5903	Kruskal-Wallis ANOVA p = 0,7781
Krajská	0,1365	
Okresní	0,1280	
Městská	0,0884	
COS	0,0279	Mann-Whitney U p = 0,0598
Oborové	0,7655	

Hypotéza 1: *Existuje rozdíl ve výskytu syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči podle typu nemocnice (státní vs. soukromé; fakultní vs. krajské vs. okresní vs. městské).*

Na základě statistického testování nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi výskytem syndromu vyhoření ve státních a soukromých nemocnicích ($p = 0,7886$). Signifikantní rozdíl nebyl zjištěn ani v případě typu fakultní, krajské, okresní a městské nemocnice ($p = 0,7781$).

Hypotéza 1 nebyla potvrzena.

Hypotéza 2: *Existuje rozdíl ve výskytu syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči podle typu operačních sálů (centrální vs. oborové).*

Na základě statistického testování nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi výskytem syndromu vyhoření dle typu operačních sálů ($p = 0,0598$). **Hypotéza 2 nebyla potvrzena.**

7.2 Pracovní prostředí

Druhým hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit hodnocení pracovního prostředí sester pro perioperační péči. Hodnocení pracovního prostředí bylo stanoveno na základě celkových výsledků u celkového souboru dotazovaných respondentů (tabulka 8).

Tabulka 8 – Hodnocení pracovního prostředí

Rozdělení pracovního prostředí	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost %
Příznivé pracovní prostředí (4 nebo 5 domén vyšší než 2,5)	61	51,26
Neutrální pracovní prostředí (2 nebo 3 domény vyšší než 2,5)	33	27,73
Nepříznivé pracovní prostředí (žádná nebo 1 doména vyšší než 2,5)	25	21,01
Celkem	119	100,00

Pracovní prostředí bylo rozděleno do tří kategorií: příznivé – neutrální – nepříznivé. Příznivé pracovní prostředí bylo zjištěno u 61 respondentů (51,26 %), 33 respondentů (27,73 %) vnímalo

pracovní prostředí jako neutrální a nepříznivé pracovní prostředí bylo zaznamenáno u 25 respondentů (21,01 %).

7.2.1 Hodnocení PES-NWI

Pro hodnocení PES-NWI byl stanoven neutrální bod na čtyřstupňové Likertově škále (hodnota 2,5). Hodnoty vyšší, než neutrální bod ukazují pro příznivé pracovní prostředí. Jednotlivé položky dotazníku jsou uspořádány dle průměrné hodnoty od nejlépe hodnocených odpovědí, po hůře hodnocené odpovědi, resp. od nejvíce souhlasím po nejméně souhlasím. Hodnocení jednotlivých položek a domén dotazníku PES-NWI je uvedeno v následující tabulce 9.

Tabulka 9 – Hodnocení PES-NWI

Položka		Souhlasím N / %	Nesouhlasím N / %	Průměr	±SD
14	V naší nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče	114 (95,80)	5 (4,20)	3,26	0,56
16	Lékaři a sestry pracují hodně v týmu	104 (87,39)	15 (12,61)	3,04	0,60
25	Pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces	98 (82,35)	21 (17,65)	2,99	0,76
29	Pro všechny pacienty jsou písemně zpracované aktualizované plány ošetrovatelské péče	97 (81,51)	22 (18,49)	2,92	0,65
24	Mezi sestrami a lékaři existuje dobrá spolupráce	96 (80,67)	23 (19,33)	2,87	0,59
28	Vedoucí sestry konzultují se sestrami běžné provozní problémy a činnosti	93 (78,15)	26 (21,85)	2,87	0,75
19	Spolupracují se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi	92 (77,31)	27 (22,69)	2,84	0,69
2	Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy	92 (77,31)	27 (22,69)	2,83	0,68
18	V nemocnici je jasná filozofie ošetrovatelské péče prostupující do prostředí péče o pacienta	93 (78,15)	26 (21,85)	2,80	0,68
3	Sestry mají podporu ze strany vedoucích sester	83 (69,75)	36 (30,25)	2,78	0,87
17	Je zajištěn aktivní rozvoj zaměstnanců nebo programy dalšího vzdělávání pro sestry	81 (68,07)	38 (31,93)	2,74	0,74

Položka		Souhlasím N / %	Nesouhlasím N / %	Průměr	±SD
22	V nemocnici se aktivně realizuje program pro zlepšování kvality péče	84 (70,59)	35 (29,41)	2,72	0,78
1	Jako sestra mám odpovídající podporu pomocného personálu	82 (68,91)	37 (31,09)	2,72	0,78
20	Vedoucí sestra svými rozhodnutími hájí práva sester, a to i v případě, že se jedná o konflikt s lékařem	77 (64,71)	42 (35,29)	2,71	0,92
4	V nemocnici existuje mnoho příležitostí pro profesní rozvoj sester	71 (59,66)	48 (40,34)	2,64	0,77
26	Ošetrovatelská péče o pacienty v nemocnici je postavena především na ošetrovatelském přístupu než na přístupů medicínském	79 (66,39)	40 (33,61)	2,64	0,67
30	Péče o pacienta je organizována tak, aby podporovala kontinuitu péče	74 (62,18)	45 (37,82)	2,61	0,79
10	Vedoucí sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu	75 (63,03)	44 (36,97)	2,61	0,93
15	Kompetence a autorita hlavní sestry/náměstkyně ošetrovatelské péče jsou na stejné úrovni jako u ostatních členů vrcholného managementu nemocnice	72 (60,50)	47 (39,50)	2,61	0,78
5	Sestry mají příležitost pro kariérní růst a postup v kariérním žebříčku	67 (56,30)	52 (43,70)	2,58	0,76
31	Sestry používají ošetrovatelské diagnózy v péči o pacienty	75 (63,03)	44 (36,97)	2,56	0,85
27	Sestry mají možnost působit v ošetrovatelských i jiných pracovních a poradních skupinách působících v nemocnici	63 (52,94)	56 (47,06)	2,48	0,75
11	Hlavní sestra / náměstkyně ošetrovatelské péče je viditelná, otevřená komunikaci a pro sestry dostupná	68 (57,14)	51 (42,86)	2,47	0,91
8	Je dostatek času a příležitostí diskutovat o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami	61 (51,26)	58 (48,74)	2,41	0,74
7	Vedoucí pracovníci využívají chyby podřízených jako příležitosti k učení, ne jako kritiku	55 (46,22)	64 (53,78)	2,39	0,81
13	Sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci	57 (47,90)	62 (52,10)	2,35	0,91
23	Sestry jsou zapojené do vnitřního řízení nemocnice	51 (42,86)	68 (57,14)	2,30	0,80

Položka		Souhlasím N / %	Nesouhlasím N / %	Průměr	±SD
21	Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců	51 (42,86)	68 (57,14)	2,29	0,81
6	Sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici	37 (31,09)	82 (68,91)	2,18	0,74
9	Na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče	45 (37,82)	74 (62,18)	2,17	0,88
12	Na pracovišti je dostatek personálu pro zvládnutí práce	43 (36,13)	76 (63,87)	2,16	0,88
Hodnoty pro jednotlivé domény				Průměr	±SD
1.	Účast sestry na nemocničních záležitostech			2,50	0,78
2.	Ošetrovatelské základy pro kvalitu péče			2,80	0,72
3.	Schopnost manažera sestry, vedení a podpora sester			2,57	0,89
4.	Personální obsazení a přiměřenost zdrojů			2,37	0,82
5.	Kolegiální vztahy mezi sestrou a lékařem			2,92	0,62
Celkové PES-NWI skóre				2,63	0,77

Deskriptivní analýzu všech položek PES-NWI, průměrné hodnoty jednotlivých položek a průměrné hodnoty domén znázorňuje tabulka 9. Celkové skóre PES-NWI je 2,63 (SD 0,77), což je hodnota vyšší než neutrální bod (= 2,5), tzn. pracovní prostředí bylo hodnoceno jako příznivé. Respondenti nejpříznivěji hodnotili doménu kolegiálních vztahů mezi sestrou a lékařem, dosahující hodnoty 2,92 (SD 0,62). Naopak, nejnižší hodnocení získala doména personálního obsazení a dostupnosti zdrojů, s hodnotou 2,37 (SD 0,82).

Nejvyšší hodnocení získaly položky: V naší nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče, hodnota 3,26 (SD 0,56); Lékaři a sestry pracují hodně v týmu, hodnota 3,04 (SD 0,60); Pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces, hodnota 2,99 (SD 0,76). Nejnižší hodnocení obdržely položky: Sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici, hodnota 2,18 (SD 0,74); Na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, hodnota 2,17 (SD 0,88); Na pracovišti je dostatek personálu pro zvládnutí práce, hodnota 2,16 (SD 0,88).

7.2.2 Hodnocení PES-NWI podle typu nemocnice a operačních sálů

Stejně jako v případě hodnocení SMBM i zde byly nemocnice rozděleny do dvou kategorií. První dělení zahrnovalo nemocnice státní a soukromé. Druhé dělení pak obsahovalo nemocnice fakultní, krajské, okresní a městské. Hodnocení pracovního prostředí podle typu nemocnice prezentuje tabulka 10.

Tabulka 10 – PES-NWI podle typu nemocnice

Pracovní prostředí	Typ nemocnice					
	Státní N / %	Soukromé N / %	Fakultní N / %	Krajská N / %	Okresní N / %	Městská N / %
Příznivé	45 (51,14)	16 (51,61)	25 (50,00)	17 (42,50)	10 (66,67)	9 (64,29)
Neutrální	25 (28,41)	8 (25,81)	14 (28,00)	12 (30,00)	4 (26,67)	3 (21,43)
Nepříznivé	18 (20,45)	7 (22,58)	11 (22,00)	11 (27,50)	1 (6,67)	2 (14,29)
Celkem respondentů	88 (73,95)	31 (26,05)	50 (42,02)	40 (33,61)	15 (12,61)	14 (11,76)
	119		119			

V porovnání typů nemocnic v kategorii státní vs. soukromé bylo zjištěno, že z 88 respondentů pracujících ve státní nemocnici hodnotilo 45 respondentů (51,14 %) pracovní prostředí jako příznivé, neutrální pracovní prostředí bylo zjištěno u 25 respondentů (28,41 %) a nepříznivé pracovní prostředí bylo vyhodnoceno u 18 respondentů (20,45 %). U respondentů pracujících v soukromých nemocnicích vyšlo hodnocení pracovního prostředí příznivě u 16 respondentů (51,61 %), jako neutrální bylo hodnoceno osmi respondenty (25,81 %) a sedm respondentů (22,58 %) vyhodnotilo pracovní prostředí jako nepříznivé.

V rámci porovnání typů nemocnic fakultní vs. krajské vs. okresní vs. městské bylo zjištěno, že v nemocnici fakultního typu hodnotilo jako příznivé pracovní prostředí 25 respondentů (50,00 %), 14 respondentů (28,00 %) jako neutrální a 11 respondentů (22,00 %) jako nepříznivé. V krajských nemocnicích hodnotilo pracovní prostředí jako příznivé 17 respondentů (42,50 %), neutrální 12 respondentů (30,00) a nepříznivé 11 respondentů (27,50 %). V okresních nemocnicích hodnotilo pracovní prostředí následovně příznivě 10 respondentů (66,67 %), neutrálně čtyři respondenti (26,67 %) a nepříznivě jeden respondent

(6,67 %). V nemocnici městského typu bylo pracovní prostředí u devíti respondentů (64,29 %) hodnoceno příznivě, tři respondenti (21,43 %) hodnotili pracovní prostředí jako neutrální a nepříznivé pracovní prostředí vyšlo u dvou respondentů (14,29 %).

Hodnocení pracovního prostředí podle typu operačních sálů prezentuje tabulka 11.

Tabulka 11 – PES-NWI podle typu operačních sálů

Pracovní prostředí	Typ operačních sálů		
	COS N / %	Oborové N / %	Dětské N / %
Příznivé	47 (56,63)	11 (37,93)	3 (42,86)
Neutrální	22 (26,51)	8 (27,59)	3 (42,86)
Nepříznivé	14 (16,87)	10 (34,48)	1 (14,29)
Celkem respondentů	83	29	7
	119		

*COS = centrální operační sály

V porovnání typů operačních sálů bylo zjištěno, že 47 respondentů (56,63 %) pracujících na COS hodnotilo pracovní prostředí příznivě, 22 respondentů (26,51 %) neutrálně a 14 respondentů (16,87 %) nepříznivě. Na oborových sálech pracovalo bylo příznivé pracovní prostředí zjištěno u 11 respondentů (37,93 %), neutrální u osmi respondentů (27,59 %) a nepříznivé pracovní prostředí bylo zjištěno u 10 respondentů (34,48). Ze sedmi respondentů pracujících na dětských sálech bylo pracovní prostředí rozděleno: příznivé – tři respondenti (42,86 %), neutrální – tři respondenti (42,86 %) a nepříznivé – jeden respondent (14,29 %).

7.2.3 Výsledky testování hypotéz týkající se pracovního prostředí

Ke zhodnocení normality dat byly vytvořeny histogramy (příloha E) a proveden Shapiro-Wilk test normality. Porovnání dat bylo hodnoceno na základě Mann-Whitney U testu a testu Kruskal-Wallis ANOVA (tabulka 12).

Tabulka 12 - Porovnání pracovního prostředí dle typu nemocnice a operačních sálů

Typ nemocnice	Shapiro-Wilkův test normality p-hodnota	Test p-hodnota
Státní	0,000001	Mann-Whitney U p = 0,9304
Soukromá	0,0037	
Fakultní	0,0002	Kruskal-Wallis ANOVA p = 0,1647
Krajská	0,0027	
Okresní	0,0194	
Městská	0,0147	
COS	0,000001	Mann-Whitney U p = 0,1356
Oborové	0,0021	

Hypotéza 3: *Existuje rozdíl v hodnocení pracovního prostředí sester pro perioperační péči podle typu nemocnice (státní vs. soukromé; fakultní vs. krajské vs. okresní vs. městské).*

Na základě statistického testování nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi hodnocením pracovního prostředí ve státních a soukromých nemocnicích ($p = 0,9304$). Signifikantní rozdíl nebyl zjištěn ani v případě typu fakultní, krajské, okresní a městské nemocnice ($p = 0,1647$).

Hypotéza 3 nebyla potvrzena.

Hypotéza 4: *Existuje rozdíl v hodnocení pracovního prostředí sester pro perioperační péči jsou rozdíly podle typu operačních sálů (centrální vs. oborové).*

Na základě statistického testování nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi hodnocením pracovního prostředí dle typu operačních sálů ($p = 0,1356$). **Hypotéza 4 nebyla potvrzena.**

7.3 Syndrom vyhoření vs. pracovní prostředí

Třetím hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda existuje vztah mezi výskytem syndromu vyhoření a hodnocením pracovního prostředí. Ke zhodnocení normality dat byly vytvořeny histogramy (příloha F) a proveden Shapiro-Wilk test normality. Porovnání dat pak bylo hodnoceno na základě testu Spearmanovy korelace (tabulka 13).

Tabulka 13 – Srovnání SMBM a PES-NWI

	Shapiro-Wilkův test normality p-hodnota	Spearmanova korelace
SMBM	0,0188	Spearman R korelace -0,4032 p = 0,000005
PES-NWI	0,0271	

Hypotéza 5: *Existuje vztah mezi výskytem syndromu vyhoření a hodnocením pracovního prostředí sester pro perioperační péči.*

Na základě výsledků Spearmanovy korelace byl prokázán statisticky významný vztah mezi výskytem syndromu vyhoření a hodnocením pracovního prostředí ($p = 0,000005$). Negativní hodnota Spearmanovy korelace (-0,4032) naznačuje, že existuje inverzní vztah mezi hodnocením pracovního prostředí a výskytem rizika syndromu vyhoření, což znamená, že čím lépe je hodnoceno pracovní prostředí, tím nižší je pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření. **Hypotéza 5 byla potvrzena.**

8 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak sestry pro perioperační péči vnímají jednotlivé aspekty pracovního prostředí, zda se u sester pro perioperační péči vyskytuje syndrom vyhoření a zda existuje souvislost mezi těmito zkoumanými oblastmi. Diplomová práce je porovnávána a diskutována s disertační prací Markové (2023), se třemi diplomovými pracemi Kolodzieski (2021), Labudíkové (2021), Petlachové (2016) a se studii autorů: Gurková a kol. (2019), Amalia Sillero a Adelaida Zabalegui (2018 a 2020), Zeleníková a kol. (2021).

Problematika syndromu vyhoření byla dříve tabuizována, avšak v posledních letech se dostává do popředí zájmu. Z důvodu dlouhodobého a nenápadného rozvoje syndromu vyhoření, je důležité se touto problematikou zabývat, aby se mohlo předcházet možným negativním dopadům působení syndromu vyhoření v oblasti perioperační péče. Tématem syndromu vyhoření se zabývala diplomová práce Michaely Kolodzieski „*Pracovní spokojenost a syndrom vyhoření u perioperačních sester (2021)*“ Tato práce využívala kvantitativní metody sběru dat založené na standardizovaném dotazníku MBI a zaměřovala se na sestry pro perioperační péči jedné vybrané nemocnice. Monika Petlachová se zabývala tématem „*Syndrom vyhoření u všeobecných sester (2016)*“ Její diplomová práce také využívala kvantitativní metody sběru dat, dotazníkové šetření probíhalo pomocí standardizovaného nástroje SMBM a bylo zaměřené na všeobecné sestry jedné vybrané nemocnice. Amalia Sillero a Adelaida Zabalegui se ve své zahraniční studii ze španělské Barcelony „*Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses (2018)*“ pro sběr dat využily standardizovaný dotazník MBI a jejich studie byla zaměřená na sestry pro perioperační péči.

Z výsledků této diplomové práce vyplynulo, že u 77,31 % sester bylo zjištěno nízké riziko syndromu vyhoření, 21,85 % sester vykazovalo vysoké riziko syndromu vyhoření a 0,84 % sester bylo vyhořelých. Podobné rozložení rizika syndromu vyhoření u všeobecných sester ve své práci uvádí Petlachová (2016), kdy nízké riziko syndromu vyhoření bylo zaznamenáno u 89,51 % sester, vysoké riziko u 9,98 % sester a syndrom vyhoření vykazovalo 0,51 % sester, což je v souladu s výsledky této diplomové práce. Kolodzieski (2021) ve své práci uvedla, že 65,35 % sester pro perioperační péči je vyhořelých, její data byla získána na základě standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI), použití rozdílného dotazníkového nástroje může být důvodem odlišných výsledků. V zahraniční studii

ve španělské Barceloně popisuje Sillero and Zabalegui (2018), na základě dat získaných pomocí MBI dotazníku, rozložení rizika syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči následovně, 41 % sester je ve středně vysokém až vysokém riziku syndromu vyhoření a 59 % sester je v nízkém riziku syndromu vyhoření, což není ve shodě s výsledky této diplomové práce, důvodem pro rozdílnost výsledků může být odlišný systém zdravotnictví (ČR, Španělsko) a velikost výzkumného souboru.

Doména fyzické vyčerpání byla nejhůře hodnocenou doménou se 42,02 % sester ve vysokém ohrožení syndromem vyhoření. Doména kognitivní únava a emoční vyčerpání měly přibližně stejné hodnocení, zhruba 20 % sester se v těchto doménách nacházelo ve vysokém riziku syndromu vyhoření. Kolodzieyski (2021) došla k výsledku, že v emocionální oblasti uvádí dosáhlo 32,67 % sester pro perioperační péči vysokého stupně vyhoření, což je odlišný výsledek od této práce. V práci Kolodzieyski (2021) byla nejlépe hodnocena položka: *„Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem“* a nejhůře hodnocené položky *„Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil“* a *„Mám pocit, že jsem na konci svých sil“*. Při analýze jednotlivých položek dotazníku v této diplomové práci bylo dosaženo stejného závěru. Sestry nejméně pociťovaly necitlivost k potřebám spolupracovníků a pacientů a neschopnost být milé na spolupracovníky a pacienty. Nejčastěji se vyskytovanými pocity byly položky *„cítím se unavený“*, *„cítím, že mám všeho dost“* a *„připadám si, jako by se mi vybily baterky“*. Tyto výsledky jsou ve shodě s prací Kolodzieyski (2021).

Při posuzování rozdílů ve výskytu syndromu vyhoření podle typu nemocnice a operačních sálů, bylo ze získaných dat zjištěno, že nejsou statisticky významné rozdíly ve výskytu syndromu vyhoření. Tzn. že výskyt syndromu vyhoření je podobný ve státních i soukromých nemocnicích, ve fakultních, okresních, krajských a městských nemocnicích, a také na centrálních operačních sálech a sálech oborových. Naopak Petlachová (2016) ve své práci prokázala, že existuje signifikantně významný rozdíl syndromu vyhoření u všeobecných sester dle jednotlivých pracovišť, což není ve vzájemné shodě s výsledky této práce. Jedním z možných důvodů může být rozdílnost zkoumaných skupin sester (všeobecné sestry, sestry pro perioperační péči). Dalším důvodem může být fakt, že mezi porovnávanými studiemi je osmiletý rozestup a situace v českém zdravotnictví neustále prochází změnami.

Výsledky v této oblasti byly překvapující. Z důvodu vysoké psychické i fyzické náročnosti profese sestry pro perioperační péči a dlouhodobě trvajícím nedostatku kvalifikovaného

personálu bylo předpokládáno, že sestry budou vykazovat vyšší procento vysokého rizika syndromu vyhoření a syndrom vyhoření bude prokázán u vyššího počtu sester. Zároveň bylo také předpokládáno, že bude ve výskytu syndromu vyhoření významný rozdíl, jak podle typu nemocnice, tak i podle typu operačních sálů. Tento předpoklad se v této oblasti nepotvrdil.

Riziko syndromu vyhoření úzce souvisí s pracovním prostředím, které je velmi důležitým aspektem v oblasti perioperační péče. Pracovní prostředí má přímý a nezanedbatelný vliv na sestru a její pracovní výkon. V oblasti pracovního prostředí byla diplomová práce diskutována s prací Ivy Markové, která se zabývala tématem „*Přidělovaná ošetrovatelská péče a pracovní prostředí sester (2023)*“. Práce byla založená na kvantitativní metodě, sběr dat byl proveden pomocí strukturovaného dotazníku PES-NWI. Výzkum byl zaměřen na všeobecné a praktické sestry na standardních lůžkových odděleních. Podobným tématem se zabývala Monika Labudíková, která ve své práci „*Pracovní prostředí sester a jeho vliv na pracovní spokojenost a úvahy sester o odchodu (2021)*“ také pro sběr dat využila kvantitativní metodu strukturovaného dotazníku PES-NWI. Její výzkum byl obdobně jako výzkum Markové zaměřen na všeobecné a praktické sestry standardních lůžkových oddělení. Studie Zeleníkové a kol. „*Vztah pracovního prostředí sester a nedokončené Ošetrovatelské péče – první výsledky výzkumu v České republice (2021)*“ byla zaměřena na všeobecné sestry standardních oddělení nemocnic České republiky, jednalo se o kvantitativní metodu sběru dat pomocí standardizovaného nástroje PES-NWI. Stejně zaměření a použité metody výzkumu měla studie Gurkové et al. „*Nurses' work environment, job satisfaction, and intention to leave – a cross-sectional study in Czech hospitals (2021)*“ Amalia Sillero a Adelaida Zabalegui se ve své zahraniční studii ze španělské Barcelony „*Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work (2020)*“ zkoumala pracovní prostředí sester pro perioperační péči pomocí kvantitativní metody sběru dat za využití standardizovaného nástroje PES-NWI.

Z výzkumu této diplomové práce bylo zjištěno, že 51,26 % sester hodnotilo pracovní prostředí jako příznivé, 27,73 % jako neutrální a 21,01 % jako nepříznivé. Labudíková (2021) ve své práci uvádí rozložení pracovního prostředí mezi sestrami následovně – příznivé pracovní prostředí 63 %, neutrální pracovní prostředí 30 % a nepříznivé pracovní prostředí 7 %. Ve studii Markové (2023) bylo pracovní prostředí u sester pracujících na standardních lůžkových

odděleních hodnoceno jako příznivé u 60,3 % sester a nepříznivé pracovní prostředí u 10,3 % sester. Výsledky získané touto diplomovou prací jsou odlišné od porovnávaných prací, důvodem může být rozdílnost výzkumných souborů (všeobecné sestry, sestry pro perioperační péči) a nedostatečné množství studií zaměřených na toto specifické pracovní prostředí.

V rámci hodnocení jednotlivých domén pracovního prostředí bylo zjištěno, že čtyři domény mají hodnocení vyšší než 2,5, nejlépe hodnocenou doménou byla doména kolegiální vztahy mezi sestrou a lékařem (hodnota 2,92), naopak nejhůře hodnocenou doménou se stala doména personální obsazení a přiměřenost zdrojů (hodnota 2,37). Totožné výsledky prezentuje ve své studii Zeleníková a kol. (2021), kdy nejlépe hodnocenou doménou byla také doména kolegiální vztahy s hodnotou 2,95 a nejnižší hodnocenou doménou byla shodně doména personální obsazení s hodnotou 2,25. Zajímavé je, že v zahraniční studii ve španělské Barceloně (Sillero and Zabalegui, 2020) u sester pro perioperační péči byla kladně hodnocena pouze jedna doména, a naopak čtyři domény byly hodnoceny negativně, což vykazuje opačný výsledek. Jedním z možných důvodů pro rozdílnost těchto výsledků je diferenciací zdravotnictví (ČR, Španělsko) a velikost výzkumného souboru. Zásadní je, že české studie vykazují podobné výsledky.

V hodnocení jednotlivých položek byly zjištěny následující informace. Mezi položky, které obdržely nejvyšší souhlasné stanovisko, patří očekávání vysokého standardu kvality poskytované péče, spolupráce sester a lékařů a zavedený adaptační proces. K podobným závěrům dospěla ve své studii Gurková a kol. (2019), kde nejlépe hodnocenými položkami také bylo očekávání vysokého standardu a adaptační proces. Totožná data uváděla ve své práci i Labudíková (2021), která dále uvedla, že nejméně sestry souhlasily s možností podílet se na rozhodování v nemocnici a s adekvátním počtem personálu. Stejná data prezentovala také Gurková a kol. (2019). Z dat získaných v této práci bylo obdobně zjištěno, že sestry vyjádřily nejmenší souhlas s dostatečným počtem personálu, možností podílet se na rozhodování v nemocnici a také vyjádřili nesouhlas s dostatkem pochvaly a uznání za vykonanou práci.

Při posuzování rozdílů v hodnocení pracovního prostředí podle typu nemocnice a operačních sálů, bylo ze získaných dat zjištěno, že nejsou statisticky významné rozdíly ve vnímání pracovního prostředí. Tzn. že pracovní prostředí je vnímáno podobně ve státních i soukromých nemocnicích, ve fakultních, okresních, krajských a městských nemocnicích, a také na centrálních operačních sálech a sálech oborových. Tento závěr potvrzuje výsledky studie

Markové (2023), ve které také nebyl prokázán rozdíl mezi typem nemocnice a oddělením. Labudíková (2021) ve své práci naopak prokázala, že ve vnímání pracovního prostředí všeobecnými sestrami je signifikantní rozdíl podle typu nemocnice fakultní vs. nefakultní, rozdíl v rámci oddělení interní vs. chirurgické v její práci nebyl prokázán. Ve své studii Gurková a kol. (2019) stejně jako Labudíková prokázala rozdíl v hodnocení pracovního prostředí sester ve fakultních a nefakultních nemocnicích, rozdíl mezi typem oddělení také v této studii nebyl významný. Studie Labudíkové (2021) a Gurkové a kol. (2019) se shodují v závěru, že v hodnocení pracovního prostředí není rozdíl dle typu oddělení, ale byl prokázán signifikantní rozdíl podle typu nemocnice.

Vzhledem k dostupným studiím bylo předpokládáno, že pracovní prostředí bude sestrami pro perioperační péči vnímáno pozitivně u většího procenta, zároveň byl předpoklad, že v hodnocení pracovního prostředí bude prokázán významný rozdíl, podle typu nemocnice i operačních sálů. Tento předpoklad se nepotvrdil.

Pracovní prostředí může mít významný podíl v prevenci syndromu vyhoření nebo naopak způsobovat intenzivnější působení stresorů na jedince a tím podpořit propuknutí syndromu vyhoření. Jedním z hlavních cílů této diplomové práce bylo prokázat vztah mezi syndromem vyhoření a pracovním prostředím, což bylo v práci prokázáno a zároveň tento fakt potvrzuje výsledek české studie u všeobecných sester (Ježorská, Vévoda a Chrastina, 2014) a zahraniční studie (Bruyneel et al., 2023).

8.1 Přínos práce a doporučení pro praxi

Hodnocení rizika syndromu vyhoření v souvislosti s hodnocením pracovního prostředí je významné zejména pro sledování současných tendencí vývoje v oblasti perioperační péče v podmínkách českého zdravotnictví. Na základě provedeného výzkumného šetření této diplomové práce lze usuzovat závěry na úrovni personálního obsazení a fyzické náročnosti práce. Tyto oblasti by měly být více zkoumány. Obecně by se dalo říci, že výskyt syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči je malý, ale je třeba vzít v úvahu i možnost, že sestry, které jsou již v syndromu vyhoření nebudou ochotné tento typ studie podstupovat, v některých případech ani vedení nemocnice či konkrétních sálů neumožní, aby jejich zaměstnanci byli do podobných studií zahrnuti. Je tedy potřeba se zaměřit na vedoucí pracovníky, aby podnikli vstřícné kroky k informovanosti a zájmu o tuto problematiku. Nedostatečné personální

obsazení a negativní trend tohoto fenoménu do let budoucích může úzce souviset s přetěžováním současného personálu. Lze předpokládat, že hodnocení pracovního prostředí by mohlo mít klesající tendenci, a naopak vysoká míra ohrožení syndromem vyhoření by mohla mít tendence vzrůstající. Tato eventualita poskytuje veliký prostor pro vedení jednotlivých nemocnic a oddělení, aby svou pozornost soustředily na kvalitní podmínky pracovního prostředí a vyvinuli snahu o snížení fluktuace personálu a udržení personálu současného.

Jedním z doporučení je rozhodně realizovat další výzkumy v oblasti perioperační péče v klinické praxi. To by mohlo pomoci rozklíčovat faktory, které mohou negativně působit na sestry pro perioperační péči a tím ovlivnit kvalitu poskytované perioperační péče. Výzkumná zjištění by bylo vhodné diskutovat se sestrami pro perioperační péči v klinické praxi, protože jak vyplynulo z výzkumu, sestry nemají často možnost podílet se na rozhodování v nemocnici. Tato skutečnost by však mohla přinést mnoho efektivních podnětů pro problémové oblasti a přispět tak k celkovému zkvalitňování pracovního prostředí perioperační péče. Dále lze interpretovat výzkumná zjištění na odborných a vědeckých konferencích.

V rámci doporučení pro klinickou praxi, by bylo vhodné pravidelně sledovat rizikové oblasti na jednotlivých pracovištích a popřípadě činit nápravná opatření. Rozhodně by bylo velkým přínosem zapojit sestry do provozních záležitostí, diskutovat s nimi problémy a změny související s provozem pracoviště. Přínosem by mohla být dále podpora sester v oblasti sebevzdělávání. V rámci doporučení pro vedoucí pracovníky by bylo vhodné zaměřit více pozornosti na oceňování vykonané práce a lépe komunikovat vzniklé chyby na pracovišti za účelem profesního rozvoje sester, zefektivnění práce a prevence dalších možných pochybení. Další možností v rámci rozvoje může být využití peer programů a supervizí.

8.2 Limity práce

Limitem této diplomové práce je počet respondentů, který činil 119 sester pro perioperační péči vybraných nemocnic, z tohoto důvodu nelze výsledky výzkumu zobecnit na celou populaci sester pro perioperační péči v České republice.

9 ZÁVĚR

Pro tvorbu této diplomové práce bylo zvoleno téma syndrom vyhoření v prostředí perioperační péče. Z hlediska rozvíjejících se kompetencí a činností sester pro perioperační péči je nutné věnovat pozornost působení stresu a stresorů, které mohou vést k syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči a analyzovat pracovní prostředí, jelikož pracovní prostředí je jedním z hlavních faktorů, který může jak pozitivně, tak negativně ovlivnit celkový postoj sester pro perioperační péči a kvalitu poskytované perioperační péče.

Teoretická část diplomové práce byla rozdělena do tří oblastí, přičemž každá z nich se věnovala jednomu fenoménu. Jako první byla popsána perioperační péče, její definice a stručná historie. Podrobněji bylo popsáno vzdělávání sester pro perioperační péči, jejich kompetence a náplň práce. Druhá oblast popisovala syndrom vyhoření, jeho definici, stručnou historii, příznaky a možnosti prevence syndromu vyhoření. V závěru této oblasti byly uvedeny možnosti diagnostiky syndromu vyhoření. Třetí popisovaný fenomén se zabýval pracovním prostředím, jeho vymezením, ovlivňujícími faktory a možnostmi hodnocení pracovního prostředí.

Výzkumná část diplomové práce byla zpracována pomocí české verze standardizovaného dotazníku SMBM, který určil riziko syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči a české verze dotazníku PES-NWI, který hodnotil pracovní prostředí sester pro perioperační péči. Ze získaných dat bylo zjištěno, že přibližně čtvrtina sester byla ohrožena vysokou mírou syndromu vyhoření. Tento závěr se zcela neztotožňuje s výsledky některých výzkumů, které uváděli, že sestry pro perioperační péči jsou ohroženy vysokou mírou syndromu vyhoření až ve dvou třetinách případů. Nejvíce rizikovou doménou v oblasti syndromu vyhoření se stala doména fyzické únavy, která zahrnovala zároveň nejhůře hodnocené položky týkající se únavy a fyzického vyčerpání. Pracovní prostředí bylo u poloviny respondentů hodnoceno jako příznivé a u jedné čtvrtiny bylo vyhodnoceno jako nepříznivé. Ani tento závěr není zcela ve shodě s dostupnými studiemi. Nejhůře hodnocenou doménou v oblasti pracovního prostředí byla doména personální obsazení a přiměřenost zdrojů, která rovněž zahrnovala nejhůře hodnocené položky týkající se nedostatku personálu a nedostatku pochvaly a uznání za vykonanou práci.

Diferenciace dat v této práci byla dále vyhodnocována podle typu nemocnice a typu operačních sálů. Předpoklad rozdílnosti u obou zkoumaných fenoménů se nepotvrdil, tzn. že riziko syndromu vyhoření a hodnocení pracovního prostředí jsou stejné. Z výsledků získaných v této

diplomové práci byla potvrzena přímá souvislost mezi syndromem vyhoření a pracovním prostředím, což potvrdilo výsledky dostupných studií.

Cíle stanovené v této diplomové práci byly splněny a výsledky tohoto výzkumného šetření se mohou stát podkladem pro realizaci dalších výzkumných studií, které by se mohly konkrétně zaměřit na problémové domény jednotlivých zkoumaných oblastí (syndromu vyhoření a pracovního prostředí sester) a jejich vzájemných vztahů a souvislostí.

10 POUŽITÁ LITERATURA

10.1 Primární zdroje

ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004, 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), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004. [cit. 2023-08-21]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/05/zakon_96_2004_ve_zneni_pozdejsich_predpisu.pdf

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 158 ze dne 22. června 2022, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2022. [cit. 2023-08-21]. Dostupné z: https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/07/158_2022-.pdf

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Věstník č. 5 ze dne 28. dubna 2020. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2020, 5. [cit. 2023-08-21]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/19099/41057/Vestnik%20MZ_5-2020.pdf

ČESKO. Nařízení vlády č. 164 ze dne 24. července 2018, o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2018, 85, s. 2594-2597. ISSN 1211-1244.

10.2 Sekundární zdroje

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava. *60 let NCO NZO: 1960-2020: almanach*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2020. ISBN 978-80-7013-604-1.

IHNÁT, Peter. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0334-8.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2019. ISBN 978-80-7013-598-3.

KOLEKTIV AUTORŮ, *Operační polohy*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2077-2.

KUDLEJOVÁ, Mária a kol. *Inštrumentovanie: princípy, zásady, techniky a postupy*. Martin: Osveta, 2014. ISBN 978-80-8063-423-0.

MAGERČIAKOVÁ, Mariana a Lukáš KOBER. *Motivace sester po pandemii covidu-19*. Praha: Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3730-5.

10.3 Odborné články

BARTONÍČKOVÁ, Daniela et al. Missed nursing care and its association with the work environment of nurses working in pediatrics. *Kontakt*, 2021, 24(1), p. 3-11. ISSN 1212-4117. EISSN 1804-7122

BLOMBERG, Ann-Catrin, Lillemor LINDWALL and Birgitta BISHOLT. Operating theatre nurses' self-reported clinical competence in perioperative nursing: A mixed method study. *Nursing Open*, 2019, 6(4), p. 1510-1518. [cit. 2023-08-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.352>

BRUYNEEL Arnaud et al., Association of burnout and intention-to-leave the profession with work environment: A nationwide cross-sectional study among Belgian intensive care nurses after two years of pandemic. *International Journal of Nursing Studies*, 2023; 137, p. 104385. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36423423/>

GURKOVÁ, Elena a kol. Nurses' work environment, job satisfaction, and intention to leave - a cross-sectional study in Czech hospitals. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2021, 12(4), p. 495-504. ISSN 2336-3517.

GÜLER, Yilmaz, et al. Burnout syndrome should not be underestimated. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 2019, 65(11), p. 1356–1360. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.11.1356>

HALLOWELL, Sunny G. An Exploratory Study of the Associations Between the Hospital Work Environment and Implementation of Baby-Friendly Hospital Policy. *The Journal of perinatal education*. 2022, 31(3). Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36643392/>

JANÍKOVÁ, Eva a kol. Work environment assessment instruments used in nursing. *Kontakt*. 2021, 23(4), 263-273. ISSN 1212-4117.

- JEŽORSKÁ, Šárka, Jiří VÉVODA a Jan CHRASTINA. Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost?. *Profese on-line*. 2014, 7(1), s. 9-15. ISSN 1803-4330.
- KLAMUT, Olga, Lening A OLIVERA-FIGUEROA a Simon WEISSENBERGER. A Balanced Time Perspective and Burnout Syndrome in the Corporate World. *International journal of environmental research and public health*, 2022, 19(21), p. 1-14. ISSN 1660-4601.
- KORDULOVÁ, Pavla. Historický přehled vzdělávání sestry pro perioperační péči v urologii. *Urologie pro praxi*, 2016, 17(5), s. 238-242. ISSN 1213-1768.
- KORDULOVÁ, Pavla. Vzdělávání sester specialistek v perioperační péči. *Florence*, 2017, 13(6), s. 26-28. ISSN 1801-464X.
- MARKOVÁ Iva, a Darja JAROŠOVÁ. Vnímání pracovního prostředí sestrami na standardních odděleních ve vybraných nemocnicích v ČR. *Zdravotnické listy*. 2023, 11(1), s. 12-17. ISSN 1212-4117.
- MOROVICSOVÁ, Eva a Lenka KOSTOVIČOVÁ. Výskyt syndrómu vyhorenia u lekárov na psychiatrických oddeleniach a v ambulanciách na Slovensku. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2018, 114(6), s. 237-243. ISSN 1212-0383.
- NEDVĚDOVÁ, Daniela. Stres a syndrom vyhoření v profesi porodních asistentek. *Ošetrovateľské perspektivy*, 2019, 2(2), s. 65-80. ISSN 2570-785X.
- PARK, Shin Hye, Miranda HANCHETT a Chenjuan MA. Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 2018, 50(6), p. 722-730. ISSN 1527-6546.
- PAVLOVÁ, Petra, Jana HOLÁ a Jiří ŠILLER. Historické mezníky ošetrovateľskej perioperačnej péče od poloviny 20. storočia po súčasnosť: literárny prehľad. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencija*, 2016, 6, s. 49-53. ISSN 1339-5920.
- POGUE, Colleen A et al. Associations among the nursing work environment, nurse-reported workplace bullying, and patient outcomes. *Nursing forum*, 2022, 57(6). Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35908259/>
- PTÁČEK, Radek a kol. Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření. *Československá psychologie*, 2017, 61(6), s. 536-545. ISSN 0009-062X.

PTÁČKOVÁ, Eva. Syndrom vyhoření burnout. *Podiatrické listy*. 2021, 2021(1), 32-33. ISSN 2336-7725.

PUTRA, Kuswanto Rusca, et al. The impact of nurse manager caring behaviors and work environment on burnout syndrome among nurses. *Kontakt*, 2021, 23(2), p. 90-96. ISSN 1212-4117.

SÁDLOVÁ, A. a Martina ZVĚŘOVÁ. Syndrom vyhoření. *Psychiatrie*, 2017, s. 71. ISSN 1211-7579.

SALIGEROVÁ, Markéta a Jozef KOLÁŘ. Stupeň výskytu syndromu vyhoření u farmaceutů: dílčí studie. *Česká a slovenská farmacie*, 2017, 66(3), 107-111. ISSN 1210-7816.

SHOMAN, Yara, Roy HOSTETTLER and Irina Guseva CANU. Psychometric validity of the Shirom-Melamed Burnout Measure and the Burnout Assessment Tool: a systematic review. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 2023, 74(4), p. 238–245. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38146759/>

SCHAUFELI, Wilmar B. Burnout: A short socio-cultural history. *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction*, 2017, p. 105-127. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-3-319-52887-8_5

SCHAUFELI, Wilmar B., Steffie DESART and Hans DE WITTE. Burnout Assessment Tool (BAT)-Development, Validity, and Reliability. *International journal of environmental research and public health*, 2020, 17(24). Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/24/9495>

SILLERO, Amalia, and Adelaida ZABALEGUI. Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 2018, 14, p. 132-142. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29997680/>

SILLERO, Amalia, and Adelaida ZABALEGUI. Analysis of the work environment and intention of perioperative nurses to quit work. *Revista latino-americana de enfermagem*, 2020, 28. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32321043/>

SIPOS, David et al. Possible predictors of burnout among radiographers in Hungary: demographic and work related characteristics. *Kontakt*, 2020, 22(4), p. 228-234. ISSN 1212-4117.

- SOARES, Juliana Pontes et al. Use of the Maslach Burnout Inventory Among Public Health Care Professionals: Scoping Review. *JMIR Ment Health*, 2023, 10. Dostupné z: <https://mental.jmir.org/2023/1/e44195>
- SPURNÁ, Zuzana. Syndrom vyhoření se již netýká pouze pomáhajících profesí. *Svatoanenské listy*, 2022, 13(2), 25. ISSN 1805-7950
- ŠAMÁNEK, Milan. Syndrom vyhoření u lékařů. Kapitoly z kardiologie 1/2017. *Vox pediae*, 2017, 17(7), s. 31-34. ISSN 1213-2241.
- URPO, Marja et al. Teamwork: a perspective of perioperative nurses. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 2021, 12(3), p. 430-440. ISSN 2336-3517.
- VÉVODOVÁ, Šárka, Jiří VÉVODA a Bronislava GRYGOVÁ. Mobbing, subjective perception, demographic factors, and prevalence of burnout syndrome in nurses. *Central European journal of public health*, 2020, 28(Suppl.), p. 57-64. ISSN 1210-7778.
- VŇUKOVÁ, Martina Sebalo et al. Burnout syndrome in the Czech Republic: The decreasing trend over the years. *Frontiers in public health*, 2023, 11, p. 1099528. ISSN 2296-2565.
- VOSEČKOVÁ, Alena, Zuzana TRUHLÁŘOVÁ a Pavel BLAŽEK. Syndrom vyhoření u studentů pregraduálního studia VŠ. *Vojenské zdravotnické listy*, 2020, 89(1), s. 14-21. ISSN 0372-7025.
- VÝBOR SEKCE PERIOPERAČNÍCH SESTER ČAS. Sekce perioperačních sester. *Florence*, 2017, 13(3), s. 42-43. ISSN 1801-464X.
- ZANGARO, Goerge A. and JONES Kimmith. Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 2019, 4(11), p. 1658-1684. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0193945918823779>
- ZELENÍKOVÁ, Renáta et al. Nurses' Perceptions of Professional Practice Environment and Its Relation to Missed Nursing Care and Nurse Satisfaction. *International journal of environmental research and public health*, 2020, 17(11). Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32471133/>
- ZELENÍKOVÁ, Renáta a kol. Vztah pracovního prostředí sester a nedokončené ošetrovatelské péče-první výsledky výzkumu v České republice. *Zdravotnické listy*, 2021, 9(1). s. 12-18. ISSN 2644-4909.

10.4 Internetové zdroje

AACN. *Healthy Work Environments*. [online]. 2024 [cit. 2024-02-21]. Dostupné z: <https://www.aacn.org/nursing-excellence/healthy-work-environments>

EORNA. *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing*. [online]. 2019. [cit. 2023-08-21]. Dostupné z: <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019-3/>

UPCE, Fakulta zdravotnických studií. [online]. 2023 [cit. 2023-08-21]. Dostupné z: https://studuj.upce.cz/fakulta-zdravotnickych-studii?_ga=2.24629630.519826209.1692616535-471185121.1638354602

ZSBOZP. *Pracovní prostředí*. [online]. 2024 [cit. 2024-02-21]. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/metodicky-pristup-k-hodnoceni-pracovniho-prostredi>

10.5 Ostatní

KOLODZIEYSKI, Michaela. *Pracovní spokojenost a syndrom vyhoření u perioperačních sester*. Pardubice, 2022. 50 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.

LABUDÍKOVÁ, Monika. *Pracovní prostředí sester a jeho vliv na pracovní spokojenost a úvahy sester o odchodu*. Olomouc, 2021. 132 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce doc. Mgr. Elena Gurková, Ph.D.

MARKOVÁ, Iva. *Přidělovaná ošetrovatelská péče a pracovní prostředí sester*. Ostrava, 2023. 139 s. Disertační práce. Ostravská Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D.

PETLACHOVÁ, Martina. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester*. Olomouc, 2016. 85 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

11 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i>	73
Příloha B – <i>Souhrnná tabulka SMBM</i>	77
Příloha C – <i>Souhrnná tabulka PES-NWI</i>	81
Příloha D – <i>Histogramy SMBM</i>	85
Příloha E – <i>Histogramy PES-NWI</i>	88
Příloha F – <i>Histogramy celkového skóre SMBM a PES-NWI</i>	91

Příloha A – Dotazník

Dotazník k diplomové práci – Syndrom vyhoření v prostředí perioperační péče
Bc. Zuzana Ksandrová

Vážené kolegyně a kolegové,
dovolte mi Vás požádat o spolupráci.

Jmenuji se Zuzana Ksandrová a jsem studentka navazujícího studijního programu - perioperační péče. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku.

Dotazník se skládá ze tří částí:

- první část dotazníku tvoří demografické údaje
- druhá část je zaměřena na syndrom vyhoření
- třetí část zkoumá pracovní prostředí

Data budou použita pro zpracování diplomové práce a její obhajobu, případně budou prezentovány na odborné konferenci sester.

Dotazník je zcela anonymní a po celou dobu zpracování dat bude respektován zákon č. 110/2019 Sb. O ochraně osobních dat.

Jednotlivé otázky prosím vyplňte podle instrukcí uvedených u otázek.

Demografické údaje:

1. Pohlaví

Muž

Žena

2. Kolik Vám je let?

18 – 25

26 – 30

31 – 40

41 – 50

51 a více

3. Rodinný stav

Svobodná/ý

Vdaná/ženatý

Rozvedená/ý

Vdova/vdovec

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Střední zdravotnická škola

Vyšší odborná škola

Vysoká škola – Bc.

Vysoká škola – Mgr.

Vysoká škola – Ph.D.

Jiná

5. Máte specializační vzdělání v oboru perioperační péče?

Ano

Ne

V současné době studuji specializační vzdělání v oboru perioperační péče

6. Jak dlouho pracujete na operačním sále?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 – 1 rok | <input type="checkbox"/> 2 – 5 let |
| <input type="checkbox"/> 6 – 10 let | <input type="checkbox"/> 11 – 20 let |
| <input type="checkbox"/> více jak 20 let | |

7. Na jakém operačním sále pracujete?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oborový operační sál | <input type="checkbox"/> Centrální operační sály |
| <input type="checkbox"/> Dětské operační sály | <input type="checkbox"/> Jiná |

8. V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soukromé | <input type="checkbox"/> Státní |
|-----------------------------------|---------------------------------|

9. V jakém typu zdravotnického zařízení pracujete?

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Městské | <input type="checkbox"/> Okresní |
| <input type="checkbox"/> Krajské | <input type="checkbox"/> Fakultní |
| <input type="checkbox"/> Jiné | |

10. V jakém kraji pracujete?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hlavní město Praha | <input type="checkbox"/> Středočeský |
| <input type="checkbox"/> Jihočeský | <input type="checkbox"/> Plzeňský |
| <input type="checkbox"/> Karlovarský | <input type="checkbox"/> Liberecký |
| <input type="checkbox"/> Ústecký | <input type="checkbox"/> Královehradecký |
| <input type="checkbox"/> Pardubický | <input type="checkbox"/> Kraj Vysočina |
| <input type="checkbox"/> Jihomoravský | <input type="checkbox"/> Olomoucký |
| <input type="checkbox"/> Moravskoslezský | <input type="checkbox"/> Zlínský |

Shirom-Melamedova škála vyhoření

Jak se cítíte v práci?

Níže jsou uvedena určitá tvrzení, která vystihují různé pocity, jež můžete mít v práci. Označte, prosím, jak často jste za posledních 30 pracovních dní zažili každý z následujících pocitů:

Jak často jste se takto cítili v práci?

	Nikdy nebo Téměř nikdy	Velmi zřídka	Zřídka	Někdy	Celkem často	Velmi často	Vždy nebo Téměř vždy
1. Cítím se unavený	1	2	3	4	5	6	7
2. Necítím žádnou sílu jít ráno do práce	1	2	3	4	5	6	7
3. Cítím se fyzicky vysílený/á	1	2	3	4	5	6	7
4. Cítím, že mám všeho dost	1	2	3	4	5	6	7
5. Připadám si, jako by se mi „vybily baterky“	1	2	3	4	5	6	7
6. Cítím se vyhořelý/á	1	2	3	4	5	6	7
7. Myslí mi to pomalu	1	2	3	4	5	6	7
8. Obtížně se koncentruji	1	2	3	4	5	6	7
9. Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně	1	2	3	4	5	6	7
10. Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á	1	2	3	4	5	6	7
11. Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech	1	2	3	4	5	6	7
12. Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a zákazníků	1	2	3	4	5	6	7
13. Cítím, že nejsem schopen/a citově investovat do spolupracovníků a zákazníků	1	2	3	4	5	6	7
14. Cítím, že nedokážu být milý/milá na spolupracovníky a zákazníky	1	2	3	4	5	6	7

ŠKÁLA PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE (PES-NWI-CZ)

PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX (PES-NWI)

V tabulce jsou uvedeny položky (tvrzení). U každé položky, prosím, uveďte, do jaké míry souhlasíte s tím, že se týká Vaší současné práce. Označte číslem jednu z možností na škále: 1 = rozhodně nesouhlasím, 2 = nesouhlasím, 3 = souhlasím, 4 = rozhodně souhlasím.

1	Jako sestra mám odpovídající podporu pomocného personálu (ošetřovatelé, sanitáři), abych mohla trávit dostatek času se svými pacienty	1	2	3	4
2	Lékaři a sestry mají dobré pracovní vztahy	1	2	3	4
3	Sestry mají podporu ze strany vedoucích sester	1	2	3	4
4	V nemocnici existuje mnoho příležitostí pro profesní rozvoj sester	1	2	3	4
5	Sestry mají příležitost pro kariérní růst a postup v kariérním žebříčku	1	2	3	4
6	Sestry mají možnost podílet se na rozhodování v nemocnici (např. působení v poradních skupinách)	1	2	3	4
7	Vedoucí pracovníci využívají chyby podřízených jako příležitosti k učení (ke zlepšování), ne jako kritiku	1	2	3	4
8	Je dostatek času a příležitostí diskutovat o pacientových problémech a potřebách s ostatními sestrami	1	2	3	4
9	Na pracovišti je dostatečný počet sester pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče	1	2	3	4
10	Vedoucí sestra je dobrým manažerem i vedoucím týmu	1	2	3	4
11	Hlavní sestra/náměstkyně ošetřovatelské péče je viditelná, otevřená komunikaci a pro sestry dostupná	1	2	3	4
12	Na pracovišti je dostatek personálu pro zvládnutí práce	1	2	3	4
13	Sestry dostávají pochvalu a uznání za dobře vykonanou práci	1	2	3	4
14	V naší nemocnici se očekává vysoký standard kvality poskytované péče	1	2	3	4
15	Kompetence a autorita hlavní sestry/náměstkyně ošetřovatelské péče jsou na stejné úrovni jako u ostatních členů vrcholného managementu nemocnice	1	2	3	4
16	Lékaři a sestry pracují hodně v týmu	1	2	3	4
17	Je zajištěn aktivní rozvoj zaměstnanců nebo programy dalšího vzdělávání pro sestry (školení, semináře, kurzy)	1	2	3	4
18	V nemocnici je jasná filozofie ošetřovatelské péče prostupující do prostředí péče o pacienta	1	2	3	4
19	Spolupracují se sestrami s adekvátními klinickými kompetencemi	1	2	3	4
20	Vedoucí sestra svými rozhodnutími hájí práva sester, a to i v případě, že se jedná o konflikt s lékařem	1	2	3	4
21	Vedení nemocnice naslouchá a reaguje na podněty zaměstnanců	1	2	3	4
22	V nemocnici se aktivně realizuje program pro zlepšování kvality péče	1	2	3	4
23	Sestry jsou zapojené do vnitřního řízení nemocnice (např. komise, pracovní skupiny)	1	2	3	4
24	Mezi sestrami a lékaři existuje dobrá spolupráce	1	2	3	4
25	Pro nově nastupující sestry je zaveden adaptační program/proces	1	2	3	4
26	Ošetřovatelská péče/péče o pacienty v nemocnici je postavena především na ošetřovatelském přístupu (např. potřeby pacienta) než na přístupů medicínském	1	2	3	4
27	Sestry mají možnost působit v ošetřovatelských i jiných pracovních a poradních skupinách působících v nemocnici	1	2	3	4
28	Vedoucí sestry konzultují se sestrami běžné provozní problémy a činnosti	1	2	3	4
29	Pro všechny pacienty jsou písemně zpracované aktualizované plány ošetřovatelské péče	1	2	3	4
30	Péče o pacienta je organizována tak, aby podporovala kontinuitu péče (např. stejná sestra pečuje o stejného pacienta i v následující směně)	1	2	3	4
31	Sestry používají ošetřovatelské diagnózy v péči o pacienty	1	2	3	4

© Eileen T. Lake 2002. *Used with permission.*

Zdroj: Eileen T. Lake. Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*. 2002;25(3):176-188. Překlad české verze: prof. PhDr. Darja Jarošová, Ph.D. a PhDr. Renáta Zeleníková, Ph.D.; Ústav ošetřovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita (2017).

Příloha B – Souhrnná tabulka SMBM

Respondent	Otázka č:														Celkové skóre	Skóre v doméně		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		Fyzická únava	Kognitivní únava	Emoční vyčerpání
1	4	2	4	2	3	1	3	3	1	2	2	1	2	1	31	16	11	4
2	5	4	5	5	4	2	1	4	1	1	2	4	4	4	46	25	9	12
3	5	4	4	5	5	5	3	3	2	2	2	4	4	4	52	28	12	12
4	6	2	4	4	4	3	4	5	3	5	4	3	5	2	54	23	21	10
5	4	3	4	2	3	4	5	4	5	4	4	2	3	3	50	20	22	8
6	4	2	2	2	2	3	2	2	2	1	1	2	2	2	29	15	8	6
7	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	59	26	20	13
8	5	6	4	6	6	4	4	2	2	2	2	1	1	4	49	31	12	6
9	1	1	1	1	1	1	3	2	3	3	3	1	2	1	24	6	14	4
10	4	2	1	4	3	5	2	2	1	1	1	1	1	2	30	19	7	4
11	5	1	1	4	3	1	4	1	2	2	3	2	2	3	34	15	12	7
12	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	33	14	10	9
13	4	3	4	5	5	3	2	2	2	2	2	2	2	2	40	24	10	6
14	5	4	4	3	4	3	3	3	3	2	3	2	2	2	43	23	14	6
15	5	1	2	1	1	1	3	2	2	2	2	1	1	1	25	11	11	3
16	6	3	4	5	5	4	3	2	2	2	2	3	3	2	46	27	11	8
17	4	2	2	1	4	1	3	3	3	3	2	1	1	1	31	14	14	3
18	4	2	4	4	2	1	2	2	2	2	2	4	5	4	40	17	10	13
19	4	1	1	3	4	1	3	4	3	3	1	3	5	5	41	14	14	13
20	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	21	9	9	3
21	2	2	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	20	9	8	3
22	6	3	5	5	5	4	4	4	4	4	3	3	4	4	58	28	19	11
23	4	2	4	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	25	15	7	3
24	5	4	4	5	5	5	2	3	2	3	2	4	4	4	52	28	12	12
25	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	19	10	6	3
26	5	1	2	2	4	2	2	2	2	2	3	2	3	1	33	16	11	6
27	5	3	6	6	6	5	4	4	3	3	1	1	1	3	51	31	15	5
28	5	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	27	14	10	3
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	6	5	3
30	4	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	25	13	9	3
31	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	3	62	30	21	11
32	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	14	10	6

Respondent	Otázka č:														Celkové skóre	Skóre v doméně		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		Fyzická únava	Kognitivní únava	Emoční vyčerpání
33	4	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	1	25	12	10	3
34	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	30	14	10	6
35	4	3	2	4	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	29	16	7	6
36	5	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	60	27	21	12
37	4	1	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	32	14	12	6
38	6	3	5	5	4	2	2	2	1	1	1	1	1	2	36	25	7	4
39	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	18	7	8	3
40	4	4	3	4	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2	42	26	10	6
41	6	3	6	5	4	4	4	3	3	4	3	2	2	2	51	28	17	6
42	5	3	5	4	4	2	2	2	2	2	2	1	1	1	36	23	10	3
43	3	2	4	3	4	2	2	2	2	2	1	1	1	1	30	18	9	3
44	2	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	19	8	8	3
45	5	4	4	3	4	4	3	2	2	3	2	3	3	2	44	24	12	8
46	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	9	5	3
47	5	3	6	6	6	4	4	4	4	4	3	2	2	2	55	30	19	6
48	4	2	4	2	5	1	2	1	2	2	2	1	1	1	30	18	9	3
49	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	57	25	20	12
50	6	4	5	5	4	4	5	4	4	5	5	4	5	5	65	28	23	14
51	6	7	6	6	6	6	4	4	4	4	5	3	3	2	66	37	21	8
52	2	3	5	3	4	3	2	2	2	2	2	2	3	3	38	20	10	8
53	4	1	4	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	29	14	10	5
54	6	4	6	6	6	4	2	2	2	2	2	2	3	2	49	32	10	7
55	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	59	29	21	9
56	4	2	4	2	2	1	4	2	2	2	3	3	1	2	34	15	13	6
57	4	4	5	5	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	59	25	20	14
58	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	23	7	10	6
59	4	1	2	2	1	4	2	1	1	1	1	2	2	2	26	14	6	6
60	4	2	3	3	3	1	4	2	2	2	2	2	1	1	32	16	12	4
61	5	4	5	4	4	3	3	2	1	3	2	1	2	2	41	25	11	5
62	5	1	5	2	2	1	3	3	3	3	2	1	1	1	33	16	14	3
63	4	3	4	2	4	2	4	2	1	2	2	2	4	2	38	19	11	8
64	4	1	1	1	2	1	4	3	2	2	2	2	2	3	30	10	13	7
65	6	4	5	5	5	3	4	4	4	3	3	2	2	2	52	28	18	6
66	5	4	4	3	3	3	1	4	1	1	1	1	1	1	33	22	8	3
67	7	7	7	7	6	6	4	4	4	3	4	6	6	4	75	40	19	16

Respondent	Otázka č:														Celkové skóre	Skóre v doméně		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		Fyzická únava	Kognitivní únava	Emoční vyčerpání
68	4	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	22	9	10	3
69	6	2	4	4	4	1	2	2	1	1	1	1	1	1	31	21	7	3
70	5	4	4	3	3	4	2	2	2	2	2	1	1	2	37	23	10	4
71	3	3	3	4	4	2	2	2	2	2	2	1	1	1	32	19	10	3
72	4	1	4	4	4	2	4	3	2	2	2	1	1	3	37	19	13	5
73	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	8	5	3
74	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	2	45	20	16	9
75	2	3	5	6	6	5	5	5	5	6	6	5	5	5	69	27	27	15
76	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	18	7	6	5
77	4	4	3	4	3	3	2	2	2	2	1	2	2	4	38	21	9	8
78	5	6	5	5	5	6	4	4	4	5	3	4	3	4	63	32	20	11
79	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	4	4	2	87	42	35	10
80	5	4	4	5	5	5	4	4	3	3	3	4	4	4	57	28	17	12
81	4	3	3	4	4	4	4	2	1	2	1	1	1	1	35	22	10	3
82	5	2	4	4	2	1	2	2	2	2	3	3	3	2	37	18	11	8
83	5	4	4	5	4	4	3	3	3	3	3	3	2	3	49	26	15	8
84	5	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	67	27	25	15
85	4	3	2	4	3	3	4	3	3	2	2	4	4	5	46	19	14	13
86	4	3	3	4	4	2	3	3	4	3	3	2	3	2	43	20	16	7
87	5	4	5	5	5	4	3	3	3	3	3	2	2	3	50	28	15	7
88	5	4	4	6	5	6	4	4	4	4	4	5	4	4	63	30	20	13
89	4	4	4	6	4	2	2	1	2	2	1	2	2	2	38	24	8	6
90	3	3	2	3	3	3	1	1	1	2	2	3	3	3	33	17	7	9
91	6	2	6	6	6	4	6	4	4	2	4	2	2	2	56	30	20	6
92	6	1	5	4	4	1	3	4	3	3	4	3	3	4	48	21	17	10
93	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56	24	20	12
94	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	9	5	3
95	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	6	4	4	4	77	35	30	12
96	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	5	5	72	30	26	16
97	6	3	3	4	5	2	2	2	3	2	2	1	1	2	38	23	11	4
98	6	6	6	6	6	5	6	6	6	5	6	4	4	4	76	35	29	12
99	5	3	4	4	4	3	3	4	4	2	3	4	4	5	52	23	16	13
100	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	3	2	2	2	37	20	11	6
101	4	4	5	4	4	5	4	4	3	3	3	5	5	5	58	26	17	15
102	4	2	4	4	4	2	3	3	3	3	2	3	3	2	42	20	14	8

Respondent	Otázka č:														Celkové skóre	Skóre v doméně		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		Fyzická únava	Kognitivní únava	Emoční vyčerpání
103	4	4	4	5	3	5	3	2	2	2	2	1	5	2	44	25	11	8
104	4	1	2	2	2	1	3	3	3	3	2	2	2	2	32	12	14	6
105	5	4	5	6	6	4	4	4	4	4	3	1	1	1	52	30	19	3
106	4	3	3	3	3	2	4	4	4	3	3	1	1	2	40	18	18	4
107	7	5	6	6	6	4	4	4	4	4	4	2	4	3	63	34	20	9
108	2	3	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	14	5	3
109	5	4	4	5	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	33	24	6	3
110	6	4	4	5	5	3	3	4	3	4	4	3	4	4	56	27	18	11
111	4	3	3	3	3	4	5	4	5	5	5	5	5	4	58	20	24	14
112	3	1	3	3	3	2	4	2	4	3	4	4	2	2	40	15	17	8
113	4	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	26	14	9	3
114	6	4	5	4	4	1	2	3	3	3	2	1	1	1	40	24	13	3
115	2	1	2	2	2	3	2	1	1	2	2	1	3	2	26	12	8	6
116	6	5	6	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	74	34	25	15
117	6	6	4	5	5	4	1	4	1	3	1	2	2	1	45	30	10	5
118	6	5	4	4	5	2	4	4	3	3	3	2	2	2	49	26	17	6
119	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	70	30	25	15

Škála odpovědí:

1 = nikdy nebo téměř nikdy

2 = velmi zřídka

3 = zřídka

4 = někdy

5 = celkem často

6 = velmi často

7 = vždy nebo téměř vždy

Příloha C – Souhrnná tabulka PES-NWI

Respondent	Otázka č:																															Celkové skóre	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
1	1	3	1	3	1	1	4	1	2	1	2	1	1	3	2	4	1	3	2	1	1	2	1	3	3	3	2	2	4	3	3	65	
2	3	3	3	3	2	2	3	3	1	2	2	1	3	4	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	79	
3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	1	1	3	2	4	3	4	4	4	4	2	2	4	4	3	4	3	4	3	4	4	94		
4	1	3	3	2	3	2	1	2	1	2	3	1	2	4	3	2	2	4	1	3	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	1	66	
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	2	3	3	3	3	2	3	2	3	2	89	
6	2	3	3	4	4	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	4	3	3	3	3	4	4	4	89	
7	2	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	82	
8	1	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	3	2	4	1	86	
9	3	3	4	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	4	3	2	4	3	3	3	91	
10	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	86	
11	3	2	3	3	2	2	3	2	4	1	3	1	3	3	2	2	3	3	2	4	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	4	80	
12	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	82
13	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	93	
14	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	94	
15	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	91	
16	3	2	3	3	3	1	2	1	1	2	3	1	1	4	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	3	3	2	3	3	3	2	75	
17	3	3	4	4	3	2	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	105	
18	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	78	
19	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	84	
20	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	82	
21	4	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	84		
22	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	85	
23	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	87	
24	4	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	83	
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	93	
26	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	85	
27	4	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	84	
28	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	91	
29	4	3	2	4	4	1	1	1	4	1	4	4	3	4	4	3	3	4	3	2	3	4	3	2	1	2	4	3	3	1	1	86	
30	4	3	4	4	3	3	3	2	3	4	4	2	4	4	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	2	4	3	3	2	98	
31	2	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	61	
32	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	119	
33	4	3	4	3	3	2	4	3	3	4	2	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	105	

Respondent	Otázka č:																															Celkové skóre
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	91
35	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	75
36	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	70
37	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	89	
38	3	3	2	1	1	2	2	3	3	1	2	3	2	4	2	3	2	1	2	1	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	72	
39	3	3	3	4	3	2	2	3	3	3	3	2	3	4	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	4	2	2	3	3	2	88	
40	1	3	3	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	1	3	2	1	4	2	2	4	4	3	74	
41	2	2	3	2	3	2	2	2	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	78	
42	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	85	
43	3	4	4	4	4	3	4	3	2	3	3	3	2	4	3	4	3	2	2	3	2	3	3	3	4	4	3	3	3	3	97	
44	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	4	3	3	3	4	3	3	104	
45	4	3	3	3	3	2	2	3	1	3	3	2	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	90	
46	3	4	4	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	91	
47	2	3	3	3	4	3	2	1	1	4	3	1	2	3	3	4	3	3	3	3	4	2	2	3	3	4	3	3	2	3	87	
48	3	4	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	4	3	2	2	3	3	2	83	
49	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	91	
50	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4	3	3	3	3	3	81	
51	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	89	
52	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	4	2	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	92	
53	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	96	
54	1	3	1	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	3	2	3	2	2	2	1	2	1	2	3	2	1	2	1	1	1	55	
55	4	4	4	4	4	4	3	2	1	3	1	1	1	4	1	4	3	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	68	
56	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	92	
57	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	68	
58	3	3	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	94	
59	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	84	
60	3	3	4	4	4	3	3	3	2	3	4	2	3	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	2	3	100	
61	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	96	
62	3	4	4	3	3	3	3	3	2	4	3	2	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	101	
63	3	3	4	3	3	3	3	3	2	4	2	2	4	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	4	3	2	3	4	3	94	
64	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	3	2	4	3	3	112	
65	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	93	
66	2	3	3	4	4	2	2	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	2	3	4	3	2	3	3	3	92		
67	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	81	
68	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	91	
69	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	3	1	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	78	

Respondent	Otázka č:																															Celkové skóre
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
70	2	3	2	2	2	2	2	2	1	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	71
71	3	4	4	2	3	3	4	3	2	4	3	2	4	4	4	4	3	3	3	4	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	3	99
72	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	3	2	1	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	79
73	4	3	4	3	3	2	3	3	1	3	1	3	3	3	1	4	1	3	4	3	1	3	1	3	3	3	1	4	4	3	4	85
74	2	2	3	2	3	1	1	3	1	4	2	1	1	4	2	3	2	1	4	4	1	1	1	3	4	2	1	4	3	3	3	72
75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	39
76	3	3	3	1	2	1	3	3	3	3	2	3	2	4	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	82
77	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	86
78	3	2	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	2	4	3	2	1	2	3	3	1	2	2	3	1	2	2	3	3	2	1	65
79	1	1	4	4	4	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	1	1	1	1	3	4	4	4	4	4	4	4	81
80	2	3	4	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	3	1	2	2	1	2	4	3	1	1	3	2	1	57
81	3	3	1	2	3	2	2	2	1	3	1	1	1	3	3	4	4	3	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	75
82	3	4	3	2	2	2	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	2	3	4	3	3	3	2	3	4	3	2	3	4	3	3	94
83	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	3	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	66
84	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	3	2	2	56
85	3	2	1	3	2	2	2	3	1	1	1	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	76
86	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	4	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	87
87	3	3	3	3	3	2	3	2	2	4	2	3	3	4	2	4	3	3	3	3	2	3	2	3	4	3	3	3	3	2	2	88
88	3	1	1	2	2	1	1	3	2	1	1	2	1	3	2	3	3	3	3	1	1	3	2	3	3	3	2	2	3	2	2	65
89	2	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	2	2	2	1	1	1	1	3	1	3	2	1	3	2	2	52
90	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	3	1	1	47
91	3	3	1	3	3	1	1	3	1	1	1	1	1	3	1	3	3	3	3	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3	67
92	4	3	2	2	3	2	2	2	1	2	1	3	1	3	2	3	1	2	2	3	2	4	1	3	2	2	1	2	3	2	2	68
93	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	78
94	2	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	84
95	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	2	1	3	1	1	3	45
96	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	2	69
97	2	3	3	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	4	2	4	3	3	3	1	1	3	2	3	3	1	2	2	4	1	1	65
98	2	3	3	2	2	2	1	2	2	3	2	3	2	4	3	3	2	2	3	4	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	2	77
99	1	3	1	2	2	1	1	2	2	2	1	2	3	4	3	3	3	3	3	1	3	1	3	2	2	4	3	3	1	1	1	65
100	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	1	3	1	2	3	1	3	3	2	2	3	4	4	2	76
101	3	3	2	2	2	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	3	104	
102	4	3	3	3	3	2	2	2	1	3	1	1	2	3	2	3	3	3	3	3	1	2	1	3	3	3	2	3	3	2	3	76
103	1	3	2	2	1	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	1	2	3	2	3	3	3	3	3	70
104	3	4	2	4	3	2	3	3	2	3	3	1	2	3	2	3	4	3	3	4	2	3	1	2	4	1	2	2	2	3	1	80
105	3	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	3	4	4	4	102

Respondent	Otázka č:																															Celkové skóre	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
106	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	90
107	3	3	4	1	2	1	3	2	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	81	
108	3	3	4	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	4	3	4	2	3	3	4	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	84	
109	3	3	3	2	2	2	2	2	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	2	3	1	1	1	3	3	2	1	2	2	1	1	60	
110	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	1	3	3	2	3	2	2	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	63	
111	3	3	4	3	3	1	3	3	3	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	109	
112	4	4	3	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	4	2	2	2	1	1	1	2	4	1	2	2	2	2	2	1	60	
113	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	98	
114	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1	3	2	4	2	3	1	1	1	4	2	2	2	1	1	2	1	1	1	54	
115	3	3	2	3	2	2	2	2	3	1	1	3	1	4	4	2	4	3	2	1	2	2	1	3	2	1	1	1	4	1	3	69	
116	3	4	4	3	2	2	2	1	1	3	1	1	1	4	1	4	3	3	3	3	1	1	3	4	4	3	3	3	4	4	2	81	
117	2	3	3	2	1	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	1	2	3	2	1	1	70	
118	3	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	1	77	
119	3	1	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	86	

Vysvětlivky k barvám:

doména č. 1

doména č. 2

doména č. 3

doména č. 4

doména č. 5

Škála odpovědí:

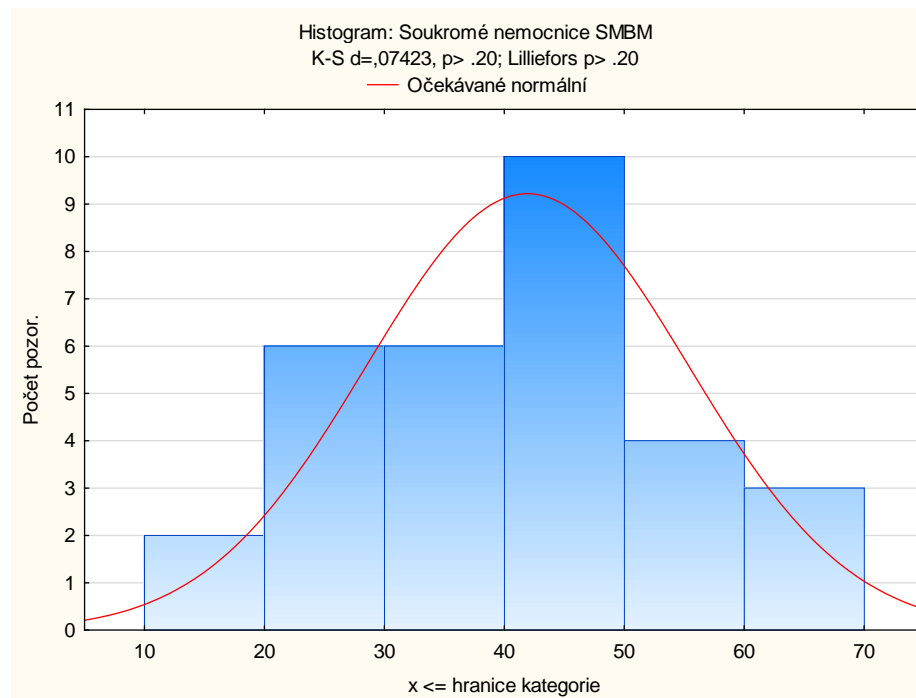
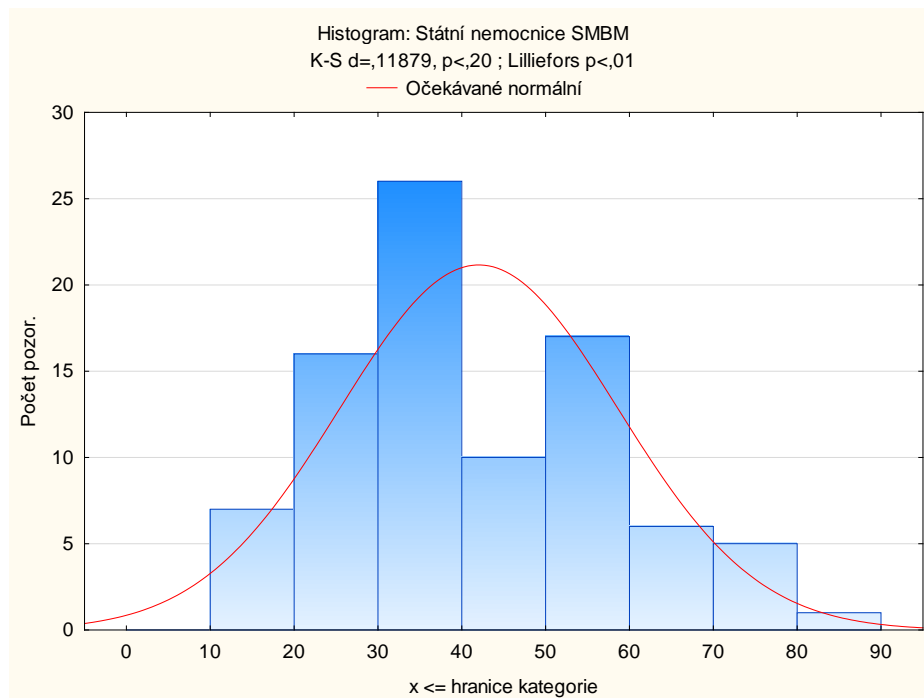
1 = rozhodně nesouhlasím

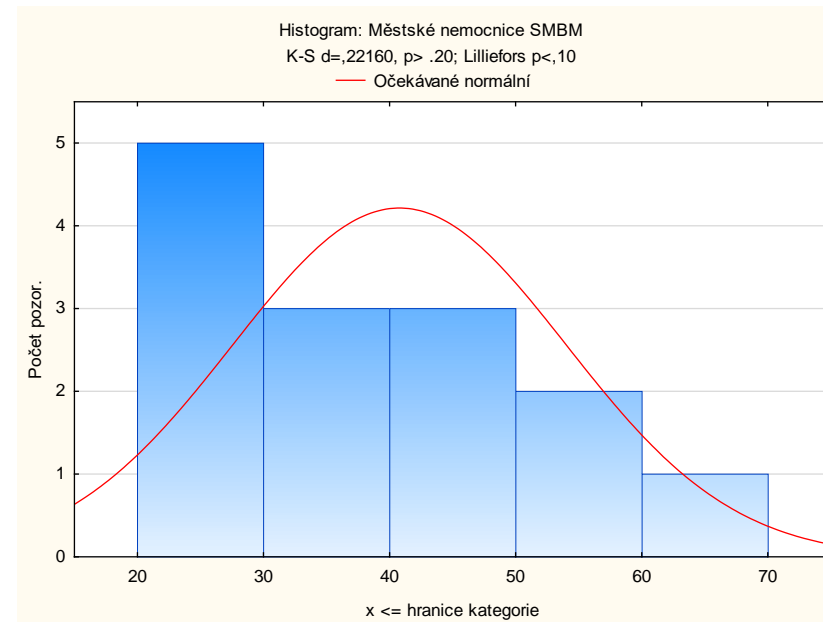
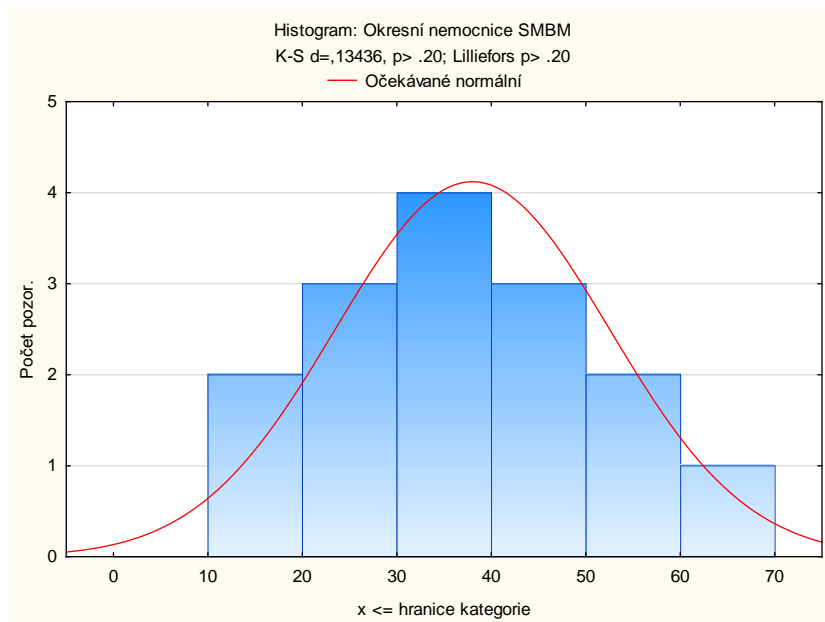
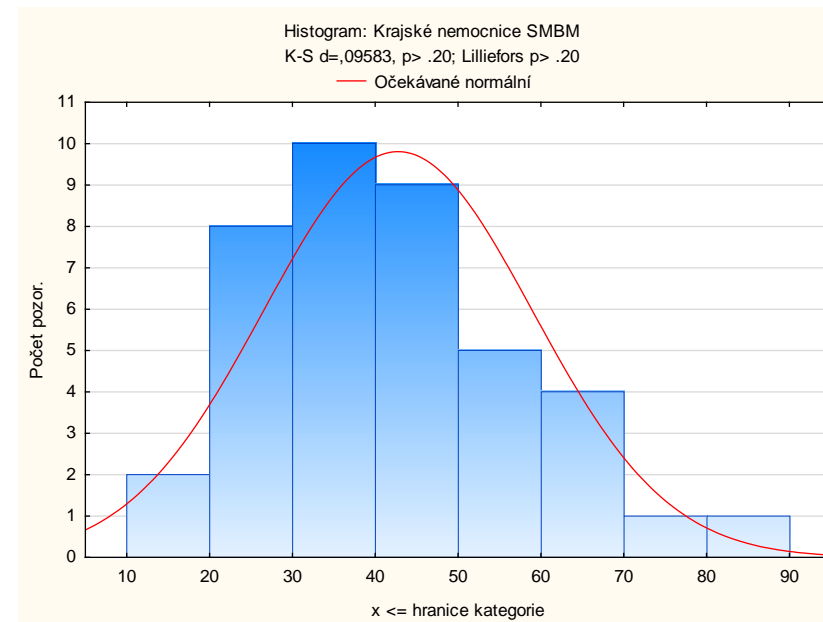
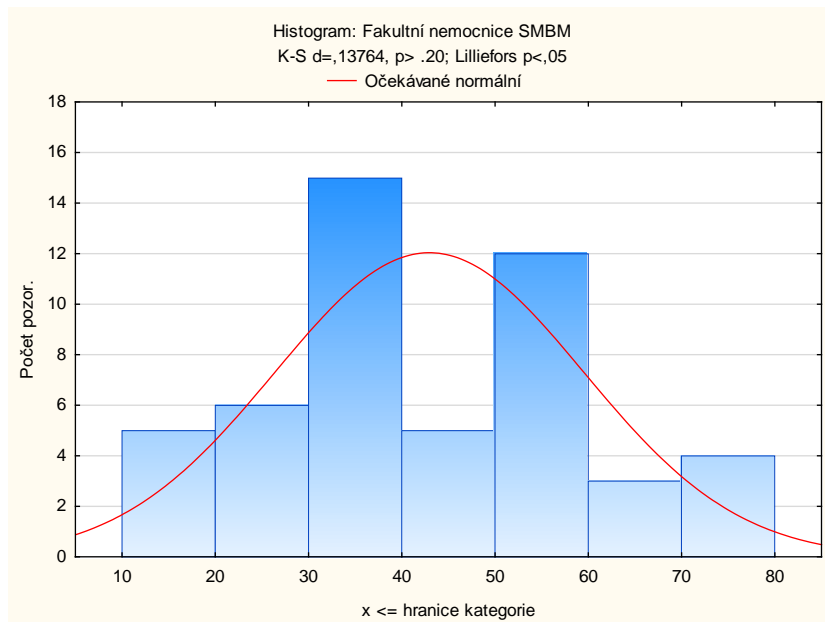
2 = nesouhlasím

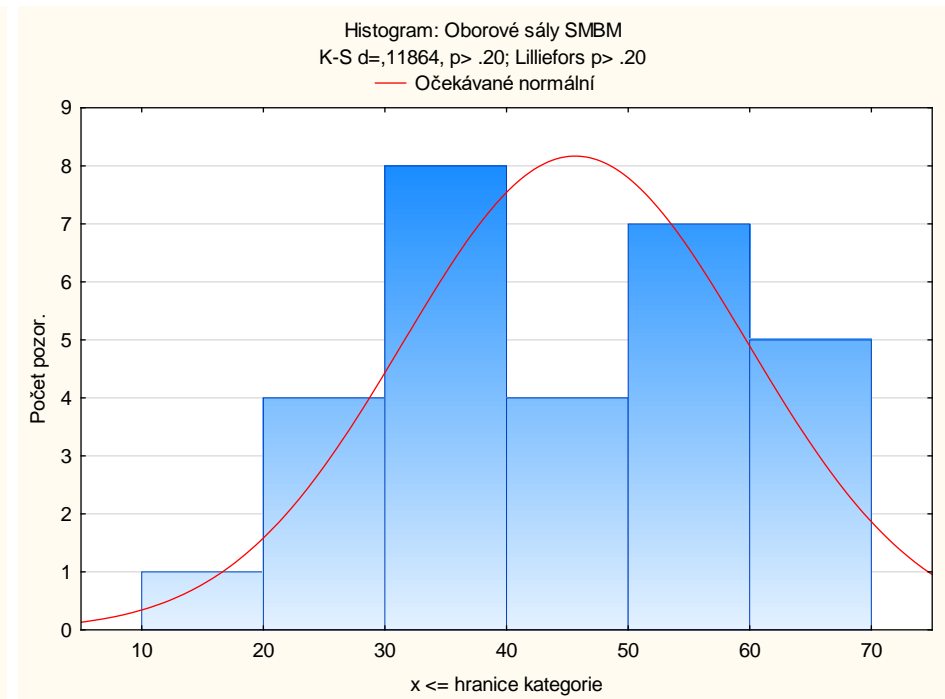
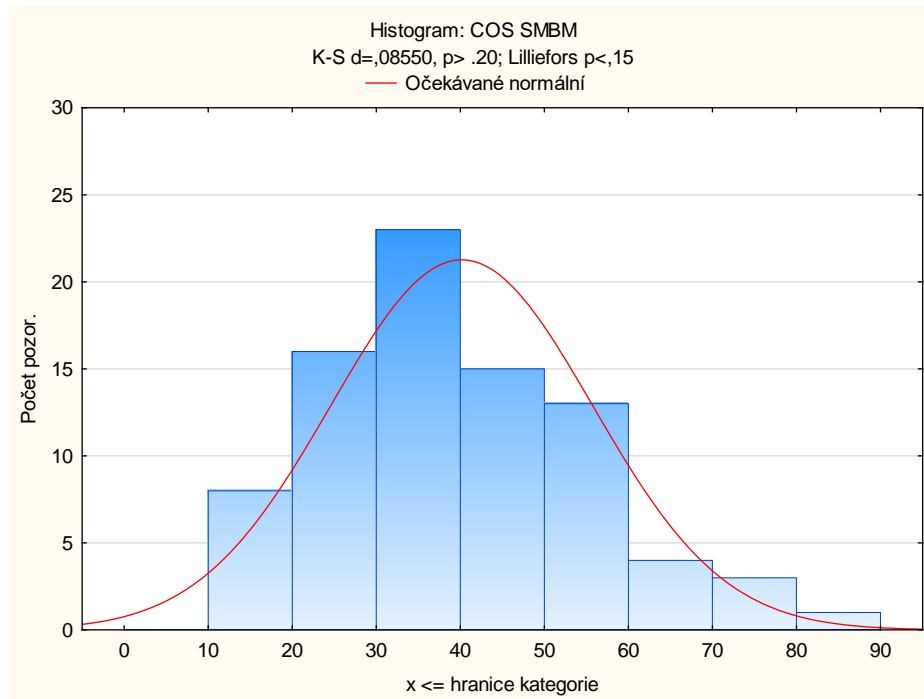
3 = souhlasím

4 = rozhodně souhlasím

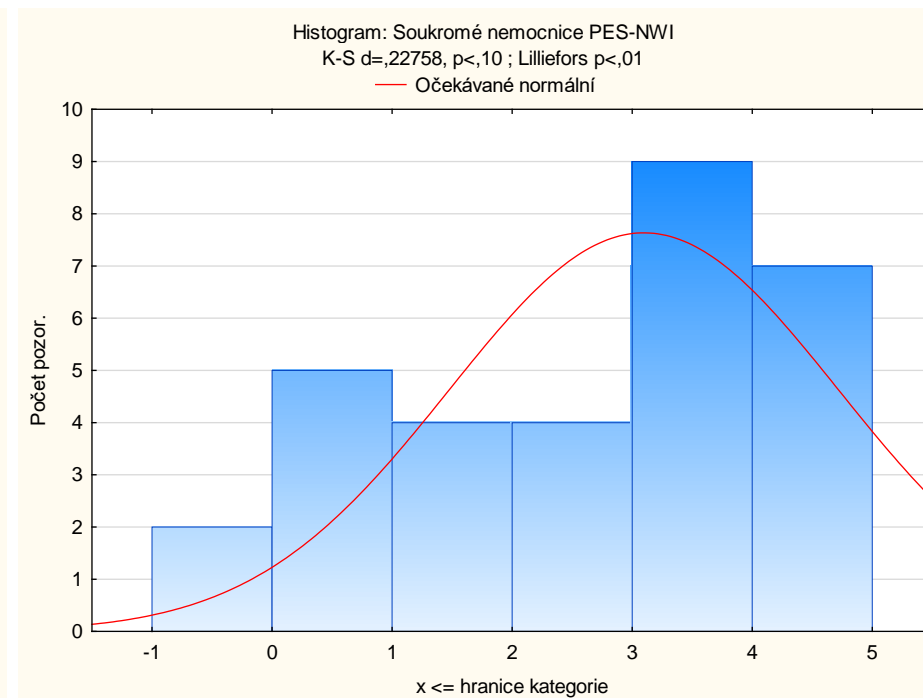
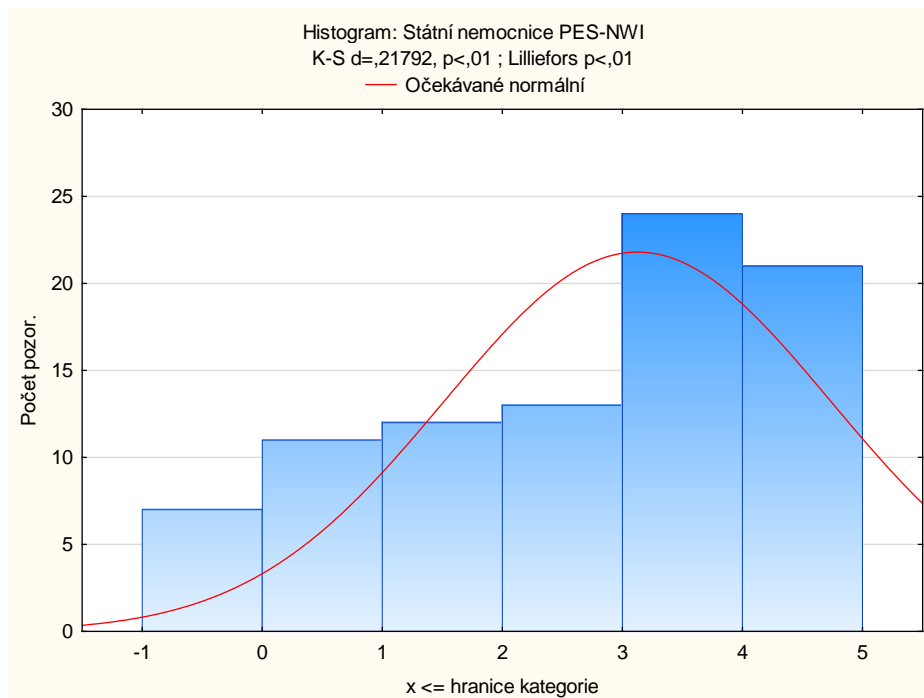
Příloha D – Histogramy SMBM

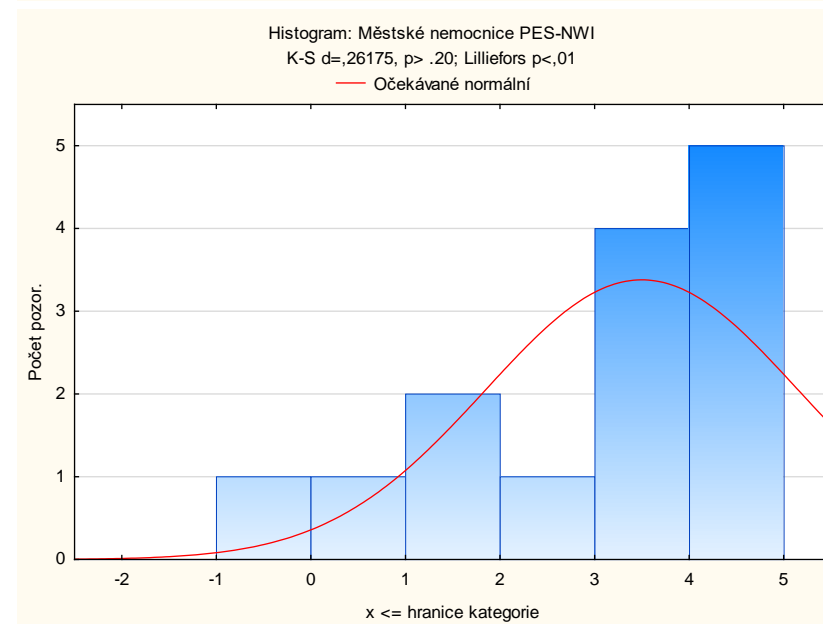
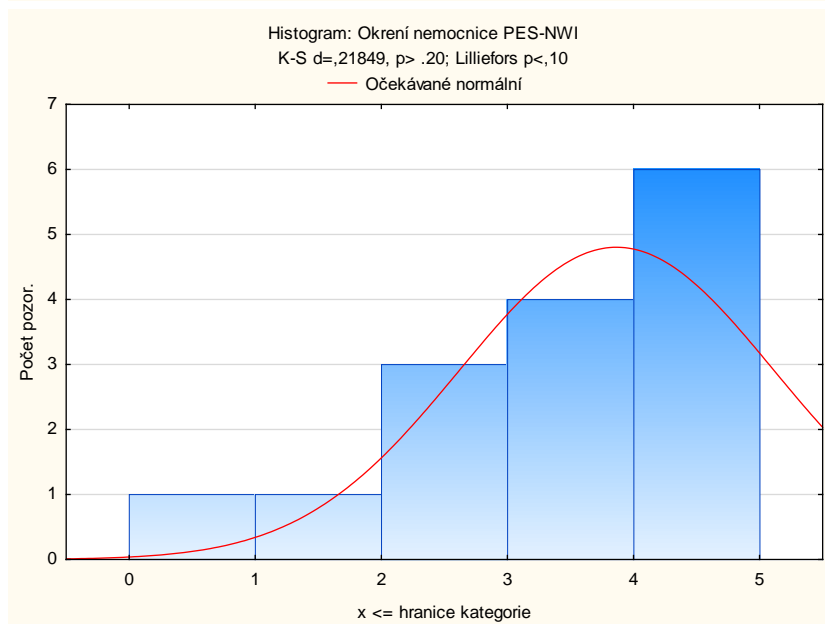
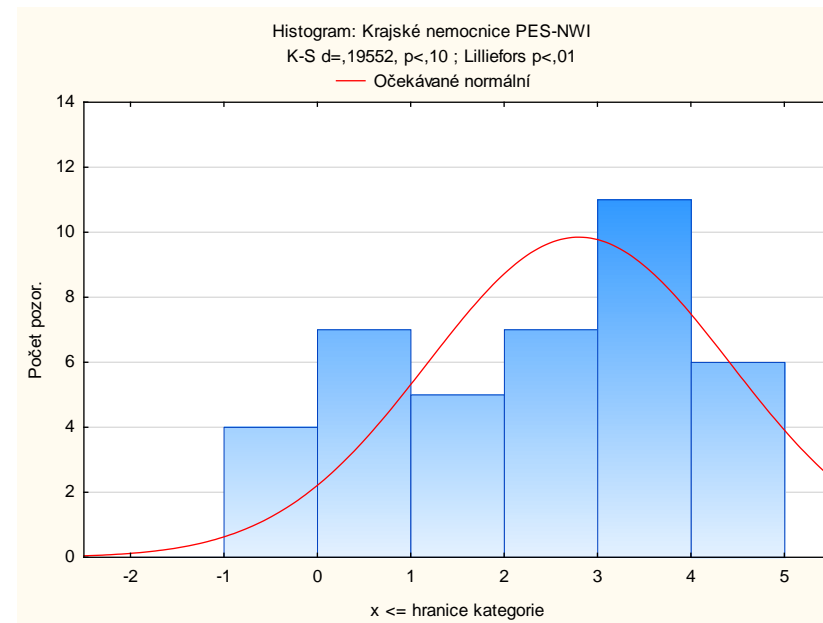
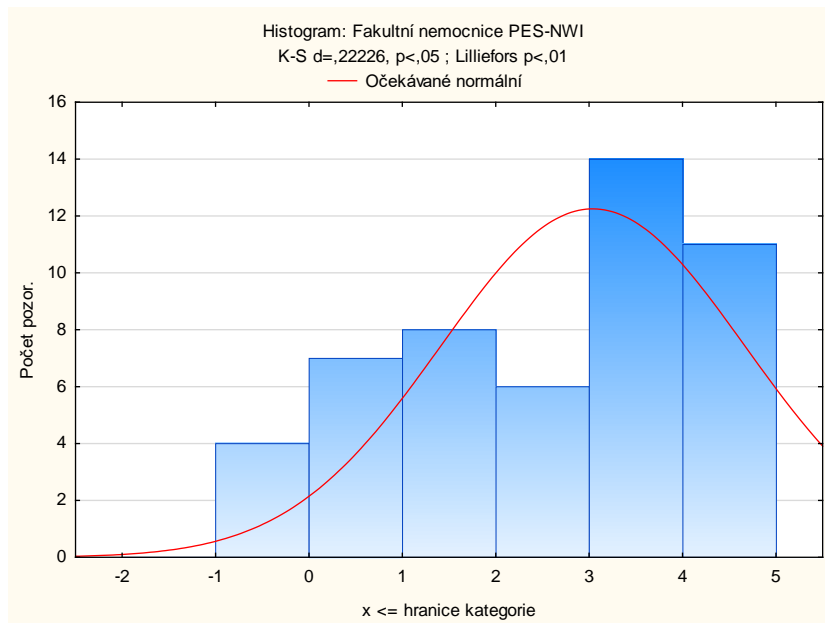


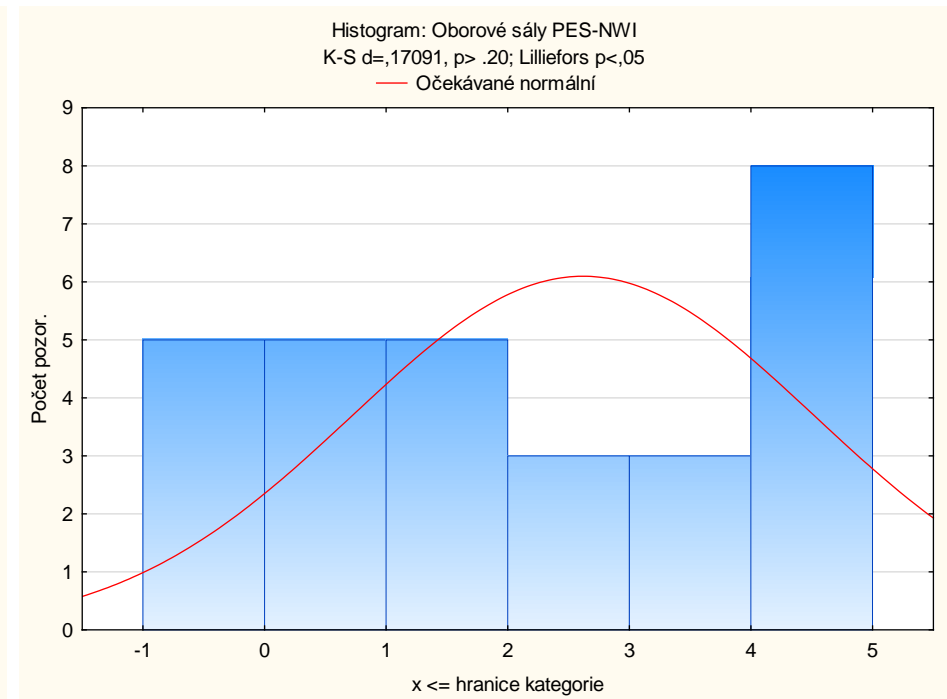
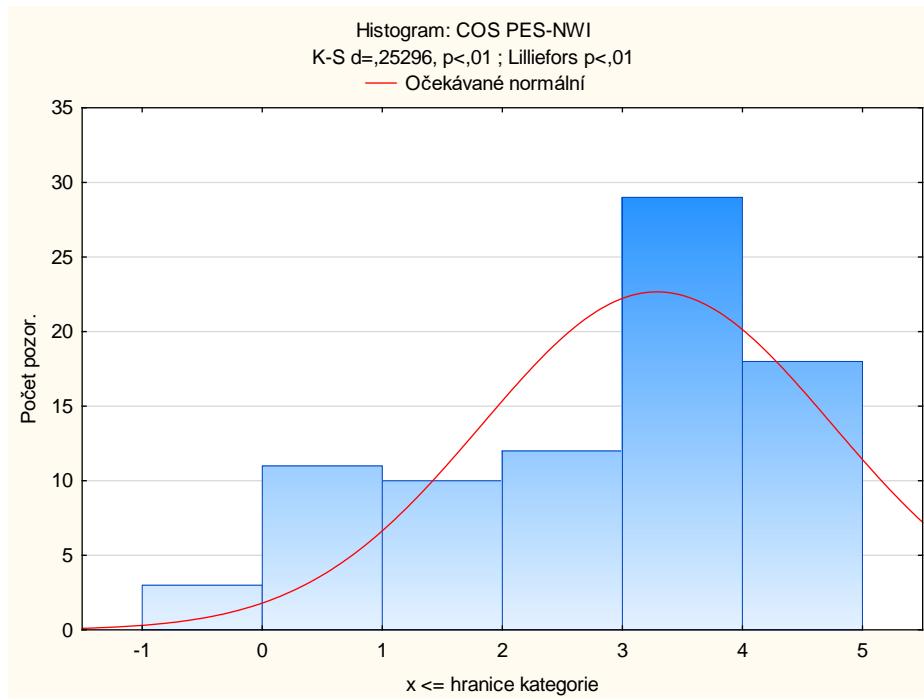




Příloha E – Histogramy PES-NWI







Příloha F –Histogramy celkového skóre SMBM a PES-NWI

