

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Gabriela Sedláčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Syndrom vyhoření u sester pracujících na operačních sálech

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Gabriela Sedláčková**
Osobní číslo: **Z22237**
Studijní program: **N0913P360005 Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče**
Téma práce: **Syndrom vyhoření u sester pracujících na operačních sálech**
Téma práce anglicky: **Burnout syndrome at nurses working in operating rooms**
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 vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Barbora Faltová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **16. dubna 2025**

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 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Syndrom vyhoření u sester pracujících na operačním sále“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen 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 25.6.2025

Bc. Gabriela Sedláčková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou věnovala poděkování své vedoucí Mgr. Barboře Faltové za odbornou pomoc, podnětné rady a čas, který mi poskytovala při zpracování mé diplomové práce. Současně bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumném šetření, především za jejich přínos pro dokončení výzkumné části této diplomové práce. Na závěr bych ráda věnovala poděkování celé mé rodině a přátelům za jejich obrovskou podporu v průběhu mého studia.

ANOTACE

Tato diplomová práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část obsahuje přehledný souhrn literárních poznatků o syndromu vyhoření, a to jak obecných, tak se zaměřením na perioperační sestry. Dále faktory vedoucí ke vzniku tohoto syndromu, jeho příznaky, stádia a následné možnosti diagnostiky, ale i prevenci syndromu vyhoření. V teoretické části je popsána i profese perioperační sestry, její role a kompetence.

Hlavním cílem této diplomové práce je zjištění míry výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na operačním sále. Pro výzkumnou část je použita kvantitativní metoda pomocí standardizovaného dotazníku, který byl tvořen dvěma bloky. Dotazník v první části obsahoval otázky vlastní tvorby a ve druhé části byl použit standardizovaný dotazník MBI. Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že u 6,8 % respondentů se projevuje plně rozvinutý syndrom vyhoření a více jak polovina (51,3 %) respondentů vykazuje známky vyhoření, především v oblasti sníženého osobního uspokojení (36,8 %). Práce na operačním sále klade velmi vysoké nároky na výkon, dochází zde ke kumulaci stresorů s velkou fyzickou i psychickou náročností, a právě proto je práce perioperační sestry ohrožena vznikem syndromu vyhoření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom vyhoření, perioperační sestra, rizikové faktory, diagnostika syndromu vyhoření, prevence syndromu vyhoření, MBI

TITLE

Burnout syndrome at nurses working in operating rooms

ANNOTATION

This thesis is divided into theoretical and research parts. The theoretical part contains a review of the literature on burnout syndrome, both general and with a focus on perioperative nurses. Furthermore, the factors leading to the development of this syndrome, its symptoms, stages and subsequent diagnostic possibilities, as well as the prevention of burnout syndrome. The theoretical part also describes the profession of perioperative nurse, its role and competences.

The main aim of this thesis is to determine the prevalence of burnout syndrome in nurses working in the operating room. For the research part, a quantitative method is used by means of a standardized questionnaire, which consisted of two blocks. The questionnaire in the first part contained self-made questions and in the second part, the standardized MBI questionnaire was used. The results of the questionnaire survey showed that 6,8% of the respondents showed a fully developed burnout syndrome and more than half (51,3%) of the respondents showed signs of burnout, especially in the area of reduced personal satisfaction (36,8%). Working in the operating room places very high demands on performance, there is an accumulation of stressors with great physical and psychological demands, and this is why the work of the perioperative nurse is at risk of developing burnout syndrome.

KEYWORDS

Burnout syndrome, perioperative nurse, risk factors, diagnosis of burnout syndrome, prevention of burnout syndrome, MBI

OBSAH

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 15 |
| 1 Cíle a metody práce | 17 |
| 1.1 Cíl práce..... | 17 |
| 1.2 Metody k dosažení cíle | 17 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 18 |
| 2 Sestra a její osobnost..... | 18 |
| 2.1 Sestra pro perioperační péči..... | 19 |
| 2.1.1 Vzdělávání v perioperační péči..... | 19 |
| 2.1.2 Kompetence sestry v perioperační péči | 21 |
| 2.1.3 Role perioperační sestry | 23 |
| 2.2 Etika v perioperační péči | 25 |
| 2.3 Faktory ovlivňující profesi perioperační sestry | 26 |
| 3 Syndrom vyhoření..... | 27 |
| 3.1 Definice syndromu vyhoření | 27 |
| 3.2 Historie pojmu syndrom vyhoření | 28 |
| 3.3 Odlišení syndromu vyhoření od stresu | 30 |
| 3.4 Příčiny a fáze vzniku syndromu vyhoření | 30 |
| 3.5 Příznaky syndromu vyhoření | 32 |
| 3.6 Rizikové faktory | 33 |
| 3.7 Diagnostické metody syndromu vyhoření | 34 |
| 3.8 Profese s nejčastějším výskytem syndromu vyhoření | 37 |
| 3.9 Prevence syndromu vyhoření..... | 38 |
| 3.9.1 Prevence syndromu vyhoření u profese perioperační sestry | 39 |
| VÝZKUMNÁ ČÁST | 40 |
| 4 Metodika Výzkumné části | 40 |
| 4.1 Cíle a výzkumné otázky..... | 40 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.2 | Metody sběru dat | 40 |
| 4.2.1 | Maslach Burnout Inventory (MBI) | 41 |
| 4.3 | Soubor respondentů a kritéria výběru | 41 |
| 4.4 | Organizace výzkumu a sběr dat | 42 |
| 4.5 | Analýza a zpracování dat | 42 |
| 4.6 | Prezentace výsledků a analýza dat | 43 |
| 4.6.1 | Charakteristika výzkumného souboru | 44 |
| 4.6.2 | Vyhodnocení Maslach Burnout Inventory (MBI) | 52 |
| 4.7 | Souhrn výsledků dotazníkového šetření | 58 |
| 4.8 | Statistické testování hypotéz výzkumných otázek | 59 |
| 4.8.1 | Výzkumná otázka č. 1: | 59 |
| 4.8.2 | Výzkumná otázka č. 2 | 62 |
| 4.8.3 | Výzkumná otázka č. 3 | 67 |
| 4.8.4 | Výzkumná otázka č. 4 | 69 |
| 4.9 | Stručný souhrn výsledků ze statistického testování hypotéz | 72 |
| 5 | Diskuze | 74 |
| 5.1 | Celková míra výskytu syndromu vyhoření u perioperačních sester | 74 |
| 5.2 | Věk a míra syndromu vyhoření u perioperačních sester | 76 |
| 5.3 | Vzdělání a míra syndromu vyhoření u perioperačních sester | 76 |
| 5.4 | Typ operačních sálů a výskyt syndromu vyhoření | 78 |
| 5.5 | Délka praxe a míra syndromu vyhoření u perioperačních sester | 79 |
| 5.6 | Limity práce | 80 |
| 6 | Závěr | 81 |
| 6.1 | Doporučení pro praxi | 82 |
| 7 | Použitá literatura | 83 |
| 7.1 | Primární zdroje | 83 |
| 7.2 | Sekundární zdroje | 84 |

| | | |
|-----|--------------------------|----|
| 7.3 | Odborné články | 86 |
| 7.4 | Internetové zdroje | 87 |
| 7.5 | Ostatní | 88 |
| 8 | Přílohy..... | 89 |

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 - Graf věkového rozložení respondentů | 45 |
| Obrázek 2 - Graf nejvyššího vzdělání respondentů | 46 |
| Obrázek 3 - Graf rozložení respondentů podle získané specializace v perioperační péči | 47 |
| Obrázek 4 - Graf rozdělení respondentů podle typu operačních sálů..... | 48 |
| Obrázek 5 - Graf rozložení respondentů na oborových operačních sálech | 49 |
| Obrázek 6 - Graf rozdělení respondentů dle délky praxe na operačních sálech..... | 51 |
| Obrázek 7 - Respondenti dle stupně emocionálního vyčerpání (EE) | 53 |
| Obrázek 8 - Respondenti dle stupně depersonalizace (DE)..... | 54 |
| Obrázek 9 - Respondenti dle stupně osobního uspokojení (PA) | 55 |
| Obrázek 10 - Graf rozložení respondentů dle počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření | 57 |
| Obrázek 11 - Počet respondentů s vysokým stupněm vyhoření v jednotlivých dimenzích | 58 |
| Obrázek 12 - Krabicový graf počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření dle věkových kategorií..... | 60 |
| Obrázek 13 - Krabicový graf počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů..... | 63 |
| Obrázek 14 - Krabicový graf počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření podle specializace v oboru perioperační péče | 65 |
| Obrázek 15 - Krabicový graf počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření podle typu operačních sálů | 68 |
| Obrázek 16 - Krabicový graf počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření podle délky praxe..... | 70 |
| | |
| Tabulka 1 - Rozdělení výroků dotazníku MBI do tří dimenzí (Židková, 2013)..... | 41 |
| Tabulka 2 - Pohlaví respondentů | 44 |
| Tabulka 3 - Věkové rozdělení respondentů | 44 |
| Tabulka 4 - Popisná statistika věku respondentů | 45 |
| Tabulka 5 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů | 46 |
| Tabulka 6 - Specializace v perioperační péči | 47 |
| Tabulka 7 – Rozložení respondentů dle typu operačních sálů..... | 48 |
| Tabulka 8 - Oborové operační sály | 49 |

| | |
|---|----|
| Tabulka 9 - Délka praxe na operačním sále..... | 50 |
| Tabulka 10 - Bodové rozmezí sledovaných dimenzí dle míry vyhoření (Židková, 2013) | 52 |
| Tabulka 11 - Popisná statistika stupně emocionálního vyčerpání respondentů..... | 53 |
| Tabulka 12 - Popisná statistika stupně depersonalizace respondentů..... | 54 |
| Tabulka 13 - Popisná statistika stupně osobního uspokojení respondentů..... | 55 |
| Tabulka 14 - Celkový souhrn vyhořelých a nevyhořelých respondentů | 56 |
| Tabulka 15 - Tabulka výsledků testů normality | 59 |
| Tabulka 16 – Výsledky Kruskal-Wallisova testu k hypotéze č.1 | 59 |
| Tabulka 17 - Výsledky Kruskal-Wallisova testu k hypotéze č. 2..... | 62 |
| Tabulka 18 - Výsledky Kruskal-Wallisova testu k hypotéze č. 3..... | 64 |
| Tabulka 19 - Mann–Whitneyův U test pro typy operačních sálů a počtem zasažených dimenzí | 67 |
| Tabulka 20 - Výsledky Kruskal-Wallisova testu k hypotéze č. 5..... | 69 |
| Tabulka 21 - Tabulka výsledků k výzkumným otázkám | 73 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

| | |
|---------|--|
| AORN | Association of periOperative Registered Nurses (Asociace perioperačních sester) |
| BM | Burnout Measure (dotazník) |
| BMS | Burnout Measure Short (dotazník) |
| BOT | Heidelberger Burnout Test (dotazník) |
| CBI | Copenhagen Burnout Inventory (dotazník) |
| COS | centrální operační sál |
| ČR | Česká republika |
| DE | depersonalizace (dimenze MBI) |
| EE | emoční vyčerpání (dimenze MBI) |
| EORNA | European Operating Room Nurses Association (Evropská asociace operačních sester) |
| FZS | Fakulta zdravotnických studií |
| JIP | jednotka intenzivní péče |
| K-W | Kruskal–Wallisův test |
| MBI | Maslach Burnout Inventory |
| MZ | ministerstvo zdravotnictví |
| NCO NZO | Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů |
| OS | operační sály |
| PA | osobní uspokojení z práce (dimenze MBI) |
| PBP | perioperační bezpečnostní proces |
| SMBM | Shirom-Melamed Burnout Measure (dotazník) |
| SŠ | střední škola |

| | |
|------|---|
| SV | syndrom vyhoření |
| TM | Tedium Measure (dotazník) |
| UPCE | Univerzita Pardubice |
| ÚVN | Ústřední vojenská nemocnice |
| VOŠ | vyšší odborná škola |
| VŠ | vysoká škola |
| WHO | World Health Organization (Světová zdravotnická organizace) |
| ZZ | zdravotnické zařízení |

ÚVOD

Problematika syndromu vyhoření začíná být velmi diskutovaným a řešeným tématem této doby. Dříve opomíjená problematika se dnes začíná postupně dostávat do popředí a zastává určitou roli v diagnostice poruch duševního zdraví. Syndrom vyhoření (SV) neboli „burnout syndrom“ je vcelku nový pojem, který byl poprvé popsán, následně i publikován až v roce 1974 psychoanalytikem Herbertem Freudenbergerem a Sigmundem Ginsburgem. Právě podle Freudenbergera, průkopníka této problematiky, je SV popisován jako určitý stav selhání, opotřebování se nebo také určité vyčerpání se nadměrnými nároky především na sebe sama (Heinemann a Heinemann, 2017).

Současná společnost bývá často označována jako doba spěchu, která se vyznačuje tlakem na výkon, efektivitu a rychlé výsledky. Mnohá zaměstnání kladou na jednotlivce vysoké nároky, přičemž požadavky na produktivitu přicházejí nejen ze strany zaměstnavatelů, ale i ze strany samotných pracovníků, kteří na sebe kladou čím dál vyšší nároky (Švamberg Šauerová, 2018, s. 38). Často usilujeme o životní ideály, jako je harmonická rodina, finanční stabilita až nezávislost, vlastní bydlení, profesní úspěch a další. Tohle všechno v ideálně co nejkratším čase. Málokdo si však připouští, že dosažení těchto cílů vyžaduje čas, vytrvalost a emoční odolnost. Vnitřní tlak na „dokonalost“ a dlouhodobé vystavení stresovým situacím, které přesahují schopnosti jedince, mohou vést ke vzniku chronického stresu. Ten bývá jedním z klíčových spouštěčů syndromu vyhoření (Kupka, 2024, s. 48). Prevence tohoto stavu spočívá mimo jiné v udržení rovnováhy mezi pracovním a osobním životem. Důležité je umět si vědomě vyhradit čas pro sebe, věnovat se aktivitám, které jedinci přinášejí radost a umožňují regeneraci sil a mysli. Informovanost o rizicích SV a jeho projevu je bezpochyby cenná, ale sama o sobě není zárukou ochrany nikoho z nás. Každý jedinec reaguje na stresové situace odlišně, zatímco někteří si zachovávají vnitřní stabilitu i při zvýšené zátěži, jiní mohou být vůči chronickému stresu zranitelnější.

Nejčastěji se syndrom vyhoření objevuje u profesí, které jsou charakteristické intenzivním kontaktem s lidmi. Jsou to profese v oblasti sociálních služeb, u tzv. pomáhajících profesí, mezi které se řadí především zdravotnické profese (Jochmannová, Kimplová a kol., 2022, s. 87).

Tato diplomová práce je zaměřena na syndrom vyhoření (SV) u sester pracujících na operačních sálech. Stres ve zdravotnictví je jedním z nejvíce nebezpečných jevů, který způsobuje selhání zdravotníka, ohrožuje jeho duševní zdraví, na což poukazují i mezinárodní výzkumy. V této diplomové práci jsem se zabírala uvedenou problematikou z hlediska způsobu zvládnání

stresové zátěže a následným výskytem syndromu vyhoření u perioperačních sester pracujících ve vybraných zdravotnických zařízeních (ZZ) v České republice (ČR). Toto téma se přímo dotýká i mne, jelikož pracuji ve zdravotnictví a jsem součástí ohrožené skupiny zdravotnických profesí.

Teoretická část této diplomové práce je zaměřena na problematiku perioperační péče, s důrazem na roli a kompetence perioperačních sester, a v neposlední řadě také na problematiku psychické zátěže zdravotníků, kde je hlavní důraz kladen na syndrom vyhoření (SV). Podrobně jsou v diplomové práci rozebrány jeho příčiny, rizikové a predispoziční faktory, průběh vzniku a jednotlivé fáze vývoje SV. Další část se zaměřuje na typické projevy, možnosti diagnostiky a také na důležité aspekty prevence tohoto syndromu. Speciální kapitola je věnována specifickým výskytu syndromu vyhoření u sester působících v prostředí operačních sálů.

Ve výzkumné části práce byla aplikována kvantitativní metoda sběru dat, konkrétně formou dotazníkového šetření, který se skládal ze dvou částí. Kromě standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI) byly v dotazníku položeny i doplňující otázky zaměřené na demografickou charakteristiku respondentů a proměnné důležité pro následnou statistickou analýzu pro zodpovězení stanovených výzkumných cílů. Výzkumná část dále obsahuje stanovené cíle, výzkumné otázky, popis metodologie a prezentaci dosažených výsledků.

Cílem této diplomové práce je zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u sester působících na operačních sálech ve vybraných ZZ. Vzhledem k tomu, že tato profesní skupina patří k těm, u nichž je riziko rozvoje syndromu vyhoření vyšší, tak dalším cílem práce je také prozkoumat souvislosti mezi mírou vyhoření a vybranými demografickými faktory, jež mohou ovlivňovat rozvoj SV. Ráda bych touto prací i zároveň rozšířila povědomí o této závažné a často dosti opomíjené problematice v rámci českého zdravotnictví.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Tato diplomová práce si klade za cíl zjistit míru výskytu syndromu vyhoření (SV) u sester pracujících na operačním sále ve vybraných zdravotnických zařízeních v ČR. Dále pro tuto práci byly stanovené čtyři dílčí cíle, ve kterých je úkolem posoudit, zda existuje souvislost mezi mírou SV a vybranými demografickými faktory, které mohou ovlivňovat jeho rozvoj.

Dílčí cíle práce jsou stanoveny v následujícím znění:

1. Zjistit, zda věk souvisí s výskytem syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči.
2. Zjistit, zda vzdělání sester pracujících na operačním sále má vliv na výskyt syndromu vyhoření.
3. Zjistit, zda existují rozdíly výskytu syndromu vyhoření u perioperačních sester pracujících na centrálních a oborových operačních sálech.
4. Zjistit, jak délka praxe na operačním sále souvisí s výskytem syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči.

1.2 Metody k dosažení cíle

K dosažení stanovených cílů byla zvolena kvantitativní strategie výzkumu využívající techniku dotazníkového šetření. Data byla sbírána pomocí dotazníku složeného ze dvou bloků – autorské části zaměřené na demografické faktory a standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI), který umožňuje posoudit míru syndromu vyhoření ve třech dimenzích (emocionální vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení). Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na operačních sálech v různých typech ZZ v ČR. Výzkum probíhal v první čtvrtině roku 2025 formou tištěného dotazníku, který byl po udělení souhlasu s výzkumem, distribuován na oddělení operačních sálů vybraných ZZ. Data byla zpracována v programech MS Excel a Statistica12. Statistické analýzy zahrnovaly popisnou statistiku a neparametrické testy (Kruskal–Wallisův a Mann–Whitneyův U test), které byly využity k ověření hypotéz formulovaných na základě výzkumných otázek. Statistická významnost byla hodnocena na hladině $\alpha = 0,05$.

TEORETICKÁ ČÁST

2 SESTRA A JEJÍ OSOBNOST

Povolání zdravotní sestry má velmi dlouhou tradici, která se postupem času neustále vyvíjí, postupně proměňuje, a to především kvůli měnícím se podmínkám nejen v národním, ale i mezinárodním kontextu (Magerčiaková, 2023, s. 9).

Práce sestry je velmi náročná a specifická profese, na kterou jsou kladeny velké nároky, proto tato profese není vhodná pro každou osobnost. Každá zdravotní sestra má svůj vlastní specifický osobnostní profil, který by měl ale vždy zahrnovat určité dovednosti. Mezi nejdůležitější dovednosti sestry bezpochyby patří skvělé komunikační schopnosti, do kterých řadíme nejen samotnou komunikaci, ale i umění aktivního naslouchání. Pro zdravotní sestry komunikace není jenom schopnost mluvit, ale velkou částí je i schopnost mlčení, porozumění a naslouchání. Další dovedností je bezpochyby empatie a s tím související emoční inteligence. Posláním zdravotní sestry je pomáhat druhým, z velké části se jedná o zraněné nebo trpící klienty, proto je kladen velký důraz na to, aby každý zdravotník dokázal být emočně stabilní a byl schopný pracovat a zůstat klidný i pod určitým tlakem. Každá zdravotní sestra by měla umět sama neprožívat stav pacienta, umět pochopit emoce druhého, ale udržovat si emocionální odstup. Jak už bylo zmíněno, práce sestry je velmi náročné povolání, nejen po psychické stránce, ale i po stránce fyzické. Určitou součástí dovedností sestry je i schopnost věnovat pozornost detailům. Věnovat pozornost detailům je důležité v každém povolání, ale ve zdravotnictví je to velmi zásadní, zdravotní sestra si nemůže dovolit chybovat, má na starosti životy lidí. K dalším dovednostem je také důležité zařadit schopnost umět se přizpůsobit a být schopný flexibilního myšlení (Joyce, 2022).

Od zdravotnických pracovníků se nevyžadují pouze praktické dovednosti, ale také hluboké odborné znalosti a schopnost je uplatnit v rozmanitých podmínkách. Ošetrovatelská péče je poskytována nejen ve zdravotnických zařízeních a ambulancích, ale také v lůžkových zařízeních ústavní péče a v přirozeném sociálním prostředí pacienta. Výkon povolání zdravotní sestry je podmíněn získáním odborné způsobilosti, kterou lze dosáhnout prostřednictvím akreditovaných studijních programů nebo specializačního vzdělávání, které reflektuje aktuální požadavky praxe. V rámci ČR je odborná způsobilost upravena zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v pozdějším znění, jenž stanovuje podmínky pro výkon zdravotnických profesí a vymezuje související legislativní rámec. Součástí profesní

dráhy všeobecných sester je také povinnost celoživotního vzdělávání, jež slouží k udržení a rozvoji odborných kompetencí (Magerčiaková, 2023, s. 10-13).

2.1 Sestra pro perioperační péči

Vedle stručného vymezení pojmu perioperační péče a zakotvení sestry pro perioperační péči v rámci operačního týmu je následující text zaměřen právě na roli a kompetence sestry v perioperační péči. Na sestru pro perioperační péči jsou na jedné straně kladeny vysoké nároky, na straně druhé taková sestra čelí řadě rizikových faktorů. Záměrem této diplomové práce je zaměřit se v následujícím textu na ty předpoklady, nároky a faktory, které mohou souviset se syndromem vyhoření (SV).

Pojem perioperační péče vznikl s pomocí řecké předpony „peri“ neboli okolo, kolem (EORNA, 2019). Na základě toho je možno vymezit perioperační péči v té nejjednodušší podobě jako péči bezprostředně související s operačním výkonem, která konkrétně zahrnuje tři klíčové fáze: předoperační, intraoperační a pooperační. Každá z těchto etap je specifická a vyžaduje od sester cílené intervence a vysokou úroveň odborné kompetence. Úloha sestry v jednotlivých úsecích je nenahraditelná a tvoří nedílnou součást specializované perioperační péče (Ševčíková, 2019, s. 16).

Perioperační sestry představují nezastupitelnou součást operačního týmu, jejichž odbornost a schopnost rychlé orientace v průběhu zákroku je klíčová pro jeho bezpečný a plynulý průběh. Zkušenosti z klinické praxe ukazují, že sestry často přicházejí na pozici perioperační sestry z jiných ošetrovatelských oddělení, přičemž je výhodou jejich předchozí znalost chirurgického prostředí. K výkonu této specializace je zapotřebí nejen adekvátní odborná příprava, ale také vnitřní motivace k dalšímu profesnímu rozvoji, například formou specializačního vzdělávání či magisterského studia (Nemocnice Pardubického kraje, 2022).

2.1.1 Vzdělávání v perioperační péči

Vzdělávání sester v oblasti perioperační péče v ČR je legislativně ukotveno v zákoně č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, v pozdějším znění, který stanovuje podmínky pro získání a uznání odborné způsobilosti k výkonu tohoto specializovaného nelékařského zdravotnického povolání. Zmíněný zákon doplňuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů, která stanovuje kompetence perioperačních sester. Nedílnou součástí profesního růstu je také specializační studium, které probíhá v souladu s příslušnými metodickými pokyny, které jsou přesně stanovené (Marková, et. al, 2024, s. 13).

Specializační vzdělávání v oblasti perioperační péče je v ČR legislativně upraveno nařízením vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. Toto nařízení vymezuje nejen specializaci, ale také název specialisty, který získal danou specializaci v oboru, a to i dříve, než toto nařízení nabylo platnosti. Cílem této právní úpravy je zajistit jednotné a transparentní podmínky pro profesní růst zdravotnických pracovníků a zároveň uznat dříve získané kvalifikace v souladu s aktuální legislativou (Česko, 2010). Později v roce 2018 došlo nařízením vlády č. 164/2018 Sb. ke změně přílohy č. 1 v nařízení vlády č. 31/2010 Sb., konkrétně ke zrušení slov „v gynekologii a porodnictví“ u odbornosti „perioperační péče“ v profesi porodní asistentka. Tato úprava rozšiřuje možnost jejich uplatnění i mimo gynekologicko-porodnické obory a sjednocuje terminologii s ostatními zdravotnickými profesemi, jako je například všeobecná sestra pro perioperační péči (Česko, 2018). Proto se dále v textu bude zmiňovat souhrnný název perioperační sestra pro všechny obory s touto specializací.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR) vydalo věstníky, které přesně vymezují organizaci specializačního vzdělávání. Každá specializace v daném oboru má svůj vlastní věstník, ve kterém je popsán cíl specializačního vzdělávání, vstupní podmínky, učební plán včetně teoretické i praktické výuky a profil absolventa. Výuka je strukturována do modulového systému, přičemž celkový rozsah studia činí několik set hodin (MZ ČR, 2016). Pro úspěšné zakončení studia musí sestra splnit podmínky včetně doložené odborné praxe v oboru a složení atestační zkoušky. Absolventi specializačního vzdělávání jsou oprávněni vykonávat činnosti v prostředí centrálních a oborových operačních sálů, na pracovištích sterilizace i při invazivních zákrocích. Význam kvalitního vzdělávání v této oblasti spočívá především v zajištění bezpečné, efektivní a odborně správné péče o pacienta během jednotlivých fází operačního procesu. Pro získání specializace v perioperační péči je možné absolvovat akreditovaný kurz nebo specializační navazující studium (Marková, et. al, 2024, s. 13-14).

2.1.1.1 Specializační kurzy

Jednou z možností získání specializace pro perioperační péči je absolvování specializačního kurzu, který je akreditován MZ ČR, a tedy i splnění podmínek dle věstníku vydaného MZ ČR. Tyto akreditované kurzy nabízí Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně a nabídku jejich kurzů je možné sledovat na oficiálním webu NCO NZO, kde jsou každoročně zveřejňovány aktuální termíny několika specializačních a kvalifikačních kurzů (NCO NZO, 2024). Akreditované kurzy specializace pro perioperační

péči nabízí také Ústřední vojenská nemocnice (ÚVN) pod záštitou NCO NZO, kde je možné si podat přihlášku do specializačního vzdělávání (ÚVN, 2025).

2.1.1.2 Specializační navazující magisterské studium

Další z možností, jak rozšířit profesní odbornost v oblasti perioperační péče, je navazující vysokoškolské magisterské studium, které kombinuje akademické vzdělávání s odbornou praxí a umožňuje získání plnohodnotné specializace pro výkon profese v perioperační péči. Pro uznání specializované způsobilosti je nutné splnit podmínky stanovené věstníkem pro daný obor, který je vydaný MZ ČR. Toto navazující magisterské studium je v ČR nabízeno zatím pouze na Fakultě zdravotnických studií (FZS) Univerzity Pardubice (UPCE), která studentům nabízí specializační studium v perioperační péči jak pro všeobecné sestry, tak i pro porodní asistentky. (UPCE FZS, 2023).

2.1.2 Kompetence sestry v perioperační péči

Evropská asociace operačních sester (EORNA) stanovuje 5 klíčových oblastí odborných kompetencí, které tvoří základ profesního působení perioperační sestry. První oblast se zaměřuje na profesní, etickou a právní odpovědnost, v níž je důraz kladen na schopnost odborného rozhodování a uplatňování etických zásad při poskytování péče s respektem k důstojnosti pacienta. Druhá kompetence zahrnuje samotné poskytování perioperační ošetrovatelské péče, která má být komplexní, kvalitní a přizpůsobená individuálním potřebám každého jedince. Třetí oblast se věnuje mezilidské komunikaci a navazování vztahů, tedy klade důraz na koordinovanou spolupráci s pacientem, jeho rodinou i zdravotnickým týmem. Čtvrtá doména se týká organizačních schopností a vedení týmu, tedy plánování péče, řízení lidských i materiálních zdrojů a zajištění plynulosti provozu. Pátá oblast podporuje aktivní přístup ke vzdělávání, odbornému růstu a zapojení do výzkumných aktivit, které přispívají k rozvoji kvality perioperační praxe. Perioperační sestra by si měla neustále prohlubovat znalosti a reflektovat nové trendy v oboru (EORNA, 2019, s. 17-31).

Kompetence sestry pro perioperační péči jsou vymezeny vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Ustanovení vyhlášky č. 55/2011 Sb. podle § 56 tohoto předpisu říká, že „*sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů.*“ (Česko, 2011). Vzdělávání a kompetence v oblasti perioperační péče nejsou vymezeny pouze pro všeobecné sestry, ale zahrnuje i další odborné ošetrovatelské specializace, které se na poskytování péče na operačních

sálech podílejí v rámci mezioborové spolupráce. Například porodní asistentka pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 69 vyhlášky č. 55/2011 Sb., kdy při poskytování péče pacientkám v oboru gynekologie a porodnictví také dodržuje ustanovení dle § 56, který určuje kompetence všeobecné sestry pro perioperační péči. Součástí legislativního vymezení jsou také specifické kompetence dětské sestry v oblasti perioperační péče dle § 163d téže vyhlášky (Česko, 2011).

Tato legislativní úprava podtrhuje rozmanitost odborných rolí v perioperační péči a reflektuje potřebu specializované ošetrovatelské intervence v různých věkových a klinických skupinách pacientů. Ačkoli existuje více odborností, ve kterých je možné získat specializaci v perioperační péči, tato práce se dále soustředí výhradně na kompetence všeobecné sestry působící v tomto oboru. Tyto kompetence jsou však totožné i pro porodní asistentku vykonávající perioperační činnosti.

Perioperační sestra vykonává celou řadu odborných činností, které spadají do jejích kompetencí buď zcela samostatně, nebo na základě indikace lékaře. Bez odborného dohledu a bez nutnosti lékařského pokynu zajišťuje přípravu instrumentária, zdravotnických prostředků a dalších pomůcek nezbytných pro operační výkon, a to ve všech jeho fázích, tedy před, během i po zákroku. Mezi její samostatné úkoly dále patří provádění specializovaných sterilizačních a dezinfekčních postupů, manipulace s operačními stoly, zdravotnickou technikou a tlakovými nádobami či příprava operačního pole prostřednictvím antiseptických opatření. Součástí odpovědnosti je rovněž zarouškování operačního pole a aktivní účast při chirurgickém výkonu formou instrumentace. Perioperační sestra ve spolupráci s operátorem provádí na začátku i na konci operace kontrolu počtu nástrojů a použitého materiálu. Také ale dohlíží i na připravenost operačního sálu k provedení standardních i specializovaných výkonů. Na základě lékařské indikace dále samostatně zajišťuje polohování a fixaci pacienta na operačním stole ve všech fázích výkonu s důrazem na prevenci imobilizačních komplikací. v neposlední řadě asistuje při méně náročných chirurgických zákrocích, čímž významně přispívá k plynulosti a bezpečnosti perioperační péče (Česko, 2011). Dle povahy plněných úkolů je možno rozlišit sestry pro perioperační péči na tzv. instrumentářky, které zabezpečují operační výkon a tzv. obíhající sestry, které zabezpečují kontakt s okolím. Obě role spolu úzce spolupracují a jsou nezbytné pro zajištění bezpečného a plynulého průběhu chirurgického výkonu. Efektivní komunikace mezi nimi významně přispívá k prevenci komplikací a kvalitě poskytované péče (EORNA, 2019, s. 13).

2.1.3 Role perioperační sestry

V každodenní klinické praxi se role perioperační sestry odvíjí od rozpisu operačního programu. Ten určuje nejen konkrétní operační sál, ale i funkční zařazení sestry – ať už jako instrumentářky, obíhající či sterilizační sestry. Na základě své konkrétní pracovní role se sestra podílí na přípravě potřebného vybavení, materiálu a související dokumentace nezbytné pro daný operační výkon. Instrumentářka je zodpovědná za asistenci během operace, kontroluje dodržování zásad asepse a má na starosti kompletní soubor používaných nástrojů a materiálů. Úkolem obíhající sestry je zabezpečení kontinuálního přísunu potřebného materiálu, vedení operační dokumentace a spolupráce s ostatními členy operačního týmu. Sterilizační sestra se zaměřuje na přípravu sterilních zdravotnických pomůcek, provádí dezinfekci nástrojů a podílí se na přípravě operačního pole. Každá z těchto rolí je nepostradatelná pro zajištění plynulého průběhu chirurgického výkonu a vyžaduje vysokou míru odbornosti, soustředění i týmové koordinace. Tyto role se během dne i v rámci jednoho výkonu mohou měnit, což zajišťuje variabilitu činností a omezuje pracovní stereotyp. Nově příchozí sestry začínají obvykle na pozicích obíhající nebo nástrojové sestry a po boku zkušené perioperační sestry, tzv. školitelky a postupně si osvojují potřebné dovednosti k tomu, aby mohly plnit i roli instrumentářky. Vzhledem k vysoké odborné náročnosti perioperační péče je proces zaškolování nových sester veden systematicky a individuálně. Vzdělávání probíhá prakticky s důrazem na bezpečné zvládnání jednotlivých postupů od jednodušších výkonů až po složité operace. Předpokladem úspěšného zaškolení je nejen odborná příprava, ale i rozvoj schopností, jako je samostatnost, odolnost vůči stresu, technická zdatnost a týmová spolupráce. (Nemocnice Pardubického kraje, 2022).

Perioperační sestra zajišťuje péči o pacienta a plní své role ve všech třech fázích chirurgického zákroku – předoperační, intraoperační a pooperační. Práce perioperační sestry v **předoperační fázi** začíná již převzetím pacienta na operačním sále, jeho uložením na operační stůl a navázáním komunikace. Sestra dále provádí kontrolu správného označení místa plánovaného zákroku na těle pacienta a v případě potřeby realizuje i další nezbytné úkony, jako je zavedení močového katétru nebo aplikace neutrální elektrody. Součástí této fáze je také zodpovědnost za správné polohování nemocného, které musí odpovídat jak charakteru plánovaného výkonu, tak aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta. Zároveň je nutné věnovat zvýšenou pozornost prevenci dekubitů a riziku poškození periferních nervů. Součástí přípravy je rovněž dezinfekce kůže a sterilní zakrytí operačního pole. V **období intraoperačním**, tedy během samotného výkonu, se instrumentující sestra pohybuje ve sterilním poli a její činnost zahrnuje podávání nástrojů,

sledování průběhu zákroku, průběžnou kontrolu počtu nástrojů a zajištění dodržování aseptických podmínek. Obíhající sestra, která se pohybuje mimo sterilní pole, zajišťuje podporu týmu a předává sterilní materiál tak, aby nenarušila sterilitu (Ševčíková, 2019, s. 17-18). V **pooperačním období** po dokončení výkonu sestra ošetřuje operační ránu, aplikuje sterilní krytí a podílí se na závěrečné fázi bezpečnostní procedury. V této fázi dochází ke kontrole použitého materiálu, ověření provedeného výkonu, evidenci vzorků a záznamu případných technických komplikací. Následně je poskytování pooperační péče zajištěno na dospávacím pokoji, jednotce intenzivní péče (JIP), v některých případech i na standardním lůžkovém oddělení, kde je již péči o pacienta zajišťují všeobecné sestry (Ševčíková, 2019, s. 19-20).

Nezbytnou součástí role perioperační sestry je i aktivní účast na předoperační bezpečnostní proceduře, která byla zavedena MZ ČR na základě doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) jako nástroj ke snížení rizik spojených s chirurgickými výkony. Tato procedura, známá jako perioperační bezpečnostní proces (PBP), označovaný také jako „Surgical Safety Checklist“, představuje strukturovaný a systematický přístup, který se v klinické praxi realizuje ve třech hlavních etapách. První fáze PBP nastává ještě před zahájením anestezie a zahrnuje ověření totožnosti pacienta, místa a druhu plánovaného výkonu, kontrolu informovaných souhlasů, přítomnosti alergií, funkčnosti vybavení a připravenosti anesteziologického týmu. Druhá etapa PBP probíhá bezprostředně před provedením první incize. Všichni přítomní členové operačního týmu se představí jménem a uvedou svou roli, přičemž se znovu potvrzuje typ výkonu, jeho lokalizace a podání profylaktických antibiotik. Probíhá také diskuze, která je zaměřena na potenciální komplikace a připravenost operačního materiálu. Perioperační sestra v tomto bodě stvrzuje sterilitu a úplnost chirurgických nástrojů. Tento okamžik představuje důležitý komunikační prvek, který přispívá k týmové koordinaci a prevenci chyb. Závěrečná část procesu následuje po ukončení chirurgického zákroku. Sestra během třetí fáze PBP provádí kontrolu správnosti a počtu použitého instrumentária a materiálu, eviduje odebrané biologické vzorky a ve spolupráci s chirurgem a anesteziologem plánuje další postup v péči o pacienta. Smyslem tohoto protokolu není navyšování administrativy, ale posílení týmové spolupráce, přehlednosti a prevence pochybení během operací. Perioperační sestra zde vystupuje nejen jako odborník na technické aspekty výkonu, ale také jako zástupce pacienta, který aktivně přispívá k zajištění jeho bezpečnosti (Vácová a Brabcová, 2016, s. 139-140).

2.2 Etika v perioperační péči

Chceme-li se zabývat etikou v oblasti perioperační péče, hned úvodem je nutno zdůraznit, že v ČR aktuálně neexistuje speciální etický kodex pro sestry pro perioperační péči, ani pro perioperační péči jako takovou, uvádí Wichsová (2020). Důvodem je podle autorky zejména skutečnost, že tato péče zahrnuje poměrně úzký okruh činností, který je úzce provázán i s dalšími obory.

Etika hraje v perioperační péči klíčovou roli, neboť sestry působí v prostředí s vysokými nároky na přesnost, spolupráci a odpovědnost. Asociace perioperačních sester (AORN) rozšířila etický kodex Americké asociace sester (ANA) tak, aby reflektoval specifika práce na operačních sálech a podpořil profesionální rozhodování v náročných klinických situacích. Etický kodex AORN čítá devět bodů, které jsou stručně popsány zde (Wichsová, 2020, s. 60-61):

1. **Respekt a soucit:** Sestra přistupuje k pacientovi s úctou a ohledem na jeho jedinečnost a důstojnost.
2. **Priorita pacienta:** Hlavní odpovědností sestry je pacient, ale vnímá i roli jeho rodiny a komunity.
3. **Ochrana zdraví a bezpečí:** Aktivně chrání pacientovo zdraví, práva a bezpečnost během celého perioperačního procesu.
4. **Odborná odpovědnost:** Sestra jedná v rámci své profese, poskytuje adekvátní péči a rozhoduje v souladu s odbornými standardy.
5. **Péče o sebe samu:** Zajišťuje vlastní fyzickou a psychickou pohodu a udržuje profesionální úroveň.
6. **Bezpečné prostředí:** Podílí se na tvorbě optimálního a etického pracovního prostředí.
7. **Podpora výzkumu a kvality:** Podpora vědecky podložené péče je součástí její profesní role, čímž přispívá ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče.
8. **Lidská práva a rovnost:** Spolupracuje při ochraně práv pacientů a podporuje rovný přístup ke zdravotní péči.
9. **Etika v systému:** Chrání hodnoty profese, podporuje spravedlnost a jedná čestně v rámci zdravotnického systému.

Etické zásady AORN tak zahrnují nejen závazek k pacientům, ale i k sobě, profesní komunitě a společnosti. v operačním prostředí představují důležitý nástroj pro udržení integrity, bezpečnosti a kvality poskytované péče. Wichsová (2020) ve své publikaci věnuje AORN kladné hodnocení, přičemž vyzdvihuje zejména schopnost věnovat členkám asociace komplexní péči, a to podporou jejich odborné úrovně, ochranou jejich práv, důrazem na etické

stránky jejich praxe či každoroční aktualizací standardů a postupů v perioperačním ošetřovatelství (Wichsová, 2020, s. 60-61).

2.3 Faktory ovlivňující profesi perioperační sestry

Stres je nedílnou součástí této profese. Práce zdravotníka celkově, nejen profese perioperační sestry, je velmi náročná a specifická profese, na kterou jsou kladeny velké nároky, proto tato profese není vhodná pro každou osobnost (Joyce, 2022). Sestra pro perioperační péči je vysoce specializovaná odbornice a z tohoto titulu jsou na ní kladeny vysoké nároky. V perioperační péči se často vyskytuje v souvislosti s vysokým pracovním tempem, odpovědností, konflikty nebo nedostatkem autonomie. Dlouhodobé přetížení může vést ke ztrátě koncentrace, únavě a v krajních případech až k SV. Zátěž se může projevovat emočně, mentálně nebo sensoricky a podle intenzity ji lze rozlišit jako běžnou až extrémní. Pro její zvládnání je důležitá týmová podpora, možnost relaxace a dostatečná motivace k práci (Wichsová a Taliánová, 2020, s. 98). Profese s vysokými nároky na kvalitu výkonu, odpovědnost a osobní nasazení, avšak s omezenou možností samostatného rozhodování jsou často vystaveni dlouhodobě působícímu stresu, díky kterému se dostávají do ohrožení syndromem vyhoření. Právě nízká míra autonomie v pracovní činnosti, tedy schopnost ovlivnit tempo, organizaci či podmínky své práce, se ukazuje jako významný rizikový faktor pro již zmíněný syndrom, kterému je práce věnována v následujících kapitolách (Kupka, 2024, s. 48).

3 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření (z anglického „burn out“), jakožto stav fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání v důsledku velkých očekávání a chronického pracovního stresu, je akademiky zkoumán již více než půlstoletí. Přiblížení nástinu historie výzkumů v této oblasti pomůže hlubšímu pochopení celé problematiky, proto je úvodní podkapitola věnována právě krátkému historickému exkurzu. v následujícím textu je SV blíže definován a poté je věnována pozornost především aspektům zkoumané problematiky, které jsou zaměřené pro tuto práci.

3.1 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření představuje psychický stav vyčerpání, který je popisován již od 70. let 20. století, kdy se mu začali věnovat psychologové i lékaři. V literatuře se pro tento fenomén používá více označení, například „syndrom vyprahlosti“, „vyhaslosti“ nebo anglický termín „burnout“, který vychází ze slovesa „to burn“, tedy „hořet“ či „být zapálený“. Samotné spojení „burn out“ pak v přeneseném významu označuje stav „vyhoření“, tedy postupného duševního i fyzického vyčerpání. Jako první použil pojem „syndrom burnout“ H. J. Freudenberger, který jej popsal ve vztahu k profesnímu přetížení. Ačkoli se definice tohoto jevu v průběhu času různě proměňovaly, jejich společným jmenovatelem zůstává, že jde o psychický stav vyčerpání způsobený dlouhodobým stresem, který vede ke ztrátě motivace, poklesu pracovního výkonu a celkové duševní únavě. Tento stav bývá typický zejména u profesí, kde je pracovní náplní pravidelný kontakt s jinými lidmi. Výzkumy ukazují, že s tímto syndromem se během profesního života setká přibližně dvacet až třicet procent odborníků pracujících s lidmi (Pešek a Praško, 2016, s. 15–16).

Ve stávající době je syndromem vyhoření zasaženo čím dál více jednotlivců. Ke vzniku tohoto psychického stavu výrazně přispívá moderní společnost, která je orientovaná převážně na výkon a dosažené výsledky. Nejedná se o stav, který by se objevil náhle nebo bez příčiny. Jeho hlavní příčinou je dlouhodobě neuspokojená potřeba uznání a ocenění vlastního pracovního úsilí, která vede k frustraci. Stav vyhoření tak může vznikat pozvolna a často zůstává v počátečních fázích nepovšimnut. Ačkoli se s tímto syndromem můžeme setkat napříč různými oblastmi života, jeho výskyt je typický zejména u profesí z oblasti pomáhajících činností (Švamberská Šauerová, 2018, s. 38).

Syndrom vyhoření se projevuje jako stav duševního i fyzického vyčerpání, který je důsledkem dlouhodobého vystavení chronickému pracovnímu stresu. Nejčastěji se objevuje u povolání, kde hraje klíčovou roli intenzivní kontakt s lidmi a zpětná vazba od druhých. Vyhoření

postihuje nejen psychickou rovinu, ale i tělesné a sociální funkce, přičemž bývá doprovázeno výraznou únavou, emocionálním vyčerpáním a mentálním přetížením. Rozhodujícím faktorem pro jeho vznik je přetrvávající zátěž, nikoli jednorázový stresový podnět. Za vznikem vyhoření je celá řada vzájemně prolínajících rizikových faktorů, které se nachází v osobnosti člověka, v jeho pracovní sféře a rovněž v mimopracovním životě dotyčného (Kupka, 2024, s. 49).

3.2 Historie pojmu syndrom vyhoření

Termín „syndrom vyhoření“ se v odborné literatuře poprvé objevil v roce 1974 ve dvou samostatných studiích, jejichž autory byli Herbert Freudenberger a Sigmund Ginsburg (Heinemann a Heinemann, 2017). Oba autoři nezávisle na sobě upozornili na psychickou zátěž spojenou s výkonem pomáhajících profesí, která může vést k postupnému vyčerpání. Prvně jmenovaný, americký psycholog německého původu Herbert Freudenberger, je všeobecně považován za průkopníka zkoumání této problematiky (Venglářová a kol., 2011). Avšak někteří autoři (např. Heinemann a Heinemann, 2017) zdůrazňují, že Freudenberger tento termín nevymyslel, ale rozhodně jej však zpopularizoval. Rozhodující podíl na šíření povědomí o tomto jevu měl právě Freudenberger, který jej dále rozpracoval ve svých odborných publikacích a přispěl tak k jeho všeobecnému přijetí. Významně přispěl také tím, že podal systematický popis psychického stavu, který nepozoroval pouze u sebe, ale rovněž u svých kolegů. Právě oni měli použít označení „vyhořelý“ jako výstižnou charakteristiku tohoto stavu (Heinemann a Heinemann, 2017). Ve svém prvním odborném textu Freudenberger (1974) popisuje syndrom vyhoření jako stav, při němž dochází k postupnému selhávání, opotřebování nebo vyčerpání vlivem přemíry požadavků kladených na energii, odolnost či jiné osobní zdroje. Tento stav vede k tomu, že pracovník přestává být plně funkční v profesní i osobní rovině. Jeho popis poukazuje na vyčerpání nejen fyzické, ale i emocionální a duševní. Podle Freudenbergera (1974) se syndrom vyhoření vyznačuje fyzickými projevy, jako jsou trvalá únava, bolesti hlavy, poruchy spánku, trávicí obtíže a dušnost. Z hlediska chování se mohou objevovat frustrace, podrážděnost, podezřívavost, přehnaná sebedůvěra, zvýšená konzumace sedativ či barbiturátů, cynické postoje a známky depresivního ladění (Freudenberger, 1974).

Freudenberger (1974) popsal nejen příznaky vyhoření, ale také vyjmenoval osobnostní faktory, které lidi k vyhoření předurčují. Podle autora je takovým faktorem zejména oddanost a angažovanost (Freudenberger, 1974). Je důležité poznamenat, že jeho popis vyhoření byl založen na pozorování a introspektivě ve zvláště náročném pracovním prostředí, na bezplatné klinice v New Yorku. Obecněji řečeno, k vyhoření podle něj dochází v kontextech, které vyžadují značné množství emocionální práce a empatie, osobní angažovanosti a vnitřní

motivace. Zároveň je tento typ práce nepříliš dobře placený a vyčerpávající, pracovní podmínky, které jsou typické jak ve zdravotnictví, tak v sociální práci a školství (Heinemann a Heinemann, 2017).

Freudenbergerův příspěvek podnítil řadu navazujících studií. Významnou představitelkou výzkumu v této oblasti je také americká psychologka Christina Maslach. Ta se na rozdíl od Freudenbergerova kvalitativního přístupu zaměřila na kvantitativní techniky měření vyhoření (Heinemann a Heinemann, 2017). Mimo jiné, spolu se svou kolegyní, zkonstruovala nástroj, který na základě tří dimenzí (vyčerpání, cynismus a neefektivita) měří míru vyhoření (Maslach a Jackson, 1981). Jedná se o tzv. Maslach Burnout Inventory (MBI). Přestože je tento nástroj některými kritizován (viz např. Bianchi, et al. 2022, kteří kritizují zejména podmínky jeho vzniku), je dodnes nejpoužívanějším dotazníkem pro měření vyhoření. (Heinemann a Heinemann, 2017)

Práce Maslach a jejích kolegů, a zejména pak samotný MBI, znamenaly zlomový bod ve výzkumu SV, protože nyní bylo možné snadno měřit duševní stav v různých populacích a profesích. Přestože dosavadní historický exkurz je poměrně stručný, již v této podobě naznačuje dvě fáze, na něž lze rozdělit vývoj výzkumu vyhoření. Maslach, et al. (2001) rozlišují tzv. průkopnickou a empirickou fázi výzkumu vyhoření. v té první, přibližně orámované Freudenbergerovou rannou prací z roku 1974 a vývojem MBI na počátku osmdesátých let, se výzkum orientoval především na popis a pojmenování syndromu vyhoření, přičemž se opíral převážně o kvalitativní výzkumné techniky, jakými je pozorování nebo rozhovory, nejčastěji v oblasti zdravotnictví nebo sociálních služeb. Počátkem osmdesátých však výzkumníci začali chápat, že vyhoření se projevuje i v jiných profesích. Jde o učitele, vojáky a policisty, manažery, a spousty dalších. Rovněž tak bylo popsáno ve vztahu k zavedeným konceptům průmyslové organizační psychologie, například pracovnímu stresu nebo pracovní spokojenosti (Heinemann a Heinemann, 2017). Zdálo se, že MBI poskytuje společné chápání tohoto konceptu, naznačuje, že jde o koherentní jev a umožňuje měřit vyhoření bez nutnosti zpochybňovat nebo přemýšlet o základních předpokladech týkajících se tohoto duševního stavu a jeho společenských důsledků.

V posledních deseti či patnácti letech se SV stal předmětem stále většího zájmu vědců, odborníků z praxe i pracovní síly. Heinemann a Heinemann (2017) ve své práci dokládají, že v posledních letech přibývá každoročně více než sto nových vědeckých publikací na toto téma. Nejvíce studií je věnováno příčinám a faktorům, souvisejícím se syndromem vyhoření. Od

počátku výzkumů do roku 2011 dohledali autoři Heinemann a Heinemann (2017) na toto téma více než 600 příspěvků. Více než 300 studií zkoumalo prevalenci vyhoření v různých profesních skupinách, na 160 dalších studiích si kladlo za cíl vývoj nebo testování školicích programů a dalších metod ke snížení nebo prevenci vyhoření.

Zejména kliničtí psychologové začali přijímat SV jako diagnózu a snažili se nejen posoudit míru stresu, ale také rozlišovat mezi případy vyhoření a nepřípady, léčbou a neléčbou (Maslach, et al. 2001). Studie Lastovkové et. al. (2018) ukazuje, že syndrom vyhoření je v EU oficiálně uznáván jako nemoc z povolání pouze v několika zemích, například ve Švédsku či Nizozemsku. v ostatních státech se často zařazuje pod jiné duševní poruchy. Nejvíce se vyskytuje u pomáhajících profesí, zejména ve zdravotnictví. Mezinárodní klasifikace MKN-10 jej neuvádí jako samostatnou diagnózu, ale pouze jako stav vitálního vyčerpání (Z73.0). Autoři doporučují zavedení jednotných kritérií a uznání syndromu vyhoření v pracovněprávních systémech (Lastovkova, et al., 2018).

3.3 Odlišení syndromu vyhoření od stresu

Syndrom vyhoření nelze zaměňovat se stresem, ačkoliv mezi nimi existuje úzká souvislost. Zatímco stres je přirozenou reakcí organismu na zátěž, SV je jeho dlouhodobým důsledkem. Klíčovým faktorem pro jeho vznik je chronický, nepolevující stres, který dlouhodobě narušuje rovnováhu mezi výkonem a regenerací. Jinými slovy, k vyhoření dochází tehdy, když je fáze klidu a odpočinku systematicky opomíjena ve prospěch trvalé zátěže. Stres tedy představuje příčinu, zatímco vyhoření je výsledkem dlouhodobé zátěže. Stres můžeme chápat jako spouštěcí faktor, zatímco vyhoření je jeho dlouhodobým důsledkem. Počáteční projevy SV bývají velmi obecné a v raných fázích často lehce přehlédnutelné. Mohou vyskytnout i somatické obtíže, které odpovídají adaptační reakci organismu na trvalé vystavení stresovým podnětům. Právě neurčitost těchto symptomů často oddaluje jejich rozpoznání a následnou intervenci (Stock, 2010, s. 15–16).

3.4 Příčiny a fáze vzniku syndromu vyhoření

Za hlavní příčinu rozvoje syndromu vyhoření je považována chronická psychická zátěž, která vzniká v důsledku dlouhodobého nezvládnutí osobních či profesních obtíží. Mezi faktory přispívající ke chronické zátěži lze zařadit nevhodné pracovní podmínky, jako jsou například práce v prašném prostředí, nadměrný hluk nebo extrémní teploty. Do této kategorie ale spadají i komplikované mezilidské vztahy v zaměstnání či v rodině, nadměrné nároky na výkon a s nimi spojený strach z neúspěchu. Jedinec se v důsledku toho často ocitá pod tlakem, který vede

k systematickému překračování osobních hranic jak po fyzické, tak i psychické stránce (Jochmannová, Kimplová a kol., 2022, s.91).

Mezi příčiny syndromu vyhoření patří také konkrétní stresové situace, mezi které se řadí například frustrace. K **frustraci** dochází tehdy, když má jedinec určité očekávání, že se mu podaří dosáhnout vytyčeného cíle, avšak toto očekávání zůstane nenaplněno, což vede ke zklamání a ztrátě motivace i naděje. Dalším rizikovým faktorem může být silně negativní životní událost, například **prožití určitého traumatu**, při kterém člověk přichází o něco pro něj významného, nebo je konfrontován s náhlou a zásadní změnou. Tyto události mohou zásadně ovlivnit vnitřní rovnováhu jedince a stát se spouštěčem chronické zátěže. Reakcí na takovou situaci bývá šok z dané situace, jedinec ztrácí pocit bezpečí a jistoty, často vznikají i posttraumatické stresové reakce (často se týká vojáků). Velmi důležitou příčinou vzniku tohoto syndromu je bezpochyby **psychická a fyzická deprivace**. Každý jedinec má vlastní jak fyzické či psychické potřeby, pokud však tyto potřeby nejsou dlouhodobě naplňovány, dochází k následné deprivaci jedince, jedná se o velmi závažný stav, který narušuje především aktuální smýšlení a celkový vývoj člověka. Deprivace u osob zanechává určité stopy, které se mohou později v budoucnu projevit (Pugnerová, 2019, s.219).

Syndrom vyhoření bývá také spojován s určitým **typem chování** osobnosti. Podle dvou lékařů Friedmana a Rosemana lze rozlišit dva základní typy chování lidí – tzv. „typ A“ a „typ B“. Jedinci s chováním typu A se vyznačují vysokou mírou aktivity, rychlým tempem práce a výraznou soutěživostí. Jsou cílevědomí, mají silnou potřebu rychlého dosažení výsledků a bývají velmi pracovití, často až natolik, že pracují přesčas nebo si pracovní povinnosti odnášejí domů. Ve vztazích s ostatními lidmi bývají spíše asertivní, někdy i podráždění, s tendencí k nepřátelskému chování. Tento typ jedinců má sklony k potlačování emocí, což může vést k dlouhodobému vnitřnímu napětí. Typ A bývá spojován s vysokým výkonem, ale také s vyšším rizikem stresu a jeho zdravotních dopadů. Lidé s typem chování B jsou sice výkonní, ale jejich úspěch neřadí na první místo ve svém žebříčku cílů, kterých chtějí v životě dosáhnout. Ač se svému zaměstnání věnují dostatečně, žijí i pro jiné věci než pouze svou práci. Umí být ve své práci dřiči, ale zároveň také umí dostatečně odpočívat. Z popisu těchto dvou typů lidí je patrné, že syndrom vyhoření se spíše týká lidí s typem chování A (Jochmannová, Kimplová a kol., 2022, s.92-93).

Syndrom vyhoření nelze popisovat jako stav, ale jako ustavičně se vyvíjející proces, jehož vyvrcholením je vyhoření. S tímto syndromem se jedinec může potýkat několik měsíců, ale

i řadu let, proto je SV rozdělován do několika fází, které mohou být různě dlouhé (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015, s. 341). První fází SV je stav **nadšení**. Tato fáze bývá spojena s intenzivním zápallem pro práci, kdy má člověk jasně stanovený cíl, jeho výkon je kvalitní a smysluplný, oplývá tvůrčími nápady a často se začíná nadměrně pracovním zatěžovat. Tento počáteční elán postupně slábne a přechází do fáze **stagnace**, kdy dochází k ústupu původního nadšení a jedinec slevovat ze svých předešlých ideálů. Následuje **frustrace**, kdy dochází k pochybnostem o smyslu a efektivitě práce, může se objevovat zúžené vnímání situací, pocity osamělosti a zklamání. Na frustraci navazuje **apatie**, kdy jedinec začíná svou práci a povolání vnímat pouze jako prostředek obživy, pracovník plní už jen základní povinnosti a omezí komunikaci s okolím. Poslední fází je stav úplného **vyhoření**, která je charakterizována fyzickým i psychickým vyčerpáním, pesimismem, lhostejností a vyhýbáním se profesním úkolům. Problémem může být skutečnost, že některé z těchto fází probíhají nenápadně a dlouhodobě, což komplikuje včasné rozpoznání. Pokud se syndrom nerozpozná včas a neléčí se, může vyústit až v tzv. profesní deformaci, pro kterou je typická citová otupělost a ztráta empatie, která je ve zdravotnictví velice důležitá (Venglářová, 2011, s.29-30; Rapčan, 2021, s. 43).

3.5 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je typický svým kumulativním průběhem, začíná nenápadně, malými a často jednoduše zaměnitelnými příznaky, kterým se nevěnuje pozornost. Tyto nenápadné příznaky se postupně mění v hluboké, přetrvávající problémy, které ovlivňují všechny sféry života jedince. Příznaky SV lze rozdělit na tři roviny, a to **rovinu psychickou, tělesnou a sociální** (Švamberská Šauerová, 2018, s. 40).

Podle Rapčana (2021) mají příznaky syndromu vyhoření ještě jednu rovinu, která předchází výše zmíněným rovinám, a to rovinu kognitivní neboli také rozumovou či poznávací. Kognitivní příznaky popisuje jako ztrátu nadšení, jedinec přestává mít dosavadní pracovní nasazení, přestává být zodpovědný vůči svým úkolům. Objevuje se nechuť k pracovní činnosti a celková apatie vůči profesnímu prostředí. Jedinec začíná vnímat sebe sama, své pracovní zařazení, společenské okolí i vlastní život negativně. Problémem se stává také snížená schopnost koncentrace a časté výpadky paměti. Dlouhodobé působení těchto příznaků může vést k výraznému poklesu pracovní efektivity a nárůstu chybovosti (Rapčan, 2021, s.43).

Pro **psychickou rovinu** je typické celkové vyčerpání, a to po stránce duševní i emocionální. Do psychických příznaků SV řadíme zejména pocity strachu i úzkosti, pocity beznaděje

a bezmoci. Jedinci jsou smutní, cítí hněv a osamělost. Postupem času dochází ke ztrátě motivace a mohou se objevit depresivní stavy. **Příznaky tělesné roviny** se týkají především celkové únavy organismu, která bývá doprovázena poruchami spánku, apatií a postupnou chronickou únavou. Následkem těchto příznaků dochází k poruše vitálních funkcí, nechutenství nebo naopak záchvatovité přejídání a tím spojené i kolísající změny hmotnosti a trávicí obtíže. Mezi časté somatické příznaky patří také bolesti břicha, hlavy nebo krční páteře. **Příznaky v rovině sociální** se dotýkají především sociálních vztahů a sociální interakce, kdy se člověk uzavírá do sebe, přestává komunikovat a ztrácí zájem o své okolí. Kromě toho vnímá sebe sama negativně a jeho schopnost empatie je výrazně oslabena. Zhoršují se mu interakce, začíná svůj život vnímat negativně. Je velmi negativistický, jak k sobě samému, tak i ke svému okolí. Začíná se izolovat a ustupovat do ústraní, začínají se objevovat konflikty (Švamberk Šauerová, 2018, s.40-43).

3.6 Rizikové faktory

Zdravotníci čelí při své práci různorodým vlivům, které mají potenciál negativně ovlivnit jejich zdraví. Rizikové faktory ve zdravotnictví popisuje v obecné rovině Petrovová (2017), v její publikaci je jejich výčet je přitom poměrně obsáhlý. Zahrnuje biologické činitele (např. riziko nákazy patogenním mikroorganismem při manipulaci s biologickým materiálem), expozici chemickým látkám a alergenům (používaných při diagnostice, léčbě, dezinfekci, aj.), chemoterapeutikům, cytostatikům apod. (Petrovová 2017).

Na rozvoj vyhoření mají vliv také další faktory, jako je délka praxe, personální změny, změna pracovního zaměření nebo nedostatek profesní podpory. Rizikem je rovněž absence supervize, pocit izolace v pracovním prostředí, nevhodná organizace práce, chybějící přestávky nebo nedostatek času na odpočinek (Pugnerová, 2019, s. 231). Rizikovým faktorem může být ale i věk okolo čtyřicátého roku, jak uvádí Prieß (2015) ve své publikaci, kde uvádí, že se syndrom vyhoření může projevit zejména ve středním věku, kdy má jedinec sice zajištěné životní podmínky, ale přesto pociťuje vnitřní prázdnotu a únavu. Vnitřní nespokojenost roste v důsledku dlouhodobého zaměření pouze na výkon a vnější úspěchy, zatímco skutečné životní hodnoty a individuální potřeby zůstávají opomíjeny (Prieß, 2015, s. 119-120).

Dalšími rizikovými faktory může být nadměrná fyzická, psychická nebo zraková zátěž, vynucená pracovní poloha, fyzikální faktory (expozice záření, vibracím a hluku), ale též pracovní doba zdravotníků a provoz na pracovišti. Nepřetržitý či směnný provoz na pracovišti má dle Petrovové (2017) potenciál dále zesilovat účinek výše uvedených rizikových faktorů

pracovního prostředí a práce. Podobné přitom platí také pro přesčasy. Je přitom všeobecně známo, že značná část pracovníků ve zdravotnictví těmto faktorům čelí. Na tomto místě je vhodné upozornit, že zvýšená pracovní zátěž je jednou z častých příčin vzniku syndromu vyhoření (Petrovová 2017).

Rizikovým faktorům, které mohou ovlivnit fyzickou, psychickou i emoční pohodu zdravotnického personálu přímo v prostředí operačních sálů, se ve svém příspěvku věnuje Hobzová (2014). Ta rozlišuje pěti faktorů – jmenovitě jde expozici chemickým látkám a aerosolům (včetně např. dýmu při práci s laserem či elektrochirurgickou jednotkou), biologické činitele (hepatitidy, HIV, TBC), fyzikální vlivy, psychickou zátěž (často související se směnným a nepřetržitým provozem) a ostatní. Do kategorie ostatní řadí Hobzová (2014) mimo jiné zrakovou zátěž, celkovou fyzickou zátěž (např. při manipulaci s pacientem) či pracovní polohu při instrumentování. Navzdory jistým odlišnostem při členění a popisu jednotlivých faktorů, je zřejmé, že obě autorky (Hobzová, 2014; Petrovová, 2017) uvádějí veskrze tytéž faktory.

Wichsová (2020) připomíná výsledky studie, nazvané Science Kills, která identifikovala sedm nejdůležitějších problémů v poskytování zdravotní péče – porušování pravidel, pochybení, nedostatek podpory, neschopnost, špatná týmová práce, neúcta, mikromanagement. Jednání, které mohlo ohrozit život pacienta, v rámci této studie deklarovalo 84 % lékařů a 62 % sester. Zaujme také skutečnost, kdy 81 % lékařů (a 53 % sester) projevilo nedůvěru ke schopnostem některých sester, nebo že devět z deseti zdravotníků zažilo ve své praxi kolegu, který rozkládal kolektiv pomluvami (Wichsová, 2020, s. 63-65).

3.7 Diagnostické metody syndromu vyhoření

V následujícím textu je jsou popsány možnosti diagnostiky syndromu vyhoření, včetně odkazů, kde jsou jednotlivé metody volně přístupné. Ačkoli v dnešní době existuje řada nástrojů pro odhalení SV, tak jeho diagnostika bývá složitá, protože se jeho příznaky projevují napříč psychickou, fyzickou i sociální rovinou. V praxi se proto často využívají specializované dotazníky, které umožňují strukturované posouzení míry vyhoření (Jochmannová, Kimplová a kol., 2022, s. 97). K diagnostice SV se v praxi využívá řada různých metod. Při odborném psychologickém vyšetření mají vysokou výpovědní hodnotu metody pozorování, rozhovorů, či vyhodnocení podrobné anamnézy vyšetřované osoby (Švamberská Šauerová, 2018, s. 61). Zřejmě nejběžnějšími metodami jsou ale dotazníková šetření (Jochmannová, Kimplová a kol., 2022, s. 97). Používané dotazníky je možno rozdělit na tzv. jednodimenzionální (pracují

s jednou dimenzí SV) a multidimenzionální (více dimenzí) dotazníky (Švamberk Šauerová, 2018, s. 61).

Vedle uvedeného existují dále také **orientační samoobslužné dotazníky**. Výhodou těchto dotazníků je zejména skutečnost, že k jejich vyhodnocení není třeba psychologa či jiného odborníka, respondent je zpravidla zvládne sám. Kromě těchto nástrojů však existují i specializované dotazníky, jejichž interpretace přísluší pouze psychologům nebo odborníkům proškoleným k práci s konkrétním manuálem (Švamberk Šauerová, 2018, s. 61).

Jedním z nejznámějších dotazníků k diagnostice SV dle Stocka (2010) tzv. **Tedium Measure (TM)**, zkonstruovaný autorkami Maslach a Pines v roce 1981. s pomocí tohoto nástroje je možno zjistit, zda je respondent ohrožen syndromem vyhoření, jaký je jeho vztah k práci a životu, a jak se cítí (celkově i momentálně). Dotazník TM je složen ze dvou částí, které obsahují celkem 21 otázek a jeho vyplnění a vyhodnocení nezabere mnoho času. Celý dotazník je dostupný ve Stockově publikaci (2010, s. 27), včetně srozumitelných instrukcí k jeho vyplnění a vyhodnocení (Stock, 2010, s. 26-28).

Švamberk Šauerová (2018, s. 62-63), uvádí dotazník **Burnout Measure (BM)**, který představuje novější verzi dotazníku TM, který je volně přístupný v její publikaci Švamberk Šauerová, 2018, s. 223), ale také je přístupný i v publikaci Venglářové (2011, s. 45), kde je dostupné i jeho vyhodnocení. Jelikož byl vyvinut na základě předchozích verzí metody Tedium Scale a Tedium Measure. Na rozdíl od jiných nástrojů hodnotí SV jako jednotný celek a nezaměřuje se odděleně na psychické, fyzické a emoční složky. Dotazník obsahuje 21 položek, které jsou hodnoceny na sedmibodové škále. Pro účely rychlého screeningu existuje i zkrácená verze **Burnout Measure Short (BMS)**, s deseti položkami, která je často využívána ve výzkumné praxi pro svou jednoduchost a časovou nenáročnost (Švamberk Šauerová, 2018, s. 62-63).

Jedním z nejpoužívanějších nástrojů k měření syndromu vyhoření je **Maslach Burnout Inventory (MBI)**, jehož autorkami jsou Christine Maslachová a Susan E. Jacksonová. Dotazník vychází z konceptu tří dimenzí vyhoření: emočního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního uspokojení z práce (Švamberk Šauerová, 2018, s. 62). Dotazník se skládá z 22 otázek, které respondent jednotlivě hodnotí na Likertově škále. Hodnocení je možné dle četnosti pocitů (0-6 bodů) či síle pocitů (0-7 bodů). V praxi je vhodné využívat pouze jeden typ měření, buď na základě toho, jak často danou situaci pociťuje (četnost pocitů) nebo naopak jak moc danou situaci prožívá (síla pocitů) (Židková, 2013).

Dotazník Maslach MBI rozlišuje tři základní dimenze SV, které postihují různé oblasti prožívání. První z nich je **emoční vyčerpání (EE)**, které se projevuje ztrátou vnitřní energie, pocitem vyprázdnění a absencí motivace. Člověk pociťuje pokles chuti do života, únavu i nezáměr o běžné činnosti. Tato dimenze je často považována za nejvýraznější ukazatel vyhoření. Druhou složkou je **depersonalizace**, tedy citový odstup od druhých lidí, projevující se chladným či cynickým přístupem ke klientům či pacientům. Vzniká obvykle jako obranný mechanismus v reakci na nedostatek pozitivní zpětné vazby nebo emočně náročné interakce. Třetí dimenzí je **snížené osobní uspokojení**, které odráží nespokojenost s vlastním profesním výkonem a sníženou sebedůvěru. Osoby s vysokým skóre v této oblasti mívají pocit, že nejsou dostatečně kompetentní či přínosní, a pochybují o smyslu své práce. Každá z uvedených dimenzí je hodnocena na třístupňové škále (nízká, střední, vysoká míra), která vyjadřuje úroveň rizika syndromu vyhoření (Jochmannová, Kimplová a kol., 2022, s. 98).

Jelikož je dotazník MBI označován jako jeden z nejpoužívanějších nástrojů k diagnostice syndromu vyhoření, byl použit jako nástroj k hodnocení SV perioperačních sester pro výzkumnou část této práce. Dotazník je primárně určen pro pracovníky v pomáhajících profesích a skládá se z výroků, které respondent hodnotí na sedmibodové škále podle frekvence prožívání daných stavů. Vyhodnocení lze provést manuálně či pomocí příslušného softwaru, doba vyplnění dotazníku činí necelých 15 minut (Švamberk Šauerová, 2018, s. 62). Standardizovaný MBI dotazník je volně přístupný i v několika odborných publikacích (Venglářová, 2011, s. 43-44; Honzák, 2018, s. 36-38, Švamberk Šauerová, 2018, s. 224). Dostupný také na internetových stránkách paní Židkové (2013), která dotazník i s jeho vyhodnocením přeložila do českého jazyka (Židková, 2013).

Švamberk Šauerová (2018) přibližuje také **další diagnostické metody**. Jednou z nich je tzv. **Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**, vyvinutý v Kodani. Dotazník čítá 19 položek opatřených pětibodovou škálou a v mnoha ohledech je podobný MBI. Oproti němu však sleduje jen jednu dimenzi syndromu vyhoření – vyčerpání. Depersonalizaci a nízkou efektivitu tak z pojetí SV vyřazuje. Z dalších dotazníků lze dále zmínit **Inventář projevů syndromu vyhoření** autorů Tošnerových, **Heidelberger Burnout Test (BOT)** nebo také **Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)**, ale i tzv. **Orientační dotazník**. Švamberk Šauerová (2018) podotýká, že při diagnostice SV lze jako vedlejší pomoc využít také další specializované nástroje, například dotazníky k hodnocení životní spokojenosti a jiné (Švamberk Šauerová, 2018, s. 62-65). Většina těchto standardizovaných dotazníků syndromu vyhoření je volně

přístupná v odborných publikacích, jako je například již zmíněná autorka Švamerková Šauerová (2018, s. 224-228), nebo Venglářová (2011, s. 41-46).

3.8 Profese s nejčastějším výskytem syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se nejčastěji vyskytuje u profesí, ve kterých je nezbytný mezilidský kontakt a také profese, které mají vysokou odpovědnost. Tento syndrom byl studován a diagnostikován v různých profesích, ve výčtu profesí s nejčastějším výskytem SV bývá často na prvním místě zmiňováno právě zdravotnictví. Bezesporu se na tom podílí také skutečnost, že právě v této oblasti byl SV popsán poprvé. První výskyty byly popsány zejména u zaměstnanců, kteří pravidelně přicházejí do kontaktu s lidmi, tedy u lékařů, zdravotní sestry, učitelé, policisté či psychologové. Riziko vzniku vyhoření se však netýká výhradně pomáhajících profesí. Ohroženi mohou být i pracovníci v administrativě, sociálních službách, justici nebo ve veřejné správě, pokud je jejich činnost dlouhodobě vystavena hodnocení z vnějšku, emočnímu tlaku či pracovnímu přetížení (Kupka, 2024, s. 51)

Pugnerová a kol. (2019) předkládají seznam profesí s nejčastějším výskytem syndromu vyhoření. Vedle zdravotnictví uvádějí dále školství (především učitelé všech typů základních a středních škol, včetně speciální pedagogiky, přičemž v této oblasti postihuje SV často velmi kvalitní učitele), hospodářství a administrativu (zde se to týká především vedoucích pracovníků), sociální péči a sociální služby. Ve zdravotnické sféře jde zejména o problémy zdravotních sester v hospicích, na onkologických odděleních, na jednotkách intenzivní péče, na psychiatrii, neurologii či na koronárních odděleních. Častým spouštěcím mechanismem SV je podle autorů v těchto případech nedostatečná připravenost na emocionální zátěž, přetěžování prací související s nedostatkem personálu, ale také tíže sdělování špatných zpráv rodinným příslušníkům (Pugnerová a kol., 2019, s. 215-217).

Vysokou prevalenci u onkologických zdravotnických pracovníků zjistili také Blanchard et al. (2010), v tomto případě dosahovala hodnoty 44 %. Střední nebo vysoký stupeň vyhoření byl zjištěn také u značného množství studentů medicíny – 21 % u studentů prvního ročníku, 41 % u studentů druhého ročníku, 43 % u studentů třetího ročníku a 31 % u studentů čtvrtého ročníku (Santen, et al., 2010). Dokonce i vědecky opatrnější a konzervativnější studie odhadují výskyt vyhoření na více než 10 %. Uvádí se například, že tímto onemocněním trpí 13,7 % nizozemské pracující populace (Heinemann a Heinemann, 2017).

Syndrom vyhoření se může objevit i mimo zaměstnanecké profese, například u sportovců, umělců či rodičů malých dětí. U matek na mateřské dovolené může k rozvoji přispět izolace, ztráta podpory nebo přetížení (Jochmannová, Kimplová a kol., 2022, s. 88).

Tato zjištění naznačují, že vyhoření je v dnešní společnosti skutečně vážným problémem. V souladu s tím se vyhoření v posledních letech dostalo rozsáhlé pozornosti v masmédiích a populární vědě a o toto téma je široký zájem veřejnosti.

3.9 Prevence syndromu vyhoření

Prevence syndromu vyhoření představuje zásadní součást péče o duševní zdraví zdravotnických pracovníků. Mnozí z nich si počínající známky vyhoření dlouhodobě neuvědomují nebo je mylně přisuzují pouze dočasnému přetížení. Bez včasného zásahu však může docházet k postupné eskalaci psychického i fyzického vyčerpání (Šamánek, 2017). Včasná prevence a terapeutická intervence, včetně psychologického vedení, supervize a podpory širšího sociálního okolí, jsou klíčové nejen pro ochranu samotných zdravotníků, ale i pro zajištění kvality péče (Nová, 2024, s. 55). Prevence SV je úzce spojena s rovnováhou mezi pracovním a osobním životem. Za důležité faktory snižující riziko vyhoření se považuje vnímání smyslu práce, možnost dostatečné míry autonomie v práci a pozitivní přínos pracovní činnosti pro jedince i jeho okolí (Kupka, 2024, s. 56). Mezi klíčové oblasti prevence SV patří bezpochyby péče o fyzické zdraví a kondici, která zahrnuje pravidelný spánek, vyváženou stravu a dostatek pohybu. Důležitou roli sehrávají také relaxační techniky a aktivity, jež člověku přinášejí radost a odpočinek, jako jsou koníčky nebo jiné formy v rámci volného času (Ptáčková 2021). Každý člověk by si měl umět udělat čas sám na sebe a oddělit práci od osobního života. Za významný ochranný faktor se považuje také vnitřní motivace, odolnost vůči stresu a schopnost pozitivního hodnocení vlastních schopností. Jedinci s vnitřní stabilitou, vyšším sebehodnocením a schopností realisticky hodnotit své schopnosti lépe odolávají dlouhodobému stresu (Kupka, 2024. s. 56-57). Významným ochranným faktorem jsou kvalitní mezilidské vztahy, a to jak v osobní, tak v pracovní rovině, které poskytují významnou psychickou podporu jedince. Preventivní strategie zahrnují také podporu celoživotního vzdělávání, tedy další rozvoj odborných dovedností, jazykové kurzy nebo získávání nových kompetencí může posilovat vnitřní motivaci a profesní seberealizaci. Zásadní je však především kladný a pečující postoj k sobě samému, který tvoří základní pilíř duševní odolnosti (Ptáčková, 2021).

Účinná prevence vychází především z realistického pohledu na vlastní životní a pracovní situaci, ochoty měnit zavedené návyky a vědomého budování rovnováhy mezi profesními požadavky a osobním životem. Zásadní roli hraje nejen schopnost stanovit si zdravé hranice

a vlastní priority, ale také aktivní hledání pozitivních zdrojů, emoční opory a času pro sebe (Šamánek, 2017). Neboli jak uvádí Spurná (2022), v prevenci syndromu vyhoření jde o tzv. energickou rovnováhu v životě. Právě emoce představují hlavní zdroj životní energie. Smysluplný volný čas, naplněný aktivitami, které člověka těší a naplňují, hraje významnou roli v obnově vnitřních sil. Důležité však je, aby aktivity volného času nebyly vnímány jako povinnost, ale jako přirozená součást života. Neexistuje univerzální návod na prevenci vyhoření, protože každý člověk je jiný a každému vyhovuje něco jiného. Vyváženost mezi pracovním výkonem a regenerací napomáhá prevenci chronického stresu a působí příznivě na psychickou stabilitu. Proto je důležité v každodenním životě nacházet čas nejen na práci, ale i na sebe, na činnosti, vztahy a prostředí, které člověka podporují, nabíjejí a přinášejí pocit naplnění (Spurná, 2022).

3.9.1 Prevence syndromu vyhoření u profese perioperační sestry

Velmi důležité v prevenci je samotné uvědomění si, že něco jako SV existuje. Je důležitá dostatečná edukace o tom, za jakých okolností k tomuto syndromu dochází a jak ho lze poznat (Pugnerová, 2019, s. 224).

Prevence SV zahrnuje řadu opatření, která mohou jednotlivci pomoci zachovat duševní rovnováhu a zvládat pracovní zátěž. Důležité je rozpoznat okamžik, kdy nároky přesahují osobní kapacitu, a v takových případech si dopřát odpočinek nebo využít volno. Klíčovou roli hraje také realistické vnímání sebe sama, přijetí vlastní nedokonalosti a schopnost nastavit si zdravé hranice, včetně umění odmítnout další povinnosti, pokud přesahují aktuální možnosti. Podstatné je umět rozlišit důležité činnosti od těch méně podstatných a věnovat energii především těm, které mají smysl. k duševní pohodě přispívá otevřená komunikace emocí, schopnost vyhledat podporu v případě obtíží a ochota přijmout pomoc. Součástí prevence je i práce s myšlením – vyhýbání se pesimismu a zvládání konfliktních situací. Stejně důležitá je pravidelná regenerace sil prostřednictvím odpočinku, zájmů a mezilidských vztahů, které člověka obohacují. Péče o vlastní zdraví by měla zahrnovat dostatek spánku, zdravé stravování a pohybovou aktivitu. Zásadní je také dodržování zásad psychohygieny a věnování se osobním zájmům mimo pracovní prostředí, které pomáhají uvolňovat vnitřní napětí a přispívají k celkové psychické pohodě. Jedním z opatření proti syndromu vyhoření je i opomíjený smysl pro humor, je prokázáno, že lidé, kteří nemají smysl pro humor vyhoří podstatně rychleji než ti, kteří smysl pro humor mají a naplno ho využívají (Pugnerová, 2019, s. 224-225).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Diplomová práce na téma Syndrom vyhoření u sester pracujících na operačním sále je teoreticko-výzkumná. v předešlých kapitolách teoretické části práce byly uvedeny klíčové informace o syndromu vyhoření a o profesi perioperační sestry. Na základě těchto teoretických poznatků byly stanoveny výzkumné otázky zaměřené na výskyt SV u sester působících na operačních sálech.

4 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

4.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem této práce je zmapovat míru výskytu syndromu vyhoření u vybraného vzorku sester pracujících na operačním sále ve vybraných zdravotnických zařízeních v ČR. Dílčí cíle jsou zaměřené na posouzení, zda existuje vztah mezi různými demografickými faktory, které mohou ovlivňovat jeho rozvoj.

Výzkumný cíl:

Zjistit, jaká je míra výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na operačním sále a zhodnotit míru vyhoření v jednotlivých dimenzích (emocionální vyčerpání, depersonalizace, snížené osobní uspokojení).

Dílčí cíle:

1. Zjistit, zda věk souvisí s výskytem syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči.
2. Zjistit, zda vzdělání sester pracujících na operačním sále má vliv na výskyt syndromu vyhoření.
3. Zjistit, zda existují rozdíly výskytu syndromu vyhoření u perioperačních sester pracujících na centrálních a oborových operačních sálech.
4. Zjistit, jak délka praxe na operačním sále souvisí s mírou výskytu syndromu vyhoření u sester pro perioperační péči.

4.2 Metody sběru dat

Pro dosažení výše uvedených cílů bylo využito kvantitativního sběru dat. Výzkumným nástrojem byl dotazník. „Dotazníkové šetření se v současných sociálních vědách stalo natolik rozšířeným nástrojem sběru dat pro kvantitativní strategii výzkumu, že je v mnoha disciplínách synonymem pro tuto strategii jako takovou“, konstatuje Novotná et. al (2019, s. 143). v souladu

s dalšími autory vypočítává výhody, které se k této výzkumné metodě pojí. Uvádí především relativně menší časovou i finanční náročnost, nezávislost výsledků na osobě výzkumníka, a v neposlední řadě také možnost pracovat s větším množstvím respondentů. Právě to jsou charakteristiky, pro které byla tato metoda vybrána. Dotazník použitý v této práci je tvořen dvěma bloky otázek. První blok otázek zahrnuje 6 otázek vlastní tvorby, které jsou zaměřeny na základní demografické údaje a zkoumané faktory. Druhý blok otázek je tvořen českou verzí standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI), který je blíže popsán v teoretické části této práce. Vzor dotazníku celého je umístěn v přílohové části diplomové práce (Příloha A).

4.2.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Standardizovaný dotazník MBI a jeho možné použití, včetně jeho vyhodnocení v českém jazyce zpracovala paní Zdeňka Židková (2013) a je volně přístupný jak na jejích internetových stránkách, tak i v odborných publikacích (Venglářová, 2011, s. 43-44; Honzák, 2018, s. 36-38, Švamberk Šauerová, 2018, s. 224). Tento dotazník se skládá ze 22 otázek rozdělených do tří dimenzí: emocionální vyčerpání (9 otázek), depersonalizace (5 otázek) a osobní uspokojení (8 otázek) (Tabulka 1). MBI dotazník byl pro výzkum zvolen, jelikož představuje jednu z nejčastěji využívaných metod pro hodnocení syndromu vyhoření (Pugnerová, 2019, s. 235).

Tabulka 1 - Rozdělení výroků dotazníku MBI do tří dimenzí (Židková, 2013)

| Dimenze | Čísla výroků |
|-----------------------------------|--|
| Emocionální vyčerpání (EE) | 1., 2., 3., 6., 8., 13., 14., 16., 20. |
| Depersonalizace (DP) | 5., 10., 11., 15., 22. |
| Osobní uspokojení (PA) | 4., 7., 9., 12., 17., 18., 19., 21. |

V rámci tohoto šetření respondenti odpovídali na jednotlivé položky dotazníku MBI podle intenzity svých pocitů. Každý výrok hodnotili na Likertově škále v rozsahu od 0 do 7, kde 0 znamenala žádný pocit a 7 označovalo velmi silný pocit. Bodové hodnocení se sčítá samostatně pro každou ze tří dimenzí, body se sčítají ze všech výroků patřících k dané dimenzi. Každá dimenze pak má své vlastní bodové rozpětí, na jehož základě je možné určit míru rizika SV u jednotlivých respondentů (Židková, 2013).

4.3 Soubor respondentů a kritéria výběru

Výzkumný soubor byl tvořen sestrami, které pracují na operačním sále v různých typech nemocnic v České republice (ČR). Zařazovacím kritériem do výzkumu bylo zaměstnání na

operačním sále na pozici perioperační sestry. Výzkum nebyl omezen pohlavím, věkem, délkou praxe či nejvyšším dosaženým vzděláním.

Celkově bylo osloveno 157 respondentů, přičemž vráceno bylo 121 vyplněných dotazníků. Návratnost tak dosáhla 77 %. Pro neúplné či chybné vyplnění dotazníku byly z výzkumu vyřazeny 4 dotazníky. Celkem do výzkumu bylo zařazeno 117 respondentů.

4.4 Organizace výzkumu a sběr dat

Výzkumné šetření bylo realizováno počátkem roku 2025, konkrétně v období únor-březen 2025. Distribuce dotazníků probíhala v tištěné podobě. Z tohoto důvodu samotné distribuci dotazníků předcházelo také získání souhlasu s realizací výzkumu. Za tímto účelem byli kontaktováni náměstci (či náměstkyně) pro ošetrovatelskou péči vybraných nemocničních zařízení a byli seznámeni se záměrem provést dotazníkové šetření výzkumné části diplomové práce, cílem výzkumu i samotným dotazníkem, který bude distribuován jejich zaměstnancům. Po udělení souhlasu s výzkumem byly dále kontaktovány vrchní nebo staniční sestry operačních sálů, které byly také seznámeny se záměrem provedení dotazníkového šetření. Po předchozí domluvě proběhly osobní návštěvy, na kterých byla podrobněji představena povaha výzkumu a vedena diskuse o vhodných respondentech a průběhu výzkumu. Zařazovacím kritériem do výzkumu bylo zaměstnání na pozici sestry pro perioperační péči v daných zařízeních. Na základě těchto rozhovorů bylo v jednotlivých zařízeních ponecháno dostatečné množství dotazníků i zapečetěná krabice pro sběr vyplněných dotazníků. Všechny oslovené vrchní a staniční sestry souhlasily s výzkumem, podmínkou však bylo zajištění anonymity, a to jak anonymity respondentů, tak také nemocnic, v nichž tyto respondenti působí. Nebyly shledány žádné relevantní důvody, proč těmto požadavkům nevyhovět. Anonymizaci dat doporučují mnozí autoři, věnující se etice výzkumu (Hricová, Ondrášek a Urban, 2023, s. 87).

Po uplynutí předem dohodnutého času (3 týdny) byly zapečetěné krabice s dotazníky opětovně vyzvednuty z příslušných nemocnic a vyplněné dotazníky byly podrobeny důsledné kontrole správnosti vyplnění a následnému zpracování dat.

4.5 Analýza a zpracování dat

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byla nejprve digitalizována a zpracována v softwaru Microsoft (MS) Excel, kde byla vytvořena přehledná tabulka sloužící jako podklad pro následnou analýzu. Dotazník Maslach Burnout Inventory byl vyhodnocen samostatně pro každou dimenzi ze tří sledovaných zvlášť (emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení) podle stanoveného bodového rozmezí, dle Židkové (2013). A poté byl vyhodnocen

i souhrnně dle počtu zasažených dimenzí (0-3 dimenze) u každého respondenta. Výpočty bodového skóre pro jednotlivé dimenze byly prováděny v programu MS Excel. K prezentaci výsledků byly využity tabulky četností, popisná statistika a grafická znázornění, konkrétně sloupcové grafy vytvořené v programu MS Word a krabicové grafy vytvořené pomocí programu Statistica12.

Statistická analýza byla následně realizována ve Statistica12. Byla použita popisná statistika (průměr, minimum, maximum, četnosti), která umožnila základní orientaci v datech. Tabulky četností vytvořené rovněž v programu Statistica12 poskytly přehledné informace o rozložení jednotlivých kategorií u sledovaných proměnných. Před volbou konkrétních statistických testů byla ověřena normalita rozložení dat pomocí Kolmogorov–Smirnovova a Lillieforsova testu. Vzhledem k výsledkům testů byly pro další analýzu zvoleny neparametrické metody. Kruskal–Wallisův test byl použit pro porovnání více než dvou nezávislých skupin s ordinálními či neparametrickými daty, zatímco Mann–Whitneyův U test byl aplikován při srovnání dvou skupin. Tyto testy umožnily posoudit statistickou významnost vztahů mezi mírou syndromu vyhoření a vybranými proměnnými, dle stanovených hypotéz.

V rámci kvantitativního šetření byly ke každé výzkumné otázce formulovány příslušné hypotézy – nulová (H_0) a alternativní (H_A). Nulová hypotéza vyjadřovala předpoklad o absenci statisticky významného rozdílu nebo vztahu mezi sledovanými proměnnými, zatímco alternativní hypotéza předpokládala jejich existenci. Statistické rozhodnutí o zamítnutí či přijetí hypotéz bylo prováděno na základě hladiny významnosti $\alpha = 0,05$. V případě, že vypočtená p-hodnota byla nižší než 5 % ($\alpha = 0,05$), byla nulová hypotéza zamítnuta a výsledek považován za statisticky významný. Pokud byla p-hodnota rovna nebo vyšší než 0,05, nulová hypotéza nebyla zamítnuta, což znamenalo, že nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi danými proměnnými (Soukup et al., 2019, s.168, 174).

4.6 Prezentace výsledků a analýza dat

V následující části jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření, které se skládalo ze dvou částí. První část zahrnovala šest otázek týkajících se sociodemografických charakteristik a specifík respondentů. Druhou část tvořil standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), zaměřený na měření míry výskytu SV.

4.6.1 Charakteristika výzkumného souboru

Do výzkumu bylo zařazeno celkem 117 respondentů (100 %). Převážnou většinu tvořily ženy, konkrétně 115 žen (98,3 %), zatímco muži byli zastoupeni pouze ve 2 případech (1,7 %) (Tabulka 2).

Tabulka 2 - Pohlaví respondentů

| Pohlaví | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| muž | 2 | 1,7 % |
| žena | 115 | 98,3 % |
| Celkem | 117 | 100 % |

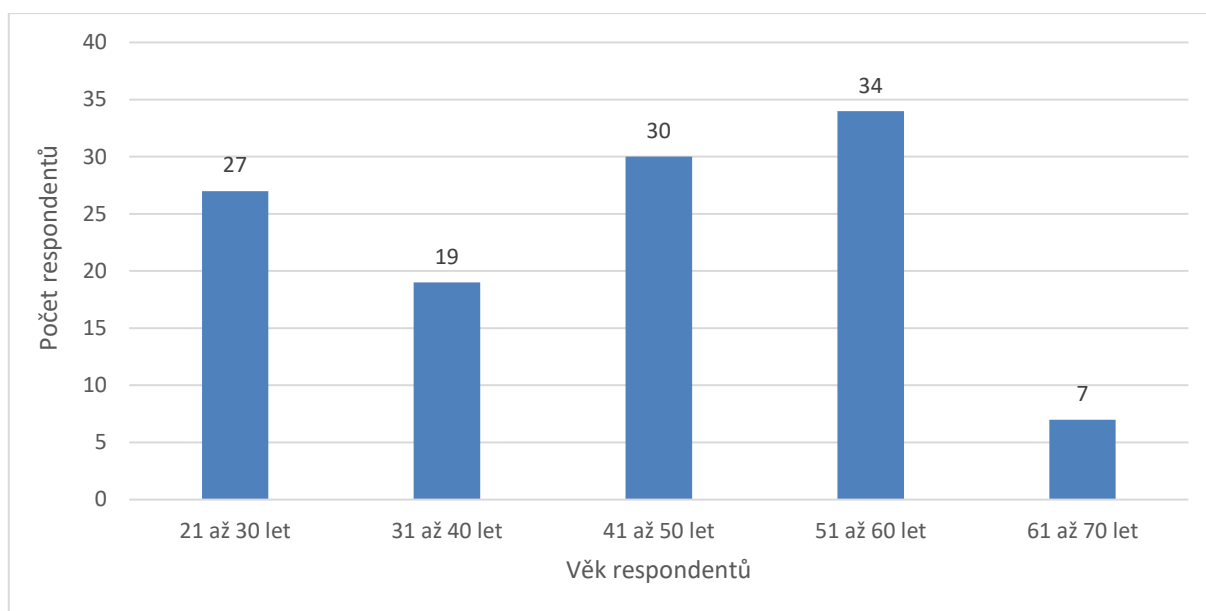
Věkové rozložení respondentů

Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo od 22 do 67 let a věkový průměr respondentů činí 43,68 let. s ohledem na věkovou rozmanitost respondentů byla sestavena Tabulka 3, v níž jsou respondenti rozděleni do pěti věkových kategorií. Toto členění umožňuje přehlednější znázornění věkového rozložení výzkumného souboru respondentů. Nejpočetnější věkovou skupinou byla věková kategorie 51 až 61 let, která obsahuje celkem 34 respondentů (29,1 %). Druhou nejvíce zastoupenou skupinou byla věková kategorie 41 až 50 let, která je zastoupena 30 respondenty (25,6 %). Další početnou skupinou je věková kategorie 21 až 30 let, do které spadá 27 respondentů (23,1%). Věková kategorie 31 až 40 let obsahuje celkem 19 respondentů (23,1 %). Nejméně početnou skupinou je věková kategorie 61 až 70 let, do které patří pouze 7 respondentů (6 %) (Tabulka 3).

Tabulka 3 - Věkové rozdělení respondentů

| Věk | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| 21 až 30 let | 27 | 23,1 % |
| 31 až 40 let | 19 | 16,2 % |
| 41 až 50 let | 30 | 25,6 % |
| 51 až 60 let | 34 | 29,1 % |
| 61 až 70 let | 7 | 6,0 % |
| Celkem | 117 | 100 % |

Pro názornější interpretaci věkového rozložení respondentů byla k údajům z Tabulky 3 vytvořena i jejich grafická prezentace (Obrázek 1).



Obrázek 1 - Graf věkového rozložení respondentů

Popisné statistiky věkového rozložení respondentů jsou uvedeny v Tabulce 3. Výzkumný soubor tvoří celkem 117 respondentů, jak již bylo uvedeno výše (Tabulka 2). Průměrný věk respondentů činí 43,7 let. Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo od 22 do 67 let. Nejčastěji vyskytujícím se věkem byl věk 50 let, který uvedlo 8 respondentů (Tabulka 4).

Tabulka 4 - Popisná statistika věku respondentů

| Věk | Průměr | Minimum | Maximum |
|-----|--------|---------|---------|
| | 43,7 | 6 | 54 |

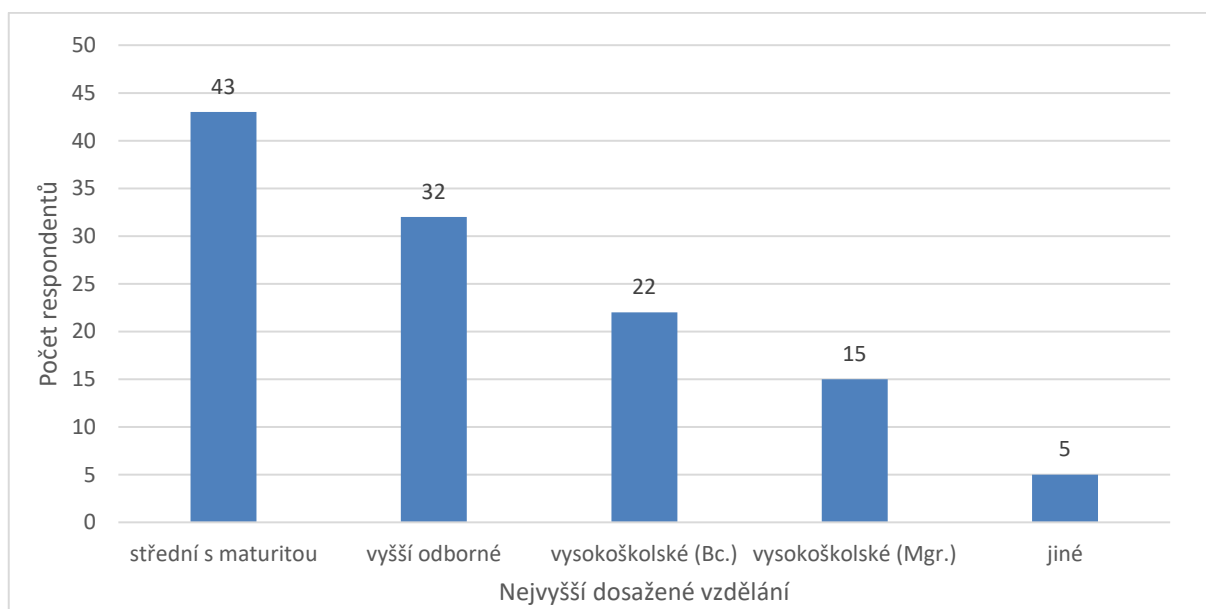
Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání uvedené respondenty je prezentováno v následujícím přehledu. Největší podíl tvořili respondenti se středoškolským vzděláním s maturitou celkem 43 respondentů (36,8 %). Vyšší odborné vzdělání uvedlo 32 respondentů (27,4 %). Vysokoškolské vzdělání s bakalářským titulem (Bc.) označilo 22 respondentů (18,8 %) a s magisterským titulem (Mgr.) 15 respondentů (12,8 %). Pouze 5 respondentů (4,3 %) uvedlo, že má jiné nejvyšší dosažené vzdělání, než které bylo v nabídce možných odpovědí, přičemž ve volné odpovědi upřesnili, že se jedná o pomaturitní specializační studium (Tabulka 5).

Tabulka 5 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

| Vzdělání | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| střední s maturitou | 43 | 36,8 % |
| vyšší odborné | 32 | 27,4 % |
| vysokoškolské (Bc.) | 22 | 18,8 % |
| vysokoškolské (Mgr.) | 15 | 12,8 % |
| jiné | 5 | 4,3 % |
| Celkem | 117 | 100 % |

Pro názornější interpretaci nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů byla k údajům z Tabulky 5 vytvořeno i grafické zpracování, které prezentuje Obrázek 2.



Obrázek 2 - Graf nejvyššího vzdělání respondentů

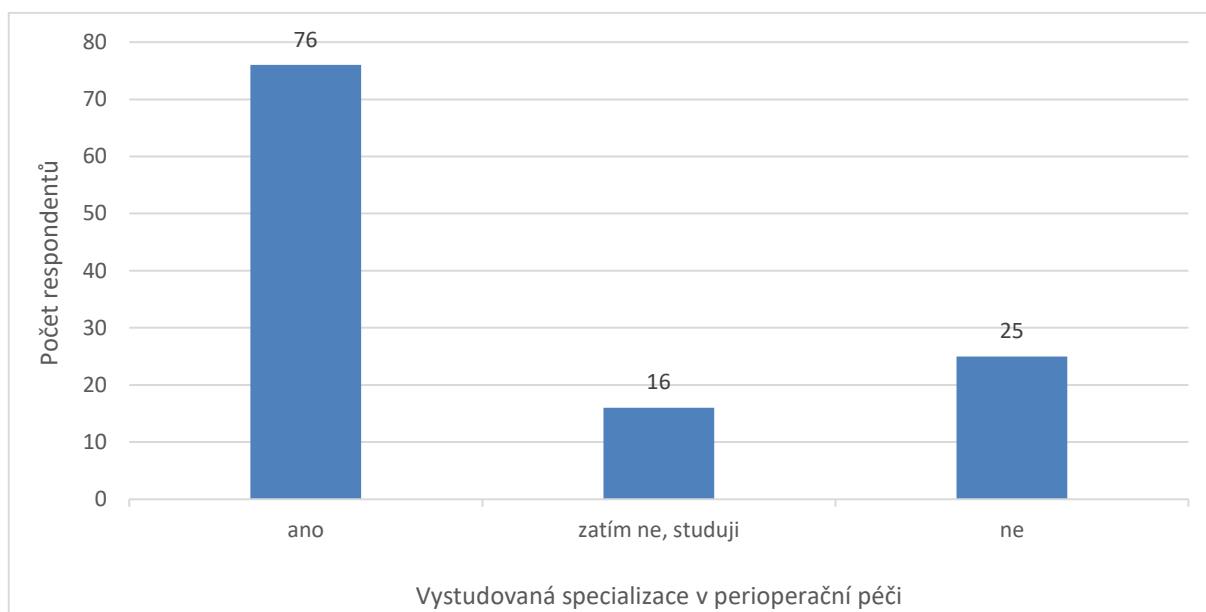
Specializace v perioperační péči

Další otázka v dotazníku byla zaměřená, zda respondenti mají získanou specializaci v perioperační péči. Celkem 76 respondentů (65,0 %) uvedlo, že má vystudovanou specializaci v perioperační péči, což je více než polovina respondentů. Tuto specializaci nemá vystudovanou 25 respondentů (21,4 %). Dále 16 respondentů (13,7 %) uvedlo, že specializaci pro perioperační péči ještě studují (Tabulka 6).

Tabulka 6 - Specializace v perioperační péči

| Specializace v perioperační péči | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ano | 76 | 65,0 % |
| zatím ne, studuji | 16 | 13,7 % |
| ne | 25 | 21,4 % |
| Celkem | 117 | 100 % |

Údaje z Tabulky 6 byly za účelem přehlednější vizuální prezentace výsledků zpracovány také graficky. Toto znázornění je uvedeno v následujícím grafu (Obrázek 3).



Obrázek 3 - Graf rozložení respondentů podle získané specializace v perioperační péči

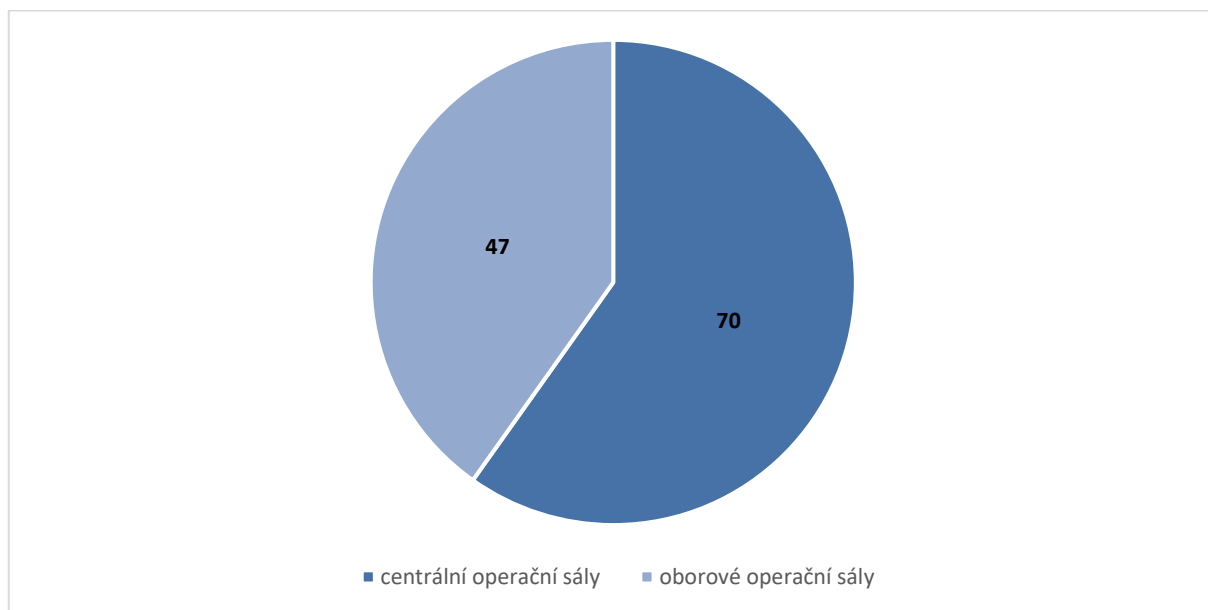
Typ operačních sálů

Větší část respondentů pracovala na centrálních operačních sálech (COS), konkrétně 70 respondentů (59,8 %), méně pak na oborových operačních sálech, tedy 47 respondentů (40,2 %) (Tabulka 7).

Tabulka 7 – Rozložení respondentů dle typu operačních sálů

| Operační sály | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| centrální operační sály | 70 | 59,8 % |
| oborové operační sály | 47 | 40,2 % |
| Celkem | 117 | 100 % |

Ze zpracovaných dat uvedených v Tabulce 7 byl vytvořen i výsečový graf, který prezentuje rozložení respondentů dle typu operačních sálů, na kterém pracují (Obrázek 4).



Obrázek 4 - Graf rozdělení respondentů podle typu operačních sálů

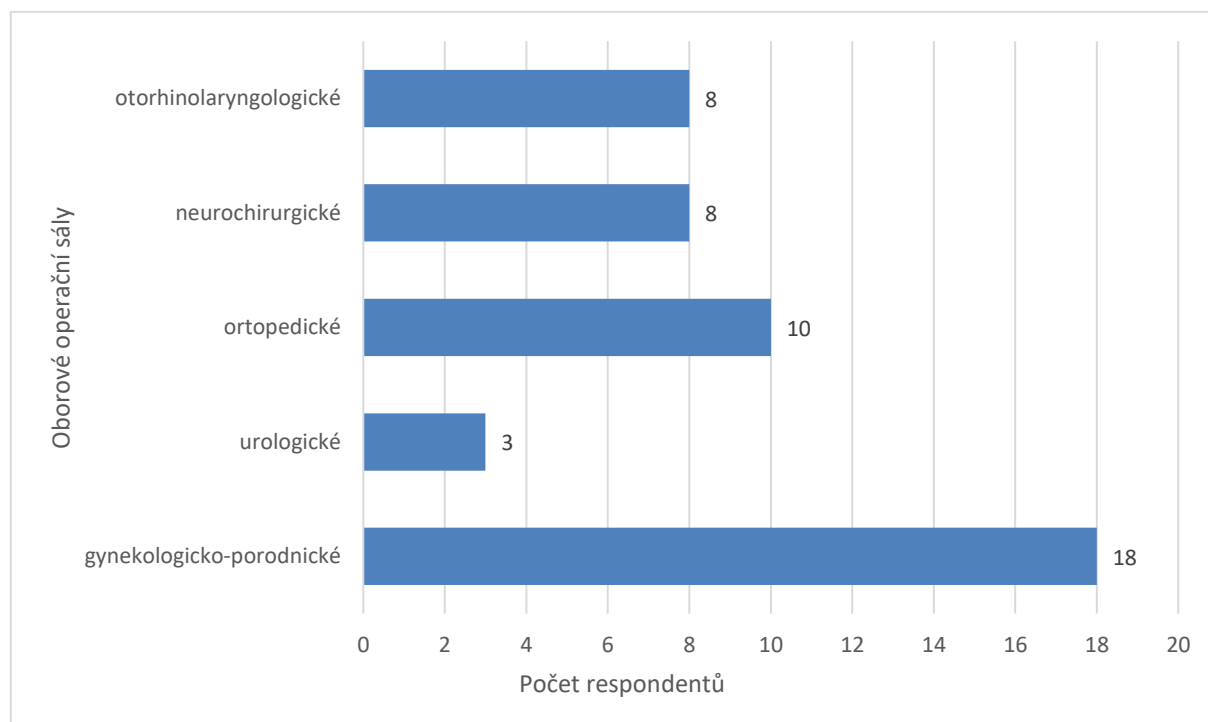
Zastoupení oborových operačních sálů

Mezi nejvíce zastoupenými oborovými operačními sály byly gynekologicko-porodnické operační sály (38,3 %). Druhými nejčastěji uváděnými byly ortopedické operační sály (21,3 %). Dále jsou zde zastoupeny neurochirurgické (17,0 %) a otorhinolaryngologické (17,0 %) operační sály. Nejméně respondentů (6,4 %) uvedly místo výkonu práce urologické operační sály (Tabulka 8).

Tabulka 8 - Oborové operační sály

| Oborové operační sály | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--------------------------|-------------------|-------------------|
| gynekologicko-porodnické | 18 | 38,3 % |
| urologické | 3 | 6,4 % |
| ortopedické | 10 | 21,3 % |
| neurochirurgické | 8 | 17,0 % |
| otorhinolaryngologické | 8 | 17,0 % |
| Celkem | 47 | 100 % |

Pro lepší vizuální představení dat uvedených v Tabulce 8, byl vytvořen graf rozdělení respondentů dle oborových operačních sálů (Obrázek 5).



Obrázek 5 - Graf rozložení respondentů na oborových operačních sálech

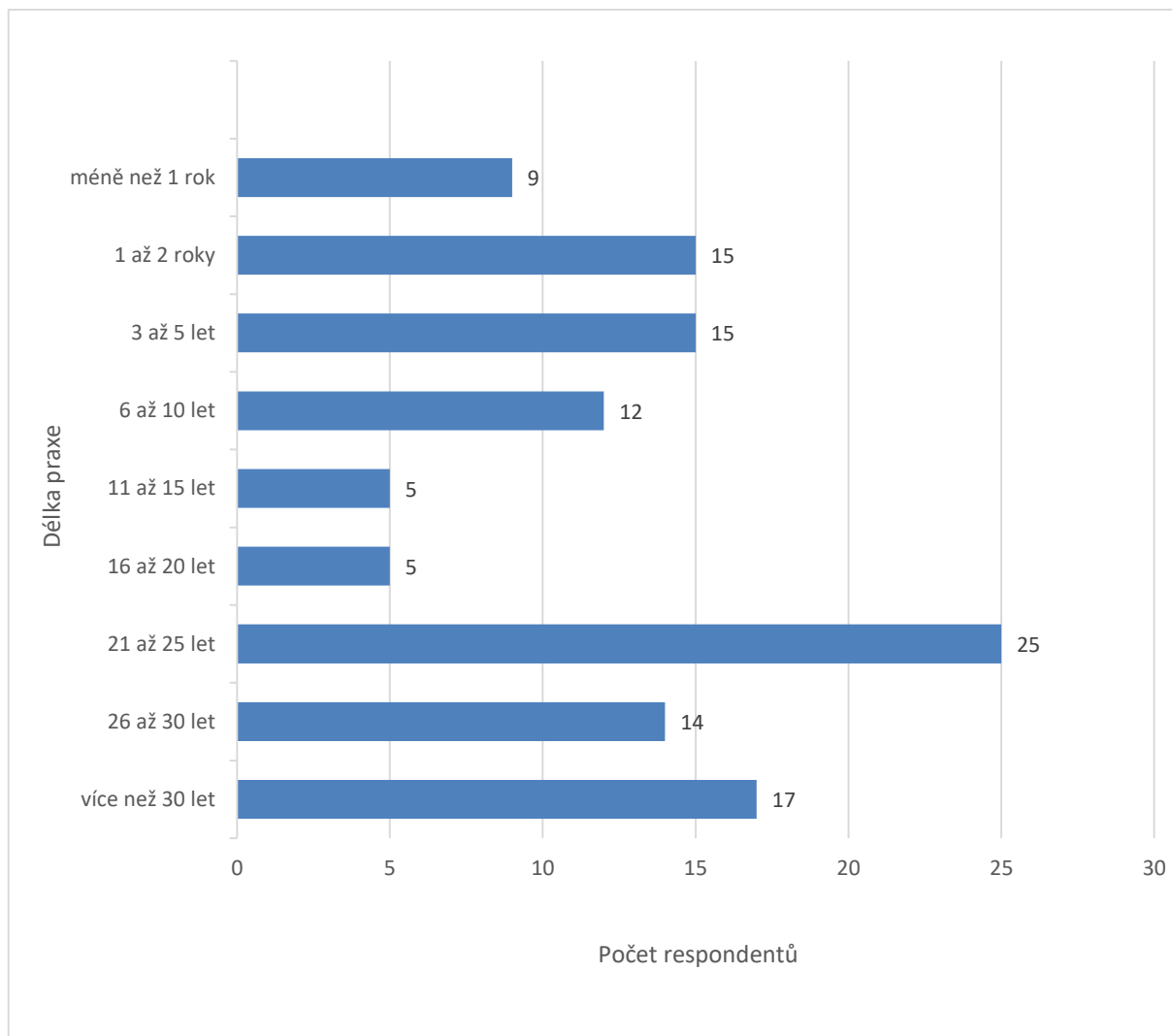
Délka praxe na operačním sále

Nejpočetněji byla zastoupena kategorie s délkou praxe 21–25 let, kterou uvedlo 25 respondentů (21,4 %). Druhou nejčetnější kategorií byla praxe více než 30 let se 17 respondenty (14,5 %) a třetí nejčastější odpovědí byla délka praxe 1–2 roky a 3–5 let, obě s 15 respondenty (12,8 %). Praxi 26-30 let uvedlo 14 respondentů (12,0 %) a 12 respondentů (10,3 %) uvedlo praxi 6 až 10 let. Praxe na operačním méně než 1 rok byla uvedena v 9 případech (7,7 %). a nejmenší zastoupení měly kategorie 11–15 let a 16–20 let, každá s 5 respondenty (4,3 %) (Tabulka 9).

Tabulka 9 - Délka praxe na operačním sále

| Délka praxe | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| méně než 1 rok | 9 | 7,7% |
| 1-2 roky | 15 | 12,8% |
| 3-5 let | 15 | 12,8% |
| 6-10 let | 12 | 10,3% |
| 11-15 let | 5 | 4,3% |
| 16-20 let | 5 | 4,3% |
| 21-25 let | 25 | 21,4% |
| 26-30 let | 14 | 12,0% |
| více než 30 let | 17 | 14,5% |
| Celkem | 117 | 100 % |

Obrázek 6 představuje grafické znázornění údajů uvedených v Tabulce 9, za účelem jejich přehlednější vizualizace.



Obrázek 6 - Graf rozdělení respondentů dle délky praxe na operačních sálech

4.6.2 Vyhodnocení Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tato část práce se zaměřuje na prezentaci výsledků získaných prostřednictvím standardizovaného dotazníku MBI, který tvořil druhou část dotazníkového šetření (Příloha A). Tento dotazník se skládá ze 22 otázek rozdělených do tří dimenzí: emocionální vyčerpání (9 otázek), depersonalizace (5 otázek) a osobní uspokojení (8 otázek). Konkrétní rozdělení výroků do 3 dimenzí v MBI dotazníku je vyobrazeno výše v Tabulce 1 (kapitola 4.2.1) a podrobněji je popsán v teoretické části (kapitola 3.7). Vyhodnocení výsledků MBI bylo provedeno samostatně pro každou sledovanou dimenzi. Vysoký stupeň emocionálního vyčerpání a depersonalizace souvisí s vyšším počtem bodů a značí vysoké riziko syndromu vyhoření (SV). Naopak je to u dimenze osobního uspokojení, kde vysoké riziko SV souvisí s nízkým bodovým ohodnocením a nižším stupněm PA (Židková, 2013).

Bodové rozmezí pro určení stupně jednotlivých dimenzí a jejich míry SV je rozepsáno níže, kde jsou pro lepší vizuální přehlednost červeně zvýrazněny bodové hodnoty charakterizující vysokou míru syndromu vyhoření (Tabulka 10).

Tabulka 10 - Bodové rozmezí sledovaných dimenzí dle míry vyhoření (Židková, 2013)

| Sledovaná dimenze | Nízký stupeň | Mírný stupeň | Vysoký stupeň |
|----------------------------|---------------------|---------------|-----------------------|
| Emocionální vyčerpání (EE) | 0 až 16 bodů | 17 až 26 bodů | 27 a více bodů |
| Depersonalizace (DP) | 0 až 6 bodů | 7 až 12 bodů | 13 a více bodů |
| Osobní uspokojení (PA) | 0 až 31 bodů | 32 až 38 bodů | 39 a více bodů |

Barevné zvýraznění bylo uplatněno rovněž i ve sloupcových grafech, které znázorňují rozložení respondentů dle dosaženého součtu bodů v rámci každé dimenze. Barevné značení v grafech je následovné:

- **vysoké riziko syndromu vyhoření** je označeno **červenou barvou**,
- **mírné riziko syndromu vyhoření** je označeno **modrou barvou**,
- **nízké riziko syndromu vyhoření** je označeno **zelenou barvou**.

Toto jednotné barevné zvýraznění umožňuje snadnější interpretaci výsledků a zřetelnější identifikaci ohrožených skupin napříč sledovaným vzorkem.

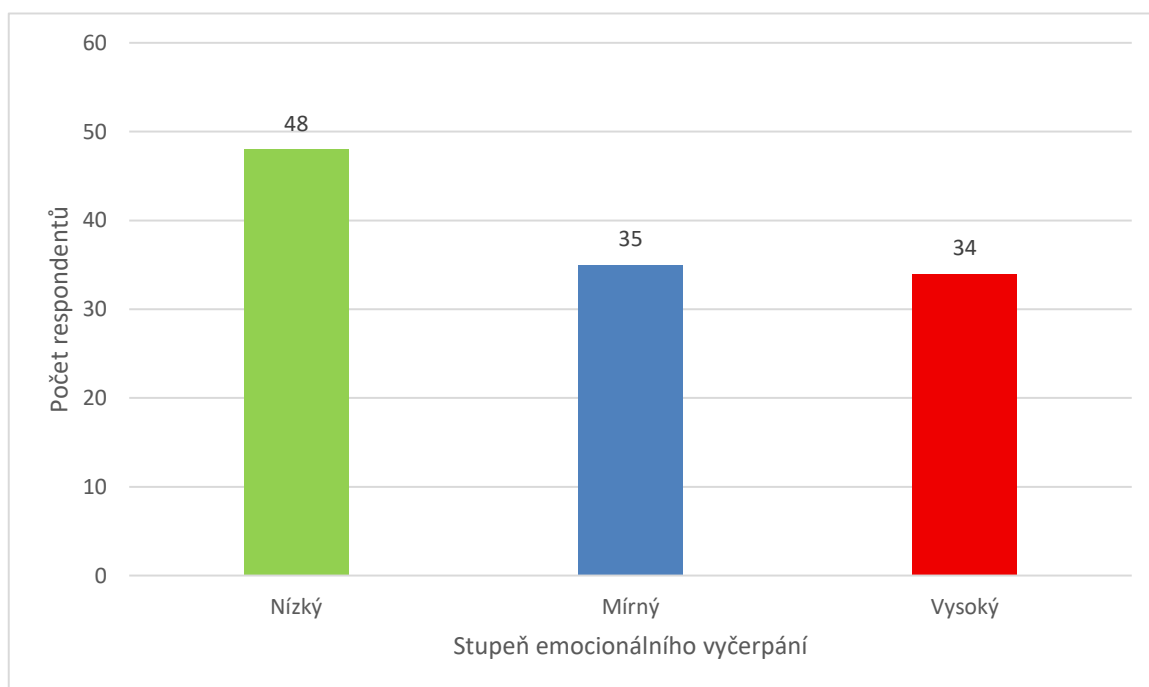
4.6.2.1 Stupeň emocionálního vyčerpání (EE)

Oblast emocionálního vyčerpání obsahovala celkem 9 výroků a bylo možné dosáhnout nejvýše 63 bodů (vysoký stupeň vyhoření) a nejméně 0 bodů (nízký stupeň vyhoření). Průměrná hodnota odpovědí v EE dosahuje 20,8 bodů, což značí mírný stupeň vyhoření výzkumného vzorku respondentů. Minimální dosažená hodnota v této dimenzi byla 0 bodů, celkem u dvou respondentů a maximální dosažená hodnota čítala 55 bodů, které dosáhl jeden respondent (Tabulka 11).

Tabulka 11 - Popisná statistika stupně emocionálního vyčerpání respondentů

| EE | Průměr | Minimum | Maximum |
|----|--------|---------|---------|
| | 20,8 | 0 | 56 |

Z následujícího grafu (Obrázek 7) je patrné rozdělení respondentů podle stupně emocionálního vyčerpání na základě součtu bodového hodnocení všech výroků spadajících do této dimenze. V případě 34 respondentů (29,1 %) byl zjištěn vysoký stupeň emocionálního vyčerpání (vysoký stupeň SV). Podobný počet respondentů (35 respondentů; 29,9 %) spadal v této dimenzi do mírného stupně emocionálního vyčerpání. Nízký stupeň EE (nízký stupeň SV) byl ve zkoumaném souboru zjištěn u 48 respondentů (41,0 %).



Obrázek 7 - Respondenti dle stupně emocionálního vyčerpání (EE)

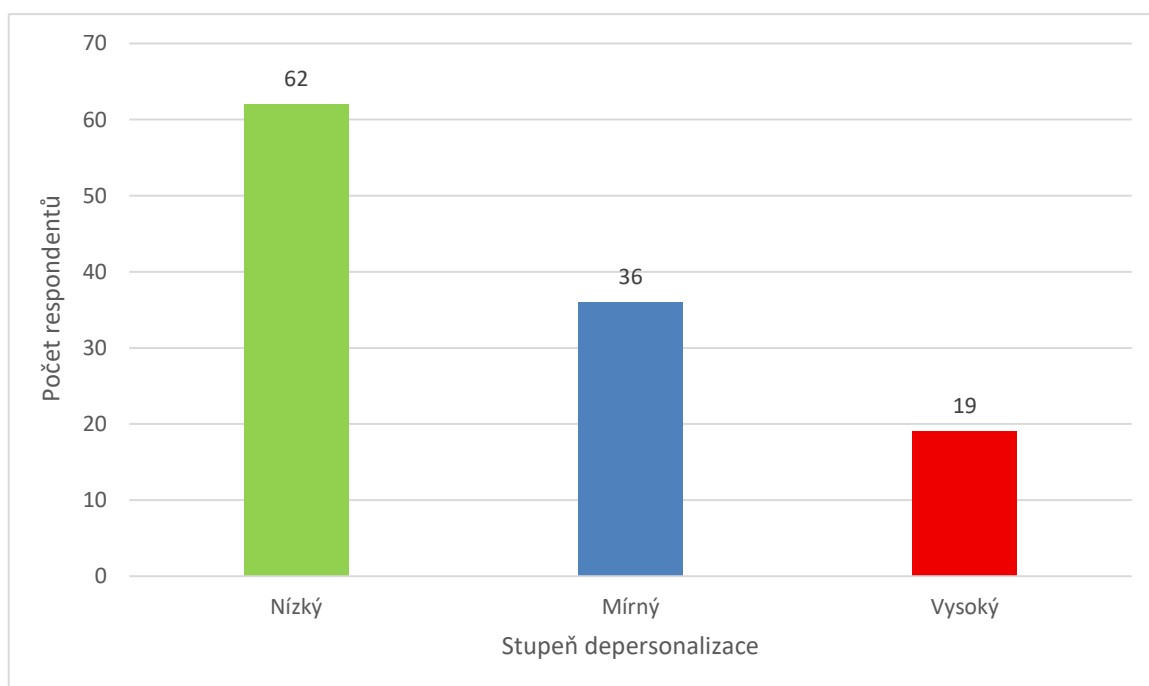
4.6.2.2 Stupeň depersonalizace (DE)

Další zkoumanou oblastí byla dimenze depersonalizace obsahující celkem 5 výroků a bylo tedy možné dosáhnout nanejvýše 35 bodů (vysoký stupeň vyhoření) a nejméně 0 bodů (nízký stupeň vyhoření). v následující tabulce (Tabulka 12) jsou vyčíslené hodnoty, kterých respondenti dosahovali v dimenzi DE. Průměrná dosažená hodnota respondentů činila 7,2 bodů, což spadá do mírného stupně vyhoření. Minimální dosažená hodnota byla 0 bodů a maximální dosažená hodnota byla 22 bodů.

Tabulka 12 - Popisná statistika stupně depersonalizace respondentů

| DE | Průměr | Minimum | Maximum |
|----|--------|---------|---------|
| | 7,2 | 0 | 22 |

Dále byl výzkumný vzorek rozdělen dle stupně depersonalizace na základě dosaženého počtu bodů jednotlivých respondentů v této dimenzi. Vysoký stupeň depersonalizace (vysoký stupeň SV) byl zjištěn v případě 16,2 % respondentů (19 jedinců), v případě dalších 30,8 % respondentů (36 jedinců) byl zjištěn mírný stupeň vyhoření. Více než polovina všech respondentů (62 jedinců; 53,0 %), byla syndromem vyhoření v této dimenzi ohrožena jen minimálně (Obrázek 8).



Obrázek 8 - Respondenti dle stupně depersonalizace (DE)

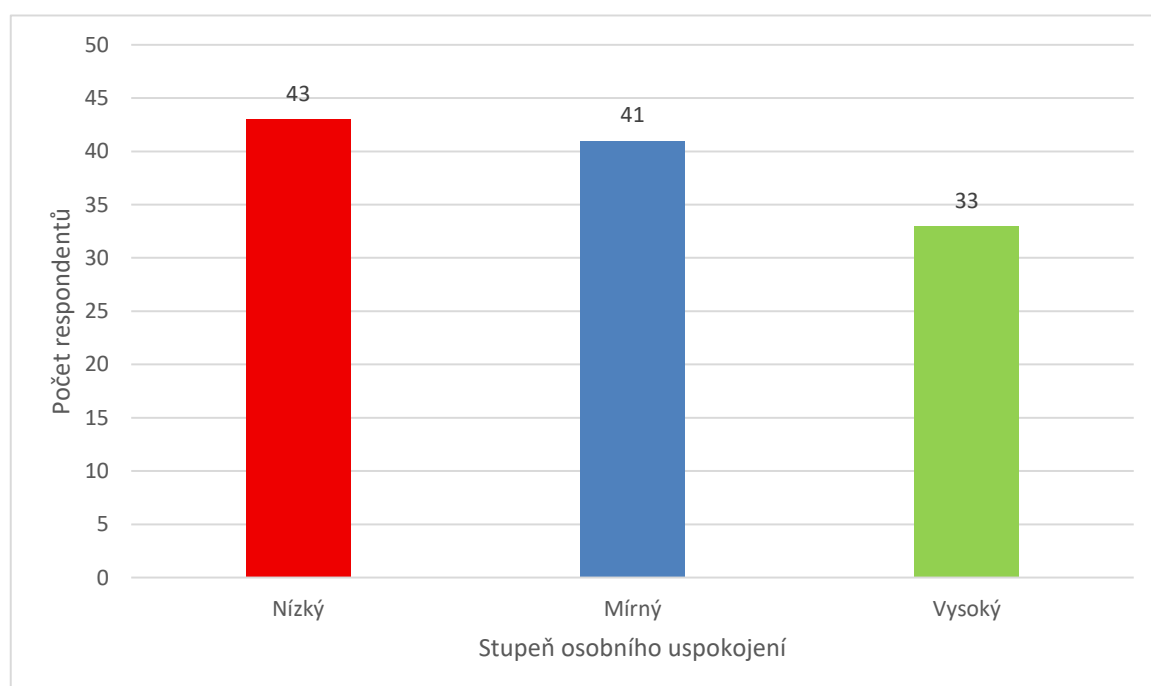
4.6.2.3 Stupeň osobního uspokojení (PA)

Poslední zkoumanou oblastí byla dimenze osobního uspokojení (PA), která je tvořena 8 výroky a bylo zde možné dosáhnout nejvýše 56 bodů (nízký stupeň vyhoření) a nejméně 0 bodů (vysoký stupeň vyhoření). Odpovědi všech respondentů v dimenzi PA dosáhly průměrné hodnoty 33,4 bodů, tedy konkrétně mírného stupně vyhoření. Minimální dosažená hodnota respondenty byla 6 bodů a maximální dosažená hodnota 54 bodů (Tabulka 13).

Tabulka 13 - Popisná statistika stupně osobního uspokojení respondentů

| PA | Průměr | Minimum | Maximum |
|----|--------|---------|---------|
| | 33,4 | 6 | 54 |

Následující graf (Obrázek 9) prezentuje rozdělení respondentů na základě výsledného součtu všech bodů jednotlivých výroky u každého respondenta. v nízkém stupni osobního uspokojení, který nám pro tuto dimenzi vysoké riziko syndromu vyhoření pro tuto dimenzi, se nacházelo 36,8 % respondentů (43 jedinců). v pásmu středním (mírné vyhoření) se nacházelo dalších 35,0 % respondentů (41 jedinců). Vysoký stupeň osobního uspokojení, spojovaný s minimálním rizikem ohrožení syndromem vyhoření, byl zjištěn pouze u 28,2 % respondentů (33 jedinců).



Obrázek 9 - Respondenti dle stupně osobního uspokojení (PA)

4.6.2.4 Souhrnná analýza dotazníku MBI

Pro jednoduché celkové posouzení výskytu syndromu vyhoření u respondentů byla za klíčové kritérium považována přítomnost vysoké míry vyhoření alespoň v jedné ze tří hodnocených dimenzí (emoční vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení). Každý respondent, který splnil toto kritérium byl vyhodnocen jako vyhořelý. Tento přístup vychází z předpokladu, že i výraznější obtíže v jedné oblasti mohou negativně ovlivnit profesní fungování a duševní pohodu pracovníka. V tomto výzkumném vzorku respondentů (117; 100 %) bylo zjištěno, že 60 respondentů (51,3 %) je vyhořelých, jelikož dosáhli minimálně v jedné dimenzi ze tří vysokého stupně vyhoření. Celkem 57 respondentů (48,7 %) je nevyhořelých, to znamená, že nemají ani jednu ze sledovaných dimenzí zasaženou vysokým stupněm vyhoření (Tabulka 14).

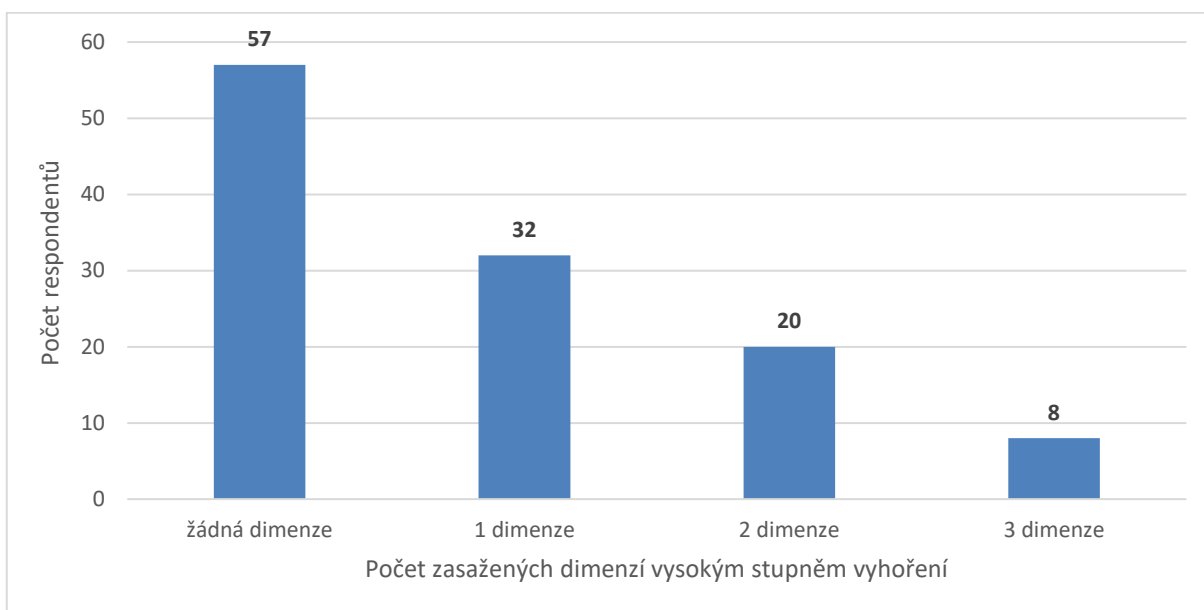
Tabulka 14 - Celkový souhrn vyhořelých a nevyhořelých respondentů

| Celkový souhrn vyhoření | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Vyhořelý | 60 | 51,3 % |
| Nevyhořelý | 57 | 48,7 % |
| Celkem | 117 | 100 % |

Pro podrobnější analýzu míry syndromu vyhoření byli respondenti rozděleni dle počtu dimenzí, ve kterých dosáhli vysokého stupně vyhoření. Toto rozdělení umožňuje lépe zachytit celkovou míru ohrožení SV ve zkoumaném vzorku respondentů. Míra rizika ohrožení syndromem vyhoření podle počtu zasažených dimenzí je následující:

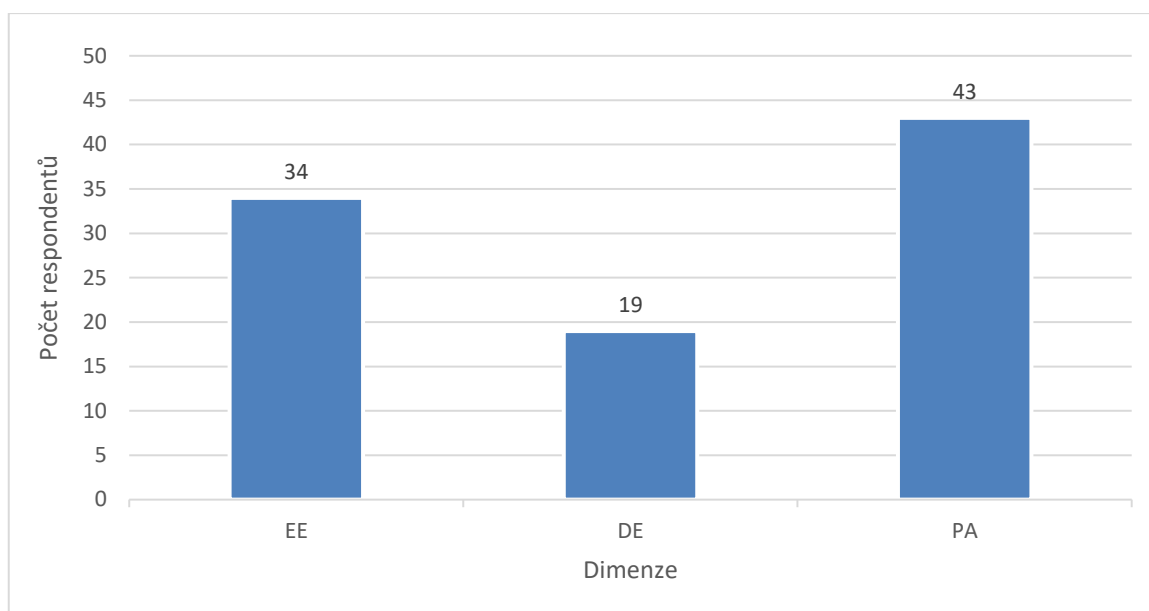
- **0 zasažených dimenzí** – žádné nebo nízké riziko syndromu vyhoření,
- **1 zasažená dimenze** – mírné riziko syndromu vyhoření,
- **2 zasažené dimenze** – vysoké riziko syndromu vyhoření,
- **3 zasažené dimenze** – plně rozvinutý syndrom vyhoření, tedy stav, kdy jedinec vykazuje vysokou míru vyhoření ve všech třech hodnocených oblastech.

Výsledky ukazují, že více než polovina respondentů (57; 48,7 %) výzkumného vzorku nevykazovala vysoký stupeň vyhoření v žádné z hodnocených dimenzí. Přibližně třetina (32; 27,4 %) dosáhla vysokého skóre v jedné dimenzi, což odpovídá mírnému riziku. Pětina respondentů (20; 17,1 %) vykazovala vysoký stupeň vyhoření ve dvou dimenzích, tedy vysoké ohrožení. Nejméně početnou skupinu tvoří respondenti s vysokým stupněm vyhoření ve všech třech dimenzích (8; 6,8 %), což odpovídá plně rozvinutému syndromu vyhoření (Obrázek 10).



Obrázek 10 - Graf rozložení respondentů dle počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření

Jak již bylo zmíněno, ve vysokém stupni vyhoření v alespoň jedné z měřených dimenzí, tedy 1 až 3 zasažené dimenze, se nacházelo 60 respondentů (51,3 %). Nejčastěji se u respondentů projevilo vyhoření v dimenzi osobního uspokojení (PA), které bylo zjištěno u více než třetiny, tedy 43 respondentů (36,8 %) z celkového počtu 117 respondentů (100 %). Vysoké emocionální vyčerpání (EE), charakterizující stav, kdy dochází ke ztrátě chuti do života, bylo zjištěno u 34 respondentů (29,1 %). Méně často se ve vysokém stupni vyhoření nacházeli respondenti v dimenzi depersonalizace (DE), konkrétně u 19 respondentů (16,2 %) byl zjištěn vysoký stupeň vyhoření v této dimenzi (Obrázek 11).



Obrázek 11 - Počet respondentů s vysokým stupněm vyhoření v jednotlivých dimenzích

4.7 Souhrn výsledků dotazníkového šetření

Výzkumný soubor tvořilo celkem 117 perioperačních sester, z nichž naprostou většinu představovaly ženy (98,3 %). Věkové rozmezí respondentů se pohybovalo mezi 22 a 67 lety, přičemž průměrný věk činil 43,7 let. Největší podíl respondentů měl středoškolské vzdělání s maturitou (36,8 %) a 65 % respondentů absolvovalo specializační vzdělání v perioperační péči. Většina sester pracovala na centrálních operačních sálech (59,8 %), zatímco 40,2 % působilo na oborových sálech, z nichž nejčastěji šlo o gynekologicko-porodnické (38,3 %). Nejčtenější kategorií z hlediska délky praxe byla skupina 21–25 let (21,4 %).

Výsledky standardizovaného dotazníku MBI ukázaly, že více než polovina respondentů (60 osob; 51,3 %) vykazovala vysokou míru vyhoření alespoň v jedné ze tří hodnocených dimenzí – emocionálním vyčerpání (EE), depersonalizaci (DE) a osobním uspokojení (PA). Nejčastěji byl zaznamenán vysoký stupeň vyhoření v dimenzi PA (43 respondentů; 36,8 %), následovaný EE (34 respondentů; 29,1 %) a DE (19 respondentů; 16,2 %). Plně rozvinutý SV, tedy vysoká míra ve všech třech dimenzích, se vyskytoval u 6,8 % respondentů. V mírném riziku vyhoření (jedna zasažená dimenze) se nacházelo 27,4 % a ve vysokém riziku (dvě dimenze) 17,1 % respondentů. Zbývajících 48,7 % respondentů nebylo SV ve vysoké míře zasaženo v žádné z dimenzí.

4.8 Statistické testování hypotéz výzkumných otázek

Pro tento výzkum byly stanoveny 4 výzkumné otázky, ke kterým byly následně stanoveny nulové (H_0) a alternativní (H_A) hypotézy. Smyslem testování bylo rozhodnout, zda je možné nulovou hypotézu zamítnout a tím podpořit hypotézu alternativní. Pro rozhodování o přijetí či zamítnutí hypotéz byla stanovena hladina statistické významnosti $\alpha = 0,05$ (5 %). Výzkumné otázky jsou zaměřeny na demografické faktory ve vztahu k míře syndromu vyhoření.

4.8.1 Výzkumná otázka č. 1:

Výzkumná otázka č. 1: Existuje souvislost mezi věkovými skupinami perioperačních sester a mírou rizika syndromu vyhoření?

Hypotéza č. 1 (H_{1A}): Mezi věkovými skupinami perioperačních sester existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika syndromu vyhoření.

Nulová hypotéza (H_{10}): Mezi věkovými skupinami perioperačních sester neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika syndromu vyhoření.

Před aplikací statistického testu byla ověřena normalita rozložení dat pomocí Kolmogorov–Smirnovova testu a Lillieforsova testu. Výsledky jednoznačně ukázaly, že proměnná vyjadřující počet zasažených dimenzí vyhořením (0–3 dimenze) není normálně rozložena (Tabulka 15). Z tohoto důvodu byl zvolen neparametrický Kruskal–Wallisův (K-W) test, který je vhodný pro porovnání více nezávislých skupin v případě porušení předpokladů normality.

Tabulka 15 - Tabulka výsledků testů normality

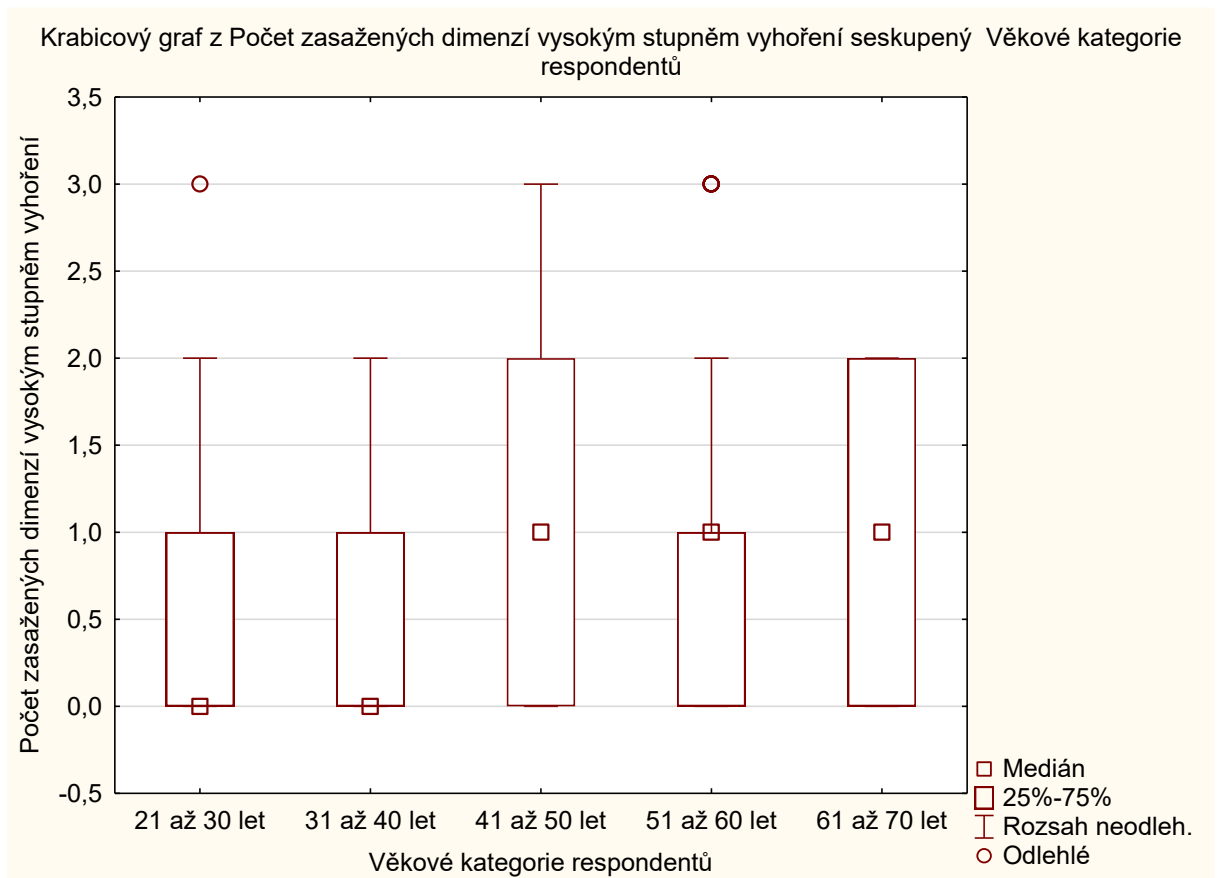
| Test normality | Hodnota testu | p-hodnota | Výsledek |
|--------------------|---------------|-----------|--------------------------------|
| Kolmogorov–Smirnov | d = 0,2927 | p < 0,01 | Data nejsou normálně rozložena |
| Lilliefors | — | p < 0,01 | Data nejsou normálně rozložena |

Výsledky K-W testu (Tabulka 16) ukázaly, že mezi věkovými skupinami není statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření, protože p-hodnota ($p = 0,3678$) je vyšší než stanovená hladina významnosti ($\alpha = 0,05$), tedy **nelze zamítnout H_{10}** .

Tabulka 16 – Výsledky Kruskal-Wallisova testu k hypotéze č.1

| Kruskal-Wallisův test | Výsledek | SV | p-hodnota |
|-----------------------|----------|----|-----------|
| | 4,292783 | 4 | 0,3678 |

Doplňující pohled poskytuje krabicový graf (Obrázek 12). Na vodorovné ose jsou zobrazeny věkové kategorie respondentů, na svislé ose pak počet zasažených dimenzí (v rozsahu 0 až 3), přičemž vyšší počet odpovídá vyšší míře SV.



Obrázek 12 - Krabicový graf počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření dle věkových kategorií

Z grafu (Obrázek 12) vyplývá, že mediány se mezi skupinami mírně liší. Nejnižší medián, roven 0, byl zaznamenán u věkových kategorií 21 až 30 let a 31 až 40 let. To naznačuje, že většina respondentů v těchto skupinách nevykazovala vysoký stupeň vyhoření v žádné z dimenzí. Naopak ve skupinách 41 až 50 let, 51 až 60 let a 61 až 70 let byl medián roven 1, tedy u většiny respondentů se vyskytoval vyšší stupeň vyhoření alespoň v jedné dimenzi. Největší rozptyl hodnot byl zaznamenán ve věkové kategorii 41 až 50 let, kde je navíc zaznamenán výskyt vyššího počtu respondentů se zásahem ve více dimenzích, jak ukazuje širší rozpětí krabice. V této kategorii se počet zasažených dimenzí pohyboval od 0 až po 3. Odlehlé případy, tedy extrémně vysoké hodnoty oproti zbytku skupiny byly naopak zaznamenány u kategorií 21 až 30 let (s četností 1 případu) a 51 až 60 let (s četností 5 případů), kdy byly zasaženy všechny tři dimenze vyhoření.

4.8.1.1 Souhrn k výzkumné otázce č. 1:

Cílem první výzkumné otázky bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi věkovými skupinami perioperačních sester a mírou rizika syndromu vyhoření.

H1_A: Mezi věkovými skupinami perioperačních sester existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika syndromu vyhoření.

H1₀: Mezi věkovými skupinami perioperačních sester neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika syndromu vyhoření.

Přestože vizuální rozdíl (Obrázek 12) mezi jednotlivými věkovými skupinami určitou tendenci naznačují, statistická analýza pomocí K-W testu (Tabulka 16) neprokázala statisticky významný rozdíl. Z tohoto důvodu nelze tvrdit, že by se riziko SV mezi věkovými kategoriemi respondentů lišilo na statisticky významné úrovni. Jelikož je p-hodnota ($p = 0,3678$) vyšší než stanovená hladina významnosti ($\alpha = 0,05$) **nelze zamítnout H1₀**.

4.8.2 Výzkumná otázka č. 2

Výzkumná otázka č. 2: Existuje souvislost mezi vzděláním perioperačních sester a mírou rizika syndromu vyhoření?

Pro tuto otázku byly stanovené 2 nulové hypotézy, protože každá z nich se zaměřuje na jiný typ vzdělání a díky tomu byly vytvořeny dvě statistické analýzy. První nulová hypotéza (H_{20}) se zaměřuje na nejvyšší dosažené vzdělání a míru rizika syndromu vyhoření (SV), naopak druhá nulová hypotéza (H_{30}) zkoumá vztah specializačního studia a míru rizika syndromu vyhoření.

Hypotéza č. 2 (H_{2A}): Mezi skupinami perioperačních sester s různým stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání existuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

Nulová hypotéza (H_{20}): Mezi skupinami perioperačních sester s různým stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání neexistuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

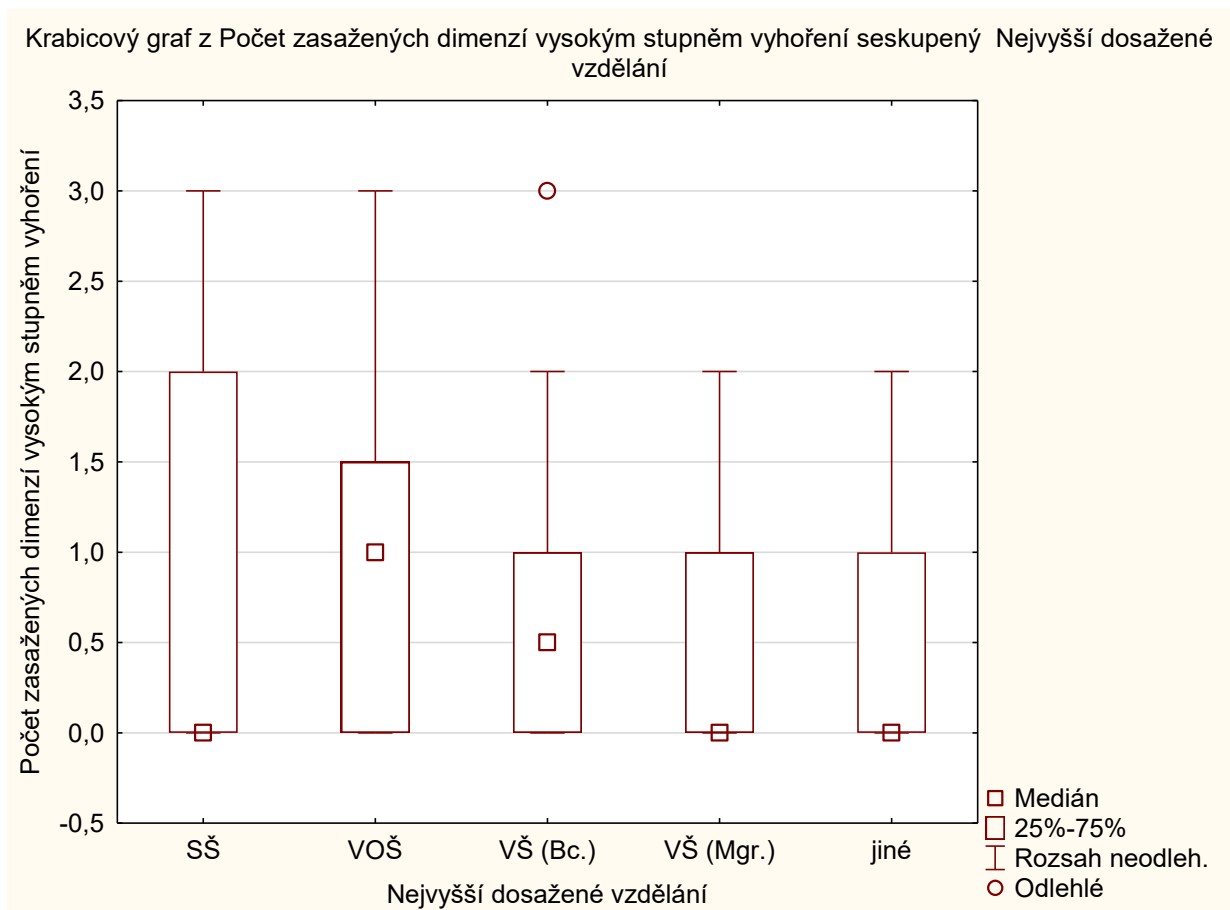
Vzhledem k tomu, že proměnná vyjadřující počet dimenzí zasažených SV není normálně rozložena (viz výsledky testů normality v tabulce č. 15). i v tomto případě zvolen neparametrický Kruskal–Wallisův test, který hodnotil rozdíly v počtu zasažených dimenzí mezi pěti skupinami podle dosaženého vzdělání (SŠ, VOŠ, VŠ Bc., VŠ Mgr. a jiné).

Výsledky K-W testu (Tabulka 17) ukázaly, že nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v míře ohrožení SV mezi skupinami perioperačních sester s různým dosaženým vzděláním. Výsledná p-hodnota ($p = 0,7259$) převyšuje hladinu statistické významnosti ($\alpha = 0,05$), což znamená, že **H_{20} nezamítáme**.

Tabulka 17 - Výsledky Kruskal-Wallisova testu k hypotéze č. 2

| Kruskal-Wallisův test | Výsledek | SV | p-hodnota |
|-----------------------|----------|----|-----------|
| | 2,053531 | 4 | 0,7259 |

Následující krabicový graf (Obrázek 13) zachycuje rozložení počtu dimenzí s vysokým stupněm SV u respondentů dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Na vodorovné ose jsou znázorněny jednotlivé skupiny nejvyššího dosaženého vzdělání a na svislé ose počet dimenzí s vysokou mírou vyhoření (v rozsahu 0–3 dimenze).



Obrázek 13 - Krabicový graf počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů

Z grafu (Obrázek 13) vyplývá, že nejvyšší medián hodnoty se vyskytuje ve skupině s vyšším odborným vzděláním (VOŠ), kde polovina respondentů vykazuje alespoň jednu dimenzi s vysokou mírou vyhoření. Naopak u skupin se středoškolským vzděláním (SŠ), vysokoškolským magisterským vzděláním (Mgr.) a ve skupině „jiné“ je medián roven 0, což znamená, že alespoň polovina respondentů v těchto skupinách nespadá žádnou dimenzí do vysoké míry vyhoření. u skupiny s bakalářským vzděláním (Bc.) se medián nachází mezi hodnotami 0 a 1 (konkrétně 0,5), což naznačuje, že polovina respondentů vykazuje méně než jednu zasaženou dimenzi, druhá polovina jednu nebo více zasažených dimenzí. Z hlediska rozptylu je nejširší rozmezí hodnot patrné u skupin s vyšším odborným (VOŠ) a středoškolským vzděláním (SŠ). v obou případech se hodnoty pohybují v celém rozsahu škály (0–3), což značí značnou variabilitu v míře syndromu vyhoření uvnitř těchto skupin. Odlehlé hodnoty, tedy extrémní případy vyhoření, se vyskytují pouze u skupiny Bc., kde konkrétně 1 respondent vykazuje vyšší míru vyhoření, než je běžné v rámci celé skupiny.

Pro výzkumnou otázku č. 2 byla vytvořena i **druhá doplňující analýza dat**, která se zabývá specializačním studiem, na které byla položena otázka v dotazníku. Byla tedy stanovena druhá nulová hypotéza k této výzkumné otázce.

Hypotéza č. 3 (H3_A): Mezi skupinami perioperačních sester dle vystudování specializace v perioperační péči existuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

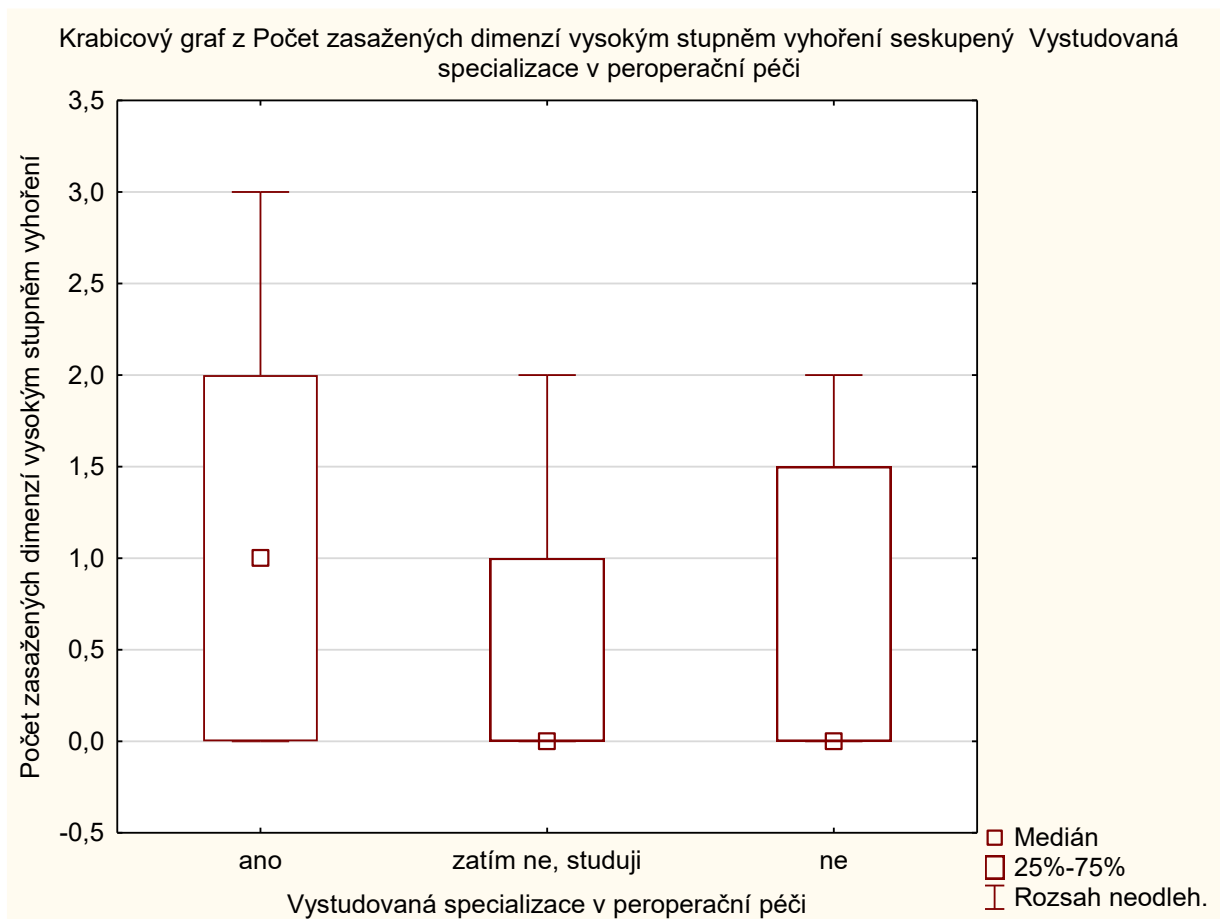
Nulová hypotéza (H3₀): Mezi skupinami perioperačních sester dle vystudování specializace v perioperační péči neexistuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

Proměnná „počet dimenzí s vysokým stupněm vyhoření“ byla opět zvolena jako ukazatel míry rizika. Vzhledem k tomu, že data neodpovídala předpokladům normality (Tabulka 15), byl použit neparametrický Kruskal–Wallisův test, jehož výsledky ukázaly statisticky významný rozdíl (Tabulka 18). Tento výsledek umožňuje **zamítnout nulovou hypotézu H3₀** o rovnosti rozložení mezi skupinami a potvrdit tak existenci statisticky významného rozdílu v míře vyhoření v závislosti na tom, zda respondent absolvoval, neabsolvoval nebo právě studuje specializační obor.

Tabulka 18 - Výsledky Kruskal-Wallisova testu k hypotéze č. 3

| Kruskal-Wallisův test | Výsledek | SV | p-hodnota |
|-----------------------|----------|----|-----------|
| | 9,020896 | 2 | 0,0110 |

Tuto interpretaci vizuálně podporuje i krabicový graf (Obrázek 14), který zachycuje rozložení počtu dimenzí s vysokým stupněm SV u respondentů podle toho, zda mají či nemají vystudovanou specializaci v perioperační péči nebo ji zatím studují. Na vodorovné ose jsou rozepsány jednotlivé skupiny dle vystudované specializace v perioperační péči a na svislé ose počet dimenzí s vysokou mírou vyhoření (v rozsahu 0–3 dimenze), tak jako předchozím grafu.



Obrázek 14 - Krabicový graf počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření podle specializace v oboru perioperační péče

Z tohoto grafu (Obrázek 14) je patrné, že medián počtu zasažených dimenzí je nejvyšší ve skupině respondentů, kteří specializaci absolvovali. Přestože by bylo možné očekávat naopak nižší míru vyhoření u specialistů, výsledky této analýzy ukazují, že právě u této skupiny je medián nejvyšší a zároveň je zde patrný i větší rozptyl hodnot, někteří respondenti v této skupině dosahují úplného vyhoření ve všech 3 dimenzích. Naproti tomu u respondentů, kteří specializační studium zatím nestudovali nebo je teprve studují, se medián nachází na nejnižší hodnotě (0), což naznačuje, že u těchto skupin je výskyt vysokého stupně vyhoření méně častý. Respondenti v těchto skupinách dosahovali maximálně dvou zasažených dimenzí vyšším stupněm vyhoření.

4.8.2.1 Souhrn k výzkumné otázce č. 2

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi vzděláním perioperačních sester a mírou ohrožení syndromem vyhoření. Záměrně byla tato otázka rozdělena do dvou částí, první se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání, druhá pak zaměřovala pozornost na absolvování specializačního studia v perioperační péči.

H2_A: Mezi skupinami perioperačních sester s různým stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání existuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

H2₀: Mezi skupinami perioperačních sester s různým stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání neexistuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

Výsledky K-W testu (Tabulka 17) neprokázaly statisticky významný rozdíl, z toho vyplývá, že v analyzovaném souboru nebyla potvrzena souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a mírou vyhoření. Na základě tohoto výsledku hypotézu **H2₀ nezamítáme**.

H3_A: Mezi skupinami perioperačních sester dle vystudování specializace v perioperační péči existuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

H3₀: Mezi skupinami perioperačních sester dle vystudování specializace v perioperační péči neexistuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

I zde byl rovněž použit K-W test (Tabulka 18), jehož výsledek prokázal statisticky významný rozdíl mezi skupinami, čímž se potvrdila souvislost mezi absolvováním specializačního vzdělání a mírou rizika SV. Krabicový graf (Obrázek 14) znázorňující rozložení počtu zasažených dimenzí vyhořením ukázal, že respondenti, kteří specializační studium již absolvovali, vykazovali vyšší medián i větší rozptyl hodnot ve srovnání s ostatními skupinami. Na základě tohoto výsledku **zamítáme hypotézu H3₀ a přijímáme hypotézu H3_A**.

Zatímco mezi skupinami s různým nejvyšším dosaženým vzděláním nebyly prokázány významné rozdíly v míře syndromu vyhoření, ve vztahu k absolvování specializačního vzdělání již rozdíly zjištěny byly. Tento výsledek bude dále diskutován v souvislosti s dalšími proměnnými.

4.8.3 Výzkumná otázka č. 3

Výzkumná otázka č. 3: Existuje souvislost mezi typem operačního sálu, na kterém perioperační sestry pracují, a mírou rizika syndromu vyhoření?

Hypotéza č. 4 (H4_A): Mezi sestrami pracujícími na centrálních a oborových operačních sálech existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika syndromu vyhoření.

Nulová hypotéza (H4₀): Mezi sestrami pracujícími na centrálních a oborových operačních sálech neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika syndromu vyhoření.

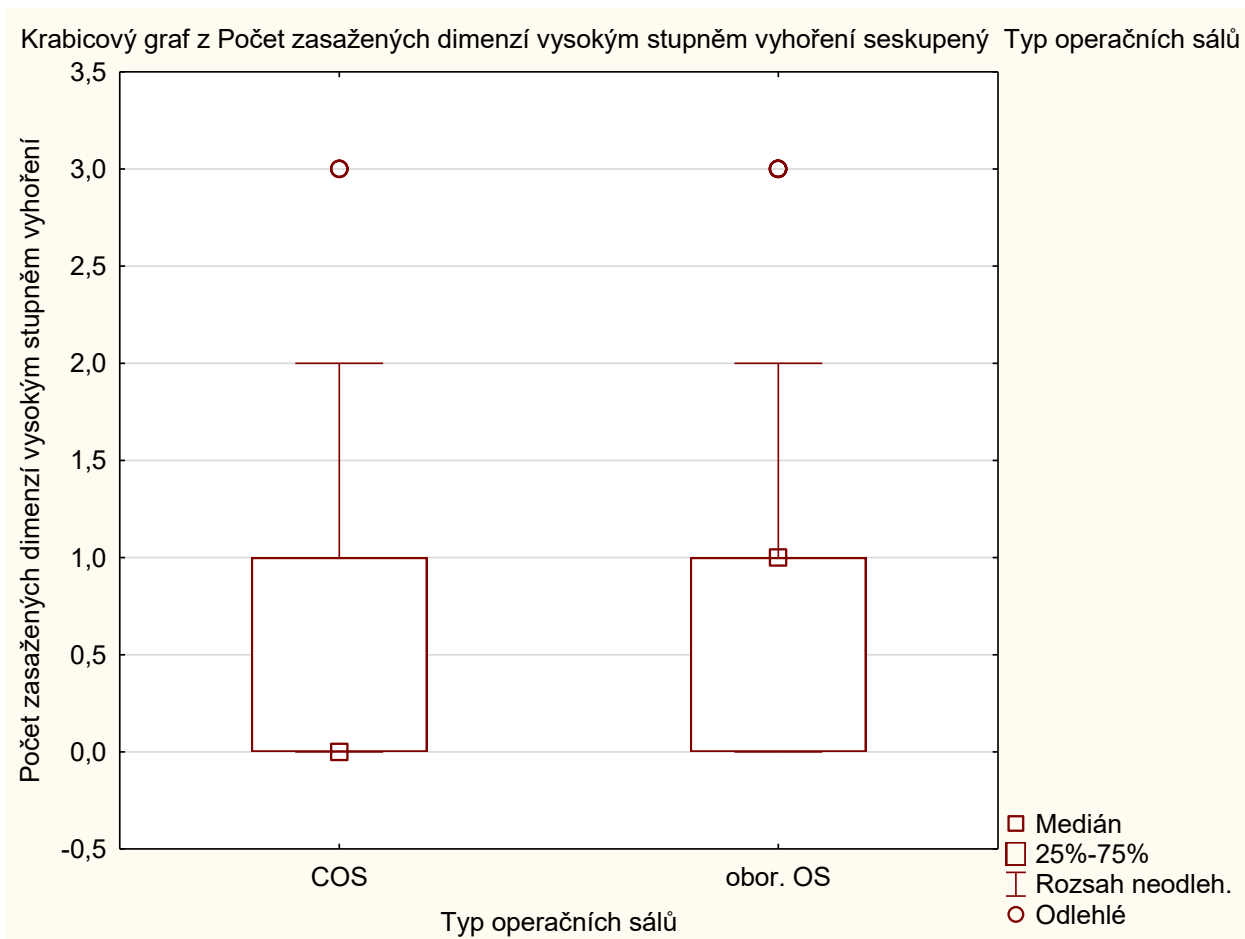
Míra SV byla opět vyjádřena pomocí proměnné představující počet dimenzí (0–3), ve kterých respondent dosáhl vysokého stupně zasažení. Jelikož data nebyla normálně rozložena (viz testy normality, Tabulka 15), byl zvolen neparametrický Mann–Whitneyův U test, který je vhodný pro porovnání dvou nezávislých skupin, v tomto případě centrální operační sály (COS) a oborové operační sály (obor. OS).

Výsledky testu ukázaly, že mezi skupinami pracujícími na COS a oborových OS neexistuje statisticky významný rozdíl, protože p-hodnota je vyšší než stanovená 5% hladina významnosti (Tabulka 19). Na základě těchto hodnot **nezamítáme nulovou hypotézu H4₀**.

Tabulka 19 - Mann–Whitneyův U test pro typy operačních sálů a počtem zasažených dimenzí

| Mann–Whitneyův U test | Skupina a (COS) | Skupina B (obor. OS) | p-hodnota |
|-----------------------|-----------------|----------------------|-----------|
| | n = 70 | n = 47 | 0,569 |

Výsledky byly dále doplněny krabicovým grafem (Obrázek 15), který vizuálně zachycuje vztah mezi typem operačních sálů a počtem dimenzí syndromu vyhoření, ve kterých respondenti dosáhli vysokého stupně zasažení. Vodorovná osa zobrazuje dvě skupiny podle pracoviště respondentů – centrální operační sály (COS) a oborové operační sály (obor. OS). Svislá osa udává počet zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření (v rozsahu od 0 do 3). Z grafu je patrné, že medián vyhoření je u sester z COS nižší (medián = 0), zatímco u sester z oborových OS je o něco vyšší (medián = 1). Rozptyl v obou skupinách je však srovnatelný. V obou případech byly identifikovány odlehle hodnoty, tedy respondenti, kteří vykazovali zasažení ve všech třech dimenzích SV. V případě centrálních operačních sálů šlo o 3 respondenty, zatímco v případě oborových operačních sálů bylo zaznamenáno 5 takových případů.



Obrázek 15 - Krabicový graf počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření podle typu operačních sálů

4.8.3.1 Souhrn k výzkumné otázce č. 3:

Cílem výzkumné otázky č. 3 bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi typem operačních sálů, na kterých perioperační sestry pracují a mírou rizika syndromu vyhoření.

H4_A: Mezi sestrami pracujícími na centrálních a oborových operačních sálech existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika syndromu vyhoření.

H4₀: Mezi sestrami pracujícími na centrálních a oborových operačních sálech neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika syndromu vyhoření.

Výsledky Mann–Whitneyova U testu ukázaly (Tabulka 19), že rozdíl v míře vyhoření mezi sestrami z COS a oborových OS není statisticky významný, jelikož p-hodnota ($p = 0,569$) je vyšší než stanovená 5% hladina významnosti ($\alpha = 0,05$). To znamená, že nelze potvrdit, že typ operačního sálu ovlivňuje riziko vyhoření. Na základě tohoto výsledku **nezamítáme H4₀**.

4.8.4 Výzkumná otázka č. 4

Existuje souvislost mezi délkou praxe perioperačních sester a mírou rizika syndromu vyhoření?

Hypotéza č. 5 (H5_A): Mezi perioperačními sestrami s různou délkou praxe existuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

Nulová hypotéza (H5₀): Mezi perioperačními sestrami s různou délkou praxe neexistuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

Jelikož délka praxe byla rozdělena do předem definovaných kategorií a proměnná vyjadřující míru SV (počet zasažených dimenzí) nespĺňuje podmínky normality (Tabulka 15), byl opět zvolen neparametrický Kruskal–Wallisův test pro porovnání více nezávislých skupin. V následující tabulce (Tabulka 20) jsou výsledky K-W testu, které ukázaly, že statisticky významné rozdíly mezi skupinami existují. Na základě p-hodnoty ($p = 0,0317$), která je nižší než 5% hladina významnosti ($\alpha = 0,05$) byla **zamítnuta nulová hypotéza H5₀ a přijata hypotéza H5_A**. Lze tedy říci, že délka praxe perioperačních sester souvisí s mírou rizika syndromu vyhoření.

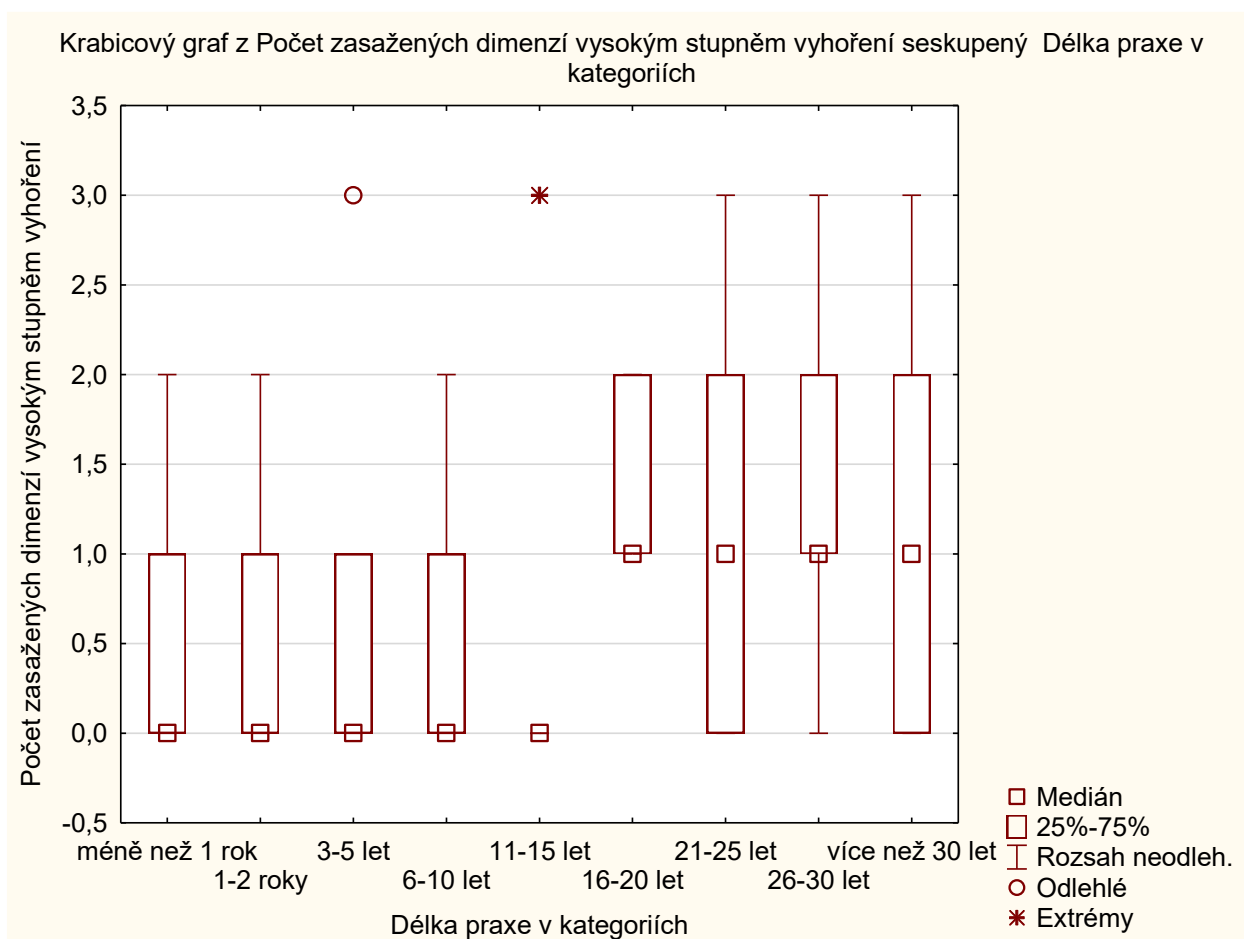
Tabulka 20 - Výsledky Kruskal-Wallisova testu k hypotéze č. 5

| Kruskal-Wallisův test | Výsledek | SV | p-hodnota |
|-----------------------|----------|----|-----------|
| | 16,85500 | 8 | 0,0317 |

Pro lepší vizuální představu byl zpracován i krabicový graf (Obrázek 16), který znázorňuje rozložení počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm SV u perioperačních sester podle kategorií délky jejich praxe. Na vodorovné ose jsou uvedeny jednotlivé kategorie délky praxe, tak jak byly předem stanoveny v dotazníku (méně než 1 rok, 1-2roky, 3-5 let, 6-10 let, 11-15 let, 16-20 let, 21-25 let, 26-30 let a 30 let a více let). Svislá osa představuje počet dimenzí (v rozsahu 0–3), ve kterých respondent dosáhl vysokého stupně vyhoření.

Graf (Obrázek 16) ukazuje, že medián se zvyšuje s délkou praxe. Zatímco ve skupinách do 15 let praxe je medián roven 0 (žádná dimenze vyhoření), u kategorií od 16 let a více let praxe se medián posouvá k hodnotě 1, konkrétně byl zaznamenán v kategoriích „16-20 let“, „21-25 let“, „26-30 let“ a „více než 30 let“. Tento posun svědčí o vyšší míře rizika vyhoření u respondentů s delší praxí. Rozsah hodnot se mezi jednotlivými skupinami poměrně liší. Kratší délka praxe (zejména kategorie do 10 let) je spojena s velmi úzkým rozptylem, kdy se většina hodnot

nachází mezi 0 a 1. Naproti tomu u delší praxe (od 21 let výše) je patrný vyšší rozptyl, což naznačuje větší variabilitu v míře vyhoření mezi jednotlivými respondenty. Graf také identifikuje odlehlé hodnoty (kroužky) a extrémní hodnoty (hvězdičky), které představují respondenty s výrazně odlišným počtem zasažených dimenzí oproti většině ve své kategorii. Odlehlá hodnota byla zaznamenána v kategorii délky praxe „3–5 let“ a extrémní hodnota v kategorii „11–15 let“, přičemž v obou případech se jednalo pouze o jeden případ. Tyto odchylky naznačují, že i mezi respondenty s kratší délkou praxe se mohou vyskytnout jedinci se závažnějšími projevy syndromu vyhoření, byť ojediněle. Tento vizuální přehled tedy naznačuje, že míra vyhoření u perioperačních sester má tendenci stoupat s narůstající délkou praxe.



Obrázek 16 - Krabicový graf počtu zasažených dimenzí vysokým stupněm vyhoření podle délky praxe

4.8.4.1 Souhrn k výzkumné otázce č.4

Cílem této části výzkumu bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi délkou praxe na operačním sále a mírou rizika syndromu vyhoření.

H5_A: Mezi perioperačními sestrami s různou délkou praxe existuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

H5₀: Mezi perioperačními sestrami s různou délkou praxe neexistuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření.

Ke statistickému ověření byl použit Kruskal–Wallisův test (Tabulka 20), který prokázal statisticky významný rozdíl mezi skupinami s různou délkou praxe, protože p-hodnota ($p = 0,0317$) je nižší než stanovená hladina významnosti ($\alpha = 0,05$). Tím bylo potvrzeno, že délka praxe perioperačních sester souvisí s mírou rizika SV, přičemž určité kategorie praxe (zejména 6–10 let) vykazují vyšší míru ohrožení než jiné. Interpretaci výsledků dále podpořil krabicový graf (Obrázek 16), který znázornil rozdíly v mediánech, rozsah rozptylu i výskyt odlehlých a extrémních hodnot mezi jednotlivými kategoriemi. Tento grafický výstup vizuálně potvrzuje závěry získané statistickým testováním a přispívá k hlubšímu pochopení souvislosti mezi délkou praxe a rizikem syndromu vyhoření. Díky těmto získaným výsledkům **zamítáme nulovou hypotézu H5₀ a přijímáme hypotézu alternativní H5_A.**

4.9 Stručný souhrn výsledků ze statistického testování hypotéz

Výzkumná otázka č. 1: Existuje souvislost mezi věkovými skupinami perioperačních sester a mírou rizika syndromu vyhoření?

Výsledky Kruskal–Wallisova testu ukázaly, že p-hodnota je vyšší než stanovená hladina významnosti, to znamená, že mezi věkovými skupinami perioperačních sester neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika syndromu vyhoření. **Nulovou hypotézu H1₀ nezamítáme.**

Výzkumná otázka č. 2: Existuje souvislost mezi vzděláním perioperačních sester a mírou rizika syndromu vyhoření?

Pro tuto výzkumnou otázku byly stanovené dvě hypotézy, každá z hypotéz zkoumala jiný pohled vzdělání perioperačních sester. V první části této otázky zaměřené na nejvyšší dosažené vzdělání, byl rovněž použit Kruskal–Wallisův test. Výsledky testu ukázaly, že p-hodnota je vyšší než stanovená hladina významnosti, což znamená, že mezi skupinami perioperačních sester s různým stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání neexistuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření. **Nulovou hypotézu H2₀ nezamítáme.**

Ve druhé části této otázky, která se zabývala vystudováním specializačního studia, byl taktéž použit Kruskal–Wallisův test. Výsledky testu ukázaly, že p-hodnota je nižší než stanovená hladina významnosti, což znamená, že mezi skupinami perioperačních sester dle vystudování specializace v perioperační péči existuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření. **Nulovou hypotézu H3₀ zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní H3_A.**

Výzkumná otázka č. 3: Existuje souvislost mezi typem operačního sálu, na kterém perioperační sestry pracují, a mírou rizika syndromu vyhoření?

U této otázky byl použit Mann–Whitneyův U test, kde výsledky testu ukázaly, že p-hodnota je vyšší než stanovená hladina významnosti, což znamená, že mezi sestrami pracujícími na centrálních a oborových operačních sálech neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika syndromu vyhoření. **Nulovou hypotézu H4₀ nezamítáme.**

Výzkumná otázka č. 4: Existuje souvislost mezi délkou praxe perioperačních sester a mírou rizika syndromu vyhoření?

U této otázky byl opět použit Kruskal–Wallisův test. Výsledky testu ukázaly, že p-hodnota je nižší než stanovená hladina významnosti, což znamená, že mezi perioperačními sestrami s různou délkou praxe existuje statisticky významný rozdíl v míře ohrožení syndromem vyhoření **Nulovou hypotézu H_{5_0} zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu H_{5_A} .**

Výše popsané výsledky u všech 4 výzkumných otázek odpovídají následující tabulce (Tabulka 21), která prezentuje zvolený typ neparametrického testu u každé výzkumné otázky, výsledky jejich p-hodnot a rozhodnutí o výsledné hypotéze, která odpovídá statistickým výsledkům na základě hladiny významnosti $\alpha = 0,05$. H_0 se nezamítá, pokud je p-hodnota $> 0,05$ a naopak H_0 se zamítá a přijímá se H_A , pokud je p-hodnota $< 0,05$.

Tabulka 21 - Tabulka výsledků k výzkumným otázkám

| Výzkumné otázky | Test | p-hodnota | Závěr |
|-----------------------------|-------------|------------------|---|
| Otázka č.1 | K-W test | 0,3678 | H_{1_0} nezamítnuta |
| Otázka č. 2 (1.část) | K-W test | 0,7259 | H_{2_0} nezamítnuta |
| Otázka č. 2 (2.část) | K-W test | 0,011 | H_{3_0} zamítnuta |
| Otázka č. 3 | M-W test | 0,569 | H_{4_0} nezamítnuta |
| Otázka č. 4 | K-W test | 0,0317 | H_{5_0} zamítnuta |

5 DISKUZE

Diskuzní část práce se zaměřuje na interpretaci výsledků získaných prostřednictvím dotazníkového šetření a jejich vztah ke stanoveným cílům výzkumu. Cílem této části je nejen popsat hlavní zjištění výzkumu, ale především je porovnat s výsledky obdobných studií, případně je zasadit do kontextu dosavadních poznatků v teoretické části. Pozornost je věnována jak českým, tak v některých případech i zahraničním studiím či výzkumům, které se zabývají SV u zdravotnických pracovníků, zejména u sester pracujících na operačních sálech. Diskuze je strukturována podle jednotlivých výzkumných cílů, k nimž jsou přiřazena zjištění a jejich věcná interpretace.

Diplomová práce byla zaměřena na zhodnocení míry výskytu syndromu vyhoření u sester působících na operačních sálech. Pomocí standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI), který hodnotí tři základní dimenze vyhoření (emocionální vyčerpání, depersonalizaci a osobní uspokojení), byla sledována míra zatížení respondentek a výskyt rizikových hodnot v jednotlivých oblastech. Dotazníkové šetření probíhalo v konkrétním časovém rámci počátkem roku 2025 a zahrnovalo perioperační sestry z několika českých nemocnic různého typu. Tato různorodost zapojených pracovišť přispívá ke zvýšení relevance a k obecnějším výsledkům, neboť reflektuje odlišnosti v organizačním uspořádání i pracovním prostředí jednotlivých zařízení. Výzkumný soubor tvořilo celkem 117 perioperačních sester.

5.1 Celková míra výskytu syndromu vyhoření u perioperačních sester

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaká je míra výskytu syndromu vyhoření u sester působících na operačních sálech a zároveň posoudit míru vyhoření v jeho jednotlivých složkách, tedy v oblasti emočního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního uspokojení. Výsledky výzkumu ukázaly, že více než polovina respondentek vykazovala známky SV alespoň v jedné z hodnocených dimenzí. Nejčastěji byla postižena oblast osobního uspokojení z práce, dále následovalo emocionální vyčerpání a nejméně frekventovaná byla dimenze depersonalizace. Plně rozvinutý syndrom vyhoření, tedy takový stav, kdy byly zasaženy všechny tři dimenze současně, se vyskytoval jen u malého počtu jedinců, který nedosahoval ani jedné desetiny z celkového počtu respondentů. Přibližně třetina účastnic výzkumu spadala do mírného rizika a do vyššího rizika vyhoření byla na základě výzkumu zařazena necelá pětina respondentů. Necelá polovina respondentek pak nevykazovala známky vyhoření ani v jedné z hodnocených dimenzí. Průměrné hodnoty všech respondentů výzkumu v jednotlivých oblastech odpovídaly celkově mírnému stupni syndromu vyhoření.

Tento výsledek odpovídá výsledkům výzkumu Kolodzieyski (2022), která sledovala výskyt SV u více než stovky perioperačních sester, tedy i počtem respondentů se výzkum této práce a její práce shodují. Kolodzieyski (2022) ve svém výzkumu zjistila, že téměř dvě třetiny respondentů vykazovaly určitou míru vyhoření. Nejčastěji byla zasažena oblast sníženého osobního uspokojení, a to ve výrazném rozsahu, následovalo emocionální vyčerpání, zatímco dimenze depersonalizace byla zastoupena méně často. Plně rozvinutý syndrom vyhoření, tedy zasažení vysokým stupněm vyhoření ve všech třech dimenzích současně, se vyskytoval přibližně u každé sedmé účastnice výzkumu. Podobné výsledky přináší i španělská studie autorů Sillero a Zabalegui (2018), která se zabývala výskytem SV také u více než stovky perioperačních sester působících ve veřejných ZZ. Výsledky ukázaly, že více než polovina z nich vykazovala nízkou míru osobního uspokojení. Výrazné emocionální vyčerpání bylo přítomno u přibližně dvou pětin respondentek a přibližně jedna pětina vykazovala také vysoký stupeň depersonalizace.

V určitém rozporu s výše uvedenými zjištěními vstupují výsledky diplomové práce Řehákové (2021), která s využitím dotazníku Burnout Measure (BM) zjistila, že téměř polovina respondentek vykazovala skóre odpovídající nízkému riziku syndromu vyhoření a celkově uspokojivému psychickému stavu. Podobně i výzkum Ksandrové (2024), která ve svém výzkumu použila Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM), jako nástroj k diagnostice SV, ukázal převahu sester s nízkou mírou rizika vyhoření. Vysoké riziko se vyskytovalo u menší části respondentek a pouze ojediněle byl zaznamenán případ plně rozvinutého syndromu vyhoření.

Rozdíly v míře výskytu lze vysvětlit rozdílnou metodologií a použitými diagnostickými nástroji ke zjištění míry zasažení syndromem vyhoření (MBI, BM, SMBM), ale také specifickými podmínkami v jednotlivých ZZ. Navzdory těmto rozdílům většina výzkumů potvrzuje, že perioperační sestry představují rizikovou skupinu pro rozvoj SV, přičemž nejčastěji bývá zasažena dimenze osobního uspokojení. Na základě výsledků je možné určit, že výskyt SV u zkoumaného vzorku perioperačních sester je přítomen ve významné míře a průměrná bodová hodnota ve všech dimenzích odpovídala mírnému stupni vyhoření. Vzhledem k tomu, že více než polovina sester vykazuje příznaky vyhoření, je nezbytné věnovat zvýšenou pozornost prevenci, systematickému monitoringu a včasné intervenci v oblasti duševního zdraví zdravotnických pracovníků.

5.2 Věk a míra syndromu vyhoření u perioperačních sester

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda věk souvisí s mírou syndromu vyhoření u perioperačních sester. Statistická analýza provedená pomocí Kruskal–Wallisova testu ukázala, že mezi věkovými kategoriemi perioperačních sester neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika SV.

Řeháková (2021) se ve své diplomové práci zaměřuje na syndrom vyhoření u perioperačních sester, kde ve výzkumné části zkoumá pouze subjektivní pocit ohrožení SV u perioperačních sester vzhledem k jejich věku. Výsledek této diplomové práce je v souladu s prací Řehákové (2021), která ve svém výzkumu rovněž nezjistila statisticky významný vztah mezi věkem a pocitem ohrožení SV. Podobné výsledky uvádí i Tučková (2020), která ve své práci nenašla vztah mezi věkem a životní spokojeností u perioperačních sester, která bývá považována za ochranný faktor proti vyhoření. Zároveň je zde vhodné uvést tvrzení Švamberg Šauerové (2018), která ve své publikaci uvádí, že dotazníky k hodnocení životní spokojenosti mohou posloužit jako pomocný nástroj k diagnostice syndromu vyhoření (Švamberg Šauerová, 2018, s. 62). Sillero a Zabalegui (2018) ve své studii zjistili, že u starších perioperačních sester dochází k vyšší míře emočního vyčerpání, zejména pokud pracují v pooperačních oblastech. Když však do analýzy zahrnuli více proměnných najednou, souvislost s věkem přestala být statisticky významná. Autoři proto zdůrazňují, že klíčový vliv mají spíše pracovní podmínky a povaha práce než demografické charakteristiky.

Ačkoli v rámci tohoto výzkumu nebyla u souboru perioperačních sester prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a syndromem vyhoření, odborná literatura upozorňuje, že věk může za určitých okolností představovat rizikový faktor (Kelnarová a Matějková, 2014). Prieß (2015) ve své publikaci uvádí, že i věk může být rizikem pro vznik SV, zejména okolo čtyřicátého roku jedince (Prieß, 2015, s. 119).

5.3 Vzdělání a míra syndromu vyhoření u perioperačních sester

Cílem druhého dílčího cíle bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi vzděláním perioperačních sester a mírou ohrožení SV. Výsledky tohoto výzkumu naznačují, že nejvyšší dosažené vzdělání (SŠ, VOŠ, VŠ – titul Bc. nebo Mgr. a jiné) nemá statisticky významný vliv na míru syndromu vyhoření u perioperačních sester. Odlišné výsledky byly zaznamenány při posouzení vlivu specializačního vzdělání v perioperační péči na míru výskytu syndromu vyhoření. Výsledky ukázaly, že respondenti, které tuto specializaci absolvovaly, vykazují vyšší medián počtu zasažených dimenzí než respondenti bez specializačního vzdělání v perioperační péči.

Tento výsledek může působit paradoxně, neboť specializační vzdělání by mělo být nástrojem k posílení odbornosti a profesní jistoty.

Při porovnání výsledků s dostupnými českými výzkumy lze konstatovat, že vzdělání perioperačních sester je ve většině prací zmíněno spíše okrajově. Ačkoli některé diplomové práce (např. Kolodzieyski, 2022; Řeháková, 2021, Ksandrová 2024) zmiňují demografické a profesní charakteristiky respondentů včetně úrovně dosaženého vzdělání či specializace, tento faktor je uváděn pouze v rámci charakteristiky zkoumaného souboru, nikoli jako samostatně testovaná proměnná s cílem ověřit její vztah k míře vyhoření. Z těchto prací tedy nelze vyvodit přímý vztah mezi vzděláním a mírou vyhoření. Ale například Špirudová (2015) ve své publikaci poukazuje na to, že určité formy vzdělávání mohou působit jako ochranný faktor proti rozvoji vyhoření. Přestože se v její publikaci objevují rozdílné závěry ohledně vlivu jednotlivých stupňů formálního vzdělání, naznačuje zde, že celoživotní vzdělávání a profesní rozvoj mohou hrát významnou roli v prevenci psychického přetížení sester (Špirudová, 2015, s. 37).

Podobné závěry jako výsledky této diplomové práce uvádějí i zahraniční studie, např. Odonkor a Frimpong (2020), kteří prokázali statisticky významný vztah mezi vzděláním a SV u zdravotnických pracovníků v Ghaně. Vyšší vzdělání bylo paradoxně spojeno s vyšší mírou vyhoření. Autoři to vysvětlují tím, že vzdělanější pracovníci často zastávají náročnější pozice s větší zodpovědností a jsou více vystaveni stresovým podmínkám (Odonkor a Frimpong, 2020). Naopak Kreitzer a Klatt (2016) ve své práci zaměřené na vzdělávací inovace uvádějí, že správně vedené vzdělávání zdravotníků může mít ochranný efekt proti SV, zejména pokud zahrnuje prvky péče o vlastní duševní zdraví, rozvoj odolnosti a wellbeing. v tomto smyslu může vzdělávání být nejen profesní přípravou, ale také zdrojem prevence syndromu vyhoření, pokud je zaměřeno komplexně (Kreitzer a Klatt, 2016).

Za zmínku stojí také výsledky výzkumu jiné autorky Nádvorníkové (2024), která ve své závěrečné práci porovnávala pracovní zátěž perioperačních sester v adaptačním období podle absolvování specializačního studia. V jejím výzkumu perioperační sestry se specializací i bez ní vykazovaly podobnou míru zátěže a statistické testování neprokázalo významný rozdíl mezi skupinami (Nádvorníková, 2024). Tyto výsledky naznačují, že specializační vzdělání nemusí nutně ovlivňovat vnímání zátěže v počáteční fázi praxe. Naopak výzkum této diplomové práce ukázal, že specializační studium má vliv na riziko syndromu vyhoření. Zatímco tedy vliv specializace na zátěž v adaptačním procesu může být nevýrazný, její význam se může projevit spíše v dlouhodobém horizontu v kontextu psychické odolnosti vůči chronickému stresu.

Z výše uvedeného vyplývá, že vztah mezi vzděláním a SV je komplexní a podmíněný mnoha faktory. Vyšší odborná kvalifikace sama o sobě nemusí být ochranným faktorem, pokud není podpořena dalšími podmínkami, které umožňují sestřím svou odbornost skutečně využít a zároveň zvládat náročné situace bez dlouhodobého stresu.

5.4 Typ operačních sálů a výskyt syndromu vyhoření

Třetí dílčí cíl byl zaměřen na zjištění, zda typ operačního sálu (centrální či oborový sál) ovlivňuje výskyt syndromu vyhoření u perioperačních sester. Výsledky provedené analýzy neprokázaly statisticky významný rozdíl výskytu vyhoření mezi sestrami pracujícími na centrálních a oborových operačních sálech. Přestože medián počtu zasažených dimenzí byl u sester z centrálních sálů nižší než u sester z oborových sálů, tento rozdíl nepřekročil hladinu statistické významnosti.

Zjištění této práce odpovídají i výsledkům jiných českých závěrečných prací. Ve své diplomové práci se obdobné otázce věnovala Ksandrová (2024), která porovnávala výskyt syndromu vyhoření podle typu operačních sálů (centrální, oborové, dětské). Přestože u sester z oborových sálů bylo zaznamenáno vyšší procento respondentů s vysokým rizikem vyhoření, statistický test tento rozdíl nebyl rovněž statisticky významný. Rovněž také Kolodzieyski (2022) sledovala vztah mezi typem sálu a vyhořelostí perioperačních sester. Na základě Pearsonova chí-kvadrátu dospěla k závěru, že sestry vykazují známky vyhoření bez ohledu na typ sálu, na kterém pracují. Ani v tomto výzkumu tedy nebyla prokázána statisticky významná souvislost.

Zajímavý je však kontrastní pohled Kratochvílové (2019), která ve své práci využila Meisterův dotazník a zjistila, že sestry na COS čelí vyšší psychické zátěži než sestry na sálech oborových. Zátěž se podle autorky projevovala zejména ve formě přetížení, časového tlaku a únavy, tedy faktorů, které literatura často spojuje s rozvojem SV. Její výsledky naznačují, že typ pracoviště může být významným kontextuálním faktorem ovlivňujícím psychický stav zdravotnického personálu.

Tyto rozdílné výsledky napříč studii upozorňují na komplexitu syndromu vyhoření, který je ovlivňován mnoha faktory. Typ pracoviště (COS a oborové operační sály) může ovlivňovat určité složky pracovní zátěže, nicméně samotný výskyt SV u perioperačních sester je pravděpodobně spojen s dalšími faktory ovlivňujícími tento stav. Na základě výše uvedeného lze uzavřít, že výsledky tohoto výzkumu jsou v souladu s některými českými výzkumy, které neprokázaly statisticky významný vliv typu operačního sálu na výskyt syndromu vyhoření

u perioperačních sester. Zároveň však studie Kratochvílové (2019) ukazuje, že tento faktor by neměl být zcela opomíjen a zasloužil by si další pozornost v budoucím výzkumu.

5.5 Délka praxe a míra syndromu vyhoření u perioperačních sester

Výsledky tohoto výzkumu prokázaly statisticky významnou souvislost mezi délkou praxe perioperačních sester a mírou rizika syndromu vyhoření. S rostoucí délkou praxe se zvyšoval i počet zasažených dimenzí SV. Medián rizika vyhoření se posouval od nulové hodnoty u kratších délek praxe k hodnotě jedna u skupin s délkou praxe nad 16 let, což může naznačovat kumulativní účinek pracovního zatížení a psychické únavy v průběhu let. Statistická významnost tohoto vztahu byla potvrzena Kruskal–Wallisovým testem.

Pugnerová (2019) ve své odborné publikaci uvádí faktory, které mohou být rizikem pro vznik syndromu vyhoření, mezi nimiž je zmíněná i délka praxe (Pugnerová, 2019, s. 231). Špirudová (2015) ve své práci upozorňuje na to, že délka odborné praxe může významně souviset s mírou SV. Za rizikové označuje zejména skupiny sester s kratší praxí do deseti let a také s velmi dlouhou praxí přesahující dvacet let. Na tyto skupiny by se podle autorky měla zaměřit klinická supervize (Špirudová, 2015, s. 36-35). V rámci porovnání s jinými výzkumy závěrečných prací nalezneme smíšené výsledky. Například Kolodzieyski (2020) na základě dat z MBI a Pearsonova chí-kvadrát testu identifikovala významnou souvislost mezi délkou praxe a vyhořením v oblasti emocionálního vyčerpání. Tento závěr podpořila i výsledky Spearmanovy korelace, která rovněž potvrdila vztah mezi délkou praxe a emocionální dimenzí.

Naopak Řeháková (2021), která rovněž využila dotazník MBI, neprokázala statisticky významnou souvislost v žádné ze tří dimenzí syndromu vyhoření. Spearmanova korelace v jejím šetření ukázala nulový vztah mezi délkou praxe a intenzitou vyhoření. Podobně ani Kratochvílová (2019) nezjistila statisticky významné rozdíly ohrožení SV mezi sestrami s kratší a delší praxí na operačním sále. Ke statistickému testování použila Pearsonův chí-kvadrát test pro každou dimenzi zvlášť a ani v jedné dimenzi nebyl potvrzen statisticky významný vztah, jelikož p-hodnota převyšovala stanovenou hladinu významnosti 0,05.

Metodologické rozdíly mezi jednotlivými výzkumy pravděpodobně přispívají k rozdílným závěrům. Tato diplomová práce zvolila souhrnný pohled na syndrom vyhoření skrze počet zasažených dimenzí (0 až 3), což umožňuje komplexní zhodnocení celkového rizika. Naopak jiné práce analyzovaly jednotlivé dimenze (EE, DP, PA) samostatně. Přestože jednotlivé výzkumy využívaly různé metodologické přístupy a statistické testy, výsledky této práce posilují domněnku, že délka praxe na OS může být jedním z možných rizik SV u perioperačních

sester. Zvýšená míra ohrožení zaznamenaná u respondentek s delší praxí může být důsledkem dlouhodobé kumulace zátěžových situací, ale i rostoucích nároků vyplývajících z osobního a pracovního života.

5.6 Limity práce

Tato diplomová práce má několik omezení, která je třeba při interpretaci výsledků zohlednit. Výzkumný soubor sice poskytl cenné údaje, avšak jeho rozsah nemusí postačovat k plné reprezentaci celé populace perioperačních sester. Výsledky se tak vztahují především na zkoumaný vzorek a nelze je zcela zobecnit. Další limitací je použití sebehodnotících dotazníků, které mohou být ovlivněny subjektivními postoji respondentů či jejich momentální psychickou kondicí. Rovněž nelze vyloučit výběrové zkreslení, kdy se do výzkumu mohly častěji zapojit sestry s osobní zkušeností s projevy vyhoření.

6 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se věnovala problematice syndromu vyhoření u sester pracujících na operačních sálech, tedy v prostředí, které je charakteristické vysokým profesním zatížením, časovým tlakem a nutností rychlého rozhodování. V teoretické části byly představeny základní pojmy související se SV, jeho příčiny, projevy i možnosti diagnostiky a prevence. Pozornost byla rovněž věnována profesnímu profilu perioperační sestry, její odborné přípravě, rolím a specifickým kompetencím. Zvláštní důraz byl kladen na faktory, které mohou přispívat ke zvýšenému riziku vyhoření. Práce dále zdůraznila, že perioperační péče je odborně a organizačně náročná oblast, vyžadující vysokou míru odolnosti, preciznosti a týmové spolupráce, přičemž právě dlouhodobé přetížení bez možnosti regenerace představuje rizikové prostředí pro vznik vyhoření.

Výzkumná část byla zaměřena na zmapování míry syndromu vyhoření a na posouzení souvislostí mezi vyhořením a vybranými demografickými faktory u sester pracujících na operačním sále. Data byla shromážděna pomocí dotazníkového šetření za pomoci standardizovaného dotazníku MBI, který byl doplněn o otázky zaměřené na demografické faktory. Analýza dat z dotazníku MBI ukázala, že více než polovina respondentek vykazuje známky vyhoření v alespoň jedné dimenzi. Plně rozvinutý syndrom byl přítomen u osmi respondentů. Nejvíce byla zasažena oblast osobního uspokojení. Statisticky významné souvislosti byly prokázány u dvou proměnných. Jedním ze zkoumaných faktorů byla **délka praxe**, u které výzkum potvrdil, že sestry s různou délkou praxe vykazují odlišnou míru vyhoření. Nejvíce zasaženy byly respondenti s praxí 16 let a více. Dalším faktorem bylo vzdělání, konkrétně **absolvování specializačního studia**, kde sestry bez specializace vykazovaly vyšší míru vyhoření než jejich kolegyně se specializační přípravou. Naopak u proměnných jako věk, typ operačního sálu nebo nejvyšší dosažené vzdělání nebyla prokázána statistická významnost, jelikož výsledky testů ukázaly, že p-hodnota u každé z daných proměnných byla vyšší než stanovená hladina významnosti.

Přínosem této práce je nejen identifikace míry výskytu SV u perioperačních sester, ale také upřesnění faktorů, které mohou hrát roli v jeho rozvoji. Výsledky mohou být využity jak v klinické praxi, tak i při nastavování personální politiky či vzdělávacích programů zaměřených na podporu duševního zdraví zdravotníků. Výzkum má však i svá omezení – zejména regionální rozsah výběrového souboru a subjektivní charakter sebehodnotících dotazníků. Do budoucna by bylo vhodné doplnit kvantitativní šetření o hloubkové rozhovory nebo dlouhodobé sledování vývoje vyhoření v čase.

Diplomová práce tak přispívá k lepšímu porozumění syndromu vyhoření v kontextu perioperační péče a otevírá prostor pro cílené intervence, které mohou z dlouhodobého hlediska zlepšit pracovní podmínky i kvalitu života zdravotnického personálu.

6.1 Doporučení pro praxi

Na základě teoretických poznatků a výsledků výzkumu lze formulovat několik doporučení, která mohou přispět k efektivní prevenci syndromu vyhoření u sester působících na operačních sálech. Nejvíce zasaženou skupinou byly sestry s délkou praxe 16 let a více, což naznačuje, že dlouhodobé vystavení psychické i fyzické zátěži spojené s perioperační péčí může vést ke kumulativnímu vyčerpání. V tomto profesním období je proto žádoucí zavést systematickou podporu, která by zahrnovala pravidelné supervize, možnosti individuálního poradenství, případně přístup k psychologickým službám. Zaměstnavatelé by měli vytvářet bezpečné prostředí, v němž mohou sestry otevřeně sdílet své obtíže, a zároveň podporovat rozvoj týmové spolupráce, která je klíčovým prvkem odolnosti vůči pracovnímu přetížení.

Z výzkumu dále vyplynulo, že absolvování specializačního studia v perioperační péči nesnižuje riziko vyhoření, ale naopak, vyšší míra zasažení byla zaznamenána u sester se specializací. Tento výsledek může souviset se zvýšenou odpovědností, komplexnějšími úkoly nebo vysokými očekáváními, které jsou na specializované sestry kladeny. V tomto kontextu je důležité, aby ZZ poskytovala těmto pracovníkům nejen odborný rozvoj, ale i organizační a personální podporu, která jim umožní zvládat náročnost jejich role bez nadměrného vyčerpání.

Kromě individuální podpory je třeba se zaměřit také na systémové změny vedoucí k rovnováze mezi pracovním výkonem a odpočinkem. To zahrnuje nejen důsledné plánování směn, dostatečné personální zajištění a respektování hranic pracovní doby, ale také podporu zdravého pracovního prostředí, které minimalizuje dlouhodobý stres a umožňuje profesní seberealizaci. Důležitá je i průběžná osvěta v oblasti SV, která by měla být součástí celoživotního vzdělávání. Včasná identifikace příznaků vyhoření a aktivní přístup managementu k této problematice jsou klíčové pro udržení zdraví, spokojenosti i dlouhodobé profesní stability perioperačních sester.

Implementace těchto opatření by mohla významně přispět ke snížení výskytu syndromu vyhoření u perioperačních sester a současně zlepšit jejich pracovní spokojenost, stabilitu a kvalitu poskytované péče.

7 POUŽITÁ LITERATURA

7.1 Primární zdroje

BLANCHARD, P., et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *European Journal of Cancer* [online]. 2010, roč. 46, č. 15, s. 2708–2715. [cit. 2025-05-10]. Dostupné z: [10.1016/j.ejca.2010.05.014](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.05.014)

ČESKO. Ministerstvo zdravotnictví. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2010–2025 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

ČESKO. Vláda. Nařízení vlády č. 164/2018 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2018–2025 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-164>

ČESKO. Vláda. Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2010–2025 [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-31/zneni-20230701>

FREUDENBERGER, Herbert J. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* [online]. 1974, roč. 30, č. 1, s. 159–165. [cit. 2025-05-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

HEINEMANN, Linda a Torsten HEINEMANN. Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis. *Sage Open* [online]. 2017, 7(1). [cit. 2025-05-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/2158244017697154>

LASTOVKOVA, A., M. CARDER, H. M. RASMUSSEN, L. SJOBERG, G. J. GROENE, R. SAUNI, J. VEVODA, S. VEVODOVA, G. LASFARGUES, M. SVARTENGREN, M. VARGA, C. COLOSIO a D. PELCLOVA. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Industrial Health* [online]. 2018, roč. 56, č. 2, s. 160–165. [cit. 2025-05-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2486/indhealth.2017-0132>

MASLACH, Christina a Susan E. JACKSON. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior* [online]. 1981, roč. 2, č. 2, s. 99–113. [cit. 2025-05-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

MASLACH, Christina, W. B. SCHAUFELI a M. P. LEITER. Job burnout. *Annual Review of Psychology* [online]. 2001, roč. 52, s. 397–422. [cit. 2025-05-05]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. In: *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. 2016, aktualizováno 9.7.2024 [cit. 2025-06-05]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-nlzp/>

SANTEN, Sally A., Danielle B. HOLT, Jean D. KEMP a Robin R. HEMPHILL. Burnout in medical students: examining the prevalence and associated factors. *Southern Medical Journal* [online] 2010, roč. 103, č. 8, s. 758–763. [cit. 2025-05-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/smj.0b013e3181e6d6d4>

7.2 Sekundární zdroje

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2015. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Albatros Media, 2018. 224 s. ISBN 978-80-7601-065-9.

HRICOVÁ, Alena, Stanislav ONDRÁŠEK a David URBAN. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada Publishing, 2023. 208 s. ISBN 978-80-247-4104-8.

JOCHMANNOVÁ, Leona, Tereza KIMPLOVÁ a kolektiv. *Psychologie zdraví: Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada Publishing, 2022. 552 s. ISBN 978-80-271-4717-5.

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). 148 s. ISBN 978-80-247-3270-1.

KUPKA, Martin a kolektiv. *Smrt a umírání v celostní perspektivě: Psychologické, sociální a spirituální aspekty*. Praha: Grada Publishing, 2024. Psyché (Grada). 304 s. ISBN 978-80-271-3947-7.

MAGERČIAKOVÁ, Mariana a KOBER, Lukáš. *Motivace sester po pandemii covidu-19*. Praha: Grada Publishing, 2023. Sestra (Grada). 96s. ISBN 978-80-271-3730-5.

NOVÁ, Veronika. *Aktivizace geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Praha: Grada, 2024. 184 s. ISBN 978-80-271-5305-3.

NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK, Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ a kol. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Univerzita Karlova, 2019. 496 s. ISBN 978-80-7571-052-9.

PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. v Praze: Pasparta, 2016. 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8.

PUGNEROVÁ, Michaela. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada, 2019. 250 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0532-8.

PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada Publishing, 2015. 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.

RAPČAN, Milan. *Etika versus emoce: kazuistiky pro pracovníky ve zdravotnictví, ve školství a v sociální oblasti*. Praha: Grada Publishing, 2021. Sestra (Grada). 136 s. ISBN 978-80-271-3075-7.

SOUKUP, Petr, Petr MAREŠ a Ladislav RABUŠIC. *Statistická analýza sociálněvědních dat (prostřednictvím SPSS)*. Brno: Masarykova univerzita, 2019. 576 s. ISBN 978-80-210-9249-5.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠEVČÍKOVÁ, Blažena. *Kapitoly z ošetrovatelské péče v chirurgii a traumatologii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2019. 121 s. ISBN 978-80-244-5631-7.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada Publishing, 2015. 144 s. ISBN 978-80-247-9964-3.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. 280 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0470.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

WICHISOVÁ, Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada, 2020. 88 s. ISBN 978-80-271-1029-2.

WICHISOVÁ, Jana a Magda TALIÁNOVÁ. *Vybrané kapitoly z bezpečnosti perioperační péče*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2020. 123 s. ISBN 978-80-7560-305-9.

7.3 Odborné články

BIANCHI, Renzo, Katarzyna WAC, James Francis SOWDEN a Irvin Sam SCHONFELD. Burned-out with burnout? Insights from historical analysis. *Frontiers in Psychology* [online]. 2022, roč. 13. [cit. 2025-05-08]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.993208>

KREITZER, Mary Jo a Mary KLATT. Vzdělávací inovace na podporu odolnosti ve zdravotnických profesích. *Medical Teacher* [online]. 2016, roč. 39, č. 2, s. 153–159. [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27951732/>

MARKOVÁ, Iva, Magdaléna VOJTĚCHOVÁ a Michaela SLAVÍKOVÁ. Historie perioperační péče a možnosti vzdělávání v současné době. *Zaměřeno na klinickou praxi* [online]. Ostrava: Fakultní nemocnice Ostrava, 2024, roč. 2, č. 2, s. 12–14. [cit. 2025-06-05]. Dostupné z: https://www.fno.cz/documents/lekarska-knihovna/casopis-12-2024/Markova_24573_FNO_casopis_sestry.pdf

ODONKOR, Samuel T. a Kwabena FRIMPONG. Burnout among healthcare professionals in Ghana: a critical assessment. *BioMed Research International* [online]. 2020, čl. 1614968. [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2020/1614968>

PETROVOVÁ, Markéta. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. *Florence* [online]. 2017, roč. 3, č. 11, s. 28–30. ISSN 2570-4915. [cit. 2025-05-08]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/11/zdravotni-rizika-prace-ve-zdravotnictvi/>

PTÁČKOVÁ, Eva. Syndrom vyhoření burnout. *Podiatrické listy* [online]. 2021, roč. 1, s. 32–33. ISSN 2336-7725. [cit. 2025-05-08]. Dostupné z: https://www.podiatrie.cz/soubory_periodikum/52_1-pl_1_2021_web-pdf.pdf

SILLERO, Amalia a Adelaida ZABALEGUI. Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* [online]. 31. května 2018, roč. 14, s. 132–142. [cit. 2025-06-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2174/1745017901814010132>.

VÁCOVÁ, Jana a Iva BRABCOVÁ. Předoperační bezpečnostní procedura na operačním sále. *Urologie pro praxi* [online]. 2016, roč. 17, č. 3, s. 139–142. [cit. 2025-05-23]. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2016/03/11.pdf>

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. Metody. *Zdeňka Židková PSVZ* [online]. 2013 [cit. 2025-06-03]. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

7.4 Internetové zdroje

EORNA. *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing. Third Edition* [online]. Brussels: European Operating Room Nurses Association, 2019. 50 s. [cit. 2025-06-06]. Dostupné z: <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Common-Core-Curriculum-for-Perioperative-Nursing-Third-Edition-2019.pdf>

HOBZOVÁ, Lenka. Pracovní rizika a zátěž na operačním sále. In: *Perioperační sestry* [online]. 2014 [cit. 2025-06-01]. Dostupné z: https://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/publications/lectures/pracovni-rizika-a-zatez-na-operacnim-sale.pdf

JOYCE, 2022. Characteristics of Professionalism in Healthcare. Online. In: Joyce University. Dostupné z: <https://www.joyce.edu/blog/soft-skills-in-healthcare/>.

NÁRODNÍ CENTRUM OŠETŘOVATELSTVÍ a NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ. *Nabídka vzdělávacích akcí NCO NZO 2025* [online]. Brno: NCO NZO, 2024. 52 s. ISBN 978-80-7013-625-6. [cit. 2025-06-05]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/file/e8b49ca50ff650e3c334f85ce19fc6a88b120c5c>

NEMOCNICE PARDUBICKÉHO KRAJE, a.s. Perioperační sestry: Je to krásná, zodpovědná a nestereotypní práce, shodují se. In: *Nemocnice Pardubického kraje* [online]. 9. května 2022 [cit. 2025-06-05]. Dostupné z: <https://www.nempk.cz/novinky/perioperacni-sestry-je-to-krasna-zodpovedna-a-nestereotypni-prace-shoduji-se>

SPURNÁ, Zuzana. Syndrom vyhoření se již netýká pouze pomáhajících profesí. *Svatoanenské listy* [online]. 2022, roč. 13, č. 2, s. 25. ISSN 1805-7950. [cit. 2025-05-08]. Dostupné z: https://www.fnusa.cz/wp-content/uploads/SAL_02_22_web02.pdf

ŠAMÁNEK, Milan. Syndrom vyhoření u lékařů. *Kapitoly Online* [online]. 2017 [cit. 2025-06-06]. Dostupné z: <https://kapitoly-online.cz/archiv/clanek/2302>

7.5 Ostatní

KOŁODZIEYSKI, Michaela. *Pracovní spokojenost a syndrom vyhoření u perioperačních sester*. Pardubice, 2022. 144 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.

KRATOCHVÍLOVÁ, Tereza. *Vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví*. Pardubice, 2019. 83 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Věra Záhorová, Ph.D.

KSANDROVÁ, Zuzana. *Syndrom vyhoření v prostředí perioperační péče*. Pardubice, 2024. 91 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Iva Marková, Ph.D.

NÁDVORNÍKOVÁ, Sabina. *Adaptační proces u perioperačních sester na operačních sálech*. Pardubice, 2024. 86 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.

ŘEHÁKOVÁ, Anna. *Syndrom vyhoření u perioperačních sester*. Pardubice, 2021. 127 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

TUČKOVÁ, Kateřina. *Životní spokojenost a zvládání stresu u perioperačních sester*. Pardubice, 2020. 108 s. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

UNIVERZITA PARDUBICE. Fakulta zdravotnických studií. Navazující magisterské programy. In: *Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice* [online]. © 2023 [cit. 2025-05-20]. Dostupné z: <https://fzs.upce.cz/fzs/studium/magisterske.html>

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA. Specializační vzdělávání v oboru Perioperační péče – teorie a praxe. In: *Uvn.cz* [online]. © 2025 [cit. 2025-06-05]. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/nelekarske-profese-akreditovane-programy-a-certifikovane-kurzy/akreditovane-vzdelavaci-programy/specializacni-vzdelavani/5759-specializacni-vzdelavani-v-oboru-perioperacni-pece-teorie-a-praxe>

8 PŘÍLOHY

Příloha A – *Dotazník pro výzkumnou část diplomové práce*9090

Příloha A – *Dotazník pro výzkumnou část diplomové práce*

Dobrý den,

jmenuji se Gabriela Sedláčková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia, konkrétně studijního programu Specializace v porodní asistenci – Perioperační péče na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění mého dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro praktickou část mé diplomové práce na téma Syndrom vyhoření u sester pracujících na operačních sálech.

Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku a uvedení pravdivých informací. Dotazník je zcela anonymní.

Prosím o označení pouze jedné odpovědi, pokud není uvedeno jinak.

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) muž
 - b) žena

2. Doplňte, jaký je Váš věk: _____

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) střední s maturitou
 - b) vyšší odborné
 - c) vysokoškolské (titul Bc.)
 - d) vysokoškolské (titul Mgr.)
 - e) jiné (*uved'te*): _____

4. Máte vystudovanou specializaci v perioperační péči?
 - a) ano
 - b) zatím ne, studuji
 - c) ne

5. Na jakých operačních sálech pracujete?

- a) centrální operační sály
 - b) oborové operační sály (*uved'te o jaký obor se jedná*):
-

6. Uved'te, jak dlouho pracujete na operačních sálech jako perioperační sestra?

- a) méně než 1 rok
- b) 1-2 roky
- c) 3-5 let
- d) 6-10 let
- e) 11-15 let
- f) 16-20 let
- g) 21-25 let
- h) 26-30 let
- i) více než 30 let

7. V následující tabulce do vyznačených políček u každého z tvrzení (celkem 22 tvrzení) doplňte číslo, označující podle níže uvedené škály sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

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

| | | |
|-----|--|--|
| 1. | Práce mne citově vysává. | |
| 2. | Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil. | |
| 3. | Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a. | |
| 4. | Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů | |
| 5. | Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi. | |
| 6. | Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá. | |
| 7. | Jsem schopný/á velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů. | |
| 8. | Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce. | |
| 9. | Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladřuji. | |
| 10. | Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivým k lidem. | |

| | | |
|-----|--|--|
| 11. | Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým. | |
| 12. | Mám stále hodně energie. | |
| 13. | Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení. | |
| 14. | Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává. | |
| 15. | Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty. | |
| 16. | Práce s lidmi mi přináší silný stres. | |
| 17. | Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru. | |
| 18. | Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pracuji se svými klienty/pacienty. | |
| 19. | Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého. | |
| 20. | Mám pocit, že jsem na konci svých sil. | |
| 21. | Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně. | |
| 22. | Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy. | |