

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Bc. Anna Řeháková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Syndrom vyhoření u perioperačních sester

Bc. Anna Řeháková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2019/2020

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

Jméno a příjmení: **Bc. Anna Řeháková**  
Osobní číslo: **Z19277**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče**  
Téma práce: **Syndrom vyhoření u perioperačních sester**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného 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:**

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a ne-lékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 8070134399.  
EDLER, Ruth, Katie EVANS, Debra NIZETTE a Steve TRENOWETH. Mental Health Nursing E-Book. [online]. Elsevier Health Sciences, 2013 [cit. 2021-02-19]. ISBN 0702046647.  
KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 8024707845.  
ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele. Praha: Grada, 2018. Pedagogika (Grada). ISBN 9788027104703.  
WICHSOVÁ, Jana. Sestra a perioperační péče. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 9788024737546.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **2. prosince 2019**  
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

L.S.

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.**  
děkanka

**Mgr. Michal Kopecký v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2021

## **PROHLÁŠENÍ AUTORKY**

Prohlašuji:

Práci s názvem Syndrom vyhoření u perioperačních sester jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

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

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 29.4. 2021

Bc. Anna Řeháková v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu práce panu PhDr. Zdeňku Hrstkovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícnost v průběhu vypracování diplomové práce.

V neposlední řadě patří velké poděkování všem vrchním a staničním sestřám nemocnic a všem zúčastněným respondentům, kteří se podíleli na průzkumné části diplomové práce.

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

## **ANOTACE**

Syndrom vyhoření je stav, při kterém dochází ke ztrátě zájmu o svou profesi. Nejčastější výskyt syndromu je u pomáhajících profesí, zejména u zdravotních sester. Tato diplomová práce se zabývá sálovými sestrami, které pracují nebo pracovaly na operačních sálech. Teoretická část práce obsahuje popis a výskyt syndromu vyhoření obecně i ve zdravotnictví. Cílem průzkumu v praktické části je zjistit faktory vzniku syndromu vyhoření, zjistit intenzitu syndromu vyhoření pomocí dotazníků a vytvořit komparace vybraných dat týkajících se syndromu vyhoření u perioperačních sester.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Syndrom vyhoření, sálová sestra, nadšení, zátěž, problematika, zvládání stresu, vyčerpání

## **TITLE**

Burnout syndrome in perioperative nurses

## **ANNOTATION**

Burnout syndrome is a condition in which there is a loss of interest in one's profession. The most common occurrence of the syndrome is in helping professions, especially nurses. This diploma thesis deals with hall nurses who work or have worked in operating rooms. The theoretical part of the thesis contains a description and occurrence of burnout syndrome in general and in health care. The aim of the research in the practical part is to determine the factors of burnout syndrome, to determine the intensity of burnout syndrome using questionnaires and to make comparisons of selected data related to burnout syndrome in perioperative nurses.

## **KEYWORDS**

Burnout syndrome, hall nurse, enthusiasm, workload, problems, stress management, exhaustion

## OBSAH

Úvod.....	14
Cíle diplomové práce .....	15
1.1    Teoretické cíle .....	15
1.2    Průzkumné cíle .....	15
1.2.1    Dílčí cíle .....	15
1.2.2    Průzkumné otázky .....	15
1.2.3    Hypotézy .....	15
Teoretická část .....	16
1    Syndrom vyhoření.....	16
1.1    Teoretické pojetí syndromu vyhoření.....	17
1.2    Definice .....	17
1.3    Příčiny vzniku syndromu vyhoření .....	19
1.4    Syndrom vyhoření - modely .....	20
1.4.1    Syndrom vyhoření dle Edelwiche a Brodského Ch. ....	21
1.4.2    Syndrom vyhoření dle Herberta Freudembergera a Gaila Northa .....	22
1.4.3    Další teorie syndromu vyhoření .....	23
1.5    Symptomatologie syndromu vyhoření .....	25
1.6    Epidemiologie syndromu vyhoření .....	26
1.6.1    Typy osobnosti se sklonem k syndromu vyhoření.....	28
1.7    Diagnostika a zvládání syndromu vyhoření .....	29
1.7.1    Metody diagnostiky syndromu vyhoření .....	29
1.8    Zvládání a léčba syndromu vyhoření .....	32
1.9    Prevence syndromu vyhoření .....	34
1.9.1    Syndrom vyhoření a asertivita .....	37
2    Problematika syndromu vyhoření ve zdravotnictví .....	40
2.1    Rizikové faktory v zaměstnání .....	40



2.1.1	Rizika začínajících sester .....	40
2.1.2	Obecné rizikové faktory .....	41
2.2	Patologické faktory, které mohou být aktivátory syndromu vyhoření .....	43
2.3	Dopady syndromu vyhoření .....	44
2.3.1	Dopady na jedince .....	44
2.3.2	Dopady v zaměstnání .....	45
2.4	Duševní hygiena zdravotní sestry .....	45
2.5	Preventivní faktory zdravotnické profese .....	47
3	Syndrom vyhoření u perioperačních sester .....	50
3.1	Kompetence perioperační sestry .....	50
3.2	Osobnost sestry .....	52
3.3	Faktory ovlivňující zdraví perioperační sestry .....	53
3.4	Spolupráce v perioperačním týmu .....	57
3.4.1	Vztah perioperační sestry k ostatním členům na operačním sále .....	57
3.5	Zahraniční průzkumy na téma Syndrom vyhoření ve zdravotnictví .....	58
4	Průzkumná část .....	61
4.1	Cíle průzkumu .....	61
4.2	Průzkumné otázky a hypotézy .....	61
4.3	Průběh průzkumu .....	61
5	Metodika .....	64
5.1	Popisná statistika – dotazníkové šetření první část .....	64
5.2	Popisná statistika – dotazníkové šetření druhá část .....	83
5.3	Statistické zpracování dat .....	98
5.3.1	Statistické zpracování průzkumných otázek .....	98
5.3.2	Statistické zpracování hypotéz .....	100
6	Diskuze .....	103
	Závěr .....	110

Seznam literatury .....	112
Přílohy .....	119

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 :Věk respondentů. ....	65
Graf č. 2: Pohlaví respondentů.....	65
Graf č. 3: Dosažené vzdělání. ....	66
Graf č. 4: Délka praxe ve zdravotnictví. ....	67
Graf č. 5: Nyní pracuji. ....	68
Graf č. 6: Délka praxe na operačních sálech.....	68
Graf č. 7: Délka praxe mimo operační sály.....	69
Graf č. 8: Jak se momentálně cítíte po tělesné stránce?.....	70
Graf č. 9: Jak se momentálně cítíte po psychické stránce? .....	70
Graf č. 10: Je Vaše práce fyzicky náročná? .....	71
Graf č. 11: Je Vaše práce psychicky náročná?.....	72
Graf č. 12: Pociťoval/a jste ve své praxi sálové sestry příznaky syndromu vyhoření? ...	73
Graf č. 13: Cítíte se být ohrožen/a syndromem vyhoření?.....	73
Graf č. 14: Myslíte si, že trpíte syndromem vyhoření?.....	74
Graf č. 15: Práce v týmu je podle Vás?.....	75
Graf č. 16: Ovlivňuje Vás Vaše pracovní prostředí. ....	76
Graf č. 17: Aspekty ovlivňující pracovní prostředí sestry. ....	76
Graf č. 18: Ohodnoťte výskyt množství konfliktů v mezilidských vztazích na Vašem pracovišti.....	77
Graf č. 19: Ohodnoťte výskyt množství konfliktů v pracovních vztazích na Vašem pracovišti. ....	78
Graf č. 20: Pokud se vyskytují mezilidské konflikty jsou podle Vás zvládnutelné? .....	78
Graf č. 21: Pokud se vyskytují pracovní konflikty jsou podle Vás zvládnutelné? .....	79
Graf č. 22: Ovlivňuje pracovní tempo Váš osobní život? .....	80
Graf č. 23: Je na Vašem pracovišti saturována (uspokojována) potřeba uznání? .....	80
Graf č. 24: Je Vaše práce spravedlivě finančně ohodnocena .....	81

Graf č. 25: Poskytuje Váš zaměstnavatel dostatek benefitů?.....	82
Graf č. 26: Pečujete o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření? .....	82
Graf č. 27: Co Vám nejvíce pomáhá při prevenci syndromu vyhoření?.....	83
Graf č. 28: Byl jsem unaven.....	84
Graf č. 29: Byl jsem v depresi.....	85
Graf č. 30: Prožíval jsem krásný den. ....	85
Graf č. 31: Byl jsem tělesně vyčerpán. ....	86
Graf č. 32: Byl jsem citově vyčerpán.....	87
Graf č. 33: Byl jsem šťastný. ....	87
Graf č. 34: Cítil jsem se vyřízen (zničen). ....	88
Graf č. 35: Nemohl jsem se vzchopit. ....	89
Graf č. 36: Byl jsem nešťastný.....	89
Graf č. 37: Cítil jsem se uhoněn a utahán. ....	90
Graf č. 38: Cítil jsem se uvězněn a v pasti.....	91
Graf č. 39: Cítil jsem se jako bych byl nula.....	91
Graf č. 40: Cítil jsem se utrápen.....	92
Graf č. 41: Tížily mne starosti.....	93
Graf č. 42: Cítil jsem se zklamán a rozčarován. ....	93
Graf č. 43: Byl jsem slabý a na nejlepší k cestě k onemocnění. ....	94
Graf č. 44: Cítil jsem se beznadějně.....	95
Graf č. 45: Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.....	95
Graf č. 46: Cítil jsem se pln optimismu. ....	96
Graf č. 47: Cítil jsem se pln energie.....	97
Graf č. 48: Byl jsem pln úzkosti a obav. ....	97
Tabulka č. 1: Interval spolehlivosti pro relativní četnost (podíl).....	98
Tabulka č. 2: Interval spolehlivosti pro relativní četnost (podíl).....	98
Tabulka č. 3: Interval spolehlivosti pro relativní četnost (podíl).....	99

Tabulka č. 4: Interval spolehlivosti pro relativní četnost (podíl).....	99
Tabulka č. 5: Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti.....	100
Graf č. 49: Bodový graf znázorňující absenci rostoucího nebo klesajícího trendu mezi dvěma proměnnými.....	101
Tabulka č. 6: Kruskal- Wallisův test: p-hodnota a pořadové charakteristiky .....	101
Graf č. 50: Krabicový graf: Cítíte se být ohrožen/a syndromem vyhoření? .....	102

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
BOS	Burnout syndrome – syndrom vyhoření
NLZP	Nelékařský zdravotní pracovník
OSHA	Occupational Safety and Health Administration – Evropská agentura pro bezpečnost a zdraví při práci

## ÚVOD

Téma diplomové práce se zaměřuje na problematiku syndromu vyhoření u perioperačních sester. V průběhu praxe ve zdravotnictví bylo možné se setkat s personálem, který svým chováním poukazoval na jednotlivé symptomy syndromu vyhoření. Problematika syndromu vyhoření není pouze ve zdravotnickém oboru, ale i v jiných profesích. Odhaduje se, že syndromem vyhoření se za svůj život setká 20-30 % profesí, kteří pracují s ostatními lidmi. Objevitelem syndromu vyhoření byl Herbert Freudenberger. Tento psycholog ve svých teoriích poukazuje kromě objevení samotného syndromu i na to, že syndrom vyhoření hrozí ve větší míře ženám. U žen bývá totiž dvojnásobná zátěž z hlediska rodinných i pracovních povinností. Vzhledem ke studiu perioperační sestry jsem se rozhodla zabývat se touto tématikou.

Teoretická část práce se zabývá syndromem vyhoření obecně. Zde jsou rozděleny kapitoly, které syndrom vyhoření popisují. Patří sem zejména historie, definice, příznaky, ale také diagnostika a prevence tohoto syndromu. Dále jsou v teoretické části popsány kapitoly o syndromu vyhoření ve zdravotnictví a syndromu vyhoření přímo u perioperačních sester.

V úvodních kapitolách průzkumné části jsou popsány cíle a hypotézy průzkumu, metodika sběru dat a průzkumný vzorek. Respondenty jsou perioperační sestry z centrálních operačních sálů různých druhů nemocnic z vybraných krajů České republiky. Hlavní částí jsou výsledky, jejich interpretace a diskuze s odpověďmi na stanovené cíle, otázky a hypotézy. Průzkumné šetření bylo provedeno pomocí dvou dotazníků, dotazníku vlastní tvorby a standardizovaného dotazníku MB autorů A. Pines, E. Aronsona a D. Kafryho.

# **CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE**

## **1.1 Teoretické cíle**

Cílem teoretické části práce je popsat proces syndromu vyhoření.

## **1.2 Průzkumné cíle**

Hlavním cílem průzkumu je zjistit nejčastější faktory podporující vznik syndromu vyhoření perioperačních sester a zároveň jeho intenzitu.

### **1.2.1 Dílčí cíle**

Cíl č. 1: Zjistit faktory vzniku syndromu vyhoření u perioperačních sester

Cíl č. 2: Zjistit intenzitu syndromu vyhoření u perioperačních sester

Cíl č. 3: Komparace vybraných dat týkajících se syndromu vyhoření u perioperačních sester.

### **1.2.2 Průzkumné otázky**

Průzkumná otázka č. 1: Jaký podíl perioperačních sester hodnotí výskyt konfliktů v pracovních vztazích na pracovišti jako častý?

Průzkumná otázka č. 2: Jaký podíl perioperačních sester je ovlivněn pracovním prostředím?

Průzkumná otázka č. 3: Jaký podíl perioperačních sester pečuje o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření?

Průzkumná otázka č. 4: Jaký podíl perioperačních sester má skóre BQ v pásmu mírný (skóre  $BQ < 3$ )?

### **1.2.3 Hypotézy**

Hypotéza č. 1: Mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe perioperačních sester ve zdravotnictví není závislost.

Hypotéza č. 2: Mezi pocitem ohrožení syndromem vyhoření a věkem perioperačních sester ve zdravotnictví není závislost.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Metaforické pojmenování syndromu vyhoření zprostředkovává obraz vyhasnutí zdroje energie-ohně života. O syndromu vyhoření se začalo hovořit ve spojitosti s profesemi, kde se pracovníci setkávají s lidskými osudy a bolestmi. V nynější době je tento termín rozšiřován do jiných oblastí jako jsou zejména vztahy mimo pracoviště. V mnohých případech jsou blízcí mezi prvními, kteří upozorní na probíhající změny chování.

Vyhoření a stres jsou často vnímána společně. Stres může být předchůdcem vyhoření, ale správným zvládnutím stresu můžeme syndromu vyhoření předejít (Edler et al., 2014).

Syndrom vyhoření je charakterizován spíše postižením psychickým. Přetížení fyzické je většinou viditelné až mnohem déle (Venglářová, 2011). Přehnané iluze či nedostatek informací o určitém oboru vytváří určité očekávání a realita mnohdy bývá odlišná. Proto může docházet k rozporu a následné nerovnováze. Tyto faktory společně s dalšími mohou zvyšovat pravděpodobnost výskytu tohoto syndromu, a to nejen ve zdravotnictví.

Zakladatelem, který se zabýval zkoumáním syndromu vyhoření, byl Herbert Freudenberger, který v roce 1974 popsal tuto problematiku ve své knize jako syndrom, který může zasahovat na nejrůznějších místech. Vyzdvihl oblast psychosomatickou, ale taky psychickou a behaviorální (Freudenberger, 1974). Herbert, který žil svým životem plným pracovních záležitostí pocítil velkolepé a komplexní vyčerpání. Místo návštěvy psychoterapeuta, jím byl pro sebe on sám. Inspiraci našel v Zikmundovi Freudovi, který si také tvořil terapie také sám. Princip terapie spočíval v nahrávání svých lamentací na magnetofon, které by přednášel na terapii. Po přehrání byl šokovaný sám sebou a díky odepření nadměrné pracovní zátěže a poslouchání dalších vlastních nahrávek, které analyzoval, dostal nadhled, který mu pomohl k uvědomění problémů, přehodnocení pracovního nasazení a naučení se přístupu společně s obranou proti vyčerpání (Honzák, 2013).

Freudenberger popisoval syndrom vyhoření z klinického pohledu a i podle své osobní zkušenosti. V daném konceptu podrobně popsal fyzické symptomy vyhoření:

- Pocit vyčerpání
- Časté nachlazení

- Migrény
- Zažívací obtíže
- Insomnie

(Takács, Sobotková, Šulová, 2015)

## 1.1 Teoretické pojetí syndromu vyhoření

Teoretickou rovinu v souvislosti s vyhořením lze rozdělit na dvě hlavní oblasti výzkumu a to na rovinu, která čerpá z oblasti filozofie a psychologie (existencialismus) nebo rovinu, která se zabývá poznatky z psychologicko – medicínské úrovně, tím je myšleno dlouhodobé studium stresu a jeho důsledky. Mnozí odborníci se v rámci existencialismu zabývali otázkami psychologických aspektů vztahů mezi zdravím a nemocí (Kebza, Šolcová, 2003).

Dle existencialistů je nutné uvědomění sama sebe ve smyslu „být-existovat“, což každodenní život svým stereotypem neumožňuje, aby se jedinec dostal do určité mezní situace. Mezní situace mohou být i situace-stavy, v souvislosti se syndromem vyhoření, jako je například celkové vyčerpání a ztráta motivace. Uvědomování si ve smyslu existence přináší člověku poznání jeho svobody. Pokud jedinec pochybuje o své existenci (což často bývá při rozvoji pokročilejšího vyhoření) přichází stav existencionální frustrace. Tyto stavy mohou vyústit až v depresi a existencionální neurózu (Kebza, Šolcová, 2003).

Druhá rovina, která popisuje poznatky z psychologicko-medicínské úrovně je nejčastěji pojímána jako důsledek nerovnováhy. Tato nerovnováha se týká hodnocení požadavků a hodnocení zdrojů k jejich zvládnutí. Ze strany požadavků je zde hodnocena intenzita nároku a předpokládané důsledky selhání se s ním vyrovnat. Strana zdrojů hodnotí jejich přiměřenost a dostatečnost. Pocit, že požadavků nelze docílit, je důsledkem vypotřebování rezerv a zdrojů a je zpracováním stresu. Tyto zdroje, rezervy bývají pojmenovávány různě, jako například adaptační kapacita, zátěžová kapacita, překlenovací kapacita. Význam zůstává v určitých poznacích stejný – jedná se o rezervoár vrozených dispozic, dovedností, které jedinec v průběhu střetávání se stresory získal (Kebza, Šolcová, 2003).

## 1.2 Definice

V průběhu posledních třiceti let je známo mnoho pojetí, vymezení a definic syndromu vyhoření. Zjednodušeně je možno jej definovat jako ztrátu třech po sobě jdoucích oblastí, kterými jsou: kvalita života, zdraví a zdatnost (bez prokázané organické příčiny).

Dále může být označován jako evokativní a nepřesná metafora. Většiny definic obsahují společné body, kde je především popsán psychický prožitek vyčerpání. Dalším bodem je pracovní náplň s lidmi, kde navazují body ohledně všech složek, které jsou ovlivňovány symptomy. Významnou složkou je dále emoční a kognitivní vyčerpání a celková únava jedince (Raudenská, Javůrková, 2011).

H. Freudenberger poprvé definoval syndrom vyhoření jako „Burn-out“ jež konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a motivaci. Touto teorií je kladen důraz na celkový proces syndromu vyhoření.

Dle Hartla a Hartlové v knize Velký psychologický slovník, je definován syndrom vyhoření jako „syndrom, který se projevuje po letech terénní, emočně vyčerpávající práce, ztrátou profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí a týká se zejména tzv. pomáhajících profesí; spojen se ztrátou činnosti a poslání, s pocity zklamání, hořkosti; ztráta zájmu o práci, nastupuje každodenní stereotyp, rutina, snaha přežít a nemít problémy; obranou proti vyhoření je víra ve smysl poslání, vědomí potřebnosti i toho, že je vždy možný další rozvoj; pomáhá duševní hygiena, relaxace, supervize.“ (Hartl, Hartlová, 2010).

Kebza a Šolcová definovali syndrom vyhoření jako „stav emocionálního vyčerpání a depersonalizace, či ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí vedoucí k poklesu efektivity práce“ (Kebza, Šolcová, 1998).

Psycholožka z Kalifornie, Shirley Kashoff popisuje syndrom vyhoření jako stav člověka, který se podobá vybíjení baterie, či vysychání vodních pramenů. Stejně jako stres, není ani syndrom vyhoření mimo nás, ale v nás. Je nám neznámý, dokud se v nás nezabydlí (Křivohlavý, 1998).

V odborné literatuře se nacházejí i další definice syndromu vyhoření. J. Alexandrová definuje syndrom vyhoření jako „stav totálního odcizení, a to jak k práci, tak k druhým lidem i sama k sobě.“ (Křivohlavý, 1998)

K. Kopřiva vymezuje termín syndromu vyhoření slovy: „Je-li naše energetická bilance dlouhodobě záporná (nemáme-li zdroje radosti v životě a nejsme-li dobře zakotveni v těle), dostaneme se do stavu, pro který se ustálil termín syndrom vyhoření. K hlavním projevům patří deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se z kontaktu, ztráta sebedůvěry, časté nemoci a tělesné potíže. Není to obyčejná únava, není to ani přechodná krize, u které můžeme

věřit, že čas momentální depresi vyléčí. Ale není to ani tendence stěžovat si, naříkat a postonávat jako charakterový rys. Do syndromu vyhoření je vždy vpletena otázka po smyslu vlastní práce. Když se práce daří, je zážitek smysluplnosti práce pomáhajícího silnější, než by byl v mnoha jiných povoláních. Když se nedaří, je zrovna tak silnější i pochybnost.“ (Kopřiva, 2006)

### **1.3 Příčiny vzniku syndromu vyhoření**

Výskyt negativních faktorů nejen v profesích, může spustit začátek syndromu vyhoření. Nepříznivé faktory můžeme rozdělit na specifické, které se vyskytují ve vybraných pracovních skupinách a faktory nespecifické dané pro jakékoli zaměstnání.

Mezi faktory všeobecné řadíme například:

- Nadbytek vysokých nároků
- Neschopnost dopřát si odpočinek
- Idealismus
- Soutěživý charakter
- Odmítání pomoci od kolegů
- Zvýšená zaměřenost na detaily
- Nesprávný úhel pohledu na životní priority
- Stereotyp v zaměstnání
- Práce v časové tísní
- Špatný tělesný stav
- Osobní či jiné problémy

(Rush, 2003), (Kebza, Šolcová, 2003)

**Příčiny vzniku syndromu vyhoření také můžeme rozdělit na příčiny vnitřní a vnější.**

Mezi příčiny vnitřní řadíme:

- Workoholismu
- Přílišná citlivost a vztahovačnost
- Snaha být ve všem samostatný
- Idealistické představy
- Neschopnost najít čas sám pro sebe
- Zakódovaný vzorec stále pomáhat druhým

- Nedostatek pohybu
  - Nedostatek duševní hygieny
  - Ztráta pozitivních impulsů
  - Nezdravý životní styl
- (Rush, 2003), (Weber, rok neuveden)

Vnější příčiny se týkají okolí jedince, řadíme do nich například:

- Vysoké nároky okolí
- Emocionálně a fyzicky náročná práce
- Stereotyp
- Neustálá přetíženost
- Nízké ohodnocení i finanční, které vzbuzuje pocit nedocenění
- Opomíjení vlastních problémů
- Syndrom krátkého dne, kdy den je příliš krátký pro realizaci vlastních cíl

(Rush, 2003)

#### **1.4 Syndrom vyhoření - modely**

Mnozí psychologové pojali model syndromu vyhoření z různých úhlů pohledu. V syndromu vyhoření se objevují příznaky, které postihují jedince a jeho osobní život, zejména jeho blízké. Není to ovšem podmínkou. V zaměstnání se příznaky dotýkají i kolegů či nadřízených. Příznaky, které se projevují na začátku, nabývají na intenzitě a většinou později zastupují jiné a horší (Křivohlavý, 1998).

Cílem této kapitoly je popsat jednotlivé výzkumy předních odborníků zabývajících se syndromem vyhoření. Tyto teorie se zabývají samotným průběhem syndromu vyhoření.

Jeden z nejznámějších modelů syndromu vyhoření je model dle Ch. Maslachové. Tento model obsahuje čtyři fáze.

1. fáze – jedinec vyjadřuje a cítí nadšení, v popředí jsou jeho ideály, jedinec je zaujatý a často dochází až k přetěžování samotného jedince
2. fáze – jedinec je vyčerpaný a to jak po psychické, tak i po fyzické stránce

3. fáze – dochází k dehumanizaci, ztrátě vnímání sociálního okolí, odcizení, obranným postojům

4. fáze – jedinec je vyčerpaný, vyjadřuje negativismus a vůči okolí je lhostejný

(Bartošíková, 2006)

#### **1.4.1 Syndrom vyhoření dle Edelwiche a Brodského Ch.**

Syndrom vyhoření má identický časový průběh, který rozdělujeme do pěti fází.

Těmi jsou fáze:

- Nadšení
- Stagnace
- Frustrace
- Apatie
- Syndrom vyhoření

Jedinec, který prochází první fází je plný idealistického chování a očekávání. Je přemotivovaný, pracuje tvrdě a často imponuje spíše svému nadřízenému než kolegům na stejné pozici. Má nerealistické představy o celkové organizaci práce a kolektivu. Z velké naděje se velmi snadno dostává do fáze stagnace, kdy dochází ke střetnutí s realitou a vystřízlivění. Jedinec má pocit, že jeho činnost není vždy ohodnocena tak, jak by si představoval (Pešek, Praško, 2016). Začíná se soustřeďovat na to, aby se v práci zbytečně nevysiloval a jeho pozornost je mířena k jednodušší práci, především aby se vyhnul obtížnostem. Ve stádiu stagnace ještě není postižený tímto syndromem (Ptáček, Čeledová, 2011). Ani okolí nepozoruje známky syndromu. V další fázi frustrace jedinec postrádá smysl v činnosti, kterou dříve dělal, začíná více slevovat ze svých nároků a později vzniká odcizení. Zpochybňuje výsledky své práce, vzrůstá jeho zklamání. Fáze apatie je také nazývána jako obranná reakce. Tato fáze je vyhraněna pouze tím, co jedinec dělat musí, dochází k dehumanizaci, diskoordinaci jedincova života. Neváží si sebe, vlastního života, bývá cynický, ironický až sarkastický. Začínají se u něj objevovat psychosomatické problémy. Může začít užívat léky nebo nadužívat alkohol (Stock, 2010). Nic pro něj nemá opravdovou hodnotu a jeho život je stává zlenivělý. Konečná fáze zvaná syndrom vyhoření je často doprovázena depresivními stavy. Jedná se o úplné emoční

vyčerpání. Pracovník dává výpověď ve svém zaměstnání nebo přechází na jinou pracovní pozici. Výjimečně absolvuje psychoterapii, zaměří se na svůj životní styl a pracuje dál ve své profesi (Slavík et al. 2012).

#### **1.4.2 Syndrom vyhoření dle Herberta Freudenbergera a Gaila Northa**

Inkubační doba syndromu vyhoření není jednotná. Souvisí s ním také mnoho osobnostních faktorů a endogenních podmínek. Vývojový cyklus, který začali skládat již od osmdesátých let minulého století, obsahuje dvanáct kritických fází. Fáze se nemusí objevit všechny a nemusí jít po sobě.

1. Nutkavá snaha po sebeprosazení – snaha o prosazení, často přehnané ambice.
2. Člověk začíná pracovat více a tvrději – chce dosáhnout stanovených cílů, zaměřuje se na práci, kde je potřeba vykonávat větší úsilí.
3. Přehlížení potřeb druhých – nemá energii ani čas na někoho jiného
4. Přesunutí konfliktu – v této fázi se vyskytují první fyzické příznaky (příznaky stresu), jedinec není schopen rozpoznat zdroje svých problémů.
5. Revize a posunutí hodnot – v tomto stádiu se jedinec izoluje od ostatních, straní se konfliktů, také mnohem intenzivněji popírá základní potřeby. Práce pobírá veškerou energii a nezbývá čas a energie na nic jiného.
6. Popírání vznikajících problémů – jedinec se stává netolerantním a zvenčí je patrná narůstající agrese a sarkasmus.
7. Stažení – sociální izolace bývá maximální a jedinec se může začít stahovat k návykovým látkám, jelikož si „zaslouží“ úlevu. Mohou se také objevovat pocity beznaděje a ztráty smyslu.
8. Zcela jasně patrné změny chování
9. Depersonalizace – život se mění v pouhou sérii mechanických funkcí.
10. Vnitřní prázdnota – tento stav se pokouší překonat přejídáním, sexem či návykovými látkami. Tyto aktivity překračují běžné sociální meze.
11. Deprese – jedinec se cítí vyčerpaný, beznadějný, nevnímá okolí a myslí si, že budoucnost mu již nemá co nabídnout. V závislosti na ztrátě smyslu života přibývají i depresivní symptomy psychické a fyzické.

12. Syndrom vyhoření – celkový kolaps, který může vést k vyhledání lékařské pomoci. V přítomnosti deprese může v extrémních případech dojít až k sebevražedným tendencím, ale jedinec se o sebevraždu pokusí jen zřídka.

(Honzák, 2013)

### **1.4.3 Další teorie syndromu vyhoření**

#### **Syndrom vyhoření dle Hartla, Hartlové**

Podle těchto autorů je syndrom vyhoření proces, který trvá mnoho let. Jedná se o stále vyvíjející proces.

Tito psychologové rozdělují syndrom vyhoření do několika fází, kterými jsou:

- Předchorobí-ambiciózní jedinec, který chce být v práci co nejlepší, touží po úspěchu, který nepřichází.
- Symptomy prvního stádia – jedinec, obětuje veškeré úsilí, touží po úspěchu, který se mu nedostává.
- Symptomy druhého stádia – výskyt neurotických příznaků, kde výsledkem je chaos-
- Syndrom třetího stádia – jedinec má pocit, že musí a sám se obrací ve vzdor. Kolegové v práci jej obtěžují přítomností. Všechny zbytky zájmu a nadšení jsou pryč, dostavuje se zklamání, únava (Švingalová, 2006).

#### **Syndrom vyhoření dle R. Schwaba**

Dle autora se syndrom vyhoření vyvíjí v interakci mezi jedincem a momentálními podmínkami v určité situaci. Obsahuje tři fáze:

- První fáze- obsahuje nepoměr mezi požadavky a schopnostmi jedince. Člověk se dostává do vyššího napětí, jelikož chce požadavky splnit.
- Druhá fáze- jedinec na danou situaci reaguje krátkodobou emocionální odpovědí. Může pociťovat pocity úzkosti, napětí, únavy.
- Třetí fáze- nastávají změny v postoji a chování člověka. Změny se mohou odrazit na vztazích s klienty. Vztah ke klientům je neosobní a mechanický. Tento typ chování můžeme popsat jako psychologický způsob (Kebza, Šolcová, 2003).



### **Syndrom vyhoření dle C. Chernisse**

Tento americký psycholog, který popsal model syndromu vyhoření, jako proces, kde hrají hlavní roli zkušenosti jedince se stresem a jeho reakce na něj. Opakované střetnutí časem vyústí ve změny postupů, emocionality a změněním taktiky ke zvládnání situacím se zvýšenou zátěží (Kebza, Šolcová, 2003).

### **Syndrom vyhoření dle I. Friedmana**

Psycholog původem z Izraele, který využil při své studii Burnout syndrome – syndrom vyhoření (dále jen BOS) tzv. Multipathway to Burnout Model. Rozdělil příznaky do dvou oblastí a těmi jsou oblasti kognitivní a emocionální. Postupný vývoj BOS doprovází změny v obou oblastech (Kebza, Šolcová, 2003)

### **Syndrom vyhoření dle A. Laengla.**

Syndrom vyhoření je zde rozdělen do třech fází, kterými jsou fáze nadšení, fáze vedlejšího zájmu a fáze popela. V první fázi jedinec cítí nadšení, má konkrétní cíl a jeho jednání mu připadá smysluplné. Fáze druhá popisuje zájem o zisky z práce, ale už je ztracena motivace o samotný cíl a jeho dosažení. Nadšení začíná pohasínat. Třetí fáze popela je charakterizována jako jedincova ztráta úcty k ostatním lidem, k sobě samému, k vlastnímu životu. Člověk ztrácí smysl života (Křivohlavý, 1998).

### **Syndrom vyhoření dle Angeliky Kallwass**

V knize Syndrom vyhoření v pracovním i osobním životě popisuje autorka Angelika Kallwass konkrétní příklad muže, který se dostal do kruhu vyhoření. Jedinec, který ve v této knize pojmenován jménem Petr popisuje, že jeho hlavní chyba je požadovat od sebe dokonalé fungování ve všech oblastech bez ohledu se na vlastní rezervy. Petr prožil jasná stádia syndromu vyhoření. Je známo, že ne každý jedinec, který je postižen syndromem vyhoření, musí projít všemi fázemi.

V knize jsou popsány následující fáze neboli etapy:

1. Musím obstát – Petr je pevně rozhodnutý o tom, že i když jsou úkoly sebenáročnější, bude je vždy nést na svých bedrech bez stížností. Vzdaluje se tak svým vlastním potřebám.
2. Zesílené úsilí – Petr neodpočívá ani o víkendech a věnuje se práci nadměrným tempem. Postupně své úsilí stále zvyšuje

3. Zanedbávání vlastních potřeb – Petr upřednostňuje výhradně svou rodinu, všechny jiné, vlastní osobní zájmy, jdou stranou.
4. Potlačení konfliktů – Petr potlačuje své kritické myšlenky, které vidí na své rodině. Svou nespokojenost skrývá.
5. Přehodnocení – nejvyšší hodnotu dostává „funkční zdatnost“, vůle fungovat na všech rovinách. Petr popírá hodnotu říkat ne, za skutečné hodnoty považuje výkon a výdrž.
6. Popírání problémů – vše je zcela v pořádku. Petr má hodně práce. Hádky jsou běžné, zná je přeci každý.
7. V ústraní – Petr se odsouvá do samoty. Bez výčitek.
8. Viditelné změny chování – Petr se potýká s depresí, únavou a vyčerpáním. Doprovází ho psychosomatické potíže.
9. Depersonalizace – Petr není schopen adekvátně vnímat sebe ani druhé. Ztrácí vztah sám k sobě. Jsou zde viditelné i sklony k sarkasmu, cynismu nebo utlačování.
10. Vnitřní prázdnota – Petr ztrácí veškeré emoce a city. Není už schopen se radovat ze života.
11. Deprese – mohou se projevovat nejrůznějšími způsoby. Dojem živé mrtvoly až role klauna.
12. Naprosté vyčerpání – etapa, kdy Petr má symptomy, které již dlouho přehlížel. Jeden den již bylo všeho dost a Petr nedokáže vstát z postele. Tento muž i přes to, že míval pevnou vůli a dokázal se postavit nadměrnému přetížení, po delší době mu tělo vypovědělo službu. Vypovězení služby, ale má v tomto okamžiku pozitivní účinek. Petr vynechává etapu deprese, která by si vyžadovala pomoc odborníka.

(Kallwass, 2007)

## 1.5 Symptomatologie syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření se dotýkají více úrovní. Úrovně se rozdělují na složku psychickou, fyzickou a sociální.

V psychické složce převyšuje pocit namáhavého úsilí, které později vede až k emociálnímu vyčerpání a ztrátě motivace. V popředí jsou pocity, že efektivita dlouhodobě nekoreluje s vynaloženou námahou. Jedinec má snížené sebevědomí, zejména ve vztahu k profesní činnosti. Doprovází ho pocit profesního neúspěchu. popisuje pocity celkového utlumení a zmoženosti (Švingalová, 2006). S vyčerpáním je spojen útlum celkové aktivity, společně se snížením spontánnosti, kreativity a iniciativy. Depresivní ladění,

které převažuje, doprovází pocity bezcennosti, snížení koncentrace, projevy negativismu, hostility, sebelítost, pocitu nedostatku uznání, negativní vztah k osobám, s nimiž je člověk v pracovním vztahu a v pozdějším čase i redukce pracovních činností, které jsou převedené na stereotypnost a používání stereotypních frází (Kebza, Šolcová, 2003).

Fyzická složka syndromu vyhoření se vyznačuje celkovou únavou organismu, apatií. Jedinec se cítí velmi brzo unavený, velmi často trpí nespecifikovanými bolestmi hlavy a svalů. Fyzické příznaky zasahují různé tělesné soustavy, kterými jsou například soustava trávicí (zažívací obtíže), kardiogenní (bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, poruchy krevního tlaku), dýchací a svalová soustava. Přetrvává celková tenze organismu a u některých jedinců je možné zvýšené riziko vzniku závislostí (Kebza, Šolcová, 2003).

Sociální složka - u jedince dochází k úbytku angažovanosti i snah řešit náročnější pracovní záležitosti. A hlavně nastává zájmu o hodnocení ze strany druhých osob. Snadněji může docházet k nárůstu interpersonálních konfliktů v pracovním i mimopracovním životě (Švingalová, 2006). Tato oblast může také zasahovat negativní postoj k sobě samotnému, či k práci, společnosti a životu. Jedinec může být ironický až cynický, může se chovat jako tzv. pasivně agresivní. Toto chování se projevuje sabotováním práce až nadáváním. Se sociální oblastí mohou být spojeny i konflikty v rodině, ztráta přátel a blízkých a omezování zájmů (Venglářová, 2011)

Mezi další symptomy řadíme také problémy na tělesné a behaviorální úrovni. Dle odborníků lidé trpící syndromem vyhoření mají výrazné poruchy spánku. Většina postižených tímto syndromem trpí nespavostí, menší procento naopak zvýšenou potřebou spánku. K doprovodným symptomům patří již výše uvedené psychosomatické obtíže, jako kterými jsou například bolesti hlavy, zad, problémy se zažíváním (Adicare, rok neuveden).

## **1.6 Epidemiologie syndromu vyhoření**

Nejčastější obory, kde se setkáváme se syndromem vyhoření, jsou pomocné profese lidí, kteří pracují s jinými lidmi, kteří je potřebují. Nejvíce jsou zasaženi:

Zaměstnanci pracující ve zdravotnictví, mezi které patří:

- Sestry
- Lékaři

- Sanitáři a další NLZP<sup>1</sup>

Kromě pracovníků ve zdravotnictví sem patří lidé (zaměstnanci), kteří pracují s lidmi a řeší s nimi i jiné potřeby, nežli zdravotní. Jsou to:

- Učitelé
- Psychologové
- Psychoterapeuti
- Sociální pracovníci
- Policisté
- Právníci

Syndromem vyhoření jsou také více ohroženy profese, které do značné míry s lidmi komunikují velice často. Jsou to profese jako například:

- Manažeři
- Novináři
- Pracovníci infolinek
- Pošťáci
- Obchodníci
- Bankéři

(Křivohlavý, 1998).

Dle výzkumů více než 90 % lékařů vnímá svou profesi jako náročnou a stresující. V dnešní době trpí syndromem vyhoření až 45 % lékařů (Venglářová, 2011)

Syndrom vyhoření postihuje zejména schopné, cílevědomé a zodpovědné jedince. Mezi ně patří výše uvedené profese společně s dalšími lidmi, kteří pracují ve službách. Syndrom vyhoření mimo jiné postihuje i jedince mimo svou profesi, tedy o jedince, kteří se již delší dobu a intenzivně starají o nemocného člena rodiny. Ohrožení se také týká jedinců, kteří se starají o své děti. Mohou to být například děti s určitým handicapem, ale také to mohou být děti problémového charakteru. V těchto situacích bývá více ohroženo pohlaví ženské. Ženy nechtějí zklamat ve svých rolích. V roli pečovatelky, matky, manželky či zaměstnankyně. Ženy kvůli péčování o druhé vynechávají své potřeby. Velký vliv na přetěžování žen má i tradiční rozdělování rolí. V dnešní době tomu tak ovšem být

---

<sup>1</sup> Nelékařský zdravotní pracovník

nemusí. I mnozí muži zastávají pečovatelskou roli. Důvodem převzetí pečovatelské role může být finanční faktor nebo zvýšený sociální statut ženy ve společnosti (Priess, 2015).

### **1.6.1 Typy osobnosti se sklonem k syndromu vyhoření**

Autorka Miriam Priessve své knize „Jak zvládnout syndrom vyhoření“ (Priess, 2015) popisuje poznatky vlastních pacientů, kteří trpěli syndromem vyhoření. Vlastnili omezenou nebo nulovou schopnost vnímání sebe sama. Často neznali vlastní hranice a potřeby. Ve své knize udává příklad muže, který přišel na léčbu a byl úspěšným manažerem v tehdejší pracovní neschopnosti a netušil, jaká aktivita by jej mohla bavit.

Psychologie popisuje „falešné já“, které je často spojeno s narcistickým typem osobnosti, které přitom uvnitř svého já vlastní pocit méněcennosti. Dle Miriamlidé v tomto případě dle Miriam mívají často narcistní rysy. Žijí na pohled dokonalý život, ale ne v souladu s vlastní identitou. Žijí život pouze podle nějaké představy. Pokud rozlišíme narcistický typ osobnosti na mužský narcismus a narcismus ženský, lze si povšimnout odlišností. Muž se snaží nalézt svou identitu a vlastní hodnotu v profesním odvětví, nebo ve stále vyšších fyzických výkonech a riskantnějších činech. Ženy hledají svou hodnotu v opečovávání. Pocity bezmoci jsou spojené s tím, že nejsou potřebné. Ženy často kompenzují nedostatek vlastní identity a pocity méněcennosti péčí o druhé. Princip „jsem zde pro ostatní, protože tu neumím být pro sebe“ vede k vyhoření dané osoby. V tomto případě není překvapivé, že se syndrom vyhoření objevuje u pomáhajících profesí a manažerů. Zdánlivá pomoc těm, kteří to potřebují, je pouhou snahou uspokojit svou narcistickou potřebu a udělat se lepším a nenahraditelným.

Většina postižených tímto syndromem také definuje sebe sama prostřednictvím výkonu a stále vyhledává nějaké sebepotvrzení.

Ztráta vlastního dialogu výrazně podporuje potencionální vznik syndromu vyhoření. Ztratit dialog sám se sebou znamená ztratit schopnost řešit konflikty a zvládat stres. To vede k intenzivnímu pocitu méněcennosti (Priess, 2015).

**Snížené riziko vzniku syndromu vyhoření je zaznamenáváno u lidí, kteří:**

- mají dobré sociální zázemí, nebo oporu, ať už v rodinném, či pracovním životě
- jsou dostatečně asertivní
- jsou schopni organizovat si svůj čas a dokážou oddělit mimopracovní a pracovní život

- umí odpočívat
- mají přiměřenou sebedůvěru a sebehodnocení
- mají adekvátním ekonomické a společenské uznání
- jsou více odolní vůči stresu
- mají práci, ve které se mohou nějakým způsobem realizovat či ovlivňovat charakter práce

(Švingalová, 2006)

## 1.7 Diagnostika a zvládání syndromu vyhoření

V mnoha diskuzích je hovořeno o syndromu vyhoření, jako o určitém typu onemocnění osobnosti. Avšak WHO<sup>2</sup> zařadila vyhoření do doplňkových diagnóz, tudíž není klasifikováno jako onemocnění. Existuje typ onemocnění, pod diagnózou nazývána neurastenie, které se vyznačuje podobnými symptomy, jako má syndrom vyhoření. Z příznaků je zde nejvíce popisován stav únavy a vyčerpání. Termín neurastenie se užívá zřídka, tudíž nejsou lidé se syndromem vyhoření znevýhodněni z důvodu hrazení léčby od pojišťoven (Stock, 2010).

### 1.7.1 Metody diagnostiky syndromu vyhoření

V této podkapitole jsou uvedeny jednotlivé příklady dotazníků, které se řadí mezi nejčastější metody zjišťování syndromu vyhoření.

Současně s dotazníky je možné využít i metody pozorování, a to jak vlastního stavu, tak i pozorování jiných. Mezi další diagnostické metody patří kromě pozorování i rozhovor a vyhodnocování anamnézy nemocného. Ale zcela jistě mezi předními prvky diagnostiky jsou dotazníkové metody. Ty lze dále dělit na jednodimenzionální (dotazníky zaměřené na jednu dimenzi) a na multidimenzionální (pracující s více dimenzemi). Dotazníky, které jsou často využívány, se nazývají dotazníky samoobslužné. Tyto dotazníky nevyhodnocuje psycholog ani jiný odborník. Dotazovaný si vyhodnotí skóre sám. Specifické dotazníky jsou již na hodnocení psychologa, nebo jedince vyškoleného k práci s daným manuálem a jeho interpretací. Součástí diagnostiky vyhoření mohou být i jiné odborné dotazníky, například testy životní spokojenosti, Lüscherův barevný test nebo kresebné nástroje (Švamberská Šauerová, 2018).

---

<sup>2</sup> World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

### Maslach Burnout Inventory

Autory tohoto nejpoužívanějšího dotazníku, který byl poprvé uveden v roce 1981, jsou Christine Maslachová a Susan E. Jacksonová. Tento dotazník je definován třemi složkami, a to složkou emocionálního vyčerpání, depersonalizace a složkou snížení osobního vyčerpání. Tyto jednotlivé složky se u jedince dostávají navenek postupně. Podle autorek a psychologa Leitera (1996) se nejdříve navenek dostává emocionální vyčerpání jako reakce na mimořádné požadavky z okolí. Jedinec se díky vyčerpanosti stahuje do samoty. Tím pádem složky emocionálního vyčerpání a depersonalizace jistě negativně ovlivňují výkonnost.

Tato dotazníková metoda byla vyvinuta především pro pomáhající profese a zjištění míry vyhoření. Dotazník obsahuje 22 položek, které jsou zaměřené na zjištění tří složek, které jsou zmíněny již výše. Každá ze tří složek je zkoumaná samostatně. Ve výsledku to znamená tři bodová hodnocení. Časová náročnost dotazníku je 10-15 minut (Švamberk Šauerová, 2018).

### Burnout Measure

Daný dotazník vytvořila autorka Pinesová, se svými spolupracovníky. Tato hojně citovaná metoda je jedna z nejužívanějších metod k zjištění míry vyhoření jedince. Dle autorky je syndrom vyhoření proces vyčerpání, ke kterému dojde ze ztráty nadšení. Tento dotazník byl vytvořen pro všechna povolání, ale lze jej také využít i u testování nezaměstnaných. Autorka popisuje tři základní složky vyhoření, kterými jsou složka psychická, fyzická a emoční. Jedná se o jednodimenzální nástroj, jelikož výsledek je brán jako jeden celek ze všech tří složek. Dotazník je složen z 21 položek, které jsou hodnoceny na sedmibodové škále v rozpětí od „nikdy (1)“ po „vždy (7)“. V návaznosti byla vytvořena i kratší verze dotazníku BM, která je rychlejší a jednodušší pro vyhodnocení. Může být využita jako metoda ke screeningu. (Švamberk Šauerová, 2018).

### Copenhagen Burnout Inventory

Jedná se o metodu vyvinutou v Kodani. Sledovanou položkou je vyčerpání. V porovnání s MBI vyřazuje depersonalizaci a nízkou pracovní výkonnost. Autoři tohoto dotazníku dělí vyhoření do více sektorů, kterými jsou vyhoření pracovní, osobní vyhoření a vyhoření ve vztahu ke klientovi (Švamberk Šauerová, 2018).

### Heidelberger Burnout Test

Tento dotazník byl vytvořen k zjišťování úrovně vyhoření u učitelů. Je složen z dvaceti popisů oblastí života z pracovních situací učitelů a zaměstnanců škol. Jsou zde zahrnuty vztahy ke kolegům, pedagogické plány, představy, ale také mimopracovní životní situace, kam se řadí například i zájmy a koníčky. Z tohoto dotazníku se vypočítává tzv. Burnout Quotient, který se skládá z pěti stanovisek, které respondent potvrdí, že jsou mu blízké, či se s nimi ztotožňuje (Švamberk Šauerová, 2018).

### Shirom – Melamed Burnout Measure

Výsledek tohoto měření vychází z dvoufaktorového modelu syndromu vyhoření. Prvním faktorem je fyzická únava a druhým je kognitivní a emoční otupělost. Toto měření obsahuje také podškály, kterými jsou fyzická únava, emoční vyčerpání a kognitivní opotřebenost. Celkový počet hodnocených položek je čtrnáct, které jsou hodnoceny na sedmibodové škále. Navazuje na jiný dotazník, který se nazývá Botelis. Zajímavostí dotazníku je koncept, který je zaměřuje na zdroje energie člověka a na jednotlivé složky, jež které jsou navzájem propojeny, nebo spolu úzce souvisí. SMBM je dotazník, kde je vyhoření je jasně odlišeno od stresu, které může být v životě pojímáno jako vyhaslost. Tento prostředek byl navržen k odražení slábnoucích energetických zdrojů pracoviště bez ohledu na typ povolání (Švamberk Šauerová, 2018).

### Inventář projevů syndromu vyhoření

Autoři Inventáře jsou manželé Tošnerovi. Princip je podobný jako u předchozích zmiňovaných dotazníků. Odlišností však je grafická podobnost a číselná stupnice. Hodnoceno je 24 výroků na škále 0-4. Výroky zahrnují jak rozumovou, emocionální, tělesnou, tak i sociální složku. Tento Inventář neslouží jako hodnotící test, ale slouží k orientačnímu zjišťování stavu osobnosti jedince (Švamberk Šauerová, 2018).

### Orientační dotazník

Další metodou k rozpoznání psychického stavu a zhodnocení syndromu vyhoření. Dotazník se vyplňuje samostatně. Výhodou dotazníku je, že respektuje vyhoření jako proces. Základem dotazníku je 24 tvrzení, na které respondent odpovídá „ano“ nebo „ne.“ Při vyhodnocování rozhoduje počet odpovědí „ano“ (Švamberk Šauerová, 2018).



## 1.8 Zvládání a léčba syndromu vyhoření

Pocit, kdy jedinec cítí, že sám na všechno nestačí, si vyžaduje pomoc druhých. Nejdříve bychom měli hledat a obrátit se na své nejbližší, zejména na rodinu a přátele. Pro mnohé může být tento obrat stresujícím až potupným, zvláště pro ty, kteří zaujímají vysoké postavení. Blízké okolí by mělo přinášet důvěru a pozitivní prostředí spojené s láskou a podporou. Mnozí mohou najít svou podporu také u kolegů v zaměstnání, pokud mají pracovní kolektiv s přívětivými mezilidskými vztahy. Pokud se jedná o empatický kolektiv, mnozí vytuší sami, že s někým je něco v nepořádku a podají pomocnou ruku, která dost často může eliminovat ostych při žádosti o pomoc.

Pokud u blízkých pomoc nenajdeme, je třeba se obrátit na odborníka. Odbornou pomoc lze vyhledat pomocí telefonních linek. Těmi jsou například linky důvěry, linky bezpečí, linky důvěry Centra krizové intervence aj. Také mohou pomoci i různá krizová centra. Příznivé výsledky jsou také zaznamenány v odvětvích poradenství a konzultace, zaměřených na řešení problémů, tzv. koučing (Venglářová, 2011).

Zvládání a léčba syndromu vyhoření poskytuje různé kombinace možností. Kromě aktivit, které jedinec pro sebe může vytvořit sám (zde radíme zejména duševní hygienu, relaxaci, aj.) je vhodné vyhledat odbornou pomoc. Odborníkem, který poskytuje pomoc při vyhoření a duševní nestabilitě bývá psycholog, psychiatr nebo psychoterapeut. Všechna tato tři povolání se odlišují typem vzdělání. Všechny tyto profese se zabývají znalostmi o duši, neboli psychické stránce člověka. Psycholog, který své vzdělání získá na nelékařské fakultě, pomáhá proti syndromu vyhoření v psychologické poradně, oproti psychiatrovi, které má vzdělání z fakulty lékařské a má k podpoře léčby kompetence k předepisování farmak. Tato farmaka se nazývají psychofarmaka. Ovlivňují psychické procesy a jsou jimi skupiny jako například antidepresiva, anxiolytika a hypnotika. Farmakologická léčba bývá zahájena zejména u nejtěžších případů a spíše jako dočasná podpora (Petr, Marková, 2014). Třetím odborníkem z hlediska pomoci v boji proti syndromu vyhoření je psychoterapeut. Tento odborník je psycholog, nebo psychiatr, který je po absolvování psychoterapeutického výcviku. Takovýto výcvik trvá pět let. Metod psychoterapií je opravdu mnoho a za nejčastější a nejznámější metodu je považována kognitivně-behaviorální psychoterapie, která je se zaměřuje na problém ve vzorci chování a myšlení, které způsobuje syndrom vyhoření. Cílem terapie je přeučit a odnaučit negativní způsobené vzorce chování a myšlení, ke kterým patří workoholismus, přehnaná soutěživost, nízké sebevědomí a další nežádoucí osobnostní projevy. Dalšími terapiemi může být například

terapie transformační nebo daseinanalýza. Transformační psychoterapie působí skrze zážitky na vnitřní změnu klienta a také působí na transformaci emocí. Může například dojít k obnově empatie a k odstranění depersonalizace. Daseinanalýza se také využívá k léčbě vyhoření. Díky sebepoznání a sebezdokonalování hledá nejvhodnější způsob existence jedince. Zmíněné terapie lze vykonávat jak ve formě individuální, tak i skupinově (Unger, 2010).

Domnívám se, že prevence by měla začít uvědoměním si samotného problému a zásadní krok by mělo být přiznat si zodpovědnost za prožívání stresu. Podle autora Roberts, 1997 se v tomto okamžiku začínáme obrátit z role oběti do role přežívajícího a je až nutností zavázat se ke změně prožívání stresu. Taková změna ovšem není jednoduchá. Vyhořelí většinou dávají přednost rychlé medikaci před reflektováním příčin a vymýšlením strategií. Roberts ve své knize doporučuje, že jedinec sám musí převzít iniciativu změny do vlastních rukou a sami se musíme stát experty, kteří si dokážou přenastavit své priority, změnit životní styl a zabudovat změny do vlastního každodenního života. Zároveň Roberts také popisuje, že se často jedná o dlouhý a celkový a mnohdy i nákladný proces. Také je nutné předejít ničícím následkům, které zanedbávají zdraví jedince. Aut konstatuje, že úkolem není vidět alternativy k vlastní profesi, ale naopak si vytvořit si pro ně dostatek prostoru, aby oživilí a doplnili život v profesi (Roberts, 1997).

### **Copingové strategie v souvislosti se syndromem vyhoření**

Důležitým krokem pro snižování syndromu vyhoření je identifikace stresorů, které vedou k psychickému zatížení: identifikace copingových strategií, jež pak stres a zátěž snižují. Mnohé strategie mají souvislost se stresem, tyto jsou však podstatné pro syndrom vyhoření.

### **Coping zaměřený na problém a emoce**

Strategie orientované na problém a na emoce jsou celkem rozporuplné. Efektivními se v rámci redukce syndromu vyhoření jeví hledání emocionální podpory, pozitivní přijetí, přehodnocení a také obrátit na víru. Přispívají k úspěšné adaptaci na stresovou situaci. Strategie zaměřené na emoce jsou například obranné strategie, jako je odstup a vyhýbání se. Dále to také může být sebeobviňování, redukce napětí nebo odmítání. Mohou být ale také považovány za škodlivé a zvyšovat hladinu vyhoření.

## **Pozitivní a negativní copingové strategie**

Chan & Hui (1995) popisují pozitivní a negativní copingové strategie na základě jejich souvislostí se syndrom vyhoření. Pozitivní zhodnocení a plánované řešení problémů pozitivně mění vztah se zažíváním osobního úspěchu. Obě strategie ještě spolu s hledáním sociální podpory, které výrazně redukuje depersonalizaci. Tito autoři označili dané faktory za pozitivní copingové strategie. Za další pozitivní strategie autoři popisují cvičení, relaxaci a snahu vytvořit pozitivní význam situace. Na druhé straně přijímání zodpovědnosti se významně pojilo se skórem učitelského stresu a vyhýbavý coping souvisel s vysokou hladinou emočního vyčerpání, depersonalizací a minimálním zažíváním osobního úspěchu, tedy se všemi znaky syndromu burnout. Chan již ve svém dřívějším výzkumu v roce 1998 zjistil, že vyhýbání se problému může negativní účinky stresu ještě prohloubit a zapříčinit tak ještě větší náchylnost ke vzniku syndromu vyhoření (Chan, 1998). Autoři proto vyhýbavý coping označili za negativní strategii (Chan & Hui, 1995).

### **Logické řešení problému/ akční strategie a vyhýbavý coping**

Podobně Austin, Shah a Muncer (2005) ve své studii označují řešení problémů za pomocí logiky za jednoznačně produktivní strategii. Pozitivní přístup přináší také vyšší hladinu zažívání osobního úspěchu. Kontraproduktivní se ukázala strategie vyhýbání. Vyhýbání se totiž potvrdilo v souvislosti se zvyšování hladiny stresu a s tím spojený možný vznik vyhoření (Austin, Shah, Muncer, 2005).

Antoniou, Ploumpi a Ntalla (2013) dokazují, stejně jako řada dalších autorů, že copingové jsou důležitou proměnnou ve vztahu k syndromu vyhoření. Zejména ti, jejichž chování je přímé tzv. přímé akční strategie a angažují se v řešení problému, jsou úspěšnější s vypořádáváním výzev, či nároků, kterým čelí ve svých profesích, oproti těm, kteří užívají strategie vyhýbání se. Akční a logické řešení problému přispívá k osobnímu úspěchu, spokojenosti a redukci stresu (Antoniou, Ploumpi, Ntalla, 2013).

## **1.9 Prevence syndromu vyhoření**

S léčbou a zvládnutím je úzce spjata prevence, která je v předcházení syndromu vyhoření nezbytná. Prevence syndromu vyhoření popisuje duševní hygienu, která je jednou z hlavních aspektů prevence.

Syndromu vyhoření lze předejít určitou prevencí, která tkví v zásadách duševní hygieny jedince. Ta zahrnuje především pravidelný pohyb, relaxační cvičení a pravidelnost denního režimu. Z psychologického pohledu je k prevenci také důležitá atraktivita vykonávané

činnosti, kterou je jedinec plně zaujat. Kromě duševní hygieny je vhodné se zaměřovat také na rozvíjení osobnostních a profesních kompetencí. V profesních kompetencích jsou to zejména činnosti, které napomáhají k osvojování a rozvinutí důležitých dovedností, jejichž vylepšováním dochází ke snižování působícího stresu (Švamberg Šauerová, 2018).

Existence určitých zásad duševní hygieny je jistě velkou výhodou, aby profesionálové pracující s lidmi předešli syndromu vyhoření. Jednou z nejzákladnějších technik je udržet si patřičný odstup od klientů. Mezi další techniky řadíme následující:

- Izolaci – odlišný přístup ke svým klientům v porovnání s přístupem k ostatním lidem.
- Intelektualismus – profesionál prezentuje klienta racionálním přístupem bez jakýchkoli emocí a zaujetí
- Sémantické odosobnění – klient je pojímán jako určitá diagnóza, kauza, případ. (Švingalová, 2006)

V prevenci syndromu vyhoření u profesionálů pracujících s lidmi, je vhodné řídit se těmito doporučeními:

- V práci si najít vyhovující stupeň angažovanosti ve vztahu k ostatním lidem
- Dodržovat pestrý režim práce
- Vytvořit si časový prostor na přestávky, oběd
- Oddělovat pracovní život od osobního
- Neúspěchy v zaměstnání negeneralizovat, zkusit se na ně pohlížet více objektivně
- Dbát o dobré sociální vztahy
- Mít na sebe realistické nároky, připouštět si chyby, které může dělat každý
- Stanovit si priority
- Být asertivní
- Umět převádět úkoly i na jiné a nejen sám na sebe
- Umět si říct o pomoc
- Nepotlačovat své emoce – s čímž tím úzce souvisí účast supervizních skupin, která je velice kladně prosperující pro nepotlačování pocitů a emocí

(Švingalová, 2006)

Terapeutické metody užívané u jedinců postižených tímto syndromem vycházejí z určitých zásad a metod. Pomoc jedinci trpícímu tímto syndromem tkví v pochopení a dobrovolnosti. Jedinec si nejdříve musí uvědomit, že je něco v nepořádku a sám si musí uvědomit, zda chce situaci řešit a svých potíží se zbavit. Pro ozdravný proces je potřeba opora jak ze strany kolegů, tak ze strany osobního života, zejména členů rodiny, či partnera. Samotná pomoc může přijít z vnějšku, nebo si jedinec může pomoci sám (Švamberg Šauerová, 2018).

Pro jednoduchost lze prevenci rozdělit do dvou skupin:

### **Interní prevence**

Tato prevence se týká hlavně ujasnění pocitů a vnitřních pochodů samotného jedince. Součástí duševní hygieny pro jedince by měla být sebek péče a to jak o vnějšek, tak i o vnitřní potřeby. Jedinec by si měl dopřát dostatek spánku, zdravou výživu, měl by umět relaxovat, měl by znát hranice svých možností a měl by rozvíjet svou sebereflexi. Tyto všechny příklady by mohl získat a vylepšit díky sebevzdělávání, relaxačním technikám, vlastním koníčkům, sebevzděláváním a hlavně díky pěstování mezilidských vztahů. Významné faktory, které hrají u jedince v zaměstnání velkou roli, jsou například spolupráce, naslouchání od druhých, uznání, emoční podpora, naslouchání a zpětná vazba. Dále sem můžeme zařadit ujasnění pracovních činností, dovednosti, znalosti, harmonii pracovního zázemí. Podstatným a zcela významným faktorem prevence je pro jedince vytvoření si priorit a seřazení si pracovních a životních úkolů dle důležitosti (Švamberg Šauerová, 2018).

### **Externí prevence**

Do externí prevence je řazena především vnější úprava podmínek, ať už působením jedince, nebo ostatních kolegů. Nejméně náročnou prevencí je zajištění místa v zaměstnání, kam lze z pracoviště odejít a odpočinout si.

Zaměstnavatel může syndromu vyhoření předcházet také pomocí různých porad, programů na osobní rozvoj, na identifikaci rolí v týmu a jejich cílevědomý výcvik, pracovním poradenstvím, důrazem na týmovou práci, nebo zařazením metod programu wellness na pracoviště.

Další faktory, které mohou podporovat vnější prevenci jsou například stimulace spolupráce, uznání, motivační programy, konstruktivní zpětná vazba, vyjasněné hranice

a kompetence. Důležitost je také kladena na kvalitní a správnou organizaci práce (Švamberg Šauerová, 2018).

### **1.9.1 Syndrom vyhoření a asertivita**

Mezi preventivními faktory, jak předejít syndromu vyhoření, může být i asertivní chování jedince. Toto chování vypovídá i o emocionalitě a osobnosti jedince. Neasertivní jedinec může užívat nepříjemný způsob komunikace, kterým přivede do stresové situace nejen sebe, ale i ostatní členy rozhovoru.

Této kapitole přikládám větší důraz, jelikož se domnívám, že je vhodné se o tomto tématu zmínit. Komunikace je v práci v kolektivu hodně důležitá a mnohdy může jedinec asertivním jednáním předejít nedorozuměním, nebo přímo konfliktům, které mohou vzniknout. Špatná komunikace může snadno vytvořit nepříjemné a dusné prostředí a pokud toto prostředí bude trvat dlouhodobě, může snadno být jedním důvodů vedoucích k syndromu vyhoření, jelikož jedinec ucítí tlak. Slabší jedince, může toto nevhodné prostředí díky špatné komunikaci ovlivnit dříve.

Asertivitou nazýváme přímé a přiměřené vystupování, sebeprosazení, kdy zároveň jedinec bere ohledy na práva, potřeby a pocity druhých (Pešek, Praško, 2016). Základní principy asertivity vytvořil v roce 1950 Američan A. Salterm (Venglářová, Mahrová, 2006).

Lidé, kteří mají dostatečnou míru asertivity, nebývají tolik náchylní k syndromu vyhoření. Neasertivní lidé se poměrně často stresují, jelikož nedokáží asertivně reagovat a správně se prosazovat v komunikaci s různými typy lidí, ať už na pracovišti nebo v soukromí. Je dokázáno, že asertivní dovednosti chrání jedince před tímto syndromem. Návčik asertivních dovedností dokáže vymezit oblasti na oblast edukační, kognitivní a behaviorální. Díky edukaci klienti dostávají od lektora informace o užitečnosti určitých dovedností, klady a zápory dovedností, které ve svém životě využijí, či nikoliv. V kognitivní oblasti se učí poznávat škodlivé myšlenky a postoje jedince, které brání v asertivitě. Díky behaviorálnímu návčiku jedinci trénují své asertivní dovednosti v modelových situacích. Po návčiku si jedinci sdělují pocity a samotné sebehodnocení při návčiku. Následně dostávají zpětnou vazbu od terapeuta a od ostatních členů. Na konci výcviku je dáno jedinci domácí cvičení.

S asertivitou je úzce spjata asertivní komunikace, která je charakterizována vzájemným akceptováním hodnot. (Pešek, Praško, 2016)

Asertivní jedinec si musí být vědom asertivních práv, která je nutno dodržovat. Mezi taková asertivní práva patří:

- Právo jedince soudit vlastní myšlenky, pocity a způsob chování
- Právo jedince posoudit, zda a jak moc je zodpovědný za řešení problémů jiných lidí
- Právo jedince změnit svůj názor
- Právo jedince chyby, ale nést za ně zodpovědnost
- Právo jedince rozhodnout se, zda bude jedinec jednat asertivně

(Pešek, Praško, 2016)

Mezi další asertivní práva a dovednosti patří například i dovednosti neverbální, dále například vedení rozhovoru, přijímání komplimentů, oceňování vlastních hodnot, reakce na odmítnutí, sdělování a přijímání kritiky a uznání vlastní chyby (Pešek, Praško, 2016).

#### Možnosti využití asertivity ve zdravotnické praxi

Asertivita se dá pojmout a označit jako přesný opak přímé manipulace. Styl manipulace souvisí s typem osobnosti. Devět nejčastějších manipulátorů lze rozdělit podle jejich charakteristik. Jimi jsou například diktátor, chudáček, počtář, brečč'an, drsňák, obětavec, poslední spravedlivý, táta, máma mafián. Manipulátor ve smyslu diktátorského chování je vyznačuje jedinec, který co řekne, to platí. Používá vše, jak se mu hodí a přičemž se odvolává na tradice, pravidla a využívá citáty. Opakem takového chování je například obětavec, který je nejlaskavější. Obětuje se, ale očekává a následně vybírá daň (Venglářová, Mahrová, 2006).

#### Asertivní doporučení vyjadřují autorky ve své knize Komunikace pro zdravotní sestry:

- „Feeling talk – vyjadřování pocitů. Lze jasně a spontánně vyjádřit to, co právě cítím.
- Facialtalk – mimika má vyjadřovat to, co právě cítím.
- Nesouhlas – nemusím mluvit za skupinu a užívat „my“. Všude kde to jde mohu mluvit za sebe.
- Přijímání pochvaly – jsem-li chválen, nemusím dělat okolky, lze dát najevo projev své radosti.
- Spontánní jednání a improvizace – to je nejlepší lék na nerozhodnost“

(Venglářová, Mahrová, 2006)

Pokud chceme aplikovat asertivitu v praxi, je třeba znát asertivní techniky, které se řadí do formy mezilidské komunikace a nejsou agresivní ani pasivní. Dají se také vyjádřit jako asertivní dovednosti jedince (Venglářová, Mahrová, 2006).

Mezi asertivní techniky patří:

- Metoda gramofonové desky – lze opakovat stále dokola stejnou větu, nebo obměnit stejný význam za jinou frázi.
- Otevřené dveře – dáme prostor komunikačnímu partnerovi, aby se zbavil afektu.
- Vyjadřování souhlasu – navázán na otevřené dveře, kdy přitakáváme, podporujeme nadávajícího, aby pokračoval ve svém monologu, jelikož pravda je subjektivní pojem a my jsme si toho vědomi. Toto jednání vede ke zklidnění situace.
- Dotazování na podrobnosti – slouží jako obrana před slovním útokem. Tím bývá přebírána iniciativa v hovoru.
- Sebeotevření – výzva k upřímnosti bez studu. Možnost nahlas vyjádřit svůj neklid, rozhořčení a nesouhlas.
- Využití kritiky – je zde důležité přiznat chybu, pokud je kritika oprávněná. Neobviňujeme se, nevymlouváme se, ale chybu si připustíme, převezmeme zodpovědnost. Na shazování a náznaky nedokonalosti je možné nevyjadřovat žádné reakce. Vlastní hodnotu si jedinec posuzuje sám.
- Umění říci si o laskavost – kdykoliv, kdy postrádáme slovní pohlazení, je třeba se naučit si o něj říci.
- Kompromis a konsenzus – tyto dva pojmy jsou označovány za špičku asertivity. Cílem asertivního tréninku je dosažení konsenzu neboli toho, že obě strany získají své vlastní hodnoty. V případě, že oběma stranám je vyhověno a požadavek druhého příliš nezasahuje do osobních hodnot a nenarušuje sebehodnocení druhého jedince, hovoříme o kompromisu.

Asertivita je metoda, která se využívá jak už v osobním, tak v pracovním životě. Tuto metodu se lze naučit především praktickými nácviky a zkušenostmi. Ve zdravotnické praxi využívají nácvik asertivních dovedností především specializované zdravotní sestry na psychiatrických odděleních. Úkolem je především pomoci s problémy lidem, kteří jsou neprůbojní nebo lidem, kteří jsou příliš vznětliví.

(Venglářová, Mahrová, 2006)



## 2 PROBLEMATIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Pomáhající profese, v tomto případě práce ve zdravotnictví je jedno z nejčastějších povolání, kde bývají pracovníci ohroženi syndromem vyhoření. Mezi zdravotnické pracovníky řadíme nejen lékaře a sestry, ale také sanitáře, ošetřovatele, v nynější době také dělníky ve zdravotnictví, zdravotně sociální pracovníky, fyzioterapeuty a ergoterapeuty.

Na otázku, proč právě představitelé pomáhajících profesí jsou oběťmi syndromu vyhoření odpovídá v knize „Jak se vyhnout syndromu vyhoření“ autor knihy Radkin Honzák, který vysvětluje, že kromě znalostí a dovedností obětují do své práce úplně jiný artefakt, který se nazývá empatie. Ve své knize popisuje pracovní situaci automechanika, který zákazníkovo auto opraví a již si domů neodnáší záležitosti ohledně opravené spojky či jiné součástky auta. Zatímco práce s klienty, lidmi nebo pacienty je mnohem náročnější, než práce s neživým materiálem. Empatií nazýváme více než sympatií. Jedná se o naladění na stejnou vlnu, sdílení příběhu, kteří nám druzí vypráví (Honzák, 2013).

### 2.1 Rizikové faktory v zaměstnání

Occupational Safety and Health Administration<sup>3</sup> (OSHA) z roku 2007 popsala nejčastější příčiny pracovního stresu. Lidé, kteří trpí syndromem vyhoření, nebo jsou jím ohroženi, by měli k těmto problémům vést konstruktivní postoj.

#### 2.1.1 Rizika začínajících sester

Po několik desítek let je v mnoha diskuzích pojednáváno o vhodném věku, kdy studentky/budoucí sestry budou způsobilé zahájit studium a hlavně nástup na praxe do nemocnic. Mladí studenti se potýkají a musí se nějakým způsobem vyrovnat s těžkými konfrontacemi s nemocí, kontaktem s lidským utrpením a hlavně s různými zátěžemi, co zdravotnická praxe obnáší (Venglářová, 2011).

Pro začínající sestru nemusí být věk tak podstatný. V první řadě závisí na vyspělosti a emocionalitě jedince. Zda je schopný se vyrovnávat se stresovými situacemi a dokáže být ve své práci empatický.

Do rizikových faktorů, lze řadit následující:

- Nižší stupeň osobnostní zralosti

---

<sup>3</sup> Evropská agentura pro bezpečnost a zdraví při práci

- Konflikt rolí ve smyslu péče o vlastní vs. cizí
- Pocit bezmoci (při nemožnosti pomoci v souvislosti s nevy léčitelnou nemocí nebo umírajícím lidem)
- Vysoká zodpovědnost
- Časový stres
- Neustálý kontakt s nemocnými
- Neschopnost se odvázat od pracovního nasazení
- Nepravidelný režim – směnnost

### **2.1.2 Obecné rizikové faktory**

Obecné rizikové faktory mohou zasahovat do různých odvětví profesí, kromě nichž se mohou rizikové faktory týkat buď konkrétní pozice nebo pracovního prostředí. Níže jsou popsány faktory, kde by si jistě každá profese našla své. Některé se netýkají přímo oboru zdravotnictví, ale je také nutno se o nich zmínit.

Occupational Safety and Health Administration ve zkratce OSHA v českém překladu se jedná o Evropskou agenturu pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci popisuje obecné rizikové faktory a řadí sem například:

- Nejistota pracovního poměru spojená s nestabilitou práce na trhu, obavy z výpovědi – tento faktor je ve zdravotnictví opakem, jelikož v tomto odvětví je vždy stabilita a jistota na běžných pracovních místech. Zdravotní sestra, zdravotnický záchranář i lékař, nemusí mít obavy o ztrátu místa.
- Úbytek jistot v důsledku nových forem a pracovních smluv (krácení dovolené, přesčasy, smlouvy na dobu určitou) – zde se nachází problém v případě nedostatku personálu, jelikož jsou sestry/ záchranáři nuceni pracovat přesčasy. Mnohdy z důvodu nedostatku si nestíhají vybírat dovolenou, dle jejich představ.
- Dlouhá pracovní doba a rostoucí intenzita práce – směnnost a náročnost práce úzce souvisí s intenzitou a časovou vyčerpáním.

- Rostoucí emocionální náročnost práce – velká náročnost práce může být v důsledku nových standardů, přeplněných oddělení, časového presu či špatných mezilidských vztahů na pracovišti.
- Neslučitelnost zaměstnání a soukromého života – v případě přesčasů z důvodu nedostatku personálu na pracovišti jsou jedinci nuceni se rozhodovat, zda upřednostní soukromý nebo pracovní život.

(Stock, 2010)

Mezi další rizikové faktory patří:

- Zvýšená pracovní zátěž – díky moderním technologiím dochází ke zvyšování pracovní náplně. Jsou kladeny vyšší a vyšší nároky na práci, s čímž souvisí zejména informovanost o novinkách, flexibilita a rychlost. S pomáhajícími profesemi se kromě moderních technologií pojí také připojení regulativního prostředí, od kterého se vyžaduje neustálý přísun dat, formulářů a oficiálních zpráv. Vyšší nároky a zvýšená pracovní zátěž se řadí mezi stresové faktory. Ty se mohou díky nadměrné zátěži podílet na vzniku syndromu vyhoření. Možné řešení je cíleně zvyšovat odolnost a schopnost zvládat zatížení. Pracovní zátěž může také ovlivňovat působení rušivých vlivů. Soustředění se na jednu věc na 100 % je téměř nemožné. Učit se a vykonávat více činností v krátkém čase patří také mezi stresové vlivy a rizikové faktory syndromu vyhoření.
- Nedostatek samostatnosti – kontrola od nadřízených může zamezovat pocitu volnosti a díky neustálému dohledu vzrůstá nespokojenost podřízeného. Pracovník, který je bez nemá takové pole působnosti a je svazován rigidními pravidly, trpí určitým typem ztráty kontroly a moci. Vlastní malou ovlivnitelnost a má omezené rozhodovací pravomoci. Naopak lidé, kteří jsou více samostatní a mají vyšší působnost považují svou práci za zábavnější, ovšem s vyšším rizikem a odpovědností. Nedostatek možnosti ovlivňovat pracovní prostředí se řadí mezi další stresory a rizika syndromu vyhoření, jelikož jedinec nemá možnost se v zaměstnání svobodně realizovat.
- Nedostatek uznání – nedostatek ocenění za odvedenou práci velice snižuje motivaci pracovníků. Nemusí tím mít myšleno pouze finanční ohodnocení, ale také slovní ohodnocení. Pocit, že úsilí bylo povšimnuto a doceněno. Práce by měla dávat šanci

zdokonalení. Pokud není možnost se ve své práci zdokonalovat hovoříme o dalším stresoru a rizikovém faktoru syndromu vyhoření.

Ve zdravotnictví je tento nedostatek u mnohých jedinců znám, jelikož si mnozí neváží pomáhajících profesí a mají potřebu se chovat arogantně a tyto profese hanit. Je obrovské štěstí, jaká je úroveň zdravotnické péče v České republice. Jedinci, kteří postrádají uznání vůči pomáhajícím profesím, by měli získat osobní zkušenost v jiných zemích, například v zemích rozvojových.

- Špatný kolektiv – pracovník se necítí dobře, pokud nefunguje komunikace a pracovní kolektiv je nepřátelský a chladný. Tým se potýká s problémy, kdy nefunguje spolupráce a tím je i snižována výkonnost. Nedostatek vzájemné soudržnosti mezi zaměstnanci může být zdrojem ohrožení a může vyvolat stresovou reakci.
- Nespravedlnost – toto riziko úzce souvisí se vztahy na pracovišti. Díky nadřezování a nespravedlnosti může dojít ke stresové situaci, která může vystoupat až k vyhoření. Jedná se o závažný problém, který se především týká klimatu na pracovišti. Podporování je v pořádku, ale musí být spravedlivé, po zásluze a nezaujaté. Pokud za zvýšenou pozorností stojí pouze osobní sympatie, ostatní zaměstnanci budou demotivováni a hluboce zklamáni.
- Konflikt hodnot – hodnoty se týkají osobního i pracovního života a jsou pro lidi hlavním motorem a motivátorem. Pokud panuje nesoulad hodnot a práce připadá jedinci bezvýznamná, zbytečná či škodlivá, přichází brzy tzv. odcizení, které se řadí mezi příznaky syndromu vyhoření. Konflikt může nastat mezi svědomím a porušením vlastních zásad, což může vyvolat stresovou reakci. Důsledek jednání proti vlastním zájmům se nazývá „inkongruence, neboli „vnitřní rozpor“.

(Stock, 2010)

## **2.2 Patologické faktory, které mohou být aktivátory syndromu vyhoření**

Podceňování práce sester – z dřívějších dob jsou sestry považovány za „pouhé“ pomocnice a pravou ruku lékaře. Populace často vnímá sestry jako pouze někoho, kdo plní ordinace lékaře.

Nedostatek sester na pracovišti – může být způsoben nižší prestiží v populaci a sníženým zájmem potencionálních nových sester. Sestry pracující na oddělení, kde je vyšší jejich nedostatek, jsou přetěžovány jak po stránce fyzické a psychické, tak i osobní. Mají mnoho přesčasů, pracují v časovém presu a mají více starostí.

Nedostatek pomůcek – dalším faktorem, který může být pro sestru frustrující je nedostatek pomůcek, aby svou práci vykonávala správně a kvalitně dle standartních postupů.

Špatné vzájemné vztahy ve zdravotnickém týmu – vztahy na pracovišti jsou velmi důležité. Kladné vztahy mohou podpořit správnou péči o pacienta a pacient se bude cítit v bezpečí. Narušené vztahy způsobují úbytek potěšení z práce. Tento faktor, se silně podílí na rozvoji syndromu vyhoření.

Emocionalita profese sestry – sestra by si měla najít přístup k nemocným, kterým vyjádří svou empaticnost, ale zároveň by si měla udržovat odstup, aby se nenechala příliš ovlivnit. Za svou kariéru často vyslechne těžké životní příběhy

(Venglářová, 2011)

## **2.3 Dopady syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření může ovlivňovat jedince a jeho vnitřní nebo vnější prostředí.

Z hlediska zdravotnictví, kdy se syndromem vyhoření může potýkat jakýkoliv personál a to lékařský či nelékařský. V obou podkapitolách jsou zmíněny dopady na osobnost jedince.

### **2.3.1 Dopady na jedince**

Pokud budeme hovořit o dopadech syndromu vyhoření na jedince, v tomto případě na zdravotnický personál, může jedinec pociťovat příznaky, k nimž patří:

- Pocity beznaděje – jedinec trpí pocity, že již nikdy nic nedokáže. Negativně reaguje a odmítá rady ostatních. Jeden z důvodů, proč jedinci tyto pocity mají, je že si je přejí – nechtějí je měnit. Změna by totiž znamenalo riskování selhání, které by nezvládli.
- Pocity hořkosti a zlosti – jedinec má pocity zlosti a selhání. Shazuje všechny problémy na své okolí, a proto projevuje hořkost. Jedinec přestává být upřímný vůči sobě a zlost a hořkost jsou zakořeněny hluboko v duši.

- Pocity opuštěnosti – vyhořelý má tendenci odvracet se od druhých. Izoluje se a má pocit, že ztratil všechny přátele, zároveň přátele ani nevyhledává. Vyhořelý se čím dál tím víc uzavírá do svého nitra.
- Negativní vnímání sebe sama – sebevědomí se snižuje vzhledem k závislosti na stoupajícím pocitu selhání. V konečné fázi vyhoření sebevědomí a sebedůvěra klesají natolik, že si již jedinec nedokáže představit, čím kladným by mohl do společnosti přispět.
- Ztrácení smyslu života – ztráta nadšení ze života a útěk od problému k problému. Jedinec dává všemu volný průběh. Nemá sílu s ničím bojovat, jelikož mají strach ze zhoršení situace.

(Rush, 2003)

### **2.3.2 Dopady v zaměstnání**

V práci s lidmi, může dojít až k tzv. dehumanizaci neboli odlidštění. Tento stav se projevuje nezájmem o práci s pacienty. Sestra v tomto stavu vidí nemocné pouze jako „zbytečné“ a nevděčné bytosti. Ostatní v zaměstnání si mohou všimnout změny chování sestry postižené tímto syndromem. Sestra s tímto syndromem většinou začne jednat bez respektu ke druhým, používá sarkastické nebo posměšné jednání. Dochází ke zhoršení kvality spolupráce s lidmi. Chování začíná postupným negativismem, který se později promítá i do vztahů s kolegy. Pokud jedinec (v tomto případě sestra) slouží, a je již postižena syndromem vyhoření, její směna a atmosféra v ní je napjatá. Tato atmosféra narušuje pracovní morálku (Bartošíková, 2006).

### **2.4 Duševní hygiena zdravotní sestry**

Jedním z úkolů zdravotnického pracovníka je péče o pacienty. V rámci prevence syndromu vyhoření je vhodné pečovat i o sebe a o své zdraví, a to jak zdraví psychické, tak fyzické. Když zdravotní pracovník, v tomto případě sestra, není sám v pořádku, chybí něco i v tom, co vykonává pro druhé (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Zdravotní sestra, pokud chce vydávat ve svém zaměstnání dobrý výkon, měla by mít dostatek síly a energie. Jinak řečeno, aby „hořela a nevyhořela“. Jedním z hlavních faktorů je přecházet syndromu vyhoření žitím smysluplným životem. Vyžaduje to mít nastavené žebříčky hodnot, vědět jak si správně seřadit hodnoty od nejdůležitějších až po ty nejméně

důležité. Druhým bodem pro prevenci vyhoření je trvalý zájem o rovnováhu mezi stresory a tím, co nám dodává sílu a energii (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Výsledky šetření dle profesora Míčka z roku 1976 popisují, jak se odreagovávají vysokoškolští studenti při nadměrném psychickém napětí. Mezi nejvíce zvolené možnosti patří rozhovor s partnerem 57,4 %, sebevyjádření (hudba, zpěv) 27,08 %, samota 23,29 %, sport 22,04 %, pobyt ve společnosti 20,80 %, pláč 16,22 %, tělesná práce 16,56 %, smích 12,48 %, spánek 1,66 % (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

### Péče o duši

Péče o duši rozhoduje o tom, kým jedinec je a kým bude. Péčí o duši je myšleno to, o čem přemýšlíme, jaké máme představy, jak pojmáme určité věci, lidi a situace, jaké emoce prožíváme a to, co vlastně od života vyžadujeme. Nemoc, popsána jako nemoc 21. století je tzv. ztráta duše, která se vyznačuje zlostí, agresivitou, násilím, holdováním ke drogám a ve ztrátě smysluplnosti života. Aby nedocházelo k zanedbávání péči o duši patří zvýšená citlivost k vlastní duši, s čímž je spjato také věnování více času relaxaci, reflexi a radostem. Je potřeba v rámci prevence odlišit dva druhy uvažování, a to je uvědomování si toho, co skutečně prožíváme a toho, jaké emoce bychom měli v dané chvíli mít (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Psychoterapie, nebo i posezení s přáteli může být prostředkem, kdy jedinec pečuje o svou duši. Mnohdy se jedinec potřebuje ze situací vypovídat, nebo znát i pohled z jiné strany. Dále v péči o duši jistě může pomáhat i relaxace četbou. Relaxací pro duši může být meditace, nebo například různé terapie vjemů. Aromaterapie, muzikoterapie mohou být vhodnými způsoby, jak pečovat o duši.

Pečovat o duši lze i aktivním způsobem jako jsou například prostřednictvím kurzů cvičení paměti, mozkového joggingu. Dále se doporučuje i čtení odborné literatury a luštění křížovek (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

### Péče o tělo

Zaměstnání ve zdravotnictví nepatří ve většině případech mezi sedavá zaměstnání, i tak je ale nutné své tělo aktivizovat. Na náš duševní život mají mimo jiné vliv i činnosti jako například co jíme, co pijeme a kdy a jak se pohybujeme. Pohyb je velmi často projev radosti. Pohyb je mimo jiné nazýván jako aktivním odpočinkem. Pro lidské zdraví je potřeba kromě pohybu i dostatek spánku a odpočinku (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Pro zdravý chod organismu je jistě nutné jíst vyváženou stravu. Mnohdy je tělo stresováno nepravidelností, obzvlášť u jedinců pracujících ve zdravotnictví. To samé platí i o pitném a spánkovém režimu. Dospělý člověk by měl mít 6-8 hodin spánku. Pro lepší a kvalitnější spánek je vhodné usínat v temnu a eliminovat okolní vjemy jako je například zvuk rádia či televize. Kvalitní a pravidelný spánek, blahodárně působí také kromě tělesné a psychické stránky i na imunitní systém člověka.

Pohyb, který je v péči o tělo velice důležitý může mít mnoho podtypů a jistě si každý jedinec najde svou variantu, která mu vyhovuje. Lidé relaxují pohybem, kdy se zapotí a tzv. „vypnou hlavu“. Zde patří například cvičení, běh nebo bojové sporty. Mnoho lidí, také v péči o tělo využívá procházky a výlety do přírody. Z mého pohledu se domnívám, že je dobré do péče o tělo zapojit vyšší tělesnou aktivitu. Člověk má kromě čisté hlavy také dobrý pocit sám ze sebe, že pro sebe udělal něco dobrého.

## **2.5 Preventivní faktory zdravotnické profese**

Pozitivní stránky a jejich přítomnost pomáhají zdravotníkům vyvolat pocity spokojenosti, naplnění a smysluplnosti, které se jim často nedostává. Na zdravotnického pracovníka může pozitivně působit například:

- Obdiv k sesterské práci, nebo k práci ve zdravotnictví obecně – práce ve zdravotnictví zvlášť práce zdravotní sestry vlastní poměrně vysoký společenský statut.
- Kontakt s rozdílnými lidmi – setkávání s různými lidmi nevede ke stereotypnosti, ale naopak k nabývání nových poznatků o lidských činnostech a různých zájmech. Sestra/ zdravotník by měl být dobrým posluchačem.
- Pozitivní postoj k nemocným a jejich stavům – díky pohledu na jiné nemocné si jedinec s pomáhající profesí může více uvědomovat fakt, že lidská vůle a víra má velkou moc. Někdy je také dobré si uvědomit, že naše problémy nejsou tak velké v porovnání s těžkostmi nemocných. Optimističtí pacienti přinášejí zdravotníkům pozitivní myšlení a přenášejí na ně zdravotníky dobrou náladu.
- Ocenění dobře odvedené práce – bude-li zaměstnanec cítit vděk za svou práci, je mu zároveň dodána energie pro další práci. Může jít například pouze o pochvalu za ustlané lůžko či úlevu od bolesti.

Dalšími preventivními faktory mohou být nadprůměrné znalosti zdravotníků nebo možnosti mít více příležitostí k získávání informací.

(Bartošíková, 2006)



Prevence vyhoření ve zdravotnických profesích může výrazně pomoci. Většina jedinců nejen v tomto povolání tyto body bagatelizuje. V této podkapitole jsou uvedena možná preventivní opatření, která jsou nejen z osobní roviny, ale i z roviny pracovní (Venglářová, 2006).

- Adaptační praxe – jedinec, který po studiu nastoupí do zaměstnání, musí čelit mnoha rizikům tohoto povolání. Práce ve zdravotnictví je náročná po psychické, fyzické i emocionální stránce a u práce s nemocnými se výsledky nevyskytují ihned. V nejčastějším případě převažuje u jedince výdej energie nad zisky. Jedinec vynakládá většinu své energie a zbývající používá na svou obranu. Na začátku adaptační fáze pracují začínající zdravotníci, v tomto případě sestry, pod dohledem sestry- školitelky nebo jiné sestry, která je zaučená a uvádí sestru do praxe. Tyto sestry by měly poskytovat podporu a pomoc, jelikož tato začínající fáze je rozhodující pro délku vykonávání tohoto zaměstnání.

Sestru může na náročnou profesi připravit příprava ve škole, jak praktická, tak teoretická. Dalším důležitým faktorem je osobnostní předpoklad k profesi a jako poslední právě kvalitní nástupní praxe, s čímž úzce souvisí vztah ke školící sestře.

- Pečovat o sebe – „mít rád sám sebe a umět sám sebe přijímat“, tato věta by měla být podmínkou pro zdravotnické pracovníky, jelikož člověk, který nemá určitý druh sebelásky o sebe nepečuje a vydává energii, kterou neumí přijímat zpět. Pokud také nesnáší některé své skutečné vlastnosti, nedokáže je přijímat ani u jiných jedinců, pacientů.
- Pomáhat tam, kde síly nestačí – každý zdravotník by se měl umět vcítit do druhého a měl by znát své hranice svých možností. Mladí motivovaní jedinci mají tendenci si dávat vysoké cíle, ale není to zcela prospěšné. Zdravotník by měl umět požádat o pomoc, pokud pociťuje selhání.
- Je třeba mít kladné mezilidské vztahy a vlastnit tzv. sociální podpůrnou síť. Jedná se o existenci blízkých lidí. Blízcí lidé poskytnou to, co si zdravotník nemá kde jinde získat. Pro sociální podpůrnou síť jsou nezbytné body jako je aktivní naslouchání, podporování a faktická a emocionální pomoc ve vypjatých situacích.
- Zaměstnavatel – mezi dalšími pozitivními body prevence syndromu vyhoření je kladné hodnocení ze strany zaměstnavatele. Nešetří pochvalou a podporuje pořádání a účast na různých společenských a vzdělávacích akcích.

- Sebepoznávání, sebehodnocení – díky sebepoznávání dochází také u jedince během života k sebehodnocení. Kladné hodnocení sebe sama zvyšuje sebedůvěru a celkový pohled na svět. Sebepoznávání a sebehodnocení napomáhá k lepší adaptaci a zvládnání náročných situací. K uvědomování si dobrých vlastností, schopností a nedostatků docílíme sebereflexí. Pro lepší sebepoznání jsou vhodné specializované semináře a výcviky.
- Supervize – je dalším důležitým faktorem, který je důležitý pro celoživotní rozvoj. Supervize umožňuje učit se novým dovednostem a pomáhá na pracovišti přirozeně vytvářet tzv. „učící prostředí.“ Cílem supervize je podpora rozvoje v profesi u zdravotníka, zlepšení pracovního prostředí a samotné organizace práce.
- Osobní život, přátelé, koníčky – jako prevence vyhoření je potřeba podporovat i osobní život. Péče o vlastní zájmy a záliby přináší jedinci uvolnění, naplnění a radost. Zájmy obohacují život. Koníček, zájem nebo záliba jsou zdroje emočních zážitků a energie.
- Nošení práce mimo práci – zdravotník se denně ve svém zaměstnání setkává s různými lidskými osudy a je mnohdy těžké oddělit od pracovního dne den soukromý. Každý by měl využít nějaký rituál, který dokáže převést myšlenky z pracovního prostředí na domov a klidný režim.
- Pomáhá dobrá tělesná kondice – tělo je zdrojem životní energie a pokud jedinec neumí hospodařit se svou energií, tím je myšlena správná životospráva, sport, pohybové aktivity, dostatek spánku, pravidelný denní režim atd., jeho tělo nemůže dobře sloužit. Únava patří mezi nejčastější případy vyhoření, jelikož má často příčinu v kvalitě nebo nedostatku spánku. Pro správnou prevenci je potřeba se naučit odpočívat.

(Venglářová, 2006).

Smyslem profese zdravotní sestry je převážně poskytování pomoci. Nevyčíslitelná hodnota práce bývá často nedocenená. Pracovní úspěch je poměrně často hodnocen morálními a duchovními hodnotami, což je jeden z důvodů, proč hrozí sestřím vyhoření (Venglářová, 2006).

### **3 SYNDROM VYHOŘENÍ U PERIOPERAČNÍCH SESTER**

Perioperační sestra je brána jako vysoce specializovaná sestra, která by kromě vysoké odpovědnosti by měla klást důraz na určité vlastnosti. Takovými vlastnostmi jsou pečlivost, emoční stabilita, trpělivost, schopnost improvizace, schopnost učit se novému, umění kreativity a spolehlivosti. Jelikož je práce perioperační sestry jednou z náročnějších profesí, je potřeba kromě odbornosti, také fyzická zdatnost, výdrž a zručnost (Wichsová, 2003)

Perioperační sestra je nelékařským zdravotnickým pracovníkem a specializovanou způsobilost získává studiem specializačního vzdělávání v oboru perioperační péče dle nařízení vlády č. 164/2018 Sb. Perioperační péče se řadí do vzdělání specializačního, které je možné získat specializačním kurzem akreditovaným Ministerstvem zdravotnictví České republiky, nebo navazujícím magisterským studiem, které je akreditováno Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Z hlediska magisterského studia je možné navazujícího studia na Univerzitě Pardubice od roku 2016 studovat dvouletý obor perioperační péče. Rozšířená vyhláška 55/2011 Sb. z původní vyhlášky 424/2004 Sb. popisuje a stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, zejména i kompetence perioperačních sester (ČESKO, 2020).

Perioperační sestry se v rámci plnění úkolů se dělí na instrumentářky-ty, které zabezpečují operační výkon a ty, které cirkulují a obíhají a tím zabezpečují kontakt s okolím. Tyto sestry poskytují vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči. Změna vzdělávacího systému dle doporučení Světové zdravotnické organizace zapříčinila předefinování a přejmenování profese sestry na operačním sále. Dříve pojmenována jako instrumentářka neboli sálová sestra, nyní perioperační sestra.

#### **3.1 Kompetence perioperační sestry**

Upravená vyhláška z 424/2004 Sb. na rozšířenou vyhlášku 55/2011 Sb., stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a popisuje kompetence.

**Způsobilost všeobecné sestry a způsobilost praktické sestry a činnosti na operačním sále** Zákon 96/2004 Sb. v platném znění: § 5 Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. (2) Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním

lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči.

§ 21b Odborná způsobilost k výkonu povolání praktické sestry. (3) Za výkon povolání praktické sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se praktická sestra ve spolupráci s lékařem nebo zubním lékařem podílí na preventivní, léčebné, rehabilitační, paliativní, neodkladné, diagnostické a dispenzární péči.

(ČESKO, 2020)

### **Sestra pro perioperační péči**

„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. Přitom zejména může

**a) bez odborného dohledu a bez indikace**

1. připravovat instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu,
2. provádět specializované sterilizační a dezinfekční postupy,
3. zajišťovat manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
4. provádět antisepsi operačního pole u pacientů,
5. provádět ve spolupráci s lékařem-operátérem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťovat stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům,
6. provádět zarouškování operačního pole,
7. instrumentovat při operačních výkonech;

**b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře**

1. zajišťovat polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace,
2. asistovat u méně náročných operačních výkonů.“

(ČESKO, 2020)

## 3.2 Osobnost sestry

K výkonu povolání sestry jsou nezbytné předpoklady výkonu povolání sestry:

- Senzomotorické
- Estetické
- Intelektové
- Sociální
- Autoregulační
- Komunikační

(Bužgová, 2011)

Jelikož i sestry se mohou i ve svém povolání potýkat s nejrůznějšími negativními a svízelnými situacemi, následně se tyto situace mohou projevit v náladě a chování. Tyto procesy jsou popisovány jako neadaptivní povahové projevy a můžeme je rozdělit na následující dle pojmenování sester:

- Sestry náladové – chování u sestry je závislé na situaci, kterou právě prožívá.
- Sestry psychastenické – vadí jim změny ve stereotypu. V neočekávaných situacích selhávají.
- Schizotymní sestry – vytváří si vlastní systém v práci a vyjadřují se jako odbornice v oboru. Nechápu nemocné.
- Sestry citově chladné – na lůžkovém oddělení nejsou spokojené, hledají uplatnění v odbornosti a specializaci.
- Sestry podezřivé – myslí si, že celý svět řeší jenom jejich osobu. Jsou zranitelné a rády vyvolávají konflikty. Nebývají oblíbené.
- Sestry přecitlivělé – citlivé, příliš empatické, zranitelné.
- Sestry hysterické – teatrální chování, umí nadchnout a hrají důležitou roli pro nemocného
- Sestry popudlivé – těžce zvládnutelné, bývají zdrojem problémů, jsou zlé, výbušné.

Sestry s těmito rysy jsou zdrojem problému pro celé pracoviště. Nemocný pacient je do jisté míry v riziku, že se jeho úzkostné a citlivé pocity a jednání prohloubí. Zdravotník by si měl uvědomovat při každém jednání či vystupování, že je viděn a sledován ostatními.

(Venglářová, Mahrová, 2006)

### **3.3 Faktory ovlivňující zdraví perioperační sestry**

Perioperační péče zahrnuje péči před operačním výkonem, v průběhu operačního výkonu a bezprostředně po něm. Práce perioperační sestry má vysokou náročnost, při které je třeba určité odbornosti a psychické vyrovnanosti. Mezi další nezbytné znaky perioperační sestry patří:

- Odpovědnost
- Trpělivost
- Sebeovládání

Stejně jako jiní zdravotničtí pracovníci se i sestra se dostává do styku s ohroženými na životě. Zdravotničtí pracovníci jsou vystavováni velkému množství zátěžových situací.

Perioperační sestra je během pracovní doby vystavována různým rizikovým faktorům, které mohou mít vliv na tělesnou, psychickou i emoční stránku.

Mezi takové faktory řadíme:

- Chemické látky a aerosoly – patří k nim inhalační anestetika, dým při práci s elektrochirurgickou jednotkou, laser, dále také výpary jako jsou například benzen, kyanovodík, bioaerosoly. Dále sem řadíme také živé a neživé materiály a viry.
- Biologické činitele – těmi jsou myšleny hepatitidy, HIV a TBC
- Fyzikální vlivy – RTG záření, užívání laserů třídy 3b. a 4, hluk, vibrace, střídání tepla a chladu (klimatizace)

- Psychickou zátěž – směnnost, třísměnný nebo nepřetržitý provoz
- Ostatní – zraková zátěž (mikroskop při mikrochirurgii), celková fyzická zátěž (manipulace s pacientem, manipulace se sítí), lokální svalová zátěž (velké množství drobných svalových skupin ruky), podávání těžkých nástrojů (ortopedie), pracovní poloha při instrumentování

(Hobzová, 2014)

### Fyzikální vlivy

Již výše uvedené fyzikální vlivy jsou nezbytné v souvislosti s popisem práce v perioperační péči. Tyto vlivy, mohou mít dopad na personál na operačních sálech (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012). V zastaralém operačním prostředí se můžeme setkat s tím, že chybí klimatizace, nebo je již zastaralá a nefunkční. Funkční klimatizace výrazně ovlivňuje pracovní komfort a pracovní výkon na operačních sálech (Hobzová, 2014). Mezi další časté fyzikální vlivy patří hluk a záření na operačním sále (Petrovová, 2017). Při užívání ionizujícího záření je nezbytné dodržovat čtyři základní principy radiační ochrany (Jedličková et al. 2012), kterými jsou:

- Princip zdůvodnění činnosti
- Princip optimalizace radiační ochrany
- Limitování dávek
- Zabezpečení zdrojů

Hluk na operačním sále může vyvolávat stresové prostředí a jeho nejčastějším zdrojem bývají různé diagnostické a kumulační zařízení, generátory energie a sterilizační a úklidové přístroje (Petrovová, 2017). Je nutné eliminovat rušivé podněty, které mohou ovlivňovat pracovní prostředí v perioperační péči (Skála, 2016). Mnoho jedinců může také ovlivňovat práce bez denního světla, která je nedílnou součástí téměř většiny operačních sálů (Cabanová, Rapčíková, 2016).

### Psychická zátěž a související faktory

Psychická zátěž, která působí na organismus, vyžaduje určitou psychickou aktivitu, psychické zpracování a vyrovnávání se s požadavky a také s vlivy životního prostředí

(Balková, Zibrínová, Takáčová, 2015). Profese v perioperační péči s sebou kromě fyzické zátěže nese i zátěž psychickou, a to ve velké míře. Na operačním sále je nutnost neustálé pozornosti, sledování operačního výkonu, samostatného rozhodování, odpovědnosti za výsledky, pružnosti reakce na požadavky ostatních zaměstnanců operačních sálů a respektování zásad a pravidel, které si práce na operačním sále vyžaduje. V tomto zaměstnání jsou kladeny i vysoké nároky na paměť (Kurucová, 2016). Psychická zátěž lze rozdělit na různé druhy zátěží, které postihují jednotlivé složky jedince:

- Senzorická zátěž – vychází z požadavků na činnost smyslových orgánů na periférii.
- Mentální zátěž – vychází z požadavků na zpracování informací, kde jsou kladeny nároky, které ovlivňují psychické funkce.
- Emocionální zátěž – vyplývá z požadavků, které vyvolávají afektivní odezvu.

(Balková, Zibrínová, Takáčová, 2015)

Hodnocení psychické pracovní zátěže jde posuzovat podle metod, které jsou založené na subjektivní odpovědi organismu, psychologickými výkonovými testy a například také biochemickými technikami, které pomocí techniky vyhledávají změny ve vylučování hormonů z nadledvinek a hypofýzy (Vévoda et al., 2013). Psychická zátěž má různé míry intenzity a mnohdy může dlouhodobá zátěž vést až k narušení vztahů s okolím (Balková, Zibrínová, Takáčová, 2015). Každodenní psychická zátěž i může vycházet i z absence dostatku času na řešení pracovních úkolů a povinností. Je nutno se mimo jiné vypořádávat s časovou tísní, jelikož ta může vést k chybovosti. Díky časové tísní může dojít ke zvratu a disharmonii operačního týmu, ale i vykonávaného výkonu. Prostředí a samotná práce na operačním sále by měly být v určité harmonii, aby nedocházelo k překračování lidských možností a nevedly k vyčerpanosti (Ulrichová, 2012).

### Fyzická zátěž

Jak je již výše uvedeno, tento typ zátěže především souvisí s pracovními polohami, které jsou následující:

- Trvalý stoj
- Hluboký předklon
- Otáčení trupu

(Petrovová, 2017)



Perioperační sestry, by měly klást vysoké nároky na správné držení svého těla. Při zvedání břemen by měla sestra zvedat z podpěry, měla by u této činnosti mít rovná záda a břemeno co nejbližší u těla. Při pohybech, které se častěji opakují, nastává nadměrná a často i jednostranná zátěž stále stejných svalů a kloubů. V dlouhodobém horizontu nadměrného fyzického zatěžování může dojít i k rozvoji onemocnění svalů, šlach, kloubů, kostí, nervů a tíhových váček (Petrovová, 2017). S psychickým a fyzickým vyčerpáním narůstá riziko chybovosti. Dle právních předpisů po 6 hodinách nepřetržité práce je nutný odpočinek, aby se i dále zdravotnický pracovník mohl soustředit na práci a pokračovat stále bezpečně. V řadě případů je toto nereálné (Di Cara, Charvátová, Petr, 2014)

### Nepravidelné stravování a narušený spánkový režim

Vyvážená strava je celkově velmi důležitá pro správnou činnost organismu. Kvalitní a vyvážená strava velice úzce souvisí s psychickou, ale i fyzickou pohodou operačních sester (Šanderová, 2005), ale vzhledem k časové náročnosti a cílevědomosti chirurga a celého operačního týmu splnit operační program co nejdříve, bývá zejména nepravidelnost a nedodržování obědové pauzy častou chybou (Šanderová, 2005). Dostatečný příjem tekutin je nezbytný společně s příjmem potravy, pro správnou funkci organismu. U perioperačních sester je obvykle pohyb pitného režimu na spodní hranici (Žídková, 2010).

Mezi další potřeby, které výrazně ovlivňují psychickou a fyzickou pohodu patří spánek. Řadí se mezi nedílnou součást života každého člověka. Kvalitní spánek můžeme zařadit mezi proces, po kterém se jedinec cítí odpočatě bez toho, aniž by pocíťoval ospalost nebo vyčerpání (Machálková, Mikšová, 2013). Charakteristická pro perioperační péči a práci ve zdravotnickém prostředí je tzv. směnnost. Střídání denních a nočních směn. Noční směny mohou ovlivnit život jak osobní, tak i celkovou psychickou rovnováhu a celkovou subjektivní kvalitu života pracovníků. Organizace práce sester pro zajištění směnnosti neboli nepřetržité péče, je záležitost managementu zdravotnické instituce. Je potřebné posuzovat faktory a zvolit vyhovující formu směnného provozu, který může být jak dvousměnný, tak třísměnný (Machálková, Mikšová, 2013). K syndromu vyhoření může zcela přispět nedostatek kvalitního spánku, jelikož velice zatěžuje psychickou, tak i fyzickou stránku člověka.

### 3.4 Spolupráce v perioperačním týmu

Pracoviště operačních sálů je jedno ze zařízení, kde je spolupráce na všech úrovních mimořádně důležitá. Se spoluprací souvisí také vysoká míra kvalitní komunikace. Zdraví a život pacienta mnohdy závisí na přesných a včasných informacích operačnímu týmu. Jedná se také o důležité informace, jako jsou například typ operačního výkonu, požadované přístroje, implantáty, profylaxe antibiotik, pacientovy alergie, zdravotní komplikace a další. Všichni pacienti operačních sálů se nějakým způsobem podílejí na průběhu operace. Jakékoliv zanedbání informace může zkomplikovat nebo znemožnit průběh operace. Díky používání chirurgického check-listu můžeme předejít některým výše uvedeným problémům (Wichsová, 2013).

Kladné vztahy mezi pracovníky velmi úzce souvisí s vyšší spokojeností zaměstnanců a také se to odráží v práci, kterou pak pracovníci vykonávají kvalitněji a lépe (Ondriová, Slaninková, 2010). Negativní vztahy mají za příčinu konflikty, které se týkají nejčastěji lidských vlastností, chování a odlišných priorit. Dlouhodobě neřešené nebo potlačované konflikty vedou až k rozkládání kolektivu (Cabanová, Rapčíková, 2016). Je nutné dostat konflikty pod kontrolu a řešit je včas. Správné řešení konfliktů výrazně posiluje a zlepšuje komunikace a vztahy v pracovním kolektivu. Je nutné si vzniklý konflikt uvědomit a řešit danou situaci tak, aby přinesla kladný výsledek (Vévoda et al., 2013).

#### 3.4.1 Vztah perioperační sestry k ostatním členům na operačním sále

Všichni lidé na operačním sále by se měli řídit provozními a hygienickými řády, které jsou pro operační sály nastaveny. Operační skupina má za úkol poslouchat vedoucího skupiny, který určuje pokyny. Operační skupina se nejčastěji skládá z následujících členů:

- Operatér
- I. Asistent
- II. Asistent
- Sestra- instrumentující
- Sestra- obíhající
- Sanitář

Dále řadíme do skupiny, která pečuje o pacienta, následující členy:

- Anesteziolog

- Anesteziologická sestra
- Technik
- RTG laborant

(Wichsova, 2013)

### 3.5 Zahraniční průzkumy na téma Syndrom vyhoření ve zdravotnictví

Tato kapitola obsahuje popisy zahraničních průzkumů, které se zabývaly syndromem vyhoření ve zdravotnictví.

- Průřezová studie, která se týká stanovení vlivu organizačních faktorů pracovního prostředí perioperační sestry. Znalost těchto faktorů předpovídají syndrom vyhoření u sester. Jedná se o zcela zásadní aspekt pro zlepšení péče o pacienty a podporu psychosociální pohody a zdraví sester. Tato studie pojednává o třech dimenzích. Dimenzemi jsou dimenze emočního vyčerpání, depersonalizace a osobního úspěchu. Tato studie probíhala mezi 136 sestrami perioperační péče v univerzitní nemocnici ve španělské Barceloně. Ke sběru dat byl vytvořen demografický datový formulář a byla využita španělská verze škály Practice Environment Scale of Nursing Work Index a Maslach Burnout Inventory. Výsledkem studie bylo zjištění, že nejvíce zasaženou dimenzí je snížení osobního úspěchu 53 %, emoční vyčerpání 43 % a depersonalizace 21 %, tudíž míra obecného vyhoření byla mírná. Pracovní prostředí je v této studii považováno za nepříznivé. Doporučení z této studie je apelovat na správu nemocnice ke zlepšení těchto faktorů. Podpora pozitivních stylů vedení, poskytování nezbytných zdrojů a vytváření pozitivního klimatu v pracovním prostředí. Díky těmto aspektům by mohlo dojít k zvýšení psychosociální pohody a snížení syndromu vyhoření u perioperačních sester (Sillero, Zabalegui, 2018)

O studii z Barcelony si myslím, že se jedná o velice prospěšné zjištění. Pokud vedení zapracuje a poskytne nezbytné podmínky, mohlo by to mít velice pozitivní vliv k zabránění syndromu vyhoření.

- Syndrom vyhoření a bezpečnost sester na operačním sále. Tato studie pochází z Turecka, jejím autorem je Ummu Yildiz Findik, BSN, Msc, PhD. Tvořil

tuto práci na Fakultě zdravotnických věd na Universitě Trakya v tureckém městě Edirne. Vzhledem k tomu, že nemocnice vlastní některá pracovní rizika, bylo ošetřovatelství popsáno s vysokou mírou vyhoření. Účelem bylo zjistit souvislost mezi zaměstnancem, bezpečností práce a úrovní syndromu vyhoření, která by byla zaznamenána sestrami na operačním sále. Tato popisná studie byla provedena u 64 sester z operačních sálů zaměstnaných ve třech univerzitních nemocnicích a dvou veřejných od 1. dubna do 30. dubna 2014. Ke sběru dat byly zaslány sestram formuláře o opatření bezpečnosti zaměstnanců, formuláře osobních údajů a dotazník Maslach Burnout Inventory. Výsledky studie byly takové, že se zde pro sestry neposkytují lékařské prohlídky a očkování, používá se záření na operačních sálech bez ochranných pomůcek a zdravotní sestry necítí podporu od svých manažerů. V závěru studie je jasné, že pokud má dojít ke snížení vyhoření seser na operačním sále, měla by se aplikovat preventivní opatření. Tím, je myšleno zabránit přenosu infekce a chránit se před radiačním zářením. Dále by sestram na operačním sále měla být poskytována vyšší podpora ze strany vedení (Findik, 2015).

V této studii z Turecka mě velice zaskočila ochrana proti radiačnímu záření na operačních sálech, která dle studie není dostačující. Zde, jako u studie níže popsané, je také nutnost vyšší podpory ze strany vedení, tento jev je ve spojitosti se snižováním rizika syndromu vyhoření důležitý.

- Průzkumem, který byl prováděn ve španělském městě v Andalusii s názvem Syndrom vyhoření na oddělení intenzivní péče a pohotovostních odděleních, byla zkoumána intenzita syndromu vyhoření a související faktory. Průzkumným vzorkem bylo 337 zdravotních sester. Byly zjišťovány sociodemografické a pracovní proměnné i typ osobnosti, úzkost, deprese a úroveň vyhoření. Byla zjištěna vysoká úroveň vyhoření- 38,5 %. Emoční vyčerpání bylo přítomno u 10,5 % vzorku, depersonalizace u 16,8 % a nízká úroveň osobního úspěchu u 63,3 %. Z celkového počtu zkoumaných více než třetina trpí vysokou mírou vyhoření. Výška vyhoření byla spojena s osobnostními faktory a depresemi (Cañadas-de la Fuente et al., 2018).

- Průřezová studie s názvem Syndrom vyhoření a práce na směny u ošetřujícího personálu pochází z filantropického nemocničního zařízení. Cílem této studie bylo analyzovat faktory spojené se syndromem vyhoření u pracovníků podle pracovní směny. Vzorkem bylo 502 ošetřujících pracovníků. Data byla sbírána pomocí charakterizačního nástroje, Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey a Demand – Control – Support Questionnaire. Analýza dat probíhala pomocí popisných statistik, vícenásobné binární logistické regrese. Bylo zjištěno, že u osob pracujících v denní směně je významně vyšší úroveň syndromu vyhoření. Související psychosociální faktory z pracovního kontextu, kde se ukázala nízká sociální podpora, která je spojena se syndromem vyhoření u pracovníků na obou směnách (Vidotti et al., 2018).
- Průřezová studie s názvem Mobbing, subjektivní vnímání, demografické faktory a prevalence syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících v nemocnicích probíhala roku 2018 na vzorku 250 sester. Studie byla provedena pomocí popisné statistiky Spearmanova korelačního koeficientu a logistické regrese. Byly použity tři standardizované dotazníky – Maslach Burnout Inventory, Negative Questionnaire Act a SUPSO. Výzkum odhalil syndrom vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání u 28,8 % sester, v depersonalizaci u 15,2 % a v oblasti osobního úspěchu u 38,4 %. Mobbing na pracovišti nikdy nezažilo 51,2 % sester, 17,6 % respondentů uvedlo jeden mobbing za posledních šest měsíců a 31,2 % uvedlo dva nebo více činů. Výzkum ukázal, že pravděpodobnost syndromu vyhoření souvisí se socio-demografickými faktory a také s psychickými podmínkami a vnímáním jedince. Přímý dopad mobbingu na pravděpodobnost vyhoření nebyl přesvědčivý (Vévodová, Védová, Grygová, 2020).

## 4 PRŮZKUMNÁ ČÁST

V průzkumné části diplomové práce byla nejprve zvolena vhodná metoda ke sběru dat, poté časové rozmezí, ve kterém probíhal samotný průzkum a místo pro sběr dat. Pro sběr dat do průzkumného šetření byla stanovena kritéria pro zařazení respondentů.

Z hlediska přehlednosti dat, byly grafy doplněny tabulkou dat pro větší přehlednost po konzultaci s pracovníkem statistického oddělení.

### 4.1 Cíle průzkumu

Cíl č. 1: Zjistit faktory vzniku syndromu vyhoření u perioperačních sester

Cíl č. 2: Zjistit intenzitu syndromu vyhoření u perioperačních sester

Cíl č. 3: Komparace vybraných dat týkajících se syndromu vyhoření u perioperačních sester.

### 4.2 Průzkumné otázky a hypotézy

*Průzkumná otázka č. 1: Jaký podíl perioperačních sester hodnotí výskyt konfliktů v pracovních vztazích na pracovišti jako častý?*

*Průzkumná otázka č. 2: Jaký podíl perioperačních sester je ovlivněn pracovním prostředím?*

*Průzkumná otázka č. 3: Jaký podíl perioperačních sester pečuje o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření?*

*Průzkumná otázka č. 4: Jaký podíl perioperačních sester má skóre BQ v pásmu mírný (skóre BQ<3)?*

*Hypotéza č. 1: Mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe perioperačních sester ve zdravotnictví není závislost.*

*Hypotéza č. 2: Mezi pocitem ohrožení syndromem vyhoření a věkem perioperačních sester ve zdravotnictví není závislost.*

### 4.3 Průběh průzkumu

Průzkumné šetření probíhalo od listopadu 2020 do ledna 2021. Před samotným šetřením, byla provedena pilotní verze. K získání potřebných dat byla zvolena kvantitativní metoda formou anonymního dotazníku (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008). Dotazník byl rozdělen do dvou částí. První část dotazníku byl dotazník vlastní tvorby. Druhá část se skládá

ze standardizovaného dotazníku Burnout Measure. Celý dotazník se skládá z 50 otázek (viz příloha).

**První část** dotazník vlastní konstrukce. Dotazník byl zpracován v textovém editoru Microsoft Word a podáván respondentům v tištěné formě společně se standardizovaným dotazníkem. Tato část dotazníku obsahovala celkem 29 otázek. Otázky byly zaměřené na sběr anamnestických dat ohledně věku, pohlaví, délky praxe, náročnosti povolání. Dále byly kladeny otázky ohledně syndromu vyhoření, prostředí na pracovišti, finančního ohodnocení, benefitů a prevence syndromu vyhoření. Celý dotazník je uveden příloze č. 1.

**Druhá část** je standardizovaný dotazník Burnout Measure ke zjištění míry vyhoření jedince. Autory tohoto dotazníku jsou psycholožka A. Pines a její spolupracovníci, jako například E. Aronson. Dle autorky je syndrom vyhoření proces vyčerpání, ke kterému dojde ze ztráty nadšení. Zde jsou popisovány tři základní složky vyhoření, a to složka psychická, fyzická a emoční. Jedná se o jednodimenzální nástroj, jelikož výsledek je brán jako jeden celek skládající se ze všech třech složek. Dotazník je složen z 21 položek, které jsou hodnoceny na sedmibodové škále v rozpětí od „nikdy (1)“ po „vždy (7)“. (Švamberk Šauerová, 2018).

Dotazník byl vytvořen během října roku 2020. Na začátku listopadu 2020 byl předložen a schválen vedoucím diplomové práce. Poté byl nasdílen 20 respondentům jako pilotní průzkum. Po zpětné vazbě od respondentů se opravili drobné nedostatky ohledně srozumitelnosti otázek a v lednu 2020 byla ucelena finální verze dotazníku.

### **Organizace dotazníkového šetření**

Průzkum byl proveden v čtyřech nemocnicích. Před zahájením vlastního průzkumu bylo v první řadě nutno v daných nemocnicích podat žádosti o souhlas s průzkumným šetřením. Všechny žádosti byly schváleny a obratem dovezeny tištěné verze dotazníků. Dne 15.1. 2020 již byly dovezeny všechny dotazníky do daných nemocnic. Respondenti měli jeden měsíc na vyplnění dotazníku. Sběr dotazníků byl ukončen 15.2. 2020. Následně byly dotazníky sesbírány a ručně přepsány přes doménu vyplnto.cz do online podoby, a to pro lepší a přehlednější zpracování dat. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků a vrátilo se 105 vyplněných. V průzkumu bylo tedy použito 87,5 % sesbíraných dotazníků.

## **Charakteristika průzkumného vzorku**

Soubor respondentů se skládá ze 105 všeobecných sester, které pracují v perioperační péči minimálně jeden rok. Respondenty byly ženy, ale i muži ve věku 20 až 60 a více let. Jejich vzdělání bylo alespoň středoškolské s maturitou, nejvyšší pak magisterské studium se specializací. Respondenti pracují v daných nemocnicích na pracovištích Centrálních operačních sálů (COS), z nichž někteří nyní kvůli situaci COVID-19 slouží pomocné příslužby na lůžkových i ambulantních odděleních daných nemocnic.



## 5 METODIKA

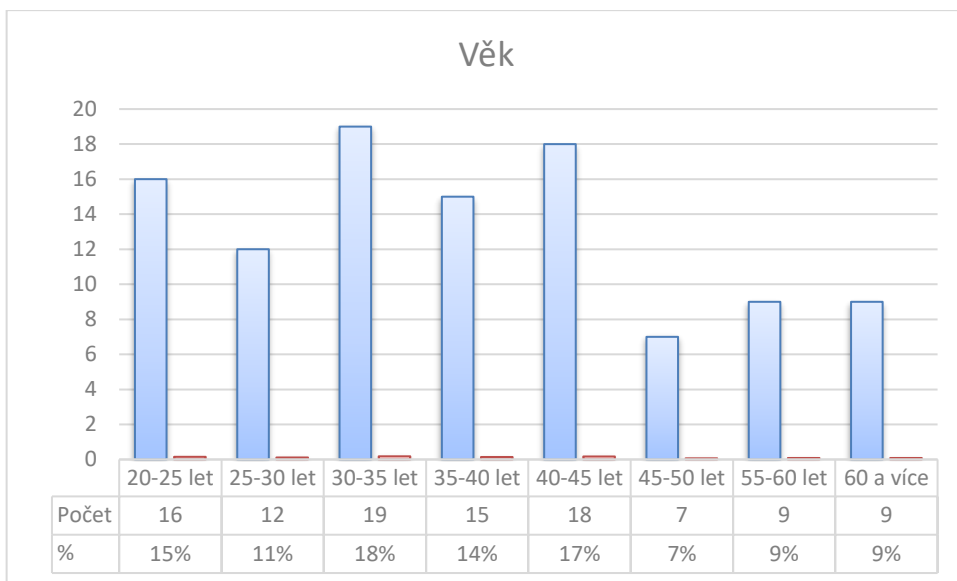
Pro všechny otázky s kategoriemi odpovědí byly vytvořeny grafy s absolutními a relativními četnostmi. Intervaly spolehlivosti pro relativní četnost byly vypočteny dle Clopper-Pearsonovy metody. Hypotéza týkající se závislosti intervalové proměnné – *skóre BQ* a ordinální proměnné *-délka praxe* byla testována pomocí testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu. Hypotéza týkající se porovnání hodnot ordinální proměnné věková kategorie na základě nominální proměnné pocit ohrožení syndromem vyhoření byla testována pomocí Kruskal-Wallisova testu. Hladina významnosti byla zvolena 5 %. Všechny výpočty byly provedeny v programu STATISTICA 13.

### 5.1 Popisná statistika – dotazníkové šetření první část

Tato část popisné statistiky se týká dotazníku vlastní tvorby.

#### Věk respondentů

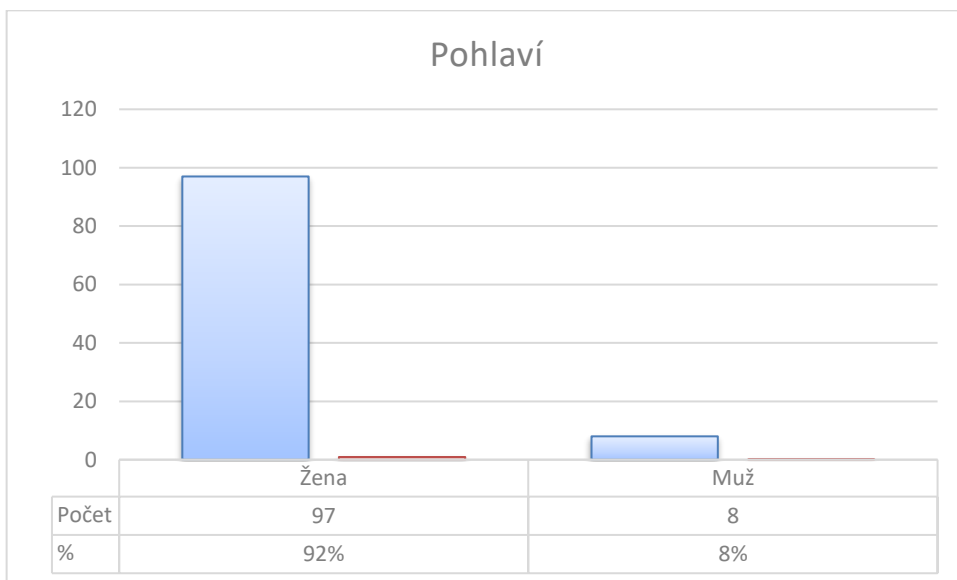
Celkový počet respondentů je 105 a jsou tříděni do kategorií podle věků. V grafu č. 1 je znatelné, že nejčetněji vyskytovaný věk je u 19 respondentů a pohybuje se mezi 30-35 lety. V grafu zaujímá hodnotu 18 %. Druhou nejčetnější skupinou je 18 respondentů ve věku mezi 40-45 lety a v grafu zaujímají hodnotu 17 %. Třetí místo patří skupině o 16 dotazovaných ve věkovém rozmezí 20-25 let, v grafu s hodnotou 15 %. Další skupinou je 15 respondentů ve věku 35-40 let (14 %), následuje 12 respondentů ve věku 25-30 let, potom 9 respondentů ve věku 55-60 let (9 %). Stejný počet – 9 respondentů – je ve věkové kategorii 60 a více let (9 %). Poslední skupinou je 7 respondentů ve věku 45-50 let (7 %). (viz graf č. 1)



**Graf. č. 1 :Věk respondentů.**

### **Pohlaví respondentů**

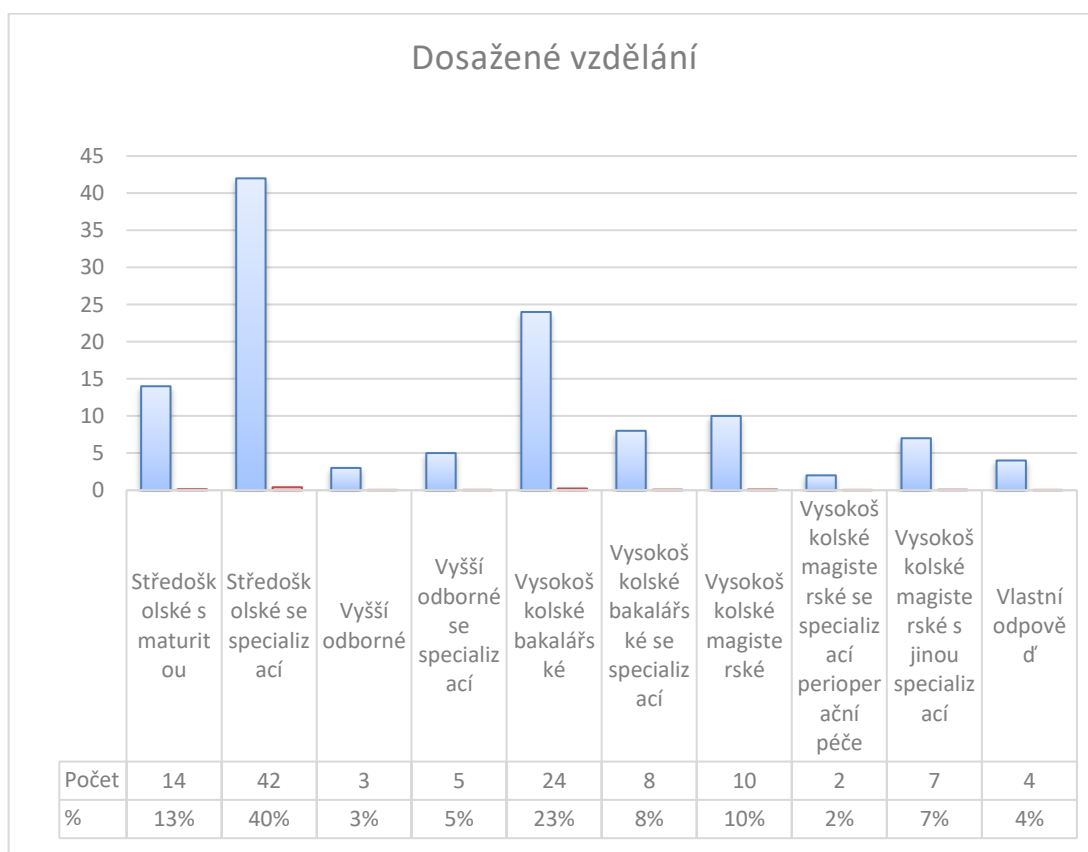
V průzkumu se ve větší míře zúčastnilo 97 žen (92 %). Mužů se zúčastnilo pouhých 8 (8 %) (viz graf. č. 2).



**Graf č. 2: Pohlaví respondentů.**

## Dosažené vzdělání

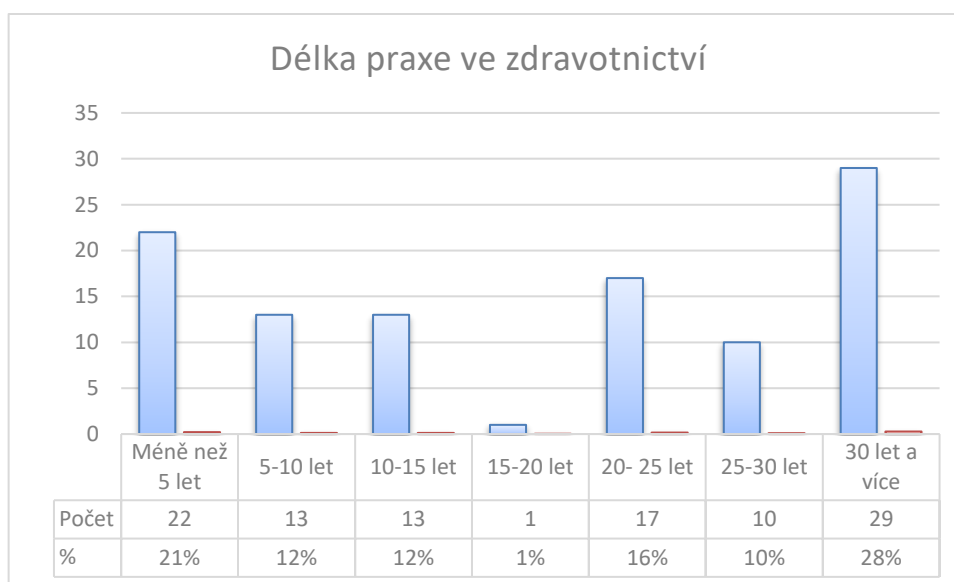
V grafu č. 3 je viditelné dosažené vzdělání respondentů. Nejčastěji odpovídali respondenti, kteří měli vystudované středoškolské vzdělání se specializací, ti byli v počtu 42 s četností v grafu 40 %. Početnou skupinou bylo dále 24 respondentů s vysokoškolským bakalářským vzděláním (v grafu 23 %) a 14 respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou (13 %). Dále jsou respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním v počtu 10 (10 %), s vysokoškolským magisterským programem s jinou specializací nežli perioperační péče v počtu 7 (7 %), dále 5 (5 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním se specializací v perioperační péči, 3 (3 %) s vyšším odborným vzděláním a 2 (2 %) s vysokoškolským magisterským se specializací perioperační péče. Respondenti měli kromě potvrzení vybraných možností volbu i vlastní odpovědi. Nejčastější odpověď jednotlivců s vlastní odpovědí 4 (4 %) byla, že specializaci v perioperační péči nyní studují (viz graf č. 3).



**Graf č. 3: Dosažené vzdělání.**

### Délka praxe ve zdravotnictví.

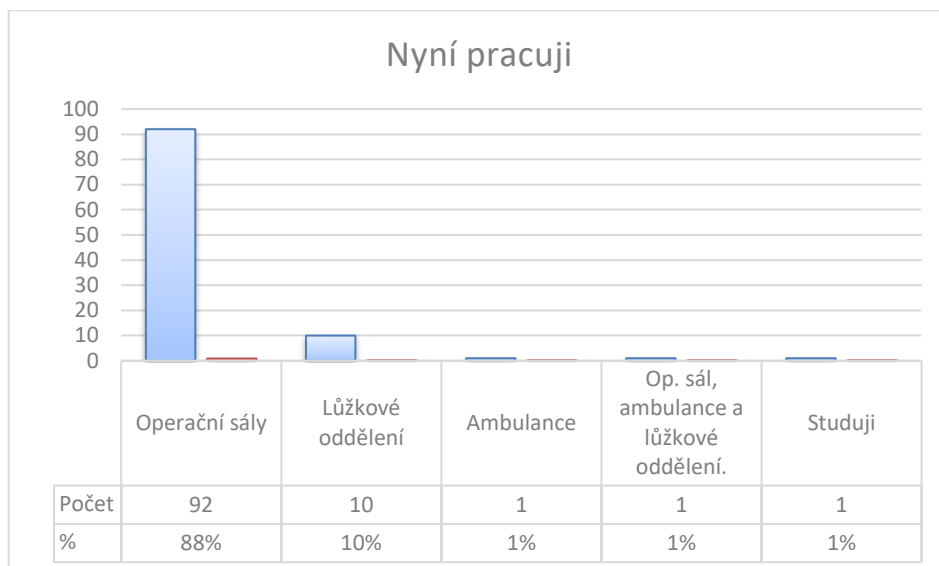
Nejpočetnější skupinou dotazovaných respondentů v počtu 29 (28 %), bylo s praxí ve zdravotnictví o délce 30 let a více. Druhou početnou skupinou s počtem 22 (21 %) jsou respondenti s délkou praxe ve zdravotnictví kratší než 5 let. Třetí nejpočetnější skupinou tvoří respondenti v počtu 17 (16 %) s délkou praxe ve zdravotnictví 20-25 let. Další respondenti odpověděli, že délka jejich zdravotnické praxe je 5-10 let a 10-15 let, kdy obě skupiny mají po 13 respondentech s četností 12 %. Délku praxe ve zdravotnictví v časovém horizontu 25-30 let potvrdilo 10 (10 %) respondentů. Nejmenší skupina respondentů v počtu 1 (1 %) odpověděla, že délka praxe respondenta je 15-20 let (viz graf. č. 4)



**Graf č. 4: Délka praxe ve zdravotnictví.**

### Aktuální zaměstnání

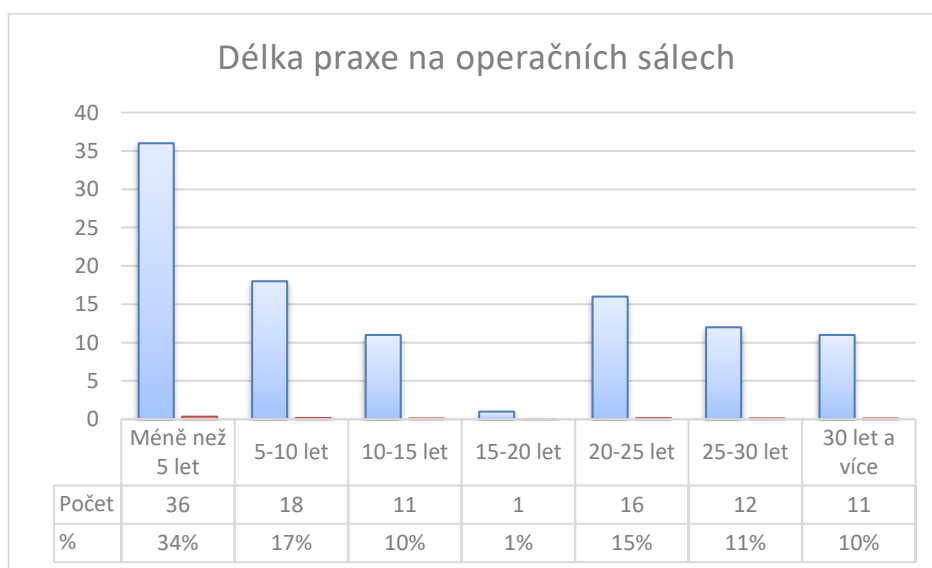
Vzhledem k tomu, že sběr dat probíhal v momentální situaci COVID-19, někteří respondenti pracující na operačních sálech současně vypomáhali na lůžkových a ambulantních odděleních. Nejvíce respondentů v počtu 92 (88 %) odpovědělo, že nyní pracují na operačních sálech. Na lůžkových odděleních ve zkoumaném období pracovalo 10 (10 %) respondentů, na ambulantním oddělení 1 (1 %) respondent a 1 (1 %) respondent potvrdil, že pracuje na operačním sále a současně lůžkovém a ambulantním oddělení. Jeden respondent (1 %) potvrdil, že momentálně studuje (viz graf č. 5).



**Graf č. 5: Nyní pracuji.**

### **Délka praxe na operačních sálech**

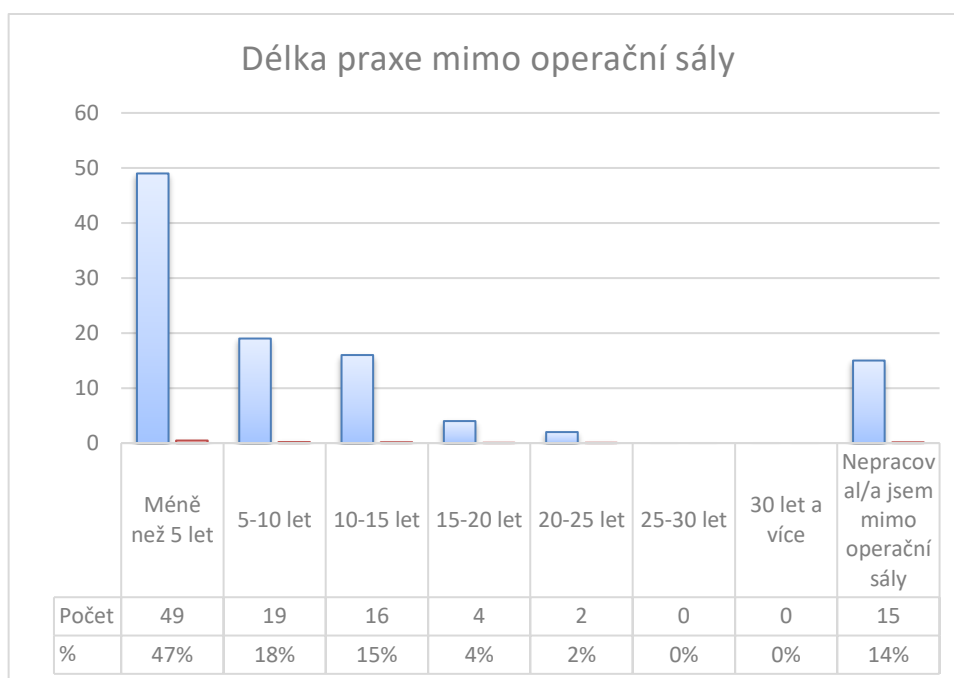
Graf č. 6 znázorňuje délku praxe respondentů na operačních sálech. Nejčastější odpověď byla praxe v časovém horizontu méně než 5 let v počtu 36 (34 %) respondentů. Další nejčastější odpovědí byl časový úsek s praxí o délce 5-10 let, tuto odpověď zvolilo 18 (17 %) respondentů. Respondenti v počtu 16 (15 %) potvrdili délku praxe 20-25 let. Délka praxe 25-30 let na operačních sálech byla potvrzena 12 (11 %) respondenty. Délky praxe 10-15 let a 30 let a více byly obě potvrzeny 11 respondenty (10 %). Nejméně početnou skupinou jsou respondenti v počtu 1 (1 %), jejichž praxe je v časovém rozmezí 15-20 let (viz graf č. 6).



**Graf č. 6: Délka praxe na operačních sálech.**

## Délka praxe mimo operační sály

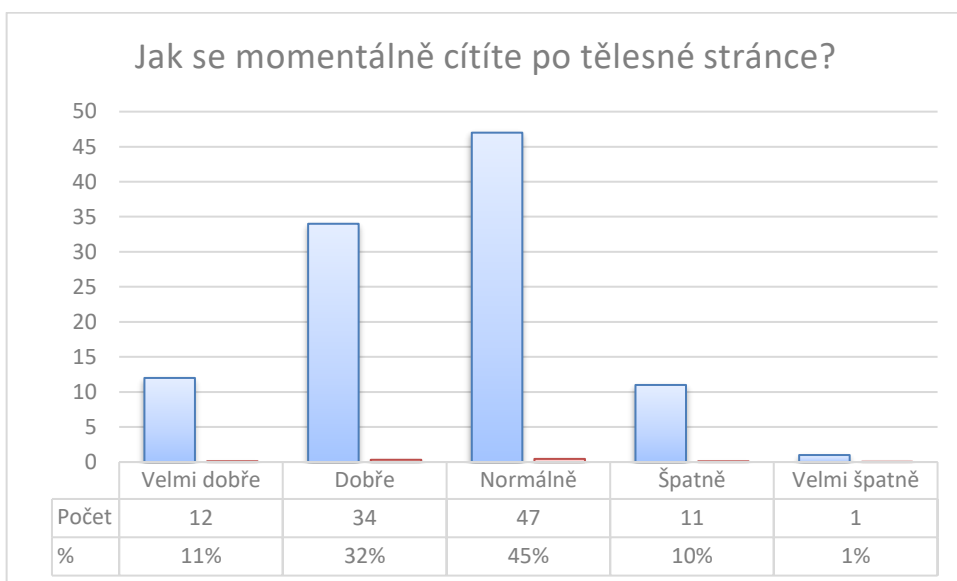
Graf č. 7 ukazuje, že nejpočetnější je skupina respondentů 49 (47 %) s praxí mimo operační sály kratší než 5 let. Druhou početnou skupinou s praxí mimo operační sály jsou respondenti s praxí 5-10 let v počtu 19 (18 %) respondentů. Praxi mimo operační sály v časovém rozmezí 10-15 let potvrdilo 16 (15 %) respondentů. Odpověď, která potvrzuje, že respondent nikdy nepracoval mimo operační sály označilo 15 (14 %) zúčastněných. Nejmenšími skupinami jsou dotazovaní s délkou praxe 15-20 let a 20-25 let. Čtyři respondenti (4 %) potvrdili praxi dlouhou 15-20 let a 2 (2 %) respondenti praxi dlouhou 20-25 let. Délka praxe mimo operační sály respondentů v časovém rozmezí 25-30 let a 30 let a více obsahuje 0 (0 %) respondentů (viz graf č. 7).



**Graf č. 7: Délka praxe mimo operační sály.**

## Jak se momentálně cítíte po tělesné stránce?

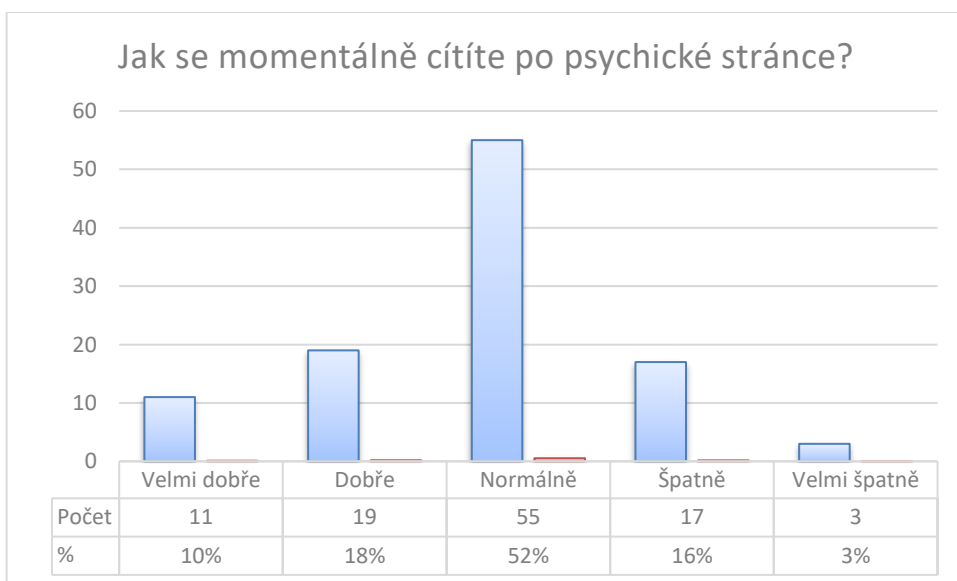
Na otázku jak se respondenti momentálně cítí po tělesné stránce, tito nejčastěji odpověděli, že se cítí normálně 47 (45 %). Odpověď „dobře“ potvrdilo 34 (32 %) respondentů. Velmi dobře se cítí 12 (11 %) respondentů, špatně 11 (10 %) respondentů a velmi špatně 1 (1 %) respondent (viz graf. č. 8).



**Graf č. 8: Jak se momentálně cítíte po tělesné stránce?**

### **Jak se momentálně cítíte po psychické stránce?**

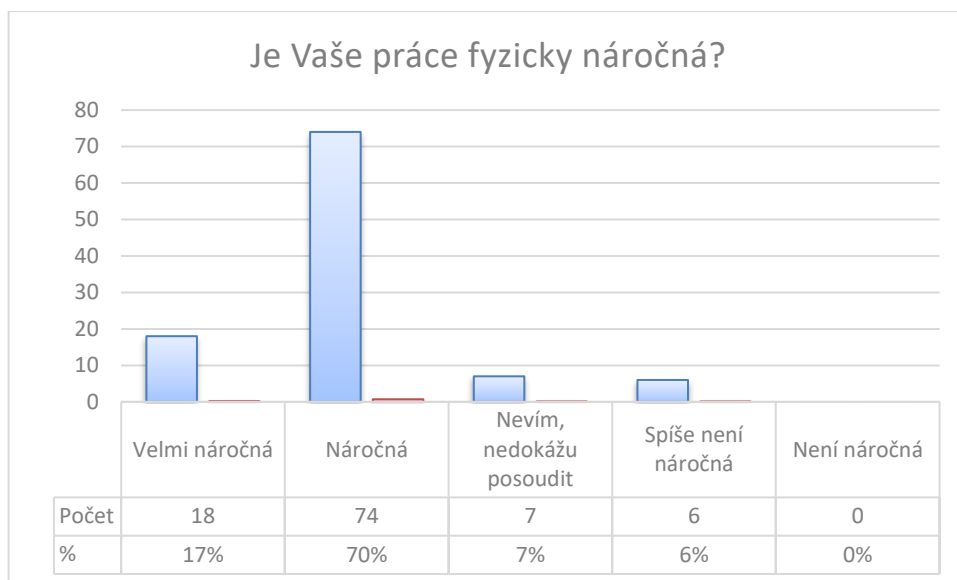
Graf č. 9 znázorňuje, že nejvíce respondentů v počtu 55 (52 %) se momentálně cítí po psychické stránce normálně. Odpověď, že po psychické stránce cítí dobře, potvrdilo 19 (18 %) respondentů. Špatně se momentálně cítí 17 (16 %) respondentů. Velmi dobře potvrdilo, že se cítí 11 (10 %) respondentů a velmi špatně 3 (3 %) respondenti (viz graf č. 9).



**Graf č. 9: Jak se momentálně cítíte po psychické stránce?**

### Je vaše práce fyzicky náročná?

Graf. č. 10 ukazuje, že pro 74 (70 %) respondentů jejich práce fyzicky náročná. Velmi náročnou práci po fyzické stránce potvrdilo 18 (17 %) respondentů. Sedm (7 %) respondentů neví nebo nedokáže posoudit, zda je vykonávaná práce fyzicky náročná. Pro 6 (6 %) respondentů práce spíše není fyzicky náročná a 0 (0 %) respondentů potvrdilo je u sloupce, že práce náročná není (viz graf č. 10).

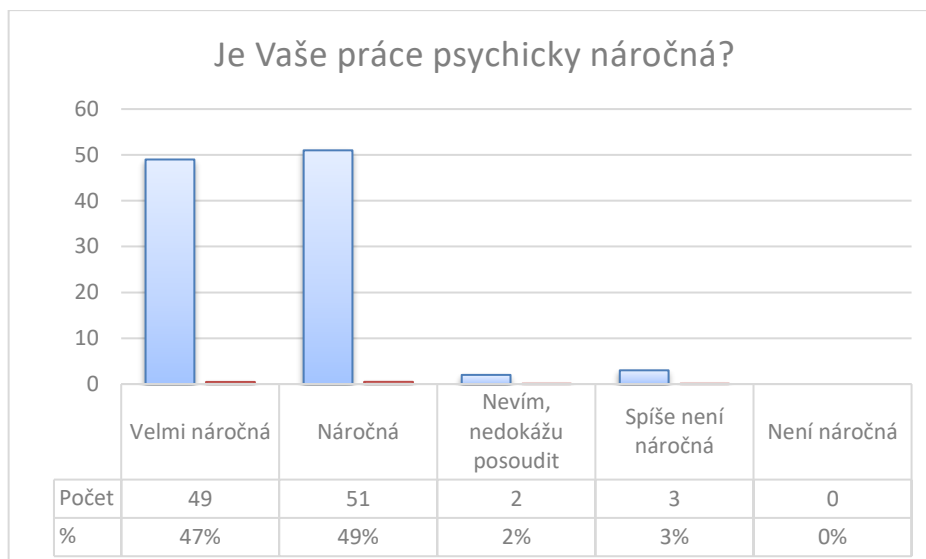


**Graf č. 10: Je Vaše práce fyzicky náročná?**

### Je Vaše práce psychicky náročná?

V grafu č. 11 nejvíce respondentů v počtu 51 (49 %), že jejich práce je po psychické stránce velmi náročná. Počet respondentů, kteří shledávají svoji práci jako náročnou po psychické stránce je, 49 (47 %). Odpověď „nevím, nedokážu posoudit“ potvrdili 2 (2 %) respondenti. Že práce spíše není psychicky náročná potvrdili 3 (3 %) respondentia 0 (0 %) respondentů vykazuje poslední sloupec – práce psychicky náročná není (viz graf č. 11).



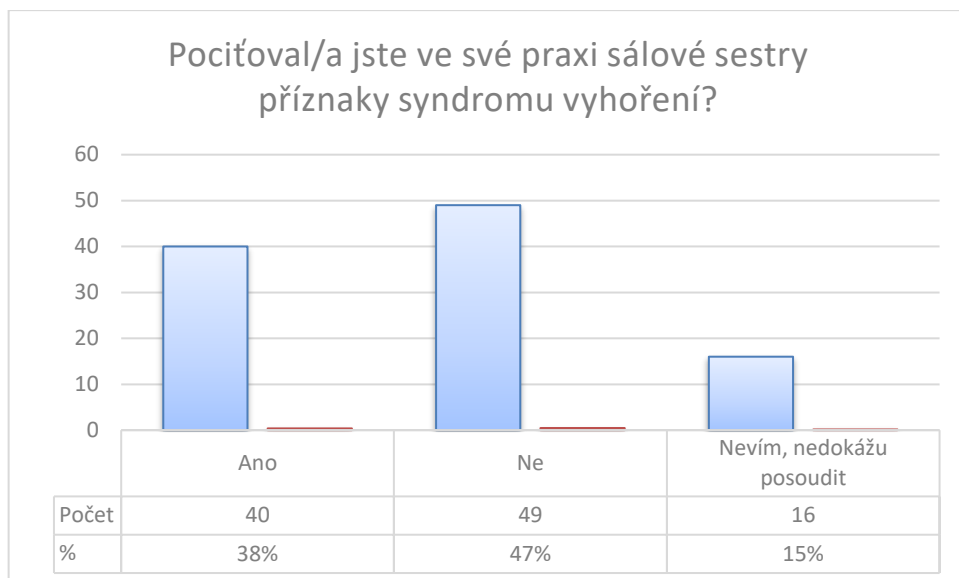


**Graf č. 11: Je Vaše práce psychicky náročná?**

### **Pociťoval/ jste ve své praxi sálové sestry příznaky syndromu vyhoření?**

Nejvíce respondentů 49 (47 %) potvrdilo, že příznaky syndromu vyhoření ve své praxi sálové sestry „ne“ nepociťovali. „Ano“ odpovědělo 40 (38 %) respondentů a „nevím, nedokážu posoudit“ zvolilo 16 (15 %) respondentů (viz graf č. 12).

K této otázce byla přidána doplňující otázka „**Pokud ano, jaké okolnosti příznaky syndromu vyhoření vyvolaly**“ a týkala se všech respondentů, kteří zvolili odpověď „ano.“ Na tuto doplňující otázku se odpovědi týkaly práce ve stresu, pracovního vypětí, psychické i fyzické vyčerpanosti z důvodů přesčasů a nedostatku personálu a také i nepříjemného vystupování lékařů a netýmového jednání. Dále se v odpovědích často vyskytoval mobbing a bossing, neboli šikana na pracovišti. Mobbing se týká šikany ze strany kolegy (kolegyně) a bossing se týká šikany od nadřízeného (Grófová, 2018). Někteří respondenti také uváděli, že příznaky pociťování syndromu vyhoření vyvolaly konflikty na pracovišti.

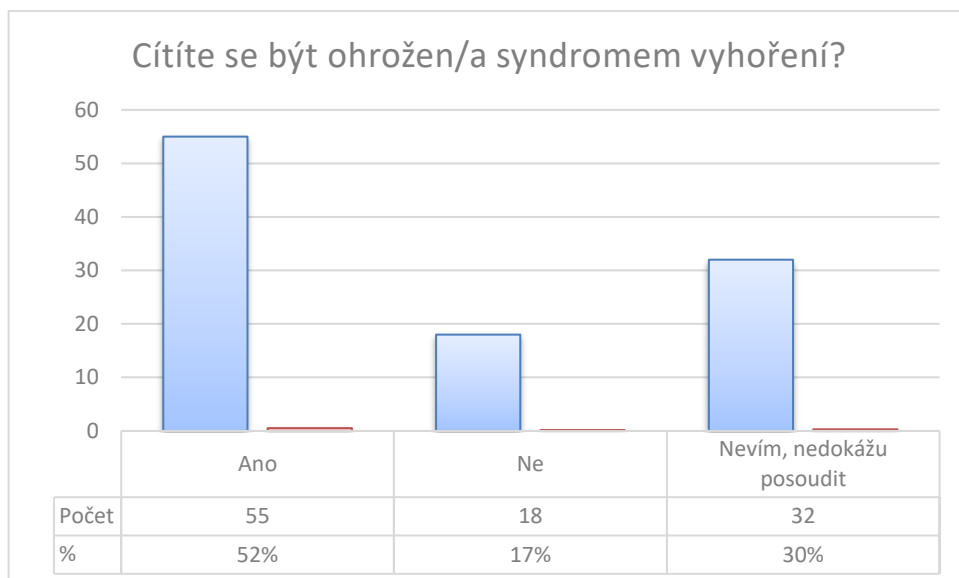


**Graf č. 12: Pociťoval/a jste ve své praxi sálové sestry příznaky syndromu vyhoření?**

### **Cítíte se být ohrožen/a syndromem vyhoření?**

V grafu č. 13 vidíme, že 55 (52 %) respondentů, se cítí být syndromem vyhoření ohroženi.

Odpověď „nevím, nedokážu posoudit“ zvolilo 32 (30 %) respondentů a „ne“ 18 (17 %) respondentů (viz graf č. 13).

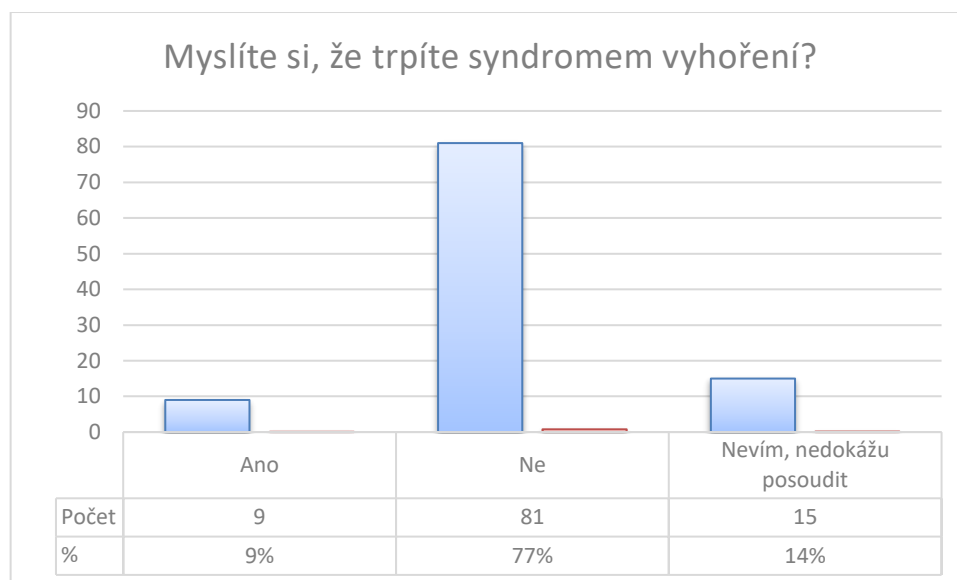


**Graf č. 13: Cítíte se být ohrožen/a syndromem vyhoření?**

### Myslíte si, že trpíte syndromem vyhoření?

Většina respondentů 81 (77 %) odpověděla, že si myslí, že syndromem vyhoření netrpí.

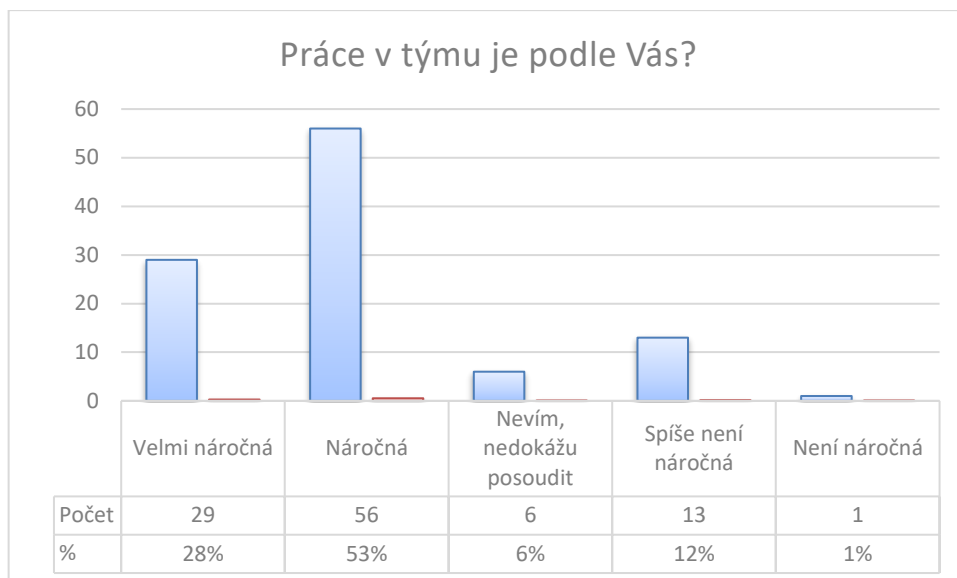
Odpověď „ano“ zvolilo 9 (9 %) respondentů a 15 (14 %) odpovědělo „nevím, nedokážu posoudit“ (viz graf č. 14).



**Graf č. 14: Myslíte si, že trpíte syndromem vyhoření?**

### Práce v týmu je podle Vás?

V grafu č. 15 je znázorněno, že 56 (53 %) respondentů, což je největší podíl, považuje práci v týmu za náročnou. Odpověď „velmi náročná“ zvolilo 29 (28 %) respondentů. Neví, nedokáže posoudit práci v týmu 6 (6 %) respondentů a spíše nenáročnou práci v týmu potvrdilo 13 (12 %) respondentů. Nenáročnou práci v týmu zvolil 1 (1 %) respondent (viz graf č. 15).

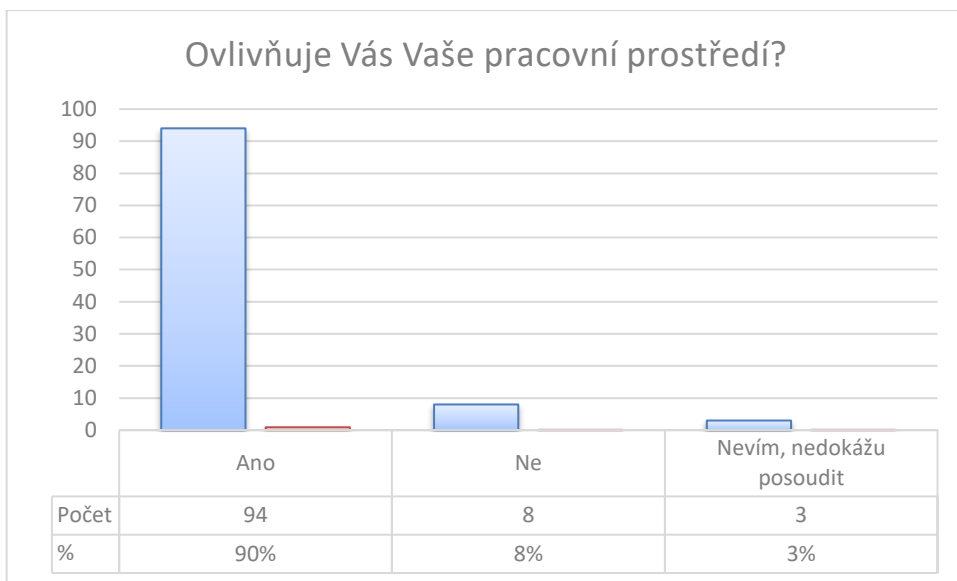


**Graf č. 15: Práce v týmu je podle Vás?**

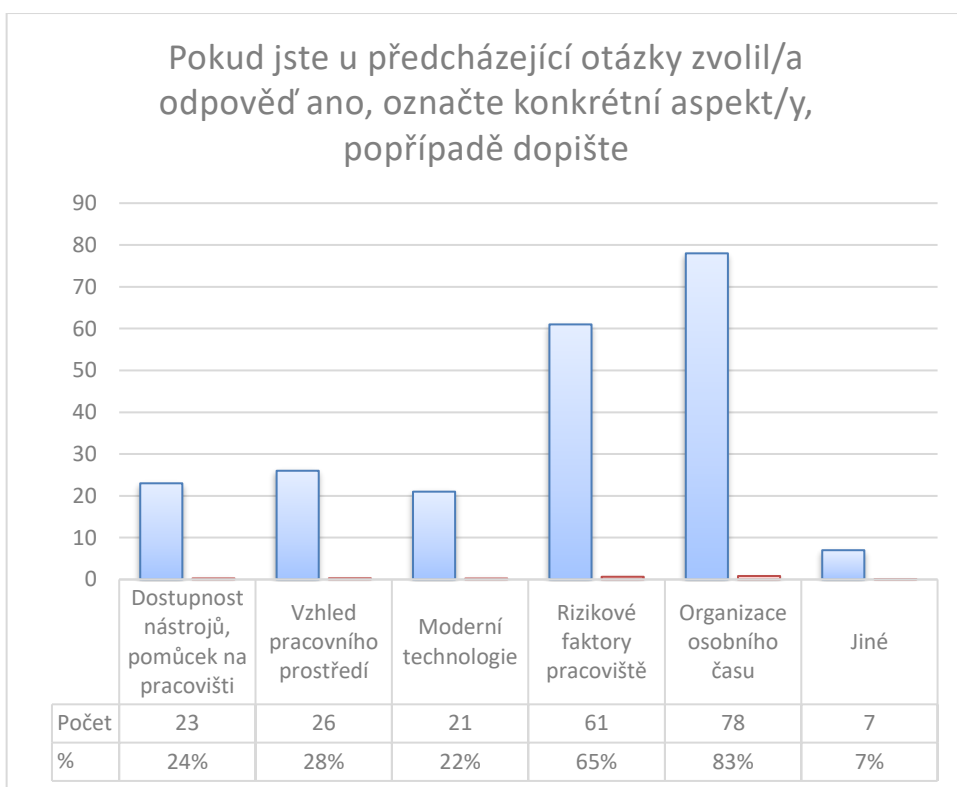
### **Ovlivňuje Vás Vaše pracovní prostředí?**

Graf č. 16 znázorňuje, že sestry ovlivňuje pracovní prostředí. Odpověď „ano“ potvrdilo 94 (90 %) z nich.,,Neovlivňuje prostředí“ odpovědělo pouze 8 (8 %) respondentů a 3 (3 %) nevědí, nedokáží posoudit, zda je prostředí ovlivňuje (viz graf č. 16).

K této otázce byla vytvořena doplňující otázka „**Pokud jste u předcházející otázky, zvolili odpověď, ano označte konkrétní aspekt/y, popřípadě dopište.**“ V otázce bylo možné označit více odpovědí, popřípadě doplnit vlastní odpověď (viz graf č. 17). Nejčastěji respondenti volili odpověď „organizace osobního času“. Tuto odpověď zvolilo 78 (83 %) respondentů. Dále „rizikové faktory“, tak odpovědělo 61 respondentů (65 %), „vzhled pracovního prostředí“ vybralo 26 respondentů (28 %), „dostupnost nástrojů, pomůcek na pracovišti“ označilo 23 respondentů (24 %), „moderní technologie“ vybralo 21 (22 %) respondentů a odpověď „jiné“ zvolilo 7 respondentů (7 %). K odpovědi „jiné“ respondenti dopisovali aspekty jako jsou interpersonální vztahy, kolektiv, práce pod tlakem a situace kolem COVID-19.



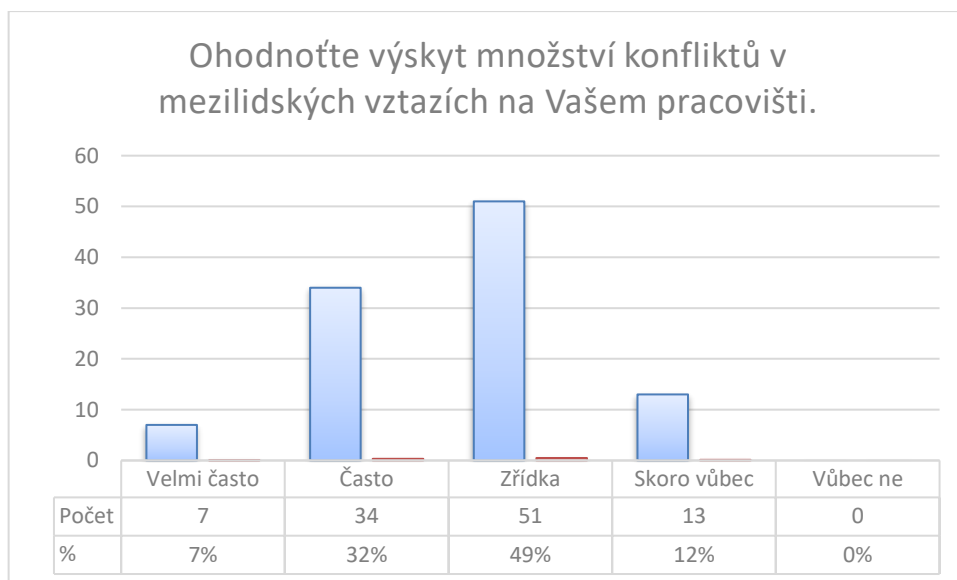
**Graf č. 16: Ovlivňuje Vás Vaše pracovní prostředí.**



**Graf č. 17: Aspekty ovlivňující pracovní prostředí sestry.**

### **Ohodnoťte výskyt množství konfliktů v mezilidských vztazích na Vašem pracovišti.**

Graf č. 18 znázorňuje, že 51 respondentů (49 %), což je největší počet, hodnotí výskyt množství konfliktů „zřídka.“ Odpověď „často“ zvolilo 34 (32 %) respondentů. 13 (12 %) respondentů odpovědělo, že se konflikty v mezilidských vztazích nevyskytují „skoro vůbec.“ Odpověď velmi často zvolilo 7 (7 %) respondentů. Odpověď, že se konflikty „vůbec nevyskytují“ nezvolil žádný 0 (0 %) respondent (viz graf č. 18).



**Graf č. 18: Ohodnoťte výskyt množství konfliktů v mezilidských vztazích na Vašem pracovišti**

### **Ohodnoťte výskyt množství konfliktů v pracovních vztazích na Vašem pracovišti.**

Graf č. 19 znázorňuje, že 56 respondentů (54 %), což je největší počet, hodnotí výskyt množství konfliktů „zřídka.“ Odpověď „často“ zvolilo 34 (33 %) respondentů. 11 (11 %) respondentů odpovědělo, že se konflikty v mezilidských vztazích nevyskytují „skoro vůbec.“ Odpověď velmi často zvolilo 3 (3 %) respondentů. Odpověď, že se konflikty „vůbec ne“ nezvolil respondent, 0 (0 %) respondentů (viz graf č. 19).



**Graf č. 19: Ohodnoťte výskyt množství konfliktů v pracovních vztazích na Vašem pracovišti.**

### **Pokud se vyskytují mezilidské konflikty jsou podle Vás zvládnutelné?**

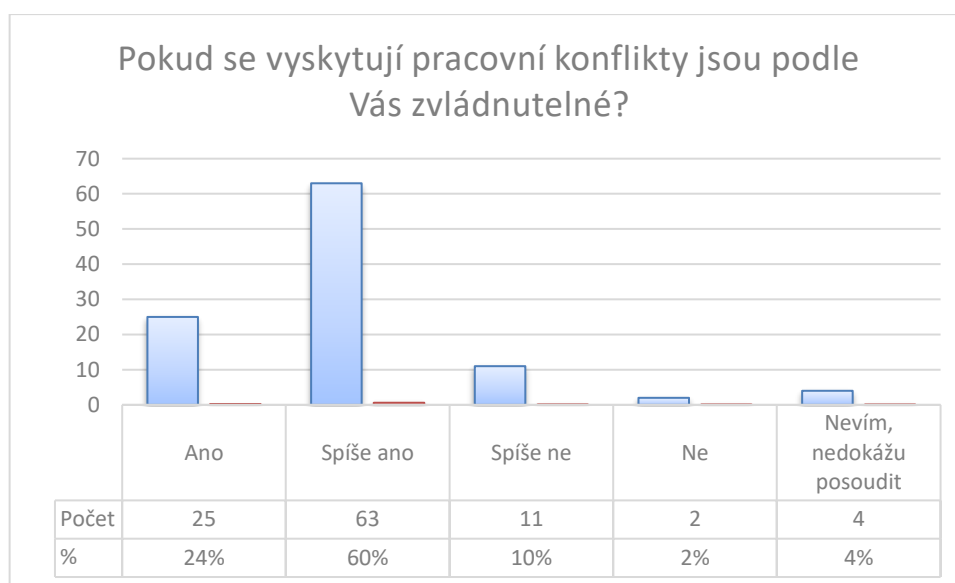
Respondenti v návaznosti na otázku, ohledně ohodnocení výskytu množství mezilidských konfliktů na pracovišti odpovídali na to, jak jsou konflikty zvládnutelné. Většina respondentů 68 (65 %) odpověděla, že „spíše ano“ zvládnutelné. Odpověď „ano“ potvrdilo 22 (21 %) respondentů. „Spíše ne“ potvrdilo 6 (6 %) respondentů. Odpověď „ne“ zvolili 2 (2%) respondenti a „nevím, nedokážu posoudit“ zvolilo 7 (7 %) respondentů (viz graf č. 20).



**Graf č. 20: Pokud se vyskytují mezilidské konflikty jsou podle Vás zvládnutelné?**

### **Pokud se vyskytují pracovní konflikty, jsou podle Vás zvládnutelné?**

Respondenti v návaznosti na otázku, ohledně ohodnocení výskytu množství pracovních konfliktů na pracovišti odpovídali na to, jak jsou konflikty zvládnutelné. 63 (60 %), což je většina, odpověděla, že „spíše ano“ zvládnutelné. Odpověď „ano“ potvrdilo 25 (24 %) respondentů. „Spíše ne“ potvrdilo 11 (10 %) respondentů. Odpověď „ne“ zvolili 2 (2 %) respondenti a „nevím, nedokážu posoudit“ zvolilo 4 (4 %) respondentů (viz graf č. 21).

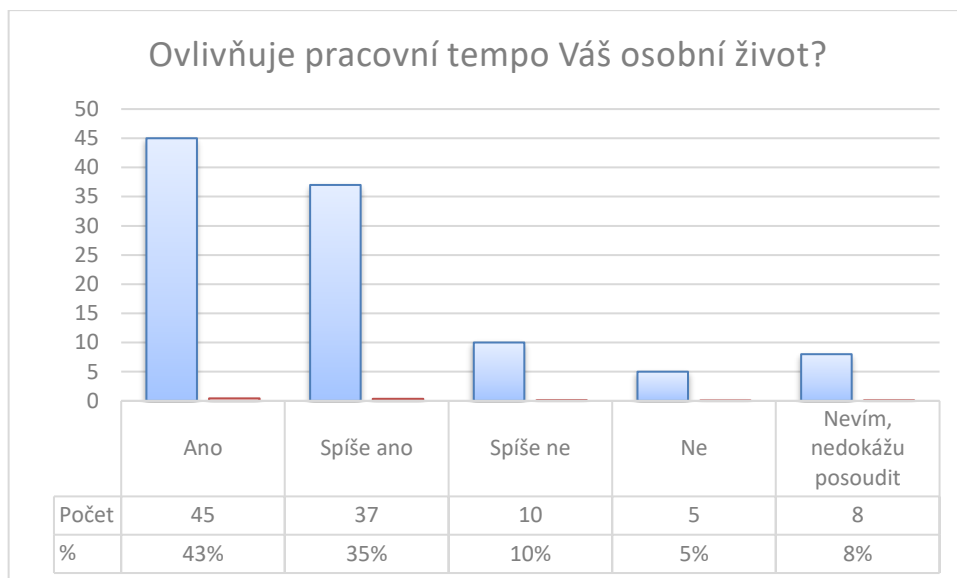


**Graf č. 21: Pokud se vyskytují pracovní konflikty jsou podle Vás zvládnutelné?**

### **Ovlivňuje pracovní tempo Váš osobní život?**

Graf č. 22 znázorňuje, že u 45 (43 %) respondentů ovlivňuje pracovní tempo jejich osobní život. Odpověď „spíše ano“ zvolilo 37 (35 %) respondentů. „Spíše ne“ a „ne“ potvrdilo 10 (10 %) a 5 (5 %) respondentů. Odpověď „nevím, nedokážu posoudit“ zvolilo 8 (8 %) (viz graf č. 22).

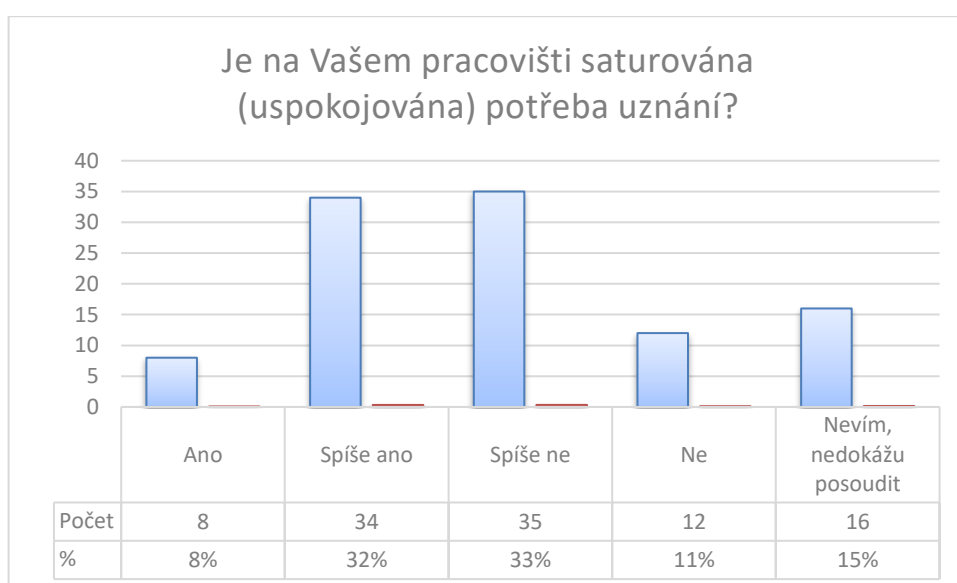




**Graf č. 22: Ovlivňuje pracovní tempo Váš osobní život?**

**Je na Vašem pracovišti saturována (uspokojována) potřeba uznání?**

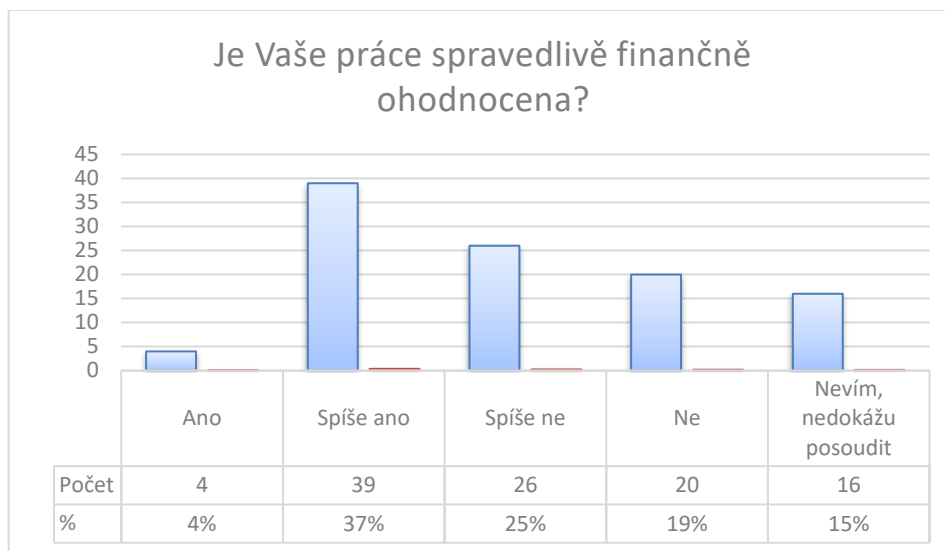
Respondenti odpovídali na otázku, zda je na jejich pracovišti uspokojována potřeba uznání. Většina respondentů odpověděla, že „spíše ne“ spíše nepocítují uspokojování potřeby u uznání. Takto odpovědělo 35 (33 %) respondentů. Odpověď „spíše ano“ zvolilo 34 (32 %) respondentů. Pouze 8 (8 %) respondentů na svém pracovišti pocítuje (odpověď „ano“) uspokojování potřeby uznání. 12 (11 %) respondentů nepocítuje uspokojování potřeby uznání a 16 respondentů (15 %) zvolilo odpověď „nevím, nedokážu posoudit“ (viz graf č. 23).



**Graf č. 23: Je na Vašem pracovišti saturována (uspokojována) potřeba uznání?**

### Je Vaše práce spravedlivě finančně ohodnocena?

Graf č. 24 znázorňuje, že 39 (37 %) respondentů se cítí být spravedlivě finančně ohodnoceno, protože odpovědělo „spíše ano“. Odpověď „spíše ne“ zvolilo 26 (25 %) respondentů, „ano“ 4 (4 %) respondenti, 20 zúčastněných potvrdilo odpověď „ne“ a „nevím, nedokážu posoudit“ označilo 16 (15 %) respondentů (viz graf č. 24).

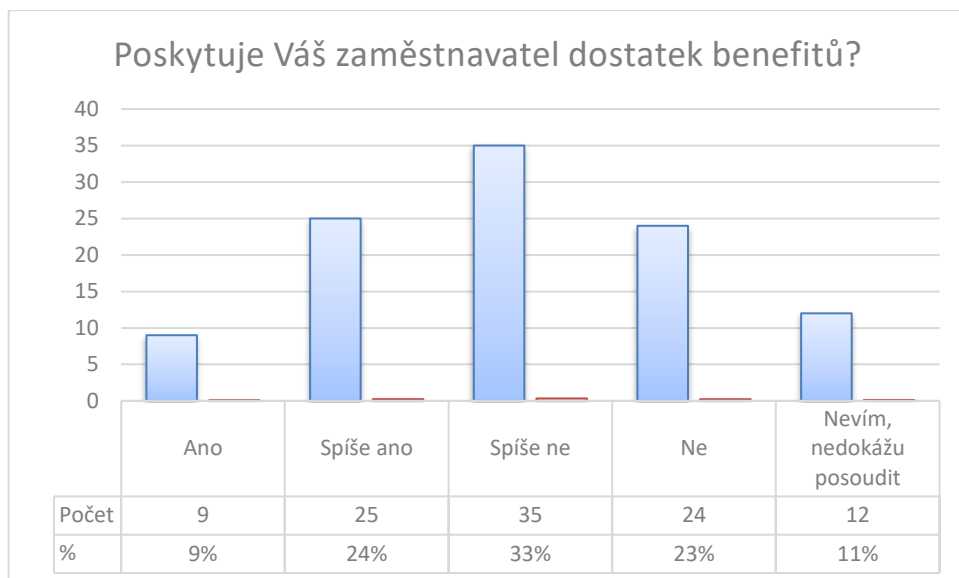


Graf č. 24: Je Vaše práce spravedlivě finančně ohodnocena

### Poskytuje Váš zaměstnavatel dostatek benefitů?

Na otázku ohledně benefitů 35 respondentů (33 %), což bylo většina, odpovědělo, že se jim benefity „spíše ne“ nedostávají, zvolili totiž odpověď „spíše ne“. Odpověď „spíše ano“ zvolilo 25 (24 %) respondentů. Pouze 9 (9 %) respondentů odpovědělo, že jim zaměstnavatel poskytuje dostatek benefitů. Odpověď „ne“ zvolilo 24 (23 %) respondentů a 12 (11 %) respondentů „neví, nedokáže posoudit“ (viz graf č. 25).

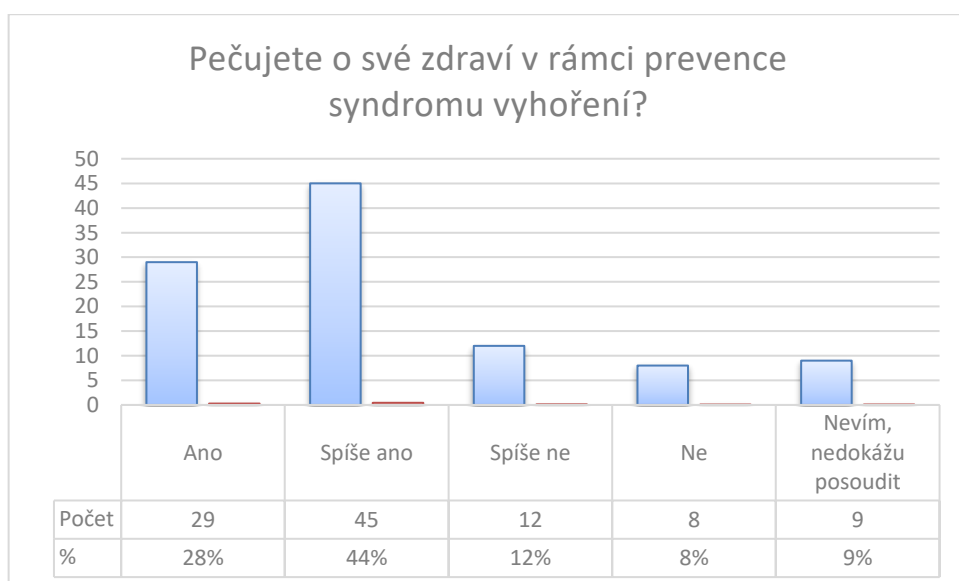
K této otázce ohledně benefitů, byla položena doplňující otázka „**Jaké benefity jsou pro respondenty podstatné?**“ Často se v odpovědích opakovaly FKSP (fond kulturních a sociálních potřeb) pro zaměstnance, finanční odměny, dny dovolené navíc, stravenky, ale také i poukázky na volnočasové aktivity (wellness, fitness), slevy na knihy a rehabilitace.



**Graf č. 25: Poskytuje Váš zaměstnavatel dostatek benefitů?**

### Pečujete o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření?

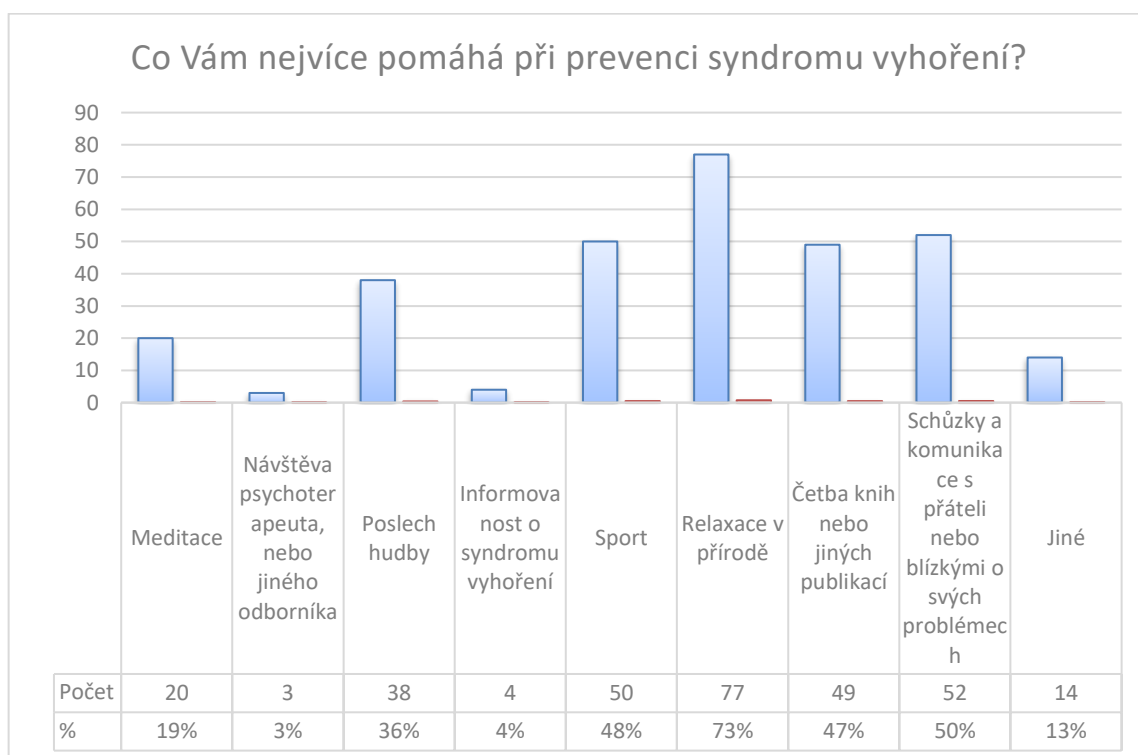
Graf č. 26 popisuje, zda sestry o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření pečují. Nejvíce respondentů 45 (44 %) zvolilo odpověď „spíše ano“ tudíž o své zdraví spíše pečují. Odpověď „ano“ zvolilo 29 (28 %) respondentů. O své zdraví v rámci prevence tedy pečují. Odpověď „spíše ne“ potvrdilo 12 (12 %) respondentů a „ne“ 8 (8 %). Odpověď „nevím, nedokážu posoudit“ zda pečují o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření zvolilo 9 (9 %) (viz graf č. 26).



**Graf č. 26: Pečujete o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření?**

## Co Vám nejvíce pomáhá při prevenci syndromu vyhoření?

V grafu č. 27 jsou popsány činnosti, které respondenti dělají v rámci prevence syndromu vyhoření. Nejčastější činností je „relaxace v přírodě“ kterou označilo 77 (73 %) respondentů. Odpověď „schůzky a komunikace s přáteli nebo blízkými o svých o svých problémech“ zvolilo 52 (50 %) respondentů, „sport“ byl zvolen u 50 (48 %) respondentů, „četba knih nebo jiných publikací“ byla zvolena u 49 (47 %), „poslech hudby“ jako pomoc při prevenci zvolilo 38 (36 %) respondentů, „meditace“ byla označena u 20 (19 %) respondentů. Jako prevenci syndromu vyhoření 4 (4 %) respondenti využívají „informovanost o syndromu vyhoření“ a 3 (3 %) respondenti v rámci prevence navštěvují psychoterapeuta, nebo jiného odborníka. Mezi další vypsání aktivity, které 14 (13 %) respondentů vypsalo do otevřené odpovědi „jiné“ patří nejčastěji péče o děti, vnoučata a o domácí mazlíčky, zahrádkářství a jiné ruční práce, chození na masáže a spánek (viz graf č. 27).



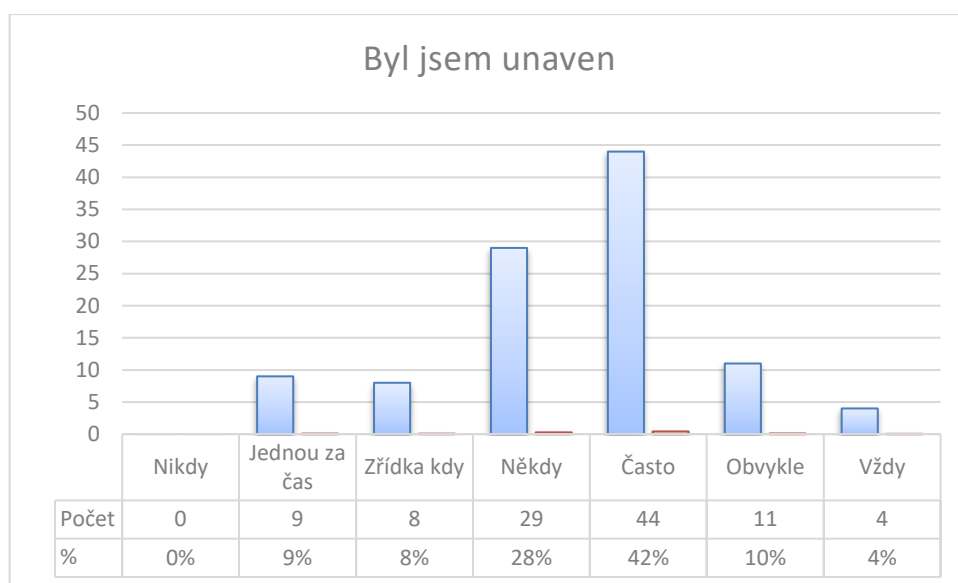
Graf č. 27: Co Vám nejvíce pomáhá při prevenci syndromu vyhoření?

## 5.2 Popisná statistika – dotazníkové šetření druhá část

Tato část popisné statistiky vychází z otázek, které jsou součástí standardizovaného dotazníku MS. Týká se stavu jedince za poslední rok života.

## Byl jsem unaven

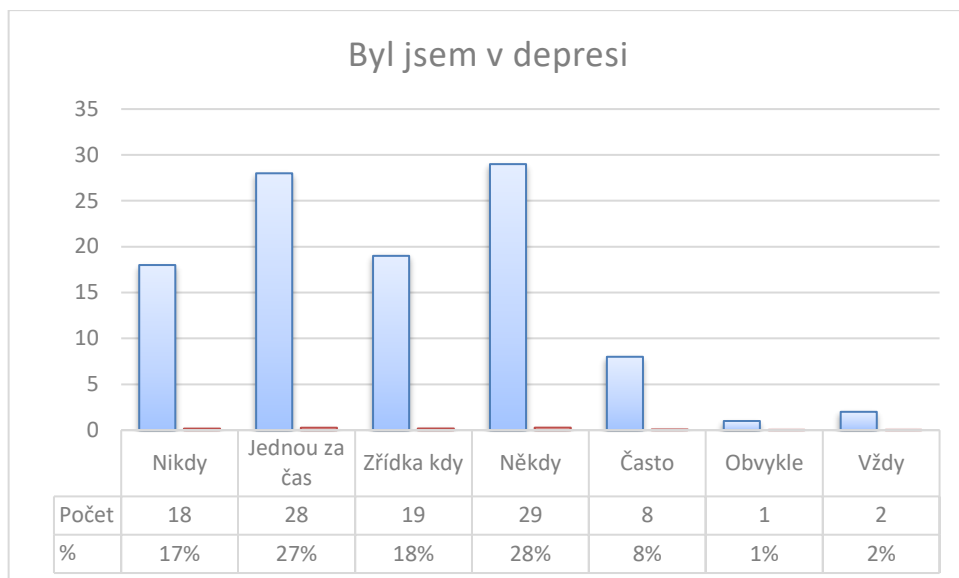
Na otázku byl jsem unaven, respondentů 44 (42 %) zvolilo, že se za poslední dobu cítili „často“ unaveni. Odpověď „někdy“ zvolilo 29 (28 %) respondentů, „obvykle“ vybralo 11 (10 %) respondentů, „jednou za čas“ 9 (9 %) respondentů, „zřídka kdy“ 8 (8 %) respondentů, „vždy“ 4 (4 %) respondenti a odpověď „nikdy“ zvolilo 0 (0 %) respondentů (viz graf č. 28).



**Graf č. 28: Byl jsem unaven.**

## Byl jsem v depresi

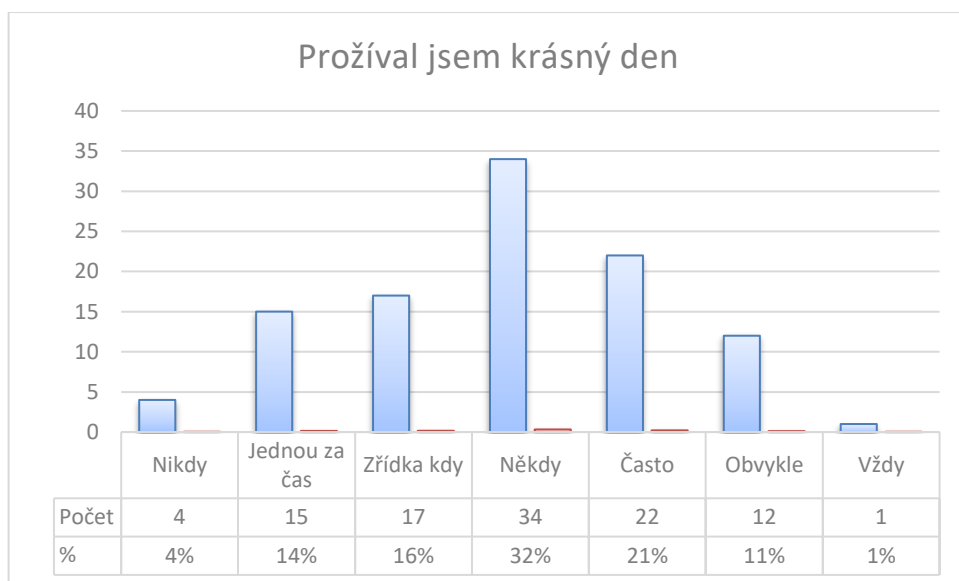
Na otázku byl jsem v depresi 29 respondentů (28 %) zvolilo, že se za poslední dobu cítili „někdy“ v depresi. Odpověď „jednou za čas“ zvolilo 28 (27 %) respondentů, „zřídka kdy“ 19 (18 %) respondentů, „nikdy“ 18 (17 %) respondentů, „často“ 8 (8 %) respondentů, „vždy“ 2 (2 %) respondenti a odpověď „obvykle“ zvolilo 1 (1 %) respondentů. (viz graf č. 29).



**Graf č. 29: Byl jsem v depresi.**

### Prožíval jsem krásný den

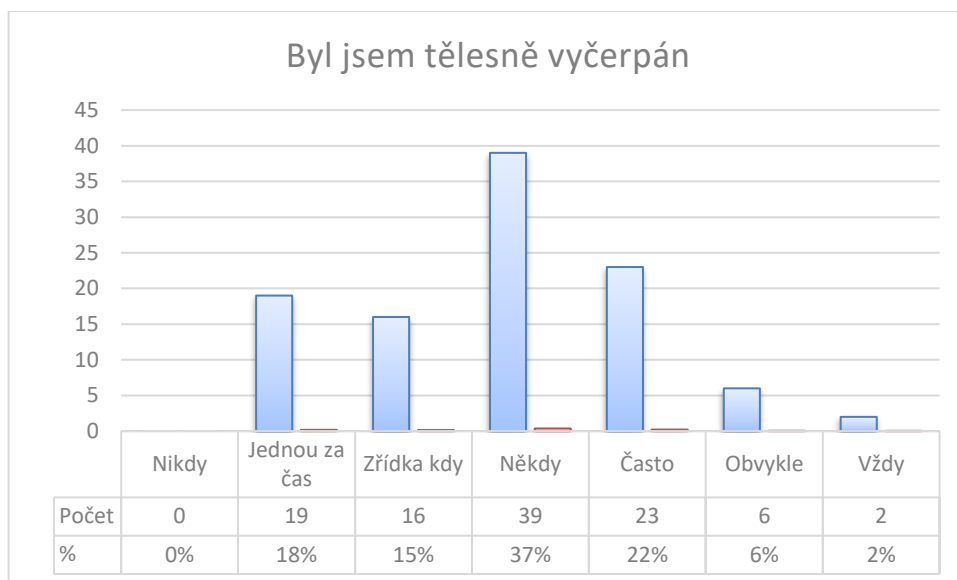
Na otázku prožíval jsem krásný den, 34 respondentů (32 %) zvolilo, že prožívali krásný den „někdý.“ Odpověď „často“ zvolilo 22 (21 %) respondentů, „zřídka kdy“ 17 (16 %) respondentů, „jednou za čas“ 15 (14 %) respondentů, „obvykle“ 12 (11 %) respondentů, „nikdy“ 4 (4 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolilo 1 (1 %) respondentů. (viz graf č. 30).



**Graf č. 30: Prožíval jsem krásný den.**

### Byl jsem tělesně vyčerpán

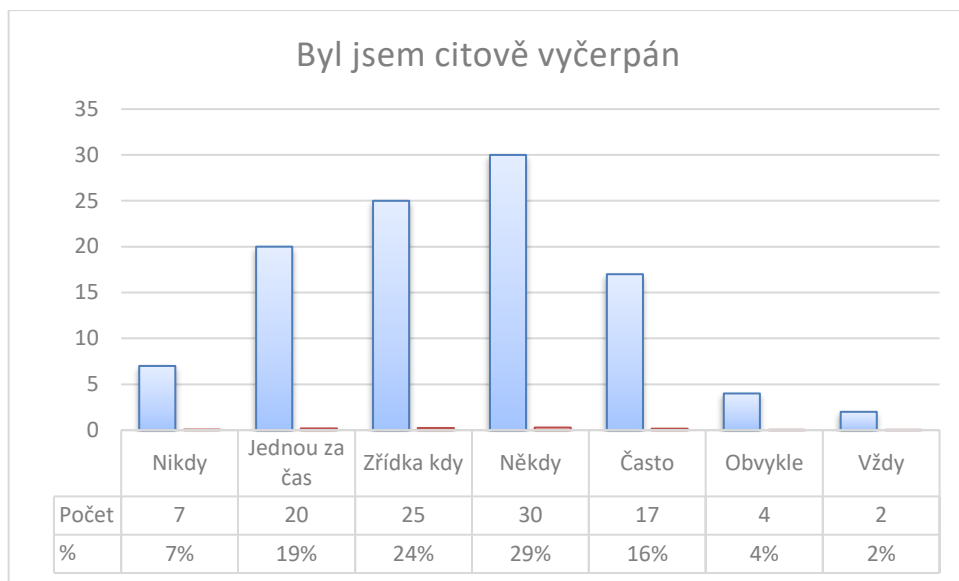
Na otázku byl jsem tělesně vyčerpán 39 respondentů (37 %) odpovědělo, že byli tělesně vyčerpani „někdy.“ Odpověď „často“ zvolilo 23 (22 %) respondentů, „jednou za čas“ 19 (18 %) respondentů, „zřídka kdy“ 16 (15 %) respondentů, „obvykle“ 6 (6 %) respondentů, „vždy“ 2 (2 %) respondenti a odpověď „nikdy“ zvolilo 0 (0 %) respondentů. (viz graf č. 31).



**Graf č. 31: Byl jsem tělesně vyčerpán.**

### Byl jsem citově vyčerpán

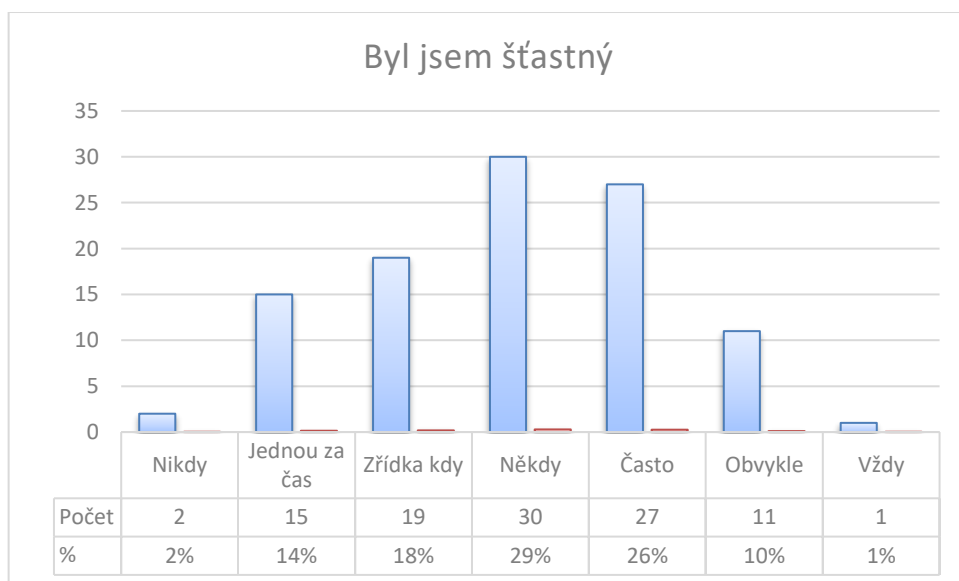
Na otázku byl jsem citově vyčerpán, 30 respondentů (29 %) vybralo, že byli citově vyčerpani „někdy.“ Odpověď „zřídka kdy“ zvolilo 25 (24 %) respondentů, „jednou za čas“ 20 (19 %) respondentů, „často“ 17 (16 %) respondentů, „nikdy“ 7 (7 %) respondentů, „obvykle“ 4 (4 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolilo 2 (2 %) respondenti. (viz graf č. 32).



**Graf č. 32: Byl jsem citově vyčerpán.**

### Byl jsem šťastný

Na otázku byl jsem šťastný, 30 respondentů (29 %) zvolilo, že byli za poslední dobu šťastní „někdý.“ Odpověď „často“ zvolilo 27 (26 %) respondentů, „zřídka kdy“ 19 (18 %) respondentů, „jednou za čas“ 15 (14 %) respondentů, „obvykle“ 11 (10 %) respondentů, „nikdy“ 2 (2 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolilo 1 (1 %) respondentů. (viz graf č.33).

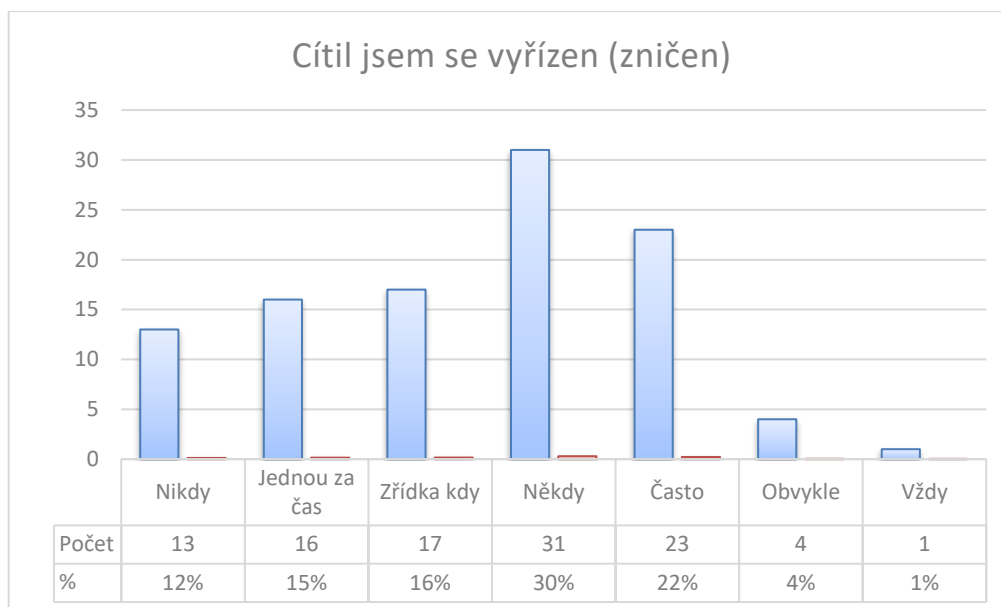


**Graf č. 33: Byl jsem šťastný.**



### Cítil jsem se vyřízen (zničen)

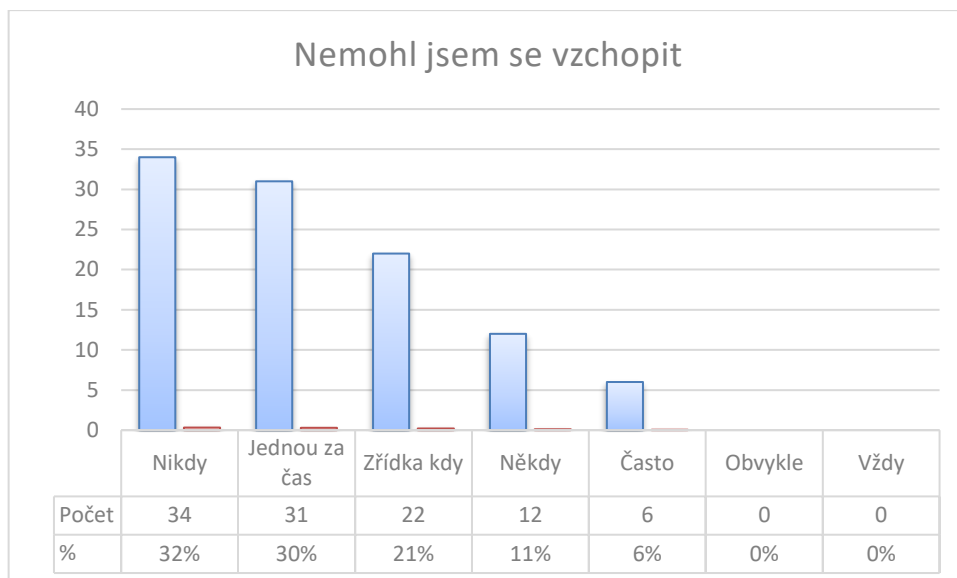
Na otázku cítil jsem se vyřízen (zničen), nejvíce respondentů 31 (30 %) odpovědělo „někdy.“ Odpověď „často“ zvolilo 23 (22 %) respondentů, „zřídka kdy“ 17 (16 %) respondentů, „jednou za čas“ 16 (15 %) respondentů, „nikdy“ 13 (12 %) respondentů, „obvykle“ 4 (4 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolilo 1 (1 %) respondentů. (viz graf č. 34).



Graf č. 34: Cítil jsem se vyřízen (zničen).

### Nemohl jsem se vzchopit

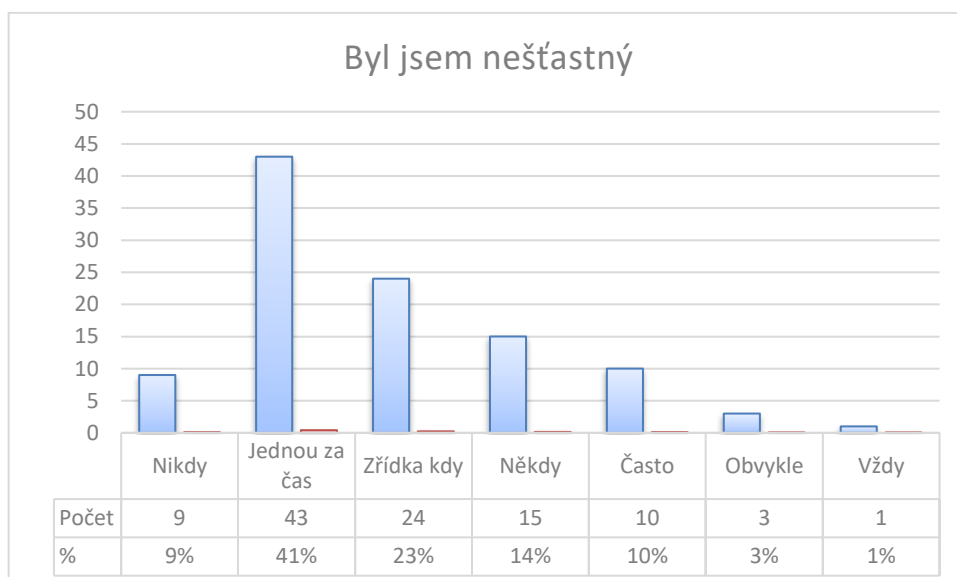
Na otázku nemohl jsem se vzchopit, nejvíce respondentů 34 (32 %) odpovědělo „nikdy.“ Odpověď „jednou za čas“ zvolilo 31 (30 %) respondentů, „zřídka kdy“ 22 (21 %) respondentů, „někdy“ 12 (11 %) respondentů, „často“ 6 (6 %) respondentů, „obvykle“ 0 (0 %) respondentů a odpověď „vždy“ zvolilo taktéž 0 (0 %) respondentů. (viz graf č. 35).



**Graf č. 35: Nemohl jsem se vzchopit.**

### Byl jsem nešťastný

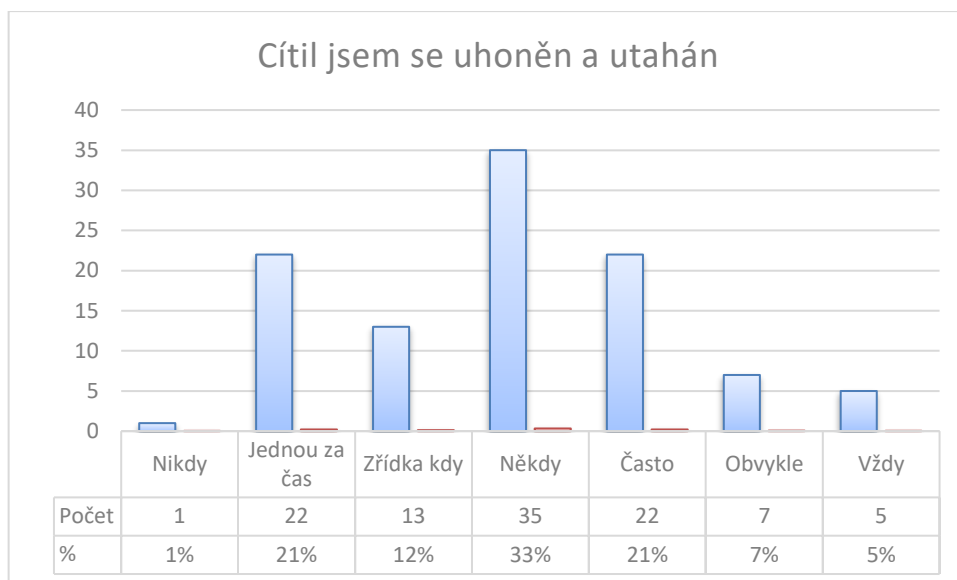
Na otázku byl jsem nešťastný odpovědělo nejvíce 43 respondentů (41 %) odpovědí „jednou za čas.“ Odpověď „zřídka kdy“ zvolilo 24 (23 %) respondentů, „někdy“ 15 (14 %) respondentů, „často“ 10 (10 %) respondentů, „nikdy“ 9 (9 %) respondentů, „obvykle“ 3 (3 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolilo 1 (1 %) respondentů. (viz graf č. 36).



**Graf č. 36: Byl jsem nešťastný.**

### Cítil jsem se uhoněn a utahán

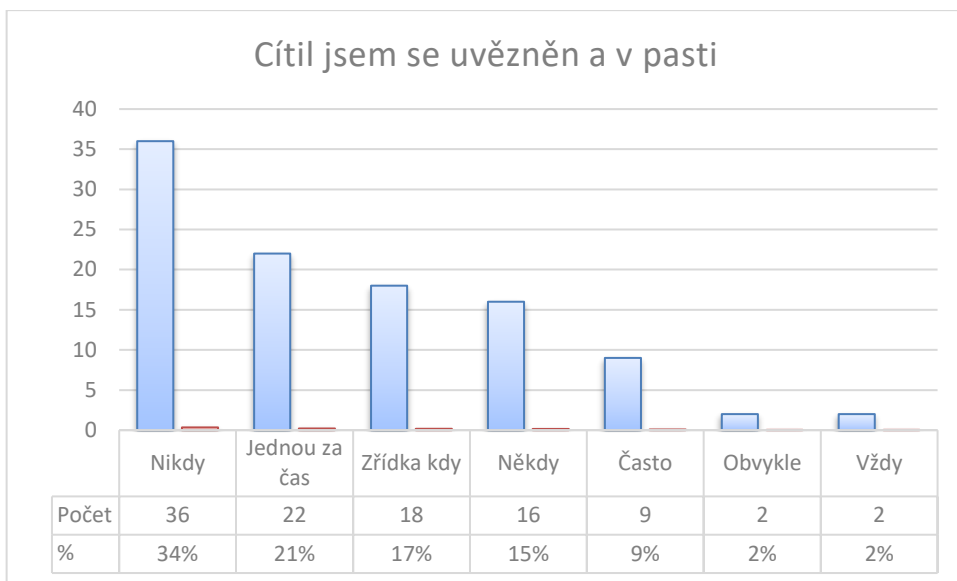
Na otázku cítil jsem se uhoněn a utahán odpovědělo 35 respondentů (33 %) odpovědí „někdy.“ Odpověď „jednou za čas“ zvolilo 22 (21 %) respondentů, „jednou za čas“ 22 (21 %) respondentů, „zřídka kdy“ 13 (12 %) respondentů, „obvykle“ 7 (7 %) respondentů, „vždy“ 5 (5 %) respondentů a odpověď „nikdy“ zvolilo 1 (1 %) respondentů. (viz graf č. 37).



**Graf č. 37: Cítil jsem se uhoněn a utahán.**

### Cítil jsem se uvězněn a v pasti

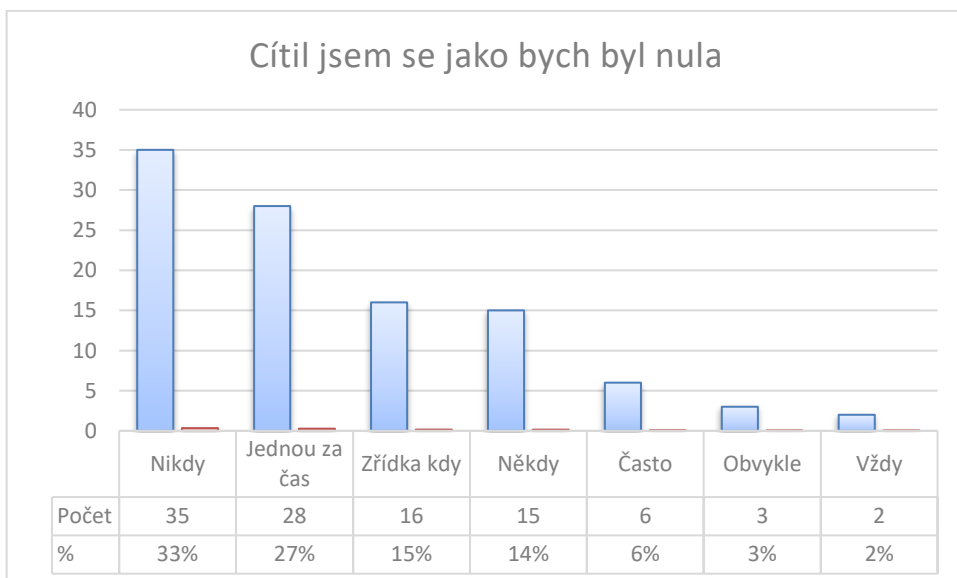
Na otázku cítil jsem se uvězněn a v pasti odpovědělo 36 respondentů (34 %) odpovědí „nikdy.“ Odpověď „jednou za čas“ zvolilo 22 (21 %) respondentů, „zřídka kdy“ 18 (17 %) respondentů, „někdy“ 16 (15 %) respondentů, „často“ 9 (9 %) respondentů, „obvykle“ 2 (2 %) respondentů a odpověď „vždy“ zvolili 2 (2 %) respondenti. (viz graf č. 38).



**Graf č. 38: Cítil jsem se uvězněn a v pasti.**

### **Cítil jsem se jako bych byl nula**

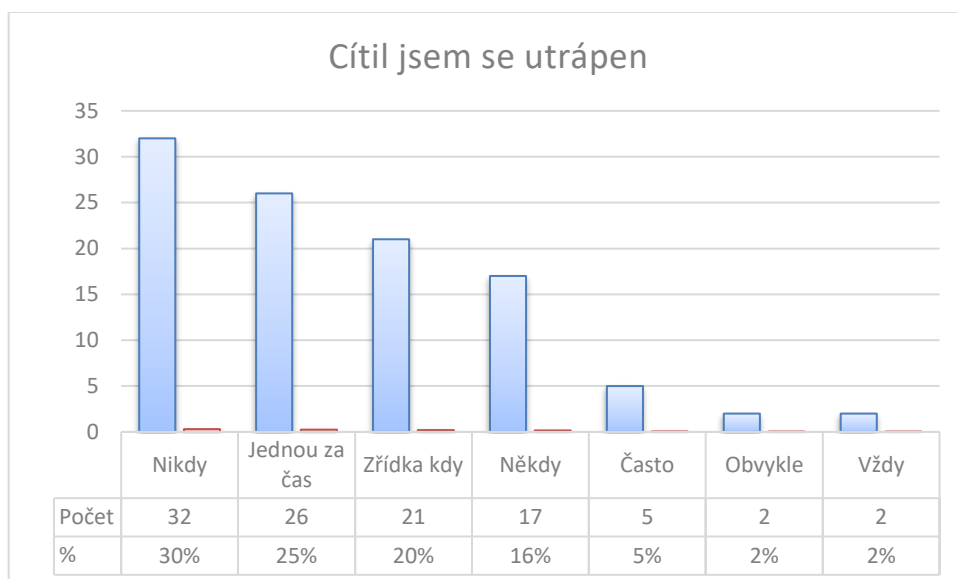
Na otázku cítil jsem se jako bych byl nula odpovědělo 35 odpovědělo (33 %) odpovědí „nikdy.“ Odpověď „jednou za čas“ zvolilo 28 (27 %) respondentů, „zřídka kdy“ 16 (15 %) respondentů, „někdy“ 15 (14 %) respondentů, „často“ 6 (6 %) respondentů, „obvykle“ 3 (3 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolili 2 (2 %) respondenti. (viz graf č. 39).



**Graf č. 39: Cítil jsem se jako bych byl nula.**

### Cítil jsem se utrápen

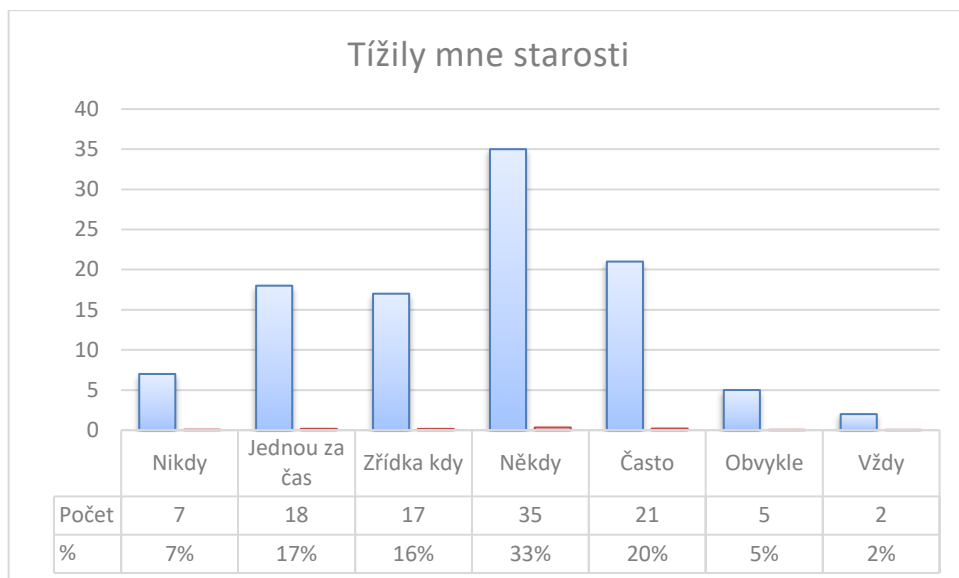
Na otázku cítil jsem se utrápen odpovědělo 32 (30 %) respondentů „nikdy.“ Odpověď „jednou za čas“ zvolilo 26 (25 %) respondentů, „zřídka kdy“ 21 (20 %) respondentů, „někdy“ 17 (16 %) respondentů, „často“ 5 (5 %) respondentů, „obvykle“ 2 (2 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolili taktéž 2 (2 %) respondenti. (viz graf č. 40).



**Graf č. 40: Cítil jsem se utrápen.**

### Tížily mne starosti

Na otázku tížily mne starosti odpovědělo 35 (33 %) respondentů, „někdy.“ Odpověď „často“ zvolilo 21 (20 %) respondentů, „jednou za čas“ 18 (17 %) respondentů, „zřídka kdy“ 17 (16 %) respondentů, „nikdy“ 7 (7 %) respondentů, „obvykle“ 5 (5 %) respondentů a odpověď „vždy“ zvolili 2 (2 %) respondenti. (viz graf č. 41).



**Graf č. 41: Tížily mne starosti.**

### **Cítil jsem se zklamán a rozčarován**

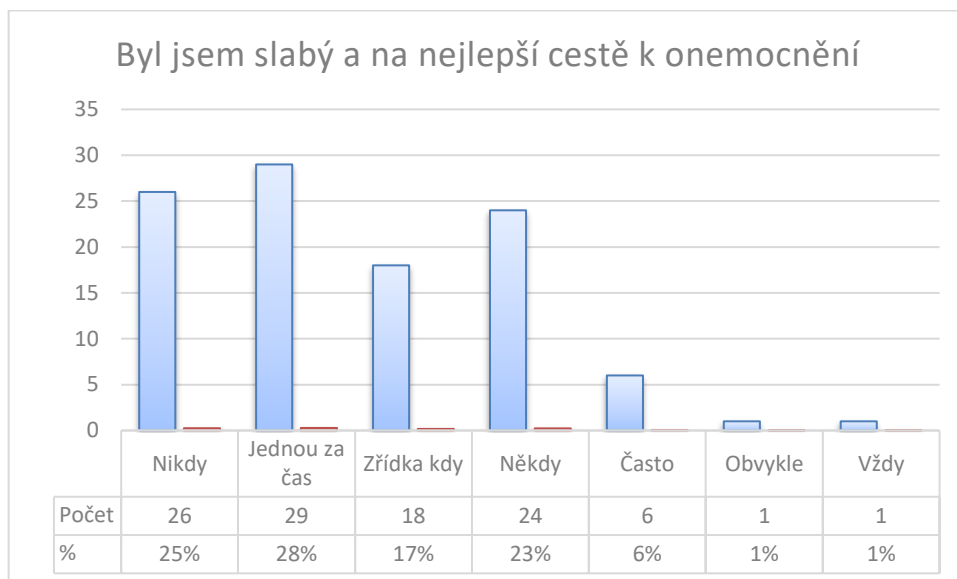
Na otázku cítil jsem se zklamán a rozčarován odpovědělo 34 (32 %) respondentů „někdy.“ Odpověď „zřídka kdy“ zvolilo 24 (23 %) respondentů, „jednou za čas“ 19 (18 %) respondentů, „často“ 14 (13 %) respondentů, „nikdy“ 12 (11 %) respondentů, „obvykle“ 1 (1 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolilo 1 (1 %) respondentů. (viz graf č. 42).



**Graf č. 42: Cítil jsem se zklamán a rozčarován.**

### Byl jsem slabý a na nejlepší cestě k onemocnění

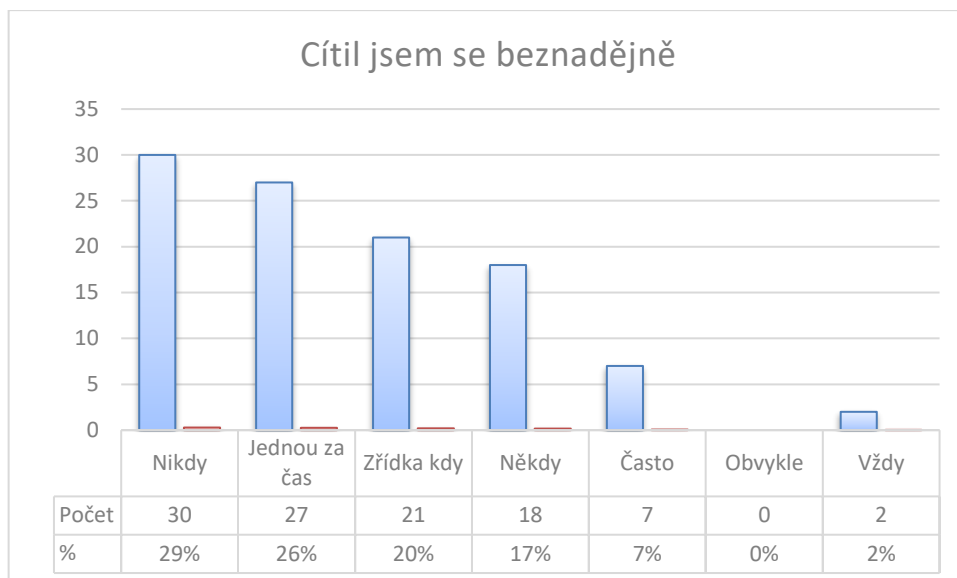
Na otázku byl jsem slabý a na nejlepší cestě k onemocnění odpovědělo nejvíce 29 (28 %) respondentů odpovědí „někdy.“ Odpověď „zřídka kdy“ zvolilo 24 (23 %) respondentů, „jednou za čas“ 19 (18 %) respondentů, „často“ 14 (13 %) respondentů, „nikdy“ 12 (11 %) respondentů, „obvykle“ 1 (1 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolilo 1 (1 %) respondentů. (viz graf č. 43).



**Graf č. 43: Byl jsem slabý a na nejlepší k cestě k onemocnění.**

### Cítil jsem se beznadějně

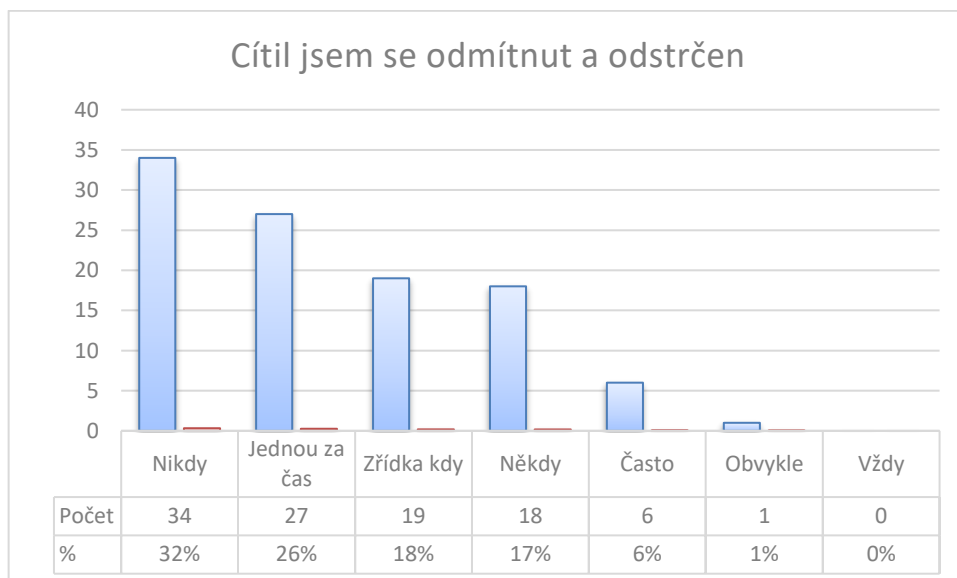
Na otázku cítil jsem se beznadějně odpovědělo respondentů 30 (29 %) odpovědí „nikdy.“ Odpověď „jednou za čas“ zvolilo 27 (26 %) respondentů, „zřídka kdy“ 21 (20 %) respondentů, „někdy“ 18 (17 %) respondentů, „často“ 7 (7 %) respondentů, „vždy“ 2 (2 %) respondenti a odpověď „obvykle“ zvolilo 0 (0 %) respondentů. (viz graf č. 44).



**Graf č. 44: Cítil jsem se beznadějně.**

### **Cítil jsem se odmítnut a odstrčen**

Na otázku cítil jsem se odmítnut a odstrčen odpovědělo respondentů 34 (32 %) „nikdy.“ Odpověď „jednou za čas“ zvolilo 27 (26 %) respondentů, „zřídka kdy“ 19 (18 %) respondentů, „někdy“ 18 (17 %) respondentů, „často“ 6 (6 %) respondentů, „obvykle“ 1 (1 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolilo 0 (0 %) respondentů. (viz graf č. 45).

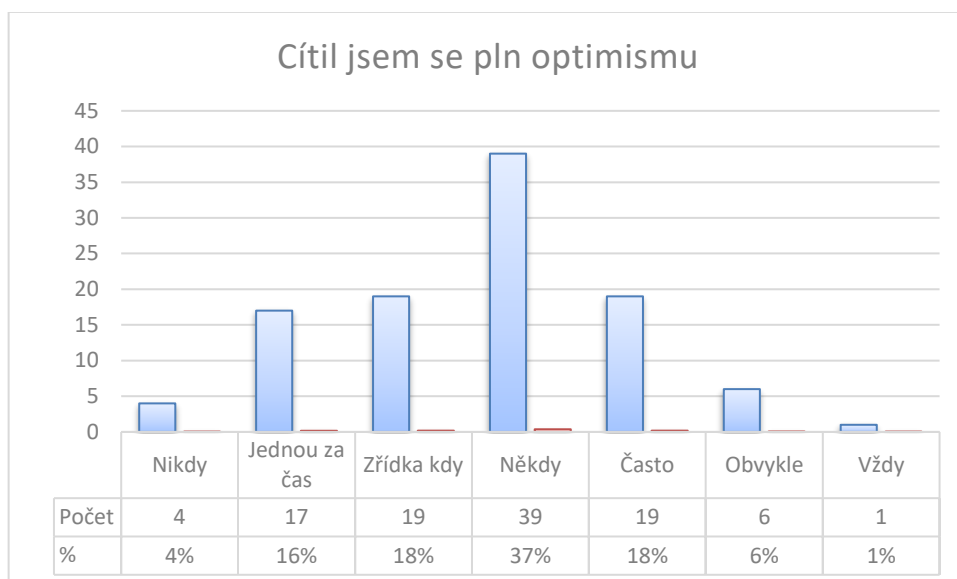


**Graf č. 45: Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.**



### Cítil jsem se pln optimismu

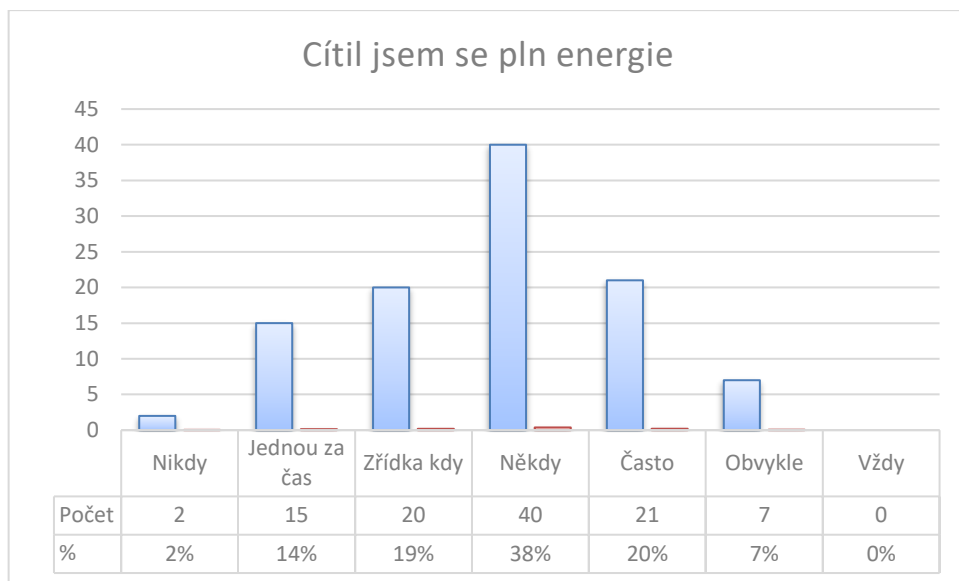
Na otázku cítil jsem pln optimismu odpovědělo 39 (37 %) odpovědí „někdy.“ Odpověď „zřídka kdy“ zvolilo 19 (18 %) respondentů, „často“ 19 (18 %) respondentů, „jednou za čas“ 17 (16 %) respondentů, „často“ 6 (6 %) respondentů, „nikdy“ 4 (4 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolilo 1 (1 %) respondentů. (viz graf č. 46).



**Graf č. 46: Cítil jsem se pln optimismu.**

### Cítil jsem se pln energie

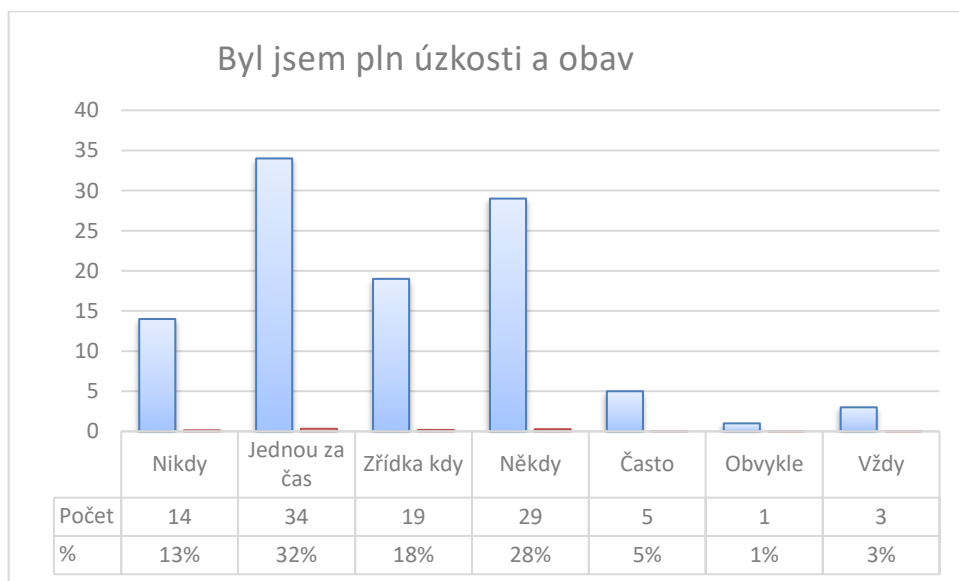
Na otázku cítil jsem pln energie odpovědělo 40 (38 %) respondentů odpovědí „někdy.“ Odpověď „často“ zvolilo 21 (20 %) respondentů, „zřídka kdy“ 20 (19 %) respondentů, „jednou za čas“ 15 (14 %) respondentů, „obvykle“ 7 (7 %) respondentů, „nikdy“ 2 (2 %) respondenti a odpověď „vždy“ zvolilo 0 (0 %) respondentů. (viz graf č. 47).



**Graf č. 47: Cítil jsem se pln energie.**

### Byl jsem pln úzkosti a obav

Na otázku byl jsem pln úzkosti a obav odpovědělo 34 (32 %) respondentů odpovědí „jednou za čas.“ Odpověď „někdý“ zvolilo 29 (28 %) respondentů, „zřídka kdy“ 19 (18 %) respondentů, „nikdy“ 14 (13 %) respondentů, „často“ 5 (5 %) respondentů, „vždy“ 3 (3 %) respondenti a odpověď „obvykle“ zvolilo 1 (1 %) respondentů. (viz graf č. 48).



**Graf č. 48: Byl jsem pln úzkosti a obav.**

## 5.3 Statistické zpracování dat

### 5.3.1 Statistické zpracování průzkumných otázek

#### Průzkumné otázky

**Průzkumná otázka č. 1: Jaký podíl perioperačních sester hodnotí výskyt konfliktů v pracovních vztazích na pracovišti jako častý?**

Celkový počet respondentů	105
Počet respondentů hodnotících konflikty jako časté	37
Podíl respondentů hodnotících konflikty jako časté	0,352 (35,2 %)
95 % interval spolehlivosti pro podíl	0,262 - 0,452 (26,2 % - 45,2 %)

**Tabulka č. 1: Interval spolehlivosti pro relativní četnost (podíl)**

Ze 105 respondentů 37 hodnotilo konflikty v pracovních vztazích na pracovišti jako časté nebo velmi časté. Podíl těchto respondentů činil 35,2 %. Dle 95 % intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl perioperačních sester hodnotících konflikty v pracovních vztazích na pracovišti jako časté nebo velmi časté pohybuje mezi 26,2 % a 45,2 %.

**Průzkumná otázka č. 2: Jaký podíl perioperačních sester je ovlivněn pracovním prostředím?**

Celkový počet respondentů	105
Počet respondentů ovlivněn pracovním prostředím	94
Podíl respondentů ovlivněn pracovním prostředím	0,895 (89,5 %)
95 % interval spolehlivosti pro podíl	0,820 - 0,947 (82,0 % - 94,7 %)

**Tabulka č. 2: Interval spolehlivosti pro relativní četnost (podíl)**

Ze 105 respondentů 94 uvedlo, že je ovlivněno pracovním prostředím. Podíl těchto respondentů činil 89,5 %. Dle 95 % intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl perioperačních sester ovlivněných pracovním prostředím pohybuje mezi 82,0 % a 94,7 %.

**Průzkumná otázka č. 3: Jaký podíl perioperačních sester pečuje o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření?**

Celkový počet respondentů	105
Počet respondentů pečujících o své zdraví ...	74
Podíl respondentů pečujících o své zdraví ...	0,718 (71,8 %)
95 % interval spolehlivosti pro podíl	0,621 - 0,803 (62,1 % - 80,3 %)

**Tabulka č. 3: Interval spolehlivosti pro relativní četnost (podíl)**

Ze 105 respondentů 74 uvedlo, že pečuje o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření. Podíl těchto respondentů činil 71,8 %. Dle 95 % intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl perioperačních sester pečujících o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření pohybuje mezi 62,1 % a 80,3 %.

**Průzkumná otázka č. 4: Jaký podíl perioperačních sester má skóre BQ v pásmu mírný (skóre BQ<3)?**

Celkový počet respondentů	105
Počet respondentů se skóre BQ nižším než 3	45
Podíl respondentů se skóre BQ nižším než 3	0,429 (42,9 %)
95 % interval spolehlivosti pro podíl	0,332 - 0,529 (33,2 % - 52,9 %)

**Tabulka č. 4: Interval spolehlivosti pro relativní četnost (podíl)**

Ze 105 respondentů bylo u 45 zjištěno nižší skóre BQ než 3. Podíl těchto respondentů činil 42,9 %. Dle 95 % intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl perioperačních sester, jejichž psychické zdraví by dle BS testu bylo hodnoceno jako dobré nebo uspokojivé, pohybuje mezi 33,2 % a 52,9 %.

### 5.3.2 Statistické zpracování hypotéz

Byly stanoveny celkem dvě hypotézy, které byly testovány na základě získaných dat z průzkumného šetření.

#### Hypotéza č. 1:

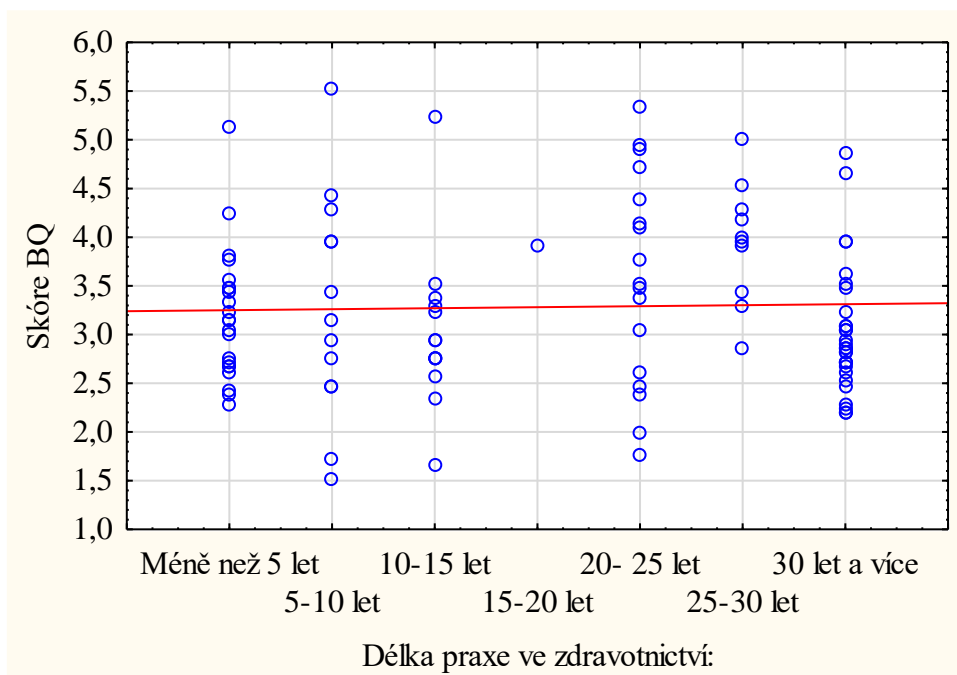
$H_0$ : Mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe perioperačních sester ve zdravotnictví není závislost.

$H_A$ : Mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe perioperačních sester ve zdravotnictví je závislost.

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o $H_0$	závislost prokázána
-0,01	0,887	nezamítáme	ne

Tabulka č. 5: Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

P-hodnota testu nezávislosti založeném na Spearmanově koeficientu pořadové korelace 0,887 byla vyšší než 0,05. Nulová hypotéza tedy nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe perioperačních sester ve zdravotnictví. **Tedy přijímáme hypotézu, že mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe ve zdravotnictví není závislost.** Absenci rostoucího nebo klesajícího trendu mezi těmito dvěma proměnnými je možné pozorovat na základě bodového grafu orientačně proloženého regresní přímkou (viz graf č. 49).



**Graf č. 49: Bodový graf znázorňující absenci rostoucího nebo klesajícího trendu mezi dvěma proměnnými.**

**Hypotéza č. 2:**

$H_0$ : Mezi pocitem ohrožení syndromem vyhoření a věkem perioperačních sester ve zdravotnictví není závislost.

$H_A$ : Mezi pocitem ohrožení syndromem vyhoření a věkem perioperačních sester ve zdravotnictví je závislost.

Pocit ohrožení	dolní kvartil	Medián	horní kvartil	p-hodnota
Ano	30-35 let	40-45 let	45-50 let	0,472 (nezamítáme $H_0$ )
Nevím	25-30 let	30-35 let	55-60 let	
Ne	30 let*	45 let*	50 let*	

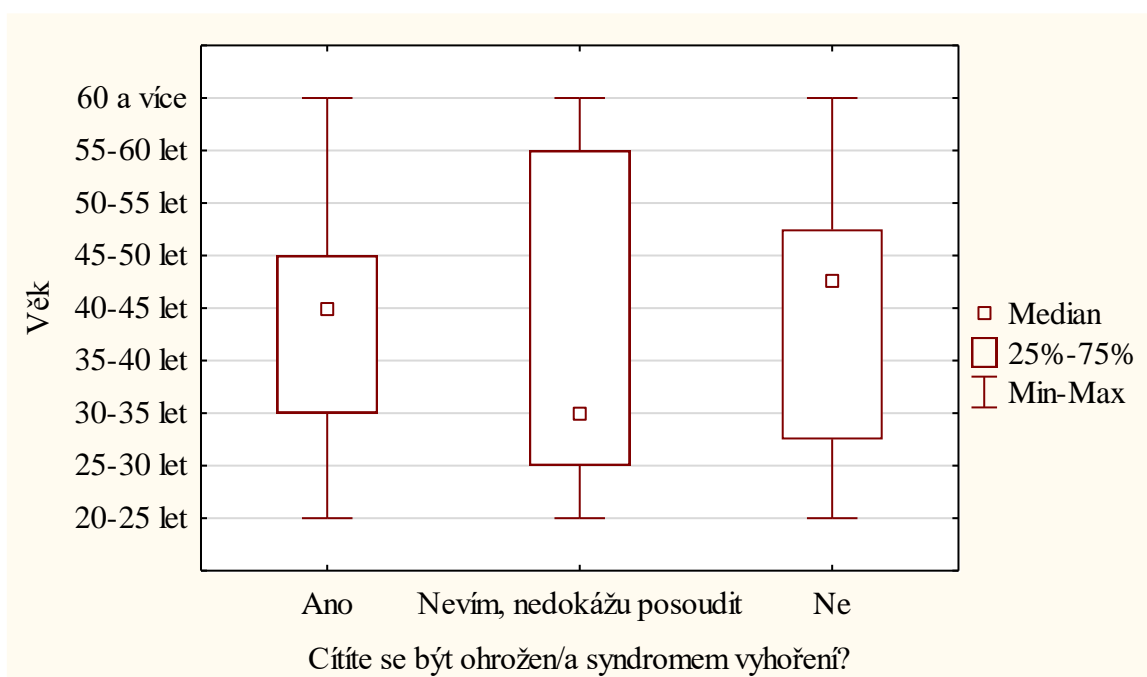
\* hodnota pořadové statistiky se nacházela na hranici dvou věkových kategorií

**Tabulka č. 6: Kruskal- Wallisův test: p-hodnota a pořadové charakteristiky**

Věkové kategorie respondentů byly porovnány pro skupinu, která se cítí syndromem vyhoření ohrožena, skupinu, která se necítí syndromem vyhoření ohrožena a skupinu, která neví, zda je syndromem vyhoření (SV) ohrožena. Nebyla nalezena žádná výrazná tendence

v tom smyslu, že by některé z těchto skupin byly více spojeny s nižším nebo vyšším věkem. Nejvyšší mediánový věk byl zjištěn ve skupině, která se necítí být SV ohrožena, nejvyšší dolní kvartil věku byl zjištěn ve skupině, která se cítí být SV ohrožena a nejvyšší horní kvartil byl zjištěn ve skupině, která nedokáže posoudit, zda je SV ohrožena.

P-hodnota Kruskal-Wallisova testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,472, tj. vyšší než 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost mezi pocitem ohrožení syndromem vyhoření a věkem perioperačních sester ve zdravotnictví. **Tedy přijímáme hypotézu, že mezi pocitem ohrožení syndromem vyhoření a věkem perioperačních sester ve zdravotnictví není závislost.** Pořadové statistiky byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu (viz graf č. 50).



**Graf č. 50: Krabicový graf: Cítíte se být ohrožen/a syndromem vyhoření?**

## 6 DISKUZE

Mezi respondenty mého dotazníku patřily zejména ženy v zastoupení 92 %, muži zde byli zastoupení v 8 %. Tento průzkum se sice týká perioperačních sester, ale pokud bychom zastoupení mužského pohlaví rozebírali na pozici všeobecná sestra obecně, domnívám se, že by výsledky byly velice podobné a dovolím si napsat, že vždy by měly větší zastoupení ženy. Obsazení pozice všeobecná sestra muži se jeví problematickou až nyní v moderních dějinách. Bakalářská práce s názvem „Muž v roli zdravotních sester“ (Málková, 2018) popisuje, že v 50. letech dvacátého století, kdy byl stanoven v oficiálních dokumentech název všeobecná sestra, se tímto radikálně oslabila pozice muže v ošetrovatelství. V současnosti se muži do těchto pozic vracejí zvolna. Tato situace je zapříčiněna dalšími faktory, jakou jsou například genderové stereotypy a nízké platy. V porovnání, co se týká věku perioperačních sester v bakalářské práci s názvem „Role sestry v perioperační péči“ (Kollnerová, 2020), je silná věková skupina 40-49 let, kde je zastoupení 41,97 %. V této práci, je také silný počet respondentů ve věku 40-45 let – 18 %. Vzhledem k jinému rozvržení věkových kategorií a jinému počtu respondentů není procentuální zastoupení stejné, může se ale hovořit o jisté souvislosti, že silnou věkovou skupinou by mohly být sestry ve věku 40-49 let. V rámci dosaženého vzdělání, tak nejvíce respondentů u obou prací mělo středoškolské vzdělání. Autorka bakalářské práce, zde měla rozdělení pouze středoškolské, vyšší odborné, bakalářské, a magisterské. V porovnání s výsledky této práce, bylo na první pohled srovnatelné, že nejvíce respondentů obou prací mělo středoškolské vzdělání. V mé práci bylo podrobnější rozdělení středoškolského vzdělání, kdy měly sestry možnost volby mezi středoškolským se zastoupením 13 % respondentů a středoškolským se specializací 40 % respondentů. Porovnávací práce měla středoškolské vzdělání v zastoupení 43,21 % (Kollnerová, 2020). Je zde možné propojení s vysokým zastoupením věkové kategorie 40-45 let, kdy sestry dříve po absolvování střední školy jako všeobecné sestry, měly možnost specializace v perioperační péči a po té možnost nástupu na sály. Práce na operačních sálech je opravdu náročná, a to jak fyzicky, tak i psychicky, což se potvrdilo v obou pracích. Respondenti u porovnávací práce měli na výběr mezi psychickou a fyzickou náročností, ale také mohli zvolit obě možnosti. Tuto možnost zvolilo 90,12 % respondentů. V mé práci byly tyto otázky rozděleny na dvě, s tím, že zde byly možnosti „velmi náročná“, „náročná“, „nevím“, „nedokážu posoudit“, „spíše není náročná“ a „není náročná“. Výsledek psychické a fyzické zátěže velmi náročná měl zastoupení 47 % a náročná 17 % a náročná u psychické 49 %



a fyzické 70 % (Kollnerová, 2020). V obou průzkumech je znatelné, že práce perioperačních sester je opravdu náročná v obou směrech. Psychickou náročnost popisuje také diplomová práce s názvem „Vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví“ (Kratochvílová, 2019), kdy v tomto průzkumu bylo 20 % respondentů u centrálních operačních sálů a 24 % respondentů u oborových sálů a obě skupiny popsaly práci jako vysoce psychicky náročnou. Příznaky vedoucí k syndromu vyhoření pocíťovalo někdy během své kariéry sálové sestry 38 % respondentů, ohrožení syndromem vyhoření cítí 50 % respondentů, ale postihnuto syndromem vyhoření je pouze minimum respondentů 9 %. Z průzkumu z Ostravské univerzity na téma „Syndrom vyhoření sester na neurochirurgických odděleních“ (Prokelová, Jarošová, 2013), bylo onemocnění syndromem vyhoření zjištěno pouze u 7 sester, tedy v porovnání s mou prací výskyt vyhořelých respondentů je minimum. Na obou pracovištích, kde byl průzkum prováděn, byl výskyt syndromu vyhoření z hlediska psychologie zdraví uspokojivý. Výskyt konfliktů většina respondentů ohodnotila odpovědí zřídka. U konfliktů v mezilidských vztazích je to 49 % respondentů a u pracovních konfliktů 54 % respondentů. Z mého pohledu je toto velmi dobré procentuální zastoupení. Myslela jsem si, že zde bude nejvíce zastoupena odpověď, která bude vykazovat častý, nebo velmi častý výskyt, z důvodu vysoké náročnosti a odpovědnosti práce na operačním sále. Domnívám se, že tyto konflikty mohou vznikat častými přesčasy, přepracovaností, nepravidelným režimem, ale i osobnostními rozdíly. Nejvíce respondentů dále odpovědělo, že oba druhy konfliktů jsou spíše zvládnutelné. Bakalářská práce zabývající se nejčastějšími příčinami konfliktů s názvem „Vliv konfliktů mezi sestrami na ošetrovatelskou péči“ (Gebhartová, 2012), popisuje, že nejvíce bývají konflikty kvůli rozdělování směn, nedokončená práce při předávání směny, konflikty vyvolané potřebou přijetí, přátelství a bezpečí, dále také externí záležitosti v souvislosti s přenášením osobního života do života pracovního. Práce v týmu je podle většiny respondentů „velmi náročná“ až „náročná.“ Odpověď velmi náročná zvolilo 28 % respondentů a náročná 53 % respondentů. Vycházet a nějakým způsobem spolupracovat není jistě jednoduché, zvláště pokud zde musí být souhra a každý si nese odpovědnost nejen sám svou práci. Prostředí na pracovišti, je dalším faktorem, které ovlivňuje syndrom vyhoření u perioperačních sester, kromě organizace osobního času, které zvolilo 83 % respondentů, sem můžeme zařadit i nepravidelnost stravování, přesčasy a náročnost zaměstnání. Na vysokých místech se umístily rizikové faktory pracoviště, kam patří například práce pod RTG zářením, či vliv klimatizace či jiného než denního světla. Tuto odpověď zvolilo 65 % respondentů.

Z výše uvedeného průzkumu, z kapitoly 3.4. Zahraniční průzkumy na téma Syndrom vyhoření ve zdravotnictví (Findik, 2015), vyšlo najevo, že v určitých zemích, v tomto případě v Turecku nejsou před rentgenovým zářením na operačním sále chránění, nebo velice minimálně. Myslím, že to může být opravdu jeden z důvodů proč by sestry nechtěly na operačních sálech pracovat. Přeci jen je to velké riziko zvláště pro mladé ženy, které by chtěly být do budoucna gravidní. Respondenti potvrdili ve větší míře odpověďmi „ano“ 43 % a „spíše ano“ 35 %, že jejich pracovní tempo ovlivňuje jejich osobní život. Domnívám se, že je to hlavně kvůli směnnosti, které sestry slouží. Střídání směn, kterými jsou ranní, denní a noční, je jistě velmi náročné pro rodinný život, který většina respondentek jistě má. Ohledně uznání sestry nejvíce volilo odpověď „spíše ano“ a to 32 % respondentů. Uznání se může týkat jak uznání ve společnosti, tak i v tomto případě, kdy byla otázka kladena na jejich pracoviště. Uznání se týká ve spojitosti celého pracovního týmu.

V bakalářské práci na téma „Postavení všeobecné sestry ve zdravotnickém týmu“ (Langová, 2011), vyšlo najevo, že sestry spíše pocítují odborné uznání u lékařů. Odpověď „spíše ano“ zvolilo 46 % respondentů. Tento průzkum se netýká pouze perioperačních sester, ale i tak je viditelné, že sestry uznání pocítují. Domnívám se, že uznání sester je velice důležité pro výkon jejich povolání a pro jejich sebedůvěru. Na otázku ohledně financí, zda se cítí být sestry spravedlivě finančně ohodnoceny, odpovědělo respondentů „spíše ano“ 37 % respondentů a „spíše ne“ 25 % respondentů. Myslím, že v tomto směru velmi záleží na druhu nemocnice. Zda se jedná o nemocnici fakultní, krajskou nebo fakultní. Dále je jistě rozhodující výše odpracovaných let. Lenka Šnajdrová na portále ošetřovatelství.info popisuje, že z médií je k dočtení, že průměrný plat všeobecné sestry je v hrubé mzdě 36 000 Kč (Šnajdrová, 2019). Dovoluji si tvrdit, že i když nemám dlouholetou praxi ve zdravotnictví a v tuto chvíli nesloužím směnný provoz, plat sester z mého pohledu není špatný. Pokud sestry směnují, kdy se započítávají také víkendy, svátky a příplatky, nemyslím si, že by sestry oproti dřívějším dobám měly nízké finance. Samozřejmě, že po konkrétních osobních zkušenostech se můj názor může lišit. Se spokojeností sester velice souvisí benefity. V uvedené práci nejvíce sestry preferovaly finanční příspěvky, stravenky a poukázky na volnočasové aktivity a relaxaci. Podle Markéty Košíňové z portálu ošetřovatelství.info by sestry nejvíce ocenily stravenky a příspěvky na dovolenou. Na dalších příčkách se umístily firemní školky, slušné zacházení a podporu ve vzdělávání (Košíňová, 2016). Respondenti, kteří vyplňovali

tento dotazník o své zdraví v rámci prevence vyhoření pečují. Odpověď „ano“ zvolilo 28 % a „spíše ano“ 44 % respondentů. V doplňující otázce, ohledně prevence sestry nejčastěji uvedly odpověď „relaxace v přírodě.“ Dalšími častými odpověďmi byly schůzky a komunikace s přáteli, četba knih, nebo poslech hudby.

V bakalářské práci s názvem „Syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb“ (Kroupa, 2016) respondenti potvrdili, že nejvíce pečují o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření sportem 37 %, v kontaktu s blízkou osobou 18 % a v přírodě 16 %. Zde je viditelné, že v rámci prevence zdravotníci využívají sport nebo procházky v přírodě.

Bylo zde zjištěno a popsáno více dat z otázek. Všechna data jsou popsána v průzkumné části a zde v diskusi byla vyňata pouze některá. Otázky z druhé části dotazníku, který je standardizovaný, jsou také jednotlivě popsány v průzkumné části s jednotlivými grafy a tabulkami. Tyto jednotlivé otázky jsem vzhledem k jednotlivé nedůležitosti v diskusi nepopisovala.

**Hlavní cíl byl realizován pomocí 3 dílčích cílů. Prvním dílčím cílem bylo zjistit faktory vzniku syndromu perioperačních sester. K tomuto dílčímu cíli byly vytvořeny tři průzkumné otázky.**

**Průzkumná otázka č. 1: Jaký podíl perioperačních sester hodnotí výskyt konfliktů v pracovních vztazích na pracovišti jako častý?**

Z celkového počtu respondentů 105 jich 37 respondentů hodnotilo konflikty v pracovních vztazích na pracovišti jako časté nebo velmi časté. Podíl těchto respondentů činil 35,2 %. Dle 95 % intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl perioperačních sester hodnotících konflikty v pracovních vztazích na pracovišti jako časté nebo velmi časté pohybuje mezi 26,2 % a 45,2 %. Tedy se dá říci, že výskyt pracovních vztahů spíše častý není.

V bakalářské práci s názvem Psychosociální aspekty práce ve zdravotnictví autorka Holubcová přišla k zjištění, že nejvíce sester uvedlo četnost konfliktů jako „zřídka kdy“, takto odpovědělo 38 % (Holubcová, 2017). Další nejčastější odpovědí byla odpověď „občas-přibližně jednou za půl roku“ – tuto odpověď zvolilo 37 % respondentů. Dotazovaní zde měli příkladem uvedenou hlasitou hádku, odmítnutí spolupráce nebo bouchnutí dveřmi. Konflikty jsou v týmu důležité, protože nám poukazují na problém

a umožňují včas zasáhnout (Holubcová, 2017). Dá se říci, že v obou pracích není výskyt konfliktů na pracovištích.

**Průzkumná otázka č. 2: Jaký podíl perioperačních sester je ovlivněn pracovním prostředím?** Ze 105 respondentů 94 uvedlo, že je ovlivněno pracovním prostředím. Podíl těchto respondentů činil 89,5 %. Dle 95 % intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl perioperačních sester ovlivněných pracovním prostředím pohybuje mezi 82,0 % a 94,7 %.

Dá se tedy hovořit o jistém výskytu vlivu pracovního prostředí na perioperační sestry. Pokud sestry syndrom vyhoření ovlivňuje, což se v této práci projevilo, dále bychom se mohli dotázat na spokojenost v pracovním prostředí, která je také důležitá. V bakalářské práci na téma „Sestra a pracovní prostředí“ autorka (Valeriánová, 2017), došla k zjištění, že nejvíce respondentů - 52,31 % - je většinou se svým pracovním prostředím spokojeno.

**Průzkumná otázka č. 3: Jaký podíl perioperačních sester pečuje o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření?** Ze 105 respondentů 74 uvedlo, že o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření pečují. Podíl těchto respondentů činil 71,8 %. Dle 95 % intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl perioperačních sester pečujících o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření pohybuje mezi 62,1 % a 80,3 %. Dá se tedy říci, že sestry o své zdraví v rámci prevence vyhoření spíše pečují.

V bakalářské práci na téma „Syndrom vyhoření a jeho prevence u pracovníků sociálních služeb“ (Prokopová, 2011) bylo zjištěno, že i v oboru sociálních služeb mnoho pracovníků „odpočívá“ mimo svou práci a tím provádí prevenci syndromu vyhoření. Na odpověď, zda respondenti mají i nějaké zájmy a koníčky, které se netýkají jejich zaměstnání, odpovědělo 96 % pracovníků kladně. Na další otázku, ohledně počtu koníčků, nejvíce respondentů odpovědělo (61 %), že mají 2-4 koníčky mimo své zaměstnání. Toto zjištění u obou prací mě velice potěšilo. Zdravotní i sociální pracovníci v rámci prevence vyhoření o své zdraví pečují.

**První dílčí cíl byl splněn.**

**Druhý dílčí cíl se týkal intenzity syndromu vyhoření, k němuž směřovala následující průzkumná otázka.**

**Průzkumná otázka č. 4: Jaký podíl perioperačních sester má skóre BQ v pásmu mírný (skóre BQ<3)?**

Z celkového počtu respondentů bylo u 45 zjištěno nižší skóre BQ než 3. Podíl těchto respondentů činil 42,9 %. Dle 95 % intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl perioperačních sester, jejichž psychické zdraví by dle BS testu bylo hodnoceno jako dobré nebo uspokojivé, pohybuje mezi 33,2 % a 52,9 %. Dá se tedy říci, že výskyt skóre BQ v pásmu mírný bylo průměrné až podprůměrné.

Intenzitou syndromu vyhoření se také zabývala autorka Hluchá v diplomové práci na téma „Výskyt a příznaky syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků“ (Hluchá, 2011). Zjišťovala, zda intenzita syndromu vyhoření je vyšší u zdravotních sester než u odborných učitelek SZŠ. Výsledek ukázal, že vyšší intenzitu syndromu vyhoření v emocionální oblasti mají zdravotní sestry. Je tak pravděpodobně dáno z důvodu toho, že odborné učitelky SZŠ mají v hlavním zájmu své studenty a rovněž mají různorodější zaměstnání, oproti sestřím, které se starají ve svém zaměstnání pouze o pacienty.

**Druhý dílčí cíl byl splněn.**

**Ve třetím dílčím cíli byly stanoveny dvě hypotézy ohledně některých dat, jež by mohla vytvořit určité závislosti, či nikoliv.**

**Hypotéza č. 1: Mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe perioperačních sester ve zdravotnictví není závislost.**

První hypotéza se týkala nezávislosti mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe ve zdravotnictví. Hypotéza v této diplomové práci byla přijata, tedy mezi těmito dvěma daty nebyla potvrzena závislost. Obdobný výzkum s odlišnými výsledky ve zdravotnictví měl za cíl zjistit, zda existuje souvislost mezi intenzitou syndromu vyhoření a věkem zdravotních sester, jejich zdravotním stavem, délkou praxe i pracovního poměru na stávajícím oddělení, výskytem myšlenky na odchod ze zdravotnictví, kouřením a délkou cesty do zaměstnání (Nováková, Hlaváčová, 2006). U celého souboru respondentek se ukázalo, že vysoká intenzita syndromu vyhoření se objevila u dotazovaných sester z obou zkoumaných v oblasti citového vyčerpání. Test ukázal vysokou závislost, a tím potvrdil vliv uvedených rizikových faktorů na stupeň syndromu. Potvrzení téměř

všech hypotéz svědčí o tom, že v této oblasti není něco v pořádku. Tento výzkum se týkal sester na lůžkovém oddělení, a to mohl být důvod, proč je zde výskyt intenzity vyšší. Byl zde potvrzen i vztah mezi intenzitou syndromu vyhoření a délkou praxe.

**Hypotéza č. 2: Mezi pocitem ohrožení syndromem vyhoření a věkem perioperačních sester ve zdravotnictví není závislost.**

Druhá hypotéza k tomuto dílčímu cíli byla vytvořena a stanovena otázkou, zda mezi věkem respondentů a pocitem ohrožení syndromu vyhoření není závislost. Tato hypotéza k druhému dílčímu cíli byla přijata, tedy mezi věkem respondentů a pocitem ohrožení syndromem vyhoření není závislost. Mohou zde v pocitu ohrožení syndromem vyhoření nebo přímo onemocněním tímto syndromem hrát roli a mít určitou závislost i jiné faktory. Například autorka diplomové práce „Faktory ovlivňující vznik syndromu u zdravotních sester“ (Podzemská, 2016) potvrdila, že syndromem vyhoření trpí častěji více bezdětné a svobodné ženy. Možný důvod potvrzení této hypotézy by mohl být například ten, že sestry mají díky partnerovi nebo svému dítěti vyšší pocit jistoty a mají se domů na co těšit.

**Třetí dílčí cíl byl splněn.**

## ZÁVĚR

Syndrom vyhoření je vzhledem k dnešní době velice častý pojem nejen ve zdravotnictví. Vzhledem k náročnosti povolání perioperační sestry, jsem se rozhodla blíže přiblížit syndrom vyhoření v souvislosti s touto profesí. V teoretické části je rozepsán syndrom vyhoření z více pohledů a průzkumná část se týká průzkumných otázek, hypotéz a jejich interpretací.

Teoretická část práce byla zaměřena na syndrom vyhoření s rozdělením na obecný pohled, pohled ve zdravotnictví a přímo zaměřený pohled na perioperační sestru. Se syndromem vyhoření se může potkat nejen zdravotnický pracovník, ale také jakýkoliv jedinec, který ve svém zaměstnání přichází do kontaktu s lidmi. Pokud jedinec na příznaky syndromu vyhoření přijde včas, může sám, popřípadě s něčí pomocí se syndromu vyhoření vyvarovat. Využitím duševní hygieny, návštěvou psychoterapeuta, procházkami do přírody, nebo jinou prevencí lze syndromu vyhoření předcházet. Dalším možným faktorem prevence může být i asertivní chování jedince. Perioperační sestry, stejně jako i jiná zaměstnání, ovlivňují i další faktory, díky kterým lze snadno vyhořet. Kromě faktorů interpersonálních se mohou sestry potýkat i s faktory prostředí, ve kterém pracují. Jako například chemické či fyzikální vlivy. Stresově na sestry působí i nedostatek spánku, směnnost, přesčasy nebo například nepravidelný režim. Všechna zmíněná témata byla v teoretické části hlouběji rozebrána.

Na základě teoretické části bylo připraveno kvantitativní dotazníkové šetření, které sloužilo k vypracování praktické části. Respondenty bylo 105 sester, ze 4 různých nemocnic z oddělení centrálních operačních sálů.

Cílem diplomové práce bylo analyzovat syndrom vyhoření a vybrané aspekty na daných pracovištích. Byly sestaveny detailnější cíle průzkumu, průzkumné otázky a hypotézy, které se dali zjistit pomocí dotazníkového šetření. První průzkumná otázka se zajímala o to, jak časté jsou mezilidské konflikty, ukázalo se, že u sester se objevují spíše zřídka. Druhá průzkumná otázka byla zaměřena na vliv okolního prostředí na perioperační sestry, ze které vyšlo, že pracovní prostředí sestry spíše ovlivňuje a třetí průzkumná otázka byla zaměřena na to, jaký podíl sester pečuje o své zdraví, kde bylo zjištěno, že sestry o své zdraví spíše pečují. Z procentuálních podílů nebylo možné uvést konkrétní tvrzení. Dále bylo pomocí průzkumné otázky zjišťovaná intenzita syndromu vyhoření a pomocí hypotéz, zda není závislost mezi intenzitou syndromu vyhoření, a také zda není závislost

mezi věkem a pocitem ohrožení syndromem vyhoření. Obě hypotézy byly přijaty, tedy závislost zjištěna nebyla.

Diplomová práce na téma syndrom vyhoření byla pro mě přínosem, co se týká reakce sester a zájmu o doplňování dotazníku i v této nelehké době. Osobně jsem si z vybraných dotazníků odnesla pozitivní i negativní pocity. Například velmi pozitivní bylo pro mě zjištění ohledně prevence syndromu vyhoření, že sestry opravdu o své zdraví pečují a nejvíce chodí do přírody. U některých vyplněných dotazníku mě mrzela absence benefitů, které by sestry mohly dostávat, alespoň v možné míře.

**Doporučení pro praxi pro sestry v perioperační péči** je zvládání copingových strategií, které jsou uvedeny v této práci v kapitole zvládání a léčba syndromu vyhoření. Dále je vhodné používat jak interní, tak externí prevenci.

Konflikty, které v tomto průzkumu vyšly, že se objevují spíše zřídka. Mohou být zvládnuty ještě lépe. K dosažení lepších mezilidských vztahů v praxi bych doporučila společné aktivity sester mimo zaměstnání, tzv. teambuilding. Perioperační sestry by se lépe poznaly, a tak by i v práci mohly lépe pochopit vyjadřování a chování druhých v náročných situacích. Myslím, že výsledky konfliktů v této práci vyšly pozitivně, ale stále je možné se zlepšovat. Bohužel k momentální situaci COVID-19 je uskutečnění teambuldingu nemožné. Zde by mohl alespoň každý jedinec nastudovat asertivní chování a aplikovat jej v praxi, popřípadě by mohl navštěvovat psychoterapeuta, a to i při nedostatečném zvládnutí momentální situace.

Vliv pracovního prostředí na perioperační sestry, který v této práci vyšel najevo, by mohlo ovlivnit i vedení nemocnice. Na sestry by mohla mít pozitivní vliv změna pracovního prostředí, a to i změna malá, jako například modernizace denní místnosti, kde sestry tráví oběd, či pokud jim to čas v práci umožní, tak i pracovní přestávky. Dále by sestry mohl pozitivně ovlivnit konkrétní jednorázový benefit či dlouhodobý benefit, například slevová poukázka na oběd nebo zavedení stravenek, či více finančních odměn.

Prevenici syndromu vyhoření téměř všichni respondenti poctivě dodržují a nejčastěji navštěvují přírodu. Bylo by také dobré, aby se kromě chůze, zaměřili více i na svou duši. Například v rámci sebevzdělávání v různých odvětvích či učení se novým relaxačním technikám. To mohou být různé meditace a dechová cvičení nebo terapie zaměřené na vjemy (aromaterapie, muzikoterapie).



## SEZNAM LITERATURY

### LITERÁRNÍ ZDROJE

ANTONIOU, Alexander-Stamatios, Aikaterini PLOUMPIA Aikaterini a Marina NTALLA. 2013. Occupational stress and professional burnout in teachers of primary and secondary education: The role of coping strategies. *Psychology*. **4**(3A), 349-355. ISSN 2152-7199.

AUSTIN, Vicky, Surya SHAHA a Steve MUNCER. 2005. Teacher stress and coping strategies used to reduce stress. *Occupational therapy international*. **12**(2) 63-80. ISSN 0966-7903.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-467-2.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-439-9.

BALKOVÁ, Hilda, Monika ZIBRÍNOVÁ a Gabriela TAKÁČOVÁ. 2015. Psychická zátěž v práci operační sestry. *Ošetrovatelstvo a pôrodná asistencia*. (4), 31-35. ISSN 1339-5920.

CABANOVÁ, Marianna a Tatiana RAPČÍKOVÁ. 2016. Zátěžové situácie a etika v prostredí kardiochirurgických operačních sál z pohľadu sestry. In: JIRKOVSKÝ, Daniel. *Cesta k modernímu ošetrovatelství XVIII. – recenzovaný sborník příspěvků z odborné konference s mezinárodní účastí*. 1. vyd. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, s. 205-213. ISBN 978-80-87347-23-2.

CAÑADAS-DE LA FUENTE, Guillermo A. et al. 2018. Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors. *Emergencias*. Oct; **30**(5), 328-331. ISSN 1137-6821.

DI CARA, Veronika, Petra CHARVÁTOVÁ a Tomáš PETR. 2014. Pracovní podmínky zdravotníků v ČR – průzkum ČAS 2013. *Florence*. **10**(1-2), 35. ISSN 1801-464X.

EDLER, Ruth et al 2014. *Mental Health Nursing*. [e-kniha]. 1st UK ed. London: Churchill Livingstone. [cit. 2021-02-19]. ISBN 978-0-7020-4493-9. Dostupné

z: <https://books.google.cz/books?id=tUTyAAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=cs#v=onepage&q&f=false>

FINDIK, UmmuYildiz. 2015. OperatingRoomNurses' Burnout and SafetyApplications. *International JournalofCaringSciences*[online]. 8(3), 610-617. [cit. 2021-04-05]. ISSN 1792-037X.Dostupné

z: [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/11\\_Findik\\_original\\_8\\_3.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/11_Findik_original_8_3.pdf)

FREUDENBERGER, Herbert J. 1974. Staffburn-out. *Journalofsocialissues*.30(1), 159-165. ISSN 1540-4560.

GEBHARTOVÁ, Marcela. 2012. *Vliv konfliktů mezi sestrami na ošetrovatelskou péči*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Klára Kubartová.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HLUCHÁ, Lucie. 2011. *Výskyt a příznaky syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra psychologie a patopsychologie. Vedoucí práce Doc. PhDr. Eva Urbanovská, Ph.D.Dostupné také z: <https://theses.cz/id/a1uey9/1109999>

HOLUBCOVÁ, Michaela. 2017. *Psychosociální aspekty práce ve zdravotnictví*. Praha. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze, Masarykův ústav vyšších studií. Vedoucí práce PhDr. Blanka Jirkovská, Ph.D.

CHAN, David W.aEadaoin K. P HUI.1995. Burnout and copingamongChinesesecondaryschoolteachers in Hong Kong. *BritishJournalofEducational Psychology*.65(1) 15-25. ISSN 0007-0998.

CHAN, David W. 1998. Stress, Copingstrategies, and psychologicaldistressamongsecondaryschoolteachers in Hong Kong. *AmericanEducationalResearchJournal*.35(1), 145-163. ISSN 0002-8312.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava et al. 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 2 vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-543-3.

KALLWASS, Angelika. 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-299-7.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 1998. *Syndrom vyhoření, funkční duševní porucha*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-099-3.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2003. *Syndrom vyhoření*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.

KOLLNEROVÁ, Kateřina. 2020. *Role sestry v perioperační péči*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence.

KOPŘIVA, Karel. 2006. *Lidský vztah jako součást profese: [psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-181-6.

KRATOCHVÍLOVÁ, Tereza. 2019. *Vliv práce perioperační sestry na její psychosociální zdraví*. Pardubice. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Věra Záhorová, Ph.D. Dostupné také z: <https://theses.cz/id/j550c7>

KROUPA, Matouš. 2016. *Syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb*. Plzeň. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Pfefferová.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 80-24707-845.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1998. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-551-3.

KURUCOVÁ, Radka. 2016. *Zátěž pečovatele – posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5707-0.

LANGOVÁ, Jana. 2011. *Postavení všeobecné sestry ve zdravotnickém týmu*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Eva Lachková.

MACHÁLKOVÁ, Lenka a Zdeňka MIKŠOVÁ. 2013. Percepce únavy a hodnocení spánku v kontextu pracovního režimu všeobecných sester. *Medicína pro praxi*. **10**(8-9), 308-310. ISSN 1214-8687.

MÁLKOVÁ, Šárka. 2018. *Muži v roli zdravotních sester*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 3. Lékařská fakulta, Ústav/klinika Ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Hana Svobodová.

ONDŘIOVÁ, Iveta a Janka SLANINKOVÁ. 2010. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetrování terminálně nemocných. *Sestra*. **20**(10), 27-28. ISSN 12010-0404.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-881-6300-8.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.

PETROVOVÁ, Markéta. 2017. Zdravotní rizika práce ve zdravotnictví. *Florence*.**13**(11), 28-30. ISSN 1801-464X.

PODZEMSKÁ, Kateřina. 2016. *Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u zdravotních sester*. Praha. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce MUDr. Olga Dostálová, CSc. Dostupné také z: [http://www.pvpsps.cz/data/2016/12/09/15/podzemska\\_katerina.pdf](http://www.pvpsps.cz/data/2016/12/09/15/podzemska_katerina.pdf)

PROKELOVÁ, Pavla a Darja JAROŠOVÁ. 2013. Burnout syndrome in nurses on neurosurgical wards. *Kontakt*.**15**(2), 135-42. ISSN 1212-4117.

PROKOPOVÁ, Lucie. 2011. *Syndrom vyhoření a jeho prevence u pracovníků v sociálních službách*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lucie Procházková Ph.D. Dostupné také z:

[https://is.muni.cz/th/366005/pedf\\_m/Syndrom\\_vyhoreni\\_a\\_jeho\\_prevence\\_u\\_pracovniku\\_v\\_socialnich\\_sluzbach.pdf](https://is.muni.cz/th/366005/pedf_m/Syndrom_vyhoreni_a_jeho_prevence_u_pracovniku_v_socialnich_sluzbach.pdf)

PRIESS, Mirriam. 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5394-2.

- PTÁČEK, Radek a Libuše ČELEDVÁ. 2011. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-1998-9.
- ROBERTS, Glenn A. 1997. Prevention of burn-out. *Advances in Psychiatric Treatment*. **3(5)**, 282-289. ISSN 1355-5146.
- RUSH, Myron D. 2003. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů. Moudrost do kapsy; sv. 2. ISBN 80-7255-074-8.
- SLAVÍK, Milan et al. 2012. *Vysokoškolská pedagogika – pro odborné vzdělávání*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4054-6.
- SILLERO Amalia a ZABALEGUI Adelaida. 2018. Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* [online]. (14), 132-142. [cit. 2021-04-05]. ISSN 1745-0179. Dostupné z: doi: 10.2174/1745017901814010132
- STOCK, Christian. 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-271-0470-3.
- ŠVINGALOVÁ, Dana. 2006. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-105-8.
- ULRICOVÁ, Monika. 2012. *Člověk, stres a osobní předpoklady*. 1. vyd. Ústí nad Orlicí: Oftis. ISBN 978-80-7405-186-9.
- UNGER, David. 2010. Psychoterapeutické přístupy v léčbě hraniční poruchy osobnosti. *Psychoterapie*. **4(2)**, 109-117. ISSN 1802-3983.
- VALERIÁNOVÁ, Silvie. 2017. *Sestry a pracovní prostředí*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Jarmila Verešová.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 8024712628.

VÉVODA, Jiří et al. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247- 4732-3.

VÉVODOVÁ, Šárka, Jiří VÉVODA a Bronislava GRYGOVÁ. 2020. Mobbing, subjective perception, demographic factors, and prevalence of burnout syndrome in nurses. *Central European journal of public health*. 28(Suppl.), 57-64. ISSN 1210-7778. Dostupné také z: doi:10.21101/cejph.a6211

VIDOTTI Viviane et al. 2018. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Revista latino-americana de enfermagem* [online]. 9(26), e3022. [cit. 2021-03-12]. ISSN 1518-8345. Dostupné z: doi: 10.1590/1518-8345.2550.3022.

WICHSOVÁ, Jana. 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3754-6.

WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

ŽÍDKOVÁ, Zdeňka. 2010. Životospřáva sálových sester. *Sestra*. 20(2), 40-41. ISSN 1210-0404.

## ELEKTRONICKÉ ZDROJE

ČESKO. 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi* [online]. Praha: Aion cz, s.r.o, 2010-2021 [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

GRÓFOVÁ, Dana. 2018. Mobbing a bossing: jak reagovat na šikanu na pracovišti. In: *VimVic* [online]. © 2021 VimVic.cz. Publikováno 14.11.2018 [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: <https://www.vimvic.cz/clanek/mobbing-a-bossing-jak-reagovat-na-sikanu>

HOBZOVÁ, Lenka. 2014. *Pracovní rizika a zátěž na operačním sále* [prezentace]. Fakultní nemocnice Hradec Králové, 24.-25.9.2014 [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: [http://www.perioperacni-sestry.cz/content\\_public/publications/lectures/pracovni-rizika-a-zatez-na-operacnim-sale.pdf](http://www.perioperacni-sestry.cz/content_public/publications/lectures/pracovni-rizika-a-zatez-na-operacnim-sale.pdf)

KOŠINOVÁ, Markéta. 2016. Benefity pro sestry a další zdravotníky. In: *Ošetrovatelství.info* [online]. © 2009 - Ošetrovatelství.info. Publikováno 22.2.2016 [cit.

2021-03-28]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/benefity-pro-sestry-a-dalsi-zdravotniky/>

Léčba a příznaky syndromu vyhoření: Další příznaky Burnout syndromu. In: *AdiCare: Centrum psychologické a psychiatrické péče* [online]. [cit. 2020-12-12]. Dostupné z: <https://www.adicare.cz/lecba-priznaky-syndromu-vyhoreni-burnout-syndrom/>

NOVÁKOVÁ, Helena a Marie HLAVÁČOVÁ. 2006. Syndrom vyhoření bohužel není minulostí. In: *zdraví.euro.cz* [online]. © 2021 Internet Info, s.r.o. Publikováno 6.3.2006 [cit. 2021-04-02]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/syndrom-vyhoreni-bohuzel-neni-minulosti-278255>

ŠNAJDROVÁ, Lenka. 2019. Co jste možná nevěděli o zdravotních sestřích. In: *Ošetrovatelství.info* [online]. © 2009 - Ošetrovatelství.info. Publikováno 4.3.2019 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/co-jste-mozna-nevedeli-o-zdravotnich-sestrach/>

SKÁLA, Radim. 2016. Elektrochirurgie. Vliv karcinogenních toxických zplodin působící na operační personál a pacienta. In: *Skala Medical Technology* [online]. 2016 [cit. 2020-12-2]. Dostupné z: <http://www.skala.cz/files/Elektrochirurgie-2.pdf>

WEBER, Z. *Syndrom vyhoření* [online]. [cit. 2020-09-21]. Dostupné z: <http://www.zdenekweber.cz/terapie/syndrom-vyhoreni/>

## **PŘÍLOHY**

Příloha A .....	120
-----------------	-----



## Příloha A

Dobrý den,

Jsem studentkou navazujícího magisterského programu perioperační péče na Fakultě Zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ve výzkumu se zabývám tématem syndromu Vyhoření u perioperačních sester a v současné době zpracovávám diplomovou práci na stejné téma. Dotazník není věkově omezen cílem tohoto průzkumu je zjistit faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření, zjistit intenzitu vyhoření a vytvořit komparaci vybraných dat týkajících se syndromu vyhoření u perioperačních sester. Validita dotazníku byla potvrzena pomocí před výzkumu, který byl uskutečněn v říjnu 2020. Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Bc. Anna Řeháková, st51067@student.upce.cz

Průzkum se skládá ze dvou dotazníků:

- Faktory vzniku syndromu vyhoření – dotazník vlastní konstrukce.
- Faktory intenzity syndromu vyhoření – standardizovaný dotazník. V následující části dotazníku prosím uveďte jak často míváte v posledním roce následující pocity a zkušenosti. Pomocí sedmi stupňové škály vyjádřete jejich intenzitu.

Dotazník: část 1.

1. Věk:

- 20-25 let
- 25-30 let
- 30-35 let
- 35-40 let
- 40-45 let
- 45-50 let
- 55-60 let
- 60 a více

2. Pohlaví:

- Žena
- Muž

3. Dosažené vzdělání (lze zaškrtnout i více možností):

- Středoškolské s maturitou
- Středoškolské se specializací
- Vyšší odborné
- Vyšší odborné se specializací
- Vysokoškolské bakalářské
- Vysokoškolské bakalářské se specializací
- Vysokoškolské magisterské
- Vysokoškolské magisterské se specializací perioperační péče
- Vysokoškolské magisterské s jinou specializací
- Nyní studuji
- Jiné (dopíšte, jaký obor studujete):

4. Délka praxe ve zdravotnictví:

- Méně než 5 let
- 5-10 let
- 10-15 let
- 15-20 let
- 20- 25 let
- 25-30 let
- 30 let a více

5. Nyní pracuji:

- Operační sály
- Lůžkové oddělení
- Ambulance
- Jiné:

6. Délka praxe na operačních sálech:

- Méně než 5 let
- 5-10 let
- 10-15 let
- 15-20 let
- 20-25 let
- 25- 30 let
- 30let a více

7. Délka praxe mimo operační sály:

- Nepracoval/a jsem mimo operační sály
- Méně než 5 let
- 5-10 let
- 10-15 let

- 15-20 let
- 20-25 let
- 25-30 let
- 30 let a více

8. Jak se momentálně cítíte po tělesné stránce?

- 1-Velmi dobře
- 2-Dobře
- 3-Normálně
- 4-Špatně
- 5- Velmi špatně

9. Jak se momentálně cítíte po psychické stránce?

- 1-Velmi dobře
- 2-Dobře
- 3-Normálně
- 4- Špatně
- 5- Velmi špatně

10. Je Vaše práce fyzicky náročná?

- 1-Velmi náročná
- 2-Náročná
- 3-Nevím, nedokážu posoudit
- 4-Spíše není náročná
- 5-Není náročná

11. Je Vaše práce psychicky náročná?

- 1-Velmi náročná
- 2-Náročná
- 3-Nevím, nedokážu posoudit
- 4-Spíše není náročná
- 5-Není náročná

12. Pociťoval/a jste ve své praxi sálové sestry příznaky syndromu vyhoření?\*

- Ano
- Ne
- Nevím, nedokážu posoudit

\*13. Pokud ano, jaké okolnosti příznaky syndromu vyhoření vyvolaly?

Dopíše:

14. Cítíte se být ohrožen/a syndromem vyhoření?

- Ano
- Ne
- Nevím, nedokážu posoudit

15. Myslíte si, že trpíte syndromem vyhoření?

- Ano
- Ne
- Nevím, nedokážu posoudit

16. Práce v týmu je podle Vás?

- 1-Velmi náročná
- 2-Náročná
- 3-Nevím, nedokážu posoudit
- 4-Spíše není náročná
- 5-Není náročná

17. Ovlivňuje Vás Vaše pracovní prostředí?\*

- Ano
- Ne
- Nevím, nedokážu posoudit

\*18. Pokud jste u předcházející otázky zvolil/a odpověď ano, označte konkrétní aspekt/y, popřípadě dopište.

Zvolte alespoň jednu možnost, popřípadě dopište jiné.

- Dostupnost nástrojů, pomůcek na pracovišti
- Vzhled pracovního prostředí
- Moderní technologie
- Rizikové faktory pracoviště (teplota, vlhkost, osvětlení, čistota, kvalita vzduchu)
- Organizace osobního času (přestávka na oběd, dojít si na toaletu, napít se)
- Jiné:

19. Ohodnoťte výskyt množství konfliktů v mezilidských vztazích na Vašem pracovišti.

- 1-Velmi často,
- 2-Často
- 3- Zřídka
- 4-Skoro vůbec
- 5-Vůbec ne

20. Ohodnoťte výskyt množství konfliktů v pracovních vztazích na Vašem pracovišti.

- 1-Velmi často,
- 2-Často
- 3- Zřídka
- 4-Skoro vůbec
- 5-Vůbec ne

21. Pokud se vyskytují mezilidské konflikty jsou podle Vás zvládnutelné?

- 1-Ano
- 2-Spíše ano
- 3- Nevím, nedokážu posoudit
- 4- Spíše ne
- 5- Ne

22. Pokud se vyskytují pracovní konflikty jsou podle Vás zvládnutelné?

- 1-Ano
- 2-Spíše ano
- 3- Nevím, nedokážu posoudit
- 4- Spíše ne
- 5- Ne

23. Ovlivňuje pracovní tempo Váš osobní život?

- 1-Ano
- 2-Spíše ano
- 3-Nevím, nedokážu posoudit
- 4- Spíše ne
- 5- Ne

24. Je na Vašem pracovišti saturována (uspokojována) potřeba uznání?

- 1-Ano
- 2-Spíše ano
- 3-Nevím, nedokážu posoudit
- 4- Spíše ne
- 5- Ne

25. Je Vaše práce spravedlivě finančně ohodnocena?

- 1-Ano
- 2-Spíše ano
- 3-Nevím, nedokážu posoudit
- 4- Spíše ne
- 5- Ne

26. Poskytuje Váš zaměstnavatel dostatek benefitů?

- 1-Ano
- 2-Spíše ano
- 3-Nevím, nedokážu posoudit
- 4- Spíše ne
- 5- Ne

27. Jaké benefity jsou pro Vás podstatné?

Dopíše:

28. Pečujete o své zdraví v rámci prevence syndromu vyhoření?

- 1-Ano
- 2-Spíše ano
- 3-Nevím, nedokážu posoudit
- 4- Spíše ne
- 5- Ne

29. Co Vám nejvíce pomáhá při prevenci syndromu vyhoření?

Zvolte alespoň jednu možnost.

- Meditace
- Návštěva psychoterapeuta, nebo jiného odborníka
- Poslech hudby
- Informovanost o syndromu vyhoření
- Sport
- Relaxace v přírodě
- Četba knih nebo jiných publikací
- Schůzky a komunikace s přáteli nebo blízkými o svých problémech
- Jiné, dopíše:

Dotazník: část 2.

Dotazník psychického vyhoření - V následující části dotazníku uveďte jak často míváte v posledním roce následující pocity a zkušenosti. Pomocí sedmistupňové škály vyjádřete jejich intenzitu.

1- Nikdy, 2- Jednou za čas, 3- Zřídka kdy 4- Někdy, 5- Často, 6- Obvykle, 7- Vždy

Byl jsem unaven	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem v depresi	1	2	3	4	5	6	7
Prožíval jsem krásný den	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem tělesně vyčerpán	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem citově vyčerpán	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem šťastný	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se vyřízen (zničen)	1	2	3	4	5	6	7
Nemohl jsem se vzchopit	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem nešťastný	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se uhoněn a utahán	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se uvězněn a v pasti	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se jako bych byl nula	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se utrápen	1	2	3	4	5	6	7
Tížily mne starosti	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se zklamán a rozčarován	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem slabý a na nejlepší cestě k onemocnění	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se beznadějně	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se odmítnut a odstrčen	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se pln optimismu	1	2	3	4	5	6	7
Cítil jsem se pln energie	1	2	3	4	5	6	7
Byl jsem pln úzkosti a obav	1	2	3	4	5	6	7

(Pines, Areson in Krivohlavý, 1998)