

# Syndrom vyhoření ve zdravotnických profesích

Kateřina Píšková

---

Bakalářská práce  
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Kateřina Pišková  
Osobní číslo: H18554  
Studijní program: B5341 Ošetrovatelství  
Studijní obor: Všeobecná sestra  
Forma studia: Prezenční  
Téma práce: Syndrom vyhoření ve zdravotnických profesích

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti problematiky syndromu vyhoření ve zdravotnických profesích, se zaměřením na všeobecné a praktické sestry.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

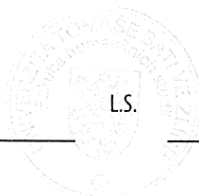
- CANADAS-DE LA FUENTE, G. A., C. VARGAS et al. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 2015, vol. 52, no. 1, pp. 240-249. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
- PLAMÍNEK, J. *Sebezpoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4751-4.
- STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

\_\_\_\_\_

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



\_\_\_\_\_

**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....  
.....

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlížne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření ve zdravotnických profesích a zaměřuje se na všeobecné a praktické sestry. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce se zabývá problematikou stresu, syndromem vyhoření a supervizí jako nástrojem k předcházení syndromu vyhoření. Praktická část práce je zpracována na základě výsledků kvantitativního šetření formou dotazníku. Hlavním cílem práce bylo zjistit, do jaké míry jsou syndromem vyhoření ohroženy všeobecné a praktické sestry.

Klíčová slova: Stres, syndrom vyhoření, prevence syndromu vyhoření, supervize

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with burnout syndrome in health professions and focuses on general and practical nurses. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part deals with an issue of stress, burnout syndrome and supervising as a tool for burnout prevention. The practical part of the thesis is performed on the basis of a quantitative research data implementation by a questionnaire. The main goal of the thesis was to find out to which extent the general and practical nurses are threatened by burnout syndrome.

Keywords: Stress, burnout syndrome, burnout syndrome prevention, supervision

Děkuji své vedoucí práce doc. Ing. Pavle Staňkové, Ph.D., za cenné rady, připomínky, trpělivost a odborné vedení. Dále bych také chtěla poděkovat všem staničním sestřám, které mi umožnily realizaci výzkumu na svých odděleních, a všem respondentům, kteří se výzkumu zúčastnili.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 STRES .....</b>	<b>12</b>
1.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PROŽÍVÁNÍ STRESU .....	12
1.2 PŘÍZNAKY .....	12
1.2.1 Příznaky behaviorální.....	13
1.2.2 Příznaky psychologické .....	13
1.2.3 Příznaky fyziologické.....	13
1.3 ZVLÁDÁNÍ STRESU .....	13
<b>2 SYNDROM VYHOŘENÍ .....</b>	<b>16</b>
2.1 DEFINICE .....	16
2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	17
2.2.1 Rizikové faktory v zaměstnání.....	17
2.2.2 Rizikové faktory osobnostní .....	18
2.2.3 Rizikové faktory mimopracovní sféry .....	18
2.3 FÁZE .....	19
2.3.1 1. fáze – Nadšení .....	19
2.3.2 2. fáze – Stagnace.....	19
2.3.3 3. fáze – Frustrace .....	20
2.3.4 4. fáze – Apatie .....	20
2.3.5 5. fáze – Vyhoření .....	20
2.4 PŘÍZNAKY .....	20
2.4.1 Tělesné příznaky .....	21
2.4.2 Psychické příznaky.....	21
2.4.3 Emocionální příznaky .....	21
2.5 DIAGNOSTIKA .....	21
2.6 LÉČBA .....	23
2.7 PREVENCE .....	24
2.7.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce.....	24
2.7.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace .....	26
2.7.3 Zásady duševní hygieny pro profesionály pracující s lidmi.....	27
<b>3 SUPERVIZE .....</b>	<b>28</b>
3.1 CÍLE SUPERVIZE .....	28
3.1.1 Vzdělávací (formativní) funkce supervize .....	28
3.1.2 Podpůrná (restorativní) funkce supervize .....	29
3.1.3 Řídící (normativní) funkce supervize.....	29
3.2 FORMY SUPERVIZE .....	29
3.2.1 Individuální supervize .....	29



3.2.2	Skupinová supervize .....	29
3.2.3	Týmová supervize .....	30
3.2.4	Intervize.....	30
3.2.5	Autovize .....	31
3.3	PRŮBĚH SUPERVIZE .....	31
3.3.1	Příprava .....	31
3.3.2	Supervizní setkání .....	31
3.3.3	Výstupy ze supervize .....	32
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>METODIKA ŘEŠENÍ PRÁCE.....</b>	<b>34</b>
4.1	CÍLE PRÁCE .....	34
4.2	METODA A TECHNIKA SBĚRU DAT .....	34
4.3	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	35
4.4	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	35
4.5	HYPOTÉZY.....	36
<b>5</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....</b>	<b>37</b>
5.1	DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE .....	37
5.2	JAKÁ JE ÚROVEŇ SYNDROMU VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH A PRAKTICKÝCH SESTER?.....	41
5.3	TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ .....	50
	<b>DISKUZE .....</b>	<b>57</b>
	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>58</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>60</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>64</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>66</b>

## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření a je zaměřena na profesi všeobecné a praktické sestry, jelikož patří mezi profese mimořádně ohrožené syndromem vyhoření, a to zejména z důvodu fyzické i psychické zátěže.

Syndrom vyhoření vzniká jako důsledek působení nadměrného a dlouhodobého stresu. Postihuje zejména tzv. pomáhající profese, jelikož se většinou zabývají problémy druhých, snaží se uspokojit co nejlépe jejich potřeby, a to vše na úkor těch vlastních. Vzhledem ke zrychlenému životnímu tempu a zvýšeným nárokům jak na poskytovanou péči, tak na zaměstnance, se míra syndromu vyhoření nadále zvyšuje.

Téma mé bakalářské práce jsem zvolila na základě mých vlastních zkušeností ze zdravotnictví, ať už z role pracovníka, nebo pacienta. Myslím si, že se jedná o téma, kterým by se měla společnost zabývat, měla by na ně reagovat a zaměřit se na různá preventivní opatření a léčbu. Prevence je velmi důležitou součástí této problematiky, protože jediné jejím prostřednictvím se můžeme syndromu vyhoření vyhnout.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá ze tří hlavních kapitol. V první kapitole se věnuji problematice stresu, faktorům ovlivňujícím jeho prožívání, příznaky a zvládání. Další kapitola je zaměřena na samotný syndrom vyhoření, kde uvádím definice, rizikové faktory, jednotlivé fáze, diagnostiku, léčbu a prevenci. Poslední kapitola je soustředěna na supervizi, jednotlivé formy, cíle a také průběh samotné supervize.

Hlavním cílem práce bylo zjistit míru syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester, jelikož si myslím, že je vhodné mít přehled o tom, zda někteří pracovníci vykazují známky syndromu vyhoření, aby došlo k jejich včasnému odhalení a mohla být zahájena léčba. Další cíle směřují ke zjištění demografických faktorů ovlivňujících ohrožení všeobecných a praktických sester syndromem vyhoření, k identifikaci jejich pracovních problémů, jež mohou mít dopad na chod oddělení v nemocnicích. Jedním z cílů je také stanovit, zda jsou všeobecné a praktické sestry dostatečně informovány o syndromu vyhoření, které způsoby předcházení syndromu znají a využívají a které nástroje používají zaměstnavatelé k prevenci. Dále jsem si stanovila hypotézy, které chci pomocí zpracovaných výsledků z výzkumu vyvrátit či potvrdit.

Součástí bakalářské práce jsou také doporučení pro praxi, která jsou formulována na základě výsledků z výzkumu.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 STRES

Jedná se o charakteristickou fyziologickou odpověď na poškození nebo ohrožení organismu. Často se také definuje jako skutečné, nebo implicitní ohrožení homeostázy. Tato odpověď je velmi specifická a u každého jedince individuální. Stres je významný biologický faktor, který má vliv na všechny orgány a tkáně organismu, jehož cílem je aktivovat a připravit organismus na náročnou situaci. Pokud se jedná o krátkodobý stres přiměřené intenzity, stimuluje člověka k lepšímu výkonu a podporuje látkovou výměnu. Naopak nekontrolovatelný a opakovaný stres má na organismus škodlivý účinek a může jej vážně poškodit (Kučera, 2013; Joshi, 2007; Večeřová-Procházková; Honzák, 2008).

Stresovým reakcím se není možné vyhnout. Jsou jedním ze základních mechanismů přizpůsobování se změnám (Vobořilová, 2015).

### 1.1 Faktory ovlivňující prožívání stresu

Vnímání a prožívání stresových situací je velmi individuální. Níže jsou uvedeny faktory, které nejčastěji ovlivňují prožívání stresu:

- Vnímání (percepce) – Je velmi individuální. Umožňuje nám vybírat a zpracovávat informace z prostředí.
- Minulá zkušenost – Zvyšuje odolnost vůči stresu.
- Sociální podpora – Chování ostatních by mělo být spíše přátelské než kritické.
- Individuální rozdíly – Někteří jedinci vnímají situaci jako silně zátěžovou, jiní ji zase sotva postřehnou (Vobořilová, 2015).

### 1.2 Příznaky

Vystavením organismu stresové zátěži se zvyšuje vylučování serotoninu, který brání propadnutí depresi. Zvyšuje se také vylučování hormonů z nadledvin, tj. adrenalinu, noradrenalinu a kortizolu. Dále dochází k vylučování adrenokortikotropního hormonu z hypofýzy, který má vliv na další fyziologické procesy. Játra začnou uvolňovat krevní cukr pro spotřebu energie a dochází ke spalování zásobního tuku. Organismus reaguje na stresovou odpověď množstvím příznaků. Nastává zrychlení dechu, zvýšení tepové frekvence a svalového napětí, zvýšení pocení a snížení vylučování slin. V případě, že se jedná o chronický stres, dochází v organismu k neodpovídajícím fyziologickým reakcím, které mohou způsobit onemocnění (Zacharová, 2017; Kučera 2013).

Stresový stav v sobě zahrnuje příznaky fyziologické, psychologické a behaviorální. Příznaky behaviorální se zpravidla projevují jako první (Křivohlavý, 2010).

### **1.2.1 Příznaky behaviorální**

Člověk je často nerozhodný, tj. nejistý v situacích, kde je více možností volby. Nerozhodnost se projevuje příliš dlouhou rozvážností. Může také dojít ke změně denního rytmu, což má za následek problémy se spánkem a usínáním. Často také lidé více naříkají, a to kvůli svému pesimistickému pohledu na svět. Dochází ke změně vztahu k potravě, může to být přejídání, nebo naopak nechutenství. Lidé jsou více nepozorní z důvodu zhoršení jejich koncentrace. Mohou se také snažit vyhýbat se práci, úkolům a zodpovědnosti, jelikož ztrácí chuť k práci a kvalita práce se zhoršuje. Mohou začít také propadat závislostem, jako jsou alkohol, cigarety a drogy (Křivohlavý, 2010).

### **1.2.2 Příznaky psychologické**

Dochází k prudkým změnám nálad od velké radosti až k velkému smutku a obráceně. Lidé jsou často více podráždění a úzkostní. Trápí se nedůležitými věcmi, kterým člověk za standardních okolností nepřisuzuje žádnou váhu. Cítí se být více unavení. Mívají také nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a vzhled. Nedokážou projevit náklonnost a sympatii ostatním. Uzavírají se do sebe a omezují kontakt s ostatními lidmi (Křivohlavý, 2010).

### **1.2.3 Příznaky fyziologické**

Objevují se bolesti hlavy, které většinou vychází z oblasti krční páteře a rozšiřují se od temena k čelu, dále také bolesti a svírání na hrudi, bolesti břicha, které často doprovází průjem, nechutenství a plynatost. Časté nucení na močení, zvýšený svalový tonus v oblasti krční a dolní části páteře, ztráta sexuální apetence až impotence, změny v menstruačním cyklu, palčivé pocity v rukou a nohou, exantémy, nepříjemné pocity v krku. Může docházet také k obtížnému soustředění očí na jeden bod, mnohdy až ke dvojitému vidění (Křivohlavý, 2010).

## **1.3 Zvládání stresu**

Některé stresové situace se dají předvídat a lze jim předcházet. U situací, které lze předpovědět, ale nedá se před nimi uchránit, je důležitá kvalitní příprava a zabezpečení určitých protistresových opatření, před tím, než stresor začne působit. Pokud nastane situace,

že začne stresor působit rychle a bez varování, je vhodné např. pěstovat svou odolnost vůči stresu a dosáhnout stavu připravenosti bránit se mu. Tréninkem dosáhneme určité zásoby reakcí, ze které může naše tělo čerpat při stresových situacích. Životní styl je v boji proti stresu také velmi důležitý. Pokud naše tělo bude mít dostatek energie, je pro něj snadnější se s takovou situací vypořádat (Plamínek, 2013).

### **Relaxační techniky**

Jedná se o metody, jejichž cílem je fyzické a psychické uvolnění. Vlivem relaxačních cvičení se lze naučit regulovat rovnováhu mezi napětím a uvolněním. Pomáhá také řídit koncentraci pozornosti (Vobořilová, 2015).

### **Antistresové aktivity v emoční oblasti**

Jejich účelem je vypořádání se s negativními emocemi. Pomáhají vyrovnat se se strachem, úzkostí, zlostí, vztekem apod. Doporučuje se zformulovat si vznik emocí, nebo se nechat uvést do relaxačního stavu a tím nechat situaci odejít, nebo nechat úplně vymizet (Vobořilová, 2015).

### **Antistresové aktivity v oblasti myšlení**

Negativní myšlenky často probíhají automaticky a tím mohou posilovat stav stresu. Při jeho zvládnutí je proto důležité naučit se zacházet s myšlenkovými pochody tak, aby se dalo myšlení ovládnout. Vzniká vnitřní dialog, ve kterém by měla být dána přednost pozitivním myšlenkám a emocím na rozdíl od těch negativních. Pokud se tak nestane, měla by být využita jiná metoda (Vobořilová, 2015).

### **Dechová cvičení**

Negativní myšlenky a emoce lze zmírnit také dechem. Správným dýcháním se může tělo dostat do kontaktu a klidu se sebou samým (Vobořilová, 2015).

### **Humor**

Smích je jednou z fyziologických aktivit, která má na organismus nestresový vliv, tedy z psychologického hlediska se problémy díky jemu stávají menšími (Vobořilová, 2015).

### **Behaviorální zásady**

- Udržovat přátelský a tolerantní kontakt s lidmi;
- Umění vyjádřit se přesně, objektivně a stručně;

- Odnaučit se sobectví;
- Nahradit negativní myšlenky pozitivními;
- Posuzovat uvažování;
- Pokusit se vcítit do pocitů jiných lidí;
- Eliminace vzteku;
- Zachovat klid;
- Asertivní chování;
- Zvýšit tělesnou aktivitu (Vobořilová, 2015).

### **Focusing**

Je technika psychohygieny, která vychází z uvědomování si tělesného ohniska (focusu) prožívání. Jejím cílem je porozumění jemu prožívanému významu a změna prožívání na základě prožívaného posunu (Vobořilová, 2015).

### **Léky**

Léky mohou řešit některé z příznaků stresu, neřeší však jeho prvotní příčinu (Vobořilová, 2015).

### **Potravinové doplňky**

Jsou látky, které pomáhají tělu přizpůsobovat se na působení stresoru a tím posilují jeho organismus. Vhodné jsou vitamíny skupiny B, vápník, hořčík, třezalka, meduňka nebo kozlík lékařský (Vobořilová, 2015).

### **Autogenní trénink**

Jedná se o techniku cvičení, která byla vypracována německým lékařem J. H. Schultzem. Tato metoda působí pouze na příznaky stresu, nikoli na jeho příčinu. Zahrnuje svalovou relaxaci, sebepoznání, zlepšování koncentrace, zdokonalování sebekontroly, snížení vlivu negativních afektů, tlumení bolesti a sebeřízení (Vobořilová, 2015).

## 2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Odborný termín burnout znamená „vyhořet“ či „vyhoření“. Je odvozen od anglického slovesa burn (hořet). Tento odborný termín se poprvé objevil v psychologii a psychoterapii v sedmdesátých letech 20. století. Poprvé jej použil Hendrich Freudenberger (Křivohlavý, 2012).

Syndrom vyhoření (burnout syndrom) neboli syndrom vypálení či vyhaslosti je stav celkového vyčerpání, který vzniká jako důsledek působení dlouhodobého a intenzivního stresu. Jedná se o závažný problém moderní společnosti, jenž za poslední desetiletí výrazně vzrostl. Nejvíce ohroženou skupinou jsou lidé pracující s lidmi. Projevuje se nejprve v psychice zasaženého, tudíž v počátku jej lze navenek rozpoznat velmi obtížně. Ohroženy jsou nejvíce tzv. pomáhající profese, jelikož často přebírají problémy druhých a snaží se co nejlépe naplnit jejich potřeby, a to všechno na úkor těch vlastních. Dlouhodobé vystavování se vysoké úrovni stresu a přepracovanost můžou způsobit, že pracovníky postihne syndrom vyhoření (Pešek a Praško, 2016; Venglářová, 2011; Canadas-De La Fuente a Vargas, 2015).

### 2.1 Definice

Existuje spousta definic syndromu vyhoření, přesto neexistuje jedna určitá. Definice mají však společné znaky, jimiž jsou: negativní emocionální příznaky, důraz kladený na psychické příznaky, souvislost s vykonáváním určitého povolání, výskyt u psychicky zdravých jedinců a negativní postoje (Křivohlavý, 2012).

*„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“* (Křivohlavý, 2012, s. 12).

Dle Henricha Freudenbergera definice zní: *„Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)“* (Křivohlavý, 2012, s. 65).

Ayla M. Pinesová a Elliot Aronson definují syndrom vyhoření takto: *„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, jež jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání a chronických situačních stresů“* (Křivohlavý, 2012, s. 66).



Dle Maslachové a Jacksonové je definice syndromu vyhoření: „*Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem*“ (Křivohlavý, 2012, s. 66).

„*Termín burnout – syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení – popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání*“ (Veglářová, 2011, s. 23).

## 2.2 Rizikové faktory

Dlouhodobá a nenahrazovaná pracovní zátěž v souvislosti s náročnými životními situacemi se může vyvinout v syndrom vyhoření. Vzhledem ke zvýšenému životnímu tempu a rostoucím nárokům na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka se míra rizika spojeného se syndromem vyhoření nadále zvyšuje. Syndrom vyhoření postihuje zejména ambiciózní jedince. Mezi nejvíce ohrožené profesní skupiny patří lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelky, psychologové a psychoterapeuti, sociální pracovníci, učitelé, pracovníci pošt, dispečeři, policisté, právníci, pracovníci věznic, politici, manažeři, úředníci, příslušníci ozbrojených sil. Syndrom vyhoření se vyskytuje také u nezaměstnaneckých kategorií, jedná se však vždy o osoby, které jsou v kontaktu s dalšími osobami, např. umělci a sportovci (Pelcák a Tomeček, 2011; Kebza a Šolcová, 2003).

Sestry pracující ve zdravotnictví jsou vystavovány velkému množství stresorů, a to od neustálých očekávání od vedení až po etická rozhodnutí a situace na konci života. Tyto stresory mohou snadno vyvolat psychické poruchy, jako je i syndrom vyhoření. Jejich role vyžaduje vysoký stupeň duševní a fyzické kompetence. Interpersonální interakce, kterou mají s pacienty, může také ovlivnit jejich emoční stavy. Mohou se potýkat také s vysokou pracovní zátěží. Nepříznivé okolnosti a poskytování emocionální podpory pacientům a jejich blízkým mohou někdy negativně působit na jejich psychickou a fyzickou stránku (Advent Health University, 2019).

### 2.2.1 Rizikové faktory v zaměstnání

Rizikové faktory vycházející ze zaměstnání jsou nejčastějšími příčinami vzniku syndromu vyhoření. Pokud jedinec jedná v rozporu se svým přesvědčením v důsledku toho, že se hodnoty a měřítko firmy odlišují od individuálních hodnot jedince, může tím dojít ke spuštění syndromu vyhoření. Mezi nesespecifické rizikové faktory zaměstnání patří: změny ve

světě práce, globalizace, nejistota pracovních poměrů. Ke specifickým rizikovým faktorům pracovního prostředí se řadí: nedostatečná společenská prestiž povolání, požadavky na vysoký výkon, nadměrné množství práce, nízká míra samostatnosti, nedostatek podpory a ocenění od kolegů a nadřízených, nedostatek zážitků a úspěchu, nedostatečná finanční odměna, špatná organizace práce, nespravedlivé poměry, jednotvárnost nebo nesmyslnost pracovní náplně, obtížní klienti, absence kvalitní supervize, absence profesní perspektivy, dalšího vzdělávání, nevyužití kvalifikace, žádný vliv na uskutečnění změny v organizaci a špatné fyzikální parametry pracoviště (Stock, 2010; Pešek a Praško, 2016).

### **2.2.2 Rizikové faktory osobnostní**

Spouštěče vyhoření se mohou skrývat také v charakterových vlastnostech jedince. Rozlišujeme dva základní vzorce chování – typ A a typ B. Typ chování A označuje jedince s vysokými ambicemi a silně vyvinutým smyslem pro povinnost. Tito jedinci jsou soutěživí, netrpěliví, perfekcionisté a mívají často sklony k agresivitě. Lidé typu A na sobě necítí téměř žádné zdravotní potíže a nedokážou si uvědomit, jak na ně nedostatek odpočinku a celková nevyváženost působí. Varovné signály jako např. poruchy spánku, únava, porucha funkce některých orgánů se snaží ignorovat. Po letech takového životního stylu se časem pracovní úspěchy, které dříve byly vnímány jako pozitivní, změny na negativní. Typ chování A je tedy jedním z rizikových faktorů syndromu vyhoření. Typ chování B se označuje jako úplný opak chování A. Je charakteristický nižší mírou nepřátelského chování, agresivity, soutěživosti a větší trpělivostí, klidem a uvolněností, a proto tito lidé nejsou ohroženi syndromem vyhoření jako lidé typu A. Mezi další osobnostní rizikové faktory patří: výrazně narušené emoční potřeby v dětství, stresující myšlenkové postoje, nízké sebevědomí, vysoká míra empatie, nadměrná očekávání, nadměrná potřeba soutěživosti, konflikt hodnot, tendence potlačovat emoce, neschopnost relaxace, nízká míra asertivity, nadměrná potřeba zalíbit se druhým, neschopnost racionálního plánování času, nízká míra sebereflexe (Stock, 2010; Pešek a Praško, 2016).

### **2.2.3 Rizikové faktory mimopracovní sféry**

Dalšími rizikovými faktory, které mohou ovlivňovat vznik syndromu vyhoření, jsou faktory mimopracovní sféry. V této oblasti se na vzniku podílejí chronické denní nepříjemnosti. Mezi tyto faktory patří: absence partnera, nechápavý partner, konfliktní partnerství, příliš ctižádostivý partner, soutěžení partnerů, nedostatek hlubších přátelských vztahů, nedostatek koníčků a zájmů, nedostatek tělesného pohybu, špatné stravování, vysoké skóre těžkých

životních událostí, špatné existenční podmínky (bydlení, finance) (Pelcák a Tomeček, 2011; Pešek a Praško, 2016).

Canadas-De La Fuente a Vargas (2015) ve své studii uvádějí významný rozdíl v oblasti osobního úspěchu mezi osobami, které žijí v manželství, a těmi, kdo žijí samostatně. Osoby žijící v manželství mají daleko vyšší úroveň osobního uspokojení než lidé žijící samostatně. Dále také zmiňují rozdíly mezi těmi, kteří mají děti, a bezdětnými. Bezdětní lidé mají nižší úroveň osobního uspokojení než ti, kdo děti mají.

## **2.3 Fáze**

Syndrom vyhoření není považován za stav, ale za neustále se vyvíjející proces, jenž prochází několika fázemi, které mohou trvat až několik let. Edelwich a Brodski popisují 5 fází syndromu vyhoření. Postižený jimi může procházet postupně, ale některé z fází může i vynechat (Venglářová, 2011; Stock, 2010; Pešek a Praško, 2016).

### **2.3.1 1. fáze – Nadšení**

Při nástupu do zaměstnání je člověk plný nadšení a očekávání. Mnohdy si idealizuje své schopnosti, chce pomáhat, prosadit se a pilně pracuje. Obvykle má ale nereálné představy o náplni své práce, spolupracovnících, nadřízených a klientech. Jedinec zpočátku pracuje s nadprůměrným nasazením, klade na sebe i své okolí vysoké nároky, neefektivně vynakládá svou energii a přeceňuje své síly. Často se stává, že se ztotožní se svými klienty a je zabrán do své práce natolik, že se uzavírá před okolním světem. V této fázi se objevují myšlenky jako – jdu do toho naplno a musím co nejvíce pomáhat (Pešek a Praško, 2016; Stock, 2010).

### **2.3.2 2. fáze – Stagnace**

V této fázi postižený ani jeho okolí zatím nedokáže vnímat známky onemocnění. Nyní dochází ke střetnutí ideálů a reality, ke zjištění, že očekávání bylo jiné než skutečnost. Jedinec začíná měnit postoj k práci, z původního pracovního nadšení přistupuje k práci tak, aby se moc nenadřel. Vyhýbá se obtížnější práci. Prioritou je pro něj vzdělávání mimo pracoviště a kariérní postup. V této fázi je vhodné uvažovat o změně. Typické jsou zde myšlenky jako – proč bych se měl honit, nějak to dopadne, hlavně mít pohodu (Stock, 2010; Pešek a Praško, 2016).

### 2.3.3 3. fáze – Frustrace

V této fázi jde o zklamání tématem, řešeným problémem, nebo i celou profesí. Jedinec začíná vnímat klienty nebo osoby, se kterými je v kontaktu, negativně. Začínají pochybnosti o smyslu snažení, uvědomování si vlastní bezmocnosti, zpochybňování a význam výsledků práce. Objevují se zde myšlenky typu – klienti si vymýšlejí, zneužívají mě, nebo – všechno mě tady štve (Kebza a Šolcová, 2003; Stock, 2010; Pešek a Praško, 2016).

### 2.3.4 4. fáze – Apatie

Jedná se o tzv. obrannou reakci. Objevují se pocity rezignace a zoufalství, které jsou způsobené nedostatkem jiných možností. Postižený jedinec se oprošťuje od vlastních negativních emocí a uzavírá se do sebe. V práci dělá jen to nejnnutnější, vyhýbá se náročnějším klientům, které označuje slovy „hysterka“ nebo „psychopat“ a také cítí pocit úlevy, když mu klient nedorazí. Celkově se straní náročnějších úkolů. V této fázi se začínají také projevovat psychosomatické problémy, jako jsou bolesti hlavy nebo únava. Může také docházet k tomu, že je postižený více nemocný a má více absencí v zaměstnání, také může začít nadužívat alkohol a léky. Tuto fázi nejčastěji doprovázejí myšlenky jako – nějak to tady vydržím (Stock, 2010; Pešek a Praško, 2016).

### 2.3.5 5. fáze – Vyhoření

Konečným stadiem je samotný syndrom vyhoření, který bývá často doprovázený depresivními stavy. Jedná se o úplné emoční vyčerpání. Jedinec většinou odchází ze zaměstnání, nebo přechází na jinou pracovní pozici, v některých případech však zůstává. V této poslední fázi se objevují myšlenky jako – už to nejde vydržet, všichni jsou šílení, všichni mě štvou (Pešek a Praško, 2016).

## 2.4 Příznaky

Prvními varovnými příznaky u zdravotních sester, kterým bychom měli věnovat pozornost, mohou být pocity, že nezvládají svou práci, zpochybňují význam a smysl své práce, působí nervózním, nespokojeným a podrážděným dojemem, dále se přidávají tělesné příznaky (problémy se spaním, bolesti hlavy, břicha, ztuhlý krk, bolesti zad, časté infekce, poruchy krevního oběhu a přibývání, či ubývání váhy). Syndrom vyhoření se projevuje v myšlenkách, emocích, chování a tělesných reakcích. Negativní důsledky zasahují nejen vyhořelého jedince, ale i jeho klienty a okolí (Venglářová, 2011; Pešek a Praško, 2016).

### 2.4.1 Tělesné příznaky

Dostavuje se stav celkové únavy a nedostatek energie. Jedinec bývá snadněji unavitelný, objevuje se zvýšená potřeba spánku, který ale bývá nekvalitní, po probuzení se jedinec cítí nevyspalý a neodpočatý. Fyzická únava po odpočinku neustupuje, jelikož je spojená s pocity viny a selhání. Dále se vyskytují bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací potíže, dýchací potíže (nemožnost se dostatečně nadechnout), bolesti hlavy, bolesti svalů a celkové napětí. Často také mohou vznikat závislosti (Venglářová, 2011; Kebza a Šolcová, 2003).

### 2.4.2 Psychické příznaky

Psychické vyčerpání má za následek negativní postoje k sobě i ostatním. Nastává změna dosavadních životních postojů. Převládá postoj, že dlouhé a namáhavé úsilí trvá příliš dlouho a efektivita dosažení cíle je v porovnání s vynaloženou námahou zanedbatelná. Objevuje se výrazný pocit vyčerpání ve všech oblastech společně s poklesem až úplnou ztrátou motivace. Dochází k útlumu celkové aktivity, spontaneity, kreativity, iniciativy a invence. Převládají depresivní nálady, pocity smutku, nedostatku uznání, frustrace, beznaděje, marnosti vynaloženého úsilí, sebelítost, iritabilita, sensitivita. Jedinec je negativistický, cynický a nepřátelský k lidem, kteří jsou součástí profesionální práce s lidmi. Nastává pokles, nebo úplná ztráta zájmu ohledně témat spojených s profesí a také redukce činnosti pouze na rutinní postupy (Venglářová, 2011; Kebza a Šolcová, 2003).

### 2.4.3 Emocionální příznaky

Jedinec se cítí citově vysílený a brání se dalšímu trápení. Cítí pocity beznaděje, bezmoci, straní se lidí a uzavírá se do sebe. Nemá radost z kontaktu s lidmi. Rodinu a přátele již nevnímá jako radost a uspokojení, ale stávají se pro něj přítěží. Omezuje kontakt s lidmi, trpí nízkou mírou empatie, vyskytuje se u něj konkrétně-operační styl myšlení. V důsledku nezájmu, lhostejnosti a sociální apatie ve vztahu k okolí dochází k narůstání konfliktů (Venglářová, 2011; Kebza a Šolcová, 2003).

## 2.5 Diagnostika

Lékaři diagnostikují nemoc na základě specifických symptomů. I v případě syndromu vyhoření je tomu obdobně, pátráme tedy po souboru symptomů, které tvoří syndrom vyhoření. Diagnostikovat syndrom vyhoření lze více způsoby. Můžeme jej vyzorovat sami na sobě, nebo pozorovat u druhých společně se změnami chování. Nejužívanějšími

metodami k diagnostice syndromu vyhoření jsou dotazníky. Mezi nejznámější patří MBI a BM dotazník (Křivohlavý, 2012; Venglářová, 2011).

**MBI – Metoda Maslach Burnout Inventory** je nejčastěji užívanou metodou v diagnostice syndromu vyhoření. Je zaměřena na tři hlavní faktory, kterými jsou: **EE – emotional exhaustion (emocionální vyčerpání)**, představuje ztrátu chuti k životu, nedostatek sil a nulovou motivaci k jakékoli činnosti. Jedná se o nejrozhodnější ukazatel syndromu vyhoření. **DP – depersonalizace (ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem)**, jedná se o projev psychického vyčerpání. Nastává u lidí, kteří mají velkou potřebu reciprocity, tj. kladné odezvy od těch, kterým se věnují, což bývá často ve službách, pečovatelské a učitelské činnosti a také u vedení pracovního týmu. Pokud se jim nedostává kladné odpovědi, přestávají v druhých lidech vidět lidské osobnosti a ztrácejí k nim respekt a úctu. **PA – personal accomplishment (snížení výkonnosti)** se projevuje především u lidí s nízkou mírou sebedůvěry, neboť takoví lidé moc nedokážou ocenit sami sebe, nemají dostatek energie ke zvládnání stresových situací, konfliktů a životních těžkostí (Křivohlavý, 2012).

**Dotazník psychického vyhoření – BM** patří mezi nejpoužívanější dotazníky. Stanovuje míru vlastního psychického vyhoření. Tento dotazník má dobrou vnitřní konzistenci a vysokou reliabilitu, tzn. míru shody při opakování. Shoduje se také mezi údaji, kdy se člověk hodnotí sám a kdy ho hodnotí druhý člověk, který jej dobře zná. Má také dobrou míru shody s výsledky jiných psychologických vyšetření. Dotazník se soustřeďuje na tři aspekty celkového vyčerpání. Hodnotí **pocity fyzického vyčerpání**, jako jsou pocity únavy, celkové slabosti, oslabení, celkově stav, kdy je člověk blízko tomu, aby onemocněl, a pocity ztráty sil. Posuzuje i **pocity emocionálního vyčerpání**, mezi něž patří pocity deprese, beznaděje a bezvýchodnosti. Soustřeďuje se i na **pocity psychického vyčerpání**, jako jsou pocity bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí a pocity marnosti vlastního bytí. Existují také další metody ke zjišťování úrovně syndromu vyhoření, např. subjektivní hodnocení vlastní situace pomocí PSA – Personal Subjective Analysis neboli rozbor osobního vnitřního stavu (Křivohlavý, 2012).

**Dotazník míry naprostého vyčerpání dle Rushe** – nejedná se přímo o test, ale o pomůcku, jež slouží k rozpoznání příznaků vyhoření. Obsahuje 20 kritérií, která se hodnotí s ohledem na posledních šest měsíců života. Pokud se při vyhodnocení dojde ke zjištění, že jedinec prožívá některé z příznaků vyhoření, je vhodné si sjednat schůzku s poradcem (Venglářová, 2011).

## 2.6 Léčba

Pokud pracovník začne vykazovat známky vyhoření, je vhodné, aby byl oddělen od zdroje problému. Zaměstnavatel jej může pověřit jinými úkoly, umístit ho na jiné pracoviště nebo nechat pracovat s jinými lidmi, než se jeho stav zlepší. Prvním krokem k úspěšné léčbě syndromu vyhoření je, aby si člověk uvědomil, že něco není v pořádku, a byl srozuměn s tím, že trpí tímto syndromem. Další důležitou podmínkou je, aby měl dostatečnou osobní motivaci k uzdravení a chtěl se léčit. Důležitá je rovněž opora ze stran pracoviště a rodiny. Je třeba plně převzít zodpovědnost za sebe a svůj život. Postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život. Zhodnotit svůj mentální stav s využitím odborné pomoci ve formě supervize nebo psychologa a pomoci alespoň dočasné změny pracovního místa. Často bývá také třeba změnit životní styl. Upravit stravovací návyky, zajistit si dostatečný spánek a odpočinek a začít pracovat na své fyzické a psychické oblasti (Venglářová, 2011; Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Hlavní z psychoterapeutických možností je existenciální psychoterapie. Existenciální psychoterapie, která je koncipována v amerických podmínkách, není dále obsahově a terminologicky členěná. Zaměřuje se především na vnitřní svět prožitků, umožňuje vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody, odpovědnosti člověka atd. V návaznosti na existenciální východiska se v evropských podmínkách vytvořily dvě psychoterapeutické školy – *daseinsanalýza* a *logoterapie*. Tyto školy svými názory vytvářejí vhodné zázemí z hlediska terapie burnout syndromu. ***Daseinsanalýza*** pomáhá klientovi najít cestu k pochopení jeho existence a jeho existenci. Zaměřuje se na jedinečnost a neopakovatelnost individuality člověka. Nesoustřeďuje se na to, jaký byl člověk v minulosti, ale na to, jaký je nyní a kam směřuje. Cílem je pochopení a naplnění vlastní existence. Terapeut má zde roli konzultanta, který poskytuje doporučení, nikoli pokyny. ***Logoterapie*** pomocí objevování nových hodnot a jejich přejímáním pomáhá člověku najít vlastní životní smysl v souladu s jeho životem a osobností. Psychoterapeut zde pomáhá klientovi nacházet nové důvody proč žít. Cílem logoterapie je pomoci člověku najít řešení v situacích existenciální frustrace, a to pomocí úsilí vynaloženého k nalezení smyslu života objevováním a naplňováním hodnot. Zejména pro osoby v konečném stadiu burnout syndromu může být tato pomoc zvláště přínosná (Kebza a Šolcová, 2003).

Dále se mohou v psychoterapii burnout syndromu uplatnit také jiné postupy, které vycházejí např. z behaviorální nebo kognitivně-behaviorální terapie, přičemž se jejich účinek zaměřuje spíše na dílčí problémy než na podstatu problému (Kebza a Šolcová, 2003).

Často bývá pro jedince zasažené tímto syndromem těžké si přiznat, že danou situaci nezvládají, a převzít zodpovědnost za změnu současného stavu. Pokud se člověk dostane do stavu vyhoření, vždy to v něm něco zanechá. Může to mít však i pozitivní přínos, kterým je předešlá zkušenost s tímto stavem, neboť už ví, které jeho vlastnosti vedly k syndromu vyhoření, a že je potřeba se chránit (Venglářová, 2011).

Příznaky syndromu vyhoření by neměly zůstat nepoznány a nepojmenovány, ale je nutné je začít řešit (Bartošíková, 2006).

## 2.7 Prevence

Pokud je zdravotní sestra v dobré psychické pohodě, může ve svém povolání odvádět dobrý výkon. K tomu je však potřeba, aby měla dostatek síly a energie. Pokud však energie a síla chybí, dostavuje se únava, vyčerpanost a lhostejnost (Křivohlavý a Pečenková, 2004).

Jedním z hlavních faktorů, které pomáhají v předcházení syndromu vyhoření, je žít smysluplně, což vyžaduje mít pořádek v žebříčku hodnot, stanovit si, co je nejdůležitější, až po to, co je nedůležité. Je vhodné mít v životě zcela konkrétní a dosažitelný cíl, přičemž je důležité brát zřetel nejen na zájmy a potřeby sebe samého, ale i chápat a uspokojovat potřeby blízkých. Dále je důležité mít také trvalý zájem o rovnováhu mezi stresory, které přináší sám život, a salutory, o něž je třeba usilovat (Křivohlavý a Pečenková, 2004).

Burnout syndrom vzniká následkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou. Tento nesoulad lze zmenšit jednak na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategie zvládnutí stresu, jednak na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury (Bartošíková, 2006).

### 2.7.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce

Jedná se o vytváření si zdravého systému sebedopory neboli postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího.

Mezi hlavní faktory v prevenci syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce řadíme:

- Nalezení smysluplné pracovní činnosti.
- Získání a převzetí profesionální autonomie a opory.
- Konstituování přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám (Bartošíková, 2006).



### **Péče o sebe**

Zahrnuje sebelásku a přijetí sebe samého. Mít se rád je důležité, protože když tomu tak není, je člověk ve stálém vnitřním konfliktu mezi skutečným a ideálním obrazem sebe samého a tím spotřebovává velké množství energie. Pokud člověk nemá rád některé ze svých vlastností, nedokáže je přijmout ani u ostatních (svých pacientů). Vhodné je dopřát si odměnu, např. udělat si radost, masáž, navštívit kadeřníka apod. (Bartošíková, 2006).

### **Sebepoznání a sebehodnocení**

Aby člověk porozuměl rozdílům v chování ostatních lidí, je nutné, aby porozuměl svému vztahu k nim a poznal sám sebe. Sebepoznávání a sebehodnocení pomáhá lépe se adaptovat a zvládat náročné situace. „Sebepoznávání je neustálé uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků, ale také vlastních pocitů, a to v každé situaci, ve které se nacházíme“ (Venglářová, 2011, s. 35). Následkem sebepoznávání dochází u člověka během života také k sebehodnocení. Mezi vhodné metody sebepoznávání patří: uvědomování si toho, co děláme, pravidelná sebereflexe, pozorování sama sebe, sebezpozorování zaměřené na vlastní citové prožívání, pozorování průběhu vlastního uvažování, účast na seminářích a výcvicích zaměřených na sebepoznávání apod. (Venglářová, 2011).

### **Osobní život**

Ten, kdo zapomíná na svůj osobní život, jej postupem času ztrácí. Dochází k tomu často na počátku kariéry, kdy pro velké nadšení a osobní angažovanost spolu se zajímavou prací a dobrým kolektivem se zaměstnání stává nejdůležitějším v životě pracovníka. Osobní život vyžaduje pozornost, teprve potom nám může poskytovat bezpečné zázemí se silnými citovými vazbami, které jsou zdrojem naší životní energie a velkou oporou. Nemělo by se zapomínat ani na koníčky a záliby, neboť nám vnáší do života radost a uspokojení (Bartošíková, 2006).

### **Správná životospráva**

Lidské tělo je zdrojem životní energie, a pokud o něj nebude dobře postaráno, nemůže dobře fungovat. Únava je jedním z příznaků burnout syndromu, její příčinou je nejčastěji nedostatek kvalitního spánku. Důležité je odpočívat v okamžiku, kdy se člověk cítí být unaven, nikoli až má na to čas. Zdravá životospráva zahrnuje sport, dostatek odpočinku, aktivní způsob života a omezení škodlivých návyků jako kouření, nadměrné množství alkoholu, přejídání apod. (Bartošíková, 2006).

### **Nenosit si práci domů**

Zejména pro zdravotníky, kteří se setkávají s těžkými lidskými osudy, soucítí s trpícími a vžívají se často do jejich situací, je těžké se od práce oddělit ihned po skončení pracovní doby. V takových případech se doporučuje najít si nějaký rituál, který má pomoci naladit se na domov (Bartošíková, 2006).

### **Pomoc tam, kde síly nestačí**

Každý by měl znát hranice svých možností a stanovovat si reálné a dosažitelné cíle. Měl by si také dokázat uvědomit, že není nutné se neustále srovnávat s ostatními. Pokud člověk cítí potřebu požádat o pomoc, měl by vědět, že se nejedná o selhání. Naopak to v druhém člověku může vyvolat pocit důvěry (Venglářová, 2011).

### **2.7.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace**

Jedná se o vyjádření zájmu organizace o podřízené, kteří v důsledku neztrácejí svou výkonnost a sebedůvěru. Klientům se pak dostává adekvátní péče od personálu, který se práci plně věnuje, není neustále vyčerpaný a citově chladný. Syndrom vyhoření se odráží i v postojích a způsobech chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti (absence, předčasné odchody, snížené pracovní nasazení, vyšší míra nemocnosti apod.). Zejména ve zdravotnictví je potřeba mít stabilizovaný počet pracovníků. Neustálé obměňování personálu bez potřebných zkušeností by mohlo vést ke zhoršování kvality péče o pacienty (Bartošíková, 2006).

Zdravotnická zařízení by měla tedy pečovat nejen o pacienty, ale také o své zaměstnance (Bartošíková, 2006).

### **Zabezpečit možnost regenerace**

Zahrnuje racionální rozpisy služeb, sdružené volno, regenerační programy, poukázky (na sportovní akce, kosmetiku apod.) (Bartošíková, 2006).

### **Péče o bezpečnost sester**

Představuje investice do kombinace výcviků, bezpečnějších postupů a užívání bezpečnějších léčebných pomůcek (Bartošíková, 2006).

### **Péče o psychické zdraví sester**

Vhodná je příprava programů k osvojení strategií pro předcházení stresu, nabídka podpůrných programů zaměřených na osobnostní rozvoj, praktické nácviky relaxace, akce zaměřené na zdravý životní styl. Vhodná je i spolupráce s psychologem nebo jinými odborníky (Bartošíková, 2006).

**Podporovat růst pracovníků**

Podpora může probíhat zvýšením autonomie pracovníků, umožněním vzdělávání, stáží, dočasnou rotací pozic. Pokud se pracovníci přestanou učit, může to mít za následek ztrátu zájmu (Bartošíková, 2006).

**Mapovat zátěže**

Identifikovat zdroje a míru stresu, zveřejnit výsledky, na jejichž základě se budou moci navrhnout opatření (Bartošíková, 2006).

**Zvýšení participace pracovníků na rozhodování**

Je vhodné přizvat zaměstnance, aby se podíleli na rozhodování např. o modernizaci, plánech, nákupu pomůcek aj. Mohou tak společně docílit zlepšení ošetrovatelské péče (Bartošíková, 2006).

**2.7.3 Zásady duševní hygieny pro profesionály pracující s lidmi**

U takových profesí je podstatné si vytvořit určitý odstup od klientů. Podle Malaschové k tomu profesionálové používají různé techniky, např. *sémantické odosobnění*, přičemž se pro ně klient stává pouze kauzou, *intelektualismem*, kdy se profesionál vyjadřuje o klientovi bez emocí, a dále také *izolací* neboli rozlišením profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem (Kebza a Šolcová, 2003).

Je důležité oddělovat pracovní život od osobního a nepotlačovat své pocity, ale mluvit o nich např. na poradách, supervizích. Mnohdy také může pomoci zajít za s kolegou a probrat s ním své pocity. Během pracovního dne je vhodné zařadit přestávky, které lze využít k regeneraci sil, např. k cvičení, procházce, relaxaci či meditaci (Kebza a Šolcová, 2003).

Alkhalwaldeh a kolektiv (2020) ve své studii zaměřené na zvládání stresu u zdravotních sester zdůrazňují intervence pro zvládání stresu a strategie zvládání stresových situací, neboť měly velký význam při poskytování pomoci většině sester snížením expozice stresorů v prostředí zdravotní péče. Dále ze studie vyplývá, že intervence a strategie zvládání stresu vedly u sester ke zlepšení spokojenosti s prací a k lepší kvalitě spánku.

### 3 SUPERVIZE

Supervize je proces, kterého se účastní tým, skupiny pracovníků nebo jednotlivec. Zaměřuje se na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí. Využití má zejména v profesích, které se soustřeďují na práci s lidmi (zdravotnictví, sociální služby, řízení lidských zdrojů, oblast vzdělávání a výchovy). Supervizi lze také využít v profesích, kde dochází ke kontaktu profesionála s klientem (bankovníctví, obchod, služby) (Venglářová, 2013).

Supervizor je člověk, který je vyškolen v oblasti supervize a jehož hlavním úkolem je pomáhat pracovníkům v jejich práci i v její reflexi. Jedná se o profesionála, který má dlouhodobou praxi v oblasti práce s lidmi a vedení týmu, často bývá také vzdělán v psychoterapii. Supervizor pomáhá procesu porozumění pocitům, hledání řešení odborných problémů, vyhodnocování dalšího vedení práce, nabízí pohled zvenčí, přináší své zkušenosti a doporučení, poskytuje pracovníkovi podporu, posiluje jeho pracovní kompetence a přináší mu inspiraci pro nové postupy. Výsledkem supervize může být také doporučení dalšího vzdělávání. Dále si také všímá podmínek pracovníků v organizaci (Venglářová, 2013).

Rozhovory během supervize jsou zaměřeny na situace, které zdravotníci zažívají během své praxe. Pomáhají vyrovnat se se zátěží přímého kontaktu s nemocnými, bolestí, stresem, ale i s problémy týkajícími se týmu a spolupráce s kolegy (Venglářová, 2013).

Pires a kolektiv (2016) ve své studii týkající se nejrelevantnějších strategií supervize v ošetrovatelské praxi uvádějí, že účastníci považovali za nejdůležitější strategii kritickou a reflektivní analýzu praxe, následovanou zpětnou vazbou a pozorováním. Tyto kriticko-reflexivní strategie jsou klíčovými prvky v supervizi. Supervizoři by měli být schopni mobilizovat stejné strategie založené na pozorování a sledování vývoje a výkonu supervidovaného.

#### 3.1 Cíle supervize

##### 3.1.1 Vzdělávací (formativní) funkce supervize

Slouží k rozvoji dovedností, získávání nových vědomostí, porozumění situaci klienta i principům péče o něj, přičemž členové supervize a supervizor nabízejí své poznatky a dovednosti. Nejčastěji se provádí při kazuistických supervizích (Venglářová, 2013).

### **3.1.2 Podpůrná (restorativní) funkce supervize**

Tato funkce je jednou ze základních v prevenci proti vyhoření. Jejím účelem je naučit se hovořit o prožívání náročných situací a využít tak možnosti ventilace a sdílení. Dále přispívá ke schopnosti reflektovat emoce a porozumět jim, což je důležitým momentem pro práci se zátěží a stresem. Základním úkolem supervizora je zde ochota porozumět obtížím pracovníků a pochopit náročnou práci s klienty. V případě, že se sestry naučí reflektovat a zpracovávat pocity, mohou si udržet profesionální hranice a tím zamezí vstup emocí do jejich vztahu s pacientem. Pokud naopak dochází k potlačování emocí, později se zpravidla nečekaně a nevhodně projeví, a to formou usnadnění vzniku různých problémů, včetně psychosomatických onemocnění (Venglářová, 2013).

### **3.1.3 Řídící (normativní) funkce supervize**

Supervizor má také na starost blaho klientů, tudíž pomáhá supervidovaným nacházet dobré adekvátní způsoby péče. Je také určitým prvkem kontroly kvality. Především u začínajících zaměstnanců je řídicí supervize velmi důležitá v procesu začlenění se do profese (Venglářová, 2013).

## **3.2 Formy supervize**

### **3.2.1 Individuální supervize**

Jedná se o formu strukturovaného rozhovoru probíhajícího mezi pracovníkem a supervizorem, který je soustředěn pouze na pracovní problematiku pracovníka. Při této formě supervize je velmi snadné překročit až do psychoterapie, supervizor si tedy musí tuto hranici ohlídat (Venglářová, 2013).

### **3.2.2 Skupinová supervize**

Jedná se o setkání pracovníků určené k rozhovoru o práci a klientech. Cílem skupinové supervize je profesionální rozvoj, získávání nových poznatků a dovedností. Skupinu lze poskládat z pracovníků z různých pracovišť. Nemusí se jednat o pracovníky stejné profese, důležité však je, aby měli stejný zájem, nebo podobný způsob práce. Výhodou této formy supervize je, že účastníci nemají žádné vztahy ve smyslu nadřízenosti a podřízenosti, necítí tak obavy, jak bude jejich vystoupení posuzováno. Další výhodou je také vyváženější vztah mezi členy skupiny, včetně supervizora, který stejně jako ostatní členové přispívá novými zkušenostmi a nápady. Skupinová supervize může probíhat v otevřené,

nebo uzavřené skupině. Uzavřená skupina na rozdíl od otevřené je složena ze stále stejných členů, její výhodou je rozvoj vztahů mezi nimi, možnost získat podporu a nové informace ve známém prostředí (Venglářová, 2013).

### 3.2.3 Týmová supervize

Týmová supervize je určena pro všechny členy týmu. Zaměřuje se na spolupráci týmu, zlepšení efektivity práce a komunikaci členů týmu. Od skupinové formy supervize se liší způsobem, jakým se zpracovává. Daleko více se soustřeďuje na procesy spolupráce, komunikaci mezi členy týmu a sebeprosazování. Je určena lidem, kteří mají i mimo skupinu mnoho společného. Vytvářejí se zde nové pracovní i přátelské vztahy. Je zde brán ohled také na délku praxe, úroveň dosaženého vzdělání či oblíbenost. Zpočátku se při týmových supervizích volí méně náročná témata spolu s prezentováním názorů, což má za cíl podpořit komunikaci a ochotu naslouchat. Dále je zaměřena spíše kazuisticky. Pokud se členové týmu ve skupině dobře zadaptují, mohou se dále věnovat jednotlivým vztahům v týmu (Venglářová, 2013).

Tabulka 1: Výhody a nevýhody týmové supervize

Výhody	Nevýhody
Finanční	Méně odráží individuální charakter práce
Časové	Chybí pohled zvenčí
Podpora ostatních v týmu	Nutnost pracovat se skupinovou dynamikou
Supervizor má možnost sledovat reakce na probírané téma	Méně času na jednotlivé členy
Životní i pracovní zkušenosti	
Možnost využít techniky	

### 3.2.4 Intervize

Intervize je forma supervize, při níž není přítomen supervizor, přičemž formální náležitosti jako čas, místo setkání, pozvání členů atd. připadají na jednoho člena skupiny, na této pozici se mohou členové střídát. Může být tvořena kolegy, spolupracovníky a studenty, kdy si jeden sjedná konzultaci s druhým. Důvodem k využití této formy supervize může být např.

nedostatek možností sjednat si běžnou supervizi, potřeba konzultovat flexibilně nebo potřeba vytvořit prostor bez přítomnosti autority (Venglářová, 2013).

### 3.2.5 Autovize

Jedná se o trvalý proces zamýšlení se nad sebou samým, nad svými postupy a provádění sebereflexe vlastní práce, přičemž dochází k hledání odpovědí na otázky, jaký byl postup, jaké emoce případy vyvolaly, jak bude člověk pokračovat. Skládá se ze sebezpozorování a sebehodnocení. Sebezpozorování zahrnuje propojování myšlenek, pocitů, způsobů chování vůči klientovi. Při sebehodnocení se hodnotí způsoby práce a jejich dopady na klienta. Vhodné je si také všimnout reakcí pracovníků, klientů a vracet se k záznamům (Venglářová, 2013).

## 3.3 Průběh supervize

Průběh supervizního setkání má dle Venglářové (2013) 3 fáze. Skládá se z přípravy, samotného supervizního setkání a doložení průběhu supervize prostřednictvím výstupů.

### 3.3.1 Příprava

Při přípravě supervize je vhodné promyslet místo, kde se bude supervizní setkání pořádat. Mělo by se jednat o příjemné a ničím nerušené prostředí a měly by být také stanoveny metody supervize (rozhovor, hraní rolí). Supervizor má také možnost si předem připravit odpovědi na níže uvedené otázky. Může tak učinit sám, se zadavatelem nebo s účastníky supervize. Pokud budou odpovědi na tyto otázky nepříznivé, je vhodné např. uskutečnit seminář o supervizi, nebo začít více diskutovat s podřízenými (Venglářová, 2013).

- Co vedlo k zahájení supervize?
- Kdo si ji přeje a proč?
- Je organizace zralá na tuto metodu práce?
- Jsou všichni dostatečně informováni o supervizi?
- Jaké jsou zdroje motivace? (Venglářová, 2013).

### 3.3.2 Supervizní setkání

#### Zahájení

Supervizi je vhodné zahájit přivítáním a rekapitulací minulých setkání či situací. Při první supervizi je důležité se seznámit se členy supervize a navodit pocit důvěry, proto obvykle

začíná představováním a pokládáním otázek zaměřených na vyvolání pocitu důvěry (Venglářová, 2013).

#### **Volba tématu a způsobu práce**

Probíhá prezentace předem připravených témat, ze kterých se vyberou ta, která je možné během supervizního setkání zvládnout. Dále se přistupuje k samotné práci (Venglářová, 2013).

#### **Zhodnocení a závěr**

Na závěr probíhá rekapitulace a zhodnocení supervizního setkání. Při větším množství probíraných témat je vhodné udělat krátkou reflexi na každé z témat. Hodnotí se probírané téma, splnění očekávání, přínosy a naopak to, co přínosné nebylo. Dále probíhají také plány do budoucna a doporučení na další setkání (Venglářová, 2013).

#### **3.3.3 Výstupy ze supervize**

Písemné výstupy ze supervize se používají k doložení jejího průběhu a probíraných témat. Nejčastěji se připraví zápis, který členové týmu odsouhlasí. Jindy si členové týmu zápis připravují sami, v tomto případě se dá lépe vystihnout přínos supervize (Venglářová, 2013).



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA ŘEŠENÍ PRÁCE

Praktická část bakalářské práce byla zpracována prostřednictvím kvantitativního šetření.

### 4.1 Cíle práce

#### Hlavní cíl:

Zjistit úroveň syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester.

#### Dílčí cíle:

1. Zjistit, které demografické faktory ovlivňují ohrožení všeobecných a praktických sester syndromem vyhoření.
2. Zjistit nejčastější pracovní problémy všeobecných a praktických sester ovlivňující chod oddělení v nemocnicích.
3. Zjistit, zda jsou všeobecné a praktické sestry dostatečně informovány o syndromu vyhoření.
4. Zmapovat způsoby předcházení syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester.
5. Zjistit, jaké nástroje používají zaměstnavatelé při prevenci proti syndromu vyhoření všeobecných a praktických sester.
6. Zjistit vliv pandemie COVID-19 na vnímání náročnosti práce všeobecných a praktických sester.

### 4.2 Metoda a technika sběru dat

Sběr dat probíhal formou kvantitativního šetření technikou dotazníku, který byl distribuován v tištěné formě. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na všeobecné a praktické sestry, pracující na lůžkových odděleních.

V dotazníku jsou využity otázky otevřené a uzavřené. Dotazník se skládá ze tří částí. První část tvoří 7 demografických otázek, kdy zjišťujeme pohlaví, věk, rodinný stav, počet dětí, úroveň dosaženého vzdělání, délku praxe, pracoviště. Následuje část týkající se samotné problematiky syndromu vyhoření, jež je složena z 8 otázek mapujících informovanost o syndromu vyhoření, prevenci a následcích. Třetí část dotazníku tvoří standardizovaný

dotazník MBI – Maslach Burnout Inventory, jehož cílem je stanovit úroveň syndromu vyhoření. Dotazník je součástí přílohy č. 1.

Data byla vyhodnocena pomocí popisné statistiky – relativní a absolutní četnost.

### **4.3 Charakteristika výzkumného vzorku a organizace šetření**

Cílovou skupinou byly všeobecné a praktické sestry pracující na lůžkových odděleních, protože si myslím, že právě ty jsou více ohroženy syndromem vyhoření než sestry pracující v ambulantních provozech. Pro výzkum jsem zvolila 11 různých oddělení z důvodu, abych měla od každého zaměření alespoň jednoho zástupce a aby se tak práce mohla zabývat problematikou syndromu vyhoření v celé nemocnici. Z důvodu nedostatku sester je každé oddělení zastoupeno jiným počtem, nemohu tedy přesně uvést, kolik sester pracuje na jednom oddělení.

Šetření probíhalo v Uherskohradištské nemocnici, a. s., v období od 6. 4. 2022 do 22. 4. 2022 celkem na 11 odděleních. Dotazníky byly rozdány na oddělení interní, plicní, neurologické, následné péče, ošetrovatelské péče, rehabilitace, chirurgické, porodnicko-gynekologické, následné intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační a interní jednotku intenzivní péče.

Z celkového počtu 165 distribuovaných dotazníků, které byly rozdány staničním sestřám, bylo navráceno 104 vyplněných dotazníků.

### **4.4 Výzkumné otázky**

#### **Hlavní výzkumná otázka:**

Jaká je úroveň syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester?

#### **Díličí výzkumné otázky:**

1. Jak ovlivňují pracovní problémy osobní život, psychickou pohodu a zdraví všeobecných a praktických sester?
2. Jak ovlivňují pracovní problémy chod nemocničního oddělení?
3. Jaká je míra informovanosti všeobecných a praktických sester o problematice syndromu vyhoření?
4. Jakým způsobem všeobecné a praktické sestry předcházejí syndromu vyhoření?
5. Jak se zaměstnavatel podílí na prevenci proti syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester?

6. Byla pandemie covid-19 a péče o covid pozitivní pacienty pro všeobecné a praktické sestry více náročná?

#### **4.5 Hypotézy**

1. Všeobecné a praktické sestry pracující v intenzivní péči jsou více ohroženy syndromem vyhoření než ty, které pracují na standardních odděleních.
2. Všeobecné a praktické sestry, které mají děti, jsou odolnější vůči stresu, tudíž jsou méně ohroženy syndromem vyhoření.
3. Všeobecné a praktické sestry, které za sebou mají delší praxi, jsou více ohroženy syndromem vyhoření.
4. Všeobecné a praktické sestry, které žijí v manželství, jsou méně ohroženy syndromem vyhoření.

## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Tato kapitola bude zaměřena na analýzu a interpretaci získaných dat z dotazníkového šetření. Výsledná data jsou zobrazena pomocí grafů a tabulek.

### 5.1 Demografické údaje

První část dotazníku byla zaměřena na demografické údaje, tzn. pohlaví, věk, rodinný stav, počet dětí, dosažené vzdělání, délku praxe a oddělení, na kterém účastníci aktuálně pracují.

#### Otázka č. 1: Jste muž nebo žena?

Tabulka 2: Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Žena</b>	97	93,3 %
<b>Muž</b>	7	6,7 %
<b>Celkem</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) se výzkumu zúčastnilo 97 žen (93,3 %) a 7 mužů (6,7 %). Obecně ve zdravotnictví na těchto pozicích pracují zejména ženy, tudíž charakteristika vzorku odpovídá reálnému stavu ve zdravotnictví.

#### Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

Tabulka 3: Věk

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Méně než 20 let</b>	2	1,9 %
<b>21–30 let</b>	37	35,6 %
<b>31–40 let</b>	26	25 %
<b>41–50 let</b>	25	24 %
<b>51 a více</b>	14	13,5 %
<b>Celkem</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

**Komentář:** Výzkumu se zúčastnili respondenti různých věkových kategorií. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byla 21–30 let, do které spadá 37 respondentů (35,6 %). Dále v kategorii 31–40 let se zúčastnilo 26 respondentů (25 %), v kategorii 41–50 let se zúčastnilo 25 respondentů (24 %), v kategorii 51 a více let se zúčastnilo 14 respondentů (13,5 %). Nejméně byla zastoupena kategorie méně než 20 let, z níž byli pouze 2 respondenti (1,9 %).

**Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?**

Tabulka 4: Rodinný stav

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Svobodná/ý</b>	46	44,2 %
<b>Vdaná/ženatý</b>	47	45,2 %
<b>Rozvedená/ý</b>	10	9,6 %
<b>Vdova/vdovec</b>	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

**Komentář:** Největší skupinu respondentů tvořili vdaní nebo ženatí, a to 47 respondentů (45,2 %). Další nejvíce zastoupenou skupinou byli svobodní respondenti, kterých bylo pouze o jednoho méně, tedy 46 respondentů (44,2 %), skupinu rozvedených tvořilo 10 respondentů (9,6 %). Nejméně zastoupenou skupinou byla skupina vdova nebo vdovec, kterou tvořil pouze 1 respondent (1 %).

**Otázka č. 4: Kolik máte dětí?**

Tabulka 5: Počet dětí

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Žádné</b>	44	42,3 %
<b>1</b>	11	10,6 %
<b>2</b>	43	41,3 %
<b>3 a více</b>	6	5,8 %
<b>Celkem</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

**Komentář:** Nejvíce zastoupenou skupinou v počtu 44 respondentů (42,3 %) byli bezdětní respondenti. Další velkou skupinu tvořili respondenti se 2 dětmi, kterých bylo pouze o jednoho méně, tedy 43 respondentů (41,3 %). Ve skupině respondentů s 1 dítětem bylo 11 respondentů (10,6 %). Nejméně byla zastoupená skupina respondentů se 3 dětmi, a to 6 respondentů (5,8 %).

**Otázka č. 5: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?**

Tabulka 6: Dosažené vzdělání

	<b>Relativní četnost</b>	<b>Absolutní četnost</b>
<b>Středoškolské</b>	64	61,5 %
<b>Vyšší odborné</b>	17	16,3 %
<b>Vysokoškolské</b>	23	22,1 %
<b>Celkem</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

**Komentář:** Nejvíce respondentů mělo středoškolské vzdělání, tedy 64 respondentů (61,5 %). Dále ve skupině s vysokoškolským vzděláním bylo 23 respondentů (22,1 %). Nejméně respondentů bylo s vyšším odborným vzděláním, a to 17 respondentů (16,3 %).

**Otázka č. 6: Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

Tabulka 7: Délka praxe

	<b>Relativní četnost</b>	<b>Absolutní četnost</b>
<b>Méně než 1 rok</b>	11	10,6 %
<b>1–5 let</b>	31	29,8 %
<b>5–10 let</b>	14	13,5 %
<b>10–20 let</b>	21	20,2 %
<b>20 let a více</b>	27	26 %
<b>Celkem</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

**Komentář:** Nejvíce zastoupená byla skupina respondentů s délkou praxe 1–5 let, a to 31 respondentů (29,8 %). Další poměrně velkou zastoupenou skupinou byli respondenti s délkou praxe 20 let a více, kam se řadí 27 respondentů (26 %). Dále respondenti s délkou praxe 10–20 let byli zastoupeni v počtu 21 respondentů (20,2 %). Nejméně zastoupena byla skupina respondentů s délkou praxe kratší než 1 rok, ve které bylo 11 respondentů (10,6 %).

**Otázka č. 7: Na jakém oddělení aktuálně pracujete? (uved'te)**

Tabulka 8: Rozdělení oddělení

<b>Oddělení</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>
<b>Oddělení následné péče</b>	15	14,4 %
<b>Neurologické oddělení</b>	15	14,4 %
<b>Interní oddělení</b>	14	13,5 %
<b>Anesteziologicko-resuscitační oddělení</b>	12	11,5 %

<b>Porodnicko-gynekologické oddělení</b>	9	8,7 %
<b>Interní jednotka intenzivní péče</b>	8	7,7 %
<b>Plicní oddělení</b>	8	7,7 %
<b>Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny</b>	8	7,7 %
<b>Oddělení ošetrovatelské péče</b>	6	5,8 %
<b>Chirurgické oddělení</b>	5	4,8 %
<b>Oddělení následné intenzivní péče</b>	4	3,8 %
<b>Celkem</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

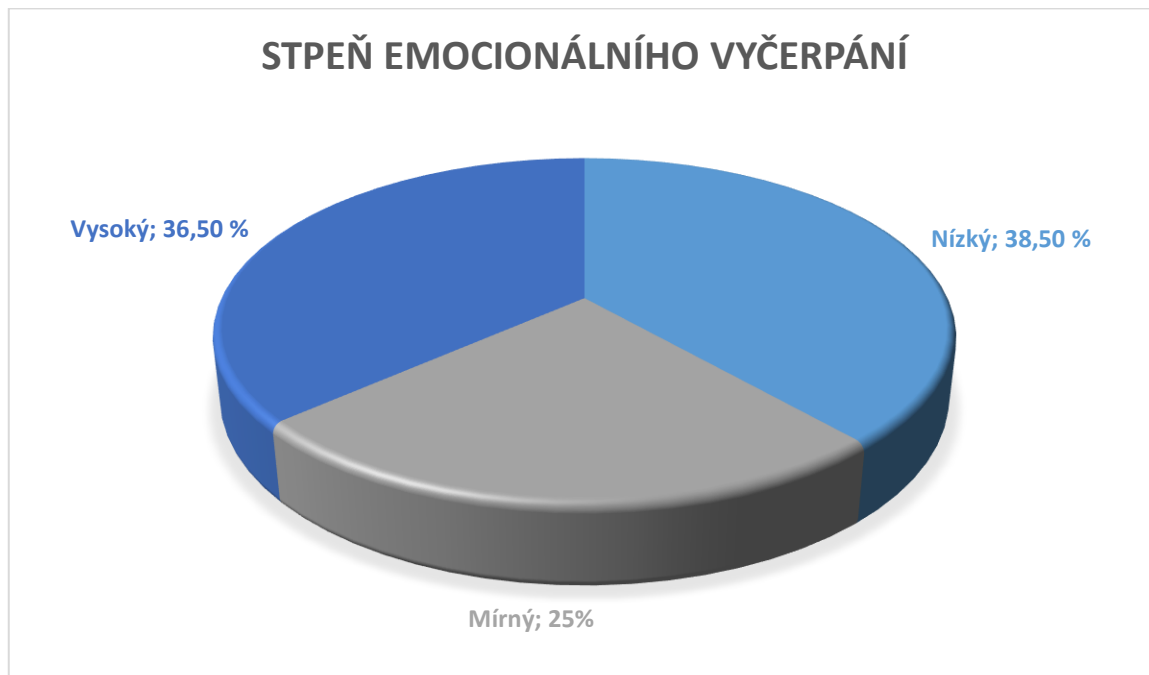
**Komentář:** Nejvíce zastoupenými skupinami byli respondenti pracující na oddělení následné péče a neurologickém oddělení, a to v počtu 15 respondentů (14,4 %). Další velkou skupinou, kterou tvořilo 14 respondentů (13,5 %), byli respondenti pracující na interním oddělení, respondenti pracující na anesteziologicko-resuscitačním oddělení byli zastoupeni v počtu 12 (11,5 %). Respondenti z porodnicko-gynekologického oddělení byli zastoupeni 9 respondenty (8,7 %). Respondenti, kteří pracují na interní jednotce intenzivní péče, plicním oddělení a oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny byli zastoupeni stejným počtem, a to 8 respondenty (7,7 %). Z oddělení ošetrovatelské péče bylo 6 respondentů (5,8 %). Na chirurgickém oddělení pracuje 5 respondentů (4,5 %). Nejméně byla zastoupena skupina respondentů pracujících na oddělení následné péče, kterou tvořili 4 respondenti (3,8 %).



## 5.2 Jaká je úroveň syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester?

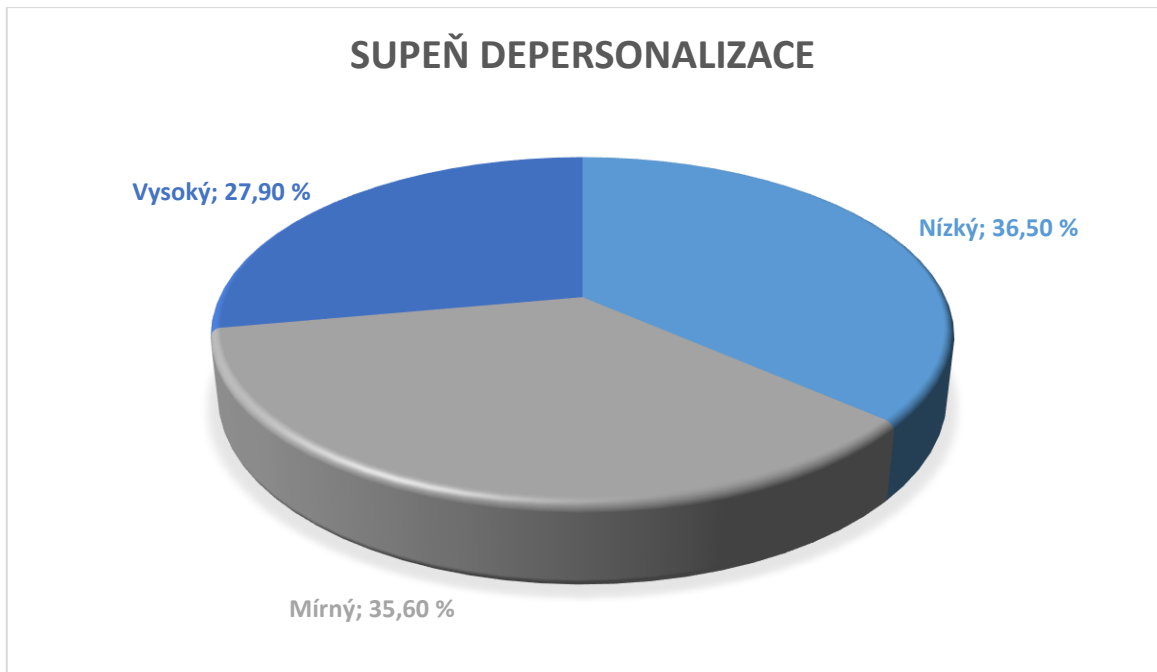
Výsledky jsou zpracovány na základě vyhodnocení dotazníku MBI, které jsou následně popsány ve třech oblastech.

Tabulka 9: Stupeň emocionálního vyčerpání



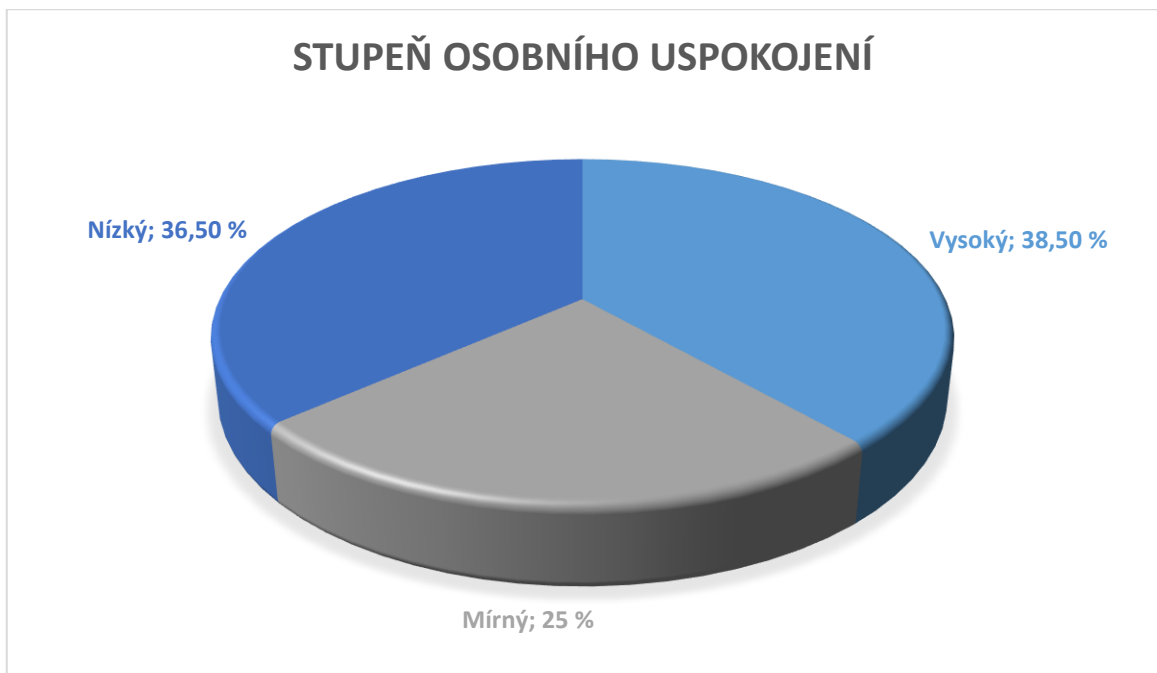
**Komentář:** Z grafu můžeme vidět, že nejvíce respondentů vykazovalo nízký stupeň emocionálního vyčerpání, a to 40 respondentů (38,5 %). Dále byli zastoupeni respondenti, kteří vykazovali vysoký stupeň emocionálního vyčerpání, jedná se o 38 respondentů (36,5 %). Nejméně respondentů vykazovalo mírný stupeň emocionálního vyčerpání, a to 26 respondentů (25 %).

Tabulka 10: Stupeň depersonalizace



**Komentář:** Nejvíce – 38 respondentů (36,5 %) vykazovalo nízký stupeň depersonalizace. Dalších 37 respondentů vykazovalo mírný stupeň depersonalizace. Nejméně respondentů vykazovalo vysoký stupeň depersonalizace, a to 29 respondentů (27,9 %).

Tabulka 11: Stupeň osobního uspokojení

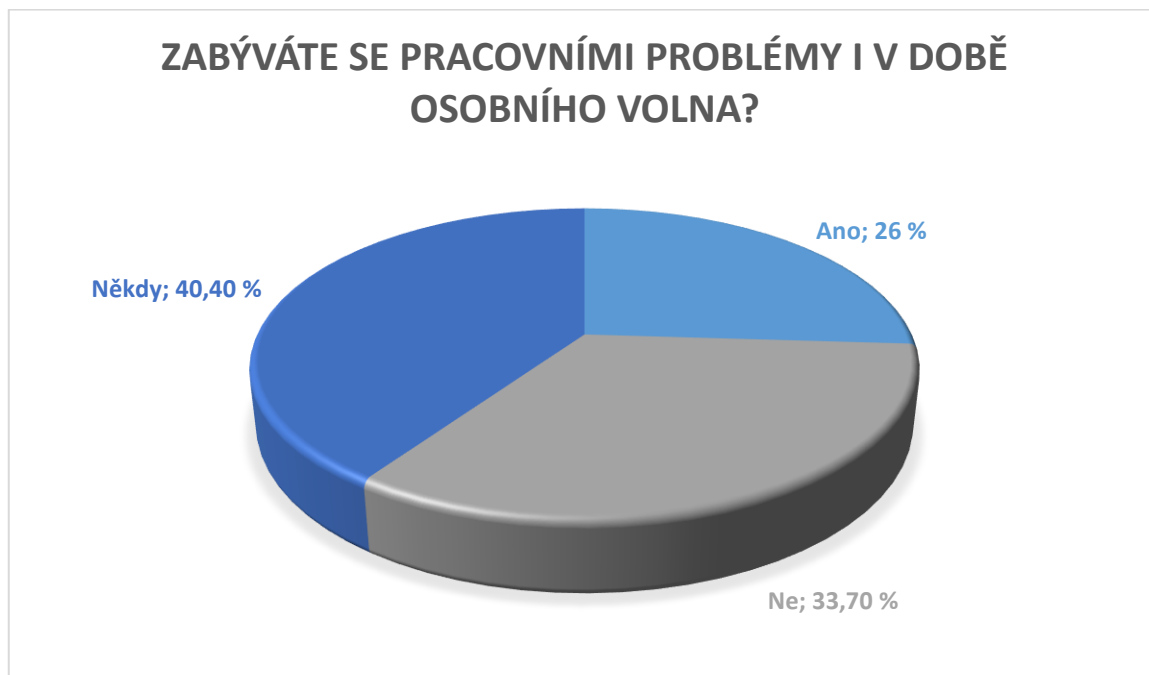


**Komentář:** Nejvíce respondentů vykazovalo vysoký stupeň osobního uspokojení, a to 40 respondentů (38,5 %). Nízký stupeň osobního uspokojení vykazovalo 38 respondentů

(36,5 %). Nejmenší skupinu tvořili respondenti vykazující mírný stupeň osobního uspokojení, a sice 26 osob (25 %).

**VO. č. 1: Jak ovlivňují pracovní problémy osobní život, psychickou pohodu a zdraví všeobecných a praktických sester?**

Tabulka 12: Zabývání se pracovními problémy v době osobního volna



**Komentář:** Nejvíce, a to 42 respondentů (40,4 %) uvedlo, že se pracovními problémy v době osobního volna zabývají někdy, 35 respondentů (33,7 %) se pracovními problémy v době osobního volna nezabývá. Nejméně – 27 respondentů (26 %) uvedlo se pracovními problémy v době osobního volna zabývá.

Tabulka 13: Pracovní problémy a osobní život

	Počet odpovědí
Únava, vyčerpanost	20
Neovlivňují	17
Stres	16
Časté konflikty	16
Úzkost	13
Nervozita	13
Špatný spánek	13
Nedostatek volného času	11
Podrážděnost	9

<b>Deprese</b>	7
<b>Neochota</b>	4
<b>Celkem</b>	<b>139</b>

**Komentář:** Respondenti měli možnost volit několik odpovědí na otázku, jak pracovní problémy ovlivňují jejich osobní život, psychickou pohodu nebo zdraví. Nejvíce respondentů uvedlo únavu a vyčerpanost (20 odpovědí). Častá byla také odpověď, že pracovní problémy osobní život, zdraví nebo psychickou pohodu nijak neovlivňují (17 odpovědí). Respondenti uváděli také stres a časté konflikty (16 odpovědí), problémy přinášejí respondentům také úzkost, nervozitu a špatný spánek (13 odpovědí). Dále byly uváděny odpovědi jako nedostatek volného času (11 odpovědí), podrážděnost (9 odpovědí), deprese (7 odpovědí) a neochota (4 odpovědi).

#### **V. O. č. 2: Jak ovlivňují pracovní problémy chod nemocničního oddělení?**

Tabulka 14: Pracovní problémy a chod nemocničního oddělení

<b>Pracovní problémy</b>	<b>Počet odpovědí</b>
<b>Nesoustředěnost, častější chybovost</b>	52
<b>Špatné vztahy, špatná atmosféra na pracovišti</b>	46
<b>Náladovost a podrážděnost</b>	32
<b>Snížení pracovního výkonu, práce není odváděná, tak jak by měla</b>	19
<b>Stres</b>	18
<b>Celý chod oddělení</b>	14
<b>Snížená empatie</b>	12
<b>Vznětlivost vůči pacientům</b>	10
<b>Ztráta důvěry</b>	8
<b>Ztráta chuti pracovat</b>	6
<b>Celkem</b>	<b>217</b>

**Komentář:** Na tuto otázku mohli respondenti zvolit více odpovědí. Nejvíce uváděnou odpovědí byla nesoustředěnost s následkem častější chybovosti (52 odpovědí). Dále velmi často uváděnou odpovědí byla špatná atmosféra a špatné vztahy na pracovišti (46 odpovědí). Často také respondenti uváděli náladovost a podrážděnost (31 odpovědí). Označili také snížení pracovního výkonu, tedy že práci neodvádí tak, jak by měli (19 odpovědí), stres (18 odpovědí), celý chod oddělení (14 odpovědí), sníženou empatii (12 odpovědí) a vznětlivost vůči pacientům (10 odpovědí). Méně často zmiňovanými odpověďmi byly ztráta důvěry (8 odpovědí) a ztráta chuti pracovat (6 odpovědí).

### VO. č. 3: Jaká je míra informovanosti všeobecných a praktických sester o problematice syndromu vyhoření?

Tabulka 15: Míra informovanosti o problematice syndromu vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Je stav emocionálního a fyzického vyčerpání, které vzniká jako následek působení dlouhodobého a intenzivního stresu</b>	99	95,2 %
<b>Je stav emocionálního vyčerpání, které vzniká jako následek působení dlouhodobého stresu</b>	5	4,8 %
<b>Je stav fyzického vyčerpání, které vzniká jako následek nedostatečného odpočinku</b>	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

**Komentář:** Z dotazovaných 104 respondentů celkem 99 respondentů (95,2 %) uvedlo správnou odpověď na otázku, co si myslí, že znamená syndrom vyhoření. Špatnou odpověď, a sice že jde pouze o emocionální vyčerpání, uvedlo 5 respondentů (4,8 %). Další špatnou odpověď, která říká, že syndrom vyhoření je pouze fyzické vyčerpání, nevybral nikdo (0 %).

### VO. č. 4: Jakým způsobem všeobecné a praktické sestry předcházejí syndromu vyhoření?

Tabulka 16: Předcházení syndromu vyhoření

	Počet odpovědí
<b>Rodina, přátelé</b>	150
<b>Odpočinek, spánek</b>	82
<b>Sport</b>	56
<b>Hudba, televize</b>	41
<b>Četba</b>	32
<b>Domácí práce, práce na zahradě</b>	28
<b>Cestování</b>	28
<b>Domácí mazlíčci</b>	24
<b>Meditace</b>	13
<b>Jídlo</b>	13
<b>Alkohol</b>	9
<b>Nenosím si práci domů</b>	8
<b>Žádným způsobem kvůli pracovní vytíženosti a nedostatku času</b>	3

<b>Celkem</b>	<b>497</b>
---------------	------------

**Komentář:** Na otázku – jakým způsobem předcházejí syndromu vyhoření – mohli respondenti opět uvést více odpovědí. Nejvíce zastoupená odpověď byla rodina a přátelé (150 odpovědí). Další velmi často uváděné odpovědi byly spánek a odpočinek (82 odpovědí), sport (56 odpovědí), hudba a televize (41 odpovědí) a četba (32 odpovědí). Odpovědi domácí práce, práce na zahradě a cestování byly zastoupeny stejným množstvím odpovědí (28 odpovědí). Další uváděnou odpovědí byli domácí mazlíčci (24 odpovědí). Odpovědi meditace a jídlo byly zastoupeny stejným počtem (13 odpovědí). Méně zastoupenými odpověďmi byly alkohol (9 odpovědí) a nenosím si práci domů (8 odpovědí). Nejméně zastoupena byla odpověď – žádným způsobem kvůli pracovní vyčerpání a nedostatku času (3 odpovědi).

#### **VO. č. 5: Jak se zaměstnavatel podílí na prevenci proti syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester?**

U této otázky respondenti vyplňovali tabulku, do které měli zaznačit, které možnosti v prevenci proti syndromu vyhoření jejich zaměstnavatel využívá, přičemž měli uvést, jak často. Mohli také uvést i jiné možnosti.

Tabulka 17: Supervize

<b>Supervize</b>	<b>Počet odpovědí</b>
<b>1× za týden</b>	1
<b>1× za měsíc</b>	7
<b>3× za měsíc</b>	1
<b>1× za rok</b>	14
<b>4× za rok</b>	6
<b>2× za rok</b>	5
<b>3× za rok</b>	3
<b>Celkem</b>	<b>37</b>

**Komentář:** Nejvíce byla zastoupena odpověď, že supervize probíhá 1× za rok (14 odpovědí). Další odpovědi byly zastoupeny méně, a to že supervize probíhá 1× za měsíc (7 odpovědí), 4× za rok (6 odpovědí), 2× za rok (5 odpovědí) a 3× za rok (3 odpovědi). Nejméně byly zastoupeny odpovědi, že supervize probíhá 1x za týden (1 odpověď) a 3× za měsíc (1 odpověď).

Tabulka 18: Další vzdělávání

Další vzdělávání	Počet odpovědí
1× za měsíc	12
1× za rok	19
2× za rok	10
3× za rok	8
<b>Celkem</b>	<b>49</b>

**Komentář:** Nejvíce respondentů uvedlo, že možnost dalšího vzdělávání jim zaměstnavatel nabízí 1× za rok (19 odpovědí). Dále uváděli 1× za měsíc (12 odpovědí), 2× za rok (10 odpovědí) a 3× za rok (8 odpovědí).

Tabulka 19: Možnost otevřeně ventilovat problémy

Možnost otevřeně ventilovat problémy	Počet odpovědí
7× za týden	7
3× za týden	4
1× za týden	3
2× za týden	2
1× za měsíc	9
2× za měsíc	3
3× za měsíc	2
1× za rok	8
2× za rok	7
3× za rok	5
4× za rok	4
<b>Celkem</b>	<b>54</b>

**Komentář:** Na otázku, jak často mají respondenti možnost otevřeně ventilovat problémy, uvedli odpovědi: 7× za týden (7 odpovědí), 3× za týden (4 odpovědi), 1× za týden (3 odpovědi), 2× za týden (2 odpovědi), 1× za měsíc (9 odpovědí), 2× za měsíc (3 odpovědi), 3× za měsíc (2 odpovědi), 1× za rok (8 odpovědí), 2× za rok (7 odpovědí), 3× za rok (5 odpovědí), 4× za rok (4 odpovědi).

Tabulka 20: Mimopracovní setkání

Mimopracovní setkání	Počet odpovědí
1× za týden	1

<b>1× za měsíc</b>	5
<b>2× za rok</b>	18
<b>1× za rok</b>	15
<b>3× za rok</b>	11
<b>4× za rok</b>	6
<b>Celkem</b>	<b>56</b>

**Komentář:** U otázky, zda mají respondenti možnost mimopracovního setkání, byla nejčastější odpověď 2× za rok (18 odpovědí). Další častou odpovědí bylo 1× za rok (15 odpovědí). Dále respondenti uváděli 3× za rok (11 odpovědí), 4× za rok (6 odpovědí), 1× za měsíc (5 odpovědí). Nejméně byla zastoupena odpověď 1× za týden (1 odpověď).

Tabulka 21: Poděkování jako ohodnocení práce

<b>Poděkování jako ohodnocení práce</b>	<b>Počet odpovědí</b>
<b>1× za týden</b>	9
<b>3× za týden</b>	8
<b>2× za týden</b>	8
<b>7× za týden</b>	3
<b>5× za týden</b>	2
<b>1× za měsíc</b>	5
<b>2× za měsíc</b>	1
<b>1× za rok</b>	21
<b>2× za rok</b>	8
<b>3× za rok</b>	4
<b>Celkem</b>	<b>69</b>

**Komentář:** U otázky, jak často se respondentům dostává poděkování jako ohodnocení práce, byla nejčastější odpověď 1× za rok (21 odpovědí). Dále byla uváděna odpověď 1× za týden (9 odpovědí). Stejně zastoupení měly odpovědi: 3× za týden, 2× za týden a 2× za rok (8 odpovědí). Odpovědi 7× za týden (3 odpovědi), 5× za týden (2 odpovědi), 1× za měsíc (5 odpovědí) a 3× za rok (4 odpovědi) byly zastoupeny méně. Nejméně byla zastoupena odpověď 2× za měsíc (1 odpověď).

<b>Peněžní ohodnocení a benefity</b>	<b>Počet odpovědí</b>
<b>1× za rok</b>	3
<b>2× za rok</b>	3

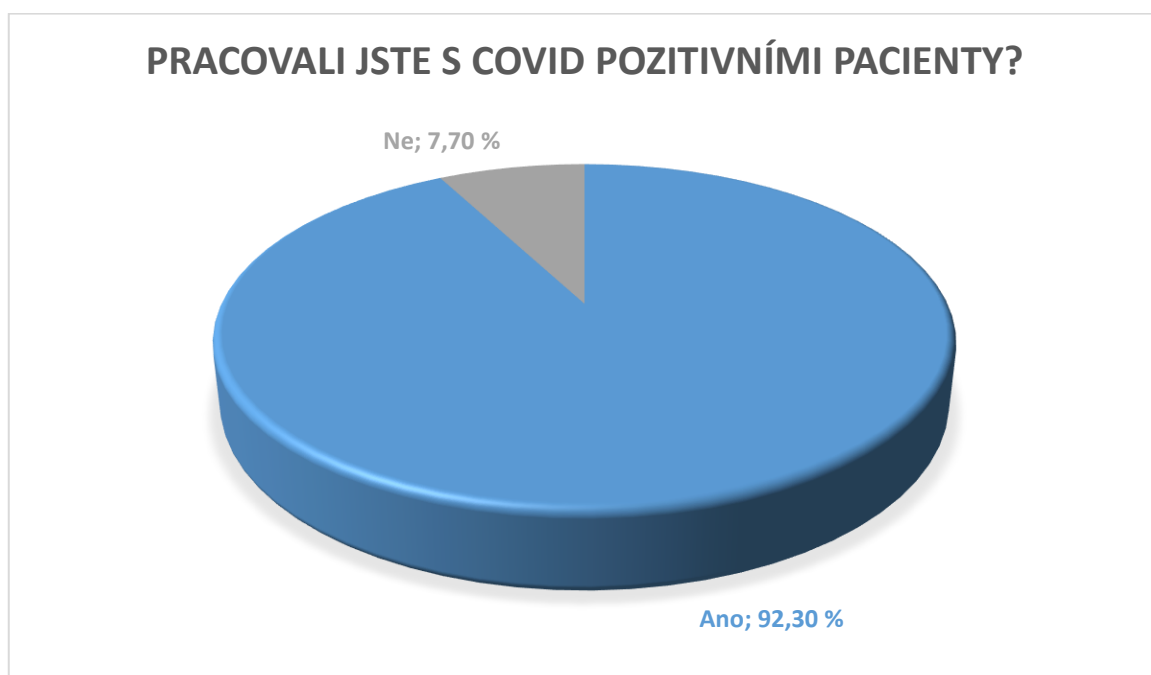


<b>Celkem</b>	<b>6</b>
---------------	----------

**Komentář:** Výsledky této otázky jsou zpracovány na základě odpovědí, které respondenti uvedli v jiných možnostech – zaměstnavatel poskytuje peněžní ohodnocení a benefity 1× za rok (3 odpovědi) a 2× za rok (3 odpovědi). Oba výsledky byly zastoupeny stejným množstvím odpovědí.

**VO. č. 6: Byla pandemie covid-19 a péče o covid pozitivní pacienty pro všeobecné a praktické sestry více náročná?**

Tabulka 22: Práce s covid pozitivními pacienty



**Komentář:** Z celkového počtu 104 respondentů uvedlo 96 (92,3 %), že pracovalo s covid pozitivními pacienty. Pouze 8 respondentů (7,7 %) s covid pozitivními pacienty nepracovalo.

Tabulka 23: Náročnost práce s covid pozitivními pacienty

	Počet odpovědí
Větší fyzická a psychická zátěž	46
Měl/a jsem již zkušenosti z minulého období, péče byla srovnatelná s předchozími vlnami	28
Nastoupil/a jsem v době pandemie, nemohu tedy posoudit	12
Větší psychická zátěž	4
Větší fyzická zátěž	3
Ne	3
<b>Celkem</b>	<b>96</b>

**Komentář:** Nejvíce respondentů uvedlo odpověď, že pro ně představovala práce s covid pozitivními pacienty větší fyzickou a psychickou zátěž (46 odpovědí). Další častou odpovědí bylo, že měli zkušenosti již z minulého období a péče byla srovnatelná s předchozími vlnami (28 odpovědí). Uváděli také, že nastoupili až v době pandemie, tudíž nemohou posoudit (12 odpovědí). Méně zastoupenou odpovědí byla větší psychická zátěž (4 odpovědi). Odpovědi – větší fyzická zátěž – a – práce nebyla více náročná – měly stejné zastoupení (3 odpovědi).

### 5.3 Testování hypotéz

Podklady pro vyhodnocení byly získány pomocí dotazníku, který je součástí přílohy č. 1. Jelikož první dva stupně vyhoření nejsou tak závažné, při vyhodnocování jsem se soustředila pouze na poslední stupeň, tj. vyhoření.

**H. č. 1:** Všeobecné a praktické sestry pracující v intenzivní péči jsou více ohroženy syndromem vyhoření než ty, které pracují na standardních odděleních.

Tabulka 24: Úroveň emocionálního vyčerpání v souvislosti s pracovištěm

	Nízký	Mírný	Vysoký (vyhoření)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Standardní oddělení	29	21	30	80	76,9 %
Intenzivní péče	11	5	8	24	23,1 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 25: Úroveň depersonalizace v souvislosti s pracovištěm

	Nízký	Mírný	Vysoký (vyhoření)	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Standardní oddělení</b>	27	32	21	80	76,9 %
<b>Intenzivní péče</b>	11	5	24	24	23,1 %
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>37</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 26: Stupeň osobního uspokojení v souvislosti s pracovištěm

	Nízký (vyhoření)	Mírný	Vysoký	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Standardní oddělení</b>	30	21	29	80	76,9 %
<b>Intenzivní péče</b>	9	5	10	24	23,1 %
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>26</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 27: Absolutní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s pracovištěm

	EE (vysoký)	DP (vysoký)	PA (nízký)
<b>Standardní oddělení</b>	30	21	30
<b>Intenzivní péče</b>	8	8	9

Tabulka 28: Relativní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s pracovištěm

	EE (vysoký)	DP (vysoký)	PA (nízký)
<b>Standardní oddělení</b>	37,5 %	26,25 %	37,5 %
<b>Intenzivní péče</b>	33,3 %	33,3 %	37,5 %

**Komentář:** Při vyhodnocování relativní četnosti v % jsou výsledky vyhoření ze standardního oddělení a intenzivní péče srovnatelné. Hypotéza tedy nebyla potvrzena.

**H. č. 2:** Všeobecné a praktické sestry, které mají děti, jsou odolnější vůči stresu, tudíž jsou méně ohroženy syndromem vyhoření.

Tabulka 29: Stupeň emocionálního vyčerpání v souvislosti s počtem dětí

	Nízký	Mírný	Vysoký (vyhoření)	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Žádné</b>	12	11	21	44	42,3 %
<b>1 dítě</b>	2	5	4	11	10,6 %
<b>2 děti</b>	23	10	10	43	41,3 %
<b>3 a více</b>	3	0	3	6	5,8 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>38</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 30: Stupeň depersonalizace v souvislosti s počtem dětí

	Nízký	Mírný	Vysoký (vyhoření)	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Žádné</b>	13	13	18	44	42,3 %
<b>1 dítě</b>	5	3	3	11	10,6 %
<b>2 děti</b>	17	20	6	43	41,3 %
<b>3 a více</b>	3	1	2	6	5,8 %
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>37</b>	<b>29</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 31: Úroveň osobního uspokojení v souvislosti s počtem dětí

	Nízký (vyhoření)	Mírný	Vysoký	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Žádné</b>	21	12	11	44	42,3 %
<b>1 dítě</b>	3	4	4	11	10,6 %
<b>2 děti</b>	13	7	23	43	41,3 %
<b>3 a více</b>	1	3	2	6	5,8 %
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>26</b>	<b>40</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 32: Absolutní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s počtem dětí

	EE (vysoký)	DP (vysoký)	PA (nízký)
<b>Žádné</b>	21	18	21
<b>1 dítě</b>	4	3	3
<b>2 děti</b>	10	6	13
<b>3 a více</b>	3	2	1

Tabulka 33: Relativní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s počtem dětí

	EE (vysoký)	DP (vysoký)	PA (nízký)
<b>Žádné</b>	47,73 %	40,9 %	47,73 %
<b>1 dítě</b>	36,36 %	27,27 %	27,27 %
<b>2 děti</b>	23,26 %	13,96 %	30,23 %
<b>3 a více</b>	50 %	33,33 %	16,66 %

**Komentář:** Z výsledků výzkumu vychází, že respondenti, kteří nemají děti, vykazovali daleko více syndrom vyhoření než respondenti, kteří děti mají. Na základě výsledků byla hypotéza potvrzena.

**H. č. 3:** Všeobecné a praktické sestry, které za sebou mají delší praxi, jsou více ohroženy syndromem vyhoření.

Tabulka 34: Stupeň emocionálního vyčerpání v souvislosti s délkou praxe

	Nízký	Mírný	Vysoký (vyhoření)	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Méně než 1 rok</b>	4	4	3	11	10,6 %
<b>1–5 let</b>	11	8	12	31	29,8 %
<b>5–10 let</b>	5	4	5	14	13,5 %
<b>10–20 let</b>	9	5	7	21	20,2 %
<b>20 let a více</b>	11	5	11	27	25,9 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>38</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 35: Stupeň depersonalizace v souvislosti s délkou praxe

	Nízký	Mírný	Vysoký (vyhoření)	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Méně než 1 rok</b>	5	2	4	11	10,6 %
<b>1–5 let</b>	7	12	12	31	29,8 %
<b>5–10 let</b>	4	6	4	14	13,5 %
<b>10–20 let</b>	11	6	4	21	20,2 %
<b>20 let a více</b>	11	11	5	27	25,9 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>37</b>	<b>29</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 36: Stupeň osobního uspokojení v souvislosti s délkou praxe

	Nízký (vyhoření)	Mírný	Vysoký	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Méně než 1 rok</b>	4	2	5	11	10,6 %
<b>1–5 let</b>	9	10	12	31	29,8 %
<b>5–10 let</b>	7	2	5	14	13,5 %
<b>10–20 let</b>	9	6	6	21	20,2 %
<b>20 let a více</b>	11	6	10	27	25,9 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>38</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 37: Absolutní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s délkou praxe

	EE (vysoký)	DP (vysoký)	PA (nízký)
<b>Méně než 1 rok</b>	3	4	4
<b>1–5 let</b>	12	12	9
<b>5–10 let</b>	5	4	7
<b>10–20 let</b>	7	4	9
<b>20 let a více</b>	11	5	11

Tabulka 38: Relativní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s délkou praxe

	EE (vysoký)	DP (vysoký)	PA (nízký)
<b>Méně než 1 rok</b>	27,27 %	36,36 %	36,36 %
<b>1–5 let</b>	38,71 %	38,71 %	29,03 %
<b>5–10 let</b>	35,71 %	28,57 %	50 %
<b>10–20 let</b>	33,33 %	19,04 %	42,86 %
<b>20 let a více</b>	40,74 %	18,52 %	40,74 %

**Komentář:** Výsledky jsou velmi srovnatelné ve všech oblastech. Tuto hypotézu tedy nelze potvrdit.

**H. č. 4:** Všeobecné a praktické sestry, které žijí v manželství, jsou méně ohroženy syndromem vyhoření.

V následujících tabulkách hodnotíme oblast emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení u respondentů, kteří žijí v manželství a kteří žijí samostatně. Z tabulky emocionálního vyčerpání vyplývá, že vdané ženy mají nižší stupeň emocionálního vyčerpání než ty, které žijí samostatně. Respondenti, kteří žijí v manželství, vykazují také

nižší stupeň depersonalizace. V oblasti osobního uspokojení se také shodujeme, respondenti žijící v manželství vykazují vyšší stupeň osobního uspokojení než ti, kteří žijí samostatně.

Tabulka 39: Stupeň emocionálního vyčerpání v souvislosti s manželstvím

	Nízký	Mírný	Vysoký (vyhoření)	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Svobodná/ý</b>	15	13	18	46	44,2 %
<b>Vdaná/ženatý</b>	22	11	14	47	45,2 %
<b>Rozvedená/ý</b>	3	1	6	10	9,6 %
<b>Vdova/vdovec</b>	0	1	0	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>38</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 40: Stupeň depersonalizace v souvislosti s manželstvím

	Nízký	Mírný	Vysoký (vyhoření)	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Svobodná/ý</b>	15	15	16	46	44,2 %
<b>Vdaná/ženatý</b>	20	17	10	47	45,2 %
<b>Rozvedená/ý</b>	3	4	3	10	9,6 %
<b>Vdova/vdovec</b>	0	1	0	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>38</b>	<b>37</b>	<b>29</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 41: Stupeň osobního uspokojení v souvislosti s manželstvím

	Nízký (vyhoření)	Mírný	Vysoký	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Svobodná/ý</b>	12	12	22	46	44,2 %
<b>Vdaná/ženatý</b>	22	13	12	47	45,2 %
<b>Rozvedená/ý</b>	6	1	3	10	9,6 %
<b>Vdova/vdovec</b>	0	0	1	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>38</b>	<b>104</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 42: Absolutní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s rodinným stavem

	EE (vysoký)	DP (vysoký)	PA (nízký)
<b>Svobodná/ý</b>	18	16	12
<b>Vdaná/ženatý</b>	14	10	22
<b>Rozvedená/ý</b>	6	3	6
<b>Vdova/vdovec</b>	0	0	0

Tabulka 43: Relativní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s rodinným stavem

	<b>EE (vysoký)</b>	<b>DP (vysoký)</b>	<b>PA (nízký)</b>
<b>Svobodná/ý</b>	39,13 %	34,78 %	26,09 %
<b>Vdaná/ženatý</b>	29,79 %	21,28 %	46,80 %
<b>Rozvedená/ý</b>	60 %	30 %	60 %
<b>Vdova/vdovec</b>	0 %	0 %	0 %

**Komentář:** Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejvíce vykazovali syndrom vyhoření rozvedení respondenti na rozdíl o těch, kteří žijí v manželství. Tato hypotéza byla na základě výsledků z výzkumu potvrzena.



## DISKUZE

Tato kapitola je věnována shrnutí výsledků dotazníkového šetření, kterého se účastnilo 104 respondentů z Uherskohradištské nemocnice, a. s., pracujících na pozici všeobecná nebo praktická sestra. Výsledky jsou porovnány s výsledky autorky bakalářské práce (Syndrom vyhoření u všeobecných sester) Ivetou Blahovou (2020) a rovněž s výsledky autorky bakalářské práce (Prevence syndromu vyhoření u všeobecných sester) Monikou Štípskou (2020).

Výsledky výzkumu ukazují, že se výzkumu zúčastnily převážně ženy, tedy 97 žen. Z celkového počtu bylo pouze 6 mužů. Mé výsledky se shodují s výsledky autorky Blahové i Štípské. Je tedy patrné, že na těchto pozicích pracují především ženy. Výzkumu se zúčastnili respondenti různých věkových kategorií. Nejvíce zastoupená byla věková kategorie 21–30 let (37). V této oblasti autorka Blahová uvádí nejvíce zastoupenou skupinu 42–49 let a autorka Štípská 50 let a více. Co se týká délky praxe byli nejvíce zastoupeni respondenti s praxí 1–5 let (31), v tom se shodují s autorkou Štípskou.

V oblasti zaměřené na informovanost všeobecných a praktických sester o syndromu vyhoření uvedla většina (99) správnou odpověď. Pouze 5 respondentů uvedlo odpověď chybnou. U této otázky se tedy shodují s oběma autorkami.

U otázky, zda se zabývají pracovními problémy i v době osobního volna, byla nejčastější odpověď někdy (42). Nejvíce respondentů (20) uvedlo, že pracovní problémy nastávají v důsledku únavy a vyčerpanosti. U otázky, jak ovlivňují pracovní problémy chod oddělení, byla nejčastější odpověď nesoustředěnost a častější chybovost (52).

Nejčastější odpovědí na otázku zaměřenou na prevenci proti syndromu vyhoření byla rodina a přátelé (150), dále pak odpočinek, spánek a sport. Mé výsledky se v této oblasti shodují s autorkou Štípskou. Na otázku týkající se prevence proti syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele označilo nejvíce respondentů jako ohodnocení práce poděkování (21), jako další byly možnosti dalšího vzdělávání, mimopracovních setkání, supervize, peněžních ohodnocení či benefitů. V této oblasti se rovněž shodují s autorkou Štípskou.

V souvislosti s pandemií covid 19 pracovalo s covid pozitivními pacienty z celkového počtu 104 respondentů celkem 96 respondentů. Nejvíce uváděnou odpovědí na otázku vztahující se k péči o covid pozitivní pacienty byla větší fyzická a psychická zátěž (46).

## **DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Dotazník, na jehož základě byly zpracovány výsledky, obsahoval i otázky zaměřené na prevenci proti syndromu vyhoření. Respondenti měli uvést činnosti, kterými sami předcházejí syndromu vyhoření, a dále možnosti využívané jejich zaměstnavatelem v prevenci proti syndromu vyhoření.

Na základě vyhodnocení těchto dvou otázek byla stanovena doporučení pro praxi.

### **Strategie na úrovni jednotlivce**

Strategie na úrovni jednotlivce jsou velmi individuální, každému pomáhá a přináší radost něco jiného. Níže uvádíme možnosti, které uváděli samotní respondenti.

- Dostatek trávení času s rodinou a přáteli.
- Správná životospráva (dostatek pohybu, zdravá strava).
- Dostatek kvalitního spánku a odpočinku.
- Relaxace (hudba, televize, četba, práce na zahradě, domácí mazlíčci).
- Cestování.
- Meditace.
- Nenosit si práci domů.

### **Strategie na úrovni zaměstnavatele**

Zaměstnavatelé by se měli také podílet na prevenci syndromu vyhoření, jedná se o vyjádření zájmu zaměstnavatele o zaměstnance. Klientům se pak dostává péče od personálu, který není neustále vyčerpaný a citově chladný.

- Supervize.
- Možnost dalšího vzdělávání.
- Možnost otevřeně ventilovat problémy (porady).
- Mimopracovní setkání (výlety, posezení).
- Poděkování jako ohodnocení práce.
- Peněžní ohodnocení práce.
- Zaměstnanecké benefity.

### **Návrh řešení pro organizaci**

Supervize patří k účinným metodám předcházení syndromu vyhoření. Uplatňuje se zejména u profesionálů, kteří pracují s lidmi, tudíž ve zdravotnictví by měla mít určitě své místo.

Supervizní setkání by mělo probíhat v meších skupinách, a to z důvodu, aby došlo k navození pocitu důvěry. Tyto skupiny by měly být sestaveny s ohledem na oddělení, kde pracovníci pracují, a na profesní skupinu.

Témata, která se budou probírat na supervizním setkání, by si měli stanovit sami účastníci supervize. Je tedy vhodné, aby si před zahájením tato témata připravili.

Supervize by měla být zavedena do praxe s ohledem na potřeby zaměstnanců, tzn. nejprve udělat průzkum, jak často by měli zaměstnanci o supervizi zájem, a na základě toho se rozhodnout.

Supervize patří mezi preventivní opatření proti syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele. Měla by být tedy poskytována zaměstnancům zdarma jako projev zájmu zaměstnavatele o spokojenost zaměstnanců.

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou syndromu vyhoření ve zdravotnických profesích se zaměřením na všeobecné a praktické sestry.

Teoretická část práce byla rozčleněna do tří hlavních kapitol. První kapitola se věnovala problematice stresu, kterou jsem se rozhodla ve své práci zmínit, jelikož stres je hlavní příčinou syndromu vyhoření. Další část byla věnována samotné problematice syndromu vyhoření. V této kapitole jsou popsány definice, rizikové faktory, příznaky, diagnostika, léčba a prevence. Poslední kapitolou teoretické části práce byla supervize, která je jedním z vhodných způsobů prevence proti syndromu vyhoření.

Praktická část byla zpracována na základě výsledků kvantitativního šetření formou dotazníku. Šetření se zúčastnilo celkem 104 respondentů pracujících na různých lůžkových odděleních Uherskohradištské nemocnice, a. s. Hlavním cílem praktické části práce bylo zjistit úroveň syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester, která byla popsána ve třech oblastech. V oblasti emocionálního vyčerpání vykazovalo 38 respondentů vysoký stupeň (vyhoření), v oblasti depersonalizace vykazovalo vysoký stupeň (vyhoření) 29 respondentů a v oblasti osobního uspokojení vykazovalo nízký stupeň (vyhoření) 38 respondentů. Dílčími cíli práce bylo zjistit, které demografické faktory ovlivňují ohrožení všeobecných a praktických sester syndromem vyhoření, zjistit jejich nejčastější pracovní problémy ovlivňující chod oddělení v nemocnicích, zjistit informovanost sester o syndromu vyhoření, zjistit, jakými způsoby předcházejí syndromu vyhoření, zjistit, jaké způsoby prevence proti syndromu vyhoření volí zaměstnavatel a také zjistit vnímání náročnosti práce během pandemie COVID-19. Součástí praktické části práce bylo také stanovení čtyř hypotéz, které jsem na základě výsledků výzkumu potvrzovala či vyvracela. Podařilo se potvrdit dvě hypotézy. Potvrzena byla hypotéza č. 2 – V oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení vykazovaly nižší stupeň vyhoření všeobecné a praktické sestry, které mají děti, než které děti nemají. Dále byla potvrzena hypotéza č. 4 – V oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení vykazovaly nižší známky vyhoření všeobecné a praktické sestry žijící v manželství, naopak vyšší známky vyhoření se ukázaly u těch, které žijí samy.

Součástí práce jsou také doporučení pro praxi, která byla stanovena na základě výsledků výzkumu.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ALKHAWALDEH, Ja'far Mohammad Aqeel et al., 2020. Effectiveness of stress management interventional programme on occupational stress for nurses: A systematic review. *Journal of Nursing Management* [online]. **28**(2), 209–220 [cit. 2022-05-12]. ISSN 0966-0429. Dostupné z: doi:10.1111/jonm.12938

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

BLAHOVÁ, Iveta. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2020, 60 s. (71 369). Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/48179>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Vávra, Ondřej.

CANADAS-DE LA FUENTE, GA., C. VARGAS, et al. Risks factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 2015, vol. 52, no. 1, p. 240–249.

JEKLOVÁ, M. a REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

JOSHI, V. *Stres a zdraví*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.

KEBZA, V. a ŠOLCOVÁ I. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. a PEČENKOVÁ J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 2012. ISBN 978-807195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. Sestra (Grada), 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.

KUČERA, D. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada. Psyché (Grada), 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.

Nurse burnout: causes, symptoms, and prevention. *Advent Health University*, 2019 Oct 1. Dostupné na: <https://online.ahu.edu/blog/nurse-burnout>

PELCÁK, S. a TOMEČEK, A. *Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta*. Praktické lékařství. [online]. 2011, roč. 7, č. 2, s. 87–90. ISSN 1803-5329. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2011/02/10.pdf>.

PEŠEK, R. a PRAŠKO J. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

PIRES, Regina et al. *Most Relevant Clinical Supervision Strategies In Nursing Practice* [online]. In: s. 351-361 [cit. 2022-05-12]. Dostupné z: doi:10.15405/epsbs.2016.07.02.34

PLAMÍNEK, J. *Seběpoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada. Management (Grada), 2013. ISBN 978-80-247-4751-4.

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

ŠTIPSKÁ, Monika. *Prevence syndromu vyhoření u všeobecných sester*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2020, 65 s. (72 289 znaků). Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/48215>. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Vedoucí práce Vávra, Ondřej.

VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. a HONZÁK, R. *Stres, eustres a distres*. Interní medicína pro praxi [online]. 2008, roč. 10, č. 4, s. 188–192. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

VOBOŘILOVÁ, J. *Duševní hygiena a stres*. V Praze: České vysoké učení technické, 2015. ISBN 978-80-01-05724-7.

ZACHAROVÁ, E. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada), 2017. ISBN 978-80-271-0155-9.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj. a jiné

apod. a podobně

atd. a tak dále

BM Burnout Measure

č. číslo

DP depersonalizace

EE emocionální vyčerpání

MBI Maslach Burnout Inventory

např. například

PA snížení výkonnosti

tj. to je

tzn. to znamená

tzv. takzvaný

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Výhody a nevýhody týmové supervize .....	30
Tabulka 2: Pohlaví .....	37
Tabulka 3: Věk.....	37
Tabulka 4: Rodinný stav .....	38
Tabulka 5: Počet dětí .....	38
Tabulka 6: Dosažené vzdělání .....	39
Tabulka 7: Délka praxe.....	39
Tabulka 8: Rozdělení oddělení .....	39
Tabulka 9: Stupeň emocionálního vyčerpání.....	41
Tabulka 10: Stupeň depersonalizace.....	42
Tabulka 11: Stupeň osobního uspokojení .....	42
Tabulka 12: Zabývání se pracovními problémy v době osobního volna .....	43
Tabulka 13: Pracovní problémy a osobní život .....	43
Tabulka 14: Pracovní problémy a chod nemocničního oddělení.....	44
Tabulka 15: Míra informovanosti o problematice syndromu vyhoření .....	45
Tabulka 16: Předcházení syndromu vyhoření .....	45
Tabulka 17: Supervize .....	46
Tabulka 18: Další vzdělávání .....	47
Tabulka 19: Možnost otevřeně ventilovat problémy .....	47
Tabulka 20: Mimopracovní setkání .....	47
Tabulka 21: Poděkování jako ohodnocení práce .....	48
Tabulka 22: Práce s covid pozitivními pacienty .....	49
Tabulka 23: Náročnost práce s covid pozitivními pacienty.....	50
Tabulka 24: Úroveň emocionálního vyčerpání v souvislosti s pracovištěm .....	50
Tabulka 25: Úroveň depersonalizace v souvislosti s pracovištěm .....	51
Tabulka 26: Stupeň osobního uspokojení v souvislosti s pracovištěm.....	51
Tabulka 27: Absolutní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s pracovištěm.....	51
Tabulka 28: Relativní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s pracovištěm.....	51
Tabulka 29: Stupeň emocionálního vyčerpání v souvislosti s počtem dětí .....	52
Tabulka 30: Stupeň depersonalizace v souvislosti s počtem dětí .....	52
Tabulka 31: Úroveň osobního uspokojení v souvislosti s počtem dětí.....	52
Tabulka 32: Absolutní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s počtem dětí .....	52
Tabulka 33: Relativní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s počtem dětí.....	53
Tabulka 34: Stupeň emocionálního vyčerpání v souvislosti s délkou praxe .....	53



---

Tabulka 35: Stupeň depersonalizace v souvislosti s délkou praxe .....	53
Tabulka 36: Stupeň osobního uspokojení v souvislosti s délkou praxe .....	54
Tabulka 37: Absolutní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s délkou praxe .....	54
Tabulka 38: Relativní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s délkou praxe.....	54
Tabulka 39: Stupeň emocionálního vyčerpání v souvislosti s manželstvím .....	55
Tabulka 40: Stupeň depersonalizace v souvislosti s manželstvím .....	55
Tabulka 41: Stupeň osobního uspokojení v souvislosti s manželstvím.....	55
Tabulka 42: Absolutní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s rodinným stavem .....	55
Tabulka 43: Relativní četnost syndromu vyhoření v souvislosti s rodinným stavem .....	56

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

## **PŘÍLOHA P I:**

Vážené kolegyně a kolegové, obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro bakalářskou práci na téma „Syndrom vyhoření ve zdravotnických profesích“, která bude zaměřena na všeobecné a praktické sestry. Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná. Správné odpovědi zakroužkujte, nebo doplňte.

Předem děkuji za spolupráci.

**Kateřina Pišková studentka 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.**

*Úvodní část dotazníku tvoří otázky demografické a zjišťovací.*

### **1. Jste muž, nebo žena?**

- a) Žena
- b) Muž

### **2. Jaký je Váš věk?**

- a) Méně než 20 let
- b) 21–30 let
- c) 31–40 let
- d) 41–50 let
- e) 51 a více

### **3. Jaký je Váš rodinný stav?**

- a) Svobodná/ý
- b) Vdaná/ženatý
- c) Rozvedená/ý
- d) Vdova/vdovec

### **4. Kolik máte dětí?**

- a) Žádné
- b) 1
- c) 2
- d) 3 a více

### **5. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?**

- a) Středoškolské

- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské

**6. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?**

- a) Méně než 1 rok
- a) 1–5 let
- b) 5–10 let
- c) 10–20 let
- d) 20 let a více

**7. Na jakém oddělení aktuálně pracujete? (uved'te)**

---

*Další část dotazníku tvoří otázky zaměřené na problematiku syndromu vyhoření.*

**8. Zabýváte se pracovními problémy i v době osobního volna?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

**9. Pokud ano, nebo někdy, jak ovlivňují pracovní problémy Váš osobní život, psychickou pohodu nebo zdraví? (uved'te)**

---

**10. Jak si myslíte, že mohou ovlivňovat pracovní problémy chod nemocničního oddělení? (uved'te)**

---

---

---

---

**11. Co si myslíte, že znamená syndrom vyhoření?**

- a) Je stav fyzického vyčerpání, které vzniká jako následek nedostatečného odpočinku
- b) Je stav emocionálního vyčerpání, které vzniká jako následek působení dlouhodobého stresu

- c) Je stav emocionálního a fyzického vyčerpání, které vzniká jako následek působení dlouhodobého a intenzivního stresu

**12. Jakým způsobem předcházíte syndromu vyhoření?**

---



---



---



---



---



---

**13. Které z uvedených možností využívá Váš zaměstnavatel v prevenci proti syndromu vyhoření? (Vyberte i více možností a ke každé uveďte, jak často – kolikrát za týden, měsíc, za rok)**

Kolikrát za:	... týden	... měsíc	... rok
a) Supervize			
b) Další vzdělávání			
c) Možnost otevřeně ventilovat problémy (např. na poradách)			
d) Mimopracovní setkání (posezení, výlety apod.)			
e) Poděkování jako ohodnocení práce			
f) jiné – uveďte:			
... jiné – uveďte:			
... jiné – uveďte:			

**14. Pracovali jste s covid pozitivními pacienty? pokud „ano“ pokračujte následující otázkou.**

- a) Ano  
b) Ne

**15. Byla pro Vás pandemie covid-19 a péče o covid pozitivní pacienty více náročná, než práce před pandemií?**

- a) Nastoupil/a jsem v době pandemie, nemohu tedy posoudit

- b) Měl/a jsem již zkušenosti z minulého období, péče byla srovnatelná s předchozími vlnami
- c) Ne
- d) Větší psychická zátěž
- e) Větší fyzická zátěž
- f) Větší fyzická a psychická zátěž

**Závěrečnou část tvoří dotazník, který zjišťuje míru syndromu vyhoření.**

MBI

**V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte za posledních 8 měsíců života.**

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

1	Práce mě citově vysává	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá	
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	
8	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11	Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým	
12	Mám stále hodně energie	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává	
15	Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	

17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	