

# **Analýza výskytu syndromu vyhoření ve FN Brno**

Petra Kléberová

---

Bakalářská práce  
2015



**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**  
Fakulta humanitních studií

---

  
**INSTITUT**  
**MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ**

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Institut mezioborových studií  
akademický rok: 2014/2015

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra Kléberová**  
Osobní číslo: **H128323**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Analýza výskytu syndromu vyhoření ve FN Brno**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce. S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na zjištění, která oddělení v nemocnici jsou z hlediska syndromu vyhoření rizikovější;
- na zjištění míry vyhoření v závislosti na věku a délce praxe zdravotních pracovníků;
- na zátěže ve zdravotnictví a v práci zdravotního personálu;
- na psychologické a sociologické aspekty syndromu vyhoření.

Součástí práce bude kvantitativní výzkum a sběr dat bude prováděn pomocí dotazníků s následnou analýzou získaných dat. Data budou zpracována do tabulek a grafů. Téma bude analyzováno z hlediska sociální pedagogiky.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: NCO NZO, 2006.**

**KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření Praha: SZÚ 2003.**

**KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres. Praha: Grada Avicenum 1994.**

**KŘIVOHLAVÝ, J. Sestra a stres. Příručka pro duševní pohodu. Praha: Grada Publishing, a.s. 2010.**

**STOCK, CH. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada Publishing, a.s. 2010.**

**VENGLÁŘOVÁ, M a kol. Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada Publishing, a.s. 2010.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Jiří Dalajka, Ph.D.**

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

**15. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 15. prosince 2014



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.  
ředitel ústavu

### Prohlašuji, že

- 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;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že 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;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s přípoštěním-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

### Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 3.4.2015

PETRA KLÉBEROVÁ  
Jméno, příjmení a podpis diplomanta

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce pod názvem Analýza výskytu syndromu vyhoření ve FN Brno je v teoretické části zaměřena na charakteristiku syndromu vyhoření, možnosti prevence ze strany jedince i zaměstnavatele, na možné příčiny vyhoření u zdravotnického personálu a na zátěže v jejich práci, které by mohly vést k tomuto syndromu.

Součástí praktické části je kvantitativní výzkum zaměřený na zjištění míry vyhoření na různých odděleních ve FN Brno s cílem zjistit míru vyhoření v souvislosti s věkem a délkou praxe zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, nelékařský zdravotnický personál, emocionální vyhoření, depersonalizace, osobní uspokojení.

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis entitled Analysis of burnout syndrome occurrence in the University Hospital Brno concentrates in the theoretic part on burnout syndrome characteristics, possibilities of prevention from the individual as well as the employer, possible cause of burnout syndrome at paramedical staff and occupational load that can result in this syndrome.

The experimental part includes quantitative survey revealing the level of burnout syndrome at various departments in the University Hospital Brno with the aim to determine the level of burnout syndrome in correlation with the age and length of experience of paramedical staff.

Keywords: burnout syndrome, paramedical staff, emotional burnout, depersonalisation, personal satisfaction

Za odbornou pomoc při psaní této bakalářské práce bych chtěla poděkovat Mgr. Jiřímu Dalajkovi Ph.D.

Dále bych chtěla poděkovat své kamarádce, kolegyni a spolužačce Lucii Berkové za podporu a spolupráci při studiu.

A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat svému příteli Čestmírovi za podporu a trpělivost v průběhu mého studia.

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

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 O SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> .....	<b>11</b>
1.1 DEFINICE.....	11
1.2 HISTORIE.....	13
1.3 SYNDROM VYHOŘENÍ A STRES.....	14
1.4 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	15
1.5 VZNIK A FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	17
1.6 MOŽNOSTI PREVENCE.....	18
1.6.1 Preventivní opatření ze strany zaměstnavatele nebo organizace .....	19
1.6.2 Prevence ze strany jednice .....	20
<b>2 SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ</b> .....	<b>22</b>
2.1 PŘÍČINY VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍKŮ .....	22
2.2 ZÁTĚŽE VE ZDRAVOTNICTVÍ A V PRÁCI ZDRAVOTNÍKŮ .....	24
2.3 SPECIFIKACE A ROZDĚLENÍ JEDNOTLIVÝCH TYPŮ OBORŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	26
<b>3 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> .....	<b>28</b>
3.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY .....	28
3.2 BURNOUT MEASURE .....	29
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>30</b>
<b>4 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	<b>31</b>
4.1 CÍLE PRÁCE .....	31
4.1.1 Výzkumná otázka .....	31
4.2 FORMULACE HYPOTÉZ.....	31
<b>5 METODA</b> .....	<b>33</b>
5.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	34
5.2 METODA SBĚRU DAT .....	36
5.3 VÝZKUMNÝ POSTUP .....	37
5.4 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....	37
<b>6 VÝSLEDKY</b> .....	<b>39</b>
6.1 DESKRIPTIVNÍ STATISTIKA DOTAZNÍKU MBI.....	39
6.2 ANALÝZA VÝSLEDKŮ .....	41
<b>7 DISKUZE</b> .....	<b>47</b>
<b>8 ZÁVĚR</b> .....	<b>49</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>51</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>56</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>57</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>58</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>59</b>

## ÚVOD

Syndrom vyhoření je stále častěji diskutovaným tématem v oblasti psychologie po celém světě. Přibývá mnoho prací, výzkumů a studií s touto tematikou. Stock (2010) ho označuje jako nemoc dnešní doby, která postihuje jedince bez ohledu na typ zaměstnání.

Mnoho autorů a také studentů se zaměřuje ve svých pracích na tzv. pomáhající profese, kam spadají zdravotníci, učitelé, policisti, sociální pracovníci a další.

Syndrom vyhoření má negativní dopad nejen na osoby postižené, ale také na osoby svěřené jim do péče (Honzák, 2009).

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků ve Fakultní nemocnici Brno. Jde o největší nemocniční zařízení na Moravě, které je tvořeno 56 klinikami a odděleními a kde pracuje kolem 5 000 zaměstnanců.

Téma „syndrom vyhoření“ jsem si zvolila proto, že sama pracuji ve zdravotnictví a jako zaměstnanec i občasného klienta nemocnice mě zajímá, v jaké psychické pohodě jsou mí kolegové a kolegyně. Na zdravotníky jsou kladeny stále větší nároky na vzdělání spojené s celoživotním vzděláváním a zvyšováním kvalifikace. Zdravotník dnes musí zvládat kromě své práce i různé byrokratické úkony, učení se novým dovednostem spojené s vývojem nových technologií. Zároveň musí být zdravotníci připraveni na pacienty ze zahraničí, s čímž je spojena nezbytnost učit se cizím jazykům.

Zdravotníci jsou denně vystaveni různým typům zátěže a rizikům, ke kterým patří rizika infekce, chemického působení, fyzická a psychická zátěž. Současně se musejí vyrovnávat s nemocí, utrpením, smrtí a někdy i negativními reakcemi ze stran pacientů a jejich rodinných příslušníků. A všechny tyto a jim podobné stresové faktory mohou vést k chronickému stresu a s tím spojenému syndromu vyhoření.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na faktory, které by mohly ovlivňovat míru vyhoření u mého výzkumného vzorku. Těmito faktory jsou typ oddělení, věk a délka praxe. Výzkum byl kvantitativní a jako výzkumný nástroj byl použit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), zaměřený na vyhoření v dimenzi emocionální, depersonalizace a osobního uspokojení.

Dotazníky jsem distribuovala ve spolupráci se svou spolužačkou a kolegyní Lucií Berkovou, která se zaměřila ve svém výzkumu na jiné faktory vedoucí k syndromu vyhoření.



Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru vyhoření u vybraného vzorku zdravotnických pracovníků ve FN Brno a to, zda míra vyhoření souvisí s typem pracoviště, s věkem pracovníků anebo délkou praxe.

Z pohledu sociální pedagogiky je důležité zaměřit se na informovanost zaměstnavatele i zaměstnance o tomto problému s následnou pomocí při prevenci. Důležitá je i výchova a patřičné vzdělání vedoucích pracovníků nejen v komunikaci, ale také v dalších oblastech, jako je pedagogika, psychologie a právo. Kdo jiný by měl zaměstnancům lépe porozumět nežli vedoucí pracovník.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 O SYNDROMU VYHOŘENÍ

Burnout, u nás známý jako syndrom vyhoření, vyprahlosti nebo také vypálení, je termínem používaným v psychologii a psychoterapii od sedmdesátých let dvacátého století. Označuje stavy projevující se celkovým vyčerpáním, většinou ve spojení s vykonávanou pracovní činností (Křivohlavý, 1998).

Slovo syndrom si můžeme představit jako souběh různých znaků, který tvoří obraz určitého procesu. Vyhoření si představujeme jako symbolický oheň v srdci, který dohořel. V psychologii slovo vyhořet, vyhasnout značí úplné fyzické, psychické a mentální vyčerpání (Schmidbauer, 2008; Křivohlavý 2012).

Ptáček a Raboch (2013) se domnívají, že pojem vyhoření je dnes bagatelizován, „jsem vyhořelý“ se dnes užívá stejně jako „mám depresi.“

Od doby, kdy byl tento termín poprvé použit a definován, vyšla již řada celosvětových prací, studií a výzkumů na toto téma. Autoři se zabývají definicí, vznikem, symptomy, léčbou, prevencí a rizikovými faktory vzniku tohoto syndromu. V následujících kapitolách se zabývám charakteristikou syndromu vyhoření.

### 1.1 Definice

Existuje spousta definic pro burnout, které se ve své knize *Jak neztratit nadšení* pokusil sjednotit J. Křivohlavý. Sám Křivohlavý (1998) přirovnává tento syndrom například k příběhu o Sysifovi, kde je vyjádřena marnost práce, která nebere konce.

Freudenberger popsal syndrom vyhoření jako pocit únavy a vyčerpání s neschopností setřást pocit chladu, kombinovaný s pocitem fyzického vyčerpání, projevuje se opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, gastrointestinálními obtížemi až po nespavost a depresi. Tento syndrom zasahuje celou psychosomatickou oblast s možností příznaků i v rovině psychické a behaviorální (Venglářová a kol., 2011). Pines a Aronson rozdělili vyhoření na fyzické, emoční a mentální vyčerpání. U fyzického vyčerpání dochází ke snížení energie, u emočního vyčerpání se dostávají pocity beznaděje a negativní postoj k sobě i životu je příznakem vyčerpání mentálního. Maslach a Jackson dávají syndrom vyhoření do souvislosti s prací s lidmi a rozdělili vyhoření na emoční vyčerpání, depersonalizaci a snížení osobního výkonu (Křivohlavý, 1998).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (2013) je vyhoření neboli vyhasnutí zařazeno pod diagnózou Z 73.0 (Z 73 problémy spojené s obtížemi při vedení života, 0 vyhasnutí (vyhoření)). Ale doposud vyhoření nebylo zařazeno do nemocí z povolání, přestože se autoři odborné literatury shodují, že syndrom vyhoření vzniká z pracovního stresu. Jak uvádí Kebza a Šolcová (2003), syndrom vyhoření se může projevit téměř u každé profese, kde podstatou není jen práce s lidmi, ale též zvyšující se pracovní nároky s kombinací chronického stresu. Pracovní činnost, která byla dříve oblíbená a dávala člověku smysl, dnes vyvolává pocity marnosti a zklamání, nepřináší již žádné uspokojení z vykonané práce. Pracovní výkon se zhoršuje, vztah ke klientům je negativní, člověk se stává cynický a zvyšuje se nechuť k dalšímu osobnímu růstu.

Honzák (2010) a Ptáček (2013) shodně uvádějí, že syndrom vyhoření se může projevit i u studentů medicíny, pro které je rizikovým faktorem vstup do specializační přípravy.

Corod-Artal a Vázquez-Cabrera (2013) popisují burnout jako globální problém související s pracovním stresem, což negativně ovlivňuje fyzické i psychické zdraví jedince. Dále uvádějí, že se burnout nejčastěji vyskytuje u profesí úřednických, dělnických a pomáhajících, kam řadí zdravotníky, pečovatele a učitele. Hlavním rysem je kontakt s lidmi, kteří mají zvýšenou potřebu fyzické i psychické péče. Špatný zdravotní stav a výskyt některých onemocnění, jako je infarkt myokardu, hypertenze, poruchy pohybového aparátu, deprese a alkoholismus dávají do souvislosti se syndromem vyhoření. Nepříznivý zdravotní stav má za následek častou pracovní neschopnost a snížení pracovního výkonu. Pracovní přetížení s chronickým stresem může vést až destruktivnímu chování a v některých případech může docházet k sebevražednému jednání. Studie od Kebzi a Šolcové (2010) potvrdila částečnou souvislost mezi úrovní vyhoření a úrovní rizikového faktoru kardiovaskulárních onemocnění. Z výsledků několika metod vyplynulo, že za nejvíce ohroženou skupinu považují muže nad 35 let. Také Ptáček (2013) spojuje syndrom vyhoření se sebevražedností, s výskytem závažných onemocnění a se snížením kvality života v profesní i osobní rovině.

Lze říct, že jde o nemoc těla i duše. Celý proces syndromu vyhoření se neustále vyvíjí, může trvat měsíce až roky, ale také může začít již při nástupu do zaměstnání u příliš motivovaného a nadšeného pracovníka (Blanař, Čermáková a Jedlinská, 2014). Stock (2010) vidí syndrom vyhoření jako dobový jev, který se rozmáhá jako důsledek změn v pracovní oblasti, globalizace, rozpadu rodinných struktur a demografického vývoje.

## 1.2 Historie

Historií pojmu se podrobněji zabývá doktor Honzák (2013), který společně s dalšími autory považuje za prvního, který burnout pojmenoval, Herberta J. Freudenbergera (1927– 1999). Freudenberger sám podlehl z přílišného pracovního nasazení psychickému i fyzickému vyčerpání. A protože byl vystudovaný psycholog a psychoanalytik, pokusil se po vzoru Sigmunda Freuda o psychoanalýzu sám na sobě. Na magnetofon namluvil své pocity a zjistil, že je plný negativních emocí, vzteku, nenávisti, vyčerpání, zklamání, deprese, úzkosti. Rozhodl se pro samoléčbu, omezil pracovní nasazení a denně si začal nahrávat své pocity na magnetofon a následně tyto nahrávky analyzoval.

Dále Honzák (2012) uvádí, že Freudenberger začal zkoumat tento jev a zjistil, že se netýká jen jeho samotného, a své poznatky sepsal v knize pod názvem *Burnout – vysoká cena za úspěch a jak s ním zacházet*. Pojem burnout poprvé Freudenberger použil a popsal roku 1974 v článku *Staff burnout* pro časopis *Journal of Social Issues*, a podnítil tak obrovský zájem o tuto problematiku.

V souvislosti s burnout se v odborné literatuře vyskytuje jméno Christina Maslach, která se této problematice intenzivně věnuje a podílí se na mnoha výzkumech v oblasti zkoumání syndromu vyhoření. Je také spoluautorkou nástroje pro zjištění míry vyhoření, jde o dotazníkovou metodu nazvanou Maslach Burnout Inventory (Křivohlavý, 2012).

V České republice se historii a problematice syndromu vyhoření věnují Kebza a Šolcová (2003), kteří uvedli jako první české ucelené pojednání o syndromu vyhoření knihu *Jak neztratit nadšení* z roku 1998 od J. Křivohlavého. Za autorku prvního článku o vyhoření uvádějí H. Haškovcovou, jejíž článek byl uveřejněn v časopisu *Sestra* roku 1994. V roce 1998 vydal Státní zdravotnický ústav první příručku pro odborníky i širokou veřejnost od Kebzi a Šolcové. Dnes se tématem vyhoření zabývá spousta dalších autorů, za zmínku stojí doktor Honzák, který se problematice intenzivně věnuje.

U nás i v zahraničí proběhlo mnoho studií s cílem zmapovat syndrom vyhoření ve spojitosti s různými profesemi, převládají tzv. pomáhající profese. K pomáhajícím profesím patří zdravotníci, učitelé, policisté, sociální pracovníci a další. Některé výzkumné práce jsou rozsáhlejší a jsou zaměřeny na zjištění míry vyhoření u větší skupiny osob z různých zařízení v určité zemi nebo oblasti. Jiné práce jsou zaměřeny pouze na konkrétní instituci. K zástupcům autorů větších studií patří Pirce (2007), který zkoumal zdravotní sestry z celé Francie a jeho vzorek činil 2 392 osob, nebo Raftopoulos, Charalambous

a Talias (2012), kteří do svého výzkumu zapojili 1 482 sester ze soukromých i státních nemocnic z Kypru. Ptáček a Raboch (2013) pro svůj výzkum získali odpovědi od 7 428 českých lékařů, což je 20 % všech registrovaných lékařů u nás. Na další studie se odkazují dále v textu. Díky tomu jsou výsledky různorodé, ale i tak nám přinášejí zajímavé informace o této problematice, a zvyšuje se tak zájem o zkoumání tohoto jevu.

### 1.3 Syndrom vyhoření a stres

Důležité je odlišit syndrom vyhoření od stresu, neboť k vyhoření dochází vlivem chronického stresu a nerovnováhou mezi aktivitou a odpočinkem. Stres je tedy příčina a vyhoření jeho důsledek (Stock, 2010). Křivohlavý (1994) přirovnává stres k lisu, který působí ze všech stran najednou nebo ke smyčce utahující se kolem krku odsouzence. Stres vyvolávají fyzické, psychické a sociální stresory, které při společném působení vyvolávají chronický stres. Reakce na stres se liší od člověka i situace. Zvládnutí zátěžové situace a vyrovnávání se ze zátěží se v odborné literatuře nazývá coping (Stock, 2010).

*„Situaci člověka ve stresu můžeme přirovnat ke sněhové kouli, kterou ze všech stran stlačujeme tak moc, až z ní začne kapat voda a koule se mění v kus ledu“* (Křivohlavý, 2010, s. 24).

Podle Honzáka (2010) se na stres dá pohlížet z hlediska organizačního, psychologického a biologického. Z organizačního hlediska mohou být příčinou stresu nevhodně zvolené způsoby organizace práce. Z psychologického hlediska bývá stres vyvolaný dopadem zátěžových situací na psychiku jedince. V biologické rovině Honzák (2010) popisuje dva základní typy stresové odpovědi, a to poplachovou fázi a rezistentní fázi. Poplachová fáze je řízená sympatikem, kdy se organismus chová, jako by se chystal na útěk nebo boj, jde o tzv. Cannonův stres. V poplachové fázi dochází k zvýšení krevního tlaku, napětí svalů vedoucím až ke třesu, utlumení aktivit řízených parasympatikem. Ve fázi rezistence, která probíhá pod vlivem osy hypofýza – hypotalamus – nadledvinky, jde o tzv. Selyeho stres<sup>1</sup>. Při této rezistentní fázi dochází k opačným reakcím než u poplachové fáze, dochází k útlumu, k celkovému stažení a rezignaci na okolí. Pokud dojde k selhání těchto

---

<sup>1</sup> Hans Selye je zakladatel učení o stresu a na toto téma vedl mnoho studií – Prieß, 2015, s. 14

stresových odpovědí, dojde k přetížení organismu a projeví se příznaky tělesné, psychické a klinické, které jsou typické pro syndrom vyhoření.

Na zvládnání stresu a stresových situací Křivohlavý (2010) doporučuje použít stresové strategie, kdy na jedné straně doporučuje směřovat strategii na odstranění zatěžujících situací a stresorů a na straně druhé na posílení vlastních sil pro boj se stresem.

Prieß (2015) pohlíží na stres jako na subjektivní stav, pro který je typický pocit bezmoci, a čím větší je bezmoc, tím větší pocit stresu. Rozhodující roli hraje subjektivní hodnocení, stres tedy nevznikne situací samotnou, ale tím, co z dané situace udělá člověk sám.

Prieß (2015) nevidí příčinu vyhoření ve stresu, stres považuje jen za jeho příznak. Člověk jako sociální bytost zažívá stres dennodenně při střetu s vlastními potřebami a vnějšími požadavky, mezi individualitou a působením okolí, mezi touhou někam patřit a strachem z odmítnutí. Oproti jiným autorům se Prieß (2015) zamýšlí nad jinou příčinou vyhoření, než je stres, přetížení a vyčerpání. Za příčinu syndromu vyhoření uvádí špatnou komunikaci mezi lidmi, jak v pracovním, tak osobním vztahu. Radí se stresem nebojovat, protože je to jen odpověď na to „že se nám něco nedaří tak, jak bychom si představovali.“

#### 1.4 Rizikové faktory

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci roku 2007 uvedla jako příčiny pracovního stresu nejistotu pracovního poměru s obavou o jeho ztrátu vlivem snížení ochrany proti výpovědi. Dále se jako stresový faktor uplatňuje krácení dovolené, požadavek více přesčasů, také práce na zkrácený úvazek nebo smlouva jen na dobu určitou. To v kombinaci s rušením pracovních míst a přesouváním pracovních pozic do zahraničí zvyšuje nejistotu udržení zaměstnání a v důsledku toho stoupá stresové zatížení. S rostoucí emocionální náročností práce se zvyšuje požadavek na sociální a emocionální výkonnost pracovníků. V důsledku sociálních změn se práce s klienty stává náročnější, což potvrzují pedagogové či sociální pracovníci. Mezi další příčiny řadí i dlouhou pracovní dobu s rostoucí intenzitou práce a obtížné sloučení zaměstnání a času na soukromý život (Stock, 2010).

Dle Stocka (2010, s. 32) se „svět práce během posledních několika desetiletí změnil – následkem rostoucí produktivity vykonává méně lidí stále víc pracovních povinností. Moderní technologie s sebou přinášejí nové druhy činností a úsporná personální opatření

*vedou ke zhušťování pracovní náplně.*“ Křivohlavý (1998) vidí hlavní rizika v přílišné emocionální zátěži, kdy na pracovníky je kladen zvýšený nárok ohledně jejich vstřícného a kladného chování k lidem. Další rizika vidí v pracovních podmínkách, v pracovním prostředí a náročné organizaci práce. Kallwass (2007) za rizikový faktor vzniku syndromu vyhoření považuje samotnou osobnost jedince. Jedná se o osoby tíhnoucí k dokonalosti, což jim snižuje zdárné dokončení práce, a to zvláště, pokud je dokončení limitováno termínem odevzdání. Dalším osobnostním faktorem je nedůvěra ve své schopnosti nebo nadměrná potřeba harmonie. Všechny tyto osobnostní typy mají společný faktor, a to neschopnost dobrého hospodaření se svou tělesnou i duševní energií, mají sklon buď ke svému přetěžování, nebo se vzdávají hned na samém začátku. Také Křivohlavý (2012) vidí rizikový faktor v člověku samém, kdy příliš nadšený jedinec s vírou ve svou nepostradatelnost není schopen zvládnout všechna úskalí, která mu jeho práce přináší.

Stejně Rush vidí příčinu vyhoření v osobnosti člověka a v jeho povahových rysech. A za nejhroženější pokládá výkonné dřiče a nadšence pro svoji práci, kteří jsou sami sobě nepřítel. Jedinci se sklonem k vyhoření mají společné povahové rysy, k nimž patří pevná vůle a odhodlanost, jedinec se nerad vzdává a přiznává chybu. Dále perfekcionalismus, workoholismus, přecitlivělost, přehnaná empaticnost, snížené sebevědomí, značná cílevědomost, nadměrná zodpovědnost, soutěživost, sklony k soběstačnosti, žijí z úspěchu a uznání, odpor k pravidlům (Venglářová a kol., 2011).

Kebza a Šolcová (2003) řadí mezi rizikové faktory rostoucí životní tempo, dennodenní vyrovnávání se se stresem, nadměrné pracovní požadavky v kombinaci s osobností jedince, který má vysokou angažovanost a empatii, ale nízkou asertivitu. Zároveň jde o člověka perfekcionalistu, který není schopen relaxovat, je depresivně laděn a má nízké sebehodnocení a cítí se nedoceněný.

Z analýzy Maslachové vyšlo šest faktorů, které v kombinaci s osobností pracovníka mohou vést k syndromu vyhoření. Jsou to nadměrné množství práce, nespravedlivé poměry v zaměstnání, nedostatek sociální podpory, malá koncepce v pracovním procesu, konfliktní pracovní prostředí, nedostatečná finanční nebo psychosociální odměna (Honzák, 2012).

Za rizikové faktory Ježorská, Kozyková a Chrastina (2012) považují nedostatečnou sociální oporu ze strany spolupracovníků a špatné vztahy na pracovišti. Jejich studie potvrdila, že čím byl vztah na pracovišti příznivější, tím se snižovalo riziko vyhoření. Své výsledky porovnávali s výzkumy Jansena, Schaufeliho, Houkese a s výzkumem Le Blanca.



Rizikovým faktorem pro vyhoření jedince, týmu a nakonec i celé organizace může být vedoucí pracovník, který přesouvá vlastní úzkost, vyvolanou strachem ze selhání, chybějící vlastní identitou a silným pocitem méněcennosti, na ostatní pracovníky. Mladí lidé se v práci chovají podle modelu, který nestanovuje hranice, a žijí tak, jak by žít měli, místo toho, aby žili tak, jak chtějí (Prieß, 2015).

Corod-Artal a Vázquez-Cabrera (2013) za rizikové faktory pokládají, jako i jiní autoři, pracovní prostředí, osobnostní rysy, pracovní postoje, ale i demografické proměnné, jako jsou věk (mladí), rodinný stav (svobodní). Za rizikové považuje Ptáček (2013) zvýšené ambice, sebevědomí nebo perfekcionalismus. Ženy oproti mužům nejsou více vyhořelé, jen muži si méně připouští emoční dopady své práce. Freudenberger (Honzák, 2013) za nejrizikovější faktor, ze své zkušenosti i získaných poznatků, považoval nezkrotnou touhu po společenském uznání, tedy dosažení co největšího pracovního úspěchu i ocenění. Pokud však k požadovanému uznání nedojde, dochází u jedince k frustraci osobního narcismu.

## 1.5 Vznik a fáze syndromu vyhoření

Prvním signálem vyhoření bývá pocit, že člověk nezvládá svou práci a ztrácí její smysl. Podkladem jeho vzniku jsou dvě proměnné, a to osobnost jedince jako vnitřní faktor a prostředí, ve kterém pracuje, důležitý je i charakter práce, což je vnější faktor (Venglářová a kol., 2011). Stock (2010) za tři základní symptomy vyhoření uvádí emoční i fyzické vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Emoční složka syndromu vyhoření se projeví jako první, k ní se přidává psychické vyčerpání se ztrátou motivace, nakonec dojde i k fyzickému vyčerpání, což se projeví jako psychosomatické onemocnění, které je reakcí na potlačovaný pracovní stres (Blanař, Čermáková a Jedlinská, 2014). Jak už bylo výše uvedeno, Kebza a Šolcová (2013) popisují vznik syndromu vyhoření jako kombinaci pracovního stresu a postupující demotivace, rezignace a přesvědčení, že vykonávaná činnost nemůže nic dalšího nabídnout, nelze v ní dosáhnout úspěchu, a tak ztrácí smysl. Frankl a Maddi popsali stav, kdy člověk pochybuje o smyslu své práce, a tak u něj dochází k existenciální frustraci, která může vyústit v depresi nebo noogenní či existenciální neurózu (Kobza a Šolcová, 2003).

Honzák (2010) popisuje příznaky syndromu vyhoření tělesné, psychické a klinické. Tělesné příznaky se projevují pocitem únavy, vyčerpání, chladu, dechové tísně, bolesti hlavy, gastroenterologické potíže, nespavost, pocit zkrácení dechu, divné pocity na kůži a nejrůznější tělesné bolesti. K psychickým příznakům patří podrážděnost na jindy neutrální podněty, plačtivost, záchvaty zlosti a hněvu, smutek, podrážděný tón hlasu, podezřívavost, vztahovačnost, vyhýbání se pracovním povinnostem, letargie. A mezi klinické projevy patří psychické příznaky stresu, pocit vyčerpání, vegetativní obtíže a narušení základních biorytmů, tělesné příznaky až nemoc, psychická reakce na vyčerpání.

Řada autorů, ke kterým patří Edelwich a Brodsky, Freudenberger a North, Maslachová, zabývající se syndromem vyhoření se různí v počtu udávaných fází. Nejjednodušší model se skládá ze tří položek a nejsložitější z dvanácti. V podstatě se shodují, že na počátku se objevuje idealistické nadšení, které přechází do psychického i fyzického vyčerpání s projevy stagnace, posléze dochází k frustraci, depersonalizaci, na konci se dostavuje úplná apatie, deprese, až dojde k úplnému vyhoření (Stock, 2010, Honzák, 2013, Dynáková, Kožnár a Hermanová, 2010). Dle Stocka (2010) jde o dlouhodobý proces, kdy postižený prochází jednotlivými fázemi postupně, ale může je i přeskačovat. Prieß (2015) rozdělila fáze vyhoření na poplach, odpor, vyčerpání a ústup a také připouští přeskačování jednotlivých fází s různou intenzitou projevů, což dává do souvislosti s individualitou jedince, s růzností životních situací a s různou zásobou sil jedince v případě konfliktu. Fázi odporu Prieß (2015) považuje za nejnebezpečnější a nejzásadnější fázi na cestě vedoucí k vyhoření. Jedinec se dostává do pocitů vyvolávající bezmoc a té nemůže věčně odolávat, snaží se tento pocit bezmocnosti vytěsnit ze svého vědomí, a tak se lehce může stát, že i okolí přehlédne, že něco není v pořádku, a díky pokusu uniknout stresu může dojít k různým typům závislosti.

## 1.6 Možnosti prevence

Tak jako u všech nemocí je i zde nejdůležitější syndromu vyhoření předcházet. A to jak ze strany zaměstnavatele nebo organizace, tak také ze strany jednotlivce. Prevenci si můžeme představit jako „psychologické očkování,“ které nás naučí se efektivně vyrovnávat s těžkými a stresujícími situacemi (Křivohlavý, 2010).

### 1.6.1 Preventivní opatření ze strany zaměstnavatele nebo organizace

Zaměstnavatel by měl zaměstnancům vytvořit bezpečné pracovní prostředí, kde nehrozí žádný úraz ani ohrožení zdraví pracovníka. Také by měla být zajištěna pohoda tělesná, psychická a sociální. Ochranu zdraví zaměstnavatelé zajišťují pomocí předpisů Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (Vévoda a kol., 2013).

K ochraně nastupujících pracovníků před vyhořením je dle Venglářové a kol. (2011) důležitá adaptační praxe. Novému pracovníku po určitou dobu pomáhá starší a zkušený pracovník. Psychohygienu na pracovišti je dále zaměřena na dobré ohodnocení pracovníka ve formě pochvaly, podpory účasti zaměstnanců na vzdělávacích i společenských akcích. K celoživotnímu rozvoji přispívá supervize, která je zaměřena na rozvoj profesionálních dovedností a pomáhá na pracovišti utvářet vhodné prostředí. Cílem supervize je podpoření pracovního růstu zdravotníka, zlepšení pracovní atmosféry a organizace práce.

Dynáková, Kožnár a Hermanová (2010) ve své práci uvádějí, že supervizi lze považovat za formu podpory a poradenství zejména pro pomáhající profese. Toto poradenství je poskytováno profesionálním konzultantem, který je v této oblasti vzdělán. A své poznatky porovnávají s prací Carrola, který vidí supervizi ve dvou hlavních významech, a to manažerském, tu poskytuje vedoucí, a klinickém, ta je zaměřena na klinickou práci supervidovaného. Wittich popsal supervizi konanou na univerzitní klinice ve Freiburgu, kde je supervize poskytována zdravotnickému personálu již od roku 1989, kde je cílem pomoci zdravotníkům redukovat zátěž, napětí a vyčerpání a zlepšení pracovní spokojenosti a výkonnosti. Hawson popisuje supervizi jako aktivitu zaměřenou na osobní rozvoj, porozumění nejen své pracovní identitě, ale též týmové a organizační identitě (Dynáková, Kožnár a Hermanová, 2010). FN Brno zorganizovala projekt se záměrem zavedení supervize do ošetrovatelské praxe, konaný 2012–2014. Pro tento projekt byla vybrána Interní hematoonkologická a onkologická klinika a Chirurgická klinika s cílem vytvořit metodiku nelékařských zdravotnických pracovníků s interním a chirurgickým zaměřením. U zaměstnanců se setkali tvůrci projektu s kladnou odezvou a je tendence zařadit supervizi do celoživotního vzdělávání (Ježová, Zítková, Špačková a Surá 2014). Vévoda a kol. (2013) popisují supervizi jako časový prostor, kde může pracovník vyjádřit své pocity spojené se svým zaměstnáním, a uvolnit tak záporné emoce, jako je zlost, frustrace, strach, bezmoc atd. Díky supervizi dochází k sjednocení pracovního týmu, který je důležitým faktorem pro dobře odvedenou práci.

Další možností prevence je zavedení psychické bezpečnosti práce, která je rozpracována v kanadském prostředí s plánem zavést povinnost kanadských zaměstnavatelů zajišťovat kromě fyzické i psychickou bezpečnost práce. V psychicky bezpečném prostředí se zaměstnanec může spolehnout, a v případě potřeby pomoci obrátit, na nadřízené i kolegy. Dle Kahna je psychická bezpečnost ovlivňována čtyřmi faktory, ke kterým patří mezilidské vztahy, skupinová a meziskupinová dynamika, styl řízení a normy vlastní dané organizace (Kobza, Šolcová, 2013).

Nahrgangová, Morgeson a Hofmann (2011) zjistili ve své studii, kterou provedli u 18 6440 respondentů, že vyhoření má negativní vliv na psychickou bezpečnost práce, oproti tomu engagement (zapálení) pracovníky motivovalo a vykazovalo vliv pozitivní. Aby mohli být zaměstnanci zapálení pro svou práci, je důležité, aby firma své zaměstnance dobře motivovala a vytvářela pozitivně laděné pracovní prostředí.

Vliv motivace na pracovní výkon a uspokojení z práce popsal Herzberg ve své dvoufázové teorii. V první řadě jde o to, aby člověk byl pracovní uspokojen, což zajišťují faktory hygienické, jako je mzda, jistota práce, životní styl, vztahy na pracovišti. Motivující faktory pak vedou k vyššímu výkonu a úsilí, Herzberg k nim řadí uznání, povýšení, možnost osobního růstu, odpovědnost, samostatnost. Hygienické faktory jsou v pracovním procesu nezbytné jako základna pro spokojenost, ale uspokojení z práce sami o sobě nepřinesou (Plevová a kol., 2012).

Corod-Artal a Vázquez-Cabrera (2013) dělí prevenci z pohledu primárního, sekundárního a terciárního opatření. Primární preventivní opatření slouží k zamezení rizik syndromu vyhoření vytvořením vhodných pracovních podmínek čerpajících například z ergonomie. Sekundární preventivní opatření je zaměřeno na včasné rozpoznání vyhoření a na následné zamezení vyhoření, k tomu využívá školení vedoucích pracovníků i zaměstnanců. Terciární opatření má za úkol snížit dopad pracovního stresu a vyčerpání prostřednictvím dodržování bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.

### 1.6.2 Prevence ze strany jednice

*„Lidem můžete věnovat jen tolik energie, kolik máte na rozdávání“*  
(Bartošíková, 2006,s.68).

Venglářová a kol. (2011) uvádí, že dobré tělesné zdraví je jedním z nejlepších způsobů, jak se chránit před vyhořením. Důležité je vyhnout se nepravidelnému stravování, nedostatku odpočinku, nedostatečnému pohybu, nadváze, neřešení zdravotních problémů apod. Člověk by se měl naučit starat a pečovat o svou osobu, měl by znát hranice svých možností a hlavně by si neměl brát práci domů. V prevenci emocionálního vyčerpání považuje Křivohlavý (1998) za důležité vytvářet sociální síť. Sociální síť může být tvořena rodinou, přáteli, sousedy, spolupracovníky atd., ale její hlavní funkcí by měla být účinná opora v nelehkých životních situacích.

K prevenci syndromu vyhoření mohou sloužit bodytherapeutické techniky, které ve své práci popsaly Hlaváčová, Tomanová a Nikodemová (2010). Za zakladatele uvádějí Wilhelma Reicha, který se zabýval souvislostmi mezi tělem a duší, životní energií a jejím využitím v psychoterapii.

Bodyterapie je tedy druh psychoterapie zaměřené na aktivaci uzdravovacích mechanismů v těle pomocí verbálních a nonverbálních technik. Mezi tyto terapie patří například Focusing, Biorelease masáže. Focusing je technika založená na vnímání vlastních pocitů a hledání příčiny problému. Jde o naučení se vnímat signály, které nám vysílá naše tělo. Pomocí Biorelease masáže dochází k uvolnění těla a svalového napětí, tělo i mysl se tak dostane do harmonie a odstraní se napětí, stres i únava (Hlaváčová, Tomanová a Nikodemová, 2010).

Halbwachs (2011) uvádí způsoby, jak může každý sám za sebe bojovat se stresem a se syndromem vyhoření. Mezi tyto způsoby patří vhodné nakládání s časem, účinně relaxovat, posilovat mezilidské vztahy a zdokonalovat se v komunikačních dovednostech.

V případě podezření na syndrom vyhoření doporučuje Bártlová (2005) vzít si kratší dovolenou a udělat si menší pracovní pauzu k nabrání nové síly. V pokročilém stadiu pak doporučuje pracovní změny, jako zkrácení pracovní doby, změna pracovní pozice a současně vyhledat odbornou pomoc v podobě psychoterapeuta. Vyhledání odborné pomoci a pomoci mezi svými blízkými doporučuje i Halbwachs (2011).

Udržování dobrých mezilidských vztahů a vedení dialogu s lidmi jako rovný s rovným je dle Prieß (2015) nejlepší prevencí před vyhořením. Dalším krokem k účinné prevenci i léčbě je najít si cestu k sobě samému a naučit se vést dialog sám se sebou, čímž překonáme vnitřní konflikt. Vést dialog sám se sebou je srovnání se se životem a podstatou je odlišit to, co je, od toho, co bylo.

## 2 SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER A NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

*„Práce ve zdravotnictví je spojena s větší mírou stresu nežli u většiny jiných profesí. Nadměrný stres zvyšuje riziko výkonů a rozhodnutí, pracovních úrazů, psychosomatických onemocnění i závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Přílišný stres je častým důvodem, proč lékaři i zdravotní sestry opouštějí zdravotnictví.“* (Nešpor, 1995, s. 14–15)

Křivohlavý (1998) uvádí, že syndrom vyhoření se u zdravotníků vyskytuje ve vyšší nežli průměrné míře bez ohledu na typ oddělení nebo na vykonávanou činnost. Za rizikový faktor pokládá neúspěšný boj se smrtí a s utrpením se současným nedostatkem vděku za svou práci a snahu. Ptáček a Raboch (2013) vnímají burnout jako nemoc celého zdravotnictví.

I přesto, že je tématu syndromu vyhoření věnováno mnoho publikací a problematika je popisována z různých úhlů, neexistují dosud žádné oficiální statistiky, které by zkoumaly psychické problémy zdravotníků (Blanař, Čermáková a Jedlinská, 2014).

V následujících kapitolách se zaměřím na příčiny vzniku syndromu vyhoření u zdravotníků a na pracovní zátěž ve zdravotnictví.

### 2.1 Příčiny vzniku syndromu vyhoření u zdravotníků

Podle Bartošíkové (2006) je většina lidí, kteří chtějí pracovat v pomáhajících profesích, motivována touhou pomáhat druhým. A tak vstupují do zaměstnání s nadšením a ideály, postupně však zjišťují, jak je jejich profese náročná na velký výkon a emoční nasazení. Poměr mezi investicí do práce a ziskem z ní se stává nerovným, kombinace velkých nároků a nízkého ohodnocení pak může vést až k vyhoření.

Doktor Honzák (2013) si klade otázku: proč k nejohroženějším patří právě představitelé pomáhajících profesí? A dochází k závěru, že je to dáno tím, že do své práce investují víc než jen znalosti a dovednosti, ale též část své osobnosti. Pomáhající s postiženými soucítí, a to díky vlastnosti zvané empatie, tedy naladění na stejnou vlnu, a tak dochází k spoluprožívání bolesti.

Schmidbauer (2008) uvádí, že z práce pomáhajícího pracovníka se v dnešní době vytratila emocionální stránka vztahu s potřebným. Profesionální vztah pak vypadá takto: „Operace

se zdařila, ale pacient zemřel.“ Pacient je nahraditelný. Pomáhající má více pacientů, než zvládne unést, a to ve světě tvrdé konkurence. Pomáhající v dnešní době nedokážou oddělit práci od soukromého života, což vyvolává vnitřní konflikt, který s sebou nese rizika. Schmidbauer (2008) popisuje jedince v počáteční fázi vyhoření, takoví jedinci jsou typičtí svou hyperaktivitou, nepostradatelností, popírají vlastní potřeby, aby dokonale obstáli v roli pomocníka.

Ohroženou skupinou se stávají začínající sestry, které ještě nejsou vyzrálé a nedokážou vždy dobře reagovat na potřeby pacientů. Zároveň se musí vyrovnat s nemocí, utrpením a se zátěží psychickou i fyzickou. V dnešní době se vedou diskuze na téma vhodného zahájení studia a odborné praxe v nemocnici a s tím souvisí i věk, ve kterém nastupují do praxe (Venglářová a kol., 2011). Studie na Kypru z roku 2011, která byla provedena na 1 482 sestřích pracujících ve veřejném i soukromém sektoru, potvrdila vztah pracovního prostředí a syndromu vyhoření. Zároveň se ukázalo, že více vyhořelé byly sestry ze státního sektoru, z celkového počtu pak bylo vyhořelých 12,8 % sester (Raftopoulos, Charalambous a Talias, 2012). Price (2007) hodnotil výzkum po celé Francii u 2 392 sester pracujících na jednotkách intenzivní péče. Z výsledků vyplynulo, že přibližně u jedné třetiny sester se potvrdily příznaky syndromu vyhoření a jako významné faktory se ukázaly sociální klima na pracovišti a pracovní zátěž. Na Slovensku 2011 byla provedena studie u perioperačních sester (N = 102) pracujících v bratislavských zdravotnických zařízeních. V tomto výzkumu vykazovaly perioperační sestry vyšší míru vyhoření s přibývajícím věkem a délkou praxe nad 16 let. Jako rizikové faktory se zde ukázaly časová tíseň, vysoká míra zodpovědnosti a únava po několika hodinách strávených na sálech (Balková a Fürstová, 2012).

Větší míru vyhoření vykazovali zdravotničtí pracovníci z větších nemocnic, což potvrdil výzkum Blažkové, Krátké a Kramaříkové (2011) a i výše zmíněná studie z Kypru. Blažková, Krátká a Kramaříková se domnívají, že jedním z rizikových faktorů může být i typ a velikost pracoviště.

Výzkumná práce provedená na Slovensku v letech 2009–2010 u 844 sester a porodních asistentek potvrdila signifikantní vyšší výskyt syndromu vyhoření u sester a porodních asistentek s praxí od 1 do 3 let a nad 5 let (Dymunová a Nagyová, 2012). V Ostravě 2012 byla provedena výzkumná práce u 78 všeobecných sester na neurochirurgii ve fakultní a městské nemocnici. V této práci se ukázaly jako významné faktory pro míru vyhoření věk, délka praxe, vzdělání, typ pracoviště a spokojenost se zaměstnáním. Vyšší míru

vyhoření vykazovaly starší sestry s delší praxí, středoškolačky, pracující na ambulancích (Prokelová a Jarošová 2012). V práci Pohlové, Kozákové a Jarošové (2011) se potvrdil vztah mezi emocionálním vyčerpáním a subjektivním hodnocením náročnosti práce u sester pracujících se seniory. Sestry považovaly svou práci za velmi stresující a zároveň vykazovaly vysoké skóre emocionálního vyčerpání. V oblasti depersonalizace se vyskytoval u sester s délkou praxe od 5 do 8 let. Výzkumu v psychiatrické léčebně v Horních Beřkovicích ukázal dobrou odolnost tamních zdravotnických pracovníků. Při analýze vztahu věku a délky praxe k syndromu vyhoření se ohroženou skupinou ukázali mladší pracovníci s kratší praxí (Honzák, 2009). Hosák, Hosáková a Čermáková (2005) zjistili ve svém výzkumu též dobré výsledky u pracovníků na psychiatrické klinice oproti interním oddělením. Význam nižšího skóre pro vyhoření u pracovníků na psychiatrii přikládají větším znalostem v oblasti psychohygieny, relaxaci, asertivního jednání a též uvědomění si nezbytnosti vytváření dobrých vztahů na pracovišti a vytvoření dobré sociální sítě.

Ptáček a Raboch (2013) uvádějí jako rizikové faktory ve zdravotnictví zvyšující se nároky na vzdělání a specializaci, ekonomický tlak ze stran pojišťovny na snížení nákladů, zvýšenou administrativu.

## 2.2 Zátěže ve zdravotnictví a v práci zdravotníků

Venglářová a kol. (2011) dělí zátěže na ty, které se týkají pracovní činnosti, zátěže plynoucí z odlišností diagnóz ošetřovaných pacientů a týkající se osobnosti zdravotníků.

Senzitivnost syndromu vyhoření je vyšší u nemocničních sester než u ostatních zdravotnických pracovníků a tuto zvýšenou náchylnost vidí Halbwachs (2011) ve vyšší pracovní zátěži, která je spojena s jejich prací. Sestry se starají celý den o pacienta, mají dlouhé směny, jsou vystaveny zvýšeným fyzickým i psychickým nárokům, a tak přicházejí o energii, se kterou by mohly bojovat se stresem.

Gurková a Majecková (2012) ve své studii vyhodnotily, že nejnáročnější je zátěž psychická. Sestry zde negativně hodnotily únavu, časovou tíseň, vysokou zodpovědnost. Ve výzkumu zaměřeném na zjištění zátěžových faktorů při práci porovnávala Židková (2002) přes 50 různých profesí a do skupiny se zvýšenou psychickou zátěží zařadila i zdravotníky. Zde se jako rizikové faktory ukázaly přetížení a stres. Výzkum od Ježorské,



Kozykové a Chrastina (2012), zabývající se souvislostí syndromu vyhoření a pracovní zátěže zdravotních sester na onkologii, potvrdil výsledky u 100 respondentů souvislost mezi zvýšenou pracovní zátěží a rizikem syndromu vyhoření.

Ve studii Balkové a Fürstové (2012) provedené u perioperačních sester se ukázaly jako faktory psychické zátěže napětí a stres, hmotná odpovědnost, riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví cizích osob, intenzita práce a časová tíseň. Mezi tělesné příznaky syndromu vyhoření sestry uváděly bolesti nohou, celkovou únavu, křečové žíly, poruchy koncentrace pozornosti, zraková únava a gynekologické problémy. K sociálním příznakům patřila ztráta angažovanosti a ztráta snahy pomáhat. V této studii měl na syndrom vyhoření vliv věk, délka praxe. S vyšším věkem a delší praxí se projevují u perioperačních sester zdravotní problémy, s čímž je spojena i vlastní nespokojenost se zdravím.

Blažková, Krátká a Kramaříková (2011) rozdělují zátěžové faktory na skupiny psychické a fyzické. V jejich výzkumu dotazované sestry nejvíce řadily mezi psychické zátěžové faktory stres, zvýšenou zodpovědnost, péči o klienty v těžkém nebo kritickém stavu, umírání a smrt klienta. Mezi další zátěžové faktory řadily vztah s lékaři, nedocenění práce. Oblast fyzických zátěžových faktorů nejvíce zastupoval nedostatek zdravotního personálu, práce přesčas, manipulace s imobilními klienty. 133 sester se domnívá, že tyto zátěžové faktory u nich mohou vést k syndromu vyhoření.

Venglářová a kol. (2013) uvádí příklady zátěžových faktorů v práci sester. Jsou to statické zatížení, zatížení páteře, svalového, kloubního a cévního systému, setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené a hnisavé rány, zápach, vyrážka), riziko infekce, kontakt s léky, dezinfekčními přípravky, nutnost ochranných pomůcek, narušení spánkového režimu. Požadavky na neustálou pozornost, pečlivé sledování pacientů a přístrojů, rychlé přepojování pozornosti mezi činnostmi, pružné reagování na různorodé podněty a změny, velká zodpovědnost, nutnost rychlého rozhodování, vyrovnání se s pocitem bezmocnosti, působení bolesti druhým lidem, komunikace s pacientem i příbuznými, konflikt rolí. Nízké pracovní ohodnocení hmotné i lidské, nevhodné chování nadřízených, špatné vztahy na pracovišti, přetížení v důsledku malého počtu personálu, práce v rigidním kolektivu, nevyhovující pracovní podmínky a špatná organizace práce.

Další výzkum proběhl v Saúdské Arábii roku 2010 u 198 nadnárodních sester pracujících v nemocnici. Výsledky ukázaly, že zahraniční sestry vykazovaly vyšší míru vyhoření

než sestry ze Saúdské Arábie. Významným faktorem pro vyhoření se zde ukázal věk a práce v zahraničí (Pirce, 2007; Al-Turki a kol., 2010).

### 2.3 Specifikace a rozdělení jednotlivých typů oborů ve zdravotnictví

V nemocnici existují tři funkční okruhy – medicínský, ošetrovatelský a administrativní. Do medicínského okruhu řadíme lékaře, do ošetrovatelského všeobecné sestry a úředníky do administrativního okruhu (Bartošíková, 2006). Ve zdravotnickém zařízení můžeme nalézt lůžková oddělení, specializované ambulance, praktická oddělení. Obory pak můžeme rozdělit na chirurgické, interní, preklinické a ostatní.

Chirurgie (cheir = ruka, ergein = pracovat, dělat) je lékařský obor, který k léčbě, diagnostice a prevenci využívá ruce, nástroje a přístroje. Léčba orgánů a poranění je prováděna operačními postupy. Podstatou je týmová spolupráce opírající se o výsledky jiných oborů. Chirurgii dělíme na všeobecnou a specializovanou, kam patří oftalmologie, gynekologie, traumatologie, urologie, otorinolaryngologie, stomatochirurgie, ortopedie, neurochirurgie, anesteziologie, intenzivní medicína atd. Ve specializovaných chirurgických centrech probíhají velmi složité operační výkony, které vyžadují specializované vzdělání zdravotníků. Chirurgie se dělí na ambulance, lůžkovou a operační část (Slezáková a kol., 2010).

Slezáková a kol. (2010) datuje počátek chirurgie až do prvobytně pospolné společnosti. První písemné záznamy pocházejí z doby 3000 př. n. l. ze starého Egypta. V těchto písemnostech jsou popsány chirurgické postupy k léčbě ran a zlomenin. Lékaři též prováděli incizi, kastraci a odstraňovali nádory. Vysoké úrovně dosáhla chirurgie ve 4. století př. n. l. v Řecku, Hippokratovy záznamy obsahují popis léčby kýly, hemeroidů a způsoby zastavování krvácení. 17. století n. l. bylo významné objevem krevního oběhu a roku 1896 v Německu byla provedena první transplantace srdce. Ve 20. století došlo ke zdokonalení diagnostických i operačních technik, které se dále rozvíjí a vyvíjí.

Interní lékařství nebo také vnitřní lékařství je jedním ze základních oborů klinické medicíny. Zabývá se léčbou a diagnostikou celého těla a vnitřních orgánů. K podoborům vnitřního lékařství patří pneumologie, kardiologie, hematologie, revmatologie, gastroenterologie, diabetologie, nefrologie, endokrinologie, hepatologie, dermatovenerologie, alergologie. S vnitřním lékařstvím jsou úzce spojeny obory onkologie

a gerontologie. Základní části interního oddělení jsou ambulance, vyšetřovací a lůžková oddělení, lůžka akutní péče (Šafránková a Nejedlá, 2006).

Slezáková a kol. (2012) vidí interní ošetřovatelství jako nejsložitější a nejrozsáhlejší disciplínu v medicínských oborech. Ošetřující pracovníci musí vynikat mimo jiné intuicí, schopností rozvahy a úsudku, taktem, pochopením a schopností vcítit se do ostatních.

Preklinické obory se zabývají diagnostikou nebo screeningem před vypuknutím choroby. Mezi tyto obory patří klinická mikrobiologie, klinická biochemie, klinická hematologie a transfuzní lékařství, patologie, imunologie, epidemiologie, radiodiagnostika a další.

Preklinické obory jsou důležité pro ostatní lékařské obory, jimž nabízí výsledky, které pomáhají stanovit celkovou diagnózu pacienta.

Mezi ostatní pak můžeme zařadit psychiatrii, klinickou psychologii, klinickou farmakologii, fyzioterapii a další. Speciální oblastí je dětské lékařství, kam spadá dětská a dorostová psychiatrie, dětská neurologie, dětské lékařství, dětské ORL, dětská gynekologie atd.

### 3 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ

K diagnostice se používají různé metody, k těm nejběžnějším patří dotazníky, české verze vytvořil Státní zdravotnický ústav. V lékařské praxi se k určení diagnózy používá zhodnocení symptomů syndromu vyhoření.

V následujících kapitolách se zaměřím na popsání dotazníkových metod používaných k diagnostice syndromu vyhoření.

#### 3.1 Maslach Burnout Inventory

Maslach Burnout Inventory, neboli MBI, je dotazník, který mapuje tři oblasti – emocionální vyčerpání, depersonalizaci a uspokojení z práce. Tuto metodu ke zkoumání burnout vypracoval tým Maslachové a prokázal, že dotazník má dobré psychometrické vlastnosti a trojdimenzionální hodnocení se hodí na dobré celkové pojetí osobnosti (Blanař, Čermáková a Jedlinská, 2014).

Honzák (2009) uvádí, že dotazník MBI byl použit ve stovkách studií u různých profesí a dle soudobé metaanalýzy Lourela a Guegena je použitelnost tohoto dotazníku univerzální. Validnost dotazníku zkoumali na vzorku 54 738 zdravotních sester z osmi zemí Poghosyan, Aiken a Sloane.

Emocionální vyčerpání neboli emotional exhaustion (EE) je složka, která nastupuje jako první a je prvním indikátorem syndromu vyhoření, projevuje se ztrátou chuti k životu, nedostatkem sil k jakékoliv činnosti a ztrátou motivace. Po emocionálním vyčerpání nastupuje depersonalizace, depersonalisation (DP) neboli ztráta úcty k druhým lidem, v této složce může dojít až k naprosté dehumanizaci. Tyto projevy jsou zřetelné u jedinců, kteří potřebují zvýšenou reciprocitu od lidí, se kterými pracují. Snížení efektivity a ztráta smyslu vykonané práce je zahrnuta v oblasti osobního výkonu neboli personal accomplishment (PA), Křivohlavý (2012).

Dotazník obsahuje 22 otázek, devět z nich je zaměřeno na EE, pět na DP a osm na PA. Respondent hodnotí sílu pocitů v bodové škále od 0 = vůbec do 7 = velmi silně (Pohlová, Kozáková a Jarošová, 2011).

### 3.2 Burnout Measure

Burnout Measure (BM) je dotazníková metoda autorů Pinesové, Aronsona a Kafryho. U tohoto dotazníku Křivohlavý (1998) uvádí dobrou shodu s jinými psychologickými vyšetřeními, například: čím vyšší byla hodnota BM, tím byla vyšší nespokojenost daného člověka, tím více přemýšlel o odchodu ze zaměstnání, tíhl k požívání alkoholu a trpěl různými zdravotními problémy nebo pocity beznaděje.

Dotazník BM je zaměřen na tři hlediska – na fyzické, emocionální a psychické vyčerpání – a má dle Křivohlavého (2012) vysokou míru reliability po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. BM dotazník hodnotí dle Honzáka (2009) celkovou míru nepohody, oproti MBI dotazníku, který zkoumá více dimenzí vyhoření, a je tak lepší pro posouzení vyhoření vzhledem k pracovní činnosti. Toto tvrzení opírá o výzkum švédských badatelů Holmqvista a Janneaua, kteří provedli srovnání těchto dvou dotazníků a 510 zaměstnanců v 28 zdravotnických zařízeních.

Tento dotazník obsahuje 21 položek, každá otázka je hodnocena na stupnici četnosti od 1 = nikdy do 7 = vždy. Hodnotí se sčítáním bodů v jednotlivých dimenzích a sečtením všech bodů dosažených v dotazníku získáme konečný výsledek, který nám ukáže celkovou míru psychického vyhoření (BQ). Je-li hodnota BM vyšší než 5, jde o ohrožující stav, kdy by se člověk měl obrátit na psychologa. Dotazník má dobrou shodu s jinými psychologickými vyšetřeními, jako je spokojenost v zaměstnání a s životem, s fluktuací, se zdravotními problémy, s konzumací alkoholu a s pocity beznaděje (Křivohlavý, 2012).

Dotazník Maslach Burnout Inventory patří společně s Burnout Measure k jedněm z nejběžnějších dotazníkových metod k měření vyhoření (Honzáka, 2009).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

V následující části bude bakalářská práce zaměřena na formulaci cílů výzkumu a hypotéz.

### 4.1 Cíle práce

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru vyhoření u vybraného vzorku zdravotnických pracovníků ve FN Brno. Hlavním cílem bylo zjistit, zda faktory jako typ pracoviště, věk anebo délka praxe mají vztah k ukazateli míry vyhoření.

#### 4.1.1 Výzkumná otázka

Jaká bude míra vyhoření u pracovníků FN Brno?

Existuje vztah mezi mírou vyhoření a typem pracoviště respondentů?

Existuje vztah mezi mírou vyhoření a věkem respondentů?

Existuje vztah mezi mírou vyhoření a délkou praxe respondentů?

### 4.2 Formulace hypotéz

Křivohlavý (1998) uvádí, že syndrom vyhoření se u zdravotníků vyskytuje ve vyšší nežli průměrné míře bez ohledu na typ oddělení nebo na vykonávané činnosti. Za rizikový faktor pokládá neúspěšný boj se smrtí a s utrpením se současným nedostatkem vděku za odvedenou práci a snahu.

A tak předpokládám, že nebude žádný rozdíl v míře vyhoření mezi všeobecnými sestrami na interním a chirurgickém oddělení.

**H č. 1:** Míra vyhoření v emocionální oblasti bude u všeobecných sester na interním i chirurgickém oddělení stejná.

**H č. 2:** Míra vyhoření v oblasti depersonalizace bude u všeobecných sester na interním i chirurgickém oddělení stejná.

**H č. 3:** Míra vyhoření v oblasti pracovního uspokojení bude u všeobecných sester na interním i chirurgickém oddělení stejná.

Dále předpokládám, na základě poznatků z teoretické části, že skupinou ohroženou syndromem vyhoření budou začínající pracovníci, neboť mladý pracovník není ještě dostatečně vyzrálý a musí se vyrovnat s nemocí, utrpením a se zátěží psychickou i fyzickou. V dnešní době se vedou diskuze na téma vhodného zahájení studia a odborné praxe v nemocnici a s tím souvisí i věk, ve kterém nastupují do praxe (Venglářová a kol., 2011). Prieß uvádí (2015), že mladí lidé se v práci chovají podle modelu, který nestanovuje hranice, a žijí tak, jak by žít měli, místo toho, aby žili tak, jak chtějí.

Tento předpoklad je dále rozpracováván v následujících třech hypotézách.

**H č. 4:** S vyšším věkem bude klesat míra vyhoření v emocionální oblasti.

**H č. 5:** S vyšším věkem bude klesat míra vyhoření v oblasti depersonalizace.

**H č. 6:** S vyšším věkem bude klesat míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

S přibývajícím délkou praxe bude přibývat i riziko syndromu vyhoření, neboť syndrom vyhoření je kombinací pracovního stresu a postupující demotivace, rezignace a přesvědčení, že vykonávaná činnost nemůže nic dalšího nabídnout a zároveň v ní nelze dosáhnout úspěchu, a tak ztrácí smysl a zvyšuje se nechuť k dalšímu osobnímu růstu. Toto tvrzení rozpracovávám v následujících předpokladech.

**H č. 7:** S přibývajícím praxí se bude zvyšovat míra vyhoření v emocionální oblasti.

**H č. 8:** S přibývajícím praxí se bude zvyšovat míra vyhoření v oblasti depersonalizace.

**H č. 9:** S přibývajícím praxí se bude zvyšovat míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

V závěru práce budou dané hypotézy verifikovány, nebo falzifikovány.



## 5 METODA

Na získání potřebných údajů byl jako nástroj kvantitativního výzkumu použit standardizovaný dotazník Christiny Maslach nazvaný Maslach Burnout Inventory<sup>2</sup>, který zjišťuje míru vyhoření ve třech dimenzích a je doplněný o tvrdá data: pohlaví, typ pracoviště, věk a délku praxe. V této práci byla použita česká verze MBI dotazníku, kterou zpracovala Židková (2013), tento dotazník je volně přístupný na jejích webových stránkách.

Touto dotazníkovou metodou se zjišťuje míra vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení. V každé oblasti měří tři úrovně vyhoření – nízký, mírný a vysoký. U emocionálního vyčerpání a depersonalizace ukazují vysoké hodnoty na vyhoření, u osobního uspokojení je to naopak. Dotazník se skládá z 22 otázek, 9 otázek je zaměřeno na emocionální vyčerpání, 5 na depersonalizaci a 8 na pracovní uspokojení. Respondenti měli ke každé otázce přidělit číslo na stupnici od 0 do 7, toto číslo vyjadřovalo sílu pocitů, 0 = vůbec a 7 = velmi silně. Vyhodnocení spočívá v součtu bodových hodnot pro každou dimenzi zvlášť, viz tab. 1.

Tabulka 1. Úroveň vyhoření ve stupních.

STUPEŇ EMOCIONÁLNÍHO VYČERPÁNÍ		
Nízký 0–16 bodů	Mírný 17–26 bodů	Vysoký 27 a více bodů = vyhoření
STUPEŇ DEPERSONALIZACE		
Nízký 0–6 bodů	Mírný 7–12 bodů	Vysoký 13 a více bodů = vyhoření
STUPEŇ OSOBNÍHO USPOKOJENÍ		
Vysoký 39 a více bodů	Mírný 38–32 bodů	Nízký 31–0 = vyhoření

Zdroj: Židková (2013)

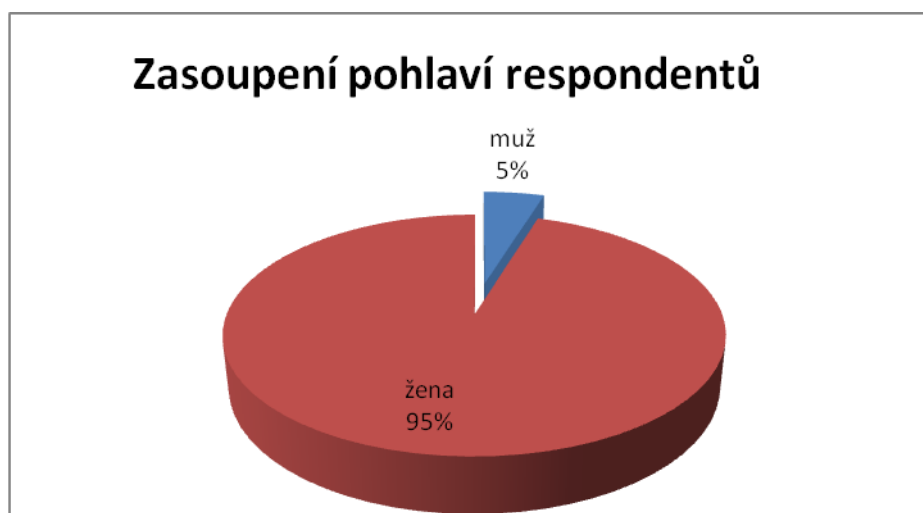
<sup>2</sup> Viz Příloha 1

## 5.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili zaměstnanci Fakultní nemocnice Brno z Pracoviště medicíny dospělého věku. FN Brno je největší zdravotnické zařízení na Moravě, pracuje zde kolem 5 000 zaměstnanců.

Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků, návratnost byla 237 dotazníků (79 %), z hodnocení bylo vyřazeno 6 dotazníků pro nedostatečně vyplněné údaje.

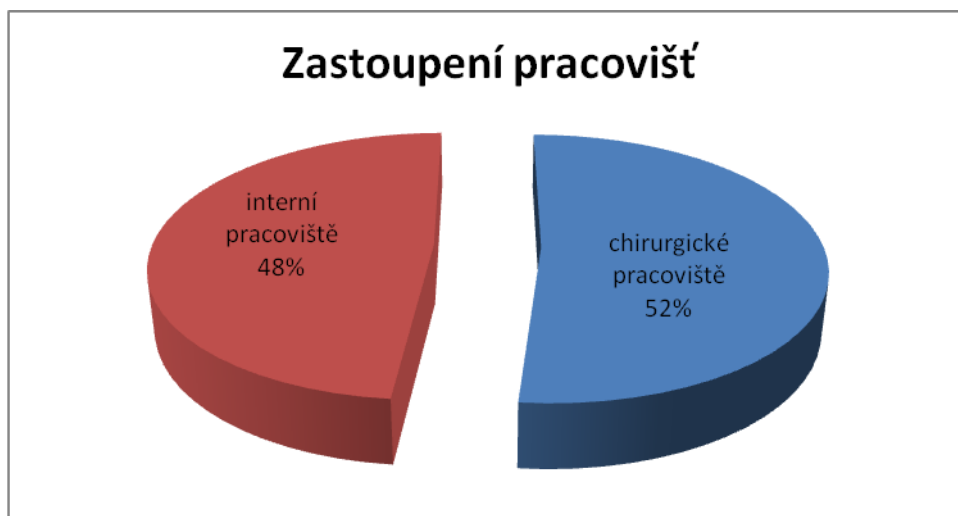
Z celkového počtu 231 dotazovaných respondentů bylo 220 žen a 11 mužů. Výzkumu se zúčastnili respondenti z Chirurgické kliniky, Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy, Diagnosticko-terapeutického centra, Oddělení klinické mikrobiologie, Oddělení klinické biochemie a Ústavu patologie.



Graf 1. Zastoupení pohlaví respondentů.

Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz 1–3 bylo použito z celkového souboru 159 dotazníků, hlavním kritériem výběru bylo rozdělení pracovišť na interní nebo chirurgické. Chirurgické obory zastupovalo 82 respondentů a interní 77 respondentů. Chirurgický obor zastupovala lůžková část Kliniky chirurgie a ambulance Kliniky úrazové chirurgie, Chirurgické kliniky, Urologické kliniky, Ortopedické kliniky, Neurochirurgické kliniky a Kliniky popálenin a rekonstrukční chirurgie. Interní obory zastupovala Klinika nemocí plicních a tuberkulózy a ambulance Interní gastroenterologické kliniky, Kliniky interní, geriatrické a praktického lékařství, Interní hematologické a onkologické kliniky, Neurologické kliniky, Interní a kardiologické kliniky, Interní a hematoonkologické kliniky,

Oddělení klinické hematologie (ambulance jsou součástí Diagnosticko-terapeutického centra).



Graf 2. Zastoupení pracovišť.

Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy 4–9 bylo použito všech 231 dotazníků, které vyplnili nelékařští zdravotničtí pracovníci z Chirurgické kliniky, Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy, Diagnosticko-terapeutického centra, Oddělení klinické mikrobiologie, Oddělení klinické biochemie a Ústavu patologie. Průměrný věk respondentů byl 37 let (SD 10,4) a věkové rozpětí bylo od 20 do 68 let. Průměrná délka praxe byla 16 let (SD 10,5) a rozpětí délky praxe bylo 1 rok až 46 let.

Tabulka 2. Věk respondentů.

<b>VĚK</b>	<b>20–30</b>	<b>31–40</b>	<b>41–50</b>	<b>&gt; 50</b>
<b><i>N</i></b>	69	79	54	29
<b>%</b>	30	34	23	13

Tabulka 3. Délka praxe respondentů.

<i>DÉLKA PRAXE</i>	<i>&lt; 5</i>	<i>5–10</i>	<i>11–15</i>	<i>16–20</i>	<i>20–25</i>	<i>26–30</i>	<i>&gt; 30</i>
<i>N</i>	38	51	25	40	30	26	21
<i>%</i>	17	22	11	17	13	11	9

## 5.2 Metoda sběru dat

Před zahájením vlastního sběru dat a distribucí dotazníků na daná pracoviště byla podána žádost prostřednictvím formuláře Žádost o poskytnutí informací pro studijní účely<sup>3</sup> na vedení Fakultní nemocnice Brno. Poté byly osloveny vrchní sestry a vedoucí laborantky daného oddělení prostřednictvím vnitřní elektronické pošty. Všechny vedoucí pracovnice se sběrem dat na jejich oddělení souhlasily a pomohly nám s distribucí dotazníků. Každé vrchní sestře a vedoucí laborantce byl vysvětlen účel šetření a způsob vyplňování dotazníků. Další komunikace probíhala telefonicky, vnitřní elektronickou poštou a osobním kontaktem.

Sběr dat probíhal prostřednictvím dotazníků během měsíce října a listopadu 2014. Dotazníky byly rozdány v tištěné podobě prostřednictvím vrchních sester a vedoucích laborantek daných klinik a oddělení ve FN Brno.

Dotazníková metoda v kvantitativním výzkumu je vysoce efektivní metoda, kterou můžeme získat potřebná data u většího počtu respondentů s relativně nízkými náklady, za krátký časový úsek a jež může zajistit anonymitu. Nevýhodou může být neochota dotazovaných, a návratnost tak může být nízká (Disman, 2009).

V našem dotazníku jsme respektovali soukromí respondentů, a tak byl náš dotazník anonymní. Kutnohorská (2009) uvádí, že dodržením anonymity docílíme lepšího využití informačního zdroje. Anonymitu rozděluje na faktickou, psychologickou a sociologickou. U fyzické neznáme jméno respondenta, u psychické vylučujeme choulostivé otázky a u sociologické zaručujeme neidentifikovatelnost jedince během zpracování dat.

<sup>3</sup> viz příloha

### 5.3 Výzkumný postup

Pomocí standardizovaného dotazníku MBI, doplněného o demografické otázky, byla získána data výběrovým šetřením. Získaná data byla dále kódována a zpracována pomocí programu Microsoft Excel.

Po návratu vyplněných dotazníků proběhla kontrola správného a úplného vyplnění jednotlivých položek. Nesprávně a neúplně vyplněné dotazníky byly z výzkumného šetření vyřazeny. Každý dotazník byl označen číslem, pod kterým byl zanesen do elektronické podoby, z důvodu dohledatelnosti v případě nejasností. U dotazníku byly dále spočítány bodové hodnoty v dimenzích emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení a získaným hodnotám byl přiřazen stupeň pro úroveň vyhoření – nízký, mírný, vysoký.

V programu Microsoft Excel byly ze získaných hrubých dat vytvořeny grafy znázorňující zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku a zastoupení dle interního nebo chirurgického oddělení. V programu Microsoft Word byly vytvořeny tabulky pro přehlednost získaných tvrdých dat o věku a délce praxe respondentů.

Následně byla provedena analýza získaných dat pomocí t-testu a korelační analýzy. Všechny výsledky byly zpracovány do tabulek.

### 5.4 Způsob zpracování dat

Získaná data byla zpracovávána pomocí statistických metod v programu Microsoft Excel. Použitými statistickými metodami byly t-test a korelační analýza, kterou byl stanoven Pearsonův korelační koeficient.

T-test jsem zvolila na potvrzení nebo vyvrácení hypotéz číslo 1–3. T-test slouží k zjištění, zda se dvě skupiny naměřených čísel v průměru liší, či nikoli. K zjištění, zda se skupiny nějak liší, je třeba získat kritickou hodnotu, která nám říká, zdali jsou získané statistické údaje, které jsme vypočítali, vzhledem k množství testovaných lidí signifikantní, či nikoli. Kritickou hodnotu nalezneme buď v tabulce, nebo nám jí vypočítá statistický program. Pokud t-hodnota vyjde vyšší než kritická hodnota, je výsledek signifikantní (Walker, 2013).

Korelační analýzu jsem zvolila pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz 4–9. Korelační analýza neboli korelace zkoumá vztah mezi dvěma proměnnými. Výsledky korelace nám poskytují korelační koeficient, což je číslo mezi nulou a jedničkou. Pokud je výsledek roven nule, neexistuje žádný vztah mezi oběma měřeními, ale pokud je výsledek roven jedné, jde o vztah velmi silný. Čím je tedy naměřená hodnota blíže jedné, tím silnější je mezi těmito hodnotami vztah. Korelace nám může poskytnout jak číslo kladné, tak číslo záporné. Kladné číslo nám říká, že jakmile se jedna hodnota zvyšuje, zvyšuje se zároveň i druhá hodnota. V případě, že se jedna hodnota zvyšuje a druhá zároveň snižuje, hovoříme o záporné korelaci. Výsledky korelace můžeme zanést do bodového grafu, který nám na první pohled ukáže, o jakou korelaci jde, zda kladnou, nebo zápornou, se závislostí, nebo bez závislosti (Walker, 2013).

Pomocí Pearsonova korelačního koeficientu  $r$  se využívá k měření síly vztahu dvou náhodných spojitých proměnných  $X$  a  $Y$ . Korelační koeficient vyjadřuje pouze sílu lineárního vztahu. Korelace, i když je velmi silná, nemusí vždy ukazovat příčinnost vztahu, tzn. změna proměnné  $X$  nemusí znamenat změnu proměnné  $Y$ . Míra závislosti dle velikosti korelačního koeficientu  $r$  je malá, pokud jsou naměřeny hodnoty 0,1–0,3, získané hodnoty 0,3–0,7 ukazují na střední závislost a hodnoty 0,7–1,0 na závislost velkou. Pokud jsou naměřené hodnoty  $< 0,1$ , hovoříme o „nulové závislosti“ (Hendl, 2004).

## 6 VÝSLEDKY

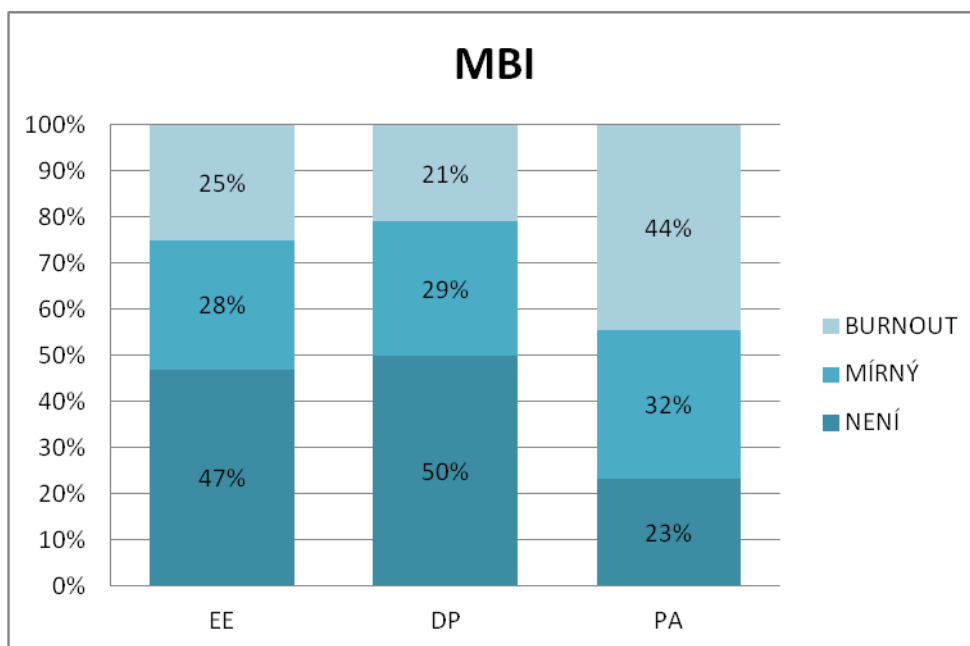
Výsledky výzkumu byly rozděleny na popisnou statistiku hodnot dosažených v dotazníku MBI, na analýzu získaných hodnot a na testování hypotéz.

### 6.1 Deskriptivní statistika dotazníku MBI

Dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) byl vyhodnocen ve třech dimenzích – emocionální vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobní uspokojení (PA) v celkovém souboru 231 respondentů. Vyhořelých ve všech třech dimenzích, z celkového souboru 231, bylo 24, tj. 10 % respondentů.

V oblasti emocionálního vyčerpání dosáhlo 58 (25 %) respondentů vysokého stupně úrovně vyhoření, v oblasti depersonalizace 48 (21 %) respondentů a vyhoření v oblasti osobního uspokojení dosahovalo 102 (44 %) respondentů.

Průměrné hodnoty celého souboru se pohybovaly u EE (průměr 15,26; SD 11,23) a DP (průměr 6,43; SD 6,17) v mírném stupni úrovně vyhoření, u PA (průměr 31,55; SD 9,74) dosáhla průměrná hodnota hranice mezi mírným stupněm a vyhořením.



Graf 3. Vyhodnocení MBI dotazníku v celém souboru (relativní četnost).

Výsledky MBI dotazníku dle věku N = 231.

V oblasti emocionálního vyčerpání (EE) respondenti od 20 do 50 let dosáhli v průměru mírného stupně úrovně vyhoření, respondenti nad 50 let dosáhli stupně nízkého. V oblasti depersonalizace (DP) dosáhla v průměru mírného stupně vyhoření věková skupina 20–30 a 31–40 let, nad 40 let respondenti nevykazovali riziko vyhoření a nacházeli se v mírném stupni úrovně vyhoření. V oblasti osobního uspokojení (PA) kritických hodnot vyhoření v průměru dosáhly věkové skupiny 20–30 a 41–50 let, věkové skupiny 31–40 a nad 50 let vykazovaly v průměru mírný stupeň vyhoření (tab. 4).

Tabulka 4. Výsledky MBI v jednotlivých věkových skupinách.

<i><b>VĚK</b></i>	<i><b>EE</b></i>	<i><b>DP</b></i>	<i><b>PA</b></i>
<i><b>20–30</b></i>	19,84 (SD 10,11)	8,88 (SD 6,10)	30,86 (SD 8,56)
<i><b>31–40</b></i>	18,06 (SD 10,28)	7,60 (SD 5,86)	32,16 (SD 10,07)
<i><b>41–50</b></i>	19,44 (SD 13,12)	5,81 (SD 5,42)	30,96 (SD 9,34)
<i><b>&gt; 50</b></i>	14,50 (SD 11,45)	6,60 (SD 7,19)	32,60 (SD 11,80)

Výsledky MBI dotazníku dle délky praxe N = 231

V dimenzi emocionálního vyčerpání v souvislosti s délkou praxe nebyli ohroženi respondenti s délkou praxe 16-20 let a nad 30 let, ostatní respondenti dosáhli v průměru mírného stupně úrovně vyhoření. V dimenzi depersonalizace se pohybovaly v průměru mírného stupně úrovně vyhoření kategorie s délkou práce < 5 až 20-25 let, kategorie nad 26 let délky praxe dosáhly pouze nízkého stupně úrovně vyhoření. V dimenzi osobního uspokojení byly naměřeny kritické hodnoty pro vyhoření u kategorií 5-10, 16-20 a 26-30 let praxe, ostatní kategorie dosahovaly mírného stupně úrovně vyhoření (tab. 5).



Tabulka 5. Výsledky MBI podle délky praxe.

<i>DÉLKA PRAXE</i>	<i>EE</i>	<i>DP</i>	<i>PA</i>
< 5	19,47 (SD 11,30)	8,31 (SD 5,86)	33,18 (SD 9,40)
5–10	20,76 (SD 8,85)	9,09 (SD 5,74)	30,27 (SD 7,26)
11–15	18,60 (SD 10,92)	6,80 (SD 6,27)	32,72 (SD 9,54)
16–20	14,75 (SD 9,22)	7,00 (SD 5,44)	30,67 (SD 10,95)
20–25	19,83 (SD 14,45)	6,86 (SD 6,68)	32,00 (SD 9,82)
26–30	20,30 (SD 11,83)	5,70 (SD 6,10)	30,92 (SD 9,46)
> 30	13,80 (SD 11,10)	6,50 (SD 6,65)	32,14 (SD 12,59)

## 6.2 Analýza výsledků

Analýza výsledku pomocí t-testu byla zaměřena na srovnání výsledků získaných z dat dle typu pracoviště,  $N = 159$ . Ve srovnání stupně úrovně vyhoření v porovnání mezi chirurgickými a interními obory nebyly naměřeny v průměru kritické hodnoty pro vyhoření. Obě skupiny vykazovaly mírný stupeň úrovně vyhoření ve všech třech dimenzích.

Dále byla u obou skupin provedena pomocí statistické metody t-test analýza naměřených hodnot zaměřená na to, zdali se v průměru liší, či nikoli. Na základě těchto výsledků byly verifikovány nebo falzifikovány stanovené hypotézy.

**H č. 1: Míra vyhoření v emocionální oblasti bude u všeobecných sester na interním i chirurgickém oddělení stejná.**

**Hypotéza č. 1 byla verifikována**, t-hodnota  $-0,69$  nepřekročila kritickou hodnotu t krit.

Tabulka 6. Dvouvýběrový t-test z nerovností rozptylu, EE.

	<i>Chirurgické obory</i>	<i>Interní obory</i>
<i>Střední hodnota</i>	20,63	21,85
<i>Směrodatná odchylka</i>	7,70	10,45
<i>N</i>	82	77
<i>t Stat</i>	-0,69	
<i>P (T ≤ t) (1)</i>	0,25	
<i>t krit (1)</i>	1,66	
<i>P (T ≤ t) (2)</i>	0,49	
<i>t krit (2)</i>	1,97	

**H č. 2:** *Míra vyhoření v oblasti depersonalizace bude u všeobecných sester na interním i chirurgickém oddělení stejná.*

Hypotéza č. 2 byla verifikována, t-hodnota -1,17 nepřekročila kritickou hodnotu t krit.

Tabulka 7. Dvouvýběrový t-test z nerovností rozptylu, DP.

	<i>Chirurgické obory</i>	<i>Interní obory</i>
<i>Střední hodnota</i>	8,46	9,63
<i>Směrodatná odchylka</i>	5,84	6,72
<i>N</i>	82	77
<i>t Stat</i>	-1,17	
<i>P (T ≤ t) (1)</i>	0,12	
<i>t krit (1)</i>	1,66	
<i>P (T ≤ t) (2)</i>	0,24	
<i>t krit (2)</i>	1,98	

**H č. 3:** *Míra vyhoření v oblasti pracovního uspokojení bude u všeobecných sester na interním i chirurgickém oddělení stejná.*

Hypotéza č. 3 byla verifikována, t-hodnota -0,06 nepřekročila kritickou hodnotu t-krit.

Tabulka 8. Dvouvýběrový t-test z nerovností rozptylu, PA.

	<i>Chirurgické obory</i>	<i>Interní obory</i>
<i>Sřední hodnota</i>	32,86	32,94
<i>Směrodatná odchylka</i>	7,65	8,50
<i>N</i>	82	77
<i>t Stat</i>	-0,06	
<i>P (T ≤ t) (1)</i>	0,47	
<i>t krit (1)</i>	1,65	
<i>P (T ≤ t) (2)</i>	0,95	
<i>t krit (2)</i>	1,98	

Analýza výsledků pomocí stanovení Pearsonova korelačního koeficientu  $r$ . Pro analýzu byla použita data z celkového souboru 231 respondentů z řad nelékařských pracovníků. Měření na hladině statistické významnosti  $\alpha = 0,05$   $r_k = 0,139$ .

Tabulka 9. Korelační vztah mezi mírou vyhoření věkem a délkou praxe.

	<i>EE</i>	<i>DP</i>	<i>PA</i>
<i>VĚK</i>	-0,115	-0,149**	-0,002
<i>DÉLKA PRAXE</i>	-0,121	-0,158**	-0,019

\*\* korelace je statisticky signifikantní na hladině významnosti  $p \leq 0,05$

**H č. 4: S vyšším věkem bude klesat míra vyhoření v emocionální oblasti.**

**Hypotéza č. 4 byla falzifikována,  $r = -0,115$ ,  $p > 0,05$ .**

Síla korelace mezi věkem a mírou vyhoření v emocionální oblasti dosáhla hodnoty, která svědčí pro slabou negativní závislost. Při výpočtu pravděpodobnosti  $p$  nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl.

Míra vyhoření v emocionální oblasti v tomto vzorku tedy nesouvisí s věkem respondentů.

**H č. 5: S vyšším věkem bude klesat míra vyhoření v oblasti depersonalizace.**

**Hypotéza č. 5 byla verifikována  $r = -0,149$ ,  $p < 0,05$ .**

Síla korelace mezi věkem a mírou vyhoření v oblasti depersonalizace dosáhla slabé negativní závislosti a zároveň byl zjištěn statisticky významný rozdíl na hladině  $\alpha = 0,05$ .

Z výsledků analýzy vyplývá, že čím nižší věk, tím vyšší riziko vyhoření v oblasti depersonalizace.

**H č. 6: S vyšším věkem bude klesat míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení.**

**Hypotéza č. 6 byla falzifikována,  $r = -0,002$ ,  $p > 0,05$ .**

Síla korelace mezi věkem a mírou vyhoření v oblasti osobního uspokojení dosáhla nulové závislosti. Souvislost mezi mírou vyhoření v oblasti osobního uspokojení a věkem nebyla zjištěna.

**H č. 7: S přibývajícím praxí se bude zvyšovat míra vyhoření v emocionální oblasti.**

**Hypotéza č. 7 byla falzifikována,  $r = -0,121$ ,  $p > 0,05$ .**

Mezi délkou praxe a mírou vyhoření v emocionální oblasti byla zjištěna slabá negativní závislost a zároveň nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl.

Míra vyhoření v emocionální oblasti a délka praxe spolu nesouvisí.

**H č. 8: *S přibývajícím praxí se bude zvyšovat míra vyhoření v oblasti depersonalizace.***

**Hypotéza č. 8 byla falzifikována,  $r = -0,158$ ,  $p < 0,05$ .**

Mezi délkou praxe a mírou vyhoření v oblasti depersonalizace byla naměřena slabá negativní závislost a zároveň statisticky významný rozdíl na hladině  $\alpha = 0,05$ .

Čím nižší délka praxe, tím vyšší riziko vyhoření v oblasti depersonalizace.

**H č. 9: *S přibývajícím praxí se bude zvyšovat míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení.***

**Hypotéza č. 9 byla falzifikována,  $r = -0,019$ ,  $p > 0,05$ .**

Síla korelace mezi délkou praxe a mírou vyhoření v oblasti osobního uspokojení dosáhla nulové závislosti. Mezi mírou vyhoření v oblasti osobního uspokojení a délkou praxe nebyla zjištěna žádná souvislost.

Z výsledků lze konstatovat, že na míru vyhoření v oblasti depersonalizace má vliv věk a délka praxe, kde zvyšující tendence k vyhoření mají mladší pracovníci s kratší délkou praxe.

V ostatních dimenzích EE a PA nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v souvislosti s věkem a délkou praxe.

Co se týká pracovní pozice v interním nebo chirurgickém oboru, byla potvrzena nulová hypotéza. Pracovní pozice nemá v tomto vzorku vliv na míru vyhoření v žádné ze tří dimenzí – EE, DP, PA.

Odpovědi na výzkumné otázky:

1) Jaká bude míra vyhoření u pracovníků FN Brno?

Míra vyhoření u pracovníků FN Brno se pohybovala v mírném stupni úrovně vyhoření u dimenzí EE a DP. V dimenzi PA byly naměřeny hraniční hodnoty mezi mírným stupněm a vyhořením.

2) Existuje vztah mezi mírou vyhoření a typem pracoviště respondentů?

Vztah mezi typem pracoviště, interním nebo chirurgickým, nebyl zjištěn v žádné dimenzi a obě skupiny v průměru vykazovaly střední stupeň vyhoření.

3) Existuje vztah mezi mírou vyhoření a věkem respondentů?

Vztah mezi věkem a mírou vyhoření byl zjištěn v dimenzi depersonalizace. Největších hodnot pak dosahovala skupina od 20 do 30 let. V dimenzích emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení nebyl zjištěn statisticky významný vztah.

4) Existuje vztah mezi mírou vyhoření a délkou praxe respondentů?

Vztah mezi délkou a mírou vyhoření byl zjištěn také v dimenzi depersonalizace. Největší hodnoty byly naměřeny ve skupinách s délkou praxe < 5 a 5–10 let. V ostatních dimenzích nebyl zjištěn statisticky významný vztah.

## 7 DISKUZE

Cílem této výzkumné práce bylo zjistit míru vyhoření u nelékařských zdravotnických zdravotníků ve FN Brno. Dalším cílem bylo zjistit, zda faktory jako typ pracoviště, věk anebo délka praxe mají vztah k ukazatelům pro míru vyhoření. Dané cíle práce byly splněny a poskytly požadované informace o zkoumaném vzorku.

Výsledky ukázaly, že 44 % zaměstnanců bylo vyhořelých v oblasti osobního uspokojení a 32 % nelékařských zdravotnických pracovníků bylo v mírném stupni vyhoření. V dimenzi emocionálního vyhoření dosáhlo vyhoření 25 % pracovníků a 28 % bylo v mírném stupni úrovně vyhoření. V oblasti depersonalizace byly výsledky podobné, vyhoření dosáhlo 21 % a 29 % zaměstnanců dosáhlo mírného stupně vyhoření. Podle Maslachové sice nejprve dochází k vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání, poté k depersonalizaci a nakonec nastupuje vyhoření v oblasti osobního uspokojení (Křivohlavý, 2012). V tomto vzorku se ukázalo, že nejvíce vyhořelých bylo v oblasti osobního uspokojení. Tento fakt příkládám tomu, že práce v nemocničním zařízení se může stát pro člověka rutinní, práce ho přestane bavit, prostě mu už jeho práce nenabízí nic nového, nic zajímavého. Zde nastupuje jako prevence celoživotní vzdělávání, jenže nelékařští zdravotničtí pracovníci nemívají možná dost času nebo dost chuti navštěvovat akce s celoživotním vzděláváním spojené.

Při analýze faktorů, které by mohly mít na tento výsledek vliv, jako je věk a délka praxe, byla zjištěna slabá negativní závislost mezi věkem, délkou praxe a oblastí depersonalizace. K podobnému výsledku dospěly Pohlová, Kozáková a Jarošová (2011), v jejich vzorku se vyšší stupeň depersonalizace vyskytoval u sester s praxí 5–8 let. Toto zjištění by mohlo ukazovat na to, že práce s lidmi je opravdu náročná, a jak uvádí Venglářová a kol. (2011), ohroženou skupinou se stávají mladí pracovníci, kteří nejsou ještě dostatečně vyzrálí a musí se vyrovnat s nemocí, utrpením a se zátěží psychickou i fyzickou. A zde se nabízí otázka: „Kdy zahájit studium a odbornou praxi v nemocnici?“ S tím souvisí i věk, ve kterém nastupují pracovníci do praxe. Gurková a Macejková (2012) korelovaly délku praxe a psychickou zátěž. Z jejich výsledků vyplývá, že s roky klinické praxe klesá psychická zátěž sester. Tento fakt vysvětlují tím, že mladší sestry nejsou ještě dostatečně adaptované a ztotožněné s prací nebo daným oddělením, což může souviset s procesem adaptace na pracovišti. Dle Honzáka (2009) je depersonalizace jádrovým symptomem

syndromu vyhoření a také u jeho zkoumaného vzorku se s delší praxí a vyšším věkem snižuje skóre v oblasti depersonalizace.

Celkové průměrné skóre u všech respondentů dosahovalo ve všech třech dimenzích mírného stupně úrovně vyhoření. Alarmující byly jen výsledky v oblasti osobního uspokojení, zde se výsledky dostaly na samotnou hranici vyhoření.

Během posledních let se změnil status zdravotní sestry i dalších zdravotnických pracovníků, změnilo se i vzdělávání sester a laborantů a dalších zdravotnických pracovníků. Dnešní absolventi středních zdravotnických škol jsou jen asistenti, což znamená, že nemůžou pracovat bez odborného dohledu starších zdravotnických pracovníků nebo zdravotníků s vyšším vzděláním. V praxi to vypadá tak, že střední zdravotnický personál v podstatě vykonává stejnou práci, ale je za ni jinak ohodnocen a i jeho pravomoc je nižší. Zdravotnictví bylo vždy hodně diskutovanou otázkou a s tím i spojené vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. V dnešní době tím vznikly v praxi rozpory, kdo má jaké postavení a co má dělat. Dostáváme se k tomu, že vysokoškoláci nechtějí dělat práci ošetřovatelek a asistentky musí dělat to, co pracovníci s vyšším statutem. Ošetřovatelky by měly být pracovnice, které budou mít na starost jen pohodlí pacienta, zajistí mu věci denní potřeby a ty ve zdravotnictví chybí. A tak můžou vznikat spory a nepříznivé klima na pracovišti. V jakékoli firmě nebo pracovním kolektivu musí být jasně nastavená pravidla, kdo co má dělat, na co má pravomoc, jinak nemůže tým spolehlivě pracovat a může mu hrozit syndrom vyhoření.

Před syndromem vyhoření se nabízí supervize jako vhodné řešení prevence. Důležité je nejprve oslovit vedoucí pracovníky a poté zaměstnance. Je to jistě proces dlouhodobý, ale potřebný. Z různých výzkumů vyplývá, že nezáleží na věku, délce praxe, rodinném stavu, pracovním zařazením, vzdělání atd. A zde by se mohla nabízet role sociálního pedagoga, který by mohl přispět k prevenci před vyhořením vedoucích pracovníků i zaměstnanců. Podílel by se na školení pracovníků začínajících i stávajících ve stejné míře jako školitelé o bezpečnosti práce, o protipožárním opatření, o nebezpečných chemických látkách atd.

Další výzkum ohledně této problematiky by mohl být zaměřen na prevenci a na další faktory, které by mohly ovlivňovat míru vyhoření. Těmito faktory by mohl být motivační systém zaměstnavatele nebo pracovní prostředí a kolektiv.



## 8 ZÁVĚR

Práce na téma Analýza výskytu syndromu vyhoření ve FN Brno se v teoretické části věnuje popisu problematiky syndromu vyhoření, jaké jsou příčiny, příznaky, fáze a rizikové faktory jeho vzniku. Dále je teoretická část zaměřena na jeho definici, prevenci a na autory, kteří se tímto tématem zabývají. Druhá kapitola popisuje zátěž v práci zdravotníků a s tím související příčiny vzniku syndromu vyhoření. Ve třetí kapitole jsou popsány dvě nejčastější dotazníkové metody na zjištění míry vyhoření, jedná se o Maslach Burnout Inventory a Burnout Measure.

Druhá část je výzkumná a je zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Brno. Cílem práce bylo zjistit, zda má typ pracoviště, věk nebo délka praxe dotazovaných respondentů vztah s ukazatelem míry vyhoření. Dalším cílem bylo zjistit celkovou úroveň vyhoření u všech dotazovaných pracovníků.

Výzkum byl kvantitativní a ke sběru potřebných dat od respondentů byla použita dotazníková metoda Maslach Burnout Inventory, která měří vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení.

Dotazník MBI má celkem 22 otázek, každá skupina otázek je zaměřena na jednu ze tří dimenzí úrovně vyhoření. Dotazníková metoda byla zvolena jako nejlepší metoda pro oslovení a získání většího počtu respondentů pro tento kvantitativní výzkum.

Výzkum byl proveden ve FN Brno, největším zdravotnickém zařízení na Moravě. V tomto zařízení pracuje přibližně 5 000 zaměstnanců. Pro výzkum, který probíhal od října do listopadu roku 2014 ve spolupráci s kolegyní a současně spolužačkou Lucií Berkovou, byli osloveni nelékařští zdravotničtí pracovníci.

Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků, návratnost byla 237 dotazníků (79 %), z hodnocení bylo vyřazeno 6 dotazníků pro nedostatečně vyplněné údaje. Výzkumu se zúčastnili respondenti z Chirurgické kliniky, Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy, Diagnosticko-terapeutického centra, Oddělení klinické mikrobiologie, Oddělení klinické biochemie a Ústavu patologie. Zastoupení mužů a žen ve vzorku bylo 5 % a 95 %, věkové rozpětí bylo 20–68 let a rozpětí délky praxe bylo 1–46 let.

Vyhořelých ve všech třech dimenzích, z celkového souboru 231, bylo 10 % respondentů, v průměru byly dosaženy hodnoty pro mírný stupeň úrovně vyhoření pro všechny dimenze.

Porovnání míry vyhoření u mužů a žen bylo bezpředmětné z důvodů nerovnosti zastoupení jednotlivých skupin.

Na začátku práce bylo stanoveno 9 hypotéz, které byly v závěru práce verifikovány nebo falzifikovány, 5 hypotéz bylo potvrzeno a 4 vyvráceny. Pro stanovení závěrů daných hypotéz byly použity statistické metody, které byly vypočítávány v MS Excelu.

Pro zjištění rozdílu v průměrných hodnotách dle typu pracoviště byl použit t-test. Pro zjištění síly závislosti mezi věkem, délkou praxe a mírou vyhoření se stanovil Pearsonův korelační koeficient, který byl měřen na statistické hladině  $\alpha = 0,05$ .

Z analýzy výsledků vyplývá, že na míru vyhoření v oblasti depersonalizace má vliv věk a délka praxe, kde zvyšující tendence k vyhoření mají mladší pracovníci s kratší délkou praxe. Nejvyšších hodnot dosahovala skupina od 20 do 30 let s délkou praxe  $< 5$  a 5-10 let. V ostatních dimenzích EE a PA nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v souvislosti s věkem a délkou praxe. Pracovní pozice nemá v interním ani chirurgickém oboru vliv na míru vyhoření v žádné ze tří dimenzí – EE, DP, PA.

Tato práce by mohla být přínosem získáním dalších informací o výskytu syndromu vyhoření pro další práce na toto téma. Tato práce bude poskytnuta vedoucím pracovníkům daných oddělení, kde tento výzkum probíhal, neboť i jim by mola nabídnout zajímavé informace o této tematice. Dále by práce mohla sloužit jako podklad pro prevenci a lepší informovanost o problematice syndromu vyhoření.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AL-TURKI, Hajfa et al. 2010. *Burnout syndrome among multinacional nuresse working in Saudi Arabia*. [online] [cit. 25. 1. 2015].

Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20935422>

BALKOVÁ, Hilda a Lucie FÜRSTOVÁ. 2012. *Vyhoření perioperačních sester*. *Sestra*, roč. 22, č. 7-8, s. 41-42. ISSN 1210-0404.

BÁRTLOVÁ, Sylva. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1197-4.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO. ISBN 80 – 7013–439–9.

BLANÁŘ, Vít, ČERMÁKOVÁ, Kateřina a Martina JEDLINSKÁ. 2014. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pečujících o onkologicky nemocné*. *Diagnóza v ošetrovatelství*, roč. 10, č. 2, s. 1-4. ISSN 1801-1349.

BLAŽKOVÁ, Markéta, KRÁTKÁ, Anna a Lucie KRAMAŘÍKOVÁ. 2011. *Zátěžové faktory a prevence syndromu vyhoření u sester na odděleních intenzivní péče*. *Jihlavské zdravotnické dny 2011, 1. ročník. Sborník z mezinárodní konference*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, s. 44-549. ISBN 978-80-87035-37-5.

CAROD – ARTAL, Francisko, Javier a Carolina Vazquez – Cabrera. 2013. *Burnout Syndrome in an International Setting*: In *Burnou for Experts*, Springer: s. 15-35. Online ISBN 978-1-4614-4391-9. [online] [cit. 28.2.2015].

Dostupné z [http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4614-4391-9\\_2#page-1](http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4614-4391-9_2#page-1)

DIMUNOVÁ, Lucia a Iveta NAGYOVÁ. 2012. *Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku*. *Profese on-line*, roč. 5, č. 1, s. 1-4. ISSN 1803-4334.

DISMAN, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

DYNÁKOVÁ, Šárka, KOŽNÁR, Jan a Marie HERMANOVÁ. 2010. *Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků*. *Psychoterapie*, roč. 4, č. 3-4, s. 160-169. ISSN 1802-3983-13.

GURKOVÁ, Elena a Slávka MACEJKOVÁ, 2012. *Psychická zátěž a depresivní symptomatologie u sestier*. Ošetrovatelství a porodní asistence, roč. 3, č. 1, s. 326-334. ISSN 1804-2740.

HALBWACHS, Helena, Kristina. 2011. *Syndrom vyhoření – největší zdravotní riziko 21. století*. Supplementum, Hojení ran, roč. 1, s. 28-29. ISSN 1802 – 6400.

HANDL, Jan. 2004. *Přehled statistických metod zpracovaných dat*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-820-1.

HLAVÁČOVÁ, Marie, TOMANOVÁ, Šárka a Hana NIKODEMOVÁ. 2010. *Využití vybraných bodytherapeutických technik jako prevence syndromu vyhoření*. Cesta k modernímu ošetrovatelství XII. Fakultní nemocnice v Motole, s. 64-67.

ISBN 978-80-87347-03-4.

HONZÁK, Radkin. 2009. *Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovic*. Psychosom, roč. 7, č. 2, s. 76-93. ISSN 1214-6102.

HONZÁK, Radkin. 2010. *Syndrom vyhoření: příčiny, průběh, důsledky, prevence*. Vox pediatrie, roč. 10, č. 8, s. 17-19. ISSN 1213-2241.

HONZÁK, Radkin. 2012. *Autor termínu „syndrom vyhoření“ málem sám „vyhořel“*. Medical tribune, roč. 8, č. 16, s. B8. ISSN 1214-8911.

HONZÁK, Radkin. 2013. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-331-3.

HOSÁK, Ladislav, HOSÁKOVÁ, Jiřina a Eva ČERMÁKOVÁ. 2005. *Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků*. Psychiatrie pro praxi, roč. 6, č. 4, s. 202-203. ISSN 1213-0508.

JEŽOVÁ, Miroslava, ZÍTKOVÁ, Marie, ŠPAČKOVÁ, Jana a Zdeňka SURÁ. 2014. *Supervizní zkušenosti v ošetrovatelské praxi*. Nemocniční listy Fakultní nemocnice Brno, roč. 15, č. 4, s. 6-7. ISSN 1802-0224.

JEŽOVSKÁ, Šárka, KOZYKOVÁ, Jana a Jan CHRASTINA. 2012. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými*. Ošetrovatelstvo, roč. 2, č. 2, s. 56-62. ISSN 1338-6263.

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

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ.

ISBN 80-7071-231-7.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2013. *Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření*. *Československá psychologie*, roč. 57, č. 4, s. 329-341.

ISSN 0009-062X.

KŘIVOHLAVÝ Jaro. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.

ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing.

ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. *Sestra a stres*. Praha: Grada Publishing.

ISBN 978-80-247-3149-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-573-3.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Grada Publishing.

ISBN 978-80-247-2713-4.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, druhá verze. Aktualizované vydání k 1. 1. 2013. ISBN 978-80-904259-1-0.

NEŠPOR, Karel. 1995. *Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví*. *Lékařské listy*, roč. 44, č. 23, s. 14-15. [online] [cit. 12. 10. 2014].

Dostupné z <http://www.holistickamedicina.sk/kniznica/streszd.doc>.

NAHRGANG, Jennifer, MORGESON, Frederick a David, HOFMANN. 2011. *Safety at work: a meta-analytic investigation of the link between job demands, job resources, burnout, engagement, and safety outcomes*. *Journal of Applied Psychology*, roč. 96, č. 1, s. 71-94, doi: 10.1037/a0021484. [online] [cit. 25. 1. 2015].

Dostupné z [https://www.msu.edu/~morgeson/nahrgang\\_morgeson\\_hofmann\\_2011.pdf](https://www.msu.edu/~morgeson/nahrgang_morgeson_hofmann_2011.pdf)

PLEVOVÁ, Ilona. 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3871-0.

PRICE, Cynthia. 2007. *Burnout syndrome in ICU nursing staff*. American Journal of Nursing. Roč. 175, č. 7, s. 698-704. [online] [cit. 25.1.2015].

Dostupné z [http://www.nursingcenter.com/lnc/journalarticle?Article\\_ID=751220](http://www.nursingcenter.com/lnc/journalarticle?Article_ID=751220).

POHLOVÁ, Lucie, KOZÁKOVÁ, Radka a Darja JAROŠOVÁ. 2011. *Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory*. Praktický lékař, roč. 91, č. 5, s. 274-277. ISSN 0032-6739.

PRIEß, Mirriam. 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5394-2.

PROKELOVÁ, Pavla a Darja JAROŠOVÁ. 2013. *Syndrom vyhoření u sester na neurochirurgických odděleních*. Kontakt, roč. 15, č. 2, s. 135-142. ISSN 1212-4117 (Print).

PTÁČEK, Radek. 2013. Vyhořelý lékař nebo zdravotnictví? Tempus medicorum, roč. 22, č. 4, s. 24. ISSN 1214-7524.

PTÁČEK, Radek a Jiří, RABOCH. 2013. *Diagnóza českého zdravotnictví – Z 73.0?* Tempus medicorum, roč. 22, č. 9, s. 3-8. ISSN 1214-7524.

RAFTOPOULOS, Vasilios, CHARALAMBOUS, Andreas a Michael, TALIAS. 2012. *The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report*. MBC Publick Healt, roč. 12. doi: 10.1186/1471-2458-12-457 [online] [cit. 25. 1. 2015]. Dostupné z <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/457>.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. 2008. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál.

ISBN 978-80-262-0865-5.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. 2012. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy I – Interna*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2473601-3.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3129-2.

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

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1148-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. 2010. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3174-2.

VÉVODA, Jiří a kol. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4732-3.

WALKER, Ian. 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3920-5.

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. 2002. *Využití dotazníku k hodnocení psychické zátěže při práci*. České pracovní lékařství, roč. 3, č. 3, s. 128-131. ISSN 1212-6721.

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. 2013. *Dotazník Maslach Burnout Inventory*. [online] [cit. 5. 9. 2014]. Dostupný z <http://zdenka-zidkova.psvz.webnode.cz/metody>.

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BM	Burnout Measure
DP	Depersonalizace
EE	Emoční vyčerpání
FN Brno	Fakultní nemocnice Brno
MBI	Maslach Burnout Inventory
PA	Osobní uspokojení



## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1. Zastoupení pohlaví respondentů.....	34
Graf 2. Zastoupení pracovišť .....	35
Graf 3. Vyhodnocení MBI dotazníku v celém souboru (relativní četnost) .....	39

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Úroveň vyhoření ve stupních.....	33
Tabulka 2. Věk respondentů.....	35
Tabulka .3 Délka praxe respondentů.....	36
Tabulka .4 Výsledky MBI v jednotlivých věkových skupinách.....	40
Tabulka 5. Výsledky MBI podle délky praxe.....	41
Tabulka 6. Dvouvýběrový t-test z nerovností rozptylu, EE.....	42
Tabulka 7. Dvouvýběrový t-test z nerovností rozptylu, DP.....	42
Tabulka 8. Dvouvýběrový t-test z nerovností rozptylu, PA.....	43
Tabulka 9. Korelační vztah mezi mírou vyhoření věkem a délkou praxe.....	43

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Žádost o sběr dat / poskytnutí informací pro studijní účely

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,  
naše jména jsou Petra Kléberová a Lucie Berková a jsme studentky 3. ročníku oboru sociální pedagogika na fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěly bychom Vás tímto požádat o spolupráci na vyplnění dotazníku pro sběr dat k našim bakalářským pracím na téma „**Analýza výskytu syndromu vyhoření ve FN Brno**“ a „**Výskyt syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Brno**“.  
Dotazník je anonymní, je určen sestřám a laborantům a slouží pouze pro účely našeho výzkumu. Předem děkujeme za vyplnění a Váš čas věnovaný dotazníku.

**Pracoviště:**

- interní                       chirurgické                       preklinické – laboratorní

**Pohlaví:**

- žena                       muž

**Věk:.....**

**Délka praxe:.....**

**Nejvyšší ukončené odborné vzdělání:**

- střední škola s maturitou  
 střední škola s maturitou + specializační studium  
 vyšší odborná škola  
 vyšší odborná škola + specializační studium  
 vysoká škola  
 vysoká škola + specializační studium

**Provoz:**

- jednosměnný  
 vícesměnný

**Pracovní zařazení:**

- sestra  
 laborant

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

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

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

# PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO  
Jihlavská 20, 625 00 Brno  
tel: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH  
VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)  
Vedoucí útvaru:  
JUDr. Alena Tobiášová, MBA  
tel.: 532 232 108, fax: 532 232 293  
e-mail: atobias@fnbrno.cz

## ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

### Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: PETRA KLÉBEROVÁ  
Datum narození: 28. 10. 1979 Telefon: 2175 E-mail: petra.kleberova@fnbrno.cz  
Adresa pro doručení dat: .....  
Přesný název školy/fakulty: ÚTB VĚ ZLÍNĚ FHS INSTITUT HEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO  
Obor studia: SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA  
Forma studia:  prezenční  kombinovaná

### Žadatel ve FN Brno koná odbornou praxi:

ANO na útvaru: ..... v termínu od: ..... do: .....

NE

### Žadatel je zaměstnancem/osobou blízkou zaměstnanci FN Brno:

ANO Útvar/Jméno zaměstnance FN Brno: OKM - SEROLOGIE

NE

Téma závěrečné práce: ANALÝZA VÝSKYTU SYNDROMU VYHOŘENÍ VE FN BRNO

### Požadavek na (zaškrtněte):

Dotazníková akce  pro pacienty FN Brno  pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů: 322

Termín sběru dat: od: 6. 10. 14 do: 6. 11. 14

Útvar, kde bude dotazníková akce probíhat: DTC, CHL, KNP, OLB, OKM, ÚPA

Výpis ze zdravotnické dokumentace....

Předpokládaný počet dat (počet prohlednuté zdravotnické dokumentace):

Termín sběru dat: od: ..... do: .....

Útvar, kde bude sběr dat probíhat: .....

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti): .....

Ostatní (statistická data)

Rozsah sledovaného období: .....

Termín sběru dat: od: ..... do: .....

Útvar, kde bude sběr dat probíhat: .....

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti): .....

Fakultní nemocnice Brno Jihlavská 20, Brno 602 00	
Oddělení organizačního řízení	
12. 09. 2014	
689	
Ev. č.:	Vyřizuje: <u>KURVON</u>
Č.j. <u>114 584</u>	Počet listů:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?:  ANO  NE

**Poučení:**

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum: ..... Podpis: .....

**Oddělení organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:**

Zaevidováno na OOR dne: 12.9.2014 pod číslem: 2014/114397/FNBRNO-689

Návrh výše úhrady za sběr dat/poskytnutí informace ..... Kč

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas - útvar: DTC, CAK, KNPT, OKB, OKM, UPA

nesouhlas - útvar: .....

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 22.9.2014

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: 1.7.2007 útvaru: OKM na pozici: Doc. Lakomát

V Brně dne 23.9.2014

referent/vedoucí OOR

**Vyjádření vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno**

Vyjádření v elektronické dtb. Žadosti o sběr dat

Komentář vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno k žádosti: .....

**Oddělení organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:**

Žadateli odeslána informace o (ne)schválení žádosti dne 23.9.2014

Medicinskému/nemedicinskému útvaru žádost postoupena dne 23.9.2014

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou  nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby:  na pokladně FN Brno  
 fakturou na účet FN Brno

Částka ..... připsána na účet FN Brno dne: .....

Požadovaná data medicinského/nemedicinského útvaru doručena na OOR .....

Požadovaná data  postoupena  
 převzal žadatel osobně dne ..... v počtu .....

Převzal: .....  
(podpis žadatele)

Žádost uzavřena dne: 23.9.2014

podpis vedoucího/referenta OOR