



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

Diplomová práce

Výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester ve vybraných nemocničních odděleních

Autor: Bc. Kristýna Váňová
Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice, únor 2018



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

Diploma Thesis

The incidence of burnout syndrome in nurses in selected hospital wards.

Author: Kristýna Váňová
Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice, February 2018

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Kristýna Váňová

Název diplomové práce: Výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester ve vybraných nemocničních odděleních

Pracoviště: Katedra Výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2018

Abstrakt:

Tato diplomová práce se zabývá výskytem syndromem vyhoření u zdravotních sester. Hlavními cíly práce je zjistit výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester ve vybraných nemocničních odděleních a ve vybraných nemocnicích. V teoretické části práce je popsána profese zdravotní sestry, syndrom vyhoření a možnosti jeho prevence. V praktické části popisují cíle, úkoly, hypotézy a metodiku mé práce. Výzkumné šetření realizují prostřednictvím standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory, který je určen ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných profesí v nemocnici v Českých Budějovicích, Písku a Strakonících. Získaná data vyhodnocují statistickou metodou chí – kvadrát testu, kterým ověřím předem stanovené hypotézy práce. Získané výsledky jsou vyhodnocovány a interpretovány.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, zdravotní sestry, stres, prevence, duševní hygiena, etika

Bibliographic identification

Name and Surname: Bc. Kristýna Váňová

Title of Diploma Thesis: The incidence of burnout syndrome in nurses in selected hospital wards

Department: Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

The year of presentation: 2018

Abstract:

This diploma thesis deals with the occurrence of the syndrome of burnout in nurses. The main objectives of this work is to determine the incidence of burnout among nurses in selected hospital wards and selected hospitals. In the theoretical part of the thesis is described the profession of nurses, burnout and the possibilities of its prevention. In the practical part I describe the goals, objectives, hypotheses and methodology of my work. Research investigation, implement it through a standardized questionnaire, the Maslach Burnout Inverters, which is designed for the monitoring of the burnout syndrome in the exposed occupations in the hospital in České Budějovice, Písek and Strakonice. The data obtained evaluating the statistical method of chi – square test, which I will verify pre-established hypotheses of work. The obtained results are evaluated and interpreted.

Keywords: burnout syndrome, nurses, stress, mental hygiene, prophylaxis, ethic

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci „ Výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester ve vybraných nemocničních odděleních“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem Mgr. Petry Zimmelové, Ph.D., pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných ... fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, dne 20. prosince 2017.

.....
Bc. Kristýna Váňová

Poděkování

Především bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za odborné vedení, za intenzivní spolupráci a za ochotu zodpovědět všechny mé dotazy. Veškeré rady a konzultace byly pro mou práci přínosem. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří se přímo i nepřímo podíleli na této diplomové práci.

OBSAH

1	ÚVOD.....	9
2	TEORETICKÁ ČÁST	10
2.1	Profese zdravotní sestry	10
2.1.1	Historie profese zdravotní sestry.....	10
2.1.2	Etika v profesi zdravotní sestry	13
2.1.3	Základní ctnosti a etické principy zdravotní sestry.....	14
2.1.4	Etický kodex zdravotní sestry	15
2.1.5	Volba povolání zdravotní sestry.....	17
2.1.6	Empatie a holismus	19
2.2	Syndrom vyhoření	20
2.2.1	Stres.....	21
2.2.2	Příznaky stresu	22
2.2.3	Stres v profesi zdravotní sestry	23
2.2.4	Vnitřní příčiny vzniku syndromu vyhoření u zdravotních sester	24
2.2.5	Vnější příčiny vzniku syndromu vyhoření u zdravotních sester	26
2.2.6	Rizika začínajících sester	27
2.2.7	Fáze syndromu vyhoření	27
2.2.8	Příznaky vyhoření.....	29
2.2.9	Následky vyhoření.....	31
2.3	Interní prevence vzniku syndromu vyhoření.....	31
2.4	Externí prevence vzniku syndromu vyhoření.....	35
2.5	Diagnostika vyhoření	37
2.6	Léčba vyhoření.....	38
3	PRAKTICKÁ ČÁST	41
3.1	Cíle práce.....	41
3.2	Úkoly práce	41

3.3	Hypotézy	42
3.4	Operacionalizace hypotéz.....	42
4	METODIKA	43
4.1	Charakteristika souboru.....	43
4.2	Organizace výzkumného šetření	43
4.3	Přehled použitých metod.....	43
5	VÝSLEDKY	46
5.1	Výsledky dotazníkové šetření.....	46
5.2	Výsledky hypotéz	55
6	DISKUSE.....	59
7	ZÁVĚR	63
8	SEZNAM LITERATURY	65
9	SEZNAM ZKRATEK	72
10	SEZNAM GRAFŮ	73
11	SEZNAM TABULEK	74
12	PŘÍLOHY	75

1 ÚVOD

O syndromu vyhoření již slyšela zřejmě většina pracovníků setkávajících se v každodenní práci s lidmi. Nejčastěji se pojem vyhoření spojuje právě s pomáhajícími profesemi, kde je základem lidský vztah. Lidský vztah má neuvěřitelnou moc, kterou může pozitivně, ale i negativně ovlivňovat obě zúčastněné strany. Pro práci jsem si vybrala profesi zdravotní sestry, protože jsem měla možnost si ji vyzkoušet v rámci praxe na střední škole. Od té doby budu vždy k této profesi chovat velkou úctu, pokoru a obdiv. Již v bakalářské práci jsem se věnovala problematice zdravotních sester a duševní hygieně.

Mnoho lidí vidí za výrazem léčení zejména lékaře, ale klient hospitalizovaný v nemocnici je nejčastěji v kontaktu právě se zdravotní sestrou, která by se měla snažit jeho nezbytný pobyt v nemocnici, co nejvíce usnadnit. Přístup zdravotní sestry ke klientovi má zásadní vliv na jeho psychickou, fyzickou i sociální stránku osobnosti. Když se však z nějakého důvodu začne u sestry rozvíjet syndrom vyhoření, nejen, že to bude mít negativní dopad na osobnost sestry samotnou a její zdraví, ale hlavně může dojít i k negativnímu dopadu na klienta. Pomáhající profese si však nemohou dovolit chybovat, protože jejich chyby mohou mít fatální dopady na životy lidí. Proto mne přišlo velmi zajímavé zjistit, jak si na tom stojí zdravotní sestry dnes, když se již o problematice syndromu vyhoření dávno ví. Zároveň budou zvoleny takové nemocnice v Jihočeském kraji, které sama navštěvuji nebo jsem je v minulosti navštívila.

Diplomová práce bude tvořena ze dvou hlavních částí a to z teoretické a praktické. V teoretické části bude věnována pozornost povolání zdravotní sestry zejména z etického hlediska, protože často je toto povolání bráno spíše jako poslání. U zdravotní sestry ohrožené syndromem vyhoření jsou ohroženy právě ty nejpodstatnější etické principy, které jsou stavebním kamenem kvality poskytování ošetrovatelské péče. Další kapitola teoretické části vysvětlí pojem syndrom vyhoření a s ním související stres. V závěru teoretické práce budou popsány možné způsoby prevence a léčby. V praktické části budou popsány cíle, úkoly, hypotézy a metodický postup práce. K výzkumnému šetření bude použit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory, který je určen ke sledování syndromu vyhoření u ohrožených profesí. Předem stanovené hypotézy budou ověřeny pomocí statistických metod. Výsledky budou dále vyhodnoceny a interpretovány. V závěru práce bude formulováno doporučení pro praxi.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Profese zdravotní sestry

Při specifikování práce zdravotní sestry je nejprve důležité zmínit, že zdravotní sestra zastává místo jednoho z několika nepostradatelných členů zdravotnického týmu. Hlavní náplní je tedy poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. Zdravotní péče se realizuje na základě lékařské diagnózy. Péče ošetrovatelská je komplexnější a pro práci sestry typická, uskutečňuje se prostřednictvím ošetrovatelského procesu, který má jasně definované prvky tak, aby byl co nejefektivnější (Staňková, 2002). Začíná příjmem nemocného, kde v této fázi sestra cílí na získání co největšího množství informací o klientovi, které hrají zásadní roli v jeho uzdravení. Po odběru různých druhů anamnéz je v pořadí sledování stavu klienta a to nejen toho zdravotního, ale i psychického. Zdravotní sestry též zajišťují monitorování životních funkcí a odběr biologického materiálu, tyto výkony vyžadují přesnost, důslednost a preciznost, protože na základě jejich měření se dále upravuje léčba klienta (Mikšová, 2006).

Je tedy nepřijatelné, aby sestra chybovala. Chyby nejsou možné ani při podávání medikamentů, které jsou sice ordinovány lékařem, ale podává je sestra. Ta zaručuje, že se k danému klientovi dostane správný lék. Při záměně léků by následky mohly být též fatální. Je to tedy profese, kterou charakterizuje velká zodpovědnost. Dále se sestra účastní lékařských vizit, kde zajišťuje pomůcky a chirurgické nástroje, které podléhají sterilizaci a dezinfekci, kterou zajišťuje opět sestra. Pro výkon tohoto povolání je nutné absolvování úplného středního a vyššího zdravotnického vzdělání. Do profilu sestry patří i neustálé doplňování a prohlubování znalostí v oboru a tím se i zvyšují její kompetence. Zdravotní sestry by se tedy měly zajímat o pokroky v oblasti zdravotnictví. Samozřejmostí je obnovování osvědčení o způsobilosti k samotnému výkonu povolání (Alexander a Runciman, 2003).

2.1.1 Historie profese zdravotní sestry

Pokud se budeme zabývat pouze ošetrovatelstvím samotným, tak jeho historie sahá do raného středověku, kde je spojováno s šířením křesťanství. Avšak péče a pomoc člověku je mnohem starší a setkáváme se s nimi už v kulturách předcházejících

křesťanství. Zřejmě proto, že pomoc druhému je jakousi vrozenou vlastností člověka. Proti nemocem a v pomoci druhému se využívaly převážně zkušenosti, které se předávaly z generace na generaci. Za hlavní prostředky léčitelsví a péče se využívaly byliny, ale i působení vody a slunce. Odjakživa se léčitelsvím zabývaly hlavně ženy. To může být i odpovědí na to, proč do dnes patří profese zdravotní sestry mezi nejvíce feminizované. Zajímavé je, že často se v historii setkáváme s označením ženy v medicíně, jako pomocníka, pod slovem anděl (Škubová a Chvátalová, 2004). Největší vliv na rozvoj ošetrovatelství měly války. Války vždy přinášely mnoho raněných vyžadujících ošetrovatelskou péči a právě proto má značné množství tradic ošetrovatelství své kořeny zde. Například lazarety, které zajišťovaly péči o raněné vojáky, si již zřizovali staří Římané na svých taženích. Ovšem více vojáků umíralo na nemoci způsobené špatnými hygienickými podmínkami, než na válečná zranění (Rozsypalová, Svobodová a Zvoníčková, 2006).

První cílená ošetrovatelská péče, která byla organizovaná, se objevila v kláštorech. Jednalo se o charitativní ošetrovatelství nebo o řádové opatrovnictví. Tyto formy ošetrovatelství byly zaměřené hlavně na zajišťování základních životních potřeb, tím rozumíme poskytnutí střechy nad hlavou, zajištění stravy, správné hygieny, ale také poskytnutí duchovní podpory a léčivé péče (Kutnohorská, 2010). Na podkladě charitativního ošetrovatelství se zakládaly církevní řády. Péče poskytovaná církevními řády vycházela ze služby Bohu a potřebou konat milosrdenství dle učení Krista. Současně s kláštery byly zhotovovány špitály, které nebyly velké, jen s pár lůžky. Ve špitálech se uskutečňovala pomoc formou pomoci bližnímu a péče o základní potřeby trpících. Řád na členství vyžadoval slib, ve kterém se členové vzdávali majetku a peněz, které po té připadly řádu. Patronkou českého středověkého opatrovnictví je Anežka Česká. Pocházela z rodu Přemyslovců a díky podpoře svého bratra Václava I. založila roku 1233 první zaalpský klášter svatého Františka a roku 1234 špitál Na Františku (Kafková, 1992). Průlom v kvalitě ošetrovatelské péče se přisuzuje Krymské válce (1854-1856), kdy se kladl důraz na odborné připravení pečovatelek. Vývoj zaznamenala i česká společnost, kdy za emancipační hnutí u sester zodpovídala osobnost Florence Nightingalové. Další významnou osobností byl Nikolaj Ivanovič Pirogov, který byl prvním lékařem vnímající důležitost ošetrovatelství jako plnohodnotné profese. Trojici významných jmen pro profesionalizaci ošetrovatelství uzavírá Jean Henri Dunant, který založil Mezinárodní Červený kříž (Škubová a Chvátalová, 2004).

Za nejvýznamnější osobu v rozvoji ošetrovatelství, tak jak ho známe dnes, se považuje Florence Nightingalová. Florence se narodila roku 1820 a pocházela z vlivné a vzdělané anglické rodiny. Dostávalo se jí výborného vzdělání například latiny a řečtiny, sama sledovala zprávy o veřejném zdravotnictví a o její životní profesi rozhodlo absolvování ošetrovatelského kurzu. Proslavila jí úspěšnost a inovace ošetrovatelské péče v Krymské válce, kam se vydala s několika vybranými dobrovolnicemi. Ve vojenských nemocnicích, které se povětšinou nalézaly v kasárnách, byli ranění v katastrofálních podmínkách jako špína, zima a hlad. Po jejím příchodu do nemocnice sestry zavedly hygienické návyky, zřídily kuchyň, toalety a prádelnu. Do půl roku úmrtnost vojáků klesla z 60% na pouhé 2% a na konci války až na 1%. Po takovém úspěchu se její pozice nenávratně vryla do dějin ošetrovatelství a mnoho prvků, které zavedla, využívají sestry do dnes (viz. níže) (Kutnohorská. 2010).

Doporučení od Florence Nightingalové

- Estetika prostředí nemocného – kladla důraz na teplé, světlé a barevné prostředí, ve kterém se objevovaly například květiny nebo předměty různých tvarů a barev nebo také výhled z okna.
- Podávání šálku čaje – nakázala ošetrovatelkám, aby nemocnému podávaly každou třetí hodinu nápoj.
- Přístup ošetrovatelky k nemocnému z obou stran, tak aby s ním bylo možné co nejlépe manipulovat.
- Při řešení důležité věci s nemocným je nutné se k němu posadit čelem, dávat najevo klid, jasně a zřetelně formulovat problém a dále nemocnému pozorně naslouchat s vyjádřením pochopení.
- Ošetrovatelka by měla sledovat průběh noci nemocného.

Florence také upozornila na to, že špatné provádění péče jako je nedbalost, vědomé zanedbávání nemocného, nemilé vystupování směrem k nemocnému prozrazuje špatnou ošetrovatelku. Uznává také, že povinností ošetrovatelek je mnoho a proto, nabádala, aby se úkony rozdělovaly vždy tak, aby byly věci pořádně provedeny. Ošetrovatelky tedy nemusí vše dělat samy, zvláště pokud by se to mělo podepsat na kvalitě provedení. Důraz na teplo a světlo se stalo symbolem ošetrovatelství do dnes známým jako obrázek lampy, který nosí sestry jako součást uniformy (Kafková, 1992).

2.1.2 Etika v profesi zdravotní sestry

Nejprve je dobré si ujasnit co etika vlastně je. Etika (ethika, řecky ethos = mrav) je věda o mravnosti, která se v tradičním pojetí zabývá nejen posuzováním dobra a zla, jak je o ni známo, ale také posuzuje například spravedlnost a nespravedlnost a pravdu a lež. Etika jako taková má původ ve filosofii, kde jí jako první pojmenoval Aristoteles (384-322 př.Kr.). Je tedy zjevné, že kategorie výše zmíněné doprovází člověka od nepaměti (Munzarová, 2005).

Co je tedy ta mravnost? Lze ji popsat jako jednání a dokonce i jako způsob života, který je naplňován v souladu s obecně uznávanými mravními normami. Zjednodušeně lze říci, že jde o rozlišování dobra a zla. Etika se také zabývá morálkou, která není totéž jako mravnost (Heřmanová, 2012). Morálka představuje souhrn pravidel, norem, zvyků, názorů, požadavků, které jsou historicky a kulturně dané. Morálka má sídlo uvnitř jedince, kde posuzuje naše jednání v souvislosti s naším svědomím. Svědomí po té představuje naše osobností přesvědčení, které odpovídá námi přijatým morálním normám (Haškovcová, 2000).

Plevelová definuje ošetřovatelskou etiku jako: „...teorii o podmínkách a příčinách ošetřovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání.“ (2011, s. 77). Morálce v ošetřovatelství jde tedy o dobro a prospěch nemocného. Veškerá práce sestry, která poskytuje ošetřovatelskou péči, má vždy morální dopad (Kutnohorská, 2007).

Toto odvětví etiky zahrnuje postoj sestry k pacientovi, kolegiální vztah mezi sestrami a vztah mezi sestrou a lékařem. Cílem ošetřovatelské etiky je především humanizace mezilidských vztahů hlavně mezi sestrou a pacientem. Nejlépe toho sestra docílí tím, že bude usilovat o uspokojování potřeb pacienta. Dalším cílem ošetřovatelské etiky je usměrňovat chování a jednání se záměrem porozumět člověku, pochopit jej a dle možností mu pomoci (Plevelová, 2011).

Mezi základní pojmy v ošetřovatelské etice patří obhajoba, odpovědnost /povinnost, spolupráce a péčování. Obhajobou máme na mysli ochranu práv a to zejména těch, kteří nejsou schopni mluvit sami za sebe. Odpovědnost a povinnost je v profesi sestry chápána, jako schopnost být zodpovědný za to jakým způsobem byla vykonána povinnost (Kopecká, Korcová a kol., 2008). Mezi 4 základní povinnosti sestry stanovené ICN (Mezinárodní rada sester) patří: podpora zdraví, předcházení nemocem, navrácení zdraví a zmírňování utrpení. Předposledním pojmem je spolupráce, která umožňuje dosahovat zdravotnickému týmu vytýčených cílů a udržovat

profesionální vztahy. V neposlední řadě je pečování, které je hlavní hodnotou v ošetřovatelské roli. V rámci pečování jde zejména o respektování dvou hlavních etických povinností, a to o udržování zdraví a ochranu lidské důstojnosti (Haškovcová, 2000).

2.1.3 Základní ctnosti a etické principy zdravotní sestry

Sokol definuje ctnost takto: „... *trvalá mravní kvalita člověka, která ho činí schopným správného jednání, aniž by o to musel v každém jednotlivém případě zvlášť usilovat či o tom přemýšlet.*“ (2004, s. 48). Mnoho autorů uvádí různé výčty ctností, které by měla zdravotní sestra mít, avšak shodují se na následujících třech: spravedlnost, laskavost a odpovědnost. Spravedlností se míní zejména nestranné rozhodování, které není na úkor pacienta či někoho dalšího. V širším pojetí lze za spravedlivé jednání označit takové konání, které je dobré. Spravedlnost má jak vnitřní podobu viz výše zmíněné, ale i vnější a ta je vymezena právem. S ctností spravedlnosti se pojí i úcta k právům, které jsou dané společností a formulované v zákonech a předpisech (Kutnohorská, 2007). Další ctností, která je přímo ikonická pro zdravotní sestru, je laskavost. Jde o brání ohledu na pacienta a věnování mu pozornosti a to zejména v oblasti jeho potřeb. Laskavost zdravotní sestry se projevuje spolucítěním s pacientem, ochotou mu pomoci, přátelským postojem a přívětivostí nejen k pacientovi, ale například i k jeho rodině. Třetí vymezenou ctností je odpovědnost, která má morální podklad. Odpovědná sestra je ta, která je schopná a ochotná nést důsledky svého jednání a neskrývá se za výmluvy (Heřmanová, 2012).

Stejně jako etické ctnosti jsou i etické principy ideály, ke kterým by měla zdravotní sestra směřovat. Docílit jich může, pouze pokud je v psychické a fyzické pohodě. V případě, že se u sestry začne rozvíjet některá z fází vyhoření, jsou ctnosti a principy vypouštěny. Tento jev nastává zřejmě proto, že směřování k ideálu je nad rámec povinností sestry, ke kterému je zapotřebí motivace a ta se v rozvíjejícím se syndromu vyhoření vytrácí (Venglářová a kol., 2011). Jaké etické principy má tedy povolání zdravotní sestry? Například princip benefice neboli dobročinnosti, který vyžaduje konat vždy tak, aby došlo k zachování života a zdraví pacienta. Neuškodit jinému je dalším principem, který souvisí s předcházejícím. Princip vyžaduje, aby při manipulaci s klientem, byla respektována jeho důstojnost, identita a integrita. Další je princip autonomie, který platí pro sestru i pro pacienta. Pacient si tak má udržet svoji

jedinečnost a přirozenost bytosti, tedy být tím, kým chce být. Sestra má pak povinnost tuto skutečnost respektovat a sama si pěstovat a udržovat svou vlastní autonomii. Důležitým principem je empatický přístup, který je charakteristický vcítěním se do pacienta, pochopením jeho strasti a tím dává možnost přizpůsobit své chování k pacientovi, tak aby bylo efektivnější. (Haškovcová, 2003). Principů je mnoho, ale výše zmíněné jsou společné celému zdravotnickému týmu, proto jsem se rozhodla vyzdvihnout právě tyto.

2.1.4 Etický kodex zdravotní sestry

Ve všech pomáhajících profesích vyvstávají otázky ohledně etických zásad pracovníků, a proto existují etické kodexy, které jasně stanovují morální normy v daném povolání. Svůj kodex mají i zdravotní sestry, pro které byl vytvořen ICN – Mezinárodní radou sester roku 1953. I když byl už několikrát revidován (naposledy v roce 2000) je stále mezinárodně platný. U nás kodex přijala ČAS (Česká asociace sester) a stal se právoplatným až od března roku 2003 (Goldmann a Cichá, 2004).

Kodex klade důraz na 4 základní povinnosti sestry a to: pečování o zdraví, navrácení zdraví, předcházení nemocem a v neposlední řadě zmírňování utrpení. Také uvádí, že ošetrovatelství obsahuje respektování lidských práv, kterými je myšleno především právo na život, právo na zacházení s úctou a na důstojnost. Dále nalezneme, že ošetrovatelskou péčí neomezuje věk, pohlaví, nemoc nebo postižení, národnost, rasa, vyznání, kulturní zvyklosti ani společenské postavení pacienta. Péče je tedy vždy poskytnuta potřebným bez rozdílů. V kodexu je též stanoveno, komu je ošetrovatelská péče poskytována (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011).

Kodex obsahuje 4 hlavní články, které se vždy zaměřují na konkrétní vztah sestry. Jde o články: Sestry a spoluobčan, Sestry a jejich ošetrovatelská praxe, Sestry a profese a Sestry a spolupracovníci (Kopecká, Korcová a kol., 2008).

Články kodexu:

I. Sestry a spoluobčan

Zde se uvádí, že péče má být poskytnuta občanům, kteří jí potřebují. Sestra je označena za zprostředkovatele dostatečných pravdivých informací o pacientově zdravotním stavu. Zdravotní stav pacienta však stvrzuje svou mlčenlivostí a bez svolení

pacienta nemůže informace poskytovat dalším osobám. V tomto článku nalezneme i označení sestry jako tvůrce prostředí, ve kterém se respektují všechny aspekty a rozdílnosti daného člověka (Kutnohorská, 2007).

II. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Tento článek cílí na kvalitu péče poskytovanou sestrou, především tak, aby byla co nejvyšší. Proto by si sestra měla dále doplňovat vzdělání a tím udržovat svou kvalifikaci na potřebné úrovni. Doplnění vzdělání je u profese zdravotní sestry celoživotním údělem. Jen to zařídí, aby se užívaly nové techniky a uplatňoval se vědecký pokrok. Zajímavá je i zmínka o dodržování zásad slušného chování, které posiluje profesionální image a společenské prestižní postavení sestry. Tím se zvyšuje důvěra občanů ke zdravotním sestřím (Kopecká, Korcová a kol., 2008).

III. Sestry a profese

Článek třetí se týká nejen norem ošetrovatelské praxe samotné, ale zahrnuje i složky jako řízení, vzdělání a výzkum. Sestra je zde brána jako aktivní účastník výše zmíněných složek, který je také dále rozvíjí. Důraz je zde kladen i na vytváření spravedlivých pracovních podmínek zejména těch sociálních a ekonomických (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011).

IV. Sestry a jejich spolupracovníci

Kvalita péče v profesi zdravotní sestry závisí především na souhře a spolupráci zdravotních spolupracovníků mezi sebou. Na to upozorňuje poslední článek kodexu, který bere za nutnost spolupráci a to i napříč různými obory, tak aby byla vždy poskytnuta nejlepší možná péče. Na konci článku je sestra označena za jakéhosi strážce péče o klienta, protože má povinnost zasáhnout vždy, když je péče jakýmkoli způsobem ohrožena a to i ze strany jiných spolupracovníků (Nemocnice na Františku, ©2009-2010).

Etických kodexů existuje již mnoho a dalších přibývá, zřejmě proto, že vznikají nová etická dilemata ve zdravotní péči. Další listiny zabývající se etikou, v profesi zdravotní sestry, jsou například: Etický kodex Lékařské komory České republiky, Kodex profesionálního chování zdravotnických pracovníků registrovaných v ČAS, Etické normy v ošetrovatelském povolání, Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví a tak

dále. Etické kodexy mají v ošetrovatelství svůj význam, např. regulují vztahy mezi sestrami, pacientem a společností, vytvářejí standardy a zároveň tvoří profil profese. V neposlední řadě mohou i veřejnosti pomoci porozumět profesionálnímu jednání sester (Kutnohorská, 2007).

2.1.5 Volba povolání zdravotní sestry

Současné ošetrovatelství očekává od sestry samostatné odborné působení, které necílí pouze na základní ošetrovatelskou péči, ale na další složky. Sestry se tak stávají veřejnými činiteli, kteří se snaží rozšířit ošetrovatelské služby mezi všechny potřebné občany. Náplň činností sestry vydává rámcově Ministerstvo zdravotnictví České republiky, které udává jednotlivé kategorie, jež mají být dále rozpracovány zaměstnavatelem daného zdravotnického zařízení. Sesterské činnosti lze dělit dle obsahu do pěti skupin. První je základní ošetrovatelská péče, která je cílená na plánování a uspokojování základních potřeb člověka, které si mnohdy nemůže pacient zajistit sám (Ptáček, Bartůněk a kol., 2014). Druhá skupina je orientovaná na diagnosticko-terapeutickou činnost, do které patří sledování stavu pacienta včetně provádění různých vyšetření a léčení nemocného. Další skupinu tvoří psychosociální činnosti jako nezbytnost pro spolupráci s nemocným i jeho rodinou. Patří do ní různé typy komunikace, poskytování instrukcí a edukace. Čtvrtá skupina obsahuje administrativní práce, které jsou sice potřebné, ale neměly by sestru odvádět od hlavního úkolu ošetrovat nemocné. Administrativní práci se rozumí vedení ošetrovatelské dokumentace, vyplňování žádanek aj. Poslední skupinou jsou přípravné práce, kdy sestra připravuje pomůcky, léky, doplňuje materiál atd. (Staňková, 2002).

Rozhodnutí pro vykovávání profese zdravotní sestry je a musí být svobodné, protože znamená zvolení si pomáhat druhým lidem a to hlavně při upevňování a navracení jejich zdraví. Povolání zdravotní sestry je náročné nejen po fyzické stránce, ale zejména po té psychické a vyžaduje určité osobnostní předpoklady. Přirozeně by se u sestry měly vyskytovat vlastnosti jako: intuice, empatie a obětavost. Důležité jsou i osobní hodnoty a postoje, ale stejně tak i získané odborné vědomosti, zkušenosti a schopnosti. Ve své práci se sestra setkává se situacemi, které přesahují odborné znalosti a je potřeba je zvládnout spíše lidsky (střet s umíráním aj.). V těchto situacích sestra musí uplatnit lidský přístup, který je charakteristický hlubokou citovou účastí sestry (Kopecká, Korcová a kol., 2008).

Osobnostní vlastnosti, které se uplatňují při práci zdravotní sestry:

- Rozumová vyspělost
- Citová vyspělost
- Silná vůle
- Pozitivně orientovaný hodnotový systém
- Schopnost porozumět lidem
- Empatie
- Asertivita
- Svědomitost
- Důslednost

Sociální kompetence jsou považovány za velmi důležitou složku osobnosti sestry. Zahrnují sociální percepci, kterou lze vysvětlit jako vnímání druhých lidí. Pokud sestra nemá talent na sociální percepci, může se naučit vnímat nálady a emoce pacientů i z praxe. Z vnímání stavu pacienta, mohou sestry lépe určit strategii, která bude vhodná pro jeho rychlejší uzdravení a celkovou pohodu (Venglářová a kol., 2011). Další sociální vlastnosti sestry jsou přívětivost, sociabilita a komunikativnost. Jde o jakousi přátelskost a otevřenost k pacientům. Komunikace je nástrojem sestry, kdy dochází k výměně informací, které mohou být zásadní pro uzdravení pacienta. Mezi komunikační dovednosti nepatří jen správně se vyjadřovat a ptát, ale také umění naslouchat (Vévoda a kol., 2013). V moderním ošetřovatelství zaujímá sestra hned několik rolí. Doby kdy se po sestřích vyžadovala hlavně zručnost, jsou pryč. Nejstarší rolí je sestra jako pečovatel, která je zaměřena na základ této profese, tedy na poskytování ošetřovatelské péče, identifikaci ošetřovatelských problémů a jejich řešení. Další rolí je sestra jako edukátor nemocného a jeho rodiny. Jako edukátor sestra vychovává a vzdělává, rozvíjí samostatnost pacientů, radí jak předcházet komplikacím, pomáhá nejen pacientovi, ale i jeho rodině žít relativně spokojený život, předává zkušenosti (např. ošetřování ran, monitorování glykémie, aplikace inzulínu, péče o stomii a mnoho dalších úkonů (Staňková, 2002). V případě, že pacient není schopný sdělit svá přání, problémy a potřeby má sestra roli obhájce nemocného a stává se jeho mluvčím, čímž podporuje pocit bezpečí pacienta. Sestra také dále plní roli koordinátora, kdy plánuje a následně realizuje ošetřovatelskou péči a spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu. V neposlední řadě je nutné zmínit roli asistenta, protože se podílí

na diagnosticko-terapeutické péči, připravuje pacienta na vyšetření nebo při něm asistuje. Sestru a její role popisují různí autoři a mimo výše uvedené se objevují další role jako manažerka, nositelka změn, mentorka nebo výzkumný pracovník (Kutnohorská, 2007).

2.1.6 Empatie a holismus

Empatie je jedním ze základních kamenů ošetrovatelství a péče celkově. Úmyslně jí zařazují i pod téma vyhoření a to z důvodu, že ve fázi vyhoření je empatie sestry značně narušena nebo dokonce zcela vymizí. Empatický přístup je možné charakterizovat jako vcítění se nebo chápání druhých (Pokorná, 2008). Sestra prostřednictvím empatie vzbuzuje v pacientovi důvěru a může pozitivně ovlivnit jeho psychický i fyzický stav. Pacient tak nemá pocit, že je na všechno sám, ale naopak je rád, že jeho situaci někdo další chápe. V praxi je empatická sestra ta, která je usměvavá, ochotná pochopit vnitřní svět nemocného, schopná vžít se do situace a pocitů druhých, zajímá se o pacienty a hlavně umí dát nemocnému najevo porozumění (Kristová, 2008). Pozor na zaměňování empatie se soucitem, soucit totiž nevyžaduje aktivní jednání. Empatie je tedy v práci sestry nepostradatelná, ale v přijatelné míře. Sestra by si vždy i přes empatický přístup měla držet určitý odstup od emocionálních pochodů nemocného, přehnané vcítění se také jeden z faktorů, který se může podílet na vzniku syndromu vyhoření (Ptáček, Bartůnek a kol., 2014).

Holismus (z řeckého holos – celek) je zdrojem etického a empatického přístupu sestry ke klientovi. Proto je více než žádoucí se s ním seznámit. Původ holismu je v idealistické filozofii, kde se oblastmi člověka zabývalo několik filozofů, z nejvýznamnějších Platón, Aristoteles, Sv. Augustýn, V. Frankl a mnozí další. Je zřejmé, že již od pradávna si lidé uvědomují více oblastí svého bytí, než pouze tu, kterou je možno vidět - tělesnou. Člověk je tvořen čtyřmi dimenzemi: tělesnou, duševní, sociální a duchovní. Tyto dimenze při vzájemném propojení tvoří funkční celek (Jankovský, 2003). Znamená to, že člověk žije třemi různými způsoby. Tělesná dimenze usiluje o zdraví těla a naplňování primárních potřeb. Duševní dimenze usiluje o příjemné pocity a emoce (láska, bezpečí, porozumění aj.), ale také o odstranění napětí. K sociální dimenzi náleží například kontakt s druhými, přátelství, komunikace, sdružování, afiliace, seberealizace atd. Duchovní oblast je zaměřena na osobní hodnoty, víru, spravedlnost, odpovědnost, smysluplnost, svobodu aj. (Plevelová a kol., 2011).

V každé dimenzi jde o naplnění, které vede ke slasti, naopak nenaplnění vede k frustraci, poté k deprivaci a v nejhorším ke vzniku nemoci. Protože se všechny složky navzájem ovlivňují, nazýváme to psychosomatickým vztahem (Ptáček, Bartůněk a kol., 2014). I moderní ošetrovatelství se s touto filozofií ztotožňuje, v praxi to znamená, že se sestra snaží uspokojit všechny dimenze nemocného. Pečuje o jeho zdraví a to nejen o to tělesné, ale i o psychické, sociální a duchovní. Také nazírání na nemocného se nezužuje pouze na tělesný stav. Sestra by si měla být vždy vědoma, při jednání s klientem, že je to bytost tvořena několika oblastmi (Kopřiva, 2016). Její jednání by mělo být takové, aby žádná z oblastí nebyla frustrována nebo nějakým způsobem zraněna. Např. dlouhodobě ležící pacient má narušenou tělesnou oblast, ale sestra při manipulaci s ním vždy respektuje fakt, že jeho další oblasti zasažené být nemusí a jedná s ním s respektem, tak aby nevznikla frustrace v dalších dimenzích. Při rozvoji syndromu vyhoření u sestry může dojít k opomíjení tohoto faktu a tím i k poškození pacienta v některé z výše uvedených oblastí (Venglářová a kol., 2011).

2.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je často neomylně chápán jako stav vyčerpanosti, kterým jsou ohroženy zejména profese založené na vztahu a pomoci druhým lidem. První kdo použili termín „vyhoření“ byli v polovině 70. let 20. Století Herbert Freudenberger a Christina Maslach, kteří jsou považováni za zakladatele této problematiky. Na začátku 80. let pak rapidně vzrůstal počet publikací a snah defínovat tento syndrom. Dodnes však neexistuje jednotná definice a proto se v různých publikacích setkáváme s odlišným vysvětlením pojmu syndromu vyhoření (Poschkamp, 2013). V základě se však publikace shodují na tom, že jde o postupnou ztrátu energie a idealizmu. Křivohlavý 2009 defínuje syndrom vyhoření jako: „ ...*psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání organizmu ...* “ Sesterská profese je vždy založena na vztahu a to s pacientem sestře sympatickým i nesympatickým. I sestra je jedinečná a neopakující se bytost, která má svůj charakter, povahu a různé předpoklady. Na tyto vlastnosti pak působí mnoho vlivů, proto je žádoucí umět hospodařit s energií a nespadnout do extrému nepřiměřené zátěže. Z toho vychází i definice Janáčkové 2008: „*Syndrom vyhoření popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní*

sebeocenění a negativní postoje k povolání.“. Za zakladatele zkoumání problematiky vyhoření je považován Herbert Freudenberger, který syndrom popsal již v roce 1974. Všiml si, že u někoho se může syndrom projevat únavou a vyčerpáním, u jiného zas řadou tělesných obtíží. To znamená, že se syndrom může projevit v několika různých oblastech (Venglářová a kol., 2011).

2.2.1 Stres

K pochopení mechanismu vzniku syndromu vyhoření je důležité znát pojmy stresu. Dle Nakonečného (1997) může být stres chápán jako: „...*silná frustrace, vznikající tehdy, působí-li na člověka nadměrně silný podnět dlouhou dobu nebo ocitne-li se v nesnesitelné situaci, jíž se nemůže vyhnout, a setrvává-li v ní.*“. Také Venglářová (2011) chápe stres jako frustraci a tvrdí, že: „*Frustrace je stav zklamání, zmaření, kdy jedinec nemůže dosáhnout vytyčeného cíle...*“. Další skupina autorů vidí stres jako určitý typ nerovnováhy. Mezi tyto autory patří například Mlčák, který definuje stres takto: „*Stres je možné v nejobecnějším pojetí vymezit jako fenomén, který vzniká v důsledku nerovnováhy mezi úrovní nejrůznějších životních nároků a adaptivních schopností člověka je přiměřeným způsobem zvládat.*“ (Mlčák, 2007).

Stres dále můžeme dělit dle způsobu prožívání konkrétní stresové situace na eustres a distres. Eustres bývá spojován s radostnými a příjemnými prožitky (narození potomka, svatba aj.). Naopak distres doprovází pocity jako strach a úzkost. Právě dlouhotrvající stres, konkrétně distres, vede ke spuštění syndromu vyhoření. Důležitou osobností, která podrobně popsala průběh stresu, byl Hans Selye (1976). Podmínku vzniku stresové reakce označil jako stresor. Experimentoval se zvířaty, která uváděl do těžkých situací a následně zkoumal jejich reakce. V reakcích vyzoroval stálost, dnes známou jako *GAS – General Adaptation Syndrom*, u nás známý jako *obecný adaptační syndrom*. Tento adaptační syndrom má 3 fáze, které principiálně odpovídají vzniku syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2009).

Fáze obecného adaptačního syndromu

1. Poplachová fáze

V této fázi jde o první kontakt organismu se stresorem, který je typický mobilizací obranných sil a odehrává se na podkladě působení sympatického nervového systému. V krvi narůstá množství adrenalinu, zvýší se srdeční tep, krevní tlak a dýchání.

Celkově je jedinec připraven k reakcím typu boj nebo útek, které zajišťují přežití (Nakonečný, 1997).

2. Fáze rezistence

Následuje vlastní boj organismu se stresorem. Vždy přitom závisí na tom, jak dlouho stresor působí a jak je silný. Tato fáze může trvat i poměrně dlouho, pokud je organismus bojeschopný. Za typické onemocnění z adaptace se považují například žaludeční a dvanácterníkové vředy (Křivohlavý, 2009).

3. Fáze vyčerpání - exhausce

Pokud adaptační mechanismy podlehnou působení stresu, organismus se hroutí. Tato fáze je přirovnávána ke stavu vyhoření. Jedinec už dále není schopen se stresorem bojovat a plně mu propadá. Tento stav můžeme přirovnat také k depresi a beznaději. Při pokusech H. Selyeho organismus někdy končil i exitem (Nakonečný, 1997).

2.2.2 Příznaky stresu

Prožívání stresu se může projevit v několika oblastech. Jde o oblast fyzickou, psychickou a behaviorální. Často se oblasti mezi sebou prolínají, protože spolu souvisí.

Fyzické příznaky

- Palpitace (bušení srdce)
- Nechutenství a tlaky v břišní oblasti
- Časté nucení na močení
- Svalové napětí
- Svalový třes
- Studený pot
- Exantém – vyrážka v obličejí
- Potíže se soustředěním
- Bolesti hlavy až migrény
- U žen nepravidelnost menstruačního cyklu
- Změny sexuální touhy - impotence a frigidita (Mlčák, 2007)

Psychické příznaky

- Prudké výkyvy nálad
- Neschopnost projevit empatii

- Nadměrné pocity únavy
- Úzkostnost a fobie
- Podrážděnost až popudlivost (iritabilita)
- Zlost a hněv
- Frustrace a deprese (Kastnerová, 2011)

Behaviorální příznaky

- Nerozhodnost
- Zvýšená absence v práci
- Zvýšená nehodovost
- Zhoršená kvalita a snížené množství vykonané práce
- Možnost užívání alkoholu, tabákových výrobků nebo drog (i léky)
- Změny životního stylu – noční bdění, přejídání aj. (Křivohlavý, 2009)

2.2.3 Stres v profesi zdravotní sestry

Stres v profesi zdravotní sestry může dělit do několika kategorií. Jednou z nich je stres vyplývající z podmínek pracovní činnosti. Jde zejména o zátěž fyzickou, do které patří statické stání (při přípravě léků, infuzí, asistence apod.), zatížení páteře (při manipulaci s pacienty), zatížení svalového a kloubního a cévního systému a narušení spánkového rytmu při nočních směnách. Za chemické stresory považujeme kontakt s nepříjemnými podněty jako exkrementy, zápach, otevřené a hnisavé rány, vyrážky, ale také kontakt s léky, pomůckami (nejčastěji rukavice) a dezinfekčními přípravky (Venglářová a kol., 2011). Rodrigues C.C.F.M. a Santos V.E.P. se ve své studii pokusili identifikovat stresory u zdravotních sester pracujících na JIP oddělních. Ty označily za nejvíce stresogenní tělesnou únavu zejména bolesti svalů při manipulaci s různými hmotnostmi a duševní únavu, jež mohou dohromady dokonce snižovat kvalitu života (Rodrigues a Santos, 2016, [online]).

Za psychické stresory v práci zdravotní sestry můžeme považovat neustálou pozornost a pečlivé sledování pacientova stavu, ordinací lékařů a přístrojů. Dalším velkým psychickým stresem charakteristickým pro toto povolání je zodpovědnost za následky své práce. Také vyrovnání se s pocity bezmoci může být silně stresující. V některých situacích je též stresogenní i komunikace s příbuznými pacientů nebo s pacientem samotným. V sesterské práci je zastoupeno několik rolí (pečovatelka,

edukátorka, psychická opora aj.), které sestra musí měnit velmi dynamicky mezi různými pacienty, protože každý pacient vyžaduje individuální péči - tato proměnlivost rolí patří taktéž k psychické zátěži sestry. Nelze vynechat ani velmi stresující faktor působení bolesti pacientům např. při ošetrovatelském výkonu, aplikace léku apod. V neposlední řadě může být za stresor považováno i nízké ohodnocení náročné práce. Všechny tyto stresory úzce souvisí se vznikem syndromu vyhoření (Bartošíková, 2006).

2.2.4 Vnitřní příčiny vzniku syndromu vyhoření u zdravotních sester

To, jak bude zdravotní sestra náchylná k vyčerpání, nejvíce ovlivňují její osobnostní a povahové vlastnosti. Ty jsou v každém z nás hluboce zakotveny a tak je velmi obtížné je změnit nebo se těch nežádoucích zcela zbavit. Někdy mohou souviset s typem temperamentu daného jedince, ale ten není vždy jednoznačný a jedinec může různou měrou odpovídat dokonce všem 4 typům. Těmito typy jsou melancholik, choleric, flegmatik a sangvinik. Pro výkon práce zdravotní sestry v souvislosti s vyhořením jsou označováni za méně vhodné zejména melancholik a choleric. Melancholik je popisován jako člověk pečlivý a zodpovědný, ale z hlediska vyhoření je označován za nejvíce ohrožený typ. Ohrožený je zejména kvůli pesimismu, bojácnosti, nízkému sebehodnocení a dlouhodobému a hlubokému prožívání emocí. Dalším ohroženým typem je choleric, u kterého se za nejrizikovější považuje impulzivnost spojená s prudkými reakcemi, hněv, netrpělivost, zvýšená dráždivost, rychlé citové vzplanutí, vzdorovitost, agresivita, a nedostatek sebeovládání. Melancholik a choleric se nachází v poli lability a nejspíše proto jsou označovány za více ohrožené typy. Opakem jsou flegmatici a sangvinici, kteří zaujímají místo v poli stability a tím jsou pro výkon profese zdravotní sestry považováni za nejvhodnější (Venglářová a kol., 2011).

Mezi vlastnosti osobnosti, které přispívají k rozvoji syndromu vyhoření, patří například odpor k pravidlům, kdy se sestra může cítit pod tlakem a bez možnosti flexibility a improvizace. Takoví jedinci mají tendence práci odvádět po svém a potřebují cítit volnost v rozhodování. To je však v profesi zdravotní sestry, která je typická přísně určenými postupy práce, až nemožné. Rovněž orientace na úspěch není žádoucí vlastností osobnosti. Jedinci, žijící pro úspěch ve své profesi jsou si v podstatě nejistí a proto, potřebují přehnaně dosahovat úspěchů. V případě nedosažení cíle jsou tyto typy velmi frustrovaní a je ohroženo jejich sebevědomí. V profesi zdravotní sestry, ale každý den nemusí být úspěšný, zejména pokud sestra pracuje na oddělení s vyšší

možností úmrtí pacienta, jako například anesteziologické-resuscitační oddělení (ARO). S tím souvisí i další vlastnost přispívající k syndromu vyhoření a tou je přehnaná soutěživost. Stejně jako u výše zmíněné přehnané potřeby dosahovat úspěchů je i tady v případě selhání sestra ohrožena frustrací, která může být odrazovým můstkem pro syndrom vyhoření (Poschkamp, 2013). Rizikový je i sklon k soběstačnosti, myšleno v míře, kdy si sestra raději vše udělá sama i v případě, že to není v její moci vše zvládnout. O pomoc tato sestra nežádá, protože nevěří, že by práci někdo odvedl tak dobře jako ona. Takové pracovní tempo vede k přepracovanosti a je už jen krůčkem k rozvoji syndromu vyhoření. Profese zdravotní sestry je velmi zodpovědné povolání, ke kterému sestra musí i tak přistupovat. Pokud však sestra přehnaně vnímá svou zodpovědnost, může docházet až k panickému strachu z poškození pacienta. Vykonávat povolání ve strachu je dalším stavem, který může spustit vyhoření. Určitě pozitivní vlastností osobnosti je cílevědomost, pokud jde ale o její přehnanou formu je to opět v profesi sestry nežádoucí. Jde o to, že sestra si často dává nereálné cíle, při jejichž plnění dochází k přepínání a pracovnímu vypětí, které je opět spouštěcí reakcí pro syndrom vyhoření (Venglářová a kol., 2011). I sestry s nízkým sebevědomím mohou mít problémy ve své profesi. Kvůli nízké důvěře v sebe sama svou práci několikrát kontrolují a tím dochází k prodlužování pracovní doby a ta zas vede ke sklíčenosti a frustraci. Empatie je vlastností přímo ikonickou pro profesi zdravotní sestry, co ale když je sestra více empatická než by měla být a není schopna ochránit svou citovou hranici? Ano, opět se přehnaným vžíváním do problémů pacientů, sestra řítí do propasti syndromu vyhoření. Přecitlivělost celkově překáží i na pracovišti, kdy mohou následkem špatného vyhodnocení situace, opakovaně vznikat konflikty mezi spolupracovníky. Nejčastěji bývají se syndromem vyhoření spojováni workoholici, kteří i odpočinek tráví usilovnou prací. Workoholismus je nejen nebezpečný pro sestru z hlediska jejího psychického stavu a vzniku syndromu vyhoření, ale může ohrozit i pacienty samotné tím, že workoholická sestra snáze způsobí nějakou chybu v důsledku přepracování. Podobný je jev zvaný perfekcionismus, kdy se jedinci s touto charakteristikou osobnosti nacházejí pod vlastním tlakem. A práce pod tlakem, ať už vzniká z různých příčin, je vždy označována za rizikovou pro rozvoj syndromu vyhoření (Stock, 2010). Dalším negativním faktorem, který může přispět k rozvoji syndromu vyhoření, je nízká emoční inteligence. Emoční inteligence se projevuje schopností zvládnutí svých vlastních emocí a zároveň jako umění se vcítit a porozumět emocím druhých. Člověk s adekvátní mírou emoční inteligence je schopen lépe

přístupovat nejen k druhým, ale přede vším sám k sobě. Hong E. a Lee Y.S. ve své studii u zdravotních sester došli k závěru, že vyšší míra emoční inteligence značně snižuje riziko vzniku syndromu vyhoření (Hong a Lee, 2016, [online]).

2.2.5 Vnější příčiny vzniku syndromu vyhoření u zdravotních sester

Za vnější faktory považujeme ty, které nemůže sestra bezprostředně ovlivnit, protože vznikají v pracovním prostředí. Jde převážně o organizační a systémové příčiny, kterými je například přetížení z nedostatečného počtu personálu, nevyhovující pracovní podmínky, přenášení zodpovědnosti na sestru i mimo její vlastní kompetence aj. Dále může také negativně ovlivňovat nepřiměřeně dlouhá pracovní doba nebo nevyhovující rozpis denních a nočních směn tak, že dochází k velkému spánkovému deficitu. Samotná náplň profese zdravotní sestry nese rizika pro rozvoj syndromu vyhoření v podobě práce s dlouhodobě nemocnými, nevléčitelně nemocnými a depresivními pacienty. Co se týká pracoviště, lze za silný faktor označit nedostatek ocenění a to jak finančního, tak lidského. Sestra po té více energie vydává, než sama přijímá a to se dlouhodobě může podepsat na psychickém stavu. V poslední době se více do povědomí veřejnosti dostávají dva cizí pojmy, které negativně ovlivňují pracovníky a přispívají tak ke vzniku vyhoření. Jedná se o mobbing a bossing. Mobbingem se míní druh šikany, který probíhá na pracovišti mezi spolupracovníky, nejčastěji formou skupiny proti jednotlivci. Bossing je též druhem šikany, kde je však aktérem nadřízený pracovník. Obě situace vyskytující se v pracovním kolektivu jsou jasným zdrojem rozvoje syndromu vyhoření u jednotlivce, na kterého tyto jevy působí. S tím souvisí i pracovní atmosféra, která je ovlivněna krátkodobými konflikty nebo pracovní klima v případě, že konflikty a spory jsou dlouhodobého rázu (Venglářová a kol., 2011). Na přívětivost pracovního klima a atmosféry má nezanedbatelný vliv vztah lékaře a sestry. A. H. Rosenstein v roce 2002 provedl na toto téma šetření, jehož výsledky otiskl také časopis *American Journal of Nursing*. Výsledky jasně uvedly, že vztah lékaře a sestry má přímý vliv na pracovní spokojenost. Z toho vyplývá, že každodenní interakce mezi lékaři a sestrami, vzájemně ovlivňují nejen morálku obou stran, ale též i celého pracovního týmu. Pracovní spokojenost týmu dále odráží kvalitu zprostředkované péče, která je v profesi zdravotní sestry tím nejdůležitějším kritériem (Bártlová a Chloubová, 2009, [online]).

Mimo psychickou zátěž může rozpoutat syndrom vyhoření i dlouhodobá fyzická zátěž, kdy v důsledku nedostatku sanitárního personálu sestry manipulují s obézními pacienty a dochází tak k rychlému vyčerpání fyzických sil. Příkladem pro poslední zde vyjmenovanou sféru – sociální zátěže, může být ne vždy jednoduchá komunikace s rodinnými příslušníky pacienta. Do sociální zátěže lze zařadit i vliv společnosti, která má dnes velmi soutěživý charakter a prezentuje prostřednictvím masmédií falešný obraz úspěchu. Disharmonií, byť pouze jednou z těchto třech sfér (psychická, fyzická, sociální), může snadno dojít k rozvoji syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2010).

2.2.6 Rizika začínajících sester

Pod syndromem vyhoření u zdravotní sestry si asi většina vybaví sestru s mnohaletou praxí, která přišla o své ideály. Avšak vyhoření se nevyhýbá ani čerstvým absolventkám, které se profesí zrovna začaly živit. Čím to je to způsobeno? Jako nejvíce problematické se uvádí počáteční nadšení, které brzy po konfrontaci s realitou opadá. Další příčinou může být pocit bezmocnosti při pečování o nevléčitelně nemocné a umírající, se kterým ještě začínající sestry nemá přímou zkušenost (Venglářová a kol., 2011). Začínající sestry dále nabývá nově zodpovědnost sama za sebe, již se nemůže spoléhat na kontrolu ze shora – to může být pro některé velmi silným stresorem a spouštěčem syndromu vyhoření. Začínající sestry oplývají energií a pocitem, že dokážou vše. Tento stav se snadno může zvrtnout ve workoholismus nebo v to, že si sestry začne dávat příliš vysoké až nereálné cíle. Při zjištění, že cíle nelze naplnit nastává frustrace, která je spouštěčem vyhoření. Nadšené začínající sestry mnohdy dělají chybu, když se domnívají, že se právě ony nepotřebují věnovat duševní hygieně nebo nepotřebují jiné zájmy mimo práci. Opak je pravdou a tak dochází k přetěžování a nerovnováze duševních sil, které je z hlediska vyhoření též rizikové. S tím souvisí pocit začínající sestry, že nemá právo na to říci „ne“ a snaží se plnit všechny úkoly, o které jí její spolupracovnice požádají. Sestra, která jede na doraz fyzických a duševních sil spěje jedině k vyhoření (Kupka, 2008, [online]).

2.2.7 Fáze syndromu vyhoření

Některé fáze syndromu jsou snadno rozpoznatelné, jiné však může člověk prožívat ve svém nitru tak, že okolí postiženého nemá šanci případný problém odhalit.

Většinou se symptomy projevují právě v rovině psychické nebo emocionální, než ve fyzické, ve které bychom je mohli vidět na první pohled. Pokud není jedinci, zasaženému syndromem vyhoření, poskytnuta pomoc může v nejzazších případech dojít až na práh profesionální deformace. V profesi zdravotní sestry se deformace vyznačuje citovou otrlostí - tzn. lhostejným přístupem k pacientům a jejich osudům (Poschkamp, 2013). Proto je velmi důležité, aby se o sebe v pracovním kolektivu spolupracovníci navzájem zajímali a tím došlo k včasnému rozpoznání prvních varovných příznaků. Různé zdroje publikují fáze syndromu vyhoření odlišně a to jak jejich četnost, tak i obsah. Pro tuto práci bylo vybráno nejčastěji používané členění, které sestavila přední odbornice mezi experty na vyhoření, uznávaná americká psychologka Christana Maslach (Švingalová, 2006).

Nadšení

V první fázi jedinec disponuje nadšením a pocitem, že jeho práce je smysluplná. Rizikem se toto nadšení stává tehdy, když se přidá aspirace na vysoké cíle, kterých je potřeba dosáhnout za každých okolností. Je tedy jasně vidno, že v popředí jsou ideály, které jsou podpořeny kvalitním plněním pracovních úkolů a to i nad rámec povinností. Typickým je také oplývání novými nápady na způsoby vylepšení a zefektivnění práce. Značné zaujetí pro práci je spojené s chronickým přetěžováním, které umožní pozvolný přestup do další fáze (Křivohlavý, 1998).

Stagnace

V této fázi začíná uvadat počáteční nadšení a po zjištění, že vytýčené cíle jsou nereálné, dochází ke slevování ideálů. Pozvolna přestává dělat věci nad rámec povinností a dochází ke konfrontaci, že není tím člověkem, kterým chtěl být. K této fázi se váže pojem „šok z praxe“, který je charakteristický odtažitostí k práci, k pacientům i ke kolegům. Z důvodu stažení se do sebe je pro okolí až nemožné rozpoznat tuto fázi a včas podat pomocnou ruku (Poschkamp, 2013).

Frustrace

Hlavní charakteristikou této fáze je střet reality s ideály, které si jedinec vytýčil v předchozích dvou fázích. Výsledky usilovné práce neodpovídají představám. Vysoce postavené cíle jedinec nedokáže naplnit a tak vzniká frustrace. Mění se tak hodnotová orientace pracovníka, která byla dříve zaměřena na profesní poslání, kterou nahradily

finance za odvedenou práci. Dochází k neustálému vzdalování od cílů, které si postupně jedinec přestává udávat. Často se objevují pocity bezmoci a osamělosti se svými problémy (Švingalová, 2006).

Apatie

Již z názvu je patrné, že toto stádium bude typické nezájmem o okolí a o práci. Povolání vnímá zdravotník již pouze jako nutný zdroj obživy. Tomu odpovídá pracovní náplň, která se zužila jen na nejnnutnější úkoly. Sestra se většinou vyhýbá dalšímu vzdělávání, protože v něm nevidí smysl. Pomalu dochází k oploštění emocionální složky osobnosti, která se projevuje neschopností pociťovat radost a soucit. Ve stádiu apatie bývají příznaky již často znatelné pro okolí, zejména v rodinném nebo partnerském soužití, kde mají negativní dopad (Rush, 2003).

Vyhoření

Vyhoření je konečnou fází, která s sebou nese vážné změny v emocionální a sociální sféře osobnosti. Objevuje se ztráta úcty k druhým lidem označovaná jako depersonalizace, kdy se postižená zdravotní sestra dívá na pacienty jako na věci. Typickým je necitelný přístup s disrespektem, cynismem, ironií a sarkasmem. Ztráta úcty nemusí být pouze k druhým, ale také sám k sobě a vlastnímu životu. Vyhořelý se propadá do existencionálního vaku (bezesmyslné bytí), ničeho si neváží, nic pro něj nemá hodnotu a smysl. Nápadný je pro okolí značným negativizmem, vyčerpáním a lhostejností. Celkový proces doprovázejí přibývajících psychosomatické obtíže (Pines a Aronson, 1988).

2.2.8 Příznaky vyhoření

Projevy vyhoření lze rozdělit do několika oblastí, dle toho v jaké sféře osobnosti se projevují. Do této práce byla vybrána oblast psychická, emocionální, kognitivní, sociální a fyzická. Mezi příznaky nejméně nápadné pro okolí patří emocionální, psychické a kognitivní. Ty se odehrávají přímo v jedinci samotném a lze je nazvat jako vnitřní. Přesto, že jsou nejméně znatelné pro veřejnost, mají největší dopad na osobnost (Venglářová a kol., 2011). V psychické sféře se objevují příznaky vyhoření jako snížené sebevědomí, negativní obraz vlastních schopností, pocit neúspěchu v profesi a lhostejnost ve vztahu k profesi. Dochází ke ztrátě zájmu o profesní témata a aspirační

úrovně. Objevovat se mohou typické psychické známky nepohody jako podrážděnost, úzkost, agrese, negativita nebo dokonce agresivita. Vyhoření také doprovází pocity zklamání a marnosti z vynaloženého úsilí spojené s pocitem bezvýchodnosti situace a beznaděje. Dále dochází k utlumení empatie, celkové aktivity, kreativity, iniciativy a intervence. Výjimkou není ani negativní vztah k osobám na pracovišti. To celé bývá doprovázeno pocitem nedostatku uznání a sebelítostí (Poschkamp, 2013). Po emocionální stránce pociťuje postižená osoba prázdno, které doprovází neschopnost naslouchat dalšímu trápení a starostem pacientů. Vytrácí se pocit radosti z kontaktu s lidmi. Bohužel, často se tento jev přenáší i do rodinné oblasti, kde člověk přestává vnímat rodinu jako zdroj pohody, pochopení a uspokojení. Proto může reagovat i na členy rodiny podrážděně, protože další lidé pro něj znamenají pouze další přítěž. Objevuje se i citová nevyrovnanost spolu se ztrátou sebeovládání (např. nekontrolovatelný pláč nebo výbuchy vzteku). Doprovodnou emocí vyhoření je zejména strach, který dále může spouštět paranoidní chování nebo dokonce zapříčiní sklony k sebevraždě (Stock, 2010). Vyhoření se může dále promítnout i do kognitivní oblasti. Prostřednictvím kognitivních funkcí, člověk vnímá, vyhodnocuje a reaguje na okolní svět. Proto bývají někde označovány jako poznávací funkce. Pokud se objeví u jedince vyhoření, jsou všechny tyto úkony negativně ovlivněny. Prvním projevem je slabá koncentrace a paměť a následkem toho dochází k oslabení nebo až znemožnění procesu učení. To se odráží v neschopnosti přizpůsobovat se neustále se měnícím podmínkám prostředí. V profesi zdravotní sestry je ohrožena nejen neschopnost vyhodnocovat a řešit problémy, ale také schopnost plánovat a organizovat práci (Nakonečný, 1997). V sociální oblasti můžeme pozorovat u jedinců zasaženým vyhořením úbytek pracovní angažovanosti, úbytek snahy řešit problémy a nezájem o hodnocení okolí. Typický je nezájem o kontakt s pacienty a všemi osobami, které mají vztah k profesi. Objevují se interpersonální konflikty a to nejen na pracovišti, ale i v osobním životě, které vznikají na podkladě zvýšené podrážděnosti a agrese. Nápadná pro okolí může být také zvýšená absence s kombinací konzumace návykových látek (alkohol, tabák, drogy, léky aj.) (Švingalová, 2006). V drtivých případech bývá syndrom vyhoření doprovázen psychosomatickými onemocněními. To jsou taková onemocnění, která vznikají na podkladě psychické nerovnováhy a projevují se v oblasti fyzické. Mezi fyzické projevy patří chronická únava, snížená imunita nebo například poruchy spánku. Dále se mohou objevit bolesti hlavy, zad a šíje. Příznačné jsou i vegetativní obtíže – srdeční, dýchací a zažívací. Zažívací problémy jako zácpa, průjem a

nadýmání, se vyskytují velmi často zřejmě proto, že centrum našich emocí je uloženo v tlustém střevě. Pokud se včas nezakročí, mohou se objevit daleko závažnější onemocnění jako například ulcerózní kolitida nebo Crohnova choroba, které jsou velmi vážným onemocněním trávicí soustavy. Při srdečních problémech se objevuje zejména hypertenze a stenokardie (bolest za hrudní kostí). Do této oblasti lze zařadit opravdu velké množství příznaků všech soustav, které se objeví bez zjevné příčiny (Faleide A. O., Lian a E.K. Faleide, 2010).

2.2.9 Následky vyhoření

Bezprostřední dopad vyhoření je na osobnost sestry samotné. Dochází u ní k depresím, úzkostem a dalším negativním psychickým jevům, které způsobují postupný rozpad osobnosti. Nevyrovnané jednání přináší problémy i v osobním životě. Pokud se jedinec nesvěří a bojuje s nepochopením může se stát, že přijde i o svého partnera. Rozpad rodinného života u člověka zasaženého vyhořením prohloubí deprese a v krajních možnostech jedinec sahá po návykových látkách nebo se dokonce odhodlá k sebevraždě (Paton, 2006).

V zaměstnání může jedinec zasažený vyhořením způsobovat napjatou atmosféru nebo dlouhodobě i klima, které vede k potlačení nutné kooperace mezi spolupracovníky. Takový stav sebou nese riziko častějších chyb, které mohou být v profesi zdravotní sestry až život ohrožující. V profesi zdravotní sestry se chyby zdravotní sestry poškozující pacienta nazývají sororigenie. Velmi vážné jsou zejména chyby jako ignorování vyšetření, chyby dávkování léčiv nebo pozdní zahájení léčby (Vondráček a Vondráček, 2007). Dále může v kolektivu vzniknout velmi nežádoucí stav mobbing (šikana mezi spolupracovníky), který je zprostředkovaný buďto samotným vyhořelým proti ostatním nebo kolektivem proti vyhořelému. V důsledku častých chyb a neplnění svých povinností přichází vyhořelý o finanční odměny nebo dokonce i o práci (Venglářová a kol., 2011).

2.3 Interní prevence vzniku syndromu vyhoření

Velmi efektivní prevencí vyhoření je vlastní sebereflexe umožňující včasné odhalení stresoru, který by při dlouhodobém působení mohl zapříčinit vyhoření. Jde o uvědomování si toho, co vlastně děláme, pod jakými vlivy momentálně jednáme a jaký

to má na nás dopad. Součástí toho je sebepoznávání, které nám tak odkrývá naše schopnosti, ale i nedostatky. Klíčové je zejména uvědomění nedostatků, se kterými lze pak dále pracovat nebo se jim vyvarovat. Jako vhodnou metodu sebereflexe lze využívat písemné zachycení, sebezpozorování zaměřené na citové prožívání nebo myšlenkové mapy. Sebezpoznaní odráží naše sebehodnocení, je-li pozitivní zvyšuje sebedůvěru, je-li negativní odkrývá pak na čem je potřeba pracovat (Poschkamp, 2013). Empatie je jistě nepostradatelnou vlastností pracovníka v pomáhající profesi, ale příliš empatie a přecitlivosti způsobuje právě vyhoření. Je tedy žádoucí udržovat si určitý odstup, který nám umožní jakýsi nadhled na danou věc. Nadhled spouští jednání až ve chvíli, kdy odezní první spontánní emocionální impuls a tak umožní vyhnout se nepromyšlené reakci. Možná to může být pro sestru těžkým požadavkem, avšak jde o jeden z nejefektivnějších způsobů, jak se vyhoření vyhnout (Rush, 2003). Je dobré vědět, že jsou situace, s kterými již sestra nic nezmůže a tak nejlepší co může v danou chvíli udělat je její pouhá přítomnost beze slov doprovázená pohlazením nebo stiskem ruky. To se pojí s tím, že práce patří do práce. Zdravotní sestry se denně shledávají s těžkými osudy lidí, projevují jim soucit a oporu. Bývá těžké se od těchto pocitů oddělit na konci pracovní doby, ale přesto je to nutné. Pokud to sestře činí problém, měla by si vytvořit nějaký rituál, který jí pomůže naladit se na domov – místo odpočinku a klidu (Venglářová a kol., 2011).

Zdravotní sestra pečující o pacienty, by neměla opomíjet péči o sebe samu. Jen sestra, která je duševně v pořádku může ve své profesi podat ten nejlepší výsledek. L. Míček (1986) v užším pojetí vnímá duševní zdraví jako nepřítomnost duševní choroby a nepřítomnost poruch adaptace. M. Nakonečný (1997) definuje duševní zdraví takto: *„Duševní zdraví umožňuje bezporuchové fungování člověka v podmínkách jeho společenského života, soukromého i veřejného a je spojeno s osvobozením od pocitů úzkosti a s pozitivními postoji vůči sobě samému a vůči ostatním ...“*.

Velmi známá jsou kritéria duševního zdraví dle M. Jahodové (Míček, 1986):

1. Postoj vůči sobě samému – reálný postoj vůči sobě samému, uvědomění si své minulosti, přítomnosti a budoucnosti.
2. Růst, vývoj a sebeuskutečňování – uvědomění a realizace svých možností.
3. Integrace – celistvost osobnosti a rovnováha psychických sil.
4. Autonomie, nezávislost a sebeurčení – chování je výsledkem vlastního rozhodování.

5. Adekvátní percepce reality – objektivní vnímání okolí.
6. Zvládnutí svého prostředí – přizpůsobování se prostředí a přizpůsobování si prostředí.

Prostředkem pro udržení si ideální duševní rovnováhy je duševní hygiena. Známa definice L. Míčka (1984) tvrdí, že: „*Duševní hygiena je systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužící k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.*“ Duševní hygiena se zaměřuje hlavně na profylaxi, ale lze jí využít i jako doprovodný prostředek zotavování se z již vzniklého vyhoření. Déle přináší systém pravidel týkající se životosprávy, do které patří zásady zdravého spánku, výživy, odpočinku a adekvátního pohybu. Pro zdravý spánek je z hlediska duševní hygieny důležitá doba trvání, která by se měla pohybovat mezi 6-8 hodinami. Také úprava prostředí pro spánek je velmi důležitá. Ideální je temná místnost s teplotou okolo 18°C a s přívodem čerstvého vzduchu. Nelze opomenout ani vytvoření si návyku, chodit spát v konkrétní hodinu, na který se organismus adaptuje a dochází tím k eliminaci problémů s usínáním (Chamoutová K. a Chamoutová H., 2006). Z hlediska výživy jde o racionalizaci jídelníčku jako je zvýšení příjmu zeleniny, ovoce, kvalitních zdrojů bílkovin a tuků. Nežádoucí je jakýkoliv příjem průmyslově zpracovaných potravin z důvodu vysokého obsahu cukru, soli a někdy i zdraví škodlivých látek, které mají zdánlivě vylepšit potravinu. Z hlediska duševního zdraví se doporučuje adekvátní příjem vitamínů řady B, které jsou schopné ovlivnit duševní rovnováhu. Je prokázáno, že lidé vystaveni stresu spotřebují těchto vitamínů více (Máchová a Kubátová, 2009). Duševní hygiena zahrnuje i pravidla o odpočinku, který umožňuje doplnění spotřebovaných látek a regeneraci sil. Zde platí pravidlo, že duševně pracující si odpočine u manuální práce nebo sportu a tělesně pracující zase u duševní práce. Tak, aby došlo k rovnováze mezi duševní a fyzickou prací. Nedostatek pohybové aktivity zhoršuje emoční stav, který narušuje duševní rovnováhu (Čeledová a Čevela, 2010).

S duševní hygienou souvisí i relaxace, která je protipólem stresu. Znamená to, že je velmi přínosným bojovníkem s každodenním setkáváním se stresory v psychosociálně náročné profesi, jako je ta zdravotní sestry. Relaxace je tak významným protektivním faktorem vyhoření, protože obnovuje sníženou duševní i tělesnou kondici. Pro jedince ocitajícího se již v některé pokročilé fázi vyhoření se dosažení klidu může jevit jako něco nemožného, avšak využitím vhodných relaxačních technik jej lze dosáhnout.

Relaxačních technik existuje široká škála a snadno si tak každý vybere to, co mu bude nejlépe vyhovovat (Nešpor, 2013). Relaxace se dělí na dvě hlavní skupiny dle úrovně, na které probíhá a to na tělesnou a psychickou. Každá z nich se pak dále dělí dle zapojení účastníka na aktivní a pasivní. Mezi aktivní tělesnou relaxaci řadíme například jógu, tai-či, čchi-kung nebo kum-nye. Tyto cvičební systémy mající svou filosofii a tisíciletou historii obvykle představují komplexní systém pravidel a rad související s životosprávou, které je třeba též dodržovat. Do druhého odvětví tělesné relaxace - pasivní tělesné relaxace, můžeme zařadit například masáže, akupunkturu, reflexologii, akupresuru, saunování, koupele, zábaly a další prostředky balneologie (Kukačka, 2010).

Naproti tělesné relaxaci stojí relaxace psychická, kterou také dělíme na aktivní a pasivní. Aktivní psychická relaxace je typická ovlivněním psychiky prostřednictvím fyzického stavu. Příkladem je Jacobsonova progresivní relaxace, která pracuje s napínáním a uvolňováním svalů. Dále sem patří velmi známý autogenní trénink, který vypracoval německý lékař Schulz, proto se může v některé literatuře vyskytovat jako Schulzův trénink. Autogenní trénink pracuje s navozováním pocitů tíhy a tepla, prostřednictvím kterých lze dosáhnout uvolnění (Víchová, 2016). Řadíme sem také meditaci, která je charakteristická hlubokým uvolněným stavem, ale i hlubokou koncentrací. Jde zejména o osvobození se od zbytečných myšlenek, kterým musí mozek věnovat pozornost. Užitečná jsou také dechová cvičení, která navozují uvolnění při střídání různých poměrů nádechu a výdechu. Uvolňující práce dechu a vibrací se objevuje i při zpívání, kdy vlivem jednotlivých tónů lze snížit napětí. Známé je například zpívání manter. Další metodou aktivní psychické relace je imaginace (vizualizace), která je založena na vytváření pozitivních obrazů a představ, které mají na nás uklidňující účinek (Wilson, 1997). Mezi pasivní psychickou relaxaci pak spadají aktivity, při kterých se utlumuje mozková aktivita a naopak se zvyšuje aktivita smyslových orgánů. Patří sem muzikoterapie jako poslech hudby (nikoli zpěv – to je aktivní), aromaterapie, arteterapie jako působení uměleckého díla (nikoli vytváření) nebo metoda audiovizuální stimulace. Audiovizuální stimulace je pro vysvětlení metoda, která ovlivňuje nervovou soustavu pomocí AVS přístroje, který vysílá předem naprogramované impulsy světla a zvuku a ty pak ovlivňují činnost mozku (Plevelová a kol, 2000).

Účinný prostředek v boji proti vyhoření je také adekvátní hospodaření s časem, které eliminuje stres z časové tísně. Organizací práce zase dosáhneme toho, aby nedocházelo k přepracování z nad rámec stanovených úkolů. Každý pracovník by měl

znát své možnosti práce tj. kolik je schopný vykonat různých úkolů za určitý čas. Není efektivní svůj rozvrh práce vypracovat úplně podrobně, vždy je dobré nechat časovou rezervu. Pokud není možné splnit všechny úkoly, přichází na řadu výběr těch nejdůležitějších. O splnění zbylých úkolů, na které již čas nezbyvá, může sestra poprosit o spolupráci (Weber, Jeakel-Reinhard, 2010). Umět si říct o pomoc je velmi důležitým faktorem při prevenci vyhoření. Podporuje dobré vztahy na pracovišti a zároveň sejíká z beder jedince nadměrnou zátěž (Křivohlavý a Pečenková, 2004).

2.4 Externí prevence vzniku syndromu vyhoření

Pokud bychom chtěli začít vnější prevencí od úplného začátku, je potřeba zaměřit se již na stav před nástupem do zaměstnání. Každý zdravotník by měl být připraven na svou práci tak, aby počítal i s případnými riziky a nenastal jev zvaný šok z praxe (pojem zavedl americký psycholog Cary Cherniss). Práce zdravotní sestry nepřináší výsledky příliš rychle, zvláště pak pokud sestra pracuje na některých z hektických oddělení (traumatologie, ARO, LDN aj.), kde se vydaná energie sestry od pacientů takřka nevrací. Jako prevenci šoku z praxe a přehnaného očekávání lze uvést teoretickou a praktickou přípravou ve škole (v hodinách psychologie a ošetřovatelství). V zákoně je též zakotvena adaptační praxe, která je provázena po určitou dobu, nejčastěji souvisle několik týdnů a je doprovázena dozorem supervizora. Až v tomto období by se sestra měla rozhodnout, zda se tato profese stane jejím celoživotním zájmem (Švingalová, 2006).

Velmi účinným nástrojem prevence je supervize, která se zaměřuje na jednotlivce, skupiny i celé zdravotnické týmy. Její hlavní cíl je zlepšení pracovní situace a zkvalitnění péče. Podstatnou výhodou je zaměření se na konkrétní problém, který spouští syndrom vyhoření u jednotlivce nebo v kolektivu. Supervize je velmi univerzální nástroj podpory v různých problémových oblastech (Bond a Holland, 2010). V případě vyhoření se může soustředit na podporu komunikace v pracovním týmu, porozumění mezilidských vztahů nebo zlepšení spolupráce ve skupině na základě vzájemné zpětné vazby spolupracovníků. Supervize dále může nabídnout sestře cítící se na pokraji sil několik východisek od jednoduchých doporučení týkající se změny životního stylu nebo přístupu k práci až po krajní možnost změny oddělení nebo dokonce změny profese (Beder, 2013). Supervizor by měl být nestranným pozorovatelem a facilitátorem komunikace. Měl by hlídat rovnováhu zapojení účastníků

a sám si organizovat průběh setkání. Jeho hlavní poslání je nasměrovat jedince k vlastnímu objevení odpovědi než podsouvat svá vlastní řešení. V rámci vyhoření nabízí především bezpečnou ventilaci emocí a porozumění vlastnímu problému. Přičemž nejvíce klíčovým je dobrý vztah založený na důvěře mezi supervizorem a supervidovaným (Kilminster a Jolly, 2000).

V prevenci vyhoření, distresu a jiných negativních jevů hraje také velkou roli sociální opora. Tu definuje Křivohlavý (2009) jako: „...*pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci.*“ V rámci toho kým je poskytována jí dále můžeme dělit na makroúroveň, mezoúroveň a mikroúroveň. Makroúroveň probíhá v rámci celospolečenského nebo celostátního měřítka. Mezoúroveň je takový druh sociální opory, při které se členové skupiny snaží pomoci jednomu ze svých členů. V případě zdravotní sestry by se jednalo a spolupracovníky nemocnice. Nejužším odvětvím je mikroúroveň, která se uskutečňuje v rámci dyád (dvojice lidí sobě nejbližší). Jde o pomoc například od rodinného příslušníka, mezi manželi nebo nejbližšími přáteli (Křivohlavý, 2009). Soubor lidí kolem dané osoby, od kterých se v případě jeho potřeby očekává pomoc, se nazývá sociální síť. Příkladem sociální sítě, do které se každý jedinec začleňuje ihned po narození je rodina, dále pak ve věku pozdějším přátelé, spolužáci, spolupracovníci aj. V profesi zdravotní sestry se v rámci prevence vyhoření bude jednat hlavně o sociální síť rodiny, přátel a spolupracovníků (Křivohlavý, 2012). Rozlišujeme 4 druhy sociální opory, dle toho o jakou formu pomoci jde. První je instrumentální opora, která je charakteristická konkrétní formou pomoci např. poskytnutí materiálních nebo finančních prostředků. Přičemž iniciativa vychází od poskytovatele pomoci. Druhým typem je opora informační, která spočívá v podání takové informace postižené osobě, která by jí mohla pomoci ve svízelné situaci. Prakticky jde o poskytnutí rady např. od člověka, který se již v podobné situaci nacházel a má s ní zkušenosti. Dalším, třetím druhem je emocionální opora, jejímž cílem je postiženému projevit náklonnost a dodávat naději. Tento druh opory je aplikován empatickou formou s laskavým jednáním. Pro emocionální oporu je typické uklidňování při emocionálním rozrušení. Posledním druhem je hodnotící opora mající za cíl posilování kladného sebevědomí a sebehodnocení. Spadá do ní i sdílení těžkostí a společné nesení některých těžkých úkolů, které člověk v tísní má (Křivohlavý, 2009).

Má-li se stresu a vyhoření účinně předcházet, musí dojít k vytvoření takového pracovního prostředí, které chrání před vznikem nežádoucích psychických jevů.

Nejprve je třeba si přesně ujasnit, co se od koho očekává a co je čí povinnost. Čím přesněji je toto stanoveno, tím méně bude docházet ke stresovým situacím na pracovišti a následnému vyhoření. Pracovní úkoly by měli být voleny s ohledem na možnost realizace daného pracovníka, tak aby byly přiměřené a nedocházelo k přetěžování. Je dobré zavést při řešení pracovního úkolu individuální flexibilitu. I když v praxi má zdravotní sestra většinou jasně dané postupy práce, ale tam kde přísně dané nejsou, je vhodné dát jí prostor udělat úkol svým způsobem. Opakem flexibility je rigidita (neměnnost, strnulost), která je velmi silným faktorem při vzniku syndromu vyhoření. S tím souvisí i zjednodušování příliš složitých a často i zastaralých pracovních postupů. Zjednodušením se uleví psychické zátěži, protože dojde k úbytku zvyků a jednotvárnosti (Smith, Segal, Segal, 2017). Při rozdělování úkolů je též dobré stanovovat kompletní cíle, u kterých je vidět konečný výsledek. Právě mnoho dílčích úkolů bez možnosti vytvořit komplet, může působit frustraci, která je spouštěčem syndromu vyhoření (Stock, 2010). Z hlediska vedoucího pracovníka je velkým přínosem pro pracovníky uznání, které dává najevo spokojenost s vykonanou prací. Vyjádřit ho lze nejjednodušeji slovně, ale také i finanční odměnou. Pracovník tak získává zpětnou vazbu a nabývá pocitu smysluplnosti jeho práce a užitečnosti. K moderním pojmům managementu patří termín „obohacení práce“, který má za cíl zpestřit jednotvárnou práci například prostřednictvím pracovních porad, školení nebo firemních rekreací. Benefity po té pramení z přívětivého klima na pracovišti a z podpory kooperace mezi pracovníky. Takovéto pracovní prostředí je velmi účinným protektivním faktorem při rozvoji syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2012). Nelze opomenout ani prostředí pracoviště samotného, které by mělo disponovat adekvátní velikostí prostoru (v profesi zdravotní sestry se jedná především o sesternu), klidné tiché prostředí, příznivé světelné podmínky a tepelná pohoda. Jde tedy hlavně o fyzikální podmínky, které jsou předepsané zákonem a zaměstnavatel je povinen tyto kritéria dodržet (Čermák, 2008).

2.5 Diagnostika vyhoření

Když již bylo uvedeno kde hledat pomoc, je vhodné doplnit i metody diagnostiky syndromu vyhoření. Pro diagnostiku vyhoření vzniklo již několik různých testů, pro představu bude uvedeno několik těch nejznámějších. Pomůckou, která pomůže rozpoznat, zda dotyčný trpí příznaky vyhoření je hodnocení míry naprostého

vyčerpání. Jde o 20 výroků hodnocených čísly od 1 do 5 dle toho, jak dalece se s ním daná osoba ztotožňuje (příčemž 1 znamená rozhodně ano, 5 jasně ne). Pomůcka obsahuje bodové vyhodnocení, které jasně vysvětluje, jak je dotyčný ohrožen vyhořením (Rush, 2003). Další možnou diagnostikou je pro svou dobrou konzistenci a vysoké labilitě hojně užívaný dotazník BM (Burnout Measure) psychického vyhoření, který sestavila Ayala Pines a Elliot Arosen (1980). Ten zohledňuje 3 aspekty celkového pocitu vyčerpání a to fyzické, emocionální a duševní. Dotyčný opět formou intervalového škálování hodnotí 21 výroků, jejichž hodnoty se dle klíče vyhodnocení přičítají jednomu ze třech výše uvedených aspektů (Křivohlavý, 1998). Podobně sestaven je nejznámější dotazník použitý i v této diplomové práci, MBI – metoda Maslach Burnout Inventory. Prostřednictvím této metody se zjišťují 3 činitele emocionálního vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a snížení výkonnosti (PA). Obsahuje 22 výroků, které jsou hodnoceny dle intenzity (0 vůbec – 7 velmi silně) nebo stupnicí výskytu (v praxi je vhodné vybrat si pouze jeden z ukazatelů četnost/síla pocitů). Vyhodnocení probíhá podobně jako u dotazníku BM v sečtení v jednotlivých subškálách (Wilkinson, Whittington, Perry a Eames, 2017, [online]).

2.6 Léčba vyhoření

Pokud se u zdravotní sestry objeví pocit, že na všechno sama nestačí, pak rozhodně potřebuje pomoc druhých. Požádat o pomoc může být pro některé jedince velmi stresující a potupný úkon, zvláště u těch zdravotníků, kteří zaujímají vysoké postavení. Prvním na koho by se sestra měla obrátit je její sociální síť tvořena rodinou a přáteli. Rodina a přátelé by měli dávat dotyčné najevo důvěru, lásku a podporu. Pomoc lze najít i v pracovním týmu, pokud se jedná o dobrý kolektiv s přívětivými mezilidskými vztahy. Výhodou je, že se kolegové již vzájemně znají a mohou si při práci pomáhat. Na víc pokud se jedná o empatické společenství tak vytuší samo, že s někým není něco v pořádku a samo nabídne pomoc – tím se eliminuje ostych při žádosti o pomoc. Osvícené vedení pak může zakročit například pověřením pracovníka jinými úkoly, prohozením směn (aby došlo k obměně kolektivu) nebo přemístěním na jiné pracoviště. Pokud předchozí kroky selžou je nejlepším řešením obrátit se na odborníka, aby nedošlo ke vzniku nějakého psychosomatického onemocnění nebo závislosti. Odbornou pomoc lze využít prostřednictvím telefonické linky důvěry nebo naděje, ale také prostřednictvím různých krizových center. Příznivé výsledky má také

konzultace a poradenství zaměřené na řešení problémů – známé také jako koučing (Venglářová a kol., 2011).

Léčba syndromu vyhoření nabízí mnoho možností, které také lze mezi sebou kombinovat. Pokud je dotyčný ve fázi, kdy zkusil všechna opatření, která mohl podniknout sám (jako duševní hygiena, relaxace, sociální opora aj.), je na místě vyhledat odborníka. Odborníkem, který může poskytnout pomoc při vyhoření a duševní nerovnováze je psycholog, psychiatr a psychoterapeut. Tyto 3 profese liší se charakterem nabytého vzdělání, však spojuje podstatný jmenovatel a to znalost duše. Psycholog získává vzdělání na nelékařské fakultě a může pomoci v boji proti vyhoření v psychologické poradně. Psychiatr nabývá vzdělání na lékařské fakultě, je tedy lékař a k podpoře léčby vyhoření má oprávnění předepsat farmaka (Danelová, 2011, [online]). Typy farmak, které se užívají k léčbě vyhoření, bývají z pravidla psychofarmaka. Do této skupiny léčiv, ovlivňující psychické procesy patří antidepresiva, anxiolytika a někdy i hypnotika. Antidepresiva umožní zmírnění symptomů deprese, anxiolytika potlačení úzkosti a hypnotika bojují proti nespavosti. Farmakoterapie by měla být zahájena u těch nejtěžších případů a spíše jako dočasná podpora léčby než jako jediný prostředek léčení (Petr a Marková, 2014).

Třetím odborníkem, na kterého se může osoba s vyhořením obrátit je psychoterapeut. Psychoterapeut je psycholog nebo psychiatr, který absolvoval pětiletý psychoterapeutický výcvik. V rámci léčby vyhoření psychoterapeut vede psychologickou terapii. Významní teoretici, praktici a politici psychoterapie John Nacross a James Prochaska vysvětlují psychoterapii jako: „...*odbornou a záměrnou aplikaci klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů, se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení a emoce nebo osobnostní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí.*“ (Danelová, 2011, [online]). Druhů psychoterapií existuje mnoho, avšak pro tuto práci byly vybrány ty nejčastěji využívané k léčbě vyhoření. Velmi známou metodou je například kognitivně-behaviorální psychoterapie, která vychází z teorie, že vyhoření způsobuje nevhodné myšlení a chování. Cílem této terapie je odnaučit nebo přeučit tyto problémové vzorce chování a myšlení. U vyhoření může jít zejména o odnaučení workoholismu, perfekcionismu a dalších nežádoucích osobnostních charakteristik jako přehnaná soutěživost nebo nízké sebevědomí. Na podobném principu funguje i transformační psychoterapie, která skrze zážitek působí na vnitřní změnu klienta a tím dochází i k transformaci emocí. Může například znovuzrodit empatii a odstranit tak

depersonalizaci, která je doprovodným jevem vyhoření u zdravotní sestry. Další zajímavá psychoterapie, využívaná k léčbě vyhoření je daseinanalýza. Ta prostřednictvím sebepoznání a sebezdokonalování hledá nejvhodnější způsob existence jedince. Výše zmíněné terapie lze absolvovat dle preference klienta, jak individuálně, tak i skupinově (Unger, 2010, [online]).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle práce

1. Porovnání výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester ve vybraných nemocničních odděleních.
2. Zjistit výskyt syndromu vyhoření u pomáhající profese zdravotní sestry ve vybraných nemocnicích.

3.2 Úkoly práce

Na základě stanovených cílů práce byly sestaveny úkoly pro vypracování v následujícím pořadí:

1. Vyhledání a studium české a zahraniční odborné literatury na téma syndrom vyhoření.
2. Vytvoření koncepce diplomové práce na základě konzultace s vedoucím práce.
3. Stanovení cílů, úkolů a hypotéz práce.
4. Na základě studia odborné literatury zpracovat a zanalyzovat přehled poznatků v teoretické části práce.
5. Oslovení hlavních sester vybraných nemocnic a žádost o spolupráci.
6. Realizace kvantitativního výzkumu ve vybraných nemocnicích.
7. Sběr dat z výzkumného šetření.
8. Analýza a interpretace získaných dat.
9. Zhodnocení a porovnání výsledků se stanovenými hypotézami.
10. Provedení diskuse.
11. Definování závěrů a doporučení praxi.

3.3 Hypotézy

H10: Počet zdravotních sester ohrožených a neohrožených syndromem vyhoření je ve zkoumaném vzorku stejný.

H1: Počet zdravotních sester ohrožených a neohrožených syndromem se ve zkoumaném vzorku liší.

H20: Počet zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření je stejný v jednotlivých nemocnicích.

H2: Počet zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření je odlišný v jednotlivých nemocnicích.

H30: V rámci zkoumaných nemocničních oddělení není statisticky významný rozdíl v počtu sester ohrožených syndromem vyhoření.

H3: V rámci zkoumaných nemocničních oddělení je statisticky významný rozdíl v počtu sester ohrožených syndromem vyhoření.

H40: Počet zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření je stejný v jednotlivých délkách praxe.

H4: Počet zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření je odlišný v jednotlivých délkách praxe.

3.4 Operacionalizace hypotéz

Pro účel práce je nutno operacionalizovat hypotézy z důvodu pojetí ohrožení syndromem vyhoření. Pro práci bylo stanoveno následující: Sestra vysoce ohrožena syndromem vyhoření je ta, u které je hodnota emocionálního vyčerpání (EE) 27 a více bodů, hodnota depersonalizace (DP) 13 a více bodů, a hodnota osobního uspokojení (PA) 31 a méně bodů. Přičemž vysoké skóre ohrožení musí být naplněno ve všech třech hodnotách.

4 METODIKA

4.1 Charakteristika souboru

Zkoumaný soubor tvořily výhradně zdravotní sestry pracující na chirurgickém, interním a neurologickém oddělení. Výzkumné šetření bylo provedeno v krajské nemocnici - Nemocnice České Budějovice a.s. a v okresních nemocnicích - Nemocnice Písek a.s. a Nemocnice Strakonice a.s.. Zkoumaný soubor tvořil 131 respondentů v zastoupení žen i mužů s délkou praxe o – více než 31 let.

4.2 Organizace výzkumného šetření

Před samotným výzkumným šetřením jsem sestavila hypotézy tak, aby naplnily cíle práce. Dále po dohodě s vedoucím práce byly sestaveny analytické otázky sloužící k identifikaci respondentů jako oddělení, délka praxe a pohlaví. Samotné šetření pak probíhalo se schválením hlavních sester nemocnic a vrchních a staničních sester konkrétních oddělení. Na základě jejich svolení k realizaci výzkumného šetření, byly sestřám na jednotlivých odděleních rozdány vytištěné standardizované dotazníky Maslach Burnout Inventory (viz. Příloha 1). MBI dotazník je nejčastěji používaný dotazník k měření syndromu vyhoření, a proto byl vybrán i pro naplnění cílů této práce.

Celkem bylo rozdáno 225 dotazníků dle kapacity zaměstnanců nemocnic a dle doporučení hlavních sester. Sběr dat probíhal od března 2017 do září téhož roku. Osobně bylo distribuováno 225 dotazníků, avšak návratnost byla 137. Ze 137 vyplněných dotazníků bylo 6 vyřazeno pro neúplné vyplnění. Výzkumný vzorek tedy tvoří 131 respondentů. Všechna získaná data z výzkumného šetření byla zanesena do tabulkového kalkulátoru MS Excel 2016 a následně byla vyhodnocena a statisticky zpracována. Na základě výsledků byl stanoven závěr obsahující doporučení pro praxi.

4.3 Přehled použitých metod

Pro vytvoření teoretické a praktické části této práce byly použity tyto výzkumné metody:

Obsahová analýza dokumentů (Miovksý,2006)

Dle analýzy již existujících materiálů týkajících se tématu práce z odborné literatury, časopisů, publikací a ověřených internetových zdrojů, byla sestavena teoretická a praktická část práce. Na základě analýzy dokumentů byly stanoveny klíčové pojmy práce, na které jsem se zaměřila.

Dotazníková metoda získávání dat

Pro naplnění cílů práce byla zvolena dotazníková metoda k empirickému získávání dat. Tato hojně používaná metoda byla vybrána z důvodu získání objemného počtu dat při minimální časové a finanční náročnosti. Nevýhodou je však nižší návratnost a z toho plynoucí zkreslení výběrového souboru (Olecká a Ivanovová, 2010)

Pro tuto práci byl zvolen standardizovaný dotazník MBI, jehož autory je dvojice Ch. Maslach a S.E. Jackson (1996), který sleduje tři faktory mající vliv na vyhoření. Jde o faktor emocionálního vyčerpání (EE), depersonalizaci (DP) a osobního uspokojení (PA). Dotazník obsahuje 22 otázek, které se hodnotí stupnicí intenzity pocitů 0 (vůbec) – 7 (velmi silně). Následně se vyhodnocuje skóre pro každý faktor (EE, DP a PA) zvlášť. Každý faktor má své vlastní bodové vyhodnocení (Inflow, 2009, [online]).

Pro účel této práce bylo nutné operacionalizovat pojem ohrožení syndromem vyhoření a to následně: zdravotní sestra ohrožena syndromem vyhoření je ta, u které je hodnota emocionálního vyčerpání (EE) 27 a více bodů, hodnota depersonalizace (DP) 13 a více bodů, a hodnota osobního uspokojení (PA) 31 a méně bodů. Přičemž vysoké skóre ohrožení musí být naplněno ve všech třech hodnotách.

Statistické zpracování dat

Pro sledování závislosti dvou a více kategoriálních proměnných bylo využito testování nezávislosti, tzv. χ^2 –test nezávislosti v kontingenčních tabulkách, který je nejhodněji využívaným testem pro analýzu těchto dat. Test nezávislosti χ^2 -test nezávislosti lze použít pro libovolnou dvojici znaků a zjistit tak jejich nezávislost. Jinými slovy zjistit, nakolik ovlivňuje změna jednoho znaku, znak druhý. Četnosti dle jednotlivých kategorií byly uspořádány do kontingenční tabulky a byla vypočítána charakteristika χ^2 podle vzorce:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(f_{ij} - \hat{f}_{ij})^2}{\hat{f}_{ij}},$$

kdy počet sloupců označujeme jako c , počet řádků jako r . f_{ij} je četnost v i -tém řádku a j -tém sloupci. \hat{f}_{ij} je očekávaná frekvence při platnosti nulové hypotézy, χ^2 je testová statistika, která je porovnávána s kritickou hodnotou testu, je kvantil χ^2 rozdělení na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (Lepš a Šmilauer, 2016).

$$\chi^2_{1-\alpha}(r-1)(s-1)$$

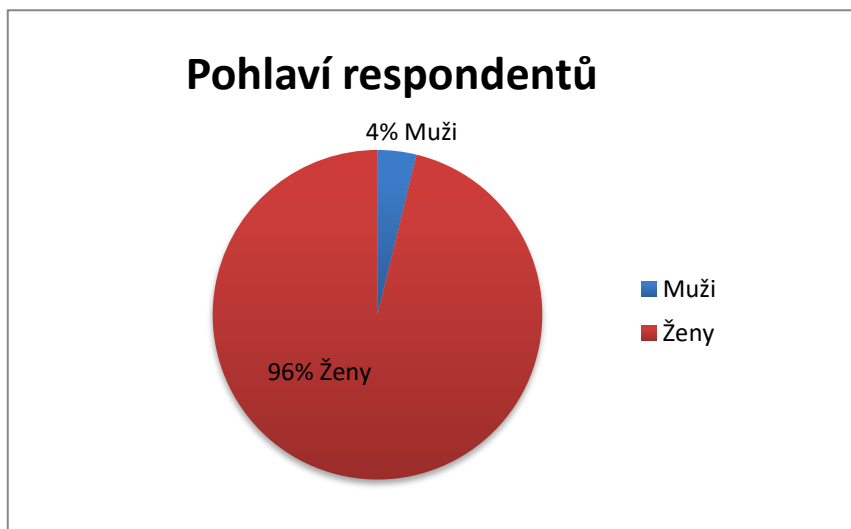
Kdy r je počet řádků tabulky, s je počet sloupců tabulky. Pokud je hodnota testové statistiky menší než kritická hodnota testu, nulovou hypotézu o nezávislosti zamítáme. Pro testování hypotéz byla zvolena 5% hladina významnosti (α), která byla porovnávána s p -hodnotou (dosažená hladina významnosti). V případě, že byla dosažená hodnota významnosti menší, než 0,05, test byl průkazný (alternativní hypotéza je průkazná). Pro výpočet χ^2 nezávislého testu bylo využito funkce „chitest“ v MS Excel, jehož výsledkem je hodnota p -hodnota, která byla porovnávána s hladinou významnosti 0,05. V případě, že byla p -hodnota $< 0,05$, bylo prokázáno, že jsou znaky vzájemně závislé a byla zamítnuta nulová hypotéza. V opačném případě, nešlo nulovou hypotézu zamítnout a na zvolené hladině významnosti nebyl pozorován vzájemný vliv obou znaků (Lepš a Šmilauer, 2016).

5 VÝSLEDKY

5.1 Výsledky dotazníkové šetření

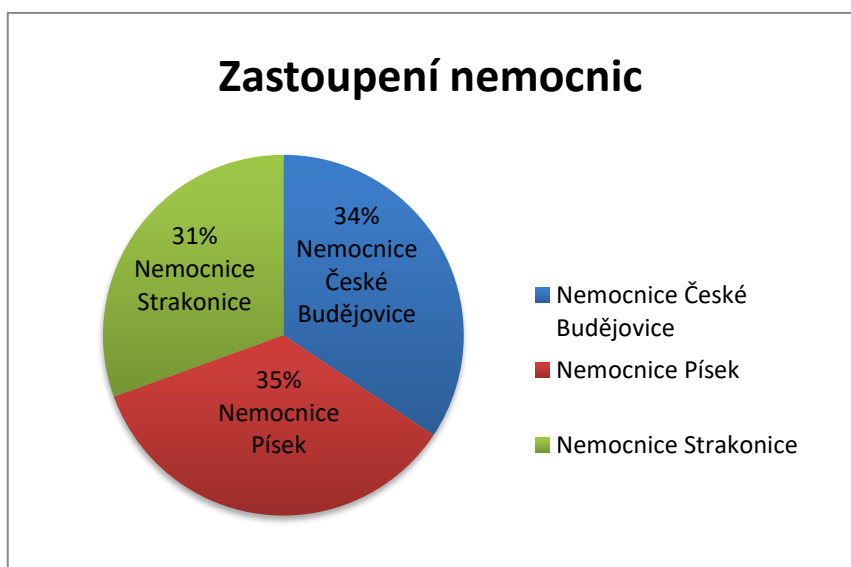
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 131 zdravotních sester z nemocnice v Českých Budějovicích, Písku a Strakonici. Výzkumný vzorek se skládá ze 126 (96%) žen a 5 (4%) mužů viz. graf 1.

Graf 1: Pohlaví respondentů (n=131)



Zdroj: vlastní šetření

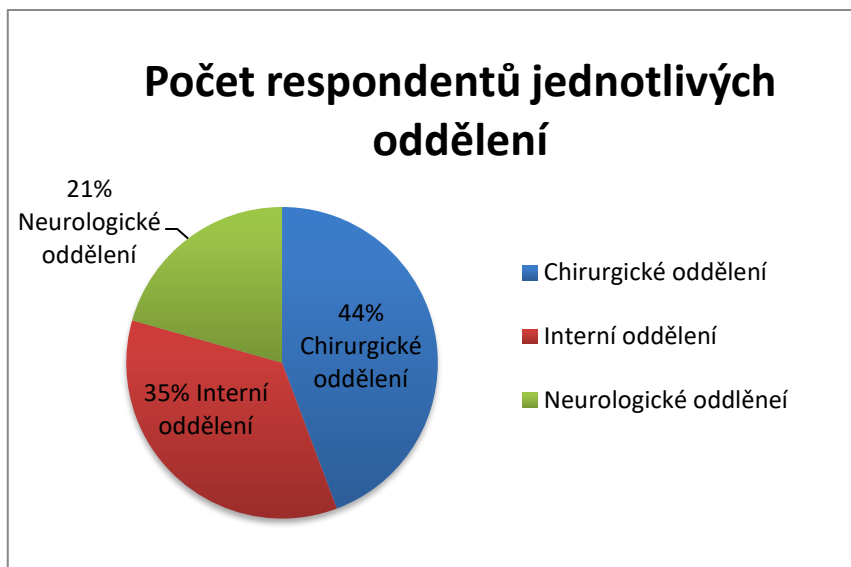
Graf 2: Zastoupení nemocnic (n=131)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 2 znázorňuje procentuální zastoupení nemocnic zapojených do výzkumného šetření. Zdravotních sester se v nemocnici v Českých Budějovicích se zapojilo 45 (34%), v Písku 46 (35%) a ve Strakonících 40 (31%).

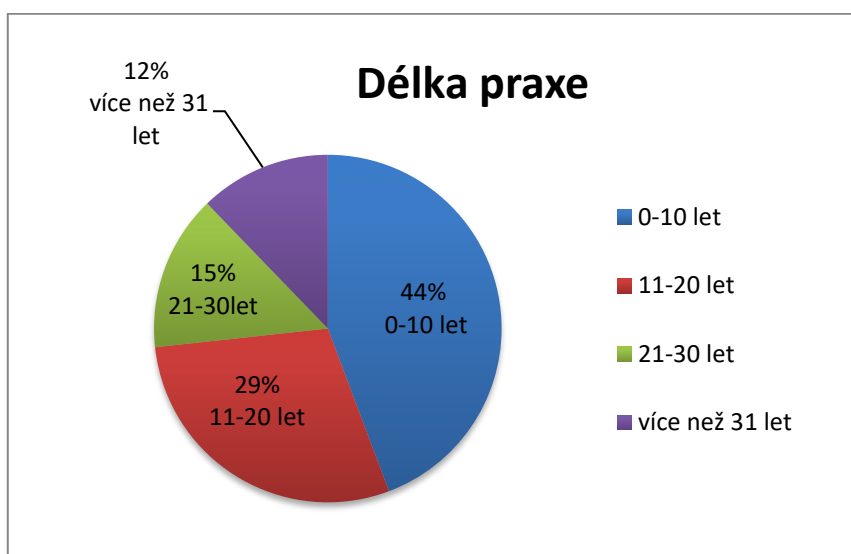
Graf 3: Počet respondentů jednotlivých oddělení (n=131)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 3 znázorňuje počet respondentů jednotlivých oddělení. Z celkových 131 respondentů bylo 58 (44%) z chirurgického oddělení, 46 (35%) z interního oddělení a 27 (21%) z neurologického oddělení.

Graf 4: Délka praxe (n=131)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 4 vyznačuje zastoupení délky praxe všech 131 respondentů v konkrétních kategoriích. V kategorii 0-10 let praxe se nachází 58 (44%) respondentů, 11-20 let praxe uvedlo 38 (29%) respondentů, 21-30 let praxe označilo 19 (15%) respondentů a praxi delší než 31 let uvedlo 16 (12%) respondentů.

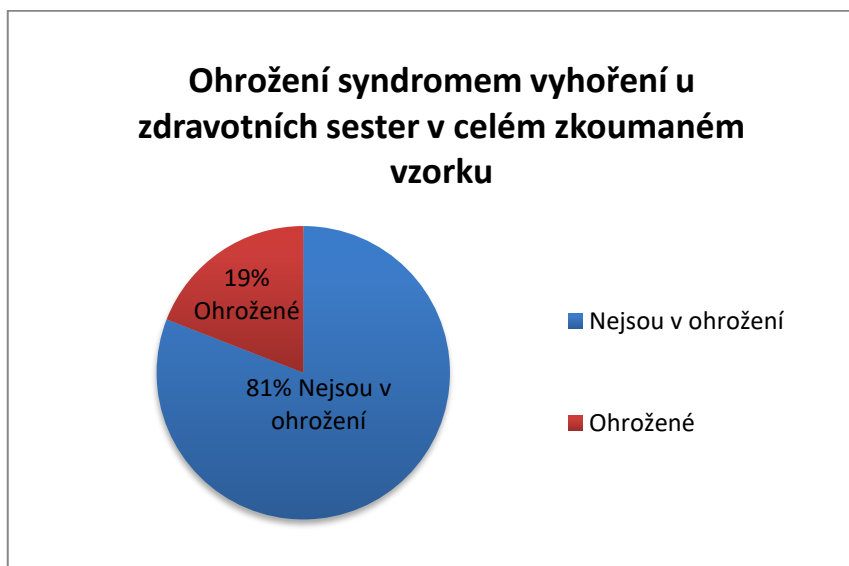
Tabulka 1: MBI vyhodnocení otázek

Otázka	0	1	2	3	4	5	6	7
1. Práce mne citově vysává (EE)	9	16	24	30	19	13	10	10
2. Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil (EE)	6	8	22	31	19	16	15	14
3. Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a (EE)	25	26	21	20	9	15	8	7
4. Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů (PA)	1	1	7	18	26	42	21	15
5. Mám pocit, že někdy s klienty jednám jako s neosobními věcmi (DP)	56	25	26	10	8	2	3	1
6. Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá (EE)	7	10	18	26	23	15	18	14
7. Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů (PA)	1	7	11	18	37	33	20	4
8. Cítím vyčerpání ze své práce (EE)	25	19	19	16	14	17	11	10
9. Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují (PA)	3	2	24	28	23	15	27	9
10. Od té doby, co vykonávám svou profesi jsem se stal/a méně citlivý/á k lidem (DP)	37	30	24	12	11	3	9	5
11. Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým (DP)	24	17	23	21	20	14	6	6
12. Mám stále hodně energie (PA)	6	9	23	30	21	24	13	5
13. Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení (EE)	35	23	24	19	17	4	4	5
14. Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává (EE)	20	7	20	24	27	15	7	11
15. Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty (DP)	41	19	18	30	11	5	4	3
16. Práce s lidmi mi přináší silný stres (EE)	11	26	14	31	21	14	6	8
17. Dovedu u svých klientů vyvolat uvolněnou atmosféru (PA)	3	4	15	24	23	35	19	8
18. Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty (PA)	6	12	17	34	22	26	10	4
19. Za dobu své práce jsem udělal/a hodně dobrého (PA)	4	6	7	27	21	27	26	13
20. Mám pocit, že jsem na konci svých sil (EE)	40	16	16	20	17	6	10	6
21. Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně (PA)	3	12	11	33	22	33	15	2
22. Cítím, že klienti mi přičítají některé své problémy (DP)	29	26	21	16	10	11	9	9

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 1 uvádí přehled odpovědí všech 131 respondentů. Znárodnuje, kolik respondentů odpovédělo na danou otázku konkrétní sílou pocitu, v rozpětí 0 (vůbec) – 7 (velmi silně).

Graf 5: Ohrožení syndromem vyhoření u zdravotních sester v celém zkoumaném vzorku (n=131)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 5 znázornuje ohrožení syndromem vyhoření u zdravotních sester v celém zkoumaném vzorku 131 respondentů. Ve zkoumaném vzorku je 106 (81%) zdravotních sester, které nejsou ohrožené syndromem vyhoření. Ohrožených syndromem vyhoření ve zkoumaném vzorku je 25 (19%) sester.

Tabulka 2: Ohrožení syndromem vyhoření na odděleních

Oddělení	Počet respondentů	Ohrožení syndromem vyhoření	Ohrožení v %
Chirurgická	58	13	22% (58=100%)
Interní	46	11	24% (46=100%)
Neurologická	27	1	4% (27=100%)

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 2 uvádí zastoupení ohrožených zdravotních sester syndromem vyhoření na chirurgických, interních a neurologických odděleních dohromady. Na chirurgických odděleních je z 58 respondentů ohroženo 13 (22%), na interních odděleních je ze 46 respondentů ohroženo 11 (24%) a na neurologických odděleních je z 27 respondentů ohrožený 1 (4%).

Tabulka 3: Ohrožení syndromem vyhoření v jednotlivých nemocnicích

Nemocnice	Počet respondentů	Ohrožení syndromem vyhoření	Ohrožení v %
České Budějovice	45	10	22% (45=100%)
Písek	46	10	22% (46=100%)
Strakonice	40	5	13% (40=100%)

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 3 uvádí zastoupení ohrožených zdravotních sester syndromem vyhoření v dané nemocnici. V nemocnici v Českých Budějovicích je ze 45 respondentů ohroženo 10 (22%), v Písku je ze 46 respondentů ohroženo též 10 (22%) zdravotních sester a ve Strakonici je ze 40 respondentů ohroženo 5 (13%) zdravotních sester.

Tabulka 4: Ohrožení syndromem vyhoření v nemocnici České Budějovice

Oddělení	Počet respondentů	Ohrožení syndromem vyhoření	Ohrožení v %
Chirurgické	22	4	18% (22=100%)
Interní	15	6	40% (15=100%)
Neurologické	8	0	0% (8=100%)

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 4 znázorňuje ohrožení syndromem vyhoření v nemocnici České Budějovice na konkrétních odděleních. Na chirurgickém oddělení jsou z 22 respondentů ohroženi 4 (18%), na interním oddělení je z 15 respondentů ohroženo 6 (40%) a na neurologickém není z 8 respondentů ohrožený žádný (0%).

Tabulka 5: Ohrožení syndromem vyhoření v nemocnici Písek

Oddělení	Počet respondentů	Ohrožení syndromem vyhoření	Ohrožení v %
Chirurgické	22	5	23% (22=100%)
Interní	15	5	33% (15=100%)
Neurologické	9	0	0% (9=100%)

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 5 znázorňuje ohrožení syndromem vyhoření v nemocnici Písek na konkrétních odděleních. Na chirurgickém oddělení je z 22 respondentů ohroženo 5 (23%), na interním oddělení je z 15 respondentů ohroženo též 5 (33%) a na neurologickém oddělení není z 9 respondentů ohrožený žádný (0%).

Tabulka 6: Ohrožení syndromem vyhoření v nemocnici Strakonice

Oddělení	Počet respondentů	Ohrožení syndromem vyhoření	Ohrožení v %
Chirurgické	14	4	29% (14=100%)
Interní	16	0	0% (16=100%)
Neurologické	10	1	10% (10=100%)

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 6 znázorňuje ohrožení syndromem vyhoření v nemocnici Strakonice na konkrétních odděleních. Na chirurgickém oddělení jsou ohroženi ze 14 respondentů 4 (29%), na interním oddělení není z 16 respondentů ohrožení žádný (0%) a na neurologickém oddělení je ohrožen z 10 respondentů 1 (10%).

Tabulka 7: Ohrožení syndromem vyhoření dle délky praxe

Délka praxe	Počet respondentů	Ohrožení syndromem vyhoření	Ohrožení v %
0-10 let	58	6	10% (58=100%)
11-20 let	38	9	24% (38=100%)
21-30 let	19	5	26% (19=100%)
Více než 31 let	16	5	31% (16=100%)

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 7 znázorňuje ohrožení syndromem vyhoření dle příslušné kategorie délky praxe zdravotní sestry. V kategorii 0-10 let délky praxe je z 58 respondentů ohroženo 6 (10%), v kategorii 11-20 let délky praxe je z 38 respondentů ohroženo 9 (24%), v kategorii 21-30 let délky praxe je z 19 respondentů ohroženo 5 (26%) a v kategorii s delší praxí než 31 let je z 16 respondentů ohroženo 5 (31%).

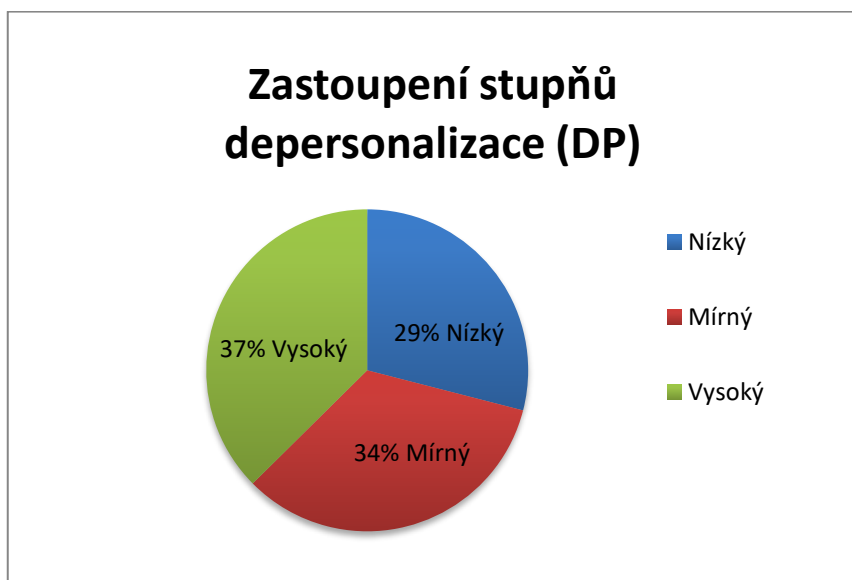
Graf 6: Zastoupení stupňů emocionálního vyčerpání (n=131)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 6 znázorňuje zastoupení stupňů emocionálního vyčerpání všech 131 respondentů dohromady. Nízký stupeň emocionálního vyčerpání (EE) vykazovalo 34 (26%) respondentů, mírný stupeň vykazovalo 37 (28%) respondentů a vysoký stupeň vykazovalo 60 (46%).

Graf 7: Zastoupení stupňů depersonalizace (n=131)

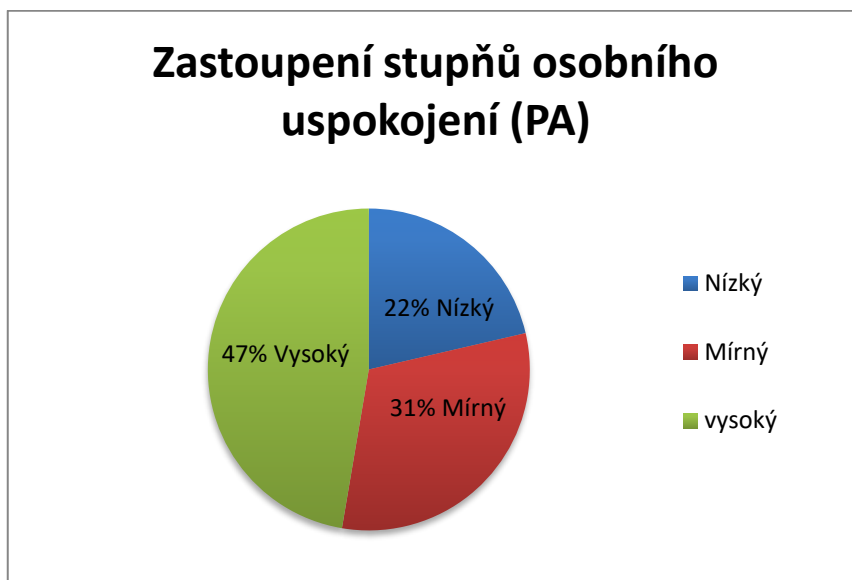


Zdroj: vlastní šetření

Graf 7 znázorňuje zastoupení stupňů depersonalizace u všech 131 respondentů. Nízký stupeň depersonalizace vykazovalo 38 (29%) respondentů, mírný stupeň

depersonalizace vykazovalo 44 (34%) respondentů a vysoký stupeň depersonalizace vykazovalo 49 (37%) respondentů.

Graf 8: Zastoupení stupňů osobního uspokojení (n=131)



Zdroj: vlastní šetření

Graf 8 znázorňuje zastoupení stupňů osobního uspokojení u všech 131 respondentů. Nízký stupeň osobního uspokojení vykazovalo 28 (22%) respondentů, mírný stupeň osobního uspokojení vykazovalo 41 (31%) respondentů a vysoký stupeň osobního uspokojení vykazovalo 62 (47%) respondentů.

Tabulka 8: Bodová stupnice pro vyhodnocení jednotlivých kritérií

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

Zdroj: HIGASHIGUCHI, 2009[online]

Tabulka 8 uvádí bodovou stupnici, dle které se po sečtení bodů vyhodnocuje skóre v jednotlivých kritériích emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení.

Tabulka 9 Průměrné skóre v jednotlivých kritériích ve zkoumaných odděleních

Oddělení	Průměrné skóre EE	Průměrné skóre DP	Průměrné skóre PA
Chirurgická	26 bodů	10 bodů	31 bodů
Interní	30 bodů	14 bodů	31 bodů
Neurologická	21 bodů	7 bodů	35 bodů

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka 9 znázorňuje průměrné skóre emocionálního vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobního uspokojení (PA) pro zkoumaná chirurgická, interní a neurologická oddělení dohromady. Chirurgická oddělení měla v průměru emocionálního vyčerpání (EE) hodnotu 26 bodů odpovídající mírnému stupni ohrožení, v průměru depersonalizace (DP) 10 bodů též odpovídající mírnému stupni ohrožení a v průměru osobního uspokojení (PA) 31 bodů odpovídající vysokému stupni ohrožení syndromem vyhoření. Interní oddělení měla v průměru emocionálního vyčerpání (EE) 30 bodů, v průměru depersonalizace (DP) 14 bodů a v průměru osobního uspokojení (PA) 31 bodů – skóre všech 3 kritérií na interních odděleních odpovídá vysokému stupni ohrožení syndromem vyhoření. Neurologická oddělení měla v průměru emocionálního vyčerpání (EE) 21 bodů, v průměru depersonalizace (DP) 7 bodů a v průměru osobního uspokojení (PA) 35 bodů – skóre všech 3 kritérií na neurologických odděleních odpovídá mírnému stupni ohrožení syndromem vyhoření.

5.2 Výsledky hypotéz

Pro testování hypotéz byla zvolena 5% hladina významnosti (α), která byla porovnávána s p-hodnotou (dosažená hladina významnosti). V případě, že byla dosažená hodnota významnosti menší, než 0,05, test byl průkazný (alternativní hypotéza je průkazná).

Hypotéza 1

H1₀: Počet zdravotních sester ohrožených a neohrožených syndromem vyhoření je ve zkoumaném vzorku stejný.

H1₁: Počet zdravotních sester ohrožených a neohrožených syndromem se ve zkoumaném vzorku liší.

V tomto případě nulovou hypotézu zamítáme ve prospěch hypotézy alternativní (p -hodnota = 10^{-6}) na 5% hladině významnosti. Výsledky testu vychází z kontingenční Tabulky 10 uvedené níže. Z tabulky je tedy zřejmé, že počet respondentů, kteří jsou ohrožení syndromem vyhoření je významně méně (19 %), než počet respondentů tímto syndromem neohrožených (81 %) - procentuální zastoupení viz. Tabulka 11 vlastního šetření.

Tabulka 10 Kontingenční tabulka pro závislost mezi ohrožením a neohrožením syndromu vyhoření u zkoumaných zdravotních sester (n=131)

Ohrožení syndromem vyhoření	Pozorované	Očekávané
Ohrožené zdravotní sestry	25	65,5
Neohrožené zdravotní sestry	106	65.5

$p = 10^{-6} \rightarrow$ statisticky vysoce významná závislost ($p < 0,01$)

Tabulka 11 Přehled ohrožených respondentů ve zkoumaném vzorku (n=131)

Ohrožení syndromem vyhoření	Počet respondentů	Procentuální zastoupení
Ohrožené zdravotní sestry	25	19%
Neohrožené zdravotní sestry	106	81%

Hypotéza 2

H2₀: Počet zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření je stejný v jednotlivých nemocnicích.

H2: Počet zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření je odlišný v jednotlivých nemocnicích.

V tomto testu zamítáme nulovou hypotézu ve prospěch hypotézy alternativní (p -hodnota 0,027) na 5% hladině významnosti. Z kontingenční Tabulky 12 je tedy patrné, že počet sester ohrožených syndromem vyhoření je statisticky významně nižší v nemocnici ve Strakonici (13%), než v nemocnici v Českých Budějovicích (22%) a v nemocnici v Písku (22%) - procentuální zastoupení viz. Tabulka 13 vlastního šetření.

Tabulka 12 Kontingenční tabulka pro závislost mezi ohrožením syndromem vyhoření a jednotlivými nemocnicemi (n=131)

Nemocnice	Mimo ohrožení pozorované	Ohrožené pozorované	Mimo ohrožení očekávané	Ohrožené očekávané
České Budějovice	35	10	36,41	8,59
Písek	36	10	37,22	8,78
Strakonice	35	5	32,37	7,63

$p = 0,027 \rightarrow$ statisticky významná závislost ($p < 0,05$)

Tabulka 13 Přehled respondentů ohrožených syndromem vyhoření v jednotlivých nemocnicích (n=131)

Nemocnice	Celkový počet respondentů	Z toho ohrožených syndromem vyhoření	Ohrožení v %
České Budějovice	45	10	22%
Písek	46	10	22%
Strakonice	40	5	13%

Hypotéza 3

H30: V rámci zkoumaných nemocničních oddělení není statisticky významný rozdíl v počtu sester ohrožených syndromem vyhoření.

H3: V rámci zkoumaných nemocničních oddělení je statisticky významný rozdíl v počtu sester ohrožených syndromem vyhoření.

Dle výsledku chí-kvadrát testu je nezbytné zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní (p-hodnota =0,006) na 5% hladině významnosti. Výsledky tedy poukazují na statisticky průkazný rozdíl v počtu sester ohrožených syndromem vyhoření v rámci nemocničních oddělení. Z kontingenční Tabulky 14 je na první pohled zřejmé, že neurologická oddělení vykazují nejnižší počet (4%) zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření ze zkoumaných oddělení (chirurgická oddělení - 22 %, interní oddělení - 24 % ohrožených) - procentuální zastoupení viz.Tabulka 15 vlastního šetření.

Tabulka 14 Kontingenční tabulka pro závislost mezi ohrožením syndromem vyhoření a jednotlivými odděleními (n=131)

Oddělení	Mimo ohrožení pozorované	Ohrožení pozorované	Mimo ohrožení očekávané	Ohrožené očekávané
Chirurgická	45	13	46,93	11,07
Interní	35	11	37,22	8,78
Neurologická	26	1	21,85	5,15

p = 0,006 → statisticky vysoce významná závislost (p<0,01)

Tabulka 15 Přehled respondentů ohrožených syndromem vyhoření dle oddělení (n=131)

Oddělení	Počet respondentů	Z toho ohrožených syndromem vyhoření	Ohrožení v %
Chirurgická	58	13	22%
Interní	46	11	24%
Neurologická	27	1	4%

Hypotéza 4

H4₀: Počet zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření je stejný v jednotlivých délkách praxe.

H4: Počet zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření je odlišný v jednotlivých délkách praxe.

Na základě zjištěných výsledků chí-kvadrát testu nelze zamítnout nulovou hypotézu (p -hodnota = 0,135) na 5% hladině významnosti. Nelze tedy říci, zda se počet sester ohrožených syndromem vyhoření liší dle délky praxe či nikoliv. Výsledky hypotézy vycházejí z kontingenční Tabulky 16 uvedené níže.

Tabulka 16 Kontingenční tabulka pro závislost mezi délkou praxe a výskytem syndromu vyhoření ($n=131$)

Délka praxe	Neohrožení syndromem vyhoření pozorované	Ohrožení syndromem vyhoření pozorované	Neohrožení syndromem očekávané	Ohrožení syndromem vyhoření očekávané
0-10 let	52	6	46,93	11,07
11-20 let	29	9	30,75	7,25
21-30 let	14	5	15,37	3,63
Více než 31 let	11	5	12,95	3,05

$p = 0,135 \rightarrow$ neexistuje statisticky významná závislost

6 DISKUSE

Ze 131 respondentů bylo 126 (96%) žen a pouze 5 (4%) mužů, to poukazuje na fakt, že povolání zdravotní sestry je stále silně feminizované. Šetření se zúčastnila jedna krajská nemocnice a to Nemocnice České Budějovice a.s. se zastoupením 45 (34%) zdravotních sester a z toho u 10 (22%) bylo zjištěno vysoké ohrožení syndromem vyhoření. Dále se výzkumu zúčastnily dvě okresní nemocnice a to Nemocnice Písek a.s. se zastoupením 46 (35%) zdravotních sester z čehož též u 10 (22%) bylo zjištěno vysoké ohrožení syndromem vyhoření. Druhou okresní nemocnicí byla Nemocnice Strakonice a.s., která byla zastoupena 40 (31%) zdravotními sestrami z čehož u 5 (13%) bylo zjištěno vysoké ohrožení. Výzkum byl zaměřen na oddělení chirurgická, interní a neurologická. Z chirurgických oddělení bylo do výzkumu zapojeno 58 (44%) zdravotních sester z čehož vysoce ohrožených syndromem vyhoření bylo 13 (22%). Z interních oddělení bylo do výzkumu zapojeno 46 (35%) zdravotních sester z čehož u 11 (24%) bylo zjištěno vysoké ohrožení syndromem vyhoření. Z neurologických oddělení bylo do šetření zapojeno 27 (21%) zdravotních sester z čehož pouze u 1 (4%) byl zjištěn vysoký stupeň ohrožení syndromem vyhoření. Neurologická oddělení tedy vykazovala nejmenší počet vysoce vyhořelých zdravotních sester, avšak byla ve výzkumném šetření zastoupena nejmenším počtem respondentů. Délka praxe zdravotních sester byla rozdělena do 4 předem navolených kategorií. V kategorii 0-10 let praxe bylo 58 (44%) zdravotních sester, ze kterých bylo 6 (10%) vysoce ohroženo syndromem vyhoření. Druhé kategorii 11-20 let praxe bylo 38 (29%) zdravotních sester, ze kterých bylo 9 (24%) vysoce ohroženo syndromem vyhoření. V kategorii 21-30 let praxe bylo 19 (15%) zdravotních sester, ze kterých bylo 5 (26%) vysoce ohroženo syndromem vyhoření. V poslední kategorii s nejdelší dobou praxe, 31 a více let v oboru, bylo 16 (12%) zdravotních sester, ze kterých bylo též 5 (31%) vysoce ohroženo syndromem vyhoření. Z mého šetření vyplývá, že výskyt syndromu vyhoření v jednotlivých délkách praxe se statisticky významně neliší. Avšak Šašková (2014) ve výzkumu své práce, které se zúčastnilo 225 nelékařských respondentů z Českých Budějovic, Českého Krumlova a v Písku, uvádí, že čím delší byla praxe, tím se zvyšovalo riziko vyhoření u těchto zdravotníků.

Z celého výzkumného vzorku této práce bylo 25 (19%) zdravotních sester vysoce ohroženo syndromem vyhoření. 106 (81%) zdravotních sester tvořící významnou většinu nebylo ve vysokém stupni ohrožení syndromem vyhoření. Avšak zajímavé je, že

při měření průměru v klíčových kritériích (EE, DP a PA) u všech 131 respondentů, bylo u dvou kritérií (EE a DP) zjištěno nejvyšší zastoupení vysokého stupně ohrožení syndromu vyhoření. V případě emocionálního vyčerpání (EE) zaujímalo vysoký stupeň ohrožení 60 (46%) respondentů a v kritériu depersonalizace (DP) zaujímalo vysoký stupeň ohrožení 49 (37%) respondentů. Naproti tomu kritérium osobního uspokojení (PA) zaujímalo z hlediska ohrožení syndromem vyhoření nejméně respondentů 28 (22%) rizikový stupeň.

Tento odstavec je věnovaný zastoupení vysoce ohrožených zdravotních sester na konkrétních odděleních v jednotlivých nemocnicích. V Českých Budějovicích vykazovalo ze 45 sester 10 (22%) vysoký stupeň ohrožení syndromem vyhoření. Na oddělení chirurgie z 22 sester vykazovaly stav vysokého stupně ohrožení 4 sestry, na interním oddělení z 15 sester vykazovaly stav vysokého stupně ohrožení 6 sester a na neurologickém se nenacházela žádná sestra ve stavu vysokého stupně ohrožení. V Písku ze 46 sester byl zjištěn vysoký stupeň ohrožení syndromu vyhoření u 10 (22%) zdravotních sester, stejně jako v Českých Budějovicích. Na chirurgickém oddělení z 22 sester vykazovalo vysoký stupeň ohrožení 5 sester, na interním oddělení z 15 sester vykazovalo vysoký stupeň ohrožení 5 sester a na neurologickém oddělení nebyla stejně jako v Českých Budějovicích žádná zdravotní sestra vykazující vysoký stupeň ohrožení syndromu vyhoření. Z výše uvedeného vyplývá, že výsledky českobudějovické a písecké nemocnice jsou si velice podobné nejen v celkovém zastoupení vyhoření, ale i v zastoupení vyhoření na konkrétních odděleních. Jinak dopadla strakonická nemocnice, ve které ze 40 zdravotních sester vykazovalo 5 (13%) sester vysoký stupeň ohrožení syndromu vyhoření. Z těchto 5 ohrožených sester byly 4 z chirurgického oddělení a 1 z neurologického oddělení.

Ellingerová (2016) ve výzkumu své diplomové práce, které se zúčastnilo 100 zdravotních sester z Nemocnice České Budějovice a.s. uvádí, že vyhořelých ve zkoumaném vzorku bylo necelých 47%. V této práci bylo v té samé nemocnici zjištěno 22% vyhořelých, avšak práce se mezi sebou liší v zastoupení respondentů. Práce Ellingerové (2016) byla zaměřena pouze na českobudějovickou nemocnici, která byla zastoupena 100 zdravotními sestrami naproti tomu v mé práci probíhalo šetření ve 3 nemocnicích a v českobudějovické nemocnici se zúčastnilo výzkumu 45 zdravotních sester.

Dalším zajímavým výsledkem této práce je výskyt vyhořelých na oddělení versus průměrné hodnoty všech oddělení. Nejvíce vyhořelých vykazovala chirurgická

oddělení, avšak při zkoumání průměrných hodnot u konkrétních kritérií emocionálního vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobního uspokojení (PA), bylo zjištěno, že interní oddělení dosahují vysokých stupňů ohrožení syndromem vyhoření ve všech třech výše zmiňovaných kritériích. Naproti tomu chirurgická oddělení vykazují vysoký stupeň ohrožení pouze v 1 kritériu a to v oblasti osobního uspokojení (PA).

Hypotéza H1 byla, že počet zdravotních sester ohrožených a neohrožených zdravotních sester syndromem vyhoření se liší. Hypotéza byla ověřena pomocí chí-kvadrát testu, který zjistil statisticky vysoce významnou závislost (p hodnota = 10^{-6}) na 5% hladině významnosti. Z tabulek 10 a 11 je zřejmé, že počet respondentů, kteří jsou tímto syndromem ohrožení, je významně méně (19 %), než počet respondentů neohrožených (81 %). Převaha neohrožených sester může korespondovat s výsledkem šetření práce Váňové (2015), ve které bylo zapojeno 102 zdravotních sester z písecké a strakonické nemocnice a z domu pro seniory Světlo, kdy 84 % sester uvedlo, že jsou informovány o syndromu vyhoření ve své profesi. Výsledek této hypotézy koresponduje i s výsledkem práce Ellingerové (2016), který probíhal v českobudějovické nemocnici v zastoupení 100 zdravotních sester z různých oddělení, kdy 97% respondentů uvedlo, že je důležité věnovat se prevenci syndromu vyhoření.

Hypotéza H2 byla, že počet zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření je odlišný v jednotlivých nemocnicích. Hypotéza byla ověřena pomocí chí-kvadrát testu, který zjistil statisticky významnou závislost (p hodnota = 0,027) na 5% hladině významnosti. Z tabulek 12 a 13 je patrné, že počet sester ohrožených syndromem vyhoření je statisticky významně nižší v nemocnici ve Strakonici (13%), než v nemocnici v Českých Budějovicích (22%) a v nemocnici v Písku (22%).

Hypotéza H3 byla, že v rámci zkoumaných nemocničních oddělení je statisticky významný rozdíl v počtu sester ohrožených syndromem vyhoření. Hypotéza byla ověřena pomocí chí-kvadrát testu, který zjistil statisticky vysoce významnou závislost (p hodnota = 0,006) na 5% hladině významnosti. Z kontingenční *Tabulky 14* je na první pohled zřejmé, že neurologická oddělení vykazují nejnižší počet (4%) zdravotních sester vysoce ohrožených syndromem vyhoření ze zkoumaných oddělení (chirurgická oddělení - 22 % vysoce ohrožených, interní oddělení - 24 % vysoce ohrožených) - procentuální zastoupení viz. *Tabulka 15*.

Hypotéza H4 zkoumala závislost délky praxe a výskytu syndromu vyhoření. Hypotéza byla ověřována pomocí chí-kvadrát testu, kdy byla na 5% hladině významnosti závislost zamítnuta ($p=0,135$). Nelze tedy říci, zda se počet sester

ohrožených syndromem vyhoření liší dle délky praxe či nikoliv. Výsledky hypotézy vycházejí z kontingenční *Tabulky 16*.

7 ZÁVĚR

Má diplomová práce se zabývala výskytem syndromu vyhoření u zdravotních sester ve vybraných nemocnicích. Pro tuto práci byly stanové dva cíle. Tím prvním bylo porovnání výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester ve vybraných nemocničních odděleních (CHIR, INT, NEU). Tento cíl práce byl úspěšně naplněn. Při porovnání chirurgických, interních a neurologických oddělení bylo zjištěno, že neurologická oddělení vykazují výrazně nižší počet (4%) zdravotních sester vysoce ohrožených syndromem vyhoření než chirurgická (22%) a interní (24%). Druhým cílem bylo zjistit výskyt syndromu vyhoření u pomáhající profese zdravotní sestry ve vybraných nemocnicích. V rámci naplnění tohoto cíle bylo zjištěno, že počet sester ohrožených syndromem vyhoření je statisticky významně nižší v Nemocnici Strakonice a.s. (13%), než v Nemocnici České Budějovice a.s. (22%) a v Nemocnici Písek a.s. (22%).

Pro naplnění výše zmíněných cílů byla potřeba zpracovat teoretickou část, ve které byla popsána pomáhající profese zdravotní sestry zejména její historie a etické principy. Dále byla věnována pozornost vymezení pojmu syndromu vyhoření a příčinám vzniku tohoto syndromu. Příčiny jsem rozdělila dle ovlivnitelnosti na vnitřní a vnější. V teoretické části jsem se dále zabývala problematikou začínajících sester a jednotlivými fázemi syndromu vyhoření. Také zde byly popsány typické příznaky a následky vyhoření. Závěr teoretické části byl věnován interní a externí prevenci, diagnostice a léčbě syndromu vyhoření.

V praktické části byly popsány cíle, úkoly, hypotézy a metodika práce. Výzkumné šetření bylo provedeno dotazníkovou metodou, za použití standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI) sloužícího ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných profesí. K vyhodnocení dat byla využita statistická metoda chí-kvadrát test, kterou byly ověřovány předem stanovené hypotézy. Získané výsledky byly vyhodnoceny a interpretovány.

V této práci byly stanoveny čtyři hypotézy, ze kterých se pomocí statistického testu závislosti potvrdily tři. Z první hypotézy bylo zjištěno, že zdravotních sester ohrožených syndromem vyhoření je ve zkoumaném vzorku významně méně. Druhou hypotézou bylo zjištěno, že počet zdravotních sester vysoce ohrožených syndromem vyhoření je statisticky významně menší v Nemocnici Strakonice a.s. než v Nemocnici České Budějovice a.s. a než v Nemocnici Písek a.s.. Třetí hypotéza porovnávala syndrom vyhoření na odděleních. Touto hypotézou bylo zjištěno, že neurologická

oddělení vykazují výrazně nižší počet zdravotních sester vysoce ohrožených syndromem vyhoření než chirurgická a interní oddělení. Poslední hypotéza zkoumající závislost mezi délkou praxe a výskytem syndromu vyhoření se nepotvrdila na stanovené hladině významnosti.

Doporučení pro praxi plynoucí z této práce je několik. Zejména by se znalosti sester o tomto syndromu měly více prohloubit hlavně v oblasti příznaků. Brzké rozpoznání počínajícího syndromu vyhoření je klíčem k úspěšné léčbě. Zároveň by se sestry měly naučit pravidelně věnovat preventivním opatřením, tak aby docházelo k vyrovnání psychosociální zátěže z práce a tím se snížilo ohrožení vyhořením na minimum. Vždy je lepší věnovat denně krátký čas prevenci, než se pak dlouze léčit nebo dokonce muset změnit profesi. Vhodné by bylo i zapojení zaměstnavatele, který by mohl významně ovlivnit osobní spokojenost zaměstnanců různými pracovními benefity. Opomenout nelze ani utužování pracovního kolektivu prostřednictvím různých firemních pobytů zaměřených na podporu spolupráce a důvěry vedené odborníkem nebo třeba jen formou firemního večírku.

8 SEZNAM LITERATURY

ALEXANDER, Margaret F. a Phyllis J. RUNCIMAN. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. Sestra (Grada). ISBN 80-701-3392-9.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BEDER, Joan. *Hospital Social Work: The Interface of Medicine and Caring*. 2.vyd. London: Routledge, 2013. 208 s. ISBN 978-04-1595-067-1

BOND, Meg - HOLLAND, Stevie. *Skills of Clinical Supervision for Nurses: A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors and Managers*. 2.vyd. Maidenhead: Open University Press, 2010. 318s. ISBN 978-0-33-523815-6

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČERMÁK, Jaroslav. *Bezpečnost práce: aktualizované okruhy bezpečnosti a ochrany zdraví při práci*. Praha: Eurounion, 2008. ISBN 978-80-7317-071-4.

ELLINGEROVÁ, Klára. *Syndrom vyhoření a jeho prevence u zdravotních sester zaměstnaných v nemocnici*. České Budějovice, 2016. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.

GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3310-4.

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi: praktická příručka pro sestry*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.

CHAMOUTOVÁ, Kateřina a Hana CHAMOUTOVÁ. *Duševní hygiena: Psychologie zdraví*. V Praze: ČZU, Katedra psychologie, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-213-1152-7.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-179-6.

- JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-725-4329-6.
- KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetrovatelství: Pro SZŠ, PSS [pomaturitní specializační stud.]*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992. Sestra (Grada). ISBN 80-701-3123-3.
- KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. Moudrost do kapsy. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KASTNEROVÁ, Markéta. *Poradce pro výživu: rozpoznání, léčba, prevence*. České Budějovice: Nová Forma, 2011. Rádce pro pedagogy. ISBN 978-80-7453-177-4.
- KILMINSTER, S. M. – JOLLY, B. C. *Effective Supervision in Clinical Practice settings: a Literature Review*. Medical Education, 2000. Vol. 34, Iss. 10, str. 827 – 840
- KOPECKÁ, katarína, Magdaléna KORCOVÁ a kol. *Zdravotnícka etika*. 2. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-278-6.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.
- KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 80-8063-160-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-716-9121-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. Sestra (Grada). ISBN 80-247-0784-5.
- KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-217-5.

- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3224-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2069-2.
- LEPŠ, Jan a Petr ŠMILAUER. *Biostatistika*. České Budějovice: Nakladatelství Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2016. Natura. ISBN 978-80-7394-587-9.
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
- MIKŠOVÁ, Zdeňka, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1442-6.
- MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 1984. ISBN neuvedeno.
- MÍČEK, Libor. *Sebevýchova a duševní zdraví*. Praha: SPN, 1986. ISBN neuvedeno.
- MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 2007, s. 24. ISBN 80-7368-035-1.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
- MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozšířené vyd., v Akademii vyd. 1. Praha: Academia, 1997, s. 40. ISBN 80-200-0625-7.
- NEŠPOR, Karel a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!*. Praha: Portál, 2013. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0482-4.
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.4
- PATON, Douglas. *Posttraumatic growth in disaster and emergency work. Handbook of posttraumatic growth: Research and practice, kapitola 12*, s. 225-247, Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates, 2006, ISSN: 978-1-315-80559-7.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- PINES, A., ARONSON, E. *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press, 1988. ISBN 0-02-925353-5.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II: zpráva o postupu přípravy ICN struktury kompetencí a konzultací*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.

PLEVOVÁ, Irena, Eva URBANOVSKÁ a Michaela PUGNEROVÁ. *Vybrané kapitoly z psychologie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2000. Texty k otevřenému a distančnímu vzdělávání. ISBN 80-244-0164-9.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-466-5.

POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013. Rádce pro pedagogy. ISBN 978-80-266-0161-6.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. Moudrost do kapsy. ISBN 80-725-5074-8.

ROZSYPALOVÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Marie ZVONÍČKOVÁ. *Sestry vzpomínají: příspěvek k historii ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1503-1.

SOKOL, Jan. *Malá filosofie člověka a Slovník filosofických pojmů*. 4. rozš. vyd., (Ve Vyšehradu 2.). Praha: Vyšehrad, 2004. ISBN 80-702-1713-8.

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3368-6.

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

ŠAŠKOVÁ, Jana. *Burn-out v přednemocniční a nemocniční péči u nelékařských zdravotnických pracovníků*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

ŠKUBOVÁ, Jarmila a Helena CHVÁTALOVÁ. *Sestra: o životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-701-3407-0.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-737-2105-8.

VÁŇOVÁ, Kristýna. *Duševní hygiena jako prevence syndromu vyhoření u zdravotních sester*. České Budějovice, 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

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

VÍCHOVÁ, Veronika. *Autogenní trénink a autogenní terapie: relaxace, která pomáhá*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0999-7.

VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. Praha: Galén, 2006. Moudrost do kapsy. ISBN 978-807-2623-921.

WILSON, Paul. *Základní kniha relaxačních technik: bezprostřední klid: průvodce na cestě k uvolnění mysli a těla*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-719-8274-1.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

BÁRTLOVÁ, Sylva a Ivana CHLOUBOVÁ. POSTAVENÍ SESTRY V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU. *Kontakt: časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci* [online]. 2009, **11**.(1), 253-260 [cit. 2017-10-18]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330102630900425.pdf>

DANELOVÁ, Ester. Psycholog, psychiatr, psychoterapeut. In: *Psychologie.cz* [online]. Praha, 2011 [cit. 2017-10-08]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/psycholog-psychiatr-psychoterapeut/>

HIGASHIGUCHI, K. a kol. 2009. *Inflow. MBI: Maslach Burnout Inventory*. [Online] 2009. [cit. 2017-11-20]. ISSN 1802-9736. Dostupné z: <http://www.inflow.cz/mbimaslach-burnout-inventory>.

HONG, E. a Y.S. LEE. The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *International journal of nursing practice* [online]. 2016, **22**.(6), 625-632 [cit. 2017-10-18]. DOI: 10.1111 / ijn.12493. ISSN 1322-7114. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12493/full>

INFLOW. Maslach Burnout Inventory. *Inflow: Information journal* [online]. 2009, 1-4 [cit. 2017-11-17]. ISSN 1802-9736. Dostupné z: (<http://www.inflow.cz/mbi-maslach-burnout-inventory>)

KUPKA, Martin. PALIATIVNÍ PÉČE A RIZIKO SYNDROMU VYHOŘENÍ. *E-psychologie* [online]. 2008, **2**.(1), 24-26 [cit. 2017-10-18]. Dostupné z: <https://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>

NEMOCNICE NA FRANTIŠKU, 2010. *Etický kodex sester*. *nfp.cz* [online]. [cit. 2017-02-20]. Dostupné z: <http://www.nfp.cz/pro-pacienty/eticky-kodex-sester>

RODRIGUES, CCFM a VEP SANTOS. The body speaks: physical and psychological aspects of stress in nursing professionals. *Revista de Pesquisa-cuidado e fundamental online* [online]. 2016, **8**.(1), 3587-3596 [cit. 2017-10-18]. DOI: 10,9789 / 2175-5361.2016.v8i1.3587-3596. ISSN 2175-5361. Dostupné z: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2849/pdf_1762

SMITH, M., J. Segal a R. Segal. *Preventing Burnout* [online]. *updated*, 2017 [cit. 2017-11-22]. Dostupné z: <http://www.helpguide.org/articles/stress/preventing-burnout.htm>

UNGER, David. Psychoterapeutické přístupy v léčbě hraniční poruchy osobnosti. *Psychoterapie* [online]. 2010, **4**.(2), 109-115 [cit. 2017-10-18]. ISSN 1802-3983. Dostupné z: http://psychoterapie.fss.muni.cz/files/field_files/magazine/337/psychoterapie2_2010.pdf

WEBER, A., JEAKEL-REINHARD, A. *Burnout syndrome: a disease of modern societies?*. In: Occupational Medicine. [online] 2000, vol. 50, no. 7, s. 512-517. [cit 2017]. ISSN 1471-8405. Dostupný z: <http://occmed.oxfordjournals.org/content/50/7/512.full.pdf+html?sid=76cc5d40-773e-44b2-a628-38de8760d62a>

WILKINSON, Helen, Richard WHITTINGTON, Lorraine PERRY a Catrin EAMES. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout Research* [online]. 2017, 4(6), 18-29 [cit. 2017-10-05]. DOI: 10.1016/j.burn.2017.06.003. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058617300025>

9 SEZNAM ZKRATEK

ICN – Mezinárodní rada sester

ČAS – Česká asociace sester

JIP – Jednotka intenzivní péče

ARO - Anesteziologicko - resuscitační oddělení

LDN - Léčebna dlouhodobě nemocných

MBI – Maslach Burnout Inventory

EE – emocionální vyčerpání

DP – depersonalizace (odosobnění)

PA – osobní uspokojení

10 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pohlaví respondentů.....	46
Graf 2: Zastoupení nemocnic.....	46
Graf 3: Počet respondentů jednotlivých oddělení.....	47
Graf 4: Délka praxe.....	47
Graf 5: Ohrožení syndromem vyhoření u zdravotních sester ve zkoumaném vzorku...49	
Graf 6: Zastoupení stupňů emocionálního vyčerpání.....	52
Graf 7: Zastoupení stupňů depersonalizace.....	52
Graf 8: Zastoupení stupňů osobního uspokojení.....	53

11 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: MBI vyhodnocení otázek.....	48
Tabulka 2: Ohrožení syndromem vyhoření na odděleních.....	49
Tabulka 3: Ohrožení syndromem vyhoření v jednotlivých nemocnicích.....	50
Tabulka 4: Ohrožení syndromem vyhoření v nemocnici České Budějovice.....	50
Tabulka 5: Ohrožení syndromem vyhoření v nemocnici Písek.....	50
Tabulka 6: Ohrožení syndromem vyhoření v nemocnici Strakonice.....	51
Tabulka 7: Ohrožení syndromem vyhoření dle délky praxe.....	51
Tabulka 8: Bodová stupnice pro vyhodnocení jednotlivých kritérií.....	53
Tabulka 9 Průměrné skóre v jednotlivých kritériích ve zkoumaných odděleních.....	54
Tabulka 10 Kontingenční tabulka pro závislost mezi ohrožením a neohrožením syndromu vyhoření u zkoumaných zdravotních sester.....	55
Tabulka 11 Přehled ohrožených respondentů ve zkoumaném vzorku.....	55
Tabulka 12 Kontingenční tabulka pro závislost mezi ohrožením syndromem vyhoření a jednotlivými nemocnicemi.....	56
Tabulka 13 Přehled respondentů ohrožených syndromem vyhoření v jednotlivých nemocnicích.....	56
Tabulka 14 Kontingenční tabulka pro závislost mezi ohrožením syndromem vyhoření a jednotlivými odděleními.....	57
Tabulka 15 Přehled respondentů ohrožených syndromem vyhoření dle oddělení.....	57
Tabulka 16 Kontingenční tabulka pro závislost mezi délkou praxe a výskytem syndromu vyhoření.....	58

12 PŘÍLOHY

Příloha I - Dotazník Maslach Burnout Inventory

Dobrý den,

jsem studentka magisterského oboru Vychovatelství výchovy ke zdraví na pedagogické fakultě, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto bych vás chtěla požádat o spolupráci na výzkumu do mé diplomové práce s názvem: *Výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester ve vybraných nemocničních odděleních*. Prosím vyplňte oddělení a dále zakroužkujte možnosti u základních údajů. Následujících 22 otázek ohodnoťte dle síly pocitu pro konkrétní tvrzení. Dotazník je anonymní. Předem děkuji za ochotu.

Bc. Kristýna Váňová

Město:

Oddělení:

Délka práce v oboru: 0 – 10 let 11 – 20 let 21 – 30 let více než 31 let

Pohlaví: žena - muž

Doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení číslo – odpovídající síle pocitu, který 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	
5	Mám pocit, že někdy s klienty jednám jako s neosobními věcmi	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	

7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů	
8	Cítím vyčerpání ze své práce	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalad'ují	
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	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	Dovedu u svých klientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty	
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 mi přičítají některé své problémy	