



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 pedagogiky a psychologie

## Bakalářská práce

# Vliv typu osobnosti jedince na vznik syndromu vyhoření u všeobecných sester

Vypracovala: Mgr. Hana Matlasová, Ph.D.  
Vedoucí práce: Prof. PaedDr. Iva Stuchlíková, CSc.

České Budějovice 2014

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem: „Vliv typu osobnosti jedince na vznik syndromu vyhoření u všeobecných sester“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury a zdrojů.

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 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 Thesis.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Podpis .....

Hana Matlasová

V Českých Budějovicích dne : 25.4.2014

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí bakalářské práce Prof. PaedDr. Ivě Stuchlíkové, CSc. za ochotu, podporu a poskytnutí cenných informací, které mi pomohly při psaní mé práce.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zaměřuje na otázku, zda typ osobnosti všeobecné sestry predisponuje vznik syndromu vyhoření. Práce prezentuje problém syndromu vyhoření (stádia, příznaky, možnosti prevence, zabývá se osobností jedince a definuje profesi všeobecné sestry a její pracovní kompetence.

Ve výzkumné části se práce snaží zjistit, zda určitý typ osobnosti všeobecné sestry vykazuje vyšší sklon ke vzniku syndromu vyhoření. Práce se také zaměřuje na zjištění toho, na kterých odděleních či úsecích nemocnice je u všeobecných sester nejvyšší přítomnost syndromu vyhoření.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Syndrom vyhoření, všeobecná sestra, osobnost, nemocnice.

## **ANNOTATION**

This thesis focuses on assessing whether the type of personality predisposes the formation of burnout of nurses. The work presents the problem of burnout (stage, symptoms, prevention). It also deals with the personality types and defines the profession and working skills of a nurse.

The research part of the thesis seeks to determine whether certain personality type of nurses reports a higher tendency to develop the syndrome. The work also focuses on the findings of the highest presence of burnout among the nurses at different departments or sections of the hospital.

## **KEY WORDS**

Burnout, nurse, personality, hospital.

MATLASOVÁ, HANA. *Vliv typu osobnosti jedince na vznik syndromu vyhoření u všeobecných sester: bakalářská práce*: České Budějovice, Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra pedagogiky a psychologie, 2014. 57 s. Vedoucí bakalářské práce Iva Stuchlíková.

# **OBSAH**

**ANOTACE**

**KLÍČOVÁ SLOVA**

**ANNOTATION**

**KEY WORDS**

|                                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ÚVOD.....</b>                                                            | <b>5</b>  |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>                                              | <b>6</b>  |
| <b>1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....</b>                                    | <b>6</b>  |
| 1.1 Syndrom vyhoření.....                                                   | 6         |
| 1.2 Stres .....                                                             | 6         |
| 1.3 Osobnost .....                                                          | 6         |
| 1.4 Emoce .....                                                             | 7         |
| <b>2. SYNDROM VYHOŘENÍ.....</b>                                             | <b>8</b>  |
| 2.1 Definice syndromu vyhoření .....                                        | 8         |
| 2.2 Klinické příznaky syndromu vyhoření .....                               | 8         |
| 2.3 Stádia syndromu vyhoření .....                                          | 9         |
| 2.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření .....                                | 11        |
| 2.4.1 Rizikové faktory v zaměstnání .....                                   | 11        |
| 2.4.2 Rizikové faktory osobnostní .....                                     | 12        |
| 2.5 Dopady syndromu vyhoření na práci s pacienty/klienty .....              | 12        |
| 2.6 Preventivní opatření syndromu vyhoření.....                             | 13        |
| 2.6.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce.....                 | 13        |
| 2.6.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace (zaměstnavatele)..... | 14        |
| 2.6.3 Supervize ve zdravotnictví.....                                       | 15        |
| 2.7 Léčba.....                                                              | 15        |
| <b>3. OSOBNOST JEDINCE.....</b>                                             | <b>17</b> |
| 3.1 Teorie osobnosti.....                                                   | 17        |
| 3.1.1 Utváření osobnosti .....                                              | 18        |
| 3.1.2 Dynamika osobnosti .....                                              | 19        |
| 3.1.3 Struktura osobnosti .....                                             | 19        |
| 3.2 Typologie osobnosti.....                                                | 19        |
| 3.2.1 Jungova typologie .....                                               | 19        |

|                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.2.2 Typologie osobnosti dle Hippokrata a Galéna.....                                                        | 21        |
| 3.2.3 Konstituční typologie dle Kretschmera .....                                                             | 22        |
| 3.2.4 Eysenckova typologie .....                                                                              | 23        |
| 3.2.5 NEO Five-Factor Inventory (pětifaktorový model osobnosti) .....                                         | 23        |
| 3.3 Vliv osobnosti jedince na vznik syndromu vyhoření.....                                                    | 25        |
| 3.3.1 Typologie jedince dle typu chování A, B .....                                                           | 25        |
| 3.3.2 Další typologie .....                                                                                   | 26        |
| <b>4. PROFESÍ VŠEOBECNÉ SESTRY/BRATRA.....</b>                                                                | <b>27</b> |
| 4.1 Emoce u všeobecných sester/bratrů .....                                                                   | 27        |
| 4.2 Osobnost všeobecné sestry/ bratra .....                                                                   | 27        |
| 4.3 Poslání a náplň práce všeobecné sestry/bratra.....                                                        | 28        |
| 4.4 Kompetence a dovednosti všeobecné sestry/bratra .....                                                     | 28        |
| 4.5 Podmínky vzniku syndromu vyhoření u všeobecných sester/bratrů .....                                       | 29        |
| 4.6 Faktory zátěže a stresu v profesi všeobecné sestry/bratra .....                                           | 29        |
| 4.7 Rizika u začínajících sester/bratrů .....                                                                 | 30        |
| <b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>                                                                                | <b>31</b> |
| <b>5. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU .....</b>                                                                       | <b>31</b> |
| 5.1 Cíle práce .....                                                                                          | 31        |
| 5.2 Hypotézy .....                                                                                            | 31        |
| <b>6. CHARAKTERISTIKA METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD.....</b>                                                  | <b>33</b> |
| 6.1 Technika sběru dat .....                                                                                  | 33        |
| 6.1.1 Dotazník NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) .....                                                      | 33        |
| 6.1.2 Dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory, inventář syndromu vyhoření) .....                              | 33        |
| 6.2 Charakteristika zkoumané populace a popis vzorku.....                                                     | 34        |
| 6.2.1 Nemocnice České Budějovice, a.s. ....                                                                   | 34        |
| <b>7. VÝSLEDKY .....</b>                                                                                      | <b>36</b> |
| 7.1 Výsledky 1. části dotazníku .....                                                                         | 37        |
| 7.2 Výsledky 2. části dotazníku .....                                                                         | 43        |
| 7.3 Výsledky 3. části dotazníku .....                                                                         | 44        |
| 7.4 Souhrnné výsledky dotazníkového šetření .....                                                             | 46        |
| 7.4.1 Přítomnost syndromu vyhoření u pracovníků na jednotlivých úsecích nemocnice České Budějovice, a.s. .... | 46        |
| 7.4.2 Vliv typu osobnosti pracovníka na vyšší predikci vzniku syndromu vyhoření .....                         | 48        |

|                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 7.4.3 Typ osobnostní dimenze vykazující nejtěsnější spojení se vznikem syndromu vyhoření .....          | 49        |
| 7.4.4 Osobností rozdělení pracovníků na jednotlivých odděleních v Nemocnici České Budějovice, a.s. .... | 50        |
| <b>8. DISKUZE .....</b>                                                                                 | <b>52</b> |
| 8.1 Diskuze s použitou metodikou.....                                                                   | 52        |
| 8.1.1 Vyhodnocení hypotéz .....                                                                         | 53        |
| 8.2 Diskuze s literaturou .....                                                                         | 54        |
| <b>9. ZÁVĚR .....</b>                                                                                   | <b>58</b> |
| <b>SOUHRN .....</b>                                                                                     | <b>60</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>                                                                   | <b>63</b> |
| <b>SEZNAM ZKRATEK</b>                                                                                   |           |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH</b>                                                                                    |           |

## ÚVOD

Téma bakalářské práce je „Vliv typu osobnosti jedince na vznik syndromu vyhoření u všeobecných sester“. Problematika syndromu vyhoření je v současné době velmi aktuálním a všeobecně diskutovaným tématem. K volbě daného tématu mě vedlo několik důvodů. Jedním z nich je skutečnost, že jsem se s profesí všeobecné sestry setkala nejen jako pacient, ale i jako její vykonavatel. Za svou dobu praxe jsem „potkala“ mnoho sester a mnohé z nich vykazovaly symptomy syndromu vyhoření. V rámci této práce jsem se nezaměřovala na pracovníky pouze konkrétního oddělení, ale na pracovníky působící v celé Nemocnici České Budějovice, a.s.

Syndrom vyhoření se prezentuje ve všech rovinách lidského života, a to v rovině tělesné, psychické, emocionální a sociální čili vztahové. Velkým problémem syndromu vyhoření je skutečnost, že neovlivňuje pouze „postiženého“ jedince, ale i jeho okolí (sociální interakce), vztahy s pacienty, vztahy se spolupracovníky a vztahy ve vlastní rodině.

Práce se snaží nalézt odpověď na otázku, zda určitý typ osobnosti všeobecné sestry vede ke vzniku syndromu vyhoření. Tato problematika byla zvolena proto, že určité osobnostní charakteristiky jedince se mohou, za působení akutního či dlouhodobého stresu, promítat do mechanismů vedoucích ke zvládání stresu (tzv. copingových strategií) a tedy mohou závažným způsobem ovlivňovat subjektivní hodnocení dané situace jedincem. Potom je tedy možno předpokládat, že by určité osobnostní charakteristiky jedince mohly vést ke zvýšenému riziku vzniku právě syndromu vyhoření.

Ve výzkumné části bakalářské práce je zjišťováno, zda určitý typ osobnosti všeobecné sestry vykazuje vyšší sklon ke vzniku syndromu vyhoření. Práce se mimo jiné zaměřuje na zjištění skutečností, na kterých odděleních či úsecích nemocnice je u všeobecných sester nejvyšší přítomnost syndromu vyhoření či která z dimenzí osobnosti může predisponovat prezentaci syndromu vyhoření.

K realizaci výzkumné části byla zvolena kvantitativní metodika, bylo využito dvou standardizovaných testů, a to testu NEO-FFI (česká verze od Hřebíčkové a Urbánka standardizována pro českou populaci) a testu MBI (Inventář syndromu vyhoření).

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

### 1.1 Syndrom vyhoření

Vyhoření je procesem extrémního emočního a fyzického vyčerpání se současným cynickým, distancovaným postojem a také sníženým výkonem jako důsledkem chronické emoční a především mezilidské zátěže při intenzivním nasazení se pro druhé (Poschkamp, 2013). Burnout syndrom se dle Bartošíkové: „objevuje se při práci s lidmi v tzv. „pomáhajících profesích“. Souvisí jednak se zátěží ale také je důsledkem selhání osobních „coping mechanismů“ (mechanismů zvládání nároků)“ (Bartošíková, 2006, s. 21)

### 1.2 Stres

Stres je možné chápat jako psychický či somatický stav, který představuje v určitém okamžiku nebo časovém intervalu déletrvající nebo silnější odchylku od obvyklé, tj. fyziologické úrovně excitace daného jedince (Poschkamp, 2013). Somatické změny provázející stres se týkají především tzv. vegetativních odchylek, k nimž můžeme zařadit např. zvýšenou aktivitu sympatického nervstva, endokrinní změny (aktivace nadledvinek a produkce kortizonu). Psychické změny doprovázející stres se prezentují jako vnitřní vzrušení či rozrušení, tenze nebo zesílené emocionální prožívání. Často, v důsledku psychických změn při stresové reakci, dochází k bezcílým aktivitám (rychlá a bezcílá chůze, stereotypní činnosti apod.) (Bartošíková, 2006).

Bartošíková uvádí, že: „jde jak o biologicko-fyziologické adaptační mechanismy, tak psychické procesy které bychom mohli označit jako zvládací způsoby a dovednosti (coping)“ (Bartošíková, 2006, s. 7)

### 1.3 Osobnost

Definování pojmu osobnost je velmi různorodé a liší se dle autorů. Například Drápela uvádí, že: „teoretici „já“ vnímají osobnost jako něco, co skutečně existuje a co má skutečné účinky. Behavioristé oproti tomu pokládají osobnost za pouhou odvozeninu z chování, jež samo je jediným přímo pozorovatelným a měřitelným jevem“ (Drápela, 2008, s. 14)

Osobnost je charakterizována jako dynamický zdroj chování, jednání, identity a jedinečnosti každé osoby. Pojem chování zahrnuje procesy myšlení, emoce, rozhodovací procesy, tělesné aktivity a také velmi důležitou sociální interakci (Drápela, 2008). Normy

a hodnoty, či vlastní přístup k pracovní činnosti i k nám samým či druhým osobám, jsou utvářeny již od počátku života jedince a to v rámci kontaktu s lidmi, kteří nás obklopují (Poschkamp, 2013).

#### **1.4 Emoce**

Emoce mají velmi významnou roli v lidském psychickém životě a intrapersonálním světě. Emoce se od ostatních mentálních stavů liší svou buď pozitivně, nebo negativně zabarvenou pocitovou složkou. Cíty nebo pocity jsou tedy emocionální prožitky. Pojem širší význam než pojem cit, který je možné chápat spíše aktuálně a prožitkově, kdy se jedná o čistě psychickou oblast dané emoce. Vlastní cítění a chápání emocí je popisováno jako odchylka od klidového toku prožívání, který ale není zcela neutrální, vždy směřuje buď k oblasti pozitivního, nebo negativního prožívání (Plháková, 2007).

## 2. SYNDROM VYHOŘENÍ

### 2.1 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je možno formálně definovat jako subjektivní stav prožívání tělesného, emocionálního mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně velmi mimořádně náročné a složité (Bartošíková, 2006). Uvedená emoční náročnost je nejčastěji způsobena velkým očekáváním s chronickými situačními stresy (Křivohlavý, 2012).

Burnout představuje odborný termín, který se objevil v oblasti psychologie a psychoterapie okolo 70. let 20. století. Poprvé jej použil Hendrich Freudenberger. Tímto termínem označil jev, který byl všeobecně znám, ale nebyl do této doby pojmenovaný. Je možné předpokládat, že Freudenbergerovi k vytvoření pojmu burnout dala podnět kniha Grahama Greena s názvem *A Burn out Case* z roku 1961 (Bartošíková, 2006). Burnout bývá charakterizován jako mimořádně bolestivý a tíživý zážitek, ale pokud je stav vyčerpání odborně řešen, dá se syndrom vyhoření, adekvátním terapeutickým působením, překonat (Křivohlavý, 2012).

### 2.2 Klinické příznaky syndromu vyhoření

Křivohlavý uvádí, že: „*burnout je odpovědí organismu na situaci, která člověka uvádí do stresového stavu. Tato situace je přitom tak silná (mocná), že by se negativně dotkla každého člověka, který by se do ní dostal*“ (Křivohlavý, 2012, s. 12).

Jedná se spíše o stav psychického a především emocionálního vyčerpání, který se objevuje u pracovníků v těch profesích, kde je vyžadována každodenní mezilidská komunikace a mezilidská interakce (např. nelékařští zdravotní pracovníci, učitelé, sociální pracovníci, psychologové apod.). Klinicky je, syndrom vyhoření charakterizován jako mentální stav podobající se naprostému vyčerpání či vyhasnutí (Kallwass, 2007).

Kebza uvádí, že: „*syndrom vyhoření je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) zařazen do kategorie Z 73-0 (kód Z 73 zahrnuje problémy, spojené s obtížemi při vedení života) je tedy možné na tuto diagnózu oficiálně stonat, resp. být zařazen do kategorie práce neschopných*“ (Kebza, 2013, s. 94).

Symptomy prezentující se u syndromu vyhoření:

Příznaky týkající se psychické oblasti: nechut' a lhostejnost k pracovním činnostem, apatie, nezájem, ztráta nadšení, radosti a pracovního nasazení (Kebza, 2013). Také se

objevují potíže s koncentrací na práci a soustředěním se. Vyvrcholením psychických symptomů je agresivita až agresivní jednání či popudlivost vůči druhým lidem. Postižený jedinec také velmi často pociťuje určité nedocenění za práci, kterou odvádí (Poschkamp, 2013). Z příznaků týkajících se emocionální roviny se nejčastěji jedná o cynický až chladný přístup ke klientům či pacientům a kolegům, časté jsou také citové problémy v osobním a rodinném životě (Bartošíková, 2006).

Velmi problematické jsou symptomy tělesné, kam je možné zařadit např. poruchy spánku, ztrátu chuti k jídlu až anorexii, snížení imunity a následně zvýšenou náchylnost k nemocem, svalové napětí, vznik hypertenze či trávicí obtíže (Bartošíková, 2006).

### 2.3 Stádia syndromu vyhoření

Bartošíková také uvádí, že: „*stále častěji je vyhoření definováno nikoliv jako stav, ale jako neustále se vyvíjející proces*“ (Bartošíková, 2006. s. 8-9). Dá se říci, že počátek celého procesu vyhoření bývá iniciován především u velmi motivovaného, nadšeného pracovníka, který nastupuje do zaměstnání, které je možno zařadit do kategorie pomáhajících profesí (Bartošíková, 2006).

Příčiny syndromu vyhoření je možno spatřovat v kombinaci několika hlavních faktorů, tedy chronického, dlouhodobého nezvládaného stresu, stereotypie vykonávané aktivity, nízké autonomie pracovní činnosti, nastupujícího a dynamicky se vyvíjejícího poklesu pracovního nasazení a nástupu stále rychleji sílícího přesvědčení jedince, že jím realizovaná činnost postrádá význam a smysl (Kebza, 2013).

V odborné literatuře jsou popisována stádia vzniku syndromu vyhoření neboli tzv. model podle C. Maslachové (Bartošíková, 2006).

V 1. fázi dominuje nadšení pracovníka, kde jsou v popředí ideály, zaujetí pracovním výkonem, které vede až k přetěžování vlastní osoby (Křivohlavý, 2012).

Je známo, že „nováčci“ si do své profese přinášejí mnohé naděje, nerealistická očekávání, nadšení, energii, kreativitu a snahu něco dokázat či druhým, klientům i pacientům pomoci (Kebza, 2013). Začínající pracovník by velmi rád pomáhal všem, kteří to potřebují, a je přesvědčen, že je toho schopen, když se bude snažit. V této fázi má pracovník pomáhající profese příjemný pocit a uspokojení z vykonané práce, velmi často se jeho pracovní aktivita stává tou nejdůležitější jak v pracovním, ale především i osobním či rodinném životě. Tato fáze může trvat různě dlouho, v dobrém kolektivu a při dobré podpoře, i dlouhodobě (Bartošíková, 2006).

Další fází je fáze vystřízlivění. Druhá fáze je charakteristická vyčerpáním jedince, a to jak v rovině psychické, tak i tělesné (Bartošíková, 2006). Počáteční nadšení pracovníka již vyhasíná, pracovník poznává, že „potřební“ se neustále opakují a že vynaložené úsilí a práce není zúročena (Kebza, 2013). Velmi často zažívá pocity nevědky, marnosti a neúspěchu. Práce mu již zevšedněla, získává rutinu, která mu šetří energii a sílu. Také zjišťuje, že jeho finanční ohodnocení není dostatečné. Pro příklad Bartošíková uvádí, že: „*mnoho mladých sester začne uvažovat o založení rodiny*“ (Bartošíková, 2006, s. 13).

Další fází je fáze nespokojenosti (frustrace), která bývá někdy charakterizována jako stádium frustrace. V této fázi se pracovník začíná kriticky vyjadřovat k věcem, se kterými nesouhlasí, snaží se o změnu. Pracovník většinou přestává být ochoten pracovat navíc, vykonávat práci, kterou považuje za zcela zbytečnou (např. administrativa atp.) což může vést ke konfliktům se spolupracovníky nebo i s nadřízenými pracovníky (Bartošíková, 2006). Často se objevují úvahy o vhodně zvoleném povolání a přemýšlí o případné změně profese. U postiženého jedince postupně dochází k dehumanizaci jeho okolního prostředí, k dehumanizovanému vnímání sociálních kontaktů a vztahů, neschopnost empatie vůči klientům a pacientům (Kebza, 2013). Jedinec se postupně stále více odcizuje, k čemuž užívá obranných mechanismů a postojů. Tato fáze může trvat velmi dlouho a k jejímu zvládnutí je potřeba nějaké zásadní změny. Neboť platí, že nespokojenost je vždy odrazovým můstkem k nějaké změně. V případě, že jsme spokojeni, nemáme potřebu něco aktuálně měnit (Bartošíková, 2006).

Poté následuje stádium apatie, což je čtvrtá fáze, která je konečná a týká se závažných příznaků vyčerpání, negativismu, lhostejnosti k sobě i druhým, apatie, exhausce vyvolávající neustále sílící pocity a projevy lhostejnosti až cynismu apod. (Kebza, 2013). Terminálním projevem této fáze je plně rozvinutý syndrom vyhoření. Pracovník chápe svou profesi pouze jako zdroj obživy, ale současně také značného neuspokojení. Začíná pracovat pouze do výše svého platu, hlídá si pracovní dobu apod. Vyhýbá se novým úkolům a pracovním nárokům, vyhýbá se klientům či pacientům nebo s nimi minimalizuje kontakt. O klientech nebo pacientech hovoří nelichotivě často až urážlivě, chápe je jako nárokové a nevědké. Poslední fází je fáze již stav plně rozvinutého syndromu vyhoření se všemi jeho příznaky a důsledky (Bartošíková, 2006).

## 2.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření

### 2.4.1 Rizikové faktory v zaměstnání

Nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření pocházejí z oblasti pracovní. Jedná se například o zvýšenou náročnost dané profese, soutěživé pracovní prostředí nebo také obavy o konkrétní pracovní pozici (Kebza, Šolcová, 2008). Mezi obecné rizikové pracovní faktory můžeme zařadit tyto následující: nejistota v oblasti pracovních poměrů, která je spojená s nestabilitou na trhu práce, obavy ze ztráty pracovního místa, rostoucí náchylnost ke stresu v souvislosti s procesem globalizace, úbytek jistoty v důsledku nových forem pracovních smluv (krácení dovolené, více přesčasů aj.), dlouhá pracovní doba a rostoucí intenzita práce, neslučitelnost zaměstnání se soukromým životem (Stock, 2010).

Mezi další specifické charakteristiky týkající se pracovní činnosti, jež vedou ke vzniku syndromu vyhoření, jsou nadměrné požadavky na vysokou výkonnost pracovníka, která je, v současné době, chápána jako standard, a kdy není možné akceptovat případné úlevy nebo odchylky. Zároveň je pro vysokou výkonnost zaměstnanců charakteristické to že z případných chyb jsou pro ně vyvozovány zaměstnavatelem či nadřízeným pracovníkem závažné postihy a důsledky. Toto vše patří mezi velmi významné stresové faktory jedince (Kebza, Šolcová, 2008). Ve chvíli, kdy naše nároky na sebe samé překročí míru toho, co dokážeme zvládnout, zažíváme stres. Nadměrné zatížení může být příčinou vzniku syndromu vyhoření. Dalším problémem je také neustálé vyrušování pracovníka při práci (telefonáty, osobní kontrolou apod.). Řada z nás je trvale vystavena velkému množství vnějších rušivých faktorů. Tyto vlivy patří mezi stresory a rizikové faktory vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření (Stock, 2010).

Stock také uvádí, že: *„mnoho výzkumů z oblasti psychologie práce a organizace potvrzuje, že čím širší pole působnosti lidé v zaměstnání mají, tím více je jejich práce baví. Podléhá-li někdo naopak přílišné kontrole, vzrůstá jeho nespokojenost,*“ (Stock, 2010, s. 34).

Také výsledky motivačních výzkumů prezentují, že nejsou-li lidé za svůj výkon dostatečně odměněni, pracují tak bez potřebné motivace a jejich výkon může klesat. Jako motivací není myšlenou pouze finanční ohodnocení, ale také pocity, že jejich úsilí a snahu dokáže někdo ocenit. Práce by jedinci měla dávat možnost rozvíjet se a zdokonalovat jeho schopnosti a dovednosti. Nedostatek vzájemné sounáležitosti a soudržnosti v rámci pracovního kolektivu může být pracovníky také pocíťován jako významný zdroj ohrožení

a může následně vyvolat stresovou reakci (Bedrnová, Nový, 2004). Za významný „spouštěč“ stresové reakce je považován tzv. konflikt hodnot. Klíčovým prvkem je v situaci konfliktu hodnot naše svědomí. Porušení vlastních zásad může jedinec vnímat jako ohrožení, což může spustit stresovou reakci (Stock, 2010). Velmi nám ubližuje naše stálá snaha konflikt vyřešit, neboť naše šance na změnu hodnot společnosti jsou mizivé a proto jsme nuceni i nadále jednat v rozporu s vlastními zájmy. Důsledkem tohoto vzniká tedy jev, který psychologové označují jako inkongruence neboli vnitřní rozpor (Prochaska, Norcross, 1999).

Kebza uvádí, že: *„výzkumy též postupně prokázaly, že právě kombinace vysokých pracovních nároků s nízkou autonomií pracovní činnosti je okolností, jež pravděpodobně sehrává rozhodující roli jako potencionální rizikový faktor nejen pro vznik syndromu vyhoření, ale i z hlediska rizika vzniku různých chronických neinfekčních onemocnění“* (Kebza, 2013, s. 95).

#### **2.4.2 Rizikové faktory osobnostní**

Při vzniku syndromu vyhoření nemají hlavní význam pouze situační faktory, neboť se stresovými faktory a situacemi se každý vyrovnává jinak. Znamená to, že spouštěče syndromu vyhoření mohou být také v charakterových vlastnostech daného jedince. Každý jedinec má své vlastní charakterové znaky a způsoby chování a jednání (Stock, 2010). Horneyová uvádí, že: *„díky náročným požadavkům na sebe je jedinec snadno přepracovaný a vyčerpaný a následkem toho trpí ostatní lidé“* (Horneyová, 2000, s. 279).

#### **2.5 Dopady syndromu vyhoření na práci s pacienty/klienty**

Syndrom vyhoření vede k tzv. dehumanizaci, pracovník již není schopen ani ochoten spoluprožívat s ostatními lidmi jejich problémy, není schopen citlivě vnímat rozdílnosti mezi lidmi (Kebza, 2013). Velmi často se stává, že pracovník své klienty/pacienty kritizuje, hovoří o nich s přehnaným despektem, často je vůči nim ironický až nelichotivý (Bartošíková, 2006).

Pacienti/klienti se stávají pouze předmětem péče a pomoci pracovníka, ale pracovník k nim přistupuje s despektem, chová se k nim chladně a odtažitě, stahuje se do izolace. Velmi často na klienty/pacienty a jejich problémy reaguje odmítavě až agresivně (Bartošíková, 2006). Negativní postoje ke pacientům/klientům se dále prezentují i ve

vztazích ke spolupracovníkům nebo také v osobním životě. Postižený pracovník omezuje sociální kontakty a sociální interakci, ztrácí zdroje prožitků radosti a štěstí, snižuje se jeho sebevědomí a sebehodnocení, velmi často pociťuje nespokojenost a neúspěch v mnoha sférách jeho života (pracovní, rodinná, osobní apod.) (Stock, 2010). Syndromem vyhoření zasažený jedinec se snaží nalézt nějaké východisko k vyřešení problémů a negativních pocitů. Může se stát, že začne užívat léky, které mohou být na uklidnění nebo naopak na povzbuzení jeho aktivity, léky na spaní apod. Velmi často dochází k situaci, že takovýto jedinec propadne alkoholu. Tyto metody „samoléčby“ jsou ale velmi nebezpečné, jsou pouze krátkodobým řešením, a mohou způsobovat další problémy a komplikace celkového zdravotního stavu zasaženého jedince (Bartošíková, 2006).

## **2.6 Preventivní opatření syndromu vyhoření**

Důležitým aspektem prevence syndromu vyhoření je tzv. sociální opora, která má zdroje především v rodině jedince, v jeho zaměstnání, ale také v oblasti mimopracovní, tj. přátelé a známí, způsob trávení volného času, realizace zájmů apod. (Kebza, 2013).

### **2.6.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce**

Mezi hlavní faktory, které mohou pozitivně působit v prevenci vzniku syndromu vyhoření, patří následující:

- nalezení smysluplné pracovní činnosti,
- získání a převzetí profesionální autonomie a opory o vlastní osobnost,
- konstituování přirozeného vztahu k práci a k dalším životním činnostem, včetně poznání přínosu, jenž člověk přináší práci a práci jemu (Bartošíková, 2006).

Preventivní opatření na osobní úrovni představují tedy vytváření si zdravého systému sebedopory a sebezpojetí. To znamená dokázat se postarat o vlastní smysluplný, příjemný a efektivní jak fyzický, tak psychický i sociální život a to v oblasti pracovní, i v oblasti mimopracovní (Křivohlavý, 2012). Je vhodné naučit se najít rovnováhu mezi výdaji i zisky, které nám život přináší. Zbilancovat svou aktuální situaci a rozhodnout se, kde je nutné něco dodat nebo kde co chybí atp. V některých případech je vhodné začít s důležitými změnami v celkovém životním stylu jedince, v jiných případech je vhodné analyzovat sociální oporu jedince. Někdy je důležité naučit se kvalitně odpočívat, nastavit realistické požadavky na sebe i na ostatní (Bartošíková, 2006).

Mezi obecná preventivní opatření proti syndromu vyhoření patří:

- pečovat o sebe, odpočívat,
- požádat o pomoc,
- udělat si čas na svůj osobní život a koníčky,
- udržovat se v dobré fyzické kondici,
- nenosit si práci domů,
- v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc,
- vyhýbat se stresu a rutině (Bartošíková, 2006).

### **2.6.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace (zaměstnavatele)**

Prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců je především vyjádřením zájmu organizace (zaměstnavatele) o své podřízené, kteří v důsledku výkonu své profese, neztrácejí svou výkonnost ani sebedůvěru. Pouze za těchto podmínek je možné, aby se pacientům/klientům dostávalo adekvátní, kvalitní, vlídné, empatické a zaujaté péče od pracovníků, kteří práci nepředstírají, ale plně se jí věnují, kteří nejsou vyčerpaní, podráždění, nevrlí, neochotní apod. (Bartošíková, 2006). Důležité je uvědomit si, že se burnout promítá i do postojů a také způsobů chování, které souvisejí s vlastním výkonem pracovní činnosti (jako jsou absence v zaměstnání, předčasné odchody, snížená pracovní motivace a výkonnost apod.) (Kallwass, 2007). Ve zdravotnictví je nutné, aby byl určitý stabilizovaný počet zaučených a „zkušených“ pracovníků, kteří jsou schopni „pokrýt“ jednotlivé směny, neboť neustálý nábor nových sester bez zkušeností může značně ohrožovat kvalitu poskytované péče (Bartošíková, 2006).

V prevenci syndromu vyhoření na úrovni organizace je důležitá tzv. týmová spolupráce, která poskytuje potřebnou sociální oporu. Týmová práce nutně vyžaduje změnu myšlení, chování i postojů nejen podřízených, ale i nadřízených pracovníků (Bedrnová, Nový, 2004).

Obecné principy prevence syndromu vyhoření na úrovni zaměstnavatele:

- zabezpečení regenerace,
- péče o bezpečnost nelékařských zdravotnických pracovníků,
- péče o psychické zdraví zaměstnanců,
- podporování osobnostního růstu pracovníků,
- mapování míry zátěže, stresu,

- zvýšení participace pracovníků na rozhodování (Bartošíková, 2006).

### **2.6.3 Supervize ve zdravotnictví**

Supervize ve zdravotnictví je téma, které zatím není v České republice příliš známé a realizované. Nejdelší historii má supervize v oblasti psychoterapie a sociálních službách (Venglářová a kol., 2011). Historie supervize se datuje k tzv. balintovským skupinám, které se formovaly v Anglii ve 20. století, jako systematická supervize ve vztahu lékař-pacient. Balintovské skupiny jsou jedním z druhů supervize, které se zabývají vztahem zdravotníka a pacienta. Hlavní pozornost je v rámci této supervize zaměřena především na těžkosti a problémy pacienta, ale i zdravotníka (Bartošíková, 2006). Supervize se v České republice rozšířila především prostřednictvím řady nestátních organizací (Venglářová a kol., 2011).

Pracoviště ve státním sektoru (nemocnice, léčebny) zatím příliš supervizi nerealizují, neboť spoléhají na tradičně poskytovanou spolupráci, kdy jsou problémy pracovníků sdělovány a řešeny v rámci hierarchie daného zařízení s primářem nebo vedoucím lékařem oddělení. V posledních letech je snaha o prosazení supervize, kdy vznikají instituce, které se vlastní supervizí činností zabývají. Jedná se např. o Český institut pro supervizi a katedra Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy (Bartošíková, 2006). Supervize se zaměřuje na jednotlivce nebo na celé týmy pracovníků. Zabývá se konkrétními otázkami a problémy, které se vyskytují v praktické činnosti těchto pracovníků. Cílem supervize je zlepšení stávající pracovní situace či pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí, které odpovídají specifickým pracovním úkolům. Je orientována na podporu efektivity a kvality práce a také vzájemné spolupráce jednotlivých pracovníků v rámci pracovního týmu. Jedná se tedy o organizovanou reflexi, která je zaměřena na rozmanité aspekty pracovních situací, s cílem zkvalitnění práce a podpory profesního růstu konkrétního pracovníka (Bartošíková, 2006).

### **2.7 Léčba**

Stejně jako u všech chorob je nutné začít s léčbou syndromu vyhoření co nejdříve. Nejefektivnější je začít s léčbou již ve fázi stagnace. Hlavním problémem syndromu vyhoření je skutečnost, že se jedná o chronický, dlouhodobý a plíživý proces, kdy si velmi často ani sami postižení neuvědomují, že se něco děje (Poschkamp, 2013). Jestliže

syndrom vyhoření dospěje až do posledního tedy terminálního stádia, tak poté je vhodné vyhledat odbornou psychologickou či psychiatrickou pomoc (Kebza, 2013). Kebza uvádí, že: *„pokud jde o možnosti intervence, u syndromu vyhoření vycházejí především z psychoterapie a z možností navození příslušných organizačních a situačních změn“* (Kebza, 2013, s. 95). V případě, že jsou u konkrétního postiženého jedince, který trpí syndromem vyhoření, v popředí spíše zastoupeny osobnostní nežli pracovní a sociální aspekty, pak je vhodné doporučit psychoterapeutickou intervenci. Nejčastěji se využívá prvků existenciální psychoterapie, daseinanalýzy či logoterapie. Poměrně dobré výsledky má i behaviorální či kognitivně-behaviorální terapie (Kebza, 2013).

Je nutné si uvědomit, že léčba syndromu vyhoření se zabývá celkovým stavem postižené osoby, tedy jejího životního stylu, mezilidskými vztahy, pracovním prostředím a vztahy na pracovišti apod. Důležitou součástí léčby je i podpora a pomoc ze strany zaměstnavatele, který může například dočasně snížit požadavky kladené na pracovníka apod. (Kebza, Šolcová, 2008).

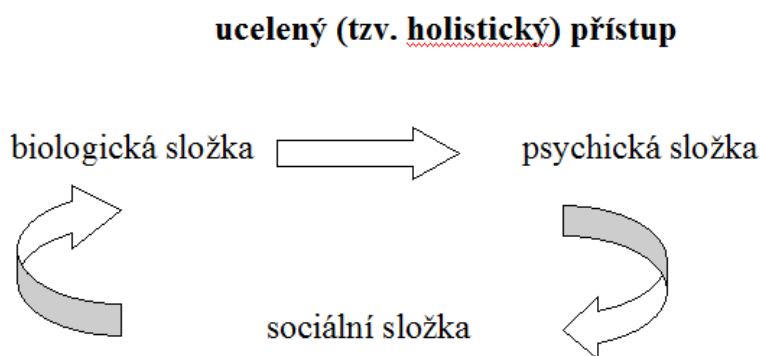
Cungi uvádí, že: *„všichni máme jakýsi „sešit nutností“, úkolů, které musíme plnit, věci, za které jsme odpovědní, ať už se to týká rodiny, profese, nebo společenské oblasti. Pokud však tyto „nutnosti“ nejsou dostatečně definovány, nastává zmatek. Čas věnovaný jedném úkolům překryje ten, který měl být určen jiné, důležitější činnosti.... A dostavuje se stres“* (Cungi, 2001, s. 196).

### 3. OSOBNOST JEDINCE

#### 3.1 Teorie osobnosti

Drápela uvádí, že: „*abychom porozuměli lidskému chování, musíme porozumět silám, které je utvářejí. V každém z nás je mnoho takových sil. Některé jsou intrapersonální a mají vztah k našim vnitřním pochodům, jiné jsou interpersonální a určují naše vztahy k lidem okolo nás.*“ (Drápela, 2008, s. 13).

Vnitřní svět a život každého jednotlivce je složitou strukturou, tzv. dynamikou osobnosti, která je složena jak z fyziologických, tak i psychologických a sociálních potřeb (viz obrázek 1), které působí jako motivační faktory (Drápela, 2008). Každý člověk je osobností, záleží pouze na skutečnosti, zda primitivní, jednoduchou či bohatě rozvinutou a otevřenou (Smékal, 2005).



Obrázek 1: Holistický přístup – dynamika osobnosti

Zdroj: (Matlasová, 2010).

Jedinec chápe svou osobnostní dynamiku pouze částečně. Některé její složky působí mimo dosah lidského uvědomění, ale přesto velmi silně ovlivňují naše chování a jednání (Drápela, 2008). Smékal uvádí, že: „*stávání se osobností je celoživotní proces a osobní úkol, jemuž je bohužel věnována daleko menší pozornost*“ (Smékal, 2005, s. 17).

I přesto, že vnímáme svou osobnost jako jednotnou a pevnou, tak tomu ve skutečnosti není, osobnost je neustále v pohybu, není statická. Podobá se spíše procesu než pevné, dané struktuře, jedná se tedy o stav, který neustále probíhá (Smékal, 2004). Mnozí psychologové chápou osobnost jako pole nebo základnu, která obsahuje naše přítomné

vnímání sama sebe, krátkodobé a dlouhodobé cíle, hodnoty, motivaci a životní zkušenosti (Drápela, 2008). Zdravá osobnost se prezentuje uspořádaností a jednotou skrytou za velkou rozmanitostí a pestrostí jejích projevů. Jestliže dojde ke ztrátě této určité jednoty, tak poté dochází k rozpadu celé osobnosti (Smékal, 2005).

Osobnost není tvořena pouze systémem, který přijímá a reaguje, ale osobnost je i systémem vytváření plánů a jejich následné uskutečňování. Smékal uvádí, že psychologii osobnosti se často vytýká, že v drtivé většině svých modelů a teorií zůstává na pouze popisné úrovni (Smékal, 2005). „*V uvažování o osobnosti se často setkáváme s protichůdnými východisky*“ (Smékal, 2004, s. 17). Psychologové, kteří vycházejí ze scientistického názoru, chápou osobnost jako abstrakci příčin obsahů vědomí a jednání. V psychologii se stále častěji setkáváme s názorem, že termín osobnosti označuje jednotu psychických procesů, stavů a také vlastností. Jedná se tedy o souhrn vnitřních determinant prožívání a chování (Smékal, 2004).

Základní témata zabývající se psychologií osobnosti jsou následující:

- geneze osobnosti, tj. vznik a vývoj osobnosti.
- dynamika osobnosti, tj., vnitřní činitele a faktory, které osobnost ovlivňují
- struktura osobnosti, tedy vnitřní uspořádání osobnosti (Smékal, 2004).

### **3.1.1 Utváření osobnosti**

Utváření osobnosti se pojí se vznikem vlastního „já“. Vznik a vývoj „já“ a jeho směřování k vytvoření vlastního sebepojetí patří mezi základní aspekty fungování osobnosti a možnosti jejího dalšího vývoje (Švingalová, 2002).

Smékal uvádí, že: „*na utváření osobnosti působí jak dědičnost, tak fyzikální vlivy prostředí a zdravotní stav, ale především kultura, výchova a společnost*“ (Smékal, 2005, s. 21). Při utváření osobnosti a vlastního „já“ se velmi podstatně uplatňuje proces tzv. sociálního učení, při kterém se zdůrazňují individuální odlišnosti v jednotlivých osobnostech jedinců. Celá geneze osobnosti tedy směřuje k určitému stupni psychické a sociální zralosti konkrétního jedince (Švingalová, 2002). Osobnost je neustálým procesem, kdy dochází k sebeutváření a sebeobnovování, dle aktuálních aspektů vnitřního i vnějšího prostředí jedince (Smékal, 2005).

### 3.1.2 Dynamika osobnosti

Téma dynamiky osobnosti se zabývá silami, které hýbou a směřují osobností. Mimo jiné určují její chování a jednání. Dynamika osobnosti bývá velmi často vztahována ke konceptům motivace, hodnot či temperamentu jedince. Hlavním smyslem určitého chování a jednání jedince je udržování intrapsychické rovnováhy, která se prezentuje nejčastěji jako pocit hodnoty sebe sama (Švingalová, 2002). Smékal uvádí, že: „*osobnost je soustava vnitřních podmínek, které rozhodují o tom, jak zpracováváme podněty z vnějšího prostředí (i ze svého těla) a jak na ně reagujeme*“ (Smékal, 2005, s. 19).

### 3.1.3 Struktura osobnosti

Struktura osobnosti se týká vnitřního uspořádání osobnosti, toho z čeho se osobnost skládá: dispozice, schopnosti, postoje apod. Velmi často struktura osobnosti poukazuje na trvalejší, statické uspořádání jedince (Švingalová, 2002). Termín osobnost představuje pojem, který označuje psychické struktury rysů, stavů a dynamismů, které se v určité míře a na podkladě individuálních variací objevují u všech lidí (Smékal, 2005).

## 3.2 Typologie osobnosti

Je možné říci, že člověk není pouze jednou osobností. Ve většině případů se jedná o kombinaci dvou a více různých typů osobnosti. Typ osobnosti jedince velmi úzce souvisí s jeho temperamentem (Švingalová, 2002). Temperament bývá definován jako soubor dědičných osobnostních rysů. Jedná se o vlastnosti, které jsou jak genetického původu (stejně jako například inteligence), tak se zároveň formují v průběhu života a vývoje jedince (Goldsmith, Buss, Plomin, Rothbart, Thomas, Chess, Hinde, McCall, 1987).

V současné době existuje několik desítek pojetí temperamentu, kdy nejznámější dělení je na čtyři základní typy (cholerik, sangvinik, flegmatik a melancholik) (Smékal, 2005). Keogh uvádí, že: „*temperament je jednou z těch nezachytitelných a těžko definovatelných charakteristik popisujících individuální rozdíly mezi lidmi*“ (Keogh, 2007, s. 18).

### 3.2.1 Jungova typologie

Jungova typologie osobnosti je užívána dodnes. C. G. Jung vytvořil dvoustupňové bipolární typologické pojetí osobnosti:

- nižší stupeň zahrnuje rozlišení tzv. extroverze a introverze,

- vyšší stupeň se zabývá převahou jedné ze základních psychických funkcí, tj. myšlení, cítění, vnímání nebo intuice (Švingalová, 2002).

Za základní prvek typologických rozdílů osobnosti chápe Jung ve vlastnostech introverze a extroverze, což představuje odlišný pohled jedince na okolní svět. Popis zahrnuje genotypickou úroveň těchto vlastností, genotypický základ je ve vzájemném poměru mezi vzruchem a útlumem (Švingalová, 2002). Hlavním kritériem pro možnost rozlišení introverze a extroverze je celkový vztah, zaměření jedince na vnější svět a vlastní osobu. Oba typy jedince jsou spojeny s charakteristickou emocionalitou a jejími projevy (Keogh, 2007).

Extrovert je zaměřen na vnější skutečnosti, na vztahy mezi věcmi, na samotnou činnost, zatímco introvert je zaměřen na vnitřek, na sebe, na vlastní zážitky a psychické stavy (Smékal, 2004). Introvert je vůči okolí uzavřený, nedůvěřivý, plachý a nejistý. Je schopen hlubokých intrapsychických zážitků, obtížněji se adaptuje a často bývá nerozhodný. Extrovert je vůči svému okolí otevřený, společenský a přátelský (Švingalová, 2002).

Oba postoje bývají v jedinci přítomny současně, ale vždy jeden z nich převládá. Také se rozlišuje typ osobnosti dle poměrné síly čtyř „mohutností“ neboli psychických funkcí. Jung definoval jejich podstatu dle jejich specifických příspěvků: (Drápela, 2008)

- *„Myšlení zkoumá, co vnímaný předmět je.*
- *Cítění oceňuje hodnotu předmětu.*
- *Smyslové vnímání zahrnuje veškerou smyslovou zkušenost.*
- *Intuice poznává skrytý význam předmětu“* (Drápela, 2008, s. 38).

Drápela uvádí, že kombinací a interakcí dvou postojů a čtyř funkcí dochází k vytvoření základní taxonomie lidských typů osobnosti. (Drápela, 2008)

Další popsání dělení teorií osobnosti je založeno na temperamentu osobnosti (Smékal, 2005). Jedná se tedy o typologii temperamentu, který úzce souvisí s osobností jedince. Temperament je možné definovat jako soustavu psychických vlastností a funkcí, které se prezentují určitým typem chování, prožívání a jednání daného člověka. Jedná se o mechanismus, jak snadno u jedince vznikají emoce, jak jsou intenzivní a jak se projevují navenek, popř. jak rychle dochází k jejich střídání (Švingalová, 2002).

Ideální je, když je jedinec dokáže své temperamentové projevy uvést v soulad s nároky aktuální situace (Smékal, 2005).

Švingalová uvádí, že: „*vlastnosti temperamentu jako nápadné povahové vlastnosti poutaly pozornost odedávna. Nejstarší typologický pokus v oblasti temperamentu byl zaznamenán u starověkých lékařů a filozofů. Známa je typologie řeckého lékaře Hippokrata (460-377 před n. l.), kterou upravil Galenos*“ (Švingalová, 2002, s. 66).

### 3.2.2 Typologie osobnosti dle Hippokrata a Galéna

První klasifikaci typologie osobnosti vypracovali Hippokrates a Galénos, což byli starověcí lékaři. Vymezili čtyři základní povahové typy osobnosti, a to: sangvinika, flegmatika, melancholika a cholerika (Smékal, 2005). Tato typologie je vytvořena na základě čtyř primárních živlů: vzduch, země, oheň a voda, a na základě přítomnosti čtyř tělesných tekutin: krev, hlen, černá žluč a bílá žluč (Socha, 2010).

Osobnost cholerika je definována následujícími rysy: ráznost, nepokojnost, vznětlivost. Jedná se o osobu, která občas „vypění“, ale jeho hněv netrvá dlouho. V náladách se projevuje nevyrovnaně, velmi často je střídá. Nachází se mezi nadšením a rozčarováním a také se u něho prezentují sklony k přehánění. Jedná se o osobnost, která je výrazná, její představy a dojmy se rychle střídají. V kolektivu často zaujímá dominantní postavení (Socha, 2010).

Sangvinik bývá charakterizován jako vyvážená a stabilní osobnost. Jedná se o osobu, která je čilá, veselá, optimisticky laděná, kreativní a proto se dobře přizpůsobuje novým situacím. Velmi silně prožívá emoce, ale jeho emoce jsou povrchní, nestálé, často se střídají. Snadno navazuje vztahy s druhými lidmi (Socha, 2010).

Flegmatik je obecně považován za klidného jedince, který se nenechá ničím vyvést z míry. Jedná se o osobnost, která se vyznačuje rozvážností, trpělivostí, pracovitostí, pečlivostí a také výraznou houževnatí (Čákr, 2004).

Osobnost melancholika bývá vyznačována pomalostí, nevýrazností (obdobně jako je tomu u flegmatika), ale navíc je zde přítomna i velmi nízká intenzita výdrže či síly. U melancholika se také často objevuje zvýšená senzitivita až přecitlivělost a zádumčivost. Velmi často pochybuje o vlastních schopnostech nebo dovednostech. Osobnost melancholika je možno popsat jako nesdílnou, uzavřenou, rezervovanou, která mívá

problémy se sociální adaptabilitou, sociální komunikací a sociální interakcí (Földényi, 2013).

### **3.2.3 Konstituční typologie dle Kretschmera**

Kretschmer, německý psychiatr, vycházel ze skutečnosti, že prožívání a chování člověka je determinováno biologickými mechanismy. Zabýval se tím, jak psychické choroby souvisejí s tělesnou konstitucí člověka. Zjištěné souvislosti poté dále zobecnil i na zdravou populaci. Duševní chorobu Kretschmer chápal jako krajní podobu temperamentu, s nímž se v normálním stupni setkáváme u zdravých osob. Pozoroval, že například schizofrenie se vyskytuje především u lidí štíhlých nebo svalnatých, cyklotýmní psychózy (schizoafektivní psychóza) spíše postihují osoby silnější konstituce, pykniky. Východiskem Kretschmerovy typologie jsou tzv. somatotypy, k nimž přiřadil typy charakteru, temperamentu (Smékal, 2004). Temperamentní typy jsou odstupňované od normy až po patologii (viz tabulka 1) (Švingalová, 2002).

Cyklotýmní typ temperamentu se objevuje u pyknických somatotypů, které se vyznačují menší výškou, krátkými končetinami, kulatým obličejem, krátkým silným krkem, silnou kostrou a také sklonem k tloustnutí. Mezi psychické vlastnosti tohoto somatotypu patří například: přirozenost, společenskost, přátelskost, srdečnost, veselost, důvěřivost, dobrá adaptabilita, praktičnost. Vyznačuje se rychlým střídáním nálad, vzrušení a klidu, střídáním radosti a smutku (Švingalová, 2002). U této osobnosti, považoval Kretschmer, vyšší sklon ke vzniku onemocnění maniodepresivní psychózou (bipolární afektivní porucha) (Smékal, 2004).

Schizotýmní typ temperamentu se vyskytuje velmi často u somatotypu astenického či atletického. Tento typ se vyznačuje sklonem k abstraktnímu myšlení a ambivalencí mezi náladou vznětlivou a lhostejnou, mezi vřelostí a odstupem, flexibilitou a strnulostí. Vůči vnějšímu světu se schizotýmní typ vyznačuje uzavřeností, je zaměřen na své intrapsychické prožívání, navenek velmi často působí chladně. Je považován za teoretika a racionalistu, je disciplinovaný, přesný a pedantský, panovačný, důsledný, udržuje si určitý sociální odstup (Švingalová, 2002).

Viskozní typ temperamentu se prezentuje u atletického somatotypu, pro který je typická dobrá a souměrná stavba těla s dobře vyvinutým svalstvem. U této osobnosti se objevují protiklady střídavé výbušnosti a netečnosti, důkladnost a houževnatost (Švingalová, 2002).

Kretschmerova typologie osobnosti má mnoho chybných základů, kdy například vychází z psychicky nemocných a přenáší jejich vlastnosti a stavy na zdravou populaci. Psychické znaky chápe jako koreláty tělesných znaků, tvarů těla, somatotypů. Zcela ale opomíjí primární úlohu nervové soustavy při vytváření typu jedince. Také mimo jiné zanedbává vliv sociálního prostředí a značně přeceňuje význam biologických faktorů (Švingalová, 2002).

### **3.2.4 Eysenckova typologie**

H. J. Eysenck využívá v rámci své typologie osobnosti dvě základní dimenze: extroverze/introverze a stabilita/labilita (Smékal, 2004). Labilita představuje sklon k neurózám nebo k neuroticismu. V důsledku kombinací těchto dvou základních dimenzí následně vznikají čtyři typy osobnosti:

- Sangvinik neboli stabilní extrovert je osobností, která je velmi otevřená a společenská.
- Cholerik čili labilní extrovert představuje vznětlivého jedince, který je velmi zásadový, často netolerantní až agresivní.
- Melancholik, labilní introvert, je vnímavou osobností, u které se objevuje pesimismus, náladovost a uzavřenost.

Flegmatik neboli stabilní introvert představuje tichého a bezkonfliktního jedince, který může působit až lhostejným dojmem (Bosoková, 2013).

### **3.2.5 NEO Five-Factor Inventory (pětifaktorový model osobnosti)**

Ke zrealizování empirické části bakalářské práce bylo zvoleno, ke zjištění typu osobnosti respondentů, typologie dle modelu NEO Five-Factor Inventory (dále jen NEO-FFI). Například Eysenck hovoří o rysech extroverze a neuroticismu jako o základních temperamentových charakteristikách osobnosti a považuje je za primární osobnostní dimenze (Doležalová, 2010). Dotazník NEO-FFI hodnotí základní dimenze osobnosti:

- „Neuroticismus“,
- „Extroverze“,
- „Otevřenost vůči zkušenosti“,
- „Přívětivost“,
- „Svědomitost“ (Hřebíčková, Urbánek, 2001).

Prostřednictvím dimenze „Neuroticismus“ jsou zjišťovány individuální rozdíly v emocionální stabilitě či emoční labilitě. Jestliže jedinec dosahuje vysokého skóre v dimenzi „Neuroticismus“, tak poté se jedná o osobnost, kterou je možné velmi snadno přivést do rozpaků, často se cítí zahanbena, nejistá, nervózní až úzkostná (Hřebíčková, 2003). Také velmi často tato osoba prožívá strach, smutek nebo obavy (Hřebíčková, Urbánek, 2001). U emocionálně stabilních osobností je hodnota skóru nízká, a jedná se o osoby, které jsou klidné, vyrovnané, působí bezstarostně a stresující situace je nevyvádí z míry. Osobnost, která dosahuje vysokého skóru v dimenzi „Extroverze“, je charakterizována jako společenská, sebejistá, aktivní, hovorná, kreativní, energická, optimistická a veselá. Naopak u osob s nízkým skórem v této dimenzi se objevuje uzavřenost, zdrženlivost samostatnost (Hřebíčková, 2003).

Nejméně známou je dimenze „Otevřenost vůči zkušenosti“. Jedinci, kteří dosahují vysokého skóru v této dimenzi, většinou mají živou představivost, jsou citliví a empatictí, vnímaví k vnitřním pocitům, často upřednostňují rozmanitost, také jsou zvědaví, a jejich úsudek je nezávislý (Hřebíčková, 2003). Často se chovají a projevují nekonvenčně, rádi zkoušejí nové způsoby chování a jednání, preferují změnu oproti stereotypu. Osoby s nízkým skórem v této dimenzi se prezentují určitým konvenčním způsobem chování, jsou konzervativní a jejich emoční projevy a reakce bývají tlumené (Hřebíčková, Urbánek, 2001).

„Přívětivost“ je dimenzí, která je zaměřena na interpersonální chování a jednání jedince. Tato dimenze, v hodnotách vysokého skóru, je prezentována chováním a jednáním jako je altruismus, schopnost a snaha porozumět druhým, sklon druhým lidem důvěřovat, upřednostňování spolupráce s druhými. U nízkého skóru jsou dominantní u jedince tyto charakteristiky: nepřátelství a egocentrismus, snaha o znevažování cizích záměrů a cílů, soutěživost místo spolupráce (Hřebíčková, 2003).

Dimenze „Svědomitost“ se zabývá vztahem k práci, schopností aktivního procesu plánování a organizování s následnou realizací úkolů. Jedinci, kteří dosahují vysokých skóre v této dimenzi, je možné popsat jako cílevědomé a ctižádostivé osoby, které jsou pilné, vytrvalé, systematické, mající pevnou vůli. Jedná se o jedince vysoce disciplinované a spolehlivé, přesné a pořádkumilovné. Naopak osoby s nízkým skórem se vyznačují nedbalostí, lhostejností, a své cíle naplňují pouze s velmi malým osobním zaujetím a snahou (Hřebíčková, 2003).

### 3.3 Vliv osobnosti jedince na vznik syndromu vyhoření

#### 3.3.1 Typologie jedince dle typu chování A, B

Chování jedince typu A: lékaři již delší dobu poukazují na spojitost mezi cílevědomostí jedince a rozvojem různých vegetativních chorob. Na základě výzkumu kardiologů (Friedmanna a Rosenmana) bylo zjištěno, že riziko infarktu je u jedinců s typem chování A vyšší než u ostatních osob. Za typ A označují lékaři osoby, které mají vysoké ambice a silně vyvinutý smysl pro povinnost, vyznačující se soutěživostí, netrpělivostí, perfekcionismem a sklony k agresivnímu chování. Také jsou pro ně typické sklony ke spěchu, vznětlivosti, podrážděnosti apod. Psychologové tyto osoby mnohdy definují jako tzv. workholiky. Osoby s tímto vzorcem chování bývají zpočátku velmi úspěšné, protože se jim za jejich výkony dostává významného uznání (Stock, 2010). Stock uvádí, že: „*Svou bojovností a netrpělivostí však často způsobují konflikty mezi lidmi a začínají narážet. Tím se dostávají do stále větší izolace a utvrzují se v názoru, že si musí vše udělat sami*“ (Stock, 2010, s. 42-43).

Lidé typu A si vůbec neuvědomují a nepřipouštějí jakékoli zdravotní potíže, které plynou z nedostatečné tělesné i psychické regenerace a z celkové dysbalance organismu. Workholik se realizuje pouze prostřednictvím své práce, nic dalšího pro něho neexistuje. Často workholici tvrdí, že milují a potřebují k životu stres (Kallwass, 2007). Teprve po několika letech vyplývané energie a sil, kdy se postupně začínají objevovat a hromadit neúspěchy, u nich velmi často dochází k tělesné reakci, k syndromu vyhoření (Kebza, Šolcová, 2013).

U chování typu B se jedná o způsob chování a jednání, které je přímo opačné typu A. Typ B je charakterizován nižší mírou nepřátelského chování a jednání, agresivitou, soutěživostí. Je pro něj typická větší míra trpělivosti, klidu a uvolnění. Je možno předpokládat, že se jedná o určité ideální předpoklady prevence vzniku syndromu vyhoření (Kebza, 2013). Ale také naopak trvale nízké pracovní vytížení a značně uvolněný přístup snižují celkovou efektivitu a produktivitu práce (Kallwass, 2007). V extrémních případech se může jedinec typu chování B projevovat velmi nízkou angažovaností, nízkou iniciativou a motivací. Toto vše může vést až k permanentní nečinnosti a z dlouhodobého hlediska může dojít k hluboké nespokojenosti jak v rovině pracovní, tak i v rovině osobního života, ale nejedná se o syndrom vyhoření (Stock, 2010).

### 3.3.2 Další typologie

Stock uvádí, že: „v Německu je používaná typologie podle souboru testů AVEM, kdy jsou rozlišovány čtyři základní osobností typy jedinců (pracovníků)“ (Stock, 2010, s. 51). Typ G (Gesundheit-zdraví) je vyznačován vysokým, ale ne nadměrným pracovním nasazením a ochotou jedince nést pracovní zátěž. Je schopen si bez problémů udržet jistý odstup, čímž si zachovává schopnost vlastní regenerace. Klade důraz na kolegiálníitu a v zaměstnání bývá velmi často úspěšný a oblíbený. Typ A (Anstrengung-námaha, úsilí) představuje rozeného perfekcionista. Vykazuje nadprůměrné pracovní nasazení. Tito osoby mívají sklon k solitérství, mívají nízkou podporu od kolegů a hrozí jim opotřebení. Typ B (Burnout-vyhoření) i nadále projevuje vysoké pracovní nasazení, ale v důsledku tělesného a psychického vyčerpání začíná postupně rezignovat, přestává být efektivní a často také neumí využít nabízené pomoci od kolegů a přátel. Typ S (Schonung-šetření se) se obává vlastního pracovního opotřebení. Tito pracovníci vykonávají svou práci dobře, ale neprojevují žádnou nebo pouze malou iniciativu, která by byla nad rámec jejich povinností. Jedná se o osoby, které je možné charakterizovat méně intenzivním pracovním nasazením (Stock, 2010).

## **4. PROFESE VŠEOBECNÉ SESTRY/BRATRA**

### **4.1 Emoce u všeobecných sester/bratrů**

Student/studentka zdravotní školy nebo student/studentka oboru ošetrovatelství započiná svou profesní dráhu s mnohými ideály, které jsou inspirovány a podněcovány péčí a pomocí druhým lidem (Hájek, 2006). Devatenáctiletý/á či dvacetiletý/á student/studentka na střední zdravotnické škole či na vysoké škole se, ale velmi brzy ze světa ideálů propadá do každodenní, náročné reality, kdy je nejdůležitějším zlomem právě překonání prvního kontaktu s lidským utrpením, bolestí, strachem a nejistotou, to vše za hranicemi osobních zkušeností. Tato úvodní etapa, v profesi všeobecné sestry/bratra, je velmi důležitou a nezbytnou, pro možnost následné schopnosti regulace emocí a jejich vlastní kontroly (Jurásková, 2011).

### **4.2 Osobnost všeobecné sestry/ bratra**

Všeobecná sestra/bratr je osobou, která je formálně přijata ke studiu do studijního programu ošetrovatelství, následně povinné studium úspěšně dokončil/a a získal/a odbornou profesní kvalifikaci (Mastiliaková, 2004). Na území České republiky je všeobecná sestra/bratr uznávaná/uznáván, registrována/registrován a má vlastní licenci, tedy zákonné povolení, které ji/mu umožňuje poskytovat a vykonávat sesterskou profesi a ošetrovatelskou péči (Jílková, 2008).

Profese všeobecné sestry/bratra obsahuje určitý systém rolí, rolového chování, které je dáno sociálním statutem povolání všeobecné sestry. Sesterskou roli je možné charakterizovat konkrétními objektivními danostmi ve společnosti a je tedy historicky podmíněná (Vyhláška č. 424/2004 Sb.).

Profese všeobecné sestry/bratra prodělala v poměrně krátkém časovém úseku velké změny. S masivním rozvojem oboru ošetrovatelství se začíná měnit i pohled na roli sestry/bratra. Postupem doby začínají do medicíny i ošetrovatelské péče pronikat nové poznatky z oblasti společenských věd, jako je psychologie, etika, pedagogika, sociální práce apod. Všeobecná sestra/bratr se tak stává zcela rovnocenným členem zdravotnického týmu, a zároveň osobou, která je schopna samostatné a odborné činnosti. Mění se proto pracovní kompetence všeobecné sestry/bratra a mění se i vlastní obsah náplně vykonávané práce (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Na kvalitu života všeobecné sestry a její výkonnosti má vliv také životní prostředí a pracovní charakteristiky daného pracoviště (Van Boagert, Timmermans, Weeks, van

Heusden, Wouters, Franck, 2013). Je velmi důležité si uvědomit a zaměřit se na to, že v zařízeních či organizacích, kde je poskytována ošetrovatelská péče u velkého množství nemocných, se může u všeobecných sester objevit vyšší pravděpodobnost symptomů syndromu vyhoření (Campana, Hammound, 2013).

#### **4.3 Poslání a náplň práce všeobecné sestry/bratra**

Hlavním posláním všeobecných sester/bratrů je pomoc jednotlivci, rodinám i sociálním skupinám, kterým napomáhá naplňovat jejich aktuální potřeby a dosahovat tak jejich maximálních fyzických, psychických i sociálních možností, a to v souladu s prostředím, ve kterém tyto osoby žijí a pracují (Jílková, 2008). Dále všeobecná sestra/bratr hájí zájmy pacienta/klienta a proto o něho pečuje a maximálním akceptováním jeho lidské důstojnosti a intimity. Mezi další vykonávané činnosti všeobecné sestry/bratra patří podpora a uchovávání zdraví pacientů/klientů a zabraňují vzniku choroby. V rámci realizace ošetrovatelského procesu, který je založen na aktivním kontaktu mezi sestrou/bratrem a pacientem/klientem je nutné, aby pacient/klient i jeho rodinní příslušníci měli ke všeobecné sestře/bratrovi důvěru (Vyhláška č. 424/2004 Sb.).

#### **4.4 Kompetence a dovednosti všeobecné sestry/bratra**

Za důležitou oblast kompetencí a dovedností všeobecné sestry/bratra jsou považovány sociální kompetence neboli sociální inteligence (Jurásková, 2011). Sociální percepce představuje schopnost vnímání druhých osob. Z části se jedná o talent. Sestry/bratři se musí naučit vnímat, u svých pacientů/klientů, jejich náladu, emoce, celkový a aktuální stav a následně, dle těchto faktorů, zvolit vhodný přístup k pacientovi/klientovi (Venglářová a kol., 2011). Přívětivost, sociabilita a komunikativnost znamená přátelskost, veselost a také otevřenost vůči druhým lidem (Hájek, 2006). U osob, které disponují otevřenou a komunikativní povahou, je možné předpokládat určitou výhodu v komunikaci s druhými. Komunikační dovednosti nepředstavují pouze schopnost umět se vyjadřovat a ptát se, ale především se jedná o schopnost empatie a naslouchání druhým. Schopnost týmové spolupráce je pro všeobecnou sestru/bratra velmi přínosnou schopností, neboť je nucena/nucen pracovat v kolektivu, ve zdravotnickém týmu (Venglářová a kol., 2011). Při řešení konfliktů se uplatňují různé způsoby reakcí, strategií a chování v konfliktních situacích, které si během života osvojujeme (Kebza, Šolcová, 2004).

#### 4.5 Podmínky vzniku syndromu vyhoření u všeobecných sester/bratrů

Venglářová a kol. považují za typické vyjádření vyhořelé sestry následující slova: „*Sáhla jsem si na dno, jsem vyčerpána, tělo mě zradilo, jsem slaboch, nezvládla jsem náročnou situaci*“ (Venglářová a kol., 2011, s. 25).

Jak již bylo uvedeno v předešlých kapitolách, tak syndrom vyhoření spíše postihuje pracovníky pomáhajících profesí (Kebza, 2013). Důvodem je fakt, že pomáhající často přebírá problémy svých pacientů/klientů a snaží se řešit jejich problémy s tím, že své vlastní problémy odsouvá do pozadí. Jejich profese se tak stává jejich celoživotní náplní. Hlavním problémem sesterské profese je fakt, že je založena na vztahu všeobecná sestra/bratr a pacient/klient (Venglářová a kol., 2011).

#### 4.6 Faktory zátěže a stresu v profesi všeobecné sestry/bratra

Stres je nedílnou součástí a pravděpodobně také hlavním aspektem prezentující se u role všeobecné sestry, se současnými výzvami, které se pojí s poskytováním ošetrovatelské péče u nemocných a jejich rodin. Je známo, že úroveň stresu u všeobecných sester v současné době přesahuje kapacitu mnoha z nich, což vede k poškození jejich zdraví a stavům vyčerpání či vzniku syndromu vyhoření (Wright, 2014).

Podkladem pro vznik syndromu vyhoření jsou:

- osobnostní nastavení pomáhajícího,
- pracovní prostředí.

Další faktory přispívající k riziku vzniku syndromu mohou být tyto:

- péče o pacienty s infaustní prognózou,
- péče o chronicky nemocné,
- péče o depresivní pacienty,
- péče o pacienty se závislostmi,
- gerontopsychiatrická péče,
- práce v rizikových centrech a léčebnách,
- práce na psychoterapeutických odděleních a léčebnách (Venglářová a kol., 2011).

Rizikovým faktorem vzniku syndromu vyhoření u všeobecných sester/bratrů je i práce na směny. Všeobecná sestra/bratr je nucena/nucen velmi často dokázat reagovat

rychle a adekvátně na proměnlivou situaci (akutní změny zdravotního stavu u pacientů, potřeby oddělení, provozní problémy apod.) (Venglářová a kol., 2011).

#### **4.7 Rizika u začínajících sester/bratrů**

Venglářová a kol. uvádějí, že: „*mladé studentky a dnes již stále častěji i studenti se musí vyrovnat s těžkou konfrontací s nemocí, kontaktem s utrpením, se zátěží psychickou i fyzickou. S tím souvisí i věk, ve kterém sestry/bratři zahajují nástupní praxi*“ (Venglářová a kol., 2011, s. 28).

Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření uplatňující se u začínajících všeobecných sester/bratrů jsou tyto:

- nevyzrálá osobnost sestry/bratra,
- konflikt rolí,
- pocity bezmocnosti v konfrontaci s péčí o umírající či dlouhodobě nemocné,
- vysoká zodpovědnost pracovníka,
- časový stres,
- neustálý kontakt s pacienty/klienty,
- pocit nedostatku volného času,
- problémy s adaptací na směnný provoz (Venglářová a kol., 2011).

## **II PRAKTICKÁ ČÁST**

### **5. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU**

#### **5.1 Cíle práce**

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, zda určitý typ osobnosti všeobecné sestry vykazuje vyšší sklon ke vzniku syndromu vyhoření.

Dílčí cíle bakalářské práce jsou následující:

Dílčí cíl 1:

Zjistit, na kterém oddělení v rámci nemocnice, se prezentuje nejvyšší počet pracovníků se syndromem vyhoření.

Dílčí cíl 2:

Zjistit osobnostní typologii (pětifaktorový model) pracovníků na jednotlivých odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s.

Dílčí cíl 3:

Zjistit, která z osobnostních dimenzí vykazuje nejtěsnější spojení se syndromem vyhoření.

Je nutné uvést, že cílem výzkumné části této práce není zjišťování ani hodnocení spokojenosti oslovených respondentů s jejich aktuálními pracovními podmínkami (např. vztahy mezi pracovníky navzájem, vztahy mezi nadřízený a podřízený aj.).

#### **5.2 Hypotézy**

Výzkumné hypotézy bakalářské práce jsou následující:

H1: Syndrom vyhoření se prezentuje u jedinců s vysokým skórem v dimenzi „Neuroticismus“.

Operacionalizace H1: Vysoký skór pro dimenzi „Neuroticismus“ byl stanoven jako hodnota od 50. percentilu výše.

H2: Syndrom vyhoření je nejvýrazněji přítomen u všeobecných sester pracujících v chirurgických oborech.

Operacionalizace H2: Nejvýraznější přítomnost syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících v chirurgických oborech byla definována na základě hodnoty v procentech, která byla srovnávána a hodnocena jako nejvyšší, ze všech čtyř úseků Nemocnice České Budějovice, a.s. (tj. úsek chirurgických oborů, úsek interních oborů, úsek kardiocentra a vybraných zdravotnických oborů a úsek ostatních zdravotnických oborů).

H3: Ve sledovaném souboru (celkový počet respondentů) je syndrom vyhoření přítomen ve více jak 50%.

H4: Vysoký skóre v dimenzi „Svědomitost“ souvisí se vznikem syndromu vyhoření.  
Operacionalizace H4: Vysoký skóre pro dimenzi „Svědomitost“ byl stanoven jako hodnota od 50. percentilu výše.

U dotazníku MBI (Inventář syndromu vyhoření) bylo zjištěno, že všechny tři základní faktory, které jej tvoří (tj. dva negativní: emocionální vyčerpání, depersonalizace a jeden pozitivní: osobní uspokojení) jsou na sobě závislé. Snahou autorky práce bylo zvolení hranic mezi jednotlivými faktory precizně, aby opravdu došlo k „objektivnímu“ odlišení osob vyhořelých od osob nevyhořelých. Přítomnost syndromu vyhoření byla definována, jestliže u jednoho z negativních faktorů byla hodnota nad 50. percentil.

## **6. CHARAKTERISTIKA METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD**

### **6.1 Technika sběru dat**

V rámci bakalářské práce je realizováno empirické šetření. Zvolenou metodikou výzkumného šetření bakalářské práce je kvantitativní výzkum. Technikou sběru dat je dotazník, který je složen ze tří samostatných částí. První část dotazníku obsahuje identifikační otázky (pohlaví, věk, doba výkonu praxe apod.), druhá část dotazníku obsahuje otázky ze standardizovaného osobnostního testu NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) (60 otázek) a poslední, třetí část je složena z otázek z testu Malasch Burnout Inventory (inventář syndromu vyhoření) (22 otázek).

#### **6.1.1 Dotazník NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)**

NEO-FFI (viz příloha 1 - dotazník) je časově nenáročná dotazníková metoda, která informuje výzkumníka o pěti základních dimenzích zkoumané osoby. Jedná se o dimenze: „Neuroticismus“, „Extroverze“, „Otevřenost vůči zkušenosti“, „Prívětivost“ a „Svědomitost“. Dotazník NEO-FFI je možno použít jak pro výzkumné účely, tak i v rámci klinické diagnostiky, v poradenské psychologii či v psychologii pracovní (Hřebíčková, 2003).

#### **6.1.2 Dotazník MBI (Malasch Burnout Inventory, inventář syndromu vyhoření)**

Dotazník MBI (viz příloha 1 - dotazník) je nejznámější standardizovaný dotazník, který je určen ke zjišťování přítomnosti syndromu vyhoření. Skládá se ze tří základních faktorů: dva se zaměřují na negativní aspekty (např. emocionální vyčerpání, depersonalizace) a jeden se týká pozitivních aspektů (tj. osobní uspokojení) (Bartošíková, 2006).

Emocionální vyčerpání je stavem, který je charakterizován naprostým vyčerpáním a následnou ztrátou chuti k životu. Jedinec se cítí být vyčerpaný, nic ho nezajímá (Bartošíková, 2006).

Depersonalizace vyjadřuje ztrátu úcty k lidem. Tento projev vyčerpání je dominantně vyjádřen u osob, které vykazují velkou potřebu recipacity, tedy kladné odezvy od lidí kterým se věnují (např. pedagogové, zdravotničtí pracovníci, psychologové, sociální pracovníci a další). Tyto osoby očekávají kladné reakce od svého okolí, a jestliže se jich nedočkají, dochází u nich k depersonalizaci, kdy jsou vůči druhým cyničtí, druhé nerespektují apod. (Honzák, 2009). Osobní uspokojení a snížená výkonnost se objevuje

u osob s nízkou mírou zdravého sebehodnocení (Křivohlavý, 2012). Jedná se o osoby, které k sobě nemají důvěru, necítí energii k překonávání složitých životních či pracovních situací a tak se snižuje jejich celková výkonnost (Honzák, 2009).

## **6.2 Charakteristika zkoumané populace a popis vzorku**

Cílová skupina pro výzkumné šetření je tvořena všeobecnými sestrami/bratry pracujícími v rámci Nemocnice České Budějovice, a.s. Před zahájením samotného výzkumného šetření byla oslovena hlavní sestra Nemocnice České Budějovice, a.s., aby s ní byla domluvena možnost realizace výzkumu. Po jejím odsouhlasení byly osloveny vrchní sestry jednotlivých oddělení, kam byly následně distribuovány dotazníky. Od hlavní sestry bylo zjištěno, že Nemocnice České Budějovice, a.s. má v pracovním poměru zhruba 1100 všeobecných sester/bratrů. Dotazníků bylo celkem po odděleních rozdáno 500 kusů. Dotazníkem byly osloveny všeobecné sestry Nemocnice České Budějovice, a.s., a to na úseku interních oborů, na úseku chirurgických oborů, na úseku kardiocentra a vybraných zdravotnických oborů a na úseku ostatních zdravotnických oborů. Na úsek centrálních laboratoří dotazníky distribuovány nebyly, protože zde pracovníci nepřijdou do přímého styku s pacienty.

V úvodu dotazníku byli respondenti vyzváni, aby otázky v dotazníku vyplňovali z pohledu jejich osobnosti, nikoli z pohledu zdravotníka.

### **6.2.1 Nemocnice České Budějovice, a.s.**

Nemocnice České Budějovice, a. s. patří k největším zdravotnickým zařízením fungujícím v rámci Jihočeského kraje. V nemocnici je k dispozici celkem 1452 lůžek. V Nemocnici české Budějovice, a.s. je poskytována základní i odborná, specializovaná, péče ve všech oblastech zdravotnické a ošetrovatelské péče. Jediným akcionářem Nemocnice České Budějovice a.s. je Jihočeský kraj (Nemocnice České Budějovice, a.s., 2013).

V průběhu roku je zde provedeno zhruba 30 000 operačních výkonů a zákroků, 660 000 ambulantních vyšetření či léčebných intervencí. Za rok je zde hospitalizováno kolem 53 000 osob. V roce 2013 se zde narodilo 2 135 dětí (Nemocnice České Budějovice, a.s., 2013).

Nemocnice má kolem 2500 zaměstnanců, je tedy považována za jednoho z největších zaměstnavatelů v rámci Jihočeského kraje (www.nemcb.cz, 2013). Jednotlivá oddělení nemocnice jsou rozdělena do čtyř základních úseků (viz tabulka 2):

- úsek interních oborů,
- úsek chirurgických oborů,
- úsek kardiocentra a vybraných zdravotnických oborů,
- úsek ostatních zdravotnických oborů,
- úsek centrálních laboratoří (Nemocnice České Budějovice, a.s., 2012).

Tabulka 1: Rozdělení oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. na jednotlivé úseky

| ÚSEK INTERNÍCH OBORŮ | ÚSEK CHIRURGICKÝCH OBORŮ      | ÚSEK KARDIOCENTRA A VYBRANÝCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ | ÚSEK OSTATNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ | ÚSEK CENTRÁLNÍCH LABORATOŘÍ                    |
|----------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| ODDĚLENÍ             | ODDĚLENÍ                      | ODDĚLENÍ                                           | ODDĚLENÍ                            | LABORATOŘ                                      |
| GASTROENTEROLOGICKÉ  | ANESTEZIOLOGICKO RESUSCITAČNÍ | KARDIOLOGICKÉ                                      | DĚTSKÉ                              | KLINICKÉ CHEMIE                                |
| INFEKČNÍ             | ŽENSKÉ                        | KARDIOCHIRURGICKÉ                                  | KOŽNÍ                               | pracoviště<br>KLINICKÉ A SOUDNÍ<br>TOXIKOLOGIE |
| INTERNÍ              | CHIRURGICKÉ                   | ONKOLOGICKÉ                                        | NEONATOLOGICKÉ                      | HEMATOLOGIE                                    |
| KLINICKÉ HEMATOLOGIE | NEUROCHIRURGICKÉ              | RADIOLOGICKÉ                                       | NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY                  | IMUNOLOGIE                                     |
| NÁSLEDNÉ PÉČE 1      | OČNÍ                          |                                                    | SOUDNĚLÉKAŘSKÉ                      | LÉKAŘSKÉ<br>MIKROBIOLOGIE                      |
| NÁSLEDNÉ PÉČE 2      | ORTOPEDICKÉ                   |                                                    | PATOLOGICKÉ                         | pracoviště<br>BAKTERIOLOGIE                    |
| NERVOVÉ              | STOMATOCHIRURGICKÉ            |                                                    | PSYCHIATRICKÉ                       | pracoviště<br>PARAZITOLOGIE<br>A MYKOLOGIE     |
| PLICNÍ A TBC         | ÚRAZOVÉ CHIRURGIE             |                                                    | LÉKÁRNA ÚSTAVNÍ                     | pracoviště<br>VIROLOGIE                        |
| PLICNÍ LÉČEBNA       | PLASTICKÉ CHIRURGIE           |                                                    | LÉKÁRNA<br>PRO VEŘEJNOST            | MOLEKULÁRNÍ<br>BIOLOGIE A GENETIKY             |
| PRACOVNÍHO LÉKAŘSTVÍ | UŠNÍ, NOSNÍ, KRČNÍ            |                                                    |                                     |                                                |
| REHABILITAČNÍ        | UROLOGICKÉ                    |                                                    |                                     | TÝM ODBORNÝCH<br>GARANTŮ                       |
| TRANSFÚZNÍ           |                               |                                                    |                                     |                                                |

Zdroj: (Nemocnice České Budějovice, a.s., 2012).

## 7. VÝSLEDKY

Před zahájením výzkumu byla oslovena hlavní setra Nemocnice České Budějovice, a.s., se kterou byla domluvena spolupráce. Následně byly osloveny vrchní sestry jednotlivých oddělení a bylo domluveno předání dotazníků všeobecným sestrám. Některá oddělení byla z výzkumného šetření záměrně vyjmuta autorkou práce, např. radiologické oddělení, pracovní lékařství, transfúzní oddělení, klinická hematologie, soudně-lékařské oddělení, patologické oddělení a ústavní lékárna, neboť zde pracovníci nerealizují ošetrovatelskou péči v klasickém smyslu ošetrovatelského oboru.

Snahou dotazníkového šetření bylo oslovit respondenty, kteří vykonávají u pacientů ošetrovatelskou péči, jsou s nimi v přímém, osobním, kontaktu, a to jak v ambulantním tak i lůžkovém provozu.

Celkem v rámci Nemocnice České Budějovice, a.s. bylo rozdáno 500 dotazníků, zpět se vrátilo 339 dotazníků. Z některých oddělení nebyly dotazníky zpět navraceny. Jednalo se o tato oddělení: oddělení následné péče 1, oddělení plicní a tuberkulózy, plicní léčebna, rehabilitační oddělení, oční oddělení, stomatochirurgické oddělení, otorinolaryngologické oddělení.

Z počtu 339 dotazníků bylo ještě 12 dotazníků odebráno, pro neúplné vyplnění všech položek v dotazníku. Konečná návratnost byla tedy 327 dotazníků, tj. 65%. Výsledky dotazníku jsou popsány v jednotlivých jeho částech (1. - 3. část) a poté následuje podkapitola, která přináší celkové, souhrnné, informace o výsledcích výzkumu.

K možnosti vyhodnocení dotazníků byly použity následující statistické metody: V 1. části dotazníku (identifikační otázky) bylo použito pouze procentuelního vyjádření. Ve 2. části dotazníku bylo užito statistické metody percentil, aby byla zjištěna přítomnost převládající dimenze osobnosti (nad 50. percentil). Ve 3. části dotazníku bylo užito také statistické metody percentil, aby byla zjištěna přítomnost syndromu vyhoření (nad 50. percentil = přítomnost syndromu vyhoření). Následně užitou metodou byla korelační analýza, kdy jejím prostřednictvím bylo zjišťováno, která dimenze osobnosti má u oslovených respondentů nejvyšší vliv na vznik syndromu vyhoření. Cílem použití korelační analýzy bylo tedy definovat korelaci mezi skórem syndromu vyhoření u jednotlivých dimenzí (tzv. korelační koeficient).

$\chi^2$  (chí-kvadrát) je statistická neparametrická metoda, která zjišťuje skutečnost, zda mezi dvěma znaky je přítomen, čili existuje, prokazatelný, signifikantní vztah či nikoliv. Vypočtená testovaná hodnota  $\chi^2$  je porovnávána s kritickou hodnotou (obsažena v kontingenčních tabulkách-alfa). Hladina významnosti se nejčastěji pohybuje na pětiprocentní hladině významnosti (Pecáková, 2000).

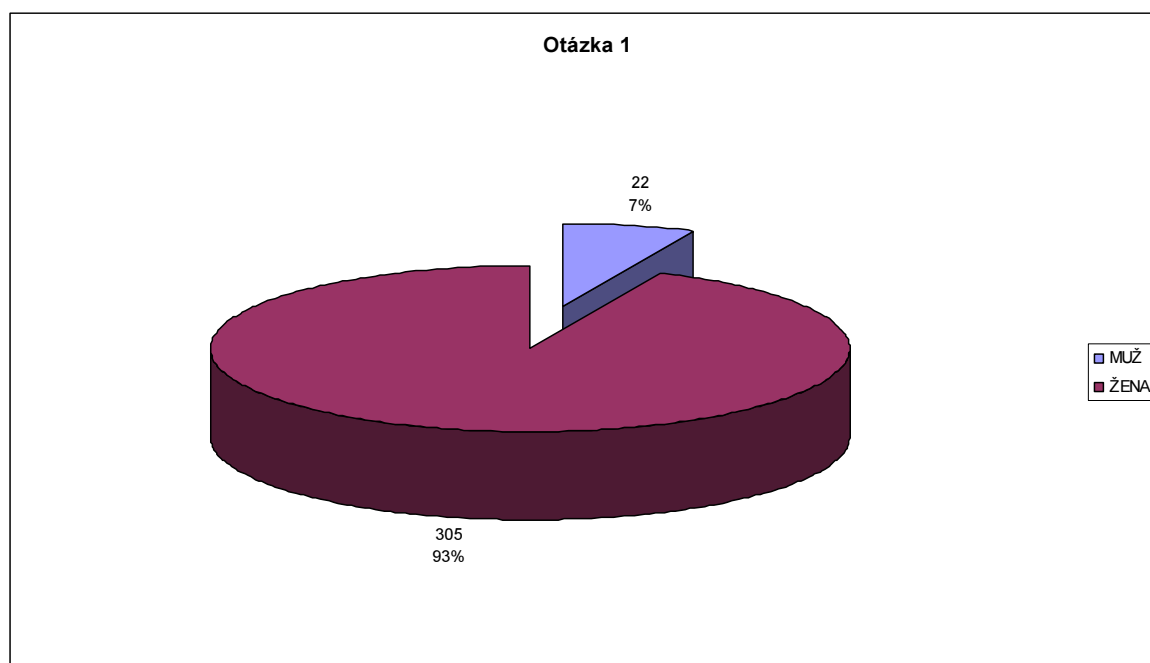
Koeficient determinace  $R^2$ , prezentuje procento, kterým je rozptyl hodnot závisle proměnné hodnoty  $Y$  vysvětlen změnami hodnot nezávisle proměnné hodnoty  $X$  (Pecáková, 2000).

## 7.1 Výsledky 1. části dotazníku

Otázka 1: Pohlaví? (viz graf 1)

Z odpovědí na otázku 1 bylo zjištěno, že ve sledovaném souboru respondentů bylo 305 žen (tj. 93%) a pouze 22 mužů (tj. 7%).

Graf 1: Pohlaví respondentů



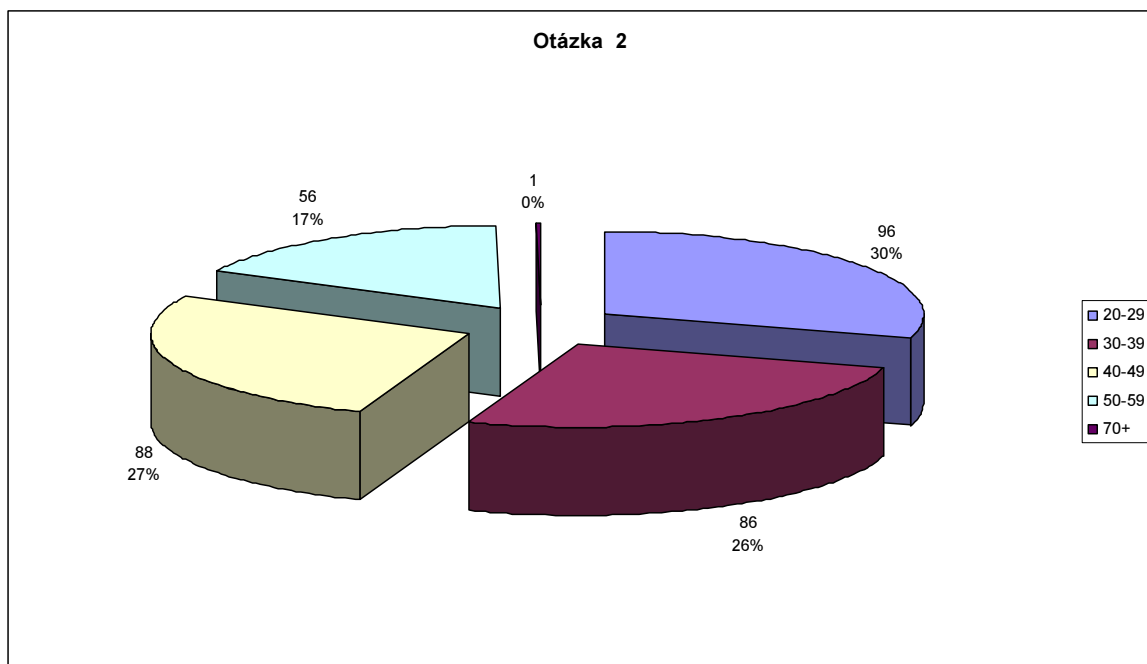
Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 2: Věk? (viz graf 2)

Věk oslovených respondentů se nejčastěji nacházel ve věkové kategorii „20-29 let“, kdy tuto možnost uvedlo 96 respondentů (tj. 30%), dále to byla věková kategorie „40-49 let“, která byla zastoupena počtem 88 respondentů (tj. 27%). Věková skupina „30-39 let“

se ve sledovaném souboru prezentovala u 86 respondentů (tj. 26%) z celkového počtu oslovených osob. Věková skupina „50-59 let“ byla zastoupena 56 respondenty (tj. 17%). Nejméně početně zastoupenou věkovou kategorií byla věková skupina „70 a více let“ v počtu 1 respondent. Věková skupina „61-70 let“ se ve sledovaném souboru respondentů vůbec neobjevila.

Graf 2: Věková struktura respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

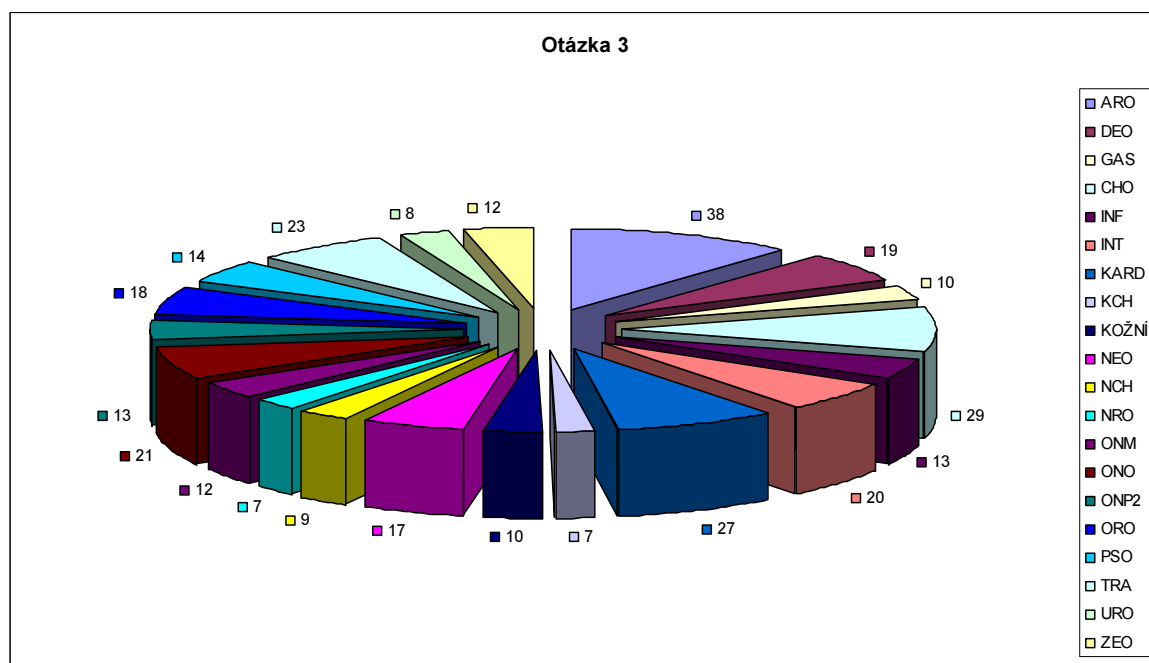
Otázka 3: V současné době pracujete na jakém oddělení v rámci nemocnice? (viz graf 3)

Na podkladě odpovědí na tuto otázku bylo ve sledovaném souboru zjištěno, že na následujících odděleních pracuje:

|                                               |                 |
|-----------------------------------------------|-----------------|
| Oddělení anesteziologicko resuscitační (ARO): | 38 respondentů, |
| Chirurgické oddělení (CHO):                   | 29 respondentů, |
| Kardiologické oddělení (KARD):                | 27 respondentů, |
| Oddělení úrazové a plastické chirurgie (TRA): | 23 respondentů, |
| Onkologické oddělení (ONO):                   | 21 respondentů, |
| Interní oddělení (INT):                       | 20 respondentů, |
| Dětské oddělení (DEO):                        | 19 respondentů, |
| Ortopedické oddělení (ORO):                   | 18 respondentů, |
| Neonatologické oddělení (NEO):                | 17 respondentů, |
| Psychiatrické oddělení (PSO):                 | 14 respondentů, |

|                                        |                 |
|----------------------------------------|-----------------|
| Oddělní následné péče 2. (ONP 2):      | 13 respondentů, |
| Infekční oddělení (INF):               | 13 respondentů, |
| Ženské oddělení (ZEO):                 | 12 respondentů, |
| Oddělení nukleární medicíny (ONM):     | 12 respondentů, |
| Gastroenterologické oddělení (GAS):    | 10 respondentů, |
| Dermatovenorologické oddělení (KOŽNÍ): | 10 respondentů, |
| Neurochirurgické oddělení (NCH):       | 9 respondentů,  |
| Urologické oddělení (URO):             | 8 respondentů,  |
| Kardiochirurgické oddělení (KCH):      | 7 respondentů,  |
| Nervové oddělení (NRO):                | 7 respondentů,  |

Graf 3: Přehled počtu respondentů dle jejich současného pracoviště (oddělení)

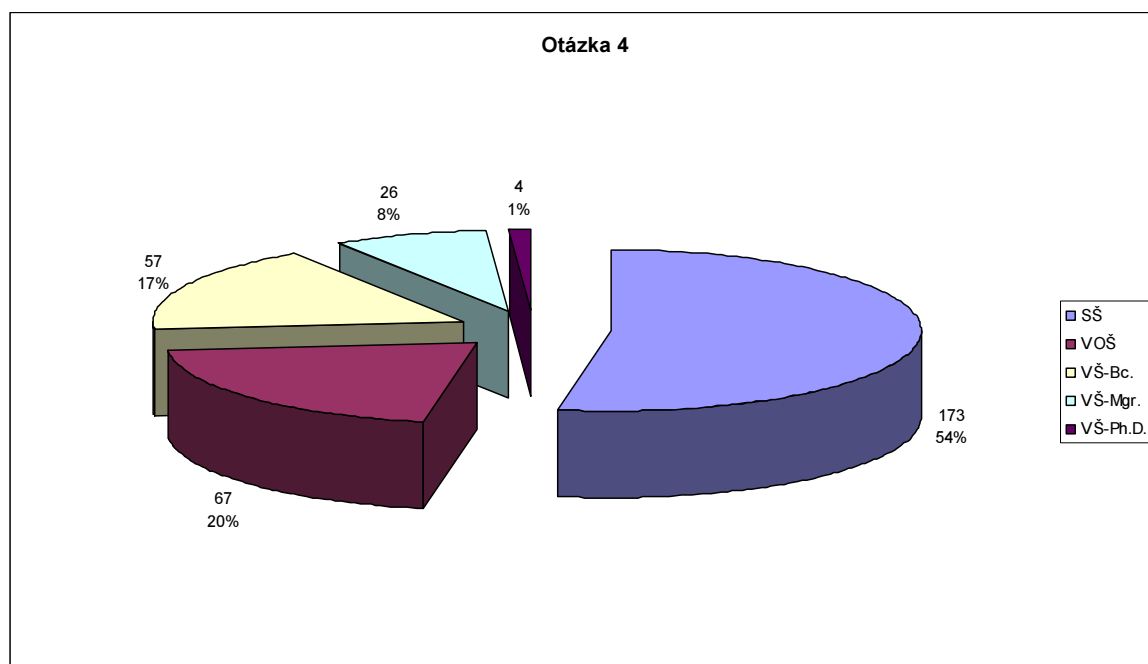


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 4: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je? (viz graf 4)

Graf 4 zobrazuje, že nejpočetnější skupinou je vzdělání „středoškolské (SŠ)“ a to v počtu 173 respondentů (tj. 54%), další početněji zastoupenou skupinou je „vyšší odborné vzdělání (VOŠ)“ v počtu 67 respondentů (tj. 20%), 57 respondentů uvedlo, že mají „vysokoškolské vzdělání, bakalářské“ (tj. 17%). Vzdělání „vysokoškolské, magisterské“ má 26 respondentů (tj. 8%) a „vysokoškolské vzdělání, postgraduální (Ph.D.)“ mají 4 respondenti (tj. 1%) z celkového počtu 327 oslovených osob.

Graf 4: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

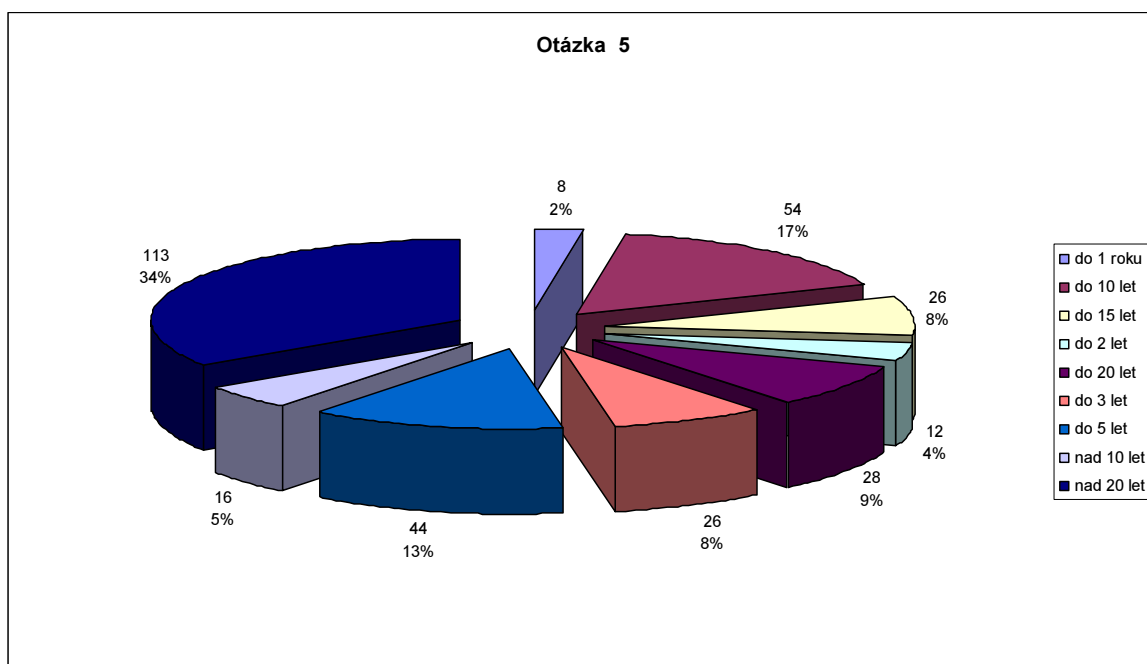


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 5: Celková doba Vaší praxe v nemocnici je? (viz graf 5)

Z grafu 5 je patrné, že vůbec nejdelší praxí v uvedeném subjektu je doba „nad 20 let“, kterou uvedlo 113 respondentů (tj. 34%), dále je to doba „do 10 let“, jež uvedlo 54 respondentů (tj. 17%), dobu „do 5 let“ uvedlo 44 respondentů (tj. 13%), dobu „do 20 let“ uvedlo 28 respondentů (tj. 9%), dobu „do 15 let“ uvedlo 26 respondentů (tj. 8%), dobu „do 3 let“ uvedlo také shodně 26 respondentů (tj. 8%), dobu „nad 10 let“ uvedlo 16 respondentů (tj. 5%), dobu „do 2 let“ uvedlo 12 respondentů (tj. 4%) a dobu výkonu praxe v nemocnici „do 1 roku“ uvedlo 8 respondentů (tj. 2%).

Graf 5: Celková doba praxe respondenta v Nemocnici České Budějovice, a.s.

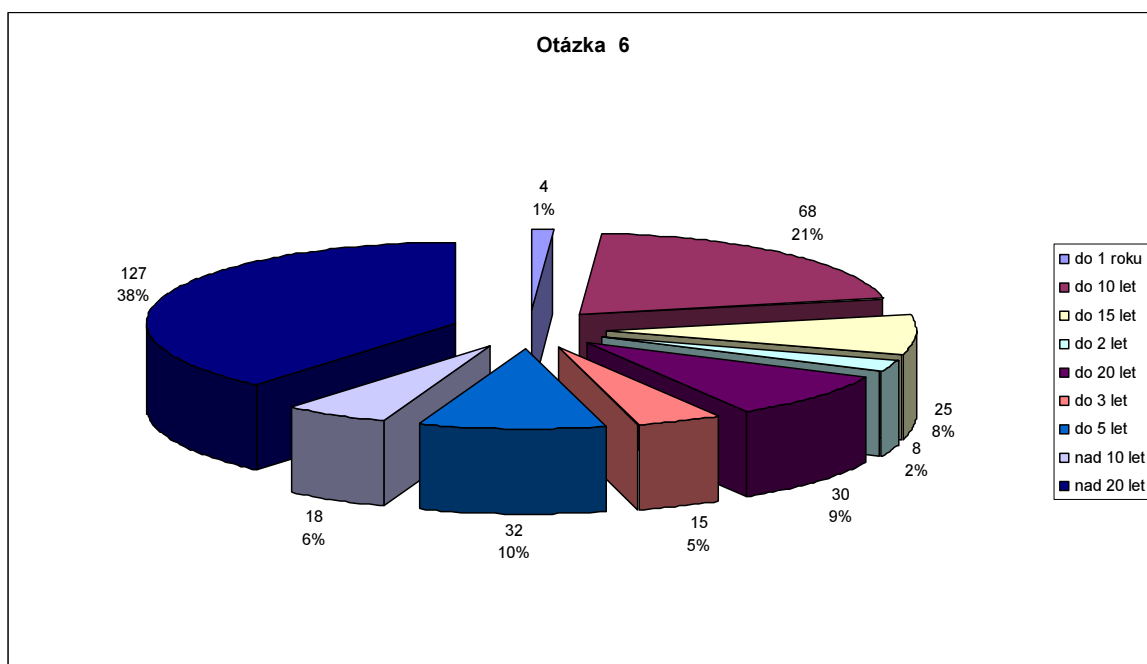


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka 6: Celková doba Vaší praxe ve zdravotnictví je ? (viz graf 6)

Graf 6 zobrazuje odpovědi respondentů na otázku týkající se jejich celkové praxe ve zdravotnictví. Nejvíce respondentů uvedlo, že ve zdravotnictví pracuje „nad 20 let“, kdy tuto odpověď uvedlo 127 respondentů (tj. 38%), dobu „do 10 let“ zvolilo 68 respondentů (tj. 21%), odpověď „do 5 let“ uvedlo 32 respondentů (tj. 10%), možnost „do 20 let“ uvedlo 30 respondentů (tj. 9%). Celkovou dobu praxe „do 15 let“ uvedlo 25 respondentů (tj. 8%), dobu „nad 10 let“ uvedlo 18 respondentů (tj. 6%), dobu „do 3 let“ uvedlo 15 respondentů (tj. 5%). Možnost odpovědi „do 2 let“ zvolilo 8 respondentů (tj. 2%) a nejméně zastoupenou možností odpovědi byla „do 1 roku“, kterou uvedli pouze 4 respondenti (tj. 1%).

Graf 6: Celková doba praxe respondenta ve zdravotnictví

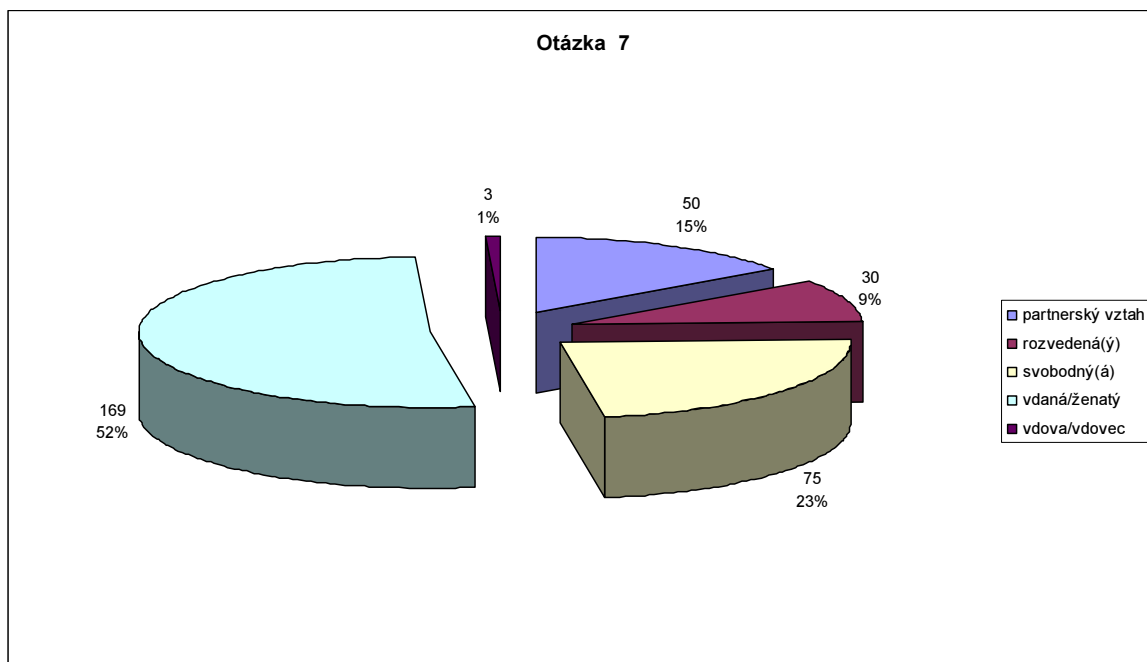


Zdroj: vlastní výzkum

#### Otázka 7: Váš rodinný stav je ? (viz graf 7)

Na základě odpovědí na otázku č. 7 bylo zjištěno, že 169 respondentů (tj. 52%) je vdaných či ženatých. 75 respondentů (tj. 23%) uvedlo, že je svobodných. 50 respondentů (tj. 15%) uvedlo, že žije v partnerském vztahu. Rozvedených osob ve sledovaném souboru je 9% tedy tuto možnost uvedlo 30 osob. A možnost odpovědi „vdovec/vdova“ uvedli pouze 3 respondenti (tj. 1%).

Graf 7: Rodinný stav respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

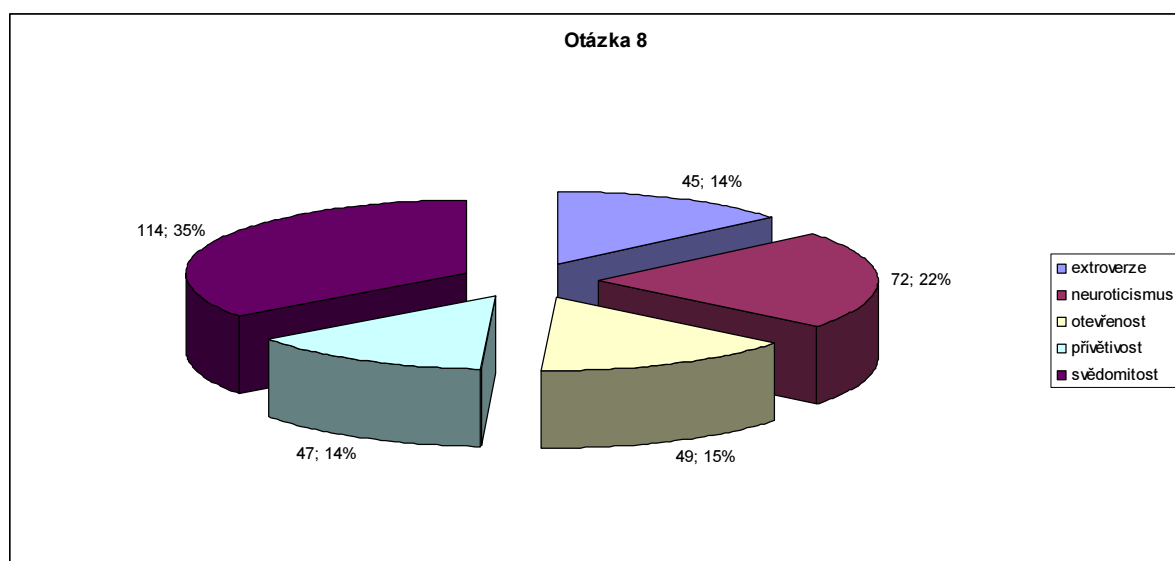
## 7.2 Výsledky 2. části dotazníku

V této části je uveden souhrnný graf (viz graf 8), který zobrazuje výskyt skóre nad 50. percentil u jednotlivých dimenzí osobnosti („Neuroticismus“, „Extroverze“, „Otevřenost vůči zkušenosti“, „Přívětivost“ a „Svědomitost“) u oslovených respondentů.

Graf 7 přináší výsledky výzkumu, které byly realizovány prostřednictvím dotazníku NEO Five-Factor Inventory.

Z výsledků je zřejmé, že dimenze „Svědomitost“ byla u oslovených respondentů přítomna v nejvyšším počtu, a to ve 114 případech (tj. 35%), dále to byla dimenze „Neuroticismus“, která byla u oslovených respondentů přítomna u 72 osob (tj. 22%), dimenze „Otevřenost vůči zkušenosti“ se objevila u 49 respondentů (tj. 15%), dimenze „Přívětivost“ byla prezentována počtem 47 respondentů (tj. 14%). Nejméně početně zastoupenou kategorií byla dimenze „Extroverze“, která se prezentovala u 45 respondentů (tj. 14%).

Graf 8: Výskyt jednotlivých dimenzí osobnosti u respondentů



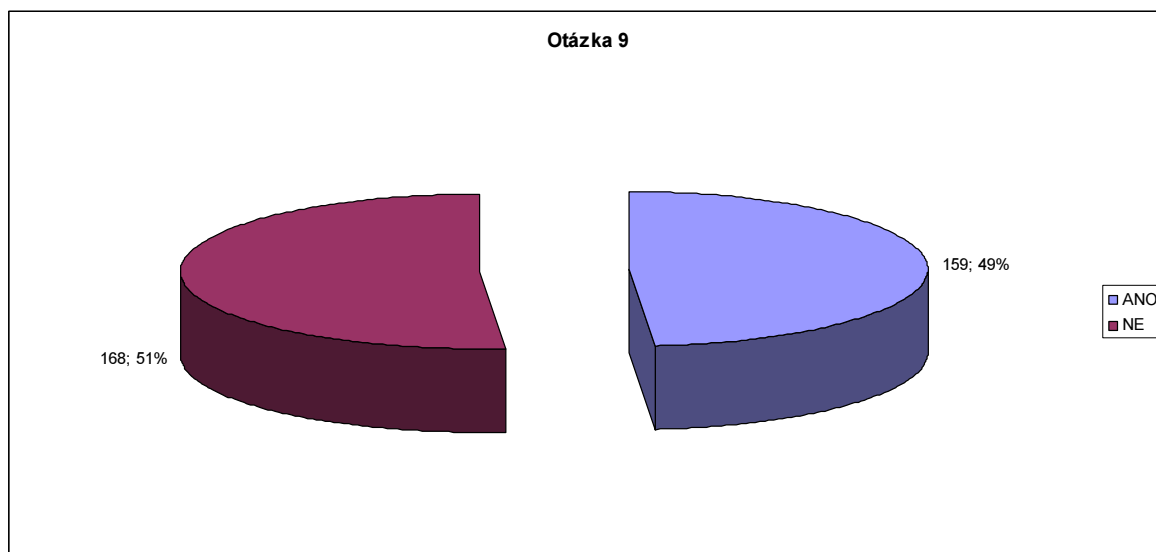
Zdroj: vlastní výzkum

### 7.3 Výsledky 3. části dotazníku

Tato část dotazníku se zaměřovala na zjištění skutečnosti, v jakém počtu je u respondentů přítomen či nepřítomen syndrom vyhoření (viz graf 9). K možnosti stanovení přítomnosti či nepřítomnosti syndromu vyhoření u respondentů byla zvolena statistická metoda percentil, kdy hodnota nad 50. percentil představovala přítomnost syndromu vyhoření u respondentů.

Na základě grafu 9 je možno říci, že syndrom vyhoření je přítomen u oslovených respondentů v počtu 159 osob (tj. 49%) z celkového cílového souboru výzkumu. Syndrom vyhoření není přítomen u 168 osob (tj. 51%) z celkového počtu 327 respondentů.

Graf 9: Přítomnost syndromu vyhoření ve sledovaném souboru respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 2 prezentuje přítomnost syndromu vyhoření u respondentů v celém sledovaném souboru dle jednotlivých věkových kategorií. Bylo zjištěno, že věkovou kategorií, kde se syndrom vyhoření objevuje nejpočetněji je věková kategorie „20-29 let“ a to v 17%, dále věková kategorie „40-49 let“ v 13%.

Tabulka 2: Přítomnost syndromu vyhoření u respondentů dle věkových kategorií

| Věková kategorie | Sy  | Vyhoření | Celkem | Procenta z celkového počtu všech |
|------------------|-----|----------|--------|----------------------------------|
| 20-29            | NE  |          | 40     | 12%                              |
|                  | ANO |          | 56     | 17%                              |
| 30-39            | NE  |          | 49     | 15%                              |
|                  | ANO |          | 37     | 11%                              |
| 40-49            | NE  |          | 44     | 13%                              |
|                  | ANO |          | 44     | 13%                              |
| 50-59            | NE  |          | 35     | 11%                              |
|                  | ANO |          | 21     | 6%                               |
| 70+              | ANO |          | 1      | 0%                               |

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 zobrazuje výsledky týkající se skutečnosti mezi vztahem syndromu vyhoření a rodinným stavem osloveného respondenta. Z tabulky je patrné, že syndrom vyhoření se nejčastěji ve sledovaném souboru všech respondentů prezentoval u „vdaná/ženatý“ a to v 23%, dále „svobodný/á“ v 13%. Ve sledovaném souboru se

syndrom vyhoření nejméně objevil u respondentů „vdova/vdovec“, kde se jednalo o 1% a „svobodný/á“ v 3%.

Tabulka 3 Přítomnost syndromu vyhoření u respondentů dle jejich rodinného stavu

| Rodinný stav     | Vyhoření | Celkem | procenta z celkového počtu všech |
|------------------|----------|--------|----------------------------------|
| Partnerský vztah | NE       | 20     | 6%                               |
|                  | ANO      | 30     | 9%                               |
| Rozvedená(ý)     | NE       | 20     | 6%                               |
|                  | ANO      | 10     | 3%                               |
| Svobodný(á)      | NE       | 34     | 10%                              |
|                  | ANO      | 41     | 13%                              |
| Vdaná/ženatý     | NE       | 93     | 28%                              |
|                  | ANO      | 76     | 23%                              |
| Vdova/vdovec     | NE       | 1      | 0%                               |
|                  | ANO      | 2      | 1%                               |

Zdroj: vlastní výzkum

#### 7.4 Souhrnné výsledky dotazníkového šetření

Souhrnné výsledky se zaměřují na následující oblasti, pro něž se snaží nalézt odpovědi.

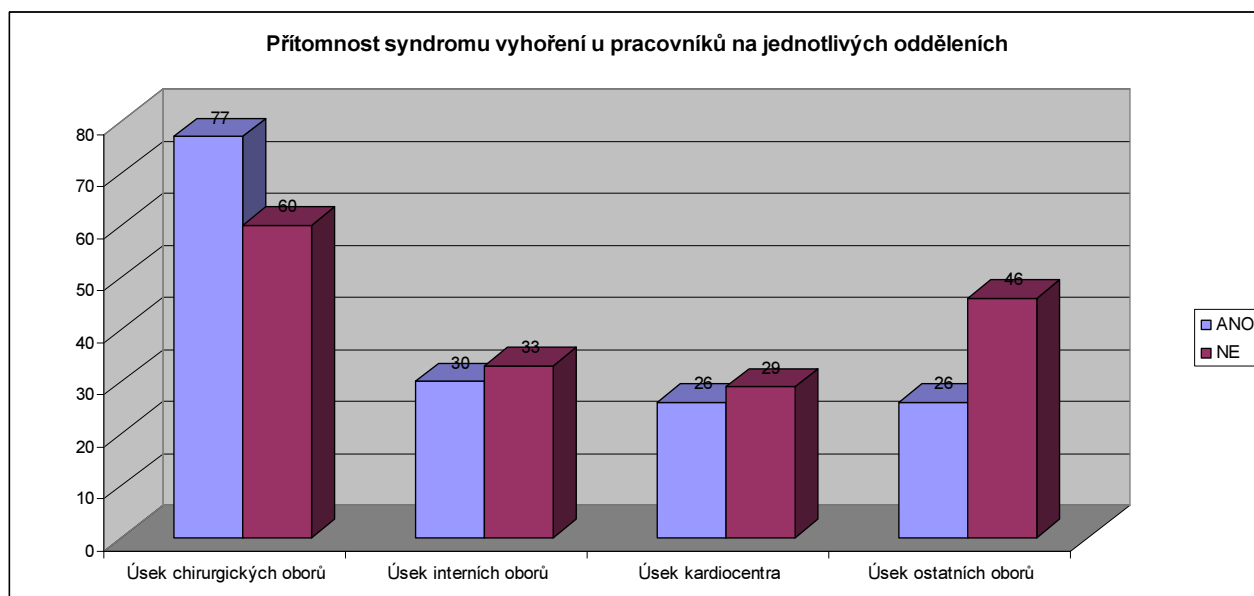
- Na kterém oddělení v rámci nemocnice, se prezentuje nejvyšší počet pracovníků se syndromem vyhoření.
- Zda určitý typ osobnosti pracovníka vykazuje vyšší sklon ke vzniku syndromu vyhoření.
- Která z osobnostních dimenzí vykazuje nejtěsnější spojení se vznikem syndromu vyhoření.
- Osobností rozdělení pracovníků na jednotlivých odděleních v Nemocnici České Budějovice, a.s.

##### 7.4.1 Přítomnost syndromu vyhoření u pracovníků na jednotlivých úsecích nemocnice České Budějovice, a.s.

Na základě odpovědí na tuto otázku je možno uvést, že syndrom vyhoření se u pracovníků v rámci Nemocnice České Budějovice, a.s. se objevuje nejčastěji na úseku chirurgických oborů, a to v počtu 77 osob, u kterých je aktuálně se prezentující syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření není u 60 osob pracujících na úseku chirurgických oborů. Pracovníci na úseku interních oborů vykazují přítomnost syndromu vyhoření ve 30

případech, zatímco není přítomen u 33 respondentů. U pracovníků na úseku kardiocentra a vybraných zdravotnických oborů je syndrom vyhoření přítomen u 26 pracovníků, zatímco není přítomen u 29 zdravotnických pracovníků. U pracovníků na úseku ostatních oborů se syndrom vyhoření prezentuje v počtu 26 případů, zatímco není syndrom vyhoření přítomen u 46 osob pracujících na tomto typu pracoviště (viz graf 10).

Graf 10: Přítomnost syndromu vyhoření u pracovníků na jednotlivých odděleních

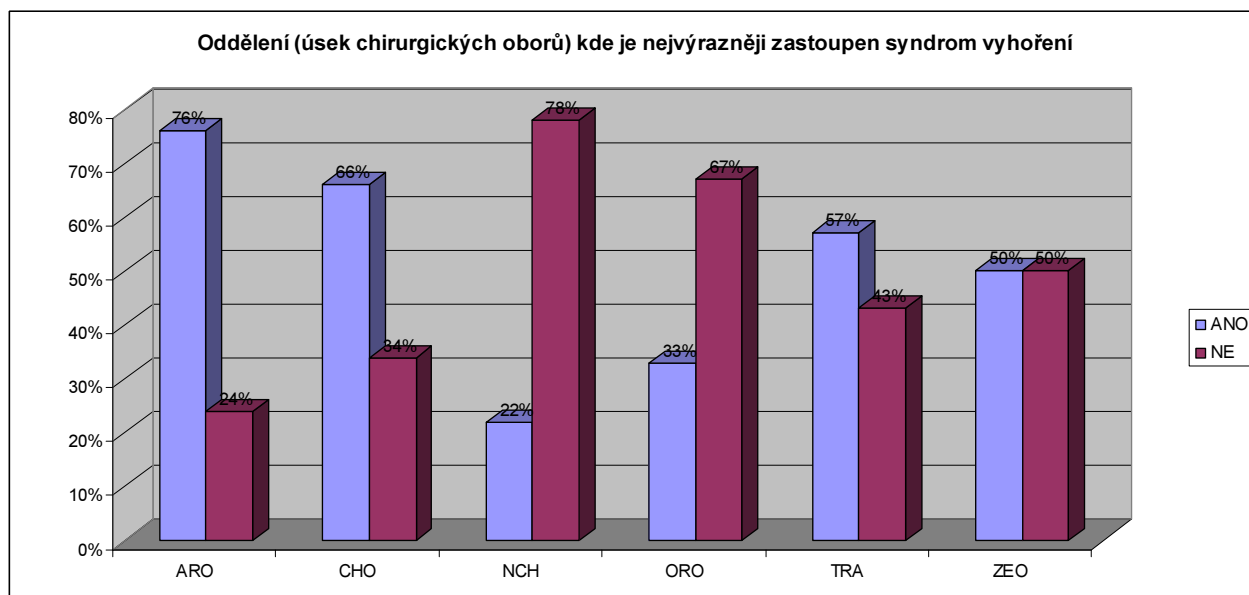


Zdroj: vlastní výzkum

Dále se autorka zaměřila na zjištění skutečnosti, na kterém oddělení z úseku chirurgických oborů se u pracovníků nejvýznamněji prezentuje syndrom vyhoření (viz graf 11). Z grafu 11 je zřejmé, že syndrom vyhoření se významně objevuje u pracovníků na oddělení anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kdy je přítomen v 76%, dále na chirurgickém oddělení v 66%, na oddělení úrazové a plastické chirurgie v 57%, na ženském oddělení v 50%.

Z úseku chirurgických oborů se syndrom vyhoření nejméně objevuje na neurochirurgickém oddělení (22%) a na ortopedickém oddělení (33%).

Graf 11: Oddělení (úsek chirurgických oborů) kde je nejvýrazněji zastoupen syndrom vyhoření



Zdroj: vlastní výzkum

#### 7.4.2 Vliv typu osobnosti pracovníka na vyšší predikci vzniku syndromu vyhoření

V této podkapitole se autorka práce zabývala tím, zda konkrétní typ osobnosti jedince má predisponující vliv na rozvoj a tedy vznik syndromu vyhoření (viz tabulka 3).

Z tabulky 4 je vidět, že na predikci vzniku syndromu vyhoření má nejvýraznější vliv dimenze osobnosti „Neuroticismus“, kdy bylo zjištěno, že až z celkového počtu 72 osob u kterých tato dimenze nabývala hodnot vysokého skóru (tj. nad 50. percentil) je souvislost se syndromem vyhoření u 47 osob (tj. 65%) z těchto 72 pracovníků.

Další významnou dimenzí pro možnost vzniku syndromu vyhoření je dimenze „Otevřenost vůči zkušenosti“, kdy celkový počet osob s vysokým skórem v této dimenzi byl 49, a z tohoto počtu bylo zjištěno, že u 49% respondentů je přítomen syndrom vyhoření.

U dimenze „Svědomitost“ byl celkový počet respondentů s vysokým skórem v této dimenzi 114, a z tohoto počtu bylo u 48% osob zjištěn syndrom vyhoření.

Na podkladě výsledků zobrazených v tabulce 4 je možno uvést, že na vznik a rozvoj syndromu vyhoření u pracovníků má nejmenší vliv dimenze „Přívětivost“, kde byl celkový počet respondentů, s vysokým skórem (nad 50. percentil), 47 osob a z tohoto

počtu bylo pouze u 36% osob zjištěn syndrom vyhoření, zatímco syndrom vyhoření nebyl přítomen u 64% pracovníků.

Také u dimenze „Extroverze“ byl celkový počet respondentů s vysokým skóre v této dimenzi 45, a z tohoto počtu bylo u 36% osob zjištěn syndrom vyhoření, zatímco syndrom vyhoření nebyl přítomen u 64%.

Tabulka 4: Vysoké skóre u jednotlivých dimenzí osobnosti v pětifaktorovém modelu

| Převládající typ osobnosti | Sy vyhořen | Celkem | %   |
|----------------------------|------------|--------|-----|
| <b>EXTROVERZE</b>          | NE         | 29     | 64% |
|                            | ANO        | 16     | 36% |
| <b>NEUROCITISMUS</b>       | NE         | 25     | 35% |
|                            | ANO        | 47     | 65% |
| <b>OTEVŘENOST</b>          | NE         | 25     | 51% |
|                            | ANO        | 24     | 49% |
| <b>PŘÍVĚTIVOST</b>         | NE         | 30     | 64% |
|                            | ANO        | 17     | 36% |
| <b>SVĚDOMITOST</b>         | NE         | 59     | 52% |
|                            | ANO        | 55     | 48% |

Zdroj: vlastní výzkum

#### 7.4.3 Typ osobnostní dimenze vykazující nejtěsnější spojení se vznikem syndromu vyhoření

V této části bylo s výsledky pracováno za pomoci korelační analýzy, kdy bylo snahou zjistit korelaci mezi skóre syndromu vyhoření u jednotlivých dimenzí (tzv. korelační koeficient) (viz tabulka 3).

Tabulka 5 prezentuje, že se vznikem syndromu vyhoření má souvislost dimenze „Neuroticismus“, neboť zde hodnota korelačního koeficientu dosáhla hodnoty 0,415, další významnou dimenzí pro možný vznik syndromu vyhoření u jedince je „Otevřenost vůči zkušenosti“ s hodnotou korelačního koeficientu 0,009. Poté je to dimenze „Svědomitost“ s hodnotou korelačního koeficientu -0,183, dimenze „Extroverze“ má hodnotu korelačního koeficientu -0,326. Z tabulky 5 je zřejmé, že nejnižší souvislost se vznikem syndromu vyhoření má dimenze „Přívětivost“, kde byla hodnota korelačního koeficientu -0,353.

U těchto výsledků platí, že čím je hodnota korelačního koeficientu bližší číslu 1, tím je užší souvislost se vznikem syndromu vyhoření. Hladina významnosti korelačních koeficientů byla 5%.

Tabulka 5: Významnost dimenzí pro vznik syndromu vyhoření

| Významnost dimenzí pro vznik syndromu vyhoření (KORELAČNÍ KOEFICIENT) |            |            |             |             |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------------|-------------|
| NEUROCITISMUS                                                         | EXTROVERZE | OTEVŘENOST | PŘÍVĚTIVOST | SVĚDOMITOST |
| 0,415                                                                 | -0,326     | 0,009      | -0,353      | -0,183      |

Zdroj: vlastní výzkum

#### 7.4.4 Osobností rozdělení pracovníků na jednotlivých odděleních v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Informace o osobnostním rozdělení pracovníků na jednotlivých odděleních v Nemocnici České Budějovice, a.s. zobrazuje tabulka 6.

Při zjišťování těchto údajů bylo vytvořeno celkem 32 možných kombinací typů osobnosti, následně pak bylo zjišťováno, které kombinace se nejčastěji vyskytují na kterém oddělení (viz tabulka 6).

Tabulka 6: Osobnostní rozdělení pracovníků na jednotlivých odděleních nemocnice

| Osobnostní rozdělení pracovníků na jednotlivých odděleních nemocnice |            |               |            |            |             |             |                                             |
|----------------------------------------------------------------------|------------|---------------|------------|------------|-------------|-------------|---------------------------------------------|
| ODDĚLENÍ NEMOCNICE                                                   | č. typ os. | NEUROCITISMUS | EXTROVERZE | OTEVŘENOST | PŘÍVĚTIVOST | SVĚDOMITOST | Počet pracovníků dané osobnosti na oddělení |
| ARO                                                                  | 5          | NE            | NE         | ANO        | NE          | NE          | 3                                           |
| DEO                                                                  | 3          | NE            | NE         | NE         | ANO         | NE          | 4                                           |
| GAS                                                                  | 12         | NE            | ANO        | NE         | ANO         | ANO         | 2                                           |
| GAS                                                                  | 16         | NE            | ANO        | ANO        | ANO         | ANO         | 2                                           |
| CHO                                                                  | 17         | ANO           | NE         | NE         | NE          | NE          | 5                                           |
| INF                                                                  | 12         | NE            | ANO        | NE         | ANO         | ANO         | 4                                           |
| INT                                                                  | 17         | ANO           | NE         | NE         | NE          | NE          | 4                                           |
| KARD                                                                 | 17         | ANO           | NE         | NE         | NE          | NE          | 7                                           |
| KCH                                                                  | 18         | ANO           | NE         | NE         | NE          | ANO         | 2                                           |
| KOŽNÍ                                                                | 29         | ANO           | ANO        | ANO        | NE          | NE          | 3                                           |
| NEO                                                                  | 3          | NE            | NE         | NE         | ANO         | NE          | 2                                           |
| NCH                                                                  | 12         | NE            | ANO        | NE         | ANO         | ANO         | 2                                           |
| NRO                                                                  | 12         | NE            | ANO        | NE         | ANO         | ANO         | 2                                           |
| ONM                                                                  | 21         | ANO           | NE         | ANO        | NE          | NE          | 4                                           |
| ONO                                                                  | 5          | NE            | NE         | ANO        | NE          | NE          | 4                                           |
| ONP2                                                                 | 7          | NE            | NE         | ANO        | ANO         | NE          | 2                                           |
| ORO                                                                  | 5          | NE            | NE         | ANO        | NE          | NE          | 4                                           |
| PSO                                                                  | 16         | NE            | ANO        | ANO        | ANO         | ANO         | 3                                           |
| TRA                                                                  | 17         | ANO           | NE         | NE         | NE          | NE          | 4                                           |
| URO                                                                  | 16         | NE            | ANO        | ANO        | ANO         | ANO         | 2                                           |
| ZEO                                                                  | 16         | NE            | ANO        | ANO        | ANO         | ANO         | 3                                           |

Zdroj: vlastní výzkum

Současně bylo snahou definovat „nejvýhodnější typ osobnosti“, u kterého nepropuká syndrom vyhoření a dále zjistit, na kterých odděleních v rámci Nemocnice České Budějovice, a.s. se tento typ osobnosti nachází.

Na základě korelační analýzy bylo zjištěno, že z pohledu rizika vzniku syndromu vyhoření je nejvýhodnějším typem osobnosti kombinace dimenzí: „Přívětivost“-„Extroverze“-„Svědomitost“. Tato kombinace dimenzí osobnosti se objevuje u pracovníků na gastroenterologickém oddělení, na infekčním oddělení, na neurochirurgickém oddělení, na nervovém oddělení, na psychiatrickém oddělení, na ortopedickém oddělení a oddělení ženském.

## 8. DISKUZE

V rámci kapitoly diskuze bude provedeno zhodnocení použité výzkumné techniky, dotazníku a provedení diskuze s odbornou literaturou.

Předpokladem výzkumného šetření bylo oslovit pouze ty respondenty, kteří vykonávají ošetrovatelskou péči u pacientů, jsou tedy s nimi v přímém, osobním, kontaktu, a to jak v rámci ambulantního tak i lůžkového provozu Nemocnice České Budějovice, a.s. Z tohoto důvodu nebyly záměrně osloveny některá oddělení, např.: pracovní lékařství, transfuzní oddělení, klinická hematologie, soudně-lékařské oddělení, patologické oddělení a ústavní lékárna. Před distribucí dotazníků byla oslovena hlavní sestra, která schválila dotazník a umožnila autorce zkontaktování vrchních sester vybraných oddělení. Poté autorka oslovila vrchní sestry s dotazem, kolik dotazníků na dané oddělení distribuovat. Celkem byli osloveni respondenti na 29 odděleních (500 dotazníků), ale návratnost dotazníků byla pouze z 22 oddělení, přičemž z oddělení následné péče 1, oddělení plicní a tuberkulózy, plicní léčebny, rehabilitačního oddělení, očního oddělení, stomatochirurgického oddělení a otorinolaryngologického oddělení, nebyly dotazníky autorce vráceny zpět (důvodem dle vrchních sester byla ztráta dotazníků). Také je třeba uvést, že počet navracených dotazníků z jednotlivých oddělení nebyl stejný.

### 8.1 Diskuze s použitou metodikou

K výzkumnému šetření v praktické části bakalářské práce byla zvolena metodika kvantitativního výzkumu, kdy technikou sběru dat byl dotazník vytvořený autorkou práce (viz příloha 1).

Použitý dotazník se skládal ze tří samostatných částí. První část dotazníku byla tvořena identifikačními otázkami (pohlaví, věk, vzdělání, doba výkonu profese na současném oddělení, celková doba výkonu profese a rodinný stav). Druhá část byla tvořena standardizovaným osobnostním testem (NEO Five-Factor Inventory, NEO-FFI) a třetí část dotazníku, zaměřená na zjišťování přítomnosti eventuelně nepřítomnosti syndromu vyhoření, byla tvořena standardizovaným dotazníkem MBI (Inventář syndromu vyhoření). V úvodu dotazníku byli respondenti vyzváni, aby otázky v dotazníku vyplňovali z pohledu jejich osobnosti a jejího zaměření, nikoli z pohledu výkonu profese zdravotníka.

U dotazníku NEO Five-Factor Inventory i dotazníku MBI bylo pracováno s hodnotami skóre přesahujícími 50. percentil.

U dotazníku MBI (Inventář syndromu vyhoření) bylo zjištěno, že všechny tři základní faktory, které jej tvoří (tj. dva negativní: emocionální vyčerpání, depersonalizace a jeden pozitivní: osobní uspokojení) jsou na sobě závislé. Snahou autora práce bylo zvolení hranic mezi jednotlivými faktory precizně, aby opravdu došlo k „objektivnímu“ odlišení osob vyhořelých od osob nevyhořelých. Přítomnost syndromu vyhoření byla definována, jestliže u jednoho z negativních faktorů byla hodnota nad 50. percentil.

Metoda dotazníkového šetření byla použita z důvodu zajištění naprosté anonymity oslovených respondentů. Je důležité podotknout, že součástí výzkumného šetření nebylo zjišťování aktuální či dlouhodobé spokojenosti či nespokojenosti respondentů s jejich pracovními podmínkami, vztahy na pracovišti apod. Nezjišťovat tyto údaje bylo podmínkou hlavní sestry, která schvalovala možnost provedení výzkumu v Nemocnici České Budějovice, a.s. Tudíž se z tohoto důvodu autorka touto oblastí nezabývala. Respondentům byla dána možnost, aby se vyjádřili, z vlastní vůle, k čemukoliv, na konci předloženého dotazníku, kde bylo místo pro jejich případné připomínky či postřehy. Vzhledem k tomu, že někteří respondenti, na uvedeném místě, svůj názor se svou spokojeností s pracovními podmínkami vyjádřili, se domníváme, že zvolená technika sběru dat, byla vhodná, že respondenti cítili jistotu a především anonymitu.

### 8.1.1 Vyhodnocení hypotéz

**Hypotéza 1:** „Syndrom vyhoření se prezentuje u jedinců s vysokým skórem v dimenzi „Neuroticismus“ byla potvrzena. Z výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že dimenze „Neuroticismus“ byla přítomna u 72 osob z celkového počtu oslovených respondentů. Z počtu 72 respondentů tato dimenze nabývala hodnot vysokého skóru (tj. nad 50. percentil) u 47 osob (tj. 65%), kdy se prezentovala souvislost dimenze „Neuroticismus“ se syndromem vyhoření. Hodnota  $\chi^2$  byla 26,08; tomu odpovídá nižší než jednoprocentní hladina statistické významnosti.

Hypotézu potvrzuje i zjištění hodnoty korelačního koeficientu korelace mezi syndromem vyhoření a dimenzí „Neuroticismus“, jehož hodnota byla 0,415 (nejvyšší hodnota ze všech pěti zkoumaných dimenzí). Praktickou významnost této souvislosti lze odhadnout podle koeficientu determinace ( $R^2=0.17$ ), který naznačuje, že 17% variance individuálních rozdílů ve vyhoření lze připisovat právě neuroticismu.

**Hypotéza 2:** „Syndrom vyhoření je nejvýrazněji přítomen u všeobecných sester pracujících v chirurgických oborech“ byla potvrzena. Bylo zjištěno, že syndrom vyhoření je přítomen u pracovníků v chirurgických oborech v počtu 77 respondentů a není přítomen u 60 osob pracujících na úseku chirurgických oborů. Na odděleních interního charakteru se syndrom vyhoření prezentoval u 30 respondentů, zatímco nebyl přítomen u 33 respondentů. Hodnota  $\chi^2$  byla 5,09, což odpovídá pětiprocentní hladině významnosti.

**Hypotéza 3:** „Ve sledovaném souboru (celkový počet respondentů) je syndrom vyhoření přítomen ve více jak 50%“ byla zamítnuta.

Na základě výsledků, kdy hodnota nad 50. percentil představovala přítomnost syndromu vyhoření, bylo zjištěno, že syndrom vyhoření je přítomen u oslovených respondentů v počtu 159 osob (tj. 49%) z celkového cílového souboru výzkumu. Syndrom vyhoření není přítomen u 168 osob (tj. 51%) z celkového počtu 327 respondentů.

**Hypotéza 4:** „Vysoký skór v dimenzi „Svědomitost“ souvisí se vznikem syndromu vyhoření“ byla zamítnuta a to na podkladě hodnoty koeficientu determinace (3%), což předpokládá, že na vzniku syndromu vyhoření se dimenze „Svědomitost“ podílí pouze ve 3% ze všech pěti dimenzí. Bylo zjištěno, že hodnota korelačního koeficientu, který byl definován mezi dimenzí „Svědomitost“ a syndromem vyhoření je nesignifikantní, a to pouze -0,183.

## 8.2 Diskuze s literaturou

Z celkového počtu 500 dotazníků se navrátilo 339 dotazníků, ale následně bylo ještě 12 dotazníků odebráno, pro neúplné vyplnění všech položek v dotazníku. Konečná návratnost byla tedy 327 dotazníků, tj. 65%.

Na základě diferenciací respondentů podle pohlaví, bylo zjištěno, že ve sledovaném souboru je 305 žen (tj. 93%) a 22 mužů (tj. 7%). Nejpočetněji zastoupenou věkovou kategorií je „20-29 let“, kde je shoda s výzkumným šetřením Šlaisové (in Bartošíková, 2006), která realizovala výzkumné šetření u cílové skupiny všeobecných sester v počtu 84 respondentů. Z výsledků jejího šetření bylo zjištěno, že nejvíce ohroženější věkovou kategorií je „18-29 let“ (Bartošíková, 2006).

Dle rozdělení respondentů podle typu oddělení, kde je vykonávána profese všeobecné sestry, bylo zjištěno, že nejvíce respondentů je z oddělení anesteziologicko-resuscitačního a to 38 respondentů, dále oddělení chirurgické v počtu 29 respondentů,

kardiologické oddělení v počtu 27 respondentů, oddělení úrazové a plastické chirurgie v počtu 23 respondentů, onkologické oddělení bylo zastoupeno počtem 21 respondentů, oddělení interní v počtu 20 respondentů, dětské oddělení bylo zastoupeno počtem 19 respondentů, ortopedické oddělení bylo zastoupeno 18 respondenty. Oddělení neonatologické bylo zastoupeno 17 respondenty, oddělení psychiatrické 14 respondenty, oddělení následné péče 13 respondenty, infekční oddělení bylo zastoupeno počtem 13 respondentů, oddělení ženské bylo zastoupeno 12 respondenty, oddělení nukleární medicíny bylo zastoupeno 12 respondenty, oddělení gastroenterologické a kožní oddělení bylo zastoupeno v počtu 10 respondentů. Nejmenší zastoupení respondentů bylo na odděleních: neurochirurgickém (9 respondentů), urologickém (8 respondentů), kardiochirurgickém (7 respondentů) a na nervovém oddělení (také v počtu 7 respondentů).

Zajímavý je pohled na výsledky týkající se přítomnosti syndromu vyhoření a rodinného stavu respondenta, kdy bylo zjištěno, že přítomnost syndromu vyhoření výrazně dominuje u jedinců „vdaná/ženatý“ a to v počtu 23% z celkového počtu respondentů. Toto zjištění se shoduje se Stockem, který uvádí, že se jedná se o začarovaný kruh, kdy vykonávaná profese – syndrom vyhoření – rodinné vztahy se vzájemně ovlivňují. Postižená osoba si problémy „nosí“ ze zaměstnání domů a z domova do zaměstnání, což může podporovat riziko vzniku a rozvoje syndromu vyhoření (Stock, 2010). Zde se výsledky výzkumu shodují i s Bartošíkovou, která uvádí, že: *“dostávají se do konfliktu rolí, kdy jisté nároky ze strany profese nelze uspokojit, aniž by tím alespoň částečně netrpěla rodina a naopak určité nároky rodiny není snadné uspokojit, aniž by tím netrpěla profese. Sestry se tak dostávají do konfliktu rolí”* (Bartošíková, 2006, s. 14).

Dále je zajímavé zjištění skutečností, které se týkají výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících na odděleních chirurgického typu než interního (oddělení následné péče, onkologické oddělení apod.), kde např. jak uvádí Bartošíková je mnohem vyšší mortalita a morbidita pacientů než v chirurgických oborech (Bartošíková, 2006). Z výsledků práce bylo zjištěno, že syndrom vyhoření se výrazněji objevuje u všeobecných sester pracujících na odděleních chirurgického charakteru oproti oddělením interního změření. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejpočetněji je syndrom vyhoření přítomen na oddělení anesteziologicko-resuscitačním (76%), na chirurgickém oddělení (66%), a na oddělení úrazové a plastické chirurgie (57%).

Také jak uvádí Stock, může být syndrom vyhoření způsoben nebo zesilován také povahovými a osobnostními charakteristikami daného jedince, které působí v kombinaci se stresovými faktory (Stock, 2010). Z našeho výzkumu se ukázaly být dominujícími následující osobnostní dimenze (uvedené dle pořadí významnosti pro vznik syndromu vyhoření): „Neuroticismus“, „Extroverze“, „Otevřenost vůči zkušenosti“, „Přívětivost“ a „Svědomitost“. Bylo zjištěno, že z celkového počtu 72 osob, u kterých dimenze „Neuroticismus“ nabývala hodnot vysokého skóru (tj. nad 50. percentil) bylo syndromem vyhoření zasaženo 47 osob (tj. 65%).

Jílková hovoří o skutečnosti, že profese všeobecné sestry během poměrně krátké doby prodělala velké změny, především co se oblasti vzdělání týká (Jílková, 2008). V současné době musí všeobecná sestra být tzv. registrována, aby mohla pracovat samostatně bez odborného dohledu. Jedná se o zákonné povolení, které jí umožňuje poskytovat a vykonávat sesterskou profesi a ošetrovatelskou péči (Zákon č. 96/2004 Sb.). Dle výsledků výzkumu bylo zjištěno, že nejpočetněji zastoupenou skupinou u oslovených respondentů je vzdělání středoškolské (173 respondentů, tj., 54%). Zde můžeme předpokládat souvislost tohoto zjištění s dobou výkonu profese zdravotní sestry, neboť bylo zjištěno, že nejdelší praxí v Nemocnici České Budějovice, a.s. je doba „nad 20 let“, kterou uvedlo až 113 respondentů (tj. 34%) a celkovou dobou výkonu praxe ve zdravotnictví byla doba také „nad 20 let“ a to v počtu 127 respondentů (tj. 38%). Na podkladě těchto zjištění je možno uvést, že mnoho sester se středoškolským vzděláním je nyní nuceno si dodělat vysokoškolské vzdělání, popř. se celoživotně vzdělávat, aby sestra získala registraci a mohla vykonávat profesi bez odborného dohledu.

Za zajímavé pokládá autorka také zmínit, že v rámci poznámek na konci dotazníku mnoho respondentů uvedlo své postřehy k výkonu profese všeobecné sestry. V mnohých případech se zde respondenti shodovali, že vlastní výkon profese je baví, je pro ně smysluplným, ale velký problém, který jistě může přispívat, k jejich nespokojenosti a případně i pocitům subjektivně prožívaného „vyhoření“, je nutnost vyplňování mnoha „papírů“, a to často na úkor péče o pacienty a jejich potřeby, dále nutnost dalšího vzdělávání. Zde jsou uvedeny doslovné vybrané citace:

„Musím studovat vysokou školu, a to mám 5 let do důchodu, a při tom všem chodím na směny na práce...“.

„Kdo nepracuje ve zdravotnictví, nikdy nepochopí ten stres“.

„Méně papírování - spokojenější pacient“.

„Ráda bych přešla z úrazovky jinam...“

„Co můžu dělat? Do důchodu to musím vydržet“.

Na závěr této kapitoly je nutné ještě uvést, že názory respondentů na předložený dotazník, byly spíše rozpačité, někdy až negativní (dle připomínek). Možným důvodem tohoto faktu je to, že všeobecné sestry jsou spíše zvyklé na dotazníky, kde se otázky týkají jejich vědomostí, zkušeností s ošetřováním a výkonem sesterské profese u nemocných s určitým typem choroby nebo úrazu. Bylo tedy zřejmé, že tento dotazník byl pro respondenty odlišný, ale i přes to se autorka práce domnívá, že návratnost byla vysoká.

## 9. ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda určitý typ osobnosti všeobecné sestry vykazuje vyšší sklon ke vzniku syndromu vyhoření. V této souvislosti bylo zjištěno, že se jedná o dimenzi „Neuroticismus“, kde byl korelační koeficient nejvyšší ze všech sledovaných dimenzí, a to 0,415. V rámci dílčího cíle 1, bylo snahou zjistit, na kterém oddělení se prezentuje nejvyšší počet všeobecných sester se syndromem vyhoření. Bylo zjištěno, že se jedná o oddělení s chirurgickým zaměřením, kdy ze 137 všeobecných sester byl syndrom vyhoření přítomen u 77 respondentů (anesteziologicko-resuscitační, chirurgické oddělení a oddělení úrazové a plastické chirurgie).

U dílčího cíle 2 bylo snahou zjistit osobnostní typologii (pětifaktorový model) u pracovníků na jednotlivých odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s. a současně se snažit nastínit typ osobnosti, který by mohl být vůči vzniku syndromu vyhoření odolný. Ukázalo se, že „nejvýhodnějším typem osobnosti je kombinace těchto osobnostních dimenzí: „Přívětivost“-„Extroverze“-„Svědomitost“. Tato kombinace dimenzí osobnosti se objevuje u pracovníků, v rámci Nemocnice České Budějovice, a.s. např. na gastroenterologickém oddělení, na infekčním oddělení, na neurochirurgickém oddělení, na nervovém oddělení, na psychiatrickém oddělení, na ortopedickém oddělení a oddělení ženském.

Dílčí cíl 3 se zaměřoval na zjištění skutečnosti, která z osobnostních dimenzí vykazuje nejtěsnější spojení se syndromem vyhoření. Na základě provedené hodnoty korelačního koeficientu se jednalo o dimenzi „Neuroticismus“.

V provedeném výzkumu bylo na vzorku 327 respondentů (všeobecných sester) zjišťována souvislost mezi jejich osobností a vznikem syndromu vyhoření. Míru zastoupení respondentů ve výzkumném vzorku se podařilo naplnit nad očekávání autorky této práce. Z výsledků bylo zjištěno, že syndromem vyhoření trpí až 49% (tj. 159) všeobecných sester z celkového počtu oslovených respondentů.

Důležité je uvést fakt, že si je autorka vědoma skutečnosti, že se v rámci výzkumného šetření zaměřovala pouze na osobnostní charakteristiku respondentů. Nepracovala s ostatními faktory, které mohou ovlivňovat a transformovat osobnost respondenta (např. aktuální či dlouhodobá spokojenost respondentů s jejich pracovními podmínkami, vztahy na pracovišti, jejich pracovní kompetence apod.). V úvodu dotazníku

byli respondenti vyzváni, aby otázky v dotazníku vyplňovali z pohledu jejich osobnosti, nikoli z pohledu výkonu profese všeobecné sestry.

Závěrem je možno říci, že „složení“ osobnosti respondenta má vliv na možný vznik syndromu vyhoření (především přítomnost dimenze „Neuroticismus“ ve vysokých hodnotách), ale zároveň se zde uplatňuje celá řada dalších faktorů, které uváděli sami respondenti na konci dotazníku, jako např. psychicky a fyzicky náročná profese, neshody s nadřízenými, přibývání administrativy v souvislosti s hospitalizací pacienta a nedostatek času na vlastní péči o nemocného, neshody s pacienty nebo s jejich rodinnými příslušníky, nutnost neustálého vzdělávání se a případného riziko odejmutí registrace<sup>1</sup> apod.).

---

<sup>1</sup> Na území České republiky je všeobecná sestra uznávaná, registrována a vlastní licenci, tedy zákonné povolení, které ji umožňuje poskytovat a vykonávat sesterskou profesi a ošetrovatelskou péči samostatně, bez odborného dozoru.

## SOUHRN

Předkládaná bakalářská práce se zabývá problematikou vlivu typu osobnosti jedince na vznik syndromu vyhoření u všeobecných sester. V teoretické části byl definován syndrom vyhoření, byly popsány jeho klinické příznaky, stádia syndromu vyhoření a rizikové faktory (osobnostní i pracovní), možnosti léčby a také byla zmíněna oblast preventivních opatření, která mohou působit proti rozvoji syndromu vyhoření (prevence na úrovni jedince, na úrovni zaměstnavatele, supervize apod.). Další kapitola teoretické části byla zaměřena na osobnost. Jsou zde popsány jednotlivé teorie osobnosti (utváření osobnosti, dynamika osobnosti, struktura osobnosti), typologie osobnosti (Jungova typologie, typologie osobnosti dle Hippokrata a Galéna, Kretschmerova typologie, Eysenckova typologie aj.). Závěrečnou kapitolou teoretické části bakalářské práce byla kapitola přinášející pohled na profesi všeobecné sestry/bratra (osobnost všeobecné sestry/bratra, emoce, poslání a náplň práce, kompetence). V této kapitole jsou popsány faktory vzniku zátěže a stresu u profese všeobecné sestry/bratra.

Cílem práce bylo zjistit, zda určitý typ osobnosti všeobecné sestry vykazuje vyšší sklon ke vzniku syndromu vyhoření. Dílčí cíle byly definovány takto:

- Zjistit, na kterém oddělení v rámci nemocnice je nejvyšší počet pracovníků se syndromem vyhoření.
- Zjistit osobnostní typologii (pětifaktorový model) pracovníků na jednotlivých odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s.
- Zjistit, která z osobnostních dimenzí vykazuje nejtěsnější spojení se syndromem vyhoření.

Je nutné uvést, že cílem výzkumné části této práce není zjišťování ani hodnocení spokojenosti oslovených respondentů s jejich aktuálními pracovními podmínkami (např. vztahy mezi pracovníky navzájem, vztahy mezi nadřízeným a podřízeným aj.).

Výzkumný soubor byl tvořen 327 respondenty: 305 žen a 22 mužů. Potřebná data a informace byla získána od zdravotnických pracovníků (všeobecných sester/bratrů) aktuálně pracujících v Nemocnici České Budějovice, a.s. Snahou dotazníkového šetření bylo oslovit respondenty, kteří vykonávají u pacientů ošetrovatelskou péči, jsou s nimi v přímém, osobním, kontaktu, a to jak v ambulantním tak i lůžkovém provozu. Byla užita kvantitativní výzkumná metodika a technikou sběru dat byl dotazník (3 části), který byl

vytvořen autorkou práce. Respondentům byly v rámci dotazníkového šetření předloženy tyto nástroje: dotazník tazající se na identifikační údaje respondentů (věk, pohlaví, rodinný stav, doba výkonu profese všeobecné sestry apod.) a následně dva standardizované testy (NEO Five-Factor Inventory a Inventář syndromu vyhoření, MBI).

Výsledky 1. části dotazníku (identifikační otázky) byly vyhodnoceny dle procentuelního vyjádření. Ve 2. části dotazníku bylo užito percentilů, aby byla zjištěna přítomnost převládající dimenze osobnosti (nad 50. percentil). Ve 3. části dotazníku bylo užito také percentilů ke zjištění přítomnosti syndromu vyhoření (skóre nad 50. percentilem = přítomnost syndromu vyhoření). Následně užitou metodou byla korelační analýza, jejímž prostřednictvím bylo zjišťováno, která dimenze osobnosti má nejvyšší vliv na vznik syndromu vyhoření u oslovených respondentů.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že míra zastoupení respondentů, u kterých je přítomen syndrom vyhoření byla ve výzkumném vzorku 49% (tj. 159 respondentů) z celkového počtu oslovených respondentů (327).

Ve výzkumu bylo zjištěno, že dimenze osobnosti, která vykazuje nejvyšší sklon ke vzniku syndromu vyhoření je dimenze „Neuroticismus“, kde byl korelační koeficient nejvyšší ze všech sledovaných dimenzí, a to 0,415. Dále bylo zjištěno, že syndrom vyhoření se nejpočetněji prezentuje u zdravotnických pracovníků (všeobecných sester/bratrů) na odděleních s chirurgickým zaměřením (anesteziologicko-resuscitační oddělení, chirurgické oddělení a oddělení úrazové a plastické chirurgie). Záměrem autorky bylo, aby prostřednictvím výzkumného šetření bylo možno „odhalit“ možné rozdělení osobnostních typů u pracovníků na jednotlivých odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s. a současně se snažit nastínit typ osobnosti, který by mohl být vůči vzniku syndromu vyhoření odolný V úvodu dotazníku byli respondenti vyzváni, aby otázky v dotazníku vyplňovali z pohledu jejich osobnostního nastavení, nikoli z pohledu žádoucích charakteristik souvisejících s výkonem profese všeobecné sestry.

Ukázalo se, že „nejvýhodnějším typem osobnosti je kombinace těchto osobnostních dimenzí: „Přívětivost“-„Extroverze“-„Svědomitost“. Tato kombinace dimenzí osobnosti byla často zastoupena u pracovníků v rámci Nemocnice České Budějovice, a.s. např. na gastroenterologickém oddělení, na infekčním oddělení, na neurochirurgickém oddělení, na nervovém oddělení, na psychiatrickém oddělení, na ortopedickém oddělení a oddělení ženském.

Důležité je uvést, že si je autorka vědoma skutečnosti, že se v rámci výzkumného šetření zaměřovala pouze na osobnostní charakteristiku respondentů. Nepracovala s ostatními faktory, které mohou ovlivňovat a transformovat osobnost respondenta (např. aktuální či dlouhodobá spokojenost respondentů s jejich pracovními podmínkami, vztahy na pracovišti, jejich pracovní kompetence, apod.).

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.

Bedrnová, E., Nový, I. (2004). *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management press.

Bosoková, N. (2013). *Typologie osobnosti dle Eysencka*. [online]. Dostupné z: <http://www.mojepsychika.cz/zajimavosti-a-inspirace/seberozvoj/typologie-osobnosti-dle-eysencka-121> [cit. 2013-08-19].

Campana, K.L., Hammound, S. (2013). Incivility from patients and their families: can organisational justice protect nurses from burnout? *Journal of nursing management*, vol. 12, p. 404-409. Retrieved December 15, 2013, from PubMed database.

Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., Hinde, R. A., McCall, R. B. (1987). What is temperament? Four Approaches. *Child Development*, Vol 58, p. 505-529.

Cungi, CH. (2001). *Jak zvládat stres*. Praha: Portál, s.r.o.

Čakrt, M. (2004). *Typologie osobnosti : přátelé, milenci, manželé, dospělí a děti*. Praha: Management Press.

Doležalová, I. (2010). *Charakteristiky osobnosti a copingové strategie*. [online]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/144535/fss\\_m/Dolezelova\\_Ivana\\_-\\_Diplomova\\_prace.txt](http://is.muni.cz/th/144535/fss_m/Dolezelova_Ivana_-_Diplomova_prace.txt) [cit. 2013-08-23].

Drápela, V. E. (2008). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, s.r.o.

Földényi, L.F. (2013). *Melancholie: její formy a proměny od starověku po současnost*. Praha: Malvern.

Hájek, K. (2006). *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o.

Honzák, R. (2009). *Burnout u personálu*. [online]. Dostupné z: [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=279](http://www.psychosom.cz/?page_id=279) > [cit. 2013-09-23].

Horneyová, K. (2000). *Neuróza a lidský růst. Zápas o seberealizaci*. Praha: Triton.

Hřebíčková, M. 2003. *Osobnostní inventáře*. [online]. Dostupné z: <http://www.psychodiagnostika.cz/index.php?akce=neo> > [cit. 2013-09-23].

Hřebíčková, M., Urbánek, T. (2001). *Neo Pětifaktorový osobnostní inventář*. Praha: Testcentrum, s.r.o.

Jílková, M. (2008). *Aplikace vyhlášky č. 424/2004 Sb. v návaznosti na práci sestry* (Diplomová práce). České Budějovice: Jihočeská univerzita.

Jurásková, D. (2011). *Emoce zdravotní sestry. Emoce v medicíně*. Praha: Academia Medica Pragensia.

Kallwas, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, s.r.o.

Kebza, V. (2013). *Chování člověka v krizových situacích*. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze. Provozně ekonomická fakulta.

Kebza, V., Šolcová, I. (2008). Syndrom vyhoření - rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*, vol. 52, 351-365.

Kebza, V., Šolcová, I. (2004). *Komunikace a stres*. Praha: Státní zdravotní ústav.

Keogh, B. (2007). *Temperament ve třídě*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Mastiliaková, D. (2004). *Úvod do ošetrovatelství 1. díl*, Praha, Karolinum.

Matlasová, H. (2010). *Praktické využití metody Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v hodnocení celkové situace (tělesné, psychické, sociální a pracovní) u osob s roztroušenou sklerózou* ( Disertační práce). České Budějovice.

Pecáková, I. (2000). *Pořizování a vyhodnocování dat ve výzkumech veřejného mínění*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, fakulta informatiky a statistiky.

Plháková, A. (2007). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.

Poschkamp, T. (2013). *Vyhoření. rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Albatros Media a.s.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (1999). *Psychoterapeutické systémy-průřez teoriemi*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Smékal, V. (2004). *Pozvání do psychologie osobnosti : člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principál.

Smékal, V. (2005). *O lidské povaze*. Praha: Nakladatelství Cesta.

Socha, V. (2010). *Muž na, kterého se přísahá*. [online]. Dostupné z: <http://www.zshorakhk.cz/tvorba/ucitele/hippocrates.pdf> [cit. 2014-02-13].

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

Švingalová, D. (2002). *Kapitoly z psychologie. II. díl, Psychologie osobnosti*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. Fakulta pedagogická. Katedra pedagogiky a psychologie.

Van Boagert, P., Timmermans, O., Weeks, SM., van Heusden, D., Wouters, K, Franck, E. (2013). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events-A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, vol. 13, , p. 74-89. Retrieved November 24, 2013, from PubMed database.

Venglářová M. a kol. (2011). *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Wright, K. (2014). Alleviating stress in the workplace: advice for nurses. *Nursing standard*, vol. 28, p. 37-42. Retrieved January 10, 2014, from PubMed database.

Nemocnice České Budějovice, a.s. (2013). *Hlavní činnost nemocnice*. [online]. Dostupné z: <http://nemcb.cz/hlavni-cinnosti-nemocnice/> [cit. 2014-02-12].

Nemocnice České Budějovice, a.s. (2012). *Výroční zpráva 2012*. [online]. Dostupné z: <http://nemcb.cz/hlavni-cinnosti-nemocnice/> [cit. 2014-02-13].

Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních.

## SEZNAM ZKRATEK

|         |                                     |
|---------|-------------------------------------|
| aj.     | a jiné                              |
| apod.   | a podobně                           |
| atp.    | a tak podobně                       |
| AVEM    | v Německu užívaná typologie jedince |
| kol.    | kolektiv                            |
| např.   | například                           |
| NEO-FFI | NEO Five-Factor Inventory           |
| p.      | strana                              |
| resp.   | respektive                          |
| Sb.     | Sbírka zákonů                       |
| Vol.    | ročník                              |
| tj.     | to jest                             |
| tzv.    | tak zvaný                           |

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha 1:

Dotazník

## Příloha č. 1 Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,

Jsem studentkou Jihočeské univerzity Pedagogické fakulty a chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku.

V rámci svého studia se zabývám tím, jak lidé reagují na zátěž v zaměstnání, a proto bych se Vás ráda zeptala na některé informace související s Vaším vytížením v pracovním životě.

Předkládaný dotazník je rozdělen do tří částí, prosím o zodpovězení všech otázek ve všech jeho částech. Otázky v dotazníku prosím vyplňujte z pohledu Vaší osobnosti, nikoli z pohledu zdravotníka.

Předem bych Vás chtěla ubezpečit, že veškeré od Vás získané informace a připomínky jsou zcela anonymní a budou použity pouze ke studijním účelům a k vypracování této bakalářské práce.

Děkuji Vám za ochotu při vyplnění dotazníku.

Hana Matlasová (hmatlasova@seznam.cz)

---

### ***I. část: Otázky identifikační***

#### **1. Pohlaví ?**

- a. muž
- b. žena

#### **2. Věk ?**

- a. 20-30 let
- b. 31-40 let
- c. 41-50 let
- d. 51-60 let
- e. 61-70 let
- f. 71 let a více

#### **3. V současné době pracujete na jakém oddělení v rámci nemocnice ?**

Prosím uveďte: .....

#### **4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je?**

- a. středoškolské
- b. vyšší odborné
- c. vysokoškolské (Bc.)

- d. vysokoškolské (Mgr.)
- e. postgraduální (Ph.D.)

**5. Celková doba Vaší praxe v nemocnici je ?**

- a. do 1 roku
- b. do 2 let
- c. do 3 let
- d. do 5 let
- e. do 10 let
- f. nad 10 let
- g. do 15 let
- h. do 20 let
- i. 20 let a více

**6. Celková doba Vaší praxe ve zdravotnictví je ?**

- a. do 1 roku
- b. do 2 let
- c. do 3 let
- d. do 5 let
- e. do 10 let
- f. nad 10 let
- g. do 15 let
- h. do 20 let
- i. 20 let a více

**7. Váš rodinný stav je ?**

- a. svobodná/ý
- b. partnerský vztah
- c. vdaná/ženatý
- d. rozvedená/rozvedený
- e. vdova/vdovec

---

**II. část: Standardizovaný osobnostní dotazník**

Tato část dotazníku obsahuje 60 výpovědí, kterými charakterizujete sám/sama sebe.

Přečtete si prosím každou výpověď a posuďte do jaké míry Vás vystihuje. Svoji odpověď označte křížkem X na připojené škále čísel:

**0- vůbec nevystihuje, 1- spíše nevystihuje, 2- neutrální, 3- spíše vystihuje, 4- úplně vystihuje.**

|    |                                                      |   |   |   |   |   |
|----|------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. | Obvykle si nedělám starosti.                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Mám rád/a kolem sebe mnoho lidí                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Nerad/a ztrácím čas denním sněním.                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Snažím se být zdvořilý/á ke každému, s kým se setkám | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Své věci udržuji v pořádku a čistotě.                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|     |                                                                                                       |   |   |   |   |   |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 6.  | Často se cítím horší než ostatní.                                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7.  | Snadno se rozesměji.                                                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.  | Neměním vyzkoušené způsoby, jak něčeho dosáhnout.                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.  | Často se dostanu do sporu se svou rodinou nebo spolupracovníky.                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Svůj čas si dovedu dobře zorganizovat tak abych vyřídil/a všechny nutné záležitosti.                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Pokud jsem vystaven/a velkému stresu, mám občas pocit, že se zhrouťm.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Nepovažuji sám/sama sebe za příliš veselého/veselou.                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Jsem fascinován/a motivy, které nalézám v umění a v přírodě.                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Někteří lidé si o mě myslí, že jsem sobecký/á a egoistický/á.                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Nejsem příliš systematickým člověkem.                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Málokdy se cítím osamělý/á nebo smutný/á.                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Velmi rád/a se bavím s jinými lidmi.                                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Je zbytečné, aby člověk naslouchal rozdílným názorům, protože si z nich stejně nedovede žádný vybrat. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Raději bych s ostatními spolupracoval/a, než soupeřil/a.                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Pokouším se o splnění všech svěřených úkolů s maximální svědomitostí.                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Často se cítím napjatý/á a nervózní.                                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Jsem rád/a tam, kde se něco děje.                                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Poezie má na mě malý nebo žádný účinek.                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Vůči záměrům druhých jsem nedůvěřivý/á a rezervovaný/á.                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Mám přesně vymezené cíle a pracuji systematicky na jejich dosažení.                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Někdy se cítím zcela bezcenný/á.                                                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Raději bývám sám/sama než ve společnosti.                                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Mám-li možnost, rád/a si dávám nová nebo cizokrajná jídla.                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Když to člověk dovolí, tak ho ostatní lidé zneužijí pro své cíle.                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Promarním mnoho času, než se pustím do práce.                                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Málokdy pocítím strach nebo úzkost.                                                                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | Často mám pocit, že překypuji energií.                                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|     |                                                                                                |   |   |   |   |   |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 33. | Málokdy si u sebe povšimnu nálad nebo pocitů vyvolaných okolními vlivy.                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Většina lidí, které znám, mě má ráda.                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | Pracuji tvrdě na dosažení svých cílů.                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Často mě rozčílí, jak se mnou lidé jednají.                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Jsem radostný, dobře naladěný člověk.                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Při řešení závažných životních situací se řídím názory autorit.                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | Někteří lidé mě považují za chladného/chladnou a vypočítavého/vypočítavou.                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Pokud něco slíbím, vždy to dodržím.                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. | Pokud se něco nedaří, až příliš často se tím nechávám odradit, a mám pocit, že to vzdám.       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. | Nejsem příliš optimistický/á.                                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. | Při čtení poezie či pohledu na umělecké dílo mi někdy naskakuje husí kůže a pocit'uji mrazení. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. | Ve svých postojích jsem tvrdošíjný/á a neústupný/á.                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. | Někdy na mne není takové spolehnutí, jaké by mělo být.                                         | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. | Málokdy jsem smutný/á a depresivní.                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. | Často žiji v rychlém tempu.                                                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. | Nemám zájem hloubat o podstatě světa nebo smyslu existence člověka.                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. | Obvykle se snažím být ohleduplný/á a citlivý/á.                                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. | Jsem výkonný/á a svou práci vždy zvládnou.                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. | Často se cítím bezmocný/á a potřebuji někoho, kdo by mi pomohl vyřešit mé problémy.            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. | Jsem velmi aktivní.                                                                            | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. | Toužím po poznání a vědomostech.                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. | Pokud někoho nemám rád/a, dám to dotyčnému najevo.                                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. | Snad nikdy nebudu schopen/a uspořádat si své záležitosti.                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. | Někdy se tak stydím, že bych se nejraději neviděl/a.                                           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. | Nebaví mě vést druhé lidi.                                                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. | Často si rád/a pohrávám s teoriemi nebo abstraktními myšlenkami.                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

|     |                                                                                      |   |   |   |   |   |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 59. | Je-li to nutné, neváhám manipulovat s druhými lidmi, abych dosáhl/a toho, čeho chci. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. | Usiluji o dokonalost ve všem, co dělám.                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

### **III. část: Otázky ke zjištění pracovní zátěže**

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

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

|    |                                                                           |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------|--|
| 1  | Práce mne citově vysává                                                   |  |
| 2  | Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil                           |  |
| 3  | Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a      |  |
| 4  | Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů                        |  |
| 5  | Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi     |  |
| 6  | Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá                      |  |
| 7  | Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů         |  |
| 8  | Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce                                  |  |
| 9  | Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji          |  |
| 10 | Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem |  |
| 11 | Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým                      |  |
| 12 | Mám stále hodně energie                                                   |  |
| 13 | Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení                       |  |
| 14 | Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává           |  |
| 15 | Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty              |  |
| 16 | Práce s lidmi mi přináší silný stres                                      |  |
| 17 | Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru               |  |
| 18 | Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty       |  |
| 19 | Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého               |  |
| 20 | Mám pocit, že jsem na konci svých sil                                     |  |
| 21 | Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.                   |  |
| 22 | Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy              |  |

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Pokud chcete něco uvést. Uved'te to prosím zde:

.....

.....

.....