

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

Fakulta veřejných politik v Opavě

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

SLEZSKÁ UNIVERZITA V OPAVĚ

Fakulta veřejných politik v Opavě

Ústav nelékařských zdravotnických studií

Sabina Pazlarová

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

**Syndrom vyhoření u praktických a všeobecných sester**

**Burnout syndrome in practice and general nurses**

bakalářská práce

Opava 2023

doc. PhDr. Yveta Vrublová, Ph.D.

Vedoucí bakalářské práce

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření u praktických a všeobecných sester. Práce je rozdělena do dvou částí – na teoretickou a empirickou. Cílem teoretické části bylo seznámit se blíže s pojmem syndrom vyhoření, jeho projevy, příčinami vzniku, rizikovými faktory, léčbou a v neposlední řadě prevencí a duševní hygienou. Cílem empirické části bylo zmapovat a porovnat výskyt syndromu vyhoření formou kvantitativního výzkumu u sester, jež pracují na oddělení interních a chirurgických oborů, intenzivní péče a psychiatrie.

## **Klíčová slova**

syndrom vyhoření, praktická sestra, všeobecná sestra, stres, rizikové faktory, duševní hygiena, prevence

## **Abstract**

The bachelor's thesis deals with burnout syndrome in practical and general nurses. The thesis is divided into two parts - theoretical and empirical. The aim of the theoretical part was to get acquainted with the concept of burnout syndrome, its manifestations, causes, risk factors, treatment and last but not least prevention and mental hygiene. The aim of the empirical part was to map and compare the prevalence of burnout syndrome in the form of a quantitative questionnaire among nurses working in internal medicine, surgery, intensive care and psychiatry.

## **Keywords**

burnout syndrome, nurse practitioner, general nurse, stress, risk factors, mental hygiene, prevention

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Akademický rok: 2022/2023

Zadávací ústav:	Ústav nelékařských zdravotnických studií
Studentka:	Sabina Pazlarová
UČO:	56499
Program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Téma práce:	Syndrom vyhoření u praktických a všeobecných sester
Téma práce anglicky:	Burnout syndrome in practice and general nurses
Zadání:	Teoretický cíl práce: Seznamit se blíže s pojmem syndrom vyhoření a popsat jeho stav. Empirický cíl práce: Zjistit a vyhodnotit míru vyhoření u praktických a všeobecných sester.
Literatura:	FRIGANOVIĆ, Adriano, 2017. Healthy Settings in Hospital – How to Prevent Burnout Syndrome in Nurses: Literature Review. ACTA CLINICA CROATICA [online]. 292298. ISSN 03539466.  KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.  STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.  VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.  VENGLÁŘOVÁ, Martina. Supervize v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.
Datum zadání práce:	7. 3. 2022

Souhlasím se zadáním (podpis, datum):

.....  
doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D.  
vedoucí ústavu

### **Čestné prohlášení**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informační zdroje, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použitých informačních zdrojů. Prohlašuji, že elektronická verze práce je shodná s verzí tištěnou. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce a zveřejněním její elektronické verze na počítačích v Univerzitní knihovně Slezské univerzity v Opavě podle Pravidel o způsobu zveřejňování závěrečných prací na Slezské univerzitě v Opavě, v platném znění.

.....

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat paní doc. PhDr. Yvettě Vrublové, Ph.D., za veškerou její pomoc, která zahrnovala ochotu, trpělivost, odborné vedení a cenné rady, které byly využité v mé bakalářské práci. Velké poděkování patří rovněž mým rodičům a přátelům, kteří mi byli silnou a nenahraditelnou oporou po celou dobu studia. A taktéž bych chtěla poděkovat všem ženám, které se podílely na zpracování výzkumu.

## OBSAH

ÚVOD.....	9
1 Definice základních pojmů a jejich operacionalizace.....	10
2 Syndrom vyhoření.....	12
2.1 Historie syndromu vyhoření.....	12
2.2 Příznaky syndromu vyhoření.....	12
2.3 Fáze syndromu vyhoření.....	13
2.4 Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření.....	16
2.5 Diagnostika syndromu vyhoření.....	16
2.6 Stres a jeho vliv na syndrom vyhoření.....	18
2.7 Prevence vyhoření.....	21
2.8 Možnosti zotavení.....	21
3 Syndrom vyhoření v ošetrovatelské profesi.....	22
3.1 Náročnost profese všeobecné sestry.....	23
3.2 Studie.....	24
3.2.1 Studie č.1.....	25
3.2.2 Studie č.2.....	26
3.2.3 Studie č.3.....	28
3.2.4 Studie č.4.....	29
3.2.5 Studie č.5.....	30
3.2.6 Shrnutí uvedených studií.....	31
4 Praktická část.....	33
4.1 Formulace problému.....	33
4.2 Cíle.....	33
4.3 Metodika.....	34
4.4 Charakteristika zkoumaného souboru.....	34
4.5 Výsledky výzkumu.....	38

4.5.1	Dotazník část A.....	38
4.5.2	Dotazník BM část B .....	48
4.6	Diskuse .....	52
4.7	Doporučení pro praxi.....	56
	Závěr.....	57
	Seznam použitých informačních zdrojů .....	58
	Seznam zkratk a symbolů .....	61
	Seznam obrázků .....	62
	Seznam tabulek .....	63
	Seznam grafů .....	64
	Seznam příloh .....	65



## ÚVOD

Syndrom vyhoření poprvé uvedl pod názvem „burn – out“ v roce 1974 americký psychoanalytik Herbert J. Freudenberger. Definuje ho jako vyhasnutí energie nadšeného jedince, který původně pracoval velmi intenzivně a s nadšením a u kterého dochází k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání (Křivohlavý, 1998).

Syndrom vyhoření způsobuje chronický stres a dlouhodobá nerovnováha mezi aktivitou a odpočinkem. Jedná se o jev, který je velmi aktuální především z toho důvodu, že současná doba klade značný důraz na vysoký pracovní výkon.

Tento syndrom může postihnout kohokoliv, jenž vykonává povolání, kde přichází do častého kontaktu s lidmi. Syndrom vyhoření má výrazně negativní dopad na osobnost a snižuje kvalitu našeho života, ať už po pracovní nebo osobní stránce. Ve zdravotnictví se tento syndrom vyskytuje nejčastěji, a to nejen u všeobecných sester, ale u všech pracovníků, kteří v této sféře pracují. Jedinci přichází do zaměstnání s nadšením, postupně však zjišťují, s jak velkou zátěží se musí potýkat.

Téma bakalářské práce bylo rozděleno na část teoretickou a na část empirickou. Teoretická část se zabývá syndromem vyhoření, jeho definicí, příčinami vzniku, příznaky, rizikovými faktory, v neposlední řadě prevencí a duševní hygienou.

Cílem teoretické části bylo shromáždit dostupné informace z relevantních českých a zahraničních zdrojů, které se zabývají problematikou syndromu vyhoření.

Cílem empirické části práce bylo zmapovat a porovnat výskyt syndromu vyhoření u praktických a všeobecných sester pracujících na oddělení chirurgických a interních oborů, psychiatrie a intenzivní péče.

# 1 Definice základních pojmů a jejich operacionalizace

Pro pochopení tématu bakalářské práce je nutné vysvětlit si klíčová slova, která jsou v práci upřednostněna. Kapitola se věnuje definování základních pojmů (všeobecná sestra, stres, syndrom vyhoření, prevence, rizikové faktory) od různých autorů. Zároveň poskytuje operacionalizaci pojmů v daném kontextu.

## Všeobecná sestra

Dle WHO: „Sestra je osoba, která byla formálně přijata do vzdělávacího osobnostního programu, řádně uznaného členským státem, v němž je tento program zajišťován, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala potřebnou kvalifikaci k tomu, aby se stala registrovanou sestrou anebo sestrou s právoplatnou licencí k výkonu ošetrovatelské praxe“ (Plevová, 2018).

Oficiální server Ministerstva zdravotnictví ČR definuje všeobecnou sestru v dokumentu Kvalifikační standard Všeobecná sestra takto: „Všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace, v rozsahu své odborné způsobilosti poskytuje, případně zajišťuje, základní a specializovanou ošetrovatelskou péči v souladu s právními předpisy a standardy.“, Profesionální kompetence všeobecné sestry jsou rozděleny na základní, specializované a vysoce specializované podle základních funkcí, které všeobecná sestra plní a které vycházejí z platných právních předpisů ČR“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2010).

**Operacionalizace:** V práci poukážeme na termín všeobecná sestra, neboť všeobecná sestra jako zdravotnický pracovník ve své praxi bývá často vystavována různým stresovým zátěžovým situacím, které mají poté za následek syndrom vyhoření.

## Stres

Kraska-Lüdecke uvádí definici, která říká, že: „Stres je setrvalá, dlouhodobá tělesná nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků a škodlivých podnětů“ (2007, in, Venglářová a kol., 2011).

**Operacionalizace:** Sestry jsou v práci denně vystavovány stresu, působením dlouhodobého stresu se u nich může objevit syndrom vyhoření.

## Syndrom vyhoření

Janáčková uvádí také definici, která říká, že: „Termín syndrom vyhoření, vyprahlosti, vypálení – popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu

ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání“ (2008, in Venglářová a kol., 2011).

Křivohlavý uvádí také vlastní definici, která říká, že: „Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému (mentálnímu) a emocionálnímu (citovému) vyčerpání organismu. Pokud jde o patofyziologické mechanismy, je zcela jednoznačné, že je projevem dlouhotrvajícího a nadměrného stresu“ (2009, in Venglářová a kol., 2011).

**Operacionalizace:** Práce se zabývá syndromem vyhoření u sester, jelikož u tohoto povolání je velmi velké riziko vzniku syndromu vyhoření, neboť jsou stále kladeny stále větší nároky na zdravotnický personál.

### **Prevence**

„Prevenci dělíme na primární, sekundární a terciární. U primární prevence jde o předcházení rizikových faktorů u lidí, u nichž ještě k rizikovému chování nedošlo. U sekundární prevence jde o předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání rizikového chování u lidí, kteří jsou rizikovým chováním ohroženi. U terciární prevence je cílem předejít zdravotním nebo sociálním potížím v důsledku rizikového chování“ (Národní ústav pro vzdělávání, 2011-2020).

**Operacionalizace:** Prevence je velmi nezbytná v povolání sestry, slouží k ochraně před výskytem syndromu vyhoření.

### **Rizikové faktory**

„Pojem rizikový faktor znamená každou okolnost, podmínku, činitele či vlastnost pracovního systému, které by mohly zapříčinit pracovní úraz, nemoc z povolání, profesionální otravu nebo jiné poškození zdraví“ (Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2016–2020).

**Operacionalizace:** Práce se zabývá také rizikovými faktory, které mohou u sester vést k syndromu vyhoření.

## 2 Syndrom vyhoření

Termín burn out – syndrom vyhoření, vyprahlosti či vypálení, popisuje profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání (Janáčková, 2008, in Venglářová a kol., 2011).

Hartl definuje syndrom vyhoření jako „*Burn out, projevuje se po letech terénní emočně vyčerpávající práce ztrátou profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí, spojen se ztrátou činnosti a poslání, s pocity zklamání, hořkosti, ztráta zájmu o práci, nastupuje každodenní stereotyp, rutina, snaha přežít a nemít problémy*“ (Hartl, 2004).

Pro syndrom vyhoření je charakteristické, že se projevuje spíše v psychice postiženého. Navenek je vidět až mnohem později. Nejpravděpodobněji ho najdeme tam, kde je hlavní pracovní náplní práce s lidmi.

Při úvahách o syndromu vyhoření je nutné vyloučit:

- a) nedostatek kompetencí či vzdělání pracovníka,
- b) velkou emocionální zátěž (krizi) v mimopracovní rovině.
- c) přítomnost symptomů duševních poruch (Venglářová a kol., 2011).

### 2.1 Historie syndromu vyhoření

Za zakladatele zkoumání této problematiky je považován Herbert Freudenberger, který v roce 1974 syndrom vyhoření popsal následovně.

„*U někoho jsou to pocity únavy a exhausce (vyčerpání), neschopnost setřást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. To jsou převážně tělesné projevy. Mohou se však objevit příznaky ve sféře psychické a behaviorální (chování)., například osoba známá povídavostí je náhle zamlklá. Objevuje se psychická únava, nuda, rezignace, ale také zvýšená iritabilita (podrážděnost), ostře až nespravedlivě kritické postoje a další změny*“ (Freudenberger, 1974, in Venglářová a kol., 2011).

### 2.2 Příznaky syndromu vyhoření

U sestry se nejprve projevují první varovné příznaky, jimiž jsou: vnitřní pocit sestry, že svou práci nezvládá a zpochybňuje význam své práce, působí nervózním, nespokojeným a podrážděným dojemem, objevují se první tělesné obtíže (problémy se spaním, bolesti hlavy,

břicha, ztuhlý krk, bolesti zad, časté infekce, poruchy krevního oběhu a kolísání váhy) (Venglářová a kol., 2011).

Příznaky lze rozdělit do tří oblastí:

1. **Tělesné vyčerpání** se charakterizuje chronickou únavou, nedostatkem energie, svalovými bolestmi, pocity tělesné slabosti, častější nemocnosti, změnami tělesné hmotnosti. Objevuje se rychlá unavitelnost, může se dostavit zvýšená potřeba spánku, a přitom je spánek nekvalitní. Ráno se člověk cítí nevyspaný, neodpočatý. Fyzická únava ze sportu nebo z práce po odpočinku přejde, v případě vyhoření je únava spojená s pocity viny a selhávání. Dále se mohou objevit poruchy paměti, soustředění či vyšší náchylnost k nehodám a k infekčním onemocněním (Venglářová a kol., 2011, Stock, 2010).
2. **Psychické vyčerpání** se odráží v negativních postojích k sobě i k jiným projevuje se změnou dosavadních životních postojů. Život začíná být vnímán jako jedna velká katastrofa. Psychicky vyčerpaný člověk je cynický, negativistický, pesimistický, nechce už žádné změny, nic nového, přestává si věřit. Objevují se poruchy soustředění, zapomětivost, snaží se obrnit vůči světu. Jako by hlásal dejte mi všichni pokoj. Dochází k utlumení celkové aktivity a mizí tvořivost. Jeho život a práce přestává mít smysl, mohou se objevit i sebevražedné myšlenky (Bartošíková, 2006, in Venglářová a kol., 2011).
3. **Emocionální vyčerpání** se projevuje tím, že člověk ztrácí kapacitu pro lidi, cítí se citově vysátý, už nechce slyšet další trápení, starosti. Cítí prázdno. Pocity beznaděje, bezmoci, už nechce být empatický, snaží se lidem vyhýbat, uzavírá se do sebe. Vyráčí se radost z kontaktu s lidmi, nejprve v práci, ale postupně se toto přenáší do rodiny. Rodinu a přátelé přestává vnímat jako zdroje radosti a uspokojení, reaguje na ně podrážděně, stávají se pro něj další přítěží (Bartošíková, 2006, in Venglářová a kol., 2011).

### 2.3 Fáze syndromu vyhoření

Vyhoření nebývá popisováno jako stav, ale jako neustálý proces, který se vyvíjí a může trvat i několik měsíců. Může vzniknout i u motivovaného člověka plného ideálů a nadšení už s nástupem do zaměstnání, o kterém má jistý člověk své představy a očekávání. Je nabitý energií a chce zde uplatnit spoustu svých myšlenek. Nepřipouští si alarm únavy a neustále chce podávat ten nejlepší výkon.

Syndrom vyhoření řadíme do několika stupňů. Každý z nich vyjadřuje určitou oblast života. Na začátku vzniká emoční vyhoření, které postihuje více ženy než muže, dále se může vyskytovat psychické vyhoření a ztráta inspirace. Poté dojde k fyzickému vyčerpání, které je podkladem pro psychosomatická onemocnění. Následkem je dlouhodobě potlačovaný stres a přirozené reakce, jako bývají agresivita, zlost, pláč, strach a hněv (Venglářová a kol., 2011).

Syndrom vyhoření nevzniká ze dne na den. Lidé k němu mohou dospět po určité, individuálně různé době, kterou můžeme orientačně rozdělit na fáze (Pešek, Praško, 2016).

**1.fáze – Idealistické nadšení:** V této fázi je typické, že je jedinec přemotivovaný, idealizuje si své schopnosti, touží pomáhat, prosadit se a tvrdě pracuje. Často má nerealistické představy o náplni své práce, svých spolupracovníků, nadřízených organizací práce, o klientech, s kterými se bude setkávat. **Typické myšlenky jedince** v této fázi jsou: Jdu do toho na plný plyn, těším se na skvělou seberealizaci. Těm lidem je třeba pomáhat. Chápu je a musím jim pomáhat, co nejvíce.

**2.fáze – Stagnace:** vystřízlivění, dochází ke konfrontaci ideálů s realitou, Skutečnost je výrazně jiná než původní očekávání. Jedinec se více soustředí na to, aby se moc nenadřel, aby měl v práci „pohodu“. Jeho pozornost se upíná k tomu, aby se vyhnul obtížnější práci a náročnějším klientům. Prioritou se pro něj stává navazování výhodných pracovních kontaktů a kariérní postup. V této fázi, pokud si ji pracovník uvědomí, je vhodné se zamyslet nad svými myšlenkovými postoji a životním stylem a uvažovat o změně. **Typické myšlenky jedince** v této fázi jsou: Proč bych se měl honit? Beztak to nějak dopadne. Těch požadavků je moc a člověk část musí ignorovat. Hlavně si udělat v práci pohodu (Pešek, Praško, 2016).

**3.fáze – Frustrace:** Zdravotník vnímá své povolání jen jako zdroj obživy, dělá jen nejnnutnější práce, vyhýbá se komunikaci s nemocným a dalšímu vzdělávání. **Typické myšlenky jedince v této fázi jsou:** Klienti si vymýšlejí, manipulují a zneužívají mé dobroty. Nějak mě to tady štve (Venglářová a kol., 2011, Pešek a Praško, 2016).

**4.fáze – Apatie:** Jedná se o obrannou reakci. Člověk se odtahuje od vlastních negativních emocí, stahuje se do sebe, dělá jen to nejnnutnější. Vyhýbá se náročnějším klientům, které značkuje stylem „nemotivovaný“, „hysterka“, „psychopat“, pocituje radost a úlevu, když mu klient na domluvenou konzultaci nepřijde. Strání se obtížnějších pracovních úkolů, nechce se bavit o pracovních tématech. Začínají se u něj objevovat psychosomatické problémy (např. bolesti zad, hlavy, kožní onemocnění, únava), může začít užívat léky nebo nadužívat alkohol, je více nemocný a má více absencí v zaměstnání. **Typické myšlenky jedince v této fázi jsou:** Nestojí to za nic, ale nějak to vydržím. Hlavně přežít (Pešek a Praško, 2016).

**5.fáze – Syndrom vyhoření:** Tato fáze je provázená depresivními stavy. Jedná se o úplné emoční vyčerpání. Pracovník odchází ze zaměstnání, nebo vyhořelý zůstává, či v té samé organizaci přechází na jinou pracovní pozici. V ideálním případě přehodnotí své postoje a životní styl, popř. absolvuje psychoterapii, a s více realistickými očekáváními pracuje dál na své původní profesi. **Typické myšlenky jedince v této fázi jsou:** Už to nejde vydržet, mám toho po krk. Už abych odsud vypadl. Kašlu na to. Vedení je šílené a klienti také, štvou mě. Ať mi všichni vlezou na záda. Měl bych s tím a se sebou něco dělat, ale popravdě se mi nechce. Ono to nějak vyhnije (Pešek a Praško, 2016).

Určité fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku více či méně znatelné. Jestliže tento syndrom není včas rozpoznán, může vyústit až v profesionální deformaci, která je charakteristická citovou ochablostí zdravotníka vůči nemocnému (Kraska, Lüdecke, 2007, in Venglářová a kol., 2011).

Stav vyhoření má následky, které se mohou projevit po stránce psychické emocionálními problémy, např. rozmrzelosti, výbušnosti, změnami nálad a po stránce tělesné např. únavou, bolestmi hlavy, nedostatkem energie nebo zažívacími obtížemi. Změny mohou nastat také v sociální oblasti, které se mohou projevovat cynismem nebo negativním postojem k sobě samému, práci nebo pacientům. (příloha 1)

### **Základem syndromu vyhoření jsou dva aspekty:**

#### **1. Osobnostní nastavení pomáhajícího**

Jedním z důvodů je příliš silná chuť pomáhat a pečovat. Ta vede k nenaplněným očekáváním od sebe i od pacientů. Silná potřeba pomáhat nemá jen altruistický základ, může jít o plnění egoistických potřeb a uspokojení touhy po moci.

#### **2. Prostředí**

Do této oblasti patří charakter práce, nastavení systému a organizace práce na příslušném pracovišti. Mezi vysoce náročný charakter práce na pracovišti patří zejména:

- Péče o pacienty s nevléčitelnou – infaustní prognózou.
- Péče o chronicky nemocné.
- Práce na psychiatrických odděleních – léčba závislostí, péče o depresivní pacienty.
- Gerontologická, paliativní péče.
- Práce na krizových centrech.
- Práce na psychoterapeutických centrech.

Ve zdravotnictví je práce řešena většinou směnným provozem. Sestra musí být připravena na okamžité potřeby na pracovišti, často musí řešit potíže vyplývající z provozu,





- c) **Pocity psychického (duševního) vyčerpání** – viz pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí (kladných představ o sobě a o světě), pocity marnosti vlastní existence (Křivohlavý, 2012).

BM dotazník má dobrou vnitřní kompaktnost a vysokou reliabilitu i při opakování po třech měsících a vysokou míru shody při měření sama sebe nebo někým jiným. Tato metoda je v dnešní době druhou nejpoužívanější metodou k diagnostice vyhoření.

Mezi nejčastěji používané metody k odbornému vyšetření burnout syndromu patří metoda MBI. Tato dotazníková metoda byla podrobena faktorové analýze (hledaly se tak „kořeny“ toho, co se odpověďmi na otázky vlastně měří). Ukázalo se, že se touto metodou zjišťují tři faktory (činitele):

EE – emotional exhaustion, tj. emocionální vyčerpání.

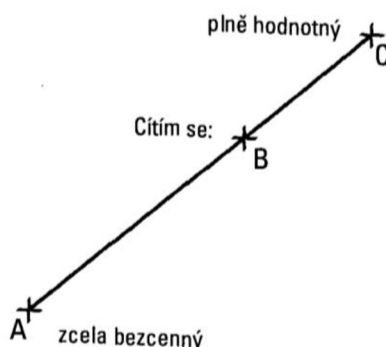
DP – depersonalizace, tj. ztráta úcty k druhým lidem jako lidským bytostem.

PA – personal accomplishment, tj. snížení výkonnosti.

V dotazníku MBI je 9 otázek zaměřených na EE, 5 otázek zaměřených na DP a 8 otázek zaměřených na PA. U každé otázky je možnost vyjádřit odpověď jedním ze sedmi stupňů odpovědní škály (stupnice).

Příkladem další metody v diagnostikování syndromu vyhoření může být využití tzv. subjektivního hodnocení vlastní situace pomocí PSA – Personal Subjective Analysis („Rozbor osobního vnitřního stavu“).

V kterémkoli okamžiku je možno se zamyslet nad tím, jak hodnotné je to, co dělám a oč se snažím. Výsledek je možno zanést na stupnici pocitů vlastní hodnoty například tak, že v určitém místě mezi dvěma extrémy („cítím se zcela bezcenný“ a „cítím se plně hodnotný“) udělám křížek (Křivohlavý, 2012).



Obrázek 1 Pocity vlastní hodnoty. Zdroj: Křivohlavý, 2012.

## 2.6 Stres a jeho vliv na syndrom vyhoření

Povolání zdravotních sester patří mezi jedno z nejnáročnějších. Kromě přímé pracovní zátěže vyžaduje na sestrách neustálé vzdělávání a učení se novým dovednostem. Je to povolání, ve kterém je sestra neustále ve styku s mnoha stresory různého druhu. Často se setkává se smrtí, trpícími, umírajícími a nevyлéčitelně nemocnými pacienty. Je v každodenním styku s nemocnými, kteří různě reagují na nemoc, pobyt v nemocnici a mohou vyvolat i konflikty. A když se k této škále problémů přidávají ještě špatné vztahy na pracovišti, problémy v každodenním životě, může se stát, že se sestra dostane do náročné životní situace – nadměrného stresu (Venglářová a kol., 2011).

Jaro Křivohlavý definuje stres takto: „*Situaci člověka ve stresu můžeme přirovnat do určité míry ke sněhové kouli, kterou ze všech stran stlačujeme tak moc, až z ní začne kapat voda a koule se mění v kus ledu*“ (Křivohlavý, 2010).

### Vývoj organismu při stresu má tři fáze:

1. **Poplachová (alarmová) fáze** – Charakterizuje se pohotovostí potřebných sil ke zvládnutí zátěže. Nejdříve nastává šok, potom antišok, kdy se vysoká reakce začíná snižovat – řízeno sympatikem.
2. **Rezistenční (vyrovnávací) fáze** – Dochází při ní ke snížení reakce organismu na rušivý vliv, z důvodu adaptace na stresor – řízeno parasympatikem.
3. **Fáze vyčerpání (exhausce)** – Vzniká dlouhodobým a intenzivním stresorem provázeným projevy zoufalství, zlosti i apatií má za následek snížení obranyschopnosti organismu (Venglářová a kol., 2011).

### Stresory

Stresory jsou negativní životní faktory. Jinak řečeno je to vše, co člověka zatěžuje. Tato nepřiměřená zátěž vyvolá stres.

Stresory mohou být ve dvojí formě, buď mikrostressory nebo makrostressory.

### Mikrostressory a makrostressory

**Mikrostressory** vyjadřující mírné okolnosti, které vyvolají stres, např. dlouhodobá evalvace (ponižování) člověka v zaměstnání či v osobním životě nebo dlouhodobě pocíťovaný nedostatek lásky. Negativní vliv ministresorů se sčítá a nemá-li člověk k dispozici kladnou vyrovnávací hodnotu (kompenzaci), mohou být nahromaděné (kumulované) ministresory zdrojem deprese. **Makrostressory** jsou děsivě působící, deptající, až ničící vlivy, přesahující určitou hranici, kterou člověk není schopen zvládnout (Venglářová a kol., 2011).

### Dle délky působení dělíme stressory:

- Krátkodobé (akutní bolest, resuscitace pacienta).
- Dlouhodobé (dlouhotrvající bolest, zodpovědnost za vykonanou práci) (Venglářová a kol., 2011).

### Salutory

Jedná se o pozitivní životní faktory, které v těžké situaci člověka posilují, příkladem může být např. smysluplnost vykonané činnosti, pochvala za dobře vykonanou práci.

Ideální je, když jsou stresory a salutory v rovnováze. To znamená, že máme rovnováhu mezi tím, co se od nás očekává, a tím, co můžeme dělat (Venglářová a kol., 2011).



Obrázek 2 Rovnováha mezi zátěží a schopností vyrovnat se s ní. Zdroj: Venglářová a kol., 2011.

### Úloha eustresu a distresu a vliv frustrace a deprivace na člověka

- **Eustres** – je pozitivní, radostný, který působí ve slabší míře příznivě, dodává nám aktivní energii. Příkladem může být situace, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, avšak vyžaduje určitou námahu. Řadíme sem například narození dítěte, různé oslavy...
- **Distres** – dochází k výraznému přetížení člověka, kdy jeho možnosti jsou nad jeho síly (emocionálně negativní – úmrtí v rodině).
- **Frustrace** – stav zklamání, zmaření, kdy jedinec nemůže dosáhnout vytýčeného cíle z důvodu překážek, které se mu postaví do cesty. Jde o chronické neuspokojení potřeb, které mohou mít i zdravotní následky. Příkladem může být touha po rodinném štěstí, po lásce atd...
- **Deprivace** – strádání, při kterém má jedinec nedostatek podnětů (smyslových, citových). Můžeme hovořit o dočasném stavu neuspokojování potřeb, např. nedostatek citu u malých dětí, které jsou dlouhodobě hospitalizované v nemocnici (Venglářová a kol., 2011, Křivohlavý, 2010).

### Co stres negativně ovlivňuje

- Kardiovaskulární systém (hypertenze, koronární choroby apod.)

- Gastrointestinální systém (nauzea, vznik žaludečních vředů, dráždivý syndrom střeva apod.)
- Imunitní systém (snížená rezistence k nemocem, zvýšená únavnost a letargie – stav ospalosti).
- Genitourinální systém (časté nucení na močení, impotence apod.)
- Svalový systém (bolesti v zádech, bolesti v oblasti hrudníku, bolesti hlavy apod.)
- Dýchání (dechová nedostatečnost, hyperventilace, astma apod.)

„Jedno ze současných pojetí vlivu stresu na naše zdraví hovoří o tom, že stres působí jako startér či spouštěč téměř každé nemoci. Přitom termínem spouštěč se rozumí něco obdobného tomu, s čím se setkáváme u pušky či revolveru – stlačení páčky, které uvede chod výbuch v hlavní“ (Křivohlavý, 2010).

Cíle zvládnání stresu mohou být různé. Můžeme snížit množství toho, co nás zatěžuje, zachovat si emocionální klid a duševní rovnováhu, zlepšit si podmínky pro regeneraci (relaxaci), zachovat si chladnou hlavu a pozitivní tvář – nedopustit osobní regres (Křivohlavý, 2010).

### **Postupy – strategie zvládnání stresu**

- Plánovat hledání řešení daného problému.
- Uklidňování rozrušených emocí (aktivní brána – defenziva).
- Distancování se od stresové situace (zachování stoického postoje k situaci).
- Hledání pozitivních stránek nastalé situace.
- Hledání sociální podpory (pomoci od druhých lidí, rodiny, přátel apod.)
- Snaha vyhnout se stresové situaci.
- Správná organizace času (nenechávat si důležité úkoly na poslední chvíli).
- Odvrácení se od toho, co se děje (Křivohlavý, 2010, Venglářová a kol., 2011).

### **Způsoby relaxace**

#### **Autogenní relaxační trénink profesora Schultze**

Profesor J. H. Schultz (1969) pojal svůj systém relaxačních cvičení širěji nežli jiní autoři klasických relaxačních postupů (např. E. Jacobson, W. Reich aj.). Zahrnuj do něj princip uvolňování svalového napětí, ale dodal ještě princip autosugestivního navozování představ ovládnání vnitřních orgánů, koncentrace na citové indiferentní podněty, mentálního navozování klidu a pravidelného dýchání.

Soubor cílů, které toto cvičení sleduje je též širší (příloha 3). Jde mu nejen o svalovou relaxaci, ale i prohlubování sebepoznávání, zlepšování koncentrace, zdokonalování sebekontroly, snižování vlivů negativních afektů, tlumení bolesti a sebeřízení klidového laddění. I soubor účelů, které toto cvičení sleduje, je širší. Používá se nejen při nadměrném nervovém napětí (distresu), ale i při poruchách koncentrace a spánku, při stavech úzkosti, podrážděnosti, při lehkých neurózách apod (Křivohlavý, 2010).

### **Jacobsonova progresivní relaxace**

Edmund Jacobson vybudoval svůj systém relaxace za poznatcích fyziologie svalové relaxace. (příloha 4) Zaměřil se na pocity svalového napětí, které se snaží nejprve navodit (často až v hraniční úrovni) a poté naopak zrušit (do úplného svalového uvolnění) (Křivohlavý, 2010).

## **2.7 Prevence vyhoření**

Jeden z nejlepších způsobů, jak předejít syndromu vyhoření, je prevence. Bohužel, je u lidí často opomíjená, myslí si, že ji nepotřebují, že není důležitá a poradí si sami. Prevence syndromu vyhoření spočívá mnoha opatřeních, jako je adaptační praxe, péče o sebe sama, osobní život, přátelé, koníčky nebo dobrá fyzická kondice. (příloha 5)

## **2.8 Možnosti zotavení**

Záleží pouze na jedinci, jak se s problematickou situací syndromu vyhoření vypořádá. Lidé z okolí mohou pomoci, ale důležité je to, aby chtěl sám jedinec, chtěl a motivace jsou předpoklady pro to, aby se dokázal vyléčit. (příloha 6)

### **Duševní hygiena – psychohygiena, mentální hygiena**

Duševní hygienou (psychohygienou) se rozumí systém propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševní rovnováhy. Základním pojmem duševní hygieny je pojem duševní zdraví, pod kterým chápeme dosažení ideálního stavu, jenž je výsledkem dodržování zásad duševní hygieny. Duševní hygiena je nauka o tom, jak si chránit a upevňovat duševní zdraví a jak zvyšovat odolnost člověka vůči nej-různějším škodlivým vlivům, zabývá se také prevencí psychických poruch a onemocnění. Zahrnuje zásady životosprávy, jednání s lidmi, řešení konfliktů a životních situací, zvládání emocionálního napětí, stresových situací nebo psychických zátěží (Čeledová, Čevela, 2010).

### 3 Syndrom vyhoření v ošetrovatelské profesi

Ošetrovatelství je láska k lidem, moudrost a pomoc. Jedná se o samostatnou vědeckou disciplínu, která je zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Hlavním cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání. Cílem moderního ošetrovatelství je orientace na člověka se všemi jeho potřebami a problémy. Úkolem sestry je identifikace těchto problémů, stanovení příčin, stupně jejich závažnosti a stanovení nejvhodnějšího způsobu řešení. Základní cíle jsou: podporovat a upevňovat zdraví, podílet se na navrácení zdraví, zmírňovat utrpení nemocného člověka a zajistit klidné umírání a důstojnou smrt (Bužgová a Plevová, 2011).

#### Osobnost zdravotníka

Na osobnost zdravotnického pracovníka jsou kladeny vysoké nároky a požadavky. Očekává se, že zdravotník zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s odbornou technikou, unese fyzickou a psychickou zátěž své práce a dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání pacientů, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s pracovními i rodinnými problémy, které život přináší. To vše mnohdy řeší v třísměnném provozu na velmi specializovaných pracovištích (Zacharová, 2017).

#### Osobnostní předpoklady

Jedná se o předpoklady, které člověka k tomuto povolání předurčují.

- Tvůrčí přístup, kterým zdravotník řeší svěřené úkoly, je schopen vnímat a realizovat nové podněty.
- Dostatečná kritičnost a sebekritičnost s kontrolou vlastního jednání.
- Dávka empatie – vcítění se do vnitřního světa druhých lidí.
- Porozumění problémům nemocných.
- Vystupování – klidné, ne povýšené, s pohotovými reakcemi, přiměřené sebevědomé, důležitá je trpělivost.
- Smysl pro humor, ale ne přehnaný optimismus, který budí u pacienta spíše nedůvěru, je vhodné smát se s nemocným, ne nemocnému.
- Humánní vztah k nemocnému – jde o projev vyrovnanosti a zralosti osobnosti (Zacharová, 2017).

## **Kompetence všeobecné sestry**

Kompetence je souhrn vědomostí, dovedností a pravomocí, jež umožňují vykonávat kvalifikovanou činnost (Kordulová, 2020).

Pro všeobecnou sestru a všechny nelékařské zdravotnické pracovníky (NLZP) se stal po roce 2004 klíčovým zákonem: zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a jeho novelizace č.201/2017 Sb. Tento zákon definuje podmínky pro uznání způsobilosti povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka. Kdo chce být uznán odborně způsobilým k výkonu povolání všeobecné sestry, musí mít odbornou způsobilost dle tohoto zákona (Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Další důležitou legislativní normou je vyhláška č. 424/2004 a její novelizace č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Vyhláška č. 55/2011 Sb., je pro činnosti všeobecných sester velice zásadní (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011).

Činnosti zdravotnických pracovníků vymezuje Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která byla novelizována Vyhláškou č. 391/2017 Sb. (Kordulová, 2020).

Kompetence všeobecné sestry dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., může sestra poskytovat péči:

1. Bez odborného dohledu a bez indikace.
2. Pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru.
3. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře.
4. Pod odborným dohledem lékaře (Kordulová, 2020; Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011).

### **3.1 Náročnost profese všeobecné sestry**

Povolání sestry je velmi náročné po mnoha stránkách.

#### **Zátěže fyzické, chemické, fyzikální:**

- Statické zatížení (stání při práci a asistenci u lůžka, u výkonů a vizity).
- Zatížení páteře (při zvedání pacienta, polohování, úpravy lůžka).

- Zatížení svalového, cévního a kloubního systému.
- Setkávání se s nepříjemnými podněty (exkrementy, otevřené rány, nehojící se onemocnění, zápach, deformity, vyrážky).
- Rizika infekce.
- Narušení spánkového rytmu při směnování.
- Nedostatek klidu a času na pravidelnou stravu a dodržování pitného režimu.
- Kontakt s léky, dezinfekčními přípravky a pomůckami (rukavice).
- Hluk, nesprávné osvětlení, vibrace nebo radiační záření (Bartošíková, 2006).

### **Zátěže psychické, emocionální, sociální:**

- Neustálá pozornost, pečlivé sledování (stavu pacientů, přístrojů, instrukcí), rychlé přepojování mezi činnostmi.
- Pružné reagování na různorodé požadavky a změny, nároky na paměť.
- Velká zodpovědnost za výsledky (následky) své práce.
- Nutnost samostatného rozhodování při respektování daných pravidel.
- Nutnost rychlých rozhodnutí a účelného jednání i při nedostatku informací.
- Nutnost improvizace při nárazovém charakteru práce.
- Opakované setkávání se s lidmi v těžkých emočních stavech.
- Konfrontace s utrpením, bolestí, smrtí, vyrovnávání se s pocity bezmoci.
- Zacházení s intimitou druhého člověka, včetně překračování hranic (zavádění sond, aplikace klyzmatu, cévkování, aplikace injekcí).
- Působení bolesti druhým lidem.
- Otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin.
- Provádění řady činností, které běžně vzbuzují odpor.
- Opakované konfrontace s vlastními zážitky a postoji, nutnost přemýšlet i o svém životě, o svých hodnotách a postojích.
- Komunikace s příbuznými pacientů, konflikt rolí.
- Nízké ohodnocení náročné práce.
- Nároky na neustálé učení se a vzdělávání (Bartošíková, 2006).

## **3.2 Studie**

Práce sestry je velmi náročná, jak již bylo uvedené v kapitole 3.1, touto profesí se zabývají mnohé studie z České republiky i ze zahraničí. Elektronické zdroje byly nalezeny pomocí klíčových slov týkajících se praktické a všeobecné sestry a syndromu vyhoření.



Zdrojová literatura byla vyhledána v databázích Science Direct, Google Scholar a PubMed zadáním klíčových slov syndrom vyhoření, praktická sestra, všeobecná sestra, stres, rizikové faktory, duševní hygiena a prevence. Vyhledané studie se zabývají syndromem vyhoření u praktických a všeobecných sester ve zdravotnických zařízeních, projevy syndromu vyhoření, rizikovými faktory, které vedou k syndromu vyhoření, a metodami, které lze využít k prevenci syndromu vyhoření.

### 3.2.1 Studie č.1

**Kulichová** (2022) se ve své práci zabývá syndromem vyhoření, průzkumné šetření zaměřila na všeobecné sestry, které pracují na lůžkovém chirurgickém oddělení. Dotazníky byly rozdány celkem 50 respondentům. Dle vhodně splněných kritérií bylo možné použít pouze 45 dotazníků.

Průzkumného šetření bylo zúčastněno 44 respondentů (97,8 %) ženského pohlaví a pouze 1 respondent (2,2 %) byl mužského pohlaví.

Otázky ohledně věku se zúčastnilo celkem 13 respondentů (29 %) ve věku 20-30 let tvořící druhou nejpočetnější skupinu, 1 respondent (2 %) byl ve věku 31-40 let, první nejpočetnější skupina byla tvořena 20 respondenty (45 %) ve věku 41-50 let, 10 respondentů (22 %) bylo ve věku 51-60 let a 1 respondent (2 %) byl ve věku 60 a více let. Celkem na otázku odpovědělo 45 respondentů (100 %).

Dále následovala otázka, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání. Celkem bylo 31 respondentů (69 %) se středoškolským vzděláním s maturitním vysvědčením, u 4 respondentů (8,9 %) byla uvedena Vyšší odborná škola v oboru diplomovaná všeobecná sestra, druhou největší skupinu zaznamenalo 8 respondentů (18 %) s Vysokoškolským vzděláním v oboru všeobecná sestra v bakalářském studiu a poslední nejméně obsažená skupina byla vybrána u 2 respondentů (4,4 %) Vysoká škola v magisterském studiu. Otázka byla vyplněna 45 respondenty (100 %).

Další otázka byla orientovaná na délku praxe ve zdravotnictví. Druhá nejpočetněji zaznamenaná délka ve zdravotnictví 1-5 let u 13 respondentů (29 %), délku praxe 6-10 let uvedl 1 respondent (2 %), 2 respondenti (5 %) uvedli 11-15 let praxe, 16-20 let ve zdravotnictví uvedlo 5 respondentů (11 %) a první nejvíce zastoupenou skupinu zastoupilo 24 respondentů (53 %) v délce praxe 21 a více let. Na otázku odpovědělo 45 respondentů.

Na otázku, zda si sestry myslí, že trpí některými příznaky syndromu vyhoření, vybralo odpověď ano 11 respondentů (24 %), zvolená odpověď ne byla zastoupená nejčastěji a to u 21 respondentů (47 %). Možnost nevím byla zaznamenána u 13 respondentů (29 %). Celkem odpovědělo 45 respondentů (100 %).

Autorka se dále respondentů ptala, zda využívají nějaká preventivní opatření proti syndromu vyhoření.

Dle zhodnocených výsledků v oblasti prevenci vzniku syndromu vyhoření ze strany zdravotních sester, respondenti nejvíce volili čas strávený s rodinou a přáteli, dále vaření, poslech hudby, sportovní aktivity (běh, fitness, jízda na kole, lyžování, bruslení, jiné...), dále následovala turistika a zahradničení.

Nejméně hodnocené činnosti v rámci prevence syndromu vyhoření jsou četba knižní a odborné literatury, cestování, dále masáže, relaxace, meditace, wellness a na posledním místě vzdělávací programy, odborné semináře a konference.

Následující otázka byla zaměřena na stupeň emocionálního vyčerpání dle MBI dotazníku, na základě sebraných dat bylo zjištěno, že 22 respondentů (49 %) trpí nízkým emocionálním vyčerpáním, u 12 respondentů (27 %) byl zjištěn mírný stupeň emocionálního vyčerpání a u 11 respondentů (24 %) byl prokázán vysoký stupeň emocionálního vyčerpání. Na otázku odpovědělo 45 respondentů (100 %).

Dále se autorka zaměřila, jaký stupeň depersonalizace se u sester vyskytuje, u 21 respondentů (47 %) se projevuje nízký stupeň depersonalizace, mírný stupeň depersonalizace byl zjištěn u 16 respondentů (35 %). Vysokým stupněm trpí 8 respondentů (18 %). Na otázku celkem odpovědělo 45 respondentů (100 %).

A poslední oblast dotazníku MBI je orientovaná na osobní uspokojení. U 24 respondentů (53 %) se projevila nízká míra osobního uspokojení, které znamená vyhoření, 14 respondentům (31 %) v dotazníku vyšel mírný stupeň osobního uspokojení a pouze u 7 respondentů (16 %) byl zjištěn vysoký stupeň osobního uspokojení. Otázku vyplnilo 45 respondentů (100 %).

Dle zhodnocených výsledků dotazníku MBI vychází, že u 33 respondentů (73 %) z celkově zúčastněných 45 respondentů (100 %) se projevuje vyhoření v některé konkrétní oblasti jako emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení (Kulichová, 2021).

### **3.2.2 Studie č.2**

**Doušová** (2021) se ve své práci také zabývá syndromem vyhoření, průzkumné šetření zaměřila na sestry, které pracují na JIP/ ARO a domov pro seniory. Dotazník vyplnilo 93 respondentů.

Otázky ohledně věku se zúčastnilo celkem 93 respondentů, kde bylo nejvíce sester (17) ve věku 40-49 let jak pracujících v domovech pro seniory (36 %), stejně tak (15) pracujících na JIP/ARO (33 %). Další vysoce zastoupenou věkovou skupinou jsou sestry ve věku 30-39 let, z nichž 33 % pracuje v domovech pro seniory a 25 % na JIP/ARO, v dalších

věkových skupinách pracují sestry na JIP/ARO téměř ve stejném zastoupení – ve věku 20–29 let (22 %) a ve věku 50 a více (20 %). Ve věku 50 a více let pracuje 23 % sester v domovech pro seniory a pouze 8 % ve věku 20-29 let.

Následovala otázka, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání sester. Nejvyšší dosažené vzdělání se liší u sester, které pracují na JIP/ARO a u sester, které pracují v domovech pro seniory. 62 % sester pracujících v domovech pro seniory má vystudovanou střední zdravotnickou školu, oproti 5 % sester pracujících na JIP/ARO, 58 % sester pracujících na JIP/ARO má specializaci ve zdravotnictví, ale pouze 4 % sester pracujících v domovech pro seniory má specializaci. Vyšší odbornou školu má 13 % sester pracujících na JIP/ARO a 17 % sester pracujících v domovech pro seniory. Téměř čtvrtina (24 %) sester pracujících na JIP/ARO má vysokoškolské vzdělání a 17 % sester, které pracují v domovech pro seniory.

Další otázka byla orientovaná na délku praxe v oboru. Z celkového počtu 93 dotazovaných respondentů pracuje v oboru polovina sester podobu 16-29 let 50 % sester z domovů pro seniory a 44 % sester pracujících na JIP/ARO, čtvrtina sester pracuje v oboru 6–15 let, a to 25 % sester z domovů pro seniory a 20 % sester pracujících na JIP/ARO. Dále 18 % sester z JIP/ARO a 17 % sester z domovů pro seniory pracuje v oboru 30 a více let. Do 5 let má praxi v oboru pouze 8 % sester pracujících v domovech pro seniory a 18 % sester pracujících na JIP/ARO.

Následující otázka zněla, zda si sestry myslí, že trpí některými příznaky syndromu vyhoření, z celkového počtu 93 respondentů většina sester, a to 69 % sester pracujících na JIP/ARO a 77 % sester pracujících v domovech pro seniory uvedla, že nemá projevy syndromu vyhoření, 31 % sester pracujících na JIP/ARO a 17 % sester pracujících v domovech pro seniory o tom nepřemýšlely a pouze 6 % sester pracujících v domovech pro seniory pociťuje projevy syndromu vyhoření, oproti sestrám pracujícím na JIP/ARO, kde žádná ze sester neuvedla, že by trpěla projevy syndromu vyhoření.

Na otázku jaká preventivní opatření používáte, uvedla téměř polovina sester, a to 46 % sester pracujících v domovech pro seniory a 40 % sester pracujících na JIP/ARO rodinu, kam patří děti, vnoučata či partner, dále 40 % sester pracujících na JIP/ARO a 10 % sester pracujících v domovech pro seniory uvedlo sport, kam řadíme turistiku, plavání nebo běh, 21 % sester pracujících v domovech pro seniory a 11 % sester pracujících na JIP/ARO dalo jako možnost prevence kulturu, což je čtení, kino a divadlo a 23 % sester pracujících v domovech pro seniory a 9 % sester pracujících na JIP/ARO uvedlo zahradu, kam patří bylinky a kytky.

Další otázka byla orientovaná na emoční vyčerpání sester dle MBI dotazníku (Maslach Burnout Inventory). Polovina sester, a to 52 % sester pracujících v domovech pro

seniory a 47 % sester pracujících na JIP/ARO trpí vysokým emočním vyčerpáním, 29 % sester pracujících na JIP/ARO a 25 % sester pracujících v domovech pro seniory trpí mírným emočním vyčerpáním, čtvrtina sester, a to 24 % sester pracujících na JIP/ARO a 23 % sester pracujících v domovech pro seniory trpí nízkým emočním vyčerpáním.

Následovala otázka na depersonalizaci (ztrátu zájmu, cynismus) dle MBI dotazníku Maslach Burnout Inventory). Téměř polovina sester, a to 46 % sester pracujících na JIP/ARO a 44 % sester pracujících v domovech pro seniory trpí mírnou depersonalizací, čtvrtina sester, a to 27 % sester pracujících na JIP/ARO a 31 % sester pracujících v domovech pro seniory trpí nízkou depersonalizací a čtvrtina sester, a to 27 % sester pracujících na JIP/ARO a 25 % pracujících v domovech pro seniory trpí vysokou depersonalizací.

A poslední oblast MBI dotazníku se orientuje na osobní uspokojení z práce. Více jak polovina sester, a to 60 % sester pracujících v domovech pro seniory a 53 % sester pracujících na JIP/ARO má pouze nízké osobní uspokojení z práce, 40 % sester pracujících na JIP/ARO a 27 % sester pracujících v domovech pro seniory má mírné uspokojení z práce, pouze 13 % sester pracujících v domovech pro seniory a 7 % sester pracujících na JIP/ARO má vysoké uspokojení z práce.

### 3.2.3 Studie č.3

**Další bakalářská práce od Tringlové (2021)** se zabývá počtem vyhořelých zaměstnanců dle dotazníku Maslach Burnout Inventory. Její práce se zaměřila na sestry, jež pracují na interním lůžkovém oddělení.

Průzkumu se zúčastnilo 30 respondentů (97 %) ženského pohlaví a pouze jeden respondent (3 %) pohlaví mužského.

Věk respondentů účastnících se průzkumu byl velmi rozmanitý. 9 respondentů (29 %) bylo ve věku 20-29 let, 8 respondentů (26 %) bylo ve věku 30-39 let, 7 respondentů (22 %) ve věku 40-49 let a 7 respondentů (23 %) ve věku 50 a více let.

Další otázka byla orientovaná na nejvyšší dosažené vzdělání, zde uvedlo 17 respondentů (55 %), že má dokončené maturitní studium na střední zdravotnické škole, 6 respondentů (19 %) uvedlo dokončené studium v bakalářském oboru, 6 respondentů (19 %) uvedlo dokončené studium na vyšší odborné škole a 2 respondenti (7 %) zvolili možnost jiné formy studia, přičemž výběr této možnosti více nespecifikovali.

Další otázka byla orientovaná na délku praxe ve zdravotnictví, zde uvedlo 10 respondentů (32 %), že ve zdravotnictví mají praxi již více než 20 let, 8 respondentů (26 %) uvedlo délku praxe od 10 do 20 let, 4 respondenti (13 %) uvedli délku praxe 5-10 let, 5 respondentů

(16 %) uvedlo délku praxe od 1 roku do 5 let a 4 respondenti (13 %) uvedli délku praxe ve zdravotnictví méně než 1 rok.

Vyhodnocení emocionální oblasti odhalilo, že 14 respondentů (45 %) trpí mírným emocionálním vyčerpáním, 9 respondentů (29 %) má nízký stupeň emocionálního vyčerpání a 8 respondentů (26 %) trpí vyhořením.

Další oblast dle MBI dotazníku je orientovaná na stupeň depersonalizace. Dle výsledků 13 respondentů (42 %) trpí mírným stupněm depersonalizace, 11 respondentů (37 %) má nízký stupeň depersonalizace a 7 respondentů (23 %) trpí vyhořením.

A poslední oblastí MBI dotazníku je stupeň osobního uspokojení. Dle výsledků u 13 respondentů (42 %) vyšel mírný stupeň osobního uspokojení, u 11 respondentů (35 %) nízký stupeň osobního uspokojení, což značí vyhoření a u pouhých 7 respondentů (23 %) vyšel vysoký stupeň osobního uspokojení.

Ze získaných výsledků je patrné, že více než polovina (68 %) respondentů trpí vyhořením alespoň v jedné této oblasti, dále z výsledků vyplývá, že 8 respondentů (26 %) trpí vyhořením v oblasti emocionálního vyčerpání, 7 respondentů (23 %) trpí vyhořením v oblasti depersonalizace a 11 respondentů (35 %) trpí vyhořením v oblasti osobního uspokojení.

Dle výsledků dotazníku MBI vyplývá, že větší polovina – 21 respondentů (68 %) z celkových 31 dotázaných (100 %) trpí vyhořením v některé z oblastí (emocionální vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení).

V bakalářské práci od Tringlové byly nejčastěji zvolené preventivní činnosti poslech hudby, brouzdání po internetu, sociální sítě, sledování televize, následoval společný čas s rodinou nebo přáteli, vaření, pečení a péče o domácnost. Nejméně zvolené činnosti v rámci prevence respondenti vybrali malování, kreslení, fotografování a formy relaxace jako aromaterapii nebo meditaci. V nejvíce zvolených činnostech se mé průzkumné šetření s její, shoduje v čase strávený s rodinou, poslechem hudby a vařením. V nejméně uvedených činnostech se shodují v činnostech relaxace a meditace (Tringlová, 2021).

#### 3.2.4 Studie č.4

AUTOŘI	Friganovič, A., Kovačević, I., Ilic, B. a kol.
NÁZEV	Healthy settings in hospital – how to prevent burnout syndrome in nurses: literature review
ROK VYDÁNÍ	2017
PERIODIKUM	Acta clinica Croatica

ZEMĚ PŮVODU	Chorvatsko
CÍL	Zajistit systematický souhrn literatury, zejména vědeckých poznatků o důsledcích dlouhodobého vystavení stresu a o prevenci syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků.
VÝSLEDEK STUDIE	Následkem syndromu vyhoření dochází k snížené pracovní schopnosti a chronické únavě, což vede ke zvýšenému riziku nežádoucích účinků. Pokud bychom schválili akční plán pro prevenci tohoto syndromu, zlepšila by se kvalita ošetrovatelské péče a snížil by se výskyt syndromu vyhoření. Je třeba, aby zdravotnická zařízení poskytovala vhodné programy prevence a léčby vyhoření. Jedním z nejčastějších omylů je přesvědčení, že na spokojenost zaměstnanců má největší vliv výše platu. Vytvoření zdravého prostředí může zmírnit příznaky a zajistit lepší úroveň ošetrovatelské péče.
STRUČNÝ OBSAH	Tato studie zkoumá důsledky vystavení vysoké úrovni stresu a způsoby prevence.

Tabulka 1 Zahraniční studie

### 3.2.5 Studie č.5

AUTOŘI	Vévodová, Š., Vévoda, J., Vetešnicková, M. a kol.
NÁZEV	The relationship between burnout syndrome and empathy among nurses in emergency medical services
ROK VYDÁNÍ	2016
PERIODIKUM	Kontakt
ZEMĚ PŮVODU	Česká republika
CÍL	Zjistit, zda se syndrom vyhoření vyskytuje u sester, jež pracují na standartních nemocničních odděleních a u lékařské služby první pomoci.
VÝSLEDEK STUDIE	Na základě hodnocení syndromu vyhoření mezi všeobecnými sestrami pomocí MBIGS odhalilo 57 respondentů (32,7 %) s vysokým emocionálním vyčerpáním, 56 respondentů (32 %) s depersonalizací a 46 respondentů (26,3 %) s nízkou osobní

	výkonností. Průzkum zjistil, že s prokázaným syndromem vyhoření pracuje více sester v nemocnici než sester, které pracují u pohotovostní lékařské služby.
STRUČNÝ OBSAH	Studie popisuje výskyt syndromu vyhoření, který se liší typem pracoviště.

Tabulka 2 Česká studie

### 3.2.6 Shrnutí uvedených studií

Na otázku, která se týkala preventivních opatření, nejvíce zvolily sestřičky ze všech tří studií společný čas se svou rodinou a sportovní aktivity.

#### Oblast emocionálního vyčerpání

Další část otázek byla orientovaná na dotazník MBI. První oblastí je emocionální vyčerpání. V první studii od Kulichové trpí nízkým emocionálním vyčerpáním 22 respondentů (49 %), podobné výsledky uváděla i Doušová, která uvedla 23 % sester, které pracují v domovech pro seniory a 24 % na JIP/ARO. Ve třetí studii od Tringlové trpí nízkým emocionálním vyčerpáním 9 (29 %), tedy nejméně sester. V první studii od Kulichové byl zjištěn mírný průběh u 12 respondentů (27 %), podobné výsledky uvádí také Doušová, konkrétně 29 % sester, pracujících na JIP/ARO a 25 % u sester, které pracují v domovech pro seniory. A vysokým stupněm emocionálního vyčerpání v práci od Kulichové byl prokázán u 11 respondentů (24 %), zatímco u Doušové bylo prokázáno více sester, 52 % sester pracujících v domovech pro seniory a 47 % sester pracujících na ARO/JIP. Ve třetí práci od Tringlové trpí 8 respondentů (26 %) vysokým stupněm emocionálního vyčerpání.

#### Oblast depersonalizace

Druhou oblastí dotazníku MBI je stupeň depersonalizace. V první studii od Kulichové trpí nízkým stupněm depersonalizace 21 respondentů (47 %), ve druhé studii od Doušové trpí čtvrtina sester, konkrétně 27 %, pracujících na JIP/ARO a 31 % sester pracujících v domovech pro seniory. V práci od Tringlové byl zjištěn nízký stupeň depersonalizace u 11 respondentů (37 %). V práci od Kulichové trpí mírným stupněm depersonalizace 16 respondentů (35 %), zatímco ve druhé práci od Doušové 46 % sester pracujících na ARO/JIP a 44 % sester pracujících v domovech pro seniory. V práci od Kulichové trpí 8 respondentů (18 %) vysokým stupněm depersonalizace, v práci od Doušové 27 % sester pracujících na ARO/JIP a 25 % sester pracujících v domovech pro seniory. Obdobné výsledky jako Kulichová má Tringlová, v její práci trpí vysokou depersonalizací 7 respondentů (23 %).

## **Oblast osobního uspokojení**

V první studii od Kulichové se projevila u 24 respondentů (53 %) nízká míra osobního uspokojení, zatímco v práci od Doušové 60 % sester pracujících v domově pro seniory a 53 % sester pracujících na JIP/ARO. V práci od Tringlové byl zjištěn nízký stupeň osobního uspokojení u 11 respondentů (35 %). V práci od Kulichové byl zjištěn u 14 respondentů (31 %) mírný stupeň osobního uspokojení, zatímco v práci od Doušové 40 % sester pracujících na JIP/ARO a 27 % sester pracujících v domově pro seniory, má mírné uspokojení z práce. V práci od Tringlové dle výsledku u 13 respondentů (42 %) vyšel mírný stupeň. V práci od Kulichové byl zjištěn vysoký stupeň osobního uspokojení u 7 respondentů (16 %), zatímco v práci od Doušové 13 % sester, které pracují v domovech pro seniory a 7 % sester pracujících na JIP/ARO má vysoké uspokojení z práce. V práci od Tringlové vyšlo vysoké uspokojení z práce pouze u 7 respondentů (23 %).



## **4 Praktická část**

### **4.1 Formulace problému**

Syndrom vyhoření se vyskytuje u profesí, které jsou v častém kontaktu s lidmi. Mezi tyto profese patří také praktické a všeobecné sestry. Vede k zhoršenému fyzickému a psychickému zdraví, zároveň může mít negativní dopad na péči o pacienta.

### **4.2 Cíle**

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zmapovat a porovnat výskyt syndromu vyhoření u sester pracujících na oddělení interních, chirurgických oborů, psychiatrie a intenzivní péče.

#### **Dílčí cíle**

Dílčí cíl 1:

Zjistit, zda se u praktických a všeobecných sester pracujících na oddělení interních a chirurgických oborů, psychiatrie a intenzivní péče vyskytuje syndrom vyhoření.

Dílčí cíl 2:

Zjistit výskyt syndromu vyhoření z pohledu délky praxe.

Dílčí cíl 3:

Určit v jakých klinických oborech se u praktických a všeobecných sester nejvíce vyskytuje syndrom vyhoření.

Dílčí cíl 4:

Zjistit znalosti praktických a všeobecných sester o příčinách a příznacích syndromu vyhoření.

Dílčí cíl 5:

Zjistit, jaká preventivní opatření sestry využívají.

Dílčí cíl 6:

V jakém poměru se vyskytuje syndrom vyhoření u praktických a všeobecných sester.

### 4.3 Metodika

Pro bakalářskou práci byla zvolena forma kvantitativního výzkumu, technikou dotazníku (příloha 7). Výzkum probíhal od března do prosince roku 2022.

Dotazník byl rozdělen na dvě části:

- část A – obecná část, dotazník vlastní konstrukce, který se skládal z uzavřených otázek.
- část B – standardizovaný dotazník, dotazník BM (Burnout Measure).

Autory dotazníku BM jsou Dr. Agnes Pines, PhD. a Elliott Aronson, PhD. Tento dotazník, umožňuje měřit intenzitu celkového vyčerpání, tj. vyčerpání fyzického, emocionálního a mentálního. Je to druhý nejčastěji ve světě používaný nástroj k měření syndromu burnout. K dispozici jsou body 1-7, přičemž jednotlivé body na dané tvrzení odpovídají.

1...nikdy

2...jednou za čas

3...zřídka kdy

4...někdy

5...často

6...obvykle

7...vždy

Osoba se zamýšlí nad svými pocity, které poslední dobou prožívá prostřednictvím 21 daných výroků. Jsou velmi jednoduché, patří mezi ně např.: „Byl jsem unaven“, „Prožíval jsem krásný den“ nebo „Byl jsem nešťastný“ apod. Výpovědi se pak vyhodnocují prostřednictvím daného postupu (Křivohlavý, 1998).

Dotazníky byly rozděleny na dvě části, první část tvořily dotazníky tištěné, které byly rozdány na oddělení interních oborů – neurologie, GDO – geriatrické a doléčovací oddělení, dále na oddělení chirurgie a ARO ve Slezské nemocnici v Opavě a studentům třetího ročníku FVP SLU v Opavě. Druhou část tvořily dotazníky, které byly v online verzi.

### 4.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Po souhlasu s průzkumným šetřením náměstkyní ředitele pro ošetrovatelskou péči v SNO (příloha 8), byl dotazník nejdříve rozeslán v tištěné formě vrchním sestřám z chirurgie, neurologie, GDO a ARO jako pilotní studie, za účelem srozumitelnosti a vhodnosti

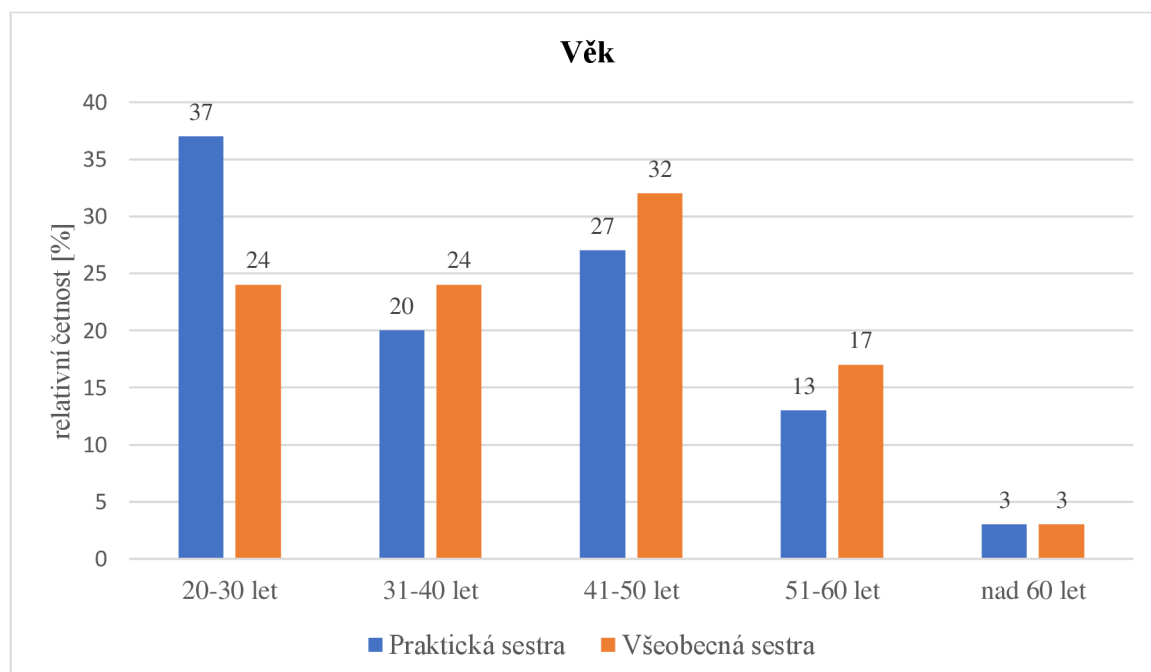
formulace otázek, popřípadě jejich upravení. Dotazník nebylo třeba upravovat. Výzkumný soubor tvořily praktické a všeobecné sestry, jež pracují na oddělení neurologie, geriatricko-doléčovací, chirurgie, psychiatrie a ARO. Soubor tvořilo 40 sester. Po 10 dotaznících bylo rozdáno na oddělení neurologie, GDO, chirurgie a ARO. Vyplněno a vráceno bylo 38 dotazníků. Na Fakultě veřejných politik SLU bylo rozdáno studentkám dálkového studia, které pracují jako praktické sestry na oddělení interních či chirurgických oborů, psychiatrie nebo intenzivní péče, celkem 62 dotazníků, stejný počet mi byl vrácen. Celkem 100 dotazníků bylo v tištěné podobě. Online dotazníků vyplnilo celkem 482 sester. K finálnímu statistickému zpracování a vyhodnocení bylo použito 582 dotazníků.

## Demografické ukazatele

### Věk respondentek

	<b>Praktická sestra</b>	<b>Všeobecná sestra</b>
20-30 let	95 (37 %)	79 (24 %)
31-40 let	51 (20 %)	78 (24 %)
41-50 let	71 (27 %)	102 (32 %)
51-60 let	33 (13 %)	55 (17 %)
nad 60 let	9 (3 %)	9 (3 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>259 (100 %)</b>	<b>323 (100 %)</b>

Tabulka 3 Věk



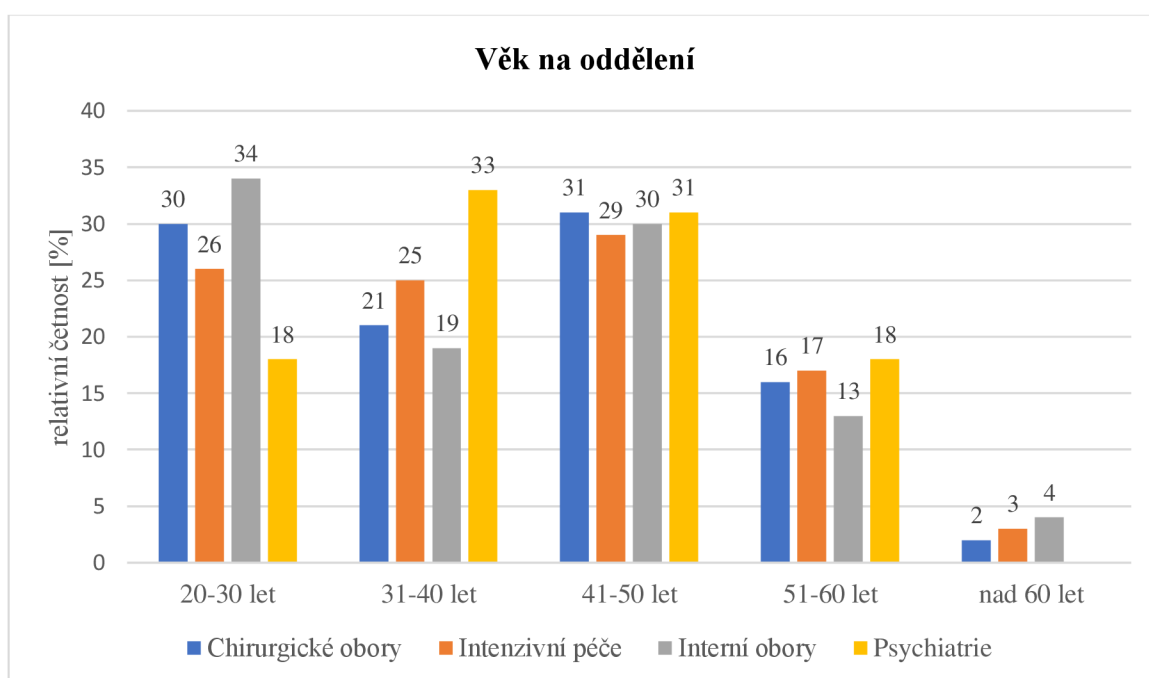
Graf 1 Věk

Z celkového počtu 582 dotazovaných respondentek spadá do věkové kategorie 20-30 let 37 % praktických sester a 24 % všeobecných sester. Do věkové kategorie 31-40 let spadá 20 % praktických sester a 24 % všeobecných sester. Další kategorii ve věku 41-50 let tvoří 27 % praktických sester a 32 % všeobecných sester. Kategorii 51-60 let tvoří 13 %

praktických sester a 17 % všeobecných sester. Poslední kategorii nad 60 let tvoří 3 % praktických sester, stejně tak 3 % všeobecných sester. Na otázku odpovědělo 259 praktických sester (100 %) a 323 všeobecných sester (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

	<b>Chirurgické obory</b>	<b>Intenzivní péče</b>	<b>Interní obory</b>	<b>Psychiatrie</b>
20-30 let	43 (30 %)	38 (26 %)	86 (34 %)	7 (18 %)
31-40 let	31 (21 %)	37 (25 %)	48 (19 %)	13 (33 %)
41-50 let	45 (31 %)	42 (29 %)	74 (30 %)	12 (31 %)
51-60 let	23 (16 %)	25 (17 %)	33 (13 %)	7 (18 %)
nad 60 let	3 (2 %)	4 (3 %)	11 (4 %)	0 (0 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>145 (100 %)</b>	<b>146 (100 %)</b>	<b>252 (100 %)</b>	<b>39 (100 %)</b>

Tabulka 4 Věk dle oddělení



Graf 2 Věk na oddělení

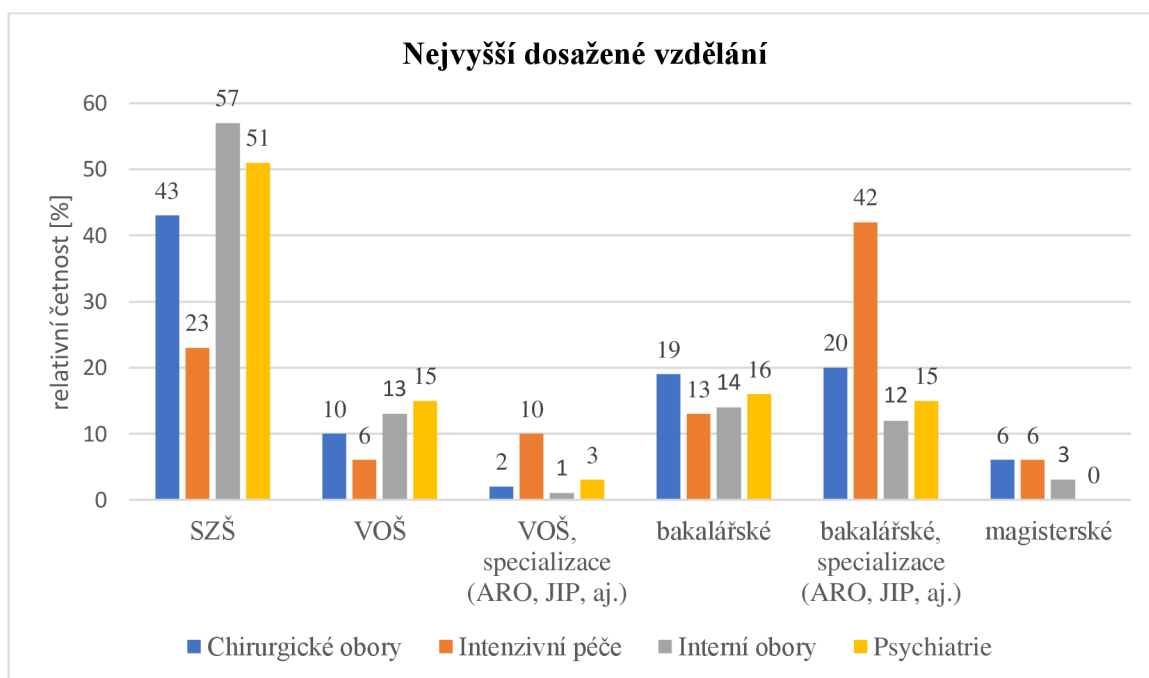
Z celkového počtu 582 (100 %) sester na odděleních, spadá do věkové kategorie 20-30 let na chirurgii 30 %, na intenzivní péči 26 %, na interně 34 % a na psychiatrii 18 % sester. Do věkové kategorie 31-40 let spadá na chirurgii 21 %, na intenzivní péči 25 %, na interně 19 % a na psychiatrii 33 % sester. Další kategorii ve věku 41-50 let tvoří na chirurgii 31 %, na intenzivní péči 29 %, na interně 30 % a na psychiatrii 31 % sester. Kategorii 51-60 let tvoří na chirurgii 16 %, na intenzivní péči 17 %, na interně 13 % a na psychiatrii 18 % sester. Poslední kategorii nad 60 let tvoří na chirurgii 2 %, na intenzivní péči 3 %, na interně 4 % a žádná sestra z oddělení psychiatrie. Na otázku odpovědělo 145 sester z oddělení chirurgických oborů (100 %), 146 sester z oddělení intenzivní péče (100 %), 252 sester z oddělení

interních oborů (100 %) a 39 sester z psychiatrie (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

### Nejvyšší dosažené vzdělání

	Chirurgické obory	Intenzivní péče	Interní obory	Psychiatrie
SZŠ	63 (43 %)	34 (23 %)	143 (57 %)	20 (51 %)
VOŠ	15 (10 %)	8 (6 %)	32 (13 %)	6 (15 %)
VOŠ, specializace (ARO, JIP, aj.)	3 (2 %)	15 (10 %)	3 (1 %)	1 (3 %)
Bakalářské	27 (19 %)	19 (13 %)	36 (14 %)	6 (16 %)
bakalářské, specializace (ARO, JIP, aj.)	29 (20 %)	61 (42 %)	31 (12 %)	6 (15 %)
Magisterské	8 (6 %)	9 (6 %)	7 (3 %)	0 (0 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>145 (100 %)</b>	<b>146 (100 %)</b>	<b>252 (100 %)</b>	<b>39 (100 %)</b>

Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

Na otázku, jaké mají sestry nejvyšší dosažené vzdělání, byla nejčastěji uvedena odpověď SZŠ, kterou uvedlo 43 % z chirurgických oborů, 23 % z intenzivní péče, 57 % z interních oborů a 51 % sester z psychiatrie. Vyšší odbornou školu má 10 % z chirurgických oborů, 6 % z intenzivní péče, 13 % z interních oborů a 15 % sester z psychiatrie. Vyšší odbornou školu se specializací uvedlo 2 % z chirurgických oborů, 10 % z intenzivní péče, 1 % z interních oborů a 3 % sestry z psychiatrie. Bakalářské vzdělání má 19 % z chirurgických oborů, 13 % z intenzivní péče, 14 % z interních oborů a 16 % sester z psychiatrie. Bakalářské vzdělání se specializací (ARO, JIP, aj.) uvedlo 20 % z chirurgických oborů, 42 % z intenzivní péče, 12 % z interních oborů a 15 % sester z psychiatrie. Magisterského vzdělání

dosáhlo 6 % z chirurgických oborů, 6 % z intenzivní péče, 3 % z interních oborů a žádná sestra z psychiatrie. Na otázku odpovědělo 145 sester z oddělení chirurgických oborů (100 %), 146 sester z oddělení intenzivní péče (100 %), 252 sester z oddělení interních oborů (100 %) a 39 sester z psychiatrie (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

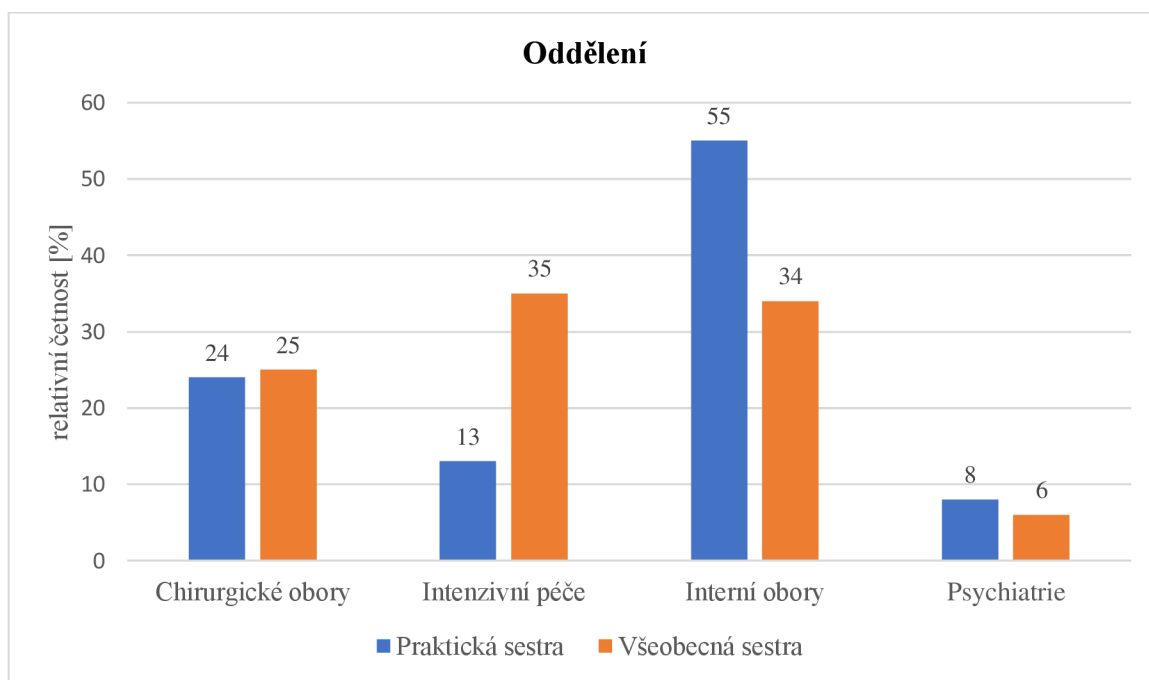
## 4.5 Výsledky výzkumu

### 4.5.1 Dotazník část A

#### Otázka č. 1: Pracujete na oddělení

	<b>Praktická sestra</b>	<b>Všeobecná sestra</b>
Chirurgické obory	63 (24 %)	82 (25 %)
Intenzivní péče	34 (13 %)	112 (35 %)
Interní obory	142 (55 %)	110 (34 %)
Psychiatrie	20 (8 %)	19 (6 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>259 (100 %)</b>	<b>323 (100 %)</b>

Tabulka 6 Oddělení



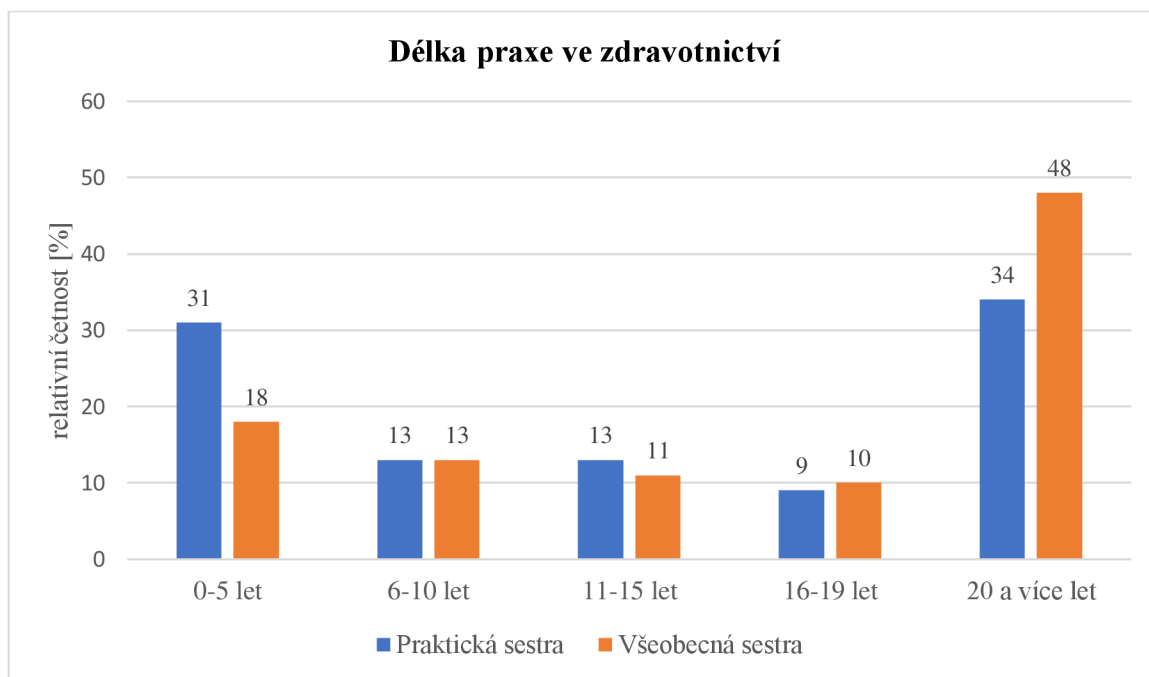
Graf 4 Oddělení

Na oddělení interních oborů pracuje 55 % praktických sester a 34 % všeobecných sester. Na oddělení chirurgických oborů pracuje 24 % praktických sester a 25 % všeobecných sester. Na oddělení intenzivní péče pracuje 13 % praktických sester a 35 % všeobecných sester. Na oddělení psychiatrie pracuje 8 % praktických sester a 6 % všeobecných sester. Na otázku odpovědělo 145 sester z oddělení chirurgických oborů (100 %), 146 sester z oddělení intenzivní péče (100 %), 252 sester z oddělení interních oborů (100 %) a 39 sester z psychiatrie (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

## Otázka č. 2: Délka Vaší praxe ve zdravotnictví

	Praktická sestra	Všeobecná sestra
0-5 let	81 (31 %)	58 (18 %)
6-10 let	34 (13 %)	42 (13 %)
11-15 let	32 (13 %)	34 (11 %)
16-19 let	24 (9 %)	33 (10 %)
20 a více let	88 (34 %)	156 (48 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>259 (100 %)</b>	<b>323 (100 %)</b>

Tabulka 7 Délka praxe ve zdravotnictví

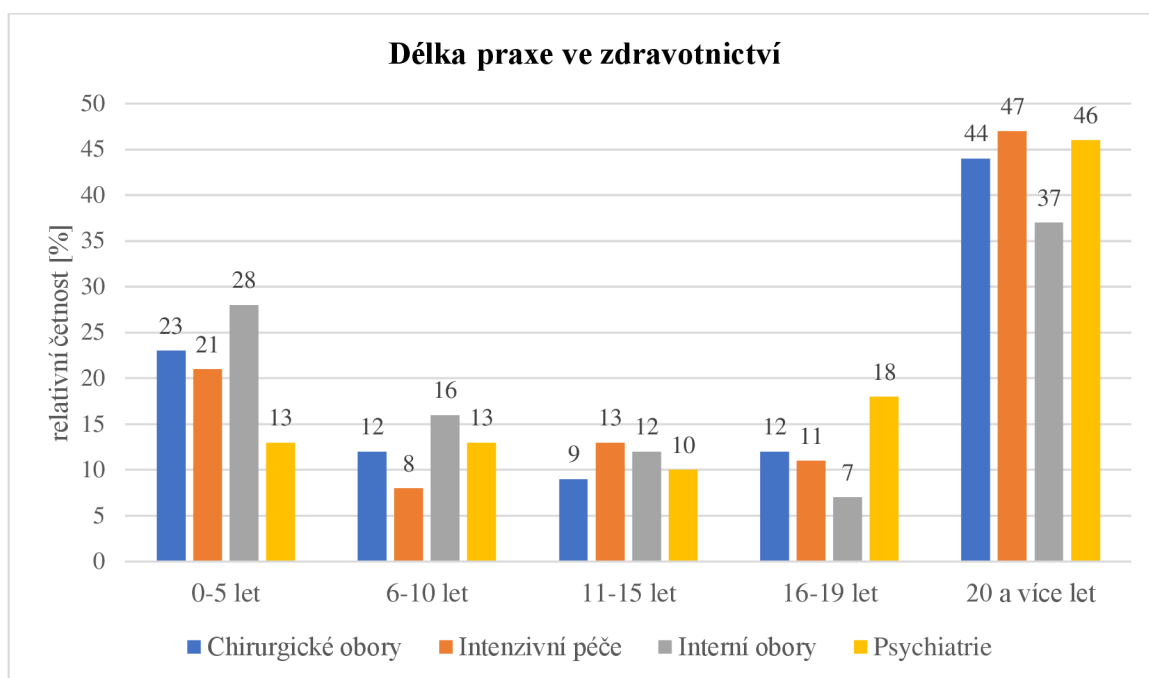


Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví

Největší počet sester a to 34 % praktických sester a 48 % všeobecných sester pracuje ve zdravotnictví 20 a více let. Druhou nejpočetnější skupinu zastoupily sestry do 5 let praxe, kterou tvoří 31 % praktických sester a 18 % všeobecných sester. 13 % praktických sester a 13 % všeobecných sester pracuje ve zdravotnictví 6-10 let. Praxi 11-15 let uvedlo 13 % praktických a 11 % všeobecných sester. Nejméně zastoupenou skupinu tvořily sestry s délkou praxe 16-19 let, konkrétně 9 % praktických a 10 % všeobecných sester. Na otázku odpovědělo 259 praktických sester (100 %) a 323 všeobecných sester (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

	Chirurgické obory	Intenzivní péče	Interní obory	Psychiatrie
0-5 let	33 (23 %)	31 (21 %)	70 (28 %)	5 (13 %)
6-10 let	18 (12 %)	12 (8 %)	41 (16 %)	5 (13 %)
11-15 let	13 (9 %)	19 (13 %)	30 (12 %)	4 (10 %)
16-19 let	17 (12 %)	16 (11 %)	17 (7 %)	7 (18 %)
20 a více let	64 (44 %)	68 (47 %)	94 (37 %)	18 (46 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>145 (100 %)</b>	<b>146 (100 %)</b>	<b>252 (100 %)</b>	<b>39 (100 %)</b>

Tabulka 8 Délka praxe sester na oddělení



Graf 6 Délka praxe na oddělení

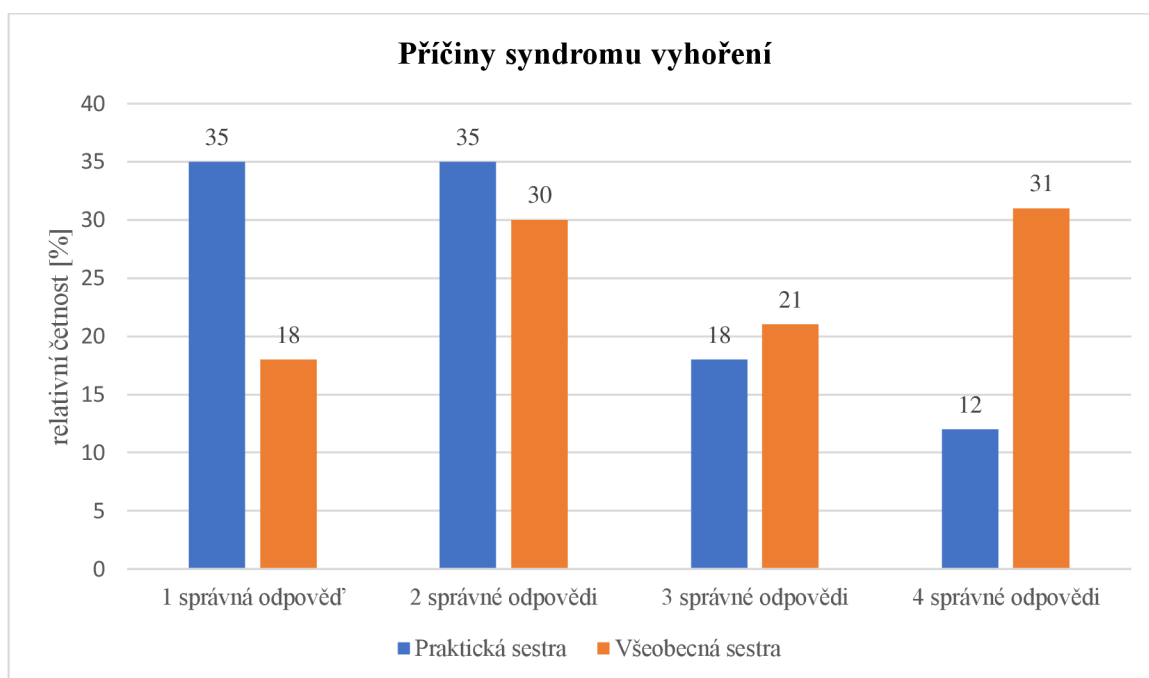
Z celkového počtu 582 (100 %) sester na oddělení, tvoří na chirurgii 23 %, na intenzivní péči 21 %, na interně 28 % a na psychiatrii 13 % sester s praxí do 5 let. Na chirurgii tvoří 12 %, na intenzivní péči 8 %, na interně 16 % a na psychiatrii 13 % sester s praxí 6-10 let. S praxí 11-15 let tvoří na chirurgii 9 %, na intenzivní péči 13 %, na interně 12 % a na psychiatrii 10 % sester. S praxí 16-19 let tvoří na chirurgii 12 %, na intenzivní péči 11 %, na interně 7 % a na psychiatrii 18 % sester. S praxí více než 20 let tvoří na chirurgii 44 %, na intenzivní péči 47 %, na interně 37 % a na psychiatrii 46 % sester, jedná se o nejvíce zastoupenou skupinu. Na otázku odpovědělo 145 sester z oddělení chirurgických oborů (100 %), 146 sester z oddělení intenzivní péče (100 %), 252 sester z oddělení interních oborů (100 %) a 39 sester z psychiatrie (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

**Otázka č. 3: Příčinou vzniku syndromu vyhoření je: (více možností)**

	<b>Praktická sestra</b>	<b>Všeobecná sestra</b>
1 správná odpověď	147 (35 %)	123 (18 %)
2 správné odpovědi	74 (35 %)	102 (30 %)
3 správné odpovědi	26 (18 %)	46 (21 %)
4 správné odpovědi	12 (12 %)	52 (31 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>259 (100 %)</b>	<b>323 (100 %)</b>

Tabulka 9 Příčiny syndromu vyhoření





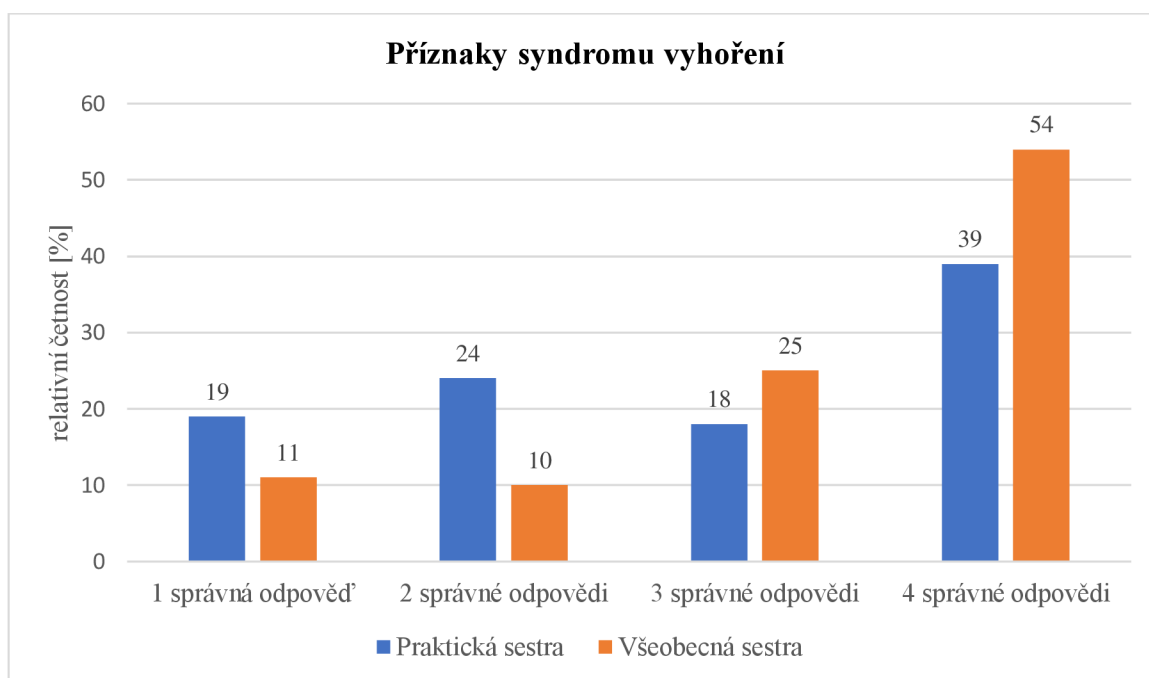
Graf 7 Příčiny syndromu vyhoření

Na otázku, jaké jsou příčiny vzniku syndromu vyhoření, byly na výběr 4 možné odpovědi, které byly všechny správné (stále se opakující činnost, nereálné představy a vize o práci, přehnaný optimismus či nadšení do práce a workoholismus), sestry měly možnost zatržení více odpovědí. Jednu správnou odpověď uvedlo 35 % praktických sester a 18 % všeobecných sester. Dvě správné odpovědi uvedlo 35 % praktických sester a 30 % všeobecných sester. Tři správné odpovědi uvedlo 18 % praktických sester a 21 % všeobecných sester. Čtyři správné odpovědi uvedlo 12 % praktických sester a 31 % všeobecných sester. Na otázku odpovědělo 259 praktických sester (100 %) a 323 všeobecných sester (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

#### Otázka č. 5: Syndrom vyhoření se projevuje jako (více možností)

	<b>Praktická sestra</b>	<b>Všeobecná sestra</b>
1 správná odpověď	106 (19 %)	90 (11 %)
2 správné odpovědi	65 (24 %)	44 (10 %)
3 správné odpovědi	34 (18 %)	73 (25 %)
4 správné odpovědi	54 (39 %)	116 (54 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>259 (100 %)</b>	<b>323 (100 %)</b>

Tabulka 10 Příznaky syndromu vyhoření



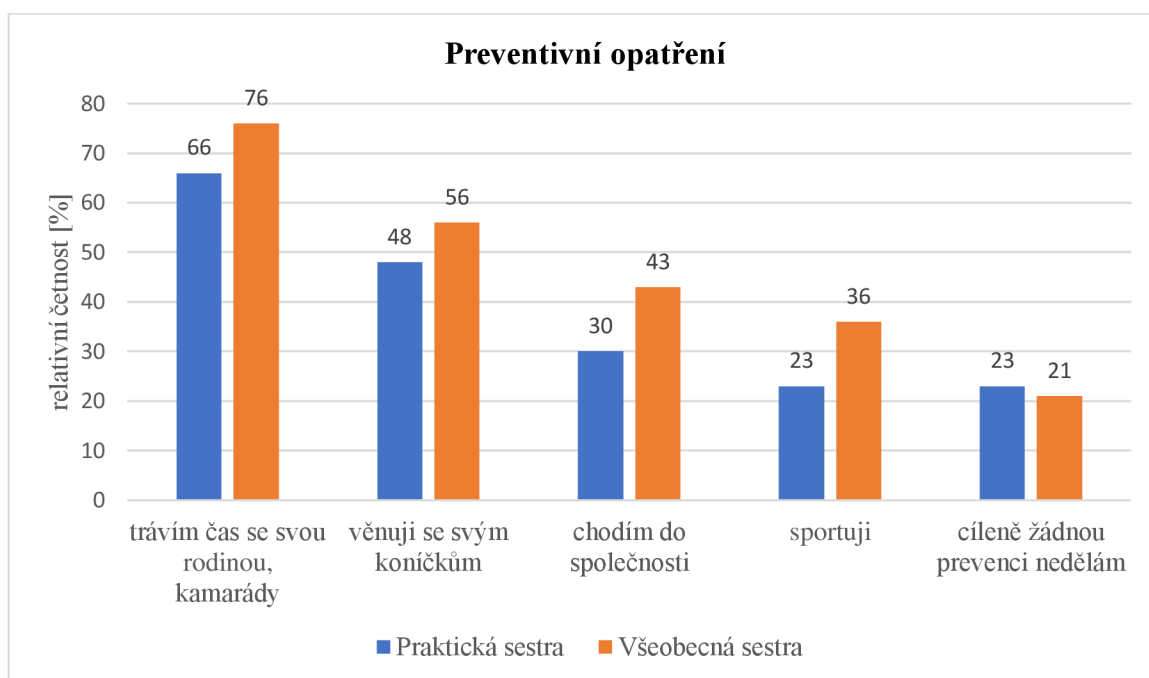
Graf 8 Příznaky syndromu vyhoření

Na otázku, jaké jsou příčiny vzniku syndromu vyhoření, byly na výběr 4 možné odpovědi, které byly všechny správné (lhostejnost ve vztahu k práci, ztráta schopnosti radovat se, porucha spánku, chuti k jídlu a negativní postoj k sobě samému), sestry měly možnost zatržení více odpovědí. Jednu správnou odpověď uvedlo 19 % praktických sester a 11 % všeobecných sester. Dvě správné odpovědi uvedlo 24 % praktických sester a 10 % všeobecných sester. Tři správné odpovědi uvedlo 18 % praktických sester a 25 % všeobecných sester. Čtyři správné odpovědi uvedlo 39 % praktických sester a 54 % všeobecných sester. Na otázku odpovědělo 259 praktických sester (100 %) a 323 všeobecných sester (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

**Otázka č. 6: Co děláte preventivně Vy, abyste předešla syndromu vyhoření? (více možností)**

	<b>Praktická sestra</b>	<b>Všeobecná sestra</b>
trávím čas se svou rodinou, kamarády	171 (66 %)	245 (76 %)
věnuji se svým koníčkům	123 (48 %)	182 (56 %)
chodím do společnosti (kino, divadlo, výstavy...)	77 (30 %)	139 (43 %)
Sportuji	60 (23 %)	116 (36 %)
cíleně žádnou prevenci nedělám	60 (23 %)	69 (21 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>491 (190 %)</b>	<b>751 (232 %)</b>

Tabulka 11 Preventivní opatření proti syndromu vyhoření

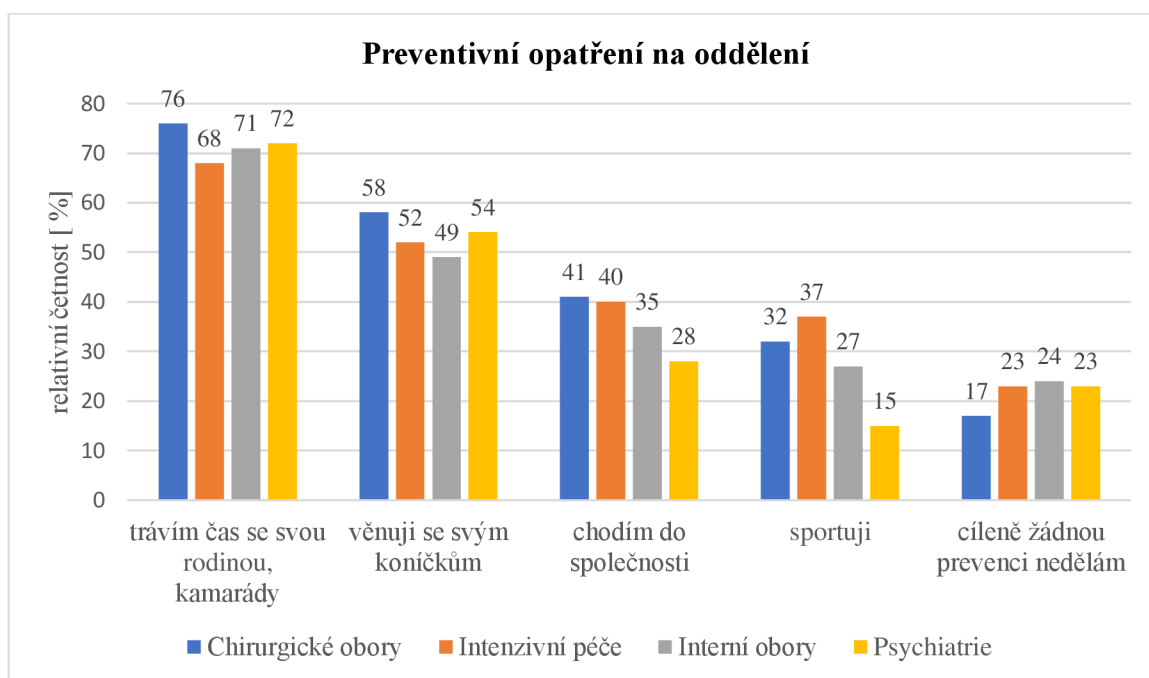


Graf 9 Preventivní opatření proti syndromu vyhoření

Na otázku, jaké preventivní opatření sestry využívají proti syndromu vyhoření, byla uvedena jako nejčastější odpověď trávení času se svou rodinou, kamarády, kterou uvedlo 66 % praktických sester a 76 % všeobecných sester. Druhou nejčastější odpovědí bylo věnování se svým koníčkům, kterou uvedlo 48 % praktických sester a 56 % všeobecných. Další častou odpovědí bylo trávení času ve společnosti, např. v kině, divadle, kterou uvedlo 30 % praktických sester a 43 % všeobecných sester. Méně častou odpovědí bylo sportování, kterou uvedlo 23 % praktických sester a 36 % všeobecných sester. Cíleně žádnou prevenci nedělá 23 % praktických sester a 21 % všeobecných sester. Na otázku odpovědělo 259 praktických sester (100 %) a 323 všeobecných sester (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

	<b>Chirurgické obory</b>	<b>Intenzivní péče</b>	<b>Interní obory</b>	<b>Psychiatrie</b>
trávím čas se svou rodinou, kamarády	110 (76 %)	99 (68 %)	179 (71 %)	28 (72 %)
věnuji se svým koníčkům	84 (58 %)	76 (52 %)	124 (49 %)	21 (54 %)
chodím do společnosti (kino, divadlo, výstavy...)	60 (41 %)	58 (40 %)	87 (35 %)	11 (28 %)
Sportuji	47 (32 %)	54 (37 %)	69 (27 %)	6 (15 %)
cíleně žádnou prevenci nedělám	25 (17 %)	34 (23 %)	61 (24 %)	9 (23 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>326 (224 %)</b>	<b>321 (220 %)</b>	<b>520 (206 %)</b>	<b>75 (192 %)</b>

Tabulka 12 Preventivní opatření na oddělení



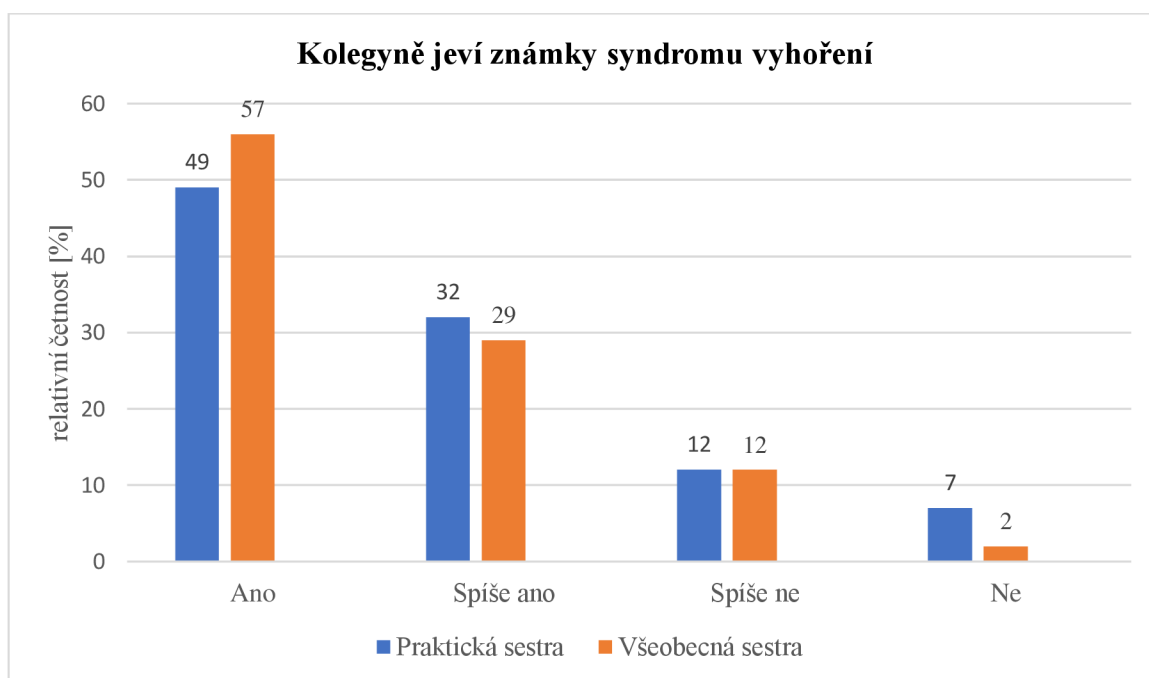
Graf 10 Preventivní opatření na oddělení

Na otázku, jaká preventivní opatření využívají, byla nejčastější odpověď trávení času se svými blízkými, tuto odpověď uvedlo 76 % sester z chirurgických oborů, 68 % sester z intenzivní péče, 71 % sester z interních oborů a 72 % sester z psychiatrie. Druhá nejčastěji uvedená odpověď byla věnování se svým koníčkům, kterou uvedlo 58 % sester z chirurgie, 52 % sester z intenzivní péče, 49 % sester z interny a 54 % sester z psychiatrie. Poměrně častou odpovědí bylo také chození do společnosti, která zahrnovala kino, divadlo či výstavy, uvedlo ji 41 % sester z chirurgie, 40 % sester z intenzivní péče, 35 % z interny a 28 % sester z psychiatrie. Sportování jako prevenci využívá 32 % sester z chirurgie, 37 % sester z intenzivní péče, 27 % sester z interny a 15 % sester z psychiatrie. Žádnou prevenci nevyužívá 17 % sester z chirurgie, 23 % z intenzivní péče, 24 % z interny a 23 % sester z psychiatrie. Na otázku odpovědělo 259 praktických sester (100 %) a 323 všeobecných sester (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

**Otázka č. 7: Myslím si, že některé mé kolegyně jeví známky syndromu vyhoření.**

	Praktická sestra	Všeobecná sestra
Ano	127 (49 %)	180 (57 %)
spíše ano	84 (32 %)	95 (29 %)
spíše ne	31 (12 %)	40 (12 %)
Ne	17 (7 %)	8 (2 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>259 (100 %)</b>	<b>323 (100 %)</b>

Tabulka 13 Kolegyně jeví známky syndromu vyhoření



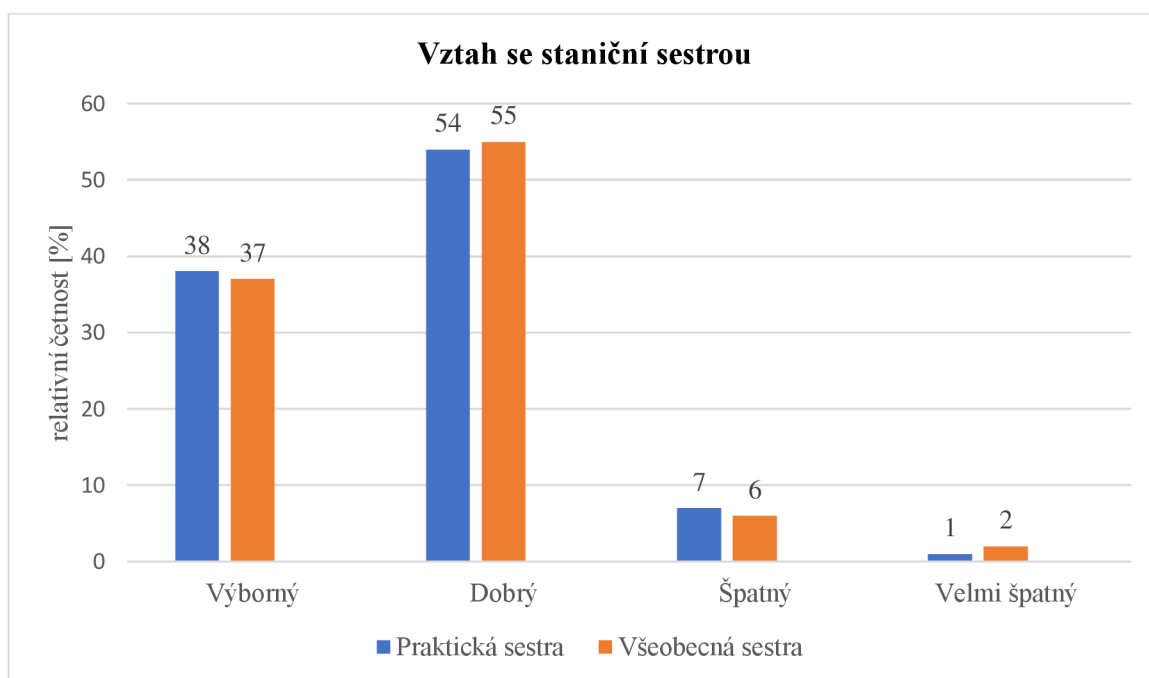
Graf 11 Kolegyně jeví známky syndromu vyhoření

Na otázku, zda si sestry myslí, že jejich kolegyně projevují známky syndromu vyhoření, byla nejčastější odpověď ano, kterou uvedlo 49 % praktických sester a 57 % všeobecných sester. Druhou nejčastější odpovědí bylo spíše ano, kterou uvedlo 32 % praktických sester a 29 % všeobecných sester. Méně častou odpověď spíše ne uvedlo 12 % praktických sester a 12 % všeobecných sester. Nejméně častou odpovědí bylo ne, kterou uvedlo 7 % praktických sester a 2 % všeobecných sester. Na otázku odpovědělo 259 praktických sester (100 %) a 323 všeobecných sester (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

#### Otázka č. 8 Pracovní vztah mám se svou staniční sestrou

	Praktická sestra	Všeobecná sestra
Výborný	99 (38 %)	120 (37 %)
Dobrý	140 (54 %)	177 (55 %)
Špatný	17 (7 %)	20 (6 %)
Velmi špatný	3 (1 %)	6 (2 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>259 (100 %)</b>	<b>323 (100 %)</b>

Tabulka 14 Pracovní vztah se staniční sestrou



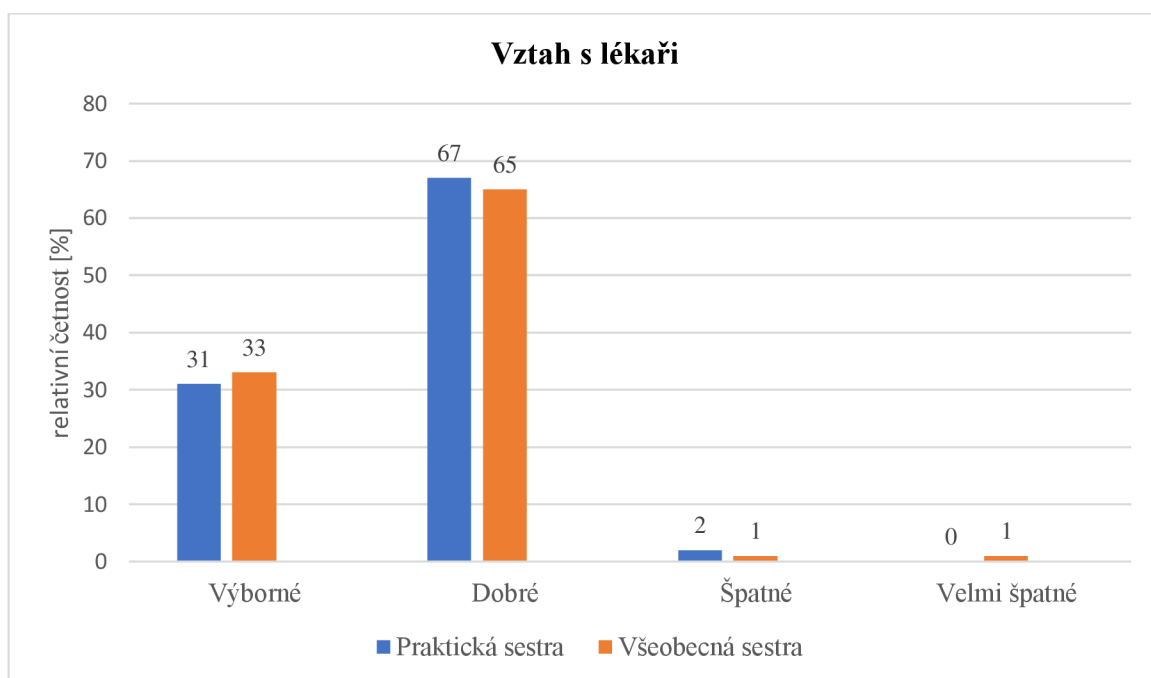
Graf 12 Pracovní vztah se staniční sestrou

Na otázku, jaký vztah mají sestry se svou staniční sestrou, odpovědělo 54 % praktických sester a 55 % všeobecných sester, že je dobrý, jednalo se o nejčastější odpověď. Druhou nejčastější odpovědí bylo výborný, kterou uvedlo 38 % praktických sester a 37 % všeobecných sester. Méně častou odpověď špatný uvedlo 7 % praktických sester a 6 % všeobecných sester. Nejméně častou odpověď velmi špatný uvedlo 1 % praktických sester a 2 % všeobecných sester. Na otázku odpovědělo 259 praktických sester (100 %) a 323 všeobecných sester (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

### Otázka č. 9: Vztahy mezi mnou a lékaři jsou

	Praktická sestra	Všeobecná sestra
Výborné	80 (31 %)	108 (33 %)
Dobré	174 (67 %)	210 (65 %)
Špatné	5 (2 %)	4 (1 %)
Velmi špatné	0 (0 %)	1 (1 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>259 (100 %)</b>	<b>323 (100 %)</b>

Tabulka 15 Vztah s lékaři



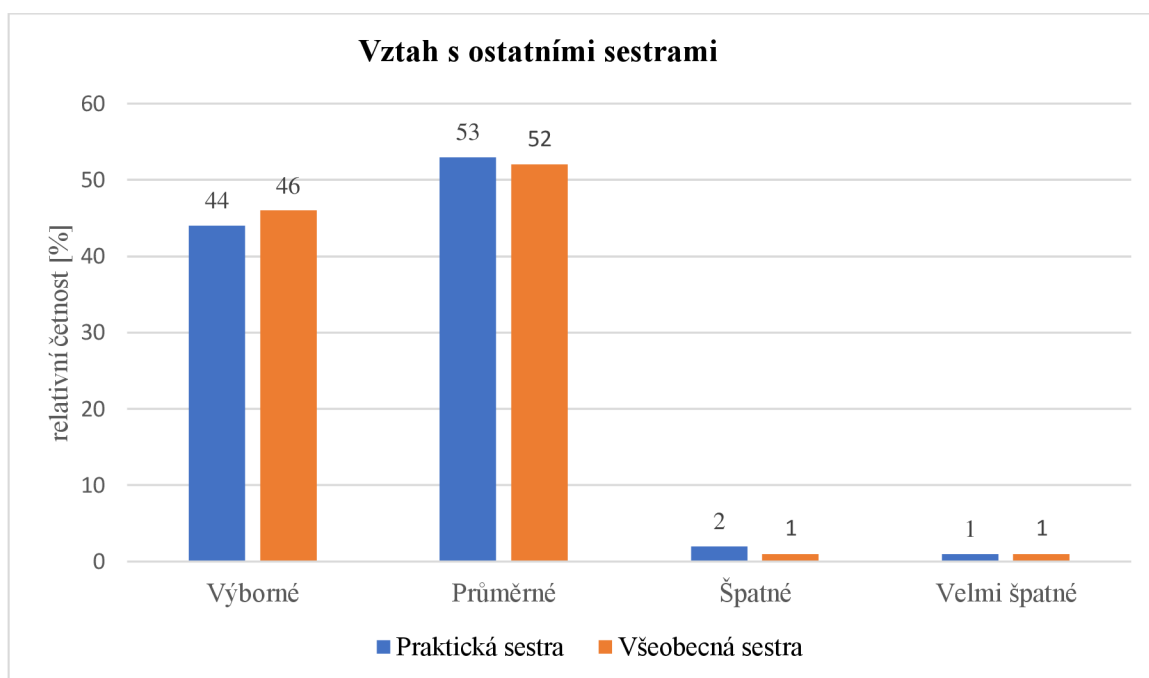
Graf 13 Vztah s lékaři

Otázka číslo 9 byla orientovaná na vztahy s lékaři, dobré vztahy s lékaři má 67 % praktických sester a 65 % všeobecných sester, jednalo se o nejčastější odpověď. Druhou nejčastější odpovědí byly výborné vztahy, kterou uvedlo 31 % praktických sester a 33 % všeobecných sester. Méně častou odpověď špatné uvedly 2 % praktických sester a 1 % všeobecné sestry. Nejméně častou odpověď velmi špatné neuváděla žádná praktická sestra, ale 1 všeobecná sestra ano (0 %). Na otázku odpovědělo 259 praktických sester (100 %) a 323 všeobecných sester (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

**Otázka č. 10: Pracovní vztahy mezi mnou a ostatními sestrami jsou**

	<b>Praktická sestra</b>	<b>Všeobecná sestra</b>
Výborné	115 (44 %)	149 (46 %)
Průměrné	137 (53 %)	169 (52 %)
Špatné	6 (2 %)	4 (1 %)
Velmi špatné	1 (1 %)	1 (1 %)
<b>Celkový součet</b>	<b>259 (100 %)</b>	<b>323 (100 %)</b>

Tabulka 16 Vztah s ostatními sestrami



Graf 14 Vztah s ostatními sestrami

Na otázku, jaké vztahy mají sestry se svými kolegyněmi, byla nejčastější odpověď průměrné, kterou uvedlo 53 % praktických sester a 52 % všeobecných sester. Druhou nejčastěji odpověď výborné uvedlo 44 % praktických sester a 46 % všeobecných sester. Méně častou odpověď špatné uvedlo 2 % praktických sester a 1 % všeobecných sester. Nejméně častou odpověď velmi špatné uvedlo 1 % praktických sester a 1 % všeobecných sester. Na otázku odpovědělo 145 sester z oddělení chirurgických oborů (100 %), 146 sester z oddělení intenzivní péče (100 %), 252 sester z oddělení interních oborů (100 %) a 39 sester z psychiatrie (100 %). Celkem odpovědělo 582 respondentů (100 %).

#### 4.5.2 Dotazník BM část B

Vyhodnocení dotazníku začínáme tak, že sečteme výroky s číslem: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21. Tím získáme hodnotu A. Pokračujeme následujícím krokem, kdy sčítáme hodnoty u položek číslo: 3, 6, 19 a 20. Výsledkem je hodnota B. Dále zjišťujeme hodnotu C a to sice tak, že od čísla 32 odečteme B. Poslední hodnotu, kterou potřebujeme pro získání výsledného skóru zjistit je D, ta je výsledkem součtu hodnot A a C. Výsledný skór se označuje zkratkou BQ a vypočítáme ho tak, že číslo D vydělíme číslem 21.

$BQ < 2$  (dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví)

$2 \leq BQ < 3$  (výsledek uspokojivý)

$3 \leq BQ < 4$  (doporučuje se zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života...)

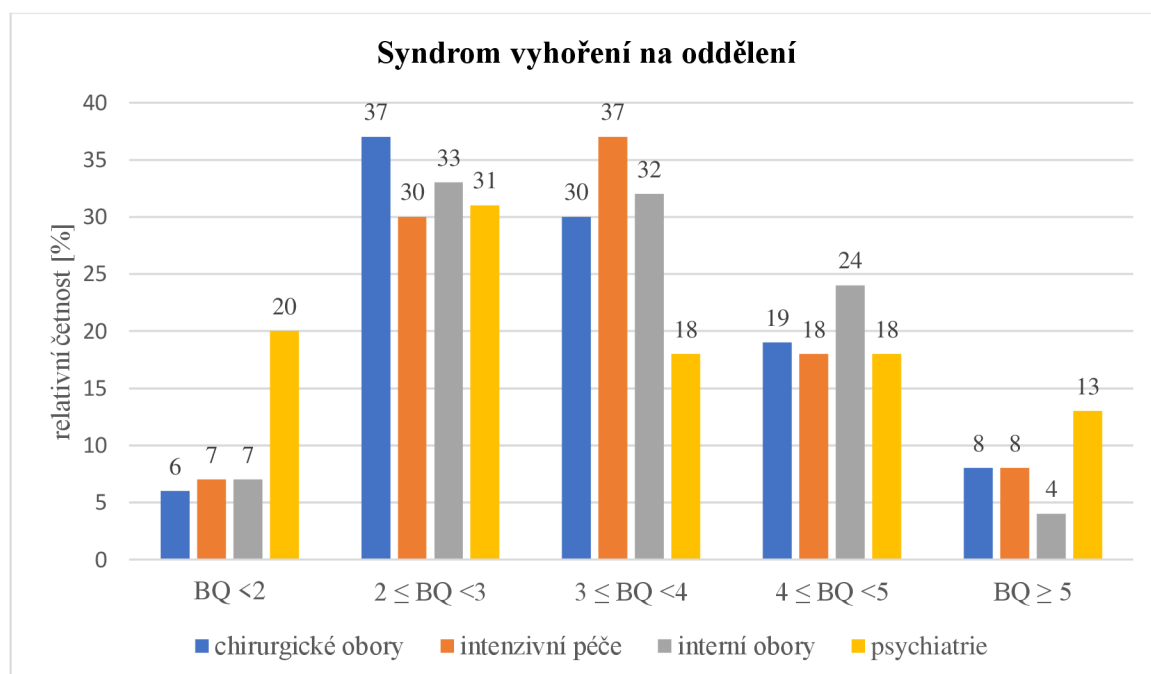


$4 \leq BQ < 5$  (zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou)

$BQ \geq 5$  (tento stav je třeba považovat za alarmující, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta)“ (Venglářová a kol., 2011).

	Chirurgické obory	Intenzivní péče	Interní obory	Psychiatrie
$BQ < 2$	6 %	7 %	7 %	20 %
$2 \leq BQ < 3$	37 %	30 %	33 %	31 %
$3 \leq BQ < 4$	30 %	37 %	32 %	18 %
$4 \leq BQ < 5$	19 %	18 %	24 %	18 %
$BQ \geq 5$	8 %	18 %	4 %	13 %
<b>Celkový součet</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 17 Syndrom vyhoření dle oddělení



Graf 15 Syndrom vyhoření dle oddělení

**Nejpočetnější skupinu tvořily sestry, které dosáhly třetího stupně, jedná se o hraniční hodnotu, doporučuje se jim zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti, konkrétního výsledku dosáhlo 30 % sester z oddělení chirurgických oborů, 37 % z oddělení intenzivní péče, 32 % z oddělení interních oborů a 18 % z psychiatrie.**

**Druhou nejpočetnější skupinu tvořily sestry, které dosáhly druhého stupně, jedná se o uspokojivý výsledek, konkrétně 37 % sester z oddělení chirurgických oborů, 30 % z oddělení intenzivní péče, 33 % z oddělení interních oborů a 31 % z psychiatrie.**

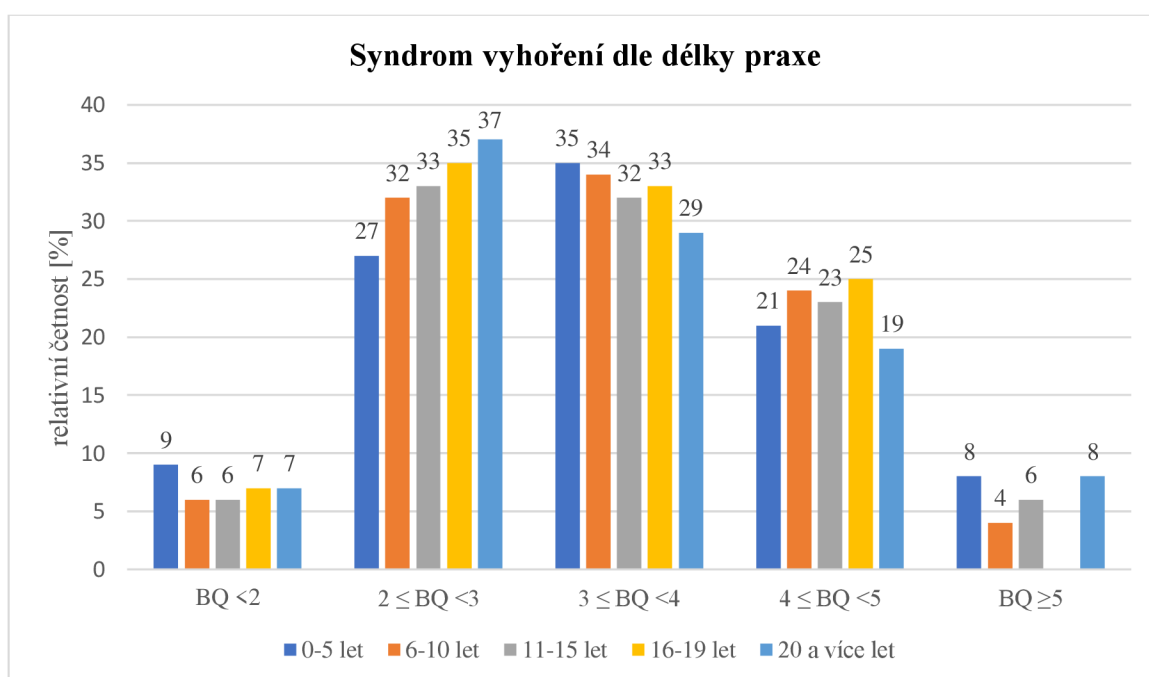
**Přítomnost syndromu vyhoření se potvrdila u 27 % sester z oddělení chirurgických oborů, 26 % z oddělení intenzivní péče, 28 % z oddělení interních oborů a 31 %**

z oddělení psychiatrie, z nichž havarijního stavu dosáhlo 8 % sester z oddělení chirurgických oborů, 8 % z oddělení intenzivní péče, 4 % z oddělení interních oborů a 13 % z psychiatrie.

**Prvního stupně dosáhlo** pouhých 6 % sester z oddělení chirurgických oborů, 7 % z oddělení intenzivní péče, 7 % z oddělení interních oborů a 20 % z psychiatrie.

	0-5 let	6-10 let	11-15 let	16-19 let	20 a více let
BQ <2	9 %	6 %	6 %	7 %	7 %
2 ≤ BQ <3	27 %	32 %	33 %	35 %	37 %
3 ≤ BQ <4	35 %	34 %	32 %	33 %	29 %
4 ≤ BQ <5	21 %	24 %	23 %	25 %	19 %
BQ ≥5	8 %	4 %	6 %	0 %	8 %
<b>Celkový součet</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 18 Syndrom vyhoření dle délky praxe

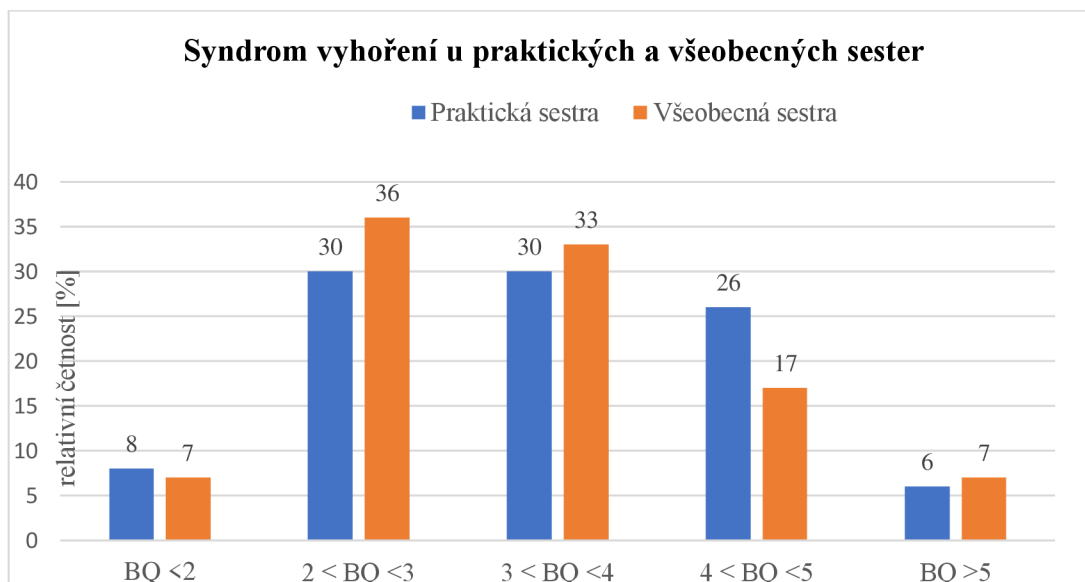


Graf 16 Syndrom vyhoření dle délky praxe

Jak již z grafu vyplývá, tak syndrom vyhoření se potvrdil u 29 % s délkou praxe do 5 let, 28 % s délkou praxe 6-10 let, 29 % s délkou praxe 11-15 let, 25 % s délkou praxe 16-19 let a 27 % s délkou praxe 20 a více let. Většina sester již má ale hraniční hodnoty.

	Praktická sestra	Všeobecná sestra
BQ <2	8 %	7 %
2 ≤ BQ <3	30 %	36 %
3 ≤ BQ <4	30 %	33 %
4 ≤ BQ <5	26 %	17 %
BQ ≥5	6 %	7 %
<b>Celkový součet</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Tabulka 19 Syndrom vyhoření u praktických a všeobecných sester



Graf 17 Syndrom vyhoření u praktických a všeobecných sester

Jak již z grafu vyplývá, tak uspokojivého výsledku dosáhlo 30 % praktických sester a 36 % všeobecných sester. Doporučuje se zamyslet nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života 30 % praktickým a 33 % všeobecným sestrám. **Přítomnost syndromu vyhoření se potvrdila** u 32 % praktických sester a 24 % všeobecných sester, z nichž havarijního stavu dosáhlo 6 % praktických sester a 7 % všeobecných sester. **Prvního stupně dosáhlo** pouhých 8 % praktických sester a 7 % všeobecných sester.

## 4.6 Diskuse

Zkoumaný soubor tvořilo 582 respondentek – 259 praktických sester a 323 všeobecných sester, které pracují na oddělení chirurgických oborů, intenzivní péče, interních oborů a psychiatrie. Hlavním cílem průzkumu bylo zjistit výskyt syndromu vyhoření u sester. Tento hlavní cíl byl rozdělen na šest dílčích cílů.

**Dílčí cíl 1:** Zjistit, zda se u praktických a všeobecných sester pracujících na oddělení interních a chirurgii.

K tomuto cíli se vztahovala otázka číslo 3 a 5 v části A a dotazník BM v části B. Výzkum potvrdil výskyt syndromu vyhoření u 27 % sester z oddělení chirurgických oborů, 26 % z oddělení intenzivní péče, 28 % z oddělení interních oborů a 31 % z oddělení psychiatrie, z nichž havarijního stavu dosáhlo 8 % sester z oddělení chirurgických oborů, 8 % z oddělení intenzivní péče, 4 % z oddělení interních oborů a 13 % z psychiatrie.

Ve studii Lukáše Cahy (2010) se potvrdil syndrom vyhoření pouze u 1 sestry, jež pracuje na psychiatrii a žádný z respondentů nedosáhl hranici havarijního stavu (Caha, 2010). **Nejpočetnější skupinu tvořily sestry ve třetím stupni, který je považován za hraniční, doporučuje se zamyslet se nad pocitem smysluplnosti, životním stylem, výsledku dosáhlo 30 % sester z oddělení chirurgických oborů, 37 % z oddělení intenzivní péče, 32 % z oddělení interních oborů a 18 % z psychiatrie.**

Obsáhlý výzkum sester v České republice formou přehledové studie provedly Špirudová a Mastiliáková. Vytřídily studie s nejpoužívanějšími dotazníky BM, MBI, celkový počet respondentů byl tvořen z 1161 sester. Ze statisticky zpracovaných deseti studií bylo zjištěno, že v nízkém riziku vyhoření je 50,3 %, ve středním 30,8 % a ve vysokém riziku vyhoření se nachází 19 % sester v ČR (Špirudová, Mastiliáková, 2014). Adriaenssens ve své přehledové práci analyzuje 17 studií o SV z období 1989-2014. Zaměřuje se na sestry v intenzivní péči, přičemž výsledkem je 26 % vyhoření (Adriaenssens et al., 2014).

Intenzivní péče je jednou z rizikových oblastí v souvislosti s vyhořením. Vysokou míru vyhoření popisuje také Lederer ve studii sester intenzivní péče (lékařů a sester) v univerzitní nemocnici. Vysoké riziko vyhoření bylo zaznamenáno u 34,4 % pracovníků a 6 % vyhořelo úplně (Lederer, 2008).

Celkově ze sledovaných studií vyplývají rozdíly v míře vyhoření napříč studiemi a zeměmi, ale přibližně třetina sester byla vystavena vysokému riziku vyhoření nebo vyhořela (Adriaenssens et al., 2014; Lederer, 2008; Špirudová, Masliáková, 2014). Výsledky našeho zkoumání ukazují, že vyhořelých je 32 % praktických a 24 % všeobecných sester, ve středním stupni se nachází 30 % praktických a 33 % všeobecných sester.

**Dílčí cíl 2:** Zjistit výskyt syndromu vyhoření z pohledu délky praxe.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky číslo 3 a 4 v části A a dotazník BM v části B. V našem případě nebyl rozdíl mezi délkou praxe ve zdravotnictví a vznikem syndromu vyhoření, jelikož hodnoty jsou velmi vyrovnané. 27 % sester, které mají délku praxe více než 20 let, jsou vyhořelé, nicméně 29 % sester s praxí do 5 let a 28 % sester s praxí 6-10 let, jsou také vyhořelé, nelze tedy tvrdit, že délka praxe je předurčená pro vznik syndromu vyhoření.

Těmito souvislostmi se zabývala také studie Ježorské, Kozykové a Chrastiny. Zjistily, že 25 % sester bylo vystaveno vysokému riziku vyhoření a 11 % mělo známky SV, ale výzkum neprokázal staticky významnou souvislost mezi SV a délkou praxe. Podobný přístup zastávají Pavelková a Bužgová. Zjistily nízký výskyt SV u sester v hospicové péči, který rovněž nekoreloval s demografickými faktory (Ježorská, Kozyková a Chrastina, 2011; Pavelková, Bužgovová, 2015).

Sociodemografický parametr délka praxe ve zdravotnictví se v našem souboru ukazuje jako nezávislý faktor, avšak mnohé studie dokazují opak.

Například Prokelová s Jarošovou na neurochirurgických odděleních Moravskoslezského kraje považovaly délku praxe (delší praxe), jako rizikový faktor pro rostoucí skóre SV. Toto zjištění potvrzuje i zahraniční studie (Garrosa et al.; Losa et al. In Prokelová, Jarošová, 2013).

Také Bužgová a Ivanová mapovaly burnout syndrom u pracovníků přímé péče (n=452) v domovech pro seniory v Moravskoslezském kraji, kdy průměrná hodnota dle BM dotazníku byla 2,8, vyhořelých bylo 65 % a 28,5 % mělo alarmující hodnoty SV. Prokázalo se, že s délkou praxe roste skóre vyhoření (Bužgová, Ivanová, 2008).

**Dílčí cíl 3:** Určit v jakých klinických oborech se u praktických a všeobecných sester nejvíce vyskytuje syndrom vyhoření.

K tomuto cíli se vztahovala otázka číslo 3 v části A a dotazník BM v části B. U zkoumaného souboru sester, jež pracují na různých odděleních, byly zjištěny podobné výsledky, i když se dalo předpokládat, že u sester, jež pracují na oddělení intenzivní péče bude výskyt syndromu vyhoření vyšší.

Sester s potvrzeným syndromem vyhoření je 27 % na chirurgii, 26 % na intenzivní péči, 28 % na interně a 31 % na psychiatrii.

Například dle studie od Doušové, která se zaměřila také na syndrom vyhoření, vybrala si pro zpracování empirické části domov pro seniory a intenzivní péče. Jedním z jejích cílů bylo zjistit, zda se syndrom vyhoření vyskytuje více na intenzivní péči či domově pro

seniory. Nicméně, dle výsledků jsou na tom sestry z obou oddělení stejně a jsou ohroženy mírným stupněm vyhoření (Doušová, 2021).

Studie od Brožkové se věnuje také syndromu vyhoření. Využila metodu MBI dotazníku. Vysoký stupeň emočního vyčerpání se potvrdil u 15 (50,0 %) sester na chirurgii, u 12 (40,0 %) na interně a u 11 (36,7 %) sester na neurologii (Brožková, 2017).

**Dílčí cíl 4:** Zjistit znalosti praktických a všeobecných sester o příčinách a příznacích syndromu vyhoření.

K dílčímu cíli č. 4 se vztahovaly otázky číslo 5,6,7 a 9 v části A a dotazník BM v části B. V dotazníku jsou dvě otázky týkající se znalostí sester ohledně syndromu vyhoření, jednalo se konkrétně o zjištění znalostí sester o příčinách a příznacích syndromu vyhoření. Sestry měly na výběr 4 možné odpovědi, které byly všechny správné, zatrhnout mohly vícero odpovědí. **Na výběr možných příčin syndromu vyhoření byly tyto možnosti:** stále se opakující činnost, nereálné představy a vize o práci, přehnaný optimismus či nadšení do práce a workoholismus. **Nejčastěji praktické i všeobecné sestry uvedly 1-3 odpovědi správně,** ale všechny správné odpovědi uvedlo 12 % praktických sester a 31 % všeobecných sester. Nejvíce sester zatrhlo 2 správné odpovědi, konkrétně 35 % praktických sester a 30 % všeobecných sester. **Na výběr možných projevů syndromu vyhoření byly tyto možnosti:** lhostejnost ve vztahu k práci, ztráta schopnosti radovat se, porucha spánku, chuti k jídlu a negativní postoj k sobě samému. Nejčastěji sestry uvedly všechny 4 odpovědi správně, jednalo se o 39 % praktických sester a 54 % všeobecných sester, z toho vyplývá, že povědomí o syndromu vyhoření mají.

V dotazníku vlastní konstrukce byla otázka, zda si sestry myslí, že jejich kolegyně jeví známky syndromu vyhoření, které se mohou projevovat také jinými způsoby, než bylo uvedeno v možných odpovědích, v emocionální oblasti např. poklesem nálady, změnami chování či poruchou koncentrace, v tělesné oblasti např. svalovým napětím, vzestupem krevního tlaku nebo nechutenství. **Nejčastější odpověď sester byla ano, kterou uvedlo 49 % praktických sester a 57 % všeobecných sester. Druhou nejčastější odpovědí bylo spíše ano, kterou uvedlo 32 % praktických sester a 29 % všeobecných sester. Odpověď ne uvedlo pouhých 7 % praktických sester a 2 % všeobecných sester.** Z toho vyplývá, že sestry mají dostatečné znalosti a vědomosti ohledně syndromu vyhoření, který dokáží vypořádat také na svých kolegyních.

**Dílčí cíl 5:** Zjistit, jaká preventivní opatření sestry využívají.

K dílčímu cíli číslo 5 se vztahovala otázka číslo 8 v dotazníku části A. V případě syndromu vyhoření by měla být pro sestry důležitá a nezbytná znalost prevence, Je třeba sebeuvědomění, jedinec si musí připustit, že může být sám ohrožen tímto syndromem. V prevenci na individuální úrovni je důležitá zejména sociální opora, péče o sebe, sebepoznání, dostatečný prostor pro koníčky a zájmy, udržování dobré fyzické i psychické kondice, snaha oddělit práci od soukromého života a nebrat si pracovní záležitosti domů. V rámci organizačních opatření je důležitá týmová práce, aktivita vedení zdravotnického zařízení a nemocnice k zajištění dostatečné regenerace, péče o psychické zdraví zaměstnanců, zajištění bezpečnosti práce, podpora kariérního růstu zaměstnanců, možnost supervize a zajištění přítomnosti odborného poradenství.

Nejčastěji sestry využívají trávení času se svými blízkými – rodinou a kamarády, věnují se svým koníčkům nebo chodí do společnosti, tyto odpovědi uvedlo velmi vysoké procento sester. 59 % sester uvádí sportování a 44 % cíleně žádnou prevenci nedělá. Friganovič a kolektiv (2017) na základě svého průzkumu ve své studii došli k závěru, že výskyt syndromu vyhoření je velkým problémem pro nemocnice a zdravotnický systém. Akční plán pro prevenci syndromu vyhoření v nemocnicích by výrazně snížil výskyt a zlepšil kvalitu zdravotní péče.

Ve výsledcích průzkumného šetření bakalářské práce od Tringlové je uvedeno, že respondenti nejčastěji uváděli v prevenci syndromu vyhoření poslech hudby, čas strávený s rodinou či přáteli. Z výsledků bylo dále patrné, že respondenti rádi tráví čas na sociálních sítích, u televize, nebo se věnují domácím činnostem. Dle autorky respondenti málo uváděli za preventivní opatření sportovní aktivity, relaxaci či meditaci, na rozdíl od mého průzkumu, kde sportování bylo často zmíněnou volnočasovou aktivitou (Tringlová, 2021).

Také Kolembošová se zabývala ve své bakalářské práci prevencí. Ta uvádí, že nejvíce respondentů volilo z fyzických aktivit jízdu na kole či posilovnu. Mezi další preventivní činnosti volili respondenti péči o domácnost, turistiku, četbu a návštěvu kina či divadla (Kolembošová, 2017).

**Dílčí cíl 6:** V jakém poměru se vyskytuje syndrom vyhoření u praktických a všeobecných sester.

K dílčímu cíli číslo 6 se vztahovala otázka číslo 5 v dotazníku části A a dotazník BM v části B. Hraniční hodnotu syndromu vyhoření má 30 % praktických a 33 % všeobecných sester, je to tedy celkem vyrovnané. Vyhořelých je 32 % praktických sester a 24 % všeobecných sester. Výsledky jsou tedy velmi podobné.

Z výsledků empirické části vyplývá, že pojem syndrom vyhoření není pro sestry vůbec cizí pojem, naopak, výsledky ukazují, že sestry mají své teoretické znalosti na velmi dobré úrovni, využívají mnoho preventivních opatření, aby je syndrom vyhoření nepostihl.

#### **4.7 Doporučení pro praxi**

Na základě zjištěných a vyhodnocených údajů z dotazníkového šetření jsou navržena následující doporučení, která by mohla být využita v praxi k prevenci syndromu vyhoření u sester.

##### **Doporučení pro praktické a všeobecné sestry:**

- Účast na přednáškách a seminářích, které se zaměřují na problematiku syndromu vyhoření.
- Informovanost o syndromu vyhoření a jeho prevenci.
- Zájem o preventivní programy za pomoci a doporučení zdravotnického managementu.
- Jedním z hlavních motivů k předcházení vyhoření je zlepšení vztahů na pracovišti mezi kolegy.
- Dodržování duševní hygieny.
- Doporučení pro všeobecné sestry – Pár rad na závěr... (příloha 10)

##### **Doporučení pro zdravotnický management:**

- Nepřetěžování zdravotnického personálu.
- Motivace pro sestry formou benefičních programů.
- Aktivně nabízet přednášky a semináře zaměřené na problematiku syndromu vyhoření.
- Zajištění bezpečnosti práce.
- Podpora karierního růstu.
- Možnost otevřeně ventilovat problémy (porady).
- Mimopracovní setkávání (výlety, posezení).
- Možnost supervize. (příloha 11)

##### **Doporučení pro zdravotnické školy:**

- Účast studentů škol na přednáškách a seminářích, které se zaměřují na problematiku syndromu vyhoření.



## Závěr

Předložená bakalářská práce se věnuje fenoménu, který nazýváme syndromem vyhoření. Cílem šetření byla deskripce syndromu vyhoření praktických a všeobecných sester s využitím měřicího nástroje dotazníku Burnout Measure u 582 respondentů.

Výsledky potvrzují náročnost práce, kterou vykonávají sestry na takto vysoce exponovaných odděleních, která zahrnují interní, chirurgické obory, intenzivní péči a psychiatrii. Získaná data u sester hovoří přibližně o třetině sester, u kterých se syndrom vyhoření potvrdil. Tyto závěry se zcela ztotožňují s výsledky některých výzkumů, které tvrdí, že sestry jsou populací ohroženou syndromem vyhoření zhruba z jedné třetiny. Nebyla potvrzena souvislost mezi burn out syndromem a sociodemografickými charakteristikami (délka praxe ve zdravotnictví). Tento výsledek potvrzuje většinu dosavadních tvrzení, že délka praxe je z hlediska vzniku a rozvoje syndromu vyhoření neutrálním faktorem, i když ojedinělé studie tvrdí opak.

Výsledky tohoto šetření se mohou stát podkladem pro realizaci intervencí zaměřujících se na prevenci a zvládnání syndromu vyhoření, jako jsou například supervize. Výzkum může pomoci v cíleném směřování této intervence. Bylo by také vhodné zaměřit se na konkrétní zátěžové faktory na exponovaných klinikách či odděleních a pokusit se o jejich eliminaci. V praxi může být tato práce přínosem pro management nemocnic. Management se může zaměřit na tato riziková oddělení a kliniky, provést intervence typu supervize, může rozdat dotazníky spokojenosti, či jiné nástroje zjišťující stres, zátěž a faktory pracovního prostředí.

## Seznam použitých informačních zdrojů

### Knižní zdroje

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

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.

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

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.

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

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KORDULOVÁ, P. *Ošetrovatelství I*. Praha: Univerzita Karlova, 2020. ISBN 978-80-270-7783-0.

KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. *Nejlepší techniky proti stresu*. Přeložil Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2007. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1833-0.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

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

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

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství I*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

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

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.

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

### Odborné články

ADRIAENSSENS, J., DEGUCHT, V., MAES, S. *Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research*. International Journal of Nursing Studies. 2015, 52(2), 649-661. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004. ISSN 00207489. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748914002983>.

BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, K. *Syndrom vyhoření u zaměstnanců domovií pro seniory v Moravskoslezském kraji*. Geriatria, 2008, roč. 14, č. 4, s. 165-168. ISSN: 1335-1850.

FRIGANOVIĆ, A., KOVAČEVIĆ, I., ILIĆ, B., ŽULEC, M., KRIKŠIĆ, V., & GRGAS BILE, C. (2017). *Healthy Settings in Hospital – How to Prevent Burnout Syndrome in Nurses: Literature Review*. Acta clinica Croatica, 56(2), 292-298. <https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.02.13>

JEŽORSKÁ, Š., VÉVODA, J., CHRASTINA, J. *Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost?* Profese, 2014, roč.7/1, s. 9-15. ISSN: 1803-4330.

LEDERER, W., KINZL, J. F., TRAWEGER, C. et al.: *Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital*. Anaesthesia and intensive care. 2008, Mar; 36(2): 208-213. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0310057X0803600211>.

PAVELKOVÁ, H., BUŽGOVÁ, R. *Burnout u zdravotnických pracovníků v hospici*. Central European Journal of Nursing and Midwifery, 2015, roč. 6, č. 1, s. 218-223. ISSN: cnb002592657; 2336-3517.

ROKELOVÁ, P., JAROŠOVÁ, D. *Syndrom vyhoření u sester na neurochirurgických odděleních*. Kontakt, 2013, roč. 15, č. 2, s. 135-142. ISSN: 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2-2013/1045-syndromvyhoreni-u-sester-na-neurochirurgickych-oddelenich>.

ŠPIRUDOVÁ, L., MASTILIAKOVÁ, D. *Syndrom vyhoření u sester v České republice ve vztahu k podmínkám jejich práce – přehledová studie*. Zdravotnické listy, 2014. roč. 2. č. 1. s. 9-16. ISSN 1399-3022.

VÉVODOVÁ, Šárka & VEVODA, Jiri & VETEŠNÍKOVÁ, Marcela & KISVETROVÁ, Helena & CHRASTINA, Jan. *The relationship between burnout syndrome and empathy among nurses in emergency medical services*. Kontakt, 2016; XVIII. 17-22. 10.1016/j.kontakt.2016.02.002.

### Webové zdroje

Krajská nemocnice Tomáše Bati. *Psychosociální intervenční služba* [online]. Zlín: Krajská nemocnice Tomáše Bati [cit. 15.1.2023]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/psychosocialni-intervencni-sluzba>

Národní ústav pro vzdělávání [online]. Praha: NÚV, 2014 [cit. 10.12.2022]. Dostupné z: <https://archiv-nuv.npi.cz/t/co-je-skolska-primarni-prevence-rizikoveho-chovani.html>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání všeobecná sestra* [online]. Praha: MZ ČR, 2010 [cit. 10.12.2022]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16448/35678/KS-Všeobecná-sestra.pdf>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: Sbírnka zákonů České republiky, částka 20, s. 482-533. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

Zákon č. 201/2017 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o 71 změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2017. In: Sbírnka zákonů České republiky, částka 72, s. 2065-2084. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://csaba.cz/wp-content/uploads/2017/07/sb0072-2017.pdf-N962017-Sb.pdf>.

Znalostní systém prevence rizik v BOZP [online]. Praha: ZSBOZP 2022 [cit. 10.12.2022]. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/rizikove-factory>

### **Kvalifikační práce**

BROŽKOVÁ, Nikola. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester* [online]. Praha, 2017 [cit. 15.1.2023]. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická. Dostupné z: [https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske\\_prace/Bakalarske\\_prace\\_v\\_akademickem\\_roce\\_2016-2017/Vseobecna\\_sestra\\_2017/BROZKOVA\\_NIKOLA/BROZKOVA\\_NIKOLA\\_BP.pdf](https://is.vszdrav.cz/do/vsz/bakalarske_prace/Bakalarske_prace_v_akademickem_roce_2016-2017/Vseobecna_sestra_2017/BROZKOVA_NIKOLA/BROZKOVA_NIKOLA_BP.pdf)

CAHA, Lukáš. *Syndrom vyhoření u zdravotních sester pracujících na psychiatrii* [online]. Praha, 2010 [cit. 15.1.2023]. Absolventská práce. Jabok – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická. Dostupné z: [https://is.jabok.cz/th/ekfeq/Lukas\\_Caha\\_Absolventska\\_prace\\_zl1rwp.pdf](https://is.jabok.cz/th/ekfeq/Lukas_Caha_Absolventska_prace_zl1rwp.pdf)

DOUŠOVÁ, Žaneta. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester* [online]. Opava, 2021 [cit. 15.1.2023]. Bakalářská práce. Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik v Opavě. Dostupné z: [https://is.slu.cz/th/qdb02/Bc\\_prace\\_2021\\_ZD.pdf](https://is.slu.cz/th/qdb02/Bc_prace_2021_ZD.pdf)

KOLEMBUSOVÁ, Bronislava. *Syndrom vyhoření u pracovníků na odděleních následné a dlouhodobé intenzivní péče* [online]. Pardubice, 2017 [cit. 18.3.2023]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ourrc5/>

KULICHOVÁ, Kateřina. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester* [online]. Pardubice, 2022 [cit. 15.1.2023]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/80412/KulichovaK\\_SyndromVyhoreni\\_IM\\_2022.pdf?sequence=1](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/80412/KulichovaK_SyndromVyhoreni_IM_2022.pdf?sequence=1)

TRIANGLOVÁ, Andrea. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester* [online]. Pardubice, 2021 [cit. 15.1.2023]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/77765/TringlovaA\\_SyndromVyhoreni\\_IM\\_2021.pdf?sequence=1](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/77765/TringlovaA_SyndromVyhoreni_IM_2021.pdf?sequence=1)

## Seznam zkratk a symbolů

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

BM – Burnout Measure

BQ – Burnout Quotient (hodnotící skóre vyhoření)

DP - - Depersonalization (odosobnění depersonalizace – ztráta zájmu, cynismu)

EE – Emotional Exhaustion (emoční vyčerpání)

FVP – Fakulta veřejných politik

GDO – Geriatricko – doléčovací oddělení

JIP – Jednotka intenzivní péče

MBI – Maslach Burnout Inventory

PA – Personal Accomplishment (osobní uspokojení z práce)

PSA – Personal subjective analysis (rozbor osobního vnitřního stavu)

SLU – Slezská univerzita

SNO – Slezská nemocnice v Opavě

SV – Syndrom vyhoření

SZŠ – Střední zdravotnická škola

VOŠ – Vyšší odborná škola

WHO – World Health Organization (Světová Zdravotnická Organizace)

## Seznam obrázků

Obrázek 1 Pocity vlastní hodnoty. Zdroj: Křivohlavý, 2012.....	17
Obrázek 2 Rovnováha mezi zátěží a schopností vyrovnat se s ní. Zdroj: Venglářová a kol., 2011).....	19

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Zahraniční studie .....	30
Tabulka 2 Česká studie.....	31
Tabulka 3 Věk.....	35
Tabulka 4 Věk dle oddělení .....	36
Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	37
Tabulka 6 Oddělení .....	38
Tabulka 7 Délka praxe ve zdravotnictví.....	39
Tabulka 8 Délka praxe sester na oddělení .....	39
Tabulka 9 Příčiny syndromu vyhoření .....	40
Tabulka 10 Příznaky syndromu vyhoření.....	41
Tabulka 11 Preventivní opatření proti syndromu vyhoření .....	42
Tabulka 12 Preventivní opatření na oddělení .....	43
Tabulka 13 Kolegyně jeví známky syndromu vyhoření.....	44
Tabulka 14 Pracovní vztah se staniční sestrou .....	45
Tabulka 15 Vztah s lékaři .....	46
Tabulka 16 Vztah s ostatními sestrami.....	47
Tabulka 17 Syndrom vyhoření dle oddělení.....	49
Tabulka 18 Syndrom vyhoření dle délky praxe.....	50
Tabulka 19 Syndrom vyhoření u praktických a všeobecných sester .....	50

## Seznam grafů

Graf 1 Věk .....	35
Graf 2 Věk na oddělení.....	36
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	37
Graf 4 Oddělení.....	38
Graf 5 Délka praxe ve zdravotnictví .....	39
Graf 6 Délka praxe na oddělení .....	40
Graf 7 Příčiny syndromu vyhoření.....	41
Graf 8 Příznaky syndromu vyhoření .....	42
Graf 9 Preventivní opatření proti syndromu vyhoření .....	43
Graf 10 Preventivní opatření na oddělení.....	44
Graf 11 Kolegyně jeví známky syndromu vyhoření .....	45
Graf 12 Pracovní vztah se staniční sestrou .....	46
Graf 13 Vztah s lékaři.....	47
Graf 14 Vztah s ostatními sestrami .....	48
Graf 15 Syndrom vyhoření dle oddělení .....	49
Graf 16 Syndrom vyhoření dle délky praxe .....	50
Graf 17 Syndrom vyhoření u praktických a všeobecných sester .....	51



## Seznam příloh

**Příloha č.1:** Následky syndromu vyhoření

**Příloha č.2:** Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření

**Příloha č.3:** Fáze cvičení a doporučený sled autogenního tréninku

**Příloha č.4:** Jacobsonova progresivní relaxace

**Příloha č.5:** Preventivní opatření

**Příloha č.6:** Možnosti zotavení

**Příloha č.7:** Dotazník

**Příloha č.8:** Schválené průzkumné šetření náměstkyní ředitele pro ošetrovatelskou péči

**Příloha č.9:** Desatero podnětů pro sestry v péči o jejich duševní přežití

**Příloha č.10:** Supervize

## **PŘÍLOHY**

### **Příloha č.1 Následky syndromu vyhoření**

#### **Psychické následky**

- Ztráta schopnosti radovat se a těšit se ze života.
- Ztráta empatie.
- Emocionální problémy, mezi které patří rozmrzelost, výbušnost, netrpělivost, nervozita.
- Změny nálad.
- Ztráta profesionálního entuziazmu (nadšení) a pocitů zodpovědnosti.
- Pronikavý pesimismus do budoucna.
- Nespokojenost se svým výkonem.
- Sebeobviňování.
- Negativní vnímání sebe (Venglářová a kol., 2011, Stock, 2010).

#### **Tělesné následky**

- Únava, vyčerpání.
- Bolesti hlavy, pohybového aparátu.
- Zažívací obtíže.
- Abúzus alkoholu, drog a léků.
- Zvýšená náchylnost k psychosomatickým onemocněním.
- Omezená produktivita – pokles výkonnosti.
- Nedostatek energie, pocit slabosti.
- Sklony k nehodám.
- Poruchy se soustředěním a paměti (Venglářová a kol., 2011, Stock, 2010).

#### **Změny v sociální oblasti**

- Negativní postoje k vlastní osobě, práci, intuici, společnosti a životu vůbec.
- Cynismus (bezohlednost), ironie, nezájem o pacienty.
- Pasivní agrese ve vztahu k blízkým, nadřízeným i kolegům (ano, ale, sabotování spolupráce, remcání).
- Nekolegiální jednání.
- Konflikty i v rodině.
- Ztráta přátel, omezení zájmů.
- Problémy v oblasti navázání a udržení společenských vztahů (Venglářová a kol., 2011, Stock, 2010).

## **Příloha č.2 Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření**

### **Dle osobnosti**

- Osobnost typu A.
- Perfekcionista.
- Výrazně narušené myšlenkové potřeby v dětství.
- Nízké sebevědomí, vysoká míra empatie.
- Jedinec, který neustále potlačuje vlastní emoce.
- Lidé pracovití, důslední, ti, kteří se obětují pro druhé a neumějí říct NE.
- Lidé, kterým jde o dobrou práci, jsou pro svoji práci nadšení.
- Lidé plní energie a ti, kteří pracují příliš usilovně.
- Lidé, kteří neúspěch prožívají jako osobní porážku.
- Lidé, kteří mají minimální zájmy mimo práci.
- Lidé, kteří museli ledacos obětovat, aby mohli vykonávat svoji práci.
- Lidé, kteří si nepřipouštějí ani netuší, že mohou být ohroženi vyhořením.
- Lidé, kteří si myslí, že jsou nepostradatelní.
- Člověk, který byl zprvu velice nadšen tím, co dělal, prožil, avšak časem u něho toto
- vnitřní zanícení ochablo.
- Člověk, který na sebe neustále klade příliš vysoké nároky.
- Člověk, který žije dlouhodobě v mezilidských konfliktech.
- Člověk, který pociťuje neustále ohrožení kladného sebehodnocení (Pešek a Praško, 2016, Venglářová a kol., 2011, Křivohlavý, 1998).

### **Pracovní sféra**

- Nedostatečná společenská prestiž povolání.
- Požadavky na vysoký výkon.
- Nadměrné množství práce.
- Nedostatek ocenění a podpory od kolegů a nadřízených.
- Nedostatečná finanční odměna.
- Špatná organizace práce.
- Absence kvalitní supervize (Pešek a Praško, 2016).

### **Mimopracovní sféra**

- Absence partnera.
- Konfliktní partnerství.

- Nedostatek hlubších přátelských vztahů.
- Nedostatek tělesného pohybu a špatné stravovací návyky.
- Špatné existenční podmínky (bydlení, finance) (Pešek a Praško, 2016).

### **Příloha č.3 Fáze cvičení a doporučený sled autogenního tréninku**

#### **Základních šest fází cvičení autogenního tréninku**

0. Pravá ruka je uvolněná, zcela uvolněná, levá ruka je uvolněná.
1. Pravá ruka je těžká, zcela těžká – levá ruka je zcela těžká.
2. Pravá ruka je teplá, levá ruka je teplá.
3. Dýchá mi to klidně a pravidelně.
4. Srdce mi tlučte klidně a pravidelně.
5. V břiše se mi rozlévá teplo.
6. Hlava je příjemně chladná.

#### **Doporučený sled**

Počet opakování je různý. J. H. Schultz doporučoval při trénování jednoho jediného cviku opakovat ho šestkrát. Provádíme-li celý soubor všech šesti cviků a daří-li se nám hlouběji soustředit na to, co právě cvičíme, stačí jedenkrát (Křivohlavý, 2010).

#### **Příloha č.4 Jacobsonova progresivní relaxace**

Edmund Jacobson jako lékař vyšel z poznání, že – řečeno jeho slovy: „*Kdykoliv něco děláme, napětí, které tato činnost přivodila, přetrvává déle, i když tato činnost již dávno pomínula*“. E. Jacobson používá pro tento jev termín „*hypertenze*“. U nedostatečně relaxovaného napětí se projevují známky tzv. reziduální (přetrvávající) tenze. Ukazuje se, že v situaci tohoto trvalého napětí stačí jen drobná událost, která člověka vzruší a dojde k přepětí. Jacobson se zaměřuje na rozpoznání a odstraňování nahromaděných vyčerpávajících událostí. Tomuto úkolu slouží tzv. progresivní (pomalu, krok za krokem postupující) relaxace.

Nácvik této relaxace je dlouhodobou záležitostí. Jedná se o nejrozšířenější relaxační metodu v Americe. Vyzkoušená byla i u nás – jak u dospělých, tak u školních dětí (Křivohlavý, 2010).

#### **Princip Jacobsonovy progresivní relaxace**

Je možné ho demonstrovat na nácviku relaxace rukou. Cvičí se v zásadě při lehu na zádech, kdy ruce leží volně podél těla. Dlaně směřují dolů a nohy jsou mírně od sebe. Po zaujmutí této polohy je třeba 3-4 minuty uvolňovat celé tělo a pozvolna zavírat oči. Poté se začíná cvičit, a to postupným ohýbáním levé ruky v zápěstí, kdy předloktí se nezdvihá a dlaň levé ruky se pomalu dostává do svislé polohy.

Úkolem je soustředit se na pocity napětí, které se pomalu objevují ve svalech v horní části levého předloktí. Toto vůli řízené ohnutí levé ruky má trvat několik minut. Potom se najednou uvolní napětí svalů levé ruky a ruka přitom samovolně prudce spadne na podložku. Nastává druhý nejdůležitější moment cvičení – výcvik v senzitivitě (citlivosti) k pocitům svalového uvolnění. I zde je na místě diferenciální diagnostika – odlišení pocitů napětí od jiných pocitů, např. bolesti tahu či tlaku. Tenze je způsobovaná aktivním, tj. vůli řízeným úsilím cvičící osoby.

Uvedený cvik se má provést několikrát po sobě (35x) a poté má následovat naprostý klid v poloze vleže trvající půl hodiny. Druhý den se vše opakuje. Přidá se však ohnutí ruky dlaní směrem dolů. Další dny obdobné cvičení tenze a jejího uvolnění pokračuje a pozornost se soustřeďuje na další a další svaly – na druhou ruku, na nohy a postupně se tak dostane na všechny svaly (Křivohlavý, 2010).

## **Příloha č.5 Preventivní opatření**

### **1. Adaptační praxe**

Každá sestra, která nastoupí do zaměstnání, by si měla být vědoma náročnosti povolání a rizik své práce. Náročnost povolání pro ni je nejen po stránce psychické, fyzické, ale také emocionální. Práce s těžce nemocnými lidmi vyžaduje výdej energie, jenž převládá nad zisky, jelikož je práce s nemocnými často náročná, tak výsledky nejsou patrné hned, ale až později.

### **Co může být přínosem pro zdravotnickou profesi**

1. Teoretická a praktická příprava ve škole – zejména v hodinách psychologie a ošetřovatelství.
2. Osobnostní předpoklady pro profesi.
3. Kvalitní nástupní praxe.

Adaptační praxe je dána zákonem. Lze ji považovat za určitou formu supervize, kdy začínající sestry pracují po určitou dobu pod dohledem sestry školitelky nebo zkušenějších kolegyně. Ty by měly začínající sestře plně poskytnout pomoc a podporu, jelikož je to nejdůležitější období, rozhoduje se o tom, zda se vykonávaná profese pro ni stane celoživotním zájmem (Venglářová a kol., 2011).

### **2. Péče o sebe**

Velmi důležité je, aby sestra měla ráda v první řadě sama sebe. Pokud máme lásku dávat, je nezbytné, abychom ji také přijímali.

1. Kdo nemá rád sám sebe, nepečuje o sebe, jen vydává energii a nepřijímá ji zpět.
2. Kdo nesnáší některou ze svých povahových vlastností, nedovede ji přijmout ani na svých pacientech (Kopřiva, 1997, in Venglářová a kol., 2011).

### **3. Sebepoznání a sebehodnocení**

Důležité je, aby sestra nejprve porozuměla svému projevu chování, poté dokáže porozumět chování pacientů. Během života si člověk o sobě utváří určité názory, hodnotí sebe sama, má určité představy o tom, jaký by chtěl být. Sebepoznání je neustálé uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků, ale také vlastních pocitů, a to v každé situaci, ve které se nacházíme. Abychom byli úspěšní v procesu sebepoznávání, měli bychom postupovat podle níže uvedených metod:

- Uvědomování si toho, co děláme.

- Pravidelné sebereflexe (úvahy o tom, pod jakými vlivy asi momentálně jednáme).
- Písemné zaznamenání a rozbor výsledků sebereflexe.
- Introspekce – pozorování vlastního chování, jednání (vnímání sebe sama).
- Sebepoznávání zaměřené na emoční prožívání.
- Sebepoznávání za pomoci druhých lidí (jejich hodnocení nás).

Na základě sebepoznávání dochází u jedince během života k sebehodnocení. Kladné sebehodnocení zvyšuje sebedůvěru, vede k optimistickému pohledu na svět, k dobrému fyzickému i duševnímu stavu, k vyššímu výkonu, k zvýšenému úsilí při překonávání překážek. Sebepoznávání a sebehodnocení nám pomáhají lépe se adaptovat a zvládat emočně náročné situace. I při vyhoření se o sobě dozvíme o svém způsobu reagování, o své odolnosti, o svých možnostech, ale i hranicích, kam až se už raději nepouštět. (Venglářová a kol., 2011).

#### **4. Osobní život, přátelé, koníčky**

Sestra, která po práci zapomíná na svůj osobní život, jej postupně ztrácí. Ztrátou zájmu jsou více ohroženy ženy, které přijmou roli matek a manželek. Na začátku pracovní kariéry, se může dostavit omezení soukromého života, jelikož jsme velmi nadšení, osobní angažovanost v kombinaci s dobrým kolektivem, může zaměstnání posunout na nejdůležitější místo v životě. Člověk by neměl opomíjet svůj osobní život, neboť má podstatný vliv na ten profesní.

V soukromém životě si člověk upevňuje mezilidské vztahy, má zde své zázemí, ale především může čerpat energii pro svou náročnou profesi. Podstatnou součástí je kvalita partnerského vztahu a sexuálního života. Dobré vztahy bychom měli pěstovat se svou rodinou, ale také s přáteli, známými, spolupracovníky a okolím.

Důležité je pěstování osobních vztahů, rozvíjení své kreativní činnosti, zálib, koníčků, protože náš život spojí s uspokojením, radostí a uvolněním. Každý člověk by měl mít nějaký svůj koníček, zálibu, jelikož obohatí jeho život (Venglářová a kol., 2011).

#### **5. Dobrá fyzická kondice**

Zdravá životospráva, sport, či jiné pohybované aktivity, např. procházky, turistika, vycházky se psem, či jiné relaxační cvičení, dostatek spánku, pravidelný denní režim – to jsou stále opakovaná a banálně znějící doporučení, která se vyskytují kdekoli. Ovšem, pokud je nebudeme brát za důležité preventivní opatření, dříve nebo později, se u nás vyskytne vyhoření. Naše tělo je zdrojem naší životní energie, kterou potřebujeme neustále doplňovat. Nutné je odpočívat, když jsme unavení, ne až v okamžiku, kdy na to máme čas (Venglářová a kol., 2011).



## 6. Každý člověk má jiné potřeby

Důležité je se zamyslet, proč studujeme určitou školu či vykonáváme danou práci, co nám dává, bere, zda to je ta správná volba do budoucna. Měli bychom se umět nad tím zamyslet a vyhodnotit, co je pro nás nejvýhodnějším a smysluplným řešením (Venglářová a kol., 2011).

## 7. Oddělení práce od soukromí

Ve zdravotnictví se setkáváme s těžkými lidskými osudy různého charakteru, soucítili zdravotník s nemocnými, bývá pak těžké oddělit se od nich koncem pracovní doby. Vhodnou prevencí je najít si pomocný rituál, jak přeladit myšlenky z práce a naladit se na domov, který by měl být oázou klidu a aktivního odpočinku. Za velmi rizikovou skupinou se považují lidé, kteří pracují fyzicky doma, kdykoliv tak mohou být v pohotovosti a alespoň něco udělat do práce, na druhé straně na ně může mít řadu nároků rodina (Venglářová a kol., 2011).

## 8. Mezilidské vztahy

Jde o tzv. podpůrnou síť, existenci blízkých osob, kteří jedinci dokáží poskytnout to, co on si sám dát nemůže. Jedná se zejména o aktivní naslouchání, povzbuzování a emoční pomoc v těžkých situacích.

## 9. Zaměstnání

Pokud člověk cítí, že jeho nadřízený (zaměstnavatel) šetří chválou nebo jej psychicky deptá a nepodporuje jeho účast na vzdělávacích programech, je načase sáhnout až ke změně zaměstnání (Venglářová a kol., 2011)

## Syndrom pomocníka

Jedná se o zajímavý pohled na motivaci pracovat v roli pomáhajícího. Syndrom pomocníka spočívá v neschopnosti opravdově cítit a projevit vlastní city a potřeby. Je obtížné oddělit vlastní city a potřeby. Pomáhání sytí potřeby, které nejsou uspokojovány v civilním životě, tedy na svém pravém místě, vzniká tak bezmocný pomáhající. O syndromu pomocníka mluvíme tehdy, když něco není v pořádku, **např. klasickým případem je oběť povolání.** Takový člověk je jistě velký pracant, u nadřízených oblíbený, tento jedinec je zcela oddán své profesi, ve volném čase studuje odbornou literaturu, baví ho probírat pracovní otázky apod. **Obráceným typem je pomocník dvou tváří,** jedná se o jedince, který má hrůzu z toho, že by musel být doma hodný a pomáhat jiným či se o ně starat. Doma se chová

neempaticky, je chladný vůči všem. Takový postoj bývá reakcí na přílišné obětování se v práci. Dalším typem je **perfekcionista**, jedná se o člověka, kterému se líbí role, kterou zaujímá v práci a praktikuje ji i v domácnosti. Opakem perfekcionisty je **pirát**. Takový člověk využívá profesi pro své vlastní zisky, slovo etika mu nic moc neříká, od pacienta žádá protislužbu. (Venglářová a kol., 2011).

## **Příloha č.6 Možnosti zotavení**

### **Kde vyhledat pomoc**

Jestliže člověk pocítí, že se počet jeho problémů stále zvyšuje, neví si s nimi rady, není vhodné odkládat případnou žádost o pomoc, kterou mu mohou poskytnout jeho blízcí či odborníci. Někdy může být žádání o pomoc pro danou osobu velmi složité a ponižující, zejména pro lidi v dominantním postavení nebo u výkonných dřičů, kteří vždycky a vše zvládnou bez pomoci (Venglářová a kol., 2011).

#### **1. U rodiny a přátel.**

Pomoc blízkých hraje velmi důležitou roli. Pokud chtějí blízkému pomoci překonat vyhoření, zmiňují několik doporučení:

- Neustále dávat dotyčnému najevo, že mu nadále věříte.
- Prokazujte mu lásku i tehdy, i když si tolik nezaslouží.
- Zajímejte se o jeho postup a pokrok.
- Dávejte mu najevo, že nevadí, když se mu něco nepovede.
- Nenuťte ho k neúspěchu a nepoučujte ho.

#### **2. V pracovním týmu**

Pokud máme dobrý kolektiv, kde panují dobré mezilidské vztahy, kolegové si navzájem pomáhají, dobře se znají, jsou k sobě empatičtí, tak většinou poznají, že s dotyčným se něco děje. Neměli by být k jeho stavu lhostejní, ale pokusit se nabídnout pomocnou ruku. Osvícené vedení mu může nabídnout i několik dočasných řešení:

- Provéřit pracovníka jinými úkoly.
- Přemístit ho na jiné, méně náročné oddělení.
- Prohodit směny, aby pracoval s jinými lidmi.
- Umožnit práci pouze na jednu směnu (Venglářová a kol., 2011).

#### **3. Pomoc u specialisty**

Pokud selhala veškerá předešlá doporučení (jako například změnit životní styl, zlepšit vztahy na pracovišti i v soukromí a objevily se symptomy, které by mohly vést k psychosomatickému onemocnění nebo k projevům závislosti (alkohol, drogy apod...), je dobré vyhledat odbornou pomoc (Venglářová a kol., 2011).

#### **4. Psychosociální intervenční služba**

V České republice je zdravotníkům v řadě organizací k dispozici systém psychosociální intervenční služby. Je určen nejen profesionálům v urgentních oborech, ale i všem ostatním zdravotníkům a pracovníkům ve zdravotnictví. Poskytování kolegiální – peer podpory, je určeno především v situacích psychicky nadlimitní zátěže, která je spojena s výkonem profese, ale i v dalších nadlimitně zatěžujících situacích, do kterých se zdravotníci dostávají. Cílem služby je normalizace stresové reakce a snížení rizika profesního pochybení, prevence syndromu vyhoření či výskytu posttraumatické stresové poruchy. Podpora je zaměřena na zmírnění akutních obtíží v náročných životních situacích formou aktivního naslouchání, emoční podpory, poskytnutí empatie, doporučení, s cílem obnovení vlastních sil, zmírnění stresové reakce, případně předání zasaženého do další péče. Individuální intervence je přísně anonymní, důvěrná a pro zaměstnance zcela bezpečná. Individuální podporu mohou zaměstnanci čerpat při osobním setkání, ale i telefonicky, emailem. Podpora je zaměstnancům poskytována zcela bezplatně (<https://www.kntb.cz/psychosocialni-intervencni-sluzba>).

**Uchopit svůj život do vlastních rukou.** To znamená postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího. Pokud má člověk léčit a pečovat o druhé, je nezbytně nutné, aby to uměli sami na sobě. Jestliže neumí pečovat sám o sebe, s jakou kvalitou potom může pečovat o druhé? (Venglářová a kol., 2011).

**K zamyšlení:** *Vypráví se, že jeden slavný americký psychiatr H. S. Sullivan se v době oběda pohyboval po oddělení a tázal se, zda jeho pracovníci byli na obědě. Když se dozvěděl, že nebyli, protože neměli čas, protože se přece musejí starat o pacienty, údajně vybuchl. „Tohle mi řeknete ještě jednou a máte padáka! Kdo se neumí pořádně postarat sám o sebe, neskýtá záruku, že se postará o druhé!” Tato věta by měla být ponaučením pro ty „obětavé,“ kteří to se svou obětavostí přehánějí (Janáčková, 2008, in Venglářová a kol., 2011).*

Důležité je, aby si člověk uvědomit současnou situaci a adekvátně ji uměl řešit a poté si dokázal najít čas na odpočinek. Člověk by měl zejména:

- A) Zhodnotit svůj momentální stav.** Každý člověk by si měl na začátku položit základní otázku, jestli situaci zvládá sám nebo potřebuje pomoc druhých lidí. Někdy je potřeba začít s důležitými změnami v životním stylu. Změnit denní režim – upravit stravovací návyky, zajistit si dostatečný spánek a odpočinek, začít na sobě pracovat, především na své fyzické a psychické oblasti, a to hlavně regenerativními aktivitami. Někteří zdravotníci si v době, kdy se jim vytrácí radost a zájem o práci, hledají

povzbuzení ve formě dalších pracovních aktivit. Vezmou si do hlavy nějaký úkol, začnou studovat. Následky si představí každý sám.

- B) **Vytvořit si místo odpočinku.** Vytvořit si fyzický prostor a čas jen pro sebe, své vlastní soukromí, ve kterém rozhodujeme o tom, kdo smí vstoupit a kdo ne. Tento prostor užívat jen pro vlastní odpočinek a relaxaci (Venglářová a kol., 2011).

## **Příloha č.7 Dotazník**

Dobrý den, jsem studentkou oboru všeobecná sestra Fakulty veřejných politik v Opavě. Pro bakalářskou práci jsem zvolila problematiku syndromu vyhoření. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány zcela anonymně a použity pouze pro účel bakalářské práce. Vyplněním dotazníku poskytujete souhlas s využitím získaných dat.

Velmi Vám děkuji za spolupráci, čas a ochotu.

Sabina Pazlarová, studentka oboru: všeobecná sestra, email: [sabkapazlarova@seznam.cz](mailto:sabkapazlarova@seznam.cz)

### **ČÁST A**

Zakroužkujte vždy jednu odpověď

1. **Jste**  svobodná  vdaná  rozvedená  vdova

2. **Do jaké věkové kategorie patříte?**

20-30 let  31-40 let  41-50 let  51-60 let  nad 60 let

3. **Pracujete na oddělení:**

interních oborů  chirurgických oborů  intenzivní péče  psychiatrie

4. **Délka Vaší praxe ve zdravotnictví**

0-5 let  6-10 let  11-15 let  16-19 let  více než 20 let

5. **Vaše dosažené vzdělání (více možností)**

SZŠ (praktická sestra)  VOŠ  bakalářské  specializace (ARO, JIP, aj.)

magisterské vzdělání

6. **Příčinou vzniku syndromu vyhoření je: (více možností)**

Přehnaný optimismus či nadšení při nástupu do práce  Stále se opakující činnost

**Nereálné představy** a vize o práci  workoholismus

7. **Syndrom vyhoření se projevuje jako (více možností)**

ztráta schopnosti radovat se  porucha spánku, chuti k jídlu  lhostejnost ve vztahu

k práci  negativní postoj k sobě samému

8. **Co děláte preventivně Vy, abyste předešla syndromu vyhoření? (více možností)**

chodím do společnosti (kino, divadlo, výstavy...)  věnuji se svým koníčkům

sportuji  trávím čas s rodinou, kamarády  cíleně žádnou prevenci nedělám

**9. Myslím si, že některé mé kolegyně jeví známky syndromu vyhoření**

Ano  Spíše ano  ne  spíše ne

**10. Pracovní vztah mám se svou staniční sestrou**

výborný  dobrý  špatný  velmi špatný

**11. Vztahy mezi mnou a lékaři jsou**

výborné  dobré  špatné  velmi špatné

**12. Pracovní vztahy mezi mnou a ostatními sestrami jsou**

výborné  průměrné  špatné  velmi špatné

**ČÁST B – Vyplňte dle intenzity Vašich pocitů.**

Pokuste se vyplnit dotazník tak, jak se dlouhodobě cítíte. **Jak často máte následující pocity a zkušenosti? Použijte, prosím, tohoto odstupňování a zakroužkujte jednu z možností.**

1. nikdy 2. jednou za čas 3. zřídka kdy 4. někdy 5. často 6. obvykle 7. vždy

1. Byla jsem unavená.	1-2-3-4-5-6-7
2. Byla jsem v depresi (tísni).	1-2-3-4-5-6-7
3. Prožívala jsem krásný den.	1-2-3-4-5-6-7
4. Byla jsem tělesně vyčerpaná.	1-2-3-4-5-6-7
5. Byla jsem citově vyčerpaná.	1-2-3-4-5-6-7
6. Byla jsem šťastná.	1-2-3-4-5-6-7
7. Cítila jsem se vyřízená, zničená.	1-2-3-4-5-6-7
8. Nemohla jsem se vzchopit a pokračovat dále.	1-2-3-4-5-6-7
9. Byla jsem nešťastná.	1-2-3-4-5-6-7
10. Cítila jsem se uhoněná a utahaná.	1-2-3-4-5-6-7
11. Cítila jsem se jakoby uvězněná v pasti.	1-2-3-4-5-6-7
12. Cítila jsem se jako bezcenná.	1-2-3-4-5-6-7
13. Cítila jsem se utrápená.	1-2-3-4-5-6-7
14. Tížily mne starosti.	1-2-3-4-5-6-7

15. Cítala jsem se zklamaná a rozčarovaná.	1-2-3-4-5-6-7
16. Byla jsem slabá a na nejlepší cestě k onemocnění.	1-2-3-4-5-6-7
17. Cítala jsem se beznadějně.	1-2-3-4-5-6-7
18. Cítala jsem se odmítnuta a odstrčená.	1-2-3-4-5-6-7
19. Cítala jsem se plná optimismu.	1-2-3-4-5-6-7
20. Cítala jsem se plná energie.	1-2-3-4-5-6-7
21. Byla jsem plná úzkostí a obav.	1-2-3-4-5-6-7

Děkuji za spolupráci.



## Dotazník č.8 Schválené průzkumné šetření náměstkyní ředitele pro ošetrovatelskou péči



Slezská nemocnice v Opavě

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

### ŽÁDOST O SBĚR DAT V SNO K ZÁVĚREČNÝM PRACÍM

Jméno, příjmení, titul žadatele:	Sabina Pazlarová	
Bydliště žadatele:	Pekařská 1474/122, Opava	
Název VŠ:	Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě	
Adresa VŠ:	Bezručovo náměstí 14, 746 01 Opava	
Studijní obor:	Všeobecná sestra	
Název práce:	Syndrom vyhoření u praktických a všeobecných sester	
Typ závěrečné práce: zaškrtněte	Absolventská práce <input type="checkbox"/>	
	Bakalářská práce <input checked="" type="checkbox"/>	
	Diplomová práce <input type="checkbox"/>	
	Dizertační práce <input type="checkbox"/>	
	Rigorózní práce <input type="checkbox"/>	
	Jiné, doplň:	
Stručný popis průzkumného/výzkumného záměru práce:	Cílem empirické části práce je zjistit a vyhodnotit míru vyhoření u sester, zda je míra závislá na délce praxe ve zdravotnictví, jestli se snaží syndromu předcházet a zda-li ví, co tento pojem znamená.	
Vedoucí práce/konsultant:	doc. PhDr. Yvetta Vrublová, Ph.D. <i>[Signature]</i> - <i>SOUMĚRNĚ</i>	
Datum: 17.10.2022	Podpis žadatele: <i>[Signature]</i>	Podpis vedoucího/konsultanta: <i>[Signature]</i>
Vyjádření SNO: <i>[Signature]</i>	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	Podpis a razítko schvalovatele za SNO: <b>Mgr. Hozová Hana</b> náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Slezská nemocnice v Opavě příspěvková organizace Olomoucká 470/86, 746 01 OPAVA
Zdůvodnění nesouhlasu:		

Přílohy:  
Dotazník, osnova otázek pro rozhovor, jiní soubor pro sběr dat.  
Doklad o zaplacení poplatku

*Pro hlášení žadatele: Udělují souhlas se zpracováním osobních údajů za účelem zajištění místního šetření v SNO. Osobní údaje budou zpracovávány po dobu výkonu činnosti uchazeče podle této směrnice a po jejím skončení s nimi bude naloženo dle platné právní úpravy, zejm. zákona č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů a Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (Nařízení GDPR).*

V obchodním rejstříku, uvedeného u Krajského soudu v Ostravě, zapsáno v oddíle Pr., vložka 924.  
IČO: 47813750 DIČ: CZ47813750  
Tel.: + 420 553 766 101 Fax: 553 766 884  
E-mail: sekretariat@nemocnice.opava.cz http://www.nemocnice.opava.cz/  
ID datové schránky: q2ak7ru Elektronická adresa podatelny: sno@po-msk.cz  
KB, a.s. Opava Č.ú.: 19-0633950217/0100 IBAN: CZ210100000190633950217 SWIF: (BIC) KOMBCZPPXXX

## **Příloha č.9 Desatero podnětů pro sestry v péči o jejich duševní přežití**

1. Buď k sobě mírná, vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat lidem, a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy ne druhého člověka – ať jim je kdokoli a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své útočiště, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení – svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, i když si to třeba zaslouhují jen trochu.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsi denně svědkem, cítit se zcela bezmocně a bezbranně. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé – pokud možno – jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby naříkání: a) mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci, b) tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat a raduj se z toho.
9. Nauč se lidem říkat nejen ano, ale také ne. „Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak asi má tvé „ano“?”
10. Raduj se, hrej si a směj se – ráda a dost často (Venglářová a kol., 2011).

## **Příloha č.10 Supervize**

V psychologickém slovníku z roku 2004 je supervize definovaná jako: „Součást odborné přípravy na určité povolání, během níž nováček pracuje na skutečných terénních situacích pod vedením zkušeného odborníka, nejméně jeden rok, v psychoterapii tři až pět let“ (Hartl, 2004).

Jedná se o proces, který je zaměřen na reflexi, profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí. Supervizor napomáhá procesu porozumění pocitům, hledání řešení odborných problémů, přináší své zkušenosti a doporučení. Obsahem rozhovorů jsou situace, které zdravotníci zažívají ve své praxi, např. kontakt s nemocnými, bolestí a stresem, ale také vztah mezi kolegy.

**Co je supervize:** pohled zevnějšku, učení, povzbuzení, posílení profesionality, obrana proti stereotypu, pomoc při zvládání bezmoci, pocitů viny, podpora při zavádění nových postupů, poradenství.

**Co není supervize:** kontrola, řízení, přebírání zodpovědnosti (toto neplatí u supervize manažerské, kdy supervizi provádí nadřízený), psychoterapie (Venglářová, 2013).

### **Znaky dobré supervize**

- Postupné vytvoření dobrého vztahu mezi supervizorem a supervidovaným.
- Vytvoření bezpečného místa podpory a přijetí.
- Podávání informací a nových podnětů.
- Vědomá práce s etickými problémy a normami.

### **Znaky špatné supervize**

- Ponižování, kritizování, zahanbování.
- Špatně vytvořený vztah mezi supervizorem a supervidovanými.
- Nedodržení hranic mezi supervizí a terapií.
- Nekompetentnost supervizora (neznalost metod, nerespektování etiky (Venglářová, 2013)).