

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PETRA ZOLMANOVÁ, DiS.

Praha 2019

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

SYNDROM VYHOŘENÍ U VŠEOBECNÝCH SESTER

Bakalářská práce

PETRA ZOLMANOVÁ, DiS.

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2019



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

ZOLMANOVÁ Petra

3CVS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Syndrom vyhoření u všeobecných sester

Burnout Syndrome in General Nurses

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne 1. července 2019

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.

rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 13.12. 2019

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou chtěla ze srdce poděkovat své vedoucí práce Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. za podporu, odborné vedení, trpělivost a pevné nervy. Chtěla bych také poděkovat své rodině, mým nejbližším a přátelům, bez kterých bych nemohla nic z tohoto uskutečnit, jsou mi oporou po celý život a věrným útočištěm.

ABSTRAKT

ZOLMANOVÁ, Petra. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2019. 92 stran.

Tématem bakalářské práce je syndrom vyhoření u všeobecných sester. Jedná se o vážný sociální problém s duševními a fyzickými dopady. V teoretické části se zaměřujeme na rozdělení a pojmenování burnout syndromu. Charakterizujeme jeho prevenci, příznaky, fáze, léčbu a dosavadní výskyt u všeobecných sester. V praktické části vyhodnocujeme data získané z průzkumného šetření za využití dotazníku Maslach burnout inventory, který byl stěžejním pro tuto práci. Pro přehled v různých nemocnicích analyzujeme data a srovnáváme naše výsledky v kapitole Diskuze s výsledky ostatních, pro přehled výskytu syndromu vyhoření. Sběr dat naší práce probíhal v Brněnském Masarykově onkologickém ústavu, ve kterém jsme pro náročnou práci všeobecných sester předpokládali výskyt syndromu vyhoření.

Klíčová slova:

Burnout syndrom. Pomáhající profese. Sestra. Stress. Syndrom vyhoření. Všeobecná sestra.

ABSTRACT

ZOLMANOVÁ, Petra. Burn syndrome in general nurses. High School of Health, degree of s. Level of qualification: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague 2019. 92 pages.

The topic of this thesis is the burnout syndrome of general nurses. This is a serious social problem with mental and physical impacts. The theoretical part focuses on the classification and naming of burnout syndrome. We characterize its prevention, symptoms, phases, treatment and present occurrence in general nurses. In the practical part, we evaluate the data obtained from the survey using the Maslach burnout inventory questionnaire, which would be crucial for this work. For an overview in different hospitals we analyze the data and compare our results in the Discussion section with the results of others, for an overview of the incidence of burnout. The data collection of our work took place at the Brno Masaryk Oncology Institute, where we expected burnout syndrome due to the demanding work of nurses. We were therefore pleasantly surprised by the results that we developed in the practical part of the work.

Keywords:

Burnout syndrome. Burnout. General nurse. Helping professions. Nurse. Stress.

PŘEDMLUVA

Tématem bakalářské práce je *Syndrom vyhoření u všeobecných sester*. Může se zdát, že je toto téma již dosti zpracované. S tímto tvrzením však nesouhlasíme. Syndrom vyhoření je v dnešní době spíše pojem zneužívaný pro zástěrku únavy, nadbytku služeb nebo pouze jako zakrývací pojem. Ve skutečnosti se za tímto termínem skrývá velmi vážný problém, který je nutné mít na paměti a věnovat se mu více, než jak je tomu do teď. Vedení nemocnic nemá mnohdy dostatek prostředků k tomu řádně tento problém zmapovat a následně řešit. Proto jsme se rozhodli právě pro toto téma.

Chtěli bychom být už jen formou dotazníků, aby se setra mohla nad kladenými otázkami zamyslet a případně si i sama díky odpovědi, kterou v daný moment zvolí pouvažovat nad tím, zdali není něco v nepořádku ...

OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

SEZNAM OBRÁZKŮ

SEZNAM GRAFŮ

SEZNAM TABULEK

ÚVOD.....	13
1 PŘEDPOKLADY PRO PROFESI VŠEOBECNÉ SESTRY.....	15
2 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	18
2.1 DRUHY VYČERPÁNÍ.....	19
2.1.1 FÁZE VYČERPÁNÍ.....	21
3 PROCES VEDOUcí K SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	23
4 PREDIKTORY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	26
5 PREVENCE JAK HOŘET, ALE NEVYHOŘET.....	30
6 COPINGOVÉ STRATEGIE.....	32
7 LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	34
8 PRŮZKUM.....	36
8.1 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY.....	36
8.2 METODIKA PRŮZKUMU.....	37
8.3 PRŮZKUMNÝ SOUBOR.....	39
8.4 ČASOVÝ HARMONOGRAM.....	40
8.5 ANALÝZA DAT.....	40
9 VERIFIKACE VÝSLEDKŮ.....	66
9.1 CHÍ KVADRÁT – TEST NEZÁVISLOSTI.....	66
9.2 STATISTICKÉ OVĚŘENÍ PRŮZKUMNÝCH OTÁZEK ZA POMOCI CHÍ KVADRÁT TESTU.....	66
9.3 FORMULACE STATISTICKÝCH HYPOTÉZ.....	68
9.4 VYHODNOCENÍ STATISTICKÝCH HYPOTÉZ.....	69

10	INTERPRETACE PRŮZKUMU	78
11	DISKUZE	83
12	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	85
	ZÁVĚR	87
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	89
	SEZNAM PŘÍLOH.....	92

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DP	Depersonalizace
EE	Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)
ICD	Mezinárodní klasifikace nemocí WHO
MBI	Maslach Burnout Inventory
MOU	Masarykův onkologický ústav
NČB	Nemocnice České Budějovice a.s.
PA	Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)
SV	Syndrom vyhoření
WHO	Světová zdravotnická organizace

(STOCK, 2010), (VOKURKA, HUGO a kol., 2015), (ELLINGEROVÁ, 2016)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Bio-psycho-sociálně-spirituální pojetí – tělesně – psychicky – společensky – duševní pojetí

Burnout syndrom – syndrom vyhoření

Depersonalizace – odosobnění

Hostilní – nenávistný, nepřátelský

Individuální – jednotlivý, zvláštní, osobitý

Mentor – učitel, vedoucí, poučovatel, mravokárce

Perfekcionalismus – úsilí o dokonalý výkon

Psychosomatika – nauka o zkoumání souvislostí a vztahů mezi duševními a tělesnými projevy, procesy, prožitky a stavy

Teambuilding – program a metodika sestavování, vytváření a rozvíjení efektivního i úspěšného, dobře komunikujícího a spolupracujícího pracovního nebo sportovního týmu

(KRAUS a kol., 2009), (VOKURKA, HUGO a kol., 2015)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vyhodnocení MBI.....	39
--------------------------------	----

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví.....	40
Graf 2 Věk	41
Graf 3 Délka praxe.....	42
Graf 4 Vzdělání.....	43
Graf 5 Oddělení	44
Graf 6 Rodinný stav	45
Graf 7 Emocionální vyčerpání (EE)	46
Graf 8 Depersonalizace (DP).....	47
Graf 9 Osobní uspokojení (PA)	48
Graf 10 ARO/JIP oddělení (EE)	49
Graf 11 ARO/JIP oddělení (DP).....	50
Graf 12 ARO/JIP oddělení (PA).....	51
Graf 13 Ambulantní provoz (EE)	52
Graf 14 Ambulantní provoz (DP)	53
Graf 15 Ambulantní provoz (PA)	54
Graf 16 Standardní oddělení (EE)	55
Graf 17 Standardní oddělení (DP)	56
Graf 18 Standardní oddělení (PA)	57
Graf 19 Rozdělení dle oddělení – celkový výpočet vyhořelých sester.....	58
Graf 20 Vyhoření v souvislosti s věkem – ARO/JIP oddělení	59
Graf 21 Vyhoření v souvislosti s věkem – Ambulantní provoz	60
Graf 22 Vyhoření v souvislosti s věkem – Standardní oddělení.....	61
Graf 23 Vyhoření v souvislosti s věkem – celkový výpočet	62
Graf 24 Celkové vyhoření v rámci oddělení – vyhodnocení	63
Graf 25 Celkové vyhoření v rámci věku – vyhodnocení	64
Graf 26 Celkové vyhoření – vyhodnocení.....	65

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví	40
Tabulka 2 Věk.....	41
Tabulka 3 Délka praxe	42
Tabulka 4 Vzdělání	43
Tabulka 5 Oddělení.....	44
Tabulka 6 Rodinný stav	45
Tabulka 7 Emocionální vyčerpání (EE).....	46
Tabulka 8 Depersonalizace (DP)	47
Tabulka 9 Osobní uspokojení (PA)	48
Tabulka 10 ARO/JIP oddělení (EE)	49
Tabulka 11 ARO/JIP oddělení (DP)	50
Tabulka 12 ARO/JIP oddělení (PA)	51
Tabulka 13 Ambulantní provoz (EE).....	52
Tabulka 14 Ambulantní provoz (DP)	53
Tabulka 15 Ambulantní provoz (PA)	54
Tabulka 16 Standardní oddělení (EE).....	55
Tabulka 17 Standardní oddělení (DP)	56
Tabulka 18 Standardní oddělení (PA)	57
Tabulka 19 Rozdělení dle oddělení – celkový výpočet vyhořelých sester	58
Tabulka 20 Vyhoření v souvislosti s věkem – ARO/JIP oddělení	59
Tabulka 21 Vyhoření v souvislosti s věkem – Ambulantní provoz.....	60
Tabulka 22 Vyhoření v souvislosti s věkem – Standardní oddělení.....	61
Tabulka 23 Vyhoření v souvislosti s věkem – celkový výpočet.....	62
Tabulka 24 Celkové vyhoření v rámci oddělení – vyhodnocení	63
Tabulka 25 Celkové vyhoření v rámci věku – vyhodnocení	64
Tabulka 26 Celkové vyhoření – vyhodnocení	65
Tabulka 27 Příklad rozložení kritického chí v závislosti na stupni volnosti	67
Tabulka 28 Výpočet chí kvadrátu v kontingenční tabulce	67
Tabulka 29 Formulace statistických hypotéz.....	68
Tabulka 30 Vztah mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a věku.....	69

Tabulka 31 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a věku	69
Tabulka 32 Vztah mezi stupněm depersonalizace (DP) a věku.....	70
Tabulka 33 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm depersonalizace (DP) a věku	71
Tabulka 34 Vztah mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a věku	71
Tabulka 35 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a věku	72
Tabulka 36 Vztah mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a délkou praxe.....	72
Tabulka 37 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a délkou praxe	73
Tabulka 38 Vztah mezi stupněm depersonalizace (DP) a délkou praxe.....	73
Tabulka 39 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm depersonalizace (DP) a délkou praxe	74
Tabulka 40 Vztah mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a délkou praxe.....	74
Tabulka 41 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a délkou praxe.....	75
Tabulka 42 Vztah mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro ARO/JIP oddělení	75
Tabulka 43 Vztah mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro ambulantní provoz	76
Tabulka 44 Vztah mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro standardní oddělení	76
Tabulka 45 Analýza hypotéz	82

ÚVOD

Přemýšleli jsme nad výběrem tématu, které by bylo v rámci dnešní doby zajímavé a přínosné. Považujeme za takové právě burnout syndrom neboli syndrom vyhoření.

V dnešní uspěchané době, kdy se kde, kdo z nás ztratí sám v sobě, je důležité nezapomínat na to, že každého z nás může tzv. vyhoření potkat. Jedná se o velmi běžný jev, a to právě u zdravotnických pracovníků, respektive všeobecných sester. Právě toto povolání s lidmi samo o sobě vyžaduje notnou dávku sebeobětování. Každá služba je jiná, každý pacient je jiný a na jednu ženu či muže v sesterském povolání připadá během služby více než jedna role. Sestra musí mimo jiné po dobu své služby zastávat i mnoho jiných funkcí a s tím spojených povinností.

Po službě se role přenáší do společenského života a rodinného prostředí. Co tedy můžeme od jedince očekávat při dnešním vypjatém pracovním režimu a přetěžování nežli vyhoření. Proto jsme si zvolili toto téma a rádi bychom ho osvěžili odborníkům a přiblížili nezasvěceným.

Pro tvorbu bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Pro teoretickou část:

Cíl 1: Sumarizace a rozdělení syndromu vyhoření.

Cíl 2: Popsat rozdělení prevence a léčby syndromu vyhoření.

Pro praktickou část:

Cíl 1: Zjistit procentuální výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester v MOU.

Cíl 2: Vyhodnotit rozdíl výskytu syndromu vyhoření mezi všeobecnými sestrami na standardním oddělení, ambulanci a ARO/JIP oddělení v MOU.

Cíl 3: Zjistit, v jaké věkové skupině jsou všeobecné sestry v MOU nejvíce ohroženy syndromem vyhoření.

Vstupní literatura

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

PRIEB, Mirriam, 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5394-2.

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

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

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborné literatury, která byla využita pro bakalářskou práci s názvem Syndrom vyhoření u všeobecných sester, probíhalo v období listopad 2018 až březen 2019.

Vyhledávací období pro rešerši bylo stanoveno od roku 2009 do roku 2019, v českém jazyce, slovenském jazyce a anglickém jazyce. Na základě rešerše vypracované z Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., Praha 5, za využití zdrojů: katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz), Souborný katalog ČR (www.caslin.cz), Informační portál MedLike (www.medvik.cz/medlike), dále pak byla použita Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz, www.cuni.cz), Jednotný portál knihoven (www.knihovny.cz) a PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>). Pro tvorbu bakalářské práce bylo z rešerše využito 10 knih, 2 bakalářské práce a 1 článek.

1 PŘEDPOKLADY PRO PROFESI VŠEOBECNÉ SESTRY

Zamysleme se na začátku, proč si a kdo vybere profesi zdravotnického pracovníka. V této kapitole chceme poukázat na začátek problému syndromu vyhoření. Věnujeme se zde předpokladům, jako jisté základní prevenci proti burnout syndromu. Když se rozhodujeme na základní škole, co budeme jednou dělat, myslíme především na naše záliby. Přemýšlíme o tom, zdali nás baví více práce s lidmi, zvířaty nebo IT, možností je spousta. I když nepřikládáme dostatečnou důležitost tomuto rozhodnutí, je jedním z nejdůležitějších, které ovlivní náš život do budoucna. V oboru, který nás nebude naplňovat, nebo nemáme pro jeho realizaci předpoklady, se povětšinou trápíme. Jsme tím pádem do budoucna potenciální adepti pro rozvoj syndromu vyhoření. Každý fungujeme jako jedinečná individuální osobnost, a proto jen my sami a naše rozhodnutí je v konečném důsledku nejdůležitější.

Slyšíme-li slovo osobnost, nemůžeme v něm neslyšet vztažné „o sobě“. Ono vztažné „o sobě“ upozorňuje přinejmenším na vědomé „já“, které je centrem duševního života (ZACHAROVÁ, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011 s. 17).

Základem úspěchu je rozvoj sebepoznání, uvědomování si svých schopností, vlastností a dovedností. Důležitá je schopnost rozpoznat své pocity a nedostatky. Během života si utváříme názor o sobě i o jiných. Aby mohla sestra porozumět a pomoci pacientům, musí nejdříve rozumět sama sobě. Ještě dnes se setkáváme s postojem z dob církevních ošetřovatelských řádů. Typické jsou např.: Správné předpoklady pro profesi sestry? Je role sestry vhodná pro muže? Oblíbená hesla pro „správnou“ sestru zaznamenáváme dodnes:

- Nesmíš na sobě nechat nikdy nic dát znát...
- Starosti z domova nech za dveřmi, do práce s čistou hlavou...
- Být tu jen pro druhé...
- Nejprve všichni ostatní okolo, pak teprve přijdeš na řadu ty...

Aplikace do praxe je však nereálná. Neumíme si představit, že by sestry byly vedeny k emoční oploštělosti. Podnět k naprostému oddělení práce a soukromí či být na řadě až

po všech ostatních zřejmě pramení z dob řeholní služby v nemocnicích, kdy řeholní sestry měly daleko lepší zázemí pro realizaci těchto požadavků. Existují možnosti, jak všeobecnou sestru na profesi připravit, a tak započít prevenci syndromu vyhoření. Patří sem praktická a teoretická příprava, osobnostní předpoklady pro profesi a kvalitní studentská praxe (VENGLÁŘOVÁ a kol., 2011).

POVAHA

Na rozvoji burnout syndromu se podílí již zmíněné osobnostní charakteristiky všeobecné sestry. To, co nás utváří, nás také může ničit. V případě rizikových faktorů povahy všeobecných sester jsou nežádoucí následující příklady povahových rysů:

- sklony k perfekcionizmu
- vysoká sebekritičnost
- idealismus
- vysoká empatičnost
- nízká flexibilita
- nerozhodnost
- nespolehlivost
- špatné komunikační dovednosti
- uzavřenost
- manipulativnost
- sklony k přehnaným očekáváním
- závislosti různého charakteru (alkohol, drogy, léky atd.)
- vysoká disciplinovanost (PTÁČEK, BARŮNĚK a kol., 2011).

ZÁTĚŽ

Burnout syndrom jako důsledek komunikačního přetížení zdravotníků vystupuje z neustálé potřeby komunikace mezi pacienty a zdravotníky. Rizikovou skupinou pro rozvoj syndromu vyhoření jsou právě všeobecné sestry, které jsou v nepřetržitém kontaktu s jinými lidmi. Každodenní řešení problémů, starostí, musí brát v úvahu etická práva a samotný výkon medicíny. Vše vyžaduje notnou dávku duševních zdrojů a sebeobětování. Často se tudíž setkáváme s nejčastějším společným jmenovatelem pro

duševní vyčerpání či únavu, nadměrné nároky a nedostatečnou motivaci – burnout syndromem či syndromem vyhoření (PTÁČEK, BARŮNĚK a kol., 2011).

Snažili jsme se touto kapitolou poukázat na problém, že pokud nezážíme adekvátně, jsme-li schopni tuto zátěž zvládnout a nemáme pro sebe své místo v životě i po pracovní době je zde velká šance pro výskyt burnout syndromu. V dalších kapitolách se věnujeme již detailněji zmíněnému burnout syndromu, jeho léčbě a prevenci.

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření, burnout syndrom nebo také syndrom vypálení či vyprahlosti má několik definic od nespočtu autorů. Je burnout syndrom, pro nás známý jako syndrom vyhoření, nemocí dnešní doby? Nastává automaticky možnost syndromu vyhoření, jako trest za individualistický styl života? Je to daň za neustále spěchání, daň za snahu dosáhnout ještě dál a výše? (STOCK, 2010).

Podle ICD (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (WHO)) je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz a není tedy klasifikováno jako nemoc (STOCK, 2010, s. 14).

Popisuje se jako profesionální selhání na podkladě vyčerpání vyvolaného neustále se zvyšujícími požadavky jak od okolí, tak od samotného jedince (KŘIVOHLAVÝ, 2012 s. 58).

Co to pro nás tedy znamená? Pojišťovna díky tomu, že neklasifikuje syndrom vyhoření jako nemoc, nehradí pacientovi léčbu syndromu vyhoření. Na místě je tedy související známá diagnóza neurastenie, která má doprovázející stejné příznaky, jako jsou u syndromu vyhoření (STOCK, 2010).

PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Dělíme na dva druhy:

- Subjektivní:

Jedinec pociťuje únavu, smýšlí o sobě negativně, celkově vidí svět v černých barvách. Netěší ho odvedená práce, nechce se mu rozvíjet žádné debaty a vyhýbá se sociálním kontaktům. Snadno je podrážděný, náchylný ke stresovým stavům a negativizmu.

- Objektivní:

Snížená výkonnost, okolí pozoruje změny v chování a zřetelný odtah vůči lidem. Dělá chyby a je negativní zpětná vazba. Komunikace vážne a reakce na problémy druhých jsou chladné (VITOŠKOVÁ, 2018).

Dnešním trendem se stává nezkrotná touha po společenském uznání. Máme na mysli očekávání pracovního úspěchu a náležitého ocenění. To nepřichází hned

a mnohdy se nesetkáme s oceněním za odvedenou práci vůbec. Ze zkušeností víme, že pochvala a uspokojení z dobře odvedené práce je leckdy větší odměnou než samotné ocenění ať už finanční nebo hmotné. Představa že by vše mělo mít hladký průběh, nás doprovází po celý život. Často se toto tvrzení nesetkává s realitou (HONZÁK, 2018).

Profese nejnáchylnější k syndromu vyhoření jsou především zaměstnanci ve zdravotnictví, školství, administrativě, sociální péči a samozřejmě všechny ostatní profese, u kterých je nutný častý kontakt s lidmi (VITOŠKOVÁ, 2018).

Einstein kdysi napsal: „Kdybych měl k dispozici hodinu na zvládnutí problému, na kterém by závisel můj život, strávil bych 40 minut jeho studiem, 15 minut jeho analýzou a 5 minut jeho řešením.“ My to děláme nezdědka úplně opačně (HONZÁK, 2013a. s. 24).

Často se syndrom vyhoření zaměňuje se stresem. Stres a vyhoření není totéž. Mají pouze podobné stresové faktory – spouštěče. Jedním důsledkem chronického stresu je adaptační syndrom, který může v jistých směrech odpovídat fyzickým doprovodům syndromu vyhoření. Stres je příčinou a následné vyhoření důsledkem. Nejčastější příčinou syndromu vyhoření je nerovnováha mezi odpočinkem a aktivitou. Nastartování vyhoření může být i něco naprosto banálního nebo nečekaného. Mnoho studií potvrzuje, že čím širší je pracovní rozptyl, tím je práce záživnější. Naopak stereotypní a nadměrně kontrolovaná, samostatnosti ochuzená pozice podněcuje k pocitu nespokojenosti (STOCK, 2010).

2.1 DRUHY VYČERPÁNÍ

Dlouhodobé zabývání se náročnými a emocionálně vyčerpávajícími situacemi je příčinou vyhoření. Každodenní řešení problémů, stresových podnětů a náročných aktivit výrazně přispívá k rozvoji vyhoření. Každé vyčerpání je podstatnou částí lidského bytí. Samotné vyhoření člověka, kterého pojímáme bio-psycho-sociálně-spirituální osobností lze rozdělit do tří skupin. Každá z těchto skupin je dílnou součástí celku, jeli opomíjená jedna, strádají i další. Jedná se o vyčerpání fyzické, emocionální a mentální (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

FYZICKÉ VYČERPÁNÍ

Dalo by se říci, že jde o stav, kdy dochází síly. Počáteční únavu ze začátku omlouváme jarní únavou a maskujeme tak totální vyčerpání, způsobené převážně vysokými nároky. Problém nastává hned u diagnostiky problému, volíme mezi rozlišením, zdali se jedná o stres nebo únavu. Ačkoliv se mnohým zdá, že se jedná o banální únavu, může takové vyčerpání u člověka vyvolat lehčí i vážnější onemocnění jako jsou například chronický únavový syndrom – kdy v útlumu setrváváme déle než půl roku. V nejhorším případě může takové vyčerpání končit i úmrtím.

Mezi příznaky fyzického vyčerpání řadíme bolesti hlavy a bolesti zad. Časté jsou výskyty poruch spánku, výpadky paměti, zapomínání a deprese. Nežádka se objevují bolesti kloubů, bolesti a únava svalů atd. Léčba probíhá většinou za pomoci odborníků nebo v počátcích samostatného užívání homeopatik či vyhledání akupunktury. U zdravotníků se skýtá možnost nadměry užívání samo naordinovaných medikamentů, o které se zmíníme v bloku návykové látky na pracovišti (KŘIVOHLAVÝ, 2010), (VENGLÁŘOVÁ, 2011), (VITOŠKOVÁ, 2018).

MENTÁLNÍ VYČERPÁNÍ

Vychází z bezprostředního kontaktu s lidmi, což je u všeobecných sester alfa a omega každé služby. Vyčerpávajícím je neúspěšné jednání s lidmi, pracovní vypětí a nadmíra úkolů. Dnešním fenoménem se v rámci medializovaného nedostatku sester dostáváme k jejich přetěžování v rámci nízké kapacity pracovníků, a to úzce souvisí s mnohdy diktátorským režimem a bezohledným manipulováním s lidmi. Velký vliv mají i nastavená přísná pravidla a jejich tvrdě vyžadované dodržování.

Věci moc nepomáhá občasná nesmyslnost úkolů, nadmíra očekávání ze všech stran, nerealistické požadavky a posléze nedostatečné ohodnocení. Charakter věci doplňuje i nespravedlnost v jednání ze strany nadřízených kupříkladu vůči plnění požadavků, přidávání směn a rozdělování odměn. Doprovázející fenoménem je nerovnocenný, nesourodý kolektiv, kdy se mnohdy pro výskyt různých jedinců v početné skupině nesnadno pracuje i žije. Což není benefitem v souladu s tvrzením, že v zaměstnání trávíme většinu svého života. Samotným vyvrcholením je pak smutný a zoufalý pohled na vyhotovený rozpis služeb s neustálými změnami a nesnadná snaha sestry do něho vměstnat osobní život a svoji, pokud možno spokojenou budoucnost (KŘIVOHLAVÝ, 2010), (VENGLÁŘOVÁ, 2011), (VITOŠKOVÁ, 2018).

EMOCIONÁLNÍ VYČERPÁNÍ

Odosobnění, pocit marnosti, selhání, zklamání a ztráta zájmu. Tak bychom začali u vymezení emocionálních ztrát. Nastávají situace, kdy člověk nemá zájem řešit cizí či vlastní problémy, okolí je pro něj pouze přítěží. Vztah k sobě samému je negativní, k okolí hostilní. K pacientům se sestra chová s odstupem, neposlouchá jejich problémy a požadavky vše dělá spíše automaticky. Jakékoliv odchylky z povinnosti zamítá, dělá jen to, co opravdu musí. Převažuje pocit profesního selhání, neschopnost se dál v práci vyvíjet. Výrazně dochází k útlumu empatie a ztrácí se pozitivní přístup k pacientům. Sestry začínají pacienty vnímat jako objekty, věci a nezbytné zlo. Všeobecné sestře se zdá celkem nemožné ve zdravotnictví ještě někdy pracovat, nebo se znovu vrátit k empatickému a holistickému pojetí pacientů. Nastane nevyhnutelné odosobnění k pacientům (KŘIVOHLAVÝ, 2010), (VENGLÁŘOVÁ, 2011), (VITOŠKOVÁ, 2018).

2.1.1 FÁZE VYČERPÁNÍ

Vyhoření nastává jako plynulý a postupný proces vyhoření. Nejedná se o situaci vzniklou ze dne na den. Lze ho rozpoznat za pomoci fází, do kterých patří celá řada projevů emocí a mezilidských vztahů.

POČÁTEČNÍ NADŠENÍ

Označujeme jej i jako před fázi. Máme spoustu očekávání a elánu. Pracujeme na plno a co nejlépe s občasným pocitem neohodnocené práce. Vše se točí okolo pracovních záležitostí, nic jiného nemá takovou prioritu. Vše ostatní musí stranou, zanedbávají se volnočasové aktivity. Jediným důležitým se stává pracovní nasazení. Častým jevem bývají nerealistická očekávání.

VYSTRÍZLIVĚNÍ – STAGNACE

Opadá počáteční nadšení, sestra vidí chyby a nedostatky, které nelze napravit. Systém postupně ztrácí smysl. Začíná se ohlížet po jiných aktivitách než jen pracovních. Postupně dochází k závěru, že ne všechny ideály lze splnit. Vše není tak jak by mělo být, investované úsilí se dostatečně nevrací. Pacienti pouze přijímají, nikoliv dávají. Jedná se o nerovnocenný vztah, ze kterého chce sestra ven. Hledá jakoukoli možnost nebo příležitost pro únik (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

FRUSTRACE

Sestru přepadají pocity nízké efektivity, neschopnosti komunikovat se spolupracovníky. Potřeba vymanit se z byrokratických překážek. Nastávají spory s nadřízenými, emoční a fyzické vypětí. Vyskytuje se touha po úniku ze situace. Nechce obětovat svému povolání vše. Počíná start řešení situace pracovní neschopností z různých důvodů.

APATIE

Nastává po dlouhodobé frustraci. Nic nemusí být perfektní ani včas. Převládá pocit vyčerpání, únava, zklamání a vyčerpání. Odmítá jakékoliv činnosti navíc (semináře, přesčasy, kurzy atd.) Povolání vidí jen jako zdroj obživy. Nedělá nic navíc a vše co se navíc očekává, odmítá. K pacientům se chová jako k věci bez nároku na specifickou a individuální péči. Pociťuje zklamání a marnost z vykonané práce. Nikomu nezáleží na tom, co by potřebovala sestra, zájmy a záliby ztrácí smysl. Převažují pocity, že se vše otočilo zády k sestře, tak se sestra otočí zády ke všemu ostatnímu.

ROZVINUTÝ SYNDROM VYHOŘENÍ

Poslední fáze syndromu vyhoření. Depersonalizace, vyhoření, vyčerpání a únava. Dostavuje se deprese, úzkost. Zklamání a marnost z vlastního života. Mohou nastat poruchy paměti, soustředění, spánku. V práci chybje a neodvádí svou činnost dobře, může dojít i k ohrožení pacientova zdraví či života. V případě souvislosti s psychosomatikou se projevují doprovodné symptomy například v rámci GIT, dýchací soustavy nebo sexuality. Únik do nemoci a pracovních neschopností. Není zájem o nic a o nikoho. Vyhýbá se sociálním kontaktům. Nestojí o kontakty se známými, nevyhledává příležitosti pro rozhovory ani čas pro kontakt s rodinou. Útočiště je vyhledáváno u návykových látek psychotropních látek a v nežádoucích sociálních skupinách (alkohol, drogy, léky atd.). Utváření kontaktů v opojení alkoholu a návykových látek vede ke kontaktu s lidmi v podobném rozpoložení. Hrozí zde i zdravotní rizika spojená s drogově závislými jedinci a jejich stylem života. V konečném důsledku lze tento způsob života zakončit i pokusem o sebevraždu či dokonanou sebevraždou (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

3 PROCES VEDOUcí K SYNDROMU VYHOŘENí

Myš přivede na svět v průměru šest malých myšátek za tři týdny po početí, ale slonice jen jedno slůně až za 22 měsíců (HONZÁK, 2018).

Z citátu vyplývá jediné: vše má svůj čas. To stejné platí i pro vyhoření. Nic se neděje na světě bez příčiny. Vyhoření nelze standardizovat, velkou roli zde sehrává individualita jedince a jeho osobnostní faktory (HONZÁK, 2018).

Proces vedoucí k syndromu vyhoření dělíme na dvanáct fází.

CYKLUS DVANÁCTI FÁZÍ K SYNDROMU VYHOŘENí

Pojďme si představit dvanáct fází vedoucích k syndromu vyhoření, krok za krokem. Jedná se o podrobný popis u každé fáze blížíící se k vyhoření. Popis je veden na sestry, o kterých práce pojednává. Samozřejmě lze každou fázi cyklu aplikovat i na nezdravotnické pracovníky.

NUTKAVÁ SNAHA PO SEBEPROSAZENí

Nutková snaha o prosazení, bývají nepřiměřené ambice a očekávání. Velice zodpovědná, původně velmi výkonná a tvořivá sestra. Iniciativa a vlastní nápady, snaha se prosadit a něčeho dosáhnout. Sestra vymýšlí nové možnosti v lepší péči o pacienty. Věnuje svému povolání přesčas na úkor vlastního volna.

ZAČÍNÁME PRACOVAT VÍCE A TVRDĚJI

Sestra si nastavuje laťku příliš vysoko ve snaze dokázat okolí, že zvládne i to co jí nevyhovuje. Stará se o více pacientů zaráz, odmítá pomoc od okolí, nevyhledává pomoc u pomocného personálu. Vybírá si cíleně náročnější úkoly, které dělá nejlépe sama. Dokazuje okolí svoji nepostradatelnost a jedinečnost. Vše zvládne nejlépe sama bez pomoci ostatních (HONZÁK, 2013b), (STOCK, 2010), (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

PŘEHLÍŽENí POTŘEB DRUHÝCH

Nyní nastává jediný zájem, a to o práci, všechno ostatní jde stranou. Okolí včetně rodiny a přátel ji vyrušuje a odvádí od práce, kterou může udělat. Většinou se toto období vyskytuje bez partnera. Nikdo nechápe profesi, čas investovaný do práce a nutné oběti.

Pocitíuje obírání o čas a energii od lidí, kteří ji chtějí rozptýlit. Vyhledává úkoly navíc, dělá vše na maximum s oblibou řečeno na plný plyn.

PŘESUNUTÍ KONFLIKTU

V této fázi už sestře dochází, že je někde problém. Není schopna určit co je příčinou. Začínají se vyskytovat příznaky stresu. Nemá možnost úniku ze situace. Nastavila si laťku příliš vysoko a neví, jak se z kolotoče dostat ven.

REVIZE A POSUNUTÍ HODNOT

Nastává emoční otupění, není čas na přátele a rodinu. Všechno kromě práce není podstatné. V žebříčku hodnot je práce na prvním místě. Odsouvá základní potřeby, snaží se izolovat od ostatních a vyhýbat se konfliktům. Nevyhledává žádnou zábavu ani rozptýlení, vše ji zdržuje od práce, kterou udělá nejlépe sama.

POPÍRÁNÍ VZNIKAJÍCÍCH PROBLÉMŮ

Narůstá agrese a sarkasmus, sestra je netolerantní a nemá ráda sociální kontakty. Vyhýbá se lidem, představují pro ni zátěž. Odmítá se účastnit jakýchkoli hromadných aktivit. Zapomíná, že je paní svého času a jen ona rozhoduje o změně.

STAŽENÍ

Dostavují se pocity beznaděje a ztráta smyslu pro věc. Kontakty jsou na minimu s postupnou izolací. Často začne vyhledávat útěchu v alkoholu, drogách, prášcích. Odůvodňuje si vše dobře a tvrdě odvedenou prací.

ZCELA JASNĚ PATRNÉ ZMĚNY CHOVÁNÍ

Okolí si všímá nepřehlédnutelných změn v chování. Na podněty okolí o změně reaguje negativně, nic v rámci zhoršení svého stavu si nepřipouští. Všechno dělá dobře a problém je v ostatních. Rodině a přátelům se vyhýbá, bere ji jako přítěž. Nereaguje na žádné podněty a pomoc z okolí.

DEPERSONALIZACE

Život se stává sérií mechanických reakcí a automatizmů, pohled na život se zužuje. Nepocitíuje sebe ani druhé za podstatné osobnosti. Všechno je automatické a strojové. Nevyhledává pomoc ani sociální kontakty (HONZÁK, 2013b).

VNITŘNÍ PRÁZDNOTA

Pocity vnitřní prázdnoty se snaží zahnat přemírou aktivit, jako jsou např. přejídání, sex, drogy nebo alkohol. Nic ji nenaplňuje, nic neudělá spokojenou. Vše bere jako nutné zlo. Ve všech aktivitách překračuje meze, omlouvá si své jednání americkým úslovím: hard working – hard drinking

DEPRESE

Nastupují pocity beznaděje a vyčerpanosti. Nemá žádnou vizi do budoucna. Ztráta smyslu života. Typické depresivní syndromy psychické i fyzické. Vyhoření zahrnuje deprese velmi významně. Pociťuje marnost a selhání. Vše, co dělala, bylo bez významu a bez efektu. Není schopná představy, co bude dál.

SYNDROM VYHOŘENÍ

Konečnou fází je samotné vyhoření. Jak jsme již popisovali v předešlé kapitole u rozvinutého syndromu vyhoření, je zde totožná definice a popisy problémů s příznaky. Emoční, psychický i tělesný kolaps může vést k vyhledání lékařské pomoci. Pomoci mohou i linky důvěry, relaxační techniky nebo peer programy. V extrémních situacích můžou být i sklony k sebevraždě. Ovšem jen malé procento se o sebevraždu v konečném důsledku opravdu pokusí (HONZÁK, 2013b).

Poučení si můžeme vzít i z historie o tom, že vlastní pocit zmaru nebo vnitřní bolest, kterou zde popisujeme, můžeme pochopit a vyléčit jen my sami.

4 PREDIKTORY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Podstatou samotného syndromu vyhoření jsou zapříčiňující faktory pro jeho vznik. Nevyhoříme sami od sebe, vše se děje za nějakého předpokladu nebo něčího přičinění. Práce všeobecných sester je velmi náročná, a proto je dobré vědět čemu se snažit vyhýbat, aby bylo toto povolání příjemným a přínosným posláním. Mezi hlavní rizikové faktory řadíme následující.

STRES

Slovo stres pocházející z angličtiny a má řadu významů. Vyskytují se mezi nimi kupříkladu napětí nebo pnutí. Proto nejčastěji používáme pro stres definici, že se jedná o stav napětí, jako reakci na podněty – stresory. Důležité je se seznámit s pojmy eustres – neboli dobrý stres, který nás pohání dál a distres – což je špatný stres. Abychom se mohli vyvarovat napětí, doporučuje se řídit následujícím desaterem pro všeobecné sestry a jejich vlastního přežití (KŘIVOHLAVÝ, 2010), (PLAMÍNEK, 2013).

1. Měj se ráda.
2. Reguluj si svůj čas.
3. Odlišuj podstatné a nepodstatné věci.
4. Soustřeď se více na důležité věci.
5. Nejdůležitějším věcem věnuj nejvíce času.
6. Méně důležitým věcem věnuj méně času.
7. Nauč se říkat ne.
8. Při hromadné práci udej délku jejího trvání hned na začátku.
9. Každou činnost ohodnot' z hlediska její důležitosti.
10. Bilancuj efektivitu svého hospodaření s časem (KŘIVOHLAVÝ, 2010).

Stres je výsledkem dlouhodobé zátěže. Ke zvládnání stresu je možno dojít dvojitou cestou. První se zaměřuje na naše okolí, vše, s čím se setkáváme a co nás ovlivňuje. Druhá vede do našeho nitra, kde si musíme vše obhájit sami před sebou. Samotné nitro ovlivňuje naši odolnost vůči stresu (PLAMÍNEK, 2013).

Využít můžeme i model zachování zdrojů, kdy je pro nás důležité zachování hodnot, které jsou pro nás stěžejní. Mezi základní zdroje patří:

- osobnostní zdroje – vlastnosti, schopnosti, dovednosti a povahové rysy jedince
- diferencovaně dostupné zdroje – zdraví, šťastné manželství, fungující partnerský vztah, přátelství
- energetické zdroje – elán, vitalita, znalosti
- materiální zdroje – objekty které podporují společenský statut (PAULÍK, 2017).

PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ

Práce je jednou ze základních životních činností. Vykonává se s nasazením fyzických i duševních sil. Přináší nám různé hodnoty, jako jsou způsob života, sebehodnocení, sebepoznání, navazování kontaktů atd. Je také ukazatelem ekonomického statutu. Důležitou součástí pracovního režimu je běžná zpětná vazba za odvedenou práci. Lze ji elementárně rozdělit na pozitivní a negativní, formální a neformální. Neformálním typem zpětné vazby rozumíme neplánovaný běžný typ reakce. Zatímco formální typ reakce je plánovaný. Většina našich manažerů velice často zapomíná chválit. Ovšem kritizovat dovedou velmi často, velmi dobře a velmi cíleně (HEKELOVÁ, 2012), (VÉVODA a kol., 2013).

KOLEKTIV

Kolektiv je skupina lidí, kde máme vymezené role se záměrem tyto role plnit k dosažení určených cílů. Velmi důležité pro kolektiv jsou vnitřní vztahy. V každé větší skupině lidí se po čase uplatňuje princip nadřazenosti a podřazenosti. Zajištění zdravotní péče v nemocnicích nelze bez týmové spolupráce. Organizace pracovních týmů skýtá možnosti měnění pracovních skupin a tím i vytváření nových pracovních funkcí a úkolů. Vztahy personálu, a to především mezi lékaři a sestrami jsou stále více předmětem zájmu. Role sestry se stále mění i v závislosti se změnami ve zdravotnictví. Důležitým ukazatelem správného týmu je soudržnost. Překonávání individuálních rozdílů a motivů. Postavené „my“ nad „já“. Samozřejmostí by mělo být spojení mezi lékařem a sestrou při dosahování léčebné péče, soudržnost a fair play jednání z obou stran (BEDNÁŘ a kol., 2013), (VÉVODA a kol., 2013).

MOBBING, BOSSING

Ke změnám v chování u dospělých jedinců došlo na začátku rozvrstvení lidské civilizace. Na základě úmluvy o zákazu diskriminace v zaměstnání a povolání se jednotlivé země začaly o problematice šikany na pracovišti zajímat. Oba pojmy během doby zobecněly. Dostává se čím dál více do povědomí lidí, jak oba pojmy rozpoznat i jak se jim případně bránit. Mnozí ovšem tvrdí, že zde platí ve většině případech heslo: kdo uteče, ten vyhraje (NOVÁK, 2010), (WAGNEROVÁ a kol., 2011).

- **MOBBING**

V případě mobbingu se jedná o systematické psychické sledování, šikanování a poškozování, nadávání, vyhrožování a omezování osoby na pracovišti. Jedná se o šikanu na pracovišti. O mobbingu hovoříme v okamžiku, kdy toto jednání se stává pravidelné (WAGNEROVÁ a kol., 2011).

- **BOSSING**

Vysvětlení bossingu lze chápat jako rozšířenou formu mobbingu. Definujeme pojem jako šikanu ze strany nadřízeného. Projevuje se přidělováním ponižujících úkolů nebo naopak prací překračující možnosti jedince. Dále devalvováním pracovníka, výsměchem a veřejným ponižováním. Šikanovaným lze přičítat různé chyby, zbavovat je jejich výhod nebo veřejně je označit jako „mukla“. Velice obtížné u bossingu je dovolání se spravedlnosti (NOVÁK, 2010).

SEXUÁLNÍ OBTĚŽOVÁNÍ

Jedná se o nevyžádané a nežádoucí chování sexuálního charakteru, nejčastěji ze strany nadřízeného směrem ke kolegyni nebo kolegovi. Sexuální obtěžování na pracovišti bylo vždy součástí pracovního života a bohužel i bude. Obtěžování je těžké odhalit i prokázat. Můžeme se tomuto problému bránit právní formou. V tomto případě musí být v organizaci, kde sexuální obtěžování probíhá jasně vydané nařízení o nepřijatelnosti sexuálního obtěžování. Dostáváme se však často do konfliktu tvrzení proti tvrzení. Jedinci vykazující toto chování jsou velmi obezřetní a důslední při svém jednání (VENGLAŘOVÁ a kol., 2011), (ARMSTRONG, STEPHEN, 2015).

Mezi znaky sexuální obtěžování řadíme:

- urážky
- ponižování
- oběť se bojí obtěžování nahlásit
- aktér překračuje oběti určené hranice
- oběti se chování aktéra nelíbí (VENGLAŘOVÁ a kol., 2011).

Existují dva základní typy sexuálního obtěžování. První je sexuální nátlak za cenu získání benefitů (něco za něco). Druhý tvoří podstata vytváření nepřátelského prostředí pro ženy či muže, v souvislosti s jejich příslušností ke skupině mužů či žen. Nejčastější formou sexuálního obtěžování je verbální forma. Vykazuje se nevhodným chování, ponižováním oběti, znevážením a ztrapněním. Jedná se především o vtipy se sexuálním motivem, erotické fotografie, narážky na soukromí a nevhodné oslovování (SMETÁČKOVÁ, PALÍK, KOLÁŘOVÁ, 2009), (VENGLAŘOVÁ a kol., 2011).

NÁVYKOVÉ LÁTKY NA PRACOVÍŠTI

Smutným faktem zůstává, že u zdravotnické profese se nepřímo nabízí snadná dostupnost návykových látek. Nejčastěji se jedná o užívání barbiturátů, jako jsou sedativa, anestetika, hypnotika atd. Riziko vzniku závislosti je zde velmi vysoké už pro jejich rychlý účinek. Závislost diagnostikuje psychiatr. Syndrom závislosti definujeme jako fyzickou nebo psychologickou potřebu užívání látky. Dochází ke ztrátám sebeovládání a stavění potřeby drogy nad vše ostatní.

ZVOLENÉ POVOLÁNÍ – VŠEOBECNÁ SESTRA

V neposlední řadě nutno připomenut, že povolání samo o sobě je faktor pro vznik syndromu vyhoření. Základem jsou již zmíněné osobnostní předpoklady (syndrom pomáhajícího, přílišná dokonalost, snaha být nejlepší a lepší atd.). Velmi významné jsou souvislosti doprovázející samotný výběr oddělení (umírající pacienti, urgentní případy, agresivní pacienti, zmatení pacienti, sociálně znevýhodnění pacienti atd.). Důležitým faktorem jsou zejména pracovní podmínky (osobnost vedoucího pracovníka či administrativní zatížení, dostupnost materiálu možnost výběru volna a přesčasů, fair play nahlížení ze strany vedení, druh kolektivu a jeho soudržnost nebo ochota vedoucího umožnit plány zaměstnance kupříkladu vzdělávání atd.) (VENGLAŘOVÁ a kol., 2011).

5 PREVENCE JAK HOŘET, ALE NEVYHOŘET

Syndrom vyhoření lze chápat jako proces, a ne jako konečný stav. Proto si musíme uvědomit na základě našich predispozicí, že lze tomuto fenoménu předcházet. Vybrali jsme pár rad, jak se lze vyhoření vyhnout:

- Rozdělení pracovního dne a jeho úkonů rovnoměrně.
- Rozdělení nechtěných nebo náročných úkolů mezi více lidí.
- Nebrat si práci domů (snažit se minimalizovat myšlenky na práci a pacienty, když odcházíme domů).
- Končit v danou pracovní dobu (příkladem je typický pozdní příjem pacienta před koncem pracovní doby, kdy nejdeme domů dříve, než doděláme celou práci okolo hospitalizace, aby si nikdo neztěžoval).
- Snaha vyvíjet dobré pracovní prostředí, angažovat se v realizaci teambuildingu nebo společných aktivit. Budovat vzájemný respekt a autoritu.
- Stanovit si životní nebo osobní priority a neomezovat je na úkor naší profese (SELKO, ĎURKA a kol., 2009).

Velmi praktickým doporučením jsou poháněcí mechanismy dle Dr. Stocka. Pokud si uvědomíme, co se od nás očekává, a za co bychom si to měli adekvátně nahradit, můžeme úspěšně riziko SV minimalizovat. Každý jsme originál a potřebujeme své tempo, svůj čas, rytmus a prostor. Máme různé povahy a osobnosti. Někoho mohou tato hesla motivovat, někoho může jejich ráz odradit. Je pouze na nás, co si zvolíme.

Poháněcí mechanismy vs. prevence:

- **Bud' silný! → Bud' otevřený a mluv o tom, co si přeješ!**

Máš právo na své pocity. Pokud se rozhodneš nechat si je pro sebe nebo se o ně podělit, je to tvoje volba. Smíš být přístupná ke konfrontaci i k projevům náklonnosti. Nejsi povinna s někým něco sdílet (STOCK, 2010).

- **Bud' dokonalý! → Jsi skvělý takový, jaký jsi!**

Lze být shovívavá k chybám ostatních. Není tvojí povinností se neustále omlouvat, je normální dělat chyby. Žádný učený z nebe nespádl. Každý je originál a potřebuje jiný režim pro učení. Zvol si svůj.

- **Bud' se všemi za dobře! → Zaměřuj se sám na sebe!**

I když s tebou nejsou všichni ostatní spokojeni, zachovej klid. Zaměř se na svoje potřeby, pocity a myšlenky. Rozhodni se volit řešení po svém. Věř svému instinktu a zkušenostem. Nikomu se nevnucuj ani nestraň. Naslouchej své intuici a svým pocitům.

- **Bud' rychlý! → Zvol si své tempo!**

Máš tolik času, kolik potřebuješ. Ber ohled na svůj život, svoje tempo a životní situaci. Práce kvapná, málo platná. Zvol si svou cestu a svůj rytmus. Nežij život podle druhých. Žij svůj život, svou rychlostí a svým stylem.

- **Zaber! → Bud' v klidu!**

Plánuj si pečlivě každý krok. Zachovávej si klid a cit při řešení úkolů. Máš možnost vždy se rozhodnout, zdali některé věci budeš dělat nebo nikoli. Dělej to, co tě baví a nenech se od toho odradit. Zachovej klid a chladnou hlavu. Ne nadarmo se říká: dvakrát měř a jednou řež. Můžeš být úspěšný, tak si to užij (STOCK, 2010).

6 COPINGOVÉ STRATEGIE

Co je potřeba udělat pro nastolení a udržení zdravého životního stylu? Záleží-li na zdraví a základech v rodině co můžeme udělat pro to, abychom tomu předcházeli už v raném dětství? Co dělat pro to, abychom nepropadli dnešní hektické době, poháněni novými trendy a názory? (PRIEB, 2015).

POJETÍ SEBE SAMA

Podstatou léčby je samotná snaha o prevenci syndromu vyhoření. Všechny nás ovlivňuje atmosféra každodenního soužití. Na chvíli se zastavte a podívejte se na svou vlastní identitu. Kým jste nebo chcete být. Ať jsi starý nebo mladý jsi takový, jaký jsi, protože jsi tím, kým jsi. Musíme si stanovit priority a hodnoty, které jsou pro nás nejdůležitější. Prevenci zaměříme individuálním interním a externím zaměřením. Interním změřením rozumíme najít smysluplnost žití. Vše se odehrává za předpokladu osobnostní charakteristiky. Důležité je zvolit si své cíle. Zde lze aplikovat staré moudro „není důležitý cíl, ale cesta“. Určit si co pro nás má smysl a co ne. Pokud nejsme ve stávající zdravotnické profesi spokojeni a vysává nás samotný pocit opět jít do služby, je na místě se zastavit a přehodnotit co nás dělá šťastnými.

Externí vlivy na nás velmi působí, aniž bychom si to mnohdy připouštěli. Můžeme je nacházet v rodinném prostředí, které je pro nás oporou a útočištěm. Okolí nás hodnotí a přichází i kritika nebo zpětná vazba. V samotném zaměstnání se bavíme o spolupracovnících, jejich naladění a motivovanost nás velmi ovlivňuje. Jde o skupinu lidí, se kterými se vidáme prakticky více nežli s rodinou, tudíž je i jejich přičiněním, jak hoříme či vyhoříme.

Velké plus pro nás představuje samotná příprava při výběru povolání. Pakliže víme, že se budeme při profesi sestry dennodenně setkávat s lidmi a budeme jejich oporou i přítelem, seznámíme se s úskalími ve formě burnout syndromu a jeho možnostmi prevence. Měli bychom si nastavit tzv. zrcadlo a říci si, zdali opravdu zvládnou napětí a stres, které tuto profesi doprovází. Musíme mít také představu, zdali chceme obětovat čas a energii do sesterského celoživotního vzdělávání. Profese s vyžadováním seberealizace (VENGLÁŘOVÁ, 2011), (PRIEB, 2015), (VITOŠKOVÁ, 2018).

Jedná se o poslání, které se naštěstí neustále posouvá do popředí zájmu a medicína je v neustálém pohybu. Odměnou nám bude ohlédnutí za dobře odvedenou prací, pacienti s úsměvem na rtech a zachráněné životy. Nebo do budoucna až to sami budeme potřebovat empatická a lidská podpora v těžkých chvílích od nejbližší kvalifikované osoby, která je v dosahu, a to všeobecné sestry (VENGLÁŘOVÁ, 2011), (PRIEB, 2015), (VITOŠKOVÁ, 2018).

ZÁLIBY A ZÁJMY

Nejatraktivnější a nejefektivnější způsobem, jak předejít vyhoření je žít životem mimo práci. Už od dětství si hledáme během života přátele a záliby. Poté co sestra odejde z prostředí, kde musí neustále komunikovat s lidmi, řešit problémy a vyvíjet aktivitu, se po skončení pracovní doby potřebuje odreagovat. Na místě je výběr mezi pasivním a aktivním odpočinkem. Ve formě aktivního může jít o jakýkoliv druh sportu jako je plavání, cvičení, jóga, fitness atd. Oblíbeným pasivním odpočinkem máme na mysli kreslení, čtení, sledování seriálu či filmů a podobně. Ať už si vybereme cokoli, co budeme ve volném čase provozovat, musí nás to činit šťastnými (VENGLÁŘOVÁ, 2011).

7 LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ

Existují různé způsoby léčby syndromu vyhoření. V dalším textu jsme vybrali nejznámější a nejdostupnější způsoby, jak syndrom vyhoření léčit.

ZPŮSOBY LÉČBY SYNDROMU VYHOŘENÍ

V následujících bodech jsou rozděleny možnosti, jak se vyrovnat se syndromem vyhoření. V následující kapitole se budeme věnovat prevenci neboli doporučením, jak nevyhořet.

LINKA DŮVĚRY

Syndrom vyhoření může doprovázet i prožívaná krize. Pokud tomu tak je a jedinec se vyskytuje v krizové situaci, svádí vnitřní boj, zdali chce pomoci. Jedním z možných způsobů pomoci je kontaktovat Linku důvěry. Pracovník se snaží navázat kontakt s dotyčným a pomoci mu krizi zvládnout. Jedná se o profesionály, kteří jsou na předpokládané situace proškoleni (ŠPATENKOVÁ a kol., 2011).

ODBORNÁ POMOC

Odborníkům z řad psychologů a psychiatrů narůstají v ordinacích čím dál více počty pacientů s nevysvětlitelnými příznaky. Syndrom vyhoření je psychosomatického charakteru, tudíž je i jeho diagnostika mnohdy nesnadná. V rámci holistického pojetí člověka neboli bio-psycho-sociálně-spirituálního pojetí osobnosti a adekvátnímu přístupu je na lékaři zvolit adekvátní způsob léčby syndromu vyhoření (VOJTÍŠKOVÁ, 2015).

SUPERVIZE

Jedná se o proces, metodu, organizovanou příležitost k reflexi, poradenství. Účastníky supervize jsou týmy, kolektivy nebo skupiny pracovníků. Využívá se převážně u profesí zaměřených na práci s lidmi, nebo ve stresových a náročných situacích. Probíhá na základě rozhovorů, podělení se o své starosti a zkušenosti ve skupině supervidovaných. Supervize se ve zdravotnictví vyhledává při náročných situacích jako sociální podpora. Rozdělit ji lze na vnější a vnitřní. Vnitřní supervizi realizuje pracovník z oddělení, kde supervize probíhá. Jsou zde rizika konfliktu rolí nadřízeného/podřízeného a nedostatečný odstup. Vnější supervizi vykonává externí pracovník, který nemá se skupinou

supervidovaných nebo zařízením žádné spojení. Lze tedy zaručit nezájatost a validnější zhodnocení.

Co je supervize: pohled zvnějšku, profesionalita, vedení, pomoc, poradenství a povzbuzení, motivace.

Co není supervize: trest, přebírání chyb, kontrola, řízení, terapie, sezení u kávy.

V profesi všeobecné sestry se převážně setkáváme s náročnými požadavky, jako jsou bezchybná práce a duševní rovnováha. Je těžké se vyvarovat působení strachu a stresu v profesi, kde je to nevyhnutelné. Proto je pro nás prioritním pečovat sami o sebe, abychom mohli pečovat o druhé.

Velmi důležité jsou zdroje podpory, které lze rozdělit na pracovní neboli profesionální a soukromé. K soukromým zdrojům patří veškeré soukromé aktivity a lidé co utváří naši osobnost nebo nás ovlivňují, naše zájmy a záliby. K profesionálním zdrojům patří kromě kolegů a nadřízených zmíněná supervize. Výhodou supervize je možnost si ji sjednat dle aktuální potřeby, sdílet zodpovědnost, podělit se o své emoce a starosti. Nevýhodou supervize je, že není k dispozici ihned, limituje se časem a z lidského hlediska nemusí supervizor vyhovovat všem účastníkům supervize.

Zvolit si supervizi není otázkou rozhodnutí jednotlivce. Se supervizí musí účastníci souhlasit a motivovat se k její realizaci. Mezi znaky dobré supervize patří vytvoření dobrého vztahu se supervizorem, vědomá spolupráce, přispívání informací a zkušeností, vytvoření bezpečného prostředí. Znaky špatné supervize jsou ponižování a kritizování, špatný vztah se supervizorem, nejasný kontakt, nedodržení hranice mezi supervizí a terapií, neznalost a neprofesionalita supervizora. Cílem supervize je posílit rozvoj dovedností, ujasnit role v týmu, obsahem je pracovní sféra a prostředí, realizuje se s cílem vylepšit nebo vyvážit pozici pacienta a zdravotníka (VENGLÁŘOVÁ, 2013), (MITRENGOVÁ, 2012).

8 PRŮZKUM

Pro praktickou část jsme zvolili metodu kvantitativního průzkumu za použití dotazníkového šetření. Bakalářská práce, výsledky průzkumu a prezentace průzkumu byly vyžádány MOU Brno a to 14 dní po ukončení sběru dat, což bylo stanoveno na datum 14. 3. 2019, jako podmínka pro umožnění sběru dat.

PRŮZKUMNÉ TÉMA, PROBLÉM A CÍL

Téma: Syndrom vyhoření u všeobecných sester.

Problém: Jaký je výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester, je rozdílnost SV mezi jednotlivými pracovišti a v jaké věkové skupině jsou sestry syndromem vyhoření nejvíce ohroženy?

Cíl 1: Zjistit procentuální výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester v MOU.

Cíl 2: Vyhodnotit rozdíl výskytu syndromu vyhoření mezi všeobecnými sestrami na standardním oddělení, ambulancí a ARO/JIP oddělení v MOU.

Cíl 3: Zjistit, v jaké věkové skupině jsou všeobecné sestry v MOU nejvíce ohroženy syndromem vyhoření.

8.1 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Průzkumná otázka č. 1: Existuje statisticky významný rozdíl vyhořelých sester s ohledem na věk?

Průzkumná otázka č. 2: Existuje statisticky významný rozdíl vyhořelých sester v souvislosti s jejich druhem oddělení?

Průzkumná otázka č. 3: Existuje statisticky významný rozdíl vyhořelých sester v souvislosti s délkou praxe?

K průzkumným otázkám bylo v praktické části pro výpočet chí kvadrátu přiřazeno celkem 17 hypotéz, které jsme analyzovali v rámci výpočtu chí kvadrátu. Samotné hypotézy a výsledky hypotéz jsme objasnili v kapitole verifikace výsledků.

8.2 METODIKA PRŮZKUMU

Ke zjištění uvedených cílů jsme využili metodu dotazníku. Dotazník byl konstruován ze dvou částí. V první všeobecné části jsme kladli uzavřené otázky s určením výběru z daných možností. Jednalo se o členící otázky, díky kterým jsme měli možnost rozřadit celkový počet 101 respondentů do patřičných skupiny dle věku, pohlaví, délky praxe, oddělení, vzdělání a rodinného stavu. Což bylo pro naše účely v rámci získání potvrzení cílů zásadní.

Dotazníky byly rozdány v MOU po schválení náměstkyně ošetrovatelské péče. Distribuce dotazníků byla svěřena po řádné edukaci, vrchním sestřám v MOU, díky kterým byly dotazníky rozmístěny na vybraná pracoviště a umístěny na místa, kde mohly sestry ve volné chvíli anonymní dotazník v soukromí vyplnit. Po vyplnění jsme dotazníky od vrchních sester vybírali a vyhodnotili. Celý sběr dat a distribuce dotazníků probíhal po řádném schválení dle etických norem a ochrany osobních dat. Nebyly evidovány žádné stížnosti.

Všeobecná část:

1. Pohlaví: muž/žena
2. Věk: 20-35 let/ 35-55 let/ 55 a více let
3. Délka praxe: do 5 let/ do 10 let/ do 20 let/ 20 a více let
4. Vzdělání: Středoškolské/ Vyšší odborné/ Vysokoškolské
5. Oddělení: standardní/ ARO-JIP oddělení/ ambulantní provoz
6. Rodinný stav: svobodný-á/ ženatý-vdaná/ rozvedený-á/ vdovec-vdova

Druhá část dotazníku obsahovala Maslach burnout inventory, jehož původ je ze zdroje Dr. Honzák Radkin (HONZÁK, 2009), uvedený v seznamu zdrojů. Jedná se o standardizovaný dotazník pro zjištění výskytu SV u jednotlivých respondentů. Nejvyužívanější dotazník při zjišťování míry stresu a pracovních problémů.

V rámci co nejkvalitnějšího výsledku průzkumu proběhlo před výzkumné šetření, kdy jsme rozdali dvaceti respondentům vyhotovené dotazníky. Po jejich

následném sesbírání, vyhodnocení a přihlídnutí ke všem doporučením vznikla finální podoba dotazníku, kterou jsme dali ke zhodnocení náměstkyni ošetrovatelské péče v MOU pro její schválení k rozdáni na pracoviště. S podepsaným souhlasem byly dotazníky rozdány za pomoci vrchních sester na pracoviště a následně sesbírány.

Výsledky dotazníku jsme zhodnotili validním výpočtem souvisejícím s hodnocením standardizovaného dotazníku. Poukazujeme na vyhodnocení Maslach burnout inventory, který se dělí na:

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment) (HONZÁK, R., 2009)

Vyhodnocení dotazníku probíhá postupným sčítáním všech otázek v dané kategorii EE, DP a PA, jak je poukázáno níže v textu na obrázku č.1. Každý výsledek podléhá posouzení s rozmezím pro každou kategorii. Následující rozmezí bylo použito u každého výpočtu a vyhodnocení dotazníku. Jedná se o nejznámější dotazník sledování syndromu vyhoření.

Hodnotí se tři faktory. Dva negativně laděné – emocionální vyčerpání a depersonalizace. Třetí je laděn pozitivně – osobní uspokojení z práce. Pocity se vyhodnotí na stupnici častosti výskytu, jednak na stupnici intenzity (síly) a pro jednotlivé faktory. Dotazník se cíleně zaměřuje na sílu pocitů.

Stupeň emocionálního vyčerpání (EE)

Nízký 0–16

Mírný 17–26

Vysoký 27 a více = vyhoření!

Stupeň depersonalizace (DP)

Nízký 0–6

Mírný 7–12

Vysoký 13 a více = vyhoření!

Stupeň osobního uspokojení (PA)

Nízký 39 a více

Mírný 38–32

Vysoký 31–0 = vyhoření!

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

Obrázek 1 Vyhodnocení MBI

Zdroj: www.psychiatria-casopis.sk, 2009.

8.3 PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Bylo rozdáno 110 dotazníků v Masarykově onkologickém ústavu v Brně se souhlasem náměstkyně ošetrovatelské péče PhDr. Jany Kocourkové, MBA (potvrzení se souhlasem rozdáni dotazníků viz příloha). Použili jsme pro rozdáni 110 dotazníků, z nichž zařazených do průzkumu se stalo 101, zbytek nebyl správně vyplněný, tudíž nemohl být použit pro účely bakalářské práce. Procentuální návratnost lze hodnotit 100 %, využitelnost vzorků ke zhodnocení je tedy 91 %. Dotazníky byly rozdány mezi všeobecné sestry pracující v Masarykově onkologickém ústavu v Brně. Oslovená oddělení pro rozdáni a vyplnění dotazníků byly oddělení ARO/JIP, standardní oddělení (klinická onkologie, chirurgie a gynekologie) a ambulantní provoz. Jak jsme již popsali, dotazníky byly rozdány po edukaci a schválení vrchními sestrami daných oddělení.

8.4 ČASOVÝ HARMONOGRAM

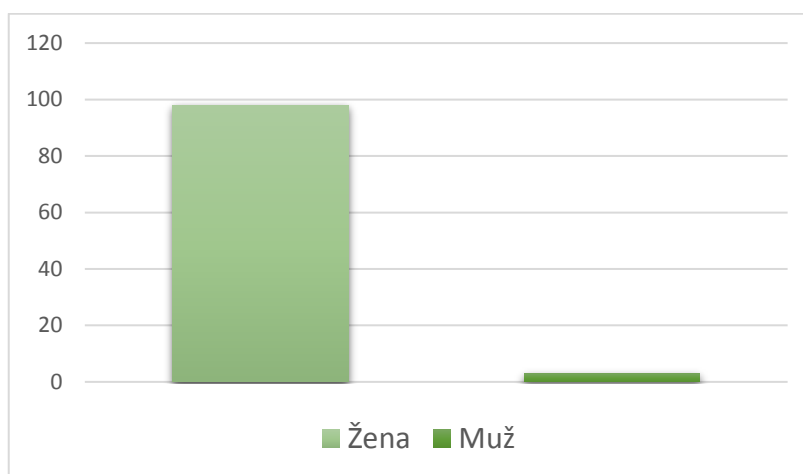
V listopadu 2018 bylo schváleno téma bakalářské práce. Po schválení jsme začali pracovat na vyhledávání zdrojů k sepsání teoretické části za využití rešerše. Průběžně byl vytvořen dotazník, který se rozdával a hodnotil od ledna 2019 do března 2019. Po celkových úpravách a aktualizacích byla práce vložena v podobě PDF (Portable Document Format) souboru na CD, vyvázána a odevzdána.

8.5 ANALÝZA DAT

Na základě průzkumu jsme vyhodnotili získané údaje do tabulek a grafů pro lepší přehled se slovním vyhodnocením a rekapitulací.

POHLAVÍ

Graf 1 Pohlaví



Zdroj: Autor, 2019.

Tabulka 1 Pohlaví

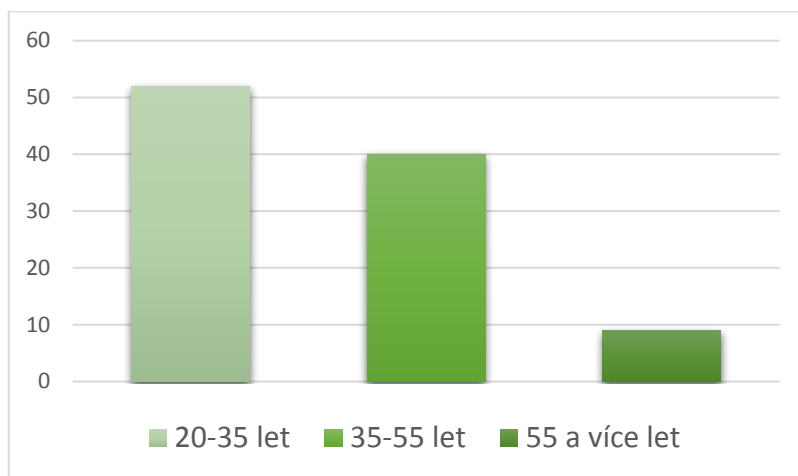
Kategorie	Počet respondentů	Procentuální podíl
Žena	98	97 %
Muž	3	3 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů bylo 98 (97 %) žen a 3 (3 %) mužů. Z čehož mimo jiné vyplývá stále převažující zájem žen o profesi všeobecné sestry.

VĚK

Graf 2 Věk



Zdroj: Autor, 2019.

Tabulka 2 Věk

Kategorie	Počet respondentů	Procentuální podíl
20-35 let	52	51 %
35-55 let	40	40 %
55 a více let	9	9 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů 101 (100 %) činilo z věkové skupiny 20-35 let 52 (51 %), z věkové skupiny 35-55 let 40 (40 %), 55 a více let 9 (9 %) respondentů. Je k zamyšlení fakt, že ženy v produktivním věku jsou nejrozsáhlejší skupinou respondentek.

DÉLKA PRAXE

Graf 3 Délka praxe



Zdroj: Autor, 2019.

Tabulka 3 Délka praxe

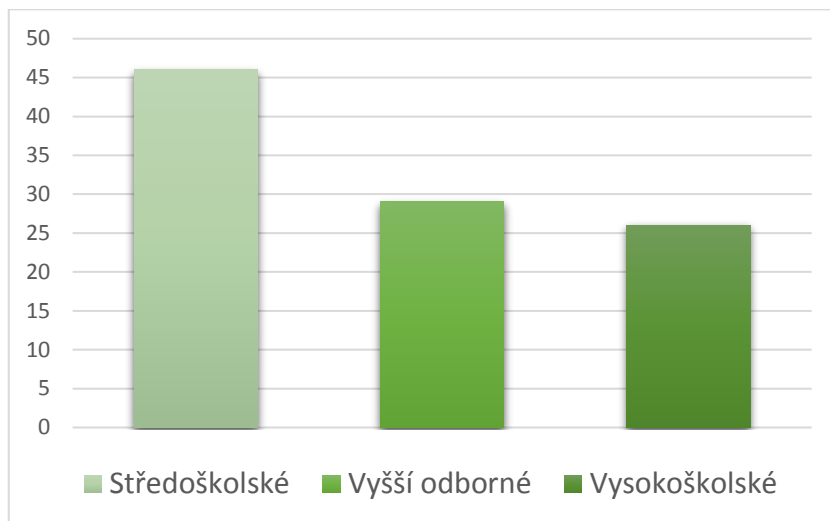
Kategorie	Počet respondentů	Procentuální podíl
Do 5 let	28	28 %
Do 10 let	24	24 %
Do 20 let	20	20 %
20 let a více	29	28 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů 101 (100 %) pracuje ve zdravotnictví do 5 let 28 (28 %), do 10 let 24 (24 %), do 20 let 20 (20 %) a 20 let a více 29 (28 %) respondentů. Při pohledu na zjištěné údaje, jsme přišly na poměrně vyrovnaný procentuální výskyt respondentek v každé skupině.

VZDĚLÁNÍ

Graf 4 Vzdělání



Zdroj: Autor, 2019.

Tabulka 4 Vzdělání

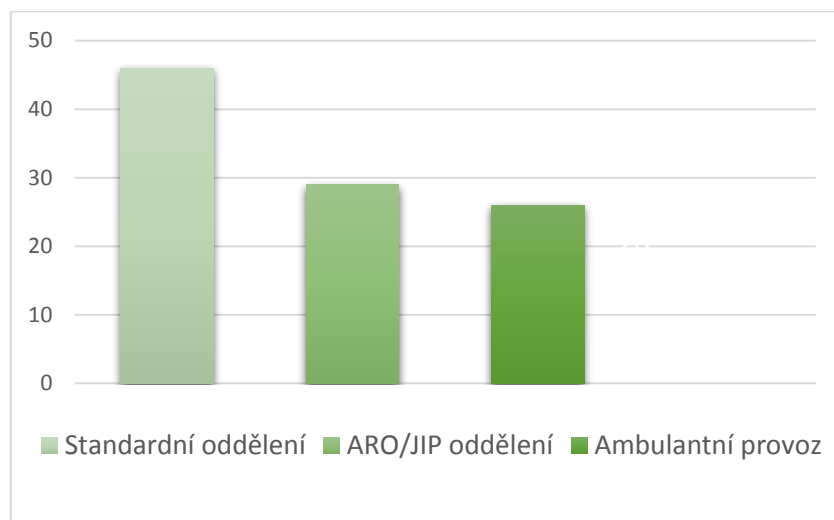
Kategorie	Počet respondentů	Procentuální podíl
Středoškolské	46	45 %
Vyšší odborné	29	29 %
Vysokoškolské	26	26 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů 101 (100 %) má vystudovanou střední školu 46 (45 %), vyšší odbornou školu 29 (29 %) a vysokou školu 26 (26 %). Při dnešním rychlém rozvoji, požadavkům a změnám ve vzdělávacím systému zdravotnických pracovníků je překvapivě nejvíce respondentek se středoškolským vzděláním.

ODDĚLENÍ

Graf 5 Oddělení



Zdroj: Autor, 2019.

Tabulka 5 Oddělení

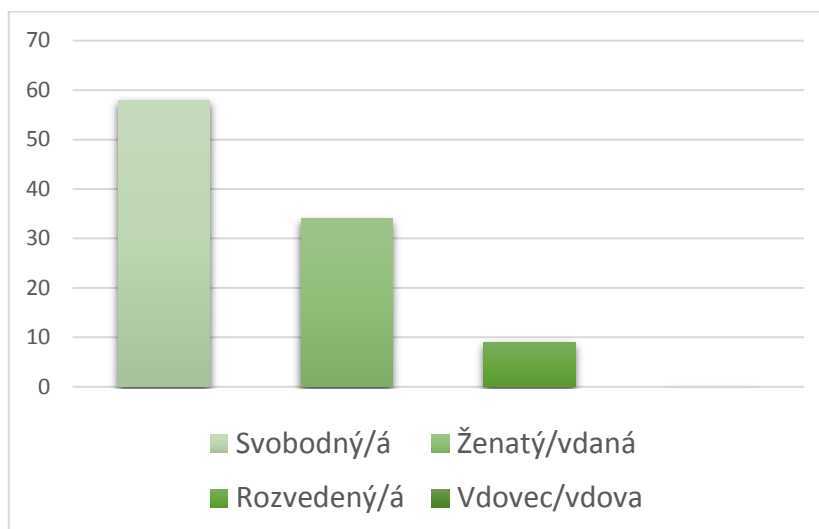
Kategorie	Počet respondentů	Procentuální podíl
Standardní oddělení	47	45 %
ARO/JIP oddělení	34	29 %
Ambulantní provoz	20	26 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů 101 (100 %) pracuje na standardním oddělení 47 (45 %), na oddělení ARO/JIP 34 (29 %) a v ambulantním provozu 20 (26 %) respondentů.

RODINNÝ STAV

Graf 6 Rodinný stav



Zdroj: Autor, 2019.

Tabulka 6 Rodinný stav

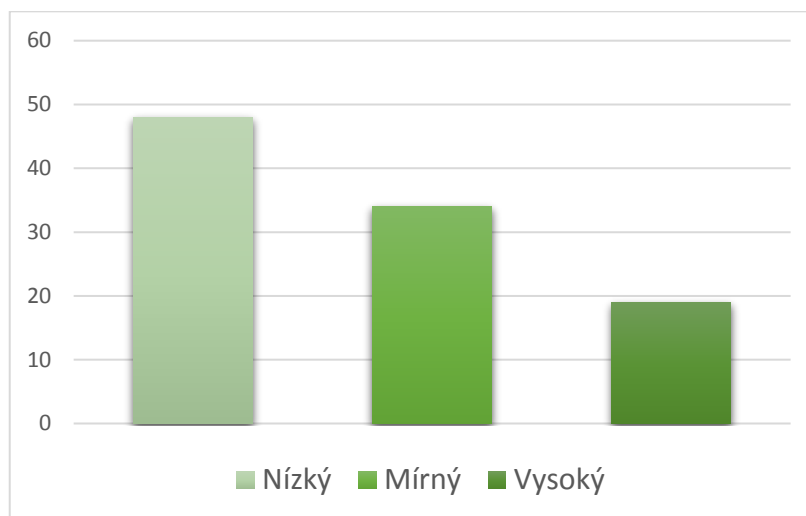
Kategorie	Počet respondentů	Procentuální podíl
Svobodný/á	58	57 %
Ženatý/vdaná	34	34 %
Rozvedený/á	9	9 %
Vdovec/vdova	0	0 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů 101 (100 %) je svobodných 58 (57 %), ženatých či vdaných 34 (34 %), rozvedených 9 (9 %) a ovdovělých 0 (0 %). Odvrácenou stránkou positivity a snahy pomáhat profesi všeobecné sestry je požadavek na volný čas. Je otázkou, zdali právě proto, je naší nejpočetnější skupinou kolonka svobodný/á. Kladným zjištěním je dosažený výsledek ženatých a vdaných, který mírně vyvažuje procento svobodných respondentů.

CELKOVÉ VYHOŘENÍ DLE KATEGORIE

Graf 7 Emocionální vyčerpání (EE)



Zdroj: Autor, 2019.

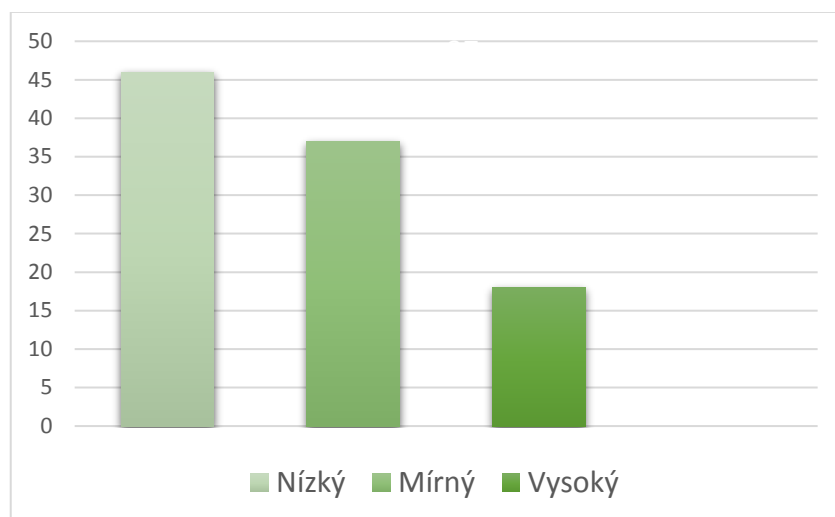
Tabulka 7 Emocionální vyčerpání (EE)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízký	48	47 %
Mírný	34	34 %
Vysoký	19	19 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů 101 (100 %) se vyskytuje v nízkém riziku emocionálního vyčerpání 48 (47 %) respondentů, v mírném riziku 34 (34 %) a ve vysokém stupni, kdy se jedná už o celkové emocionální vyčerpání je 19 (19 %) respondentů.

Graf 8 Depersonalizace (DP)



Zdroj: Autor, 2019.

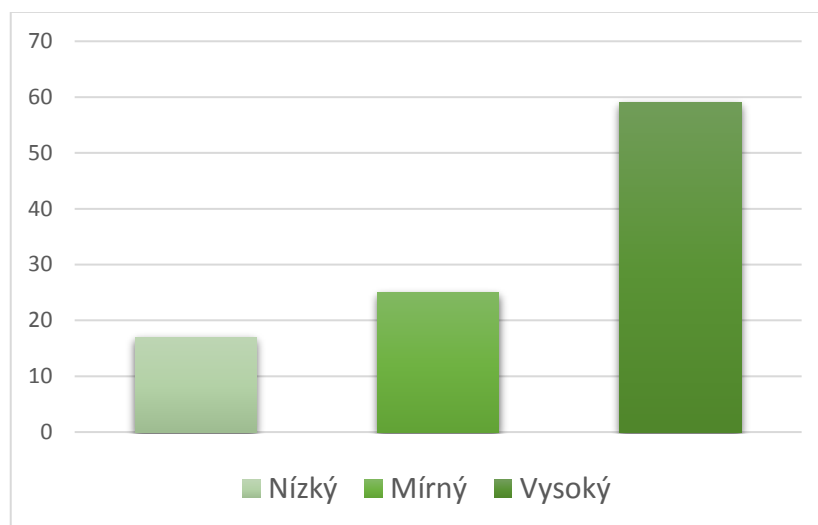
Tabulka 8 Depersonalizace (DP)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízký	46	45 %
Mírný	37	37 %
Vysoký	18	18 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů 101 (100 %) je v nízkém stupni ohrožení depersonalizací 46 (45 %) respondentů, v mírném stupni 37 (37 %) a ve vysokém stupni, tedy vyhoření 18 (18 %) respondentů.

Graf 9 Osobní uspokojení (PA)



Zdroj: Autor, 2019.

Tabulka 9 Osobní uspokojení (PA)

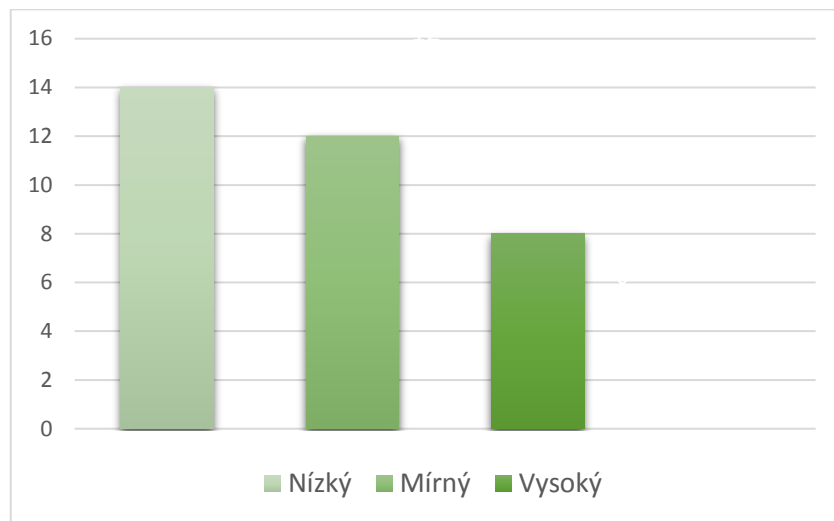
Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízký	17	17 %
Mírný	25	25 %
Vysoký	59	58 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů 101 (100 %) je v nízkém stupni ohrožení osobního uspokojení je 17 (17 %) respondentů, mírné riziko ohrožení osobní uspokojení pocítuje 25 (25 %) a ve vysokém stupni tedy vyhoření máme 59 (58 %) respondentů. Alarmujícím počtem je dosažených 58 % nespokojených zdravotnických pracovníků ve své profesi. Jedná se o osobní uspokojení, které je podkladem pro další složky vyhoření. Bylo by dobré využít toto zjištění k motivaci sester a zjistit podrobnějším průzkumem co je hlavním činitelem této disbalance.

ROZDĚLENÍ DLE ODDĚLENÍ

Graf 10 ARO/JIP oddělení (EE)



Zdroj: Autor, 2019.

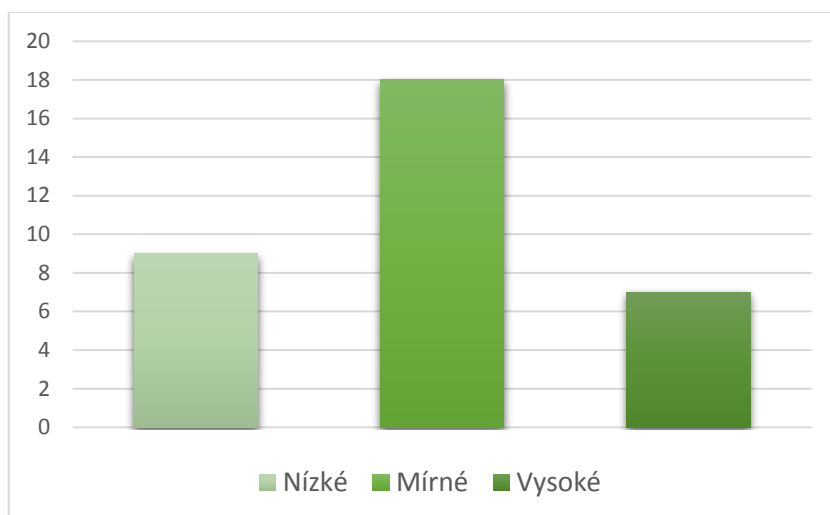
Tabulka 10 ARO/JIP oddělení (EE)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízké	14	41 %
Mírné	12	35 %
Vysoké	8	24 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů pracujících na oddělení ARO/JIP což činí 34 (100 %) všeobecných sester je v nízkém riziku ohrožení emocionálního vyčerpání 14 (41 %), mírné riziko činí 12 (35 %) a emocionální vyhořelých sester je zde 8 (24 %).

Graf 11 ARO/JIP oddělení (DP)



Zdroj: Autor, 2019.

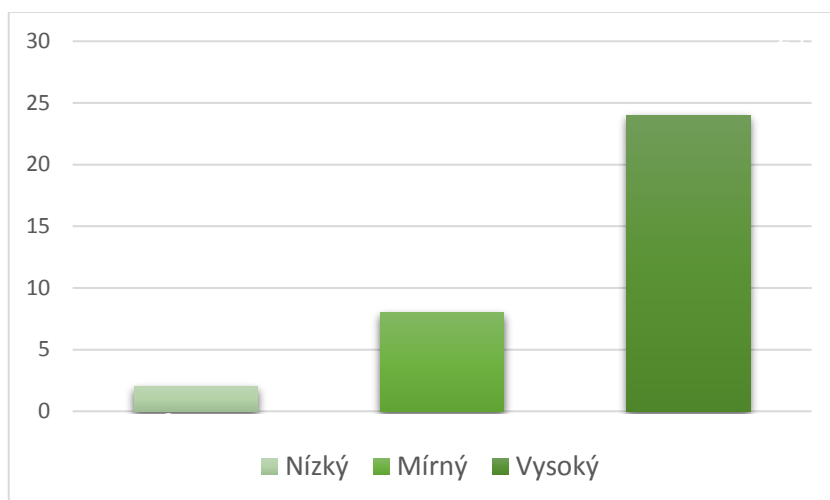
Tabulka 11 ARO/JIP oddělení (DP)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízké	9	26 %
Mírné	18	53 %
Vysoké	7	21 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů pracujících na oddělení ARO/JIP činících 34 (100 %) je v nízkém riziku ohrožení depersonalizací 9 (26 %) respondentů, mírné riziko pocítuje 18 (53 %) a ve vysokém riziku tedy vyhoření se vyskytuje 7 (21 %) ze zúčastněných.

Graf 12 ARO/JIP oddělení (PA)



Zdroj: Autor, 2019.

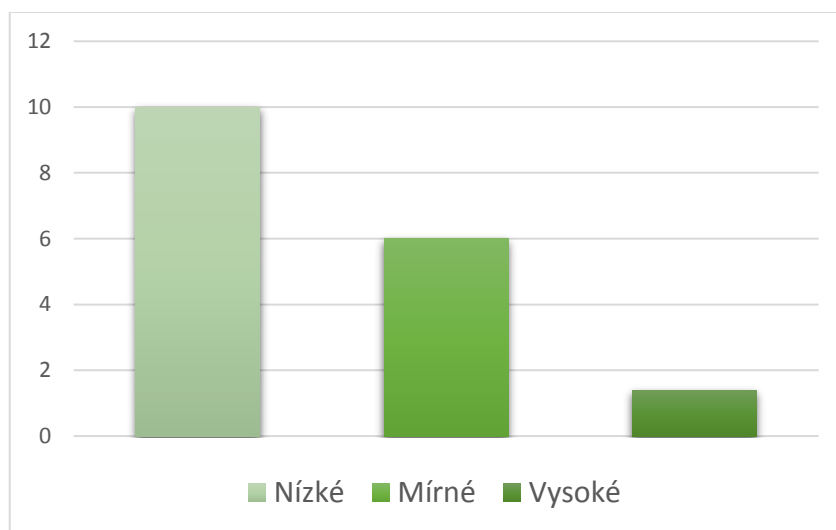
Tabulka 12 ARO/JIP oddělení (PA)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízký	2	6 %
Mírný	8	23 %
Vysoký	24	71 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů na oddělení ARO/JIP činícího 34 (100 %) se vyskytuje v nízkém riziku vyhoření osobního uspokojení 2 (6 %), mírné riziko pocítuje 8 (23 %) z dotazovaných. Vysoké riziko tedy vyhoření v oblasti osobního uspokojení činí 24 (71 %) všeobecných sester.

Graf 13 Ambulantní provoz (EE)



Zdroj: Autor, 2019.

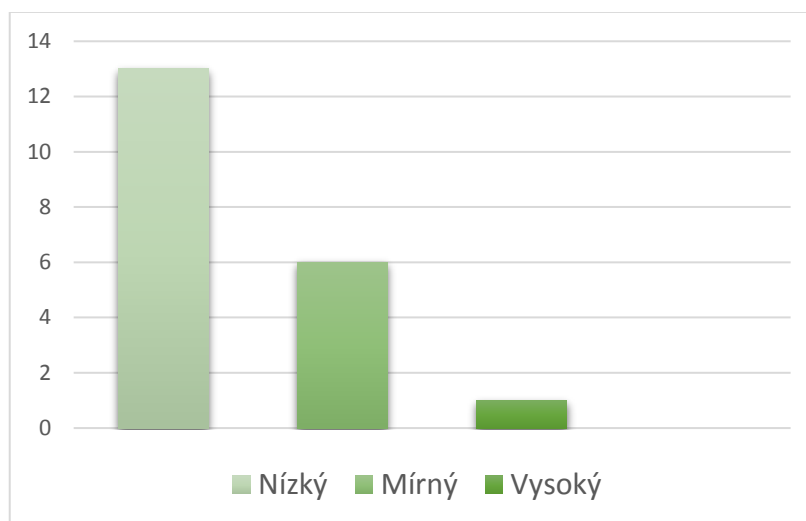
Tabulka 13 Ambulantní provoz (EE)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízký	10	57 %
Mírný	6	35 %
Vysoký	4	8 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů v ambulantním provozu činícího 20 (100 %) respondentů, se v nízkém riziku emocionálního vyčerpání vyskytuje 10 (57 %) respondentů, v mírném 6 (35 %) a podíl vysokého rizika tedy vyhoření je 4 (8 %).

Graf 14 Ambulantní provoz (DP)



Zdroj: Autor, 2019.

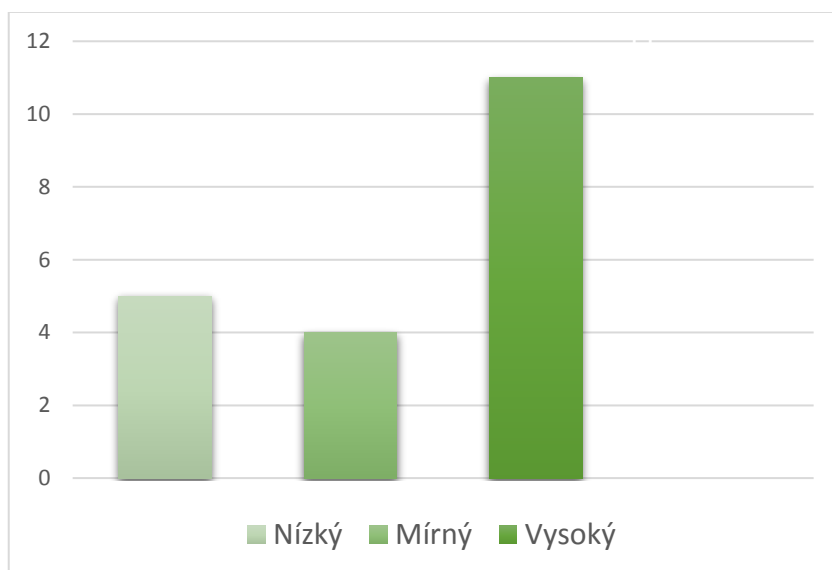
Tabulka 14 Ambulantní provoz (DP)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízký	13	65 %
Mírný	6	30 %
Vysoký	1	5 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů v ambulantním provozu činícího 20 (100 %) respondentů, se v riziku nízké depersonalizace vyskytuje 13 (65 %) respondentů, mírné riziko 6 (30 %) a ve vysokém riziku tedy vyhoření se týká pouze 1 (5 %) z celku.

Graf 15 Ambulantní provoz (PA)



Zdroj: Autor, 2019.

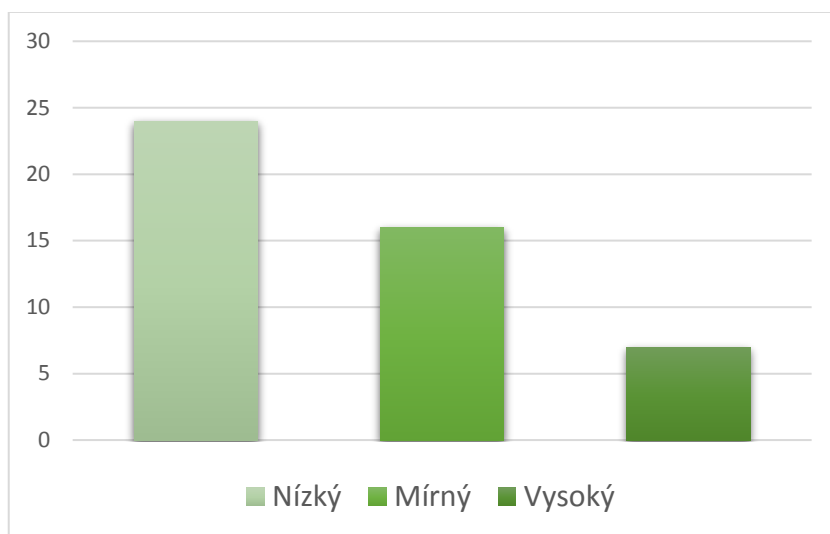
Tabulka 15 Ambulantní provoz (PA)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízký	5	25 %
Mírný	4	20 %
Vysoký	11	55 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů v ambulantním provozu činícího 20 (100 %) respondentů, se v nízkém riziku osobního uspokojení vyskytuje 5 (25 %), mírné riziko 4 (20 %). Vyhoření tedy vysoké riziko činí z celkového počtu 11 (55 %) dotazovaných v ambulantním režimu.

Graf 16 Standardní oddělení (EE)



Zdroj: Autor, 2019.

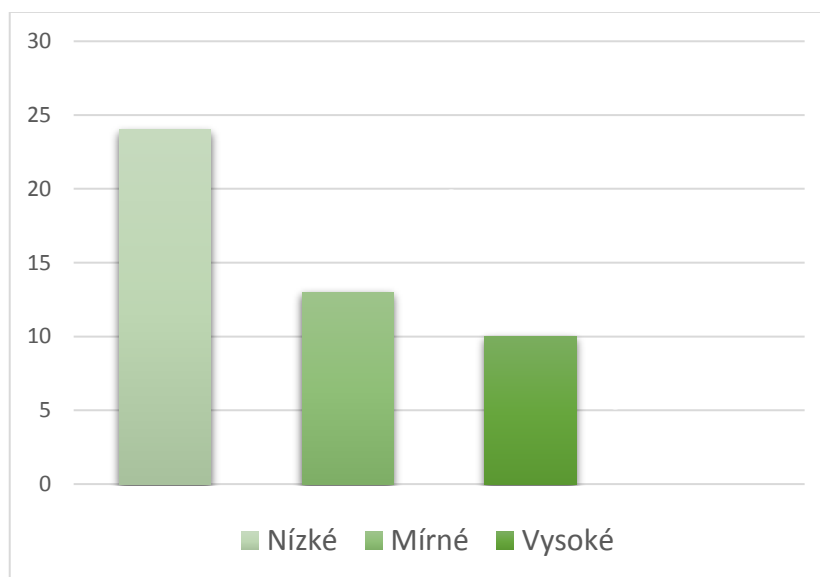
Tabulka 16 Standardní oddělení (EE)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízký	24	51 %
Mírný	16	34 %
Vysoký	7	15 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů na standardním oddělení činícího 47 (100 %) se v nízkém riziku emocionálního vyčerpání nachází 24 (51 %) z dotazovaných v standardním režimu. Mírné riziko má 16 (34 %) a vysoké tedy vyčerpání 7 (15 %) z dotazovaných.

Graf 17 Standardní oddělení (DP)



Zdroj: Autor, 2019.

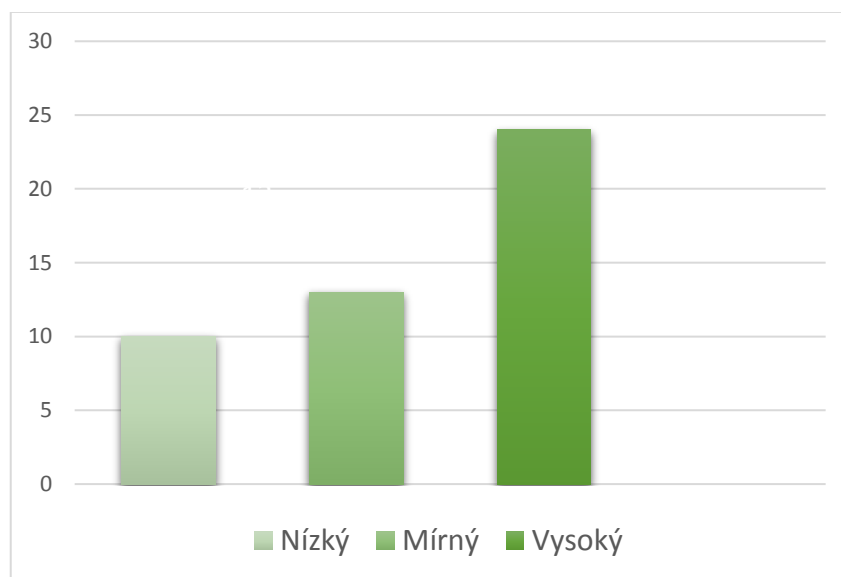
Tabulka 17 Standardní oddělení (DP)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízký	24	51 %
Mírný	13	28 %
Vysoký	10	21 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů na standardním oddělení činícího 47 (100 %) se v nízkém riziku vyskytuje 24 (51 %) respondentu na standardním oddělení, v mírném riziku 13 (28 %). Vyhoření tedy vysoké riziko zastává 10 (21 %) z dotazovaných.

Graf 18 Standardní oddělení (PA)



Zdroj: Autor, 2019.

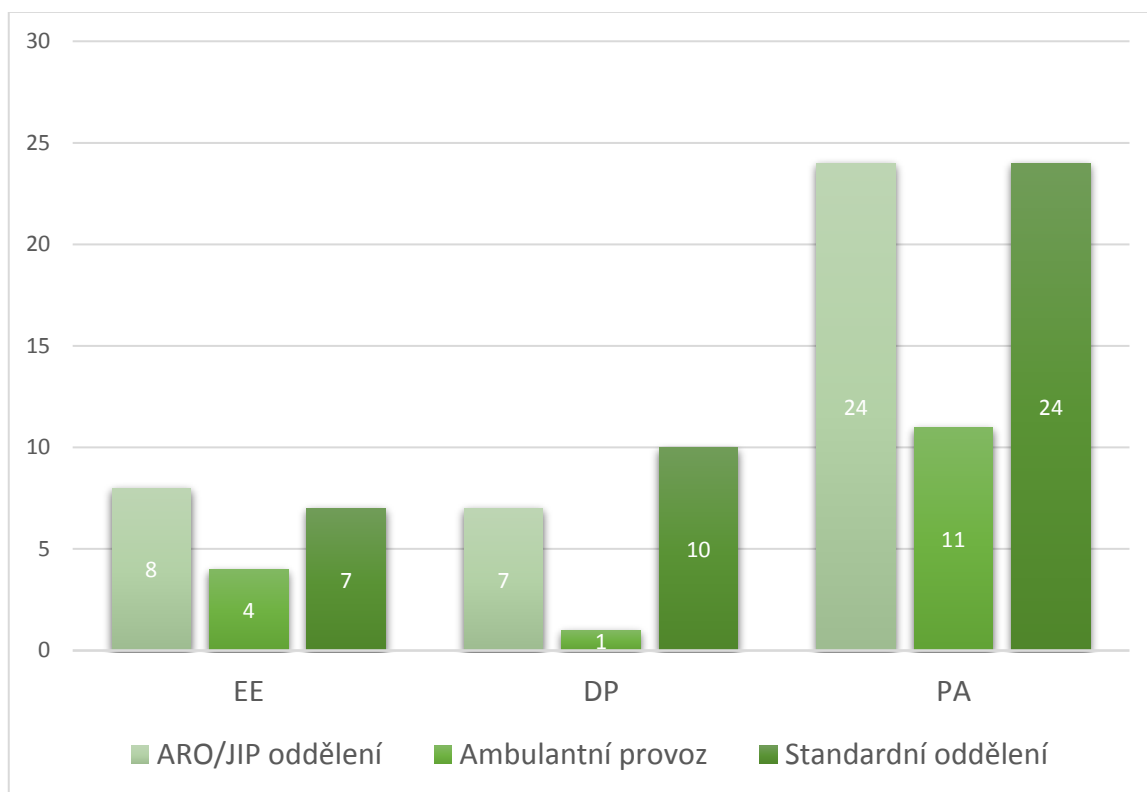
Tabulka 18 Standardní oddělení (PA)

Stupeň	Počet respondentů	Procentuální podíl
Nízký	10	21 %
Mírný	13	28 %
Vysoký	24	51 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů na standardním oddělení činícího 47 (100 %) se v nízkém riziku vyskytuje 10 (21 %) respondentů, v mírném riziku 13 (28 %). Vyhoření v oblasti osobního uspokojení, tedy vysoké riziko zastává 24 (51 %) z dotazovaných.

Graf 19 Rozdělení dle oddělení – celkový výpočet vyhořelých sester



Zdroj: Autor, 2019.

Tabulka 19 Rozdělení dle oddělení – celkový výpočet vyhořelých sester

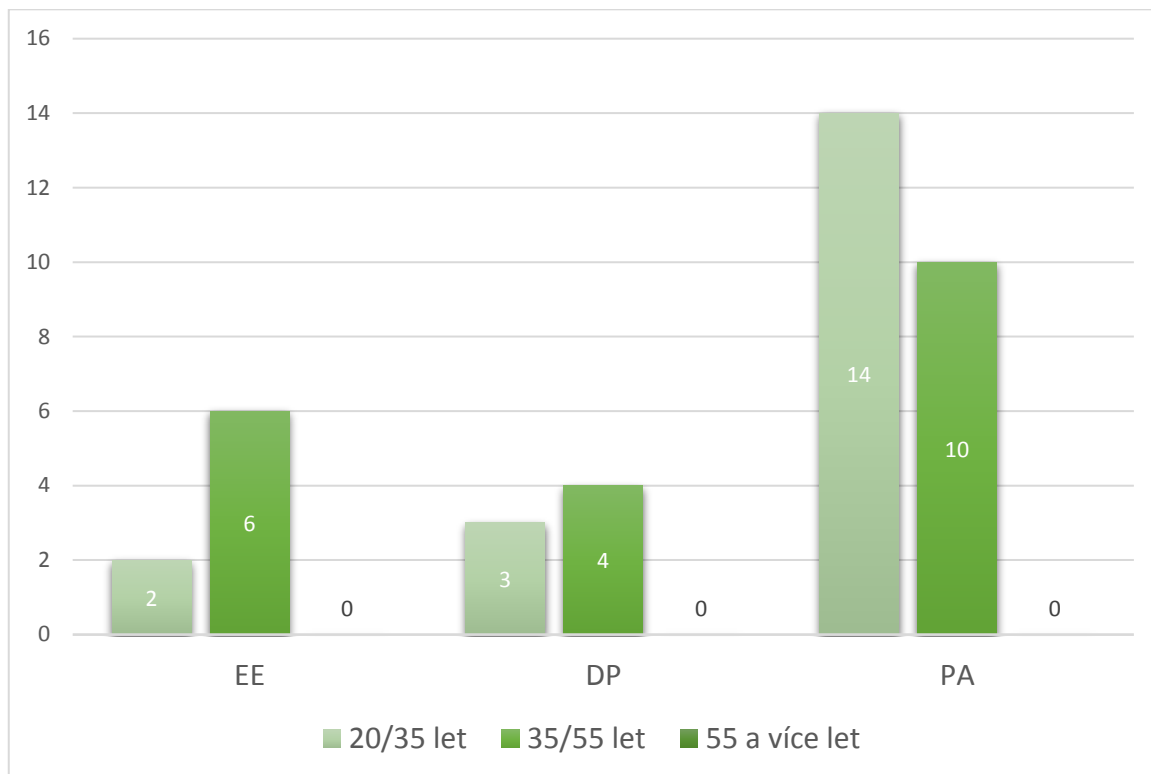
Kategorie	ARO/JIP oddělení	Ambulantní provoz	Standardní oddělení
Emocionální vyčerpání	8	4	7
Depersonalizace	7	1	10
Pracovní uspokojení	24	11	24

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu zvýšených hodnot 96x se v oblasti EE vyskytuje 8 respondentů na oddělení ARO/JIP, 4 v ambulantním provozu a 7 na standardním oddělení. V oblasti DP je to 7 respondentů na oddělení ARO/JIP, 1 v ambulantním provozu a 10 na standardním oddělení. U PA jsou výsledky následující 24 respondentů na oddělení ARO/JIP, 11 v ambulantním provozu a 24 na standardním oddělení.

VYHOŘENÍ V SOUVISLOSTI S VĚKEM

Graf 20 Vyhoření v souvislosti s věkem – ARO/JIP oddělení



Zdroj: Autor, 2019.

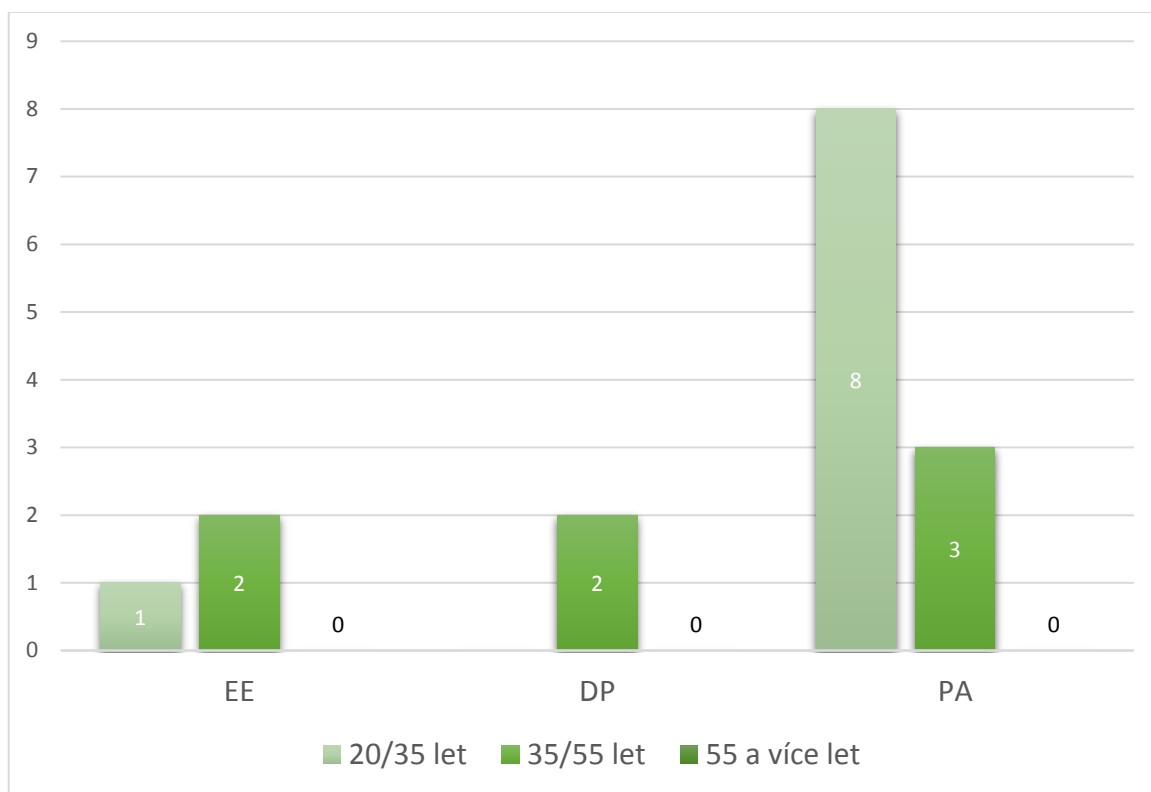
Tabulka 20 Vyhoření v souvislosti s věkem – ARO/JIP oddělení

Kategorie	20/35 let	35/55 let	55 let a více
Emocionální vyčerpání	2	6	0
Depersonalizace	3	4	0
Pracovní uspokojení	14	10	0

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu zvýšených hodnot se 39x ve všech třech kategoriích na oddělení ARO/JIP vyskytují v EE 2 respondenti ve věku 20/35 let, 6 respondentů ve věku 35/55 let a 0 respondentů ve věku 55let a více. V kategorii DP se jedná o 3 ve věku 20/35 let, 4 ve věku 35/55 let a 0 ve věku 55 a více let. Kategorie PA měla nejvyšší počet zvýšených rizik a to 14 ve věku 20/35 let, 10 ve věku 35/55 let a 0 ve věku 55 a více let.

Graf 21 Vyhoření v souvislosti s věkem – Ambulantní provoz



Zdroj: Autor, 2019.

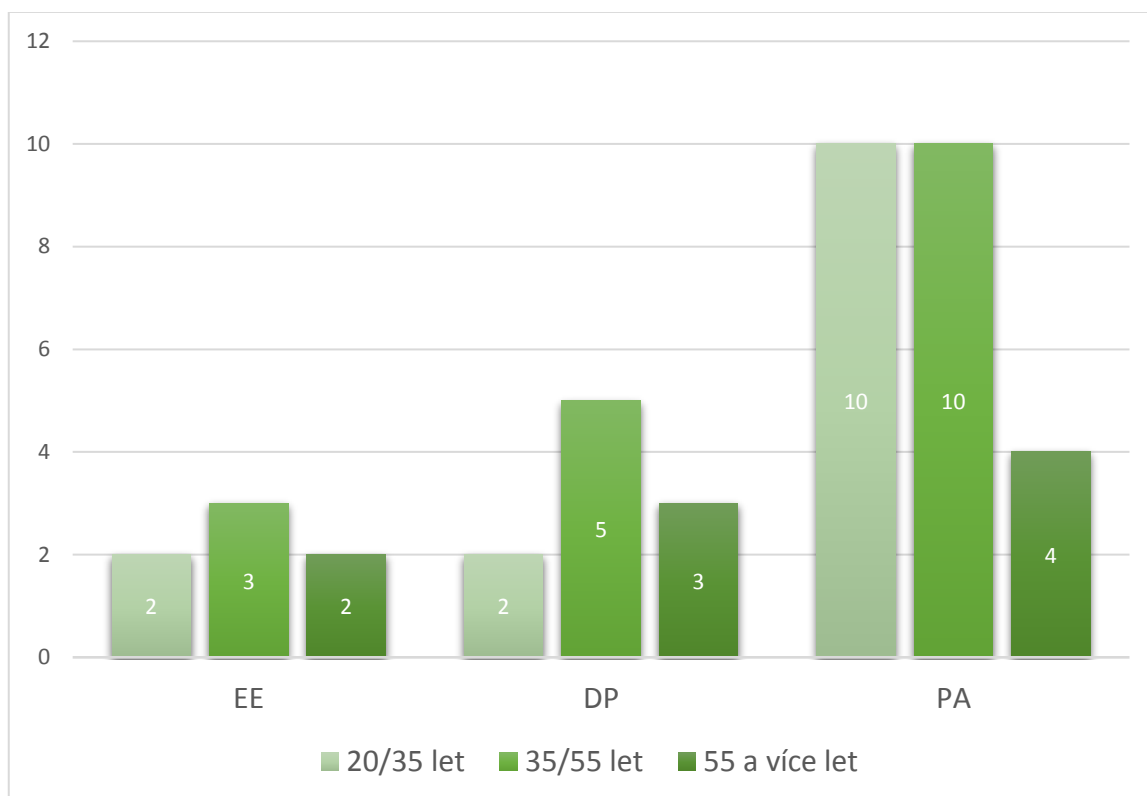
Tabulka 21 Vyhoření v souvislosti s věkem – Ambulantní provoz

Kategorie	20/35 let	35/55 let	55 let a více
Emocionální vyčerpání	1	3	0
Depersonalizace	0	1	0
Pracovní uspokojení	8	3	0

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu zvýšených hodnot se 16x ve všech třech kategoriích v ambulantním provozu vyskytují zvýšené hodnoty, u EE v počtu 1 respondent ve věku 20/35 let, 2 ve věku 35/55 let a 0 ve věku 55 a více let. V kategorii DP se vykazuje 0 ve věku 20/35 let, 2 ve věku 35/55 let a 0 ve věku 55 a více let. U PA byly hodnoty následující, 8 ve věku 20/35 let, 3 ve věku 35/55 let a 0 ve věku 55 a více let.

Graf 22 Vyhoření v souvislosti s věkem – Standardní oddělení



Zdroj: Autor, 2019.

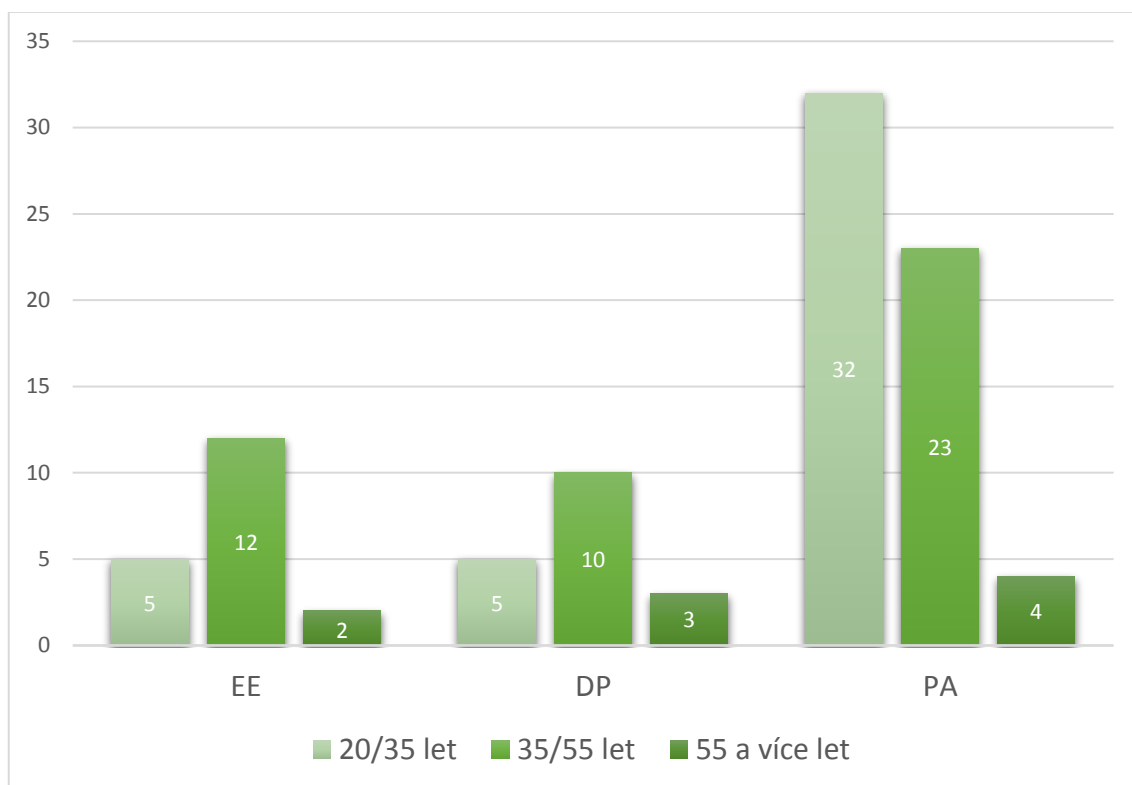
Tabulka 22 Vyhoření v souvislosti s věkem – Standardní oddělení

Kategorie	20/35 let	35/55 let	55 let a více
Emocionální vyčerpání	2	3	2
Depersonalizace	2	5	3
Pracovní uspokojení	10	10	4

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu zvýšených hodnot se 41x ve všech třech kategoriích na standardním oddělení vyskytuje ve zvýšených hodnotách, v EE kategorii 2 ve věku 20/35 let, 3 ve věku 35/55 let a 2 ve věku 55 a více let. V kategorii DP jsou výsledky následující, 2 ve věku 20/35 let, 5 ve věku 35/55 let a 3 ve věku 55 a více let. Nejvyšší počet byl v kategorii PA, kdy bylo 10 ve věku 20/35 let, 10 ve věku 35/55 let a 4 ve věku 55 a více let.

Graf 23 Vyhoření v souvislosti s věkem – celkový výpočet



Zdroj: Autor

Tabulka 23 Vyhoření v souvislosti s věkem – celkový výpočet

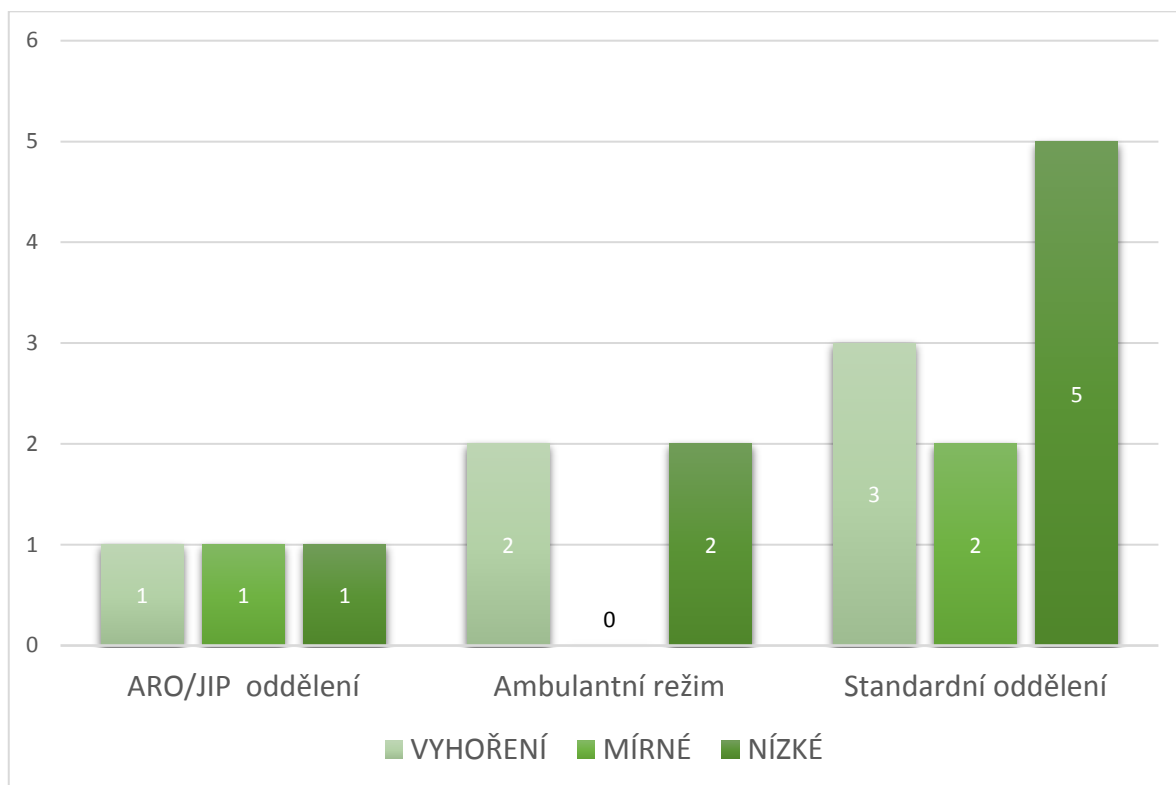
Kategorie	20/35 let	35/55 let	55 let a více
Emocionální vyčerpání	5	12	2
Depersonalizace	5	10	3
Pracovní uspokojení	32	23	4

Zdroj: Autor, 2019.

Z celkového počtu respondentů s vysokým rizikem neboli vyhořením v rozdělených 3 kategoriích se vysoké riziko vyskytlo celkem 96x. Jedná se o celkový počet zvýšených hodnot ze všech třech kategorií. V EE se vyskytuje 5 respondentů ve věku 20/35 let, 12 ve věku 35/55 let a 2 ve věku 55 a více let. U DP jsou výsledky následující, 5 ve věku 20/35 let, 10 ve věku 35/55 let a 3 ve věku 55 a více let. Nejvíce zvýšených hodnot se vyskytuje u PA a to 32 ve věku 20/35 let, 23 ve věku 35/55 let a 4 ve věku 55 a více let.

SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

Graf 24 Celkové vyhoření v rámci oddělení – vyhodnocení



Zdroj: Autor, 2019.

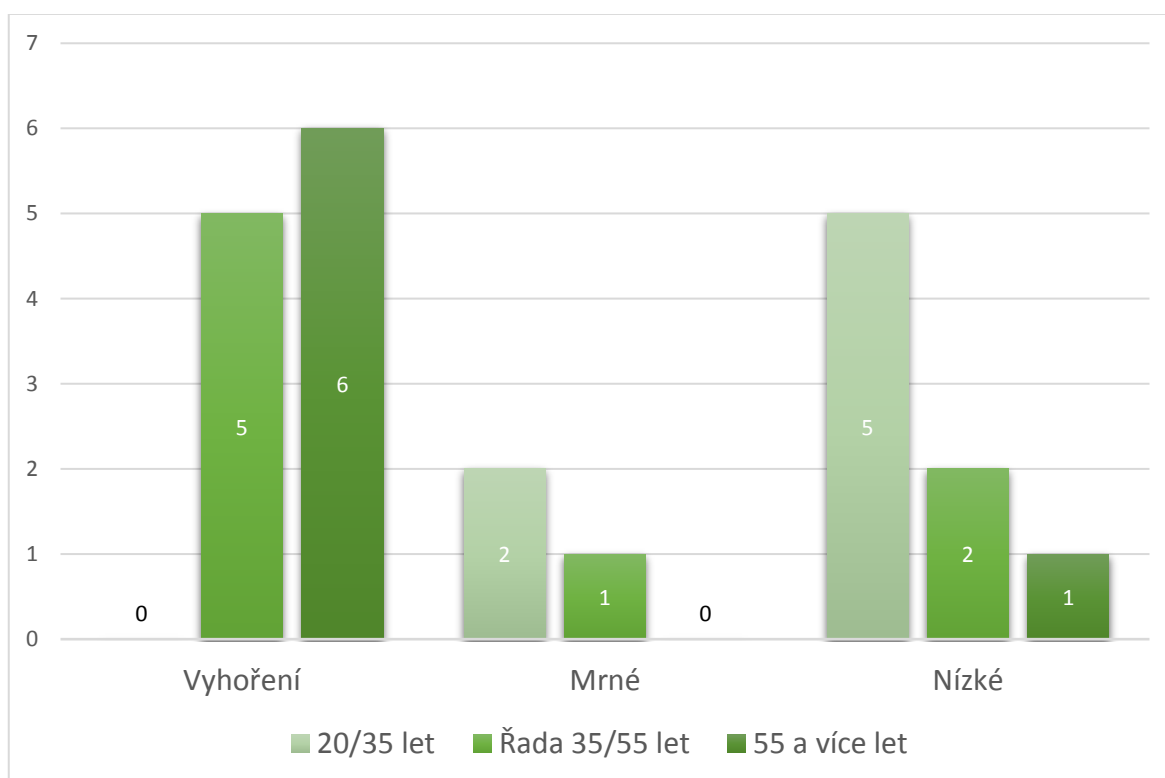
Tabulka 24 Celkové vyhoření v rámci oddělení – vyhodnocení

Oddělení	Vyhoření	%	Mírné	%	Nízké	%
ARO/JIP oddělení	1	2,9 %	1	2,9 %	1	2,9 %
Ambulantní provoz	2	10 %	0	0 %	2	10 %
Standardní oddělení	3	6,3 %	2	4,2 %	5	10 %

Zdroj: Autor, 2019.

Ze zjištění vyplývá, že se z celkového počtu vyhořelých sester ve všech třech kategoriích určitého stupně, vyskytuje na oddělení ARO/JIP z celkové počtu 3 sester jen 1 sestra (2,9 %) ve vyhoření, 1 sestra (2,9 %) v mírném riziku a v nízkém riziku 1 sestra (2,9 %). V ambulantním režimu jsou to tedy 4 sestry a to 2 sestry (10 %) ve vyhoření a 2 sestry (10 %) v nízkém riziku, v mírném nebyla žádná tedy 0 (0 %). Na standardním oddělení je počet 10 sester, a to 3 sestry (6,3 %) ve vyhoření, 2 sestry (4,2 %) v mírném riziku a 5 sester (10 %) v nízkém riziku.

Graf 25 Celkové vyhoření v rámci věku – vyhodnocení



Zdroj: Autor, 2019.

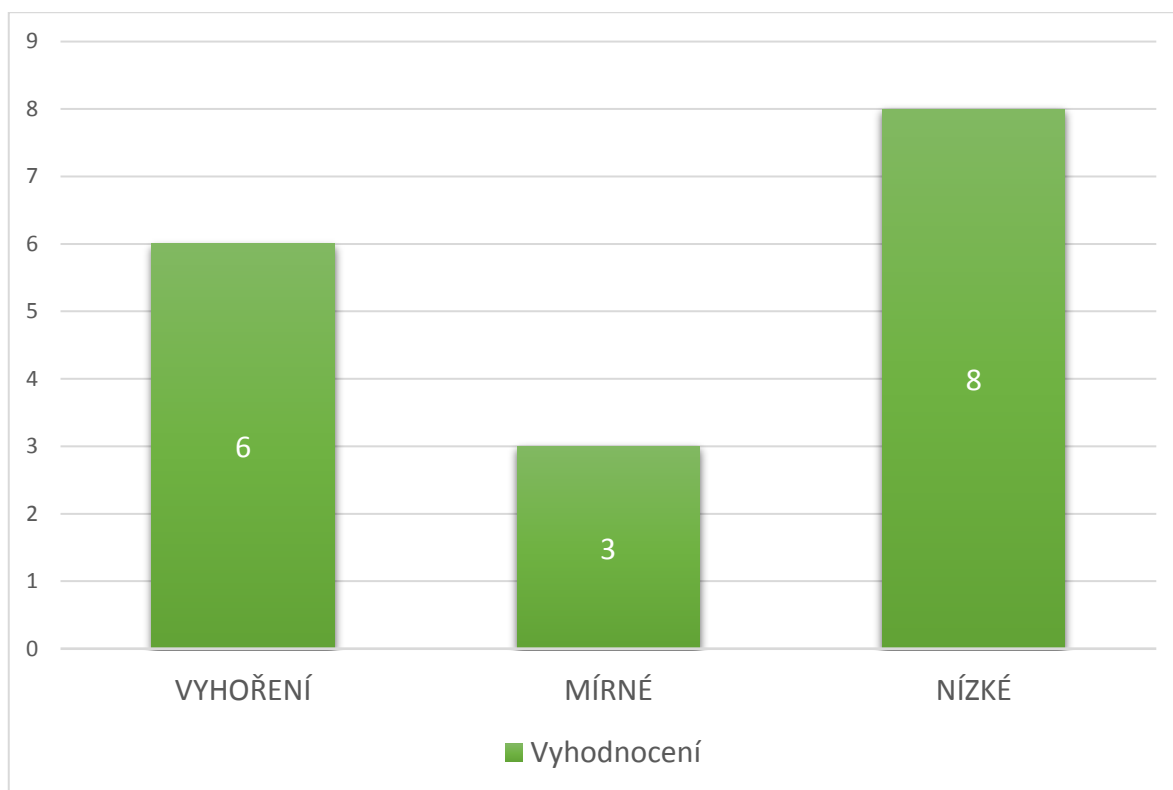
Tabulka 25 Celkové vyhoření v rámci věku – vyhodnocení

Stupeň	20/35 let	%	35/55 let	%	55 a více let	%
Vyhoření	0	0 %	5	4,9 %	1	0,9 %
Mírné	2	1,9 %	1	0,9 %	0	0 %
Nízké	5	4,9 %	2	1,9 %	1	0,9 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z výzkumu vyplývá, že ve věku 20/35 let se nachází vyhořelých 0 (0 %) sester, v mírném riziku 2 sestry (1,9 %) a v nízkém riziku 5 sester (4,9 %). Ve věku 35/55 let se nachází 5 vyhořelých sester (4,9 %), v mírném riziku 1 sestra (0,9 %) a v nízkém riziku 2 sestry (1,9 %). Ve věku 55 a více let je 1 sestra vyhořelá (0,9 %) a 1 (0,9 %) sestra v nízkém ohrožení, v mírném riziku nebyla žádná.

Graf 26 Celkové vyhoření – vyhodnocení



Zdroj: Autor, 2019.

Tabulka 26 Celkové vyhoření – vyhodnocení

Celkové vyhoření	Vyhodnocení	Procentuální výskyt
Vyhoření	6	5,9 %
Mírné	3	2,9 %
Nízké	8	7,9 %

Zdroj: Autor, 2019.

Z výzkumu vyplývá, že v celkovém vyhoření (tedy ve vše 3 kategoriích dosahujících stejného výsledku) se vyskytuje 6 sester tedy z celkového počtu 101 respondentů 5,9 %. V mírném riziku vyhoření jsou 3 sestry, tedy 2,9 % z celku. Nízké riziko pocítuje 8 sester, což činí 7,9 % z celkového počtu respondentů.

9 VERIFIKACE VÝSLEDKŮ

V závislosti na cílech práce je v této části bakalářské práce popsáno, jakým způsobem byly výsledky dotazníků zpracovány a vyhodnoceny pomocí chí kvadrát testu nezávislosti, ke kterému patří i stanovení jednotlivých hypotéz.

9.1 CHÍ KVADRÁT – TEST NEZÁVISLOSTI

Chí-kvadrát test neboli χ^2 (test nezávislosti nebo také test dobré shody), testuje shodu mezi výběrovým (empirickým) a teoretickým rozdělením. χ^2 ověřuje, zda jsou pozorované absolutní četnosti jednotlivých variant náhodné veličiny shodné s očekávanými absolutními četnostmi, tj. četnostmi, které bychom očekávali v případě platnosti nulové hypotézy. Nulová hypotéza předpokládá, že není žádná spojitost mezi dvěma jevy. Alternativní hypotéza je pak pravým opakem nulové hypotézy (existuje spojitost mezi dvěma jevy).

Pro uskutečnění tohoto testu je potřeba znát počet stupňů volnosti (*degree freedom*), který roste s počtem zkoumaných kategorií pozorovaných veličin. Z velikosti stupně volnosti a zvolené hladiny významnosti α lze pak za pomoci statistických tabulek zjistit kritickou hodnotou chí-kvadrátu. Následným porovnáním vypočítaného testovacího kritéria s kritickou hodnotou rozdělení chí kvadrátu (dle velikosti stupně volnosti) lze pak potvrdit nebo zamítnout nulovou hypotézu.

9.2 STATISTICKÉ OVĚŘENÍ PRŮZKUMNÝCH OTÁZEK ZA POMOCI CHÍ KVADRÁT TESTU

Následující zjištění obsahuje výsledky z vyhodnocení. Verifikace byla provedena za využití chí kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce. Ale aby bylo možné využít chí kvadrát testu, musí být alespoň 80 % očekávaných četností (teoretických) větších než 5 a žádná z očekávaných četností nesmí být menší než 1. Před samotným testem bylo nejprve nutné určit alternativní i nulové hypotézy. Přirozená hladina významnosti byla zvolena $\alpha = 0,05$, což znamená, že s 95 % spolehlivostí přijímáme výsledné hypotézy. Dále byla vypočtena hodnot testovaného kritéria a ze statistických tabulek zjištěna kritická hranice kritéria. Na základě těchto hodnot byla pak následně stanovena hypotéza.

Tabulka 27 Příklad rozložení kritického chí v závislosti na stupni volnosti

Stupeň volnosti (<i>df</i>)	Hladina významnosti α					
	0,01	0,05	0,10	0,15	0,20	0,25
1	6,63	3,84	2,71	2,07	1,64	1,32
2	9,21	5,99	4,61	3,79	3,22	2,77
3	11,34	7,81	6,25	5,32	4,64	4,11
4	13,28	9,49	7,78	6,74	5,99	5,39
5	15,09	11,07	9,24	8,12	7,29	6,63
6	16,81	12,59	10,64	9,45	8,56	7,84
7	18,48	14,07	12,02	10,75	9,80	9,04
8	20,09	15,51	13,36	12,03	11,03	10,22
9	21,67	16,92	14,68	13,29	12,24	11,39
10	23,21	18,31	15,99	14,53	13,44	12,55

Zdroj: Autor, 2019.

Tabulka 28 Výpočet chí kvadrátu v kontingenční tabulce

Kategorie	Znak 1 (Skupina 1)	Znak 1 (Skupina 2)	...	Součet
Znak 2 (Skupina 1)	Skutečná četnost (Očekávaná četnost)	Skutečná četnost (Očekávaná četnost)	...	$n_{1\bullet}$
Znak 2 (Skupina 2)	Skutečná četnost (Očekávaná četnost)	Skutečná četnost (Očekávaná četnost)	...	$n_{2\bullet}$
□	□	□	⋮	$n_{j\bullet}$
Součet	$n_{\bullet 1}$	$n_{\bullet 2}$	$n_{\bullet j}$	n

Zdroj: Autor, 2019.

Četnost n (součty četností v řádcích a sloupcích):

$$n_{i\bullet} = \sum_{j=1}^s n_{ij}$$

$$n_{\bullet j} = \sum_{i=1}^r n_{ij}$$

Očekávaná četnost n' :

$$n'_{ij} = \frac{n_{i\bullet} \cdot n_{\bullet j}}{n}$$

Chí-kvadrát nezávislosti G :

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Stupeň volnosti df:

$$df = (r - 1)(s - 1)$$

Kritická hodnota χ^2 :

$$\chi^2_{(1-\alpha); df} = (\text{viz statistické tabulky})$$

$$\chi^2_{1-0,05; 2} = 5,99$$

$$\chi^2_{1-0,05; 4} = 9,49$$

Vyhodnocení hypotéz H o nezávislosti:

$$H = \begin{cases} H_{0n} & \text{pro } G < \chi^2_{1-\alpha; df} \\ H_{An} & \text{pro } G \geq \chi^2_{1-\alpha; df} \end{cases}$$

Zdroj: Autor, 2019.

9.3 FORMULACE STATISTICKÝCH HYPOTÉZ

Výběr pochází z populace, v níž jsou relativní četnosti jednotlivých variant rovny číslům, populace musí být roztríděna podle nějakého znaku do několika skupin. Výběr pochází z rozdělení určitého typu, jehož parametry jsou dány (úplně specifikovaný model). Výběr pochází z rozdělení určitého typu, přičemž neověřujeme informace o parametrech rozdělení, parametry modelu odhadujeme (neúplně specifikovaný model).

V souvislosti s cílem práce byly formulovány následující hypotézy:

Tabulka 29 Formulace statistických hypotéz

	Statistická hypotéza
H₀₁	Mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a věku není závislost.
H₀₂	Mezi stupněm depersonalizace (DP) a věku není závislost.
H₀₃	Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a věku není závislost.
H₀₄	Mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a délkou praxe není závislost.
H₀₅	Mezi stupněm depersonalizace (DP) a délkou praxe není závislost.
H₀₆	Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a délkou praxe není závislost.
H₀₇	Mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) není závislost.
H_{A1}	Mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a věku je závislost.
H_{A2}	Mezi stupněm depersonalizace (DP) a věku je závislost.

H_{A3}	Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a věku je závislost.
H_{A4}	Mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a délkou praxe je závislost.
H_{A5}	Mezi stupněm depersonalizace (DP) a délkou praxe je závislost.
H_{A6}	Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a délkou praxe je závislost.
H_{A7}	Mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) je závislost.

Zdroj: Autor, 2019.

9.4 VYHODNOCENÍ STATISTICKÝCH HYPOTÉZ

Tabulka 30 Vztah mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a věku

Kategorie	20–35 let	35–55 let	55 a více let	Součet
Nízký	27 (24,74)	17 (19,89)	5 (4,37)	49 (49,00)
Mírný	19 (17,17)	13 (13,80)	2 (3,03)	34 (34,00)
Vysoký	5 (9,09)	11 (7,31)	2 (1,60)	18 (18,00)
Součet	51 (51,00)	41 (41,00)	9 (9,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

Protože podmínky chí kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce byly splněny pouze ze 67 % (požadováno min 80 %), byla provedena úprava kontingenční tabulky. V tomto případě sjednocením znaku „35–55 let“ a „55 a více let“ byl vytvořen znak nový s názvem „35 a více let“. V takto upravené tabulce jsou již podmínky splněny ve 100 %.

Tabulka 31 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a věku

Kategorie	20–35 let	35 a více let	Součet
Nízký	27 (24,74)	22 (24,26)	49 (49,00)
Mírný	19 (17,17)	15 (16,83)	34 (34,00)
Vysoký	5 (9,09)	13 (8,91)	18 (18,00)
Součet	51 (51,00)	50 (50,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

Příklad výpočtu:

Marginální četnost n (součty četností v řádcích a sloupcích):

$$i = 1; n_{i\cdot} = \sum_{j=1}^s n_{ij} = 27 + 22 = 49$$

$$j = 1; n_{\bullet j} = \sum_{i=1}^r n_{ij} = 27 + 19 + 5 = 51$$

Očekávaná četnost n'_{ij} :

$$i = 1; j = 1; n'_{ij} = \frac{n_{i\bullet} \cdot n_{\bullet j}}{n} = \frac{51 \cdot 49}{101} = 24,74$$

Chí-kvadrát nezávislosti G:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}} = \frac{(27-24,74)^2}{24,74} + \frac{(22-24,26)^2}{24,26} + \dots + \frac{(13-8,91)^2}{8,91} = 4,53$$

Stupeň volnosti df:

$$df = (r - 1)(s - 1) = (3 - 1)(2 - 1) = 2$$

Zdroj: Autor, 2019.

- Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti $df = 2$
- Testované kritérium $G = 4,53$
- Kritická hodnota = 5,99

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium nepřekročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{01} . **Ve vztahu mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a věku není závislost.**

Tabulka 32 Vztah mezi stupněm depersonalizace (DP) a věku

Kategorie	20–35 let	35–55 let	55 a více let	Součet
Nízký	30 (23,73)	13 (19,08)	4 (4,19)	47 (47,00)
Mírný	16 (18,18)	17 (14,61)	3 (3,21)	36 (36,00)
Vysoký	5 (9,09)	11 (7,31)	2 (1,60)	18 (18,00)
Součet	51 (51,00)	41 (41,00)	9 (9,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

Protože podmínky chí kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce byly splněny pouze ze 67 % (požadováno min 80 %), byla provedena úprava kontingenční tabulky. V tomto případě sjednocením znaku „35–55 let“ a „55 a více let“ byl vytvořen znak nový s názvem „35 a více let“. V takto upravené tabulce jsou již podmínky splněny ve 100 %.

Tabulka 33 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm depersonalizace (DP) a věku

Kategorie	20–35 let	35 a více let	Součet
Nízký	30 (23,73)	17 (23,27)	47 (47,00)
Mírný	16 (18,18)	20 (17,82)	36 (36,00)
Vysoký	5 (9,09)	13 (8,91)	18 (18,00)
Součet	51 (51,00)	50 (50,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

- Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti $df = 2$
- Testované kritérium $G = 7,59$
- Kritická hodnota = 5,99

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A2} . **Mezi stupněm depersonalizace (DP) a věku je závislost.**

Tabulka 34 Vztah mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a věku

Kategorie	20–35 let	35–55 let	55 a více let	Součet
Nízký	9 (9,59)	8 (7,71)	2 (1,69)	19 (19,00)
Mírný	10 (12,12)	11 (9,74)	3 (2,14)	24 (24,00)
Vysoký	32 (29,29)	22 (23,54)	4 (5,17)	58 (58,00)
Součet	51 (51,00)	41 (41,00)	9 (9,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

Protože podmínky chí kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce byly splněny pouze ze 78 % (požadováno min 80 %), byla provedena úprava kontingenční tabulky. V tomto případě sjednocením znaku „35–55 let“ a „55 a více let“ byl vytvořen znak nový s názvem „35 a více let“. V takto upravené tabulce jsou již podmínky splněny ve 100 %.

Tabulka 35 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a věku

Kategorie	20–35 let	35 a více let	Součet
Nízký	30 (23,73)	17 (23,27)	47 (47,00)
Mírný	16 (18,18)	20 (17,82)	36 (36,00)
Vysoký	5 (9,09)	13 (8,91)	18 (18,00)
Součet	51 (51,00)	50 (50,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

- Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti $df = 2$
- Testované kritérium $G = 1,33$
- Kritická hodnota = 5,99

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium nepřekročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{03} . **Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a věku není závislost.**

Tabulka 36 Vztah mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a délkou praxe

Kategorie	do 5 let	do 10 let	do 20 let	20 a více let	Součet
Nízký	18 (13,58)	11 (11,64)	10 (9,70)	10 (14,07)	49 (49,00)
Mírný	7 (9,43)	12 (8,08)	7 (6,73)	8 (9,76)	34 (34,00)
Vysoký	3 (4,99)	1 (4,28)	3 (3,56)	11 (5,17)	18 (18,00)
Součet	28 (28,00)	24 (24,00)	20 (20,00)	29 (29,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

Protože podmínky chí kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce byly splněny pouze ze 75 % (požadováno min 80 %), byla provedena úprava kontingenční tabulky. V tomto případě sjednocením znaku „do 10 let“ a „do 20 let“ byl vytvořen znak nový s názvem „do 20 let“. V takto upravené tabulce jsou již podmínky splněny z 89 %.

Tabulka 37 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a délkou praxe

Kategorie	do 5 let	do 20 let	20 a více let	Součet
Nízký	18 (13,58)	21 (21,35)	10 (14,07)	49 (49,00)
Mírný	7 (9,43)	19 (14,81)	8 (9,76)	34 (34,00)
Vysoký	3 (4,99)	4 (7,84)	11 (5,17)	18 (18,00)
Součet	28 (28,00)	44 (44,00)	29 (29,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

- Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti $df = 4$
- Testované kritérium $G = 14,00$
- Kritická hodnota = 9,49

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A4} . **Mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a délkou praxe je závislost.**

Tabulka 38 Vztah mezi stupněm depersonalizace (DP) a délkou praxe

Kategorie	do 5 let	do 10 let	do 20 let	20 a více let	Součet
Nízký	18 (13,03)	12 (11,17)	9 (9,31)	8 (13,50)	47 (47,00)
Mírný	8 (9,98)	9 (8,55)	8 (7,13)	11 (10,34)	36 (36,00)
Vysoký	2 (4,99)	3 (4,28)	3 (3,56)	10 (5,17)	18 (18,00)
Součet	28 (28,00)	24 (24,00)	20 (20,00)	29 (29,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

Protože podmínky chí kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce byly splněny pouze ze 75 % (požadováno min 80 %), byla provedena úprava kontingenční tabulky. V tomto případě sjednocením znaku „do 10 let“ a „do 20 let“ byl vytvořen znak nový s názvem „do 20 let“. V takto upravené tabulce jsou již podmínky splněny z 89 %.

Tabulka 39 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm depersonalizace (DP) a délkou praxe

Kategorie	do 5 let	do 20 let	20 a více let	Součet
Nízký	18 (13,03)	21 (20,48)	8 (13,50)	47 (47,00)
Mírný	8 (9,98)	17 (15,68)	11 (10,34)	36 (36,00)
Vysoký	2 (4,99)	6 (7,84)	10 (5,17)	18 (18,00)
Součet	28 (28,00)	44 (44,00)	29 (29,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

- Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti $df = 4$
- Testované kritérium $G = 11,43$
- Kritická hodnota = 9,49

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A5} . **Mezi stupněm depersonalizace (DP) a délkou praxe je závislost.**

Tabulka 40 Vztah mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a délkou praxe

Kategorie	do 5 let	do 10 let	do 20 let	20 a více let	Součet
Nízký	9 (5,27)	2 (4,51)	3 (3,76)	5 (5,46)	19 (19,00)
Mírný	5 (6,65)	3 (5,70)	5 (4,75)	11 (6,89)	24 (24,00)
Vysoký	14 (16,08)	19 (13,78)	12 (11,49)	13 (16,65)	58 (58,00)
Součet	28 (28,00)	24 (24,00)	20 (20,00)	29 (29,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

Protože podmínky chí kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce byly splněny pouze ze 75 % (požadováno min 80 %), byla provedena úprava kontingenční tabulky. V tomto případě sjednocením znaku „do 10 let“ a „do 20 let“ byl vytvořen znak nový s názvem „do 20 let“. V takto upravené tabulce jsou již podmínky splněny ze 100 %.

Tabulka 41 Upravená tabulka vztahu mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a délkou praxe

Kategorie	do 5 let	do 20 let	20 a více let	Součet
Nízký	9 (5,27)	5 (8,28)	5 (5,46)	19 (19,00)
Mírný	5 (6,65)	8 (10,46)	11 (6,89)	24 (24,00)
Vysoký	14 (16,08)	31 (25,27)	13 (16,65)	58 (58,00)
Součet	28 (28,00)	44 (44,00)	29 (29,00)	101 (101,00)

Zdroj: Autor, 2019.

- Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti $df = 4$
- Testované kritérium $G = 9,79$
- Kritická hodnota = 9,49

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A6} . **Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a délkou praxe je závislost.**

Tabulka 42 Vztah mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro ARO/JIP oddělení

Kategorie	EE	DP	PA	Součet
Nízký	14 (8,33)	9 (8,33)	2 (8,33)	25 (25,00)
Mírný	12 (12,67)	18 (12,67)	8 (12,67)	38 (38,00)
Vysoký	8 (13,00)	7 (13,00)	24 (13,00)	39 (39,00)
Součet	34 (34,00)	34 (34,00)	34 (34,00)	102 (102,00)

Zdroj: Autor, 2019.

- Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti $df = 4$
- Testované kritérium $G = 26,72$
- Kritická hodnota = 9,49

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A7} . **Mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro ARO/JIP oddělení je závislost.**

Tabulka 43 Vztah mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro ambulantní provoz

Kategorie	EE	DP	PA	Součet
Nízký	10 (9,33)	13 (9,33)	5 (9,33)	28 (28,00)
Mírný	6 (5,33)	6 (5,33)	4 (5,33)	16 (16,00)
Vysoký	4 (5,33)	1 (5,33)	11 (5,33)	16 (16,00)
Součet	20 (20,00)	20 (20,00)	20 (20,00)	60 (60,00)

Zdroj: Autor, 2019.

- Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti $df = 4$
- Testované kritérium $G = 13,88$
- Kritická hodnota = 9,49

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A7} . **Mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro ambulantní provoz je závislost.**

Tabulka 44 Vztah mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro standardní oddělení

Kategorie	EE	DP	PA	Součet
Nízký	24 (19,33)	24 (19,33)	10 (19,33)	58 (58,00)
Mírný	16 (14,00)	13 (14,00)	13 (14,00)	42 (42,00)
Vysoký	7 (13,67)	10 (13,67)	24 (13,67)	41 (41,00)
Součet	47 (47,00)	47 (47,00)	47 (47,00)	141 (141,00)

Zdroj: Autor, 2019.

- Testování významnosti bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$
- Počet stupňů volnosti $df = 4$
- Testované kritérium $G = 19,24$
- Kritická hodnota = 9,49

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A7} . **Mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro standardní oddělení je závislost.**

10 INTERPRETACE PRŮZKUMU

Stanovené cíle na začátku práce s názvem *Syndrom vyhoření u všeobecných sester* jsme s úspěchem splnili. Zjistili jsme veškeré potřebné údaje a zodpověděli průzkumné otázky společně s hypotézami. Původním našim cílem bylo zjistit rozdíly vyhoření mezi muži a ženami. Tento cíl jsme byli nuceni zavrhnout, vzhledem ke skutečnosti, že v celkovém počtu našich respondentů byli pouze 3 muži a šetření by tak nebylo v souladu s počtem sester relevantní. Mezi naše určené cíle tedy patřilo u prvního cíle zjistit procentuální výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester u druhého vyhodnotit rozdíl výskytu syndromu vyhoření mezi všeobecnými sestrami na standardním oddělení, ambulanci a ARO/JIP oddělení, za třetí cíl jsme zvolili, zjistit v jaké věkové skupině jsou všeobecné sestry nejvíce ohroženy syndromem vyhoření. Zvolené byly průzkumné otázky, zdali existuje statisticky významný rozdíl vyhořelých sester s ohledem na věk a zdali existuje statisticky významný rozdíl vyhořelých sester v souvislosti s jejich druhem oddělením.

CÍL 1

Díky prvnímu cíli, ve kterém jsme zjišťovali procentuální výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester v MOU, jsme zjistili, že z celkového počtu dotazovaných respondentů oslovených v MOU 101 (100 %) je vyhořelých celkem 6 sester (5,9 %), což je dle našeho názoru celkem řešitelná situace a jak zjistíme v porovnání v další kapitole s názvem *Diskuze* i poměrně uspokojivý výsledek. V mírném riziku se vyskytují pouze 3 sestry (2,9 %) a nízké riziko mělo 8 sester (7,9 %). Tedy celkem 17 sester v komplexním počtu ve všech 3 kategoriích.

Celé rozdělení zodpovězených otázek jsme hodnotili i individuálně u každé kategorie vyhoření zvlášť. Rozdělili jsme vyhoření EE, DP a PA u sester pracujících na ARO/JP oddělení, v ambulantním režimu a na standardním oddělení. Zjistili jsme tak ve které kategorii, kolik sester, na kterém oddělení je vyhořelých. V kategorii EE bylo z celkového počtu 101 (100 %) respondentů vyhořelých 19 (19 %) v mírném riziku 34 (34 %) a v nízkém riziku 48 (47 %). Jedná se o důležitou složku celkového syndromu vyhoření vedoucí k celkovému vyčerpání. Ve složce depersonalizace bylo z celkového počtu respondentů 101 (100 %) vyhořelých 18 (18 %) v mírném riziku 37 (37 %) a v nízkém riziku ohrožení 46 (45 %) respondentů. Depersonalizace neboli odosobnění

je vážným problémem při zvolené profesi sestry. Hlavním cílem sester je dosáhnouti maximální empatie a porozumění s pacientem. Proto je pro nás tento údaj dalším stěžejním bodem v celkovém vyhoření. Bodem, který nás dost konsternoval, bylo osobní uspokojení. Z celkového počtu 101 (100 %) respondentů je v riziku vyhoření 59 (58 %), tedy 59 sester, které nepovažují svou profesi z jakýchkoli důvodů za uspokojující. V mírném riziku ohrožení vyhořením je 25 (25 %) respondentů a v nízkém riziku 17 (17 %) respondentů. Zůstává pro nás tento údaj alarmujícím a podnětným. Jak již bylo zmíněno v první kapitole, výběr povolání nás ovlivní po všech osobnostních stránkách a životních etapách. Je tedy na místě vyzdvihnout prevenci a prvotní volbu povolání či profese, které se budeme celoživotně věnovat.

Veškeré ostatní dodatečné výsledky a souhrny jsou v grafech a tabulkách definovány v praktické části.

CÍL 2

V druhém cíli jsme si určili vyhodnotit rozdíl výskytu syndromu vyhoření mezi všeobecnými sestrami na ARO/JIP oddělení, v ambulantním provozu a standardním oddělení v MOU. Zjistili jsme, že počet vyhořelých sester v jednotlivých kategoriích na oddělení ARO/JIP je ve vysokých hodnotách v kategorii EE 8 sester, DP 7 sester a 24 sester v PA kategorii. V ambulantním provozu jsou ve vysokých hodnotách v kategorii EE 4 sestry, v DP 1 sestra a v PA 11 sester. Na standardním oddělení se nachází ve vysokých hodnotách v EE 7 sester, v DP 10 a v PA 24 sester.

Celkově ve všech třech kategoriích stejné hodnoty byly na oddělení ARO/JIP 3 sestry, v každém stupni jedna. Vyhořelá je zde 1 sestra (2,9 %), mírné riziko má 1 sestra (2,9 %) a nízké riziko má také 1 sestra (2,9 %). V ambulantním provozu jsou ve stejné hodnotě celkem 4 sestry a to 2 sestry (10 %) ve vyhoření a 2 sestry (10 %) v nízkém riziku, v mírném riziku nebyla žádná 0 (0 %). Na standardním oddělení jsou ve stejných hodnotách u všech třech kategoriích 10 sester. Ve vyhoření se nachází 3 sestry (6,3 %), v mírném riziku jsou 2 sestry (4,2 %) a v nízkém riziku ve všech třech kategoriích 5 sester (10 %). Z průzkumu tedy vyplývá, že navzdory obecně řečeno nejnáročnější profesi anesteziologicko-resuscitační sestry, je na tomto oddělení nejmenší riziko vyhoření. Navzdory tomu standardní oddělení dle výpočtu je rizikovější pracoviště pro vyhoření. V případě celkového hodnocení bychom museli vzít v úvahu další aspekty pro finální úsudek v této situaci. Nelze usoudit na základě procentuálního

vyhodnocení, zdali je jedno z pracovišť k syndromu vyhoření předpokládanější. Jednalo by se o výpočet poměru věku a počtu sester, aby byly výsledky stoprocentně validní. Z našeho orientačního průzkumu lze tedy závěrem usoudit, že v MOU jsou sestry náchylnější vyhoření na standardním oddělení. K tomuto cíli jsme přiřadili dvě průzkumné otázky.

K tomuto cíli byla zvolena průzkumná otázka č. 2. *Existuje statisticky významný rozdíl vyhořelých sester v souvislosti s jejich druhem oddělením?*

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A7} . **Mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro ARO/JIP oddělení je závislost.**

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A7} . **Mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro ambulantní provoz je závislost.**

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A7} . **Mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) pro standardní oddělení je závislost.**

Průzkumná otázka č. 3: *Existuje statisticky významný rozdíl vyhořelých sester v souvislosti s délkou praxe?*

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium překročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A4} . **Mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a délkou praxe je závislost.**

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium nepřekročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A5} . **Mezi stupněm depersonalizace (DP) a délkou praxe je závislost.**

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium nepřekročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A5} . **Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a délkou praxe je závislost.**

CÍL 3

Posledním cílem bylo zjistit, v jaké věkové skupině jsou všeobecné sestry v MOU nejvíce ohroženy syndromem vyhoření. Jednalo se nám o zjištění, v jakém věku jsou sestry nejvíce ohroženy v profesi všeobecné sestry syndromem vyhoření. Z celkového počtu respondentů 101 (100 %) se stejný počet hodnot ve všech třech kategoriích u daného stupně vyskytl u 17 respondentů. Z toho bylo 5 (4,9 %) respondentů ve věku 35/55 let, 1 (0,9 %) respondent ve věku 55 a více let. Ve věkové kategorii 20/35 let nebyl nikdo 0 (0 %). Vyplyvá tedy, že nejvíce jsou v riziku syndromu vyhoření ženy ve věku 35/55 let. V mírném riziku byly 2 (1,9 %) respondentů ve věku 20/35 let, 1 (0,9 %) respondentka ve věku 30/55 let a ve věku 55 a více let nebyl nikdo 0 (0 %). U nízkého rizika bylo zjištěno, že ve věku 20/35 let je 5 (4,9 %) respondentek, ve věku 35/55 let jsou 2 (1,9 %) respondentky a 1 (0,9 %) respondentka ve věku 55 a více let. Při objasnění toho cíle jsme vyhodnotili počet sester ve věkové kategorii 35/55 let z perspektivy počtu respondentů ve zvýšených hodnotách pro všechny tři kategorie EE, DP, PA. Na pracoviště ARO/JIP tato skupina měla výskyt ve vysokých hodnotách rizika vyhoření 20krát, zatímco na standardním oddělení 18krát. V ambulantním režimu pouze 7krát. Je tedy možné usoudit, že pro tuto věkovou kategorii se stává oddělení ARO/JIP náročnějším prostředím nežli standardní oddělení. Lze tedy potvrdit úvahu o vyhodnocení z cíle č. 1, který jsme již popisovali výše.

K poslednímu cíli jsme si určili průzkumnou otázku č. 1. *Existuje statisticky významný rozdíl vyhořelých sester s ohledem na věk?*

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium nepřekročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{01} . **Ve vztahu mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a věku není závislost.**

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium nepřekročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H_{A2} . **Mezi stupněm depersonalizace (DP) a věku je závislost.**

Vypočtená hodnota chí-kvadrátu pro testované kritérium nepřekročila kritickou hodnotu, a proto přijímáme s 95 % spolehlivostí hypotézu H₀₃. **Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a věku není závislost.**

Tabulka 45 Analýza hypotéz

	Statistická hypotéza
H₀₁	Mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a věku není závislost. <i>Hypotéza je potvrzena.</i>
H₀₂	Mezi stupněm depersonalizace (DP) a věku není závislost. <i>Hypotéza je vyvrácena.</i>
H₀₃	Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a věku není závislost. <i>Hypotéza je potvrzena.</i>
H₀₄	Mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a délkou praxe není závislost. <i>Hypotéza je vyvrácena.</i>
H₀₅	Mezi stupněm depersonalizace (DP) a délkou praxe není závislost. <i>Hypotéza je vyvrácena.</i>
H₀₆	Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a délkou praxe není závislost. <i>Hypotéza je vyvrácena.</i>
H₀₇	Mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) není závislost. <i>Hypotéza je vyvrácena.</i>
H_{A1}	Mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a věku je závislost. <i>Hypotéza je vyvrácena.</i>
H_{A2}	Mezi stupněm depersonalizace (DP) a věku je závislost. <i>Hypotéza je potvrzena.</i>
H_{A3}	Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a věku je závislost. <i>Hypotéza je vyvrácena.</i>
H_{A4}	Mezi stupněm emocionálního vyčerpání (EE) a délkou praxe je závislost. <i>Hypotéza je potvrzena.</i>
H_{A5}	Mezi stupněm depersonalizace (DP) a délkou praxe je závislost. <i>Hypotéza je potvrzena.</i>
H_{A6}	Mezi stupněm osobního uspokojení (PA) a délkou praxe je závislost. <i>Hypotéza je potvrzena.</i>
H_{A7}	Mezi stupni syndromu vyhoření a složkami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) je závislost. <i>Hypotéza je potvrzena.</i>

Zdroj: Autor, 2019.

11 DISKUZE

Diskutovat o rozdílech či souvislostech v rámci syndromu vyhoření není jednoduché. Lze pouze poukázat na výsledky a rozdíly, ale nikoli je porovnávat. Každý autor pojímá svou práci jiným způsobem, hodnotí dotazníky a verifikuje výsledky dle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Zaměřuje se na dané cíle a volí si k nim související průzkumné otázky. V rámci dotazníkového šetření nelze porovnat naši cílovou skupinu respondentů s jinými, jelikož se jedná o specializované onkologické pracoviště nikoliv všeobecnou nemocnici, jak tomu bývá u jiných šetření v bakalářských pracích. Nebylo jednoduché nalézt správnou práci pro diskuzi. Proto jsme zvolili práci Martiny Petlachové (PETLACHOVÁ, 2016), kde lze orientačně porovnat výsledky výzkumu a práci Kláry Ellingerové (ELLINGEROVÁ, 2016), vzhledem k prakticky totožnému počtu respondentů a podobnému rozdělení pro srovnání.

V rámci našeho výzkumu probíhajícího v Brněnském Masarykově onkologickém ústavu (dále MOU) jsme zjistili, že je z celkového počtu 101 respondentů vyhořelých 18 respondentů v oblasti EE – emocionálního vyčerpání. U Ellingerové, jejíž výzkum probíhal v roce 2016 a dle informace z bakalářské práce v Nemocnici České Budějovice a. s. (dále NČB), je z celkového počtu 100 respondentů vyhořelých v EE 40 respondentů (ELLINGEROVÁ, 2016). Jedná se o prakticky stejný počet výchozích respondentů, lze tedy říci, že je počet vyhořelých sester v EE u Ellingerové dvojnásobný. V oblasti DP – depersonalizace máme 18 vyhořelých respondentů v MOU, zatímco Ellingerová zjistila 35 respondentů v NČB (ELLINGEROVÁ, 2016). Opět celkem velký rozdíl. V případě PA – osobního uspokojení byly naše výsledky velmi odlišné. V našem výzkumu jsme zjistili, že v MOU je vyhořelých sester v této kategorii 59, zatímco u Ellingerové bylo pouze 16 sester v NČB. V celkovém hodnocení vyhoření je v ČNB 46,7 % vyhořelých sester (ELLINGEROVÁ, 2016). V MOU byl výsledek vyhořelých sester 5,9 %. Lze tedy v porovnání zhodnotit, že ve výskytu syndromu vyhoření je výrazně úspěšnější MOU.

Pro srovnání s Petlachovou, kdy její práce je též z roku 2016 se zaměřením na FN Brno (dále FNB) a její odloučené pracoviště. Zaměřila se na oddělené kliniky, tím pádem jsme si zvolili přibližné srovnání. Počet respondentů nelze srovnat jako u Ellingerové, jelikož v práci Petlachové je 1382 respondentů a tím by pro nás nebylo

srovnání validní (PETLACHOVÁ, 2016). Proto budeme pouze orientačně srovnávat některé části práce. K poukázání je záhodno, že u Petlachové se vykytuje ve vyhoření 7 (0,51 %) sester z celkového počtu respondentů 1382 ve FNB (PETLACHOVÁ, 2016). Zatímco v našem výzkumu v MOU bylo 6 sester (5,9 %) z počtu 101 respondentů. Je tedy k zamyšlení, že z tak velkého počtu respondentů je pouze 7 sester vyhořelých, zatímco z daleko menšího počtu je 6 sester. Dále lze poukázat na fakt, že z celkového počtu respondentů u Petlachové 1382, je pouze 29 mužů (PETLACHOVÁ, 2016). U nás máme ve výzkumu ze 101 respondentů 3 muže. Což v opravdu pouze orientačním porovnáním, vychází-li zhruba na 100 respondentů 3 muži, je poměr ve FNB 1382 ku 29 mužům horší než v MOU kdy při 100 ku 3 mužům, při dopočítání k počtu ve FNB, vycházelo na cirká 1400 respondentů 42 mužů.

Závěrečným hodnocením lze shrnout, že v MOU je situace syndromu vyhoření relativně dobře uchopitelná ke zlepšení. V porovnání s výzkumem Kláry Ellingerové v nemocnici NČB je výsledek v MOU ohromující.

12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Doporučením pro praxi je zejména zaměření se na skutečnost, že syndrom vyhoření se nevztahuje nutně jen k zaměstnání, ale vyskytuje se i v osobním životě. Nemůžeme tedy syndrom vyhoření, nazývat pouze pracovním vyčerpáním. Pro všeobecné sestry nespočívá tedy samotná prevence nebo léčba nezbytně zaměřením se na vylepšení profesního života. Jde o komplexní holistické pojetí daného jedince. Účinnou obranou proti syndromu vyhoření je rovnováha mezi osobním a pracovním životem. Pokud se nám zdá, že se náš život podobá „křečkovi v kleci“ je na místě zrealizovat sebereflexi a změnit svůj životní styl. Pokud víme, jaké jsou naše hranice, a životní hodnoty je celkem pravděpodobné, že nevyhoříme (KOZELKOVÁ, 2019).

Syndromu vyhoření můžeme vzdorovat následujícím doporučením:

- vyhýbat se dlouhodobému stresu
- dodržovat zdravý životní styl
- mít své záliby a zájmy
- mluvit o svých starostech a problémech
- naučit se říkat „ne“
- určit si reálné cíle
- zorganizovat si život
- relaxujte psychicky i fyzicky
- dělejte si radost maličkostmi a mějte z nich radost

Pro profesní řešení syndromu vyhoření mohou být supervize, psycholog, nařízená dovolená a podobně. V praxi se využívá i peer program, který spočívá v určení peera neboli jedince z oddělení, který je v seznamu peeru pro danou nemocnici. Peer je neodborný psycholog aneb „psycholog laik“. Pokud má sestra problém nebo starost, o kterou se nemá s kým podělit, může v zaměstnání vyhledat peera ze svého nebo jiného oddělení a své obtíže s ním probrat. Peer je samozřejmě zavázán mlčenlivostí. Jde o prevenci vyhoření nenásilnou a dostupnou formou v rámci zaměstnání (ŠPIRUDOVÁ, 2015).

Ve výsledcích, které jsme zjistili průzkumem v MOU, bylo z celkového počtu respondentů 101 (100 %) celkem 58 % respondentů ve vyhoření v pracovním uspokojení.

Konkrétně pro ARO/JIP oddělení 71 %, ambulantní provoz 55 % a standardní oddělení 51 % respondentů ve vysokém stupni tedy vyhoření v pracovním uspokojení. Lze tedy doporučit MOU zaměřit se na zaměstnance po profesní stránce. Zlepšit pracovní podmínky, provést vlastní průzkum pro zjištění konkrétního prostoru pro zlepšení na pracovišti s vysokým rizikem. Případně nabídnout mimopracovní benefity, zjistit co je příčinou nespokojenosti a případně adekvátně reagovat. V rozdělení podle věku jsme zjistili, že nejvíce jsou vyhořením v pracovním uspokojení ohrožené všeobecné sestry ve věku 20/35 let na ARO/JIP, 20/35 let v ambulantním provozu a na standardním oddělení byly stejné výsledky pro kategorii 20/35 let a 35/55 let. Celkově je pro MOU nejvíce sester v ohrožení vyhořením v pracovním uspokojení v kategorii 20/35 let. Což činí ze 101 respondentů 32 všeobecných sester. Mělo by být tedy prioritním zaměřit se v rámci prevence nebo zlepšení na věkovou kategorii sester 25/35 let. Možná je zde i souvislost, že z celkového počtu respondentů je 57 % respondentů svobodných. K doporučení by mohlo patřit zlepšení plánování směn, pracovní organizace nebo dalších pracovních faktorů.

Nic z výše uvedeného nezaručuje stoprocentní úspěšnost pro zlepšení, vše se odvíjí od zaměstnanců tedy všeobecných sester pracujících v MOU. Nezapomínejme, že pokud je spokojená sestra, je spokojený i pacient.

ZÁVĚR

Začátkem závěru bychom rádi vyjádřili naše díky všem, co se výzkumu účastnili a umožnili nám uskutečnit vyhodnocení a realizaci celé práce. Všem všeobecným sestřám, které si našly v nabitém pracovním režimu chvíli čas a poctivě vyplnily dotazníky. Někteří dozajista budou mít pocit, že nemá význam se neustále opakovat v tom, co už bylo několikrát řečeno. Jde o podstatu věci, že než se tato práce přečte od první do poslední stránky, už nesčetněkrát nejsou tyto údaje v práci aktuální. Každou chvíli se může odpověď sester měnit. Z vyhodnoceného počtu sester v části 7. Průzkum, může už být počet dvojnásobný nebo menší. Proto má význam se tomto tématu či problému neustále věnovat a data aktualizovat. V našem průzkumu jsme zjistili, že celkový počet vyhořelých sester v MOU je 6 (5,9 %), v mírném ohrožení jsou 3 (2,9 %) sestry a nízkém ohrožení je 8 (7,9 %) sester. V teoretické části jsme shrnuli informace o syndromu vyhoření a souvisejících tématech. Praktická část bakalářské práce popisuje výše uvedený kvantitativní průzkum. Vzhledem k závažnosti tématu jsme vytvořili souhrn informací pro sestry s názvem: Jak hořet, ale nevyhořet, který je umístěn jako příloha E. Z uvedeného vyplývá, že cíle bakalářské práce byly splněny. Jsme výsledky ohromeni, když se sestry dokáží úspěšně stále po letech strávených péčí o druhé, vyrovnat se stresem a nástrahami spojenými s touto službou lidem. Všem, kteří tuto profesi vnímají zodpovědně a v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřují své obzory vědomosti či dovednosti, patří nevýslovné díky.

Během našeho sběru dotazníků došlo v jednom případě k okamžité nápravě a řešení situace u jedné sestry s vysokým hodnocením, tedy vyhořením, kdy sama vyhledala patřičnou osobu a chtěla situaci řešit. Byli jsme za to velice potěšeni a vlilo nám to krev do žil při dalším zpracování této práce s pocitem, že to má smysl.

Celé dění okolo syndromu vyhoření je v některých kolektivech, zařízeních či skupinách stále tabuizováno. Při rozdávání dotazníku jsme byli mile překvapeni, s jakou ochotou a zájmem se o toto téma některé sestry zajímaly. Byli bychom moc rádi, kdyby se tato práce při čtení nebrala jako součet všeho špatného, co se ve zdravotnictví děje a jak je vše okolo péče o pacienta náročné. Chceme pouze poukázat na skutečnost, že nic není zadarmo a vše si vybere svou daň ať už za týden, za měsíc nebo za pár let. Syndrom vyhoření je tichý nepřítel, který se plíží okolo nás a čeká na svou

obět', které to posléze sečte i s úroky. Tělo není jenom schránka, a proto u pacientů nám je od začátku zdravotnické profese kladen na mysl pojem bio-psycho-sociálně-spirituální pojetí člověka. Když to zvládneme chápat u pacienta jako holistické bytosti, pojd'me to chápat i u sestry též jako u člověka. Zdraví je to jediné, co máme a musíme si ho více chránit. Proto je v rámci práce vypracované doporučení, které doufáme, že bude prospěšné jako prevence nevědomosti a nečinnosti.

„Jsou bolesti, v nichž člověk pouze sám si může pomoci, a silné srdce se chce jen na svou sílu spolehnout.“ (William Shakespeare, www.citaty.net).

Říká se, že dělat, co máš rád, znamená být svobodný a mít rád, co děláš, znamená být šťastný. Proto si volme povolání a pracovní místo tak aby pro nás byla radost chodit do práce, nebo alespoň ji učinit neutrální činností bez averze. Není samozřejmě lehké být v početném ženském kolektivu, ale co si myslíme o sobě my, je mnohem důležitější než to, co si o nás myslí ostatní, a proto je na nás, jak se svým životem naložíme a zdali se necháme udolat a zničit něčím, v čem jsme lapeni a vyhoříme, nebo zdali s tím něco uděláme a bude pro nás život radostí ve všech ohledech.

Chyby jsou důkazem toho, že se o něco snažíme, a proto toho zkoušejme co nejvíce dobrého a buďme spokojeni sami se sebou. To přeji všem, co se úspěšně dopracovali až na konec závěru.

„Sloužící anděl – toť má sestra.“ William Shakespeare (www.citáty.net).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ARMSTRONG, M., STEPHEN, T., 2015. *Řízení lidských zdrojů*. Třinácté vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-9882-0.
- [2] BEDNÁŘ, V. a kolektiv, 2013. *Sociální vztahy v organizacích a jejich management*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4211-3.
- [3] ELLINGEROVÁ, K., 2016. *Syndrom vyhoření a jeho prevence u zdravotních sester zaměstnaných v nemocnici*. [online]. České Budějovice [cit. 2017-02-01]. Dostupné z: Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/n197y8/>>.
- [4] HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4032-4.
- [5] HONZÁK, R., 2009. *Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovice* (online). (cit. 12-10-2009). Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2009/psy3-2009-cla3.pdf>
- [6] HONZÁK, R., 2013a. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. První vydání. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-407-5.
- [7] HONZÁK, R., 2013b. *12 kroků k sebeupálení Jak se pracovitost a zodpovědnost promění v nebezpečnou hru s ohněm, který sežehne všechny kolem?* (online). (cit. 04-04-2013). Dostupné z: <https://psychologie.cz/12-kroku-k-sebeupaleni/>
- [8] HONZÁK, R., 2018. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Třetí vydání. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-004-8.
- [9] KOZELKOVÁ, A., 2019 *Zázraky medicíny. Syndrom vyhoření – Plíživý zabiják štěstí*. První vydání. Brno: Extra Publishing. ISSN 2464-7659.
- [10] KRAUS, J. a kol., 2009. *Nový akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1351-4.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres příručka pro duševní pohodu*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3149-0.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Druhé přepracované vydání V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 9788071955733.

- [13] MITRENGOVÁ, Z., 2012. *Supervize – odborná pomoc těm, kteří pomáhají*. Bakalářská práce (online) Dostupné z: https://theses.cz/id/dpmi5k/Supervize_-_odborn_pomoc_tm_kte_pomhaj.pdf
- [14] NOVÁK, T., 2010. *Sám sobě psychologem 2*. První vydání. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2956-5.
- [15] PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské osobnosti*. Vydání druhé. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-271-9578-7.
- [16] PETLACHOVÁ, M., 2016. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester* [online]. Olomouc [cit. 2017-02-01]. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/oobmf/>>.
- [17] PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebezpoznaní, sebeřizení a stres*. Třetí vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-8474-8.
- [18] PRIEB, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření - Najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-9649-9.
- [19] PTÁČEK, R., BARŮNĚK, P. a kolektiv 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Vydání první. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- [20] RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A., 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2223-8.
- [21] SELKO, D., ĎURKA R., kolektiv autorov 2009. *Psychológia zdravia*. Prvé vydanie. Bratislava: Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava vo Vydavateľstve MAURO Slovakia s.r.o. ISBN 978-80-968092-6-4.
- [22] SHAKESPEARE, W. *Citáty slavných osobností* (online). (cit.24.2.2019). Dostupné z: <https://citaty.net/autori/william-shakespeare/>
- [23] SMETÁČKOVÁ, I., PAVLÍK, P., KOLÁŘOVÁ, K., 2009. *Sexuální obtěžování na vysokých školách: proč vzniká, jak se projevuje, co lze proti němu dělat*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-87398-02-9.
- [24] STOCK, Ch, 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. První vydání. Praha. ISBN 978-80-247-3553-5.

- [25] ŠPATENKOVÁ, N., 2011. *Krizová intervence pro praxi*. Druhé vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2624-3.
- [26] ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I - pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. První vydání. Praha: Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s. ISBN 978-80-247-9962-9.
- [27] VENGLÁŘOVÁ, M. a kolektiv, 2011. *Sestry v nouzi syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3174-2.
- [28] VENGLÁŘOVÁ, M. a kolektiv, 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4082-9.
- [29] VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4732-3.
- [30] VOJTÍŠKOVÁ, J., 2015. *Syndrom vyhoření: prevalence, příznaky, diferenciální diagnostika a léčba*. (online). (cit.15-12-2015). Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/38096-syndrom-vyhoreni-prevalence-priznaky-diferencialni-diagnostika-a-lecba>
- [31] VITOŠKOVÁ, V., 2018. *Syndrom vyhoření a jeho prevence*. (online). (cit. 2018). Dostupné z: https://www.skipcr.cz/dokumenty/syndromvyhoen_HK_Vitokov.pdf
- [32] VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv, 2015. *Velký lékařský slovník*. Desáté vydání. Maxdorf. ISBN 978-80-7345-456-2.
- [33] ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotní sestry*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-4062-1.
- [34] WAGNEROVÁ, I. a kol., 2011. *Psychologie práce a organizace Nové poznatky*. První vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-3701-0.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rešerše.....	I
Příloha B – Dotazník.....	II
Příloha C – Potvrzení týkající se realizace studentské vědecké práce v MOU Brno.....	III
Příloha D – Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce.....	IV
Příloha E – Doporučení pro praxi.....	V



Syndrom vyhoření u všeobecných sester

Klíčová slova:

syndrom vyhoření, stres, pomáhající profese, všeobecná sestra
burnout syndrom, stress, nurse

Rešerše č. 1/2019

Bibliografický soupis

Počet záznamů: celkem 41 záznamů

(vysokoškolské práce – 5, knihy – 19, články a sborníky – 18)

Časové omezení: od 2009

Jazykové vymezení: čeština, slovenština, angličtina

Druh literatury: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku

Datum: 7. 1. 2019

Základní prameny:

- katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)
- Souborný katalog ČR (www.caslin.cz)
- Informační portál MedLike (www.medvik.cz/medlike)
- Databáze vysokoškolských prací (www.theses.cz, www.cuni.cz)
- Jednotný portál knihoven (www.knihovny.cz)
- PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)

Příloha B – Dotazník

Vážené kolegyně,

jmenuji se Petra Zolmanová pracuji v MOU Brno na oddělení ARO a studuji VŠZ v Praze - obor všeobecná sestra. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění krátkého dotazníku, který využiji pro svou bakalářskou práci s názvem - Syndrom vyhoření u všeobecných sester.

Děkuji za Váš čas.

S přáním všeho dobrého Petra Zolmanová, DiS.

Zakroužkujte prosím vámi zvolenou možnost:

Pohlaví:	Věk:	Délka praxe:
<ul style="list-style-type: none">• Muž• Žena	<ul style="list-style-type: none">- 20 - 35 let- 35 - 55 let- 55 a více let	<ul style="list-style-type: none">+ do 5 let+ do 10 let+ do 20 let+ 20 a více let
Vzdělání:	Oddělení:	Rodinný stav:
<ul style="list-style-type: none">• Středoškolské• Vyšší odborné• Vysokoškolské	<ul style="list-style-type: none">- standartní oddělení- ARO/JIP oddělení- ambulantní provoz	<ul style="list-style-type: none">+ svobodný/á+ ženatý/vdaná+ rozvedený/á+ vdovec/vdova

Maslach Burnout Inventory

Následující tvrzení ohodnoťte prosím na škále 1 až 7. Vždy označte jen jednu možnost.

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

1 Práce mne citově vysává	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
2 Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
3 Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
4 Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
5 Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
6 Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
7 Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
8 Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
9 Mám pocit, že lidé při své práci pozitivně ovlivňují a nalad'ují.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
10 Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
11 Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
12 Mám stále hodně energie	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
13 Moje práce mi přináší pocity marnosti, nespokojení	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
14 Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
15 Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
16 Práce s lidmi mi přináší silný stres	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
17 Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
18 Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
19 Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
20 Mám pocit, že jsem na konci svých sil	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
21 Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7
22 Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

Příloha C – Potvrzení týkající se realizace studentské vědecké práce v MOU Brno



MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV
Žlutý kopec 7, 656 53 Brno



Poskytovatel zdravotních služeb akreditovaný Organizací evropských onkologických ústavů (OEIC)
a Českou společností pro akreditaci ve zdravotnictví.

Potvrzení týkající se realizace studentské vědecké práce v Masarykově onkologickém ústavu Brno.

Potvrzení se vydává pro (jméno, příjmení, titul): **Petra Zolmanová, Dis.**
Název projektu: Syndrom vyhoření u všeobecných sester.
Charakter projektu: dotazníkové šetření
Období činnosti žadatele v MOÚ: 1. 1. 2019 – 28. 2. 2019

Žadatel/ka se zavazuje osobně předat na Úsek výzkumných a vzdělávacích projektů do 14 dnů po ukončení dotazníkového šetření výsledky za MOÚ.

.....
Petra Zolmanová, Dis.

Realizaci schválil/a:

Kocourková

PhDr. Jana Kocourková, MBA
Náměstek pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Marek Svoboda

prof.. MUDr. Marek Svoboda, Ph.D.
Náměstek pro vědu, výzkum a výuku

IČO:
00209805

bankovní spojení:
ČNB Praha
87535621/0710

telefon:
543 131 111

fax:
543 211 169

e-mail, web:
direct@mou.cz
www.mou.cz



JAK HOŘET, ALE NEVYHOŘET?

Syndrom vyhoření lze chápat jako proces a ne jako konečný stav. Proto si musíme uvědomit na základě našich predispozic, že lze tomuto fenoménu předcházet. Vybrali jsme pár rad, jak se lze vyhoření vyhnout:

- Rozdělení pracovního dne a jeho úkonů rovnoměrně.
- Rozdělení nechtěných nebo náročných úkolů mezi více lidí.
- Nebrat si práci domů (snažit se minimalizovat myšlenky na práci a pacienty, když odcházíme domů).
- Končit v danou pracovní dobu (příkladem je typický pozdní příjem pacienta před koncem pracovní doby, kdy nejdeme domů dříve, než doděláme celou práci okolo hospitalizace, aby si nikdo neztěžoval).
- Snaha vyvíjet dobré pracovní prostředí, angažovat se v realizaci teambuildingu nebo společných aktivit. Budovat vzájemný respekt a autoritu.
- Stanovit si životní nebo osobní priority a neomezovat je na úkor naší profese (SELKO, ĎURKA a kol., 2009).

Velmi praktickým doporučením jsou poháněcí mechanismy dle Dr. Stocka. Pokud si uvědomíme, co se od nás očekává, a za co bychom si to měli adekvátně nahradit, můžeme úspěšně riziko SV minimalizovat. Každý jsme originál a potřebujeme své tempo, svůj čas, rytmus a prostor. Máme různé povahy a osobnosti. Někoho mohou tato hesla motivovat, někoho může jejich ráz odradit. Je pouze na nás co si zvolíme.

Poháněcí mechanismy vs. prevence:

- **Bud' silný!** → **Bud' otevřený a mluv o tom, co si přeješ!**

Máš právo na své pocity. Pokud se rozhodneš nechat si je pro sebe nebo se o ně podělit, je to tvoje volba. Smíš být přístupná ke konfrontaci i k projevům náklonnosti. Nejsi povinna s někým něco sdílet.

- **Bud' dokonalý!** → **Jsi skvělý takový, jaký jsi!**

Lze být shovívavá k chybám ostatních. Není tvojí povinností se neustále omlouvat, je normální dělat chyby. Žádný učený z nebe nespádl. Každý je originál a potřebuje jiný režim pro učení. Zvol si svůj.

- **Bud' se všemi za dobře!** → **Zaměřuj se sám na sebe!**

I když s tebou nejsou všichni ostatní spokojeni, zachovej klid. Zaměř se na svoje potřeby, pocity a myšlenky. Rozhodni se volit řešení po svém. Věř svému instinktu a zkušenostem. Nikomu se nevnučuj ani nestraň. Naslouchej své intuici a svým pocitům.

- **Bud' rychlý!** → **Zvol si své tempo!**

Máš tolik času, kolik potřebuješ. Ber ohled na svůj život, svoje tempo a životní situaci. Práce kvapná, málo platná. Zvol si svou cestu a svůj rytmus. Nežij život podle druhých. Žij svůj život, svou rychlostí a svým stylem.

- **Zaber!** → **Bud' v klidu!**

Plánuj si pečlivě každý krok. Zachovávej si klid a cit při řešení úkolů. Máš možnost vždy se rozhodnout, zdali některé věci budeš dělat nebo nikoli. Dělej to, co tě baví a nenech se od toho odradit. Zachovej klid a chladnou hlavu. Ne nadarmo se říká: dvakrát měř a jednou řež. Můžeš být úspěšný, tak si to užij (STOCK, 2010).