

Syndrom vyhoření u sester pracujících na chirurgických pracovištích

Surovcová Anna

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Anna Surovcová
Osobní číslo: H22722
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetrovatelství
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Syndrom vyhoření u sester pracujících na chirurgických pracovištích

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti syndromu vyhoření u sester na chirurgických pracovištích.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace kvantitativního šetření technikou dotazníků.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků kvantitativního šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Seznam doporučené literatury:

- HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén, 2015. ISBN: 978-80-7492-142-1.
HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 4. vydání. Vyšehrad, 2013. ISBN: 978-80-7601-668-2.
CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN: 978-80-247-5326-3.
KVAPILÍK, Tomáš. *Mozaika duše: Desatero pro zdravější duši a vztahy*. Mladá Fronta, 2023. ISBN: 978-80-204-6238-1.
MURRAY, Siobhán. *The Burnout Solution: 12 weeks to a calmer you*. Gill & Macmillan Ltd, 2018. ISBN 9780717180943.
PÁRAL, Jiří. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada, 2020. ISBN: 978-80-271-1235-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....

podpis autora

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se věnuje syndromu vyhoření u sester pracujících na chirurgických pracovištích. Teoretickou část uvádí kapitola o stresu, popisuje jeho účinky na lidský organismus a rozebírá dva hlavní druhy stresu. Další kapitola se věnuje samotnému pojmu syndromu vyhoření. Popisuje stadia vzniku vyhoření dle různých autorů, hlavní příznaky a možnosti prevence. Poslední teoretická kapitola obsahuje přehled osobnostních předpokladů, které mohou přispívat rychlejšímu vzniku vyhoření. Praktická část zpracovává výsledky dotazníkového šetření u všeobecných a praktických sester na chirurgických pracovištích.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, stres, příznaky, prevence, osobnost

ABSTRACT

This bachelor's thesis focuses on burnout syndrome in nurses working in surgical units. The theoretical part is introduced by a chapter on stress, discusses its effects on the human body and discusses the two main types of stress. The next chapter deals with the concept of burnout syndrome itself. It describes the stages of burnout according to different authors, the main symptoms and summarises the possibilities of prevention. The last theoretical chapter provides an overview of the personality predispositions that may contribute to the accelerated onset of burnout. The practical part elaborates the results of a questionnaire survey of general and practical nurses in surgical units.

Keywords: burnout syndrome, stress, symptoms, prevention, personality

Touto cestou bych velice ráda poděkovala své vedoucí, Mgr. Evě Šalenové, za cenné připomínky a odborné vedení. Děkuji za Váš čas, vstřícnost a ochotu spolupracovat. Dále bych chtěla poděkovat mému bratrovi za pomoc se zpracováním a vyhodnocením praktické části této bakalářské práce. Zvláštní poděkování patří také mému partnerovi za pomoc nejen s úpravou této práce, ale především za trpělivost, podporu a povzbuzení po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STRES	13
1.1 PŮVOD A DEFINICE STRESU	13
1.2 DRUHY STRESU	14
1.3 DOPAD STRESU NA ORGANISMUS	15
2 SYNDROM VYHOŘENÍ	18
2.1 AUTOR SYNDROMU VYHOŘENÍ	18
2.2 STÁDIA VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ DLE RŮZNÝCH AUTORŮ.....	19
2.2.1 Klasifikace dle Freudenbergera	19
2.2.2 Klasifikace dle Maslach	20
2.2.3 Klasifikace dle Peška a Praška	21
2.3 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	21
2.4 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ	23
2.5 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	23
3 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY PRO VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
4 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	32
5 MATERIÁL A METODIKA	33
5.1 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	33
5.2 DIAGNOSTICKÁ METODA MBI.....	33
6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	36
6.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ INFORMATIVNÍ ČÁSTI DOTAZNÍKU	36
6.2 INTERPRETACE MBI DOTAZNÍKU	41
7 DISKUZE	54
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	58
ZÁVĚR	59
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
SEZNAM OBRÁZKŮ	64
SEZNAM TABULEK.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Zdravotnické povolání je dlouhodobě řazeno mezi jedno z nejnáročnějších jak po fyzické, tak po psychické stránce. Všeobecné sestry jsou denně vystavovány kontaktu se stresem, bolestí, časovým tlakem i vysokou odpovědností za životy pacientů. Chirurgická oddělení navíc představují specifické prostředí s vysokým pracovním tempem, neustálými změnami a vysokými nároky na rychlé a přesné rozhodování. Tyto faktory se dlouhodobě podepisují na psychické odolnosti všeobecných sester a mohou vést až k rozvoji syndromu vyhoření – stavu, který bývá často opomíjen, a přitom má závažné důsledky pro pracovní výkon, osobní život i celkovou kvalitu péče o pacienty.

Téma syndromu vyhoření jsem si zvolila nejen z odborného zájmu, ale i z osobních důvodů. Vzhledem k tomu, že také pracuji ve zdravotnictví, vnímám tuto problematiku jako stále velmi aktuální, zejména v kontextu rostoucího nedostatku personálu, dlouhých pracovních hodin, častých přesčasů a narůstající psychické zátěže.

Cílem této bakalářské práce je identifikovat míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících na chirurgických pracovištích, zhodnotit rozdíly mezi jednotlivými odděleními a nemocnicemi, a zjistit, do jaké míry jsou sestry obeznámeny se samotným pojmem syndrom vyhoření.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje problematice stresu, jeho dopadu na organismus, vztahu mezi stresem a syndromem vyhoření, samotné definici a vývoji syndromu vyhoření, jeho stádiím a klíčovým osobnostem, které se tímto tématem zabývaly. Zabývá se také osobnostními faktory, které mohou ovlivnit náchylnost jednotlivce ke vzniku syndromu vyhoření. Praktická část je zaměřena na kvantitativní výzkum realizovaný prostřednictvím standardizovaného dotazníku MBI (Maslach Burnout Inventory) a doplněného otevřenou otázkou zaměřenou na subjektivní vnímání pojmu vyhoření samotnými sestrami.

Tato práce si klade ambice nejen popsat výskyt syndromu vyhoření, ale především upozornit na nutnost prevence, podpory duševního zdraví v pracovních kolektivech a otevřené komunikace v ošetrovatelských týmech.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 STRES

Stres je jednou z hlavních příčin, které syndrom vyhoření způsobují. Daná kapitola má za úkol prozkoumat jaké účinky má stres na organismus a jakým způsobem stres ovlivňuje vznik syndromu vyhoření. Obecně lze říci, že určitá míra stresu je přítomná v každém povolání. Ale s jistotou však můžeme říct, že existují profese, v nichž je stres téměř neodmyslitelnou součástí. Tento výrok můžeme aplikovat zejména na povolání, která zahrnují práci s lidmi.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na chirurgická pracoviště. *Chirurgie je v dnešní době spíše obecný pojem, který obsahuje velké množství specializovaných chirurgických oborů, zaměřujících se na určité části těla, orgány a orgánové systémy.* (Páral, 2020, s. 14). Tudíž, chirurgie se dnes nebere jako jednotný obor, ale jako soubor mnoha specializovaných disciplín. Vzhledem k náročnosti povolání zdravotní sestry, která zahrnuje každodenní péči o pacienty a emocionálně náročné situace, je výskyt stresu v této profesi nevyhnutelný. Práce zdravotní sestry obnáší dennodenně komunikaci s desítkami pacientů, často v těžkých psychických i fyzických stavech, setkání se smrtí a umírajícími, konfliktní situace, fyzickou zátěž, dále také přesčasové služby a směnný provoz narušující cirkadiánní rytmus zdravotní sestry. Častou skutečností u tohoto povolání je nedostatečný prostor na potřebnou psychickou a fyzickou regeneraci.

Také i díky rychlému technologickému pokroku se zdravotní sestry setkávají s tzv. technologickými stresory. Tento pojem se zatím v české literatuře objevuje málo, avšak zahraniční zdroje nabízí rozsáhlé výzkumy na téma působení narůstajícího počtu technologií na psychiku zdravotních sester. Nové přístroje, softwary, programy, přináší s sebou i nové pracovní výzvy v tomto povolání. Probíhající technologický pokrok ve zdravotnickém prostředí řadíme k významným stresorům na pracovišti. Pokud se k pracovním stresorům přidají ještě rodinné problémy, hrozí tak přemíra chronického stresu, který je velmi úzce spojen se syndromem vyhoření.

1.1 Původ a definice stresu

Kořeny stresové reakce našeho organismu sahají až do pradávnejší evoluce. Podle Liebermana (2016) náchylnost lidského druhu dělat si starosti, trpět úzkostí a stresem není nic víc než adaptace umožňující vypořádat se s nebezpečím. Naše tělo je tak v pohotovostním stavu a ten nepomine, dokud je nebezpečí pořád aktuální. Stresová reakce organismu je přirozená odpověď našeho těla na něco, co nás ohrožuje. Jejím cílem je chránit

tělo před možným nebezpečím (Lieberman, 2016, s.24). I v dnešní době díky stresu zůstáváme energičtí, soustředění a ve střehu. Stejně jako Lieberman (2016), i Siobhan (2018) poukazuje na situace, do kterých se často dostávali naši předci. Při střetu se zvířetem tehdy měli dvě možnosti – buď utéct nebo bojovat. A jelikož zvířata pro ně byla jediný zdroj energie, často místo útěku bojovali, aby získali potravu potřebnou ke svému přežití. Co je důležité zmínit, po tomto střetu s nebezpečím a vyplavením stresových hormonů se organismus dostává do klidného stavu. Pro naše předky nebylo tak charakteristické žít v konstantním trvajícím stresu (Siobhan, 2018, s.49-50).

Pokud bychom chtěli bez odborné literatury odpovědět na otázku, co je definicí stresu, zněla by přibližně takto „stres je, když člověku něco přerůstá přes hlavu“, „obava z nadcházejícího“ nebo obecně „strach“. Mezi některé definice, které již najdeme v odborné literatuře, patří například Honzákovo přirovnání stresové reakce k výstřelu z děla. Hovoří o obrovských energetických nákladech, které naše tělo vynaloží při stresu. Z toho vyplývá, že pokud nám jde o život – vyplatí se takovou energii vynaložit. Pokud ne – je zbytečné energii plýtvat (Kvapilík, 2023, s. 79). Dále Pešek a Praško (2016) popisují stres jako stav zatížení organismu, ke kterému dochází vlivem působení různých stresorů. Také Světová zdravotnická organizace má vlastní definici na stres, která zní: „Stres je někdy definován jako stav zatížení organismu, ke kterému dochází vlivem různých stresorů. Stresory spouštějí stresovou reakci, která organismus přivádí do stavu pohotovosti a připravenosti k tzv. boji nebo útěku“ (Pešek a Praško, 2016, s.12). Dále WHO odkazuje na to, že velice závisí, jak my reagujeme na stresové podněty. Stres totiž má velký vliv na naši celkovou duševní i fyzickou pohodu. Dále najdeme definici stresu i u VZP (2021). Ta definuje stres jako takový psychický stav, jehož klíčové složky tvoří hlavně emoční vyčerpanost, oslabení kognitivních funkcí a velká únava organismu. Charakteristické pro člověka, který trpí syndromem vyhoření je, že svět je tzv. nepodněcující a nezajímavé místo (VZP, 2021).

1.2 Druhy stresu

Je známým faktem, že jsme každý do určité míry obklopeni stresem, avšak jak ne každý tuší, trocha stresu může být pro nás v některých ohledech užitečná. Jakmile jsme vystaveni nějaké činnosti, která nás dostane do pocitu stresu, vyplaví se dávka adrenalinu do krve (Mühlfeit a Costi, 2017, s.180). Dále pro nás je důležitá míra stresu, kterou prožíváme. Příliš malá míra stresu může mít negativní dopad na naši pozornost, což vede k jejímu oslabování a může vyústit v apatii. V takovém případě se rovněž ztrácí tlak na to, abychom se rozhodli, a tím i motivace k tomu, abychom se do něčeho pustili. Na druhou stranu, stres v mírném množství,

i když nemusí být vždy příjemný, nám poskytuje ideální podmínky pro správné rozhodování a efektivní jednání. Tento druh stresu nás stimuluje k tomu, abychom byli více soustředění a připraveni na výzvy, které před námi stojí. Naopak, příliš vysoký stres má opačný efekt. Může nás přetížit až do bodu, kdy se naše schopnosti zhoršují. V tomto stavu často dochází k hyperaktivitě, která, i když zpočátku může vypadat produktivně, brzy vede k vyčerpání a útlumu našich mentálních a fyzických schopností, což výrazně snižuje naši efektivitu a schopnost reagovat na okolní podněty (Novotná a Honzák, 2021, s.23-24).

Co se druhů stresu týče, máme stres krátkodobý a dlouhodobý. Krátkodobému stresu říkáme eustres neboli pozitivní stres. Mezi příklady tohoto druhu stresu lehce zařadíme například podařenou resuscitaci, splněnou zkoušku ale třeba i napsání závěrečné práce. Po takových výkonech zpravidla prožíváme pozitivní emoce a po odpovídajícím odpočinku a zotavení náš organismus zesílí a je zdravější než předtím. Na druhou stranu – „špatný stres“ neboli distress vznikne, když již přepínáme své síly a události, které se dějí, nemáme plně pod kontrolou. Mezi příklady těchto situací řadíme velké pracovní přetížení, konflikt mezi kolegy na pracovišti nebo přemíru administrativní pracovní zátěže. Samotný pocit, že danou činností nemáme plně pod kontrolou, ji změni z pozitivního podnětu na negativní. V tomto okamžiku tělo zaplaví stresový hormon, který vytváří kůra nadledvin – kortizol. Pokud tyto situace jsou výjimečné a krátkodobé, náš organismus to nijak neovlivní. Pokud tento stav je dlouhodobý – dostáváme se do tzv. chronického stresu. Pak prožíváme hlavně negativní emoce, kterými jsou: strach, úzkost, zlost. Existuje velká souvislost mezi probíhajícím distresem a vznikem syndromu vyhoření (Mühlfeit a Costi, 2017, s.180–181).

1.3 Dopad stresu na organismus

Jak již bylo zmíněno výše, stresové reakce byly určeny převážně pro biologické prostředí. Tudíž z biologického pohledu stresem organismus reaguje z důvodu přežití. Předtím než popíšeme, jak reaguje tělo na stres, považujeme za důležité zmínit biologickou podstatu vzniku stresové reakce. Samotný spouštěč najdeme v limbickém systému v mozku, který se nazývá amygdala. Toto emoční jádro, které je vývojově velmi staré, rozpozná stav ohrožení organismu. Děje se to ještě dříve, než si člověk samotný uvědomí, že se dostal do krizové situace. Amygdala tak vysílá impuls do hypotalamu a mozkového kmenu, jejichž prostřednictvím se aktivují sympatické nervové dráhy a do těla se vyplavují hormony adrenalin, noradrenalin či kortizol (Kvapilík, 2023, s.78).

Mezi stresové faktory, kterým sestry čelí, patří i samotný pracovní harmonogram, tudíž směnný provoz. Noční směny narušují cirkadiánní rytmus, což vede k fyzickému a psychickému stresu, který nemusí být vždy snadno rozpoznán. Spánkový deficit, který vzniká během noční služby, by měl být vyrovnán v následujících dvou dnech. Pokud k tomu nedojde, dochází k únavě, což se projevuje prodlouženou reakcí na podněty, zpožděnými odpověďmi, zpomaleným myšlením, zhoršenou pamětí a celkovým vyčerpáním z nedostatečné kompenzace spánkové deprivace. Kromě toho se zvyšuje riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, zejména ischemické choroby srdeční, oslabení imunity, trávicích problémů, jako jsou průjmy, zácpy nebo vředová choroba, a dalších zdravotních potíží. Pro prevenci těchto problémů je klíčové dodržovat zásady správné spánkové hygieny (Honzák, 2015, s.74-78).

Vztah mezi stresem či krizovými situacemi a rozvojem tělesných či psychických onemocnění byl starověkými lékaři znám už po staletí, i když v tehdejších dobách nebyl tento jev ještě plně pochopen. Antičtí lékaři si byli vědomi, že psychické a emocionální zátěže mohou mít vliv na fyzické zdraví, ať už se projevovaly bolestmi těla nebo ostatními chorobami. Ačkoliv však intuitivně rozpoznali souvislosti mezi těmito faktory, systematické a vědecké zkoumání těchto vztahů začalo teprve v posledních desetiletích. S rozvojem moderní vědy a výzkumu se podařilo odhalit komplexní mechanismy, jakým způsobem stres a krizové situace mohou ovlivnit naše tělo a mysl. Dnes již víme, že stres není pouze subjektivní pocit, ale má konkrétní biologické, psychologické a behaviorální důsledky, které mohou vést k různým onemocněním (Novotná a Honzák, 2021, s. 87). Dále již víme, jaké účinky stres má na náš organismus: vlivem stresové aktivizace organismu se zrychlí respirační činnost, čímž umožníme dostatečný přísun kyslíku do svalů. Také se zrychlí tepová frekvence a dochází ke kontrakci cév. Tento stav vede k lepšímu prokrvení svalstva. Vyplavený stresový hormon kortizol nám do krve umožní vyplavit glukózu, ta je pak využita k čerpání energie, která je potřebná pro překonání psychické či fyzické zátěže. Zrychluje se digestivní funkce a odbourávají se lipidy. To se děje opět kvůli rychlému přísunu energie. Imunita při prožití stresové reakce je výrazně potlačena z důvodů nedostatku energie na obranyschopnost, proto se člověk vlivem stresu stává náchylný k častým infekcím. Také pocit bolesti je výrazně inhibován vlivem endorfinů vyplavených do krve. Vlivem výrazného pocení během stresové reakce dochází také k ochlazení těla (Kvapilík, 2023, s. 78-79).

Z tohoto výčtu projevu stresu na lidské tělo vyplývá, že stresová reakce je energeticky velice náročná pro náš organismus, a proto po tomto velkém energetickém výdaji má pro nás

významnou úlohu zotavení. Pakliže nenastane potřebná regenerace, organismus se dostává do fáze, které říkáme chronický stres. Nikdo není stavěný na to, aby snášel dlouhodobě toxické účinky stresu (Muhlfeit a Costi, 2017, s.181). Vlivem chronického stresu dochází k celkovému vyčerpání organismu, mění se činnost některých orgánů a narůstá podíl škodlivých látek v těle. Příkladem některých onemocnění, které mohou vzniknout vlivem dlouhodobého přepětí organismu je hypertenze, diabetes mellitus, akutní záněty v těle a narušená odezva imunitních reakcí, které mohou způsobit nádorové bujení (Kvapilík, 2023, s. 81). Zvýšená hladina kortizolu, která je vyplavována do organismu při probíhající stresové reakci, má významné účinky na hojení ran. Studie z roku 2003, která zkoumala hladiny kortizolů u 24 jedinců, dokazuje, že kortizol zpomaluje hojení ran a tím ovlivňuje celkové hojení rány (Ebrecht, 2004 s.798–809). Mezi další negativní účinky chronického stresu na náš organismus řadíme: učení a paměťové schopnosti, ovlivnění funkcí kardiovaskulárního systému, ovlivnění funkcí gastrointestinálního systému a ovlivnění funkcí endokrinního systému (Yaribeigi et al., 2017 s.1057-1072).

Z dané kapitoly vyplývá, že stres má na lidský organismus jak pozitivní, tak negativní účinky. Pro téma naší bakalářské práce jsou významnější poznatky o působení chronického stresu. Je důležité podotknout, že pro vznik komplikací způsobených působením chronického stresu hraje důležitou roli čas, tj. jak dlouho se vystavujeme působení stresu. Dále podotkneme, že chronický stres má výrazně negativní účinky na některé tělní systémy. Ovlivňuje široké spektrum oblastí od psychického stavu jedince po závažné zdravotní problémy, jako jsou podpora nádorového bujení, kardiální potíže nebo zánětlivá onemocnění. Kromě těchto uvedených faktorů, chronický stres také významně ovlivňuje psychiku člověka. Stres, zejména ten chronický, výrazně přispívá k rozvoji syndromu vyhoření. Dané problematice se věnuje další kapitola této bakalářské práce.

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) je syndrom vyhoření zařazen pod kódem Z73.0. Tento kód označuje stav „vyhasnutí“ nebo „vyhoření“ a je definován jako stav celkového životního vyčerpání. Tento kód spadá mezi faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami, což poukazuje na jeho významné dopady na psychické i fyzické zdraví jedince (Pešek a Praško, 2016, s.21).

Na začátku dané kapitoly bychom chtěli vymezit dva pojmy, jako je syndrom vyhoření a psychické onemocnění – deprese. Tyto dva termíny se navzájem můžou zaměňovat, jedná se však o pojmy zcela odlišné. I přesto, že mají některé společné rysy, zejména v oblasti negativního dopadu na psychický a fyzický stav jedince, významně se navzájem liší svým původem. Syndrom vyhoření je charakteristický stavem fyzické i psychické nerovnováhy, která vznikne v důsledku působení dlouhodobého stresu. Podprahově nám tím sděluje, že je to stav, který vznikne u člověka, který se dlouhodobě obětoval pro svou profesi, až zcela vyhořel. Nejčastěji je spojovaný pouze s pracovním prostředím. Naopak deprese je definována jako klinická porucha ovlivňující náladu, chování a myšlení jedince. Jedná se tak o komplexní stav, který zahrnuje nejen vnitřní copingové mechanismy, ale také i vlivy prostředí. Člověk trpící syndromem vyhoření se dokáže scházet s kamarády, věnovat se svým koníčkům. Má však permanentně černé svědomí, že nemá dokončenou práci, a proto se nemůže soustředit na ostatní činnosti. Nedochází tak k načerpání nové energie, protože je takový člověk ponořený do sebe. Syndrom vyhoření může být často doprovázen depresí, avšak opačná situace, kdy je deprese přímo provázena syndromem vyhoření, není pravidlem (Bernhardt, 2022, s.18-19).

Hlavním rozdílem je tedy skutečnost, že u syndromu vyhoření postačí změna přístupu k přicházejícím podnětům nebo úprava pracovních podmínek. Deprese vyžaduje komplexnější a dlouhodobější přístup (Murray, 2023, s.24).

2.1 Autor syndromu vyhoření

Pojem syndrom vyhoření je relativně novým termínem, avšak samotný jev se vyskytuje již dlouhodobě. Obzvláště často se s ním setkáme v pomáhajících profesích. Definoval ho americký psycholog Herbert Freudenberger. Před tím, než popíšeme daný psychologický jev a jeho stádia, považujeme za důležité zmínit základní informace o autorovi tohoto termínu.

Herbert Freudenberger byl německý Žid narozený v Německu. Během druhé světové války byl rodiči poslán do New Yorku, kde měl své příbuzné. I přes náročné dětství se lišil

touhou po vzdělání, a proto vystudoval hned dvě vysoké školy. Během studií se potkal se světoznámým psychologem Abrahamem Maslowem, který následně ovlivnil jeho kariéru. Po dokončení doktorátu založil bezplatnou kliniku pro mladistvé narkomany, bezdomovce a problémové jedince v Harlemu.

Vzhledem k jeho velkému pracovnímu nasazení, které zahrnovalo dlouhé hodiny trávení v práci, postupně došlo k psychickému i fyzickému vyčerpání. Překvapila ho silná únava a k lepšímu pochopení svého stavu začal sám sebe nahrávat na diktafon a záznamy analyzovat. V průběhu této sebeanalýzy identifikoval emoce typu vztek, zklamání, nenávist a naprosté vyčerpání. Tento negativní psychický stav a jeho následná analýza ho vedly k vydání knihy, kde poprvé popsal fenomén, který již známe pod pojmem syndrom vyhoření (Honzák, 2018, s.18-21).

2.2 Stádia vzniku syndromu vyhoření dle různých autorů

Syndrom vyhoření je charakteristický postupným rozvojem a nástupem. Stadia rozvoje tohoto syndromu se u různých autorů mohou lišit. Například WHO dělí syndrom vyhoření do pouhých tří stádií. Prvním je stadium vyčerpání energie a kontinuální únava. Pro druhou fázi je typické psychická vzdálenost od ostatních a negativistické myšlenky. Poslední stupeň syndromu vyhoření WHO charakterizuje jako nízkou pracovní efektivitu (WHO, 2022). Daná část bakalářské práce se věnuje identifikaci jednotlivých fází na základě analýzy dostupných zdrojů.

2.2.1 Klasifikace dle Freudenbergera

Prvním stupněm je touha po společenském uznání. Jedinec očekává nejenom pracovní úspěchy, ale i ocenění okolí. Pokud se příslušné ocenění nedostaví, jakmile jedinec dosáhne nějakého cíle, přichází smíšené pocity zklamání a frustrace.

Druhý stupeň je charakteristický tím, že člověk začne vykonávat dvojnásobek práce. Pracuje více, dokonce i v případě práce, která mu nevyhovuje. Snaží se dokázat okolí i sám sobě, že je nenahraditelný. Nastaví si vysokou laťku. Charakteristické je i odmítnutí pomoci přicházející od okolí.

Dále po plné soustředěnosti do pracovních činností jedinec začne přehlížet potřeby ostatních. Jde například o rodinné příslušníky, kamarády, ale týká se to i jeho potřeb, tj. jídlo, spánek, odpočinek.

Další je fáze uvědomování, že je něco v nepořádku. Jelikož jedinec není schopen rozpoznat zdroj svých problémů, vyvolává to v něm pocit ohrožení. Objevují se tělesné známky stresu. Jedinec začne intenzivněji popírat své hodnoty. Nezbyvá žádná energie na jeho okolí. Ponoří se do práce a ta se stává jeho jedinou prioritou. Dochází posléze k emočnímu otupění a lhostejnosti k okolí. Sociální kontakty pro takového jedince se dále stávají nesnesitelnými, začne se jim vyhýbat. Zvenčí působí chladně, někdy agresivně. K narůstajícím problémům přibývá výrazná časová tíseň, do které se v této fázi dostává. Objevují se pocity beznaděje a ztráty smyslu. Jedinec může začít hledat úlevu od okolních narůstajících problémů v alkoholu, omamných látkách atd. Ztráta kontaktu se svými potřebami – spánek, jídlo, odpočinek, socializace již výrazně odešli do pozadí. Jedinec funguje mechanicky, je přítomný zúžený pohled na život. Vnitřní únavu, prázdnotu a ztrátu smyslu se snaží překonat v přehnaných aktivitách typu alkohol, drogy. Dostává se do fáze deprese. Jedinec vnímá pocit beznaděje, ztráty smyslu z budoucnosti. Je přítomná složka deprese jak fyzická, tak psychická.

Konečná fáze je syndrom vyhoření neboli celkový duševní, tělesný kolaps organismu. Tato fáze mnohdy vyžaduje vyhledání lékařské pomoci (Honzák, 2018, s.28–30).

2.2.2 Klasifikace dle Maslach

Americká psycholožka Christina Maslach navázala na práci amerického psychologa Freudenberg a významně rozšířila okruh příznaků, které jsou při syndromu vyhoření patrné. Rozdělila syndrom vyhoření do tří skupin – tělesného a psychického vyčerpání, ztráty uspokojení a potěšení z práce a odcizení (depersonalizace). Během posouzení syndromu vyhoření se hojně zabývala působením pracovního a sociálního prostředí na jedince (Honzák, 2018, s.33).

Mezi stadia vyhoření, které popisuje Maslach řadíme: nadšení – stav velkého zapálení do pracovní činnosti. Takový jedinec je charakteristický nerealistickými očekáváními, příliš si idealizuje náplň práce. Druhé stadium je stadium přetížení – stav takzvaného vyčerpání. Člověk se stává unaveným jak po psychické stránce, tak po fyzické. Do třetí spadá fáze tzv. napadání druhých lidí – nespokojenost jedince s pracovními podmínkami, ohodnocením, pracovním prostředím. Poukazuje na nedostatky ostatních. A tou poslední je fáze „proti všem“ – poslední fáze vyhoření, charakteristická selháním všech zdrojů energie jedince. Jedinec se stává negativisticky zaměřený (Krošová, 2018, s.17).

2.2.3 Klasifikace dle Peška a Praška

Idealistické nadšení – pracovní začátky bývají přemotivované. Zaměstnanec je plný idealistického očekávání, které však není realistické. Touží po uznání, tvrdě pracuje a idealizuje si své schopnosti. Typické je nerealistické očekávání od kolegů a své práce.

Stagnace – této etapě říkáme vystřízlivění. Dochází zde k setkání reality a původních idealistických představ. Zaměstnanec se snaží soustředit na to, aby se měl v práci dobře, vyhýbá se těžším pracovním úkolům. Tato fáze je vhodná pro zamyšlení se, zda jeho myšlenkový postoj a pracovní styl chování je vhodný a zdravý.

Frustrace – pochybení o efektivitě a o smysluplnosti pracovní činnosti, kterou vykonává. Pociťuje frustraci z pracovního prostředí, z kolegů, pacientů, nadřízených.

Apatie – obranná reakce. Distancování se od vlastních negativních emocí. Distancuje se od kolegů, v práci vykonává jen nejnutnější činnosti. V této fázi se již začínají objevovat psychosomatické potíže – bolesti hlavy, zad, kožní onemocnění a kontinuální únava.

Syndrom vyhoření – poslední stupeň. V literatuře se popisuje různě. Často je syndrom vyhoření doprovázený depresivními stavy. Dochází zde k úplnému fyzickému i psychickému vyčerpání. Jedná se o závažný stav, který většinou vyžaduje radikální krok. Změnu pracovního oddělení, zaměstnání, psychoterapii (Peško a Praško, 2016 s.19).

2.3 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je komplexnější, než se může na první pohled zdát. Jeho příznaky zasahují do mnoha oblastí v životě jedince. Tento stav ovlivňuje nejen kvalitu života, ale i jeho celkové fungování. Mühfleit a Costi identifikovali symptomy vyhoření: kontinuální únava, úzkost – trvající pocit, že člověk nestíhá a nemá kontrolu nad situací, zvyšuje se frustrace z práce a z kolegů, objevují se problémy se spánkem, bolesti hlavy, gastrointestinální obtíže, problémy s pletí, potíže se soustředěním, zvýšená podrážděnost vymizí schopnost se radovat (týká se i mimo pracovního života), celkově negativistický přístup, snižuje se výkonnost a produktivita, roste míra používání alkoholu, kofeinu, tabáku, roste/klesá chuť k jídlu (Mühfleit a Costi, 2017, s. 176).

Dušek a Večeřová-Procházková (2016) dále rozdělují příznaky syndromu vyhoření do tří základních oblastí, které jsou tímto syndromem ovlivněny: **fyzickou**, **psychickou** a **sociální** stránku. Kromě toho upozorňuje na projevy spojené s kognitivní oblastí, mezi které patří například problémy s koncentrací a rozhodováním, časté poruchy paměti, dezorganizace, negativistické myšlení a pocity beznaděje a bezmoci. Tyto příznaky mohou

vést ke snížení pracovního výkonu a celkového životního uspokojení jedince. Následující graf představuje výčet příznaků syndromu vyhoření dle Duška a Večeřové-Procházkové (2016):

Tabulka 1 Dělení příznaků syndromu vyhoření

Fyzické příznaky	Chronická únava a vyčerpání. Poruchy spánku, nekvalitní spánek Bolesti hlavy nebo svalové napětí. Náchylnost k somatickým onemocněním, jako jsou infekce
Psychické příznaky	Snížení pracovního výkonu a motivace. Pocity cynismu a odosobnění. Emoční labilita, jako je podrážděnost, frustrace Ztráta pocitu smyslu a uspokojení z práce.
Sociální příznaky	Stažení se z kolektivních aktivit, omezení kontaktů. Sociální konflikty Snížená empatie vůči ostatním lidem.

Zdroj: Dušek, Večeřová – Procházková, 2016, s. 1511-1512

Jak je patrné z tabulky, syndrom vyhoření má výrazný dopad na mnoho životních oblastí počínající od profesního výkonu a končící sociálními vztahy jedince. Dlouhodobé negativní působení na psychiku syndromem vyhoření může vést až k rozvoji depresivních stavů, úzkostí nebo dalších psychických poruch. V krajním případě se můžou objevit i sebevražedné sklony. Někdy si je profesionál vědomý své „přepřacovanosti“, většinou se setkáme ale s opačným případem. Dále se syndrom vyhoření hodně přenáší i do rodinného prostředí. Na druhou stranu, harmonické a vyrovnané domácí prostředí může hojně ovlivnit intenzitu vnímání náročné pracovní situace.

Stojí za zmínku, že syndrom vyhoření nevznikne nikdy jen z pouhé přepřacovanosti. Mezi příčiny vzniku řadíme obtíže odmítnout úkol, přemíra náročných úkolů, poskytování příliš dlouho intenzivní emocionální podpory po dlouhou dobu, vysoké nároky bez možnosti rozdělit si pracovní úkoly. Tyto všechny faktory na pracovišti vedou postupně k emočnímu i fyzickému vyčerpání a následnému vzniku syndromu vyhoření (Dušek a Večeřová-Procházková, 2016).

2.4 Diagnostika syndromu vyhoření

V otázce diagnostiky syndromu vyhoření máme několik možností. Podle Honzáka nám jako hlavní kritérium pro diagnostiku poslouží pozorování příznaků. Tudiž je nutné je dobře ovládat pro schopnost odlišit syndrom vyhoření od ostatních poruch. Dáváme větší důraz na sledování příznaků objektivních, tj celkovou únavu, zvýšenou podrážděnost, spánkové potíže. Na druhou stranu jsou důležité pro nás i reakce samotného jedince, tj. subjektivní vnímání jeho stavu.

Existuje mnoho různých hodnotících škál, které slouží k diagnostice syndromu vyhoření. U nás mezi ten nejrozšířenější patří MBI dotazník. Maslach Burnout Inventory je dotazník, který vytvořila americká psycholožka Christina Maslach a je široce používán dodnes. Obsahuje 22 položek, které jsou rozděleny na 4 okruhy: emoční vyčerpání, tělesné vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení z práce. Respondent odpovídá na každou položku v dotazníku podle Likertovy škály od 0-7, přičemž 0 představuje odpověď „nikdy“, naopak 7 odpovídá popisu „velmi silně“ (Honzák, 2018, s.38).

2.5 Prevence syndromu vyhoření

V odborné literatuře se uvádí, že pro důležitý management stávající krize je důležité trénovat svoji odolnost. Lidé, kteří jsou charakterističtí svojí odolností a kteří nepotlačují své pocity, se vyznačují schopností přistupovat k problémům tvůrčím způsobem. Myslí na těžké životní situace jako na výzvu, kterou zdolají, čímž přispějí k řešení situace. Odolnost u jedince se dá trénovat vystavováním se novým situacím. Změna pro člověka znamená stresující podnět, čímž posiluje mozek, aby každá příští změna pro jedince nebyla velký stresor (Honzák, 2018, s.169).

Lidé nastupující do nového povolání častokrát na sebe kladou vysoké nároky. Touha po dokonalosti často vede k neustálému vytváření požadavků, které jsou nerealistické a nikdy nejsou plně uspokojitelné. Tento tlak jen zvyšuje úzkost a tzv. podkopává sebevědomí, což následně způsobuje rostoucí nejistotu. Tato nejistota vede k častějším chybám, a tím vzniká začarovaný kruh, ze kterého je těžké uniknout. Není tedy překvapením, že v takto zátěžovém psychickém prostředí se i ty nejjednodušší úkoly mohou stát neproveditelnými. Jedinec je totiž mnohem přísnější a náročnější vůči sobě než jakýkoli vnější hodnotitel nebo kritik. Tento sebekritický postoj vychází z iracionálních nároků, které nelze naplnit, a proto jakákoli pomoc zvenčí je často vnímána jako nedostatečná nebo dokonce jen jako projev soucitu, který nemá žádnou skutečnou hodnotu.

Avšak v této náročné situaci lze hledat i určité výhody. Jedinci, kteří čelí takovému neustálému výzvě, jsou motivováni hledat nové a kreativní způsoby, jak zvládnout své pracovní úkoly. Tento proces hledání nových strategií může přinést nejen nový impuls k růstu, ale i příležitost pro osobní a profesní rozvoj, což může na dlouhé období přinést pozitivní změny v jejich přístupu k práci i k sobě samotným. Aby jedinec dokázal čelit tlaku vnitřních přísných pravidel, je nezbytné si stanovit vlastní hranice ohledně svých schopností a sebekritiky. V úspěšné prevenci syndromu vyhoření hraje klíčovou roli schopnost přijetí těchto limitů. Pokud jedinec přijme, že není v jeho silách dosáhnout absolutní dokonalosti, stresové impulsy nebudou mít tak devastující dopad na jeho psychické a fyzické zdraví. Naopak, tato změna v přístupu mu může umožnit hledat nové strategie pro zvládání pracovních úkolů, což přináší nový impuls pro růst a zlepšení výkonu. Pakliže jedinec přijme skutečnost, že není v jeho síle zvládnout vše dokonale, stresové impulsy nebudou mít tak velký dopad na jedince a jeho psychické a fyzické zdraví (Novotná a Honzák, 2021, s. 42).

Mezi běžně doporučované způsoby od společnosti, jak se vyrovnat s těžkými životními situacemi, často bývá alkohol. Není však úplně pravda, že alkohol skutečně zlepšuje náladu nebo pomáhá v kritických okamžicích. Naopak, alkohol má tendenci oslabovat analytické a rozhodovací schopnosti, což může člověka snadno přivést do komplikovaných společenských situací. Z chemického a farmakologického hlediska je alkohol látka, která může vyvolávat deprese, rozladěnost a agresivitu – stavy, které jsou v rozporu s potřebou racionálního a střizlivého zhodnocení situace (Novotná a Honzák, 2021, s. 133).

Dále v prevenci považujeme za důležité vyhnout se nadměrné citlivosti k potřebám jiných lidí. Pomáhající jedinec by si měl uvědomit, že i jeho organismus má své limity, které jsou vyčerpatelné. Během aktivního věnování se ostatním přicházíme o vlastní zdroje energie, které doplníme jen péčí o své fyzické a emocionální zdraví.

Umění říct NE, je u pomáhajících profesí klíčové pro stanovení si vlastních limitů a hranic. Tato vlastnost patří mezi základy asertivního chování. „*Asertivně jednající člověk vystupuje za sebe, vyhlašuje svá vlastní stanoviska, neohání se obecnými pravdami*“ Tato schopnost patří mezi behaviorální strategie zvládání zátěže. Schopnost vyjadřovat vlastní pocity a názory přiměřenou formou, mít svůj názor a vysvětlit „proč“, umět přijmout odmítnutí bez pocitu odmítnutí či urážky, jsou zásady k asertivní komunikaci, kterou je vhodné rozvíjet. Díky asertivní komunikaci si nastavíme vlastní limity a hranice, čímž přispějeme k udržení duševní rovnováhy. Nevyřčeným pravidlem asertivního chování a jakéhokoliv autentického

jednání je vědět, že mám právo nést chyby a chtít si za ně nést zodpovědnost (Honzák, 2015, s.188-189).

Pokud chceme předejít nadměrnému přetěžování, zaměříme se na efektivní time management. Jeden velký úkol je výhodné rozdělit na menší etapy a části, čímž výrazně přispějeme k jeho plnění. Je důležité plánovat čas tak, aby byl co nejefektivněji využit, čímž přispíváme k produktivní pracovní činnosti. Plánování času by mělo být zaměřené na jeho co nejefektivnější využití. Tímto výrazně zmírňujeme dopad stresu na náš organismus.

Během pracovní doby je důležité věnovat pozornost pravidelným přestávkám. Dlouhé pracovní směny sester, tíha rychlého rozhodování, stresující prostředí, nedostatek spánku, to vše významně ovlivňuje jak kvalitu prováděné práce, tak i péči o pacienty. Důležité v prevenci únavy na pracovišti a čerpání energie jsou přestávky na pracovišti. Pro prevenci syndromu vyhoření a obnovu energie na pracovišti je klíčový odpočinek zařazený do pracovního režimu. Studie také poukazují na důležitost kvalitně vybavených odpočinkových místností, které zdravotní sestry vnímají pozitivně na vliv jejich emoční regenerace a spokojenosti během pracovní doby. Bylo také prokázáno, že přestávky na pracovišti mají pozitivní vliv na zdraví zdravotních sester (Adeleh, 2016, s. 512–523).

Mezi další preventivní opatření můžeme zařadit vyhledávání podpory a pomoci. Pomoc hledáme jak u vedoucího pracovníka, kamarádů, kolegů, tak i u odborníka např. terapeuta. Sdílení zodpovědnosti a přiznání si, že je vhodné vyhledat pomoc, je zásadní faktor pro udržení bio-psycho-sociální rovnováhy. Díky podpoře okolí a odborníků pak zvládáme pracovní i osobní přetíženi snadněji.

Výzkumy dále ukazují, že v prevenci syndromu vyhoření hraje velkou roli supervize a efektivní vedení sesterského kolektivu. Pokud všeobecná sestra má podporu, povzbuzení a konstruktivní kritiku od nadřízeného, dochází ke zvýšené pracovní motivaci sestry, což je pro pracovní nasazení pozitivní. Vhodnou supervizí můžeme dosáhnout sjednocení kolektivu a zároveň umožní individuální přístup k jednotlivci. Obrátit se na supervizora nebo vedoucího pracovníka v případě vzniklých pracovních problémů může být správným krokem k jejich řešení (Papathanasiou, 2014, s.405-410).

V předcházení syndromu vyhoření se také ukázalo, že pozitivní vliv na náročnou práci zdravotních sester má smích. I pouhý úsměv jednotlivce pomáhá budovat mezilidské vztahy, zlepšovat pracovní podmínky a zmírňovat stres a nervozitu u pacientů. Humor, který je použit ve vhodnou chvíli napomáhá zachovat si nadhled nad náročnou situací a podporuje psychickou pohodu. Nesmíme však zapomenout, že při využití léčivého potenciálu humoru

je důležité myslet na nevhodné formulace, sarkasmus či diskriminující poznámky, které by mohly být vnímány negativně (Theal, 2017, s.43-44).

Souhrnně lze říct, že prevence syndromu vyhoření je rozmanitá a zahrnuje aktivní zapojení jedince do daného procesu. Klíčovým prvkem v prevenci syndromu vyhoření se jeví změna přístupu k sobě samému. To zahrnuje jak pozitivní nadsled na životní i pracovní situace, tak i zdokonalování time managementu a trénování asertivní komunikace. Všechny tyto faktory nejenže se jeví jako zásadní v prevenci syndromu vyhoření, ale také přispívají ke zlepšení celkové spokojenosti v pracovním kolektivu.

3 OSOBNOSTNÍ PŘEDPOKLADY PRO VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ

Jak již bylo výše zmíněno, práce pomáhajících profesí je syndromem vyhoření ohrožena nejvíce. V předchozích kapitolách této bakalářské práce jsme se zabývali definicí tohoto fenoménu, jeho základním dělením, příznaky, které se projevují jak tělesně, tak fyzicky a sociokulturními aspekty. V dalších částech této práce jsme se zaměřili na typy v prevenci vzniku tohoto fenoménu. Mezi hlavní předpoklady vzniku syndromu vyhoření ve zdravotnictví patří směnný provoz, chronický stres, kolegiální neshody a vrozené osobnostní předpoklady jedince. Další studie poukazují na vztah mezi osobnostními předpoklady, tj. vnímání a chování jedinců, a vlivem prostředí na vztah k vyhoření (Qomarullah, 2024, s. 16-24). V této kapitole se podrobněji zaměříme na popis těchto hodnot a předpokladů, které v součtu s ostatními faktory přispívají ke vzniku syndromu vyhoření.

Mezi osobnostní faktory, které ztěžují odolnost vůči stresujícím podnětům, řadíme fenomén vulnerability. Tento termín v doslovném překladu znamená zranitelnost. Tu dále můžeme dělit na primární a sekundární. Primární vulnerability neboli biologická, spočívá ve vrozených biologických indispozicích ve zvládání zátěže, jedinec rychle podléhá působícím stresovým faktorům. Dále sekundární je definována jako taková vulnerability, která v důsledku působení negativních zkušeností ovlivnila zranitelnost jedince do budoucna. V literatuře se také setkáme s názvem psychická vulnerability. Pro psychický základ vulnerability řadíme určité postoje jedinců např. postoje a stavy bezmocnosti (se situací se již nedá nijak jinak vypořádat než jí podlehnout, jedinec podléhá pocitům beznaděje a bezmoci aniž by se pokusil o nápravu situace), postoje a stavy opuštěnosti (jedinec se cítí bez podpory okolí, cítí se sám nebo nepochopený okolím), postoje a stavy zatrpklé rezignace (charakteristická pasivní apatie a odevzdanosti situaci/zátěži), postoje a stavy fatalismu (takové postoje, které jsou založeny na přesvědčení, že všechno, co se jedinci děje v životě je v rukou osudu a jedinec to není schopen ovlivnit). Zranitelnost jedince je dynamický proces, který může být posilován. Tento proces posílení zranitelnosti spočívá v rozvoji dovedností a strategií, které umožní lépe čelit stresovým situacím. Cílem změny vulnerability na odolnost je nejenom adaptace na nepříznivé okolnosti, ale také aktivní přijetí těchto situací jako výzev, které mohou být zvládnuty. Takový přístup pak umožňuje jedinci vidět těžké životní situace jako příležitost k osobnímu růstu. Namísto pasivního přijímání nevyhnutelnosti problémů a pesimistického přístupu k situaci roste vnitřní odolnost a psychická síla jedince. Odolný jedinec přijímá zkušenosti z minulých nepříznivých událostí

a využívá je jako cenné lekce, ze kterých se poučí a na základě nichž se osobnostně i emocionálně posiluje (Helus, 2011, s.464–468).

Mezi další osobnostní faktory, které přispívají ke vzniku syndromu vyhoření je vysoká emoční citlivost na vnější faktory. Orloff (2018) popisuje vysokou citlivost jedinců jako osobnostní rys, ne patologii, která když je správně řízena a uchopena, nemusí být překážkou v osobním i pracovním životě. Dle Orloffa (2018) vysoce citliví lidé jsou přirozeně předurčení k práci v pomáhajících profesích. Jejich přirozená citlivost a empatičnost k ostatním se tak v těchto pracovních oblastech efektivně využije. Citliví jedinci však jsou vysoce náchylnou skupinou pro vznik syndromu vyhoření. Většinou za to může jejich přejímání zodpovědnosti za výsledky probíhajícího procesu tj. nemoci, léčby. Pakliže dojde k návratu nemoci nebo nedodržení pooperačního režimu, berou tyto lidé zodpovědnost na sebe. Dále špatně snášejí také problémy a konflikty na pracovišti, protože tyto jedinci vnímají emoce druhých výrazně intenzivněji. Citliví lidé, kteří pracují v pomáhajících profesích, mohou také zažívat psychický stav, který je nazýván – vyčerpání soucitu. Tento stav je důsledkem dlouhodobého vystavování se stresu a péči o ostatní. Výsledkem je, že tyto lidé již nemají odkud brát energii pro svoje vlastní fungování. Orloff (2018) uvádí deset tipů pro citlivé lidi v pracovním prostředí, které mají pomoci těmto jedincům nepodléhat stresovým vjemům a následnému vzniku syndromu vyhoření. Mezi tyto tipy patří například zdravý životní styl, dechová cvičení, věnování se koníčkům a odpočinku a stanovení hranic, které budou jasně vymezené (Orloff, 2018, s. 476-485).

Mezi další faktory přispívající k rozvoji syndromu vyhoření patří i chování typu A. Podrobněji se tím začali zabývat američtí kardiologové Friedman a Rosenman v 50. letech 20. století. Tito dva kardiologové zkoumali vliv chování typu A na vznik kardiovaskulárních onemocnění, tudíž na patofyziologické účinky tohoto typu chování na organismus. Obecně lze říci, že působení stresových hormonů má velký podíl na správném fungování organismu. I přesto, že daný koncept chování je považován za kontroverzní, může posloužit jako užitečný mechanismus k identifikaci souvislostí mezi určitou nemocí a projevem chování jedince. Hlavní projevy těchto jedinců spočívají v přehnané zodpovědnosti a ambicióznosti. Také je známý fakt, že se nezřídka cítí přepracovaně. Pro tyto lidi je charakteristické potlačování svých pocitů, hlavně zlosti, žijí jak s trvalým vnitřním neklidem, tak i s vnitřním rostoucím napětím. Tito lidé jsou přehnaně soutěživí, chtějí dosáhnout úspěchu jak v kariéře, tak v osobním životě. Jejich velká chuť vyhrávat spočívá v množství jimi dosažených cílů. Také jsou charakterističtí přerušováním mluveného slova, nervozitou z čekání např. ve

frontě a mají pořád ustaraný výraz, jelikož mají pocit, že musí být všude včas. Pokud jde o rodinné vztahy, jedinci v tomto případě figurují pouze okrajově, jako „stopový prvek“, nejsou příliš přítomní ve svém rodinném životě. Většinou se nacházejí jinde, kde se soustředí na dosažení svých osobních cílů, mají totiž pro ně větší váhu. Kardiologové Friedman a Rosenman doporučovali těmto lidem zpomalovat pracovní tempo, které často přesahovalo zdravé hranice a tím přispívalo ke vzniku kardiovaskulárních chorob. Mezi další jejich přístupy k takovým lidem patřil rozvoj větší sebereflexe a sebehodnocení, což přispívalo k zmírnění životního tempa a tím i ke zmírnění působení stresových faktorů. Učili je také většímu respektu k lidem, což bylo klíčové pro jejich fungování ve společnosti a zlepšení mezilidských vztahů. Tato doporučení posloužila ke zlepšení celkového psychického a fyzického stavu těchto jedinců (Pešek a Praško, 2016, s.30).

Mezi další studie, které zkoumaly syndrom vyhoření a chování typu A patří studie autorů Ulrika et al. (2007) Jeho kolektiv zkoumal vliv tohoto typu chování na rozvoj syndromu vyhoření a vztahy mezi pracovním zapojením. Hlavní zjištění této studie potvrzuje, že chování typu A, které se vyznačuje velkou ambiciózností, impulsivním chováním a velkou touhou po dosažení cílů, předurčuje jedince k mnohem větší náchylnosti ke vzniku syndromu vyhoření. Naopak lidé, kteří nejsou charakterističtí tímto typem chování, jsou v menším riziku výskytu syndromu vyhoření. Hlavní příčinou větší náchylnosti ke vzniku tohoto fenoménu je, že vlivem vysoké snaživosti těchto jedinců dochází mnohem rychleji k psychickému a fyzickému vyčerpání, což jak z předchozích kapitol víme, je hlavním znakem syndromu vyhoření. Studie také poukazuje, že vysoké pracovní nároky na výkon v pracovním prostředí a stresující prostředí obecně umožňuje negativní rozvoj povahových faktorů, které patří k tomuto typu chování. Také je poukázáno na skutečnost, že pokud pracovní prostředí je podporující pro tento typ zaměstnanců, může tato skutečnost výrazně pozitivně ovlivnit jejich chování. Podporující pracovní prostředí zmírňuje vliv negativních faktorů na jedince čímž opět ovlivní výskyt syndromu vyhoření. Naopak studie poukazuje, že pro lidi s chováním typu A je charakteristická vysoká motivace pro dosažení cílů, díky čemuž pak značně ovlivňují svoje pracovní zapojení. Toto vysoké pracovní nadšení výrazně ovlivňuje výsledky dosažené těmito jedinci. Ze studie tedy vyplývá, že díky vysokému pracovnímu zapojení mají zaměstnanci vyšší pracovní výkony a tím se zvyšuje jejich spokojenost v pracovním prostředí. Tyto všechny faktory působí pozitivně proti vzniku syndromu vyhoření. Studie také poukazuje na důležitost rovnováhy mezi chováním typu A, vysokými profesními nároky a technikami pro zvládání stresů. Pakliže všechny tyto tři faktory jsou v rovnováze, riziko psychického a emocionálního vyčerpání je minimální.

Považujeme za důležité zmínit fakt, že udržení zdravé rovnováhy mezi odpočinkem a pracovním prostředím je klíčové v prevenci syndromu vyhoření nejenom u jedinců vyznačujících se chováním typu A. Taktéž i u osob s jinými typy chování tato rovnováha má velmi pozitivní vliv na snížení míry působení stresových podnětů, které vedou pak k negativním důsledkům (Ulrika et al. 2007, s. 135–142).

Lu et al. (2022) se zabývali vztahy mezi chováním typu A, neuroticismem, pracovním stresem a syndromem vyhoření. Studie byla aplikovaná na zdravotnické prostředí, konkrétně na zdravotní sestry v pěti různých čínských městech. Studie byla realizována celkem na 527 zdravotních sestrách z 10 různých nemocnic. Věková kategorie zkoumaných sester byla starší 40 let. Studie vyzdvihuje fakt, že čím víc je přítomných stresorů na pracovišti, tím více jsou zaměstnanci ohroženi vznikem syndromu vyhoření. Ze studie dále vyplývá, že díky specifickým rysům, které jsou typické pro jedince s chováním typu A, jejich sklon k nižší spokojenosti na pracovišti přispívá k negativním psychickým důsledkům. Další část práce se zabývá vztahem mezi neuroticismem a jeho negativními dopady na zdravotní a psychický stav. Neuroticismus je charakterizován velkou emoční nestabilitou a velkou odezvou na stresové podněty, což silně ovlivňuje celkové zdraví jedince. Lidé, s vysokou mírou neuroticismu mají tendenci podléhat stresovým podnětům více. To znamená, že mají tendenci prožívat negativní emoce v určitých situacích více než osoby, které nejsou charakteristické vysokou mírou neuroticismu. Studie dále klade důraz na důležitost zkoumání syndromu vyhoření u starších sester, protože (v závislosti na pracovní pozici) mají velký vliv na mentoring nových sester nebo se podílí na vedení týmu. Proto jejich psychická rovnováha může výrazně ovlivnit jak pacienty, tak nové sestry. Na základě výzkumu této studie se potvrzuje skutečnost, že osobnosti typu A mají výrazně větší výskyt syndromu vyhoření. Během vlivu působení pracovních stresorů k syndromu vyhoření u zkoumaných sester vedla nízká pracovní spokojenost ke vzniku tohoto fenoménu. Dále studie poukazuje na souvislost mezi chováním typu A a výskytem interpersonálních neshod v kolektivu. Tuto skutečnost řadíme mezi další pracovní stresory. Závěrem studie jsou doporučení pro vedoucí personál a tipy, jak můžou snížit výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester. Mezi tato doporučení patří zařazení sester na jiná pracoviště, s nižší stresovou zátěží. Dále tam patří přijetí nových zdravotních sester a vyjasnění rozsahu pracovních povinností. Dle uvedené studie těmito kroky má vedení nemocnice výrazně větší vliv na míru výskytu syndromu vyhoření (Lu et al., 2022). Na závěr je důležité podotknout, že syndrom vyhoření představuje závažný problém, který může negativně ovlivnit jak jednotlivce, tak celou dynamiku pracovního prostředí.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Hlavním cílem je: identifikovat výskyt syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků působících na chirurgických pracovištích. Práce se zaměřuje na zhodnocení míry psychosociální zátěže spojené s výkonem zdravotnického povolání u všeobecných sester na pracovištích s chirurgickým zaměřením. Výzkum se prováděl v Krajské nemocnici Tomáše Bati a Kroměřížské nemocnici.

Dílčí cíle:

1. Identifikovat četnost výskytu syndromu vyhoření na jednotlivých chirurgických pracovištích
2. Analyzovat rozdíly v míře syndromu vyhoření mezi zdravotníky pracujícími ve dvou různých nemocnicích
3. Zjistit znalosti všeobecných sester o syndromu vyhoření

Výzkumné otázky:

1. Jaká je četnost výskytu syndromu vyhoření na jednotlivých chirurgických pracovištích?
2. Jaké jsou rozdíly v míře syndromu vyhoření mezi zdravotnickými pracovníky pracujícími ve dvou různých nemocnicích?
3. Jaká je úroveň znalostí všeobecných sester o syndromu vyhoření?

5 MATERIÁL A METODIKA

Naplní dané kapitoly je seznámení s výzkumnou metodou, která posloužila pro výzkumné šetření. Také se zabývá časovým harmonogramem sběru dat a charakteristikou výběru respondentů.

5.1 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumaný soubor tvořila skupina všeobecných sester a praktických sester pracujících v Krajské nemocnici Tomáše Bati a.s. (dále jen KNTB) a v Kroměřížské nemocnici a.s. (dále jen KMN). V KNTB byly dotazníky rozdány na oddělení urologie, ušní nosní krční chirurgie (dále jen ORL), ústní čelistní a obličejové chirurgie (dále jen ÚČOCH). V KMN se na dotazníkovém šetření podílela oddělení všeobecné chirurgie, oddělení ušní nosní krční chirurgie (dále jen ORL), a oddělení urologie. Je nutné dodat, že věk respondentů přesahoval 18 let a každý respondent byl zapojen do výzkumu zcela dobrovolně.

Průzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím kvantitativní metody, konkrétně formou strukturovaného dotazníku. Před jeho sestavením byla provedena rešerše odborné literatury vztahující se k dané problematice, která sloužila jako teoretický základ pro formulaci jednotlivých otázek. Dotazník byl vytvořen autorkou práce na základě analýzy relevantních zdrojů. Vyplnění dotazníků bylo anonymní a dobrovolné. Výzkum probíhal od ledna roku 2025 do května 2025. Realizace dotazníkového šetření byla předem schválena náměstkyní pro vzdělávání a rozvoj (znění souhlasu v příloze č. 3), čímž byl zajištěn souhlas vedení zdravotnického zařízení s provedením výzkumu.

5.2 Diagnostická metoda MBI

Sběr dat byl realizován prostřednictvím standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI), jenž představuje jeden z nejpoužívanějších nástrojů pro hodnocení úrovně syndromu vyhoření. Dotazník obsahuje 22 položek, na každou se dá odpovídat číslicí od nuly do sedmi. Nula v tomto případě představuje odpověď „nikdy“, zatímco sedmička odpověď „velmi silně“.

Tabulka 2 Syndromové okruhy

EE	Emoční vyčerpání
PE	Tělesné vyčerpání
DP	Depersonalizace – ztráta zájmu
PA	Osobní uspokojení z práce

(Zdroj: Honzák. 2018, s. 37)

Tabulka 3 Vyhodnocení dotazníku MBI

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
Stupeň osobního uspokojení PA:
Vysoký: 39 a více
Mírný: 38
Nízký: 31–0

Zdroj: Venglářová a kol. 2011, s. 44

Součástí dotazníku bylo zjištění sociodemografických údajů o respondentech. Ptali jsme se na věk respondentů, biologické pohlaví, dosažené vzdělání a současnou délku praxe na příslušném pracovišti. Odpovědi na tyto otázky byly uzavřené, tudíž respondenti svou odpověď kroužkovali. Mezi další zahrnuté sociodemografické otázky jsme zařadili jednu s otevřenou odpovědí. Požadovala se odpověď na definici pojmu syndrom vyhoření.

6.1 Časový harmonogram a velikost souboru

Výzkum probíhal od února 2025 do března 2025 ve dvou nemocnicích ve Zlínském Kraji. Dotazníky byly distribuované v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s., a Kroměřížské nemocnici, a.s. Celkový počet rozdaných dotazníků činil 115 kusů. Vracených a vyplněných dotazníků bylo 110 kusů. Po kontrole a selekci sesbíraných dotazníků byly některé z nich

vyřazeny (celkem 25 dotazníků) z důvodu nesplnění stanovených kritérií pro výzkum. Výsledný počet validních dotazníků byl poté stanoven na 85.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tato kapitola se zabývá analýzou a interpretací výsledků zjištěných na základě výzkumného šetření. V souboru hodnoceno jako 100 % bylo 85 dotazníků.

6.1 Interpretace výsledků informativní části dotazníku

Na tuto problematiku bylo vyčleněno celkem 5 otázek. Ke zpracování zjištěných výsledků jsme použili Microsoft Word 2021. Výsledky první části pro přehlednost čtenáře jsou prezentovány do tabulek a grafů v absolutní a relativní četnosti. Vyhodnocené položky jsou uvedeny ve stejném pořadí, v jakém jsou prezentovány v dotazníku. Respondenti byli vybráni z oddělení s chirurgickým zaměřením. Výběr nerozlišoval mezi praktickými a všeobecnými sestrami.

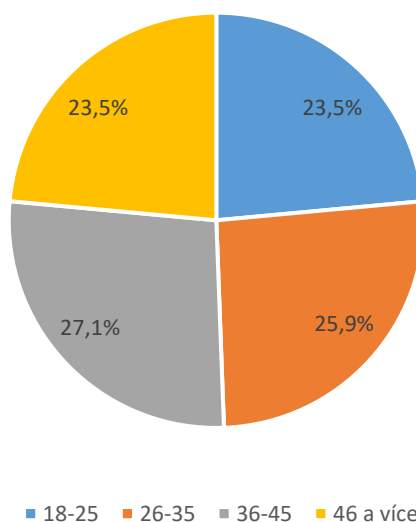
Tabulka i přiložený graf znázorňují věkové rozložení respondentů zapojených do výzkumného šetření. Nejvyšší zastoupení měla věková skupina 36–45 let (27,1 %), následovaná skupinami 26–35 let (25,9 %), 18–25 let (23,5 %) a 46 let a více (23,5 %).

Tabulka 4 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
18–25 let	20	23,5 %
26–35 let	22	25,9 %
36–45 let	23	27,1 %
46 a více let	20	23,5 %

(zdroj: vlastní)

Graf č. 1 Rozdělení respondentů dle věku – relativní četnost



(zdroj: vlastní)

Otázka č. 2 se zaměřuje na pohlaví respondentů zapojených do dotazníkového šetření. Výrazně převažovalo ženské pohlaví, které tvořilo 95,3 % všech respondentů, zatímco mužské pohlaví bylo zastoupeno pouze z 4,7 %.

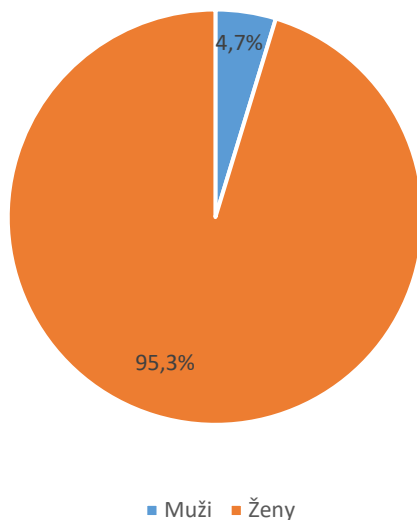
Tabulka 5 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	4	4,7 %
Ženy	81	95,3 %

(Zdroj: vlastní)

Graf č. 2 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů



(Zdroj: vlastní)

Další graf spolu s tabulkou znázorní dosažené vzdělání respondentů. Největší podíl tvoří respondenti se středoškolským vzděláním zakončeným maturitní zkouškou (62,4 %). Vysokoškolské vzdělání uvedlo 27 % respondentů a 10,6 % respondentů má vyšší odborné vzdělání.

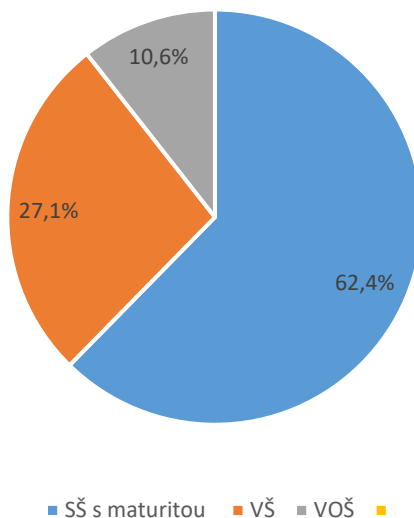
Tabulka 6 Přehled dosaženého vzdělání respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
SŠ s maturitou	53	62,4 %
VŠ	23	27 %
VOŠ	9	10,6 %

(Zdroj: vlastní)

Graf č. 3 Přehled dosaženého vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání respondentů



(Zdroj: vlastní)

Čtvrtá otázka dotazníku se zaměřovala na zjištění, zda mají respondenti povědomí o tom, co je syndrom vyhoření. Tato otázka byla obzvlášť důležitá pro posouzení úrovně znalostí v oblasti, která je vzhledem k náročnosti práce všeobecných sester stále aktuálnější. Je třeba podotknout, že značná část dotazníků byla vyřazena právě z důvodu chybějící odpovědi na tuto otázku, což mohlo naznačovat nejistotu respondentů při vyjadřování vlastních znalostí bez nabídky odpovědi. Mezi validními odpověďmi se však objevovala vysoká míra shody u respondentů. Respondenti často zmiňovali pojmy jako emoční vyčerpanost, chronická únava, nedostatek energie, nechut' k práci a nezáměr o práci, podrážděnost, arogantní přístup k pacientům, ale také neschopnost se po práci uvolnit a odpočívat. Někteří respondenti dále uváděli i tělesné projevy, což odpovídá odborným znalostem této problematiky, jak jí popisujeme výše. Na základě těchto odpovědí lze konstatovat, že informovanost všeobecných sester o problematice syndromu vyhoření je na velmi dobré úrovni, přičemž jejich popisy odpovídají základním teoretickým východiskům tohoto fenoménu. To poukazuje na skutečnost, že syndrom vyhoření je mezi sestrami dobře známý.

Poslední otázka v rámci zjištění sociodemografických údajů o respondentech zkoumala délku praxe na současném pracovišti. Z celkového počtu respondentů největších 40 % tvoří všeobecné sestry s délkou praxe 1–5 let. V délce praxe 6–10 let je procentuálně zastoupeno

25,9 respondentů. Dále v délce praxe 10–20 let tvoří 17,6 % respondentů a poslední 16,4 % jsou respondenti s pracovní zkušeností nejdelší, a to 20 a více let praxe.

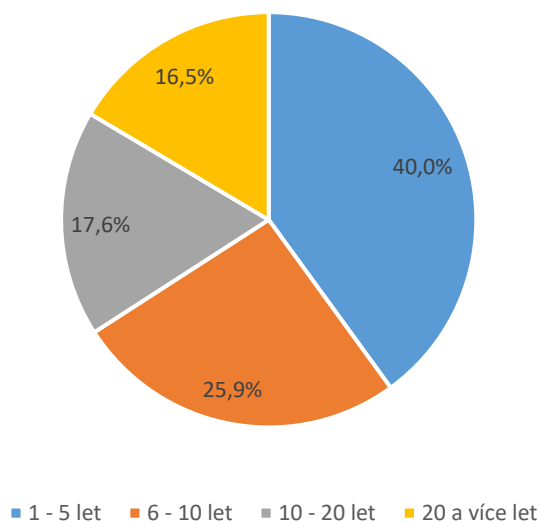
Tabulka 7 Přehled délky praxe respondentů na pracovišti

Délka praxe na pracovišti	Absolutní četnost	Relativní četnost
1–5 let	34	40 %
6–10 let	22	25,9 %
10–20 let	15	17,6 %
20 a více let	14	16,5 %

(Zdroj: vlastní)

Graf č. 4 Přehled délky praxe respondentů na pracovišti

Délka praxe respondentů



(Zdroj: vlastní)

6.2 Interpretace MBI dotazníku

Tato druhá část vyhodnocení dotazníku je zaměřená na zhodnocení MBI položek. Výzkum je kategorizován do 3 oblastí (EE – emocionální vyčerpání, DP – depersonalizace, PA – osobní satisfakce). Jednotlivé oblasti vyčerpání tvoří celkem 22 položek. Příloha č. 2 znázorňuje řazení těchto oblastí v dotazníku. Uvádíme na začátek přehled oddělení podílejících se na výzkumu. Pro přehlednost čtenáře výsledky uvádíme v grafech a tabulkách.

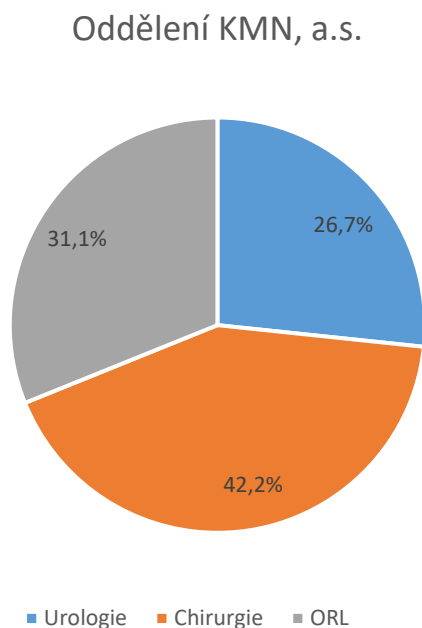
Nejprve se zaměříme na oddělení v nemocnici KMN, a.s. Celkový počet dotazníků validních pro výzkum je 45. Největší podíl respondentů pochází z oddělení chirurgie, kde byly dotazníky distribuovány na dvě stanice všeobecné chirurgie. Tato skupina respondentů tvoří 22,3 % z celkového počtu všech respondentů. Dalším oddělením, které se podílelo na výzkumu, je oddělení urologie, jehož procentuální zastoupení činí 14,1 %. Z oddělení ušní, nosní a krční chirurgie se podílelo na výzkumu 16,4 % respondentů. Níže v tabulce je dále rozepsána relativní četnost ve vztahu pouze k nemocnici KMN.

Tabulka 8 Přehled oddělení podílejících se na výzkumu z KMN, a.s.

Oddělení KMN	Absolutní četnost	Relativní četnost
Oddělení urologie	12	26,7 %
Oddělení chirurgie	19	42,2 %
Oddělení ORL	14	31,1 %

(Zdroj: vlastní)

Graf č. 5 Přehled oddělení podílejících se na výzkumu v KMN, a.s.



(Zdroj: vlastní)

Na výzkumu realizovaném v KNTB, a.s. se podílely celkem tři oddělení. Celkový počet dotazníků validních pro výzkum je 40. Největší podíl respondentů pocházel z oddělení čelistní chirurgie, které tvořilo 17,6 % z celkového počtu všech respondentů. Oddělení ORL se podílelo 16,5 % respondentů a nejmenší zastoupení mělo oddělení urologie s 15,3 %. Níže v tabulce je dále rozepsána relativní četnost ve vztahu pouze k nemocnici KNTB.

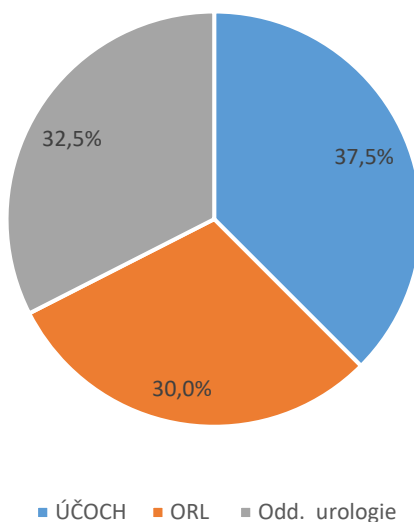
Tabulka 9 Přehled oddělení v KNTB, a.s. podílející se na výzkumu

Oddělení KNTB, a.s.	Absolutní četnost	Relativní četnost
ÚČOCH	15	37,5 %
ORL	12	30 %
Oddělení urologie	13	32,5 %

(Zdroj: vlastní)

Graf č. 6 Přehled oddělení v KNTB, a.s. podílející se na výzkumu

Oddělení KNTB, a.s.



(Zdroj: vlastní)

Po sečtení dotazníků vracených jak z KMN, tak z KNTB máme celkový počet dotazníků použitých ve výzkumu 85.

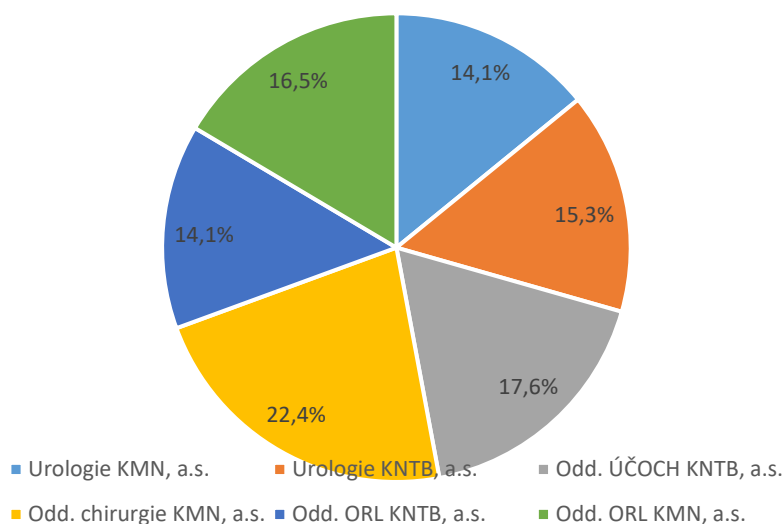
Tabulka 10 Přehled všech oddělení podílejících se na výzkumu

Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Odd. urologie KMN, a.s.	12	14,1 %
Odd. urologie KNTB, a.s.	13	15,3 %
Odd. ÚČOCH KNTB, a.s.	15	17,6 %
Odd. chirurgie KMN, a.s.	19	22,4 %
Odd. ORL KMN, a.s.	14	16,5 %
Odd. ORL KNTB, a.s.	12	14,1 %

(Zdroj: vlastní)

Graf č. 7 Přehled všech oddělení a jejich relativní četnost

Přehled oddělení z KMN, a.s. a KNTB, a.s.



(Zdroj: vlastní)

Tabulka 11 Výsledky z dotazníku MBI z oddělení chirurgie KMN, a.s.

Absolutní četnost respondentů: 19	Vyhoření		Mírný stupeň		Bez vyhoření	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
EE+PE	8	42,1 %	3	15,8 %	8	42,1 %
DP	7	36,8 %	12	63,2 %	0	0
PA	7	36,8 %	6	31,6 %	6	31,6 %

(Zdroj: vlastní)

Tabulka č. 11 ukazuje kolik respondentů z oddělení chirurgie v KMN, a.s. je v oblastech EE, DP, PA vyhořelých, mírně vyhořelých anebo vůbec. V oblasti EE+PE na stupni vyhoření je celkově 8 respondentů (42,1 %). Mírný stupeň vyhoření vykazuje z celkového počtu respondentů pouze 3 (15,8 %). A vůbec žádné známky vyhoření jeví 8 respondentů (42,1 %). V oblasti DP – depersonalizace, z celkového počtu (19) známky vyhoření jeví 7 respondentů (36,8 %). Na škále mírného stupně vyhoření najdeme 12

respondentů (63,2 %). Jak je z tabulky patrné, v oblasti DP na škále bez vyhoření nenajdeme ani jednoho respondenta. Poslední oblast PA – osobní uspokojení z práce, na stupni vyhoření z celkového počtu respondentů se umístilo 7 (36,8 %). Stupeň mírného vyhoření pak jeví pouze 6 respondentů (31,6 %) a žádné vyhoření není přítomné dle výsledků průzkumu u zbývajících 6 respondentů (36,6 %).

Tabulka 12 Výsledky dotazníku MBI z oddělení urologie v KNTB, a.s.

Absolutní četnost respondentů: 13	Vyhoření		Mírný stupeň		Bez vyhoření	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
EE+PE	0	0	1	7,7 %	12	92,3 %
DP	1	7,7 %	1	7,7 %	11	84,6 %
PA	0	0	2	15,4 %	11	84,6 %

(Zdroj: vlastní)

Tabulka č. 12 ukazuje kolik respondentů z oddělení urologie v KNTB, a.s. je v oblastech EE, DP, PA vyhořelých, mírně vyhořelých anebo vůbec. V oblasti EE+PE na stupni vyhoření není žádný respondent. Mírný stupeň vyhoření vykazuje z celkového počtu respondentů pouze 1 (7,7 %). A vůbec žádné známky vyhoření jeví 12 respondentů (92,3 %). V oblasti DP – depersonalizace, z celkového počtu (13) respondentů známky vyhoření jeví pouze 1 respondent (7,7 %). Na škále mírného stupně vyhoření najdeme taktéž 1 respondenta (7,7 %). Dále jak je z tabulky patrné, v oblasti DP na škále bez vyhoření najdeme 11 respondentů (84,6 %). Poslední oblast PA – osobní uspokojení z práce, na stupni vyhoření z celkového počtu respondentů není nikdo. Stupeň mírného vyhoření pak jeví pouze 2 respondenty (15,4 %) a žádné vyhoření není přítomné dle výsledků průzkumu u zbývajících 11 respondentů (84,6 %).

Tabulka 13 Výsledky dotazníku MBI z oddělení ÚČOCH v KNTB, a.s.

Absolutní četnost respondentů: 15	Vyhoření		Mírný stupeň		Bez vyhoření	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
EE+PE	1	6,7 %	3	20,0 %	11	73,3 %
DP	3	20,0 %	3	20,0 %	9	60,0 %
PA	9	60,0 %	5	33,3 %	1	6,7 %

(Zdroj: vlastní)

Tabulka č. 13 ukazuje kolik respondentů z oddělení ÚČOCH v KNTB, a.s. je v oblastech EE, DP, PA vyhořelých, mírně vyhořelých anebo vůbec. V oblasti EE+PE na stupni vyhoření je pouze 1 respondent (6,7 %). Mírný stupeň vyhoření vykazuje z celkového počtu respondentů pouze 3 (20,0 %). A vůbec žádné známky vyhoření jeví 11 respondentů (73,3 %). V oblasti DP – depersonalizace, z celkového počtu (15) respondentů známky vyhoření jeví 3 respondenty (20,0 %). Na škále mírného stupně vyhoření najdeme taktéž 3 respondenty (20,0 %). Dále jak je z tabulky patrné, v oblasti DP na škále bez vyhoření najdeme 9 respondentů (60,0 %). Poslední oblast PA – osobní uspokojení z práce, na stupni vyhoření z celkového počtu respondentů se umístilo 9 respondentů (60,0 %). Stupeň mírného vyhoření pak jeví 5 respondentů (33,3 %) a známky žádného vyhoření jeví z celkového počtu dotazovaných pouze 1 respondent (6,7 %).

Tabulka 14 Výsledky dotazníku MBI z oddělení urologie v KMN, a.s.

Absolutní četnost respondentů: 12	Vyhoření		Mírný stupeň		Bez vyhoření	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
EE+PE	5	41,7 %	2	16,7 %	5	41,7 %
DP	8	66,7 %	2	16,7 %	2	16,7 %
PA	5	41,7 %	4	33,3 %	3	25,0 %

(Zdroj: vlastní)

Tabulka č. 14 ukazuje kolik respondentů z oddělení urologie v KMN, a.s. je v oblastech EE, DP, PA vyhořelých, mírně vyhořelých anebo vůbec. V oblasti EE+PE na stupni vyhoření je 5 respondentů (41,7 %). Mírný stupeň vyhoření vykazuje z celkového počtu respondentů pouze 2 (16,7 %). A vůbec žádné známky vyhoření jeví 5 respondentů (41,7 %). V oblasti DP – depersonalizace, z celkového počtu (12) respondentů známky vyhoření jeví 8 respondentů (66,7 %). Na škále mírného stupně vyhoření najdeme 2 respondenty (16,7 %). Dále jak je z tabulky patrné, v oblasti DP na škále bez vyhoření najdeme 2 respondenty (16,7 %). Poslední oblast PA – osobní uspokojení z práce, na stupni vyhoření z celkového počtu respondentů se umístilo 5 respondentů (41,7 %). Stupeň mírného vyhoření pak jeví 4 respondenti (33,3 %) a známky žádného vyhoření jeví z celkového počtu dotazovaných jeví 3 respondenti (25,0 %).

Tabulka 15 Výsledky dotazníku MBI z oddělení ORL v KNTB, a.s.

Absolutní četnost respondentů: 12	Vyhoření		Mírný stupeň		Bez vyhoření	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
EE+PE	1	8,3 %	7	58,3 %	4	33,3 %
DP	4	33,3 %	4	33,3 %	4	33,3 %
PA	7	58,3 %	4	33,3 %	1	8,3 %

(Zdroj: vlastní)

Tabulka č. 15 ukazuje kolik respondentů z oddělení ORL v KNTB, a.s. je v oblastech EE, DP, PA vyhořelých, mírně vyhořelých anebo vůbec. V oblasti EE+PE na stupni vyhoření je pouze 1 respondent (8,3 %). Mírný stupeň vyhoření vykazuje z celkového počtu respondentů 7 (58,3 %). A vůbec žádné známky vyhoření jeví 4 respondenti (33,3 %). V oblasti DP – depersonalizace – se u celkového počtu 12 respondentů výsledky rovnoměrně rozdělily: u čtyř respondentů byly zjištěny známky vyhoření, u dalších čtyř šlo o mírné známky vyhoření a zbývajících čtyři respondenti nejeví dle výzkumu žádné známky vyhoření (33,3 %). Poslední oblast PA – osobní uspokojení z práce, na stupni vyhoření z celkového počtu respondentů se umístilo 7 respondentů (58,3 %). Stupeň mírného vyhoření pak jeví 4 respondenti (33,3 %) a známky žádného vyhoření jeví z celkového počtu dotazovaných pouze 1 respondent (8,3 %).

Tabulka 16 Výsledky dotazníku MBI z oddělení ORL v KMN, a.s.

Absolutní četnost respondentů: 14	Vyhoření		Mírný stupeň		Bez vyhoření	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
EE+PE	2	14,3 %	3	21,4 %	9	64,3 %
DP	1	7,3 %	7	50,0 %	6	42,9 %
PA	7	50,0 %	3	21,4 %	4	28,6 %

(Zdroj: vlastní)

Tabulka č. 16 ukazuje kolik respondentů z oddělení ORL v KMN, a.s. je v oblastech EE, DP, PA vyhořelých, mírně vyhořelých anebo vůbec. V oblasti EE+PE na stupni vyhoření jsou pouze 2 respondenti (14,3 %). Mírný stupeň vyhoření vykazují z celkového počtu respondentů 3 (21,4 %). A vůbec žádné známky vyhoření jeví víc než půlka dotazovaných, 9 respondentů (64,3 %). V oblasti DP – depersonalizace, z celkového počtu (14) respondentů známky vyhoření jeví 1 respondent (7,3 %). Na škále mírného stupně vyhoření najdeme 7 respondentů (50,0 %). Dále jak je z tabulky patrné, v oblasti DP na škále bez vyhoření najdeme 6 respondentů (42,9 %). Poslední oblast PA – osobní uspokojení z práce: na stupni vyhoření z celkového počtu respondentů se umístilo 7 respondentů (50,0 %). Stupeň mírného vyhoření pak jeví 3 respondenti (21,4 %) a známky žádného vyhoření jeví z celkového počtu dotazovaných 4 respondenti (28,6 %).

Tabulka 17 Přehled výsledků z MBI dotazníku ze všech nemocnic v kategorii EE+PE

	Vyhoření		Mírné vyhoření		Bez vyhoření	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ORL KMN	2	14,3 %	3	21,4 %	9	64,3 %
ORL KNTB	1	8,3 %	7	58,3 %	4	33,3 %
Urologie KMN	5	41,7 %	2	16,7 %	5	41,7 %
Urologie KNTB	0	0	1	7,7 %	12	92,3 %
ÚČOCH KNTB	1	6,7 %	3	20,0 %	11	73,3 %
Chirurgie KMN	8	42,1 %	3	15,8 %	8	42,1 %

(Zdroj: vlastní)

Tabulka č. 17 shrnuje výsledky všech oddělení získané prostřednictvím dotazníku MBI. Na škále EE+ PE syndromem vyhoření trpí nejvíce na oddělení chirurgie v Kroměřížské nemocnici (42,1 %). Naopak nejnižší počet respondentů vyhodnocených s vyhořením je na oddělení urologie v KNTB, a to žádný. Stupnice mírného vyhoření byla nejvyšší na oddělení ORL v KNTB (58,3 %), a naopak nejnižší pozici zaujímá opět urologie v KNTB (7,7 %). Nejvíce respondentů, nevykazujících žádné známky vyhoření, najdeme na oddělení urologie v KNTB (92,3 %). Naopak nejméně na ORL v KNTB (33,3 %).

Tabulka 18 Přehled výsledků z MBI dotazníku ze všech nemocnic v kategorii DP

	Vyhoření		Mírné vyhoření		Bez vyhoření	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ORL KMN	1	7,3 %	7	50,0 %	6	42,9 %
ORL KNTB	4	33,3 %	4	33,3 %	4	33,3 %
Urologie KMN	8	66,7 %	2	16,7 %	2	16,7 %
Urologie KNTB	1	7,7 %	1	7,7 %	11	84,6 %
ÚČOCH KNTB	3	20,0 %	3	20,0 %	9	60,0 %
Chirurgie KMN	7	36,8 %	12	63,2 %	0	0

(Zdroj: vlastní)

Tabulka č. 18 se týká vyhoření v oblasti DP – depersonalizace. Nejvyšší počet dotazovaných trpící syndromem vyhoření je na oddělení urologie v kroměřížské nemocnici (66,7 %). Naopak nejmenší četnost respondentů je současně na ORL v Kroměřížské nemocnici (7,3 %) a urologii v KNTB, a.s. (7,7 %). Mírné vyhoření je nejvíce přítomné na chirurgii v Kroměřížské nemocnici (63,2 %). Nejméně je pak na urologii v KNTB (7,7 %). Na chirurgickém oddělení v kroměřížské nemocnici nenajdeme nikoho, kdo by nevykazoval žádné příznaky vyhoření, a naopak urologie a čelistní chirurgie v KNTB mají nejvíce respondentů bez známek vyhoření.

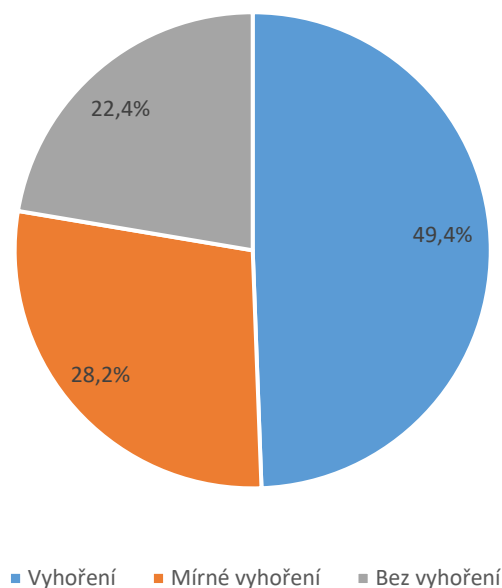
Tabulka 19 Přehled výsledků z MBI dotazníku ze všech nemocnic v kategorii PA

	Vyhoření		Mírné vyhoření		Bez vyhoření	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
ORL KMN	7	50,0 %	3	21,4 %	4	28,6 %
ORL KNTB	7	58,3 %	4	33,3 %	1	8,3 %
Urologie KMN	5	41,7 %	4	33,3 %	3	25,0 %
Urologie KNTB	0	0	2	15,4 %	11	84,6 %
ÚČOCH KNTB	9	60,0 %	5	33,3 %	1	6,7 %
Chirurgie KMN	7	36,8 %	6	31,6 %	6	31,6 %

(Zdroj: vlastní)

Poslední oblast výzkumu PA – osobní uspokojení z práce, nám ukazuje, že na oddělení ÚČOCH v KNTB je nejvíce respondentů s vyhořením (60,0 %). Nejméně pak na oddělení urologie KNTB - 0. Mírným vyhořením v této oblasti dle výsledků nejvíce trpí na oddělení ORL KNTB, urologie KMN a ÚČOCH KNTB – 33,3 %. Nejméně však opět urologie v KNTB – 15,4 %. Bez vyhoření v dané oblasti má nejvíce respondentů urologie KNTB, a.s. (84,6 %). Nejméně pak ORL v KNTB (8,3 %) a ÚČOCH KNTB (6,7 %).

Graf č. 8 Přehled výsledků syndromu vyhoření u všech respondentů



(Zdroj: vlastní)

Výsledky dotazníkového šetření realizovaného prostřednictvím standardizovaného MBI dotazníku (Maslach Burnout Inventory) ukazují na znepokojivě vysoký výskyt syndromu vyhoření mezi sestrami pracujícími na chirurgických odděleních v nemocnicích KNTB, a.s. a KMN, a.s. Téměř polovina všech respondentek (49,4 %) byla zařazena do kategorie s výraznějšími příznaky syndromu vyhoření v alespoň jedné z oblastí EE+PE, DP a PA, což naznačuje závažnou míru psychické i fyzické zátěže, která může negativně ovlivňovat nejen pracovní výkon sester, ale i kvalitu poskytované péče a jejich celkový zdravotní stav. Dalších 28,2 % sester vykazuje v alespoň jedné oblasti mírné příznaky vyhoření (přičemž v žádné oblasti nevykazují znaky úplného vyhoření), což svědčí o přítomnosti dílčích problémů, které však mohou při absenci preventivních opatření dále progredovat. Pouze 22,4 % dotázaných zdravotních sester nevykazuje žádné známky syndromu vyhoření v žádné z oblastí, což ukazuje, že zcela bezpříznaková skupina tvoří menšinu. Tato data zdůrazňují nutnost systematického řešení problematiky syndromu vyhoření v ošetrovatelské praxi, a to zejména prostřednictvím podpory duševního zdraví pracovníků, preventivních programů a efektivního pracovního prostředí.

Výsledky výzkumného šetření ukazují na vyšší míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných a praktických sester v Kroměřížské nemocnici ve srovnání s Krajskou nemocnicí Tomáše Bati. Přestože celkový počet sester s příznaky syndromu vyhoření byl v

KNTB nižší, je třeba upozornit na vyšší podíl respondentů vykazujících mírné příznaky syndromu vyhoření dle kategorie EE+PE, tedy těch, kteří jsou tímto fenoménem ohroženi. Tyto výsledky zdůrazňují potřebu preventivních a podpůrných opatření zaměřených na zachování duševního zdraví zdravotnického personálu.

7 DISKUZE

Tato část práce se zaměřuje na interpretaci zjištěných výsledků týkajících se výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících na chirurgických pracovištích. Aby mohl být výzkum úspěšně realizován, snažili jsme se zapojit do něj více než 100 respondentů. Distribuovaných dotazníků bylo 115 (100 %), bohužel po vracení (110 dotazníků tj. 95,6 %) a eliminaci nevalidních dotazníků, celkový počet analyzovaných respondentů dosáhl 85, což představuje 73,9 %. Mezi možné důvody, proč se někteří nezúčastnili dotazníkového šetření, lze zařadit časové vytížení zdravotnického personálu, neboť na pracovištích chirurgického zaměření je pracovní tempo velmi vysoké a pracovní povinnosti tak neumožňují plnit jiné úkoly. Také někteří respondenti nemusí vnímat přínos vyplnění dotazníku. Může za to například nízká informovanost účelu výzkumu nebo problematiky vyhoření jako celku. Jako jednu z posledních možných překážek při vyplnění dotazníku lze uvést obavu respondentů z nedostatečného zachování anonymity, a to i přesto, že vyplněné dotazníky byly sbírány do neprůhledné uzavíratelné složky.

Hlavním cílem této práce bylo identifikovat výskyt syndromu vyhoření u sester působících na chirurgických pracovištích. Cíl se podařilo naplnit prostřednictvím dotazníkového šetření MBI, kterého se zúčastnilo celkem 85 respondentů ve dvou různých nemocnicích. Výsledky poskytly přehled o aktuálním stavu vnímaného syndromu vyhoření mezi sestrami a zároveň umožnily porovnat situaci na konkrétních pracovištích v těchto nemocnicích. Z výsledků vyplynulo, že 49,4 % respondentů vykazuje příznaky syndromu vyhoření. Dalších 28,2 % se nachází v přímém ohrožení vzniku syndromu vyhoření, tudíž vykazuje mírné známky syndromu vyhoření. Zbývajících 22,4 % dotazovaných nejeví žádné známky syndromu vyhoření. Jak již víme z praxe i mírná forma vyhoření může v dlouhodobém časovém horizontu přejít do vážnějších forem. Toto tvrzení platí, pokud nejsou zavedeny odpovídající podpůrné mechanismy a preventivní opatření. Tato čísla poukazují na důležitost věnování pozornosti této problematice nejenom na úrovni konkrétních jedinců, ale i na úrovni vedení sesterského kolektivu a nemocnic jako celku.

Z výzkumu plyne význam systematické prevence vyhoření, která by měla být součástí standardních personálních a organizačních strategií ve zdravotnických zařízeních. Jedná se zejména o podporu duševní hygieny jednotlivce, možnost využití odborné supervize, školení a kurzy zaměřené na zvládání stresu, ale také vytváření bezpečného pracovního prostředí, kde mohou zaměstnanci sdílet své obtíže bez obav z odsouzení. Výsledky rovněž poukazují na potřebu pravidelného monitorování psychického stavu personálu, aby bylo možné včas

reagovat na vznikající potíže. Ačkoli se nám nepodařilo získat data od většího počtu respondentů, výsledky výzkumu nemůžeme pokládat za bezvýznamné. I tento přehled poskytuje důležité informace o psychickém stavu sester a týmu jako celku. Výchozí data mohou posloužit pro další, rozsáhlejší studie v oblasti managementu a vedení zdravotnického personálu. Dále získané poznatky mohou být přínosné pro vedení obou nemocnic i týmů jednotlivých pracovišť. I když tedy výzkum nemá ambice být plošně reprezentativní pro celou populaci zdravotních sester a má určitá omezení, jeho přínos spočívá v tom, že otevírá prostor pro další zkoumání a upozorňuje na problematiku, která může mít v důsledku významný dopad nejen na jednotlivce, ale i na celý systém zdravotní péče.

Mezi dílčí cíle této práce náležela analýza četnosti výskytu syndromu vyhoření na jednotlivých chirurgických pracovištích. Sloužil k tomuto účelu standardizovaný dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory). Na škále emočního vyčerpání (EE+PE) procentuálně nejvyšší po sečtení vyhoření a mírného vyhoření se umístilo ORL (KNTB) 66,6 %. Na dalších místech se umístila chirurgie (KMN) 57,9 %, Urologie (KMN) 58,4 %, ORL (KMN) 35,7 %, ÚČOCH (KNTB) 26,7 % a urologické oddělení v KNTB 7,7 %. V kategorii depersonalizace (DP) s největším počtem respondentů v oblasti mírných známek vyhoření a projevujícího se vyhoření nejhůře dopadla chirurgie (KMN) 100 %, následovaná urologií (KMN) 83,4 %, ORL (KNTB) 66,6 %, ORL (KMN) 57,3 % a ÚČOCH (KNTB) 40,0 % a urologie (KNTB) 15,4 %. Tyto výsledky poukazují na vyšší míru citového odstupů a negativního postoje k pacientům u některých sester, což může být obranným mechanismem při dlouhodobém stresu a pracovní přetíženosti. Ve škále pracovního uspokojení (PA), nejhůře vyšlo oddělení ÚČOCH (KNTB) 93,3 %, dále ORL v KNTB 91,6 %, následované urologie v KMN 75,0 %, poté ORL (KMN) 71,4 %. Dále chirurgie (KMN) 68,4 %. Opět urologické oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati vykazuje nejméně respondentů se známkami vyhoření 15,4 %, což svědčí o relativně příznivých pracovních podmínkách na tomto oddělení. Tyto výsledky naznačují, že mezi jednotlivými pracovišti existují výrazné rozdíly v míře výskytu jednotlivých složek syndromu vyhoření. Zjištění mohou sloužit jako podklad pro cílená opatření a podporu týmů, která se jeví jako rizikovější. Zároveň je třeba vzít v úvahu i počet respondentů z jednotlivých oddělení, neboť menší vzorek může výsledky částečně zkreslovat.

Další dílčí otázkou bylo porovnat míru syndromu vyhoření ve dvou zkoumaných nemocnicích. Výzkum ukázal, že vyšší míru výskytu syndromu vyhoření mají sestry v

Kroměřížské nemocnici ve srovnání s Krajskou nemocnicí Tomáše Bati. Zejména tento rozdíl byl patrný na škálách EE+PE a DP.

Vyhoření v KNTB ze všech 40 respondentů z KNTB na škále EE+PE – 5,0 %, mírné vyhoření 27,5 %. Vyhoření ze všech 45 respondentů v KMN: 33,3 %, mírné: 17,8 %. Vyhoření na škále DP v KNTB: 20,0 %, mírné: 20,0 %, v KMN vyhoření: 35,6 %, mírné: 46,7 %.

Naopak v kategorii PA jsou výsledky obou nemocnic velice podobné. Vyhoření v KNTB ze všech 40 respondentů na škále PA činí 40 %, mírné vyhoření 27,5 %. Vyhoření v KMN ze všech 45 respondentů na škále PA činí 42,2 %, mírné vyhoření 28,9 %.

Přestože celkový počet sester s příznaky syndromu vyhoření byl v KNTB nižší, je třeba upozornit na vyšší podíl respondentů vykazujících mírné příznaky syndromu vyhoření v kategorii EE+PE, tedy těch, kteří jsou tímto fenoménem ohroženi.

Jako poslední dílčí cíl jsme zvolili zjistit znalosti a povědomí sester o samotném pojmu syndrom vyhoření. Cílem jejích odpovědí bylo zmapovat s jakými emocemi, situacemi a důsledky si tento pojem spojují. V dotazníku respondenti měli odpovědět na otázku bez předem daných možností. Je nutno podotknout, že převážná většina dotazníků vyřazených z výzkumu byla právě kvůli neúplnému vyplnění celého dotazníku. Konkrétně se jednalo o tuto otázku, vyžadující vlastní odpověď. Lze předpokládat, že vyžadovaná vlastní odpověď na tuto otázku pro některé respondenty mohla být náročná. Pro některé respondenty to mohlo znamenat neochotu reflektovat své pocity v tomto směru, ale lze předpokládat i vliv časové náročnosti. To samo o sobě poukazuje u některých respondentů na nedostatek informovanosti v dané problematice. Z relevantních dotazníků pak vyplynulo, že sestry často spojují tento pojem s psychickým a fyzickým vyčerpáním, ztrátou motivace a emoční otupělostí. Mnohé odpovědi pak byly velmi konkrétní: „Při myšlence jít do práce pociťuji neskutečný odpor“, „nezajímá mě, co se děje v mém pracovním prostředí, cítím dlouhodobou únavu“, „práce mě přestala naplňovat, chodím do ní jen z nutností“, „stav psychického a fyzického vyčerpání“, „člověk se začne chovat arogantně jak ke kolegům, tak k pacientům“. Tyto výroky nám naznačují, že i přesto že respondenti nedokážou vždy přesně vyjádřit definici syndromu vyhoření, dokážou popsat projevy tohoto stavu a jeho dopady na lidské chování. Odpovědi respondentů pak reflektují konkrétní znaky psychické nerovnováhy, spojené s pocitem psychického a fyzického vyčerpání. Často také velmi přesně popsali emoční distancování od pracovního prostředí.

Tento dílčí cíl přinesl velmi důležité zjištění o povědomí respondentů o syndromu vyhoření. Respondenti dokážou popsat některé příznaky a dopady tohoto psychologického jevu na člověka jako celek, ale schopnost konkrétní formulace je omezená. Výsledky daných zjištění poukazují na nutnost zařazení tohoto tématu nejenom do odborného vzdělávání, ale i do běžných diskusí na pracovištích, osobních pohovorů s mentorem/vedoucím pracovníkem. Otevřená komunikace na pracovišti o psychickém zdraví může posloužit nejenom jako prevence syndromu vyhoření u jedinců, ale i jako zlepšení celkové atmosféry v pracovním kolektivu.

Závěrem lze říct, že syndrom vyhoření je v českém zdravotnictví reálným problémem, jehož výskyt je třeba monitorovat, vyhodnocovat, a především mu účinně předcházet. Výzkum v daných nemocnicích má ambici poukázat na aktivní přístup ke zlepšování pracovních podmínek, posilování duševní hygieny a budování otevřeného a bezpečného pracovního prostředí. Výsledky mohou sloužit jako podnět k zavádění preventivních programů, vzdělávání personálu a k posílení komunikace mezi vedením ošetrovatelských týmů a ošetřujícím personálem.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných a vyhodnocených dat z dotazníkového šetření jsme vypracovali následující doporučení, která by mohla být v praxi využita k předcházení vzniku syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících na chirurgických pracovištích.

Doporučení pro praxi pro vedoucí pracovníky (staniční sestry, vrchní sestry, mentory, management nemocnice): v první řadě zajištění dostatečného personálního obsazení na oddělení. Dlouhodobé personální nedostatky na pracovištích vedou k nadměrné fyzické zátěži. Časté přesčasy, nedostatečný odpočinek mezi směnami a rychlejší pracovní tempo vedou také z dlouhodobého hlediska k psychickému vyčerpání. Mezi další důležité úkoly vedoucích pracovníků je udržitelné plánování směn – tedy plánování takových směn, kde dojde k fyzické a psychické regeneraci u zaměstnanců. Vedoucí pracovníci by měly pravidelně vyhodnocovat personální obsazení oddělení vzhledem k povaze práce, aktuálnímu stavu pacientů, nemocnosti zaměstnanců a čerpání dovolených. Mezi další doporučení řadíme zavedení pravidelných supervizí zaměstnanců. Jak plyne z teoretické části této bakalářské práce, práce na chirurgických pracovištích představuje velkou emoční i fyzickou zátěž pro všeobecné sestry. Proto účinným nástrojem v prevenci syndromu vyhoření je otevřená a bezpečná komunikace na pracovišti. V pracovním kolektivu by se vedoucí pracovník měl snažit posilovat vzájemnou spolupráci a bezpečné prostředí pro vyjádření svých pocitů.

Doporučení pro praxi pro všeobecné a praktické sestry: v prevenci syndromu vyhoření hraje nejdůležitější roli pozorování vlastních emocí, únavy, ztráty motivace, podrážděnosti apod. Je důležité tyto signály těla zavčas rozpoznat a hledat příčinu vzniku. Včasná reakce (např.: pohyb, věnování se koníčkům a zájmům, relaxace, rozhovor...) dokáže zabránit vzniku syndromu vyhoření. Pro další klíčovou roli v prevenci hraje asertivní komunikace. Umění říct „ne“ a respektování vlastních hranic může zabránit vzniku frustrace a vyčerpání v pracovním prostředí. Také pro prevenci syndromu vyhoření můžeme doporučit samotné vzdělávání v této problematice. Rozšíření vědomostí a poznatků o příznacích, diagnostice, copingových mechanismech jistě pomůže v časném rozpoznání tohoto problému, a tedy i v jeho řešení. Vzdělávání v tomto směru pomáhá lépe porozumět svým emocím, chování, reakcím na zátěž. Důležité je, aby všeobecné a praktické sestry vnímaly vzdělávání v těchto směrech ne jako povinné, ale jako příležitost pro posílení své psychické odolnosti.

ZÁVĚR

Syndrom vyhoření představuje závažný psychosociální problém, který se může negativně podepsat nejen na zdraví zdravotnických pracovníků a prostředí ošetrovatelských týmů, ale také na kvalitě poskytované péče pacientům. Je důležité zdůraznit, že ačkoli se syndrom vyhoření stává častým tématem mnoha závěrečných prací nelze tuto problematiku považovat za vyčerpanou. Naopak, vzhledem k neustále rostoucím nárokům na pracovní výkon ve zdravotnictví, stále zrychlujícímu se životnímu tempu a nedostatečné psychohygieně, zůstává syndrom vyhoření nadále aktuálním a společensky závažným tématem, které si zaslouží opakovanou pozornost. Motivací k výběru daného tématu byla osobní zkušenost s některými zdravotnickými pracovníky, u nichž byly zjevné příznaky syndromu vyhoření. Dalším podnětem byla snaha rozšířit si vlastní vědomosti o dané problematice, hlavně v oblasti prevence, neboť autorka této práce sama působí ve zdravotnické sféře. Specifikem chirurgických pracovišť jsou vysoké nároky na odborné znalosti všeobecných (ale také praktických) sester. Sestry v této oblasti jsou neustále vystavovány tlaku na další vzdělávání a profesní rozvoj. V kombinaci s náročností péče o chirurgické pacienty to podle názoru autorky vede k dlouhodobému psychickému zatížení a může přispívat ke vzniku chronického stresu.

Práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části byl podrobně rozpracován pojem stresu, jeho působení na lidský organismus a souvislost mezi dlouhodobým stresem a vznikem syndromu vyhoření. Dále byla představena samotná teorie syndromu vyhoření, jeho vymezení, fáze a klíčové osobnosti, které se tímto tématem zabývaly. Teoretický rámec doplnila kapitola věnovaná osobnostním předpokladům jedinců, které mohou ovlivňovat jejich náchylnost k vyhoření – například nízká míra odolnosti vůči stresu, perfekcionismus, nebo příliš silný pocit odpovědnosti. Praktická část této bakalářské práce si kladla za cíl zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u všeobecných (a praktických) sester pracujících na chirurgických odděleních a zároveň se zaměřila na další aspekty spojené s tímto fenoménem – konkrétně na rozdíly mezi jednotlivými pracovišti, mezi dvěma nemocnicemi a na znalosti sester o samotném pojmu syndrom vyhoření.

Z výsledků vyplynulo, že 49,4 % respondentů vykazuje příznaky syndromu vyhoření. Dalších 28,2 % se nachází v přímém ohrožení vzniku syndromu vyhoření, tudíž vykazuje mírné známky syndromu vyhoření. Zbývajících 22,4 % dotazovaných nejeví žádné známky syndromu vyhoření. Tato čísla poukazují na důležitost věnování pozornosti této

problematicke nejenom na úrovni konkrétních jedinců, ale i na úrovni vedení sesterského kolektivu a nemocnic jako celku.

Jedním z dílčích cílů bylo také zjistit, jak sestry samy chápou pojem syndrom vyhoření. Ukázalo se, že ačkoli většina z nich má základní povědomí o podstatě problému, pouze menší část dokázala popsat odbornější nebo komplexnější charakteristiky. Některé odpovědi však byly výstižné a ukazovaly, že syndrom vyhoření není pro zdravotníky abstraktním pojmem, ale realitou, se kterou se v praxi potýkají. Tato práce tak potvrzuje, že syndrom vyhoření je v prostředí chirurgických pracovišť aktuálním a významným tématem.

Výsledky poukazují na potřebu preventivních opatření – včetně podpory duševního zdraví, vzdělávání o syndromu vyhoření, otevřené komunikace na pracovištích i dostupnosti psychologické a supervizní pomoci. Současně je třeba věnovat pozornost nejen těm, kteří již vyhoření prožívají, ale také těm, kteří vykazují jeho mírné příznaky, a včas jim nabídnout oporu. Výsledky této práce mohou sloužit jako podklad pro další výzkum a také jako inspirace pro praxi – zejména pro vedení zdravotnických zařízení, která by měla být v otázkách psychické pohody zaměstnanců proaktivní a systematická.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje:

BERNHARDT, Klaus, 2022. *Jak neztratit chuť do života*. Albatros Media a.s. ISBN: 978-80-264-3871-7.

HONZÁK, Radkin, 2015. *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén. ISBN: 978-80-7492-142-1.

HONZÁK, Radkin, 2013. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 4. vydání. Vyšehrad. ISBN: 978-80-7601-668-2.

HONZÁK, Radkin a NOVOTNÁ, Vladimíra, 2021. *Krize v životě, život v krizi*. Universum. ISBN 978-80-242-7586-4.

KVAPILÍK, Tomáš, 2023. *Mozaika duše: Desatero pro zdravější duši a vztahy*. Mladá Fronta. ISBN: 978-80-204-6238-1.

LIEBERMAN, Daniel. E., 2013. *Příběh lidského těla: Evoluce, zdraví a nemoci*. Jan Melvil Publishing. ISBN 978-80-7555-005-7.

MÜHLFEIT, Jan, a COSTI, Melina, 2022. *Pozitivní leader: jak energie a štěstí pohánějí špičkové týmy na cestě k úspěchu*. 2. vydání. V Brně: Management Press, s.175-194. Kapitola 7. Otrok úspěchu (vyhoření a stres). ISBN 978-80-7261-593-3.

MURRAY, Siobhán, 2018. *The Burnout Solution: 12 weeks to a calmer you*. Gill & Macmillan Ltd. ISBN: 9780717180943.

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

Elektronické knihy:

DUŠEK, Karel, Večeřová-Procházková, Alena, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9855-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/diagnostika-a-terapie-dusevnych-poruch-2395487/> [cit. 2025-05-01].

HELUS, Zdeněk, 2011. *Úvod do psychologie: Učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Online. Grada. ISBN 978-80-247-7200-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/uvod-do-psychologie-382/>. [cit. 2025-05-01].

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5326-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/metody-pedagogickeho-vyzkumu-2361379/>. [cit. 2025-05-01].

ORLOFF, Judith, 2018. *Průvodce pro vysoce citlivé lidi: Jak prožít šťastnější a vyrovnanější život*. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788027107766. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/pruvodce-pro-vysoce-citlive-lidi-2395553/>. [cit. 2025-05-01].

PÁRAL, Jiří, 2020. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-1235-7 Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/chirurgicka-propedeutika-2418045/> [cit. 2025-05-07].

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-742. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/sestry-v-nouzi-2361608/> [cit. 2025-05-07].

Elektronické studie:

EBRECHT, Marcel, 2004. *Perceived stress and cortisol levels predict speed of wound healing in healthy male adults*. *Psychoneuroendocrinology*. roč. 29, č. 6, s. 798–809. doi:10.1016/S0306-4530(03)00144-6. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453003001446?via%3Dihub> [cit. 2025-05-01].

HALLBERG, Ulrika; JOHANSSON, Gunn, a SCHAUFELI B., Wilmar, 2007. *Type A behavior and work situation: Associations with burnout and work engagement*. Online. *Scandinavian Journal of Psychology*. vol. 48, no. 2, s. 135-142. eISSN 1467-9450. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9450.2007.00584.x>. [cit. 2025-05-07].

LU M, Zhang F, Tang X, Wang L, Zan J, Zhu Y, Feng D. 2022. *Do type A personality and neuroticism moderate the relationships of occupational stressors, job satisfaction and burnout among Chinese older nurses? A cross-sectional survey*. *BMC Nurse*. Apr 15;21(1):88. doi: 10.1186/s12912-022-00865-7. Dostupné z: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-00865-7> [cit. 2025-05-02].

NEJATI, Adeleh, 2016. *The implications of high-quality staff break areas for nurses' health, performance, job satisfaction and retention*. *Journal of Nursing Management*. vol. 24, no. 4, s. 512-523. ISSN 0966-0429. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jonm.12351?saml_referrer [cit. 2025-05-01].

PAPATHANASIOU IV, Fradelos EC, Kleisaris CF, Tsaras K, Kalota MA, Kourkouta L., *Motivation, leadership, empowerment and confidence: their relation with nurses burnout*. PubMed. Online. DOI: [10.5455/msm.2014.26.405-410](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25685089/). Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25685089/> [cit. 2025-05-01].

QOMARULLAH, Agustiya, Jannah, 2024. *Grit, Personality, And Job Burnout Among Indonesian Nurses*. Online. s. 9. doi.org/10.29080/pmhrs.v2i01.2193. Dostupné z: <https://proceedings.uinsa.ac.id/index.php/PMHRS/article/view/2193/1398> [cit. 2025-05-01].

THEAL, Kara, 2017. *Laugh, nurse, laugh!*. *American Nurse Today*. vol. 12, no. 4, s. 43-44. Dostupné z: <https://www.myamericannurse.com/laugh-nurse-laugh/> [cit. 2025-05-01]

YARIBEYGI H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A., 2017. *The impact of stress on body function: A review*. s. 1057-1072. doi: 10.17179/excli2017-480. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5579396/> [cit. 2025-05-01].

Závěrečná práce v elektronické podobě:

KROŠOVÁ, Martina, 2018. *Syndrom vyhoření a environmentální angažovanost*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, fakulta sociálních studií. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/qdyxd/Martina_Krosova_Diplomova_prace_IS.pdf [cit. 2025-05-01].

Webové příspěvky:

Všeobecná zdravotní Pojišťovna., 2021. *Syndrom vyhoření – přichází nenápadně, ale ničí důsledně*. Online. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/syndrom-vyhoreni-prichazi-nenapadne-ale-nici-dusledne>. [cit. 2025-05-01].

WHO guidelines on mental health at work. Online. WHO, 2021. ISBN 978-92-4-005305-2. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363177/9789240053052-eng.pdf?sequence=1>. [cit. 2025-05-01].

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 Rozdělení respondentů dle věku – relativní četnost	37
Graf č. 2 Pohlaví respondentů.....	38
Graf č. 3 Přehled dosaženého vzdělání respondentů.....	39
Graf č. 4 Přehled délky praxe respondentů na pracovišti	40
Graf č. 5 Přehled oddělení podílejících se na výzkumu v KMN, a.s.	42
Graf č. 6 Přehled oddělení v KNTB, a.s. podílející se na výzkumu	43
Graf č. 7 Přehled všech oddělení a jejich relativní četnost	44
Graf č. 8 Přehled výsledků syndromu vyhoření u všech respondentů	52

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Dělení příznaků syndromu vyhoření	22
Tabulka 2 Syndromové okruhy.....	34
Tabulka 3 Vyhodnocení dotazníku MBI	34
Tabulka 4 Věk respondentů	36
Tabulka 5 Pohlaví respondentů.....	37
Tabulka 6 Přehled dosaženého vzdělání respondentů	38
Tabulka 7 Přehled délky praxe respondentů na pracovišti	40
Tabulka 8 Přehled oddělení podílejících se na výzkumu z KMN, a.s.	41
Tabulka 9 Přehled oddělení v KNTB, a.s. podílející se na výzkumu	42
Tabulka 10 Přehled všech oddělení podílejících se na výzkumu	43
Tabulka 11 Výsledky z dotazníku MBI z oddělení chirurgie KMN, a.s.	44
Tabulka 12 Výsledky dotazníku MBI z oddělení urologie v KNTB, a.s.....	45
Tabulka 13 Výsledky dotazníku MBI z oddělení ÚČOCH v KNTB, a.s.	46
Tabulka 14 Výsledky dotazníku MBI z oddělení urologie v KMN, a.s.	46
Tabulka 15 Výsledky dotazníku MBI z oddělení ORL v KNTB, a.s.	47
Tabulka 16 Výsledky dotazníku MBI z oddělení ORL v KMN, a.s.	48
Tabulka 17 Přehled výsledků z MBI dotazníku ze všech nemocnic v kategorii EE+PE	49
Tabulka 18 Přehled výsledků z MBI dotazníku ze všech nemocnic v kategorii DP	50
Tabulka 19 Přehled výsledků z MBI dotazníku ze všech nemocnic v kategorii PA	51

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

KMN	Kroměřížská nemocnice
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
ORL	otolaryngologické oddělení
ÚČOCH	Ústní, čelistí a obličejová chirurgie
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník syndrom vyhoření:

Vážený respondente,

jmenuji se Surovcová Anna a studuji ve 3. ročníku na Fakultě zdravotnických studií UTB, obor všeobecné ošetrovatelství. Ráda bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku, který mi pomůže získat důležité informace o Vašem názoru na téma syndromu vyhoření. Všechny Vámi poskytnuté údaje budou zpracovány anonymně a budou sloužit pouze pro potřeby mé bakalářské práce, a to konkrétně pro její výzkumnou část.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu dotazník vyplnit.

V případě zájmu, bližších informací či nesrovnalostí mne neváhejte kontaktovat na e – mail, jehož adresa je a_surovcova @utb.cz

Prosím v první části dotazníku odpovězte na následující otázky:

Uveďte svůj věk:

a) 18 – 25 b) 26 – 35 c) 36 – 46 d) 47 a více let

Uveďte svoje biologické pohlaví:

a) Muž b) žena

Uveďte svoje dosažené vzdělání:

a) Střední škola s maturitou b) vysoká škola c) vyšší odborná škola

Co si představujete pod pojmem syndrom vyhoření?

Jak dlouho pracujete na svém současném pracovišti?

a) 1–5 let b) 6 – 10 let c) 10 – 20 let d) 20 a více let

MBI (Maslach Burnout Inventory)

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček číslo, označující sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

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

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

Příloha č. 2: Klíč k vyhodnocení MBI dotazníku

MBI – Jednotlivé dimenze dotazníku

EE = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)

DP = Depersonalizace

PA = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

(PE = Někteří autoři, viz japonská studie (2) vyčleňují ještě - Fyzické vyčerpání (Physical Exhaustion), většina je započítává do EE

1	EE +PE	Práce mne citově vysává
2	EE +PE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3	EE +PE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
8	EE	Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce
13	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14	EE +PE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
16	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi
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
15	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
7	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
9	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji.
12	PA	Mám stále hodně energie
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 byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého
21	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.

(Zdroj: Honzák, 2018, s. 37–38)

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

Vysoký 39 a více

Mírný 38 - 32

Nízký 31 - 0 = vyhoření!

Příloha č. 3: Žádost o sběr dat

ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY

(1/2)

KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE:

jméno, příjmení, titul _____ datum narození _____

adresa bydliště _____

Zaměstnanec KNTB ☐ **ANO** uveďte **pracoviště:** _____

☐ **NE** uveďte **název organizace:** _____

Název ŠKOLY: ☐ **Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**

☐ **jiná vysoká/vyšší odborná škola** uveďte **název:** _____

Název FAKULTY: _____ studovaný **obor:** _____

Sběr dat za ÚČELEM: ☐ bakalářská práce ☐ rigorózní práce

☐ diplomová práce ☐ disertační práce

☐ jiný druh práce, upřesněte: _____

Název PRÁCE: _____

Název PRACOVIŠTĚ, kde má být sběr dat proveden: _____

Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat: **od:** _____ **do:** _____

datum _____ podpis žadatele _____

VYJÁDRĚNÍ VEDOUCÍHO dotčeného pracoviště: ☐ **SOUHLASÍM** ☐ **NESOUHLASÍM** podpis _____

VYJÁDRĚNÍ Krajské nemocnice T. Bati: se sběrem dat ☐ **SOUHLASÍM** ☐ **NESOUHLASÍM**

Uveřejnění zdroje informací, KDE probíhal sběr dat: ☐ **ANO** ☐ **NE**

datum _____ podpis a razítko _____

POVINNÉ přílohy žádosti:

1. Stručná anotace odborné práce.
2. V případě dotazníkového šetření vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek.
Krajská nemocnice T. Bati, a. s. se tímto zavazuje, že Vámi předložené podklady (dotazníky, výzkumné otázky) nebudou použity k žádnému výzkumnému účelu, ani dále distribuovány. Budou tvořit pouze součást (přílohu) této žádosti, která bude po splnění účelu evidence skartována.
3. **Potvrzení o studiu:**

datum _____

razítko a podpis školy (fakulty, ústavu, studijního oddělení)

Potvrzenou žádost zašlete ve dvou stejnopisech (tzn. i po schválení vedoucím pracoviště), pro **nelékařské obory** náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, nebo pro **lékařské obory** náměstkovi pro léčebnou péči Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín.



02-VZD-2025-004

Účinnost od 1. 2. 2025 / verze č. 02

ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY

(1/2)

KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE:



jméno, příjmení, titul

datum narození

adresa bydliště

Zaměstnanec KMN

☐

ANO

uvedte pracoviště:

☐

NE

uvedte název organizace:

Název ŠKOLY:

Název FAKULTY:

studovaný obor:

Sběr dat za ÚČELEM:

☐

bakalářská práce

☐

rigorózní práce

☐

diplomová práce

☐

disertační práce

☐

jiný druh práce, upřesněte:

Specifikace sbíraných dat:

Název PRÁCE:

Název PRACOVIŠTĚ, kde má být sběr dat proveden:

Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat:

od:

do:

datum

podpis žadatele

VYJÁDRĚNÍ VEDOUCÍHO dotčeného pracoviště:

☐

SOUHLASÍM

☐

NESOUHLASÍM

podpis

VYJÁDRĚNÍ Kroměřížské nemocnice a.s.:

se sběrem dat

☐

SOUHLASÍM*

☐

NESOUHLASÍM

* za podmínek dále uvedených a dodržení všech legislativních podmínek a ochrany Kroměřížské nemocnice a.s.

datum

podpis a razítko

Žádost zasílejte elektronicky na e-mailovou adresu pavla.drabkova@nem-km.cz nebo písemně náměstkovi pro vzdělávání, plánování a rozvoj zaměstnanců Kroměřížské nemocnice a.s., Havlíčkova 660/69, 767 01 Kroměříž.

