



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Eliška Balíková

Vliv syndromu vyhoření na sexualitu u nelékařských pracovníků ženského pohlaví
v neodkladné péči pomocí internetového šetření

The influence of the burnout syndrome on the sexuality of non medical health care female
workers in emergency care setting through internet surveys

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Dynáková Ph.D.

Konzultant: doc. PhDr. Jan Kožnar CSc.

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím/~~Nesouhlasím~~ s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28. 6. 19

Bc. Eliška Balíková

.....

Podpis

Identifikační záznam

BALÍKOVÁ, Eliška. Vliv syndromu vyhoření na sexualitu u nelékařských pracovníků ženského pohlaví v neodkladné péči pomocí internetového šetření. [The influence of the burnout syndrome on the sexuality of non medical health care female workers in emergency care setting through internet surveys]. Praha, 2019. 71 s., 2 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Dynáková, Šárka.

ABSTRAKT (v ČJ)

Úvod do problematiky: Zkoumaným problémem diplomové práce je vliv syndromu vyhoření a jeho rozvoj na sexualitu žen ve zdravotnictví v neodkladné péči. Vzhledem k tomu, že sester aktivně pracujících v nemocničních zařízeních je málo, myslím si, že jsou ve velkém ohrožení syndromu vyhoření. Tudíž je potřeba tuto problematiku prozkoumat a zjistit možné řešení vyhnutí se vzniku a rozvoji syndromu vyhoření. Cílem diplomové práce je zjistit, zda syndrom vyhoření a jeho rozvoj ovlivňuje sexualitu nelékařských zdravotnických pracovníků.

Metodologie: Výzkum probíhal kvantitativní metodou pomocí internetového dotazníkového šetření na stránkách *Ošetrovatelství.info*. Data byla sbírána za pomoci dvou dotazníků, první zaměřený na syndrom vyhoření (česká verze Shiromovy a Melamedovy škály) a druhý, který zjišťoval sexuální funkci respondentek (KRATOCHVÍL, Stanislav. Léčení sexuálních dysfunkcí). Do výzkumného vzorku byly zařazeny veškeré všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři ženského pohlaví pracující v intenzivní péči.

Výsledky: Výsledky byly zpracovány v programu Microsoft Excel a výsledné průměry v jednotlivých oblastech byly mezi sebou porovnávány. Celkový výzkumný vzorek činí 110 všeobecných sester a zdravotnických záchranářů ženského pohlaví. Samotná výsledná data potvrzují vliv syndromu vyhoření na sexualitu žen pracujících v intenzivní péči. Získaná data přispějí ke vzniku studie PhDr. Šárka Dynáková Ph.D. a doc. PhDr. Jan Kožnar CSc.

Závěr a doporučení: Závěrem práce jsou téměř potvrzené hypotézy, které prokazují vliv syndromu vyhoření na sexualitu žen pracujících v intenzivní péči. Nejvyšších hodnot ženy dosahovaly ve fyzické škále syndromu vyhoření, kde následně klesal zájem o sexualitu. Proto by bylo dobré se v budoucnosti zaměřit na fyzickou náročnost práce všeobecných sester a zdravotnických záchranářů.

Klíčová slova: Syndrom vyhoření, sexualita, sexuální dysfunkce, všeobecná sestra, neodkladná péče, anesteziologie, resuscitační péče

ABSTRACT (v AJ)

Introduction to Issue: The examined issue of the thesis is the influence of burnout and its development on the sexuality of women in health care in emergency care. Since there are a few nurses working in hospital facilities, I think they are in great danger of burnout. Therefore, it is necessary to investigate this issue and discover possible solutions to avoid burnout. The objective of the thesis is to find out whether burnout syndrome and its development influence the sexuality of non-medical health workers.

Methodology: The research was conducted by means of a quantitative method using the online questionnaire on the website *Ošetřovatelství.info*. The data were collected using two questionnaires, the first focused on burnout (the Czech version of the Shirom and Melamed scale) and the second, which investigated the sexual function of the respondents (KRATOCHVÍL, Stanislav. Treatment of Sexual Dysfunctions). All nurses and female paramedics working in intensive care were included in the research sample.

Results: The results were processed in Microsoft Excel and the resulting averages in each region were compared with one another. The total research sample is 110 nurses and female medical rescuers. The actual data confirm the effect of burnout on the sexuality of women working in intensive care. The obtained data will contribute to the study of PhDr. Šárka Dynáková Ph.D. and Doc. PhDr. Jan Kožnar CSc.

Conclusions and Recommendations: At the end of the thesis there are nearly confirmed hypotheses that prove the influence of burnout on the sexuality of women working in intensive care. The highest values were recorded in the physical range of burnout, where interest in sexuality subsequently decreased. Therefore, in the future it would be good to focus on the physical demands of the work of nurses and paramedics.

Keywords: Burnout syndrome, sexuality, sexual disorders, nurses, urgent care

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucí práce paní PhDr. Šárce Dynákové, Ph.D. a Doc. PhDr. Janu Kožnarovi CsC. za odborné rady, připomínky, ochotu a trpělivost při vedení mé diplomové práci. Dále děkuji veškerým zdravotnickým nelékařským pracovníkům, kteří byli ochotni vyplnit dotazník k výzkumu. Velké díky patří mé rodině, která mě během studia podporovala.

Obsah

Úvod	9
1 Teoretická část	11
1.1 Intenzivní péče	11
1.2 Syndrom vyhoření	13
1.2.1 Příznaky syndromu vyhoření	14
1.2.2 Fáze syndromu vyhoření	17
1.2.3 Diagnostika syndromu vyhoření	18
1.2.4 Prevence syndromu vyhoření	20
1.2.5 Intervence syndromu vyhoření	23
1.2.6 Terapie syndromu vyhoření.....	23
1.3 Sexualita	26
1.3.1 Sexualita ženy	27
1.3.2 Sexuální funkce ženy	28
1.3.3 Sexuální dysfunkce u žen	29
2 Metodologie	35
2.1 Internetový výzkum.....	35
2.1.1 Respondent	36
3 Praktická část	36
3.1 Cíl práce.....	36
3.2 Hypotézy.....	36
3.3 Demografický popis respondentek.....	37
3.4 Vyhodnocení výsledků výzkumu	40
3.4.1 Statistické zpracování dat	41
4 Diskuse	59
5 Závěr	64
5.1 Doporučení pro praxi.....	64

6 Seznam použité literatury 66

Seznam zkratk

Seznam grafů

Seznam tabulek

Seznam obrázků

Seznam příloh

Úvod

Závěrečná práce je formována jako kvantitativní výzkumná činnost během studia v oboru intenzivní péče. Téma práce jsem si vybrala především pro prohloubení vlastních znalostí o dané problematice a možnosti nahlédnutí, jak se syndromem vyhoření „bojují“ ostatní sestry v intenzivní péči. Jak už z názvu práce vyplývá, hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda má rozvoj syndromu vyhoření vliv na sexuální aktivitu žen pracujících v intenzivní péči. Informace k výzkumu byly zjišťovány za pomoci dvou dotazníků. Míra syndromu vyhoření byla zjišťována standardizovaným dotazníkem české verze Shiromovy – Melamedovy škály (Ptáček et al., 2013), sexuální funkce žen byla hodnocena dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999). Dotazníky byly dostupné v jednotném souboru v online verzi na stránkách *Ošetřovna od Ošetřovatelství.info*. Problematika syndromu vyhoření je celosvětovým problémem nejen zdravotnické profese, ale i například učitelů, sociálních pracovníků nebo policistů. Celosvětovou problematiku potvrzuje například systematické review, které dokládá výzkumné články o syndromu vyhoření převážně z Evropy, Ameriky, Austrálie, avšak naleznete v něm studie i z Nigérie a severní nebo východní Afriky. (Khamisa et al., 2013) S poruchou sexuality syndrom vyhoření není velmi spojován. Existuje studie, která zkoumá vztah mezi sexuálním životem a pracovním stresem u vdaných sester. I když se zabývá syndromem vyhoření pouze okrajově, potvrzuje, že sestry spokojené s finančním ohodnocením za provedenou práci jsou méně náchylné k pracovnímu stresu. (Lee et al., 2012)

Práce je koncipována na dvě základní části, a to teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje syndrom vyhoření a ženskou sexualitu. Jednotlivé kapitoly jsou rozděleny podle témat a podtémat, která shledávám jako důležitá a potřebná k ucelení informací a pochopení praktické části práce.

Praktická část se skládá z metodologie, hypotéz a jejich popisu, popisu respondentek, statistického znázornění výsledků, ty jsou zpracovány v tabulkách a grafech doplněny o slovní popis. V diskuzi se věnuji komparaci výsledků s daty, která jsem získala v rámci spolupráce na tomto tématu s ostatními studujícími kolegy. Tvořili jsme sedmičlennou skupinu, která se zabývala problematikou syndromu vyhoření a vlivu na sexualitu. Část skupiny se věnovala mužům a část ženám. Má diplomová práce a dvě další se zabývají ženami a vlivem syndromu vyhoření na jejich sexualitu. Odlišnost prací je především

v zisku a místu sběru dat. Má práce získala respondentky za pomoci internetového šetření, kolegyně rozdávaly dotazníky osobně ve fakultních a nefakultních nemocnicích.

1 Teoretická část

Péče o pacienty je činnost pomáhající, pečující a zaopatřující, kterou už v minulost zastupovaly především ženy (matky od dětí, jeptišky) a to za pomoci osob zabývajících se léčitelstvím nebo studovaných odborníků. (Špirudová, 2015) „Existuje řada povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, psychologové. Stejně jako jiná povolání má každá z těchto profesí svou odbornost, tj. objem vědomostí a dovedností, které je třeba si pro výkon daného povolání osvojit. Na rozdíl od jiných povolání však hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek - lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem“. (Kopřiva, 2006)

1.1 Intenzivní péče

Oddělení intenzivní péče (JIP) je určené pro pacienty, kterým hrozí selhání jednoho či více orgánů. Provoz je nepřetržitý a díky tomu může probíhat diagnostika, léčba a preventivní péče o pacienta v jakoukoliv denní i noční hodinu. Na oddělení anesteziologie a resuscitace jsou přijímáni pacienti v bezprostředním ohrožení na životě. Mluvíme o pacientech přijímaných přímo z ulice od záchranné služby, nebo překládaných z méně intenzivních oddělení pro zhoršení stavu, po těžkých operacích, kdy je důležité pokračovat dále v anestezii a analgosedaci, nebo z ambulancí. To vše probíhá po domluvě s vedoucím lékařem daného oddělení. (Kapounová, 2007)

Vzdělávání všeobecné sestry

Vzdělávání sester je uzákoněno Ministerstvem zdravotnictví zákonem č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Sestra specialista

Cílem specializačního vzdělávání v oboru intenzivní péče je odbornost sester pro intenzivní péči se znalostmi, dovednostmi z oboru a návyku týmové spolupráce.

Specializace ve zdravotnictví je dána vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. (©mzcr.cz)

Způsobilost sestry pro intenzivní péči je popsána ve **Vyhlášce č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků**. Sestra se specializací v oboru intenzivní péče, akutního příjmu a v rámci anesteziologicko-resuscitační péče vykonává dle §54 činnost všeobecné sestry se specializovanou způsobilost – poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí.

Sestra bez odborného dohledu a indikace lékaře může: sledovat a vyhodnocovat zdravotní stav pacienta, hodnotit a měřit fyziologické funkce, posuzovat závažnost stavu. Dále může zahájit a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest dle dostupnosti technického vybavení, po zaznamenání hodnot elektrokardiogramem může podat defibrilační elektrický výboj. Další dovedností sestry pro intenzivní péči je péče o dýchací cesty pacienta při umělé plicní ventilaci, mimo jiné i odsávání z dolních dýchacích cest s tracheobronchiální laváží u zajištěných dýchacích cest. Úkolem sester pro intenzivní péči je i zajištění funkčního pracoviště a dostupnost speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení. Sestra pro intenzivní péči může bez dohledu a doporučení lékaře hodnotit arteriální vstupy a jejich průchodnost.

Bez odporného dohledu, ale na základě indikace lékaře sestra může: měřit a analyzovat fyziologické funkce pacienta specializovanými postupy přístrojové techniky i s využitím invazivních metod. Smí provádět katetrizaci močového měchýře mužům, zavádět gastrickou a duodenální sondu u pacienta v bezvědomí, u pacientů se zajištěnými dýchacími cestami může provést výplach žaludku. Díky svému vzdělání sestra smí provádět péči o pacienty s chronickým či akutním selháním ledvin spojenou s metodami očišťování krve. Vykonává činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod bolesti, aplikuje léky do epidurálního katetru, provádí punkci artérie k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku. Výkon

sestry pro intenzivní péči je spojen s přípravou, v průběhu i po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie.

Pod odborným dohledem lékaře sestra pro intenzivní péči smí: aplikovat transfuzní přípravky a přetlakové objemy náhrady, provádět extubaci tracheální kanyly a uskutečnit externí kardiostimulaci. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

1.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření můžeme v naší zemi chápat jako synonymum pro anglický překlad názvu „burnout syndrom“. Poprvé se o syndromu vyhoření začalo mluvit v USA v letech 1974-1975. Pojem burnout vyslovil americký psychiatr H.J. Freudenberger, tento muž je považován za objevitele syndromu vyhoření a v roce 1974 jej popsal následovně „ U někoho jsou to pocity únavy a exhausce (vyčerpání), neschopnost setrát pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovou tísní, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy až po nespavost a depresi. Ve stručnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast. “ (Venglářová a kol., 2011)

Vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření mají jedinci, v našem případě zdravotní sestry, které mají sklony k perfekcionismu. (Mol et al., 2015) Syndrom vyhoření má významné zastoupení již od počátku milénia v hektickém pracovním prostředí a jeho prevalence v posledním desetiletí podstatně vzrostla.

Nejčastěji užívaná definice syndromu vyhoření je ta, kterou navrhli Maslach a Jackson, kteří ji popsali jako odpověď na chronický stres spojený s prací zahrnující složky: emocionální vyčerpání, depersonalizace. Emocionální vyčerpání odkazuje na fyzické a emocionální přetížení, které je důsledkem spolupráce se spolupracovníky a uživateli zdravotní péče. Depersonalizace je rozvoj cynických postojů. Omezené osobní úspěchy se týkají zdravotních sester, které přijímají negativní sebepojetí jako důsledek neúspěšného jednání v určitých situacích. Z dlouhodobého hlediska může přepracování a vysoká úroveň stresu způsobit, že pracovníci budou trpět syndromem vyhořením (Tucker et al., 2012).

Se syndromem vyhoření se často setkáváme v zaměstnáních, kde jsou pracovníci vystaveni vysoké pracovní náročnosti, jak po fyzické, tak i po psychické stránce, velké fluktuaci

interpersonálních kontaktů a podhodnocením finanční odměny za svoji práci. (Bartošíková, 2006)

1.2.1 Příznaky syndromu vyhoření

„Sáhla jsem si na své dno, jsem vyčerpána, tělo mě zradilo, jsem slaboch, nezvládla jsem náročnou situaci.“ (Venglářová a kol., 2011)

První varovné znaky

Zdravotní sestra častokrát pociťuje osobní diskomfort, na okolí může působit nervózně až podrážděně. První varovné signály, které často přecházíme, jsou spojeny s problémy se spaním, bolestmi hlavy nebo břicha s mnoha dalšími tělesnými příznaky jako je kolísání váhy. Sestra mnohokrát zpochybňuje význam své práce a má pocit, jakoby svoji práci ani nezvládala. (Venglářová a kol., 2011) V počátečních fázích syndromu vyhoření zaměstnanci pociťují emocionální stres a zvyšuje se jejich zklamání z práce, ztrácí schopnost přizpůsobení se pracovnímu prostředí a projevují záporný postoj nejen ke své práci, ale i ke spolupracovníkům a pacientům. Nakonec se začínají projevovat tři základní symptomy – vyčerpání, depersonalizace a snížení osobního úspěchu. Dalšími příznaky napomáhajícími ke vzniku syndromu vyhoření ve zdravotnictví jsou morální úzkost, únava ze soucitu (sekundární traumatický stres) a vnímání nevhodné zdravotní péče. Mezi nevhodnou zdravotní péčí řadíme – nepřesné informace pacientovi, nerespektování pacientových přání, péče o pacienty se zdravotními problémy neslučitelnými s kvalitním životem. Tyto symptomy se vyskytují u 25% sester a 32% lékařů pracujících v intenzivní péči. (Moss et al., 2016)

Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření

Rizikové faktory můžeme rozdělit do 4 skupin:

- osobnostní vlastnosti
- organizační faktory
- kvalita pracovních vztahů
- délka vystavení těmto faktorům (Moss et al., 2016)

Vlastnosti, které ohrožují jedince na vzniku syndromu vyhoření, jsou:

- sebekritičnost
- spánková deprivace
- nerovnováha mezi pracovním
- soukromým životem (Moss et al., 2016)

Dalšími osobními rizikovými faktory spojené se syndromem vyhoření jsou idealismus a perfekcionismus. Tyto vlastnosti se často vyskytují u nejlepších a často nejproduktivnějších zaměstnanců. Určité osobnostní typy, jako například neurotici, mohou mít vyšší sklon k rozvoji syndromu vyhoření. Naopak extrovertní typ osobnosti by mohl mít nižší míru vzniku syndromu vyhoření. (Moss et al. 2016)

V minulosti byl syndrom vyhoření považován za fenomén pozdní kariéry, ale dnešní studie prokazují opak. Nejen mezi lékaři, ale i sestrami je rozvoj syndromu vyhoření ve vyšším zastoupení u mladších a novějších spolupracovníků. Organizační faktory ve vzniku syndromu vyhoření reprezentují rostoucí pracovní zátěž, nedostatečné finanční i osobní ohodnocení, jedním z důležitých faktorů je i neschopnost volit si volné dny a plánování služeb. Rizikový faktor kvality pracovních vztahů je běžný problém jako na jakémkoliv jiném pracovišti. Nejedná se pouze jen o konflikty se spolupracovníky, nýbrž i s pacienty a jejich rodinami. Velkým rizikovým faktorem k rozvoji syndromu vyhoření je úmrtí, ukončení léčby a převedení např. na paliativní léčbu nebo péče o mrtvé tělo. Často zanedbávaným rizikovým faktorem bývá směnný provoz, především vykonávání nočních služeb. Nejen, že je narušen spánkový cyklus, ale může nastat spánková deprivace, nedostatečná spánková regenerace po nočních pracích. (Moss et al., 2016)

Podíl osobnosti na vzniku syndromu vyhoření

Rizikovou skupinou jsou lidé s vysokými cíli a velkým očekáváním. Nadšení můžeme udržet pouze tehdy, bude-li dostatečně naplněno očekávání jedince. Vyhořelým se stává jedinec, který je až nad míru nadšen a stanovuje si vysoké pracovní cíle, které při střetu s realitou nejsou splnitelné. Velmi ohroženou skupinou osob tíhnoucí k syndromu vyhoření jsou lidé se sklony k perfekcionismu, úzkostlivé a nad míru zodpovědné povahy s touhou po dokonalosti. (Bartošíková, 2006) Typologie osobností, které mají značný podíl na vznik syndromu vyhoření, jsou především workoholici, perfekcionisti a nejvíce jsou v ohrožení lidé, kteří jsou rychlí a dokonalí tzv. osobnost typu A. (Pešek, Praško, 2016)

Osobnost typu A

Tento typ osobnosti byl popsán v polovině 20. století americkými kardiology M. Friedmanem a R. Rosenmanem. Lidé s touto osobností bývají přehnaně zodpovědní, ctižádostiví a často si toho „naloží na bedra“ víc než unesou. Trpí neustálým vnitřním neklidem a napětím, nejsou schopni se uvolnit a udržují v sobě zlobu. Touží si užít život na plno a dychtí po vyšší a vyšší životní úrovni a úspěchu. Jsou velmi soutěživí, s tím, že výhra je pro tyto osoby podstatná. Jsou to lidé velmi netrpěliví a dochvilní. Výraz v obličejí mívají především ustaraný. (Pešek, Praško, 2016)

Workoholici

Tento typ osobnosti trpí chorobnou závislostí k práci a vysokému výkonu. Záporným faktorem těchto osob je omezení a narušení mezilidských vztahů, aktivit a zájmů. Workoholismus nejčastěji vzniká u lidí s potřebou dokonalosti, mít vše pod dohledem a být za každou cenu úspěšný. Dalším rysem bývá vzdělání, workoholismem trpí spíše lidé s vyšším vzděláním a také snáze postihuje muže než ženy. Stane-li se workoholik v práci úspěšným, může se stát namyšleným a pyšným. Přijde-li ovšem o práci, utápí se v pocitech viny, méněcennosti a osamění. Nejpravděpodobněji se člověk může stát workoholikem už v dětství, kdy osoby, které v dětství obdivuje, jsou horlivými pracanty, nejčastěji jsou to samozřejmě rodiče. (Pešek, Praško, 2016)

Perfekcionismus

Jde o lidskou potřebu mít vše dokonalé a bez chyb, nejlépe na sto procent. Tyto osoby pravděpodobně měly neústupné rodiče. Ti je učili a sami ocenili pouze v případě bezchybného a tvrdého výkonu. Perfekcionista trpí přeludem, že dobrá práce je pouze ta, která je odvedena bezchybně. Perfekcionisté jsou především nedůvěřiví k okolí, všechnu práci chtějí tedy zastat sami, anebo potřebují mít vše pod kontrolou, chybí jim také flexibilita a rozhodnost. (Pešek, Praško, 2016)

1.2.2 Fáze syndromu vyhoření

Vznik syndromu vyhoření má dlouhé trvání, nejedná o stav, který se rozvine během několika hodin, dní a ani týdnů. Jde o neustálý proces, který se vyvíjí několik měsíců až řadu let. Výše zmiňovaný stav prochází několika fázemi a často začíná u motivovaných a extrémně nadšených zaměstnanců, kteří svým povoláním pomáhají druhým. Vyhoření z povolání představuje řadu příznaků souvisejících s prací, včetně emočního vyčerpání, depersonalizace a sníženého pocitu osobního úspěchu. Emocionální vyčerpání je hlavní dimenzí vyhoření z povolání. Jedná se o duševní a fyzickou únavu, pocit vyčerpání. Zaměstnanec pocítuje nedostatek energie k dokončení úkolů a není schopen ztracenou sílu znovu nabít. Následkem emocionálního vyčerpání je depersonalizace. Ta je charakterizována cynickým až hrubým jednáním s ostatními. Depersonalizace může vzniknout zpočátku jako sebereflexe, protože umožňuje izolovat se od emočního stresu práce a tím poskytuje emoční štít proti problémům na pracovišti. (Kalani et al., 2018) Prvním varovným ukazatelem vyhoření bývá emoční vyhoření (to vnímají častěji ženy), dalším stupněm je psychické vyhoření a ztráta inspirace. Poslední fází, kterou vnímá už každý jedinec, je fyzické vyčerpání, z kterého se v pozdější době může rozvinout psychosomatické onemocnění. Veškeré tyto fáze, proměny a pocity jsou důsledkem dlouhodobého stresu. (Venglářová, 2011)

Model syndromu vyhoření dle C. Maslachové:

1. **Nadšení** (na prvním místě jsou ideály, silné zapálení k práci a postupného přetěžování se)
2. **Vyčerpání**
3. **Dehumanizované vnímání sociálního okolí** (obránné postoje)
4. **Vyčerpání, negativismus, lhostejnost.** (Bartošíková, 2011)

Model syndromu vyhoření dle Edelwiche a Brodského:

1. **Vzrušení** - jedinec je nadšen svou prací, klade na sebe i okolí nereálné nároky, přeceňuje vlastní zdroj sil, ztotožňuje se nejen se svou prací, ale i pacienty. Postupem času ale nastává konfrontace s každodenní realitou a vzniklými ideály, dochází ke změně představ o vykonávaném povolání a jedinec se začíná zabývat uspokojením osobních potřeb.

2. **Pochyby** – nejdříve zaměstnanec pochybuje o vlastním pracovním nasazení a snaží se více, až nad rámec své odměny. Přitom doufá, že se situace zlepší.
3. **Frustrace** – v této části rozvoje syndromu vyhoření zaměstnanec nevidí žádné výsledky své předchozí snahy. Pochybuje o správné volbě pracovního úsilí a distancuje se od své práce.
4. **Apatie** – v poslední fázi pracovník ztrácí zájem o pracovní realitu, nechce přijmout žádnou odpovědnost a v práci setrvává pouze pro dostatečný finanční obnos na obživu. (Arrogante et Aparicio-Zaldivar, 2017; Pelcák et Tomeček, 2011)

Než ale jedinec projde všemi fázemi a rozvine se u něj syndrom vyhoření, či je pouze v začátcích, tedy v například v první fázi, předchází těmto stavům a pocitům **stres**. Stres je psychologická, fyziologická a společenská adaptační odpověď na vliv vnitřního a především vnějšího tlaku a nad prahové zátěže. Vznik takového tlaku vede k řetězovým poplachovým reakcím, až nakonec jedinec selže. Iniciátory, které vedou jedince k reakcím a příznakům k selhávání, jsou **stresory** (frustrace, úzkostné očekávání, hluk, znečištěné prostředí, výživa, nejistota a očekávané představy, exhausce = vyčerpání. (Cimický, 2007)

1.2.3 Diagnostika syndromu vyhoření

Dosavadní vědecká literatura léčila syndrom vyhoření především jako syndrom spojený s prací, který se skládá z emočního vyčerpání, depersonalizace nebo cynismu a sníženého výkonu. Protože zatím neexistuje obecně platná definice, můžeme hovořit o „nejasné veličině“. Konkurenční přístroje na měření syndromu vyhoření existují a pro diferenciální diagnostiku je jediným zdrojem seznam symptomů. Nejen psychologické a neurobiologické mechanismy, které jsou základem různých symptomů, ale také sdružování s jinými nemocemi jsou do značné míry nevysvětlitelné. Kromě toho není téměř nic známo o psychosociálních důsledcích pro oběti samotného vyhoření. (Kaschka et al., 2011)

V dnešní době má již syndrom vyhoření své místo v Mezinárodní klasifikaci nemocí v 10. aktualizované v roce 2018, pod kódem Z 73 – problémy spojené s obtížemi při vedení života. Do této skupiny diagnóz neřadíme problémy socioekonomického či psychosociálního ražení. Přímo Z 73.0 – vyhasnutí /vyhoření – stav životního vyčerpání. (© Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2017, 2018) Ke zjištění syndromu vyhoření se nejčastěji používají dotazníky nejlépe speciálně zaměřené na tuto

problematiku. Příkladem může být dotazník **BM- Burnout Measure** od autorů **A. Pinesové a E. Aronson**. (Křivohlavý, 2009) Další metodou může být **Bergem Burnout Inventory (BBI)**, který hodnotí tři dimenze vyhoření - pracovní vyčerpání, cynismus v pracovním prostředí a pocit nedostatečnosti při práci.

Naše diagnostika výzkumného šetření spočívá na **Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM)**, která rozlišuje fyzickou únavu, emoční vyčerpání a kognitivní únavu. (Maslach et Lieter, 2016) Možnost otestování sebe samého a vzniku rozvoje syndromu vyhoření je možné v českém znění na webových stránkách <http://www.inflow.cz/mbi-maslach-burnout-inventory>. (Pelcák et Tomeček, 2011)

Maslach Burnout Inventory

Jedná se o nejčastější diagnostický dotazník syndromu vyhoření. Poprvé byl uveřejněn v roce 1981 autorkami Christine Maslachové a Susan E. Jacksonové. Syndrom vyhoření je v dotazníku vymezen třemi dimenzemi – emocionálním vyčerpáním, depersonalizací a sníženou osobní výkonností. Dotazník byl vytvořen především k testování pomáhajícím profesím, obsahuje 22 položek. Jsou pokládány jednoduché otázky, které vplynuly jako nejčastější podklady pro rozvoj syndromu vyhoření předchozích výzkumů. Respondenti odpovídají pomocí 7bodových hodnotících škál (0 - nikdy, 7 - každý den), dle počtu bodů je přiřazena důležitost výskytu. (Švamberk Šauerová, 2018)

Burnout Measure

Mluvíme o dřívější verzi dotazníku The Tedium Scale a Tedium Measure autorky Pinesové z roku 1981. Tento dotazník je pravděpodobně nejčastěji využívaná metoda ke zjištění syndromu vyhoření napříč širokým spektrem všech zaměstnání, a dokonce lze testovat i nezaměstnané osoby. Dotazník je sestaven z 21 otázek, se sedmi bodovou škálou. Rozpětí škály je od 1 – nikdy do 7 – vždy. Celkový test se skládá ze tří složek – psychická, fyzická a emoční, výsledek ovšem tvoří všechny tři složky společně. (Švamberk Šauerová, 2018)

Shirom-Melamed Burnout Measure

Tato testovací metoda vychází z dvoufaktorového modelu syndromu vyhoření. První faktor reprezentuje fyzickou únavu, druhý z faktorů zase kognitivní a emoční otupělost. Dotazník disponuje třemi dimenzemi – fyzickou únavou, emoční vyčerpaností a kognitivní opotřebovaností. Je tvořena čtrnácti položkami hodnocených sedmibodovou škálou.

Testování je zaměřeno na zdroje energie, kdy se předpokládá, že každý jedinec má energetický zdroj a jednotlivé složky jsou vzájemně propojeny. V tomto dotazníku je jasně odlišen syndrom vyhoření od stresu. Metoda testování je navržena pro zjištění slábnoucích energetických zdrojů na pracovišti bez ohledu na druh povolání. (Švamberg Šauerová, 2018) Dimenze fyzické únavy se skládá z 8 položek, například: „cítím se unavený“ a „moje baterie jsou vybité.“ Kognitivní dimenze je zastoupena 6 položkami v dotazníku příkladem: „mám pocit, že mi to nemyslí“ a „mám potíže s přemýšlením o komplexnosti.“ Čtyři položky z dotazníku zjišťují emoční vyčerpanost: „cítím se napjatý“ a „cítím se uvolněně.“ Každá dimenze má svůj výsledek, ten je poté jako celkové skóre zprůměrován dělením počtem položek v jednotlivé dimenzi. (Lundgren-Nilsson, 2012)

1.2.4 Prevence syndromu vyhoření

Jak už jsme zmiňovali výše, jedním ze základních kamenů vzniku syndromu vyhoření je dlouhodobé vystavení stresovým situacím. Chceme-li se chránit před vznikem vyhoření, je zapotřebí zvládnout první stupeň prevence, a to naučit se zvládat stres a pracovat pod ním. Pokud jsme stresu vystaveni, a to zdravotní sestry v intenzivní péči jsou velmi často, je důležité si stanovit, zda budeme se stresem bojovat, či ho jen tolerovat. Pokud nechceme, aby nás strach ovládnul, je důležité stanovit si strategii, jak se stresem nakládat. Je dobré minimalizovat stresory, po krátkou dobu můžeme tolerovat neúnosné situace v domnění, že se bude „blýskat na lepší časy“. Mezi další možnosti strategie patří zachování vlastní tváře a pozitivního obrazu pro sebe i druhé. (Křivohlavý, 2010) Nejčastější prevencí pro řešení stresových situací a syndromu vyhoření je správná životospráva, cvičení, odpočinek a zaměření se na vlastní zdraví. Mezi jednotlivci můžeme objevit několik strategií k prevenci vzniku syndromu vyhoření. (Demerouti, 2015)

Základním faktorem k prevenci syndromu vyhoření je správná zásada duševní hygieny, ta spočívá především v pravidelném pohybu, relaxačním cvičení a dodržováním denního režimu. Plní-li jedinec tyto zásady, zvyšuje si tím vlastní psychickou odolnost. Dalším faktorem k prevenci rozvoje syndromu vyhoření je profesní i osobnostní rozvoj kompetencí. Existují dva typy prevence rozdělené dle cílových metod. První z mnohých typů prevence je zaměřen na samotného jedince – interní prevence. Druhá z preventivních metod je zacílená na úpravu podmínek v okolí jedince – externí prevence. (Švamberg Šauerová, 2018)

Interní prevence

Vnitřní prevence spočívá v ujasnění si vlastních pocitů. Naučit se techniku zvládnání vypjatých situací, které nám může pomoci zvládnout psychohygienu. Její pravidla nám napomáhají k uvědomění si, že to co prožíváme, je odraz našeho vnímání okolí, ne to jak nás opravdu svět vnímá. Učí nás objektivnímu pohledu na sebe samotné a zachování nadhledu nad všedními povinnostmi. Součástí interní prevence by měla být i automatická péče o vlastní tělesné i duševní potřeby (dostatek spánku, zdravá strava, pohyb, smysl pro humor, radovat se z maličkostí, znát své hranice možností, umět relaxovat, rozvíjet zdravou sebereflexi a pracovní problémy řešit pouze v pracovní době). Proto je důležité zachovat i při zaměstnání své koníčky, záliby a snažit se udržovat dobré mezilidské vztahy v rodině i mimo ni, popřípadě utvářet nové. V zaměstnání je podstatné stanovit si cíle pracovních úkolů, nepřesahovat vlastní kompetence, dovednosti i znalosti. Významnou stránkou prevence jsou také sociální kontakty, které jsou kvalitní, pokud jedinec umí naslouchat, povzbuzovat, ocenit druhou osobu a podat emoční podporu. Sociální rovina je významným prvkem v podpoře i prevenci. Zhoršují-li se společenské vztahy, může docházet k vyplynutí dlouho neřešených problémů na povrch, čímž se odklání pozitivita mezilidských vztahů jak na pracovišti, tak i mimo něj. (Švamberg Šauerová, 2018)

Externí prevence

Externí prevencí je myšlena úprava vnějších podmínek zaměstnance. Máme tím na mysli změnu pracovních podmínek, vytvoření místa, kam je možnost odejít si odpočinout, sestavit fungující tým, který je schopen spolupráce a kolegiality. Jedinec jako zaměstnanec může zvolit preventivní krok v podobě kurzů osobního rozvoje, pracovního poradenství s důrazem na týmovou spolupráci. Zaměstnavatel na pracovišti naopak může zařadit například wellness program. Důraz je kladem především na podporu spolupráce, vzájemné naslouchání, motivační programy, uznání, konstruktivní zpětnou vazbu, vymezení pracovních kompetencí a srozumitelné pracovní podmínky. Proto, aby byla i externí prevence účinná, je za potřebí se zaměřit na ujasnění pracovních úkolů, dostatečné množství kompetencí a zachování harmonického pracovního prostředí. Důležitá je rovněž správná organizace práce, z čehož plyne, že se jednotlivé povinnosti zaměstnance nepřekrývají a ani nejsou v rozporu. V pracovním prostředí hraje významnou roli

v prevenci i pochvala, poděkování či finanční odměna od zaměstnavatele. (Švamberk Šauerová, 2018)

Strategie pro prevenci vzniku syndromu vyhoření

Jedná se o postup, jakým je možné zabránit vzniku syndromu vyhoření. K němu neodmyslitelně patří symptomy jako je pokles fyzických, psychických sil, a tedy neschopnost vkládat úsilí do plnění požadavků k náplni práce. Cílem strategie je najít řešení k počátku vzniku syndromu vyhoření. **Strategie řešení** povzbuzuje k zaměření se na problém a zvládnutí jej nebo vyrovnání se s vzniklými emocemi. Zaměření se na problém představuje pokus o řešení problému, zatímco emotivní vyrovnání zkouší změnit emotivní reakci na stresující událost. Studie potvrzují, že aktivní zaměření na řešení problému snižuje rozvoj syndromu vyhoření. **Zotavení z práce** má vysoký význam v prevenci syndromu vyhoření. Můžeme říci, že se jedná o nejjednodušší možné předcházení vzniku syndromu vyhoření. Nejčastěji se jedná o odloučení se od práce po pracovní době, uvolnění se činnostmi s nízkým pracovním úsilím. Zcela nejlepší kompenzací je trávit čas s jinými lidmi mimo pracovní kolektiv. (Demerouti, 2015)

V současné době není mnoho studií, které by se zabývaly strategií k prevenci či léčbě syndromu vyhoření v jednotkách intenzivní péče. Eventuální strategie, které by mohly zasáhnout do prevence a léčby syndromu vyhoření v kritické péči, lze rozdělit do dvou kategorií:

- 1. Opatření zaměřená na posílení prostředí na jednotkách intenzivní péče**
- 2. Intervence zaměřené na pomoc jednotlivcům při zvládnání jejich životního prostředí.**

Vytvoření a udržení zdravého pracovního prostředí je jednou z klíčových strategií pro boj proti vzniku syndromu vyhoření. Na základě zprávy amerického sdružení zdravotních sester a ošetřovatelů vzniklo 6 standardů pro vytvoření a udržení zdravého pracovního prostředí - kvalifikovaná komunikace, skutečná spolupráce, účinné rozhodování, vhodné personální obsazení, smysluplné uznání a autentické vedení. Další běžně uznávané principy zdravého prostředí v kritické péči zahrnují – zamezení nebo zvládnání konfliktů a zlepšení péče o konec života. Komunikace, spolupráce a efektivní rozhodování v dobách,

kdy jsou emoce zvýšené, jsou rozhodující pro zapojení týmu do snižování stresu a syndromu vyhoření. Zdravé pracovní prostředí může být vylepšeno využitím týmových debriefingů (skupinový rozbor mimořádné důležité události), strukturované komunikace a spolupráce s členy týmu na kritických rozhodnutích. Sestry pracující v kritické péči by se měly naučit rozpoznat příznaky syndromu vyhoření a vyhledat pomoc v případě ohrožení. (Moss et al., 2016)

1.2.5 Intervence syndromu vyhoření

Jedna z amerických studií popisuje intervenční program pro sestry v intenzivní péči, jedná se o 12 týdenní plán, kdy sestry, které vykazovaly vyšší stupeň syndromu vyhoření (především v emoční dimenzi) bez zdravotních komplikací, prošly blíže popsaným intervenčním zákrokem. Techniky pro zmírnění stresu byly založeny na změně myšlení – kognitivní restrukturační, sestry se je učily praktikovat během 2 denního vzdělávacího semináře. Na semináři byly podrobeny celotělovým prohlídkám a meditacím. Jednou z aplikovaných technik byla metoda MBSR (mindfulness-based stress reduction), která se používá k rozvoji zvýšeného povědomí "v momentě" zážitků. Snižuje negativní vliv a zlepšuje péči o osoby s řadou chronických zdravotních problémů, jako je bolest, rakovina, úzkostné poruchy, deprese a situační namáhání, jako je pracovní prostředí ICU. Každý z účastníků měl vykonávat techniky pro zmírnění stresu během 12 týdnů alespoň 3x týdně na 15 minut. Dalším požadavkem programu byla fyzická aktivita, kdy každý měl alespoň 3x týdně provádět aerobní fyzickou činnost 30 až 45 minut. Každá sestra byla požádána, aby se účastnila kognitivní behaviorální terapie se zkušeným licencovaným, klinickým pracovníkem vycvičeným v traumatickém stresu a pracujícím s různými zdravotnickými pracovníky. Sezení trvalo přibližně 30 – 60 minut. V celkových výsledcích sestry, které prodělaly tento intervenční program po 12 týdenním opakovaném měření, vykazovaly méně symptomů deprese, posttraumatické stresové poruchy a vyšší odolnost vůči stresu. V ošetrovatelské péči je odolnost spojena s komunikací a emocionální podporou, která je získána posílením osobních, rodinných a profesních vztahů. (Mealer et al., 2014)

1.2.6 Terapie syndromu vyhoření

Terapie, které se používají k léčbě vyhoření, jsou: psychoterapie, zejména kognitivní behaviorální terapie (KBT), fototerapie - bylinkářství, fyzioterapie. Účinnost terapií pro

léčbu syndromu vyhoření není dostatečně zkoumána. Pouze pro KBT existuje dostatečný počet studií, které prokazují její pozitivní účinky. (Korczak; Wastian; Schneider, 2012) V České republice probíhá vědecky ověřený program pro posílení fyzické i psychické odolnosti a zdraví. Jedná se o kurz MBSR (mindfulness-based stress reduction), který se momentálně koná v Praze a Českých Budějovicích. Na podzim roku 2019 se připravují kurzy i v Plzni a Brně. Bližší informace o tomto programu můžete nalézt na webových stránkách (www.mbsr.cz).

Léčebné postupy syndromu vyhoření by měly být zaměřeny především na naslouchání, přerušování pracovní doby, doplňky stravy, léky nezbytně nutné ke zvládnutí symptomatologických příznaků, behaviorální a kognitivní terapie, profesionální koučink a multidisciplinární přístup. Přerušování pracovního poměru je velmi svízelná situace, proto vědci doporučují přerušit pracovní proces na dva týdny a poté dle stavu a míry vyhoření prodloužit pracovní neschopnost a dále sledovat rozvoj syndromu vyhoření. Antidepresiva (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) se předepisují pouze v případě vyššího stupně rozvoje syndromu vyhoření, nebo dospěje-li jedinec k depresím. Behaviorální a kognitivní terapie se zaměřuje především na rekonstrukci sebe sama. Psychoterapeut doprovází pacienta ve vývoji nových způsobů myšlení a rozvíjení chování přizpůsobené k jeho situaci s cílem nalézt pocit pohody a spokojenosti v jeho současném životě. (Mesters et al., 2017)

Kouč je doprovod, který pomáhá vyhořelému řešit profesionální problémy. Trenér podporuje pacienta ve výzkumu a realizaci řešení, která mu vyhovují, na základě schopnosti realizace dosažení vytyčených cílů. Koučování lidí trpících syndromem vyhoření se liší od psychologické konzultace, i když jsou si tyto dvě strategie velmi blízké. Kouč i psycholog umožňuje vyjádření obtíží a emocí jednotlivce, provádění strategií, zvládnutí změn v chování a prevenci relapsu. Jednotlivec zaujímá jiné stanovisko, pokud jde o tyto dva odborníky. Reaktivní s psychologem, s kterým konzultuje vzniklé problémy a proaktivní s koučem, s kterým definuje své možnosti a hledá řešení vzniklých problémů. Do multidisciplinárního týmu k léčbě syndromu vyhoření řadíme praktického lékaře, psychologa, psychiatra, kouče a fyzioterapeuta. (Mesters et al., 2017) Výše zmíněná terapie je odborníky nejčastěji využívána, ovšem francouzští vědci přišli se studií, která prokázala účinnost a bezpečnost při léčbě syndromu vyhoření kombinací casozepinu -

mléčný kasein, taurinu, kořenu Sibiřského ženšenu a extramelu - extrakt z melounu bohatého na antioxidanty. (Jacquet et al., 2014)

Psychoterapie

Psychoterapie v užším slova smyslu představuje záměrné a cílevědomé působení terapeuta na klienta. Psychoterapeut pomáhá jedinci vyrovnat se s těžkostmi lidského bytí, najít sebe samého na základě sebepoznání a vyjádřit se za pomoci seberealizace. Psychoterapie je direktivní či nedirektivní. Direktivní psychoterapie cíleně usměrňuje jedince, jeho chování, postoje i myšlení. U nedirektivní terapie terapeut usměrňuje velmi vzdáleně, spíše se snaží být neutrální a podněcuje klienta k emoční a slovní tvorbě. Terapeut se stává tzv. společníkem klienta, neudílí žádné rady, jen ho doprovází. Na jeho cestě sebepoznáním. Prostředky k terapii bývají často slova, obrázky nebo akce. Dle zvolené metody můžeme dělit terapii na kauzální nebo symptomatickou. Kauzální forma terapie se snaží odstranit příčiny vzniklých problémů, konfliktů. Zatímco symptomatická terapie odstraňuje pouze problémy a nehledá počáteční příčinu vzniku, díky tomu je také méně časově náročná. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015) Jedním z možných terapeutických přístupů je například kognitivně-behaviorální terapie, která je popsána níže.

Kognitivně-behaviorální terapie (KTB)

Mluvíme o spojení dvou metod v jednu. Při ovládání chování bere ohled i na psychiku jedince. Vědci tvrdí, že chování je tvořeno na podkladě myšlení, díky tomu klient při kognitivně behaviorální terapii na základě rozhovoru s terapeutem dostává behaviorální úkoly. Taková terapie je časově ohraničena a má jasně stanovené cíle, hlavním terapeutickým cílem je naučit klienta soběstačnosti. Tato terapie se doporučuje lidem trpícím depresí, úzkostnými poruchami, dále se užívá u poruch osobnosti, sexuálních poruch, závislostí a u poruch příjmu potravy. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015) Kognitivně-behaviorální terapie se zjednodušeně zabývá reakcí pacienta na své okolí včetně terapeuta, zkoumá jeho reakce. Jedná se o přenos emoční, kognitivní a tělesné informace, kterou pacient prožívá v závislosti na terapeutovi. Klientova reakce vědomá nebo nevědomá souvisí s očekáváním od terapeuta. Reakce jsou rovněž propojeny s terapeutovými postoji a chováním, které pacient vnímá po svém. Terapeutický vztah vzniká pod řadou pravidel – jaký má klient vztah sám k sobě, jak se terapeut chová,

klientův vztah k terapii, vztah k prostředí, kde terapie probíhá, společenský kontext postojů terapeuta i klienta. (Vyskočilová, Praško, 2015)

1.3 Sexualita

Lidská sexualita

Celkově předpokládáme, že evoluční základy pro partnerský výběr vycházejí z předpokladu, že existují životní formy s rozdílnou genetickou výbavou. V oblasti sexuálního chování mluvíme o tzv. sexuálním výběru, který je založen na:

- představitelích jednotného pohlaví, kteří usilují o přízeň opačného pohlaví (muži)
- preferovaném výběru vzorku opačného pohlaví určité pohlavní skupiny. (Šulová et al., 2011)

Mluvíme-li obecně o sexualitě mezi lidmi, jedná se o tři projevy sjednocení- citové, fyzické a rodičovství. Základním kamenem sexuality je citové spojení, kdy se u jedince probouzí touha po opačném pohlaví, vzniká v období dospívání. Toto první období můžeme nazvat zamilováním se, což je velmi důležitý krok, díky němuž dochází ke spojení milostného citu se sexuálním zážitkem a také ke sjednocení sexuálního chování se vzájemnou odpovědností. Fyzické spojení postupem času doplňuje citové propojení. Rodí se sexuální pud mezi oběma jedinci, který se přeměňuje v sexuální touhu. Milostným stykem si zamilovaní jedinci oznamují svoji oddanost. Třetím projevem lidské sexuality je již zmiňované rodičovství. Biologicky jsou jedinci vyzýváni k plození vlastních potomků. (Augustin, 2005)

Psychosexuální vývoj

Sexuální vývoj je globální proces, kde se tvoří základní složky lidského sexuálního chování – identifikace pohlaví, sexuální preference, sexuální chování a sexuální reaktivita. Základem sexuálního vývoje jsou **biologické determinanty**, spadá do nich: genotyp, fenotyp, hormony, pohlaví, biologická podoba a vývoj vnitřních a vnějších reprodukčních orgánů. Sexuální identita se utváří již v raném dětství, nejdéle do 3. roku života dítěte. **Pohlavní identita** neboli příslušnost k určitému pohlaví se vytváří na základě genetických a fetálně-gonadálních determinantů. Základem identifikace je pochopení sebe sama. Sebeidentifikace se vytváří z procesu učení – sociálního i kognitivního. **Sexuální role** je projevem pohlavní identity ke svému okolí. Velký vliv na utváření sexuální role mají

kulturně-společenské zvyky. Rodiče jsou pro dítě hlavním identifikačním ukazatelem. Postupem času se na této celoživotní roli podílí ostatní vrstevníci a jednotlivé životní fáze, kterými každý jedinec během života musí projít. (Weis et al., 2010) **Sexuální preference** je způsob, jakým žena či muž dosahují sexuálního uspokojení, díky objektu, kterým jsou eroticky přitahováni, kdy erotický objekt není zcela objasněn. Sexuální chování má různé funkce. Jde o prosazení ženskosti nebo mužství, dominance či nedominance, vývoj vztahů, vznik zdrojů vzrušení i potěšení, vyjádření nepřátelství. Vývoj sexuálního chování je především závislý na sexuálních emocích, které se diferencují především v období puberty a adolescence. V pubertě dochází ke sloučení sexuální identity, reaktivity a preference. (Weiss et al., 2010)

Sexualita zdravotníků

Zdravotní sestry pracující v nepřetržitém provozu mohou mít se sexualitou a celkově s partnerským vztahem problém. Nejčastější svízele zdravotní sestry je neustálé „potkávání se“ se svým partnerem, což vede k postupnému oddalování, vzniku nedorozumění a frustraci v partnerském vztahu. Aby vztah nebo rodina držely pohromadě, je důležité být tolerantní, udržet si nadhled a optimismus i v těžkých situacích vztahu. V neposlední řadě, když partneři tohle všechno zvládnou, je potřeba na sex nerezignovat. Je velmi důležité si společně strávené chvíle užít a neztrácet touhu. Nejhorší, čeho se můžeme dopustit, je zevšednění a rezignace našeho vztahu, proto je podstatné o svůj vztah pečovat jako o květinu, jinak uvadne. (Šrámková, 2015)

1.3.1 Sexualita ženy

Pohlavní orgány u žen dělíme na vnější a vnitřní. Mezi vnitřní patří děloha, vejcovody a vaječníky a k vnějším řadíme mons pubis (Venušin pahorek), malé a velké stydké pysky, klitoris, vchod poševní a pochvu. Ženské tělo je jedna velká erotická zóna. Každá upřednostňuje jiný druh stimulace, jinak prožíváme stavy rozkoše, ale přesto nám jde o stejný výsledek, abychom se cítily smyslně, uspokojeně a vyrovnaně. Drážděním dobře známých orgánů jako jsou prsa nebo klitoris, dojde k dobré stimulaci snad pokaždé, ale existují na těle místa, která jsou erotogenní zónou jen pro pár osob a to jsou například chodidla, jazyk, oční víčka nebo perineum (hráz). (Pastor, 2010)

1.3.2 Sexuální funkce ženy

Sexuální vzrušení

Ženská sexualita v minulosti byla jedno velké tabu. Několik staletí ženy sloužily pouze jako prostředek pro uspokojení mužské touhy a „nástroj“ k rozmnožování lidské rasy. První, kdo dokázal odkrýt ženskou sexualitu světu, byl Sigmund Freud. Ženská sexualita je na rozdíl od té mužské podstatně jiná. Muži ve svém schématu postupují pouze k jednomu vrcholu, tedy vyvrcholení a poté prochází útlumem. Ženy mají svoji cestu k vrcholu podobnou, ale s jistými rozdíly. Zatím co muž stoupá strmě nahoru, ženy postupují pomaleji, vrchol dle grafu má oblejší tvar a má mnohem delší dozvuk. Muže po ostrém vrcholu, čeká rychlý návrat do klidového stavu. (Pastor, 2010)

Subjektivní sexuální vzrušení je definováno jako kognitivní reakce na sexuální podnět, o kterém je jedinec buď přímo, anebo nepřímo informován. Sexuální podnět může být vnitřní (sexuální myšlenky) nebo vnější (partner). Pocit vzrušení je neodmyslitelný zážitek a je součástí jak těla, tak mysli každého člověka. Sexuální vzrušení je snižováno sexuálním sebeovládáním a motivuje k zapojení pohlavní aktivity. Vzrušení je nejčastějším důvodem k sexu mezi mužem a ženou. Některé studie potvrzují, že subjektivní sexuální vzrušení může zpříjemnit a zlepšit sexuální partnerský život, naopak nepřítomnost vzrušení může mít za následek nejen pokles sexuální aktivity, ale i rozvoj stresu. (Handy et al., 2017)

Masters a Johnson navrhli první vysoce citovaný model sexuální reakce v roce 1966. V jejich modelu je sexuální reakce rozdělena do 4 lineárních fází: vzrušení, plató, orgasmus a uvolnění. (Handy et al., 2017)

V první fázi dochází při dráždění nebo psychogenní stimulaci k překrvení pohlavních orgánů a lubrikaci. Ta je závislá na délce a intenzitě dráždění. Tuto fázi nazýváme **excitací** a můžeme ji brát jako předehtu před samotným aktem. Pokud excitační fázi nic nepřekazí, žena se ve svém vzrušení přesouvá do fáze **plató**, jde o maximální vzrušení, v zevní části pochvy vzniká orgastická manžeta (dochází k zúžení), díky nahromadění žilní krve, zduřejí se malé stydké pysky i klitoris. Třetí fází je samotné vyvrcholení - **orgasmus**, žena pociťuje rytmické stahy pochvy, perineálního svalstva a dělohy. Běžně se u žen vyskytuje kolem 5 až 8 kontrakcí při dosažení orgasmu. Poslední fází k dokončení celého sexuálního cyklu ženy je **uvolnění**. Přichází postupně a oproti mužům u žen trvá déle. Některé z žen

se mohou z této fáze vrátit opět k orgasmu, mají možnost takzvaného multiorgasmu a to v případě opětovného dráždění. (Šrámková, 2015; Pastor, 2010)

Později bylo zjištěno, že tyto fáze se zabývaly pouze fyziologickým sexuálním vzrušením, a model byl rozšířen o sexuální touhu jako předehtu ke vzrušení. S rozšiřováním této teorie vědci na konci 20. století začali polemizovat, zda ženský cyklus sexuální odezvy musí být omezen na specifické fáze popsané výše. Proto se od tohoto modelu odklonili a vytvořili kruhový model sexuální odezvy, který zahrnuje jak fyziologické (genitální vzrušení), tak subjektivní vzrušení (subjektivní sexuální vzrušení, uspokojení). (Handy et al., 2017) Sexuální zaměření v kruhovém modelu nepopírá genitální reakce a tradiční ukazatele touhy, včetně sexuálních fantazií a potřeby sebestimulování, avšak neignoruje ani důležité složky sexuální spokojenosti žen - důvěru, intimitu, schopnost být zranitelný, respekt, komunikaci, náklonnost a potěšení ze smyslých doteků. (Basson, 2000)

Základy ženské sexuality jsou odlišné od mužské. Mužská touha je častěji ovlivňována testosteronem, zatím co ženy jsou biologicky naprogramovány k nižšímu sexuálnímu napětí. Ženy nejsou k sexu motivovány za účelem touhy, ale spíše odměny (emocionální blízkost). Ta je pro ženy důležitější a tvoří hlavní motivační sílu. Ženské sexuální vzrušení je subjektivně duševní vzrušení, které ne vždy musí být doprovázeno stahy a vzrušením genitálu z čehož plyne, že orgasmické uvolnění může, ale nemusí vždy u ženy nastat. (Basson, 2000)

1.3.3 Sexuální dysfunkce ženy

„Sexuální dysfunkce jsou poruchy sexuální výkonnosti, charakterizované nedostatečností jedné nebo více fyziologických složek sexuálního chování.“ (Weiss et al., 2010)

Obecně sexuální dysfunkce představuje poruchu, kdy se jedinec nepodílí na pohlavním styku. Při takové poruše může jedinec postrádat zájem, uspokojení nebo fyziologické reakce potřebné k sexuálnímu aktu, jindy může ženy i muže trápit neschopnost prožívání či ovládnání orgasmu. (Vaškovský, 2007)

Sexuální dysfunkce nevyvolané organickou poruchou nebo nemocí jsou onemocnění, při nichž jedinec nepocítuje sexuální touhu nebo není schopen uskutečnit soulož vedoucí k uspokojení, ačkoliv k tomu má základní anatomicko-fyziologické předpoklady a není

zaměřen na neobvyklé sexuální cíle. (Kratochvíl, 2003) Výskyt sexuálních dysfunkcí je závislý na věku, vzdělání, sociálním postavení a dalších faktorech. Ženské sexuální dysfunkce jsou oproti mužským poruchám daleko více provázané s duševními a společenskými okolnostmi. Dokonce až 50% ženské populace má v průběhu svého sexuálního života nějaký problém. (Pastor, 2010)

Sexuální dysfunkce můžeme rozdělit na primární a sekundární vzhledem k době výskytu. **Primární sexuální dysfunkce** vzniká již při prvním styku s pohlavní zkušeností, zatímco **sekundární dysfunkce** se vyvíjí postupně časem a předchází jí doba, kdy žena prožívala sexuální život bez jakýchkoli potíží. Sexuální nefunkčnost také může být zcela **úplná** nebo pouze **částečná**. Úplnou sexuální dysfunkci můžeme zaměnit i za afunkci, jedná se o sexuální problém, kdy žena postrádá správně pracující mechanismy sexuální kvality. Mám tím na mysli nulovou lubrikaci, u mužů se nevyskytuje pevná erekce a obě pohlaví nedosahují orgasmu. U částečné dysfunkce se tyto problémy vyskytují rovněž, jen v menším měřítku. Sexuální mechanismy nejsou zcela afunkční, vyskytují se pouze za nepříznivých okolností, jako je například stres. (Weiss et al., 2010)

Ženská sexuální **dysfunkce byla rozdělena do čtyř kategorií** diagnostickým a statistickým manuálem duševních poruch - **sexuální touha, sexuální vzrušení, orgasmické poruchy nebo poruchy sexuální bolesti**. Definice standardního ženského sexuálního fungování však byla kriticky zkoumána a přijatá definice a klasifikace ženské sexuální dysfunkce byla následně revidována. V roce 2004 přijal druhý mezinárodní konsenzus sexuální medicíny přezkoumané definice sexuální dysfunkce žen - porucha sexuální touhy/zájmu, subjektivní porucha sexuálního vzrušení, genitální porucha pohlavního vzrušení, kombinovaná genitální a subjektivní porucha vzrušení, trvalá porucha genitálního vzrušení, orgasmická porucha žen, dyspareunie, vaginismus, porucha sexuální averze. Lékař může posoudit klinický význam symptomů na základě definice, kterou konsenzus přijal. Sexuální dysfunkce u žen může být dále definována jako **celoživotní** (primární) nebo **získaná** (sekundární) a situační (vyskytuje se pouze za určitých okolností nebo u určitých partnerů) nebo zobecněná (vyskytuje se ve všech situacích a se všemi partnery). (Frank et al., 2009)

Dle MKN-10 mezi sexuální dysfunkce spadají poruchy, kvůli kterým žena není schopna se podílet na sexuálních aktivitách tak, jak by si sama představovala. Sexuální odpověď je psychosomatickou reakcí, kdy psychologická, somatická nebo obě části reakce nereagují,

jak by měly, a způsobují tím ženě poruchu. Zařazeny jsou zde sexuální diagnózy F52.0 až F52.9, které nevznikají na podkladě organické poruchy nebo nemoci.

SEXUÁLNÍ PORUCHY VZRUŠENÍ BEZ ORGANICKÉHO PODKLADU

Nedostatek nebo ztráta sexuální žádostivosti (F52.0) dle MKN - 10

Jedná se o snížený nebo chybějící zájem / touhu po sexuálních aktivitách. Nevyskytují se ani sexuální myšlenky a fantazie. Motivy pro vznik sexuální touhy jsou ojedinělé nebo zcela nepřítomné. Určité výjimky se mohou vyskytnout v závislosti na délce trvání partnerského vztahu a s ohledem k věku. (Basson et al., 2009)

Subjektivní sexuální porucha vzrušení - mluvíme o absenci nebo snížení výskytu subjektivního sexuálního vzrušení z jakékoli sexuální stimulace. Může být ale přítomná fyzická reakce na stimulaci, jako například vaginální lubrikace. (Basson et al., 2009)

Genitální poruchy pohlavního vzrušení - absenční nebo zhoršené pohlavní vzrušení pohlavních orgánů. Pacientky mohou popisovat minimální vulvální otok nebo vaginální lubrikaci z jakéhokoli typu sexuální stimulace a snížené sexuální pocity ze stimulace genitálií. Sekundární sexuální vzrušení stále přetrvává z pohlavních podnětů, které nejsou genitální. Žena s poruchou vzrušení může být vzrušena například sledováním erotického filmu, nebo potěšením svého partnera, líbáním či přímou stimulací ňader. Problémem poruchy genitálního pohlavního vzrušení je ovšem výrazná ztráta jakékoli genitální odpovědi včetně orgasmu. Povědomí o pulzování / otok / lubrikaci je nepřítomné nebo výrazně snížené. Tento problém často trápí ženy při nedostatku estrogenu a při poškození autonomního nervu. (Basson et al., 2009)

Běžnou příčinou nízké sexuální apetence bývá depresivní stav, nedostatek estrogenů po nebo během menopauzy. Ženy v klimakteriu, které jsou ohroženy rychlým poklesem sexuální touhy, dobře reagují na substituční léčbu. Nízká sexuální vzrušivost se také uvádí při hypothyreóze a poruchách činnosti nadledvin. (Weiss et al., 2010)

Odpor k sexualitě a nedostatek požitku ze sexu (F52.1) dle MKN - 10

Sexuální averze - trvalá nebo recidivující fobická averze k sexuálnímu kontaktu se sexuálním partnerem. (Mimoun; Wylie, 2009) Občas se můžeme setkat s označením fobické averze, ale i panické poruchy. Nejčastěji averzí trpí ženy, které prodělaly traumatický zážitek – znásilnění, sexuální zneužívání. Ženě je tato diagnóza stanovena, pokud se straní partnerské sexuální aktivity, odmítá intimní doteky a vrcholem jsou rodinné spory a problémy v mezilidských vztazích. (Weiss et al., 2010)

Frigidita - jedná se o poruchu vzrušivosti a sníženého sexuálního apetitu zároveň. Znamená to, že někdy má žena chuť na sex, ale vzrušení se nedostaví, nebo naopak se chuť na sex nedostaví a žena přes správné dráždění je vzrušena a dosáhne orgasmu. (Pastor, 2010) Můžeme také říct, že mluvíme o opakujícím se nedostatku sexuálních myšlenek a fantazie nebo o poklesu sexuální touhy či vnímavosti k ní. (Mimoun; Wylie, 2009) Vyskytuje se u žen jakéhokoli věku. Ženy v ordinaci lékaře často popisují problém se sexuálním vzrušením, kdy se nedostavuje v průběhu sexuálního aktu dostatečná lubrikace a nedosahují kvalitního zduření a prokrvení genitálu. Tyto projevy jsou periferního rázu sexuálního vzrušení. Problém frigidity je především v centrálním komponentu sexuálního vzrušení, to si nejspíš ženy ani samy neuvědomují. Jde o nedostatečnou sexuální emoci a selhání sexuálního vzrušení. Při samotné koitu nastává problém, kdy žena není schopna dostatečně uvolnit poševní svalstvo a dostatečně zvlhčit poševní vchodu. Terapie diagnózy spočívá v odstranění rušivých faktorů a psychoterapii. (Weiss et al., 2010)

Selhání genitální odpovědi (F52.2) dle MKN - 10

Schopnost lubrikace v ženském pohlavním ustrojí je přirozená činnost ke zvlhčení poševního vchodu a k usnadnění průniku mužskému penisu. Porucha je brána jako nedostatečný přirozený výskyt lubrikační tekutiny. Pocit vzrušení může mít žena subjektivně zachovaný, ale při stimulaci (genitální či negenitální) nedochází k dostatečnému zvlhčení. Typ této poruchy se rozrůstá se zvyšujícím věkem ženy, čím starší sexuálně aktivní žena, tím vyšší možnost výskytu této poruchy. V severní Evropě tato diagnóza trápí až 18,4% ženské populace, v jižní Evropě je to 16,1%. (Chovanec, 2016)

Poruchy orgasmu (F52.3) dle MKN - 10

Trvalé nebo opakující se obtíže, zpoždění či absence dosažení orgasmu po dostatečné sexuální stimulaci a vzrušení, které způsobuje osobní úzkost. Během orgasmu dochází k uvolňování serotoninu, oxytocinu, kontrakce pánevních svalů (někdy včetně děložních svalů), což vede k pocitu „uvolnění“ a potěšení. (Mimoun; Wylie, 2009) Významným ukazatelem orgasmu je věk. Čím mladší ženy jsou sexuálně aktivní, tím je u nich vyšší výskyt anorgasmie = koitus bez sexuálního vyvrcholení milenky. Ženy biologicky nepotřebují k rozmnožování dosáhnout orgasmu na rozdíl od mužů, proto mají celkově větší problém vlastního vyvrcholení při pohlavním styku s partnerem. Dosažení orgasmu je vázáno na konkrétní a přesnou stimulaci, kvalitu vztahu mezi partnery, subjektivní ladění v okamžiku aktu. Až jedna třetina žen přiznává obtížné dosažení orgasmu, avšak nepovažují to za problém nebo snad za poruchu. (Weiss et al., 2010)

Nadměrné sexuální nutkání (F52.7) dle MKN - 10

Trvalá porucha sexuální vzrušení - spontánní, rušivé a často nežádoucí genitální vzrušení ve formě brnění, pulsování bez přítomnosti sexuálního zájmu nebo touhy. Vzrušení je uvolněno jedním či více orgasmy, které mohou trvat hodiny až několik dní. (Basson et al., 2009) Tento stav je velmi vzácný a často se vyskytuje ve spojení s psychopatologickými nebo neurologickými poruchami. Může se nacházet u žen podstupující léčbu antidepressivy s dopaminergními účinky. (Weiss et al., 2010)

SEXUÁLNÍ PORUCHY NA ORGANICKÉM PODKLADĚ

Se sexuálními poruchami na organickém podkladě není spojen žádný etiologický faktor, proto je důležitá historie a fyzikální vyšetření. Je dobré získat podrobný popis, nástup, závažnost a vnímání symptomů. (Clayton et al., 2017)

Dyspareunie

Dočasná nebo trvalá bolest při vaginálním vstupu. Při diagnostice je dobré také zohlednit zkušenosti pacientky. Důležité je také vzít v potaz schopnost tolerance bolesti nemocné a váhavost či naléhavost pronikání partnerovým penisem. (Basson et.al, 2009) Dyspareunie je soubor příznaků jako je pálení, svědění, bolestivost při samotném pohlavním styku.

Vyřadíme-li problém skrze gynekologickou stránku, nejčastějším problémem vzniku dyspareunie je porucha vzrušivosti. Terapeutické řešení je ve zjištění, kdy přesně se bolestivost objevuje, popřípadě lokální užití anestetik ve formě gelu nebo spreji. (Trojan, 2011)

Vaginismus

Nepřetržité komplikace neumožňující průniku partnerova penisu, prstu nebo jakéhokoli předmětu i přes souhlas ženy. Jedná se o neúmyslnou kontrakci pánevního svalstva, stehů, břišního lisu i zad. Častokrát bývá reakce spojena se strachem z bolesti popřípadě z něčeho nového, neznámého. Takový stav vylučuje vniknutí čehokoliv do vaginálního prostoru. Pokud nastane snaha o vniknutí, dojde k bolesti a nepříjemné situaci. (Basson et al., 2009) Nejčastěji stavu předchází traumatické vzpomínky. K odstranění problému přispívá psychoterapeutické sezení s nácvikem dilatace poševních svalů. (Trojan, 2011) Vaginismus má často chronický průběh a může být výsledkem emocionálního stresu. Dosavadní literatura neuvádí jasnou etiologii vaginismu, ale pouze několika faktorů. Ty tvoří prvky vaginismu - neurochemické, neurofyzilogické a psychologické složky. Často ženy s vaginizmem udávají nízkou samostimulaci a frekventovaný výskyt sexuální problémů, jako je snížená sexuální touha a vzrušení. (Borg, 2011)

2 Metodologie

Kvantitativní výzkum dvou dotazníků, první Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály (2013) a druhý Sexuální funkce od Kratochvíla Stanislava (1999), za pomoci internetu. Výzkum probíhal na facebookové stránce *Ošetřovna* (uzavřená skupina, 7 302 členů k 28. 1. 19) *od Ošetřovatelství.info*. Dotazník byl zhotoven do online podoby díky serveru survio.com. Sběr dat probíhal od května 2018 do srpna 2018, celkem bylo zodpovězeno 275 dotazníků. Polovina dotazníků byla vyplněna sestrami, které neppracují v intenzivní péči, některé kolegyně dotazník nedokončily a jiné neuváděly celistvé informace. Proto nebylo možné zařadit plný počet dotazníků. Soubor respondentek splňující všechny níže uvedené podmínky činil 110 NELZP pracujících v oboru intenzivní péče. Základním kritériem, které respondentky musely splnit, bylo: ženské pohlaví, nelékařský zdravotní pracovník a pracovní úvazek v neodkladné péči.

Samotná data byla zpracována v programu Microsoft Excel 2010. Krabicové grafy (boxploty) byly vytvořeny ve statistickém programu SPSS – statistical package for the social sciences. Veškeré odpovědi na otázky jsou tříděny jako data prvního řádu, stanovením absolutní a relativní četnosti. Škála syndromu vyhoření je porovnávána průměry mezi emoční, fyzickou a kognitivní částí škály. Hypotézy jsou taktéž vyhodnoceny za pomoci průměrných hodnot z obou dotazníků (škála vyhoření versus kategorie z dotazníku sexuálních funkcí) a boxplotů. Každá odpověď k dané hypotéze činila průměr ke všem odpovídajícím respondentkám přes jednotlivé škály (fyzické, kognitivní, emoční a celkovým hodnotám všech tří škál) rozvoje syndromu vyhoření.

2.1 Internetový výzkum

Internet byl zvolen z důvodu choulostivosti tématu. Ne každá žena je ochotna sdílet fakta o svém sexuálním životě zcela otevřeně a internet se jeví jako dobrá volba pro pocit anonymity a možnost upřímného vyjádření respondentek. Dalším důvodem pro online dotazník, byl fakt, že mobilní telefony nebo počítače máme stále při ruce a k internetu jsme připojeni kolikrát po celý den i noc. Když jsem se rozhlédla po svém pracovišti, nebyla zde ani jedna kolegyně, která by nevlastnila „chytrý“ mobilní telefon s aplikací Facebook. Díky zjištěnému faktu jsem zvolila online verzi dotazníku přes *Ošetřovnu od Ošetřovatelství.info*. Jedná se o uzavřenou skupinu s více jak sedmi tisíci členy. Pravidlem pro získání členství je identifikovatelný profil v aplikaci Facebook, z něhož musí být na

první pohled zřejmé, v jakém oboru pracujete. Pokud toto pravidlo není splněno, máte možnost před vstupem do skupiny odpovědět na otázku určenou správcem skupiny. Odpovíte-li správně, máte umožněn vstup do skupiny a přístup k jakýmkoli diskuzím, anketám a dotazům ostatních členů.

2.1.1 Respondent

Aby respondentka mohla být zařazena do výzkumu, musela splňovat několik hlavních kritérií. Důležitým bodem pro výzkum bylo ženské pohlaví a povolání nelékařského zdravotnického personálu. Sestra/zdravotnický záchranář museli pracovat v nemocnici na odděleních intenzivní péče, kam řadíme JIP, ARO a následnou intenzivní péči. Poslední zmíněný bod byl pro mne hlavním vodítkem, pokud byly splněny předchozí požadavky. Nejspíš proto je konečný počet respondentek pouze 110. Velké množství sester odpovídalo z oddělení standardních lůžek a ambulancí, i přes několikrát zmiňovanou poznámku - sestry pracující v intenzivní péči.

3 Praktická část

3.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce bylo zmapovat rozvoj syndromu vyhoření a jeho vliv na sexualitu sester a zdravotnických záchranářů ženského pohlaví pracujících v intenzivní péči. Vedlejší cíle poukazují na fyzické, psychické a emoční prožívání sexuální aktivity u zkoumaných respondentek.

3.2 Hypotézy

H1: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u žen pracujících na jednotkách intenzivní péče pohlavní touha.

H2: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u respondentek pracujících v intenzivní péči hodnocení sebe jako sexuální partnerky.

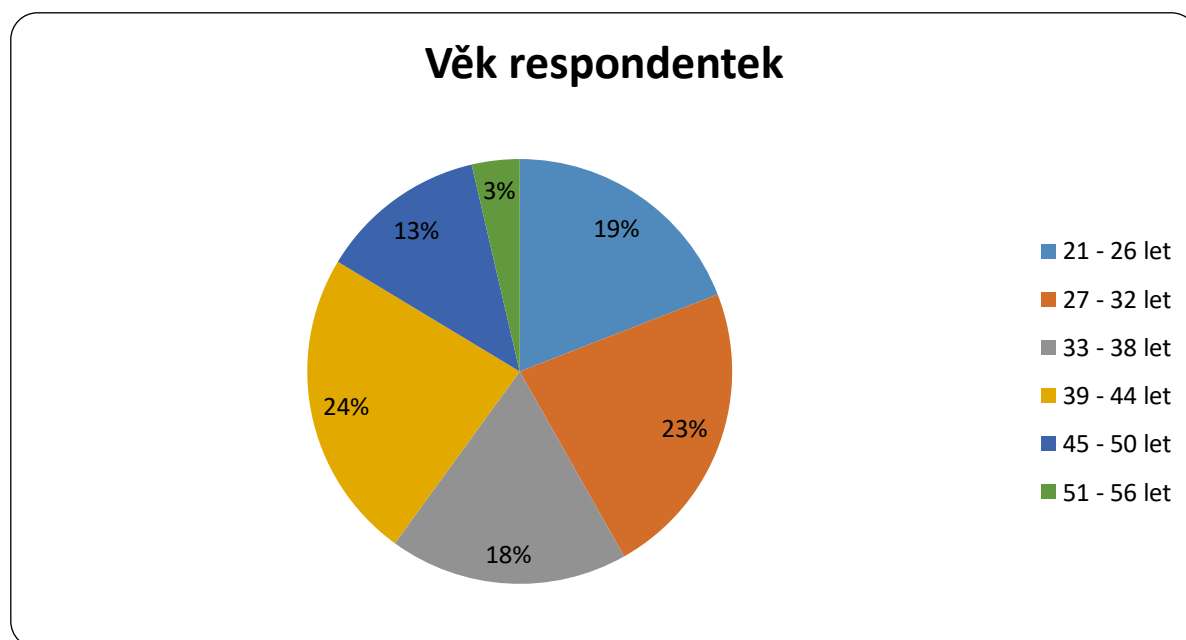
H3: Předpokládáme, že syndrom vyhoření a jeho rozvoj statisticky významně negativně ovlivňuje u respondentek pracujících v neodkladné péči náladu před a po pohlavním styku.

H4: Předpokládáme, že syndrom vyhoření a jeho rozvoj statisticky významně snižuje u respondentek pracujících v neodkladné péči aktivní účast při pohlavním styku.

H5: Předpokládáme, že syndrom vyhoření a jeho rozvoj statisticky významně oddaluje dobu sexuálního vyvrcholení u respondentek pracujících v neodkladné péči.

3.3 Demografický popis respondentek

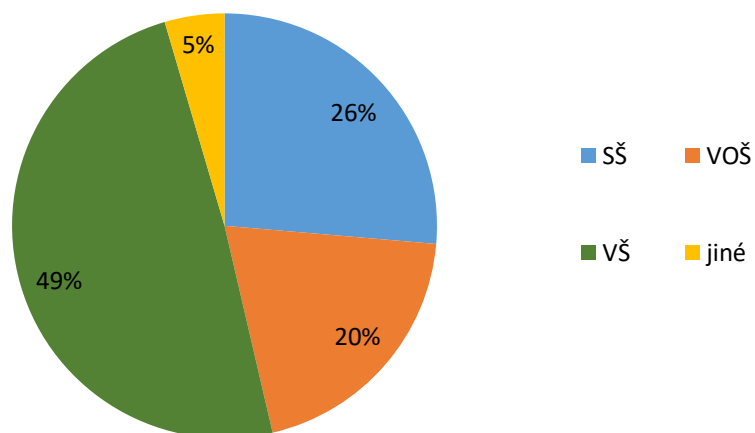
Jedná se o grafický popis respondentek, které zodpověděly veškeré otázky v dotazníku a byly zařazené do výzkumu. Ráda bych upozornila, že se jedná pouze o **ženy, pracující ve zdravotnictví v úseku intenzivní péče jako nelékařský zdravotnický pracovník.**



Graf 1- Věk respondentek

Graf 1 znázorňuje věkové skupiny zúčastněných nelékařských zdravotnických pracovníků. Pro lepší zhodnocení věku jsem odpovědi roztrídila do škal 6 skupin á 5 let. Graf nám procentuálně ukazuje nejčastější zastoupení věkových skupin 27 až 32 let (23%) a 39 až 44 let (24%). Průměrný věk všech 110 dotazovaných je 35,5 let.

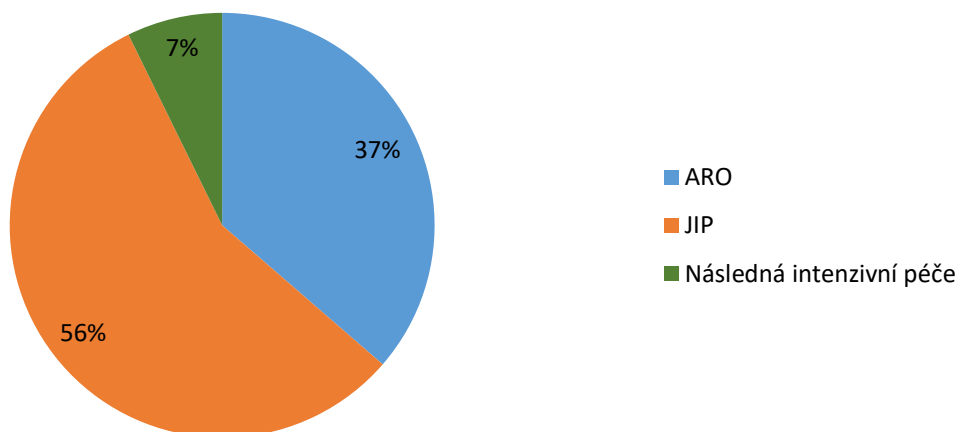
Dosažené vzdělání



Graf 2- Dosažené vzdělání

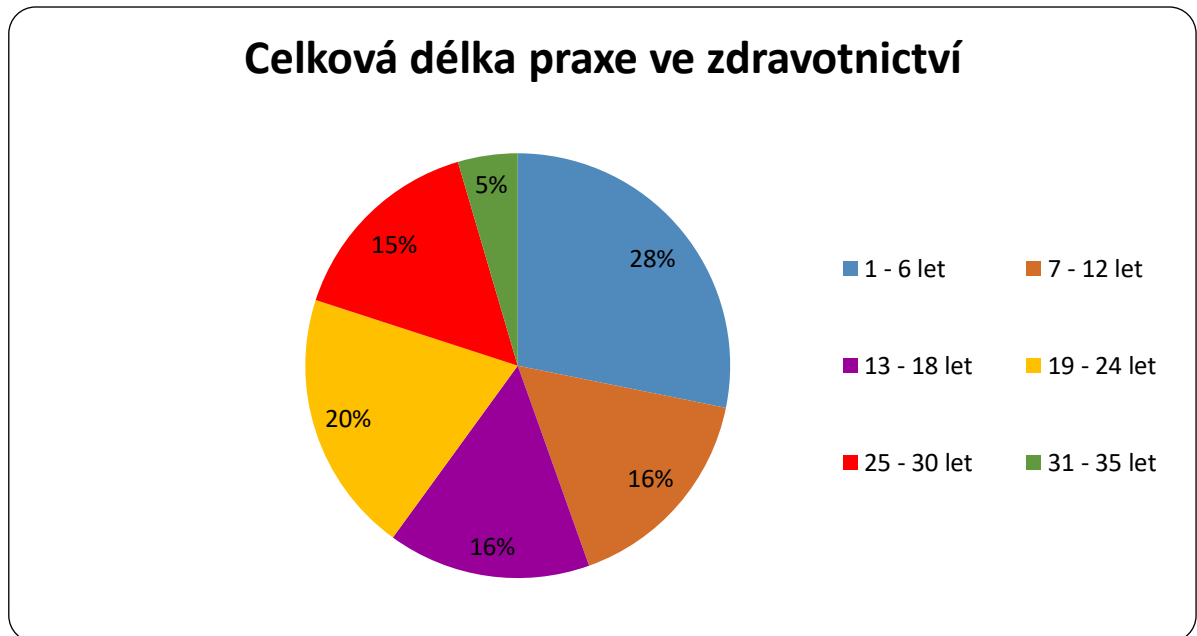
Grafem 2 popisujeme nejvyšší dosažené vzdělání výzkumné skupiny. Dle schématu na intenzivních péčích nejčastěji pracují sestry s vysokoškolským titulem (49%). Nejméně zastoupenou odpovědí v 5% „jiné“ je specializace v intenzivní péči tzv. ARIP.

Odborná pracoviště



Graf 3- Odborné pracoviště

Graf 3 popisuje pracoviště, na kterých respondentky pracují během výzkumu diplomové práce. Sestry odpovídaly slovně, nejčastěji zkratkou svého pracoviště. Pro přehlednost a srozumitelnost jsou oddělení rozdělena do 3 skupin-anesteziologickoresuscitační oddělení (ARO 37%), jednotka intenzivní péče (JIP 56%) a následná intenzivní péče (7%).



Graf 4 - Celková délka sesterské praxe

Graf 4 poukazuje na celkovou délku praxe respondentek ve zdravotnictví. Pro přehlednější výsledky jsou léta praxe rozdělena do 6 skupin po 5 letech. Nejčastěji dotazník vyplnily sestry pracující v intenzivní péči s délkou praxe od 1 do 6 let (28%).



Graf 5 - Současná délka pracovního poměru

Grafické znázornění 5 poukazuje na délku současného pracovního poměru dotazovaných žen. Schéma udává fakt, že v současnosti sestry v intenzivní péči pracují nejvýše 5 let (38%). Myslím si, že tento graf ukazuje náročnost profese nelékařského zdravotnického personálu v intenzivní péči. Procentuální výsledky vyhodnocují postupný pokles délky praxe v intenzivní péči k celkové délce praxe ve zdravotnictví. Průměrná doba sester pracujících v intenzivní péči činí 10.7 let.

3.4 Vyhodnocení výsledků výzkumu

Výsledky jsou zpracovány v programu Microsoft Excel 2010 za pomoci průměrů veškerých odpovědí respondentů. Škála syndromu vyhoření i dotazník sexuálních funkcí jsou zpracovány na základě průměrů z odpovědí jednotlivkyň k průměru všech respondentek. Dotazník syndromu vyhoření je rozdělen do 4 dimenzí - fyzická, kognitivní, emoční a škála vyhoření celkem. Hodnoty 1 až 7 v dotazníku syndromu vyhoření i v jednotlivých níže popisovaných grafech značí míru vyhoření. Hodnota 1 je nejnižší stupeň vyhoření a naopak hodnota 7 nejvyšší. V následující podkapitole budou statistické výsledky znázorněny za pomoci grafů, tabulek a jejich popisů. Grafická schémata jsou uzpůsobena vzhledem k typologii získaných hodnot – kardinálních. Data v tabulkách jsou barevně sladěna v řádku dle barevné hodnoty v grafu. Sloupce tabulek charakterizují jednotlivé škály vyhoření a vypočítané průměrné hodnoty. Pro jednodušší popis a charakteristiku rozvoje syndromu vyhoření jsem stanovila dle škály intervaly pro stupně syndromu vyhoření. Ty jsou popsány v tabulce 1- intervaly syndromu vyhoření.

<i>Interval syndromu vyhoření dle škály testované v dotazníku</i>	<i>Rozmezí intervalu</i>
<i>I. interval</i>	<i>1,0 - 1,99</i>
<i>II. interval</i>	<i>2,0– 2,99</i>
<i>III. interval</i>	<i>3,0 – 3,99</i>
<i>IV. interval</i>	<i>4,0 – 4,99</i>
<i>V. interval</i>	<i>5,0 – 5,99</i>
<i>VI. interval</i>	<i>6,0 – 7,0</i>

Tabulka 1 - Intervaly syndromu vyhoření

3.4.1 Statistické zpracování dat

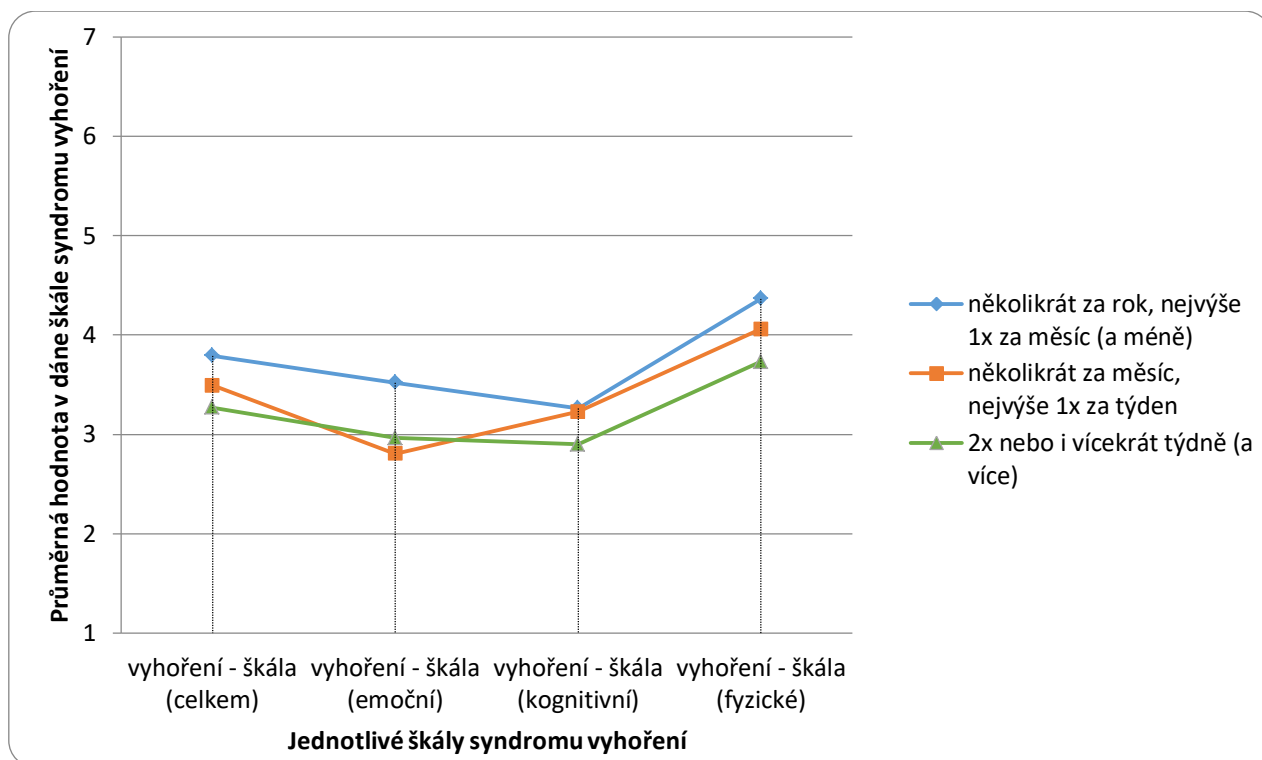
Hypotéza H1: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u žen pracujících na jednotkách intenzivní péče pohlavní touha.

Otázka č. 2 Potřeba pohlavního styku

Kdyby záleželo na mé chuti a kdybych k tomu měla vhodné podmínky, vyhovovalo by mi mít pohlavní styk:

- 0 – vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

Otázka číslo 2 nabízí celkem 5 možných odpovědí. V hypotéze jsou však vyhodnoceny pouze 3 možnosti odpovědí a to vzhledem k četnosti. Odpověď 0- *vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok* byla vybrána pouze jedenkrát, proto jsem ji přičetla k odpovědi 1. Totožný postup jsme zvolila i u odpovědi 4- *denně nebo i vícekrát za den*, tato odpověď byla zvolena 7 krát. Pro nízkou volitelnost jsem ji sloučila s odpovědí 3 v otázce č. 2.

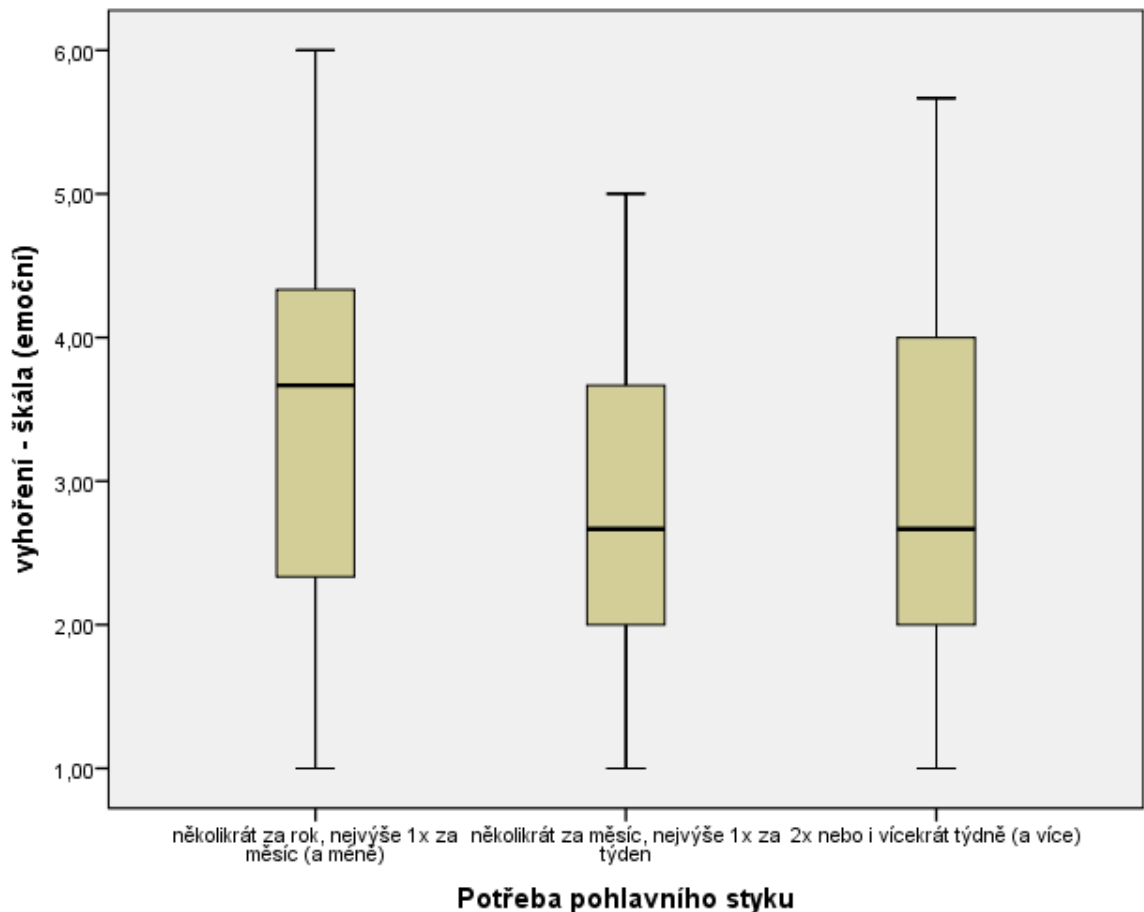


Graf 6 - Potřeba pohlavního styku

Potřeba pohlavního styku		vyhoření - škála FYZICKÁ	vyhoření - škála KOGNITIV NÍ	vyhoření - škála EMOČNÍ	vyhoření - škála CELKEM
Průměr hodnot škály vyhoření	Několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc (a méně)	4,36	3,26	3,52	3,79
	Několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden	4,06	3,23	2,80	3,49
	2x nebo i vícekrát týdně (a více)	3,73	2,90	2,96	3,27
	Celkem	3,91	3,04	3,00	3,40

Tabulka 2- Potřeba pohlavního styku

Graf 6 a tabulka 2 popisují hodnoty škály syndromu vyhoření jednotlivých dimenzí - fyzické, kognitivní, emoční a celkové hodnoty ve škále vyhoření k potřebě pohlavního styku. Stupeň rozvoje syndromu vyhoření je na škále 1 až 7, přičemž nejvyššího stupně vyhoření (hodnoty 7) nedosáhla žádná z respondentek. Z grafu je patrné, že současně se vzrůstající fyzickou vyčerpaností klesá potřeba pohlavního styku. Tento fakt potvrzuje tabulka 2, kde pozorujeme stoupající průměrné hodnoty v prvním sloupci *vyhoření – škála fyzická*. Důkazem tohoto výsledku je i celková průměrná hodnota (3,91) celé fyzické škály dotazníku syndromu vyhoření, která rovněž zastupuje první místo nejvyššího průměru a spadá do intervalu III v tabulce 1. V hodnocení syndromu vyhoření vzhledem k touze po pohlavním styku se vyskytují nejvyšší průměry v odpovědi č. 1 *několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc (a méně)* ve fyzické škále (4,36) v emoční škále syndromu vyhoření (3,52) a v kognitivní škále (3,26). Ve fyzické škále syndromu vyhoření se vyskytují intervaly III a IV dle tabulky 1 a hodnoty v závislosti na touze po pohlavním styku klesají. V kognitivní škále syndromu vyhoření (druhý sloupec v tabulce 2) touha po pohlavním styku klesá v závislosti na vzrůstající četnosti koitu, dle tabulky 1 je kognitivní škála syndromu vyhoření ve II. a III. intervalu. Opět číselné hodnoty dokazují sníženou potřebu pohlavního styku vzhledem ke stoupajícím průměrům ve druhém sloupci tabulky 2 *vyhoření – škála kognitivní*. Emoční škála syndromu vyhoření – třetí sloupec tabulky 2 se pohybuje v II. a III. intervalu tabulky 1. Emoční škála vyhoření nepotvrzuje sestupnou tendenci číselných hodnot, a proto je níže zobrazen a popsán krabicový graf. Celkové průměrné hodnoty škály syndromu vyhoření v tabulce 2 (poslední sloupec) ale potvrzují snižující se touhu po pohlavním styku vzhledem k míře rozvoje syndromu vyhoření. Celkové hodnoty vlivu syndromu vyhoření na potřebu pohlavního styku (poslední sloupec tabulky 2) odpovídají intervalu III dle tabulky 1 (3,79; 3,49; 3,27). **Závěrem lze konstatovat, že se vzrůstajícím rozvojem syndromu vyhoření klesá touha po pohlavním styku. Hypotéza je potvrzena.**



Graf 7 - Emoční škála vyhoření * potřeba pohlavního styku

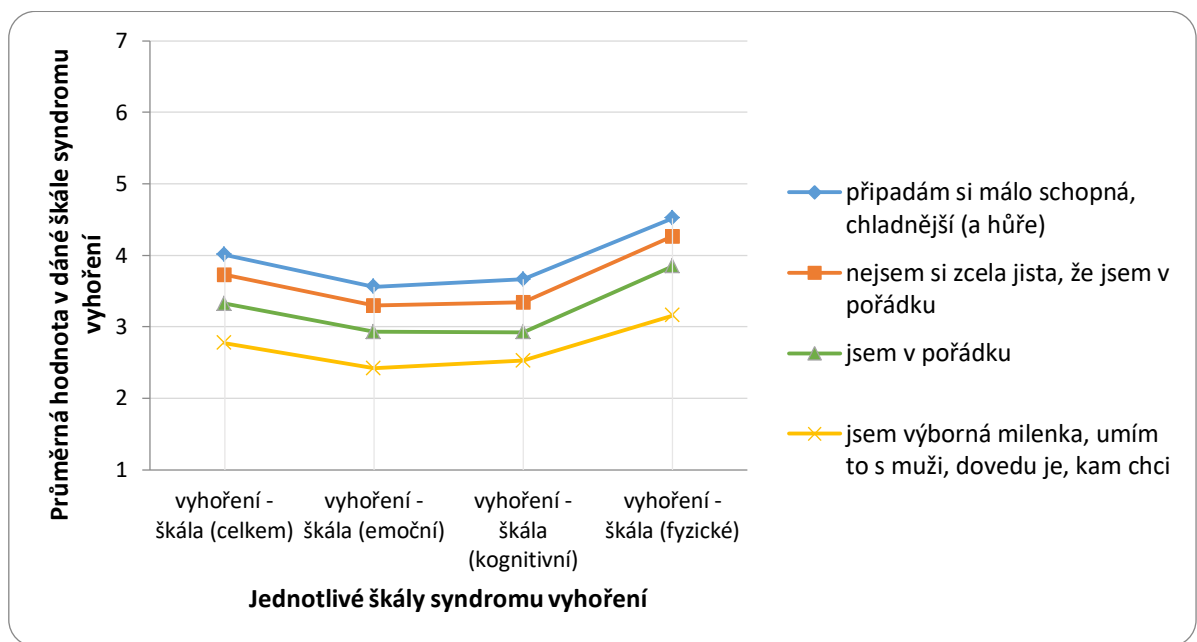
Pro nejednoznačnost v emoční škále syndromu vyhoření v tabulce 2 znázorňuje boxplot 7 emoční škálu syndromu vyhoření a jeho vliv na potřebu pohlavního styku. Porovnáme-li jednotlivé mediány krabicových grafů, na první pohled je vidět značný nárůst této hodnoty v prvním grafu zleva. Ten popisuje potřebu pohlavního styku *několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc* a jeho hodnota je vysoko nad číslem 3. Naopak odpovědi *několikrát za měsíc, nejvýše 1x týdně* nebo *2x a vícekrát týdně* mají své mediány pod hodnotou 3. Při pozornějším zkoumání můžeme spatřit rozdíl mezi druhou a třetí odpovědí, kdy odpověď *2x nebo i vícekrát týdně (a více)* má nepatrně níže ukotven medián. **Hypotéza H1 je zcela potvrzena.**

Hypotéza H2: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u respondentek pracujících v intenzivní péči hodnocení sebe jako sexuální partnerky

Otázka č. 13 Hodnocení sebe jako sexuální partnerky

- 0 – připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná
- 1 – připadám si málo schopná, chladnější
- 2 – nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku
- 3 – jsem v pořádku
- 4 – jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je, kam chci

Při vyhodnocování této otázky byla sloučena odpověď 0- *připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná* s odpovědí 1- *připadám si málo schopná, chladnější*. Důvodem spojení těchto dvou odpovědí bylo, že 0 možnost byla sestrami vybrána pouze 5krát.

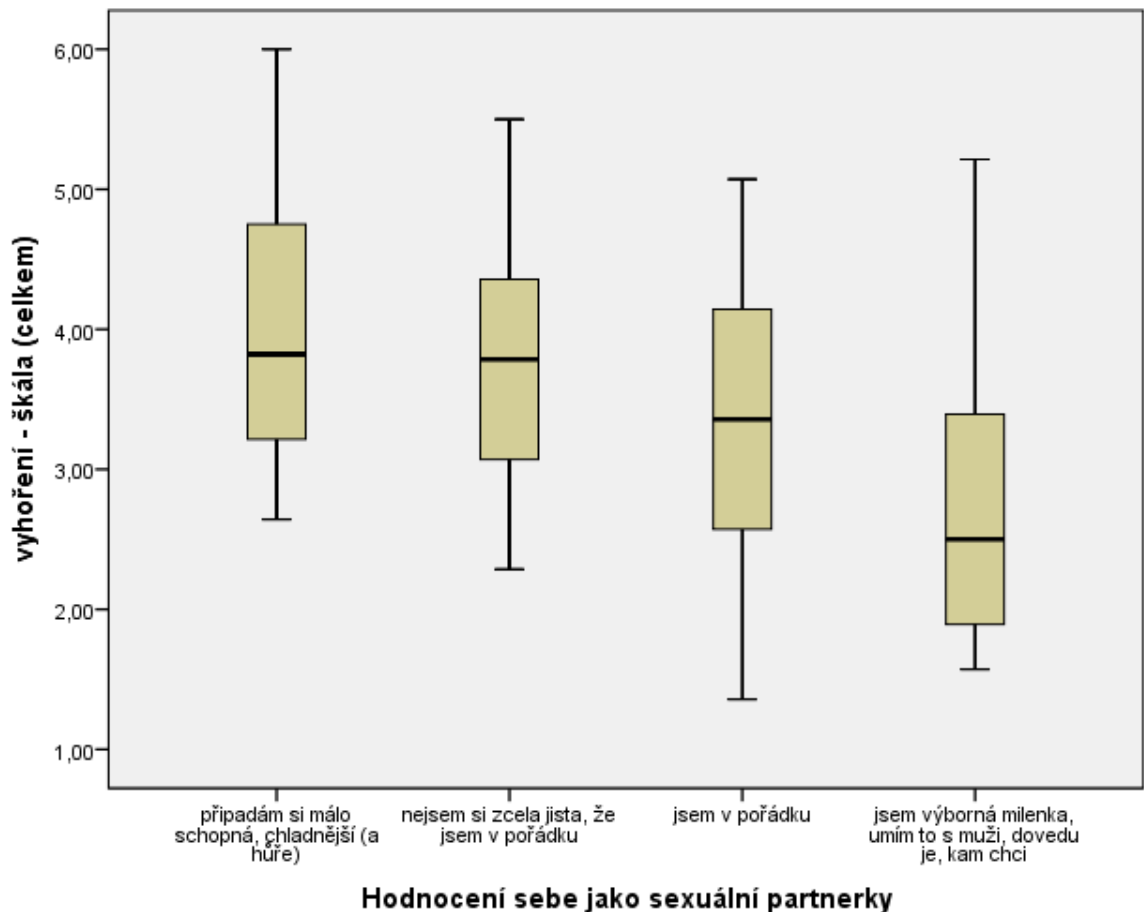


Graf 8 – Sexuální sebehodnocení

Hodnocení sebe jako sexuální partnerky		vyhoření - škála fyzická	vyhoření - škála kognitivní	vyhoření - škála emoční	vyhoření - škála celkem
Průměr	Připadám si málo schopná, chladnější (a hůře)	4,52	3,66	3,56	4,01
	Nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku	4,26	3,34	3,29	3,73
	Jsem v pořádku	3,85	2,92	2,93	3,32
	Jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je, kam chci	3,16	2,53	2,42	2,77
	Celkem	3,91	3,04	3,00	3,40

Tabulka 3 – Sexuální sebehodnocení

Graf 8 a tabulka 3 vyjadřují míru sníženého sebehodnocení ženy jako sexuální partnerky v závislosti na stupni rozvoje syndromu vyhoření. Čím vyšší stupeň rozvoje syndromu vyhoření, tím klesá vlastní hodnocení sebe samé jako sexuální partnerky. Tabulka 3 dokazuje vzestup průměrných hodnot v jednotlivých škálách syndromu vyhoření s klesajícím pozitivním hodnocením sester jako výborných sexuálních partnerek. Veškeré průměrné hodnoty napříč celou tabulkou se pohybují v intervalech II, III a IV dle tabulky 1. Fyzická škála syndromu vyhoření vykazuje nejvyšší průměry v celém hodnocení hypotézy H2. Hodnoty fyzické škály syndromu vyhoření (první sloupec tabulky 3) klesají v závislosti na kladném sebehodnocení sester. Čím je pozitivnější sebehodnocení sester jako sexuálních partnerek, tím jsou vykazovány nižší průměrné hodnoty fyzické škály syndromu vyhoření sestry. Číselné hodnoty fyzické škály odpovídají intervalům III a IV dle tabulky 1. Kognitivní škála syndromu vyhoření (druhý sloupec tabulky 3) má rovněž descendentní hodnoty průměrů v závislosti na pozitivitě sebehodnocení sestry jako milenky. Hodnoty odpovídají intervalům II a III dle tabulky 1. Emoční škála syndromu vyhoření (třetí sloupec tabulky 3) opět vykazuje klesající hodnoty v závislosti na sebehodnocení sexuální partnerky a hodnoty rovněž odpovídají intervalům II a III dle tabulky 1. Celkové hodnoty škály syndromu vyhoření (poslední sloupec tabulky 3) potvrzují vliv syndromu vyhoření na hodnocení sebe jako sexuální partnerky. Výsledné hodnoty spadají mezi intervaly II, III a IV dle tabulky 1, klesají v závislosti na odpovědi sester a rozvoje syndromu vyhoření. **Díky celkovým výsledným hodnotám je hypotéza H2 potvrzena.**



Graf 9 - Škála vyhoření celkem * sexuální sebehodnocení

Grafem 9 ověřuji potvrzení hypotézy H2. Díky typu tohoto grafu je patrné, že sestry v různém rozvoji syndromu vyhoření nejčastěji odpovídaly – *jsem v pořádku*. U této hypotézy H2, v grafu 9 je vyobrazena i nejvyšší hodnota celého výzkumu a to v otázce – *připadám si málo schopná, chladnější (a hůře)*, která dosáhla hodnoty 6. **Vzhledem k postupně klesajícím mediánům v jednotlivých otázkách je hypotéza potvrzena.**

Hypotéza H3: Předpokládáme, že syndrom vyhoření a jeho rozvoj statisticky významně negativně ovlivňuje u respondentek pracujících v neodkladné péči náladu před a po pohlavním styku.

Otázka č. 11 Nálada před pohlavním stykem

Před pohlavním stykem cítím:

0 – nechut', strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout

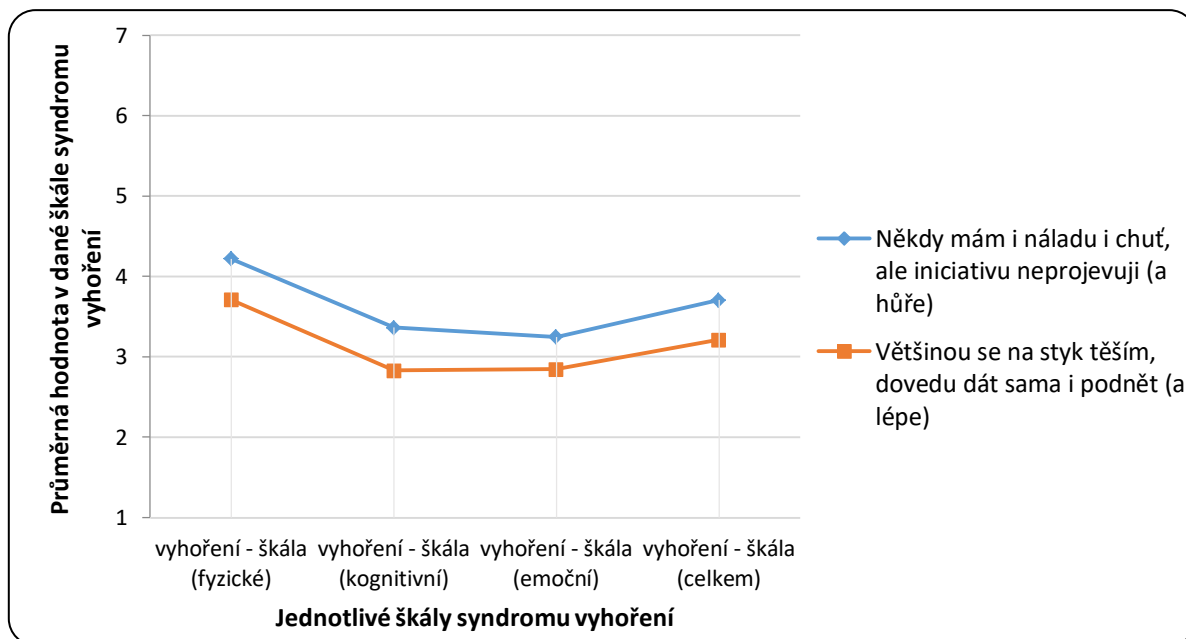
1 – lhostejnost, nikdy zvlášť o styk nestojím

2 – někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji

3 – většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět

4 – na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, musím ho mít i za nepříznivých podmínek

Otázka č. 11 byla v konečné fázi vyhodnocena pouze ve dvou odpovědích. Během zpracování výsledků, musela být odpověď 0 - *nechut', strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout* a odpověď 1 - *lhostejnost, nikdy zvlášť o styk nestojím* přidána k odpovědi 2 - *někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji*. Respondentky odpověď 0 a 1 zvolily pouze 3krát a 6krát. Obdobná situace nastala i u odpovědi 4 - *na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, musím ho mít i za nepříznivých podmínek*, tato odpověď byla zvolena 6krát a pro svou nízkou četnost výběru byla sloučena s odpovědí 3 - *většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět*.



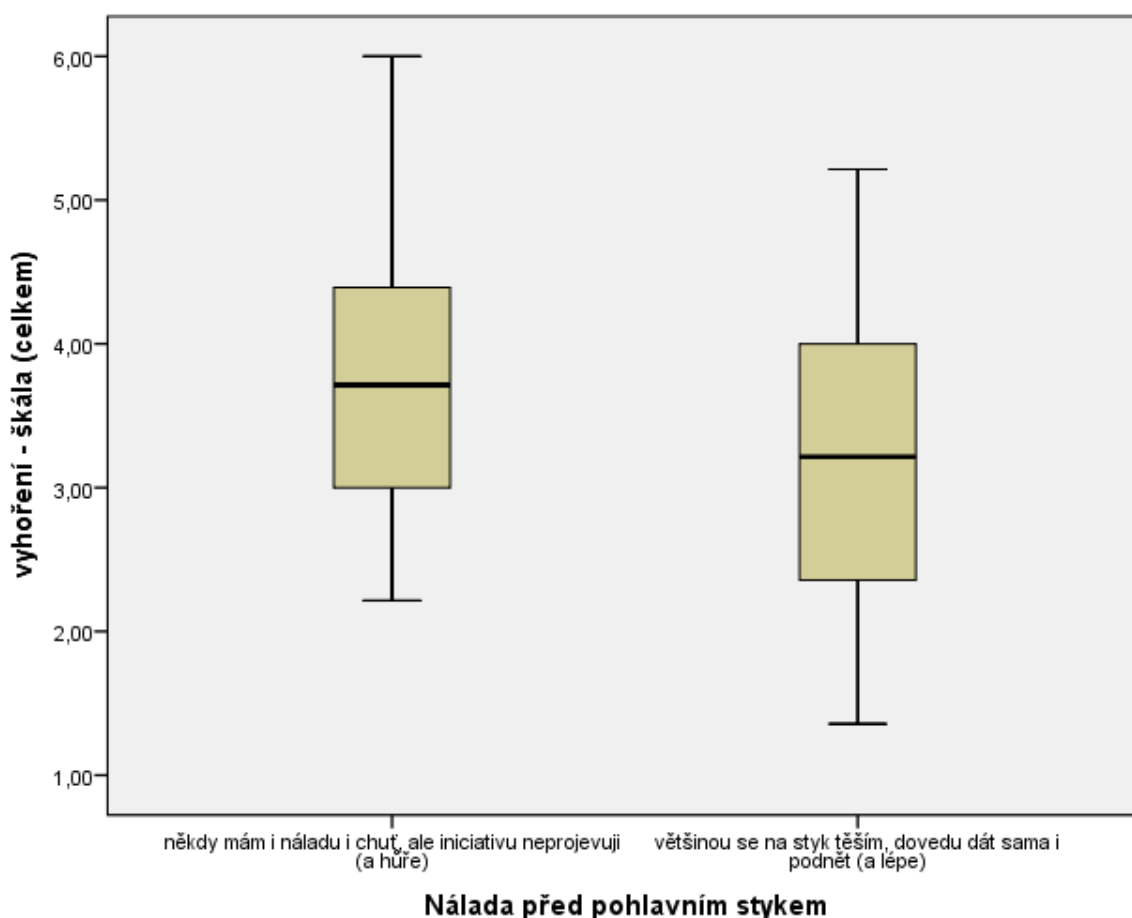
Graf 10 - Nálada před pohlavním stykem

Nálada před pohlavním stykem		vyhoření - škála fyzická	vyhoření - škála kognitivní	vyhoření - škála emoční	vyhoření - škála celkem
Průměr	Někdy mám náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji (a hůře)	4,22	3,36	3,25	3,71
	Většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět (a lépe)	3,71	2,83	2,85	3,21
	Celkem	3,91	3,04	3,00	3,40

Tabulka 4 - Nálada před pohlavním stykem

Graf 10 a tabulka 4 poukazují na souvislost se vzrůstajícím stupněm rozvoje syndromu vyhoření a klesající náladou před pohlavním stykem ve všech hodnocených oblastech. Čím nižší úroveň rozvoje syndromu vyhoření je, tím vyšší zůstává nálada a chuť k pohlavnímu styku. Zaměříme-li se na fyzickou škálu syndromu vyhoření (první sloupec v tabulce 4), průměrné hodnoty v dané škále jsou – 4,22 a 3,71, spadají do III. a IV intervalu tabulky 1 a mají klesající vývoj. V rozumové / kognitivní škále syndromu vyhoření (druhý sloupec v tabulce 4) dosáhly respondenty průměrů - 3,36 a 2,83. Hodnoty odpovídají intervalům III a II. dle tabulky 1. Čísla znovu klesají ve vztahu k pozitivní náladě před pohlavním stykem. Emoční škála syndromu vyhoření (třetí sloupec tabulky 4) obsahuje také klesající průměrné hodnoty nálady před pohlavním stykem – 3,25 a 2,85. Hodnoty se pohybují v intervalech II a III dle tabulky 1. Sestry i v emoční škále syndromu vyhoření udávají, že čím mají lepší náladu před pohlavním stykem, tím dosahují nižšího skóre ve škále syndromu vyhoření. Výsledné hodnoty škály syndromu vyhoření – 3,71, 3,21

(poslední sloupec tabulky 4) prokazují vliv nálady na rozvoj syndromu vyhoření. Konečné hodnoty spadají k intervalu III tabulky 1.



Graf 11 - Škála vyhoření celkem * nálada před pohlavním stykem

Krabicový graf 11 blíže popisuje celkovou škálu syndromu vyhoření v závislosti na náladě před pohlavním stykem. Z prvního grafu vlevo – *někdy mám náladu i chuť, ale iniciativu neprojevují (a hůře)*, je patrné, že odpovědi se pohybovaly v rozmezí intervalů II až VI dle tabulky 1. Sousední graf vpravo – *většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět (a lépe)*, má své rozmezí od I. do IV. intervalu. Z grafu je viditelná sestupná tendence mediánů. Mediány obou grafů se nachází dle tabulky 1 ve III. intervalu, nejsou však ve stejné horizontální rovině. Medián pravého grafu je níže než medián levého grafu. Pozice mediánů a sestupné průměrné hodnoty v celkové škále syndromu vyhoření (tabulka 4) **prokazuje vliv syndromu vyhoření na náladu před pohlavním stykem.**

Otázka č. 12 Nálada po pohlavním styku

Po pohlavním styku (ev. po nepodařené souloži) mi nejčastěji bývá:

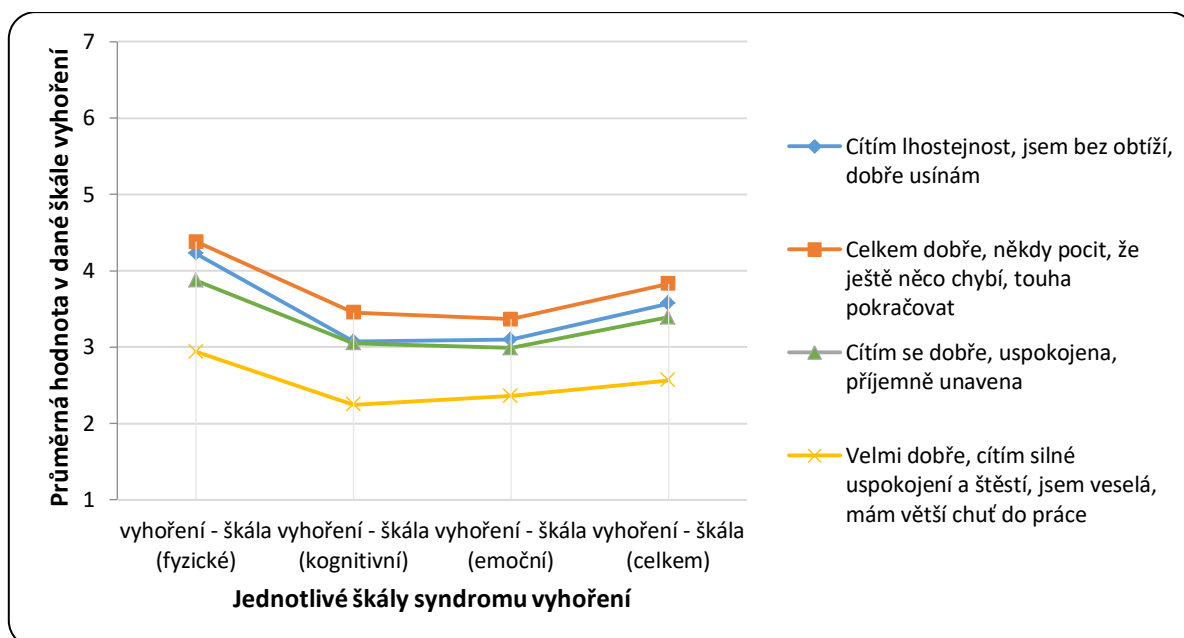
0 – velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, zlost na partnera

1 – cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám

2 – cekem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat

3 – cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena

4 – velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce

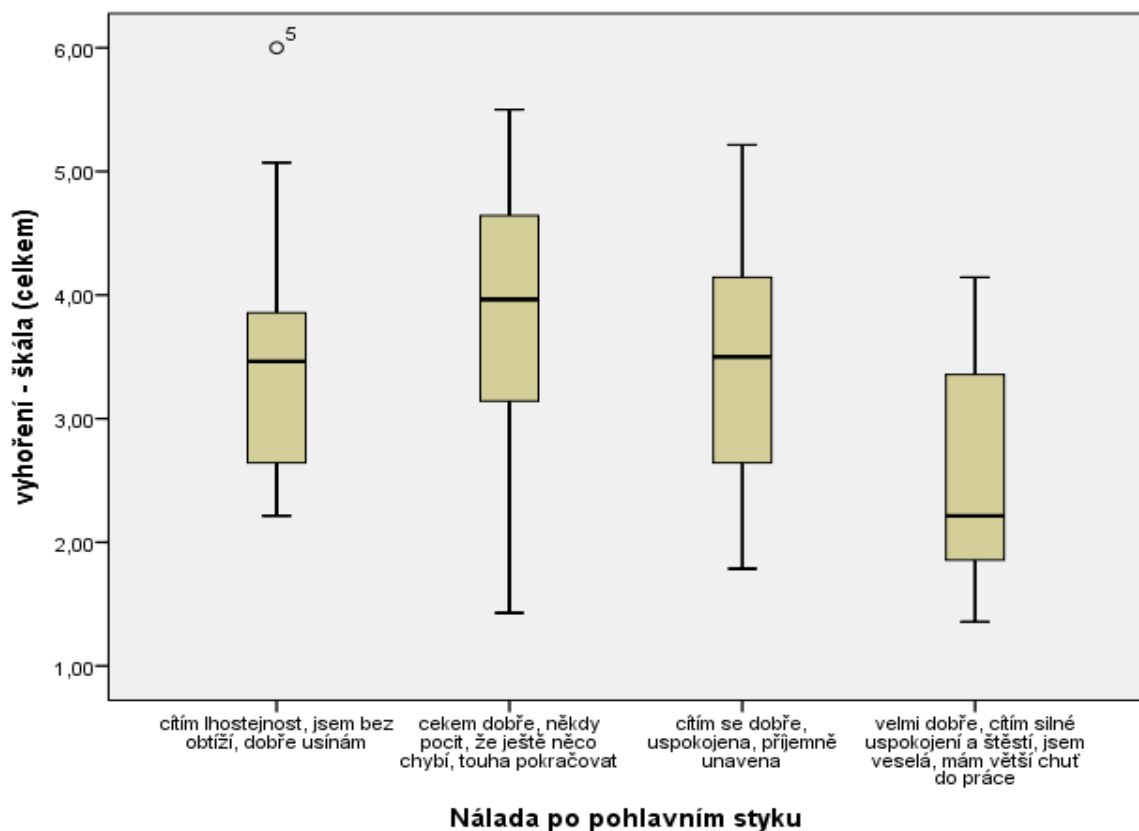


Graf 12 - Nálada po pohlavním styku

Nálada po pohlavním styku		vyhoření - škála fyzické	vyhoření - škála kognitivní	vyhoření - škála emoční	vyhoření - škála celkem
Průměr	Cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám (a hůře)	4,23	3,07	3,10	3,57
	Celkem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat	4,38	3,45	3,36	3,83
	Cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena	3,87	3,05	2,99	3,39
	Velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce	2,94	2,25	2,36	2,57
	Celkem	3,91	3,04	3,00	3,40

Tabulka 5 - Nálada po pohlavním styku

V grafu 12 a tabulce 5 uvádím výsledky hodnocení nálady po pohlavním styku v závislosti na rozvoji syndromu vyhoření. Nejvyšších hodnot v celé tabulce 5 a grafu 12 dosahovala odpověď - *celkem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat* (oranžový řádek v tabulce 5). Fyzická škála vyhoření – 4,38, kognitivní škála – 3,45, emoční škála – 3,36, celkové hodnoty škály vyhoření – 3,83. Tato odpověď s nejvyššími průměrnými hodnotami narušuje dosavadní sestupně se řadící výsledky. Nejvyšších průměrných hodnot znovu dosahuje fyzická škála syndromu vyhoření. Její hodnoty se pohybují dle tabulky 1 v intervalech II až IV. Kognitivní škála vyhoření obsahuje výsledná čísla v intervalech II a III dle tabulky 1 a emoční škála vyhoření taktéž. Celkové hodnoty škály vyhoření jednoznačně nepotvrzují vliv na náladu po pohlavním styku, i když se rovněž pohybují v intervalech II a III dle tabulky 1. Samotné celkové hodnoty škály vyhoření dle odpovědi dosáhly hodnot – 3,57 *Cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám (a hůře)*; 3,83 *Celkem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat*; 3,39 *Cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena*; 2,57 *Velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce*. **Výsledné hodnoty jednoznačně neprokazují vliv syndromu vyhoření na náladu po pohlavním styku.**



Graf 13 - Celková škála syndromu vyhoření* nálada po pohlavním styku

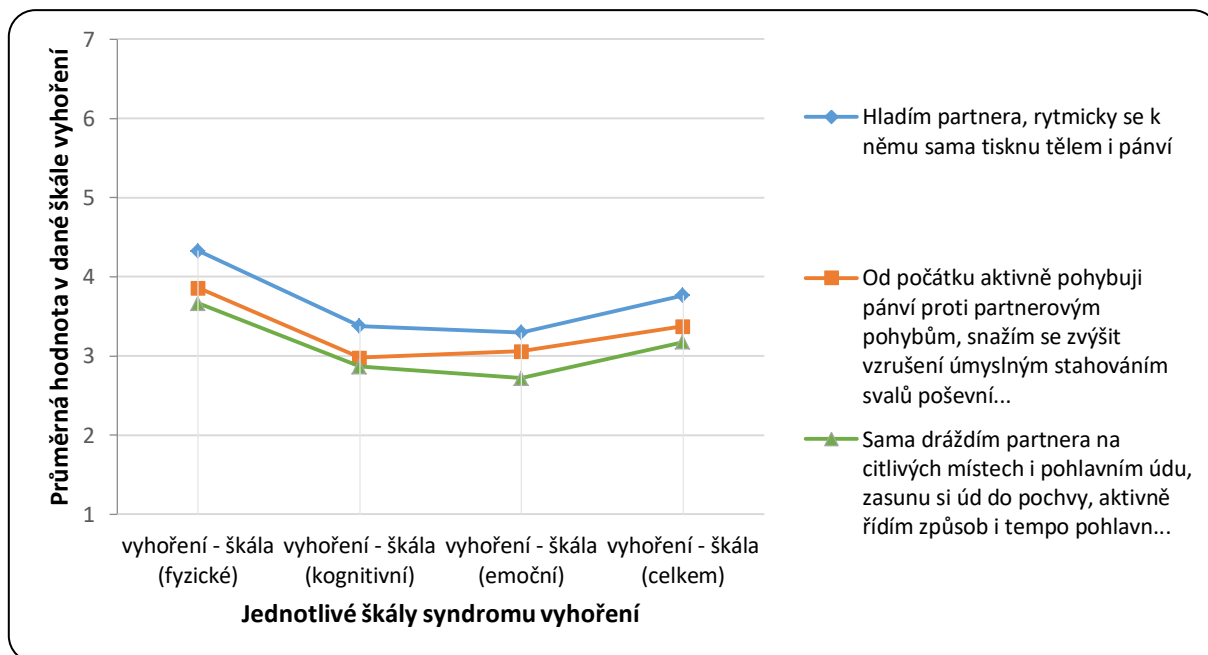
Grafem 13 doplňuji celkové výsledky škály vyhoření v závislosti na náladě po pohlavním styku. Jak už bylo zmiňováno u grafu 12 a tabulky 5 odpověď – *celkem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat*, je odpověď s nejširším rozpětí v souvislosti s rozvojem syndromu vyhoření vzhledem k minimálním a maximálním hodnotám druhého krabicového grafu zleva. Medián tohoto grafu je umístěn nejvýše u hodnoty 4, zatímco mediány ostatních grafů se pohybují kolem hodnoty 3, poslední medián (nejvíce vpravo) dokonce okolo hodnoty 2. Medián třetího grafu zleva odpovědi – *cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena*, je nepatrně výš (tudíž celkově na druhém místě) oproti mediánu z prvního grafu zleva odpovědi – *cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám*. Čtvrtý medián posledního grafu zleva odpovědi – *velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce*, je vzhledem k ostatním třem mediánům výrazně níže. I tento boxplot 13 vyvrací vliv syndromu vyhoření na náladu po pohlavním styku. **Hypotéza H3 je potvrzena pouze částečně. Syndrom vyhoření má vliv na náladu před pohlavním stykem, nemá však vliv na náladu po pohlavním styku.**

Hypotéza H4: Předpokládáme, že syndrom vyhoření a jeho rozvoj statisticky významně snižuje u respondentek pracujících v neodkladné péči aktivní účast při pohlavním styku.

Otázka č. 14 Aktivita při pohlavním styku

- 0 – nechávám vše na partnerovi, pasivně ležím, pohybů se sama neúčastním
- 1 – ke konci styku se mírně pohybuji v rytmu partnerových pohybů
- 2 – hledím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví
- 3 – od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby a dotyky
- 4 – sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů

V této hypotéze byly sloučeny odpovědi 0 - *nechávám vše na partnerovi, pasivně ležím, pohybů se sama neúčastním* a 1- *ke konci styku se mírně pohybuji v rytmu partnerových pohybů* s odpovědí 2 - *hledím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví*. Ke sloučení došlo z důvodu nízkého výběru odpovědí. Nulovou odpověď si nevybrala žádná z respondentek a první odpověď pouze dvě sestry.



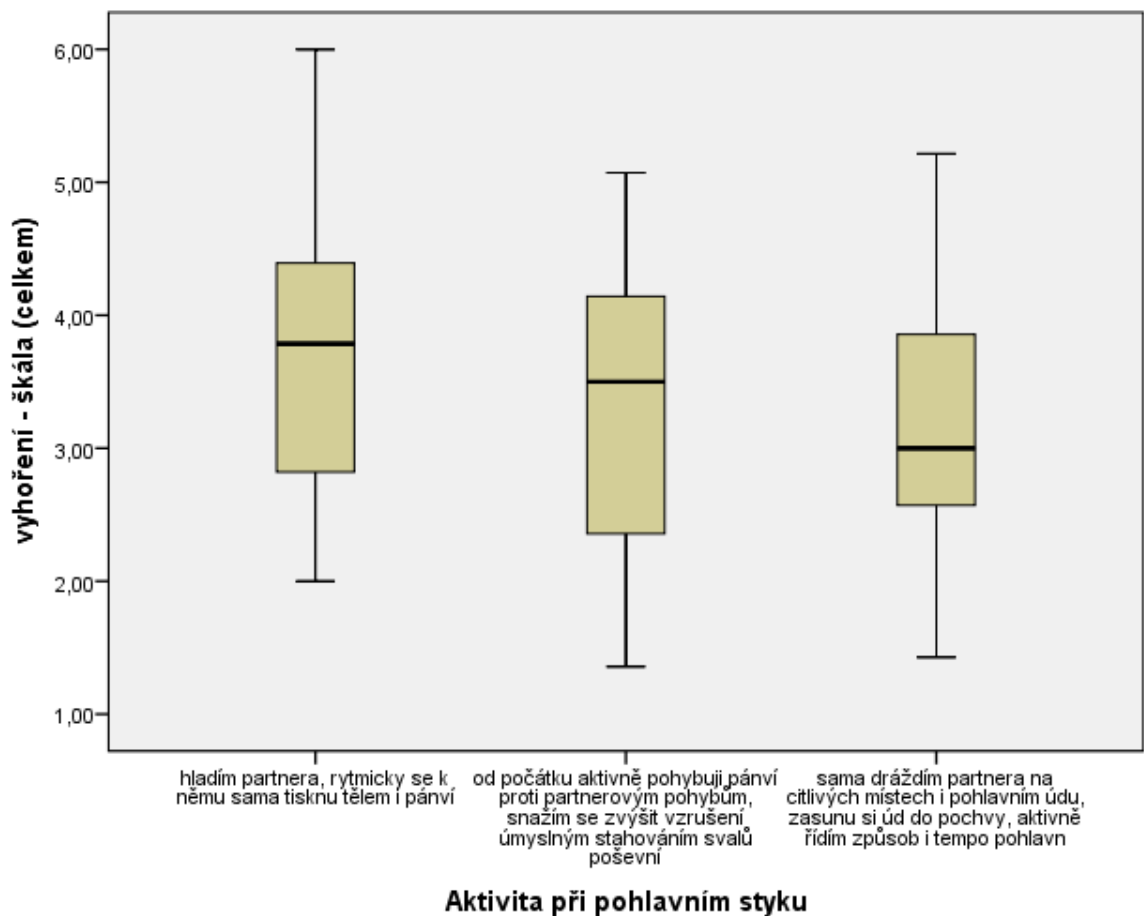
Graf 14 - Aktivita při pohlavním styku

Aktivita při pohlavním styku		vyhoření - škála fyzické	vyhoření - škála kognitivní	vyhoření - škála emoční	vyhoření - škála celkem
Průměr	Hladím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví	4,33	3,38	3,30	3,77
	Od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby a dotyky	3,86	2,98	3,06	3,37
	Sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů	3,67	2,86	2,72	3,18
	Celkem	3,91	3,04	3,00	3,40

Tabulka 6 - Aktivita při pohlavním styku

Graf 14 a tabulka 6 popisují souvislost rozvoje syndromu vyhoření a aktivní účast sester při pohlavním styku. Čím je nižší stupeň rozvoje syndromu vyhoření, tím je aktivita při pohlavním styku vyšší. Nejvyšších průměrných hodnot znovu dosahuje fyzická škála syndromu vyhoření (první sloupec tabulky 6), její průměry spadají mezi intervaly III a IV tabulky 1. Průměry fyzické škály vyhoření – 4,33; 3,86; 3,67 se postupně snižují v souvislosti se zvyšující se sexuální aktivitou sester. V kognitivní škále vyhoření (druhý sloupec tabulky 6) jsou výsledné průměry také sestupné – 3,38; 2,98; 2,86 a potvrzují vliv syndromu vyhoření na sexuální aktivitu sester v této škále vyhoření. Hodnoty odpovídají II a III intervalu v tabulce 1. Ani emoční škála (třetí sloupec tabulky 6) není výjimkou a její hodnoty sestupují při vzrůstající sexuální aktivitě – 3,30; 3,06; 2,72. Celkové výsledné hodnoty napříč všemi škálami descendentně sestupují, jejich klesající tendence odpovídá

na zvyšující se sexuální aktivitu při pohlavním styku. Při porovnávání jednotlivých průměrů je neobvykle zvýšená emoční škála vyhoření oproti kognitivní škále u odpovědi - *od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu atd.* Emoční škála dosahuje průměrné hodnoty - 3,06 zatímco kognitivní – 2,98. Tímto bych chtěla poznamenat, že v této odpovědi po fyzické škále vyhoření má vliv na aktivitu při pohlavním styku emoční škála vyhoření a až poté kognitivní. **Vzhledem k sestupné tendenci výsledných hodnot celkové škály syndromu vyhoření je hypotéza H4 potvrzena.**



Graf 15 - Celková škála vyhoření * aktivita při pohlavním styku

Graf 15 informuje o aktivitě sester při pohlavním styku v závislosti na celkovém rozvoji syndromu vyhoření. Tento graf dokládá tvrzení o **pravdivosti hypotézy H4** vzhledem k postupně klesajícím mediánům u jednotlivých krabicových grafů. Sestupné mediány patří k jednotlivým odpovědím, které klasifikují míru aktivity sester při pohlavním styku. Čím je medián nižší, tím je sexuální aktivita respondentek vyšší. První z krabicových grafů vlevo má nejvyšší maximální i minimální hodnotu. Znázorňuje nejméně aktivní postoj

sester k sexu. Druhý graf zleva má svou maximální hodnotu v bodě 5 na stupnici míry vyhoření a minimální hodnotu nad bodem 1. Graf popisuje odpověď – *od počátku aktivně pohybují pávní proti partnerovým pohybům, snaží se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby a dotyky*, která charakterizuje sestry jako aktivnější účastnice při pohlavním styku oproti prvnímu krabicovému grafu. Třetí krabicový graf zleva disponuje podobnými minimálními i maximálními hodnotami jako předchozí graf. Reprezentuje nejvíce aktivní odpověď vzhledem k sexuální činnosti – *sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů*.

Hypotéza H5: Předpokládáme, že syndrom vyhoření a jeho rozvoj statisticky významně oddaluje dobu sexuálního vyvrcholení u respondentek pracujících v neodkladné péči.

Otázka č. 9 Rychlost sexuálního vyvrcholení

Během pohlavního styku dosáhnu obvykle uspokojení:

0 – většinou vůbec ne

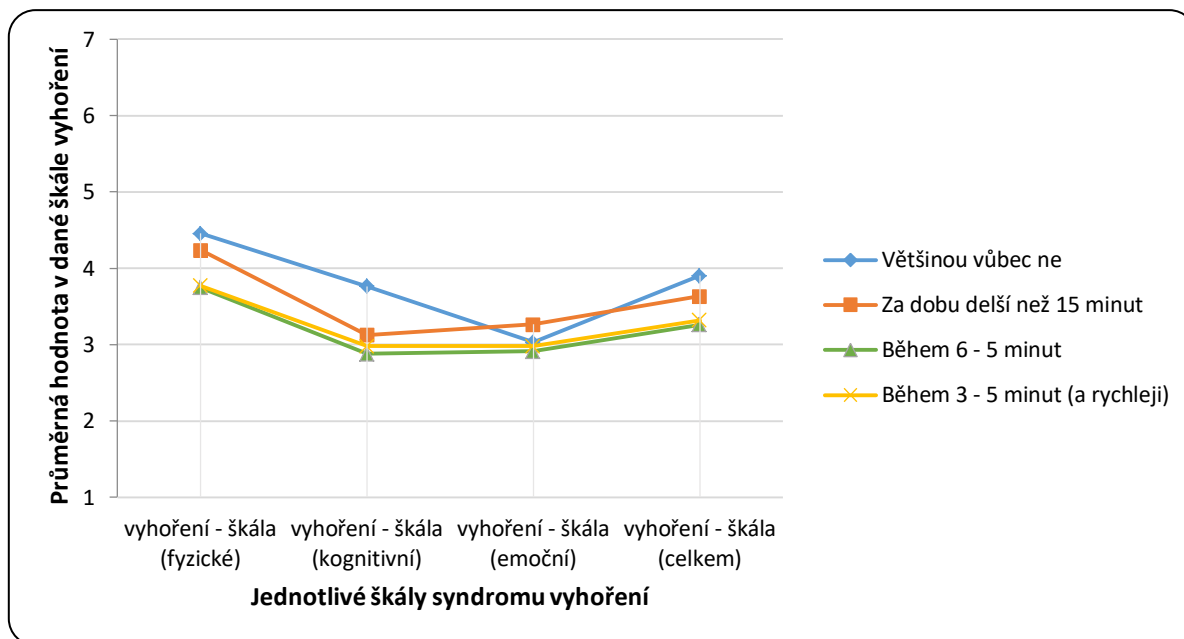
1 – za dobu delší než 15 minut

2 – během 6 – 15 minut

3 – během 3 – 5 minut

4 – během 1 – 2 minut

V otázce č. 9 byla sloučena pouze odpověď 3 - *během 3 – 5 minut* a odpověď 4 - *během 1 – 2 minut*. Nejrychlejší dobu vyvrcholení během 1 až 2 minut zodpověděly pouze 3 respondentky, a proto byla sloučena.



Graf 16 - Rychlost sexuálního vyvrcholení

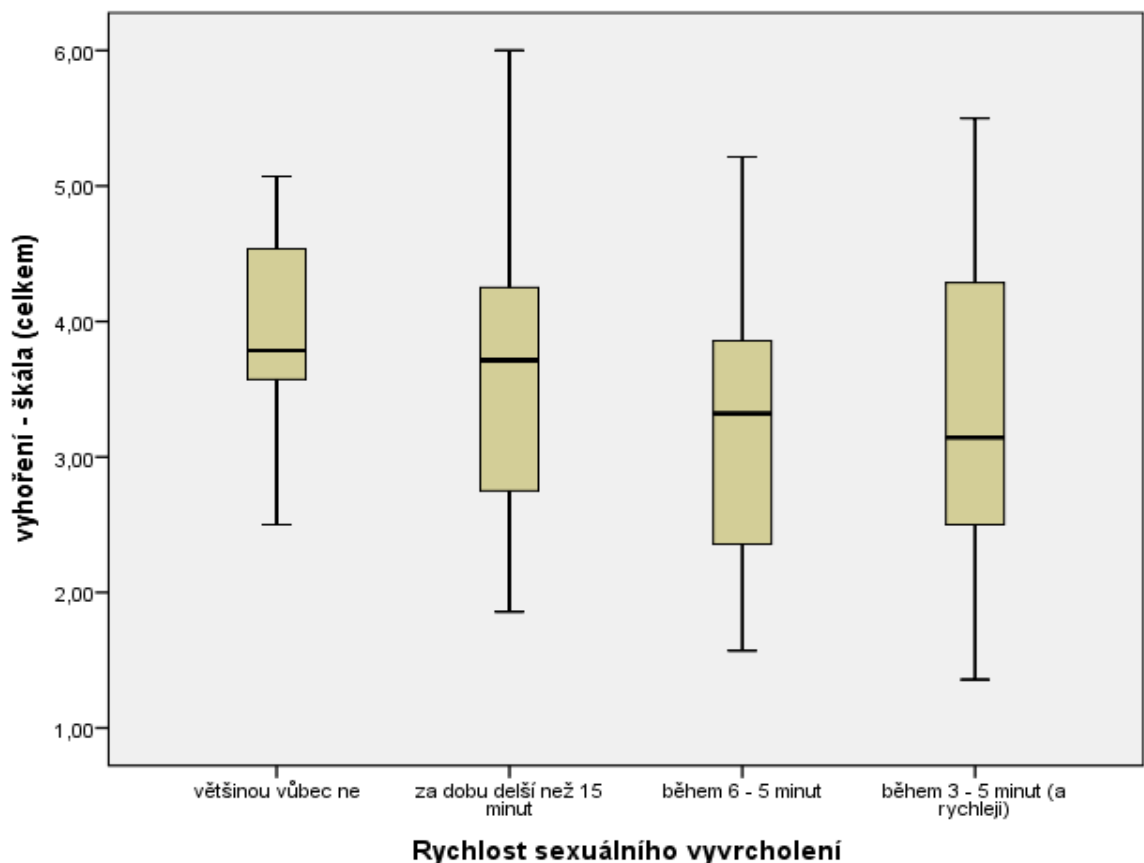
Rychlost sexuálního vyvrcholení		vyhoření - škála fyzické	vyhoření - škála kognitivní	vyhoření - škála emoční	vyhoření - škála celkem
Průměr	Většinou vůbec ne	4,45	3,76	3,03	3,90
	Za dobu delší než 15 minut	4,24	3,13	3,26	3,63
	Během 6 - 5 minut	3,75	2,88	2,91	3,26
	Během 3 - 5 minut (a rychleji)	3,77	2,98	2,98	3,32
	Celkem	3,91	3,04	3,00	3,40

Tabulka 7 - Rychlost sexuálního vyvrcholení

Graf 16 a tabulka 7 znázorňují rychlost sexuálního vyvrcholení v závislosti na stupni rozvoje syndromu vyhoření. Nejvyšších hodnot již tradičně dosáhla fyzická škála syndromu vyhoření napříč všemi možnostmi rychlosti sexuálního vyvrcholení. První dvě odpovědi ve fyzické škále dosahují vysokých průměrných hodnot a reprezentují IV. interval tabulky 1. Vyvrcholení *během 6 až 5 minut* (3,75) má však nižší průměrnou hodnotu oproti vyvrcholení *3 až 5 minut* (3,77) ve fyzické škále. Kognitivní škála vyhoření má taktéž první dvě možné odpovědi sestupně – *většinou vůbec ne* - 3,76 a *za dobu delší než 15 minut* - 3,13. Třetím nejvyšším průměrem - 2,98 je doba vyvrcholení *během 3 až 5 minut* a nejnižších hodnot v kognitivní škále vyvrcholení dochází *během 6 až 5 minut* sexuálního vyvrcholení sester – 2,88. Emoční škála vyhoření je naprosto specifická v závislosti na rychlosti sexuálního vyvrcholení. Nejvyššího skóre v této škále dosahují sestry v rychlosti vyvrcholení *delší než 15 minut* – 3,26. Respondentky, které *většinou*

nedosáhnou vyvrcholení, vykazují průměrnou hodnotu – 3,03. Třetí nejvyšší hodnotou v emoční škále je průměr - 2,98 *sexuální vyvrcholení během 3 až 5 minut*. Sestry, které dosahují *orgasmu během 6 - 5 minut*, mají nejnižšího skóre – 2,91.

Celkové výsledné hodnoty škály vyhoření v souvislosti s rychlostí sexuálního vyvrcholení se pohybují v intervalu III dle tabulky 1. Nejvyšších hodnot nabyly odpověď *většinou vůbec ne* – 3,90, druhé místo reprezentuje odpověď *za dobu delší než 15 minut* se skóre - 3,63. S hodnotou - 3,32 *a rychlostí vyvrcholení 3- 5 minut (a rychleji)* dosáhly respondentky třetí nejvyšší pozice porovnaných průměrů. Na posledním čtvrtém místě je *doba sexuálního vyvrcholení za 6 – 5 minut*. Vzhledem k nepravidelnému pořadí odpovědní a průměrným hodnotám se **hypotéza H5 jeví jen z části potvrzena**. Syndrom vyhoření dle výsledků má vliv především na dobu vyvrcholení delší než 15 minut či na žádné vyvrcholení, v těchto odpovědích se průměrné hodnoty sestupně snižují.



Graf 17 - Celková škála vyhoření * rychlost sexuálního vyvrcholení

Graf 17 shrnuje celkovou situaci ve vztahu rychlosti sexuálního vyvrcholení a syndromu vyhoření. Odpověď 1 – *většinou vůbec ne* znázorňuje ty sestry, které nedosahují orgasmu během pohlavního styku. Minimální a maximální hodnoty jsou v nejužším rozpětí oproti

ostatním grafům. Medián této odpovědi je velmi blízko hodnotě 4. Odpověď 2 – *za dobu delší než 15 minut*. Maximální hodnota odpovědi 2 je rovna číslu 6, to je druhá nejvyšší. Celkově nejvyšší hodnota vyhoření činila 7 a té žádná sestra nedosáhla. Medián odpovědi 2 leží těsně u hodnoty 4, tak jako tomu bylo u odpovědi 1. Oproti mediánu z odpovědi 1 je však medián odpovědi 2 uložen níže. Odpověď 3 - *během 6 -5 minut* a její hodnoty jsou uloženy níže než u předchozí odpovědi 2. Minimální hodnota je uložena mezi hodnotami 1 a 2, maximální hodnota leží mezi čísly 5 a 6. Medián odpovědi 3 leží mezi hodnotami 3 a 4. Odpověď 4 zastupuje rychlost sexuálního vyvrcholení *během 3 – 5 minut a rychleji*. Minimální hodnota je blízko číslu 1, maximální hodnota se nachází mezi čísly 5 a 6. Medián odpovědi 4 je nejbližší hodnotě 3. **Graf 17 zcela potvrzuje hypotézu H5**, kdy syndrom vyhoření má vliv na rychlost sexuálního vyvrcholení vzhledem k postupně sestupujícím mediánům znázorněných v tomto krabicovém grafu.

4 Diskuse

Závěrečná práce zabývající se vlivem syndromu vyhoření na sexualitu žen pracujících v intenzivní péči byla zpracována jako výzkumná. Mnozí by mohli oponovat, že tato práce postrádá statistické testování hypotéz. Ano, hypotézy nebyly podrobeny žádnému statistickému testu, ale jen díky množství dat, která nutně nepotřebují testovat. Soukup ve svém článku tvrdí, že v dnešní době jsou vědci i studenti pohlceni statistickým testováním z důvodu statistické významnosti. Zde udává důvody, proč není potřeba za každou cenu výsledky podrobovat ověřovacím testům. Uvádí v části vlastního článku „o úplném zjišťování a používání statistické indukci“. Vzhledem k velikosti konečného vzorku respondentů, který byl testován, by bylo užití statistické indukce spíše kontraproduktivní. Při testech by s velkou pravděpodobností došlo ke zkreslení výsledků v důsledku méně početného vzorku. (Soukup, Rabušic, 2007) Po ukončení sběru dat se jevil testovaný vzorek jako dostatečně veliký (275 respondentek). Při kontrole a třídění elektronických dotazníků jsem narazila na významný problém, kterým byla odbornost všeobecných sester. Velká většina respondentek nesplňovala hlavní kritérium – pracovní pozici v neodkladné péči. Bohužel na nové zkoumání a rozšíření vzorku nebyly podmínky, vzhledem k časovému omezení výzkumu.

Tématem vlivu syndromu vyhoření na sexualitu u nelékařských zdravotnických pracovníků jsem se nezabývala sama. Stejný typ dotazníků použily i mé studující kolegyně, které se zabývaly totožnou problematikou, ovšem ony se soustředily na sběr dat ve fakultních a nefakultních nemocnicích. Vzhledem k tomu, že jsme z části pracovaly jako tým a naše výsledky později budou tvořit jednu velkou studii, byly výsledky sdíleny. Dalším důvodem ke spolupráci a vytvoření týmu je možnost porovnání jednotlivých výsledků.

Výzkum, který by se zabýval syndromem vyhoření a sexualitou sester zároveň, jsem neobjevila. Vyhledala jsem podobné výzkumy na toto téma, avšak ty se zabývaly vyhodnocením dle Maslach Burnout Inventory a ne dotazníkem užitým v tomto šetření. Dotazník Shiromovy-Melamedovy škály (SMBM) užil například Grossi (2003), který tímto dotazníkem zjišťoval míru syndromu vyhoření u úředníků. Jeho výzkumný vzorek činil 63 respondentů, kteří byli rozděleni na dvě dále zkoumající skupiny N_1 (n=20) a N_2 (n=43). První skupina N_1 vykazovala míru syndromu vyhoření pod 2,75, do skupiny N_2 byly zařazeni respondenti s průměry nad 3,75. Grossi dále s výzkumným vzorkem (n=63)

pracoval a testoval jej dalšími testy a dotazníky ohledně deprese, stresu, nespavosti a úzkosti. (Grossi et al., 2003) Ve Švédsku byla dotazníku syndromu vyhoření (SMBM) podrobena pracující populace z důvodu zvýšené pracovní neschopnosti pro duševní nemoci a poruchy chování. Konečný výzkumný vzorek tvořil 1000 aktivně pracujících účastníků, z toho 497 žen a 503 mužů. Celkově bylo ve studii prokázáno, že syndromem vyhoření jsou ohroženi především mladí lidé. Nejvyššího skóre Shiromovy-Melamedovy škály vyhoření dosáhly ženy ve věku 35 - 44 (21,5%) ,které v dotazníku překonaly hodnotu 4 na stupnici 0 až 7. Celkově se prevalence syndromu vyhoření ve švédské populaci vyšplhala na 13%, kde jsou více ohroženy ženy - 16% než muži - 10%. (Norlund et al., 2010) Syndromem vyhoření nejsou nejvíce ohroženy pouze pracovníci ve zdravotnictví – zdravotní sestry, lékaři, ale také učitelé, policisté, hasiči a v neposlední řadě pracovníci v sociálních službách.

Vrátím-li se zpět k vlastnímu výzkumu, je velká škoda, že neprobíhal déle. Syndrom vyhoření je možná velmi známá a pro mnohé již probádaná diagnóza, avšak nyní se jedná vcelku o aktuální téma. Vzhledem k urychlené době, vysokým pracovním nárokům a vysokému množství přesčasových hodin. Jak lépe ochránit pracující sestry, než včas diagnostikovat syndrom vyhoření.

A jak se pohlíží na sexualitu v současnosti? Aktuálně převládá individualismus místo kolektivismu a „single“ život nahrazuje manželství či soužití v páru. Je třeba se věnovat i této problematice. Všimněme si, kolik zdravotníků je bezdětných, rozvedených a bez vážné známosti. Během vyhledávání výzkumů a studií mě velmi znejistil fakt, že souvislost syndromu vyhoření a sexuality u zdravotníků není nijak vysoce vědecky podložena v České republice ani v zahraničí. Je-li prověřována sexualita žen, vědci se zabývají především sexuálními dysfunkcemi. Jediná nalezená studie, která splňovala zkoumanou problematiku sexuality a zdravotních sester, se zabývala spokojeností mezi sexuálním životem a pracovním stresem vdaných zdravotních sester. Výsledky poukazují na sexuální spokojenost sester, které souvisí s výškou finančního ohodnocení v nezávislosti na pracovním úsilí a životním stylu. (Lee et al., 2012)

Praktická část diplomové práce měla za úkol potvrdit nebo vyvrátit vliv syndromu vyhoření na sexualitu žen pracujících v neodkladné péči. Hypotézy měly především potvrdit nebo zamítnout vliv syndromu vyhoření na pohlavní touhu, hodnocení sestry jako milenky, náladu před i po pohlavním styku, aktivitu při pohlavním styku a rychlost

sexuálního vyvrcholení. K vyhodnocení výsledků mi dopomohlo 110 respondentek z internetového výzkumu.

Pro větší výzkumný vzorek vznikly celkem tři diplomové práce na stejné téma s totožnou metodologií, které sbíraly výsledky ve fakultním zařízení (n-74), nefakultním zařízení (n-64) a pomocí internetu (n-110). Vzhledem k vzájemné spolupráci a společnému sdílení dat budou jednotlivá šetření porovnána níže v této kapitole. Samotné výsledky by měly přispět ke vzniku studie PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D a doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc.

Hypotéza H1 předpokládala vliv syndromu vyhoření na pokles pohlavní touhy u sester pracujících v neodkladné péči. Tuto hypotézu potvrdil nejen internetový výzkum, ale i výzkum ve fakultních i nefakultních zdravotnických zařízeních. Nejvyšších průměrných hodnot ve všech výzkumných šetření dosahovaly ženy ve fyzické škále syndromu vyhoření. Respondentky z fakultních zdravotnických zařízení vykazovaly ve všech třech hodnocených škálách (fyzické, kognitivní i emoční) pokles pohlavní touhy k nárůstu rozvoje syndromu vyhoření. Účastnice výzkumu v nefakultních zdravotnických zařízeních kromě fyzické škály vyhoření, potvrdily klesající potřebu pohlavní touhy vzhledem k rozvoji syndromu vyhoření. Ve fyzické škále vyhoření výsledné hodnoty udávají, že čím častěji se vykytuje potřeba pohlavního styku, tím vyšší mají sestry průměr syndromu vyhoření. Celkové výsledné hodnoty potvrzují vliv syndromu vyhoření na potřebu pohlavního styku.

Hypotéza H2 předpokládá vliv syndromu vyhoření na pokles sebehodnocení sester jako sexuálních partnerek. Sestry z internetového výzkumu tuto hypotézu zcela potvrdily a svými sestupnými průměry ji o další potvrzení doplňují i sestry z fakultních nemocnic. Respondentky z nefakultních zařízení ji však vyvrací. Sestry, které se necítí být zcela v pořádku, udávají nejnižší míru syndromu vyhoření a naopak sestry, které si připadají být v pořádku, vykazují nejvyšší průměrné hodnoty na škále syndromu vyhoření. Vysloveně kuriózními výsledky jsou hodnoty ve fyzické škále syndromu vyhoření, kde sestry, které se cítí být výbornými milenkami, dosahují nejvyššího průměru. Nejnižší průměr fyzické škály vyhoření vznikl při odpovědi - nejsem si zcela jista, zda jsem v pořádku. Sestry z nefakultních nemocnic nepotvrzují vliv syndromu vyhoření na hodnocení sebe jako sexuální partnerky.

Hypotéza H3 předpokládá vliv syndromu vyhoření na negativní náladu před a po pohlavním styku. Internetový výzkum potvrdil vliv syndromu vyhoření na náladu před pohlavním stykem. Sestry, které se na pohlavní styk těší, dosahují nižších průměrných hodnot na škále syndromu vyhoření, než ty které mají náladu, ale iniciativu neprojevují. Toto tvrzení prokazují i sestupné hodnoty u sester z fakultních zdravotnických zařízení. Respondentky z nefakultních nemocnic vliv syndromu vyhoření na náladu před pohlavním stykem právě naopak nepotvrzují. Ženy, které se na styk těší a dovedou dát sami podnět, dosahují vyššího skóre oproti těm, které iniciativu k sexu neprojevují.

Druhou částí této hypotézy byla náladu po pohlavním styku a vliv syndromu vyhoření. Internetový výzkum toto tvrzení zcela nepotvrdil, syndrom vyhoření má jistý vliv na náladu po pohlavním styku, avšak není zcela zásadní. Taktéž v nefakultním šetření sestry zcela nepotvrzují vliv syndromu vyhoření na náladu po pohlavním styku. Opakem jsou respondentky z fakultních nemocnic, které udávají vliv syndromu vyhoření na náladu po pohlavním styku. Průměrné hodnoty se snižují v závislosti na lepší náladě po pohlavním styku.

Hypotéza H4 předpokládá vliv syndromu vyhoření na sníženou aktivní účast při pohlavním styku. Hypotéza byla internetovým výzkumem zcela potvrzena. Snížená aktivita se prokazuje v závislosti na rostoucí průměrné hodnotě na škále syndromu vyhoření. Kladné tvrzení hypotézy podporuje i výzkum ve fakultních zdravotnických zařízeních. Opačného výsledku dosahují sestry v nefakultních zdravotnických zařízeních, které čím jsou aktivnější při pohlavním styku, tím dosahují vyššího skóre na škále syndromu vyhoření.

Hypotéza H5 předpokládá vliv syndromu vyhoření na rychlost sexuálního vyvrcholení. Internetový výzkum potvrdil znění této hypotézy. Syndrom vyhoření má vliv nad dobou dosažení orgasmu u sester pracujících v nedokladné péči. Vzhledem ke vzniklé problematice vyhodnocení odpovědí ve fakultních a nefakultních nemocničních zařízeních nebyla data porovnána.

Celkové výsledné hodnoty škály syndromu vyhoření měly nejvyšší respondentky z internetového výzkumu. Fyzická škála vyhoření činila 3,91, kognitivní škála 3,04 a emoční škála 3,00. Ve fakultních zařízeních sestry dosáhly ve fyzické škále vyhoření 3,36, v kognitivní škále 2,78 a v emoční škále 2,60. Data z nefakultních zdravotnických zařízení

vyšla následovně: fyzická škála 3,60, kognitivní škála 2,64 a emoční škála 2,70. Ve všech třech výzkumných šetřeních jasně dominovala nejvyššími průměry fyzická škála syndromu vyhoření. Je tedy velmi pravděpodobné, že fyzická únava nejvíce ohrožuje zdravotní sestry rozvojem syndromu vyhoření. Nejvyšších hodnot dosáhly respondentky z internetového výzkumu, jsou tedy v nejvyšším ohrožení rozvoje syndromu vyhoření. Překvapivě druhé v pořadí jsou sestry z nefakultních zdravotnických zařízení, které až na kognitivní škálu vyhoření vykazovaly druhé nejvyšší hodnoty. V kognitivní škále vyhoření sestry z nefakultních nemocnic trpí nejméně syndromem vyhoření nejen dle vlastních průměrných hodnot ale i dle celkových průměrných hodnot všech výzkumných šetření. Převážně nejnižších hodnot dosáhly sestry z fakultních zdravotnických zařízení, které jsou v nejmenším ohrožení rozvoje syndromu vyhoření.

Musím konstatovat překvapivé zhodnocení výsledků. Z počátku jsem byla skeptická k internetovému šetření a obávala jsem se možného zkreslení vzhledem k online dostupnosti. Díky porovnání výsledků s fakultními a nefakultními zdravotnickými zařízeními shledávám vlastní výsledky za stejně kvalitní.

5 Závěr

Diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření a jeho vlivem na sexualitu sester pracujících v neodkladné péči. Jedná se o dvě témata, která i když jsou spolu jistou částí provázána, nejsou společně často zkoumána.

Teoretická část je složena ze dvou hlavních kapitol, a to syndrom vyhoření a sexualita. Ohledně syndromu vyhoření se zabývám především diagnostikou, prevencí, intervencí a terapií. Kapitola sexuality je pouze z pohledu ženy nikoli muže. Mým záměrem vzhledem k dotazníku bylo, se snažit popsat co nejlépe možné dysfunkce během sexuálního života žen a také zprostředkovat informace o ženské sexualitě. Další významnou kapitolou práce je metodologie, kde jsem se snažila vysvětlit důvod sběru dat, výzkumného vzorku a průběh samotného výzkumu.

Praktická část už prezentuje samotné výsledky s hypotézami. Celkem je popsáno 5 hypotéz, které byly dle průměrů a mediánů vyhodnoceny jako potvrzující nebo částečně potvrzující. V diskuzi jsou porovnány pouze 4 hypotézy, a to z důvodu nekvalitních a nekonkurence schopných dat k hypotéze H5 s komparačními výzkumy.

Závěrem bych chtěla říci, že práce splnila hlavní stanovený cíl vlivu syndromu vyhoření na sexualitu sester pracujících v intenzivní péči. V jednotlivých složkách syndromu vyhoření jednoznačně dominuje fyzická škála, která sestry nejvíce zatěžuje a ohrožuje v rozvoji syndromu vyhoření a díky ní u sester klesá sexualita. Osobně jsem očekávala vyšší míru syndromu vyhoření v emoční škále, která překvapivě nejčastěji obsazovala poslední místa vzhledem k jednotlivým dimenzím dotazníku syndromu vyhoření a sexuality. Překvapily mě i výsledky ohledně nálady před a po pohlavním styku, kde se na druhém místě umístila emoční složka a až na třetí pozici rozumová/kognitivní složka vzhledem k vlivu syndromu vyhoření na sexualitu. Celkově můžeme říci, že sestry trpí syndromem vyhoření a díky jeho vzniku u nich klesá sexuální aktivita.

5.1 Doporučení pro praxi

Výstupem do praxe bych ráda přispěla doporučením prevence proti syndromu vyhoření především nově nastupujícím sestrám do zaměstnání. Každá sestra, která by chtěla zabránit vzniku syndromu vyhoření, by se měla vyhnout vzniku workoholismu a perfekcionismu. Proto by se měla mimo práci věnovat vlastním **volnočasovým aktivitám** a zaměřit se na

vlastní osobu. Vzhledem k načerpaným informacím k tématu by moje doporučení znělo takto: každá zdravotní sestra by se měla naučit kvalitně využít čas, který nestráví v práci, a neměla by zapomínat na své zdraví. Každá všeobecná sestra by měla minimálně dvakrát v týdnu **vykonávat jakoukoli fyzickou aktivitu** – běh, jóga, plavání nebo kolektivní sporty. Sportování může využít jako svůj prostředek uvolnění napětí z náročného dne nebo naopak jako doplnění energie. Sport je vhodný pro posílení fyzické síly, která pozitivně ovlivňuje pracovní výkonnost. Dalším bodem péče o sebe z hlediska prevence syndromu vyhoření je možnost **sdílení s přáteli**. Je důležité mít ve vlastním okolí někoho, s kým má sestra možnost si promluvit o zkušenostech, které získává v práci. Zkušenosti mohou být pozitivní, ale i negativní. Negativní zkušenost, jako například úmrtí pacienta, je dobré umět zpracovat a mluvit o ní. V tomto okamžiku může sestra zvolit přátelskou **konzultaci s psychologem**. Mnoho zkušených sester se později v takové situaci chová jako stroj, nepřemýšlí o pacientovi jako o člověku, ale o práci, která musí být odvedena. Z tohoto důvodu je vítána návštěva psychologa, který se nebojí se sestrou mluvit i o takovém tématu, vyslechne domněnky, společně se sestra i psycholog zamyslí nad pocity, které prožívá. Jako poslední bod k prevenci je dobré **začít se učit novým věcem**, které se zdravotnictvím nejlépe vůbec nespojují. Sebevzdělávat se pro svůj vlastní užitek a prožitek. Tím myslím přihlásit se například na kurz vaření, učit se novému cizímu jazyku a mnohem víc. Těmito základními doporučeními bych chtěla říct, že je velmi důležité nezapomínat sama na sebe a nenechat se pohltnout časem stráveným v práci také nepřekračovat počet řádné pracovní normy přesčasy. Myslím, že tyto základní body (fyzická aktivita, sdílení s přáteli a učení se novým věcem) mohou být nápomocné jako prevence před vznikem syndromu vyhoření nově nastupujícím všeobecným sestram do výkonu svého povolání.

6 Seznam použité literatury

ARROGANTE, Oscar a Eva APARICIO-ZALDIVAR. Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017, 42, 110-115. DOI: 10.1016/j.iccn.2017.04.010. ISSN 09643397.

AUGUSTYN, Józef. Sexualita v našem životě: průvodce při poznávání a formování vlastní sexuality. 2., přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. Pomoc v životě. ISBN 80-719-2917-4.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. Sestra (Grada). ISBN 9788070134399.

BASSON, R., S. LEIBLUM, L. BROTTTO, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: Advocating expansion and revision. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2009, 24(4), 221-229. DOI: 10.3109/01674820309074686. ISSN 0167-482X.

BASSON, Rosemary. The Female Sexual Response: A Different Model. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000, 26(1), 51-65. DOI: 10.1080/009262300278641. ISSN 0092-623X..

BORG, Charmaine, Peter J. DE JONG a Willibrord WEIJMAR SCHULTZ. Vaginismus and Dyspareunia: Relationship with General and Sex-Related Moral Standards. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011, 8(1), 223-231. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.02080.x. ISSN 17436095..

CIMICKÝ, Jan. Sám proti stresu: jak se ubránit stresu a udržet duševní rovnováhu: soubor rad, jak přežít v dnešní době. 2., dopl. vyd. Praha: VIP Books, 0007n. l., 217 s. ISBN 978-80-88073-02-4.

CLAYTON, Anita H. a Elia Margarita VALLADARES JUAREZ. Female Sexual Dysfunction. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017, 40(2), 267-284. DOI: 10.1016/j.psc.2017.01.004. ISSN 0193953X.

DEMEROUDI, Evangelia. Strategies used by individuals to prevent burnout. *European journal of clinical investigation*, 2015, 45.10: 1106-1112.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4748-269.

FRANK, JENNIFER E., PATRICIA MISTRETTA a JOSHUA WILL. Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. *American family Physician*. 2009, 77(5), 636-642.

GROSSI, Giorgio, Aleksander PERSKI, Birgitta EVENGÅRD, Vanja BLOMKVIST a Kristina ORTH-GOMÉR. Physiological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003, 55(4), 309-316. DOI: 10.1016/S0022-3999(02)00633-5. ISSN 00223999.

HANDY, Ariel B., Amelia M. STANTON a Cindy M. MESTON. Understanding Women's Subjective Sexual Arousal Within the Laboratory: Definition, Measurement, and Manipulation. *Sexual Medicine Reviews*. 2018, 6(2), 201-216. DOI: 10.1016/j.sxmr.2017.11.001. ISSN 20500521..

CHOVANEC, Michal, Petra VRZÁČKOVÁ, Pavel TURČAN a Petr WEISS. Poruchy lubrikácie a aké máme liečebné možnosti. *Psychiatria pre prax*. 2016, 17(2), 79-82.

JACQUET, Alain, Adeline GROLLEAU, Jérémy JOVE, Régis LASSALLE a Nicholas MOORE. Burnout: Evaluation of the efficacy and tolerability of TARGET 1® for professional fatigue syndrome (burnout). *Journal of International Medical Research*. 2014, 43(1), 54-66. DOI: 10.1177/0300060514558324. ISSN 0300-0605.

KALANI, SiminDokht, Parviz AZADFALLAH, Hamidreza OREYZI a Peyman ADIBI. Interventions for physician burnout: A systematic review of systematic reviews. *International Journal of Preventive Medicine* [online]. 2018, 9(1), 81-81 [cit. 2019-01-28]. DOI: 10.4103/ijpvm.IJPVM_255_18. ISSN 2008-7802.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KASCHKA, Wolfgang P., Dieter KORCZAK a Karl BROICH. Burnout: a Fashionable Diagnosis. *Deutsches Aerzteblatt Online*. 2011, 108(46), 781-787. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0781. ISSN 1866-0452.

KHAMISA, Natasha, Karl PELTZER a Brian OLDENBURG. Burnout in Relation to Specific Contributing Factors and Health Outcomes among Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013, **10**(6), 2214-2240. DOI: 10.3390/ijerph10062214. ISSN 1660-4601.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073671816.

KORCZAK, Dieter; WASTIAN, Monika; SCHNEIDER, Michael. Therapy of the burnout syndrome. *GMS health technology assessment*, 2012, 8.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce: příčiny a léčba*. 2. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2003. *Psyché* (Grada). ISBN 80-247-0203-7.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 978-80-7169-678-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3675-684.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. *Sestra* (Grada). ISBN 978-802-4731-490.

LEE, Hsiu-Hui, For-Wey LUNG, Pei-Rong LEE, Wei-Tsung KAO a Yu-Lan LEE. The relationship between sex life satisfaction and job stress of married nurses. *BMC Research Notes*. 2012, **5**(1). DOI: 10.1186/1756-0500-5-445. ISSN 1756-0500.

LUNDGREN-NILSSON, Åsa, Ingibjörg H JONSDOTTIR, Julie PALLANT a Gunnar AHLBORG. Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health*. 2012, **12**(1). DOI: 10.1186/1471-2458-12-1. ISSN 1471-2458..

MASLACH, Christina a Michael P. LEITER. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* [online]. 2016, 15(2), 103-111 [cit. 2019-01-28]. DOI: 10.1002/wps.20311. ISSN 17238617.

MEALER, M., D. CONRAD, J. EVANS, K. JOOSTE, J. SOLYNTJES, B. ROTHBAUM a M. MOSS. Feasibility and Acceptability of a Resilience Training Program for Intensive Care Unit Nurses. *American Journal of Critical Care*. 2014, 23(6), e97-e105. DOI: 10.4037/ajcc2014747. ISSN 1062-3264.

MESTERS, P., et al. Professional fatigue syndrome (burnout): Part 2: from therapeutic management. *Revue medicale de Liege*, 2017, 72.6: 301-307.

Mindfulness-Based Stress Reduction: Program snižování stresu [online]. [cit. 2019-05-12]. Dostupné z: <http://www.mbsr.cz>.

MIMOUN, Sylvain a Kevan WYLIE. Female sexual dysfunctions: Definitions and classification. *Maturitas*. 2009, 63(2), 116-118. DOI: 10.1016/j.maturitas.2009.04.003. ISSN 03785122.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

MOSS, M., V. S. GOOD, D. GOZAL, R. KLEINPELL a C. N. SESSLER. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health Care Professionals. *American Journal of Critical Care*. 2016, 1999, 25(4), 368-376. DOI: 10.4037/ajcc2016133. ISSN 1062-3264.

NORLUND, Sofia, Christina REUTERWALL, Jonas HÖÖG, Bernt LINDAHL, Urban JANLERT a Lisbeth Slunga BIRGANDER. Burnout, working conditions and gender - results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*. 2010, 10(1). DOI: 10.1186/1471-2458-10-326. ISSN 1471-2458.

PASTOR, Zlatko. Tajemství ženské sexuality. *Computer Media*, 2010. ISBN 9788074020704.

PELCÁK, Stanislav a Alexander TOMEČEK. Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta. *Praktické lékařství*. 2011, 7(2), 87-90.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-808-8163-008.

PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH a Vladimír KEBZA. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.

Sbírka Zákonů: Nařízení vlády o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí. In.: Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, 2010, ročník 2010, číslo 31.

Soukup, Petr, Ladislav Rabušic. 2007. „Několik poznámek k jedné obsesi českých sociálních věd – statistické významnosti.“ *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 43 (2): 379-396.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systémy podpor pro pacienty. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024757100.

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. Sexuologie pro zdravotníky. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-162-9.

ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-807-3452-384.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele. Praha: Grada, 2018. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-7104-703.

TROJAN, MUDr Ondřej. Funkční sexuální poruchy u žen. *Urologie pro praxi*, 2011, 12.1: 38-41.

TUCKER, Sharon J., Audrey J. WEYMILLER, Susanne M. CUTSHALL, Lori M. RHUDY a Christine M. LOHSE. Stress Ratings and Health Promotion Practices Among RNs. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2012, 42(5), 282-292. DOI:

10.1097/NNA.0b013e318253585f. ISSN 0002-0443..

TURECKIOVÁ, Michaela. Řízení a rozvoj lidí ve firmách. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-802-4704-050.

VAN MOL, Margo MC, et al. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. PloS one, 2015, 10.8: e0136955.

VAŠKOVSKÝ, Radovan. Deprese, antidepressiva a jejich vliv na sexuální fungování. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4721-637.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4731-742.

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

VYSKOČILOVÁ, Jana a Ján PRAŠKO. Přenos v kognitivně-behaviorální terapii a jeho etické souvislosti. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2015, 111(2), 87-98 [cit. 2019-05-19]. Dostupné z: http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_2_87_98.pdf.

WEISS, Petr. Sexuologie. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4724-928.

Seznam zkratek

ARIP - specializované vzdělání všeobecných sester v anesteziologické, resuscitační a intenzivní péči

ARO - Anesteziologicko resuscitační oddělení

BM - Burnout Measure

ICU - intenzivní péče

JIP - Jednotka intenzivní péče

KBT - kognitivně behaviorální terapie

MBSR - Mindfulness-based Stress Reduction

MKN - Mezinárodní Klasifikace Nemocí

NELZP - Nelékařský zdravotnický pracovník

SFŽ - Sexuální funkce ženy

SFŽ/K - Sexuální funkce ženy, rozšířená kroměřížská verze

SMBM - Shirom-Melamed Burnout Measure

SPSS - Statistical package for the social sciences.

SŠ - Střední škola

VOŠ - Vyšší odborná škola

VŠ - Vysoká škola

Seznam grafů

Graf 1- Věk respondentek.....	37
Graf 2- Dosažené vzdělání.....	38
Graf 3- Odborné pracoviště	38
Graf 4 - Celková délka sesterské praxe	39
Graf 5 - Současná délka pracovního poměru.....	39
Graf 6 - Potřeba pohlavního styku	41
Graf 7 - Emoční škála vyhoření * potřeba pohlavního styku	43
Graf 8 – Sexuální sebehodnocení.....	44
Graf 9 - Škála vyhoření celkem * sexuální sebehodnocení	46
Graf 10 - Nálada před pohlavním stykem.....	48
Graf 11 - Škála vyhoření celkem * nálada před pohlavním stykem	49
Graf 12 - Nálada po pohlavním styku	50
Graf 13 - Celková škála syndromu vyhoření* nálada po pohlavním styku.....	51
Graf 14 - Aktivita při pohlavním styk	53
Graf 15 - Celková škála vyhoření * aktivita při pohlavním styku	54
Graf 16 - Rychlost sexuálního vyvrcholení	56
Graf 17 - Celková škála vyhoření * rychlost sexuálního vyvrcholení	57

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Intervaly syndromu vyhoření	40
Tabulka 2- Potřeba pohlavního styku.....	42
Tabulka 3 – Sexuální sebehodnocení	45
Tabulka 4 - Nálada před pohlavním stykem.....	48
Tabulka 5 - Nálada po pohlavním styku.....	50
Tabulka 6 - Aktivita při pohlavním styku	53
Tabulka 7 - Rychlost sexuálního vyvrcholení	56

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník syndromu vyhoření a sexuality

Příloha č. 2: Čestné prohlášení konzultanta

Příloha č. 1: Dotazník syndromu vyhoření a sexuality

Dobrý den,

jmenuji se Eliška Balíková a v současné době jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK v Praze, oboru specializace ve zdravotnictví, intenzivní péče.

Dovoluji si vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který má dvě části. První část zjišťuje míru „**Syndromu vyhoření**“ česká verze Shiromovy –Melamedovy škály (SMBM), a druhá část tohoto dotazníku má název „**Sexuální funkce ženy**,“ dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999). Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a určené pouze nelékařským zdravotnickým pracovníkům na pracovištích neodkladné péče. Získané údaje budou podkladem pro zpracování mé diplomové práce pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D. a Doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc. a stanou se součástí mezinárodní studie zkoumající syndrom vyhoření a jeho vliv na lidské zdraví. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním výzkumných údajů.

Instrukce k vyplnění dotazníkového formuláře: Věnujte prosím pozornost zadaným otázkám. První část má 14 otázek, druhá 29 otázek. Vyplnění dotazníků by Vám nemělo zabrat více než 15 - 20 minut. Prosím Vás, abyste každou otázku označili číslem, které nejvíc vystihuje sílu pocitů, které obvykle prožíváte. Důležité pro tento výzkum je vyplnění všech otázek v obou částech dotazníku.

Předem Vám srdečně děkujeme za Váš čas a ochotu

Bc. Eliška Balíková, PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D. a Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.

Datum:

Věk:

Pohlaví: žena muž

Rodinný stav: svobodný/á ženatý/vdaná rozvedený/á v partnerském svazku

Nejvyšší dosažené vzdělání: SŠ VOŠ VŠ jiné.....

Obor: všeobecná sestra zdravotnický záchranář

Pracoviště:

Délka trvání současného pracovního poměru:

Délka celkové pracovní praxe ve zdravotnictví:

Průměrná týdenní pracovní doba (reálný počet hodin strávených na pracovišti):
.....hodin

Před jakou dobou jste měl/a naposledy dovolenou více než 14 dní (nedělenou) – uveďte v měsících:

Česká verze Shiromovy- Melamedovy škála (SMBM)

PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH a Vladimír KEBZA. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.

Škála		Nikdy nebo téměř nikdy	Velmi zřídka	Zřídka	Někdy	Celkem často	Velmi často	Vždy nebo téměř vždy
P	1. Cítím se unavený/á.	1	2	3	4	5	6	7
P	2. Necítím žádnou sílu jít ráno do práce.	1	2	3	4	5	6	7
P	3. Cítím se fyzicky vysílený/á.	1	2	3	4	5	6	7
P	4. Cítím, že mám všeho dost.	1	2	3	4	5	6	7
P	5. Připadám si, jako by se mi „vybily baterky“.	1	2	3	4	5	6	7
P	6. Cítím se vyhořelý/á.	1	2	3	4	5	6	7
C	7. Myslí mi to pomalu.	1	2	3	4	5	6	7
C	8. Obtížně se koncentruji.	1	2	3	4	5	6	7
C	9. Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně.	1	2	3	4	5	6	7
C	10. Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á.	1	2	3	4	5	6	7
C	11. Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech.	1	2	3	4	5	6	7
E	12. Cítím se, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a lidí, se kterými přicházím v práci do styku.	1	2	3	4	5	6	7

E	13. Cítím, že nejsem schopen/a citově investovat do spolupracovníků a lidí, se kterými přicházím v práci do styku.	1	2	3	4	5	6	7
E	14. Cítím, že nedokážu být milý/á na spolupracovníky a lidi, se kterými přicházím v práci do styku.	1	2	3	4	5	6	7

Dotazník Sexuální funkce ženy, rozšířená kroměřížská verze

(Prvních 10 bodů je převzato z dotazníku SFŽ od J. Mellana)

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 978-80-7169-678-0.

SFŽ/K

Pohlaví: Věk: Rodinný stav: Počet porodů:

U každého bodu dejte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav.

1. Chut' k pohlavnímu styku

Svůj vztah k pohlavnímu styku bych hodnotila takto:

- 0 – mám k němu odpor
- 1 – nepotřebuji jej, nemusela bych ho mít
- 2 – mírně po něm toužím
- 3 – potřebuji jej
- 4 – mám značně silnou potřebu pohlavního styku

2. Potřeba pohlavního styku

Kdyby záleželo na mé chuti a kdybych k tomu měla vhodné podmínky, vyhovovalo by mi mít pohlavní styk:

- 0 – vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden

3 – 2x nebo i vícekrát týdně

4 – denně nebo i vícekrát za den

3. Častost pohlavního vyvrcholení vůbec

Bez ohledu na způsob, jímž se tak děje (při styku, ve snu nebo onanií) dosahují pohlavního vyvrcholení – orgasmu:

0 – vůbec nikdy nebo méně než 1x za rok

1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc

2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden

3 – 2x nebo i vícekrát týdně

4 – denně nebo i vícekrát za den

4. Častost pohlavních styků

K pohlavnímu styku s partnerem u mne dochází:

0 – vůbec nikdy nebo méně než 1x za rok

1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc

2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden

3 – 2x nebo i vícekrát týdně

4 – denně nebo i vícekrát za den

5. Častost pohlavního vyvrcholení při souloži

Z počtu pohlavních styků, uvedených v minulém bodě, dosahují orgasmu:

0 - nikdy, nebo jen zcela ojediněle za celý život

1 – v menšině případů

2 – většinou

3 – za běžných podmínek vždy

4 – vždy a snadno i za nevýhodných podmínek, též opakovaně

6. Procento uspokojivých sexuálních styků

Vyjádřeno v procentech, dosáhla jsem v posledním roce u uskutečněných pohlavních styků úplného uspokojení – orgasmu:

0 – v 0 %

1 – asi v 25 %

2 – asi v 50 %

3 – asi v 75 %

4 – v 90 – 100 %

7. Přípravné reakce – vzrušivost

Své pocity při mazlení, milostné předehře před stykem a průběh svého vzrušení bych charakterizovala takto:

0 – je mi to nepříjemné, nesnáším to nebo to odmítám

1 – snáším to, ale nic necítím, jsem suchá

2 – cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy rozplývá

3 – mám dostatek vlhkosti, za vhodných podmínek se silně vzruším

8. Pocitový doprovod při pohlavním styku

Při pohlavním styku mám spíše:

0 – nepříjemné pocity až bolestivost

1 – dojem, že jsem necitlivá, zůstávám chladná

2 – příjemné pocity, které jsou stále stejné

3 – příjemné pocity, které se stupňují jen do určitého bodu (pak se příp. rozplývají)

4 – příjemné pocity, které se stupňují až k vyvrcholení

9. Rychlost sexuálního vyvrcholení

Během pohlavního styku dosáhnu obvykle uspokojení:

0 – většinou vůbec ne

1 – za dobu delší než 15 minut

2 – během 6 – 15 minut

3 – během 3 – 5 minut

4 – během 1 – 2 minut

Potřebuji, aby pohyby údu v pochvě trvaly alespoň:.....

Potřebuji, aby dráždění poštváčku trvalo alespoň:.....

10. Soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení

Orgasmu při pohlavním styku dosahuji:

0 – nikdy

1 - pouze při přímém dráždění pohlavního ústrojí spíše mimo soulož

2 – většinou až po partnerovi, dalším dráždění, nebo při další souloži

3 – většinou současně nebo skoro současně s partnerem

4 – opakovaně během soulože

11. Nálada před pohlavním stykem

Před pohlavním stykem cítím:

- 0 – nechut', strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout
- 1 – lhostejnost, nikdy zvlášť o styk nestojím
- 2 – někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji
- 3 – většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět
- 4 – na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, musím ho mít i za nepříznivých podmínek

12. Nálada po pohlavním styku

Po pohlavním styku (ev. po nepodařené souloži) mi nejčastěji bývá:

- 0 – velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, zlost na partnera
- 1 – cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám
- 2 – cekem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat
- 3 – cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena
- 4 – velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce

13. Hodnocení sebe jako sexuální partnerky

- 0 – připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná
- 1 – připadám si málo schopná, chladnější
- 2 – nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku
- 3 – jsem v pořádku
- 4 – jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je, kam chci

14. Aktivita při pohlavním styku

- 0 – nechávám vše na partnerovi, pasivně ležím, pohybů se sama neúčastním
- 1 – ke konci styku se mírně pohybuji v rytmu partnerových pohybů
- 2 – hladím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví
- 3 – od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby a dotyky
- 4 – sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů

15. Polohy při pohlavním styku

- 0 – souhlasím jen s běžnou polohou na zádech, odmítám „experimenty“
- 1 – výjimečně souhlasím se změnou polohy
- 2 – střídám několik jednoduchých základních poloh
- 3 – ráda zkouším různé polohy včetně polohy, kdy jsem na partnerovi
- 4 – vyžaduji různorodost v polohách, střídám je i v průběhu jednoho styku, je mi příjemná i „francouzská“ poloha (dráždění pohlavních orgánů ústy)

16. Chování při orgasmu

- 0 – orgasmus se v mém vnějším chování nijak neprojevuje
- 1 – zrychleně dýchám
- 2 – zřetelně zrychlený dech, vzdechy
- 3 – silné vzdechy s křečovitým napětím těla
- 4 – výrazné dechové, zvukové i pohybové projevy, vyjadřující vrcholnou rozkoš

17. Tělesná reakce při orgasmu

Při pohlavním vyvrcholení dochází u mne k samočinným stahům svalstva v pochvě (pulsující pocity, pocit „tepání“)

- 0 – nemám takové pocity
- 1 – nejsem si jista
- 2 – pocity jsou přítomny, ale slabě
- 3 – stahy (tepání) jsou výrazné, opakují se 2 – 5x
- 4 – stahy jsou velmi intenzivní, je jich více než 5

18. Častost průvodní reakce při orgasmu

Při orgasmu mám zřetelně pulsující pocity (mimovolné stahy) v pohlavních orgánech:

- 0 – nikdy
- 1 – asi v 25 % orgasmů
- 2 – asi v 50 % orgasmů
- 3 – asi v 75 % orgasmů
- 4 – při každém orgasmu

19. Noční orgasmus (samočinné sexuální vzrušení a vyvrcholení během spánku nebo snu)

- 0 – nikdy
- 1 – výjimečně, nejvýše 1x za rok
- 2 – několikrát za rok
- 3 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 4 – 2x nebo vícekrát týdně

20. Výskyt a trvání poruchy, pokud je nějaká

- 0 - nikdy to nebylo lepší, tento stav trvá od počátku pohlavního života
- 1 – soustavně déle než půl roku
- 2 – kratší dobu než půl roku, již dříve se vyskytla na krátkou dobu
- 3 – nestěžuji si na žádnou poruchu nebo potíže se objevují jen ojediněle za nepříznivých podmínek nebo na počátku intimního vztahu
- 4 – nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěla sebemenší poruchou v tomto směru

II. U dalších bodů zakroužkujte písmena u všech řádků, které se na Vás vztahují:

(případně očísľujte pořadí jejich závažnosti)

21. Při milostné předehře mě vzrušuje nejvíce:

- a – slova obdivu a lásky
- b – líbání, objímání, hlazení na ramenou, zádech, nohou
- c – doteky a polibky prsou
- d – jemné hlazení na zevním pohlavním ústrojí
- e – přímé dráždění poštváčku
- f – dráždění prstem v pochvě

22. Při vlastní souloži mě nejvíce vzruší

- a – dráždění spíše na povrchu, zejména poštváčku
- b – dráždění uvnitř v pochvě pohyby mužského údu
- c – pocity v hloubce pochvy až na děložním čípku
- d – pocit při vystřiknutí semene z mužského údu

23. Moje sexuální uspokojení nejvíce narušuje

- a – nedostatek duševního porozumění s partnerem
- b – přílišný spěch partnera a krátká předehra. Předehra trvá přibližně.....
- c – krátké trvání soulože. Soulož trvá přibližně.....
- d – bolestivost při souloži
- e – strach z otěhotnění
- f – přerušování soulože z důvodu ochrany před otěhotněním

24. K ochraně před otěhotněním praktikujeme většinou

- a – přerušování styku před vystříknutím semene u muže
- b – užití mužského ochranného prostředku
- c – užití ženského ochranného prostředku a to:
- d – zdravování se styku v období s největší pravděpodobností otěhotnění
- e – nechráme se před otěhotněním nijak

25. K ochraně před otěhotněním by mi nejvíce vyhovovalo

- a – přerušování styku
- b – užití mužského ochranného prostředku
- c – užití ženského ochranného prostředku
- d - zdravování se styku v období s největší pravděpodobností otěhotnění
- e – kdyby styk probíhal bez jakékoliv ochrany

26. Při pohlavním styku mám tyto potíže

- a – styk je pro mne duševně nepříjemný, event. odporný
- b – styk je pro mne tělesně nepříjemný, event. bolestivý
- c – styk je mi lhostejný
- d – vadí mi, že nedosahuji orgasmu
- e – nemám žádné potíže

27. Celkové zhodnocení sexuálního života

- a- sexuálně se vzrušuji, jsem sexuálně uspokojena, sexuální život mě těší.
- b- sexuálně se vzrušuji, k sexuálním stykům dochází, ale poměrně často jsem neuspokojena.
- c- jsem celkem chladná, vzrušuji se málo, sexuální styk je mi celkem lhostejný.

28. Trvání sexuálního života

Od kdy žijete sexuálním životem?

Od svých.....let, tj. celkem.....roků

Od kdy žijete pravidelným sexuálním životem?

Od svých.....let, tj. celkem.....roků

Od kdy máte potíže v sexuálním životě?

Od svých.....let, tj. celkem.....roků

29. Další poznámky (zkušenosti, potíže, problémy):

Příloha č. 2: Čestné prohlášení konzultanta



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ KONZULTANTA

Jméno konzultanta: doc. PhDr. Jan Kožnar CSc.
Pracoviště konzultanta: Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha 8, Ústavní 91
Student: Eliška Balíková
Téma diplomové práce: Vliv syndromu vyhoření na sexualitu u nelékařských pracovníků ženského pohlaví v neodkladné péči pomocí internetového šetření
Obor studia: Intenzivní péče

Tímto čestně prohlašuji, že:

Jsem si kvalifikační práci přečetl/a v její konečné podobě, a to ve verzi ze dne 16.6.2019

Souhlasím / ~~Nesouhlasím~~ s uvedením své osoby jako konzultanta u této práce.

K práci uvádím následující připomínky:

V PRAZE, dne 18.6.2019


.....
Podpis

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
I. lékařská fakulta Univerzita Karlova
Na Bojišti 1771/1, 120 00 Praha 2
Tel.: 224 961 111
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208

