

**Univerzita Karlova v Praze  
1. lékařská fakulta  
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

---

**Navazující magisterské studium  
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Syndrom vyhoření u sester pracujících v ambulantních provozech**

**2006/2007**

**Bc. Petra Šedivá**

**Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčová**

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Marii Hlaváčové za poskytování cenných rad, za trpělivost a povzbuzení při vedení diplomové práce. Mé poděkování patří i lékařům za možnost kontaktu s respondentkami, sestřám za ochotu při vyplňování dotazníků a za čas který věnovali rozhovorům. Děkuji také panu Mgr. Tomášovi Jilečkovi., který mi pomohl s vypracováním statistické analýzy.

Obhajoba diplomové práce:

Oponent:

Hodnocení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

Praha, 30. duben 2007

# Obsah

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
2.1 SYNDROM VYHOŘENÍ .....	11
2.1.1 Pojetí a definice syndromu vyhoření.....	11
2.1.2 Filozofický základ.....	12
2.1.3 Stres jako příčina syndromu vyhoření.....	12
2.1.4 Výskyt a příznaky syndromu vyhoření.....	15
2.1.5 Diagnostika a diferencálně-diagnostické souvislosti se symptomy jiných poruch či chorob.....	17
2.1.6 Stadia vývoje, druhy a protipóly vyhoření.....	19
2.1.7 Faktory ovlivňující burnout syndrom.....	21
2.2 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	22
2.2.1 Moderující faktory .....	22
2.2.2 Terapeutické a preventivní strategie.....	23
2.3 SPECIFIKA PRÁCE VŠEOBECNÉ SESTRY V AMBULANTNÍM PROVOZU .....	26
2.3.1 Rizikové faktory v práci sestry.....	26
2.3.2 Práce sestry na pracovišti primární péče.....	27
2.3.3 Konflikt rolí.....	28
2.3.4 Stres v práci sestry na ambulanci.....	29
2.3.5 Duševní hygiena zdravotní sestry .....	31
2.3.6 Prevence syndromu vyhoření u sester v ambulantních provozech.....	33
<b>3. EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>35</b>
3.1 VYMEZENÍ PROBLÉMU .....	35
3.2 CÍLE VÝZKUMU .....	35
3.3 HYPOTÉZY .....	35
3.4 METODIKA VÝZKUMU .....	35
3.4.1 Dotazníková metoda.....	35
3.4.2 MBI dotazník dle Christiny Maslach.....	36
3.4.3 Řízený rozhovor.....	37
3.4.4 Zpracování získaných dat.....	38
3.5 ZDROJE ODBORNÝCH POZNATKŮ.....	38
3.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	39
3.6.1 Charakteristika vybraných ambulantních provozů .....	39
3.7 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	39
3.8 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE.....	40
3.8.1 Výsledky dotazníků vlastní konstrukce u celého souboru respondentek v definovaných ambulantních provozech.....	40
3.8.2 Vyhodnocení MBI dotazníku u respondentek ve vybraných typech ambulantních provozů.....	53
3.8.3 Výsledky MBI dotazníku u celého souboru respondentek.....	56
3.8.4 Porovnání výsledků dotazníku vlastní konstrukce s dotazníkem MBI u celého souboru respondentek .....	59
3.8.4 Vyhodnocení řízeného rozhovoru.....	77
3.9 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	80
3.10 DISKUSE .....	83
<b>4 ZÁVĚR.....</b>	<b>88</b>
<b>LITERATURA.....</b>	<b>90</b>
SEZNAM TABULEK .....	92
SEZNAM GRAFŮ .....	93

## **Anotace**

Titul a jméno autora:	Bc. Petra Šedivá
Instituce:	Univerzita Karlova v Praze, 1.lékařská fakulta Ústav teorie a praxe ošetrovatelství Studničkova 5, 121 00 Praha 2
Obor:	Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy
Název práce: provozech	Syndrom vyhoření u sester pracujících v ambulantních
Vedoucí práce:	PhDr.Marie Hlaváčová
Počet stran:	95
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	syndrom vyhoření, ambulantní pracoviště, sociálně-profesní izolace, rizikové faktory syndromu vyhoření, prevence syndromu vyhoření

Tato diplomová práce je zaměřena na výskyt a intenzit syndromu vyhoření u sester pracujících v ambulantních provozech. Je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část práce pojednává o syndromu vyhoření jako pojmu, jeho příznacích, rizikových faktorech, prevenci a léčbě, dále pak na zvýraznění specifík náplně práce sestry v ambulantním provozu.

Ve výzkumné části je zjišťován vliv jednotlivých faktorů na stupeň vyhoření u zdravotních sester v ambulancích praktických lékařů a ve specializovaných ambulancích. K výzkumnému šetření jsou použity dva typy dotazníků – dotazník vlastní konstrukce a oficiální dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Cílem dotazníku vlastní konstrukce je sledovat rizikové faktory syndromu vyhoření. Pomocí dotazníku MBI je zjišťována míra syndromu vyhoření ve třech oblastech: citové vyčerpání, odosobnění a snížení pracovního výkonu. Hlavní část výzkumu doplňuje řízený rozhovor.

## Annotation

Title, name of writer (author): Bc. Petra Šedivá

Institution: Charles University in Prague, 1st Faculty of Medicine  
Institute of Theory and Practice of Nursing Studničkova 5, 121  
00 Prague 2

Branch: Following study of medical subjects for high schools teaching  
(profession)

Project name: Burnout of nurses working at ambulatory workplaces

Project leader: PhDr. Marie Hlaváčová

No. of pages: 95

No. of attachments: 5

Year of defence: 2007

Keywords: burnout, ambulatory workplace, social-professional isolation,  
risk factors of burnout, burnout prevention

This dissertation is focused on incidence and intensity of burnout by nurses working at ambulatory workplaces. It is divided in two parts – theoretical and experimental.

Theoretical part contains burnout explanation as a term, its symptoms, risk factors, prevention and treatment. It also stresses on character (feature) of nurses work at ambulatory places.

At experimental part there is found influence of individual factors on burnout level by nurses working at ambulatory and specialized workplaces. Two questionnaires are used for experimental part: own construction questionnaire and official questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI). The aim of own construction questionnaire is to track risk factors of burnout. MBI questionnaire finds out level of burnout in 3 areas: emotion exhausting, personality loss and working performance (efficiency) reducing (decreasing). This part also contains directed interview that completes the main part of research by it's questions.

*„Jenom duchové se stále obírají minulostí  
a vysvětlují sami sebe podle svého prožitého  
života. Jste tím, co chcete být dnes, a ne tím, co jste chtěli dříve.“*

**Wayne W.Dyer**



# 1. ÚVOD

Dosavadní zkušenosti ukazují, že podstatu syndromu vyhoření lze správně poznat na základě celostního přístupu k člověku a na jeho aktuálnímu postavení na škále mezi zdravím a nemocí. Tento přístup zahrnuje objektivní i subjektivní atributy zdraví v duchu vývoje definice zdraví WHO. Již od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí. Tento stav zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání. Označují se jako syndrom vyhoření, vypálení, též vyhaslosti, tj. vyčerpání „burnout syndrome“. Anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burn out“ pak dohořet, vyhořet, vyhasnout. Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání, vyhaslosti. Zároveň se jedná o velmi aktuální problém medicínský, neboť burnout syndrom, kromě uvedených oblastí psychiky, ovlivňuje výrazně kvalitu života osob, u kterých se vyskytuje a může přerůst ve velmi závažná onemocnění a poruchy v oblasti imunitního, GIT systému, pohybového aparátu, neurologie a dalších. Za vnější klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci člověka vůči negativním účinkům stresu je pokládána osobnost jedince a jeho vnitřní motivace. Za klíčový vnější faktor je pokládána sociální opora jedince, tj. systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk zaujímá ve vztahu k okolí a z okolí přijímá. Součástí vnějšího ovlivnění profesionálního chování je ocenění nadřízených, měřitelné výsledky a finanční motivace.

Tato práce je zaměřena na význam specifických klíčových faktorů které podporují vznik a rozvoj syndromu vyhoření u sester pracujících v ambulantních provozech. Záměrem bylo zmapovat výskyt syndromu vyhoření u sester pracujících v ambulantních provozech a určit některé důležité faktory, které se na vzniku syndromu vyhoření u této skupiny sester podílejí. V posledních letech tato oblast našeho zdravotnictví proděla nejvíce změn. Lékaři se většinou stali majiteli ordinací, z velké části nechtěně se stávají podnikateli a často jedinými, přímými nadřízenými sester. Lékaři podléhají velkému tlaku ze strany zdravotních pojišťoven a státu a tuto situaci zvládají velmi těžko. Z pozice manažerů ordinací mají kompetence týkající se finančního ohodnocení sesterské práce, možnost podpory jejich celoživotního vzdělávání a v neposlední řadě ovlivňují jejich náplň práce. Sestry jsou často vnímány jako nutnost, ne všichni dokážou jejich práci ocenit. Lékaři bývají jedinými spolupracovníky, se kterými je sestra v ambulantním provozu celý den v kontaktu. Frustrující pro sestry může být

nenaplnění vlastních představ o ošetrovatelské práci, nemožnost poradit se se stejně postavenou kolegyní a pocit osamocení v případě, že potřebují prosadit některá svá práva a nároky. Často i v profesních organizacích se tyto sestry ocitají na okraji zájmu. Cílem diplomové práce bylo upozornit na problémy, týkající se sester v ambulantním provozu, vymezit klíčové faktory vzniku syndromu vyhoření a navrhnout řešení.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Syndrom vyhoření

V teoretické rovině lze na podstatu vyhoření nahlížet ve dvou hlavních liniích. V linii filozoficko-psychologické jde o zdroje z oblasti existenciálně orientované filozofie a psychologie, linii psychologicko-medicínské o poznatky dlouhodobého studia stresu a jeho důsledků. (1)

#### 2.1.1 Pojetí a definice syndromu vyhoření

Pojem syndrom vyhoření je nejčastěji charakterizován jako psychický stav, prožitek, vyčerpání, který se vyskytuje zvláště u profesí, obsahující jako podstatnou složku pracovní náplně práci s lidmi. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně i v oblasti fyzické a sociální. Klíčovou složkou syndromu vyhoření je emoční vyhasnutí, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často celková únava. Všechny hlavní složky tohoto syndromu vycházejí z chronického stresu. (2)

„Burnout“ (původně v podobě „burn-out“) byl uveden do literatury H. Freudenbergerem v jeho stati, publikované v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974, v podstatě v rozměrech současného pojetí. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se začala zvedat na přelomu 70. a 80. let, ve vztahu k většině profesí, u nichž lze výskyt syndromu vyhoření předpokládat. Z rešerše provedené v databázi MEDLINE vyplynulo, že z tohoto období tj. z let 1982-1987, pochází celkem 207 psychologicko-medicínsky orientovaných studií, zatímco např. v sedmdesátých a devadesátých letech je jich registrováno vždy jen několik (cca 5-10 ročně). Burnout syndrom se objevuje v zemích, procházejících od přelomu 80. a 90. let rozsáhlými změnami, kde vyhoření rozšiřuje okruh problémů souvisejících se zvládáním stresu občanů, vyrovnávajících se s důsledky především finančních a ekonomických transformačních krizí. V průběhu téměř 30 let výzkumu tohoto problému se objevila řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření, jež se často v různých aspektech vzájemně liší. Lze však konstatovat, že většina pojetí se shoduje alespoň v několika bodech. Křivohlavý definuje syndrom vyhoření takto: „Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a snížení osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde člověk pracuje s lidmi. Může vést ke snížení kvality a kvantity práce nebo služby, která je lidem poskytována.“ (22, s. 47)

## 2.1.2 Filozofický základ

Existencialismus byl pro řadu psychologů a psychiatrů, zabývajících se otázkami psychického zdraví a nemoci, velmi inspirativním myšlenkovým zdrojem. Z mnoha podnětů, jež toto hnutí přineslo, byly pro psychology nejpodstatnější otázky, vztahující se k prožitkům, vyskytujících se v souvislosti s krizí osamělého jedince-intelektuála, nejčastěji liberálně orientovaného. Tato krize, kterou existencialisté poprvé velmi výstižně popsali po 1. světové válce, je způsobena pocitem totálního osamění, vykojení z dosavadního zaběhnutého každodenního režimu a nutnosti spoléhat se na vlastní síly. Člověk je zde reflektován a percipován jako zcela osamělé, z kořenů vytržené individuum, usilující momentálně o uhájení holé existence. (2)

Značný důraz je zde kladen na pocity úzkosti, která vyplývá z odpovědnosti, na pocity beznaděje a koncepci naučené bezmocnosti. Součástí této prožívané krize je též vyrovnání se s vlastními náladami a pocity, obsahujícími prožitky osamocení, starosti, úzkosti, bezmoci, beznaděje a zoufalství. Úzkost je jedním z ústředních pojmů existenciálního přístupu, je hlavní silou prožívání reality, díky ní si člověk uvědomuje fakt svého konečného postavení v celku okolního světa.

Podle zastánců existencialismu je nutné si uvědomit sama sebe v mezních situacích což každodenní život svým stereotypem neumožňuje. Mezi mezní situace patří i stavy, prožívané v rámci vyhoření, tj. stavy celkového vyčerpání, ztráty motivace, rezignace na profesionální cíle atd. Právě uvědomění si sama sebe přináší člověku poznání jeho svobody. Svoboda však, podle zastánců existencialismu, předpokládá absolutní nezávislost člověka na společnosti, pro její poznání je proto nutné zpřetrhání všech svazků se světem. To bývá také součástí vzorců chování jedinců, u nichž se vyhoření dostalo do závěrečné fáze. Pokud člověk pochybuje o smyslu své existence, jak tomu často při rozvoji pokročilejších fází bývá, dostavuje se stav existenciální frustrace. Tyto stavy, pokud jsou prožívány silně a dlouhodobě mohou vyústit v depresi nebo v neurózu, v chronickou neschopnost uvěřit v důležitost, užitečnost a pravdivost všeho, co člověk dělá. V pokročilých a závěrečných fázích vyhoření dochází v souvislosti s intenzivně prožívaným stavem vyčerpání k tendenci zpřetrhat všechna pouta s dosavadním, především profesionálním životem a osvobodit se tak od minulé zkušenosti, která je svazující. (2)

## 2.1.3 Stres jako příčina syndromu vyhoření

Stres, je nejčastěji pojímán jako výsledek nerovnováhy mezi hodnocením požadavků a hodnocením zdrojů k jejich zvládnutí. Na straně požadavku je hodnocena intenzita nároku a

předpokládané důsledky selhání se s ním vyrovnat. Na straně zdrojů je hodnocena jejich přiměřenost a dostatečnost. Pocit, že požadavkům již nelze dostát, je důsledkem vyčerpání rezerv a zdrojů ke zvládnutí stresu. Jejich význam zůstává v podstatných rysech stejný, jedná se o vrozené dispozice a dovednosti, které jedinec získal v průběhu svého života v procesu kontaktu s nejrůznějšími stresory. V posledních letech je studován psychosociální stres, jako pracovní i mimopracovní. Důležitost tohoto směru výzkumu je zdůrazněna statistikami ukazujícími, že více než sedmdesátiprocentní absencí v práci z důvodů pracovní neschopnosti je zapříčiněno nemocemi, které mají souvislost se stresem. Známou zásadou je, že nemocem je lépe předcházet, než je léčit.

Stres a jeho působení je možné vysvětlit jako emocionální, nebo psychický tlak který vzniká stejným mechanismem, jako tlak fyzikální. Jedná se o situace, kdy působí alespoň jedna síla na straně jedné a zároveň na straně opačné. Mezi těmito silami se nachází člověk, který nese následky a je pod tlakem. Jedná se o situace, kdy je třeba vykonat nějakou práci, ale dotyčný člověk by raději odpočíval. Může se jednat o časový tlak, ale i o únik před zodpovědností. Obecně lze říci, že k tlaku dochází, pokud nás k akci něco nutí. Může to být např. motivace, plánování, konflikt, rozdíly mezi praxí a teorií, boj o moc a kompetence, individuální ohrožení.

Existuje také tlak objektivní, který vzniká jako důsledek pracovního zatížení, náhlých změn, existenciální nouze, nepředvídatelných událostí nebo dokonce katastrof. Tyto tlaky nelze nikdy eliminovat, ale záleží na jednotlivci, jak tyto zátěžové situace zvládá. Co je stresující pro jednoho, nemusí být druhým pociťováno ani jako zátěž. Na rozdíl od fyzikálního tlaku se duševní tlak nedá objektivně měřit. Zohledníme-li tento rozdíl ve vnímání tlaku, zjistíme, že nelze určit obecná doporučení, která by byla stoprocentně účinná ke zvládnutí tlaku a stresu, je třeba analyzovat konkrétní situaci i konkrétní osobnost. Praško definuje stres takto: „Stres je tělesná a duševní reakce na stresor.“ (J. Praško, 13)

Stresová reakce má vegetativní projevy, do určité míry jsou tyto reakce potřebné. Hladina adrenalinu mobilizuje síly organismu, zostřuje pozornost, soustředění, zlepšuje rozhodovací schopnosti k volbě strategie. Dlouhodobé prožívání stresu se projevuje jako trvalý pocit nepohody s vegetativními projevy jako jsou bolesti hlavy, problémy s trávením, nespavost atd. Člověk, který není nastaven na snadné zvládnutí stresu v práci, se v podstatě dostává do bludného kruhu, kdy spouštěčem je tlak, následuje stresová reakce, sebezpodceňující myšlenky, které vyústí do různých forem chování. Jednou z nich je emocionální vyhoření, dále poruchy spojené s vegetativními projevy až deprese.

(15)

Psychosociální stres v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím v práci, s organizací práce v zaměstnání a s obsahem i s určitými operačními aspekty prováděného úkonu. V oblasti mimopracovního stresu je předmětem výzkumu především problematika chronických denních nepříjemností, mikrostressorů a tzv. životních událostí, např. změna nebo ztráta zaměstnání, hypotéka, nemoc apod. Obě oblasti, pracovní a mimopracovní, mohou být zdrojem zdravotních rizik. Nadměrné požadavky a stresogenní podmínky v jedné oblasti zasahují do prožívání v druhé oblasti. Naopak pozitivní zisky z jedné oblasti mohou příznivě ovlivňovat druhou oblast.. (9)

**Pracovní stres** může být klasifikován do několika kategorií, týkajících se problémů souvisejících s konflikty rolí, dále s obsahem práce, s pracovním zatížením a odpovědností. Stres na pracoviště také přináší chybná organizace práce, potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností, ale i profesní perspektiva, nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace. Důležitými vnějšími pracovními stresory může být prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce).

Nárokům souvisejícím s pracovní činností byla v poslední době věnována velká pozornost. Práce některých autorů poukazuje na to, že vysoce stresogenní je práce charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současně nízké autonomii. Nezávislost pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodovat o tempu práce, její povaze a podmínkách. Výzkumy prokázaly, že kombinace vysokých nároků s nízkou samostatností při výkonu je významným rizikovým faktorem vzniku různých onemocnění. Rozsáhlý výzkum (Švédsko, 1985-1989, B. Fleischauer a G. Aronsson) potvrdil vyšší zdravotní rizika u pracovníků vykonávajících takto charakterizovanou práci a měl dokonce již svůj legislativní výstup. V zákoníku, v části zabývající se pracovními podmínkami byl na základě výsledků zakotven požadavek, aby pracovní podmínky byly upraveny tak, aby zaměstnanec mohl mít vliv na svou pracovní situaci.

Burnout syndrom bývá charakterizován jako prolongovaná reakce na interpersonální stresory zaměstnání, nebo jako situačně indukovaná stresová reakce, nebo též, podle některých autorů, jako poslední fáze stresové odpovědi, tedy fáze vyčerpání. Důsledky tohoto selhání se projevují ve vztahu k sobě a k pracovní činnosti. Vztah k výkonu zaměstnání, které bylo dříve naplněním života, se mění a stává se negativní, je provázen pocitem zklamání a marnosti. Pracovní výkon je zhoršen, často jsou přítomny negativní až cynické pocity a postoje ke klientům. Psychický stav je charakterizován pocitem emocionálního vyčerpání, odosobněním a ztrátou zájmu na dalším profesním růstu, snížením osobních aspirací. Ve

vztahu k původně vykonávané profesi a ve většině s ní souvisejících okolností se objevují hostilní pocity, úzkost, deprese, negativismus, emoční oploštění, lhostejnost.

Jedním ze základních pocitů, typických pro vyhoření, je pocit profesního neúspěchu. Přesvědčení, že jedinec ztratil svůj potenciál fungovat a vyvíjet se ve své profesi vede k vyhoření. Výrazné je utlumení empatie a ztráta či redukce pozitivních vztahů k osobám, jímž má být poskytována určitá služba, např. pacientům, klientům, zákazníkům, občanům, nebo těm s nimiž je jedinec v kontaktu a na jejichž hodnocení záleží efektivita jeho činnosti. Tyto osoby začínají být vnímány nikoli jako lidské bytosti, ale jako objekty, tvořící součást vnějšího prostředí, tzv. dehumanizovaná percepce okolí.

#### 2.1.4 Výskyt a příznaky syndromu vyhoření

Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti postupně roste mj. i vzhledem ke zvýšenému životnímu tempu, rostoucím nárokům na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka v dnešní rozvinuté a spotřebně orientované společnosti. Prodloužila se etapa života, po kterou je potřeba těmto nárokům čelit. Jednou z hlavních příčin tohoto syndromu je i každodenní, zdánlivě nekonečná a nevyhnutelná povaha chronického stresu. Akutní stres k vyhoření nevede. Původně převažovala představa, že charakteristikou pracovní činnosti, která může vést k vyhoření, je především u pomáhajících profesí.

Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce převážně na pracovní stres. Nejprve byl popsán u některých zaměstnaneckých kategorií pracujících v pomáhajících profesích, zvláště u lékařů, zdravotních sester, učitelů, policistů, což byly profese, na něž byl od počátku zaměřen zájem psychologů. Později se ukázalo, že burnout syndrom se vyskytuje též v dalších zaměstnaneckých kategoriích, např. u advokátů, poštovních agentů a úředníků, sociálních pracovníků atd. a že se dokonce objevuje i v kategoriích nezaměstnaneckých. Na základě dosud známých výsledků studií, publikovaných k problematice burnout syndromu, byl sestaven přehled hlavních profesních skupin, u nichž lze za určitých okolností předpokládat vznik syndromu vyhoření. (2)

Nejčastější profese s rizikem vzniku syndromu vyhoření jsou tedy **lékaři**, zvláště klinici, z nich zvláště lékaři v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie, gynekologie, rizikové obory, pediatrie. Významně ohroženou skupinou jsou **zdravotní sestry** a další zdravotničtí pracovníci, ošetrovatelky, laborantky, technici apod., **psychologové** a psychoterapeuti, sociální pracovníci ve všech oborech. Burnout se také velmi často objevuje ve skupinách **učitelů** na všech stupních škol, pracovníků pošt všeho druhu, dispečerů záchranné služby, dopravy atd. Ohroženi jsou také policisté, především v přímém výkonu služby a kriminalisté. Významnou skupinou, ve které se syndrom vyhoření často vyskytuje

jsou také právníci a pracovníci věznic. Za určitých okolností mohou být vyhoření také poradci a informátoři, úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy, příslušníci ozbrojených sil, duchovní a řádové sestry. Burnout projevuje u osob, které jsou v jakémkoli kontaktu s druhými lidmi, jsou závislí na jejich hodnocení a mohou být vystaveny působení chronického stresu. (4)

V posledních letech byly intenzivně zkoumány sociálně-psychologické souvislosti syndromu vyhoření, především ty, jež usnadňují jeho vznik a rozvoj. Někteří autoři rozvíjejí v této souvislosti hypotézu o infekčnosti tohoto syndromu podle tohoto předpokladu by vznik a rozvoj vyhoření v určitém sociálním prostředí usnadňoval a podporoval jeho šíření ve stejném, nebo podobném sociálním prostředí jedné firmy, instituce či komunity. Ch. Maslachová v této souvislosti vyslovila předpoklad, že se jedná spíše o systémovou než osobní záležitost. Syndrom vyhoření nějakého pracovníka je signálem, že něco nefunguje dobře v organizaci. Vedla ji k tomu opakovaná zkušenost, že v určitém podniku se setkáváme s několika postiženými v jednom oddělení, zatímco v ostatních odděleních jsou lidé bez obtíží, např. učitelé v určité škole mají problémy, zatímco v jiné škole se syndromem vyhoření nesetkáme. Lze si představit, že zklamání, prohlédnutí, ztráta ideálů se může za určité konstelace dostavit snadněji, než v jiné. (21)

Tuto základní charakteristiku je třeba, kromě kontaktu s lidmi, jenž nemusí mít vždy zcela profesionální ráz, doplnit též o trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za standard, s malou, či žádnou možností úlevy, odchylek, vysazení, a se závažnými důsledky v případě chyb a omylů. Pocit jedince, že již nadále nemůže těmto požadavkům dostát, ve spojení s přesvědčením, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto neadekvátní nízkému konečnému efektu, vede ke vzniku vyhoření.

Projevy syndromu vyhoření bývají někdy zaměňovány s jinými, spíše psychickými chorobami. Na psychické úrovni dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná. Výrazný je pocit celkového, především pak duševního vyčerpání, v psychické oblasti je pak prožíváno především vyčerpání emocionální, dále pak vyčerpání v oblasti kognitivní spolu s výrazným poklesem až ztrátou motivace. Únava je popisována dosti expresivně, což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality. Dochází k utlumení celkové aktivity, ale zvláště k redukci spontaneity, kreativity, iniciativity a invence. Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje, tíživě je prožívána marnost vynaloženého úsilí a jeho nízká smysluplnost. Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, jež někdy hraničí až s mikromanickými



bludy, projevy negativismu, cynismu, a hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacientům, klientům, zákazníkům). Je patrný pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, často negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána. Sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání, iritabilita, někdy selektivní senzitivita a často dochází k redukci činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé. (21)

Na úrovni fyzické převažuje stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost, rychlá unavitelnost, dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení. Dominují vegetativní potíže, jako jsou bolesti srdce, změny srdeční frekvence, zažívací potíže, dýchací potíže a poruchy, bolesti hlavy, často nespecifikované, poruchy krevního tlaku, poruchy spánku, bolesti ve svalech, přetrvávající celková tenze. Dochází ke zvýšenému riziku vzniku závislostí všeho druhu, k zásahu do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity. (21)

Na úrovni sociálních vztahů se objevuje celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob, výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a se všemi osobami, majícími vztah k profesi, zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí, plán či harmonogram práce, zpracování výsledků, dohoda nových či náhradních termínů. U osob s původně vysokou empatií se téměř vždy projevuje nízká empatie, výrazný je nástup konkrétně-operačního stylu myšlení. Postupně narůstají konflikty, většinou však nikoli v důsledku jejich aktivního vyvolávání, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a „sociální apatie“ ve vztahu k okolí. (21)

### **2.1.5 Diagnostika a diferenciálně-diagnostické souvislosti se symptomy jiných poruch či chorob**

Identifikace syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se burnout syndrom začíná projevovat, jednak z prožitku těchto příznaků u postižených osob. Syndrom vyhoření lze lépe identifikovat, pokud člověk o jeho charakteristice něco ví a ze speciálních psychologických metod, jež byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány. Nejužívanějšími metodami jsou dotazníky, založené na pozorovacích škálách. Jde např. o „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Maslachové a S. Jacksonové, a o „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Arizony a D. Kafryho. Ve Státním zdravotním ústavu byly vytvořeny v odborné skupině pro psychology a behaviorální intervence české verze některých z těchto metod a jsou postupně předávány k ověřovacímu využití v psychologické praxi. (21)

Některými symptomy, ale i důsledky chování, jednáním a prožíváním se syndrom vyhoření částečně podobá některým známějším a diagnosticky propracovanějším chorobám..

Je potřeba zdůraznit základní charakteristiku syndromu vyhoření, a to vazbu na zaměstnání. S tím souvisí, že syndrom vyhoření je situačně-specifický.

Na rozdíl od deprese, s níž má vyhoření řadu shodných nebo podobných symptomů, jako je smutná nálada, pocit zmaru, ztráta motivace a energie, pocity bezcennosti, která má negativní vliv na spektrum životních aktivit, se negativní působení vyhoření omezuje převážně na myšlenky a pocity týkající se profesního výkonu a jeho důsledků. Po „přeladění“ psychiky na nepracovní oblast se tento rozdíl postupně projeví. Dobře lze od vyhoření odlišit karbované či maskované deprese, jednak proto, že u nich chybí hlavní depresivní symptom, smutná nálada, jednak vzhledem k manifestním somatickým a vegetativním obtížím, jež se většinou dost odlišují od potíží, typických pro vyhoření. Častěji bývá výskyt depresivního ladění či depresivní reakce jako součásti etiopatogeneze burnout syndromu. Důležitá je, především pro klinické psychology, správná úvodní orientace a schopnost odlišit depresivní ladění či depresivní reakci, pojící se k celkovému klinickému obrazu vyhoření, od endogenní deprese v zájmu jasného vyloučení suicidiálních tendencí. Výrazným distinktivním znakem je sezónnost výskytu, typická pro endogenní depresi, a naopak velmi zřídka se objevující u depresivního ladění vyhoření. V poruchách spánku se často objevuje odlišnost v tom, že u endogenní deprese jde spíše o buzení se v průběhu spánku, zatímco u depresivního ladění spojeného s burnout syndromem o obtížné usnutí. Pacienti s endogenní depresí mívají tendenci k autoakuzacím, kdežto u vyhoření jde většinou o obviňování okolí. V případě burnout syndromu jde o psychogenně podmíněnou poruchu, zatímco u endogenní deprese lze tuto podmínku vyloučit. U endogenní deprese je základním terapeutickým prostředkem farmakoterapie, u vyhoření a depresivního ladění se užívá především psychoterapeutických prostředků.

Další podobnou poruchou je alexithymie. Mezi společné příznaky patří především oplotnění emocionality, otupělost v sociálních vztazích, celková netečnost, redukce invence, imaginativních aktivit a kreativity a někdy i konkrétně-operační styl myšlení. Alexithymie se však liší od burnout syndromu jednak v tom, že se častěji vyskytuje u pacientů s některou z psychosomatických chorob, zejména však tím, že neobsahuje hlavní rys alexithymie, tj. nedostatek slov k vyjádření emocí. Zatímco alexithymičtí pacienti nedokáží emoce vyjádřit, pacienti s burnout syndromem emoce redukují, s výjimkou popisu svých potíží. Jejich emocionalita je deformovaná, disponují však s dostatečnou zásobou slov k jejímu vyjádření.

Jistou podobu lze konstatovat i u některých neuróz, tvořících vlastně jakýsi přechod mezi normou a vážnějšími poruchami psychotického typu. Zvláště některé únavové syndromy se mohou v klinickém obrazu burnout syndromu blížit, pokud obsahují depersonalizační složku. Vodítkem zde může být to, zda pacient vykazuje skutečně dominující emocionální

exhausci, dalším pomocným kriteriem pak mohou být pseudohalucinace, jež se v případě burnout syndromu nikdy nevyskytují. Rozhodující je samozřejmě vždy celkový klinický obraz, v jehož komplexu většinou lze burnout dosti spolehlivě rozeznat.

Zdánlivě blízko má charakteristika burnout syndromu k syndromu chronické únavy (CFS). Samotné správné určení CFS je však poměrně složité, neboť v literatuře se v průběhu posledních deseti let rozlišují americká, britská a australská výzkumná a diagnostická kritéria. Poněkud zjednodušeně lze konstatovat, že CFS a burnout se podobají především ve výskytu únavy, přičemž u CFS se požaduje, aby se jednalo o únavu dříve se nevyskytující, trvající déle než 6 měsíců a způsobující více než 50% snížení předcházející aktivity. Dalšími společnými znaky jsou snížená schopnost soustředění, poruchy kognitivních funkcí a výskyt depresivní symptomatiky.

Přestože se většinou hovoří o syndromu vyhoření a skutečně se jedná o skupinu specifických symptomů, burnout nebývá zatím většinou v české výzkumné ani klinické praxi chápán jako diagnostická kategorie. Přes prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon není dosud v našich podmínkách klasifikován jako nemoc z povolání.

### **2.1.6 Stadia vývoje, druhy a protipóly vyhoření**

Burnout syndrom může být chápán jednak jako stav, vznikající v důsledku řady okolností, zvláště pak chronického stresu, jednak jako permanentně se vyvíjející proces. V literatuře bylo publikováno několik přístupů ke stanovení různého počtu fází vzniku a utváření burnout syndromu. Většinou se hovoří na obecné úrovni o iniciační fázi původního zapálení pro věc, po níž dojde k prozření, „vystřízlivění“, či náhledu, že ideály nejsou plně realizovatelné. Následuje období první frustrace, zklamání tématem, řešeným problémem, nebo celou profesí, klient či osobou, s nimiž je člověk v kontaktu a na jejichž hodnocení je závislý, začínají být vnímány negativně. V další fázi vývoje tohoto syndromu nastupuje apatie, v níž propuká již nejen plná hostilita vůči klientovi, ale i vůči všemu, co souvisí s profesí či vykonávanou činností. Poslední stadium je pak fází úplného vyhoření, vyčerpání, provázené cynismem, odosobněním a ztrátou lidskosti. (21)

Přístupy ke stanovení fází burnout syndromu byly vybrány z několika zdrojů, pro diplomovou práci je nosná koncepce Maslachové, jedna z nejužívanějších metod k diagnostice. Podstatou první fáze je prvotní nadšení a zaujetí pro věc, spojené s déletrvajícím přetěžováním. Ve druhé fázi se postupně objevuje psychické a částečně i fyzické vyčerpání - tzv. *nízký stupeň*, ve třetí fázi nastupují počátky dehumanizované percepce okolí - *střední stupeň*. Dehumanizace je chápána jako obranný mechanismus před dalším vyčerpáním a konečně ve čtvrté fázi převažuje totální vyčerpání, negativismus,

nezájem a lhostejnost – *vysoký stupeň*. Pojetí dalšího amerického psychologa C.Chernise se zakládá na procesuální podobě burnout syndromu jako modelu, v němž zkušenost jedince se stresem a jeho zvládnání ústí v průběžně realizovanou změnu postojů, emocionality a ovládacích strategií, jež budou nadále uplatňovány. V koncepci R. Schwaba vzniká syndrom vyhoření v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami a jeho vývoj má 3 fáze. První fázi popisuje jako nerovnováhu mezi požadavky zaměstnání a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát. Druhou jako bezprostřední krátkodobou emocionální odpověď na tuto nerovnováhu- pocity úzkosti, tenze, únava a vyčerpání a třetí jako změny v postojích a chování, tendenci jednat s klienty neosobně a mechanicky. Jedná se o defenzivní chování, psychologický únik ze situace, která se nedá zvládnout aktivním řešením problémů. (21)

Intenzita syndromu vyhoření se posuzuje na základě operacionalizovaného uplatnění tří komponent dotazníku „Maslach Burnout Inventory“ (MBI) z hlediska jejich nízké, střední a vysoké úrovně. Vyhoření se hodnotí ve třech kategoriích, citového vyčerpání, odosobnění a snížení pracovního výkonu. Jako nejvýznamnější komponentu chápou emoční exhausce, která se uplatňuje až ve druhé polovině vývoje těchto fází. I. Friedman publikoval model, pokoušející se o vyjádření průběhu vyhoření cestou rozvoje dvou oblastí. První oblast označil jako kognitivní, sem řadí pocit osobní i profesionální nedostatečné výkonnosti a druhou jako emocionální, kde se projevuje pocit přetížení a emocionální exhausce. Postupný rozvoj obou těchto směrů prochází třemi stadii. 1. nebezpečí stresorů, 2. primární a sekundární zkušenosti z prožitku stresu a 3. reakce na tyto zkušenosti, přičemž rozvoj vyhoření může vyvolat rozsáhlý soubor odpovědí, včetně naléhavého doporučení opustit vykonávané zaměstnání. Rozličnost a různé názory na vývojová stadia burnout syndromu ukazuje na to, že nejde o neměnný stav, ale o neustále se vyvíjející proces. (21)

Ve výzkumu syndromu vyhoření u ohrožených profesí, zvláště u učitelů, zdravotníků a sociálních pracovníků dospěli psychologové k závěru, že lze rozlišit několik verzí, vzájemně se lišících prožitkově-behaviorálních charakteristik syndromu vyhoření. Byl popsán tzv. syndrom obnošení, charakterizovaný pocitem naprostého vyčerpání u dlouhotrvajícího, stereotypně působícího stresu, dále obvyklý burnout syndrom, vyskytující se při pokračujícím, trvalém stresu a současně působícím úbytku obranných sil, např. se zvyšujícím se věkem, a konečně tzv. syndrom podcenění, dostavující se v situacích, kdy člověk vykonává delší dobu nestimulující a monotónní práci s nízkou autonomií pracovní činnosti, která je pod úrovní jeho kvalifikace. (2)

Psychologickým protikladem syndromu vyhoření by mohl být psychologický konstrukt nazvaný vigor (vitalita, energie). Dalším přístupem by mohlo být vytvoření pozitivního pólu vyhoření pod názvem engagement, tedy zaujetí, zapálení, angažovanost pro

něco, ve prospěch něčeho. Syndrom vyhoření je podle této teorie založen na nezvládnutém, neproduktivním vztahu k práci, zatímco zapálení vyjadřuje stav, kdy je člověk pln energie, chuti a nasazení. Zatímco vyhoření může způsobit negativní zdravotní důsledky, zapálenost má vztah především k pozitivním postojům k životu a práci (smysluplnost, vytrvalost, odpovědnost).

### 2.1.7 Faktory ovlivňující burnout syndrom

Za významné je třeba považovat stanovení rizikových, protektivních tj. burnout podněcujících, a projektivních faktorů, tj. burnout tlumících, okolností. **Protektivním** faktorem můžeme označit samotný život v současné civilizované společnosti, s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka je rizikovým faktorem všech psychických poruch. Významným rizikem vzniku syndromu vyhoření je dále příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci. Do výčtu rizikových faktorů dále patří *kontakt s lidmi* a nutnost čelit *chronickému stresu, nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie* pracovní činnosti, monotonie práce, vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé, vysoká až střední senzitivita, nízká asertivita, vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost, neschopnost relaxace, negativní afektivita, depresivní ladění, úzkostné, fobické a obsedantní rysy a vyšší skóre životních událostí (viz příloha č.4), permanentně prožívaný časový tlak a vyšší habilitní nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu. Důležitou úlohu také hraje externí lokalizace kontroly, nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení, chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese, stabilně prožívaný hněv, jako emoční stav a agrese, jako chování, v němž dochází k behaviorální expresi obojího. (5)

Za opačné, **projektivní faktory** ve vztahu k syndromu vyhoření bývají považovány osobnostní charakteristiky, jako je dostatečná asertivita, schopnost a dovednost *relaxovat*, umění nedostat se pod časový tlak, *pracovní autonomie*, pestrost práce, odolnost, *pocit dostatku vlastních schopností* zvládat situace, *ego-kompetence*, interní lokalizace kontroly a *dispoziční optimismus*. Prevencí syndromu vyhoření může být také příjemný tok zážitků, dostavujících se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince. Euforické ladění zaujetí pro věc a sociální opora se v případě burnout syndromu jeví jako neefektivnější opora ze strany spolupracovníků stejného postavení. Podporou a pomocí proti vyhoření je pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení, pocit osobní pohody, být mladý, zdravý, vzdělaný a vychovaný, vykonávající zaměstnání, jež jej uspokojuje, dobře placený, extravertovaný, optimistický, bezstarostný, věřící, ženatý (vdaná),

s vysokým sebehodnocení, sebeúctou a pracovní morálkou, s mírnými a splnitelnými aspiracemi a se širokou inteligencí. (5)

Za **neutrální faktory** z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření jsou považovány inteligence a hlavní demografické charakteristiky jako jsou věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru atd. Názory se liší, pokud jde o délku praxe na úrovni jedné pozice. Někteří autoři ji považují za irelevantní, jiní naopak za podstatnou z hlediska rozvoje syndromu vyhoření. Zdá se, že tuto rozdílnost pohledů vyvolaly okolnosti, jež v obou skupinách šetření nebyly dostatečně kontrolovány, např. podrobnější charakteristiky sledovaných profesních skupin, socioekonomický status atd. Z hlediska intersexuálních diferencí nejsou názory na výskyt vyhoření jednotné. V některých studiích se uvádí, že výskyt vyhoření je častější u žen, někdy je udáván dokonce až dvojnásobně vyšší, v dalších studiích se objevují vyrovnanější výsledky. Tyto nesrovnalosti jsou pravděpodobně alespoň částečně ovlivněny mj. i demografickými parametry populačních vzorků. Řada výzkumů je prováděna na typicky feminizovaných profesních skupinách, jako jsou zdravotní sestry, učitelky, lékařky atd.

Výzkumy ukazují jednak transitorní povahu burnout syndromu, jednak jeho značnou přilnavost ke konkrétním situačním podmínkám. Odblokování stresorů, které zapříčiňují burnout, vede k rychlému poklesu ukazatelů jeho projevu, po návratu do původních situačních podmínek však následuje i návrat k původnímu stavu. V roce 1997 Westman a Eden zjistili, že po čtrnáctidenní dovolené se ukazatele vyhoření částečně obnovují již po třech dnech v zaměstnání. Po 3 týdnech v zaměstnání, pokud se nezměnily podmínky jeho vykonávání, se již ukazatele burnout syndromu dostávají na úroveň před dovolenou. (5)

## **2.2 Prevence syndromu vyhoření**

### **2.2.1 Moderující faktory**

Faktory, u kterých se ukázalo, že ovlivňují vliv psychosociálního stresu na zdraví člověka, moderují i možný vznik burnout syndromu. Škodlivý vliv psychosociálního stresu zasahuje sice somatickou strukturu, klíč k jeho vzniku se však stále častěji hledá na úrovni osobnosti. Kromě osobnosti byla nejčastěji v souvislosti s burnout syndromem zkoumána významná role osobnostních rysů, jako např. negativní afektivity, která má ve vztahu k vyhoření podpůrný vliv. Při opačném osobnostním nastavení dochází k obracení stresogenních situací ve smysluplné výzvy. Osobnosti pozitivně nastavené se percipují jako kompetentnější ve zvládání každodenních nároků. Hodnotí příznivěji své psychické i fyzické síly a činí pozitivní výstupy ze situací. Ty vedou k výběru přiměřených strategií k jejich zvládání a zpětnovazebně k příznivějšímu kognitivnímu hodnocení mezní situace.

Z vnějších moderujících faktorů byla pozornost věnována především vlivu sociální opory, která má hlavní zdroje v rodině, v zaměstnání od spolupracovníků na stejné profesní úrovni. Mimo práci se tato podpora objevuje u přátel a dobrých známých, v rámci trávení volného času, realizace zájmů, koníčků, atd. Nedostatek sociálního zázemí koreluje pozitivně s burnout syndromem. (5)

Největší význam má v této souvislosti pomoc poskytovaná stejně postavenými spolupracovníky a osobní charakteristiky predisponující k burnout syndromu. Ty pak činí člověka náchylného ke vzniku a manifestaci tohoto syndromu. Osoby inklinující k vyhoření byly charakterizovány: empatií, senzitivitou, obětavostí, idealismem, zaměřeností na druhé, úzkostí, pedantstvím, entuziasmem, tendencí výrazně až přehnaně se identifikovat s druhými.

### **2.2.2 Terapeutické a preventivní strategie**

Je vždy snazší negativním důsledkům pracovního stresu předcházet, než jej odstraňovat. Terapeutické a preventivní strategie, uplatňované vůči vyhoření, se opírají také o psychoterapeutické zdroje. Hlavním z těchto zdrojů je existenciální psychoterapie. Tato terapie v amerických podmínkách, v nichž byl tento syndrom koncipován, je většinou již dále obsahově a terminologicky nečleněná, soustřeďuje se především na vnitřní svět prožitků, umožňuje pacientům vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, smyslu života, svobody a odpovědnosti člověka. V evropských podmínkách se utvořily v návaznosti na existenciální východiska dvě psychoterapeutické školy, jejichž názory vytvářejí vhodné zázemí z hlediska terapie burnout syndromu. První z nich je daseinsanalýza, navazující na filozofické dílo M. Heideggera. Daseinsanalýza se snaží pomoci nalézt pacientovi cestu k pochopení základu jeho existence, což je z hlediska burnout syndromu velmi významné. Důraz se klade na jedinečnost a neopakovatelnost individuality pacienta, a na jeho další vývoj. Nejde o to, jaký člověk byl v minulosti, ale spíše, jaký je nyní a především kam směřuje. Cílem je pochopení a naplnění vlastní existence, ovládnutí umění „být sám sebou“. Role terapeuta je modifikována na konzultanta, udílejícího doporučení, nikoli však pokyny či dokonce příkazy. (1)

Další evropskou školou navazující na existenciální východiska je logoterapie, usilující o to, aby přispěla pacientovi v jeho úsilí nalézt vlastní životní smysl v souladu s jeho životem a osobností. Postupuje se především cestou objevování nových hodnot a jejich přejímání pacientem. Psychoterapeut pomáhá pacientovi nalézt nové důvody, v návaznosti na existenciálně založené obavy, proč žít. Logoterapie si klade za cíl pomoci pacientovi nalézt řešení v situacích frustrace a za hlavní terapeutický prostředek považuje v tomto úsilí pomoc a nalezení smyslu života objevováním a naplňováním hodnot. Pro osoby ve finálním stadiu

burnout syndromu může být tato pomoc velmi podstatná, neboť jejich svět, především svět práce, entuziasmu, nadšení a zapálení pro věc, se právě zhroutil a život přestal dávat smysl.

(1)

V psychoterapii burnout syndromu se mohou uplatnit i další postupy, vycházející např. z behaviorálně-kognitivní, nebo z behaviorální terapie, jejich účinek však bude zaměřen spíše na dílčí problémy, než na podstatu problému. Jestliže je vyhoření důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tuto diskrepanci zmenšit jednak na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategií zvládnání stresu, jednak na straně zaměstnavatele (podniku) změnou jeho organizace a struktury. Vzhledem k tomu, že se burnout syndrom promítá do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti, s absencí v zaměstnání, se sníženým pracovním úsilím, se sníženou pracovní spokojeností má pro zaměstnavatele i ekonomické důsledky. Je v jeho zájmu, aby se prevencí burnout syndromu zabýval. Proto je nyní v popředí zájmu organizací zařazení programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci, zvýšení podílu pracovníků na řízení atd. Řada podniků investuje do kondičních programů, které prokazatelně snižují fyzický i psychický stres, a tím i náklady na nemocenské dávky a fluktuaci pracovníků. Intervence na straně organizace může spočívat např. ve zvýšení participace pracovníků na rozhodování, vytvoření sociálně citlivého prostředí. Pozitivním faktorem v zaměstnání je spokojenost s nadřízenými, spokojenost se spolupracovníky, s postupem, s finančním ohodnocením a kariérní řád. V naší republice se tyto snahy objevují zatím spíše v soukromém sektoru, většinou u podniků, které mají zahraniční majitele.

(6)

V prevenci syndromu vyhoření je potřeba zvládnout základní pravidla, jak si zachovat zdraví a nepodléhat stresu alespoň na úrovni znalosti, názorů a postojů. U pomáhajících profesí je důležité vytvořit si jistý odstup od klientů. Podle Maslachové si k tomu profesionálové pomáhají různými technikami, např. schématickým odosobněním, kdy se klient stává kauzou, určitou diagnózou, nebo intelektualismem, kdy profesionál hovoří o klientovi vysoce racionálně, bez emocí, bez osobního přístupu, izolací, jasným rozlišením profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem. Je vysoce důležité nepotlačovat své pocity, ale mluvit o nich, vyjadřovat je. V prevenci burnout syndromu je potřeba vytvořit vhodné prostředí, např. porada, při které jsou probírány obtížnější případy pracoviště. Lze však také zajít za kolegou a probrat s ním své pocity. U psychoterapeutů je vhodným protějškem supervizor. V rámci pracovního dne je důležité zařazovat přestávky a využít je k regeneraci sil tělesným cvičením, procházkou, nebo meditací a důsledně oddělovat pracovní život od osobního.

(6)



V hodnocení stresogenních situací je potřeba dodržovat určitá pravidla. Obecně lze říci, že pokud je nárok nějaké situace prožíván jako ztráta času nebo energie, více než přínos a příležitost seznámit se s něčím novým, bude tato situace pravděpodobně hodnocena jako stresující. Důležité je vidět problémy v proporcích a v časové perspektivě, zejména ve vztahu k již překonaným těžkostem. Účinným prostředkem redukce stresogenního dopadu různých problémů je vyhnout se jejich osobnímu prožívání, vztahování k vlastní osobě a neúspěchy hodnotit z hlediska snahy. Při řešení životních situací má rozhodující význam aktivní přístup k životu, schopnost tvrdě a usilovně bojovat vlastními silami a se všemi obtížemi. (9)

### **Aktivní přístup k životu v sobě zahrnuje následující zásady:**

- Otevřenost tomu, co se kolem nás děje, zájem o okolí a snaha chápat veškeré události a jevy v okolí jako zajímavé a smysluplné.
- Nebát se změn. Chápat a přijímat je jako něco naprosto běžného, přirozeného a obvyklého a považovat je za příležitost k tomu ukázat, co dovedu.
- Při setkání se stresujícími životními událostmi nebýt pasivní, ale aktivně hledat způsoby a kroky jak životní situaci čelit. Odhodlat se k podniknutí protiakce.
- Počítat se stresujícími situacemi. Je třeba si uvědomit, že stresujícím situacím se v dnešním světě nevyhneme a při jejich hodnocení je potřeba z toho to vědomí vycházet. Zejména v postavení, ve kterém jsou napjaté situace denně přítomné.
- Umět izolovat stres od ostatních životních aktivit, patří sem např. umění uzavřít své pracovní starosti za dveřmi kanceláře, stejně jako schopnost nepřinášet s sebou do zaměstnání své partnerské nebo rodinné starosti.
- Dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi. Dobré sociální zázemí a pevné zakotvení ve vztazích s druhými lidmi nám velmi pomáhá při zvládnutí stresu. Pocit podpory ze strany ostatních, přináležení k někomu, možnost probrat s některými blízkými své problémy, to vše pomáhá lépe se vyrovnávat s životními těžkostmi.
- Vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí, zaměřit se na zdroje stresu, u jejichž vzniku je člověk sám. Najít si uspokojující práci, aktivně, vstřícně a s rozvahou řešit průběžné problémy s životním partnerem a dětmi. Harmonický rodinný život poskytuje oporu nutnou k doplnění rezerv vyčerpaných vysokými pracovními nároky ze strany pracovního prostředí.
- Osvojit si zdravý životní styl. Aktivní přístup k životu a aktivní odpovědnost za své zdraví jsou spojeny s dodržováním správné životosprávy, dostatkem spánku, dostatkem pohybové aktivity a s vyloučením škodlivých návyků (kouření, alkohol či jiné závislosti). (13)

Vhodnější a účinnější jsou samozřejmě speciálně zaměřené programy, ve kterých se jedinec s těmito zásadami nejen seznámí, ale naučí se základní relaxační metody. Dostane se

mu odborného doporučení, jak má upravit výživu, životosprávu, pohybový režim, má možnost docházet v rámci organizovaných programů na cvičení apod. Osvojení si základních postupů a strategií hodnocení stersogenních situací a zvládání stresu, stejně jako úprava životosprávy, denního režimu a celkového životního stylu se jeví jako nezbytné předpoklady úspěšné prevence syndromu vyhoření. (13)

## **2.3 Specifika práce všeobecné sestry v ambulantním provozu**

### **2.3.1 Rizikové faktory v práci sestry**

Se syndromem vyhoření se setkáváme především u těch profesí, jejichž pracovní náplní je pomáhat lidem. Mezi tyto profese patří zaměstnání zdravotní sestry. Odpovědnost za životy a pohodu pacientů může být na jedné straně zdrojem uspokojení z práce, na druhé straně se sestry mohou při této náročné práci cítit vyčerpané a citově opotřebované. Mezi stresující faktory patří pracovní přetížení, vztahy s nadřízenými, vztahy na pracovišti a v současné době i nedořešené kompetence sester. Na syndromu vyhoření se velkou měrou podílí i nepravidelný pracovní rytmus.

To, že sestry většinou nemusí nést odpovědnost za zásadní rozhodnutí týkající se léčebného plánu, neznamená, že by byly vystaveny menšímu stresu. Vedou a řídí ošetrovatelskou péči formou dokumentace a s nemocnými tráví většinou více času než lékaři. Proto se jich duševní i tělesné problémy pacientů více a častěji dotýkají. Jsou zatěžovány rozmachem současného zdravotnictví. Role sestry v současné struktuře našeho zdravotnictví lze rozdělit, mimo jiné, podle funkce, kvalifikace, přístupu k nemocným a angažovanosti. Její převážnou náplní pracovního dne je pečovat o lidi. Očekává se od ní plnění ordinace lékaře, je vedená k zodpovědnému uvažování, ale zároveň k poslušnosti. V provozu státních i nestátních zdravotnických zařízení je vystavena neustálému tlaku celoživotního vzdělávání. Její práce v ambulanci se změnila převodem těchto ordinací do privátního sektoru. Lékař i pacienti očekávají od sestry zcela jiné, tržní chování, které může být pro ni do určité míry příjemné, zároveň však zatěžující. Změny kladou vysoké nároky na klima uvnitř pracovních týmů, zákonitě se celospolečenská problematika přenáší do interních sfér. Rodinní příslušníci i pacienti očekávají výraznou změnu v chování personálu v ambulancích, rychlejší naplnění představ a předpokladů. (6, 28)

Další frustrace, která se stále více prohlubuje je spatřována ve vztahu lékař, sestra. Vždy v tomto vztahu docházelo ke kontroverzím, vždy byla situace vzájemného respektu a

ohledů. Mnohé signály ukazují na prohlubující se oddělenost dvou profesí, které však bez sebe nemohou pracovat. Tento problém se objevuje už při prvních privatizacích, kdy lékaři mnohdy nepovažovali za nutné sestry zaměstnávat. Ty pocítovaly v tomto směru nepochopení a docházelo k postupnému profesnímu odcizování. Lékaři do pracovních smluv zařazovali pro kvalifikovanou sestru nepříslušející práce, např. úklid ordinace, neplacenou práci přesčas apod. Tato situace v podstatě trvá dodnes, ačkoli většina privátních lékařů již pochopila, že bez profesně zdatné zdravotní sestry nemůže dobře fungovat ordinace, ale vztah mezi nimi je stále na úrovni zaměstnavatel a zaměstnanec, profesní spolupráce je náročná. Jako zaměstnanci jsou sestry minimálně finančně motivované k lepšímu výkonu, bez výhod, které jsou ve státním sektoru běžné a bez možnosti pracovního postupu. Navíc jsou sestry v těchto ordinacích většinou socio-profesně izolované, nejsou součástí kolektivu stejně postavených spolupracovníků a tím stresové situace, které jsou na denním pořádku, nemají možnost adekvátně ventilovat. U svého zaměstnavatele málokdy naleznou pochopení.

Je možno najít i několik nesporných výhod na práci sestry v ambulantním provozu ve srovnání s prací ošetrovatelského personálu ve třísměnném provozu v nemocnicích a jiných zařízeních, která poskytují 24hodinovou péči. Sestra v ambulanci není většinou vystavena tlaku, způsobeném nepravidelnou pracovní dobou, prací v noci, o víkendech a o svátcích. Pacienty, kteří do ambulance přicházejí většinou dobře zná, může se předem připravit na pravděpodobnost konfliktu, nebo naopak na řešení jeho osobních problémů, o kterých již několikrát slyšela, dokáže adekvátně, připraveně reagovat. Pracoviště je původně zařízeno lékařem-zaměstnavatelem, ale podle osobnosti sestry se časem změní, nebo při rekonstrukcích je dokonce na její požadavky brán zřetel. Také styl uložení pracovních pomůcek, dokumentace atd. je zcela na ní a nikdo jí její zavedený systém nemění.

### **2.3.2 Práce sestry na pracovišti primární péče**

V ambulantních zařízeních je poskytována tzv. primární péče, kterou lze zjednodušeně charakterizovat jako základní, běžnou zdravotní péči prvního kontaktu. V současné době lze rozlišit 2 typy zařízení primární péče. Mezi **ordinacemi praktických lékařů** nalezneme například ordinace *praktického lékaře pro dospělé*, *ordinace praktického lékaře pro děti a dorost* a *rodinné a domácí lékaře*. **Odborné ordinace** rozdělujeme na zařízení státní a soukromá. Státní zařízení bývají nejčastěji odborné ambulance, které jsou součástí nemocničního oddělení. Pracují v nich lékaři v rámci zaměstnaneckého poměru na oddělení, zřizovatelem a zaměstnavatelem je stát. Soukromá zařízení, jsou taková, kdy vlastníkem ordinace bývá lékař, nebo může patřit do oblasti akciových společností, společností s ručením

omezeným. Vlastníky mohou být i lidé, kteří se zdravotnictvím nemají profesně vůbec nic společného.

Práce sestry v těchto ordinacích má léčebně-preventivní charakter a čtyři základní složky. Asistence lékaři zahrnuje diagnosticko-terapeutické aktivity. Diagnostická činnost, práce spojené s přípravou provedení různých vyšetření, vyžaduje profesně zkušenou a vzdělanou sestru. Preventivní činností označujeme takové práce jako jsou monitorizace zdravotního stavu, povinného očkování, dodržování hygienických, sociálních a bytových podmínek hlavně u rizikových skupin obyvatel, např. staří lidé, novorozenci, kojenci, malé děti, mentální postižení apod. Součástí prevence na specializovaných ambulancích jsou odborné preventivně-diagnostické aktivity podle zaměření ordinace, monitorizace stavu těhotných, sledování stupně bolesti atd. Do terapeutické činnosti patří všechny práce týkající se sledování stavu a léčení nemocného, měření fyziologických funkcí, aplikace léků atd. Kurativní činnost zahrnuje zajištění léčebného režimu, aplikace injekcí, odběry biologického materiálu.

Specifická kurativní činnost na specializovaných ambulancích zahrnuje odborné výkony dle zaměření ordinace, převazy, příprava pacientů na speciální vyšetření, provádění speciálních funkčních vyšetření, jako např. spirometrie, urodynamické vyšetření atd..

Samostatná sesterská práce v ambulanci zahrnuje takové práce, jako je sběr informací o klientovi (sběr anamnézy), spolupráce se sociální sférou a agenturami domácí péče apod., vyhledávání rizikových skupin obyvatelstva a jejich dispenzarizace, zdravotně výchovná činnost (edukace klientů), přednášky, nástěnky, informační materiály apod., spolupráce s rodinou klienta, návštěvní činnost.

Administrativa zahrnuje aktivity, jako vedení dokumentace o klientovi, záznamy o nemocném, vyplňování žádank, dokumentace pro zdravotní pojišťovny, dokumentace týkající se provozu ordinace. Přípravné a dokončovací práce jsou spojené s přípravou ošetrovatelských, diagnostických a terapeutických výkonů, péče o pomůcky, včetně desinfekce a sterilizace pomůcek, doplňování materiálu, kontrola a doplnění lékárny, také pohotovostní. (35)

### **2.3.3 Konflikt rolí**

Faktorem, podílejícím se na míře syndromu vyhoření a jeho prevence je rodinné zázemí sester. V oblasti ošetrovatelství, kde pracuje převážná většina žen, není snadné zkoordinovat pracovní a rodinný život. V pečovatelských povoláních bývá často důsledkem tohoto konfliktu předčasný odchod ze zaměstnání. Tento fenomén je velmi rozšířený, nemocnice, ale i ambulantní provozy si opakovaně stěžují na vysokou fluktuaci

ošetřovatelského personálu. Rozborem příčin předčasných odchodů z ošetřovatelských povolání se zabývá Evropská studie „NEXT“. Slovo NEXT sice v angličtině znamená nejbližší, příští, název této studie je však odvozen z počátečních písmen „Nurses early exit study“, tedy „Studie o předčasných odchodech zdravotních sester“.

(37)

Studie byla zahájena v únoru roku 2002 a skončila v červnu roku 2005. Zkoumala příčiny odchodů v Belgii, Německu, Finsku, Francii, Velké Británii, Itálii, Norsku, Polsku, Slovensku, Švédsku a Holandsku, dotazovány bylo 5-8 tisíc sester z každé uvedené země, financována byla Evropskou unií a výsledky jsou dostupné na internetu a předneseny byly na Mnichovském kongresu o péči o nemocné (Munchener Pflegekongres) v říjnu 2004. Příčiny odchodu sester jsou, dle této studie, viděny v těchto oblastech:

Konflikt rolí, obecně vzato, přesčas, které na straně jedné blokuje rodinný život, zátěžový konflikt v rodině, jež omezuje výkonnost v zaměstnání, namáhavá práce v zaměstnání a nemožnost regenerace v rodinném prostředí. Konkrétními ovlivňujícími činiteli mohou být např. směnný provoz, jako je práce na pohotovosti, návštěvní služba, přesčas, zátěž mimo pracovní náplň. Z hlediska zaměstnavatele ovlivňují fluktuaci osobnostní kvality nadřízených, stres na pracovišti, společenská podpora ze strany kolegů a nadřízených.

Organizace práce s ohledem na rodinu, ve studii bylo prokázáno, že konflikty práce - rodina jsou mnohem výraznější, než konflikty rodina - práce. Problém tedy nespočívá v tom, že by rodinný život stál v cestě pracovní kariéře, ale naopak v nevhodných pracovních podmínkách, jako je např. nepříznivá pracovní doba, spojená s vysokou pracovní zátěží. Konečný závěr studie vyvozuje, že pokud by se pracoviště stalo *family friendly*, čili pracoviště beroucí ohled na rodinu, stalo by se povolání zdravotní sestry mnohem atraktivnějším.

(27)

### **2.3.4 Stres v práci sestry na ambulanci**

Co může zesílit stres v práci sestry v ambulantním provozu? Uvádí se, že především jsou to vlastní chyby, následující kritika a z toho vyplývající konflikt. *Konflikt* je považován za přímý spouštěč tlaku. V týmu dvou lidí, z nichž jeden je nadřízený a druhý podřízený, z toho nadřízený je často i majitelem ordinace a zaměstnavatelem je pravděpodobné, že kritika bude směřovat k sestře a nikdy ne naopak. Kritika nemusí být vždy oprávněná a na místě, vzhledem k tomu, že lékař nemá ošetřovatelské vzdělání a o práci sestry má jiné představy. Za další spouštěč se považuje nedostatek času, který je v ambulancích obvyklý. Plánování denních aktivit je nemožné, nedá se předem určit, kolik pacientů za den ordinaci navštíví, jaké budou mít potíže a kolik času jejich ošetření bude sestra potřebovat.

V odborných ordinacích je snaha zavádět objednávání pacientů na určenou dobu, ale vždy se vyskytne akutní, neplánovaný pacient, který potřebuje ošetření okamžitě. Tento tlak většinou plnou měrou nese sestra, jelikož je to ona, kdo rozhoduje, kdo z pacientů bude eventuelně vyšetřen přednostně. Ne vždy jsou v čekárně její rozhodnutí přijata s pochopením nemocných a s vlídností ostatních klientů. Také zdržení některého pacienta v ordinaci vysvětluje ostatním právě ona. Za této situace je nucena zodpovědně a soustředěně pracovat. Ojedinele se již lze setkat s ordinacemi, kde pracují dvě sestry, kde jedna z nich má odpovědnost za administrativu a komunikaci s klienty a druhá spolupracuje s lékařem u odborného zajištění ošetrovatelské části práce. Sestry se většinou po týdnu vystřídají. Sestra v ambulanci v podstatě nemá žádnou možnost profesního postupu, také navýšení platu bývá v procentech roven míře inflace a její pracovní pozice je závislá na rentabilitě ambulance.

Za významný faktor stresu byl označen *konflikt*. Aktivní přístup ke konfliktu bezkonfliktní pracoviště nezajistí, ale může pomoci, aby nebyl spouštěčem stresu. Je třeba si ujasnit, že účastníkem konfliktu je lékař - sestra, nebo sestra - pacient, ev. lékař - pacient. Je důležité si uvědomit, co je příčinou střetu a oddělit ji od záminky. Je třeba si ujasnit osobnostní nastavení účastníků, lékaře zná sestra velmi dobře a jednou z výhod práce v ambulantním provozu je, že většinou zná dobře i pacienty. Dalším krokem je stanovit řešení a určit cíl. Dobré je problém odsunout na později, až po zklidnění emoce, ale termín návratu k problému je třeba dodržet. (15)

Za další spouštěč je považován *časový tlak*. V oblasti ambulantní péče není lehké poskytnout smysluplný návod, jak odstranit tento stresor, ale v obecné rovině lze nastínit návrhy řešení. Především se doporučuje identifikovat svůj vlastní podíl. Jsou stanoveny tři základní problémy, *vlastní lpění na detailech, příliš mnoho věcí na psacím stole a vlastní chtění zvládnout příliš mnoho věcí najednou*. (15)

Velmi významným faktorem je *zvládnání odporu*. Pokud je na člověka vyvíjen nátlak, zcela automaticky začne vyvíjet protitlak. V tomto „boji“ vyhrává ten, kdo má více energie. V oblasti psychologického odporu se jedná o časté vyjadřování pochybností a kritiky, odmítání komunikace, uvolnění pracovní morálky (nepřesnost, zapomnětlivost, nedbalost), zhoršení pracovního výkonu, zhoršení atmosféry na pracovišti, lpění na zastaralých postupech, přehnané požadavky a boje o moc. V ordinaci primární péče se sestra může s těmito projevy setkat ze strany nadřízeného, ale i ze strany klientů. Sama má tendenci reagovat stejně a pokud nenajde východisko, situace se stane neřešitelnou. Doporučuje se nereagovat stejně, jinak je vyčerpána veškerá energie a problém není vyřešen. Je potřeba najít jinou alternativu, než je protitlak. Za ideální se považuje stav hledat spolu s protivníkem společné (vyšší) cíle a vytýčit je jako cíle řídící. Odbourat první tlak, aniž by bylo třeba

aktivovat protitlak se doporučuje také hledáním možností, jak se dá vzniklý problém řešit jinak, než je běžné a osvědčené. Je dobré určit, kdo konkrétně může práci provést a co považuje protistrana za špatné. Rozhovor nabere konstruktivní obrat a společné řešení je pravděpodobnější. (15)

*Boj o pozici* není bojem o společné řešení problému, ale o prohru a vítězství. Přičemž moc jako taková není negativní, důležité je to, jak je uplatňována. Každý člověk, který nese zodpovědnost, musí mít i zplnomocnění dělat opatření a rozhodnutí, aby ji mohl řídit. Mít moc neznamená nepodléhat kontrole. Znamená to odpovědnost za svoje rozhodnutí. Tyto situace vznikají, pokud jedna osoba upírá kompetence té druhé. V soukromých, ale i ve státních ambulancích se mohou lékař a sestra setkat s problémem kompetencí vzniklých vlastnictvím ordinace lékařem nebo rozdílným stupněm vzdělání. Sestra se tedy stává atakovaným v tomto boji, automatickým modelem jednání je přenechat veškeré kompetence na lékaři. Čímž je opět postavena do role nedoceněné zaměstnankyně a posouvá ji to blíže ke vzniku stresu. Na ní je rozhodnutí, zda do tohoto boje vůbec vstoupit, pokud ano je třeba vést otevřený rozhovor. Základem by mohlo být vyslovit nahlas víru v řešení, sdělit protějšku své rozhodnutí o moc neusilovat, ale požadovat nastavení jasných pravidel. Pacient i lékař by měli v tomto případě pocítit transparentnost řešení, zamezí se tím skrytým úskokům a hlavně by měli počítat s tím, že budou nadále vyzýváni k rozhovoru, pokud pravidla dodržována nebudou. Je možné, že sestřím v ambulantních provozech vůbec nevadí být podřízenými, dovoluje jim to, že na sebe nemusí klást příliš vysoké požadavky a odpovědnost rádi přenechají na lékaři. Otázkou zůstává, zda je toto chování možné vůči klientům.

. K cíli vždy vede více cest, než je možno si představit a k určení cesty je třeba najít sílu, ale není potřeba se přitom vzdávat vnitřních hodnot. (15)

### **2.3.5 Duševní hygiena zdravotní sestry**

Pečovat o pacienty se sestry naučí ve škole a v průběhu praxe, to jak se postará o sebe je víceméně ponecháno na soukromé iniciativě každé z nich. Péče o sebe samu zahrnuje řadu různých oblastí. Jde např. o vlastní vzhled, o tělesné zdraví, o stravování, ale i péče o vlastní „psychologické zdraví“.

Základní model chování sama k sobě si přináší každý jedinec z rodiny, ve které vyrůstal, další ovlivnění přichází od blízkého i širšího okolí, jako jsou přátelé, kolegové, nová rodina (manželství), ale i moderní trendy a v neposlední řadě média. Bylo řečeno, že neexistuje univerzální rada jak se vyhnout následkům tlaku a stresu, nelze ani přesně vystihnout jak by se měla sestra bránit syndromu vyhoření. Každý jedinec by měl začít sebeanalýzou,

uvědoměním si sebe sama, stanovit si vlastní smysl svého bytí a z velké nabídky rad si vybrat tu správnou, právě pro sebe.

Řešením pro sestru, jak poznat sama sebe, nemusí být okamžitě vyhledat psychoanalytika a podstupovat náročný a zdlouhavý proces psychoanalýzy. V pracovním prostředí je potřebné identifikovat svůj osobní podíl na stresových situacích a identifikovat nejčastější spouštěče stresu. Doporučuje se zamyšlení nad vlastní motivací k práci. Dalším krokem je změnit naučené modely a formy chování, které mohou zdánlivě fungovat, ale řešení nepřinášejí. Pokud sestra chce tyto změny udělat, je třeba nastavit pozitivní myšlení, tlak brát jako pomoc a konstruktivně zacházet s chybami, nastavit asertivní komunikaci s lékařem, ale i s klienty, naučit se přijímat kritiku a pokud není oprávněná, obhájit svoje jednání. V neposlední řadě je potřebné nebát se změn, ať už těch drobných, které vyplývají z narušení denních aktivit, až po ty, které přináší systém. (14)

Má-li sestra pečovat o pacienty, neměla by opomíjet péči o sebe. Je zjištěno, že pokud není jedinec sám v pořádku, něco chybí i tomu, co dělá pro druhé. *Péče o duši* znamená pečovat o to, jaké má jedinec myšlenky, představy, pojetí názorů, lidí, událostí, co prožívá a co od života vlastně chce. Tato péče o duši znamená, jaký člověk je a kým bude. Od sester se očekává, že budou v práci vlídné, ochotné, láskyplné, empatické, soucitné, trpělivé, vyrovnané, profesionální, odborně zdatné, klidné a silné osobnosti. Pokud zanedbávají péči o svoji duši, stávají se z nich zlostné, vzteklé, agresivní, v jádru velmi nedobré osobnosti, které jsou časem odmítány pacienty i kolegy. K vykonávání profese zdravotní sestry se většinou rozhodne člověk, který má výše uvedené kladné vlastnosti, ale tím, že zanedbává svoji duši, dochází k jasným symptomům syndromu vyhoření. Základem této péče je zvládnutá technika relaxace, uvažování o sobě a o svých emocích. Pravdivé zažívání vlastních citů je výrazem zdravé psychiky člověka. *Formy relaxace* mohou být velmi rozmanité, jmenujme např. hudbu, zahrádku, procházka v přírodě, atd. Cílem relaxace je pocit radosti ze života, radost je adrenalinem života. (31)

Odrazem stavu duše je stav těla a naopak. Velmi důležité pro duševní hygienu je tedy *péče o tělo*. Dodržování pitného režimu a pravidelné stravování, se zásadami zdravé výživy by mělo být samozřejmostí, ale také dostatek pohybu i odpočinku je jednou z cest, jak získat pocit radosti. Také to, co si jedinec myslí ovlivňuje jeho chtění, vůli i zaměření života. Znamená to, že myslí-li na věci negativní, dochází k rozvoji depresivního ladění a naopak. U sester je velmi důležité, aby uměly aktivně používat pozitivní myšlení nejen u sebe, ale i vyvolávat optimismus u svých pacientů. Filozofické, mít pro co žít, také ovlivňuje kvalitu života jedince. Ujasnit si, kam má v životě namířeno a nezabývat se jen dílčími cíli, ale spíše základním zaměřením svého života. Tím může být laskavé či nelaskavé jednání s druhým



člověkem, ať je jím kdokoli. Slovo laskavě je odvozeno od slova „láska“ a ta se v praxi projevuje úctou, respektem, akceptací, odpouštěním a péčí. Událostí, kterých není v životě mnoho jsou například projevy uznání, pochvala, poděkování, nebo vděk. Snaha o jejich uchování v paměti není myšlena jako sebechvála, ale jako možnost se k těmto chvílím vracet v okamžicích deprese, kdy mohou být zdrojem vitality a energie. U sester je to především pochvala a uznání od pacientů. (31)

Nedodržování pravidelného odpočinku může být také zdrojem neustálého stresu. Odpočinek může někdy znamenat dostatek spánku, ale jindy to může být např. věnování se více rodině, sociálním kontaktům, kultuře, sportu, atd.. U ambulantních sester se tento problém vyskytuje často. Některé z nich pravidelně pracují na pohotovostech, jiné v zájmu vyšších finančních výdělků mívají ještě další pracovní úvazky, které vykonávají ve dnech, určených k odpočinku, nebo v noci. Stává se, že lidé tento svůj laxní postoj k odpočinku změňí až po nějaké závažné zdravotní, či jiné události. Ve filozofické rovině je nedílnou součástí duševní hygieny ujasnění si směřování vlastního života, odpustit sobě sama, být tím, kým být má, ale ústředním motivem všeho, co v životě dělá by měla být radost. Za nejlepší přirozenou psychoterapii jsou považovány dobré a kvalitní sociální kontakty, zvláště pak kvalitní rodinné zázemí. Za nejlepší cestu k naplnění života je umět hospodařit s časem. (31)

### **2.3.6 Prevence syndromu vyhoření u sester v ambulantních provozech**

Jako u většiny onemocnění, i zde má prvořadý význam prevence. Sestra by měla ve svém osobním životě dbát na zdravou životosprávu, naučit se odpočívat, pěstovat koníčky, vzdělávat se, nebát se změn, stanovovat si dosažitelné cíle.

Možnosti řešení:

- vytvořit si zdravé pracovní i rodinné zázemí
- podpora asertivní komunikace
- dodržování přestávek v zaměstnání, využití jich k odpočinku, relaxaci
- dodržování pitného režimu, zdravé stravování
- nekouřit, nepít alkohol, omezit kávu
- pravidelný pohyb
- spát nejméně osm hodin denně
- užívat osobní život- kultura, přátelské vztahy
- nemyslet si, že je nenahraditelná- rozvrhnout práci doma i v zaměstnání
- naslouchat druhým

- uznat svoji chybu, přiznat se, umět se omluvit
- nepodceňovat se
- podpora tolerance a týmové spolupráce

Zaměstnavatel by měl podporovat profesní růst a celoživotní vzdělávání svých zaměstnanců, vytvářet podmínky pro efektivní spolupráci, poskytnout odpovídající finanční ohodnocení, zkvalitnit komunikaci u pracovníků na vedoucích místech a nezapomínat na kladná morální hodnocení. Prvořadá je snaha a chtění vůbec něco v zaběhnutých systémech změnit, přiznat, že prevencí mohou v tomto směru pro své zaměstnance pro sebe něco udělat.

(29)

## **3. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **3.1 Vymezení problému**

Jsou sestry pracující v ambulantních provozech ohroženy syndromem vyhoření?

### **3.2 Cíle výzkumu**

1. Zjistit, zda souvisí syndrom vyhoření u zdravotních sester, pracujících v ambulantních provozech, s jejich vzděláním, věkem, délkou praxe, specifickou náplní práce (návštěvní služba, administrativa, počet ošetřených pacientů), sociálně-profesní izolací na pracovišti.
2. Porovnat stupně syndromu vyhoření u sester ve specializovaných ambulancích a v ambulancích praktických lékařů.

### **3.3 Hypotézy**

Byly stanoveny tyto hypotézy:

1. Předpokládáme, že intenzita syndromu vyhoření souvisí s věkem sledovaných sester.
2. Předpokládáme souvislost mezi stupněm vyhoření u sester a dosaženým vzděláním
3. Předpokládáme, že intenzita syndromu vyhoření souvisí s délkou praxe sledovaných sester.
4. Předpokládáme souvislost výskytu syndromu vyhoření se sociálně-profesní izolací sester.
5. Předpokládáme vyšší intenzitu syndromu vyhoření u sester pracujících v ambulancích praktického lékaře ve srovnání se sestrami pracujícími ve specializovaných ambulancích.

### **3.4 Metodika výzkumu**

K výzkumu a ověření hypotéz byly použity dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI, viz příloha č. 4)) a dotazník vlastní konstrukce (viz příloha č. 3). Šetření doplňuje metoda přímého dotazování, řízený rozhovor (viz. příloha č. 2).

#### **3.4.1 Dotazníková metoda**

Dotazník je metoda, která je určena pro hromadné získávání údajů. Pomocí dotazníků je zkoumáno mínění respondentů v jednotlivých jevech. Výhodou je, že jím lze současně a stejnou formou, což je pro zpracování důležité, oslovit i větší počet respondentů. Údaje získané touto metodou lze většinou plně kvantifikovat. To umožňuje i počítačové zpracování většího množství dat. ( 32)

V práci byly použity dva typy dotazníků. Dotazník č. 1, vlastní konstrukce (viz příloha č. 3) a oficiální dotazník Maslach Burnout Inventory (dále jen MBI), (viz. příloha č. 4), který slouží ke zjišťování stupně syndromu vyhoření v oblastech emocionálního vyčerpání, depersonalizace a snížení pracovního výkonu.

Dotazníkem č. 1 byly sledovány jednotlivé rizikové faktory, které mají vliv na vznik a míru intenzity syndromu vyhoření týkající se sociálně-pracovní izolace sester, jejich vzdělání a délky praxe. Dále dotazník obsahoval demografické údaje respondentek. Dotazník obsahoval 21 otázek. Kvůli snazšímu statistickému zpracování dotazníků byly ve všech otázkách nabídnuty 4 možné odpovědi, které vzestupně předpokládaly míru rizika ohrožení syndromem vyhoření.

Konečné podobě dotazníku předcházely předvýzkum na vzorku 10 respondentek. Byl zaměřený na obsahovou stránku a srozumitelnost otázek. Po zhodnocení předvýzkumu byly upraveny formulace některých otázek, které se jevily jako zbytečně rozsáhlé, nebo málo srozumitelné a byl přidán dotaz na členství v profesních organizacích sester.

### **3.4.2 MBI dotazník dle Christiny Maslach**

Dotazník č. 2 ( příloha č. 2) MBI je ve světě nejvíce používaný k diagnostice míry syndromu vyhoření. MBI je složen z 22 položek, které hodnotí syndrom vyhoření ve třech oblastech: citové vyčerpání, odosobnění a snížení pracovního výkonu. (33)

**Citové (emocionální) vyčerpání** – emocionální vyčerpání, ztráta chuti k životu, nedostatek sil k jakékoli činnosti, nulová motivace k nějaké činnosti atd. Toto vše je považováno za základní příznaky syndromu vyhoření.

**Depersonalizace** – tento projev psychického vyčerpání je zřetelně vyjádřen u lidí, kteří mají velkou potřebu odezvy od lidí, kterým se věnují. Když se jim této odezvy nedostává zahořnou a staví se k druhým lidem cynicky.

**Snížení pracovního výkonu** – s touto charakteristikou syndromu vyhoření se setkáváme u lidí s nízkou mírou zdravého sebehodnocení a sebedůvěry. Tím, že sebe sami moc necení, nemají též dostatek energie k zvládnutí stresových situací, konfliktů a životních těžkostí. (34)

#### **Zpracování MBI dotazníku**

Respondentky měly označit křížkem takové hodnocení, jaké osobně každé položce přisuzovaly. Čím více bodů dosáhly respondentky v kategoriích citového vyčerpání a odosobnění, tím vyšší byla míra jejich vyhoření. Avšak v kategorii pracovního výkonu se míra vyhoření hodnotila opačně. To znamená, čím méně bodů dosáhly, tím byla míra rizika

vyhoření vyšší. V závislosti na počtu dosažených bodů byla každá kategorie hodnocena třemi stupni vyčerpání – nízké, střední a vysoké.

**TABULKA Č. 1: BODOVÁ KATEGORIZACE SYNDROMU VYHOŘENÍ DLE MBI DOTAZNÍKU**

<i>kategorizace MBI</i>	<i>nízké</i>	<i>střední</i>	<i>Vysoké</i>
citové vyčerpání	≤16	17 – 26	27 ≥
Odosobnění	≤6	7 – 12	13 ≥
snížení pracovního výkonu	≤39	38 – 32	31 ≥

***Rozdělení jednotlivých položek dle podskupin syndromu vyhoření***

- položky mapující citové vyčerpání z MBI dotazníku : 1., 2., 3., 6., 8., 13., 14., 16., 20.
- položky mapující odosobnění z MBI dotazníku : 5., 10., 11., 15., 22.
- položky mapující snížení pracovního výkonu z MBI dotazníku : 4., 7., 9., 12., 17., 18., 19., 21.

Ke každé dotazníkové položce byla přiřazena hodnotící bodová škála **0 – 6**.

**0 = nikdy se tak necítím, 1 = cítím se tak 2 – 3 x ročně, 2 = cítím se tak měsíčně i méně, 3 = cítím se tak 2 – 3 x měsíčně, 4 = cítím se tak 1 x týdně, 5 = cítím se tak 2 – 3 x týdně, 6 = cítím se tak denně.** (34)

**3.4.3 Řízený rozhovor**

Rozhovor je metoda sbírání informací, jejímž základem je využití verbální komunikace. Je založená na přímém dotazování se výzkumného pracovníka respondenta. Metoda rozhovoru je charakterizovaná především přímou sociální interakcí. Navázání osobního kontaktu ulehčuje hlouběji proniknout do motivů jednání a postojů respondentů. Je pružná, dá se přizpůsobit zvláštnostem různých situací. Zároveň je možné si při této metodě všimnout i vnějších reakcí respondenta a podle toho pohotově usměřňovat rozhovor potřebným směrem. (32)

V této práci byl zvolen řízený rozhovor. Byly připraveny otázky, týkající se vztahů mezi lékařem-zaměstnavatelem a sestrou, o důvodech a motivaci práce na ambulanci a bližší informace o vnímání sociálně-profesní izolace na pracovišti.

Řízený rozhovor obsahoval 10 otázek. Při otázce číslo 1 byla zdravotním sestřám předložena přímka s číslicemi od 0 do 10, na ostatní otázky odpovídaly volně. Odpovědi

respondentek jsme zaznamenávali do záznamového archu a na zvláštní list papíru jsme si zaznamenávali případné další výpovědi, které jsme pak použili při analýze výsledků.

### 3.4.4 Zpracování získaných dat

Vyhodnocení dotazníkového šetření bylo provedeno analýzou a syntézou dat. Otázky z dotazníku č. 1 byly zpracovány do tabulek formou absolutních a relativních četností. Dotazník č. 2 byl zpracován metodou dvoustupňového třídění do kontingenčních tabulek. Při volbě vhodného statistického postupu při ověřování hypotézy číslo pět bylo užito testu nezávislosti chí – kvadrát a určení koeficientu kontingence, který slouží k měření těsnosti závislosti mezi dvěma znaky. Pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát bylo ověřeno, zda existuje významná souvislost mezi dvěma jevy, při zpracování výsledků dotazníkového šetření.

Bylo použito vzorce:

$$c = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}$$

c = koeficient kontingence, kdy:

$$c \in \{0;1\}$$

c = 0 – žádný vztah mezi dvěma znaky

c = {0;0,25} – závislost slabá

c = {0,26;0,65} – závislost střední

c = {>0,65} – závislost intenzivní

$\chi^2$  = chí kvadrát

n = celkový počet respondentek

(36)

K číselnému zpracování chí kvadrát bylo použito programu MS Excel v operačním systému Windows.

## 3.5 Zdroje odborných poznatků

Vědecké poznatky byly získány prostudováním české a zahraniční odborné literatury. Dále bylo využito rešerší a celosvětově propojené informační sítě internet.

## **3.6 Charakteristika výzkumného vzorku**

Pro výzkum byly vybrány sestry pracující na různých typech ambulantních pracovišť v okresech Karlovy Vary, Sokolov, Cheb, Chomutov, Plzeň-město, Plzeň-jih, Domažlice, Strakonice, Příbram, Praha 4. Celkem bylo osloveno 180 sester. Výzkumné šetření probíhalo na pracovištích ordinací praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, gynekologických ambulancích, ambulancích léčby bolesti, ortopedických ambulancích, neurologických ambulancích, ambulanci plicního lékaře a onkologických ambulancích. Vybraných 30 sester se zúčastnilo i řízeného rozhovoru, z toho 9 sester z ambulance praktického lékaře pro děti a dorost, 10 sester z ambulance praktického gynekologa, 6 sester z ambulance praktického lékaře pro dospělé, 2 sestry z ortopedické ambulance, 2 sestry z ambulance plicního lékaře, 1 sestra z ambulance bolesti.

### **3.6.1 Charakteristika vybraných ambulantních provozů**

Dotazníkové šetření bylo provedeno ve 163 ambulantních pracovištích.

Dotazníky byly rozdány v Karlových Varech na 22 pracovištích, v Ostrově nad Ohří na 14 pracovištích, v Sokolově na 12 pracovištích, v Chomutově na 14 pracovištích, v Příbrami na 14 pracovištích, v Praze 4 na 31 pracovištích, v Chebu na 14 pracovištích, v Plzni na 26 pracovištích, v Chotěšově na 1 pracovišti, v Domažlicích na 1 pracovišti, ve Strakonici na 12 pracovištích. Podrobný přehled jednotlivých pracovišť, viz tabulka č. 24. (příloha č. 1) Téměř všechny ordinace byly soukromé, vlastníkem byl ve většině případů lékař, nebo akciové společnosti. Některé ambulance byly umístěny na poliklinikách, některé samostatně. Ve většině ordinací byla zaměstnána jedna sestra, v některých 2 sestry.

## **3.7 Organizace výzkumu**

Před vlastním výzkumem byly osobně kontaktováni majitelé jednotlivých pracovišť, po dohodě s nimi byly osloveny jednotlivé sestry. Dotazníky byly rozdány při osobní návštěvě ordinace, vybrány za 2-3 týdny, také při osobní návštěvě ordinace.

Bylo rozdáno 180 dotazníků. Výzkumného šetření se účastnilo 135 sester, návratnost dotazníkové metody byla 75%. Z ambulance praktického lékaře pro děti a dorost bylo osloveno 56 respondentek, do šetření bylo zahrnuto 33, z ordinace praktického lékaře pro dospělé 45 sester, všechny byly zahrnuty do výzkumu, v ambulanci praktického gynekologa bylo osloveno 45 sester, do výzkumu byly zahrnuty 43, v ostatních specializovaných ambulancích bylo kontaktováno 17 respondentek, do výzkumu bylo zahrnuto 14. Zbývající

část sester se nezúčastnila šetření z důvodu velké pracovní vytíženosti a nedostatku času, některé dotazníky byly vyřazeny pro neúplnost.

### 3.8 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Výsledky výzkumu byly rozděleny do třech částí. První část pojednává o výsledcích dotazníku vlastní konstrukce tj. dotazníku č. 1, kde je zkoumán celý soubor respondentek. Druhá část se týká výsledků dotazníku č. 2. (MBI), který doplňuje dotazník č. 1. Hlavní část výzkumu doplňuje vyhodnocení řízeného rozhovoru.

#### 3.8.1 Výsledky dotazníků vlastní konstrukce u celého souboru respondentek v definovaných ambulantních provozech

##### *Položka č.1: POHLAVÍ RESPONDENTEK*

Všech 135 dotazovaných zdravotních sester byly ženy.

##### *Položka č.2: VĚK RESPONDENTEK*

Z celkového počtu 135 respondentek je 59 (44 %) ve věku mezi 35 - 46 lety, 46 (34 %) respondentek je ve věku 46 - 55 let a 20 (15 %) jich je ve věku 55 let a více. Nejméně tj. 10 (7 %) sester je mladších 35 let. (viz. tabulka č. 2)

**TABULKA Č. 2: VĚK RESPONDENTEK**

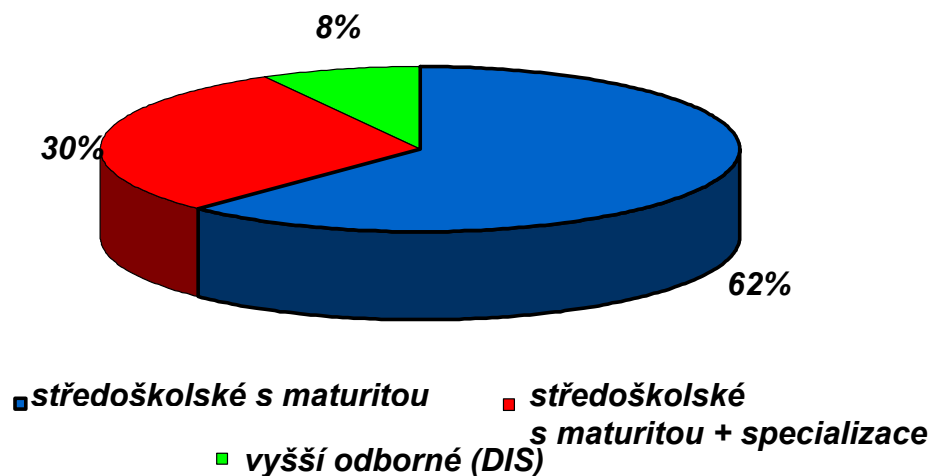
věk	Amb.děts.lék		Amb.spec. gyn		Amb.prakt.lék		Amb.spec.-jiné		součet	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>méně než 35 let</b>	5	4	1	1	3	2	1	1	10	7
<b>35-46</b>	16	12	22	16	13	10	8	6	59	44
<b>46-55</b>	1	1	19	14	21	16	5	4	46	34
<b>56 a více</b>	11	8	1	1	8	6	0	0	20	15
<b>Σ</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>43</b>	<b>32</b>	<b>45</b>	<b>33</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>135</b>	<b>100</b>

##### *Položka č. 3: NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ*

Z dotazovaných 135 sester dosáhlo nejvyššího vzdělání na střední škole tj. 84 (62 %) respondentek, 40 (30 %) respondentek ukončilo vzdělání maturitou a poté absolvovaly specializaci a 11 (8 %) respondentek absolvovalo vyšší odbornou školu s titulem Dis.(viz. graf č. 1)



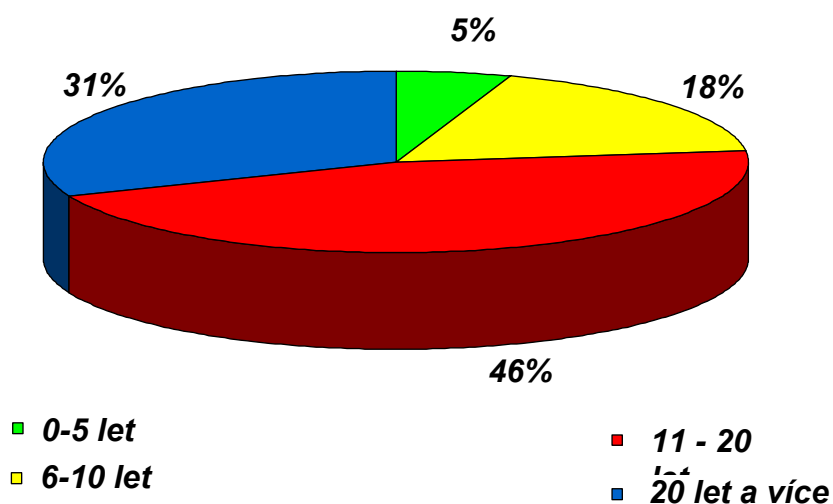
GRAF Č. 1: NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ



*Položka č. 3: DOBA OD UKONČENÍ VZDĚLÁNÍ*

Z celkového počtu 135 dotazovaných jich 62 (46 %) ukončilo vzdělání před 11 - 20 lety, 42 (31 %) sestry dostudovaly před 20 a více lety, 24 (18 %) z nich ukončilo vzdělání před 6 - 10 lety a pouze 7 (5 %) respondentek ukončilo vzdělání před méně než 5 lety. ( viz graf č. 2)

GRAF Č.2: DOBA OD UKONČENÍ VZDĚLÁNÍ.

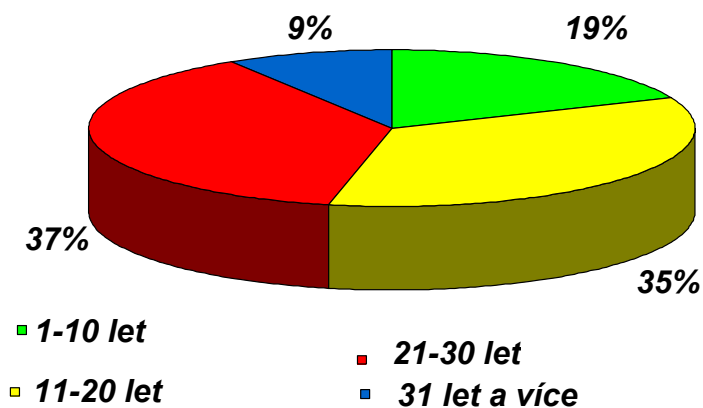


*Položka č. 4: DOBA PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ*

Ze 135 sester, které se zúčastnily šetření pracuje 51 (38 %) z nich ve zdravotnictví 21 - 30 let, 47 (35 %) dotázaných je zaměstnáno 11 - 20 let, 25 (19 %) respondentek pracuje ve

zdravotnictví méně než 10 let a 12 (9 %) sester z celkového počtu pracuje ve zdravotnictví více než 31 let. ( viz graf č. 3)

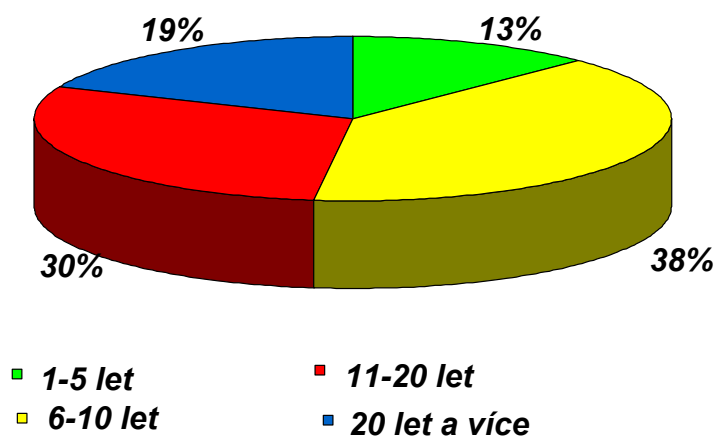
**GRAF Č. 3: DOBA PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ**



*Položka č. 5. DOBA PRÁCE V AMBULANTNÍM PROVOZU*

Ze 135 sester, které se zúčastnily výzkumu pracuje v ambulantním provozu 6 - 10 let 53 (39 %) z nich, dalších 40 (30 %) sledovaných sester pracuje na ambulanci 11 - 20 let, 25 (19 %) sester je na ambulanci zaměstnáno 20 a více let, 17 (13 %) dotazovaných pracuje v ambulantním provozu méně než 5 let. ( viz graf č. 4)

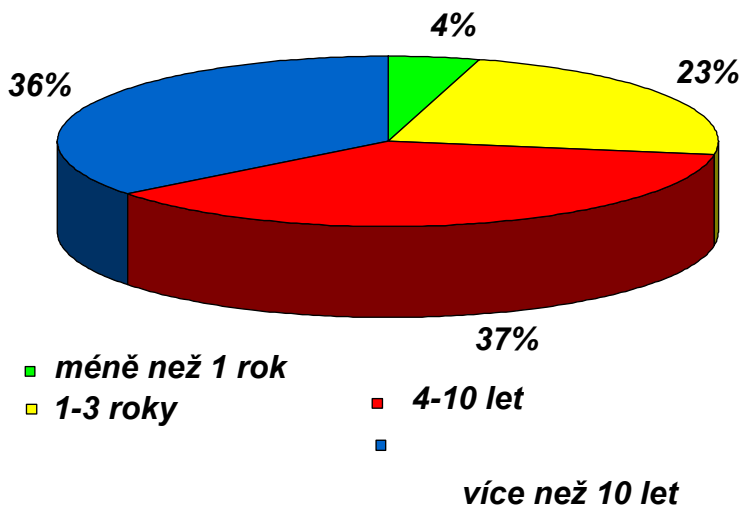
**GRAF Č. 4: DOBA PRÁCE NA AMBULANCI.**



*Položka č. 6: POČET LET NA JEDNOM PRACOVIŠTI*

Z dotázaných 135 sester pracuje na jednom pracovišti více než 10 let 48 (36 %) respondentek, 50 (37 %) nich je na jednom pracovišti zaměstnáno 4 - 10 let, 1 - 3 roky je na jednom pracovišti zaměstnáno 31 (23 %) sledovaných sester, jen 6 (4 %) z dotázaných je na jedné ambulanci méně než 1 rok. ( viz graf č. 5)

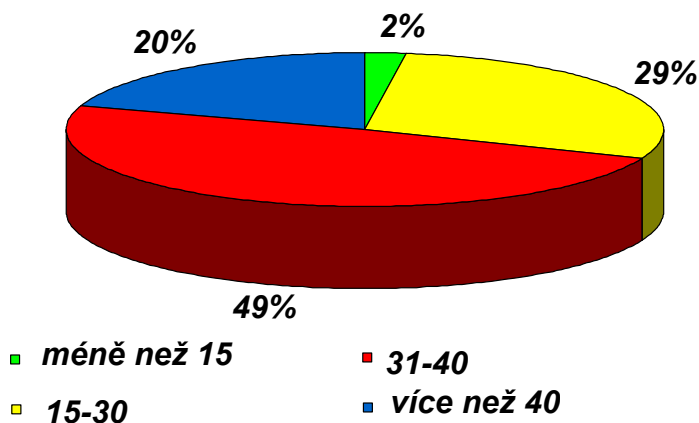
**GRAF Č. 5: DOBA PRÁCE NA JEDNOM PRACOVIŠTI**



*Položka č. 7: POČET ODPRACOVANÝCH HODIN ZA TÝDEN*

Za týden odpracuje ze 135 sledovaných sester 66 (49 %) 31 - 40 hodin, ze sledovaného vzorku odpracuje 39 (29 %) sester 15 - 30 hodin, 27 (20 %) sester odpracuje za týden více než 40 hodin, 3 (2 %) sestry odpracují méně než 15 hodin týdně. ( viz graf č. 6)

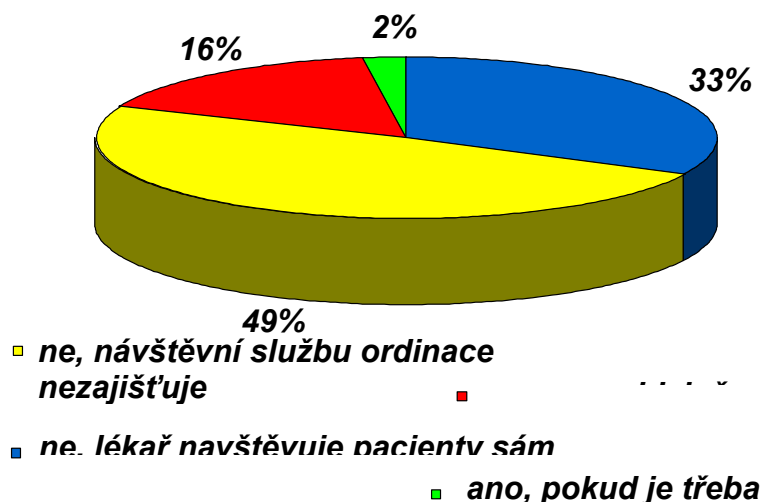
**GRAF Č. 6: ODPRACOVANÉ HODINY TÝDNĚ**



*Položka č.8: NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBA*

Ze všech oslovených 135 sester v ordinacích nezajišťuje vůbec návštěvní službu v 66 (49 %) z nich, ve 44 (33 %) ordinacích navštěvuje pacienty lékař sám, 22 (16 %) ordinací zajišťuje návštěvní službu lékaře i sestry, pokud je třeba, 3 (2 %) ordinace zajišťují pravidelnou návštěvní službu lékaře i sestry. ( viz graf č. 7)

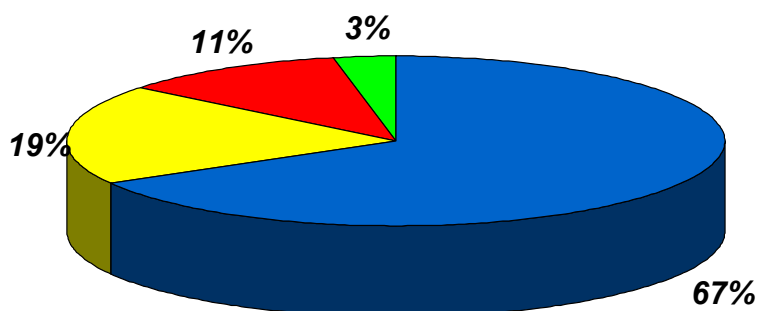
**GRAF Č. 7: NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBA**



*Položka č. 9.: POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA*

Pohotovostní službu nezajišťuje 90 (67 %) ze 135 sester ve sledovaných ordinacích, 26 (19 %) z nich zajišťuje pohotovost méně než 1 x měsíčně, 15 (11 %) ordinací poskytuje pohotovost 2 x za měsíc, 4 (3 %) ordinace zajišťují pohotovost pravidelně, více než 2 x měsíčně. ( viz graf č. 8)

GRAF Č. 8: POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA

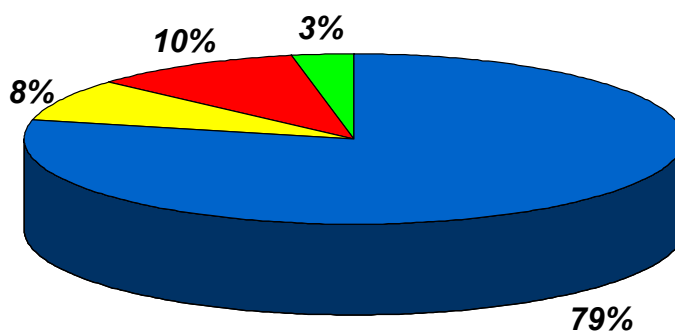


- **občas (méně, než 1x za měsíc)**
- **ne, na pohotovosti nepracuji**
- **ano, pravidelně, více než 2 x za měsíc**
- **ano, méně než 2x za měsíc**

*Položka č. 10: . JINÝ PRACOVNÍ ÚVAZEK*

Ze zkoumaného vzorku 135 nemá 106 (79 %) respondentek další pracovní úvazek, 14 (10 %) z nich pracuje ještě v jiném oboru, 11 (8 %) sledovaných sester samostatně podniká a pouze 4 (3 %) ze všech dotázaných má jiný pracovní poměr v oboru. ( viz graf č. 9)

GRAF Č. 9: DALŠÍ PRACOVNÍ ÚVAZEK

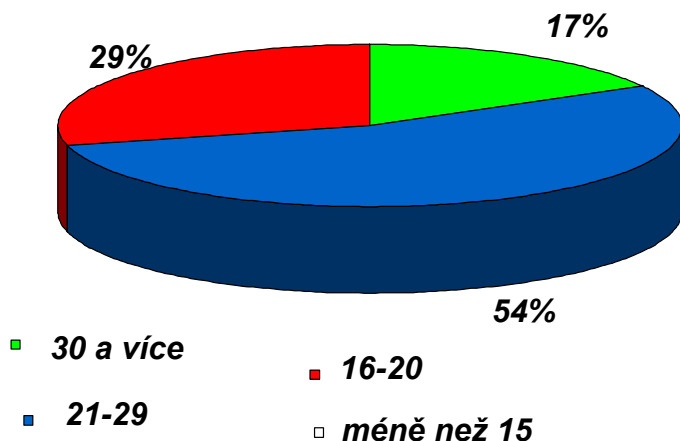


- **ne, nemám**
- **ano, samostatně podnikám**
- **ano, v jiném oboru**
- **ano, v oboru**

*Položka č. 11: POČET DNŮ DOVOLENÉ ZA ROK*

Za rok čerpá ze 135 sester 73 (54 %) sledovaných sester 21 - 29 dnů dovolené, z celkového počtu 135 sester má 39 (29 %) 16 - 20 dnů dovolené a 23 (17 %) z nich má dovolenou 30 a více dnů za rok. Žádná z dotázaných neudává, že by čerpala méně než 15 dnů dovolené za rok. ( viz graf č. 10)

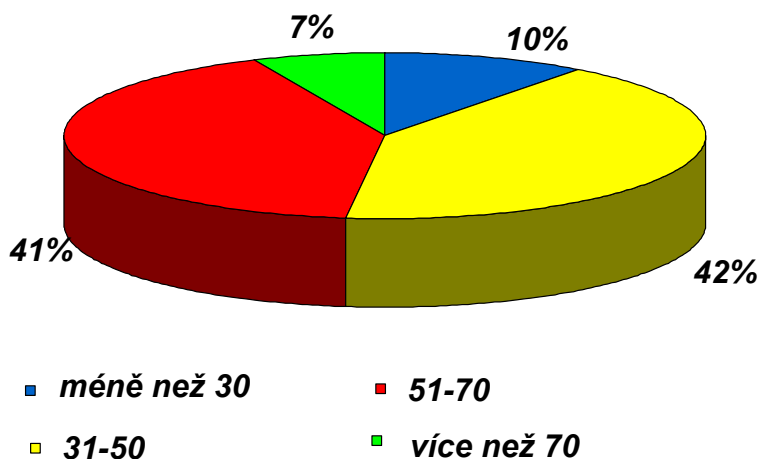
**GRAF Č. 10: DOVOLENÁ VE DNECH ZA ROK**



*Položka č. 12: POČET PRŮMĚRNĚ OŠETŘENÝCH PACIENTŮ ZA DEN*

V této položce byly shodné výsledky ve dvou odpovědích, 56 (41 %) respondentek udává, že ošetří za den 31 - 50 pacientů, 56 (41 %) sledovaných sester udává, že ošetří 51 - 70 pacientů denně. Z celkového počtu dotázaných 14 (10 %) sester uvedlo, že ošetří méně než 30 pacientů denně a 9 (7 %) sester ošetří více než 70 pacientů denně. ( viz graf č. 11)

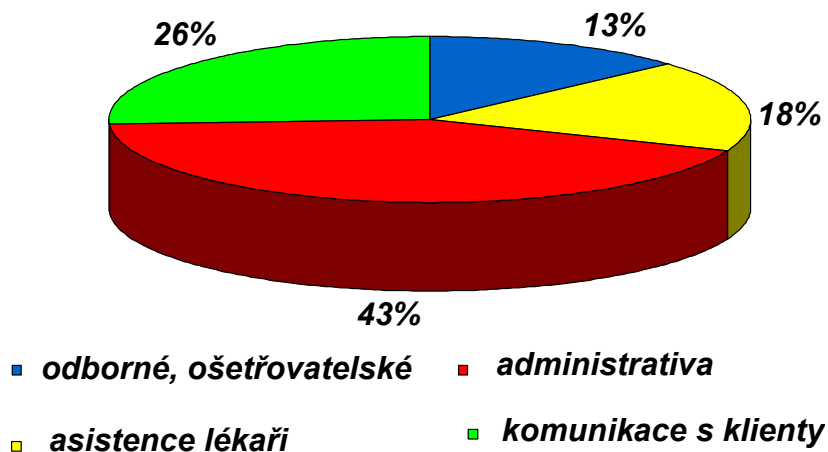
**GRAF Č. 11: POČET OŠETŘENÝCH PACIENTŮ ZA DEN**



*Položka č. 13: PŘEVAŽUJÍCÍ VÝKONY V PRACOVNÍ NÁPLNI*

Ze sledovaného vzorku 135 sester u 58 (43 %) respondentek převažuje v pracovní náplni administrativa, u 35 (26 %) dotázaných sester komunikace s klienty, 24 (18 %) z nich nejčastěji asistuje lékaři a 18 (13 %) uvádí, že nejčastěji provádí odborné ošetrovatelské výkony. ( viz graf č. 12)

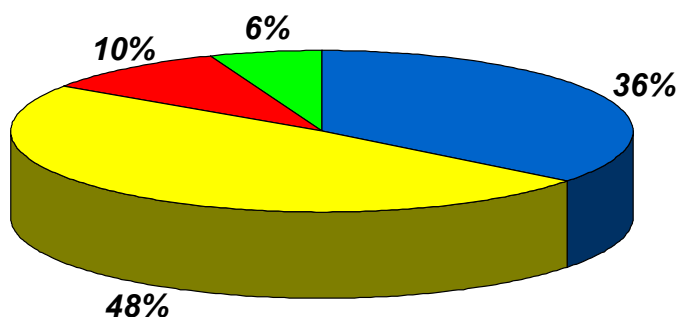
**GRAF Č.12: VÝKONY, KTERÉ PŘEVAŽUJÍ V PRACOVNÍ NÁPLNI**



*Položka č. 14: USPOŘÁDÁNÍ PRACOVNY*

Ze sledovaného vzorku 135 sester 66 (49 %) z nich uvádí, že přes jejich pracoviště prochází pacienti do pracovny lékaře, ve 48 (36 %) ordinacích pracuje sestra v jedné místnosti s lékařem, ve 13 (10 %) ordinacích je pracoviště lékaře a sestry odděleno čekárnou, 8 (6 %) sester uvádí, že jejich ordinace má jiné, než zde uvedené uspořádání. ( viz graf č. 13)

GRAF Č. 13: STAVEBNÍ USPOŘÁDÁNÍ PRACOVNY

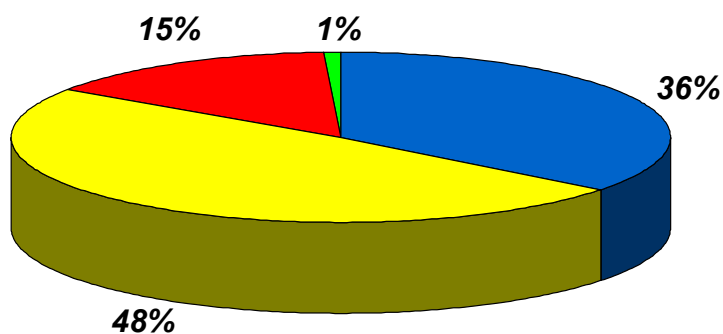


- lékař ordinuje jinde, pacienti procházejí
- v jedné místnosti s lékařem
- pracovna sestry je oddělena čekárnou
- jiné

*Položka č. 15: MODERNÍ VYBAVENÍ PRACOVIŠTĚ*

Z dotázaných 135 sester 66 (49 %) uvádí, že jejich pracoviště je celkem moderně vybaveno, 48 (36 %) z nich považuje své pracoviště za moderní, 20 (15 %) sester není s vybavením svého pracoviště spokojeno, 1 sestra o modernosti vybavení nepřemýšlí. ( viz graf č. 14)

GRAF Č. 14: MODERNÍ VYBAVENÍ PRACOVIŠTĚ



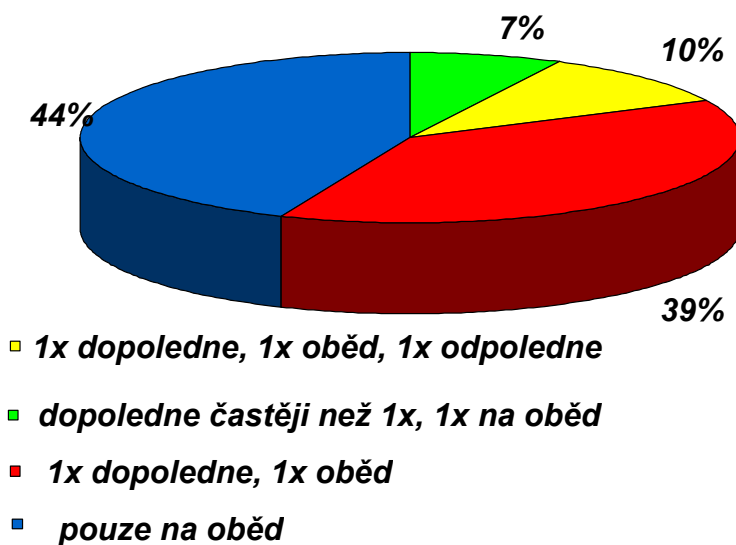
- ano
- nelíbí se mi
- spíše ano
- nepřemýšlím o tom

*Položka č. 16: ČASTOST PŘESTÁVEK*

Z osloveného vzorku 135 sester mívá 59 (44 %) přestávku pouze na oběd, 52 (39 %) z nich mívá přestávky 1 x za dopoledne a 1 x na oběd, 14 (10 %) respondentek dodržuje přestávky 1 x za dopoledne, 1 x za odpoledne a 1 x na oběd, 10 (7 %) mívá přestávky častěji. ( viz graf č. 15)



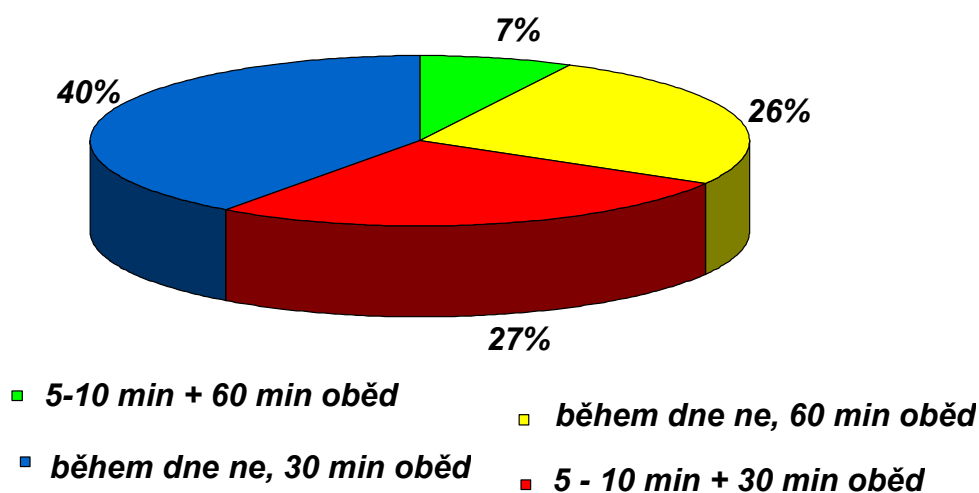
GRAF Č.15: ČASTOST PŘESTÁVEK



*Položka č. 17. DÉLKA PŘESTÁVEK*

Z oslovených 135 sester uvedlo 54 (40 %), že má pouze 30 min. přestávku na oběd, 36 (27 %) z dotázaných má 5 - 10 ti minutovou přestávku během dne a 30 min. na oběd, 35 (26 %) z nich má 60 min. přestávku na oběd, 10 (7 %) sester dodržuje více přestávek přes den a 60 min. na oběd. ( viz graf č. 16)

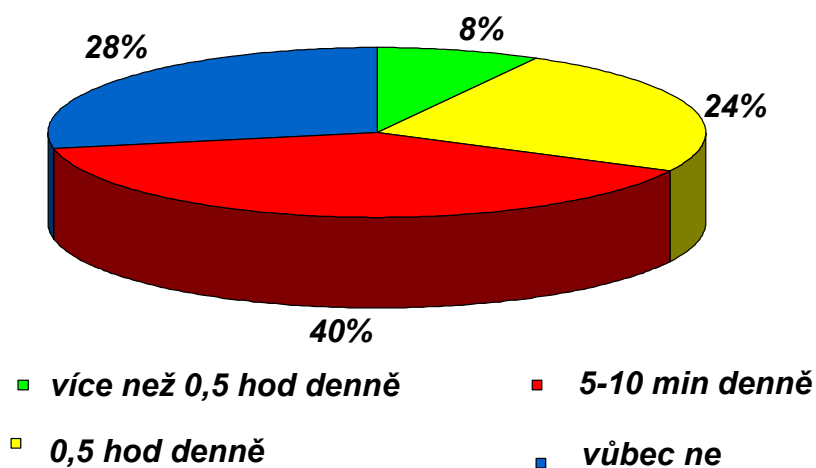
GRAF Č. 16: DÉLKA PŘESTÁVEK



*Položka č. 18: DÉLKA KONTAKTU S JINÝMI SZP ZA DEN*

Z celkového počtu respondentek uvedlo 53 (39 %) z nich, že jsou v kontaktu s jinými SZP 5 - 10 min. denně, 38 (28 %) sester není vůbec v kontaktu s jinými SZP, 33 (24 %) sester se má možnost vidět s jinými sestrami alespoň 0,5 hodiny denně, a pouze 11 (8 %) z nich více než 0,5 hodiny denně. ( viz graf č. 17)

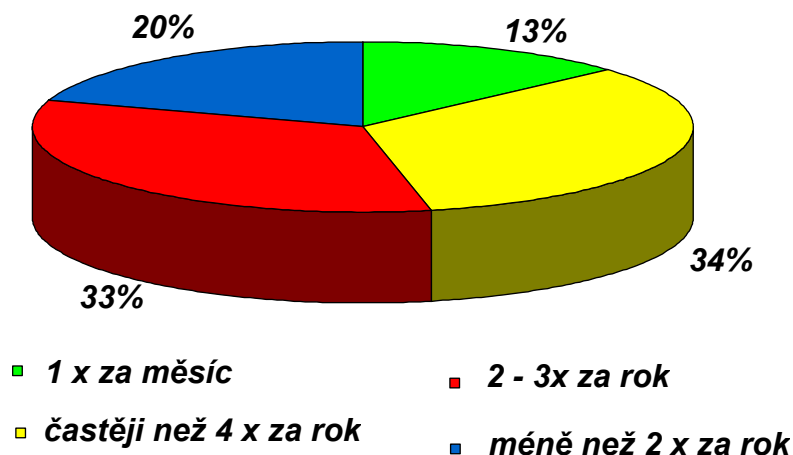
**GRAF Č. 17: DÉLKA KONTAKTU S JINÝMI SZP**



*Položka č. 19 : ODBORNÉ ŠKOLÍCÍ AKCE PRO SESTRY*

Z celkového počtu 135 respondentek navštěvuje semináře 45 (33 %) sester 2 – 3 x za rok, stejný počet sester absolvuje seminář častěji než 4 x za rok, 27 (20 %) z nich navštíví odbornou školící akci pro sestry méně než 2 x za rok, a pouze 18 (13 %) z nich absolvuje seminář 1 x za měsíc. ( viz graf č. 18)

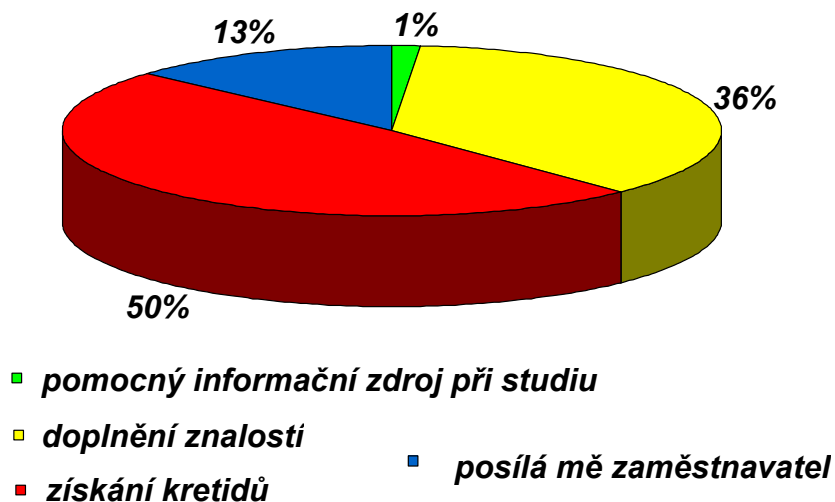
GRAF Č. 18: FREKVENCE ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÝCH ŠKOLÍCÍCH



Položka č. 20: MOTIVACE K ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÝCH ŠKOLÍCÍCH AKCÍ

Ze 135 sester nejčastěji uváděnou motivací k účasti na seminářích, tj. u 66 (49 %) dotázaných, je získání potřebného množství kreditů, 49 (36 %) sester navštěvuje semináře, aby si doplnily znalosti, 18 (13 %) sester posílá zaměstnavatel, 2 (1 %) sestry chodí na semináře, kvůli studiu na vysoké škole. ( viz graf č. 19)

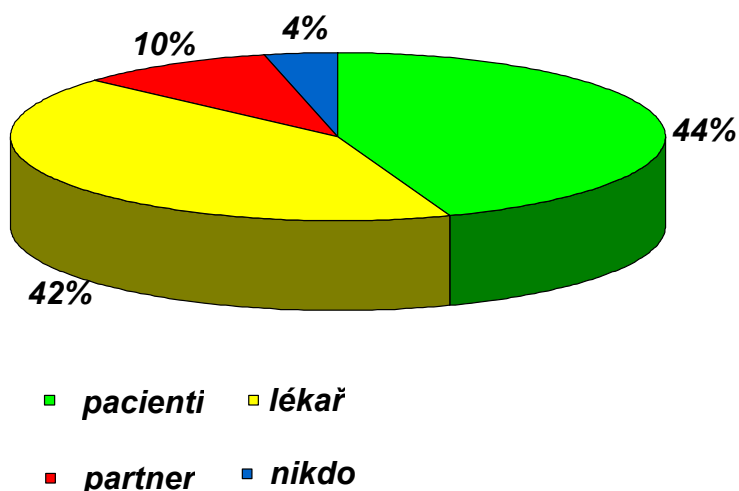
GRAF Č. 19: MOTIVACE K ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÝCH ŠKOLÍCÍCH AKCÍ



Položka č. 21: POCIT OCENĚNÍ PRÁCE

Téměř vyrovnané odpovědi z celkového počtu 135 v této položce byly odpovědi, že nejvíce si práce dotázaných sester cení pacienti tj. 60 (44 %), a lékař tj. 57 (42 %), 13 (10 %) dotázaných sester uvedlo, že si jejich práce nejvíce váží partner a 5 (4 %) sester si myslí, že nikdo. ( viz graf č. 20)

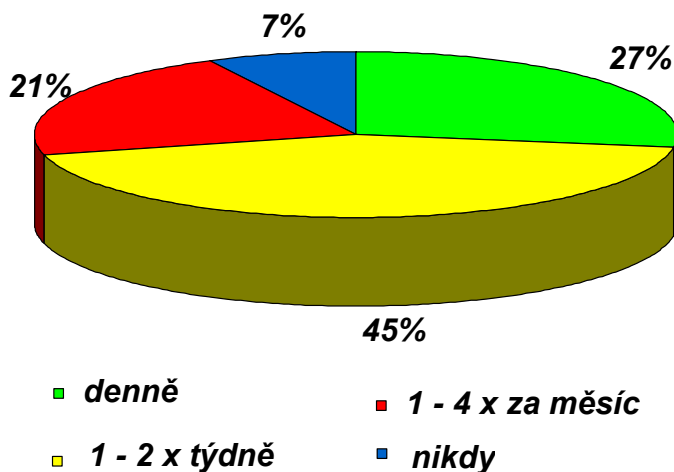
GRAF Č. 20: POCIT OCENĚNÍ



*Položka č. 22: POCIT Z DOBŘE VYKONANÉ PRÁCE*

Z celkového počtu dotázaných má 59 (45 %) respondentek na konci pracovního dne pocit z dobrého výkonu 1 – 2 x týdně, 37 (27 %) z nich je se svým výkonem spokojeno denně, 29 (21 %) sester jen 1 - 4 x za měsíc a 10 (7 %) respondentek nemá pocit z dobře vykonané práce nikdy. ( viz graf č. 21)

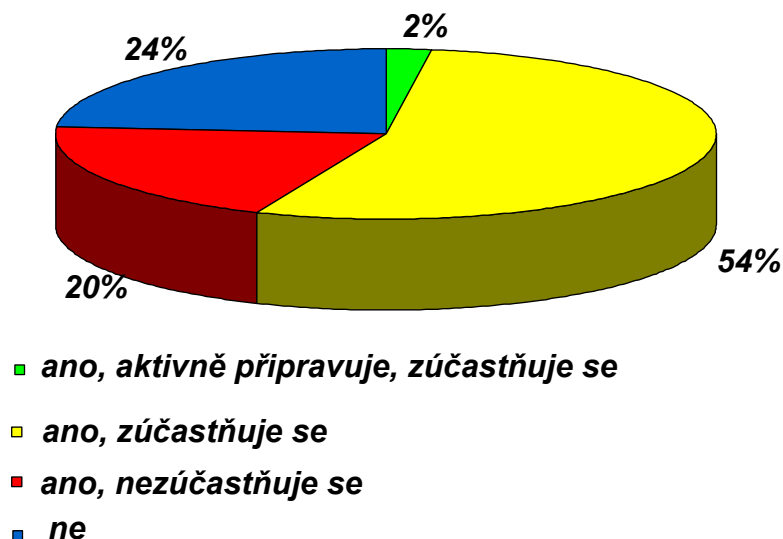
GRAF Č. 21: POCIT Z DOBŘE VYKONANÉ PRÁCE



### *Položka č. 23: AKTIVITA V PROFESNÍCH ORGANIZACÍCH*

Z celkového počtu 135 respondentek 73 (54 %) z nich je členkou profesní organizace sester a zúčastňuje se akcí, které, tato organizace pořádá, 32 (24 %) není členkou žádné profesní organizace sester, 27 (20 %) sester jsou členkami, ale akcí se nezúčastňují, 3 (2 %) dotázaných se aktivně podílí na činnosti organizace. ( viz graf č. 21)

**GRAF Č. 22: AKTIVITA V PROFESNÍCH ORGANIZACÍCH**



### **3.8.2 Vyhodnocení MBI dotazníku u respondentek ve vybraných typech ambulantních provozů**

#### *Ambulance praktického lékaře pro děti a dorost*

Z ambulancí praktického lékaře pro děti a dorost se šetření zúčastnilo 33 sester. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že ze 33 respondentek dosahuje 13 (39 %) sester v kategorii odosobnění nízkou hladinu syndromu vyhoření, 10 (30 %) z nich střední a 10 (30 %) sester mělo vysokou hladinu syndromu vyhoření. V oblasti citového vyčerpání bylo 9 (27 %) sester na nízké úrovni, 30 (33 %) z nich na střední úrovni a 13 (39 %) respondentek na vysoké úrovni syndromu vyhoření. V kategorii snížení pracovního výkonu mělo 18 (55 %) sester nízké riziko, 8 (24 %) střední a 7 (21 %) vysoké riziko syndromu vyhoření. (viz. tabulka č. 3)

**TABULKA Č. 3: VÝSKYT RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U SOUBORU RESPONDENTEK Z AMBULANCÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST**

<b>Ambulance praktického lékaře pro děti a dorost</b>						
stupeň vyhoření	Odosobnění		Citové vyčerpání		Snížení pracovního výkonu	
	n	%	n	%	n	%
<b>Nízké</b>	13	39	9	27	18	55
<b>Střední</b>	10	30	11	33	8	24
<b>Vysoké</b>	10	30	13	39	7	21
<b>Σ</b>	33	100	33	100	33	100

*Ambulance praktického lékaře pro dospělé*

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že v oblasti odosobnění ze 43 sester na ambulancích praktického lékaře pro dospělé dosahuje 10 (23 %) nízké úrovně, 20 (47 %) sester střední a 13 (30 %) respondentek vykazuje vysokou úroveň rizika vyhoření. V oblasti citového vyčerpání bylo 13 (30 %) sester na nízké úrovni, 16 (37 %) z nich na střední úrovni a 14 (33 %) sester na vysoké úrovni rizika syndromu vyhoření. V kategorii snížení pracovního výkonu mělo 8 (19 %) sester nízké riziko, 25 (58 %) z nich střední riziko a 10 (23 %) sester vysoké riziko syndromu vyhoření. (viz. tabulka č. 4)

**TABULKA Č. 4: VÝSKYT RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U SOUBORU RESPONDENTEK Z AMBULANCÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO Dospělé**

<b>Ambulance praktického lékaře pro dospělé</b>						
stupeň vyhoření	Odosobnění		Citové vyčerpání		Snížení pracovního výkonu	
	n	%	n	%	n	%
<b>Nízké</b>	10	23	13	30	8	19
<b>Střední</b>	20	47	16	37	25	58
<b>Vysoké</b>	13	30	14	33	10	23
<b>Σ</b>	43	100	43	100	43	100

### *Ambulance praktického lékaře gynekologa*

V problematice odosobnění u 45 sester z ambulancí praktického gynekologa mělo 15 (33 %) z vybraných sester nízkou hladinu rizika syndromu vyhoření, 18 (40 %) střední a 12 (27 %) ze 45 dotazovaných vykazovalo vysokou hladinu vyhoření. V oblasti citového vyčerpání bylo 16 (36 %) sester na nízké úrovni vyhoření, 22 (49 %) respondentek vykazuje stupeň vyhoření v této oblasti na střední úrovni a 7 (16 %) respondentek na vysoké úrovni syndromu vyhoření. Výzkumem bylo zjištěno, že v kategorii snížení pracovního výkonu se 11 (24 %) sester pohybuje na úrovni nízkého rizika, 15 (33 %) sester na střední úrovni a 19 (42 %) na vysoké úrovni syndromu vyhoření. (viz. tabulka č. 5)

**TABULKA Č. 5: VÝSKYT RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U SOUBORU RESPONDENTEK Z AMBULANCÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE GYNEKOLOGA**

<b>Ambulance praktického lékaře gynekologa</b>						
<b>stupeň vyhoření</b>	<b>Odosobnění</b>		<b>Citové vyčerpání</b>		<b>Snížení pracovního výkonu</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nízké</b>	15	33	16	36	11	24
<b>Střední</b>	18	40	22	49	15	33
<b>Vysoké</b>	12	27	7	16	19	42
<b>Σ</b>	45	100	45	100	45	100

### *Ambulance specialisty- jiné*

V ambulancích specialistů se dotazníkového šetření zúčastnilo 14 sester. V této skupině sester bylo v problematice odosobnění zjištěno, že 4 (29 %) z dotazovaných sester vykazují nízkou hladinu rizika syndromu vyhoření, 3 (21 %) z nich střední hladinu a 7 (50 %) vysokou hladinu rizika syndromu vyhoření. V oblasti citového vyčerpání bylo 7 (50 %) na nízké úrovni vyhoření, 2 (14 %) respondentky na střední úrovni vyhoření a 5 (36 %) sester na vysoké úrovni syndromu vyhoření. V kategorii snížení pracovního výkonu mělo 7 (50 %) respondentek nízké riziko vyhoření, 4 (29 %) respondentky měly střední riziko a 3 (21 %) sestry měly vysoké riziko syndromu vyhoření. (viz. tabulka č. 6)

**TABULKA Č. 6: VÝSKYT RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U SOUBORU RESPONDENTEK Z AMBULANCÍ SPECIALISTŮ**

<b>Ambulance specialisty</b>						
stupeň vyhoření	Odosobnění		Citové vyčerpání		Snížení pracovního výkonu	
	n	%	n	%	n	%
<b>Nízké</b>	4	29	7	50	7	50
<b>Střední</b>	3	21	2	14	4	29
<b>Vysoké</b>	7	50	5	36	3	21
<b>Σ</b>	14	100	14	100	14	100

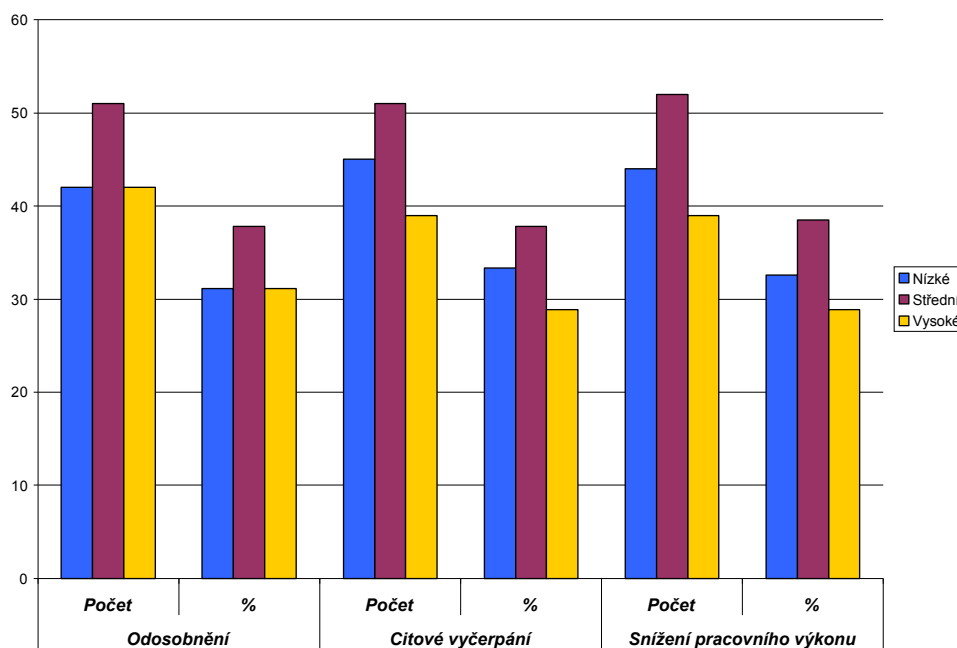
### 3.8.3 Výsledky MBI dotazníku u celého souboru respondentek

Z celkových výsledků výzkumu u 135 respondentek vyplynulo, že v problematice odosobnění vykazuje 31 % respondentek nízkou hladinu rizika syndromu vyhoření, 38 % sester střední hladinu a 31 % respondentek mělo vysokou hladinu rizika syndromu vyhoření. V oblasti citového vyčerpání bylo 33 % sester na nízké úrovni, 38 % z nich na střední úrovni a 29 % sester na vysoké úrovni syndromu vyhoření. V kategorii snížení pracovního výkonu mělo 33 % dotazovaných nízké riziko, 39 % respondentek vykazuje střední a 29 % vysoké riziko syndromu vyhoření.

Vysoká intenzita syndromu vyhoření se u dotazovaných sester nejvíce objevila v kategorii odosobnění. V oblasti citového vyčerpání i v kategorii odosobnění převažuje míra vyhoření střední, avšak v obou oblastech jsou hodnoty všech stupňů téměř vyrovnané. Také v kategorii odosobnění není žádný rozdíl mezi nízkou mírou vyhoření a vysokou mírou vyhoření. (viz. graf č. 22)



**GRAF Č. 22: VÝSKYT RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**



Z ambulancí praktických lékařů se šetření zúčastnilo 76 respondentek. Při porovnání výsledků výzkumu syndromu vyhoření u sester pracujících v ambulancích praktických lékařů a sester pracujících v ambulanci specialisty bylo zjištěno, že v oblasti odosobnění je na nízké úrovni v první skupině sester 23 (30 %) ze 76 dotázaných, na střední úrovni je 30 (39 %) sester a na vysoké úrovni se vyskytuje 23 (30 %) sester zkoumaného vzorku. Nízký stupeň vyhoření v kategorii citového vyčerpání vykazuje v první skupině 22 (29 %), střední a vysoký stupeň vykazuje shodně 27 (36 %) respondentek. V kategorii snížení pracovního výkonu se prokázalo, že v nízké hladině vyhoření se pohybuje 26 (34 %) sledovaných sester, ve střední hladině se pohybuje 33 (43 %) sester a ve vysoké 17 (22 %) dotázaných.

Z ambulancí praktických lékařů se šetření zúčastnilo 59 respondentek. Ve skupině sester, ze specializovaných pracovišť, bylo zjištěno, že v oblasti odosobnění je na nízkém stupni vyhoření 19 (32 %) ze 135 sester, na středním stupni se nachází 30 (39 %) respondentek a na vysokém stupni se pohybuje 19 (32 %) sledovaných sester. V kategorii citového vyčerpání se ze sledovaného vzorku 23 (39 %) respondentek pohybuje v hladině nízkého stupně vyčerpání, 24 (41 %) z nich ve středním a 12 (20 %) z 59 oslovených sester se nachází ve vysokém stupni vyčerpání. V kategorii snížení pracovního výkonu vykazuje 18 (31 %) dotázaných sester známky nízkého vyčerpání, 19 (32 %) z nich vykazuje známky středního a 22 (37 %) sester dosahuje vysokého stupně vyčerpání. (viz. tabulka č. 7 a 8)

**TABULKA Č. 7: SYNDROM VYHOŘENÍ U CELÉHO SOUBORU SESTER PRACUJÍCÍCH V AMBULANCÍCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ**

stupeň vyhoření	odosobnění		citové vyčerpání		snížení pracovního výkonu	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
nízké	23	30	22	29	26	34
střední	30	39	27	36	33	43
vysoké	23	30	27	36	17	22
<b>celkem</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

**TABULKA Č. 8: SYNDROM VYHOŘENÍ U CELÉHO SOUBORU SESTER PRACUJÍCÍCH V AMBULANCÍCH SPECIALISTŮ**

stupeň vyhoření	odosobnění		citové vyčerpání		snížení pracovního výkonu	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
nízké	19	32	23	39	18	31
střední	21	36	24	41	19	32
vysoké	19	32	12	20	22	37
<b>celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Z porovnání výsledků šetření u obou skupin vyplývá, že v oblasti odosobnění vykazují obě skupiny sester srovnatelné výsledky ve všech stupních vyhoření. V oblasti citové vyčerpanosti je patrna vyšší incidence k vyhoření u sester, pracujících v ambulancích praktických lékařů 36 %, zatímco u sester z ambulančí specialistů byla vysoká míra vyčerpanosti 20 %. V kategorii snížení pracovního výkonu je vyšší stupeň vyčerpání u sester, pracujících v ambulancích specialistů 37 %, u sester z ambulančí praktických lékařů 22 %.

### 3.8.4 Porovnání výsledků dotazníku vlastní konstrukce s dotazníkem MBI u celého souboru respondentek

Na základě stanovených hypotéz byly zvoleny tyto sledované faktory: věk respondentek, stupeň vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a sociálně-profesní izolace.

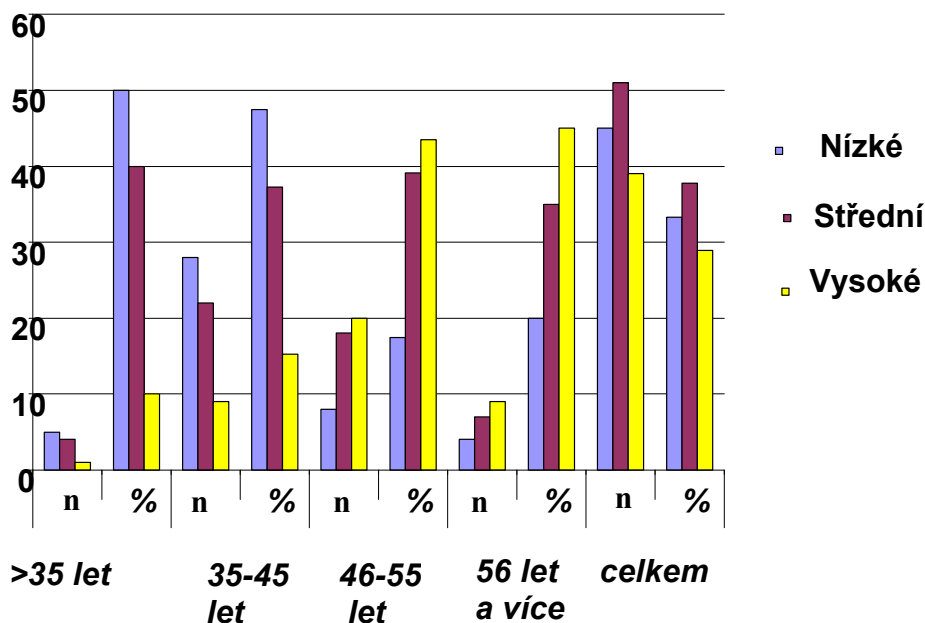
#### *Věk respondentek*

Z celkového počtu respondentek 135 v oblasti **citového vyčerpání**, bylo ze skupiny mladších 35 let 5 (4 %) z nich na nízké úrovni vyčerpání, 4 sestry (3 %) na střední úrovni a 1 sestra (1 %) na vysoké úrovni citového vyčerpání. U sester ve věkovém rozmezí 31 - 45 let se 28 (21 %) z nich pohybuje na úrovni nízkého rizika, 22 (16 %) sester na úrovni středního a 9 (7 %) z nich vykazuje známky vysokého rizika citového vyčerpání. Ve věkovém rozmezí 46 - 55 let je 8 (6 %) respondentek na nízké úrovni, 18 (13 %) z nich na střední a 20 (15 %) sester na vysoké úrovni rizika v této oblasti. Věková kategorie nad 56 let vykazuje 4 (3 %) z nich na nízkém stupni citového vyčerpání, 7 sester (5 %) se středním a 9 z nich (7 %) s vysokým rizikem v této oblasti sledování. (viz. tabulka č. 9, graf č. 23)

**TABULKA Č. 9: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

<b>Stupeň vyhoření v souvislosti s věkem</b>										
<b>Citová vyčerpání</b>										
<i>věk</i>										
<i>stupeň vyhoření</i>	<i>méně než 35 let</i>		<i>35-45 let</i>		<i>46-55 let</i>		<i>56 let a více</i>		<i>celkem</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Nízké</b>	5	4	28	21	8	6	4	3	45	33
<b>Střední</b>	4	3	22	16	18	13	7	5	51	38
<b>Vysoké</b>	1	1	9	7	20	15	9	7	39	29
<b>Σ</b>	10	7	59	44	46	34	20	15	135	100

**GRAF Č. 23: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

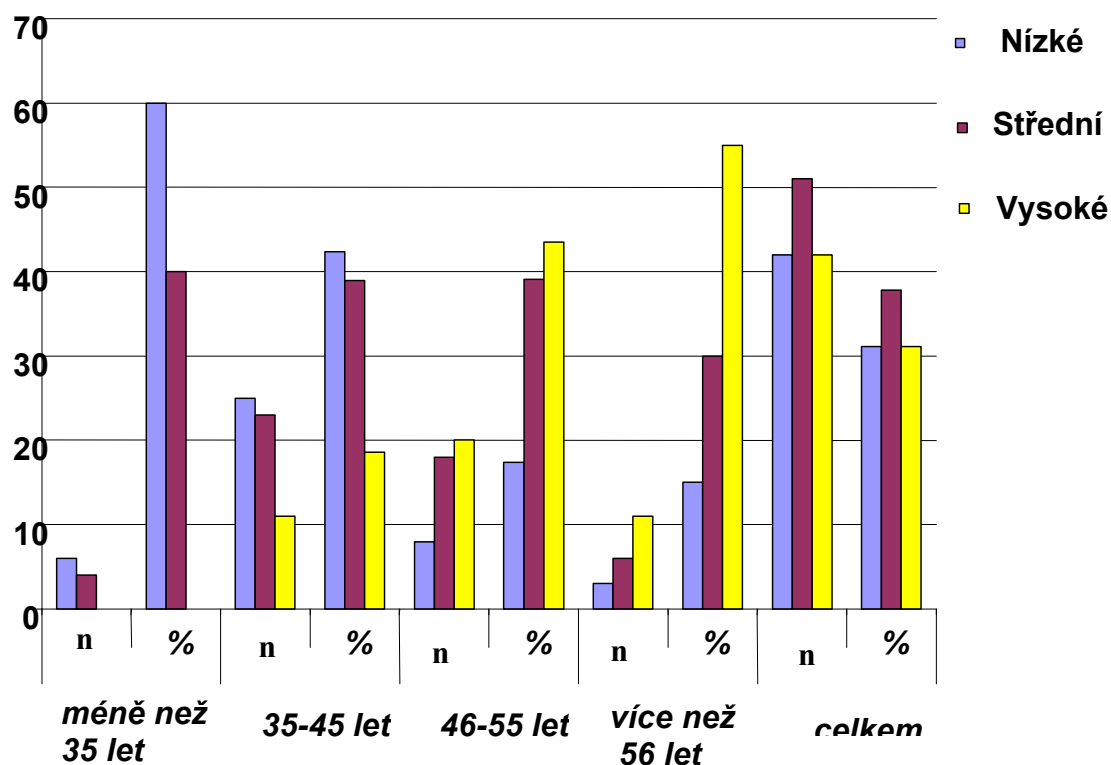


Z celkového vzorku 135 respondentek je v oblasti **odosobnění**, u skupiny sester, kterým bylo méně než 35 let, 6 (4 %) sester na nízké úrovni vyčerpanosti a 4 (3 %) sestry na střední úrovni vyčerpání. Na vysoká úrovni odosobnění se, podle výsledků zkoumání, ze sledovaných sester nepohybuje žádná. U sester, ve věkovém rozmezí 31 - 45 let, se 25 (19 %) z nich pohybuje na úrovni nízkého rizika, 23 (17 %) sester na úrovni středního rizika a 11 (8 %) sester vykazuje známky vysokého rizika odosobnění. Ve věkovém rozmezí 46 - 55 let je 8 (6 %) z nich na nízké, 18 (13 %) respondentek na střední úrovni a 20 sester (15 %) je na vysoké úrovni rizika v této oblasti. Věková kategorie nad 56 let vykazuje 3 (2 %) sestry s nízkým rizikem odosobnění, 6 (4 %) sester se pohybuje na středním stupni a 11 (8 %) z nich na vysokém stupni rizika v této oblasti sledování. (viz. tabulka č. 10, graf č. 24)

TABULKA Č. 10: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK

Stupeň vyhoření v souvislosti s věkem										
Odosobnění										
věk										
stupeň vyhoření	méně než 35 let		35-45 let		46-55 let		více než 56 let		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nízké	6	4	25	19	8	6	3	2	42	31
Střední	4	3	23	17	18	13	6	4	51	38
Vysoké	0	0	11	8	20	15	11	8	42	31
Σ	10	7	59	44	46	34	20	15	135	100

GRAF Č. 24: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU

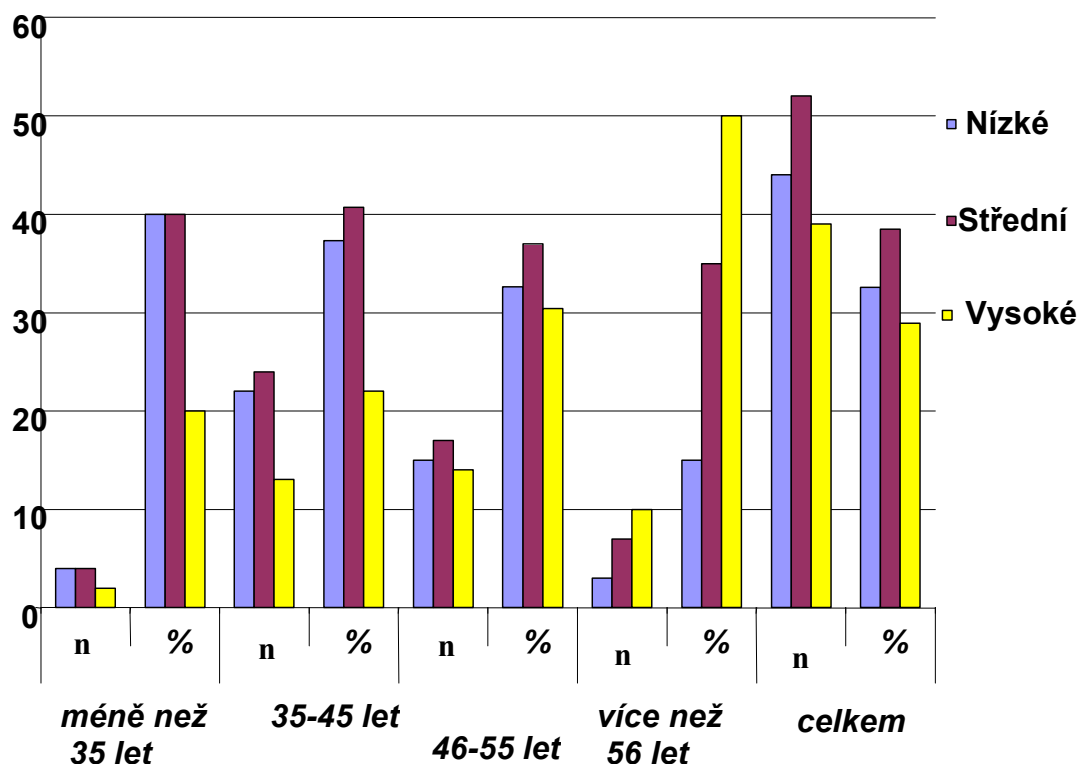


Z celkového počtu 135 dotazovaných v kategorii **snížení pracovního výkonu** byly u sester, kterým bylo méně než 35 let, 4 (3 %) sestry na nízké úrovni snížení pracovního výkonu, stejný počet na střední a 2 (1 %) sestry na vysoké úrovni. U sester ve věkovém rozmezí 31 - 45 let se 22 (16 %) z nich pohybuje na úrovni nízkého rizika, 24 (18 %) respondentek na úrovni středního rizika a 13 (10 %) sester vykazuje známky vysokého rizika snížení pracovního výkonu. Ve věkovém rozmezí 46 - 55 let je 15 (11 %) z nich na nízké, 17 (13 %) sester na střední úrovni a 14 (10 %) sester na vysoké úrovni rizika v této oblasti. Věková kategorie nad 56 let vykazuje 3 (2 %) sestry s nízkým rizikem citového vyčerpání, 7 (5 %) sester se středním rizikem a 10 (7 %) z nich s vysokým rizikem v této oblasti sledování. (viz. tabulka č. 11, graf č. 25)

**TABULKA Č. 11: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

<b>Stupeň vyhoření v souvislosti s věkem</b>										
<b>Snížení pracovního výkonu</b>										
<b>věk</b>										
<b>stupeň vyhoření</b>	<b>méně než 35 let</b>		<b>35-45 let</b>		<b>46-55 let</b>		<b>více než 56 let</b>		<b>celkem</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nízké</b>	4	3	22	16	15	11	3	2	44	33
<b>Střední</b>	4	3	24	18	17	13	7	5	52	39
<b>Vysoké</b>	2	1	13	10	14	10	10	7	39	29
<b>Σ</b>	10	7	59	44	46	34	20	15	135	100

**GRAF Č. 25: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU**



Ve všech sledovaných oblastech je patrna stoupající tendence rizika syndromu vyhoření v souvislosti se stoupajícím věkem.

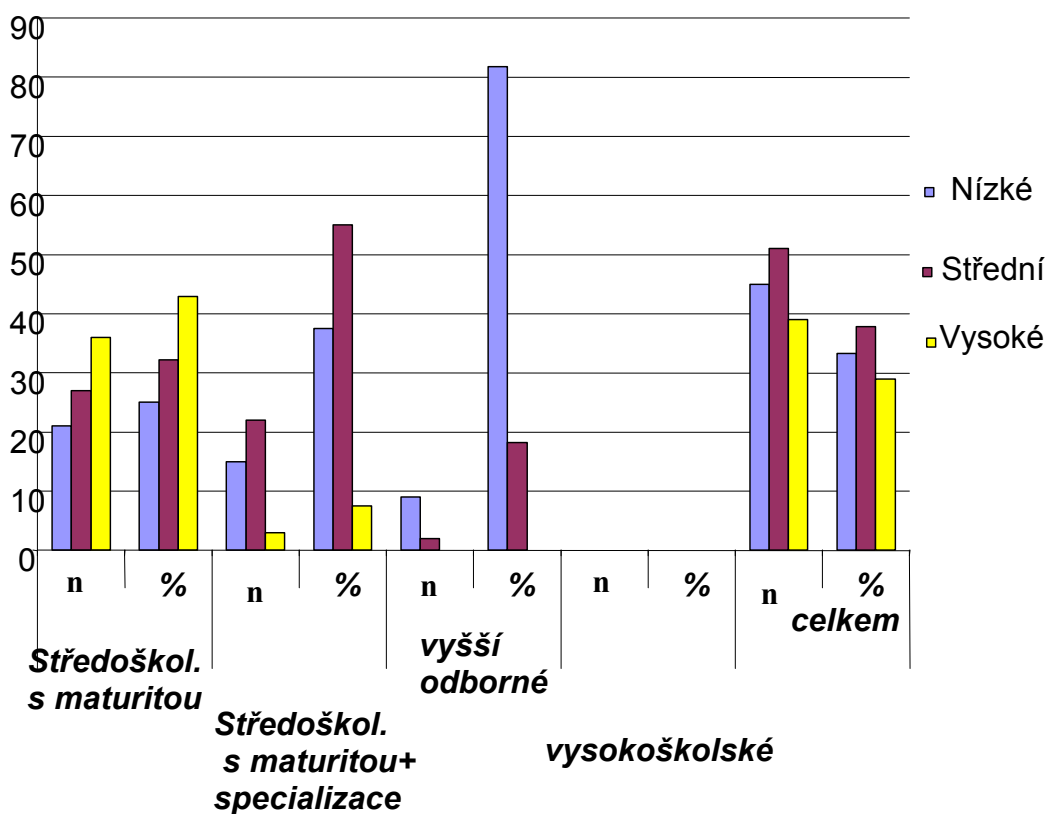
#### *Nejvyšší dosažené vzdělání*

Výzkumem u 135 respondentek byla zjišťována souvislost mezi mírou vyhoření a dosaženým vzděláním. Nízký stupeň **citového vyčerpání** prokazovaly sestry, které dosáhly středoškolského vzdělání, zakončeného maturitou v počtu 21 (16 %) ze 135 sledovaných sester, střední stupeň rizika prokazuje 27 (50 %) z nich a vysoké riziko se objevuje u 36 (27 %) takto vzdělaných sester. U sester, které zakončily vzdělání střední školou s maturitou a k tomu absolvovaly specializaci se na nízkém stupni rizika pohybuje 15 (11 %) sester. Na středním stupni rizika se nachází 22 (16 %) z nich a na vysokém 3 (2 %) respondentky. Sestry s titulem Dis vykazují nízký stupeň rizika vyhoření v oblasti citové vyčerpanosti v počtu 9 (7 %) sester, střední stupeň v počtu 2 (1 %) z nich a žádná sledovaná sestra s tímto vzděláním nedosahuje vysokého stupně rizika v této oblasti. Vysokoškolsky vzdělané sestry se v tomto sledovaném souboru neobjevily. (viz. tabulka č. 12, graf č. 26)

TABULKA Č. 12: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK

Stupeň vyhoření v souvislosti se stupněm dosaženého vzdělání										
Citová vyčerpanost										
nejvyšší dosažené vzdělání										
stupeň vyhoření	středoškolské s maturitou		středoškolské s maturitou+ specializace		vyšší odborné (DIS)		vysokoškolské (Bc, Mgr)		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nízké	21	16	15	11	9	7	0	0	45	33
Střední	27	20	22	16	2	1	0	0	51	38
Vysoké	36	27	3	2	0	0	0	0	39	29
<b>Σ</b>	<b>84</b>	<b>62</b>	<b>40</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>135</b>	<b>100</b>

GRAF Č. 26: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK



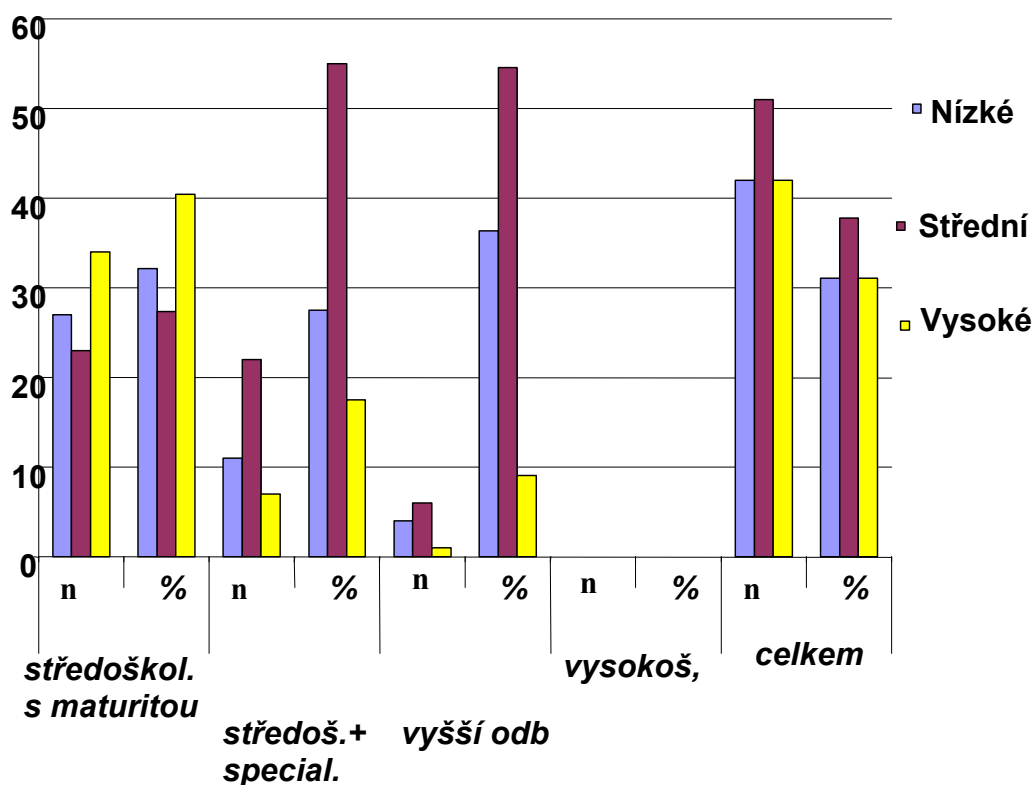


V souboru 135 respondentek byla sledována míra rizika v oblasti **odosobnění** v souvislosti se vzděláním. U sester, které absolvovaly středoškolské vzdělání, zakončené maturitou, se projevila míra rizika v nízkém stupni u 27 (32 %) sester ve středním stupni u 23 sester (27 %) a u 34 sester (40 %) byla míra vyhoření na středním stupni rizika. Respondentky se specializací byly v 11 případech (28 %) v nízké, u 22 z nich (55 %) ve střední a u 7 sester (18 %) ve vysoké míře rizika vyhoření v oblasti odosobnění. Sestry s titulem Dis vykazují u 4 sester (36 %) nízké riziko, u 6 z nich (55 %) střední a u 1 (9 %) vysoké riziko odosobnění. (viz. tabulka č. 13, graf č. 27)

**TABULKA Č. 13: VÝSKYT RIZIKA ODOSONBĚNÍ SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

<b>Stupeň vyhoření v souvislosti se stupněm dosaženého vzdělání</b>										
<b>Odosobnění</b>										
<i>nejvyšší dosažené vzdělání</i>										
<b>stupeň vyhoření</b>	<b>středoškolské s maturitou</b>		<b>středoškolské s maturitou+ specializace</b>		<b>vyšší odborné (DIS)</b>		<b>vysokoškolské (Bc, Mgr)</b>		<b>celkem</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nízké</b>	27	20	11	8	4	3	0	0	42	31
<b>Střední</b>	23	17	22	16	6	4	0	0	51	38
<b>Vysoké</b>	34	25	7	5	1	1	0	0	42	31
<b>Σ</b>	84	62	40	30	11	8	0	0	135	100

**GRAF Č. 27: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

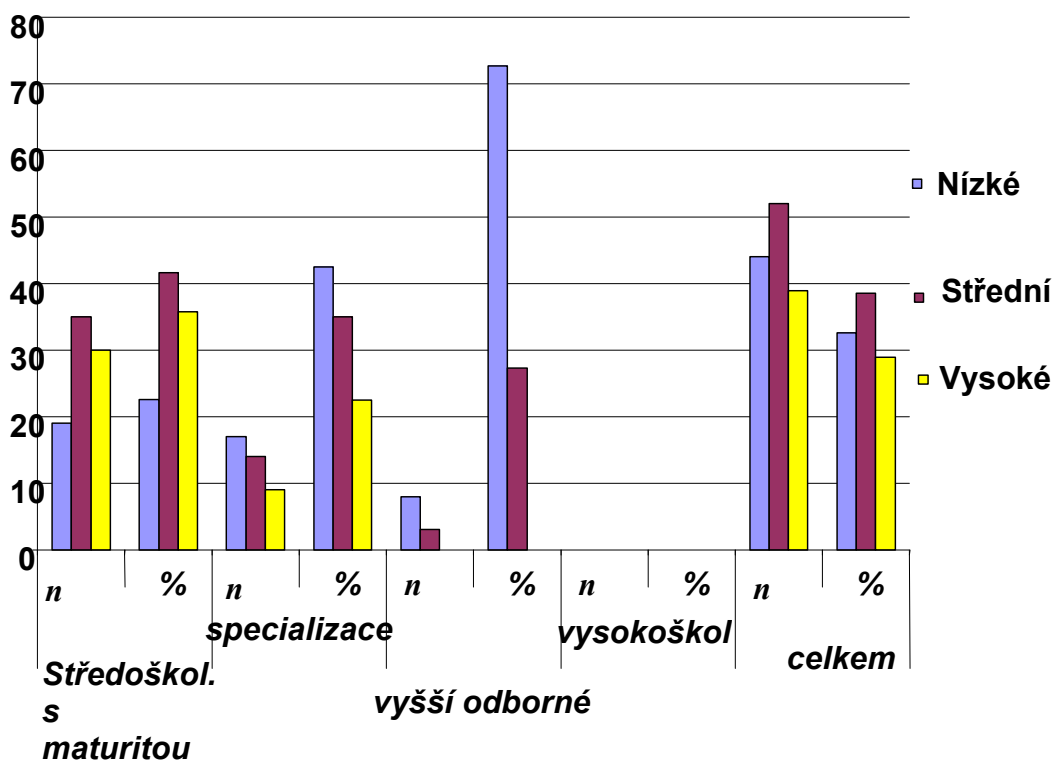


Ze 135 respondentek ve sledovaném souboru **riziko snížení pracovního výkonu** vykazuje na nízkém stupni 19 (14 %) sester se středoškolským vzděláním, na středním stupni vyhoření se nachází 35 (26 %) těchto sester a na vysokém stupni je 30 (22 %) z nich. U sester se specializací bylo zjištěno, že 17 (13 %) z nich vykazuje nízké riziko snížení pracovního výkonu, 14 (10 %) respondentek střední riziko a 9 (7 %) ze 135 sester se specializací vykazuje vysoké riziko ohrožení. U sester s titulem Dis bylo zjištěno nízké riziko ohrožení v této oblasti u 8 (6 %) sester, střední riziko snížení pracovního výkonu bylo zjištěno u 3 (2 %) z nich a žádná sestra s tímto vzděláním, ve sledovaném souboru, není ohrožena vysokým stupněm rizika snížení pracovního výkonu. (viz. tabulka č. 14, graf č. 28)

TABULKA Č. 14: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK

Stupeň vyhoření v souvislosti se stupněm dosaženého vzdělání										
Snížení pracovního výkonu										
nejvyšší dosažené vzdělání										
stupeň vyhoření	středoškolské s maturitou		středoškolské s maturitou+ specializace		vyšší odborné (DIS)		vysokoškolské (Bc, Mgr)		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nízké	19	14	17	13	8	6	0	0	44	33
Střední	35	26	14	10	3	2	0	0	52	39
Vysoké	30	22	9	7	0	0	0	0	39	29
$\Sigma$	84	62	40	30	11	8	0	0	135	100

GRAF Č. 28: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK



Výsledky výzkumu jednoznačně potvrzují snižující se tendenci rizika vyhoření ve všech oblastech u sester s vyšším stupněm vzděláním.

### *Délka praxe ve zdravotnictví*

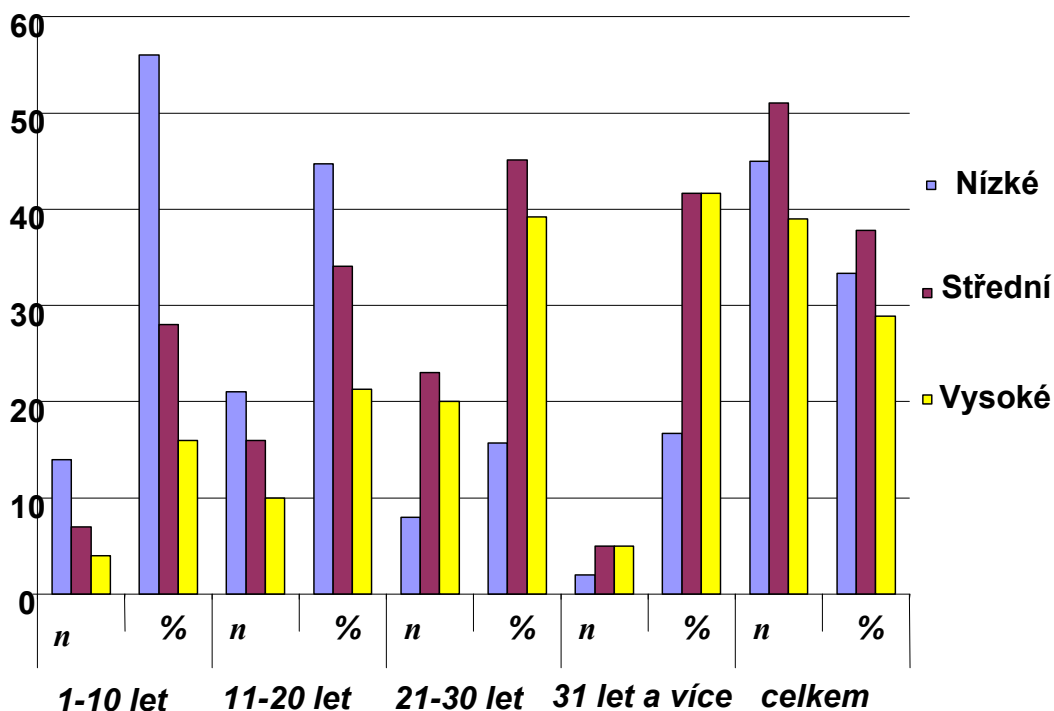
Dále byl sledován vliv délky praxe na intenzitu vyhoření u 135 sester v ambulantních provozech.

U sester pracujících ve zdravotnictví v rozmezí 1 - 10 let se projevila **citová vyčerpanost** na nízkém stupni rizika u 14 (10 %) oslovených sester na středním stupni citového vyčerpání u 7 (5 %) sester a na vysokém stupni se citové vyčerpání projevilo u 4 (3 %) sester. Ve skupině sester, které ve zdravotnictví pracují 11 - 20 let se riziko citového vyčerpání v nízkém stupni objevuje u 21 (16 %) sester na středním stupni u 16 (12 %) respondentek, ve vysokém stupni rizika se pohybuje 10 (7 %) sester. Z celkového počtu dotazovaných se ve skupině sester, pracujících ve zdravotnictví 21 - 30 let se nachází 8 (6 %) sester v nízkém stupni ohrožení citovým vyčerpáním, 23 (17 %) z nich je ve středním stupni a 20 (15 %) z oslovených sester je ve vysokém stupni rizika. U sester, které pracují ve zdravotnictví více než 31 let jsou pouze 2 (1 %) z nich na nízkém stupni rizika a stejný počet 5 (4 %) sester vykazuje známky středního a vysokého stupně ohrožení citovým vyčerpáním. (viz. tabulka č. 15, graf č. 29)

**TABULKA Č. 15: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

<b>Stupeň vyhoření v souvislosti s délkou praxe</b>										
<b>Citová vyčerpanost</b>										
<i>doba práce ve zdravotnictví</i>										
<b>stupeň vyhoření</b>	<b>1-10 let</b>		<b>11-20 let</b>		<b>21-30 let</b>		<b>31 let a více</b>		<b>celkem</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nízké</b>	14	10	21	16	8	6	2	1	45	33
<b>Střední</b>	7	5	16	12	23	17	5	4	51	38
<b>Vysoké</b>	4	3	10	7	20	15	5	4	39	29
<b>Σ</b>	25	19	47	35	51	38	12	9	135	100

**GRAF Č. 29: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

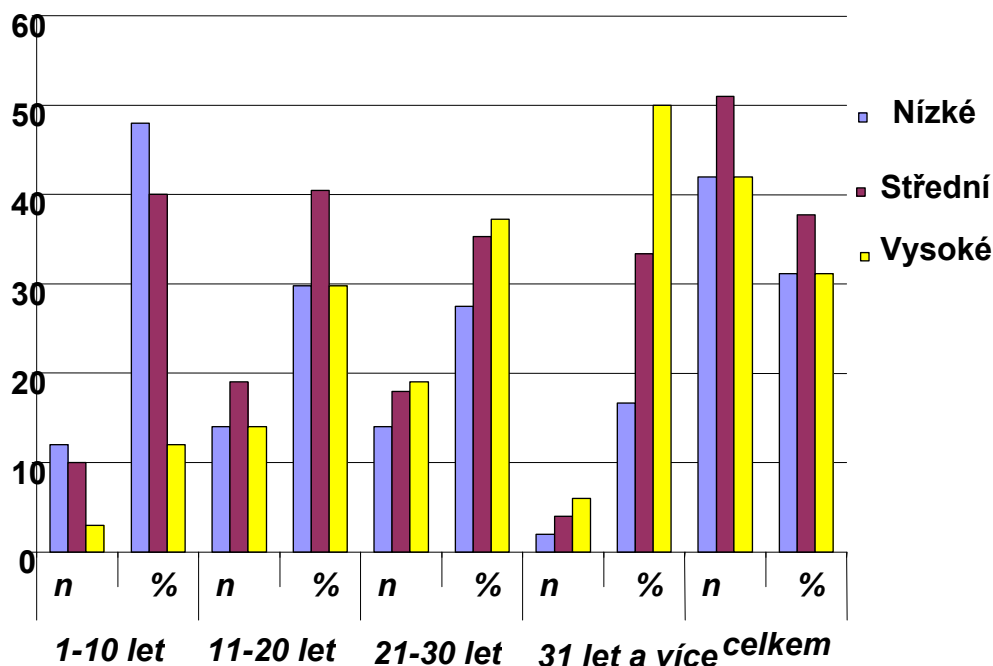


Z celkového vzorku respondentek se projevilo u sester pracujících ve zdravotnictví 1 - 10 let **odosobnění** na nízkém stupni rizika u 12 sester (9 %), na středním stupni u 10 (7 %). Vysoký stupeň vyhoření se v této skupině respondentek projevilo u 3 (2 %) sester. Ve skupině sester, které ve zdravotnictví pracují 11 - 20 let se riziko odosobnění v nízkém stupni objevuje u 14 (10 %) z nich, na středním u 19 (14 %) respondentek, ve vysokém stupni rizika se pohybuje 11 (10 %) sester. Po 21 - 30 letech práce ve zdravotnictví se ze sledované skupiny nachází 14 (10 %) sester v nízkém stupni rizika ohrožení odosobněním, 18 (13 %) těchto sester se podle výsledků výzkumu nachází ve středním stupni rizika a 19 (14 %) z nich ve vysokém stupni rizika. U sester, které pracují ve zdravotnictví 31 a více let jsou pouze 2 (1 %) sestry na nízkém stupni rizika, 4 (3 %) sestry vykazují známky středního a 6 (4 %) z nich vysokého stupně ohrožení vyčerpáním v oblasti odosobnění. (viz. tabulka č. 16, graf č. 30)

TABULKA Č. 16: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK

Stupeň vyhoření v souvislosti s délkou praxe										
Odosobnění										
<i>doba práce ve zdravotnictví</i>										
stupeň vyhoření	1-10 let		11-20 let		21-30 let		31 let a více		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nízké	12	9	14	10	14	10	2	1	42	31
Střední	10	7	19	14	18	13	4	3	51	38
Vysoké	3	2	14	10	19	14	6	4	42	31
Σ	25	19	47	35	51	38	12	9	135	100

GRAF Č. 30: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK

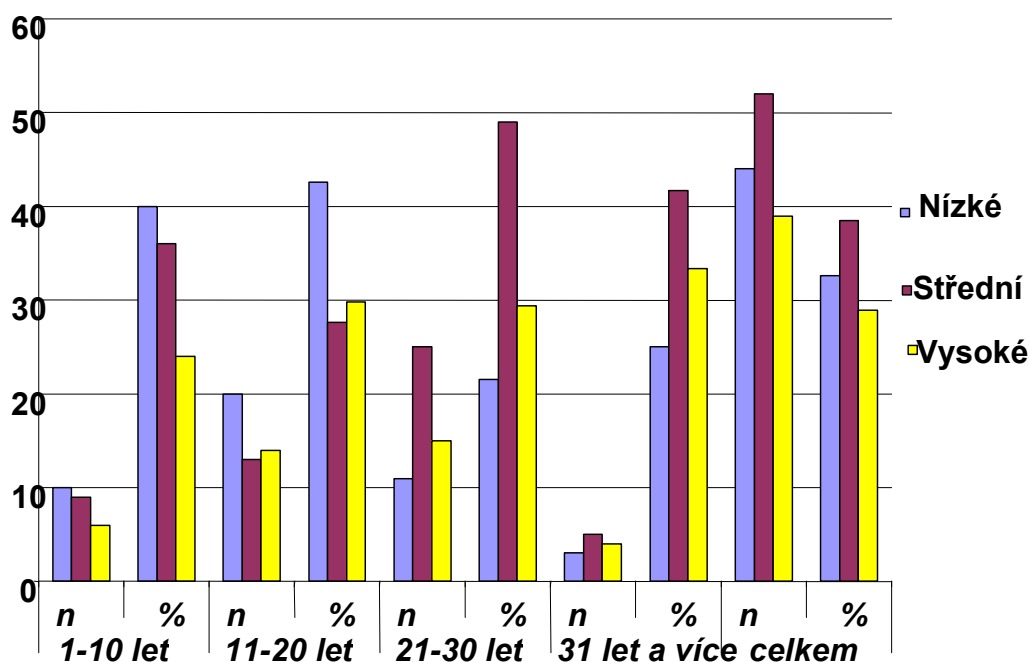


Ve sledované oblasti **riziko snížení pracovního výkonu** vykazuje z celkového počtu dotazovaných 10 (7 %) sester s praxí 1 - 10 let míru vyhoření na nízkém stupni, na středním stupni se pohybuje 9 (7 %) těchto sester a na vysokém 6 (4 %) z nich. U sester pracujících ve zdravotnictví 11- 20 let bylo zjištěno, že 20 (15 %) z nich vykazuje nízké riziko snížení pracovního výkonu, 13 (10 %) sester střední stupeň a 14 (10 %) z nich vysoké riziko vyhoření. U sester s s praxí v rozmezí 21 - 30 let bylo zjištěno nízké riziko vyhoření v této oblasti u 11 (8 %)sester, střední riziko u 25 (19 %) z nich a 15 (11 %) sester ze sledovaného souboru je ohroženo vysokým stupněm rizika snížení pracovního výkonu. Ve skupině sester s praxí delší než 31 let jsou 3 (2 %) z oslovených sester na nízkém stupni rizika, 5 (4 %) sester na středním stupni a 4 (3 %) z nich na vysokém stupni rizika ohrožení snížením pracovního výkonu. (viz. tabulka č. 17, graf č. 31)

**TABULKA Č. 17: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

<b>Stupeň vyhoření v souvislosti s délkou praxe ve zdravotnictví</b>										
<b>Snížení pracovního výkonu</b>										
<i>doba práce ve zdravotnictví</i>										
<i>stupeň vyhoření</i>	<i>1-10 let</i>		<i>11-20 let</i>		<i>21-30 let</i>		<i>31 let a více</i>		<i>celkem</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Nízké</b>	10	7	20	15	11	8	3	2	44	33
<b>Střední</b>	9	7	13	10	25	19	5	4	52	39
<b>Vysoké</b>	6	4	14	10	15	11	4	3	39	29
<b>Σ</b>	25	19	47	35	51	38	12	9	135	100

**GRAF Č. 31: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**



Srovnáním obou dotazníků u celého souboru respondentek tj. 135 bylo zjištěno, že je v oblasti citového vyčerpání výrazný nárůst středního a vysokého rizika ohrožení u sester pracujících ve zdravotnictví déle, než 20 let, v oblasti odosobnění je zvýšená míra rizika už po 11 letech práce ve zdravotnictví, další roky už tak výrazný nárůst vysokého stupně ohrožení není, ve středním stupni je dokonce patrný pokles. Střední stupeň ohrožení v oblasti snížení pracovního výkonu stoupá až po 21 letech praxe, naopak u sester pracujících mezi 11 - 20 let je vidět pokles. U vysokého rizika ohrožení v této oblasti je patrna vyrovnaná korelace ve všech kategoriích

#### *Sociálně-profesní izolace sester*

Výzkumem na celé skupině 135 respondentek byla zjišťována souvislost sociálně-profesní s intenzitou vyhoření. Vyplynulo z něj, že sestry, které jsou v kontaktu s kolegyněmi ve stejném profesním postavení více než 0,5 hod denně jsou ohroženy **citovým vyčerpáním** jen velmi málo, nízký stupeň vykazuje 7 (5 %) sester, střední stupeň vyčerpání vykazují 3 (2 %) sestry a vysoké jen 1 sestra (1 %). U sester, které mají možnost setkávat se kolegyněmi alespoň 0,5 hod. denně byla míra rizika v této oblasti zjištěna u 19 (14 %) sester na nízké úrovni, u 11 (8 %) z nich na střední a u 3 (2 %) na vysoké úrovni. Sestry, které své kolegyně potkávají 5 - 10 min za den, vykazují riziko citového vyčerpání na nízké úrovni u 13 (10 %) z nich, u 19 (14 %) sester byl prokázán střední stupeň vyhoření v této oblasti a u 21 (16 %)

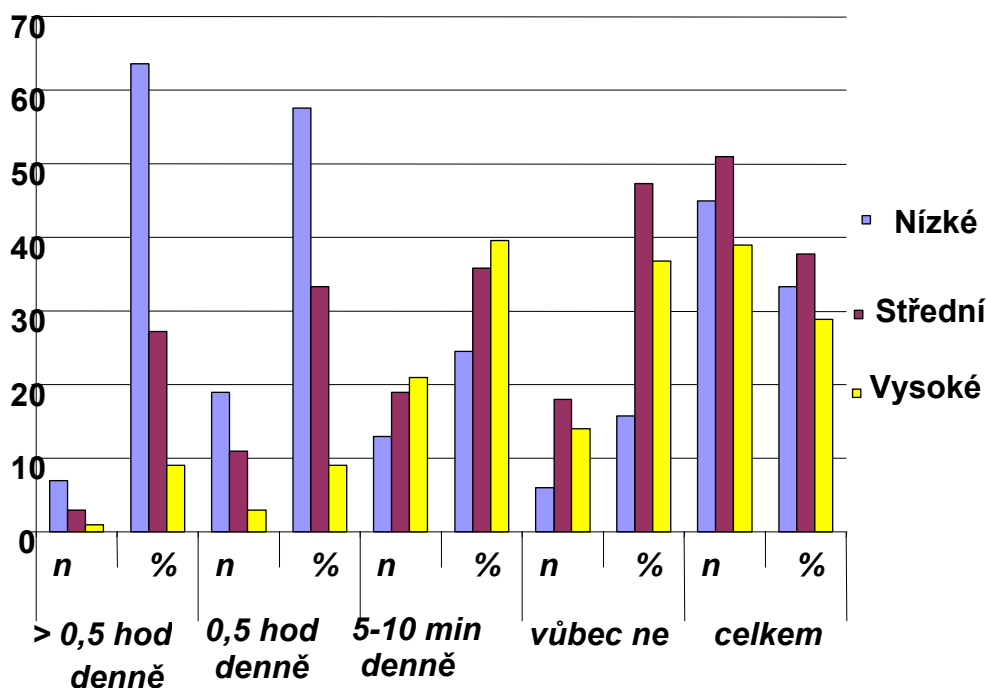


respondetek na vysoké úrovni. Sestry, které jsou celý den zcela sociálně-profesně izolovány mají vysokou incidenci míry vyhoření v této oblasti. Byla zjištěno u 6 (4 %) sester nízké míra vyhoření, u 18 (13 %) z nich střední a u 14 (10 %) sester vysoká míra vyhoření. (viz. tabulka č. 18, graf č. 32).

**TABULKA Č. 18: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

Stupeň vyhoření v souvislosti se sociálně-profesní izolací										
Citová vyčerpanost										
délka kontaktu s jinými SZP během pracovní doby										
stupeň vyhoření	více než 0,5 hod denně		0,5 hod denně		5-10 min denně		vůbec ne		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nízké	7	5	19	14	13	10	6	4	45	33
Střední	3	2	11	8	19	14	18	13	51	38
Vysoké	1	1	3	2	21	16	14	10	39	29
Σ	11	8	33	24	53	39	38	28	135	100

**GRAF Č. 32: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

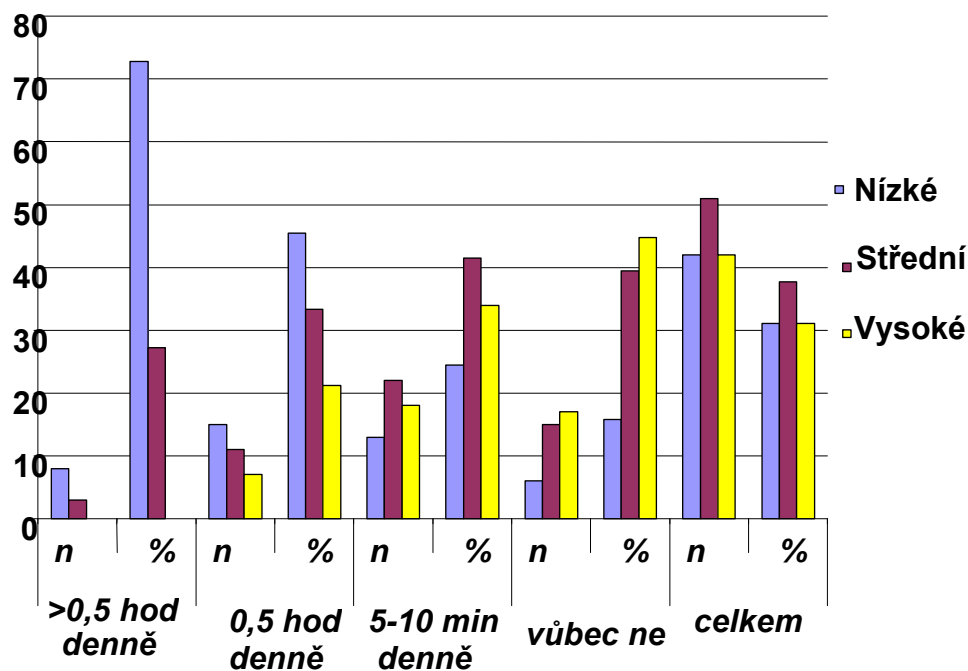


Z celkového počtu 135 respondentek riziko bylo **odosobnění** u sester, které jsou v kontaktu s kolegyněmi ve stejném profesním postavení více než 0,5 hod denně zjištěno u 8 (6 %) z nich na nízké úrovni vyhoření a u 3 (2 %) dotázaných na střední úrovni. Ve vysokém riziku odosobnění nebyla žádná z dotazovaných sester. U sester, které mají možnost setkávat se kolegyněmi alespoň 0,5 hod. denně byla míra rizika v této oblasti zjištěna u 15 (11 %) sester na nízké úrovni, u 11 (8 %) z nich střední míra rizika a u 7 (5 %) respondentek byla zjištěna vysoká míra vyhoření v oblasti odosobnění. Sestry, které jsou v kontaktu s kolegyněmi 5 - 10 min za den, vykazují riziko citového vyčerpání na nízké úrovni u 13 (10 %) z nich u 22 (16 %) sester na střední úrovni rizika a u 18 (13 %) respondentek na vysoké úrovni. Sestry, které jsou celý den zcela sociálně-profesně izolovány mají vysokou incidenci míry vyhoření v této oblasti. Bylo zjištěno u 6 (4 %) sester nízké riziko, u 15 z nich (11 %) střední riziko a u 17 (13 %) vysoké riziko vyhoření v této sledované oblasti. (viz. tabulka č. 19, graf č. 33)

**TABULKA Č. 19: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

<b>Stupeň vyhoření v souvislosti se sociálně-profesní izolací</b>										
<b>Odosobnění</b>										
<i>délka kontaktu s jinými SZP během pracovní doby</i>										
<i>stupeň vyhoření</i>	<i>více než 0,5 hod denně</i>		<i>0,5 hod denně</i>		<i>5-10 min denně</i>		<i>vůbec ne</i>		<i>celkem</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Nízké</b>	8	6	15	11	13	10	6	4	42	31
<b>Střední</b>	3	2	11	8	22	16	15	11	51	38
<b>Vysoké</b>	0	0	7	5	18	13	17	13	42	31
<b>Σ</b>	11	8	33	24	53	39	38	28	135	100

**GRAF Č. 33: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK**

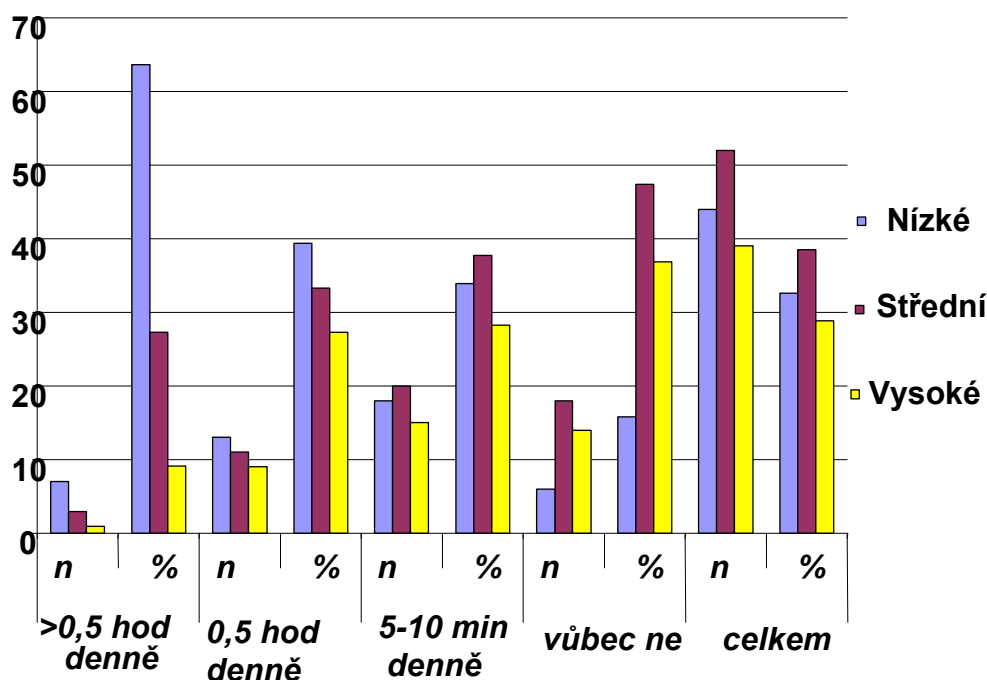


U celého vzorku 135 respondentek byla také sledována míra vyhoření v oblasti **snížení pracovního výkonu**. U skupiny sester, které jsou v kontaktu s kolegyněmi déle než 0,5 hod. denně, dle výzkumu prokázána nízká úroveň vyhoření u 7 (5 %) sester, 3 (2 %) sestry se pohybují na střední úrovni vyčerpání a 1 (1 %) sestra na vysoké úrovni vyhoření. Ve skupině sester, které mají kontakt omezen na 0,5 hod denně je 13 (10 %) z nich ohroženo vyčerpáním v této oblasti na nízké úrovni, 11 (8 %) respondentek z této kategorie je na střední úrovni vyhoření a 9 (7 %) respondentek na vysoké úrovni vyčerpání. Nízkou míru snížení pracovního výkonu u sester, které se setkávají s kolegyněmi 5 - 10 min. denně vykazuje 18 (13 %) sester, střední stupeň rizika se objevil u 20 (38 %) sester z této skupiny a vysokou úroveň vykazuje 15 (15 %) sester. U socio-profesně zcela izolovaných sester se toto riziko objevuje v nízké míře u jen 6 (4 %) z nich, u 18 (13 %) sester je riziko vyhoření na střední úrovni a u 14 (10 %) sester je riziko na vysoké úrovni. (viz. tabulka č. 20, graf č. 34)

TABULKA Č. 20: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK

Stupeň vyhoření v souvislosti se sociálně-profesní izolací										
Snížení pracovního výkonu										
délka kontaktu s jinými SZP během pracovní doby										
stupeň vyhoření	více než 0,5 hod denně		0,5 hod denně		5-10 min denně		vůbec ne		celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nízké	7	5	13	10	18	13	6	4	44	33
Střední	3	2	11	8	20	15	18	13	52	39
Vysoké	1	1	9	7	15	11	14	10	39	29
$\Sigma$	11	8	33	24	53	39	38	28	135	100

GRAF Č. 34: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK



Z výzkumu vyplývá, že sociálně-profesní izolace sester má, u oslovených sester, souvislost se syndromem vyhoření ve všech oblastech, zvláště pak v oblasti citového vyčerpání a odosobnění.

### 3.8.5 Vyhodnocení řízeného rozhovoru

Hlavní část výzkumu byla doplněna řízeným rozhovorem, který byl zaměřen na informace týkající se pracovního prostředí na vnímané rozdíly v pracovní náplni sester v ambulantních provozech a sester v nemocničním prostředí a na interpersonální vztahy s lékařem. Oslovené sestry se také vyjadřovaly k organizaci práce na ambulanci a k motivaci k vykonávání profese na tomto typu zdravotnického zařízení. Všechny oslovené sestry pracovaly na ambulanci samy pouze s lékařem.

*Otázka č. 1: Jak se cítíte na vašem pracovišti?*

Respondentky měly označit bod na škále od 0 do 10, kde 0 znamenalo nejhůře a 10 nejlépe.

Z celkového počtu 30 dotazovaných označila 1 sestra číslo 4. Další 2 sestry si vybraly číslo 7, z celkového počtu 5 sester označilo číslo 7, dalších 9 sester si vybralo číslo 8, nejvíce sester tj. 12, si vybralo jako odpověď číslo 9 a pouze 1 sestra z oslovených zvolila nejvyšší ohodnocení svého pracoviště, číslo 10. Ostatní čísla neoznačila žádná z tázaných respondentek. Tento styl odpovědi sestrám vyhovoval, nebylo nutné dodávat doplňující informace. (viz. tabulka č. 21)

**TABULKA Č. 21: ŘÍZENÝ ROZHOVOR - OTÁZKA Č.1**

odpověď	počet dotazovaných sester	%
0- 3	0	0
4	1	3
5	0	0
6	2	7
7	5	17
8	9	30
9	12	40
10	1	3
Σ	30	100

*Otázka č. 2: Jaké důvody vás vedly k tomu, že jste začala vykonávat svou profesi na ambulantním pracovišti?*

Na tuto otázku se vyskytla 20x odpověď *pravidelná pracovní doba*, druhý nejčastější důvod, v počtu 8 odpovědí byl příchod po mateřské dovolené, 1 respondentka uvedla, že se rozhodla na základě vhodné pracovní nabídky a 1 sestra v ambulanci pracuje kvůli výhodnému umístění pracoviště, v tomto případě šlo o vesnici. Oba nejčastější důvody spolu navzájem korelují. Respondentky byly vyzvány, aby jako odpověď uvedly jednoznačně

nejdůležitější důvod. V jedné odpovědi se vyskytla připomínka, že se respondentka necítí fyzicky zdatná na práci ve třísměnném provozu. V případě odpovědi výhodná pracovní nabídka se jednalo o sestru, která je zaměstnána ve velmi luxusní ordinaci gynekologa.

*Otázka č. 3: Myslíte si, že máte možnost ovlivnit organizaci práce na vašem pracovišti?*

Na tuto otázku byly sestřím nabídnuty předem připravené odpovědi. Mohly si vybrat buď odpověď ano, nebo většinou ano, ne, nebo většinou ne. Z celkového počtu 30 dotazovaných 18 z nich odpovědělo že většinou mají možnost ovlivňovat organizaci práce v ordinaci. Ve vzorku se 5 x objevila odpověď, že sestry většinou nemohou rozhodovat a podílet se na chodu ordinace a jednoznačně žádný vliv na organizaci práce nemají žádné z dotázaných sester. Pouze 2 sestry odpověděly že se jednoznačně podílejí na organizaci práce v ordinaci. Z rozhovoru dále vyplynulo, že sestry většinou mohou samy rozhodovat o organizaci práce během dne, jsou však některá striktní nařízení lékaře, která musejí dodržovat. Tato nařízení se většinou týkají loajality k lékaři, mlčenlivosti, objednávání pacientů atd. Sestřím, které uvedly odpověď většinou ne, nebo ne nejvíce vadí, že lékař rozhoduje o náplni ošetrovatelské činnosti, ve dvou případech bylo uvedeno, že proti své vůli musejí provádět úklid ordinace.

*Otázka č. 4: Jak často probíhá diskuze s lékařem o náplni vaší práce?*

Na tuto otázku odpovídaly sestry spontánně, nejčastěji (23) se shodly, že diskuze s lékařem probíhá pouze v případě, pokud má nějaké připomínky k její práci. O své pracovní náplni se zaměstnavatelem vůbec nehovoří 5 dotázaných. Že diskuze o pracovní náplni probíhá pouze pokud je třeba uvedly 2 ze 30 dotázaných. Tato situace většinou nastává dochází-li k nějaké organizační změně, jako je např. úprava ordinační doby. Sestry byly aktivně dotázány, zda diskuze probíhá denně, nebo pokud mají ony samy nějaký problém, všechny shodně uvádějí, že ne, že jejich práci lékař aktivně nekontroluje.

*Otázka č. 5: Jaké vidíte hlavní rozdíly, klady a zápory, mezi prací na ambulantním pracovišti a ve třísměnném provozu? Odpovězte 2 x, uveďte jeden klad a jeden zápor.*

Zde odpovídaly respondentky 2 x, vždy uvedly několik rozdílů. Pro zpracování tohoto dotazu byly vyzvány k výběru jednoho hlavního kladného a jednoho hlavního záporného rozdílu, který spatřují v práci sestry na ambulanci a ve třísměnném provozu. Nejvíce kladů práce na ambulanci bylo spatřováno v absenci nočních služeb a volna o víkendech a ve svátek

13 (43 %) sester, dále v pravidelnosti pracovní doby 11 (37 %) sester, 5 sester si myslí, že práce na ambulanci je méně fyzicky náročná a 1 (3 %) je ráda, že je v ambulanci sama.

Při diskuzi o záporech práce v ambulantním provozu vyplynulo, že nejvíce sester, tj. 15 vnímá jako nejvýznamnější negativum špatné finanční ohodnocení, 6-ti sestřám chybí na pracovišti větší kolektiv, 5-ti sestřám vadí jednotvárná pracovní náplň, hlavně administrativa a absence odborných výkonů, 4 sestry si stěžovaly na stereotypní práci, bez možnosti povýšení, nebo profesního posunu.

*Otázka č. 6: Umožňuje vám zaměstnavatel, abyste se dále vzdělávala?*

Sestřám byly na tuto otázku nabídnuty 4 možnosti odpovědí. Většina z nich 17, odpovědělo jednoznačně, že spíše ne, pokud chtějí takovou akci absolvovat, mohou pouze na úkor vlastního volna, nebo dovolené. 12 respondentek odpovědělo, že spíše ano, lékař jim umožní absolvování vzdělávací akce, pokud o ní ony samy stojí, 1 sestra uvedla, že pokud by chtěla absolvovat seminář, lze to pouze o víkend.

*Otázka č. 7: Máte někdy pocit, že vám chybí na pracovišti přítomnost většího kolektivu sester?*

Také na tuto otázku byly nabídnuty předem připravené odpovědi, většina sester, tj. 16 uvádí, že jí většinou stejně postavené kolegyně na pracovišti chybí. Z rozhovoru vyplynulo, že jsou okamžiky, kdy jsou sestry docela rádi, že o své práci mohou rozhodovat samy. Jednoznačně chybí kolegyně 9 z dotázaných sester. Hlavním důvodem je pracovní zátěž, která by se lépe snášela, pokud by byla rozdělena mezi více lidí a těmto sestřám také chybí sociální vazby s kolegyněmi. Ve 4 případech respondentky uvedly, že jim na pracoviště kolegyně většinou nechybí. 1 respondentka by jednoznačně s nikým pracovat nechtěla. Z rozhovoru vyplynulo že sestřám někdy vyhovuje být ve své pracovně sama, mít pomůcky uspořádané tak, jak potřebují a nejradyji spoléhají samy na sebe. Většinou se jednalo o sestry, které v ambulantním provozu pracovaly dlouho.

*Otázka č. 8: Máte možnost si s někým pohovořit, pokud se na vašem pracovišti vyskytnou nějaké problémy?*

Většina sester tj. 19 odpověděla, že o svých problémech spíše nemají s kým hovořit. Doplňují, že o pracovních problémech občas mohou hovořit s lékařem, ale to výjimečně. Spíše ano odpovědělo 5 sester a jednoznačně ano 2 z oslovených. Byly to sestry, které uvedly,

že mají s lékaři nadstandardní vztah, pracují s ním v jedné místnosti, v jednom případě se jednalo o sestru, která pracovala ještě v jiné ordinaci .

#### *Otázka č. 9: Jak hodnotíte váš vztah s lékařem?*

Také v tomto případě byly předem připravené odpovědi na výběr. Polovina sester uvedla, že svůj vztah s lékařem hodnotí jako spíše dobrý, pokud se jedná o pracovní vztah. Jako dobrý hodnotí vztah s lékařem 9 sester, doplňují až nadstandardní, většinou se stýkají i mimo zaměstnání. Za spíše špatné považují své vztahy s lékařem 4 sestry a to i na pracovní úrovni. Zajímavé je, že žádná z těchto sester neuvažuje o změně pracoviště a k důvodům těchto špatných vztahů se žádná z nich nechtěla vyjádřit. Žádná sestra z dotazovaných nevyjádřila vztahy s lékařem za vyloženě špatné.

#### *Otázka č. 10: Jste spokojená se svým finančním ohodnocením?*

Z dotazovaných sester většina tj. 19 z nich odpovědělo kategoricky, že ne, 6 respondentek se vyjádřilo, že spíše ne, 3 sestry uvedly, že jsou s finančním hodnocením docela spokojeny a 2 sestry jsou zcela spokojeny. Na doplňující otázku, jak svojí finanční situaci řeší, odpovídali většinou, že nijak, jen ve dvou případech mají sestry ještě vedlejší pracovní úvazek.

### **3.9 Shrnutí výsledků výzkumu**

Výzkum byl zaměřen na výskyt a intenzitu syndromu vyhoření u sester pracujících v ambulantních provozech. Jedním z cílů práce bylo zjistit, zda souvisí výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester pracujících v ambulantních provozech s jejich věkem, vzděláním, délkou praxe a se sociálně-profesní izolací sester na pracovišti. Stupeň rizika syndromu vyhoření v jednotlivých oblastech, citové vyčerpání, odosobnění a snížení pracovního výkonu, byl sledován v pěti oblastech: věk respondentek, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a sociálně-profesní izolace sester. Hlavní částí dotazníku č.1 (viz. příloha č. 3) byla zaměřena na otázky, týkající se hypotéz, které byly stanoveny.

*Hypotéza č. 1* se potvrdila zpracováním výsledků obou dotazníků. Předpokládali jsme, že intenzita syndromu vyhoření souvisí s věkem sledovaných sester. Z celkového počtu 135 oslovených sester byl největší počet tj. 59 z nich ve věkové kategorii 35 - 45 let. Nejvyšší míra vyhoření byla patrna ve věkové kategorii nad 46 - 55 let a to v oblasti citového vyčerpání. V této oblasti vykazovalo 15 % z celkového počtu oslovených sester vysokou



hladinu vyhoření. Byl tedy potvrzen statistický význam mezi stupněm vyhoření v kategorii citového vyčerpání, odosobnění a snížení pracovního výkonu a věkem sledovaných respondentek. Ze statistické analýzy vyplynula závislost intenzivní. Koeficient kontingence byl:  $c = 0,71$ .

*Hypotéza č. 2* předpokládala střední a vyšší stupeň vyhoření u sester s nižším vzděláním.

Z celkového počtu 135 respondentek nejvíce z nich tj. 84 dosáhlo vzdělání ukončením střední školy s maturitou. Nejvyšší incidence vyčerpanosti byla zaznamenána právě v této skupině respondentek a to ve všech oblastech, kdy 27 % z celkového počtu 135 vykazovalo vysoký stupeň vyhoření v oblasti citového vyčerpání, 25 % vysoký stupeň v oblasti odosobnění a 22 % v oblasti snížení pracovního výkonu. Vysoké procento těchto sester vykazuje i střední stupeň vyhoření ve všech oblastech. Byl potvrzen statistický význam mezi stupněm vzdělání u sledovaného vzorku sester a stupněm vyhoření v kategorii citového vyčerpání, odosobnění a snížení pracovního výkonu. Ze statistické analýzy vyplynula závislost intenzivní. Koeficient kontingence byl:  $c = 0,83$ .

*Hypotéza č. 3* předpokládala, že intenzita syndromu vyhoření souvisí s délkou praxe sledovaných sester. U zkoumaného vzorku byly z celkového počtu dotazovaných nejvýrazněji zastoupeny sestry pracující ve zdravotnictví 21 – 30 let v počtu 51 sester. Z výzkumu vyplynulo, že nejvyšší incidenci k vyhoření mají sestry v této věkové skupině, nejvyšší počet tj. 20 % respondentek vykazovaly známky vysokého stupně vyhoření v oblasti citového vyčerpání. Byl potvrzen statistický význam mezi délkou sesterské praxe sledovaných respondentek v kategorii citového vyčerpání, odosobnění a snížení pracovního výkonu. Ze statistické analýzy vyplynula závislost intenzivní. Koeficient kontingence byl:  $c = 0,68$ .

Jako *hypotéza č. 4* byl stanoven předpoklad souvislosti výskytu vyhoření se sociálně-profesní izolací sester. Z výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu oslovených sester se největší skupina 53 z nich se stýká s jinými SZP maximálně 5-10 min. denně. Nejvyšší intenzita vyhoření byla zjištěna v této skupině sester. V oblasti citového vyčerpání dosáhlo 16 % sester z této skupiny vysokého stupně vyhoření. Tím byl potvrzen statistický význam mezi délkou kontaktu sester na pracovišti a stupněm syndromu vyhoření. Ze statistické analýzy vyplynula závislost střední. Koeficient kontingence byl:  $c = 0,63$ .

Druhým cílem práce bylo porovnat stupně syndromu vyhoření u sester ve specializovaných ambulancích a v ambulancích praktických lékařů. Byla stanovena *hypotéza č. 5*, ve které jsme předpokládali vyšší intenzitu syndromu vyhoření u sester pracujících v ambulancích praktického lékaře ve srovnání se sestrami pracujícími ve specializovaných ambulancích. Zpracováním dotazníku MBI byla porovnána míra odosobnění v obou skupinách sester, v této oblasti dosahovaly respondentky z obou skupin srovnatelné výsledky.

V kategorii citového vyčerpání byly hodnoty vysokého stupně vyhoření u sester pracujících v ambulancích praktických lékařů o 16 % vyšší než u druhé skupiny. V oblasti snížení pracovního výkonu jsou hodnoty zcela opačné. U skupiny sester, které pracují u specialistů je vysoká míra vyhoření vyšší o 15 % než u druhé skupiny. *Hypotéza č. 5* se nepotvrdila, obě skupiny sester vykazují celkem srovnatelné riziko syndromu vyhoření ve všech sledovaných oblastech. Ze statistické analýzy vyplynula závislost slabá. Koeficient kontingence byl:  $c = 0,23$

Celkové hodnocení intenzity vyhoření v oblasti citového vyčerpání u celého zkoumaného vzorku sester prokázalo nejvyšší míru vyhoření 29 % respondentek. V oblasti odosobnění dosáhlo hodnot vysokého stupně vyhoření 31 % sledovaných sester a v kategorii snížení pracovního výkonu 29 % sester z celého sledovaného souboru. Alarmující jsou také hodnoty střední úrovně vyčerpanosti, v oblasti citového vyčerpání 38 %, v oblasti odosobnění 38 % a v oblasti snížení pracovního výkonu 39 %.

Řízeného rozhovoru se zúčastnilo celkem 30 sester, z toho 9 sester z ambulance praktického lékaře pro děti a dorost, 10 sester z ambulance praktického gynekologa, 6 sester z ambulance praktického lékaře pro dospělé, 2 sestry z ortopedické ambulance, 2 sestry z ambulance plicního lékaře, 1 sestra z ambulance bolesti. Z výsledků řízeného rozhovoru vyplynulo, že většina oslovených sester hodnotí svoje pracoviště jako příjemné. Motivací k práci na ambulanci je nejčastěji absence nočních služeb, volno o víkendech a svátcích a pravidelná pracovní doba. Vztahy s lékařem hodnotí většina dotázaných jako spíše kladné, sestry mají ve většině případech možnost organizovat si svojí práci, bez větších zásahů lékaře. Jako negativa práce v ambulantním provozu většina sester uvedla finanční ohodnocení, nemožnost dalšího vzdělávání a absenci většího kolektivu sester. Ukázalo se, že většina sester by ráda začala pracovat někde jinde, ale po dlouhých letech v ambulantním provozu ztratily profesní sebevědomí a z práce ve třísměnném provozu v nemocnici mají obavy.

### 3.10 Diskuse

Syndrom vyhoření se za posledních 30 let stal aktuálním psychologickým, ale i medicínským problémem naší společnosti, proto považujeme za důležité se tímto problémem zabývat. Pro výzkum, zaměřený na tuto problematiku, nebylo snadné získat informace od co největšího počtu respondentů, proto byla použita jako hlavní výzkumná metoda dotazník. Výzkum byl proveden u 135 respondentek ze 163 ambulantních provozů. Tento počet respondentek je dostačující pro diplomovou práci, ale ne ke konstatování závěrů. Jsme si vědomi toho, že některé výsledky mohou být statisticky méně významné. Tato práce může být podkladem pro širší výzkum a upozorněním na problém ve skupině sester, která může být pro výzkum nezajímavá, ale tvoří velmi podstatnou část zdravotnického systému. Ke zpracování údajů, byly použity tabulky v programu Microsoft Excel, ve kterém byly zároveň zpracovány i grafické úpravy tabulek. Statistická analýza byla zpracována podle vzorce:

$$c = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}$$

Testováním hypotéz byla potvrzena souvislost mezi rizikovými faktory, jako je věk, délka praxe, vzdělání a socio-profesní izolace sester pracujících v ambulantním provozu a intenzitou syndromu vyhoření u sledovaného souboru. V hypotéze č. 1 jsme předpokládali, že intenzita syndromu vyhoření souvisí s věkem sledovaných sester. Zvýšená iniciace syndromu vyhoření se objevila ve všech třech testovaných kategoriích, nejvíce v oblasti odosobnění a v oblasti snížení pracovního výkonu. Tyto výsledky nelze považovat za dogmatické, jelikož ve sledovaném vzorku 135 sester bylo ve věkové kategorii nad 56 let zkoumáno pouze 20 sester. Z výzkumu vyplývá, že v ambulancích jsou zaměstnány převážně sestry ve věkovém rozmezí 35- 46 let tj. 59 (44 %) z celkového počtu 135 respondentek. Tento trend odpovídá i dalším výsledkům, které ze šetření vyplynuly, jako například profesní stagnace sester z ambulance, ztráta profesního sebevědomí, neochota a vzhledem k věku možná i neschopnost pracovat v noci a ve 12-ti hodinových směnách bez možnosti pravidelného odpočinku o víkendu.

V hypotéze č. 2 jsme předpokládali souvislost intenzity syndromu vyhoření s dosaženým vzděláním. Z výzkumu vyplývá, že nejčastěji jsou v ambulantním provozu zaměstnány sestry s ukončeným vzděláním na SZŠ tj. 40 (30 %) z celkového počtu 135. Sestry, které během celoživotního vzdělávání dosáhly specializace, nebo titulu Dis, vykazují

jednoznačně nižší stupně vyhoření ve všech oblastech a to dost významně. Během absolvování delší doby přípravy na ošetřovatelské povolání se budoucí sestra zorientuje v problematice, dokáže stanovit priority, které z její práce vyplývají. Studium psychologie a filosofie pozná sama sebe, což umožňuje lépe zvládat stresy a nároky, které jsou pak na ni kladeny. Tento problém je již řešen. **Zákon č. 96/2004** sbírky upravuje vzdělávání zdravotnických pracovníků, k získání kvalifikace musí všeobecná sestra ukončit vzdělání absolvováním vyšší odborné školy nebo vysokoškolským vzděláním s titulem Bc. V současné době je v našem státě zaměstnáno velké množství kvalitních a zkušených sester s kvalifikací, dosaženou ukončením studia na SZŠ. Není možné zajistit, aby všechny dosáhly, v rámci celoživotního vzdělávání, vysokoškolského titulu. Podle § 92 Zákona č. 96/2004 mají sestry, které vykonávají práci bez odborného dohledu, povinnost být registrované na MZ. Podmínkou registrace je dosažení 40 kreditních bodů za časové období 6-ti let, které získávají účastí nebo přednáškovou činností na odborných školicích akcích a seminářích nebo publikováním odborných článků.

V hypotéze č. 3 jsme předpokládali, že intenzita syndromu vyhoření souvisí s délkou praxe sledovaných sester. Ve sledovaném souboru byly nejvíce zastoupeny sestry, pracující ve zdravotnictví 21 - 30 let tj. 51 (38 %) z celkového počtu 135 respondentek. Nejvyšší míra vyhoření byla prokázána u sester, které pracují déle než 31 let, těch však bylo z celého souboru respondentek pouze 12 (9 %). Výzkumem byla zjištěna vysoká míra citového vyčerpání (15 %) z celkového počtu 135 sester. Důvodem může být stereotypnost práce sester na ambulancích, nemožnost profesního a kariérního růstu a to, že velkou část náplně práce tvoří komunikace s klienty a administrativní činnosti. Tyto sestry postupně ztrácí profesní sebevědomí, nedokážou adekvátně reagovat na stresory a postupovat v kariéře.

Zásadní výsledky také přineslo potvrzení hypotézy č. 4. Byla předpokládána souvislost výskytu syndromu vyhoření se sociálně-profesní izolací sester. Velká skupina sester 53 (39 %) ze 135 uvedla, že je jejich kontakt s jinými sestrami maximálně 5 - 10 min. denně, druhá největší skupina 38 (28 %) byly sestry, které se s jinými sestrami nesetkávají vůbec. U těchto sester byla prokázána nejvyšší intenzita vyhoření. V literatuře se uvádí, že ventilace problémů mezi stejně profesně postavenými zaměstnanci je jednou ze základních preventivních strategií syndromu vyhoření. Sestra v ambulanci má pouze jednoho kolegu, kterým je lékař, většinou zároveň majitel ordinace, nadřízený a profesně a kompetenčně na vyšší úrovni než ona. Potvrdilo se, že sestry, které pracují ve dvou nebo mají možnost setkávat se s kolegyněmi při přestávkách, trpí syndromem vyhoření v podstatně nižší míře. Totéž vyplynulo z výsledků řízeného rozhovoru.

Hypotéza č. 5, ve které byla předpokládána vyšší intenzita syndromu vyhoření u sester pracujících v ambulancích praktického lékaře ve srovnání se sestrami pracujícími ve specializovaných ambulancích se nepotvrdila. Sestry v obou skupinách vykazují srovnatelné výsledky intenzity vyhoření.

V dostupné literatuře výzkum syndromu vyhoření u ambulantních sester nebyl nalezen. Vzhledem k tomu, že tato skupina je velmi specifická, je obtížné srovnávat výsledky výzkumu s výsledky šetření u sester pracujících v nemocnicích. Podle výsledků výzkumu v diplomové práci „Syndrom vyhoření u sester pracujících na oddělení akutní a chronické péče“ z roku 2003, ve FN Plzeň. V této práci byla zkoumána souvislost mezi mírou vyhoření a těmito rizikovými faktory: věk, délka praxe, doba práce na jednom oddělení, délka cesty do zaměstnání, zdravotní stav respondentek a kouření. Syndrom vyhoření v závislosti na těchto faktorech byl sledován v oblastech citového vyčerpání, odosobnění a snížení pracovního výkonu. U ambulantních sester byla zkoumána souvislost mezi intenzitou vyhoření a věkem, délkou praxe, vzděláním a socio-profesní izolací. Srovnávat tedy lze výsledky výzkumu souvislosti mezi věkem a délkou praxe. V práci „Syndrom vyhoření u sester pracujících na oddělení akutní a chronické péče“ byl celkového počtu 104 respondentek nejvyšší počet dotazovaných sester ve věku 31 -45 let, tj. 39 (37 %) u nichž byla prokázána nejvyšší míra vyhoření v oblasti citového vyčerpání a to u 24 % dotazovaných. Vysoký stupeň vyhoření v oblasti odosobnění se projevil u 19 % těchto sester. Vysoká míra vyčerpání v oblasti snížení pracovního výkonu se objevila u 9 %. Ze 104 respondentek pracovalo ve zdravotnictví nejvíce z nich tj. 32 (32 %) v rozmezí 11 -20 let, u 18 % z nich byla prokázána nejvyšší míra vyhoření v oblasti citového vyčerpání. Byla prokázána souvislost mezi těmito faktory a intenzitou syndromu vyhoření u sester pracujících v akutní a chronické péči i u sester pracujících v ambulantním provozu. U celého souboru respondentek se v této práci prokázaly výsledky vysokého stupně vyhoření v oblasti citového vyčerpání u 36 % z celkového počtu 104, v oblasti odosobnění u 24 %, v oblasti snížení pracovního výkonu u 33 % sester, pracujících ve FN Plzeň. (24, s. 75)

V této práci, ve které byl sledován stupeň vyhoření u sester v ambulantním provozu, bylo nejvíce respondentek ve věku 35 – 46 let, tj. 59 (44 %), vysoký stupeň vyčerpanosti byl prokázán u 7 % z celkového počtu 135 respondentek. V oblasti odosobnění vykazuje vysokou míru vyhoření 8 % respondentek z celkového počtu 135 a v oblasti snížení pracovního výkonu je ve vysokém stupni vyhoření 10 % sester. Výsledkem srovnání je, že sestry ve věku 31 – 45 let. v ambulantní péči vykazují nižší procento vysokého stupně citového vyčerpání a odosobnění, než sestry podobného věku z nemocničního pracoviště, srovnatelný počet sester v tomto věkovém rozmezí se nachází ve vysokém stupni vyčerpání v oblasti snížení

pracovního výkonu. U respondentek, které pracují v ambulantním provozu se mezi sestrami, které pracují ve zdravotnictví v rozmezí 11 – 20 let, nachází 7 % z celkového počtu 135 ve vysokém stupni rizika vyhoření v oblasti citového vyčerpání, 10 % ve stejném stupni v oblasti odosobnění a 10 % ve vysokém stupni vyhoření v oblasti snížení pracovního výkonu. Výsledkem srovnání je, že sestry, pracující v nemocnici 11 – 20 let vykazují vyšší incidenci k citovému vyčerpání, než sestry, pracující stejně dlouho v ambulantním provozu. V oblasti odosobnění jsou výsledky vysokého stupně vyčerpání srovnatelné, naopak v oblasti snížení pracovního výkonu se nachází ve vysokém stupni vyčerpání více sester z ambulantních provozů. U celého souboru respondentek se v této práci prokázaly výsledky vysokého stupně vyhoření v oblasti citového vyčerpání u 29 % z celkového počtu 135, v oblasti odosobnění u 31 %, v oblasti snížení pracovního výkonu u 29 % sester, pracujících v ambulantním provozu. Srovnáním obou prací je závěr, že sestry, pracující v nemocniční péči mají vyšší incidenci k vyhoření v oblasti citového vyčerpání a snížení pracovního výkonu, sestry, pracující v ambulantním provozu inklinují více k vyhoření v oblasti odosobnění.

Bylo by dobré v této oblasti provést rozsáhlejší výzkum a navrhnout legislativní opatření. Sestry z ambulantních provozů jsou na okraji zájmu profesních organizací sester, ale i kompetentních zaměstnanců MZ. Jako zaměstnanci soukromých lékařů mají omezenou možnost dovolání se svých práv.

Řízený rozhovor byl zaměřen na informace, týkající se vztahů na pracovišti, ověření informací z dotazníků a doplnění dat z výzkumu, které vedly k potvrzení hypotéz. Důraz byl kladen na problematiku sociálně-profesní izolace sester, která by se částečně dala řešit založením sekce v profesní organizaci sester, zvláště pak na regionální úrovni.

Při zkoumání teoretických základů syndromu vyhoření bylo zjištěno, že se syndrom vyhoření se rozvíjí téměř vždy u jedinců, kteří na počátku vykazují obrovské známky nadšení pro práci, velkou obětavost a empatii. Tento počáteční stav je doprovázen obrovským pracovním nasazením a motivací. Laxní přístup by mohl vést k tomu, že by se z výborných pracovníků staly vyčerpané a nevšimavé sestry. Z rozhovorů vyplynulo, že sestry často nevidí této situace východisko a samy sebe považují za méně schopné. Takové myšlenky vedou buď k odchodu ze zdravotnictví nebo k tomu, že v ambulancích pracují vyhořelé sestry. Pokud by se zlepšila informovanost o vlivu rizikových faktorů a o podobě příznaků syndromu vyhoření, mohly by sestry nalézt motivaci k hledání cest a východisek.

Diplomová práce upozorňuje na problém, který jednoznačně existuje, každý z nás se s ním setkává. Jsou prováděny výzkumy intenzity vyhoření u sester pracujících v nemocničních zařízeních, ale na výzkum v ambulantní péči nebyl v rešerši žádný odkaz nalezen. Je známo,

že je syndrom vyhoření ve zdravotnictví přítomen, zaznamenáváme některé pokusy o vyřešení této situace, ale sestry z oblasti ambulantní péče jsou z nich nedobrovolně vyčleněné.

O výzkum, který byl prováděn v rámci diplomové práce a jeho výsledky byl velký zájem ze strany sester i lékařů. Přiznávají, že podobné výsledky očekávali, dosud je nenapadlo situaci řešit.

## 4. Závěr

Záměrem diplomové práce bylo zmapovat výskyt syndromu vyhoření u sester pracujících v ambulantních provozech a určit některé důležité faktory, které se na vzniku syndromu vyhoření u této skupiny sester podílejí. V teoretické části je pojem syndrom vyhoření vysvětlen z pohledu filozofického, psychologického a medicínského, jsou zde ukázány možnosti diagnostiky, prevence a terapie. Cílem výzkumu bylo, zjistit vliv definovaných rizikových faktorů na intenzitu syndromu vyhoření u vybraného souboru sester, pracujících v ambulantních provozech. Jde o analýzu výskytu a intenzity vyhoření u výzkumného vzorku 135 sester, z toho 33 sester z pracovišť ambulance praktického lékaře pro děti a dorost, 43 sester z pracoviště ambulantního lékaře pro dospělé, 45 sester z ambulance gynekologa a 14 sester, které reprezentovaly pracoviště specializovaných ambulancí.

Hypotézy č.1, 2, 3, 4, které se týkaly sledování rizikových faktorů jako je věk, stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání, délka praxe ve zdravotnictví a sociálně-profesní izolace sester a jejich vlivu na intenzitu vyhoření se jednoznačně potvrdily. Hypotéza č. 5, která předpokládala vyšší výskyt syndromu vyhoření u sester z ambulancí praktických lékařů se nepotvrdila, obě skupiny sester vykazují srovnatelné výsledky. Statistickou analýzou byla potvrzena významná souvislost mezi výše uvedenými rizikovými faktory a intenzitou syndromu vyhoření.

Uvádíme některá opatření, která by sestřám v ambulancích mohla pomoci. Z výzkumu vyplývá, že sestřám nejvíce vadí sociálně-profesní osamocení, stereotypnost práce v ambulanci, nízké profesní sebevědomí, nedostatek financí a možnosti kariérního postupu. Zároveň jsou na ně někdy kladeny přehnané požadavky ze strany lékařů, které jejich práci mohou degradovat. Nejnáročnější je pro sestry zátěž spojená s komunikací s klienty, jelikož optimální komunikace není obsahem přípravy na povolání sestry na SZŠ.

### **Navrhovaná opatření:**

- zaktivizovat sestry v ambulantní péči k vytvoření vlastní profesní organizace, sekce v této organizaci nebo ke zvolení zástupců, zejména na regionální úrovni
- vytvořit program na podporu optimální komunikace pro sestry v ambulantní složce, využít program e-learning
- legislativně vymezit pracovní náplň sestry na ambulanci, přesvědčit lékaře o nutnosti zaměstnávat v ordinaci sekretářku, či asistentku.



- v rámci celoživotního vzdělávání organizovat rekvalifikační kurzy, týkající se dovedností, požadovaných na moderních nemocničních pracovištích
- v rámci celoživotního vzdělávání zdůraznit osobní kompetenci sester, zvláště v oblasti participace na dění v profesních organizacích
- v rámci celoživotního vzdělávání se zaměřit na analýzu životních a profesních cílů
- zlepšit informovanost o příznacích, příčinách a prevenci syndromu vyhoření u pracovníků v ambulantních provozech, lékařů a sester
- využití supervize na jednotlivých pracovištích

## Literatura

1. Kebza, V., Šolcová, I.: *Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti*. Čs. Psychologie 42, 1998,5,429-448
2. Kebza, V., Šolcová, I.: *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem*. Čs. Psychologie 47, 2003,4,333-345
3. Potterová, B. A.: *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc, Votobia 1997
4. Rush, M. D.: *Syndrom vyhoření*. Praha, Návrat domů 2003
5. Šolcová I., Kebza, V.: *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Čs. Psychologie 43, 1999, 1, 19-38
6. Beneš, S., Dernerová, S.: *Stres zdravotníků*. Galén: příručka vydaná k příležitosti konání symposia "Stres zdravotníků" pořádaného 7.-8. února 1997 v Karlových Varech, 1997, 41-49
7. Staňková, M., Bláha, K., Vondráček, L., Ludvík, M.: *Sestra a pacient. Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. Brno, NCONZO 2003, 35-37
8. Kožený, J.: *Dotazník kvality života (Q-LES-Q)*. Praha, Academia Medica Pragensia, 2003
9. Frei, D.: *Stres*. Praha, Triton, 2004, 28-45
10. Honzák, R., Novotná, V.: *Krize v životě, život v krizi*. Praha, ROAD, 1994, 62-81
11. Čechová, V., Rozsypalová, M.: *Obecná psychologie*. Brno, IDVPZ, 1996
12. Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha, 2003 113-141, 166-184
13. Praško, J., Prašková, H.: *Proti stresu krok za krokem*. Grada Publishing, 2001
14. Křivohlavý, J.: *Pozitivní psychologie*. Praha, Portál, 2004
15. Friedel, J., Kuhlenger, P. G.: *Jak úspěšně zvládnout tlak a stres v práci*. Grada Publishing, 2006
16. Křivohlavý, J.: *Jak zvládat depresi*. Grada Publishing, dotisk 2, 2005
17. Barck, K., a kol.: *Filozofický slovník*. Praha: Svoboda, 1985. 25-012-85.
18. Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M.: *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, 1997. Kapitola 3, Komunikace, s. 25 – 45. ISBN 80-7013-243-4.
19. Haškovcová, H.: *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. Brno: IDVPZ, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
20. Hill, G.: *Moderní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 280 s. ISBN 80-7178-641-1.
21. Kebza, V., Šolcová, I.: *Syndrom vyhoření, Hlavní příznaky, výskyt, možnosti terapie a prevence*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 21 s. ISBN 80-7071-099-3.
22. Křivohlavý, J.: *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1988.

23. Kunertová, O.: *Znovu spojení duše a těla*. Psychologie dnes, 2002, roč. 8, č. 3, s. 26 – 27. ISSN 1211-5886.
24. Novotná, H. : *Syndrom vyhoření u sester*. Diplomová práce. Praha: 1. LF UK, 2004.
25. Veselá, J.: Přípravenost sester k prosazování moderního pojetí ošetrovatelství. *Sestra*, 2003, roč. 13, č. 4, s. 12. ISSN 1210-0404.
26. Šlaisová, I. : Máme se bát syndromu vyhoření?- výzkumná sonda, *Sestra*, 10/2004, 35-36
27. Florian, J.: Konflikty rodina versus práce u evropského sesterského personálu, *Sestra* 9/2004, 14-15
28. Wolfová, V.: Ošetřuj nemocného duší, *Sestra*, 1/2005, 17-18
29. Šišláková, P.: Udržování duševního zdraví sestry, *Sestra* 7-8/2006, 20
30. WHO. *Lemon 3*. Brno: IDVPZ, 1997. Kapitola 1, Etika v práci sestry s. 14 – 20. ISBN 80-7013-244-2..
31. Křivohlavý, J., Pečenková, J.: *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Grada, 2004, 9
32. Pelikán, J.: *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 1998, 138s. ISBN 80-7184-569-8
33. Sobotková, J.: Manuál pro dobrovolníky: syndrom vyhoření [online]. Praha: zpravodajství, 2003, [www. Zpravodajství.ecn.cz](http://www.Zpravodajství.ecn.cz)
34. Tošnerovi, T. : *Burn-out syndrom, pracovní sešit*. Praha: Hestia, 2000. 34s.
35. Juřenová, P., Hůsková, J., Petrová, V.: *Ošetrovatelství, učební text pro střední zdravotnické školy, IV. část*. Středisko služeb školám: Uherské Hradiště
36. Hanousek, J., Charazma, P.: *Moderní metody zpracování dat*. Praha: Grada, 1999. Kapitola 2, Canisterapie dnes, s. 24-28. ISBN 80-7169-789-3
37. [www.next-study.net](http://www.next-study.net)

## Seznam tabulek

TABULKA Č. 1: BODOVÁ KATEGORIZACE SYNDROMU VYHOŘENÍ DLE MBI DOTAZNÍKU ...	37
TABULKA Č. 2: VĚK RESPONDENTEK.....	40
TABULKA Č. 3: VÝSKYT RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U SOUBORU RESPONDENTEK Z AMBULANCÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST .....	54
TABULKA Č. 4: VÝSKYT RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U SOUBORU RESPONDENTEK Z AMBULANCÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DOSPĚLÉ .....	54
TABULKA Č. 5: VÝSKYT RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U SOUBORU RESPONDENTEK Z AMBULANCÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE GYNEKOLOGA .....	55
TABULKA Č. 6: VÝSKYT RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U SOUBORU RESPONDENTEK Z AMBULANCÍ SPECIALISTŮ .....	56
TABULKA Č. 7: SYNDROM VYHOŘENÍ U CELÉHO SOUBORU SESTER PRACUJÍCÍCH V AMBULANCÍCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ .....	58
TABULKA Č. 8: SYNDROM VYHOŘENÍ U CELÉHO SOUBORU SESTER PRACUJÍCÍCH V AMBULANCÍCH SPECIALISTŮ .....	58
TABULKA Č. 9: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	59
TABULKA Č. 10: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	61
TABULKA Č. 11: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK.....	62
TABULKA Č. 12: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	64
TABULKA Č. 13: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	65
TABULKA Č. 14: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	67
TABULKA Č. 15: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK.....	68
TABULKA Č. 16: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	70
TABULKA Č. 17: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK.....	71
TABULKA Č. 18: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	73
TABULKA Č. 19: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	74
TABULKA Č. 20: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK.....	76
TABULKA Č. 21: ŘÍZENÝ ROZHOVOR - OTÁZKA Č.1.....	77

## Seznam grafů

GRAF Č. 1: NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ.....	41
GRAF Č.2: DOBA OD UKONČENÍ VZDĚLÁNÍ.....	41
GRAF Č. 3: DOBA PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	42
GRAF Č. 4: DOBA PRÁCE NA AMBULANCI.....	42
GRAF Č. 5: DOBA PRÁCE NA JEDNOM PRACOVIŠTI.....	43
GRAF Č. 6: ODPRACOVANÉ HODINY TÝDNĚ .....	43
GRAF Č. 7: NÁVŠTĚVNÍ SLUŽBA.....	44
GRAF Č. 8: POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA.....	45
GRAF Č. 9: DALŠÍ PRACOVNÍ ÚVAZEK.....	45
GRAF Č. 10: DOVOLENÁ VE DNECH ZA ROK.....	46
GRAF Č. 11: POČET OŠETŘENÝCH PACIENTŮ ZA DEN.....	46
GRAF Č.12: VÝKONY, KTERÉ PŘEVAŽUJÍ V PRACOVNÍ NÁPLNI.....	47
GRAF Č. 13: STAVEBNÍ USPOŘÁDÁNÍ PRACOVNY .....	48
GRAF Č. 14: MODERNÍ VYBAVENÍ PRACOVIŠTĚ .....	48
GRAF Č.15: ČASTOST PŘESTÁVEK .....	49
GRAF Č. 16: DÉLKA PŘESTÁVEK.....	49
GRAF Č. 17: DÉLKA KONTAKTU S JINÝMI SZP.....	50
GRAF Č. 18: FREKVENCE ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÝCH ŠKOLÍCÍCH .....	51
GRAF Č. 19: MOTIVACE K ABSOLVOVÁNÍ ODBORNÝCH ŠKOLÍCÍCH AKCÍ .....	51
GRAF Č. 20: POCIT OCENĚNÍ .....	52
GRAF Č. 21: POCIT Z DOBŘE VYKONANÉ PRÁCE.....	52
GRAF Č. 22: AKTIVITA V PROFESNÍCH ORGANIZACÍCH.....	53
GRAF Č. 22: VÝSKYT RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	57
GRAF Č. 23: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	60
GRAF Č. 24: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU .....	61
GRAF Č. 25: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI S VĚKEM U CELÉHO SOUBORU .....	63
GRAF Č. 26: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	64
GRAF Č. 27: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	66
GRAF Č. 28: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI SE VZDĚLÁNÍM U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK.....	67
GRAF Č. 29: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK.....	69
GRAF Č. 30: VÝSKYT RIZIKA ODOSOBNĚNÍ V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK .....	70
GRAF Č. 31: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI S DÉLKOU PRAXE U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK.....	72

<b>GRAF Č. 32: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK.....</b>	<b>73</b>
<b>GRAF Č. 33: VÝSKYT RIZIKA CITOVÉHO VYČERPÁNÍ V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK.....</b>	<b>75</b>
<b>GRAF Č. 34: VÝSKYT RIZIKA SNÍŽENÍ PRACOVNÍHO VÝKONU V SOUVISLOSTI SE SOCIÁLNĚ-PROFESNÍ IZOLACÍ U CELÉHO SOUBORU RESPONDENTEK.....</b>	<b>76</b>

