

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Bc. Kateřina Reimerová

**Protektivní a rizikové faktory ve vztahu k syndromu
vyhoření u všeobecných sester**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Olomouc 2014

ANOTACE

Druh práce: Diplomová

Název práce v ČJ: Rizikové a protektivní faktory ve vztahu k syndromu vyhoření u všeobecných sester

Název práce v AJ: Risk and Protective Factors of Burnout Syndrome among Nurses

Datum zadání práce: 21.1.2013

Datum odevzdání práce: 6.5.2014

Název vysoké školy, fakulty a ústavu: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Kateřina Reimerová

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v Čj: Hlavními cíli diplomové práce bylo zmapovat míru empatie u všeobecných sester, zjistit u nich vliv syndromu vyhoření a prozkoumat míru psychosociálních faktorů působících na syndrom vyhoření. Teoretická východiska jsou uspořádána do čtyř částí a obsahují: syndrom vyhoření, sociální oporu, empatii a psychickou bezpečnost práce. Výzkumné šetření bylo realizováno kvantitativní dotazníkovou metodou na zkoumaném souboru 101 všeobecných sester. Pro sběr dat byla použita dotazníková baterie, která se skládala ze standardizovaných dotazníků: MBI (*Maslach Burnout Inventory*), PSSS (*Perceived Social Support Scale*), IVE (*Eysenck impulsivity inventory*). Dále byla využita škála k posouzení psychické bezpečnosti práce (*Scale to Measure Psychological Safety*). Poslední, nestandardizovaná část byla zaměřena na získání demografických údajů. Výsledky výzkumného šetření poukázaly na signifikantní pozitivní vztah mezi proměnnými: věk a empatie, empatie a emoční vyčerpání, délka praxe a emoční vyčerpání - a signifikantně negativní vztah mezi: emočním vyčerpáním a sociální oporou od spolupracovníků, depersonalizací a sociální oporou od spolupracovníků, emočním vyčerpáním a sociální oporou ze strany nadřízených, depersonalizací a sociální oporou ze strany nadřízených, emočním vyčerpáním a psychickou bezpečností práce,

depersonalizací a psychickou bezpečností práce. Dále byl prokázán signifikantní vztah mezi emočním vyčerpáním u respondentů ze standardního oddělení a oddělení intenzivní péče. V závěru diplomové práce jsou uvedena doporučení pro praxi a limity výzkumného šetření.

Abstrakt v AJ: The main goals of the thesis were to map the degree of empathy of general nurses, determine the influence of burnout syndrome on general nurses, and to map the degree of psychological and social factors on burnout syndrome. The theoretical foundation is divided into four parts, and includes: burnout syndrome, social support, empathy, and psychological employment safety. The investigation was conducted using quantitative methods through the use of a questionnaire given to a research group of 101 general nurses. A questionnaire battery was used for collecting data, which was compiled from the following standardised questionnaires: MBI (*Maslach Burnout Inventory*), PSSS (*Perceived Social Support Scale*), and IVE (*Eysenck Impulsivity Inventory*). The *Scale to Measure Psychological Safety* was also used. The final, non-standardised portion focused on collecting demographic information. The results of the investigation indicated a significant positive relationship between the following variables: age and empathy, empathy and emotional exhaustion, and length of employment and emotional exhaustion. A significantly negative relationship was observed between: emotional exhaustion and social support from coworkers, depersonalisation and social support from coworkers, emotional exhaustion and social support from the side of the supervisor, depersonalisation and social support from the side of the supervisor, emotional exhaustion and psychological safety at work, and between depersonalisation and psychological safety at work. Additionally, a significant relationship was ascertained between the emotional exhaustion of subjects from the regular unit and the intensive care unit. The conclusion of the thesis presents a number of recommendations to employ in practice, and also lists the limitations of the study.

Klíčová slova v ČJ: syndrom vyhoření, sociální opora, empatie, psychická bezpečnost, všeobecná sestra

Klíčová slova v AJ: burnout syndrome, social support, empathy, psychological safety, nurse

Rozsah práce: 104 str., 7 str. příloh.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 7. května 2014

podpis

OBSAH

ÚVOD	9
1 SYNDROM VYHOŘENÍ	14
1.1 Definice	14
1.2 Etiologie	15
1.3 Rizikové faktory	15
1.3.1 Vnitřní faktory	16
1.3.2 Vnější faktory	17
1.4 Rizikové příznaky	18
1.5 Symptomatologie	19
1.5.1 Psychické symptomy	20
1.5.2 Biologické symptomy	20
1.5.3 Sociální symptomy	21
1.6 Stádia	21
1.7 Možnosti pomoci, terapie	23
1.7.1 Neefektivní možnosti zvládnání syndromu vyhoření	23
1.7.2 Efektivní způsoby zvládnání syndromu vyhoření	24
1.8 Prevence	24
1.9 Důsledky syndromu vyhoření	26
2 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE	27
2.1 Psychická zátěž	27
2.2 Fyzická zátěž	28
2.3 Stres	28
2.3.1 Dělení	28
2.3.2 Stresory	29
2.3.3 Fáze stresu	30
2.3.4 Prevence stresu	30

3	SOCIÁLNÍ OPORA	32
3.1	Vymezení pojmu, definice	32
3.2	Pojetí sociální opory.....	33
3.3	Proces a poskytování sociální opory	33
3.4	Zdroje sociální opory	34
3.5	Sociální opora a syndrom vyhoření.....	35
3.6	Sociální opora v ošetrovatelství	36
4	EMPATIE.....	38
4.1	Definice	38
4.2	Proces a pojetí empatie.....	39
4.2.1	Kognitivní empatie	39
4.2.2	Emocionální empatie	40
4.2.3	Emocionálně kognitivní empatie	40
4.3	Empatie a syndrom vyhoření	40
4.4	Empatie v ošetrovatelství	42
5	PSYCHICKÁ BEZPEČNOST PRÁCE	44
5.1	Vymezení pojmu, definice	44
5.2	Psychická bezpečnost ve zdravotnickém prostředí	45
5.3	Související pojmy.....	46
6	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	47
6.1	Cíle a hypotézy výzkumného šetření	47
6.2	Metoda výzkumného šetření	50
6.3	Realizace výzkumného šetření.....	52
6.4	Zpracování výsledků výzkumného šetření.....	52
6.5	Charakteristika zkoumaného souboru	53
6.5.1	Interpretace demografických údajů respondentů	54
7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	57

7.1	Interpretace výsledků výzkumného šetření k cíli 1	57
7.2	Interpretace výsledků výzkumného šetření k cíli 2.....	61
7.3	Interpretace výsledků výzkumného šetření k cíli 3.....	68
DISKUZE		78
ZÁVĚR		83
BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE		87
SEZNAM ZKRATEK		101
SEZNAM TABULEK		102
SEZNAM GRAFŮ		103
SEZNAM PŘÍLOH.....		104

ÚVOD

Syndrom vyhoření, neboli „*burnout*“ s sebou přináší řadu negativních důsledků nejen pro všeobecné sestry, ale také pro zaměstnavatele či samotné pacienty/klienty. Mezi důsledky patří např. snížení kvality péče (Poghosyan, 2010, s. 288) či odchod všeobecných sester z pracovního místa (Panunto, Guirardello, 2013, s. 765). Všeobecné sestry jsou si dle McHugh et al. (2011, s. 202) vědomy negativních důsledků na jejich zdraví, kterými mohou být například i kardiovaskulární rizika (Kebza, Šolcová, 2010, s. 1-16) či psychická a psychiatrická onemocnění, které mohou mít i fatální dopad - smrt (Hosák, Hosáková, Čermáková, 2005, s. 205). Nejde tedy jen o významný problém samotného jedince, ale také celé organizace, v níž všeobecná sestra pracuje. Společnost, v tom nejširším slova smyslu, klade čím dál větší nároky na dokonalost a zlepšování (Honzák, 2006, s. 407-413). Dnešní společnost a způsob života tak zvyšují psychickou zátěž každého z nás a především pak všeobecných sester, které jsou běžně zatěžovány po fyzické i psychické stránce (Hosáková, 2007, s. 80). Právě díky mnoha stresovým situacím – bylo by bláhové si myslet, že se jedná pouze o jedinou situaci, která ústí v distres - je téměř zaručeno, že k vyhoření bude docházet i v budoucnu. Aktuálnost syndromu vyhoření je zřejmá i z tabulek v Příloze 1 a 2. Byť by se zdálo, že snad dostatečné technologické a materiální vybavení zajistí, že pracovník nevyhoří, není tomu tak (Bártlová, 2006, s. 31). Což se ostatně potvrdilo i během rozhovoru s kolegyněmi, které absolvovaly odbornou praxi na špičkovém pracovišti vybaveném po technické i materiální stránce. Tam, kde technické vybavení nebylo nejmodernější, většinou sílil lidský aspekt. Projevoval se právě faktory, které jsou také předmětem diplomové práce.

Cíli diplomové práce bylo zmapovat vztah empatie u všeobecných sester, zjistit u nich vliv syndromu vyhoření a prozkoumat míru psycho-sociálních faktorů - sociální opory a psychické bezpečnosti práce - ve vztahu k syndromu vyhoření. Což odpovídá struktuře a obsahu kapitol teoretických, z nichž stěžejní prostor je věnován syndromu vyhoření. Dále jsou obsaženy kapitoly: sociální opora, empatie a psychická bezpečnost práce. Praktická část předkládá ověření stanovených cílů a hypotéz. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda s využitím techniky dotazníku. Výsledky byly zpracovány v počítačovém programu Microsoft Excel a statistickém softwaru

SPSS. Během zpracování se ukázalo, které faktory sehrávají protektivní funkci ve vztahu k syndromu vyhoření a které jsou naopak rizikové. Výsledky mohou být zdrojem informací jak pro všeobecné sestry, které se nenacházejí v manažerské pozici, tak i pro manažery samotné. Cíle výzkumného šetření byly splněny.

Při výběru zvoleného tématu pro diplomovou práci sehrála velkou roli má bakalářská práce s názvem „Důstojnost seniora z pohledu všeobecné sestry“. Ve výzkumném šetření bylo několikrát respondenty potvrzeno, že nejčastější oblast, v níž dochází k degradaci seniorovy důstojnosti, je oblast empatie. Při studiu odborné literatury jsem zjistila, že se nevyskytuje příliš mnoho publikací v českém jazyce zabývajících se empatií a zmiňujících se o propojenosti se syndromem vyhoření. Po následné konzultaci s vedoucí práce Mgr. Šárkou Ježorskou Ph.D. a přezkoumání literatury byl diplomové práci udělen definitivní směr.

Pro vstupní studijní literaturu byly použity následující tituly:

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření. *Československá psychologie* [online]. 2013, roč. 57, č. 4, s. 329-341 [cit. 22.2.2014]. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3391533b-aa20-4f49-bcd9-0264213a6c48%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4207>

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. Duševní hygiena zdravotní sestry. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2004. 78 s. Sestra. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

ZÁŠKODNÁ, Helena, MLČÁK, Zdeněk. Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009. 391 s. ISBN 978-80-7387-306-6.

K vyhledávání relevantních článků bylo využito rešeršní činnosti VKOL (vypsat a do závorky – dále jen VKOL). Bylo využito tři již vyhotovených rešeršních strategií, ze kterých pocházelo celkem 306 odborných článků v českém, slovenském a anglickém jazyce. Po roztřídění a prostudování bylo kvůli nesplněným kritériím a duplicitě využito 24 odborných titulů. Vlastní rešerše vyhotovená VKOL obsahovala celkem 52 odborných článků v českém a anglickém jazyce. Jednotlivé články byly roztříděny a po prostudování byly užitečné informace z 28 odborných článků začleněny do textu diplomové práce. Současně bylo zahájeno samostatné vyhledávání, které probíhalo v těchto databázích a vyhledávačích:

- databáze BMČ (Bibliographica Medica Českoslovača)
- vyhledávač Google
- vyhledávač Google Scholar
- databáze EBSCO
- databáze ProQuest
- odborný časopis Kontakt
- odborný časopis E-psychologie

Popis rešeršní strategie

Vyhledávání odborných publikací se skládalo z několika etap a probíhalo v období od června 2013 do března 2014. Pro vyhledávání v elektronických informačních zdrojích a odborných periodických byla použita následující kritéria: český a anglický jazyk a rok publikování posledních 11 let (tzn. 2003 – 2014). Klíčová slova a jejich kombinace v českém jazyce tvořila: empatie, syndrom vyhoření, sociální opora, psychická bezpečnost práce, všeobecná sestra, věk, spolupracovníci, ošetřovatelství.

V anglickém jazyce byla použita tato klíčová slova a jejich kombinace: empathy, burnout, social support, psychological safety, nurse, symptoms, age, barrier.

Po roztřídění dohledaných plnotextů bylo do diplomové práce zařazeno 87 odborných publikací.

Vlastní rešeršní strategie probíhala v několika etapách:

Vyhledávací strategie proběhla v srpnu 2013 v databázi EBSCO. Pro klíčová slova: burnout, symptom bylo dohledáno 19 876 výsledků; po zadání kritérií bylo nalezeno celkem 9 047 výsledků, z nichž prostudováno bylo 100. Do diplomové práce byly

následně zařazeny 2 články, které odpovídaly zaměření diplomové práce, i navzdory tomu, že jeden z těchto článků neodpovídal jazykovým kritériím (německý jazyk). Další část byla realizovaná taktéž v databázi EBSO, kde bylo zadáno klíčové slovo empathy. Vyhledáno bylo 183 719 výsledků. Z tohoto množství bylo 100 prostudováno a následně byl 1 článek zařazen. Dále bylo přidáno klíčové slovo, age a boolovský operátor and a bylo nalezeno celkem 455 811 výsledků, z nichž po zadání kritérií bylo dohledáno 106 294. Po prostudování 100 odkazů byly do diplomové práce využity 2 články, přestože jeden článek, mimo abstraktu, nebyl psán v požadovaných jazycích. Další vyhledávání proběhlo taktéž v srpnu 2013 v databázi ProQuest, kde byla zadána klíčové slova: věk, empatie. Zde bylo nalezeno 24 výsledků, z čehož byl využit 1 pro účely zpracování diplomové práce. Při dalším vyhledávání v září roku 2013 v databázi EBSCO byla zadána klíčová slova: burnout, nurse s počtem 68 589 výsledků. Po zadání přísnějších kritérií bylo vyčleněno 22 088, z toho 100 bylo přečteno a 1 odborný článek byl využit. Následně byla klíčová slova upravena na burnout, empathy s booleovským operátorem and. Bylo nalezeno 6 668 titulů, z nichž bylo taktéž 100 prostudováno. Do diplomové práce byly zařazeny 2 odborné články. Následně bylo ve vyhledávači Google Scholar zadáno klíčové slovo empathy, přičemž bylo dohledáno 82 500 výsledků. Po zadání kritérií a seřazení dle dat bylo vyhledáno 53 článků, z nichž byl využit pouze 1. V databázi EBSO s klíčovými slovy: empathy, barrier a booleovský operátor and bylo dohledáno celkem 170 257 výsledků; po zadání kritérií se jejich počet snížil na 32 636, z nichž po prostudování 100 výsledků byl použit 1. Další vyhledávání proběhlo ve vyhledávači Google s klíčovými slovy: empatie, ošetřovatelství, sociální opora. Nalezeno bylo 10 400 výsledků, po prostudování 200 odkazů byly pro účely diplomové práce použity 2 knižní tituly. Vyhledávání v databázi EBSO bylo založeno na klíčovém slovu empathy s 1 042 844 výsledky, z nichž po zadání kritérií zbylo 149 171. Po seřazení a prostudování 100 odkazů byly do diplomové práce zařazeny 3 odborné články. V databázi BMČ bylo zadáno slovní spojení sociální opora; nalezeno bylo 336 výsledků, z nichž po zadání kritérií zbylo 126 článků, po prostudování použity 4. Následná vyhledávací strategie byla realizována v únoru 2014 ve vyhledávači Google Scholar. Bylo použito těchto klíčových slov: psychological safety, nurse a booleovského operátoru and. Bylo dohledáno 183 000 výsledků; po zadání kritérií a seřazení podle dat bylo dohledáno 10 výsledků, z nichž po prostudování byly použity 2 články. Další vyhledávací strategie

byla realizována ve vyhledávači Google Scholar, při níž bylo zadáno klíčové slovo psychological safety, vyhledáno bylo 2 110 000 výsledků; po zadání kritérií a seřazení podle dat bylo nalezeno 81 výsledků. Z tohoto množství bylo pro účely diplomové práce použito 8 odborných článků. Z vyhledávání, které proběhlo na internetových stránkách vědeckého časopisu Kontakt, kde bylo zadáno slovní spojení sociální opora, bylo pročteno 6 odborných článků, z toho pro účely diplomové práce byl použit 1. Další vyhledávací strategie byla realizovaná v databázi EBSCO s klíčovými slovy: sociální opora, spolupracovníci s použitým booleovským operátorem and. Ze 2 odborných článků byl pro účely zpracování diplomové práce vybrán 1. Internetový vyhledávač Google nabídl pro klíčová slova sociální opora, ošetřovatelství 81 200 výsledků. Z tohoto množství byl po roztřídění a prostudování 200 odkazů použit 1 knižní titul. Další vyhledávací strategie byla realizována ve vyhledávači Google Scholar, při níž byla zadána klíčová slova: psychická bezpečnost práce; bylo nalezeno 7 odborných článků, z nichž byly použity 2.

Vyhledávací strategie, v níž články nebyly použity pro účely diplomové práce, jelikož se jednalo o duplicitní zdroje, nedohledatelné zdroje či kvalifikační práce, proběhla v databázích s výše uvedenými kritérii a s klíčovými slovy:

EBSCO: empathy, nurse, age

PoQuest: empathy, nurse, age

BMČ: empathie, věk

BMČ: empathie, syndrom vyhoření

EBSCO: empathy, burnout, nurse

E-psycholog: sociální opora

BMČ: sociální opora, sestra

BMČ: psychická bezpečnost práce

Kontakt: psychická bezpečnost práce

EBSCO: psychická bezpečnost práce

EBSCO: psychological safety, burnout

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

První zmínky o pojmu „*burnout*“ (česky syndrom vyhoření, vyprahlost, vyhaslost, vyhoření) se objevily v publikacích psychiatra H. J. Freudendergera v USA v 70. letech, konkrétně 1974-1975. Autor si povšiml, že jeho spolupracovníci v agentuře pro alternativní péči postupem času ztrácejí nadšení z práce a projevuje se u nich emoční vyčerpání a ztráta motivace. Přičemž si začínal všimnout, že se jedná o velmi rozsáhlý problém, který není vázán pouze na jeho pracoviště a několik spolupracovníků (Černá, Kožíková, 2004, s. 265, Gandi et al., 2011, s. 181). Během studia odborné literatury bylo patrné, že se o syndrom vyhoření zajímá celá řada českých i zahraničních autorů např.: Prokelová, Jarošová, 2013; Kebza, Šolcová, 2010; Černá, Kožíková, 2004; Zacharová, 2008; Honzák, 2006; Gandi et al., 2011; Hanrahan et al., 2010; Khamisa, Peltzer, Oldenburg, s. 201. Syndrom vyhoření většina z těchto autorů popisuje jako konečné stádium procesu, během nějž působí negativní faktory – především dlouhodobý stres.

1.1 Definice

Freudenderger syndrom vyhoření definoval jako „*Konečné stádium procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci.*“ (Freudenderger In Hosák, Hosáková, Čermáková, 2005, s. 205)

Autorky Černá a Kožíková (2004, s. 265) k dané problematice uvádějí: „*Syndrom vyhoření je výsledkem procesu, v němž se lidé tak intenzivně zabývají nějakým úkolem, až ztrácejí své nadšení z toho, co dělají, přičemž dochází k fyzickému i psychickému vyčerpání, doprovázenému až celkovou apatií ke svému okolí.*“

Zacharová (2008, s. 41) k pojmu vyhoření – vyhasnutí uvádí: „*Termín burn out slouží k označení stavu emočního vyčerpání, ke kterému dochází v důsledku chronického stresu.*“

Shepherd, Taschian a Ridnour (2011, s. 397) chápou vyhoření jako syndrom emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého pocitu z osobního úspěchu, které se často vyskytují u jedinců, kteří poskytují služby druhým lidem.

Honzák (2006, s. 407) vyhoření chápe jako: „...*profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky, ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání.*“

Pelcák a Tomeček (2008, s. 88) syndrom vyhoření definují: „*Jedná se o psychický stav charakterizovaný emočním vyčerpáním, kognitivním opotřebením a celkovou únavou.*“

Kebza a Šolcová (2010, s. 1) popisují pojem tak, že: „*Syndrom vyhoření (SV), vznikající zvláště u některých pracovních skupin v důsledku kombinace vlivu zejména chronického stresu a výrazného poklesu motivace, zaujetí vykonávanou činností a pracovní spokojenosti...*“

1.2 Etiologie

Vyhoření je možné pouze u toho, kdo hořel, čili dával své práci velký význam, hodně se jí odevzdával, pomáhal druhým, měl vysoké cíle a očekávání. Syndrom vyhoření se ale nemusí dostavit, jsou-li očekávání z práce a úsilí do ní vložené oceněné a pracující vidí kladnou odezvu. V opačném případě, kdy dochází k nerovnováze mezi vydaným pozitivním úsilím a přijatou pozitivní odezvou, dochází k vyhoření (Masopust, 2003, s. 16; Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010, s. 365).

Hlavní příčinu, např. autoři Nešpor (2007, s. 371), Gandi et al. (2011, s. 181) či Kebza, Šolcová (2008, s. 353), naopak vidí v chronickém stresu vyplývající ze zaměstnání. Pelcák a Tomeček tomuto tvrzení dodávají důležité adjektivum – negativní stres - distres, který na člověka během práce působí a který pracovník nedokáže zvládat. Zvláštní úlohu, v rámci vyhoření sehrávají i chronické nepříjemnosti všedního denního života, jako jsou hádky a velké životní události, mezi které se řadí např. smrt blízkého člověka nebo závažná nemoc či úraz (Pelcák, Tomeček, 2011, s. 88).

1.3 Rizikové faktory

Rizikové faktory jsou předzvěstí syndromu vyhoření, čím více jich je u jedince přítomno, tím je vyšší pravděpodobnost vzniku. Jedná se o aspekty, které se u osoby

vyskytují a s nejvyšší pravděpodobností vyústí ve vyhoření. Rizika jsou dělena na vnitřní a vnější, profesní.

1.3.1 Vnitřní faktory

Rizikovými pro vznik syndromu vyhoření jsou lidé, pracující po většinu času s druhými lidmi – pacienty, klienty, žáky či zákazníky. Často se tedy jedná o lékaře, všeobecné sestry, ošetrovatele, psychology, sociální pracovníky, učitelé, policisty, úředníky, soudce, obchodníky a jiné. Dle demografických údajů se často jedná o mladší pracovníky, kteří právě dokončili studium a mají pocit, že mohou hodně věcí změnit. Proto by se manažeři měli mít na pozoru, přibude-li do týmu čerstvý absolvent (Zacharová, 2008, s. 41). Na což kriticky nahlíží autorky Prokelová a Jarošová (2013, s. 138), které dle provedeného výzkumného šetření, jehož výzkumným souborem bylo 74 všeobecných sester, tvrdí, že se syndrom vyhoření vyskytuje spíše u starších všeobecných sester a tedy i u těch, které mají delší praxi. Neutrálně se k tomu vyjadřuje ve svém článku Kupka (2008, s. 32), který tvrdí, že nejen věk, délka praxe, ale také inteligence či vzdělání patří mezi tzv. neutrální faktory vzhledem ke vzniku syndromu vyhoření. Což spolu s rodinným stavem potvrdily ve výzkumu, realizovaném na souboru 98 všeobecných sester, s využitím MBI dotazníku a identifikační otázky, také autorky Pohlová, Kozáková a Jarošová (2011, s. 275-276). Jako neutrální faktor je dle studie, realizované za pomoci dotazníku BM a identifikační otázky, již se zúčastnilo 100 všeobecných sester, rovněž přijímána délka praxe (Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012, s. 60).

Mezi ohroženou skupinu lidí patří dle Zacharové (2008, s. 41) ti, kteří:

- jsou nejdříve velmi nadšení z nové práce a zastávají názor, že jen pouze plnou angažovaností dají svému životu smysl;
- neumí relaxovat a odpočívat, mají pocit, že odpočinek je zbytečná ztráta času;
- neustále zvyšují nároky na vlastní osobu, které jsou často stěží realizovatelné, nedosažení stanoveného cíle je pak prožíváno jako selhání;
- nejsou ochotni převést část své odpovědnosti na druhé - myslí si, že všechno nejlíp udělají sami;
- mají nízké sebevědomí, ale vysoko postavené ideály;

- jsou pod tlakem z více stran.

Černá a Kožíková (2004, s. 265) mezi další vnitřní faktory navíc řadí i neustále přítomnou potřebu pomáhat druhým lidem a s tím související neschopnost druhé odmítnout, a proto brzy nastává vyčerpání. Pelcák a Tomeček (2011, s. 88) doplňují předešlá tvrzení o další aspekty, které jsou rizikové. Řadí mezi ně i nízkou míru asertivity, původně vysokou obětavost a empatii, permanentně prožívaný stres a rysy osobnosti, zejména typu A, které se projevuje soutěživostí, spěchem, neschopností odpočívat apod.

1.3.2 Vnější faktory

K vnějším faktorům, které přispívají k vyhasnutí, patří události a situace odehrávající se v rodině či širší společnosti, ale i v zaměstnání. V práci negativně působí monotónnost práce, vysoké požadavky na výkon, převládající soutěživá atmosféra na pracovišti, vysoké požadavky na kvantitu a kvalitu odvedené práce, přetěžování pracovníků nadměrnými úkoly, nedostatek ocenění jak ze strany zaměstnavatele, tak i příjemce služeb, absence sociální opory, nedostatek všeobecných sester, monotónní rutina, provádění nekvalifikované práce, nedostatek odpočinku během pracovní doby či absence adaptačního procesu (Pelcák a Tomeček, 2011, s. 88; Bártlová, 2010, s. 110). Dle Kulky (2005, s. 356) má na vznik syndromu vyhoření podíl také management, protože se často vyskytuje u lidí, se stejným nadřizeným. K výraznému rozvoji syndromu vyhoření dle výsledků retrospektivní kohortové studie Nordang, Hall-Lord a Farup (2010, s. 1) také patří období, kdy dochází k snižování počtu personálu a zároveň ke snižování hodnot vztahujících se ke smyslu pro soudržnost zaměstnanců.

V odborné literatuře je také často poukazováno na medicínské obory, které jsou pro všeobecné sestry rizikovými. Patří mezi ně zejména ty, kde je práce emočně vyčerpávající a má vysoké nároky na péči o pacienty. Mezi ně bezesporu patří onkologie. Všeobecná sestra musí s onkologickým pacientem umět efektivně komunikovat, naslouchat mu a taktně přistupovat k naplňování jeho potřeb (Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012, s. 56). Dále jsou mezi rizikové obory řazeny: JIP, LDN, chirurgie, onkologie, psychiatrie, gynekologie a pediatrie (Kebza, Šolcová In Kupka, 2008, s. 28). Bártlová (2010, s. 110) označuje jako riziková pracoviště taktéž JIP,

psychiatrii a onkologii; navíc ale jako riziková oddělení řadí koronární jednotky, neurologii, práci na operačních sálech a hospice – tedy především pracoviště zaměřená na péči o nevyлéčitelně nemocné a umírající. Naopak Prokelová a Jarošová poukazují na to, že nedochází k četnějšímu výskytu syndromu vyhoření na odděleních JIP. Autorky tvrdí, že je jeho četnost vyšší naopak na standardních odděleních a na pracovištích ambulantních. Na odděleních, kde je péče intenzivnější a proměnlivější je výskyt syndromu vyhoření nižší (2013, s. 138). V průřezové studii provedené Hanrahan et al. (2010, s. 198) poukazují na nižší četnost syndromu vyhoření na lůžkovém oddělení, a to z důvodů lepší celkové kvality pracovního prostředí, lepších vztahů s manažery a pevnějších vztahů mezi všeobecnými sestrami a lékaři. Syndrom vyhoření se však nesoustřeďuje na zaměstnání, jehož převahou pracovní náplně je sociální interakce. Riziko vzniku syndromu vyhoření mají všechny profesní skupiny (Schaufeli, Taris In Kebza, Šolcová, 2008, s. 356).

Společnost, v tom nejširším slova smyslu k syndromu vyhoření přispívá zejména nedoceněním odvedené práce a neustálými nároky na zlepšování. Obdobné je to i u základního pilíře společnosti - rodiny. Jestliže všeobecná sestra, úředník či kdokoliv jiný nemá pozitivní atmosféru v rodinném kruhu, velmi často je to znát také na pracovišti nebo ve vztahu k druhým lidem. Rodinné problémy – rozvody, úmrtí, finanční zajištění, hádky, to vše má negativní vliv (Honzák, 2006, s. 407-413).

1.4 Rizikové příznaky

Honzák (2006, s. 412) ve svém odborném článku navíc popisuje také rizikové příznaky, které se na rozdíl od rizikových faktorů, jež přispívají k syndromu vyhoření, s největší pravděpodobností vyskytují u postiženého. Autor mezi rizikové příznaky řadí:

- pocit únavy a tělesné nemohoucnosti;
- zlost na osoby, jež vyžadují pomoc a péči;
- pocit, že mě všechno obtěžuje;
- cynismus a negativismus;
- nepřiměřené emoční reakce až výbuchy;
- úzkost a deprese.

Je nutné podotknout, že, rizikové známky vyhasnutí se mohou vyskytovat i u jinak zdravého člověka. Na rozdíl od Honzáka Kupka tvrdí, že je důležité nezaměňovat depresi a vůbec duševní poruchy a syndrom vyhoření; deprese je duševní porucha, která se projevuje zvýšenou únavou, sníženou aktivitou a energií, avšak její výskyt není na rozdíl od syndromu vyhoření vázán na pracovní prostředí. Na rozdíl od člověka s depresí, lze u vyhořelého po delší dovolené očekávat zlepšení. Zaměnit depresi s vyhořením by tedy bylo chybou (Kupka, 2008, s. 29). Dále se také shodují na tom, že není vhodné okamžitě označit unaveného člověka jako vyhaslého, při běžné únavě totiž většinou postačí odpočinek či naopak zvýšená aktivita k tomu, aby se člověk cítil odpočatě a plný energie. Dle Pelcáka a Tomečka (2011, s. 88), se odcizení, projevující se cynismem, může vyskytovat i u osob, které od své práce zkrátka nic neočekávají, v takovémto případě ale také nelze mluvit o vyhoření.

Rizikové příznaky se mohou, ale nutně nemusí, vyskytovat u vyhořelého člověka. Není vhodné dotýcného, u nějž se vyskytuje některý z příznaků, ihned označit za vyhořelého – jak je psáno výše, existuje i mnoho jiných vysvětlení. Nicméně není radno brát tyto symptomy na lehkou váhu.

1.5 Symptomatologie

Původně spalující oheň, který představuje vysoká motivace, angažovanost, aktivní nasazení a zapálení, postupně přechází do dohořívajícího plamínku, jehož energie se postupně zmenšuje a vyčerpává, až nakonec vyhasne. Protože v ohništi, kde již nezbývá žádný materiál k zapálení, nemá co hořet. Takový oheň samozřejmě nepřináší žádný užitek, jelikož nesvítí, ani nehřeje (Kebza, Šolcová, 2008, s. 352).

Mezi symptomy, které se manifestují, patří především ztráta profesionálního i osobního nasazení, které doprovází psychická i fyzická únava, popudlivost a nedůvěřivost. Postižený člověk propadá rutině a ztrácí zájem o svou práci (Kulka, 2005, s. 355). Symptomy výrazně ovlivňují kvalitu života postiženého, protože se přenášejí do všech sfér jeho života, mění se postoj k práci, kde je velmi nespokojený a má pocit, že jeho odvedená práce přichází vniveč, navíc častěji trpí nemocemi, které jsou mnohdy protrahované. Takto narušený jedinec se snaží přežít ze dne na den a nemít zbytečné problémy. Jeho práce již ztratila smysl – nevidí tedy důvod, proč se

snažit být lepší. (Večeřová-Procházková, 2005, s. 27). V odborné literatuře jsou symptomy syndromu vyhoření rozděleny do bio-psycho-sociální oblasti, přičemž dle Angerera (2003, s. 101-102) převažují příznaky psychické a behaviorální nad fyzickými.

1.5.1 Psychické symptomy

Večeřová – Procházková rozděluje psychické příznaky do oblastí kognitivní a emocionální. Do kognitivní, rozumové oblasti řadí ztrátu nadšení a zodpovědnosti, lhostejnost, únik do fantazie, potíže se soustředěním, zapomínání a negativní postoj nejen k sobě, ale i k jednotlivým lidem i k širší společnosti. Jako emocionální symptomy označuje agresivitu, nespokojenost, sklíčenost, popudlivost, nedostatek uznání a pocity bezmoci (Večeřová – Procházková, 2005, s. 27). Cynismus - depersonalizace, snížení self-efficacy a psychické vyčerpání s pocitem nízkého pracovního úspěchu je rovněž popisována u většiny autorů (Hanrahan et al., 2010, s. 198; Khamisa, Peltzer, Oldenburg, 2013, s. 2214). Psychické příznaky doplňují autorky Černá a Kožíková (2004, s. 265) tím, že syndrom vyhoření může propuknout v psychickou nemoc, jako je deprese či jiné poruchy a vzplanutí závažné psychiatrické choroby, nevyjímaje suicidálními sklony, což je uvedeno v odborném článku Hosáka, Hosákové a Čermákové (2005, s. 205), kteří uvádějí, že vyhoření u pracovníka zvyšuje pravděpodobnost dobrovolné i nedobrovolné hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Mezi emocionální symptomy řadí dále Černá a Kožíková (2004, s. 265) vznik závislostí, především na alkoholu, tabáku či jiných drogách.

1.5.2 Biologické symptomy

Tělesné symptomy zastupují: poruchy spánku, které se dle Demir a Arslan (2011, s. 535) vyskytují v souvislosti se syndromem vyhoření především u všeobecných sester, které mají třísměnný provoz. Dle Dorrian et al. (2011, s. 922) se vyskytuje v souvislosti na zvýšenou úroveň stresu a vyčerpání. Dále je v literatuře uváděna zvýšená unavitelnost, zvýšené svalové napětí, snížená chuť k jídlu, náchylnost k nemocem, poruchy dýchacího, kardiovaskulárního systému, což se projevuje

hypertenzi a problémy trávicího systému (Černá a Kožíková, 2004, s. 265). Kapfhammer pak tyto údaje doplňuje o další symptomy, a to: bradykardie a náchylnost k arytmiím a hypoventilace (2012, s. 1286).

1.5.3 Sociální symptomy

Příznaky, které postihují sociální oblast, se nevyskytují pouze v rámci pracovních vztahů, nýbrž i v rodinném kruhu a kruhu nejbližších – kamarádů, přátel, známých. Černá a Kožíková poukazují, že se vyskytují tyto příznaky: snížení angažovanosti a ochoty pomáhat zejména problémovým osobám, omezení kontaktu a přibývání konfliktů jak mezi příbuznými, tak i se spolupracovníky či příjemci služeb (2004, s. 265). Kupka (2008, s. 28) připisuje i symptom snížené empatie u lidí, kteří byli původně velmi empatičtí.

1.6 Stádia

Rozvoj syndromu vyhoření je kontinuální proces skládající se z několika částí. Jejich počet se může lišit. U většiny autorů se však vyskytují 4 fáze – nadšení, stagnace, frustrace a apatie (Zacharová 2008, s. 41; Večeřová – Procházková, 2005, s. 27; Černá a Kožíková, 2004, s. 265). Důležité je, aby na syndrom vyhoření bylo nahlíženo jako na proces, který se neustále vyvíjí (Kupka, 2008, s. 30).

Entuziasmus, neboli nadšení, motivace, se vyskytuje ihned po příchodu do práce a překvapivě přináší uspokojení. Pracovník má své ideály, často obtížně realizovatelné, touží být nejlepší a úspěšný, a to za každou cenu. Právě to je kamenem úrazu, protože dochází k nerovnováze mezi vynaloženou a přijatou energií ve smyslu úspěchů a pochval a dochází k dobrovolnému přepracování. Právě v této fázi je důležité si uvědomit, že existuje možnost říct ne, na které má každý právo (Zacharová 2008, s. 41; Večeřová – Procházková, 2005, s. 27). Jestliže se však nedaří naplňovat své ideály, práce se stává méně atraktivní, a tudíž pracovník nevidí důvod, proč by do ní měl investovat tolik energie, původní oheň pomalu uhasíná – stádium nadšení plynule přechází ve **stagnaci**. Často pracovník pocituje, jako by jeho systém ztratil svůj řád, a

že je v časové tísní. V takovém případě je realitou donucen polevit na úrovni svých očekávání a jeho pozornost se zaměřuje jinam než na pracovní výkon. Dle Černé a Kožíkové (2004, s. 265) je pravděpodobnost rozvinutí dalších fází syndromu vyhoření nižší za předpokladu, že se přítomná apatie začne účinně řešit (Večeřová – Procházková, 2005, s. 27; Černá a Kožíková, 2004, s. 265). Navazující fáze se nazývá **frustrace**, neboli zklamání, kdy práce s lidmi, pracovní systém i prostředí jsou pracovníkem vnímány negativně. Přitom se ale u postiženého vyskytuje pocit, že něco musí dělat a často je výsledným efektem neuspořádaný pracovní systém, chaos. Vyskytují se otázky ohledně toho, jestli je zvolená práce a zaměstnání to pravé, jestli je vhodné pomáhat druhým, když ani nedělají pokroky. Výjimkou nejsou hádky a konflikty nejen se spolupracovníky, ale i s nadřízenými a klienty (Zacharová 2008, s. 41; Večeřová – Procházková, 2005, s. 27). Kupka (2008, s. 30) dodává, že se vyskytuje i dehumanizovaná percepce okolí, která vzniká na základě zabránění vzniku následující fázi. Během poslední fáze, fáze **apatie**, je zřejmá nespokojenost v práci, nepřátelské chování, cynismus, nedostatek trpělivosti, izolace pasivní či aktivní, která je vyvolaná agresivitou a dochází až k odpoutání od druhých a vyhýbání se kontaktu nejen s klientem, ale často i se spolupracovníky. Prvotní fázi, kdy člověk chtěl udělat nejvíce, vystřídal fáze typu: nemusím nic. V práci se apatie projevuje především tím, že pracovník nedělá nic navíc, odpadá angažovanost, již vykonává pouze to, co je pracovní náplní a je v harmonogramu práce; existuje tedy pořád snaha udržet si svou pozici, ale ne již proto, že je naplňující, ale kvůli tomu, že musí mít nějaký zdroj obživy (Večeřová – Procházková, 2005, s. 27).

Někteří autoři popisují završení procesu syndromu vyhoření jako pátou fázi – **vlastní syndrom vyhoření**, ze kterého je cesta zpět velmi obtížná. Na rozdíl od apatie, kterou autoři popisují jako nepřátelství a vyhýbání se odborným rozhovorům, se fáze vlastního syndromu vyhoření projevuje celkovým vyčerpáním, cynizmem, odosobněním a ztrátou smyslu práce – vyhoření se tedy projeví v plné síle (Černá a Kožíková, 2004, s. 265).

1.7 Možnosti pomoci, terapie

Léčba syndromu vyhoření může být efektivní nebo neefektivní. Jako neefektivní léčba je především označováno takové, kdy se jedinec snaží s problémem vyrovnat sám. Patří k nim např. odchod z pracoviště, užívání návykových látek či dělání “mrtvého brouka“ (Černá a Kožíková, 2004, s. 265; Večeřová, 2005, s. 27-28; Honzák, 2005, s. 95). Jako efektivní terapii lze označit především takovou, kdy se dostává pomoci od odborníka, jako je např. psychoterapeut (Honzák, 2005, s. 95).

1.7.1 Neefektivní možnosti zvládnání syndromu vyhoření

Možností strategií pro zvládnutí syndromu vyhoření existuje celá řada. Jako ne vždy efektivní způsob řešení je označována takzvaná samoléčba. Ta často zahrnuje odchod na jiné pracoviště, v rámci oboru či i mimo obor, což definitivním řešením ani nemůže být, protože po nějaké době se situace může opakovat a vše se vrátí do starých kolejí. Večeřová (2005, s. 27) doslova tvrdí, že se jedná o: „*Opakování téhož koloběhu v jiných kulisách.*“ Navíc se mohou po čase objevit výčitky a zklamání z útěku před problémem. Další možností neefektivního zvládnání je útek do vyšších pozic v zaměstnání, což je častější pro větší organizace, kde tuto možnost postupu lze realizovat. Atraktivní v této pozici je fakt, že již nehrozí obávaný kontakt s klienty či pacienty; tento postoj však může mít negativní dopad na ty podřízené, kteří s lidmi pracují. Mezi další metody samoléčby může patřit vypěstování závislosti, která poskytuje postiženému dočasnou úlevu – může jít o kouření, zvýšené užívání alkoholu, zvýšenou konzumaci jídla, především čokolády, která může mít podobný efekt jako anxiolytikum; ze strany zdravotníků se může nastat zneužívání snadného přístupu k nejrůznějším druhům farmak – anxiolytika či stimulantia. Tyto způsoby nejen, že jsou neefektivní a škodí zdraví, navíc vyvolávají další negativní účinky, čímž se bludný kruh pomalu uzavírá (Černá a Kožíková, 2004, s. 265; Večeřová, 2005, s. 27-28).

1.7.2 Efektivní způsoby zvládnání syndromu vyhoření

Má-li být terapie efektivní, potom je nutné mít na paměti, že vždy potřebujeme pomoc někoho druhého. Počátečním krokem může být sdělení problému nejbližší osobě nebo vyhledání odborné pomoci u psychoterapeuta, který se v dané problematice dobře vyzná. Naprosto nežádoucí je uzavřít se do sebe a dělat “mrtvého brouka“ (Honzák, 2005, s. 95). Albiní et al. (2011, s. 15) uvádějí, že pro zvládnání syndromu vyhoření je nutné jako první charakterizovat rizika, dle kterých se stanoví intervenční strategie. Pro efektivní léčbu syndromu vyhoření se využívají strategie stejné, obdobně jako je tomu u prevence. Je však vhodné tyto intervence kombinovat a využívat je s daleko větší intenzitou. Jako nutná intervence může být někdy považována změna zaměstnání či snížení úvazku (Nešpor, 2007, s. 372-373).

1.8 Prevence

Základním předpokladem úspěšné prevence je informovanost, čili povědomí o tom, že syndrom vyhoření vůbec existuje (Pohlová, Kozáková, Jarošová, 2011, s. 274).

Mezi důležité prvky prevence patří:

- smysluplný život - je vhodné mít priority a reálné životní cíle, ke kterým směřují;
- být si vědom toho, že nejsem neomylný a bez chyb;
- relaxace - je v dnešní uspěchané době neméně důležitým protektivním faktorem, důležité je umět osvojit si relaxační techniky, udělat si přestávky a nemyslet během nich na práci;
- umění říci druhým ne - protože odmítnout je asertivní a je to právo každého člověka;
- se schopností říci ne také souvisí obrana proti manipulaci – neumí-li člověk odmítnout prosbu druhého, může se snadno stát obětí manipulátora a dostane se tak do začarovaného kruhu;
- pomáhat druhým a mít radost z ocenění vykonané práce;
- podílet se na vytváření pozitivního pracovního prostředí – vyhýbat se ukvapeným odpovědím, využívat empatii a schopnost pro týmovou spolupráci;

- vytvářet kolem sebe pozitivní prostředí, využívat pomoci druhých lidí a udržovat sociální kontakty;
- být pozitivní a uvědomit si zodpovědnost za své chování nejen k okolí, ale i k sobě samotnému – důležité je věřit ve vlastní schopnosti, neboli self efficacy, umět se pochválit a udělat si radost;
- udržovat či rozvíjet své záliby a koníčky – lidem, pracující především po fyzické stránce se doporučují koníčky, které jsou zaměřeny spíše na duševní stránku a naopak;
- oddělit od sebe práci a osobní život, při odchodu z práce se snažit myslet na pozitiva, která se v pracovní době vyskytla (Zacharová, s. 42, 2008; Vávrová, Pastucha, 2013, s. 54)

Černá a Kožíková navíc uvádějí preventivní opatření v rámci péče o zdraví u všeobecných sester, která by měla zahrnovat::

- vytvořit si jisté pravidelnosti i při směnném provozu;
- při výskytu nemoci se stát řádným pacientem a navštívit lékaře;
- v zaměstnání dodržovat hygienická opatření a návyky;
- občas se cíleně zamýšlet nad svými pocity, obavami, projevy, chováním;
- nebrat na lehkou váhu psychická ani fyzická rizika povolání (2005, s. 265).

Prevence se tedy týká tří důležitých oblastí. Do první oblasti náleží dodržování zásad **psychohygieny**: udržovat pozitivní myšlení, asertivitu, správnou životosprávu, čili mít dostatek aktivity i odpočinku, kontrolu nad časem a emocionální autoregulaci (Vávrová, Pastucha, 2013, s. 54). Druhá část prevence se týká **práce**. Syndrom vyhoření se totiž neobjevuje náhodně, ale dle Kulky (2005, s. 356) se objevuje častěji u pracovníků se stejným nadřizeným. Špatný management zastává v rámci prevence syndromu vyhoření negativní vliv. Vávrová a Pastucha (2013, s. 54) dodávají, že je dobré udržovat pozitivní pracovní vztahy, podporovat týmovou spolupráci, ochotně si navzájem pomáhat, být v kontaktu s lidmi, kteří se nacházejí na podobných postech a pomáhat měnit stereotypy, nikoliv do nich zasahovat násilně. Kupka (2013, s. 31) dodává i další protektivní faktory, kterými je vhodný time management, zvýšená pestrost a proměnlivost práce, autonomie a sociální opora. Za hlavní faktory prevence lze podle Kulky (2005, s. 32)

považovat: nalezení smysluplné činnosti, vytváření přirozeného vztahu k práci a získání profesní autonomie a opory. Třetí oblast zahrnuje **koníčky a přátele** – je vhodné provozovat koníčky, při kterých se od práce odreagujeme a za pomoci posilujících prvků upevňovat a rozvíjet přátelství. Aby všechny zmíněné části mohly spolu správně, harmonicky fungovat a vytvářet tak účinnou prevenci vzniku syndromu vyhoření, je důležité, aby mezi nimi byla vyváženost. (Vávrová, Pastucha, 2013, s. 54)

1.9 Důsledky syndromu vyhoření

K negativní realitě patří snížené hodnocení kvality péče ve zdravotnických zařízeních, na což ve výzkumu, prováděném v šesti zemích, poukázali Poghosyan et al.. Tato informace dává významnou zpětnou vazbu manažerům, usilujícím o celkové zvýšení kvality péče. Dalším závažným důsledkem je negativní působení na pacienta. Poghosyan et al., 2010, s. 288). Obdobný výsledek v odborné studii publikovali autoři McHugh et al. (2011, s. 202), kde uvádějí, že nespokojené či vyhořelé všeobecné sestry negativně působí na kvalitu péče o pacienta, který tuto negaci a zhoršenou péči vnímá. Dále se také zjistilo, že všeobecné sestry jsou zvláště nespokojené v oblasti působení práce na jejich zdraví, což lze napravit zlepšením pracovních podmínek. Dalším negativním důsledkem pro organizaci je, že pracovník, u nějž se vyskytuje emoční vyčerpání má nutkavější pocit opustit stávající pracovní místo (Panunto, Guirardello, 2013, s. 765). Mezi další závažné důsledky syndromu vyhoření řadí Kebza a Šolcová (2010, s. 1-16) i kardiovaskulární rizika, což bylo prokázáno u 78 osob, subjektivně zdravých, bez předchozího kardiovaskulárního onemocnění.

2 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE

V literatuře se uvádějí dva druhy zátěže – fyzická a psychická, neboli stres. Tyto typy zátěží, byť jsou rozlišné, nelze od sebe oddělit, neboť jsou vzájemně propojené. Podle Hosákové (2007, s. 81) důsledky fyzické zátěže zvyšují psychickou tenzi, které se projevují dále i v mezilidských vztazích. Fakt, že je práce všeobecné sestry namáhavou profesí jak po tělesné stránce, tak i po psychické, zmiňuje řada autorů (Hosáková, 2007, s. 80; Czaja et al., 2012, 357; Bártlová, 2006, s. 31; Ječná, Hosák, Čermáková, 2009, s. 27).

2.1 Psychická zátěž

Dnes se obecně snižuje fyzická zátěž vlivem rozvoje rozmanitých technologií, což však neplatí pro zátěž psychickou. Psychická zátěž všeobecné sestry spočívá v nepřetržitém pozorování pacienta a schopnosti rychle se naučit, zapamatovat si, ale i vybavit velké množství informací o pacientovi, či neustále se opakující činnosti, kdy je nutná přesnost - např. činnosti spjaté s přípravou a aplikací léků. Při výkonu povolání musí analyzovat a řešit velké množství problémových situací. Neméně psychicky vyčerpávající jsou výkony spojené s úmrtím pacienta. Psychická zátěž v práci se o to více zdůrazní při výskytu osobních starostí všeobecné sestry (Hosáková, 2007, s. 80-81). Všeobecná sestra pracující samostatně má tedy velkou profesionální zodpovědnost a musí zvládat problémy, které nastanou během jednání s nemocným, musí se neustále vzdělávat i v oblasti technického vybavení pracoviště a v neposlední řadě se musí vyrovnávat s negativním hodnocením své práce (Ječná, Hosák, Čermáková, 2009, s. 27). Všeobecné sestry jsou dle odborné studie provedené autory Mealer et. al (2012, s. 296) na jednotkách intenzivní péče nejvíce traumatizovány neschopností zachránit pacienta (50%), slovním napadáním ze strany rodiny (39%), prováděním zbytečných činností a umíráním pacienta (29%).

2.2 Fyzická zátěž

V rámci fyzické zátěže jsou všeobecné sestry nejvíce ohroženy péčí o imobilní pacienty, umírající pacienty a polohováním nemocných. Největší výskyt zvýšené fyzické zátěže je na neurologickém pracovišti. Největším problémem v tomto ohledu přitom je nedostatečné vybavení pomůckami, které snižují fyzickou zátěž všeobecných sester (hydraulický zvedák, polohovací lůžka na ovládání,...). Jako nejčastější psychická zátěž je potom uváděna: časová tíseň, špatná organizace práce, péče o agresivního a umírajícího pacienta a komunikace s rodinou umírajícího (Gučková, 2009, s. 30 – 31). Gandi et al. (2011, s. 192) navíc uvádějí, že se zátěž zvyšuje u všeobecných sester se zvýšeným počtem přidělených pacientů s různými potřebami – tedy v případě nedostatku personálu.

2.3 Stres

Stres a syndrom vyhoření spolu velmi úzce souvisejí, na což odkazuje více autorů (Kupka, 2008; Morelius et al., 2013; Hosáková, 2007, s. 80). Kupka (2008, s. 26) tvrdí, že syndrom vyhoření můžeme s největší pravděpodobností očekávat u člověka s chronickým stresem. Přičemž dodává, že se jedná především o pracovní stres, který dle výzkumů způsobuje snížená míra autonomie a vysoké nároky na pracovníka. Z psychologického hlediska lze o pojmu stres uvažovat jako o stavu nadměrného zatížení či ohrožení. Nejde však o problémovou situaci jako takovou - to jsou stresory - jde pouze o reakci na danou situaci. Jestliže se nedaří stres delší dobu redukovat, směřuje s největší pravděpodobností k syndromu vyhoření (Hosáková, 2007, s. 80).

2.3.1 Dělení

Papežová (2004, s. 291) uvádí, že obecně stres dělíme na akutní a chronický – dle délky trvání, dle intenzity - stres a trauma, dle výskytu - vývojový a akutní a dle jeho vlivu na organismus – eustres a distres. Dle Hosákové (2007, s. 80) lze navíc stres rozdělit i dle výše zátěže na organismus - hypostres a hyperstres. Intenzitu zátěže nelze

obecně usuzovat dle šablon, měřítek, škál, neboť intenzita prožívání se u každého individuálně odlišuje. Všeobecně lze říci, že hypostres, je stres slabší, na který se organismus může adaptovat. Kdežto hyperstres je již silnější reakce, na kterou se organismus již nezvládá přizpůsobovat, dochází tak k psychickému a fyzickému selhání a v nejkrajnějších případech až ke smrti (Hosáková, 2007, s. 80).

Stres tedy nemusí být vždy škodlivý, může být i užitečný. Základním rozdílem mezi pozitivním a negativním stresem je jejich vliv na organismus. Po prožití pozitivního stresu můžeme očekávat radost, spokojenost, kdežto po prožití negativního stresu se dostaví nespokojenost, přetížení, zoufalství či bezmoc. Výsledkem takového dlouhodobého stresu může být i somatické onemocnění. Nejnápadnější formou stresu je trauma, což je nadměrná psychická zátěž přesahující rámec běžných lidských zkušeností – například při nejrůznějších katastrofách - ve zdravotnictví může dojít třeba k nepředvídatelným fyzickým útokům agresivních pacientů. Intenzita stresu nemusí být vždy vysoká, pokud stresové situace budeme předvídat. Ne všechny stresory - i při předvídání - sníží výši stresové zátěže na organismus – typickým příkladem jsou zkoušky, testy (Hosáková, 2007, s. 80).

2.3.2 Stresory

Stresor je situace vedoucí ke stresu, míní se tedy o samotná problémová situace. Podle Hosákové (2007, s. 80) může být stresorem každodenní nepříjemnost jako je dopravní zácpa, závažná změna v životě - úmrtí, nemoc, ztráta zaměstnání, anebo také vnitřní konflikty či přání jedince.

Nešpor (2007, s. 371) shrnuje profesionální stresory ve zdravotnictví, které vedou k vyhoření, a řadí k nim: trojsměnný provoz, nedostatek času, náročný životní styl, nepředvídatelné situace či kontakt s tabuizovanými tématy – smrt, bolest nebo soukromí. Albin et al. (2011, s. 15) navíc mezi pracovní stresory všeobecných sester řadí i velkou míru odpovědnosti. Bártlová (2006, s. 31) podotýká, že velká psychická zátěž vyplývá již ze samé podstaty ošetrovatelské profese a dále z komunikačních dovedností, sociálních interakcí a dalších každodenních problémových situací. Například nutnost čelit nárokům jako je flexibilita, nutnost rozumět technickým věcem a získávat neustále nové informace atd. Zachová a Škochová mezi konkrétnější stresory řadí nedostatek materiálu pro požadovaný výkon či nedostatek lůžkovin.

Zmíněna je i pracovní doba, která není vhodně organizovaná, či aktivity, které jsou pro svůj výkon omezeny klimatickými podmínkami různých ročních období nebo nedostatečným prostorem. Negativně na všeobecné sestry působí také hluk, finanční podhodnocení a nedostatek všeobecných sester a pomocného personálu (Zachová, Škočová, 2008, s. 249). Ukazuje se, že mezi nejvýraznější stresor patří péče o umírajícího člověka. Přitom je na ošetřující osobu kladen důraz na schopnost zvládat mezní situace a zároveň se umět vyrovnat s pocity vlastní smrtelnosti. Stresor bude o to silnější, bude-li s pacientem navázán užší kontakt (Nešpor, 2007, s. 371). Stresové situace s sebou přinášejí řadu důsledků, mezi které patří ovlivnění pracovní výkonnosti, fluktuace a loajality všeobecných sester vůči svému zaměstnavateli, angažovanosti a motivovanosti do práce (Bártlová, 2007, s. 371).

2.3.3 Fáze stresu

První fáze, neboli fáze poplachová, nás připravuje na reakci - útok či útěk; je charakterizovaná zvýšeným vyplavením adrenalinu do krevního řečiště, tachykardií, tachypnoí a hypertenzí. Ve fázi rezistence se organismus adaptuje na zátěž a hledá možnosti pro vyrovnání se s účinky zátěžové situace. Autor doplňuje tuto tezi tím, že také dochází ke zvýšené plačtivosti a sociálnímu stažení. V poslední fázi se projevuje vliv stresu na organismus. Po vyrovnání se stresem nastupuje únava či celkové vyčerpání. V případě selhání adaptace dochází k vážnému ohrožení, které může skončit smrtí (Hosáková, 2007, s. 80).

2.3.4 Prevence stresu

Při prevenci profesionálního stresu zmiňuje Nešpor (2007, s. 371-372) následující strategie:

- kvalitní síť interpersonálních vztahů;
- pozitivní kolegiální vztahy na pracovišti;
- dostatek spánku a odpočinku s využitím relaxačních či meditačních metod;
- vhodná střední míra zátěže – tedy ani nedostatek práce není vhodný;
- pestrost pracovní náplně;

- kladení reálných požadavků na vlastní osobu a využívání delegování;
- zájmy a záliby nesouvisející se zaměstnáním.

Bazarko a Cate v pilotní studii pracovali s relativně novou léčebnou metodou v oblasti zvládnání stresu, kterou je MBSR, nebo-li *Mindfulness-based stress reduction*. Která pro svůj léčebný záměr pracuje s pojmem všímavostí; cílem je navození všímavého přístupu k vlastním problémovým situacím. Metoda může být realizována formou skupinového sezení, anebo v případě nedostatku času i formou t-MBSR, kdy se zájemce může dostavit pouze na první sezení a následně jsou další sezení technologicky přenášeny – např. přes telefon nebo internet. V pilotní studii byl zkoumán účinek metody t-MBSR, přičemž v závěru se objevily informace o zlepšení v oblastech: vnímání stresu, vyrovnanosti, snížení úrovně syndromu vyhoření, zlepšení zdraví a vitality, zvýšení úrovně empatie a sebe-soucitu (Bazarko, Cate, 2013, s. 107-133).

Při prevenci syndromu vyhoření hraje významnou roli pocit osobního úspěchu. V profesi všeobecné sestry je důležité zejména pozorování pozitivních výsledků ošetrovatelské péče v podobě rychlého zotavení pacienta/klienta (Gandi, et al., 2011, s. 191).

3 SOCIÁLNÍ OPORA

3.1 Vymezení pojmu, definice

Sociální integrace jedince do společnosti je významnou determinantou jeho duševního zdraví a pohody. Prostřednictvím sociálních vazeb s druhými lidmi či širší společností je jedinci poskytována sociální opora, kterou Kebza (2008, s. 151) popisuje jako sociální fond, tedy systém sociálních vztahů, ze kterého v případě potřeby lze čerpat a dostávat pomoc. Tato pomoc může být určena ze zákona, ale může také vycházet z dobré vůle, ochoty, čili je dána svobodným rozhodnutím pomáhajícího člověka (Křivohlavý, 2009, s. 97). Sociální opora, nebo-li „*social support*“ je v odborné literatuře popisována jako příznivý faktor v oblasti zvládnání zátěžových situacích (Krpoun, 2012, s. 43; Levická, 2005, s. 266; Křivohlavý, 2009, s. 94). Je také významným protektivním faktorem duševního zdraví, což bylo prokázáno ve studii Ježorské et al. (2013, s. 17); opora snižuje míru úzkosti a zvyšuje míru komplexní životní spokojenosti u osob závislých na alkoholu. Její podstata spočívá ve vědomí, že nám jsou jiní lidé k dispozici a jsou nám ochotni v případě potřeby pomoci (Levická, 2005, s. 267). Sociální oporu popisují někteří autoři (Levická, 2005, s. 266; Křivohlavý, 2009, s. 94) jako pomoc, kterou jednotlivci, skupině či komunitě poskytují jiní aktéři, přičemž jejím cílem je poskytování pomoci při zvládnání konkrétní nepříznivé situace.

Sociální oporu definuje Krpoun (2012, s. 43): „*Sociální oporu (dále SO) lze vymezit jako pomoc či podporu, kterou jedinec čerpá v situacích, kdy to považuje za příhodné. Takovými situacemi nemusí být pouze zátěžové, ale i běžné každodenní momenty, ve kterých se většina z nás, bez ohledu na druh povolání, současný zdravotní stav nebo věk, ocitá.*“

O sociální opoře dle Levické (2005, s. 268) nelze hovořit v situacích, jestliže:

- poskytovaná pomoc nereaguje na potřeby příjemce sociální opory a nerespektuje emoční, sociální či funkční omezení;
- sociální opora je poskytována s úmyslem něco za něco.

3.2 Pojetí sociální opory

Křivohlavý zdůrazňuje, že by člověku nemělo uniknout širší rozpětí opory, a rozděluje její rozsah na mikroúroveň, mezoúroveň a makroúroveň. Sociální opora na **mikroúrovni** představuje oporu jako podání pomoci nejbližší osobou – rodinnými příslušníky, ale i přáteli, pokud jsou jedinci nejbližší. V oblasti **mezoúrovně** je pomoc realizována uvnitř dané skupiny, jako je např. v zaměstnání, ve škole, v zájmovém kroužku či pomoc náboženského sdružení. Sociální opora na střední úrovni může být také poskytnuta lidem z okolí, kteří sice nejsou součástí skupiny, ale nacházejí se v nouzi. Nejrozsáhlejší je **makroúroveň** opory, která je charakteristická realizováním opory a pomoci potřebným lidem na úrovni celospolečenské. Pro příklad této opory uvádí Křivohlavý (2005, s. 95) činnost organizace ADRA.

3.3 Proces a poskytování sociální opory

Proces podpory se ve zkratce skládá ze dvou částí: dávání čili poskytování sociální opory a na druhé straně její přijímání (Levická, 2005, s. 266). Ten, kdo sociální oporu poskytuje, je označován jako pomáhající, ten kterému se dostává, je příjemce (Křivohlavý, 2005, s. 96). Vnímání samotné sociální opory je u každého individuální a je možné pouze tehdy, je-li jako opora příjemcem vnímána. U jednoho jedince mohou některé životní situace a někteří lidé působit jako sociální opora, kdežto u jiného člověka tak vnímány nebudou. Jejím úkolem je přiměřené a účinné odpovídání na potřeby lidí a jejich cíle, které se mění v čase a současně s tím dochází i k proměně formy a zdrojů sociální opory. V situacích, kdy dochází ke zvýšení psychické zátěže, je vhodné myslet na to, že i potřeba sociální opory bude delší dobu zvýšená (Baštecká, 2005, s. 87-88).

Sociální opora může být realizována za pomoci široké škály možností, a to zejména proto, že úzce navazuje na sociální potřeby daného jedince. Sociální opora může být poskytována různými formami a dle toho ji dělíme na:

- **instrumentální** oporu, která se vyznačuje poskytnutím hmotné, materiální podpory – např. dárek nebo vypůjčení;

- **informační** oporu, jejímž základem je poskytnutí informací či rady, řadí se sem také poradenství;
- **emoční** oporu, jenž je charakteristická citovou podporou jedince, děje se tak s využitím empatie a povzbuzením (Levická, 2005, s. 267);
- **hodnotící** oporu, která se vyznačuje zejména tím, jak s druhým jednáme, a zdali je posilováno jeho kladné sebevědomí a sebehodnocení a zda je respektována jeho autonomie. Řadí se sem také společné sdílení a nesení některých těžkých úkolů společně s příjemcem (Křivohlavý, 2005, s. 98).

Během poskytování sociální opory se můžeme setkat i s tzv. odvrácenou stranou sociální opory. Mezi takovéto aspekty patří: nadměrná pomoc, odlišnost představ o tom, co si pomáhající myslí, že příjemce potřebuje a co příjemce opravdu potřebuje, nevhodná forma pomoci. S nadměrnou pomocí člověku se lze setkat v praxi u starších lidí, kdy pečovatelé chtějí a snaží se udělat vše, jen aby senioři nemuseli udělat nic sami. V důsledku takového jednání dochází ke zhoršené soběstačnosti a sebeběče, což má následně negativní vliv na sebehodnocení a sebepojetí daného člověka. Nevhodná forma pomoci je např. to, co pro daného člověka není aktuálně potřebným (Křivohlavý, 2005, s. 111-112).

3.4 Zdroje sociální opory

Důležitou podmínkou toho, aby opora mohla být poskytnuta, jsou zdroje neboli sociální síť, díky níž dochází k sociálním interakcím, které jsou pro člověka podpůrné a tvoří zdroje sociální opory (Krpoun, 2012, s. 43; Kupka, 2008, s. 32-33). Sociální síť popisuje Křivohlavý (2005, s. 95-96) jako soubor lidí, s nimiž dotyčná osoba je či byla v sociálním kontaktu a od nichž je pravděpodobné, že by tyto osoby poskytly jedinci v případě potřeby určitou pomoc. Velikost i hustota sítě závisí na počtu osob, které jsou jedincem zařazovány do jednotlivých skupin, jakými jsou např. blízcí přátelé, rodina, ale i spolupracovníci. Má-li však sociální opora plnit své funkce, je vhodné mít na mysli nejen její kvantitu, což je souhrn zdrojů, ale také kvalitu těchto zdrojů, která se projevuje dostatečnou citovou oporou či stabilitou (Křivohlavý, 2005, s. 98; Levická 2005, s. 267-268). Levická (2005, s. 267-268) zdroje sociální opory rozděluje na:

- přirozené, které jsou tvořeny nejbližšími lidmi – sourozenci, rodiče, děti, manžel/ka, přátelé apod.;
- komunitní – sdružení, instituce, hnutí aj.

Autorka dále mezi nejčastější poskytovatele sociální opory řadí rodinu, blízké přátele, spolupracovníky, nadřízené i podřízené a také odborníky, jako jsou psycholog, lékař a další (Levická, 2005, s. 267-268). Mezi hlavní zdroje sociální opory řadí Kupka (2008, s. 33): rodinu, přátele a další blízké osoby, se kterými je možné realizovat volnočasové aktivity. V zaměstnání jsou hlavním zdrojem opory spolupracovníci.

3.5 Sociální opora a syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření se vyskytuje zvláště v zaměstnáních, ve kterých je hlavní složkou pracovní náplně kontakt s druhými lidmi a závislost na jejich hodnocení (Pelcák, Tomeček, 2011, s. 88). Podpora od druhých lidí je pro všeobecnou sestru významným, lehce dostupným a protektivním faktorem syndromu vyhoření (Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012, s. 59). To, že je snižována pravděpodobnost vzplanutí vyhoření, potvrzuje řada odborné literatury a odborných studií (Pelcák, Tomeček, 2011, s. 88; Bártlová, 2010, s. 110; Khamisa, Peltzer, Oldenburg, 2013, s. 2217) a navíc dle Ježorské, Kozykové, Chrastiny (2012, s. 60) nezávisle na délce praxe. Významný vliv zaujímá dle Zacharové (2008, s. 41) nejen při prevenci, ale i při zvládnutí stresu a vyhoření. Což ve své studii, které se zúčastnilo 196 respondentů, potvrzují také Ježorská a Tomanová (2011, s. 147), kdy se mimo jiné prokázalo, že respondenti s vyšším skóre burnout, mají nižší skóre sociální opory. Problémové jsou často i vztahy mezi všeobecnými sestrami a lékaři na což odkazují výsledky z průřezové studie Hanrahan et al. (2010, s. 198), kdy se zjistilo, že vztah mezi všeobecnou sestrou a lékařem významně přispívá k emocionálnímu vyčerpání a depersonalizaci.

I ve zdravotnictví můžeme sociální oporu vnímat jako vzájemnou pomoc. Pokud se na pracovišti vyskytuje bezohlednost, nepozornost a nekolegiálnost, hrozí vzplanutí syndromu vyhoření. Popř., kdy je již vyhoření aktuální, zvyšuje se možnost přechodu do dalšího stádia (Zacharová, 2008, s. 41).

3.6 Sociální opora v ošetrovatelství

Pracovní kolektiv je pro pracovníka velkým zdrojem, nebo naopak pohlcovačem energie. Všeobecné sestry, které vnímají vztahy na pracovišti jako pozitivní, bývají vyčerpány především fyzicky. V případě negativních vztahů jsou vyčerpány naopak psychicky (Králová, Partlová, 2006, s. 24). Sociální opora ze strany spolupracovníků, známá též jako „*peer support*“, sehrává dle výsledků studie Ježorské a Tomanové (2011, s. 148) či Ježorské, Kozykové a Chrastiny, (2012, s. 60) významnou protektivní roli vzhledem k vyhoření. Při vyšším skóre sociální opory ze strany spolupracovníků je signifikantně nižší míra vyhoření. Což odpovídá také tvrzení v článku Kebzy a Šolcové (2003, s. 16), kteří tvrdí, že největší význam v oblasti prevence syndromu vyhoření patří spolupracovníkům a to zvláště těm, kteří jsou na stejné pozici jako příjemce opory. Někteří autoři (Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2010, s. 366) ale tvrdí, že i pracovníci z jiné pozice mohou pomoci nést obtíže a být oporou, a to formou supervize, která staví na kvalitním osobním vztahu mezi supervizorem a supervidovaným a je charakterizována vzájemnou spoluprací, důvěrou, porozuměním či psychologickým bezpečím.

Vztahy mezi lékařem a všeobecnou sestrou s sebou často paradoxně přinášejí řadu úskalí. Mezi problémové situace patří neuznání ošetrovatelství jakožto samostatné disciplíny, ale pouze jako pomocné role při péči o pacienta, což je základem problematického chování. Příčinou je nepochopení odpovědnosti a jednotlivých rolí lékařství a ošetrovatelství (Bártlová, 2006, s. 32). V průřezové studii Panunto a Guirardello (2013, s. 771) se zjistilo, že špatné vztahy mezi všeobecnými sestrami pracujícími na jednotce intenzivní péče a lékaři, spolu s omezenou autonomií a nedostatečnou kontrolou své činnosti, patří mezi významné činitele, pomocí nichž jsou hodnoty emočního vyčerpání zvyšovány. Dle Zachové a Škochové jsou střety mezi všeobecnou sestrou a lékařem, považovány všeobecnými sestrami za nejvíce devalvující. Zde patří především situace, které se odehrávají před pacientem, nebo situace, kdy jsou do konfliktu vtaženi i kolegové. Autorky blíže specifikují problémy a uvádějí, že mezi časté problémy patří přesunování lékařských kompetencí na všeobecnou sestru, k čemuž mohou být nuceny. Další střety vyplývají z nedostatku tolerance – např. když lékař vyžaduje ošetření pacienta s asistencí všeobecné sestry u

výkonu v momentě, kdy právě všeobecná sestra vykonává jinou činnost. Problém se týká samozřejmě situace, která není akutní (Zachová, Škořochová, 2008, s. 249).

Vzájemná opora na pracovišti může spočívat v:

- naslouchání bez dalšího kritizování či připomínání;
- ochotné pomoci druhému;
- ochotě udělat druhému radost hmotnou pomocí – vypůjčení či darování;
- poskytnutí útěchy - dávat najevo, že mi na druhém záleží;
- stvrzování reality – dávat druhému najevo, že jiný jedinec situaci prožívá obdobně;
- příznivé ocenění práce a vynaloženého úsilí (Zacharová, 2008, s. 41-42);
- uznání odbornosti od ostatního personálu (Bártlová, 2010, s. 110).

Je vhodné mít na mysli, že chování zdravotníků mezi nimi samými zpětně ovlivňuje atmosféru na pracovišti a tím působí i na pacienty. Na odděleních, kde jsou pozitivní vztahy, tolerance, vzájemná spolupráce a respekt, se cítí dobře také pacienti. Naopak na oddělení, kde panuje nepřátelská atmosféra a rozepře, nebudou ani pacienti spokojeni. Možností, jak ventilovat psychickou tenzi, jsou bálintovské skupiny, či využití sesterské vizity nebo porady (Zachová, Škořochová, 2007, s. 570).

4 EMPATIE

„Není lehké umět dávat najevo empatii v současné postmoderní společnosti, kdy se více preferuje svět věcí a peněz oproti citlivosti k lidem. V ošetrovatelství, kde lidský vztah je významnou součástí profese, je důležité disponovat rozvinutými empatickými schopnostmi.“ (Poláchová, 2009, s. 18)

4.1 Definice

Původ termínu empatie pochází z německého slova „*Einführung*“. Poprvé jej použil Theodor Lipps, jenž se začátkem 20. století problematice vcítění věnoval. Samotné slovo empatie vzniklo z řeckého „*empathia*“, které vzniklo ze spojení „*em*“, což znamená „v“, a „*pathos*“, neboli pocit. Někteří autoři (Banja, 2006; Kožený, Tišasnská, 2011) popisují kladný efekt empatie na interpersonální vztahy. Samotné pojetí empatie je však rozdílné (Meneses, Larkin, s. 151-152, 2011).

Autorky článku Bánovčinová a Bubeníková (s. 166, 2011) popisují empatii jako schopnost vcítění, vžití se do situace druhého, ale také schopnost toto porozumění využít zpět v komunikaci s daným člověkem.

Válková (2008, s. 27) empatii definuje: „*Empatie neboli vcítění označuje porozumění emocím a motivům druhého člověka. Jde o to být schopný pochopit jak a proč člověk jednal tak, jak jednal, jaké z toho má pocity a jaký má na kterou věc názor, kdy jedná proti svému přesvědčení a kdy se naopak to, jak se chová navenek, plně ztotožňuje s tím, co cítí uvnitř.*“

Banja (2006, s. 265) v článku uvádí, že empatie není soucit, lítost, sympatie dokonce ani naslouchání; empatie vyžaduje přijmout roli druhého a snažit se pochopit, co a jak druhý zažívá, cítí a myslí. Jak dodává autorka Poláchová (2009, s. 18), soucit, na rozdíl od empatie, nevyžaduje aktivní jednání – jde o pasivní zkušenost, podílení se na starostech a strachu druhého.

Empatie je multidimenzionální pojem, jenž je úzce spjat s nasloucháním a je klíčem k prosociálnímu typu chování, jehož podstatou je samotná ochota pomáhat, tedy i

proto je základem k úspěšným mezilidským vztahům (Dodaj et al, 2013, s. 93; Dziobek et al, 2013, s. 464).

4.2 Proces a pojetí empatie

Proces vcítění se uskutečňuje v několika fázích. První fáze zahrnuje vcítění se, vžití se, do situace protějšku a uvědomění si jeho pocitů. V druhé fázi se realizuje srovnávání pocitů svých s pocity druhého. „Prožíval jsem někdy něco podobného? Dokážu si jeho pocity představit?“ Jsou otázky, které vystihují druhou fázi. Ve třetí fázi dochází k rozlišování hranice mezi já a ty. Proto, abychom situaci chápali nikoliv z pohledu svého, ale z pohledu druhého. Teprve po odpoutání se od sebe samotného je možné pochopit požadovanou osobu z její perspektivy a nabídnout požadovanou pomoc (Poláchová, 2009, s. 18).

Pojetí empatie se v odborné literatuře rozděluje do třech modelů. Rozlišuje se empatie kognitivní, afektivní známá také pod pojmem emocionální a kognitivně - emocionální (Dodaj et al, 2013, s. 93; Dziobek et al, 2013, s. 464).

4.2.1 Kognitivní empatie

První model prezentuje empatii za pomoci poznávání, kdy jedinec identifikuje cizí myšlenky, pocity, postřehy i motivy a snaží se je pochopit. V podstatě člověk poznává duševní stav jiné osoby. Je zde tedy využito kognitivních procesů – proto empatie kognitivní - díky nimž do jisté míry člověk dokáže i předvídat psychický stav jiných osob (Smith, 2011, s. 490). Dodaj et al. (2013, s. 93) pojem kognitivní empatie popisují jako základ pro identifikaci cizích myšlenek a pocitů, doslova říkají, že je to schopnost obout si boty druhého člověka a zkusit si představit, co je v jeho mysli, jaké je jeho prožívání. Konkrétněji se tedy jedná o stav souhry, mezi pocity sebe samého a druhé osoby. Záškodná a Mlčák (2009, s. 112) uvádějí, že se je to fenomén, během kterého dochází k využívání poznávacích procesů a představování si umístění sebe sama do pozice druhé osoby se současným přijetím její role i postojů., přičemž je velmi důležité oproštění od egocentrické koncentrace.

4.2.2 Emocionální empatie

Druhý model se zabývá empatií afektivní, emocionální. Představuje afektivní reakci na jinou osobu, kdy dochází k vcítění se do psychiky druhého. Charakteristickým rysem je sladění emočního stavu s druhou osobou. Jedná se tedy o projev emocionální reakce pozorujícího na emocionální status pozorované osoby (Dodaj et al, 2013, s. 93; Zášková a Mlčák, 2009, s. 111). Dodaj et al. navíc uvádí, že právě tento model je často veřejností přijímán jako empatie.

4.2.3 Emocionálně kognitivní empatie

Třetí, kognitivně-emocionální model, je charakterizován úzkým propojením složek empatie afektivní a kognitivní; přičemž kognitivní mechanismy hrají svou úlohu v úvodní fázi a umožňují jedinci získat informace o duševním rozpoložení druhého člověka a přijmout jeho perspektivy. Další část náleží složce emocionální, jejíž význam je popsán výše. Výsledkem tohoto procesu je emocionální souhra (Zášková, Mlčák, 2009, s. 113). Kognitivně-emocionální model je popsán i ve třech krocích v knize paní Kristové, nemá jej však pojmenovaný jakožto model emocionálně-kognitivní. Empatie jako celek spočívá v následujících krocích:

1. vstup do subjektivního prožívání jedince;
2. prožívání emocí a myšlenek daného jedince;
3. porozumění a pochopení těchto emocí;

Tyto kroky po zmíněném procesu podávají celostní obraz o prožívaných emocích pacienta (Kristová, 2004, s. 105-106).

4.3 Empatie a syndrom vyhoření

Na spojitost empatie a syndromu vyhoření odkazují čeští autoři (Kebza, Šolcová, 2003, s. 16; Kupka, 2008, s. 28), ale i zahraniční (Gandi et al., 2011, s. 191; Lombardo, Eyre, 2011, s. 1; Lee et al., 2003, s. 534; Zenasni, et al., 2012, s. 346; Halpern, 2003, s. 670-674). V odborné literatuře se objevují tyto názory:

- vyhoření snižuje úroveň empatie (Zenasni et al., 2012, s. 346),
- empatie vede k vyhoření (Kebza, Šolcová, 2003, s. 16),
- empatie zabraňuje syndromu vyhoření (Halpern, 2003, s. 670-674).

Studií, které zkoumají vztah mezi empatií a syndromem vyhoření, je málo. V novější odborné literatuře se objevují výsledky, které prokazují, že empatie má pozitivní vliv na syndrom vyhoření (Raiziene, Endriulaitiene, 2007, s. 425; Wilczek-Ruzyczka, 2011, s. 526).

Nízká úroveň empatie, je častým příznakem syndromu vyhoření (Kupka, 2008, s. 28). Dle Kebzy a Šolcové (2003, s. 16) patří vysoká úroveň empatie k rizikovým faktorům vyhoření a podle Zenasni et al. (2012, s. 346) stres a syndrom vyhoření negativně ovlivňují schopnost empatie. Halpern však uvádí, že empatie chrání poskytovatele zdravotní péče od syndromu vyhoření, což je v rozporu s výše uvedenými tvrzeními. Domnívá se, že empatie může být spojena s pracovním uspokojením a může pomoci lépe vnímat smysl profesních činností. Dále udává, že lékaři více emocionálně orientovaní mají vyšší terapeutický efekt a tedy i možnost zakoušet lepší uspokojení z práce i ze sebe samého (Halpern, 2003, s. 670-674). Ve své studii Raiziene a Endriulaitiene, zkoumali vztah empatie, pracovního nasazení a emočního vyčerpání na vzorku 158 všeobecných sester. Výsledky odborné studie poukazují na fakt, že mezi pracovním nasazením a emočním vyčerpáním existuje signifikantní vztah. Dále je významný vliv mezi empatií a pracovním nasazením, kdy se prokázalo, že všeobecné sestry, které vykazují vyšší hodnoty v oblasti empatie, jsou ve zvýšené míře více odhodlány k vyššímu pracovnímu nasazení. Kromě toho bylo také zjištěno, že všeobecné sestry s vyšší úrovní pracovního nasazení a empatie vykazují nižší míru emočního vyčerpání. Autoři, na rozdíl od velké části výše zmíněných, poukazují na protektivní vliv empatie ve vztahu k vyhoření všeobecných sester (Raiziene, Endriulaitiene, 2007, s. 425). Signifikantně negativní vztah mezi úrovní kognitivní empatie a vyhořením v oblasti depersonalizace a emočního vyčerpání byl prokázán ve studii, na základě tohoto zjištění lze tedy předpokládat, že rozvoj empatie zabraňuje profesionálnímu vyhoření. Z tohoto důvodu je důležité, aby si zdravotnický personál uvědomil, co způsobuje syndrom vyhoření a jak nás ovlivňuje (Wilczek-Ruzyczka, 2011, s. 526). Gandi et al. řadí empatii mezi pět nejdůležitějších profesních schopností a dovedností, avšak dodává, že její negativní stránka spočívá v možnosti přitahování faktorů, které indukují napětí, stres a následně syndrom vyhoření (2011, s. 191).

Vysvětlením by mohlo být zvýšení pracovní zátěže způsobené zejména nedostatkem personálu, kdy se všeobecná sestra musí starat o více pacientů s rozdílnými potřebami (Gandi et al., 2011 s. 191; Lombardo, Eyre, 2011, s. 1). Na spojitost stresu, empatie a syndromu vyhoření poukazují v průřezové studii také Lee et al. Všeobecné sestry, které měly vyšší pracovní stres, vykazovaly nižší hodnoty empatie. A navíc i vlivem nočních směn existovala vyšší pravděpodobnost vzplanutí syndromu vyhoření. Pro snížení výskytu vyhoření autoři navrhuji posílení empatie, zejména kognitivní (Lee et al., 2003, s. 534).

4.4 Empatie v ošetrovatelství

Empatie je společností spojována především s ošetrovatelskou profesí. Spolu s upřímností, trpělivostí, pravdivostí a respektováním pacienta je považována za neoddělitelnou součást ošetrovatelství (Válková, 2009, s. 27). Nemělo by se však zapomínat, že je to klíč k úspěšné komunikaci nejen s pacientem samotným, ale také se spolupracovníky. Nejen nemocnému dáváme tedy najevo, že mu rozumíme, že jsme při něm, a že mu chceme pomoci (Králová, Partlová, 2006, s. 24). Dle Zenasni et al. (2012, s. 346) z literatury za posledních 10 let vyplývá, že empatie pomáhá zlepšit mnoho aspektů zdravotnické péče i spokojenost pacientů.

Pro správnou aplikaci empatie je žádoucí si uvědomit všechny její složky a skrze ně poté jednat. Bez efektu lze očekávat využití pouze kognitivního rozměru empatie či pouze emocionální složky. Obě dvě složky empatie jsou žádoucí, protože pacient či spolupracovník pociťuje, že mu někdo rozumí, a že má komu důvěřovat (Stepien, Baerstein, 2006, s. 524). Záporný dopad na empatii zdravotníků má časový tlak, negativní vztah s nemocným a neochota či neschopnost registrovat psychické potřeby druhého. Časový tlak působí jako bariéra zabraňující naslouchání a tím znemožňuje aplikaci empatie (Halpern, 2003, s. 673). Kristová (2004, s. 108) mezi negativní faktory řadí dále nemoc, závist, frustraci, neurotické stavy, stresové situace, nadměrnou zodpovědnost, záporné emoce a faktory narušující komunikaci. Jako negativní faktor, jenž ovlivňuje empatii, autoři Lopez a Fernandez (2010, s. 1134) řadí také věk, který empatii ovlivňuje nepřímou úměrou – tedy čím je větší věk, tím menší je empatie. Naopak Beadle et al. (2012, s. 824) se domnívají, že věk má na empatii

pozitivní vliv. Empatie je u starších lidí vyšší proto, jelikož jsou motivováni možností vyššího udržení interpersonálních vztahů a kontaktů, na rozdíl od mladších jedinců; nicméně tato hypotéza se neověřila. Významným vlivem je dědičnost nejbližších rodinných generací. Důkazy o dědičnosti empatie vycházejí z realizovaných komparativních studií, které zkoumaly dvojčata jednovaječná a dvojvaječná. Jednovaječná dvojčata, která jsou geneticky identická, mezi sebou vykazovala vyšší korelaci, na rozdíl od dvojčat dvojvaječných. Závěr je založen na předpokladu, že na oba typy dvojčat působí stejné prostředí (Zášková, Mlčák, 2009, s. 128).

Mezi aspekty, které pozitivně ovlivňují empatii, řadí Kristová (2004, s. 108) jednoznačně dobrovolný výběr profese, pozitivní zkušenosti a zážitky, pozitivní pracovní atmosféru, pozitivní rodinnou výchovu a úzké mezilidské vztahy s pozitivním naladěním. Pro účinnou schopnost vcítit se je dle Zenasni et al. (2012, s. 346) důležité pozitivní rozpoložení.

Pro pečování a rozvíjení empatie v ošetrovatelství autorka Poláčková (2009, s. 18) doporučuje tyto kroky:

- informovat se u známých, kdy a jak pocítili empatii;
- během pozorování se nenechat ovlivnit jediným znakem, např. smíchem – člověk, který se směje, není vždy veselý;
- všimnout si i ostatních, nevědomky vysílaných, nonverbálních signálů;
- naslouchat a parafrázovat;
- využívat psychofyzické jednání, při kterém se beze slov napodobí mimika, gesta či držení těla.

5 PSYCHICKÁ BEZPEČNOST PRÁCE

Velká část literatury se zabývá problémem v průmyslových organizacích. Zaměstnanci ve zdravotnických organizacích jsou však pod obrovským tlakem kvůli neustále se zvyšujícím nárokům na zdokonalení péče a zároveň dosažení provozní efektivity (Aranzamendes, James, Toms, 2014, s. 6).

5.1 Vymezení pojmu, definice

Počátky psychické bezpečnosti „*psychological safety*“ se vážou k roku 1960, k největšímu rozmachu v oblasti zkoumání však došlo až po roce 1990 a zájem trvá až do současnosti. „*Psychological safety*“ se řadí mezi důležitý kritický faktor při porozumění jevům jako je týmová práce, týmové či organizační učení a vyjádření svého názoru nahlas. V současnosti je při práci v zaměstnání kladen nárok na komplexnost, která vyžaduje spolupráci napříč i několika obory. V důsledku tohoto vznikají nové pracovní vztahy, v nichž se očekává, že budou zaměstnanci propojovat své názory, sdílet informace a postřehy a spolupracovat na dosažení společných cílů. Mezi takovou činností patří například i péče o pacienty (Edmondson, Lei, 2013, s. 1).

„Tak jako bezpečnostní opatření mají zabránit fyzickému zranění, má psychická bezpečnost práce zajišťovat, že nedojde k psychickému zranění (mentální újmě).“ (Kebza, Šolcová, 2013, s. 331)

Psychologická bezpečnost popisuje, jak jednotlivci vnímají důsledky interpersonálních rizik v jejich pracovním prostředí (Edmondson, 2004, s. 242; Kramer, Cook, 2004). Jednotlivec prožívá psychické bezpečí tam, kde může s kolegy jednat, aniž by měl strach, že to povede k psychické újmě. Ať už se to týká rozhovoru s osobní tematikou či pracovní tematikou, spojenou např. s nedostatky v pracovním prostředí (Schepers et al., 2008, s. 759). Psychická bezpečnost je tedy spojena s interpersonální interakcí, což bylo prokázáno ve studii provedené Carmeli, Brueller a Dutton (2008, s. 81), kdy se prokázalo, že vysoce kvalitní interpersonální vztahy jsou kladně spojeny s psychickou bezpečností práce. Psychologickou bezpečnost popisuje Edmondson In Eggers (2011, s. 60) jako vnímání lidí, kteří jsou si vědomi, že když udělají chybu v zaměstnání,

nebudou za to ve výsledku trestáni a nezmění se ani jejich interpersonální vztahy v zaměstnání. Kebza a Šolcová (2013, s. 331) dodávají, že obdobně se člověk může spoléhat také na to, že může beze strachu či obav požádat spolupracovníky o radu, pomoc i zpětnou vazbu aniž by na něj bylo nahlíženo jako na neschopného. Edmondson (2004, s. 242) a Kramer, Cook, (2004) dále uvádějí, že jde i o přesvědčení zaměstnance, pokud navrhne změnu či jinou novou myšlenku, nebo nahlásí chybu, že jeho jednání nebude mít negativní dopad na interpersonální vztahy. Pokud se zaměstnanci cítí v prostředí psychicky bezpečně, jsou odměňováni tím, že dokážou lépe rozpoznávat rizika, angažují se více v zaměstnání a vykazují mimořádné úsilí v oblasti převzetí větší odpovědnosti za výsledky; což zvýšeně vede k pozitivním změnám na pracovišti (Eggers, 2011, s. 60). Tam, kde je psychická bezpečnost práce přítomna, lze očekávat tvůrčí přístup k práci a zvýšení subjektivního prožívání vitality u zaměstnanců, jde tedy v tomto ohledu o klíčovou funkci (Kark, Carmeli, 2008, s. 796). Psychická bezpečnost však neznamená útulné, komfortní prostředí, ve kterém jsou nablízku přátelé, dokonce ani nevyovídá o absenci tlaku či problémů. Tento pojem vystihuje klima, ve kterém mohou členové týmu beze strachu diskutovat, což umožňuje včasné předcházení problémům a splnění společných cílů (Rappoport, 1997 In Edmondson, 2004, s. 243 a Kramer, Cook (2004). Součástí psychicky bezpečného prostředí je jasné vytyčení hranic toho, jaké chování je žádoucí a které nikoliv. Autorka dále uvádí, že je psychická bezpečnost práce spjata s pracovní bezpečností – úrazovostí, protože je ovlivňována schopností diskutovat, poučit se z chyb a v důsledku toho redukovat bezpečnostní chyby (Edmondson, 2004, s. 243) a Kramer, Cook (2004). Mezi další pozitivní efekty psychické bezpečnosti práce řadí Baer a Frese (2003, s. 57) také úspěch, návratnost aktiv a zvýšení výkonu zaměstnanců. Jako další významný efekt Lee a Sou (2013, s. 117) řadí inovaci.

5.2 Psychická bezpečnost ve zdravotnickém prostředí

Výsledky ze systematického review Aranzamendes, James a Toms poukazují na to, že existuje významná dyadická souhra v oblasti psychické bezpečnosti práce mezi vedoucími a členy týmu. Vedoucí jsou důležitou součástí, tvorbou a podporou psychické bezpečnosti práce. Znalosti faktorů, jenž ovlivňují psychickou bezpečnost

zdravotnických pracovníků, jsou základem pro péči a podporu, čímž dochází k podpoře psychické bezpečnosti i u pacientů a dochází rovněž k podněcování pozitivního výsledku zdravotní péče a podpoře její kvality (Aranzamendes, James, Toms, 2014, s. 1-6). V odborné studii Voyer a Reader zkoumali, proč zdravotníci nespolupracují soudržně jako tým a mají rozličné představy o spolupráci, což se negativně projevuje v péči o pacienta, a to častou chybovostí. Odpovědí je anglický pojem „*self-construal*“. Termín vyjadřuje schopnost vnímat a pochopit sebe a ostatní, a tím působit na spolupráci v týmu. Ukázalo se, že všeobecné sestry vlivem rozdílných rolí a vzdělání měly, na rozdíl od lékařů, vyšší skóre týmové „*self-construal*“ závislosti, což objasňuje postoje lékařů a všeobecných sester v rámci týmové spolupráce (Voyer, Reader, 2013, s. 2696).

5.3 Související pojmy

Důvěra

Chování vedoucích pracovníků může u zaměstnanců podporovat afektivní a kognitivní složku psychické důvěry, která zase může ovlivňovat psychickou bezpečnost (Edmondson, 2004, s. 243) a Kramer, Cook (2004).

Podpůrné studijní prostředí

Podpůrné studijní prostředí je, jak již z názvu vyplývá, povzbudivé prostředí pro výuku v organizaci, což je základní komponentou pro učení a růst zaměstnanců v organizaci. Podpůrné studijní prostředí určuje výši učení, v tomto ohledu je potřeba silného efektu vedoucího během učení, a také důsledný vzdělávací proces (Hadian et al, 2013, s. 38-41). Songbo et al. ve své studii zkoumali, jaký vliv má společné vedení týmu, což je termín z anglického jazyka „*shared leadership*“. Je míněno vedení mezi zaměstnanci navzájem, sdělování si znalostí a zkušeností mezi sebou. Má také vliv na individuální učení a týmovou spolupráci a psychickou bezpečnost. Společné vedení má totiž ve skupině významnou roli, vede zaměstnance k učení a osvojování si nových dovedností a schopností. Týmová bezpečnost práce dle výsledků studie je zprostředkovatelem, tedy pomyslným mostem mezi učením individuálním a učením týmovým (Songbo et al., 2014, s. 282-291).

6 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Na základě prostudovaných teoretických poznatků byl vytvořen design výzkumu a následně bylo realizováno výzkumné šetření této diplomové práce.

6.1 Cíle a hypotézy výzkumného šetření

Cíl 1: Zmapovat míru empatie u všeobecných sester.

H1₀: Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou empatie a věkem respondentů

H1_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou empatie a věkem respondentů.

H2₀: Mezi emočním vyčerpáním a úrovní empatie neexistuje signifikantní vztah.

H2_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a úrovní empatie.

H3₀: Mezi depersonalizací a úrovní empatie neexistuje signifikantní vztah.

H3_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou depersonalizace a úrovní empatie.

Cíl 2: Zjistit výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a na jednotce intenzivní péče.

H4₀: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře emočního vyčerpání mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

H4_a: Existuje signifikantní rozdíl v míře emočního vyčerpání mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

H5₀: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře osobního uspokojení mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

H5_a: Existuje signifikantní rozdíl v míře osobního uspokojení mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

H6₀: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře depersonalizace mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

H6_a: Existuje signifikantní rozdíl v míře depersonalizace mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

H7₀: Mezi mírou emočního vyčerpání a délkou praxe respondentů neexistuje signifikantní vztah.

H7_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a délkou praxe respondentů.

H8₀: Mezi mírou depersonalizace a délkou praxe respondentů neexistuje signifikantní vztah.

H8_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou depersonalizace a délkou praxe respondentů.

Cíl 3: Zmapovat vliv psycho-sociálních faktorů na syndrom vyhoření.

H9₀: Mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory neexistuje signifikantní vztah.

H9_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory.

H10₀: Mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory ze strany spolupracovníků neexistuje signifikantní vztah.

H10_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory ze strany spolupracovníků.

H11₀: Mezi mírou depersonalizace a mírou sociální opory ze strany spolupracovníků neexistuje signifikantní vztah.

H11_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou depersonalizace a mírou sociální opory ze strany spolupracovníků.

H12₀: Mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory ze strany nadřízených neexistuje signifikantní vztah.

H12_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory ze strany nadřízených.

H13₀: Mezi mírou depersonalizace a mírou sociální opory ze strany nadřízených neexistuje signifikantní vztah.

H13_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou depersonalizace a mírou sociální opory ze strany nadřízených.

H14₀: Neexistuje vztah mezi mírou emočního vyčerpání a psychickou bezpečností práce.

H14_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a psychickou bezpečností práce.

H15₀: Neexistuje vztah mezi mírou depersonalizace a psychickou bezpečností práce.

H15_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou depersonalizace a psychickou bezpečností práce.

6.2 Metoda výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno kvantitativním typem výzkumu s využitím metody standardizovaného i nestandardizovaného anonymního dotazníkového šetření. Pro účely výzkumného šetření byly využity standardizované metody dotazníku: PSSS, MBI a IVE. Dále byl využit, pro podmínky ČR nestandardizovaný, dotazník „*Scale to measure psychological safety*“, který byl převzat a přeložen z anglického jazyka (viz. Příloha 3). V neposlední řadě byl vytvořen nestandardizovaný dotazník, který obsahoval otázky ke zjištění demografických údajů respondentů a otázku pro objasnění vztahu psycho-sociálních faktorů a syndromu vyhoření (viz. Příloha 4), která byla podložena dostupnou odbornou literaturou. Dotazník byl zkontrolován a schválen vedoucí práce Mgr. Šárkou Ježorskou, Ph.D.

PSSS

Pro zjištění míry sociální opory byl použit PSSS - „*Perceived Social Support Scale*“. Jde o standardizovaný jednoduchý dotazník z roku 1974, jehož autorem je J.A. Blumenthal et al. Dotazník prostřednictvím dvanácti základních a čtyř doplňujících položek, posuzovaných na sedmibodové škále Likrtova typu, hodnotí výši vnímané sociální opory. Respondent má u každého tvrzení možnost zvolit si číslicemi 7-1 (od „Rozhodně souhlasím“ po „Rozhodně nesouhlasím“) jakou vážnost danému tvrzení připisuje. Celková hodnota sociální opory je dána součtem dílčích skóre (Blumenthal et al., 1987 In Kebza, Šolcová, 2010, s. 6; Ježorská et al., 2013, s. 19).

MBI

MBI – „*Maslach Burn-out Inventory*“ je standardizovaný dotazník autorky Ch. Maslach za pomoci kterého jsou sledovány tři stěžejní faktory:

1. Emocionální vyčerpání – „*emotional exhaustion*“ (EE) je považováno za základní, stěžejní složku syndromu vyhoření, protože se projevuje jako první z indikátorů syndromu vyhoření. Vyznačuje se především ztrátou chuti do života, ztrátou motivace pro činnost a nedostatkem sil i k běžným činnostem.

2. Depersonalizace - „depersonalisation“ (DP) se projevuje ztrátou úcty k lidem, cynickým chováním a v konečné fázi syndromu vyhoření může dojít až k naprosté dehumanizaci osob, kterým svou péči věnují. S těmito osobami pak postižení jednájí jako s neživými věcmi – předměty.

3. Osobní výkon - „*personal accomplishment*“ (PA) zastřešuje v sobě předchozí dvě složky, které se spojují a ovlivňují tak výkon postiženého syndromem vyhoření. Což je logické, jelikož pracovník ztrácí smysl k výkonu práce a současně je emocionálně vyčerpaný.

Dotazník MBI obsahuje 22 položek, z toho je 9 položek zaměřených na emocionální vyčerpání, 5 na depersonalizaci a 8 na osobní výkon. Na jednotlivé položky respondent reaguje označením hodnoty od 0 do 6 (od „Nikdy“ až po „Stále vnímaný pocit“), odpovídajících síle jejich pocitů. Jednotlivci se syndromem vyhoření se vyznačují vysokou hodnotou v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizací a naopak nízkou hodnotou ve faktoru vztahujícím se k osobní výkonnosti (Pohlová, Kozáková, Jarošová, 2011, s. 275).

IVE

IVE - „*Eysenck impulsivity inventory*“ je standardizovaný dotazník autora H. J. Eysencka. Tento jednoduchý dotazník obsahuje celkem 54 položek, z nichž se 19 týká dobrodružnosti, 16 impulzivity a posledních 19 se zabývá empatií. Všechny otázky jsou uzavřené a umožňují respondentovi odpovědět buď „Ano“, či „Ne“. Výhodou tohoto dotazníku je, že se pro vyplnění doporučuje příliš se odpověďmi nezaobírat a napsat první možnost, která respondenty napadne (Caci et al., 2003, s. 382).

Scale to measure psychological safety

Dotazník k měření psychologické bezpečnosti byl převzat a přeložen z anglického jazyka a následně schválen vedoucí práce Mgr. Šárkou Ježorskou, Ph.D. Dotazník byl použit za účelem pilotní studie, která má poukázat, zdali je možné dotazník využívat i v našich podmínkách. Dotazník je uveden v českém jazyce jako Příloha 1.

6.3 Realizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v Kroměřížské nemocnici a.s. v období od 21.1.-4.2.2014. Před zahájením byla hlavní sestře předložena tištěná žádost pro udělení souhlasu s realizací výzkumného šetření k diplomové práci. Následně byly osobně staničním sestřám předány dotazníky spolu s obálkami, které zajišťovaly anonymitu, na tato oddělení:

- oddělení standartní lůžkové péče – interní oddělení, pneumonologicko-alergologické, neurologické, pediatrické, urologické a chirurgické;
- oddělení a jednotky intenzivní péče – interní, chirurgické, pediatrické, urologické a ARO.

Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků, navraceno bylo 107 dotazníků, z nichž bylo následně kvůli nesplněným kritériím vyloučeno 6 dotazníků. návratnost po vyloučení těchto dotazníků byla 77,69%.

6.4 Zpracování výsledků výzkumného šetření

Pro statistické zpracování dat výzkumného šetření byl použit počítačový program Microsoft Excel a SPSS 19 Base. K vyhodnocení byl použit Studentův t-test a Mann-Whitney test na hladině významnosti 0,05. Výsledky statistického zpracování dat jsou uvedeny v Příloze 4. Ke zjištění, zda existuje mezi zbylými proměnnými vztah, byl použit Pearsonův korelační koeficient.

Data z dotazníkového šetření byla pro lepší přehlednost zpracována v tabulkách počítačového programu Microsoft Word a pro lepší grafické znázornění byly vypracovány grafy v programu Microsoft Excel. Grafy jsou typu výsečového, sloupcového a spojnicového, pro snadnou přehlednost dat.

6.5 Charakteristika zkoumaného souboru

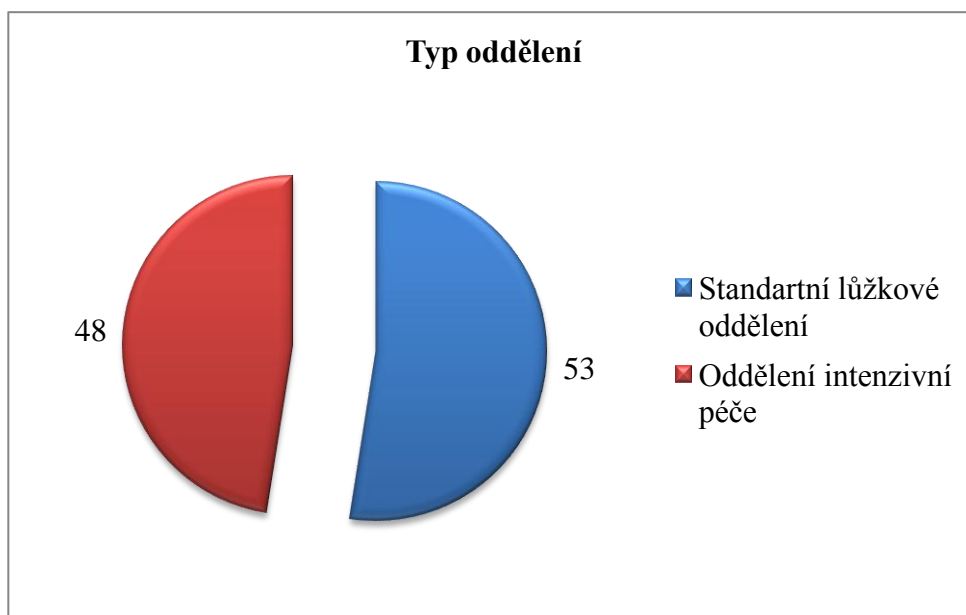
Zkoumaný soubor tvořilo celkem 101 respondentů. Kritérium výběru respondentů do výzkumného šetření bylo:

- vykonávání povolání všeobecné sestry;
- všeobecné sestry pracující na standartním lůžkovém oddělení nebo na oddělení intenzivní péče.

Pro účely statistického zpracování dat bylo důležité získat vyrovnaný počet respondentů jak z oddělení standartní lůžkové péče a z jednotky intenzivní péče, což znázorňuje Tabulka 1 a Graf 1.

Tabulka 1- Respondenti dle typu oddělení

Typ lůžkového oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
Standardní lůžkové oddělení	53	52,48%
Oddělení intenzivní péče	48	47,52%
Celkem	101	100,00%



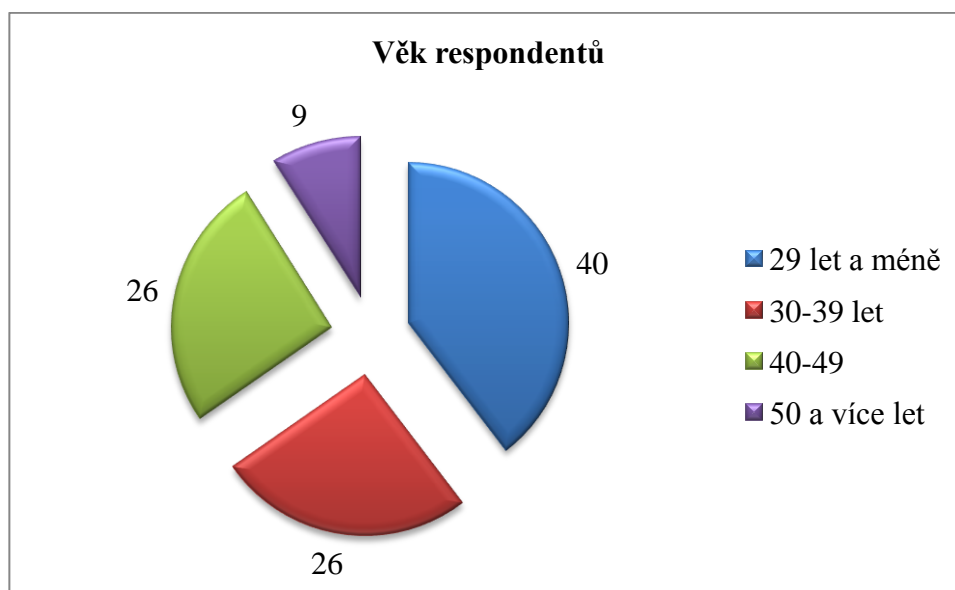
Graf 1 – Respondenti dle typu lůžkového oddělení

6.5.1 Interpretace demografických údajů respondentů

Dle věku se výzkumného dotazníkového šetření zúčastnilo v kategorii 29 a méně let celkem 40 respondentů (39,60%), dle věkové kategorie 30-39 celkem 26 (25,74%), ve věku 40-49 se zúčastnilo 26 respondentů (25,74%), ve věku 50 a více let se zúčastnilo 8 respondentů (8,91%). Věkové kategorie respondentů znázorňuje Tabulka 2 a Graf 2.

Tabulka 2 - Věk respondentů

Věk respondentů	Relativní četnost	Absolutní četnost
29 let a méně	40	40,00%
30-39 let	26	26,00%
40-49 let	26	26,00%
50 let a více	9	8,91%
Celkem	101	100,00%

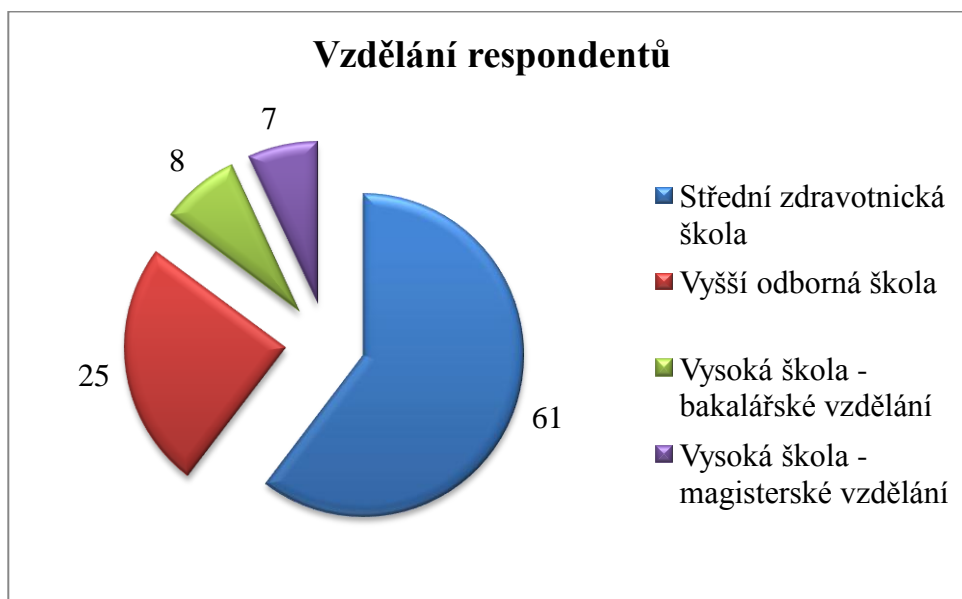


Graf 2 - Věk respondentů

Kategorie respondentů dle délky praxe jsou uvedeny v Tabulce 3 a Grafu 3. Jako nejnižší dosažené vzdělání označilo 61 (60,39%) respondentů vzdělání středoškolské ukončené maturitou, vyšší odborné vzdělání označilo 25 respondentů (24,75%). Vysokoškolské bakalářské vzdělání uvedlo 8 respondentů (7,92%) a 7 respondentů (6,93%) označilo vysokoškolské magisterské vzdělání.

Tabulka 3 - Vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední zdravotnická škola	61	60,40%
Vyšší odborná škola	25	24,75%
Vysoká škola – bakalářské vzdělání	8	7,92%
Vysoká škola – magisterské vzdělání	7	6,93%
Celkem	101	100,00%

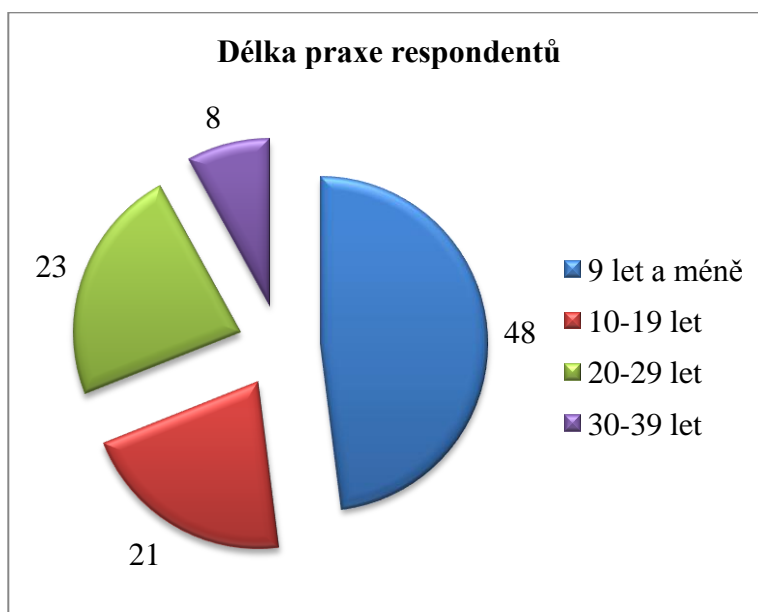


Graf 3 - Vzdělání respondentů

Po prostudování uvedených hodnot délky praxe byli respondenti zařazeni do kategorií, které jsou uvedeny také v Tabulce 4 a Grafu 4. Nejpočetnější skupinou, v počtu 48 (47,52%) byli respondenti s délkou praxe 9 let a méně. Délku praxe 10-19 let označilo celkem 21 respondentů (20,79%), v rozmezí 20-29 let uvedlo svou délku praxe 23 respondentů (22,77%) a v rozmezí 30-39 let označilo svou délku praxe 8 respondentů (7,92%).

Tabulka 4 - Délka praxe respondentů

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
9 let a méně	48	48%
10-19 let	21	21%
20-29 let	23	23%
30-39 let	8	8%
Celkem	100	100,00%



Graf 4 - Délka praxe respondentů

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

7.1 Interpretace výsledků výzkumného šetření k cíli 1

Cíl 1: Zmapovat míru empatie u všeobecných sester.

H₁₀: Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou empatie a věkem respondentů

H_{1a}: Existuje signifikantní vztah mezi mírou empatie a věkem respondentů.

Komentář k Tabulce 5 a Grafu 5:

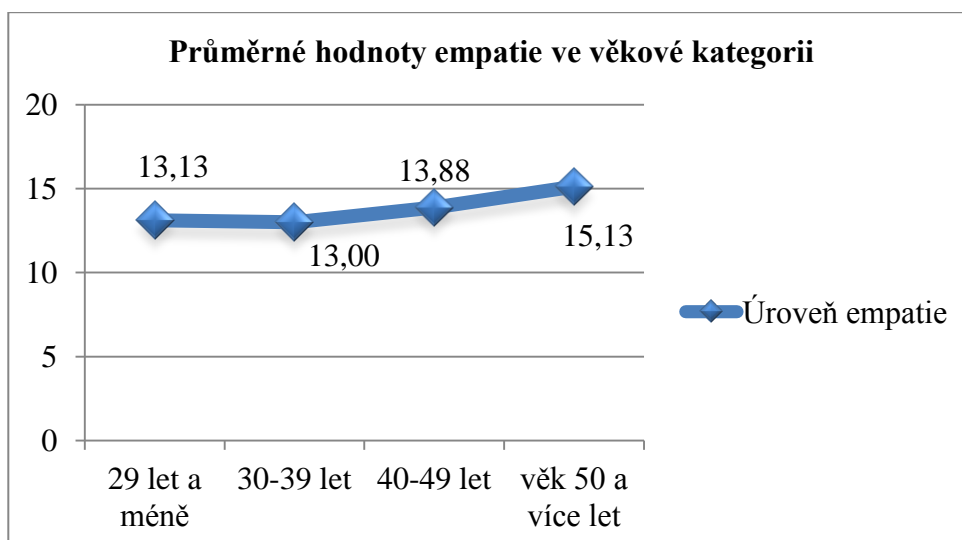
Pro objasnění vztahu mezi empatií a věkem byl použit dotazník IVE, který mimo jiné zkoumá pomocí 19 otázek i úroveň empatie. Pro zjištění vztahu mezi proměnnými: empatie a věk respondentů, byl použit Pearsonův korelační koeficient. Na základě zjištění $r = 0,2143$ $p_{0,05}$, lze tedy konstatovat, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi danými proměnnými. Se zvyšujícím se věkem vzrůstá úroveň empatie, což uvádí Tabulka 5. Průměrné hodnoty empatie v dané věkové kategorii znázorňuje Graf 5.

Tabulka 5 - Vliv věku na empatii

Věková kategorie	N	IVE _x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
29 let a méně	40	13,13	5	17	14	2,97
30-39 let	26	13	7	18	14	2,97
40-49 let	26	13,88	6	18	14,5	2,79
50 let a více	8	15,13	11	18	16	2,52

N – počet respondentů

IVE_x – průměrné hodnoty empatie



Graf 5 - Vliv věku na empatii

Hypotéza byla ověřena a přijata byla alternativní hypotéza.

H2₀: Mezi emočním vyčerpáním a úrovní empatie neexistuje signifikantní vztah.

H2_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a úrovní empatie.

Komentář k Tabulce 6 a Grafu 6:

Korelace zjištěná pomocí Pearsonova korelačního koeficientu s výsledným $r = 0,193$ $p_{0,05}$ prokazuje, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi emočním vyčerpáním (EE) a mírou empatie. Všeobecné sestry, u kterých se prokázala zvýšená úroveň empatie, je riziko pro emoční vyčerpání. Tento trend – zvyšující se emočního vyčerpání spolu s empatií znázorňuje Graf 6, Tabulka 6 obsahuje průměrné hodnoty empatie. Průměrné hodnoty emočního vyčerpání jsou uvedeny v Příloze 2

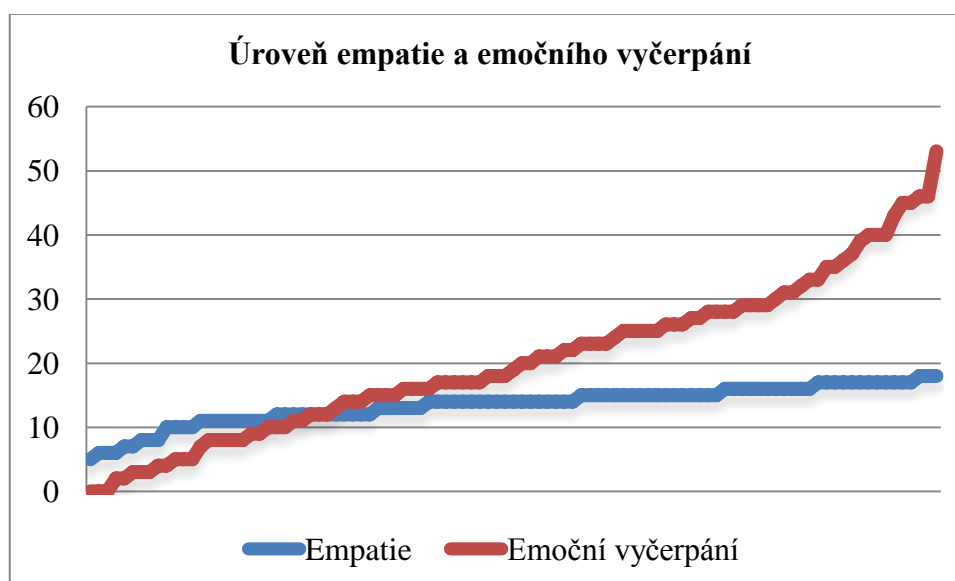
Tabulka 6 – Hodnoty empatie

	N	IVE _x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_x	101	13,50	5	18	14	2,93

BM_x – výzkumný soubor celkem

N – počet respondentů

IVE_x – průměrné hodnoty naměřené Eyseneck dotazníkem



Graf 6 - Úroveň empatie a emočního vyčerpání

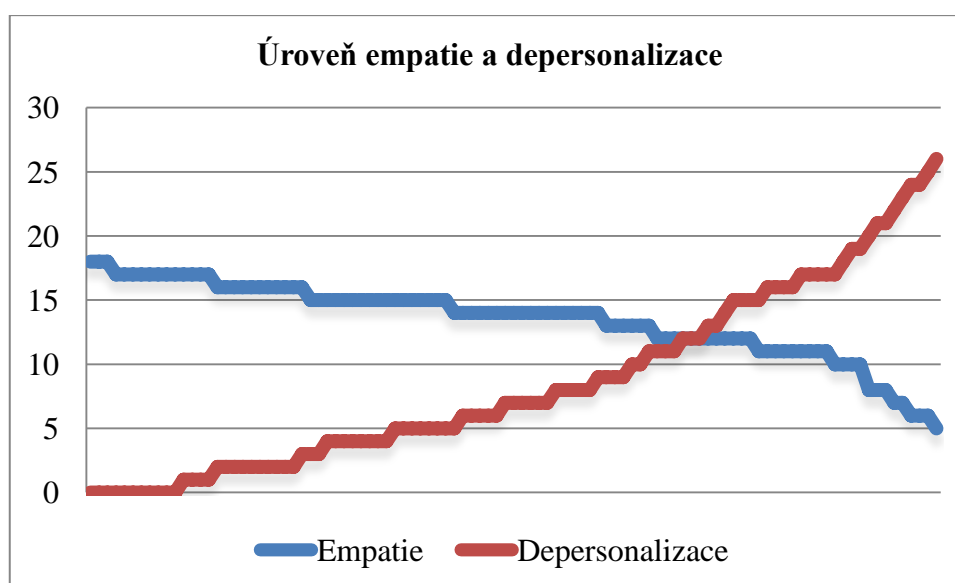
Hypotéza byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

H3₀: Mezi depersonalizací a úrovní empatie neexistuje signifikantní vztah.

H3_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou depersonalizace a úrovní empatie.

Komentář k Tabulce 6 a Grafu 7:

Pomocí stejného statistického postupu nebyl prokázán vztah mezi mírou depersonalizace (DP) a empatie. S výsledným $r = -0,038$ se nepotvrdil předpoklad o existenci vztahu mezi mírou depersonalizace a vyhoření. Vztah mezi mírou depersonalizace a empatií je znázorněn v Grafu 7. Úroveň empatie je uveden ve výše uvedené Tabulce 6. Průměrné hodnoty depersonalizace jsou uvedeny v Příloze 3.



Graf 7 - Úroveň empatie a depersonalizace

Hypotéza byla ověřena a přijata byla nulová hypotéza.

7.2 Interpretace výsledků výzkumného šetření k cíli 2

Cíl 2: Zjistit výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a na jednotce intenzivní péče.

H4₀: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře emočního vyčerpání mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

H4_a: Existuje signifikantní rozdíl v míře emočního vyčerpání mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

Komentář k Tabulce 7 a Grafu 8:

Z Tabulky 7 a Grafu 8 je patrné, že hodnota EE (emoční vyčerpání) je vyšší na standardním oddělení. Tento rozdíl byl potvrzen T – testem jako signifikantní. Lze tak konstatovat na základě výsledných hodnot $t = 2,367$ $p_{0,05}$.

Tabulka 7 - Úroveň emočního vyčerpání na JIP a standardu

	N	MBI-EE _x	Min. hodnoty	25	50	75	Max. hodnoty
BM_s	53	23,06	2	15	23	29	53
BM_j	48	17,48	0	8	17	25	45

BM_s – skupina respondentů standardní péče

BM_j – skupina respondentů z JIP

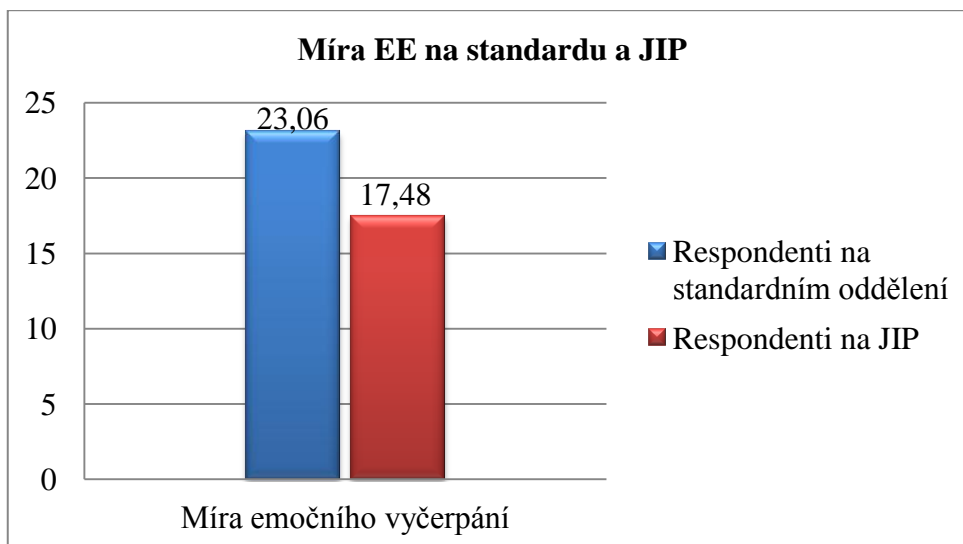
N – počet respondentů

MBI-EE_x – průměrné hodnoty emočního vyčerpání

25 – dolní kvartil

50 – medián

75 – horní kvartil



Graf 8 - Míra emočního vyčerpání na standardu a JIP

Hypotéza byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

H5₀: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře osobního uspokojení mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

H5_a: Existuje signifikantní rozdíl v míře osobního uspokojení mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

Komentář k Tabulce 8:

Pro normální rozložení dat osobního uspokojení (PA), která jsou uvedena v Tabulce 8, byl použit parametrický T test, jehož zpracování je uvedeno v Příloze 4. Ze zjištěného $t = 0,367$ vyplývá, že není statistický významný rozdíl v úrovni osobního uspokojení mezi odděleními se standardní a s intenzivní péčí.

Tabulka 8 - Úroveň pracovní výkonnosti na JIP a standardu

	N	MBI-PA_x	Min. hodnoty	25	50	75	Max. hodnoty
BM_s	53	28,62	7	22	29	34	48
BM_j	48	27,94	0	22	27	34,50	44

BM_s – skupina respondentů standardní péče

BM_j – skupina respondentů z JIP

N – počet respondentů

MBI-PA_x – průměrné hodnoty osobní výkonnosti

25 – dolní kvartil

50 – medián

75 – horní kvartil

Hypotéza byla ověřena, přijata byla nulová hypotéza.

H₆₀: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře depersonalizace mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

H_{6a}: Existuje signifikantní rozdíl v míře depersonalizace mezi skupinou všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a skupinou všeobecných sester pracujících na jednotce intenzivní péče.

Komentář k Tabulce 9 a Grafu 9:

Data DP (depersonalizace), která jsou uvedena v Tabulce 9 a Grafu 12. Data nemají normální Gaussovské rozložení. Z tohoto důvodu byl použit neparametrický Mann-Whitney test, který je uveden v Příloze 5. S výsledným $p = 0,000$ existuje signifikantní rozdíl mezi úrovní depersonalizace na odděleních intenzivní péče a standardních odděleních.

Tabulka 9 - Úroveň depersonalizace na JIP a standardu

	N	MBI-DP _x	Min. hodnoty	25	50	75	Max. hodnoty
BM_s	53	9,17	0	4	8	16	26
BM_j	48	7,86	0	2,75	6	12	25

BM_s – skupina respondentů standardní péče

BM_j – skupina respondentů z JIP

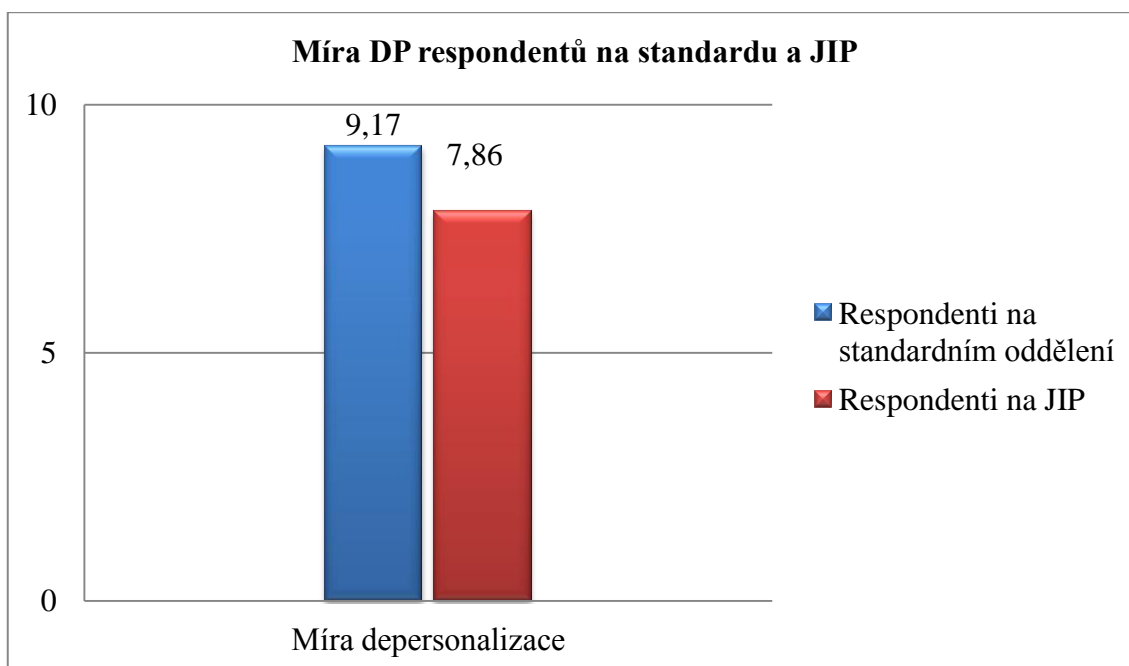
N – počet respondentů

MBI-DP_x – průměrné hodnoty depersonalizace

25 – dolní kvartil

50 – medián

75 – horní kvartil



Graf 9 - Míra depersonalizace respondentů na standardu a JIP

Hypotéza byla ověřena a přijata byla alternativní hypotéza.

H₇₀: Mezi mírou emočního vyčerpání a délkou praxe respondentů neexistuje signifikantní vztah.

H_{7a}: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a délkou praxe respondentů.

Komentář k Tabulce 10 a Grafu 10:

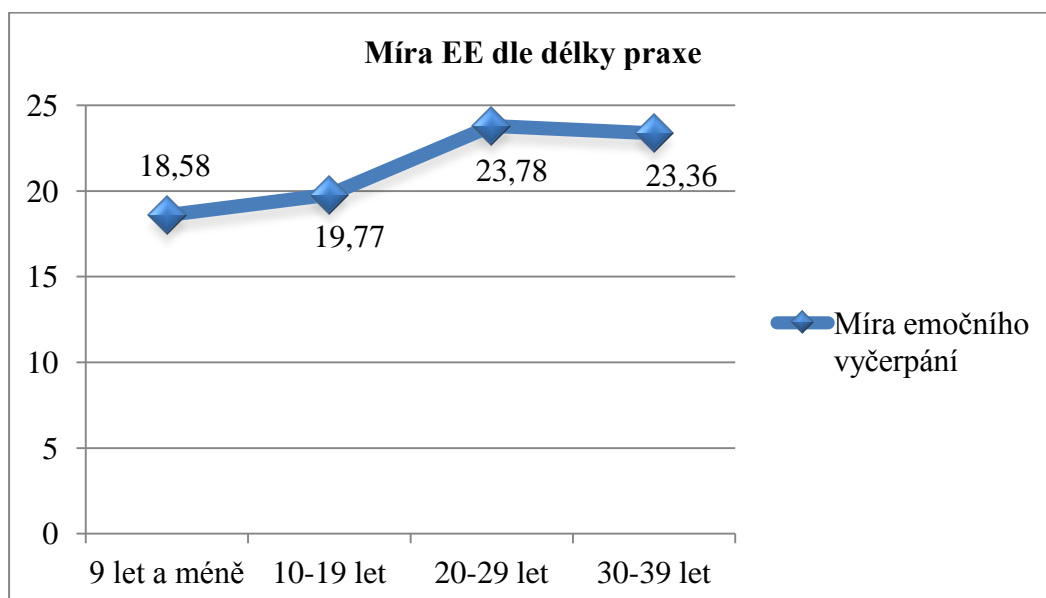
Pro zjištění vztahu mezi mírou emočního vyčerpání (EE) a délkou praxe respondentů, byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledné $r = 0,176$ $p_{0,05}$. Což prokazuje, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi zmíněnými proměnnými. Čím je tedy delší praxe, tím vyšší je riziko emočního vyčerpání. Průměrné hodnoty emočního vyčerpání jsou dle délky praxe uvedeny v Tabulce 10 a Grafu 10.

Tabulka 10 - Hodnoty emočního vyčerpání ve věkové kategorii

Délka praxe	N	MBI-EE _x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
9 let a méně	48	18,58	0	46	18,29	11,65
10-19 let	22	19,77	0	53	18	13,64
20-29 let	23	23,78	3	46	22,39	13,47
30-39 let	8	23,36	16	36	21,19	7,37

N – počet respondentů

MBI-EE_x – průměrné hodnoty vyhoření v oblasti emočního vyčerpání



Graf 10 - Míra emočního vyčerpání dle délky praxe

Hypotéza byla ověřena, přijata byla alternativní hypotéza.

H₀: Mezi mírou depersonalizace a délkou praxe respondentů neexistuje signifikantní vztah.

H_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou depersonalizace a délkou praxe respondentů.

Komentář k Tabulce 11:

Za pomoci stejné statistické analýzy nebyl mezi mírou depersonalizace (DP) a délkou praxe prokázán vztah. S výsledným $r = 0,043$ lze konstatovat, že vzrůstající praxe nezvyšuje úroveň vyhoření v oblasti depersonalizace, což je znázorněno v Tabulce 11. Průměrné hodnoty depersonalizace jsou uvedeny v Příloze 3.

Tabulka 11 - Hodnoty depersonalizace ve věkové kategorii

Délka praxe	N	MBI- DP_x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
9 let a méně	48	8,35	0	26	8	7,55
10-19 let	22	8,18	0	24	7	6,60
20-29 let	23	9,39	1	24	7,5	7,26
30-39 let	8	8,36	0	21	6	6,90

N – počet respondentů

MBI-DP_x – průměrné hodnoty vyhoření v oblasti depersonalizace

Hypotéza byla ověřena a přijata byla nulová hypotéza.

7.3 Interpretace výsledků výzkumného šetření k cíli 3

Cíl 3: Zmapovat vliv psycho-sociálních faktorů na syndrom vyhoření.

H₀: Mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory neexistuje signifikantní vztah.

H_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory.

Komentář k Tabulce 12:

Pro ověření vztahu mezi celkovou sociální oporou a emočním vyčerpáním (EE) byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledkem je $r = -0,059$, nepotvrdil se tedy předpoklad o vztahu mezi zmíněnými proměnnými. Hodnoty celkové sociální opory jsou uvedeny v Tabulce 12. Hodnoty emočního vyčerpání jsou uvedeny v Příloze 2.

Tabulka 12 - Hodnoty celkové sociální opory

	N	PSSS_x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_x	101	73,99	47	85	76	9,37

BM_x – výzkumný soubor celkem

N – počet respondentů

PSSS_x – průměrné hodnoty sociální opory

Hypotéza byla ověřena a byla přijata hypotéza nulová.

H10₀: Mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory ze strany spolupracovníků neexistuje signifikantní vztah.

H10_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory ze strany spolupracovníků.

Komentář k Tabulce 13 a Grafu 11:

Na základě korelace zjištěné Pearsonovým korelačním koeficientem mezi sociální oporou spolupracovníků a emočním vyčerpáním (EE) $r = -0,223_{p0,05}$, lze konstatovat, že existuje signifikantně negativní vztah mezi emočním vyčerpáním a sociální oporou ze strany spolupracovníků. Což znamená, že při zvýšené sociální opoře ze strany spolupracovníků dochází k nižšímu emočnímu vyčerpání a naopak. Zmíněné údaje jsou uvedeny v Tabulce 13 a znázorněny v Grafu 11; hodnoty emočního vyčerpání jsou uvedeny v Příloze 2.

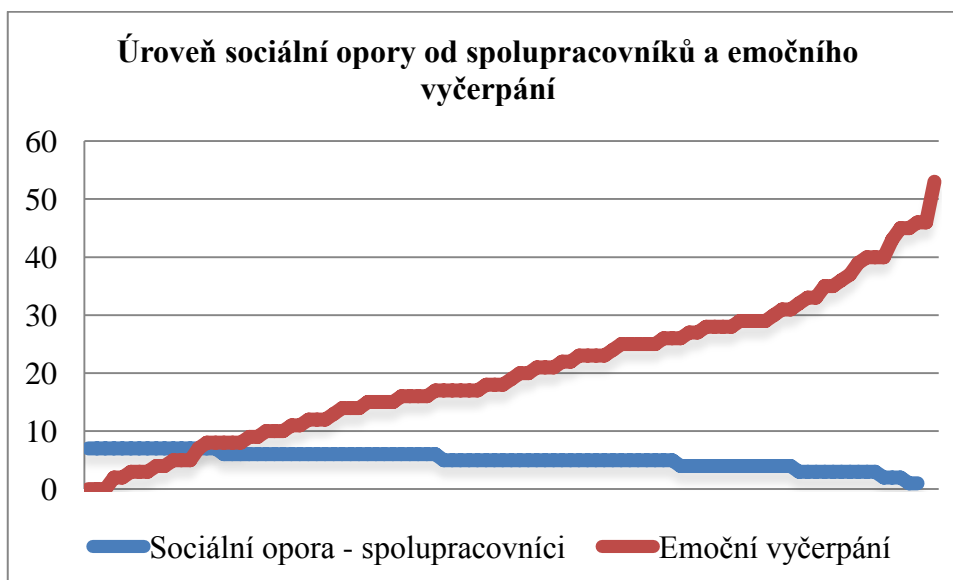
Tabulka 13 - Hodnoty sociální opory od spolupracovníků

	N	PSSS-PS _x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_x	101	5,07	1	7	5	1,43

BM_x – výzkumný soubor celkem

N – počet respondentů

PSSSS – PS_x – průměrné hodnoty sociální opory ze strany spolupracovníků



Graf 11 - Úroveň sociální opory od spolupracovníků a emoční vyčerpání

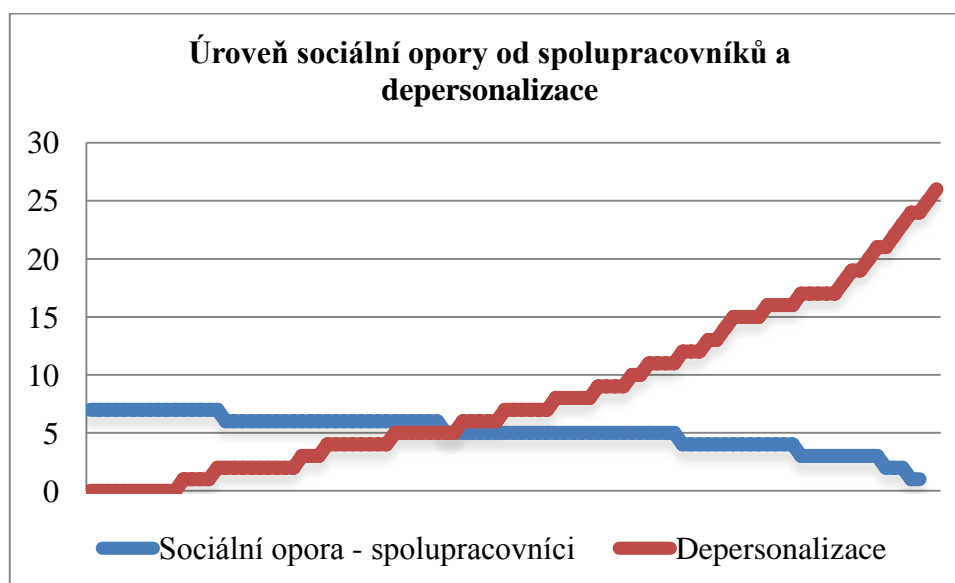
Hypotéza byla ověřena a přijata byla alternativní hypotéza.

H11₀: Mezi mírou depersonalizace a mírou sociální opory ze strany spolupracovníků neexistuje signifikantní vztah.

H11_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou depersonalizace a mírou sociální opory ze strany spolupracovníků.

Komentář k Tabulce 13 a Grafu 12:

Pro porovnání výsledků mezi mírou sociální opory od spolupracovníků a mírou depersonalizace (DP) byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledné $r = -0,303$ a $p_{0,01}$ lze konstatovat, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou depersonalizace a mírou peer support. Což znamená, že při zvýšené hodnotě sociální opory od spolupracovníků je úroveň depersonalizace nižší. Výsledný vztah je znázorněn v Grafu 12. Hodnoty sociální opory od spolupracovníků jsou uvedeny v Tabulce 13, která je uvedena výše. Průměrné hodnoty depersonalizace jsou uvedeny v Příloze 3.



Graf 12 - Úroveň sociální opory od spolupracovníků a depersonalizace

Hypotéza byla ověřena, přijata byla alternativní hypotéza.

H12₀: Mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory ze strany nadřízených neexistuje signifikantní vztah.

H12_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a mírou sociální opory ze strany nadřízených.

Komentář k Tabulce 14 a Grafu 13:

Pro ověření vztahu mezi emočním vyčerpáním (EE) a oporou ze strany nadřízených byl použit Pearsonův korelační koeficient. S výsledným $r = -0,165$ a $p_{0,1}$ lze konstatovat, že existuje signifikantní negativní vztah mezi úrovní emočního vyčerpání a mírou sociální opory ze strany nadřízených. Při zvýšené úrovni sociální opory ze strany nadřízených tedy dochází ke snížení syndromu vyhoření v oblasti emočního vyčerpání. Hodnoty sociální opory ze strany nadřízených jsou uvedeny v Tabulce 14. Signifikantní negativní vztah mezi zmíněnými proměnnými je uveden v Grafu 13; hodnoty emočního vyčerpání jsou uvedeny v Příloze 2.

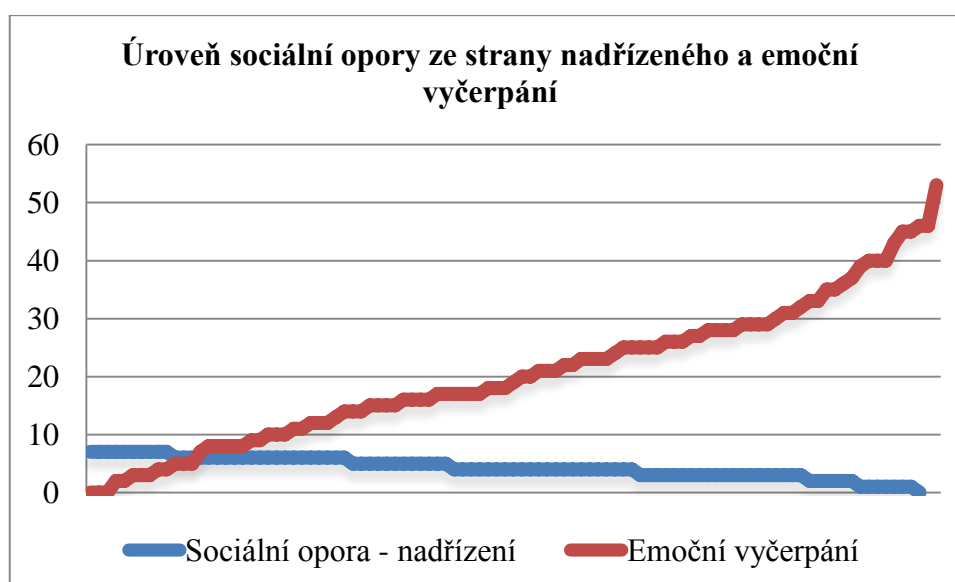
Tabulka 14 - Hodnoty sociální opory od nadřízených

	N	PSSS-N _x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_x	101	4,27	0	7	4	1,75

BM_x – výzkumný soubor celkem

N – počet respondentů

PSSSS – N_x – průměrné hodnoty sociální opory ze strany nadřízených



Graf 13 - Úroveň sociální opory ze strany nadřízeného a emoční vyčerpání

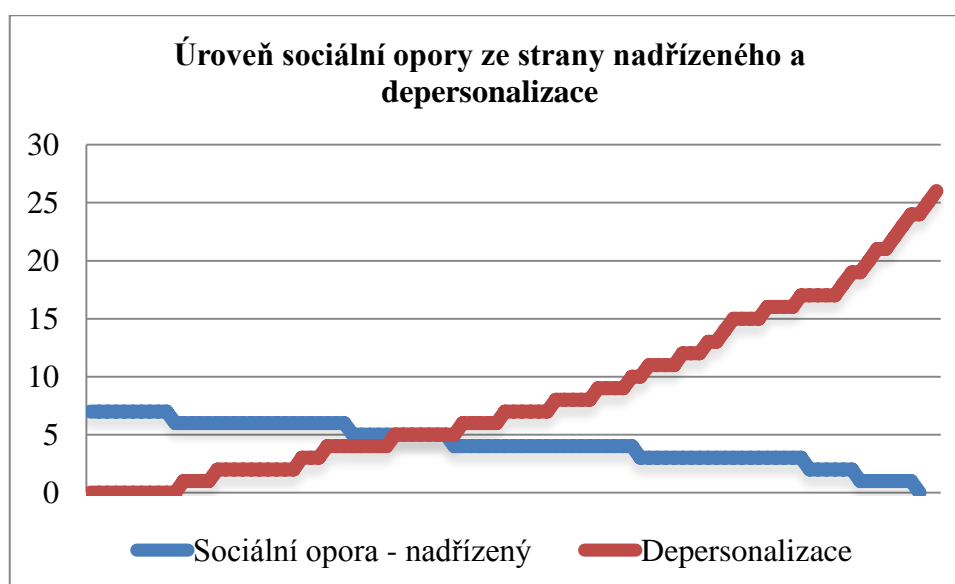
Hypotéza byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

H13₀: Mezi mírou depersonalizace a mírou sociální opory ze strany nadřízených neexistuje signifikantní vztah.

H13_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou depersonalizace a mírou sociální opory ze strany nadřízených.

Komentář k Tabulce 14 a Grafu 14:

Na základě korelace, která byla zjištěna Pearsonovým korelačním koeficientem mezi mírou depersonalizace (DP) a úrovní sociální opory ze stran nadřízených s výsledným $r = -0,259$ a $p_{0,01}$ lze konstatovat, že existuje signifikantně negativní vztah mezi zmíněnými proměnnými. Lze tedy očekávat, že při zvýšené úrovni sociální opory ze strany nadřízených bude signifikantně nižší úroveň depersonalizace a naopak. Což je pro lepší přehlednost uvedeno Grafu 14. Hodnoty sociální opory od nadřízených jsou uvedeny výše v Tabulce 14; průměrné hodnoty depersonalizace jsou uvedeny v Příloze 3.



Graf 14 - Úroveň sociální opory ze strany nadřízeného a depersonalizace

Hypotéza byla ověřena a byla přijata hypotéza alternativní.

H14₀: Neexistuje vztah mezi mírou emočního vyčerpání a psychickou bezpečností práce.

H14_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emočního vyčerpání a psychickou bezpečností práce.

Komentář k Tabulce 15 a Grafu 15:

Pro ověření vztahu mezi emočním vyčerpáním (EE) a psychickou bezpečností práce byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledné $r = -0,167_{p0,05}$, lze konstatovat, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou psychické bezpečnosti práce a mírou emočního vyčerpání. Se zvýšenou hodnotou psychické bezpečnosti práce se signifikantně snižuje riziko emočního vyčerpání. Výsledek je možno posoudit, je uveden v Grafu 15. Hodnoty psychické bezpečnosti práce jsou uvedeny v Tabulce 15; hodnoty emočního vyčerpání jsou obsaženy v Příloze 2.

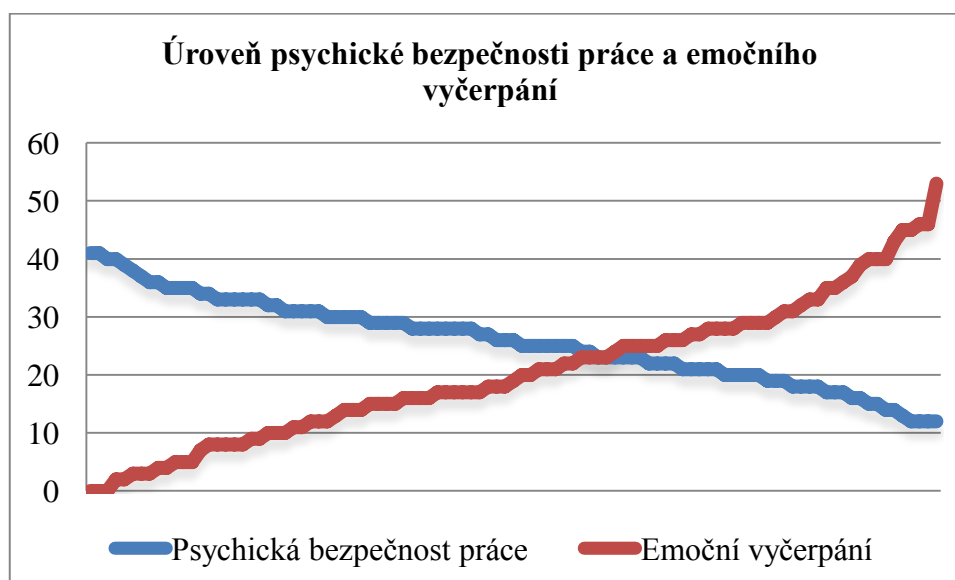
Tabulka 15 - Hodnoty psychické bezpečnosti práce

	N	PB _x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_x	101	25,83	12	41	26	7,27

BM_n – soubor respondentů celkem

N – počet respondentů

PB_x – průměrné hodnoty psychické bezpečnosti



Graf 15 - Úroveň psychické bezpečnosti práce a emočního vyčerpání

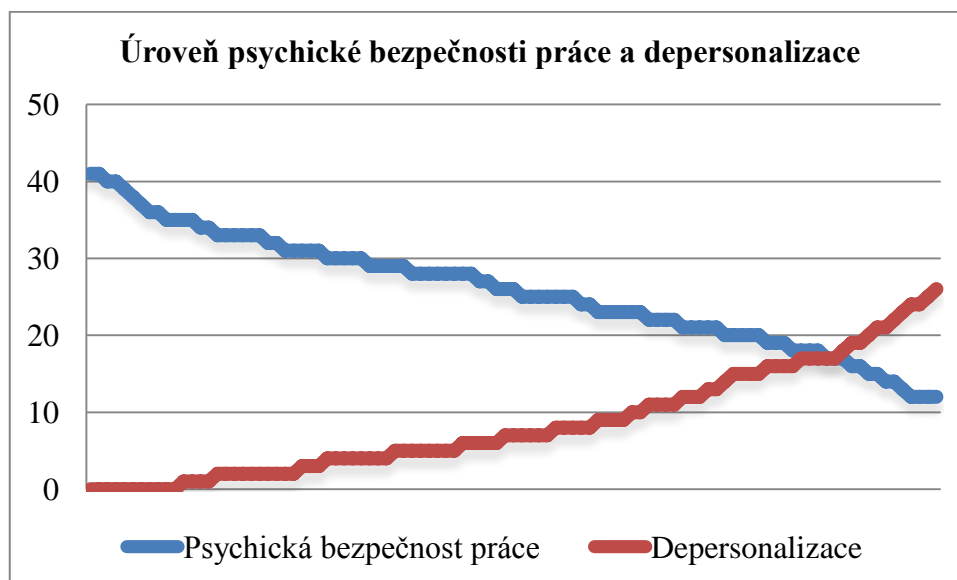
Hypotéza byla ověřena, přijata byla alternativní hypotéza.

H15₀: Neexistuje vztah mezi mírou depersonalizace a psychickou bezpečností práce.

H15_a: Existuje signifikantní vztah mezi mírou depersonalizace a psychickou bezpečností práce.

Komentář k Tabulce 15 a Grafu 16:

Na základě korelace, která byla zjištěna Pearsonovým korelačním koeficientem mezi mírou depersonalizace a úrovní psychické bezpečnosti práce s výsledným $r = -0,271$ a $p_{0,01}$ lze konstatovat, že existuje signifikantní negativní vztah mezi zmíněnými proměnnými. Se zvýšenou úrovní psychické bezpečnosti práce dochází k nižší úrovni depersonalizace. Vztah mezi zmíněnými proměnnými je uveden v Grafu 16. Hodnoty psychické bezpečnosti práce jsou uvedeny výše, v Tabulce 15. Průměrné hodnoty depersonalizace jsou obsaženy v Příloze 3.



Graf 16 - Úroveň psychické bezpečnosti práce a depersonalizace

Hypotéza byla ověřena a byla přijata alternativní hypotéza.

Interpretace vedlejších výsledků k cíli 3:

Během statistického zpracování dat byly zjištěny následující vedlejší výsledky, které se týkají rozdílu v oblastech sociální opory u vyhořelých i nevyhořelých. Ze zpracovaných údajů bylo zjištěno, že úroveň celkové sociální opory je vyšší u respondentů vyhořelých v oblasti emočního vyčerpání. Respondenti vyhořelí v oblasti emočního vyčerpání, v počtu 71, měli průměrnou hodnotu celkové sociální opory 73,71. Zatímco u 30 nevyhořelých respondentů dosahovala průměrná hodnota 74,63 z celkem 84 bodů. Dále byl zjištěn rozdíl v oblasti vnímání sociální opory od spolupracovníků u vyhořelých a nevyhořelých v oblasti emočního vyčerpání. Z celkového možného skóre 7 bodů, mělo 30 respondentů vyhořelých v oblasti emočního vyčerpání průměrnou hodnotu sociální opory ze strany spolupracovníků 4,77; zatímco 71 nevyhořelých respondentů dosahovalo v průměru hodnoty 5,18. Rovněž bylo zjištěno, že sociální opora ze strany spolupracovníků dosahuje vyšších hodnot u nevyhořelých v oblasti depersonalizace. Z maximálně možných 80 bodů, dosahovalo 73 respondentů průměrné hodnoty 74,67, zatímco 28 vyhořelých respondentů v oblasti depersonalizace dosahovalo průměrně hodnoty 72,21.

Zjištěn byl také rozdíl ve vnímání sociální opory od nadřízených, přičemž respondenti nevyhořelí dosahovali hodnot vyšších, než respondenti vyhořelí. Celkem 71 respondentů, kteří nebyli emočně vyčerpáni, dosahovalo průměrně hodnoty sociální opory ze strany nadřízených 4,40 z celkového možného skóre 7. Naopak 30 emočně vyčerpaných respondentů dosahovalo v průměru hodnoty 3,77. Dále 28 respondentů vyhořelých v oblasti depersonalizace označilo průměrně míru sociální opory od nadřízených hodnotou 3,54, zatímco nevyhořelí hodnotou 4,47.

Bylo také zjištěno, že hodnoty psychické bezpečnosti práce dosahují vyšší úrovně u nevyhořelých než u vyhořelých. U 30 respondentů, kteří byli vyhořelí v oblasti emočního vyčerpání, dosahovala psychická bezpečnost práce hodnot 23,80. Zatímco 71 nevyhořelých respondentů dosahovalo úrovně 26,69. Tyto údaje jsou pro lepší přehlednost znázorněny v Grafu 17 a v Tabulce 16. Podobné výsledky byly vyzkoumány i v oblasti depersonalizace, kdy u 28 respondentů vyhořelých v oblasti depersonalizace dosahovala psychická bezpečnost práce průměrně hodnoty 22,68. U nevyhořelých respondentů v oblasti depersonalizace dosahovala psychická bezpečnost práce průměrně úrovně 27,04 z celkového možného skóre 35. Údaje týkající se

rozdílných hodnot psychické bezpečnosti práce a depersonalizace jsou uvedeny v Tabulce 17 a znázorněny v Grafu 18.

Komentář k Tabulce 16 a Grafu 17:

Z níže uvedené Tabulky 16 a Grafu 17 je patrný rozdíl vnímání psychické bezpečnosti práce u jednotlivých skupin – tedy vyhořelých i nevyhořelých v oblasti emočního vyčerpání. Přičemž nižší hodnoty psychické bezpečnosti práce se vyskytují u respondentů vyhořelých v oblasti emočního vyčerpání.

Tabulka 16 - Úroveň psychické bezpečnosti u vyhořelých a nevyhořelých v oblasti emočního vyčerpání

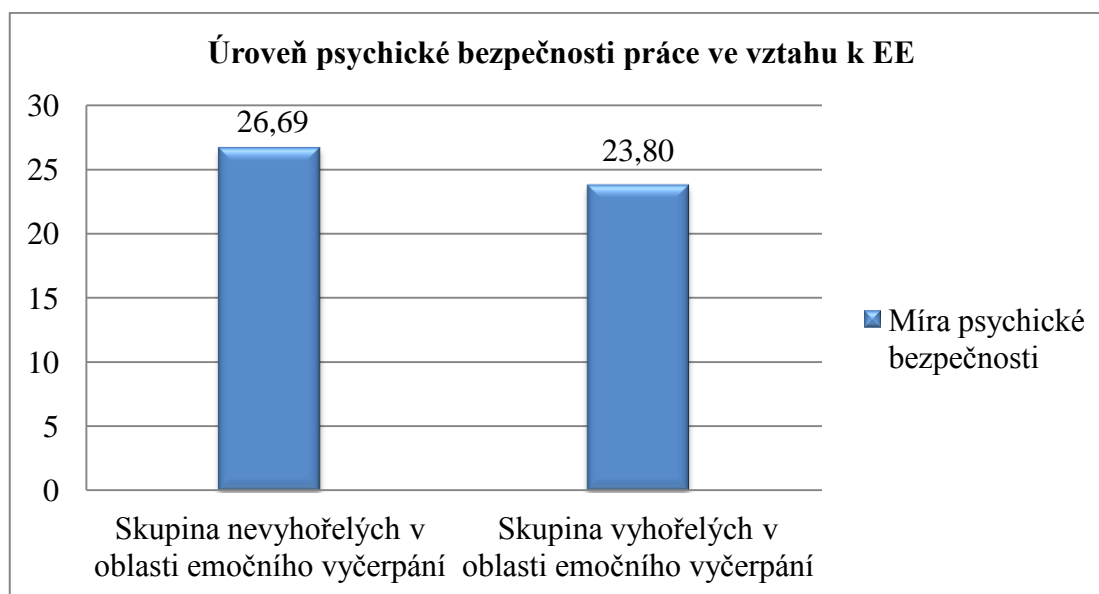
	N	PB _x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_n	71	26,69	12	41	28	6,82
BM_v	30	23,80	12	40	24	7,88

BM_n - skupina respondentů nevyhořelých v oblasti emočního vyčerpání

BM_v - skupina respondentů vyhořelých v oblasti emočního vyčerpání

N – počet respondentů

PB_x – průměrné hodnoty psychické bezpečnosti



Graf 17 - Úroveň psychické bezpečnosti u vyhořelých a nevyhořelých v oblasti emočního vyčerpání

Komentář k Tabulce 17 a Grafu 18:

V níže uvedené Tabulce 17 a Grafu 18 je patrný rozdíl vnímání psychické bezpečnosti práce u respondentů u vyhořelých i nevyhořelých v oblasti depersonalizace. U respondentů vyhořelých v oblasti depersonalizace je zřejmé, že úroveň psychické bezpečnosti práce je, na rozdíl od nevyhořelých respondentů, nižší.

Tabulka 17 - Úroveň psychické bezpečnosti u vyhořelých a nevyhořelých v oblasti depersonalizace

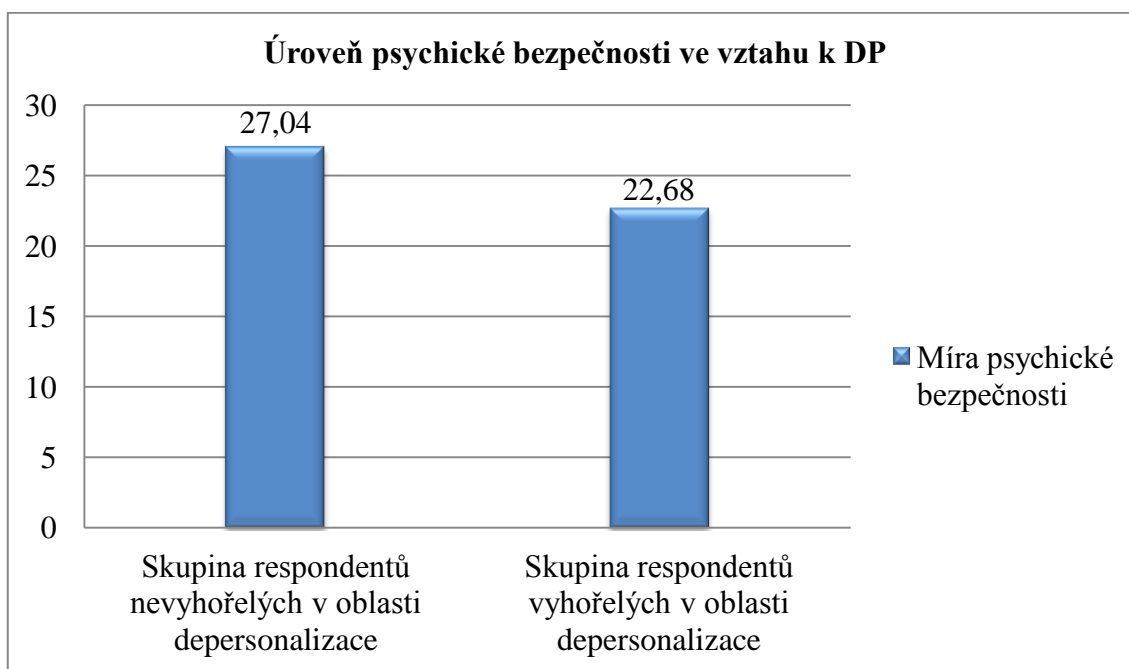
	N	PB _x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_n	73	27,04	12	41	28	7,06
BM_v	28	22,68	12	40	21	6,85

BM_n - skupina respondentů nevyhořelých v oblasti depersonalizace

BM_v - skupina respondentů vyhořelých v oblasti depersonalizace

N – počet respondentů

PB_x – průměrné hodnoty psychické bezpečnosti



Graf 18 - Depersonalizace a psychická bezpečnost práce

DISKUZE

Diplomová práce, jak již vyplývá z názvu, je ve svém obsahu zaměřena především na syndrom vyhoření, dále se zabývá jako rizikovým faktorem empatií a protektivními faktory - sociální oporou a psychickou bezpečností práce.

Prvním cílem diplomové práce bylo zmapovat míru empatie u všeobecných sester. Empatie je autory Gandi et al. (2011, s. 191) nebo Válková (s. 27, 2009) řazena mezi pět nejdůležitějších profesních schopností a dovedností zdravotnického pracovníka. A dle Zenasni et al. (2012, s. 346) navíc zlepšuje mnoho aspektů během péče o nemocné, především pak spokojenost pacientů. V ošetrovatelství je navíc empatie ohrožována ve spojitosti s nedostatkem času, při němž se minimalizuje naslouchání (Halpern, 2003, s. 673).

Hypotéza, které se vztahovala k objasnění vlivu věku na empatii, byla sestavena na základě článku Beadle et al. (2012, s. 824) kteří se domnívali, že věk má na empatii pozitivní vliv. Ve svém odborném článku uvedli, že empatie je u starších lidí vyšší, protože jsou více motivovaní možností vyššího udržení interpersonálních vztahů a kontaktů na rozdíl od mladších jedinců. Výsledkem statistického ověření $H1_a$ je signifikantní pozitivní vztah a lze tedy konstatovat, že empatie se bude spolu s věkem zvyšovat. Tato hypotéza byla potvrzena i navzdory tomu, že nejmenší výzkumný vzorek, byl dle věku tvořen respondenty s 50 a více lety a existuje tedy malá pravděpodobnost, že by se výzkumného šetření zúčastnili především empatičtí. Hypotéza byla ověřena a přijata byla alternativní hypotéza.

Následující hypotézy $H2_a$ a $H3_a$ byly zaměřeny na ověření vztahu mezi syndromem vyhoření a empatií. Hypotézy byly sestaveny na základě odborných článků českých (Kebza, Šolcová, 2003, s. 16; Kupka, 2008, s. 28), ale i zahraničních autorů (Gandi et al., 2011, s. 191; Lombardo, Eyre, 2011, s. 1; Lee et al., 2003, s. 534; Zenasni, et al., 2012, s. 346; Halpern, 2003, s. 670-674), kteří poukazují na spojitost syndromu vyhoření a empatie. Provedené statistické ověření $H2_a$ prokázalo přítomnost signifikantního pozitivního vztahu mezi emočním vyčerpáním a mírou empatie. Všeobecné sestry, u kterých se prokázala zvýšená úroveň empatie, jsou rizikové pro emoční vyčerpání. Což je opačný výsledek výzkumného šetření Raiziene a Endriulaitiene, kteří zkoumali vztah empatie a emočního vyčerpání na výzkumném

vzorku 158 všeobecných sester. Bylo zjištěno, že všeobecné sestry s vyšší úrovní empatie vykazují nižší míru emočního vyčerpání a naopak. Rozdílné hodnoty emočního vyčerpání mohou být dle autorů způsobeny přímo - pracovním závazkem, anebo nepřímo - empatií a pracovními zkušenostmi (Raiziene, Endriulaitiene, 2007, s. 425). Je logické, že může docházet k vyhoření s vyšší úrovní empatie, jelikož dochází k tomu, co tvrdí např. Masopust (2003, s. 16), který uvádí, že pokud se nevyskytuje rovnováha mezi vydaným úsilím a přijatou pozitivní odezvou, dochází postupem času k vyhoření. Výsledky výzkumného šetření diplomové práce jsou v této oblasti v souladu s tvrzením autora Kupky (2008, s. 28), který uvádí, že nízká úroveň empatie je mnohdy příznakem syndromu vyhoření, nebo autorů Kebzy a Šolcové (2003, s. 16), kteří uvádějí, že vysoká úroveň empatie patří k rizikovým faktorům syndromu vyhoření. Hypotéza byla ověřena a přijata byla alternativní hypotéza. Pro ověření H3_a bylo použito stejného statistického postupu, jako je popsáno výše. Avšak vztah mezi mírou depersonalizace a empatie nebyl prokázán. A to i navzdory tomu, že charakteristickým jevem pro depersonalizaci je např. jednání s pacienty jako s neživými věcmi, kdy by se tedy očekávala snížená hodnota empatie (Pohlová, Kozáková, Jarošová, 2011, s. 275). Hypotéza byla ověřena, přijata však byla nulová hypotéza.

Druhým cílem bylo zjistit výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a na jednotce intenzivní péče. Syndrom vyhoření se vyskytuje zejména u lidí, kteří poskytují služby jiným lidem (Shepherd, Taschian, Ridnour, 2011, s. 397), ke kterým pracovníci v ošetrovatelství neodmyslitelně patří. Jako etiologie je často autory, např. Nešpor (2007, s. 371), Gandi et al. (2011, s. 181) nebo Kebza a Šolcová (2008, s. 353) zmiňován negativní stres, který je v ošetrovatelství hojně zastoupen, což je uvedeno v oddíle diplomové práce 2.3.2.

Hypotézy H4_a, H5_a, a H6_a, byly zaměřeny na objasnění výskytu syndromu vyhoření mezi všeobecnými sestrami pracujícími na JIP a standardním oddělením. Hypotézy byly sestaveny na základě údajů z odborného článku Prokelové a Jarošové. Na rozdíl od Kebzy a Šolcové In Kupka (2008, s. 28) nebo Bártlové (2010, s. 110) - na podkladě výzkumného šetření, jehož se zúčastnilo 74 všeobecných sester - uvádí, že nedochází k četnějšímu výskytu syndromu vyhoření na odděleních JIP. Naopak jeho četnost je vyšší na standardních odděleních a na pracovištích ambulantních. Na odděleních, kde

je péče intenzivnější a proměnlivější, je tedy výskyt syndromu vyhoření nižší (Prokelová, Jarošová, 2013, s. 138). Ze statistického ověření hypotéz byla zjištěna existence signifikantního rozdílu v oblastech emočního vyčerpání a depersonalizace mezi všeobecnými sestrami pracujícími na JIP a standardním oddělení. Signifikantní rozdíl v oblasti osobního uspokojení mezi zmíněnými skupinami zjištěn nebyl – v tomto případě byla přijata nulová hypotéza. Následující hypotézy H7_a a H8_a byly sestaveny na základě výzkumného šetření Prokelové a Jarošové, v němž se u 74 všeobecných sester pracujících na neurochirurgických odděleních prokázal vliv délky praxe na úroveň vyhoření - zjištěno dotazníkem „*Burnout measure*“. Častější frekvence výskytu syndromu vyhoření byla prokázána u všeobecných sester s praxí delší jak 41 let. Naopak nejmenší výskyt syndromu vyhoření byl vysledován u všeobecných sester s praxí kratší 2 let a méně (Prokelová, Jarošová, 2013, s. 138). Údaje z odborných článků a odborných studií od autorů Kupka (2008, s. 32) nebo Pohlová, Kozáková a Jarošová (2011, s. 275-276) či Ježorská, Kozyková a Chrastina (2012, s. 60) naopak uvádějí, že délka praxe ve vztahu k syndromu vyhoření je považována za neutrální faktor. Výsledek statistického ověření H7_a však prokázal, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi proměnnými: délka praxe a emoční vyčerpání. Bylo zjištěno, že nejnižší úroveň emočního vyčerpání se vyskytuje u respondentů s délkou praxe 9 let a méně (48 respondentů). Naopak nejčastější výskyt emočního vyčerpání byl zachycen u respondentů s délkou praxe 20-29 let (23 respondentů) a nepatrně nižší úroveň emočního vyčerpání byla odhalena u respondentů s nejdelší délkou praxe - 30 let a více (8 respondentů). V tomto případě byla přijata alternativní hypotéza. Naopak však nebyl prokázán vztah mezi úrovní délky praxe a depersonalizace, což vyplynulo během statistického ověřování H8_a. Byla přijata nulová hypotéza.

Třetím cílem bylo zmapovat vliv psycho-sociálních faktorů na syndrom vyhoření.

Hypotézy H9_a, H10_a, H11_a, H12_a a H13_a byly zaměřeny na ověření vztahu mezi syndromem vyhoření a jednotlivými složky sociální opory. Hypotézy byly sestaveny na základě údajů z odborných článků a studií českých i zahraničních autorů (Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012, s. 59; Pelcák, Tomeček, 2011, s. 88; Bártlová, 2010, s. 110; Khamisa, Peltzer, Oldenburg, 2013, s. 2217; Ježorská, Tomanová; 2011, s. 147; Zacharová, 2008, s. 41). Ve výše uvedené odborné literatuře se opakuje tvrzení, že syndrom vyhoření má na sociální oporu negativní vliv. Naopak tedy, při zvýšených

hodnotách sociální opory lze očekávat ochranu před vznikem syndromu vyhoření (Ježorská, Kozyková, Chrastina, 2012, s. 56). Je-li však již syndrom vyhoření u jedince aktuální, sociální opora snižuje riziko progresu do další fáze (Zacharová, 2008, s. 41). Významným prvkem sociální opory ve vztahu k prevenci syndromu vyhoření je opora ze strany spolupracovníků, což bylo prokázáno ve výzkumném šetření Ježorské a Tomanové (2011, s. 148) či Ježorské, Kozykové a Chrastiny, (2012, s. 60). Navíc dle Kebzy a Šolcové (2003, s. 16) mají největší význam právě ti spolupracovníci, kteří jsou na stejné pozici jako příjemce opory. Ze statistického ověření H9_a vyplynulo, že se signifikantní vztah mezi sociální oporou a emočním vyčerpáním nepotvrdil a byla tedy přijata nulová hypotéza. Naopak bylo během statistického ověřování H10_a zjištěno, že existuje signifikantní negativní vztah mezi úrovní emočního vyčerpání a sociální oporou ze strany spolupracovníků, čímž byla přijata alternativní hypotéza. Signifikantní negativní vztah byl objeven během statistického ověřování H11_a - u míry depersonalizace a míry sociální opory ze strany spolupracovníků byla tedy přijata hypotéza alternativní. Dále bylo během statistického ověřování H12_a a H13_a zjištěno, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou emočním vyčerpáním i depersonalizace a mírou sociální opory ze strany nadřízených. Spolupracovníci jsou autorem Kupkou (2008, s. 33) v zaměstnání řazení mezi nejdůležitější součástí sociální opory. A to zřejmě proto, že mezi sebou mohou navozovat daleko užší vztahy než s nadřízenými. Sociální opora ze strany spolupracovníků může navíc jedinci dodávat, ale i odebírat energii, tedy v případě, není-li efektivně poskytovaná (Zacharová, 2008, s. 41). Ne tak silná korelace sociální opory ze strany nadřízených a syndromu vyhoření může mít etiologii zřejmě v autoritativním postavení nadřízených, což většinou nedovoluje navázání užšího přátelštějšího vztahu s podřízenými. V obou případech byla přijata hypotéza alternativní.

Teoretická východiska pro podklad hypotéz H14_a a H15_a pocházela především ze zahraničních zdrojů. Záměrem hypotéz bylo ověření vztahu mezi psychickou bezpečností práce a syndromem vyhoření. Psychická bezpečnost práce je v tuzemské literatuře docela nový, nepopsaný pojem, byť je v zahraničí znám již několik desítek let. Stěžejním pojmem psychické bezpečnosti práce je ochrana před psychickou újmou zaměstnance (Kebza, Šolcová, 2013, s. 331). Tam, kde je psychická bezpečnost práce přítomna, lze očekávat tvůrčí přístup k práci a zvýšení subjektivního prožívání vitality u zaměstnanců, má tedy v tomto ohledu klíčovou funkci (Kark, Carmeli, 2008, s. 796).

Tento závěr koresponduje s již zmíněným údajem Prokelové a Jarošové (2013, s. 138), z jejichž výzkumného šetření vyplynulo, že na odděleních, kde je péče proměnlivější, je výskyt syndromu vyhoření nižší. Inovace (Lee, Sou, 2013, s. 117) a možnost zakoušet úspěch (Baer, Frese, 2003, s. 57) jsou jedním z důsledků efektivní psychologické bezpečnosti práce. Po statistickém ověření hypotéz H14_a a H15_a bylo potvrzeno, že je existence signifikantního negativního vztahu mezi úrovní jak depersonalizace, tak i emočního vyčerpání ve vztahu k psychické bezpečnosti práce. Což odpovídá tvrzení Kark a Carmeli (2008, s. 796), viz výše, jelikož snížení tvůrčího přístupu a vitality by odpovídalo syndromu vyhoření., kdy jedinec ztrácí zájem o svou práci, propadá rutině a je unavený což uvádí Kulka (2005, s. 355). Lze tedy konstatovat, že důsledky psychického bezpečí při práci zastávají vůči syndromu vyhoření protektivní roli. Obě výše zmíněné hypotézy byly ověřeny a byly přijaty. Účelem diplomové práce bylo objasnit rizikové a protektivní faktory ve vztahu k syndromu vyhoření s výše stanovenými cíli. Všech třech stanovených cílů bylo dosaženo.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá protektivními a rizikovými faktory ve vztahu k syndromu vyhoření. Všechny faktory, byť některé zastávají vůči syndromu vyhoření vliv rizikový, jsou velmi úzce spjaty s kvalitou ošetrovatelské péče a v jejím důsledku i se spokojeností pacientů. Záměrem diplomové práce bylo objasnit a zjistit vliv faktorů - empatie, sociální opora a psychická bezpečnost práce ve vztahu k syndromu vyhoření u všeobecných sester - a porovnat je s tvrzeními či výsledky výzkumů jiných autorů. Tento záměr byl splněn. Jednotlivé kapitoly, podkapitoly a oddíly jsou tvořeny právě zmíněnými pojmy, přičemž největší část je věnována syndromu vyhoření. V páté kapitole je uvedena analýza jednotlivých výsledků výzkumného šetření. Teoretická východiska byla podkladem pro stanovení cílů a hypotéz. Cíle, které byly stanoveny, se týkaly: zmapování míry empatie u všeobecných sester, zjištění vlivu syndromu vyhoření na všeobecné sestry a zmapování míry psychosociálních faktorů ve vztahu k syndromu vyhoření. Výzkumná skupina byla tvořena počtem 101 všeobecných sester, které v té době pracovaly v Kroměřížské nemocnici a.s. na oddělení standardním nebo JIP.

Prvním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat míru empatie u všeobecných sester. K prvnímu cíli se vztahovaly hypotézy, které jsou uvedeny na straně 45.

V oblasti zmapování empatie bylo zjištěno, že je její míra ovlivňována věkem – s přibývajícím rokem dochází ke zvyšování hodnot empatie; předpoklad se potvrdil. U 40 respondentů, kteří měli 29 let a méně, bylo zjištěno, že úroveň empatie dosahovala v průměru hodnoty 13,13. Ve věkové kategorii 30-39 let, kterou tvořilo 26 respondentů, měla úroveň empatie 13 bodů. U dalších 26 respondentů ve věkové kategorii 40-49 let činila hodnota empatie 13,88. Poslední skupina zúčastněných, do níž spadalo 8 respondentů ve věku 50 let a více, dosahovala empatie v průměru hodnot 15,13. Maximální možná hodnota empatie byla 19 bodů. Předpoklad o signifikantním vztahu mezi syndromem vyhoření a empatií se potvrdil ve složce emočního vyčerpání, kdy byl zjištěn signifikantní pozitivní vztah. Naopak signifikantní vztah nebyl prokázán u složky depersonalizace.

Druhým cílem bylo zjistit výskyt syndromu vyhoření u všeobecných sester pracujících na standardním oddělení a jednotce intenzivní péče. K tomuto cíli se vztahovaly

hypotézy, které jsou uvedeny na stranách 45 – 46. Předpoklad o existenci signifikantního rozdílu v míře jednotlivých oblastech syndromu vyhoření se mezi skupinami respondentů pracujících na standardních odděleních a JIP potvrdil jen ve dvou oblastech. Signifikantní rozdíl byl zjištěn v oblasti emočního vyčerpání, kdy 53 respondentů ze standardního oddělení dosahovalo hodnot 23,06, oproti 48 respondentům z JIP, kteří dosahovali hodnot 17,48. A depersonalizace, kdy 53 respondentů ze standardního oddělení dosahovalo v průměru hodnot 9,17; na rozdíl od 48 respondentů z JIP, kteří dosahovali v průměru hodnot 7,86. Ve zbylé oblasti, tedy osobním uspokojení, signifikantní rozdíl mezi zmíněnými skupinami prokázán nebyl. Předpoklad existence signifikantního vztahu mezi délkou praxe respondentů a syndromem vyhoření se potvrdil ve složce emočního vyčerpání, kdy se potvrdil signifikantní pozitivní vztah. Nejnižší průměrná hodnota emočního vyčerpání se nacházela u 48 respondentů s délkou praxe 9 let a méně. Průměrná hodnota 19,77 byla naměřena u 22 respondentů s délkou praxe 10-19 let. U 23 respondentů s délkou praxe 20-29 let byla naměřena hodnota 23,78 a u 8 respondentů s délkou praxe 30-39 let byla naměřena hodnota 23,56. V oblasti depersonalizace signifikantní vztah s délkou praxe prokázán nebyl.

Třetím cílem bylo zmapovat vliv psycho-sociálních faktorů na syndrom vyhoření. Pro cíl 3 byly stanoveny hypotézy, které jsou uvedeny na stranách 46 – 47. Předpoklad existence signifikantního vztahu sociální opory a emočního vyčerpání prokázán nebyl, jelikož sociální opora u 71 nevyhořelých respondentů v této oblasti vykazovala hodnotu 73,71; kdežto 30 vyhořelých respondentů vykazovalo úroveň sociální opory 74,63. Dále byl zjištěn signifikantní negativní vztah mezi sociální oporou ze strany spolupracovníků a depersonalizací, kdy 73 nevyhořelých respondentů vykazovalo hodnotu 74,67 a 28 vyhořelých dosahovalo v průměru hodnot 72,21. Existence signifikantního negativního vztahu byla zjištěna rovněž mezi sociální oporou ze strany spolupracovníků a emočním vyčerpáním. U 30 respondentů vyhořelých v oblasti emočního vyčerpání byla úroveň zmíněné sociální opory v hodnotě 4,77, kdežto u 71 nevyhořelých respondentů dosahovala úroveň 5,18 z možných 7. Navíc byl také zjištěn signifikantní negativní vztah jak v oblasti depersonalizace, tak i mezi emočním vyčerpáním a sociální oporou od nadřízených. V oblasti depersonalizace byly hodnoty zmíněné sociální opory u 73 nevyhořelých respondentů v průměru 4,47 a u 28 vyhořelých 3,54, V oblasti emočního vyčerpání byly hodnoty sociální opory ze strany

nadřízených u 71 vyhořelých respondentů v průměru 4,39 a u 30 vyhořelých hodnoty menší, a to 3,77. Poslední záměr diplomové práce, který předpokládal existenci signifikantního vztahu mezi psychickou bezpečností práce a syndromem vyhoření byl prokázán. Jak v oblastech emočního vyčerpání, tak i depersonalizace byl zjištěn signifikantní negativní vztah. Ve zmíněných oblastech byly hodnoty u vyhořelých nižší, než u nevyhořelých respondentů. V oblasti emočního vyčerpání, 71 nevyhořelých respondentů dosahovalo hodnoty 26,69 v míře psychické bezpečnosti práce; na rozdíl od 30 vyhořelých respondentů, u kterých byla hodnota 23,80. V oblasti depersonalizace 73 nevyhořelých respondentů dosahovalo průměrně úrovně 27,04 na rozdíl od 28 vyhořelých respondentů, u nichž hodnoty psychické bezpečnosti práce dosahovaly v průměru 22,68. Z výzkumného šetření ve zkratce vyplývá následující:

1. Míra empatie je u všeobecných sester ovlivňována věkem - bylo prokázáno, že věk má na empatii pozitivní účinky. Dále bylo zjištěno, že zvýšená úroveň empatie u všeobecných sester koreluje s výskytem emočního vyčerpání.
2. Syndrom vyhoření se ve zvýšené míře vyskytuje u všeobecných sester pracujících na standardním oddělení, a to v oblastech emočního vyčerpání a depersonalizace. Ve zvýšené míře se také vyskytuje u všeobecných sester s delší délkou praxe.
3. Nebyl prokázán významný vliv celkové sociální opory na syndrom vyhoření v oblasti emočního vyčerpání. Avšak v oblastech emočního vyčerpání a depersonalizace byl zjištěn protektivní vliv sociální opory ze strany spolupracovníků a nadřízených. Rovněž byla prokázána ochrana před vyhořením v oblasti odosobnění a emočního vyčerpání při psychickém bezpečí během práce.

V doporučení pro praxi bych tedy navrhovala minimálně udržovat protektivní faktor - sociální oporu ze stran spolupracovníků; také i ze stran nadřízených podporovat pracovní kolektivy a být jakýmsi prostředníkem v případě výskytu konfliktů. Dále bych chtěla doporučit lepší vzdělávání všeobecných sester v oblasti efektivního předcházení syndromu vyhoření, ať v rámci vysokoškolského studia, tak i v celoživotním vzdělávání v rámci odborných přednášek, jelikož 60,40 % respondentů mělo pouze středoškolské vzdělání, které v tomto ohledu zajisté sehrává svou roli.

Přínosem diplomové práce a výzkumného šetření jsou především poznatky z oblasti psychické bezpečnosti práce, jelikož dotazníkové šetření zkoumající psychickou

bezpečnost práce zatím v České republice nebylo realizováno. Limity diplomové práce se vztahují k možnosti srovnání s jinými výzkumy, protože výzkumníci v uvedených studiích používají velmi často různé techniky sběru dat nebo různé nástroje k měření daných proměnných (např. MB v oblasti syndromu vyhoření), či rozdílné metody vyhodnocení dat. Dalším omezením je jeho průřezová konstrukce. Longitudinální studie by sice byla přínosnější pro stanovení etiologie a lepší porozumění vztahu mezi proměnnými, to však vzhledem k charakteru diplomové práce není reálné. Pro další výzkum doporučuji především zkoumání psychické bezpečnosti práce, ať už ve vztahu k syndromu vyhoření či jako samostatný jev.

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ ZDROJE

ALBINI, Elisa, ZONI, Silvia, PARRINELLO, Giovanni, BENEDETTI, Laura, LUCCHINI, Roberto. 2011. An integrated model for the assessment of stress-related risk factors in health care professionals. *Industrial Health* [online]. 2011, vol. 49, no. 1, pp. 15-23. [cit. 3. 12. 2013]. ISSN 0019-8366. Dostupné z: https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/49/1/49_MS948/_pdf.

ANGERER, John M. 2003. Job burnout. *Journal of Employment Counseling* [online]. 2003, vol. 40, no. 3, pp. 98-107. [cit. 17.7.2013]. ISSN 2161-1920. DOI: 10.1002/j.2161-1920.2003.tb00860.x. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=ef4a9682-56e3-4f1b-80ff-503056490245%40sessionmgr112&hid=102>.

ARANZAMENDEZ, Gina, JAMES, Debbie, TOMS, Robin. 2014. Finding Antecedents of Psychological Safety: A Step Toward Quality Improvement. *Nursing Forum* [online]. 2014 Feb, pp. 1-8. ISSN: 1744-6198. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nuf.12084/pdf>.

BANJA, John D. 2006. Empathy in the Physician's Pain Practice: Benefits, Barriers, and Recommendations. *Pain Medicine* [online]. 2006, vol. 7, no. 3, pp. 265-275. [cit. 25. 11. 2013]. ISSN 1526-4637. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=fd2fb6dc-3972-4e38-9abd-ba387f27e1a9%40sessionmgr114&hid=102>.

BÁNOVČINOVÁ, Ľubica, BUBENÍKOVÁ, Milina. 2011. Empatia v ošetrovatelstve. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2011, roč. 2, č. 1, s. 165-170. [cit. 21.11.2013]. ISSN: 1804-2740. Dostupné z: http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2011-01/4_banovcicova_bubenikova.pdf.

BÁRTLOVÁ, Sylva. 2010. Psychofyzická zátěž a příčiny fluktuace sester. *Zdravotnictví v České republice* [online]. 2010, roč. 13, č. 3, s. 110-115. [cit.

25.11.2013]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-3-2010.pdf>.

BÁRTLOVÁ, Sylva. 2006. Vliv pracovních vztahů mezi lékaři a sestrami na péči o pacienta. *Kontakt: vědecký časopis* [online]. 2006, roč. 8, č. 1, s. 31-35. [cit. 6.7.2013]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120326162725458760.pdf>.

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 299 s. Psyché. ISBN 80-247-0708-X.

BAZARKO, Dawn, CATE, Rebecca A. 2013. The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *Journal of Workplace Behavioral Health* [online]. 2013, vol. 28, no. 2, pp. 107-133. [cit. 25.11.2013]. ISSN 1555-5240. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646311/>.

BEADLE, Janelle, PARADISO, Sergio, KOVACH, Christopher, POLGREEN, Linnea, DENBURG, Natalie, TRANEL, Daniel. 2012. Effects of age-related differences in empathy on social economic decision-making. *International Psychogeriatrics* [online]. 2012, vol. 24, no. 5, pp. 822 – 833. [cit. 25.9.2013]. ISSN. 1041-6102. DOI: 10.1017/S1041610211002547. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/952675873/fulltextPDF?accountid=16730>.

CACI, Hervé, NADALET, Liliane, BAYLÉ, Franck J., ROBERT, Philippe, BOYER, Patrice. 2003. Cross-cultural study of the Impulsiveness-Venturesomeness-Empathy questionnaire (IVE-7). *Comprehensive Psychiatry* [online]. 2003, vol. 44, no. 5, pp. 381-387. [cit. 13.8.2013]. ISSN: 0010-440X. DOI: 10.1016/S0010-440X(03)00105-6. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S0010440X03001056/1-s2.0-S0010440X03001056-main.pdf?_tid=3627f400-a16d-11e3-92a7-00000aacb361&acdnat=1393697798_e6abfcf0b976a337c1d04783f53e2d66.

CARMELI, Abraham, BRUELLER, Daphna, DUTTON, Jane E. 2008. Learning Behaviours in the Workplace: The Role of High-quality Interpersonal Relationships and Psychological Safety. *Systems Research and Behavioral Science* [online]. 2008,

vol. 26, no. 1, pp. 81-98. [cit. 25.2.2014]. ISSN: 1099-1743. DOI: DOI:10.1002/sres.932. Dostupné z:

<http://webuser.bus.umich.edu/janedut/High%20Quality%20Connections/LearningBehaviors-SRBS.pdf>.

CZAJA, Angela S., MOSS, Marc, MEALER, Meredith. 2012. Symptoms of posttraumatic stress disorder among pediatric acute care nurses. *Journal of Pediatric Nursing* [online]. 2012, vol. 27, no. 4, pp. 357-365. [cit. 6.7.2013]. ISSN 1532-8449. Dostupné z:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381608/pdf/nihms294293.pdf>.

ČERNÁ, Renáta, KOŽÍKOVÁ, Zuzana. 2004. Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) u zdravotních sester. *Urologie pro praxi* [online]. 2004, roč. 4, č. 6, s. 265. [cit. 17.7.2013]. ISSN 1803-5299. Dostupné z:

<http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2004/06/10.pdf>.

DEMIR ZENCIRCI, Ayten, ARSLAN, Sümeyye. 2011. Morning-evening type and burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: a questionnaire study. *Croatian Medical Journal* [online]. 2011, vol. 52, no. 4, pp. 527-537. [cit. 25.11.2013]. ISSN 1332-8166. Dostupné z:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3160700/pdf/CroatMedJ_52_0527.pdf.

DODAJ, Arta, SESAR, Kristina, BARISIC, Marijana, PANDZA, Maja. 2013. The effect of empathy on involving in bullying behavior. *Paediatrics Today* [online]. 2013, vol. 9, no. 1, pp. 91-101 [cit. 20.12.2013]. ISSN 1840-2968. Dostupné z: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/30879314/The_effect_of_empathy_on_involving_in_bullying_behavior.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1390342430&Signature=8iZHKJL%2FSFrcWFe2BfPZjD7c1p4%3D&response-content-disposition=inline.

DORRIAN, Jillian, PATERSON, Jessica, DAWSON, Drew, PINCOMBE, Jan, GRECH, Carol, ROGERS, Ann E. 2011. Sleep, stress and compensatory behaviors in Australian nurses and midwives. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2011, vol. 45, no. 5, pp. 922-930. [cit. 25.11.2013]. ISSN 0034-8910. Dostupné z: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2538.pdf>.

DYNÁKOVÁ, Šárka, KOŽNAR, Jan, HERMANOVÁ, Marie. 2010. Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. *Praktický lékař*. 2010, roč. 90, č. 6, s. 365-366. ISSN 0032-6739.

DZIOBEK, Isabel, Kimberley ROGERS, Stefan FLECK, Markus BAHNEMANN, Hauke R. HEEKEREN, Oliver T. WOLF, CONVIT, Antonio. 2008. Dissociation of Cognitive and Emotional Empathy in Adults with Asperger Syndrome Using the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of Autism & Developmental Disorders* [online]. 2008, vol. 38, no. 3, pp. 464-473. [cit. 6.11.2013]. ISSN: 1573-3432. DOI: 10.1007/s10803-007-0486-x. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=0525c66e-9295-4bdd-8848-1801ff509e59%40sessionmgr4005&hid=4105>.

EDMONDSON, Amy. 2004. Psychological Safety, Trust and Learning: A Group-level Lens. In: KRAMER, Roderick Moreland, ed. a COOK, Karen S., ed. *Trust and distrust in organizations: dilemmas and approaches* [online]. New York: Russell Sage Foundation, ©2004. pp. 239-272. [cit. 22.2.2014]. The Russell Sage Foundation series on trust; v. 7. ISBN 0-87154-485-7. Dostupné z: <http://books.google.cz/books?id=9NenNkAeMoAC&printsec=frontcover&dq=Safety,+Trust+and+Learning:+A+Group-level+Len&hl=cs&sa=X&ei=12sgU8WNOuK47Qal1ID4BQ&ved=0CDwQ6AEwAA#v=onepage&q=Safety%20Trust%20and%20Learning%3A%20A%20Group-level%20Len&f=false>.

EDMONDSON, Amy. 2011. Psychological safety and learning behavior in work teams. In EGGERS, John T. Psychological safety influences relationship behavior.(Research Notes) (Report). *Corrections Today* [online]. 2011, vol.. 73, no.. 1, pp. 60-61. [cit. 22.2.2014], Dostupné z: https://www.aca.org/research/pdf/ResearchNotes_Feb2011.pdf.

EDMONDSON, Amy C., LEI, Zhike. 2014. Psychological Safety: The History, Renaissance, and Future of an Interpersonal Construct. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior* [online]. 2014, vol. 1, pp.

23-43. [cit. 22.2.2014]. DOI: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305. Dostupné z: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305>.

EGGERS, John T. 2011. Psychological safety influences relationship behavior.(Research Notes) (Report). *Corrections Today* [online]. 2011, vol. 73, no. 1, pp. 60-61. [cit. 22.2.2014], Dostupné z: https://www.aca.org/research/pdf/ResearchNotes_Feb2011.pdf.

GANDI, Joshua C., WAI, Paul S., KARICK, Haruna, DAGONA, Zubairu K. 2011. The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental Health in Family Medicine* [online]. 2011, vol. 8, no. 3, pp. 181-194. [cit. 2.2.2014]. ISSN 1756-834X. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3314275/>.

GUČKOVÁ, Mária. 2009. Fyzická a psychická zátěž sester na neurologii. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, roč. 5, č. 6, s. 30-31. ISSN 1801-1349.

HADIAN, Awan, SABITA, Marium, AASIA, Manzoo, NOMANINTERNATIONAL, Nazir. 2013. Supportive Learning Environment: A comparative study between Manufacturing and Services Sector of Pakistan. *International Journal of Management & Organizational Studies* [online]. 2013, vol. 2, no. 3, pp. 38 – 42. [cit. 3.3.2014]. ISSN 2305-2600. Dostupné z: <http://www.ijmos.net/wp-content/uploads/2013/09/awan-et-al.pdf>.

HALPERN, Jodi. 2003. What is clinical empathy?. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2003, vol. 18, no. 8, pp. 670-674. [cit. 25.8.2013]. ISSN: 1525-1497. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/875739164/fulltextPDF/30763890774B09PQ/1?accountid=16730>.

HANRAHAN, Nancy P., AIKEN, Linda H., MCCLLAINE, Lakeetra, HANLON, Alexandra L. 2010. Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues in Mental Health Nursing* [online]. 2010, vol. 31, no. 3, pp. 198-207. [cit. 2.2.2014]. ISSN 0161-2840. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856615/pdf/nihms182308.pdf>.

HONZÁK, Radkin. 2006. Burnout syndrom. *Adiktologie*. 2006, roč. 6, č. 3, s. 407-413. ISSN 1213-3841.

HONZÁK, Radkin. 2005. Burn-out syndrom - nebezpečí pro nás všechny. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2005, roč. 1, č. 2, s. 94-95. ISSN 1801-1349.

HOSÁK, Ladislav, HOSÁKOVÁ, Jiřina, ČERMÁKOVÁ, Eva. 2005. Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2005, roč. 5, č. 4, s. 205-206. [cit. 7.8.2013]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/04/11.pdf>.

HOSÁKOVÁ, Jiřina. 2007. Stres v práci sestry. In ARCHALOUSOVÁ Alexandra (red.). *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství II*. 1. vyd. Slezská univerzita v Opavě [online]. 2007, s. 170. [cit. 3.10.2013]. ISBN 978-80-7248-413-3. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2007>.

JEČNÁ, Veronika, Ladislav HOSÁK, ČERMÁKOVÁ, Eva. 2009. Stres v povolání psychiatrické sestry. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 2009, č. 105, s. 27-31. [cit. 10.2.2014]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_27_31.pdf.

JEŽORSKÁ, Šárka, TOMANOVÁ, Danuška. 2011. Protektivní faktory ve vztahu k syndromu vyhoření. In: *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve* [online]. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2011, s. 143-151. [cit. 6.2.2014]. ISBN 978-80-89544-00-4. Dostupné z: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/tvav_ose_2011.pdf.

JEŽORSKÁ, Šárka, KOZYKOVÁ, Jana, CHRASTINA, Jan. 2012. Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými. *Ošetrovatelstvo* [online]. 2012, roč. 2, č. 2, s. 56-62. [cit. 15.11.2013]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/files/2012/02/56-syndrom-vyhoreni-u-vseobecnych-sester-pracujicich-s-onkologicky-nemocnymi-2012-2-2.pdf>.

JEŽORSKÁ, Šárka, HRTŮSOVÁ, Tereza, ČERNÁ, Martina, CHRASTINA, Jan. 2013. Sociální opora jako protektivní faktor duševního zdraví. *Profese on-line: Recenzovaný časopis pro zdravotnické obory* [online]. 2013, roč. 5, č. 1, s. 17-22. [cit. 7.2.2014]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/upload/soubory/2013_01/Jezorska.pdf.

KAPFHAMMER, H. P. 2012. Burnout. Illness or symptom? *Internist* [online]. 2012, vol. 53, no. 11, pp. 1276 – 1288. [cit. 7.8.2013]. ISSN 1432-1289. DOI: 10.1007/s00108-012-3067-9. Dostupné z: http://download.springer.com/static/pdf/216/art%253A10.1007%252Fs00108-012-3067-9.pdf?auth66=1389530707_eac454322f45a2c0f3755f34cb95341f&ext=.pdf.

KARK, Ronit, CARMELI, Abraham. 2009. Alive and creating: the mediating role of vitality and aliveness in the relationship between psychological safety and creative work involvement. *Journal of Organizational Behavior* [online]. 2009, vol. 30, no. 6, pp. 785-804. [cit. 15.26.2.2014]. ISSN 0894-3796. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.571/pdf>.

KEBZA, Vladimír. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. 2013. Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření. *Československá psychologie* [online]. 2013, roč. 57, č. 4, s. 329-341. [cit. 22.2.2014]. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3391533b-aa20-4f49-bcd9-0264213a6c48%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4207>.

KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. 2010. Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie*. 2010, roč. 54, č. 1, s. 1-16. ISSN 0009-062X.

KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. 2008. Syndrom vyhoření - rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*. 2008, roč. 52, č. 4, s. 351-365. ISSN 0009-062X.

KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. 2003. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KHAMISA, Natasha. 2013. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2013, vol 10, no. 6, pp. 2214-2240. [cit. 3.2.2014]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3717733/>.

KOŽENÝ, Jiří, TIŠANSKÁ, Lýdie. 2011. Postoje studentů medicíny k roli empatie v léčebném kontextu: měření, rozdíly z hlediska pohlaví a délky studia. *Československá psychologie* [online]. 2011, roč. 55, č. 2, s. 126-138. [cit. 3.2.2014]. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d6ade153-ce7c-42f1-af02-2e01f6c83540%40sessionmgr198&vid=1&hid=120>.

KRÁLOVÁ, Jaroslava, PARTLOVÁ, Marika. 2006. Empatie na pracovišti. *Sestra* [online]. 2006, roč. 16, č. 10, s. 24-25. [cit. 3.2.2014]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/empatie-na-pracovisti-273988>.

KRISTOVÁ, Jarmila. 2004. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 2004. ISBN 80-8063-160-3.

KRPOUN, Zdeněk. 2012. Sociální opora: shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti - nadané děti. *E-psychologie* [online]. 2012, roč. 6, č. 1, s. 42-50. [cit. 10.12.2013]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/krpoun.pdf>.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KULKA, Jiří. 2005. Syndrom vyhoření. *Causa subita*. 2005, roč. 8, č. 9, s. 355-356. ISSN 1212-0197.

KUPKA, Martin. 2008. Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-Psychologie* [online]. 2008, roč. 2, č. 1, s. 23-35. [cit. 7.8.2013]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>.

LEE, Haejung, SONG, Rhayun, CHO, Young, LEE, Gyl, DALY, Barbara. 2003. A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2003, vol. 44, no. 5, pp. 534-545. [cit. 3.2.2014]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=b08f479d-fc3b-478f-892a-728668a1e762%40sessionmgr12&hid=11>.

LEVICKÁ, Jana. 2005. Význam sociálnej opory vo vzťahu k zdravotnému stavu klienta. *Kontakt* [online]. 2005, č. 3-4, s. 266-269. [cit. 17.2.2014]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120322130048485016.pdf>.

LOMBARDO, Barbara, EYRE, Caryl. 2011. Compassion Fatigue: A Nurse's Primer. *Online Journal of Issues in Nursing* [online]. 2011, vol. 16, no. 1. [cit. 3.2.2014]. ISSN 1091-3734. Dostupné z: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Compassion-Fatigue-A-Nurses-Primer.html>.

LÓPEZ-PÉREZ, Belén, FERNÁNDEZ-PINTO, Irene. 2010. Age differences in empathy: From adolescence to old age. *Ansiedad y Estrés* [online]. 2010, vol. 16, no. 2-3, pp. 139-150. [cit. 7.8.2013]. ISSN 1134-7937. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=4f4a2b3a-bb51-442b-89d2-0f2fc8b5cf12%40sessionmgr4003&hid=4210>.

MANDINCOVÁ, Petra. 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 123 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3811-6.

MASOPUST, Jiří. 2003. Syndrom profesionálního vyhoření. *Practicus*. [online]. 2003, roč. 10, č. 2, s. 16-17. [cit. 7.8.2013]. 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus03-10.pdf>.

MCHUGH, Matthew D., KUTNEY-LEE, Ann, CIMIOTTI, Jeannie P., SLOANE, Douglas M., AIKEN, Linda H. 2011. Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs (Millwood)* [online]. 2011, vol. 30, no. 2, pp. 202-210. [cit. 8.3.2013]. ISSN 0278-2715. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3201822/pdf/nihms285341.pdf>.

MCVICAR, Andrew. 2003. Integrative literature reviews and meta-analyses Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2003, vol. 44, no. 6, pp. 633-642. [cit. 25.8.2013]. ISSN 1365-264. DOI: 10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x/pdf>.

MEALER, Meredith, JONES, Jacqueline, NEWMAN, Julia, MCFANN, Kim K., ROTHBAUM, Barbara, MOSS, Marc. 2012. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2012, vol. 49, no. 3, pp. 292-299. [cit. 8.3.2013]. ISSN 0020-7489. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3276701/pdf/nihms329560.pdf>.

MENESES, Rita W., LARKIN, Michael. 2012. Edith Stein and the Contemporary Psychological Study of Empathy. *Journal of Phenomenological Psychology* [online]. 2012, vol. 43, no. 2, pp. 151-184. [cit. 7.12.2013]. ISSN 0047-2662. DOI: 10.1163/15691624-12341234. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=6efacad0-bd56-460a-9d8e-4acc92c5dead%40sessionmgr4003&hid=4210>.

MÖRELIUS, Evalotte, GUSTAFSSON, Per A., EKBERG, Kerstin, NELSON, Nina. 2013. Neonatal intensive care and child psychiatry inpatient care: do different working conditions influence stress levels? *Nursing Research and Practice* [online]. 2013, vol.

2013 [cit. 4.2.2014]. ISSN 2090-1429. Dostupné z:
<http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/761213>.

NEŠPOR, Karel. 2007. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Solen: Medicína pro praxi*. 2007, roč. 4, č. 9, s. 371-373. ISSN 1803-5256. 528/2010

NORDANG, Kirsten, HALL-LORD, Marie Louise, FARUP, Per G. 2010. Burnout in health-care professionals during reorganizations and downsizing. A cohort study in nurses. *BMC Nursing* [online]. 2010, vol. 9, no. 8, p. 7 [cit. 9.3.2014]. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-9-8.pdf>.

PANUNTO, Marcia Raquel, GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. 2013. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2013, vol. 21, no. 3, pp. 765-772. [cit. 9.3.2014]. ISSN 0104-1169. Dostupné z:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300765&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

PAPEŽOVÁ, Hana. 2004. Stres, emoce a poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, č. 6, s. 291-296. [cit. 7.7.2013]. ISSN 1213-0508. Dostupné z:
<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/06/02.pdf>.

PELCÁK, Stanislav, TOMEČEK, Alexander. 2011. Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta. *Praktické lékařství* [online]. 2011, roč. 11, č. 7, s. 87-90. [cit. 9.8.2013]. ISSN 1803-5329. Dostupné z:
<http://solen.cz/pdfs/lek/2011/02/10.pdf>.

POGHOSYAN, Lusine, CLARKE, Sean, FINLAYSON, Mary, AIKEN, Linda. 2010. Nurse burnout and quality of care: cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing and Health*. 2010, vol. 33, n. 4, pp. 288-298. ISSN 0160-6891. Dostupné z:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908908/pdf/nihms215130.pdf>.

POHLOVÁ, Lucie, KOZÁKOVÁ, Radka, JAROŠOVÁ, Darja. 2011. Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. *Praktický lékař*. 2011, roč. 91, č. 5, s. 274-277. ISSN 0032-6739.

POLÁCHOVÁ, Eva. Empatie v ošetrovatelském kontextu. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 10, s. 18. ISSN 1210-0404.

PROKELOVÁ, Pavla, JAROŠOVÁ, Darja. 2013. Syndrom vyhoření u sester na neurochirurgických odděleních. *Kontakt* [online]. 2013, roč. 15, č. 2, s. 135-142. [cit. 9.8.2013]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130619083626867340.pdf>.

RAIZIENE, Saule, ENDRIULAITIENE, Aukse. 2007. The relations among empathy, occupational commitment, and emotional exhaustion of nurses. *Medicina (Kaunas)* [online]. 2007, vol. 43, no. 5, pp. 425-431. [cit. 9.2.2014]. ISSN 1010-660X. Dostupné z: <http://medicina.kmu.lt/0705/0705-09e.pdf>.

SHEPHERD, C. David, TASHCHIAN, Armen, RIDNOUR, Rick E. 2011. An Investigation of the Job Burnout Syndrome in Personal Selling. *Journal of Personal Selling*. 2011, vol. 31, no. 4, pp. 397-410. ISSN: 0885-3134.

SCHAUFELI, Wilmar B., TARIS, Toon W. 2005. The conceptualization and measurement of burnout: Common grand and Works apart. In KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření - rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*. 2008, roč. 52, č. 4, s. 351-365. ISSN 0009-062X.

SCHEPERS, Jeroen, JONG, Ad De, WETZELS, Martin, RUYTER, Ko De. 2008. Psychological Safety and Social Support in Groupware Adoption: A Multi-Level Assessment in Education. *Computers & Education*. 2008, vol. 51, no. 2, pp. 757-775. [cit. 24.2.2014]. ISSN: 0360-1315. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0360131507000954>.

SMITH, Adam. 2009. The Empathy Imbalance Hypothesis of Autism: A Theoretical Approach to Cognitive and Emotional Empathy in Autistic

Development. *Psychological Record* [online]. 2009, vol. 59, no. 3. pp. 273-294. [cit. 9.8.2013]. ISSN:0033-2933. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=2a9fca47-9c10-48c8-99a6-5021d6e803ef%40sessionmgr115&hid=115>.

SONGBO, Liu, JIA, Hu, YUHUI, Li, ZHEN, Wang, XIAOSHUANG, Lin. 2014. Examining the cross-level relationship between shared leadership and learning in teams: Evidence from China. *The Leadership Quarterly* [online]. 2014, vol. 25, no. 2, pp. 282-296. [cit. 3.3.2014]. ISSN 1048-9843. Dostupné z: http://ac.els-cdn.com/S1048984313000921/1-s2.0-S1048984313000921-main.pdf?_tid=29e23c66-ac42-11e3-b93e-00000aacb35f&acdnat=1394888772_b03971f03460cad2ac47bc18f1b0ce8e.

STEPIEN, Kathy, BAERNSTEIN, Amy. 2006. Educating for empathy. A review. *Journal Of General Internal Medicine* [online]. 2006, vol. 21, no. 5, pp. 524-30. [cit. 29.8.2013]. ISSN 1525-1497. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1111%2Fj.1525-1497.2006.00443.x>.

VÁLKOVÁ, Monika. 2008. Pohled do nitra člověka s nádorovým onemocněním. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč. 4, č. 7, s. 27. ISSN: 1801-1349.

VÁVROVÁ, Petra, PASTUCHA, Dalibor. 2013. Psychohygienu (nejen) jako prevenci syndromu vyhoření u zdravotnického managementu. *Pracovní lékařství* [online]. 2013, roč. 65, č. 1/2, s. 53-58. [cit. 9.9.2013]. ISSN: 0032-6291. Dostupné z: <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=28d14ce6-e0fd-484b-b04c-6cd3dfac2197%40sessionmgr4005&hid=4105>.

VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. 2005. Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků. *Urgentní medicína* [online]. 2005, roč. 8, č. 2, s. 25-29. [cit. 9.9.2013]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: http://mediprax.cz/um/casopisy/UM_2005_02.pdf.

VOYER, G. Benjamin, READER, Tom. 2013. The self-construal of nurses and doctors: Beliefs on interdependence and independence in the care of older people. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2013, vol. 69, no. 12, pp. 2696 – 2706.

[cit. 3.3.2014]. ISSN: 1365-2648. DOI: 10.1111/jan.12157. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12157/pdf>.

WILCZEK-RUZYCZKA, Ewa. 2011. Empathy vs. Professional Burnout in Health Care Professionals. *Journal of US-China Medical Science* [online]. 2011, vol. 8, no. 9, p. 526. [cit. 3.3.2014]. ISSN: 1548-6648. Dostupné z: <http://www.davidpublishing.com/davidpublishing/Upfile/4/4/2012/2012040482878881.pdf>.

ZACHAROVÁ, Eva. 2008. Syndrom vyhoření - riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, roč. 10, č. 1, s. 41-42. [cit. 9.8.2013]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/int/2008/01/10.pdf>.

ZACHOVÁ, Veronika, ŠKOCHOVÁ, Dagmar. 2008. Boj s profesionální deformací. *Dermatologie pro praxi* [online]. 2008, roč. 2, č. 5, s. 249-250. [cit. 11.2.2014]. ISSN 1802-2960. Dostupné z: <http://www.dermatologiepropraxi.cz/pdfs/der/2008/05/11.pdf>.

ZÁŠKODNÁ, Helena, MLČÁK, Zdeněk. 2009. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009. 391 s. ISBN 978-80-7387-306-6.

ZENASNI, Franck, BOUJUT, Emilie, WOERNER, Aude, SULTAN, Serge. 2012. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *British Journal of General Practice* [online]. 2012, vol. 62, no. 600, pp. 346-347. [cit. 7.8.2013]. ISSN:0960-1643. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3381244/>.

SEZNAM ZKRATEK

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
Bc.	Bakalář
ČR	Česká republika
DP	Depersonalization
EE	Emotional exhaustion
Et al.	Kolektiv autorů
FZV	Fakulta zdravotnických věd
ISBN	International Standard Book Number
ISSN	International Standard Serial Number
IVE	Eyesence Impulsivity Inventory
JIP	Jednotka intenzivní péče
MBI	Maslach Burnout Inventory
Mgr.	Magistr
Např.	Například
PA	Personal accomplishment
Ph.D.	Doktor
Popř.	Popřípadě
PSSS	Perceived Social Support Scale
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Str.	Strana
Tzn.	To znamená
UP	Univerzita Palackého
VKOL	Vědecká knihovna v Olomouci

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1- Respondenti dle typu oddělení	53
Tabulka 2 - Věk respondentů.....	54
Tabulka 3 - Vzdělání respondentů	55
Tabulka 4 - Délka praxe respondentů	56
Tabulka 5 - Vliv věku na empatii	57
Tabulka 6 – Hodnoty empatie.....	59
Tabulka 7 - Úroveň emočního vyčerpání na JIP a standardu	61
Tabulka 8 - Úroveň pracovní výkonnosti na JIP a standardu	63
Tabulka 9 - Úroveň depersonalizace na JIP a standardu	64
Tabulka 10 - Hodnoty emočního vyčerpání ve věkové kategorii.....	66
Tabulka 11 - Hodnoty depersonalizace ve věkové kategorii	67
Tabulka 12 - Hodnoty celkové sociální opory	68
Tabulka 13 - Hodnoty sociální opory od spolupracovníků.....	69
Tabulka 14 - Hodnoty sociální opory od nadřízených.....	71
Tabulka 15 - Hodnoty psychické bezpečnosti práce	73
Tabulka 16 - Úroveň psychické bezpečnosti u vyhořelých a nevyhořelých v oblasti emočního vyčerpání.....	76
Tabulka 17 - Úroveň psychické bezpečnosti u vyhořelých a nevyhořelých v oblasti depersonalizace.....	77

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Respondenti dle typu lůžkového oddělení.....	53
Graf 2 - Věk respondentů.....	54
Graf 3 - Vzdělání respondentů.....	55
Graf 4 - Délka praxe respondentů.....	56
Graf 5 - Vliv věku na empatii	58
Graf 6 - Úroveň empatie a emočního vyčerpání.....	59
Graf 7 - Úroveň empatie a depersonalizace.....	60
Graf 8 - Míra emočního vyčerpání na standardu a JIP	62
Graf 9 - Míra depersonalizace respondentů na standardu a JIP	65
Graf 10 - Míra emočního vyčerpání dle délky praxe.....	66
Graf 11 - Úroveň sociální opory od spolupracovníků a emoční vyčerpání	69
Graf 12 - Úroveň sociální opory od spolupracovníků a depersonalizace	70
Graf 13 - Úroveň sociální opory ze strany nadřízeného a emoční vyčerpání.....	71
Graf 14 - Úroveň sociální opory ze strany nadřízeného a depersonalizace.....	72
Graf 15 - Úroveň psychické bezpečnosti práce a emočního vyčerpání	73
Graf 16 - Úroveň psychické bezpečnosti práce a depersonalizace	74
Graf 17 - Úroveň psychické bezpečnosti u vyhořelých a nevyhořelých v oblasti emočního vyčerpání.....	76
Graf 18 - Depersonalizace a psychická bezpečnost práce	77

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 - Průměrné hodnoty emočního vyčerpání u všech respondentů, u nevyhořelých a vyhořelých respondentů

Příloha 3 - Průměrné hodnoty depersonalizace u všech respondentů, u nevyhořelých a vyhořelých respondentů

Příloha 4 – Parametrický T – test

Příloha 5 – Neparametrický Mann Whitney test

Příloha 6 – Test rozložení dat

Příloha 1 – Dotazník

Vážená kolegyně / Vážený kolego,

jmenuji se Kateřina Reimerová a jsem studentkou oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech, Fakulty zdravotnických věd, Univerzity Palackého v Olomouci. Dovoluji si Vás požádat a poprosit o vyplnění dotazníku, který slouží k vypracování diplomové práce na téma Syndrom vyhoření – protektivní a rizikové faktory u všeobecných sester. Dotazník se skládá ze čtyř částí, u každé z nich naleznete instrukce pro vyplnění. Vyplnění dotazníku je dobrovolné a Vaše názory budou použity pouze pro potřeby mého výzkumu. Vyplněný dotazník prosím vkládejte do dodané obálky. Mnohokrát Vám děkuji za pomoc a čas strávený vyplněním tohoto dotazníku.

S přáním pěkného dne

Kateřina Reimerová

Instrukce: V této části doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení křížek označující sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů:

NIKDY, VŮBEC 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 STÁLE, VELMI SILNÝ POCIT

		0	1	2	3	4	5	6	7
23.	Pokud v práci udělám chybu, často se to obrátí proti mně								
24.	Na oddělení je pro mě obtížné požádat někoho o pomoc								
25.	Můj nadřízený mě podporuje v plnění nových úkolů a v učení se novým věcem, které jsem předtím nedělal								
26.	Jestliže bych přemýšlel o odchodu z této společnosti/firmy kvůli lepší práci někde jinde, chtěl bych si o tom promluvit se svým nadřízeným								
27.	Jestliže jsem v této firmě, společnosti měl problém, spoléhal jsem na to, že mě nadřízený bude obhajovat								
28.	Často, když jsem vyvolal problém s nadřízeným, nezdálo se mi, že by byl ochotný pomoci najít řešení								

**Příloha 2 – Průměrné hodnoty emočního vyčerpání u všech respondentů,
u nevyhořelých a vyhořelých respondentů**

	N	MBI - EE_x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_x	101	20,41	0	53	19	12,04
BM_n	70	14,21	0	26	15	7,50
BM_v	31	35,07	27	53	33	6,99

BM_x – celý výzkumný soubor

BM_n – skupina respondentů nevyhořelých v oblasti emočního vyčerpání

BM_v – skupina respondentů vyhořelých v oblasti emočního vyčerpání

N – počet respondentů

MBI - EE_x – průměrné hodnoty naměřené Maslach burnout inventory v oblasti emočního vyčerpání

Příloha 3 – Průměrné hodnoty depersonalizace u všech respondentů, u nevyhořelých a vyhořelých respondentů

	N	MBI-DP_x	Minimum	Maximum	Medián	Směrodatná odchylka
BM_x	101	8,55	0	26	7	6,99
BM_n	73	4,84	0	12	5	3,56
BM_v	28	18,25	13	26	17	3,64

BM_x - celý výzkumný soubor

BM_n - skupina respondentů nevyhořelých v oblasti depersonalizace

BM_v - skupina respondentů vyhořelých v oblasti depersonalizace

N – počet respondentů

MBI-DP_x - průměrné hodnoty naměřené v oblasti depersonalizace

Příloha 4 – Parametrický T – test (EE, PA)

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
EE Equal variances assumed	,004	,947	-.2367	99	,020	-5,577	2,357	-10,253	-,901
EE Equal variances not assumed			-.2368	98,160	,020	-5,577	2,356	-10,252	-,903

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
PA Equal variances assumed	,221	,640	-.367	99	,714	-,685	1,866	-4,388	3,018

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
P A	,221	,640	-,367	99	,714	-,685	1,866	-4,388	3,018
			Equal variances assumed	-,367	97,442	,715	-,685	1,869	-4,393

Příloha 5 – Neparametrický Mann Whitney test (DP)

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of DP is the same across categories of V4.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is .05.

Příloha 6 – Test rozložení dat

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EE	,076	101	,161	,976	101	,060
DP	,107	101	,006	,931	101	,000
PA	,059	101	,200*	,988	101	,504

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.