

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

bakalářské kombinované studium  
2009 – 2012

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Petra Camprová

Syndrom vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu.

Porovnání pracoviště s chirurgickou a interní problematikou, srovnání se stavem na Klinice popáleninové medicíny před osmi lety.

**Praha 2012**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
PaedDr. Anton Tomko

**JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor / Combined (Part time) Studies  
2009 - 2012

**BACHELOR THESIS**

Petra Camprová

Burnout syndrome in non-medical health care staff.

The comparison of surgical and internal medicine in-patient departments,  
the comparison with a situation in Department of Burn Medicine  
eight years ago.

**Prague 2012**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:**  
PaedDr. Anton Tomko

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne .....

*Jméno autorky* .....

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků. V teoretické části práce definuje syndrom vyhoření, jeho rozvoj a následky a možnosti hodnocení, dále se zabývá vztahem syndromu vyhoření a psychosociálního klimatu na pracovišti. V praktické části práce porovnává stav na klinikách s chirurgickou a interní problematikou a sleduje rozdíly mezi pracovníky standardních oddělení a jednotek intenzivní péče. Situace na Klinice popáleninové medicíny je porovnána se stavem před osmi lety.

## **Klíčové pojmy**

Syndrom vyhoření, nelékařský zdravotnický pracovník, chirurgický a interní obor, psychosociální klima na pracovišti, komunikace na pracovišti.

## **Annotation**

Bachelor thesis deals with the burnout syndrome in non-medical health care staff. In theoretical part the definition of burnout syndrome, its development, its consequences, and ways of assessment are dealt with, next a relationship of the burnout syndrome and the psychosocial clima in working place is discussed. In a practical part a comparison between surgical and internal medicine departments and differences between standard wards and Intensive care units are studied. The situation at Department of Burn Medicine is compared to the one described eight years ago.

## **Key words**

Burnout syndrome, non-medical health care staff, surgical and internal medicine department, psychosocial clima in working place, communication in working place.

# OBSAH

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| <b>ÚVOD</b>                                                      | 8  |
| <b>TEORETICKÁ ČÁST</b>                                           |    |
| 1. SYNDROM VYHOŘENÍ                                              | 9  |
| 1.1. Definice syndromu vyhoření                                  | 9  |
| 1.2. Stress                                                      | 10 |
| 1.3. Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření                   | 12 |
| 1.3.1. Rizikové faktory v zaměstnání                             | 12 |
| 1.3.2. Osobnostní rizikové faktory                               | 13 |
| 1.4. Rozvoj syndromu vyhoření                                    | 16 |
| 1.5. Projevy syndromu vyhoření                                   | 17 |
| 1.6. Hodnocení syndromu vyhoření                                 | 17 |
| 1.6.1. Maslach Burnout Inventory                                 | 18 |
| 1.6.2. Tedium Measure                                            | 18 |
| 2. KOMUNIKACE                                                    | 20 |
| 2.1. Základní formy komunikace v podniku                         | 21 |
| 2.2. Oblasti a cíle komunikace v podniku                         | 22 |
| 3. STYLY VEDENÍ                                                  | 24 |
| 3.1. Direktivní styl vedení                                      | 24 |
| 3.2. Přesvědčovací styl vedení                                   | 24 |
| 3.3. Koučující styl vedení                                       | 25 |
| 3.4. Delegující styl vedení                                      | 25 |
| 4. PSYCHOSOCIÁLNÍ KLIMA NA ZDRAVOTNICKÉM PRACOVIŠTI              | 26 |
| 4.1. QPS Nordic                                                  | 27 |
| 5. TÝMOVÁ PRÁCE                                                  | 28 |
| 5.1. Zapojení sestry do týmové práce na oddělení intenzivní péče | 29 |
| <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>                                            |    |
| 6. Popis výzkumu                                                 | 30 |
| 6.1. Cíl a hypotézy výzkumu                                      | 30 |
| 6.2. Charakteristika výzkumného vzorku                           | 30 |
| 6.2.1. Dětská klinika Thomayerovy nemocnice                      | 30 |
| 6.2.2. Klinika popáleninové medicíny FNKV                        | 32 |
| 6.3. Metody sběru dat a jejich zpracování                        | 33 |
| 6.3.1. Dotazník 1                                                | 33 |
| 6.3.2. Dotazník 2                                                | 34 |

|                                                                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 6.3.3. Dotazník 3                                                                                                                                                                     | 35 |
| 6.3.4. Statistické zpracování výsledků                                                                                                                                                | 36 |
| 6.4. Výsledky                                                                                                                                                                         | 37 |
| 6.4.1. Dotazník 1 - výsledky                                                                                                                                                          | 37 |
| 6.4.2. Dotazník 2 – výsledky                                                                                                                                                          | 40 |
| 6.4.3. Dotazník 3a – výsledky                                                                                                                                                         | 43 |
| 6.4.4. Dotazník 3b – výsledky                                                                                                                                                         | 46 |
| 6.4.5. Korelace výsledků z dotazníku 1 a dotazníků 3a a 3b                                                                                                                            | 47 |
| 6.4.6. Dotazníky 3a a 3b - hodnocení vedoucích lékařů a vedoucích sester                                                                                                              | 48 |
| 6.5. Interpretace výsledků                                                                                                                                                            | 50 |
| 6.5.1. Hypotéza 1: „Riziko vzniku syndromu vyhoření souvisí s délkou praxe.“                                                                                                          | 50 |
| 6.5.2. Hypotéza 2: „Práce na JIRP a v chirurgickém oboru je náročnější a je spojena s vyšším rizikem rozvoje syndromu vyhoření než na standardních odděleních a v interních oborech.“ | 52 |
| 6.5.3. Hypotéza 3: „Riziko rozvoje syndromu vyhoření je ovlivněno kvalitou řídicí práce managementu oddělení a kliniky.“                                                              | 54 |
| <b>ZÁVĚR</b>                                                                                                                                                                          | 57 |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ</b>                                                                                                                                      | 59 |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ</b>                                                                                                                                 | 60 |
| <b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</b>                                                                                                                                                         | 61 |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH</b>                                                                                                                                                                  | 62 |

## ÚVOD

Syndrom vyhoření je závažná komplikace výkonu povolání postihující tzv. pomáhající profese, zejména pracovníky ve zdravotnictví. Jeho rozvoj souvisí s vyrovnáváním se s emocionálně zatěžujícími pracovními úkoly. Samotná pracovní náplň jistě hraje důležitou roli, ale nikoli jedinou. Rozvoj syndromu vyhoření může velmi významně ovlivnit psychosociální klima na pracovišti, vztahy mezi jednotlivými zaměstnanci a mezi zaměstnanci a managementem. Velmi důležitým faktorem ovlivňujícím situaci na pracovišti je styl vedení a schopnost komunikace managementu s podřízenými.

Bakalářská práce se zaměřuje na rozvoj syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a porovnává situaci na dvou pracovištích s odlišnou problematikou, pečující o těžké chirurgické pacienty a o dětské interní pacienty. Dále sleduje, zda má vliv práce na standardním oddělení s „lehčími“ pacienty oproti jednotkám intenzivní a resuscitační péče (JIRP) s „těžkými“ pacienty. Třetím okruhem zkoumaným v práci je vliv managementu na rozvoj syndromu vyhoření u podřízených, tak jak jej subjektivně vnímají zaměstnanci obou sledovaných oddělení.

Téma a částečně i metodika výzkumu bakalářské práce vychází z předchozí závěrečné písemné práce Syndrom vyhoření u středního zdravotnického personálu na Klinice popáleninové medicíny, kterou byla zpracována v rámci pomaturitního specializačního studia Management ve zdravotnictví na Národním centru ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně v letech 2003-2004 (Camprová, 2004). Částečná shoda použitých dotazníků umožňuje porovnat současné výsledky na tomto pracovišti se závěry získanými před osmi lety.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. SYNDROM VYHOŘENÍ

### 1.1. Definice syndromu vyhoření

**Syndrom vyhoření** (burn-out syndrome, dále BO) je komplexní soubor příznaků psychických, sociálních a fyzických způsobený dlouhodobým angažováním v emočně náročných situacích (Tošnerová, 2002).

BO se může vyskytnout v jakékoli profesi, ale protože je obvykle spojen se silným emočním zaujetím, nejčastěji se vyskytuje u příslušníků tzv. **pomáhajících povolání** (helping professions), tedy profesních kategorií orientovaných na pomoc druhým lidem (zdravotníci, sociální pracovníci, učitelé, ale i soudci, dozorcí aj.). Ne náhodou jsou na prvním místě uváděni zdravotníci. K nesporně fyzicky namáhavé práci se přidává vysoká psychická zátěž, která souvisí s nezbytnou emoční angažovaností na osudu pacienta. Paradoxním projevem emoční angažovanosti může být tzv. ledový klid a profesionální otrlost. Rozvoj vyhoření je často způsoben bagatelizací únavy a psychických problémů, nedostatečnou ventilací potíží na pracovišti a doma, obavou pořídat o pomoc. Situace se zhoršuje častým tzv. spasilským komplexem zdravotníků. Ošetřovatelství totiž není jen dávání injekcí, podávání léků a zajišťování materiálních potřeb pacientů. Ošetřovatelství znamená trvale soucítit s lidským trápením, bolestí, úzkostí, smrtí či strachem z ní.

BO se objevuje u osob, které před tím nevykazovaly žádné psychopatologické příznaky (tím se odlišuje od deprese) a je vázán na jejich zaměstnání. Ohroženi jsou zejména lidé vysoce motivovaní a ochotní cele se věnovat své práci, lidé, kteří ve své práci hledají smysl života. Množství práce a dlouhodobý trvalý tlak náročných úkolů, ale i neschopnost odmítnout další práci a rozdělit se o ni s kolegy či podřízenými a přehnané emocionální zaujetí zaměstnáním působí jako výrazný stressový faktor.

Syndrom vyhoření je proto nutno odlišit od stressu. Základní rozdíl je v odpovědi na stress ve snaze udržet jej pod kontrolou. Pokud se postižený vzdá kontroly a reaguje přechodem do emoční nezainteresovanosti, netečnosti, pasivitou anebo cynismem a krutostí, jedná se o vyhoření. BO je tedy vlastně nepřímý následek dlouhotrvajícího pracovního stressu jako výsledek selhání zdočlávacích procesů (coping processes) a ztrátou motivace k práci způsobenou pocitem bezmoci.

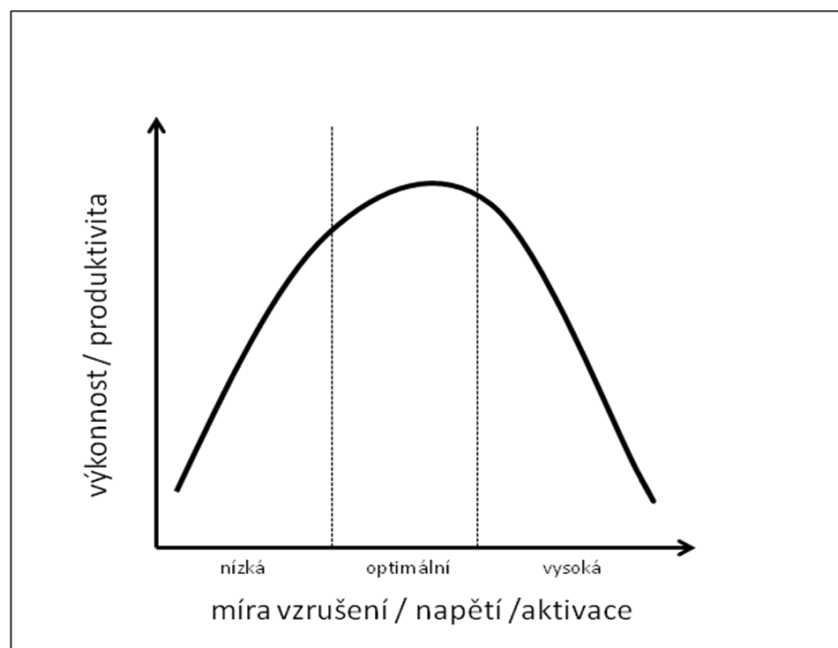
## 1.2. Stress

Stress jako termín, který poprvé použil endokrinolog Hans Selye (Vágnerová, 2008), znamená soubor adaptačních reakcí organismu na různé zátěže (stresory). K původně čistě biomedicínskému významu tzv. generalizovaného adaptačního syndromu byla nověji přidána i stránka psychologická a pojem stress tak nabył širšího pojetí. Stress je nyní chápán jako stav nadměrného zatížení či ohrožení organismu fyzikálními anebo psychologickými podněty. Stress není ve všech případech nepříznivý, někdy určitá míra stressu může člověka aktivovat a stimulovat k hledání alternativního řešení situace, podněcovat ho k vyšším výkonům a tím rozvíjet jeho vlastní schopnosti. Někdy pouze intenzita zátěže ovlivňuje výsledný efekt stressu, který je do určité výše míry vzrušení a napětí motivující a zvyšující produktivitu, a teprve po dosažení určité úrovně výkonnost klesá (Yerkesův-Dodsonův zákon, 1908, viz graf 1). Některé zátěžové situace tak mohou působit spíše pozitivně (označují se „eustress“), na rozdíl od negativně působících vlivů (označovaných „distress“), které mohou jedince poškodit, vyvolat onemocnění až smrt. Stressové situace jsou charakterizovány pocitem nepředvídatelnosti vzniku stressové situace, pocitem její neovlivnitelnosti a nezvládnutelnosti a nepříjemným tlakem okolností, které vyžadují příliš mnoho změn.

Reakce na stress je několikafázový proces, jehož cílem je zvládnutí zátěžové situace. Fyziologická reakce je zahájena reflexně, neuvědoměle, a slouží k aktivaci mechanismů umožňujících „útěk nebo útok“. Nervovou cestou (podrážděním sympatiku a vyplavením katecholaminů) se zvyšuje krevní tlak, zrychluje se srdeční akce, průtok krve je regulován ve prospěch životně důležitých orgánů. Následně hormonální cestou (aktivací hypotalamo-hypofyzární osy) dochází k uvolnění energetických zásob, nejprve

glukózy z glykogenu a bílkovin a později i z tukových zásob. Reakce je energeticky velmi náročná a rychle vyčerpává zásoby organismu, proto následně vyžaduje odpočinek k relaxaci a doplnění zásob.

**Graf 1. Yerkesův-Dodsonův zákon.** Vztah mezi mírou vzrušení a výkonností není lineární. Při nízké stimulaci je i výkon nižší, s růstem napětí stoupá i výkon až do optimální úrovně („eustress“). Při překročení určité hladiny je další růst aktivace kontraproduktivní, produktivita klesá a hrozí rozvoj syndromu vyhoření („distress“).



Zdroj: upraveno podle Stock, 2010.

Psychická reakce na stress navazuje na okamžik, kdy jedinec situaci vyhodnotí jako stresující. Hodnocení zátěžových situací je individuální a liší se i v závislosti na zkušenostech jedince a jeho aktuálním stavu a schopnostech vyrovnávat se s negativními podněty. V rámci psychické reakce dochází ke změně emočního prožívání (úzkost, napětí, deprese až apatie, ale i hněv a agrese). Mění se kognitivní funkce (situace je vyhodnocována odlišně, snižuje se schopnost koncentrace, myšlení je zkratkovité). Postupně se aktivují psychické obranné reakce, které slouží k zachování či znovuzískání psychické rovnováhy. Reakce jsou buď nevědomé, nebo vědomé –

zvládání (coping). K hlavním nevědomým reakcím na stress patří např. popření, potlačení a vytěsnění nepříjemných a traumatizujících skutečností, racionalizace (zdánlivě logickým přehodnocením), projekce (přisuzování vlastních chyb jiným), identifikace (ztotožnění s někým, koho lze obdivovat včetně různých skupin), sublimace (přeměna nedosažitelného cíle v cíl dosažitelný) a rezignace. Vědomé zvládání (coping) je zaměřené buď na řešení problému (někdy dosažitelné jen částečně) a na udržení přijatelné subjektivní pohody s redukcí negativních prožitků zejména cestou smíření se situací.

Dlouhodobě působící stress zejména psychické povahy, na který člověk nemůže reagovat obvyklým způsobem (útěk nebo útok), ohrožuje jedince rozvojem tzv. psychosomatických onemocnění. Mezi nejzávažnější onemocnění, která mohou souviset s dlouhodobým stresem patří např. vysoký krevní tlak (hypertenze), cukrovka (diabetes mellitus) II. typu, ischemická choroba srdeční s infarktem myokardu, stressový vřed žaludku apod.

### **1.3. Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření**

Rozvoj syndromu vyhoření je podmíněn přítomností řady rizikových faktorů (Stock, 2010). Nejvýznamnější jsou vlivy pracovního prostředí. Hlavní roli hrají náročné pracovní podmínky, soutěživé prostředí a strach o pozici. Lidé se vyrovnávají s vnějšími stresory odlišně. Při rozvoji syndromu vyhoření velkou roli hrají i osobnostní charakteristiky postižených, takže za obdobných podmínek se BO rozvíjí jen u některých pracovníků.

#### **1.3.1. Rizikové faktory v zaměstnání**

Trvalý tlak na zvyšování produktivity práce sebou nese zvyšování pracovní zátěže zaměstnanců. Zvýšení produktivity se dosahuje zaváděním moderních technologií a úspornými personálními opatřeními. Zvládání nových technologií samo o sobě zvyšuje zátěž pracovníků. Informační společnost navíc na každého klade

zvýšené nároky velkým množstvím dat, textů a vzdělávacích materiálů, které jsou zaměstnancům poskytovány a které jsou od nich naopak požadovány. Soudobý trend k trvalé akreditaci a regulaci pracovního prostředí ještě více zvyšuje administrativní nároky na zaměstnance. Personální opatření se obvykle projevují snížením počtu zaměstnanců, řada činností se zajišťuje mimo vlastní podnik („out-sourcing“), výrobní podniky se často přesouvají do oblastí s nižšími náklady na pracovní sílu. Výsledkem je nestabilita na trhu práce a obava zaměstnanců ze ztráty pracovního místa. Současná ekonomická situace si vynucuje omezení výhod poskytovaných současnou pracovní legislativou, které by vedlo ke zvýšení pružnosti na trhu práce projevující se např. jednodušším ukončením pracovního poměru, prací na zkrácený úvazek a smlouvami na dobu určitou. Tyto změny, které jsou z hlediska zaměstnavatele pozitivní, jsou dalším významným stresujícím faktorem působícím na zaměstnance.

K těmto obecným a někdy na mikroúrovni neovlivnitelným vlivům přistupují další rizikové faktory. Jedná se o působení rušivých vlivů daných zejména snadnou dostupností každého zaměstnance umožněnou moderními prostředky komunikace. Stálé vyrušování znemožňuje soustředit se na daný úkol a úspěšně jej dokončit. Snadná dostupnost dále umožňuje špatným manažerům intenzivní kontrolu zaměstnanců, kterým tak bere příležitosti k vlastní iniciativě a samostatné činnosti. Působení rigidních pravidel, nadbytečná kontrola jejich plnění a omezení vlastní rozhodovací pravomoci je rizikovým faktorem vyhoření. Významným negativním vlivem je nedostatek uznání, nespravedlivé hodnocení výsledků práce a omezení možnosti kariérního postupu. Výkonnost jednotlivých pracovníků i celého týmu výrazně snižuje špatné psychosociální klima na pracovišti (viz kap. 4).

### **1.3.2. Osobnostní rizikové faktory**

Výsledek působení zevních faktorů na každého jedince je modifikován jeho individuální schopností obecné obrany proti nepříznivým vlivům (resilience) a vyrovnáním se s konkrétní zátěží (coping) (Stock, 2010). Resilience je dána morálkou, kreativitou, nezávislostí, schopností navazovat a udržovat vztahy a v neposlední řadě i smyslem pro humor. Schopnost resilience jedinec získává v prvních deseti letech

života a v pozdějších letech ji může posilovat zejména vlivem různých výukových programů či terapie.

Vyrovňávání se s obtížnými životními situacemi (coping) je dáno souhrnem způsobů chování daného jedince v krizové situaci. Existují tři možnosti, jak k této situaci přistoupit. Efektivní je strategie orientovaná na problém (např. přímý rozhovor s nadřízeným) a strategie orientovaná na emoce (např. rozptýlení a uklidnění sportem). Neefektivní je strategie vyhýbání se, nepřipouštění či potlačení vědomí zátěžové situace, čímž se vliv problému odsouvá na pozdější dobu a jeho negativní účinek se zesiluje.

Lidské chování je ovlivněno vlivem dvou protichůdně působících faktorů – motivátorů a dovolení. Motivátory jsou vnitřní poháněcí mechanismy fungující v podvědomí (Stock, 2010, podle Stewarta a Joines, 1990). Jedná se o tyto příkazy:

- **Bud' silný!** Výhodou je silná motivace k pracovnímu a kariérenímu postupu a touha po jistotě v sociálních vztazích. Nevýhodou je možnost sebepřeceňování.

- **Bud' dokonalý!** Výhodou je preciznost a kompetentnost, při vystupňování vlivu motivátoru však může vést k neschopnosti delegovat úkoly a ohrožuje nositele vyhořením.

- **Bud' se všemi zadobře!** Výhodou je snadné získávání přátel a oblíba v kolektivu. Nevýhodou je zneužitelná neschopnost odmítnout a potlačování vlastních potřeb a ambicí, čímž se zvyšuje riziko vyhoření.

- **Bud' rychlý!** Výhodou je rychlost v pracovním nasazení i rozhodování, nevýhodou je uspěchanost, stress a nedostatek času na sociální kontakty.

- **Zaber!** Faktor je nezbytný k dosažení jakýchkoli cílů, ale může vést k přetěžování a plýtvání časem i energií v beznadějných situacích.

Proti přehnanému vlivu motivátorů působí obranně tzv. dovolení, která jsou obdobně jako motivátory získaná během dospívání. V arzenálu možností je schopnost být otevřený, mluvit o svých přáních a nebát se požádat o pomoc, uvědomění si,

že nikdo není dokonalý a že je normální dělat chyby, schopnost zaměřit se sám na sebe, nespíchat a nastavit své vlastní tempo a konečně být klidný.

Kombinovaný vliv všech předchozích faktorů se projevuje u každého jedince vzorcem chování, který hraje výraznou roli při možnosti vzniku syndromu vyhoření.

**Vzorce chování** lze rozdělit do dvou základních typů (Stock, 2010, podle Rosenmanna a Friedmanna, 1977). **Typ A** jsou jedinci s vysokými ambicemi a silným smyslem pro povinnost. Charakteristická je soutěživost, perfekcionismus a agresivita. K dosažení vyšších výkonů se vědomě vystavují současně více stresujícím podnětům, omezují příležitosti k uvolnění a odpočinku a potlačují varovné signály (poruchy spánku, únava, podrážděnost ad.) Jedinci typu A jsou ohroženi rozvojem BO a dalších medicínských komplikací (hypertenze, rozvoj infarktu myokardu apod.)

Jako **typ B** se označuje chování spojené s nízkou mírou agrese a soutěživosti a s větší trpělivostí, uvolněností a klidem. Extrémem je minimální angažovanost vedoucí k permanentní nečinnosti a tím nespokojenosti jak v zaměstnání, tak v osobním životě. Rozvoj syndromu vyhoření není pravděpodobný.

Jiným dělením typů osobností je rozlišení reakce na pracovní zátěž podle souboru testů **AVEM** (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) vypracovaném na Psychologickém ústavu Postupimské univerzity<sup>1</sup> a testovaném na velkém souboru pedagogů. Rozlišují se čtyři typy osobností:

- **Typ G** (Gesundheit – zdraví) s přiměřeným pracovním nasazením, se schopností týmové práce, který si dokáže udržet odstup a zajistit regeneraci.

- **Typ S** (Schonung – šetrné zacházení, šetření se) je minimálně angažovaný, neprojevuje žádnou samostatnou iniciativu a vykazuje málo intenzivní pracovní nasazení.

- **Typ A** (Anstrengung – námaha, zátěž, nebo Selbstüberforderung – sebepřetěžování) vykazuje nadprůměrné pracovní nasazení, jeví tendenci

---

<sup>1</sup> [http://www.persoenlichkeitspsychologie-potsdam.de/Onlinetests\\_e.htm](http://www.persoenlichkeitspsychologie-potsdam.de/Onlinetests_e.htm)

k perfekcionismu a pro nízkou oblibu a podporu u kolegů sklon k solitérství. Je ohrožen vyhořením.

- **Typ B** (Burnout – vyhoření, nebo Resignation – rezignace) při fyzickém a psychickém vyčerpání i přes značné pracovní nasazení přestává být efektivní.

## 1.4. Rozvoj syndromu vyhoření

BO se rozvíjí postupně a plíživě v období mnoha měsíců až let (Tošnerová, 2002). Průběh lze rozdělit do několika různě dlouhých fází:

- **Fáze nadšení** při nástupu do zaměstnání je spojená s ideály a vysokou angažovaností až entuziasmem. Práce se stává nejdůležitější součástí života, pracovník se často dobrovolně přepracovává a neefektivně vydává energii.

- **Fáze stagnace**, kdy dochází ke střetu ideálů s realitou a nemožností je plně realizovat, nadšení postupně mizí, pracovník více vnímá reálné pracovní podmínky, zaměřuje se i na uspokojování vlastních potřeb v podobě platu a volného času.

- **Ve fázi frustrace** převládá zklamání, pracovní požadavky začínají obtěžovat a vztah ke klientům resp. pacientům se stává negativním, objevují se první psychické a fyzické obtíže.

- **Fáze apatie** se projevuje vyhýbáním se jakýmkoli odborným aktivitám a novým úkolům, pracovník není schopen měnit situaci podle svých potřeb, pracuje jen v nejnutnější možné míře.

- **Konečně ve stádiu vyhoření** je dosaženo úplného vyčerpání, postižený ztrácí vědomí o smyslu práce, stává se cynickým a odcizeným, mizí úcta k ostatním lidem i sobě samému, k vlastnímu přesvědčení a snažení a postupně ztrácí smysl života.

Syndrom vyhoření není psychická porucha v pravém slova smyslu. Přesto je to bolestivý proces, který negativně ovlivňuje práci, zdraví, mezilidské vztahy, trávení volného času a sebevědomí, spolu se schopností podávat dobré pracovní výkony.



## 1.5. Projevy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se neprojevuje jen na úrovni psychické, ale i na úrovni sociální a fyzické (Tošnerová, 2002).

- **Psychické příznaky** se projevují na úrovni poznávací a rozumové (kognitivní) a na úrovni emocionální. Do první úrovně spadá úbytek pracovního nasazení a zodpovědnosti vedoucí k lhostejnosti až nechuti k práci, negativismu a cynickému přístupu, zapomínání a potíží se soustředěním až depresivitě. Postižení emocionální roviny se projevuje sklíčeností, nedůvěřivostí, bezmocí anebo naopak popudlivostí, agresivitou a nespokojeností až pocitem nedostatku uznání.

- Na **sociální úrovni** dochází k vědomému omezování kontaktů s kolegy a klienty resp. pacienty, objevují se konflikty na pracovišti spojené s absencemi a fluktuací, i problémy v soukromém životě.

- **Fyzické projevy** mohou být v pozadí celkového obrazu. BO se projevuje poruchami spánku, snížením chuti k jídlu, únavností, náchylností k onemocněním a vegetativními obtížemi včetně vysokého krevního tlaku. BO je chronický stav, který může přetrvávat určitou dobu, dokonce i po odchodu ze zaměstnání. V literatuře jsou popsány změny nesoucí sebou riziko kardiovaskulárního onemocnění, jako je zvýšení hladiny krevních tuků včetně cholesterolu a kyseliny močové. Příznaky srdečního onemocnění (angina pectoris a nestabilní angina pectoris) spojené s BO mohou předznamenávat rozvoj infarktu myokardu nezávislý na klasických rizikových faktorech (přehled v Kushnir, 2004).

## 1.6. Hodnocení syndromu vyhoření

Tradiční metodou pro hodnocení je dotazníkový průzkum. Informace lze získávat i jinými metodami, jako rozhovor s dotazovaným, skupinové diskuse, pozorování, konference apod. Kombinací více metod je možné posilovat validitu získaných informací. Dotazníkový průzkum přináší velké výhody zejména v tom, že umožňuje

zkoumat najednou velkou skupinu respondentů a současně získat informace ve strukturované podobě, která usnadňuje jejich zpracování.

### **1.6.1. Maslach Burnout Inventory**

Jedním z prvních modelů, který se orientoval na profese pracující s lidmi, byl koncept Christiny Maslachové (Maslach, 1981). Tzv. MBI (Maslach Burnout Inventory) hodnotí emocionální vyčerpání, osobní výkon a depersonalizaci dotazovaného.

V prvním okruhu se dotazy soustředí na subjektivní vnímání pracovní zátěže. Dotazník se např. ptá na ranní únavu před pracovním dnem, vyčerpání na konci pracovního dne, znechucení z vlastní práce či pocit, že styk s lidmi je stresující.

Ve druhém okruhu se zkoumá snižování profesionální kompetence a produktivity. Dotazy směřují např. na schopnost vcítění se do pocitu klientů, uvolnění atmosféry při jednání s klienty či klidné vyrovnání se s emočními problémy.

Třetí okruh se soustředí na negativní či přímo nepřátelský postoj k ostatním lidem, zda dotazovaný nepovažuje ostatní za neosobní „objekty“, zda se nestává necitelnějším a bezohlednějším, zda ho ještě zajímá, co se s jeho klienty stane a podobně.

Jako volitelná, nepovinná položka se může hodnotit i čtvrtý faktor, schopnost účasti, vcítění se do problémů klientů a jejich vnímání způsobu, jakým s nimi dotazovaný jedná.

### **1.6.2. Tedium Measure**

Stupeň ohrožení rozvojem syndromu vyhoření umožňuje orientačně posoudit dotazník Tedium Measure („míra znechucení“), který publikovala Ayala Pinesová a spol. v roce 1981 (Stock, 2010, viz též kap. 6.3.1. a příloha 1). Dotazník hodnotí vztah k práci a životu a aktuální náladu. Dotazovaný hodnotí pravdivost dvaadvaceti výroků

pomocí stupnice 1 – 7 (ve škále od nikdy až po vždy). Výsledkem vyhodnocení je „míra znechucení“. Hodnoty pod 2 jsou velmi nepravděpodobné a odpovídají trvalé euforii. Přiměřený výsledek je mezi 2 – 3. Výsledek mezi 3 – 4 naznačuje jisté znechucení, pro které by byla vhodná intervence. Doporučuje se konzultace s blízkými (rodinou i přáteli) a případně i v zaměstnání s nadřízeným. Vyšší hodnoty signalizují ohrožení krizí a intervence lékaře či psychologa je vhodná.

## 2. KOMUNIKACE

S rozvojem technologií se lidská společnost ve velké míře změnila na společnost informační (Veber, 2007). Základní charakteristikou dneška je velká dostupnost a snadnost digitálního zpracování, uchování a přenosu informací. Digitalizované informace jsou univerzálně použitelné, duplikovatelné a transformovatelné. Problémem tak přestává být získat informace, mnohem důležitější je schopnost s nimi nakládat, zpracovávat je a sdílet je s ostatními. Na významu tak získává schopnost komunikace a zjednodušeně lze současný vývoj označit jako přechod od společnosti informační ke společnosti komunikační.

Komunikaci lze definovat jako výměnu resp. poskytování informací. K tomu je nutná přítomnost sdělovacího a příjemce, který je schopen a ochoten informaci správně pochopit. Informace se komunikuje kódem, do kterého je transformována za účelem snadnosti jejího přenosu a zpracování. Nejběžnějším kódem je jazyk, ale je možná i forma nonverbální, obrazová, noty apod. Kvalitu přenosu informace ovlivňují šumy vznikající na úrovni komunikujících partnerů, na úrovni kódování a na úrovni přenosu. Kontrola kvality přenosu informací je zajištěna zpětnou vazbou mezi sdělovacím a příjemcem. Pro úspěšnou komunikaci je třeba zajistit téma, které bude příjemce zajímat. Současně je nezbytné zajistit, aby komunikace byla obousměrná a symetrická, aby docházelo ke střídání rolí sdělovacího a příjemce.

Řízení organizace je nemyslitelné bez komunikace, pro kterou musí být vytvořen systém pravidel a komunikačních kanálů. Velkou roli hraje komunikační technika, zejména moderní technologie umožňující elektronicky „on-line“ sdílení informací mezi lidmi a podnikovými útvary. Přesto nejdůležitějším faktorem v efektivní komunikaci zůstávají lidské vazby.

## 2.1. Základní formy komunikace v podniku

Základními formami komunikace v podniku je komunikace ústní, písemná a elektronická (Veber, 2007). Nejrozšířenější formou je **komunikace ústní**. Předávání informace není omezeno jen na verbální komponentu sdělení, velmi významnou a někdy podceňovanou roli hraje i složka nonverbální (postoj těla, gesta, intonace apod.). Ústní komunikaci v podniku lze rozlišit do několika forem, které mají vlastní zákonitosti. Jedná se o projev, poradu, rozhovor a pohovor.

Při **projevu** řečník oslovuje auditorium za účelem rychlého předání nezkreslených informací co nejširšímu publiku. Nezbytná je kvalitní příprava sdělovacího. Jako zpětná vazba, která umožní posoudit kvalitu přenosu informací, slouží možnost následné diskuse.

**Porady** jsou setkání pracovního týmu, která v případě kvalitní přípravy a řízení mohou být značným přínosem pro tvorbu úspěšných pracovních týmů, pro upevnění vazby jednotlivce ke kolektivu a uvědomění si vlastní role v týmu, pro upevnění přirozené autority manažera a ke stimulaci kolektivu k závazným konkrétním cílům. Porady se podle cíle a formy dělí na informativní a řešitelské.

Informativní porada je vhodná k seznámení týmu s novými fakty či třetí strany s činností týmu. Porada by měla sestávat z fáze předávání informací a z fáze zpětné vazby v podobě dodatečných otázek příjemce.

Řešitelská porada slouží k využití tvořivého potenciálu jednotlivců k řešení týmového úkolu. Porada musí mít pevně stanovený program a musí být řízena vedoucím pracovníkem, v případě potřeby i direktivním způsobem. Program má zahrnovat postupně stanovení tématu, definici problému, charakterizaci cílů, diskusi, shrnutí návrhů, přijetí doporučení s následným písemným záznamem. Nezbytné je zapojení všech zúčastněných z kterékoli hierarchické úrovně.

**Rozhovory** jsou informativní a slouží při oznámení rozhodnutí nadřízeného podřízenému případně pracovnímu kolektivu, nebo jsou součástí řešení problému, např. v okamžiku, kdy podřízený požádá nadřízeného o pomoc či konzultaci.

**Pohovor** je komunikace nadřízeného s podřízeným sloužící k hodnocení pracovníka. Dobrý systém hodnocení pracovníků slouží ke zkvalitňování personálu, dosahování vyššího výkonu a vyšší kvality a rozvoje schopností pracovníků. Zvláštním případem je pohovor za účelem pokárání. Cílem by nemělo být soudit pracovníka, ale zlepšit jeho pracovní výkon.

Specifickým příkladem ústní komunikace je **telefonování**. Od ostatních forem ústní komunikace se liší potlačením role neverbálního projevu omezeného pouze na akustickou stránku řeči (hlasitost, výška tónu, rychlost a členění řeči a výslovnost). Telefonická komunikace je náročnější na vzájemné porozumění.

**Písemná komunikace** může nabývat různých forem od podnikových časopisů a novin přes nástěnky a oběžníky až po osobní dopisy. Písemné sdělení je efektivní, pokud má předem dobře analyzovaného příjemce či skupinu příjemců, vhodný rozsah sdělení, předpokládaný postoj příjemce ke sdělení a další využití informace (interní, důvěrná, nebo naopak vhodná k dalšímu šíření). Velkou roli hraje formální stránka sdělení (grafická úprava, jazyková stránka).

**Elektronická komunikace** se s rozvojem technologií stává stále častější formou přenosu informací, který probíhá na vnější (internetové) či vnitřní (intranetové) síti. Její výhodou je levnost, rychlost a dostupnost, umožňuje rychlé sdílení rozsáhlých datových souborů a hromadnou komunikaci více subjektů. Nevýhodou je chybění přímého kontaktu komunikujících osob, chybí složka neverbální. Snadnost komunikace svádí k nedodržování formálních pravidel písemné komunikace (členění textu, pravopis, oslovení a podpis apod.) Hrozbou je možnost zahlcení pracovníků velkým objemem elektronických sdělení. S rozvojem a šířením elektronické komunikace se postupně vytvořila tzv. netiketa, pomyslná sbírka pravidel a zásad, které by se ve světě internetu (ale i intranetu) měly dodržovat.

## **2.2. Oblasti a cíle komunikace v podniku**

Komunikace v podniku probíhá na úrovni vnitropodnikové a s okolím (Veber, 2007). **Vnitropodniková komunikace** se dělí podle směru na komunikaci směrem

dolů, od manažerů k pořízeným, směrem nahoru od podřízených k manažerům a do stran k dalším samostatným organizačním jednotkám na totožné úrovni podnikové hierarchie. Komunikace směrem dolů (případně do stran) má informovat o podnikových cílech, plánech či rozpočtech, nebo obsahuje přímé instrukce podřízeným. Komunikace směrem nahoru (případně do stran) zahrnuje návrhy, náměty a připomínky, nebo obsahuje informace o vykonané práci a dosažených výsledcích.

**Komunikace se zevním okolím** slouží k získávání informací a k prezentaci podniku navenek (široké veřejnosti, zákazníkům, vládě apod.)

Nelze pominout, že komunikace v podniku probíhá nejen na úrovni formální, ale i neformální. **Formální komunikace** je obvykle dána interními předpisy organizace a souvisí s organizační strukturou a se stanoveným systémem zodpovědnosti. **Neformální komunikace** probíhá při setkávání pracovníků případně jejich rodin mimo pracoviště ve volném čase, při kulturních či sportovních akcích apod. Úroveň komunikace je ovlivněna firemní tradicí a kulturou, ale také vnitropodnikovým systémem nástrojů motivace a sankcí.

## 3. STYLY VELENÍ

Styly vedení dělíme na direktivní, přesvědčovací, koučující a delegující<sup>2</sup>.

### 3.1. Direktivní styl vedení

Direktivní styl vedení spočívá ve vydávání příkazů, přísné kontrole jejich plnění, dodržování disciplíny, stanovení detailních pravidel a trestání jejich porušení. Vedoucí používající striktní direktivní styl vedení jsou autokratičtí a snaží se dosáhnout absolutní moci, protože jen oni znají cíle, koncepce a cesty jak jich dosáhnout. Komunikace při direktivním stylu řízení je jednosměrná a redukuje se na předávání příkazů a pokynů od nadřízeného podřízeným. Podřízení mají pouze povinnost plnit zadané úkoly.

Direktivní styl vedení je vhodný např. v krizových situacích, kdy není čas na přesvědčování a diskuse, neboť hrozí nebezpečí z prodlení. Na omezenou dobu je využitelný u nezkušených pracovníků po dobu, kdy nemohou pracovat bez dohledu.

Při striktním užívání direktivního stylu vedení hrozí přechod k vedení technokratickému, kdy se důležitost připisuje jen číslům a výsledkům a ztrácí se zájem o tým a jednotlivé pracovníky. Podřízení jsou přetíženi, ztrácí motivaci a jsou pasivní. Důsledkem může být zvýšená fluktuace a ztráta klíčových zaměstnanců.

### 3.2. Přesvědčovací styl vedení

Přesvědčovací styl vedení je směsí příkazů a podpory. Komunikace je na rozdíl od předchozího obousměrná. Vedoucí zadává úkoly a kontroluje jejich plnění, svá rozhodnutí však obhajuje a konzultuje. Současně umožňuje, aby se podřízení vyjádřili k práci, a naslouchá jejich námětům a nápadům. Podřízení jsou tak více zainteresováni na výsledku práce a zvyšuje se jejich motivace. Postupně jsou schopni řadu činností

---

<sup>2</sup> *Inovační kurz Manažerské minimum*. FTNSP, Praha & EU, 2010, CZ.2.17/1.1.00/31385



převzít a vykonávat samostatně, čímž uvolňují vedoucího od rutinního provozu a umožňují mu věnovat se novým koncepcím.

Přesvědčovací styl vedení vyžaduje od vedoucího kromě vysoké odbornosti schopnost vcítění, aby se vztah nadřízeného a podřízeného stal partnerským. Pokud tomu tak není, může vedoucí ztrácet kontakt s realitou a stanovovat nereálné cíle.

### **3.3. Koučující styl vedení**

Při koučujícím stylu vedení se upřednostňuje podpora činnosti podřízených a do pozadí ustupuje složka direktivní. Vedoucí jen koordinuje činnost týmu, pomáhá v případě potřeby a sdílí s členy týmu zodpovědnost za rozhodování. Styl je vhodný jen pro tým zkušených a samostatných pracovníků, u nichž dále zvyšuje motivaci a sebedůvěru.

### **3.4. Delegující styl vedení**

Vedení kolektivu vysoce kompetentních, samostatných a zodpovědných lidí s výhodou využívá delegující styl, při kterém celá zodpovědnost za rozhodování přechází na podřízené. Direktivní řízení se využívá minimálně, vedoucí by měl podporovat podřízené pozitivním způsobem, zejména pochvalu za odvedenou práci.

## 4. PSYCHOSOCIÁLNÍ KLIMA NA ZDRAVOTNICKÉM PRACOVIŠTI

Syndrom vyhoření byl původně považován za personální problém jednotlivých pracovníků. Studium BO se soustředovalo na individuální sociodemografické faktory, individuální pracovní charakteristiky a predisponující osobnostní rysy. Ukázalo se však, že rozvoj syndromu vyhoření není vyvolán pouze charakterem samotné emocionálně náročné práce a vzorci chování jednotlivců, ale je ovlivněn i dalšími faktory, které lze zjednodušeně shrnout do rámce psychosociálního klimatu na pracovišti. Tím se BO stává i organizačním problémem. Klima na pracovišti se významně odráží v hladině stressu jednotlivých zaměstnanců a tím spolupůsobí nejen na možnou akceleraci rozvoje BO, ale i na výsledky jejich práce. Že psychosociální klima na nemocničním oddělení ovlivňuje výsledky terapie a uspokojení potřeb pacientů bylo prokázáno např. u personálu na psychiatrických odděleních (Tuvešson, 2011).

Psychosociální pracovní prostředí je mnohostranný a komplexní fenomén sestávající ze tří úrovní. Na úkolové rovině jsou to aspekty kontroly, profesionálních očekávání a požadavků na pracovníky. Sociální a organizační úroveň zahrnuje sociální interakce mezi zaměstnanci, jejich komunikaci, schopnost vedení a organizační kulturu. Individuální rovina je ovlivněna např. motivací k práci jednotlivých pracovníků. Pracovní prostředí se významně odráží v pocitu pohody zaměstnanců a v jejich zdraví resp. v rozsahu absencí pro nemoci.

Atmosféra na nemocničním oddělení je významně ovlivňována sociálními strukturami a interakcemi ošetřujícího personálu. Různé kategorie zaměstnanců (lékaři, sestry, ošetrovatelky a pomocný personál) mohou pohlížet na psychosociální klima a atmosféru na pracovišti odlišně. Jednotlivé kategorie se např. mohou lišit ve významu, který přikládají nedostatku prostředků, vysokým pracovním a časovým požadavkům, vztahu mezi ošetřujícím personálem a klienty/pacienty či sociálním vztahům mezi personálem. Významnou roli v atmosféře na pracovišti hraje management, jeho způsob řízení a schopnost komunikace s podřízenými (Tuvešson, 2011).

Klima na pracovišti je tak odrazem pracovních podmínek a kvalitní pracovní prostředí nemocničního personálu je významným faktorem ovlivňujícím nejen jak pacienti subjektivně posuzují péči, ale i samotné objektivní výsledky zdravotnické péče.

#### **4.1. QPS Nordic**

Jedním z přístupů, jak posoudit psychologické a sociální faktory v pracovním prostředí, které zcela nepochybně ovlivňují možnost a rychlost rozvoje BO, je dotazník QPS Nordic (Questionnaire for Psychological and Social Factors), který byl za tímto účelem vyvinut v severských zemích v devadesátých letech minulého století. Původní verze zahrnovala 129 otázek. Následně byla vyvinuta i redukovaná verze QPS Nordic 34+, která se omezuje na 37 dotazů (Lindstrom, 2000).

V první úrovni se dotazy soustředí na vlastní zaměstnání, požadavky kladené na pracovníka a jeho vlastní očekávání, předvídatelnost a kontrolu v pracovním procesu.

Druhý je okruh sociální a organizační. Posuzují se sociální vazby a komunikace na pracovišti, styl vedení, možnost týmové práce, firemní kultura a klima.

Konečně ve třetím okruhu se dotazy soustřeďují na individuální postoj pracovníka k práci a organizaci, jeho motivaci a vztah mezi pracovním a soukromým životem.

Široce rozšířený a uznávaný dotazník přináší základní informace pro rozvoj a zavádění změn v organizaci, umožňuje dokumentovat změny v pracovním prostředí a slouží při výzkumu vztahu mezi prací a zdravím.

## 5. TÝMOVÁ PRÁCE

Tým je skupina lidí sdružených za účelem plnění určité práce<sup>3</sup>. Důležitou vlastností týmu je zdůraznění vzájemné závislosti mezi výsledky a prací dané pracovní skupiny jako celku. Tým může být sestaven k plnění pravidelných pracovních úkolů, nebo se vytváří *ad hoc*, k řešení jednorázových specifických úkolů.

Nezbytným předpokladem založení týmu je schopnost přesvědčit jednotlivé pracovníky, že jedinou správnou cestou k dosažení konečných výsledků skupiny je zavedení vzájemné spolupráce a pomoci. Pro úspěch týmu je tedy nezbytné příznivé sociální klima, mezilidské vztahy by se měly vyznačovat přátelskou a neformální atmosférou. Přeměna běžné pracovní skupiny v tým vyžaduje dobrého vůdce, který stanoví cíle týmu a termíny jejich splnění a dokáže přesvědčit jednotlivé pracovníky o prospěšnosti nastolovaných změn.

Tvorba týmu není jednorázovou záležitostí, ale průběžným úkolem, kdy je třeba postupně definovat a udržovat určité vztahy a normy chování sloužící k plnění úkolů a udržování příznivého společenského klimatu. Vhodné společenské klima a vzájemné poznání umožňuje budování důvěry nadřízených ve schopnosti podřízených, tak podřízených ve správnost vytyčených cílů a prostředků, jak jich dosáhnout. Vytvoření vzájemné důvěry a tolerance umožňuje delegovat na každého člena týmu dostatečné pravomoci k samostatné práci a plnění záměrů a zainteresovat jej na pozitivním výsledku. Nezbytné je podporovat posilování vědomostí (další vzdělávání) a sdílení zkušeností mezi členy týmu. Současně ale je potřeba identifikovat a neutralizovat vliv pasivních pracovníků, individualistů bez smyslu pro týmovou práci a pesimistů, kteří podřívají důvěru v možnost úspěchu.

Vybudování funkčního a efektivního týmu je tedy výsledkem spolupráce všech zúčastněných, ale největší díl zodpovědnosti jednoznačně leží na managementu. O výsledku kromě objektivních kritérií rozhoduje i subjektivní vztah podřízených k vedoucímu, který nesouvisí jenom s jeho odborností, ale i s jeho schopností

---

<sup>3</sup> *Inovační kurz Manažerské minimum*. FTNsP, Praha & EU, 2010, CZ.2.17/1.1.00/31385

komunikovat s podřízenými, spravedlivým přístupem ke každému z nich a se smyslem pro týmovou spolupráci obecně.

### **5.1. Zapojení sestry do týmové práce na oddělení intenzivní péče**

Obecně se vznikem oddělení intenzivní péče v 60. letech minulého století se brzy ukázalo, že sestra zaujímá v novém oboru výjimečné postavení, neboť mnohé úkony, do té doby vyhrazené pouze lékařům, byly na ni postupně přenášeny. Nová pracovní náplň, specifické povinnosti a odpovědnost kladou na sestru stále větší požadavky, zejména v situacích bezprostředně ohrožujících život nemocného. Kromě obětavosti, trpělivosti a manuální zručnosti, očekávaných od všech sester, intenzivní péče vyžaduje navíc znalost základů bioinženýrství a rozhodnost, rychlost i přesnost při interpretaci údajů složitých přístrojů.

Organizace práce na jednotkách intenzivní péče předpokládá úzkou spolupráci sester s lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky. Dobře sešrané týmy jsou elitou v poskytování této specializované a náročné péče. Zásadní věcí, aby se zdařilo takový tým sestavit a udržet, jsou přesně definované kompetence v multidisciplinárním týmu. Prvním předpokladem pro kompetenci je míra vzdělanosti, uvědomění si sama sebe, svých schopností a hodnot, ale také schopnost nést za své rozhodnutí odpovědnost. Nicméně, ani po splnění těchto základních podmínek není jisté, že tým bude „šlapat“. Druhým limitujícím faktorem je schopnost jednotlivých členů týmu, často silných individualit, zapojit se do týmové práce, dobře komunikovat s jeho jednotlivými členy a podřídit všechnu svou činnost i ambice tomu nejdůležitějšímu – zájmům a prospěchu pacienta.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6. POPIS VÝZKUMU

### 6.1. Cíl a hypotézy výzkumu

Pracovní domněnky, které se snažil výzkum potvrdit, jsou:

1. Riziko vzniku syndromu vyhoření souvisí s délkou praxe.
2. Práce na Jednotce intenzivní a resuscitační péče a v chirurgickém oboru je náročnější a je spojena s vyšším rizikem rozvoje syndromu vyhoření než na standardních odděleních a v interních oborech.
3. Riziko rozvoje syndromu vyhoření je ovlivněno kvalitou řídicí práce managementu oddělení a kliniky.

### 6.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum byl proveden na souboru středních zdravotnických pracovníků dvou zdravotnických zařízení s odlišnou pracovní problematikou, na Klinice popáleninové medicíny FNKV a na Dětské klinice Thomayerovy nemocnice.

#### 6.2.1. Dětská klinika Thomayerovy nemocnice

Dětská klinika Thomayerovy nemocnice je zařízením pro komplexní ambulantní a nemocniční péči o děti od narození do 19 let věku. Součástí kliniky je jednotka intenzivní a resuscitační péče (JIRP), lůžková a ambulantní část. Klinika disponuje

celkem 53 lůžky – z toho je 47 lůžek standardních (ty jsou rozděleny do dvou stanic) a 6 lůžek pro nejvyšší stupeň intenzivní péče, včetně resuscitační.

Standardní lůžka jsou rozdělena do dvou stanic, kdy na první stanici jsou přijímáni pacienti akutní a na druhou děti k plánovaným vyšetřením nebo k observaci. Nejčastěji se zde léčí pacienti s respiračními onemocněními, s neuroinfekcemi, neurologickými onemocněními (jako jsou například febrilní křeče), s poruchou výživy, s chorobami ledvin a močových cest, dědičnými chorobami metabolismu a s alergickými a imunologickými obtížemi. Pediatriká klinika je jediná, která poskytuje léčbu a ošetrovatelskou péči dětem s TBC.

V ambulantní části má Dětská klinika 8 odborných ambulancí a ambulanci pediatrikou, jejíž provoz je nepřetržitý. Mezi odborné ambulance patří ambulance metabolická a riziková, ambulance nefrologická, laboratoř funkčního vyšetření plic, pneumologická ambulance, ambulance dětské endokrinologie, ambulance alergologie a klinické imunologie, ambulance hematologická a ambulance kardiologická.

Velký důraz je kladen i na přednemocniční pediatrikou péči a praktickou pediatrii. Jde o jediné pracoviště v České republice, které se praktickým dětským lékařstvím zabývá.

Velmi důležitou součástí kliniky je Jednotka intenzivní a resuscitační péče. JIRP zajišťuje multidisciplinární komplexní resuscitační a intenzivní péči o děti od věku 1 týdne do 19 let. Poskytuje dětem v kritickém stavu intenzivní monitoring, podporu nebo náhradu selhávajících životních funkcí (včetně umělé plicní ventilace) a intenzivní diagnostickou a léčebnou činnost. Léčí se zde děti se závažným průběhem respiračních onemocnění, intoxikace, neurologická onemocnění, neuroinfekce, závažné horečnaté stavy, dehydratace, průjmová onemocnění a zvracení, závažné poruchy výživy (mentální anorexie), oběhová selhání, dysrytmie a stavy po tonutí.

Na JIRP se provádí celá řada specializovaných výkonů a vyšetření např. renální biopsie nebo bronchoskopie, a to v celkové anestezii nebo v analgosedaci tak, aby bylo dítě ušetřeno bolesti. Dále se zde provádí monitorace po závažných diagnostických výkonech a je zde poskytována akutní nebo chronická (dlouhodobá) resuscitační péče

u dětí s těžkým neurologickým postižením (apalický syndrom, vrozené vývojové vady centrální nervové soustavy, transverzální léze míšni apod.)

### **6.2.2. Klinika popáleninové medicíny FNKV**

Popálení nebo obecněji termické poškození (včetně opaření, omrzlin a úrazů elektrickým proudem) je poranění, které vedle místních změn na kůži při větším rozsahu působí celkové onemocnění nezřídka vedoucí k smrti (Königová, 1990). Kvalifikovaná péče o termické úrazy je celosvětovým problémem pro trvalý nárůst jejich počtu a zároveň pro vysoké náklady a náročnost jejich léčení. Péče o popálené vyžaduje týmovou multidisciplinární spolupráci a s výhodou se soustředí do specializovaných center, která jediná mohou splňovat podmínky dobrého vybavení personálního i přístrojového.

Centrem pro léčbu popálenin v Čechách je Klinika popáleninové medicíny Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (KPM FNKV) v Praze. Jako první pracoviště v celé Evropě zabývající se výlučně problematikou popálenin ji založil prof. Burian roku 1953. Statut samostatné kliniky při 3. LF UK Praha pracoviště získalo v roce 1990. Dnes je Klinika popáleninové medicíny FNKV specializovaným centrem pro léčbu termických úrazů a poškození vzniklých při jaderných nehodách a je centrem pro záchyt hromadných termických katastrof včetně napojení na struktury NATO. Je jediným pracovištěm a současně školicím centrem pro celou střední a východní Evropu pro aplikaci „umělé kůže“ Integra.

Klinika má nyní celkem 73 lůžek, z toho 15 resuscitačních a intenzivních pro dospělé, 6 resuscitačních a intenzivních pro děti do 15 let věku a 52 lůžek standardních pro dospělé i děti. Klinika má zejména část lůžkovou s oddělením Jedinoty intenzivní péče (JIRP) pro dospělé, dětským oddělením včetně dětské JIRP, standardní oddělení pro dospělé (STD1) a tzv. reparativu (STD2). Důležitými součástmi kliniky jsou operační sály, ambulantní úsek, rehabilitační pracoviště a kožní banka.



### 6.3. Metody sběru dat a jejich zpracování

Sběr dat byl proveden v lednu až únoru 2012 dotazníkovou formou na Dětské klinice Thomayerovy nemocnice a na Klinice popáleninové medicíny Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Dotazníky v sadách po čtyřech (dotazník 1, dotazník 2, dotazník 3a a dotazník 3b) byly rozdány středním zdravotnickým pracovníkům obou pracovišť, kteří je anonymně vyplnili. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, 40 na Dětské klinice a 40 na Klinice popáleninové medicíny.

#### 6.3.1. Dotazník 1

Dotazník je převzat z literatury (Stock 2010), jedná se o tzv. Tedium Measure (viz též kap. 1.6.2.) publikovaný poprvé v roce 1981. Dotazník slouží k orientačnímu posouzení a jednoduché diagnostice syndromu vyhoření. Kvůli dalšímu zpracování souboru byly doplněny údaje o oddělení kliniky, věku, pohlaví a počtu let praxe respondenta. Kompletní text dotazníku je uveden v příloze A.

#### Vyhodnocení dotazníku 1:

|                       |                                                                               |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A</b>              | součet hodnot pro 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21 |
| <b>B</b>              | součet hodnot pro 3, 6, 19, 20                                                |
| <b>C</b>              | 32 – B                                                                        |
| <b>D</b>              | A + C                                                                         |
| <b>skóre vyhoření</b> | D : 21                                                                        |

#### Orientační posouzení rizika syndromu vyhoření podle výsledného skóre:

|                   |                                                                                               |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>méně než 2</b> | neustálá euforie                                                                              |
| <b>2 – 3</b>      | počínáš si dobře                                                                              |
| <b>3 – 4</b>      | potřebuješ přehodnotit svůj způsob života a práce, určit priority, uvažovat o možných změnách |

více než 4 trpíš BO nebo únavou do té míry, že je nutné s tím něco dělat

**Další zpracování dat:** soubory z Pediatrické kliniky a Kliniky popáleninové medicíny byly rozděleny na dvě skupiny (respondenti z JIRP a z ostatních oddělení) a každá skupina byla dále stratifikována podle délky praxe v rocích na dvě podskupiny (do 10 roků a nad 10 roků). Uvnitř každé podskupiny bylo stanoveno průměrné skóre vyhoření. Významnost rozdílu mezi průměrnými hodnotami skóre vyhoření pro jednotlivé podskupiny podle praxe byl hodnocen pomocí Studentova t-testu na hladině významnosti 0,05.

### 6.3.2. Dotazník 2

Dotazník byl převzat jako Inventář projevů syndromu vyhoření (Tošnerová, 2002). Dotazník umožňuje orientačně posoudit stupeň rizika ohrožení vznikem syndromu vyhoření v jednotlivých rovinách lidské psychiky – rozumové, emocionální, tělesné a sociální – a z dosažených hodnot v každé rovině vyčíst individuální stresový profil. Respondent odpovídá na jednotlivé dotazy podle škály:

„vždy – 4; často – 3; někdy – 2; zřídka – 1; nikdy - 0“.

Opět jako v dotazníku 1 byly doplněny údaje o oddělení, pohlaví, věku a délce praxe. Kompletní text dotazníku je uveden v příloze B.

**Vyhodnocení dotazníku 2:** Hodnoty odpovědí se sečtou pro jednotlivé roviny podle klíče:

| <b>Rovina:</b>       | <b>Položky:</b>      |
|----------------------|----------------------|
| rozumová <i>R</i>    | 1, 5, 9,13, 17, 21   |
| emocionální <i>E</i> | 2, 6, 10, 14, 18, 22 |
| tělesná <i>T</i>     | 3, 7, 11, 15, 19, 23 |
| sociální <i>S</i>    | 4, 8, 12, 16, 20, 24 |

Výsledné skóre:  $x = R + E + T + S$

Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální 0 bodů. Celková maximální hodnota  $x$  je 96 bodů. Při další zpracování bylo zvažováno rozdělení odpovědí do tří skupin: při výsledném skóre do 24 převažují odpovědi „nikdy“ a „zřídka“ a stupeň rizika je nízký. Naopak při skóre nad 48 (při velkém zastoupení odpovědí „často“ či „vždy“) je stupeň rizika vysoký. Do skupiny se středním rizikem spadá skóre v rozmezí 25-48.

**Další zpracování dat:** Oba soubory byly opět rozděleny na dvě skupiny (respondenti z JIRP a z ostatních oddělení) a dvě podskupiny podle praxe (do 10 roků a nad 10 roků). Pro každou podskupinu byla spočítána průměrná hodnota v každé rovině a celková průměrná hodnota. Významnost rozdílu mezi průměrnými hodnotami skóre pro jednotlivé podskupiny podle praxe byl hodnocen pomocí Studentova t-testu na hladině významnosti 0,05.

### 6.3.3. Dotazník 3

Dotazník 3a byl převzat a mírně upraven z učebních materiálů poskytnutých při specializačním studiu „Management ve zdravotnictví“ v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně a je zaměřen na posouzení smyslu pro týmovou práci.

Protože jsem v literatuře nenalezla standardizovaný dotazník, který by přesně splňoval mé představy o pokrytí dané problematiky, doplnila jsem jako dotazník 3b další dotazy, které se tématu týmové práce a ovlivnění psychosociálního klimatu pracoviště vedoucími pracovníky věnují podrobněji a s detailnější specifikací jednotlivých posuzovaných údajů.

Kvůli dalšímu zpracování souboru byly opět doplněny údaje o oddělení kliniky, věku, pohlaví a počtu let praxe vyplňujícího (kompletní text dotazníků viz příloha C a příloha D).

Respondent subjektivně hodnotí jednotlivé vlastnosti každého člena vedení kliniky (přednosta kliniky, primář kliniky, vrchní sestra) i oddělení (vedoucí lékař oddělení, staniční sestra). Používá se škála

„určitě ano – 1; spíše ano – 2; spíše ne – 3; určitě ne – 4“

a při hodnocení se spočte průměrná známka pro daného pracovníka. Nízké hodnoty průměrné známky (pod 2,50) znamenají, že respondent kladně hodnotí smysl dotyčného člena vedení pro týmovou práci, jeho působení na pracovní vztahy a celkovou atmosféru respondent hodnotí jako pozitivní.

#### **6.3.4. Statistické zpracování výsledků**

Statistické zpracování výsledků bylo provedeno s využitím vestavěných funkcí programu Microsoft® Excel 2007.

- Funkce **PRŮMĚR** – vrátí aritmetický průměr hodnot v seznamu dat.
- Funkce **TTEST** – vrátí pravděpodobnost spojenou se Studentovým t-testem. Funkce TTEST se používá k testování rozdílnosti nebo shodnosti středních hodnot dvou výběrů nebo jednoho výběru testovaného dvakrát. Jako rozhodující pro tuto práci byla stanovena hladina významnosti 0,05 znamenající, že tvrzení platí s 95% pravděpodobností a rozdíl mezi dvěma soubory je statisticky významný.

## 6.4. Výsledky

Z celkem 80 rozdaných bylo vráceno 54 sad dotazníků, z toho 32 na Pediatrické klinice a 23 na Klinice popáleninové medicíny. V jednom případě nebyly vyplněny dotazníky 3a a 3b, v jednom případě nebyl vyplněn věk a délka praxe respondenta. Mezi respondenty byl jediný muž, proto bylo v dalším hodnocení dělení podle pohlaví pominuto.

Na Pediatrické klinice se věk respondentů se pohyboval v rozmezí 22-69 let (s průměrem 43 let) a délka praxe 0,5-51 let (s průměrem 23,56 roků). Hodnoceno bylo 16 respondentů z JIRP (3 s praxí do 10 let) a 15 z ostatních oddělení (jeden s praxí do 10 let), jeden respondent neuvedl věk a délku praxe. Nízký počet respondentů s praxí do 10 let a převaha pracovníků s delší praxí na Pediatrické klinice prakticky znemožnila statistické vyhodnocování rozdílů mezi oběma kategoriemi.

Na Klinice popáleninové medicíny se věk respondentů pohyboval v rozmezí 21-54 let (s průměrem 34 let) a délka praxe 1,5-36 let (s průměrem 13,61 roků). 11 sad dotazníků bylo vráceno z JIRP (z nich 4 respondenti s praxí do 10 let) a 12 z ostatních oddělení (5 s praxí do 10 let).

Rozdíly ve věku respondentů a délce praxe mezi Pediatrickou klinikou a Klinikou popáleninové medicíny byly statisticky významné.

### 6.4.1. Dotazník 1 - výsledky

Hodnocení dotazníku 1 je popsáno v kap. 6.3.1. Podle výše získaného skóre se posuzuje, zda je respondent v euforii nebo si počíná dobře (hodnoty do 3,00). Respondenti se skóre mezi 3,01 až 4,00 potřebují přehodnotit svůj způsob života a práce, určit si priority a uvažovat o možných změnách. Výsledné skóre vyšší než 4,00 naznačuje, že respondent trpí únavou nebo již syndromem vyhoření do té míry, že je nutné s tím něco dělat.

Celkově se podle výsledků všech 55 hodnocených dotazníků v „pásmu ohrožení“ (3,01-4,00) objevilo téměř 35 % respondentů a v pásmu rozvinutého BO či těžké únavy (nad 4,00) 16 % respondentů (viz tab. 1). Rozdíly mezi klinikami nebyly významné.

V sestavě pracovníků Pediatrické kliniky u 15 respondentů skóre nepřesáhlo 3,00. 12x se skóre pohybovalo v „pásmu ohrožení“ a 5x přesáhlo hranici syndromu vyhoření či těžké únavy. Mezi respondenty z Kliniky popáleninové medicíny příznivé skóre dosáhlo 12 respondentů, 7x se skóre pohybovalo v „pásmu ohrožení“ a 4x přesáhlo hranici rozvinutého BO.

**Tab. 1. Celkové výsledky dotazníku 1.** Rozdělení respondentů podle skóre ohrožení syndromem vyhoření na jednotlivých klinikách a celkově mezi všemi respondenty.

|                               | <b>Do 3,00</b> |             | <b>3,01-4,00</b> |             | <b>nad 4,01</b> |             |
|-------------------------------|----------------|-------------|------------------|-------------|-----------------|-------------|
|                               | n              | %           | n                | %           | n               | %           |
| Pediatrická klinika           | 15             | 46,9        | 12               | 37,5        | 5               | 15,6        |
| Klinika popáleninové medicíny | 12             | 52,2        | 7                | 30,4        | 4               | 17,4        |
| <b>Celkem</b>                 | <b>27</b>      | <b>49,1</b> | <b>19</b>        | <b>34,5</b> | <b>9</b>        | <b>16,4</b> |

n – počet respondentů; % - procentuální podíl ze všech respondentů na dané klinice

Na Pediatrické klinice dosáhlo průměrné skóre hodnoty 3,09. Rozdíl mezi respondenty z obou částí kliniky (viz tab. 3) nebyl statisticky významný.

**Tab. 2. Výsledky dotazníku 1 na Pediatrické klinice podle oddělení.** Porovnání průměrného orientačního skóre ohrožení syndromem vyhoření mezi respondenty z JIRP a ostatních. Rozdíly nejsou statisticky významné.

| <b>Pediatrická klinika</b> | <b>JIRP</b> | <b>ostatní</b> |
|----------------------------|-------------|----------------|
| n                          | 16          | 16             |
| průměr                     | 2,91        | 3,28           |

n – počet respondentů

Počet pracovníků s praxí do 10 let byl nízký (13 % respondentů) a rozdíly hodnot skóre mezi mladšími a zkušenějšími respondenty nebyly významné jak v rámci celé kliniky (viz tab. 3), tak v rámci jednotlivých oddělení.

**Tab. 3. Výsledky dotazníku 1 na Pediatrické klinice podle délky praxe.** Porovnání orientačního skóre ohrožení syndromem vyhoření u všech respondentů v závislosti na délce praxe (do 10 let a nad 10 let). Rozdíly nejsou statisticky významné.

| <b>Pediatrická klinika*</b> | <b>do 10 let</b> | <b>nad 10 let</b> |
|-----------------------------|------------------|-------------------|
| n                           | 4                | 27                |
| průměr                      | 3,10             | 3,10              |

\* jednou neudán věk a délka praxe; n – počet respondentů

Na Klinice popáleninové medicíny výsledné skóre dosáhlo průměrné hodnoty 3,10. Na JIRP bylo průměrné skóre nižší než na ostatních odděleních a rozdíl mezi respondenty z obou částí kliniky byl statisticky velmi významný (viz tab. 4). Oproti Pediatrické klinice byly pozorovány rozdíly i při porovnání skóre respondentů podle délky praxe. Mladší zaměstnanci JIRP měli vyšší skóre než mladší pracovníci z ostatních oddělení. Naproti tomu zkušenější pracovníci JIRP měli skóre signifikantně nižší než zaměstnanci standardních oddělení stejné kategorie.

**Tab. 4. Výsledky dotazníku 1 na Klinice popáleninové medicíny podle oddělení.** Porovnání průměrného orientačního skóre ohrožení syndromem vyhoření mezi respondenty z JIRP a ostatních oddělení celkově a podle délky praxe (do 10 let a nad 10 let). Statisticky významné rozdíly jsou zvládně **tučně**.

| <b>KPM</b>   |                | <b>JIRP</b>  | <b>ostatní</b> |
|--------------|----------------|--------------|----------------|
| celá klinika | n              | 11           | 12             |
|              | průměrné skóre | 2,53         | 3,62           |
|              | významnost     | <b>0,004</b> |                |
| do 10 let    | n              | 4            | 5              |
|              | průměrné skóre | 2,69         | 2,44           |
|              | významnost     | <b>0,044</b> |                |
| nad 10 let   | n              | 7            | 7              |
|              | průměrné skóre | 2,44         | 3,13           |
|              | významnost     | <b>0,019</b> |                |

n – počet respondentů

Statisticky hraničně významný rozdíl byl pozorován i mezi všemi pracovníky Kliniky popáleninové medicíny s praxí do 10 let, kteří měli průměrné skóre vyšší než pracovníci s praxí nad 10 let (viz tab. 5) a tudíž byli více ohroženi rozvojem syndromu vyhoření. Hlavní diference byla mezi pracovníky standardních oddělení, mezi pracovníky JIRP obou věkových kategorií nebyl statisticky významný rozdíl prokázán.

**Tab. 5. Výsledky dotazníku 1 na Klinice popáleninové medicíny podle délky praxe.** Porovnání orientačního skóre ohrožení syndromem vyhoření v závislosti na délce praxe respondentů (do 10 let a nad 10 let) na jednotlivých odděleních a na celé klinice. Statisticky významné rozdíly jsou zvýrazněny **tučně**.

| KPM          |                | do 10 let    | nad 10 let |
|--------------|----------------|--------------|------------|
| celá klinika | n              | 9            | 14         |
|              | průměrné skóre | 3,59         | 2,78       |
|              | významnost     | <b>0,049</b> |            |
| JIRP         | n              | 4            | 7          |
|              | průměrné skóre | 2,69         | 2,44       |
|              | významnost     | 0,622        |            |
| ostatní      | n              | 5            | 7          |
|              | průměrné skóre | 4,30         | 3,13       |
|              | významnost     | <b>0,010</b> |            |

n – počet respondentů

Mezi výsledky všech respondentů bez ohledu na kliniku zaměstnaných na JIRP a na standardních odděleních byl prokázán statisticky významný rozdíl v neprospěch standardních oddělení.

#### 6.4.2. Dotazník 2 – výsledky

Také podle výsledků dotazníku 2 (viz kap. 6.3.2) lze orientačně posoudit stupeň rizika ohrožení vznikem syndromu vyhoření. Dotazník se zaměřuje na výsledky v jednotlivých rovinách lidské psychiky – rozumové R, emocionální E, tělesné T a sociální S. Z dosažených hodnot v každé rovině umožňuje vyčíslit individuální stresový profil. Výsledné skóre x je součtem odpovědí pro jednotlivé roviny. Při výsledném skóre do 24 převažují odpovědi „nikdy“ a „zřídka“ a stupeň rizika je nízký. Do skupiny



se středním rizikem spadá skóre v rozmezí 25-48. Při skóre nad 48 (při velkém zastoupení odpovědí „často“ či „vždy“) je stupeň rizika vysoký.

Celkově u všech 55 respondentů výsledné hodnoty x dosáhly průměrné hodnoty 24,45. Rozdíl mezi souhrnnými výsledky obou klinik nebyl významný. Výsledná hodnota menší než 24 byla dosažena u většiny respondentů (78,3 %). U 13 % respondentů se výsledek pohyboval v rozmezí 25-48 a pouze u necelých 9 % přesáhl hodnotu vysokého rizika 48 (viz tab. 6).

**Tab. 6. Celkové výsledky dotazníku 2.** Rozdělení respondentů z obou klinik podle výsledné hodnoty x určující stupeň rizika rozvoje syndromu vyhoření (nízký stupeň je do 24, střední stupeň je 25-48 a vysoký stupeň rizika je nad 48).

|                            | stupeň rizika |      |         |      |        |     |
|----------------------------|---------------|------|---------|------|--------|-----|
|                            | nízký         |      | střední |      | vysoký |     |
|                            | n             | %    | n       | %    | n      | %   |
| <b>Pediatrická klinika</b> | 16            | 50,0 | 16      | 50,0 | 0      | 0,0 |
| <b>KPM</b>                 | 18            | 78,3 | 3       | 13,0 | 2      | 8,7 |

n – počet respondentů; % - procentuální podíl ze všech respondentů dané kliniky

Na jednotlivých rovinách (racionální R, emocionální E, tělesná T a sociální S) byl jediný významný rozdíl pozorován v rovině T, kde průměrná hodnota na Pediatrické klinice byla vyšší než na Klinice popáleninové medicíny. Závislost vyššího skóre v rovině T na věku respondentů, který byl na Pediatrické klinice vyšší, nebyla prokázána. Ostatní rozdíly na jednotlivých rovinách R, E, T a S mezi jednotlivými skupinami respondentů podle délky praxe či podle oddělení nebyly významné.

Výsledky dotazníku 2 na Pediatrické klinice shrnuje tab. 7.

**Tab. 7. Výsledky dotazníku 2 na Pediatrické klinice podle oddělení.** Porovnání průměrné hodnoty x mezi respondenty z JIRP a ostatních oddělení. Rozdíly nejsou statisticky významné.

| <b>Pediatrická klinika</b> | <b>JIRP</b> | <b>ostatní</b> |
|----------------------------|-------------|----------------|
| n                          | 16          | 16             |
| průměr                     | 24,38       | 26,88          |

n – počet respondentů

Rozdíl mezi respondenty z obou částí kliniky nebyl statisticky významný celkově (viz tab. 8) ani při rozdělení podle délky praxe.

**Tab. 8. Výsledky dotazníku 2 na Pediatrické klinice podle délky praxe.** Porovnání průměrné hodnoty x v závislosti na délce praxe (do 10 let a nad 10 let). Statisticky významné rozdíly nebyly prokázány.

| <b>Pediatrická klinika*</b> | <b>do 10 let</b> | <b>nad 10 let</b> |
|-----------------------------|------------------|-------------------|
| n                           | 4                | 27                |
| průměr                      | 28,25            | 25,29             |

n – počet respondentů; \* jednou neudán věk a délka praxe

Výsledky dotazníku 2 na Klinice popáleninové medicíny shrnuje tab. 9. Rozdíl mezi respondenty z obou částí kliniky nebyl statisticky významný.

**Tab. 9. Výsledky dotazníku 2 na Klinice popáleninové medicíny podle oddělení.** Porovnání průměrné hodnoty x mezi respondenty z JIRP a ostatních oddělení. Statisticky významné rozdíly nebyly prokázány.

| <b>KPM</b> | <b>JIRP</b> | <b>ostatní</b> |
|------------|-------------|----------------|
| n          | 11          | 12             |
| průměr     | 20,27       | 25,17          |

n – počet respondentů

Rozdíly byly prokázány při porovnání podle délky praxe (viz tab. 10). Mladší zaměstnanci měli statisticky významně vyšší skóre než pracovníci s praxí nad 10 let. Hlavní rozdíl byl mezi jednotlivými věkovými kategoriemi standardních oddělení, zatímco mezi pracovníky JIRP rozdíl nebyl prokázán.

**Tab. 10. Výsledky dotazníku 2 na Klinice popáleninové medicíny podle délky praxe.** Porovnání průměrné hodnoty x v závislosti na délce praxe (do 10 let a nad 10 let) mezi respondenty z různých oddělení i z celé kliniky. Statisticky významné rozdíly jsou zvýrazněny **tučně**.

| KPM          |            | do 10 let    | nad 10 let |
|--------------|------------|--------------|------------|
| celá klinika | n          | 9            | 14         |
|              | průměr     | 32,22        | 16,79      |
|              | významnost | <b>0,002</b> |            |
| JIRP         | n          | 4            | 7          |
|              | průměr     | 27,50        | 17,43      |
|              | významnost | 0,138        |            |
| ostatní      | n          | 5            | 7          |
|              | průměr     | 36,00        | 17,43      |
|              | významnost | <b>0,010</b> |            |

n – počet respondentů

Mezi výsledky dotazníku 2 všech respondentů bez ohledu na kliniku zaměstnaných na JIRP a na standardních odděleních nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

#### 6.4.3. Dotazník 3a – výsledky

V dotazníku 3a (viz kap. 6.3.3.) respondenti subjektivně hodnotí jednotlivé vlastnosti každého člena vedení kliniky (přednosta kliniky, primář kliniky, vrchní sestra) i oddělení (vedoucí lékař oddělení, staniční sestra). Nízké hodnoty výsledné průměrné známky (pod 2,50) znamenají, že respondent kladně hodnotí smysl dotyčného člena vedení pro týmovou práci, jeho působení na pracovní vztahy a celkovou atmosféru respondent hodnotí jako pozitivní.

Na Pediatrické klinice hodnotilo vrcholový management všech 32 respondentů. Průměrná známky jednotlivých členů a celého vedení shrnuje tab. 11. Rozdíly v hodnocení celého vrcholového managementu kliniky respondenty z JIRP a ostatních oddělení nebyly statisticky významné.

**Tab. 11. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení kliniky na Pediatrické klinice.** Rozdíly v průměrné známce pro přednostu, primáře a vrchní sestru ani pro celé vedení od respondentů z JIRP a standardních oddělení nejsou významné.

| <b>Pediatrická klinika</b> | <b>přednosta</b> | <b>primář</b> | <b>vrchní sestra</b> | <b>celé vedení</b> |
|----------------------------|------------------|---------------|----------------------|--------------------|
| celkem (n = 32)            | 1,71             | 2,38          | 1,5                  | 1,86               |
| JIRP (n = 16)              | 1,68             | 2,54          | 1,57                 | 1,93               |
| ostatní (n = 16)           | 1,73             | 2,21          | 1,44                 | 1,79               |

n – počet respondentů

Hodnocení nižšího managementu (vedoucí lékař oddělení a staniční sestra) na Pediatrické klinice shrnuje tabulka 12.

**Tab. 12. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení oddělení na Pediatrické klinice.** Průměrné známky pro vedoucí lékaře oddělení, staniční sestry a celé vedení.

| <b>Pediatrická klinika</b> | <b>vedoucí lékař</b> | <b>staniční sestra</b> | <b>celé vedení</b> |
|----------------------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| JIRP                       | 1,68                 | 2,10                   | 1,88               |
| ostatní                    | 1,63                 | 1,30                   | 1,48               |

Mezi souhrnným hodnocením všech manažerů (vedení kliniky i oddělení) Pediatrické kliniky zaměstnanci JIRP a ostatních oddělení nebyl signifikantní rozdíl.

Na Klinice popáleninové medicíny jeden respondent dotazníky 3a a 3b nevyplnil, hodnoceno bylo proto pouze 22 dotazníků. Průměrné známky jednotlivých členů a celého vedení kliniky ukazuje tab. 13. Rozdíly v hodnocení vedení kliniky respondenty z JIRP a ostatních oddělení nebyly statisticky významné.

**Tab. 13. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení kliniky na Klinice popáleninové medicíny.** Rozdíly v průměrné hodnotě známky pro přednostu, primáře, vrchní sestru i celé vedení od respondentů z JIRP a standardních oddělení nejsou významné.

| <b>KPM</b>       | <b>přednosta</b> | <b>primář</b> | <b>vrchní sestra</b> | <b>celé vedení</b> |
|------------------|------------------|---------------|----------------------|--------------------|
| celkem (n = 22)  | 2,06             | 1,99          | 1,93                 | 1,99               |
| JIRP (n = 10)    | 1,92             | 2,00          | 2,11                 | 2,01               |
| ostatní (n = 12) | 2,16             | 1,98          | 1,81                 | 1,98               |

n – počet respondentů

Hodnocení vedení jednotlivých oddělení (vedoucí lékaři a staniční sestry) na Klinice popáleninové medicíny shrnuje tabulka 14.

**Tab. 14. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení oddělení na Klinice popáleninové medicíny.** Průměrné známky pro vedoucí lékaře oddělení, staniční sestry a celé vedení. Rozdíly v hodnocení na jednotlivých odděleních nejsou statisticky významné.

| <b>KPM</b> | <b>vedoucí lékař</b> | <b>staniční sestra</b> | <b>celé vedení</b> |
|------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| JIRP       | 2,37                 | 1,50                   | 1,92               |
| ostatní    | 2,06                 | 1,50                   | 1,77               |

Zaměstnanci JIRP hodnotili všechny manažery (vedení kliniky i oddělení) Kliniky popáleninové medicíny obdobně jako zaměstnanci ostatních oddělení.

Při rozdělení respondentů rozdělených podle délky praxe nebyly na Pediatrické klinice pozorovány rozdíly v hodnocení vedení kliniky (viz tab. 15).

**Tab. 15. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení kliniky na Pediatrické klinice podle délky praxe.** Hodnocení přednosta, primáře, vrchní sestry a celého vedení respondenty rozdělenými podle délky praxe (do 10 let a nad 10 let. Rozdíly v průměrných známkách nejsou významné.

| <b>Pediatrická klinika</b> | <b>přednosta</b> | <b>primář</b> | <b>vrchní sestra</b> | <b>celé vedení</b> |
|----------------------------|------------------|---------------|----------------------|--------------------|
| do 10 let                  | 1,53             | 1,98          | 1,48                 | 1,66               |
| nad 10 let                 | 1,73             | 2,43          | 1,51                 | 1,89               |

Naproti tomu na Klinice popáleninové medicíny byly rozdíly v hodnocení vedení mladšími a zkušenějšími pracovníky výrazné (viz tab. 16). Lišilo se hodnocení přednosta a primáře kliniky na standardních odděleních, kteří dostali horší průměrnou známku od respondentů s praxí delší než 10 let. V hodnocení pracovníků JIRP a v hodnocení vrchní sestry statisticky významné rozdíly nebyly prokázány.

**Tab. 16. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení kliniky na Klinice popáleninové medicíny podle délky praxe.** Hodnocení vedení kliniky (přednosta, primář, vrchní sestra a celé vedení) podle délky praxe respondentů (do 10 let a nad 10 let) na jednotlivých odděleních a na celé klinice. Statisticky významné rozdíly mezi průměrnými známkami jsou zvýrazněny **tučně**.

| <b>KPM</b>   |            | <b>přednosta</b> | <b>primář</b> | <b>vrchní sestra</b> | <b>celé vedení</b> |
|--------------|------------|------------------|---------------|----------------------|--------------------|
| celá klinika | do 10 let  | 1,53             | 1,53          | 1,84                 | 1,63               |
|              | nad 10 let | 2,35             | 2,25          | 2,01                 | 2,20               |
|              | významnost | <b>0,010</b>     | <b>0,015</b>  | 0,646                | <b>0,002</b>       |
| JIRP         | do 10 let  | 1,87             | 1,87          | 2,70                 | 2,14               |
|              | nad 10 let | 1,94             | 2,06          | 1,86                 | 1,95               |
|              | významnost | 0,670            | 0,463         | 0,112                | 0,521              |
| ostatní      | do 10 let  | 1,32             | 1,32          | 2,70                 | 1,32               |
|              | nad 10 let | 2,76             | 2,44          | 1,86                 | 2,45               |
|              | významnost | <b>0,006</b>     | <b>0,027</b>  | 0,162                | <b>&lt;0,001</b>   |

#### 6.4.4. Dotazník 3b – výsledky

Dotazník 3b je komplementární k dotazníku 3a a je hodnocen obdobně (viz kap. 6.3.3.)

Na Pediatrické klinice přednosta obdržel průměrnou známku 2,12, primář 2,55 a vrchní sestra 1,61. Celé vedení kliniky bylo hodnoceno průměrnou známkou 2,12. Rozdíly v hodnocení pracovníky JIRP a ostatních oddělení nebyly významné celkově ani při rozdělení respondentů podle délky praxe.

V hodnocení vedení oddělení na JIRP byl vedoucí lékař hodnocen lépe než staniční sestra, na standardních odděleních tomu bylo naopak. Ani v jednom případě nebyly pozorovány rozdíly v hodnocení mladších a zkušenějších respondentů.

Na Klinice popáleninové medicíny přednosta dostal průměrnou známku 2,56; primář 2,35 a vrchní sestra 2,33. Průměrné hodnocení celého vedení kliniky dosáhlo hodnoty 2,41. Rozdíly v hodnocení celého vedení kliniky i jeho jednotlivých členů pracovníky JIRP a ostatních oddělení nebyly významné.

Statisticky různě významné rozdíly ale byly prokázány při rozdělení respondentů podle věku. Vedení kliniky bylo mladšími pracovníky na JIRP hodnoceno hůře než zkušenějšími pracovníky, zatímco na standardních odděleních tomu bylo naopak (viz tab. 17). Z jednotlivých členů vedení byl nejhůře hodnocen přednosta respondenty ze standardních oddělení s více než 10letou praxí, v hodnocení ostatních členů vedení nebyly pozorovány rozdíly.

**Tab. 17. Výsledky dotazníku 3b v hodnocení vedení kliniky na Klinice popáleninové medicíny podle délky praxe.** Hodnocení přednosta, primáře, vrchní sestry a celého vedení na jednotlivých odděleních a podle délky praxe respondentů (do 10 let a nad 10 let). Statisticky významné rozdíly jsou zvýrazněny tučně.

| <b>Celé vedení na KPM</b> |              |              |              |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|
|                           | do 10 let    | nad 10 let   | významnost   |
| JIRP                      | 2,86         | 2,17         | <b>0,048</b> |
| ostatní                   | 2,07         | 2,71         | <b>0,049</b> |
| významnost                | <b>0,046</b> | <b>0,048</b> | -            |

n – počet respondentů

Při hodnocení vedení jednotlivých oddělení dostali vedoucí lékaři horší známku než staniční sestry. Rozdíly ve známkování respondentů rozdělených podle délky praxe nebyly významné.

#### **6.4.5. Korelace výsledků z dotazníku 1 a dotazníků 3a a 3b**

Pro korelaci výsledků dotazníku 1 a obou částí dotazníku 3 byli respondenti rozděleni do skupin podle výše orientačního skóre rizika syndromu vyhoření získaného pomocí dotazníku 1. V jediném případě byl prokázán statisticky významný rozdíl v hodnocení vedení kliniky a oddělení. Respondenti z Pediatrické kliniky se skóre menším než 3,00 hodnotili v dotazníku 3b primáře kliniky hůře než respondenti s vyšším skóre. V hodnocení ostatních členů vedení ani v hodnocení respondentů z Kliniky popáleninové medicíny nebyl pozorován signifikantní rozdíl, a to ani v případě, že byli respondenti rozděleni na skupiny se skóre pod 4,00 a nad 4,00.

#### 6.4.6. Dotazníky 3a a 3b - hodnocení vedoucích lékařů a vedoucích sester

Na Klinice popáleninové medicíny (viz tab. 18) podle dotazníku 3a a 3b vedoucí lékaři dostali průměrnou známku horší než vedoucí sestry. Hlavní rozdíl v hodnocení byl pozorován u zaměstnanců standardních oddělení. V hodnocení respondenty z JIRP nebyl pozorován významný rozdíl.

**Tab. 18. Výsledky dotazníku 3a a 3b v hodnocení vedoucích lékařů a vedoucích sester na Klinice popáleninové medicíny. Statisticky významné rozdíly jsou zvýrazněny tučně.**

| KPM          |            | dotazník 3a    |                | dotazník 3b    |                |
|--------------|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|              |            | vedoucí lékaři | vedoucí sestry | vedoucí lékaři | vedoucí sestry |
| JIRP         | průměr     | 2,15           | 1,79           | 2,49           | 1,98           |
|              | významnost | 0,315          |                | 0,333          |                |
| ostatní      | průměr     | 2,11           | 1,65           | 2,63           | 1,83           |
|              | významnost | 0,105          |                | <b>0,027</b>   |                |
| celá klinika | průměr     | 2,13           | 1,71           | 2,56           | 1,97           |
|              | významnost | 0,057          |                | <b>0,025</b>   |                |

Na Pediatrické klinice (viz tab. 19) podle dotazníku 3a a 3b vedoucí lékaři dostali horší průměrnou známku než vedoucí sestry. Statisticky významné rozdíly byly pozorovány zejména v hodnocení respondenty ze standardních oddělení. V hodnocení na JIRP nebyl pozorován významný rozdíl.



**Tab. 19. Výsledky dotazníku 3a a 3b v hodnocení vedoucích lékařů a vedoucích sester na Pediatrické klinice. Statisticky významné rozdíly jsou zvýrazněny tučně.**

| Pediatrická klinika |            | dotazník 3a    |                | dotazník 3b    |                |
|---------------------|------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
|                     |            | vedoucí lékaři | vedoucí sestry | vedoucí lékaři | vedoucí sestry |
| JIRP                | průměr     | 1,96           | 1,83           | 2,43           | 2,13           |
|                     | významnost | 0,506          |                | 0,244          |                |
| ostatní             | průměr     | 1,86           | 1,37           | 2,55           | 1,83           |
|                     | významnost | <b>0,001</b>   |                | <b>0,025</b>   |                |
| celá klinika        | průměr     | 1,91           | 1,60           | 2,49           | 1,97           |
|                     | významnost | <b>0,008</b>   |                | <b>0,016</b>   |                |

## 6.5. Interpretace výsledků

### 6.5.1. Hypotéza 1: „Riziko vzniku syndromu vyhoření souvisí s délkou praxe.“

Původní předpoklad, se kterým byla zpracována předchozí práce (Camprová, 2004), byl, že s délkou praxe stoupá expozice pracovní fyzické a psychické zátěže a zvyšuje se pravděpodobnost, že se rozvine syndrom vyhoření. Soubor 41 respondentů z Kliniky popáleninové medicíny odpovídal na dotazníky identické s dotazníky 1 a 2. Počet respondentů a délka jejich praxe umožnily rozdělení na tři skupiny s praxí do 5 let, mezi 5 a 10 roky a nad 10 let. Souvislost mezi rozvojem syndromu vyhoření a délkou praxe se potvrdila. Závislost však nebyla lineární. Po iniciálním vzestupu došlo ve střední skupině k poklesu průměrného skóre a ve třetí skupině hodnoty překročily výsledky první skupiny. Respondenti s praxí nad 10 let tak byli nejhroženější.

Současný výzkum pro ověření či vyvrácení hypotézy 1 použil výsledky získané z dotazníku 1 a 2. Respondenti z jednotlivých klinik a jejich oddělení (JIRP a ostatní, standardní oddělení) byli rozdělení podle délky praxe na skupiny s praxí do 10 let a nad 10 let. Dělení na kratší intervaly by vedlo k velmi malým skupinám, které by zcela znemožnily statistické vyhodnocení. I tak na Pediatrické klinice, kde průměrný věk respondentů dosáhl 43 let a průměrná délka praxe přesáhla 23 let, ve skupině s praxí kratší než 10 let byly pouze 4 zaměstnanci (3 na JIRP a 1 na ostatních odděleních), jednou nebyla délka praxe a věk v dotazníku vyplněny.

Na Pediatrické klinice se nepodařilo prokázat rozdíl ve výsledcích dotazníku 1 (viz tab. 3) ani dotazníku 2 (viz tab. 8). Výsledek ale může být ovlivněn již diskutovaným vysokým průměrným věkem zaměstnanců kliniky a malým zastoupením mladších respondentů.

Ani na Klinice popáleninové medicíny počet respondentů neumožnil jemnější dělení než na 2 skupiny (do 10 let a nad 10 let praxe) – od předchozího průzkumu na klinice již uplynulo osm let. Na rozdíl od Pediatrické kliniky ale na KPM byl prokázán statisticky hraničně významný rozdíl mezi oběma skupinami pracovníků podle výsledků dotazníku 1 (viz tab. 5). Vyšší stupeň ohrožení syndromem vyhoření s průměrným

skóre 3,59 byl prokázán u 9 mladších pracovníků, zatímco 14 zkušenějších pracovníků dosáhlo průměrného skóre pouze 2,78. Obdobně dopadly výsledky dotazníku 2 (viz tab. 10), kdy respondenti s praxí do 10 let dosáhli průměrné skóre 32,22 a zaměstnanci s praxí nad 10 let pouze 16,79.

**Výsledky potvrzují původní hypotézu, že rozvoj syndromu vyhoření souvisí s délkou praxe.** Překvapivě horších hodnot dosahuje skupina s kratší praxí. Původní úvaha směřovala spíše k opačnému trendu, jak naznačovaly i výsledky předchozí práce z roku 2004, kdy nejohroženější byla skupina s nejdelší praxí. Jak si lze vysvětlit poněkud překvapivý závěr současného průzkumu?

Jako jedno z možných vysvětlení se nabízí možnost, že velký vliv má celková situace ve školství, zdravotnictví a obecně ve společnosti. Mladí lidé dnes jsou vychováni spíše permissivně, dítě si dělá „co chce“ a rodiče ho chrání před následky jeho chování. Obdobný trend přichází i při vzdělávání, kde se v základním školství upřednostňuje „škola hrou“ před drilem a naučením se nezbytné sumy poznatků, ze kterých lze později vycházet. Současně se tím dítě učí disciplině. Na střední škole se úroveň nároků také snižuje, a objem látky, kterou naše generace zvládala k maturitě, se dnes rozkládá do středních a vyšších škol. Současní mladí tak neumějí překonávat překážky a domnívají se, že vše dostanou „zadarmo“. Neumějí přijmout zodpovědnost a vlastní neúspěchy přisuzují jiným. Tím, že se s nimi dosud „jednalo v rukavičkách“, nenaučili se zvládat stress a řešit krizové situace. Tíha zodpovědnosti ve spojení s fyzickou námahou sesterské práce u nich může snadno vést k vyčerpání a event. i rozvoji syndromu vyhoření.

Naproti tomu starší pracovníci byli vychováni odlišně, byli vedeni k samostatnosti. Paradoxně pozitivní vliv možná měl i z dnešního pohledu špatný a nepropracovaný způsob školení a dalšího vzdělávání. Nastupující zaměstnanci byli často „hozeni do vody“ na obtížné oddělení, neexistovaly žádné sestry-školitelky, které by se jim denně a soustavně věnovaly. Od začátku tak noví zaměstnanci byli přinuceni řešit problémy, zvládat krizové situace a komunikovat se zkušenějšími kolegy v případě problémů, čímž jistě rostlo i jejich sebevědomí a schopnost obrany před syndromem vyhoření.

U současných starších pracovníků je reálné, že během své praxe prošli obdobím vyčerpání či dokonce nastupujícím syndromem vyhoření. Ti, kteří se s tím nevyrovnali, opustili zdravotnictví, a na odděleních zbyli jen „silní jedinci“, kteří dnes v dotaznících dosahují dobrých výsledků. Letité zkušenosti jim umožňují rozlišit důležité od méně důležitého a správně si stanovit priority, dokážou s přehledem řešit problémy a krizové situace, umí komunikovat s lékaři a pracovat v týmu.

### **6.5.2. Hypotéza 2: „Práce na JIRP a v chirurgickém oboru je náročnější a je spojena s vyšším rizikem rozvoje syndromu vyhoření než na standardních odděleních a v interních oborech.“**

Předpoklad, že práce na JIRP je zatížena mnohem vyšším rizikem rozvoje syndromu vyhoření se v předchozí práci (Camprová, 2004) jednoznačně nepotvrdila. K ověření tehdejších výsledků a doplnění dalších dat byl proto výzkum zopakován a doplněna byla i možnost srovnání s nechirurgickým oborem.

Na Pediatrické klinice se statisticky významný rozdíl mezi zaměstnanci JIRP a ostatních oddělení nepodařilo prokázat. V dotazníku 1 (viz tab. 2) měli respondenti z JIRP průměrné skóre ohrožení 2,91 a zaměstnanci standardních oddělení 3,28. Obdobně ani ve výsledcích dotazníku 2 (viz tab. 7) nebyl pozorován významný rozdíl.

Výsledky dotazníku 1 získané na Klinice popáleninové medicíny byly překvapivé (viz tab. 4). Zaměstnanci JIRP dosáhli průměrného skóre pouze 2,53, zatímco respondenti ze standardních oddělení dosáhli významně vyšší průměrné hodnoty 3,62. Stejný rozdíl byl pozorován i při rozdělení respondentů podle délky praxe (mladší zaměstnanci 2,69 a 2,44, starší 2,44 a 3,13). Dotazník 2 (viz tab. 9) rozdíl nepotvrdil.

Statisticky významný rozdíl byl dokonce pozorován mezi všemi zaměstnanci JIRP ať už z Pediatrické kliniky či Kliniky popáleninové medicíny, kteří dosáhli průměrné hodnoty 2,75, a mezi všemi zaměstnanci standardních oddělení obou klinik, kteří měli průměrné skóre 3,42 (s hladinou významnosti 0,003).

Naproti tomu při posouzení průměrného skóre všech zaměstnanců kliniky bez ohledu na typ oddělení respondenti jak z Pediatrické kliniky, tak z Kliniky popáleninové medicíny shodně dosáhli průměrné skóre 3,10 a rozdíl tedy nebyl významný. **Hypotéza 2 tedy nebyla průzkumem potvrzena.**

Jaké se nabízí vysvětlení pro tento výsledek? Jednou možností je rozdíl ve skladbě personálu na JIRP a ostatních odděleních co se týče osobních vlastností pracovníků. Práce na JIRP je jednoznačně odlišná od standardního oddělení a vyžaduje typ sestry rozhodné, schopné se pod tlakem rychle a správně rozhodnout, schopné účinně si organizovat práci a vyrovnávat se s těžkým zdravotním postižením svých pacientů. V prvních letech praxe na JIRP se sestra musí vyrovnat s vysokými nároky, což může vést i k vyšší hladině stresu a vyššímu skóre ohrožení – viz hypotéza 1. Sestry, které z nejrůznějších důvodů práci na JIRP nezvládají, přecházejí na méně exponované pracoviště nebo zcela opouštějí zdravotnictví. Personál je tak postupně selektován na osobnosti dobře adaptované na specifické prostředí JIRP. Naproti tomu přechod z JIRP na standardní oddělení jistě nelze považovat za ostudu. Taková sestra se zde pravidelně plně uplatní a často patří mezi nejlepší pracovníky.

Vliv mohou mít také dva další velké rozdíly mezi prací na JIRP a standardních odděleních. Jedná se o velikost pracovních týmů a nutnost komunikace s pacienty a jejich rodinnými příslušníky:

1. Na JIRP pracovní skupina sestává z více sester, z nichž každá pečuje o jednoho až dva pacienty. Naproti tomu na standardních odděleních není výjimkou poměr jedna sestra na deset až dvanáct pacientů, o nočních službách může na jednu sestru připadnout až dvacet pět pacientů.
2. Pacienti na JIRP jsou obvykle v těžkém stavu, v resuscitačním zajištění a návštěvy jsou nemožné nebo zakázané, komunikace sestry s nimi je tedy minimální. Pokud se stav pacientů zlepší, jsou překládáni na ostatní oddělení, kde jsou potom doléčováni často velmi dlouhou dobu. Nároky na komunikaci s pacienty a příbuznými jsou tak mimo JIRP mnohem vyšší a mohou působit jako významný stresující faktor. Ze své vlastní praxe mohu potvrdit, že se v současné době výrazně zvyšuje náročnost pacientů a jejich příbuzných na sesterskou práci

a strmě vzrůstá počet stížností na zdravotnický personál (příčemž více než 80 % stížností je neoprávněných – nepublikovaná data).

Neexistující rozdíl mezi chirurgickými a interními obory si vysvětlují tím, že si absolvent vybírá budoucí obor a, obrazně řečeno, „člověk, který nemůže vidět krev“ nenastoupí na chirurgii, Proto stále platí domněnka, že práce na chirurgických pracovištích je náročnější, ale většině zaměstnanců tato práce vyhovuje a jsou na ni dobře adaptováni. Ve výsledku se pak v porovnání interních a chirurgických klinik neprojeví rozdíly.

### **6.5.3. Hypotéza 3: „Riziko rozvoje syndromu vyhoření je ovlivněno kvalitou řídicí práce managementu oddělení a kliniky.“**

K ověření hypotézy 3 byly použity výsledky získané dotazníky 3a a 3b. Na Pediatrické klinice průměrná známka vedení v dotazníku 3a dosáhla 1,86 (viz tab. 11). Ani známky jednotlivých členů vedení (přednosta 1,71, primář 2,38, vrchní sestra 1,50) nepřekročily hodnotu 2,50. Délka praxe respondentů neměla vliv na hodnocení (viz tab. 15). Podle výsledků dotazníku 3b bylo vedení hodnoceno průměrnou známkou 2,12, v tomto případě průměrná známka primáře dosáhla hodnoty 2,55, která by mohla naznačovat mírný posun spíše k negativnímu hodnocení jeho působení na psychosociální klima na pracovišti. Vedení jednotlivých oddělení (vedoucí lékaři a staniční sestry) byla hodnocena pozitivně (viz tab. 12).

Na Klinice popáleninové medicíny bylo vedení podle výsledků dotazníku 3a hodnoceno průměrnou známkou 1,99 a známky jednotlivých členů vedení zdaleka nedosáhly 2,50 (viz tab. 13). Hodnocení respondenty z JIRP a standardních oddělení bylo obdobné, pozitivně byla hodnocena i vedení oddělení (viz tab. 14). Významné rozdíly však byly prokázány při stratifikaci respondentů podle délky praxe. Mladší respondenti ze standardních oddělení vedení hodnotili lépe než zkušenější pracovníci (viz tab. 16). Změny se projeví i na úrovni celé kliniky, přestože rozdíly na JIRP nebyly významné. Výsledky dotazníku 3b tento trend potvrdily. Navíc v dotazníku 3b

někteří členové vedení kliniky byli hodnoceni průměrnou známkou nad 2,50 (přednosta 2,56 na celé klinice a vrchní sestra 2,67 na JIRP).

Respondenti z Pediatrické kliniky, kteří dosáhli podle dotazníku 1 skóre nad 3,00 a pohybovali se tedy v pásmu ohrožení syndromem vyhoření, hodnotili primáře kliniky v dotazníku 3b statisticky významně lepší známkou než jejich kolegové s nízkým skóre.

Pokud bylo vedení kliniky a oddělení rozděleno na vedoucí lékaře (přednosta a primář kliniky a vedoucí lékař oddělení) a vedoucí sestry (vrchní a staniční sestra), na obou pracovištích byl prokázán výrazný rozdíl v hodnocení ve prospěch vedoucích sester (viz tab. 18 a 19). Vedoucí lékaře v obou případech hůře hodnotili respondenti ze standardních oddělení než z JIRP. Průměrné známky vedoucích lékařů se pohybovaly kolem hranice negativního hodnocení 2,50 anebo ji lehce překračovaly. Pokud

se vrátíme k průměrnému skóre ohrožení syndromem vyhoření z dotazníku 1 (viz tab. 2 a 4), právě standardní oddělení dosáhla horších výsledků než JIRP, v případě Kliniky popáleninové medicíny dokonce statisticky významně horších.

Výsledky ukázaly, že neexistuje přesvědčivá korelace mezi ohrožením syndromem vyhoření a hodnocením celého managementu, které je celkově spíše pozitivně. Respondenti standardních oddělení obou klinik však negativně hodnotili vliv vedoucích lékařů, zatímco vliv vedoucích sester považovali spíše za neutrální.

**Hypotéza 3 tak byla částečně potvrzena.**

Proč byly lépe hodnoceny vedoucí sestry a proč se lišilo hodnocení standardních oddělení? Odpovědi na dotazníky 3a a 3b naznačují, že respondenti lépe hodnotí schopnost komunikace vedoucích sester se svými podřízenými. Lékaři podle jejich mínění neberou sestry jako rovnocenné partnery a vnucují jim podřadnější úlohu než jim v týmu přísluší. Tato skutečnost je mnohem nápadněji vyjádřena na standardních odděleních. Práce na JIRP je totiž vysoce odborná, sestry mají postgraduální specializaci v oboru, musejí zvládat složitou přístrojovou techniku a asistovat lékařům při odborných zákrocích. Lékaři je proto berou jako rovnocenné partnery, uvědomují si, že řadu činností by bez spolupráce sester nedokázali zajistit a jsou s nimi ochotni pracovat v týmu. Naproti tomu na standardních odděleních často

lékaři považují sestry za pomocné síly a mají tendenci jejich práci podceňovat. Týmová práce je zde výjimkou, spíše se uplatňuje direktivní způsob řízení. Pokud dochází ke konfliktům mezi lékaři a sestrami, jako „nárazník“ obvykle působí staniční a vrchní sestry. Není divu, že jsou proto respondenty mého průzkumu hodnoceny lépe.

Protože však celkově je management na obou klinikách hodnocen pozitivně, lze se domnívat, že přes diskutované výhrady obě vedení klinik používají správnou kombinaci direktivního a demokratického stylu vedení. Velké rezervy jsou ve schopnosti komunikace přednosta KPM resp. primáře Pediatrické kliniky s podřízenými. Řešení této situace by mohlo přinést absolvování manažerského kursu pro lékaře zaměřeného na komunikaci, týmovou práci a styly vedení.



## ZÁVĚR

Práce, která sledovala riziko rozvoje syndromu vyhoření u středních zdravotnických pracovníků na Pediatrické klinice a Klinice popáleninové medicíny, se snažila ověřit tři hypotézy.

**První hypotéza**, že riziko vzniku syndromu vyhoření souvisí s délkou praxe, **byla výzkumem potvrzena**, přičemž horších hodnot dosáhla skupina pracovníků s praxí kratší než 10 let. Tento výsledek se lišil od pozorování na Klinice popáleninové medicíny před osmi lety, kdy hůře dopadli pracovníci s delší praxí.

Jako důvod pro tento výsledek se nabízí celková situace ve školství, zdravotnictví a obecně ve společnosti, kdy se obecně snižují nároky na mladé lidi jak v rodinách, tak ve škole i v zaměstnání. Nastupující sestry dnes po dobu tří let nesmějí vykonávat svou práci bez dozoru sestry-školitelky. Naproti tomu starší pracovníci při absenci současného systému adaptačního procesu dříve byli přinuceni od počátku řešit problémy, zvládat krizové situace a komunikovat se zkušenějšími kolegy, čímž jistě rostlo i jejich sebevědomí a schopnost obrany před syndromem vyhoření. Navíc je reálné, že současní zkušenější pracovníci během své praxe prošli obdobím vyčerpání či dokonce nastupujícím syndromem vyhoření a buď se s ním vyrovnali anebo ti neúspěšní zdravotnictví opustili.

**Druhá hypotéza**, že práce na JIRP a v chirurgickém oboru sebou nese vyšší riziko rozvoje syndromu vyhoření než na standardních odděleních a v interním oboru, **výsledky výzkum potvrzena nebyla**.

Neexistující rozdíl mezi zaměstnanci JIRP a standardních oddělení a mezi chirurgickými a interními obory si lze vysvětlit výběrem každého absolventa, na jaký obor a pracoviště nastoupí, a tedy odlišnými povahovými a osobnostními rysy pracovníků na daných místech. Proto stále platí původní domněnka, že práce na

chirurgických pracovištích a JIRP je náročnější, ale většině zaměstnanců tato práce vyhovuje a jsou na ni dobře adaptováni.

**Třetí hypotéza**, že riziko rozvoje syndromu vyhoření je ovlivněno kvalitou řídicí práce managementu oddělení a kliniky, **byla výzkumem částečně potvrzena**. Významným faktorem pozitivně ovlivňujícím celkovou úroveň rizika byl vliv vedení na úrovni vrchní sestra a staniční sestra. Negativní vliv měla naopak nižší úroveň komunikace lékař – sestra a zejména nedostatky lékařů ve smyslu pro týmovou práci.

Výsledky výzkumu naznačily, že respondenti lépe hodnotili schopnost komunikace vedoucích sester se svými podřízenými. Lékaři podle jejich mínění neberou sestry jako rovnocenné partnery a vnucují jim podřadnější úlohu, než jim v týmu přísluší. Tato skutečnost je mnohem nápadněji vyjádřena na standardních odděleních. Práce na JIRP je totiž vysoce odborná, sestry mají postgraduální specializaci v oboru, a lékaři je proto berou jako rovnocenné partnery. Nedorozumění mezi lékaři a sestrami jsou obvykle řešena intervencí staničních a vrchních sester, které jsou proto respondenty výzkumu hodnoceny lépe.

Řešení této situace by mohlo přinést absolvování manažerského kursu pro lékaře zaměřeného na komunikaci, týmovou práci a styly vedení.

## SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

1. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. Grada Publishing, a.s., Praha 2007. ISBN 978-80-247-1407-3
2. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. Portál, s.r.o., Praha 2003. ISBN 80-7178-735-3.
3. CAMPROVÁ, P. *Syndrom vyhoření u středního zdravotnického personálu na Klinice popáleninové medicíny*. Závěrečná písemná práce, pomaturitní specializační studium Management ve zdravotnictví, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno 2004.
4. *Inovační kurz Manažerské minimum*. FTNsP, Praha & EU, 2010, CZ.2.17/1.1.00/31385
5. KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci i osobním životě*. Portál, s.r.o., Praha 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
6. KÖNIGOVÁ, R. a kol. *Rozsáhlé popáleninové trauma*. Avicenum, Praha 1990. ISBN 80-201-0085-7
7. STOCK, C. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Grada Publishing, a.s., Praha 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.
8. TOŠNEROVÁ, T., TOŠNER, J. *Burn-out syndrom, syndrom vyhoření*. Hestia, Praha 2002. <http://www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc>
9. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, s.r.o., Praha 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
10. VEBER, J. a kol. *Management. Základy, prosperita, globalizace*. Management Press, Praha 2007. ISBN 978-80-7261-0297.
11. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Grada Publishing, a.s., Praha 2011. ISBN 978-80-247-3174-2

## SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ

12. KUSHNIR, T., et al. *Are Burnout Levels Increasing? The Experience of Israeli Primary Care Physicians*. IMAJ 2004, 6: 451-455.

13. LINDSTROM, K., et al. *User's Guide for the QPS Nordic. General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work*. TemaNord Copenhagen 2000. ISBN 92-893-0535-5

14. MASLACH, C., JACKSON, S.E. *The measurement of experienced burnout*. Journal of Occupational Behaviour 1981, 2: 99-113.

15. TUVESON, H., et al. *The ward atmosphere important for the psychosocial work environment of nursing staff in psychiatric in-patient care*. BMC Nursing 2011, 10:12-19.

16. [http://www.persoenlichkeitspsychologie-potsdam.de/Onlinetests\\_e.htm](http://www.persoenlichkeitspsychologie-potsdam.de/Onlinetests_e.htm)

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek

- Tab. 1. Celkové výsledky dotazníku 1.
- Tab. 2. Výsledky dotazníku 1 na Pediatrické klinice podle oddělení.
- Tab. 3. Výsledky dotazníku 1 na Pediatrické klinice podle délky praxe.
- Tab. 4. Výsledky dotazníku 1 na Klinice popáleninové medicíny podle oddělení.
- Tab. 5. Výsledky dotazníku 1 na Klinice popáleninové medicíny podle délky praxe.
- Tab. 6. Celkové výsledky dotazníku 2.
- Tab. 7. Výsledky dotazníku 2 na Pediatrické klinice podle oddělení.
- Tab. 8. Výsledky dotazníku 2 na Pediatrické klinice podle délky praxe.
- Tab. 9. Výsledky dotazníku 2 na Klinice popáleninové medicíny podle oddělení.
- Tab. 10. Výsledky dotazníku 2 na Klinice popáleninové medicíny podle délky praxe.
- Tab. 11. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení kliniky na Pediatrické klinice.
- Tab. 12. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení oddělení na Pediatrické klinice.
- Tab. 13. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení kliniky na Klinice popáleninové medicíny.
- Tab. 14. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení oddělení na Klinice popáleninové medicíny.
- Tab. 15. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení kliniky na Pediatrické klinice podle délky praxe.
- Tab. 16. Výsledky dotazníku 3a v hodnocení vedení kliniky na Klinice popáleninové medicíny podle délky praxe.
- Tab. 17. Výsledky dotazníku 3b v hodnocení vedení kliniky na Klinice popáleninové medicíny podle délky praxe.
- Tab. 18. Výsledky dotazníku 3a a 3b v hodnocení vedoucích lékařů a vedoucích sester na Klinice popáleninové medicíny.
- Tab. 19. Výsledky dotazníku 3a a 3b v hodnocení vedoucích lékařů a vedoucích sester na Pediatrické klinice.

## Seznam grafů

- Graf 1. Yerkesův-Dodsonův zákon.

## SEZNAM PŘÍLOH

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| PŘÍLOHA A – Dotazník 1 .....  | I   |
| PŘÍLOHA B – Dotazník 2 .....  | II  |
| PŘÍLOHA C – Dotazník 3a ..... | III |
| PŘÍLOHA D – Dotazník 3b ..... | IV  |
| PŘÍLOHA E – Výsledky .....    | V   |

# PŘÍLOHY

## PŘÍLOHA A – Dotazník 1

Věk ..... let      Pohlaví Ž / M      Počet let praxe .....

Klinika popáleninové medicíny FNKV      Oddělení: .....

Jak často se cítíš níže uvedeným způsobem?

| 1     | 2                   | 3      | 4     | 5     | 6                 | 7     |
|-------|---------------------|--------|-------|-------|-------------------|-------|
| nikdy | jednou nebo dvakrát | vzácně | občas | často | obvykle, vícekrát | pořád |

|     |                              |  |
|-----|------------------------------|--|
| 1.  | unavená                      |  |
| 2.  | v depresi                    |  |
| 3.  | mám dobrý den                |  |
| 4.  | tělesně vyčerpaná            |  |
| 5.  | citově vyčerpaná             |  |
| 6.  | šťastná                      |  |
| 7.  | zdrčená                      |  |
| 8.  | vyprahlá                     |  |
| 9.  | nešťastná                    |  |
| 10. | uštvaná                      |  |
| 11. | cítím se v pasti             |  |
| 12. | nikomu na mně nezáleží       |  |
| 13. | otrávená                     |  |
| 14. | mám starosti                 |  |
| 15. | bez iluzí a našťvaná na lidi |  |
| 16. | slabá a bezmocná             |  |
| 17. | cítím beznaděj               |  |
| 18. | zapuzená                     |  |
| 19. | plná optimismu               |  |
| 20. | plná elánu                   |  |
| 21. | plná úzkosti                 |  |

## PŘÍLOHA B – Dotazník 2

vždy často někdy zřídka nikdy

|                                                                | vždy | často | někdy | zřídka | nikdy |
|----------------------------------------------------------------|------|-------|-------|--------|-------|
| 1. Obtížně se soustřeďuji                                      | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 2. Nedokážu se radovat ze své práce                            | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“                           | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 4. Nemám chuť pomáhat problémovým pacientům                    | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech              | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 6. Jsem sklíčený/á                                             | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 7. Jsem náchylný/á k nemocím                                   | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 8. Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy   | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných pacienta i o pacientech  | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.          | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy      | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává                   | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní                         | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 15. Jsem napjatý/á                                             | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 16. Svou práci omezují na její mechanické provádění            | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 17. Přemýšlím o odchodu z oboru                                | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění                         | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 19. Trápí mě poruchy spánku                                    | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání                     | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru      | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 22. Cítím se ustrašený/á                                       | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 23. Trpím bolestmi hlavy                                       | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |
| 24. Pokud to jde, vyhýbám se rozhovorům s pacienty             | 4    | 3     | 2     | 1      | 0     |



## PŘÍLOHA C – Dotazník 3a

Klinika popáleninové medicíny FNKV

Oddělení: .....

Odpovězte číselnou hodnotou: určitě ano – 1; spíše ano – 2; spíše ne – 3; určitě ne - 4

|                                                                                           | PK | PR | VS | LO | SS |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|
| Má smysl pro spravedlnost, bere v úvahu i názory druhých lidí.                            |    |    |    |    |    |
| Je ochoten/na vyvinout úsilí k plánovanému řešení situace i když je řešení velmi obtížné. |    |    |    |    |    |
| Je dobrý/á komunikátor/ka.                                                                |    |    |    |    |    |
| Je empatický/á.                                                                           |    |    |    |    |    |
| Myslí nezávisle, je schopen/na si vytvořit svůj vlastní úsudek.                           |    |    |    |    |    |
| Je proaktivní – předvídá problémy a snaží se jim předcházet.                              |    |    |    |    |    |
| Má smysl pro týmovou práci.                                                               |    |    |    |    |    |
| Zamýšlí se stále nad kvalitou a je kreativní.                                             |    |    |    |    |    |
| Bere sestru jako rovnocenného partnera.                                                   |    |    |    |    |    |
| Stojí za personálem svého oddělení / kliniky.                                             |    |    |    |    |    |

Zkratky:

LO – vedoucí lékař oddělení

PK – přednosta kliniky

PR – primář

SS – staniční sestra

VS – vrchní sestra

## PŘÍLOHA D – Dotazník 3b

Odpovězte číselnou hodnotou: určitě ano – 1; spíše ano – 2; spíše ne – 3; určitě ne - 4

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PK | PR | VS | LO | SS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|
| <p>Vedoucí pracovník bere do úvahy moje připomínky a návrhy při řešení problémů a při důležitých rozhodnutích, ocení mé nápady a připomínky a pochválí mne za ně.</p> <p>Vedoucí pracovník si všímá a oceňuje mou iniciativu a práci navíc (výzdoba oddělení, pomůcky pro pacienty, nezištná práce přes čas apod.) a podporuje mne, pokud potřebuji pomoc při své práci (zajistí potřebný materiál a techniku, dostatečný počet personálu apod.)</p> <p>Vedoucí pracovník oceňuje mé pracovní úspěchy (rychlé a kvalitní zajištění pacienta při příjmu, dobře provedený výkon apod.)</p> |    |    |    |    |    |
| <p>Mohu se spolehnout, že vedoucí pracovník mne a celý tým podpoří a zastane se nás. Vedoucí pracovník je spravedlivý a rozlišuje podíl/vinu jednotlivých podřízených na daném problému (nevytkne nikomu něco, za co nemůže).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    |    |    |    |    |
| <p>Mám pocit, že se mnou vedoucí pracovník dostatečně komunikuje a podává mi potřebné informace. Při svém rozhodování bere v úvahu stávající situaci a v akutních případech mne ani tým nepřetěžuje dalšími příkazy (zbytečné stěhování pacientů apod.). Vedoucí pracovník jde příkladem v dodržování pravidel a nařízení včetně vlastních (dodržuje Zákoník práce, rozpis služeb je rovnoměrný a spravedlivý apod.)</p>                                                                                                                                                                 |    |    |    |    |    |
| <p>Mám pocit, že přístup nadřízeného se významnou měrou pozitivně podílí na mé celkové pohodě.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    |    |    |    |

Zkratky:

LO – vedoucí lékař oddělení

PK – přednosta kliniky

PR – primář

SS – staniční sestra

VS – vrchní sestra

# PŘÍLOHA E – Výsledky

## Pediatrická klinika

| Klin. | Odd. | Věk | Praxe | Dot.<br>1 | Dotazník 2 |    |    |    |    | Dotazník 3a |     |      |     |     | Dotazník 3b |      |      |      |      |
|-------|------|-----|-------|-----------|------------|----|----|----|----|-------------|-----|------|-----|-----|-------------|------|------|------|------|
|       |      |     |       |           | R          | E  | T  | S  | x  | PK          | PR  | VS   | LO  | SS  | PK          | PR   | VS   | LO   | SS   |
| PED   | JIP  | 22  | 0,5   | 3,24      | 12         | 14 | 13 | 7  | 46 | 1           | 1,1 | 1    | 1   | 1   | 2           | 2    | 2    | 2    | 2    |
| PED   | JIP  | 31  | 8     | 3         | 6          | 5  | 9  | 4  | 24 | 1,8         | 2,3 | 1,7  | 1,7 | 1,7 | 3           | 3,25 | 2,25 | 2    | 2    |
| PED   | JIP  | 30  | 10    | 1,67      | 1          | 2  | 2  | 0  | 5  | 1,5         | 3   | 1,8  | 2   | 2,9 | 1,75        | 4    | 2,25 | 2    | 2,75 |
| PED   | JIP  | 29  | 12    | 2,57      | 3          | 7  | 6  | 5  | 21 | 2,7         | 3,1 | 2,3  | 2,8 | 2,9 | 2,75        | 2,75 | 2    | 2,25 | 3    |
| PED   | JIP  | 31  | 12    | 3,52      | 7          | 7  | 11 | 4  | 29 | 2           | 2   | 2    | 2,4 | 2,4 | 2           | 2    | 2    | 2    | 2,25 |
| PED   | JIP  | 37  | 15    | 2         | 1          | 0  | 5  | 0  | 6  | 1,1         | 3,8 | 2,7  | 2,1 | 4   | 1           | 4    | 2,75 | 2,5  | 4    |
| PED   | JIP  | 39  | 20    | 3,1       | 6          | 7  | 7  | 3  | 23 | 1,5         | 2,7 | 1,25 | 1,4 | 1,9 | 1,75        | 2,25 | 1,25 | 1,25 | 2,25 |
| PED   | JIP  | 40  | 22    | 1,9       | 5          | 6  | 8  | 2  | 21 | 2           | 2,1 | 1    | 1,8 | 2   | 2           | 2    | 2    | 2    | 2    |
| PED   | JIP  | 41  | 23    | 2,24      | 7          | 6  | 4  | 5  | 22 | 1,9         | 2,4 | 1,8  | 1,6 | 1,7 | 2,25        | 2,75 | 2    | 2    | 2    |
| PED   | JIP  | 42  | 23    | 2,38      | 4          | 4  | 5  | 3  | 16 | 1,4         | 2,6 | 1,1  | 1,2 | 1,8 | 1,75        | 2,25 | 1    | 1,25 | 2    |
| PED   | JIP  | 40  | 23    | 3,33      | 9          | 9  | 9  | 4  | 31 | 1,2         | 1,2 | 1,1  | 1,1 | 1,1 | 1,5         | 1,5  | 1    | 1    | 1    |
| PED   | JIP  | 41  | 25    | 2,1       | 4          | 3  | 2  | 2  | 11 | 1,8         | 3,4 | 2    | 1,9 | 3,5 | 2           | 4    | 2,75 | 2    | 3,75 |
| PED   | JIP  | 43  | 25    | 2,86      | 8          | 11 | 12 | 5  | 36 | 2,2         | 2,9 | 1,2  | 1,7 |     | 3           | 3    | 1,25 | 1,75 |      |
| PED   | JIP  | 46  | 25    | 2,95      | 5          | 5  | 3  | 6  | 19 | 1,1         | 2,3 | 1,1  | 1,2 | 1,2 | 2,7         | 3,5  | 1,5  | 2    | 1,5  |
| PED   | JIP  | 44  | 26    | 4,76      | 13         | 10 | 11 | 10 | 44 | 1,9         | 2,7 | 1,4  | 1,3 | 1,9 | 1,75        | 2,25 | 1,25 | 1,5  | 2,25 |
| PED   | JIP  | 46  | 27    | 4,86      | 6          | 12 | 11 | 7  | 36 | 1,8         | 3   | 1,6  | 1,6 | 1,6 | 2,25        | 3    | 1,5  | 1,5  | 1,5  |
| PED   | ST   | 27  | 3     | 4,48      | 8          | 13 | 12 | 5  | 38 | 1,8         | 1,5 | 1,4  | 2   | 1   | 2,25        | 2    | 1,25 | 1,25 | 1    |
| PED   | ST   | 34  | 17    | 3,38      | 8          | 10 | 5  | 8  | 31 | 2,9         | 3   | 2    | 2,9 | 1,4 | 2,75        | 2,75 | 1,75 | 2,25 | 1    |
| PED   | ST   | 40  | 20    | 4,38      | 3          | 9  | 7  | 2  | 21 | 2,2         | 3,1 | 2,3  | 2,4 | 2,2 | 3,25        | 3,25 | 2,5  | 3,5  | 2    |
| PED   | ST   | 40  | 20    | 4,05      | 3          | 10 | 14 | 5  | 32 | 2           | 2,7 | 2,1  | 2,1 |     | 3           | 3,25 | 2    | 3    |      |
| PED   | ST   | 39  | 21    | 3,19      | 4          | 5  | 11 | 8  | 28 | 1,8         | 2,5 | 1,2  | 1,5 |     | 2           | 2,75 | 1,5  | 2    |      |
| PED   | ST   | 46  | 27    | 2,81      | 5          | 3  | 5  | 2  | 15 | 1,5         | 2,8 | 1    | 1,7 |     | 2,25        | 3    | 1    | 2,5  |      |
| PED   | ST   | 46  | 28    | 2,29      | 3          | 4  | 10 | 1  | 18 | 1,5         | 1,9 | 1    | 1,7 | 1   | 1,75        | 1,75 | 1    | 1,5  | 1    |
| PED   | ST   | 50  | 30    | 3,1       | 11         | 11 | 6  | 6  | 34 | 1,8         | 2,4 | 1,8  | 2,3 | 1,7 | 2           | 2    | 2    | 2    | 1,5  |
| PED   | ST   | 51  | 31    | 3,43      | 9          | 8  | 10 | 8  | 35 | 2,9         | 2,9 | 2,9  | 1,1 | 2   | 3           | 3    | 2,75 | 1    | 2,25 |
| PED   | ST   | 59  | 32    | 3,62      | 8          | 9  | 11 | 5  | 33 | 1,3         | 2   | 1    | 1   | 1   | 2,25        | 3    | 1    | 2,25 | 1    |
| PED   | ST   | 56  | 37    | 3,43      | 8          | 8  | 8  | 8  | 32 | 1           | 1   | 1    | 1   | 1   | 1           | 1    | 1    | 1    | 1    |
| PED   | ST   | 59  | 38    | 2,62      | 3          | 4  | 10 | 0  | 17 | 1           | 2   | 1    | 1,3 | 1   | 1,5         | 2,25 | 1    | 1,5  | 1    |
| PED   | ST   | 56  | 38    | 3,05      | 3          | 6  | 6  | 1  | 16 | 1,7         | 1,9 | 1,3  | 1,3 | 1,3 | 1,75        | 1,75 | 1    | 1,75 | 1    |
| PED   | ST   | 61  | 41    | 2,71      | 2          | 6  | 8  | 2  | 18 | 1           | 2   | 1    | 1,3 | 1   | 1,5         | 2    | 1    | 1,5  | 1    |
| PED   | ST   | 69  | 51    | 2,86      | 5          | 6  | 10 | 4  | 25 | 1,5         | 2,5 | 1    | 1,3 | 1   | 2           | 2,5  | 1    | 1    | 1    |
| PED   | ST   |     |       | 3,05      | 8          | 11 | 11 | 7  | 37 | 1,8         | 1,2 | 1    | 1,1 | 1   | 2           | 1    | 1    | 2,33 | 1    |

## Klinika popáleninové medicíny

| Klin. | Odd. | Věk | Praxe | Dot. 1 | Dotazník 2 |    |    |    |    | Dotazník 3a |     |     |     |     | Dotazník 3b |      |      |      |      |
|-------|------|-----|-------|--------|------------|----|----|----|----|-------------|-----|-----|-----|-----|-------------|------|------|------|------|
|       |      |     |       |        | R          | E  | T  | S  | x  | PK          | PR  | VS  | LO  | SS  | PK          | PR   | VS   | LO   | SS   |
| POP   | JIP  | 28  | 5     | 1,86   | 5          | 5  | 6  | 2  | 18 | 1,9         | 1,9 | 2,1 | 2,7 | 1,6 | 3,25        | 3,25 | 3,25 | 3,25 | 1,25 |
| POP   | JIP  | 25  | 5     | 4,48   | 16         | 17 | 11 | 9  | 53 |             |     |     |     |     |             |      |      |      |      |
| POP   | JIP  | 38  | 5     | 1,9    | 6          | 5  | 5  | 4  | 20 | 1,9         | 1,9 | 4   | 3   | 1,6 | 3           | 3    | 4    | 4    | 2,5  |
| POP   | JIP  | 30  | 10    | 2,52   | 4          | 6  | 6  | 3  | 19 | 1,8         | 1,8 | 2   | 2,8 | 1,1 | 1,5         | 1,5  | 3    | 3,5  | 1    |
| POP   | JIP  | 32  | 13    | 2,76   | 5          | 6  | 6  | 7  | 24 | 1,8         | 1,8 | 2   | 2,8 | 1,1 | 1,5         | 1,5  | 3    | 3,5  | 1    |
| POP   | JIP  | 33  | 14    | 2,57   | 3          | 7  | 4  | 5  | 19 | 1,7         | 1,7 | 1,3 | 1,1 | 1   | 1,5         | 1,75 | 1,25 | 1    |      |
| POP   | JIP  | 35  | 15    | 1,67   | 4          | 2  | 2  | 3  | 11 | 1,6         | 1,6 | 2,1 | 1,9 | 1,6 | 1,5         | 1,5  | 1,75 | 1,75 | 1,5  |
| POP   | JIP  | 33  | 16    | 2,5    | 3          | 3  | 1  | 0  | 7  | 2,1         | 2,1 | 3   | 2,3 | 1,4 | 3           | 3    | 4    | 2,75 | 2    |
| POP   | JIP  | 44  | 27    | 2,24   | 4          | 5  | 6  | 4  | 19 | 2,8         | 2,7 | 1,3 | 2,7 | 1,5 | 3           | 3    | 1,25 | 3    | 1,25 |
| POP   | JIP  | 46  | 28    | 2,86   | 3          | 6  | 2  | 0  | 11 | 2,2         | 2,5 | 2,1 | 2,4 | 2,1 | 2,5         | 2,75 | 2,5  | 2,75 | 2,5  |
| POP   | JIP  | 54  | 36    | 2,48   | 8          | 7  | 5  | 2  | 22 | 1,4         | 2   | 1,2 | 2   | 1,8 | 1,75        | 1,75 | 1,75 | 1,75 | 1,75 |
| POP   | ST   | 21  | 1,5   | 3,38   | 11         | 10 | 8  | 7  | 36 | 1,4         | 1,4 | 1,2 | 2,1 | 2,5 | 1,5         | 1,5  | 1,75 | 1,75 | 2    |
| POP   | ST   | 23  | 3     | 3,76   | 3          | 4  | 5  | 2  | 14 | 1           | 1   | 1   | 1   | 1   | 1           | 1    | 1    | 1    | 1    |
| POP   | ST   | 23  | 3     | 5,14   | 8          | 10 | 8  | 8  | 34 | 1,3         | 1,3 | 1   | 1,7 | 1   | 2           | 2    | 1    | 2    | 1    |
| POP   | ST   | 25  | 5,5   | 4,33   | 7          | 13 | 10 | 10 | 40 | 1,1         | 1,1 | 1   | 1,6 | 1   | 2,75        | 2,75 | 2,5  | 3,5  | 2,5  |
| POP   | ST   | 27  | 8     | 4,9    | 11         | 18 | 15 | 12 | 56 | 1,8         | 1,8 | 2,4 | 3,1 | 2,4 | 3,5         | 3,5  | 3,25 | 3,75 | 2,75 |
| POP   | ST   | 32  | 12    | 3,43   | 3          | 7  | 8  | 3  | 21 | 3,3         | 3,3 | 2,9 | 2,7 | 1,3 | 4           | 2,75 | 2,25 | 2,25 | 1,25 |
| POP   | ST   | 34  | 12    | 3,14   | 2          | 5  | 2  | 5  | 14 | 3,1         | 3,1 | 2,7 | 2,1 | 1,5 | 3,25        | 2,75 | 3    | 2    | 1,5  |
| POP   | ST   | 36  | 12    | 2,86   | 2          | 9  | 8  | 3  | 22 | 3           | 3   | 2,1 | 2,8 | 1,7 | 3,75        | 3,75 | 2,75 | 3,25 | 1    |
| POP   | ST   | 36  | 15    | 4      | 4          | 3  | 4  | 6  | 17 | 2,6         | 2,9 | 2,7 | 2,5 | 1,5 | 3,25        | 3,25 | 3    | 2,75 | 1,5  |
| POP   | ST   | 34  | 15    | 3,14   | 6          | 2  | 3  | 1  | 12 | 2,6         | 1,3 | 1,4 | 1,6 | 1   | 3,75        | 2,25 | 2    | 3    | 1    |
| POP   | ST   | 40  | 22    | 3,14   | 2          | 7  | 6  | 1  | 16 | 3,7         | 2,5 | 2,3 | 2,5 | 1,9 | 4           | 2,25 | 2    | 3    | 2    |
| POP   | ST   | 51  | 30    | 2,19   | 5          | 7  | 6  | 2  | 20 | 1           | 1   | 1   | 1   | 1   | 1           | 1    | 1    | 1    | 1    |

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Petra Camprová

**Obor:** Manažerská studia – řízení lidských zdrojů

**Forma studia:** kombinované

**Název práce:** Syndrom vyhoření u nelékařského zdravotnického personálu. Porovnání pracoviště s chirurgickou a interní problematikou, srovnání se stavem na klinice popáleninové medicíny před osmi lety.

**Rok:** 2012

**Počet stran textu bez příloh:** 49

**Celkový počet stran příloh:** 6

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 10

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 4

**Počet internetových zdrojů:** 2

**Vedoucí práce:** PaedDr. Anton Tomko