

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Kateřina Černáková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Kateřina Černáková

**SYNDROM VYHOŘENÍ U NELÉKAŘSKÝCH
ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ A JEHO PREVENCE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Pecháčková

PLZEŇ 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.3. 2023.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Černáková Kateřina

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a jeho prevence

Vedoucí práce: Mgr. Petra Pecháčková

Počet stran – číslované: 57

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: syndrom vyhoření, nelékařští zdravotničtí pracovníci, prevence, stres, psychohygiena

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a jeho prevencí. Práce sestává ze dvou částí, a to z teoretické části a z praktické části. Teoretická část probírá syndrom vyhoření jako takový, zabývá se jeho prevencí, probírá pomáhající profese a nelékařské zdravotnické pracovníky a v neposlední řadě také supervizi a peer pracovníky.

Praktická část je zaměřená samotné povědomí nelékařských zdravotnických pracovníků o problematice syndromu vyhoření a možnostech jeho prevence. Základním zjištěním této práce je fakt, že nelékařští zdravotničtí pracovníci mají základní vhled do problematiky syndromu vyhoření a některých možnostech jeho prevence, avšak postrádají hlubší povědomí o možnostech supervize a peer pracovníků.

Abstract

Surname and name: Černáková Kateřina

Department: Department of nursing and midwifery

Title of thesis: Burnout syndrome among non-medical health professionals and its prevention

Consultant: Mgr. Petra Pecháčková

Number of pages – numbered: 57

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 34

Keywords: burnout syndrome, non-medical health professionals, prevention, stress, psychohygiene

Summary:

This bachelor thesis is focused on burnout syndrome among non-medical health professionals and its prevention. The thesis is consisted of two parts. The theoretical and practical part. Theoretical part explained aspects such as burnout syndrome itself, listed and explained the possibilities of its prevention, noted who belongs among non-medical health professionals and also focused on what supervision and peer support is.

The practical part is focused on awareness of the non-medical health professionals about the burnout syndrome and its prevention. One of the general results was that non-medical professionals are indeed aware of burnout syndrome and some of its prevention methods but they lack further knowledge of supervision and peer support.

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Pecháčkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji své rodině, přátelům a známým za podporu, kterou mi během zpracovávání práce poskytovali.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 POMÁHAJÍCÍ PROFESE	14
1.1 Nelékařští zdravotničtí pracovníci.....	15
2 SYNDROM VYHOŘENÍ	16
2.1 Počátky pojmu syndrom vyhoření – H. J. Freudenberger	16
2.2 Dnešní pojetí a definice syndromu vyhoření.....	16
2.3 Rizikové faktory	17
2.3.1 Vnitřní a vnější rizikové faktory.....	17
2.3.2 Stres	19
2.4 Fáze syndromu vyhoření	19
2.5 Projevy a příznaky syndromu vyhoření.....	23
2.5.1 Emocionální projevy a příznaky.....	23
2.5.2 Psychické projevy a příznaky	24
2.5.3 Fyzické projevy a příznaky.....	24
2.6 Důsledky syndromu vyhoření.....	24
2.7 Diagnostika syndromu vyhoření.....	25
3 PREVENCE.....	27
3.1 Prevence a léčba syndromu vyhoření	27
3.2 Prevence v osobní rovině.....	29
3.3 Prevence v pracovní rovině	30
3.4 Supervize	30
3.4.1 Formy supervize	31
3.4.2 Funkce supervize	32
3.4.3 Specifické metody supervize – balintovské skupiny.....	32
3.5 Systém psychosociálních intervenčních služeb – peer support.....	33
PRAKTICKÁ ČÁST	34
4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	34
5 CÍLE A VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY	35
5.1 Hlavní cíl	35
5.2 Dílčí cíle a výzkumné předpoklady	35
5.3 Operacionalizace pojmů	36
6 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	37

6.1	Metodologie výzkumu.....	37
6.2	Charakteristika sledovaného souboru.....	37
6.3	Organizace výzkumu.....	37
6.4	Zpracování dat.....	39
7	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	63
	DISKUZE.....	66
	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM LITERATURY.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73
	PŘÍLOHY.....	74
	Příloha A, Dotazník pro nelékařské zdravotnické pracovníky.....	74
	Příloha B, Informovaný souhlas zařízení.....	77

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Genderové rozložení.....	39
Graf 2: Věkové zastoupení.....	40
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání	41
Graf 4: Délka praxe v oboru	42
Graf 5: Pracovní oddělení	43
Graf 6: Spokojenost na oddělení.....	44
Graf 7: Vřelost vztahů kolektivu na pracovišti	45
Graf 8: Obeznamenost s pojmem syndrom vyhoření.....	46
Graf 9: Vliv oddělení na vývoj syndromu vyhoření	47
Graf 10: Stresové interakce na pracovišti	48
Graf 11: Sebepozorování symptomů syndromu vyhoření	49
Graf 12: Sebepozorované symptomy syndromu vyhoření.....	50
Graf 13: Pozorování symptomů syndromu vyhoření u spolupracovníků	51
Graf 14: Pozorované symptomy syndromu vyhoření u spolupracovníků.....	52
Graf 15: Obeznamenost s riziky syndromu vyhoření	53
Graf 16: Vliv covidové pandemie na pracovní vytíženost pracovníků.....	54
Graf 17: Přehled o možnostech prevence syndromu vyhoření	55
Graf 18: Aktivní užívání preventivních opatření proti vývoji syndromu vyhoření ..	56
Graf 19: Užívaná preventivní opatření proti vývoji syndromu vyhoření.....	57
Graf 20: Obeznamenost s pojmem supervize	58
Graf 21: Aktivní využití supervize na pracovišti	59
Graf 22: Obeznamenost s pojmem „peer support“	60

Graf 23: Využití služeb peer pracovníků v nemocničním zařízení Privamed, a.s. ... 61

Graf 24: Využití služeb peer pracovníků v případě možnosti 62

SEZNAM ZKRATEK

a.s.	akciová společnost
atd.	a tak dále
Bc.	Bakalářský vysokoškolský titul
CFS	Chronic Fatigue Syndrome (syndrom chronické únavy)
CNP	Centrum Návazné Péče
č.	číslo
ČR.....	Česká republika
ed.	editor
INT.....	Interní oddělení
ISBN	International Standart Book Number
ISSN.....	International Standart Serial Number
JIP	Jednotka intenzivní péče
kol.	kolektiv
MBI.....	Maslach Burnout Inventory
Mgr.	Magisterský vysokoškolský titul
NLZP	Nelékařští Zdravotničtí Pracovníci
NEU	Neurologické oddělení
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
p.	page
RHC	Rehabilitační oddělení
s.	strana
Sb.	Sbírky

SPIS Systém Psychosociálních Intervenčních Služeb

SZŠ Střední zdravotnická škola

tzv. takzvaně

VOŠ Vyšší odborná škola

ÚVOD

Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, které vzniká při dlouhodobém působení pracovního stresu. Následkem tohoto zatížení je v konečném důsledku stav úplného psychického, fyzického, ale i duševního vyčerpání. Syndrom vyhoření se nejčastěji projevuje u lidí pracujících v pomáhajících profesích. Do definice pomáhajících profesí spadá mnoho povolání, ale tato práce je zaměřena pouze na nelékařské zdravotnické pracovníky. Ti se s při výkonu svého povolání setkávají s mnohými stresovými situacemi, a ne každý, se s nimi dokáže správně vypořádat. Právě u těchto osob je vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření, jehož následkem může být i předčasné ukončení výkonu povolání.

Téma bakalářské práce bylo vybráno po důkladném uvážení mých dosavadních znalostí a zkušeností o daném tématu a jeho problematice. V průběhu mého dosavadního působení ve zdravotnictví, i když prozatím krátkého, jsem se setkala s mnoha osobami, jež vykazovaly symptomy syndromu vyhoření. A právě mé krátké působení ve zdravotnictví ve mně vzbudilo otázky ohledně problematiky syndromu vyhoření. Samozřejmě v průběhu posledních tří let měla na vývoj syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků svůj dopad i covidová pandemie, která měla negativní vliv na stresovou situaci zdravotnických pracovníků.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je věnována vymezení termínů pomáhající profese a nelékařský zdravotnický pracovník, dále se zaměřuje na samotnou problematiku syndromu vyhoření a v neposlední řadě také možnostem prevence syndromu vyhoření. Cílem práce je zmapovat míru povědomí o syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a možnostech jeho prevence. Praktická část je provedena formou kvantitativního šetření a k získání dat byl použit anonymní nestandardizovaný dotazník. Výzkum proběhl v nemocničním zařízení Privamed a.s.

Seznam informačních zdrojů bakalářské práce sestává z celkem 34 pramenů v českém a anglickém jazyce. Zdroje byli odcitovány podle citační normy ČSN ISO 690. V práci jsou zdroje seřazeny dle abecedního pořadí. Při vyhledávání možných zdrojů byl kladen velký důraz na jejich aktuálnost a relevantnost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Výraz pomáhající profese si můžeme vyložit jako oblast lidské činnosti, která je především zaměřena na práci s druhými lidmi (Vávrová, 2012, s. 7). Smyslem a podstatou pomáhající profese je dělat něco, co naplňuje život pomáhajícího, což spočívá v pomoci druhým lidem a podpoře při řešení jejich problémů. Primárním a nejdůležitějším prostředkem pro vykonávání těchto profesí je osobnost pomáhajícího, od něho se očekávají jisté predispoziční vlastnosti, které jsou klíčové pro výkon profese. Mezi ně se řadí mravní čistota, ry-zost charakteru a vědomí odpovědnosti, také zájem o dění a osoby kolem nich a ochotu přinášet oběti pro úspěch ve své profesi. Pro nejlepší představu charakteru pomáhajícího by se mělo jednat o sociálně vyspělou osobnost, s realistickým pojetím sama sebe, respektující etické normy a principy při výkonu své profese (Špirudová, 2015, s. 35). Mimo to všechno, je třeba i vzdělání, určité dovednosti a vědomosti, které jsou důležité pro výkon profese pomáhajícího. Pouze to ale není dostačující a jedinci do své práce investují i část své osobnosti (Honzák, 2018, s. 53).

Dále Špirudová (2015, s. 35) uvádí, že mezi osobnostní předpoklady pomáhajícího se řadí mimo empatie také i vlídnost, náklonnost a trpělivost. Pomáhající jedinec má potřebu sebereflexe, supervize a dalšího vzdělávání, je obeznámen s riziky doprovázející vykonávání své profese. Podle Stocka (2010, s. 11) je obecně známo, že se syndromem vyhoření se může potkat téměř kdokoliv. Existují ale profese, které k tomuto onemocnění mají větší předpoklady než jiné. Špirudová (2015, s. 21) zmiňuje hrubý výčet těchto profesí mezi něž patří profese jako jsou sociální pracovníci, psychologové, pedagogičtí pracovníci např. učitelé a vychovatelé. Dále se k těmto profesím řadí supervize, poradenství, koučování nebo asistenční služba. A v neposlední řadě profese spojené se zdravotnictvím, tyto profese zahrnují: lékaře, zdravotní sestry, pečovatele, ale i fyzioterapeuty a porodní asistenty.

Podle Venglářové (2011, s. 26) jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženi lidé obětaví a usilovně pracující, kteří nedokážou říci ne, kteří jsou příliš nadšení a plní energie do výkonu práce. Tyto osoby nemají mnoho koníčků a zájmů mimo svoji práci. Dále k výčtu můžeme řadit lidi, kteří berou neúspěch jako osobní porážku a ti, kteří si myslí, že jsou v práci nepostradatelní. Ale řadí se k nim i ti, kteří si neuvědomují, že jsou syndromem vyhoření ohroženi.

1.1 Nelékařští zdravotničtí pracovníci

Malíková (2020, s. 93) popisuje povinnost nelékařských zdravotnických pracovníků (dále jen NLZP) pro výkon své profese totiž musí splňovat podmínky zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Autorka dále zmiňuje (2020, s. 93), že novelizací již zmíněného zákona v roce 2017 – zákonem č. 201/2017 Sb., byla zrušena tehdy povinná registrace NLZP. Pro výkon povolání zdravotnického pracovníka, podle již zmíněného zákona jsou přesně definovány podmínky způsobilosti, které zahrnují: trestní bezúhonnost, zdravotní způsobilost a zároveň musí splňovat odbornou způsobilost podle znění tohoto zákona.

Naše legislativa rozděluje NLZP na dvě hlavní části. Prvním z nich jsou NLZP, kteří vykonávají svoji profesi bez odborného dohledu nebo vedení. Druhým z nich jsou NLZP, kteří mohou vykonávat svoji profesi pod odborným dohledem a vedením. NLZP mají stanovené výkony, jež mohou vykonávat sami bez předem dané indikace lékaře. Jiné výkony je možné vykonávat jen v případě indikace či pod přímým dohledem lékaře nebo jiným určeným odborníkem (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 58). Autorky Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická (2018, s. 59) dále uvádějí příklady NLZP, kteří mají kompetence k výkonu povolání bez odborného dohledu a mezi ně se řadí např. všeobecné sestry, porodní asistentky, zdravotničtí záchranáři, ergoterapeuti, fyzioterapeuti a další. NLZP provádějící výkony pod odborným dohledem mohou být např. praktické sestry, ošetřovatelé, sanitáři a další.

Remeš a Trnovská (2013, s. 14) ve své knize uvádí, že NLZP, kteří jsou způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu, si mohou udělat tzv. specializovanou způsobilost k výkonu povolání. Tohoto lze docílit pouze dalším studiem, jež může probíhat formou navazujícího vysokoškolského studia či formou některých specializačních kurzů, jež zajišťující potřebnou odbornost. K těmto profesím se řadí např. sestra pro intenzivní péči nebo sestra pro perioperační péči.

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Nesejde na tom, zda se jedná o workoholika, manažera či ženu, jež mimo své zaměstnání pečuje o děti a rodinu. Kdokoliv z nás se může potýkat s chronickým stresem a dlouhodobou nadměrnou zátěží a nezáleží, zda se jedná o přetěžování v zaměstnání nebo zda se jedná o složité rodinné události. Se syndromem vyhoření se může setkat kdokoliv, ale každý proti tomu může něco udělat (Stock, 2010, s. 11).

2.1 Počátky pojmu syndrom vyhoření – H. J. Freudenberger

Psychologové a lékaři se zabývali stavy celkového vyčerpání již od 70. let minulého století. Tento fenomén je dnes známý jako syndrom vyhoření (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 140). Termín burnout syndrom (jinak syndrom vypálení, vyprahnutí) prvně zavedl psychoanalytik Herbert J. Freudenberger. Stalo se tak v časopise *Journal of Social Issues* v roce 1974 ve Spojených státech Amerických (Študentová, 2016, s. 3). Křivohlavý (2012, s. 62) ve své knize uvádí, že pojem burnout se prvně používal u osob, které zcela ztratily zájem o vše ostatní a propadly alkoholu. O něco později se termín začal využívat v souvislosti s narkomany, kdy se jejich zájem plně soustředil na drogu a o nic dalšího se nestarali. Poté byl pojem spojován i se stavy lidí, kteří byli natolik pohlceni svojí prací, že je nic jiného v životě nezajímalo. Pro ně byl později využíván termín workoholik.

2.2 Dnešní pojetí a definice syndromu vyhoření

V průběhu několika desetiletí se vyskytly mnohé definice syndromu vyhoření, avšak shodují se v tom, že jde především o psychický stav, který je charakterizován vyčerpáním a snížením pracovní výkonnosti, jakožto důsledek dlouhodobého a intenzivního stresu. Převažně se vyskytuje u osob, kteří pracují s lidmi (Pešek, Praško, 2016, s. 16). „*Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, jež jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání a chronických situačních stresů.*“, tak zní definice syndromu vyhoření z výroku psychologů Ayaly M. Pinesové a Elliota Aronsona. A dle Maslachové a Jacksonové takto: „*Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem.*“ (Křivohlavý, 2012, s. 66).

Syndrom vyhoření je dle Janáčkové (2008, s. 12) definován jako selhávání na profesionální rovině v důsledku neustále narůstajících nároků, jak ze strany okolí, tak od jedince

samotného. Jak autorka dále vysvětluje, syndrom vyhoření s sebou přináší postupnou absenci zájmu a nadšení z výkonu práce, vyhasínání ideálů, energie, ale také i pocitu smysluplnosti a nahrazuje ho negativní sebehodnocení a negativní postoje, především vůči povolání.

2.3 Rizikové faktory

Rizikové faktory u syndromu vyhoření můžeme rozdělit do dvou hlavních kategorií, a to na vnitřní a vnější faktory. Vnitřní zahrnují charakterové vlastnosti jedince a vnější se soustředí na prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje. Týká se to především pracovní sféry ale i soukromého života. Každý je těmito faktory ovlivněn individuálně. Existují tací, kteří faktory vnímají pasivně, ale někteří si syndrom vyhoření aktivně přivodí sami, záleží na souhře osobnostních a povahových rysů jedince a na vnějších podmínkách (Stock, 2010, s. 24-25).

2.3.1 Vnitřní a vnější rizikové faktory

Lidé se sklony k syndromu vyhoření mají mnoho společných charakteristických rysů, mezi které může patřit:

- **Temperament** – může být příčina mnoha konfliktů na pracovišti, takové osoby se nevzdávají a velice neradi přiznávají své chyby (Venglářová a kol., 2011, s. 16).

Blatný (2010, s. 33) ve své knize vyjmenoval tyto typy temperamentu:

1. Melancholik – emočně labilní introvert – při práci je zodpovědný a svědomitý, je velmi nedůtklivý a urážlivý, při práci se snadno unaví, je spíše pesimistický.
2. Cholerik – emočně labilní extrovert – v práci je rychlý, samostatný a energický, nevýhodou je vznětlivost, netrpělivost a nedostatek sebeovládání, rád prosazuje své názory.
3. Flegmatik – emočně stabilní introvert – nedokážou se dlouho soustředit na jednu věc, ale je vytrvalý a rozvážný, hodně dokáže snést a zdržuje se spíše v pozadí, práci vykonává stereotypně, je pomalejší a pasivní, výhodou je přátelskost a snášenlivost.
4. Sangvinik – emočně stabilní extrovert – nevýhodou sangvinika je nerozvážnost, přehnaná odvážnost, nedostatek sebekritičnosti a povrchnost, při práci je nekonfliktní, veselý a optimistický, snadno se přizpůsobuje a při sestru dokáže najít rovnováhu.

- **Workoholismus a perfekcionismus** – workoholici jsou závislí na své práci, pracují bez ustání a nedokážou odpočívat, tudíž se jednodušeji dopouštějí chyb na svém pracovišti důsledkem únavy. Perfekcionisté si nastaví vysokou laťku, které chtějí dosáhnout, jak pro sebe, tak i pro druhé. Pokouší se o dokonalost a nemají rádi odbytou práci. Z vlastní vůle dělají práci nad rámec svých povinností (Venglářová a kol, 2011, s. 17-18).

Venglářová (2011, s. 18) dále zmiňuje problém s přemírou empatičnosti. Jedinci se často vžijí do problému ostatních. Přecitlivělé osoby mnohdy nad vším zbytečně přemýšlí, vše si vezmou k srdci a pracovní tlak velice špatně snáší. Ptáček a Bartůněk (2011, s. 242) zmiňují, že na sestry je kladena větší samostatnost při odváděné práci, která souvisí s přebráním větší odpovědnosti. Venglářová (2011, s. 18) dále pokračuje tvrzením, že osoby, na které je kladena velká zodpovědnost, mají neustálou potřebu nechybovat při výkonu své profese. Život cílevědomých lidí má řád a cíl, podle nichž se řídí. Avšak cíle jsou dosti nereálné, ale ne nedosažitelné. Nicméně, při snaze o jejich dosažení se velice přepínají. Jedinci s nízkým sebevědomím si po sobě mnohokrát kontrolují odvedenou práci, protože v sebe nemají důvěru, následkem toho se jim jejich pracovní doba prodlužuje. Pracující se snahou o soběstačnost si raději všechno dělají sami, než aby vykládali ostatním, jak to mají udělat. Tudíž dělají i práci, kterou může udělat někdo jiný. Nenechávají si ani od ostatních poradit a ztrácejí tím čas a ten se pak pokouší dohnat větším úsilím, aby dosáhli svého a měli dobrý pocit z práce, kterou vykonali oni sami. Soutěživé osoby mají potřebu ve všem vyhrávat a být co nejlepší. Jsou ochotni vítězství a úspěchu přinášet velké oběti. Neradi se zapojují do týmové práce. Jako další mohou být jedinci, kteří žijí pro úspěch a uznání z něj. Pociťují nejistotu, proto mají nutkání dosahovat úspěchů, na tom pak staví svoji sebedůvěru a kladné sebehodnocení. Pracující, s tendencí pro odpor k pravidlům, mají problém se jimi řídit, cítí se při tom silně pod tlakem. Při vykonávání své práce chtějí flexibilitu, která jim umožňuje volnost při práci. Bývají neochotni řídit se určitými pravidly, líbí se jim dělat si všechno po svém. Neradi se řídí organizačními pravidly, přičemž dochází k nedodržení denního režimu a standardních ošetrovatelských postupů při výkonu profese na pracovišti.

Mezi rizikové faktory z pracovního prostředí můžeme zařadit zvýšenou pracovní zátěž, nedostatek samostatnosti pod neustálou kontrolou, nespravedlnost nadřízených, bezohlednost spolupracujících, rozdíly mezi hodnotovým systémem zaměstnance a zaměstnavatele a časté působení rušivých vlivů (Stock, 2010, s. 31). Autor dále zmiňuje (2010, s. 32)

další více obecné rizikové faktory způsobující vznik pracovního stresu a vycházejí z prohlášení agentury OSHA z roku 2007. Řadit k nim můžeme strach a nejistotu ze ztráty zaměstnání, obavy z přesunu pracovního zařazení do zahraničí. Stres vyvolává i nejistota pramenící ze změny v pracovní smlouvě např. zkrácení dovolené, smlouvy na dobu určitou, přesčasy, práce na zkrácený úvazek nebo rušení pracovních pozic. Dále se mezi pracovní stresory řadí zvýšení pracovní náplně, delší pracovní doba, psychické a emocionální pracovní zatížení. A v neposlední řadě se k těmto stresorům hlásí i neslučitelnost soukromého života a zaměstnání.

2.3.2 Stres

U stresu je typické, že se jedná o subjektivní stav a prvně ho vnímáme jako pocit bezmoci a nejistoty. Čím více se tyto pocity stupňují, tím větší je pak pocit stresu. Stresu propadáme, až když se cítíme, že se nám situace a okolnosti vymkly z rukou. V podstatě lze shrnout, že se stresujeme především tehdy, když něco nevychází tak, jak chceme (Priebová, 2015, s. 15-16). Křivohlavý (2010, s. 25) se baví o dvou věcech, stresorech a salutorech, u kterých je ideální stav, pokud se udržují v rovnováze. Tou prvním jsou požadavky, které jsou na jedince kladeny a co se po něm chce. V tomto případě hovoříme o takzvaných stresorech a v podstatě se tím rozumí vše, co pracujícího zatěžuje. Druhou věcí jsou pak hranice daného jedince, co je ochoten vytrpět, snést a udělat. Pak mluvíme o takzvaných salutorech a je to v podstatě všechno, co jedinci pomáhá zvládnout stresovou situaci. A pokud se od jedince vyžaduje víc, než je schopen zvládnout, unést a vydržet, dochází u něj ke stresu. Priebová (2015, s. 16-18) dále zmiňuje, že se stresem se můžeme potýkat v nejrůznějších situacích, a nejen v pracovním prostředí, ale všechny tyto situace mají společné, že stres se nejvíce vyskytuje mezi vztahy, ať už k sobě nebo jiné osobě. A jedním z důvodů vyhoření mohou být negativní či absenční pozitivní stavy k druhým a neporozumění sobě samotnému.

2.4 Fáze syndromu vyhoření

Vývoj syndromu vyhoření se dá rozdělit a popsat ve fázích, tudíž se jedná o dlouhodobý proces před vznikem vyhoření. U osob potýkajících se s vývojem syndromu vyhoření, můžou některé fáze proběhnout jen v určité míře nebo je možné některé z nich úplně přeskóčit. Modelů popisujících vznik syndromu vyhoření je mnoho, ten nejjednodušší popisuje tři fáze a ten nejsložitější jich popisuje dvanáct. Fáze se navzájem prolínají a nelze u nich určit přesné hranice (Stock, 2010, s. 23). Priebová ve své knize uvádí čtyřfázový model, jež se dělí následovně:

- **Poplachová fáze** – pokud se jedinec dostane do situace, kdy ví, že se jeho situace nezmění a on sám odmítá změnit svůj postoj na ni, začne situaci vnímat jako ohrožení a dochází tak ke vzniku poplachové fáze. Jejými prvotní projevy jsou příznaky stresu a jejich míra spočívá na tělesné konstituci a na vnímání té osoby. Hlavním pocitem poplachové fáze je strach. Příznaky se postupně stupňují až k pocitu paniky. Když se jedinec potýká s poplašnou fází příliš dlouhou dobu, lze u něj předpokládat vývoj pozdější panické poruchy, která se primárně projevuje až ve třetí fázi, a to ve fázi vyčerpání (Priebová, 2015, s. 26-27).
- **Fáze odporu** – v první poplachové fázi byl strach hlavním projevem, kdežto při fázi odporu se jedná především o vztek. Strach tedy ustupuje a mění se v agresi a zlost. Jedinec opakovaně uvažuje nad neřešitelnou situací a nemůže se od ní oprostit. Dotyčný vyhledává možnosti, jak přijít k jiným myšlenkám a zaměřuje se na fyzické projevy a co by proti nim mohl udělat. Nebo se jedinec pokouší situaci přikrášlovat. Nemilou situaci začne vychvalovat a tvářit se, že je taková, jakou ji chce mít. S narůstajícím pocitem bezmoci se jedinec pokouší situaci nevnímat a omezit své pocity, aby již necítil nic dalšího. S tím dochází k přemíře stresu, kterému dotyčný nemůže dlouhodobě odolávat (Priebová, 2015, s. 32-34).
- **Fáze vyčerpání** – dochází k návratu strachu, jenž byl při fázi odporu potlačen. Může dojít až k panické atace, občas se dokáže vystupňovat až ve smrtelnou úzkost. Panika se projevuje např. při dlouhých poradách a jednání, při kumulaci velkého množství lidí ve stísněných prostorech nebo i v letadle. Zároveň jsou pro fázi vyčerpání běžné pocity nezájmu, viny či vyčerpání při vykonávání každodenních povinností. Lidé v této fázi na sebe kladou příliš vysoké nároky. Nejdůležitější je pro ně práce a veškeré další oblasti v jejich životech se již zhroutily. V této fázi narůstá závislost a zneužívání návykových látek. Fáze vyčerpání má časové omezení, je závislé na rezervách energie, které je individuální, tyto rezervy ale vždy jednou dojdou (Priebová, 2015, s. 38-40).
- **Ústup** – syndrom vyhoření je v této fázi již plně rozvinut. Tělesné příznaky přechází do chronicity, mnohdy nabývají tak vysoké intenzity, že narušují běžný život. Osoby zasažené syndromem vyhoření se až k této fázi prezentovaly dojemem, že je vše v naprostém pořádku. V této fázi již najednou nedokážou běžně fungovat a pokouší se o sebeustrukci. Začínají se dopouštět hrubých chyb na pracovišti nebo zanedbávají svoji práci, jejichž následkem je výpověď (Priebová, 2015, s. 40-41).

Stock (2010, s. 23-24) ve své knize popisuje model dvojice autorů Edelwiche a Brodského. Tento model se skládá ze čtyř fází a takto se rozděluje:

- **Idealistické nadšení** – na začátku jedinec nasadí nadprůměrný zájem do vykonávané práce se spoustou energie, s nerealistickými ideály a příliš vysokými nároky, které klade na sebe i své okolí. Jedinec přeceňuje své vlastní síly, do práce se vrhá s přehnaným optimismem a žije pouze pro svoji práci, tudíž se uzavírají před svým okolím.
- **Stagnace** – během této fáze dochází ke střetu jedince s realitou a začíná tudíž přehodnocovat původní nerealistické ideály. Svoji práci nadále vykonává, jen už pro něj není tak naplňující. Do popředí zájmu jedince se nyní dostávají úvahy např. o možnostech kariérního růstu a vyšším platě. Ty pro něj dřív neměly takový význam a považoval je za nedůležité. Všechnu pozornost soustřeďuje nyní na práci a rodinný život jedince má své první trhliny. Navzdory tomu jedinec, ani jeho nejužší okolí nepocítují žádné projevy nemoci.
- **Frustrace** – postupně jedinec zjišťuje omezenost svých možností. Ve svém snažení postrádá smysl a význam, začíná zpochybňovat výsledky své práce a důvod činnosti. Pocítuje bezmocnost a nedostatek uznání, ať už ze strany nadřízených nebo od klientů. Narůstá pocit zklamání, v důsledku velkého rozdílu mezi očekávaným a skutečně proveditelným.
- **Apatie** – důsledkem dlouhodobé frustrace jedince se u něj projevují pocity rezignace a zoufalství. Při své práci vykonává jen to, co je nezbytně nutné, tak aby měl vše hotové co nejrychleji a do plnění náročných úkolů se nepouští. Práce se pro něj stala zdrojem zklamání bez vyhlídek na změnu a původní nadšení z práce zcela vymizelo.

Honzák (2018, s. 28-30) popisuje nejvíce obsáhlý model nebo také cyklus, který má počátek vzniku již v osmdesátých letech minulého století. Autory modelu jsou H. J. Freudenberg a G. North a tento cyklus sestává z dvanácti fází:

- **Snaha po sebeprosazení** – zpočátku lze pozorovat přehnané ambice. Jedinci jde o snahu prosadit se ve své pracovní sféře. Tyto snahy mnohdy přechází až v patologické nutkání.
- **Člověk pracuje více a tvrději** – pracující si nastaví svoji laťku nadmíru vysoko a pokouší se sobě i druhým ukázat, že zvládne i nemožné. K dosažení vymezených cílů

se soustřeďuje převážně na práci, do které nyní vydává více úsilí než normálně. Jedinec usiluje o to, aby vše dokázal sám bez pomoci druhých, dělá vše potřebné, ale i nepotřebné. Jde mu o snahu předvést svoji nenahraditelnost.

- **Přehlížení potřeb druhých** – jedinec veškeré úsilí a čas soustřeďuje na práci a nezbyvá mu energie ani čas na přátelé, rodinu, jídlo a spánek, které jako potřeby ustupují do pozadí.
- **Přesunutí konfliktu** – až tady si člověk začne uvědomovat, že má nějaký problém, ale nedokáže rozpoznat jeho zdroj. Následkem toho je vznikající pocit ohrožení a vnitřní krize, vyskytují se počáteční tělesné projevy, jimiž jsou příznaky stresu.
- **Revize a posunutí hodnot** – Při snaze vyhnout se konfliktům se pracující izoluje od všech ostatních a zároveň ještě více ignoruje své základní potřeby. Ty o sobě dávají vědět skrz projevující se příznaky ve slabé, ale i silnější míře. Poslední zbytky energie nadále věnuje práci, tudíž žádná nezbyvá na rodinu, přátelé, potěšení a zájmy. Nejdůležitější je pro jedince práce a ten se stává emočně otupělým.
- **Popírání problémů** – na sociálních interakcích se jedinec nechce podílet a nevyhledává je. Pokud však musí, znamenají pro něj neúnosnou zátěž a pro své okolí se stává netolerantním. Pomalu se začíná vymlouvat na nedostatek času, který začíná vnímat jako zdroj svých problémů a neuvědomuje si, že je pouze na něm, jak se svým časem nakládá. Tudíž nevidí, že odpověď na jeho problémy je změna vlastního jednání a přístupu. Narůstá u něj zjevná agresivita a sarkasmus.
- **Stažení** – jedinec se sociálním kontaktům již naprosto vyhýbá a úplně se od ostatních izoluje. Projevují se pocity beznaděje a ztráta smyslu ve svém konání, proto jedinec vyhledává úlevu v podobě alkoholu, drog a uklidňujících léků.
- **Změny chování** – pro sociální okolí jedince (rodinu, přátelé, kolegy atd.) je zcela zjevná změna v jeho chování.
- **Depersonalizace** – se ztrátou zájmu o své potřeby a sebe samotného se jedinec může přestat vnímat jako cennou osobnost a může tak vidět i osoby kolem sebe. Dokáže se soustředit jen na nepříjemnou přítomnost a jeho život sestává pouze ze sérií mechanických funkcí.
- **Vnitřní prázdnota** – pocit prázdnoty se jedinec pokouší zahnat přemrštěnými aktivitami, těmi jsou např. alkohol, drogy, sex i přejídání. Vykonávání těchto aktivit jedinec žene za hranici sociálních mezí.

- **Deprese** – ta může doprovázet syndrom vyhoření. Zasažená osoba tudíž pociťuje beznaděj, vyčerpanost, lhostejnost ke svému okolí a nevidí žádnou světlou budoucnost. Význam jeho života pozbyl smyslu a u postiženého se projevují další depresivní projevy, tělesné i psychické.
- **Syndrom vyhoření** – v hraničních případech mohou depresi provázet i sebevražedné sklony. Je ale třeba je vnímat jako pokusy o útěk z nepříjemné situace, se kterou se jedinec potýká. Vyskytne se celkový tělesný, psychický a emoční zkrat, důsledkem čehož dochází k vyhledání lékařské pomoci.

Pro shrnutí lze napsat, že syndrom vyhoření je stále se vyvíjející proces, jehož vývoj trvá mnoho měsíců až let, následkem dlouhodobého potlačovaného stresu. Proces počíná u nadšeného jedince, který je s nástupem do pomáhající profese plný elánu, motivace, přehnaného optimismu. Neustále se při práci přetěžuje. Syndrom vyhoření se postupně stupňuje, přičemž každý stupeň více či méně zasahuje do různých oblastí života. Ze začátku dochází k emočnímu vyhoření, poté k psychickému vyhoření a ztrátě inspirace, a nakonec vše vede až fyzickému vyčerpání, důsledkem čehož může dojít k přechodu do psychosomatického onemocnění. Nějaké fáze mohou být na člověku patrné více a některé zase méně. Pokud nedojde k včasnému záchytu syndromu vyhoření, pak může docházet až v profesionální deformaci, kdy pracovník je už citově otrlý a lhostejný vůči klientům (Venglářová a kol., 2011, s. 29-30).

2.5 Projevy a příznaky syndromu vyhoření

Prvotním projevem syndromu vyhoření u zdravotníka je zpochybňování smyslu a významu ve své práci, na ostatní kolem sebe se jeví podrážděným, nervózním a nespokojeným dojmem. K tomu se začínají projevovat prvotní tělesné projevy, ke kterým se řadí kolísání tělesné hmotnosti, potíže se spánkem, bolestmi těla a častější nemocnost (Venglářová a kol., 2011, s. 24).

2.5.1 Emocionální projevy a příznaky

Emocionálně vyčerpaný člověk pociťuje prázdnotu a úplné citové vysátí. Nezajímá se o starosti a trápení ostatních, a nechce o tom slyšet. To doprovází pocity bezmoci a beznaděje, kdy se pomalu vytrácí empatičnost, člověk se straní druhých lidí a uzavírá se sám do sebe. Vyrchává požitky z kontaktu s lidmi, prvně v zaměstnání, ale poté i do rodiny. Přátelé a rodina již nejsou zdrojem uspokojení a potěšení, tudíž se pro emocionálně vyčerpanou osobu stanou další přítěží, na nichž reaguje podrážděně (Venglářová a kol., 2011, s. 25).

Dalšími projevy mohou být pocity nejistoty, nervozity a strachu. Jedinec může pociťovat vnitřní napětí a neklid (Priebová, 2015, s. 27). Tato autorka zmiňuje v pozdější fázi projevy smutku, častý pláč, pocity zoufalství, stále rostoucí beznaděj a bezmoc (2015, s. 38).

2.5.2 Psychické projevy a příznaky

Venglářová (2011, s. 25) popisuje vyčerpání v psychice jako projev zrcadlením negativních postojů k druhým a sobě samotnému. Odráží se obměnou dosavadních životních postojů. Osoba cítící se psychicky vyčerpaně odmítá změny, nechce nic nového a nedůvěřuje si. Jeví se negativně, cynicky a pesimisticky. Postupně se vyskytují poruchy soustředění, zapomětlivost, celkové utlumení a vyprchává tvořivost. Ve své práci ztrácí na smysluplnosti, kterou mohou doprovázet i sebevražedné myšlenky. Priebová (2015, s. 37) mezi projevy zmiňuje např. rostoucí zapomětlivost, problémy se soustředěním, neustálé přemýšlení o všem možném a navracející se myšlenky.

2.5.3 Fyzické projevy a příznaky

Hlavním tělesným projevem u syndromu vyhoření je stav úplného vyčerpání, projevující se dlouhodobou únavou, pocity tělesné slabosti, energetickým deficitem, hmotnostními výkyvy, svalovými bolestmi a tendencí pro častější nemocnost. Při rychlejší unavitelnosti se vyskytuje větší potřeba spánku, který je ale nekvalitní. Daná osoba se poté cítí neodpočatě a nevyspale. Únava, která se objevuje při fyzické aktivitě, ať už při vykonávání své profese nebo při sportu, přejde po odpočinku. Ale únava, která se projevuje při syndromu vyhoření, je propojena s pocitem selhávání a viny (Venglářová a kol., 2011, s. 24-25). Jako další tělesné projevy dle Priebové (2015, s. 26) jsou slabý a zrychlený srdeční puls, nepravidelná palpitace, mělký dech, při kterém mnohdy dochází až k nedostatku kyslíku. Dále mezi tělesné příznaky zahrnuje vnitřní třes, zvýšenou potivost, studené vlhké ruce nebo také nucení na stolicí a na močení. V pozdější fázi vývoje syndromu vyhoření popisuje Priebová (2015, s. 37) příznaky, jimiž jsou např. bolesti hlavy až migrény, hypertenze, bolesti žaludku, ztuhnutí svalů, neustálá vyčerpanost a slabost, problémy s nespavostí i usínáním a uvádí také zvýšenou náchylnost k infekcím.

2.6 Důsledky syndromu vyhoření

Jedinec postižený syndromem vyhoření, postrádá smysl života, nahlíží na sebe negativně, pociťuje samotu, negativní pocity i beznaděj. Tyto pocity mohou mít neblahý dopad na osobní život. Při výkonu profese mohou vést až k možnému ohrožení na životech pacientů (Blahutková, Matějková, Peričková, 2010, s. 67). Zdravotničtí pracovníci vykonávají pouze jen ty nejdůležitější úkoly, neprojevují empatičnost a dochází až ke stavům, kdy bolest a

bědování pacientů jsou pro zdravotnického pracovníka nepříjemné. Tento postoj je nebezpečný nejen pro klienty zařízení, ale může jím také negativně ovlivnit i své kolegy. Z vykonávané profese se ztrácí radost, nápaditost, zájem a empatie. Zdravotník může zacházet až ke zneužití moci, kterou nad nemocným má. V případě, kdy k tomuto na pracovišti dochází, to má negativní vliv na průběh léčby nemocných klientů (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 66).

Kelnarová a Matějková (2014, s. 66) dále zmiňují, že následkem syndromu vyhoření mohou být i jiné nechtěné patologické fenomény. Příkladem těchto fenoménů mohou být alkoholismus, gamblerství či závislost na medikamentech snižujících úzkosti. Když nedojde k vyhledání odborné pomoci, dochází k utužení těchto úzkosti a situace postiženého pracovníka se jen ztěžuje.

2.7 Diagnostika syndromu vyhoření

Diagnostika u syndromu vyhoření není vůbec jednoduchá. Příznaky se projevují ve všech oblastech fyzických, psychických a sociálních. U diagnostiky syndromu vyhoření se využívá mnoho metod. Tou nejpoužívanější metodou jsou speciálně zaměřené dotazníky. A jedním z nich je i Maslach Burnout Inventory (dále jen MBI), jehož autorka Maslachová se v něm zaměřuje na hodnocení tří komponentů syndromu vyhoření. Každý z komponentů sestává ze tří stupňů z hlediska intenzity prožívání – nízká, střední a vysoká. Tyto stupně ukazují míru rizika ohrožení syndromem vyhoření (Jochmannová, Kimplová a kol., 2021, s. 97-98).

Prvním z těchto komponentů je emocionální vyčerpání. Typicky projevující se stavem, kdy dochází ke emocionálnímu vyčerpání, ke zvýšené únavě, oslabení, ztrátě chuti do života, ztrátě zájmu k jakékoli činnosti. Emocionální vyčerpání bývá mnohdy označováno jako nejčastější ukazatel u syndromu vyhoření.

Dalším z komponentů syndromu vyhoření je depersonalizace. Zaměřuje se na chování, které se projevuje jedincem vůči ostatním lidem. Pro tento stav je charakteristické, že se jedinci nedostává potřebné kladné zpětné vazby od lidí, kterým věnuje svoji péči. Při tomto stavu dochází ke ztrátě respektu, úcty a projevuje se zahořklostí vůči druhým osobám, případně dochází až k odtažitému chování.

Posledním z komponentů je úroveň osobního uspokojení, která se projevuje tendencí k negativnímu posuzování sebe sama a vlastních kompetencí, ať už ve vztahu k práci nebo

ve vztahu k druhým lidem. Je kritické zvláště pro ty jedince, kterým schází schopnost zdravé sebedůvěry. Těmto lidem, kteří nedůvěřují ani sami sobě, schází potřebný elán, důležitý pro zvládnutí zátěžových situací.

Dotazník MBI sestává z 22 otázek, k emocionálnímu vyčerpání se váže 9 otázek, 8 otázek k úrovni osobního spokojení a 5 otázek se váže k depersonalizaci. U každé otázky zvažují respondenti dvě možné odpovědi, které se soustřeďují na intenzitu a frekvenci emocí. Odpovědi na dané otázky se zaznamenávají na šesti až sedmistupňové Likertově škále (Jochmannová, Kimplová a kol., 2021, s. 98).

Problémem u diagnostiky syndromu vyhoření bývá podobnost s některými duševními poruchami v důsledku společných projevů v oblastech chování, jednání a prožívání. Hlavním charakteristickým prvkem u syndromu vyhoření je jeho vazba na zaměstnání, je tedy situačně specifický a tím se odlišuje od deprese. Pak jsou tu také alexithymičtí jedinci, kteří nedokážou své emoce vyjádřit pomocí slov. Lidé se syndromem vyhoření mají svoji emoční rovinu silně zdeformovanou, avšak k vyjádření jejich emocí disponují dostatečnou slovní zásobou. Určité společné podobnosti se syndromem vyhoření lze nalézt i u některých neuróz. Nejblíže mají k syndromu vyhoření některé specifické únavové syndromy. Příkladem může být tzv. manažerská choroba, se syndromem vyhoření má podobný klinický obraz a obzvláště, obsahuje-li depersonalizační složku. Dalším příkladem je syndrom chronické únavy (dále jen CFS), jak syndrom vyhoření, tak i CFS se projevují únavou, avšak u CFS se dříve nevyskytovala, projevuje se déle než šest měsíců a jeho následkem je více než 50% pokles předcházející aktivní činnosti. I přes prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon, není syndrom vyhoření klasifikován jako choroba z povolání (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 145).

3 PREVENCE

Pojem prevence lze podle Machové, Kubátové, a kol. (2015, s. 13) definovat jako snahu předcházet vzniku onemocnění. Může být zaměřena na celé skupiny osob či samotného jedince. Jednou z možností dělení prevence může být podle toho, kdo ji poskytuje. Rozlišujeme tedy zdravotnickou prevenci, společenskou či osobní. Dále lze prevenci dělit dle časového hlediska. Rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciální.

„Primární prevence se týká období, kdy nemoc ještě nevznikla. Jejím cílem je zabránit vzniku nemoci. V primární prevenci se uplatňují především aktivity posilující zdraví nebo odstraňující rizikové faktory.“ (Machová, Kubátová, a kol., 2015, s. 13).

„Základem sekundární prevence je časná diagnostika nemoci a účinná léčba. Jde o snahu předejít nežádoucímu průběhu již vzniklé nemoci a zabránit komplikacím.“ (Machová, Kubátová, a kol., 2015, s. 13).

„Terciální prevence se zaměřuje na prevenci následků nemoci, vad, dysfunkcí a handicapů, které by vedly k invaliditě a k imobilitě pacienta. Jejím cílem je tedy omezit na nejnižší míru následky nemoci a jejich pracovní i sociální důsledky a co nejdéle udržet kvalitu života.“ (Machová, Kubátová, a kol., 2015, s. 13).

Autoři Machová, Kubátová a kol. (2015, s. 14) dále zmiňují důležitost prevence jako lidmi uznávanou a chápanou. Preventivní prohlídky a opatření vedou ke zlepšení kvality života a k jeho samotnému prodloužení (Drozdostoy, 2014, s. 31) Tento autor dále uvádí, že, lidé si uvědomují, že předcházet vzniku onemocnění je lepší než jimi trpět. Mnohdy jsou však preventivní opatření přijímána neochotně nebo jsou i zcela ignorována. Tento postoj k preventivním opatřením může souviset s domněnkami, že u nich vznik dané nemoci nehrozí. Potřeba navštívit lékaře totiž často přichází až se vznikem obtíží a bolestí.

3.1 Prevence a léčba syndromu vyhoření

Hlavním bodem v předcházení syndromu vyhoření je prevence. Zásadní je hlavně dostatečná informovanost u profesí, ve kterých jsou kladeny vysoké nároky ve fyzických, psychických, a i v emocionálních oblastech. Jedinec, který u sebe sleduje výskyt některých z projevů syndromu vyhoření si totiž může pomoci sám, či může vyhledat pomoc od odborníka. V profesní sféře je zásadní, aby se na prevenci podíleli všichni pracovníci, včetně zaměstnavatele (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 67).

Autoři Bartůněk, Jurásková, Heczková a Nalos (2016, s. 77) ve své knize popisují, že prevenci a léčbu projevů syndromu vyhoření je možné rozdělit do dvou hlavních rovin:

- Osobní rovina – v této rovině lze rozlišovat faktory psychologické a zdravotní, sociální a profesní. V rámci faktorů psychologických a zdravotních je zásadní pravidelný režim dodržování péče o duševní zdraví a rozumné dodržování životního stylu, která aspoň z části dorovnáva negativní vliv pracovního stresu. Když dochází k projevení symptomů syndromu vyhoření je důležité vyhledat odbornou pomoc, v nejlepším případě rovnou psychologa, jenž může pracovníkovi v průběhu několika sezení výrazně vypomoci. U sociálního faktoru hraje nejdůležitější roli tzv. sociální podpora. Respektive, manželé s dětmi mají mnohem menší riziko vzniku syndromu vyhoření. Důležitá je i pomoc od přátel, ale zároveň je zásadní i přátelský a vstřícný kolektiv na oddělení. U profesního faktoru je nejdůležitější mít reálné představy a střídme pracovní nasazení, hlavně tedy po emoční stránce. Důležitými preventivními prostředky jsou supervize nebo tzv. balintovské skupiny.
- Systémová rovina – reprezentuje důležitou část zdrojů, ale také případného vlivu na syndrom vyhoření. Mezi zdroje podporující vývoj syndromu vyhoření se často uvádí vysoká odpovědnost kladená na pracovníky zařízení, dlouhá délka služebních hodin, velká pracovní zátěž, malá platová nabídka a nízká podpora povzbuzující k vyššímu pracovnímu výkonu, nepřiměřené začlenění do administrativní práce, krátký čas věnovaný nemocnému klientovi, neurčité kompetence a negativní vztahy mezi kolegy na pracovišti. K nejefektivnějšímu řešení potíží syndromu vyhoření může dojít jen v případě společného úsilí pracovníků a jejich zaměstnavatele.

Stock (2010, s. 59) ve své knize uvádí, že nejčastější nesnází u syndromu vyhoření je fakt, že je pracovník na tolik zabrán svými běžnými povinnostmi, že nemá prostor se z nich vymanit. Do výkonu své profese je natolik zabraný, že si nevšimá ani možných chyb. Je všeobecně známo, že osoby lehce mohou podléhat svým zavedeným zvykům, bez toho, aniž by je mohlo napadnout, že by se něco mohlo dít trochu jinak, než na co byly do té doby zvyklý. Jako třeba získat si odstup mezi prací a svým osobním životem. Autorky Reřovská, Mrosová a Boguská (2020, s. 19) ve své knize uvádějí tvrzení, že vhodnou prevencí vývoje syndromu vyhoření je právě udržení si odstupu od pracovní zátěže. Pokud dojde k rozdělení osobního a profesionálního života, a zdravotnický pracovník zvolí ideální formu péče o duševní zdraví.

3.2 Prevence v osobní rovině

Venglářová a kol. (2011, s. 34-38) zmiňují hned několik možných preventivních opatření, pohybující se v osobní rovině, kterými jsou:

- Sebepečce – člověk se měl mít rád a zároveň sám o sebe pečovat, tak by měli uvažovat lidé, kteří se pohybují v prostředí pomáhajících profesí, a to rovnou z mnoha příčin. Protože osoby, které o sebe nepečují a nemají se rádi, vlastně pouze dokážou vydávat energii, ale už si ji žádným způsobem neberou nazpět. A ti, co nemají na sobě rádi, některé ze svých vlastností, tak je nedokážou snést u nemocných klientů.
- Stanovení si hranic – pracující v pomáhajících profesích bývají mnohdy vystaveni velké psychické zátěži. A tudíž by měli vědět, kde mají své hranice. Pracovník by si měl umět říct, že se nemusí věčně poměřovat s ostatními a nastavovat si cíle nad možnosti svých sil. Měl by také umět říct si o pomoc.
- Mezilidské vztahy – člověk by si kolem sebe měl udržovat blízké osoby, které mu mohou nabídnout podporu v tíživých chvílích. Možné způsoby jsou aktivní naslouchání, emocionální a psychická podpora.
- Sebepoznání a sebehodnocení – aby sestra mohla pochopit změny v chování svých pacientů, je zapotřebí, aby prvně pochopila sebe sama. U sebepoznávání jde o stále trvající uvědomování si svých kladných vlastností, pocitů, schopností, ale i nedostatků. A díky sebepoznávání u jedince může dojít v průběhu života i k sebehodnocení. Pozitivní sebehodnocení pomáhá k vyšší sebedůvěře. Kombinace obou složek nám umožňuje se mnohem lépe přizpůsobovat těžkým situacím.
- Osobní život, přátelé a hobby – sestry, které prací žijí, pomalu ale jistě přicházejí o svůj osobní život, který poskytuje důležité emocionální zázemí a citová pouta, ze kterých lze získat potřebnou energii pro vykonávání dalších pracovních úkolů. Správné zužitkování volného času a tvorba zájmů, které nejsou vázány na zaměstnání, mohou přinášet do života pozitivní pocity uspokojení, uvolnění a radosti. Aktivita, které jsou pro nás radostí, jsou zároveň zdrojem emocionálních zážitků a možné energie.
- Dobrá fyzická kondice – přiměřený životní styl, pohybové aktivity, dostatek spánku a odpočinku jsou užitečná doporučení, bez kterých se ale nelze obejít. Je třeba si najít čas na odpočinek, v případě, kdy se cítíme být unaveni, ne až když na to máme chvíli času.

3.3 Prevence v pracovní rovině

Kelnarová a Matějková (2014, s. 67-68) ve své knize uvádějí různé možnosti prevence v pracovní sféře, příkladem těchto prevencí jsou:

- Vztahy v pracovním kolektivu – objevují-li se na pracovišti vypjaté situace, nebo až mobbing či bossing, tak pracovníci bývají ohroženi vznikem syndromu vyhoření. Na všech pracovištích by mělo panovat přátelské prostředí, kde jsou přesně vymezené pozice, kompetence a povinnosti pracovníků.
- Odměny za odvedenou práci – všichni jedinci mají potřebu znát, že to, co vykonávají, je dostatečně naplňující a má smysl, a chtějí za to být náležitě odměněni. A ne pouze po finanční stránce, ale pro pracovníky je zároveň důležité vědět, že si jejich odvedené práce zaměstnavatel váží a oceňuje ji.
- Kontrolní systém – nikdo není bezchybný a dokonalý a každý dělá chyby, tudíž je třeba, aby byl na pracovištích zaveden kontrolní systém, jež by objevil veškeré chyby a zamezil jejich možným následkům, ale i nemůže být až moc byrokratický a pro pracovníky nepříjemný a ponižující.
- Time management – na vytváření správných pracovních podmínek se podepisuje i ideální načasování veškerých pracovních úkonů a plánovaných pracovních přestávek. Je-li na pracovníky dlouho dobu kladena velká zátěž a nemají čas na chvilku odpočinku, tak následkem je rychlý úpadek jejich výkonnosti, případně může docházet při práci k chybování důsledkem zvýšené únavy nebo nepozornosti.
- Vhodné aktivity na odreagování – moderní zařízení k odpočinku od pracovních činností umožňují svým zaměstnaným pracovníkům celou řadu vhodných aktivit, mezi něž můžeme zařadit, například relaxační místnosti.
- Supervize – prováděné v daném pracovním zařízení s externím supervizorem

3.4 Supervize

Ke vzniku supervize došlo v psychoterapeutickém prostředí. Až časem se začala využívat v oblastech jako jsou sociální práce, školství, zdravotnictví a aktuálně i ve výrobních podnicích. Cílem supervizí je posílení vztahů mezi supervidovanými, rozvíjení profesních dovedností v pracovním týmu a nacházení řešení. Součástí supervize je zpětná vazba supervizora supervidovanému. Probíhá většinou ve formě rozhovoru mezi supervidovanými a supervizorem. Supervize pomáhá zvyšovat kvalitu práce a zároveň navyšuje i její účinnost,

k tomuto dosažení dochází zaměřením se na její cíle a průběh. Supervize sestává z komponentů nadhledu a dohledu, zajišťuje dobrou úroveň odbornosti v mnoha oblastech, od vědomostí, dovedností a schopností, až po oblasti hodnotové a etické (Špirudová, 2015, s. 83). Podle Vévody a kol. (2013, s. 42) se o supervizi hovoří jako o chvíli, při níž pracovník mluví o svém zaměstnání pod odborným dohledem supervizora a skrze reflexi a dumání se z ní učí. Supervize umožňuje příležitost pro expresi svých vlastních pocitů od těch pozitivních až po ty negativní, které se pracovník pokouší udržet v sobě při vykonávání své profese. Hovoří se především o pocitech zlosti, strachu, bezmoci či strachu ze samotného selhání.

Venglářová a kol. (2011, s. 153-154) popisuje supervizi ve zdravotnických zařízeních a v ošetrovatelské praxi jako prostor pro konverzaci zaměstnanců zařízení s proškoleným supervizorem. Náplní těchto konverzací jsou obtížné chvíle, které zdravotničtí pracovníci prožívají při výkonu své profese. Mezi běžné pracovní obtíže jako jsou setkání se stresem, bolestí nebo i přímým kontaktem s pacienty, se stále více při supervizích mluví o neshodách ve smyslu spoluprací s kolegy, ve vedení týmů či v samotném pracovním vztahu mezi sestrou a lékařem. Supervizor zajišťuje především podporu pro zdravotnické pracovníky a hlavní výhodou supervizora je jeho nezaujatý vhled zvenčí, kdy může poskytnout rady ze svých zkušeností a případně rovnou navrhnout i možná doporučení. Jedním z těchto doporučení může být i další vzdělávání, ve smyslu doplnění znalostí. Cílem supervize jako takové není kontrola pracovníků skrze supervizora. Za jejich samotný průběh jsou plně zodpovědní zaměstnanci zařízení a jeho vedení. V případě významného pochybení, nezákonnému jednání nebo neetickému postupu má supervizor povinnost jednat a zvážit možné postupy.

3.4.1 Formy supervize

Ze všech možných forem supervize ve zdravotnických zařízeních se nejvíce praktikuje týmová supervize, avšak lze se domluvit i na jiných formách těchto schůzek. V nejlepším případě se supervizi zúčastní celý tým zaměstnanců konkrétního oddělení. Účelem týmové supervize je zvýšení kvality komunikace mezi samotnými zdravotnickými pracovníky, a tím i zajištění pozvednutí kvality vykonané práce. U týmové supervize je třeba se dopředu domluvit na účasti někoho ze zástupců vedení, ku příkladu staniční sestra (Venglářová a kol., 2011, s. 154).

Venglářová a kol. (2011, s. 155) popisují další z forem supervizí, a tím jsou skupinové supervize. Jedná se o setkání zdravotnických profesionálů, kteří mají zkušenosti s podob-

nými klienty v podobných typech zdravotnických zařízení. Smyslem této supervize je nasbíráni nejnovějších poznatků i dovedností. U této formy supervize není třeba, aby složení skupiny bylo pouze poskládáno z pracovníků jedné stanice. Složení skupiny sestává ze 8-12 členů a před konáním setkání je třeba si předem stanovit jasné cíle, obsah a požadavky na supervizi. Ve zdravotnických zařízeních se mohou konat ještě individuální supervize, jež mají formu strukturovaného rozhovoru. Tento rozhovor je jen mezi vyškoleným supervizorem a dotazovaným profesionálem. Tématika individuální supervize je striktně zaměřena na pracovní problematiku. Individuální supervize se nejvíce využívá u lékařů nebo psychologů.

3.4.2 Funkce supervize

Před konáním samotné supervize je nutné přesně stanovit, kterou funkci má plánované setkání mít a autoři Bond a Holland (2010, s. 18-19) u supervize identifikovali tři hlavní funkce, jimiž jsou:

- Normativní – se zaměřuje na dodržování standardů, stanovených norem, zajišťuje podporu poskytování kvalitních a bezpečných služeb, podporuje profesní rozvíjení odpovědnosti jednotlivce a skupin nebo rovnou celého týmu.
- Formativní – lze jinak nazvat jako funkci edukační – vzdělávací, umožňuje rozvíjení profesních dovedností a vědomostí skrze přehodnocení praxe.
- Posilující – tato funkce nabízí podporu při výkonu profese, soustřeďuje na seberozvoj a sebeuvědomění, doplňuje sílu i energii, dále podporuje motivaci pomáhajících profesionálů ke zvládnutí nových úkonů a nástrah v profesní oblasti.

3.4.3 Specifické metody supervize – balintovské skupiny

Supervize jako taková má své vlastní specifické metody. Jednou z těchto metod je koučink, se kterým se v nemocničních zařízeních setkáme jen zřídka. Koučování se většinou využívá u firem. Další metodou je manažerská supervize a je zřizována vedoucím pracovníkem. Oproti supervizorovi je ale na vedoucího pracovníka kladena zodpovědnost za kvalitu odvedené práce jeho podřízenými pracovníky. Účelem této supervize je samotný rozvoj a zároveň i vedení zaměstnanců. Manažerskou supervizi lze kombinovat i s klasickou supervizí. Dále existuje ještě případová supervize, při které se u skupinového setkání zdravotnických profesionálů probírají jeden či více případů. Zkoumají se nejnovější postupy a možné strategie. Ideálně se tato supervize používá u nových pracovníků, kdy je možné prodiskutovat postupy u jejich případů. Dalším možným tématem u případové supervize může být to, s čím se zdravotnický profesionál běžně nesetká (Venglářová a kol., 2011, s. 157-158).

Speciální metodou v supervizi jsou balintovské skupiny, které byly založeny Michaelem Balintem, narozeným v Maďarsku, kde v dospělosti působil jako lékař. Balintovské skupiny se skládají z šesti až dvanácti osob. Činnost v balintovských skupinách má přesně stanovenou strukturu, která je rozřazena na pět různých fází. V první fázi se skupina seznámí s případy, jež byly přineseny pro vybrání jednoho z nich. Poté je dopodrobna vysvětlen problém, který je pro jedince tíživý a rozporuplný, přičemž současně vysvětlí, o co už se snažil pokusit. Ve druhé fázi se věnuje prostor ujasňujícím otázkám od ostatních členů skupiny. V průběhu třetí fáze je důležité říct vše, o svých pocitech, obavách či případných potřebách vůči diskutovanému pacientovi. Během čtvrté fáze jsou proneseny možnosti řešení na danou situaci. Poslední a zároveň pátá fáze je určena ke shrnutí možností, jež by mohly být důležité nebo nápomocné a závěrem sdělit svoji podporu či rovnou navrhnout pomoc (Venglářová a kol., 2011, s. 158). Tuto strukturu ve své knize zmiňují i Pešek a Praško (2016, s. 147-148), kde je struktura balintovských skupin rozdělena pouze do čtyř fází.

3.5 Systém psychosociálních intervenčních služeb – peer support

V prevenci syndromu vyhoření se mezi nejdůležitější prostředky zařazuje i tzv. peer support. Jedná se o poskytnutí pomoci kolegům se stejnou služební pozicí (Pešek, Praško, 2016, s. 115). Systém psychosociálních intervenčních služeb (dále jen SPIS) poskytuje pomocné služby zdravotnickým pracovníkům, jež se setkávají s těžkými profesními situacemi. Smyslem této podpory je pomoc s vypořádáním se se stresem v těžkých a kritických chvílích. Tuto formu podpory mohou poskytovat pouze proškolení pracovníci – peer pracovníci, jedná se v podstatě o klinické psychology, kteří prošli speciálním výcvikovým kurzem. Podporu a služby SPIS zřizuje Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR. Mezi prostředky pomoci služeb SPIS se řadí rozhovory, další vzdělávání, nebo i psychoterapie a farmakoterapie, případně je možná i další psychiatrická léčba. Informace získané v průběhu poskytování služeb nejsou předávány dál vedoucím pracovníkům či dokonce zaměstnavateli (Špirudová, 2015, s. 125).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Nebezpečí syndromu vyhoření spočívá v tom, že se může v podstatě projevit u kohokoli. Nejvíce se však toto onemocnění projevuje u pomáhajících profesí, mezi které se řadí i nelékařští zdravotničtí pracovníci. Syndrom vyhoření je obtížně diagnostikovatelný, jeho symptomy jsou mnohdy dosti neurčité a mohou být přiřazeny k jiným, méně závažným diagnózám. Co problematice syndromu vyhoření nepřilepšuje, je i fakt, že málokdy bývá podchycen v prvotních fázích, neboť jeho prvotní projevy bývají mnohdy přecházeny. Zdravotničtí pracovníci se při výkonu svého povolání setkávají s mnohými stresovými situacemi a právě stres, především dlouhodobý stres, je nejčastější příčinou vzniku syndromu vyhoření.

Jeden z mnoha aspektů vývoje dlouhodobého stresu u zdravotnických pracovníků, jež by mohl mít negativní vliv na vývoj syndromu vyhoření, by mohla být i covidová pandemie, se kterou se tito pracovníci potýkali v posledních třech letech. Každý z nelékařských zdravotnických pracovníků by však měl mít všeobecný vhled do problematiky syndromu vyhoření a možnostech jeho prevence.

„Jaké je povědomí o syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a možnostech jeho prevence?“

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ PŘEDPOKLADY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumu je zmapovat míru povědomí o syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a možnostech jeho prevence.

5.2 Dílčí cíle a výzkumné předpoklady

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jaká je míra informovanosti u NLZP o syndromu vyhoření a jeho rizicích.

Předpoklad č. 1: Předpokládám, že NLZP, kteří si jsou vědomi syndromu vyhoření, si zároveň uvědomují jeho rizika.

Otázky č. 8, 15.

Dílčí cíl č. 2: Zmapovat míru povědomí u NLZP v možnostech prevence syndromu vyhoření.

Předpoklad č. 2: Předpokládám, že NLZP, kteří jsou obeznámeni s preventivními opatřeními syndromu vyhoření, jsou zároveň obeznámeni i s pojmem supervize.

Otázky č. 17, 20.

Předpoklad č. 3: Předpokládám, že NLZP, kteří jsou obeznámeni s preventivními opatřeními syndromu vyhoření, jsou zároveň obeznámeni i s pojmem „peer support“.

Otázky č. 17, 22.

Předpoklad č. 4: Předpokládám, že NLZP, kteří aktivně využívají preventivní opatření proti vzniku syndromu vyhoření, zároveň na sobě nepocítují jeho příznaky.

Otázky č. 11, 18.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda NLZP na sobě pozorují výskyt příznaků syndromu vyhoření.

Předpoklad č. 5: Předpokládám, že NLZP s délkou praxe nad 10 let na sobě pocítují příznaky syndromu vyhoření.

Otázky č. 4, 11.

Předpoklad č. 6: Předpokládám, že nejvyšší výskyt sebepozorování příznaků syndromu vyhoření je u NLZP pracujících v CNP.

Otázky č. 5, 11.

5.3 Operacionalizace pojmů

Nelékařští zdravotničtí pracovníci

Jsou pracovníci ve zdravotnických zařízeních, kteří nabyli odborné způsobilosti k výkonu svého povolání na základě zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (Plevová a kol., s. 208).

Syndrom vyhoření

Existuje mnoho definic syndromu vyhoření, všechny z nich se ale shodují v jednom, u syndromu vyhoření se hovoří o psychickém stavu, jehož typickým projevem je úplné psychické, fyzické, ale i duševní vyčerpání, a zároveň při něm dochází ke snížení pracovní výkonnosti následkem chronické působení stresu. Projevuje se především u lidí, kteří pracují s druhými lidmi (Pešek, Praško, 2016, s. 16).

Příznaky onemocnění

Jisté nemoci se projevují charakteristickými příznaky, jinak také symptomy, jež na nemocném klientovi zjistí lékař, nebo jsou mu sděleny klientem. Na základě příznaků je pak možné nabýt podezření na dané onemocnění. Soubor příznaků se pak nazývá syndrom (Nejedlá, 2015, s. 21)

Prevence

Pojem prevence popisuje souhrn opatření, jež mají pomoci předcházení onemocněním a jejich případným nechtěným projevům (Tóthová, Chloubová, Prokešová a ed., 2019, s. 21).

Supervize

Supervize je setkání supervizora s týmem, skupinou pracovníků nebo se samotným jednotlivcem. Průběh supervize lze popsat jako rozjímání o činnostech a aktivitách souvisejících s povoláním pracovníka. Používá se především u pomáhajících profesí, respektive ve zdravotnictví, sociálních službách či ve vzdělávání (Venglářová a kol., 2013, s. 14).

Peer support

Jedná se o poskytnutí pomoci kolegům se stejnou služební pozicí. Používá se jako prevence různých onemocnění (Pešek, Praško, 2016, s. 115).

6 METODIKA KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

6.1 Metodologie výzkumu

V rámci vyhodnocení výzkumné části bakalářské práce byl použitý kvantitativní výzkum, jehož hlavním cílem je dle Kutnohorské (2009, s. 21-22) pomocí statistických metod popsat, jak jsou jednotlivé proměnné mezi sebou závislé či jaké mají mezi sebou souvislosti. Na sběr informací nahlíží systematicky, a to pomocí analýzy numerických údajů.

Jako vhodnou metodu sběru dat byl zvolen strukturovaný, nestandardizovaný dotazník, sestávající ze 24 otázek. Plně uzavřených otázek bylo celkem 19 (otázky č. 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23 a 24), zatímco otázek, které nabízely alespoň jednu otevřenou možnost bylo celkem 5 (otázky č. 3, 5, 12, 14 a 19). Všechny otázky obsahovaly zaškrtnutí pouze jedné možné odpovědi nebo případné dopsání varianty (pokud opověděli možnost „jiné“). Pouze jedna otázka byla čistě otevřená. Mezi identifikační otázky patří otázky č. 1 až 5. Dále se objevovaly otázky zaměřené na názory a subjektivní pocity respondentů a v neposlední řadě také otázky zjišťující znalost či povědomí některých zkoumaných jevů.

Dotazníkovému šetření předcházel pilotní výzkum, a to v podobě jeho distribuce mezi pracovníky interního oddělení, kde byla následně sebrána zpětná vazba k formulaci dotazů a jejich smysluplnosti.

6.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výběr respondentů dotazníkového šetření byl záměrný. Cílovou skupinou pro výzkumné šetření byli zvoleni nelékařští zdravotničtí pracovníci nemocničního zařízení Privamed a.s. v Plzni, po získání souhlasu s výzkumem v daném zařízení. Hlavním a jediným kritériem pro výběr respondentů byla tedy podmínka, aby se jednalo o nelékařské zdravotnické pracovníky. Všem dotazovaným byl předložen stejný dotazník.

6.3 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal v Nemocnici Privamed a.s. v Plzni, v období od února 2023. Před samotnou realizací výzkumu byla kontaktována ředitelka ošetrovatelské péče Bc. Jana Vyoralová, MBA a byla požádána o souhlas s výzkumným šetřením (viz příloha B) a distribucí dotazníků na veškerá dostupná oddělení nemocničního zařízení Privamed a.s. Po získání

souhlasu před realizováním samotného výzkumného šetření proběhl pilotní výzkum v průběhu posledního lednového týdne 2023. Dotazník byl rozdán po dvaceti kusech nelékařským zdravotnickým pracovníkům interního oddělení. Zadání a otázky dotazníku se zdály být pracovníkům jasné, zřetelné a srozumitelné.

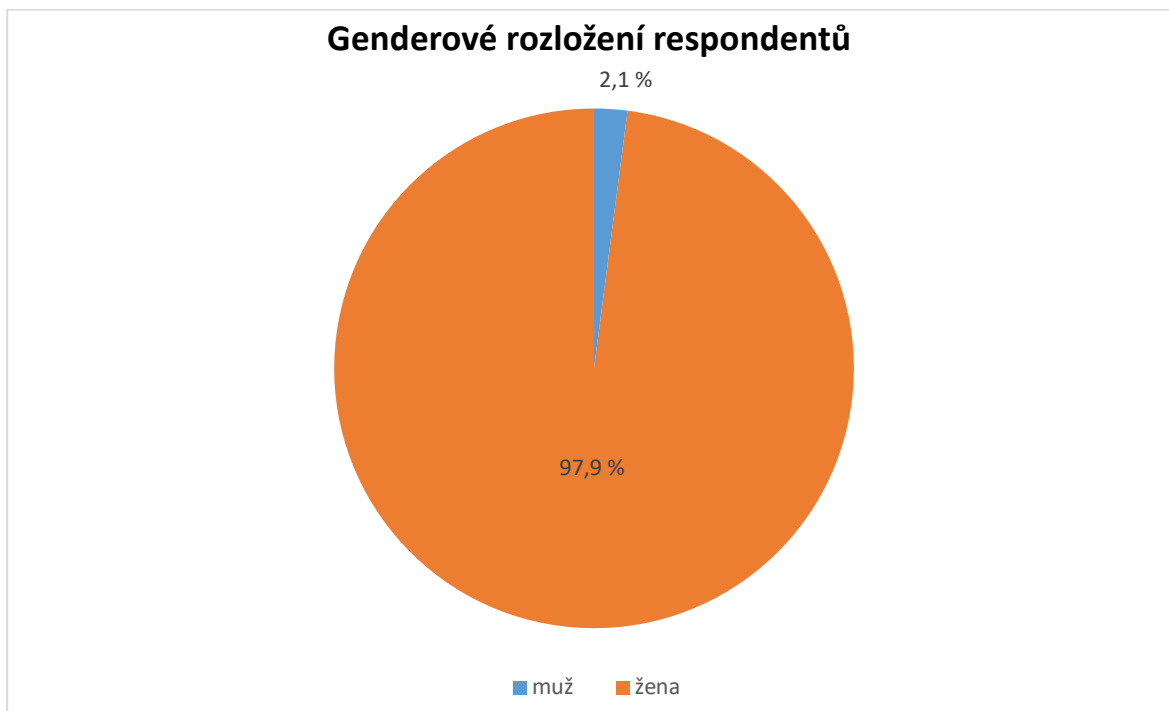
Dotazníky určené k vyplnění byli poté předány vedoucím pracovníkům dalších oddělení. Mimo dotazníků, byly na oddělení rozdány i obálky, do kterých mohli pracovníci anonymně vkládat již vyplněné dotazníky. Celkem byl dotazník vyplněn 106 nelékařskými zdravotnickými pracovníky ze 120 distribuovaných dotazníků. Dále pro neúplné či chybné vyplnění dotazníků bylo vyřazeno celkem 9 dotazníků. návratnost použitelných dotazníků tedy v konečném důsledku odpovídala 81 %. Pro zpracování dat tedy bylo využito 97 dotazníků, které byly považovány za 100 %.

6.4 Zpracování dat

Data získaná dotazníkovým šetřením byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel a zobrazena pomocí výsečových grafů. Relativní četnost odpovědí je znázorněna v procentech. Všechny znázorněné grafy jsou vysvětleny doprovodnými komentáři.

Otázka č. 1: Jste:

Graf č. 1: Genderové rozložení

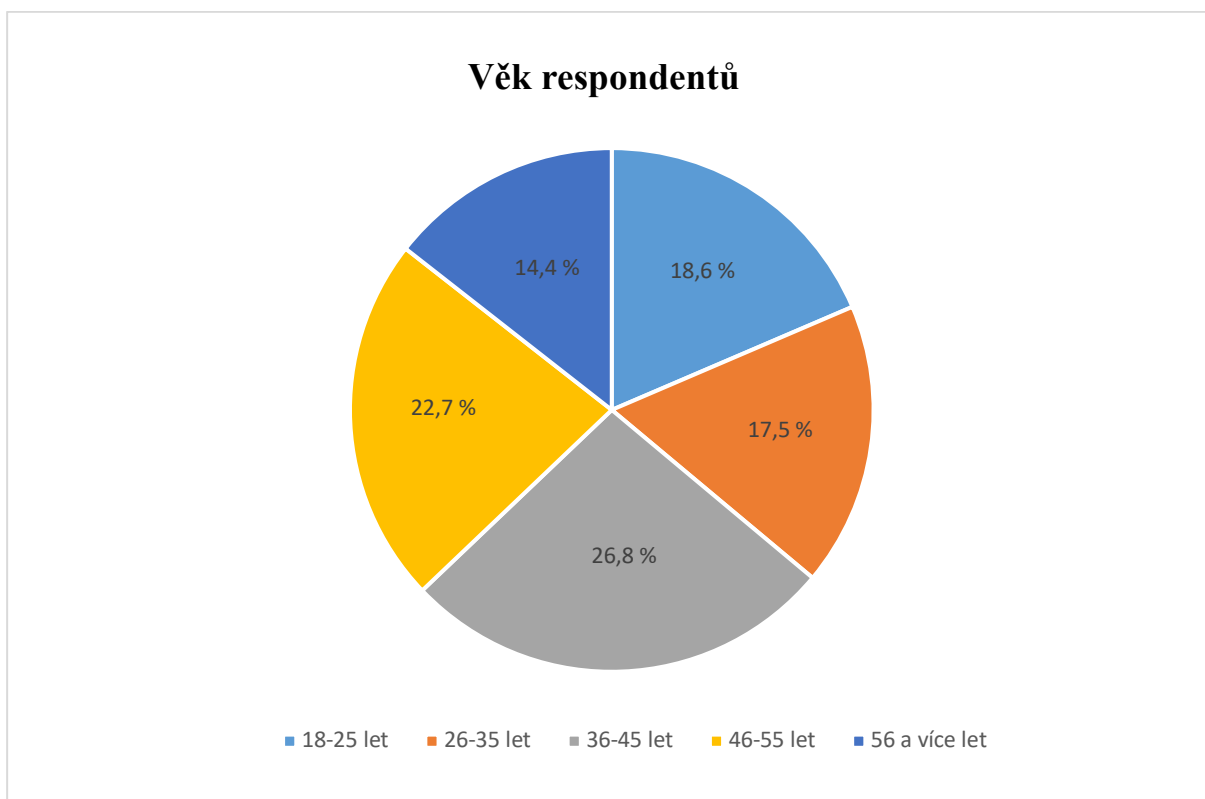


Zdroj: vlastní

Graf č. 1 zobrazuje zastoupení mužů a žen mezi respondenty. Z celkového počtu 97 respondentů (100 %) se výzkumného šetření zúčastnili 2 muži (2,1 %) a 95 žen (97,9 %).

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Graf č. 2: Věkové zastoupení

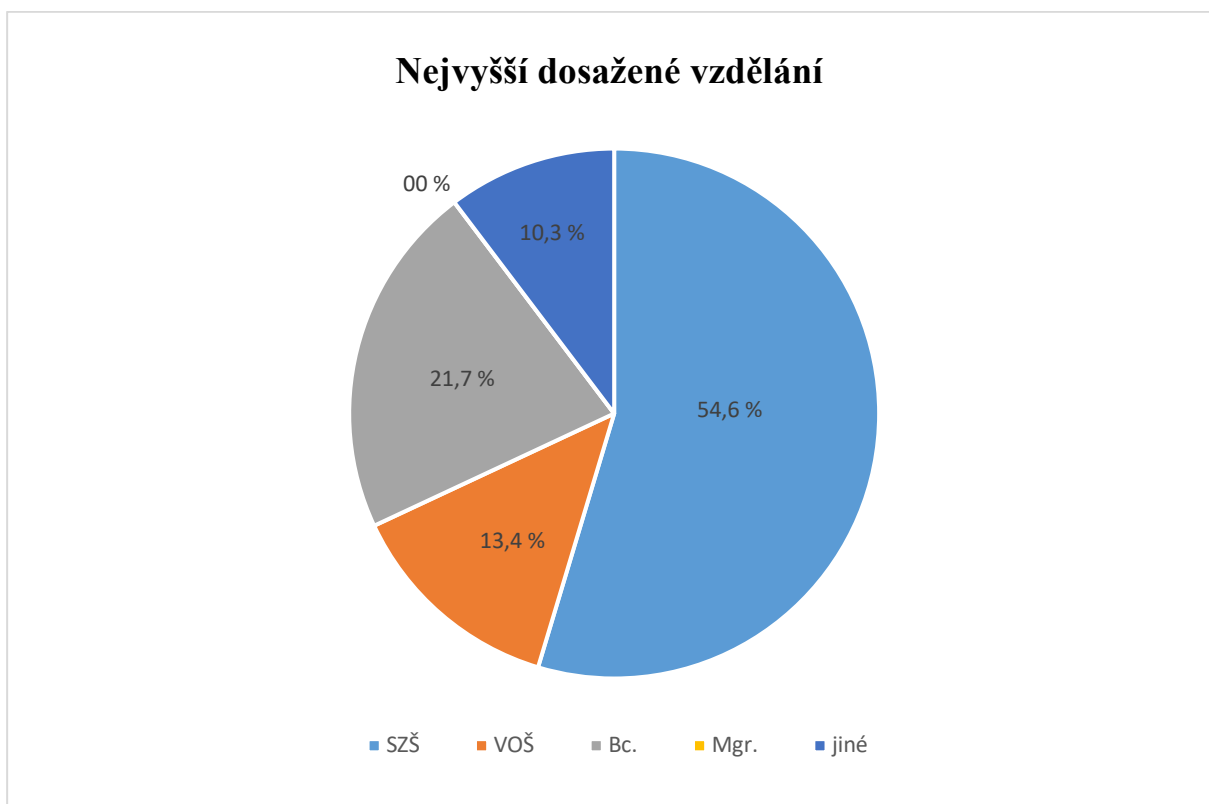


Zdroj: vlastní

Graf č. 2 zobrazuje věkové zastoupení respondentů. Z 97 respondentů (100 %) největší věkovou skupinu zastupovalo 26 respondentů (26,8 %) ve věkové kategorii 36-45 let. Druhou nejzastoupenější věkovou skupinou zastupovalo 22 respondentů (22,7 %) ve věkové kategorii 46-55 let. Třetí věková skupina ve věku 18-25 let sestávala z 18 respondentů (18,6 %). Další věková skupina ve věku 26-35 let sestávala z 17 respondentů (17,5 %). A poslední věková skupina ve věku 56 let a více zastupovalo 14 respondentů (14,4 %).

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

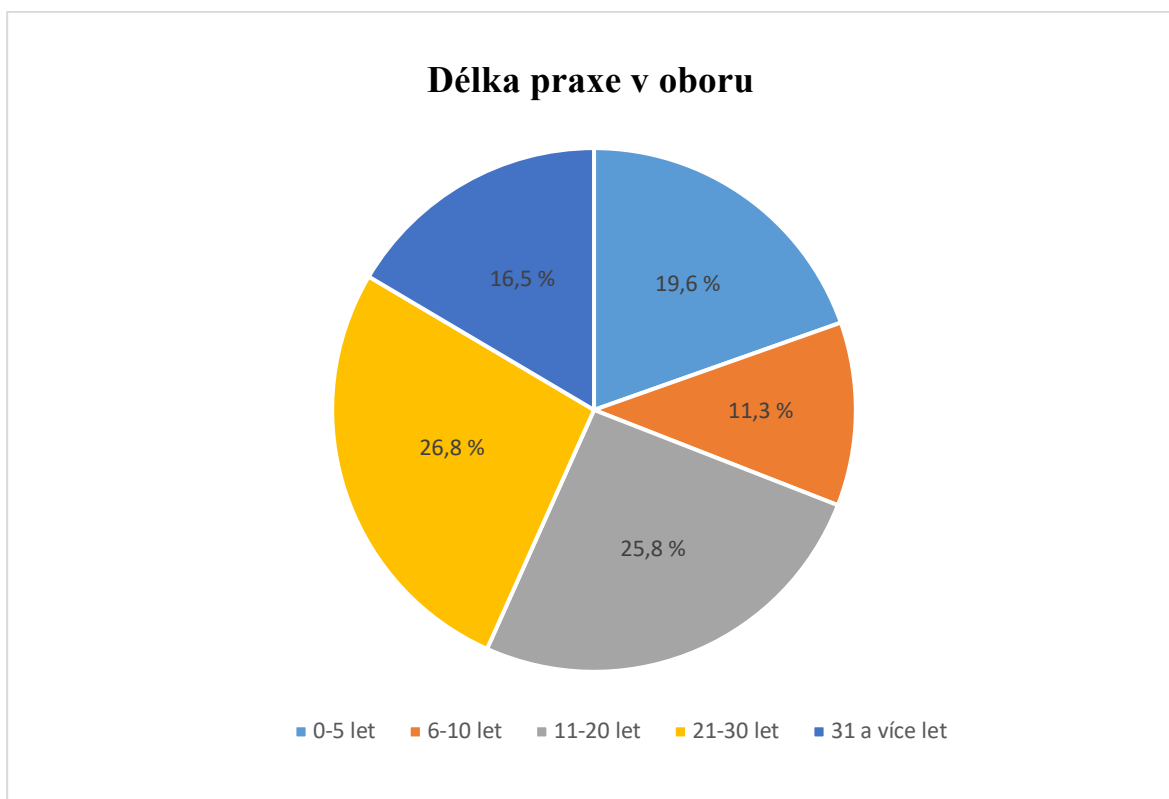


Zdroj: vlastní

Graf č. 3 nám ukazuje zastoupení nejvyššího dosaženého vzdělání u respondentů. Celkový počet respondentů odpovídal 97 (100 %). Kdy 53 respondentů (54,6 %) dosáhlo středoškolského vzdělání na zdravotnické škole ukončeného maturitní zkouškou. Dalším nejpočetnějším zastoupením bylo 21 respondentů (21,7 %), jež dosáhli bakalářského vysokoškolského titulu. Další skupinu zastupovalo 13 respondentů (13,4 %), kteří získali titul na vyšší odborné škole. Předposlední zastupující skupinou, jsou respondenti, jež zvolili možnost odpovědi jiné a těch bylo celkem 10 (10,3 %). U té možnosti bylo možné dopsat odpověď, s čímž všech 10 respondentů uvedlo, že dosáhli středoškolského vzdělání bez maturity s výučním listem. Poslední skupina zahrnovala zástupce magisterského studia, avšak žádný respondent tuto možnost neuvedl.

Otázka č. 4: Jaká je Vaše délka praxe v oboru?

Graf č. 4: Délka praxe v oboru

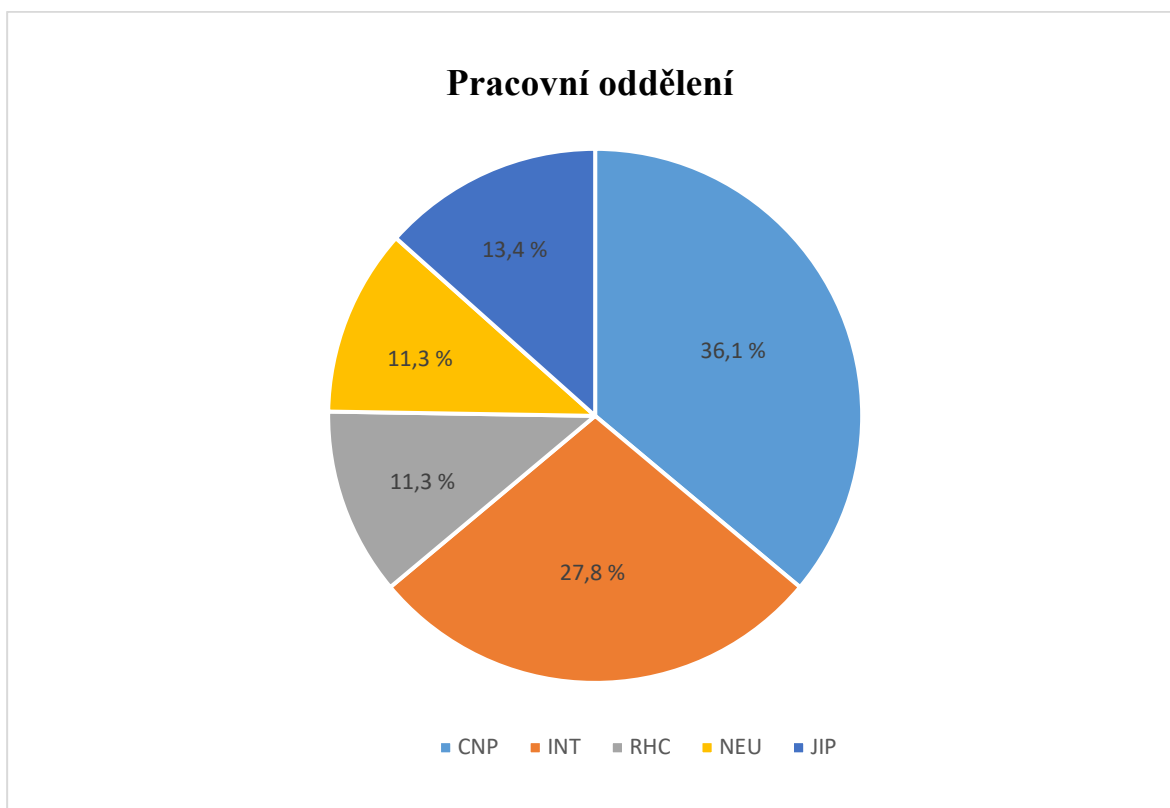


Zdroj: vlastní

Graf č. 4 rozděluje délku praxe v oboru u respondentů. Z 97 respondentů (100 %) se 26 respondentů (26,8 %) pohybuje v oboru 21-30 let. 25 respondentů (25,8 %) se pohybuje v oboru 11-20 let. Další skupina s 19 respondenty (19,6 %) se v oboru pohybuje 0-5 let. 16 odpovídajících (16,5 %) se věnuje svému oboru již přes 31 a více let. A poslední skupina s 11 respondenty (11,3 %) se svému oboru věnuje v rozmezí 6-10 let.

Otázka č. 5: Na kterém oddělení pracujete?

Graf č. 5: Pracovní oddělení

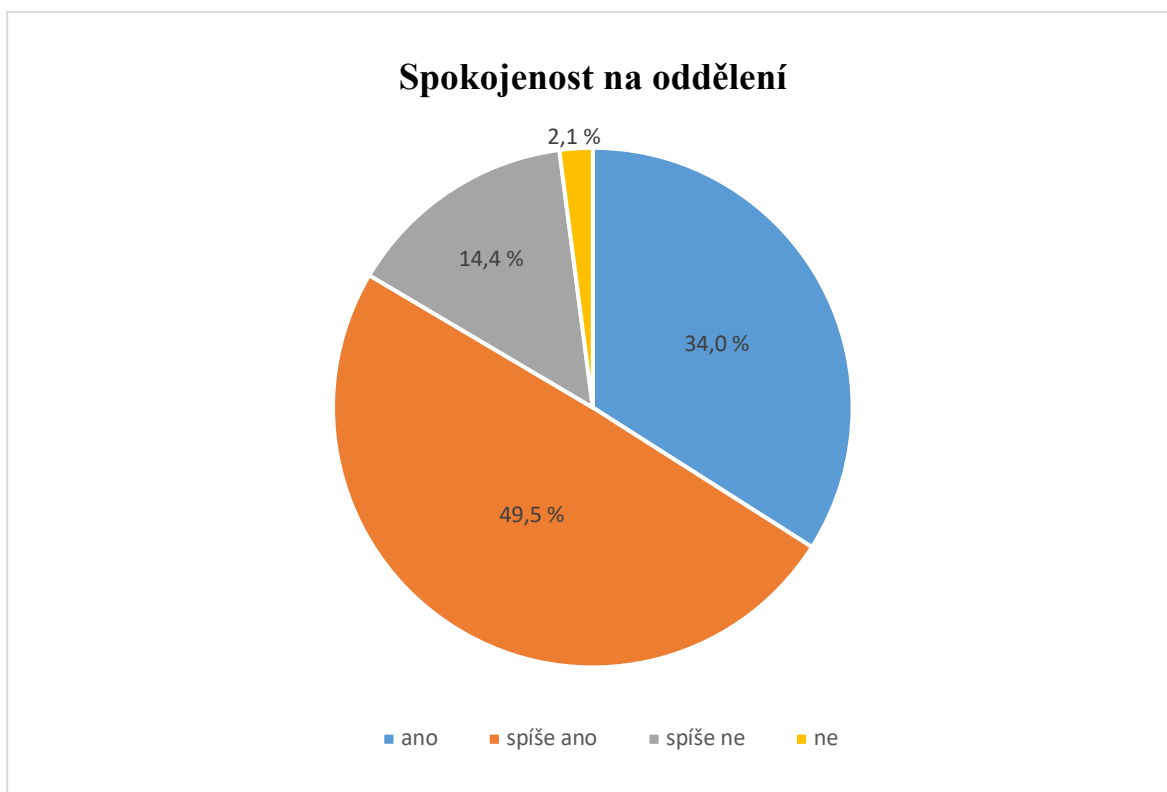


Zdroje: vlastní

Graf č. 5 představuje zastoupení pracovních oddělení respondentů. Z 97 celkových respondentů (100 %) je většina, konkrétně tedy 35 (36,1 %) z nich z Centra návazné péče. 27 z respondentů (27,8 %) jsou pracující interního oddělení. 13 odpovídajících (13,4 %) jsou pracovníci Jednotky intenzivní péče. 11 respondentů (11,3 %) jsou zástupci rehabilitačního oddělení a ve stejné množství respondentů 11 (11,3 %) jsou zástupci z neurologického oddělení.

Otázka č. 6: Cítíte se spokojen/a na Vašem současném oddělení?

Graf č. 6: Spokojenost na oddělení

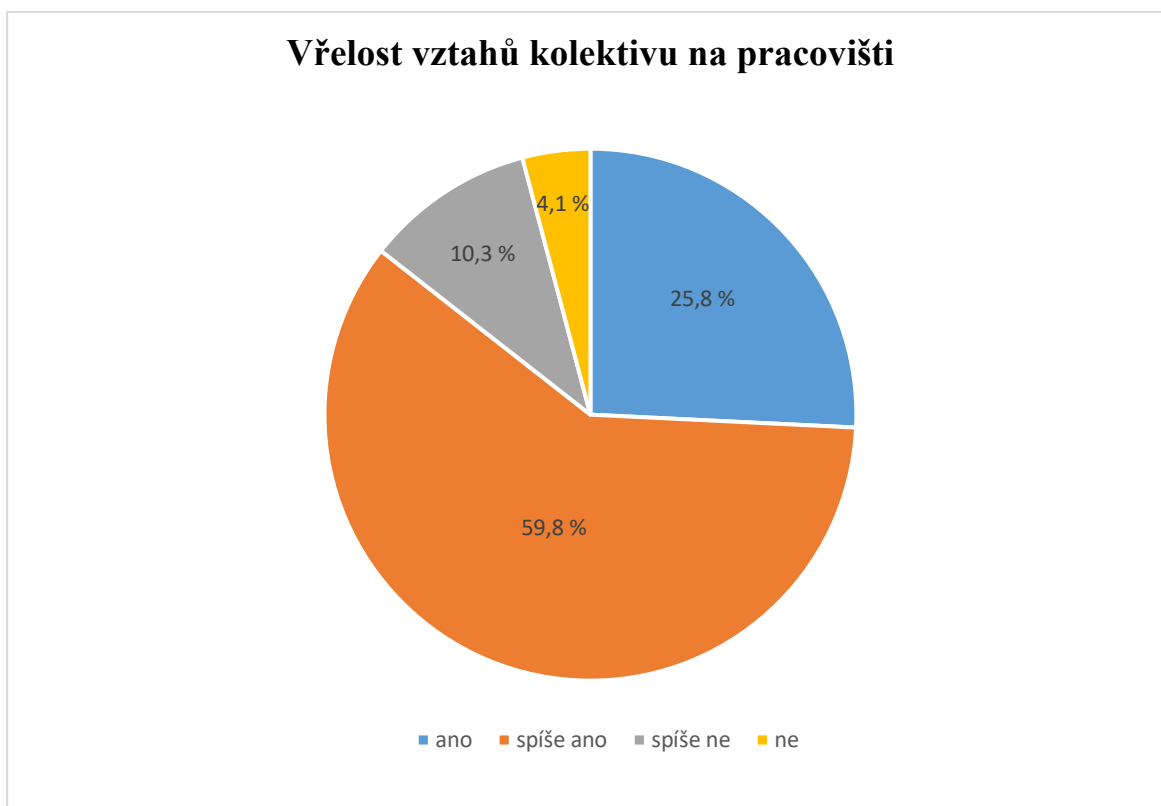


Zdroje: vlastní

Graf č. 6 reprezentuje soubor odpovědí na otázku spokojenosti respondentů na jejich současném pracovním oddělení. Z 97 respondentů (100 %) převážná část 48 respondentů (49,5 %) odpověděla spíše ano. 33 respondentů (34,0 %) odpovědělo ano. 14 z dotazovaných respondentů (14,4 %) odpovědělo spíše ne a pouze 2 respondenti (2,1 %) na otázku spokojenosti na oddělení odpovědělo ne.

Otázka č. 7: Panují ve Vašem pracovním kolektivu vřelé vztahy?

Graf č. 7: Vřelost vztahů kolektivu na pracovišti

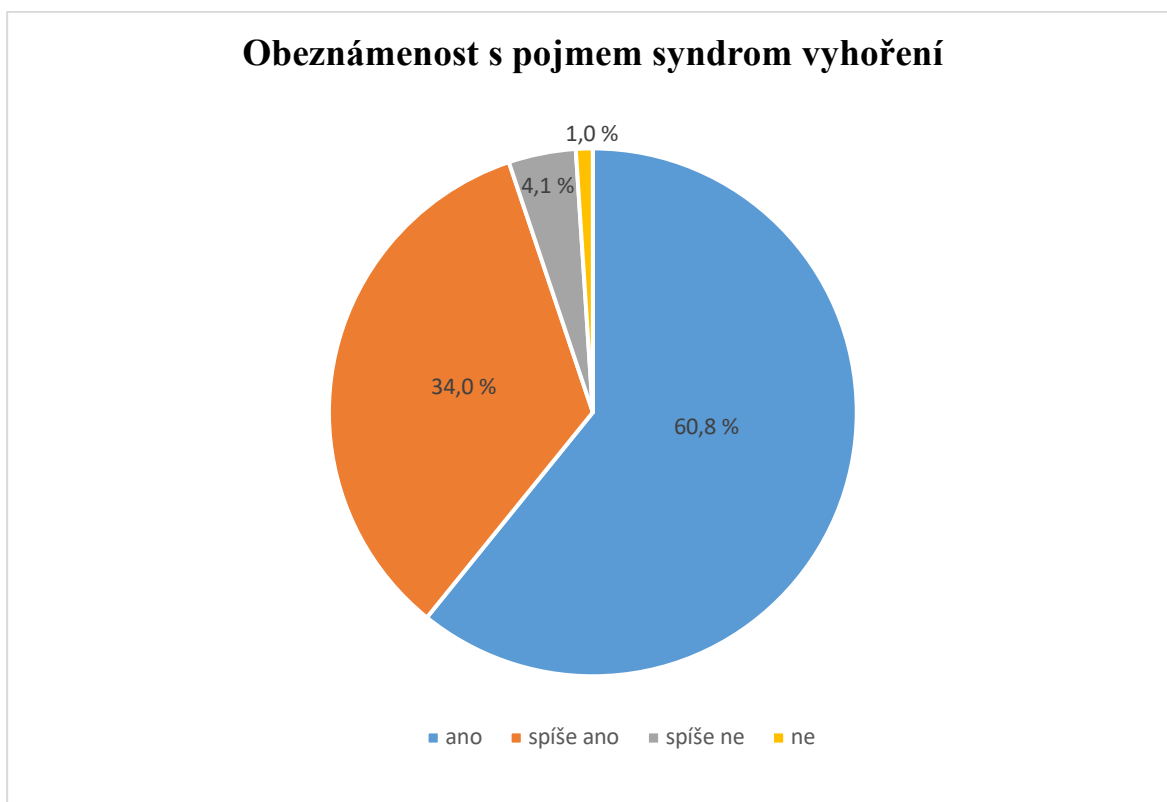


Zdroj: vlastní

Graf č. 7 zobrazuje názor pracovníků na vřelost vztahů na pracovištích. Z celkových 97 respondentů (100 %), 58 z nich (59,8 %) odpovědělo na otázku spíše ano. 25 odpovídajících respondentů (25,8 %) odpovědělo ano. 10 respondentů (10,3 %) na tuto otázku odpovědělo spíše ne a pouze 4 respondenti (4,1 %) odpověděli ne.

Otázka č. 8: Myslíte si, že jste plně obeznámen/a s pojmem syndrom vyhoření?

Graf č. 8: Obeznaámenost s pojmem syndrom vyhoření

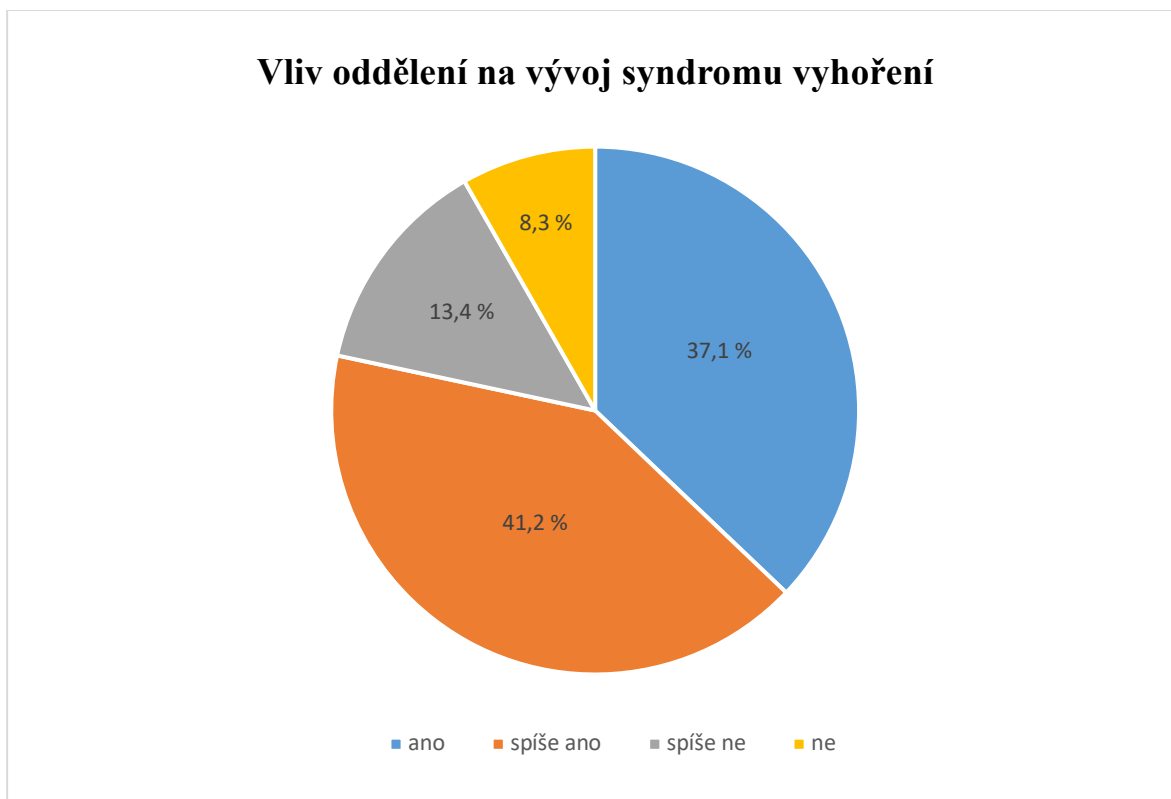


Zdroj: vlastní

Graf č. 8 reprezentuje názor respondentů na obeznámenost s pojmem syndrom vyhoření. Z celkového množství 97 respondentů (100 %) drtivá většina 59 respondentů (60,8 %) na tuto otázku odpověděla ano. Odpověď spíše ano vybralo 33 respondentů (34,0 %). 4 respondenti (4,1 %) odpověděli spíše ne a pouze 1 odpovídající respondent (1,0 %) odpověděl na tuto otázku ne.

Otázka č. 9: Myslíte si, zda má vliv na vývoj syndromu vyhoření oddělení, na kterém pracujete?

Graf č. 9: Vliv oddělení na vývoj syndromu vyhoření

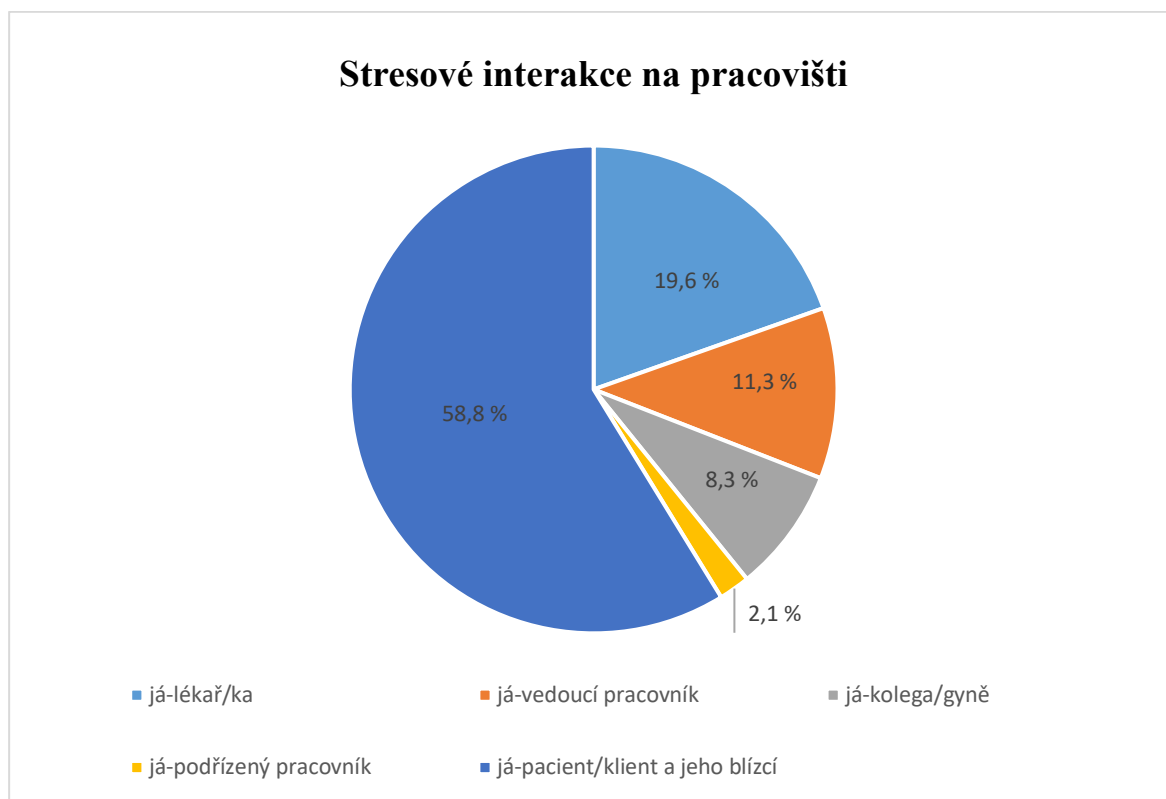


Zdroj: vlastní

Graf č. 9 ukazuje názor respondentů, zdali má na vývoj syndromu vyhoření vliv oddělení. Z celkového počtu respondentů 97 (100 %) z nich 40 odpovídajících (41,2 %) vybralo odpověď spíše ano. 36 respondentů (37,1 %) odpovědělo ano. 13 respondentů (13,4 %) vybralo na tuto otázku odpověď spíše ne a pouze 8 respondentů (8,3 %) odpovědělo ne.

Otázka č. 10: Které z těchto interakcí Vám připadají nejvíce stresující?

Graf č. 10: Stresové interakce na pracovišti



Zdroj: vlastní

Graf č. 10 reprezentuje stresující interakce pro nelékařské zdravotnické pracovníky na pracovišti. Z celkových 97 respondentů (100 %) vybralo 57 z nich (58,8 %) interakci já – pacient/klient a jeho blízcí. 19 respondentů (19,6 %) vybralo interakci já – lékař/ka. 11 respondentů (11,3 %) odpovědělo já – vedoucí pracovník. 8 odpovědí od respondentů (8,3 %) zastávalo odpověď já – kolega/gyně a pouze 2 respondenti (2,1 %) vybralo interakci já – podřízený pracovník.

Otázka č. 11: Pociťujete sám/sama na sobě příznaky syndromu vyhoření?

Graf č. 11: Sebepozorování symptomů syndromu vyhoření

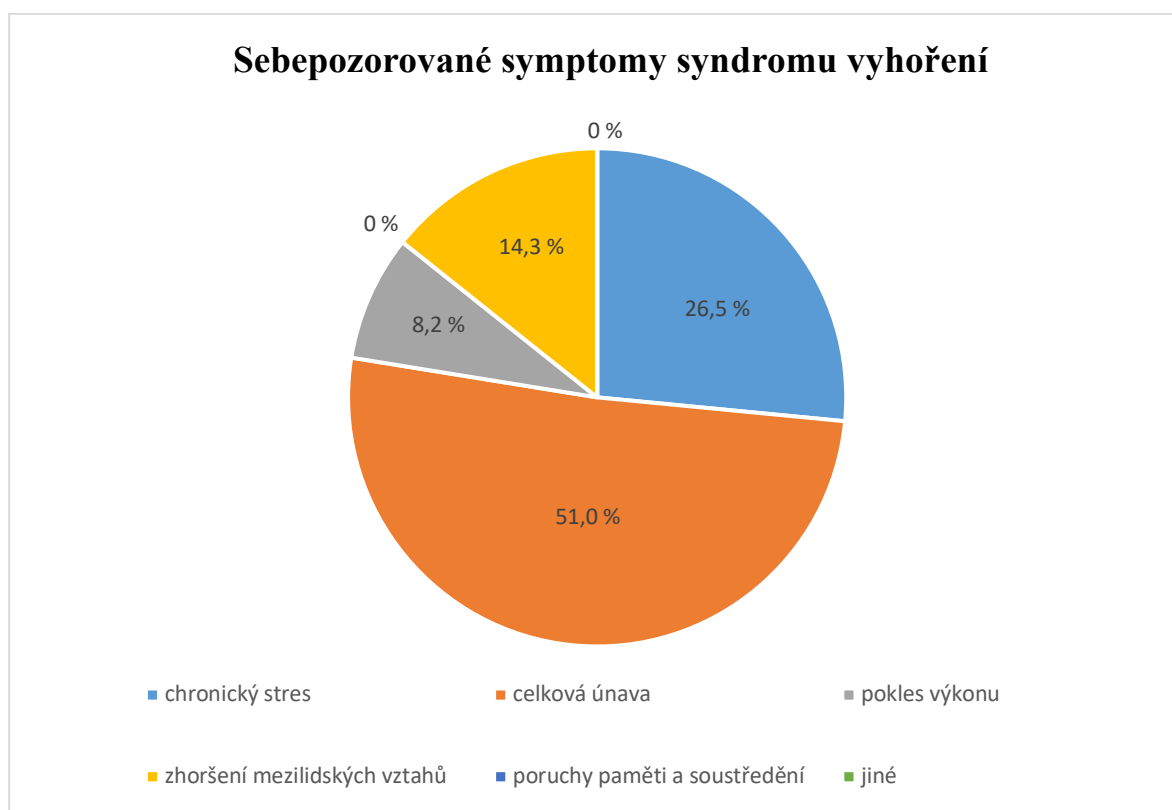


Zdroj: vlastní

Graf č. 11 zobrazuje sebepozorování symptomů syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Z celkového počtu 97 respondentů (100 %), 49 z nich (50,5 %) u sebe pozorují projevy syndromu vyhoření. A 48 respondentů (49,5 %) na sobě nepozorovali žádné projevy syndromu vyhoření.

Otázka č. 12: Které z vypsanych příznaků syndromu vyhoření na sobě pocítujete?

Graf č. 12: Sebezpozorované symptomy syndromu vyhoření



Zdroj: vlastní

Graf č. 12 zobrazuje sebezpozorované projevy syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Celkový počet respondentů byl podmíněný podle odpovědi na předchozí otázku. Na tuto otázku tedy odpovídalo 49 respondentů z celkového počtu 97 respondentů, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď ano. Z celkového počtu 49 respondentů (100 %) jako nejvíce sebezpozorovaný příznak syndromu vyhoření byla odpověď celková únava, tuto odpověď vybralo 25 respondentů (51,0 %). Dalším nejvíce sebezpozorovaným příznakem byl chronický stres, tuto odpověď vybralo 13 respondentů (26,5 %). 7 respondentů (14,3 %) vybralo odpověď zhoršení mezilidských vztahů. 4 z odpovídajících respondentů (8,2 %) vybralo odpověď pokles výkonu. Odpověď poruchy paměti a soustředění nevybral žádný respondent. Ani odpověď jiné nikdo z dotazovaných respondentů nevybral. Tato odpověď vybízela respondenty k vypsání jiných sebezpozorovaných projevů syndromu vyhoření.

Otázka č. 13: Všiml/a jste si příznaků syndromu vyhoření u Vašich spolupracovníků?

Graf č. 13: Pozorování symptomů syndromu vyhoření u spolupracovníků

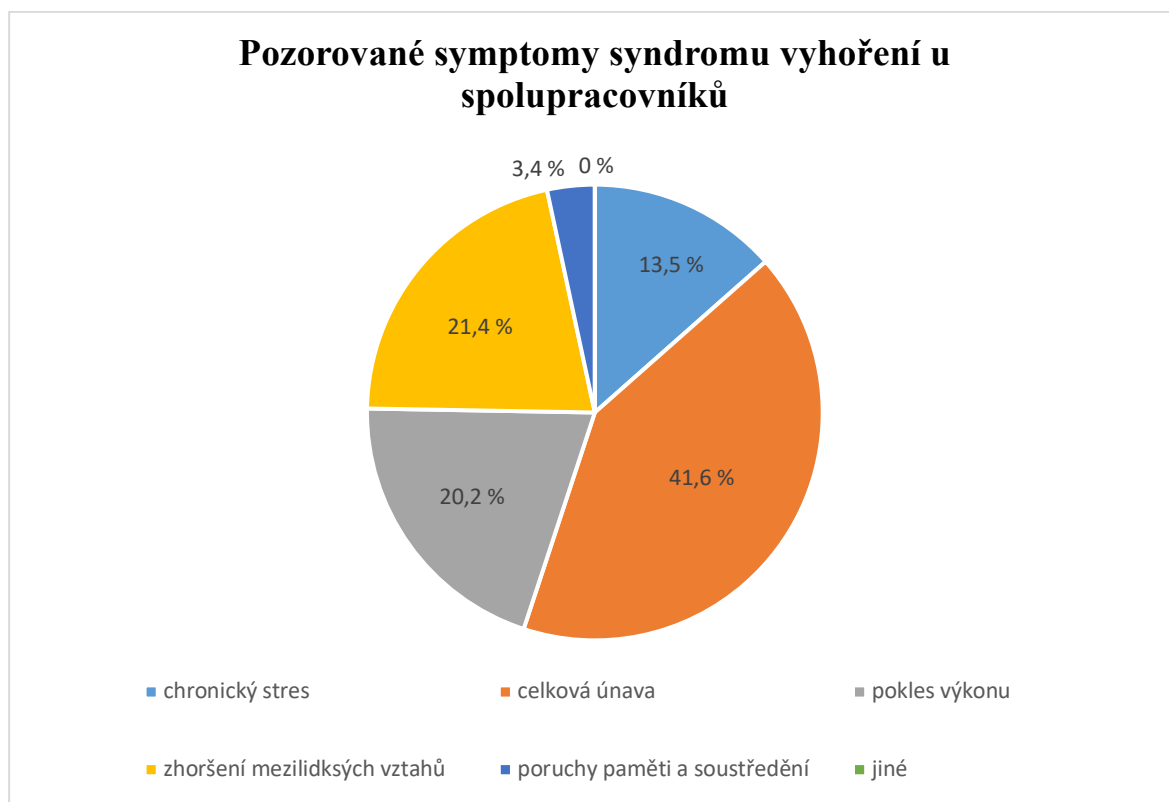


Zdroj: vlastní

Graf č. 13 zobrazuje zpozorování příznaků syndromu vyhoření u druhých osob na pracovišti. Celkový počet respondentů sestával z 97 odpovídajících (100 %). 89 z nich (91,8 %) zpozorovalo projevy syndromu vyhoření u druhých osob na jejich pracovišti. A pouze jen 8 respondentů (8,3 %) si žádných projevů syndromu vyhoření u svých kolegů/kolegyň nevšimlo.

Otázka č. 14: Které z vypsanych příznaků syndromu vyhoření pozorujete u svých kolegů?

Graf č. 14: Pozorované symptomy syndromu vyhoření u spolupracovníků

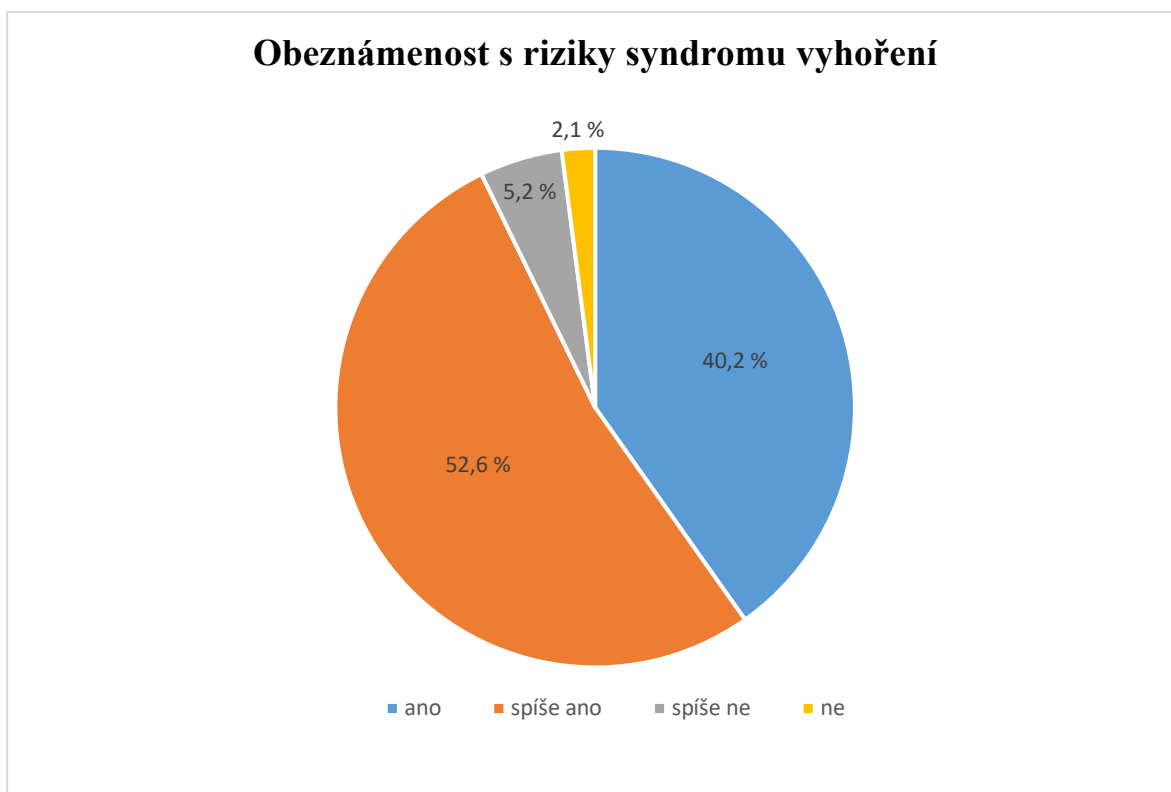


Zdroj: vlastní

Graf č. 14 zobrazuje zpozorované příznaky syndromu vyhoření u druhých osob na pracovišti. Celkový počet respondentů byl podmíněný podle odpovědi na předchozí otázku. Na tuto otázku tedy odpovídalo 89 respondentů z celkového počtu 97 respondentů, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď ano. Z celkového počtu 89 respondentů (100 %), na svých spolupracovnících jako nejvíce zpozorovaný příznak syndromu vyhoření byla vybrána celková únava. Tuto odpověď vybralo 37 respondentů (41,6 %). Jako dalším nejvíce zpozorovaným příznakem syndromu vyhoření byla vybrána odpověď zhoršení mezilidských vztahů. Tuto odpověď vybralo 19 z odpovídajících respondentů (21,4 %). 18 respondentů (20,2 %) zvolilo odpověď pokles výkonu. 12 z dotazovaných respondentů (13,5 %) vybralo odpověď chronický stres. Pouze 3 respondenti (3,4 %) vybrali odpověď poruchy paměti a soustředění. A nikdo z dotazovaných respondentů nevybral možnost jiné, která dotazované vybízela k vypsání jiných zpozorovaných symptomů syndromu vyhoření u svých kolegů/kolegyň.

Otázka č. 15: Myslíte si, že jste plně obeznámen/a s možnými riziky syndromu vyhoření?

Graf č. 15: Obeznámenost s riziky syndromu vyhoření

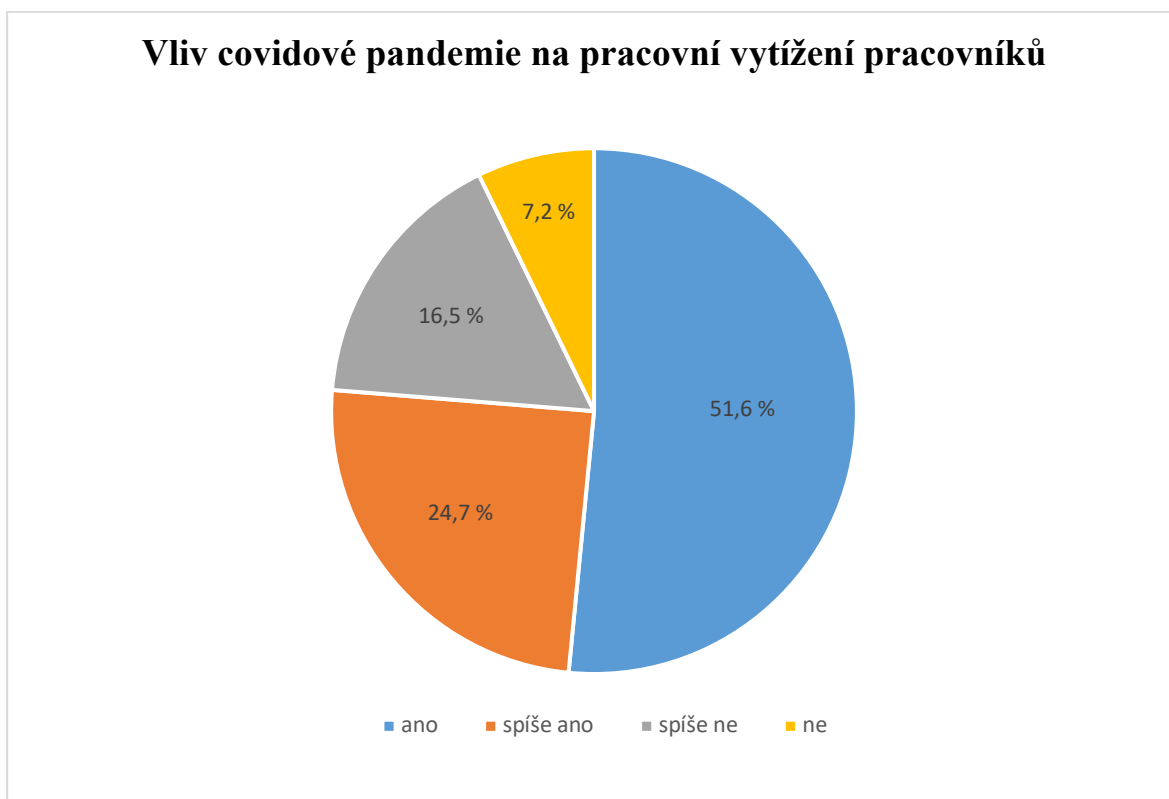


Zdroj: vlastní

Graf č. 15 reprezentuje obeznámenost nelékařských zdravotnických pracovníků s možnými riziky syndromu vyhoření. Z celkového počtu 97 respondentů (100 %), 51 z nich (52,6 %) vybralo odpověď spíše ano. 39 respondentů (40,2 %) zvolilo odpověď ano. 5 z dotazovaných respondentů (5,2 %) zvolilo možnost spíše ne a pouze 2 respondenti (2,1 %) vybralo odpověď ne.

Otázka č. 16: Přispěla negativním vlivem covidová pandemie na Vaše pracovní vytížení?

Graf č. 16: Vliv covidové pandemie na pracovní vytížení pracovníků

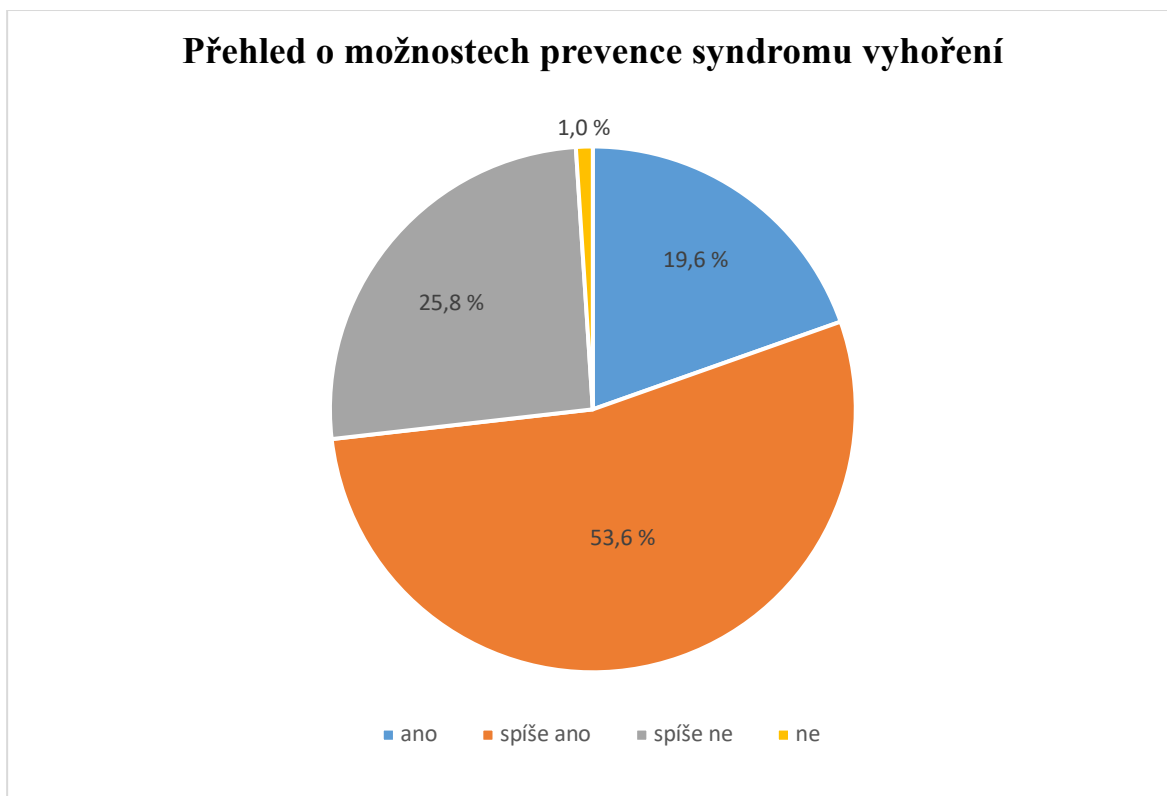


Zdroj: vlastní

Graf č. 16 zobrazuje názor respondentů, zdali měla na jejich pracovní vytížení vliv covidová pandemie. Z celkového množství respondentů 97 (100 %), 50 z nich (51,6 %) vybralo možnost ano. 24 z dotazovaných respondentů (24,7 %) zvolilo možnost spíše ano. 16 respondentů (16,5 %) zvolilo odpověď spíše ne. A pouze 7 respondentů (7,2 %) vybralo možnost ne.

Otázka č. 17: Myslíte si, že máte dostatečný přehled o možnostech prevence syndromu vyhoření?

Graf č. 17: Přehled o možnostech prevence syndromu vyhoření

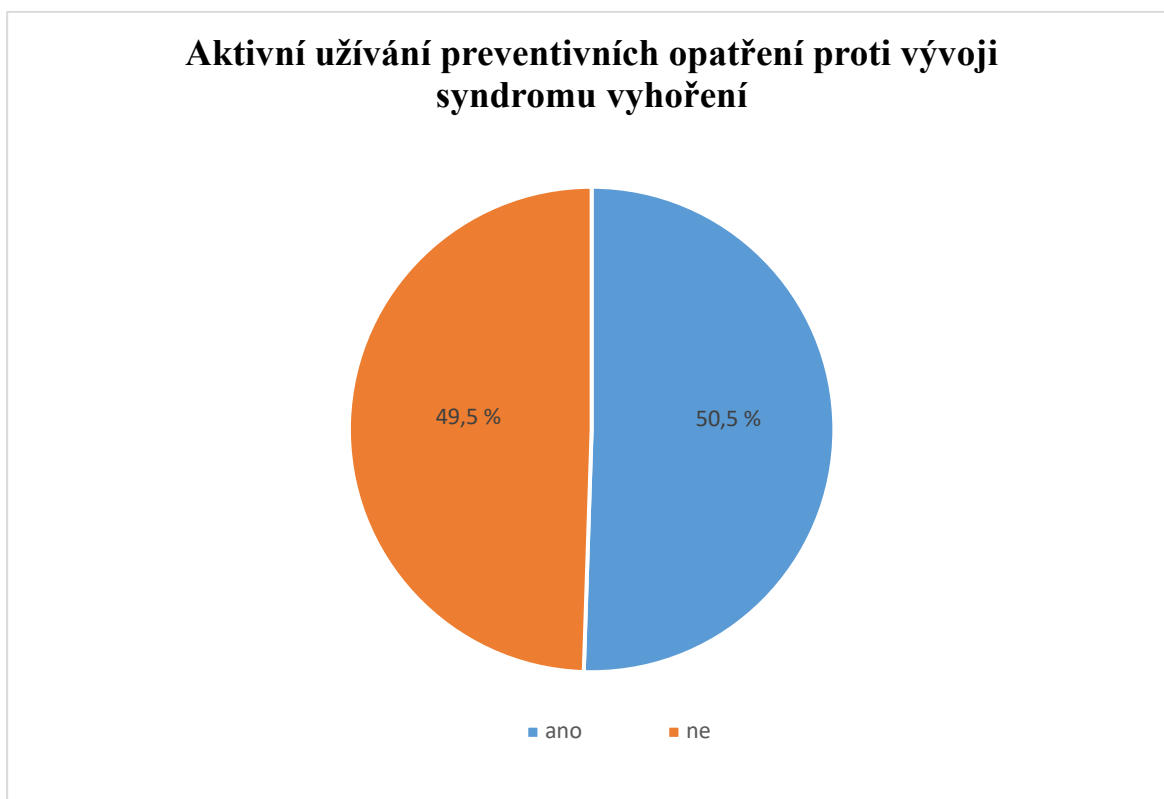


Zdroj: vlastní

Graf č. 17 zobrazuje názor, zdali nelékařští zdravotničtí pracovníci mají přehled o možnostech prevence syndromu vyhoření. Z celkového počtu 97 respondentů (100 %), 52 z nich (53,6 %) zvolilo odpověď spíše ano. 25 respondentů (25,8 %) vybralo možnost spíše ne. 19 z odpovídajících respondentů (19,6 %) odpovědělo ano. A pouze 1 respondent (1,0 %) vybralo odpověď ne.

Otázka č. 18: Využíváte aktivně preventivních opatření proti vzniku syndromu vyhoření?

Graf č. 18: Aktivní užívání preventivních opatření proti vývoji syndromu vyhoření

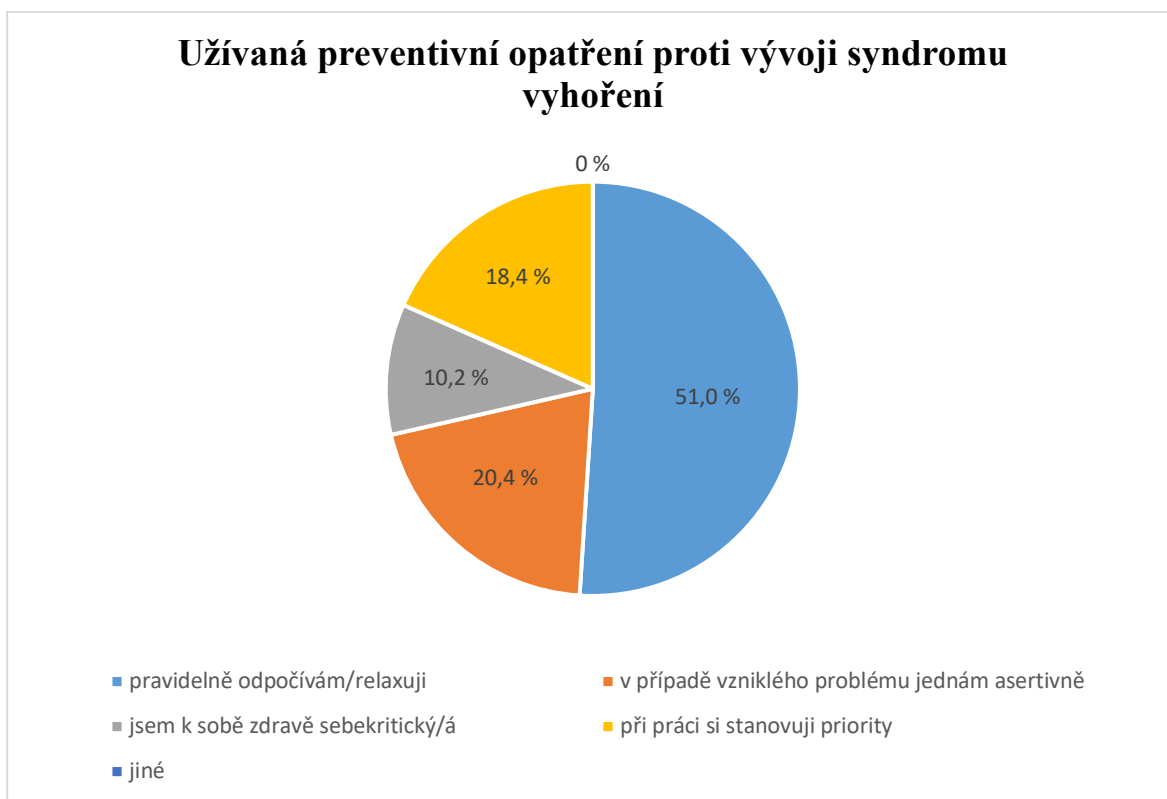


Zdroj: vlastní

Graf č. 18 reprezentuje aktivní užívání preventivních opatření proti vývoji syndromu vyhoření. Z celkového počtu 97 respondentů (100 %), jich 49 (50,5 %) odpovědělo ano. Zatímco 48 dotazovaných respondentů (49,5 %) odpovědělo ne.

Otázka č. 19: Používáte některá z těchto preventivních opatření?

Graf č. 19: Užívaná preventivní opatření proti vývoji syndromu vyhoření

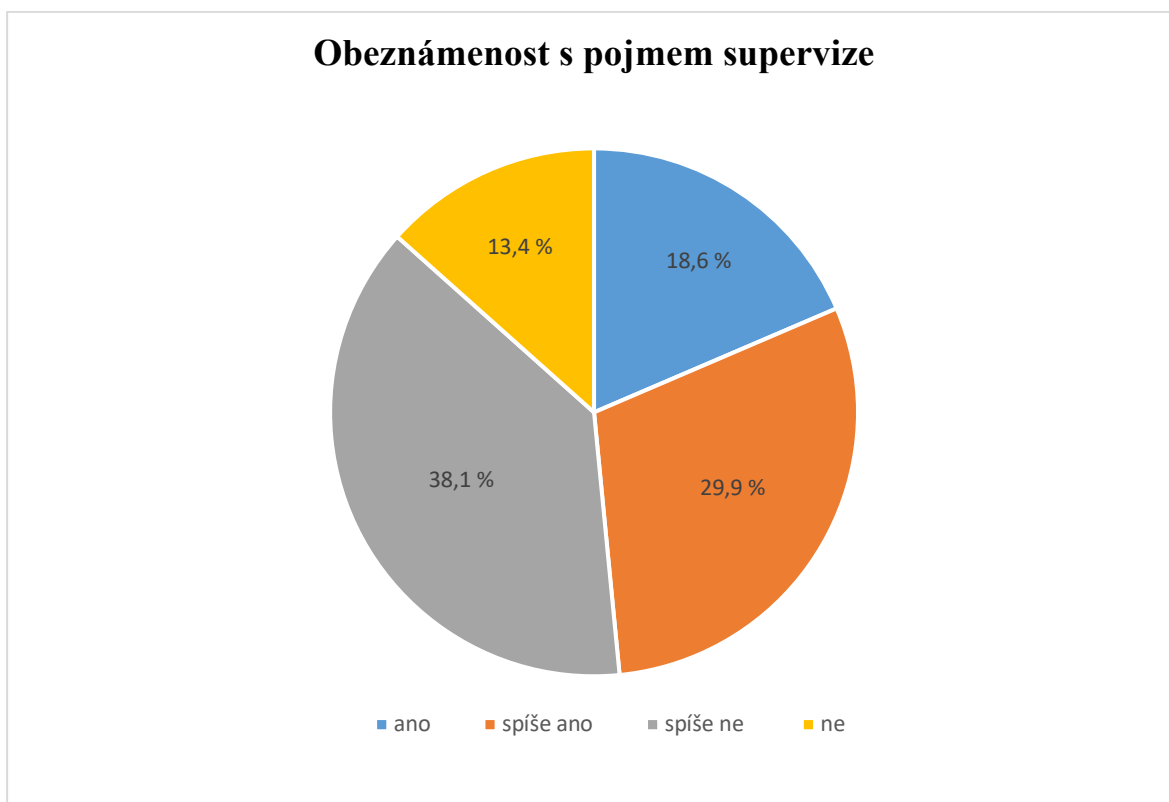


Zdroj: vlastní

Graf č. 19 zobrazuje užívaná preventivní opatření proti vývoji syndromu vyhoření. Celkový počet respondentů byl podmíněný podle odpovědi na předchozí otázku. Na tuto otázku tedy odpovídalo 49 respondentů z celkového počtu 97 respondentů, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď ano. Z celkového počtu 49 respondentů (100 %), 25 z nich (51,0 %) zvolilo odpověď pravidelně odpočívám/relaxuji. 10 z dotazovaných respondentů (20,4 %) vybralo možnost v případě vzniklého problému jedním asertivně. 9 respondentů (18,4 %) zvolilo odpověď při práci si stanovují priority. A nikdo z dotazovaných respondentů nevybral možnost jiné, která dotazované vybízela k vypsání jiných preventivních opatření proti vývoji syndromu vyhoření.

Otázka č. 20: Myslíte si, že jste plně obeznámen/a s pojmem supervize?

Graf č. 20: Obeznámenost s pojmem supervize



Zdroj: vlastní

Graf č. 20 reprezentuje obeznámenost nelékařských zdravotnických pracovníků s pojmem supervize. Z celkového počtu 97 respondentů (100 %), 37 z nich (38,1 %) odpovědělo spíše ne. 29 dotazovaných respondentů (29,9 %) zvolilo odpověď spíše ano. 18 respondentů (18,6 %) vybralo možnost ano. A pouze 13 respondentů (13,4 %) zvolilo odpověď ne.

Otázka č. 21: Myslíte si, že je na Vašem pracovišti supervize aktivně využívána?

Graf č. 21: Aktivní využití supervize na pracovišti

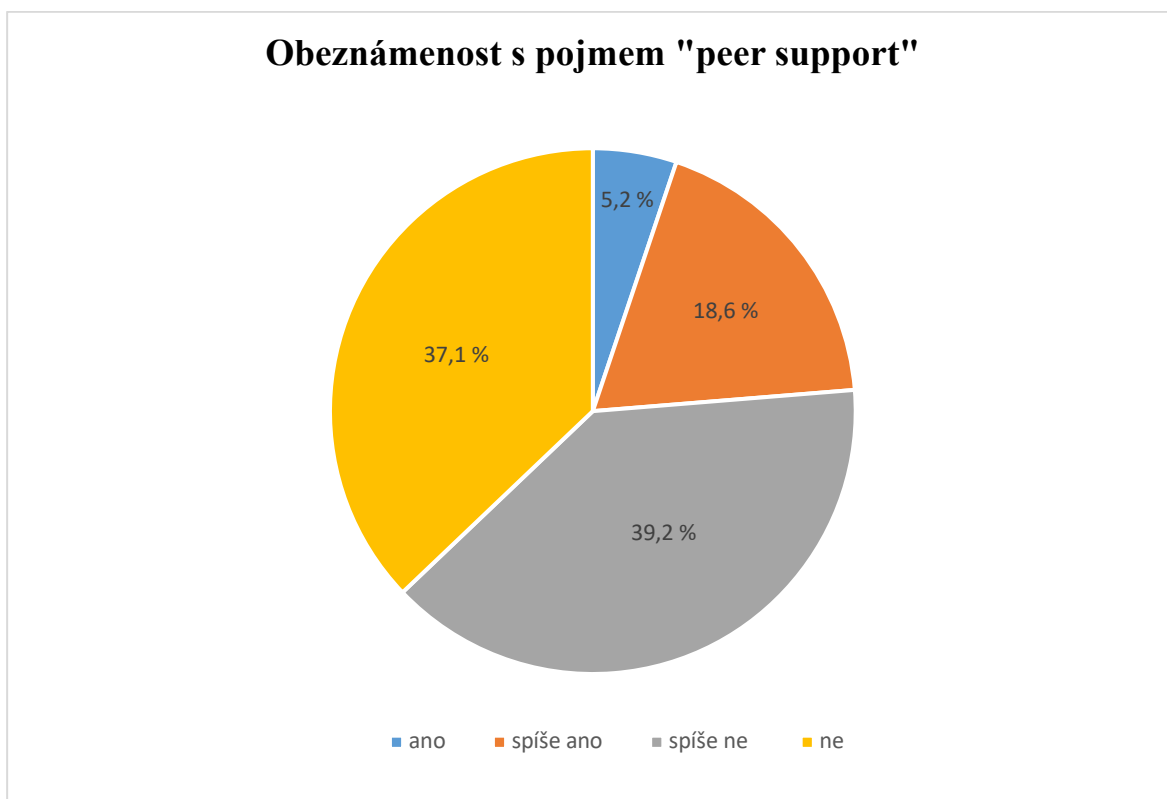


Zdroj: vlastní

Graf č. 21 zobrazuje názor nelékařských zdravotnických pracovníků, zdali je na jejich pracovišti aktivně využívána supervize. Z celkového počtu 97 respondentů (100 %), 45 z nich (46,4 %) vybralo možnost ne. 37 dotazovaných respondentů (38,1 %) zvolilo odpověď spíše ne. 11 respondentů (11,3 %) vybralo možnost spíše ano. A pouze 4 respondenti (4,1 %) odpověděli ano.

Otázka č. 22: Myslíte si, že jste plně obeznámen/a s pojmem „peer support“?

Graf č. 22: Obeznámenost s pojmem „peer support“



Zdroj: vlastní

Graf č. 22 reprezentuje obeznámenost nelékařských zdravotnických pracovníků s pojmem „peer support“. Z celkového počtu 97 respondentů (100 %), jich 38 (39,2 %) zvolilo odpověď spíše ne. 36 respondentů (37,1 %) vybralo odpověď ne. 18 z dotazovaných respondentů (18,6 %) zvolilo možnost spíše ano. A pouze 5 respondentů (5,2 %) označilo odpověď ano.

Otázka č. 23: Je ve Vašem zařízení využíváno služeb peer pracovníků?

Graf č. 23: Využití služeb peer pracovníků v nemocničním zařízení Privamed a.s.

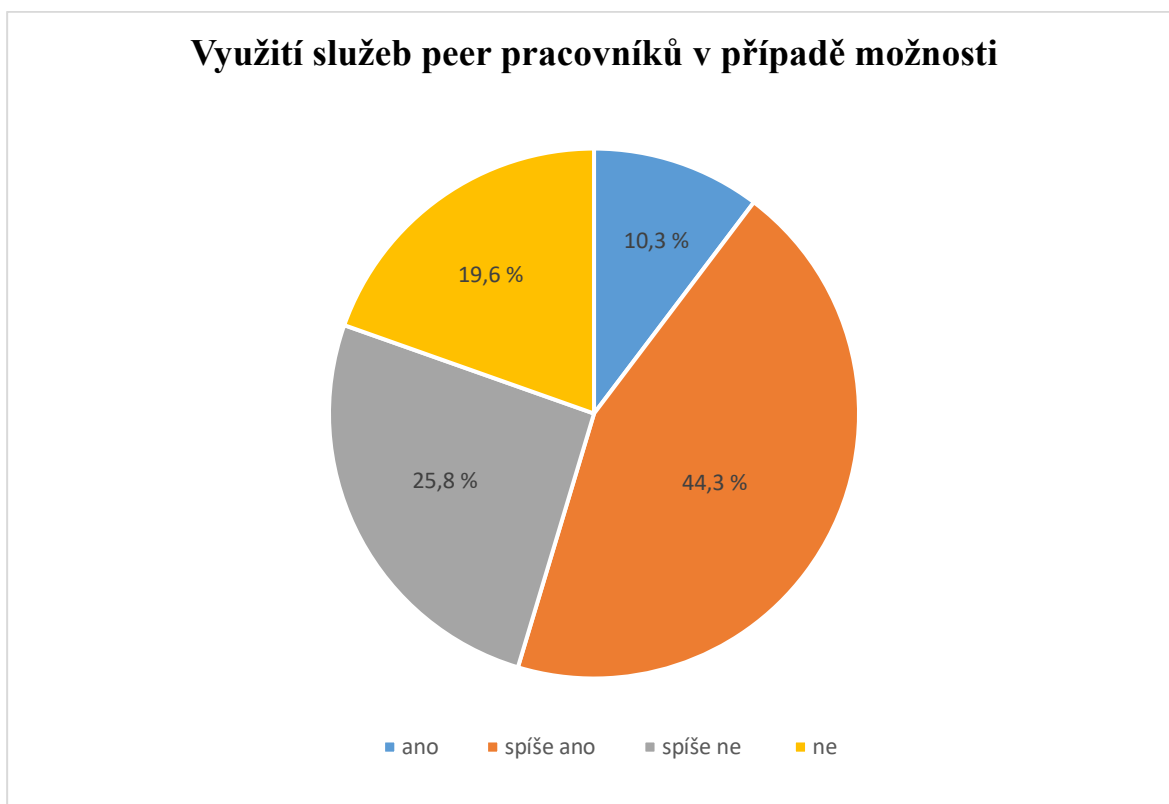


Zdroj: vlastní

Graf č. 23 zobrazuje, zdali v nemocničním zařízení Privamed a.s. je užíváno služeb peer pracovníků. Na tuto otázku odpovídalo 97 respondentů (100 %) a všichni z respondentů zvolilo odpověď ne.

Otázka č. 24: V případě možnosti, využil/a byste služeb těchto pracovníků?

Graf č. 24: Využití služeb peer pracovníků v případě možnosti



Zdroj: vlastní

Graf č. 24 vyjadřuje názor nelékařských zdravotnických pracovníků, zdali by v případě možnosti využili služeb peer pracovníků. Z celkového počtu 97 respondentů (100 %), 43 z nich (44,3 %) odpovědělo spíše ano. 25 z dotazovaných respondentů (25,8 %) zvolilo možnost spíše ne. 19 respondentů (19,6 %) vybralo odpověď ne. A 10 respondentů (10,3 %) by určitě využilo služeb peer pracovníků.

7 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, jaká je míra informovanosti u NLZP o syndromu vyhoření a jeho rizicích.

K tomuto dílčímu cíli byl vytvořený předpoklad č. 1, který zní: „Předpokládám, že NLZP, kteří si jsou vědomi syndromu vyhoření, si zároveň uvědomují jeho rizika.“, z čehož odpověď na tento předpoklad mají za úkol otázky č. 8 a 15. V otázce č. 8 bylo zjišťováno, do jaké míry se NLZP cítí být obeznámeni s pojmem syndrom vyhoření, z čehož drtivá většina 59 respondentů (60,8 %) (z celkových 97 odpovídajících) odpověděla ano a 33 respondentů (34 %) odpovědělo spíše ano. Otázka č. 15 se ptala, zda si respondenti myslí, že jsou plně obeznámeni s možnými riziky syndromu vyhoření. Zde 51 respondentů uvedlo, že ano (52,6 %) a 39 respondentů (40,2 %) uvedlo spíše ano. Na základě těchto dat bylo zjištěno, že NLZP, kteří mají povědomí o syndromu vyhoření, jsou si zároveň vědomi jeho možných rizik. Na základě kladně zodpovězeného předpokladu je tento cíl splněný.

Dílčí cíl č. 2: Zmapovat míru povědomí u NLZP v možnostech prevence syndromu vyhoření.

K tomuto dílčímu cíli jsou navázány celkem tři předpoklady. Prvním z těchto předpokladů je: „Předpokládám, že NLZP, kteří jsou obeznámeni s preventivními opatřeními syndromu vyhoření, jsou zároveň obeznámeni i s pojmem supervize.“, s tím, že na tento předpoklad měly odpovědět otázky č. 17 a 20. Otázka č. 17 se zajímala o to, zda si NLZP myslí, že mají dostatečný přehled o možnostech prevence syndromu vyhoření. 19 z celkového počtu odpovídajících respondentů (97), což tvoří celkem 19,6 %, uvedlo, že ano a 52 z celkového počtu odpovídajících respondentů uvedlo spíše ano, což odpovídá vcelku 53,6 %. Co se týče otázky č. 20, tak zde na odpověď ano odpovědělo z celkového počtu odpovídajících 18 respondentů (18,6 %) a na odpověď spíše ano 29 respondentů (29,9 %). Po analýze těchto dat je možné říci, že NLZP pravděpodobně jsou obeznámeni s možnými preventivními opatřeními, ale už ne s pojmem supervize, jakožto jednou z možností prevence proti vzniku syndromu vyhoření. Tento předpoklad byl vyvrácen.

Druhý předpoklad dále vázaný k dílčímu cíli č. 2 znějící: „Předpokládám, že NLZP, kteří jsou obeznámeni s preventivními opatřeními syndromu vyhoření, jsou zároveň obeznámeni s pojmem peer support.“, s připravenými otázkami č. 17 a 22, které měly za úkol tuto

informaci zjistit. Konkrétněji, otázka č. 17 se stejně jako u předchozího předpokladu zajímala o to, zda si NLZP myslí, že mají dostatečný přehled o možnostech prevence syndromu vyhoření. Z celkového počtu 97 respondentů 19 z nich (19,6 %) odpovědělo ano a 52 z nich (53,6 %) odpovědělo spíše ano. U otázky č. 22 bylo zjišťováno, zda si NLZP myslí, že jsou plně obeznámeni s pojmem peer support. Na tuto otázku odpověď ano zvolilo pouze 5 respondentů, což tvoří celkem 5,2 %, a odpověď spíše ano volilo 18 z dotazovaných respondentů, což je tvořeno 18,6 % z celkového počtu respondentů. Data ukázala, že NLZP, kteří jsou obeznámeni s pojmem peer support je poměrně málo, a tak tento předpoklad byl vyvrácen.

Posledním předpokladem pojeným s tímto dílčím cílem je: „Předpokládám, že NLZP, kteří aktivně využívají preventivní opatření proti vzniku syndromu vyhoření, zároveň nepocítují jeho příznaky.“ A na tento předpoklad hledaly odpověď otázky č. 11 a 18. Při bližším rozvedení, otázka č. 11 se tázala, zda NLZP sami na sobě pocítují příznaky syndromu vyhoření. Zde byly jen dvě možné odpovědi, a to odpověď ano, kde z celkového počtu odpovídajících bylo celkem 49 (50,5 %). Poté 48 odpovídajících (49,5 %) zvolilo možnost ne. Otázka č. 18 se zajímala, zda NLZP aktivně využívají preventivních opatření proti vývoji syndromu vyhoření. Stejně jako u otázky č. 11, i zde na odpověď ano odpovědělo celkem 49 respondentů (50,5 %) a na odpověď ne odpovědělo 48 respondentů (49,5 %). Z těchto dat lze usoudit, že NLZP aktivně využívající preventivních opatření na sobě nepocítují příznaky syndromu vyhoření, díky čemuž se tento předpoklad potvrzuje. Tento cíl byl splněný, neboť míra povědomí v možnostech prevence syndromu vyhoření u NLZP byla zmapována, a to tak, že NLZP sice mají povědomí, avšak ne tak, jak bylo předpokládáno.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit, zda NLZP na sobě pozorují výskyt příznaků syndromu vyhoření.

Tento cíl si kladly za úkol zodpovědět celkem dva předpoklady. Prvním z těchto předpokladů je: „Předpokládám, že NLZP s délkou praxe nad 10 let na sobě pocítují příznaky syndromu vyhoření.“ a na tento předpoklad měly odpovědět otázky, číslo 4 a 11. Otázka č. 4 se zajímala, jaká je délka praxe dotazovaných NLZP. Z 97 respondentů se 26 z nich (26,8 %) pohybuje v rozmezí 21-30 let praxe, 25 respondentů (25,8 %) pracuje v oboru 11-20 let, 19 respondentů (19,6 %) v rozmezí 0-5 let, 16 respondentů (16,5 %) se pohybuje v oboru již přes 31 let a 11 respondentů (11,3 %) pracuje v oboru 6-10 let. Otázka

č. 11 se tázala, zda na sobě NLZP pociťují příznaky syndromu vyhoření a zde z 97 respondentů odpovědělo 49 z nich (50,5 %) ano a 48 z nich (49,5 %) ne. Z těchto dat vyplynulo, že NLZP pracující v oboru více jak 10 let na sobě skutečně pociťují příznaky syndromu vyhoření, avšak je to více zjevné s narůstající délkou praxe.

Druhým a zároveň posledním předpokladem je „Předpokládám, že nejvyšší výskyt sebezpozorování příznaků syndromu vyhoření je u NLZP pracujících v CNP“, pro který byly vytvořeny otázky č. 5 a 11. Otázka č. 5 se zajímala, na kterém oddělení respondenti pracují. Z celkového počtu 97 respondentů 35 z nich pracuje na CNP (36,1 %), 27 z nich na interním oddělení (27,8 %), 13 z nich na JIP (13,4 %), 11 z nich na rehabilitačních oddělení (11,3 %) a 11 z nich na neurologickém oddělení (11,3 %). Následně u otázky č. 11 (zda na sobě NLZP pociťují příznaky syndromu vyhoření), stejně jako u předchozího předpokladu, 49 respondentů (50,5 %) odpovědělo ano a 48 respondentů (49,5 %) odpovědělo ne. Tento předpoklad nebyl potvrzen, neboť z výzkumu po statistickém zpracování dat vyplývá, že nejvyšší míra sebezpozorování příznaků syndromu vyhoření u NLZP se týká pracovníků JIP. Tohoto dílčího cíle bylo dosaženo, neboť bylo zjištěno a zodpovězeno, zda NLPZ na sobě pociťují příznaky syndromu vyhoření či ne, s čímž bylo společně s předchozími cíli zodpovězeno i na hlavní cíl výzkumu a byla tak zmapována míra povědomí o syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a možnostech jeho prevence.

DISKUZE

Zjištěné výsledky kvantitativního výzkumu změřeného na povědomí syndromu vyhoření u NLZP a jeho prevence, jehož hlavním cílem bylo zmapovat míru povědomí o syndromu vyhoření u NLZP a možnostech jeho prevence.

Zmíněný hlavní cíl byl rozdělen do několika dílčích cílů, z čehož prvním z nich bylo zjistit, jaká je míra informovanosti u NLZP o syndromu vyhoření a jeho rizicích. Tento dílčí cíl doprovázel první předpoklad ve znění: „Předpokládám, že NLZP, kteří si jsou vědomi syndromu vyhoření si zároveň uvědomují jeho rizika.“ Předpoklad byl testován především otázkami č. 8 a 15. Tento předpoklad byl potvrzen, neboť převážná část respondentů odpovídala v kladném spektru. Odpovědi „ano“ a „spíše ano“ zaškrtnulo 59 a 33 respondentů, což tvoří 60,8 % a 34,0 % ze všech odpovědí u otázky č. 8 a u otázky č. 15 se odpovědi „ano“ a „spíše ano“ objevily v četnostech 39 a 51 z celkového počtu odpovědí, což v procentuálním zastoupení tvoří 40,2 % a 52,6 %.

Druhým dílčím cílem bylo zmapovat míru povědomí u NLZP v možnostech prevence syndromu vyhoření. Tomuto dílčímu cíli se věnovaly celkem tři předpoklady. Předpokladem číslo 2 bylo: „Předpokládám, že NLZP, kteří jsou obeznámeni s preventivními opatřeními syndromu vyhoření, jsou zároveň obeznámeni i s pojmem supervize.“, což testovaly otázky č. 17 a 20. Tento předpoklad se nepotvrdil, odpovědi respondentů se pohybovaly v negativním spektru. U otázky č. 17 odpovědělo „ano“ celkem 19 respondentů a „spíše ano“ celkem 52 respondentů, což tvoří celkem 19,6 % a 53,6 %. Na otázku č. 20 odpovědělo „ano“ celkem 18 respondentů a „spíše ano“ 29 respondentů, a to je v procentuálním zastoupení promítnuto na 18,6 % a 29,9 %. Důležitost tohoto dílčího cíle a existenci supervize ve zdravotnictví potvrzuje ve své publikaci Venglářová a kol. (2013, s. 9) rozebráním výhod, které supervize přináší, a to konkrétně její flexibilitu, kdy si ji pracovník může domluvit dle vlastní potřeby, kdy se s její realizací otevírá bezpečný prostor, kde se pracovník může podělit o své pocity a aktuálně řešené problémy a kde se může podělit o svou zodpovědnost se svými kolegy.

V rámci druhého dílčího cíle byl dále zařazený i předpoklad č. 3, který předpokládal, že NLZP, kteří jsou obeznámeni s preventivními opatřeními syndromu vyhoření, jsou zároveň obeznámeni i s pojmem peer support. Na tento předpoklad byly zaměřené otázky č. 17 a 22 a podobně jako předchozí předpoklad nebyl potvrzený. Na otázku č. 17 odpovědělo „ano“ 19 respondentů a „spíše ano“ 52 respondentů (v procentuálním zastoupení se jedná o

19,6 % a 53,6 %). U otázky č. 22 odpovědělo „ano“ 5 respondentů a „spíše ano“ 18 respondentů (v procentuálním zastoupení 5,2 % a 18,6 %). Peer pracovníci (v rámci peer programů) v České republice nemají v současné době tak velké zastoupení (Hamplová, 2019, s. 104). Autorka dále vysvětluje, že peer support je v ČR realizován prostřednictvím konkrétních projektů pro konkrétní problematiky, např. Netopeer nebo projekt Hrou proti AIDS.

Posledním předpokladem u tohoto dílčího cíle bylo: „Předpokládám, že NLZP, kteří aktivně využívají preventivní opatření proti vzniku syndromu vyhoření, zároveň na sobě nepocítují jeho příznaky.“ Tento předpoklad byl potvrzený. Nadpoloviční většina odpovědí byla v kladném spektru a jednalo se konkrétně o otázky č. 11 a 18. Při pohledu na procentuální zastoupení se u obou otázek jednalo o 51 %.

Třetím a posledním dílčím cílem bylo zjistit, zda NLZP na sobě pozorují výskyt příznaků syndromu vyhoření. Zde byly stanovené dva předpoklady, z čehož první z nich předpokládal, že NLZP s délkou praxe nad 10 let na sobě pocítují příznaky syndromu vyhoření. Předpoklad jako takový byl potvrzený, avšak až v pokročilejším spektru délky praxe dotazovaných NLZP. Příznaky syndromu vyhoření na sobě opravdu pozorují NLZP s délkou praxe více jak 10 let (v rozmezí 11-20 let praxe, v zastoupení 12,4 % a 12 respondentů), avšak odpovídajících s délkou praxe v rozmezí 21-30 let bylo celkem 13 (13,4 %).

Poslední předpoklad ve znění: „Předpokládám, že nejvyšší výskyt sebepozorování příznaků syndromu vyhoření je u NLZP pracujících v CNP.“, testovaly otázky č. 5 a 11. Předpoklad nebyl potvrzen. Výzkum ukázal, že nejvyšší výskyt sebepozorování příznaků syndromu vyhoření je u pracovníků JIP, kdy 77 % dotazovaných z oddělení JP odpovědělo „ano“, zatímco u CNP 40 %.

LIMITY VÝZKUMU

Výzkumné šetření bylo realizované v Nemocnici Privamed, a.s., kde bylo rozdáno celkem 120 dotazníků respondentům splňující kritérium, z čehož jich bylo navraceno 106 a zpracovatelných 97. Limitem je zde vnímaný nižší počet respondentů, neboť čím vyšší účast na výzkumu je, tím přesnější a vypovídající jsou získávané výsledky.

Vyšší návratnost dotazníků nebyla dosažena pravděpodobně tím, že dotazníky byly na oddělení rozdaná ve větším množství a následně byla ponechána určitá lhůta, kdy je mohli respondenti vyplnit. Nebyl zde tedy žádný dohled, kdo dotazník vyplnil či k jej opravdu odevzdal. Dalším limitem výzkumu byly otázky dotazující určitou znalost respondenta

(otázky č. 20 a 22), kdy se někteří odpovídající mohli obávat odpovědět, což také mohlo vést k nižší návratnosti dotazníků.

DOPORUČENÍ PRO OŠETŘOVATELSKOU PRAXI

V rámci ošetrovatelské praxe, především v nemocničním prostředí, by mělo být věnováno více pozornosti aspektům supervize, a to jak z hlediska znalostního (tedy, že by NLZP měli mít větší povědomí o tom, co supervize je, co nabízí a kdo je a co dělá supervizor) i z hlediska praktického, kdy by supervize mohly být trvale začleněné do všech zdravotnických zařízení bez jakýchkoliv výjimek. Tímto by se více zvědomovaly aspekty psychohygieny a podněcovala by se takto důležitost péče o duševní zdraví jedince. Navíc by mohlo být také dosaženo lepších vztahů v kolektivech, což by vůči syndromu vyhoření působilo jako preventivní opatření.

Podobné schéma se také týká peer pracovníků, kdy povědomí o nich je ještě nižší, než u supervizí a stejně tak i jejich využití. Větší začlenění by do praxe vneslo další záchytnou síť pro ty, kteří se potýkají s pracovními potížemi (čímž se stávají osobou ohroženou syndromem vyhoření nebo jeho příznaky). Z jiného pohledu by to také mohlo pozitivně působit pro ty, co by vykonávali pozici peer pracovníka, jakožto člověka s přínosnou rolí a jistou důležitostí pro své kolegy. V celkovém měřítku poznatky prezentované touto prací mohou alespoň přispět k většímu uvědomění syndromu vyhoření a možností jeho prevence, kdy by se NLZP mohli více věnovat sebepozorování a podnikat kroky ke zlepšení péče o své vlastní duševní zdraví.

ZÁVĚR

Práce se zabývala syndromem vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a možnostmi jeho prevence. Cílem práce jako takové bylo zmapovat míru povědomí o syndromu vyhoření u NLZP. Tento cíl byl (v začlenění dílčích cílů) zodpovězen, NLZP mají určité povědomí o syndromu vyhoření a možnostech jeho prevence, avšak tato informovanost postrádá hlubší povědomí o některých aspektech jeho prevence, jako jsou například záležitosti spojené se supervizemi a peer pracovníky.

Teoretická část práce rozebrala problematiku syndromu vyhoření jako takového. Vedle toho pro doplnění kontextu zmínila skupiny ohrožené tímto onemocněním, kdy se jednalo konkrétně o nelékařské zdravotnické pracovníky, kdy nebylo opomenuto i jejich samotné vymezení a zařazení do pomáhajících profesí. Dále rozebrala vedlejší aspekty prevence syndromu vyhoření, čímž jsou peer pracovníci a systém supervizí.

Praktická část byla realizovaná prostřednictvím kvantitativního výzkumu, kdy metodou sběru dat bylo dotazníkové šetření. Otázky v dotazníku byly sestavené na základě hlavního cíle práce, jeho dílčích cílů a výzkumných předpokladů. Výzkum byl realizovaný v Nemocnici Privamed, a.s., dotazníky byly rozdány mezi přístupná oddělení a účastnilo se ho konkrétně 97 respondentů. Zpracování dat proběhlo pomocí statistiky, kdy bylo zjištěno, že NLZP mají jisté povědomí o syndromu vyhoření a možnostech jeho prevence, avšak v oblastech supervize a peer supportu jejich povědomí není tak velké.

Pro další výzkum může být přínosné zjistit, jaký je výskyt peer pracovníků ve zdravotnických zařízeních a jaké je jejich využití. Podobným způsobem může být zkoumaná i supervize napříč zdravotnickými zařízeními.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje:

1. BARTŮNĚK, Petr, JURÁSKOVÁ, Dana, HECZKOVÁ, Jana a NALOS, Daniel, ed. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 2016, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BLAHUTKOVÁ, Marie, MATĚJKOVÁ, Eva a PERIČKOVÁ, Lucie. *Psychologie zdraví: pro studenty bakalářských a magisterských oborů*. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 128 s. ISBN 978-80-210-5417-2.
3. BLATNÝ, Marek. *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada, 2010, 304 s. ISBN 978-80-247-3434-7.
4. BOND, Meg and HOLLAND, Stevie. *Skills of Clinical Supervision for Nurses. A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors and Managers*. Berkshire: Open University Press, McGraw-Hill Companies, 2010, 318 p. ISBN 978-0-33-523815-6.
5. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, VRABELOVÁ, Lucia a LIDICKÁ, Lucie. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, 2018, 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
6. DROZDSTOY, Stoyanov, 2014. *New model of burn out syndrome: towards early diagnosis and prevention*. Aalborg: River Publishers. 175 p. ISBN 978-87-93102-70-5
7. HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2019, 132 s. ISBN 978-80-271-0568-7.
8. HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. Praha: Vyšehrad, 2018, 224 s. ISBN 978-80-7601-004-8.
9. JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2018, 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
10. JOCHMANNOVÁ, Leona, KIMPLOVÁ, Tereza, ed. *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada, 2021, 552 s. 978-80-271-2569-2.
11. KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie 2. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014, 128 s. ISBN 978-80-247-3600-6.

12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
15. MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar a kolektiv. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada, 2015, 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
16. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada, 2020, 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
17. NEJEDLÁ, Marie. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2015, 240 s. ISBN 978-80-247-4402-5.
18. PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016, 179 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
19. PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
20. PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015, 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
21. PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
22. RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
23. RELOVSKÁ, Martina, MROSKOVÁ, Slávka a BOGUSKÁ, Danka. *Know-how lektora klinické praxe*. Praha: Grada, 2020, 112 s. ISBN 978-80-271-2219-6.
24. REMEŠ, Roman a TRNOVSKÁ, Silvia. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada, 2013, 240 s. ISBN 978-80-247-4530-5.
25. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
26. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada, 2015, 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.

27. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada, 2015, 144 s. ISBN 978-80-247-5711-7.
28. ŠTUDENTOVÁ, Kateřina. *Burnout, neboli, Syndrom vyhoření: informace pro pacienty*. Praha: Maxdorf. 2016, 16 s. ISBN 978-80-7345-520-0.
29. TÓTHOVÁ, Valérie, CHLOUBOVÁ, Ivana, PROKEŠOVÁ, Radka a ed. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada, 2019, 160 s. ISBN 978-80-271-2197-7.
30. VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 978-80-262-0087-1.
31. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
32. VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013, 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
33. VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013, 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

Zákonné normy:

1. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. *Sbírka zákonů ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR, 1993, roč. 2004, částka 30, s. 1452-1479. ISSN 1211-1244

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A, Dotazník pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Příloha B, Informovaný souhlas zařízení

PŘÍLOHY

Příloha A, Dotazník pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Dobrý den, vážení kolegové a vážené kolegyně,

jmenuji se Kateřina Černáková a jsem studentkou bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni v oboru všeobecné ošetrovatelství. Ráda bych Vás požádala o spolupráci vyplněním tohoto nestandardizovaného dotazníku, který je zcela anonymní a data z něj získaná budou využita pouze pro zpracování mé bakalářské práce na téma „Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a jeho prevence“.

Dotazník je určen k vyplnění nelékařským zdravotnickým personálem a jeho vyplnění zabere zhruba 5-10 minut. Vyberte vždy jen jednu nejpravděpodobnější odpověď. U otevřených otázek prosím o vyplnění hůlkovým písmem.

Předem Vám děkuji za ochotu a spolupráci při vyplnění dotazníku.

Otázka č. 1: Jste:

- a) muž b) žena

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

- a) 18-25 let b) 26-35 let c) 36-45 let d) 46-55 let e) 56 a více let

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) SZŠ b) VOŠ c) Bc. d) Mgr. e) jiné

Doplňte které, pokud jste zvolil/a odpověď e): _____.

Otázka č. 4: Jaká je Vaše délka praxe v oboru?

- a) 0-5 let b) 6-10 let c) 11-20 let d) 21-30 let e) 31 a více let

Otázka č. 5: Na kterém oddělení pracujete?

Doplňte: _____.

Otázka č. 6: Cítíte se spokojen/a na Vašem současném pracovním oddělení?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Otázka č. 7: Panují ve Vašem pracovním kolektivu vřelé vztahy?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Otázka č. 8: Myslíte si, že jste plně obeznámen/a s pojmem syndrom vyhoření?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Otázka č. 9: Myslíte si, zda má vliv na vývoj syndromu vyhoření oddělení, na kterém pracujete?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Otázka č. 10: Která z těchto interakcí Vám přijde nejvíce stresující?

- a) já – lékař/kab) já – vedoucí pracovník c) já – kolega/gyně
d) já – podřízený pracovník e) já – pacient/klient a jeho blízcí

Otázka č. 11: Pociťuje sám/sama na sobě příznaky syndromu vyhoření?

- a) ano b) ne

Otázka č. 12: Které z vypsanych příznaků syndromu vyhoření na sobě pociťujete?

(odpovězte, pokud jste u otázky č. 11 odpověděl/a ano a vyberte pouze jednu odpověď)

- a) chronický stres b) celková únava c) pokles výkonu
d) zhoršení mezilidských vztahů e) poruchy paměti a soustředění f) jiné

Doplňte které, pokud jste zvolil/a odpověď f) _____.

Otázka č. 13: Všiml/a jste si příznaků syndromu vyhoření u Vašich spolupracovníků?

- a) ano b) ne

Otázka č. 14: Které z vypsanych příznaků syndromu vyhoření pozorujete u svých kolegů?

(odpovězte, pokud jste u otázky č. 13 odpověděl/a ano a vyberte pouze jednu odpověď)

- a) chronický stres b) celková únava c) pokles výkonu
d) zhoršení mezilidských vztahů e) poruchy paměti a soustředění f) jiné

Doplňte které, pokud jste zvolil/a odpověď f): _____.

Otázka č. 15: Myslíte si, že jste plně obeznámen/a s možnými riziky syndromu vyhoření?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Otázka č. 16: Přispěla negativním vlivem covidová pandemie na Vaše pracovní vytížení?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Otázka č. 17: Myslíte si, že máte dostatečný přehled o možnostech prevence syndromu vyhoření?

- a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Otázka č. 18: Využíváte aktivně preventivních opatření proti vzniku syndromu vyhoření?

- a) ano b) ne

Otázka č. 19: Používáte některá z těchto preventivních opatření?

(odpovězte, pokud jste u otázky č. 18 odpověděl/a ano a vyberte pouze jednu odpověď)

- a) pravidelně odpočívám/relaxuji
b) v případě vzniklého problému jedním asertivně
c) jsem k sobě zdravě sebekritický/á

d) při práci si stanovují priority

e) jiné

Doplňte které, pokud jste zvolil/a odpověď e) _____.

Otázka č. 20: Myslíte si, že jste plně obeznámen/a s pojmem supervize?

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Otázka č. 21: Myslíte si, že je na Vašem pracovišti supervize aktivně využívána?

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Otázka č. 22: Myslíte si, že jste plně obeznámen/a s pojmem „peer-support“?

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Otázka č. 23: Je ve Vašem zařízení využíváno služeb peer pracovníků?

a) ano b) ne

Otázka č. 24: V případě možnosti, využil/a byste služeb těchto pracovníků?

a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

Zdroj: vlastní

Příloha B, Informovaný souhlas zařízení

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená paní Bc. Vyoralová, MBA,

jmenuji se Kateřina Černáková a jsem studentkou oboru všeobecné ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni a dovoluji si Vás požádat o souhlas s výzkumným šetřením v Nemocnici Privamed a.s., jež je součástí mé bakalářské práce na téma „Syndrom vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a jeho prevence“. Tato práce je vedena pod odborným dohledem Mgr. Petrou Pecháčkovou.

Hlavním cílem této práce je zmapovat míru povědomí o syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků a možnostech jeho prevence.

Sběr dat bude proveden získáním dat formou nestandardizovaného dotazníku, který bude rozdán mezi nelékařský zdravotnický personál tohoto zařízení.

Zpracování dat bude provedeno s užitím anonymizace dat, studentka je povinna zachovat mlčenlivost a dodržet právo na ochranu osobních dat zaměstnanců vybraného zařízení.



Souhlasím

Nesouhlasím

s výzkumným šetřením v Nemocnici Privamed a.s., za zachování anonymity dotazovaných zaměstnanců.

Bc. Jana Vyoralová, MBA
ředitelka ošetrovatelské péče

V PLZNI Dne .. 20. 1. 2023 ..

.....
Razítko a podpis zástupce instituce
Bc. Jana Vyoralová, MBA
(ředitelka ošetrovatelské péče)

V PLZNI Dne .. 20. 1. 2023 ..

.....
Podpis studenta