

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Stanislava Sladomelová**

**Syndrom vyhoření u sester v dětských domovech  
pro děti do 3 let**

**Burn out syndrome in nurses working in foster  
homes for children below 3 years of age**

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2014

Autor práce: Stanislava Sladomelová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF**

Konzultant: PhDr. Hana Janečková, Ph.D.

Datum a rok obhajoby: červen 2014

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 28. dubna 2014

Stanislava Sladomelová

### **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala za odborné vedení práce a cenné rady PhDr. Haně Janečkové, Ph.D. a Mgr. Janě Heřmanové, Ph.D. Děkuji také za čas, který mi věnovaly při konzultacích, ochotu a porozumění.

## **OBSAH**

### **ÚVOD**

<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
<b>1 SYNDROM VYHOŘENÍ – „BURNOUT“ .....</b>	<b>9</b>
1. 1 Charakteristika syndromu vyhoření .....	9
1. 2 Rizikové skupiny osob pro rozvoj syndromu vyhoření .....	10
1. 3 Příčiny syndromu vyhoření .....	10
1. 3. 1 Vnější faktory .....	11
1. 3. 2 Vnitřní faktory .....	11
<b>1. 4 Proces syndromu vyhoření .....</b>	<b>14</b>
1. 4. 1 Symptomy vyhoření .....	14
1. 4. 2 Fáze procesu vyhoření .....	15
<b>1. 5 Diagnostika syndromu vyhoření .....</b>	<b>17</b>
1. 5. 1 Metody zkoumání .....	17
<b>1. 6 Prevence vyhoření .....</b>	<b>19</b>
1. 6. 1 Prevence syndromu vyhoření v rovině osobní .....	20
1. 6. 2 Prevence syndromu vyhoření v rovině pracovní .....	20
<b>1. 7 Intervence syndromu vyhoření .....</b>	<b>22</b>
1. 7. 1 Intervence syndromu vyhoření pod vedením odborníků .....	23
1. 7. 2 Intervence syndromu vyhoření pod vlastním vedením .....	25
<b>2 SYNDROM VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNÍCH SESTER .....</b>	<b>29</b>
<b>2. 1 Pracovní zátěž u zdravotních sester .....</b>	<b>29</b>
2. 1. 1 Zátěže, které se vztahují k vykonávání pracovních činností .....	30
2. 1. 2 Zátěže psychické, emocionální, sociální .....	30
2. 1. 3 Zátěže týkající se osobnosti zdravotních sester .....	30
<b>2. 2 Specifika zdravotní sestry v dětském domově pro děti do 3 let .....</b>	<b>30</b>
<b>3 DĚTSKÉ DOMOVY PRO DĚTI DO 3 LET VĚKU .....</b>	<b>32</b>
<b>3. 1 Historie dětských domovů pro děti do 3 let věku .....</b>	<b>33</b>
<b>3. 2 Současnost v praxi dětských domovů pro děti do 3 let věku .....</b>	<b>35</b>
3. 2. 1 Náhradní péče o ohrožené děti .....	35

<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
<b>4 CÍL PRÁCE .....</b>	<b>38</b>
<b>5 HYPOTÉZY .....</b>	<b>39</b>
<b>6 METODIKA PRŮZKUMU .....</b>	<b>39</b>
<b>6. 1 VÝZKUMNÉ METODY .....</b>	<b>40</b>
<b>6. 2 Charakteristika vybraných organizací .....</b>	<b>41</b>
<b>6. 3 Charakteristika zkoumaného souboru.....</b>	<b>42</b>
<b>6. 4 Interpretace získaných údajů.....</b>	<b>45</b>
6. 4. 1 Analýza dotazníku pro identifikaci typu chování .....	46
6. 4. 2 Interpretace získaných údajů z dotazníku BM .....	47
6. 4. 3 Interpretace údajů získaných Meisterovým dotazníkem.....	51
<b>6. 5 Ověření hypotéz.....</b>	<b>68</b>
<b>III DISKUZE .....</b>	<b>74</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>76</b>
<b>SOUHRN.....</b>	<b>77</b>
<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>79</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>82</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>84</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>84</b>

### ***Motto***

*„Tajemství krásy je v moudrosti,  
tajemství moudrosti je v rovnováze.“*

(M. Bejar in VENGLÁŘOVÁ, M., 2011, s.23)

### **Úvod**

Žijeme ve společnosti, která nám umožňuje svobodně se rozhodovat, plnit si svá přání, cestovat po celém světě. Tato atmosféra s sebou přináší ale i negativa. Stoupající nároky na maximální pracovní výkon, na schopnost přizpůsobovat se neustálým změnám v zaměstnání i ve společnosti, sociální nejistoty, to vše přináší zátěže v podobě stresů. Chronická stresová zátěž stále častěji vede k aktuálnímu problému 21. století, k rozvinutí syndromu vyhoření.

K vyhoření dochází především v profesích, ve kterých se člověk dostává do častého a intenzivního kontaktu s lidmi, kteří jsou na něm závislí. Tato forma kontaktu a z ní vyplývající zátěž jsou charakteristické pro pomáhající profese. Do této rizikové skupiny se řadí i zdravotnictví.

Dle Bartoškové není téma vyhoření ve zdravotnictví neznámým pojmem. Ve světě se jeho výzkumu věnují asi 30 let. U nás je tomuto tématu intenzivněji věnována pozornost posledních asi 10 let. Syndrom vyhoření byl u nás zpočátku pouze okrajově zmiňován ve zdravotnické literatuře. V současnosti stále narůstá zájem o tento fenomén, který se projevuje vzrůstajícím počtem časopiseckých článků autorů ze zdravotnictví, praxe i studentských závěrečných prací na různých úrovních vzdělání (BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006).

V naší moderní civilizaci představuje zdravotnictví oblast, která zajímá velkou část populace. Zájem zaměřuje na léčbu nemocí, prevenci zdraví i péči o stárnoucí populaci. V poslední době se pozornost upírá i na péči o děti v dětských domovech pro děti do 3 let věku; předmětem zájmu populace je především přechod od institucionální péče k péči pěstounské; já se ve své práci zaměřuji na práci zdravotní sestry, na zvládání zátěžových situací a stresu při její práci.

Zvýšený zájem o téma syndromu vyhoření ve zdravotnictví mě vedl k rozhodnutí téma s přihlédnutím k novějším teoretickým poznatkům a praxi zpracovat. Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou syndromu vyhoření u zdravotních sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku.

Práce je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část obsahuje charakteristiku a definice syndromu vyhoření s ohledem na rizikové skupiny osob pro rozvoj syndromu vyhoření a příčiny vyhoření. Přibližuje syndrom vyhoření jako dlouhotrvající plíživý proces, jeho symptomy, fáze a diagnostiku. Prevence a intervence již vzniklého syndromu vyhoření seznamuje s možnostmi eliminace či zmírnění daného jevu. Syndrom vyhoření u zdravotních sester přibližuje samostatná kapitola zaměřující se na specifika pracovní zátěže sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.

Druhá, praktická část bakalářské práce má za cíl zjistit míru vyhoření v práci sester v dětských domovech pro děti do 3 let věku. Zkoumá vliv osobnostních a demografických (věk, délka praxe) faktorů na hladinu vyhoření v práci sester. Cílem práce je zmapovat, jaké faktory sestry vnímají jako rizikové pro práci sester v dětských domovech pro děti do 3 let věku, s využitím zkráceného standardizovaného dotazníku R. H. Rosenmana a M. Friedmana pro identifikaci typu chování A nebo B zjistit typ chování sester. S využitím Meisterova dotazníku pro hodnocení pracovní zátěže zjistit míru pracovní zátěže dotazovaných a analyzovat údaje získané standardizovaným dotazníkem BM, sledující syndrom vyhoření u sester, ukázat míru syndromu vyhoření.



## I TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Syndrom vyhoření – „burnout“

Kebza, Šolcová uvádějí, že pojem „burnout“ byl uveden do literatury H. Freudenbergerem v jeho stati publikované v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974, a to téměř v rozměrech současného pojetí. Zájem o tuto problematiku zesílil na přelomu 70. a 80. let, a to ve vztahu k převážné většině profesí, u nichž lze výskyt syndromu vyhoření předpokládat.

V české odborné literatuře bylo k tématu syndrom vyhoření publikováno málo prací: problém byl většinou pouze okrajově zmiňován v publikacích autorů zabývajících se psychologií zdraví, psychosomatikou či psychoterapií, nebyl však systematicky zpracován. Výjimku tvoří orientační článek H. Haškovcové z roku 1994 v časopise „Sestra“ a kniha J. Křivohlavého z roku 1998 s názvem „Jak neztratit nadšení“ (KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 1998).

#### 1. 1 Charakteristika syndromu vyhoření

V průběhu téměř 25 let výzkumu tohoto problému se objevila řada vymezení syndromu vyhoření, jež se v různých aspektech vzájemně liší.

Novák říká, že syndrom vyhoření je: „...*duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi, jsou tělesně i duševně unavení*“ (NOVÁK, T., 2010, s. 42).

Poschkamp charakterizuje syndrom vyhoření jako: „...*proces extrémního emočního a fyzického vyčerpání se současným cynickým, distancovaným postojem a sníženým výkonem jako následkem chronické emoční a mezilidské zátěže při intenzivním nasazení pro jiné lidi*“ (POSCHKAMP, T., 2013, s. 11).

Křivohlavý označuje syndrom vyhoření jako: „... *stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální*

*náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“ (KŘIVOHLAVÝ, J., 2012, s. 12).*

Hartl, Hartlová definují syndrom vyhoření jako: *„Ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některého z pomáhajících profesí; nejčastěji spojeno se ztrátou činnosti a poslání: projevuje pocity zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti, postižený ztrácí zájem o svou práci...“*, (HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000, s. 586).

## **1. 2 Rizikové skupiny osob pro rozvoj syndromu vyhoření**

Rizikové skupiny osob pro rozvoj syndromu vyhoření jsou lidé, kteří mají neustálý, náročný a intenzivní kontakt s druhými lidmi. Ohroženi jsou také ti, na které jsou dlouhodobě kladeny vysoké nároky. Je od nich vyžadovaná práce s plným nasazením a odpovědností a jejich práce je neadekvátně ohodnocená.

Syndromem vyhoření trpí nejvíce lidé, kteří byli zpočátku svou prací nadšeni a naplněni. Zejména u těch, kteří se zcela oddají své práci, je riziko nadměrného psychického a fyzického vyčerpání největší.

Ptáček, Čeledová a kol. uvádějí, že syndrom vyhoření se vyskytuje zejména u lékařů, **zdravotních sester**, dalších zdravotnických pracovníků, psychologů a psychoterapeutů, sociálních pracovníků, učitelů, pracovníků pošt, dispečerů, policistů, právníků, pracovníků věznic, politiků, manažerů a úředníků (PTÁČEK, R., ČELEDOVÁ, L. a kol., 2011).

## **1. 3 Příčiny syndromu vyhoření**

Rizikové faktory, které vyhoření přímo či nepřímo způsobují, můžeme rozdělit na vnější a vnitřní (příloha č. 1, tabulka č. 1).

**1. 3. 1 Vnější faktory** se dle Křivohlavého týkají situace a kontextu, v němž se ohrožený jedinec nachází. Jedná se o podmínky v zaměstnání, v organizaci, kde pracuje, o situaci v osobním životě jedince, jeho rodinu a širší příbuzenský okruh a v neposlední řadě i o společnost v níž žijeme, a podmínky, které na nás každodenně klade.

Syndromu vyhoření mohou daleko snáz podlehnout lidé vstupující do zaměstnání, které klade vysoké nároky na kvalitu, odpovědnost a pracovní nasazení, ale zároveň neposkytuje dostatečné množství autonomie v pracovní činnosti.

Pracovník, který nemůže rozhodovat o tempu své práce a jejím rozdělení v průběhu dne, je syndromem vyhoření ohrožen více. Za výrazný vnější faktor se považuje také kvalita sociální opory, tedy množství a intenzita kontaktů, které člověk sám vytváří a kontaktů, které přijímá od druhých.

**1. 3. 2 Vnitřní faktory** nazýváme stav organismu, fyzický stav, různé osobnostní charakteristiky daného člověka, které podporují vznik vyhoření, způsoby chování a reagování v různých situacích, které jedinec používá (KŘIVOHLAVÝ, J., 1998).

Vztah mezi osobnostními a povahovými rysy a sklony ke vzniku syndromu vyhoření přibližuje Křivohlavý, který popisuje třicetiletou studii lékařů M. Friedmana a B. H. Rosenmana; oba lékaři zkoumali vztah mezi výskytem onemocnění srdce a krevního oběhu a určitými formami chování a jednání lidí. Při svých šetřeních Friedman a Rosenman zpozorovali, že z hlediska výskytu infarktu myokardu je možno lidi rozdělit do dvou skupin. Jedna z nich byla nazvána „typ A chování“, druhá „typ B chování“. První skupina – typ chování A měla poměrně vysoký výskyt infarktu myokardu, skupina chování B měla výskyt infarktu myokardu poměrně malý (KŘIVOHLAVÝ, J., 1998).

### **Typ chování A**

Za rizikový vnitřní faktor inklinující ke vzniku syndromu vyhoření je považováno **chování typu A**. Dle Kohoutka jednání lidí, jejichž chování inklinuje k typu chování A, je soutěživé, jednají energicky, obvykle dělají několik věcí najednou. Ve své práci jsou pilní, zůstávají v ní přesčas, berou si ji i domů, mají na sebe vysoké nároky, stejné nároky mají i na své kolegy. Jednají-li s lidmi, jsou netrpěliví, zdá se jim, že jsou pomalí, dokončují za ně započaté věty, mají vysokou míru empatie spojenou s nízkou schopností asertivního chování, vysoké požadavky na výkon mnohdy spojené s nízkým sebehodnocením a sebepojetím, úzkostné, obsedantní a perfekcionistické rysy, většinou vedou osamělý život.

Vznik syndromu vyhoření lidí s typem chování A je o to pravděpodobnější, o co více rizikových faktorů se u jedince vyskytuje a kumuluje a společně se znásobuje jejich vliv.

### **Typ chování B**

Skupina lidí s typem chování B dovede výkonně pracovat, ale i přiměřeně odpočívat. Předmětem jejich zájmu není pouze práce, zajímají se i o jiné věci, spektrum jejich zájmu je podstatně širší. Čas si rovnoměrně rozdělují mezi svou prací a rodinu. Úspěch v práci není jejich jediným cílem (tabulka č. 2).

Jak jsem uvedla výše, příčin vzniku syndromu vyhoření je několik. Jedná se o **vnější faktory** – velká zátěž, kterou klade na zaměstnance samotná profese a **vnitřní faktory** – osobnostní nastavení jednotlivce. Faktory vnější a vnitřní hrají při rozvoji syndromu vyhoření téměř stejně důležitou roli a vzájemně se umocňují (KOHOUTEK, R., 2008).

Pro detailnější přehled jsem charakteristické rysy osobnosti typu A a B shrnula do tabulky (tabulka č. 2).

**Tabulka č. 2:** Charakteristické rysy osobnosti typu A a B. dle Meyer Friedmanna a Ray H. Rosenmana.

Charakteristické rysy chování osobnosti typu A, B	
Osobnost typu A	Chování typu B
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ plánuje stále větší množství činností ve stále kratším čase;</li> <li>▪ je jako rychle letící šíp;</li> <li>▪ vše urychluje, spěchá, je netrpělivá až neklidná;</li> <li>▪ chce si hodně v životě užít;</li> <li>▪ usiluje o stále vyšší životní úroveň;</li> <li>▪ chce co nejvíce konzumovat civilizační hodnoty;</li> <li>▪ touží po úspěchu;</li> <li>▪ mírou vlastního nebo cizího úspěchu je pro ni množství;</li> <li>▪ stále jakoby soupeřila, soutěžila, bojovala, chce téměř vždycky vyhrávat;</li> <li>▪ má velkou potřebu dostat se společensky nahoru (např. ve své profesi);</li> <li>▪ krátkodobé zisky nadřazuje hodnotám vztahovým a rekreačním;</li> <li>▪ dělá často dvě věci současně (najednou);</li> <li>▪ často nevnímá okolí a nemá smysl pro krásu;</li> <li>▪ má velmi intenzivní pocit časové naléhavosti a chtivosti;</li> <li>▪ nerada čeká, vyvíjí nutkavé úsilí, pilně pracuje;</li> <li>▪ mívá ustaraný výraz v obličeji;</li> <li>▪ musí být všude včas</li> <li>▪ je nervózní, když musí čekat ve frontě nebo jet za autem, které podle ní jede příliš pomalu;</li> <li>▪ často jí buší srdce;</li> <li>▪ potí se jí značně ruce a v podpaždí;</li> <li>▪ mívá úzkosti a strachy;</li> <li>▪ často používá vulgární slova;</li> <li>▪ je zlostná, průbojná, výbojná až hostilní (nepřátelská k okolí);</li> <li>▪ jde často hlavou proti zdi;</li> <li>▪ je pro ni těžké sedět a nic nedělat;</li> <li>▪ je téměř stále pohyblivá, živá;</li> <li>▪ oči vyjadřují zvýšenou bdělost;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ přímé držení těla;</li> <li>▪ pevný kontakt očí;</li> <li>▪ přiměřeně silný hlas;</li> <li>▪ nemá zrychlenou řeč a nelibuje si v pouhých úsečných odpovědích;</li> <li>▪ má zdvořilý a inteligentní výraz obličeje;</li> <li>▪ uvolněné rty;</li> <li>▪ umí uvolňovat svalové napětí;</li> <li>▪ dovede zpomaleně dýchat;</li> <li>▪ má sebejistou gestikulaci;</li> <li>▪ je relaxovaná;</li> <li>▪ hovoří o věcech, které zajímají druhého;</li> <li>▪ tráví večery ve vlastní rodině;</li> <li>▪ v práci bývá adekvátně výkonná;</li> <li>▪ není workholik;</li> <li>▪ nesnaží se o mimořádnou úspěšnost;</li> <li>▪ nemá sklon k neurotickému perfekcionismu;</li> <li>▪ nevzdává se dovolené a prázdnin;</li> <li>▪ nespěchá;</li> <li>▪ je klidná a vyrovnaná;</li> <li>▪ nedává najevo nedostatek času;</li> <li>▪ má osobní záliby („koníčky“);</li> <li>▪ je zdravě asertivní;</li> <li>▪ umí se prosadit;</li> <li>▪ nedává si cíle, které nelze splnit;</li> <li>▪ dovede dobře začínat, udržovat a končit sociální komunikaci s různými typy lidí.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rychle mrká nebo jí cuká obočí;</li> <li>▪ mívá sevřené rty a zvýšené napětí obličejových svalů;</li> <li>▪ často poklepává nohou nebo prsty rukou;</li> <li>▪ přerušuje druhé osoby v rozhovoru krátkými výroky;</li> <li>▪ důrazně mluví až křičí, často mluví zrychleně;</li> <li>▪ zrychluje ke konci vět, má uspěchanou a výbušnou řeč;</li> <li>▪ skáče druhým lidem do řeči;</li> <li>▪ nezřídka věc dopovídá sama, nechce čekat;</li> <li>▪ při řeči výrazně gestikuluje, přikyvuje, zatíná ruce v pěst, tluče do stolu;</li> <li>▪ "usekává" koncové hlásky a slova;</li> <li>▪ používá často povzdechy a citoslovce, zvláště ve vztahu k vlastní práci;</li> <li>▪ udržuje ve vztazích odstup (distanc);</li> <li>▪ její výrazové projevy jsou často nedůtklivé až nevráživé;</li> <li>▪ v rodině se většinou zdržuje málo (jako "stopový prvek").</li> </ul>	
--	--

(Podklady pro vypracování tabulky 2 – KOHOUTEK, R, 2008).

## **1. 4 Proces syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření lze chápat jako celistvý proces, který se vyvíjí jako důsledek dlouhodobého působení vnějších a vnitřních rizikových faktorů. Projevuje se různými způsoby v oblasti fyzické, psychické a sociální (příloha č. 2, tabulka č. 3).

### **1. 4. 1 Symptomy vyhoření**

Stock člení projevy syndromu vyhoření na tři základní – vyčerpání, odcizení, pokles výkonnosti.

**Vyčerpání** se projevuje u postiženého emočním a fyzickým vyčerpáním. Emoční vyčerpání se projevuje především pocity, které bývají spojovány spíše s depresí. Emocionální únava vede k vyčerpanosti fyzické, následně pak ke ztrátě energie jak v oblasti citové, tak v oblasti tělesné.

Emoční a fyzické vyčerpání má vliv na **odcizení** jedince. Tento člověk má ke své práci a svému okolí odosobnělý, téměř lhostejný postoj. Dochází u něj k postupné ztrátě idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční nadšení postupně slábne a na jeho místo nastupuje cynismus. Pracovní nasazení jedince, jenž dříve býval aktivní, se snižuje, neboť na jednu stranu pocituje zklamání a na druhé straně je vyčerpaný.

**Pokles výkonnosti** člověka nezávisí pouze na jeho tělesném vyčerpání, ale vychází i ze ztráty důvěry ve vlastní schopnosti. Z profesního hlediska se považuje za neschopného. I když jde jen o jeho subjektivní názor, k jistému oslabení většinou skutečně dochází (STOCK, CH., 2010).

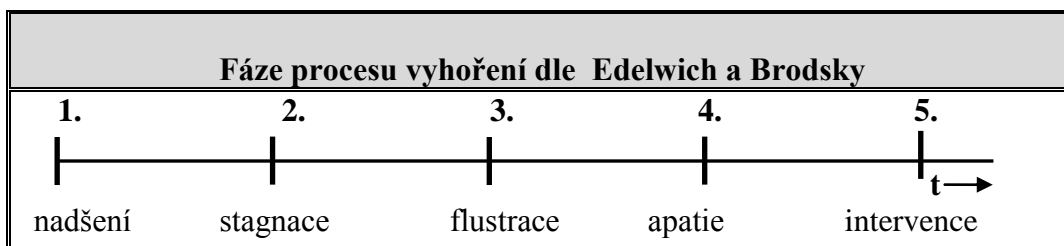
Syndrom vyhoření je tedy dlouhodobý proces, není to jen stav, který se dostaví v jeden daný okamžik, prochází určitým vývojem, ve kterém byly vyzorovány určité fáze, které jsou v podstatě stejné u různých jedinců.

#### **1. 4. 2 Fáze procesu vyhoření**

Vývoj syndromu vyhoření lze tedy rozdělit do určitých, na sebe navazujících, etap či fází. Délka a intenzita jednotlivých fází se může u různých lidí lišit, nicméně z praxe a z výzkumu vyplývá poznatek, že žádná fáze nebývá vynechána.

Mallotová, Edelwich a Brodsky fázují vývoj vyhoření do pěti etap (MALLOTOVÁ, K., 2003).

**Obrázek 1 Fáze procesu vyhoření.** *Proces vyhoření, který probíhá v čase, je na obrázku uveden šipkou s označením t, dále jsou uvedeny charakteristiky jednotlivých fází procesu vyhoření.*



**Vlastní zdroj.**

Jeklová a Reitmayerová říkají, že v období **nadšení** je začínající pracovník plný elánu, má velká (a nerealistická) očekávání, dobrovolně pracuje přesčas, práce ho zcela naplňuje, identifikuje se se svou profesí a tak zanedbává volnočasové aktivity.

Počáteční nadšení upadá, člověk je ve stádiu **stagnace**. Ve své profesi se zorientovává a zjišťuje, že má svá omezení a že ne všechny ideály půjdou naplnit. Začíná ohlížet i po jiných, než jen pracovních věcech – bere v potaz osobní potřeby, koníčky.

Jeklová a Reitmayerová přibližují stádium vyhoření – **frustrace** jako: „... *pochybování o smyslu své práce, o tom, jestli má vůbec smysl pomáhat někomu*“. Uvádějí, že se v tomto období objevují první výraznější fyzické a psychické potíže, problémy ve vztazích.

Vysvětlují, že stadium **apatie** přichází po déle trvající frustraci, když na frustrující situace nemá dotýčný vliv. Jedinec pracuje jen tak, jak je to nezbytně nutné, vyhýbá se novým úkolům, vnímá své povolání jen jako zdroj obživy, blíží se k vyhoření.

Jako poslední nastává období **intervence**, vede k jakémukoliv přerušení procesu vyhoření; může jím být přerušení práce, životní změna, více času pro svoje vlastní zájmy nebo přehodnocení situace a realistický náhled (JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., 2006).



Jednotlivé fáze přecházejí průběžně, nepozorovaně do dalších stádií tak, že si to lidé uvědomí teprve ve chvíli, kdy jsou v poslední fázi vyhoření. Tento vývoj může trvat několik měsíců. Mnohdy se stává syndrom vyhoření vyvrcholením procesu trvajícího řadu let, přičemž jeho jednotlivé fáze jsou různě dlouhé.

Jak bylo řečeno vyhoření je ve fázích probíhajícím procesem. Vyznačuje se symptomy fyzického, emocionálního či duševního rázu a změnami chování.

Zatímco na začátku je velké nadšení pro práci, vlastní pocit smysluplnosti, jasné směřování k cíli, na konci je to ztráta těchto, pro práci důležitých věcí. Tato nepřítomnost motivace pro práci vede k vnitřnímu rozkladu, z něhož jedinec většinou nenajde cestu zpátky a často končí tím, že zaměstnání opouští.

## **1. 5 Diagnostika syndromu vyhoření**

K identifikaci syndromu vyhoření se používá různých metod. Diagnostika syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se syndrom vyhoření začíná projevovat, jednak z prožitku těchto příznaků u postižených osob, jenž lze lépe identifikovat, pokud člověk o charakteristice tohoto syndromu již něco ví. Speciálně psychologické metody, jenž byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány jsou dotazníky.

### **1. 5. 1 Metody zkoumání**

Nejužívanějšími metodami zkoumání jsou dotazníky, založené na posuzovacích škálách. Jde např. o „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Malachové a S. Jacksonové, a o „Burnout Measure“ A. Pinesové a E. Aronsona.

**Dotazník „BURNOUT Measure“ (BM)**, jehož autory jsou A. Pinesová a E. Aronson, umožňují měření míry vlastního psychického vyhoření tak, že se vyplní a vyhodnotí dotazník (příloha č. 3). Křivohlavý uvádí, že je BM dotazník zaměřen

na tři různé aspekty jednoho psychického jevu: celkového vyčerpání. Jde o následující tři hlediska:

- a) **pocity fyzického vyčerpání** – pocity únavy, celkové slabosti, oslabení, pocity ztráty sil;
- b) **pocity emocionálního vyčerpání** – pocity tísně, beznaděje, bezvýchodnosti;
- c) **pocity psychického vyčerpání** – pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí, pocity marnosti.

Faktorová analýza BM dotazníku ukázala, že „vyčerpání“ je hlavním a v podstatě jediným faktorem, který sytí tento dotazník. Dotazník má vysokou vnitřní konzistenci, vysokou míru shody při opakování (reliabilitu) po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. BM má i vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk měří sám a kdy ho měří ten, kdo ho dobře zná – např. spolupracovník, člen rodiny

Dotazník BM má dobrou míru shody s výsledky jiných psychologických vyšetření:

- a) **se spokojeností** v zaměstnání, s vlastním životem a se sebou samotným; čím vyšší byla výsledná hodnota BM, tím vyšší byla i nespokojenost daného člověka se sebou samým, s vlastním životem a se světem;
- b) **s fluktuací** – se snahou odejít ze zaměstnání, se změnou zaměstnání; čím vyšší byla hodnota BM, tím častěji dotazovaný člověk uvažoval, že odejde z daného zaměstnání, případně tím častěji z daného zaměstnání odešel;
- c) **s fyzickými zdravotními problémy** – s bolestmi hlavy, v zádech (kříži, či zátylku), břicha (žaludku), se ztrátou chuti k jídlu, nervozitou, s obecnými pocity „špatného zdraví“, atp;
- d) **s množstvím vypitého alkoholu** – čím vyšší je hodnota BM, tím vyšší je průměrná konzumace alkoholu;
- e) **s pocity beznaděje** – čím vyšší je hodnota BM, tím vyšší je i míra beznaděje zjištěná škálou A. T. Becka, S. Weismana, D. Lestera a L. Trexlera ( $r = 0,59$ ), (KŘIVOHLAVÝ, J, 2012).

Mezi nejčastěji používané metody k odbornému vyšetření syndromu vyhoření patří **metoda Maslach Bucnout Inventory – MBI** (příloha č. 4). Navrhla ji Ch. Maslach a S. Jackson. Hodnotí domény emocionálního vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení na sedmistupňové škále a obsahuje 22 položek. Venglářová a kol. vysvětlují, že metoda MBI zjišťuje v podstatě 3 faktory. Dva jsou negativně laděné – emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně – osobní uspokojení z práce (VENGLÁŘOVÁ, M. a kol, 2011).

Pocity se zaznamenávají jednak na stupnici častosti výskytu, jednak na stupnici intenzity (síly) a vyhodnocuje se celkový skór pro jednotlivé faktory. Dotazník se zaměřuje jak na sílu, tak na četnost pocitů. Tento je však zaměřen jen na sílu pocitů.

### **Meisterův dotazník hodnocení neuropsychické zátěže**

Meisterův dotazník slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků (příloha č. 5). Jedná se o orientační vyšetření psychické zátěže při práci. Hladký a Židková uvádějí, že dotazník byl převzat od W. Meistera z Zetralinstitut für Arbeitsmedizin (Berlín), ověřován byl v letech 1976–1984. V současné době se používá jako upravená verze z roku 1987. Dotazník tvoří 10 položek posuzovaných na pětibodové škále, zjišťuje faktory a stupeň pracovní zátěže, které se klasifikují ve třech stupních. Lze jej použít jak individuálně, tak skupinově. Jeho předností je stručnost, srozumitelnost pro respondenty a dobrá reliabilita (HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z, 1999).

## **1. 6 Prevence vyhoření**

Je snazší negativním důsledkům pracovního stresu předcházet, než je odstraňovat. Syndromu vyhoření lze předcházet osvojením si základních postupů hodnocení stresových situací a strategií zvládnání stresu a zavedením preventivních opatření jak v osobní, tak v pracovní rovině.

### **1. 6. 1 Prevence syndromu vyhoření v rovině osobní**

Prevence syndromu vyhoření na úrovni osobní zastupuje především aktivity pracovníka samého, kterými bojuje proti syndromu nebo jeho vzniku. Jsou to aktivity zaměřené na jinou činnost, než je zaměstnání. Aktivity mohou být sportovní, duchovní, společenské, ale také podporující psychickou rovnováhu člověka. Většinou jsou zaměřené na to, co člověka baví, přináší mu radost a uspokojení, představují vytváření si zdravého systému **sebepoznání, sebehodnocení a sebedopory**, což znamená postarat se o vlastní smysluplný život.

**Sebepoznání a sebehodnocení** Venglářová a kol. přibližují jako: „ ... *neustálé uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků, ale také vlastních pocitů, a to v každé situaci, ve které se nacházíme.*“ (VENGLÁŘOVÁ, M., 2011, s. 35). Během života si člověk o sobě utváří určité názory, hodnotí sám sebe, má určité představy o tom, jaký by chtěl být. Na základě sebepoznání dochází u jedince během života k sebehodnocení. Venglářová a kol. upozorňují na to, že sebepoznání a sebehodnocení umožňuje jednak lépe se adaptovat a zvládat náročné situace a jednak znát své možnosti a hranice.

**Sebedopora** v osobní rovině představuje pěstování osobního života, podporu soukromého života, bezpečného rodinného zázemí, osobních zájmů, zálib a koníčků, tedy zdroj energie pro další život. Nepřehlédnutelný zdroj životní energie prezentuje též zdravá životospráva, pohybové aktivity, pravidelný denní režim, odpočinek a dostatek spánku. Nedostatek odpočinku a spánku způsobuje únavu, což představuje jeden ze stěžejních rizikových faktorů vzniku syndromu vyhoření (VENGLÁŘOVÁ, M., 2011).

### **1. 6. 2 Prevence syndromu vyhoření v rovině pracovní**

Vzhledem k tomu, že se syndrom vyhoření promítá také do způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti – absence v zaměstnání, změny zaměstnání, snížená kvalita pracovního výkonu, snížená pracovní spokojenost,

mělo by být v zájmu zaměstnavatelů vytvořit preventivní programy pro vznik syndromu vyhoření. V této prevenci by měla být obsažena:

**Odborná praxe** – dle § 229, odst. 1, zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, ve znění pozdějších předpisů, jsou: „*Zaměstnavatelé povinni zabezpečit absolventům středních škol, konzervatoří, vyšších odborných škol a vysokých škol přiměřenou odbornou praxi k získání praktických zkušeností a dovedností potřebných pro výkon práce: odborná praxe se považuje za výkon práce, za který přísluší zaměstnanci mzda nebo plat. Absolventem se rozumí zaměstnanec vstupující do zaměstnání na práci odpovídající jeho kvalifikaci, jestliže celková doba jeho odborné praxe nedosáhla po řádném ukončení studia 2 let, přičemž se do této doby nezapočítává doba mateřské nebo rodičovské dovolené*“, (Zákoník práce, 2014, s. 298).

Venglářová a kol. upozorňují na to, že by každý pracovník, který nastoupí po studiu do zaměstnání, měl být na výkon svého povolání natolik připraven, aby si uvědomil riziko své práce. Říkají, že adaptační – **odborná praxe** je zakotvena v zákoně. Lze ji považovat za určitou formu supervize, kdy začínající jedinci pracují pod dohledem zkušenějších kolegů – mentorů. Ty by měli začínajícím poskytnout pomoc a podporu (VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2011).

**Supervizi** představuje v práci pomáhajícího pracovníka Burgerová jako celoživotní rozvoj. Naučit se něco ze své profese, podpora osobního růstu, rozvoj schopností, to umožňuje supervize. Je zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a pomáhá na pracovišti průběžně nenásilnou formou vytvářet učící se organizaci. Je při ní kladen důraz na aktivitu pracovníků. Cílem supervize je podpoření pracovního růstu, zlepšení pracovní atmosféry a prevence syndromu vyhoření.

**Pracovat v práci** – je nutné vytvořit si jistý odstup od svých klientů, jasně odlišovat profesionální přístup, který je vysoce racionální, bez osobního pohledu a bez emocí, ke klientovi, od přístupu k ostatním lidem. Pomůže k tomu rovněž

odosobnění, kdy se klient stává případem. Je důležité nepotlačovat svoje pocity, mluvit o nich; často pomůže zajít za kolegou a probrat s ním své pocity. Vzájemná spolupráce umožní společně se podílet na vytváření dobrého pracovního prostředí, organizaci práce a týmovou práci se svými kolegy (Burgerová, M., 2009).

**Týmová spolupráce** – Burgerová uvádí, že: „*nepostradatelnou součástí prevence syndromu vyhoření je týmová spolupráce. Zároveň je to jedna ze základních podmínek efektivní péče o klienta, ale také zdroj další motivace, radosti, důvěry v kolektivu a vědomí, že každý pracovník má v týmu své místo a je pro tým přínosem. Pokud mají lidé různé názory, postoje a pracovní tým výrazně nepřátelsky soupeří je zde vyšší fluktuace, rozvoj zdravých sociálních sítí ztěžují společenské normy sociální interakce a komunikace. Pro účinnou funkci týmové spolupráce je potřebný vedoucí, který je schopen takovouto atmosféru na pracovišti vytvořit.*“ (Burgerová, M., 2009).

**Osvícený zaměstnavatel** – významnou roli při zlepšování pracovní atmosféry hraje spokojenost nastupujících a ostatních pracujících zaměstnanců. Zde je důležitý postoj nadřízených a zaměstnavatelů. Jejich dovednost ohodnotit dobrou práci, podpora účasti svých zaměstnanců na vzdělávacích i společenských setkáních, umění pochválit, organizace pracovního poradenství, to vše přispěje k vytvoření pozitivního klimatu na pracovišti.

Jak bylo uvedeno výše, prevence vyhoření probíhá jednak v rovině pracovní a jednak v rovině osobní.

### **1. 7 Intervence u syndromu vyhoření**

Neexistuje žádná strategie na překonání syndromu vyhoření, která by u všech fungovala stejně. Na jeho odstranění neexistuje jednotná metoda. Pokud problém vychází z pracovního prostředí je vhodná změna zaměstnání, účinná je především změna myšlení jedince a psychoterapie.

Tak jako u jiných nemocí, i u syndromu vyhoření je velice důležité začít s intervencí co nejdříve. Nejjednodušší je bojovat s vyhořením už ve **fázi stagnace**. Jelikož jde o plíživý proces, tak si mnoho lidí ani neuvědomí, že se blíží nějaké nebezpečí.

### **1. 7. 1 Intervence syndromu vyhoření pod vedením odborníků**

Pokud problém dospěje až do konečné fáze vyhoření, je nejefektivnější svěřit se do péče odborníků – psychologů či psychiatrů. Pod vedením těchto odborníků jsou pozorovány úspěchy zejména aplikací **kognitivně-behaviorální** terapie, **logoterapie** či **autogenního tréninku**.

#### **Kognitivně-behaviorální terapie syndromu vyhoření**

Bělohávková a Záhorská uvádějí, že **kognitivně-behaviorální terapie (KBT)** vznikla v druhé polovině 20. století integrací dvou přístupů behaviorální a kognitivní terapie. KBT terapie je krátkodobá, strukturovaná psychoterapie. Zaměřuje se na řešení konkrétních problémů a potíží, se kterými klient přichází za terapeutem, dále na dosahování specifických, předem stanovených cílů pomocí řady psychologických metod. Klient se těmto metodám za podpory terapeuta aktivně učí, aby byl po skončení terapie schopen tyto metody používat samostatně (BĚLOHLÁVKOVÁ, L., ZÁHORSKÁ, J., 2014).

#### **Logoterapie**

U člověka se syndromem vyhoření převládá prožitek „musím“. Tento člověk ztrácí kontakt se svojí vztahovostí a zažívá pocity prázdnoty a beznaděje. Smysl bytí je u takového člověka značně ohrožen. Logoterapie v tomto směru nabízí možnosti, jak s takovým člověkem pracovat, učí umět vystoupit z „role“ a vytvářet vztahovost nejprve k sobě sama a posléze k okolí.

Šeblová přibližuje logoterapii jako: „... terapeutický přístup pomáhající nalézt řešení v situacích existenciální frustrace, objevení a naplnění hodnot. Jde o duchovně zaměřený psychoterapeutický směr, ale lze jej praktikovat bez vkládání náboženského obsahu. Zakladatel tohoto směru Viktor Frankl tvrdil, že život člověka má za každých, i zdánlivě beznadějných okolností smysl a nabízel tento smysl v realizaci hodnot tvůrčích, zážitkových a postojových. Syndrom vyhoření vnímal jako onemocnění ze ztráty smyslu, případně orientace na zdánlivý smysl (sledování vlastní kariéry, sociální akceptace apod.), která vede do prožitkové prázdnoty. Logoterapie s hledáním smyslu může sloužit jako prevence syndromu vyhoření, ale též jako jeho léčba“ (ŠEBLOVÁ, J., rok vydání není ve zdroji uveden).

### **Autogenní trénink**

Chamoutová, K. a Chamoutová, J. říká, že autogenní trénink patří do oblasti metod relaxačně koncentračních; vedle relaxace je druhou základní složkou koncentrace. Tuto relaxační metodu vyvinul německý lékař, neurolog a psychiatr, Johannes Heinrich Schultz (1884 – 1970), (CHAMOUTOVÁ, K., CHAMOUTOVÁ, J., 2012).

Autogenní trénink využívá představivosti a autosugesce k navození tělesného stavu, který vede k uvolnění organismu a mysli. Je založen na nácviku uvolnění, představ a šesti základních kroků, kterých se dosahuje postupně:

- nácvik tíže (pro uvolnění svalstva),
- nácvik tepla (uvolnění cév),
- regulace srdce (pravidelný tep srdce),
- úprava dechu (klidný a hluboký dech),
- uvolnění břišních orgánů (teplo v dutině břišní),
- cviky hlavy (pocit chladného čela).

Formou autosugesce si jedinec navodí pocity příjemného tepla a tíhy v končetinách a trupu. Pocit tepla je způsoben rozšířením krevních cév, které



zvětšují proudění krve do končetin. Svalová relaxace navozuje pocity tíhy. Důležitým předpokladem úspěšného uvolnění je schopnost **ponoření se do vlastního těla**.

Chamoutová, K. a Chamoutová, J. vidí přínos autogenního tréninku v tom, že po zvládnutí základů, může člověk pokračovat v dalším cvičení a práci na sobě již sám (CHAMOUTOVÁ, K., CHAMOUTOVÁ, J., 2012).

Dalším důležitým prvkem v boji proti syndromu vyhoření je také odpočinek, pravidelný pohyb a **relaxace**.

### **1. 7. 2 Intervence syndromu vyhoření pod vlastním vedením**

Dle Bartošíkové je v krizové situaci rovnováha mezi napětím a uvolněním porušena. Zatímco stimulační část neurovegetativního systému (sympatikus) se aktivizuje, část zklidňující (parasympatikus) je v útlumu. Utvoření rovnováhy mezi napětím a uvolněním je pro člověka v tomto případě nezbytné. Do stádia uvolnění lze přivést nervový systém pomocí **relaxačních technik** (BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006).

Mezi nejrozšířenější relaxační techniku nevyžadující přímý dohled terapeuta či lékaře lze zařadit dechová cvičení.

#### **Dechová cvičení**

Kebza popisuje protistresové dýchání jako nejrozšířenější relaxační metodu vůbec. Vychází ze skutečnosti, že dýchání je jednou ze základních životních funkcí, tudíž se jedná o rozvíjení jedné z přirozených lidských potřeb, ale i z okolnosti, že nácvik těchto cvičení se může provádět bez přímého dohledu lékaře či trenéra. Dýchání velmi dobře ovlivnitelné vůlí, a může tak samo sekundárně ovlivňovat další funkce těla i ducha.

Při nácvičku preferujeme břišní typ dýchání (oba zbývající typy dýchání, tj. krátké, rychlé nadechnutí, kdy dochází ke zvětšení objemu hrudníku shora, pokrčením ramen při prožívání náhlých emočních stavů, i klasické hrudní dýchání, při kterém se poměrně rychlými, ale ne příliš hlubokými vdechy rozšiřuje hrudní koš, popíšeme a vysvětlíme, že pro relaxaci nejsou vhodné), při němž se kapacita plic rozšiřuje i ve spodní části trupu. Jde o pomalé a hluboké dýchání, navozující celkový pomalý, klidný a stabilní životní rytmus (KEBZA, V, 1997).

### **Tělesně-duševní relaxační cvičení**

Cvičení je založeno na sledu jednoduchých tělesných cviků, s nimiž je spojena relaxace celková, včetně odstranění duševního napětí.

### **Metoda využívající představivost**

Kebza se zmiňuje, že metoda může být využívána buď samostatně, nebo jako navazující prodloužená reakce např. po tělesně-duševním relaxačním cvičení. Jedná se o představování si něčeho, co relaxaci buď přímo vyvolává, nebo jí alespoň napomáhá.

Hlavním kritériem úspěšnosti je jasnost a živost vyvolávaných představ spolu s množstvím a kvalitou detailů, kterými jsou vybavované scénérie doplněny. Pokud se v průběhu relaxace podaří dosáhnout takové věrnosti detailů a propracovanosti celkového obrazu, že se představa vyvolávaná v naší mysli v podstatě rovná či těsně blíží vnímané realitě, je možno předpokládat, že cíle bylo dosaženo a relaxace by v takovém případě měla být vysoce efektivní (KEBZA, V, 1997).

### **Relaxace podle Jacobsona**

Relaxaci podle Jacobsona označuje Křivohlavý jako progresivní svalovou relaxaci, která k dosažení celkového tělesného a duševního uvolnění užívá střídavého napínání a uvolňování hybného svalstva.

Relaxace podle Jacobsona probíhá od malých svalových skupin k větším, kdy jeden cyklus trvá asi jednu minutu. Člověk se učí rozlišovat stavy napětí a

uvolnění ve svalech a pak ve stále kratší době vědomě si navodit hluboké svalové uvolnění v jednotlivých oblastech těla a v celém těle zároveň (KŘIVOHLAVÝ, J., 2012).

### **Jóga**

Cvičení jógy navozuje harmonii těla a mysli, hlubokou relaxaci, soustředění, posiluje krevní oběh a zlepšuje okysličování všech tkání. Jedinečnost jógy spočívá v tom, že ji může věnovat každý. Lze ji začít cvičit v každém věku i při tělesném oslabení.

### **Shrnutí**

Charakteristika syndromu vyhoření viděná z několika úhlů nám ukazuje, že jednotné vymezení syndromu vyhoření neexistuje. Jednotlivá pojetí se ale v určitých aspektech shodují. V uvedených definicích je formulována řada emocionálních příznaků, charakteristických například pro stav emocionálního vyčerpání a únavy. Z výše popsaného můžeme pozorovat, že je kladen důraz více na emocionální příznaky a chování lidí, než na fyzické příznaky syndromu vyhoření, dále, že se syndrom vyhoření vyskytuje zvláště u profesí obsahující jako podstatnou složku pracovní náplně práci s lidmi. Hlavní charakteristikou syndromu vyhoření ale nemusí být nutně práce s lidmi. Poslední výzkumy ukazují, že se spíše jedná o náročnost pracovní činnosti, vysoký a nekolísavý výkon s malou možností úlevy a vysokou odpovědností.

K vyhoření dochází z nejrůznějších příčin. Vyhoření jako ztráta ve smysluplnost dění je velice složitý jev. Má svou tělesnou a duševní stránku. Jeho vývoj je podmíněn souhrou určitých osobnostních vlastností, motivů a norem, nepříznivými podmínkami na pracovišti a vztahovými strukturami vůči lidem, kteří jsou určitým způsobem odkázáni na pomoc druhých.

Jednotlivé projevy vyhoření závisí na povaze člověka. Někdo má tendenci stahovat se do vlastního světa, nereagovat, snaží se nekontaktovat s klienty a se spolupracovníky či rodinou, uzavírá se před okolím. Jiný postupně působí agresivně, napadá svou práci i ostatní, zpochybňuje její výsledky, či má tendenci svou práci bagatelizovat, podhodnocovat její důležitost i výsledky. Projevy tedy největší měrou závisí na osobnostních charakteristikách daného jedince, na jeho povahových vlastnostech a na jeho frustrační toleranci, tedy toleranci vůči nejrůznějším druhům zátěže. Tolerance se však v průběhu procesu mění k horšímu.

Důležitým bodem v procesu syndromu vyhoření je rozpoznání, tedy pravdivé zhodnocení situace. V případě vyhoření je to často velmi těžké, protože je to dlouhodobý a plíživý proces. Nicméně je velmi zásadní, aby si člověk sám přiznal, že s ním není něco v pořádku a že se jeho pohledy na práci, vztahy i vlastní chování mění. Čím dříve dojde k identifikaci příznaků syndromu vyhoření, tím lépe pro něj i okolí. Tím větší je šance na změnu k lepšímu. Chce to však pouze **rozumový (analytický) pohled na svou vlastní osobu, prostý velkých emocí**. To spousta lidí nedovede, a proto je lépe se svěřit odborníkovi (psychoanalytikovi apod.), který pomocí diagnostických nástrojů – standardizovaných dotazníků určí míru syndromu vyhoření.

Než-li léčba syndromu vyhoření je lepší dobrá prevence. Člověk si musí uvědomit, že na prvním místě je jeho zdraví a podle toho se k sobě chovat. I když se pracovník snaží svým klientům pomoci, být jim k dispozici vždy když to potřebují, nebude jim schopen pomáhat efektivně, pokud bude mít sám problémy. Prevence syndromu vyhoření by proto neměla být zájmem pouze jednotlivce, ale celé skupiny pracujících, ať už kolegů, či vedoucích organizací.

Jako účinná prevence vyhoření se ukazuje relaxace, která znamená tělesné i duševní uvolnění. Jejím prováděním uvolňujeme nejen své svalové napětí (tenzi), ale zároveň i své napětí duševní. Oba typy napětí spolu totiž úzce souvisejí. Dovednost relaxovat, uvolnit se, je předpokladem uklidnění a duševní vyrovnanosti. Člověk, jenž ovládá relaxaci, mívá pevnější duševní i tělesné

zdraví, lepší pracovní výkonnost, lépe se soustředí, méně unaví, bývá v životě spokojenější.

Naopak jedinec příliš napjatý si počíná křečovitě, bývá podrážděný, náladový, úzkostlivý, konfliktní, mívá poruchy spánku. Trvalá tenze může mít i vážnější zdravotní důsledky – je jednou z příčin (i projevů) tzv. civilizačních chorob, např. ischemické choroby srdeční, žaludečních vředů, zvýšeného krevního tlaku, dokonce i metastázy rakoviny se rychleji tvoří u lidí s vyšší tenzí. Relaxaci je možné se naučit a je vhodné postupovat při tom od snazších způsobů a metod k obtížnějším. Každý si může vybrat pro sebe, pro eliminaci projevů syndromu vyhoření, to nejpřínosnější.

Chceme-li, aby někdo něco dělal dobře, jak uvádí Křivohlavý a Pečenková: „...*pak je dobře, když se zajímáme i to, jak mu je. Je-li mu dobře, dá se předpokládat, že bude dělat dobře i to, co dělat má. Není-li mu dobře, není samozřejmé, že by automaticky podával dobrý výkon*“. (KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., 2004, s. 9). Stejně tak i zdravotní sestra, má-li podávat očekávaný výkon a dobře pečovat o klienty, je potřeba, aby byla v dobrém psychickém i tělesném stavu.

## **2 Syndrom vyhoření u zdravotních sester**

Práce zdravotní sestry popisuje Ptáček a kol. jako velmi psychicky a fyzicky náročnou. Sestra poskytuje odbornou péči, což je soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví. Jde o péči orientovanou na uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin. Zabývá se rozvojem, zachováním nebo navrácením soběstačnosti.

Na odděleních je poskytována multidisciplinární péče, proto sestra musí umět pracovat v týmu a vycházet s ostatními nelékařskými i lékařskými spolupracovníky. Kariéru sestru provází určité specifické zátěžové faktory, které v jiných povoláních nelze najít.

## **2. 1 Pracovní zátěž u zdravotních sester**

Práce zdravotních sester patří k nejtěžším a ze zdravotního hlediska k nejrizikovějším. Dle Ptáčka a kol. je možno zátěže v práci sestry rozdělit do tří kategorií.

### **2. 1. 1 Zátěže, které se vztahují k vykonávání pracovních činností**

- statické zatížení (stání při přípravě léků, infuzí, práce u lůžka, odběry krve apod.), zatížení páteře (úprava lůžka, polohování, zvedání klientů), zatížení svalového, kloubního a cévního aparátu, setkávání se s nepříjemnými podněty (zápach, exkrementy, narušení spánkového rytmu při směnném provozu, kontakt s léky, dezinfekčními prostředky, učení se novým postupům a činnostem vyplývajících ze změn vyhlášek, standardů a pracovních postupů, přenášení povinností na sestru mimo její kompetence.

### **2. 1. 2 Zátěže psychické, emocionální, sociální**

- nestálá pozornost, sledování stavů pacientů, reakce na léčbu, rychlé přepojování pozornosti mezi činnostmi, pružné reagování na různorodé požadavky a změny, osobní a právní odpovědnost za výsledky a následky své práce, nutnost rychlých rozhodnutí, vyrovnávání se s pocitem bezmoci, působení bolesti druhým lidem, péče o pacienty nespolupracujícími, o uživatele návykových látek, komunikace s lidmi, s pacienty v krizových situacích, konflikt rolí, nízké ohodnocení náročné práce.

### **2. 1. 3 Zátěže týkající se osobnosti zdravotních sester**

Každý člověk má různě nastavenou hranici pro překročení míry zátěže. Pokud je zátěž nepřiměřená, zvyšuje se a jedinec se s ní nedokáže vyrovnat, často dojde ke zhroucení fyzických a psychických sil a dochází k celkovému stavu vyčerpanosti a vyhoření (PTÁČEK, R. a kol., 2013).

## **2. 2 Specifika zdravotní sestry pracující v dětském domově pro děti do 3 let**

Jamborová rozděluje činnost sestry v dětském domově pro děti do 3 let z hlediska jejího obsahu do několika skupin:

- uspokojování základních potřeb dítěte, které mohou být nemocí pozměněny, nebo si je není jedinec schopen zajistit sám;
- diagnosticko-terapeutické činnosti zahrnující práci spojenou s přípravou a provedením rozličných vyšetření, následného pozorování dítěte a jeho ošetření;
- odběry biologického materiálu na vyšetření;
- psychosociální činnost, která je nezbytná pro ošetřovatelskou diagnostiku, pro spolupráci s jedincem a jeho rodinou;
- tvorba a realizace ošetřovatelského plánu;
- zajištění celkové pohody ošetřovaného dítěte;
- komunikace, poskytování informací a instrukcí;
- edukační práce;
- administrativní práce – vedení záznamu o dítěti, vedení ošetřovatelské dokumentace;
- přípravné a dokončující práce ošetřovatelských, diagnostických a léčebných výkonů;
- péče o pomůcky, jejich dekontaminace;
- doplňování léků a materiálů (JAMBOROVÁ, J., Specifika ošetřovatelské péče se zaměřením na potřeby dětí v kojeneckých ústavech).

Zdravotní sestra pracující v dětském domově pro děti do 3 let, jak bylo výše uvedeno, se v rámci svých kompetencí podílí na poskytnutí preventivních a léčebných výkonů v péči o děti. Podpora klientů – dětí by měla probíhat správným směrem. Zdravotní sestry by měly dětem při pobytu v dětském domově pro děti do 3 let věku nastavit takové podmínky ke zdravému rozvoji, aby měly dostatek vědomostí, správnou životosprávu, obranyschopnost a optimální životní podmínky.

## **Shrnutí**

Rozvinutý syndrom vyhoření u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku negativně ovlivňuje nejen psychický stav zdravotních sester samotných, ale může v jeho důsledku dojít i k poškození klientů – dětí. Významně se zvyšuje riziko profesní chyby a špatné vyhodnocení situace může mít v práci sestry v dětském domově pro děti do 3 let věku fatální důsledky.

Krom toho příbuzní klientů, náhradní rodiče, či pěstouni vnímají velmi negativně projevy depersonalizace ze strany zdravotníků a syndrom vyhoření nepochybně stojí za řadou stížností, které se netýkají odborného pochybení, ale komunikace a chování zdravotních sester.

## **3 Dětské domovy pro děti do 3 let věku**

Dětské domovy pro děti do 3 let věku jako zdravotnická zařízení spadají pod Ministerstvo zdravotnictví. Předmět činnosti zařízení bývá stanoven ve zřizovací listině. Součástí dětského domova pro děti do 3 let věku mohou být tzv. Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

### **Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP)**

Součástí Dětského domova pro děti ve věku do 3 let věku může být i zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (dále ZDVOP). Činnost ZDVOP vymezuje odst. 1 § 42 zákona č. 359/1999 Sb., **zákon o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů**, jako: *„Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, poskytují ochranu a pomoc dítěti, které se ocitlo bez jakékoliv péče nebo jsou-li jeho život nebo příznivý vývoj vážně ohroženy anebo ocitlo-li se dítě bez péče přiměřené jeho věku (§ 15), jde-li o dítě tělesně nebo duševně týrané nebo zneužívané anebo o dítě, které se ocitlo v prostředí nebo situaci, kdy jsou závažným způsobem ohrožena jeho základní práva. Ochrana a pomoc takovému dítěti spočívá v uspokojování základních životních potřeb, včetně ubytování, v zajištění zdravotních služeb a v psychologické a jiné obdobné nutné péči (Zákon o sociálně-právní ochraně dětí).*



Děti jsou dle odst. 2 § 42 zákona č. 359/1999 Sb., zákon o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů umisťovány do zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc:

- „a) na základě rozhodnutí soudu; § 13a odst. 3 platí obdobně,*
- b) na základě žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností,*
- c) na základě žádosti zákonného zástupce dítěte, nebo*
- d) požádá-li o to dítě“ (Zákon o sociálně-právní ochraně dětí).*

Dítě může být umístěno do ZDVOP podle § 42 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů na základě:

- rozhodnutí soudu;
- žádosti obecního úřadu obce s rozšířenou působností (v tom případě je nutné, aby obecní úřad obce s rozšířenou působností neprodleně podal návrh soudu na nařízení předběžného opatření - za předpokladu, že se mu nepodaří do 24 hodin zajistit souhlas rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte s pobytem v zařízení);
- žádosti zákonného zástupce dítěte (o umístění tedy nemůže požádat pěstoun ani jiná osoba odpovědná za výchovu dítěte - tyto osoby však mohou dát souhlas s pobytem dítěte ve smyslu § 42 odst. 6);
- na základě žádosti samotného dítěte.

### **3. 1 Historie dětských domovů pro děti do 3 let věku**

Péče o děti bez vlastního rodinného zázemí má dle Schneiberga v českých zemích dlouholetou tradici. V roce 1922 vznikl první kojenecký ústav v Praze - Krči, o něco později další v Ostravě. Děti byly přijímány nejen z důvodu svého osiření, ale také především z různých důvodů zdravotních, jako byla ochrana před tuberkulózními rodiči, neprospívání, nutnost zajištění dlouhodobé umělé výživy u nejmenších dětí a mnohé jiné. Dá se říci, že zdravotnický charakter dominoval.

V 50. letech 20. století si kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let zachovávaly stále svůj zdravotnický charakter. Byly kvalitně personálně obsazeny, v jejich čele vždy stál erudovaný pediatr a o děti pečovaly specializované dětské sestry.

Začátkem 60 let 20. století, se mění struktura důvodů, pro které jsou děti přijímány. Objevují se první diagnózy týraného a zanedbávaného dítěte a dítěte postiženého. Výhradně zdravotní důvody se mění na zdravotně sociální důvody, kdy je dítě umisťováno s nějakým hendikepem. Dítěti je poskytnuta rehabilitační a další potřebná péče, ale rodiče se o něho nezajímají či nechtějí zajímat. Důvody zdravotně sociální a klasické sociální se vyrovnávají. Tím se také začíná měnit struktura dětí, ubývá dětí zdravých s dobrou rodinnou a osobní anamnézou, přibývá dětí postižených či dětí přijímaných pro klasické sociální důvody (matka ve vězení, rozvrat rodiny), které pocházejí z nízkých společenských vrstev s nejistou či dokonce neznámou rodinnou a osobní anamnézou. Tento stav trvá přibližně až do poloviny 90. let.

Po roce 1989 znamenají uvedená zařízení významný mezník v existenci. Díky rozvoji sítě různých typů nestátních ambulantních zařízení pro děti s postižením ubývá výrazně počet dětí přijímaných k trvalému či dlouhodobému pobytu v KÚ a DD pro své postižení. Z dětí postižených pak zůstávají v zařízeních pouze děti s tak velkým postižením, které rodiče jinak ani s pomocí nestátních organizací nemohou zvládnout (děti vyžadující trvale přívod kyslíku, výživu sondou).

Díky stoupajícímu počtu drogově závislých vůbec a zejména žen i těhotných matek přibývá výrazně počet dětí s touto problematikou v anamnéze, která s sebou nese i výrazně zvýšený podíl dětí s různými zdravotními riziky či přímo postiženími. Tak stoupá podíl dětí s pozitivním nálezem sérologickým různých forem hepatitidy přenesených zejména od matek narkomanek, mnohé děti vykazují i aktivní formu onemocnění, stoupá počet dětí od matek s různými psychiatrickými diagnózami (schizofrenie). Takže se to jeví jako vzestup zdravotních důvodů přijetí, resp. důvodů zdravotně sociálních vzhledem k anamnéze dítěte.

V současné době celkový počet přijatých dětí poklesl. Je pozorován vzestup podílu důvodů zdravotních a sociálně-zdravotních na důvody čistě sociální (SCHNEIBERG, F., in BRUTHANSOVÁ, D. a kol., 2005).

### **3. 2 Současnost v praxi dětských domovů pro děti do 3 let věku**

V současné době upravuje statut dětských domovů pro děti do 3 let Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytnutí (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Dle odst. 1 §43 zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytnutí (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, jsou: *„v dětských domovech pro děti do 3 let věk poskytovány zdravotní služby a zaopatření dětem zpravidla do 3 let věku, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména dětem týraným, zanedbávaným, zneužívaným a ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým“* (Zákon o zdravotních službách, s. 55).

Odst. 2 §43 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytnutí (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, uvádí, že: *„dětské domovy pro děti do 3 let věku mohou poskytovat též ubytování ženám v průběhu těhotenství, je-li z důvodů nepříznivé životní situace ohroženo jejich zdraví“* (Zákon o zdravotních službách, s. 55).

V současné době (2014) se veřejně diskutuje, o tom, že by tato zařízení měla být zcela zrušena a všechny děti by měly vyrůstat v nějaké formě náhradní rodinné péče.

#### **3. 2. 1 Náhradní péče o ohrožené děti**

Plán MPSV uveřejněný v letech 2011 - 2012, který počítal se zákazem umístování dětí do tří let do kojeneckých ústavů, vyvolal veřejnou diskusi. Ačkoliv mnozí tuto myšlenku podporovali, na druhé straně byli ti, co před tímto

krokem varovali. Velké pochyby vyvolával předpoklad, že za tak krátkou dobu bude možné vybudovat v Čechách systém profesionální pěstounské péče na takovou úroveň, jako funguje jinde v Evropě, kde je navíc mnohem propracovanější systém podpory sociálně slabých rodin a práce s nimi.

Vybudování během dvou let systému pěstounské péče a nalezení dostatečné ho množství pěstounů speciálně vyškolených pro péči děti do 3 let věku, bylo proto v českých podmínkách nereálné.

V současné době, tedy v roce 2014, se systém náhradní rodinné péče dále vyvíjí. Dokladem toho je dle Šínové a kol. platné znění Zákona o rodině, které stanovuje, že před nařízením ústavní výchovy je soud povinen zkoumat, zda výchovu dítěte není možno zajistit náhradní rodinnou péčí, která má přednost před výchovou ústavní (§ 46 odst. 2 Zákona č. 94/1963 Sb., zákon o rodině, ve znění pozdějších předpisů), (ŠÍNOVÁ, R. a kol, 2013).

Institut pěstounství v případě svěření dítěte ve věku do tří let využívá především formu pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD).

Další z forem náhradní rodinné péče je pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD). Soud může na návrh orgánu sociálně-právní ochrany dětí svěřit dítě do pěstounské péče na přechodnou dobu osobám, které jsou podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí zařazeny do **evidence osob vhodných k výkonu pěstounské péče po přechodnou dobu**, a to na

- a) dobu, po kterou nemůže rodič ze závažných důvodů dítě vychovávat,
- b) dobu, po jejímž uplynutí lze podle § 68a Zákona o rodině dát souhlas rodiče s osvojením, nebo
- c) dobu do pravomocného rozhodnutí soudu o tom, že tu není třeba souhlasu rodičů k osvojení (§ 68 Zákona o rodině).

Bylo-li dítě svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu, je soud povinen nejméně jednou za 3 měsíce přezkoumat, zda trvají důvody pro svěření dítěte do pěstounské péče. Za tím účelem si vyžaduje zejména zprávy příslušného orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Soud rozhodne o výchově dítěte vždy, odpadnou-li důvody, pro které bylo dítě svěřeno do pěstounské péče na přechodnou dobu.

Šínová dále uvádí, že: *„Pěstounská péče na přechodnou dobu nahrazuje péči ústavní. Vzhledem k záměru MPSV postupně zrušit dětské domovy pro děti do 3 let věku do roku 2014 se předpokládá, že děti ve věku do tří let budou umisťovány právě v rodinách pěstounů na přechodnou dobu“*. ((ŠÍNOVÁ, R. a kol, 2013, s. 265).

Nový občanský zákoník upravuje tuto formu pěstounské péče v ustanovení § 958 odst. 3 Zákona č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník: *„Soud může svěřit dítě do pěstounské péče i na přechodnou dobu“* (Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník).

## **Shrnutí**

Zvýšením počtu náhradních rodin a jejich specializací lze dosáhnout snížení počtu dětí v ústavech všech typů a v ohrožených rodinách. Proto je nutné především zajistit odbornou podporu a doprovázení náhradním rodinám, optimalizovat výběr a přípravu náhradních rodičů a dětí umisťovaných do NRP, posilovat finanční zajištění náhradních rodin (včetně zrovnoprávnění sociálního zabezpečení náhradních rodičů) a měnit postoj široké veřejnosti k otázkám přijímání dětí do náhradní rodinné péče. Je třeba nadále posilovat postavení náhradních rodin v ČR. Pěstounská péče by měla být specializována s ohledem na individuální potřeby dětí. Specializace pěstounské péče spočívá v prohloubení přípravy a doprovázení pěstounů vzhledem k zaměření daného typu pěstounské péče.

## **II. Praktická část**

### **4 Cíl práce**

Fenoménem 21. století je syndrom vyhoření. Vzniká zvláště u některých profesních skupin. Dle Kebzy a Šolcové pracovní spokojenost a individuální osobnostní vlastnosti ovlivňují naše chování, prožívání, jednání a reakce na stres. Kombinace vlivu chronického stresu, výrazného poklesu motivace a zaujetí vykonávanou činností se stávají rizikovými faktory pro vznik syndromu vyhoření (KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 1998). Vzhledem k závažným důsledkům pro zdravotní stav a kvalitu života osob postižených tímto syndromem se stává též problémem sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku.

Bakalářská práce zjišťuje míru vyhoření v práci sester v dětských domovech pro děti do 3 let věku. Zkoumá vliv osobnostních a demografických (věk, délka praxe) faktorů na hladinu vyhoření v práci sester.

**Cílem** práce je poznat míru syndromu vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku a faktory, které ji ovlivňují.

### **Dílčí cíle**

1. Identifikovat typ chování (A nebo B) u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku.
2. Analyzovat údaje sledující syndrom vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku, ukázat míru syndromu vyhoření.
3. Zjistit souvislost mezi délkou praxe sester a rozvojem syndromu vyhoření.
4. Zjistit souvislost mezi stupněm pracovní zátěže a stupněm vyhoření dotazovaných.

## **5 Hypotézy**

**H1** Předpokládáme, že stupeň vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku bude souviset s jejich typem chování (A, AA nebo BB, B).

**H2** Předpokládáme, že u dotazovaných existuje závislost mezi mírou syndromu vyhoření a délkou praxe.

**H3** Předpokládáme, že u sester bude existovat vztah mezi stupněm pracovní zátěže a stupněm vyhoření.

## **6 Metodika průzkumu**

Průzkum v rámci bakalářské práce jsme zahájili v březnu 2014 osobním oslovením třech dětských domovů pro děti do 3 let věku. Spojili jsme se s řediteli jednotlivých pracovišť, seznámili je s cílem naší bakalářské práce a požádali o souhlas k provedení dotazníkového šetření na jejich pracovišti. Všichni tři vedoucí pracovníci nám dali ústní souhlas k průzkumu v jejich organizaci. Přistoupili jsme tedy k vlastnímu šetření. V Dětském domově pro děti do 3 let v Mostě, jsme v období od února 2014 do března 2014 provedli dotazníkový průzkum osobně. Dětskému domovu pro děti do 3 let věku v Opavě a Dětskému domovu pro děti do 3 let věku v Milovicích jsme po dohodě s vedoucími pracovníky zaslali dotazníky prostřednictvím České pošty. Rozdávání dotazníků bylo řediteli delegováno na jiného pracovníka. Jelikož na všech třech pracovištích probíhá vícesměnný provoz, vyplnily dotazované sestry dané dotazníky v průběhu jednoho měsíce. Průzkum v Dětském domově pro děti do 3 let v Mostě byl ukončen v dubnu 2014 osobním odběrem vyplněných dotazníků. Ostatní, výše jmenované dvě organizace vložily dotazníky do námi přiložených obálek a v závěru dubna zaslaly zpět na námi danou adresu.

## 6. 1 Výzkumné metody

Pro účely průzkumu jsme zvolili kvantitativní přístup prostřednictvím anonymních dotazníků. Ke sběru dat byla použita dotazníková baterie (příloha 6). Baterii tvořily tři standardizované dotazníky: Zkrácený standardizovaný **dotazník R. H. Rosenmana a M. Friedmana pro identifikaci typu chování A nebo B**, **dotazník BM** (*Burnout Measure*) – psychického vyhoření Pinesove a Aronsona a **Meisterův dotazník** pro hodnocení pracovní zátěže. Dotazníky jsou standardizované na českou populaci. Mají testovanou reliabilitu (spolehlivost) a validitu (správnost).

### **Zkrácený standardizovaný dotazník R. H. Rosenmana a M. Friedmana pro identifikaci typu chování A nebo B**

Zkrácený standardizovaný dotazník R. H. Rosenmana a M. Friedmana zkoumá osobnostní a povahové rysy jednotlivců. Dle jednotlivých vzorců chování rozčleňuje pozorované do čtyř skupin nazvané „chování typické pro typ A“, „sklon k chování typu A“, „populační průměr“ a skupinu „osobnost typu B“.

### **BM dotazník**

Tento dotazník umožňuje měřit intenzitu celkového vyčerpání, tj. vyčerpání fyzického (únava, celková slabost, pocit ztráty sil apod.), emocionálního (pocit tísňe, deprese, beznaděje, bezvýchodnosti, "chycení do pasti") a mentálního (pocit naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí, pocit marnosti vlastní existence). Je to druhý nejčastěji ve světě používaný nástroj k měření syndromu vyhoření. Psychometrické hodnoty tohoto dotazníku uvádí Křivohlavý (KŘIVOHLAVÝ, J., 1998).

### **Meisterův dotazník**

Meisterův dotazník byl zkonstruován v roce 1975. Jeho autorem je W. Meister. V současné době je používána jeho modifikovaná verze (z roku 1987). Jeho předností je stručnost, srozumitelnost a dobrá reliabilita. Dotazník slouží ke zkoumání, jak lidé vnímají svou pracovní zátěž (HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z., 1999).



## 6. 2 Charakteristika vybraných organizací

V dubnu 2012 vešel v účinnost nový zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon označuje od 1. dubna 2012 kojenecké ústavy za **dětské domovy pro děti do tří let věku**.

Organizace byly vybrány na základě náhodného výběru. Náhodný výběr probíhal losováním třech organizací; vylosován byl Dětský domov pro děti do 3 let věku v Mostě, v Opavě a v Milovicích.

### **Dětský domov pro děti do 3 let věku v Mostě**

Dětský domov pro děti do 3 let věku v Mostě s názvem – **Kojenecké ústavy Ústeckého kraje**, příspěvková organizace, sídlí v ulici Husitské 1683, v Mostě. Právní forma organizace je příspěvková organizace. Předmětem činnosti organizace je poskytování zdravotní péče pro děti do 3 let věku dle § 43 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytnutí, ve znění pozdějších předpisů a provozování **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc do 3 let věku**. Hlavním účelem organizace je zajištění komplexní péče ošetřovatelské, výchovné, diagnostické, léčebně preventivní a rehabilitační pro děti od 0 do 3 let.

### **Dětský domov pro děti do 3 let věku v Opavě**

Dětský domov pro děti do 3 let věku v Opavě nazývající se **Dětské centrum Čtyřlístek**, příspěvková organizace, sídlí v ulici Nákladní 29, v Opavě, je veřejnou státní organizací. Poskytuje komplexní zdravotně výchovnou ústavní péči dětem, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím nebo jeho absencí, a to zpravidla do věku 3 let (pokud ze zdravotních nebo sociálních důvodů není nutné poskytovat tuto péči starším dětem), dále poskytuje komplexní ambulantní i ústavní rehabilitační péči zajišťovanou v **oddělení rehabilitačního stacionáře** dětem s poruchami hybnosti, dětem psychomotoricky retardovaným, s projevy lehké mozkové dysfunkce, s vrozenými vývojovými vadami či jinými poruchami vývoje, a to zpravidla do 6 let a provoz **zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc**.

### **Dětský domov pro děti do 3 let věku v Milovicích**

Dětský domov pro děti do 3 let věku v Milovicích – **Dětské centrum v Milovicích** je příspěvková organizace pro děti do 3 let věku sídlící v ulici Dětské 361/2 v Milovicích. Dle § 43 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, je hlavní činností organizace poskytování zdravotních služeb a zaopatření dětí, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí, zejména dětem s perinatální zátěží a zdravotním rizikem, dětem týraným, zanedbávaným, zneužívaným a ohroženým ve vývoji nevhodným sociálním prostředím nebo dětem zdravotně postiženým.

### **6.3 Charakteristika zkoumaného souboru**

Sestry v dětských domovech pro děti do 3 let věku při ošetřování dětí, při kontaktu s nemocnými i zdravými klienty (děťmi) a jednáními s jejich rodinami v rámci ošetřovatelského procesu, uplatňují všechny role zdravotní sestry. Od sestry se očekává, že je v oblasti svého působení uznávaným odborníkem.

V tomto průzkumu byl zkoumán vzorek 68 zdravotních sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku.

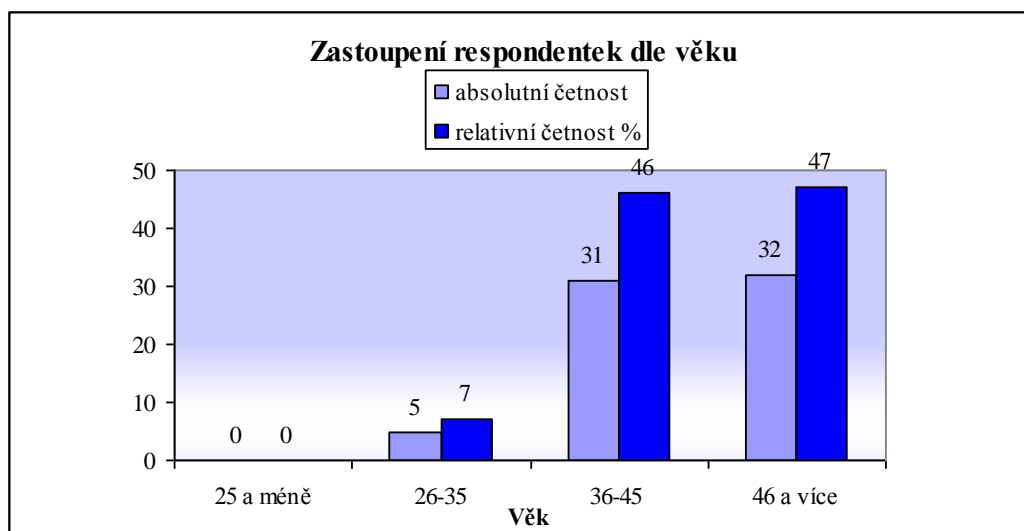
Výběr respondentů byl náhodný. Celkem bylo rozdáno 86 dotazníků, z nichž se nám vrátilo 68 dotazníků. Dotazníky byly rozdány v Dětském domově pro děti do 3 let věku v Mostě 55 sestrám; návratnost tvořila 50 dotazníků. Do Dětského domova pro děti do 3 let věku v Opavě jsme zaslali 11 dotazníků, vrátilo se nám 6 dotazníků. Dětský domov pro děti do 3 let v Milovicích od nás obdržel 20 dotazníků, návratnost činila 12 dotazníků (tabulka č. 4).

**Tabulka 4: Absolutní a relativní četnost návratnosti dotazníků.**

<b>Dětský domov pro děti do 3 let věku</b>	<b>Most Ústecký kraj</b>	<b>Opava Moravskoslezský kraj</b>	<b>Milovice Středočeský kraj</b>
návratnost dotazníků	50	6	12
absolutní četnost	$\Sigma$ 68		
relativní četnost %	$\Sigma$ 100		

Jelikož součástí našeho průzkumu je zjišťování závislosti mezi mírou vyhoření a věkem a délkou praxe, přiložili jsme k Meisterovu dotazníku tabulku. Přiložená tabulka zkoumá demografické údaje (věk, délka praxe, dosažené vzdělání) o respondentkách. S přihlédnutím k získaným údajům jsme rozčlenili respondentky dle **věku** do čtyř skupin (graf č. 1).

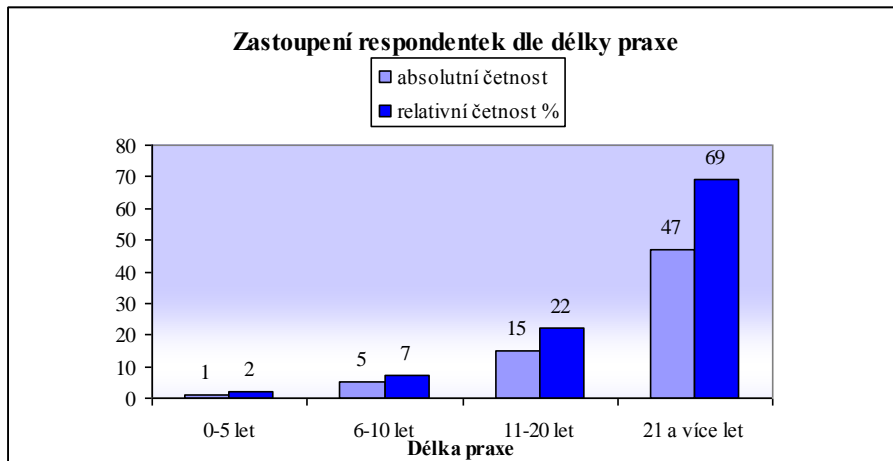
**Graf č. 1:** Zastoupení respondentek dle věku.



Graf č. 1 ukazuje věkové rozložení dotazovaných sester ve čtyřech skupinách. Ve zkoumaném souboru respondentek byl nejvyšší počet 32 (47%) sester ve věkové kategorii 46 a více let, druhou nejpočetnější skupinou respondentek v počtu 31 (46%) byla věková kategorie 36 – 45 let, s počtem 5 (7%) respondentek byla zastoupena věková skupina 26 – 35 let, soubor respondentek ve věku 25 a méně let nebyl zastoupen vůbec. Analýza získaných údajů nám ukázala, že v dětských domovech pro děti do 3 let věku pracují převážně sestry ve věku od 36 let a více.

Proměnnou, kterou jsme dali do souvislosti se syndromem vyhoření, je **délka dosažené praxe** (graf č. 2). V naší práci jsme zkoumali, zda existuje souvislost mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření.

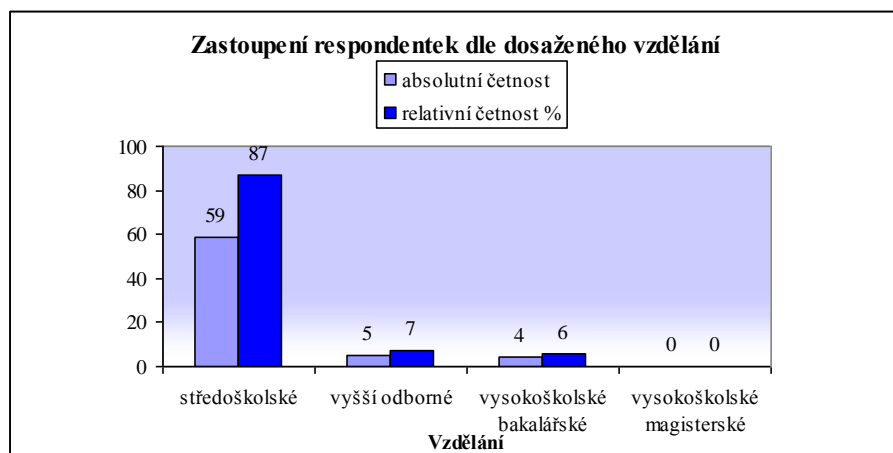
**Graf č. 2:** Zastoupení respondentek dle délky dosažené praxe



Zpracované údaje z dotazníkového šetření zaměřené na délku praxe respondentek jsme rozdělili dle délky praxe do čtyř skupin. Jako nejpočetněji zastoupená skupina 47 dotazovaných (69%) se ukázala kategorie 21 a více let praxe. Tento výsledek přisuzujeme k věkovému zastoupení sester ve zkoumaném vzorku. Dle výše hodnoty zastoupení se jako druhý ukázal soubor 15 (22%) sester disponujícími délkou praxe 11 – 20 let. Třetí soubor obsahoval 5 (7%) dotazovaných s celkovou délkou praxe 6 – 10 let. Kategorie s hodnotou 0 – 5 let praxe měla zastoupení 1 (2%) sestry.

Stupeň **dosaženého vzdělání** respondentek jsme zjišťovali na základě našeho záměru, který směřoval ke zkoumání souvislosti mezi stupněm dosaženého vzdělání a intenzitou syndromu vyhoření u sester. Stupeň dosaženého vzdělání jsme rozčlenili do čtyř skupin (graf č. 3).

**Graf č. 3: Zastoupení respondentek dle dosaženého stupně vzdělání.**



Rozborem získaných údajů jsme zjistili, že většina dotazovaných 59 (87%) sester dosahuje středoškolského stupně vzdělání, 5 (7%) respondentek disponuje vyšším odborným vzděláním a 4 dotazované sestry vystudovaly vysokou školu stupeň bakalářský. Vysokoškolské magisterské studium neabsolvovala žádná respondentka. Jelikož převážná část 59 (87%) sester dosáhla středoškolského stupně vzdělání, nebude tato proměnná v souvislosti se vznikem syndromu vyhoření dále zkoumána.

#### **6. 4 Interpretace získaných údajů**

Informace získané na základě provedeného průzkumu jsme rozčlenili do třech okruhů. První část se věnuje analýze údajů získaných prostřednictvím zkráceného standardizovaného dotazníku R. H. Rosenmana a M. Friedmana pro identifikaci typu chování A nebo B. Analyzovat údaje sledující míru syndromu vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku je úkolem druhého okruhu prezentace výsledků našeho průzkumu. Třetí část je zaměřena na rozbor informací plynoucích z vyplnění Meisterova dotazníku a zmapování míry pracovní zátěže dotazovaných.

Získané údaje jsme vyhodnotili tak, že jsme nejprve sečetli jednotlivé odpovědi a následně jsme provedli procentuelní výpočet. Získané údaje jsme zaznamenali do grafů a tabulek s využitím počítačového programu Microsoft Exel a Microsoft Word a doplnili komentářem.

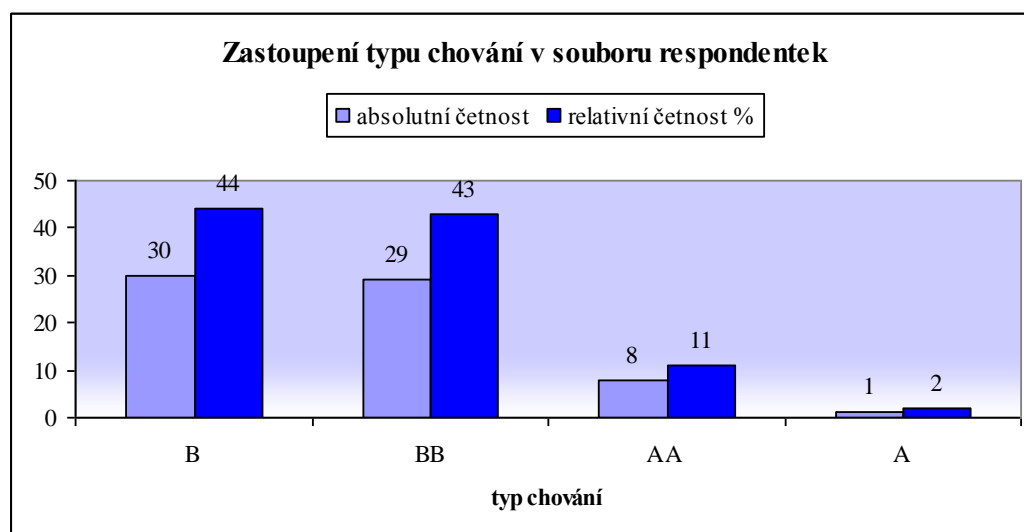
Pro ověření platnosti stanovených hypotéz jsme využili test nezávislosti chí-kvadrát. Jedná se o statistickou metodu, ke které je nezbytně nutné vytvořit nulovou hypotézu a alternativní hypotézu. V programu Microsoft Exel jsme vytvořily kontingenční tabulky, do kterých jsme uvedli výsledky jednotlivých odpovědí vztahujících se k námi stanoveným hypotézám. V celém šetření jsme zvolili hladinu významnosti 0,05.

#### 6. 4. 1 Analýza získaných údajů dotazníku R. H. Rosenmana a M. Friedmana pro identifikaci typu chování

Pro identifikaci typu chování A, AA, BB nebo B jsme využili zkráceného dotazníku R. H. **Rosenmana** a M. **Friedmana**. Dotazník obsahuje 16 položek zkoumajících osobnostní vlastnosti dotazovaných.

Kohoutek uvádí, že: „*Individuální osobnostní vlastnosti ovlivňují naše chování, prožívání a jednání a také reakce na stres. Často určují, jak silně a v jaké kvalitě stresovou situaci prožíváme a jaký máme životní styl, který mimo jiné ovlivňuje i náš zdravotní stav a může vést ke vzniku syndromu vyhoření* (KOHOUTEK, R., 2008). Údaje získané rozborem dotazníkového šetření jsme zaznamenali do grafu č. 4.

**Graf č. 4:** Zastoupení typů chování v souboru respondentek.



Analýza údajů získaných prostřednictvím zkráceného standardizovaného dotazníku R. H. Rosenmana a M. Friedmana pro identifikaci typu chování A nebo B rozčlenila soubor 68 respondentek do čtyř skupin dle zjištěného typu chování na skupinu s typem chování A, AA, BB, B.

Jedinci s typem chování BB, B se nesnaží o mimořádnou úspěšnost, nemají sklon k neurotickému perfekcionismu, nedávají najevo nedostatek času. Jsou klidní, zdravě asertivní, dávají si cíle, kterou mohou splnit.

Nejpočetnější skupinu tvoří soubor 30 respondentek (44%) s typem chování B, druhou početnou skupinu tvoří 29 (43%) sester, které disponují typem chování BB. Tato skupina se nazývá populační průměr.

Skupina AA, tedy typ inklinující k typu chování A tvoří na základě analýzy 8 (11%) dotazovaných. Nejméně početný soubor s typem chováním A tvoří 1 (2%) sestra.

#### **6. 4. 2 Interpretace získaných údajů z dotazníku BM**

Dotazník obsahuje 21 položek. Při zpracovávání dat jsme nejprve vypočítali **položku A**, a to tím, že jsme sečetli hodnoty, které respondenty uvedly u otázek číslo: 1,2,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18, a 21. Následně jsme vypočítali **položku B**, a to tak, že jsme sečetli hodnoty, které dotazované označily u otázek číslo: 3,6,19 a 20. Pokračovali jsme výpočtem položky **C** a to tím, že jsme odečetly od hodnoty 32 položku B ( $C=32-B$ ). V měření intenzity celkového vyčerpání jsme pokračovali výpočtem položky **D**, a to tím, že jsme sečetli hodnoty A a C ( $D=A+C$ ). Celkové skóre **BQ** (BQ udává míru ohrožení syndromem vyhoření) jsme zjistili tak, že jsme položku D vydělili hodnotou 21 ( $BQ = D:21$ ).

Křivohlavý uvádí, že hodnoty BQ jsou rozřazeny do pěti skupin. K jednotlivým skupinám jsou přiřazeny určité míry ohrožení syndromem vyhoření. Z hlediska psychologie zdraví jsou jako **dobré** považovány výsledné hodnoty  $BM = 2$  a nižší. Jako **uspokojivý** výsledek lze označit BM do hodnoty 3 ( $BM = 3$ ). Leží-li výsledná hodnota BM mezi 3,0 a 4,0 doporučuje se zkoumaným osobám **přehodnotit osobní a pracovní hodnoty**. Při celkovém výsledku  $BM = 4,0$  až 5,0 je možno považovat **přítomnost psychického vyčerpání za prokázanou**. Je-li

výsledek vyšší nežli  $BM = 5,0$ , je to třeba považovat za **havarijní signál** (KŘIVOHLAVÝ, J., 1998).

Údaje získané dotazníkovým šetřením jsme zpracovali s využitím standardních statistických metod. Veškeré informace jsme zaznamenali v tabulce č. 6 s uvedením absolutní a relativní četnosti (%). Celkový počet respondentek dosahujících určitých hodnot, jsme označili jako absolutní četnost, relativní četnost je vyjádřena v procentech, poskytuje informaci o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu (kategorii), (CHRÁSTKA, 2007). Pro větší přehlednost využíváme i grafické znázornění získaných dat.

**Tabulka č. 5** Zařazení sester do stupňů vyhoření.

<b>Zařazení sester do stupňů vyhoření.</b>							
<b>typ chování</b>	2,0 a □	2,1 – 3,0	3,1 – 4,0	4,1 – 5,0	5,1 a vyšší	<b>absolutní četnost</b>	<b>relativní četnost %</b>
<b>absolutní četnost</b>	7	40	19	1	1	$\Sigma$ 68	
<b>relativní četnost</b>	10	59	27	2	2		$\Sigma$ 100

(KŘIVOHLAVÝ, J., 1998).

Z tabulky vyplývá, že hodnot  $BM$  v rozmezí 2 a < celkového počtu 68 respondentek (100%) dosáhlo 7 respondentek (10 %). Tato skupina není ohrožena syndromem vyhoření. Celkem 40 respondentek (59 %) mělo celkové skóre psychického vyhoření v rozmezí od 2,1 do 3,0. Tento výsledek hodnotí Křivohlavý (1998) jako uspokojivý. Zajímavé je zjištění, že 19 respondentek (27%) se nachází v rozmezí hodnot 3,1–4,0. Tato skupina je již ohrožena rizikem vzniku syndromu vyhoření. U 1 dotazované sestry (2%), byl syndrom vyhoření již prokázán a 1 respondentka (2 %) by neměla otálet a měla by se okamžitě obrátit na klinického psychologa či psychoterapeuta, její výsledek je vyšší nežli  $BM = 5,0$ , což je třeba dle Křivohlavého považovat za havarijní signál (KŘIVOHLAVÝ, J., 1998).



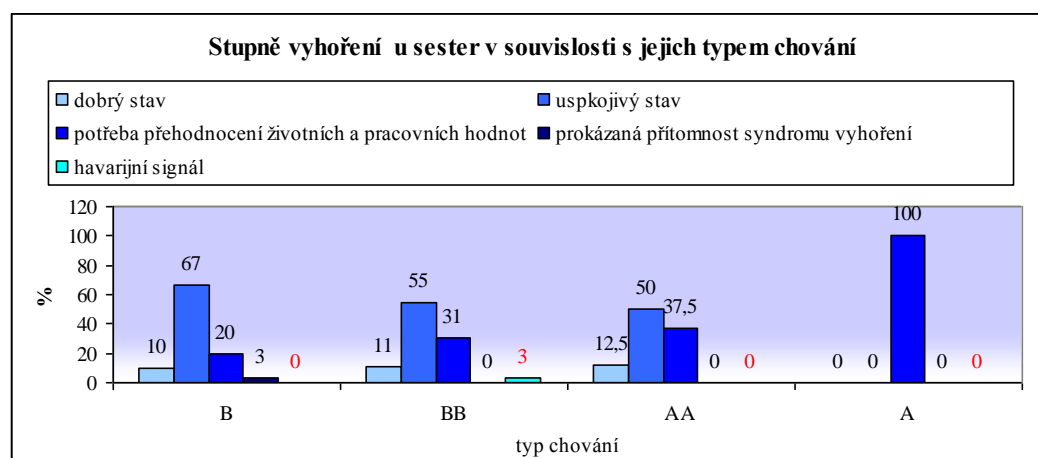
Získané hodnoty BQ jsme rozčlenili s využitím počítačového programu Microsoft Excel do čtyř skupin dle jednotlivých typů chování respondentek (typ chování A, AA, BB, B), (tabulka č. 6).

**Tabulka č. 6** Stupně vyhoření u sester v souvislosti s jejich typem chování.

Stupně vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku v souvislosti s jejich typem chování							
Stupně vyhoření	2,0 a <	2,1 – 3,0	3,1 – 4,0	4,1 – 5,0	5,1 a vyšší	absolutní četnost	relativní četnost %
<b>B</b>	3	20	6	1	0	Σ 30	Σ 44
<b>BB</b>	3	16	9	0	1	Σ 29	Σ 43
<b>AA</b>	1	4	3	0	0	Σ 8	Σ 11
<b>A</b>	0	0	1	0	0	Σ 1	Σ 2
<b>absolutní četnost</b>	7	40	19	1	1	Σ 68	
<b>relativní četnost</b>	10	59	27	2	2		Σ 100

Hodnoty uvedené v tabulce č. 27 jsme analyzovali s využitím dvou proměnných: daný typ chování (B, BB, AA, A) a absolutní četnost zastoupenou v jednotlivých kategoriích hodnocení (5 kategorií). Získané údaje jsme zaznamenali v grafu č. 6 – relativní četnost skóre psychického vyhoření v rozmezí 5 kategorií a 4 typů chování.

**Graf č. 5** Stupně vyhoření u sester s jejich typem chování



Informace zaznamenané v tabulce č. 27 a v grafu č. 6 ukazují, že v hodnotách BM v rozmezí 2 a < (v dobrém stavu) se nachází 3 (10%) sestry ze skupiny B (celkem

30 sester), 3 (11%) dotazované ze skupiny BB (celkem 29 sester), 1 (12,5%) respondentek ze skupiny AA (celkem 8 sester) a žádná představitelka skupiny typu chování A.

Celkové skóre psychického vyhoření v rozmezí od 2,1 do 3,0 (tento výsledek hodnotí Křivohlavý (1998) jako uspokojivý zahrnuje 20 (67%) respondentek se skupiny B (celkem 30 dotazovaných), 16 (55%) zkoumaných ze skupiny BB, 4 (50%) respondentek ze skupiny AA a tato kategorie nezahrnuje žádnou představitelku skupiny A.

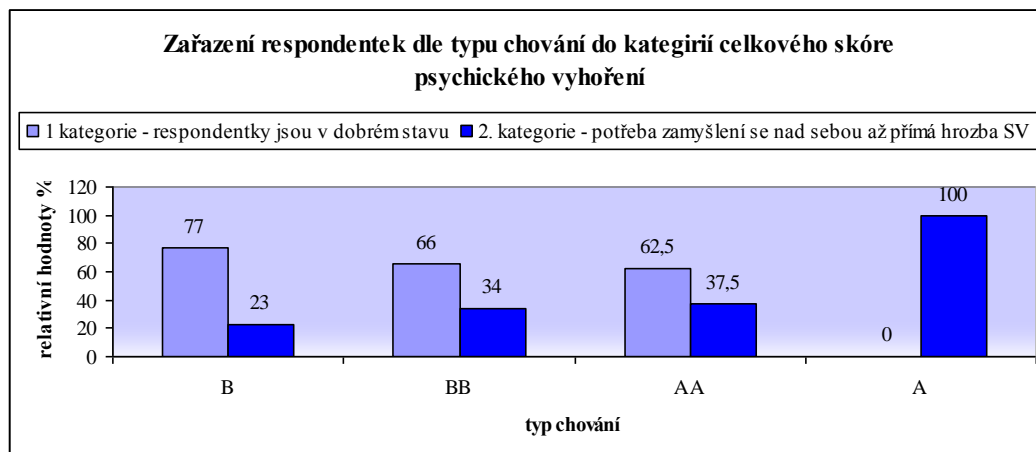
Rozmezí hodnot 3,1 – 4,0 (výsledek je hodnocený jako potřeba přehodnocení životních a pracovních hodnot) varuje 6 (20%) sester ze skupiny B (celkem 30 sester), 9 (31%) respondentek ze skupiny BB (celkem 29 sester), 3 (37,5%) tázané ze skupiny AA (celkem 8 sester) a 1 (100%) sestru ze skupiny A.

Skupina, která je již ohrožena rizikem vzniku syndromu vyhoření čítá rozmezí skóre 4,1 – 5,0 (výsledek je hodnocen jako havarijní) zahrnuje 1 (3%) respondentku ze skupiny B (celkem 30 sester).

Dle zjištěných údajů by 1 dotazovaná sestra (3%) ze skupiny BB (celkem 29 sester) by neměla otálet a měla by se okamžitě obrátit na klinického psychologa či psychoterapeuta, její výsledek je vyšší nežli  $BM = 5,0$ , což je třeba dle Křivohlavého považovat za havarijní signál (KŘIVOHLAVÝ, J., 1998).

Analyzované údaje jsme rozčlenili dle rozmezí celkové skóre psychického vyhoření do 5 kategorií (1. – 2 a <; 2. – od 2,1 do 3,0; 3. – 3,1 – 4,0; 4. – 4,1 – 5,0; 5. – 5,1 a vyšší) do dvou skupin. Jedna skupina představovala hodnocení jako dobré až uspokojivé (hodnoty = 1. – 2 a <; 2. – od 2,1 do 3,0), druhá kategorie zahrnovala hodnoty (3. – 3,1 – 4,0; 4. – 4,1 – 5,0; 5. – 5,1 a vyšší) vypovídající o hrozbě, či přítomnosti syndromu vyhoření (graf č. 7).

**Graf č. 6** Zhodnocení vztahu mezi typem chování stupněm vyhoření.



Na základě získaných údajů jsme zjistili, že 77% respondentek disponujících s typem chování B a 66% sester s osobnostními vlastnosti typu chování BB se nacházejí v dobrém až uspokojivém stavu. Představitelky typu chování AA jsou zastoupeny 62,5%. Naměřené relativní četnosti (%) všech tří typů chování – B, BB, AA ukazují zastoupení nadpoloviční většinu respondentek v 1. kategorii, v kategorii, která není ohrožena syndromem vyhoření.

Jelikož zastoupení oblasti typu chování A představovala jedna respondentka, nepovažujeme relativní četnost (100%) zařazení do 2. kategorie za výpovědní.

#### **6. 4. 3 Interpretace údajů získaných Meisterovým dotazníkem**

Ke zkoumání toho, jak lidé vnímají svou pracovní zátěž, se osvědčil dotazník vytvořený v roce 1975 W. Meisterem. Tento dotazník byl naší hygienickou službou ověřován v letech 1976-1984. V současné době se používá v upravené verzi z roku 1987. Jeho předností je stručnost, srozumitelnost pro respondenty a dobrá reabilita.

Hodnocení zátěže podle této metody má platnost pouze pro zkoumanou skupinu, protože se pracovní skupiny i při podobném charakteru práce od sebe liší sociálně psychologickými okolnostmi. Jak bylo výše uvedeno k našemu průzkumu byly vybrány zdravotní sestry pracujících v dětských domovech do 3 let věku.

Prezentaci analýzou získaných údajů jsme prováděli trojím způsobem: podle **jednotlivých položek**, a to pomocí tabulek a grafů. Následně se zabýváme interpretací výsledků **dle faktorů**. Poslední část analýzy údajů získaných prostřednictvím Meisterova dotazníku tvoří vyhodnocování dle **klasifikace zátěže**.

### **Vyhodnocení podle jednotlivých položek dotazníku.**

Meisterův dotazník obsahuje 10 položek. V naší bakalářské práci jsme nejprve vyhodnotili odpovědi jednotlivých respondentek. Získané údaje jsme dle absolutní a relativní četnosti, zaznamenali do tabulek. Výsledky šetření za celý soubor sester jsme zpracovali prostřednictvím výpočtu kritických hodnot mediánů a jejich porovnáním s kritickými hodnotami.

Výsledky analýzy odpovědí respondentek dle absolutní a relativní četnosti jednotlivých položek jsme zaznamenávali do přehledných tabulek.

#### **Položka 1 – Při práci se často dostávám do časové tísně**

Tato otázka je zaměřena na problematiku časové tísně. Výsledky šetření jsou uvedeny tabulce č. 7.

**Tabulka č. 7** Přehled pocitu časové tísně při práci u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku.

<b>časová tíseň</b>		<b>absolutní četnost n</b>	<b>relativní četnost %</b>
5	ano	3	4,4
4	spíše ano	10	14,7
3	částečně	13	19,1
2	spíše ne	31	45,6
1	ne	11	16,2
celkem		<b>Σ68</b>	<b>Σ100</b>

Časová tíseň je situace, v níž je člověk nucen uplatnit rychlé rozhodování a jednání v závažných věcech, aniž by měl dostatek času si své jednání promyslet a připravit. Z tohoto důvodu časový tlak v práci sester prudce zvyšuje

pravděpodobnost drobných i závažných chyb a selhání. Časové tísní jsou podrobeny dle vlastního názoru 3 (4,4%) sestry. Odpověď „spíše ano“ uvedlo 10 (14,7%) dotazovaných, pod časovým tlakem se „někdy ano, někdy ne“ cítilo 13 (19,1%) respondentek. S přítomností časové tísně „spíše nesouhlasilo“ 31 (45,6%) zkoumaných osob. Nepřítomnost časové tísně označilo 11 (16,2%) sester.

### **Položka 2 – Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerada**

Spokojenost v zaměstnání je klíčovým faktorem nejen pro pracovní pohodu, ale i pro podávání kvalitního **pracovního výkonu**. Ne-spokojenost v zaměstnání je předmětem zkoumání v druhé otázce dotazníku. Výsledky zjištění jsou zaznamenány v tabulce č. 8.

**Tabulka č. 8** Malé uspokojení při práci u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.

<b>Malé uspokojení při práci</b>		<b>absolutní četnost n</b>	<b>relativní četnost %</b>
5	ano	0	0,0
4	spíše ano	4	5,9
3	částečně	19	27,9
2	spíše ne	17	25,0
1	ne	28	41,2
celkem		<b>Σ68</b>	<b>Σ100</b>

Nespokojení lidé v zaměstnání mnohdy trpí nedostatkem nápadů, neochotou spolupráce, vážne jejich komunikace a mají tendenci stavět se do opozice, jejich reálná výkonnost je nižší než obvykle. Nespokojenost v zaměstnání a výkonnost pracovníka je významně ovlivňována psychickou zátěží. V krizi zaměstnanci snadno dospějí k názoru, že je práce už nebaví. Neochotu chodit do práce neuvedla ani jedna respondentka. 4 (5,9%) sestry projevily nespokojenost se zaměstnáním a označily odpověď „spíše ano“. Do zaměstnání chodí nerado „někdy ano, někdy ne“ 19 (25%) zkoumaných a 28 (41,2%) sester označilo odpověď „vůbec nesouhlasím“ s tím, že by chodily do práce nerady.

### **Položka 3 – Práce mě velice psychicky zatěžuje pro vysokou odpovědnost, spojenou se závažnými důsledky**

Na sestru je kladena velká odpovědnost a v pracovním procesu je velice často vystavována stresovým situacím se závažnými důsledky. Subjektivní vnímání pracovní zodpovědnosti sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku přibližuje tabulka č. 9.

**Tabulka č 9** Přehled vysoké odpovědnosti při práci sester v dětském domově pro děti do 3 let věku.

vysoká odpovědnost při práci sester		absolutní četnost n	relativní četnost %
5	ano	6	8,8
4	spíše ano	22	32,4
3	částečně	18	26,5
2	spíše ne	13	19,1
1	ne	9	13,2
celkem		Σ68	Σ100

Základním úkolem sestry v dětském domově pro děti do 3 let věku je snížení psychické, emocionální a sociální deprivace dětí na co nejnižší míru, péče o zdraví dětí, komunikace a poradenská podpora rodin. Psychologický přístup a vysoká míra porozumění je základní podmínkou úspěšné ošetrovatelské péče. To vše pro vysokou zodpovědnost sestry velmi psychicky zatěžuje. Analýza údajů dané položky ukázala, že 6 (8,8%) sester práce pro vysokou zodpovědnost velmi psychicky zatěžuje, 22 (32,4%) dotazovaných upřednostnilo odpověď „spíše ano“. 18 (26,5%) respondentek uvedlo odpověď „někdy ano, někdy ne“, „spíše ne“ pak uvedlo 13 (19,1%) sester a „ne“ označilo 9 (13,2%) respondentek.

#### **Položka 4 – Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující**

Analýza získaných údajů o této položce je prezentována v tabulce č. 10.

**Tabulka č. 10** Nízká zajímavost práce, kterou sestry v dětském domově pro děti do 3 let věku provádí.

nízká zajímavost práce, kterou sestry provádí		absolutní četnost n	relativní četnost %
5	ano	2	2,9
4	spíše ano	4	5,9
3	částečně	8	11,8
2	spíše ne	15	22,1
1	ne	39	57,3
celkem		Σ68	Σ100

Rozbor informací získaných dotazníkovým šetřením ukázal, že na otázku, zda je práce málo zajímavá, duševně spíše otupující, odpověděly 2 (2,9%) sestry kladně, tedy „ano“. Odpověď „spíše ano“ uvedly 4 (5,9%) respondentky. „Částečně“ odpovědělo 8 (11,8%) dotazovaných, „spíše ne“ označilo 15 (22,1%) sester a odpověď „ne“ zaznamenalo 39 (57,3%), tedy více než polovina respondentek; tato hodnota je nejvyšší hodnota získaná rozбором všech deseti položek. Z uvedeného usuzujeme, že většina sester vnímá svou práci jako zajímavou.

**Položka 5 – V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní.**

Kohoutek definuje konflikt jako: „... ostrý spor, střet, a to verbální či brachiální, srážku, rozkol, nesouhlas, neshodu, rozpor protichůdných tendencí a nutnost volby mezi nimi“. (KOHOUTEK, R., Konfliktní situace v práci a jejich řešení).

Rozbor získaných údajů v položce č. 5 je prezentován v tabulce č. 11.

**Tabulka č. 11** Přehled konfliktů a problémů u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.

konflikty a problémy u sester		absolutní četnost n	relativní četnost %
5	ano	0	0,0
4	spíše ano	5	7,3
3	částečně	11	16,2
2	spíše ne	22	32,4
1	ne	30	44,1
celkem		Σ68	Σ100

Na otázku, zda mají sestry v práci časté konflikty a problémy, o nichž se nemohou odpoutat ani po skončení pracovní doby ani jedna zdravotní sestra neoznačila odpověď „ano“, „spíše ano“ uvedlo 5 (7,3%) dotazovaných. Odpověď „částečně“ označilo 11 (16,2%) sester, spíše ne pak uvedlo 22 (32,4%) respondentek. Konflikty v práci pak „neřeší“ 30 (44,1%) sester; jedná se téměř o polovinu zkoumaného vzorku. Konflikty mezi spolupracovnicemi nemusí nutně znamenat negativní jevy, mohou stát zdrojem pro změnu a posun v organizaci.

**Položka 6 – Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.**

Monotonie je považována za jednu z hlavních nepříznivých pracovních podmínek u nás. Ovlivňuje psychiku zaměstnanců, zvyšuje únavu, vede k výpadkům pozornosti a může být příčinou rizikového chování pracovníků jako prostředku na odstranění nudy a přesycení (ŽIDKOVÁ, Z., Monotonie v pracovním procesu). Hodnoty získané rozбором odpovědí na otázku č. 6 jsou uvedeny v tabulce č. 12.

**Tabulka č. 12** Přítomnost monotonie při práci sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.

přítomnost monotonie při práci sester		absolutní četnost n	relativní četnost %
5	ano	0	0,0
4	spíše ano	2	2,9
3	částečně	10	14,7
2	spíše ne	18	26,5
1	ne	38	55,9
celkem		Σ68	Σ100

Rozborem získaných údajů jsme zjistili, že žádná z dotazovaných nepocítuje při práci monotonií, počet odpovědí „ano“ je tedy 0 (0%). Odpověď „spíše ano“ označily 2 (2,9%) dotazované. „Částečně“ prožívá monotonií 10 (14,7%)



respondentek. Odpověď „spíše ne“ uvedlo 18 (26,5%) sester. Monotonnost v pracovním procesu neprožívá více než polovina dotazovaných, tedy odpověď „ne“ označilo 38 (55,9%) respondentek.

**Položka 7 – Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.**

Nervozita je negativním projevem psychického stavu jedince. Projevuje se jako emoční nepohodlnost, strach, pocit kontrolovanosti okolím a neschopnost soustředění se na danou činnost. Nervozita se objevuje ve vypjatých situacích, nebo při podávání psychických výkonů. Analýzu získaných informací této položky ukazuje tabulka č. 13.

**Tabulka č. 13** Přítomnost nervozity u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.

nervozita u sester		absolutní četnost n	relativní četnost %
5	ano	7	10,3
4	spíše ano	4	5,8
3	částečně	20	29,4
2	spíše ne	22	32,4
1	ne	15	22,1
celkem		Σ68	Σ100

S výrokem práce je tak psychicky náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost se ztotožnilo (odpověď „ano“) 5 (10,3%) respondentek. Odpověď „spíše ano“ zaznamenaly 4 (5,8%) sestry. Nervozitu a rozechvělost při práci „částečně“ pociťuje 20 (29,4%) dotazovaných. Práci sestry v dětském domově pro děti do 3 let věku „spíše nevnímá“ jako psychicky náročnou 22 (32,4%) respondentek. K nim se přiklání svou odpovědí „ne“ 15 (22,1%) sester.

**Položka 8 – Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěla dělat něco jiného.**

Rozbor získaných údajů uvádíme v tabulce č. 14.

**Tabulka č. 14** Přehled pocitu přesycení z práce sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.

nervozita u sester		absolutní četnost n	relativní četnost %
5	ano	4	5,8
4	spíše ano	5	7,4
3	částečně	17	25,0
2	spíše ne	22	32,4
1	ne	20	29,4
celkem		Σ68	Σ100

Analýza dotazníkového šetření ukazuje, že 4 (5,8%) sestry odpověděly „ano“, dle jejich názoru mají práce po několika hodinách natolik dost, že by chtěly dělat něco jiného. Odpověď „spíše ano“ označilo 5 (7,4%) tázaných. Částečně tyto pocity prožívá 17 (25,0) respondentek. „Spíše ne“ odpovědělo 22 (32,4%) sester a odpověď „ne“ označilo 20 (29,4%) dotazovaných.

**Položka 9 – Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.**

Na zdraví sestry pracující v dětském domově pro děti do 3 let věku má vedle ostatních i vliv psychické zátěže. Psychická zátěž se při výkonu pracovních povinností či úkolů stále zvyšuje a může působit na zaměstnance i tak, že se stane příčinou nebo jednou z příčin vyhoření. Jak vnímají respondentky psychickou náročnost své profese ukazuje tabulka č. 15.

**Tabulka č. 15** Přehled pocitu únavy u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.

nervozita u sester		absolutní četnost n	relativní četnost %
5	ano	4	5,9
4	spíše ano	14	20,6
3	částečně	16	23,5
2	spíše ne	20	29,4
1	ne	14	20,6
celkem		Σ68	Σ100

S výrokem „Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost“ souhlasily 4 (5,9%) respondentky, odpověď „spíše ano“ označilo 14 (20,6%) sester. 16 (23,5%) dotazovaných uvedlo, že únavu a ochablost spojenou s psychickou zátěží vnímají „částečně“, „spíše ne“ odpovědělo 20 (29,4%) respondentek a 14 (20,6%) tázaných označilo odpověď „ne“.

**Položka 10 – Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.**

Dlouhodobé vnímání vlastní práce jako psychicky zatěžující může snížit u zdravotní sestry i pracovní výkonnost. Sestra pociťuje pokles výkonnosti především tak, že potřebuje čím dál větší množství času na práci, kterou dříve zvládala za mnohem kratší čas. Snaha zvládnout stejné množství práce i za cenu, že v práci tráví čím dál víc času ji vyčerpává. Většina jedinců totiž nechce zklamat sebe nebo ostatní. Důsledkem toho je rozpor mezi osobními nároky a faktem, na co skutečně stačí. Získané údaje jsou zaznamenány v tabulce č. 14.

**Tabulka č. 14** Přehled dlouhodobé únosnosti práce u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.

nervozita u sester		absolutní četnost n	relativní četnost %
5	ano	7	10,3
4	spíše ano	14	20,6
3	částečně	18	26,5
2	spíše ne	19	27,9
1	ne	10	14,7
celkem		Σ68	Σ100

Položka č. 10 je zaměřena na dlouhodobou únosnost zátěže, tedy zda je člověk schopen dělat po léta práci se stejnou výkonností. Odpovědi na otázky sestry udávaly rozličně. S výrokem plně souhlasilo, odpovědělo „ano“ 7 (10,3%) sester. „Spíše ano“ uvedlo 14 (20,6%) tázaných, odpověď „částečně“ vybralo 18 (26,5%) respondentek, „spíše ne“ uvedlo 19 (27,9%) dotázaných a vůbec nesouhlasilo 10 (14,7%) sester.

Pro porovnání údajů jsme do námi vytvořené tabulky č. 15 (příloha č. 6, tabulka č. 15) shrnuli absolutní a relativní hodnoty získané rozbořem jednotlivých položek

**Výsledky šetření podle položek dotazníku za celý soubor sester** jsme zpracovali prostřednictvím výpočtu kritických hodnot mediánů a jejich porovnáním s normovanými kritickými hodnotami.

V každé otázce (položce) jsme za skupinu pracovníků vypočítali střední hodnoty (medián, aritmetický průměr a směrodatnou odchylku). Při hodnocení zatěžujících faktorů jsme vycházeli z překročení normovaných kritických hodnot mediánu (tabulka č. 17). V těch hodnotách, kde zjištěný medián překračoval kritickou hodnotu, hodnotila skupina svou práci negativně a naopak, v položkách v nichž medián nedosahoval kritickou hodnotu, kladně.

**Tabulka č. 17** Normované kritické hodnoty mediánů.

Číslo položky	Otázka (zkráceně)	Začlenění do faktoru	Kritická hodnota mediánu $\bar{x}$
1.	Časová tíseň	<b>I.</b>	3,0
2.	Malé uspokojení	<b>II.</b>	2,5
3.	Vysoká odpovědnost	<b>I.</b>	3,0
4.	Otupující práce	<b>II.</b>	2,5
5.	Problémy s konflikty	<b>I.</b>	2,5
6.	Monotonie	<b>II.</b>	2,5
7.	Nervozita	<b>III.</b>	3,0
8.	Presycení	<b>III.</b>	3,0
9.	Únava	<b>III.</b>	3,0
10.	Dlouhodobá únosnost	<b>III.</b>	2,5

(HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z., 1999, s. 41), K = kritická hodnota mediánu ( $\bar{x}$ ).

Neboť medián označuje hodnotu, jež dělí řadu vzestupně seřazených absolutních hodnot dosažených v jednotlivých položkách na dvě stejně početné poloviny, pro nalezení mediánu zkoumaného souboru 68 sester jsme hodnoty seřadili podle velikosti a vzali hodnotu, která se nalézala uprostřed seznamu. Jelikož náš soubor měl sudý počet prvků, medián jsme označili v místě  $n/2+1$ .

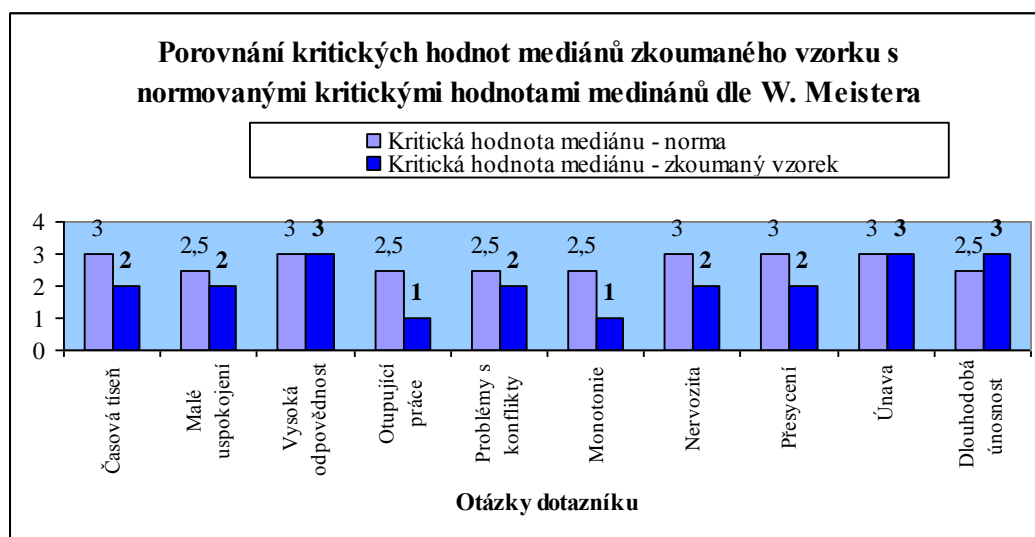
Výsledky hodnocení dle otázek za celý soubor a kritické hodnoty mediánů jednotlivých otázek, které představují normované hodnoty stanovené W. Meisterem jsme zaznamenali v tabulce č. 18 a grafu č. 5).

**Tabulka č. 18** Kritické hodnoty mediánů zjištěné analýzou získaných údajů v souboru respondentek a jejich porovnání s normovanými kritickými hodnotami mediánů.

Číslo položky	Otázka (zkráceně)	Začlenění do faktoru	Kritická hodnota mediánu	Kritická hodnota mediánu
1.	Časová tíseň	<b>I.</b>	3,0	<b>2,0</b>
2.	Malé uspokojení	<b>II.</b>	2,5	<b>2,0</b>
3.	Vysoká odpovědnost	<b>I.</b>	3,0	<b>3,0</b>
4.	Otupující práce	<b>II.</b>	2,5	<b>1,0</b>
5.	Problémy s konflikty	<b>I.</b>	2,5	<b>2,0</b>
6.	Monotonie	<b>II.</b>	2,5	<b>1,0</b>
7.	Nervozita	<b>III.</b>	3,0	<b>2,0</b>
8.	Přesycení	<b>III.</b>	3,0	<b>2,0</b>
9.	Únava	<b>III.</b>	3,0	<b>3,0</b>
10.	Dlouhodobá únosnost	<b>III.</b>	2,5	<b>3,0</b>

(HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z., 1999, S. 41) + vlastní průzkum 2014.

**Graf č. 5** Porovnání kritických hodnot mediánů zkoumaného souboru s normou.



Analýzou získané kritické hodnoty mediánu u respondentek a jejich srovnání s normativními kritickými hodnotami mediánu ukázaly, že u respondentek hodnotících pocity časové tísně v otázce č. 1 medián (**2**) nepřekračuje kritickou hodnotu, to znamená, že v této oblasti hodnotí skupina svoji práci pozitivně – v této oblasti nehledává soubor přetížení.

Rozbor údajů získaných šetřením v otázce č. 2 ukázal medián pozitivní hodnocení ze strany dotazovaných, tzn., že e cítí ve své práci dobře (**2**). Tato hodnota nepřekračuje normu, respondenty v této otázce hodnotí vnímání svého uspokojení pozitivně.

V otázce č. 3, v níž sestry hodnotí percepce psychické zátěže v souvislosti s vysokou mírou odpovědnosti, se medián zkoumaného vzorku (**3**) rovná mediánu udávaného jako normativní kritická hodnota. Z těchto výsledků usuzujeme, že dotazovaný soubor posuzuje oblast uspokojení z práce negativně.

Hodnota mediánu (**1**) u otázky č. 4 dokazuje, že pracovní činnost je pro sestry dostatečně zajímavá, neotupuje je. V této oblasti jsou dle získaných údajů dotazované přiměřeně zatěžovány.

V otázce č. 5, která se zabývá problémy a konflikty na pracovišti, od nichž se nelze oprostit ani po skončení pracovní doby, jsme analýzou údajů získali medián (2). Tato hodnota nepřesahuje normu, usuzujeme tedy, že respondentky nepocítují v této oblasti přetížení.

Hodnota mediánu (1) v oblasti monotonie (otázka č. 6) se pohybuje poměrně hluboko pod normou mediánu (2,5). Získané hodnoty vypovídají o přiměřené zátěži v této oblasti.

Hodnota mediánu (2) u otázky č. 7 ukazuje, že oblast nervozity a rozechvělosti způsobené psychickým přetížením, hodnotila zkoumaná skupina respondentek pozitivně, v této oblasti prožívají sestry přiměřenou zátěž.

V otázce č. 8 se dotazované sestry vyjadřovaly k přesycení z práce. Zjištěný medián v hodnotě (2), který je pod mediánem normy ukazuje za pozitivní vnímání této oblasti. Respondentky v tomto okruhu hodnotí svou práci pozitivně.

Zjištěná hodnota mediánu (3) v otázce č. 9, která poukazuje na pocity únavy z vykonávané práce, se shoduje s kritickou hodnotou mediánu normy. Analýza údajů ukazuje na nepřiměřenou zátěž v této oblasti, sestry ji vnímají negativně.

Hodnota mediánu (3) v otázce č. 10 vypovídající o dlouhodobé únosnosti náročnosti vykonávané práce, překračuje kritickou hodnotu normativního mediánu (2,5). Získané informace ukazují na negativní hodnocení dotazovaných sester.

### **Vyhodnocení Meisterova dotazníku dle faktorů**

Vyhodnocení podle faktorů jsme prováděli s využitím rozboru faktorů. Faktorovou analýzou zjistil W. Meister tři faktory (tabulka č. 19): I. – **přetížení**, II. – **jednostrannost**, (monotonie), III. – **nespecifický faktor** (stresová odezva). Faktor I je syčen položkami 1, 3, 5 (časová tíseň, vysoká odpovědnost, problémy

s konflikty). Faktor II obsahuje položky 2, 4, 6 (malé uspokojení, otupující práce, monotonie), III. faktor zahrnuje položky 7, 8, 9, 10 (nervozita, přesycení, únava, dlouhodobá únosnost).

**Tabulka č. 19** Faktory pracovní zátěže.

Faktory pracovní zátěže			
Faktor	Název faktoru	Součet položek	Maximum
<b>I.</b>	Přetížení	1 + 3 + 5	<b>15</b>
<b>II.</b>	Monotonie	2 + 4 + 6	<b>15</b>
<b>III.</b>	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	<b>20</b>
<b>HS</b>	Hrubý skór	I. + II. + III.	<b>50</b>

(HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z., 1999, s. 40).

Pro naše skupinové vyhodnocování souboru respondentek jsme použili aritmetické průměry faktorů a hrubého skóru. V tabulce č. 20 jsou uvedeny aritmetické průměry, které slouží jako populační normy a kritické hodnoty pro ženy. Jejich překročení ukazuje nadměrnou zátěž v dané oblasti.

**Tabulka č. 20** Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty pro ženy (n=867).

zkoumaný soubor	faktor											
	I. PŘETÍŽENÍ			II. MONOTONIE			III. NESPECIFICKÝ FAKTOR			HRUBÝ SKÓR		
	$\bar{x}$	s.d.	K	$\bar{x}$	s.d.	K	$\bar{x}$	s.d.	K	$\bar{x}$	s.d.	K
norma	8,4	3,2	10	7,6	3,0	9	11,7	4,4	14	25,0	8,1	29

(HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z., 1999, S. 40).

Hladký, Židková vysvětlují statistické znaky jako: „ $\bar{x}$  = aritmetický průměr, s.d. = směrodatná odchylka, K = kritická hodnota, ( $\bar{x} + 0,5$  sigma)“,



Faktorovou analýzu jsme prováděli na základě aritmetického průměru sledovaných faktorů a hrubého skóre. Zjištěné údaje jsou zaznamenány v tabulce č. 21.

**Tabulka č. 21** Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty – normy a aritmetické průměry souboru sester.

faktor												
zkoumaný soubor	I. PŘETÍŽENÍ			II. MONOTONIE			III. NESPECIFICKÝ FAKTOR			HRUBÝ SKÓR		
	$\bar{x}$	s.d.	K	$\bar{x}$	s.d.	K	$\bar{x}$	s.d.	K	$\bar{x}$	s.d.	K
norma	8,4	3,2	10	7,6	3,0	9	11,7	4,4	14	25,0	8,1	29
zkoumaný soubor	7,4	2,7	8,8	5,4	3,3	7,1	10,3	2,2	11,4	23,0	8,2	27,3

#### Vlastní výzkum 2014

$\bar{x}$  – aritmetický průměr;

$\Sigma$  – suma;

$x_i$  – aktuální počítaná hodnota;

$n$  – součet absolutních hodnot;

$K$  – kritická hodnota =  $\bar{x} - s.d./2$ ;

$s.d.$  – směrodatná odchylka.

Kritická hodnota faktoru **I. Přetížení** sledované skupiny respondentek (8,8) nepřesáhla kritickou hodnotu (10). Kritická hodnota faktoru **II. Monotonie** sledované skupiny sester (7,1) nepřesáhla kritickou hodnotu (9) stanovenou autorem dotazníku. Kritická hodnota faktoru **III. Nespecifického faktoru** sledované skupiny respondentek (11,4) nepřesáhla kritickou hodnotu (14). Kritická hodnota **celkového hrubého skóre** všech faktorů u sledované skupiny respondentek (27,3) nepřesáhla populační normu (25).

#### Interpretace dle stupňů zátěže

Klasifikace psychické zátěže se provádí ve třech stupních. Význam jednotlivých stupňů (1,2,3) při klasifikaci mentální zátěže uvádí tabulka č. 21 (příloha č. 7, tabulka č. 21), (konečně zařazení – klasifikace psychické zátěže).

Pro zařazení do stupně zátěže celé skupiny je třeba vycházet z faktorových skóre. Hodnocení se provede následujícím způsobem: sečtou se mediány (střední hodnoty) pro jednotlivé faktory (pro faktor I. sečteme otázky č. 1+3+5, pro faktor II. Otázky č. 2+4+6, pro faktor III. otázky č. 7+8+9+10). Po sečtení mohou nastat 3 případy:

1. **Faktor I.** má nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor II . – při této variantě k němu připočteme součet středních hodnot faktoru III., tedy I.+III. Podle tabulky č. 22 se pak vyhodnotí stupeň a k tomu odpovídající zátěžová tendence.

**Tabulka č. 22** Zátěžová tendence faktoru I.

Součet faktorů I+ II	stupeň	zátěžová tendence
7 – 19	1	–
20 – 24	2	k přetížení
25 – 35	3	k přetížení

(HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z., 1999, s. 41).

2. Má-li **faktor II.** nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor I., pak se sečte součet středních hodnot II.+III. Podle tabulky č. 23 se určí výsledný stupeň a odpovídající zátěžová tendence.

**Tabulka č. 23** Zátěžová tendence faktoru II.

Součet faktorů I+ II	stupeň	zátěžová tendence
7 – 21	1	–
22 – 26	2	k monotonii (jednostrannosti, podtížení)
27 – 35	3	k monotonii (jednostrannosti, podtížení)

(HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z., 1999, s. 41).

3. Bude-li rozdíl mezi faktory I. a II. menší než 2 body, pak se sečtou součty středních hodnot všech faktorů dohromady, tj. I.+II.+III. podle tabulky č. 24. se určí stupeň, tedy zátěžová tendence.

**Tabulka č. 24** Zátěžová tendence faktoru III.

Součet faktorů I+ II	stupeň	zátěžová tendence
10 – 26	1	–
27 – 32	2	kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannost)
33 – 50	3	kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannost)

(HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z., 1999, s. 40).

Pro porovnání mediánů faktorů I, II a III hodnotíme tendenci a stupeň zátěže. Tyto faktory získané z dotazníkového šetření prezentuje v níže uložené tabulce č. 25.

**Tabulka č. 25** Přehled hodnot mediánů u faktorů I, II a III z dotazníkového šetření sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.

faktor I.	hodnota mediánu	faktor II.	hodnota mediánu	faktor III.	hodnota mediánu
otázka č. 1	2	otázka č. 2	2	otázka č. 7	2
otázka č. 3	3	otázka č. 4	1	otázka č. 8	2
otázka č. 5	2	otázka č. 6	1	otázka č. 9	3
				otázka č. 10	3
celkem	7	celkem	4	celkem	10
<b>součet faktorů I a III</b>	(Jelikož faktor I měl o 3 body vyšší hodnotu, než faktor II, sečetla jsem hodnoty mediánů faktorů I a III)				

Z tabulky je patrné, že faktor I přesahuje svým součtem mediánů (7) faktor II (4), a to o 3 body, proto jsme dle metodiky hodnocení tohoto dotazníkového šetření sečetli hodnoty mediánů faktorů I a III a porovnali je s normami.

Po zhodnocení údajů jsme zjistili, že zátěž ve všech 3 stupních dosahuje stupně č. 1. Tento stupeň popisuje Hladký a Židková v tabulce Klasifikace pracovní zátěže (příloha č. 7, tabulka č. 21) jako: „psychickou zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti“. (HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z., 1999, s. 42).

## 6. 5 Ověření hypotéz

Pro ověření platnosti stanovených hypotéz jsme využili test nezávislosti chí-kvadrát. Jedná se o statistickou metodu, ke které je nezbytně nutné vytvořit nulovou hypotézu a alternativní hypotézu. V celém šetření jsme zvolili hladinu významnosti 0,05.

**H1** Předpokládáme, že míra vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku bude souviset s jejich typem chování (A, AA nebo BB, B).

**H0** Předpokládáme, že míra vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku nebude souviset s jejich typem chování (A, AA nebo BB, B).

**H<sub>A</sub>** Předpokládáme, že míra vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku bude souviset s jejich typem chování (A, AA nebo BB, B).

**Tabulka č. 26** Tabulka uvádějící vztah mezi mírou vyhoření a typem chování dle četností.

Typ chování	Stupně vyhoření					n <sub>j</sub>
	2,0 □	2,1–3,0	3,1–4,0	4,1–5,0	5,1 a vyšší	
B	3	20	6	1	0	30
BB	3	16	9	0	1	29
AA	1	4	3	0	0	8
A	0	0	1	0	0	1
n <sub>j</sub>	7	40	19	1	1	<b>68</b>

**Tabulka č. 27** Tabulka dle vzorce  $(P - O)^2/O$  uvádějící vztah mezi mírou vyhoření a typem chování.

Typ chování	Stupně vyhoření					n <sub>j</sub>
	2,0 □	2,1–3,0	3,1–4,0	4,1–5,0	5,1 a vyšší	
B	3,09	17,65	8,38	0,44	0,44	30
BB	2,99	17,06	8,1	0,43	0,43	29
AA	0,82	4,71	2,24	0,12	0,12	8
A	0,1	0,59	0,28	0,01	0,01	1
n <sub>j</sub>	7	40	19	1	1	<b>68</b>

$\chi^2 = 6,701$

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti  $f = (r - 1) * (s - 1)$

**12**

**21,026**

r - počet řádků

s - počet sloupců

hladina významnosti = 0,05

Vypočítaná hodnota  $\chi^2$  (6,701) je menší než hodnota testovaného kritéria (21,026) pro stupeň volnosti 12. Neexistuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti nulové hypotézy.

**H2** Předpokládáme, že u dotazovaných existuje závislost mezi mírou syndromu vyhoření a délkou praxe.

**H0** Předpokládáme, že u dotazovaných neexistuje závislost mezi mírou syndromu vyhoření a délkou praxe.

**HA** Předpokládáme, že u dotazovaných existuje závislost mezi mírou syndromu vyhoření a délkou praxe.

**Tabulka č. 28** Tabulka dle vzorce uvádějící vztah mezi délkou praxe a mírou vyhoření dle četností.

Délka praxe	Stupně vyhoření					n <sub>j</sub>
	2,0 □	2,1–3,0	3,1–4,0	4,1–5,0	5,1 a vyšší	
0 – 10 let	1	3	1	1	1	7
11 – 20 let	2	10	3	0	0	15
21 a více let	4	27	15	1	0	46
n <sub>j</sub>	7	40	19	2	1	<b>68</b>

**Tabulka č. 29** Tabulka dle vzorce  $(P - O)^2/O$  uvádějící vztah mezi délkou praxe a mírou vyhoření.

Délka praxe	Stupně vyhoření					n <sub>j</sub>
	2,0 □	2,1–3,0	3,1–4,0	4,1–5,0	5,1 a vyšší	
0 – 10 let	0,72	4,12	1,96	0,1	0,1	7
11 – 20 let	1,54	8,82	4,19	0,22	0,22	15
21 a více let	4,74	27,06	12,85	1,68	0,68	46
n <sub>j</sub>	7	40	19	1	1	<b>68</b>

**x<sub>2</sub> = 19,992**

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti  $f = (r - 1) * (s - 1)$

**8**

**15,507**

r - počet řádků

s - počet sloupců

hladina významnosti = 0,05

Vypočítaná hodnota  $x_2$  (19,992) je větší než hodnota testovaného kritéria ( 15,057) pro stupeň volnosti 8. Existuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti alternativní hypotézy.

**H3** Předpokládáme, že u sester bude existovat vztah mezi stupněm pracovní zátěže a stupněm vyhoření.

H<sub>0</sub> Předpokládáme, že u sester nebude existovat vztah mezi stupněm pracovní zátěže a stupněm vyhoření.

H<sub>A</sub> Předpokládáme, že u sester bude existovat vztah mezi stupněm pracovní zátěže a stupněm vyhoření.

Ověřování H<sub>3</sub> vyžadovalo vytvoření kategorií míry pracovní zátěže a kategorií míry vyhoření. Míru pracovní zátěže jsme vytvořili s pomocí škály odpovědí uvedených v Meisterově dotazníku. 1. kategorii jsme zformovali seskupením odpovědí ne (ne, nesouhlasí – necítím zátěž) a odpovědi spíše ne (spíše necítí zátěž), 2. kategorii tvoří škála částečně (kdy dotazované cítí částečnou zátěž) a 3. kategorie slučuje odpověď spíše ano a ano, kterou respondenty vyjadřují pocit přítomné zátěže (tabulka č. 30).

**Tabulka č. 30** Kategorie subjektivního pocitu pracovní zátěže.

Meisterův dotazník		
subjektivní pocit zátěže		kategorie
1	ne	1.
2	spíše ne	
3	částečně	2.
4	spíše ano	3.
5	ano	

Kategorie míry vyhoření jsme zhotovili sloučením stupňů zátěže v BM dotazníku. 1. kategorii jsme vytvořili sloučením stupně zátěže 1(2,0 a □) – stav dobrý a stupně zátěže 2 (2,1 – 3,0) – stav uspokojivý, 2. kategorie obsahuje stupeň zátěže 3 (3,1 – 4,0) – hrozí riziko a 3. kategorie jsme dosáhli spojením stupně zátěže 4 (4,1 – 5,0) – v tomto stupni je již syndrom vyhoření prokázán a stupně zátěže 5 (5,1 a vyšší), což znamená havarijní signál (tabulka č. 31).

**Tabulka č. 31** Kategorie míry vyhoření BM dotazníku.

BM dotazník		
subjektivní pocit zátěže		kategorie
1.	2,0 a □	1.
2.	2,1 – 3,0	
3.	3,1 – 4,0	2.
4.	4,1 – 5,0	3.
5.	5,1 a vyšší	

Četnosti odpovědí zjištěné v našem dotazníkovém šetření s využitím Meisterova dotazníku jsme zaznamenali dle výše uvedených kritérií do tabulky č. 32.

**Tabulka č. 32** Četnosti odpovědí Meisterova dotazníku dle kategorií.

Dotazník	míra pracovní zátěže			
	1.	2.	3.	$n_j$
Misterův dotazník	41	15	12	68

Četnosti odpovědí zjištěné v našem dotazníkovém šetření s využitím BM dotazníku jsme zaznamenali dle výše uvedených kritérií do tabulky č. 33.

**Tabulka č. 33** Četnosti odpovědí BM dotazníku dle kategorií.

Dotazník	míra vyhoření			
	1.	2.	3.	$n_j$
BM	47	19	2	68

**Tabulka č. 34** Tabulka dle vzorce uvádějící vztah mezi délkou praxe a mírou vyhoření dle četností.



Dotazník	míra pracovní zátěže ; míra vyhoření			
	1.	2.	3.	n <sub>j</sub>
BM	47	19	2	68
Meisterův dotazník	41	15	12	68
n <sub>j</sub>	88	34	14	<b>136</b>

**Tabulka č. 35** Tabulka dle vzorce  $(P - O)^2/O$  uvádějící vztah mezi délkou praxe a mírou vyhoření.

Dotazník	míra pracovní zátěže ; míra vyhoření			
	1.	2.	3.	n <sub>j</sub>
BM	44	17	7	68
Misterův dotazník	44	17	7	68
n <sub>j</sub>	88	34	14	<b>136</b>

**x<sup>2</sup> = 8.023**

tabulková hodnota pro počet stupňů volnosti

stupňů volnosti  $f = (r - 1) * (s - 1)$

**2**

**5.991**

r - počet řádků

s - počet sloupců

hladina významnosti = 0,05

Vypočítaná hodnota  $x^2$  (8,023) je větší než hodnota testovaného kritéria (5,991) pro stupeň volnosti 2. Existuje tedy statisticky významná závislost mezi testovanými hodnotami, a proto se přikláníme k platnosti alternativní hypotézy.

### III DISKUZE

V této kapitole bychom chtěli shrnout námi zjištěné výsledky a nové poznatky, které jsme během našeho průzkumu zjistili. Jelikož nám není známo, že by do současné doby (2014) proběhl výzkum syndromu vyhoření u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let, nelze námi zjištěné údaje porovnávat s daty z jiných šetření. Toto hodnocení bude probíhat dle stanovených cílů a hypotéz.

Hlavním cílem našeho šetření bylo posoudit míru výskytu syndromu vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku ve sledovaných oblastech (emocionální vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení) v závislosti na vybraných faktorech – typ chování (A, AA, BB, B), délka praxe a míra psychické zátěže.

Hlavní cíl jsme rozčlenili do čtyř dílčích cílů. Úkolem prvního dílčího cíle bylo identifikovat typ chování (A, AA nebo BB, B) u sester. Zvolený zkrácený standardizovaný dotazník R. H. Rosenmana a M. Friedmana zkoumá osobnostní a povahové rysy jednotlivců. Dle jednotlivých vzorců chování rozčleňuje pozorované do čtyř skupin nazvané „chování typické pro typ A“, „sklon k chování typu A“ „populační průměr BB“ a skupiny „osobnost typu B“.

Úlohou druhého cíle bylo analyzovat údaje sledující syndrom vyhoření u sester a určit míru syndromu vyhoření. Nástrojem, kterým jsme měřili míru syndromu vyhoření, byl dotazník BURNOUT Measure (BM), jehož autory jsou A. Pinesová a E. Aronson. Tento dotazník nám umožnil měřit intenzitu celkového vyčerpání, tj. vyčerpání fyzického, emocionálního. Pro splnění prvního a druhého cíle byla použita první hypotéza.

**V první hypotéze** jsme zjišťovali závislost mezi typem chování (A, AA, BB, B) a stupněm vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku. Při statistickém srovnání jsme zjistili, že **neexistuje statisticky významná**

**závislost** mezi typem chování (A, AA, BB, B) a stupněm vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku.

Úkolem třetího dílčího cíle bylo zjistit souvislost mezi délkou praxe sester a rozvojem syndromu vyhoření. Zpracované údaje z dotazníkového šetření zaměřené na délku praxe respondentek jsme rozdělili dle délky praxe do čtyř skupin. Jako nejpočetněji zastoupená skupina 47 dotazovaných (69%) se ukázala kategorie 21 a více let praxe (graf č. 2). Pro třetí cíl byla použita druhá hypotéza.

**V druhé hypotéze** jsme zjišťovali závislost mezi mírou syndromu vyhoření a délkou praxe (tabulka č. 29 ). Při statistickém srovnání jsme zjistili, že **existuje statisticky významná závislost** mezi mírou syndromu vyhoření a délkou praxe.

Přestože Kebza a Šolcová uvádějí, že sociodemografické údaje, jako jsou věk, vzdělání, délka praxe, jsou považovány za neutrální faktory z hlediska vzniku syndromu vyhoření (KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 1998), výsledky našeho průzkumu ukázaly statisticky významnou závislost mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření, s míněním Kebzy a Šolcové v našem případě nemůžeme souhlasit.

Zjistit souvislost mezi stupněm pracovní zátěže a stupněm vyhoření dotazovaných. bylo náplní čtvrtého dílčího cíle. Nástrojem, kterým jsme zjišťovali míru pracovní zátěže byl Meisterův dotazník. Dotazník slouží ke zkoumání, jak lidé vnímají svou pracovní zátěž. Pro splnění čtvrtého cíle byla použita třetí hypotéza.

**Ve třetí hypotéze** jsme zkoumali závislost mezi stupněm pracovní zátěže a stupněm vyhoření. Při statistickém srovnání jsme zjistili, že **existuje statisticky významná závislost** mezi mírou pracovní zátěže a mírou syndromu vyhoření.

## **Závěr**

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku. Hlavním cílem našeho šetření bylo posoudit míru výskytu syndromu vyhoření u sester ve sledovaných oblastech v závislosti na vybraných faktorech – typ chování (A, AA, BB, B), délka praxe a míra psychické zátěže, a to s využitím shrnutí teoretických poznatků i vlastního průzkumu. Výzkumné šetření, ke kterému bylo využito kvantitativní zpracování dat, se zabývalo vztahem mezi činiteli syndromu vyhoření a demografickými faktory jako délka praxe. Ke zkoumání těchto souvislostí byly stanoveny hypotézy, které byly ověřovány prostřednictvím výsledků získaných souborem 3 standardizovaných dotazníků.

První část této práce se zabývá teoretickým vymezením problematiky syndromu vyhoření. Dále je pozornost věnována dětským domovům pro děti do 3 let věku a profesi zdravotní sestry jako sestry pracující v této instituci.

V empirické části jsme popsali metodiku výzkumu, techniku sběru dat, popis jeho průběhu a charakteristiku souboru respondentek. Poslední část této práce jsme věnovali prezentaci výsledků s ověřením hypotéz a jejich interpretaci.

Výzkumné šetření, provedené v rámci této bakalářské práce přineslo několik zjištění. Sestry negativně vnímají vysokou odpovědnost své profese, cítí se unaveny a přetíženy.

Ze současného stavu poznatků o vyhoření a z vyhodnocení současné situace se nám jeví jako důležité, začít více pozornosti věnovat „lidským zdrojům“. Domníváme se, že děti, které zatím nenašly stálou, či pěstounskou rodinu, mají v sestřích (tetách) spřízněné duše, které se jim snaží poskytnout lásku a porozumění

## **Souhrn**

Tématem naší bakalářské práce je problematika syndromu vyhoření u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku.

Teoretická část vymezuje pojem syndrom vyhoření. Charakterizuje syndrom vyhoření s ohledem na rizikové skupiny osob pro rozvoj syndromu vyhoření. Přibližuje příčiny vyhoření, jeho symptomy, fáze a diagnostiku. Prevence a intervence již vzniklého syndromu vyhoření seznamuje s možnostmi eliminace či zmírnění daného jevu. Syndrom vyhoření u zdravotních sester obsahuje samostatná kapitola zaměřující se na specifika pracovní zátěže sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.

Cílem praktické části práce je zmapovat, jaké faktory sestry vnímají jako rizikové pro práci sester v dětských domovech pro děti do 3 let věku, s využitím zkráceného standardizovaného dotazníku R. H. Rosenmana a M. Friedmana pro identifikaci typu chování A nebo B zjistit typ chování sester. Zjišťovali jsme míru pracovní zátěže dotazovaných s využitím Meisterova dotazníku pro hodnocení pracovní zátěže a analyzovali jsme údaje získané standardizovaným dotazníkem MB, který sleduje syndrom vyhoření u sester, a ukázali jsme míru syndromu vyhoření.

## **Summary**

The subject of our Bachelor's work is the issue of burnout syndrome in the case of nurses working in children's home for children up to 3 years.

Theoretical part defines the term: Burnout syndrome. It describes the burnout syndrome in view of a risk group of people which have proneness to burnout syndrome progress. It explains causes of burnout, its symptoms, phases and diagnostics. Prevention and intervention of the arisen burnout syndrome explains the possibilities of elimination or decrease of given phenomenon. The burnout syndrome in case of nurses contains individual chapter which focuses in specifics

of occupational load of nurses working in children's home for children up to 3 years.

The aim of practical part is to map which factors do the nurses perceive as risk for the work of nurses working in children's home for children up to 3 years, and to find out the type of nurses' behavior by using of shortened standardized questionnaire of R. H. Rosenman and M. Friedeman for type of behavior A or B identification. We inquired the rate of occupational load of respondents with using of Meister questionnaire for evaluation of occupational load and we analyzed the data acquired by standardized questionnaire MB, which monitors the burnout syndrome by nurses, and we showed the rate of the burnout syndrome. In this last part we analyzed the determinants of burnout syndrome, we verified hypotheses and interpreted the results of our study.

## Seznam literatury

### Monografie

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, s. 86. ISBN 80-7013-439-9.

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, s. 32. ISBN 80-86991-74-1.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 776. ISBN 80-7178-303-X.

HONZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2013, s. 240. ISBN 978-80-7429-331-3.

HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999, s. 78. ISBN 80.7184-890-5.

CHAMOUTOVÁ, K., CHAMOUTOVÁ, H. *Duševní hygiena psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, 2012, s. 210.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 256. ISBN 978-80-247-1369-4.

KALLWASS, A., RUSCH, C. *S syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007, s. 144. ISBN 978-7367-299-7.

KEBZA, V. *Zvládání stresu*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997, s. 30. ISBN 80-7071-042-X.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření: Funkční duševní porucha*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998, s. 23. ISBN 80-7071-099-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004, s. 80. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, s. 175. ISBN 978-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 1998, s. 131. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada Avicem., 1994, s. 192. ISBN 80-7169-121-6.

MALLOTOVÁ, K. Burn-out, neboli syndrom vyhoření. *Psychologie dnes*, 2003, roč. č. 2, s. 12-13.

NOVÁK, T. *Sám sobě psychologem 2*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 192. ISBN 978-80-247-2956-5.

POSCHKAMP, T. *Vyhoření*. 1. vyd. Brno: Albatros Media, 2013, s. 104. ISBN 978-80-266-0161-6.

PTÁČEK, R., RABOCH, J., KEBZA, V. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 168. ISBN 978-247-5114-6.

PTÁČEK, R., ČELEDOVÁ, L. a kol. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, s. 117. ISBN 978-80-246-1998-9.

STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, s. 112. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠÍNOVÁ, R. a kol. *Aktuální problémy rodinněprávní regulace: rodičovství, výchova a výživa nezletilého*. 1. vyd. Praha: Leges, s. r. o., 2013, s. 304. ISBN 978-80-87576-74-8.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 192. ISBN 978-80-247-3174-2.

### **Zákonné normy**

Česká republika. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů č. 372 / 2011*. Praha, 2011, 131 (8. 12. 2011).  
Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?o=6&T=405>.

Česká republika. Zákoník práce: Zákon č. 262/2006, Praha: Golden Books, s. r. o., 2014, s. 559. ISBN 978-905075-7-9.

Česká republika. Zákon o sociálně-právní ochraně dětí: 359/1999 Sb. In: Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-359>.

Česká republika. Občanský zákoník: 89/2012 Sb. In: Dostupné z: <http://www.mesec.cz/zakony/obcansky-zakonik-2014/>.



## Elektronické zdroje

BĚLOHLÁVKOVÁ, L. a J. ZÁHORSKÁ. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT). [online]. [cit. 2014-04-29]. Dostupné z: <http://www.psycholog-praha.cz/kognitivne-behavioralni-terapie>.

BRUTHANSOVÁ, D. a kol. Zdravotně sociální služby v kojeneckých ústavech a dětských domovech pro děti do tří let věku. [online]. [citováno 2014-05-13]. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_177.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_177.pdf).

BURGEROVÁ, M. Syndrom vyhoření. Prevence syndromu vyhoření. In: [online]. [cit. 2014-04-26]. Dostupné z: <http://burgerova.blog.cz/0902/prevence-syndromu-vyhoreni>.

KOHOUTEK, R. Osobnost typu A, B a C. [online]. [cit. 2014-04-16]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/osobnost-typu-c>.

JAMBOROVÁ, J. *Specifika ošetrovatelské péče se zaměřením na potřeby dětí v kojeneckých* [online]. České Budějovice, 2011, Jaroslava Fendrychová [cit. 2014-04-29]. Dostupné z: <http://theses.cz/id/z35iry/>. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

ŠEBLOVÁ, J. Syndrom vyhoření ve zdravotnictví. [online]. [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: [http://www.csspraha.cz/users\\_data/file/Syndrom\\_vyhoreni\\_ve\\_zdravotnictvi.pdf](http://www.csspraha.cz/users_data/file/Syndrom_vyhoreni_ve_zdravotnictvi.pdf)

## SEZNAM TABULEK

- Tabulka 1 – Příčiny vzniku syndromu vyhoření.
- Tabulka 2 – Charakteristické rysy chování osobnosti typu A, B.
- Tabulka 3 – Příznaky syndromu vyhoření.
- Tabulka 4 – Absolutní a relativní četnost návratnosti dotazníků.
- Tabulka 5 – Zařazení sester do stupňů vyhoření.
- Tabulka 6 – Stupně vyhoření u sester v souvislosti s jejich typem chování.
- Tabulka 7 – Přehled pocitu časové tísně při práci u sester pracujících v dětských domovech pro děti do 3 let věku.
- Tabulka 8 – Malé uspokojení při práci u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.
- Tabulka 9 – Přehled vysoké odpovědnosti při práci sester v dětském domově pro děti do 3 let věku.
- Tabulka 10 – Nízká zajímavost práce, kterou sestry v dětském domově pro děti do 3 let věku provádí.
- Tabulka 11 – Přehled konfliktů a problémů u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.
- Tabulka 12 – Přítomnost monotonie při práci sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.
- Tabulka 13 – Přítomnost nervozity u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.
- Tabulka 14 – Přehled pocitu přesycení z práce sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.
- Tabulka 15 – Přehled pocitu únavy u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.
- Tabulka 16 – Přehled dlouhodobé únosnosti práce u sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.
- Tabulka 17 – Absolutní a relativní četnost vyhodnocení dle jednotlivých položek.
- Tabulka 18 – Normované kritické hodnoty mediánů.

- Tabulka 19 – Kritické hodnoty mediánů zjištěné analýzou získaných údajů v souboru respondentek a jejich porovnání s normovanými kritickými hodnotami mediánů.
- Tabulka 20 – Faktory pracovní zátěže.
- Tabulka 21 – Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty pro ženy (n=867).
- Tabulka 22 – Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty – normy a aritmetické průměry souboru sester.
- Tabulka 23 – Zátěžová tendence faktoru I.
- Tabulka 24 – Zátěžová tendence faktoru II.
- Tabulka 25 – Zátěžová tendence faktoru III.
- Tabulka 26 – Přehled hodnot mediánů u faktorů I, II a III z dotazníkového šetření sester pracujících v dětském domově pro děti do 3 let věku.
- Tabulka 27 – Tabulka uvádějící vztah mezi mírou vyhoření a typem chování dle četností.
- Tabulka 28 – Tabulka dle vzorce  $P - O)^2/O$  uvádějící vztah mezi mírou vyhoření a typem chování.
- Tabulka 29 – Tabulka uvádějící vztah mezi délkou praxe a mírou vyhoření dle četností.
- Tabulka 30 – Tabulka dle vzorce  $P - O)^2/O$  uvádějící vztah mezi délkou praxe a mírou vyhoření.
- Tabulka 31 – Kategorie subjektivního pocitu pracovní zátěže.
- Tabulka 32 – Kategorie míry vyhoření – BM dotazník.
- Tabulka 33 – Četnost odpovědí Meisterova dotazníku dle kategorií.
- Tabulka 34 – Četnost odpovědí BM dotazníku dle kategorií.
- Tabulka 35 – Tabulka uvádějící vztah mezi mírou vyhoření a mírou pracovní zátěže.
- Tabulka 28 – Tabulka dle vzorce  $P - O)^2/O$  uvádějící vztah mezi mírou vyhoření a mírou pracovní zátěže.

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 – Zastoupení respondentek dle věku.

Graf 2 – Zastoupení respondentek dle délky dosažené praxe.

Graf 3 – Zastoupení respondentek dle dosaženého stupně vzdělání.

Graf 4 – Zastoupení typů chování v souboru respondentek.

Graf 5 – Porovnání kritických hodnot mediánů zkoumaného souboru s normou.

Graf 6 – Stupně vyhoření u sester v souvislosti s jejich typem chování.

Graf 7 – Zhodnocení vztahu mezi typem chování stupněm vyhoření.

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Tabulka 1 – Příčiny vzniku syndromu vyhoření.

Příloha 2 – Tabulka 3 – Příznaky syndromu vyhoření.

Příloha 3 – Dotazník BM.

Příloha 4 – Dotazník MBI.

Příloha 5 – Meisterův dotazník hodnocení neuropsychické zátěže.

Příloha 6 – Zkrácený standardizovaný dotazník R. H. Rosenmana a M. Friedmana pro identifikaci typu chování A nebo B.

Příloha 7 – Dotazník pro respondenty.

Příloha 8 – Tabulka č. 15 – Absolutní a relativní četnost vyhodnocení dle jednotlivých položek Meisterova dotazníku.

Příloha 9 – Tabulka č. 21 – Konečné zařazení – Klasifikace pracovní zátěže.

## Příloha č. 1

### Tabulka 1

#### Příčiny vzniku syndromu vyhoření.

Příčiny vzniku syndromu vyhoření	
vnitřní příčiny	vnější příčiny
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ veliké, ba až přílišné nadšení pro práci;</li><li>▪ vnitřní tendence k soutěživosti, ke srovnávání s druhými;</li><li>▪ subjektivní vnímání obtížnosti vlastních životních podmínek;</li><li>▪ špatné vnitřní sebehodnocení;</li><li>▪ silné vnímání neúspěchu;</li><li>▪ špatný fyzický stav;</li><li>▪ nepravidelný denní biorytmus.</li></ul>	<p><b>Zaměstnání a organizace práce</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ dlouhodobé a opakované jednání s lidmi;</li><li>▪ nedostatek personálu, času, finančních prostředků, odborných zkušeností;</li><li>▪ nedostatek odpočinku v průběhu práce, příliš mnoho pracovních úkolů, které mají být zvládnuty, pracovní přetížení;</li><li>▪ nedostatek ocenění práce ze strany vedení či klientů;</li><li>▪ příliš náročné pracovní podmínky;</li><li>▪ dlouhodobé trvání nepříznivých podmínek;</li><li>▪ existence náročných soutěživých podmínek na pracovišti;</li><li>▪ příliš náročné pracovní termíny či pracovní kvalitativní a kvantitativní požadavky;</li><li>▪ snížená možnost tvůrčího rozvoje pracovníků, pracovní rutina;</li><li>▪ odmítání ze strany druhých, klientů i nadřízených;</li><li>▪ snaha o postup na profesním žebříčku;</li><li>▪ špatní manažeři či nadřízení, kteří nedokáží ocenit schopnosti jedince a poskytnout mu adekvátní pracovní vytížení.</li></ul> <p><b>Rodina</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ přehnaná pozornost problémům ostatních;</li><li>▪ neutěšené bytové či finanční podmínky;</li><li>▪ nemoc či jiná zátěž v rodině, zvláště dlouhodobá;</li><li>▪ partnerské problémy a konflikty.</li></ul>

	<p><b>Společnost</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ soutěživý charakter naší společnosti – vede soutěživé jedince k tomu, aby si stanovovali stále vyšší a vyšší cíle, které jednoho dne začnou překračovat jejich fyzické či emoční možnosti;</li> <li>▪ falešný obraz úspěchu – společensky uznávaný, úspěšný člověk je ten, kdo dostatečně vydělává peníze, má rodinu, prestižní zaměstnání... teprve toto přinese pocit štěstí;</li> <li>▪ tlak vyvíjený na ženy v domácnosti, aby nastoupily do práce – kromě často plného pracovního úvazku v zaměstnání plní doma ještě funkci hospodyně, matky apod.;</li> <li>▪ tempo naší společnosti – zrychlující se tempo přísunu informací, dopravy atd. si činí nemalé nároky na jedince žijícího v této společnosti;</li> <li>▪ snaha nebýt pozadu za ostatními – snaha udržet krok s ostatními kolem nás, po výkonové i finanční stránce. (Myron D. Rush, 1987)</li> </ul> <p><b>Profesní podmínky vzniku syndromu vyhoření</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kde není věnována pozornost potřebám zaměstnanců;</li> <li>▪ kde noví zaměstnanci nejsou zacvičeni staršími, zkušenými pracovníky;</li> <li>▪ kde neexistují plány osobního rozvoje;</li> <li>▪ kde chybí supervize;</li> <li>▪ kde pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, že ve své činnosti narazil na nějaké potíže a poradit se s ním;</li> <li>▪ kde vládne soupeřivá atmosféra;</li> <li>▪ kde jsou časté konflikty;</li> <li>▪ kde je silná byrokratická kontrola chování zaměstnanců.</li> </ul>
--	---

(Vlastní tabulka – podklady pro vypracování tabulky – KŘIVOHLAVÝ, J., 1998).

**Příloha č. 2**

**Tabulka č. 3 Příznaky syndromu vyhoření**

<b>Příznaky syndromu vyhoření</b>	
<b>fyzická oblast</b>	<b>psychická oblast</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stav celkové únavy až vyčerpání organismu,</li> <li>▪ apatie, ochablost,</li> <li>▪ dechová tíseň, pocity ztracení dechu,</li> <li>▪ bušení srdce,</li> <li>▪ bolesti hlavy</li> <li>▪ gastrointestinální obtíže,</li> <li>▪ nespavost,</li> <li>▪ nespecifické tělesné bolest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ předrážděnost,</li> <li>▪ záchvaty zlosti a hněvu,</li> <li>▪ zvýšený smutek,</li> <li>▪ celkový útlum a depresivita,</li> <li>▪ nekontrolované verbální projevy zlosti,</li> <li>▪ podezíravost a vztahovačnost,</li> <li>▪ vyhýbání se pracovním povinnostem.</li> </ul>
<b>pracovní oblast</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ přesvědčení, že „nic už nemá cenu“</li> <li>▪ pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí,</li> <li>▪ negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána,</li> <li>▪ sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání,</li> <li>▪ projevy negativismu, cynismu a zvýšené iritability ve vztahu k pacientům,</li> <li>▪ redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé,</li> <li>▪ objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti.</li> </ul>	

(PTÁČEK, R., ČELEDOVÁ, L. a kol., 2011, s. 34).

### Příloha č. 3

**Dotazník BURNOUT Measure (BM)**, jehož autory jsou A. Pinesová a E. Aronson

**Instrukce:** V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitu, které obvykle prožíváte.

**Síla pocitu:** 1. nikdy – 2. jednou za čas – 3. zřídka kdy – 4. někdy – 5. často – 6. obvykle – 7. vždy.

Dotazník BM		
1.	Byla jsem unavená.	
2.	Byla jsem v depresi (tísni)	
3.	Prožívala jsem krásný den.	
4.	Byla jsem tělesně vyčerpaná.	
5.	Byla jsem citově vyčerpaná	
6.	Byla jsem šťastná.	
7.	Cítila jsem se vyřízená, zničená.	
8.	Nemohla jsem se vzchopit a pokračovat dále.	
9.	Byla jsem nešťastná.	
10.	Cítila jsem se uhoněná a utahaná.	
11.	Cítila jsem se jakoby uvězněná v pasti.	
12.	Cítila jsem se jako bezcenná.	
13.	Cítila jsem se utrápená.	
14.	Tížily mě starosti.	
15.	Cítila jsem se zklamaná a rozčarovaná.	
16.	Byla jsem slabá a na nejlepší cestě k onemocnění.	
17.	Cítila jsem se beznadějně.	
18.	Cítila jsem se odmítnutá a odstrčená.	
19.	Cítila jsem se plná optimizmu.	
20.	Cítila jsem se plná energie.	
21.	Byla jsem plná úzkosti a obav.	

(KŘIVOHLAVÝ, J., 1998, s.37).

### **Hodnocení**

Vypočítejte nejprve položku A a to tím, že sečtete hodnoty, které jste uvedly u otázek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.

Potom vypočítejte položku B a to tak, že sečtete hodnoty, které jste uvedli u hodnoty číslo: 3, 6, 19 a 20.



Nyní vypočítejte položku C, a to tím, že odečtete od hodnoty 32 položku B, tj.  $C = 32 - B$ .

Vypočítejte položku D a to tím, že sečtete hodnoty A a C, tj.  $D = A + C$ .

Vypočítejte celkové skóre BQ a to tím, že D dělíme číslem 21, tj.,  $BQ = D : 21 =$   
Toto je hodnota psychického vyhoření změřená metodu BM. (KŘIVOHLAVÝ, J., 1998, s.37).

#### Příloha č. 4

**MBI - Metoda Maslach Burnout Inventory** autorů Ch. Maslach a S. Jacksona.

**Instrukce:** V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitu, který obvykle prožíváte.

**Síla pocitu:** Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

MBI		
1.	Práce mne citově vysává.	
2.	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	
3.	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.	
4.	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	
5.	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi.	
6.	Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá.	
7.	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	
8.	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce.	
9.	Mám pocit, že mě lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují.	
10.	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11.	Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým	
12.	Mám stále hodně energie	
13.	Má práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	
14.	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.	
15.	Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.	
16.	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	
17.	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18.	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.	
19.	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého.	
20.	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21.	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22.	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.	

## Hodnocení

**Jednotlivé syndromové okruhy jsou označeny následovně:**

EE – emoční vyčerpání

PE – tělesné vyčerpání

DP – depersonalizace – ztráta zájmu, cynismus

PA – osobní uspokojení z práce; je opakem syndromu vyhoření

1.	EE+PE	Práce mě citově vysává.
2.	EE+PE	Na konci pracovního dne se cítím na dně sil.
3.	EE+PE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/á.
6.	EE	Celodenní práce s lidmi je mě skutečně namáhavá.
8.	EE	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.
13.	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.
14.	EE+PE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.
16.	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres.
20.	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.
5.	DP	Mám pocit, že někdy s klienty jedním jako s neosobními věcmi.
10.	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivý k lidem.
11.	DP	Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým.
15.	DP	Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty.
22.	DP	Cítím, že klienti mi přičítají některé své problémy.
4.	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů.
7.	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů.
9.	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují.
12.	PA	Mám stále hodně energie.
17.	PA	Dovedu u svých klientů vyvolávat uvolněnou atmosféru.
18.	PA	Když pracuji se svými klienty, cítím se svěží a povzbuzený.
19.	PA	Za roky své práci jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého.
21.	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.

Na škále **EE+PE** je hodnoceno vyčerpání jako mírné při dosažení 17 – 26 bodů a vyhoření při dosažení 27 bodů a více. Na škále **DP** jsou analogicky uváděny hodnoty 7 – 12 jako mírný stupeň a 13 a více, jako vyhoření. U škály **PA** je jako vyhoření hodnoceno dosažení méně než 31 bodů a za mírný stupeň poškození rozmezí 38 – 32 bodů (HONZÁK, R., 2013, s. 38).

## Příloha č. 5

### Meisterův dotazník hodnocení neuropsychické zátěže

1 – NE, NESOUHLASÍ, vůbec nevystihuje, zcela nesouhlasí

2 – SPÍŠE NE, spíše nevystihuje, spíš nesouhlasí

3 – ANI TAK, ANI ONAK, částečně vystihuje, částečně ne

4 – SPÍŠE ANO, spíše lze souhlasit, spíše vystihuje

5 – ANO, PLNĚ SOUHLASÍ, plně vystihuje

Misterův dotazník hodnocení neuropsychické zátěže					
1. Při práci se často dostávám do časové tísně.	1	2	3	4	5
2. Moje pracovní činnost poskytuje málo příčin ke spokojenosti, proto chodí člověk do práce vlastně nerad.	1	2	3	4	5
3. Moje pracovní činnost psychicky velmi zatěžuje pro vysokou odpovědnost spojenou se závažnými důsledky	1	2	3	4	5
4. Omezují se vaši týmoví kolegové navzájem?	1	2	3	4	5
5. Moje pracovní činnost je málo zajímavá, málo podněcuje, duševně je spíše otupující	1	2	3	4	5
6. Při mé práci lze pouze s námahou udržet pozornost a pohotovost, protože se dlouho neděje nic nového a rozhodujícího	1	2	3	4	5
7. Moje pracovní činnost je psychicky tak náročná, že po několika hodinách člověk cítím nervozitu a rozechvělost	1	2	3	4	5
8. Vykonávám pracovní činnost, které má člověk po několika hodinách tolik dost, že by chtěl dělat něco jiného	1	2	3	4	5
9. Moje pracovní činnost je psychicky tak náročná, že po několika hodinách člověk cítím zřetelnou ochablost a únavu	1	2	3	4	5
10. Moje pracovní činnost je psychicky tak náročná, že ji nelze vydržet dělat po léta se stejnou výkonností	1	2	3	4	5

HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z, 1999).

### Vyhodnocení

#### Vyhodnocení podle faktorů

Faktorovou analýzou jsou stanoveny tři faktory: I. - přetížení, II. - jednostrannost (monotonie), III. - nespecifický faktor (stresová odezva). Jednotlivé faktory jsou syceny příslušnými položkami (otázkami).

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Maximum
I.	Přetížení	1 + 3 + 5	15
II.	Monotonie	2 + 4 + 6	15
III.	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20
HS	Hrubý skór	I. + II. + III.	50

**Při hodnocení jednotlivce** je třeba vypočítat hodnoty všech tří sledovaných faktorů a hrubého skóru.

**Pro skupinové hodnocení** použijeme aritmetické průměry sledovaných faktorů a rovněž hrubého skóru.

V následující tabulce č. 1 jsou uvedeny aritmetické průměry a kritické hodnoty, které byly získány a zpracovány hygienickou službou pro muže a ženy v české populaci. Překročení uvedených kritických hodnot pak indikuje nadměrnou zátěž v dané oblasti.

Tab.č.1 **Aritmetické průměry, směrodatné odchylky a kritické hodnoty pro ženy (n = 867) a muže (n = 660)**

Faktor	Název faktoru	Ženy			Muži		
		$\bar{x}$	s.d.	Krit.h.	$\bar{x}$	s.d.	Krit.h.
I.	Přetížení	8,4	3,2	10	10,6	3,0	12
II.	Monotonie	7,6	3,0	9	6,4	3,2	8
III.	Nespecifický faktor	11,7	4,4	14	10,3	4,1	12
HS	Hrubý skór	25,0	8,1	29	22,9	6,4	26

*Poznámka:* Krit.h.. *kritické hodnoty reprezentují  $x + 0.5$  sigma*

$\bar{x}$  = *aritmetický průměr*  
s.d. = *směrodatná odchylka*

### **Klasifikace zátěže**

Klasifikace psychické zátěže se provádí ve třech stupních. Význam jednotlivých stupňů (1, 2, 3) při klasifikaci psychické zátěže uvádí tab. č. 3.

Pro zařazení do stupně zátěže je třeba vycházet z faktorových skóre. Hodnocení se provede následujícím způsobem: sečtou se mediány (střední hodnoty) pro jednotlivé faktory (pro faktor I. sečteme otázky č.1+3+5, pro faktor II. č.2+4+6, pro faktor III. č.7+8+9+10). Po sečtení mohou nastat 3 případy:

- 1) faktor I. má nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor II. - při této variantě k němu přičteme součet středních hodnot faktoru III., tedy I. + III. Podle tabulky se pak vyhodnotí stupeň a k tomu odpovídající zátěžová tendence

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 - 19	1	
20 - 24	2	k přetížení
25 - 35	3	k přetížení

- 2) má-li faktor II. nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor I., pak se sečte součet středních hodnot II. + III. Podle tabulky se opět určí výsledný stupeň a odpovídající zátěžová tendence

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
7 - 21	1	
22 - 26	2	k monotonii (jednostrannosti, podtížení)
27 - 35	3	k monotonii (jednostrannosti, podtížení)

- 3) bude-li rozdíl mezi faktory I. a II. menší než 2 body, pak se sečtou součty středních hodnot všech faktorů dohromady, tj. I. + II. + III. Podle tabulky se určí stupeň, resp. odpovídající zátěžová tendence

Jestliže je součet:	Stupeň	Zátěžová tendence
10 - 26	1	
27 - 32	2	kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannosti)
33 - 50	3	kombinace obou (tj. přetížení i jednostrannosti)

## Konečné zařazení

Tab. č. 3 **Klasifikace psychické zátěže**

**1** Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).

**2** Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.

**3** Psychická zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.

HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z, 1999).

## Příloha č. 6

### Zkrácený standardizovaný dotazník R. H. Rosenmana a M. Friedmana pro identifikaci typu chování A nebo B

**Instrukce k vyplnění:** Do volného políčka nyní, prosím, zakřížkujte ta tvrzení, o kterých si myslíte, že vystihují Vaše chování.

Dotazník pro identifikaci typu chování A nebo B		
1.	Zásadně nestojím ve frontách.	
2.	Když něco poslouchám, doprovázím to živě obličejem, grimasami, pokyvováním hlavou, pohyby rtů.	
3.	Vytahuji klíče a svlékám se, již při příchodu k domu.	
4.	V prostředcích hromadné dopravy něco dělám, abych využil času – luštím křížovku, čtu.	
5.	Hraji pro výhru, když prohrávám, vztekám se, a to i s dětmi.	
6.	Udělám si radši vše sám.	
7.	Hodně gestikuluji.	
8.	Srovnávám s ostatními, jak jsem úspěšný.	
9.	Při naslouchání jsem netrpělivý, skáču do řeči, dokončuji věty.	
10.	V plné tramvaji přistrkávám lidi dovnitř nebo ven.	
11.	Mám drobné projevy nervozity, podupávání, poťukávání, oždibování se.	
12.	Vyjadřuji se a jednám lapidárně, nic neprotahuji uměle.	
13.	Při neúspěchu dovedu být vulgární.	
14.	Je pro mne ztráta času vytvářet přírodu doma, pěstovat např. květiny.	
15.	Mám den naplněný k prasknutí.	
16.	Doháním soustavně čas.	

(VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2011, s. 62).

### Vyhodnocení

**0 – 3** osobnost typu B

**4 – 9** populační průměr

**10 – 12** sklon k typu A

**13 a více** osobnost typu A

(KOHOUTEK, R., Osobnost typu A, B, C).



## Příloha č. 7

### Dotazník pro respondenty

Vážené kolegyně, v současné době studuji III. ročník bakalářského studia – obor: ošetrovatelství na 3. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. V rámci své bakalářské práce se zabývám problematikou práce sester v kojeneckých ústavech. Dovoluji si Vás proto oslovit s žádostí o vyplnění přiloženého dotazníku, který je anonymní. Odpovědi budou statisticky zpracovány pro účely mého studia.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku,  
Stanislava Sladomelová

### **Při vyplňování postupujte podle instrukcí u jednotlivých částí dotazníku**

#### **Pokyny pro vyplnění dotazníku 1A:**

Do volného políčka nyní, prosím, zakřížkujte ta tvrzení, o kterých si myslíte, že vystihují Vaše chování.

Dotazník 1A		
1.	Zásadně nestojím ve frontách.	
2.	Když něco poslouchám, doprovázím to živě obličejem, grimasami, pokyvováním hlavou, pohyby rtů.	
3.	Vytahuji klíče a svlékám se, již při příchodu k domu.	
4.	V prostředcích hromadné dopravy něco dělám, abych využil času – luštím křížovku, čtu.	
5.	Hraji pro výhru, když prohrávám, vztekám se, a to i s dětmi.	
6.	Udělám si radši vše sám.	
7.	Hodně gestikuluji.	
8.	Srovnávám s ostatními, jak jsem úspěšný.	
9.	Při naslouchání jsem netrpělivý, skáču do řeči, dokončuji věty.	
10.	V plné tramvaji přistrkávám lidi dovnitř nebo ven.	
11.	Mám drobné projevy nervozity, podupávání, poťukávání, oždibování se.	
12.	Vyjadřuji se a jednám lapidárně, nic neprotahuji uměle.	
13.	Při neúspěchu dovedu být vulgární.	
14.	Je pro mne ztráta času vytvářet přírodu doma, pěstovat např. květiny.	
15.	Mám den naplněný k prasknutí.	
16.	Doháním soustavně čas.	

**Pokyny pro vyplnění dotazníku 1B:** Osobní údaje dle skutečnosti, prosím, zakřížkujte, u dotazníku zakroužkujte příslušné číslo podle toho, jak souhlasíte, či nesouhlasíte s daným tvrzením.

- 1 – **NE, NESOUHLASÍ**, vůbec nevystihuje, zcela nesouhlasí  
 2 – **SPÍŠE NE**, spíše nevystihuje, spíš nesouhlasí  
 3 – **ANI TAK, ANI ONAK**, částečně vystihuje, částečně ne  
 4 – **SPÍŠE ANO**, spíše lze souhlasit, spíše vystihuje  
 5 – **ANO, PLNĚ SOUHLASÍ**, plně vystihuje

<b>Dotazník 1B</b>						
<b>Věk respondenty</b>	<b>Dosažené vzdělání</b>	<b>Délka praxe:</b>				
<input type="checkbox"/> 25 let a méně	<input type="checkbox"/> středoškolské	<input type="checkbox"/> 0-5 let				
<input type="checkbox"/> 26-35 let	<input type="checkbox"/> vyšší odborné	<input type="checkbox"/> 6-10 let				
<input type="checkbox"/> 36-45 let	<input type="checkbox"/> vysokoškolské bakalářské	<input type="checkbox"/> 11-20 let				
<input type="checkbox"/> 46 let a více	<input type="checkbox"/> vysokoškolské magisterské	<input type="checkbox"/> 21 let a více				
1	Při práci se často dostávám do časové tísně.	1	2	3	4	5
2	Moje pracovní činnost poskytuje málo příčin ke spokojenosti, proto chodí člověk do práce vlastně nerad.	1	2	3	4	5
3	Moje pracovní činnost psychicky velmi zatěžuje pro vysokou odpovědnost spojenou se závažnými důsledky	1	2	3	4	5
4	Omezují se vaši týmoví kolegové navzájem?	1	2	3	4	5
5	Moje pracovní činnost je málo zajímavá, málo podněcuje, duševně je spíše otupující	1	2	3	4	5
6	Při mé práci lze pouze s námahou udržet pozornost a pohotovost, protože se dlouho neděje nic nového a rozhodujícího	1	2	3	4	5
7	Moje pracovní činnost je psychicky tak náročná, že po několika hodinách člověk cítím nervozitu a rozechvělost	1	2	3	4	5
8	Vykonávám pracovní činnost, které má člověk po několika hodinách tolik dost, že by chtěl dělat něco jiného	1	2	3	4	5
9	Moje pracovní činnost je psychicky tak náročná, že po několika hodinách člověk cítím zřetelnou ochablost a únavu	1	2	3	4	5
10	Moje pracovní činnost je psychicky tak náročná, že ji nelze vydržet dělat po léta se stejnou výkonností	1	2	3	4	5

**Pokyny pro vyplnění dotazníku 1C:** V tomto dotazníku, prosím, doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitu, které obvykle prožíváte. **Síla pocitu:** **1.** nikdy – **2.** jednou za čas – **3.** zřídka kdy – **4.** někdy – **5.** často – **6.** obvykle – **7.** vždy.

Dotazník 1C		
1.	Byla jsem unavená.	
2.	Byla jsem v depresi (tísni)	
3.	Prožívala jsem krásný den.	
4.	Byla jsem tělesně vyčerpaná.	
5.	Byla jsem citově vyčerpaná	
6.	Byla jsem šťastná.	
7.	Cítila jsem se vyřízená, zničená.	
8.	Nemohla jsem se vzchopit a pokračovat dále.	
9.	Byla jsem nešťastná.	
10.	Cítila jsem se uhoněná a utahaná.	
11.	Cítila jsem se jakoby uvězněná v pasti.	
12.	Cítila jsem se jako bezcenná.	
13.	Cítila jsem se utrápená.	
14.	Tížily mě starosti.	
15.	Cítila jsem se zklamaná a rozčarovaná.	
16.	Byla jsem slabá a na nejlepší cestě k onemocnění.	
17.	Cítila jsem se beznadějně.	
18.	Cítila jsem se odmítnutá a odstrčená.	
19.	Cítila jsem se plná optimizmu.	
20.	Cítila jsem se plná energie.	
21.	Byla jsem plná úzkosti a obav.	

## Příloha č. 8

### Tabulka č. 15

**Absolutní a relativní četnost vyhodnocení dle jednotlivých položek Misterova dotazníku.**

<b>Absolutní a relativní četnost vyhodnocení dle jednotlivých položek Meisterova dotazníku</b>										
<b>Absolutní hodnoty</b>										
škála odpovědi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>1</b>	11	28	9	39	30	38	15	20	14	10
<b>2</b>	31	17	13	15	22	18	22	22	20	19
<b>3</b>	13	19	18	8	11	10	20	17	16	18
<b>4</b>	10	4	22	4	5	2	4	5	14	14
<b>5</b>	3	0	6	2	0	0	7	4	4	7
	$\Sigma$ 68	$\Sigma$ 68	$\Sigma$ 68	$\Sigma$ 68	$\Sigma$ 68	$\Sigma$ 68	$\Sigma$ 68	$\Sigma$ 68	$\Sigma$ 68	$\Sigma$ 68
<b>Relativní hodnota %</b>										
škála odpovědi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>1</b>	16,2	41,2	13,2	57,3	44,1	55,9	22,1	29,4	20,6	14,7
<b>2</b>	45,6	25,0	19,1	22,1	32,4	26,5	32,4	32,4	29,4	27,9
<b>3</b>	19,1	27,9	26,5	11,8	16,2	14,7	29,4	25,0	23,5	26,5
<b>4</b>	14,7	5,9	32,4	5,9	7,3	2,9	5,8	7,4	20,6	20,6
<b>5</b>	4,4	0,0	8,8	2,9	0	0,0	10,3	5,8	5,9	10,3
	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 100	$\Sigma$ 100

Vlastní výzkum.