

UNIVERZITA KARLOVA

2. LEKÁRSKA FAKULTA

Ústav ošetrovateľstva

Nikola Glombíková

**Vzťah citovej väzby, empatie a syndrómu
vyhorenia u zdravotníckeho personálu**

Bakalárska práca

Praha 2018

Autor práce: **Nikola Glombíková**

Vedúci práce: **PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.**

Konzultant práce: **PhDr. Jaroslava Raudenská, Ph.D.**

Oponent práce: **PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA**

Dátum obhajoby: **2018**

Bibliografický zoznam

GLOMBÍKOVÁ, Nikola. *Vzťah citovej väzby, empatie a syndrómu vyhorenia u zdravotníckeho personálu*. Praha: Univerzita Karlova, 2.lekárska fakulta, Ústav ošetrovateľstva, 2018. 99 s., prílohy. Vedúci bakalárskej práce PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.

Abstrakt

Bakalárska práca sa zaoberá vzťahom citovej väzby, empatie a syndrómu vyhorenia u zdravotníckeho personálu. A zároveň sa zaoberá vzťahmi medzi nimi navzájom. Práca je tvorená z dvoch častí. Prvá časť je teoretická, v nej je charakterizovaný syndróm vyhorenia, empatia a citová väzba. Druhá časť je venovaná empirickému výskumu. Ten zahŕňa výsledky z dotazníkov, ktoré boli vyplnené zdravotníckym personálom. V prvom z dotazníkov sa skúma syndróm vyhorenia pomocou Copenhagen Burnout Inventory (CBI) u zdravotníckeho personálu. V ďalšom dotazníku Interpersonal Reactivity Index (IRI) sa skúma empatia a v Experiences in Close Relationships- Relationship Structures (ECR-RS) ide o skúmanie vyhýbavosti a úzkostnosti vo vzťahu ku partnerovi/partnerke, kamarátovi/kamarátke a rodičom, matke a otcovi. Obsahom dotazníkového šetrenia je neodmysliteľne anamnestický dotazník a informovaný súhlas. Anamnestický dotazník slúži pre spracovanie demografických údajov. Všetky výsledky z empirického výskumu sú zahrnuté v tabuľkách a grafoch. Kompletne zhrnutie je v diskusii a závere bakalárskej práce.

Abstract

This bachelor thesis deals with the relation of emotional ties, empathy and the burnout syndrome among health care personnel. And at the same time this thesis deals with the relationships between them with each other. The work is composed of two parts. The first part is theoretical, where the burnout syndrome, empathy and emotional attachment is characterized. The second part is devoted to the empiric research. This includes the results from the questionnaires that were filled in by a medical personnel. In the first of the questionnaire is examined the burnout syndrome using the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) for health personnel. In the next questionnaire, the Interpersonal Reactivity Index (IRI) is explored empathy and the Experiences in Close Relationships- Relationship Structures (ECR-RS) is about exploring avoidance and anxiety in relation to partner, friend and parents, mother and father. The content of

the questionnaire investigation is inherently anamnestic questionnaire and informed consent. Anamnestic questionnaire is used for the processing of demographic data. All the results from the empirical research are included in the tables and graphs. A fully summary is in the discussion and in the final of bachelor thesis.

Kľúčové slová

Citová väzba, empatia, syndróm vyhorenia, zdravotnícky personál

Keywords

Attachment, empathy, burnout syndrome, nursing staff

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Nikola Glombíková**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Vzt'ah citovej väzby, empatie a syndrómu vyhorenia u zdravotnického personálu**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

1. KRISTENSEN, Tage S., Marianne BORRITZ, Ebbe VILLADSEN a Karl B. CHRISTENSEN. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. Work [online]. 2005, 19(3), 192-207 [cit. 2017-03-14].ISSN 02678373.
2. FRALEY, R. Chris, Nathan W. HUDSON, Marie E. HEFFERNAN a Noam SEGAL. Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. Journal of Personality and Social Psychology [online]. 2015, 109(2), 354-368 [cit. 2017-03-14].ISSN 00223514
3. BERANGERE E., FRANÇOIS E. a NEMATOLLAH E.. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: new neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. Frontiers in Psychology, Vol 7 (2016) [online]. 2016, 7 [cit. 2017-03-14].ISSN 16641078.
4. DAVIS, Mark H. Measuring Individual Differences in Empathy: Evidence for a Multidimensional Approach. Journal of Personality [online]. 1983, 44(1), 113-126 [cit. 2017-03-14].ISSN 00223514.
5. HAWKINS, Andrew C., Ruth A. HOWARD a Jan R. OYEBODE. Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. Psycho-Oncology [online]. 2007, 16(6), 563-572 [cit. 2017-03-14].ISSN 10579249.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Javůrková Alena, Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Konzultanti: **PhDr. Raudenská Jaroslava, Ph.D.**

Datum zadání bakalářské práce: 11.5.2017

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 11.5.2017


.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství (1)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prehlásenie

Prehlasujem, že som bakalársku prácu spracovala samostatne pod vedením PhDr. Aleny Javůrkovej, Ph.D., uviedla všetky použité literárne a odborné zdroje a dodržala zásady vedeckej etiky. Ďalej prehlasujem, že rovnaká práca nebola použitá pre získanie iného alebo rovnakého akademického titulu.

V Prahe **20. apríla 2018**

Nikola Glombíková

Pod'akovanie

Touto prácou by som rada pod'akovala celému zdravotníckemu personálu, ktorý bol veľmi ochotný pri vyplňaní dotazníkov a taktiež vďaka za ich cenné rady a odkazy. Ďalej chcem pod'akovať za vedenie bakalárskej práce pani PhDr. Alene Javůrkovej, PhD. za jej neustálu motiváciu a usmerňovanie v práci. Rada by som ďalej pod'akovala svojej rodine za neustálu podporu a trpezlivosť. V neposlednom rade by som chcela pod'akovať RNDr. Petrovi Boschkovi, CSc. za veľkú pomoc pri štatistickom spracovaní dát pre empirický výskum mojej bakalárskej práce.

OBSAH

1	ÚVOD	10
2	TEORETICKÁ ČASŤ	11
2.1	SYNDRÓM VYHORENIA	11
2.1.1	Definovanie syndrómu vyhorenia	11
2.1.2	Príznaky syndrómu vyhorenia	12
2.1.3	Štádia vývoja syndrómu vyhorenia	13
2.1.4	Rizikové a preventívne faktory syndrómu vyhorenia	14
2.1.5	Syndróm vyhorenia u zdravotníckeho personálu	14
2.1.6	Možnosť výskumného zistenia syndrómu vyhorenia	15
2.1.7	Prevenčia syndrómu vyhorenia	16
2.2	EMPATIA	18
2.2.1	Definovanie empatie	18
2.2.2	Organizačný model empatie	19
2.2.3	Klinická empatia	20
2.2.4	Empatia ako schopnosť vnímania druhých	21
2.2.5	Neurovizualizácie metódy v empatii	21
2.2.6	Empatia u zdravotníckeho personálu	22
2.2.7	Vzťah medzi empatiou a syndrómom vyhorenia	23
2.3	CITOVÁ VÄZBA	25
2.3.1	Teória vzťahovej väzby	25
2.3.2	Model citovej väzby	26
2.3.3	Výskum citovej väzby u zdravotníckeho personálu	28
2.3.4	Stres a jeho vplyv na citovú väzbu	30
3	EMPIRICKÁ ČASŤ	32
3.1	ÚVOD DO EMPIRICKEJ ČASTI PRÁCE	32
3.1.1	Ciele a hypotézy empirickej časti práce	32
3.2	METODIKA VÝSKUMNÉHO ŠETRENIA	33
3.2.1	Organizácia výskumného šetrenia	33
3.2.2	Charakteristika výskumného vzorku	34
3.2.3	Analýza dát	34
3.3	METÓDY POUŽÍVANÉ VO VÝSKUME	35
3.3.1	Vlastný pološtrukturizovaný dotazník (AD)	35
3.3.2	Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	36
3.3.3	Interpersonal Reactivity Index (IRI)	38
3.3.4	Experiences in Close Relationships- Relationship Structures (ECR-RS)	41
3.4	ORGANIZÁCIA VLASTNÉHO ŠETRENIA A SPRACOVANIA DÁT	44
3.5	VÝSLEDKY VLASTNÉHO ŠETRENIA	44
3.5.1	Popisná štatistika	45
3.5.1.1	Vlastný pološtrukturizovaný dotazník (AD)	45
3.5.1.2	Copenhagen Burnout Inventory (CBI)	46
3.5.1.3	Interpersonal Reactivity Index (IRI)	48
3.5.1.4	Experiences in Close Relationships- Relationship Structures (ECR-RS)	51
3.5.2	Analýza hypotéz	53
3.6	DISKUSIA	79
4	ZÁVER	84
	REFERENČNÝ ZOZNAM	85
	ZOZNAM SKRATIEK	93
	ZOZNAM OBRÁZKOV	96
	ZOZNAM TABULIEK	97

ZOZNAM PRÍLOH.....	99
PRÍLOHY.....	100

1 ÚVOD

Bakalárska práca sa venuje témam, ktoré sú v zdravotníctve často zanedbávané a nevenuje sa im dostatočná pozornosť. Náplňou tejto práce je viac sa zamerať na problém syndrómu vyhorenia, empatie či citovej väzby.

V posledných rokoch sa povedomie o syndróme vyhorenia, empatii a citovej väzbe dostalo viac medzi spoločnosť. Tieto termíny sú stále viac spomínané a to nielen v zdravotníckom prostredí. Stretávame sa s nimi v každom povolání, ktoré sa venujem ľuďom a zároveň aj v povolaniach, ktoré sú zamerané na psychickú stránku človeka. Čím ďalej tým sa konkrétne so syndrómom vyhorenia stretáva viac pracujúcich ľudí. Svedčí o tom aj zvýšené vyhľadávanie odbornej pomoci. Má to vplyv na okolie ako aj na samotného jedinca. Vplýva to na zdravie a psychickú pohodu. Hlavným problémom je nedostatok pracovného personálu a tým zvýšené nároky na pracujúci personál a nezaistenie podpory. Okrem dospelých pracujúcich ľudí to môže ovplyvniť aj študujúcu generáciu. A to hlavne študentov zameraných na medicínu. V dôsledku toho je dôležitá rovnováha medzi pracovným a rodinným životom, ktorá napomáha ku zmierneniu dôsledkov syndrómu vyhorenia. Vplyv na syndróm vyhorenia má aj empatia a neistá citová väzba. Viac o týchto jednotlivých termínoch je v podkapitolách teoretickej časti bakalárskej práce.

Táto práca je tvorená z dvoch častí. Tvorí ju časť teoretická a časť empirická. V teoretickej časti je definovaný pojem syndróm vyhorenia, empatie a citovej väzby v každej podkapitole jednotlivo. Ďalej podkapitoly obsahujú vplyv, príznaky, teórie a modely uvedených termínov. Zámerom práce je hlavne ozrejmiť vzťah citovej väzby, empatie a syndrómu vyhorenia u zdravotníckeho personálu. Zato empirickú časť tvorí výskumné šetrenie, ktoré prebiehalo na štyroch klinikách v dvoch fakultných nemocniciach v Prahe pomocou dotazníkového šetrenia. Dotazníkové šetrenie je zamerané na použitie troch zahraničných dotazníkov.

Obsah obidvoch častí práce vznikol na základe toho, čo už bolo o týchto premenných v zahraničnej a českej literatúre publikované. Pri tvorbe práce boli použité knižné a odborné článkové zdroje.

2 TEORETICKÁ ČASŤ

2.1 SYNDRÓM VYHORENIA

„Choré telo potrebuje lekára, chorá duša priateľa.“

- Menandros

2.1.1 Definovanie syndrómu vyhorenia

Syndróm vyhorenia je multidimenzionálnym (multidimensional) syndrómom. Vyznačuje sa hlavne emocionálnym vyčerpaním, depersonalizáciou (depersonalisation), čo znamená odcudzením sa od okolia alebo od vlastnej osoby a taktiež sa vyznačuje zníženým úspechom v osobnom živote. Emocionálne vyčerpanie sa prejavuje pocitom prázdnoty, psychickou a fyzickou únavou a je problémom pri vykonávaní bežných odborných činností. Depersonalizácia (depersonalisation) sa zas prejavuje neosobným postojom, ktorý jedinca následne vedie ku izolácii od spoločnosti a odmietaniu okolia. Znížený úspech sa prejavuje zníženým sebavedomím, podceňovaním a pocitom zlyhania v ktorejkoľvek fáze života jedinca (Maslach a Jackson, 1986).

„Syndróm vyhorenia nie je len prostým vyčerpaním, aj keď vyčerpanie fyzické, psychické a emocionálne je u neho opisované.“ (Bartošíková 2006, str. 21).

Konkrétne definície syndrómu vyhorenia sa zhodujú v nasledujúcich bodoch:

1. *„ide predovšetkým o psychický stav prežitku vyčerpania“*
2. *„vyskytuje sa u profesií s pracovnou náplňou „ práca s ľuďmi“.“*
3. *„je tvorený symptómami v oblasti psychickej, čiastočne v oblasti fyzickej a sociálnej.“*
4. *„kľúčovou zložkou syndrómu je emočné vyčerpanie, kognitívne vyčerpanie a celková únava.“*
5. *„všetky hlavné zložky tohto syndrómu vychádzajú z chronického stresu.“*
(Raudenská a Javůrková, 2011, str. 142)

V roku 1959 bola prvá zmienka o syndróme a zároveň bol prvýkrát definovaný syndróm vyčerpania. Avšak termín syndróm vyhorenia bol zavedený v USA až v roku 1974 H. J. Freudenbergerom. Spočiatku sa syndróm vyhorenia týkal len ľudí, ktorí sa starali vo svojej profesii o druhých. Neskôr to bolo rozšírené aj na osoby, ktoré boli

psychicky zapojené do svojej práce a nielen na ľudí, ktorí pracovali s druhými (Galam et al., 2013).

Vo výskume bol syndróm vyhorenia predstavený v psychosociálnej literatúre v polovici roku 1970 a to pánom Freudenbergerom a Maslachom. Tí ho objavili pritom ako sledovali určitý druh reakcií medzi dobrovoľníkmi, ktorí pracovali so sociálne slabšími občanmi. Výskum sa v tej dobe venoval najmä ľuďom v priemyselnej oblasti. Menšia pozornosť bola venovaná ľuďom, ktorí pracovali ako sociálni pracovníci alebo ako zdravotný personál v nemocniciach či ako učitelia v školách (Borritz et al., 2005).

Jednou dlhodobo venujúcou sa štúdiou, ktorá skúma syndróm vyhorenia je PUMA (dánska skratka pre projekt na vyhorenie, motiváciu a spokojnosť v práci). Prelína sa históriou syndrómu vyhorenia a na jej základe vznikli aj lepšie výskumné možnosti pre skúmanie syndrómu vyhorenia. Počiatok má v roku 1997, kde bola zastúpená humanitárnymi pracovníkmi. Táto štúdia spozorovala najmä prudký nárast pracovnej neschopnosti a predčasného dôchodku. Cieľom tejto štúdie bolo študovať rozšírenosť a distribúciu vyhorenia, príčiny a dôsledky vyhorenia a možné intervencie na zníženie vyhorenia v prípade potreby (Borritz et al., 2005). Na základe tejto štúdie bol predvedený nový dotazník Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Kristensen et al., 2005).

2.1.2 Príznaky syndrómu vyhorenia

Príznaky syndrómu vyhorenia môžu byť fyzické, psychické, psychobehaviorálne a kognitívne. Medzi fyzické príznaky patrí slabosť, pohybové bolesti a bolesti v brušnej oblasti. Psychické príznaky sú depresívne a úzkostné poruchy, ktoré často vedú ku samovražde. Medzi psychobehaviorálne príznaky radíme poruchy spánku, hyperaktivitu, zmenu života a hygieny a zvýšené užívanie návykových látok. Medzi návykové látky radíme alkohol, drogy a fajčenie cigariet. A medzi kognitívne príznaky radíme negatívne vnímanie seba samého a okolia (Dyrbye et al., 2005, 2006; West et al., 2006; Pejušković et al., 2011).

Príznaky ako také sa vyskytujú najčastejšie v pracovnom prostredí. Sú často krátko spôsobené rôznymi faktormi, ktoré nepriaznivo vplyvajú na ľudský organizmus. Jedným z týchto faktorov je stres v pracovných podmienkach, ktorý zo všetkých faktorov vplyva najnepriaznivejšie.

Je usporiadaný do niekoľkých kategórií:

1. „*problémy súvisiace s rolami, ktoré jedinec zastáva (konflikt rolí).*“
2. „*nároky súvisiace s obsahom práce (pracovné zaťaženie a zodpovednosť).*“
3. „*organizácia práce (problémy s komunikáciou, nejasné vymedzenie kompetencií a zodpovednosti).*“
4. „*profesijná perspektíva (nejasný kariérny rad, nevyužitie klasifikácie).*“
5. „*fyzické prostredie (hluk, prach, teplota, bezpečnosť práce).*“ (Raudenská a Javůrková, 2011, str. 143-144)

2.1.3 Štádia vývoja syndrómu vyhorenia

Syndróm vyhorenia sa neustále vyvíja z toho dôvodu má určité štádia. Každé štádium je niečím charakteristické. Na začiatku je vždy motivovaný pracovník, ktorý sa časom mení.

Známi je štvorfázový model podľa C. Maslachovej:

1. fáza – motivovaný pracovník, ktorý má svoje predstavy o novej práci, dochádza ku nadmerným pracovným výkonom
2. fáza – u pracovníka dochádza ku fyzickému a psychickému vyčerpaniu a ku vytriezveniu z novej práce
3. fáza – pracovník sa stáva introvertným a zároveň sa odlučuje od okolia, pociťuje nespokojnosť a je frustrovaný
4. fáza – u pracovníka nastáva vyčerpanie (Bartošíková, 2006, str. 29)

Vyšší výskyt vývoja syndrómu vyhorenia je u zdravotníckeho personálu, ktorý vykonáva zdravotnícku starostlivosť a stará sa o druhých (Shanafelt et al., 2012). Podľa výskumov sa syndróm vyhorenia týka 50% zdravotníckych pracovníkov. Len v lekárskom povolání nim trpí 65% praktických lekárov v Európe (Soler et al., 2008). Lekári, ktorí neustále pokračujú vo svojom vzdelávaní a nemajú čas na súkromný život trpia vyhorením viac ako lekári, ktorí ho majú. Týka sa to prekvapivo aj študentov medicíny. Dôvodom je neustále vystavovanie sa fyzickej a psychickej bolesti pacientov, a to nemá žiadny prospech na študentov (Truchot, 2006).

Nerovnováha medzi profesionálnym a súkromným životom (Truchot, 2006) vedie k rýchlemu rozvoju syndrómu vyhorenia. Ďalším faktorom, ktorý môže ovplyvňovať syndróm vyhorenia je empatia. Lekári, ktorí sú viac empatickí ku

pacientom sú zároveň viac náchylní ku syndrómu vyhorenia. Avšak empatia je dôležitou a nevyhnutnou súčasťou profesie lekára (Kristensen et al., 2005).

2.1.4 Rizikové a preventívne faktory syndrómu vyhorenia

Rizikovými faktormi syndrómu vyhorenia u zdravotníckeho personálu sú profesionálne, osobné, environmentálne faktory a faktory, ktoré ovplyvňujú starostlivosť o pacienta. Opak tvoria preventívne faktory, ktoré zabezpečujú prevenciu voči vzniku syndrómu vyhorenia.

Medzi profesionálne faktory patria vysoké zaťaženie v práci, nedostatok pracovného uznania, nedostatok spravodlivosti. Zároveň zahrňujú aj preventívne faktory, medzi ne patrí vyvážené zaťaženie v práci, vysoké pracovné uznanie, uspokojivá úroveň spravodlivosti.

Ku osobným faktorom patrí nedostatok času venovaný súkromnému životu, konzumácia alkoholu a zneužívanie drog a perfekcionalizmus. Preventívnymi faktormi sú čas na súkromný život a zdravý životný štýl bez užívania návykových látok.

Environmentálne faktory sú nízka podpora od priateľov a rodiny, bezdetnosť. Zato medzi preventívne faktory patrí naopak vysoká podpora od rodiny a priateľov a rodinný stav.

Rizikovým faktorom ovplyvňujúcim starostlivosť o pacienta je sympatia a ako preventívny faktor sa uvádza empatie voči pacientom (Kristensen et al., 2005).

2.1.5 Syndróm vyhorenia u zdravotníckeho personálu

Syndróm vyhorenia je prítomný v zdravotníctve, ale aj v ďalších oboroch, ktoré sa vyznačujú prácou so spoločnosťou. Prejaviť sa môže aj u pracujúcich, ktorí sa psychicky zapájajú do svojej práce a nemusia nutne pracovať s druhými.

Je známe, že syndrómom vyhorenia trpí zdravotnícky personál a to hlavne vo vzťahu ku svojim pacientom. Jedným z dôvodov syndrómu vyhorenia vo vzťahu ku pacientovi je empatia. Čím je zdravotný personál empatickejší, tým má väčší predpoklad ku vzniku syndrómu vyhorenia. Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a empatiou je predmetom skúmania, predpokladá sa, že existuje medzi nimi nejaké prepojenie (Thirioux et al., 2016).

Syndróm vyhorenia je nazvaný ako pracovný syndróm. Pre syndróm vyhorenia neexistuje žiadna diagnostická klasifikácia. Jeho škodlivosť sa prejavuje aj vo vzťahu medzi zdravotným personálom a pacientom. Jeho dôsledok sa prejavuje nielen na zdraví

personálu, ale zároveň znižuje aj jeho kvalitu života či už súkromného alebo pracovného (Galam et al., 2013). Nepriaznivo pôsobí aj na druhú stranu - pacienta. Môže ovplyvňovať kvalitu starostlivosti a vyznačuje sa nárastom chýb a nedbalosťou voči pacientovi (Shanafelt et al., 2002; Reader a Gillepsie, 2013).

Syndróm vyhorenia okrem negatívnych vplyvov na zdravotný personál a pacienta môže mať aj nepriaznivé vplyvy pre spoločnosť. Radíme tu zvýšenú absenciu v práci, negatívne zmeny v kariére a v neposlednom rade i zmeny v ponuke starostlivosti (Lichtenstein, 1984; Williams et al., 2010).

2.1.6 Možnosť výskumného zistenia syndrómu vyhorenia

Jedným z používaných dotazníkov pre zistenie a potvrdenie syndrómu vyhorenia je Maslach Burnout Inventory (MBI). Bol použitý u viac ako 90% všetkých empirických štúdií vo svete (Maslach a Jackson, 1981, 1986). Na začiatku testovania PUMA bol používaný dotazník MBI pre syndróm vyhorenia. Avšak jeho použitie bolo nemožné z viacerých dôvodov (Pines, Aronson, Kafry, 1981; Pines a Aronson, 1988).

Prvý dôvod bol, že syndróm vyhorenia je syndrómom emocionálneho vyčerpania, depersonalizácie (depersonalisation) a zníženého osobného úspechu, ktoré môžu nastať medzi jednotlivcami, ktorí vykonávajú humanitárnu prácu akéhokoľvek charakteru. Je to podľa definície od Maslacha a Jacksona (1986, 1.str.). A práve táto definícia je obmedzená len na ľudí, ktorí pracujú v humanitárnom sektore. Preto bol vyvinutý nový dotazník Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS), ktorý môže byť použitý vo všetkých odvetviach nielen v humanitárnom sektore. Po zavedení dotazníka MBI-GS namiesto MBI boli v ňom určité zmeny. Jednou zo zmien bolo, že tri rozmery boli premenované. To znamená, že namiesto emocionálneho vyčerpania bolo vyčerpanie z osobného úspechu, bola zmena na profesionálnu účinnosť a od cynizmu až ku depersonalizácii. Podľa autorov MBI-GS bol vytvorený kvôli dopytu pre ľudí, ktorých práca nebola orientovaná na prácu s druhými (Kristensen et al., 2005).

Ďalším dôvodom nepoužitia MBI v štúdiu PUMA bol nejasný vzťah medzi MBI a syndrómom vyhorenia. Napriek tomu, že zahŕňa všetky tri dimenzie je potreba ich od seba odlíšiť a nie ich vzájomne spájať. To je hlavným problémom. Jedným z príkladov je osobný úspech, ktorý je nezávislý od ďalších dvoch dimenzii (Schutte Toppinen, Kalima a Schaufel, 2000, s. 55). Pokiaľ človek trpí syndrómom vyhorenia, tak podľa Maslacha má tendenciu sa vyrovnáť so stresom sám a neubližuje tým sám sebe, ale

ublíži druhým. Znížený úspech by mal byť vnímaný ako príznak dlhodobého stresu. A následkom je práve syndróm vyhorenia (Maslach, 1979, str. 138).

Z dôvodu iného sociokultúrneho prostredia MBI nebolo možné použiť pri štúdiu PUMA (Kristensen et al., 2005).

2.1.7 Prevencia syndrómu vyhorenia

Autori Pastucha a Vavrová (2013), prišli nato, že syndróm vyhorenia sa dá predísť. Existujú tri oblasti na základe, ktorých sa to dá. Patrí tu: psychohygiena, úprava pracovných podmienok a rovnováha medzi časom v práci a časom strávením s rodinou. V iných štúdiách sa zas uvádza klinická supervízia, sebauvedomenie si a pod.

Klinická supervízia sa delí na európsky a severoamerický model. Severoamerický model sa práve pripodobňuje českému, ktorý je vyjadrený mentorovaním staršej sestry, ktorá vedie novo nastupujúce sestry (Singer, 2008). Európsky model zas vyjadruje podporu zamestnanca zamestnávateľom a to tým, že podporuje jeho pracovný rast, rozšírenie obzoru vedomostí a zlepšuje organizáciu práce (Bartošíková a kol., 2006).

Klinická supervízia bola prvýkrát použitá v roku 1902 vo Veľkej Británii a to u pôrodných asistentiek (Marková, 2010). V Českej republike je používaná málo. Svoje miesto našla hlavne v hospicioch a v onkologických oddeleniach (Vaňková, 2011).

Klinická supervízia má tri základné funkcie sú to: funkcia vzdelania, podporná funkcia a riadiaca funkcia (Cutcliffe a Burns, 1998; Havrdová a Hájný, 2008). Podporná funkcia je najčastejšia v zahraničí a aj v Čechách, pôsobí ako ochrana pred syndrómom vyhorenia (Venglářová, 2013). Normatívna funkcia zas vyjadruje kvalitu poskytovanej starostlivosti (Hawkins a Shohet, 2004). Zahraniční autori udávajú aj štvrtú funkciu klinickej supervízie a tou je mediace, čo znamená, že pracovníci si medzi sebou vyjednávajú svoje spory (Morrison, 2005).

Na základe štúdií, ktoré prebehli sa zisťovalo či supervízia vplýva na syndróm vyhorenia. Jednotlivci museli prechádzať štyrmi krokmi nedôverou, neistotou, prebudením a istotou počas jedného roka (Taylor, 2013). Po uplynutí tohto času supervíziu hodnotili ako intervenciu, ktorá napomáha ku lepšiemu výkonu v práci a zároveň má pozitívny prínos pre tímovú spoluprácu a medziľudské vzťahy, zdieľanie náročných situácií a osobný rast, to sú faktory, ktoré značne pozitívne ovplyvňujú syndróm vyhorenia (Graham, 1999; Jones, 1997; Lakeman a Glasgow, 2009).

Klinická supervízia mala okrem pozitívneho vplyvu aj vplyv negatívny. Tým boli pre uvedenie príkladu práca na smeny, čo znamenalo neúčast' niektorých pracovníkov a pod (Venglářová, 2013).

Faktory, ktoré ďalej vplývajú na klinickú supervíziu sú osobnosť supervízora, miesto a čas konania a mnoho ďalších faktorov, ktoré to ovplyvňujú. Efektívnejšie pôsobila v menších skupinkách mimo pracoviska a s častejšou frekvenciou (Hyrkäs a kol., 2005).

Klinická supervízia bola označená zdravotníckym personálom ako prospešná, viedla ku podpore a zvyšovala dosiahnuté znalosti. Ako podpora je vnímaná najmä u absolventov, ktorí tvoria rizikovú skupinu a to od 18-25/29 rokov (Notová et al., 2004). Avšak často dochádza k tomu, že supervízie v našej oblasti nie sú podporované z oblasti zamestnávateľov, či oblasti finančnej alebo je to oblasť zamestnanca, čiže práca na smeny, uprednostňovanie voľného času pred klinickou supervíziou (Vaňková, 2015).

Supervízia v práci sestry ako aj v iných pomáhajúcich profesiách je zameraná na skvalitnenie práce a podporu profesionálneho rastu. U supervidovaných sestier je pocit väčšej podpory a pocit z lepšieho zvládania práce a hlavne dostupnosti podpory na rozdiel u sestier nesupervidovaných. Sestry sa cítili otvorenejšie, menej súťaživé a viac nadchnuté pre prácu a posilnila sa im sebadôvera (White et al., 1998). Fungovalo to hlavne u absolventiek, ktoré vyhľadávajú väčšiu mieru podpory (Teasdale et al., 2000). Avšak napriek tomu, že je v tejto pomáhajúcej profesii potrebná je menej častá (Bartošiková, 2006). Na základe štúdie Teasdale, Brocklehurst a Thoma (2000), bolo zistené, že supervízia nemení mieru syndrómu vyhorenia u všeobecných sestier a vôbec sa nelíši.

2.2 EMPATIA

2.2.1 Definovanie empatie

Empatia je definovaná ako schopnosť cítiť a zároveň zdieľať emócie druhých. Je emocionálnym stavom a emocionálnou reakciou na emocionálne zdieľanie. Práve emócie tvoria základ empatie. Empatia umožňuje vteleniu sa do mysle druhých. Do ich behaviorálnych (behavioral) tak i do telesných prejavov jedincov (Zahavi, 2008; Thirioux et al., 2014). Empatia je chápaná ako interdisciplinárny predmet, ktorý zasahuje do rôznych oblastí. Medzi tieto oblasti patrí ošetrovatelstvo, sociálna práca, sociológia a veľa ďalších vied (Zášková a Mlčák, 2009).

V najširšom zmysle slova je empatia vlastne reakciou jednej osoby na skúsenosti tej druhej. Empatia sa pokladá za fenomén, ktorý sa zameriava na procesy a presné vnímanie druhých (Dymond, 1949; Kerr a Speroff, 1954). Pocity a emócie nám poukazujú na zmeny duševné a telesné, ktoré sú vyvolané vnímaním druhých (Damasio a Carvalho, 2013). Empatia je vlastne schopnosťou, ktorá umožňuje dostať sa do pocitov druhých a zdieľať ich. Je tiež schopnosťou ako sa dostať do centra tela niekoho druhého a prežívať dianie z jeho tela. Avšak je veľmi náročné predstaviť si samých seba v tele niekoho iného (Gelhaus, 2011). Tvorí pomyselnú čiaru medzi „ja“ a „ty“ (Davis, 1996).

Podľa Thirioux (2014) má empatia tri základné súčasti. Prvá z nich umožňuje vcítenie sa do tela druhých (Degos et al., 1997). Druhá súčasť je vizuálno-priestorová perspektíva a tá tretia je paralelne kódovanie jednej polohy tela v priestore. Tieto tri základné súčasti nám umožňujú vcítenie a pochopenie toho druhého (Thirioux et al., 2014).

Pojem empatie je vo viacerých smeroch nejednoznačný. Empatia je proces, psychický stav a zároveň je možné sa na ňu pozerieť ako na osobnú vlastnosť (Zášková a Mlčák, 2006). Z tohto hľadiska možno predpokladať v existenciu viacerých druhov empatie. Medzi základné patrí kognitívna a emocionálna empatia (Aronfreed, 1968; Davis, 1996). Kognitívna empatia je empatiou, ktorá je charakteristická schopnosťou jedinca pretransformovať sa do psychického polohy toho druhého. Je schopnosťou vnímania sveta nie svojimi očami, ale očami toho druhého (Davis, 1996). Emocionálna empatia je schopnosť, ktorou je jedinec schopný zdieľať emócie toho druhého a reagovať na ne podobným spôsobom ako daný jedinec (Zášková a Mlčák, 2009).

2.2.2 Organizačný model empatie

Mark H. Davis je jedným z popredných teoretikov, ktorý vytvoril organizačný model empatie. Tento model empatie je využitý ako vo svojom empirickom tak aj v teoretickom zmysle. Chápe empatiu ako predmet súvisiaci s kognitívnymi, emocionálnymi a behaviorálnymi vlastnosťami. Práve tieto jednotlivé vlastnosti súvisia s pozorovaním druhých a ich vcítením. Empatiu zaradil medzi štyri základné súbory: antecedenty, empatické procesy, intrapersonálne prostriedky i interpersonálne prostriedky (Davis, 1996). Pokiaľ sú tieto štyri základné súbory od seba navzájom vzdialené tým je spojenie medzi nimi slabšie. Naopak ak sú k sebe bližšie ich spojenie je silnejšie. Antecedenty sú jedným zo základných súborov, kde možno zaradiť osobnostné charakteristiky pozorovateľa a taktiež tu je možné priradiť parametre situácie. Ku osobnostným charakteristikám pozorovateľa patrí biologická schopnosť empatie a individuálne rozdiely, individuálne histórie učenia. Ku parametrom situácie patrí intenzita, ktorá nás oboznamuje so silou emócií na druhej strane. Ďalej tu patrí stupeň podobnosti medzi pozorovateľom a pozorovaným subjektom (Mlčák et al., 2005).

Empatické procesy, tie zahŕňajú hlavne nonkognitívne a jednoduché kognitívne procesy, ale i rozvinuté kognitívne procesy. Medzi nonkognitívne procesy patria primárna kruhové reakcie, čo znamená plač jedného vyvoláva plač druhého jedinca. Ďalej tu možno zahrnúť motorickú mimiku, pri ktorej jedinec napodobňuje druhého, ale nie vedome. Ku jednoduchým kognitívnym procesom patrí klasické podmieňovanie, čo znamená, že pocity jedinca podmieňujú pocity druhého jedinca. Môže tu ísť o priamu asociáciu, kde podstatnú úlohu hrá spojenie emočného podnetu u jedinca. Označovanie (labelling) znamená vyvolanie emócií pomocou nejakej situácie. A v neposlednom rade to obsahuje i rozvinuté kognitívne procesy, kde patria asociácie sprostredkované jazykom, kde jedinec svoje emócie vyjadrí slovne (Davis, 1996).

Intrapersonálne prostriedky obsahujú afektívne prostriedky a nonafektívne prostriedky. Z toho afektívne prostriedky zahŕňajú emocionálne reakcie na jedinca. A sú členené na paralelné a reaktívne prostriedky. Pri paralelných dochádza ku zmnoženiu pocitov pozorovateľa a pri reaktívnych dochádza ku rôznym emóciám na strane pozorovateľa a na strane pozorovaného subjektu. Nonafektívne prostriedky sú posudzované z interpersonálnej presnosti, čo značí o tom ako dobre je možno odhadnúť myšlienky a vlastnosti jedinca. Interpersonálne prostriedky týkajúce sa reakcii na

správania jedinca voči pozorovanému predmetu a to hlavne agresívne chovanie sa voči pozorovanému predmetu. Radíme tu aj sociálne chovanie (Mlčák et al., 2005).

2.2.3 Klinická empatia

V literatúre o zdravotníckej starostlivosti sa používa termín klinická empatia, ktorá definuje empatiu u pacienta ako osobitnú kategóriu. Klinická empatia zahŕňa základné rozmery. Tie predstavujú schopnosti predstaviť si, čo pacienti cítia a prežívajú. Prvým rozmerom je kognitívny rozmer, ktorý je vyššou kapacitou, ktorá určuje a predstavuje vnútorné skúsenosti pacientov. Ďalším rozmerom je morálny rozmer, ktorý predstavuje motiváciu zdravotníckeho personálu vcítiť sa do pacienta. A behaviorálny (behavioral) rozmer je taký, ktorý sa týka schopnosti lekára, ktorý oznámi pacientovi, že jeho názor a skúsenosti budú brané v úvahu (Halpern, 2014).

Avšak aj vďaka veľkému záujmu o klinickú empatiu, stále je veľmi málo experimentálnych a pozorovacích štúdií empatie v zdravotníctve. Napriek malému počtu týchto štúdií bolo zistené, že empatia u lekárov má vplyv na diagnózu a starostlivosť o pacienta a na ich úspešnosť v liečbe (Kim et al., 2004). Pacienti od zdravotníckeho personálu prevažne čakajú ľudskosť a pochopenie ich ťažkosti a hlavne dobré komunikačné schopnosti (Wensing et al., 1998; Cape et al., 2000). Pacienti pri opisovaní svojej klinickej histórie dávajú navonok neverbálne podnety. Roter zistil, že pacienti sa viac zverujú personálu, ktorý neverbálne reaguje na pacientove neverbálne podnety v porovnaní so slovnými odpoveďami (Roter et al., 2006).

Empatia personálu napomáha tomu, aby sa pacient viac otvoril. Zvýši sa tým dôvera pacienta ku personálu. To má za následok uľahčenie a lepšie stanovenie presnejšej diagnózy. Čím viac pacient dôveruje zdravotníckemu personálu, tým je jeho liečba úspešnejšia (Kim et al., 2006).

Halpern zistil, že empatia okrem svojich kladných stránok ako je lepší vplyv na pacienta má aj svoje negatíva. Čím je človek viac empatický, tým sa zvyšuje jeho súcit k ostatným a zvyšuje sa aj jeho osobné utrpenie. Ak je zdravotnícky personál ovplyvnený fyzickou a psychickou bolesťou, znižuje sa jeho klinická empatia. Je dokázané, že čím je personál empatickejší, tým je liečba úspešnejšia a má pozitívnejší vplyv na kvalitu života pacienta a dokázali to títo autori (Halpern, 2014).

2.2.4 Empatia ako schopnosť vnímania druhých

Empatiu Thirioux et al. (2014) definuje ako schopnosť, ktorá nám umožňuje vcítiť sa a pochopiť emocionálne, afektívne a motorické skúsenosti druhých a ich duševný stav (Thirioux et al., 2014). Pri sympatii, pokiaľ sympatizujúci jedinci cítia to isté ako ten druhý majú pocit rovnakého vnútorného stavu. A zároveň majú sklón ku zlučovaniu identít (Wilmer, 1968).

Empatia je vlastne multidimenzionálnym a integračným fenoménom. Empatia je definovaná ako emocionálne zdieľanie avšak W. Osler povedal, že je nevyhnutné, aby zdravotnícky personál neutralizoval svoje emócie ku pacientom a vyhýbal sa zdieľaniu pocitov. Vzťah personálu ku pacientovi má byť intelektuálny a je vylúčený akýkoľvek prejav emócií (Halpern, 2014).

Autorky Bánovčinovej a Bubeníkovej (2011) definujú význam pojmu empatie, ktorá podľa nich spočíva predovšetkým v empatickom porozumení druhých a zároveň schopnosti empatickej komunikácie. V pomáhajúcich profesiách sa pomocou komunikácie vie zdravotník vžiť do duševného stavu pacienta a na základe toho vie pochopiť jeho pocity. V tomto prípade je dôležitý nácvik komunikačných a sociálnych zručností, ktoré napomáhajú vo vzťahu ku pacientovi a k jeho rodine už na začiatku profesionálnej kariéry všeobecnej sestry. Dôležité je vytvorenie dobrého vzťahu aj s rodinou pacienta. Tento vzťah by mal byť založený na rešpekte, dôvere a spolupráci na oboch stranách. Význam empatie na pozitívny vzťah ku pacientovi je už známy, z toho dôvodu je dôležitý neustály rozvoj vzdelávania cielený na zdravotnícky personál (Bánovčinová a Bubeníková, 2011).

2.2.5 Neurozobrazovacie metódy v empatii

Empatia bola skúmaná mnohými neurozobrazovacími metódami. Metódy boli použité pri sledovaní bolesti druhých a na základe toho bola zobrazovaná emocionálna odpoveď osoby, ktorá danú osobu sledovala. Osoby dostávali elektrické šoky do oblasti ruky (Jackson, Rainville a Decety, 2006). Z metód vzišlo, že obe osoby majú rovnakú neurálnu aktivitu v centrálnej nervovej sústave a sú zapojené rovnaké časti mozgu (Decety 2010; Yamada a Decety, 2009). Z biologického hľadiska boli pozorované zmeny v prednej časti bilaterálnej insuly a v prednej časti cingulate mozgovej kôry, mozočku a mozgového kmeňa a to v prípade, keď ľudia pozorovali iných a cítili s nimi rovnaké emócie (Wicker et al., 2003).

Bolo zistené z výskumu Shamay-Tsoory et al. (2008), že kognitívna a emocionálna empatia má rozdielne neuroanatomické základy. Preto pri poškodení gyrus frontalis inferior (IFG) je značné poškodenie emocionálnej empatie a poškodenie ventromedialnej prefrontalnej kôry je prejavom poškodenia kognitívnej empatie (Shamay-Tsoory et al., 2008).

2.2.6 Empatia u zdravotníckeho personálu

Sledovanie empatie je v tomto povolání zvlášť dôležité (Bánovčinová a Bubeníková, 2011). Predpokladom pre empatiu je podľa Kopřivy (2006) náklonnosť, trpezlivosť, vľúdnosť a dôveryhodnosť. Z týchto pomáhajúcich zamestnaní patrí medzi tie náročnejšie povolanie všeobecnej sestry. Sestra komunikuje s pacientmi a ich príbuznými. Je práve tou, ktorá upokojuje a vytvára si vzťah založený na dôvere, spolupráci a rešpekte. Aby došlo ku takému vzťahu je dôležité, aby sestra splňovala predpoklady, čiže empatiu, úprimnosť, pravdivosť, komunikačné schopnosti a starostlivosť. Sestra musí vždy pacienta prijať bez predsudkov (Bánovčinová a Bubeníková, 2011). Je dôležité, aby sa sestra dokázala vžiť do pozície pacienta (Buda, 1994).

Podľa Kim et al. (2004) je empatia zložená z kognitívneho a afektívneho aspektu. Kognitívny aspekt je schopnosť pochopiť mentálny stav pacienta a zároveň efektívne komunikovať s pacientom. Afektívny aspekt je schopnosť odpovedať na emocionálny stav pacienta. Jedinci, ktorí pracujú v profesiách, kde je základom pomoc iným je neodmysliteľnou súčasťou empatia. Spoločnosť, ktorá navštevuje tieto profesie tam ide vždy za účelom hľadania pomoci v ťažkých stavoch (Kim et al., 2004).

Klinická empatia sa dá merať rôznymi škálami, najznámejšia je Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), ktorá je vytvorená na posudzovanie empatie medzi lekárom a pacientom. Škála má zahrňovať pochopenie pre pacientov s kombináciou komunikácie a zároveň schopnosti porozumenia (Hojat, 2007). Bola vytvorená verzia pre študentov (JPSE-S), kde sa posudzovala empatia. Cieľom tejto štúdie je skúmať psychometrické parametre, závislosť empatie od veku, pohlavia, skúsenosti a praxe u českých lekárov (Kožený, 2016). Najčastejšie publikovaným je Interpersonal Reactivity Index (IRI) je hodnotiaci dotazník, ktorý obsahuje štyri položky a slúži na posudzovanie všeobecných empatických schopností, ale najmä na posúdenie kognitívnych a emocionálnych schopností (Davis, 1980).

2.2.7 Vzťah medzi empatiou a syndrómom vyhorenia

Teoretické hypotézy Figleyho (2002) tvrdia, že empatia je príčinou syndrómu vyhorenia. Existujú dva teoretické modely, ktoré sa snažia vysvetliť väzbu medzi syndrómom vyhorenia a empatiou. Syndróm vyhorenia vo vzťahu zdravotníckeho personálu a pacienta závisí na povahe ich vzťahu. Podľa Theory of Compassion Fatigue vyššia empatia u personálu je spojená s väčším utrpením a zároveň vzťahom ku syndrómu vyhorenia (Figley, 2002).

Vyčerpanie môže viesť podľa Nielsena a Tulinius (2009) k únave a súcitu a to všetko má za následok syndróm vyhorenia. Je však potrebné neustále naslúchanie a pozornosť voči pacientom, to však vedie personál ku emočnému vyčerpaniu. Je to neustály kolobeh. A vedie k tomu, že personál sa cíti z toho vnútorne traumatizovaný. Podľa ďalšej teoretickej hypotézy súcit zabraňuje syndrómu vyhorenia pretože vytvára väčšie profesionálne uspokojenie (Halpern, 2003).

Truchot et al. a Zenasni et al. (2012) zistili, že empatia je faktorom prevencie syndrómu vyhorenia. Nielenže empatia zabráni vzniku syndrómu vyhorenia, ale dáva aj zmysel a väčšie profesionálne uspokojenie v praxi. Empatia teda spoľieha na stabilný vzťah medzi jeho emočnou a kognitívnou dimenziou. Zahŕňa emocionálnu samoreguláciu, ktorá umožňuje zdravotníckemu personálu, aby cítil a pochopil emócie svojich pacientov. Avšak sympatizovanie s pacientmi spôsobuje emocionálne vyčerpanie a zároveň empatia bráni v depersonalizácii (Truchot et al., 2011; Zenasni et al., 2012).

Na základe štúdií sa empatia znižuje v priebehu štúdia medicíny u budúcich lekárov. Napriek tomu, že sú lekári počas svojho štúdia na medicíne vzdelávaní v tejto oblasti, teda v oblasti vzťahu pacienta a lekára a v oblasti empatie, tak to nesie veľmi malý vplyv na prevenciu syndrómu vyhorenia (Truchot, 2006). Tým pádom neexistuje nič, čo by chránilo študentov lekárskej fakulty od emočného vyčerpania a následne od syndrómu vyhorenia. Neexistuje žiadny nástroj, ktorý by ich učil ako majú chrániť samých seba pred syndrómom vyhorenia a ako majú rozvíjať a zachovávať svoje empatické schopnosti. Je navrhnuté, aby sa vytvorili vzdelávacie programy, ktoré umožnia predchádzaniu syndrómu vyhorenia u budúcich lekárov. Taktiež by sa mali sledovať študenti, ktorí majú schopnosť odolať ako aj tí, ktorí nemajú túto schopnosť. Mala by byť vytvorená pre nich prax, ktorá im umožní staranie sa o pacientov a tak posilní ich emocionálne mechanizmy samoregulácie. Malo by to byť vyučované aj

u lekárov, ktorí už trpia syndrómom vyhorenia a aby sa predišlo ich vysokému sympatizovaniu s pacientmi (Halpern, 2003).

Cieľom vzdelávacích programov je znížiť škodlivé dôsledky syndrómu vyhorenia a dopadov na zdravie zdravotníkov a hlavne predísť chybám v zdravotníckej starostlivosti a mať kontrolu nad vzťahom medzi pacientom a zdravotníckym personálom (Thirioux, 2006).

2.3 CITOVÁ VÄZBA

2.3.1 Teória vzťahovej väzby

Autorom teórie vzťahovej väzby je John Bowlby. Teória vzťahovej väzby (attachment) vznikla v druhej polovici 20. storočia. Zaujímala sa hlavne o vzťahovú väzbu, odlúčenie a stratu (Brisch, 2011).

Na základe teórie vzťahovej väzby (attachment) sa pokladá za dôležitý aspekt prvý vzťah. Prvý vzťah má zväčša dieťa ku svojej matke na jeho základe jeho vývinu sa vyvíjajú ostatné vzťahy v živote jedinca. Teória vzťahovej väzby (attachment) vznikla na pozorovaní vzťahov, ale najmä tých narušených vzťahov medzi matkou a jedincom. Ide o pozorovanie emocionálnych vzťahov a dôsledkov ich straty. V podstate tento vzťah dáva základný životný pocit. Avšak prišlo sa nato, že tento model nie je vždy úplne ideálny a tak je nutné, aby dospelo ku jeho napraveniu, ktoré je možné napraviť počas života (Adamová, 2007).

Vzťahová väzba (attachment) vo svete je už niekoľko desaťročí avšak u nás tomu je len pár rokov počas, ktorých došlo ku dynamickému vývoju. Bowlbyho teória bola najmä ovplyvnená Darwinovou teóriou. Na jej základe išlo o prežitie tých, ktorí by sa prispôbili prostrediu najlepšie (Adamova, 2007). Bolo mu vytknuté, že sa vôbec nezaobrá vnútornou realitou (Brisch, 2011).

Od vzniku tejto teórie už ubehlo dost času a počas neho vzniklo množstvo metód na základe, ktorých sa dá zistiť typ vzťahovej väzby (attachment) u dieťaťa a neskôr aj u dospelých. Táto väzba vzniká na základe uspokojenia potrieb. Najskôr dôjde ku uspokojeniu fyziologických potrieb a až potom ku uspokojeniu zo strany matky. Keď došlo ku oddeleniu dieťaťa od matky, tak aj pri naplnení fyziologických potrieb dieťa často neprospievalo a stávalo sa, že dieťa zomrelo (Bowlby, 2010).

Bowlby charakterizuje vzťahovú väzbu (attachment) ako spojenie s konkrétnym jedincom a to najmä v prípade stresovej situácie. Vzťahová väzba (attachment) plní protektívnu funkciu (Hašto, 2005). Väzbový vzťah (attachment relationship) je charakterizovaný pocitom istoty pri vnímanej hrozbe (Pietromonaco a Barrett, 2000). Jediniec si je schopný vytvoriť vzťah ku akejkoľvek osobe už v šiestich alebo siedmych mesiacoch (Hazan a Shaver, 1994). Osoba poskytuje jedincovi pocit bezpečia. Problém nastáva pri striedaní starostlivosti o dieťa, následkom môže byť negatívna vzťahová väzba (attachment) (Brisch, 2012).

Keď jedinci nemajú vzťahovú väzbu (attachment) ku človeku, často si nájdu istotu niekde inde. Náhrada môže byť práca, návykové látky alebo jedlo (Adamová, 2007). Vzťahová väzba (attachment) je rovnako vytvorená u matky i otca. Ženy sú na vzťahové väzby (attachment) pripravené, ale u mužov sa vytvoria až po narodení ich vlastných detí (Morris, 1995). Otcovia sú schopní sa o nich postarať rovnako dobre ako matky (Sobotková 2012). Čím má dieťa viac citových väzieb (attachment) ku rôznym jedincom tým je samostatnejší a pociťuje viac istoty (Vágnerová, 2012).

Vzťahová väzba (attachment) ovplyvňuje vývin emocionálny, kognitívny, percepčný i motorický (Bowlby, 1969 in Shaver a Mikulincer, 2007). Väzba prebieha celý život avšak najsilnejšia je v období po narodení (Bowlby, 2010). Ku rodičom pretrváva neustále a práve v dospelosti je intenzívnejšia pri chorobe, neistote v zamestnaní a partnerskom živote (Weiss, 1993 in Mikulincer a Shaver, 2007). V starobe môže byť vzťahová väzba (attachment) zameraná k Bohu a k mladým ľuďom (Bowlby, 2010).

V partnerskom vzťahu je väzba postavená na základe väzby vytvorenej v rannom veku (Adamová, 2007). Partnerský vzťah by mal byť väzbový, opatrovateľský a súčasne i sexuálny (Zayas, Merrill a Hazan, 2015). Základom je väzba, ktorá vzniká v partnerskom živote, ale ak je neistá dochádza vo vzťahu ku častým problémom (Mikulincer a Shaver, 2007).

Existujú rôzne druhy vzťahových väzieb (attachment), istý typ vzťahovej väzby je vzťah, kde panuje dôvera, istota a pocit bezpečia. Sú aj vzťahové väzby vyhýbavé, kde dochádza k tomu, že tento vzťah vydrží o polovicu menej než vzťah istý. Partneri si nedôverujú a sú žiarliví. Posledným typom je nadmerne zaujatý (úzkostný) typ väzby, kde vládne strach z opustenia, odmietnutia a samoty (Hazan a Shaver, 1987, 1994).

2.3.2 Model citovej väzby

Model citovej väzby (attachmentu) je tvorený dvoma dimenziami- úzkosťou a vyhýbavosťou, ktoré tvoria štyri kategórie. Autorom tohto modelu citovej väzby (attachment) je Bartholomew. Podľa neho ľudia, ktorí majú pozitívne vzťahy s druhými sú pozitívnym modelom a sú zdrojom podpory v prípade potreby (Obrázok 1). Avšak jedinci, ktorí rozvíjajú pozitívny model k druhým, ale negatívny k sebe sú radení do kategórie úzkostnej citovej väzby (anxious attachment). Takýto ľudia sú posadnutí potrebou citovej väzby (attachmentu) a to ich vedie ku prílišnej závislosti. Patria tu dva podtypy úzkostnej a vyhýbavej citovej väzby (attachment), čiže fearful attachment

a anxious attachment (Brennan et al., 1998, Fraley a Shaver, 1998; Griffin a Bartholomew, 1994).

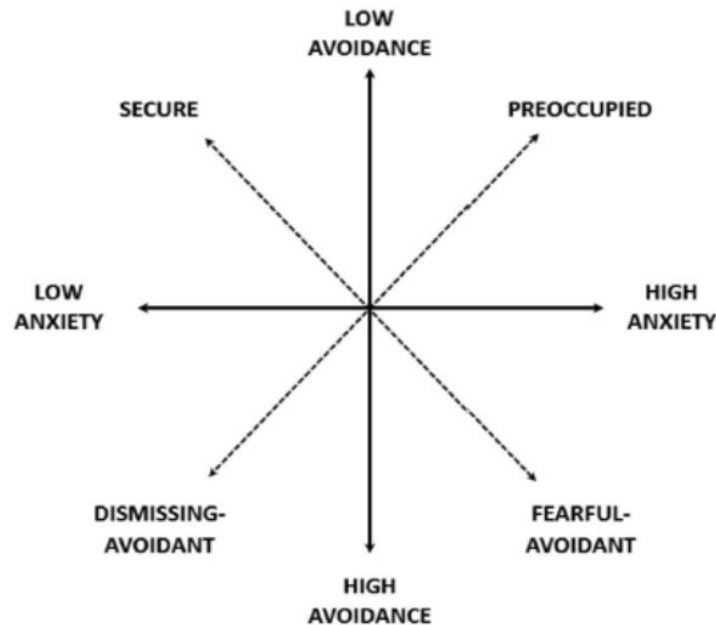
		Thoughts About Self	
		Positive	Negative
Thoughts About Others	Positive	Secure Attachment Higher self-esteem Higher sociability	Anxious Attachment Lower self-esteem Higher sociability
	Negative	Dismissive Attachment Higher self-esteem Lower sociability	Fearful Attachment Lower self-esteem Lower sociability

Obrázok 1. Diagram znázorňujúci pozitívne a negatívne vzťahy (Prevzaté od Bartholomew 1994)

Jednotlivci, ktorí majú negatívny vzťah k druhým a zároveň aj samy k sebe, tak ich citová väzba je charakterizovaná strachom (fearful attachment) a títo ľudia sú málo spoločenský (lower sociability). Jednotlivci, ktorí majú pozitívny vzťah ku sebe samým a negatívny vzťah ku ostatným ich citová väzba je odmietavá (dismissive attachment) a sú málo spoločenský (lower sociability) (Obrázok 1). Strach a odmietnutie sú negatívum, ktoré bolo zistené u dospelých avšak bolo to objavené, aby bola nájdená pomoc a podpora v sociálnych vzťahoch a to najmä v stresových podmienkach, ktoré nie sú zdrojom bezpečnosti pre ľudí (Fraley et al., 2015).

Model vzťahovej väzby (attachment) je použiteľný pre všeobecný štýl vzťahovej väzby v blízkych vzťahoch. Istý typ citovej väzba (secure attachment) (Obrázok 2) má nízke skóre vo vzťahovej úzkosti a vzťahovej vyhýbavosti (low anxiety, low avoidance). To znamená, že títo jedinci majú vysokú sebaúctu a vysoký pocit seba hodnoty a majú dobré vzťahy s druhými. Nadmerne zaujatý (úzkostný) typ väzby (preoccupied attachment) má vysokú úzkosť a nízku vyhýbavosť (high anxiety, low avoidance). Javí pocity o nedostupnosti iných. Dištancovane vyhýbavý typ (dismissing avoidant attachment) má vysokú vyhýbavosť, ale nízku úzkosť (high avoidance, low anxiety). Javí pocity vyhýbavosti ku ostatným a chce byť sebestačný. Bazlivo

vyhýbavý typ väzba (fearful avoidant attachment) je s vysokým skóre vyhýbavosti a úzkostnosti (high avoidance, high anxiety) (Obrázok 2). Takýto typ ľudí javí známky vlastnej bezvýznamnosti a očakávajú nedôveru od ostatných (Bartholomew a Horowitz, 1991).



Obrázok 2. Model vzťahovej väzby v dospelosti (Prevzaté od Fraley, et al., 2015)

Na základe Holmsa (2001) duševné zdravie môže byť ovplyvnené citovou väzbou (attachment).

1. Narušenie alebo prelomenie pút je traumatické a môže viesť ku narušeniu.
2. Budúce vzťahy môžu byť nepriaznivo ovplyvnené skorým narušením citovej väzby (attachment), takže jedinec je viac vystavovaný stresu a je naň viac citlivejší.
3. Osobné vnímanie ich vzťahu a následne využitie môže vytvoriť osobu viac náchylnú ku stresu v tvár nepriaznivého osudu.

2.3.3 Výskum citovej väzby u zdravotníckeho personálu

Leiper a Casares (2000) zistili na základe výskumu, ktorý sledoval efekt zdravotnej starostlivosti vykonávanej zdravotníckym personálom a bol zameraný na citovú väzbu (attachment), že klinické a psychologické vplyvy majú vplyv aj na klinickú prax. Taktiež bolo zistené, že negatívne vnímanie vzťahov v rodine a nežiaduce rodinné udalosti sa neskôr vzťahovali na stres zdravotníckeho personálu v ich

zamestnaní. Všeobecne všetky štúdie, ktoré sa tým zaoberajú si kladú za cieľ naviazať na už dosiahnuté existujúce štúdie, ktoré už skúmali zdroje stresu (Firth-Cozens, 1992).

Jedna zo štúdií bola vykonávaná na všeobecných sestrách pracujúcich v hospici. Na základe National Health Service Research bolo zistené, že veľkým problémom sestier je stres (Moore et al., 1996). Stres práve prispieva ku syndrómu vyhorenia, ku duševným a zdravotným problémom, k absencii v práci a osobným ťažkostiam a ku nedostatočnej zdravotníckej starostlivosti. Existuje len veľmi málo štúdií, ktoré sa zaoberali touto problematikou (Hawkins et al., 2006).

Avšak výskumy naznačujú, že citová väzba (attachment) sa vyvíja už od detstva, čo bolo spomenuté v predchádzajúcich podkapitolách. Tým, že sa vyvíja už od detstva ovplyvňuje nielen vzťahy v dospelosti, ale aj reakcie dospelého jedinca na stres. Autor zistil, že stres ovplyvňuje citovú väzbu (attachment) u sestier v hospici. Zdroj stresu vplýva na všeobecné sestry a tým ovplyvňuje ich citovú väzbu (attachment) na stres a zvládnutie stresu (Moore et al., 1996).

Všeobecné sestry pracujúce v hospici sa môžu často cítiť nedostatočne pripravené na emocionálne potreby pacienta a jeho rodiny. Je na nich kladená vysoká pracovná záťaž, ktorá nie je kompenzovaná dostatočnou podporou (Hawkins et al., 2006).

V súlade so zmenami, ktoré nastali v ošetrovateľskej profesii, sa kladie väčší dôraz na poskytovanie citovej podpory pacientom a ich rodinám a je zároveň zvýšený dôraz na rozvoj celostných a úzkych vzťahov s pacientmi. To zabezpečí ošetrovateľským profesiám duševnú pohodu, ktorá má veľký význam vo vykonávaní týchto profesií (Moore et al., 1996)

Všeobecné sestry, ktorých citová väzba (attachment) bola neistá podľahli stresu skôr ako sestry, ktorých citová väzba (attachment) bola istá. Platí to nielen u sestier pracujúcich v hospici, ale všeobecne u všetkých sestier. Strach a neistá citová väzba (attachment) spôsobuje u sestier väčšiu náchylnosť ku stresu a o to viac, keď nemajú sociálnu a emocionálnu podporu (Hawkins et al., 2006).

Autori sa v tejto štúdií zamerali na najčastejší zdroj stresu, ktorým je smrť a umieranie pacientov. Ďalej sa zamerali na emočnú a sociálnu podporu, ktorá má byť prijateľnou stratégiou na zvládanie stresových situácií. Pozornosť štúdie sa upriamila aj na vplyv stresu pri umieraní a strate pacienta u sestier, ktoré majú istú a neistú citovú väzbu (attachment) a na vyhľadávanie sociálnej podpory pri týchto väzbách. A taktiež na vplyv stresu na zdravie a na psychologické problémy (Moore et al., 1996).

Autor zistil, že otázky týkajúce sa smrti a úmrtia pacienta sú vysokou pracovnou záťažou. Sestry tak majú pocit, že sú nedostatočne pripravené vyrovnat' sa s emocionálnymi potrebami pacientov a ich rodín. Rodiny pacientov boli označené za zdroj stresu pre sestry v tejto štúdii (Payne, 2001). Aj rada ďalších štúdií, ktoré boli skúmané na všeobecných sestrahách pracujúcich v hospici, pokladajú za hlavný zdroj stresu rodiny pre hospicovú a paliatívnu starostlivosť (Cooper a Mitchell, 1990; Foxall et al., 1990).

Stratégiou pre zvládanie stresu podľa Hawkinsa (2007) je plánovanie, hľadanie sociálnej podpory, aktívne zvládanie, emočné zameranie a to hľadanie emocionálnej sociálnej podpory. Riešením je hlavne adaptívny a zdravý prístup ku práci s umierajúcim, čím sa vlastne zníži predpoklad ku syndrómu vyhorenia. Dohľad a podporná skupina prispieva ku zvládaniu stresu. Dôležitú úlohu hrá aj sociálna podpora (Hawkins et al., 2007).

Na základe skúmania potencionálnych vzťahov medzi sestrami a ich citovej väzby (attachment) a skúsenosťami so stresom a s jeho zvládaním sa zistilo, že pokiaľ má sestra neistú citovú väzbu (attachment) predurčuje ju to na prácu pod väčším stresovým vypätím (Gray-Toft a Anderson, 1981)

Ďalším poznatkom autorov je, že sestry, ktoré majú nedostatočnú citovú väzbu (attachment) sú citlivejšie na svoje duševné zdravie (Buelow et al., 2002; Holmes, 1993). Taktiež bola spomenutá hypotéza, že sestram, ktoré majú neistú citovú väzbu (attachment) prídu otázky ohľadom umierania a smrti pacientov stresujúce avšak táto hypotéza nebola zahrnutá v štúdii (Bowlby, 1969). Podstatný rozdiel je medzi sestrami, ktoré majú istú citovú väzbu (attachment) a sestrami, ktoré majú neistú citovú väzbu (attachment). Sestry s istou citovou väzbou (attachment) hľadajú emocionálnu podporu naopak však sestry, ktoré majú neistú citovú väzbu (attachment) nevyhľadávajú sociálnu a emocionálnu podporu (Hawkins et al., 2007).

2.3.4 Stres a jeho vplyv na citovú väzbu

Smrť a umieranie je významným zdrojom stresu pre zdravotnícky personál. Je doporučené, aby sa personál neustále rozvíjal a to mu dopomôže ku vyrovnaniu sa so stresom a problémami s ním spojenými. Zdravotníckemu personálu by mala byť poskytnutá možnosť trúchlenia a možnosť rozlúčenia sa s pacientom pred jeho smrťou. Mali by byť založené spomienkové knihy, aby sa následne personál mohol o svoje

spomienky podeliť s kolegami. Zamestnancom by v takejto situácii mala byť poskytnutá emocionálna podpora (Wakefield, 2000).

Častým zdrojom okrem iného u zdravotníckeho personálu je prepracovanosť. Pracovné preťaženie môže viesť ku rastúcemu zdroju stresu pri starostlivosti o pacienta (Vachon, 1997).

Zdravotnícky personál často pociťuje nedostatočnú prípravu vyrovnania sa s emocionálnymi potrebami pacientov a ich rodín a práve školenie ich naučí základnú komunikáciu a poradenstvo. Školenie, ktoré má pomôcť personálu s emocionálnymi potrebami a so zlepšením komunikácie je pre zdravotnícky personál odporúčané, pomôže im to pochopiť a odpovedať na rôzne otázky svojim pacientom. Je to dôležitou súčasťou vzdelania zdravotníckeho personálu, kedy je schopný postupného vývinu (Payne, Haines, 2002).

Je však diskutabilné do akej miery sledovať, prijať a poskytnúť pomoc pre zvládanie stresu, čo je problémom v ošetrovateľskom tíme, ktorý to pokladá za neprofesionálne vyjadriť svoje city a pocity svojim kolegom alebo pacientom (Feldstein a Gemma, 1995; Wakefield, 2000; Saunders, 1994; Neuberger, 2003). Autor sa preto domnieva, že zdravotnícky personál nadobúda domnienku, že potrebuje nejaký súhlas, ktorý im to dovoľí (Parkes, 1999).

3 EMPIRICKÁ ČASŤ

3.1 Úvod do empirickej časti práce

Táto časť mojej bakalárskej práce je venovaná empirickému výskumu. Výskum k práci prebiehal na základe dotazníkov, ktoré boli rozdane zdravotníckemu personálu. Prvý dotazník, ktorý dostal zdravotnícky personál bol anamnestický, v ktorom boli zahrnuté základné demografické údaje. Druhý dotazník Experiences in Close Relationships- Relationship Structures (ECR-RS) obsahoval dotaz na vzťahovú väzbu ku blízkym osobám zdravotníckeho personálu. Tretí dotazník Copenhagen Burnout Inventory (CBI) bol venovaný syndrómu vyhorenia a štvrtý dotazník Interpersonal Reactivity Index (IRI) sa venoval empatii u zdravotníckeho personálu.

Na základe použitia týchto metód ECR-RS, CBI a IRI som požiadala o zvolenie ich autorov. Všetci autori súhlasili s použitím a prekladom týchto dotazníkov do mojej bakalárskej práce.

V prvej podkapitole empirickej časti práce sú obsiahnuté ciele práce, hypotézy práce a metodika práce. Následne je opísané spracovanie získaných dát a na konci práce sú uvedené výsledky výskumného šetrenia a diskusia k tejto práci.

3.1.1 Ciele a hypotézy empirickej časti práce

Ciele empirickej časti bakalárskej práce:

Cieľ č.1: Zistiť demografické údaje u zdravotníckeho personálu.

Cieľ č.2: Zistiť vzťahovú väzbu zdravotníckeho personálu ku matke, otcovi, partnerke/partnerovi a kamarátke/kamarátovi.

Cieľ č.3: Zistiť prevládanie syndrómu vyhorenia u zdravotníckeho personálu a zároveň porovnať jednotlivé kliniky.

Cieľ č.4: Zistiť mieru empatie v jednotlivých klinikách a zároveň ich porovnať medzi sebou.

Cieľ č.5: Zistiť, či empatia má vplyv na vznik syndrómu vyhorenia u zdravotníckeho personálu.

Cieľ č.6: Zistiť či vzťahová väzba má vplyv na vznik syndrómu vyhorenia.

Hypotézy bakalárskej práce:

Hypotéza č.1: Vzťahová úzkosť a vyhýbavosť ECR-RS súvisí so zvýšeným skóre v metóde CBI meracom syndróm vyhorenia.

Hypotéza č.2: Zvýšená vzťahová úzkosť a vyhýbavosť v ECR-RS súvisí so zníženou empatiou v IRI.

Hypotéza č.3: Syndróm vyhorenia meraný CBI súvisí so zníženou empatiou meranou IRI.

Hypotéza č.4: Demografické premenné a premenné zdravotného stavu súvisia so vzťahovou úzkosťou a vyhýbavosťou v ECR-RS, so syndrómom vyhorenia v CBI a s empatiou v IRI.

Hypotéza č.5: Vzťah medzi demografickými a klinickými faktormi u zdravotníckeho personálu príslušnou odbornosťou práce v jednotlivých klinikách.

Hypotéza č.6: Rozdiel v citovej väzbe (attachment) (ECR-RS), syndróme vyhorenia (CBI) a empatii (IRI) u zdravotníckeho personálu na základe práce na klinikách.

Hypotéza č.7: Existujú nejaké premenné, ktoré predikujú syndróm vyhorenia CBI.

3.2 Metodika výskumného šetrenia**3.2.1 Organizácia výskumného šetrenia**

Výskumné kvantitatívne šetrenie je základom empirickej časti mojej bakalárskej práce. Prebiehalo pomocou dotazníkového šetrenia a to od konca februára 2017 až do začiatku júna 2017. Bolo uskutočnené vo Fakultnej nemocnici Motol a vo Fakultnej nemocnici Kráľovské Vinohrady. Dotazníky boli poskytnuté zdravotníckemu personálu na interných klinikách, na centrách následnej starostlivosti, na kardiologických klinikách a v neposlednom rade na klinikách anestéziológie a resuscitácie. Dotazníkové šetrenie bolo dobrovoľné a každý z dotazníkov obsahoval informovaný súhlas pre zdravotnícky personál. Každý dostal na vyplnenie štyri dotazníky, ktoré boli v českom jazyku a každý súbor dotazníkov bol v samostatnej obálke, aby sa predišlo znehodnoteniu dotazníkov. Zo 713 dotazníkov, ktoré boli poskytnuté na jednotlivé kliniky do oboch fakultných nemocníc podľa počtu zamestnancov, bolo vyplnených 318 dotazníkov. Návratnosť vyplnených dotazníkov teda činila 44,60%. Tak nízku návratnosť prisudzujem zaneprázdnenosti zdravotníckeho personálu a zároveň na druhej strane jeho neochote podieľať sa na dotazníkovom šetrení. Následne boli dáta

z dotazníkov vkladané do dátového listu. Dotazníky boli štatisticky spracované pomocou štatistika RNDr. Petra Boschka, CSc.

3.2.2 Charakteristika výskumného vzorku

Do empirického spracovania výskumu bolo zahrnutých 318 zamestnancov pracujúcich na jednotlivých klinikách v dvoch fakultných nemocniciach. Z toho bolo 278 (87,4%) žien a 40 (12,6%) mužov. Zdravotnícky personál bol rozdelený na základe druhu oddelení. Vznikli tak štyri skupiny zdravotníckeho personálu. Prvá skupina bola skupina pracujúca na interných klinikách a obsahuje 60 (18,9%) respondentov. Druhá skupina pracuje v centrách následnej starostlivosti a obsahuje 63 (19,8%) respondentov. Tretia skupina na kardiologických klinikách a má 101 (31,8%) respondentov a štvrtá na klinikách anestéziológie a resuscitácie a obsahuje 94 (29,6%) respondentov. Priemerný vek zdravotníckeho personálu bol 41 rokov (od 20 do 70 rokov). Ďalšie údaje o výskumnej vzorke sú viac charakterizované v nasledujúcich kapitolách.

3.2.3 Analýza dát

Metódy štatistickej analýzy dát vychádzajú z výskumných hypotéz práce o vzťahu čiže štatistickej závislosti medzi vybranými premennými. Tieto premenné boli spracované pomocou štatistického programu IBM-SPSS.

- V prípade, že obe asociované premenné majú, ale aspoň ordinálny charakter (zaradíme tu napr. vek, dĺžku praxe) je analýza štatistickej závislosti založená na Spearmanovom korelačnom koeficiente.
- V prípade, že jeden z týchto znakov má kvalitatívny charakter (napr. pohlavie, klinika) je pre analýzu asociácie s kvantitatívnou premennou použitý model analýzy variácie s Welchovou korekciou.

Pre analýzu asociácie medzi kvalitatívnymi znakmi je aplikovaný štandardný chí-kvadrát test nezávislosti.

Pre analýzu reliability dotazníkových škál bol použitý Cronbachův alfa-koeficient.

U položkovej analýzy dotazníkov je prezentovaný *Index obťažnosti* a diskriminačná sila položky, ktorá je vyjadrená korelačným koeficientom medzi položkou a hrubým skorom (HS) príslušnej škály.

U všetkých testov je uvedená príslušná hodnota p-hodnota, čo je dosiahnutá hladina významnosti. Ako signifikantný nález považujeme ten, kde p-hodnota je nižšia než 0,05.

3.3 Metódy používané vo výskume

3.3.1 Vlastný pološtrukturizovaný dotazník (AD)

Charakteristika

Vlastný pološtrukturizovaný dotazník bol vytvorený na základe získania základných informácií o zdravotníckom personálu (Príloha č.7). Jedná sa o anamnestický dotazník o základných demografických údajoch pracujúceho personálu. Anamnestický dotazník je tvorený z 13 otázok. Časť otázok je len na zaškrtnutie a časť je pripravená na otvorené odpovede. Pri otázkach č. 4, 5, 7, 8 je potrebné označiť jednu odpoveď. Pri otázkach č. 1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12 a 13 je potrebné doplniť odpoveď.

Anamnestický dotazník je rozdelený na dve časti. Prvá časť je tvorená otázkami, ktoré sa pýtajú na základne demografické údaje o zdravotníckom personáli. Patria tu iniciály mena a priezviska, rok narodenia, vek, pohlavie, najvyššie dosiahnuté vzdelanie, počet rokov vzdelania, pracovné zaradenie, rodinný stav a dĺžka praxe v zdravotníctve.

Druhá časť je tvorená otázkami, ktoré súvisia so syndrómom vyhorenia, ktorý vplýva určitým spôsobom na zdravie zdravotníckeho personálu. Otázky sa týkajú priemernej chorobnosti počas roka (uvádza sa počet dní v roku), užívaníu liekov proti bolesti (uvádza sa počet dní užitia počas týždňa), problémami so spánkom (uvádza sa počet dní užitia v počas týždňa) a zmenou práce.

Hodnotenie a skórovanie

Pri hodnotení anamnestického dotazníku sme hodnotili jednotlivé otázky a ich vzájomne vzťahy, ktoré sú konkretizované v hypotézach nižšie. Výsledky anamnestického dotazníka sú uvedené nižšie vo výsledkoch vlastného šetrenia.

3.3.2 Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Charakteristika

Copenhagen Burnout Inventory (CBI) je dotazníkom, ktorý je používaný ku stanoveniu diagnózy syndrómu vyhorenia. Bol vytvorený dánskym kolektívom s Kristensen v roku 2005. Vznikol na základe výskumu PUMA (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction), ktorý začal v roku 1997, dôvodom bolo vytvorenie dotazníka vhodnejšieho pre dánsku spoločnosť. Tento dotazník bol preložený do ôsmich jazykov na zemi (Kristensen, 2005).

Copenhagen Burnout Inventory je tvorený z troch škál, v ktorých sa rozlišuje vyhorenie v rôznych oblastiach. Prvou z nich je osobné vyhorenie (Personal burnout), ktoré tvorí otázky č. 1, 4, 7, 10, 13 a 16. Druhou škálou je vyhorenie vo vzťahu ku klientovi (Client-related burnout), ktoré tvorí otázky č. 6, 9, 12, 15, 18 a 19. A poslednou tretou škálou je pracovné vyhorenie (Work-Related Burnout), ktoré tvorí otázky č. 2, 3, 5, 8, 11, 14 a 17. Každá z týchto škál je hodnotená samostatne a má vysokú validitu (Kristensen, 2005).

Hodnotenie a skórovanie

Copenhagen Burnout Inventory (CBI) je tvorený z 19 otázok týkajúcich sa troch vyššie spomínaných oblastí. V dotazníku sa zaškrtnáva len jedna možnosť, ktorá je vyjadrená na päť bodovej stupnici. Táto stupnica je hodnotená od hodnoty 100 po hodnotu 0. V otázkach č. 1, 3, 4, 7, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18 a 19 je od *vždy*, ktoré má hodnotu 100 po *nikdy/takmer nikdy*, ktoré má hodnotu 0. V otázkach č. 2, 5, 6, 8, 9, 12, 15 je hodnota 100 vyjadrená *áno* a hodnota 0 je vyjadrená *nie*.

Syndróm vyhorenia v jednotlivých oblastiach zistíme na základe súčtu jednotlivých odpovedí v jednotlivých častiach v každej avšak zvlášť. Na základe toho zistíme hrubé skoré (HS), ktoré nám vypovie stav vyhorenia personálu. Pre všetky tri škály platí, že pokiaľ je hrubé skoré (HS) rovné 300 a vyššie pokladá sa, že je vyhoretý v tejto oblasti (Kristensen 2005). Čím je skóre jednotlivých škál vyššie, tým je vyššia pravdepodobnosť syndrómu vyhorenia (Kristensen, 2005).

Syndróm vyhorenia je možné na základe tohto dotazníka zistiť aj pomocou priemeru jednotlivých škál. Z HS spravíme priemer jednotlivých škál dotazníku. Na základe výskumu PUMA (Tabuľka 1- ukazuje priemery dosiahnuté v jednotlivých zamestnaniach, nás zaujímali všeobecné sestry) v prvej škále PB mali sestry priemer

36,9 pokiaľ je táto hodnota vyššia trpia syndrómom vyhorenia v tejto oblasti. Pokiaľ dosiahli priemer vo WRB vyšší než 35,0 a priemer vyšší v CRB vyšší než 29,7 mohli by byť označené ako vyhoreté (Kristensen, 2005).

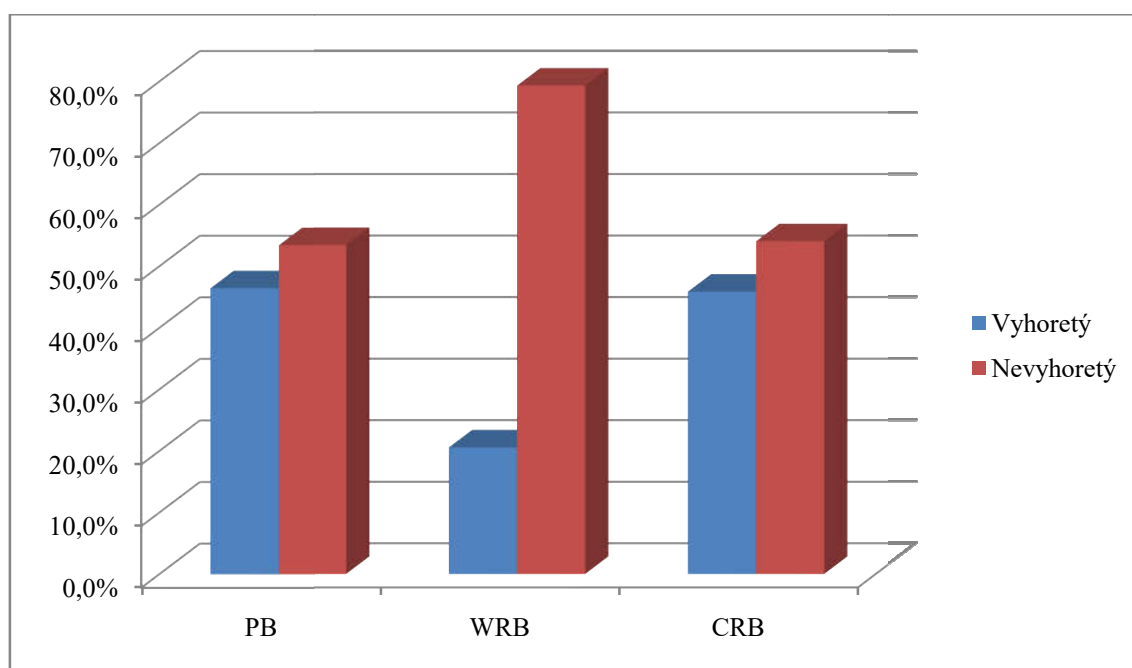
Personal burnout		Work-related burnout		Client-related burnout	
Job	Score	Job	Score	Job	Score
1. Midwives	44.7	Midwives	43.5	Prison wards	41.2
2. Home helps (Cap.)	43.1	Home helps (Cap.)	41.8	Midwives	38.4
3. Hosp. secretaries	39.4	Hospital doctors	39.8	Home helps (Cap.)	35.9
4. Social workers	38.8	Hospital secretaries	37.8	Social care workers	34.1
5. Social care workers	38.7	Ass. nurses	36.1	Social workers	33.1
6. District nurses	38.4	Social workers	35.8	Ass. nurses	31.4
7. Ass. nurses	37.9	Nurses	35.0	Nurses	29.7
8. Nurses	36.9	Social care workers	34.6	Supervisors	26.8
9. Hospital doctors	36.6	Prison wards	32.6	Hospital doctors	26.7
10. Adm. Staff	35.0	District nurses	31.4	Adm. Staff	26.3
11. Prison wards	33.0	Adm. staff	29.8	Home helps (Pr.)	26.2
12. Home helps (Pr.)	32.6	Chief doctors	29.2	Chief doctors	25.8
13. Chief doctors	31.3	Head nurses	28.8	District nurses	25.3
14. Supervisors	30.8	Supervisors	27.9	Hospital secretaries	21.4
15. Head nurses	29.5	Home helps (Pr.)	26.4	Head nurses	19.7
Average	35.9	Average	33.0	Average	30.9

Tabuľka 1. Zdroj (*The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout*) Kristensen et al., 2005

V našom výskumnom šetrení sme použili vlastné hodnoty jednotlivých škál, ktoré sa výrazne líšili od dánskej populácie tým, že ich hodnoty boli vyššie (Tabuľka 2). Pokiaľ zdravotnícky personál mal v prvej škále PB hodnotu priemeru vyššiu než 46,3 je pokladaný za vyhoretý. Z toho vyplýva, že 147 (46,5%) je vyhoretých a 169 (53,5%) zdravotníckeho personálu je nevyhoretých (Obrázok 3). Pokiaľ priemer druhej škály WRB bol vyšší než 47,7 je pokladaný za vyhoretý. Na základe toho v pracovnej oblasti (WRB) je 20,6% v našom súbore vyhoretých a 79,4% nevyhoretých. Ak priemer tretej škály CRB mal hodnotu vyššiu než 42,8 je zdravotnícky personál vyhoretý. Počet vyhoretého zdravotníckeho personálu v tejto škále je 145 (45,9%) a nevyhoretého je 171 (54,1%) (Obrázok 3). Z toho plynie, že v škálach osobného vyhorenia a na vyhorenia vo vzťahu ku klientovi je na základe našich priemerov asi polovica personálu označená ako vyhoretá.

	Zdravotnícky personál nášho súboru			Zahraničná vzorka
	N	Priemer	SD	Priemer
PB priemer	316	46,3	18,8	36,9
WRB priemer	316	47,7	16,6	35
CRB priemer	316	42,8	22,9	29,7
CBI celkový priemer	316	45,6	17,9	33,8

Tabuľka 2. Priemery v jednotlivých škálach v CBI v našom a zahraničnom výskume



Obrázok 3. Počet vyhoretého a nevyhoretého zdravotníckeho personálu na základe priemeru nášho súboru

3.3.3 Interpersonal Reactivity Index (IRI)

Charakteristika

Interpersonal Reactivity Index (IRI) je dotazník zameraný na sledovanie a hodnotenie empatie. Tento dotazník vytvoril M.H. Davisom v roku 1980. IRI je tvorený zo štyroch škál, každá zo škál obsahuje 7 otázok na určitú oblasť. Prvou škálou je prijímanie perspektívy (Perspective-Taking) PT, ktorá je definovaná schopnosťou

psychologického prijatia z pohľadu toho druhého. Druhou škálou je empatický záujem (Empathic concern) EC, ktorý hodnotí schopnosť zdieľania pocitov druhých v ich nešťastí a prejavovanie súcít k nim. Tretou škálou je osobný distress (Personal distress) PD, ktorý hodnotí pocity osobnej úzkosti a nepokoja v napätom medziľudskom prostredí. Poslednou štvrtou škálou je fantázia (Fantasy) FS, ktorá hodnotí schopnosť predstavovania si seba samých vo fiktívnych filmoch, knižkách a hrách (Davis, 1983).

IRI obsahuje 28 otázok. Do PT škály zaraďujeme otázky č. 3, 8, 11, 15, 21, 25 a 28. Do EC škály patria otázky č. 2, 4, 9, 14, 18, 20 a 22. Do PD škály zaraďujeme otázky č. 6, 10, 13, 17, 19, 24 a 27. Do FS škály patria otázky č. 1, 5, 7, 12, 16, 23 a 26. Jednotlivé otázky sú v dotazníku poprehadzované (Davis, 1983).

Hodnotenie a skórovanie

V dotazníku je možné zaškrtnúť jednu odpoveď na stupnici, ktorá obsahuje päť škálovú odpoveď. Táto škála je označená prvými piatimi písmenami abecedy. Písmeno A znamená *nevystihuje ma dobre*. Písmeno E znamená *vystihuje ma veľmi dobre*. Zaškrtnutie písmena A má hodnotu 0, písmena B 1, písmena C 2, písmena D 3 a písmena E 4. Avšak pri otázkach č. 3, 4, 7, 12, 13, 14, 15, 18 a 19 je hodnota písmen opačná čiže od 4 po hodnotu 0. Hodnotu empatie v jednotlivých škálach získame na základe súčtu týchto jednotlivých odpovedí. Každá škála sa počíta osobitne a vznikne nám hrubé skoré (HS). Na základe HS vypočítame priemer a pomocou toho zistíme mieru empatie. Čím vyššie sú hodnoty, tým vyššia je miera empatie.

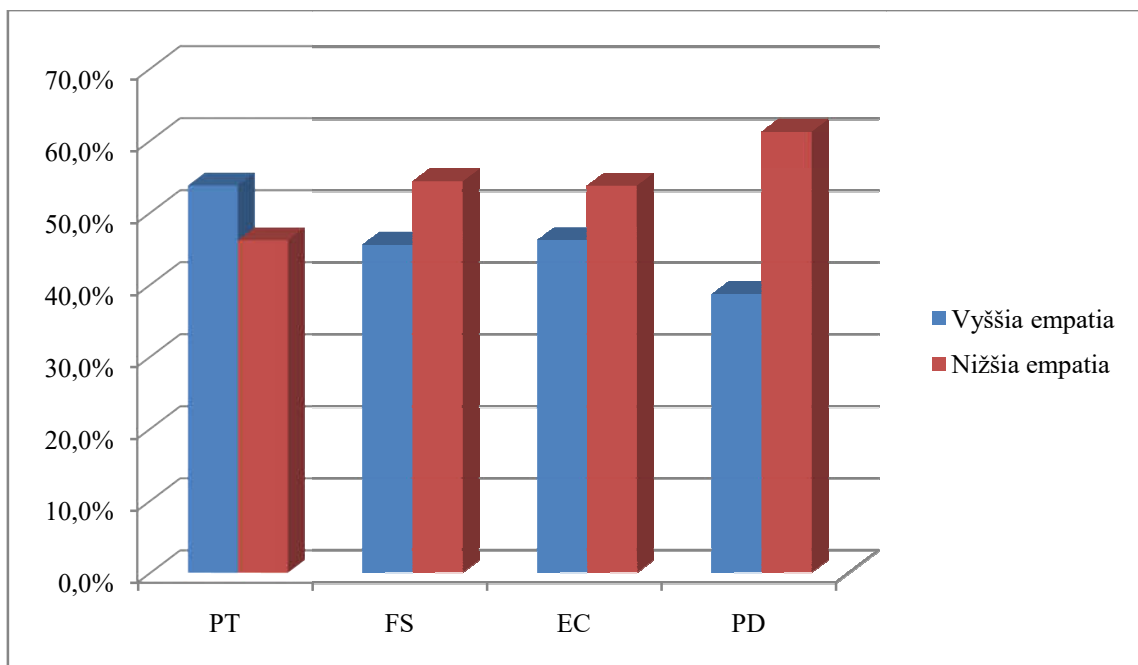
Vo výskume slovenských sestier pôsobiacich v praxi a študentov ošetrovateľstva boli dosiahnuté nasledujúce hodnoty: sestry - PT malo hodnotu 2,4; EC malo 2,7; PD malo 1,8 a FS malo 1,9 a študenti- PT malo hodnotu 2,2; EC malo 2,7; PD malo 2,0 a FS malo 1,9 (Tabuľka 3). Pokiaľ hodnota bola nižšia než priemer, tak daná oblasť empatie je nižšia. Keď bola hodnota vyššia než priemer, daná oblasť v empatii bola vyššia. Pri sledovaní oboch skupín najväčší rozdiel bol v PD a PT a medzi FS a EC nebol zistený štatisticky významný rozdiel (Bánovčinová a Bubeníková, 2011).

V našom výskumnom šetrení sme rozdelili mieru empatie podľa nášho priemeru, ale je zaujímavé, že priemery jednotlivých škál sa pomerne líšia od výskumov na slovenských sestrách v praxi a študentoch ošetrovateľstva. Líšia sa tým, že slovenský výskum dosahuje vyšších hodnôt empatie vo všetkých škálach (Tabuľka 3). Priemer škál PT je 2,2. Z toho vyplýva, že vyššiu empatiu v tejto škále má 92 (53,8%) a nižšiu empatiu má 79 (46,2%) personálu. Priemer škály FS je 1,6. Na základe toho má v tejto

škále vyššiu empatiu 78 (45,6%) a nižšiu má 93 (54,4%) personálu. Priemer škály EC je 2,4. Z toho vyplýva, že vyššiu empatiu v tejto škále má 43 (46,2%) a nižšiu empatiu má 50 (53,8%) personálu. A priemer škály PD je 1,5. Na základe toho je vyššia empatia v tejto škále u 36 (38,7%) a nižšia empatia u 57 (61,3%) zdravotníkov (Tabuľka 3). Hodnoty, ktoré sú nižšie alebo vyššie nám určujú mieru empatie v týchto konkrétnych škálach zdravotníckeho personálu (Obrázok 4). V našom výskumnom vzorku je zároveň najvyšší počet nízkej empatie v škále PD, to znamená, že zdravotnícky personál trpí pocitmi úzkosti v napätom medziľudskom prostredí.

	Slovenské sestry v praxi	Študenti ošetrovateľstva	Zdravotnícky personál v našom súbore
IRI	Priemer	Priemer	Priemer
PT	2,4	2,2	2,2
EC	2,7	2,7	2,4
PD	1,8	2,0	1,5
FS	1,9	1,9	1,6

Tabuľka 3. Porovnanie slovenských sestier v praxi, študentov ošetrovateľstva a zdravotnícky personál v našom súbore



Obrázok 4. Počet zdravotníckeho personálu s vyššou a nižšou empatiou na základe priemeru v našom súbore

3.3.4 Experiences in Close Relationships- Relationship Structures (ECR-RS)

Charakteristika

Experiences in Close Relationships- Relationship Structures (ECR-RS) autormi tohto dotazníku sú Fraley, Waller a Brennan. ECR-RS vznikol v roku 2000. Dotazník má 36 položiek. Meria vyhýbavosť a úzkosť vo vzťahu ku najbližším: k matke, otcovi, partnerovi/ke a kamarátovi/ke. Dotazník obsahuje 9 otázok. Z toho otázka č. 1, 2, 3, 4, 5 a 6 sa týka vyhýbavosti a otázky č. 7, 8 a 9 úzkosti.

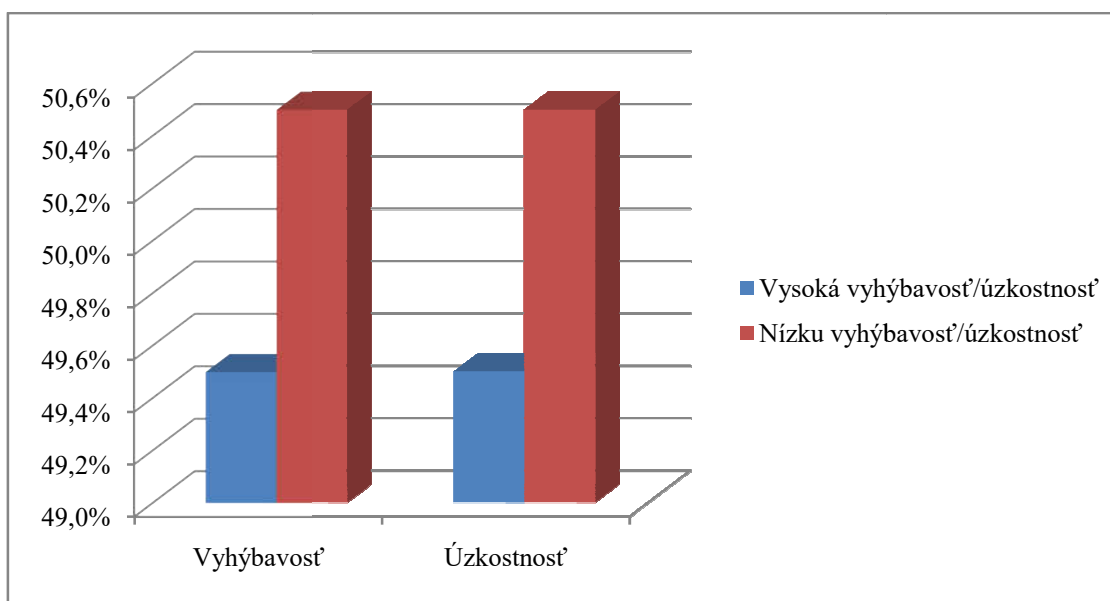
Hodnotenie a skórovanie

ECR-RS sa hodnotí na základe Likertovej škále. Táto škála je sedem bodová z toho 1- znamená silne nesúhlasím a 7- znamená silne súhlasím. Hodnotenie ECR-RS je nasledovné. Prvé štyri hodnoty sa prevracajú, následne sa sčíta HS a z toho sa vytvorí priemer. Čiže pokiaľ pri prvej otázke je hodnota 1(silne nesúhlasím) pri sčítaní nadobudne hodnotu 7. Hodnota 1 je rovná hodnote 7, hodnota 2 je rovná hodnote 6, hodnota 3 je 5, hodnota 4 je 4 a to platí aj naopak. Na základe tohto dotazníku ECR-RS bol vytvorený výskum na dospelých ľuďoch v dvoch štúdiách (Fraley et al., 2015). V prvej štúdií bolo zúčastnených 2 400 a v druhej 2 300 dospelých. Údaje o úzkosti a vyhýbavosti týchto štúdií sú v tabuľke, ale oproti nášmu súboru sú tieto hodnoty podstatne vyššie (Tabuľka 4). Pokiaľ hodnota bola nižšia než priemer išlo o nízku úzkosť a vyhýbavosť. Keď bola hodnota vyššia než priemer išlo o vyššiu úzkosť a vyhýbavosť. Ďalšou štúdiou bolo české výskumné šetrenie na ľuďoch, ktorí pracujú v rôznych profesiách alebo sa ešte vzdelávajú (Umemura, Lacinová, Kotrčová a Fraley, 2017). Štúdia bola uskutočnená v troch vlnách (N=2578) (Tabuľka 4) Česká štúdia a naše výskumné šetrenie v priemeroch jednotlivých škál sú si dosť podobné. Zato u zahraničných štúdií je vidieť rozdiel v priemeroch jednotlivých škál-úzkosti a vyhýbavosti, ktorých priemery majú podstatne vyššiu hodnotu, môže to znamenať kultúrnu závislosť.

	Zahraničné štúdie		Česká štúdia			Naša výskumná vzorka
	Štúdia 1	Štúdia 2	1. vlna	2. vlna	3. vlna	
ECR-RS	Priemer	Priemer	Priemer	Priemer	Priemer	Priemer
Vyhýbavosť						
Matka	3,6	3,5	3,4	3,3	3,1	3,1
Otec	4,2	4,1	4,3	4,2	4,0	3,7
Partner/ka	2,8	2,7	2,0	1,8	1,8	2,5
Kamarát/ka	2,5	2,4	2,5	2,4	2,4	2,9
Úzkosť						
Matka	2,2	2,2	1,6	1,6	1,6	2,0
Otec	2,5	2,5	2,0	2,0	1,9	2,0
Partner/ka	3,9	3,7	2,7	2,4	2,4	2,3
Kamarát/ka	2,8	2,7	2,4	2,2	2,3	2,1

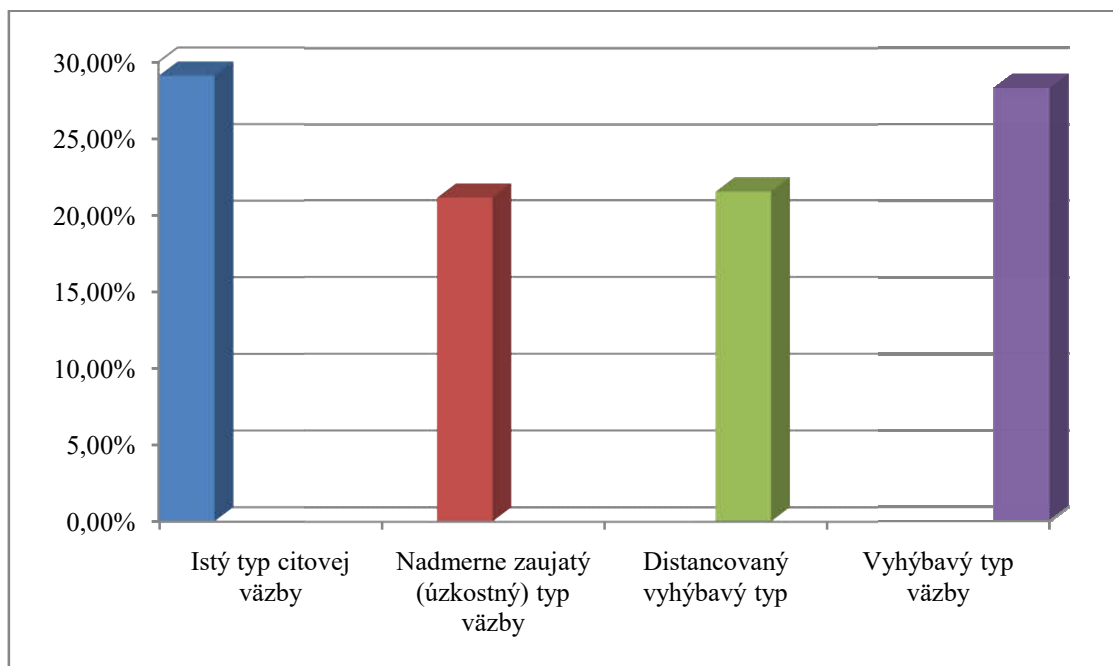
Tabuľka 4. Porovnanie vyhýbavosti a úzkosti v zahraničných štúdiách a v našom výskume a vo výskume v Českej republike

V našom výskumnom šetrení sme vypočítali celkové HS úzkosti a vyhýbavosti a na základe modelu vzťahovej väzby (viac v teoretickej časti) sme určovali typ vzťahovej väzby. Medián vyhýbavosti bol 2,9 a na základe tejto hodnoty má vysokú vyhýbavosť 143 (49,5%) a nízku vyhýbavosť 146 (50,5%) zdravotníkov. Medián úzkosti bol 1,5 a na základe toho má vysokú úzkosť 143 (49,5%) a nízku úzkosť 146 (50,5%) zdravotníkov (Obrázok 5).



Obrázok 5. Celková vzťahová vyhýbavosť a úzkosť v ECR-RS v našom súbore

Pokiaľ bola hodnota vyššia než medián pokladali sme to za vysokú úzkosť/vyhýbavosť a pokiaľ bola nižšia pokladali sme to za nízku vyhýbavosť/úzkosť. A na základe toho sme našu vzorku zaradili do 4 skupín podľa vyhýbavosti a úzkosti a ďalších kategórii (matka, otec, partner/ka, kamarát/ka) a nebrali sme v potaz dôvod silného vzťahu. Istý typ citovej väzby (secure attachment) má v našom výskumnom šetrení 84 (29,1%) personálu, čiže majú nízku úzkosť a zároveň nízku vyhýbavosť. Nadmerne zaujatý (úzkostný) typ väzby (preoccupied attachment) má 61 (21,1%) personálu a to znamená, že majú vysokú úzkosť a nízku vyhýbavosť. Distancovaný vyhýbavý typ (dismissing avoidant attachment) má 62 (21,5%) zdravotníckeho personálu a tým majú vysokú vyhýbavosť a nízku úzkosť. Poslednou skupinou je bázlivo vyhýbavý typ väzby (fearful avoidant attachment) a tú má 82 (28,3%) zdravotníkov a majú vysokú úzkosť a zároveň vysokú vyhýbavosť (Obrázok 6). Z nášho výskumu vyplýva, že 70,9% nášho vzorku zdravotného personálu má tendenciu ku nejakému typu nejstej citovej väzby (attachment).



Obrázok 6. Počet zdravotníckeho personálu a typ citovej väzby (attachment)

3.4 Organizácia vlastného šetrenia a spracovania dát

Dotazníkové šetrenie bolo uskutočnené v dvoch fakultných nemocniciach z dôvodu väčšieho počtu zdravotníckeho personálu a zároveň väčšej návratnosti dotazníkov. Dotazníkové šetrenie prebiehalo pomocou papierovej formy. Na základe toho boli oslovené štyri oddelenia v každej fakultnej nemocnici. Celkový počet osloveného personálu bolo 713 a to v období od februára 2017 do júna 2017. Celkovo bolo vyplnených 44,6% a to činí 318 respondentov. Dotazníky boli podané vrchným sestram týmto oddelení a následne nimi boli distribuované k jednotlivým zdravotníkom. Každý z dotazníkov obsahoval štyri dotazníky a informovaný súhlas. Bola zachovaná anonymita zdravotníckeho personálu, vkladáním vyplnených dotazníkov do vlastnej obálky. Do dotazníkového šetrenia boli zavzaté dotazníky aj čiastočne nevyplnené čiže použiteľnosť bola 100%.

Metódy, ktoré boli použité na štatistickú analýzu dát vychádzali z hypotéz výskumu o určitých vzťahoch medzi sledovanými premennými. Hypotézy výskumu sa týkali vzťahov medzi určitými premennými. Analýza dát bola založená na Spearmanovom korelačnom koeficiente. T-test (v prípade dvoch kategórii) a jednofaktorový model analýzy variancie (v prípade viacerých kategórii) boli použité na testovanie rozdielu distribúcie vzťahového kvantitatívneho znaku vtedy, keď jedna z premenných mala nominálny charakter. Bol sledovaný aj štatút signifikantnosti a to na základe chí-kvadrátu. Jednotlivé grafy a tabuľky boli vytvorené v Microsoft Excel. Pre analýzu dát bol použitý štatistický program IBM SPSS.

3.5 Výsledky vlastného šetrenia

V tejto časti bakalárskej práce sú graficky znázornené jednotlivé demografické údaje. V nasledujúcich tabuľkách sú v tejto časti aj odpovede z dotazníkov. Jedná sa o výsledky dotazníku Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Interpersonal Reactivity Index (IRI) a Experiences in Close Relationships – Relationship Structures (ECR-RS).

3.5.1 Popisná štatistika

3.5.1.1 Vlastný pološtruktúrovaný dotazník (AD)

Vo vlastnom pološtruktúrovanom dotazníku sme sa pýtali na rôzne demografické údaje (Tabuľka 6) jedným z nich bola aj dĺžka vzdelania u zdravotníckeho personálu (Tabuľka 5). Priemerný počet rokov vzdelania bol 14 rokov. Pričom minimálny počet rokov vzdelania bol 8 a maximálny počet rokov bol 23 rokov. Priemerná dĺžka praxe v zdravotníctve bola 18,6 rokov. Maximálna dĺžka praxe bola 48 rokov a minimálna bola 0 rokov. Na otázku koľko dní v roku sú chorí v priemere to bol priemer 6,5 dní, zato maximálny počet dní bol 60 dní a minimálna bol 0. Priemernosť užívania liekov proti bolesti bola 0,7 dňa. Maximálny počet dní v týždni bol 7 a minimálny bol 0. Priemerný počet dní s problémovým spaním bol 1,7 dní. Maximum bol 7 dní a minimum bol 0 (Tabuľka 5).

	Vek	Dĺžka vzdelania	Dĺžka praxe	Chorobnosť (počet dní v roku)	Lieky na bolesť (počet dní v týždni)	Problémy so spaním (počet dní v týždni)
N	318	318	318	318	318	318
Chýbajúci	0	0	0	0	0	0
M	41,1	14,0	18,6	6,5	0,7	1,7
Me	40,0	13,0	18,0	5,0	0,0	1,0
SD	11,8	1,8	12,3	9,1	1,3	2,3
MIN	20	8	0	0	0	0
MAX	70	23	48	60	7	7

Tabuľka 5. Demografické údaje (vek, dĺžka vzdelania, atď.)

Klinika	Frekvencia	počet v %
LDN	63	19,8
INT	60	18,9
KARD	101	31,8
ARO	94	29,6
Spolu	318	100,0
Pohlavie	Frekvencia	počet v %
Ženy	278	87,4
Muži	40	12,6
Spolu	318	100,0
Vzdelanie	Frekvencia	počet v %
ZŠ	5	1,6
SŠ	159	50,0
VOŠ	54	17,0
VŠ	100	31,4
Spolu	318	100,0
Pracovné zaradenie	Frekvencia	počet v %
S	25	7,9
SS	33	10,4
VS	260	81,8
Spolu	318	100,0
Rodinný stav	Frekvencia	počet v %
S	93	29,2
ŽsP	39	12,3
Ž/V	130	40,9
R	52	16,4
Spolu	314	98,7
Chýbajúce	4	1,3
Spolu	318	100,0
Zmena profesie	Frekvencia	počet v %
Áno	70	22,0
Nie	248	78,0
Spolu	318	100,0

Tabuľka 6. Demografické údaje (klinika, pohlavie, atď.)

3.5.1.2 Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

CBI je dotazníkom, ktorý je určený predovšetkým na zistenie a určenie syndrómu vyhorenia v určitých oblastiach. Zdravotnícky personál si musí vždy v danom dotazníku vybrať len jednu odpoveď. Na každej zo škál bola vyhotovená položková analýza. V položkovej analýze škály PB (Tabuľka 7) je najvyššie priemerné skóre (M=60,0) a týka sa položky CBI1: „Často sa cítite unavený/á?“ A tým poukazuje na vyčerpanie (exhaustion) v našom výskumnom vzorku zdravotníkov.

	N	Priemer	SD	R(I,T)
CBI1	316	60,0	20,2	0,5
CBI4	316	54,2	23,2	0,5
CBI7	316	46,8	24,8	0,5
CBI10	316	29,8	29,0	0,6
CBI13	316	51,5	26,9	0,6
CBI16	316	35,8	27,1	0,5

Tabuľka 7. Položková analýza škály PB

V položkovej analýze škály WRB (Tabuľka 8) najvyššie priemerné skóre zo všetkých škál ukazuje položka CBI2 (M=72,4): „Cítite sa na konci pracovného dňa utáhaná/y?“ Môžeme to znamenať, že v našom výskumnom vzorku prevažuje vo veľkej miere fyzické vyčerpanie.

	N	Priemer	SD	R(I,T)
CBI2	316	72,4	26,0	0,3
CBI3	316	34,8	26,6	0,5
CBI5	316	38,3	31,2	0,4
CBI8	316	30,9	28,1	0,5
CBI11	316	63,1	31,1	-0,1
CBI14	316	52,9	28,3	0,5
CBI17	316	39,2	26,7	0,5

Tabuľka 8. Položková analýza škály WRB

V škále CRB a jej položkovej analýze (Tabuľka 9) je najvyšší priemer dosiahnutý v položke CBI6 (M=67,7) a týka sa: „Považuje za náročné pracovať s pacientmi?“ Vysvetliť to môže tak, že skutočne v našom výskumnom súbore je syndróm vyhorenia vo vzťahu ku pacientovi a personál považuje prácu s nimi za psychicky náročnú.

	N	Priemer	SD	R(I,T)
CBI6	316	67,7	33,5	0,4
CBI9	316	34,2	30,6	0,6
CBI12	316	21,9	27,5	0,6
CBI15	316	49,8	32,2	0,6
CBI18	316	42,3	27,5	0,7
CBI19	316	39,5	32,0	0,6

Tabuľka 9. Položková analýza škály CRB

Počet vyplnených dotazníkov je 316 aj, čo sa týka jednotlivých škál. Dosahovaný priemer v CBI je 45,5 a hodnota mediánu je 44,7. Smerodajná odchýlka je 17,9 (Tabuľka 10). Na základe Cronbachova koeficientu alfa ($\alpha=0,92$), ktorý ukazuje vnútornú konzistenciu, ktorá je v tomto prípade vysoká. V škále PB je $\alpha=0,83$, v škále WRB je $\alpha=0,69$ a v poslednej škále je $\alpha=0,84$. V štúdií Davisa (1986) je podobná vnútorná konzistencia, okrem pracovného vyhorenia, kde je v našom súbore podstatne nižšia.

	N	M	Me	SD	MIN	MAX
CBI						
PB priemer	316	46,3	45,8	18,8	0,0	100,0
WBR priemer	316	47,7	46,4	16,6	0,0	100,0
CRB priemer	316	42,8	41,6	22,9	0,0	100,0
CBI celkový priemer	316	45,5	44,7	17,9	0,0	100,0

Tabuľka 10. Popisná štatistika metódy CBI

3.5.1.3 *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*

Empatia sa počíta súčtom bodov odpovedí v jednotlivých škálach PT, PD, FS alebo EC. Bola vytvorená položková analýza každej škály v IRI. V položkovej analýze škály PT (Tabuľka 11) dosahuje najvyšší priemer položka IRI21 ($M=2,7$) a hovorí: „Verím, že každý názor a otázka majú dve strany a snažím sa pozerať na obe z nich“. Táto položka vlastne vysvetľuje schopnosť prijímania perspektívy.

	N	Priemer	SD	R(I,T)
IRI3	308	2,4	1,1	-0,01
IRI8	308	2,6	1,1	0,4
IRI11	308	2,4	1,1	0,4
IRI15	308	2,0	1,3	-0,01
IRI21	308	2,7	1,2	0,4
IRI25	308	1,6	1,2	0,3
IRI28	308	2,1	1,2	0,4

Tabuľka 11. Položková analýza škály PT

Položková analýza PB škály (Tabuľka 12) najvyššie priemerné skóre dosahuje v našom vzorku v položke IRI10 ($M=2,2$) a týka sa: „Niekedy sa cítim bezradne, keď sa ocitnem uprostred veľmi emocionálne vypätej situácii.“ Týmto dotazom vysvetľuje personálny distres, ktorý sýti táto položka.

	N	Priemer	SD	R(I,T)
IRI6	308	1,8	1,3	0,4
IRI10	308	2,2	1,1	0,4
IRI13	308	1,6	1,2	0,1
IRI17	308	1,7	1,2	0,5
IRI19	308	1,4	1,1	0,09
IRI24	308	1,3	1,2	0,4
IRI27	308	0,7	1,2	0,3

Tabuľka 12. Položková analýza škály PB

V položkovej analýze škály FS (Tabuľka 13) má najvyššie priemerné skóre otázka IRI12 ($M=2,2$): „Je pre mňa pomerne vzácne byť celý vtiahnutý do deja dobrej knihy alebo filmu.“ Táto otázka ukazuje, čo sýti najviac škálu FS, v ktorej, ale náš súbor dosiahol najnižšieho skóre.

	N	Priemer	SD	R(I,T)
IRI1	308	1,3	1,3	0,3
IRI5	308	1,7	1,3	0,5
IRI7	308	2,1	1,3	0,1
IRI12	308	2,2	1,3	0,1
IRI16	308	1,3	1,2	0,5
IRI23	308	1,7	1,3	0,5
IRI26	308	1,5	1,3	0,5

Tabuľka 13. Položková analýza škály FS

Čo sa týka položkovej analýzy škály EC (Tabuľka 14) najvyšší priemer v tejto škále dosahuje položka IRI18 ($M=2,8$): „Keď vidím ako je s nejakým človekom nespravodlivo zachádzané, tak mi ho nie je moc ľúto.“ Môžeme to vysvetliť tak, že aj keď je empatia v škále EC nízka, vo vzťahu ku človeku napriek tomu funguje.

	N	Priemer	SD	R(I,T)
IRI2	308	2,3	1,2	0,3
IRI4	308	2,6	1,2	0,2
IRI9	308	2,7	1,1	0,3
IRI14	308	2,0	1,3	-0,02
IRI18	308	2,8	1,3	0,3
IRI20	308	2,3	1,2	0,1

Tabuľka 14. Položková analýza škály EC

Počet vyplnených dotazníkov v tejto metóde je 308 a to aj v jednotlivých škálach. Dosahovaný priemer v IRI je 56,9 a hodnota mediánu je 57,0. Smerodajná odchýlka je 11,6 (Tabuľka 15). Čím vyššie skóre, tým vyššia empatia. Na zistenie vnútornej konzistencie dotazníku IRI bol použitý Cronbachov koeficient alfa $\alpha=0,69$, čo je uspokojivý výsledok. V škále PT je $\alpha=0,57$, v škále PB je $\alpha=0,63$ a v predposlednej škále F je $\alpha=0,67$, v poslednej škále EC je $\alpha=0,44$. V škále EC a PT sa ukazuje nízka vnútorná konzistencia pre náš výskum, čo znamená nízku reliabilitu. Príčinou môže byť, že dotazník mohol byť oproti dotazníku CBI na syndróm vyhorenia ohrozený z hľadiska zistenej miery empatie. V porovnaní s výskumom na študentoch Konrath (2013) zistil, že u študentov je $\alpha=0,61-0,79$ a u študentiek $\alpha=0,62-0,81$. Na základe týchto hodnôt možno povedať, že majú vyššiu vnútornú konzistenciu a reliabilitu.

	N	M	Me	SD	MIN	MAX
IRI						
PT	308	16,2	16,0	4,5	0	33
FS	308	12,1	12,0	5,5	0	30
EC	308	17,6	17,0	4,4	0	28
PD	308	10,9	11,0	4,8	0	23
IRI celkovo	308	56,9	57,0	11,6	26	89

Tabuľka 15. Popisná štatistika metódy IRI

3.5.1.4 Experiences in Close Relationships- Relationship Structures (ECR-RS)

Tento dotazník je určený hlavne ku zisteniu úzkostnosti a vyhýbavosti ku najbližším osobám. Položková analýza škály vyhýbavosti (Tabuľka 16) dosahuje najvyššie priemerné skóre vo vyhýbavosti ku partnerovi a to v položkách ECRp1 (M=5,7): „Keď niečo potrebujem, pomôže mi obrátiť sa na túto osobu.“ A v položke ECRp3 (M=5,5): „S touto osobou preberám veci.“ Dá sa to vysvetliť tak, že vo vzťahu zdravotníckeho personálu dominuje vyhýbavosť ku partnerovi a popri nej aj vyhýbavosť ku matke. Vyhýbavosť ku matke v položke ECRm1 (M=5,0): „Keď niečo potrebujem, pomôže mi obrátiť sa na túto osobu.“ U nášho výskumného vzorku bol problém obrátiť sa na matku v prípade potreby.

	N	Priemer	SD	R(I,T)
ECRm1	237	5,0	2,3	0,5
ECRm2	237	4,5	2,3	0,5
ECRm3	237	4,8	2,3	0,6
ECRm4	237	3,5	2,4	0,5
ECRm5	237	2,7	2,2	0,2
ECRm6	237	2,9	2,2	0,1
ECRo1	237	4,5	2,5	0,5
ECRo2	237	3,8	2,3	0,5
ECRo3	237	4,2	2,4	0,5
ECRo4	237	3,1	2,3	0,5
ECRo5	237	3,1	2,3	0,1
ECRo6	237	3,2	2,4	0,1
ECRp1	237	5,7	1,9	0,4
ECRp2	237	5,5	2,0	0,4
ECRp3	237	5,5	2,1	0,4
ECRp4	237	4,1	2,4	0,4
ECRp5	237	2,4	2,0	0,1
ECRp6	237	2,5	2,1	0,2
ECRk1	237	5,3	2,0	0,4
ECRk2	237	5,3	2,0	0,3
ECRk3	237	5,3	2,1	0,4
ECRk4	237	3,3	2,2	0,4
ECRk5	237	2,6	2,0	0,1
ECRk6	237	2,7	2,1	0,2

Tabuľka 16. Položková analýza škály vyhýbavosti

Položková analýza škály úzkostnosti (Tabuľka 17) ukazuje najvyššiu mieru vzťahovej úzkostnosti ku partnerovi ECRp8 (M=2,8): „Bojím sa, že ma táto osoba môže

opustiť.“ Môže to znamenať, že strach z opustenia matkou je v dospelom veku nahradený strachom z opustenia romantického partnera.

	N	Priemer	S	R(I,T)
ECRm7	237	1,8	1,8	0,6
ECRm8	237	2,3	2,2	0,6
ECRm9	237	1,8	1,7	0,7
ECRo7	237	2,0	1,9	0,5
ECRo8	237	2,1	2,0	0,5
ECRo9	237	1,8	1,8	0,6
ECRp7	237	2,0	1,8	0,5
ECRp8	237	2,8	2,2	0,6
ECRp9	237	2,4	2,1	0,6
ECRk7	237	1,9	1,7	0,5
ECRk8	237	2,4	2,0	0,5
ECRk9	237	2,2	1,9	0,5

Tabuľka 17. Položková analýza škály úzkostnosti

Počet vyplnených dotazníkov v ECR-RS je 290. Dosahovaný priemer pre vyhýbavosť celkovo je 3,0 a hodnota mediánu je 2,9. Priemer pre celkovú úzkosť je 2,1 a hodnota mediánu je 1,5. Smerodajná odchýlka pre vyhýbavosť je 1,2 a to platí aj pre úzkosť (Tabuľka 18). Na zistenie vnútornej konzistencie dotazníku ECR-RS bol použitý Cronbachov koeficient alfa, ktorý pre vyhýbavosť je $\alpha=0,84$. Pre úzkosť je $\alpha=0,89$, čo ukazuje vyššiu vnútornú konzistenciu. V porovnaní s výskumom Fraley et al. (2006) je v našom výskumnom vzorku vnútorná konzistencia o niečo vyššia než vo Fraley et al., kde je Cronbachov koeficient alfa $\alpha=0,81$.

	N	M	Me	SD	MIN	MAX
ECR-RS						
Matka vyhýbavosť	264	3,1	2,8	1,7	1,0	7,0
Matka úzkosťnosť	264	2,0	1,0	1,5	1,0	7,0
Otec vyhýbavosť	247	3,7	3,5	1,8	1,0	7,0
Otec úzkosťnosť	247	2,0	1,0	1,5	1,0	7,0
Partner/ka vyhýbavosť	277	2,5	2,1	1,4	1,0	7,0
Partner/ka úzkosťnosť	277	2,3	1,3	1,6	1,0	7,0
Kamarát/ka vyhýbavosť	275	2,9	2,6	1,4	1,0	7,0
Kamarát/ka úzkosťnosť	275	2,1	1,3	1,5	1,0	7,0
Celková vyhýbavosť	290	3,0	2,9	1,2	1,0	7,0
Celková úzkosťnosť	290	2,1	1,5	1,3	1,0	7,0

Tabuľka 18. Popisná štatistika metódy ECR-RS

3.5.2 Analýza hypotéz

Hypotéza č.1: Vzťahová úzkosťnosť a vyhýbavosť ECR-RS súvisí so zvýšeným skóre v metóde CBI meracom syndróm vyhorenia.

Pri otestovaní tejto hypotézy č.1 sme použili Spearmanův korelačný koeficient. Signifikantné korelácie sú zvýraznené tučne. V tejto hypotéze bol zistený slabý štatistický vzťah medzi úzkosťnosťou a osobným vyhorením (PB) ($r=0,1$; $p=0,06$) a medzi úzkosťnosťou a pracovným vyhorením (WRB) ($r=0,2$; $p=0,008$). A preto je hypotézu č.1 možné prijať. Čím väčšia je úzkosťnosť, tým väčšie je osobné vyhorenia a zároveň je väčšie aj pracovné vyhorenie (Tabuľka 19). Hypotéza avšak nebola prijatá úplne. Dôvodom jej úplného neprijatia je nepreukázanie ostatných vzťahov medzi CBI a ECR-RS.

		PB priemer	WRB priemer	CRB priemer	CBI celkovo priemer
ECR vyhýbavosť	R	0,04	0,03	-0,04	0,01
	P	0,4	0,6	0,5	0,9
	N	288	288	288	288
ECR úzkosť	R	0,1	0,2	0,06	0,1
	P	0,05	0,008	0,3	0,06
	N	288	288	288	288

Tabuľka 19. Vzťah medzi vyhýbavosťou a úzkosťou (ECR-RS) a medzi jednotlivými zložkami CBI (Spearmanův korelačný koeficient a p-hodnota)

a) Zvýšená úzkosť ECR-RS jednotlivých skúmaných osôb- matka, otec, partner/ka, kamarát/ka so zvýšeným vyhorením, meraním CBI.

V prílohe č. 11 môžeme sledovať štatisticky významnú súvislosť medzi zvýšenou úzkosťou k matke a škálou PB ($r=0,1$; $p=0,04$ v PB) a škálou WRB ($r=0,1$; $p=0,007$ v WRB), úzkosťou ku otcovi ($r=0,1$; $p=0,02$ v PB) ($r=0,1$; $p=0,003$) a vzťahovou úzkosťou ku partnerovi/ke ($r=0,1$; $p=0,04$ v PB) ($r=0,01$; $p=0,5$), ktorá súvisí so syndrómom vyhorenia v osobnom vyhorení (PB) a pracovnom vyhorení (WRB). To znamená, že vzťahová úzkosť má významný vplyv na syndróm vyhorenia. Avšak neplatí to pre vzťah kamarátsky. Môže to znamenať, že vzťahy, ktoré sú blízke viac vplývajú na vyhorenie človeka.

Hypotéza č.2: Zvýšená vzťahová úzkosť a vyhýbavosť v ECR-RS súvisí so zníženou empatiou v IRI.

Na otestovanie tejto hypotézy č.2 sme použili Spearmanův korelačný koeficient. Na základe tejto hypotézy sa nepotvrdili žiadne súvislosti medzi zvýšenou vzťahovou úzkosťou a vyhýbavosťou a zníženou empatiou. Môžeme tak zhodnotiť, že zvýšená úzkosť a vyhýbavosť nesúvisí v našom vzorku so zníženou empatiou (Tabuľka 20).

		PT	FS	EC	PD	IRI spolu
ECR vyhýbavosť	R	-0,07	-0,03	-0,03	0,03	-0,04
	P	0,3	0,6	0,6	0,7	0,5
	N	284	284	284	284	284
ECR úzkosť	R	-0,07	-0,03	0,04	0,03	-0,03
	P	0,2	0,6	0,5	0,6	0,6
	N	284	284	284	284	284

Tabuľka 20. Vzťah medzi zvýšenou vyhýbavosťou a úzkosťou (ECR-RS) a medzi zložkami empatie (IRI) (Spearmanův korelačný koeficient)

Hypotéza č.3: Syndróm vyhorenia meraný CBI súvisí so zníženou empatiou meranou IRI.

Hypotéza bola otestovaná pomocou Spearmanůvho korelačného koeficientu. V tabuľke sú štatisticky významné nálezy označené tučne. Pozitívne slabá korelácia bola zistená medzi osobným vyhorením (PB) a fantáziou (FS) ($r=0,2$; $p=0,008$) a taktiež celkovým IRI ($r=0,1$; $p=0,04$). V zmysle pozitívnej korelácie i vzťah medzi pracovným vyhorením (WBR) a škálou FS ($r=0,1$; $p=0,04$) a tiež medzi vyhorením ku klientovi/pacientovi a škálou FS ($r=0,1$; $p=0,05$) a zároveň aj osobným distresom (PD) ($r=0,1$; $p=0,03$). Taktiež celkové skóre v CBI koreluje pozitívne so škálou fantázie FS ($r=0,1$; $p=0,02$) (Tabuľka 21). Výsledky môžu znamenať, že čím je vyššie osobné vyhorenie, tým je vyššia empatia v škále fantázie (FS). Čím je vyššie pracovné vyhorenie, tým je vyššia empatia v škále fantázie (FS). Čím je vyššie vyhorenie ku klientovi, tým je vyššia empatia v škále fantázie a PD. Čím je vyššie celkové vyhorenie, tým je vyššia empatia v škále fantázie (FS). Celkovo, ale v tejto hypotéze nebol nájdený vzťah medzi celkovým CBI a celkovým IRI, hypotézu teda možno prijať len čiastočne.

		PT	FS	EC	PD	IRI celkovo
PB priemer	R	0,01	0,2	0,02	0,1	0,1
	p	0,8	0,01	0,7	0,2	0,04
	N	306	306	306	306	306
WRB priemer	R	-0,03	0,1	-0,04	0,1	0,1
	p	0,6	0,04	0,5	0,3	0,3
	N	306	306	306	306	306
CRB priemer	R	-0,04	0,1	-0,1	0,1	0,06
	P	0,5	0,1	0,1	0,03	0,3
	N	306	306	306	306	306
CBI celkovo priemer	R	-0,03	0,1	-0,04	0,1	0,08
	P	0,7	0,02	0,4	0,1	0,1
	N	306	306	306	306	306

Tabuľka 21. Vzťah medzi zvýšenou hodnotou CBI a zníženou empatiou (Spearmanův korelačný koeficient, p-hodnota)

Hypotéza č.4: Demografické premenné a premenné zdravotného stavu súvisia so vzťahovou úzkosťou a vyhýbavosťou v ECR-RS, so syndrómom vyhorenia v CBI a s empatiou v IRI.

Na testovanie tejto hypotézy bol použitý F-test z analýzy rozptylu a Spearmanův korelačný koeficient. Na štatisticky významnú analýzu bol použitý aj jednofaktorový model analýzy variancie. Všetky signifikantné nálezy sú označené tučne.

a) Vzťah medzi pohlavím a jednotlivými dotazníkmi (ECR-RS, CBI a IRI)

Bol zistený rozdiel priemerov v škále fantázie (FS) ($F=5,2$; $p=0,03$) v IRI a pohlavím je označený tučne (Tabuľka 23), tzn., že ženské pohlavie má nižšie skóre než mužské, ale to len v tejto škále FS (IRI). Zdravotnícky personál ženského pohlavia má nižšiu empatiu v škále fantázie, nedokáže si tak predstavovať seba samých v knihách, filmoch atď. ako mužské pohlavie. Limitom v tomto výskumnom šetrení bol počet žien ($N=254$) oproti počtu mužov ($N=36$) (Tabuľka 22). Na otestovanie týchto vzťahov bol použitý F-test analýzy rozptylu ANOVA. Avšak ostatné vzťahy v iných škálach empatie, ale ani vo vzťahovej väzbe a vyhorení neboli nalené a tak neboli prijaté z dôvodu nepreukázania sa.

		N	M	SD
ECR-RS				
ECR vyhýbavosť	ženy	254	3,0	1,2
	muži	36	3,1	1,2
	spolu	290	3,0	1,2
ECR úzkostnosť	ženy	254	2,1	1,3
	muži	36	2,1	1,5
	spolu	290	2,1	1,3
CBI				
PB priemer	ženy	276	47,0	18,6
	muži	40	41,6	19,6
	spolu	316	46,3	18,8
WRB priemer	ženy	276	47,7	16,6
	muži	40	47,7	17,6
	spolu	316	47,7	16,7
CRB priemer	ženy	276	42,5	22,6
	muži	40	44,6	25,4
	spolu	316	42,8	23,0
CBI celkovo priemer	ženy	276	45,7	17,7
	muži	40	44,7	19,5
	spolu	316	45,6	17,9
IRI				
PT	ženy	269	16,2	4,7
	muži	39	16,3	4,1
	spolu	308	16,2	4,6
FS	ženy	269	11,9	5,6
	muži	39	13,8	4,7
	spolu	308	12,1	5,5
EC	ženy	269	17,8	4,5
	muži	39	17,0	3,6
	spolu	308	17,7	4,4
PD	ženy	269	10,9	4,7
	muži	39	11,5	5,2
	spolu	308	11,0	4,8
IRI celkovo	ženy	269	56,7	12,0
	muži	39	58,5	9,0
	spolu	308	57,0	11,6

Tabuľka 22. Vzťah medzi pohlavím a jednotlivými škálami dotazníku (CBI, ECR-RS, IRI)

	F	P
ECR vyhýbavosť	0,1	0,8
ECR úzkosť	0,01	0,9
PB priemer	2,8	0,1
WRB priemer	0,0	0,9
CRB priemer	0,3	0,6
CBI celkový priemer	0,1	0,7
PT	0,01	0,9
FS	5,2	0,02
EC	1,4	0,2
PD	0,5	0,4
IRI celkovo	1,3	0,2

Tabuľka 23. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)

b) Vzťah medzi pracovným zaradením a jednotlivými dotazníkmi (CBI, IRI a ECR-RS)

Bol zistený vzťah medzi pracovným zaradením (sanitár, staničná sestra a všeobecná sestra) a medzi jednotlivými dotazníkmi vo výskumnom šetrení, ale len v niektorých testoch (Tabuľka 24). Pri tomto spracovaní sme použili F-test z analýzy rozptylu a p-hodnotu. Štatisticky významné nálezy sú označené tučne v tabuľkách.

Bol zistený štatisticky významný rozdiel v ECR-RS vo vzťahovej úzkosti a jednotlivými pracovnými zaradeniami ($F=3,7$; $p=0,03$) (Tabuľka 25). Najnižšiu vzťahovú úzkosť mali staničné sestry ($M=1,7$) a najvyššiu sanitári ($M=2,6$). Môže to znamenať, že čím nižšie pracovné zaradenie tým vyššia vzťahová úzkosť. Sanitári nemajú také pracovné kompetencie ako všeobecné sestry. Na základe toho bol tento vzťah medzi pracovným zaradením a jednotlivými dotazníkmi prijatý len čiastočne. Nakoľko tento vzťah bol signifikantný len pri vzťahovej úzkosti (Tabuľka 25). Ostatné vzťahy medzi pracovným zaradením a IRI, CBI a ECR-RS sa nepreukázali.

		N	M	SD
ECR-RS				
ECR vyhýbavosť	S	24	3,1	1,5
	SS	31	3,0	1,4
	VS	235	3,0	1,2
	Spolu	290	3,0	1,2
ECR úzkostnosť	S	24	2,6	1,6
	SS	31	1,7	0,9
	VS	235	2,1	1,3
	Spolu	290	2,1	1,3
CBI				
PB priemer	S	25	40,2	20,2
	SS	33	45,3	14,4
	VS	258	47,1	19,1
	Spolu	316	46,3	18,8
WRB priemer	S	25	41,6	18,7
	SS	33	47,2	13,4
	VS	258	48,4	16,8
	Spolu	316	47,7	16,7
CRB priemer	S	25	35,5	28,9
	SS	33	40,9	18,1
	VS	258	43,8	22,8
	Spolu	316	42,8	23,0
CBI celkový priemer	S	25	39,2	21,3
	SS	33	44,5	13,3
	VS	258	46,3	18,0
	Spolu	316	45,6	17,9
IRI				
PT	S	25	16,5	4,6
	SS	33	18,3	4,6
	VS	250	15,9	4,5
	Spolu	308	16,2	4,6
FS	S	25	13,0	5,6
	SS	33	11,3	4,5
	VS	250	12,2	5,6
	Spolu	308	12,1	5,5
EC	S	25	19,5	3,9
	SS	33	18,0	4,7
	VS	250	17,5	4,4
	Spolu	308	17,7	4,4
PD	S	25	10,8	5,8
	SS	33	10,8	4,1
	VS	250	11,0	4,8
	Spolu	308	11,0	4,8
IRI celkovo	S	25	59,3	10,2
	SS	33	58,4	10,3
	VS	250	56,5	11,9
	Spolu	308	57,0	11,6

Tabuľka 24. Vzťah medzi pracovným zaradením a jednotlivými škálami dotazníkov

	F	p
ECR vyhýbavosť	0,1	0,9
ECR úzkosťnosť	3,7	0,03
PB priemer	1,4	0,2
WRB priemer	1,5	0,2
CRB priemer	1,1	0,3
CBI celkový priemer	1,4	0,2
PT	1,4	0,2
FS	0,8	0,4
EC	2,9	0,06
PD	0,1	0,9
IRI celkovo	1,1	0,3

Tabuľka 25. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)

c) Vzťah medzi dosiahnutým vzdelaním a jednotlivými dotazníkmi (CBI, IRI a ECR-RS)

Bol zistený štatisticky významný rozdiel v priemere v ECR-RS škále vzťahovej úzkosťnosti ($F=6,4$; $p=0,004$). Čím vyššie vzdelanie personál dosahoval, tým nižšie skóre mal vo vzťahovej úzkosťnosti a naopak a tým sa môže prejaviť i vo vzťahu ku pacientovi. Na základe toho bol tento vzťah medzi dosiahnutým vzdelaním a jednotlivými dotazníkmi prijatý len čiastočne. Nakoľko bol signifikantný len pri úzkosťnosti v ECR-RS (Tabuľka 27). Ostatné vzťahy medzi dosiahnutým vzdelaním a jednotlivými škálami v IRI, v CBI a v ECR-RS neboli preukázané.

		N	M	SD
ECR-RS				
ECR vyhýbavosť	ZŠ	5	3,7	0,6
	SŠ	143	3,1	1,2
	VOŠ	47	2,9	1,1
	VŠ	95	3,0	1,3
	Spolu	290	3,0	1,2
ECR úzkostnosť	ZŠ	5	3,6	1,6
	SŠ	143	2,3	1,4
	VOŠ	47	2,1	1,4
	VŠ	95	1,7	1,0
	Spolu	290	2,1	1,3
CBI				
PB priemer	ZŠ	5	39,2	21,4
	SŠ	159	46,4	19,0
	VOŠ	53	46,5	21,7
	VŠ	99	46,5	16,8
	Spolu	316	46,3	18,8
WRB priemer	ZŠ	5	45,0	23,1
	SŠ	159	47,8	17,0
	VOŠ	53	47,0	19,7
	VŠ	99	48,1	14,2
	Spolu	316	47,7	16,7
CRB priemer	ZŠ	5	30,8	25,5
	SŠ	159	43,5	23,7
	VOŠ	53	41,9	24,6
	VŠ	99	42,8	20,8
	Spolu	316	42,8	23,0
CBI celkový priemer	ZŠ	5	38,7	23,0
	SŠ	159	45,8	18,5
	VOŠ	53	44,9	20,8
	VŠ	99	45,8	15,2
	Spolu	316	45,6	17,9
IRI				
PT	ZŠ	5	17,2	4,0
	SŠ	155	16,0	4,8
	VOŠ	49	17,0	4,6
	VŠ	99	16,1	4,4
	Spolu	308	16,2	4,6
FS	ZŠ	5	15,4	8,0
	SŠ	155	11,8	5,4
	VOŠ	49	12,6	5,8
	VŠ	99	12,4	5,5
	Spolu	308	12,1	5,5
EC	ZŠ	5	21,0	3,8
	SŠ	155	18,1	4,4
	VOŠ	49	16,5	4,5
	VŠ	99	17,5	4,4
	Spolu	308	17,7	4,4
PD	ZŠ	5	11,2	7,4
	SŠ	155	11,4	4,7
	VOŠ	49	10,1	4,7
	VŠ	99	10,7	4,8
	Spolu	308	11,0	4,8
IRI celkovo	ZŠ	5	64,8	12,8
	SŠ	155	57,0	11,0
	VOŠ	49	56,5	12,0
	VŠ	99	56,7	12,4
	Spolu	308	57,0	11,6

Tabuľka 26. Vzťah medzi vzdelaním zdravotníckeho personálu a jednotlivými škálami dotazníkov

	F	P
ECR vyhýbavosť	2,0	0,1
ECR úzkosť	6,4	0,004
PB priemer	0,1	0,9
WRB priemer	0,06	0,9
CRB priemer	0,4	0,7
CBI celkový priemer	0,2	0,9
PT	0,6	0,9
FS	0,6	0,5
EC	2,6	0,07
PD	1,1	0,3
IRI celkovo	0,6	0,6

Tabuľka 27. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)

d) Vzťah medzi rodinným stavom a jednotlivými dotazníkmi (CBI, IRI a ECR-RS)

Zistili sme rozdiely medzi priermi v jednotlivých dotazníkoch (CBI, IRI a ECR-RS) a rodinným stavom (slobodný, žije s partnerom, ženatý/vydatá, rozvedený) (Tabuľka 28). Pri tomto spracovaní sme použili F-test z analýzy rozptylu a p-hodnotu. Štatisticky významné nálezy sú označené tučne v tabuľkách.

Bol zistený štatisticky významný rozdiel v priemere v škále vyhýbavosti ECR-RS ($F=2,9$; $p=0,03$) a v škále fantázie (FS; IRI) ($F=3,8$; $p=0,01$) (Tabuľka 29). Najnižší priemer vzťahovej vyhýbavosti majú tí, ktorí žijú s partnerom a najvyššiu tí, ktorí sú rozvedení. Dalo by sa povedať, že personál, ktorí žijú s partnerom a má podporu s jeho strany má nižšiu vyhýbavosť než personál, ktorý je rozvedený a nemá partnerskú oporu. Čo sa týka empatie v škále FS, tak najvyššiu majú slobodní a najnižšiu rozvedení. To znamená, že slobodní majú viac empatie vo fantázii než ľudia rozvedení, ktorí sa zaoberajú inými problémami vo svojich životoch.

Na základe toho bol tento vzťah medzi rodinným stavom a jednotlivými dotazníkmi prijatý len čiastočne. Nakoľko tento vzťah bol významný len pri vyhýbavosti a fantáziách (FS) (Tabuľka 29). Ostatné vzťahy medzi rodinným stavom a IRI, CBI a ECR-RS neboli preukázané.

		N	M	SD
ECR-RS				
ECR vyhýbavosť	S	88	3,1	1,2
	ŽsP	36	2,5	1,1
	Ž/V	113	3,1	1,1
	R	49	3,2	1,3
	Spolu	286	3,0	1,2
ECR úzkosť	S	88	2,2	1,3
	ŽsP	36	1,9	1,4
	Ž/V	113	2,1	1,2
	R	49	2,2	1,5
	Spolu	286	2,1	1,3
CBI				
PB priemer	S	92	46,7	18,0
	ŽsP	38	45,3	17,3
	Ž/V	130	45,6	18,3
	R	52	48,9	22,6
	Spolu	312	46,4	18,8
WRB priemer	S	92	48,4	16,9
	ŽsP	38	48,0	15,3
	Ž/V	130	46,3	16,4
	R	52	50,3	18,1
	Spolu	312	47,8	16,7
CRB priemer	S	92	43,9	23,2
	ŽsP	38	47,2	21,2
	Ž/V	130	40,6	21,9
	R	52	43,5	26,1
	Spolu	312	42,9	22,9
CBI celkový priemer	S	92	46,3	17,4
	ŽsP	38	46,7	16,2
	Ž/V	130	44,1	17,5
	R	52	47,7	21,0
	Spolu	312	45,6	17,9
IRI				
PT	S	90	15,5	4,6
	ŽsP	36	16,3	4,1
	Ž/V	127	16,7	4,3
	R	52	16,3	5,3
	Spolu	305	16,2	4,5
FS	S	90	13,3	5,5
	ŽsP	36	12,4	4,5
	Ž/V	127	12,2	5,8
	R	52	10,2	5,0
	Spolu	305	12,2	5,5
EC	S	90	17,7	4,2
	ŽsP	36	16,7	4,3
	Ž/V	127	18,2	4,7
	R	52	17,0	4,1
	Spolu	305	17,7	4,5
PD	S	90	11,1	5,1
	ŽsP	36	10,8	4,3
	Ž/V	127	10,9	4,6
	R	52	11,0	5,1
	Spolu	305	11,0	4,8
IRI celkovo	S	90	57,6	12,0
	ŽsP	36	55,7	12,1
	Ž/V	127	57,9	11,6
	R	52	54,8	10,6
	Spolu	305	57,0	11,6

Tabuľka 28. Vzťah medzi rodinným stavom a jednotlivými škálami dotazníkov

	F	p
ECR vyhýbavosť	2,9	0,03
ECR úzkosťnosť	0,4	0,7
PB priemer	0,3	0,8
WRB priemer	0,7	0,5
CRB priemer	1,0	0,3
CBI celkový priemer	0,5	0,6
PT	1,2	0,2
FS	3,8	0,01
EC	1,6	0,1
PD	0,1	0,9
IRI celkovo	1,1	0,3

Tabuľka 29. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)

e) Vzťah medzi zmenou profesie a jednotlivými dotazníkmi (CBI, IRI a ECR-RS)

Zistili sme vzťah medzi zmenou profesie a medzi jednotlivými dotazníkmi (CBI, IRI a ECR-RS) vo výskumnom šetrení v niektorých škálach (Tabuľka 30). Pri tomto spracovaní sme použili F-test z analýzy rozptylu ANOVA a p-hodnotu. Štatisticky významné nálezy sú označené tučne v tabuľkách.

Bol zistený štatisticky významný rozdiel priemerov v celkovom skóre v CBI ($F=27,2$; $p<0,001$) a ďalej vo všetkých škálach: v osobnom vyhorení (PB) ($F=21,3$; $p<0,001$), vo vyhorení ku klientom/pacientom (CRB) ($F=26,6$; $p<0,001$), a v pracovnom vyhorení (WRB) ($F=20,5$; $p<0,001$) (Tabuľka 31). Ti, ktorí uvažovali o zmene povolania dosahovali vyšších hodnôt v škálach meracích syndróm vyhorenia.

Na základe toho bol tento vzťah medzi zmenou profesie a jednotlivými dotazníkmi prijatý len čiastočne. Ostatné vzťahy medzi zmenou profesie a IRI a ECR-RS neboli preukázané.

		N	M	SD
ECR-RS				
ECR vyhýbavosť	Áno	64	3,1	1,2
	Nie	226	3,0	1,2
	Spolu	290	3,0	1,2
ECR úzkosťnosť	Áno	64	2,3	1,5
	Nie	226	2,0	1,3
	Spolu	290	2,1	1,3
CBI				
PB priemer	Áno	70	55,5	19,0
	Nie	246	43,8	18,0
	Spolu	316	46,3	18,8
WRB priemer	Áno	70	55,7	16,9
	Nie	246	45,4	15,9
	Spolu	316	47,7	16,7
CRB priemer	Áno	70	54,9	22,3
	Nie	246	39,4	22,0
	Spolu	316	42,8	23,0
CBI celkový priemer	Áno	70	55,2	17,6
	Nie	246	42,8	17,1
	Spolu	316	45,6	17,9
IRI				
PT	Áno	68	16,5	4,3
	Nie	240	16,1	4,7
	Spolu	308	16,2	4,6
FS	Áno	68	12,8	5,2
	Nie	240	12,0	5,6
	Spolu	308	12,1	5,5
EC	Áno	68	17,0	4,7
	Nie	240	17,9	4,4
	Spolu	308	17,7	4,4
PD	Áno	68	11,8	4,6
	Nie	240	10,8	4,8
	Spolu	308	11,0	4,8
IRI celkovo	Áno	68	57,9	9,8
	Nie	240	56,7	12,1
	Spolu	308	57,0	11,6

Tabuľka 30. Vzťah medzi zmenou profesie a jednotlivými škálami dotazníkov

	F	P
ECR vyhýbavosť	0,5	0,4
ECR úzkosťnosť	1,6	0,2
PB priemer	21,3	p<0,001
WRB priemer	20,5	p<0,001
CRB priemer	26,6	p<0,001
CBI celkový priemer	27,2	p<0,001
PT	0,3	0,5
FS	1,2	0,2
EC	1,8	0,1
PD	2,7	0,1
IRI celkovo	0,6	0,4

Tabuľka 31. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)

f) Vzťah medzi demografickými premennými a zdravotným stavom kvantitatívneho charakteru

Zamerali sme sa na zistenie vzťahu medzi demografickými premennými a zdravotným stavom kvantitatívneho charakteru (problémy so spánkom, lieky na bolesť, atď.) z anamnestického dotazníka. V niektorých týchto zložkách bol zistený štatisticky významný vzťah (Tabuľka 32). Pri tomto spracovaní sme použili Spearmanův korelačný koeficient. Štatisticky významné nálezy sú označené tučne v tabuľkách.

Bola zistená slabá negatívna korelácia medzi vekom a fantáziou (FS) ($r=-0,1$; $p=0,003$). To znamená, že čím je vek nižší, tým je fantázia (FS) vyššia a naopak. Vek môže vplývať na predstavivosť. Slabé negatívne korelácie sú aj medzi dĺžkou vzdelania a úzkosťnosťou (ECR-RS) ($r=-0,1$; $p=0,003$) a medzi dĺžkou praxe a fantáziou (FS) ($r=-0,1$; $p=0,04$). Čím je počet rokov vzdelania vyšší, tým je úzkosťnosť nižšia. A čím je dĺžka praxe väčšia, tým je empatia vo fantázii (FS) menšia. Slabá pozitívna korelácia je medzi chorobnosťou a osobným vyhorením (PB) ($r=0,1$; $p=0,02$) a pozitívna korelácia je tiež medzi liekmi proti bolesti a všetkými škálami CBI: PB ($r=0,2$; $p<0,001$), WRB ($r=0,2$; $p<0,001$) a CRB ($r=0,1$; $p<0,001$) a pozitívna korelácia platí aj pre problémy so spánkom: PB ($r=0,2$; $p<0,001$), WRB ($r=0,2$; $p<0,001$) a CRB ($r=0,2$; $p<0,001$). To znamená, že vyššia hodnota syndrómu vyhorenia, tým väčšie problémy so spánkom a častejšie užívanie liekov proti bolesti a zároveň vyššia chorobnosť. Syndróm

vyhorenia významne vplýva na zdravotný stav. To znamená, že personál, ktorý trpí osobným vyhorením (PB) je počas roku viac chorý a zároveň užíva viac liekov proti bolesti v priebehu týždňa a to sa týka aj vyhorenia v práci a aj vo vzťahu ku klientovi/pacientovi. A má častejšie problémy so spánkom v priebehu týždňa. Znamená to aj, že čím je vyššia miera vyhorenia, tým častejšie sú problémy so spánkom, tým sa viac užívajú analgetika a môže byť aj častejšia chorobnosť.

Na základe týchto výsledkov bola hypotéza o vzťahu medzi kvantitatívnymi znakmi a jednotlivými dotazníkmi prijatá len čiastočne. Nakoľko tento vzťah bol signifikantný len pri niektorých zložkách (Tabuľka 32). Ostatné vzťahy medzi dotazníkmi (IRI, ECR-RS, CBI) a kvantitatívnymi znakmi neboli preukázané.

		ECR-RS	ECR-RS	CBI	CBI	CBI	CBI
		Celková vyhýbavosť	Celková úzkosť	PB HS	WRB HS	CRB HS	CBI celkové HS
Vek	R	0,1	-0,08	0,02	0,01	0,01	0,01
	P	0,2	0,1	0,7	0,8	0,8	0,8
	N	290	290	316	316	316	316
Dĺžka vzdelania	R	0	-0,1	0	0,02	-0,01	-0,01
	P	0,9	0,003	0,9	0,7	0,8	0,9
	N	290	290	316	316	316	316
Dĺžka praxe	R	0,01	-0,03	0,03	0,01	0,01	0,02
	P	0,8	0,6	0,5	0,9	0,8	0,6
	N	290	290	316	316	316	316
Chorobnosť (počet dní za rok)	R	-0,01	0,02	0,1	0,05	0,06	0,08
	P	0,8	0,6	0,02	0,3	0,3	0,1
	N	290	290	316	316	316	316
Lieky na bolesť (počet dní za týždeň)	R	-0,01	0,05	0,2	0,2	0,1	0,2
	P	0,8	0,3	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	N	290	290	316	316	316	316
Problémy so spánkom (počet dní za týždeň)	R	0,04	0,09	0,2	0,2	0,2	0,2
	P	0,5	0,1	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	N	290	290	316	316	316	316

		IRI	IRI	IRI	IRI	IRI
		PT	FS	EC	PD	IRI celková
Vek	R	0,09	-0,1	0,08	-0,02	-0,03
	P	0,1	0,003	0,1	0,6	0,6
	N	308	308	308	308	308
Dĺžka vzdelania	R	0,04	0,02	-0,07	-0,1	-0,05
	P	0,4	0,7	0,2	0,03	0,3
	N	308	308	308	308	308
Dĺžka praxe	R	0,09	-0,1	0,07	0	0,01
	P	0,1	0,04	0,2	0,9	0,8
	N	308	308	308	308	308
Chorobnosť (počet dní za rok)	R	-0,01	0,02	-0,02	0,02	0,01
	P	0,8	0,6	0,7	0,6	0,8
	N	308	308	308	308	308
Lieky na bolesť (počet dní za týždeň)	R	-0,05	-0,05	0	0,03	-0,02
	P	0,4	0,4	0,9	0,6	0,6
	N	308	308	308	308	308
Problémy so spánkom (počet dní za týždeň)	R	-0,06	-0,02	-0,01	0,07	0,01
	P	0,3	0,7	0,9	0,2	0,8
	N	308	308	308	308	308

Tabuľka 32. Korelácie dotazníkových škál s kvantitatívnymi znakmi

Hypotéza č.5: Vzťah medzi demografickými a klinickými faktormi u zdravotníckeho personálu a príslušnou odbornosťou práce v jednotlivých klinikách.

Táto hypotéza sa zameriava na informácie z pološtruktúrovaného dotazníka (AD). Výskumné šetrenie prebiehalo v štyroch vybraných klinikách. Zaradili sme tu centrá následnej starostlivosti, kardiologické a interné kliniky a kliniky anestéziológie a resuscitácie. Na otestovanie tejto hypotézy sme použili Chí-kvadrát s p-hodnotou, jednofaktorový model analýzy variance a Welch-test. Štatisticky významné nálezy sú v jednotlivých tabuľkách označené tučne. Hypotéza č.5 bola prijatá len čiastočne. Neboli preukázané všetky vzťahy.

a) Rozdiel medzi klinikami a zmenou profesie

Na zistenie tohto rozdielu medzi klinikami a zmenou profesie bol použitý Chí-kvadrát s p-hodnotou. Na základe toho avšak nebol zistený žiadny štatisticky významný rozdiel medzi zmenou profesie a klinikami (Tabuľka 33). Významné teda je, že pracoviská jednotlivých kliník neovplyvňujú na zmenu profesie a nelíšia sa vo frekvencii zmeny profesie. Pričom najviac o zmene profesie uvažoval zdravotnícky personál na interných klinikách 28,3%.

			Zmena profesie		Celkovo
			Áno	Nie	
Kliniky	LDN	Frekvencia	11	52	63
		%	17,5%	82,5%	100,0%
	INT	Frekvencia	17	43	60
		%	28,3%	71,7%	100,0%
	KARD	Frekvencia	26	75	101
		%	25,7%	74,3%	100,0%
	ARO	Frekvencia	16	78	94
		%	17,0%	83,0%	100,0%
Celkovo		Frekvencia	70	248	318
		%	22,0%	78,0%	100,0%

CHI-kvadrát	P
4,3	0,2

Tabuľka 33. Vzťah medzi zmenou profesie a jednotlivými klinikami

b) Rozdiel medzi pohlavím a jednotlivými klinikami

Na zistenie rozdielu medzi klinikami a pohlavím sme použili Chí-kvadrát s p-hodnotou. Na základe toho sme zistili štatisticky významný rozdiel medzi klinikami a pohlavím zdravotníckeho personálu. Bol zistený vplyv kliník na pohlavie zdravotníckeho personálu (chí-kvadrát=9,3) ($p=0,02$). To znamená, že najviac mužov, ktorí boli ochotní sa zúčastniť dotazníkové šetrenia bolo na klinikách anesteziológie a resuscitácie (18,1%) a najmenej na kardiologických klinikách (5%). Štatisticky významná analýza je označená tučne (Tabuľka 34).

			Pohlavie		Celkovo
			žena	muž	
Kliniky	LDN	Frekvencia	52	11	63
		%	82,5%	17,5%	100,0%
	INT	Frekvencia	53	7	60
		%	88,3%	11,7%	100,0%
	KARD	Frekvencia	96	5	101
		%	95,0%	5,0%	100,0%
	ARO	Frekvencia	77	17	94
		%	81,9%	18,1%	100,0%
Celkovo		Frekvencia	278	40	318
		%	87,4%	12,6%	100,0%

CHI-kvadrát	P
9,3	0,02

Tabuľka 34. Vzťah medzi pohlavím a jednotlivými klinikami

c) Rozdiel medzi pracovným zaradením a jednotlivými klinikami

Rozdiel medzi klinikami a pracovným zaradením (sanitár/ka, staničná sestra a všeobecná sestra) bol zistený pomocou Chí-kvadrátu a p-hodnoty. Na základe toho sme zistili štatisticky významný vzťah medzi jednotlivými klinikami a pracovným zaradením (chí-kvadrát=27,2) ($p < 0,001$) (Tabuľka 35). To znamená, že najviac sanitárov, ktorí boli ochotní zúčastniť sa výskumného šetrenia bolo z centier následnej starostlivosti a najmenej z kliník anestéziológie a resuscitácie. Zato najviac zúčastnených sestier na výskumnom šetrení bolo z kliník anestéziológie a resuscitácie a najmenej z centier následnej starostlivosti. Štatisticky významná analýza je označená tučne v tabuľkách.

			Pracovné zaradenie			Celkovo
			S	SS	VS	
Kliniky	LDN	Frekvencia	12	10	41	63
		%	19,0%	15,9%	65,1%	100,0%
	INT	Frekvencia	6	9	45	60
		%	10,0%	15,0%	75,0%	100,0%
	KARD	Frekvencia	7	8	86	101
		%	6,9%	7,9%	85,1%	100,0%
	ARO	Frekvencia	0	6	88	94
		%	0,0%	6,4%	93,6%	100,0%
Celkovo		Frekvencia	25	33	260	318
		%	7,9%	10,4%	81,8%	100,0%

CHI-kvadrát	p
27,2	<0,001

Tabuľka 35. Vzťah medzi pracovným zaradením a jednotlivými klinikami

d) Rozdiel medzi vzdelaním a jednotlivými klinikami

Vzťah medzi vzdelaním a jednotlivými klinikami bol testovaný pomocou Chí-kvadrátu s p-hodnotou. Na základe toho sme zistili štatisticky významný vzťah medzi vzdelaním zdravotníckeho personálu a jednotlivými klinikami (chí-kvadrát=65,5; $p < 0,001$) (Tabuľka 36). Najviac vysokoškolsky vzdelaných sestier, ktoré sa zúčastnili nášho výskumného šetrenia boli z kliník anestéziológie a resuscitácie (51,1%) a najmenej z centier následnej starostlivosti (12,7%). To znamená, že viac motivované ku vyplneniu dotazníkové šetrenia boli stredoškolsky vzdelané sestry. Štatisticky významné analýzy sú označené tučne v tabuľkách.

			Vzdelanie				Celkovo
			ZŠ	SŠ	VOŠ	VŠ	
Kliniky	LDN	Frekvencia	1	48	6	8	63
		%	1,6%	76,2%	9,5%	12,7%	100,0%
	INT	Frekvencia	1	39	6	14	60
		%	1,7%	65,0%	10,0%	23,3%	100,0%
	KARD	Frekvencia	3	54	14	30	101
		%	3,0%	53,5%	13,9%	29,7%	100,0%
	ARO	Frekvencia	0	18	28	48	94
		%	0,0%	19,1%	29,8%	51,1%	100,0%
Celkovo		Frekvencia	5	159	54	100	318
		%	1,6%	50,0%	17,0%	31,4%	100,0%

CHI-kvadrát	P
65,5	<0,001

Tabuľka 36. Vzťah medzi vzdelaním a jednotlivými klinikami

e) Rozdiel medzi rodinným stavom a jednotlivými klinikami

Rozdiel medzi rodinným stavom (slobodný/á, žije s partnerom/kou, ženatý/vydatá a rozvedený) a jednotlivými klinikami je štatisticky zanalyzovaný pomocou Chí-kvadrátu s p-hodnotou. Na základe štatistickej analýzy sme zistili štatisticky významný rozdiel (chí-kvadrát=37,8) ($p < 0,001$) (Tabuľka 37). Medzi zamestnancami, ktorí boli ochotní zúčastniť sa nášho šetrenia bola návratnosť 30%. Významné je z tohto hľadiska počet rozvedených pracujúcich v centrách následnej starostlivosti, kde je ich najviac (31,1%) zato naopak najmenej ich je na klinikách anestéziológie a resuscitácie (9,7%), čo môže súvisieť s vekom zdravotníckeho personálu a taktiež najviac ženatých/vydatých je na kardiologických klinikách (51 %) a najmenej na klinikách anestéziológie a resuscitácie (33,3%), čo môže mať taktiež súvislosť s vekom personálu. Štatisticky významné analýzy sú v tabuľkách označené tučne.

			Rodinný stav				Celkovo
			S	ŽsP	Ž/V	R	
Kliniky	LDN	Frekvencia	16	4	22	19	61
		%	26,2%	6,6%	36,1%	31,1%	100,0%
	INT	Frekvencia	23	0	26	11	60
		%	38,3%	0,0%	43,3%	18,3%	100,0%
	KARD	Frekvencia	23	13	51	13	100
		%	23,0%	13,0%	51,0%	13,0%	100,0%
	ARO	Frekvencia	31	22	31	9	93
		%	33,3%	23,7%	33,3%	9,7%	100,0%
Celkovo		Frekvencia	93	39	130	52	314
		%	29,6%	12,4%	41,4%	16,6%	100,0%

CHI-kvadrát	P
37,8	<0,001

Tabuľka 37. Vzťah medzi rodinným stavom a jednotlivými klinikami

f) Rozdiel medzi demografickými faktormi a zdravotným stavom kvantitatívneho charakteru a prácou na jednotlivých klinikách

Rozdiel medzi kvantitatívnymi znakmi (vek, dĺžka vzdelania a praxe, chorobnosť, lieky na bolesť a problémy so spánkom) a jednotlivými klinikami bol štatisticky skúmaný pomocou Welch-testu (Tabuľka 39). Na základe toho bol zistený štatisticky významný rozdiel medzi priemermi veku ($F=14,5$; $p<0,001$), priemermi dĺžky vzdelania ($F=14,6$; $p<0,001$) a priemermi praxe ($F=5,8$; $p<0,001$) a priemermi v užívaní liekov na bolesť za týždeň ($F=4,2$; $p=0,006$) a jednotlivými klinikami (Tabuľka 38). Z toho vyplýva, že najstarší personál, ktorý sa zúčastnil nášho výskumného šetrenia pracuje v centrách následnej starostlivosti (47,4) a najmladší personál pracuje na klinikách anestéziológie a resuscitácie (36,1). Dĺžku vzdelania má najdlhšiu personál pracujúci na klinikách anestéziológie a resuscitácie (15,0). Čo sa týka dĺžky praxe, tak najdlhšiu má personál v centrách následnej starostlivosti (21,7) a najkratšiu na klinikách anestéziológie a resuscitácie (14,8) je to ovplyvnené aj vekom nakoľko najstarší personál je na LDN a najmladší na ARO. Lieky na bolesť sú užívané najviac na INT a najmenej ARO, na základe tohto výsledku môžeme povedať, že to môže súvisieť s vekom zdravotníckeho personálu. Štatisticky významné analýzy sú označené tučne v jednotlivých tabuľkách.

		N	Priemer	SD
Vek	LDN	63	47,4	13,2
	INT	60	39,1	10,2
	KARD	101	43,0	11,4
	ARO	94	36,1	9,8
	Celkovo	318	41,1	11,8
Dĺžka vzdelania	LDN	63	13,5	1,9
	INT	60	13,7	1,8
	KARD	101	13,6	1,7
	ARO	94	15,0	1,4
	Celkovo	318	14,0	1,8
Dĺžka praxe	LDN	63	21,7	13,8
	INT	60	17,3	11,1
	KARD	101	20,8	12,3
	ARO	94	14,8	10,9
	Celkovo	318	18,6	12,3
Chorobnosť (počet dní v roku)	LDN	63	6,6	10,9
	INT	60	6,9	10,1
	KARD	101	6,6	7,6
	ARO	94	6,0	8,5
	Celkovo	318	6,5	9,1
Lieky na bolesť (počet dní v týždni)	LDN	63	0,8	1,2
	INT	60	0,9	1,8
	KARD	101	0,7	1,4
	ARO	94	0,3	0,6
	Celkovo	318	0,7	1,3
Problémy so spánkom (počet dní v týždni)	LDN	63	1,9	2,3
	INT	60	1,8	2,3
	KARD	101	1,7	2,3
	ARO	94	1,6	2,2
	Celkovo	318	1,7	2,3

Tabuľka 38. Vzťah medzi kvantitatívnymi znakmi a jednotlivými klinikami

	F	p
Vek	14,5	p<0,001
Dĺžka vzdelania	14,6	p<0,001
Dĺžka praxe	5,8	p<0,001
Chorobnosť	0,1	0,9
Lieky na bolesť	4,2	0,006
Problémy so spánkom	0,2	0,8

Tabuľka 39. Welch-test kvantitatívnych znakov

Hypotéza č.6: Rozdiel v citovej väzbe (attachment) (ECR-RS), syndróme vyhorenia (CBI) a empatii (IRI) u zdravotníckeho personálu na základe práce na klinikách.

Táto hypotéza sa zameriava na dotazník citovej väzby (ECR-RS), na dotazník o syndróme vyhorenia (CBI) a na dotazník o empatii (IRI) v porovnaní s jednotlivými klinikami. Pri otestovaní tejto hypotézy bol použitý Welch-test s p-hodnotou. Štatisticky významné analýzy sú v tabuľkách označené tučne. Hypotéza č.6 bola prijatá len čiastočne, nakoľko bol signifikantný len rozdiel medzi priemerami jednej škály EC (IRI) a jednotlivými oddeleniami ($F=3,9$; $p=0,008$) (Tabuľka 41). Najvyšší priemer škály empatického záujmu (EC) má personál pracujúci na kardiologických klinikách s priemerom 18,36 a najnižší majú na klinikách anestéziológie a resuscitácie s priemerom 16,31 môže to znamenať, že personál s vyšším empatickým záujmom je schopný emocionálne pochopiť stav pacienta a vžiť sa do jeho pozície.

		N	M	SD
ECR-RS				
ECR vyhýbavosť	LDN	63	3,2	1,2
	INT	57	2,9	1,2
	KARD	92	3,1	1,1
	ARO	78	2,8	1,2
	Spolu	290	3,0	1,2
ECR úzkostnosť	LDN	63	2,3	1,5
	INT	57	2,2	1,3
	KARD	92	2,1	1,3
	ARO	78	1,8	1,0
	Spolu	290	2,1	1,3
CBI				
PB priemer	LDN	63	47,6	21,4
	INT	60	47,4	21,2
	KARD	101	45,6	15,3
	ARO	92	45,5	18,9
	Spolu	316	46,3	18,8
WRB priemer	LDN	63	51,9	18,2
	INT	60	47,4	19,0
	KARD	101	46,1	13,2
	ARO	92	46,7	17,0
	Spolu	316	47,7	16,6
CRB priemer	LDN	63	46,8	25,2
	INT	60	41,7	25,2
	KARD	101	41,3	18,2
	ARO	92	42,2	24,3
	Spolu	316	42,8	22,9
CBI celkový priemer	LDN	63	48,9	20,4
	INT	60	45,3	20,4
	KARD	101	44,2	13,9
	ARO	92	44,7	18,2
	Spolu	316	45,5	17,9
IRI				
PT	LDN	63	16,3	5,4
	INT	60	16,0	4,6
	KARD	100	16,6	4,3
	ARO	85	15,8	4,1
	Spolu	308	16,2	4,5
FS	LDN	63	11,5	5,3
	INT	60	11,9	5,8
	KARD	100	11,7	5,2
	ARO	85	13,2	5,6
	Spolu	308	12,1	5,5
EC	LDN	63	17,9	4,5
	INT	60	18,2	4,6
	KARD	100	18,3	4,4
	ARO	85	16,3	3,9
	Spolu	308	17,6	4,4
PD	LDN	63	11,6	4,8
	INT	60	10,9	4,7
	KARD	100	10,7	4,5
	ARO	85	10,8	5,0
	Spolu	308	10,9	4,8
IRI celkovo	LDN	63	57,4	11,1
	INT	60	56,9	12,7
	KARD	100	57,3	10,4
	ARO	85	56,1	12,6
	Spolu	308	56,9	11,6

Tabuľka 40. Vzťah medzi jednotlivými dotazníkmi a klinikami

	F	p
Celková vyhýbavosť	1,2	0,3
Celková úskostnosť	1,9	0,1
PB priemer	0,2	0,8
WRB priemer	1,8	0,1
CRB priemer	0,8	0,4
CBI celkový priemer	1,0	0,3
PT	0,5	0,6
FS	1,6	0,1
EC	3,9	0,008
PD	0,4	0,7
IRI celkovo	0,2	0,8

Tabuľka 41. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)

Hypotéza č.7: Existujú nejaké premenné, ktoré predikujú syndróm vyhorenia CBI.

Pre detekciu signifikantných prediktorov syndrómu vyhorenia sme použili metódu viacrozmernej lineárnej regresie. Model postupné (stepwise) vybral celkovo štyri signifikantné regresory so samostatnou predikčnou schopnosťou. Medzi vstupné prediktory boli zaradené: ECR-RS vyhýbavosť a úskostnosť, IRI (PT, FS, EC, PD), pohlavie, zmenu profesie, vek, dĺžku vzdelania a praxe, chorobnosť, lieky proti bolesti a problémy so spánkom.

Bolo zistené, že predikovať syndróm vyhorenia môžu: zvýšené problémy so spánkom ($r=0,2$; $p<0,001$), pranie zmeny profesie ($r=-0,2$; $p<0,001$), zvýšené užívanie liekov proti bolesti ($r=0,2$; $p=0,008$) a zvýšená fantázia FS v IRI ($r=0,01$; $p=0,01$) (Tabuľka 42). Každá z týchto zložiek môže pôsobiť na vznik a vývin syndrómu vyhorenia u zdravotníckeho personálu. Štatisticky signifikantné hodnoty sú označené tučne v tabuľke.

Prediktory	B	Beta-váha	t	p	r
(Constant)	53,1				
Problémy so spánkom	1,9	0,2	4,6	p<0,001	0,2
Zmena profesie	-9,6	-0,2	-4,1	p<0,001	-0,2
Lieky proti bolesti	2,0	0,1	2,6	0,008	0,2
Fantázia (FS) IRI	0,4	0,1	2,3	0,01	0,1
Koef. determinace	0,1				

Tabuľka 42. Regresívna analýza

3.6 Diskusia

Témou bakalárskej práce bol syndróm vyhorenia v rôznych sférach života zdravotníckeho personálu. Zároveň sa práca zaoberala empatiou a citovou väzbou, ktoré majú vplyv na prácu personálu. Cieľom bakalárskej práce bolo zistiť vzťahy medzi jednotlivými premennými a ich vplyv na zdravotnícky personál a vplyv na starostlivosť o pacienta. V práci boli použité tri dotazníky, ktoré majú pôvod v zahraničí. Použitý bol dotazník vyšetrujúci syndróm vyhorenia (CBI), dotazník zaoberajúci sa empatiou (IRI) a dotazník na skúmanie citovej väzby (ECR-RS). Jednotlivé dotazníky boli použité hlavne v zahraničných zdrojoch.

Výskum v tomto obore je jedinečný v ČR. V doterajšej literatúre sa neuvádza výskum, ktorý by bol prevedený na zdravotníckom personály a bol by zameraný na vzťahy medzi jednotlivými premennými.

Na základe použitia CBI v našom výskume sme zistili pri porovnávaní so zahraničnými výskumami, že priemery v jednotlivých škálach a v celkovom skóre CBI ($M=45,6$) v našom vzorku sú podstatne vyššie než v zahraničnom výskume PUMA CBI ($M=33,8$). To môže znamenať, že zdravotnícky personál v zahraničí trpí syndrómom vyhorenia v menšej miere ako u nás. CBI bola na českých zdravotníkoch použitá prvýkrát práve v tomto výskume. Vnútna konzistencia tohto dotazníku alfa ($\alpha=0,92$) je uspokojivá. Vo výskume Davisa (1986) je vnútorná konzistencia obdobná, okrem pracovného vyhorenia WRB, kde je v našom výskume podstatne nižšia.

Významným prínosom tejto práce je, že sme zistili, že polovica zdravotníckeho personálu trpí syndrómom vyhorenia. Najviac zdravotníkov trpí osobným vyhorením (46,5%) a vyhorením vo vzťahu ku klientovi (46,5%). Z tohto výskumu možno usúdiť, že česká populácia je vo vzťahu so syndrómom vyhorenia na tom podstatne horšie než sa uvádza v zahraničnej literatúre.

Na základe preukázania vzťahov medzi jednotlivými premennými a škálami v tomto dotazníku, sme vytvorili hypotézy. Pomocou hypotézy č.1 sme dokázali štatisticky významný vzťah medzi dotazníkom CBI a vzťahovou úzkosťou. Konkrétne sa jedná o vzťah medzi vzťahovou úzkosťou a osobným vyhorením (PB) ($r=0,1$; $p=0,06$) a zároveň aj o vzťah medzi pracovným vyhorením (WRB) ($r=0,2$; $p=0,008$). To znamená, že čím trpí zdravotnícky personál vyššou vzťahovou úzkosťou, tým je viac vyhoretý v pracovnom a osobnom živote. To znamená, že personál, ktorý má zvýšenú vzťahovú úzkosť k matke môže byť vyhoretý v práci

($r=0,1$; $p=0,007$ v WRB) a v osobnom živote ($r=0,1$; $p=0,04$ v PB). Vo vzťahu ku ostatným blízkym osobám to môže platiť aj v prípade vzťahu ku otcovi ($r=0,1$; $p=0,02$ v PB) ($r=0,1$; $p=0,003$ WRB) a partnerovi ($r=0,1$; $p=0,04$ v PB) ($r=0,01$; $p=0,5$ WRB). Môže to tiež znamenať, že vzťahová úzkosť ku výše uvedeným osobám pravdepodobne súvisí so syndróm vyhorenia. Výsledky, ktoré diskutujeme v diskusii platia, ale len pre náš súbor a nemôžeme ich paušalizovať na celú populáciu zdravotníckeho personálu. Domnievame sa, že by bolo vhodné, aby sa tento vzťah preskúmal v ďalších výskumoch. Mohol by znamenať, že personál, ktorý je ohrozený vzťahovou úzkosťou potrebuje podporu a ako prevenciu by mohol podstúpiť edukačný program a rôzne relaxačné programy. V hypotéze č.3 sme dokázali vzťah medzi CBI a zníženou empatiou v IRI: medzi osobným vyhorením (PB) a fantáziou (FS) ($r=0,2$; $p=0,008$) a medzi pracovným vyhorením (WBR) a škálou (FS) ($r=0,1$; $p=0,04$) a medzi vyhorením ku klientovi/pacientovi a škálou (FS) ($r=0,1$; $p=0,05$) a aj medzi osobným distresom (PD) ($r=0,1$; $p=0,03$). Znamená to, že čím je vyššie vyhorenie vo vzťahu ku klientovi/pacientovi, tým trpí personál väčším osobným distresom čiže nadmernou záťažou. Čo sa týka ostatným dokázaných vzťahov platí, že čím vyššie je PB/WRB/CRB a celkové CBI, tým je vyššia empatia v škále FS. Môže to znamenať, že existuje vzťah medzi vyhorením a vyššou empatiou vo fantázii (FS). Môže to mať protektívny charakter. To znamená, že personál radšej utečie do sveta fantázie než do reálneho života. Hypotézou č. 4 sme dokázali vzťah medzi zmenou profesie a syndrómom vyhorenia vo všetkých troch škálach CBI: v osobnom vyhorení (PB) ($F=21,3$; $p<0,001$), vo vyhorení ku klientom/pacientom (CRB) ($F=26,6$; $p<0,001$), v pracovnom vyhorení (WRB) ($F=20,5$; $p<0,001$). Zdravotnícky personál, ktorý uviedol zmenu profesie mal vo výskumnom šetrení vyššie hodnoty v syndróme vyhorenia. Preto sa domnievame, že personál, ktorý uvádza nespokojnosť s prácou a je pre neho záťažou a zároveň uvažuje o jej zmene, javí prvé známky syndrómu vyhorenia a je potreba tomu venovať pozornosť. Dôležité je v tomto prípade sa zacieliť na personál a vytvoriť pre neho nejaký edukačný program alebo skupinovú supervíziu ako prevenciu. Ďalej hypotéza č.4 potvrdila vzťah medzi syndrómom vyhorenia a zdravotným stavom. Zistili sme vzťah medzi chorobnosťou a osobným vyhorením (PB) ($r=0,1$; $p=0,02$) a medzi liekmi na bolesť a zároveň všetkými škálami CBI: PB ($r=0,2$; $p<0,001$), WRB ($r=0,2$; $p<0,001$) a CRB ($r=0,1$; $p<0,001$) platí tu aj vzťah medzi syndrómom vyhorenia a problémami so spánkom: PB ($r=0,2$; $p<0,001$), WRB ($r=0,2$; $p<0,001$) a CRB ($r=0,2$; $p<0,001$). To znamená, že čím vyššie je osobné

vyhorenie, tým je vyššia chorobnosť a zvýšia sa aj problémy so spánkom a zvýši sa užívanie liekov. Domnievame sa, že je to jasná predstava príznakov syndrómu vyhorenia, ktorá taktiež súvisí s vyhorením v práci a s vyhorením vo vzťahu ku klientovi/pacientovi. V hypotéze č.7 sme zistili prediktory syndrómu vyhorenia, ktoré sú veľmi významným zistením. Na základe regresie sme zistili, že prediktorom syndrómu vyhorenia sú tieto premenné: užívanie liekov na bolesť, problémy so spánkom, zmena profesie a zvýšená empatia v škále (FS). Tieto hypotézy platia len pre náš výskumný súbor.

Prekvapilo nás, že neexistuje väčší vzťah medzi empatiou a syndrómom vyhorenia. Tento vzťah sa preukázal len vo vzťahu syndrómu vyhorenia v CBI a empatie v škále FS v IRI ($r=0,2$; $p=0,008$) a celkovým IRI ($r=0,1$; $p=0,04$). Bola preukázaná pozitívna korelácia vo vzťahu medzi pracovným vyhorením (WBR) a škálou FS ($r=0,1$; $p=0,04$) a tiež medzi vyhorením ku klientovi/pacientovi a škálou FS ($r=0,1$; $p=0,05$) a zároveň aj osobným distresom (PD) ($r=0,1$; $p=0,03$). Taktiež celkové skóre v CBI koreluje pozitívne so škálou fantázie FS ($r=0,1$; $p=0,02$). Výsledky môžu znamenať, že čím je vyššie PB/WRB/CRB, tým je vyššia empatia v škále fantázie (FS). Avšak my sme sa domnievali, že zvýšený empatický záujem EC vedie ku syndrómom vyhorenia, ale hypotéza č. 3 to nepreukázala. Ďalej nás zarazilo, že z nášho skúmaného vzorku dosahuje personál najnižšie vyhorenie vo vzťahu ku práci a medzi osobným vyhorením a vyhorením ku klientovi je rovnováha. Môže to znamenať, že ku vyhoreniu vedú osobné veci personálu a veci, ktoré sa týkajú vzťahu ku klientovi/pacientovi.

Na základe toho, čo uvádzajú literárne zdroje, sa syndróm vyhorenia prejavuje nielen na zdraví pacienta a personálu, ale zároveň tým vplýva aj na kvalitu pracovného a súkromného života, čo sa nám aj potvrdilo (Galem et al., 2013)

Pri použití dotazníku IRI je zaujímavé, že keď sme porovnali jednotlivé škály empatie nášho súboru IRI ($M=1,9$) so slovenskými sestrami v praxi ($N=102$) IRI ($M=2,2$) a študentmi ošetrovateľstva ($N=143$) IRI ($M=2,2$), tak sme zistili, že sa líšili a to vyššími hodnotami v empatii (Bánovčinová a Bubeníková, 2011). Zaujímavé je, že v našom výskume sme zistili mnoho nižšie hodnoty vo všetkých škálach empatie oproti slovenskému vzorku študentov i sestier a to je i v prípade porovnania zo zahraničnými americkými študentmi (Mlčák, 2004). Náš zdravotnícky personál má najnižšiu empatiu, čo to môže znamenať zatiaľ nedokážeme povedať, ale môže to tiež znamenať, že český zdravotnícky personál je ohrozený syndrómom vyhorenia alebo to

môže mať kultúrnu podmienenosť. Vnútoraná konzistencia v našom vzorku je $\alpha=0,69$, čo sa moc nelíši od iných výskumov, kde vnútoraná konzistencia dotazníku IRI je od $\alpha=0,70$ do $\alpha=0,78$ (Konrath, 2013).

Domnievame sa, že zdravotný personál v našom výskumnom vzorku trpí vysokým osobným distresom, čiže zvýšenou úzkosťou a nadmernou záťažou. Nadmerná záťaž môže byť prejavom nedostatočného počtu zdravotného personálu, častými nadčasmi atď.

V našom výskume sme zistili zaujímavé zistenie: v hypotéze č.4 sme dokázali súvislosť medzi pohlavím a empatiou v škále (FS) ($F=5,2$; $p=0,03$). Znamená to, že muži majú vyššiu empatiu v škále FS než ženy. Ďalší vzťah v hypotéze č.4, ktorý bol preukázaný je medzi rodinným stavom a empatiou v škále fantázie (FS; IRI) ($F=3,8$; $p=0,01$). To znamená, že personál, ktorý je slobodný má najväčšiu empatiu vo FS, pričom personál, ktorý je rozvedený má najmenšiu empatiu v škále FS, čo môže byť dôsledkom iných problémov, ktoré personál rieši. Môže to súvisieť s depresiami, ktoré sme v našom výskume nemerali. Bolo by zaujímavé v tomto výskume pokračovať a zistiť pravdivosť tejto súvislosti. Zistili sme ďalšie zaujímavé zistenie v hypotéze č.4 a to vzťah medzi vekom a empatiou v škále fantázie (FS) ($r=-0,1$; $p=0,003$). Čím je vek vyšší, tým je empatia v škále FS nižšia. Môže to mať súvislosť s odlišnými problémami, ktoré sa s vyšším vekom menia. V hypotéze č.6 sme dokázali rozdiel medzi jednotlivými klinikami a empatiou v škále EC: ($F=3,9$; $p=0,008$). Najvyšší empatický záujem bol na klinikách kardiológie s čím môže súvisieť väčšia schopnosť pochopenia a vžitia sa do stavu pacienta. Najnižší EC bol na klinikách anestéziológie a resuscitácie. Môže to znamenať, že znížená škála v empatii má protektívny charakter alebo to súvisí aj s vekom. Tieto hypotézy platia len pre náš výskumný súbor.

V literatúre sa uvádza, že vyššie skóre v IRI je spojené s väčšími klinickými zručnosťami v empatii. Z toho vyplýva, že najvyššie skóre je v empatii v škále FS, čo však závisí aj od veku, pohlavia a rodinného stavu. V literatúre sa tiež uvádza, že vysoká škála (FS) sa zas rovná emočnej nezraniteľnosti. Človek s väčšou fantáziou (FS) je zároveň viac náchylný na emočnú odozvu čiže môže reagovať viac úzkostne a depresívne. Vysoké skóre fantázie (FS) ovplyvňuje, že ľudia sú viac verbálne plynulí, inklinujú ku emocionalite a práve mužské pohlavie s vyšším skóre (FS) inklinuje viac ku plachosti, osamelosti a sociálnej úzkosti, čo prejavilo v našom výskume, kde vyššiu (FS) mal mužský personál. Obraz sa vytvorí hlavne u ľudí (teda viac u mužov) inteligentných, emocionálnych a trochu uzavretých v sociálnom prostredí (Davis, 1983).

Posledná časť nášho výskumu sa zaoberala citovou väzbou ECR-RS. Zaujímavým zistením v tomto dotazníku je, že výsledky v celkovom skóre úzkostnosti a vyhýbavosti sa líšia od zahraničnej štúdie Fraley et al. (2011), ale sú rovnaké ako v českej štúdií (Umemura, Lacinová, Kotrčová a Fraley, 2017), čo môže byť na základe rozdielnej kultúry. Reliabilita dotazníku je uspokojivá ($\alpha=0,87$) a je rovnaká ako v zahraničnom výskume (Fraley et al., 2011).

Významným zistením nášho výskumu je, že sme prekvapivo zistili, že prevaha attachmentu po rozdelení na základe škál úzkostnosti a vyhýbavosti je: 2/3 zdravotníckeho personálu v našom výskume majú neistý typ vzťahovej väzby a zostávajúca 1/3 má istý typ citovej väzby. Hawkins et al. (2007) uvádza, že sestry s istou citovou väzbou hľadajú emocionálnu podporu naopak však sestry, ktoré majú neistú citovú väzbu nevyhľadávajú sociálnu a emocionálnu podporu.

V hypotéze č.4 sme zistili zaujímavý vzťah medzi pracovným zaradením a vzťahovou úzkosťou: ($F=3,7$; $p=0,03$), ďalej medzi dosiahnutým vzdelaním ($F=6,4$; $p=0,004$) a tiež vzťah medzi rodinným stavom a vyhýbavosťou ($F=2,9$; $p=0,03$). Dokázali sme, že čím nižšie pracovné zaradenie, tým vyššia vzťahová úzkosť. Môže to súvisieť s kompetenciami, ktoré majú jednotlivé pracovné zaradenia. Čím má personál nižšie vzdelanie, tým trpí vyššou vzťahovou úzkosťou. Personál, ktorý má oporu vo vzťahu trpí nižšou vzťahovou vyhýbavosťou než personál, ktorý je rozvedený alebo partnera nemá. Tieto hypotézy platia len pre náš výskumný súbor.

Všetky zistenia v našej práci platia len pre náš súbor a nemôžu byť interpretované na celú populáciu zdravotníckych pracovníkov.

Prínosom našej bakalárskej práce je, že skúmala vzťahy, ktoré sa zatiaľ neskúmali a mohli by priniesť nové smerovanie výskumu na zdravotníckom personály práve ku vylúčeniu a zamedzeniu vzniku syndrómu vyhorenia u neho.

Významné výsledky z našej práce by mohli byť prínosné pre celý zdravotnícky personál. Významne sú prediktory, ktoré boli zistené v súvislosti so syndrómom vyhorenia. Tie napovedajú ku vzniku syndrómu vyhorenia a tým sú nápomocným prostriedkom ku venovaniu pozornosti pri ich výskyte. Už pri začiatkových príznakoch je potreba venovať tomu pozornosť. Čím skôr dôjde k záchytu a pomoci, tým zdravotnícky personál utrpí menej závažnosti týkajúcich sa duševného a psychického zdravia.

4 ZÁVER

Syndróm vyhorenia, empatia a citová väzba u zdravotníckeho personálu má svoju podstatu, ale často je ich podstata v zdravotníckom povolání podceňovaná. V dnešnom svete stále častejšie dochádza ku preceňovaniu týchto termínov. Následky ignorovania a to hlavne syndrómu vyhorenia sú najčastejšie. Uvedomenie prichádza často neskoro až po prejavoch na zdraví či už duševných alebo fyzických. Z tohto a viacerých iných dôvodov je podstatne tomu predchádzať a zároveň včas to spozorovať. Dôležité je, aby sa touto problematikou zaoberalo viac a dostala sa aj medzi zdravotnícky personál vo väčšej miere než ako je tomu dnes. Na základe nášho dotazníkové výskumného šetrenia sa pomocou dotazníku CBI overil predpokladaný vplyv syndrómu vyhorenia na zdravotnícky personál.

Záver tejto bakalárskej práce je platný pre zdravotnícky personál a môže byť základom pre ďalší výskum.

REFERENČNÝ ZOZNAM

ADAMOVE, Jarmila. *Vzťahová väzba v detstve a dospelosti*. 1. Bratislava: Vydavateľstvo F, 2007. ISBN 978-80-88952-91-6.

AINSWORTH, M.D.A, M. BLEHAR, E. WATERS & S. WALL. Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home. *Erlbaum*. New Jersey, 1978.

BARTHOLOMEW, K. & L.M. HOROWITZ. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991, (61), 226-244.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhorenia pro zdravotní sestry*. 1. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BÁNOVČINOVÁ, Ľubica a Milina BUBENÍKOVÁ. EMPATIA V OŠETROVATEĽSTVE: *Ošetrovatelství a porodní asistence*, 2011, **2**(1), 165-170.

BERANGERE, E., E. FRANCOIS & E. NEMATOLLAH. Empathy is protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology*. 2016, (7). ISSN 1664-1078.

BLANCHE, M. Running a hospice staff support course. *Palliative care*. 1997, 4(6), 200-202.

BOWLBY, John. *Attachment and loss*. 1. New York: Basic Books, 1969. ISBN 978-04-650-9716-6.

BOWLBY, John. *Väzba: Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-736-7670-4.

BRAZEAU, C.M., R. SCHROEDER, S. ROVI & L. BOYD. Relationship between medical student, burnout, empathy and professional climate. *Academic Medical*. 2010, **1**(85), 300-306.

BRENNAN, K.A., C.L CLARK & P.R SHAVER. *Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview: In Attachment Theory and Close Relationships*. New York: Guilford Press, 1998, , 46-76.

BRISCH, Karl Heinz. *Bezpečná vzťahová väzba: Attachment v tehotenstve a prvých rokoch života*. 1. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2011. ISBN 978-80-889-5267-1.

BRISCH, Karl Heinz. *Bezpečná výchova: Budování jisté vztahové vazby mezi rodiči a dětmi*. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0063-5.

BRISCH, Karl Heinz. *Poruchy vztahové vazby: Od teorie k terapii*. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-736-7870-8.

BUDA, Béla. *Empatia: psychológia vcítania a vžitia sa do druhého*. 2. Nové Zámky: Psychoprof, 1994. ISBN 80-967148-0-5.

BUELOW, S.A., W.J. LYDDON & J.T. JOHNSON. Client attachment and coping resources. *Counselling Psychology Quarterly*. 2002, (15), 145-152.

CAPE, J., C. BARKER, M. BUSZEWICZ a N. PISTRANG. General practitioner psychological management of common emotional problems (II): A research agenda for the development of evidence-based practice. *Br. J. Gen. Pract.* 2000, (50), 396-400.

COOPER, C. L. & S. MITCHELL. Nursing the critically ill and dying. *Human Relations*. 1990, (43), 297-311

CUTCLIFFE, J.R. & J. BURNS. Personal, professional and practice development: clinical supervision. *British Journal of Nursing*. 1998, (7), 1318-1322.

DAMASIO, A. & G.B. CARVALHO. The nature of feelings:: evolutionary and neurobiological origins. *Nat. Rev. Neurosci.* 2013, (14), 143-152.

DAVIS, M.H. *Empathy: A social psychological approach*. 1. New York: Taylor Francis, 1996. ISBN 978-0-8133-3001-3.

DAVIS, M.H. Measuring Individual Differences in Empathy:: Evidence for a Multidimensional Approach. *Journal of Personality*. 1983, 1(44), 113-126. ISSN 0022-3514.

DECETY, J. To what extent is the experience of empathy mediated by shared neural circuits?. *Emotion Review*. 2010, (2), 204-207.

DECETY, J. & P.L. JACKSON. The functional architecture of human empathy. *Behavior and Cognitive Neuroscience Review*. 2004, 3(2), 71-100.

DEGOS, J.D., A.C. BACHOUD-LÉVI, A.M. ERGIS, J.L. PETRISSANS & P. CESARO. Selective inability to point to extrapersonal targets after left posterior parietal lesion: an objectivation disorder?. *Neurocase*. 1997, (3), 31-39.

DYRBYE, L.N., M.R. THOMAS a T.D. SHANAFELT. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin. Proc.* 2005, (80), 1613-1622.

DYRBYE, L.N., M.R. THOMAS a T.D. SHANAFELT. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad. Med.* 2006, (81), 354-373.

FELDSTEIN, M.A. a P.B. GEMMA. Oncology nurses and chronic compounded grief. *Cancer Nurse*. 1995, (18), 228-236.

FIGLEY, C.R. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J. Clin. Psychol.* 2002, (58), 1433-1441.

- FIRTH-COZENS, J. The role of early family experience in the perception of organizational stress: fusing clinical and organizational perspectives. *J Occup Organ Psychol.* 1992, (65), 61-75.
- FOXALL M.J., L. ZIMMERMAN, R. STANDLEY, B. BENE. A comparison of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *J Adv Nurs.* 1990, (15), 577-584.
- FRALEY, R. Chris, Nathan W. HUDSON, Marie E. HEFFERNAN a Noam SEGAL. Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of Personality and Social Psychology.* 2015, 2 (109), 354-368. ISSN 0022-3514.
- GALAM, E., V. KOMLY, A. Le Tourneur, & J. Jund. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br. J. Gen. Pract.* 2013, (63), 217-224.
- GELHAUS, P. The desired moral attitude of the physician: (I) empathy. *Med. Health Care Philos.* 2011, (15), 103-113.
- GOLDERBERG, D., & P. Williams. A user's guide to the General Health Questionnaire. *NFER-Nelson.* 1988.
- GRAY-TOFT, P., J.G. Anderson. The nursing stress scale: development of an instrument. *J Behav Assess.* 1981, (3), 11-23.
- GRIFFIN, D., K. BARTHOLOMEW. Models of self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psycho.* 1994, (52), 511-524.
- HALPERN, J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Med. Health Care Philos.* 2014, (17), 301-311.
- HALPERN, J. What is clinical empathy? *J. Gen. Intern. Med.* 2003, (18), 670-674.
- HARVEY, P. Staff support groups: are they necessary? *Br J Nurs.* 1992, (1), 256-258.
- HAŠTO, J. Diskusia o význame popôrodného kontaktu matky a dieťaťa. *Psychiatria-Psychoterapia-Psychosomatika.* 2014, 2(21), 39-41.
- HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. *Praktická supervize Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize.* 1. Praha: Galén, 2008. ISBN 9788072625321.
- HAWKINS, Andrew C., Ruth A. HOWARD & Jan R. OYEBODE. Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psycho-Oncology.* 2007, 6(16), 563-572. ISSN 1057- 9249.
- HAWKINS, P.; SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích.* Praha : Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-7178-715-9

HAZAN, C. & P.R. SHAVER. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychological Inquiry*. 1994, **1**(5), 1-22.

HAZAN, C. & P.R. SHAVER. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987, **3**(52), 511-524.

HOJAT, Mohammadreza. *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. 1. New York: Springer-Verlag, 2007. ISBN 978-0-387-33608-4..

HOJAT, M., D.Z. Louis, V. Maio & J. S. Gonnella. Empathy and health care quality. *Am. J. Med. Qual.* 2013, (28), 6–7.

HOLMES, Jeremy. *The Search for the Secure Base: Attachment Theory and Psychotherapy*. 1. Routledge, 2001. ISBN 9781583911525.

HYRKHÄS, K. Clinical supervision, burnout and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Mental Health Nursing*. 2005, (26), 531–556.

JACKSON, P., P. RAINVILLE & J. DECETY. To what extent do we share the pain of others? Insights from the neural bases of pain empathy. *Pain*. 2006,(125), 5–9.

JANÍKOVÁ, E. a R. BUŽGOVÁ. Supervize jako jedna z možností prevence a ovlivnění syndromu vyhoření ve zdravotnictví. *Ceskoslovenska Psychologie*. 2017, **4**(61), 363-378. ISSN 0009-062X

KIM, S. S., S. KAPLOWITZ, M. V. JOHNSTON. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions*. 2004.

KONRATH, S. Interpersonal Reactivity Index (IRI). *MedEdPORTAL*. 2013, (9), 95-96.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 5. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

KOŽENÝ, J., a L. TIŠANSKÁ. The structure of the Jefferson scale of physician empathy in czech physicians. *Ceskoslovenská psychologie*. 2013.

KRISTENSEN, T. S., J. B. BJORNER, K.B. CHRISTENSEN & BORG, V. The distinction between work pace and working hours in the measurement of quantitative demands at work. *Work & Stress*. 2014, (18), 305 - 322.

KRISTENSEN, T. S., M. BORRITZ, E. VILLADSEN & Karl B. CHRISTENSEN. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005, **3**(19), 192-207. ISSN 0267-8373.

LICHTENSTEIN, R. L., The job satisfaction and retention of physicians in organized settings: a literature review. *Med. Care Rev.* 1984, (41), 139–179.

- LEIPER R., P. CASARES. An investigation of the attachment organization of clinical psychologists and its relationship to clinical practice. *Br J Med Psychol.* 2000, (73), 449–464.
- MALLET, K., J.H. PRICE, S.G. JURIS, S. SLENKER. Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychol Rep.* 1991, (68), 1347–1359.
- MARINO, P.A., The effects of cumulative grief in the nurse. *J Intravenous Nur.* 1998, (21), 101–104.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliatívnej péči*. 1. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MASLACH, C., Udbændthedssyndromet. (The burnout syndrome). *Dansk Psykolognyt.* 1979, (33), 138-144.
- MASLACH, C., & S. E. JACKSON. Maslach Burnout Inventory manual. *Second edition*. Palo Alto, 1983.
- MASLACH, C., & S.E. JACKSON. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour.* 1981, (2), 99-/113.
- MLČÁK, Z., H. ZÁŠKODNÁ. Analýza vzťahu medzi prosociálnymi tendenciami, empatií a päťfaktorovým modelom osobnosti u studentek pomáhajúcich odborů. *Universitas Bohemiae Merdionalis Budovicensis Facultas Medico Socialis.* 2006, **8**(2), 316 -328.
- MOORE W. All stressed up and nowhere to go. *Health Serv J.* 1996, (5), 23–25.
- MORRIS, Desmond. *Lidské mládě*. 1. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-77-2.
- MORRISON, Tony. *Staff Supervision in Social Care: Making a Real Difference for Staff and Service Users*. 3. Brighton: Pavilion Publishing, 2005. ISBN 978-1841961682.
- NIELSON, H. G., & C. Tulinius. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? *Educ. Prim. Care.* 2009, (20), 353–359.
- NEUBERGER, J. A., Healthy view of dying. *Br Med J.* 2003, (327), 207–208.
- PARKES C.M., Coping with loss: consequences and implications for care. *Int J Palliative Nurs.* 1999, (5), 250–254.
- PAYNE N., Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurs.* 2001, (33), 396–405.
- PAYNE S., R. HAINES. The contribution of psychologists to specialist palliative care. *Int J Palliative Nurs.* 2002, (8), 401–406.

- PEJUŠKOVIČ, B., D. LEČIČ-TOŠEVSKI, S. PRIEBE, & O. TOŠKOVIČ. Burnout syndrome among physicians – the role of personality dimensions and coping strategies. *Psychiatr. Danub.* 2011, (23), 389–395.
- PIETROMONACO, P. R. & L. F. BARRETT. The Internal Working Models Concept: What Do We Really Know About the Self in Relation to Others? *Review of General Psychology.* 2000, 4(2), 155-175.
- PINES, A., & E. ARONSON. Career burnout: Causes and cures. *Advances in Physical Education.* 1988, 1(5).
- PINES, A., E. ARONSON & D. KAFRY. Burnout: From tedium to personal growth. *Advances in Physical Education.* 1981, 1(5).
- RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví.* Praha: Grada Publishing, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-2223-8.
- READER, T. W., & A. GILLEPSIE. Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. *BMC Health Serv. Res.* 2013, (13), 156.
- ROTER, D. L., R. M. FRANKEL, J. A. HALL & D. SLUYTER. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *Journal of General Internal Medicine.* 2006, (24), 28-34.
- SAUNDERS J.M., S.M. Valente. Nurses' grief. *Cancer Nurs.* 1994, (17), 318–325.
- SHAMAY-TSOORY, S. G., J. AHARON-PERETZ, & D. PERRY. Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain.* 2008, (132), 617–627.
- SHANAFELT, T. D., C. WEST, X. Zhao, P. Novotny, J. Kolars, T. Habermann, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J. Gen. Intern. Med.* 2005, (20), 559–564.
- SHANAFELT, T. D., K.A. BRADLEY, J.E. WIPF & A.L. BACK. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann. Intern. Med.* 2002, (136), 358–367.
- SHANAFELT, T. D., S. BOONE, L. TAN, L. N. DYRBYE, W. SOTILE, D. SATELE, D., et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch. Intern. Med.* 2012, (172), 1377–1385.
- SHAVER, P. R. & M. Mikulincer. Attachment Theory and Research. Core Concepts, Basic Principles, Conceptual Bridges. *Social Psychology. Handbook of Basic Principles.* 2007, 650-677.
- SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny.* 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785598.

SOLER, J. K., H. Yaman, M. Esteva, F. Dobbs, R.S. Asenova, M. Katic, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam. Pract.* 2008, (25), 245–265.

ŠANKOVÁ, Klaudia. J. Hašto: Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. *Medicínsky monitor.* 2006, (2), 36-37. ISSN 1335-0951.

TAYLOR, C. Receiving group clinical supervision: a phenomenological study. *British Journal of Nursing.* 2013, (22), 861–866.

THIRIOUX, B., M. R. MERCIER, O. Blanke & A. Berthoz. The cognitive and neural time course of empathy and sympathy: an electrical neuroimaging study on self-other interaction. *Neuroscience.* 2014, (267), 286–306.

THIRIOUX, B., N. JAAFARI & F. BIRAULT. Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology.* 2016, (7), ISSN 1664-1078.

TRUCHOT, D., N. Roncari & D. Bantégnie. Burnout, patient compliance and psychological withdrawal among GPs: an exploratory study. *L'encéphale.* 2011, (37), 48–53.

UMEMURA, T., L. LACINOVÁ, K. KOTRČOVÁ & RC. FRALEY. Similarities and differences regarding changes in attachment preferences and attachment styles in relation to romantic relationship length: longitudinal and concurrent analyses. *Attachment.* 2018, 20(2), 135-159. ISSN 14692988.

VACHON M. L. S., Recent research into staff stress in palliative care. *Eur J Palliative Care.* 1997, (4), 99–103.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: Dětství a dospívání.* 1. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 9788024628462.

VAŇKOVÁ, M., Supervize v ošetrovatelství aneb vize pro budoucnost? *Sestra.* 2011 11 (21), 25–27.

VAŇKOVÁ, M., S. BÁRTLOVÁ. Historický a zahraniční odkaz pro koncept supervize v českém ošetrovatelství. *Kontakt.* 2015, (17), 38–48.

VÁVROVÁ, P., D. PASTUCHA. Psychohygienu (nejen) jako prevence syndromu vyhoření u zdravotnického managementu. *Pracovní lékařství.* 2013, (65), 53–58.

VEDSTED, P., & H. N. HEJE. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of their GP. *Scand. J. Prim. Health Care.* 2008, (26), 228–234.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. *Supervize v ošetrovatelské praxi.* 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

WAKEFIELD, A. Nurses' responses to death and dying: a need for relentless self-care. *Int J Palliative Nurs.* 2000, (6), 245–251.

WEISS, R.S. Loss and recovery. Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention. *Cambridge University Press*. 1993, 271-284.

WENSING, M., H.P. Jung, J. Mainz, F. Olesen & R. Grol. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: description of the research domain. *Soc. Sci. Med.* 1998,(47) , 1573–1588.

WEST, C. P., M. Huschka, P. J. Novotny, J. A. Sloan, J.C. Kolatrs, T. M. Habermann, et al. Association of perceived medical errors with residents distress and empathy. *JAMA*. 2006, (296), 1071–1078.

WICKER, B., C. KEYSERS, J. Plailly, J. P. Royet, V. Gallese, & G. Rizzolatti. Both of us disgusted in My insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*. 2003, (40), 655–664.

WILLIAMS, E. S., T.R. KONRAD, W.E. SCHECKLER, D. E. PATHMAN, M. LINZER, J.E. MCMURRAY, et al. Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Manage.* 2010,(35) , 105–115.

WILMER, H. A. The doctor-patient relationship and the issues of pity, sympathy and empathy. *Br. J. Med. Psychol.* 1968, (41), 243–248.

YAMADA, M., & J. DECETY. Unconscious processing and empathy: An investigation of subliminal priming on the detection of painful facial expressions. *Pain*. 2009, (143), 71–75.

ZAHAVI, D. Simulation, projection, and empathy. *Conscious. Cogn.* 2008, (17), 514–522.

ZÁŠKODNÁ, Helena a Zdeněk MLČÁK. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. 1. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-738-7306-6.

ZAYAS, V., S. MERRILL & C. HAZAN. Fooled around and fell in love: The role of sex in adult romantic attachment formation: Attachment theory and research. New directions and emerging themes. *Guilford Press*. 2015.

ZENASNI, F., E. BOUJUT, A. WOERNER & S. SULTEN. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. *Br. J. Gen. Pract.* 2012, (62), 346–347.

ZHOU, Q., C. VALIENTE & N. EISENBERG. Empathy and its measurement. Positive psychological assessment: A handbook of models and measures. *American Psychological Association*. 2003, 269-284.

ZOZNAM SKRATIEK

2. LF UK	2. lekárska fakulta Univerzity Karlovej
a kol.	a kolektív
AD	Anamnestický dotazník
ARO	Klinika anestéziológie a resuscitácie
atď.	a tak ďalej
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CRB	Client-Related Burnout
č.	číslo
ČR	Česká republika
EC	Empathic Concern
ECR-RS	Experiences in Close Relationships- Relationship Structures
et al.	and others
F	F-test analýzy variancie
FNKV	Fakultná nemocnica Kráľovské Vinohrady
FNM	Fakultná nemocnica Motol
FS	Fantasy
HS	hrubé skóre
IBM SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
IFG	gyrus frontalis inferior
INT	Interná klinika
IRI	Interpersonal Reactivity Index
JSPE	Jefferson Scale of Physician Empathy
JSPE-S	Jefferson Scale of Physician Empathy-Students
KARD	Kardiologická klinika
LDN	Centrum následnej starostlivosti

M	muži
M, r	priemer
MAX	maximum
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory- General Survey
Me	medián
MIN	minimum
N	počet
P	p-hodnota
PB	Personal Burnout
PD	Personal Distress
PT	Perspective-Taking
PUMA	Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction
R	koefficient determinance
R	rozvedený/á
S	sanitár/ka
S	slobodný/ á
S, SD	smerodajná odchýlka
SS	staničná sestra
SŠ	Stredná škola
str.	strana
T,t	T-test
VOŠ	Vyššia odborná škola
VS	všeobecná sestra
VŠ	Vysoká škola
WRB	Work-Related Burnout
ZŠ	Základná škola

ZV	Zahraničný výskum
Ž	ženy
Ž/V	žinatý/ vydatá
ŽsP	žije s partnerom/kou
α	Cronbachovo alfa

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázok 1. Diagram znázorňujúci pozitívne a negatívne vzťahy (Prevzaté od Bartholomew 1994)	27
Obrázok 2. Model vzťahovej väzby v dospelosti (Prevzaté od Fraley, et al., 2015).....	28
Obrázok 3. Počet vyhoretého a nevyhoretého zdravotníckeho personálu na základe priemeru nášho súboru.....	38
Obrázok 4. Počet zdravotníckeho personálu s vyššou a nižšou empatiou na základe priemeru v našom súbore	40
Obrázok 5. Celková vzťahová vyhýbavosť a úzkosť v ECR-RS v našom súbore...	42
Obrázok 6. Počet zdravotníckeho personálu a typ citovej väzby (attachment)	43

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1. <i>Zdroj (The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout)</i> Kristensen et al., 2005	37
Tabuľka 2. Priemery v jednotlivých škálach v CBI v našom a zahraničnom výskume .	38
Tabuľka 3. Porovnanie slovenských sestier v praxi, študentov ošetrovateľstva a zdravotnícky personál v našom súbore	40
Tabuľka 4. Porovnanie vyhýbavosti a úzkostnosti v zahraničných štúdiách a v našom výskume a vo výskume v Českej republike	42
Tabuľka 5. Demografické údaje (vek, dĺžka vzdelania, atď.)	45
Tabuľka 6. Demografické údaje (klinika, pohlavie, atď.)	46
Tabuľka 7. Položková analýza škály PB	47
Tabuľka 8. Položková analýza škály WRB	47
Tabuľka 9. Položková analýza škály CRB	47
Tabuľka 10. Popisná štatistika metódy CBI	48
Tabuľka 11. Položková analýza škály PT	48
Tabuľka 12. Položková analýza škály PB	49
Tabuľka 13. Položková analýza škály FS	49
Tabuľka 14. Položková analýza škály EC	50
Tabuľka 15. Popisná štatistika metódy IRI.....	50
Tabuľka 16. Položková analýza škály vyhýbavosti.....	51
Tabuľka 17. Položková analýza škály úzkostnosti	52
Tabuľka 18. Popisná štatistika metódy ECR-RS	53
Tabuľka 19. Vzťah medzi vyhýbavosťou a úzkostnosťou (ECR-RS) a medzi jednotlivými zložkami CBI (Spearmanův korelačný koeficient a p-hodnota)	54
Tabuľka 20. Vzťah medzi zvýšenou vyhýbavosťou a úzkostnosťou (ECR-RS) a medzi zložkami empatie (IRI) (Spearmanův korelačný koeficient).....	55
Tabuľka 21. Vzťah medzi zvýšenou hodnotou CBI a zníženou empatiou (Spearmanův korelačný koeficient, p-hodnota)	56
Tabuľka 22. Vzťah medzi pohlavím a jednotlivými škálami dotazníku (CBI, ECR-RS, IRI).....	57
Tabuľka 23. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)	58
Tabuľka 24. Vzťah medzi pracovným zaradením a jednotlivými škálami dotazníkov ..	59

Tabuľka 25. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)	60
Tabuľka 26. Vzťah medzi vzdelaním zdravotníckeho personálu a jednotlivými škálami dotazníkov.....	61
Tabuľka 27. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)	62
Tabuľka 28. Vzťah medzi rodinným stavom a jednotlivými škálami dotazníkov	63
Tabuľka 29. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)	64
Tabuľka 30. Vzťah medzi zmenou profesie a jednotlivými škálami dotazníkov	65
Tabuľka 31. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)	66
Tabuľka 32. Korelácie dotazníkových škál s kvantitatívnymi znakmi.....	68
Tabuľka 33. Vzťah medzi zmenou profesie a jednotlivými klinikami.....	69
Tabuľka 34. Vzťah medzi pohlavím a jednotlivými klinikami	70
Tabuľka 35. Vzťah medzi pracovným zaradením a jednotlivými klinikami.....	71
Tabuľka 36. Vzťah medzi vzdelaním a jednotlivými klinikami.....	72
Tabuľka 37. Vzťah medzi rodinným stavom a jednotlivými klinikami	73
Tabuľka 38. Vzťah medzi kvantitatívnymi znakmi a jednotlivými klinikami	74
Tabuľka 39. Welch-test kvantitatívnych znakov	75
Tabuľka 40. Vzťah medzi jednotlivými dotazníkmi a klinikami	76
Tabuľka 41. Testy rozdielov priemerov (F-testy a p-hodnoty)	77
Tabuľka 42. Regresívna analýza.....	78
Tabuľka 43. Korelačné matice medzi výsledkami dotazníkov.....	111

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha 1: Súhlas námestníčky pre ošetrovateľskú starostlivosť FNM.....	100
Príloha 2: Súhlas námestníčky pre ošetrovateľskú starostlivosť FNM.....	101
Príloha 3: Súhlas námestníčky s ošetrovateľskou starostlivosťou FNM	102
Príloha 4: Súhlas námestníčky s ošetrovateľskou starostlivosťou FNKV	103
Príloha 5: Súhlas námestníčky s ošetrovateľskou starostlivosťou FNKV	104
Príloha 6: Informovaný súhlas zdravotníckeho personálu ku empirickému výskumu .	105
Príloha 7: Anamnestický dotazník.....	106
Príloha 8: Dotazník ECR-RS	107
Príloha 9: Dotazník IRI.....	108
Príloha 10: Dotazník CBI	109
Príloha 11: Korelačné matice medzi dotazníkovým skóre	111

PRÍLOHY**Príloha 1: Súhlas námestníčky pre ošetrovateľskú starostlivosť FNM**

Nikola Glombíková
bakalářský studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra
2. lékařská fakulta UK v Praze
kontaktní email: glombikova@gmail.com

V Praze, dne 11. ledna 2017

Vážená paní
Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84/1
150 06 Praha 5 – Motol

Věc: **Žádost o povolení dotazníkového šetření**

Vážená paní náměstkyně,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového šetření k zjištění informací zabývajících se významem citové vazby, empatie a syndromem vyhoření u zaměstnanců Fakultní nemocnici v Motole v rozsahu přiložených dotazníků. Předběžně jsem domluvena s vrchní sestrou Mgr. Kubovou, která souhlasí se setřením na Centre následné péče - LDN u středního zdravotnického personálu. V případě zájmu Vám zjištěné informace poskytnu k Vašemu využití.

S poděkováním a s pozdravem

Nikola Glombíková

Vyjádření vedoucího bakalářské práce:

Žádosti vyhovět doporučuji.

V Praze, dne 11. ledna 2017


PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce

Stanovisko náměstkyně pro ošetrovatelskou péči:

S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.

V Praze, dne

17 -01- 2017


Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Príloha 2: Súhlas námestníčky pre ošetrovateľskú starostlivosť FNM

Nikola Glombíková
bakalářský studijní program Ošetrovateľství, studijní obor Všeobecná sestra
2. lékařská fakulta UK v Praze
kontaktní email: glombikova@gmail.com

V Praze, dne 13.03. 2017

Vážená paní
Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovateľskú péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84/1
150 06 Praha 5 – Motol

Věc: **Žádost o povolení dotazníkového šetření**

Vážená paní náměstkyně,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového šetření k zjištění informací zabývajících se významem citové vazby, empatie a syndromem vyhoření u zaměstnanců Fakultní nemocnice v Motole v rozsahu přiložených dotazníků. Předběžně jsem domluvena s vrchní sestrou Mgr. Lisovou, která souhlasí se setřením na Interní klinice u středního zdravotnického personálu a s vrchní sestrou Mgr. Kovalčíkovou na Kardiologické klinice. V případě zájmu Vám zjištěné informace poskytnu k Vašemu využití.

S poděkováním a s pozdravem

Nikola Glombíková

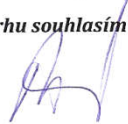
Vyjádření vedoucího bakalářské práce:***Žádosti vyhovět doporučuji.***

V Praze, dne 13. 03. 2017

PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce**Stanovisko náměstkyně pro ošetrovateľskú péči:*****S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.***

V Praze, dne 16 -03- 2017

SOUHLASÍM


Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro ošetrovateľskú péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Príloha 3: Súhlas námestníčky s ošetrovateľskou starostlivosťou FNM

Nikola Glombíková
bakalářský studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra
2. lékařská fakulta UK v Praze
kontaktní email: glombikova@gmail.com

V Praze, dne 19. dubna 2017

Vážená paní
Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovateľskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84/1
150 06 Praha 5 - Motol

Věc: **Žádost o povolení dotazníkového šetření**

Vážená paní náměstkyně,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového šetření k zjištění informací zabývajících se vztahem citové vazby, empatie a syndromem vyhorenia u zaměstnanců Fakultní nemocnice v Motole v rozsahu přiložených dotazníků. Předběžně jsem domluvena s vrchní sestrou Mgr. Maňasovou, která souhlasí se šetřením na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče u středního zdravotnického personálu. V případě zájmu Vám zjištěné informace poskytnu k Vašemu využití.

S poděkováním a s pozdravem

Nikola Glombíková

Vyjádření vedoucího bakalářské práce:

Žádosti vyhovět doporučuji.


V Praze, dne 19. dubna 2017

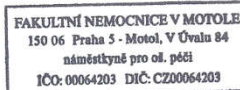
PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce

Stanovisko náměstkyně pro ošetrovateľskou péči:

S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.

V Praze, dne 25 -04- 2017


Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro ošetrovateľskou péči



Príloha 4: Súhlas námestníčky s ošetrovateľskou starostlivosťou FNKV

Nikola Glombíková
bakalářský studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra
2. lékařská fakulta UK v Praze
kontaktní email: glombikova@gmail.com

V Praze, dne 19. dubna 2016

Vážená paní
PhDr. Libuše Gavlasová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovateľskou péči
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Šrobárova 1150/50
100 34 Praha 10

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážená paní náměstkyně,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového šetření k zjištění informací k tématu zjištění informací zabývající se významem citové vazby, empatie a syndromem vyhoření u zaměstnanců Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v rozsahu přiložených dotazníku. Předběžně jsem domluvena s vrchní sestrou Mgr. Kotoučkovou, Mgr. Bodlákovou, Bc. Duškovou a Bc. Chocholovou, které souhlasí se setřením v Centre následné péče- LDN, Interní klinice I., Interní klinice II. a Interní- kardiologické klinice III. u středního zdravotnického personálu. V případě zájmu Vám zjištěné informace poskytnu k Vašemu využití.

S poděkováním a s pozdravem

Nikola Glombíková

Vyjádření vedoucího bakalářské práce:

Žádosti vyhovět doporučuji.

V Praze, dne 19. dubna 2016

PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce

Stanovisko náměstkyně pro ošetrovateľskou péči:

S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.

V Praze, dne 3. 5. 2014

PhDr. Libuše Gavlasová, MBA
náměstkyně pro ošetrovateľskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
Náměstkyně pro ošetrovateľskou péči a
Fakultní nemocnice zdravotní péče

Príloha 5: Súhlas námestníčky s ošetrovateľskou starostlivosťou FNKV

Nikola Glombíková
bakalářský studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra
2. lékařská fakulta UK v Praze
kontaktní email: glombikova@gmail.com

V Praze, dne 11. ledna 2016

Vážená paní
PhDr. Libuše Gavlasová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovateľskou péči
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Šrobárova 1150/50
100 34 Praha 10

Věc: Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážená paní náměstkyně,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového šetření k zjištění informací k tématu zjištění informací zabývajících se významem citové vazby, empatie a syndromem vyhorenia u zaměstnanců Fakultní nemocnice Královské Vinohrady v rozsahu přiložených dotazníků. Předběžně jsem domluvena s vrchní sestrou Mgr. Trnkovou, která souhlasí se šetřením na Klinice anesteziologie a resuscitace u středního zdravotnického personálu. V případě zájmu Vám zjištěné informace poskytnu k Vašemu využití.

S poděkováním a s pozdravem

Nikola Glombíková

Vyjádření vedoucího bakalářské práce:

Žádosti vyhovět doporučuji.

V Praze, dne 11. ledna 2016

PhDr. Alena Javůrková, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce

Stanovisko náměstkyně pro ošetrovateľskou péči:

S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.

V Praze, dne 19. 01. 2017

PhDr. Libuše Gavlasová, MBA
náměstkyně pro ošetrovateľskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
Náměstek pro ošetrovateľskou péči a
řízení kvality zdravotní péče

Príloha 6: Informovaný súhlas zdravotníckeho personálu ku empirickému výskumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážená/ný kolegyně/kolego,

jmenuji se Nikola Glombíková a jsem studentkou 2. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na 2. LF UK v Praze. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníků, které jsou součástí mé bakalářské práce. Zabývají se významem citové vazby, empatie a syndromem vyhoření. Dotazníky jsou zcela anonymní a slouží pouze pro účely mé bakalářské práce. Žádám Vás o pečlivé vyplnění.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci!

Podpis

Príloha 7: Anamnestický dotazník

Anamnestický dotazník

Vaši odpoveď označte krížikom alebo, kde nejsou nabídnuty možnosti, prosím dopište Vaši odpoveď.

1. Iniciály jména a příjmení:
2. Rok narození:
3. Věk:
4. Pohlaví: Muž Žena
5. Nejvyšší dosažené vzdělání: základní
středoškolské
vyšší odborné
vysokoškolské: bakalář magistr
6. Počet let vzdělání (základní+ středoškolské +vysokoškolské)
7. Pracovní zařazení: staniční sestra/bratr všeobecná sestra
sanitář/ka
8. Rodinný stav: ženatý/vdaná rozvedený/á ovdovělý/á
svobodný/á žiji s partnerem/partnerkou
9. Délka praxe ve zdravotnictví:
10. Kolik dní v roce jste průměrně nemocný/á?
11. Kolikrát týdně užíváte léky proti bolesti?
12. Kolikrát týdně máte problémy se spánkem? (nemožnost usnout, probouzení se v noci nebo k ránu a pod.)
.....
13. Přemýšlíte, že změníte vaši profesi?

Príloha 8: Dotazník ECR-RS

Dotazník štruktúry vzťahů (ECR-RS; Fraley et al., 2011)

Niže uvedená tvrzení se zabývají tím, jak se cítíte v blízkých vztazích. Odpovězte na každé tvrzení tím, že označíte číslo, které nejlépe vystihuje, do jaké míry s tvrzením souhlasíte či nesouhlasíte.

Prosím zodpovězte následujících 9 otázek o **Vaší matce, otci** (nebo o osobě, kterou za matku považujete). (nebo o osobě, kterou za otce považujete), **Vašem partnerovi/partnerce** (pokud nyní nejste s nikým v partnerském nebo manželském vztahu, odpovězte na tyto otázky ve vztahu k bývalému partnerovi nebo vztahu, který byste s někým rádi měli) a o **Vašem nejlépeším kamarádovi/kamarádce**.

silně nesouhlasím 1 2 3 4 5 6 7 silně souhlasím

	matka	otec	partner/ Ka	kamarád/ Ka
1. Když něco potřebuji, pomůže mi obrátit se na tuto osobu.				
2. S touto osobou obvykle rozebírám své problémy a starosti.				
3. S touto osobou probírám věci.				
4. Je pro mě snadné být na této osobě závislý.				
5. Není mi příjemné se této osobě otvírat.				
6. Těto osobě raději neukazuji, jak se v hloubi duše cítím.				
7. Často se obávám, že tato osoba o mě skutečně nestojí.				
8. Bojím se, že mě tato osoba může opustit.				
9. Obávám se, že tato osoba o mě nebude stát tolik, jako já stojím o ni.				

Príloha 9: Dotazník IRI**INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX**

Následujúci tvrzení se týkají vašich myšlenek a pocitů v různých situacích. U každého výroku si vyberte, jak dobře Vás vystihuje označením jedné z možností A, B, C, D nebo E, které jsou popsány v záhlaví.

Až se rozhodnete pro svoji odpověď, zakroužkujte tomu náležící písmeno na škále vedle daného výroku.

PŘEČTĚTE SI KAŽDÝ POLOŽKU PEČLIVĚ PŘEČTĚTE. Odpovídejte co nejupřímněji. Děkuji.

ŠKÁLA ODPOVĚDÍ:

A	B	C	D	E
NEVYSTIHUJE MĚ DOBŘE				VYSTIHUJE MĚ VELMI DOBŘE
				A B C D E
1. Pravidelně sním ve dne a představuji si věci, které by se mi mohli stát.				A B C D E
2. Často cítím zaujetí a soucit s lidmi, kteří mají v životě méně štěstí než já.				A B C D E
3. Někdy je pro mě obtížné vidět věci z úhlu pohledu druhého člověka.				A B C D E
4. Občas mi není líto druhých lidí, když mají problémy.				A B C D E
5. Opravdu se dokážu vcítit do postav v románech.				A B C D E
6. V nouzových situacích pocítuji obavy a jsem celý/á nespůj/vá.				A B C D E
7. Obvykle zůstávám objektivní/á, když sleduji nějaký film nebo hru, a nestává se mi často, že bych se nechal/a zcela vtáhnout do děje.				A B C D E
8. Snažím se vzít v úvahu různé názory všech zúčastněných předtím, než učiním nějaké rozhodnutí.				A B C D E
9. Když vidím, že je někdo využíván, pak se cítím vůči němu ochranně.				A B C D E
10. Někdy se cítím bezradně, když se ocitnu uprostřed velmi emocionálně vypjaté situací.				A B C D E
11. Někdy se snažím lépe porozumět svým kamarádům tím, že si představuji, jak věci vypadají z jejich úhlu pohledu.				A B C D E
12. Je pro mě poměrně vzácné být zcela vtažen/á do děje dobré knihy nebo filmu.				A B C D E
13. Když vidím, že se někdo zraní, tak mám tendenci zůstat klidný/á.				A B C D E
14. Neštěstí druhých lidí mě obvykle velmi neznepokojí.				A B C D E
15. Když jsem naprosto přesvědčen/á, že mám pravdu, tak neplýtvám svým časem posloucháním argumentů druhých.				A B C D E
16. Po shlédnutí hry nebo filmu se cítím tak, jako bych byl/a jednou z postav.				A B C D E
17. Děsí mě ocitnutí se v napjaté emocionální situaci.				A B C D E
18. Když vidím, jak je s nějakým člověkem zacházeno nespravedlivě, tak mi ho není příliš líto.				A B C D E
19. Obvykle řeším naléhavé situace celkem efektivně.				A B C D E
20. Docela často mě dojmou věci, které se dějí kolem mé osoby.				A B C D E
21. Věřím, že každý názor a otázka mají dvě strany a snažím se dívat na obě z nich.				A B C D E
22. Sám/a sebe bych popsal/a jako docela dobrosrdečnou osobu.				A B C D E
23. Když sleduji dobrý film, velmi snadno se vcítím do hlavní postavy.				A B C D E
19. Obvykle řeším naléhavé situace celkem efektivně.				A B C D E
20. Docela často mě dojmou věci, které se dějí kolem mé osoby.				A B C D E
21. Věřím, že každý názor a otázka mají dvě strany a snažím se dívat na obě z nich.				A B C D E
22. Sám/a sebe bych popsal/a jako docela dobrosrdečnou osobu.				A B C D E
23. Když sleduji dobrý film, velmi snadno se vcítím do hlavní postavy.				A B C D E
24. Stává se mi, že ztrácím kontrolu nad sebou v nouzových situacích.				A B C D E
25. Když jsem na někoho rozčilený/á, obvykle se pokouším alespoň na chvíli představit sám/a sebe v jeho situaci.				A B C D E
26. Když čtu zajímavou povídku nebo román, představuji si, jak bych se cítil/a, kdybych se ocitl/a ve stejné situaci, kterou popisuje příběh.				A B C D E
27. Když vidím, že někdo opravdu potřebuje pomoc v nouzové situaci, tak se zhroutím.				A B C D E
28. Předtím, než někoho kritizuji, snažím se představit, jak bych se cítil/a, kdybych byl/a na jeho/jejím místě.				A B C D E

Príloha 10: Dotazník CBI**Copenhagen Burnout Inventory**

Označte prosím možnosť, ktorá najviac vystihuje vaše pocity.

1. Často se cítíte unavený/á?

vždy často niekdy zriedka nikdy/ téměř nikdy

2. Cítíte se na konci pracovního dne utahaný/á?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

3. Cítíte se vyhořelý/á kvůli své práci?

vždy často niekdy zriedka nikdy/ téměř nikdy

4. Jak často se cítíte fyzicky vyčerpaný/á?

vždy často niekdy zriedka nikdy/ téměř nikdy

5. Cítíte se ráno při pomýšlení na další pracovní den vyčerpaný/á?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

6. Považujete za náročné pracovat s pacienty?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

7. Jak často se cítíte emocionálně vyčerpaný?

vždy často niekdy zriedka nikdy/ téměř nikdy

8. Máte pocit, že je pro vás každá pracovní hodina vyčerpávající?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

9. Ubírá vám energii pracovat s pacienty?

ano spíše ano nevím spíše ne ne

10. Jak často si říkáte: „ Už to nevydržím “?

- vždy často někdy zřídka nikdy/ téměř nikdy

11. Máte dostatek energie pokud trávíte čas s rodinou a přáteli?

- vždy často někdy zřídka nikdy/ téměř nikdy

12. Je pro vás frustrující pracovat s pacienty?

- ano spíše ano nevím spíše ne ne

13. Jak často se cítíte utahaný/á?

- vždy často někdy zřídka nikdy/ téměř nikdy

14. Je vaše práce emocionálně vyčerpávající?

- vždy často někdy zřídka nikdy/ téměř nikdy

15. Máte pocit, že víc dáváte, než dostáváte při práci s vašimi pacienty?

- ano spíše ano trochu spíše ne vůbec ne

16. Jak často se cítíte slabý/á a náchylný/á k nemocem?

- vždy často někdy zřídka nikdy/ téměř nikdy

17. Je vaše práce frustrující?

- vždy často někdy zřídka nikdy/ téměř nikdy

18. Jste unavení z práce s pacienty?

- vždy často někdy zřídka nikdy/ téměř nikdy

19. Přemýšlíte někdy nad tím, jako dlouho budete schopni pokračovat v práci s pacienty?

- vždy často někdy zřídka nikdy/ téměř nikdy

Príloha 11: Korelačné matice medzi výsledkami dotazníkov

		PB priemer	WRB priemer	CRB priemer	CBI celkový priemer	PT	FS	EC	PD	IRI celkovo
ECR-RS										
Matka vyhýbavosť	R	0,01	-0,06	-0,08	-0,04	0,02	-0,02	-0,003	-0,04	-0,02
	p	0,8	0,3	0,1	0,4	0,7	0,6	0,9	0,4	0,6
	N	262	262	262	262	258	258	258	258	258
Matka úzkosť	R	0,1	0,1	0,06	0,1	-0,09	-0,08	0,01	-0,08	-0,1
	p	0,04	0,007	0,3	0,05	0,1	0,1	0,7	0,1	0,1
	N	262	262	262	262	258	258	258	258	258
Otec vyhýbavosť	R	0,01	-0,004	-0,05	-0,01	0,04	0,05	0,08	0,02	0,09
	p	0,8	0,9	0,4	0,7	0,5	0,4	0,1	0,6	0,1
	N	245	245	245	245	242	242	242	242	242
Otec úzkosť	R	0,1	0,1	0,09	0,1	-0,09	-0,06	0,01	-0,004	-0,07
	p	0,02	0,003	0,1	0,02	0,1	0,3	0,7	0,9	0,2
	N	245	245	245	245	242	242	242	242	242
Partner/ka vyhýbavosť	R	0,03	0,009	-0,03	0,006	-0,1	-0,05	-0,03	0,05	-0,07
	p	0,5	0,8	0,6	0,9	0,03	0,3	0,5	0,3	0,2
	N	275	275	275	275	271	271	271	271	271
Partner/ka úzkosť	R	0,1	0,1	0,07	0,1	-0,08	0,007	-0,03	0,01	-0,04
	p	0,04	0,05	0,1	0,06	0,1	0,9	0,5	0,8	0,4
	N	275	275	275	275	271	271	271	271	271
Kamarát/ka vyhýbavosť	R	0,01	0,06	0,008	0,02	-0,1	-0,1	-0,1	0,02	-0,1
	p	0,8	0,3	0,8	0,6	0,06	0,02	0,06	0,7	0,02
	N	273	273	273	273	269	269	269	269	269
Kamarát/ka úzkosť	R	0,0	0,09	0,02	0,04	-0,03	0,006	0,1	0,1	0,04
	p	0,7	0,1	0,7	0,4	0,6	0,9	0,06	0,07	0,4
	N	273	273	273	273	269	269	269	269	269
Celková vyhýbavosť	R	0,04	0,01	-0,05	<0,001	-0,06	-0,05	-0,02	0,02	-0,04
	p	0,4	0,7	0,3	0,9	0,3	0,3	0,6	0,6	0,4
	N	287	287	287	287	283	283	283	283	283
Celková úzkosť	R	0,1	0,1	0,06	0,1	-0,08	-0,02	0,03	0,03	-0,02
	p	0,05	0,007	0,2	0,05	0,1	0,6	0,5	0,5	0,6
	N	287	287	287	287	283	283	283	283	283
CBI										
PB priemer	R	1	0,8	0,7	0,9	0,01	0,1	0,02	0,07	0,1
	p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,8	0,008	0,6	0,1	0,03
	N	316	316	316	316	306	306	306	306	306
WRB priemer	R	0,8	1	0,7	0,9	-0,03	0,1	-0,03	0,06	0,05
	p	p<0,001		p<0,001	p<0,001	0,5	0,03	0,4	0,2	0,3
	N	316	316	316	316	306	306	306	306	306
CRB priemer	R	0,7	0,7	1	0,9	-0,03	0,1	-0,09	0,1	0,06
	p	p<0,001	p<0,001		p<0,001	0,4	0,05	0,09	0,02	0,2
	N	316	316	316	316	306	306	306	306	306
CBI celkový priemer	R	0,9	0,9	0,9	1	-0,02	0,1	-0,04	0,09	0,08
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001		0,6	0,01	0,4	0,08	0,1
	N	316	316	316	316	306	306	306	306	306
IRI										
PT	R	0,01	-0,03	-0,03	-0,02	1	0,1	0,3	-0,02	0,5
	p	0,8	0,5	0,4	0,6		0,02	p<0,001	0,6	p<0,001
	N	306	306	306	306	308	308	308	308	308
FS	R	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1	0,2	0,2	0,6
	p	0,008	0,03	0,05	0,01	0,02		p<0,001	p<0,001	,000
	N	306	306	306	306	308	308	308	308	308
EC	R	0,02	-0,03	-0,09	-0,04	0,3	0,2	1	-0,05	0,6
	p	0,6	0,4	0,09	0,4	p<0,001	p<0,001		0,3	p<0,001
	N	306	306	306	306	308	308	308	308	308
PD	R	0,07	0,06	0,1	0,09	-0,02	0,2	-0,05	1	0,4
	p	0,1	0,2	0,02	0,08	0,6	p<0,001	0,3		p<0,001
	N	306	306	306	306	308	308	308	308	308
IRI celkovo	R	0,1	0,05	0,06	0,08	0,5	0,6	0,6	0,4	1
	p	0,03	0,3	0,2	0,1	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	
	N	306	306	306	306	308	308	308	308	308

Tabuľka 43. Korelačné matice medzi výsledkami dotazníkov