



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Lucie Šafaříková

Syndrom vyhoření a jeho vliv na sexualitu nelékařských zdravotnických pracovníků ženského pohlaví na pracovištích neodkladné péče v nefakultních nemocnicích

The Burnout Syndrome And His Influence on Sexuality of Non-Medical Health Care Workers of the Female Sex in Emergency Care Setting in the Non- University Hospitals

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.

Konzultant: Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.

Praha, 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 28. 6. 2019

LUCIE ŠAFAŘÍKOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

ŠAFAŘÍKOVÁ, Lucie. Syndrom vyhoření a jeho vliv na sexualitu nelékařských zdravotnických pracovníků ženského pohlaví na pracovištích neodkladné péče v nefakultních nemocnicích. [The Burnout Syndrome And His Influence on Sexuality of Non-Medical Health Care Workers of the Female Sex in Emergency Care Setting in the Non- University Hospitals]. Praha, 2019. 62 s., 15 příl. Diplomová práce (nMgr.). Univerzita Karlova, 1. Lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Dynáková, Šárka.

ABSTRAKT

ÚVOD: Syndrom vyhoření je relativně závažný problém projevující se psychosomatickým onemocněním, to je fyzickou, psychickou a emocionální vyčerpaností jedince. Vzniká především u pomáhajících profesí, jako důsledek chronického stresu, ztráty motivace a rezignace ve svém povolání.

CÍLE A METODOLOGIE: Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda syndrom vyhoření ovlivňuje sexualitu všeobecných sester na pracovištích neodkladné péče v nefakultních nemocnicích. Výzkumné šetření probíhalo pomocí dvou dotazníků. První standardizovaný dotazník zjišťuje míru syndromu vyhoření, jde o českou verzi Shironomovy-Melamedovy škály (Shirom, Melamed, 2006 in Ptáček 2013). Druhý dotazník je zaměřen na sexuální funkce ženy (Mellan in Kratochvíl, 1999). Výzkumný vzorek tvořily všeobecné sestry-ženy, pracující na odděleních neodkladné péče v nefakultní nemocnici.

VÝSLEDKY: K vyhodnocení dat bylo použito 62 dotazníků. Byly stanoveny čtyři pracovní hypotézy: H1: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u žen pracujících jako všeobecná sestra na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích pohlavní touha. H2: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u respondentek pracujících jako všeobecná sestra na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích hodnocení sebe jako sexuální partnerky. H3: Předpokládáme, že respondentky s nižším dosaženým vzděláním pracující na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích budou dosahovat vyššího skóru v testu syndromu vyhoření. H4: Předpokládáme, že u všeobecných sester pracujících na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích s delší praxí nad 10 let bude přítomen vyšší skór v dotazníku syndromu vyhoření., z nichž tři byly potvrzeny. Škála syndromu vyhoření byla vyhodnocena pomocí porovnání průměrů, kdy minimální hodnota je jedna a maximální sedm. Po celkovém vyhodnocení průměrů škály vyhoření, stanovené hypotézy dosahují hodnot pod polovinou skóru, který je 3,50. Na celkové škále vyhoření dosahují nižších skóru respondentky s potřebou pohlavního styku 2x týdně a častěji, s vysokoškolským vzděláním a praxí do 10 let ve zdravotnictví. Ze zjištěných celkových výsledků vyplývá, že syndrom vyhoření nejvíce ovlivňuje fyzickou oblast respondentek, naopak nejméně je syndromem vyhoření ovlivňována kognitivní oblast respondentek.

ZÁVĚR: Právem je syndrom vyhoření označován, jako nemoc dnešní doby, která zasahuje především pomáhající profese. Výsledky výzkumného šetření budou zařazeny do mezinárodní studie zabývající se vlivem syndromu vyhoření na lidské zdraví. V České republice studie probíhá pod záštitou Doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc. a PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D.

Klíčová slova: intenzivní péče, sexualita, sexuální dysfunkce, sexuální funkce, sexuální zdraví, sexuální život, syndrom vyhoření, všeobecná sestra

ABSTRACT

INTRODUCTION: Burnout syndrome is a relatively serious problem manifested by psychosomatic disease, which is the physical, mental and emotional exhaustion of an individual. It arises mainly in helping professions as a result of chronic stress, loss of motivation and resignation in the profession.

OBJECTIVES AND METHODOLOGY: The aim of the diploma thesis was to find out whether the burnout syndrome affects the sexuality of nurses at workplaces of emergency care in non-university hospitals. The research survey was conducted using two questionnaires. The first standardized questionnaire, which was the Czech version of the Shirom-Melamed scale (Shirom, Melamed, 2006 in Ptáček 2013), investigated the rate of burnout syndrome. The other questionnaire focused on the sexual functions in women (Mellan in Kratochvíl, 1999). The research sample consisted of nurses working in the emergency care departments of non-university hospitals.

RESULTS: 62 questionnaires were used to evaluate the data. Four hypotheses were defined: H1: It is assumed that with the development of the burnout syndrome, the sexual desire of women working as a general nurse in the emergency care departments of non-university hospitals will decrease. H2: It is assumed that with the development of the burnout syndrome, the self-image of female respondents working as a general nurse in the emergency care departments of non-university hospitals will decrease. H3: It is assumed that female respondents with lower education working in the emergency care departments of non-university hospitals will achieve a higher score in the burnout syndrome test. H4: It is assumed that general nurses working in the emergency care departments of non-university hospitals with a longer practice of more than 10 years will have a higher score in the burnout syndrome questionnaire. Three of them were confirmed. The scale of the burnout syndrome was evaluated by comparing averages, with a minimum of one and a maximum of seven. After an overall assessment of the burnout scale averages, the established hypotheses were below half the score of 3.50. In the overall burnout scale, respondents with a need for sexual intercourse twice a week or more often, respondents with university education and respondents with professional experience in health care of up to 10 years reached the lowest scores. The overall results show that the burnout syndrome most affects the respondents in the physical field, while their cognitive capabilities are affected the least.

CONCLUSION: Burnout syndrome is rightly referred to as a disease of our time, which mainly affects the helping professions. The results of the research survey will be included in an international study dealing with the impact of burnout syndrome on human health. In the Czech Republic, the study is being conducted under the auspices of Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc. and PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Šárce Dynákové, Ph.D. za cenné rady a odborné vedení mé diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat rodině a přátelům za podporu po celou dobu studia.

Obsah

1. Úvod.....	9
2. Současný stav poznání	10
2.1. Rešerše literatury.....	10
2.2. Syndrom vyhoření	10
2.2.1. Faktory vzniku syndromu vyhoření	11
2.2.2. Rizikové faktory osobnostní	12
2.2.3. Příznaky syndromu vyhoření	12
2.2.4. Fáze syndromu vyhoření	13
2.2.5. Diagnostika syndromu vyhoření	15
2.2.6. Léčba syndromu vyhoření.....	15
2.2.7. Prevence syndromu vyhoření.....	16
3. Sexualita	18
3.1. Determinanty lidské sexuality.....	18
3.2. Sexuální chování	18
3.2.1. Pohlavní identita	18
3.2.2. Poruchy sexuální identity.....	19
3.3. Sexuální preference/ orientace	19
3.3.1. Poruchy sexuální preference/-parafílie	19
4. Sexuální funkce ženy.....	21
4.1. Ženské sexuální dysfunkce	22
4.1.1. Porucha sexuální apetence	22
4.1.2. Sexuální averze	23
4.1.3. Porucha vzrušivosti.....	23
4.1.4. Anorgasmie	23
4.1.5. Frigidita.....	23
4.1.6. Zvýšená sexuální touha- hypersexualita	24
4.1.7. Dyspareunie, algopareunie, vaginismus	24
4.2. Diagnostika ženských sexuálních dysfunkcí.....	24
4.3. Léčba ženských sexuálních dysfunkcí	25
4.3.1. Nefarmakologická léčba	25

4.3.2. Farmakologická léčba	26
5. Empirická část.....	27
5.1. Metodika výzkumu.....	27
5.1.1. Organizace a průběh výzkumného šetření	28
5.1.2. Zpracování dat	28
5.2. Výsledky	29
5.2.1. Popis vzorku respondentů	29
5.2.2. Vyhodnocení škály vyhoření	35
5.2.3. Vyhodnocení hypotéz	37
6. Diskuse	53
7. Závěr.....	58
8. Seznam použité literatury.....	59
Seznam zkratk	63
Seznam grafů.....	64
Seznam tabulek	65
Seznam příloh.....	66

1. Úvod

V diplomové práci se zabývám, zda syndrom vyhoření ovlivňuje sexualitu všeobecných sester na odděleních neodkladné péče v nefakultní nemocnici. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V první teoretické části se zabývám syndromem vyhoření, faktory, které k němu vedou, diagnostikou a možnostmi prevence, která vede k eliminaci syndromu vyhoření. Druhá část teorie je věnována sexualitě a jejím determinantám, ženské sexualitě a ženským sexuálním dysfunkcím. V Empirické části prezentuji výsledky výzkumného šetření.

Pojem syndrom vyhoření byl poprvé popsán v roce 1974 americkým psychoanalytikem H. J. Freudenbergerem. V odborné literatuře je předkládáno mnoho koncepcí a definic syndromu vyhoření. Autoři se shodují, že syndrom vyhoření je relativně závažný problém projevující se psychosomatickým onemocněním, to je fyzickou, psychickou a emocionální vyčerpaností jedince. Vzniká především u pomáhajících profesí jako důsledek chronického stresu, ztráty motivace a rezignace ve svém povolání. Práce všeobecných sester je velmi náročná nejen po fyzické, ale i po psychické a emocionální stránce. V dnešní době mnoho zdravotnických zařízení řeší otázku velkého nedostatku zdravotnického personálu, což může vést k neadekvátnímu pracovnímu tempu a přetěžování všeobecných sester. Je na místě obava ze zvýšeného rizika výskytu syndromu vyhoření. Výskytem syndromu vyhoření ve zdravotnictví se zabývalo mnoho autorů v Čechách i zahraničí. Nejčastěji jsou citovány publikace zahraničních autorů H. J. Freudenbergera a Ch. Maslach. K hlavním autorům v českém prostředí patří J. Křivohlavý, V. Kebza a I. Šolcová, M. Jeklová a E. Reitmayerová.

Jako první zahájil výzkum lidské sexuality Sigmund Freud na začátku 19. století. Sexualitu zkoumal především v psychoanalytických souvislostech, kdy v libidu hledal hlavní zdroje lidského chování. Jeho objevy významně přispěly k odhalení vlivu sexuality na náš život. Sexualita je ovlivňována mnoha faktory, mezi které se řadí biologické faktory, sexuální identita, rolové chování a sexuální orientace. Pro mnohé jedince je uspokojivý sexuální život důležitým a někdy i jediným měřítkem pro spokojený partnerský život.

2. Současný stav poznání

2.1. Rešerše literatury

Zdrojem informací pro zpracování části diplomové práce, která je věnována vlivu syndromu vyhoření na sexualitu všeobecných sester, se staly odborné české a zahraniční články z databází a monografie v odborných knihovnách. Také jsem čerpala z přehledových článků a jedné metaanalýzy týkající se výskytu syndromu vyhoření u zdravotních sester v intenzivní péči. Mezinárodní klasifikaci nemocí lze najít na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Nástrojem k vyhledávání odborné literatury byly odborné databáze Scopus, MEDLINE Complete, Science direkt, Bibliografia Medica Českoslova- BMČ, Google Scholar. Články byly vyhledávány pod klíčovými slovy intenzivní péče, sexualita, sexuální dysfunkce, sexuální funkce, sexuální zdraví, sexuální život, syndrom vyhoření, všeobecná sestra; intensiv care, sexuality, sexual dysfunction, sexual function, sexual health, sexual life Burnout syndrom, nurse. Pro rozšíření základu klíčových slov byl použit zástupný znak „*“ (burnout AND nurs* AND intensive care) a kombinace Booleovských operátorů. Kritériem výběru pro vyhledávání publikací byl anglický a český jazyk, časové období 2012-2017 a přístup k plnému textu. Celkem nalezených zdrojů z databází bylo 8487.

2.2. Syndrom vyhoření

„Burnout syndrome“ neboli syndrom vyhoření, pochází z anglického slovesa „to burn“ tedy shořet (Freudenberger, 1974, s. 159). Jako první pojem syndrom vyhoření popsal v roce 1974 americký psychoanalytik H. J. Freudenberger (Hosák, Hosáková, Čermáková, 2005, s. 205). Definice syndromu vyhoření dle H. J. Freudenbergera a G. Northa říká: „*Vyhoření je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)*“ (Freudenberger, North in Křivohlavý, 2003, s. 116). Definice dle Maslach a Jackson zní: „*Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem*“ (Maslach, Jackson in Křivohlavý, 1998, s. 50).

Syndrom vyhoření je stav, který se projevuje v psychice jedince, to je v myšlenkách, emocích, tělesných reakcích a chování. (Norlund, Reuterwall, Höög, a kol., 2010, s. 326) Charakteristické je emoční vyčerpání, depersonalizace (negativní, cynický a odstup k lidem a k jejich péči) a snížená pracovní výkonnost (Maslach, 2001, s. 403). Důvodem je chronický a intenzivní stres (Pešek, Praško, 2016, s. 15). Přítomnost těchto tří složek odlišuje vyhoření od stresu a dalších psychických stavů, s nimiž sdílí podobné příznaky (deprese, únava, úzkost, nedostatek motivace), (Awa, Plaumann, 2010, s. 184). Syndrom vyhoření se nejčastěji objevuje u osob pracujících s lidmi (Venglářová, 2011, s. 23). Se syndromem vyhoření se setká 20- 30 % osob pracujících v pomáhajících profesích (Pešek, Praško, 2016, s. 15). V mezinárodní klasifikaci nemocí MKN- 10 je syndrom vyhoření zařazen v kategorii Z 73.0- vyhoření, které je vymezeno jako stav životního vyčerpání. Tato kate-

gorie je uvedena v kapitole Faktory ovlivňující stav a kontakt se zdravotnickými službami (ÚZIS, 2018).

Definice syndromu vyhoření je mnoho. Dle autorek Jeklové a Reitmayerové mají několik společných znaků:

- Přítomnost negativních emocionálních příznaků, například deprese vyčerpání atd.
- Syndrom vyhoření je nejčastěji spojován s určitými druhy povolání, které jsou uváděny jako rizikovější, např.: zdravotníci.
- Menší efektivita práce není spojována se špatnými pracovními schopnostmi a dovednostmi, ale naopak s negativními vytvořenými postoji a z nich vyplývajícího chování.
- Důraz je kladen na psychické příznaky a na prvky chování než na provázející tělesné příznaky.
- Syndrom vyhoření se vyskytuje u jinak psychicky zdravých lidí, nespojuje se nijak s psychickou patologií (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 7).

2.2.1. Faktory vzniku syndromu vyhoření

Faktory ovlivňující vznik SV můžeme rozdělit na **vnitřní a vnější**. Vnější faktory ovlivňují situace, ve kterých se jedinec nachází. Můžeme zde zařadit zaměstnání a jeho podmínky, rodinu a společnost, kde žijeme a která na nás klade podmínky. Mezi vnitřní faktory, které mohou podpořit vznik syndromu vyhoření, řadíme osobnostní charakteristiky člověka, fyzický stav, způsoby chování a reagování v určitých situacích. Riziko vzniku SV stoupá s počtem vyskytujících se rizikových faktorů u jedince (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 15-18). Nejčastěji se syndrom vyhoření projevuje u lidí, jejichž povolání vyžaduje každodenní mezilidský kontakt. Riziko vzniku syndromu vyhoření se zvyšuje, pokud se jedinec setkává s problémy druhých a má snahu je emočně podpořit (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 13).

Syndrom vyhoření nejvíce ohrožuje profese pomáhající druhým lidem, mezi ně patří povolání zdravotních sester, které je nejen fyzicky, ale i psychicky náročné. Do své práce vkládají nejen své znalosti a dovednosti, ale také část své osobnosti (Venglářová, 2011, s. 25; Honzák, 2013, s. 55). Zdravotní sestry pracující v oblastech pediatrie, onkologie a neodkladné péče, jsou ohroženy stavem vyhoření kvůli intenzivním potřebám a péči o pacienty, nejistým výsledkům a zejména setkávání se se spoustou bolesti, utrpení a smrti (Hylton Rushton, Batcheller, Schroeder, Donohue, 2015, s. 418). Již Freudenberg uváděl, že mnoho pracovníků postihuje syndrom vyhoření po roce od nástupu do práce (Freudenberg, 1974, s. 160). To potvrzují i další autoři. Zdravotní sestře se dostává vysokého emočního zatížení bolestí především v prvním roce praxe. Z toho důvodu se mnoho sester přibližuje stavu vyhoření v počátku své praxe (Honzák, 2015, s. 38). Syndrom vyhoření vzniká kombinací pracovního stresu s demotivací, rezignací a přesvědčením, že do vykonávané profese už nejde dát nic nového ani dosahovat úspěchů, následně profese ztrácí smysl (Kebza, Šolcová, 2013, s. 330). Pokud není syndrom vyhoření včas zpozorován, může vzniknout profesionální deformace, kdy klesá kvalita ošetrovatelské péče

a vzniká citová otupělost zdravotní sestry vůči pacientovi, k jehož stavu a osudu je sestra lhostejná (Venglářová, 2011, s. 30)

2.2.2. Rizikové faktory osobnostní

Každý jedinec má své typické zvyky a povahové vlastnosti. Rozlišujeme dva základní osobnostní typy, které se liší rozdílným chováním. Syndromem vyhoření a dalšími psychosomatickými nemocemi jsou spíše ohroženi jedinci s typem chování A (Pešek, Praško, 2016, s. 30; Stock, 2010, s. 42).

Typ chování A

Kardiologové M. Friedman a R. Rosenman tuto takzvanou „hypertenzní a infarktogenní“ osobnost popsali už v 50. letech 20. století. Jedinci s osobnostním typem A jsou velice zodpovědní, ambiciózní a mnohdy jsou přepracovaní. Je pro ně typické potlačování zlosti, neustálý vnitřní neklid, napětí a nervozita. Tito lidé neustále s někým soutěží a snaží se stále zvyšovat životní úroveň. Svě rodině věnují jen málo času. Lékaři M. Friedman a R. Rosenman učili tyto jedince zpomalovat pracovní tempo, respektovat a tolerovat ostatní lidi. Učili je lepší sebereflexi jejich emočního a tělesného prožívání (Friedman, Rosenman in Pešek, Praško, 2016, s. 31).

Typ chování B

Osobnostní typ B je pravým opakem typu chování A. Tento typ chování je charakteristický nízkou mírou nepřátelského chování, projevem agrese a soutěživosti. Naopak se vyznačuje větší trpělivostí, klidem a uvolněností. Pokud dlouhodobě trvá nízké vyčerpání a uvolněný přístup, snižuje se efektivita a produktivita práce (Stock, 2010, s. 43).

2.2.3. Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je v počátečních fázích těžko rozpoznatelný, protože ho provází mnoho obecných příznaků (Stock, 2010, s. 14). Mezi první tělesné symptomy patří problémy se spánkem, bolesti hlavy, břicha, zad, ztuhlý krk, častější infekce, problémy s krevním oběhem, úbytek nebo přibývání na váze. Zdravotnický pracovník pocítuje, že nezvládá svou práci, či ztrácí smysl své práce. Na své okolí může působit nervózním, podrážděným či nespokojeným dojmem (Venglářová, 2011 s. 24).

Příznaky se mohou rozdělit do tří kategorií:

- 1) **Emocionální vyčerpání** se projevuje pocitem sklíčenosti, beznaděje, bezmoci, které mohou doprovázet pocitem strachu, prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení. Dále se dostavuje ztráta sebeovládání. Průvodními jevy může být nekontrolovatelný pláč či podrážděnost doprovázená výbuchy vzteku (Stock, 2010, s. 20).
- 2) **Psychické vyčerpání** se projevuje v negativních postojích k sobě, ale i ostatním, mění se dosavadní životní postoje (postoje cynismu, ironie a lhostejnosti). Změny v osobnosti vedou k neosobnímu kontaktu s pacienty (de Paiva Fonseca, Mello,

2016, s. 293). Dochází k poruchám soustředění, zapomnětlivosti, útlumu aktivity a tvořivosti (Venglářová, 2011, s. 25).

- 3) **Tělesné vyčerpání** se může projevat chronickou únavou, nedostatkem energie, svalovými bolestmi, pocity tělesné slabosti, častější nemocností, změnami tělesné hmotnosti. Člověk je rychle unavený a má zvýšenou potřebu spánku, ale spánek nebývá kvalitní. U syndromu vyhoření se únava spojuje s pocity viny, selháním a nespokojeností s pracovními výsledky (Venglářová, 2011, s. 24).

2.2.4. Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření nevzniká náhle. Je vnímán jako dlouhodobý proces, který může trvat několik měsíců až let. Vývoj syndromu vyhoření můžeme rozdělit na fáze, kterými může postižený člověk postupně procházet či některé přeskočit. Uplatňuje se několik modelů, které popisují tři až dvanáct fází. Stock ve své publikaci odkazuje na čtyřfázový model dle Edelwiche a Brodského. Model zahrnuje tyto fáze idealistické nadšení, stagnace, frustrace a apatie (Edelwich, Brodský in Stock, 2010, s. 23).

Idealistické nadšení

Pro tuto fázi je typické, že jedinec překypuje energií, idealistickým nadšením, očekáváním a vysokým pracovním nasazením, chce pomáhat, prosadit se. Dochází k přeceňování svých sil a neefektivnímu nakládání se svou energií. Práce jedince zcela naplňuje a uzavírá se před okolním světem (Stock, 2010, s. 23).

Stagnace

V této fázi se setkávají ideály s realitou. Představy a očekávání se od reality podstatně liší. Pracovník se snaží vyhnout obtížnější a náročné práci. Mezi jeho priority se dostává vzdělávání mimo pracoviště, navazování pracovních kontaktů a kariérní postup. Pokud si člověk tuto fázi uvědomí, měl by se zamyslet nad svými postoji, životním stylem a uvažovat o změně (Pešek, Praško, 2016, s. 19- 20).

Frustrace

Jedinec postupem času zjišťuje, že jeho možnosti jsou vcelku omezené. Dostávají se pochybnosti o smyslu svého snažení. Výsledky své práce vidí jako nedostatečné a zpochybňuje jejich význam. Mohou se objevit problémy s nadřízenými či nedostatek uznání od klientů a nadřízených. Narůstá zklamání hlavně z neúměrného rozdílu mezi tím, čeho by chtěl jedinec dosáhnout a co je ve skutečnosti reálné (Stock, 2010, s. 24).

Apatie

Další fází je apatie, jde o obrannou reakci. Jedinec se uzavírá do sebe, odvrací se od vlastních negativních emocí, dělá jen nejnutnější úkony, straní se obtížných pracovních úkolů, nechce se bavit o pracovních tématech. V této fázi se začínají objevovat psychosomatické problémy, jako jsou bolesti hlavy, zad, kožní onemocnění, únava. Člověk může začít být více nemocný či začít užívat léky a alkohol.

Autoři Pešek a Praško popisují ještě pátou fázi, kterou je samotný syndrom vyhoření. Jde o úplné emoční vyčerpání, které mohou provázet depresivní stavy. Vyhořelý pracovník může i nadále setrvávat na své pracovní pozici či ji změnit, nebo zaměstnání úplně opustit (Pešek, Praško, 2016, s. 20).

Fáze vzniku syndromu vyhoření dle Freudenbergera

- 1) Nutkavá snaha po sebepoznání - Jedinec si klade vysoké cíle, snaží se prosadit ve své profesi. Snaha může přerůst v patologické nutkání.
- 2) Začíná pracovat více a tvrději - Člověk pracuje nad rámec svých možností, aby dosáhl svých cílů. Snaží se dělat vše sám.
- 3) Přehlížení potřeb druhých - V tomto stadiu jedinec všechen čas a energii věnuje práci, proto nemá čas ani sílu věnovat se rodině, přátelům a jídlo i spánek považuje za nepotřebný.
- 4) Přesunutí konfliktu - Pokud si jedinec uvědomí, že trpí nějakým problémem, ale nedokáže poznat důvod, může pociťovat ohrožení a vnitřní krizi. Mohou se objevit první tělesné potíže- příznaky stresu.
- 5) Revize a posunutí hodnot - V této fázi se jedinec snaží vyhýbat kontaktu s ostatními, a tím předejít případným konfliktům a popírá své základní potřeby, ač se již ohlašují tělesné potíže. Jedinec má stále práci na prvním místě. Může docházet k emoční otupělosti.
- 6) Popírání vznikajících problémů - Sociální kontakty pro jedince, představují velkou zátěž, narůstá agresivita a sarkasmus. Své problémy přikládá k nedostatku času.
- 7) Stažení - Jedinec žije v sociální izolaci. Může začít vyhledávat alkohol, uklidňující léky, drogy. Mohou se projevovat pocity beznaděje a ztráty smyslu.
- 8) Zcela jasně patrné změny chování - Tato fáze je nepřehlédnutelná. Změny chování si všímají lidé v blízkém i širším okolí.
- 9) Depersonalizace - Depersonalizace se vyznačuje ztrátou kontaktu se svými potřebami, ale i sám se sebou. Vykonává jen nejnnutnější činnosti.
- 10) Vnitřní prázdnota - Jedinec pociťuje vnitřní prázdnotou. S tímto stavem se snaží vypořádat pomocí aktivit, které překračují běžné sociální meze (přejídání, sex, alkohol).
- 11) Deprese - Postižený jedinec se cítí vyčerpaný, beznadějný, lhostejný k okolí, ztratil smysl života. Projevují se charakteristické psychické a tělesné depresivní znaky.
- 12) Syndrom vyhoření - Projevuje se celkové emoční, psychické a fyzické vyčerpání, které může iniciovat vyhledání odborné pomoci (Freudenberger, 1985 in Honzák, 2014, s. 155).

Další členění dle A. Laengle

- Fáze nadšení- Jedinec má konkrétní a smysluplný cíl.
- Fáze vedlejšího zájmu - Člověk už přestává být motivován samotným cílem a jeho dosažením. Žádoucí jsou prostředky, které za práci získává.

- Fáze popela - Zde jedinec ztrácí úctu a respekt nejen k ostatním lidem, ale i k sobě. Vlastního snažení i přesvědčení si nevází, ztrácí smysl života (Laengle in Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 19).

2.2.5. Diagnostika syndromu vyhoření

Diagnostika syndromu vyhoření se zaměřuje na pozorování jednotlivých symptomů, prožívání postižených jedinců, vedení rozhovorů a vyplňování dotazníků (Kapounová, 2007, s. 177-178).

Nejčastějšími diagnostickými metodami jsou dotazníky, mezi ně patří:

- **Maslach Burnout inventory- Human Services Survey** (Maslachové škála vyhoření pro pomáhající profese), který vytvořily Maslachová a Jaksonová. Tento nástroj pro diagnostiku a měření syndromu vyhoření je doposud nejrozšířenějším. Dotazník je určen jen pro pomáhající profese (Maroon, 2012, s. 71). Zahrnuje tři oblasti: emocionální vyčerpání, depersonalizaci, uspokojení z práce (Venglářová, 2011, s. 29). Dotazník obsahuje 22 otázek, z toho se jich devět týká emocionálního vyčerpání, osm seberealizace a pět odcizení (Maroon, 2012, s. 72). Výsledek vyhoření je vyšší, pokud je dosaženo vyššího skóre u emocionálního vyčerpání a naopak mají málo bodů v oblasti seberealizace (Goméz-Urquiza, De la Fuente-Solana, Albendín- Garcia, 2017, s. 1).
- **Maslach Burnout inventory- General Survey** (Maslachové škála vyhoření pro povolání). Dotazník je určen pro všechna povolání včetně pomáhajících povolání. Obsahuje 16 otázek, pět se jich vztahuje k vyčerpání, pět k cynismu a zbylých šest k osobní výkonnosti. Pomocí tohoto dotazníku lze zjistit, jaký mají dotazovaní postoj a pohled ke své práci (Maroon, 2012, s. 73-74).

Existuje mnoho dalších dotazníků k vyhodnocování syndromu vyhoření. Jako je dotazník zaměřený na celou šíři problematiky syndromu vyhoření dle Hawkinse, Minirtha, Maiera a Thursmana. Dalším používaným dotazníkem je BM- Burnout Measure (Míra vyhoření) od autorů Pinesové a Aronsona. Dotazník je zaměřen na fyzické, emocionální a psychické vyčerpání (Křivohlavý, 2003, s. 117).

2.2.6. Léčba syndromu vyhoření

Pokud dojde k tomu, že selžou všechna doporučení, mezi která patří změna životního stylu, zlepšení vztahů na pracovišti ale i v soukromém životě, případně se objevily symptomy, které signalizují vznik psychosomatického onemocnění, nebo projevy závislostí, je určité na místě vyhledat odbornou **pomoc psychologa nebo psychoterapeuta**, případně lze využít i **farmakologickou možnost léčby** (Venglářová, 2011, s. 38-39). Níže uvádím jednu z psychoterapeutických možností.

Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie je jednou z metod, jak se naučit lépe zvládat stresové situace a jinak o nich přemýšlet. Zmiňovaná metoda je jednou z nejúčinnějších při prevenci nebo zvládnutí syndromu vyhoření (Pešek, Praško, 2016, s. 39). Tato terapie je kombinací a propojením metod behaviorismu a kognitivní psychoterapie. Pro kognitivně behaviorální terapii je charakteristická krátká doba léčby, která je zaměřena na konkrétní cíl. Od klienta se očekává spolupráce a aktivní účast na terapii. Terapie se zakládá na vědeckém základu a vychází z analýzy potřeb klienta. Řeší přítomné a konkrétní problémy. Cílem je vést pacienta k soběstačnosti (Dušek, Večeřová- Procházková, 2015, s. 357).

2.2.7. Prevence syndromu vyhoření

Pro některé jedince může být problém požádat o pomoc, hlavně u zdravotníků, kteří zaujímali dominantní postavení na pracovišti (Venglářová, 2011, s. 38). Pokud se jedinec dostane do jakékoli fáze syndromu vyhoření, měl by si uvědomit, že něco není v pořádku. Důležité je, aby jedinec chtěl sám od sebe se léčit a měl dostatečnou motivaci (Prieb, 2015, s. 211). Pomoc můžeme jednoduše rozdělit na pomoc sama sobě a pomoc zvenčí (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 23). Nejdůležitější prvek jak pomoci sám sobě je změna vlastního vnímání světa kolem nás. Dalším předpokladem pro zvládnutí syndromu vyhoření je pocit smysluplnosti života a práce, kterou vykonáváme. K syndromu vyhoření dochází zpravidla u lidí, kteří intenzivně pracují. Proto je důležitý pravidelný odpočinek, relaxace a pohyb (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 24). Důležitá pomoc při vyhoření, je sociální opora, kam řadíme rodinu, přátele i spolupracovníky.

Pokud je všeobecná sestra v dobré psychické a fyzické kondici, může ve svém zaměstnání podávat dobrý výkon, jinak řečeno, všeobecná sestra by měla hořet, ale nevyhořet. Prokazuje se, že prevence může dosti pomoci (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 27).

- 1) Adaptační proces - V zákoně je ustanovená takzvaná adaptační praxe. Je to doba, kdy sestry pracují pod dohledem sestry- školitelky, která by měla poskytnout dostatečnou pomoc a podporu (Venglářová, 2011, s. 33).
- 2) Péče o sebe - Zdravotní sestra by se měla mít ráda, sama sebe přijímat a umět pečovat nejen o pacienty, ale i o sebe. Péče o sebe samu zahrnuje nejen starost o vzhled a tělesné zdraví, ale i péči o tělesný a duševní život (Křivohlavý, Pečenková, 2004, s. 9). Pokud jedinec dbá o své duševní zdraví a vyrovnanost, bývá odolnější vůči somatickým nemocem, stresovým situacím. Prokazuje dobrou pracovní výkonnost, a společenskou spokojenost (Vobořilová, 2015, s. 12). Celkově pomáhá odolnost jednotlivcům zmírňovat morální potíže a vznik syndromu vyhoření (Hylton-Rushton, Batcheller, Schroeder, Donohue, 2015, s. 413).
- 3) Pomoc tam, kde vaše síly nestačí - Každý, kdo pracuje v pomáhající profesi, je vystaven velké psychické zátěži. Požádání o pomoc druhého člověka není selháním.
- 4) Mezilidské vztahy- jde o blízké lidi, kteří mohou naslouchat, povzbuzovat, emocionálně pomoci v těžkých chvílích.

- 5) Zaměstnavatelé a nadřízení, kteří dovedou pochválit, ohodnotit dobrou práci, podporují účast na vzdělávacích i společenských akcích.
- 6) Sebepoznávání je uvědomování si svých dobrých vlastností, schopností, nedostatků i pocitů v každé situaci, ve které se nacházíme. Po sebepoznávání následuje sebehodnocení. Kladné sebehodnocení je důležité pro dobrý fyzický a psychický stav.
- 7) Supervize podporuje pracovní růst, zlepšení pracovní atmosféry i organizaci práce. (Venglářová, 2011, s. 34-36).
- 8) Zabránění vyhoření může být dosaženo zaměřením na budování zájmů (Maslach, 2011, s. 44). Zájmy přinášejí člověku radost, uvolnění a uspokojení. Dalším důležitým zdrojem energie je kvalitní vztah včetně sexuálního života, (Venglářová, 2011, s. 36, 37).
- 9) Práce patří do práce. Pro některé jedince je obtížné oddělit práci a soukromý život. Je vhodné si najít pomocný rituál, který pomůže převést myšlenky z práce a naladit se na domov, který by nám měl poskytnout klid a odpočinek.
- 10) Pomoci může i dobrá tělesná kondice, která zahrnuje životosprávu, sport, pohybové aktivity, pravidelný denní režim, dostatek kvalitního spánku, protože únava je jeden ze stěžejních faktorů vyhoření.
- 11) Každý člověk má své potřeby. Během života bychom si měli ujasnit, které činnosti a návyky mají smysl a které musíme změnit (Venglářová, 2011, s. 37,38).

Pokud má být prevence syndromu vyhoření účinná, musí se minimalizovat či odstranit nejen rizika souvisejících s osobností člověka, ale také zdroje pracovního stresu (Kebza, Šolcová, 2013, s. 331). Mezi zdroje pracovního stresu můžeme zařadit nedostatek personálu, zdravotnického materiálu, nedostatečná systematizace ošetrovatelské péče, nadměrný charakteristický hluk jednotky intenzivní péče vyvolaný zvukovými alarmy ze zdravotnických přístrojů (de Paiva Fonseca, Mello, 2016, s. 302).

Supervize

Definice supervize je mnoho, ale většina z nich obsahuje hlediska týkající se nejen profesionálního rozvoje a podpory, růstu a učení, ale i osobní podpory (Vaňková, Bártlová, 2015, s. 39). Supervize je metoda určená k úpravě profesionálního chování a prevenci syndromu vyhoření lidí pracujících s jinými lidmi. Supervize je dynamický proces, který uplatňuje vzájemnou interakci mezi supervizorem a pracovníkem (Jeklová, Reytmayerová, 2006, s. 27; Vavrečková, 2008). Náplň supervize je podpora a péče o psychickou pohodu a odborný růst pracovníka. Následně může pracovník lépe poskytovat kvalitní péči pacientům (Venglářová, 2013, s. 11). Supervize musí vždy probíhat dobrovolně, angažovaně, otevřeně a čestně (Vaňková, Bártlová, 2015, s. 39).

3. Sexualita

Vědecký výzkum lidské sexuality zahájil Sigmund Freud na počátku 19. století (Pastor, 2007, s. 15). Sexualitou se zabíral především v psychoanalytických souvislostech. Rozdělil osobnost na id, ego, superego a v libidu hledal hlavní zdroj lidského sexuálního chování. Ne všechny jeho objevy jsou v dnešní době považovány za platné. Význam jeho objevů se zakládá na odhalení vlivu sexuality na náš život (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 46-47). Pro některé jedince je uspokojivý sexuální život důležitým a někdy i základním měřítkem pro spokojený partnerský život. Pojem spokojený sexuální život je individuální pro každého z nás, z velké míry naše očekávání ovlivňují zkušenosti našich známých a média (Venglářová, 2008, s. 63).

3.1. Determinanty lidské sexuality

Lidská sexualita je v mnohých ohledech odlišná od jiných živočišných druhů, například v tom, že žena prožívá orgasmus. Určujícími faktory lidské sexuality jsou biologické sklonny vzniklé v průběhu fylogenetického vývoje (Weiss, Zvěřina, 2001 s. 13). Kam řadíme chromozomální pohlaví, gonadální diferenciaci, hormonální poměry, vnitřní reprodukční orgány a zevní genitál. Hormonální regulace ovlivňuje feminizaci a maskulinizaci genitálu, důležitým determinantem sexuální diferenciaci je testosteron. Embryonální vývoj sexuálních struktur, kdy dochází ke vzniku anatomických a funkčních předpokladů pro sexuální diferenciaci chování, citění i myšlení, pokračuje psychosexuálním vývojem (Weiss, 2010, s. 93).

3.2. Sexuální chování

Předpokladem pro přiměřené sexuální chování je zdravý sexuální vývoj jedince. Základem sexuálního chování jsou fyziologické a psychické aspekty s rozvojem sexuálních emocí, které se rozvíjí především v období puberty a adolescence. V tomto období se rozvíjí schopnost sexuálního vzrušení, dosažení orgasmu a rozvoj citu zamilovanosti (Weiss, 2010, s. 103). Sexuální chování ovlivňují prenatální (genetické, genitální, neuroendokrinní), perinatální (přidušení plodu, krvácení do mozkových struktur plodu) a postnatální determinanty (psychogenní- prostředí rodiny, sociogenní - širší společenské prostředí, situační - pohlavní zneužití). Sexuální chování je dále motivováno čtyřmi faktory: sexuální identifikace a přijetí sexuální role, sexuální orientace, sexuální preference aktivity, sexuální emoce (zamilovanost, vzrušení, orgasmus). Sexuální chování dospělého člověka je výsledkem dlouhého, spletitého a problémového procesu (Pavlovský a kol., 2012, s. 173).

3.2.1. Pohlavní identita

Základy pohlavní identity se tvoří v hypotalamu, působením fetálních androgenů, ve druhém trimestru intrauterinního života. Pohlavní identita je vyjádřena subjektivně vnímaným pocitem souladu nebo rozporu se svým vlastním tělem, jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky a sociální rolí. Pohlavní identita ovlivňuje myšlení, citě-

ní, chování, profese, zájmy, společenské vztahy jedince (Fifková, Weiss, Procházka a kol., 2008, s. 13).

3.2.2. Poruchy sexuální identity

Mezi poruchy pohlavní identity patří transsexualismus, transvestitismus dvojí role a porucha pohlavní identity v dětství (Pavlovský, 2012, s. 178). Zmíněné poruchy pohlavní identity vznikají narušením vývoje prožívání mužství nebo ženství (Weiss, 2010, s. 102).

Transsexualismus je provázen touhou být přijat jako člen opačného pohlaví. Transsexuálové mají neustálé pocity opačné sexuální příslušnosti, než je jeho anatomické pohlaví (Pavlovský, 2012, s. 178). Jedinci dlouhodobě usilují o změnu pohlaví. Na změně pohlaví musí trvat minimálně dva roky, kdy projde důkladným psychologickým, psychiatrickým, sexuologickým sledováním a diagnostice, poté je možné zahájit léčbu (hormonální, chirurgickou), která vede ke změně pohlaví (Orel a kol., 2016, s. 227).

Transvestitismus dvojí role se z větší části vyskytuje heterosexuálních mužů, kteří mají potěšení z dočasné změny identity (převlékání do šatů opačného pohlaví), které není doprovázeno sexuálním vzrušením. Není zcela přítomna touha po změně pohlaví (Fifková, Weiss, Procházka a kol., 2008, s. 46).

Porucha pohlavní identity v dětství se může projevit už před čtvrtým rokem dítěte. Dítě má odmítavý postoj ke svému anatomickému pohlaví a s ním spojené znaky (Orel a kol., 2016, s. 227). Dívky upřednostňují chlapecké sporty, zájmy, oblečení, nevyhledávají dívčí kolektiv. Naopak chlapci si lépe rozumí s děvčaty, mají zájem o panenky či plyšáky, neradi hrají fotbal, neperou se. Tyto děti musí často odolávat silnému tlaku i výsměchu okolí (Fifková, Weiss, Procházka a kol., 2008, s. 44).

3.3. Sexuální preference/ orientace

Sexuální preference je daná upřednostňováním určitého pohlaví sexuální/-ho partnerky/partnera. Sexuální orientace je celoživotní, neměnný a jedincem nezapříčiněný a nezvolený stav (Weiss a kol., 2010, s. 107). V naší zemi je v současné době brána za fyziologickou orientace heterosexuální (preference sexuálního partnera opačného pohlaví) i homosexuální (preference sexuálního partnera stejného pohlaví). Homosexualita není porucha sexuální preference, ale varianta normy. Užitečným přínosem byla Kinseyho škála sexuální orientace (jeden pól označuje čistou heterosexualitu a druhý pól čistou homosexualitu). Dle Kinseyho zjištění muži dosahují častěji krajních hodnot, dochází k většímu vyhranění v oblasti heterosexuality či homosexuality s početní převahou heterosexuálních mužů. Naopak ženy jsou rozmístěny po celé stupnici, ale je zde také početní převaha heterosexuálních žen (Orel a kol., 2016, s. 218, 219).

3.3.1. Poruchy sexuální preference/-parafílie

Poruchy sexuální preference představují odchylku sexuálně-motivačního systému. Jedinec opakovaně zažívá sexuální puzení a fantazie k neobvyklým objektům či aktivitám. Jedinec se buď touhám podléhá, nebo se jim brání, což vede k napětí a stresu. Dle diagnostických

kritérií MKN - 10 musí být přítomny příznaky nejméně šest měsíců. Často se příznaky projevují od počátku sexuální aktivity, tedy od puberty (Orel a kol., 2016, s. 228). Poruchy sexuální preference dělíme na **parafilie v objektu** (fetišismus, pedofilie) a **parafilie v aktivitě** (fetišistický transvestitismus, exhibicionismus, voyerismus, sadomasochismus), (Pavlovský a kol., 2012, s. 178).

4. Sexuální funkce ženy

Fyziologickou sexuální reakci můžeme definovat jako reakci na určitý stimul. Každý zdravý člověk reaguje na sexuální podráždění. Sexuální reakce jsou takzvané mimovolní odezvy reflexního charakteru, které jsou řízeny autonomním nervovým systémem. Dále jsou kontrolovány nadřazenými spinálními a mozkovými centry a ovlivňovány hormonálním systémem. Přestože nejsou sexuální reakce u všech jedinců stejné, obecné principy platí pro každého. Jako příklad můžeme zmínit Hirschfeldův graf obecného nárůstu a poklesu sexuálního vzrušení. Model zachycuje situace, kdy s nárůstem stimulace narůstá i periferní reakce pohlavních orgánů. Po dosažení vrcholu nebo poklesu stimulace dojde k jejímu pozvolnému ústupu (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 46).

V 60. letech minulého století americký gynekolog Masters definoval fáze sexuálního prožitku muže a ženy, které platí dodnes. Dle Masterse můžeme fyziologickou reakci ženy na sexuální podměty rozdělit do čtyř fází: excitace, plató, orgasmus a uvolnění (Masters in Pastor, 2007, s. 32).

- 1) Fáze excitace se vyznačuje překrvením pohlavních orgánů, zvýšením svalového napětí a během 10-30 sekund po začátku sexuálního dráždění ženy dochází k vaginální lubrikaci (Šrámková, 2015, s. 35). Pokud se sníží intenzita nebo je sexuální dráždění nepříjemné, dojde k prodloužení nebo ukončení této fáze (Turčan, Pokorný, Fait, 2012 s. 49).
- 2) Fáze plató zde se objevuje v zevní třetině pochvy takzvaná orgastická manžeta, která vzniká nahromaděním žilní krve. Dále se zduří malé stydké pysky a poštěváček, zevní třetina pochvy se zužuje (Šrámková, 2015 s. 35). Žena v této fázi dosahuje nejvyššího stupně sexuálního vzrušení, ze kterého může dojít k vyvrcholení. Stane-li se, že nedojde k vyvrcholení z důvodu přerušování sexuálního dráždění, nebo není dostačující nutkání k orgasmu, dochází k pozvolnému uvolňování z fáze plató do prodloužené fáze uvolnění (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 49-50).
- 3) Fáze orgasmu je charakteristická vznikajícími rytmickými stahy zevní třetiny pochvy, perineálního a děložního svalstva. Subjektivně vnímá žena kontrakce v celé pánevní oblasti. Spouštěčem orgasmu může být dráždění pochvy, klitorisu či obou míst (Šrámková, 2015 s. 35). Pokud po vyvrcholení pokračuje sexuální dráždění, může dojít k dalšímu orgasmu (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 50). Průvodními projevy orgasmu jsou překrvení prsou, jejich zvětšení a erekce prsních bradavek, hypoventilace, tachykardie, někdy může nastat zrudnutí obličeje, krku a hrudníku. Orgasmus provází emoční doprovod (Šrámková, 2015, s. 36). U některých žen nedochází při orgasmu k žádné somatické reakci, i přesto uvádějí hluboký pocitový zážitek. Jedná se o takzvaný zážitkový orgasmus. „*Spokojenost se sexuálním stykem není totožná s dosažením orgasmu*“ (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 51).
- 4) Fáze uvolnění charakterizuje útlum překrvení. Na rozdíl od muže zůstává sexuální dráždivost u ženy bezprostředně po orgasmu na vyšším stupni a při pokračování sexuální stimulace může mít další orgasmy (Šrámková, 2015, s. 35- 36). Na rozdíl

od mužů, mohou ženy v jakékoli fázi uvolnění opět dosáhnout fáze plató nebo orgasmu (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 52).

V roce 1979 H. Singer Kaplanová zjednodušila model cyklu ženské sexuální aktivity na tři stupně sexuálního vzrušení: touha, vzrušení, orgasmus. Zařazením kategorie touhy, byly v modelu zdůrazněny psychosociální aspekty sexuality. Tento model se stal základem pro mezinárodní klasifikaci ženských sexuálních dysfunkcí (Singer, Kaplanová in Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 52).

4.1. Ženské sexuální dysfunkce

Dle mezinárodní klasifikace nemocí MKN - 10 jsou sexuální dysfunkce zařazeny v kategorii F 52 Sexuální poruchy, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí. Kategorie je uvedena v kapitole Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Ženské sexuální dysfunkce zahrnují různé poruchy, které dospělému člověku neumožňují účastnit se sexuálního života tak, jak by si přál (ÚZIS, 2018). Je to multifaktorový problém, který má vliv na kvalitu života žen a má negativní dopady na všechny aspekty života, které vytvářejí ekonomické, psychologické, interpersonální a intrapersonální obtíže (Khajehei, Doherty, Tilley, 2015, s. 423). Etiologie ženských pohlavních dysfunkcí je organická (vaskulární, neurogení, hormonální, muskulogenní) a psychogenní (Šrámková, 2015, s. 75). Ženské sexuální dysfunkce obsahují trvalou nebo opakující se poruchu sexuální touhy, nedostatečné subjektivní nebo genitální vzrušení, problémy s dosahováním orgasmu a výskytu bolesti či jiných obtíží, při pohlavním styku (Pastor, 2015, s. 60). Ženské sexuální dysfunkce mohou být klasifikovány jako generalizované, vztahující se na všechny partnery nebo situační, které se vyskytují u konkrétního partnera (Sharma, Kalra, 2016, s. 625). Výskyt ženských sexuálních dysfunkcí v posledních letech narůstá, a to z důvodu, že ženy chtějí své sexuální problémy řešit (Šrámková, 2015, s. 75). Prevalence ženských sexuálních dysfunkcí je mezi 20-60 %, souvisí s mnoha ukazateli, zejména s věkem a úrovní vzdělání. Sexuální dysfunkce jsou často důsledkem onemocnění, užívání návykových látek, farmakoterapie, partnerského nesouladu, potíží se sexuální orientací, identifikací nebo z důvodu parafilie (Pastor, 2015, s. 60).

4.1.1. Porucha sexuální apetence

Porucha sexuální apetence je jedním z nejčastějších sexuálních problémů u žen (Zvěřina, 2012, s. 69). Nízká sexuální touha je vymezena jako trvalý nebo opakující se nedostatek sexuální fantazie či myšlenek. Dále je definována poklesem až ztrátou chuti přijímat sexuální aktivitu. Poruchy sexuální touhy rozdělujeme na primární (celoživotní) a sekundární (získané), selektivní a generalizované (např. vlivem situace, partnera) (Pastor, 2011, s. 60). Pokud nízká sexuální touha činí ženě potíže v osobním a partnerském životě, jedná se o dysfunkci. Nízká sexuální touha je ovlivněna biologickými faktory, jako jsou kardiovaskulární, neurologická, onkologická onemocnění, diabetes mellitus, hypofunkce štítné žlázy, nízká hladina estrogenů, únava, deprese. Nemůžeme opomenout faktory psychoso-

ciální, mezi které řadíme rozchod, nevěru, negativní zkušenosti z minulosti (sexuální zneužívání, znásilnění), (Šrámková, 2015, s. 75).

4.1.2. Sexuální averze

Sexuální averzi definujeme jako trvalý nebo opakující se strach z pohlavního styku a odmítání kontaktu s partnerem. Postoj k sexu je velice negativní (Pastor, 2007, s. 84). Na vzniku sexuální averze se podílí výchova a negativní vlivy v dětství a dospívání, např. sexuální zneužívání. Tato porucha může vzniknout i sekundárně, např. po období vynucované sexuální aktivity (Vrzáčková, 2012, s. 100).

4.1.3. Porucha vzrušivosti

Jde o přetrvávající či navracející se neschopnost dosáhnout uspokojivého sexuálního prožitku (Zámečník, Dvořáček, 2004, s. 204). Projevuje se v nedostatečné vaginální lubrikaci. Pokud se kombinuje se ztrátou sexuální apetence, jedná se o frigiditu. Ženě schází psychický pocit sexuálního vzrušení nebo i lubrikace, zvlhčení a tumescence - zduření pochvy. Příčinami jsou neurologické a kardiovaskulární nemoci, menopauza, psychické nemoci, konflikty v partnerském životě (Šrámková, 2015, s. 75- 76).

4.1.4. Anorgasmie

Při anorgasmii nedochází k pocitovému vyvrcholení při sexuálním dráždění. Zpravidla bývá u frigidních žen. Anorgasmie se diagnostikuje tehdy, pokud se žena při sexuálním dráždění vzrušuje, přesto nikdy nedosahuje orgasmu. Pokud žena nedosáhne vyvrcholení při souloži ani při masturbaci jedná se o totální anorgasmii, pokud jen při souloži mluvíme o koitální anorgasmii (Kratochvíl, 2008, s. 87). Mezi faktory ovlivňující dosažení orgasmu patří psychosociální vyzrálost, adekvátní sexuální stimulace a vhodný partner. Dále se na dosažení orgasmu podílí délka a kvalita přede hry a délka stimulace v pochvě. Mnoho žen podléhá představě o nutnosti simultánního orgasmu, což může vést k frustraci v partnerském životě. Příčiny, které mohou vést k anorgasmii u žen, jsou cévní, neurologické, hormonální, psychiatrické nemoci a frustrace v partnerském vztahu (Šrámková, 2015, s. 76-77). U některých žen anorgasmie nezpůsobuje ani při normální vzrušivosti žádné obtíže. Při pohlavním styku prožívají psychické uspokojení i bez vyvrcholení. Po pohlavním styku jejich vzrušení postupně opadne a cítí se sexuálně uspokojené. Často anorgasmie může vést u vzrušivých žen po neuspokojivém pohlavním styku k vlně nespokojenosti a napětí, pokud dysfunkce trvá déle, může dojít k sekundárnímu ochladnutí, vyhýbání se pohlavnímu styku nebo ke konfliktním partnerským situacím, v somatické rovině k syndromu pánevní kongesce (Kratochvíl, 2008, s. 87).

4.1.5. Frigidita

Frigidita je charakterizována chyběním sexuální touhy a vzrušivosti (Kratochvíl, 2008, s. 87). Jedná se o relativně častou sexuální dysfunkci, která může postihnout ženy všech věkových kategorií (Weiss, 2010, s. 342). Frigiditu rozdělujeme na primární, sekundární, generalizovanou a selektivní. Primární frigidita se vyskytuje od počátku života, sekundární

se objevuje po období normální sexuální aktivity. Generalizovaná frigidita se vztahuje na všechny partnery a situace naopak selektivní souvisí s určitým partnerem, s určitou situací (domácí prostředí) nebo s určitým obdobím (po porodu). Dalšími faktory, které negativně ovlivňují touhu a vzrušivost, jsou puritánská sexuální výchova, sexuální trauma, současné nepříznivé podmínky či chybějící nebo nedostatečná sexuální stimulace. Nedostatečná sexuální touha a nízká vzrušivost u žen způsobuje osobní nepohodu, napětí a nespokojenost (Vrzáčková, 2012, s. 98, 100).

4.1.6. Zvýšená sexuální touha- hypersexualita

Hypersexualitu charakterizujeme jako zvýšenou sexuální aktivitu, u žen bývá označována jako nymfomanie (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 110). Z USA se rozšířily vzájemně si konkurující teorie zabývající se příčinami hypersexuality. Teorie závislosti na sexu, kterou vytvořil Carnes, považuje za hlavní příčiny návykového sexuálního chování nadměrné soustředění na sex, ztrátu kontroly nad sexuálním chováním a následné pocity studu a beznaděje za takové chování. Carnes zařadil hypersexualitu mezi závislosti (Carnes in Kratochvíl, 2008, s. 83). V dnešní době se termín závislost na sexu nepoužívá a hypersexualitu řadíme mezi poruchy chování (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 110).

4.1.7. Dyspareunie, algopareunie, vaginismus

Pokud vznikají nepříjemné pocity v pochvě při rytmických pohybech, jedná se o dyspareunii, když je pohlavní styk bolestivý, mluvíme o algopareunii. Vyvolávací příčiny mohou být gynekologické onemocnění, zánět, nádor, trauma, vývojové anomálie, onkologická léčba nebo hormonální etiologie (Šrámková, 2015, s. 77).

Vaginismus je opakující nebo přetrvávající spasmus vaginálního svalstva poševního vchodu, dochází k zabránění vniknutí penisu (Sharma, Kalra, 2016, s. 623). Pokud se porucha neléčí, může vést ke konfliktům a nesouladu v partnerském životě (Šrámková, 2015, s. 78).

Zmíněné diagnózy můžeme rozdělit do podkategorií:

- Celoživotní x získaná.
- Generalizovaná x situační.
- Dle etiologie- organická, psychogenní, smíšená, neznámá (Zámečník, Dvořáček, 2004, s. 65).

4.2. Diagnostika ženských sexuálních dysfunkcí

Mezi základní vyšetřovací metody patří důkladný anamnestický rozhovor, který by měl probíhat v klidném a intimním prostředí. Anamnestický rozhovor je zaměřen na psychogenní vlivy (rodinná výchova, chování rodičů), traumata (zneužití, znásilnění), vývojové problémy (poruchy příjmu potravy), soudobé situace (práce, stres, vztahy) a rozebírá sexuální život ženy od jeho počátku do současnosti (Šrámková, 2015, s. 78; Trojan, 2011, s. 38-39). Dále by mělo proběhnout somatické, gynekologické a laboratorní vyšetření. Laboratorně vyšetřujeme krevní obraz, biochemický profil (diabetes mellitus, dislipidémie), zánětlivé markery, hladiny pohlavních hormonů prolaktinu a štítné žlázy

(Šrámková, 2015, s. 78). Důležité je i mikrobiologické vyšetření, které zahrnuje kultivační nebo přímý průkaz virů, bakterií, kvasinek, parazitů. Dále sérologické vyšetření pro průkaz protilátek (např. HIV, lues, chlamydie) (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 93). Gynekologické vyšetření je vhodné při poruchách vzrušivosti a bolestech, při podezření na infekci nebo jiné onemocnění genitálu, neurologických pacientek a při anamnestickém traumatu pánve. V diagnostice napomáhá i použití validizovaných sexuologických dotazníků, díky kterým může lékař i pacientka kvantitativně posoudit stupeň sexuální dysfunkce (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 83). Nejčastěji používané dotazníky jsou:

- Dotazník SFŽ nebo rozšířená Kroměřížská verze, pro zhodnocení sexuálních funkcí ženy.
- Dotazník SGŽ, který znázorňuje křivku průběhu sexuálního vzrušení ženy.
- Dotazník FSFI, hodnotí ženské sexuální funkce.
- Dotazník IVP, inventář vzrušivých podnětů.
- Kuppermanův index- dotazník hodnotí závažnost klimakterického syndromu (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 90).

Speciální vyšetřovací metodou je použití vulvopletismografu (Šrámková, 2015, s. 78). Jde o psychofyziologické vyšetření, sloužící k funkčnímu vyšetření sexuálních dysfunkcí, např. míry sexuální vzrušivosti. Při vyšetření se zaznamenávají změny prokrvení ženských pohlavních orgánů, které souvisí s podrobením ženy erotickým podnětům vizuálním, audiovizuálním či verbálním (Turčan, Pokorný, Fait, 2012, s. 94).

4.3. Léčba ženských sexuálních dysfunkcí

Terapie by měla být komplexní a vést k celkovému zlepšení emocionální a fyzické pohody. Před zahájením sexuální terapie by měla být vyřešena psychologicko-psychiatrická problematika, zvláště poruchy sebevědomí, depresivní syndrom, následky sexuálního traumatu, problémy ve vztahu, řešení užívání návykových látek, fyzická aktivita i patřičné dietní opatření (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 83). Léčba ženských sexuálních dysfunkcí je především symptomatická, kdy je na prvním místě léčba vyvolávající příčiny (Šrámková, 2015, s. 78).

4.3.1. Nefarmakologická léčba

Sexuální terapie je zahájena informováním o anatomii a fyziologii pohlavních orgánů, sexuálního cyklu muže a ženy i vhodné sexuální stimulaci. Nemělo by se opomenout poučení o vhodných erotických pomůckách, lubrikantech či široké řadě sexuálních stimulů (pornoografie, erotická i odborná literatura). Velmi dobrý efekt přináší kognitivně behaviorální terapie, která je založena na buddhistické meditaci. Využívá metody zaměřené na prožívání a uvědomění pocitu a metody zaměřené na prožívání momentu U primárních dysfunkcí orgasmu se kombinuje metoda řízené masturbace se sexuální edukací, kognitivně-behaviorální terapií a dalšími metodami redukce úzkosti (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 83, 84).

Pokud má žena partnera, je vhodná párová sexoterapie, případně nácvik dle Masterse a Johnsonové, následně rozvinutý Kaplanovou a dalšími autory (Trojan, 2011, s. 39; Kratochvíl, 2008, s. 137). Nácvikový postup se zakládá na předepsaných plánovaných a soustavných domácích cvičeních, kdy je důležitá spolupráce mezi partnery. Tento postup má základní směrnice, které se mohou individuálně přizpůsobit okolnostem jednotlivých případů a současného způsobu prožívání a chování partnerů. Při terapii se postupuje od toho, co už partneři ovládají, k žádoucím sexuálním prožitkům a reakcím, které dosud nebyly zvládnuty či byly tlumeny (Weiss, 2010, s. 377).

Ke specifickým metodám patří trénink Kegelových cviků, kterými může žena podpořit orgastickou schopnost (Weiss, 2010, s. 375). Vhodným nácvikem dochází k posilování pánevního svalstva. Kegelovy cviky provádí žena při močení, kdy volným úsilím přerušuje proud moči, pomocí stahů pánevního svalstva. Po zvládnutí techniky, se cvičení provádí bez močení s představou svírání a uvolňování pochvy. Cvičení se vykonává vsedě nebo ve stoje, třikrát denně se zvyšujícím se počtem kontrakcí (Šrámková, 2015, s. 79).

4.3.2. Farmakologická léčba

Pokud je indikována farmakologická léčba, dělí se na hormonální a nehormonální. Hormonální suplementace se používá především u poruch vzrušivosti (estrogeny), poruch libida a orgasmu (testosteron).

Nehormonální léčba využívá bupropion, který zvyšuje hladinu noradrenalinu a dopaminu, a tím výrazně zlepšuje schopnost vzrušivosti a orgasmu. Dále se využívá flibanserin, dle studií zvyšuje sexuální touhu, vzrušivost, lubrikaci, orgasmus a spokojenost. U žen trpících vaginismem byl popsán pozitivní vliv injekcí botulotoxinu, užívání anxiolytik a lokálních anestetik. U pacientek se sekundární bolestí je možno využít vícestupňové lokální anestetické nervové blokády, z chirurgických metod lze provést vestibulektomii (Vrzáčková, Sláma, 2012, s. 84).

5. Empirická část

Cíl

Cílem diplomové práce je zjistit, zda syndrom vyhoření ovlivňuje sexualitu všeobecných sester na pracovištích neodkladné péče v nefakultních nemocnicích.

Hypotézy

H1: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u žen pracujících jako všeobecná sestra na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích pohlavní touha.

H2: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u respondentek pracujících jako všeobecná sestra na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích hodnocení sebe jako sexuální partnerky.

H3: Předpokládáme, že respondenty s nižším dosaženým vzděláním pracující na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích budou dosahovat vyššího skóru v testu syndromu vyhoření.

H4: Předpokládáme, že u všeobecných sester pracujících na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích s delší praxí nad 10 let bude přítomen vyšší skór v dotazníku syndromu vyhoření.

5.1. Metodika výzkumu

Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvantitativní metodu. Nástrojem pro sběr potřebných dat, byly dva anonymní dotazníky. Dotazník patří k nejčastěji využívaným metodám pro sběr kvantitativních dat. Úvod dotazníkového šetření obsahuje identifikační otázky. První standardizovaný dotazník zjišťuje míru syndromu vyhoření, jde o českou verzi Shiromovy-Melamedovy škály (SMBM). Obsahuje 14 otázek, které jsou hodnoceny na škále, kdy minimální hodnota je jedna a maximální hodnota je sedm (Shirom, Melamed, 2006 in Ptáček, 2013). Druhý dotazník je zaměřen na sexuální funkce ženy, obsahuje 29 otázek (Mellan in Kratochvíl, 1999). Jedním z limitů tohoto výzkumu je neobvyklé téma, kdy se spoléháme na ochotu a upřímnost respondentů svěřit se s intimními údaji. Dalším limitem je přesycenost nelékařského zdravotnického personálu dotazníkovými šetřeními. Možným limitem byla i nevhodná doba distribuce dotazníků, a to v období letních dovolených, kdy jsem musela prodloužit dobu sběru dotazníků.

5.1.1. Organizace a průběh výzkumného šetření

Dotazníkové šetření probíhalo v nefakultní nemocnici v Praze na odděleních neodkladné péče (resuscitační oddělení a jednotky intenzivní péče). Před zahájením výzkumu jsem v dané nemocnici podala žádost o umožnění dotazníkového šetření, která byla schválena hlavní sestrou nemocnice. Pro zachování anonymity není v celé diplomové práci uveden název zdravotnického zařízení. (schválená žádost je uložena u autorky diplomové práce).

Dotazník byl určen pro ženy - všeobecné sestry. Distribuce a sběr dotazníků probíhal od května 2018 do října 2018 na šesti odděleních neodkladné péče. Pro zajištění anonymity respondentek, byla u každého dotazníku přiložena obálka, do které byl po vyplnění dotazník vložen a následně vhozen do uzavřeného boxu. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků. Návratnost byla celkem 71 dotazníků, pro neúplné vyplnění bylo 9 dotazníků vyřazeno z výzkumného šetření. Ke zpracování bylo použito 62 dotazníků.

5.1.2. Zpracování dat

Výsledky byly statisticky vyhodnoceny pomocí programu Microsoft Excel a SPSS. Škála vyhoření byla vyhodnocena pomocí porovnání průměrů, kdy minimální hodnota je jedna a maximální hodnota je sedm. Grafy vizuálně znázorňují rozdíly mezi kategoriemi. V tabulkách uvádím absolutní četnost (n_i) a relativní četnost (f_i). U tabulek vztahujících se k hypotézám jsou uvedeny průměry a počty případů. Jednotlivé škály vyhoření byly porovnávány také na základě pořadových charakteristik- mediánu, dolního a horního kvartilu, minima a maxima a odlehlých hodnot. Tyto pořadové charakteristiky byly zobrazeny pomocí krabicových grafů. Pro porovnání míry vyhoření je v rámci pořadových charakteristik klíčový medián, dále také horní a dolní kvartil. Hypotézy byly testovány pomocí srovnávání průměrů škály vyhoření a otázek z dotazníku sexuálních funkcí, vztahujících se k hypotézám.

5.2. Výsledky

5.2.1. Popis vzorku respondentů

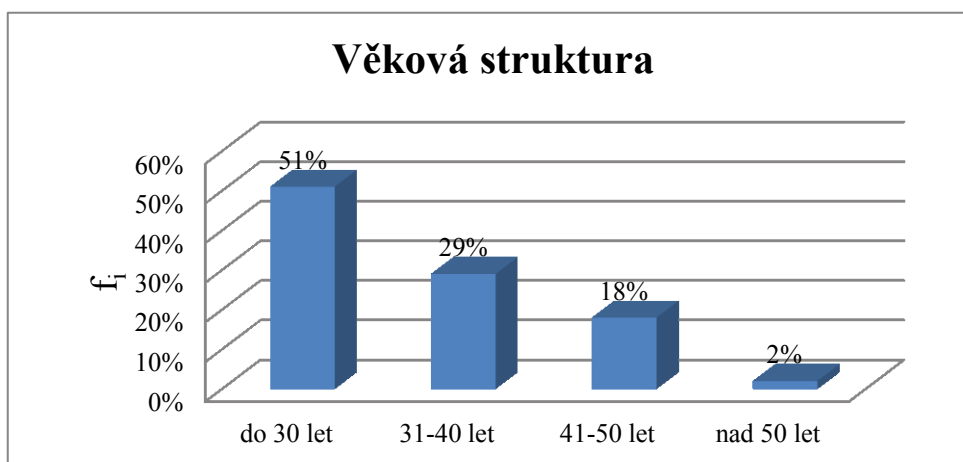
Otázka: Věk

Tabulka č. 1 a graf č. 1 prezentují věkové zastoupení respondentek. Dle věkové struktury byla nejvíce zastoupena kategorie do 30 let, to je 51 % (n= 32) respondentek, kategorii 31-40 let tvoří 29 % (n=18) respondentek, kategorie 41-50 let tvoří 18 % (n=11) respondentek, nejméně byla zastoupena kategorie nad 51 let 2 % (n=1) respondentkou. Věkové zastoupení respondentek je zobrazeno v grafu č. 1 a tabulce č. 1.

Tabulka 1: Věková struktura

Věková struktura		
Četnost	n_i	f_i
do 30 let	32	51%
31- 40 let	18	29%
41- 50 let	11	18%
nad 50 let	1	2%
Celkem	62	100%

Graf č. 1: Věková struktura



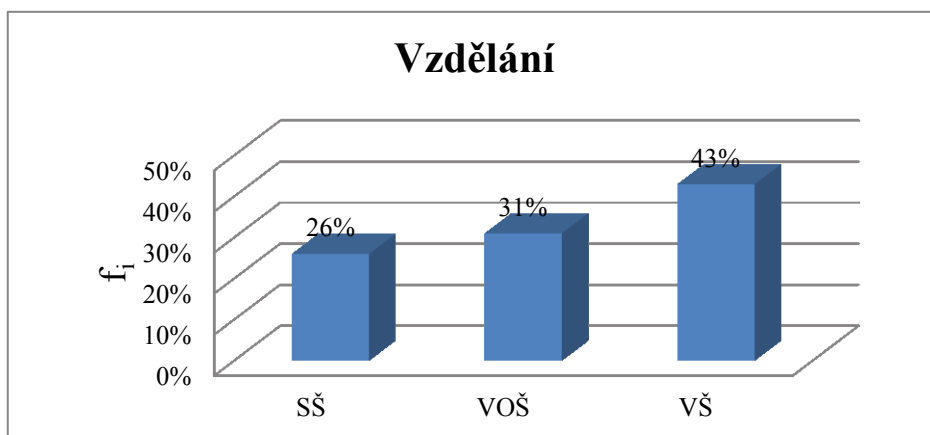
Otázka: Nejvyšší dosažené vzdělání

Početní a procentuelní zastoupení vzdělání respondentek je zobrazeno v následující tabulce č. 2 a grafu č. 2. Středoškolského vzdělání dosáhlo 26 % (n=16) žen, vyšší odborné vzdělání mělo 31% (n=19) žen a nejvyšší podíl činil 43 % (n=27) žen s vysokoškolským vzděláním.

Tabulka 2: Vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání		
Četnost	n_i	f_i
SŠ	16	26%
VOŠ	19	31%
VŠ	27	43%
Celkem n_i/ f_i (%)	62	100%

Graf č. 2: Vzdělání



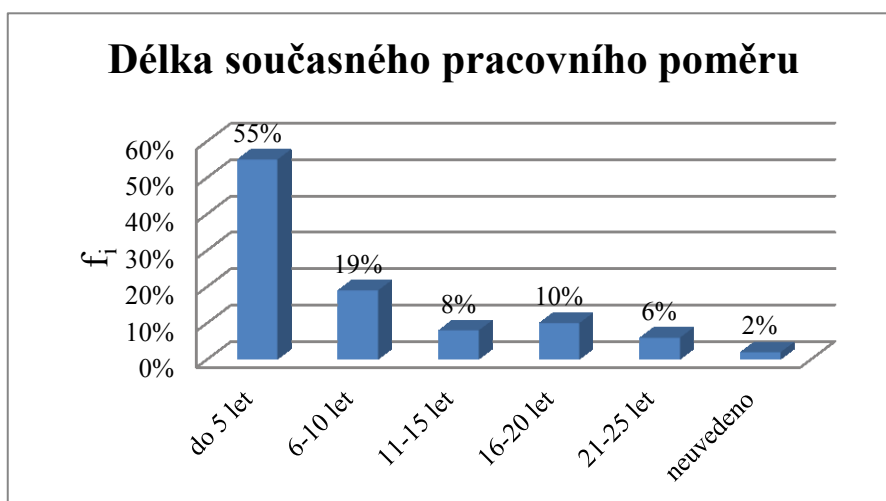
Otázka: Délka trvání současného pracovního poměru.

Tabulka č. 3 a graf č. 3 vyjadřují délku současného pracovního poměru respondentek. Nejvyšší podíl v délce trvání současného pracovního poměru tvoří kategorie do 5 let 55 % (n=34) respondentek, kategorie 6-10 let tvoří 19 % (n=12) respondentek, kategorie 11-15 let 8 % (n=5) respondentek, v kategorii 16-20 let je 10 % (n=6) respondentek a nejméně zastoupená je kategorie 21-25 let, kterou tvoří 6% (n=4) respondentky. Jedna respondentka neuvádí délku trvání současného pracovního poměru.

Tabulka č. 3: Délka pracovního poměru

Délka trvání současného pracovního poměru		
Četnost	n_i	f_i
do 5 let	34	55%
6- 10 let	12	19%
11- 15 let	5	8%
16- 20 let	6	10%
21- 25 let	4	6%
neuveďeno	1	2%
Celkem	62	100%

Graf č. 3: Délka pracovního poměru



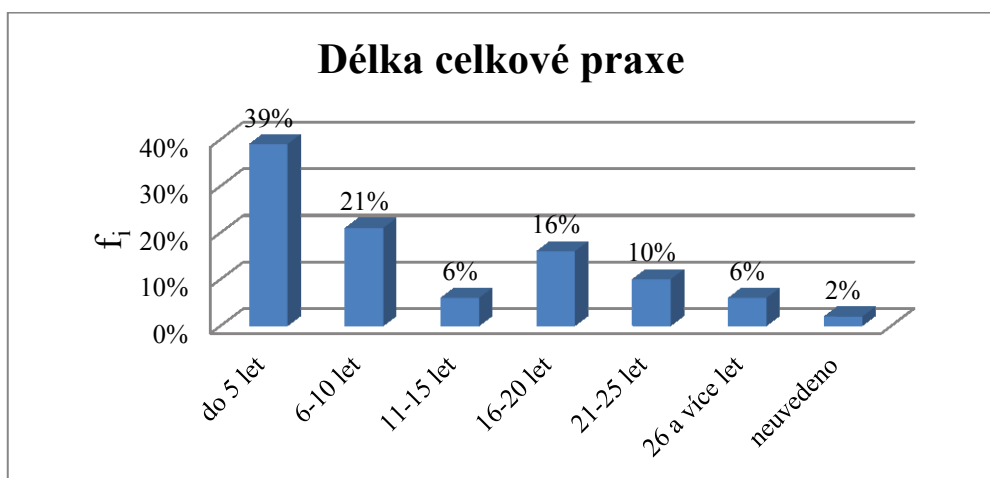
Otázka: Délka celkové pracovní praxe ve zdravotnictví

Tabulka č. 4 a graf č. 4 znázorňují délku celkové praxe respondentek ve zdravotnictví. Dle délky praxe byla nejvíce zastoupená kategorie do 5 let, kterou tvoří 39 % (n=24) žen, kategorii 6-10 let praxe tvořilo 21 % (n=13) žen, v kategorii 11-15 let byly 7 % (n=4) ženy, kategorie 16-20 let byla zastoupená 16 % (n=10) ženami, kategorií 21-25 let tvořilo 10 % (n=6) a v kategorii 26 a více let bylo 7 % (n=4) ženy, jedna respondentka neuvádí délku celkové praxe ve zdravotnictví.

Tabulka 4: Délka celkové praxe

Délka celkové praxe ve zdravotnictví		
Četnost	n_i	f_i
do 5 let	24	39%
6- 10 let	13	21%
11- 15 let	4	6%
16- 20 let	10	16%
21- 25 let	6	10%
26 a více let	4	6%
neuveďeno	1	2%
Celkem	62	100%

Graf č. 4: Délka celkové praxe



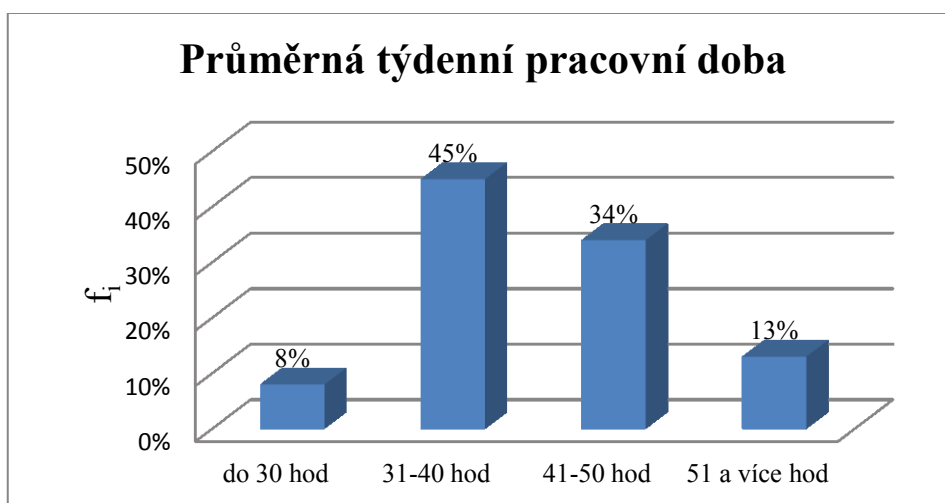
Otázka: Průměrná týdenní pracovní doba (reálný počet hodin strávených na pracovišti)

Tabulka č. 5 a Graf č. 5 prezentují průměrnou pracovní dobu respondentek. Dle průměrné pracovní doby byla nejméně zastoupena kategorie do 30 hodin, kterou uvádí 8 % (n=5) respondentek, naopak nejvíce byla zastoupena kategorie 31-40 hodin, kterou uvedlo 45 % (n=28), kategorie 41-50 hodin tvořila 34 % (n=21) respondentek a 13 % (n=8) respondentek uvedlo kategorie 51 a více hodin. Početní a procentuelní zastoupení v jednotlivých kategoriích jsou znázorněna v grafu č. 5.

Tabulka 5: Průměrná týdenní pracovní doba

Průměrná týdenní pracovní doba		
Četnost	n_i	f_i
do 30 hod	5	8%
31- 40 hod	28	45%
41- 50 hod	21	34%
51 a více hod	8	13%
Celkem	62	100%

Graf č. 5: Průměrná týdenní pracovní doba



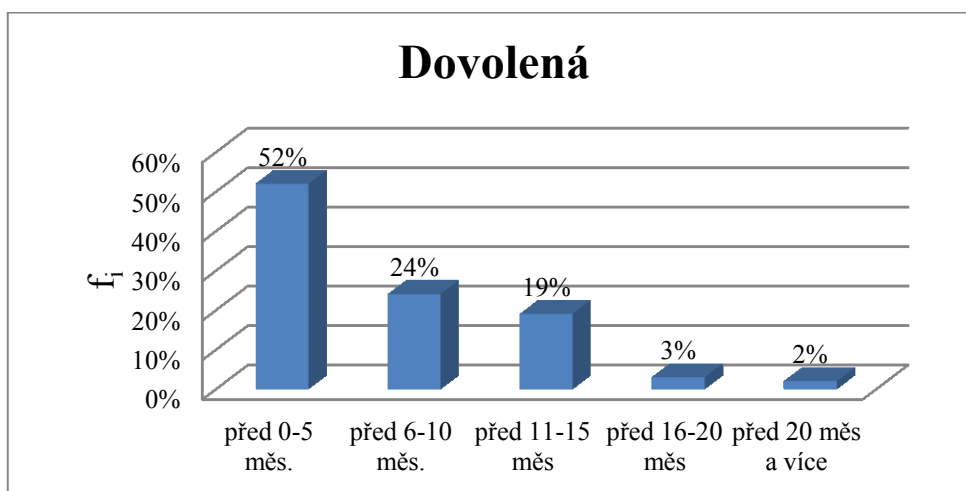
Otázka: Před jakou dobou jste měla naposledy dovolenou více než 14 dní (nedělenou)

Tabulka č. 6 a graf č. 6 prezentují, před jakou dobou měly respondentky nedělenou dovolenou. Na otázku „před jakou dobou jste měla naposledy dovolenou více než 14 dní (nedělenou)“ odpovědělo nejvíce respondentek 52 % (n=32), že čerpalo dovolenou před 0-5 měsíci. Dovolenou před 6-10 měsíci čerpalo 24 % (n=15) respondentek, před 11-15 měsíci mělo dovolenou 19 % (n=12) respondentek a nejméně byly zastoupeny kategorie před 16-20 měsíci 2 % (n=1) respondentka a 20 a více měsíci 3 % (n=2) respondentky.

Tabulka č. 6: Dovolená

Před jakou dobou jste měla naposledy dovolenou více než 14 dní		
Četnost	n_i	f_i
Před 0- 5 měsíci	32	52%
před 6- 10měsíci	15	24%
před 11- 15 měsíci	12	19%
před 16- 20 měsíci	1	3%
před 20 a více měsíci	2	2%
Celkem	62	100%

Graf č. 6: Dovolená

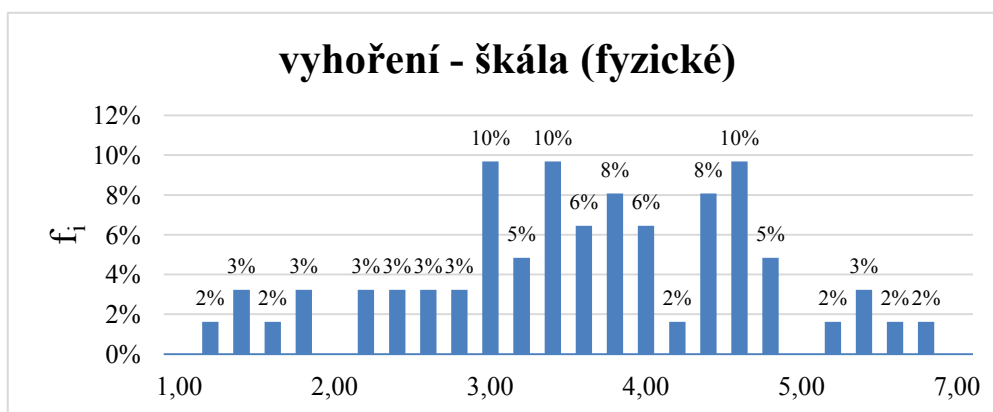


5.2.2. Vyhodnocení dotazníku - škála vyhoření

K získání dat byla použita Shironomova-Melamedova škála (česká verze), která zjišťuje míru syndromu vyhoření. SMBM obsahuje 14 otázek. Škála vyhoření je rozdělena do tří subškál: fyzická (otázky 1-6), kognitivní (otázky 7-11) a emoční (otázky 12-14). Otázky jsou hodnoceny na škále od 1 bodu (minimální vyhoření) do 7 bodů (maximální vyhoření). Výsledné bodové skóre je v rozmezí 14 až 98 bodů (Kebza, Šolcová, Ptáček in Ptáček, Raboch, Kebza, 2013, s. 161). Nejnižší naměřená hodnota na škále vyhoření byla 18 bodů s průměrným skórem syndromu vyhoření 1,28 a nejvyšší hodnota byla 70 bodů s průměrným skórem syndromu vyhoření 5.

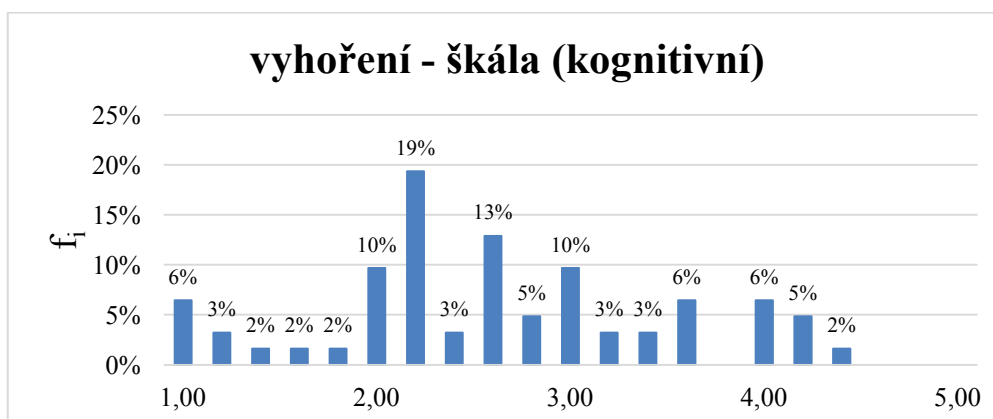
Graf č. 7 znázorňuje procentuelní zastoupení respondentek jednotlivých skóřů na subškále fyzického vyhoření. Na škále fyzického vyhoření dosáhly respondentky průměrné hodnoty 3,59. Dle dosažených hodnot je fyzická oblast syndromem vyhoření ovlivňována nejvíce.

Graf č. 7: Škála vyhoření – fyzické



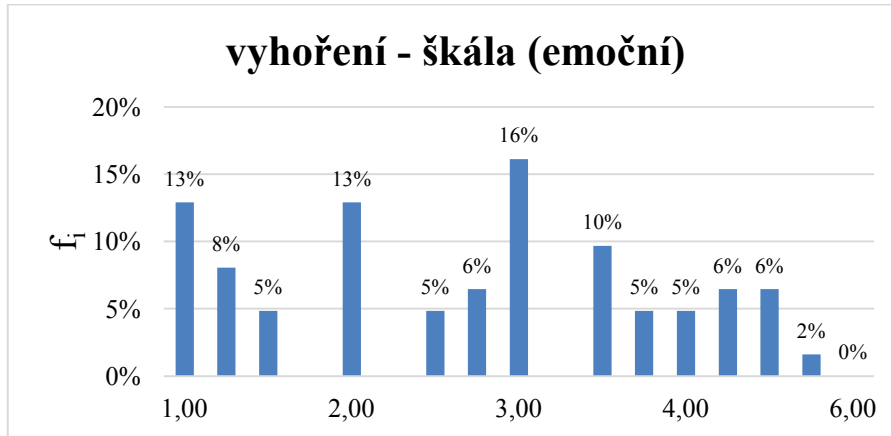
Graf č. 8 znázorňuje procentuelní zastoupení respondentek u jednotlivých skóřů na subškále kognitivního vyhoření. Na škále kognitivního vyhoření dosáhly respondentky průměrné hodnoty 2,64.

Graf č. 8: Škála vyhoření- kognitivní



Graf č. 9 vyjadřuje procentuelní zastoupení respondentek jednotlivých skóřů na subškále emočního vyhořeni. Na škále emočního vyhořeni dosáhly respondentky průměrné hodnoty 2,70.

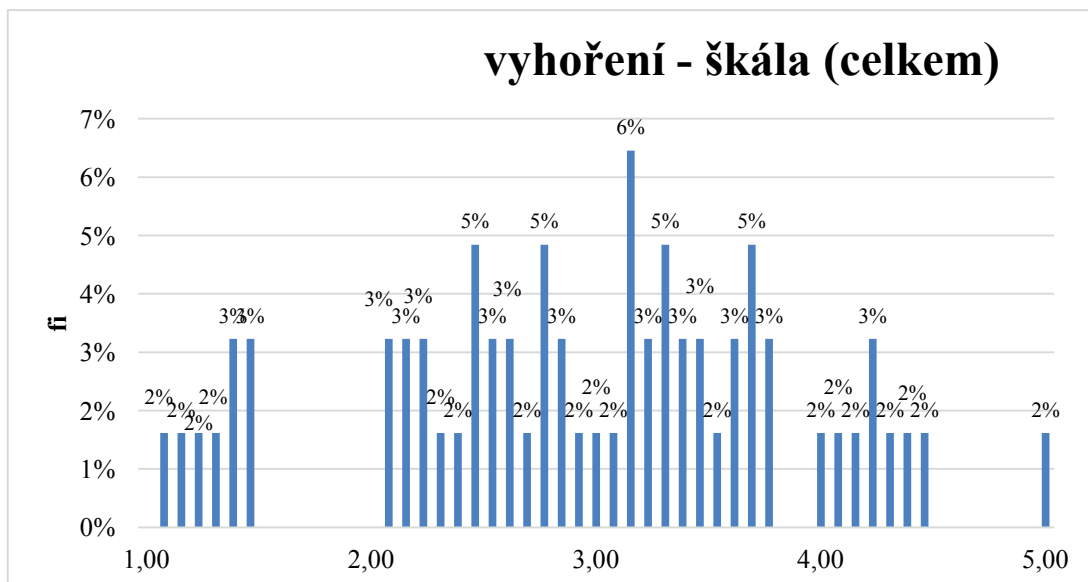
Graf č. 9: Škála vyhořeni- emoční



V následujícím grafu č. 10 je znázorněno procentuelní zastoupení respondentek u jednotlivých skóřů na škále celkového vyhořeni. Z celkových výsledků činil průměrný skóre na škále vyhořeni 3,07 (průměrná hodnota na škále vyhořeni je 3,50). Žádná respondentka tedy nedosáhla minimálního ani maximálního vyhořeni.

Celkově lze zhodnotit, že mezi hodnotami průměřů kognitivního (2,64) a emočního (2,70) vyhořeni nebyl významný rozdíl. Výjimkou byla vyšší míra fyzického vyhořeni (3,59), která je vyšší než hodnota u celkové škály vyhořeni (3,07).

Graf č. 10: Škála vyhořeni- celkem



5.2.3. Vyhodnocení hypotéz

H1: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u žen pracujících jako všeobecná sestra na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích pohlavní touha.

Hypotéza jedna se vztahuje k otázce číslo 2 v dotazníku sexuálních funkcí.

Otázka číslo 2: Potřeba pohlavního styku

Kdyby záleželo na mé chuti a kdybych k tomu měla vhodné podmínky, vyhovovalo by mi mít pohlavní styk:

- 0- Vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok
- 1- Několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2- Několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3- 2x nebo i vícekrát týdně
- 4- Denně nebo i vícekrát za den

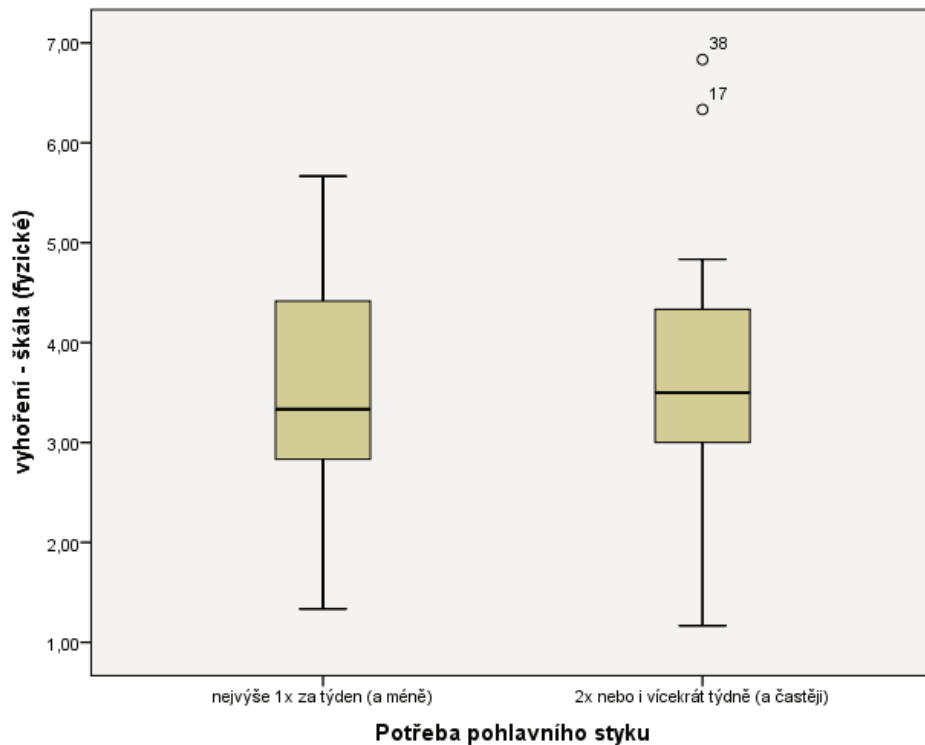
Celková míra vyhoření a míra vyhoření ve 3 subškálách byla porovnána na základě pohlavní touhy, vyjádřené jako frekvence potřeby pohlavního styku. Vzhledem k tomu, že některé varianty odpovědi na otázku týkající se frekvence pohlavního styku byly málo zastoupeny, byly varianty sloučeny do dvou kategorií: *nejvýše 1x za týden a méně* a *2x nebo i vícekrát týdně a častěji*. Pro tyto dvě kategorie byl poté porovnán průměr míry vyhoření, a to jak pro celkovou míru vyhoření, tak pro subškály fyzického, kognitivního a emočního vyhoření. Dle průměrů bylo zjištěno, že ženy, které mají potřebu pohlavního styku 2x týdně nebo častěji, mají oproti ženám, které mají potřebu pohlavního styku 1x týdně nebo méně často, o 0,1 vyšší průměr fyzického vyhoření (3,63 vs. 3,53), o 0,35 nižší průměr kognitivního vyhoření (2,53 vs. 2,88), o 0,1 nižší průměr emočního vyhoření (2,67 vs. 2,77) a o 0,1 nižší průměr celkového vyhoření (3,03 vs. 3,13). Za výraznější lze považovat pouze rozdíl u kognitivního vyhoření. Vyhodnocená data jsou uvedena v následující tabulce č. 7.

Tabulka č. 7 Míra vyhoření/- potřeba pohlavního styku

Potřeba pohlavního styku		vyhoření - škála (fyzické)	vyhoření - škála (kognitivní)	vyhoření - škála (emoční)	vyhoření - škála (celkem)
Průměr	nejvýše 1x za týden (a méně)	3,53	2,88	2,77	3,13
	2x nebo i vícekrát týdně (a častěji)	3,63	2,53	2,67	3,03
	Celkem	3,60	2,64	2,70	3,07
N	nejvýše 1x za týden (a méně)	20	20	20	20
	2x nebo i vícekrát týdně (a častěji)	42	42	42	42
	Celkem	62	62	62	62

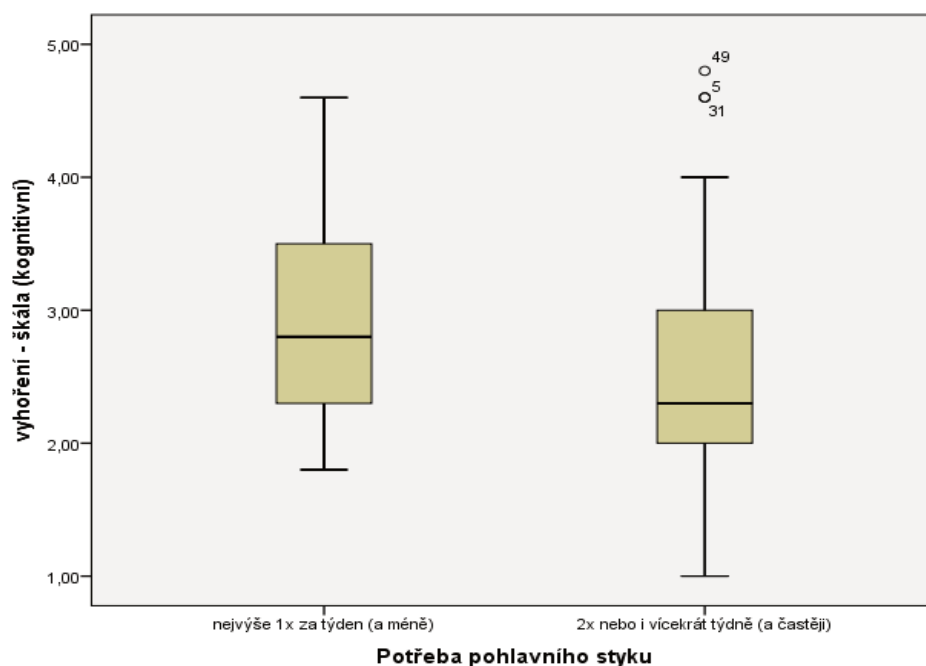
Graf č. 11 porovnává fyzické vyhoření u respondentek s méně častou potřebou pohlavního styku (nejvýše 1x za týden a méně) a u respondentek s častější potřebou pohlavního styku (2x nebo i vícekrát týdně a častěji). U fyzického vyhoření byla zjištěna mírně vyšší hodnota mediánu a dolního kvartilu pro skupinu respondentek s častější potřebou pohlavního styku. Skupina respondentek s méně častou potřebou pohlavního styku měla naopak o něco vyšší horní kvartil.

Graf č. 11: Vyhoření fyzické/- četnost pohlavního styku



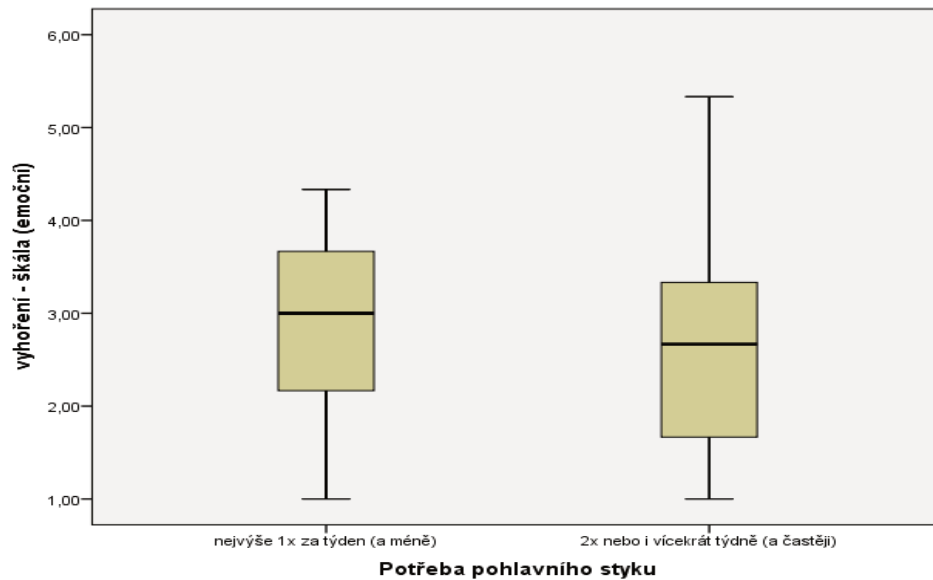
Následující graf č. 12 znázorňuje porovnání kognitivního vyhoření u respondentek s méně častou potřebou pohlavního styku (nejvýše 1x za týden a méně) a u respondentek s častější potřebou pohlavního styku (2x nebo i vícekrát týdně a častěji). U kognitivního vyhoření byla zjištěna vyšší hodnota mediánu, dolního i horního kvartilu pro skupinu respondentek s méně častou potřebou pohlavního styku. Vzhledem k rozsahu hodnot se jedná o relativně významný rozdíl. Hodnota dolního kvartilu pro respondentky s méně častou potřebou pohlavního styku je přibližně stejná, jako hodnota mediánu pro respondentky s častější potřebou pohlavního styku, což znamená, že hranici míry kognitivního vyhoření, kterou překračuje přibližně polovina respondentek s častější potřebou pohlavního styku, překračují přibližně tři čtvrtiny respondentek s méně častou potřebou pohlavního styku.

Graf č. 12: Vyhoření kognitivní/- četnost pohlavního styku



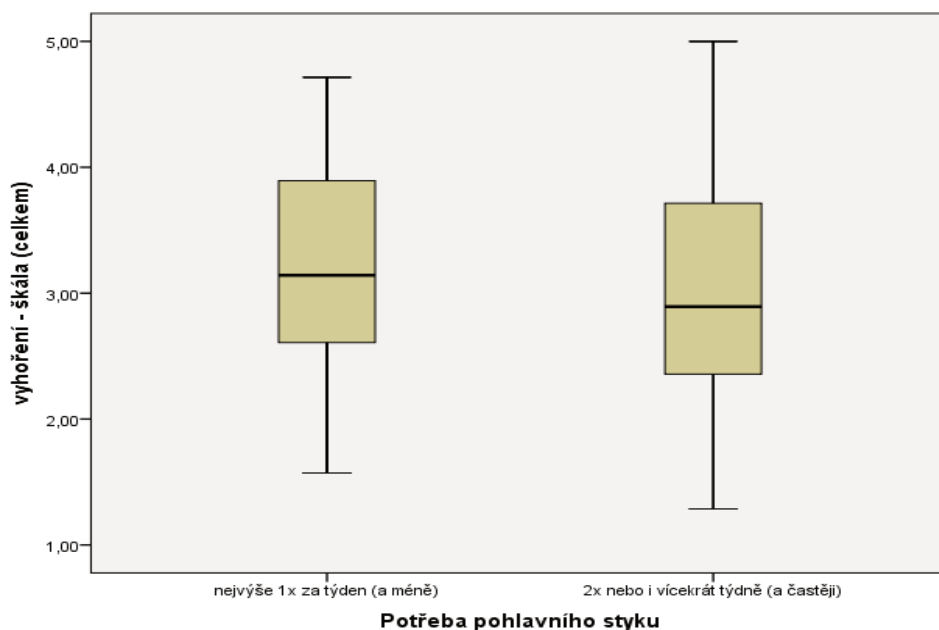
Graf č. 13 porovnává emoční vyhoření u respondentek s méně častou potřebou pohlavního styku (nejvýše 1x za týden a méně) a u respondentek s častější potřebou pohlavního styku (2x nebo i vícekrát týdně a častěji). U emočního vyhoření byla zjištěna vyšší hodnota mediánu, dolního i horního kvartilu pro skupinu respondentek s méně častou potřebou pohlavního styku. Vzhledem k rozsahu hodnot se jedná o relativně nezanedbatelný rozdíl.

Graf č. 13: Vyhoření emoční/-četnost pohlavního styku



Graf č. 14 znázorňuje porovnání celkového vyhoření u respondentek s méně častou potřebou pohlavního styku (nejvýše 1x za týden a méně) a u respondentek s častější potřebou pohlavního styku (2x nebo i vícekrát týdně a častěji). U celkového vyhoření byla zjištěna vyšší hodnota mediánu, dolního i horního kvartilu pro skupinu respondentek s méně častou potřebou pohlavního styku. Vzhledem k rozsahu hodnot se jedná o relativně nezanedbatelný rozdíl. **Hypotézu považujeme za potvrzenou**, ženy s vyšší mírou vyhoření mají menší potřebu pohlavního styku. Hypotézu 1 podporují výsledky z kategorie kognitivní, emoční i celkové.

Graf č. 14: Vyhoření celkové/- četnost pohlavního styku



H2: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u respondentek pracujících jako všeobecná sestra na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích hodnocení sebe jako sexuální partnerky.

Hypotéza dvě se vztahuje, k otázce č. 13 v dotazníku sexuálních funkcí.

Otázka 13. Hodnocení sebe jako sexuální partnerky

- 0- Připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná
- 1- Připadám si málo schopná, chladnější
- 2- Nejsem si jista, že jsem v pořádku
- 3- Jsem v pořádku
- 4- Jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je, kam chci

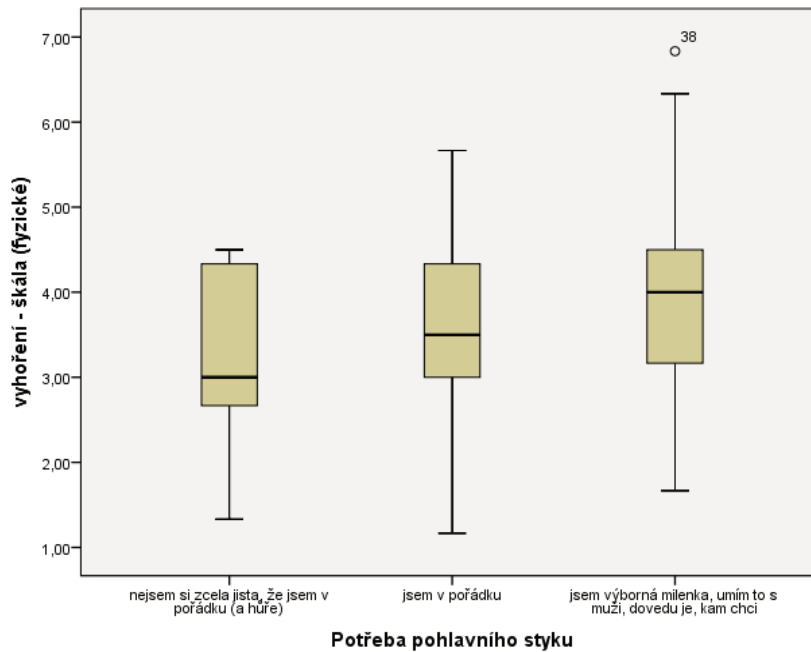
Celková míra vyhoření a míra vyhoření ve 3 subškálách byla porovnána na základě hodnocení sebe jako sexuální partnerky. Ze 4 variant odpovědi byly 2 málo zastoupené (pouze 5 pozorování) a byly proto sloučeny do jedné kategorie. Celkem tři varianty byly poté porovnány na základě průměru míry vyhoření, a to jak pro celkovou míru vyhoření, tak pro subškály fyzického, kognitivního a emočního vyhoření. Nejvyšší míru fyzického vyhoření měly dle průměru respondentky, které uvedly, že jsou výborné milenky (4,01), následované respondentkami, které uvedly, že jsou v pořádku (3,61) a respondentkami, které si nejsou jisté, zda jsou v pořádku, popř. se považují za méně schopné (3,03). Nejvyšší míru kognitivního vyhoření měly respondentky, které si nejsou jisté, zda jsou v pořádku, popř. se považují za méně schopné (2,92), následované respondentkami, které uvedly, že jsou v pořádku (2,72) a respondentkami, které uvedly, že jsou výborné milenky (2,18). Nejvyšší míru emočního vyhoření měly respondentky, které uvedly, že jsou v pořádku (2,89), následované respondentkami, které uvedly, že jsou výborné milenky (2,46) a respondentkami, které si nejsou jisté, zda jsou v pořádku, popř. se považují za méně schopné (2,30). Zmíněná data jsou uvedena v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8 Míra vyhoření/-hodnocení sebe jako sexuální partnerky

Hodnocení sebe jako sexuální partnerky		vyhoření - škála (fyzické)	vyhoření - škála (kognitivní)	vyhoření - škála (emoční)	vyhoření - škála (celkem)
Průměr	nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku (a hůře)	3,03	2,92	2,30	2,84
	jsem v pořádku	3,61	2,72	2,89	3,14
	jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je, kam chci	4,01	2,18	2,46	3,03
	Celkem	3,60	2,64	2,70	3,07
N	nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku (a hůře)	10	10	10	10
	jsem v pořádku	39	39	39	39
	jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je, kam chci	13	13	13	13
	Celkem	62	62	62	62

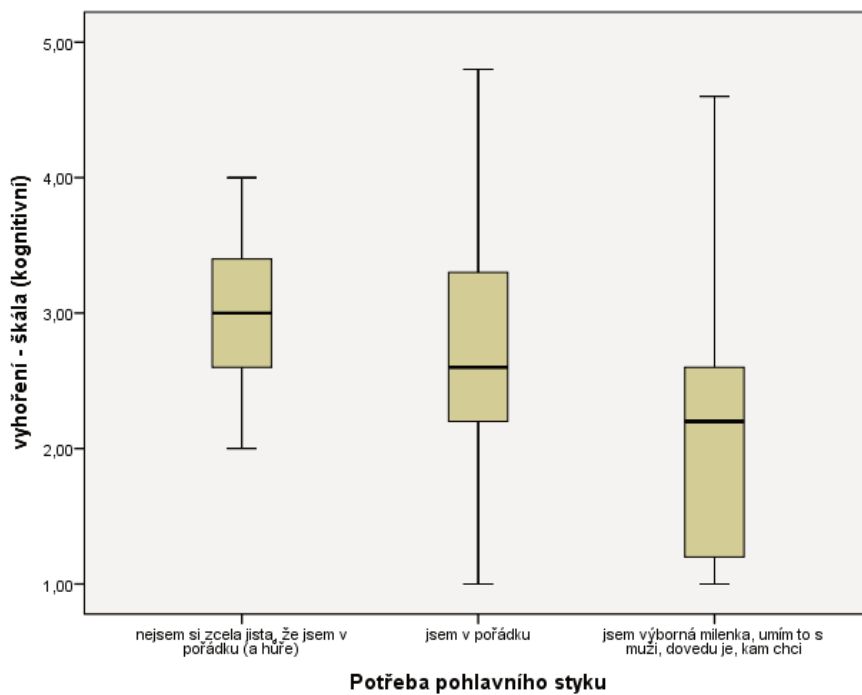
Graf č. 15 porovnává fyzické vyhoření u tří variant odpovědí, které se týkají hodnocením sebe jako sexuální partnerky. U fyzického vyhoření byly dle mediánu i dolního kvartilu skupiny respondentek uspořádány stejně jako na základě průměru. Tj. nejvyšší hodnoty mediánu a dolního kvartilu byly zjištěny pro respondentky, které se považují za výborné milenky, následované respondentkami, které uvedly, že jsou v pořádku, a respondentkami, které si sebou nejsou jisté. Hodnoty horního kvartilu byly pro všechny respondentky přibližně stejné.

Graf č. 15: Vyhoření fyzické/- potřeba pohlavního styku



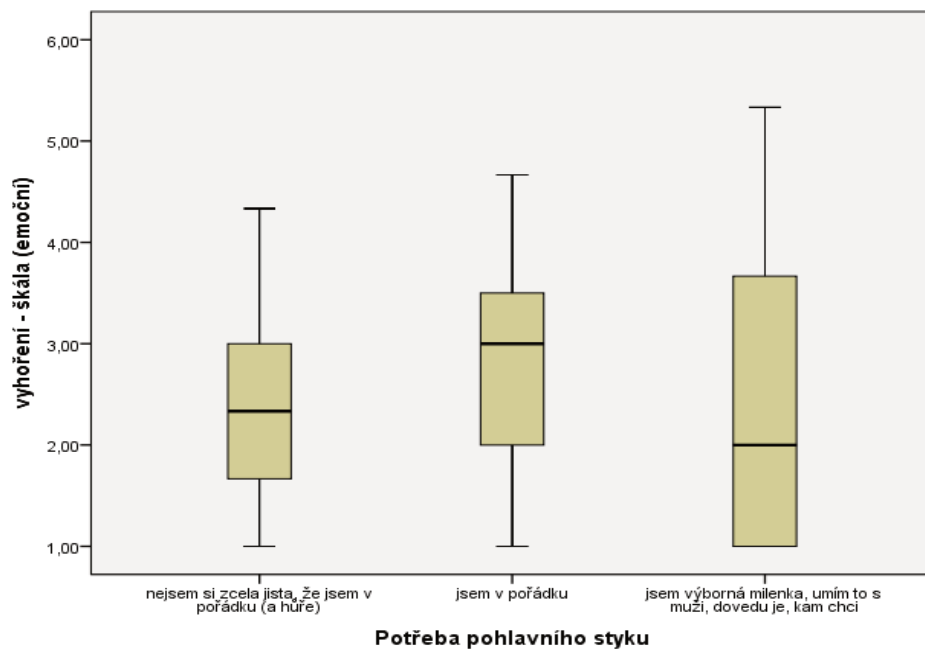
V grafu č. 16 je zobrazeno porovnání výsledků hodnocení sebe jako sexuální partnerky v kognitivní oblasti. U kognitivního vyhoření je patrná výrazná sestupná tendence. Stejně jako u první hypotézy je tedy kognitivní vyhoření nejvýraznějším indikátorem sexuality. Konkrétně, dle mediánu, dolního i horního kvartilu byla zjištěna nejvyšší míra kognitivního vyhoření u respondentek, které si nejsou jisté, že jsou zcela v pořádku, nižší míra kognitivního vyhoření u respondentek, které uvedly, že jsou v pořádku a nejnižší míra kognitivního vyhoření u respondentek, které se považují za výborné milenky.

Graf č. 16: Vyhoření kognitivní/- potřeba pohlavního styku



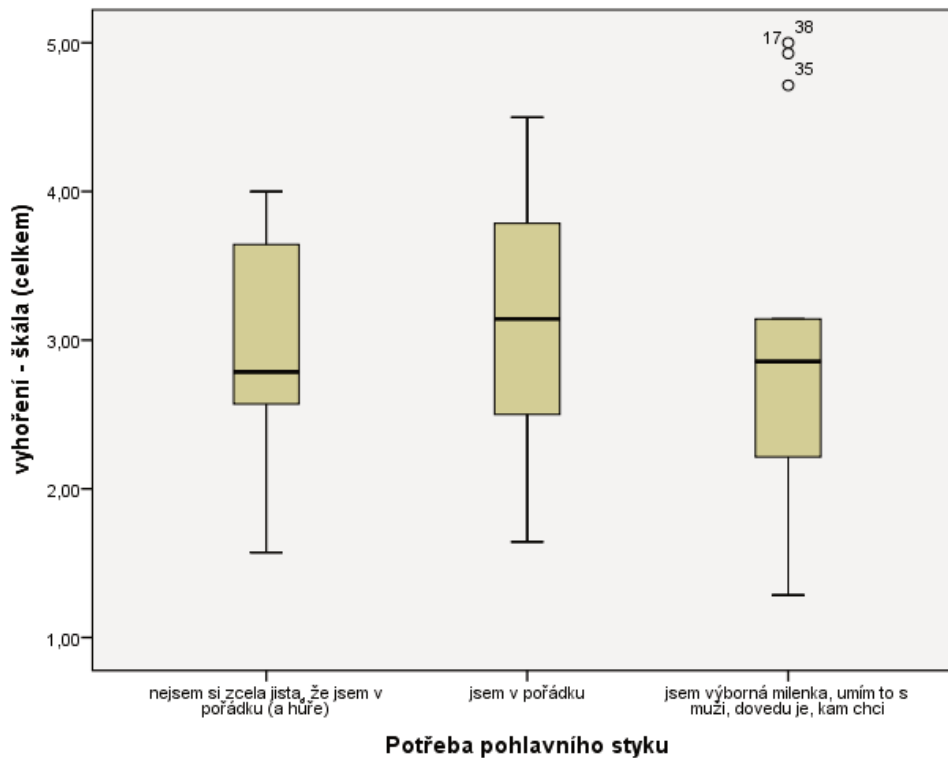
U emočního vyhoření není patrná žádná jednoznačná tendence. Nejvyšší hodnoty míry emočního vyhoření mají dle mediánu a dolního kvartilu respondentky, které uvedly, že jsou v pořádku. Ostatní dvě skupiny nelze jednoznačně seřadit, neboť dle mediánu a dolního kvartilu mají vyšší hodnoty respondentky, které se necítí být zcela v pořádku, ale dle horního kvartilu mají vyšší hodnoty respondentky, které se cítí být výbornými milenkami. Poslední jmenovaná skupina má dle mezikvartilového rozpětí (vzdálenost dolního a horního kvartilu) nejvyšší rozptýlení hodnot, tj. odpovědi jednotlivých respondentek se nejvíce lišily v rámci této skupiny. Výše zmíněná data jsou zobrazena v grafu č. 17.

Graf č. 17: Vyhoření emoční/- potřeba pohlavního styku



Graf č. 18 je porovnání celkové vyhořené u tří variant odpovědí týkajících se hodnocení sebe jako sexuální partnerky. Při celkovém zhodnocení míry celkové vyhořené dle mediánu, dolního a horního kvartilu lze konstatovat, že vyšší a přibližně srovnatelné hodnoty vykazují skupiny respondentek, které si nejsou jisté, popř. se cítí v pořádku, a nižší hodnoty vykazují respondentky, které se považují za výborné milenky. U této skupiny je patrné větší množství odlehlých hodnot, což dokladuje vyšší rozdílnost míry vyhořené mezi jednotlivými respondentkami řadícími se do této skupiny. **Hypotéza 2 se nepotvrdila.** Z vyhodnocených dat vyplývá, že vyššího skóru syndromu vyhořené dosahují ženy, které se považují za výborné milenky, proto nemohou hypotézu podpořit.

Graf č. 18: Vyhořené celkem/- potřeba pohlavního styku



H3: Předpokládáme, že respondentky s nižším dosaženým vzděláním pracující na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích budou dosahovat vyššího skóru v testu syndromu vyhoření.

Hypotéza tří se vztahuje, k otázce v úvodu dotazníku.

Otázka: Nejvyšší dosažené vzdělání:

- SŠ
- VOŠ
- VŠ
- Jiné

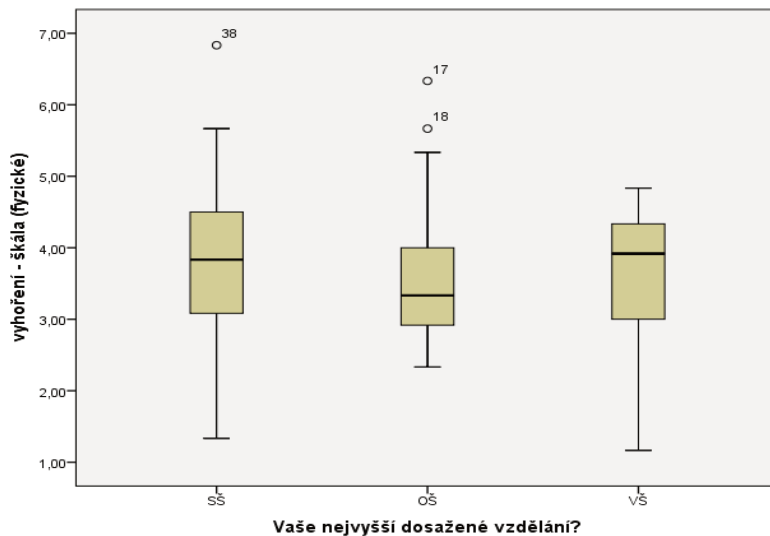
U otázky týkající se vzdělání byly všechny varianty odpovědí zastoupeny dostatečně na to, aby mohly být srovnány. Průměrná míra fyzického vyhoření činila pro respondentky se středoškolským vzděláním - SŠ 3,70, pro respondentky s vyšším odborným vzděláním - VOŠ 3,61 a pro respondentky s vysokoškolským vzděláním - VŠ 3,53. Průměrná míra kognitivního vyhoření byla nejvyšší pro respondentky se SŠ (2,90), výrazněji nižší u respondentek s VOŠ (2,62) a nejnižší u respondentek s VŠ (2,50). U emočního vyhoření byl naopak nejnižší průměr zjištěn u respondentek se SŠ (2,56) a vyšší průměry u respondentek s VOŠ a VŠ (2,72; 2,78). U celkového vyhoření byly rozdíly v průměrech zanedbatelné, konkrétně 3,17 u respondentek se SŠ, 3,07 u respondentek s VOŠ a 3,00 u respondentek s VŠ. Vyhodnocená data jsou zobrazeny v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9 Míra vyhoření/-vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	vyhoření - škála (fyzické)	vyhoření - škála (kognitivní)	vyhoření - škála (emoční)	vyhoření - škála (celkem)	
Průměr	SŠ	3,70	2,90	2,56	3,17
	VOŠ	3,61	2,62	2,72	3,07
	VŠ	3,53	2,50	2,78	3,00
	Celkem	3,60	2,64	2,70	3,07
N	SŠ	16	16	16	16
	VOŠ	19	19	19	19
	VŠ	27	27	27	27
	Celkem	62	62	62	62

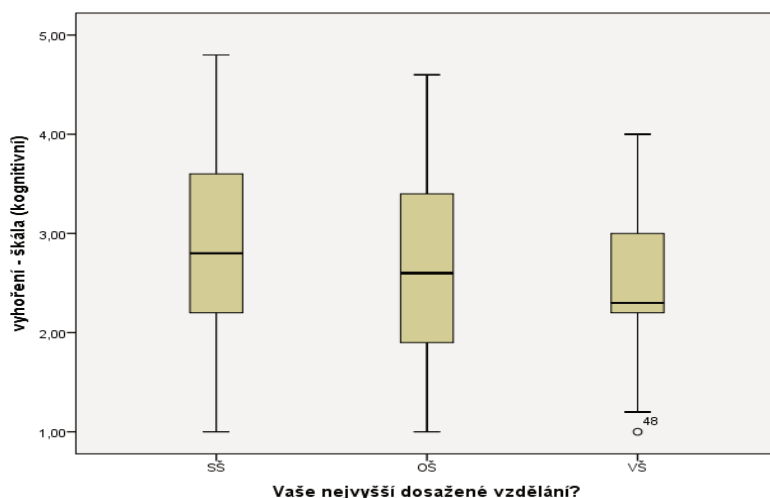
Graf č. 19 zobrazuje hodnoty dosažené na škále vyhoření- fyzická oblast a otázkou vztahující se ke vzdělání. Dle mediánu, dolního a horního kvartilu byly nejnižší hodnoty míry fyzického vyhoření zjištěny u respondentek s VOŠ. O něco vyšší hodnoty míry fyzického vyhoření byly zjištěny u respondentek s VŠ a SŠ, které byly vzájemně srovnatelné. Dle mezikvartilového rozpětí míra fyzického vyhoření nejméně kolísá pro respondentky s VOŠ.

Graf č. 19: Vyhoření fyzické/- vzdělání



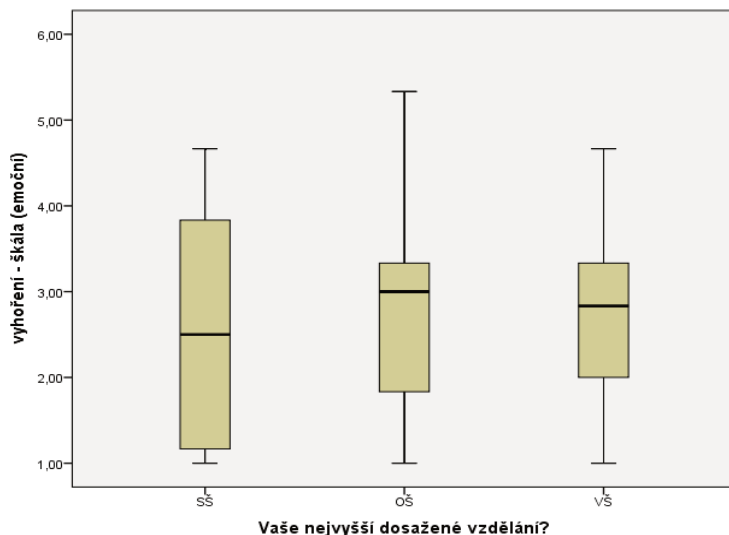
Graf č. 20 zobrazuje hodnoty dosažené na škále vyhoření- kognitivní oblast s otázkou vztahující se ke vzdělání. S rostoucí úrovní vzdělání, lze na základě mediánu a horního kvartilu pozorovat mírnou klesající tendenci míry kognitivního vyhoření. Nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření jsou patrné u respondentek se SŠ, o něco nižší u respondentek s VOŠ a nejnižší u respondentek s VŠ, u kterých byla zjištěna také nejnižší míra kolísání kognitivního vyhoření prostřednictvím mezikvartilového rozpětí.

Graf č. 20: Vyhoření kognitivní/- vzdělání



Graf č. 21 porovnává hodnoty dosažené na škále vyhoření- emoční oblast s otázkou vztahující se ke vzdělání U emočního vyhoření je dle mezikvartilového rozpětí patrné vysoké rozptýlení hodnot pro respondentky se SŠ. Hodnoty této skupiny respondentek jsou dle mediánu a dolního kvartilu nižší než hodnoty emočního vyhoření respondentek s VOŠ a VŠ, které jsou vzájemně srovnatelné. Data spolehlivě nepotvrzují žádnou výraznější závislost míry emočního vyhoření na vzdělání.

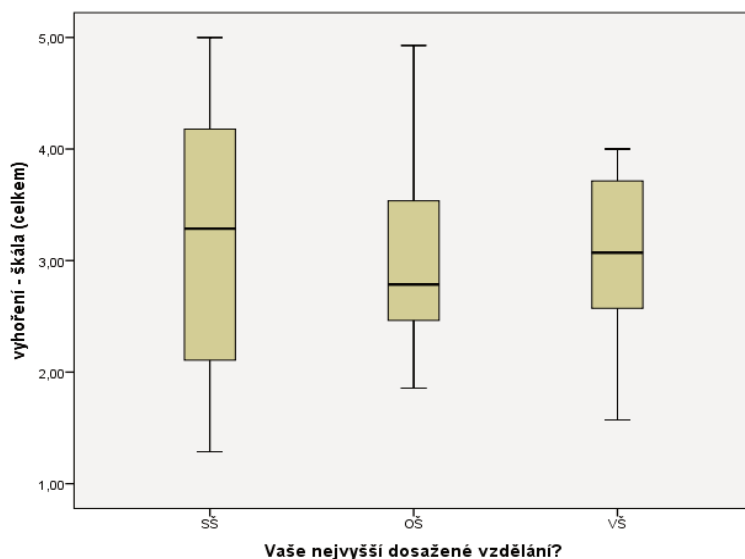
Graf č. 21: Vyhoření emoční/- vzdělání



Graf č. 22 porovnává hodnoty dosažené na celkové škále vyhoření s otázkou vztahující se ke vzdělání. Skupina respondentek se SŠ dosahuje nejvyšší míry celkového vyhoření dle mediánu, nicméně dolní kvartil je nejnižší ze všech skupin a horní kvartil naopak nejvyšší, což dle mezikvartilového rozpětí znamená, že míra celkového vyhoření je v rámci této skupiny nejvíce variabilní.

Hypotéza 3 potvrzena. Vyhodnocení celkových výsledků podporují hypotézu v tom smyslu, že s rostoucí úrovní vzdělání klesá míra vyhoření.

Graf č. 22: Vyhoření celkem/- vzdělání



H4: Předpokládáme, že u všeobecných sester pracujících na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích s delší praxí nad 10 let bude přítomen vyšší skór v dotazníku syndromu vyhoření.

Hypotéza čtyři se vztahuje k otázce v úvodu dotazníku.

Otázka: Délka celkové pracovní praxe ve zdravotnictví.

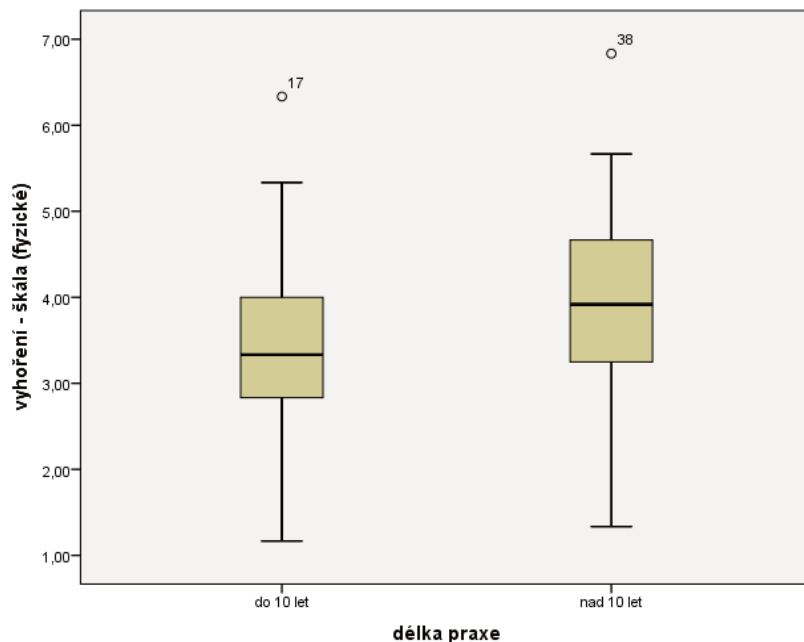
Závislost míry celkového, fyzického, kognitivního a emočního vyhoření na délce praxe byla vyhodnocena pro kategorie délky praxe do 10 let a nad 10 let. U respondentek s praxí do 10 let byla dle průměru zjištěna o 0,48 nižší míra fyzického vyhoření (3,43 vs. 3,91), o 0,45 nižší míra kognitivního vyhoření (2,48 vs. 2,93), o 0,63 nižší míra emočního vyhoření (2,48 vs. 3,11) a o 0,51 nižší míra celkového vyhoření (2,88 vs. 3,39). U všech typů vyhoření lze tedy pozorovat relativně vysoký rozdíl průměrů. Prezentovaná data znázorňuje tabulka č. 10.

Tabulka č. 10: Míra vyhoření/-délka praxe

Délka praxe		vyhoření - škála (fyzické)	vyhoření - škála (kognitivní)	vyhoření - škála (emoční)	vyhoření - škála (celkem)
Průměr	do 10 let	3,43	2,48	2,48	2,88
	nad 10 let	3,91	2,93	3,11	3,39
	Celkem	3,62	2,65	2,73	3,08
N	do 10 let	37	37	37	37
	nad 10 let	24	24	24	24
	Celkem	61	61	61	61

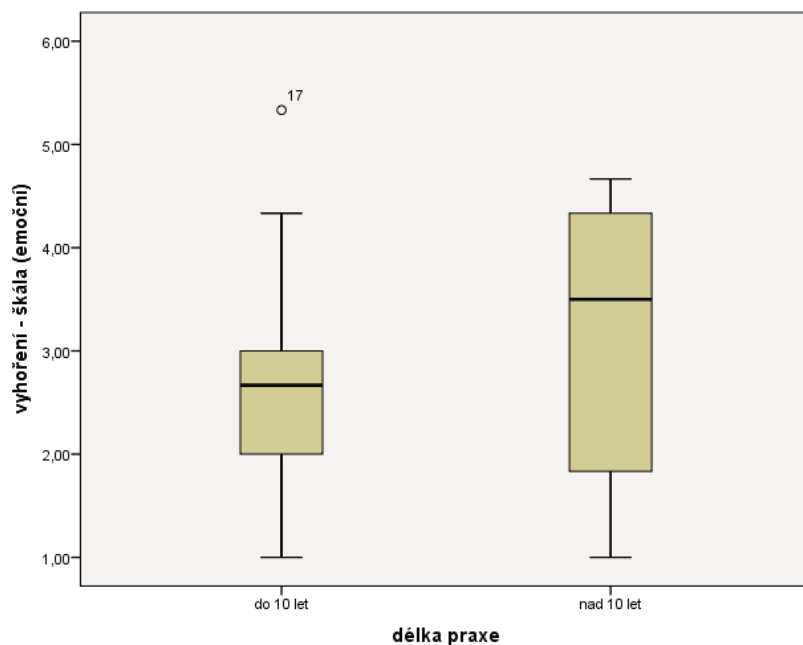
Graf č. 23 porovnává hodnoty dosažené na škále vyhoření- fyzické oblasti s otázkou vztahující se k délce praxe respondentek. Míra fyzického vyhoření byla dle mediánu, dolního i horního kvartilu významně vyšší u respondentek s délkou praxe nad 10 let.

Graf č. 23: Vyhoření fyzické/- délka praxe



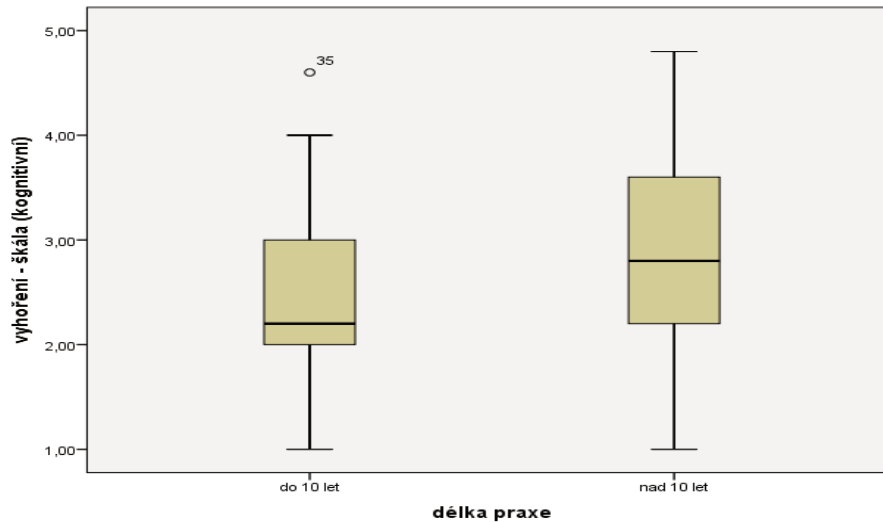
Graf č. 24 vyjadřuje porovnání míry kognitivního vyhoření s délkou praxe respondentek. Míra kognitivního vyhoření byla dle mediánu, dolního i horního kvartilu významně vyšší u respondentek s délkou praxe nad 10 let.

Graf č. 24: Vyhoření kognitivní/- délka praxe



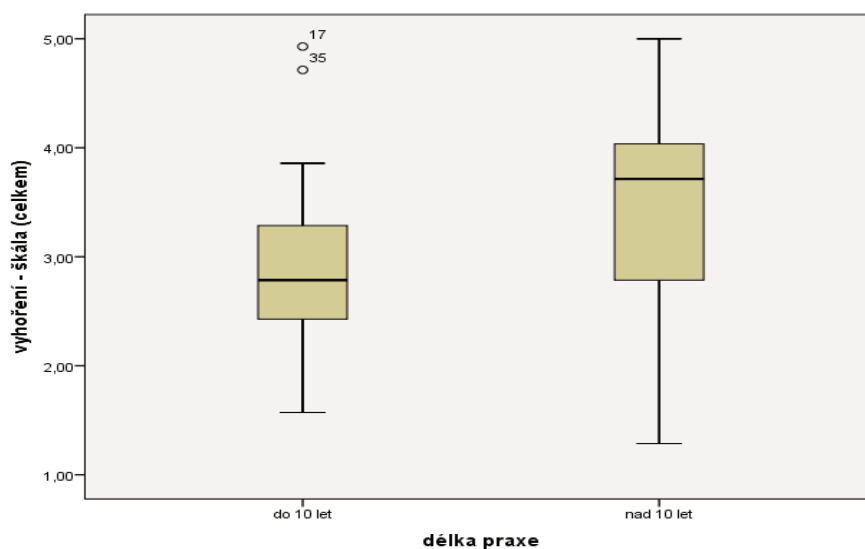
Graf č. 25 prezentuje porovnání míry emočního vyhoření s délkou praxe respondentek. Míra emočního vyhoření byla dle mediánu a horního kvartilu významně vyšší u respondentek s délkou praxe nad 10 let. Dolní kvartil byl naopak u této skupiny respondentek mírně nižší. Míra emočního vyhoření je tedy výrazně variabilnější u respondentek s délkou praxe nad 10 let.

Graf č. 25: Vyhoření emoční/- délka praxe



Graf č. 26 vyjadřuje porovnání celkové míry vyhoření s délkou praxe ve zdravotnictví. Míra celkového vyhoření byla dle mediánu, dolního i horního kvartilu významně vyšší u respondentek s délkou praxe nad 10 let. Hodnota dolního kvartilu pro respondentky s délkou praxe nad 10 let je přibližně stejná jako hodnota mediánu pro respondentky s délkou praxe do 10 let, což znamená, že hranici míry celkového vyhoření, kterou překračuje přibližně polovina respondentek s délkou praxe do 10 let, překračují přibližně tři čtvrtiny respondentek s délkou praxe nad 10 let. **Hypotéza 4 byla potvrzena.** Výsledky podporují hypotézu, že s rostoucí délkou praxe roste míra vyhoření.

Graf č. 26: Vyhoření celkem/- délka praxe



6. Diskuse

Práce všeobecných sester je náročná nejen po fyzické, ale i po psychické a emoční stránce. V současné době mnoho nemocnic řeší otázku velkého nedostatku zdravotnického personálu, což může vést k nepřiměřenému pracovnímu tempu a přetěžování všeobecných sester. Je na místě obava ze zvýšeného rizika výskytu syndromu vyhoření. Výskytem syndromu vyhoření ve zdravotnictví se zabývá mnoho autorů v České republice i zahraničí. Nejčastěji jsou citovány publikace zahraničních autorů H. J. Freudenbergera a Ch. Maslach. Mezi hlavní autory v českém prostředí patří J. Křivohlavý, V. Kebza a I. Šolcová, M. Jeklová a E. Reitmayerová.

Diplomová práce byla tvořena v rámci skupinové práce šesti výzkumníků. Výsledky mé diplomové práce jsou diskutovány s výsledky kolegyně zabývající se vlivem syndromu vyhoření na sexualitu u všeobecných sester (žen) ve fakultní nemocnici a v internetovém šetření. Kolegyně použily stejné dotazníky (česká verze standardizovaného dotazníku Shironomovy-Melamedovy škály a dotazník sexuálních funkcí ženy dle Mellan in Kratochvíl, S.) Výzkumný vzorek z fakultní nemocnice činil 74 respondentek a z internetového šetření 110 respondentek. Cílem diplomové práce bylo získat informace o vlivu syndromu vyhoření na sexualitu všeobecných sester na odděleních neodkladné péče v nefakultní nemocni.

V první části byl použit standardizovaný dotazník, česká verze Shironomovy-Melamedovy škály, která zjišťuje míru syndromu vyhoření. Míra vyhoření byla vždy vyhodnocena jako fyzická, kognitivní, emoční a celková. Škála vyhoření byla vyhodnocena metodou porovnání průměrů (minimální hodnota je jedna a maximální hodnota je sedm). V druhé části výzkumného šetření se zabývám sexuální funkcí žen, pomocí dotazníku sexuální funkce ženy dle Mellan in Kratochvíl, S.

H1: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u žen pracujících jako všeobecná sestra na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích pohlavní touha.

Z vyhodnocených výsledků, které se vztahují k této hypotéze, můžeme říci, že zjištěná data **podporují hypotézu** o závislosti míry vyhoření a frekvence potřeby pohlavního styku v tom smyslu, že ženy s vyšší mírou vyhoření mají menší potřebu pohlavního styku. Pomocí průměrů byl zjištěn u žen, které mají potřebu pohlavního styku 2x týdně a častěji o 0,1 vyšší průměr fyzického vyhoření (3,63; 3,53) a naopak o 0,35 nižší průměr kognitivního vyhoření (2,53; 2,88), o 0,1 nižší průměr emočního vyhoření (2,67; 2,77) a o 0,1 nižší průměr celkového vyhoření (3,03; 3,13) než ženy, které mají potřebu pohlavního styku 1x týdně nebo méně často. Kolegyně, která vyhodnocovala stejný problém ve fakultní nemocnici, došla k závěru, že vyšší míra syndromu vyhoření je spojena s nižší frekvencí potřeby pohlavního styku. Konkrétně u celkového vyhoření měly ženy s denní potřebou pohlavního styku průměr o 0,8 než ženy s potřebou 2x nebo vícekrát týdně (2,3; 3,1) a o 0,9 nižší než ženy s potřebou 1x týdně a méně (2,3; 3,2). (viz příloha č. 1) Kolegyni, která se zabývala, stejnou problematikou v internetovém šetření vyšlo, že s rostoucí frekvencí potřeby pohlavního styku je spojena klesající míra syndromu vyhoření. Z vyhodnocených dat vyplývá, že u celkového vyhoření byl průměr žen, které mají potřebu pohlavního styku

2x týdně nebo častěji, nižší o 0,22 ve srovnání s ženami s frekvencí několikrát za měsíc (3,27; 3,49) a nižší o 0,52 ve srovnání s ženami s frekvencí několikrát za rok (3,27; 3,79). (viz příloha č. 2)

H2: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u respondentek pracujících jako všeobecná sestra na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky.

Z výsledků vyplývá, že nejvyšší míru fyzického vyhoření měly dle průměru respondentky, které uvedly, že jsou výborné milenky (4,01), následně respondentky, které uvedly, že jsou v pořádku (3,61) a respondentky, které si nejsou jisté, zda jsou v pořádku, popř. se považují za méně schopné milenky (3,03). U fyzického vyhoření tedy výsledky vykazují závislost v tom smyslu, že s vyšším sebehodnocením ženy jako milenky je spojena vyšší míra fyzického vyhoření, a naopak s nižším sebehodnocením ženy jako milenky je spojena nižší míra fyzického vyhoření. Naopak nejvyšší míru kognitivního vyhoření měly respondentky, které si nejsou jisté, zda jsou v pořádku, popř. se považují za méně schopné milenky (2,92), následované respondentkami, které uvedly, že jsou v pořádku (2,72) a respondentkami, které uvedly, že jsou výborné milenky (2,18). U kognitivního vyhoření tedy výsledky vykazují závislost v tom smyslu, že s vyšším sebehodnocením ženy jako milenky je spojena nižší míra kognitivního vyhoření, a naopak s nižším sebehodnocením ženy jako milenky je spojena vyšší míra kognitivního vyhoření.

Nejvyšší míru emočního vyhoření měly respondentky, které uvedly, že jsou v pořádku (2,89), následně respondentky, které uvedly, že jsou výborné milenky (2,46) a respondentky, které si nejsou jisté, zda jsou v pořádku, popř. se považují za méně schopné milenky (2,30). Nebyla tedy nalezena ani rostoucí ani klesající tendence mezi mírou emočního vyhoření a úrovní sebehodnocení jako milenky. Lze vyslovit domněnku, že strohé vyjádření „jsem v pořádku“ může s vyšší mírou emočního vyhoření souviset, oproti ženám, které zvolily některou z variant odpovědí, které více vysvětlují emoce (jsem výborná/nejsem si jistá) a které mají míru emočního vyhoření nižší.

Nejvyšší míru celkového vyhoření měly respondentky, které uvedly, že jsou v pořádku (3,14) následované respondentkami, které se považují za výborné milenky (3,03). **Hypotéza nebyla potvrzena.** Vyhodnocená data mají opačnou tendenci, tedy s vyšším sebehodnocením ženy stoupá skóre na škále syndromu vyhoření.

V porovnání dat s kolegyněmi zpracovávající data respondentek z fakultní nemocnice a internetového šetření, byly jejich výsledky naprosto rozdílné. U respondentek z fakultní nemocnice, které se považují za výborné milenky, byla zjištěna nižší míra vyhoření celkově i ve všech 3 subškálách ve srovnání s ženami, které uvedly, že jsou v pořádku. Konkrétně měly ženy, které se považují za skvělé milenky u celkového vyhoření průměr nižší o 0,27 (2,71; 2,98) u fyzického vyhoření průměr nižší o 0,32 (3,06; 3,38), u kognitivního vyhoření průměr nižší o 0,25 (2,49; 2,74) a u emočního vyhoření průměr nižší o 0,17 (2,40; 2,57) (viz příloha č. 3). Dle vyhodnocených dat respondentek internetového šetření bylo opět zjištěno, že s klesajícím sebehodnocením ženy jako sexuální partnerky je spojena rostoucí míra syndromu vyhoření. U celkového vyhoření byl průměr žen, které se považují za výborné milenky nižší o 0,55 (3,32; 2,77) než průměr žen, které se cítí být v pořádku,

u fyzického vyhoření průměr nižší o 0,69 (3,85; 3,16), u kognitivního vyhoření průměr nižší o 0,39 (2,92; 2,53) a u emočního vyhoření průměr nižší o 0,51 (2,93; 2,42) (viz příloha č. 4). **H3: Předpokládáme, že respondentky s nižším dosaženým vzděláním pracujících na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích budou dosahovat vyššího skóru v testu syndromu vyhoření.**

Z vyhodnocených dat je opět kognitivní vyhoření v rámci jednotlivých typů vyhoření nejvýraznějším indikátorem daného faktoru, v tomto případě úrovně vzdělání. U emočního vyhoření byl naopak nejnižší průměr zjištěn u respondentek se SŠ 2,56 a vyšší průměry u respondentek s VOŠ a VŠ 2,72; 2,78. U celkového vyhoření byly rozdíly v průměrech zanedbatelné, konkrétně 3,17 u respondentek se SŠ, 3,07 u respondentek s VOŠ a 3,00 u respondentek s VŠ. Celkově lze zhodnotit, že mezi hodnotami průměrů pro jednotlivé úrovně dosaženého vzdělání nebyly až na výjimky nalezeny významné rozdíly. První výjimkou byla vyšší míra kognitivního vyhoření u žen se SŠ 2,90, druhou, méně výraznou výjimkou byla nižší míra emočního vyhoření u žen se SŠ 2,56. **Výsledky podporují hypotézu**, že s rostoucí úrovní vzdělání klesá míra celkového vyhoření. Překvapily mě výsledky kolegyně hodnotící internetové šetření, kdy dosahovaly nejvyšší míry vyhoření respondentky s vyšším odborným vzděláním. Průměr míry celkového vyhoření byl 3,54, nejvyššího průměru dosahovaly respondentky ve fyzické míře vyhoření 4,14, v kognitivní míře vyhoření 3,08 a v emoční míře vyhoření 3,08 (viz příloha č. 5).

H4: Předpokládáme, že u všeobecných sester pracujících na odděleních neodkladné péče v nefakultních nemocnicích s delší praxí nad 10 let bude přítomen vyšší skóre v dotazníku syndromu vyhoření.

Z výsledných dat bylo zjištěno u respondentek s praxí do 10 let o 0,48 nižší průměr míry fyzického vyhoření (3,43 vs 3,91), 0,45 nižší míra kognitivního vyhoření (2,48 vs 2,93), o 0,63 nižší míra emočního vyhoření (2,48 vs 3,11) a o 0,51 nižší míra celkového vyhoření (2,88 vs 3,39). U všech typů vyhoření lze tedy pozorovat relativně vysoký rozdíl průměrů, přibližně na polovině směrodatné odchylky, ve prospěch skupiny respondentek s délkou praxe nad 10 let, což potvrzuje hypotézu, že s rostoucí délkou praxe roste míra vyhoření.

Z výsledků kolegyně provádějící výzkum ve fakultní nemocnici (viz příloha č. 6) i kolegyně provádějící internetové šetření (viz příloha č. 7), vyplynul stejný závěr, s rostoucí délkou praxe roste míra syndromu vyhoření. Průměr míry celkového vyhoření ve fakultní nemocnici byl 3,23 a průměr míry celkového vyhoření v internetovém šetření byl 3,49.

Zajímavé mi přišlo vyhodnotit a porovnat s kolegyněmi další otázky týkající se vlivu syndromu vyhoření na sexualitu všeobecných sester.

Otázka č. 4: Častost pohlavního styku

V hodnotách průměru mezi skupinami žen dle častosti pohlavního styku nebyly zjištěny výrazné rozdíly či trendy pro žádný typ vyhoření. Nejvyšší průměrnou hodnotu fyzického vyhoření měly ženy, které uvedly frekvenci pohlavního styku 2x týdně nebo častěji (3,77), následovány ženami s frekvencí 1x za měsíc nebo méně (3,72) a nejnižší hodnotu měly

ženy s frekvencí několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden (3,58). Nejvyšší průměrnou hodnotu kognitivního vyhoření měly ženy s frekvencí 2x týdně nebo častěji (2,58), následovány oběma skupinami žen s nižší frekvencí s hodnotou 2,53. Nejvyšší průměrnou hodnotu emočního vyhoření měly ženy s frekvencí několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden (2,71), následované ženami s frekvencí 2x týdně a častěji (2,66) a ženami s frekvencí 1x za měsíc nebo méně (2,42). Nejvyšší průměrnou hodnotu celkového vyhoření měly ženy s frekvencí 2x týdně nebo častěji (3,1), následovány ženami s frekvencí několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden (3,02) a nejnižší hodnotu měly ženy s frekvencí 1x za měsíc nebo méně (3,01) (viz příloha č. 8). V porovnání s kolegyní zkoumající častost pohlavních styků ve fakultní nemocnici (viz příloha č. 9) se potvrzuje, že nejvyšší průměrnou hodnotu celkového vyhoření měly ženy s frekvencí 2x týdně nebo častěji (3,05), ale nejnižší skóre celkového vyhoření mají ženy s frekvencí několikrát za měsíc nejvýš 1x týdně (2,92).

Otázka č. 11: Nálada před pohlavním stykem

Bylo zjištěno, že ženy, které mají na pohlavní styk někdy náladu nebo chuť, ale neprojevují iniciativu, mají ve srovnání s ženami, které se na pohlavní styk většinou těší a dovedou dát podnět, nižší hodnoty průměrů u celkového vyhoření i 3 subškál. Konkrétně u fyzického vyhoření měly ženy, které mají na pohlavní styk někdy náladu nebo chuť, ale neprojevují iniciativu, ve srovnání se ženami, které se na pohlavní styk většinou těší a dovedou dát podnět, hodnotu průměru nižší o 0,87 (2,93 vs. 3,80), u kognitivního vyhoření o 0,2 (2,49 vs. 2,69), u emočního vyhoření o 0,39 (2,40 vs. 2,79) a u celkového vyhoření o 0,52 (2,66 vs. 3,18) (viz příloha č. 10). Lepší nálada respondentek před pohlavním stykem je tedy spojena s vyššími hodnotami všech typů vyhoření, přičemž největší rozdíl byl zjištěn u fyzického vyhoření. Naopak u kolegyně zabývající se stejnou problematikou v internetovém šetření, kde bylo zjištěno, že ženy které se na pohlavní styk těší a dovedou dát podnět, mají vyšší skóre vyhoření. Nejvyšší je průměr fyzického vyhoření 4,22, následně průměr kognitivního vyhoření 3,36, průměr emočního vyhoření 3,25 a celkový průměr vyhoření 3,71 (viz příloha č. 11).

Otázka č. 14: Aktivita při pohlavním styku

Ženy, které uvedly, že hledí partnera a rytmicky se k němu tisknou tělem i pánví, měly o 0,82 nižší průměrnou hodnotu fyzického vyhoření, o 0,5 nižší průměrnou hodnotu celkového vyhoření a o 0,52 nižší průměrnou hodnotu emočního vyhoření než ženy, které od počátku aktivně pohybují pánví proti partnerovým pohybům, snaží se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby a dotyky, a o 0,93 nižší průměrnou hodnotu fyzického vyhoření, o 0,39 nižší průměrnou hodnotu celkového vyhoření a o 0,25 nižší hodnotu emočního vyhoření než ženy, které samy dráždí partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunou si úd do pochvy a aktivně řídí způsob i tempo pohlavních pohybů (2,89 vs. 3,71 vs. 3,82; resp. 2,69 vs. 3,19 vs. 3,08). U fyzického, emočního a celkového vyhoření je tedy nižší aktivita spojena s nižší mírou těchto typů vyhoření. U kognitivního vyhoření nebyly mezi skupinami žen dle aktivity při pohlavním styku výrazné rozdíly. Průměrná hodnota kognitivního vyhoření byla pro skupinu s nejnižší aktivitou 2,65, pro střední skupinu dle aktivity 2,75 a pro skupinu

žen s nejvyšší aktivitou 2,45 (viz. příloha č.12). Překvapivé výsledky byly u kolegyně s internetovým šetřením, kdy nejvyšší míru celkového vyhoření i třech subškálách tvořily ženy s odpovědí: *hladím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i páneví*. Opět byl průměr fyzického vyhoření na prvním místě 4,33, následován průměrem kognitivního vyhoření 3,38, průměr emočního vyhoření 3,30 a celkový průměr vyhoření 3,77 (viz příloha č. 13).

7. Závěr

Syndrom vyhoření postihuje široké spektrum profesí, především ty profese, kde se intenzivně pracuje s lidmi. Mezi ně se řadí povolání všeobecných sester, které je velmi náročné fyzicky i psychicky. Podstatou syndromu vyhoření je ztráta motivace k pracovním povinnostem, kterou doprovází psychická a fyzická únava, zklamání, bezvý-
chodnost, rezignace, podrážděnost a ztráta sociálních kontaktů. Nejčastěji vzniká syndrom vyhoření u lidí, kteří intenzivně pracují. Jako prevence syndromu vyhoření slouží pravidel-
ný odpočinek, relaxace a sport. Jak už jsem výše zmiňovala, všeobecná sestra by se měla snažit hořet ale nevyhořet.

Výzkumné šetření probíhalo v nefakultní nemocnici na odděleních neodkladné péče a bylo určené pro ženy- všeobecné sestry.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda syndrom vyhoření ovlivňuje sexualitu všeobec-
ných sester na pracovištích neodkladné péče v nefakultních nemocnicích.

Ze čtyř stanovených hypotéz byly tři hypotézy potvrzeny, tyto hypotézy se vztahují k otáz-
kám vzdělání a délky praxe ve zdravotnictví respondentek. Hypotézu týkající se otáz-
ky pohlavní touhy považujeme za potvrzenou, přestože dílčí kategorie fyzického vyhoření
vykazuje odlišnosti. Ženy s vyšším skórem fyzického vyhoření mají vyšší potřebu pohlav-
ního styku.

V celkovém vyhodnocení průměrů škály vyhoření, hypotézy dosahují hodnot nižších polo-
viny skóru, který je 3,50. Nižších skóru na celkové škále vyhoření dosahují respondentky
s potřebou pohlavního styku 2x týdně a častěji, s vysokoškolským vzděláním a praxí do 10
let ve zdravotnictví.

Z celkových výsledků vyplývá, že syndrom vyhoření nejvíce ovlivňuje fyzickou oblast
respondentek, naopak nejméně je syndromem vyhoření ovlivňována kognitivní oblast re-
spondentek.

Předpokládám, že pokud měly respondentky ochotu vyplnit dotazník, nebyly vyhořelé,
protože vyhořelý jedinec by nebyl pravděpodobně ochotný dotazník vyplnit.

Cíl práce byl splněn. Výsledky výzkumného šetření budou součástí mezinárodní studie
zabývající se vlivem syndromu vyhoření na lidské zdraví. V České Republice studii zašti-
ťují Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc. a PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D.

8. Seznam použité literatury

- [1] AWA, Wendy I., Martina PLAUMANN a Ulla WALTER. *Burnout prevention: A review of intervention programs*. Patient Education and Counseling [online]. 2010, **78**(2), 184-190 [cit. 2019-02-03]. DOI: 10.1016/j.pec.2009.04.008. ISSN 07383991.
- [2] DE PAIVA FONSECA, Thiago Carvalho a Rosane MELLO. Burnout syndrome among nursing professional of intensive units in a public hospital. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [online]. 2016, 296-303 [cit. 2019-01-24]. DOI: 10.5205/reuol.7901-80479-1-SP.1001sup201614. ISSN 19818963.
- [3] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch: 2., přepracované vydání*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/diagnostika-a-terapie-dusevnych-poruch-2303/>
- [4] FIFKOVÁ, Hana, Petr WEISS, Ivo PROCHÁZKA, Peggy T. COHEN- KETTENIS, Friedemann PFÄFFLIN, Ladislav JAROLÍM, Jiří VESELÝ a Vladimír WEISS. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1.
- [5] FREUDENBERGER, Herbert J. *Staff Burn-Out*. Journal of Social Issues [online]. 1974, 30(1), 159-165 [cit. 2018-12-18]. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x. ISSN 00224537.
- [6] GÓMEZ-URQUIZA, Jose Luis, Emilia De la FUENTE-SOLANA a Luis AL-BENDÍN- GARCÍA. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse* [online]. 2017, 37(5), e1-e9 [cit. 2018-11-20]. DOI: 10.4037/ccn2017508. ISSN 02795442.
- [7] HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.
- [8] HONZÁK, Radkin. Syndrom vyhoření – kritický pohled. *Praktická gynekologie* [online]. 2014, **18**(2), 153-156. [cit. 2018-12-16]. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/syndrom-vyhoreni-kriticky-pohled-48929>
- [9] HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychotriller)*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-142-1.
- [10] HOSÁK, Ladislav, Jiřina HOSÁKOVÁ a Eva ČERMÁKOVÁ. *Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků*. Psychiatrie pro praxi. 2005, **6**(4), 205-206. ISSN 1213-0508.
- [11] HYLTON RUSTON, Cynda, Joyce BATCHELLER, Kaia SCHROEDER a DONOHUE, Pamela. *Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings*. American Journal of Critical Care [online]. 2015, **24**(5), 412-413 [cit. 2019-02-09]. DOI: 10.4037/ajcc2015291. ISSN 10623264.

- [12] JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
- [13] KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1830-9.
- [14] KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Iva. *Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření*. Československá Psychologie [online]. 2013, **57**(4), 329-341 [cit. 2019-02-02]. ISSN 0009062X.
- [15] KHAJEHEI M, DOHERTY M a TILLEY PJ. *An update on sexual function and dysfunction in women*. Archives Of Women's Mental Health [online]. 2015, **18**(3), 423-33 [cit. 2019-01-06]. DOI: 10.1007/s00737-015-0535-y. ISSN 14351102.
- [16] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 978-80-7169-678-0.
- [17] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Sexuální dysfunkce*. Třetí. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2476-8.
- [18] KRČÁL, Martin a Zuzana TEMPLÍKOVÁ. *Naučte (se) citovat*. Blansko: Citace.com, 2014. ISBN 978-80-260-6074-1.
- [19] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- [20] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- [21] KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0784-5.
- [22] MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.
- [23] MASLACH, Christina, Wilmar B. SCHAUFELI a Michael P. LEITER. *Job Burnout*. Psychology [online]. 2001, **52**, 397-422 [cit. 2019-01-31]. ISSN 0066-4308. Dostupné také z: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf>
- [24] MASLACH, Christina. Burnout and engagement in the workplace: New perspectives. Psychology [online]. 2011, **26**, 352-352 [cit. 2019-01-31]. ISSN 0887-0446.
- [25] MOŠNA, František. *Základní statistické metody*. Praha: Univerzita Karlova v Praze-Pedagogická fakulta, 2017. ISBN 978-80-7290-972-8.
- [26] NORLUND, S., REUTERWALL, C., HÖÖG, J., et al. *Burnout, working conditions and gender--results from the northern Sweden MONICA Study*. BMC Public Health [online]. 2010, **10**, 326 [cit. 2019-02-18]. DOI: 10.1186/1471-2458-10-326. ISSN 14712458.
- [27] OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978- 80- 247- 5516- 8.

- [28] PASTOR, Zlatko. *Sexualita ženy*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1989-4.
- [29] PASTOR, Zlatko. Poruchy ženské sexuální touhy - prevalence, klasifikace a možnosti terapie. *Česká gynekologie*. 2011, **76**(1), 59-64. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-archiv-cisel>
- [30] PASTOR, Zlatko. Jak správně klasifikovat ženské sexuální dysfunkce?. *Praktická gynekologie*. 2015, **19**(1), 60-65. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/jak-spravne-klasifikovat-zenske-sexualni-dysfunkce-51905>
- [31] PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978- 80- 247- 4332- 5.
- [32] PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření- Jak se prací a pomáháním druhým nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta Publishing, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
- [33] PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
- [34] PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH a Vladimír KEBZA. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-5114-6.
- [35] STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- [36] SHARMA, J.B. a KALRA, B. Female sexual dysfunction: Assessment. *JPMA. The Journal Of The Pakistan Medical Association* [online]. 2016, **66**(5), 623-6 [cit. 2019-04-25]. ISSN 00309982.
- [37] ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-162-9.
- [38] TROJAN, Ondřej. Funkční sexuální poruchy u žen. *Urologie pro praxi*. 2011, **12**(1), 38-41. ISSN 1213-1768. Dostupné také z: <http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/01/07.pdf>
- [39] TURČAN, Pavel, Pavel POKORNÝ a Tomáš FAIT. *Sexuologie pro urology a gynekology*. Praha: Maxdorf, 2012. ISBN 978-80-7345-291-9.
- [40] ÚZIS. *MKN- 10*. [online]. 2018 [cit.2019-06-04]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- [41] VAŇKOVÁ, Milena a Sylva BÁRTLOVÁ. Historický a zahraniční odkaz pro koncept supervize v českém ošetrovatelství. *Kontakt*. 2015, **17**(1), 38-48. ISSN 1212-4117. Dostupné také z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>

- [42] VAVREČKOVÁ, Viera. Supervízia a jej význam v pomáhajúcich profesiách. In: *I. česko-slovenská konferencia doktorandů oborů pomáhajících profesí*. 2008. ISBN 9788073685942. Dostupné také z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00164509>
- [43] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
- [44] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra. ISBN 978-80-247-4082-9.
- [45] VRZÁČKOVÁ, Petra. Anorgazmie a frigidita. *Praktická gynekologie*. 2012, **16**(2-4), 96-101. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/anorgazmie-a-frigidita-39744>
- [46] VRZÁČKOVÁ, Petra a Jiří SLÁMA. Nejčastější problémy sexuality žen fertilního věku. *Aktuální gynekologie a porodnictví* [online]. 2012, **4**, 81-85 [cit. 2018-12-14]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: http://www.actualgyn.com/pdf/cz_2012_85.pdf
- [47] VOBOŘILOVÁ, Jarmila. *Duševní hygiena a stres*. Praha: České vysoké učení technické v Praze, 2015. ISBN 978-80-01-05724-7.
- [48] WEISS, Petr a Jaroslav ZVĚŘINA. *Sexuální chování v ČR - situace a trendy*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-558-X.
- [49] WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
- [50] WEISS, Petr a Hana FIFKOVÁ. *Poruchy pohlavní identity v dětství a v dospívání*. *Pediatric pro praxi*. 2010, **11**(3), 174-176. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2010/03/09.pdf>
- [51] ZÁMEČNÍK, Libor a Jan DVOŘÁČEK. Ženská sexuální dysfunkce. *Urologie pro praxi*. 2004, **5**(2), 64-66. ISSN 1213-1768.
- [52] ZVĚŘINA, Jaroslav. Terapie sexuálních dysfunkcí. *Postgraduální medicína*. 2012, **14**(1), 65-71. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/postgradualni-medicina/covers>

Seznam zkratk

MKN	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí
SMBM	Shiromova-Melamedova škála
SŠ	Středoškolské vzdělání
SV	Syndrom vyhoření
VOŠ	Vyšší odborné vzdělání
VŠ	Vysokoškolské vzdělání

Seznam grafů

Graf č. 1: Věková struktura.....	29
Graf č. 2: Vzdělání.....	30
Graf č. 3: Délka pracovního poměru	31
Graf č. 4: Délka celkové praxe	32
Graf č. 5: Průměrná týdenní pracovní doba.....	33
Graf č. 6: Dovolena.....	34
Graf č. 7: Škála vyhoření – fyzické	35
Graf č. 8: Škála vyhoření- kognitivní	35
Graf č. 9: Škála vyhoření- emoční	36
Graf č. 10: Škála vyhoření- celkem	36
Graf č. 11: Vyhoření fyzické/- četnost pohlavního styku.....	38
Graf č. 12: Vyhoření kognitivní/- četnost pohlavního styku	39
Graf č. 13: Vyhoření emoční/-četnost pohlavního styku.....	40
Graf č. 14: Vyhoření celkové/- četnost pohlavního styku	41
Graf č. 15: Vyhoření fyzické/- potřeba pohlavního styku	43
Graf č. 16: Vyhoření kognitivní/- potřeba pohlavního styku.....	44
Graf č. 17: Vyhoření emoční/- potřeba pohlavního styku	45
Graf č. 18: Vyhoření celkem/- potřeba pohlavního styku	46
Graf č. 19: Vyhoření fyzické/- vzdělání	48
Graf č. 20: Vyhoření kognitivní/- vzdělání.....	48
Graf č. 21: Vyhoření emoční/- vzdělání	49
Graf č. 22: Vyhoření celkem/- vzdělání.....	49
Graf č. 23: Vyhoření fyzické/- délka praxe	51
Graf č. 24: Vyhoření kognitivní/- délka praxe.....	51
Graf č. 25: Vyhoření emoční/- délka praxe	52
Graf č. 26: Vyhoření celkem/- délka praxe.....	52

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věková struktura.....	29
Tabulka 2: Vzdělání.....	30
Tabulka č. 3:Délka pracovního poměru.....	31
Tabulka 4: Délka celkové praxe	32
Tabulka 5: Průměrná týdenní pracovní doba.....	33
Tabulka č. 6: Dovolená.....	34
Tabulka č. 7 Míra vyhoření/- potřeba pohlavního styku	37
Tabulka č. 8 Míra vyhoření/-hodnocení sebe jako sexuální partnerky.....	42
Tabulka č. 9 Míra vyhoření/-vzdělání.....	47
Tabulka č. 10: Míra vyhoření/-délka praxe	50

Seznam příloh

Příloha č. 1 Fakultní nemocnice/-míra vyhoření/-potřeba pohlavního styku	67
Příloha č. 2 Internetové šetření/- míra vyhoření/-potřeba pohlavního styku	67
Příloha č. 3 Fakultní nemocnice/-míra vyhoření/-hodnocení sebe jako sexuální partnerky	68
Příloha č. 4 Internetové šetření/míra vyhoření/-hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky	68
Příloha č. 5 Internetové šetření/-míra vyhoření/-vzdělání	69
Příloha č. 6 Fakultní nemocnice/-míra vyhoření/- délka praxe	69
Příloha č. 7 Internetové šetření/-míra vyhoření/-délka praxe	69
Příloha č. 8 Nefakultní nemocnice/- častost pohlavního styku.....	70
Příloha č. 9 Fakultní nemocnice/- častost pohlavního styku	70
Příloha č. 10 Nefakultní nemocnice/-nálada před pohlavním stykem	70
Příloha č. 11 Internetové šetření/-nálada před pohlavním stykem.....	71
Příloha č. 12 Nefakultní nemocnice/-aktivita při pohlavním styku	72
Příloha č. 13 Internetové šetření/-aktivita při pohlavním styku.....	73
Příloha č. 14 Dotazník SMBM a Sexuální funkce ženy	74
Příloha č. 15 Prohlášení konzultanta.....	82

Příloha č. 1 Fakultní nemocnice/-míra vyhoření/-potřeba pohlavního styku

Potřeba pohlavního styku- šetření Fa- kultní nemocnice		vyhoření škála (fyzické)	vyhoření škála (kognitivní)	vyhoření škála (emoční)	vyhoření škála (celkem)
Průměr	Nejvýše 1x za týden a méně	3,65	2,96	2,69	3,2
	2x nebo i vícekrát týdně	3,47	2,89	2,73	3,1
	denně nebo i vícekrát za den	2,6	2,12	2	2,3
	celkem	3,36	2,78	2,6	2,99
N	Nejvýše 1x za týden a méně	16	16	16	16
	2x nebo i vícekrát týdně	46	46	46	46
	denně nebo i vícekrát za den	12	12	12	12
	celkem	74	74	74	74

Příloha č. 2 Internetové šetření/- míra vyhoření/-potřeba pohlavního styku

Potřeba pohlavního styku- výsledky internetového šetření		vyhoření škála (fyzické)	vyhoření škála (kognitivní)	vyhoření škála (emoční)	vyhoření škála (celkem)
Průměr	několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc a méně	4,36	3,26	3,52	3,79
	několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden	4,06	3,23	2,8	3,49
	2xnebo i vícekrát týdně (a více)	3,73	2,9	2,96	3,27
	Celkem	3,91	3,04	3	3,4
N	několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc a méně	16	16	16	16
	několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden	29	29	29	29
	2xnebo i vícekrát týdně (a více)	65	65	65	65
	Celkem	110	110	110	110

Příloha č. 3 Fakultní nemocnice/-míra vyhoření/-hodnocení sebe jako sexuální partnerky

Hodnocení sebe jako sexuální partnerky- fakultní nemocnice		vyhoření škála (fyzické)	vyhoření škála (kognitivní)	vyhoření škála (emoční)	vyhoření škála (celkové)
Průměr	připadám si nenormální	4,67	6,6	2,67	4,93
	Připadám si málo schopná, chladnější	3,17	2,4	5,67	3,43
	nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku	4,04	3,45	3,08	3,63
	jsem v pořádku	3,38	2,74	2,57	2,98
	jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je kam chci	3,06	2,49	2,4	2,71
	Celkem	3,36	2,78	2,6	2,99
	N	připadám si nenormální	1	1	1
Připadám si málo schopná, chladnější		1	1	1	1
nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku		4	4	4	4
jsem v pořádku		53	53	53	53
jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je kam chci		15	15	15	15
Celkem		74	74	74	74

Příloha č. 4 Internetové šetření/míra vyhoření/-hodnocení sebe sama jako sexuální partnerky

Hodnocení sebe jako sexuální partnerky- internetové šetření		vyhoření škála (fyzické)	vyhoření škála (kognitivní)	vyhoření škála (emoční)	vyhoření škála (celkové)
Průměr	Připadám si málo schopná, chladnější	4,52	3,66	3,56	4,01
	nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku	4,26	3,34	3,29	3,73
	jsem v pořádku	3,85	2,92	2,93	3,32
	jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je kam chci	3,16	2,53	2,42	2,77
	Celkem	3,91	3,04	3,00	3,40
	N	Připadám si málo schopná, chladnější	16	16	16
nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku		17	17	17	17
jsem v pořádku		61	61	61	61
jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je kam chci		16	16	16	16
celkem		110	110	110	110

Příloha č. 5 Internetové šetření/-míra vyhoření/-vzdělání

Vzdělání - internetové šetření		vyhoření škála (fyzické)	vyhoření škála (kognitivní)	vyhoření škála (emoční)	vyhoření škála (celkem)
Průměr	SŠ	3,84	3,03	2,77	3,32
	VOŠ	4,14	3,08	3,08	3,54
	VŠ	3,78	3	3,12	3,36
	Celkem	3,91	3,04	3	3,4
N	SŠ	29	29	29	29
	VOŠ	22	22	22	22
	VŠ	54	54	54	54
	Celkem	105	105	105	105

Příloha č. 6 Fakultní nemocnice/-míra vyhoření/- délka praxe

délka praxe- šetření fakultní nemocnice		vyhoření škála (fyzické)	vyhoření škála (kognitivní)	vyhoření škála (emoční)	vyhoření škála (celkem)
Průměr	do 10 let	3,06	2,5	2,35	2,71
	nad 10 let	3,63	3,02	2,82	3,23
	celkem	3,36	2,78	2,6	2,99
N	do 10 let	34	34	34	34
	nad 10 let	40	40	40	40
	celkem	74	74	74	74

Příloha č. 7 Internetové šetření/-míra vyhoření/-délka praxe

délka praxe internetové šetření		vyhoření škála (fyzické)	vyhoření škála (kognitivní)	vyhoření škála (emoční)	vyhoření škála (celkem)
Průměr	do 10 let	3,68	2,9	3,02	3,26
	nad 10 let	4,05	3,12	3	3,49
	celkem	3,91	3,04	3	3,4
N	do 10 let	42	42	42	42
	nad 10 let	68	68	68	68
	celkem	110	110	110	110

Příloha č. 8 Nefakultní nemocnice/- častost pohlavního styku

Častost pohlavního styku		vyhoření - škála (fyzické)	vyhoření - škála (kognitivní)	vyhoření - škála (emoční)	vyhoření - škála (celkem)
průměr	1x za měsíc nebo méně	3,72	2,53	2,42	3,01
	Několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden	3,58	2,53	2,71	3,02
	2x týdně a častěji	3,77	2,58	2,66	3,1
	Celkem	3,69	2,55	2,6	3,04
N	1x za měsíc nebo méně	10	10	10	10
	Několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden	27	27	27	27
	2x týdně a častěji	25	25	25	25
	Celkem	62	62	62	62

Příloha č. 9 Fakultní nemocnice/- častost pohlavního styku

Častost pohlavních styků		vyhoření - škála (fyzické)	vyhoření - škála (kognitivní)	vyhoření - škála (emoční)	vyhoření - škála (celkem)
Průměr	nejvýše 1x za měsíc	3,33	2,90	2,50	3,00
	několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden	3,35	2,65	2,53	2,92
	2x nebo i vícekrát týdně	3,38	2,87	2,71	3,05
	Celkem	3,36	2,78	2,60	2,99
N	nejvýše 1x za měsíc	10	10	10	10
	několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden	31	31	31	31
	2x nebo i vícekrát týdně	33	33	33	33
	Celkem	74	74	74	74

Příloha č. 10 Nefakultní nemocnice/- nálada před pohlavním stykem

Nálada před pohlavním stykem		vyhoření - škála (fyzické)	vyhoření - škála (kognitivní)	vyhoření - škála (emoční)	vyhoření - škála (celkem)
Průměr	někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji	2,93	2,49	2,40	2,66
	většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět	3,80	2,69	2,79	3,18
	celkem	3,60	2,64	2,70	3,07
N	někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji	14	14	14	14
	většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět	48	48	48	48
	Celkem	62	62	62	62

Příloha č. 11 Internetové šetření/-náladu před pohlavním stykem

Nálada před pohlavním stykem		vyhoření - škála (fyzické)	vyhoření - škála (kognitivní)	vyhoření - škála (emoční)	vyhoření - škála (celkem)
Průměr	někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji (a hůře)	4,22	3,36	3,25	3,71
	většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět (a lépe)	3,71	2,83	2,85	3,21
	Celkem	3,91	3,04	3,00	3,40
N	někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji (a hůře)	43	43	43	43
	většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět (a lépe)	67	67	67	67
	Celkem	110	110	110	110

Příloha č. 12 Nefakultní nemocnice/-aktivita při pohlavním styku

Aktivita při pohlavním styku		vyhoření - škála (fyzické)	vyhoření - škála (ko- gnitivní)	vyhoření - škála (emoční)	vyhoření - škála (cel- kem)
Průměr	hladím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví	2,89	2,65	2,36	2,69
	od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby a dotyky	3,71	2,75	2,88	3,19
	sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů	3,82	2,45	2,61	3,08
	Celkem	3,60	2,64	2,70	3,07
N	hladím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví	11	11	11	11
	od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševní	32	32	32	32
	sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů	19	19	19	19
	celkem	62	62	62	62

Příloha č. 13 Internetové šetření/-aktivita při pohlavním styku

Aktivita při pohlavním styku		vyhoření - škála (fyzické)	vyhoření - škála (kogni- tivní)	vyhoření - škála (emoční)	vyhoření - škála (cel- kem)
Prů- měr	hledím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví	4,33	3,38	3,30	3,77
	od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby	3,86	2,98	3,06	3,37
	sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů.	3,67	2,86	2,72	3,18
	celkem	3,91	3,04	3,00	3,40
N	hledím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví	27	27	27	27
	od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby	46	46	46	46
	sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů	37	37	37	37
	celkem	110	110	110	110

Příloha č. 14 Dotazník SMBM a Sexuální funkce ženy

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Šafaříková. V současné době jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK v Praze, oboru specializace ve zdravotnictví, intenzivní péče.

Dovoluji si vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který má dvě části. První část zjišťuje míru „**Syndromu vyhoření**“ česká verze Shiromovy–Melamedovy škály (SMBM) a druhá část tohoto dotazníku má název „**Sexuální funkce ženy**,“ dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999). Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a určené pouze nelékařským zdravotnickým pracovníkům na pracovištích neodkladné péče. Získané údaje budou podkladem pro zpracování mé diplomové práce pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D. a Doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc. a stanou se součástí mezinárodní studie zkoumající syndrom vyhoření a jeho vliv na lidské zdraví. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním výzkumných údajů.

Instrukce k vyplnění dotazníkového formuláře: Věnujte prosím pozornost zadaným otázkám. První část má 14 otázek, druhá 29 otázek. Vyplnění dotazníků by Vám nemělo zabrat více než 15-20 minut. Prosím Vás, abyste každou otázku označili číslem, které nejvíc vystihuje sílu pocitů, které obvykle prožíváte. Důležité pro tento výzkum je vyplnění všech otázek v obou částech dotazníku.

Předem Vám srdečně děkujeme za Váš čas a ochotu

Bc. Lucie Šafaříková, PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D. a Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.

Datum:

Věk:

Pohlaví: žena muž

Rodinný stav: svobodný/á ženatý/vdaná rozvedený/á v partnerském svazku

Nejvyšší dosažené vzdělání: SŠ VOŠ VŠ jiné.....

Obor: všeobecná sestra zdravotnický záchranář

Pracoviště:

Délka trvání současného pracovního poměru:

Délka celkové pracovní praxe ve zdravotnictví:

Průměrná týdenní pracovní doba (reálný počet hodin strávených na pracovišti):.....hodin

Před jakou dobou jste měl/a naposledy dovolenou více než 14 dní (nedělenou) – uveďte v měsících:

Česká verze Shiromovy-Melamedovy škála (SMBM)

PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH a Vladimír KEBZA. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.

Škála		Nikdy nebo téměř nikdy	Velmi zřídka	Zřídka	Někdy	Celkem často	Velmi často	Vždy nebo téměř vždy
P	1. Cítím se unavený/á.	1	2	3	4	5	6	7
P	2. Necítím žádnou sílu jít ráno do práce.	1	2	3	4	5	6	7
P	3. Cítím se fyzicky vysílený/á.	1	2	3	4	5	6	7
P	4. Cítím, že mám všeho dost.	1	2	3	4	5	6	7
P	5. Připadám si, jako by se mi „vybily baterky“.	1	2	3	4	5	6	7
P	6. Cítím se vyhořelý/á.	1	2	3	4	5	6	7
C	7. Myslí mi to pomalu.	1	2	3	4	5	6	7
C	8. Obtížně se koncentruji.	1	2	3	4	5	6	7
C	9. Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně.	1	2	3	4	5	6	7
C	10. Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á.	1	2	3	4	5	6	7
C	11. Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech.	1	2	3	4	5	6	7
E	12. Cítím se, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a lidí, se kterými přicházím v práci do styku.	1	2	3	4	5	6	7
E	13. Cítím, že nejsem schop/a citově investovat do spolupracovníků a lidí, se kterými přicházím v práci do styku.	1	2	3	4	5	6	7
E	14. Cítím, že nedokážu být milý/á na spolupracovníky a lidi, se kterými přicházím v práci do styku.	1	2	3	4	5	6	7

Dotazník Sexuální funkce ženy, rozšířená kroměřížská verze

(Prvních 10 bodů je převzato z dotazníku SFŽ od J. Mellana)

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 978-80-7169-678-0.

SFŽ/K

Pohlaví: Věk: Rodinný stav: Počet porodů:

U každého bodu dejte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav.

1. Chut' k pohlavnímu styku

Svůj vztah k pohlavnímu styku bych hodnotila takto:

- 0 – mám k němu odpor
- 1 – nepotřebuji jej, nemusela bych ho mít
- 2 – mírně po něm toužím
- 3 – potřebuji jej
- 4 – mám značně silnou potřebu pohlavního styku

2. Potřeba pohlavního styku

Kdyby záleželo na mé chuti a kdybych k tomu měla vhodné podmínky, vyhovovalo by mi mít pohlavní styk:

- 0 – vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

3. Častost pohlavního vyvrcholení vůbec

Bez ohledu na způsob, jímž se tak děje (při styku, ve snu nebo onanií) dosahuji pohlavního vyvrcholení – orgasmu:

- 0 – vůbec nikdy nebo méně než 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

4. Častost pohlavních styků

K pohlavnímu styku s partnerem u mne dochází:

- 0 – vůbec nikdy nebo méně než 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýše 1x za měsíc
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

5. Častost pohlavního vyvrcholení při souloži

Z počtu pohlavních styků, uvedených v minulém bodě, dosahují orgasmu:

0 - nikdy, nebo jen zcela ojedinele za celý život

1 – v menšině případů

2 – většinou

3 – za běžných podmínek vždy

4 – vždy a snadno i za nevýhodných podmínek, též opakovaně

6. Procento uspokojivých sexuálních styků

Vyjádřeno v procentech, dosáhla jsem v posledním roce u uskutečněných pohlavních styků úplného uspokojení – orgasmu:

0 – v 0%

1 – asi v 25%

2 – asi v 50%

3 – asi v 75%

4 – v 90–100%

7. Přípravné reakce – vzrušivost

Své pocity při mazlení, milostné předehře před stykem a průběh svého vzrušení bych charakterizovala takto:

0 – je mi to nepříjemné, nesnáším to, nebo to odmítám

1 – snáším to, ale nic necítím, jsem suchá

2 – cítím mírnou vlhkost a chvílemi vzrušení, které se někdy rozplývá

3 – mám dostatek vlhkosti, za vhodných podmínek se silně vzruším

8. Pocitový doprovod při pohlavním styku

Při pohlavním styku mám spíše:

0 – nepříjemné pocity až bolestivost

1 – dojem, že jsem necitlivá, zůstávám chladná

2 – příjemné pocity, které jsou stále stejné

3 – příjemné pocity, které se stupňují jen do určitého bodu (pak se příp. rozplývají)

4 – příjemné pocity, které se stupňují až k vyvrcholení

9. Rychlost sexuálního vyvrcholení

Během pohlavního styku dosáhnu obvykle uspokojení:

0 – většinou vůbec ne

1 – za dobu delší než 15 minut

2 – během 6 – 15 minut

3 – během 3 – 5 minut

4 – během 1 – 2 minut

Potřebuji, aby pohyby údu v pochvě trvaly alespoň:.....

Potřebuji, aby dráždění poštváčku trvalo alespoň:.....

10. Soulad s partnerem v pohlavním vyvrcholení

Orgasmu při pohlavním styku dosahují:

- 0 – nikdy
- 1 - pouze při přímém dráždění pohlavního ústrojí spíše mimo soulož
- 2 – většinou až po partnerovi, dalším dráždění, nebo při další souloži
- 3 – většinou současně nebo skoro současně s partnerem
- 4 – opakovaně během soulože

11. Nálada před pohlavním stykem

Před pohlavním stykem cítím:

- 0 – nechut', strach nebo odpor, snažím se mu raději vyhnout
- 1 – lhostejnost, nikdy zvlášt' o styk nestojím
- 2 – někdy mám i náladu i chuť, ale iniciativu neprojevuji
- 3 – většinou se na styk těším, dovedu dát sama i podnět
- 4 – na styk se stále velmi těším, vyhledávám ho, musím ho mít i za nepříznivých podmínek

12. Nálada po pohlavním styku

Po pohlavním styku (ev. po nepodařené souloži) mi nejčastěji bývá:

- 0 – velmi špatně, mám bolesti, nervové potíže, zlost na partnera
- 1 – cítím lhostejnost, jsem bez obtíží, dobře usínám
- 2 – celkem dobře, někdy pocit, že ještě něco chybí, touha pokračovat
- 3 – cítím se dobře, uspokojena, příjemně unavena
- 4 – velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, jsem veselá, mám větší chuť do práce

13. Hodnocení sebe jako sexuální partnerky

- 0 – připadám si nenormální, úplně chladná, neschopná
- 1 – připadám si málo schopná, chladnější
- 2 – nejsem si zcela jista, že jsem v pořádku
- 3 – jsem v pořádku
- 4 – jsem výborná milenka, umím to s muži, dovedu je, kam chci

14. Aktivita při pohlavním styku

- 0 – nechávám vše na partnerovi, pasivně ležím, pohybů se sama neúčastním
- 1 – ke konci styku se mírně pohybuji v rytmu partnerových pohybů
- 2 – hladím partnera, rytmicky se k němu sama tisknu tělem i pánví
- 3 – od počátku aktivně pohybuji pánví proti partnerovým pohybům, snažím se zvýšit vzrušení úmyslným stahováním svalů poševního vchodu i jinými pohyby a dotyky
- 4 – sama dráždím partnera na citlivých místech i pohlavním údu, zasunu si úd do pochvy, aktivně řídím způsob i tempo pohlavních pohybů

15. Polohy při pohlavním styku

- 0 – souhlasím jen s běžnou polohou na zádech, odmítám „experimenty“
- 1 – výjimečně souhlasím se změnou polohy
- 2 – střídám několik jednoduchých základních poloh
- 3 – ráda zkouším různé polohy včetně polohy, kdy jsem na partnerovi
- 4 – vyžaduji různorodost v polohách, střídám je i v průběhu jednoho styku, je mi příjemná i „francouzská“ poloha (dráždění pohlavních orgánů ústy)

16. Chování při orgasmu

- 0 – orgasmus se v mém vnějším chování nijak neprojevuje
- 1 – zrychleně dýchám
- 2 – zřetelně zrychlený dech, vzdechy
- 3 – silné vzdechy s křečovitým napětím těla
- 4 – výrazné dechové, zvukové i pohybové projevy, vyjadřující vrcholnou rozkoš

17. Tělesná reakce při orgasmu

- Při pohlavním vyvrcholení dochází u mne k samočinným stahům svalstva v pochvě (pulsující pocity, pocit „tepání“)
- 0 – nemám takové pocity
 - 1 – nejsem si jista
 - 2 – pocity jsou přítomny, ale slabě
 - 3 – stahy (tepání) jsou výrazné, opakují se 2 – 5x
 - 4 – stahy jsou velmi intenzivní, je jich více než 5

18. Častost průvodní reakce při orgasmu

- Při orgasmu mám zřetelně pulsující pocity (mimovolné stahy) v pohlavních orgánech:
- 0 – nikdy
 - 1 – asi v 25% orgasmů
 - 2 – asi v 50% orgasmů
 - 3 – asi v 75% orgasmů
 - 4 – při každém orgasmu

19. Noční orgasmus (samočinné sexuální vzrušení a vyvrcholení během spánku nebo snu)

- 0 – nikdy
- 1 – výjimečně, nejvýše 1x za rok
- 2 – několikrát za rok
- 3 – několikrát za měsíc, nejvýše 1x za týden
- 4 – 2x nebo vícekrát týdně

20. Výskyt a trvání poruchy, pokud je nějaká

- 0 - nikdy to nebylo lepší, tento stav trvá od počátku pohlavního života
- 1 – soustavně déle než půl roku
- 2 – kratší dobu než půl roku, již dříve se vyskytla na krátkou dobu
- 3 – nestěžuji si na žádnou poruchu nebo potíže se objevují jen ojediněle za nepříznivých podmínek nebo na počátku intimního vztahu
- 4 – nevím, co to je mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěla se-
bemenší poruchou v tomto směru

II. U dalších bodů zakroužkujte písmena u všech řádků, které se na Vás vztahují:

(případně očísľujte pořadí jejich závažnosti)

21. Při milostné předeře mě vzrušuje nejvíce:

- a – slova obdivu a lásky
- b – líbání, objímání, hlazení na ramenou, zádech, nohou
- c – doteky a polibky prsou
- d – jemné hlazení na zevním pohlavním ústrojí
- e – přímé dráždění poštváčku
- f – dráždění prstem v pochvě

22. Při vlastní souloži mě nejvíce vzruší

- a – dráždění spíše na povrchu, zejména poštváčku
- b – dráždění uvnitř v pochvě pohyby mužského údu
- c – pocity v hloubce pochvy až na děložním čípku
- d – pocit při vystříknutí semene z mužského údu

23. Moje sexuální uspokojení nejvíce narušuje

- a – nedostatek duševního porozumění s partnerem
- b – přílišný spěch partnera a krátká předehra. Předehra trvá přibližně.....
- c – krátké trvání soulože. Soulož trvá přibližně.....
- d – bolestivost při souloži
- e – strach z otěhotnění
- f – přerušování soulože z důvodu ochrany před otěhotněním

24. K ochraně před otěhotněním praktikujeme většinou

- a – přerušování styku před vystříknutím semene u muže
- b – užití mužského ochranného prostředku
- c – užití ženského ochranného prostředku a to:
- d – zdravování se styku v období s největší pravděpodobností otěhotnění
- e – nechráníme se před otěhotněním nijak

25. K ochraně před otěhotněním by mi nejvíce vyhovovalo

- a – přerušení styku
- b – užití mužského ochranného prostředku
- c – užití ženského ochranného prostředku
- d - zdražování se styku v období s největší pravděpodobností otěhotnění
- e – kdyby styk probíhal bez jakékoliv ochrany

26. Při pohlavním styku mám tyto potíže

- a – styk je pro mne duševně nepříjemný, event. odporný
- b – styk je pro mne tělesně nepříjemný, event. bolestivý
- c – styk je mi lhostejný
- d – vadí mi, že nedosahuji orgasmu
- e – nemám žádné potíže

27. CELKOVÉ ZHODNOCENÍ SEXUÁLNÍHO ŽIVOTA

- A. Sexuálně se vzrušuji, jsem sexuálně uspokojena, sexuální život mě těší.
- B. Sexuálně se vzrušuji, k sexuálním stykům dochází, ale poměrně často jsem neuspokojena.
- C. Jsem celkem chladná, vzrušuji se málo, sexuální styk je mi celkem lhostejný.

28. Trvání sexuálního života

- Od kdy žijete sexuálním životem?
- Od svých.....let, tj. celkem.....roků
- Od kdy žijete pravidelným sexuálním životem?
- Od svých.....let, tj. celkem.....roků
- Od kdy máte potíže v sexuálním životě?
- Od svých.....let, tj. celkem.....roků

29. Další poznámky (zkušenosti, potíže, problémy):

Příloha č. 15 Prohlášení konzultanta



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ KONZULTANTA

Jméno konzultanta: Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.

Pracoviště konzultanta: Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, Praha 8

Student: Bc. Lucie Šafaříková

Téma diplomové/ bakalářské práce: Syndrom vyhoření a jeho vliv na sexualitu nelékařských zdravotnických pracovníků ženského pohlaví na pracovištích neodkladné péče v nefakultních nemocnicích

Obor studia: Intenzivní péče

Tímto čestně prohlašuji, že:

Jsem si kvalifikační práci přečetl/a v její konečné podobě, a to ve verzi ze dne 18.6.2019

Souhlasím/ ~~Nesouhlasím~~ s uvedením své osoby jako konzultanta u této práce.

K práci uvádím následující připomínky:

v 7242E, dne 23.6.2019

