

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury



Fakulta
tělesné kultury

SYNDROM VYHOŘENÍ U ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Bakalářská práce

Autor: Jana Vágnerová

Studijní program: Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Olomouc 2024

Bibliografická identifikace

Jméno autora: Jana Vágnerová

Název práce: Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Rok obhajoby: 2024

Abstrakt:

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků v okrese Šumperk. Hlavním cílem této práce je provést analýzu vztahů mezi různými faktory, jako jsou věk, délka praxe, pracovní pozice, vztah k práci, volný čas, pohybové aktivity a syndromem vyhoření. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zaměřuje na popis stresu a jeho různých aspektů, syndromu vyhoření a duševní hygieny. V praktické části jsou uvedeny výsledné hodnoty z dotazníkového šetření, které popisují souvislost mezi sledovanými jevy a mírou výskytu syndromu vyhoření. Pro sběr dat byl použit dotazník Burnout Measure, který odhalil následující naměřené hodnoty BQ, které byly zpracovány do pěti kategorií. V kategorii $BQ < 2$ bylo zaznamenáno 7 osob, které dosáhly dobrého psychického stavu. V kategoriích $2 \leq BQ < 3$, kterou tvořilo 39 respondentů, dosáhli uspokojivého psychického stavu. Kategorie $3 \leq BQ < 4$ obsahovala 32 osob, u nichž bylo doporučeno přehodnotit životní styl a priority. V kategorii $4 \leq BQ < 5$ bylo zařazeno 11 osob, u nichž byl prokázán výskyt syndromu vyhoření. Pouze 1 respondent trpěl akutním psychickým vyčerpáním a byl zařazen do kategorie s $BQ \geq 5$. Pro statistické vyhodnocení dat byl využit Kruskal-Wallisův test a Mann-Whitney U test. Z výzkumného souboru se statisticky významná souvislost se vznikem syndromu vyhoření neprokázala u věku, délky praxe a pohybových aktivit. Statistický významný rozdíl byl potvrzen u pracovní pozice, vztahu k práci a volného času, kterým respondenti disponují.

Klíčová slova:

Syndrom vyhoření, zdravotnický pracovník, duševní hygiena, Burnout Measure,

Souhlasím s půjčováním práce v rámci knihovních služeb.

Bibliographical identification

Author: Jana Vágnerová
Title: Burnout syndrome in health care professionals

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.
Department: Department of Adapted Physical Activities
Year: 2024

Abstract:

The bachelor thesis deals with the issue of burnout syndrome in health care workers in the district of Šumperk. The main objective of this thesis is to analyze the relationship between various factors such as age, length of experience, job position, relationship to work, leisure time, physical activities with burnout syndrome. The thesis is divided into two parts. The theoretical part focuses on the description of stress and its different aspects, burnout syndrome and mental hygiene. In the practical part, the results of the questionnaire survey are presented, describing the relationship between the observed phenomena and the rate of burnout syndrome. The Burnout Measure questionnaire was used for data collection and revealed the following BQ measurements, which were processed into five categories. In the $BQ < 2$ category, 7 people were recorded as having achieved a good psychological state. In the category $2 \leq BQ < 3$, which consisted of 39 respondents, they achieved a satisfactory psychological state. Category $3 \leq BQ < 4$ contained 32 individuals who were advised to reassess their lifestyle and priorities. In the category $4 \leq BQ < 5$, 11 people were classified as having evidence of burnout syndrome. Only 1 respondent suffered from acute psychological exhaustion and was categorized as $BQ \geq 5$. The Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney U test were used for statistical evaluation of the data. Of the study population, age, length of experience and physical activities did not show a statistically significant association with the development of burnout syndrome. Significant statistical difference was confirmed for job position, relationship to work and leisure time available to the respondents.

Keywords:

Burnout syndrome, health worker, mental hygiene, Burnout Measure

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 29. června 2024

.....

Děkuji mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D. za její odborné vedení, rady, ochotu a čas, který mi věnovala při konzultacích. Dále děkuji respondentům, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření a ochotně poskytli svá data.

OBSAH

Obsah.....	8
1 Úvod.....	10
2 teoretická část	11
2.1 Stres	11
2.1.1 Stresory.....	12
2.1.2 Důsledky stresu.....	13
2.1.3 Strategie zvládání stresu.....	13
2.2 Syndrom vyhoření.....	15
2.2.1 Definice syndromu vyhoření.....	16
2.2.2 Skupiny lidí ohrožené syndromem vyhoření	16
2.2.3 Příčiny syndromu vyhoření.....	17
2.2.4 Rozvoj a příznaky syndromu vyhoření.....	18
2.2.5 Prevence	21
2.2.6 Diagnostika	22
2.2.7 Sestry a syndrom vyhoření	25
2.3 Duševní hygiena.....	26
2.3.1 Pohybové aktivity	27
2.3.2 Relaxace	29
2.3.3 Dýchání	29
2.3.4 Sociální opora	30
3 Cíle	32
3.1 Hlavní cíl.....	32
3.2 Výzkumné otázky	32
4 Metodika.....	33
4.1 Výzkumný soubor.....	33
4.2 Metody sběru dat	35
4.2.1 Dotazník Burnout Measure.....	35
4.3 Statistické zpracování dat	36
5 Výsledky.....	37

5.1	Vyhodnocení dotazníku Bournout Measure.....	37
5.2	Vyhodnocení výzkumných otázek	38
5.2.1	Vliv věku na vznik syndromu vyhoření	38
5.2.2	Vliv délky praxe na výskyt syndromu vyhořen	39
5.2.3	Spojitosť mezi syndromem vyhoření a vykonávanou pracovní pozicí	42
5.2.4	Souvislost syndromu vyhoření se vztahem k práci.....	43
5.2.5	Souvislost syndromu vyhoření s možností trávit čas vlastními zájmy a koníčky	45
5.2.6	Souvislost mezi syndromem vyhoření a provozováním pohybových aktivit	47
6	Diskuse	49
7	Závěry	52
8	Souhrn	54
9	summary.....	55
10	Referenční seznam	57
11	Přílohy.....	61
11.1	Dotazník Burnout Measure.....	61

1 ÚVOD

Syndrom vyhoření je problémem, který ovlivňuje mnoho lidí v různých pracovních oblastech. Rozhodla jsem se tuto problematiku prozkoumat a přiblížit, protože si uvědomuji, že je důležité osvětlovat a diskutovat o tématu, které má dopad na psychické zdraví a celkovou kvalitu života lidí. Své úsilí jsem zaměřil na pochopení tohoto fenoménu a jeho širších souvislostí, aby mé poznatky mohly přispět k efektivnějšímu zvládnutí syndromu vyhoření v profesním životě.

Téma syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků jsem si vybrala z důvodu osobní zkušenosti. Jako součást této profesní oblasti mám přímý kontakt se zdravotnickými pracovníky a sama jsem byla svědkem dopadů stresu a vyhoření na jejich pracovní výkon a osobní život.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části je rozebrána problematika stresu, syndromu vyhoření, duševní hygiena a s tím spojené pojmy. Dále je čtenář seznámen s metodami a technikami podporující zdraví. V praktické části jsou uvedeny výsledné hodnoty z dotazníkového šetření, které popisují souvislost mezi sledovanými jevy a mírou výskytu syndromu vyhoření. Pro sběr dat jsem použila dotazník Burnout Measure.

2 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části této práce jsou probírány klíčové aspekty související se stresem a syndromem vyhoření

2.1 Stres

Termín stres pochází z anglického výrazu „stress“, který je původně odvozeno z latinského slova stringo, stringere, strinxi, strictum. To v překladu znamená utahovat, stahovat či svírat (Křivohlavý, 1994). Za zakladatele učení o stresu je považován světoznámý kanadský lékař Hans Selye (Venglářová, 2011).

Hans Selye (in Křivohlavý, 1994, p. 10) uvádí, že „Stres je výsledkem interakce (vzájemné činnosti) mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.“

Vágnerová (2014, p. 40) definuje stres jako: „komplexní psychofyzilogickou reakci, která se na psychické úrovni projevuje pocitem nadměrného zatížení či ohrožení duševní a tělesné pohody“.

Na definování stresu se lze dívat z různé perspektivy. Z pohledu biomedicíny se nahlíží na reakce organismu na nepříjemné stimuly. Z psychologického hlediska je významný proces interakce mezi jedincem a prostředím. V pojetí psychologie zdraví se spojuje vliv osobnosti i prostředí ve vzájemné interakci, spolu s faktory copingových strategií a sociálních opor (Jochmannová & Kimplová, 2021).

Přestože termín stres není vymezován všemi badateli shodně, zpravidla se spojuje se situacemi obtížnými, ohrožujícími, výrazně narušujícími rovnováhu organismu a vyvolávajícími závažné změny v hormonálním, oběhovém i imunitním systému (Paulík, 2017).

Stres je univerzální fenomén, který doprovází každodenní život. Podle intenzity, četosti a emocí, s jakými jsou tyto události spojeny, rozlišujeme, zda se jedná o eustres nebo distres. V případě subjektivně nepříjemně prožívaného stresu hovoříme o distresu. Patří sem negativní myšlenky, dlouhodobá nemoc nebo pocit neřešitelnosti situace. V případě, kdy dochází k příjemně prožívaným emocím, pocitu vítězství či euforii, hovoříme o eustresu (Jochmannová & Kimplová, 2021).

2.1.1 Stresory

Všechny podněty, vlivy a situace, které na lidské tělo nějakým způsobem působí, se nazývají stresory (Kolář, 2021). Jde o „jakýkoliv škodlivý, rušivý podnět, který způsobuje rozvoj stresové reakce, tj. souboru všech nespecifických fyziologických odpovědí, jejichž výsledkem je vybuzení biologického systému a jeho příprava k obraně.“ (Smolík, 1996, p. 268). To, jak danou stresovou situaci vnímáme, závisí na mnoha faktorech. Určitou roli zde hrají faktory jako jsou genetika, výchova, zkušenosti, a předsudky (Kolář, 2021).

Stresory můžeme rozdělit na stresory reálné a potenciální. Reálnými stresory jsou např. aktuálně ohrožující a rušivě působící faktory v životě člověka. Potencionálními mohou být situační aspekty, které vyvolají stres při dosažení určité intenzity, frekvence, nahromadění, např. hluk, chlad, nahromadění pracovních úkolů a povinností při časové tísní (Paulík, 2017).

Podle toho, jak moc na nás stresory působí a vychylují nás z rovnováhy, dělíme jejich vliv na podněcující, který nás posiluje (eustres), nebo zatěžující, který nás oslabuje (distres). V případě, kdy na nás nepůsobí žádné stresory, je to obdobně špatné, jako když jich na nás působí příliš. Všechny stresory, které působí na naše tělo se převádí do vnitřních homeostatických stresových reakcí. Ty se dále mohou stát dalšími návaznými stresory, které víc umocní reakční odezvu. Dobrým příkladem mohou být emoce (strach, zlost, úzkost), které stresové vlivy doprovází. Při jejich nedostatečném zvládnutí se navyšuje stresová reakce s prodlouženým stonáním, se zhoršeným průběhem a také mohou být důvodem duševních onemocnění (Kolář, 2021).

Urbanovská (2012) ve své knize uvádí, že stresory mohou vycházet z vnějšího prostředí i z vnitřního stavu organismu. Stresové faktory se dále mohou členit na materiální, nemateriální, podle délky působení, intenzity a obsahu. Mezi materiální stresory patří biologické stresory (nedostatek potravy, choroby, úrazy, nadměrná fyzická námaha) a fyziologické stresory (alkohol, drogy, jedy, znečištění ovzduší). Nemateriální stresory jsou rozdělené na stresory sociální (zahrnuje mezilidské vztahy, konflikty, hádky, ztráta blízké osoby) a emocionální (strach, úzkost, nenávisť). Podle délky působení dělíme stresory na akutní, nárazové (zkouška, úraz, porod) či chronické (dlouhodobý nedostatek financí, poruchy spánku, chronické onemocnění, dlouhodobé partnerské problémy). Podle intenzity, členíme stresory v souvislosti s živelnou katastrofou, osobní tragédií a s každodenní starostí či událostí a podle obsahu

dělíme stresory na výkonové (pracovní, školní, sportovní) a interpersonální (vztahy mezi lidmi, vztah k rodičům, učitelům).

2.1.2 Důsledky stresu

Negativní stres může mít škodlivé důsledky na tělo i na psychiku. Časté vystavení se stresovým situacím a dlouhodobému stresu představuje větší ohrožení pro naše zdraví (Huber et al., 2009).

Stres a zátěž se na jedinci bezprostředně projevuje. Člení se na reakce psychické (emoční reakce a nálady, únava a jí podobné stavy např. ospalost, snížená bdělost, mentální přesytení, ztráta motivace, snížená výkonnost, výpadky koncentrace a krátkodobá paměť) a reakce somatické (bolest hlavy, břicha, měřitelné změny funkcí organismu, tepová a dechová frekvence, změny peristaltiky střev). účinky trvalejšího rázu se rozdělují na psychologické symptomy (únava, nespokojenost, vyčerpání), somatické symptomy (oběhové a respirační problémy, potíže pohybového aparátu, přetrvávající sexuální problémy, dlouhodobé bolesti hlavy), zvýšení nespecifické nemocnosti a poruchy duševního zdraví (posttraumatická stresová porucha, adaptační poruchy, psychóza) (Paulík, 2017).

Zdravotnictví je považováno za náročnou práci a pracovní stres sester může způsobit odchod ze zaměstnání, konflikty se spolupracovníky, zdravotní poruchy, nespokojenost s prací, sníženou kreativitu, sníženou profesní spokojenost, snížené správné a včasné rozhodování, pocity nedostatečnosti a deprese, znechucení a únavu z práce, sníženou energii a efektivitu práce a sníženou kvalitu ošetrovatelské péče (Babapour et al., 2022).

2.1.3 Strategie zvládnání stresu

Koncept resilience byl poprvé zmíněn před více než 40 lety a dodnes neexistuje jednotný pohled na definování tohoto pojmu. Resilience obecně odkazuje na schopnost jedince udržet, zlepšit nebo navrátit své duševní zdraví po prožití těžké životní události, úspěšnou adaptaci po vystavení se stresové situaci, schopnost jedince směřovat sebe a svůj život k aktivitám a zdrojům, které podporují jeho fyzické a duševní zdraví a osobní pohodu (Novotný, 2014).

Resilienci můžeme tedy vnímat jako schopnost odolávat nepříznivým silám, zvládat náročné situace a překonávat krize. Jde o vztah mezi dvěma protichůdnými silami. Na jedné straně na nás působí stresory (tělesné i duševní, vnější i vnitřní) a na druhé straně je obranný mechanismus, který využíváme k překonání těchto stresorů (Kolář, 2021).

Výzkumy o stresu jasně ukázaly, že stres je ve svých důsledcích velmi nebezpečný. Proto je důležité naučit se zvládat stres a hledat způsoby, jak minimalizovat jeho negativní dopady na naše životy. Stres je běžnou součástí života a není možné se mu jakkoli vyhnout. Je však možné využít různých strategií k jeho zvládnutí, tak abychom se proti stresu obrnili a chránili. Tímto předcházíme negativním důsledkům, které může stres způsobit (Huber et al., 2009).

American Psychological Association (2014, p. 1-2) uvádí 10 způsobů, jak budovat odolnost „10 Ways to Build Resilience“:

1. Rozvíjejte sociální kontakt – je důležité udržovat dobré vztahy s rodinou, přáteli nebo jinými osobami. Přijměte pomoc a podporu od lidí, kterým na vás záleží. Pomáhejte těm, kteří to zrovna potřebují.
2. Nevnímejte krize jako nepřekonatelné problémy – přestože nemůžete změnit skutečnost vysoce stresujících událostí, můžete změnit způsob, jak tyto události budete interpretovat a jak na ně budete reagovat. Zkuste si představit, že vám bude v budoucnu zase líp.
3. Přijměte, že změna je součástí života – v důsledku nepříznivých situací nemusí být některé cíle dosažitelné. Přijměte okolnosti, které nelze změnit a soustřeďte se na to, co změnit jde.
4. Jděte za svými cíli – určete si realistické cíle. Dělejte pravidelně něco, i kdyby se to zdálo jen jako maličkost, co vás o kousek posune k vašim cílům.
5. Jednejte rozhodně – v nepříznivých situacích jednejte, jak nejlíp umíte. Místo toho abyste doufali, že vaše problémy brzo pominou, podnikněte jisté kroky a pokuste se tyto problémy zvládnout.
6. Hledejte příležitosti k sebepoznání – často se ukazuje, že i přes těžké životní situace mohou lidé prožít osobní růst a rozvoj. Mnozí lidé, kteří zažili tragédie a různé těžkosti, uvedli větší pocit síly, i když se cítili zranitelní, lepší vztahy, zvýšený pocit vlastní hodnoty a vděčnost za život.
7. Dívejte se na sebe pozitivně – důvěřujte svým instinktům a rozvíjejte důvěru ve svou schopnost řešit problémy.
8. Udržujte věci v perspektivě – přesto že se nacházíte v obtížných situacích, pokuste se vnímat dlouhodobou perspektivu a nahlížet na situaci v širších souvislostech. nedělejte z problému větší problém, než ve skutečnosti je.

9. Zachovejte si nadějný pohled na svět – optimistický postoj vám umožní nadějeplný pohled do budoucnosti. Zkuste si představit, co chcete, místo toho, abyste si dělali starosti z toho čeho máte strach.
10. Pečujte o sebe – věnujte pozornost svým vlastním pocitům a potřebám. Dělejte aktivity, které vám baví a uvolňují. Věnujte se pravidelně pohybovým aktivitám. Péče o sebe vám pomáhá posilovat tělo i mysl a připravit vás na řešení obtížných situací.

Každý jedinec vnímá a zvládá stres jiným způsobem, proto neexistuje žádný postup zaměřený na překonání stresu, který by u všech fungoval stejně. Žádná zaručená metoda k jeho odstranění neexistuje. Každý jedinec si musí sám zjistit, které strategie a techniky jsou pro něj nejvhodnější (Venglářová, 2011).

Křivohlavý ve své knize uvádí různé strategie zaměřené na řešení problému. Jedná se především o strategie: konfrontační zvládnání, hledání sociální opory, plánované řešení problému, sebeovládání, distancování se, hledání pozitivních stránek, přijmutí zodpovědnosti a snaha vyhnout se stresové situaci (Křivohlavý, 2010).

2.2 Syndrom vyhoření

Pojem syndrom vyhoření neboli syndrom burnout poprvé použil Herbert J. Freudenberger. Někdy se používají výrazy jako syndrom vyhaslosti nebo vypálení. Syndrom burnout, vychází z anglického slova „burn out“, které v překladu znamená vyhořet, dohořet. (Pešek & Praško, 2016).

Herbert J. Freudenberger svoji pozornost věnoval především zdravotnickým pracovníkům. Na základě svého pozorování, vypracoval soubor příznaků fyzického a duševního vyčerpání. Ukázalo se, že zdravotníci trpěli výkyvy nálad, potížemi se soustředěním a poruchami spánku. Duševní potíže byly často spojeny s fyzickými problémy, jako jsou bolesti zad nebo poruchy trávení (Pavlakis et al., 2010).

Zdravotníci pracují v emocionálně náročných situacích a jsou vystaveni psychickým, fyzickým a socioekonomickým problémům svých pacientů. V důsledku toho může snadno dojít k vyhoření (Pavlakis et al., 2010).

2.2.1 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je velmi rozsáhlé téma, jehož definice se může mírně lišit v interpretaci různých autorů v závislosti na kontextu a odborné literatuře.

Herbert Freudenberger, který jako první popsal syndrom vyhoření v roce 1974, jej definoval jako stav psychického a fyzického vyčerpání způsobený profesním životem (Pavlakis et al., 2010).

Angelika Kallwass (2007) ve své publikaci *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*, definuje syndrom vyhoření jako obecně známý jev, který je popisován jako „stav extrémního vyčerpání, vnitřní disbalance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží“ (p. 9).

Kopřiva (1997) uvádí, „je-li naše energetická bilance dlouhodobě záporná (nemáme-li zdroje radosti v životě a nejsme-li dobře zakotveni v těle), dostaneme se do stavu, pro který se ustálil termín syndrom vyhoření.“ (p. 101).

Podle Vojtíškové lze syndrom vyhoření definovat jako stav chronického stresu, který vede k emocionálnímu a fyzickému vyčerpání, odloučení, cynismu, dokonce i pocitům méněcennosti a nedostatku úspěchu (Vojtíšková, 2024).

Existuje velké množství různých definic pro syndrom vyhoření. Přesto se odborníci shodují v názoru, že se jedná především o psychický stav charakterizovaný pocitem vyčerpání a snížením pracovní výkonnosti v důsledku dlouhodobého a intenzivního stresu. Tento stav se především vyskytuje u jedinců, kteří pracují s lidmi (Pešek & Praško, 2016).

2.2.2 Skupiny lidí ohrožené syndromem vyhoření

Syndrom vyhoření postihuje převážně lidi, kteří vstupují do zaměstnání s velkou mírou nadšení a motivace. Tito lidé očekávají, že jim jejich práce dá smysl života. Týká se to více těch, kteří považují svou práci jako své životní poslání než zaměstnání. Výzkumy provedené v posledních desetiletích ukazují, že nejčastěji jsou v ohrožení pomáhající profese. Podstatným rysem těchto profesí je poskytování pomoci druhým v různých životních situacích (např. péče o umírající, chronicky nemocné), proto existují i vysoké požadavky na osobnost pracovníka.

Vedle profesní odbornosti se také očekává celková osobnostní zralost, schopnost empatie, citová vyrovnanost a mravní odpovědnost (Jochmannová & Kimplová, 2021).

Zdravotnictví bylo prvním odvětvím, které upozornilo na existenci syndromu vyhoření. Konkrétně se s tím potýkaly zdravotní sestry v hospicích, na odděleních jednotek intenzivní péče, onkologických odděleních, psychiatrii, interně, neurologii. Při zjišťování spouštěcích mechanismů syndromu vyhoření se ukázalo, že tyto sestry nebyly dostatečně připraveny školou na emocionální zátěž, s níž se v praxi setkávaly. Nedokázaly unést tíhu, kterou zažívaly při sdělování špatných zpráv rodinným příslušníkům pacientů, pociťovaly nedostatek personálu a přetíženost prací (Jochmannová & Kimplová, 2021).

Křivohlavý uvádí přehled profesí, u kterých nejvíce hrozí syndrom vyhoření: *„lékaři – zvláště ti, kteří pracují v hospicích, na onkologických odděleních, na nefrologii, jednotkách intenzivní péče, gynekologii, neonatální péči, ale i např. zubní lékaři atp.; zdravotní sestry; zdravotní personál – např. dentisti (zubní laboranti); psychologové a psychoterapeuti; psychiatři; sociální pracovníci; poradci v oblasti sociální péče (o děti, dospívající, rodiny v krizi, propuštěné vězně atp.); učitelé všech stupňů; policisté; pracovníci v nápravných zařízeních ministerstva spravedlnosti; žurnalisté; politici; sportovci (atleti, profesionální hráči, trenéři, manažeři atp.); duchovní – kněží, faráři, kazatelé; poradci v organizačních věcech; vedoucí pracovníci všech stupňů; administrátoři; právníci, zvl. tzv. „obhájci chudých“; pedagogové pracující s duševně postiženými dětmi; vedoucí letecké dopravy; piloti a osádky letadel; podnikatelé a manažeři; obchodníci; vyjednavatelé; úředníci; sociální kurátoři; pracovníci exekutivy atp.“* (Křivohlavý, 1998, s. 23-24).

2.2.3 Příčiny syndromu vyhoření

Nelze jednoznačně říct, co je příčinou syndromu vyhoření. Mezi příčiny syndromu vyhoření se řadí několik faktorů. Jedním z nich je nadměrné očekávání pracovníka ohledně své pracovní kariéry a následné zklamání, jelikož jeho představa neodpovídá realitě. V pracovním procesu jedinci často chybí dostatečná podpora ze strany zaměstnavatele. Na pracovníka jsou kladeny vysoké nároky, které musí splnit v krátkém časovém úseku a s velkou mírou odpovědnosti (Kallwass, 2007).

V prohlášení agentury OSHA (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci) z roku 2007, jsou jako nejčastější příčiny pracovního stresu uvedeny následující faktory:

- obavy ze ztráty pracovního místa

- nejistota a strach v souvislosti s globalizací, např. přesouvání pracovních míst do zahraničí
- úbytek jistot v důsledku nových forem pracovních smluv, např. více přesčasů, krácení dovolené, práce na zkrácený úvazek a smlouvy na dobu určitou
- dlouhá pracovní doba a rostoucí intenzita práce
- rušení pracovních míst a oddělení
- rostoucí emocionální náročnost práce
- neslučitelnost zaměstnání a soukromého života (Stock, 2010, p. 32).

Křivohlavý (2012) uvádí, že nejčastější příčinou syndromu vyhoření bývá dlouhodobý bezprostřední kontakt s lidmi, neúspěšné jednání s lidmi, přetrvávající pracovní přetížení, nepřiměřená pracovní doba, příliš přísná pravidla jednání a bezohledné zacházení s lidmi.

2.2.4 Rozvoj a příznaky syndromu vyhoření

Je důležité si uvědomit, že příznaky vyhoření nejsou žádnou nemocí, ale pouze varovnými signály. Ty se projevují různou intenzitou a dobou trvání, je však důležité je včas rozpoznat a zabývat se jimi. Velké nebezpečí vyhoření hrozí u jedinců, kteří tyto varovné signály nejsou schopni vnímat a nebo se je snaží popírat (Maroon, 2012).

Prvními příznaky syndromu vyhoření může být zpochybňování významu a smyslu práce, pocit nezvládnutí pracovních povinností, nespokojenost, nervozita a podrážděnost. Spojuje se zdravotními problémy, sníženým výkonem v práci a s vysokou pravděpodobností podání výpovědi v práci. Syndrom vyhoření ovlivňuje celkové prožívání a chování jedince (Jochmannová & Kimplová, 2021).

Příznaky lze rozdělit do oblasti tělesné, psychické a emocionální:

- tělesné vyčerpání – chronická únava, svalová bolest, nedostatek energie, náchylnost na nemoci, změna tělesné hmotnosti, nekvalitní spánek
- psychické vyčerpání – neochota přijmout změny, utlumení celkové aktivity, nedůvěra ve své schopnosti, poruchy soustředění, zapomětivost, cynismus, pesimismus, negativismus
- emocionální vyčerpání – ztráta empatie, vyhýbavé chování k lidem, vytrácení radosti z kontaktu s lidmi, uzavřenost, pocity prázdna, beznaděje, bezmoci (Venglářová, 2011).

Příznaky syndromu vyhoření jsou různorodé, mají odlišné projevy, navzájem se prolínají, a proto je nelze přesně vymezit. Totéž platí u jednotlivých stadií syndromu vyhoření. Síla a trvání jednoho stádia vždy závisí na životních okolnostech jedince, na jeho postoji k sobě samému, osobních zkušenostech, věku, zdravotním stavu, na osobnosti a schopnostech vypořádat se ze zátěží (Vollmerová, 1998).

H. J. Freudenberger popsal dvanácti fázový model, který vede od nadšení až k vyhoření. Fáze se nemusí objevit všechny a nemusí jít vždy postupně za sebou.

1. Nutkavá snaha po sebeprosazení – na začátku lze často pozorovat nadměrné ambice a snahu prosadit se v pracovním prostředí. Tato snaha postupem času přerůstá až do patologického nutkání.
2. Člověk začíná pracovat více a tvrději – jedinec si nastavuje laťku velmi vysoko. Má potřebu dokázat sobě i ostatním, že zvládne dosáhnout náročných a vysokých cílů. Spoustu práce vykonává sám a ukazuje okolí, že je nenahraditelný.
3. Přehlížení potřeb druhých – jedinec se plně soustředí na práci a nemá čas ani energii na nic jiného. Přátelé, rodinu, jídlo a spánek začíná brát za nepotřebné, protože mu ubírají čas a energii, kterou by měl věnovat práci.
4. Přesunutí konfliktu – v této fázi si jedinec začíná uvědomovat přítomnost určitých problémů, ale není schopen rozpoznat jejich zdroj. Tento stav vyvolává pocit ohrožení a objevují se první tělesné obtíže.
5. Revize a posunutí hodnot – tato fáze často vede k izolaci jedince od ostatních ve snaze vyhnout se možným konfliktům. Dochází ještě k silnějšímu popírání svých základních potřeb. Práce pohlcuje veškerou energii a žádná už nezůstává na zájmy a přátele. Nastává emoční otupení.
6. Popírání vznikajících problémů – jedinec nemá rád sociální kontakt a přestává jej vyhledávat, představují pro něj zátěž. Stává se netolerantním, sarkastickým a agresivním.
7. Stažení – sociální kontakty jsou už na úplném minimu a postupně se mění v izolaci. Jedinec může začít vyhledávat alkohol, drogy, léky na uklidnění. Často prožívá pocity beznaděje a ztrátu smyslu.
8. Zcela jasně patrné změny chování – rodina, přátelé, spolupracovníci a ostatní lidé v okolí začínají postupně vnímat změny v jeho chování.

9. Depersonalizace – při ztrátě kontaktu se svými potřebami, jedinec začíná ztrácet schopnost vnímat sebe i ostatní jako cenné osobnosti. Život se mění v pouhou sérii mechanických funkcí a vnímaná je pouze přítomnost.
10. Vnitřní prázdnota – jedinec se cítí vnitřně prázdny a pokouší se to překonat extrémními aktivitami, jakými jsou např. alkohol, drogy, přejídání, sex. Tyto aktivity překračují běžné sociální meze.
11. Deprese – jedinec se cítí vyčerpaný, beznadějný, lhostejný k okolí a bez budoucnosti. Jeho život přestává dávat smysl a přibývají depresivní symptomy.
12. Syndrom vyhoření – v této fázi se objevuje celkový fyzický, psychický i emoční kolaps. V extrémních případech se mohou objevit i sebevražedné sklony (in Honzák, 2015, p. 29-32).

Model, který popisuje Venglářová (2011) ve své knize *Sestry v nouzi*, je složen pouze z následujících pěti fází: nadšení, stagnace, frustrace, apatie, vyhoření. Některé fáze mohou být na člověku výrazně znatelné a jiné naopak téměř neviditelné.

1. Nadšení – jedinec je plný očekávání a nadšení, má stanovené jasné cíle, vidí ve své práci smysluplnost, má nápady, zakládá si na kvalitně provedené práci.
2. Stagnace – počáteční nadšení upadá a jedinec začíná slevovat ze svých ideálů.
3. Frustrace – jedinec si začíná pokládat otázky o efektivitě a smyslu vlastní práce, přemýšlí pouze o své práci a nic jiného ho nezajímá, pociťuje osamělost, deziluzi a zklamání.
4. Apatie – povolání už je vnímáno pouze jako zdroj obživy, jedinec dělá pouze nejnnutnější práci, vyhýbá se komunikaci s ostatními lidmi, přestává mít zájem o další vzdělání v oblasti jeho práce, může se vyskytnout HH-syndrom (z angl. Helplessness – bezmoci a hopelessness – beznaděje).
5. Vyhoření – stav úplného vyčerpání, vyhýbání se profesním požadavkům, negativismus, lhostejnost (Venglářová, 2011).

Jednotlivé fáze vzniku syndromu vyhoření se mohou lišit podle autora a kontextu, ve kterém je syndrom vyhoření zkoumán. Jednotlivé modely mohou mít různý pohled na průběh a charakteristiky jednotlivých fází, přesto mají všechny modely stejný základ. Většina vědeckých modelů vychází z typického příkladu, kdy jedinec na začátku své pracovní kariéry projevuje nadprůměrné pracovní nasazení (Stock, 2010).

2.2.5 *Prevence*

Klíčovým aspektem v boji proti syndromu vyhoření je včasná prevence, která připravuje organismu na případnou nadměrnou zátěž. Úkolem odborníků je nejen studovat fenomén vyhoření, ale také vyjádřit, jak je možné tomuto syndromu předcházet (Jochmannová & Kimplová, 2021). Postupy, které se zabývají prevencí vyhoření, lze rozdělit do dvou skupin na interní a externí (Křivohlavý, 2001).

Interní postupy jsou zaměřené na jedince, který je syndromem vyhoření ohrožen. K jevu vyhoření především dochází u lidí, kteří jsou příliš zaměřeni na jeden úzce definovaný cíl. Tímto cílem může být myšlen určitý úkol, idea, hodnota, osoba, politická strana apod. Z hlediska prevence, je důležité nevidět tento cíl jako jediný smysl života, ale chápat jej jako vedlejší produkt své činnosti (Křivohlavý, 2001).

Externí postupy jsou zaměřené na úpravu vnějších podmínek, které by mohly napomoci k vyhoření. Za jeden z nejdůležitějších externích faktorů, který pomáhá lidem nepodlehnout vyhoření je sociální opora. Jedná se o podporu lidí, kteří jsou danému člověku v tísni nejbližší např. rodina, přátelé, spolupracovníci. Nedostatek podpory úzce souvisí se vznikem syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2001)

V počáteční fázi syndromu vyhoření je možné provést řadu preventivních opatření. Ta začínají pečlivým rozbořem situace, které zahrnují analýzu rozložení sil, nároků vůči sobě, iluzí o vztazích a zaměstnání. Poté následuje nezbytná korektura a zahájení péče o sebe pomocí některé z mnoha možností psychohygieny (Kallwass, 2007)

Podle Kopřivy (1997) hrají při prevenci důležitou roli následující oblasti:

- Životní styl – jedinec by měl dbát na dostatek pohybu, kvalitu spánku a zdravou výživu. Jeho profesionální zájmy by neměly pohltnout jeho veškerý volný čas, aby zůstal prostor na kulturu, kolničky a společenský život.
- Mezilidské vztahy – důležité je věnovat pozornost kvalitnímu zázemí ve svém osobním životě, protože dlouhodobě neřešené konflikty v rodině, manželství a partnerství vysávají energii.

- Přijetí sebe samého – podmínkou šťastného života je přijetí sebe samého. Člověk, který se nemá rád a je na sebe příliš přísný, prožívá neustálý vnitřní boj mezi skutečným a ideálním obrazem sebe samého, který mu ubírá energii.

Zdravotní sestry z anglických hospiců doporučují držet se následujícího „desatera“ o šestnácti položkách:

1. Buď sama k sobě vlídná a laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je pomáhat změnám, ne měnit druhé lidi.
3. Najdi se své „útočiště“ – místo, kde budeš mít v případě potřeby svůj klid.
4. Buď oporou druhým lidem, neboj se je pochválit a stejně se to nauč od nich.
5. Uvědom si, že tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsi denně svědkem, je zcela přirozené se někdy cítit bezmocnou a bezbrannou.
6. Snaž se obměňovat své pracovní postupy. Zkus to, co děláš, dělat pokud je to možno jinak.
7. Nauč se rozpoznat jaký je rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu a naříkáním, které tě ničí.
8. Když jdeš domů, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci udělat.
9. Snaž se sama sebe povzbudit a posílit.
10. Využívej posilujících účinků přátelských vztahů jako zdroje jistoty a sociální opory.
11. Ve chvílích volna a přestávek se nauč „vypnout“, nehovoř o služebních věcech a problémech v zaměstnání.
12. Naplánuj si předem během týdne chvíle „úniku“ a nenech si tvůj den oddych překazit.
13. Nauč se říkat „rozhodla jsem se“ namísto „musím, měla bych“.
14. Nauč se říkat „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou má potom hodnotu tvoje „ano“
15. Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým lidem je daleko nebezpečnější, než když si připustíš fakt, že už se více nedá dělat.
16. Směj se, raduj se, hraj si (Honzák et al., 2019, p. 146-147).

2.2.6 Diagnostika

Syndrom vyhoření je uveden v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 11), jako jev spojený se zaměstnáním a pracovním prostředím a tento termín by tedy neměl být používán v jiných kontextech. Syndromu vyhoření je interpretován jako výsledek dlouhodobého pracovního stresu, který není efektivně zvládnut. Definice vyhoření byla již uvedena v MKN –

10 jako stav životního vyčerpání a byl zahrnut mezi faktory ovlivňující zdraví. Jednalo se o kategorii Z 73.0 – „vyhasnutí“ (WHO, 2019).

Mnoho psychologů a psychiatrů spíše mluví o depresi, poruše adaptace, reakci na těžký stres, chronické únavě nebo úzkostně depresivní poruše, než aby syndrom vyhoření diagnostikovali. Lidé trpící syndromem vyhořením však často nesplňují diagnostická kritéria pro výše zmíněné poruchy. Nicméně, může se stát, že kterákoli z těchto porucha se objevit jako komplikace navazující na syndrom vyhoření (Pešek & Praško, 2016).

Identifikovat syndromu vyhoření je možné prostřednictvím pozorování jednotlivých příznaků, které se začínají projevovat v chování jedince. Dále prostřednictvím popisu vnitřních prožitků, které jedinec poskytne a na závěr ze speciálních psychologických metod, které byly určeny k diagnostice syndromu vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003).

Syndrom vyhoření se u každého projevuje s různou intenzitou a hojností. Pro zjištění míry syndromu vyhoření se používá řada různých diagnostických metod a nástrojů. Většina z těchto metod se zaměřuje na to, jak jedinec hodnotí sám sebe (Maroon, 2012).

Nejčastěji využívanou metodou k diagnostice syndromu vyhoření jsou dotazníky, které jsou speciálně zaměřené (Jochmannová & Kimplová, 2021).

Maslach Burnout Inventory (MBI) patří k nejčastěji používané metodě v diagnostice syndromu vyhoření. Tato metoda byla poprvé publikována v roce 1981 autorkou Ch. Maslach a S. E. Jackson. Dotazník MBI hodnotí tři složky syndromu vyhoření: emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení (Křivohlavý, 1998).

- Emocionální vyčerpání (EE) – je charakterizováno stavem, který se projevuje ztrátou chuti k životu, zájmu, energie k jakékoliv činnosti a zvýšenou únavou. Označuje se jako základním ukazatelem syndromu vyhoření.
- Depersonalizace (DP) – souvisí s chováním jedince k ostatním lidem. K tomuto stavu dochází u jedinců, kteří mají vysokou potřebu uznání a pozitivní zpětné vazby od těch, jimž věnují svou péči. Pokud se jim nedostane kladné odezvy, stávají se zahořklými a ztrácí respekt a úctu vůči těmto osobám.
- Osobní uspokojení (PA) – vyjadřuje tendenci k negativnímu hodnocení sebe sama. Ohroženi jsou zejména jedinci s nízkým sebehodnocením a sebevědomím. Kvůli tomu, že si tito lidé nedůvěřují, chybí jim elán k překonání zátěžové situace (Jochmannová & Kimplová, 2021).

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek, z nichž je 9 otázek zaměřených na oblast emocionální vyčerpání, 5 otázek na depersonalizaci a 8 otázek na osobní uspokojení. Jedinec na každou položku dotazníku odpovídá pomocí Likertovy škály. V tomto případě hodnotí své odpovědi od nuly do sedmi, přičemž nula vyjadřuje odpověď „nikdy“ a sedmička „stále“ (Honzák, 2009).

Tato metoda je vhodná pro pomáhající profese. Pomocí MBI šetření je možné zjistit, jak se pracovníci dívají na svou práci a na osoby, se kterými denně přicházejí do kontaktu a neustále s nimi spolupracují (Maroon, 2012).

Dotazník Burnout Measure (BM), který vytvořila A. Pinesovou spolu s E. Arosou, umožňuje jednotlivcům vypočítat míru psychického vyčerpání. Zaměřuje se na následující tři aspekty:

- Pocity fyzického (tělesného) vyčerpání, které se projevují únavou, oslabením, celkovou slabostí a ztrátou energie.
- Pocity emocionálního (citového) vyčerpání, zahrnující pocity tísně, beznaděje, bezvýchodnosti.
- Pocity (psychického) duševního vyčerpání, jako jsou pocity naprosté bezmocnosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí (Křivohlavý, 1998).

Dotazník obsahuje 21 otázek, na které lze odpovídat pomocí sedmistupňové škály. Vycházeli jedinci výsledná hodnota BM = 2 a méně, je z hlediska psychologie zdravý výsledek brán jako dobrý. Pokud je výsledek BM = 4 a více, u jedince je již syndrom vyhoření přítomen (Křivohlavý, 1998).

Tedium measure (TM) patří k často používaným dotazníkům, jehož autorkami jsou Ayala Pinesová a Christina Maslachová. Dotazník je relativně jednoduchý a jeho vyplnění a vyhodnocení nezabere mnoho času. Výsledek testu jedince informuje, zda je syndromem vyhoření ohrožen, jaký má vztah k práci či k životu anebo jak se v aktuální chvíli cítí. Jedinec na položky v dotazníku odpovídá pomocí sedmistupňové Likertovy škály, kde hodnota 1 vyjadřuje „nikdy“ a hodnota 7 vyjadřuje „vždy“ (Stock, 2010).

Orientační dotazník poprvé uvedli ve své knize roku 1990 autoři Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Mier a Chris Thursman. Dotazník je velmi jednoduchý a je v hodnou metodou k poznání blížícího se stavu vyhoření. Jedná se o typ diagnostické sebeobsluhy, při které je jedinec sám schopen zjistit svůj aktuální stav. Obsahuje 24 otázek, na které jedinec odpovídá

pouze ano či ne. Pokud na většinu otázek zní odpověď ano, naznačuje to vysokou pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998).

2.2.7 Sestry a syndrom vyhoření

Profese zdravotní sestry je velmi náročná a vyžaduje vysokou úroveň psychické odolnosti a zdatnosti. Zahrnuje mnoho stresových faktorů, které mohou negativně ovlivnit jak fyzické, tak psychické zdraví sester. Tato profese patří k nejrizikovějším z hlediska syndromu vyhoření (Ježorská et al., 2012).

Syndrom vyhoření zdravotních sester je celosvětový jev, který negativně ovlivňuje bezpečnost pacientů, kvalitu péče, zdraví zdravotnických pracovníků a udržení sester v profesi (Sullivan et al., 2022). Syndrom vyhoření u zdravotních sester je závažný a škodlivý syndrom, který může vést k ztrátě paměti, netrpělivosti, depresi a špatnému spánku. Ovlivňuje nejen samotné sestry, ale také pacienty, o které se sestry starají, až polovina sester trpí syndromem vyhoření. Rozsáhlé důkazy ukazují, že příčinami vyhoření jsou vysoký pracovní tlak, dlouhá pracovní doba, nadměrná pracovní zátěž, ztráta podpory od kolegů a násilí na pracovišti (Ge et al., 2023).

Míra pracovního stresu, emocionální vyčerpání a vyhoření je vysoká a prevalence deprese může být u sester vyšší než v obecné populaci. Existuje mnoho složitých organizačních problémů, které mohou ovlivnit duševní pohodu sester a kvalitu péče (např. nedostatek personálu a pracovní zátěž, fluktuace, neúspěšné udržení zaměstnanců a rozvržení směn). Nicméně existuje potenciál pro zdravější pracovní prostředí, které nabízí intervence v oblasti životního stylu ke zlepšení faktorů jako je úroveň stresu, pracovní spokojenost a udržení ošetrovatelského personálu, což by mohlo nakonec zlepšit kvalitu poskytované péče. Je patné, že zdraví zdravotních sester ovlivňuje produktivitu, kvalitu péče, absenci a fluktuaci zaměstnanců, kontinuitu péče a bezpečnost pacientů (např. zvýšený počet pádů pacientů, chyby v podávání léků a přenos nemocí mezi personálem a pacienty). Byly nalezeny souvislosti mezi nezdravým životním stylem, stresem, pracovním nasazením a spokojeností v práci (Stanulewicz et al., 2019).

Vzdělávání zdravotních sester o tom, jak zvládat vyhoření, jak rozpoznat stres a příznaky vyhoření, bude mít pozitivní vliv na jejich profesní pohodu. Zvyšování povědomí o vyhoření a

zavádění strategií k prevenci a snižování stresorů v pracovní prostředí zlepší odolnost zdravotních sester. (Squellati & Zangaro, 2022)

Mezi významným ochranným faktorem proti syndromu vyhoření patří také sociální podpora, definovaná jako pomoc a ochrana poskytovaná ostatními. Je předvídatelným a ochranným faktorem proti vyhoření sester. Sociální podpora je také jedním z atributů odolnosti. Zdravotní sestry potřebují rodinu, přátele a kolegy pro sociální a emocionální podporu. Pacienti, kteří procházejí stresujícími životními událostmi, vyžadují od sester empatii a péči, což se stává obtížnějším, pokud je sestra vyhořelá. Mezi další atributy odolnosti, které mohou mít ochranný účinek, patří zvládání působícího stresoru nebo adaptace, sebeurčení (Squellati & Zangaro, 2022; Sullivan et al., 2022).

Pokud má zdravotní sestra konkrétní obavy ohledně pracovní zátěže nebo pracovního prostředí, měla by oslovit vedoucí sestru a společně se pokusit najít kompromis nebo řešení. V některých případech mohou sestry dojít k závěru, že jediným způsobem, jak se uzdravit, je přejít na jinou pozici buď v rámci stejné organizace, nebo mimo ni. (Squellati & Zangaro, 2022)

2.3 Duševní hygiena

Duševní hygiena známa též jako psychohygiena je obor, který se zabývá podporou a rozvojem duševního zdraví (Vobořilová, 2015). Míček ve své knize definuje duševní hygienu jako „systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy“ (Míček, 1984, s. 9).

Duševní hygiena v dnešní době stále více nabývá na významu. Stres se stal běžnou součástí každodenního života mnoha lidí, což vede k nárůstu duševních onemocnění. Každý rok roste počet případů psychosomatických poruch, které jsou vyvolány stresem a nezdravým životním stylem (Mlčák, 2005).

Pravidelná duševní hygiena je důležitým nástrojem pro udržení dlouhodobé psychické odolnosti. Tyto nástroje pomáhají zbavit mysl nechtěné psychické zátěže a emocí a napomáhají jí udržovat v dobré kondici. Je dobře známé, že zdraví naší mysli a těla je úzce propojené. Dlouhodobá psychická nepohoda může negativně ovlivnit fyzické zdraví, a proto je péče o naši mysl nesmírně důležitá. (Zitková, 2021).

Duševní hygiena se považuje za jednu z efektivních metod pro prevenci syndromu vyhoření. Tento interdisciplinární obor se zaměřuje na hledání cesty, jak obnovit a udržet duševní zdraví a podpořit jeho rozvoj. Kromě toho hraje klíčovou roli v prevenci psychosomatických onemocnění, zlepšování sociálních vztahů a zvyšování pracovní výkonnosti. Pokud zdravotní sestra trpí syndromem vyhoření, negativně to ovlivní nejen kvalitu jejího života, ale také úroveň péče poskytované pacientům (Vobořilová, 2015).

Složky psychohygieny zahrnují životosprávu, sociální vztahy, sebevýchovu, výchovu ke zdraví a psychologické poradenství. Životospráva se skládá nejen z práce, ale také z odpočinku, spánkového režimu, fyzické aktivity, zdravé výživy a správné organizace času. Sociální vztahy jsou klíčovou součástí našeho prostředí a mají velký vliv na duševní zdraví a psychickou stabilitu. Sebevzdělávání se zaměřuje na celkový rozvoj osobnosti, sebepoznání a sebereflexi. Psychologické poradenství je pak zaměřeno na překonávání psychických problémů a podporu osobního rozvoje (Simočková, 2020).

2.3.1 Pohybové aktivity

Z hlediska energetického výdeje lze pohybovou aktivitu (PA) definovat jako jakýkoli tělesný pohyb vykonávaný kosterními svaly, který vede ke zvýšení energetického výdeje nad úroveň klidového metabolismu jedince (Sigmundová et al., 2010).

Pohyb je jedním ze způsobů, jak se zbavit stresu a přebytečné energie, včetně i té negativní. Nejpřirozenější formou lidského pohybu je chůze, která je pomalá a nutí nás zpomalit. Pravidelná a přiměřená pohybová aktivita pozitivně ovlivňuje naše duševní zdraví a psychickou odolnost. Navíc pohyb zlepšuje náš vztah k sobě samým (Lochmannová, 2021).

Nedostatek pohybu vede k tomu, že tělo chátrá. Ve vegetativním nervovém systému začíná převažovat sympatikus, což znamená, že tělo reaguje na malé bezvýznamné podněty výrazným stresem. Hormony jako adrenalin a noradrenalin, které se uvolňují během stresových reakcí, způsobují zvýšené napětí a citlivost na stres. V důsledku toho jsme více podráždění, vznětliví a pociťujeme nadměrnou únavu (Pešek & Praško, 2016).

Dostatek pohybu přispívá k posílení a ochraně lidského zdraví a je nezbytný pro optimální vývoj a funkci lidských orgánů (Hamplová, 2019). Pohybová aktivita pozitivně

ovlivňuje také rozvoj člověka v psychosociální oblasti. Snižuje subjektivní stres a redukuje riziko výskytu depresivních symptomů a jejich četnost. Dále zlepšuje sebeúctu a kognitivní funkce. Lidé s nedostatkem pohybové aktivity trpí více depresemi než ti, kteří jsou fyzicky aktivní. Účast na pohybové aktivitě také přispívá k rozvoji týmové spolupráce, osvojení různých sociálních rolí a rozvoji etického a sociálního vědomí (Kalman et al., 2009).

Pro dosažení tělesné a duševní pohody je nejvhodnější především aerobní pohyb, jako je běh, plavání, jízda na kole a podobně. Pokud chceme, aby naše tělo bylo dobře relaxované, je důležité se pravidelně hýbat. Ideálně bychom se měli věnovat fyzické aktivitě alespoň 3 až 4krát týdně po dobu minimálně 30 minut. Přínosná je však i fyzická aktivita prováděná jednou týdně (Pešek & Praško, 2016).

Pravidelná a adekvátní pohybová aktivita přináší z hlediska prevence lidského zdraví následující výhody:

1. Stimulace produkce endorfinů: Zlepšuje náladu, zvyšuje snášení bolesti, navozuje pocit uvolnění a štěstí.
2. Zvyšování duševního potenciálu: Posiluje schopnost soustředění, zlepšuje paměť a kognitivní funkce.
3. Harmonizace autonomního nervového a endokrinního systému: Zklidňuje, zvyšuje odolnost vůči stresu a podporuje celkovou vyrovnanost.
4. Uvolňování svalového napětí a odstraňování negativních emocí: Zvyšuje sebevědomí, zmírňuje rozčilení a usnadňuje zvládání problémů.
5. Zvýšení pevnosti a pružnosti kloubních vazů a šlach, podpora ohebnosti kloubů, svalové síly, vytrvalosti a klidového napětí svalů.
6. Podpora krevního oběhu, zajištění lepší látkové výměny i na periférii končetin, podpora funkce ledvin, jater a dalších vnitřních orgánů.
7. Normalizace srdeční frekvence a krevního tlaku: Snižuje klidovou hodnotu srdeční frekvence, zlepšuje činnost srdce a stabilizuje krevní tlak.
8. Zpomalení procesu stárnutí: Prodlužuje délku života a zlepšuje kvalitu života ve stáří.
9. Stimulace hlubokého břišního dýchání: Podporuje správné dýchací návyky a zlepšuje funkci dýchacího systému.
10. Prevence chronického únavového syndromu: Snižuje riziko vzniku a rozvoje tohoto onemocnění (Kalman et al., 2009).

2.3.2 Relaxace

Během svého života si většina jedinců postupně vypracovává svůj vlastní systém duševní hygieny. Relaxace, ve svých různých formách, patří mezi nejznámější metody duševní hygieny. Jejím cílem je dosáhnout uvolnění jak těla, tak mysli, aby bylo možné lépe zvládat stresující situace a minimalizovat jejich negativní dopady (Stětovská, 2015).

Základem relaxace je soustředění pozornosti na konkrétní věc, jako jsou tělesné pocity a dýchání. Tyto aspekty se stávají ve vědomí dominantou a ostatní podněty zůstávají mimo náš zájem. Mezi nejznámější relaxační metody patří autogenní trénink podle Schultze a progresivní svalová relaxace podle Jacobsona. Existuje však mnoho dalších relaxačních technik (Paulík, 2017).

Schultzův autogenní trénink je jednoduchá technika, která spojuje prvky hypnózy a jógy. Rozděluje se na nižší a vyšší stupeň. Nižší stupeň obsahuje šest cvičení, která se obvykle provádějí v leže nebo vsedě. Klient se zaměřuje na jednoduché myšlenky jako "jsem klidný, jsem uvolněný". Cvičení zahrnují koncentraci na pocit tíže v končetinách a celém těle, pocit tepla, regulace dechu, srdeční činnosti, regulace vnitřních orgánů a pocit příjemného chladu čela. Klient provádí tyto cvičení třikrát denně. Vyšší stupeň autogenního tréninku navazuje na tyto základy a vyžaduje schopnost dosáhnout stavu hluboké relaxace. Cvičení se koncentruje na představu barev, osob, určitých předmětů, vlastních zážitků (např. výstup na horu) (Paulík, 2017; Procházka et al., 2014).

Jacobsonova progresivní svalová relaxace je metoda zaměřená na postupné uvolňování svalů pomocí aktivní kontrakce a následné relaxace. Tato technika se provádí vleže na pohodlné a široké podložce. Během cvičení se provádí izometrické kontrakce konkrétních svalových skupin, po kterých následuje relaxace, jež si klient musí uvědomit. Postupně se cvičení rozvíjí z menších svalových skupin k větším, až klient dosáhne relaxace i ve velkých svalových skupinách (Paulík, 2017; Stackeová, 2011).

2.3.3 Dýchání

Klíčovou součástí relaxačních postupů, tělesných cvičení a běžných pohybových aktivit je dýchání. Nedostatky v dýchání mohou mít různě výrazné negativní dopady na naše psychické zdraví a celkový stav organismu. Proto je systematická práce s dýcháním neodmyslitelnou součástí mnoha fyzických cvičení a relaxačních technik (Paulík, 2017).

Dech není jen základním prvkem, bez kterého bychom nemohli žít, ale je také nástrojem, kterým můžeme ovlivnit naši duševní pohodu. Když se dostáváme do stresu nebo v něm již jsme, naše svaly se stahují a dech se zrychluje. Abychom se mohli znovu uklidnit a vrátit se do rovnováhy, je třeba zpomalit, nejen obecně, ale doslova se vydýchat (Lochmannová, 2021).

Pomocí řízeného dechu lze vědomě rozšířit pocit klidu do celého těla a regulovat tak reakci organismu na stresovou situaci. Většina dechových cvičení se zaměřuje na dokonalý výdech, který by neměl být kratší, než je nádech. Tento dokonalý výdech nám umožňuje se zhluboka nadechnout. Jednou z relaxačních dechových technik je vědomé dýchání, kdy si člověk položí jednu ruku na břicho a druhou na hrudník a soustředí se na rytmické zvedání a klesání hrudníku. Tento cvik lze provádět vleže, vsedě i ve stoje. Další uklidňující dechovou technikou je dýchání "do trojúhelníku". Tato metoda zahrnuje vědomé sledování a regulování dechu. Při pomalém nádechu člověk počítá do čtyř, následně zadrží dech na čtyři doby a poté vydechne rovněž na čtyři doby. Toto cvičení se opakuje po dobu 5-15 minut. (Černý & Grofová, 2015).

2.3.4 Sociální opora

Termín sociální opora definuje Gerald Caplan jako „trvající mezilidské spoje a vztahy daného člověka ve skupině lidí, na kterého se tento člověk může spolehnout a které mu mohou poskytnout emocionální oporu, asistenci a potřebné zdroje ve chvílích, kdy je potřeba. Tito lidé mu poskytují i zpětnou vazbu. Spolu s ním sdílejí i určité stejné hodnoty a společenské normy.“ (in Křivohlavý, 1998). Sociální opora je primárně tvořena rodinnými a partnerskými vztahy, vazbami s přáteli i kolegy na pracovišti. V širším kontextu zahrnuje také členství ve větších společenských strukturách, jako jsou náboženské a komunitní skupiny (Jochmannová & Kimplová 2021).

Pozitivní sociální vazby usnadňují přežití, adaptaci na nepříznivé podmínky a přispívají k celkovému zdraví. Sociální začlenění jedince do sociální struktury je proto významným faktorem jeho psychické pohody. Naopak nedostatek sociální opory snižuje schopnost jedince adekvátně řešit problémy v krizových situacích a představuje zdravotní rizikový faktor (Pelcák, 2012)

Aby mohli být zdravotní sestry skutečnou oporou pro pacienty, je nutné si uvědomit, že samy potřebují dostatek sociální opory. Má-li zdravotní sestra poskytovat kvalitní péči pacientům, nesmí zanedbávat péči o sebe samu. Nedostatečná péče o vlastní zdraví a pohodu může negativně ovlivnit péči, kterou poskytuje ostatním. Proto je péče o sebe samu stejně důležitá jako péče o pacienty (Křivohlavý & Pečenková, 2004).

3 CÍLE

3.1 Hlavní cíl

Cílem této bakalářské práce je zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků a zkoumat souvislosti s určitými faktory, které by mohly tento jev ovlivnit. Výzkum byl zaměřen na pracovníky v oblasti zdravotnictví v Šumperském okrese. Pro tento výzkum byla zvolena kombinace dotazníkového šetření, která zahrnovala vlastní dotazník obsahující informace o respondentech (např. pohlaví, věk, délka praxe) a Burnout Measure (Křivohlavý, 1998), standardizovaný dotazník pro měření psychického vyhoření.

3.2 Výzkumné otázky

- 1) Existuje souvislost mezi věkem a výskytem syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků?
- 2) Ovlivňuje délka praxe míru výskytu syndromu vyhoření?
- 3) Je spojitost mezi syndromem vyhoření a pracovní pozicí, kterou zaměstnanec vykonává?
- 4) Souvisí se vznikem syndromu vyhoření vztah k práci?
- 5) Záleží při vzniku syndromu vyhoření na tom, kolik má zdravotnický pracovník času na vlastní zájmy a koníčky?
- 6) Ovlivňuje provozování pohybových aktivit výskyt syndromu vyhoření?

4 METODIKA

4.1 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření probíhalo od září 2023 do listopadu 2023 v okrese Šumperk. Dotazníky byly připraveny v tištěné formě, které byly fyzicky rozdány na různá oddělení nemocnice. Před rozdělením dotazníků byl získán písemný souhlas vedení nemocnice, jenž byl nezbytný pro provádění výzkumu. Respondenti byli na začátku dotazníku seznámeni, za jakým účelem je šetření prováděno a byli informováni o anonymitě dotazníku. Celkem se na výzkumném šetření podílelo 120 osob, přičemž 30 odpovědí nebylo kompletních a bylo nutné je vyřadit. Celkový počet platných odpovědí činil 90.

Následující tabulky zobrazují základní charakteristiky respondentů.

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

	Počet	%
Žena	83	92,2
Muž	7	7,8

Výzkumného šetření se zúčastnilo 83 (92,2 %) žen a pouze 7 (7,8 %) mužů.

Tabulka 2: Věk respondentů

	Počet	%
Méně než 30	30	33,3
30 – 50 let	41	45,6
Nad 50 let	19	21,1

V tabulce 2 můžeme vidět rozdělení respondentů podle věku. Pro lepší přehlednost měli respondenti na výběr pouze ze tří možností. První skupinu tvořili respondenti mladší 30 let, což představovalo 30 osob (33,3 %). Druhou skupinu tvořili respondenti ve věkovém rozmezí 30-50 let, kterých bylo 41 (45,6 %). Třetí a poslední skupinu tvořili respondenti starší 50 let, tuto skupinu tvořilo 19 osob (21,1 %).

Tabulka 3: Délka praxe

	Počet	%
Méně než 1 rok	5	5,6
1 – 5 let	27	30
6 – 10 let	16	17,8
11 – 15 let	15	16,7
16 – 20 let	9	10
Více jak 21 let	18	20

V tabulce 3 jsou respondenti rozděleni do šesti skupin podle délky jejich dosavadní praxe. Největší část respondentů představovala skupina s pracovní zkušeností 1-5 let, kde bylo 27 (30 %) osob. Nejméně respondentů bylo ve skupině do jednoho roku, a to v počtu 5 (5,6 %) osob.

Tabulka 4: Pracovní pozice

	Počet	%
Ošetřovatel	16	17,8
Praktická sestra	19	21,1
Všeobecná sestra	39	43,3
Sanitář	12	13,3
Zdravotnický záchranář	4	4,4

V tabulce 4 můžeme vidět rozdělení respondentů podle současné pracovní pozice. Nejvíce dotazovaných osob pracovalo jako všeobecná sestra v počtu 39 (43,3 %). Druhou nejčetnější skupinou byly osoby pracující jako praktické sestry v počtu 19 (21,1 %). Další skupinu představovali ošetřovatelé, kterých celkem bylo 16 (17,8 %). Další skupinu tvořili v počtu 12 (13,3 %) sanitáři. Poslední skupinu zastoupili pozice zdravotnický záchranář, a to v počtu 4 (4,4 %).

Tabulka 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

	Počet	%
Kvalifikační kurz	13	14,4
Středoškolské	43	47,8
Vyšší odborné	13	14,4
Vysokoškolské (Bc.)	11	12,2

Vysokoškolské (Mgr.)	5	5,6
Jiné	5	5,6

V tabulce 5 je uvedeno nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Nejvíce osob dosáhlo středoškolského vzdělání, a to v počtu 43 (47,8 %). Další nejvíce zastoupenou skupinou jsou osoby s vyšším odborným vzděláním a s kvalifikačním kurzem, kterých bylo 13 (14,4 %). Vysokoškolské vzdělání v bakalářském programu mělo 11 (5,6 %) osob a vysokoškolské vzdělání v magisterském programu či jiné vzdělání mělo pouze 5 (5,6 %) osob.

Dále byla respondentům položena otázka, jestli v současné době studují. Na tuto otázku záporně odpovědělo 79 (87,8 %) osob a pouze 11 (12,2 %) osob odpovědělo kladně.

4.2 Metody sběru dat

Pro získání a vyhodnocení potřebných dat byla využita forma dotazníkového šetření. Dotazník byl zcela anonymní a jeho vyplnění bylo dobrovolné. První část dotazníku byla tvořena anketou vlastní konstrukce, zatímco druhá část obsahovala standardizovaný dotazník Burnout Measure (BM) (Křivohlavý, 1998). Počáteční část dotazníku zahrnovala otázky týkající se pohlaví, věku, vzdělání, délky praxe, pracovní pozice, pracoviště, vztahy na pracovišti a volnočasových aktivit. Tato část dohromady tvořila 19 otázek. Druhá část dotazníku byla tvořena dotazníkem Burnout Measure, která obsahovala 21 otázek. Výsledky šetření jsou prezentovány formou tabulek, grafů a doprovodného textu.

4.2.1 Dotazník Burnout Measure

Dotazník Burnout Measure (Křivohlavý, 1998) byl vytvořen autorkami Ayala Pines a Elliot Aronson a slouží k posouzení míry syndromu vyhoření. Obsahuje 21 otázek, na které respondenti mohou odpovědět pomocí sedmistupňové škály. Každá možná odpověď je označena stupnicí číslic a každé číslo zastupuje specifickou slovní odpověď. Viz škála:

- 1 – nikdy,
- 2 – jednou za čas,
- 3 – zřídka kdy,
- 4 – někdy,
- 5 – často,
- 6 – obvykle,
- 7 – vždy.

Pro vyhodnocení získaných dat je nutné vypočítat 4 proměnné (A, B, C, D), které nám dohromady dají výslednou hodnotu, označovanou jako BQ.

- Hodnotu A získáme součtem hodnot, které jsou uvedené u otázek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.
- Hodnotu B získáme součtem hodnot, které jsou uvedené u otázek číslo: 3, 6, 19 a 20.
- Hodnotu C získáme tím, že odečteme od hodnoty 32 hodnotu B, tj. $C = 32 - B$
- Hodnotu D získáme součtem hodnoty A a C, tj. $D = A + B$
- Hodnotu BQ získáme tím, že hodnotu D dělíme číslem 21, tj. $BQ = D : 21$

Podle výsledné hodnoty BQ můžeme respondenty rozdělit do pěti skupin, které označují míru rizika vzniku syndromu vyhoření.

- $BQ < 2$, vypovídá o dobrém stavu psychického zdraví.
- $2 \leq BQ < 3$, znamená uspokojivý psychický stav respondenta.
- $3 \leq BQ < 4$, doporučuje zamyslet se nad dosavadním životním stylem a nad smyslem života.
- $4 \leq BQ < 5$, poukazuje na výskyt syndromu vyhoření.
- $BQ > 5$, značí poplašný stav, akutní fáze syndromu; doporučuje se vyhledat odbornou pomoc.

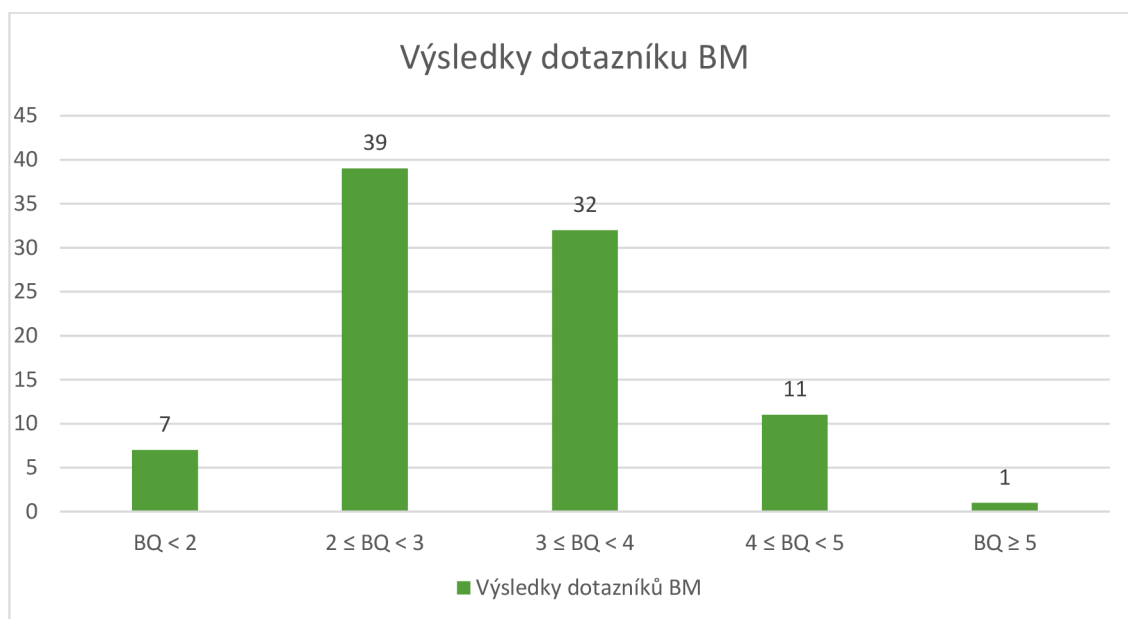
4.3 Statistické zpracování dat

Výsledky dat z dotazníkového šetření byly statisticky zpracovány a poté prezentovány pomocí tabulek a grafů s doprovázejícím slovním popisem. Výsledky byly vyjádřeny v procentech a v počtech respondentů pro zajištění přehlednosti. Dotazník Burnout Measure byl vyhodnocen podle metodiky Křivohlavého (1998). Pro ověření statistické významnosti rozdílů mezi proměnnými byly použity testy Kruskal-Wallisův test a Mann-Whitney U test. Hladiny statistické významnosti byly stanoveny na $p \leq 0,05$.

5 VÝSLEDKY

5.1 Vyhodnocení dotazníku Burnout Measure

Celkový počet respondentů, kteří se podíleli na vyplnění dotazníku Burnout Measure, činí 90. Tento dotazník sloužil k měření výskytu syndromu vyhoření u oslovených zdravotnických pracovníků. Níže uvedený graf (obrázek 1) detailně zobrazuje výsledky tohoto měření.



Obrázek 1: Výsledky dotazníku Burnout Measure u všech respondentů

Na základě podrobného měření výskytu syndromu vyhoření bylo analyzováno celkem 90 hodnot BQ. Tyto hodnoty byly pečlivě kategorizovány do pěti specifických skupin, přičemž každá skupina reflektuje různou úroveň syndromu vyhoření. Podrobnosti o těchto kategoriích a jejich příslušných hodnotách BQ jsou prezentovány v tabulce 6.

Tabulka 6: Hodnoty ohrožení syndromem vyhoření

Hodnota BQ	Absolutní četnost	Procenta	Psychický stav osob
$BQ < 2$	7	7,8	Dobré psychické zdraví
$2 \leq BQ < 3$	39	43,3	Uspokojivý psychický stav
$3 \leq BQ < 4$	32	35,6	Zamyšlení se nad životním stylem
$4 \leq BQ < 5$	11	12,2	Výskyt syndromu vyhoření

BQ \geq 5 1 1,1 Akutní fáze syndromu vyhoření

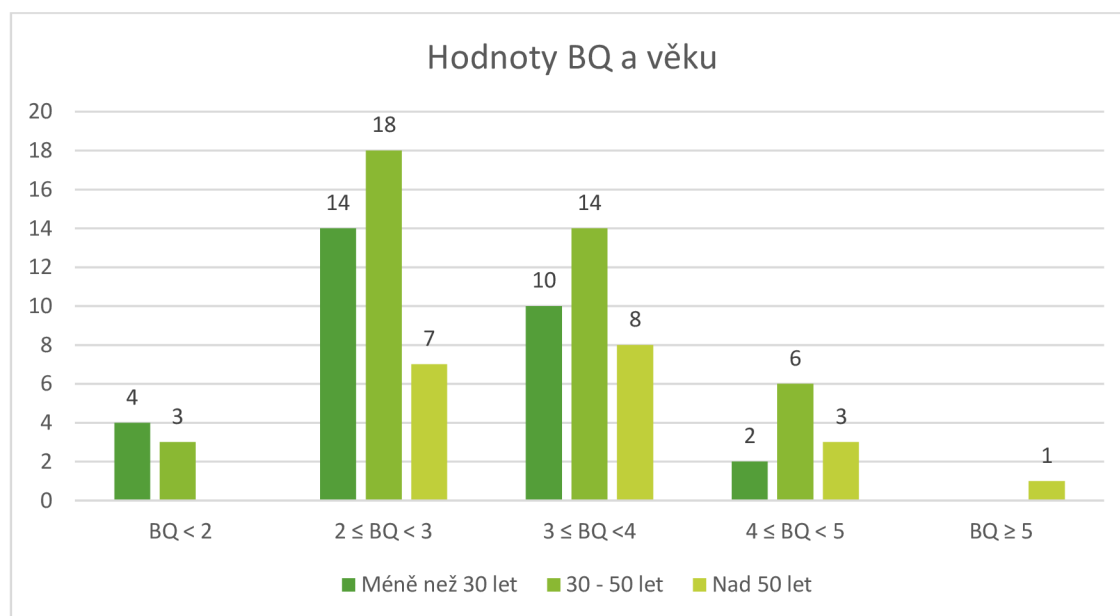
Podle naměřených hodnot BQ byli respondenti rozděleni do následujících 5 kategorií (tabulka 6). V první kategorii BQ < 2 bylo zaznamenáno 7 osob (7,8 %), které se nacházejí v dobrém psychickém stavu. Nejvíce rozsáhlá kategorie $2 \leq$ BQ < 3, kterou tvořilo 39 osob (43,3 %), naznačuje uspokojivý psychický stav respondenta. Skupina $3 \leq$ BQ < 4 s počtem 32 osob (35,6 %) poukazuje na to, že respondenti by měli přehodnotit svůj životní styl a priority. Další skupina $4 \leq$ BQ < 5, kde se nacházelo 11 osob (12,2 %), ukazuje na prokázaný syndrom vyhoření. Pouze 1 respondent (1,1 %) byl zařazen do skupiny s BQ \geq 5, což signalizuje akutní psychickou vyčerpanost.

5.2 Vyhodnocení výzkumných otázek

5.2.1 Vliv věku na vznik syndromu vyhoření

První otázka zkoumala, zda věk zdravotnických pracovníků hraje roli při vzniku syndromu vyhoření.

Níže uvedený graf (obrázek 2) prezentuje výsledky měření výskytu syndromu vyhoření u respondentů rozdělených podle věku.



Obrázek 2: Hodnoty BQ a věku

Z grafu (obrázek 2) jednoznačně vyplývá, že z celkového počtu 90 respondentů, spadá 11 zdravotnických pracovníků do kategorie BQ \geq 4 a jeden do kategorie BQ \geq 5. To znamená, že u nich byl prokázán výskyt syndromu vyhoření. 2 respondenti v této kategorii mají méně než

30 let. 6 respondentů spadá do věkové kategorie 30–50 let a poslední 4 respondenti mají nad 50 let. Z toho se jeden nachází v akutní fázi syndromu vyhoření.

Tabulka 7: Statistická hodnota BQ podle věku

Proměnná	Méně než 30 let					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	30	2,82	2,78	1,47	4,19	0,7
Proměnná	30 - 50 let					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	41	3,04	2,95	1,76	4,76	0,74
Proměnná	Nad 50 let					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	19	3,31	3,19	2,14	6,28	0,92

V tabulce 7 je znázorněn procentuální poměr prokázaného výskytu syndromu vyhoření ve srovnání s celkovým počtem respondentů. Nejvyšší průměrná hodnota BQ (3,31) byla zaznamenána ve skupině osob starších 50 let. nejnižší průměrná hodnota BQ (2,82) byla zjištěna ve skupině osob mladších 30 let.

Tabulka 8: Kruskal-wallisův test a statistická významnost věku

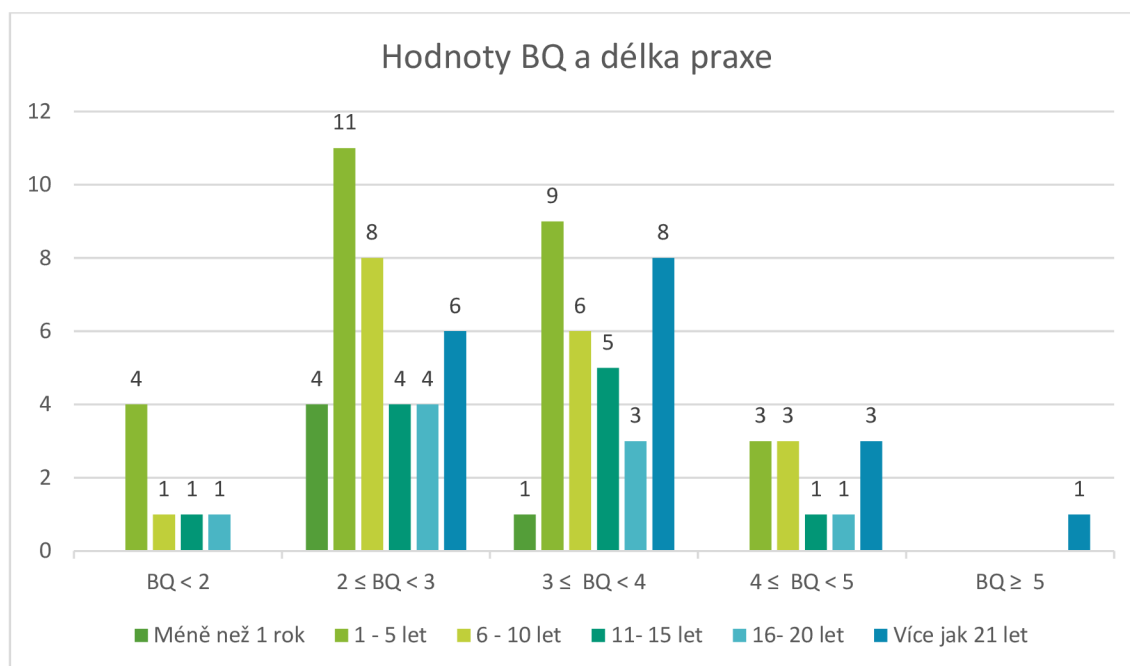
Závislá: BQ	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); BQ Nezávislá (grupovací) proměnná: Věk Kruskal-Wallisův test: $H(2, N=90) = 3,285018$ $p = ,1935$		
	1 R:39,633	2 R:46,122	3 R:53,421
Méně než 30 let		0,903730	0,215566
30 – 50 let	0,903730		0,942200
Nad 50 let	0,215566	0,942200	

Analýza statistické významnosti pomocí Kruskal-Wallisova testu s předem stanovenou hladinou významnosti $p \leq 0,05$ neprokázala statistickou významnost. To naznačuje, že věk v našem výzkumném souboru nemá vliv na výskyt syndromu vyhoření.

5.2.2 Vliv délky praxe na výskyt syndromu vyhoření

Druhá otázka se zaměřovala na to, zda délka praxe zdravotnických pracovníků má vliv na vznik syndromu vyhoření.

Níže uvedený graf (obrázek 3) prezentuje výsledky měření výskytu syndromu vyhoření u respondentů, kteří jsou rozděleni podle délky praxe ve zdravotnickém zařízení.



Obrázek 3: Hodnoty BQ a délka praxe

Z provedené analýzy dat (obrázek 3) jednoznačně vyplývá, že z celkového počtu 12 zdravotnických pracovníků s $BQ \geq 4$ jsou 3 respondenti v kategorii s méně než 2 lety praxe, 3 respondenti v kategorii 1–5 let, 1 respondent ve skupině s 6–10 lety praxe, 1 ve skupině s 16–20 lety praxe a 4 respondenti v kategorii s 21 a více lety praxe. Z celkového šetření pouze jeden jedinec vykazuje známky akutní fáze syndromu vyhoření ($BQ \geq 5$), a to v kategorii s více jak 21 let praxe.

Tabulka 9: Statistická hodnota BQ podle délky praxe

Proměnná	Měně než 1 rok					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	5	2,82	2,66	2,52	3,52	0,4
Proměnná	1 – 5 let					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	27	2,81	2,9	1,47	4,19	0,75
Proměnná	6 – 10 let					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	16	3,25	3,07	1,95	4,76	0,7

Proměnná	11 – 15 let					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	15	2,84	2,57	1,76	4,66	0,76
Proměnná	16 – 20 let					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	9	2,82	2,66	2,52	3,52	0,4
Proměnná	Více jak 21 let					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
	18	3,41	3,21	2,33	6,28	0,92

Podle výsledků uvedených v tabulce 9, je nejvyšší průměrná hodnota BQ (3,41) naměřena u skupiny lidí s délkou praxe vyšší jak 21 let. Nejnižší průměrná hodnota BQ (2,81) byla zjištěna u skupiny lidí s délkou praxe 6-10 let. Druhá nejnižší průměrná hodnota BQ (2,82) byla naměřena u skupin s délkou praxe 1-5 let a 16-20 let.

Tabulka 10: Kruskal-Wallisův test a statistická významnost délky praxe

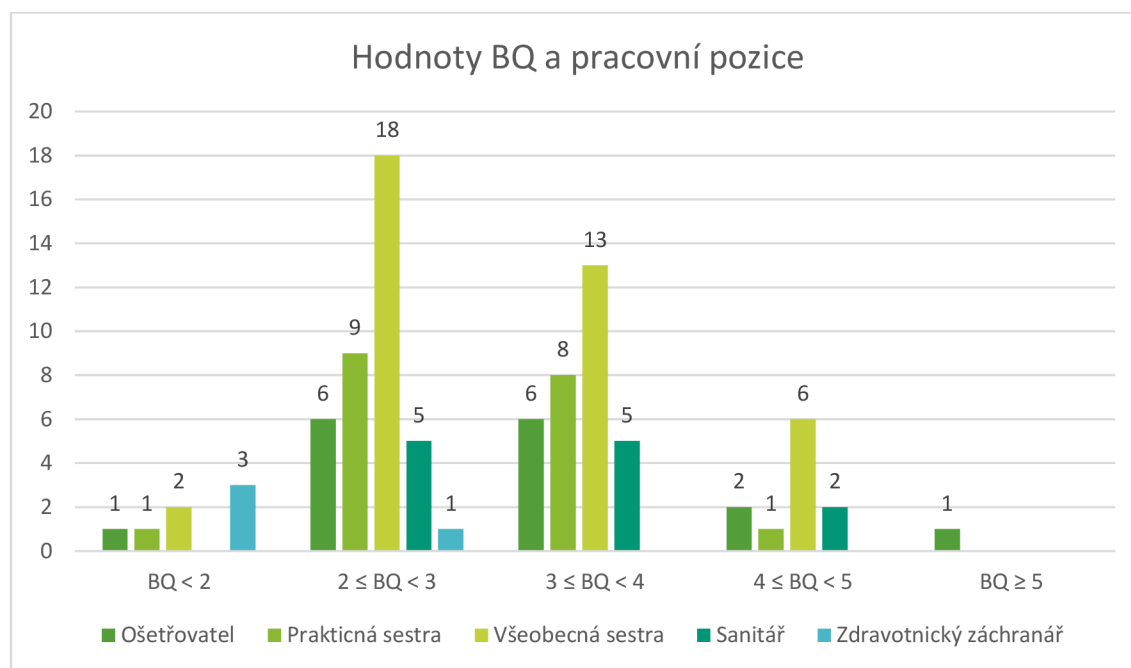
Závislá: BQ	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); BQ Nezávislá (grupovací) proměnná: Délka praxe Kruskal-Wallisův test: $H(5, N=90) = 8,253154$ $p = ,1428$					
	1	2	3	4	5	6
	R:38,100	R:39,574	R:54,375	R:37,833	R:42,389	R:56,500
Méně než 1 rok		1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
1 – 5 let	1,000000		1,000000	1,000000	1,000000	0,498587
6 – 10 let	1,000000	1,000000		1,000000	1,000000	1,000000
11 – 15 let	1,000000	1,000000	1,000000		1,000000	0,614586
16 – 20 let	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000		1,000000
Více jak 21 let	1,000000	0,498587	1,000000	0,614586	1,000000	

Po provedení analýzy statistické významnosti pomocí Kruskal-Wallisova testu s hladinou významnosti stanovenou na $p \leq 0,05$ nebyla prokázána statistická významnost. To znamená, že délka praxe zdravotnických pracovníků ve vzorku nemá statisticky významný vliv na výskyt syndromu vyhoření.

5.2.3 Spojitost mezi syndromem vyhoření a vykonávanou pracovní pozicí

V této výzkumné otázce byla zkoumána souvislost mezi pracovní pozicí a vznikem syndromu vyhoření.

Níže uvedený graf (obrázek 4) zobrazuje výsledky týkající se výskytu syndromu vyhoření u respondentů v souvislosti s pracovní pozicí.



Obrázek 4: Hodnoty BQ a pracovní pozice

Z analýzy dat na obrázku 4 je zřejmé, že z celkového počtu 12 zdravotnických pracovníků s $BQ \geq 4$ je nejvíce zastoupena skupina všeobecných sester, a to se 6 respondenty. Dále jsou 3 respondenti na pozici ošetřovatele a 2 na pozici sanitáře. Z toho má jedna osoba $BQ \geq 5$.

Tabulka 11: Statistická hodnota BQ podle pracovní pozice

Proměnná	Ošetřovatel					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	16	3,3	3,11	1,9	6,28	0,98
Proměnná	Praktická sestra					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	19	2,97	2,9	1,76	4	0,62
Proměnná	Všeobecná sestra					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná

						odchylka
BQ	39	3,02	2,95	1,85	4,76	0,7
Proměnná	Sanitář					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	12	3,16	3,14	2,09	4,66	0,76
Proměnná	Zdravotnický záchranář					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	4	1,84	1,64	1,47	2,61	0,52

Podle výsledků uvedených v tabulce 11 je patrné, že nejvyšší průměrná hodnota BQ (3,3) byla naměřena u ošetřovatelů. Naopak, nejnižší průměrná hodnota BQ (1,84) byla zaznamenána u zdravotnických záchranářů a druhá nejnižší průměrná hodnota BQ (2,97) byla zjištěna praktických sester.

Tabula 12: Kruskal-Wallisův test a statistická významnost pracovní pozice

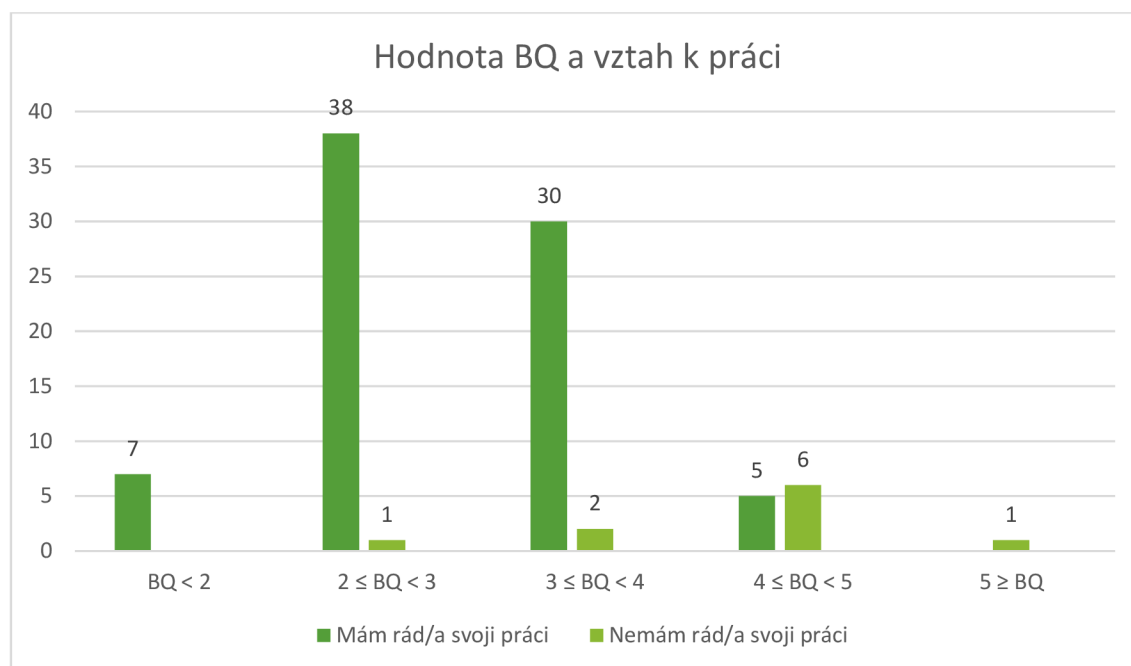
Závislá: BQ	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); BQ Nezávislá (grupovací) proměnná: Pracovní pozice Kruskal-Wallisův test: $H(4, N=90) = 9,653793$ $p = ,0467$				
	1 R:52,531	2 R:44,842	3 R:45,179	4 R:50,542	5 R:8,5000
Ošetřovatel		1,000000	1,000000	1,000000	0,025699
Praktická sestra	1,000000		1,000000	1,000000	0,114478
Všeobecná sestra	1,000000	1,000000		1,000000	0,074899
Sanitář	1,000000	1,000000	1,000000		0,053143
Zdravotnický asistent	0,025699	0,114478	0,074899	0,053143	

Pro posouzení statistické významnosti byl použit Kruskal-Wallisův test s hladinou statistické významnosti $p \leq 0,05$. Na základě získaných dat byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pracovními pozicemi ošetřovatele a zdravotnického záchranáře. Je však důležité poznamenat, že výsledky mohou být zkresleny vzhledem k malému počtu zdravotnických záchranářů zahrnutých do výzkumného vzorku, který činil pouze 4 jedince.

5.2.4 Souvislost syndromu vyhoření se vztahem k práci

Další zkoumaná otázka se zaměřovala na to, zda souvisí vztah k práci se vznikem syndromu vyhoření.

Níže uvedený graf (obrázek 5) zobrazuje výsledky měření výskytu syndromu vyhoření zdravotnických pracovníků podle toho, zda mají či nemají rádi svoji práci.



Obrázek 5: Hodnoty BQ a vztah k práci

Ve výše uvedeném grafu (obrázek 5) je uvedeno, že z celkového počtu 90 zdravotníků je u 12 respondentů $BQ \geq 4$. Z toho 5 respondentů na otázku „Mate v tuto chvíli rád/a svou práci?“ odpovědělo kladně a zbylých 7 respondentů odpovědělo záporně.

Tabulka 13: Statistická hodnota BQ podle vztahu k práci

Proměnná	Mám rád/a svoji práci					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	80	2,88	2,9	1,47	4,19	0,62
Proměnná	Nemám rád/a svojí práci					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	10	4,2	4,18	2,47	6,28	0,99

Z výsledků tabulky 13 je zjevné, že respondenti, u kterých se syndrom vyhoření vyskytuje, mají negativní vztah k práci. Zaznamenané údaje ukazují, že nejnižší průměrná hodnota BQ (2,88) byla zjištěna u zdravotníků, kteří odpověděli "ano", zatímco nejvyšší průměrná hodnota BQ (4,2) byla naměřena u těch, kteří odpověděli "ne".

Tabulka 14: Mann-Whitneyho U Test a statistická významnost vztahu k práci

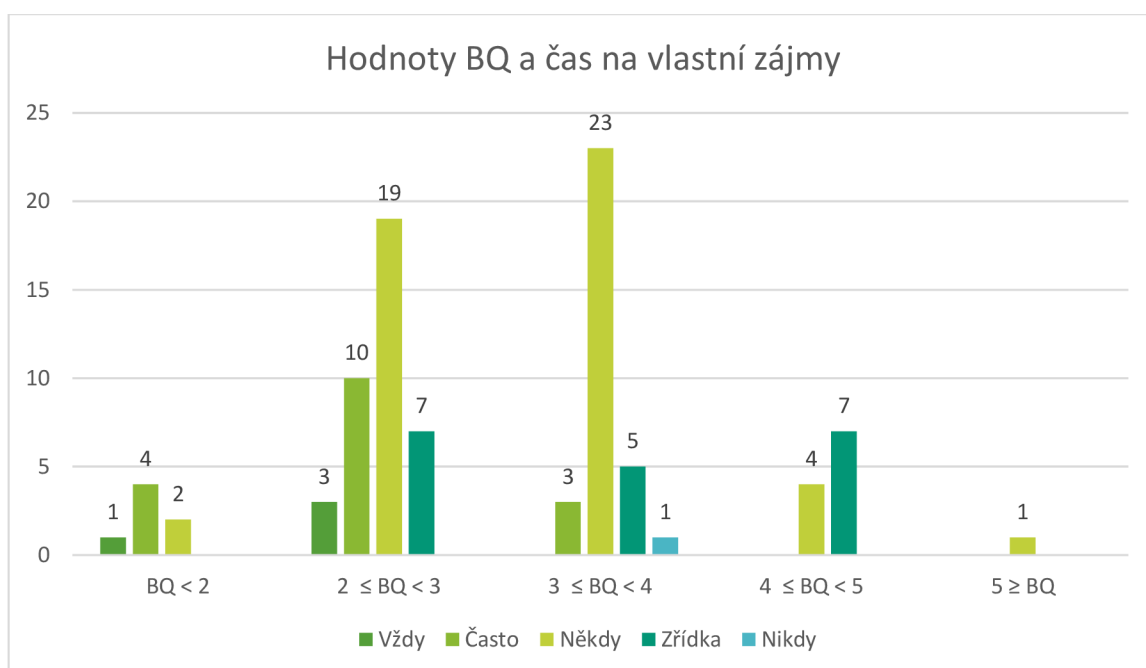
Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/oprava na spojitost) Dle proměn. Máte ráda svou práci Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodnot	Z upravené	p-hodnot
BQ	3331,000	764,0000	91,00000	-3,96077	0,000075	-3,96211	0,000074
	platných skup. 1	platných skup. 2	2*1str. přesné p				
BQ	80	10	0,000014				

Pro určení míry závislosti byl použit Mann-Whitneyův U test s předem stanovenou hladinou významnosti $p \leq 0,05$. Z výsledků této analýzy vyplývá, že mezi syndromem vyhoření a vztahem respondentů k jejich profesi existuje statisticky významný rozdíl. Z toho vyplývá, že respondenti, u kterých se syndrom vyhoření vyskytuje, mají v danou chvíli negativní vztah ke své práci.

5.2.5 Souvislost syndromu vyhoření s možností trávit čas vlastními zájmy a koníčky

V této výzkumné otázce bylo zkoumáno, zda existuje spojitost mezi tím, jak často mají respondenti čas na vlastní zájmy a výskytem syndromu vyhoření.

Níže uvedený graf (obrázek 6) prezentuje výsledky měření výskytu syndromu vyhoření u respondentů podle toho, zda mají čas na vlastní zájmy a koníčky.



Obrázek 6: Hodnoty BQ a čas na vlastní zájmy

V grafu (Obrázek 6) jsou zobrazeny odpovědi respondentů týkající se času, který mají k dispozici na své vlastní zájmy a koníčky. Z celkového počtu 12 zdravotníků s BQ ≥ 4 , 7 uvádí, že mají zřídka čas na své vlastní zájmy a koníčky, zatímco 5 respondentů uvedlo, že mají pouze někdy čas na tyto aktivity.

Tabulka 15: Statistická hodnota BQ podle trávení času vlastními zájmy

Proměnná	Vždy					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	4	2,44	2,54	1,76	2,95	0,5
Proměnná	Často					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	17	2,46	2,42	1,47	3,8	0,56
Proměnná	Někdy					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	49	3,12	3,14	1,52	6,28	0,76
Proměnná	Zřídka					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	19	3,41	3,19	2,42	4,76	0,79
Proměnná	Nikdy					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	1	3,04	3,04	3,04	3,04	-

Z výsledků uvedených v tabulce 15 vyplývá, že nejvyšší průměrná hodnota BQ (3,41) byla naměřena u respondentů, kteří mají zřídka čas na vlastní zájmy a koníčky. Naopak, nejnižší průměrná hodnota BQ (2,44) byla naměřena u respondentů, kteří mají vždy čas na vlastní zájmy. Druhá nejnižší skupina s průměrnou hodnotou BQ (2,46) byla nalezena u respondentů, kteří mají často čas na vlastní zájmy

Tabulka 16: Kruskal-Wallisův test a statistická významnost času na vlastní zájmy

Závislá: BQ	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); BQ Nezávislá (grupovací) proměnná: Čas na vlastní zájmy Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=89) = 18,14169$ $p = ,0004$			
	1 R:24,125	2 R:24,853	3 R:49,143	4 R:56,737

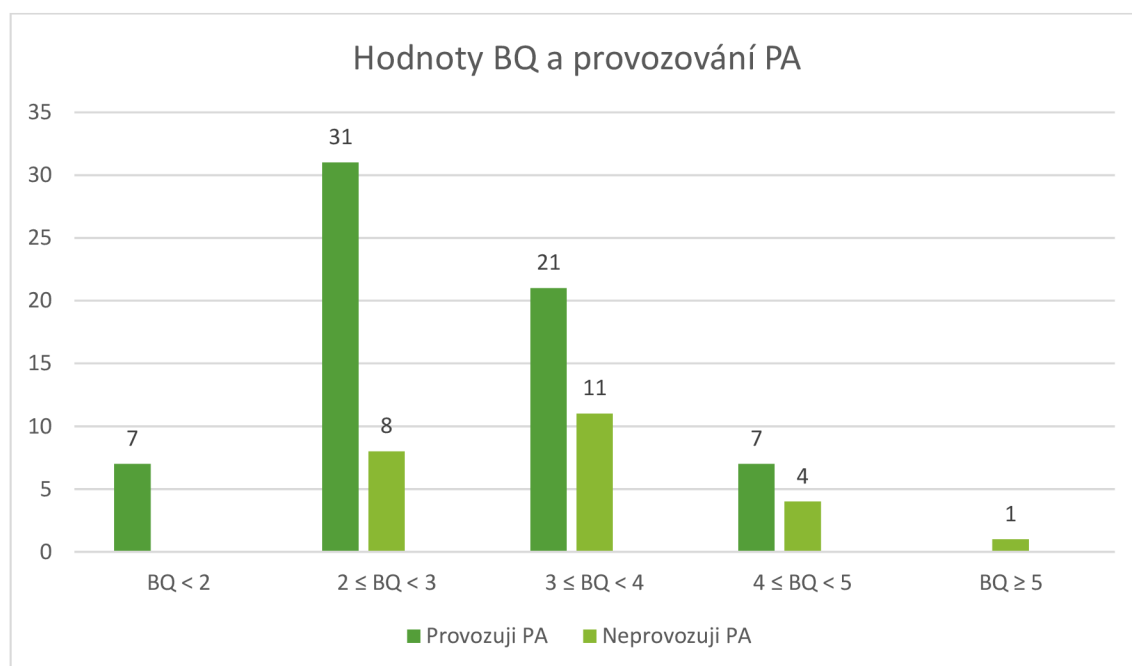
Závislá: BQ	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.); BQ Nezávislá (grupovací) proměnná: Čas na vlastní zájmy Kruskal-Wallisův test: $H(3, N=89) = 18,14169$ $p = ,0004$			
	1 R:24,125	2 R:24,853	3 R:49,143	4 R:56,737
Vždy		1,000000	0,375492	0,130563
Často	1,000000		0,005026	0,001311
Někdy	0,375492	0,005026		1,000000
Zřídka	0,130563	0,001311	1,000000	

Pro posouzení statistické významnosti byl využit Kruskal-Wallisův test s předem stanovenou hladinou statistické významnosti $p \leq 0,05$. Na základě naměřených hodnot byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi respondenty, kteří mají často čas na své vlastní zájmy, a těmi, kteří nemají žádný čas nebo mají zřídka čas na vlastní zájmy a koníčky. Z výsledku výzkumu vyplývá, že respondenti, kteří mají více času na své vlastní zájmy, vykazují menší riziko vzniku syndromu vyhoření.

5.2.6 Souvislost mezi syndromem vyhoření a provozováním pohybových aktivit

V této výzkumné otázce byla zkoumána souvislost mezi syndromem vyhoření a provozováním pohybových aktivit ve volném čase.

Níže uvedený graf (obrázek 7) zobrazuje výsledky měření výskytu syndromu vyhoření u respondentů rozdělených podle toho, zda provozují pohybové aktivity ve volném čase.



Obrázek 7: Hodnoty BQ a provozování PA

Ve výše uvedeném grafu (obrázek 5) je uvedeno, že z celkového počtu 90 zdravotníků je u 12 respondentů $BQ \geq 4$. Z toho se 7 respondentů věnuje PA ve volném čase a zbylých 5 se PA nevěnuje.

Tabulka 17: Statistická hodnota BQ podle provozování PA

Proměnná	Využívám volný čas k provozování PA					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	66	2,92	2,87	1,47	4,66	0,69
Proměnná	Nevyužívám volný čas k provozování PA					
	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
BQ	24	3,29	3,21	2	6,28	0,95

Z výsledků tabulky 17 je patrné, že provozování pohybových aktivit má pozitivní dopad na míru výskytu syndromu vyhoření. Nejnižší průměrná hodnota BQ (2,92) byla zaznamenána u zdravotníků, kteří ve svém volném čase provozují PA a nejvyšší průměrná hodnota BQ (3,29) byla zaznamenána u těch, kteří PA neprovozují. V tomto výzkumném vzorku ale nebyl potvrzena statistická významnost Kruskal-Wallisovým testem.

Tabulka 18: Mann-Whitneyho U Test a statistická významnost PA

Proměnná	Mann-Whitneyův U Test (w/oprava na spojitost)						
	Dle proměn. využíváte volný čas k PA Označené testy jsou významné na hladině $p < ,05000$						
	Sčt poř. skup. 1	Sčt poř. skup. 2	U	Z	p-hodnot	Z upravené	p-hodnot
BQ	2830,000	1265,000	619,0000	-1,57392	0,115508	-1,57445	0,115385
	platných skup. 1	platných skup. 2	2*1str. přesné p				
BQ	66	24	0,115956				

Pro posouzení míry závislosti jsme použili Mann-Whitneyův U test s předem stanovenou hladinou významnosti $p \leq 0,05$. Z výsledků této analýzy vyplývá, že provozování PA ve volném čase nemá statisticky významné spojení s výskytem syndromu vyhoření.

6 DISKUSE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků v Šumperském okrese. Výsledky ukázaly, že 7 (7,8 %) respondentů se nachází v dobrém psychickém stavu. 39 (43,3 %) respondentů dosáhlo uspokojivého psychického stavu a 32 (35,5 %) respondentů by mělo přehodnotit svůj životní styl a priority. Syndrom vyhoření se prokázal u 11 (12,2 %) respondentů a pouze 1 (1,1 %) respondent se nachází v akutním stádiu syndromu vyhoření.

V první výzkumné otázce jsem zkoumala, zda věk u zdravotnických pracovníků hraje významnou roli při výskytu syndromu vyhoření. V mém výzkumném souboru nebyla prokázána statistická významnost. To naznačuje, že v mém výzkumném vzorku nemá věk vliv na výskyt syndromu vyhoření. Ve studii, která zkoumala příznaky syndromu vyhoření s ohledem na související sociodemografické faktory mezi sestrami v Nigerii, též zjistila, že věk v jejich výzkumném vzorku nebyl výrazně spojen s výskytem vyhoření (Ezenwaji et al, 2019). Přesto jsem našla tvrzení, které ukazuje na to, že věk může hrát roli při vzniku syndromu vyhoření. Autorka Prieß (2015) uvádí, že nejčastěji k syndromu vyhoření dochází kolem 40 roku života. V období, kdy mnozí jedinci již mají zajištěnou existenci a dosáhli svých cílů. V tomto momentě, kdy naplní své ambice a cíle si uvědomí, že kvůli neustálému spěchu za zdánlivě důležitými cíli zanedbávali své vnitřní potřeby a hodnoty.

V druhé výzkumné otázce jsem zjišťovala, zda délka praxe ovlivňuje vznik syndromu vyhoření. Po provedení analýzy statistické významnosti, nebyla prokázána statistická významnost a v mém výzkumném souboru nebyla nalezena souvislost mezi délkou praxe a syndromem vyhoření. Výsledky výzkumu se shodují s výsledky studie Ježorské et al. (2012), kteří zkoumali syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících na onkologii. Ve výsledcích výzkumu nezjistili statisticky významnou korelaci mezi mírou vyhoření a délkou praxe. Hofmanová (2009) ve své diplomové práci zkoumala problematiku syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků v domově důchodců a ve svém výzkumném vzorku rovněž nezjistila přímou souvislost mezi délkou praxe a rizikem vzniku syndromu vyhoření. Výsledky výzkumu také potvrdilo tvrzení Kebzi a Šolcová (2003), a to že délka praxe v oboru je neutrálním faktorem z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření. Délka praxe je diskutabilní proměnnou ve vztahu k syndromu vyhoření. Někteří autoři ji považují za neutrální, zatímco jiní ji považují za významnou (Vévodová et al, 2016).

V další otázce jsem zkoumala souvislost mezi pracovní pozicí a vnikem syndromu vyhoření. Výsledek této analýzy ukázal, že existuje statisticky významný rozdíl mezi pracovními pozicemi ošetřovatele a zdravotnického záchranáře. Je důležité zdůraznit, že výsledky mohou

být zkršený kvůli malému počtu zdravotnických záchranářů, kteří byli zahrnuti do výzkumného vzorku. Přestože jsem nenalezla konkrétní výzkumnou studii porovnávající pracovní pozice, mohu se opřít o zjištění a názory uvedené v odborné literatuře. Autoři Pešek a Praško (2016) poukazují na to, že Syndrom vyhoření často postihuje jedince, kteří jsou považováni za schopné, ambiciózní a zodpovědné. Mezi profesní skupiny s nejvyšším rizikem syndromu vyhoření patří zdravotní sestry.

Další zkoumaná otázka se týkala toho, zda souvisí vztah k práci se vznikem syndromu vyhoření. Z výsledků této analýzy vyplynulo, že mezi syndromem vyhoření a vztahem respondentů k jejich profesi existuje statisticky významný rozdíl. Výsledek poukazuje na to, že respondenti, u kterých se syndrom vyhoření vyskytuje, mají negativní vztah k práci. Svoji studii mohu opřít o názor uvedený autorkou Jeklovou a Reitmayerovou (2006), které tvrdí, že při syndromu vyhoření dochází k postupné ztrátě vnitřní motivace a vůle k práci. Zničená motivace následně vede k neschopnosti efektivně se angažovat v profesních aktivitách. Tento stav může být charakterizován jako zhoršení profesních dovedností a ztráta zájmu o pracovní úkoly a povinnosti. Dalšími autory, o které se mohu opřít je Kebza a Šolcová (2003), ti popisují, že v důsledku vlastního selhání a nenaplněného očekávání, se může vztah k pracovní činnosti, která kdysi přinášela radost a naplnění, změnit v negativní. Jedince provází pocity zklamání a marnosti, až se zdá nemožné ještě někdy pokračovat v této činnosti.

U další výzkumné otázky jsem se zaměřovala na to, zda existuje spojitost mezi tím, jak často mají respondenti čas na své vlastní zájmy a vznikem syndromu vyhoření. Na základě získaných dat jsem zjistila, že mezi respondenty, kteří mají často čas na své vlastní zájmy, a těmi, kteří nemají žádný čas nebo mají zřídka čas na vlastní zájmy a koníčky, existuje statisticky významný rozdíl. Z toho vyplývá, že respondenti, kteří mají více času na své vlastní zájmy, vykazují menší riziko vzniku syndromu vyhoření. Výsledky mého výzkumu, také potvrdila Hegrová (2018) ve své diplomové práci, která testovala vztah mezi třemi složkami MBI dotazníku a řízením času. Výsledky vypovídaly o tom, že čím méně respondenti trávili čas se svými blízkými a nevěnovali se svým zájmům, tím pociťovali vyšší emoční vyčerpání a depersonalizaci. Naopak respondenti, kteří tráví čas se svými blízkými a věnují se svým zájmům jsou v zaměstnání více spokojeni a zažívají větší osobní uspokojení. Otázkou se také zabývá Jochmannová et al. (2021), která uvádí, že časová náročnost práce je jeden z faktorů podporující vznik syndromu vyhoření. Velké množství požadavků a úkolů, kterým jedinec čelí, může vytvářet časový tlak na jejich splnění. Takový tlak vede k pocitu časového stresu, kdy jedinec cítí, že není schopen zvládnout všechny požadavky včas nebo s dostatečnou kvalitou. S tím tedy souvisí nedostatek volného času na odpočinek nebo přestávky, které postrádají skutečný relaxační význam.

V poslední výzkumné otázce jsem zkoumala souvislost mezi syndromem vyhoření a aktivním zapojením respondentů do pohybových aktivit ve volném čase. Výsledky této analýzy neprokázala, že by provozování PA ve volném čase mělo statisticky významné spojení s výskytem syndromu vyhoření. Přičemž Stock (2010) uvádí, že výsledky různých studií naznačují, že pohybové aktivity mohou významně přispět k redukci stresu, který je jedním z hlavních faktorů spojovaných se syndromem vyhoření. Pravidelná PA snižuje pocit napětí, stresových, úzkostných a depresivních stavů. O této problematice se zmiňují i autoři Kebza a Šolcová (2003), podle nich má při řešení těžkých životních situacích velký význam aktivní přístup k životu, který zahrnuje dostatek pohybových aktivit a celkové dodržování zdravého životního stylu. Ačkoliv z výsledku mého výzkumu vyplívá, že pohybová aktivita nemá vliv na výskyt syndromu vyhoření, tak mnoho autorů považuje pohybovou aktivitu za prevenci vzniku syndromu vyhoření.

7 ZÁVĚRY

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. Výzkumné šetření bylo realizováno od září 2023 do listopadu 2023 v okrese Šumperk. Šetření bylo prováděno pomocí dotazníků, který byly připraveny v tištěné formě a fyzicky rozdány na různá oddělení nemocnice. Dotazník byl rozdělen na dvě části, první část dotazníku byla tvořena anketou vlastní konstrukce a druhá část obsahovala standardizovaný dotazník Burnout Measure (BM). Počáteční část dotazníku zahrnovala otázky týkající se pohlaví, věku, vzdělání, délky praxe, pracovní pozice, pracoviště, vztahy na pracovišti a volnočasových aktivit. Druhá část dotazníku byla tvořena dotazníkem Burnout Measure, která obsahovala 21 otázek. Celkem se na výzkumném šetření podílelo 120 osob, u 30 z nich nebyly odpovědi kompletní, a proto byly vyřazeny. Celkový počet platných odpovědí, které byly zahrnuty do analýzy, činil 90.

Standardizovaný dotazník Burnout Measure odhalil následující naměřené hodnoty BQ. V kategorii $BQ < 2$ bylo zaznamenáno 7 osob, které se nacházely v dobrém psychickém stavu. V kategorii $2 \leq BQ < 3$, která byla nejvíce zastoupená a to v počtu 39 osob, dosáhli uspokojivého psychického stavu. V kategorii $3 \leq BQ < 4$ se nacházelo 32 osob, kterým se doporučuje přehodnotit svůj životní styl a priority. V kategorii $4 \leq BQ < 5$ bylo zařazeno 11 osob, u kterých byl prokázán výskyt syndromu vyhoření. Pouze 1 respondent trpěl akutním psychickým vyčerpáním a byl zařazen do kategorie s $BQ \geq 5$.

V rámci této studie byly stanoveny konkrétní výzkumné otázky, které směřovaly ke zjištění souvislostí mezi různými faktory a syndromem vyhoření u zdravotnických pracovníků. Pro analýzu dat byl použit Kruskal-Wallisův test a Mann-Whitneyho U test. Hladina statistické významnosti byla stanovena na $p \leq 0,05$. Následující výsledky byly zpracovány a vizualizovány pomocí grafů a tabulek s popisem.

- 1) Existuje souvislost mezi věkem a výskytem syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků?

Ve výzkumném souboru nebyla zjištěna statistická významnost. Na základě naměřených hodnot nemá věk respondentů ve výzkumném vzorku vliv na výskyt syndromu vyhoření.

- 2) Ovlivňuje délka praxe míru výskytu syndromu vyhoření?

Nebyla zde prokázána statistická významnost a délka praxe v tomto výzkumném souboru neovlivňuje vznik syndromu vyhoření.

- 3) Je spojitost mezi syndromem vyhoření a pracovní pozicí, kterou zaměstnanec vykonává?

Na základě získaných dat byl prokázán statisticky významný rozdíl mezi pracovními pozicemi ošetřovatele a zdravotnického záchranáře. Je však nutné poznamenat, že výsledky mohou být zkreslené, a to vzhledem k nízkému počtu zdravotnických záchranářů zahrnutých do výzkumného vzorku, který činil pouze 4 jedince.

- 4) Souvisí se vznikem syndromu vyhoření vztah k práci?

Z výsledků této analýzy vyplynulo, že mezi respondenty rozdělenými na ty, kteří mají negativní vztah k profesi a ty, co nemají negativní vztah, existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení syndromu vyhoření. Zvýšený výskyt syndromu vyhoření se ukázal u respondentů, kteří nemají rádi svoji práci.

- 5) Záleží při vzniku syndromu vyhoření na tom, kolik má zdravotnický pracovník času na vlastní zájmy a koníčky?

Na základě získaných dat bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl mezi respondenty, kteří mají často čas na své vlastní zájmy, a těmi, kteří nemají žádný čas nebo mají zřídka čas na vlastní zájmy a koníčky. Z výsledku výzkumu se zjistilo, že respondenti, kteří mají více času na své vlastní zájmy, vykazují menší riziko vzniku syndromu vyhoření.

- 6) Ovlivňuje provozování pohybových aktivit výskyt syndromu vyhoření?

Ve výzkumném souboru nebyla prokázána statistická významnost. Provozování PA nemá v tomto výzkumném vzorku vliv na vznik syndromu vyhoření.

8 SOUHRN

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřovala na detailní popis stresu a jeho různých aspektů. Popsány zde byly stresory, důsledky a různé strategiím, které lidé používají k jeho zvládnutí. Dále se teoretická část zabývá problematikou syndromu vyhoření, jeho definicí a charakteristikou. Jsou zde rozebrány skupiny osob, které jsou ohroženy tímto syndromem, a faktory, které mohou vést k jeho vzniku. Dále byl zkoumán proces rozvoje syndromu a jeho příznaky. Na závěr zde byly popsány různé možnosti prevence a diagnostika tohoto syndromu. Poslední kapitola teoretické části se zabývá duševní hygienou, zejména pohybovými aktivitami, relaxací, dýcháním a sociální oporou.

Praktická část se věnovala analýze dotazníkového šetření, které bylo realizováno od září 2023 do listopadu 2023 v okrese Šumperk. Šetření bylo prováděno pomocí dotazníků, který byly připraveny v tištěné formě a fyzicky rozdány na různá oddělení nemocnice. Dotazník byl rozdělen na dvě části, první část dotazníku byla tvořena anketou vlastní konstrukce a druhá část obsahovala standardizovaný dotazník Burnout Measure (BM) od autorů Aronson a Pines. Celkem se na výzkumném šetření podílelo 120 osob, u 30 z nich nebyly odpovědi kompletní, a proto byly vyřazeny. Celkový počet platných odpovědí, které byly zahrnuty do analýzy, činil 90.

Standardizovaný dotazník Burnout Measure odhalil následující naměřené hodnoty BQ, které jsou rozděleny do pěti kategorií. V první kategorii $BQ < 2$ bylo zaznamenáno 7 osob, které byly v dobrém psychickém stavu. Nejvíce zastoupenou kategorií byla $2 \leq BQ < 3$, kterou tvořilo 39 respondentů, kteří dosáhli uspokojivého psychického stavu. Kategorie $3 \leq BQ < 4$ obsahovala 32 osob, u nichž bylo doporučeno přehodnotit životní styl a priority. V kategorii $4 \leq BQ < 5$ bylo zařazeno 11 osob, u nichž byl prokázán výskyt syndromu vyhoření. Pouze 1 respondent trpěl akutním psychickým vyčerpáním a byl zařazen do kategorie s $BQ \geq 5$.

V rámci této studie byly stanoveny konkrétní výzkumné otázky, které směřovaly k odhalení souvislostí mezi různými faktory a syndromem vyhoření u zdravotnických pracovníků. Pro analýzu získaných dat byl použit Kruskal-Wallisův test a Mann-Whitneyho U test. U výzkumné otázky, zda má věk vliv na vznik syndromu vyhoření se neprokázal statisticky významný rozdíl a neprokázal se ani u otázek, které se zabývaly délkou praxe a pohybovými aktivitami. Podle dalších výsledků byl prokázán statisticky významný rozdíl u otázek zabývajících se pracovní pozicí, vztahem k práci a volným časem, který jedinec má na vlastní zájmy.

9 SUMMARY

The aim of the bachelor's thesis was to determine the level of burnout syndrome in health care workers.

The theoretical part of the bachelor thesis focused on a detailed description of stress and its various aspects. It described the stressors, the consequences and the different strategies people use to cope with it. Furthermore, the theoretical part deals with the issue of burnout syndrome, its definition and characteristics. The groups of people who are at risk of this syndrome and the factors that can lead to its development are discussed. The process of development of the syndrome and its symptoms are also examined. Finally, the various options for the prevention and diagnosis of the syndrome are described. The last chapter of the theoretical part deals with mental hygiene, especially physical activities, relaxation, breathing and social support.

The practical part was devoted to the analysis of the questionnaire survey, which was carried out from September 2023 to November 2023 in the district of Sumperk. The survey was conducted using questionnaires that were prepared in printed form and physically distributed to different departments of the hospital. The questionnaire was divided into two parts, the first part of the questionnaire consisted of a self-constructed survey and the second part contained a standardized Burnout Measure (BM) questionnaire by Aronson and Pines. A total of 120 people participated in the survey, 30 of whom did not provide complete responses and were therefore excluded. The total number of valid responses that were included in the analysis was 90.

The standardized Burnout Measure questionnaire revealed the following BQ measurements, which are divided into five categories. In the first category, $BQ < 2$, 7 persons were recorded who were in good psychological condition. The most represented category was $2 \leq BQ < 3$, which consisted of 39 respondents who achieved a satisfactory psychological state. The category $3 \leq BQ < 4$ contained 32 individuals who were advised to reassess their lifestyle and priorities. Category $4 \leq BQ < 5$ included 11 individuals who were found to have burnout syndrome. Only 1 respondent suffered from acute psychological exhaustion and was categorized as having $BQ \geq 5$.

In this study, specific research questions were set to reveal the association between various factors and burnout syndrome in healthcare workers. Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney U test were used to analyze the data obtained. No statistically significant difference was shown for the research question on whether age has an effect on the development of burnout syndrome, nor was it shown for the questions dealing with length of experience and

physical activities. According to other results, a statistically significant difference was shown for questions dealing with job position, relationship to work and the free time an individual has for his/her own interests.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- American Psychological Association (2014). The Road to Resilience. Retrived. *American Psychological Associatio*. Retriever from <https://advising.unc.edu/wp-content/uploads/sites/341/2020/07/The-Road-to-Resiliency.pdf>.
- Babapour, A. R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>
- Černý, V., & Grofová, K. (2015). *Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl*. Brno: Edika
- Ezenwaji, I. O., Eseadi, C., Okide, C. C., Nwosu, N. C., Ugwoke, S. C., Ololo, K. O., Oforka, T. O., & Oboegbulem, A. I. (2019). Work-related stress, burnout, and related sociodemographic factors among nurses: Implications for administrators, research, and policy. *Medicine*, 98(3), e13889. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370177/>
- Ge, M. W., Hu, F. H., Jia, Y. J., Tang, W., Zhang, W. Q., & Chen, H. L. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17-18), 5836-5854. <https://doi.org/10.1111/jocn.16708>
- Hamplová, L. (2019). *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada.
- Hegrová, V. (2018). *Syndrom vyhoření u pracovníků v domovech pro seniory*. (Diplomová práce).
- Hofmanová, R. (2009). *Syndrom vyhoření u zdravotnického personálu v domově důchodců*. (Diplomová práce)
- Honzák, R. (2009). Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovice. *Psychosom. časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu*, 2. Retrieved from <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2009/psy3-2009-cla3.pdf>
- Honzák, R. (2015). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad.
- Honzák, R., Cibulka, A., & Pilátová, A. (2019). *Vyhořet může každý*. Praha: Albatros Media as.
- Huber, J., Bankhofer, H., & Hewson, E. (2009). *30 způsobů jak se zbavit stresu*. Praha: Grada.
- Jeklová, M., & Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Vzdělávací institut ochrany dětí
- Ježorská, Š., Kozyková, J., & Chrastina, J. (2012). Syndrom vyhoření u všeobecných sester pracujících s onkologicky nemocnými. *Ošetrovateľstvo*, 2(2), 60-61. Retrieved from

https://www.researchgate.net/publication/281280927_Syndrom_vyhoreni_u_vseobecnych_SeSter_pracujicich_S_onkologicky_nemocnymi_sarka_jezorska_jana_kozykova_jan_chrastina

- Jochmannová, L., & Kimplová, T. (Eds.). (2021). *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada.
- Kallwass, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál.
- Kalman, M., Hamřík, Z., & Pavelka, J. (2009). *Podpora pohybové aktivity pro odbornou veřejnost*. Olomouc: ORE-institut.
- Kebza V., & Šolcová I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kolář, P. (2021). *Posilování stresem: cesta k odolnosti*. Praha: Euromedia Group.
- Kopřiva, K. (1997). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J., & Pečenková, J. (2004). *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada.
- Lochmannová, A. (2021). *Psychohygiena aneb jak se radovat v okamžicích (ne) radostných*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.
- Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál.
- Míček, L. (1984). *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
- Mlčák, Z. (2005). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.
- Novotný, J. S. (2014). Resilience versus "resilientní jedinec": Co vlastně zkoumáme?. *Psychologie a její kontexty*, 5(1), 4. Retrieved from https://psychkont.osu.cz/fulltext/2014/Novotny_2014_1.pdf
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada.
- Pavlakís, A., Raftopoulos, V., & Theodorou, M. (2010). Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Services Research*, 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-63>

- Pelcák, S. (2012). Duševní hygiena. *Psychologie v praxi – další vzdělávání zaměstnanců organizací poskytujících sociální služby*.
- Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta.
- Prieß, M. (2015). *Jak zvládnout syndrom vyhoření*. Praha: Grada.
- Procházka, R., Šmahaj, J., Kolařík, M., & Lečbych, M. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada.
- Sigmundová, D., Sigmund, E., & Šnoblová, R. (2012). *Návrh doporučení k provádění pohybové aktivity pro podporu pohybově aktivního a zdravého životního stylu českých dětí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Simočková, V. (2020). Psychohygiena študentov zdravotníckych odborov počas pandémie. *Zdravotnícke štúdie*, 12(1), 25. Retrieved from <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=959838>
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Squellati, R., & Zangaro, G. A. (2022). Eight ways nurses can manage a burnt-out leader. *Nursing Clinics*, 57(1), 70-72. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.11.005>
- Stackeová, D. (2011). *Relaxační techniky ve sportu*. Praha: Grada
- Stanulewicz, N., Knox, E., Narayanasamy, M., Shivji, N., Khunti, K., & Blake, H. (2019). Effectiveness of Lifestyle Health Promotion Interventions for Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(01), 2. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010017>
- Stětovská, I. (2015). *Duševní hygiena - praktické postupy*. In: Takács, L., Sobotková, D., & Šulová, L. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada
- Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
- Sullivan, V., Hughes, V., & Wilson, D. R. (2022). Nursing burnout and its impact on health. *health. Nursing Clinics*, 57(1), 153-169. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.11.011>
- Urbanovská, E. (2012). *Psychologie zdraví 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.
- Vévodová, Š., Ročková, Š., Kozáková, R., Dobešová, S. C., Kisvetrová, H., & Vévoda, J. (2016). Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester. *Psychologie a její kontexty*, 7(1), 74. Retrieved from <https://www.researchgate.net/profile/Jiri-Vevoda/publication/305046190> *The relationship between coping strategies and bur*

[nout syndrome in oncology nurses Copingove strategie a jejich vztah k syndromu vyhoreni u onkologických sester/links/57802edd08ae](#)

Vobořilová, J. (2015). *Duševní hygiena a stres*. Praha: České vysoké učení technické.

Vojtíšková, A. (2024). Syndrom vyhoření. *Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra*. Retrieved from <https://www.zzmv.cz/syndrom-vyhoreni>

Vollmerová, H. (1998). *Pryč s únavou*. Praha: Motto.

World Health Organization. (2019). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Zitková, H. (2021). Jak udržovat duševní zdraví své i našich dětí v době plné změn. *Metodický portál*. Retrieved from <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/z/22866/JAK-UDRZOVAT-DUSEVNI-ZDRAVI-SVE-I-NASICH-DETI-V-DOBE-PLNE-ZMEN.htm>

11 PŘÍLOHY

11.1 Dotazník Burnout Measure

Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků

Dobrý den,

jmenuji se Jana Vágnerová a jsem student oboru Aplikované pohybové aktivity na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého.

Obracím se na Vás s prosbou o pomoc s dotazníkovým šetřením, které je prováděno v rámci výzkumu k mé bakalářské práci. Toto šetření se týká zdravotnických pracovníků (ošetřovatele, zdravotní sestry).

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku níže. Dotazník se skládá ze dvou částí a je zaměřený na téma syndrom vyhoření. Vyplněním dotazníku mi pomůžete získat data potřebná k zmapování problematiky syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. Prosím Vás, o co nejpravdivější odpovědi. Dotazník je zcela anonymní. Vyplněním dotazníku souhlasíte s použitím, Vámi uvedených dat, v tomto výzkumném projektu.

Předem Vám děkuji za ochotu se zúčastnit dotazníkového šetření. Pokud budete chtít znát výsledky šetření, obraťte se prosím na můj email: jana.vagne@seznam.cz

S pozdravem,

Vágnerová Jana

(student oboru Aplikované pohybové aktivity na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci)

Dotazník:

1. Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk

- 7) a) Méně než 30
- 8) b) 30 – 50
- 9) c) Více než 50

3. Vzdělání

- 10) a) Vyučen/kvalifikační kurz
- 11) b) Středoškolské (SZŠ)
- 12) c) Vyšší odborné (DiS.)

- 13) d) Vysokoškolské - bakalářské (Bc.)
- 14) e) Vysokoškolské - magisterské (Mgr.)
- 15) f) Jiné

4. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

- a) Méně než 1 rok
- b) 1 – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) 16 – 20 let
- f) Více jak 21 let

5. Na jaké pozici pracujete?

- a) Ošetřovatelka
- b) Praktická sestra
- c) Všeobecná sestra
- d) Jiná pozice – jaká:

6. Studujete v současné době?

- a) ANO, vyšší odborná škola zdravotnická
- b) ANO, vysoká škola zdravotnická
- c) ANO- vysoká škola - jiná
- d) NE

7. Nyní pracujete na pracovní úvazek?

- a) Zkrácený
- b) Třísměnný provoz (každá směna 8 hodin)
- c) Dvanáctihodinový provoz (denní 12 hodin, noční 12 hodin)
- d) Jednosměnný
- e) Jiný úvazek – jaký:

8. Uveďte své současné pracoviště:

- a) Ambulantní péče
- b) Lůžková péče – jaká?
 - a) Standardní lůžková péče
 - b) Intenzivní lůžková péče
 - c) Následná péče

9. Máte dobré vztahy na svém pracovišti s ostatními kolegy?

- a) Ano
- b) Ne

c) Někdy ano, někdy ne

10. S jakou věkovou skupinou převážně pracujete?

a) 0 – 19 let

b) 19 – 50 let

c) 50 a více let

d) Nelze jednoznačně určit

11. Zažíváte při práci ve zdravotnictví stresové situace?

a) Ano

b) Ne

12. Víte, co znamená termín syndrom vyhoření?

a) Ano

b) Ne

13. Znáte některá preventivní opatření proti vzniku syndromu vyhoření?

a) Ano

b) Ne

14. Máte v tuto chvíli rád/a svou práci?

a) Ano

b) Ne

15. Uvažujete o změně oboru/povolání?

a) Ano

b) Ne

16. Máte čas na vlastní zájmy nebo koníčky mimo práci?

a) Vždy

b) Často

c) Někdy

d) Zřídka

e) Nikdy

17. Využíváte Váš volný čas k provozování pohybových aktivit?

a) Ano

b) Ne

18. Jak často pohybové aktivity (v délce trvání min. 30 minut) provozujete?

a) Jedenkrát týdně

b) Dvakrát týdně

c) Třikrát a vícekrát týdně

d) Denně

e) Neprovozují

19. jak trávíte dovolenou?

a) Odpočinek (většinu času odpočívám, relaxuji)

b) Aktivně (na horách, u vody, cestováním)

c) Obě varianty (odpočinkově, aktivně)

Dotazník BM

V tomto dotazníku doplňte u každého tvrzení křížek pod číslem, jenž nejvíce odpovídá Vaším pocitům, které prožíváte. Síla pocitů: 1 - Nikdy 2 - Jednou za čas 3 - Zřídka kdy 4 - Někdy 5 - Často 6 - Obvykle 7 - Vždy

Otázka	Nikdy	Jednou za čas	Zřídka kdy	Někdy	Často	Obvykle	Vždy
Byl(a) jsem unaven(a).							
Byl(a) jsem v depresi (tísni).							
Prožíval(a) jsem krásný den.							
Byl(a) jsem tělesně vyčerpán(a).							
Byl(a) jsem citově vyčerpán(a).							
Byl(a) jsem šťastná(šťasten).							
Cítil(a) jsem se vyřízen(a), zničen(a).							
Nemohl(a) jsem se vzchopit a pokračovat dále.							
Byl(a) jsem nešťastný(á).							
Cítil(a) jsem se uhoněný(á) a utahaný(á).							
Cítil(a) jsem se jakoby uvězněn(á) v pasti.							
Cítil(a) jsem se jako bezcenný(á).							
Cítil(a) jsem se utrápen(a).							
Tížily mne starosti.							
Cítil(a) jsem se							

zklamán(a) a rozčarován(a).							
Byl(a) jsem sláb(a) a na nejlepší cestě k onemocnění.							
Cítil(a) jsem se beznadějně.							
Cítil(a) jsem se odmítnut(a) a odstrčen(a).							
Cítil(a) jsem se pln(á) optimismu.							
Cítil(a) jsem se pln(á) energie.							
Byl(a) jsem pln(á) úzkostí a obav.							