

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí

Bc. Eva Marie Horylová

© 2022 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Eva Marie Horylová

Veřejná správa a regionální rozvoj – k. s. Šumperk

Název práce

Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí

Název anglicky

Burnout syndrome in helping professionals

Cíle práce

Diplomová práce má za cíl popsat a analyzovat míru syndromu vyhoření u dvou rozdílných skupin pracovníků pomáhajících profesí s ohledem na jejich pracovní zařazení, pracovní zkušenost, délku praxe a další faktory, které mohou ovlivnit míru syndromu vyhoření u zaměstnanců daných profesí. Pro dosažení tohoto cíle budou v teoretických východiscích práce analyzovány dostupné zdroje informací za účelem vymezení a operacionalizace jednotlivých proměnných. V rámci vlastního výzkumu bude provedeno empirické šetření, jehož výsledky budou statisticky zpracovány a interpretovány v diskuzi a závěru diplomové práce. Data budou analyzovány a interpretovány nejenom s ohledem na míru přítomnosti syndromu vyhoření u respondentů, ale také ve vztahu k přijetí možných preventivních opatření na straně jednotlivců i zaměstnavatele.

Metodika

Prvním krokem při zpracovávání diplomové práce bude analýza dostupných informačních zdrojů s cílem vymezení jednotlivé proměnné, jejichž zkoumání bude následně předmětem vlastního výzkumu diplomové práce. Dalším krokem po vymezení proměnných bude volba výzkumného plánu, volba vhodných metod pro zkoumání daného problému a formulace hypotéz, které budou empiricky ověřovány. Při sběru dat se autorka přikloní k metodám ze spektra kvantitativní metodologie a empirické šetření realizuje v podobě strukturovaného dotazníku. Získaná data pak budou statisticky zpracována a jejich interpretace povede k formulování závěrů.

Doporučený rozsah práce

60 – 80 stran

Klíčová slova

coping, stres, stresory v pracovním prostředí, syndrom vyhoření, zdravotnický pracovník

Doporučené zdroje informací

- ARNOLD, J. – RANDALL, R. *Work psychology : understanding human behaviour in the workplace*. New York: Pearson Education, 2016. ISBN 9781292063409.
- BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
- FERJENČÍK, J. – BAKALÁŘ, P. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu : jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.
- HENDL, J. *Přehled statistických metod : analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0981-2.
- HONZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. V Praze: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7601-004-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- PELCÁK, S. *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-576-9.
- PEŠEK, R. – PRAŠKO, J. *Syndrom vyhoření : jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
- WAGNEROVÁ, I. *Psychologie práce a organizace : nové poznatky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3701-0.

Předběžný termín obhajoby

2021/22 LS – PEF

Vedoucí práce

PhDr. Ludmila Natovová, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra psychologie

Elektronicky schváleno dne 19. 10. 2021

PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 27. 10. 2021

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 15. 09. 2022

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 28. 11. 2022

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní PhDr. Ludmile Natové, Ph.D. za odborné vedení, inspiraci, cenné rady a připomínky, za pomoc a vstřícnost při vypracování této diplomové práce. Dále děkuji všem zúčastněným dotazníkového šetření, že si udělali čas a byli nakloněni věnovat mému dotazníku svou energii. Velký dík celému týmu zdravotních sester a farmaceutickým pracovníkům z řad lékáren, kteří ochotně poskytli cenná data pro zpracování empirické části diplomové práce.

Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků dvou skupin pomáhajících profesí. V diplomové práci se autorka zaměřila na zkoumaný vzorek zdravotních sester a pracovníků lékáren.

Diplomová práce má teoretickou a praktickou část. V teoretické části autorka popisuje problematiku syndromu vyhoření v celých souvislostech od historie, definuje základní klíčové pojmy, přes charakteristiku jednotlivých fází až po výčet typických příznaků syndromu vyhoření. Autorka také charakterizovala jednotlivé druhy zkoumaných profesí a jejich postavení v rámci zdravotnického systému. Jsou rovněž popisovány různé diagnostické metody pro zkoumání syndromu vyhoření. Teoretická část také obsahuje kapitolu, která představuje nejvýznamnější představitele bádání v této oblasti. Autorka navrhuje a rozebírá možná preventivní opatření.

Praktická část navazuje na teoretickou část a věnuje se kvantitativnímu výzkumu prostřednictvím známého dotazníku BMI, který vyplnilo 460 respondentů. Sesbíraná data byla interpretována pomocí pruhových grafů s detailními popisy výsledků šetření. Autorka stanovila hypotézy, které jsou v práci vyhodnocené pomocí statistických metod, a výzkumnou otázku. Na základě statistických metod byly výsledky popsány pomocí tabulek a grafů.

Cílem diplomové práce je ověřit platnost stanovených hypotéz, popsat výsledek šetření a zodpovědět na výzkumnou otázku, zjistit závislost na profesních skupinách ve třech dimenzích syndromu vyhoření, závislost míry vyhoření na délce praxe obou skupin dotazovaných, jejich myšlenky na změnu zaměstnání a v jaké míře jsou dvě zkoumané profese pomáhajících profesí ohroženy syndromem vyhoření.

Klíčová slova: farmaceut, pracovní zátěž, stres, syndrom vyhoření, zdravotní sestra, zdravotnický pracovník

Burnout syndrome in healthcare workers

Abstract

The thesis deals with issue burnout syndrome in healthcare workers of two groups of helping professions. In the diploma thesis, the author focussed on the research sample of nursers and pharmacy workers.

The thesis is divided into two part, the theoretical and the empirical part. In the theoretical part the author describes the issue burnout syndrome in all contexts, she defines key words, through the characteristics of individual phases and the list with typical symptoms of burnout syndrome. The author characterizes the individual types of professions and their position in our healthcare system. The author also describes various diagnostic methods for examining burnout syndrome. The theoretical part contains a chapter with the most important representatives of research in this area. The author proposes and discusses possible preventive measures.

The practical part follows in the theoretical part and deals with quantitative research using the well-known BMI questionnaire which was filled in by 460 respondents. The collected data were interpreted using graphs with detailed descriptions of the survey results. The author establishes hypotheses that are evaluated in the work using statistical methods. The results are clarified based on these statistical methods using tables and graphs.

The aim of the diploma thesis is to verify the validity of the established hypotheses, to find out the dependence on professional groups in the three dimensions of the burnout syndrome, the dependence on the degree of burnout on the length of proffesional experience of both groups, their thoughts of changing job. The diploma thesis deals with the extent to which both researched helping professions are threatened by the burnout syndrome.

Keywords: burnout syndrome, healthcare worker, nurse, pharmacist, stress, workload

Obsah

1	Úvod	9
2	Cíl práce a metodika	10
2.1	Cíl práce	10
2.2	Metodika	10
2.2.1	Výzkumný design	11
2.2.2	Charakteristika výzkumného vzorku	11
2.2.3	Výzkumná otázka	14
2.2.4	Hypotézy	14
2.2.5	Vyhodnocení dotazníku MBI	17
3	Teoretická část práce	21
3.1	Syndrom vyhoření	21
3.1.1	Historie	21
3.1.2	Definice syndromu vyhoření	22
3.2	Příznaky syndromu vyhoření	24
3.2.1	Subjektivní příznaky	24
3.2.2	Objektivní příznaky	25
3.3	Fáze syndromu vyhoření	28
3.3.1	Nadšení	29
3.3.2	Stagnace	29
3.3.3	Frustrace	30
3.3.4	Apatie	30
3.4	Diagnostické nástroje pro syndrom vyhoření	31
3.5	Hlavní představitelé výzkumu syndromu vyhoření	34
3.6	Nejohroženější profesní skupiny – pomáhající profese	36
3.6.1	Profese zdravotní sestry	38
3.6.2	Profese farmaceuta, farmaceutického asistenta	39
3.7	Prevence syndromu vyhoření	42
3.7.1	Sociální opora	44
3.7.2	Supervize	45
3.7.3	Coping	46
3.8	Syndrom vyhoření v čase pandemie	47
4	Praktická část práce	50

4.1	Výzkumné šetření.....	50
4.1.1	Výzkumný záměr a cíl	50
4.1.2	Výzkumný soubor.....	51
4.1.3	Interpretace výsledků položek dotazníkového šetření	51
4.2	Testování hypotéz	70
4.2.1	Analýza výsledků.....	70
4.3	Výzkumná otázka.....	79
4.3.1	Výsledek výzkumné otázky	79
5	Zhodnocení a doporučení.....	83
5.1	Zhodnocení.....	83
5.2	Doporučení	86
6	Závěr	90
7	Seznam použitých zdrojů	93
8	Seznam obrázků, tabulek a grafů.....	98
8.1	Seznam obrázků	98
8.2	Seznam tabulek	98
8.3	Seznam grafů.....	98
Přílohy	100

1 Úvod

Lidská psychika člověka je stále opředena tajemstvím, i když se odborníci zabývají jejím zkoumáním řadu let.

Autorka diplomové práce pracuje jako personalista, proto ji zajímají procesy lidské psychiky. Zejména to, jak vybalancovat duševní zdraví a potřebu pracovního výkonu. Autorka se rozhodla věnovat tématu syndromu vyhoření ve své diplomové práci a prozkoumat míru syndromu vyhoření u pracovníků lékáren, které vnímá v bezprostřední blízkosti každodenních pracovních činností.

Pro srovnání s touto profesí si vybrala druhý okruh zdravotnických pracovníků, z oblasti pomáhajících profesí, zdravotní sestry, které jsou častěji spojovány s rizikem onemocnění syndromem vyhoření než pracovníci lékáren. Autorku zajímá, v jaké fázi syndromu vyhoření se tyto dvě zdravotnické profese nacházejí, zdali míra ohrožení syndromem vyhoření je u zdravotnických profesí závažná. Který zkoumaný vzorek vykazuje rizikové faktory pro vyhoření ve větší míře. Často se syndrom vyhoření vyskytuje u lidí, kteří svou energii a péči věnují ostatním lidem okolo, což pracovníci v okruhu pomáhajících profesí bezpochybně jsou.

Tato diplomová práce se zabývá empirickým zkoumáním míry syndromu vyhoření u dvou profesních skupin pomáhajících profesí. Cílem je zjistit závislost na profesních skupinách ve třech dimenzích syndromu vyhoření, závislost míry vyhoření na délce praxe obou skupin dotazovaných a v jaké míře jsou dvě zkoumané profese pomáhajících profesí ohroženy syndromem vyhoření.

Dle Ptáčka (2018) *„Intenzivnější symptomy syndromu vyhoření vykazuje asi 20 procent populace. Ve srovnání se světem je to někde uprostřed“*.

Svět se zrychluje, nároky na duševní odolnost stoupají. Jedinci s nižší resiliencí, tedy s oslabenou schopností řešit a vyrovnávat se s nepříznivými životními situacemi, obtížněji odolávají stresu, depresivním stavům a častěji podléhají syndromu vyhoření.

Autorka zhodnotí, jaký je momentální stav u těchto dvou vzorků populace pomáhajících profesí, jak si aktuálně stojí zdravotnický personál a jakým způsobem řeší prevenci vyhoření.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je empiricky ověřit problém týkající se syndromu vyhoření a souvislosti s mírou ohrožení u dvou rozdílných profesních skupin. Cíleně dotazníkovým šetřením zmapovat, do jaké míry jsou dvě skupiny zdravotnických pracovníků pomáhajících profesí ohroženi syndromem vyhoření. Při celém postupu získávání dat a šetření je brán ohled na vykonávající profesi, pohlaví, věk, délku praxe, těsnost kontaktu s lidmi při výkonu práce a v neposlední řadě vliv aktuálního vývoje ve zdravotnictví na psychiku zdravotnických pracovníků. Hlavním cílem diplomové práce je porovnat závažnost syndromu vyhoření u zdravotních sester, které jsou v bezprostředním kontaktu s pacientem bez ohledu na konkrétní zdravotnické oddělení, a skupinou zdravotnických pracovníků pracujících v lékárenském zařízení, kteří sice přicházejí do styku s podobnou skupinou pacientů, ale v odlišných situacích týkajících se nemocí a zdravých lidí. Záměrem autorky je také zabývat se v diplomové práci prevencí a nápravnými opatřeními pro obecně skupiny pomáhajících profesí.

2.2 Metodika

Teoretická část diplomové práce je zpracována s využitím odborné literatury, elektronických zdrojů a odborných článků, které jsou jako použité zdroje uvedeny na samotném konci práce. Citace a parafráze autorů různých výroků použitých v textu jsou pečlivě uváděny jako zdroj čerpání myšlenek a názorů. Autorka popisuje základní pojmy důležité pro pochopení tématu diplomové práce. Vysvětlení podrobných začátků vývoje syndromu vyhoření, srovnání definic různých autorů a vývoj jednotlivých fází syndromu jsou klíčové pro tuto diplomovou práci. Teoretická část zahrnuje popis pomáhajících profesí jako vysvětlení oborů lehce zasažitelných syndromem vyhoření.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na srovnání dvou profesních skupin zdravotnických oborů a jejich míru ohrožení syndromem vyhoření. Souvislost syndromu vyhoření u těchto pomáhajících profesí je dána nejen charakterem vykonávané práce, čím dál rostoucími nároky na jejich povolání, možnostmi vyšších investic do technologií

ve zdravotnictví, ale také rostoucími osobními nároky lidí na svůj pracovní život a kariérní růst.

2.2.1 Výzkumný design

Výzkumným designem je orientační výzkum neboli výzkumná sonda (Ferjenčík, 2000, s. 123) do prostředí dvou pomáhajících profesí, s cílem ověřit hypotézy týkající se rozdílů mezi těmito skupinami mírou syndromu vyhoření a interpretovat představu o výzkumném problému prostřednictvím odpovědi na výzkumnou otázku. Uspořádání výzkumného designu tvoří sběr dat, stanovení proměnných a hypotéz pro vztahy mezi zkoumanými vzorky s cílem hlouběji proniknout do problematiky syndromu vyhoření u vybraných profesí.

Praktickou část autorka diplomové práce zaměřila na kvantitativní výzkum s objektivním, a co možná nejpřesnějším zkoumáním reality a spojitosti specifík dvou pomáhajících profesí, zkoumání podobnosti míry jejich vyhoření a objasnění jevů popisujících syndrom vyhoření. Postup je formalizován, zaručuje jeho ověřitelnost nebo opakovatelnost pro porovnání v odlišných obdobích s jinými vlivy prostředí u stejných profesních skupin.

V diplomové práci autorka použila k výzkumu dotazník, který zahrnuje i nutnou podmínku analýzy dle Dismana (2002, s. 126), kterou je totožnost otázek v dotazníku pro obě zkoumané skupiny respondentů. Disman (2002, s. 126) charakterizuje kvantitativní výzkum „jako testování hypotéz o skupinách, a ne o jedincích“.

2.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Autorka ve své práci použila dva výzkumné vzorky pomáhajících profesí s tzv. účelovým výběrem, o kterém Disman (2002) říká, že je nutná přesná a jasná definice vzorku populace, který je zkoumán. Autorka má jednoznačný záměr porovnávat dvě konkrétní skupiny.

První skupinou je populační vzorek zdravotních sester a údaje pro zaslání dotazníků prostřednictvím sdíleného odkazu na sociálních sítích autorka zamýšlela získat souhlasem prezidia České asociace sester, která je organizací dobrovolnou, nepolitickou, profesní. I přesto, že se spolupráce po několika emailech s vedením asociace odsouhlasila,

v průběhu emailové komunikace autorka vycítila, a byla také upozorňována, že zaměstnanci jsou zahlceni úplně jinou prací než vyplňovat dotazník, proto se autorka rozhodla dál zjišťovat možnosti, jak se dostat blíže ke zdravotním sestřím jinou cestou.

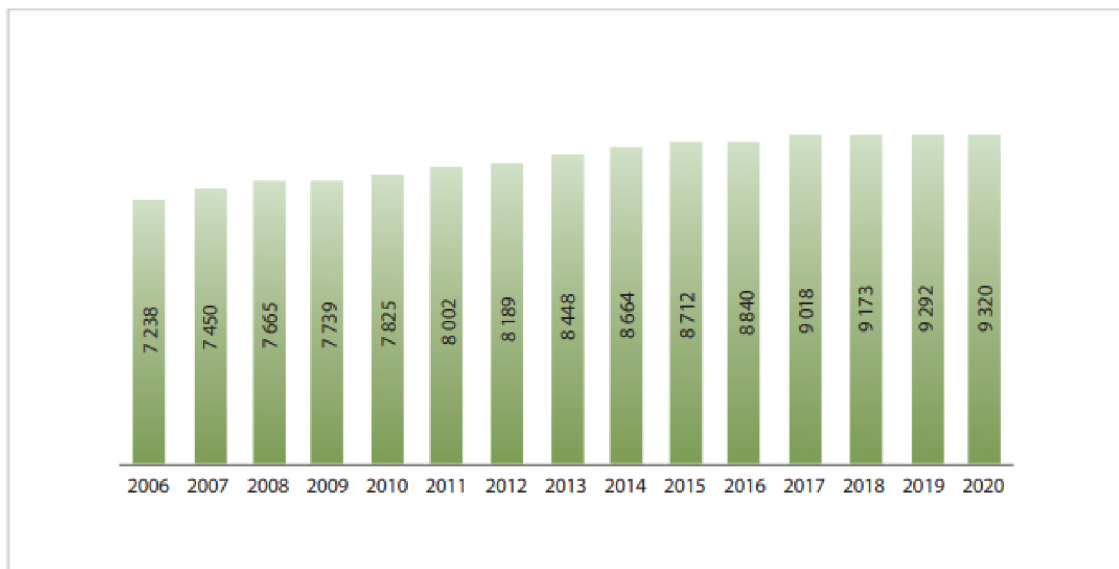
Údaj o počtu členů v této asociaci je dostupný ve Výroční zprávě z roku 2019 České asociace sester (2020), spolek má až 3000–4000 aktivních členů.

Původně autorka možnost oslovení respondentů přes tuto profesní skupinu považovala za nejvhodnější vzorek populace pro svůj dotazník z důvodu jakési záruky, že je pod záštitou a se souhlasem organizace, jejíž jsou členy. Naštěstí dnešní dostupnost internetu autorce pomohla najít obdobnou skupinu sdružující zdravotní sestry na stejné bázi dobrovolnosti ve skupině na sociálních sítích. Byl osloven správce facebookové skupiny Zdravotní sestřičky a bratři, který zaštiťoval uzavřenou komunitu zdravotních sester ze všech oborů v počtu 7500 členů. Skupina je uzavřená, členství je schvalováno po vyplnění krátkých bodů ohledně konkrétní pracovní profese ve zdravotnictví. Do skupinky autorce dovolili nahlédnout, bylo zjištěno, že členové jsou velmi aktivní, navzájem si sdílejí inzerci práce, svoje osobní zkušenosti z pracovního prostředí i osobního života. Tato skupina je méně uniformní, členové se více otevřou a autorka předpokládala, že budou ochotni se aktivně podílet na vyplnění zveřejněného dotazníku.

Většina respondentů dávala po vyplnění dotazníku zpětnou vazbu, že se zúčastnili, dávali autorce i podněty ke komunikaci ohledně typů otázek, objevili se i připomínky k délce dotazníku, nebo škálovým odpovědím. Autorka s respondenty komunikovala a odpovídala na jejich zprávy přímo v chatu ve skupině. Byl kladen důraz na důvody, proč se neodchýlit od daných typů otázek, vzhledem k originalitě Burnout dotazníku Christiny Maslachové a postupu při vyhodnocování. Výsledky z vyplněných dotazníků jsou zobecněny na celý výzkumný soubor zdravotních sester. Číslo možného dostupného vzorku ze všech členů v sociální skupině neznamena i takovou návratnost odpovědí na dotazník, ani to autorkou nebylo očekáváno.

Druhou skupinou jsou farmaceutičtí pracovníci. Ve své vlastní databázi má autorka shromážděno cca 2000 kontaktů na lékárenská zařízení v ČR, dle Výroční zprávy z roku 2019 je v ČR 2547 lékáren (Výroční zpráva, 2020). Databáze je vytvořena z několikaletého shromažďování kontaktů během výkonu svého povolání a budování profesních vztahů s tímto vzorkem populace. V lékárnách pracuje více jak 9000 farmaceutů (obrázek 1) a jiných profesí, jako jsou farmaceutičtí asistenti, laboranti, sanitáři a ostatní pomocné síly.

Obrázek 1 Počet členů lékárnické komory



Zdroj: Výroční zpráva, Česká lékárnická komora, 2020

Po rozeslání žádosti o vyplnění dotazníků na kontaktní emaily nebyla návratnost odpovědí dle očekávání autorky. Na vině mohlo být jednak množství pracovních úkolů a povinností zaměstnanců, nebo také bezpečnostní opatření při přijímání emailové korespondence na straně příjemce. Žádosti také mohly být doručeny do emailových boxů jako nevyžádaná pošta, a tudíž se do doručených pošt adresátům vůbec nedostaly. Proto se autorka po vzoru zveřejnění žádosti o vyplnění dotazníků pro zdravotní sestry rozhodla o zveřejnění prostřednictvím oficiálních facebookových skupin odborného zaměření na lékárnickou profesí.

Tento způsob se jevila jako vhodná volba sběru dat, a ještě ten den po zveřejnění se začaly objevovat první odeslané odpovědi zaměstnanců lékáren. I tito respondenti s autorkou komunikovali ohledně vyplnění dotazníku, dávali zpětnou vazbu do komentářů, aktivně se zapojovali, i když se autorce jeví méně otevření a přístupní než skupina zdravotních sester.

Určení míry návratnosti odpovědí na dotazník z dané populace těchto vzorků je obtížné, závisí na aktuální zaneprázdněnosti pomáhajících profesí v daném čase a ochotě věnovat dotazníku několik minut času.

Dotazování autorka ukončila po dvou týdnech dotazování, kdy počet odpovědí na zasláný dotazník u skupiny zdravotních sestřiček dosáhl 340 a u skupiny lékárnických

profesí 124 odeslaných vyplněných dotazníků a několik dnů se další nové odpovědi na dotazník nezaznamenávaly. Dle rychlosti a počtu navrácených odpovědí za poměrně krátkou dobu autorka míní, že téma vyhoření pro obě profese je zajímavé a aktuální.

U kvantitativního výzkumu problém interpretuje téma zkoumání jako vztah proměnných, které jsou v podobě jevů nebo vlastností a které se v dotazníku vyznačují podle Ferjenčíka (2000) konkrétností. Jevem nebo vlastností se rozumí pohlaví, věk, délka praxe, nebo chování v konkrétních situacích. Ferjenčík (2000, s. 68) říká, že všechny proměnné spolu navzájem souvisejí, mohou se ovlivňovat a doplňovat.

Ferjenčík (2000) proměnné dělí:

- 1) Proměnné organismické – jsou člověku dány, např. pohlaví, věk, inteligence;
- 2) Proměnné odpověďové – reakce organismu na podněty, jsou jakýmsi výstupem, např. chování, prožívání, smích, pohyby;
- 3) Proměnné podnětové – jsou vstupem do organismu a působí na něj, např. okolí a z něj různé informace zpracované sluchem, zrakem, hmatem.

Druhy proměnných autorka zahrnula do doplňujících otázek vyskytujících se v první části dotazníku.

2.2.3 Výzkumná otázka

Autorka diplomové práce stanovila výzkumnou otázku s ohledem na cíl práce, zjistit míru vyhoření u dvou pomáhajících profesí zdravotnických profesí a šetřením odpovědět na stanovenou výzkumnou otázku.

Výzkumná otázka zní:

Jak velká je míra ohrožení syndromem vyhoření u dvou zkoumaných skupin pomáhajících profesí, zdravotních sester a pracovníků lékárny?

2.2.4 Hypotézy

Disman (2002, s. 76) popisuje kvantitativní výzkum jako deduktivní, to znamená, že na začátku je problém v rovině teorie. Autorka diplomové práce tuto teorii

přeformulovala neboli provedla operacionalizaci výzkumného problému do následujících hypotéz.

- *H1₀: Skóre vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání nezávisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra);*
- *H1_A: Skóre vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání závisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra);*
- *H2₀: Skóre vyhoření v dimenzi depersonalizace nezávisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra);*
- *H2_A: Skóre vyhoření v dimenzi depersonalizace závisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra);*
- *H3₀: Skóre vyhoření v dimenzi osobního uspokojení nezávisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra);*
- *H3_A: Skóre vyhoření v dimenzi osobního uspokojení závisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra);*
- *H4₀: Skóre vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání nezávisí na délce praxe ve zdravotnictví;*
- *H4_A: Skóre vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání závisí na délce praxe ve zdravotnictví;*
- *H5₀: Skóre vyhoření v dimenzi depersonalizace nezávisí na délce praxe ve zdravotnictví;*
- *H5_A: Skóre vyhoření v dimenzi depersonalizace závisí na délce praxe ve zdravotnictví;*
- *H6₀: Skóre vyhoření v dimenzi osobního uspokojení nezávisí na délce praxe ve zdravotnictví;*
- *H6_A: Skóre vyhoření v dimenzi osobního uspokojení závisí na délce praxe ve zdravotnictví;*
- *H7₀: Myšlenky na změnu zaměstnání nezávisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra);*
- *H7_A: Myšlenky na změnu zaměstnání závisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra).*

Na tyto stanovené hypotézy byl brán ohled při výběru testovaných proměnných v dotaznících, které byly rozeslány prostřednictvím sociálních sítí jednotlivým skupinám

s online odkazem. Dotazníky byly vytvořeny v programu Google Forms. Výstupem z tohoto programu je tabulka excel, u žádné z otázek se neobjevily problémy z důvodu nepochopení otázky. U získaných dotazníků byla zkontrolována správnost a úplnost vyplnění odpovědí u všech otázek. Z důvodu chybějící hodnoty u položky z oblasti měření osobního uspokojení byli vyřazeni z datového souboru 4 respondenti. Data z vyplněných dotazníků zaslaných respondentům posloužila autorce pro další zpracování a interpretaci výsledků, doporučení a závěrů.

Dotazník s proměnnými se skládá ze tří částí (Příloha č. 1):

- 1) Představení autorky výzkumu, účel dotazování, krátký sumář o typech otázek a poděkování za vyplnění;
- 2) Otázky týkající se základních sociodemografických údajů respondenta (věk, pohlaví, délka praxe), otázka 1-10;
- 3) Dotazník Maslach Burnout Inventory, dotazník MBI použit originál beze změn, otázka 11-33.

Vypracovaný dotazník obsahuje celkem 33 položek. V dotazníku autorka použila uzavřené otázky dichotomické nebo trichotomické s možnostmi odpovědí ANO, NE a NEVÍM, otázky s čísly 4,5,6,7,8,10. Dotazování pomocí uzavřených otázek s možností pouze jedné odpovědi typu single choice autorka vložila do dotazníku pod čísly 1,2,3, a jiný druh alternativní multiple choice otázky, která je koncipována pro výběr více možných odpovědí respondenta, najdeme v dotazníku s číslem 11. Otázka číslo 9 nabízí volnost respondentovi vypsání libovolného textu. Zbylé otázky číslo 12-33 jsou dle Maslach Burnout dotazníku škálové, v diplomové práci se autorka neodchýlila od možnosti výběru síly pocitů v daných otázkách od původní verze. Otázky 34-36 autorka použila pro informace ohledně úvahy o změně zaměstnání dotazovaného v souvislosti s pandemickou krizí. Autorka se záměrně snažila vyhnout otázkám sugestivním, řečnickým, otázkám s nuceným výběrem buď anebo, ale také i také otázkám nepřímým, nebo zaobaleným, netýkajícím se daného tématu výzkumu.

Z dotazníku MBI dle Křivohlavého (1998) nám vyplynou tři základní faktory v těchto dimenzích:

- EE (emotional exhaustion), emocionální vyčerpání, které považujeme za nejdůležitější faktor pro stanovení stavu syndromu vyhoření, nastává jako první

fáze. Osoba emocionálně vyčerpaná prožívá stavy podrážděnosti, trápí ho změny nebo výkyvy nálad, nedostatečná motivace pro jakoukoli činnost, pesimismus. Mezi emocionální vyčerpání zahrnujeme také stavy spojené s fyzickou stránkou, jako je bolest hlavy, poruchy spánku nebo nechut k jídlu. Pocity méněcennosti, strachu ze selhání, poruchy kognitivních funkcí, chybějící energie pro práci i vztahy jsou častými příznaky tohoto specifického stavu;

- DP (depersonalisation), depersonalizace je definována jako další faktor syndromu vyhoření. V této fázi osoba prožívá pocity odcizení se od vlastního těla. V případě zdravotnických pracovníků je typickou příčinou depersonalizace absence reciprocity (tj. kladné odezvy) od pacientů, o které pečují. Při dlouhodobém pocitu, že se péče mívá účinkem, že není vzájemná spolupráce, chybí respekt, úcta, vzájemná kontinuita a vyrovnanost tzv. „jak ty mně, tak já tobě“, vytrácí se smysl práce, dochází k dehumanizaci (tj. odlidštění) a osoba se k lidem může začít chovat dle Křivohlavého (1998) jako k předmětům, nebo k neživým věcem;
- PA (personal accomplishment), osobní uspokojení z práce je posledním činitelem, hodnotícím míru syndromu vyhoření. Případná oslabená produktivita v pracovním životě, chybějící motivace pro pracovní růst, neustálá potřeba člověka nekonečně osobnostně růst a ochablá vnitřní motivace je společně s pracovními podmínkami a narušenými pracovními vztahy z důvodu dlouhodobého neuspokojení důležitým ukazatelem míry osobního uspokojení. Ruku v ruce jde spokojenost v práci i s pohodou v osobním životě. Podobné vlivy na uspokojení potřeb je proto nutné sledovat i v oblasti rodiny, přátel, rodinných vztahů, trávení volného času a odpočinku mimo pracovní oblast.

2.2.5 Vyhodnocení dotazníku MBI

V dotazníku MBI je celkem 22 otázek ze všech tří výše jmenovaných oblastí – emocionální stránka, depersonalizace a osobní uspokojení. Princip vyhodnocení MBI dotazníku je založen na součtu bodů v jednotlivých subškálách.

Autorka dodržela postupy pro vyhodnocení dle Žídkové (2022), která interpretuje výklad vyhodnocování nejen tohoto dotazníku, ale komplexně se zabývá tématy psychologie práce, zveřejňuje návod k použití a opírá se o mnohé studie, kde byl dotazník použitý pro zjišťování míry vyhoření, zejména u zdravotnických profesí.

V dotazníku je 9 otázek zaměřených na emocionální vyčerpání s bodovou stupnicí s obvyklou průměrnou hodnotou 19 bodů:

- Stupeň nízký 0-16;
- Stupeň mírný 17-26;
- Stupeň vysoký 27 a více = vyhoření.

Pro hodnocení stupně depersonalizace dotazník obsahuje 5 otázek s bodovou klasifikací s průměrným bodovým výsledkem 6,6 bodů:

- Stupeň nízký 0-6;
- Stupeň mírný 7-12;
- Stupeň vysoký 13 a více = vyhoření.

Pro hodnocení míry osobního uspokojení z práce dotazník zahrnuje 8 otázek s průměrem 36,8 bodů:

- Stupeň nízký 31-0 = vyhoření;
- Stupeň mírný 38;
- Stupeň vysoký 39 a více.

Otázky v dotazníku vztahující se k emocionálnímu vyčerpání najdeme pod čísly 1,2,3,6,8,13,14,16,20 (obrázek č. 2),

Obrázek 2 Otázky pro EE

1 EE	Práce mne citově vysává
2 EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3 EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
6 EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
8 EE	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce
13 EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14 EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
16 EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres
20 EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil

Zdroj: Vlastní zpracování, MBI dotazník

Pro depersonalizaci jsou zásadní otázky s čísly 5,10,11,15,22 (obrázek č. 3).

Obrázek 3 Otázky pro DP

5 DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi
10 DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
11 DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
15 DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
22 DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy

Zdroj: Vlastní zpracování, MBI dotazník

Pocit osobního uspokojení mapují otázky číslované jako 4,7,9,12,17,18,19,21 (obrázek č. 4).

Obrázek 4 Otázky pro PA

4 PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
7 PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
9 PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalad'ují.
12 PA	Mám stále hodně energie
17 PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
18 PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
19 PA	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého
21 PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.

Zdroj: Vlastní zpracování, MBI dotazník

Dle metodiky pro vyhodnocení je nutné brát ohled na obrácený výklad bodového hodnocení, jelikož pro stupeň emocionální vyhoření a stupeň depersonalizace jsou v souladu vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení při vyhodnocování dotazníku musíme brát zřetel na korelaci míry vyhoření s nízkými hodnotami ze získaných dat od respondentů.

Každá otázka je ohodnocena ukazatelem četnosti:

Stupnice četnosti pocitů:

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

Vyplněné údaje autorka použila pro testování formulovaných hypotéz. Souhrn sebraných dat a informací autorka interpretovala k přijetí nebo zamítnutí stanovených hypotéz a odpovědi na výzkumnou otázku.

V závěru praktické části autorka představuje výsledky dotazníkového šetření, vyvozuje závěry a interpretuje zjištěné skutečnosti s ohledem na zvolené cíle diplomové práce.

3 Teoretická část práce

V teoretické části autorka s použitím dostupných zdrojů analyzuje nalezené informace a popisuje v jednotlivých kapitolách souvislosti tématu syndromu vyhoření od historie, základních pojmů, přes příznaky a fáze syndromu vyhoření. V teoretické části se autorka zmiňuje o diagnostických nástrojích pro měření míry vyhoření a uvádí hlavní představitele zabývající se tímto jevem ve společnosti. Navazující kapitolou je popis obou zkoumaných vzorků populace a také možnosti prevence v obecné rovině.

3.1 Syndrom vyhoření

V první kapitole teoretické části autorka popisuje počátky syndromu vyhoření a definuje základní pojmy důležité pro pochopení celých souvislostí a navazujících kapitol.

3.1.1 Historie

Pojem „vyhoření“ (burnout, nebo burn-out) se pojí s rokem 1974, který je milníkem pro zveřejnění tohoto termínu v publikační činnosti. V časopise „Journal of Social Issues“, kdy autorem článku „Staff Burnout“ byl americký psychoanalytik Herbert J. Freudenberger (Kebza, Šolcová, 2003), poprvé popsal stav vyhoření. Vycházel z vlastních osobních zkušeností a náročných emocionálních stavů, kterými si sám osobně procházel.

Honzák (2012) popisuje, že Freudenberger pracoval velmi usilovně a poctivě. Pracoval šest dní v týdnu a jeho pracovní tempo bylo velmi rychlé s gradující tendencí, v dnešní terminologii bychom ho nazvali workoholikem. Nebral do úvahy únavu, více se přemáhal a tlačil na výkon. Vzhledem k tomu, že byl psychoanalytikem, začal pomocí svých badatelských schopností zkoumat tento jev na obecnější úrovni. Zjistil tak, že syndrom vyhoření postihuje daleko více lidí zejména v profesích, které pomáhají druhým a které se snaží pracovně obětovat pro ostatní. Dle Křivohlavého (1998) Freudenbergerův přínos ve zkoumání syndromu vyhoření nejvíce vidíme v jeho pozorování v zařízeních paliativní péče a poté v roce 1980 v jeho publikační činnosti s Geraldine Richelson v knize: *Burn Out: The High Cost of High Achievement*, která vypovídá zejména o značné oddanosti k práci.

Práce dalších odborníků na lidskou duši s propojením na pracovní povinnosti následovaly i v dalších letech. Americký psycholog Faerber uveřejnil v roce 1983 seznam 1500 odborných pojednání, článků a knih, které byly věnovány jevu burnout na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let minulého století a následně psychologové Klieber a Enzman zjistili, že během dalších 6 let bylo zveřejněno dalších 1500 odborných studií (Křivohlavý, 1998, s. 46 a 47):

Zlomový byl květen 2019, kdy Světová zdravotnická organizace (WHO) ratifikovala syndrom vyhoření oficiálně jako lékařskou diagnózu „*Burn-out is included in the 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) as an occupational phenomenon. It is **not** classified as a medical condition.*“ (World Health Organization, 2019). Syndrom vyhoření byl zařazen do sekce „Problémy spojené se zaměstnáním“ a odborná klasifikace lékařské diagnózy nám vysvětluje, že určitý podíl na vzniku má podle Mezinárodní klasifikace nemocí neléčený chronický stres ve spojitosti s pracovními podmínkami, které působí na zaměstnance, a pracovištěm, kde zaměstnanec práci vykonává.

3.1.2 Definice syndromu vyhoření

Formulaci Světové zdravotnické organizace (WHO), která syndrom vyhoření oficiálně uznala, volně překládá časopis Forbes (2019) takto: „*Syndrom vyhoření vzniká na základě chronického pracovního stresu, který nebyl úspěšně zpracován. Charakterizují ho: 1) pocity úbytku energie či vyčerpání; 2) zvýšení mentálního odstupů od dané pracovní činnosti nebo s ní spojené pocity negativismu či cynismu; 3) omezená pracovní výkonnost. Syndrom vyhoření se vztahuje specificky k pracovnímu kontextu a tento termín by neměl být používán ve vztahu k nepracovním oblastem života*“.

Syndrom vyhoření má různé definice. Bartošíková (2006, s. 20) jej chápe jako „*stabilní osobnostní vlastnost, někdy jako copingový mechanismus a v jiných případech je široce pojímán jako rovnocenný termín k takovým pojmům jako jsou odcizení, deprese, úzkost, ztráta idealismu či energie*“.

V odborné literatuře známých autorů Kebzy, Šolcové, Honzáka, Křivohlavého nebo Maslachové však najdeme různé definice, které se odlišují jednak dle historických kontextů, s ohledem na množství informací a probádaných souvislostí s tímto pojmem, ale také s ohledem na životní nároky povolání, zejména pomáhajících profesí,

s technologickým pokrokem, digitalizací a také celkově vyššími nároky na osoby jako zaměstnance, co se týká pracovního prostředí, a osoby s nárokem na jejich osobní a rodinný život.

Syndrom vyhoření je reakcí na přetrvávající nepřiměřenou emočně náročnou zátěž, která souvisí s výkonem povolání, jejichž náplní je práce s lidmi a pomoc druhým, sebeobětování se pro ostatní, vědomě v profesích tomu se nabízejících, např. v dobročinných a zdravotnických zařízeních. Ani ostatním profesím se syndrom vyhoření nevyhýbá, pokud je resilience člověka v útlumu, není schopen vzdorovat a zvládat nepříjemné krize a neprovede se nápravné opatření včas.

Syndrom vyhoření je často výsledkem dlouhodobé pracovní zátěže, je dlouhodobého charakteru, vyvíjí se a vzniká v situacích, které jsou velmi emocionálně vypjaté a náročné (Bartošíková, 2006, s. 20).

Některé odborníky, kteří se tomuto jevu dlouhodobě věnovali, zmiňuje Křivohlavý (1998) ve své knize, kde uvádí několik variant definicí jednotlivých autorů od Freudenbergera, Chernisse, Alexandrovové až po neznámější a nejčastěji zmiňovanou psycholožku, která se zabývá zkoumáním syndromu vyhoření po mnoho let Christinu Maslachovou.

Autorka diplomové práce vidí nejčastější podobnosti v jejich vyjádření definic vyvíjejících se v čase tohoto jevu v souvislosti s oblastí pracovního prostředí. Vliv intenzivního pracovního nasazení spojeného se silnou touhou pomoci ostatním lidem. Následuje ztráta energie a lidé, kteří se snaží pomoci ostatním lidem, se dostávají do stavu, že sami potřebují pomoci a jsou pohlceni problémy ostatních. Autorka se domnívá, že pocity vyhořelého člověka se mohou dostat do fáze, kdy se objevují myšlenky, že není možné žít, být, existovat a fungovat dál. Následuje stav odcizení, nejen k práci, ale i ke svému okolí. Definice se různí, ale podstata v nich je jasná, dlouhodobé neuspokojivé pocity člověka z vykonané práce, chybějící pocit recipacity a vleklost, nečinnost nebo neochota podstoupit nápravná opatření směřuje k problémům a náchylnosti dostat se do některé z fází syndromu vyhoření.

Nejčastěji zmiňovanou autorkou definice syndromu vyhoření je Christina Maslachová, která své definice do dneška přizpůsobuje novým a čerstvějším poznatkům při bádání v oblasti syndromu vyhoření. Zatímco v roce 1981 se mluví o příčině vzniku syndromu vyhoření jakákoli práce s lidmi, o 20 let později se mluví o skutečnosti, že syndrom vyhoření je odpovědí na stresové faktory, zejména v pracovním prostředí

(Ptáček a kol., 2013, s. 21). Autorka diplomové práce se domnívá, že důvodů proměny definice syndromu vyhoření může být nespočet. Příčiny vidí nejenom v proměnách v hierarchii lidské společnosti, v transformacích životního rytmu lidí, v sociálních změnách, v možnostech větší seberealizace v pracovním procesu a dynamičtějšího rozvoje technologií, ale také vyšší vzdělanost lidí, stanovení nových priorit a hodnot v lidském životě, to je jen zlomek možných okolností, proč se definice mění v čase.

Některé definice se zabývají pouze posledními fázemi syndromu vyhoření, které mají být červeným majákem pro rychlá nápravná opatření, a jiné popisují průběh, který má své postupné fáze a různé tempo vývoje. Všechny definice tohoto jevu obsahují stav naprosté vyčerpanosti a neschopnosti pracovat. Společné znaky definují Jeklová, Reitmayerová (2016, s. 7) jako „*přítomnost negativních emocionálních příznaků*“. Jeklová, Reitmayerová (2016) píše o vlivu negativně vytvořených postojů na sníženou efektivitu práce, které pak ovlivňují lidské chování. Spojují syndrom vyhoření s jistými druhy povolání a uvádějí je jako rizikové a tím mají na mysli pomáhající profese. Zdůrazňují důležitost psychických příznaků a prvků chování, ale bez zřetele na tělesné příznaky.

3.2 Příznaky syndromu vyhoření

Potterová (1997, s. 14) říká že, „*příznaky vyhoření nejsou ani neobvyklé, ani záhadné. Ve skutečnosti je těžké najít někoho, kdo netrpí žádným z nich*“. Ne nadarmo se syndrom vyhoření nazývá syndromem. Pojem syndrom znamená dle rejstříku pojmů Národního zdravotnického informačního portálu soubor příznaků (symptomů), kterými určíme poruchu, nemoc, diagnózu.

Například Křivohlavý (2009, s. 114-115) dělí příznaky syndromu vyhoření na příznaky objektivní a subjektivní.

3.2.1 Subjektivní příznaky

Vyhořelý člověk se cítí tak, že nemá dle Křivohlavého (2009) „*žádnou hodnotu*“. Neváží si sám sebe, a je nedůvěřivý k tomu, co sám dělá a jak. Nedokáže si se sebou poradit, řešení problémů je pro něj obtížné, neumí nalézt řešení pro svá trápení. Nemá sílu pro sebemenší činnosti, jakékoli úkony se mu zdají nad jeho síly. „*Žije v neustálém napětí, i když nic nedělá*“ (Křivohlavý, 2009, s. 115). Ztrácí životní nadšení, nic neplánuje,

nenahlíží do budoucnosti a pozbývá iluzí. Cítí se velmi unaven, hodnotí sám sebe na nízké úrovni, není si jist, zdali je schopen něco udělat a schopen cokoli dělat. Špatně se koncentruje a svět kolem sebe vidí v šedivých barvách.

3.2.2 Objektivní příznaky

Křivohlavý (2009, s. 115) uvažuje: „*Vyhoření nepostihuje všechny lidi stejně intenzivně. Nejde jen o osobnostní charakteristiky, které mohou vyhoření buď umožňovat, nebo mu bránit. Jde také o druh činnosti*“.

Dle Křivohlavého (2009) je ohrožen člověk, který je osobnostním rysem perfekcionista, pracující co nejlépe a velmi pečlivě. Také osoba s velmi vysokými nároky na sebe sama, s tlakem na výkon, produktivitu, efektivnost a objem práce je adeptem pro výskyt syndromu vyhoření. Ale i hádky, dlouhodobé mezilidské vztahové konflikty, rodinné problémy ovlivňují psychický stav. Těmito faktory omezená výkonnost patří mezi objektivní příznaky, která doprovází jedince po celou řadu týdnů, měsíců a let.

„*Syndrom není jen prostým vyčerpáním, i když vyčerpání fyzické, psychické a emocionální je v příznacích popisováno*“ (Bartošíková, 2006, s. 21).

Příznaky dle Bartošíkové (2006) můžeme rozdělit do tří kategorií:

Emocionální vyčerpání:

Indicií emocionálního vyčerpání je citová vyprahlost. Jedinec emocionálně vyčerpaný se neumí a nechce vyrovnat s trápením, strastmi, starostmi svými i svého okolí. Člověk netouží po tom vědět, co zažívají ostatní, nemá chuť je poslouchat, natož jim pomoci a poté se ocitá se svými emocemi v odstupu od ostatních a distance je tak velká, že se nedokáže z ní sám vyprostit.

Následně člověk ztrácí citlivost ve vztahu k ostatním, empatii, vyhýbá se lidem a jakémukoli kontaktu s nimi, i těmi nejbližšími v kruhu rodinném, ve vztahu k okolí se objevuje sociální rezignace, člověk se vzdává nároku na svoje emoce, nechce zabředávat do řešení a snaží se navenek vypadat, že je v pořádku, ale stojí ho to obrovských sil. Pokud se s lidmi přece jenom musí stýkat, chová se nepřátelsky, podrážděně a útočně. Potěšení z kontaktu s lidmi se vytrácí, jak v práci, tak v soukromém životě. Obyčejné životní radosti se stávají přítěží a nevyhledává je. Mezi emocionální vyčerpanost bychom mohli zařadit

dle Ptáčka, Rabocha a Kebzy (2013) celkový útlum „*sociability*“ (Ptáček a kol, 2013, s. 28) neboli společenskosti. Osoba se odklání od kontaktu s ostatními lidmi.

Psychické vyčerpání

Kebza a Šolcová (2003, s. 9-10). říkají, že pokud v psychické úrovni zaměstnání a život přestává mít smysl, mohou se u člověka objevit suicidální myšlenky.

Vyčerpání se odráží zejména negativními postoji k sobě samému a negativním smýšlením k ostatním. Obvyklé situace jsou vnímány jako množství nároků, problémů a katastrof, i když v dřívějších časech to byly nároky a množství práce přiměřené a lehce zvládnutelné. Lidově „dejte mi všichni pokoj a je mi to jedno“ je vyjádřením pocitů uhybání před dalšími úkoly, mizí aktivita, tvořivost, energie a víra v sobě samého. Vzory a ideály jsou pryč a člověk je otupělý, netečný a lhostejný ke svému okolí (Bartošíková, 2006, s. 22). Objevuje se zvýšená psychická tenze a prožitky života se snižují, mohou mít i cyklický průběh se střídáním zhoršení nebo zlepšení psychického stavu.

Fyzické vyčerpání

Tělesné vyčerpání doprovází dlouhá chronická únava. Chybí energie pro jakoukoli fyzickou aktivitu. Následuje rychlá únava, i když se člověk nějak obzvlášť neúčastní vyčerpávajících a náročných aktivit. Objevují se častěji různé bolesti bez zjevných příčin a specifikací. Připojuje se problém s usínáním, spánkem, anebo naopak s pocitem nevyspalosti a rozlámanosti po nočním odpočinku (Bartošíková, 2006, s. 22).

Kebza a Šolcová (2003, s. 10) zahrnují do příznaků psychického vyčerpání i hrozbu zvýšeného rizika zneužívání návykových látek a závislostí všeho druhu.

Jiný pohled na syndrom vyhoření vystihuje Stock (2010, s. 19). Rozlišuje tři základní typické příznaky – vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti.

Vyčerpání

V životě každého z nás je to jako na houpačce, říká se jednou dole a jednou nahoře. Emoce s námi cloumají, dá se říct více s ženami než s muži, kteří své emoce více ignorují. Emoční vyčerpání se může vyznačovat různými průvodními jevy. Laicky řečeno člověku není do zpěvu a neprahne po lidských kontaktech, není mu do řeči.

Stock (2010, s. 20) definuje vyčerpání jako „*pocity, které jsou spojovány spíše s depresí*“. Člověk je sklíčený, skleslý, nic ho nebaví, ztratil zájem o dosavadní koníčky,

dochází k útlumu chuti ke všem činnostem. Cítí se bezmocně a beznadějně. Jedince přepadají výkyvy emocí, projevují se opačné emoční stavy, kdy pláč střídá smích, podrážděnost se prolíná se stavy euforie. Jedince přepadne pocit prázdnoty, netečnost a osamělost.

Vyčerpání zasahuje i fyzickou stránku. Člověk je slabý, malátný, má nedostatek energie na zvládnání běžných denních činností, pracovních i mimopracovních. Únava se nevyskytuje v řádu dnů, není jen krátkodobá, dostává se do chronického stavu a přidávají se příznaky fyziologické v podobě bolesti zad nebo svalového napětí a onemocnění oběhového systému. Organismus je náchylný k různým civilizačním onemocněním, často se vyskytují absence v práci, objevují se zažívací potíže. Jednotlivé symptomy se hromadí, přitom nejsou znatelné objektivní důvody fyzických potíží a jedinec si neumí vysvětlit, proč se tomu tak děje.

Odcizení

Jedinec, který se dostal do fáze odcizení, se projevuje lhostejným přístupem ke svému okolí, začíná se odosobňovat a hledá pocity smysluplnosti své práce. Přemáhá jej pasivita k okolí, ke kolegům, k rodině. Negativní postoje zaujímá nejen k sobě samému, ale také k životu jako takovému. Ostatní cítí negativní vztahy navzájem, společenské vztahy do té doby navázané inklinují k rozpadu a nové nejde navázat. Změny v chování nelze přehlédnout, lidé si, i ti nejbližší v rodině, přátelé, spolupracovníci v jeho okolím světě, všimají proměn a zvrátů v sociálních vztazích (Honzák, 2018, s. 30).

Ztráta sebeúcty je dalším projevem odcizení při syndromu vyhoření. Podobně jako Bartošíková mluví Stock o ochromení života daného jedince tím, že si člověk přestane vážit sám sebe, nemá k sobě samému pozitivní vztah, nemá se rád. Přestane si všimnout věcí, které by obvykle na sobě vnímal jako cenné a výjimečné. Vnímá své potřeby, emoce a hodnoty jemu důležité pro život. Sebevědomí je v bodě nula, člověk se cítí méněcenný a přemáhají jej nedostatečné pocity vlastního já. Žebříček životních hodnot ho nezajímá. Projevy odcizení, podrážděnosti a apatie se dotýkají jak pracovního, tak i soukromého života. Stock (2010, s. 21) vnímá jako extrém v této fázi odcizení „*přetrhání všech dosavadních sociálních vazeb*“ a kontaktů, a člověk se dobrovolně izoluje od ostatních.

Pokles výkonnosti

Po prvotní fázi idealistického nadšení jedinec ztrácí důvěru sám v sebe. Výkonnost v pracovním procesu má klesající tendenci, nadřízení požadují vyšší pružnost, zručnost, efektivitu a produktivitu. Člověk se musí neustále sebevzdělávat, kvalifikovat se na lepšího odborníka pro výkon zaměstnání. Poté se objevují konflikty s kolegy, nadřízenými nebo podřízenými zaměstnanci. Práce může mít nárazovitý charakter nebo naopak se na člověka valí mnoho úkolů s pevnými termíny na odevzdání najednou v danou chvíli, člověk pak jedná zkratkovitě a impulsivně. To všechno může ovlivnit výkonnost a produktivitu. K provedení úkonů, které dříve bez problému jedinec zvládal, nyní „*potřebuje mnohonásobně více času i energie*“. (Stock, 2010, s. 22).

Pocit depersonalizace je velmi často doprovodným jevem poklesu výkonnosti, kdy člověk přestává pocítovat sebe i druhé jako cenné osobnosti. Stock podobně jako Honzák uvažuje o ztrátě sebevědomí a lidského bytí. Je schopen vnímat pouze momentální stavy a přítomnost, a život se mění v pouhý stroj zvládající bezděčné funkce (Honzák, 2018, s. 30), trvá na standardních a již déle zavedených zautomatizovaných postupech, je neochotný přijmout jakékoli pracovní změny, i když by byly ku prospěchu a zlepšily by pracovní podmínky a prostředí pro práci. Člověk se více zajímá o mzdu nebo benefity, čerpá častěji pracovní neschopnost nebo neplacené volno. V pracovním životě pomalu dochází k naprosté demotivaci, poklesu výsledků, celkový zájem o práci je nulový.

3.3 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření má svá úskalí v tom, že ze začátku jej lze snadno zaměnit s jinými druhy potíží souvisejících s nezvladatelností svých úkolů, například se stresem nebo depresí. Tyto stavy jsou pouze kratšího charakteru, náleží k dnešnímu životu, jsou všudypřítomné, a mohou být za určitých podmínek i žádoucí. Přiměřený stres nám může pomoci trénovat a rozvíjet naše duševní a psychické schopnosti. Tzv. eustres stimuluje člověka k mimořádným anebo lepším výkonům. Pozitivní napětí a výzvy nás vybízí k vyšším výkonům, ale určité napětí musí střídát uvolnění.

Syndrom vyhoření nelze tedy rozpoznat od samého začátku. Všeobecně je uváděno, že syndrom vyhoření prochází čtyřmi obecnými fázemi, kterými jsou nadšení, stagnace, frustrace a apatie (Obrázek 5).

Obrázek 5 Fáze syndromu vyhoření



Zdroj: vlastní zpracování

3.3.1 Nadšení

Podle Stocka (2010, s. 23) tento model čtyř fází vychází z toho, že člověk v začátku, ve fázi ambiciózních hodnot, vizí, cílů, pracovních ideálů a nadšení, pracuje s nadprůměrným nasazením, je zapálený pro věc. Má velká, často nerealistická a fiktivní očekávání. Má pracovní vzory, vysoké ideály, hierarchie osobních hodnot je postavená do popředí, pocit, že cokoli dokáže, co všechno změní a jaký průběh bude mít jeho zapojení se do dění firmy, je často imaginární. Množství energie, kterou vynakládá a kterou požaduje i od ostatních, je ale v rozporu s okolím. Jiskří elánem, předpokládá, že všichni lidé okolo budou taky tak zapáleně pracovat, dobrovolně věnovat více času práci než svému soukromí. Přeceňuje svoje síly, energii vynakládá neefektivně, ale stále doufá v to, co dělá a že to dělá dobře. Práce ho zcela naplňuje, ale neustále klasifikuje ve svém životě, co je dobré, špatné nebo prospěšné, proto se časem dostane do následující fáze stagnace.

3.3.2 Stagnace

Do druhé fáze se dostane jedinec, když zjistí, že plány a ideály jsou obtížné dosažitelné nebo dokonce nerealizovatelné. Člověk se v nové profesi „zabydlel“, ví, že práce má limity a omezení, některé úkoly a plány existovaly jen v jeho hlavě a nelze je jednoduše zrealizovat. Ve fázi stagnace psychoterapeut Stock míní, že jedinec stále vykonává svou práci, ale vzrušení z práce už opadlo, protože jeho nápady, úmysly a myšlenky nejsou vyslyšeny. Záležitosti, které dříve považoval za důležité (plat, kariérní růst) už nejsou v popředí jeho zájmu a jen málokdy pochopí, že je třeba přehodnotit cíle.

Celý jeho život se omezil jen na práci a doplácí na to rodina, pracovní život vytěsnil rodinný život. Nastává zklamání, které způsobí přehodnocování nejen pracovních ideálů, přemýšlí o užitečnosti v životě, přemítá o dosažených úspěších a jestli to celé má ještě smysl.

3.3.3 Frustrace

Dle Stocka (2010, s. 24) člověk v následující fázi frustrace pochopí, že „*skutečně jsou jeho možnosti omezené*“. Objevují se obavy o smyslu jeho úsilí a efektivity práce, prospěšnosti, smysluplnosti a začíná se cítit bezmocně. Následují spory s nadřízenými, problémy s byrokracií, člověk cítí nedostatek uznání od klienta, zákazníka a zejména nadřízeného. Přehodnocují se postoje, aktivita člověka upadá, vzniká komunikační bariéra a rozpor mezi tím, co by chtěl udělat, co je v jeho silách a tím, co je ve skutečnosti proveditelné.

3.3.4 Apatie

Po dlouhotrvající fázi frustrace nastupuje fáze apatie. Člověka mnohdy postihuje tzv. HH syndrom pojmenovaný M. Seligmanem (2013), americkým psychologem (syndrom beznaděje a bezmoci, z angličtiny Syndrome helplessness & hopelessness), který proslul svou teorií naučené bezmocnosti a zabýval se také konceptem osobní pohody neboli well-being. Seligman své pokusy nejdříve prováděl na krysách při podnětech s elektrickým šokem, později tyto experimenty prováděl i na lidech se stejným výsledkem a to takovým, že po určitém čase jedinec upadá do beznaděje, bezmoci, demotivace, inklinuje k rezignaci jakékoli potřeby se zachránit a ztrácí pud sebezáchovy (Seligman, 2013).

Jedinec už nevnímá práci jako možnost seberealizace, kariérního růstu, uplatnění se na trhu práce, ale jen jako zdroj obživy, a všechno, co se děje kolem práce navíc, je pro něj obtěžující a nedůležité. Stock (2010, s. 24) doplňuje, že se dále „*přidávají pocity rezignace, zoufalství, způsobené nedostatkem jiných možností uplatnění*“. Tato fáze plynule přechází do úplného syndromu vyhoření, mezi jednotlivými fázemi nejsou žádné milníky, fáze na sebe navazují a nepozorovaně přecházejí z jedné do druhé.

Podobně rozlišuje fáze syndromu vyhoření i Edelwich a Brodský (1980). Jednotlivé fáze třídí jedinec dle vztahu k práci, kdy pracovní výkon je v prvopočátku nejdůležitější část v životě jedince, nejdříve nastupuje nadšení, velké ideály a plány. Nevědomě tráví v práci více času, aniž by to bylo vyžadováno, dobrovolně pracuje nad míru obvyklého pracovního nasazení, chce se prosadit a vynikat, změnit stávající systém a nastavená pravidla. Následuje stádium stagnace, kdy si jedinec začíná uvědomovat, že práce není všechno, bere ohled na uspokojování svých potřeb a trávení volného času. Brodský a Edelwich (1980) popisují ve třetí fázi stav, kdy jedinec si začíná uvědomovat, že nemá síly pracovat stále stejným tempem, začíná přemýšlet a pochybovat o smyslu své práce, začíná komunikační problém ve vztazích s kolegy i v rodině. Ve fázi apatie se už člověk odklání od svých povinností, práce je pro něj vynucená, vykonává práci jen nezbytnou, nastávají deprese. Následuje pátá fáze, která vede k intervenci neboli přerušení vývoje syndromu vyhoření. Edelwich a Brodský (1980) mají na mysli to, že nastane jakákoli změna v podobě změny a pochopení situací a svých činností, přerušení výkonu povolání na delší čas, změna zaměstnání, delší absence v práci, trávení více času vlastními zájmy, s rodinou nebo vhodné použití copingových mechanismů.

Ať už je členění syndromu vyhoření na jakékoli periody, v podstatě vypovídá to samé. Postupný vývoj ukazuje ze začátku nadšení pro věci, práci, vztahy s postupným vytrácením smysluplnosti práce a prokrastinací. Bez účinné intervence, použití copingových mechanismů a rozpoznání, že jedinec není postižen pouhou lehkou únavou se pravděpodobně jedinec uchýlí k sebelítosti. Bez ohledů na příznaky, bez včasného odhalení signálů a varování, které tělo a mysl vydávají, se člověk obvykle dostává do izolace před okolním světem. Při nedostatku nebo nízké úrovni sociální opory a spolu s pesimistickými myšlenkami může dojít k sociálnímu odloučení nebo dokonce k různým druhům závislostí (Kebza, Šolcová, 2003).

3.4 Diagnostické nástroje pro syndrom vyhoření

V roce 2019 je podle Světové zdravotnické organizace (WHO) syndrom vyhoření oficiálně klasifikován jako lékařská diagnóza. Diagnózou se rozumí (z řeckého dia-gnósis) rozeznání nemoci a její přesné pojmenování (Velký lékařský slovník, online, 2017). Pro stanovení léčby je správné pojmenování nemoci nezbytné. Vychází obvykle

ze základních příznaků a posouzení okolností, které by mohly s nimi být v určitém příčinném vztahu.

Přesně definovaná kritéria, která by jasně popisovala syndrom vyhoření, nebyla známa, proto bylo zkoumání pozvolné a bylo k výzkumu tohoto jevu a míry psychické zátěže u jedince používáno několik typů diagnostických metod.

Přesně určovat fáze a stav vyhoření není jednoduché, ale je možné použít různé metody a nástroje, ať už sami na sobě pozorováním sebe samého a následně pomocí samoobslužného orientačního dotazníku určit na základě výsledků, co se vlastně děje s naší psychikou, v jaké fázi psychické pohody nebo nepohody se jedinec nachází. Nebo pomocí specialisty, který s diagnostikou stavu vyhoření pomůže a je znalý potom pomoci i v případě nápravných opatření, umí poskytnout oporu či doporučit další kroky pro zlepšení psychického stavu. Příznaky syndromu vyhoření většinou vyzoruje i okolní svět, nejbližší členové rodiny, či kolegové na stejném pracovišti, se kterými je jedinec v každodenním kontaktu. Syndrom vyhoření můžeme určit u ostatních lidí pečlivějším pozorováním změn v jejich chování, jednání, přístupu k práci a jeho samému.

Pro takzvanou diagnostickou samoobsluhu je vhodný Orientační dotazník od autorů Hawkinse, Minirtha, Maiera a Thurstmana (Křivohlavý, 1998, s. 35), který je vhodný pro každého, kdo si sám dokáže uvědomit změny ve svém psychickém stavu, a jednoduchým dotazníkem chce zjistit, jestli je vůbec ohrožen syndromem vyhoření, nejedná-li se o spíše stres a depresi, případně v jaké úrovni či fázi je u něj proces syndromu vyhoření. Prostými odpověďmi ano / ne se dostane k vyhodnocení s tím, že je-li většina odpovědí ano, může jít o začátky projevu syndromu vyhoření a jedinec by měl přinejmenším zpozornit a zahájit preventivní kroky.

Syndromu vyhoření s vlivem a důsledky pracovního prostředí na psychiku se věnovala Christina Maslachová, manželka známého psychologa Philipa Zimbarda, který se proslavil Stanfordským experimentem, a vytvořila spolu se Susan Jacksonovou první metodu pro diagnostiku syndromu vyhoření.

Dotazník známe pod názvem Maslach Burnout Inventory (MBI) a je z roku 1981. Tato diagnostická metoda používaná pro výzkumné účely patří mezi nevyužívanější metody zkoumání míry syndromu vyhoření a spočívá ve vyplnění dotazníku s 22 položkami, které kvantifikují tři faktory – emocionální vyčerpání, depersonalizaci a nespokojenost s výkonem.

Všechny tři zkoumané faktory jsou na počátku na nízké úrovni, postupně mají však narůstající tendenci (Kebza, 1998, s. 14). Dotazník prošel několika úpravami s postupným rozšiřováním bodových škál, úpravou možností pro odpověď a zkoumáním syndromu vyhoření v souvislosti nejen s definováním profesionálních kontaktů s lidmi, ale i běžným kontaktem s lidmi mimo rámec výkonu profese. Byla zohledněna oblast mimopracovní, sociální vztahy s nejbližšími, schopnost vyrovnávat se s obtížnými situacemi, rovnováha pracovního a soukromého života a odolnost vůči zátěži.

Tým Christiny Maslachové inspiroval další badatele tohoto tématu k vytvoření různých dotazníků pro zkoumání, které se zaměřují například na konkrétní profese, jako jsou učitelé, zdravotníci nebo lidé s určitými zdravotními indispozicemi.

K vývoji metod přispěli zejména psychologové a lékaři, například izraelský lékař A. Shirom. Dotazníková metoda pod názvem Shirom Melamed burnout measure ("škála vyhoření" SMBM) se v několika studiích věnovala vzájemnému vztahu mezi vyhořením a kardiovaskulárními nemocemi (Ptáček a kol., s. 32). Metoda obsahuje celkem 14 položek s hodnotící sedmibodovou škálou a hodnotí se tři subškály – fyzická únava, emoční vyčerpání a kognitivní únava. O český překlad se zasloužili profesorka Šolcová a profesor Kebza (Ptáček a kol., s. 162).

Dalšími technikami zabývajícími se měřením syndromu vyhoření jsou metody, kterými se zabývali odborníci v Německu. Příkladem je Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), který měří dva důležité okruhy: vyčerpání, únava a s tím spojený odstup, distance od práce. Mezi novější dotazníky můžeme zařadit i Athlete Burnout Questionnaire (ABQ) nebo Copenhagen Burnout Inventory (CBI), který se soustřeďuje více na rozvojové složky stavu vyčerpání, zatímco depersonalizaci a nízkou pracovní výkonnost dává do pozadí a nezabývá se jí v tak velké míře.

Další možnou metodou je dotazník BM (Burnout Measure) autorů Ayaly Pinesové a Elliota Aronsona. Dotazování nám prokáže výsledek jediného faktoru ovlivňující míru vyhoření, a to je stav vyčerpání – fyzického, emocionálního, duševního (Křivohlavý, 1998, s. 38). Dotazník je přeložený Křivohlavým (1998) a uveřejněný se svolením autorky Pinesové v jeho knize.

Všechny tyto metody je vhodné doplnit pro případ vyloučení nejasností nebo neurčitostí výsledků dalšími psychologickými metodami. K dispozici pro tyto účely se nabízí využití dotazníku, experimentu, rozbor slovních projevů, pozorování, metod

k orientaci v osobnosti, různých analýz, psychologických testů mentálních schopností, testů dovedností a vědomostí, sémantického diferenciatu, a dalších (Ferjenčík, 2000).

3.5 Hlavní představitelé výzkumu syndromu vyhoření

Nejvýznamnějším a nejstarším centrem výzkumu syndrom vyhoření se bezpochybně stala Kalifornská univerzita v Berkeley, která byla založena v roce 1968 a je nestarší univerzitou v USA. První středisko pro výzkum vyhoření vzniklo pod vedením Christiny Maslachové, která na této univerzitě byla profesorkou psychologie, a její kolegyně Ayaly Pinesové. Spolu pracovaly na prvních teoretických pracích o vyhaslosti, ale dokázaly vytvořit i první metody pro zjišťování úrovně vyhoření. V Berkeley probíhá výzkum aktivně i nadále. Jejich dotazník MBI pro zjišťování míry vyhoření se dnes používá v několika jazykových mutacích.

I nyní Christina Maslachová aktivně působí na univerzitě v Berkeley a vydává další studie s tématem syndromu vyhoření. V letošním roce 2022 vyšla ve spolupráci s Michaelem P. Leiterem její kniha *The burnout challenge*, ve které doporučují manažerům, co mohou udělat, aby podpořili zvýšenou produktivitu a zdraví zaměstnanců. Dále například v článku *Burnout: 35 years of research and practice* (Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C., 2009) sumarizuje své zkušenosti z dlouholetého působení v tomto výzkumu. Společně s kolegy z jiných univerzit píše o sociálních a kulturních souvislostech vzniku syndromu vyhoření, o budoucím možném vývoji syndromu v dalších letech, nebo o vyhoření ve vztahu k celosvětovému vývoji společnosti.

Z této univerzity se výzkum dále rozšířil do dalších zemí Spojených států amerických, například na prestižní univerzitě Rutgers University, kde jsou hlavními představiteli výzkumu Cary Cherniss, známý jako autor díla *Beyond Burnout* o problémech pracovního stresu z roku 1995. Známa je také jeho průzkumná studie *Long-term consequences of burnout: An exploratory study* (Cherniss, 1992) o dlouhodobých následcích syndromu vyhoření. Cílem této studie bylo prozkoumat vztah mezi mírou syndromu vyhoření během prvního roku kariéry a kariérní adaptací během následujících let v oborech ošetrovatelství, veřejného zdraví, učitelství a oblastí práva.

Dalšími známými výzkumnými centry je Univerzita v Pittsburghu, Univerzita v Georgii nebo Univerzita v Pensylvánii.

Z evropských států se výzkum syndromu vyhoření nejvíce věnují v Německu na Univerzitě v Berlíně, v Heidelbergu a dalších městech. Znamé jsou také vědecké práce publikované od izraelských vědců S. Melameda a A. Shiroma, o kterých bylo zmíněno v kapitole diagnostických metod. Například jejich studie „A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals“ z roku 2006 zkoumala validitu mezi MBI, dotazníkem Maslachové, a SMBM, dotazníkem jimi vytvořeným, u dvou profesních skupin.

Poznatky o opaku syndromu vyhoření popsali švýcarští P. Rothlin a P. Werder (2007) v knize „Diagnose Bureout“, kde popisují přesný opak stavu syndromu vyhoření. Lidé postižení tímto jevem nemají dostatečnou pracovní zátěž, nejsou dostatečně vytíženi, mnohdy musejí práci předstírat. V práci se nudí, není o ně zájem ze strany zaměstnavatele a mají pocit, že se k ničemu nehodí, pohlí je dojmy prázdnoty a nízkého sebeuplatnění. Zaměstnanci jsou následně unavení z nicnedělání, jsou nespokojení sami se sebou, obviňují sebe i okolí a ztrácejí chuť do života.

Neméně poznatků z výzkumu mají také psychologové z Norska, Španělska a Japonska (Ptáček a kol., 2013, s. 33-35).

Z českých odborníků zabývajících se výzkumem jevu syndromu vyhoření jsou v těchto souvislostech zmiňováni nejčastěji psychologové z institucí zabývajících se ochranou veřejného zdraví, a to Šolcová, Kebza, Ptáček a Raboch.

Rozsáhlé práce a zveřejněné studie těchto autorů jsou předmětem citací v bakalářských a diplomových pracích studentů nejen v ČR, kteří často čerpají pro své teoretické znalosti jejich již probádané souvislosti. V odborných časopisech se často vyskytují články na téma syndromu vyhoření od odborníků z řady psychologů a lékařů různých českých univerzit. Například v časopise Interní medicína publikovala svůj článek Eva Zacharová (2008) ze Zdravotně sociální fakulty Ostravské univerzity, která v článku Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky popisuje nejen pojem, příznaky, ale také důležitou prevenci syndromu vyhoření.

V periodiku Psychiatrie pro praxi (2005) vyšel článek Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků od Ladislava Hosáka a kol., který se zabývá souborem a metodikou zkoumání míry ohrožení syndromem vyhoření u zdravotních sester Psychiatrické léčebny v Opavě.

Jinou profesní skupinou se zabývá ve svém časopiseckém článku v Praktickém lékárenství (2011) Stanislav Pelcák. Zdůrazňuje roli pracovní zátěže a chronického stresu

v profesi farmaceuta. Píše o příčinách, fázích a možnostech prevence a terapie u této profesní skupiny.

V recenzovaném časopise pro zdravotnické obory Profese – online Univerzity Palackého v Olomouci vyšel článek Šárky Ježorské (2014) Motivace sester a syndrom vyhoření. Výzkum se zaměřuje na zjištění míry vyhoření u všeobecných sester ve FN Olomouc, a srovnáním zjištěných faktů ukazuje největší odchylky mezi přáními a realitou v jejich pracovním prostředí.

3.6 Nejohroženější profesní skupiny – pomáhající profese

„Stres, úzkost a deprese vznikají, když žijeme, abychom uspokojili ostatní.“

Paulo Coelho

Pomáhající profesemi se všeobecně označují profese, které jsou primárně zaměřené výkonem svého povolání na pomoc druhým. Poschkamp (2013) definuje pomáhající profese jako *„taková povolání, při kterých mají lidé častý a úzký kontakt s jinými lidmi“* a říká, že *„tento kontakt je založen na vztahu spočívajícím v závislosti. Pomahači jsou osoby, které pracují s jinými lidmi a ve svém vztahu k pacientovi jsou těmi, kteří dávají“* (Poschkamp, 2013, s. 11). Mezi pomáhající profese zařazujeme zejména lékařské obory, psychologii, pedagogiku a sociální práci.

V dnešní době syndrom vyhoření můžeme očekávat u kohokoli, u přepracovaného workoholika, ženy na mateřské, u lidí všech věkových kategorií. Všichni lidé jsou konfrontováni tímto pojmem, ani si kolikrát neuvědomují, že jsou ohroženi vyhořením. Je to také tím, že žijí v hektické době, kdy jsou na ně kladeny vysoké nároky a čím dál větší požadavky věci zvládat bez chyb, rychleji a pořád stejně dobře.

Autorka diplomové práce souhlasí s Priess (2015), že mohou existovat dvě základní příčiny vyhoření. První je nedostatečná komunikace sám se sebou, neposlechnutí svého těla, přetěžování se samého nebo se lidé nechají přetěžovat ostatními, žijí dlouhodobě na dluh, energeticky. Lidé mají „pošramocenou“ sebehodnotu.

Druhý důvodem mohou být nezdravé vztahy. Lidé si nechávají na sebe nakládat víc, než unesou, neumí říci ne, neovládají základy asertivity, nezvládají řešit konflikty, raději dělají, že nejsou, schovávají se do „ulity“, a setrvávají dlouhodobě v pracovním nebo soukromém vztahu, který je dle Priess (2015) vysává.

Syndrom vyhoření postihuje lidi s tendencí pečovatele, péče je o vztazích a emocích. Lidé pomáhající berou často ohled na vyšší poslání než na své potřeby. Zaměstnanci se nachází ve stavu sebestlačení, a to autorku diplomové práce utvrzuje v tom, že dost velkou roli tady hraje i síla osobnosti, která hraje obrovskou roli při zvládnání zátěžových situací.

Tato diplomová práce je zaměřena právě na oblast poskytovatelů služeb, konkrétně na dvě různé kategorie zdravotnických pracovníků, zdravotních sester a pracovníků v lékárnách. Zejména u zdravotnických pracovníků je syndrom vyhoření velmi častý. Obě skupiny přicházejí do úzkého kontaktu s lidmi, s nemocnými lidmi, s lidmi řešící různé životní situace související s nemocemi, s útrapami se zdravím svých blízkých a často se dostávají k lidem velmi blízko až do intimních zón v oblasti fyzického i psychického zdraví.

Syndrom vyhoření se neobjevuje pouze u určitých druhů povolání. Autorka míní, že se může vyskytovat všude tam, kde jsou pro jeho vznik, vývoj a růst příznivé podmínky, v kombinaci s pracovní profesí, ale i člověkem jako takovým a jeho „osobním nastavením“, které ho k tomu povolání často vede. Ale obecně můžeme říct, že syndromem vyhoření jsou nejohroženější profese ty, které jsou v bezprostředním kontaktu s druhými lidmi nebo ve kterých jsou na pracovníka kladeny extrémní nároky. Křivohlavý (1998, s. 23) ve své knize vypisuje výčet nejvíce ohrožených profesí:

- *„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,*
- *sociální pracovníce,*
- *psychologové a psychoterapeuti*
- *psychiatři*
- *pracovníci v nápravných zařízeních*
- *učitelé všech stupňů*
- *sportovci (atleti, profesionální hráči, trenéři, manažeři atp.),*
- *duchovní – kněží, faráři, kazatelé,*
- *piloti a osádky letadel, a další“*

3.6.1 Profese zdravotní sestry

Hlavním všeobecným posláním povolání zdravotní sestry je ošetrovatelská péče. Etický kodex sester konkrétně mluví o čtyřech základních povinnostech tohoto povolání: „*pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení*“ (Etický kodex sester, 2000). Profese sestry je tradičně považována za povolání, které poskytuje základní péči o pacienty, ale tím to samozřejmě nekončí. Stejně jako ostatní profese vyžaduje role zdravotní sestry neustálé rozšiřování vědomostí a vlastních obzorů, přizpůsobování se mimořádným okolnostem, sociálním problémům, novým druhům nemocí nebo aktuálním množstvím nemocí v populaci.

Jejich práce je nejen starost o pacienta, je nutné také pečovat o čistotu okolí, správnou hygienu prostředí i pacientů a dodržování platných předpisů, norem a administrativy. Časově náročná administrativa často více vyčerpává než samotný kontakt s pacienty. Zaměstnanci jsou zavaleni povinnostmi dodržovat stanovené systémy práce. Nové technologie a rychlý růst moderní techniky je nutí učit se pracovat s novými pomůckami a materiály (Bartošíková, 2006, s. 14).

Výkon této profese si ale také vyžaduje prostor pro navozování celkového stavu pohody a čerpání dalších sil pro každodenní výkon tak náročného povolání. Zdravotní sestry mnohdy upřednostňují potřeby druhých před svými. Zejména frustrace z důvodu neuspokojení základních existenciálních potřeb, pocity nedocenění, absence uznání a pochvaly, negativního sebehodnocení, emočního tlaku, pocitu bezmoci, kdy stojí tvář v tváři smrti a umírání, a neustálého projevu empatie k pacientovi. To jsou důvody, proč tato profese mnohdy stojí na začátku první fáze syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998, s. 24). Dalšími faktory pro rozvoj stresu a syndromu vyhoření mohou být také práce na směny a v neposlední řadě kontakt s lidmi v utrpení, nemohoucnosti a bolesti.

Už je pak jen krůček k chybně provedenému úkolu, nesprávnému rozhodnutí nebo pracovnímu úrazu.

Výkon tohoto povolání vykonávají zejména ženy. Jen dvě procenta z celkového počtu zdravotních sester jsou muži, prohlásila Martina Šochmanová (2016), prezidentka České asociace sester (pro označení zdravotní sestry nebude v této práci rozlišováno zastoupení mužem nebo ženou). Na vině je dle Šochmanové (2016) názor, že zdravotní sestry je v podvědomí společnosti ryze ženské povolání, ale také nízké finanční ohodnocení, psychická náročnost práce, přesčasy a práce na směny. Podobně jako

stereotyp v názorech, tak i genderové role ovlivňují obsazenost této profese muži. Ženy jsou více empatické, jejich pečovatelské sklony jsou nezpochybnitelné, zatímco muži mají v sobě více bojovnosti, agresivity a síly, které se uplatňují v jiných profesích, ale které by mnohdy byly nápomocny k výkonu povolání zdravotní sestry, např. při potřebě manipulovat s těžce nemocnými, neovladatelnými pacienty, se kterými zdravotní sestra musí manipulovat i několikrát denně, nebo v případě fyzických kontaktů na pracovištích s pacienty pod vlivem návykových látek nebo s pacienty agresivními.

Na vznik a rozvoj syndromu vyhoření působí nejen všechny tyto vnější stresory, které způsobují dlouhodobý stres, ale velkou roli hraje osobnostní charakteristika zdravotní sestry. Často je zmiňováno, že výkon tohoto povolání je jakýmsi poselstvím, které je podpořeno Etickým kodexem sester (2000). Kodex pomáhá zdravotním sestřám pochopit smysl jejich práce a uplatňovat etické principy při výkonu této profese. Autorka diplomové práce usuzuje, že důležité je sice pochopit smysl práce, ale v první řadě je podstatné, aby člověk vykonávající povolání zdravotní sestry byl schopný pečovat o druhé, a proto musí být v naprosté „*duševní, tělesné, sociální a duchovní pohodě*“ (Etický kodex sester, 2000).

3.6.2 Profese farmaceuta, farmaceutického asistenta

Farmaceuti (lékárníci, farmaceutičtí pracovníci) jsou obvykle opomíjeni v souvislosti s výzkumem možnosti výskytu syndromu vyhoření. Profese farmaceuta se řadí mezi pomáhající profese a také přicházejí do úzkého kontaktu s ostatními lidmi. Farmaceut může svou práci vykonávat buď v laboratořích, provozech pro vývoj a výrobu léčiv, nebo v lékárnách. Právě v lékárnách jsou kontakty se zákazníky hlavní náplní práce.

Pro účel této práce se zaměříme na farmaceuty a farmaceutické asistenty z lékáren. Dle dokumentu, reflektujícímu současný stav a výhled vývoje v ČR, Lékárenská péče (2020) Ústavu zdravotnických informací a statistiky vyplývá, že v České republice zajišťuje lékárenskou péči 6 902 farmaceutů a 4 010 farmaceutických asistentů.

Obrázek 6 Počet pracovníků v lékárnách v ČR

Území, kraj	Nemocniční lékárna				Veřejná lékárna				Celkem			
	farmaceut	ZPBD	v tom	ostatní odborní pracovníci	farmaceut	ZPBD	v tom	ostatní odborní pracovníci	farmaceut	ZPBD	v tom	ostatní odborní pracovníci
			farmaceutický asistent § 19				farmaceutický asistent § 19				farmaceutický asistent § 19	
Hl. m. Praha	222	206	186	55	822	496	465	107	1 044	702	651	163
Středočeský	51	56	56	13	605	405	373	123	656	461	429	136
Jihočeský	71	43	33	21	299	253	232	51	370	297	265	71
Plzeňský	36	41	41	20	265	178	156	55	301	219	197	75
Karlovarský	8	8	8	2	154	123	110	49	162	131	118	51
Ústecký	46	79	78	34	318	277	239	58	364	356	317	92
Liberecký	44	34	28	6	204	141	96	79	248	175	124	85
Královéhradecký	26	35	35	11	385	174	150	67	411	209	184	77
Pardubický	33	23	23	7	316	150	121	47	349	172	143	54
Vysočina	47	57	43	18	273	183	162	47	320	239	205	65
Jihomoravský	156	174	135	64	901	409	351	138	1 057	583	486	202
Olomoucký	56	51	50	29	370	246	191	77	426	298	242	107
Zlínský	36	37	37	5	389	208	183	48	425	245	220	53
Moravskoslezský	87	77	76	33	683	385	353	150	770	462	429	183
ČR	918	921	830	318	5 984	3 627	3 180	1 097	6 902	4 549	4 010	1 415

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2020

Rozdílnost těchto dvou profesí je v jejich kompetencích. Dle Národní soustavy povolání (2017) je charakteristika práce farmaceutického asistenta taková: „*vykonává odborné činnosti spojené zejména s přípravou, výdejem, kontrolou a uchováváním léčiv a zdravotnických prostředků*“.

Naproti tomu profese farmaceuta je charakterizována stejným výčtem a k nim je ještě doplněn „*výkon činnosti při výrobě a kontrole léčiv a při skladování a distribuci léčiv u distributora léčiv, také metodickou, koncepční, výzkumnou a vývojovou činnost v oblasti zdravotnictví*“ (Národní soustava povolání, 2017).

Autorka míní, že jednotlivé profese potkávající se v lékárně se prolínají a doplňují, vzájemně se dokážou zastoupit a nahradit v případě nutnosti výpadků pracovních sil. Je zřejmé, že oba druhy povolání vstupují do každodenního kontaktu se zákazníkem, zákazník je to specifický, nejde si koupit zbytečnou věc, řeší nemoci své nebo svých blízkých.

Farmaceutičtí pracovníci jsou nejen odborníky ve svém povolání, to se jistě očekává, ale také rádci pro výběr léků, a to tím, že vysvětlují užívání léku pacientovi, ale také doporučují alternativu v případě výpadku na trhu anebo v případě negativních účinků užívání léku předepsaného lékařem nebo léku bez předpisu, s ohledem na kombinaci již užívaných ostatních medikamentů u pacienta. Mezi nutné dovednosti obou uvedených

profesí autorka řadí také zastávání role důvěryhodného poradce pacientovi, který umí zákazníka ovlivnit a přesvědčit. Často chodí do stejné lékárny např. z důvodu místní dostupnosti stále ti stejní lidé. Pracovníci lékárny jsou empatičtí, umí předvídat potřeby a reálná očekávání zákazníka. Profesní etika, psychologie pro jednání se zákazníkem, řešení problémů a uspokojování zákaznických potřeb jsou předpokládanou samozřejmou dovedností zaměstnanců lékárny. A v neposlední řadě zastávají role obchodníků, jelikož tlak na prodeje se objevuje i v tomto oboru podnikání, a to může být také stresovým faktorem. Orientovat se v množství značek a druhů zboží, v popisu účinků léčiv a provádět kontrolu při přípravě léků, které má lékárna zalistováno, je náročné.

Velký tlak ze strany zákazníka na psychiku farmaceutických pracovníků se může projevit i s ohledem na stížnosti pacientů na zdražování léků, na velké doplatky za předepsané léky nebo potíže se zásobováním. Díky technologickému pokroku jsou již dnes také v lékárnách automatizované systémy pro uskladnění a výdej léků. Na jedné straně usnadnění práce farmaceutům, lékárny bez front a dlouhého čekání nerudných zákazníků, na druhé straně může farmaceuta přemoci pocit nepotřebnosti a nejistoty do budoucna kvůli nahrazení jejich práce roboty.

Z farmaceutů se stávají rádcí zákazníkům, protože stále více lidí dbá na zdravý životní styl, pečují o své zdraví a investují do nákupu potravinových doplňků, vitamínů a zdravých potravin nemalé peníze. Pocit odpovědnost za zdraví pacientů, za vhodnost vydaného léku, za správnou diagnózu, kterou zákazník očekává, ovlivňuje práci farmaceuta každý den.

Konkurenční boj může být také velkým stresorem, v ČR je dle statistik Státního ústavu pro kontrolu léčiv 2500 lékáren k 31.12. 2020. Tlak na to, jak obstát ve veliké konkurenci obřích řetězcových lékáren, a s tím související monopolizace v tomto odvětví, může vést v malých neřetězcových lékárnách k nežádoucím vlivům na psychiku zaměstnanců lékárny.

Obrázek 7 Počet lékáren v ČR

Území, kraj	Lékárna				Výdejna zdravotnických prostředků	
	nemocniční	veřejná	celkem	na 10 000 obyvatel	celkem	na 10 000 obyvatel
Hl. m. Praha	13	318	331	2,48	50	0,37
Středočeský	10	254	264	1,89	20	0,14
Jihočeský	9	129	138	2,14	10	0,16
Plzeňský	8	127	135	2,28	17	0,29
Karlovarský	2	82	84	2,86	11	0,38
Ústecký	11	168	179	2,19	17	0,21
Liberecký	5	89	94	2,12	11	0,25
Královéhradecký	2	145	147	2,67	6	0,11
Pardubický	5	121	126	2,41	4	0,08
Vysočina	6	99	105	2,06	6	0,12
Jihomoravský	18	301	319	2,67	17	0,14
Olomoucký	6	143	149	2,36	18	0,29
Zlínský	5	148	153	2,64	7	0,12
Moravskoslezský	9	273	282	2,36	25	0,21
ČR	109	2 397	2 506	2,34	219	0,20

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2020

3.7 Prevence syndromu vyhoření

Prevence je v rámci syndromu vyhoření velmi důležitá. Stejně jako u všech ostatních chorob je lépe předcházet následné léčbě a zaměřit se na prevenci. Protože se syndrom vyhoření dostavuje postupně ve svých fázích, dlouhodobým působením stresu, je žádoucí včas rozpoznat, že se některé fázi plíživě osoba přibližuje. Reagovat na signály, které jí tělo dává, předcházet dlouhodobému vyčerpání, dodržovat zdravý životní styl. Neodsouvat své koníčky, nezanedbávat rodinu, přátele a vlastní aktivity, které dávají dobrý pocit smysluplného života. Vyhodnocovat faktory a zjistit, které lze ovlivnit a které ne. Podle Radocha, Ptáčka a Kebzy (2013, s. 86) se s faktory, které můžeme ovlivnit v malé míře, nebo vůbec ne, musíme naučit žít. Prevence na úrovni jednotlivce zahrnuje péči zejména o sebe samého.

Prevenčí na úrovni organizace autorka diplomové práce myslí okolností týkající se pracovního prostředí. Zdravé pracovní klima, které nestresuje jednotlivce,

má i ekonomický dopad. Zaměstnanci se nevyhýbají náročným a nahodilým úkolům, nebojkotují víkendové směny a přesčasy. Nezneužívají pracovních neschopností. Radost z přítomnosti na pracovním prostředí, dobře fungující spolupráce s kolegy, efektivní komunikace mezi odděleními a napříč celou organizací podporují pracovní výkonnost. Lidé jsou si vědomi společných dosažitelných cílů, vzájemně se podporují a důvěřují si. Zní to jako klišé, ale bez této podpory pracovníci mohou být daleko více ohroženi dlouhodobým stresem a poté i syndromem vyhoření (Ptáček, Raboch, 2013).

Člověku je potřeba zajišťovat nejvhodnější pracovní podmínky a umožnit tím vysokou produktivitu lidského výkonu a také pracovní klid a pohodu. Nejenom materiální zajištění ovlivní působení zátěžových situací na člověka. Jednání nadřízených pracovníků s podřízenými, spolupráce mezi kolegy, udržování harmonických vztahů na pracovišti a zpětná vazba o dobře vykonané práci jsou zapotřebí pro pohodu pracovníků. Pokud lidé vědí, jaké jsou plány na další léta, co se v zaměstnání řeší, co se chystá, vědí o smyslu, misích a vizích zaměstnavatele, s ohledem na stres a syndrom vyhoření je tento stav nejlepší prevencí v pracovním prostředí.

Vyhoření je důsledkem dlouhodobého stresu, ale není to totožné s jinými poruchami duševní rovnováhy. Lidé ve stresu jsou jakoby pod tlakem, všeho je moc, valí se na ně práce, ale pořád si dokážou představit, že bude lépe, že se mají situaci pod kontrolou, že stres pomine, jakmile práci dokončí, nebo jakmile přejde nepříjemná etapa v životě. Člověk s depresí má pesimistické myšlenky, ztrácí schopnost se radovat, je příliš úzkostlivý. Nesoustředěnost, obtížné rozhodování, chování, mimika, ale také projevy somatické, jako je chabé držení těla nebo zhoršení motoriky, mohou být příznaky depresí.

Naopak lidé se syndromem vyhoření mají jiné pocity. Cítí pocit prázdnoty a absence motivace, nevidí žádnou naději na zlepšení dané situace. Stres má v sobě stále část motivace, emoce jsou reakcí a jsou schopné vyvolat určité další reakce, stres navádí k naléhavosti řešení situace a podporuje hyperaktivitu, člověk pociťuje návaly energie. Zatímco u vyhoření jsou emoce otupělé, jedince ovládne bezmocnost a beznaděj, nezajímá se téměř o nic.

Prevenenci syndromu vyhoření pomáhají různé techniky pro zvládání dlouhodobého stresu. Stock (2010, s. 58) se domnívá, že důležité je snažit se „ochránit před vyhořením a posilovat svou resilienci, ale také zabraňovat případné recidivě syndromu, pokud už jednou osobu postihl“. Není jednoduché dostat se nazpět do běžných kolejí, pokud

už syndrom vyhoření dosáhl nejvyšší fáze. Pokud jsou příznaky vyhoření vážné a osoba není schopna zvládnout sama dlouhodobé vystavení stresu, už nepomůže odpočinek, případně dovolená, je nutné vyhledat odbornou pomoc. Prevence je proto nesmírně důležitá. Uvědomění si, co člověku dělá dobře, vyvážit stres aktivitami, které přinášejí radost, udělat cokoli pro sebe samého a zejména chuť s danou situací něco udělat.

3.7.1 Sociální opora

Nejen ve zdravotnických profesích hraje velmi výraznou roli sociální opora (anglicky „*social support*“). Tento termín lze vysvětlit jako vzájemnou pomoc, která čerpá z okolního prostředí, ve kterém se člověk pohybuje. Podpora, která plyne z pracovního prostředí, od spolupracovníků, ze setkávání se s přáteli a známými, z trávení volného času s rodinou, je nepostradatelnou součástí sociální stránky každého jednotlivce. Dle Kebzy (2003, s. 18) „*nedostatek sociální opory koreluje pozitivně se syndromem vyhoření*“.

Křivohlavý cituje Pinesovou a Aronsona (1998, s. 90): *...čím lepší vztahy daný člověk k druhým lidem má, tím má i relativně nižší úroveň psychického vyhoření... Čím více se člověku dostává sociální opory, tím méně příznaků syndromu burnout je u něho možno zjistit.*“.

Mezi preventivní opatření autorka diplomové práce zahrnuje uvědomění si smysluplnosti života a své práce. Autorka se domnívá se, že pokud nalezneme smysl naší práce, stanovíme si pracovní cíle a postupy jejich realizace, ty jsou pak klíčem k úspěšnému zvládnutí stresových situací. Člověk musí přijmout fakt, že lidé jsou nedokonalí a mají právo na to dělat chyby. Vnitřní lidská rovnováha, mít sám sebe rád, umění sám sebe se odměnit a ocenit, udělat si radost, respektive naladit se na pozitivní emoce, a pěstovat pozitivní přístup k sobě samému, je dalším krokem k oddálení fázi syndromu vyhoření.

Důležité je umět odpočívat, doplňovat energii činnostmi, které nás baví a nezapomínat na rodinu. Na začátku pracovní kariéry, při nástupu do nové pozice, k novému zaměstnavateli nebo při nárustu kompetencí se člověk dostává do velkého nadšení a vysoké angažovanosti a práce se stává nejdůležitější v životě. Ale každý žije i svůj osobní život a dlouhodobě neřešené rodinné konflikty a partnerské neshody neposkytují silné zázemí a nedotují nás životní energií, která je potřebná pro zvládnání náročných situací (Bartošíková, 2006, s. 45). Rodina je nezbytná, vytváří nám citové

zázemí, fungující partnerský život a pozitivní mezilidské vztahy nám dávají oporu a v nesnázích jsou to většinou ti, co dokážou pomoci.

Únava je jedním ze stěžejních příznaků vyhoření. Příčinou může být nekvalitní nebo nedostatečný spánek, málo pohybové aktivity, nesprávná životospráva. Střídání práce s odpočinkem, třeba i aktivním, jsou zdrojem životní energie. Naslouchat svému tělu a aktivně přistupovat ke svému zdraví se určitě vyplatí.

Asertivní jednání může také oddálit příznaky stresu. Použitím slova NE, nenechat se manipulovat, naučit se odmítnout, nenosit si práci domů, oddělit myšlenky na práci s koncem pracovní doby. Věnovat se jiným činnostem než těm, kterým se věnujeme celý den, radovat se z pozitivních věcí, prožívat dny smysluplně, pomáhat druhým a mít potěšení a radost z dobře vykonané práce (Zacharová, 2008).

Dle autorky diplomové práce, při zachování těchto doporučení, je možné být spokojenější a stres člověka jen tak nedohoní. Nelze se zaměřit na jednu oblast ve svém životě, prevencí vyhoření je vnímat život jako celek a celkový pohled na život. Převezme-li jedinec odpovědnost za své jednání, za svůj život, přizpůsobí se povaze své práce, charakteru vlastní osobnosti, podmínkám v práci, v rodině, bude se cítit lépe.

3.7.2 Supervize

Kořeny supervize se datují již k začátku 19. století. Autor této supervize Michael Balint se zaměřil na vztah lékař – pacient. Zabýval se situacemi, kdy lékař ve vztahu k pacientovi potřebuje nejen znalosti o tělesné schránce člověka, ale také psychologické znalosti o charakteru člověka jako individuální bytosti. Nemoci považuje za důsledek nevyřešených emocí. Proto zkoumá příznaky nemoci tělesné i duševní společně. Tzv. balintovské skupiny jsou jedněmi ze supervizí, které řeší souvislosti ve vztahu pacient – lékař – komunikace (Matoušek, 2003, s. 350).

Slovní obrat je převzatý z anglického „*supervision*“ a do češtiny překládáme jako dozor, dohled, kontrola, inspekce. Ustálená definice pro supervizi zatím není. Může se zaobírat buď jednotlivcem, skupinou nebo celým týmem spolupracovníků, a používá se různých způsobů psychologického zkoumání pomocí testů, her, rozhovorů apod.

Supervidovanými mohou být sestry, lékaři, farmaceuti, vedoucí pracovníci, celý tým i celé oddělení. Do oblasti syndromu vyhoření se supervize zapsala jako vhodný prostředek pro prevenci. Využívá se zejména v oblastech pomáhajících profesí jako preventivní

nástroj při řešení problémů, zpětnou vazbu, ujasnění si pracovní kompetence, profesní rozvoj a porozumění vzájemným vztahům.

Podle Matouška (2003, s. 351) je možné supervizi dosáhnout zlepšení pracovního klima, podmínek na pracovišti, vylepšit organizaci a profesionalitu práce na pracovištích a pozdvihnout kompetence pro specifické úkoly. V oboru zdravotnictví je supervize vhodným nástrojem pro zvládání emocí. Během supervize dochází k uvolnění, ventilaci a ovládnutí reakcí na podněty, které se v člověku hromadí během profesního výkonu a mohou mít negativní dopad na pracovníka i případně na pacienta, o kterého je pečováno.

Pověření vést supervizi může dostat člověk, který není zaměstnancem, je mimo pracovní kolektiv, je mimo organizaci, ale má mnohaletou praxi v pomáhajících profesích, psychoterapeutický výcvik a dodržuje mlčenlivost. Je nezaujatým odborníkem, který sdílí zkušenosti, poskytuje rady a je důvěryhodný. Pokud je to supervizor interní, z řad zaměstnanců organizace, může to být přímí nadřízený nebo určený pracovník s vymezenou rolí. Překážkou v působení supervizora může být přenesení a kumulace rolí, stejně jako souvislosti se vztahy nadřízenosti a podřízenosti mezi zaměstnanci mohou způsobit konflikty v organizaci. (Bartošíková, 2006, s. 62).

Častost supervizi je dána potřebami v konkrétní situaci a čase. Supervize může být zaváděna jako plošná nebo konkrétně pro nějaké určité problémové oddělení. Může se konat příležitostně (krizová supervize), pokud se vyskytne potřeba urgentně řešit nenadálou situaci, nebo v pravidelných intervalech jako prevencí před výskytem nežádoucích okolností. „*Kdo se může profesionálně vyvíjet, ten nevyhoří*“ říká Schmidbauer (2008, s. 225).

3.7.3 Coping

Coping neboli copingové strategie, strategie zvládání jsou vhodné pro zvládání těžkých životních situací. Dle Zacharové (2017) každý z nás někdy prožívá těžké stresové situace, které nás zatěžují. Ne každý se s nimi umí rychle vyrovnat, někdo reaguje rychlou akcí, někdo se stáhne do ústraní. Pokud se dlouhodobě trápíme stresovou zátěží, organismus reaguje úzkostnými stavy, agresí, strachem a nespavostí, objevují se psychosomatické problémy nebo poruchy chování. Proto se jedinec snaží bránit vědomými aktivitami, které vypomáhají stres snižovat, bojovat s úzkostmi a bránit se stresorům. Zacharová (2017, s.72) uvádí, že nejčastěji využívané strategie jsou strategie

„zaměřené na řešení problému“ anebo „strategie zaměřené na vyrovnavání se s emocionálním stavem“. Jakou strategii je vhodné použít, záleží na konkrétní situaci. Všeobecně se lidé vrací k opakovaným, již osvědčeným, někdy v minulosti použitým postupům a krokům, jak se v dané zátěžové situaci zachovat. Existuje mnoho technik pro zvládnání těžkých stresových situací, dle Křivohlavého (2010) například různé formy meditace, relaxace, imaginace nebo metoda biologické zpětné vazby.

3.8 Syndrom vyhoření v čase pandemie

Od nepaměti se lidé potýkají s obtížnými situacemi, které jim život přináší a očekává se od nich vyšší výkon. Diskutovaným tématem během minulých dvou letech v souvislosti se syndromem vyhoření byla pandemická situace Covid- 19. Autorka se domnívá, že počet ohrožených lidí syndromem vyhoření se pandemickou situací zvýšil. Pandemie výrazně ovlivnila duševní zdraví lidí, a to z mnoha důvodů – práce navíc, home office, lockdown, ztráta sociálního kontaktu, vyšší pracovní zátěž, nejistota a strach z budoucnosti, bezmocnost v pomáhání ostatním, beznaděj a pochybnosti. Lidé často pracovali pod větším tlakem než v době před pandemií. Neustálá tíha v podobě vládních opatření, přizpůsobování se pravidlům, omezováním vlastní svobody, nemožnosti stýkat se s rodinnými příslušníky, zákazu navštěvovat nemocné příbuzné a nést za své chování více odpovědnosti, tomu všemu byli lidé v pandemii vystaveni. Byli ohroženi extrémní psychickou zátěží a tím bylo negativně ovlivněno jejich duševní zdraví i pracovní kultura. Psychická pohoda a rovnováha lidí byla a stále je narušena po celém světě.

Ačkoli bylo přijato velké množství restrikcí, opatření a doporučení pro chování populace v době šíření koronavirové nákazy, pomáhající profese museli pro zachování zdravotní obslužnosti zůstat otevřené v tzv. první linii, a ve vypjatých situacích zabezpečovat zdravotnických systém. I když lidé byly omezeni v pohybu kvůli omezení šíření nákazy, dodržování odstupů, nošením ochranných pokrývek nos a úst, používáním dezinfekčních prostředků, lidí v pomáhajících profesích museli fungovat i za těchto ztížených podmínek. Ve zdravotnictví komplikoval situaci i fakt, že chyběli pomůcky ochrany těla, dezinfekční prostředky, léky a léčivé přípravky. Na pomoc docházeli studenti farmaceutických fakult, příslušníci Police a Armády i ostatní dobrovolníci. Stresových faktorů v době pandemie bylo nespočet, což mohlo vést k rozvoji syndromu vyhoření, k problémům se zdravím i se sociálními a finančními dopady.

Pro boj se stresem, nejen během pandemie, publikovala Světová zdravotnická organizace plakát jako doporučení ve formě krátkých instrukcí týkajících se sociálního chování a nakládání s dostupnými informacemi o průběhu a následcích nákazy, překlad do českého jazyka zveřejnil lékárnický web (Lékárníci, online, 2020). Tyto plakáty byly doporučeny pro použití na všech volně přístupných veřejných místech, na pracovištích, prostřednictvím sociálních sítí a webových stránek a byly pružnou reakcí na to, jak lidem v běžném životě ulehčit rozhodování o svém chování během nenadálých a neznámých situací, které by mohli narušovat lidskou psychiku a vnímání. Lidem osvěta na lehce dostupných místech s informacemi o dění kolem nich umí ukotvit v lidech pocit bezpečí, zázemí a jistoty.

Obrázek 8 Boj se stresem

World Health Organization

Zvládání stresu během epidemie COVID - 19

Je normální být během krizové situace smutný, vystresovaný, zmatený, vyděšený nebo naštvaný. Pomoci může rozhovor s lidmi, kterým věříte. Kontaktujte své přátele a rodinu.

Jestliže musíte zůstat doma, dodržujte zdravý životní styl, který zahrnuje vhodné stravování, dostatek spánku, cvičení a udržování sociálních kontaktů s lidmi, které máte rádi buď doma, nebo prostřednictvím mailu a telefonu.

Nekuřte, nepijte alkohol ani neužívejte jiné drogy ke zvládnutí toho, co pociťujete. Pokud máte pocit, že už situaci nemůžete zvládnout, vyhledejte pomoc odborníka.

Shromažďujte informace a fakta, které vám pomohou určit míru rizika onemocnění pro vás, abyste mohli provést potřebná opatření. Najděte si důvěryhodný zdroj informací, kterému můžete věřit, jako jsou webové stránky WHO nebo ministerstva zdravotnictví nebo Státního zdravotního ústavu.

Snižte své obavy a nervozitu omezením času, ve kterém vy a vaše rodina sledujete nebo posloucháte média, která vnímáte jako znepokojující.

Využijte svých dovedností a zkušeností, které jste získali v minulosti, ke zvládnutí svých emocí během náročného období této epidemie.

Zdroj: Státní zdravotní ústav (2020)

4 Praktická část práce

Praktická část diplomové práce navazuje na teoretickou část a autorka v ní využila poznatky načerpané z citovaných zdrojů. Praktická část je zaměřena na dotazníkové šetření obou zkoumaných skupin, následuje interpretace vyhodnocených hypotéz se slovním hodnocením i vytvořenými grafy. Slovně autorka diplomové práce vyhodnotila výzkumnou otázku.

4.1 Výzkumné šetření

Autorka zpracovala diplomovou práci kvantitativní metodou dotazníkového šetření. Formulovala výzkumný problém, stanovila cíle výzkumu. Dalším krokem bylo rozhodnutí o zkoumaném vzorku, a tím se stali zdravotní sestry a pracovníci lékáren. Poté následovalo rozhodnutí o metodách sběru dat prostřednictvím standardizovaného dotazníku MBI, který byl následně doplněn o několik otázek pro detailnější data o respondentech, jejich pohlaví, věku, délce praxe a jejich základních znalostech zkoumaného tématu. Sociální sítě autorka považovala za vhodný způsob prezentace dotazníků vybranému zkoumanému vzorku populace pomáhajících profesí. Pro co největší okruh vrácených odpovědí z oslovených profesních skupin autorka zvažovala cesty nejjednodušší možnost vyplnění dotazníků, a tím se staly sociální sítě. Z vlastní zkušenosti autorka intuitivně odhadla dobu, kdy nejvíce lidé tráví času na sociálních sítích a právě v ten čas (19:30 hod v podvečer) zveřejnila prosbu o vyplnění dotazníku. Ve velmi krátkém čase se autorce sesbíraly odpovědi na dotazník pro vyhodnocení dotazníku na téma syndromu vyhoření u obou profesních skupin.

4.1.1 Výzkumný záměr a cíl

Autorka měla explicitní záměr shromáždit data prostřednictvím dotazníkového šetření za účelem zkoumání vztahu mezi dvěma různými profesními skupinami na téma syndrom vyhoření. Na základě získaných dat zamítnout nebo verifikovat pravdivost stanovených hypotéz a zodpovědět na výzkumnou otázku.

4.1.2 Výzkumný soubor

Pro kategoriální, kvalitativní položky dotazníku byly vytvořeny pruhové grafy s relativními četnostmi, a to jak pro celý soubor respondentů, tak i zvláště pro profesní skupiny. Zkoumaná data jsou interpretována s pruhovými grafy dle stejného pořadí otázek, které odpovídá pořadí otázek v dotazníkovém šetření zaslaném respondentům obou profesních skupin.

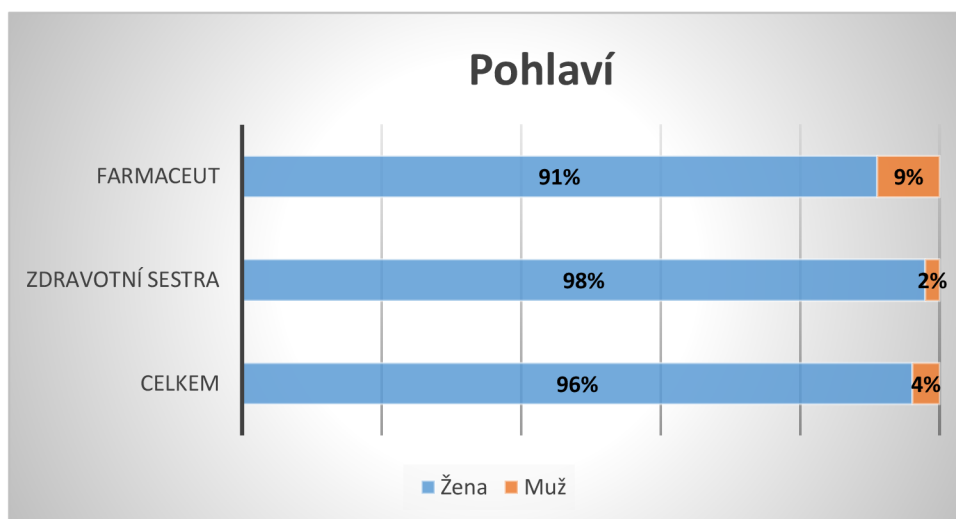
4.1.3 Interpretace výsledků položek dotazníkového šetření

Zkoumaný soubor tvoří ženy a muži, zdravotní sestry v počtu 340, z řad lékáren se zaznamenalo 124 odpovědí.

Poznámka: 4 respondenti z datového souboru vyřazeni z důvodu chybějící hodnoty u položky „Citové problémy řeším klidně“. Celkem tedy zbylo 460 respondentů.

Z pruhového grafu je zřejmé, že v obou porovnávaných profesích převládá více jak v 90 % zastoupení ženským pohlavím. I když je trend v genderovém vyvážení ve všech možných profesích na vzestupu a více se mluví o menším zastoupením žen v některých oblastech pracovního uplatnění, v profesích zdravotnických zdá se, tento posun zatím zaznamenán není. Alespoň z dotazníkového šetření autorky vyplývá, že profese zdravotních sester a farmaceutických pracovníků není lákavá, ať už z jakéhokoli důvodu, pro muže.

Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Věkovou hranici respondentů autorka rozdělila do čtyř skupin.

- 18-30;
- 31-40;
- 41-50;
- 51 a více.

Dle odpovědí na dotazník autorka došla k závěru, že věkové rozložení je v celkovém součtu odpovědí z dotazníků při porovnávání obou profesí rovnoměrně rozloženo mezi všechny věkové kategorie. Autorka se zamyslela na každou profesi zvlášť a jak ukazují pruhové grafy, je zřejmé, že u profese zdravotních sester je druhou největší a nejpočetnější skupinou pracovníků ve věku 41-50 let a také je nezanedbatelná skupina ve věku 50 let a více. Je zajímavé pohlížet na tento výsledek s ohledem rizika do budoucích let, až budou tyto věkové skupiny odcházet na zasloužených důchodový odpočinek a bude hrozit větší odliv zaměstnanců z této profese.

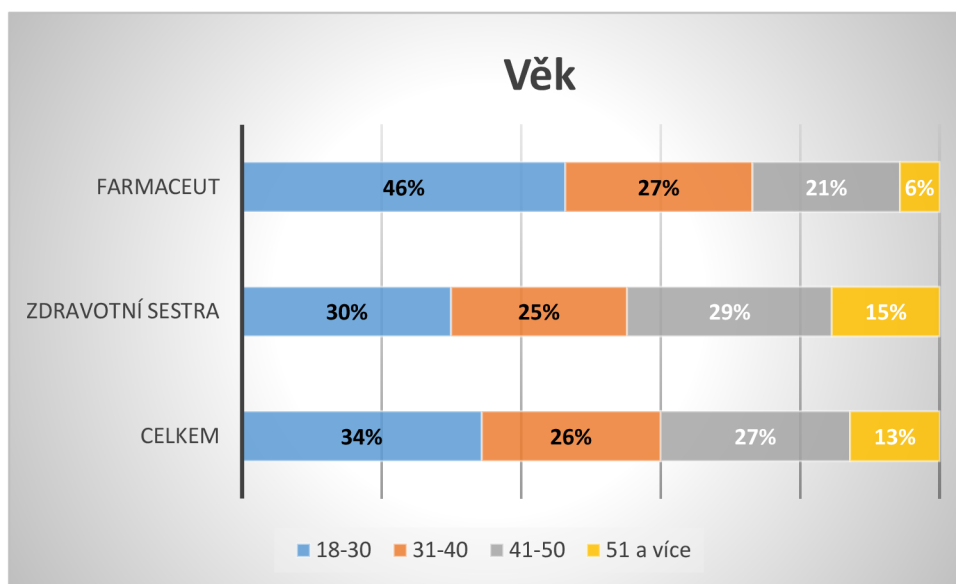
Zejména náročnější období nám ukazují, např. z minulých let pandemie koronaviru, že může nastat problém se zaměstnanci vyššího věku a to v tom smyslu, že je nutné mít zaměstnance psychicky i fyzicky odolné, připravené na krizové situace v tomto oboru. Výsledek počtu v první skupině se zaměstnanci ve skupině 18-30 let s 30 % dotazovaných dle autorky může signalizovat ubývající zájem o práci ve zdravotnictví.

Autorka předpokládá, dle stárnutí populace a přibývajících náročných péčí o starší nemocné, že bude práce ve zdravotnictví stále namáhavější a náročnější, a bude potřeba mladších ročníků, flexibilních, schopných pružně reagovat na nenadálé situace a použít i jiné než naučené vzorce chování, pro období nadcházejících let s vysokým počtem starých lidí.

Jiná data nám graf ukazuje momentální věkové složení respondentů z prostředí lékáren. Necelá polovina, až 46 % dotazovaných se nachází ve věkové skupině 18-30 let. Autorka se domnívá, že se může jednat o fakt, že mladší generace je flexibilnější, mladší ročníky nevnímají tuto profesi jako poslání, což můžeme s jistým nadhledem říci o profesi zdravotní sestry, ale spíše jako stabilní zdroj příjmu. Provozovatelé lékáren projevují zájem o zaměstnance s porozuměním práce, vyžadují loajalitu, než aby trvali na předchozích zkušenostech nebo delší praxi. Často se ale musejí přizpůsobovat samotnému zaměstnanci, pokud o něj zaměstnavatel stojí, navýšit počet benefitů, přiznat příspěvek na dojíždění anebo přislíbit bonusy za odpracované roky. Mladší generace dává přednost před pracovním životem spíše osobním zájmům, pokud není před nimi možnost kariérního růstu nebo postupu, proto většinou využívají jiných pracovních nabídek, naopak starší generace dává najevo svou loajalitu a precizní plnění pracovních povinností.

Výsledky z dotazníku, týkající se rozložení zaměstnanců dle věku, ovšem ukazují, že míra atraktivity a zájmu o práci v lékárně by mohla být na vzestupu, ale také může signalizovat vyšší zájem mladší generace o vyplnění dotazníků přes sociální síť.

Graf 2 Věk respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Další část dotazníkového šetření autorka směřovala k údajům o délce praxe v oboru. Tuto kategorii, podobně jako u předchozího grafu, autorka rozdělila do více skupin.

Velmi podobné výsledky zaznamenalo dotazníkové šetření v kategoriích 4-8 let, 9-12 let, 13-15 let a 15-20 let u obou skupin, počty dotazovaných v těchto skupinách jsou téměř totožné. Oproti tomu jsou pak velké rozdíly v délce praxe 1-3 roky a 21 a více let u zdravotních sester.

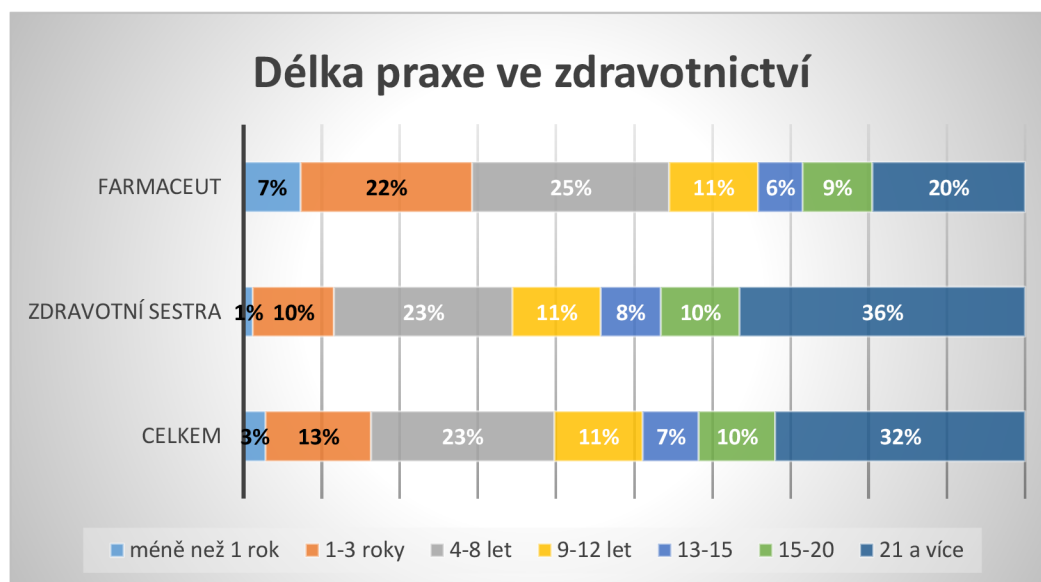
Ve skupině 1-3 roky je celých 23 % respondentů. Autorka míní, že tento ukazatel může korespondovat s ukazatelem nezájmu v posledních letech o povolání ve zdravotnictví umocněným koronavirovou krizí a tlaku medií o náročnosti tohoto povolání v krizových situacích, ovlivňovaných epidemiemi, pandemiemi, živelnými pohromami či lidskými selháními.

Ještě početnější skupinou v oboru zdravotní sestra jsou respondenti s délkou praxe 21 a více let. Autorka logicky odvodila, že se jedná o zaměstnance ve věku 40 let a více. Střední generace, kdy už jsou jejich děti soběstačné, co se týká obstarávání základních potřeb, a ještě není třeba starat se o stárnoucí rodiče, je jistotou pro zaměstnavatele z hlediska rizika absence dlouhodobé nepřítomnosti v zaměstnání. Lidé by měli být na vrcholu nebo v období svých nejlepších fyzických a psychických sil. Autorka si myslí, že v této skupině jsou lidé velmi loajální, tedy ztotožňují se s organizací, ve které pracují, disponují vlastnostmi jako jsou spolehlivost, samostatnost, práce v týmu a flexibilita. Jsou věrní svému zaměstnavateli a nehledají důvody pro odchod ze stávajícího zaměstnání.

Odlišné výsledky vyplynuly z dotazníkového šetření u pracovníků lékáren. V kategorii 1-3 roky je podstatně více respondentů. Této skupince, v souvislosti s výsledkem z předešlého grafu, mladších zaměstnanců mohl lépe vyhovovat styl práce během posledních let spojených s koronavirovou pandemií. Staly se základním spojencem v ambulantní péči o zdraví z důvodu nejlepší dostupnosti zdravotnického zařízení. Jejich práce se rázem stala aktivnější, zvýšila se návštěvnost a zejména senioři se stali pravidelnými návštěvníky, protože ti čerpají lékárenskou péči nejčastěji a žádají odbornou radu. Z důvodu nouzového stavu, restrikcí a různých opatření v minulých letech byla práce v lékárně ovlivněna v tom smyslu, že lidé docházeli do lékáren a žádali rady od lékárníka osobně mimo návštěvu ordinací lékařů a tím mohla vzrůst důvěra v lékárníky při řešení mírných obtíží.

Méně respondentů odpovídalo ve věkové kategorii 21 a více let, proto se autorka domnívá, že v této kategorii nastává úbytek pracovních sil z důvodů nedostatečných kompetencí lékárníků, lidé mohou být častěji postiženi syndromem vyhoření a pocitem nesmyslnosti práce, nastává stagnace pravomocí a další rozšiřování kompetencí často není aktuální.

Graf 3 Délka praxe



Zdroj: Vlastní zpracování

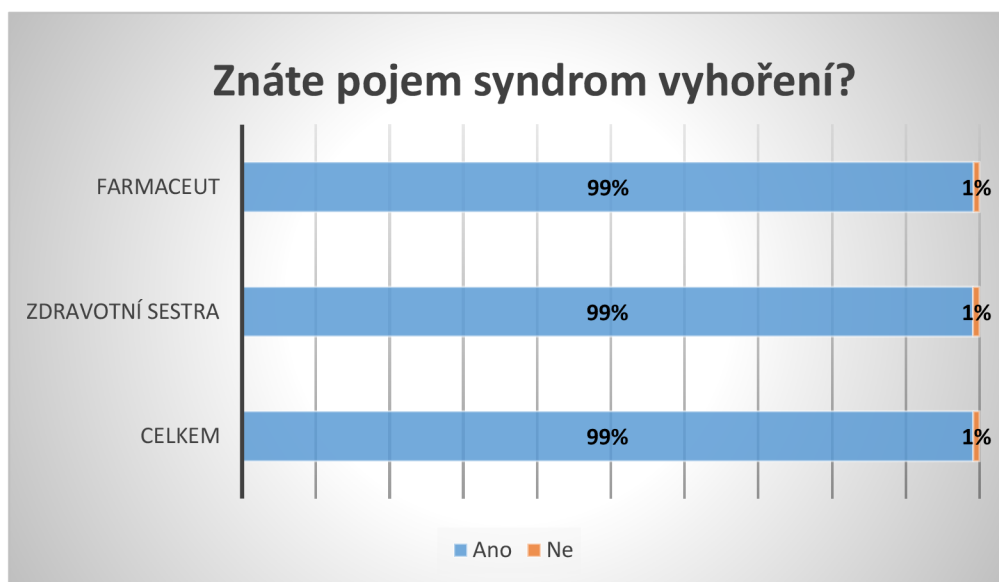
Další položkou v dotazníkovém šetření se autorka snažila odhalit, zdali je pojem syndromu vyhoření pro zkoumané profese velkou neznámou. Dle odpovědí na téma

syndromu vyhoření autorka soudí, že je pojem obecně známým u obou profesních skupin. Z celkového počtu dotazovaných zdravotních sester i pracovníků lékárny nezná pojem syndromu vyhoření 1 % z celkového počtu odeslaných odpovědí.

Autorka míní, že je to zanedbatelné číslo a dále můžeme pracovat s velice dobrým vzorkem populace, který dokáže interpretovat své názory, pocity a postoje k tomuto tématu, protože základní informace každý z nich má. Dalšími vyhodnocenými grafy autorka analyzuje, zdali respondenti umějí s tímto jevem pracovat, zdali mu umějí předcházet, případně čelit nástrahám psychického a fyzického vypětí prevencí a zdali v případě stanovené diagnózy znají možnosti, jak s tím bojovat.

Dle autorky je syndrom vyhoření jevem, který není potřeba představovat. V moderním světě techniky s informacemi ze všech oblastí pracovního i osobního života a různých zdrojů vzdělávání lidé vstřebávají informace samovolně a jakoby nevědomky. Aktivní osvěta o fyzickém a duševním zdraví a psychologická podpora je na vzestupu a zaměstnavatelé mají různé možnosti, jak se k tomuto tématu postavit. Pokud funguje rovnováha pracovního a osobního života, a je uplatňována aktivní péče o psychický stav a fyzickou aktivitu jedince, pak člověka každodenní střety s realitou nemohou ohrozit.

Graf 4 Znalost pojmu syndromu vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování

Syndrom vyhoření je ve zdravotnických profesích velmi častým jevem. Diagnostikovat syndrom vyhoření je velice obtížné. Závisí především na samotném

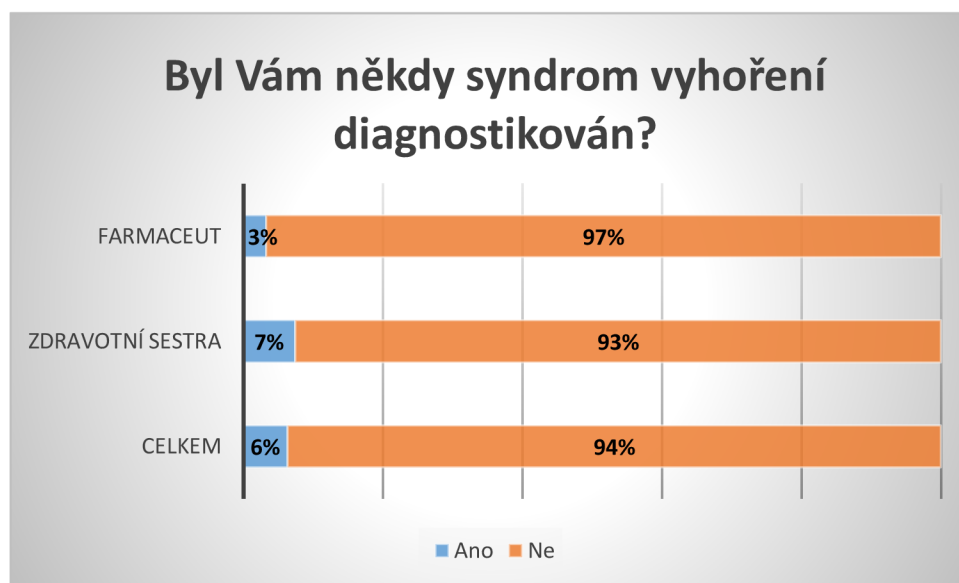
jednotlivci. Pro někoho může být spouštěčem nadměrné pracovní vytížení nebo komplikované zátěžové situace na pracovišti. Zejména spolupráce s těžce nemocnými nebo dětskými pacienty, a samotná vysoká mortalita na některých pracovištích vyžaduje velkou sebekázeň a účast jedince na podpůrných (vzdělávání, odměny, motivace), asistenčních (pomoc, opora) a intervenčních programech (kolektiv, komunikace, spolupráce).

Každý jedinec má odlišnou míru interpersonální interakce. Povaha každého zaměstnance ovlivňuje míru odolnosti stresu, kdy krátkodobé nekomfortní špatné nálady, zvýšená únava či nechutenství nemusí být pro každého začínajícím příznakem ohrožení syndromem vyhoření. Syndrom vyhoření se vyvíjí v dlouhodobém horizontu kumulací psychické a fyzické vyčerpanosti.

S ohledem na výsledky dotazníkového šetření v otázce, zdali byl respondentům někdy syndrom vyhoření diagnostikován, překvapivě jsou výsledky u obou profesí podobné. Ačkoliv obě profese jsou vážnými adepty pro tuto diagnózu, z celkového počtu dotazovaných byla u farmaceutů pouhá 3 % a u zdravotních sester 7 % zaměstnanců s potvrzenou diagnózou syndromu vyhoření, nyní nebo v předešlých letech.

Je jisté, že syndrom vyhoření se vyskytuje ve všech profesích, na všech úrovních hierarchie společností, mladých i starších lidí, bez ohledu na vzdělání a politickou příslušnost. Nevyhýbá se žádnému, každý může být ohrožen.

Graf 5 Diagnostika syndromu vyhoření



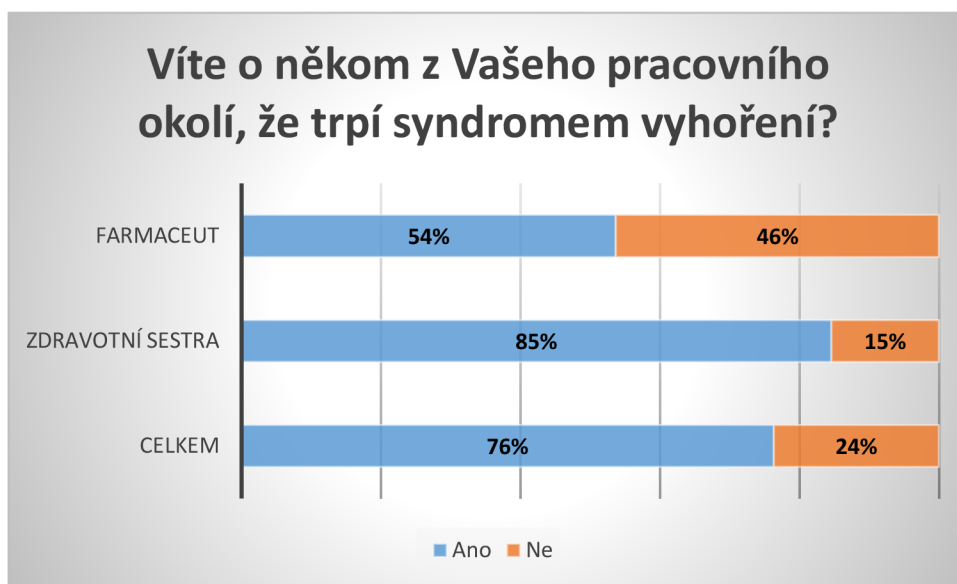
Zdroj: Vlastní zpracování

V následujícím pruhovém grafu se nám odpověďmi na otázku, zdali respondenti ve svém okolí znají někoho, kdo trpí příznaky syndromu vyhoření, ukazuje zajímavé vyčíslení výsledků do hodnot ano/ne. V celkovém součtu respondentů více jak $\frac{3}{4}$ z nich má ve svém okolí někoho, kdo se se syndromem vyhoření potýká. Autorka předpokládá, že lidé tedy znají příznaky tohoto jevu a dokážou rozpoznat, když se někomu z jeho okolí něco děje. Věnují pozornost negativním emocím, které se objevují v jejich okolí. Lidé mohou potlačovat a zapírat své problémy, ne vždycky se mají komu svěřit.

U emocí můžeme pracovat s jakousi emoční validací, tedy možností identifikovat potřeby, hledat rovnováhu a přiznat si emoce, které jedinec prožívá. Pokud si jedinec uvědomí, co je příčinou emoční reakce, je jednodušší své emoce ovládat. V případě, že respondent ví o někom ze svého okolí, kdo má známky syndromu vyhoření, a sám chce pomoci druhému, je emoční validace neboli emoční empatie jedna z možností, jak druhému podat pomocnou ruku. Přijetí, sounáležitost, pocit, že ostatní slyší, co říkají, je pro lidé trpící syndromem vyhoření vysvobozující.

Práce v kolektivu s člověkem, který trpí syndromem vyhoření, není schopen si to přiznat a nepožádá o odbornou pomoc, je dle autorky neskutečně vyčerpávající pro ostatní personál. Ve vzduchu visí pokleslá nálada, frustrace a našťvanost se pak přenáší na ostatní. Mezilidské vztahy nefungují, dochází k nedorozumění, ztrátě kontroly nad svou prací, v kolektivu se mohou objevit nepříjemné hádky, jeden se nemůže spolehnout na druhého.

Graf 6 Okolí se syndromem vyhoření



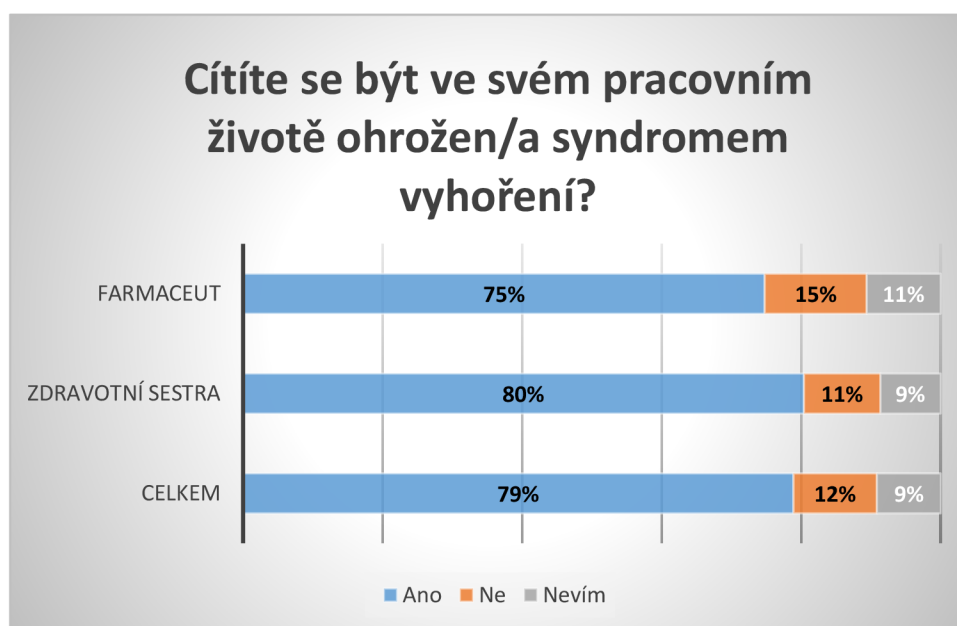
Zdroj: Vlastní zpracování

Graf číslo 6 nám předkládá výsledky, které jsou zejména u zdravotních sester překvapivé. Autorka si myslí, že většina z nich bere příznaky syndromu vyhoření jako svoje selhání, nepřipouští si možnost svěřit se někomu druhému a řeší situaci po svém. Možná ztráta zaměstnání, dlouhodobá pracovní neschopnost nebo výsměch ostatních může být brzdou ochoty mluvit o svým problémech s ostatními. Výsledek u zdravotních sester, které vědí v 85 % procentech o někom, kdo trpí syndromem vyhoření, a jsou to kolegové a kolegyně z pracovního prostředí, můžeme dle autorky považovat za vážný problém. Autorka usuzuje, že ti stejní lidé, kteří se starají o ostatní nemocné, jsou sami nemocní diagnózou. Neuvědomují si závažnost svého onemocnění, podceňují varovné signály počínajících fází, nebo si sami nechtějí problémy přiznat a nechtějí být sami označováni za nemocné a diagnostikováni syndromem vyhoření.

V dotazníkovém šetření v další otázce týkající se subjektivního pocitu ohrožení syndromem vyhoření odpovědělo 79 % z celkového počtu respondentů kladně, jak ilustruje graf č.7. Autorka se domnívá, že v návaznosti na odpovědi z předešlého grafu, kdy respondenti znají ve svém okolí někoho, kdo syndromem vyhoření trpí, mohou to být právě osoby, které znají, a to oni samotní a jedněmi z nich. Autorka je utvrzena v tom, že lidé se neradi přiznávají k tomu, že mají příznaky podobné tomuto jevu a snaží se s nimi vypořádat po svém. K tomuto se autorka zamýšlí v komentáři k následujícímu grafu číslo 10.

Pomáhající profese všeobecně jsou zahrnovány do seznamu profesí, které bývají nejvíce diagnostikovány syndromem vyhoření. Profese, kdy je nezbytná práce s druhými lidmi v kontaktu ryze pracovním, ne přátelským nebo náhodným. Dochází k navázání jakéhosi vztahu s přístupem podmiňujícím poskytnutí určité služby danému člověku. Neustálý tlak na bezvadnou práci, profesionalitu a zodpovědnost je bezpochyby příčinou narušení duševního klidu, který by měl zůstat v kontaktu s člověkem očekávajícím pomoc nenarušen.

Graf 7 Pocit ohrožení syndromem vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování

Z grafu číslo 8 vyplývá, že respondenti sice znají jev syndromu vyhoření, dokážou třeba i jen částečně rozpoznat jeho příznaky, ale na pracovišti nenalézají prostor a možnosti pro zvládnutí stresových situací a tím nemají šanci předcházet syndromu vyhoření. Více jak 75 % respondentů u obou skupin uvedlo, že se jim nedostává od zaměstnavatele příležitost, kde a jak si o pomoc říct, a jakými způsoby preventivně pracovat s psychickou a fyzickou zátěží. Odpovědi naznačují, že pomoc ze strany zaměstnavatele je nedostatečná, ojedinelá a neadresná.

Následnou odpovědí na další otázku v dotazníkovém šetření respondenti určují přesnější informace ohledně pomoci, která se jim dostává.

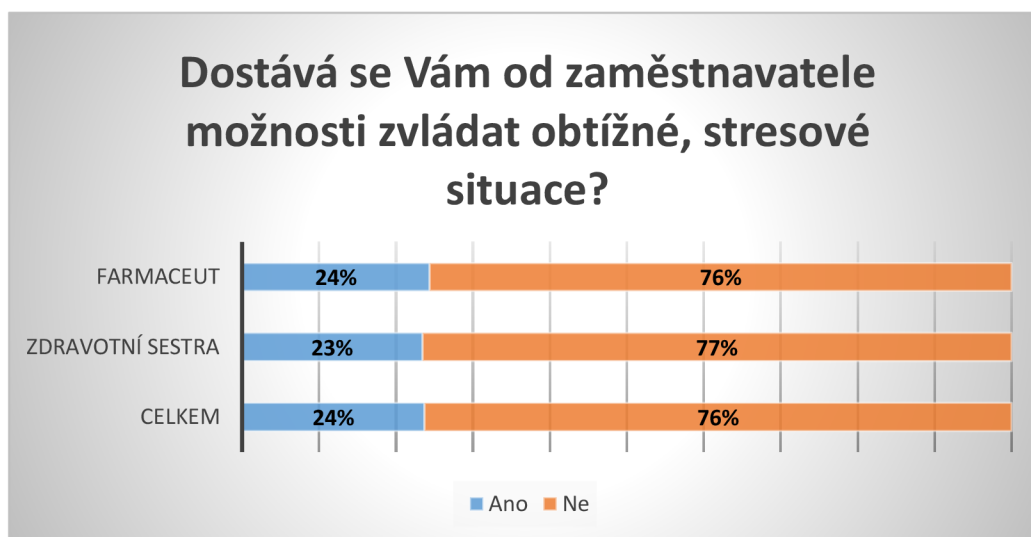
Ze skupiny zdravotních sester se nejvíce objevuje informace o možnostech využití Peer konzultanta. Jedná se o osobu, která se většinou vyskytuje v daném kolektivu, měla

by disponovat důvěryhodností a velkou mírou empatie. Poskytuje kolegům porozumění dané situace, vzhledem k tomu, že stejnou práci vykonává a má zkušenosti s povahou dané profese. Peer konzultant by měl být člověkem vyškoleným ve specifických metodách pro poskytování jakési první psychické pomoci ostatním, a nabízí podporu jak individuální, tak skupinovou. Další možností je návštěva psychologa, pokud některý ze zaměstnanců nechce řešit obtížné situace s kolegou (Peer konzultant), osobně nebo přes speciální psychologickou linku. Supervize nebo intervize je další příležitostí, dle respondentů z řad zdravotních sester, pro řešení ohrožení syndromem vyhoření. Supervize se snaží o rozvoj profesních dovedností a budování mezilidských vztahů na pracovišti osobou zvenčí, zatímco intervize se zaměřuje na sdílení zkušeností, vzájemnou podporu a sounáležitost mezi zaměstnanci vedením osobou přímo z dané organizace. Menší zastoupení v možnostech pro zvládnutí obtížných situací spojených s pracovním prostředím respondenti uvedli semináře, školení nebo ochotu nadřízeného pracovníka vyslechnout, poradit a pomoci v obtížných situacích.

Co se týká respondentů z řad pracovníků lékárny, jejich odpovědi jsou obdobné. Ale protože nikdo neuvedl možnost Peer konzultanta, autorka si myslí, že je to dáno velikostí kolektivu, kdy v lékárnách je většinou menší okruh zaměstnanců a není rozvrstvená firemní hierarchie. Spíše uvádějí možnost prodiskutovat závažné situace s vedoucím lékárny, či možnost online školení stresových situací, trénink jednání s obtížnými zákazníky, školení pro zvládnutí konfliktů či školení time managementu.

I přes tento výčet možných pomoci se z výsledků dotazníkového řešení u této otázky dá předpokládat, že něco málo přes 20 % zaměstnanců má pocit, že zaměstnavatel dělá dost pro jejich duševní zdraví, pro jejich pohodovou práci a tím i předcházení syndromu vyhoření. Autorka je přesvědčena o tom, že zbylých více jak 70 % zaměstnanců nevidí oporu u zaměstnavatele a že pomoc nedosahuje takových rozměrů, jakých by měla být s ohledem na závažnost onemocnění syndromem vyhoření. Tady autorka vidí prostor pro zlepšení. Autorka si ale nemyslí, že prevence nebo pomoc visí jen na zaměstnavateli, ale i na přístupu každého jednotlivce, nelze se spolehnout, nebo očekávat, že nás z psychických obtíží vyprostí zaměstnavatel a odpovědnost leží jen na něm.

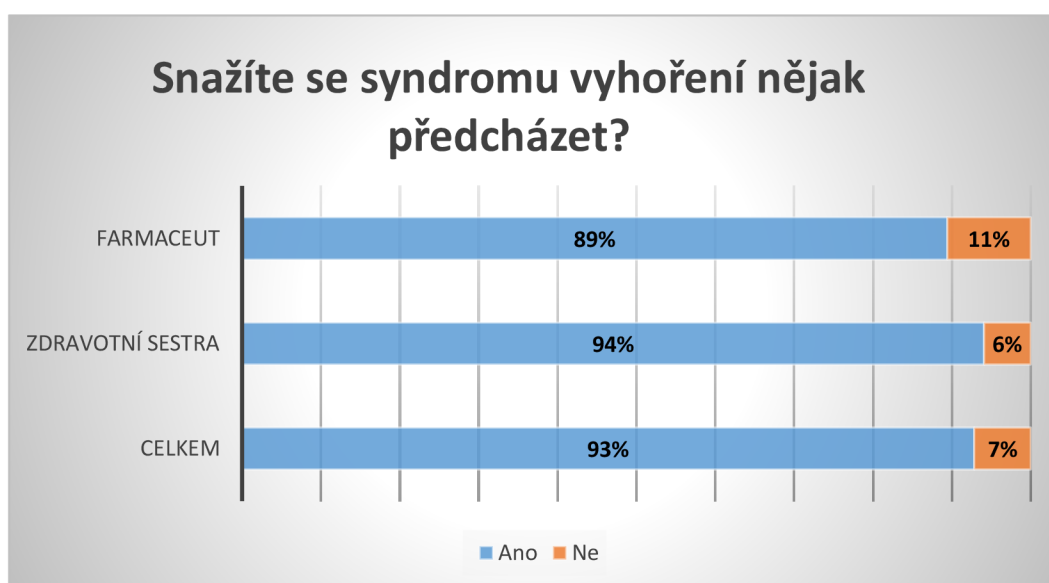
Graf 8 Možnosti zvládnání obtížných situací



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf číslo 9 nám ukazuje, že přesto všechno se zaměstnanci sami snaží vyrovnávat se stresujícími faktory. Chtějí pracovat se stresem, vyhledávají možnosti trávení volného času, které přispívají k harmonii pracovního a osobního života. Autorka předpokládá, že se snaží nepodléhat pracovní rutině, i přes loajalitu k zaměstnavateli a neustálému tlaků díky internetu být neustále na dosah a online, se umí se věnovat činnostem, které jim přinášejí potěšení.

Graf 9 Snaha o předcházení syndromu vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování

Následujícím grafem autorka ilustruje výčet činností, kterými se snaží zaměstnanci obou profesí ve svém volném čase přispívat ke své psychické pohodě. Kam chodí čerpat energii, tzv. dobíjet baterky, urovnávat své myšlenky, trávit čas s blízkými a rodinou. Dotazovaní u obou skupin uvedli, že nejvíce času tráví procházkami v přírodě a při turistice. Je to pochopitelné, dotazníkové šetření probíhalo v době restrikcí v koronavirové době a moc možností úniku z domova nebylo. Procházením se v přírodě, zdoláváním turistických cílů se věnuje celkem 74 % dotazovaných.

Dalším způsobem odolání příznakům vyhoření je stanovení si hranice mezi osobním a pracovním životem. Může to být velice těžké, lidé tráví hodně času v zaměstnání, a u pomáhajících profesí několikanásobně platí, že mnozí nedokážou vytěsnit myšlenky o osudech svých pacientů, a potřebují se někde ventilovat. Zejména zdravotní sestry přicházejí do styku s pacienty i v případě intimních záležitostí, v situacích s bezvýchodnými případy, u pacientů bez naděje na dlouhý život nebo jsou s pacienty v posledních chvílích jejich života. Ne každý je jako z oceli a dokáže se nad všemi těmito případy povznést. Spokojenost v pracovním životě se přenáší do soukromého života a naopak.

S tím souvisí i možnost předcházení rozvoji syndromu vyhoření pomocí budování mezilidských vztahů doma i na pracovišti. Více než polovina dotazovaných uvedla, že tímto způsobem pracují na své osobní spokojenosti. Vlídne vztahy na pracovišti jsou součástí efektivně fungující organizace. Lidé jsou společenšší tvorové, a vzhledem k tomu, kolik času tráví v práci, je nezbytné mezilidské vztahy na pracovišti postavit na důvěře, respektu a aktivní komunikaci. Pozvání na kávu, oběd, nebo uspořádání teambuildingové akce je příjemným zpestřením pracovních vztahů. Vzájemná souvislost mezi pracovním a soukromým životem ovlivní vztahy v obou prostředích. V rodině je důležité dbát na správně strávený volný čas pro budování vztahů mezi rodinnými příslušníky. Opora v rodině je silným článkem ve zvládnutí psychické zátěže.

Následující aktivitou dle nejčastějších odpovědí byla hudba. Více než 45 % všech respondentů se uchyluje k této metodě předcházení syndromu vyhoření. Účinky hudby jsou odnepaměti známy jako jednoduchý prostředek pro zklidnění mysli. Hudba, relaxace, meditace umožňují člověku hluboce prožívat emoční stavy, napomáhají tím při odbourávání stresu a psychické zátěže po těžkém pracovním dni, v důsledku životních událostí či změn. Hudba má svoji úlohu i v prevenci syndromu vyhoření. Je součástí psychohygieny, každý si najde svůj oblíbený žánr, který působí příjemně

na jedince a vyvolává v něm prožitky pomáhající překonat obtížné situace, špatnou náladu nebo stavy předcházející syndromu vyhoření, dostává jedince do duševní rovnováhy a uvádí ho do roviny emocionálního rozpoložení.

Následující možnost předcházení příznakům syndromu vyhoření vyplynula z dotazníků s rozdílnými hodnotami u zdravotních sester a pracovníků lékárny. Zatímco zdravotní sestry vybraly možnost aktivního sportu v 25 %, farmaceuti ve 43 %. Autorka si myslí, že zatímco farmaceuti na svém pracovišti mohou mít méně pohybu, a proto potom ve volném čase vyhledávají tento způsob aktivního odpočinku, zdravotní sestry se více naběhají za celý den. Mnohdy nachozené kilometry za celou směnu nahradí výdej energie jako při aktivním adrenalinovém sportu.

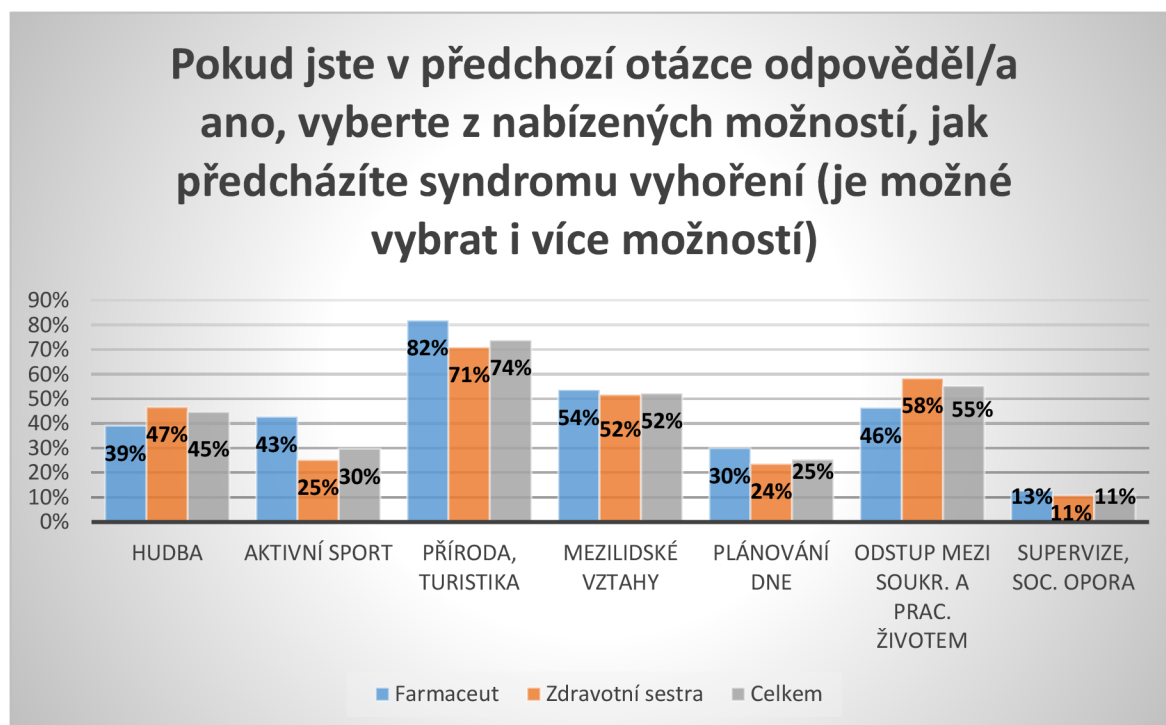
Zajímavým tématem a v dnešní době i moderním nástrojem i v případě předcházení syndromu vyhoření je aktivní plánování dne neboli time management. Plánování každého dne má usnadnit práci v jakémkoli oboru. Upřesnění sledu činností, stanovení priorit a důležitosti úkolů, analýzu stráveného času a následná kontrola působí jako pomocná ruka při celodenním shonu, když se úkoly nakupí. Celých 25 % z celkového počtu dotazovaných využívá plánování dne pro lepší pocit z vykonané práce, pro efektivnější pracovní den a zvládnání pracovních povinností. Hospodaření s časem je významnou součástí preventivních opatření syndromu vyhoření. Rozvržení každodenních aktivit, dodržení daného plánu činností je důležité pro nabytí si správných návyků při narůstajících nárocích na pracovní povinnosti. Člověk se pak zbaví pocitu, že nic nestíhá.

Překvapivě graf procentuálně odhaluje, kolik dotazovaných využívá sociální opory nebo supervizi, které jsou k dispozici pomáhajícím profesím jako primární pomoc od zaměstnavatele. Pouhých 11 % respondentů uvedlo, že sociální opora nebo supervize je pro ně možností pro předcházení syndromu vyhoření. Pokud zaměstnanci odpočítávají minuty, aby mohli opustit pracoviště, je na prvním místě s lidmi komunikovat, řešit jejich konfrontace s problémy, sdílet nesnáze, aby byli schopni postavit se čelem k úkolům, které jsou pro ně obtížně zvládnutelné. Poskytnout užitečnou sociální oporu mohou jak nadřízení pracovníci, tak kolegové, samozřejmě přátelé a rodina mimo pracovní prostředí. Opora se zaměřuje na východiska problému, nebo na stres, který problém doprovází. Oporou autorka rozumí nejen oblast emocí, jako je porozumění a pocit lásky, ale také poskytnutí užitečné rady v případě řešení problému s více možnostmi nebo nějaké konkrétní jednání, např. finanční výpomoc.

Supervize dle výsledků dotazníkového řešení není nejpoužívanější možností pro zvládnutí příznaků syndromu vyhoření. Pouhých 11 % respondentů se spoléhá na supervizi. Příčinou je pravděpodobně tento poměrně nový pojem pro zvládnání stresu na pracovišti. Ne vždy se také najde člověk – supervizor, který je pro supervidované zaměstnance vhodnou volbou. Péče o samotné zaměstnance je nedílnou součástí oblasti psychohygieny u pomáhajících profesí. Sebereflexe a podpora vztahů na pracovišti, správné začlenění se do kolektivu a být jeho přínosem, to jsou hlavní úkoly supervize nejen ve zdravotnickém prostředí.

Dle výsledků dotazníku se autorka domnívá, že je několik důvodů, proč se tato možnost předcházení syndromu vyhoření dostala na poslední příčky výčtu možností. Důvodem může být zatím nepropracovaný systém pro využití této prevence, nevhodně zvolený supervizor, nedostatečné kompetence supervizora, malá provázanost s ostatními podpůrnými a preventivními opatřeními, neochota nebo neznalost zaměstnanců cokoli dělat jinak a lépe.

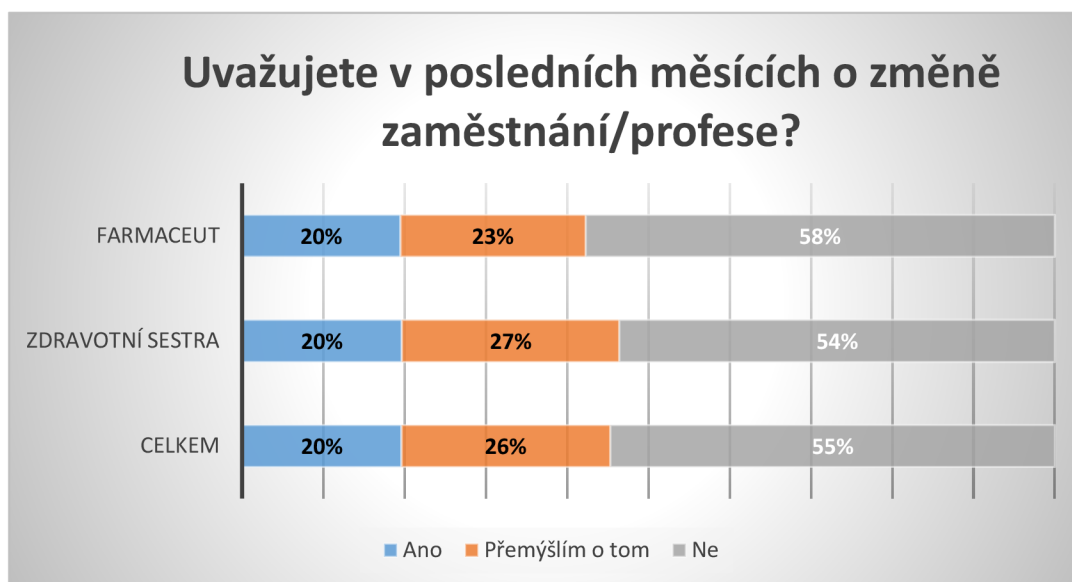
Graf 10 Možnosti předcházení syndromu vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování

Z dotazníkového řešení autorka zjistila a graf číslo 11 ukazuje, že obě profese uvádějí ve více jak 50 %, že momentálně neuvažují o změně zaměstnání. Ale v obou zdravotnických oborech chtějí zaměstnání změnit respondenti ve 20 % a dalších více jak 20 % o tom uvažuje. Tedy polovina dotazovaných neuvažuje o změně pracovní pozice a druhá polovina chce, nebo alespoň pomýšlí na změnu. Pro některé zaměstnance je nejdůležitějším faktorem ekonomicky stabilní zaměstnavatel, příjemné pracovní prostředí, benefitní program či atraktivní mzda, v obou směrech se dá uvažovat, jestli to jsou důvody k odchodu nebo k pokračování v pracovním poměru. Jiní více přihlížejí na profesionální růst a příležitost ke kariéernímu postupu. V případě pomáhajících profesí se s nadsázkou říká o tom, že jsou to povolání, kde se ve velké míře uplatňují specifické etické principy zahrnující vztah člověka k sobě samému a k okolnímu světu. Lidé vykonávající tuto profesi oplývají velkou mírou empatie, důvěryhodností, očekává se od nich obětavost, loajalita, altruismus a vztah k jinému člověku. Ale ne vždy jedinec umí usměrnit potřeby jiných lidí ve vztahu k sobě samému a překypovat vysokou citlivostí k problémům, týkajících se zdraví a nemocí, zvládnout a vytrvat po delší čas a po celou dobu své pracovní kariéry.

Graf 11 Uvažujete o změně zaměstnání?

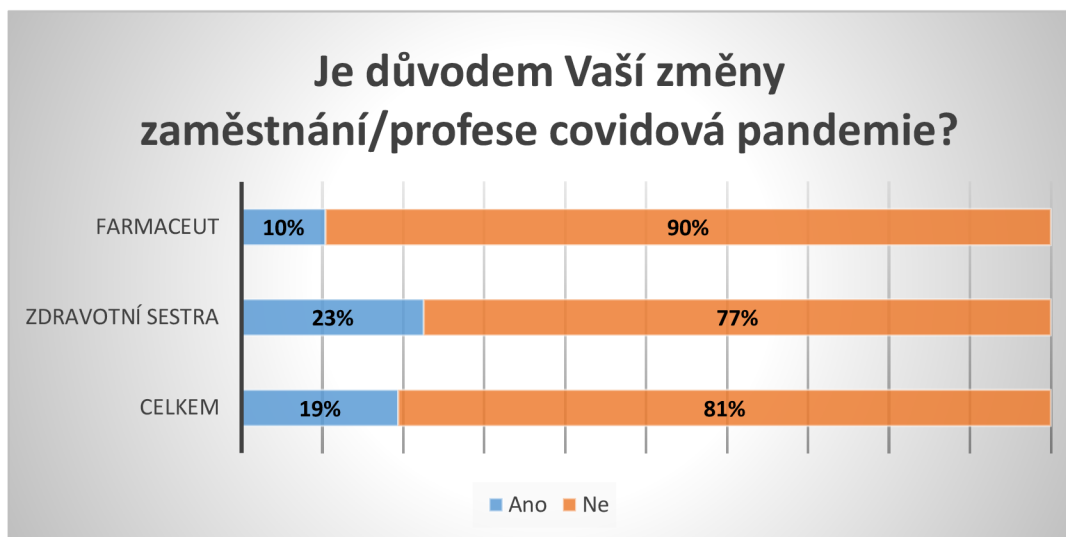


Zdroj: Vlastní zpracování

Autorka také, s ohledem na období pandemie, kdy probíhal sběr dat, zvolila další otázku v dotazníkovém šetření případný důvod k odchodu ze současného zaměstnání.

Šetřením bylo zjištěno, že existují jiné důvody pro odchod z nynějšího zaměstnání, a důvodem není pandemie, která v uplynulých dvou letech výrazně ovlivnila sféru zdravotnictví a zasáhla do soukromého i pracovního života zaměstnanců.

Graf 12 Důvody pro změnu zaměstnání

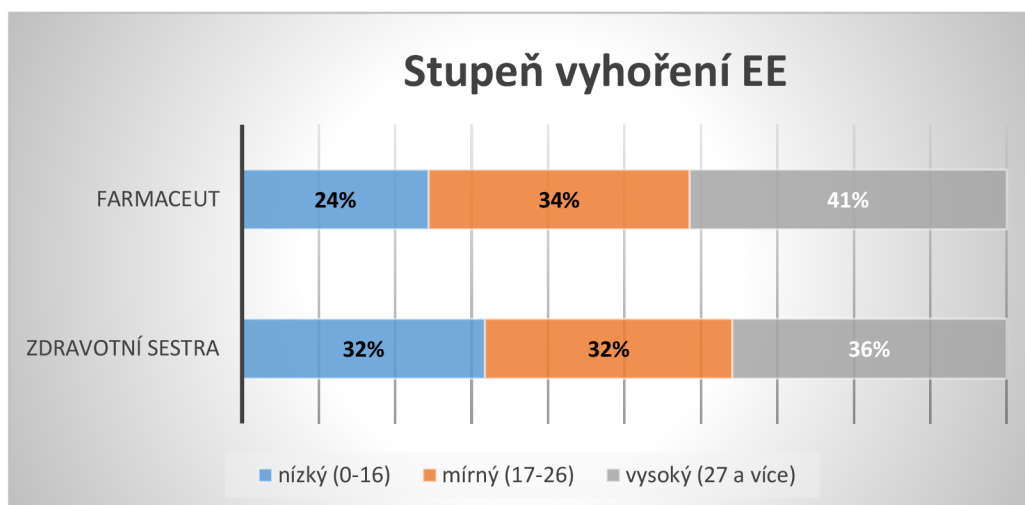


Zdroj: Vlastní zpracování

Následující graf s číslem 13 interpretuje míru emocionálního vyhoření u obou zkoumaných profesních skupin. První fáze emocionálního vyhoření se stupněm vysokým se vyskytuje u zdravotních sester v 36 %, u farmaceutů ve 41 %. Analýza emocionálního vyhoření ukazuje, že každý se s problémy na pracovišti vyrovnává jinak. Všichni pracují v kolektivu, mají podobnou náplň práce, jsou ve styku s pacienty. Vysoký stupeň emocionálního vyčerpání je dle pruhového grafu v nejvyšší možné míře u zkoumaných vzorků u třetiny dotazovaných. Autorka říká, že tyto lidé mají pravděpodobně všechny známé příznaky od stavů podrážděnosti, změny v náladách, nedostatečnou motivaci a problémy s fyzickou stránkou, bez energie a s neschopností reagovat na běžné podněty každodenních povinností.

Neméně početná skupina respondentů se ocitla dle výsledků ve skupině mírného stupně emocionálního vyhoření. Hranice mezi jednotlivými stupni je velice tenká, ocitnout se v dalším vyšším stupni vyčerpání emocí je bez včasných intervencí jednoduché. Mírný stupeň je u obou zkoumaných vzorků obdobný, u nízkého stupně je na tom lépe skupina farmaceutů s 24 % z dotazovaných respondentů.

Graf 13 Stupeň vyhoření EE



Zdroj: Vlastní zpracování

Autorka vypracovala pruhový graf číslo 14, na kterém je interpretován výsledek stupně vyhoření v oblasti depersonalizace, která je dalším faktorem syndromu vyhoření. Z celkového počtu respondentů zdravotních sester je 55 % a u farmaceutů s nízkým stupněm depersonalizace 44 %, v mírném stupni se nachází 26 % zdravotních sester a 23 % farmaceutů a s vysokým stupněm depersonalizace se potýká 19 % zdravotních sester a 33 % farmaceutů.

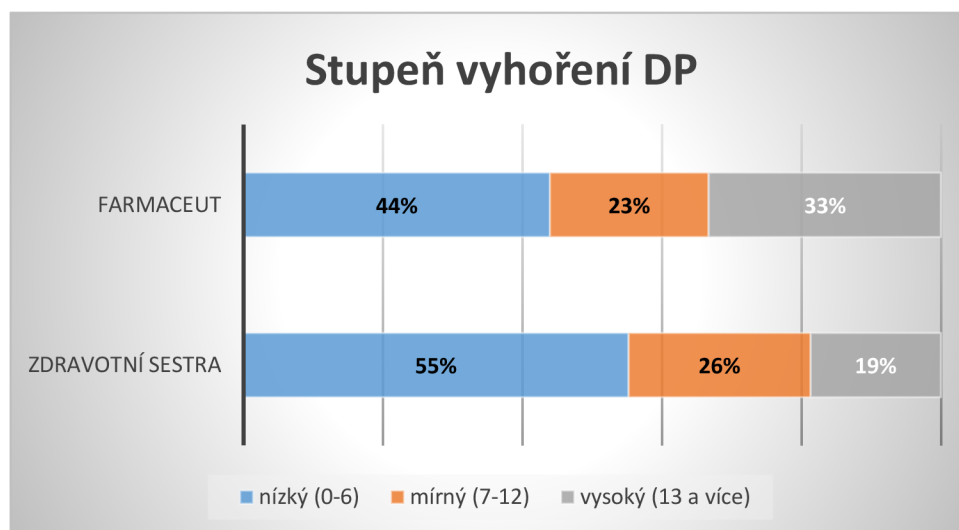
Autorka by ráda okomentovala zejména výsledky třetího stupně, kde předpokládala opačný výsledek. A to proto, že zdravotní sestry přicházejí do užšího kontaktu s pacienty, jejich vztah někdy až intimní v některých oblastech péče, ve většině případů se musejí od svých tělesných a psychických pocitů oprostit, aby svoji práci mohli úspěšně a s nadhledem vykonávat. Nezatahovat svoje vnitřní já a nezatěžovat se příliš lidskými osudy je velice obtížné, zvláště pokud nelze dotyčnému pomoci.

Ve vysokém stupni depersonalizace se člověk vymaní ze svého těla, své pocity a pohyby jsou automatizované a naučené, jakoby cizí. Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že ve vysokém stupni depersonalizace je více farmaceutů, a to celých 33 %.

Autorka si to vysvětluje tím, že u pracovníků z řad lékáren se vyskytuje problém s reciprocitou, kdy pacienti od nich očekávají radu, pomoc, ale už se k nim nevracejí nazpět s informací, zdali jejich rada a pomoc byli na místě, zdali léky zabrali a pacient je spokojený, jeho zdravotní stav se zlepšil, či naopak léky neúčinkovaly, nepomohly dotyčnému pacientovi. Poté lékárník může ztrácet smysl práce, má pocit, že se jeho práce

míjí účinkem a pracovní výkon se snižuje, dochází k odosobnění v kontaktu s pacienty/klienty, lékárníkovi se nedostává zpětná vazba, která bývá příčinou klesajícího výkonu a může nastat pocit marnosti a neuspokojení pracovních hodnot. Pracovními hodnotami autorka myslí například pomoc lidem u pomáhajících profesí, užitečnost pro společnost, jistota práce, materiální zabezpečení.

Graf 14 Stupeň vyhoření DP



Zdroj: Vlastní zpracování

Ve třetím faktoru osobního uspokojení z práce a určování míry vyhoření v této oblasti autorka zaznamenala do pruhového grafu číslo 15. Tento hodnotící činitel ukazuje celkovou pohodu v rovnováze pracovního a soukromého života, spokojenost se sebou samým. Jednotlivé aspekty pro hodnocení uspokojení a zhodnocení smysluplnosti práce se liší od očekávání z vykonané práce každého jednotlivce. Dle Pathé (2020, s.11) jsou jedním z největších vlivů na spokojenost mezilidské vztahy. Pathé (2020) říká: „*každý z nás v práci svým osobitým způsobem hledá naplnění. Svou spokojenost řídíme velkou měrou prostřednictvím komunikace*“. Nejen v pracovním prostředí, ale ruku v ruce i s komunikací mimo pracovní prostor, a tím má vliv komunikace na spokojenost i v osobním životě a naopak.

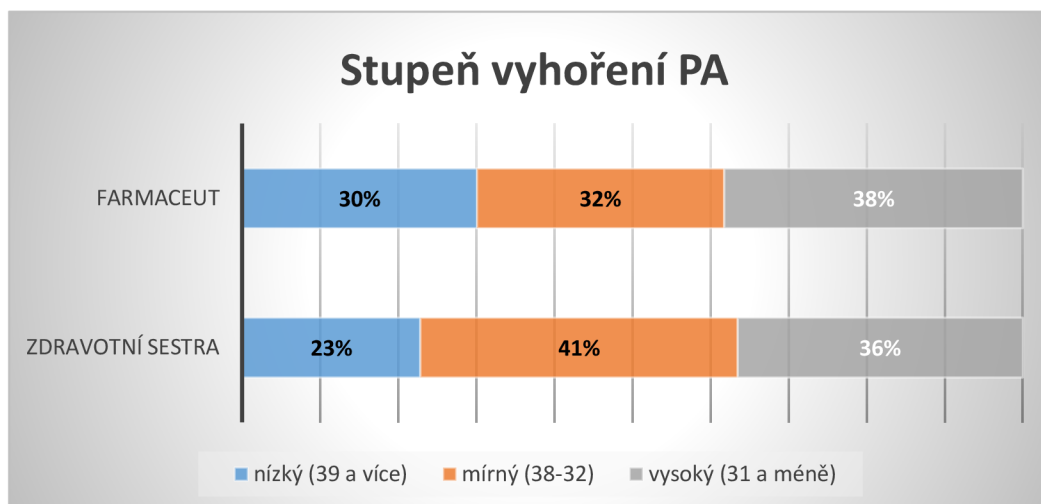
Graf názorně ukazuje, že v celkovém součtu mírného a vysokého stupně vyhoření v oblasti osobního uspokojení je u zdravotních sester v tomto pásmu 77 % respondentů z dotazníkového šetření. V mírném stupni celých 41 % respondentů vykazuje příznaky stupně vyhoření osobního uspokojení, práce je citově vyčerpává, je pro ně namáhavá,

stávají se méně citlivými v řešení běžných situací s pacienty. Nedaří se jim řešit každodenní problémy s odstupem.

Ve vysokém pásmu se nachází 38 % respondentů z řad farmaceutů a 36 % zdravotních sester, u kterých se autorka domnívá, že nastává absence motivace pro osobní růst, chybí uznání a klesá výkon. Ne každý člověk dokáže a chce dělat kompromisy a v případě neuspokojení potřeby profesního i osobního rozvoje je člověk odevzdán, nic ho nebaví.

Neustálý tlak v pracovním prostředí na vyšší výkony, vytváření a dosahování nových a náročnějších cílů, rozvoj osobnostních předpokladů pro práci, dynamický růst nároků na odborné způsobilosti ve zdravotnictví může ovlivňovat uspokojení z provedené práce.

Graf 15 Stupeň vyhoření PA



Zdroj: Vlastní zpracování

4.2 Testování hypotéz

4.2.1 Analýza výsledků

Skóre ve 3 dimenzích vyhoření bylo vypočteno jako součet kódů příslušných položek. Porovnání tohoto skóre pro skupinu farmaceutů a zdravotních sester bylo provedeno pomocí t-testu.

Závislost skóre vyhoření na délce praxe byla testována pomocí testu nezávislosti založeném na Spearmanově korelačním koeficientu. Autorka použila výpočet pomocí

Spearmanova výpočtu proto, že délku praxe můžeme považovat za ordinální proměnnou. Ordinální proměnnou lze vysvětlit tak, že je takovou veličinou, kterou můžeme seřadit – varianta 1-3 roky je méně než varianta 4-8 let apod. Na rozdíl od metody Pearsonova výpočtu, která se používá pro klasické číselné proměnné, například místo bydliště, obor studia, apod.

Závislost dvou nominálních proměnných (zvažování změny zaměstnání; profesní skupina) byla testována pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce. Autorka výpočtem pozoruje sílu nebo intenzitu, či těsnost statistické závislosti. Tyto hodnoty nabývají hodnot od 0 do 1, případně od -1 do 1, přičemž hodnota 0 znamená nezávislost dvou proměnných.

Hypotéza o relativní četnosti byla testována na základě intervalu spolehlivosti pro relativní četnost vypočteného Clopper-Pearsonovou metodou. Hladina významnosti činila 5 %, neboli hodnota 0,05.

H10: Skóre vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání nezávisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra).

H1A: Skóre vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání závisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra).

Tabulka 1 Welchův Test EE

Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Profesní skupina	počet	průměr	sm. odch.	medián	p-hodnota
Farmaceut	123	26,1	12,9	24	0,042 (zamítáme H ₀)
Zdravotní sestra	337	23,4	12,4	22	

Zdroj: Vlastní zpracování

Průměrné skóre v dimenzi emocionálního vyčerpání činilo pro farmaceuty v mediánu 24 bodů a v průměru 26,1 bodů při směrodatné odchylce 12,9 bodu. Pro zdravotní sestry dosahuje průměrné skóre v mediánu 22 bodů a v průměru 23,4 bodů při směrodatné odchylce 12,4 bodu.

P-hodnota (neboli pravděpodobnost) Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,042, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu, která nám říká, že byla prokázána závislost skóre v dimenzi emocionálního vyčerpání na profesní skupině. Skóre v dimenzi emocionálního vyčerpání bylo pro farmaceuty statisticky významně vyšší než pro zdravotní sestry.

Pořadové statistiky byly pro obě srovnávané skupiny zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

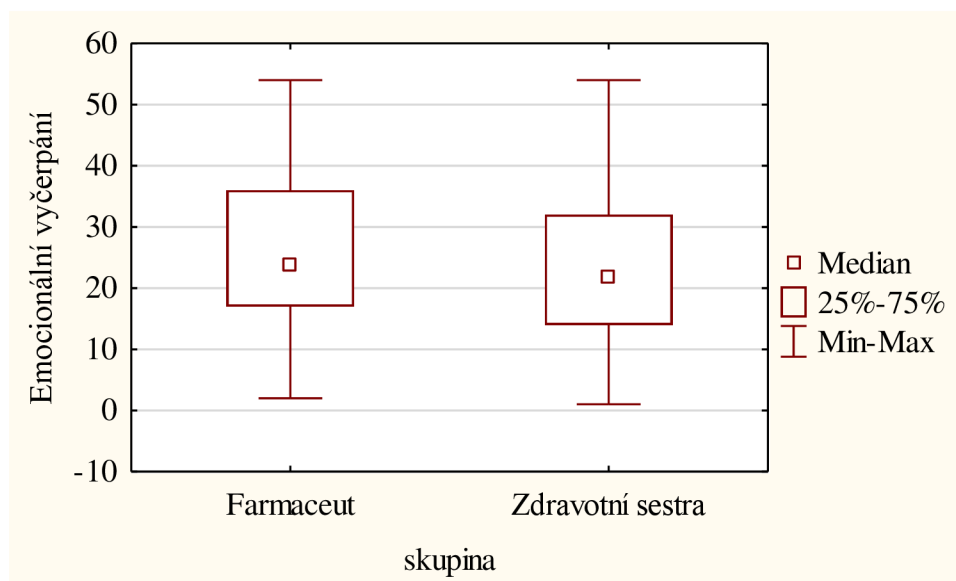
Vysvětlivka:

: medián – ukazuje prostřední hodnotu v dimenzi, rozděluje řadu výsledků na dvě stejné poloviny, kdy platí, že nejméně 50 % hodnot je menších a 50 % je větších než hodnota mediánu (Kladivo, 2013)

: dolní a horní kvartil – kvartil rozděluje soubor na čtvrtiny, kdy dolní kvartil nám říká, že 25 % čísel v dané řadě je menší než dolní kvartil, a horní kvartil nám říká, že 75 % hodnot je menší než horní kvartil (Kladivo, 2013)

: hodnoty minima a maxima nám ukazují v dané dimenzi, jaké autorka dotazováním zjistila nejmenší a největší číselné hodnoty v souboru (Souček, 2006)

Graf 16 Krabicový graf EE



Zdroj: Vlastní zpracování

H20: Skóre vyhoření v dimenzi depersonalizace nezávisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra).

H2A: Skóre vyhoření v dimenzi depersonalizace vyčerpání závisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra).

Tabulka 2 Welchův test DP

Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

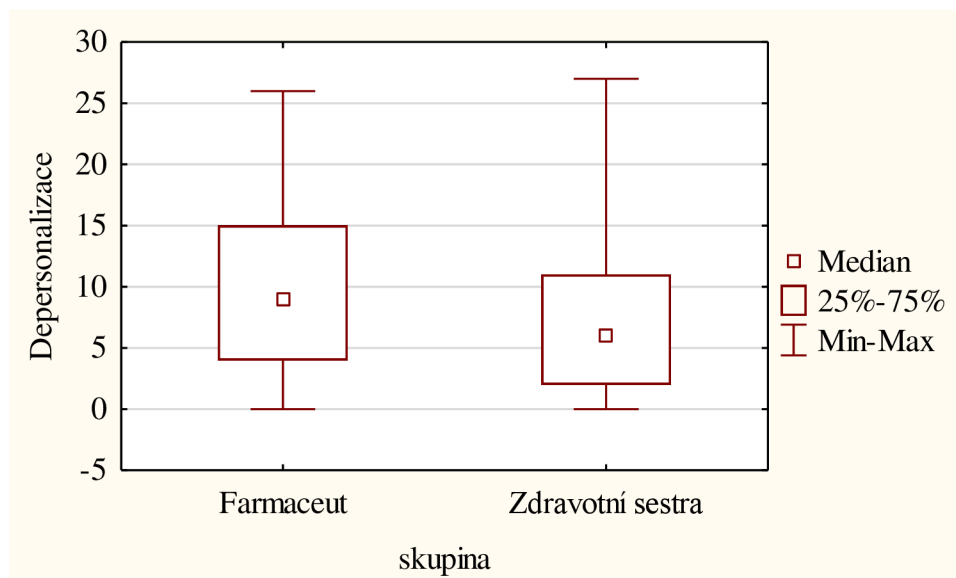
Profesní skupina	počet	průměr	sm. odch.	medián	p-hodnota
Farmaceut	123	9,7	6,9	9	0,000 (zamítáme H ₀)
Zdravotní sestra	337	7,2	6,1	6	

Zdroj: Vlastní zpracování

Průměrné skóre v dimenzi depersonalizace činilo pro farmaceuty v mediánu 9 bodů a v průměru 9,7 bodů při směrodatné odchylce 6,9 bodu a pro zdravotní sestry v mediánu 6 bodů a v průměru 7,2 bodů při směrodatné odchylce 6,1 bodu. P-hodnota Welchova t-testu je s ohledem na 3 desetinná místa 0,000, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost skóre v dimenzi depersonalizace na profesní skupině. Skóre v dimenzi depersonalizace bylo pro farmaceuty statisticky významně vyšší než pro zdravotní sestry.

Pořadové statistiky (medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum) byly pro obě srovnávané skupiny zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 17 Krabicový graf DP



Zdroj: Vlastní zpracování

H30: Skóre vyhoření v dimenzi osobního uspokojení nezávisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra).

H3A: Skóre vyhoření v dimenzi osobního uspokojení závisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra).

Tabulka 3 Welchův test PA

Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

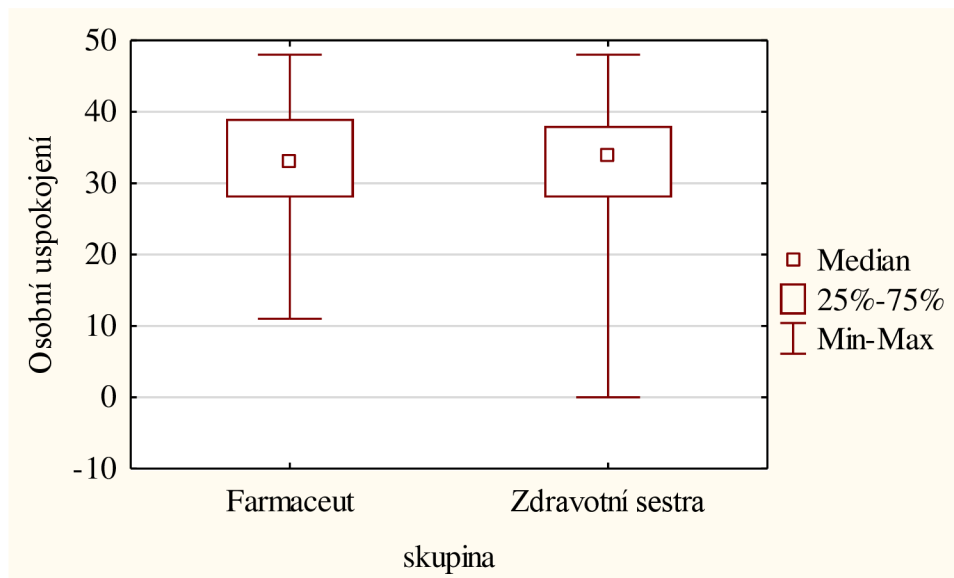
Profesní skupina	počet	průměr	sm. odch.	medián	p-hodnota
Farmaceut	123	33,6	7,5	33	0,368 (nezamítáme H_0)
Zdravotní sestra	337	32,9	7,4	34	

Zdroj: Vlastní zpracování

Průměrné skóre v dimenzi osobního uspokojení činilo pro farmaceuty v mediánu 33 bodů a v průměru 33,6 bodů při směrodatné odchylce 7,5 bodu a pro zdravotní sestry v mediánu 34 bodů a v průměru 32,9 bodů při směrodatné odchylce 7,4 bodu. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,368, tj. vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost skóre v dimenzi uspokojení na profesní skupině.

Pořadové statistiky (medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum) byly pro obě srovnávané skupiny zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 18 Krabicový graf PA



Zdroj: Vlastní zpracování

Pozn. Skóre v dimenzi osobního uspokojení je opačně laděné než skóre pro emoční vyčerpání a depersonalizace. Zatímco pro EE a DP platí, že čím vyšší skóre, tím vyšší vyhoření, pro PA platí, že čím vyšší skóre, tím nižší vyhoření.

H40: Skóre vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání nezávisí na délce praxe ve zdravotnictví.

H4A: Skóre vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání závisí na délce praxe ve zdravotnictví.

Tabulka 4 Spearmanův korelační koeficient EE

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

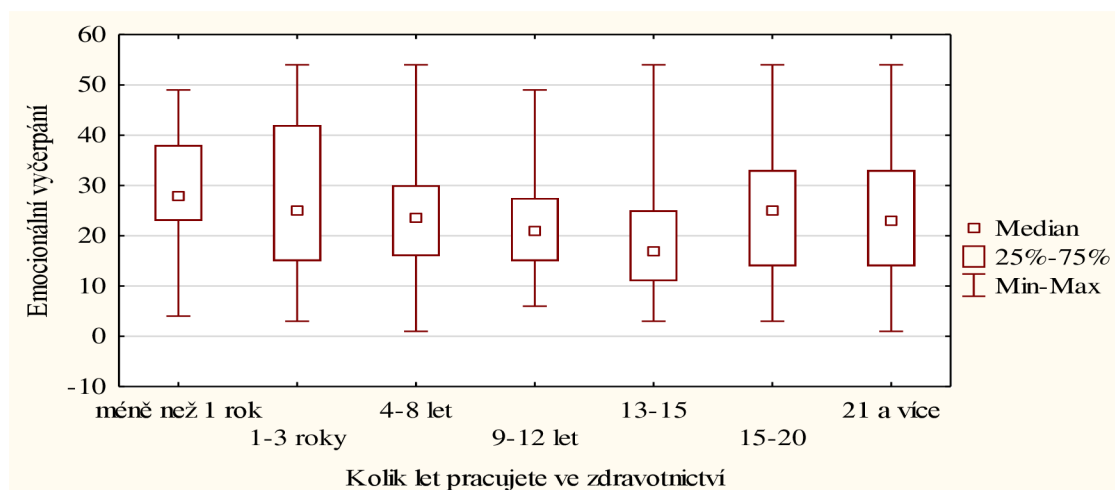
hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H0	závislost prokázána
-0,06	0,228	nezamítáme	ne

Zdroj: Vlastní zpracování

P-hodnota testu nezávislosti vycházejícím ze Spearmanova koeficientu pořadové korelace $p=0,228$ byla vyšší než hladina významnosti 0,05. Hodnota R značí míru lineárního vztahu. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost skóre vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání na délce praxe ve zdravotnictví.

Na základě kategorizovaného krabicového grafu lze interpretovat, že pro prvních pět kategorií délky praxe dochází k mírnému poklesu skóre vyhoření a poté pro kategorie 15-20 let a 21 let a více dochází k nárůstu. Celkově není patrný výrazný trend.

Graf 19 Krabicový graf EE



Zdroj: Vlastní zpracování

H50: Skóre vyhoření v dimenzi depersonalizace nezávisí na délce praxe ve zdravotnictví.

H5A: Skóre vyhoření v dimenzi depersonalizace vyčerpání závisí na délce praxe ve zdravotnictví.

Tabulka 5 Spearmanův korelační koeficient DP

Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

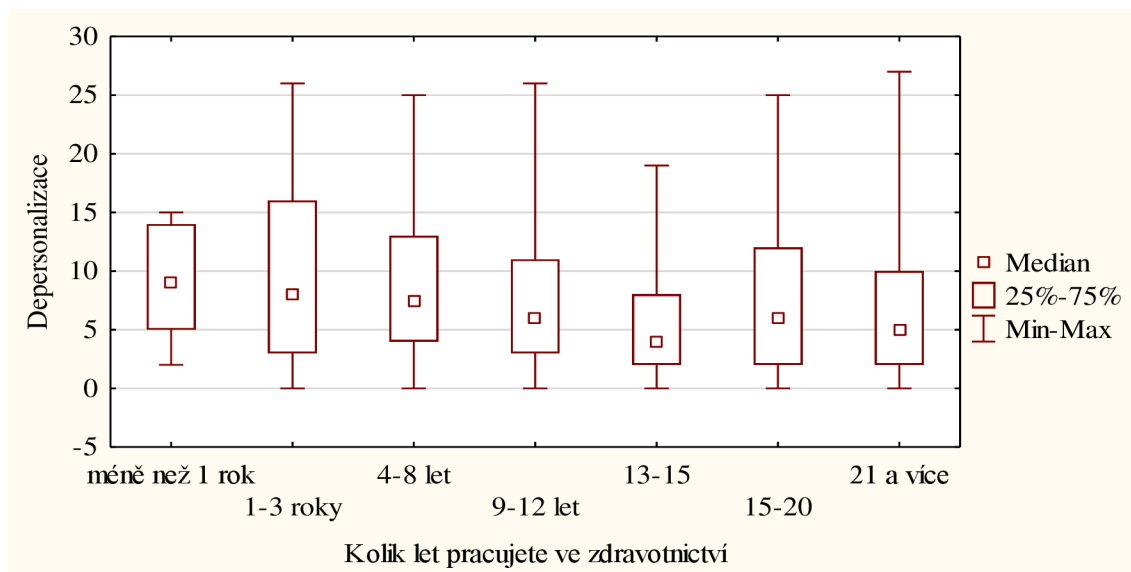
hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H0	závislost prokázána
-0,14	0,002	zamítáme	ano

Zdroj: Vlastní zpracování

P-hodnota testu nezávislosti založeném na Spearmanově koeficientu pořadové korelace $p=0,002$ byla nižší než hladina významnosti $0,05$. **Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy.** Na hladině významnosti $0,05$ byla prokázána závislost skóre vyhoření v dimenzi depersonalizace na délce praxe ve zdravotnictví. Dle hodnoty korelačního koeficientu, který je záporný a blízko hranice $-0,1$, lze interpretovat, že s rostoucí délkou praxe klesá skóre vyhoření v dimenzi depersonalizace, přičemž intenzita této závislosti je slabá. Kladné hodnoty lineárního koeficientu interpretují, že je mezi veličinami vztah „čím více – tím více“, s růstem jedné veličiny roste i druhá. Záporné hodnoty ukazují, že je mezi veličinami vztah „čím více – tím méně“, tedy s růstem jedné veličiny druhá veličina klesá, a toto je případ právě interpretovaných výsledků v dimenzi personalizace, kdy s rostoucí délkou praxe klesá skóre vyhoření.

Na základě kategorizovaného krabicového grafu lze mírný klesající trend pozorovat.

Graf 20 Krabicový graf DP



Zdroj: Vlastní zpracování

H60: Skóre vyhoření v dimenzi osobního uspokojení nezávisí na délce praxe ve zdravotnictví.

H6A: Skóre vyhoření v dimenzi osobního uspokojení závisí na délce praxe ve zdravotnictví.

Tabulka 6 Spearmanův korelační koeficient PA

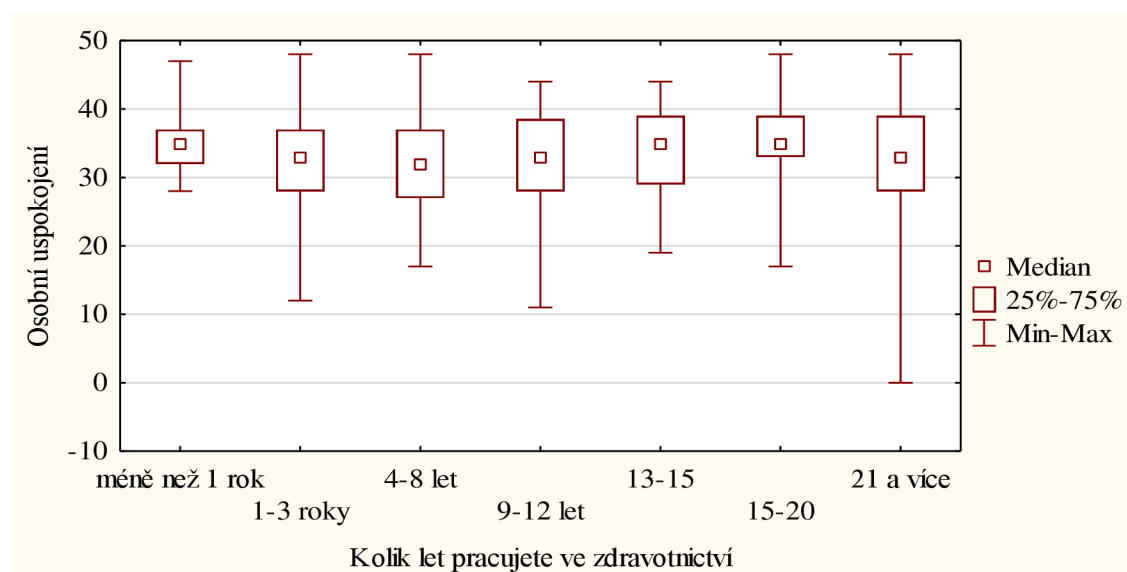
Spearmanův korelační koeficient a test nezávislosti

hodnota R	p-hodnota	rozhodnutí o H0	závislost prokázána
0,05	0,326	nezamítáme	ne

Zdroj: Vlastní zpracování

P-hodnota testu nezávislosti založeném na Spearmanově koeficientu pořadové korelace $p=0,326$ byla vyšší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost skóre vyhoření v dimenzi emocionálního osobního uspokojení na délce praxe ve zdravotnictví. Na základě kategorizovaného krabicového grafu lze interpretovat, že pro různé délky praxe není zásadní rozdíl ve skóre vyhoření a není ani patrný výrazný trend.

Graf 21 Krabicový graf PA



Zdroj: Vlastní zpracování

H70: Myšlenky na změnu zaměstnání nezávisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra).

H7A: Myšlenky na změnu zaměstnání závisí na profesní skupině (farmaceut, zdravotní sestra).

Tabulka 7 Kontingenční tabulka – změna zaměstnání

Kontingenční tabulka a chí-kvadrát test

Chí-kvadrát test p-hodnota: 0,429	Myšlenky na změnu zaměstnání				celkem
	ano/přemýšlím		ne		
Profesní skupina	N	%	n	%	
Farmaceut	52	42	71	58	123
Zdravotní sestra	156	46	180	54	336
Celkem	208		251		459

Zdroj: Vlastní zpracování

Myšlenky na změnu zaměstnání uvedlo 42 % farmaceutů a 46 % zdravotních sester. P-hodnota chí-kvadrát testu nezávislosti v kontingenční tabulce $p=0,429$ byla vyšší než hladina významnosti 0,05. **Nulová hypotéza nebyla zamítnuta.** Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost myšlenek na změnu zaměstnání na profesní skupině. Jeden respondent z řad zdravotních sester vyřazen, odpověď na tuto otázku nebyla zaznamenána.

4.3 Výzkumná otázka

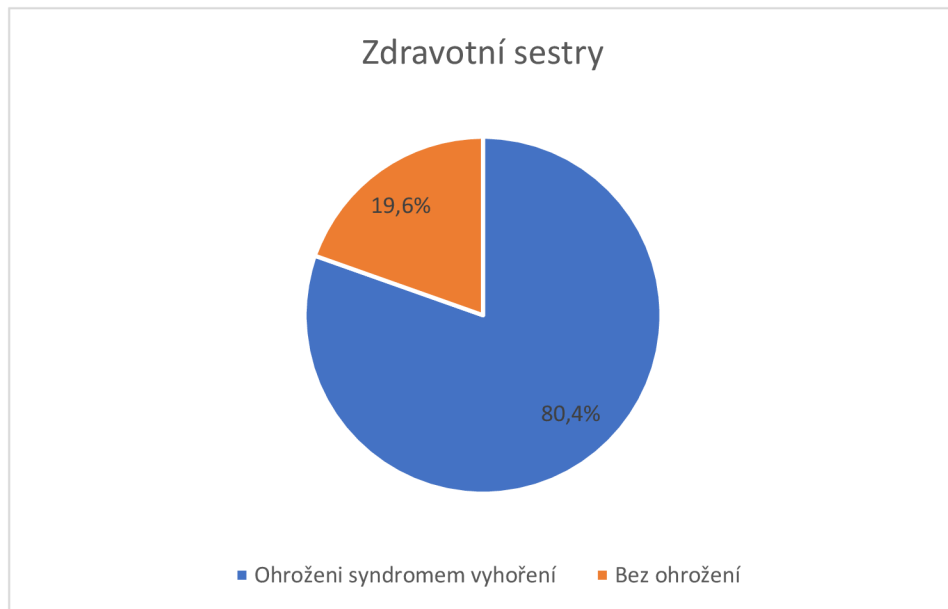
4.3.1 Výsledek výzkumné otázky

Autorka si stanovila obecný výzkumný problém syndrom vyhoření u pomáhajících profesí. Poté zúžila výzkumný problém na výzkumnou otázku se zněním:

Jak velká je míra ohrožení syndromem vyhoření u dvou zkoumaných skupin pomáhajících profesí, zdravotních sester a pracovníků lékárny?

Ze skupiny zdravotních sester je dle přiloženého grafu zřejmé, že ohroženo se cítí 80,4 % respondentů, bez pocitů ohrožení se cítí 19,6 % dotazovaných.

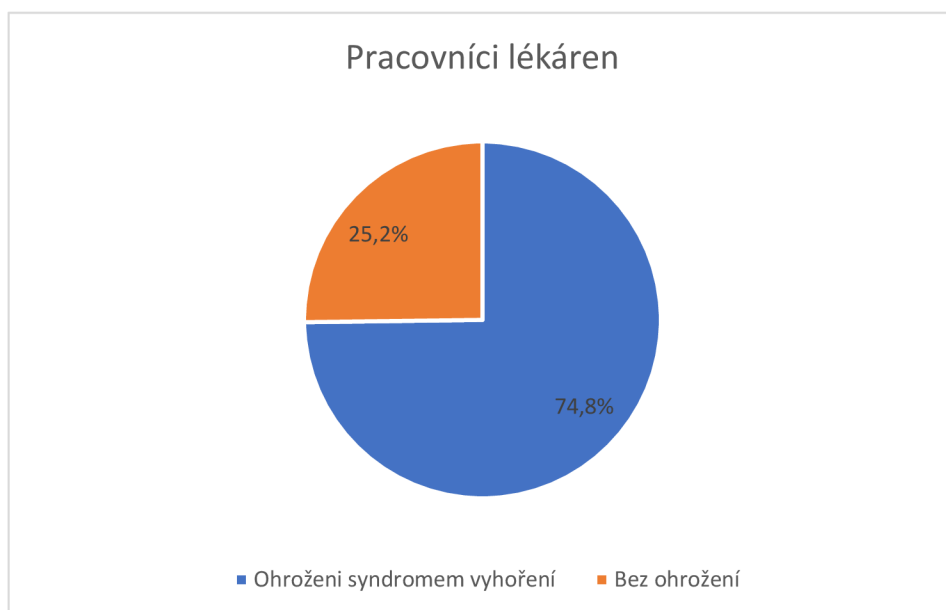
Graf 22 Pocit ohrožení u zdravotních sester



Zdroj: Vlastní zpracování

Skupina pracovníků lékárny vypověděla formou odpovědi na otázku v dotazníku, a to tak, že pocítují ohrožení syndromem vyhoření v 74,8 %, bez ohrožení 25,2 % respondentů.

Graf 23 Pocit ohrožení u pracovníků lékáren

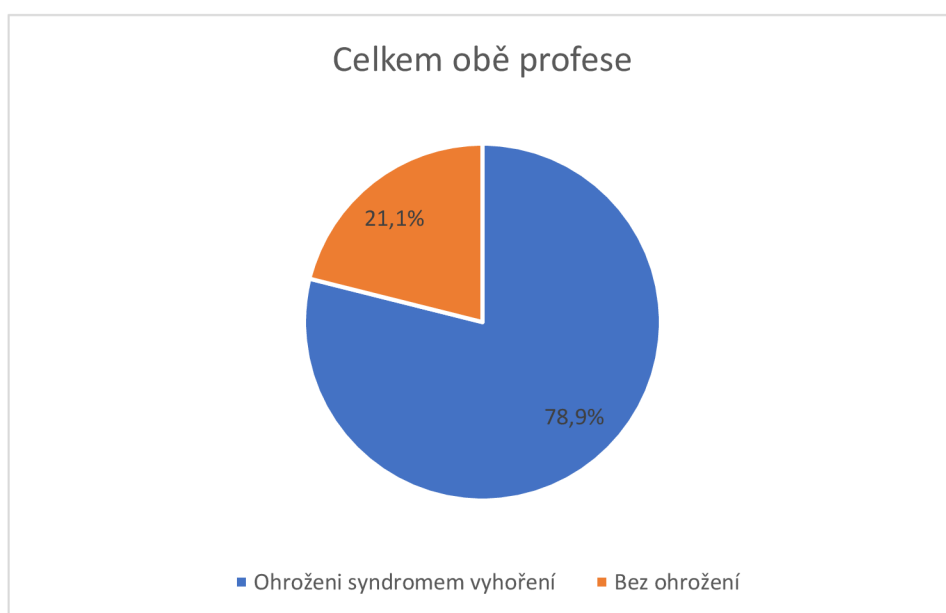


Zdroj: Vlastní zpracování

V celkovém součtu respondentů je výsledek míry ohrožení interpretován pomocí grafu číslo 18.

Z celkového počtu respondentů populace zdravotních sester a pracovníků lékáren odpovědělo v 78,9 %, že se cítí být ohroženi syndromem vyhoření.

Graf 24 Pocit ohrožení celkem u obou profesí



Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 8 Podíl respondentů cítících se ohrožených syndromem vyhoření

Interval spolehlivosti pro relativní četnost (podíl)

Celkový počet respondentů	460
Počet respondentů cítících se ohrožených syndromem vyhoření	363
Podíl respondentů cítících se ohrožených syndromem vyhoření	0,789 (78,9 %)
95 % interval spolehlivosti pro podíl	0,749 - 0,826

Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkem 460 respondentů uvedlo ohrožení pocitem vyhoření 363 účastníků dotazníkového šetření. Při testování podílu autorka vycházela z podílu pozorovaného ve výzkumném vzorku, který činil 0,789, tj. 78,9 %. Výzkumným vzorkem je 460 respondentů, to je podmnožina populace pracovníků pomáhajících profesí.

Dle 95 % intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl pracovníků pomáhajících profesí cítících se ohrožených syndromem vyhoření pohybuje mezi 74,9 % a 82,6 %.

5 Zhodnocení a doporučení

V následující kapitole autorka diplomové práce zhodnotila výsledky praktické části a doporučila preventivní opatření pro zkoumané skupiny.

5.1 Zhodnocení

Výzkumným záměrem této diplomové práce bylo zmapovat a zhodnotit míru ohrožení syndromem vyhoření u dvou skupin pomáhajících profesí. Na základě provedení dotazníkového šetření u obou skupin, kdy vzorek z dané populace činil u zdravotních sester 337 a pracovníků v lékárně 123, autorka připravila grafy ilustrující jednotlivé odpovědi na dané otázky v dotazníku. Z jednotlivých grafů vyplynulo, že ve zkoumaných vzorcích obou skupin je více jak 90 % zastoupení ženami s průměrným rozložením všech věkových kategorií.

Délka praxe v daném oboru se v obou skupinách mírně liší, největší zastoupení u zdravotních sester jsou zaměstnanci s délkou praxe 21 let a více, celých 36 % z celkového vzorku. U lékárnických profesí se dělí o nejpočetnější skupinu délka praxe 1-3, 4-8, 21 a více, nejméně 20 % zařazených respondentů.

Nejjednoznačnější položkou v dotazníku s totožnou odpovědí u 99 % dotazovaných je otázka týkající se pojmu syndromu vyhoření. Autorka tím dokazuje povědomí o tomto jevu, míru informovanosti o psychických stavech týkajících se pracovního prostředí zdravotnických profesí. Lidé věděli, čeho se dotazníkové šetření týkalo, otázky kladené v dotazníku jim byly srozumitelné. Tím bychom mohli konstatovat, že dotazník zajišťuje validitu, tedy schopnost zjišťovat nebo měřit jev, který chceme zkoumat. Validita nebyla ohrožena nutností získat od respondentů jejich osobní údaje, respondenti by se mohli obávat, že dotazník není anonymní. Autorka se vyhnula faktorům, které my mohli validitu dotazníku ohrozit, jako jsou nejasné a nejednoznačné otázky, časový tlak na návratnost dotazníků nebo špatná administrace respondentům.

Samotní respondenti odpověděli v dotazníku, že jim samotným diagnostikován syndrom vyhoření nebyl, v celkovém součtu v 94 % odpovědí, ale přesto vědí ve svém pracovním okolí o někom, kdo trpí syndromem vyhoření, u zdravotních sester si to myslí 85 % respondentů, v lékárně 54 % dotazovaných.

Samotné ohrožení vlastní osoby syndromem vyhoření v celkovém součtu respondentů cítí 79 % dotazovaných a dalších 9 % to nedokáže rozpoznat. Proto se snaží tomuto jevu předcházet, v 93 % odpovídají respondenti kladně a v následující otázce výběrem z daných možností ilustrují, jakými způsoby zvládají zátěžové situace, jak odbourávají stres vhodnými aktivitami ve svém volném čase, jak se snaží skloubit pracovní a volný čas, jak pracují na své psychické pohodě. A většinou jsou na to sami, z celkového počtu respondentů odpovědělo na otázku týkající se možnosti podpory od zaměstnavatele záporně a to více jak v 76 % odpovědí.

I přesto procenta v odpovědích naznačují, že není trend v těchto profesích ve změně zaměstnání, ať už kvůli epidemické situaci v posledních letech, malé opoře v zaměstnavateli, nebo narůstajících nárocích na zaměstnance, případně nárůstu objevujících se psychických nemocí. Více jak 55 % neuvažuje o změně zaměstnání, naopak celých 20 % uvažuje o změně a dalších více jak 26 % o změně zaměstnání přemýšlí, kdy důvodem k odchodu v 81 % nejsou právě uplynulá léta s covidovou pandemií.

Dostáváme se k jádru výzkumného problému. Ve zkoumaných oblastech emocionálního vyhoření, depersonalizace a osobního uspokojení autorka našla odpovědi empirické zkoumání.

Stupeň emocionálního vyhoření ukazuje prostřednictvím pruhového grafu rozložení respondentů do skupin podle míry vyhoření. Autorka předpokládala, že vyššího stupně vyhoření ve všech oblastech nalezne u zdravotních sester. Výsledky u emocionálního vyhoření ukazují podobné výsledky obou skupin. U zdravotních sester je rozložení do stupňů rovnoměrně rozloženo do všech tří skupin, u pracovníků z lékárny je vyšší počet odpovědí spadající do skupiny vysokého stupně emocionálního vyhoření.

Co se týká oblasti depersonalizace, autorka rovněž předpokládala opačný trend. U zdravotních sester se 55 % dotazovaných vyskytlo v nízkém pásmu, 26 % v mírném a 19 % ve vysokém stupni vyhoření. U druhé skupiny jsou početnější skupinou se 44 % respondenty v mírném pásmu, ovšem ve vysokém stupni vyhoření depersonalizace celých 33 %. I tady jsou výsledky překvapivé, závěry a předpoklady těchto výsledků autorka popsala detailněji v kapitole s jednotlivými popisy pruhových grafů s výsledky průzkumu.

U oblasti osobního upokojení si autorka správně uvědomila, že výpočty nám ukazují jiné výsledky s opačným vyhodnocováním. U osobního uspokojení koresponduje vyšší skóre s nižším vyhořením. Tím pádem graf ilustruje u pracovníků z lékárny rovnoměrně

rozložení do stupňů o výsledcích vysokého vyhoření s 38 %, mírného stupně 32 % a nízkého stupně 30 %. U zdravotních sester vysoký stupeň 36 %, mírný 41 % a nízký 23 %. Opět autorka očekávala opačný trend, a to takový, že u zdravotních sester se dotazníkem ukáže vyšší číslo u třetího vysokého stupně vyhoření než u pracovníků v lékárně.

Stanovenými hypotézami se snažila autorka dokázat závislosti v dimenzi emocionálního vyhoření, depersonalizace a osobního uspokojení na profesních skupinách.

V dimenzi emocionálního vyčerpání byla zamítnuta nulová hypotéza ve prospěch alternativní, kdy byla prokázána závislost v dimenzi emocionálního vyčerpání na profesní skupině, a skóre bylo pro skupinu farmaceutů statisticky významně vyšší.

Stejného výsledku se autorka dostala při výpočtu hodnot skóre v dimenzi personalizace. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy, závislost skóre v dimenzi personalizace na profesní skupině byla prokázána. Výsledek byl pro farmaceuty statisticky významně vyšší než pro zdravotní sestry.

V dimenzi osobního uspokojení nebyla nulová hypotéza zamítnuta a tudíž autorka dospěla k závěru, že nebyla prokázána závislost skóre v dimenzi uspokojení na profesní skupině.

Zdali skóre vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání nezávisí na délce praxe, bylo prověřením výpočtů testu nezávislosti prozkoumáno a vyhodnoceno ve prospěch nulové hypotézy. Autorka došla k závěru, že na základě délky praxe nemůžeme odvozovat závěry v emocionální oblasti pro závislost na délce praxe ve zdravotnictví, stejně jako v dimenzi osobního uspokojení. Oproti tomu v dimenzi depersonalizace nám výpočty ukázaly na hladině významnosti závislost skóre vyhoření na délce praxe ve zdravotnictví. Dle výpočtů lze interpretovat, s rostoucí délkou počtu odpracovaných let klesá skóre vyhoření v oblasti depersonalizace.

Předpoklad, že myšlenky na změnu zaměstnání nezávisí na profesní skupině, autorka dokázala ve výpočtu pro stanovenou hypotézu, a nulovou hypotézu tímto nezamítá. Na hladině významnosti nebyla prokázána závislost myšlenek na změnu zaměstnání na profesní skupině.

Závěrem byla zodpovězena výzkumná otázka, kterou autorka mínila nastínit celkovou míru ohrožení syndromem vyhoření u dvou zkoumaných skupin pomáhajících profesí. Z celkového počtu 460 respondentů 363 vypovědělo kladně na otázku, zdali se cítí být ohrožení syndromem vyhoření, což činí 78,9 % z celkového počtu. Množství

respondentů přiznávající a uvědomující si ohrožení syndromem vyhoření je alarmující. Autorka se domnívá, že výsledek ovlivnilo dotazníkové šetření v době pandemie, kdy zaměstnanci byly podrobeni nouzovému stavu, který mnozí z nich ještě na vlastní kůži nezažili. Množství opatření, restrikcí a nových úkolů vneslo do jejich už tak profesně obtížných životů ještě více výzev a nejasných úkolů, jejichž řešení a postupy často byly realizovány za chodu zdravotnických pracovišť. Chaos, nejistota a nejednotnost populace v názorech na restrikce a dodržování opatření ještě více přidávaly zdravotnickému personálu práce a jistě i množství bezesných nocí. Proto eliminace stresu a pracovní zátěže, které vyvolávají svým dlouhodobým působením syndrom vyhoření, je momentálně v popředí zájmů nejen u pomáhajících profesí. V celé řadě zemí je již diskutováno o možnosti zavedení nezbytných kroků pro prevenci stresu na pracovišti konceptem well-being. Pomáhající profese potřebují znát smysluplnost své práce, pěstovat v kolektivu zdravé kolegiální vztahy na pracovišti a mezi odděleními, cítit sounáležitost se zapojením se do pracovních činností, a být celkově v pohodě duševně i fyzicky, sociálně a finančně.

Investice do zdraví zaměstnanců je diskutovaným tématem, zejména pokud se zamyslíme na tím, jak by mohl syndrom vyhoření ovlivnit chod jednotlivých firem. Případná zvýšená fluktuace a absence zaměstnanců na pracovišti z důvodu pracovních neschopností je důvodem, proč se péče o zdraví zaměstnanců vyplatí a začlenění systému péče o zdravotní stav zaměstnance by měla být prioritou.

5.2 Doporučení

U obou porovnávaných skupin z populace pomáhajících profesí byla zjištěna velká informovanost o jeho pojmu i výskytu syndromu vyhoření v jejich okolí. Nynější zaměstnavatelé jsou si vědomi důsledků působení dlouhodobého stresu a s tím spojeného výskytu syndromu vyhoření. I když zaměstnavatelé často mluví o velké podpoře psychického zdraví zaměstnanců, z dotazníku autorky vyplynulo, že to taková sláva není. Zaměstnanci nevidí oporu v zaměstnavateli, nemají pocit, že je jim dopřáváno uspokojivých možností preventivních a nápravných opatření. Zaměstnavatelé prohlašují, že dostatečně podporují své zaměstnance a poskytují jim adekvátní možnosti proti rozvoji syndromu vyhoření. Mnohdy ovšem zaměstnanci vidí situaci jinak, a protože nemají kde sdělit svoje názory, pocity, návrhy, vyjádřit své myšlenky, necítí uznání ze strany zaměstnavatele, prevence od zaměstnavatele se míjejí účinkem.

Rizikových faktorů na pracovišti bez ohledu na oblast působení může být mnoho. Dle autorky jsou nejčastější nevyjasněné rozsahy práce, povinnosti, činnosti, neboli souhrnně kompetence v rámci týmu v organizaci, nízké finanční ohodnocení, množství práce, nízká morální opora v nadřízeném, nedostatečná autorita vedoucího, nebo bezdůvodná kritika.

Zaměstnavatelé a zaměstnanci jsou zavaleni prací, není čas sledovat varovné signály. Neustálý tlak na snižování počtu zaměstnanců, stagnace v navýšení počtu pracovních sil, zmírnění fluktuace a oddalování odchodu do zaslouženého důchodu nepřispívá k psychické pohodě žádného zaměstnance. U pomáhajících profesí jednoznačně stresujícím a spouštěcím faktorem dle autorky je bezmocnost a bezradnost v případě pomoci nemocným nebo starým lidem a neustálý tlak vyjadřovat empatii a rozdávat pozitivní energii.

Co se týká jednotlivce, dle dotazníkové šetření vyplynulo, že samotní zaměstnanci se snaží vyrovnávat se stresovými faktory po svém. Možností je spousta, jak dostávat prožitky pracovního a osobního života do rovnováhy a fungovat den co den pro ostatní. Ať už je to sportovní aktivitou, výlety do přírody, poslechem hudby, kladnými mezilidskými vztahy nebo pečlivým plánováním dne, je důležitá snaha jednotlivce na sobě pracovat. Výsledky dotazníku předkládají, že respondenti toto vědí a šikovně balancují s nástrahami pracovního dne.

Pouhých 11 % respondentů se vyjádřilo k možnosti využít možnosti sociální opory nebo supervize v zaměstnání. Na pracovišti se vyskytuje mnohem více rizik, se kterými se zaměstnanci každý den potýkají. Neustálý kontakt s lidmi, zvyšující se pracovní tempo, práce na směny, nízká míra rozhodování, špatné podmínky prostředí, nevhodné řízení managementem, nekomfortní vztahy v kolektivu, nejistota pracovního místa, to je jen malý výčet rizik, které postihují nejen pomáhající profese.

V první řadě pomoc v rámci kolektivu, v rámci dobrých mezilidských vztahů na pracovišti a jak se říká, aby všichni táhli za jeden provaz, k tomu je určena sociální opora na pracovišti. Tímto směrem by se měla každá organizace ubírat. Sociální opora je v případě tzv. toxického prostředí na pracovišti velmi důležitá, a předcházíme jí sníženým výkonům, nízké produktivitě, časté nemocnosti, nervozitám, chybovosti a všeobecně špatné náladě mezi zaměstnanci. Sociální opora hraje nezastupitelnou roli i v případě nástupu do zaměstnání v prvních dnech, nebo týdnech zaměstnance. Začlenění se do kolektivu, nalezení spřízněných duší, osvojení si správných pracovních návyků

jednotlivce ovlivní pracovní výkon celého pracovního týmu do budoucna. A protože se vztahy rodinné a pracovní úzce prolínají, je sociální opora výhodným nástrojem pro udržení krátkodobého, či dlouhodobého stresu v přijatelných mezích, a přestože nemůže mít zaměstnavatel přehled o mimopracovních aktivitách zaměstnance přehled, je vhodné nabídnout pomocnou ruku i v těchto sférách během rodinného života, nebo v případě zdravotních problémů. Prioritou je udržení mezilidských vztahů v rámci etiky a například pořádáním teambuildingových sešlostí nejen pro zaměstnance, ale i pro rodinné příslušníky pro stmelení kolektivu, pořádání zájezdů, navýšení benefitů pro relaxaci a odpočinek, podpora celoživotního vzdělávání a kariérních postupů. Mimopracovní pozitivní zážitky s kolegy posílí týmového ducha a podpoří pracovní vztahy.

Neméně důležitou příležitostí pro zmírnění rizikových faktorů ovlivňujících psychickou pohodu je tzv. supervize. Tato praxe se využívá zejména u pomáhajících profesí, která je jistou obdobou jakéhosi ombudsmana lidských práv. Některé zahraniční společnosti už pracují na této pozici ve svých firmách a z vlastní zkušenosti vím, jak důležité je mít v organizaci člověka, který vyslechne, poradí, pomůže a případně posune problém, příležitost nebo výzvu do horních pozic managementu. Sama jsem byla oslovena přijmout tuto pozici firemního ombudsmana a momentálně se pracuje na pracovních kompetencích této specifické pracovní pozice. Supervizor je obdobný ombudsmanovi, že většinou je to člověk z řad dané organizace, zná, jak to chodí s mezilidskými vztahy, orientuje se ve vztazích nadřízenosti a podřízenosti, leckdy vidí i do některých mimopracovních osudů zaměstnanců. Je to vrba, která je k dispozici v případě, že lidé s problémem nemohou jít za nadřízeným pracovníkem nebo personalistou. Supervize by podle autorky měla fungovat nepřetržitě, v případě krizových situací například zvýšit frekvenci návštěv na pracovišti a působit spíše preventivně než nápravně.

V souvislosti s výsledky dotazníku, kdy obě pomáhající profese uvedly, že jen málo z nich využívá supervize a sociální opory, autorka se zamyslela nad příčinami těchto výsledků. V organizacích je třeba připravit lepší zprostředkování této možnosti, více zpopularizovat a poznat člověka, který má být tou oporou. Dobře fungují i reálné případy známých osobností nebo kolegů, kteří se nebáli přijmout pomoc a nebojí se o tom říci ostatním. Osvětlit zaměstnancům přínosy supervizora, budovat důvěru v jeho osobu a jeho práci, poskytnout edukační materiály. Práce supervizí není ještě tak rozšířená, lidé pracují se zaťatými zuby, nepřiznají si, že by potřebovali nějakou péči, zaměstnanci ventilují

nesnáze pomocí výčitek a nadávek, ale pokud dojde na podání pomocné ruky, často dělají kamennou tvář a mlčí. Komunikační bariéra mezi supervizorem a supervidovanými je častým problémem. Při zavádění supervizí je nutné se zaměřit na komunikaci nejen v pracovních týmech, které jsou spolu v každodenním kontaktu, ale také komunikovat napříč odděleními a různými úrovněmi pracovních pozic.

Supervize je potřebná, o tom není pochyb, zavádění supervize do pracovního prostředí nejen pomáhajících kolektivů je nutné, otázkou zůstává, jaké postupy pro zavádění jsou ty pravé a vhodné, aby plnili podpůrné funkce. Ohled musíme brát na velikost kolektivu, na povahu pracovních pozic, ochotu pracovníků podílet se na seberozvoji a zpětné vazbě. Finanční možnosti zřizovatele organizace mnohdy brzdí plnohodnotně poskytovat služby pro prevenci, nebo nápravu zátěžových stavů. Pokud ale zaměstnanci chápou možnosti, na koho se obrátit, kde si říci o pomoc, bude intervence účinná a vrátí se v podobě spokojených, zdravých, výkonných a obětavých pracovníků ve sféře pomáhajících profesí.

6 Závěr

Na závěr autorka míní, že byl naplněn hlavní cíl diplomové práce. V teoretické části se autorka věnovala operacionalizaci nejdůležitějších pojmů pro tuto diplomovou práci. Autorka podrobně vysvětlila důležité pojmy pro pochopení jevu syndromu vyhoření. Výčet historických souvislostí a definicí jsou zahrnuty rovněž v teoretické části této diplomové práce. Nezbytný je i popis příznaků syndromu vyhoření včetně hlavních fází. Autorka interpretovala současné i minulé nástroje pro diagnostiku. Představila hlavní činitele výzkumu syndromu vyhoření i s jejich nejznámějšími psanými materiály a publikacemi, které se objevili v průběhu desítek let zkoumání syndromu vyhoření.

Autorka zahrnuje kapitoly s popisem jednotlivých základních informací o obou profesních skupinách, které požádala o vyplnění dotazníku. Obě skupiny pomáhajících profesí jsou autorce blízké, zdravotnictví ji doprovází po celý život v podobě profesí rodinných příslušníků, stávajícího zaměstnání a kontaktu se zdravotnickými profesemi.

V diplomové práci autorka také charakterizuje možnosti prevence syndromu vyhoření, z těchto teoretických poznatků také autorka čerpala doporučení a eventuality pro prevenci na základě dosažených výsledků z dotazníkového šetření.

V praktické části se autorka zabývala empirickým šetřením, které bylo podkladem pro statistické zpracování a interpretaci výsledků ke stanoveným hypotézám. Pro propojení teorie a praktické části nejen s ohledem na míru přítomnosti syndromu vyhoření, ale také pro zmapování situace osvětlení možností pro doporučení preventivních opatření na straně jednotlivců i zaměstnavatelů, bylo zvoleno autorkou jako vhodný sběr dat prostřednictvím dotazníku.

Autorka na začátku empirického výzkumu očekávala opačné výsledky dotazníkového šetření v některých dimenzích syndromu vyhoření. Důvodem může být dle autorky neustálá instruktáž z médií o vyčerpanosti a vyprahlosti zdravotnického personálu v době pandemie. Autorka míní, že výsledky odrážejí zejména ovlivnitelnost populace sociálními médii a zprostředkovanými informacemi, mnohdy neúplnými či polovičatými. Na některé profese se občas zapomíná a do popředí se dostávají jen některé z nich.

Z uvedeného šetření vyplývá, že syndrom vyhoření se netýká jen zdravotnického personálu, který je v první linii, v denním kontaktu s pacienty tváří tvář, jak by autorka očekávala, ale také zdravotnického personálu, který je upozaděn, např. další zkoumaná

profese pracovníků v lékárnách, a neslycháváme o něm tak často, jako o profesích zdravotních sester nebo lékařů. A nejen jich. Ačkoli je syndrom vyhoření celosvětovým problémem a není v dnešní době žádné tabu, neustále narážíme na neprůchodnost některých nástrojů pro prevenci ze strany zaměstnavatele. Jak z průzkumu vyplývá, ani u jedné profese dostatečně nefunguje opora a pomoc na pracovišti. Zaměstnanci jsou necháni napospas svým problémům a psychickým potížím. Informovanost o výskytu tohoto jevu v populaci je vysoká, ale prevence a možnosti nápravných opatření očividně pokulhává. Ze strany zaměstnavatelů je potřeba velká podpora, motivace, častá komunikace, vhodné pracovní podmínky, jinak zaměstnanci nebudou schopni vykonávat své povolání rádi, s nadšením a pílí, s důsledky vedoucími k poklesu úrovně péče o nemocné a staré lidi v oblasti zdravotnických služeb.

Syndrom vyhoření je diagnózou, která je úzce spojována s prací. Autorka se ovšem domnívá, že nelze paušálně mluvit o prevenci pouze na straně zaměstnavatele. Přijetí odpovědnosti za duševní zdraví je nutné u každého samotného jednotlivce. Každý má možnost jít naproti ohrožujícím faktorům svého zdraví, a s pomocí zaměstnavatele snižovat tlak na duševní zdraví. Zaměstnanec si musí uvědomit, že práce může být riziková, a že je v pořádku, pokud se občas stane, že mu stres přeroste přes hlavu. A pak přichází na řadu pomoc záchranné brzy v podobě školení, supervize, firemního psychologa apod. Od zaměstnavatele se očekává vytvoření příjemného pracovního prostředí, odtabuizování témat psychické nepohody a podpora zaměstnance při využívání pomoci nabízené zaměstnavatelem.

Zajímavý je pohled psychologa Jana Bendy (2019), který doporučuje zařadit všímavost neboli satiterapii (léčba všímáním). Uvědomovat si a prožívat přítomnost, zvládat svoje emoce a užívat si dění kolem sebe samého. Uplatnění nachází například v oblasti psychologie práce, v partnerských vztazích, v interpersonálních konfliktech nebo i v terapii. Rozvíjení všímavosti má pozitivní vliv na eliminaci stresu, lepší soustředění, koncentrovanost paměti a zrychlení myšlení. Benda (2019) mluví o lidech, kteří jsou všímaví, jako o silných osobnostech, které jsou odolnější stresu, lépe zvládají negativní emoce, nejsou tak indisponováni projevy vyčerpání a lépe zvládají konflikty.

Autorka také souhlasí a doporučila by, stejně jako Martin Palička (2021), který je autorem kampaně Není v pohodě být nepohodě! výuku soft skills při přípravě na práci a studiu pomáhajících profesí. Mezi povinné předměty na studiu vysokých škol, nejen

mediků, o kterých Palička mluví, zahrnout i osvojení si znalostí, dovedností a zvýšit povědomí o důležitosti duševního zdraví.

Obecně se dá konstatovat, že existuje mnoho způsobů, jak zvládat stres a prvotní náznaky psychických obtíží. Není to jen záležitost zaměstnavatele, ale i každého jednotlivce, přijmout vlastní odpovědnost za techniky předcházení stresovým situacím. Existuje celé spektrum možností a libovolných aktivit, a je na každém z nás, kterou z nich využije pro svoje vyrovnané duševní zdraví.

7 Seznam použitých zdrojů

- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-701-3439-9.
- BENDA, Jan. *Všímavost a soucit se sebou: proměna emocí v psychoterapii*. Praha: Portál, 2019. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1524-0.
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.
- EDELWICH, Jerry a Archie BRODSKY. *Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions*. New York, NY: Human Sciences Press, c1980. ISBN 0-87705-507-6.
- FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
- HENDL, Jan. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 4., rozš. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0200-4.
- HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. V Praze: Vyšehrad, 2018. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-7601-004-8.
- JEKLOVÁ, Marta, Eva REITMAYEROVÁ a Vladimír KEBZA. *Syndrom vyhoření: informace pro pacienty*. 3. vydání. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 80-869-9174-1.
- KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- KEBZA, Vladimír. *Psycholog ve zdravotnictví: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Karolinum, 2014. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-246-2446-4.
- KLADIVO, Petr. *Základy statistiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3841-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9551-3.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví: "pracovní vyhoření" - příčiny a východiska*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
- MERG, Klaus a Torsten KNÖDLER. *Jak přežít v práci: každodenní povolání bez stresu a vyhoření: koučem vlastní kariéry: vycházení s kolegy a šéfy: jak se nenechat vyždímat*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1723-1.
- MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- PATHÉ, Nicole. *Buďte v práci spokojenější*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1383-5.
- PELCÁK, Stanislav. *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-576-9.
- POSCHKAMP. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013. ISBN 978-80-266-0161-6.
- POTTER, Beverly A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání: "pracovní vyhoření" - příčiny a východiska*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-719-8211-3.
- PRAŠKO, Ján. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti: [výuková pomůcka pro studenty středních a vyšších zdravotnických škol]*. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0185-5.
- PRIESS, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.
- PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH a Vladimír KEBZA. *Burnout syndrom jako mezioborový jev: jak změnit své myšlení a život*. 3. vydání. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.
- SELIGMAN, Martin E. P. *Naučený optimismus: jak změnit své myšlení a život*. 3. vydání. Praha: Dobrovský, 2013. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-7306-534-8.
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. Praha: Portál, 2008. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-369-7.

- SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9.
- SCHWARTZ, David Joseph. *Myslete velkoryse: (budete mít úspěch)*. Praha: Knižní klub, 1993. ISBN 80-85634-25-2.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- SOUČEK, Eduard. *Statistika pro ekonomy*. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2006. ISBN 80-86730-06-9.
- ŠTUDENTOVÁ, Kateřina. *Burnout, neboli, Syndrom vyhoření: informace pro pacienty*. Praha: Maxdorf, [2016]. ISBN 978-80-7345-520-0.
- ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-105-8.
- VOLLMER, Helga. *Pryč s únavou: syndrom vyprahlosti*. Praha: Motto, 1998. Populárně psychologická řada. ISBN 80-85872-90-0.
- WAGNEROVÁ, I. *Psychologie práce a organizace: nové poznatky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3701-0.
- ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

Časopisy a internetové zdroje

- BENEŠOVÁ, Veronika a Edita ŠMIDMAJEROVÁ. *Sociální práce: Supervize jako nástroj v prevenci syndromu vyhoření*. 18. 2018. Dostupné také z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2018-2.pdf>
- BORYSENKO, Karlyn. *Lepší vyhořet než doutnat? Syndrom vyhoření je nová oficiální diagnóza* [online]. 3.6.2019 [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://forbes.cz/lepsi-vyhoret-nez-doutnat-syndrom-vyhoreni-je-nova-oficialni-diagnoza/>
- Česká asociace sester. *Výroční zpráva 2020* [online]. Londýnská 15, Praha 120 00, 2020 [cit. 2022-09-15]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/vz-cas-2020-final.pdf>
- Česká lékárnická komora. *Výroční zpráva 2020* [online]. Rozárčina 1422/9, 140 02 Praha 4, 2020 [cit. 2022-09-15]. Dostupné z: <https://www.lekarnici.cz/getattachment/O-CLnK/Vyrocní-zpravy/Vyrocní-zprava-za-rok-2020/Vyrocní-zprava-2020.pdf.aspx>

- Čeští medici v (ne)pohodě 2021: Martin Palička [online]. [cit. 2022-10-15]. Dostupné z: <https://www.pomedine.cz/cesti-medici-v-nepohode-2021/>
- DRÁBKOVÁ, Jarmila. Kdy je v životě lékaře nejvyšší čas žít také "pro sebe"? *Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny* [online]. 2014, 61(4), 56-57 [cit. 2021-12-08]. ISSN 1212-3048. Dostupné z: <http://www.digitalniknihovna.cz/nlk/uuid/uuid:475ed435-468e-4030-95c4-874d66c5759f>
- Etický kodex sester. *Cnna.cz* [online]. Praha: Česká asociace sester, 2000 [cit. 2022-09-15]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/icn-eticky-kodex/>
- HONZÁK, Radkin. *Herbert J. Freudenberger (1926 – 1999) – autor termínu “syndrom vyhoření“* [online]. 2012 [cit. 2022-09-15]. Dostupné z: <https://blog.aktualne.cz/blogy/radkin-honzak.php?itemid=16949>
- HOSÁK, Ladislav, Jiřina HOSÁKOVÁ a Eva ČERMÁKOVÁ. *Psychiatrie pro praxi: SYNDROM PROFESIONÁLNÍHO VYHOŘENÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ*. 4. 2005. Dostupné také z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/04/11.pdf>
- JEŽORSKÁ, Šárka, Jiří VÉVODA a Jan CHRASTINA. Motivace sester a syndrom vyhoření: existuje souvislost? *Profese on-line* [online]. 2014, 7(1), 9-15 [cit. 2021-12-10]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201401-0002_motivace_sester_a_syndrom_vyhoreni_existuje_souvislost.php
- KRAHULOVÁ, Katarína. *Sociální služby: Stres a syndrom vyhoření v pomáhajících profesích*. 7. 2010. Dostupné také z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1357573402_socialni-sluzby-rijen2010-final.pdf
- SYNDROMU VYHOŘENÍ*. 4. 2007. Dostupné také z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/09/10.pdf>
- PELČÁK, Stanislav a Alexander TOMEČEK. *Praktické lékařství: Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta*. 7. 2011. ISSN 1801-2434. Dostupné také z: <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2011/02/10.pdf>
- PTÁČEK, Radek a Jiří RABOCH. *Měsíčník Tempus Medicorum: Diagnóza českého zdravotnictví*. 22. Olomouc: Česká lékařská komora, 2013, 35 s. Dostupné také z: https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm_09_13-86.pdf

- PTÁČEK, Radek. PĚTINA ČECHŮ SE POTÝKÁ SE SYNDROMEM VYHOŘENÍ. *Https://www.lf1.cuni.cz/* [online]. 2018 [cit. 2022-09-27]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/petina-cechu-se-potyka-se-syndromem-vyhoreni>
- Světová zdravotnická organizace: WHO [online]. 2019 [cit. 2022-09-15]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- ŠOCHMANOVÁ, Martina. *Jen dvě procenta zdravotních sester jsou muži* [online]. 2016 [cit. 2022-09-15]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/jen-dve-procenta-zdravotnich-sester-jsou-muzi/>
- TOŠNER, Jiří a Tamara TOŠNEROVÁ. *Burn – Out syndrom Syndrom vyhoření: pracovní sešit pro účastníky kurzů*. Hestia. Praha, 2002, 16 s. Dostupné také z: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.hest.cz%2Fcdn%2Fpublic%2F000985.doc&wdOrigin=BROWSELINK>
- VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Urgentní medicína: Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků*. 8. 2005. Dostupné také z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2005_02.pdf
- Velký lékařský slovník: *Diagnoza* [online]. [cit. 2022-09-15]. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/diagnoza>
- ZACHAROVÁ, Eva. *Interní medicína: SYNDROM VYHOŘENÍ – RIZIKO OHROŽUJÍCÍ ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY*. 10. 2008. Dostupné také z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200801-0010_Syndrom_vyhoreni-riziko_ohrozujici_zdravotnicke_pracovniky.php
- ŽÍDKOVÁ, Zdenka. *Metody: Syndrom vyhoření* [online]. [cit. 2022-09-14]. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

8 Seznam obrázků, tabulek a grafů

8.1 Seznam obrázků

Obrázek 1 Počet členů lékárnické komory	13
Obrázek 2 Otázky pro EE	18
Obrázek 3 Otázky pro DP	19
Obrázek 4 Otázky pro PA	19
Obrázek 5 Fáze syndromu vyhoření	29
Obrázek 6 Počet pracovníků v lékárnách v ČR	40
Obrázek 7 Počet lékáren v ČR	42
Obrázek 8 Boj se stresem	49

8.2 Seznam tabulek

Tabulka 1 Welchův Test EE	71
Tabulka 2 Welchův test DP	73
Tabulka 3 Welchův test PA	74
Tabulka 4 Spearmanův korelační koeficient EE	75
Tabulka 5 Spearmanův korelační koeficient DP	76
Tabulka 6 Spearmanův korelační koeficient PA	78
Tabulka 7 Kontingenční tabulka – změna zaměstnání	79
Tabulka 8 Podíl respondentů cítících se ohrožených syndromem vyhoření	82

8.3 Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů	52
Graf 2 Věk respondentů	54
Graf 3 Délka praxe	55
Graf 4 Znalost pojmu syndromu vyhoření	56
Graf 5 Diagnostika syndromu vyhoření	57

Graf 6 Okolí se syndromem vyhoření.....	59
Graf 7 Pocit ohrožení syndromem vyhoření.....	60
Graf 8 Možnosti zvládnání obtížných situací	62
Graf 9 Snaha o předcházení syndromu vyhoření.....	62
Graf 10 Možnosti předcházení syndromu vyhoření	65
Graf 11 Uvažujete o změně zaměstnání?.....	66
Graf 12 Důvody pro změnu zaměstnání	67
Graf 13 Stupeň vyhoření EE.....	68
Graf 14 Stupeň vyhoření DP.....	69
Graf 15 Stupeň vyhoření PA.....	70
Graf 16 Krabicový graf EE.....	72
Graf 17 Krabicový graf DP.....	74
Graf 18 Krabicový graf PA.....	75
Graf 19 Krabicový graf EE.....	76
Graf 20 Krabicový graf DP.....	77
Graf 21 Krabicový graf PA.....	78
Graf 22 Pocit ohrožení u zdravotních sester	80
Graf 23 Pocit ohrožení u pracovníků lékáren	81
Graf 24 Pocit ohrožení celkem u obou profesí	81

Přílohy

Příloha č. 1 Anonymní dotazník

Vážení,

jsem studentkou magisterského studia České zemědělské univerzity v Praze obor Veřejná správa a regionální rozvoj. Zpracování diplomové práce je součástí závěru studia a téma zní "Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí". Zaměření práce je na dva druhy zdravotnických profesí, a to zdravotní sestry a farmaceuty.

Vyhodnocení odpovědí bude sloužit jako podklad pro výzkumnou část mé diplomové práce. Vaše odpovědi poslouží pouze k výše uvedenému účelu a zaručuji anonymitu.

V první části dotazníku (otázka číslo 1-11) se objevují orientační otázky o respondentovi. Druhá část dotazníku (otázka číslo 12-33) je věnována otázkám sledujícím konkrétní oblasti ukazující na míru syndromu vyhoření respondenta.

Prosím o vyplnění celého dotazníku (nejlépe do 10.2.) pro co nejlepší efektivitu vyhodnocení a interpretaci výsledků.

Děkuji za Váš čas a ochotu při spolupráci na výzkumu.

Bc. Eva Marie Horylová

1. Pohlaví

- Muž
- Žena

2. Věk

- 18-30
- 31-40
- 41-50
- 51 a více

3. Kolik let pracujete ve zdravotnictví

- méně než 1 rok
- 1-3 roky
- 4-8 let
- 9-12
- 13-15
- 15-20

- 21 a více
4. Znáte pojem syndrom vyhoření?
- ano
 - ne
5. Víte o někom z Vašeho pracovního okolí, že trpí syndromem vyhoření?
- ano
 - ne
6. Byl Vám někdy syndrom vyhoření diagnostikován?
- ano
 - ne
7. Cítíte se být ve svém pracovním životě ohrožen/a syndromem vyhoření?
- ano
 - ne
 - nevím
8. Dostává se Vám od zaměstnavatele možnosti zvládat obtížné, stresové situace?
- ano
 - ne
9. Pokud jste v předchozí odpovědi odpověděl/a ano, popište.
10. Snažíte se syndromu vyhoření nějak předcházet?
- ano
 - ne
11. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano, vyberte z nabízených možností, jak předcházíte syndromu vyhoření (je možné vybrat i více možností).
- relaxuji při hudbě
 - aktivně sportuji (rozumí se pravidelně vykonávám konkrétní sport- např. muži fotbal, ženy aerobic)
 - procházím se v přírodě, turistika
 - pečuji o dobré mezilidské vztahy doma i na pracovišti
 - snažím se rozvrhnout si den, plánovat a dodržovat přestávky
 - udržuji si odstup mezi soukromým a pracovním životem
 - supervize, sociální opora na pracovišti
 - Jiné:

12. Práce mě citově vysává.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně 1
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

13. Na konci pracovního dne se cítím být na konci svých sil

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

14. Když ráno vstávám a myslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

15. Velmi dobře rozumím pocitům svých pacientů/klientů.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

16. Mám pocit, že někdy jednám se svými pacienty/klienty jako s neosobními věcmi.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

17. Celodenní práce s lidmi je pro skutečně namáhavá.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

18. Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

19. Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

20. Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

21. Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

22. Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

23. Mám stále hodně energie.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

24. Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

25. Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

26. Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

27. Práce s lidmi mi přináší silný stres.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

28. Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

29. Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

30. Za roky své práce jsem udělal/a hodně dobrého.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

31. Mám pocit, že jsem na konci svých sil.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

32. Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

33. Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

34. Uvažujete v posledních měsících o změně zaměstnání/profese?

- ano
- ne
- přemýšlím o tom

35. Je důvodem Vaší změny zaměstnání/profese covidová pandemie?

- ano
- ne

36. Pokud jste v předchozí odpovědi odpověděli ne, jaký je důvod pro odchod z Vaší nynější profese?