

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav veřejného zdravotnictví

Bc. Monika Marková

Syndrom vyhoření ve zdravotnictví

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Olomouc 2021

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval(a) samostatně, s využitím pouze citovaných zdrojů v souladu se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Olomouc 30.6.2021

.....

Bc. Monika Marková

Děkuji Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D., za odborné vedení práce, cenné rady a čas, který mi věnovala v průběhu psaní diplomové práce. Za pomoc se statistickým zpracováním výzkumné části děkuji Mgr. Janě Zapletalové, Dr., a Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. Velké poděkování patří všem respondentům, kteří byli ochotni se účastnit výzkumu.

OBSAH

ÚVOD	6
1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI	7
2 SYNDROM VYHOŘENÍ JAKO PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLÉM	8
2.1 Vznik a fáze syndromu vyhoření	10
2.1.1 Model dvanácti fází podle Freudenbergera	11
2.1.2 Model pěti fází	12
2.2 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření.....	13
2.2.1 Vnější rizikové faktory	14
2.2.1.1 Stres	15
2.2.1.2 Rizikové faktory práce a nadměrná pracovní zátěž.....	16
2.2.1.3 Životní styl.....	17
2.2.1.4 Délka praxe v oboru	17
2.2.2 Vnitřní rizikové faktory	18
2.2.2.1 Typ osobnosti	18
2.2.2.2 Rizikové osobnostní faktory	18
2.3 Příznaky syndromu vyhoření	20
2.4 Diagnostika a diferenciální diagnostika syndromu vyhoření.....	21
2.4.1 Maslach Burnout Inventory	22
2.4.2 Burnout Measure a Shiromova-Melamedova škála vyhoření.....	23
2.4.3 Diferenciální diagnostika	24
2.5 Léčba syndromu vyhoření.....	25
2.6 Prevence syndromu vyhoření.....	27
2.7 Výskyt syndromu vyhoření v České republice	29

3	SYNDROM VYHOŘENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	31
3.1	Zdravotnické profese ohrožené syndromem vyhoření.....	32
3.1.1	Prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků.....	35
3.2	Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů.....	36
3.2.1	Rizikové faktory fyzioterapeutické profese.....	37
3.2.2	Výskyt syndromu vyhoření u fyzioterapeutů v zahraničí.....	39
4	METODIKA VÝZKUMU	41
4.1	Cíle výzkumu a hypotézy.....	41
4.2	Metody výzkumného šetření a sběru dat.....	42
4.2.1	Organizace výzkumného šetření.....	45
4.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	45
5	VÝSLEDKY VÝZKUMU	47
5.1	Interpretace výsledků vzhledem k cílům.....	57
6	DISKUSE.....	67
7	ZÁVĚR	72
	ANOTACE	74
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	76
	SEZNAM ZKRATEK	87
	SEZNAM TABULEK.....	88
	SEZNAM GRAFŮ	89
	SEZNAM OBRÁZKŮ	90
	SEZNAM PŘÍLOH.....	91
	PŘÍLOHY.....	92

ÚVOD

Syndrom vyhoření je již více než 35 let velice diskutovaným pojmem. V průběhu posledních desetiletí se k syndromu vyhoření obrátila pozornost velkého množství psychologů, lékařů a jiných odborníků. Jedním z důvodů zmíněné pozornosti jsou neustále se zvyšující nároky společnosti a s tím spojené problémy se zvládnáním mnohdy náročných pracovních a životních podmínek. Od počátku života se učíme vyrovnávat se stresem. Podmínky přežití se sice během několika století změnily, relativně bezpečná současná společnost v sobě však ukrývá nadměrný stres, který úzce souvisí se stylem našeho života. Často jsou na nás kladeny velmi vysoké nároky, ať už z rukou zaměstnavatele, společnosti nebo nás samotných. Součástí aktuálního plnohodnotného života je kvalitně vykonávaná práce, naprostá flexibilita, úspěšné rodičovství, partnerství apod., proto je velice obtížné danému výkonu a „kultu dokonalosti“ dosáhnout. Pro některé jedince je to dokonce nemožné. Z toho důvodu je většina lidí vystavována každodennímu stresu a riziku vzniku syndromu vyhoření, případně dalším rizikům (Pešek, Praško; 2016). Ačkoliv může člověk vyhořet v jakékoliv profesi, nejčastěji se syndrom vyhoření vyskytuje u tzv. pomáhajících profesí – u zdravotníků (lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů atd.), sociálních pracovníků, pedagogů apod. (Jeklová, 2006).

Teoretická část práce se zaměřuje na charakteristiku daného tématu. Nejprve je definován syndrom vyhoření a jeho vznik, rizikové faktory vzniku, příznaky a diagnostika. Důležitou součástí teoretické části je léčba syndromu vyhoření a jeho prevence. Závěr teoretické části je věnován stěžejní kapitole, a to syndromu vyhoření ve zdravotnictví, která se blíže věnuje specifické skupině zdravotníků – fyzioterapeutům.

Výzkumná část práce se věnuje vyhodnocení dat kvantitativního výzkumu, konkrétně z dotazníkového šetření. K získání dat byly použity dva standardizované dotazníky, Maslach Burnout Inventory a Meisterův dotazník psychické zátěže při práci. Výzkumu se zúčastnili fyzioterapeuti pracující v ambulantním provozu na území České republiky. Výsledky a jejich statistické zpracování jsou zobrazeny ve formátu grafů a tabulek.

Cílem práce je popsat rizikové faktory, vznik a průběh syndromu vyhoření a zmapovat příčiny syndromu vyhoření u fyzioterapeutů.

1 POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

Pro získání informací k dané problematice byla provedena rešeršní strategie. Vyhledávací kritéria, vybrané databáze a sumarizace jsou popsány v následujícím algoritmu rešeršní činnosti.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: syndrom vyhoření, zdravotnictví, fyzioterapeut, fyzioterapie, pracovní stres, pracovní zátěž

Klíčová slova v AJ: burnout, burnout syndrome, healthcare, physiotherapist, physiotherapy, work stress, workload

Jazyk: AJ

Období: 2010-2021

Databáze: Google scholar, Web of Science, Scopus, PubMed



Nalezeno: 4 041 zdrojů

Vyřazeno: 3 993 zdrojů

Vyřazující kritéria: duplicity, abstrakta, kvalifikační práce, články nevyhovující kritériím vyhledávání, články nesouvisející s problematikou syndromu vyhoření



Vstupní rešerše: *Google scholar* – 3900 výsledků → 13 vhodných zdrojů (po zahrnutí všech vyřazujících kritérií a využití kombinací Booleovských operátorů)

Web of Science: 43 výsledků → 11 vhodných zdrojů

Scopus: 98 výsledků → 9 vhodných zdrojů

PubMed: 54 výsledků → 9 vhodných zdrojů



Celkem byly využity informace z 42 dohledaných zdrojů ze zahraničních databází.

2 SYNDROM VYHOŘENÍ JAKO PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLÉM

„Burnout“ (v překladu vyhoření, vyhasnutí) je odborný termín, který poprvé použil Herbert Freudenberger v 70. letech 20. století. Freudenberger tímto pojmem označil již známý jev. Původně byl termín používán pro osoby závislé na alkoholu a pro narkomany, později byl termín burnout spojován především s osobami závislými na své práci. Po zjištění, že se vyhoření vyskytuje ve vysoké míře v životě mnoha lidí bez ohledu na jejich profesi, se k problematice obrátila pozornost řady psychologů (Křivohlavý, 2012). Křivohlavý (2012, s. 65) uvádí definici vyhoření sestavenou Freudenbergerem: „*Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).*“ Freudenberger svou pozornost věnoval především zdravotnickým pracovníkům, u kterých pozoroval změny nálad a problémy s koncentrací. Kromě těchto změn si všiml také doprovázejících potíží, kterými byly bolesti zad a zažívací obtíže (Pavlakis et al., 2010).

Vyhoření může být definováno jako stav, který vzniká na základě energetického vyčerpání jedince. Energetické vyčerpání je spojeno s emočním vyčerpáním, úbytkem osobního uspokojení, pocitem nedostatečnosti a depersonalizací (Bährer-Kohler, 2013). Depersonalizaci lze chápat jako tendenci se distancovat od kontaktu s jinými lidmi (Maghsoud, 2013). Vyčerpání jedince je zásadním bodem pro rozvoj syndromu vyhoření, jeho dlouhodobé působení může vyústit až v negativní a bezcitné chování k druhým lidem (Wilski et al., 2012). Jiní autoři uvádějí, že základním kamenem syndromu vyhoření je vyčerpání energetických zdrojů jedince, které vyúští primárně v emoční vyčerpání, fyzickou a kognitivní únavu (Melamed et al., 2006; in Seixas, 2020).

Maghsoud (2013) popisuje profesionální syndrom vyhoření slovy Christiny Maslach, a to jako emoční vyčerpání s depersonalizací a snížením osobních výkonů. Emoční vyčerpání se obvykle projevuje únavou a nedostatkem síly, zvýšenou podrážděností a dalšími psychosomatickými příznaky. Christina Maslach spolu se Susan E. Jackson se tímto fenoménem později zabývaly do větší hloubky.

Při definování syndromu vyhoření existují dvě základní východiska podle již zmíněných dvou autorů. Herbert Freudenberger (1974) definuje syndrom vyhoření na pozadí klinické psychologie a hodnotí tento jev v souvislosti s osobnostními rysy. Naproti tomu v sociální psychologii, která je zastoupena Christinou Maslach (1982), vzniká syndrom vyhoření v důsledku působení vnějších vlivů, a to hlavně práce a s ní spojeného pracovního prostředí. Maslach rozvíjí původní definici podle Freudenbergera (1974) a popisuje vyhoření jako „*nepřetržitý, systematický proces ochabování, narůstajícího cynismu a ztráty angažovanosti vůči klientům*“ (Maroon, 2012; s. 20). V průběhu výzkumu syndromu vyhoření se pohled na problematiku bezesporu nejcitovanější psycholožky měnil a přizpůsoboval. V poslední definici Maslach nahlíží na syndrom vyhoření jako na psychologický syndrom, kterým jedinec reaguje na interpersonální chronické stresory v práci (Maslach, Leiter; 2016).

V průběhu posledních desetiletí se v literatuře objevila řada pojetí a definic syndromu vyhoření, které se v některých oblastech liší. Podle Kebzy a Šolcové (2003) má většina definic syndromu vyhoření společné následující body:

- jedná se především o prožitek vyčerpání;
- vyskytuje se u profesí pracujících s jinými lidmi;
- symptomy poukazující na syndrom vyhoření jsou v oblasti psychické, fyzické i sociální;
- emoční exhausce je klíčovou složkou syndromu vyhoření;
- hlavní složky syndromu vyhoření vznikají v důsledku chronického stresu (Kebza, Šolcová; 2003).

Brindley et al. (2019) definují syndrom vyhoření jako „chimérický stav“. Podle autorů není syndrom vyhoření stavem konečným a diagnosticky stálým. Syndrom vyhoření je emoční stav, který v jisté míře zahrnuje tři subdomény (emoční vyčerpání, depersonalizace a snížení osobní výkonnosti), tudíž se nelze orientovat pouze na přítomnost nebo nepřítomnost jeho projevů. Pokud je diagnóza syndromu vyhoření brána doslovně, může vyústit v nenávratnost původního stavu (Brindley et al., 2019).

Vyhoření nezasahuje pouze odborníky v oblasti poskytování služeb a pečující personál, ale i zaměstnance pracující ve školství, policisty, sociální pracovníky, vězeňskou službu apod. (Araújo Silva, Alchieri; 2014). Syndrom vyhoření může vést ke snížení kvality

služeb poskytovaných druhým lidem, souvisí s nízkou pracovní spokojeností, s fyzickou vyčerpaností, nespavostí a také se zvýšenou konzumací alkoholu. Syndrom vyhoření má vliv i na mezilidské vztahy a mnohdy se podílí na změně zaměstnání nebo oboru jedince (Křivohlavý, 2012). Syndrom vyhoření ovlivňuje kromě zaměstnance také zaměstnavatele a celé společnosti. Častá pracovní neschopnost a neplnohodnotný pracovní výkon personálu negativně ovlivňuje kvalitu poskytování zdravotní péče a ostatní personál tím pádem může být pod velkým tlakem. Syndrom vyhoření může zapříčinit dřívější odchod do důchodu nebo definitivní odchod z oboru (Pustulka-Piwnik et al., 2014).

Syndrom vyhoření je prezentován jako jeden z hlavních aktuálních psychosociálních problémů, který vyvolává obavy nejen na mezinárodní úrovni, ale i na úrovni obchodních a vládních subjektů. Tyto subjekty si uvědomují závažnost dopadů syndromu vyhoření jak na úrovni jednotlivce, tak na organizační úrovni (Araújo Silva, Alchieri; 2014). Jak už bylo zmíněno výše, syndrom vyhoření je velmi diskutované a aktuální téma. Přesto je zřejmé, že lidé nejsou o riziku vzniku syndromu vyhoření dostatečně informováni. Veřejnost spojuje pojem vyhoření především se stresem, proto jsou tyto dva pojmy často zaměňovány. Stock (2010) popisuje vztah mezi stresem a syndromem vyhoření následovně: *„Vyhoření není totéž, co stres. Dochází k němu v důsledku chronického stresu. Stresové faktory coby spouštěče tedy hrají při vzniku burnout syndromu zásadní roli.“* (Stock, 2010; s. 10).

2.1 Vznik a fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření lze popsat jako postupně vznikající proces, který je ovlivňován vícečetnými faktory. Z toho důvodu v počátečních fázích nebývá téměř nikdy identifikován (Paive, 2017). Vyhoření nepostihuje všechny ve stejné míře, liší se časová perioda a důležitou roli hrají i osobnostní kvality jedinců (Maslach, 1982; in Maroon, 2012). Jak je již zmíněno výše, ke vzniku syndromu vyhoření nedochází ze dne na den. Podle Potterové (1997) začíná malými varovnými signály, které mohou postupně přerůst v hluboký strach z dalšího dne v zaměstnání.

Jednotlivé fáze vzniku syndromu vyhoření se liší podle konkrétního autora. Všechny modely mají stejný základ, fáze se překrývají a nelze je jednoznačně ohraničit. Většina vědeckých modelů vychází z typického příkladu jedince, který na začátku pracuje s nadprůměrným pracovním nasazením (Stock, 2010).

2.1.1 Model dvanácti fází podle Freudenbergera

Honzák (2015) popisuje Freudenbergerův postup vzniku syndromu vyhoření, který má dvanáct následujících fází. Fáze se nemusí objevit všechny a v plné míře, zároveň nemusí postupovat jednotlivě za sebou.

1. „Nutková snaha po sebeprosazení“ – na začátku vzniku syndromu vyhoření lze pozorovat příliš velké ambice a snahy sebeprosazení v pracovní oblasti. Tato snaha může přerůst až v patologické nutkání.
2. „Člověk začíná pracovat více a tvrději“ – jedinec musí dokazovat sobě i ostatním zvládnutí těžkých a vysokých cílů. Všechno potřebné vykonává sám a připadá si nenahraditelný.
3. „Přehlížení potřeb druhých“ – tato fáze nastává z důvodu obětování veškerého času pozornosti na práci. To vede k vyčerpání veškerého času i energie, která poté nezbyvá na nic jiného.
4. „Přesunutí konfliktu“ – jedinec si začíná uvědomovat jistý zdroj problémů, ale není schopen ho rozpoznat. Tento stav vede k pocitům ohrožení a tělesným obtížím.
5. „Revize a posunutí hodnot“ – vede k izolaci jedince od ostatních ve snaze vyhnout se jakémukoliv konfliktu. Práce pohlcuje veškerou energii, nastává emoční otupení.
6. „Popírání vznikajících problémů“ – jedinec přestává vyhledávat sociální kontakty, představují pro něj totiž zátěž. Stává se netolerantním, agresivnějším a sarkastickým.
7. „Stažení“ – sociální kontakty jsou již na naprostém minimu, postupně se mění v izolaci. Jedinec může vyhledávat alkohol, drogy, léky na uklidnění. Často pociťuje beznaděj a ztrátu smyslu.

8. „Zcela jasně patrné změny chování“ – změny začínají být poznávány rodinou, okolím, spolupracovníky.

9. „Depersonalizace“ – způsobuje ztrátu vnímání sebe a ostatních jako cenných osobností. Život se proměňuje v sérii mechanických funkcí a vnímána je pouze přítomnost.

10. „Vnitřní prázdnota“ – jedinec se cítí vnitřně prázdný, překonává to extrémními aktivitami (přejídáním, alkoholem, drogami, sexem). Dané aktivity překračují standardní sociální meze.

11. „Deprese“ – výrazná depresivní složka může být součástí vyhoření. Jedinec se cítí vyčerpaný, bez naděje, bez budoucnosti. Život postupně ztrácí svůj smysl a přibývá tak depresivních symptomů.

12. „Syndrom vyhoření“ – poslední článek Freudenbergerova modelu. V této fázi se objevuje psychický, fyzický i emoční kolaps. V mezních případech se mohou u jedince vyskytnout i sebevražedné sklony (Honzák, 2015; s. 28-32).

2.1.2 Model pěti fází

Tento model, který popisují Pešek a Praško (2016), je složen z následujících pěti fází: nadšení – stagnace – apatie – frustrace – syndrom vyhoření. Každá z těchto fází je charakterizována typickými myšlenkami a chováním.

1. Při nástupu do nového zaměstnání je jedinec plný očekávání, motivace a nadšení. Pracovník ve zdravotnictví si idealizuje své schopnosti a touží pomáhat ostatním lidem. Nadšení často vede k nerealistickým představám o náplni práce, kolektivu, nadřízených, organizaci a o pacientech.

2. Postupem času dochází ke konfrontaci ideálů s realitou, která vede k „vystřízlivění“ neboli stagnaci. Realita je odlišná od původních očekávání, proto se pozornost jedince může přeměřovat ke kariérnímu postupu a vzdělávání mimo pracoviště. Při nástupu „frustrace“ má jedinec pocit, že všichni zneužívají jeho dobré povahy a znásobují se tím negativní pocity ze zaměstnání.

3. Po nadšení a stagnaci nastupuje obranná reakce neboli fáze „apatie“, kdy se jedinec postupně stahuje do sebe a v zaměstnání dělá pouze nezbytně nutné činnosti. Také se vyhýbá náročnějším pacientům a straní se konverzaci o pracovních tématech. V této fázi se mohou objevovat i psychosomatické potíže, např. bolesti hlavy, bolesti zad, únava, kožní onemocnění, také může jedinec nadužívat léky, či alkohol.

4. Posledním stádiem je syndrom vyhoření neboli úplné emoční vyčerpání. Jedinec opouští zaměstnání, nebo přechází na jinou pozici, případně v zaměstnání zůstává (Pešek, Praško; 2016).

Prakticky totožné modely popisují také Tošner a Tošnerová (2002), Černá a Kožíková (2004). I tito autoři popisují vznik syndromu vyhoření pomocí pěti zmíněných fází (nadšení, stagnace, apatie, frustrace, syndrom vyhoření). Černá a Kožíková (2004) přizpůsobují zmíněné fáze praxi všeobecných sester. Musil (2010) zařazuje mezi fáze vzniku syndromu vyhoření i tzv. předchorobí neboli fázi nadšení. V této fázi se jedinec pracuje co nejlépe, touží po úspěchu a disponuje vysokými ideály. Tyto ideály se snaží naplňovat i za cenu vlastního přetěžování a k jejich naplnění nedojde.

Cherniss (2016) popisuje průběh vyhoření v následujících stupních:

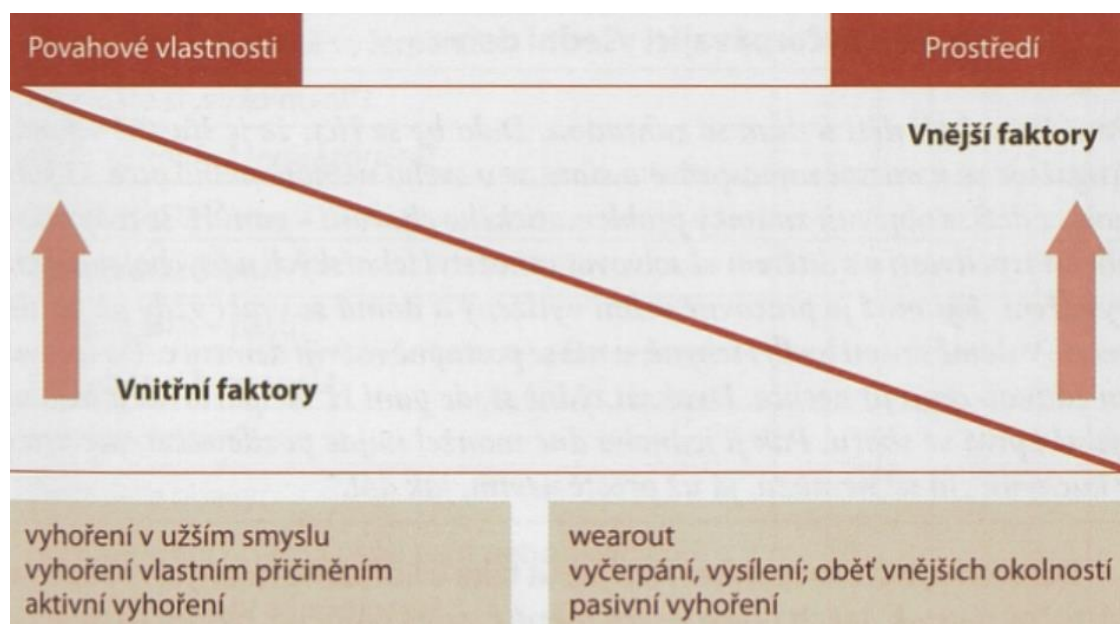
- mezi požadavky a zdroji vzniká nerovnováha projevující se napětím a vyčerpáním, následují změny chování;
- na základě nerovnováhy vznikají pocity napětí, odporu, zlosti doprovázené únavou;
- proces ústí v emoční vyčerpání, ztrátu nadšení a cynismus. (Cherniss, 2016).

2.2 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření

Příčiny vzniku syndromu vyhoření nelze generalizovat, vznik a intenzita projevů závisí na charakteristikách a životních okolnostech daného jedince (Araújo Silva, Alchieri; 2014). Syndrom vyhoření často vzniká ze ztracených ideálů a ambicí, proto nemusí být zřejmé, co je příčina vzniku a co je následek (Maroon, 2012). Z toho důvodu je vhodnější místo pojmu „příčina vzniku“ používat pojem „rizikové faktory vzniku“.

Někteří autoři se zaměřují na jednotlivé charakteristiky působící na rozvoj syndromu vyhoření, jiní pak na jejich interakce a na dopady pracovního prostředí (Wilski et al., 2015). Becker (2003; in Musil, 2010) uvádí, že riziko vzniku syndromu vyhoření lze vyjádřit poměrem mezi rizikovými a protektivními faktory.

Vznik syndromu vyhoření je vždy závislý na vnějším prostředí, ve kterém se jedinec nachází a na vlastních osobnostních charakteristikách. Poměr vnějších a vnitřních rizikových faktorů nelze generalizovat, na každého jedince působí v jiném poměru. Obrázek (dále jen obr.) č. 1 prezentuje vztah mezi vnitřními a vnějšími rizikovými faktory. Podle Stocka (2010) se většina lidí nachází ve střední části křivky. Taktéž Jeklová (2006) rozděluje rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření na tzv. vnější a vnitřní.



Obr. č. 1: Vnitřní a vnější faktory (Stock, 2010; s. 25)

2.2.1 Vnější rizikové faktory

Vnějšími faktory ovlivňujícími vznik syndromu vyhoření jsou označeny situace a podmínky, ve kterých se jedinec nachází. Mezi vnější rizikové faktory lze zahrnout např. sociální prostředí v zaměstnání, organizační aspekty práce i aspekty jednotlivých úkonů, kterými se jedinec zabývá (Kebza, 2005).

2.2.1.1 Stres

Stres je popisován jako dynamická interakce zahrnující fyzické, psychické a emoční reakce mezi jednotlivcem a jeho okolím (Brooke, 2020). Ke stresu se dnes přistupuje jako k příčině mnoha psychických a fyzických změn v těle. Z biopsychosociálního hlediska je stres založen na konkrétním vztahu mezi jedincem, prostředím a aktuálními okolnostmi (Araújo Silva, Alchieri; 2014). Křivohlavý (1998) definuje stres jako dvě síly, které působí protikladně. Tyto síly jsou definovány subjektivně, kdy na jedné straně stojí soubor zatěžujících faktorů, tzv. stresorů a na druhé straně soubor našich obranných schopností, tzv. salutorů. Pokud je síla stresorů vyšší než síla salutorů, dochází ke stresu, který může být až patologicky působící (Křivohlavý, 1998). Podle Vašiny (2009) je hlavním stresorem souvisejícím se syndromem vyhoření vysoká emoční zátěž spojená s profesí a pracovním prostředím.

Prožívání stresu velmi závisí na osobnostních charakteristikách jedince (Kurzeja et al., 2018). Za poslední dvě desetiletí došlo v důsledku globalizace, nárůstu technologické sofistikovanosti, konkurenčního prostředí a ztráty smyslu pro komunitu k výrazným změnám v organizační struktuře pracovišť. Tyto změny mají za následek pokles vnitřní hodnoty práce a ovlivnění fyzické a duševní pohody zaměstnanců. Modely analyzující vztah mezi prací a psychickým zdravím jedince poukazují především na stres (Araújo Silva, Alchieri; 2014). Stresu, který doprovází vyhoření, je nutné předcházet a v případě výskytu je na místě jeho omezení. Pouhým omezením stresu ale nedochází k vyléčení vlastní příčiny vyhoření (Potter, 1997).

Z druhé strany může být na stres pohlíženo jako na motor, jehož tlak je nezbytný k udržování života závislého na schopnosti se adaptovat a přijímat nové životní podmínky. Stres může být fyzický (z důvodu poranění, přetížení), chemicko-toxický (vyvolávaný viry, mikroby, toxiny), environmentální (nevhodné prostředí) a také psychoemocionální. Vznik stresu je ovlivňován mnoha faktory a každý člověk má již od početí odlišnou citlivost a vnímavost jednotlivých tělních systémů na konkrétní stresory. Podle Vojáčka (2020) fyziologické reakce na stres (útok a útěk), které nás v minulosti chránily především před nebezpečím, pracují v dnešní době prakticky nepřetržitě. Vzhledem k rozdílným reakcím je možné současnost nazvat tzv. dobou bezpohybového stresu (Vojáček, 2020).

2.2.1.2 Rizikové faktory práce a nadměrná pracovní zátěž

V současné době stráví jedinec až polovinu svého života prací. Práce je zdrojem příjmů a poskytuje materiální zásoby pro existenci. Zároveň ovlivňuje smysl existence a morální rozvoj člověka. Mimo jiné práce otevírá další cesty k seberealizaci, sebevzdělávání a ke vzájemné spolupráci mezi lidmi. Kromě pozitivních aspektů má práce i svou negativní stránku, např. vystavuje jedince obtížným a stresujícím situacím, únavě a napětí. Neustálý stres v práci může být důvodem pro fyzické a psychické vyčerpání (Kurzeja et al., 2018). „*Stresová reakce byla vynalezena k záchraně holého života. Proto je masivní, jednosměrně zacílená, energeticky náročná. Její spuštění v psychosociálních souvislostech je škodlivé.*“ (Honzák, 2015; s. 97).

Neustále se zvyšující pracovní tempo a vysoká míra pracovního stresu jsou důvodem vzrůstu prevalence syndromu vyhoření. Fong et al. (2016) poukazují na zhoršení pracovního klimatu, které může mít za následek stoupající míru vyhoření a vznik depresivních poruch. Výsledky studie poukazují na asociaci mezi pracovním prostředím a vyhořením. Příkrylová, Nakládalová a Lužný (2007) zařazují mezi rizikové faktory práce vysoké pracovní nároky, vysokou zodpovědnost za druhé osoby, požadavky na vysoké výkony, neadekvátní finanční ohodnocení za práci, monotónnost práce a časový tlak. Na organizační úrovni zařazují do rizikových faktorů nízkou autonomii, malé rozhodovací kompetence, nejistotu kariérního postupu a objem práce nad rámec pracovní doby (Příkrylová, Nakládalová, Lužný; 2007).

Nadměrná pracovní zátěž je řazena mezi stresové faktory práce. Stres začíná být pocíťován v momentě, kdy nároky na jedince překročí míru zvládnutí, která je velmi individuální. Příčinou většího pracovního zatížení je také rostoucí poptávka po produktivitě, kdy méně lidí vykonává více pracovních povinností. To je často následkem úsporných personálních opatření (Stock, 2010). S vyhořením koreluje také dlouhá pracovní doba, tj. pracovní doba nad 40 hodin týdně. Riziko vzniku syndromu vyhoření je mnohonásobně vyšší, pokud jedinec pracuje více než 60 hodin týdně (Hu et al., 2016). Zátěžové situace mohou mít podstatný vliv na vznik vyhoření, bývají také jednou z hlavních příčin jeho rozvoje. Zátěž přímo podporuje vznik syndromu vyhoření tím, že narušuje psychickou rovnováhu jedince (Jeklová, Reitmayerová; 2006). Za rizikový faktor práce lze považovat i celkovou pracovní nespokojenost, na které se mimo jiné

podílí nedostatečné finanční ohodnocení ze strany zaměstnavatele. Podle Herzbergovy motivační teorie však subjektivní dostatek peněz nezaručuje dlouhodobou spokojenost v práci. Zvýšení platu ve většině případů vede pouze ke krátkodobému uspokojení a krátkodobému zvýšení pracovní spokojenosti (Hekelová, 2012).

2.2.1.3 Životní styl

V oblasti životního stylu došlo k nejrazantnějším změnám v druhé polovině 20. století, která je typická pro technický pokrok, rozvoj panelového bydlení a urbanizaci. Součástí těchto změn je přechod člověka k sedavému způsobu zaměstnání. Velké množství lidí tráví svůj volný čas sledováním televize, či používáním počítače a lidské síly jsou nahrazovány domácími spotřebiči. Právě aktivní pohyb, který byl odjakživa součástí běžného života lidí, je podle Machové (2016) základním předpokladem kvalitního života. Hektický životní styl s nedostatkem volného času může být základem pro kardiovaskulární, nádorová a další civilizační onemocnění. Hlavní komponentou zdravého životního stylu je pravidelná fyzická aktivita. Podle McClafferty a Brown (2014) je vyšší frekvence cvičení spojena s vyšším podílem pozitivního vlivu na osobu a nižším výskytem depresivních stavů, stresu a strachu. Podle Rabocha a Ptáčka (2014) mají na vznik syndromu vyhoření vliv také stravovací návyky jedince. Kebza a Šolcová (2003) považují úpravu životosprávy, celkového životního stylu a zvládnutí stresu za nezbytný předpoklad prevence vzniku syndromu vyhoření.

2.2.1.4 Délka praxe v oboru

Podle Takedové et al. (2005) jsou lidé s kratší praxí v daném oboru náchylnější ke vzniku syndromu vyhoření než zkušenější zaměstnanci. Důvod náchylnosti nazývá tzv. „šokem z reality“, kdy dochází ke střetu mezi idealistickými představami seberealizace a realitou. Tento střet mění původní motivaci na beznaděj a jedinec ztrácí smysl danou profesi vykonávat (Maroon, 2012). Také Křivohlavý (1998) nazývá syndrom vyhoření tzv. „fenomémem prvních let v zaměstnání“, kdy po prvotním nadšení ze zaměstnání přichází frustrace, bezmoc a rezignace. Jiní autoři považují za rizikový faktor vzniku syndromu vyhoření kumulující se tlak během let v daném zaměstnání. Riziko syndromu vyhoření podle autora narůstá s přibývajícím věkem v praxi (Maroon, 2012).

2.2.2 Vnitřní rizikové faktory

Každý člověk je jedinečná bytost s odlišnou povahou a charakterovými vlastnostmi. Vzhledem k těmto odlišnostem a psychickým předpokladům nelze popisovat pouze faktory vnější, ale i vnitřní. Za vnitřní rizikové faktory lze považovat typ osobnosti, temperament a charakterové vlastnosti, které mohou přispívat ke vzniku syndromu vyhoření. Kromě toho má vliv také celkový stav organismu, chování a jednání v různých situacích (Jeklová, Reitmayerová; 2006).

2.2.2.1 Typ osobnosti

Osobnost typu A neboli osobnost „hypertenzní“ a „infarktogenní“, byla popsána již v 50. letech 20. století M. Friedmanem a R. Rosenmanem. Lidé s tímto typem osobnosti jsou velmi citliví, zodpovědní a touží po úspěchu. Jsou soutěživí, neradi čekají, stále potřebují vykonávat nějakou činnost. Jejich chování reflektuje touhu po vítězství a proto se projevují neustálou nervozitou. (Pešek, Praško; 2016). Později byla osobnost typu A propojena psychology s osobami závislými na práci, s tzv. workoholiky, protože mají s osobností typu A řadu společných povahových rysů (Stock, 2010). Koncept osobnosti typu A je kontroverzní a často kritizovaný (Pešek, Praško; 2016). Druhá skupina lidí, kterou M. Friedman a R. Rosenman zkoumali, měla odlišné charakteristiky chování. Stejně jako u osobnosti typu A mají jedinci s osobností typu B velkou výkonnost, ale úspěch není tím nejdůležitějším v životě, spektrum jejich zájmů je objemnější a svůj volný čas tráví smysluplně. V provedených studiích se syndrom vyhoření mnohem častěji vyskytoval u lidí s osobností typu A (Křivohlavý, 1998).

2.2.2.2 Rizikové osobnostní faktory

Venglářová (2011) poukazuje na spojitost mezi vznikem syndromu vyhoření a dvěma základními rysy osobnosti, a to introverzí a extroverzí. Podle autorky je introvertní jedinec tichý, spíše uzavřený, trpělivý. Jeho jednání je spíše plánované nežli impulzivní, proto je podle autorky u introvertních jedinců nižší riziko vzniku syndromu vyhoření. Extrovertní jedinec je společenský, impulzivní a rychleji ztrácí trpělivost. Extroverti mají vyšší sklony k agresivnějšímu jednání. U jedinců s tímto osobnostním rysem může rychleji dojít ke vzniku syndromu vyhoření (Venglářová, 2011). Podle Peška a Praška (2016) jsou syndromem vyhoření více ohroženi workoholici a perfekcionisté.

Workoholismem se označuje chorobná závislost na práci a podnětech, které práce poskytuje. Rozvíjí se nejčastěji u osobností s potřebou dokonalosti, kontroly a úspěchu a jeho negativním důsledkem může být výrazné narušení mezilidských vztahů. Perfekcionismus je nutkání vykonávat veškeré činnosti bez chyb. Perfekcionismus může dopomoci k lepšímu výkonu, ale u nepřiměřené formy způsobuje strach ze selhání a přispívá ke vzniku syndromu vyhoření (Pešek, Praško; 2016).

Křivohlavý (1998) popisuje dva typy osobnosti podle C. G. Junga, a to emocionální a myšlenkový typ. Jedinci emocionálního typu jsou velmi citliví a mají hluboké emocionální prožívání, úzký vztah s druhými a vysokou míru sociální interakce. Velmi často volí humanitní profese, kde mohou pracovat s druhými lidmi. V těchto profesích se dostávají do situací, kdy se věnují prakticky pouze práci. Naproti tomu u jedinců myšlenkového typu převládá logické a rozumové myšlení, jsou kritičtí a jejich emocionální chování je strohé. Jejich ambice se mnohdy neuskuteční podle jejich představ a mohou ztrácet počáteční nadšení. U emocionálního i myšlenkového typu může docházet ke vzniku syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998). Podle Křivohlavého (1998), který v popisu dalších osobnostních faktorů vychází z charakteristiky tvrdosti a nepoddajnosti osobnosti (autory jsou Salvatore Maddi a Suzan Kobasová), existuje vztah mezi poddajností osobnosti a vznikem syndromu vyhoření. Lidé, kteří jsou v této osobnostní dimenzi slabí a poddajní, podle autora častěji vyhoří (Křivohlavý, 1998). Další charakteristikou osobnosti mající blízký vztah k syndromu vyhoření je monotónnost, kdy lidé tíhnoucí k monotónnosti propadají častěji do stavu psychického vyhoření (Křivohlavý, 1998).

S podobným popisem rizikových osobnostních faktorů se můžeme setkat i v jiných zdrojích. Podle Kallawas (2007) jsou ke vzniku syndromu vyhoření přednostně náchylní lidé, kteří příliš dlouhou dobu vyčerpávají svůj duševní nebo fyzický potenciál. Rizikovým faktorem bývají příliš vysoké nároky, tito lidé považují nezvládnutí úkolu za svou vlastní slabost. Důležitou poznámkou však je, že vyhořet může člověk oblíbený, nenáviděný, úspěšný i neúspěšný (Kallwass, 2007).

2.3 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření nejsou samotnou nemocí, ale varovnými signály, které se projevují s různou intenzitou. Důležitým krokem je tyto signály rozpoznat a včas se jimi začít zabývat. Velmi nebezpečná situace nastává, pokud jedinec příznaky popírá (Maroon, 2012).

Hlavním příznakem syndromu vyhoření je vyčerpání, a to emoční i fyzické. Fyzické vyčerpání se projevuje nedostatkem energie, slabostí, chronickou únavou, poruchami spánku, poruchami soustředění a celkovým zvýšeným napětím. Emoční vyčerpání se projevuje podrážděností, pocity bezmoci a beznaděje, apatií, ztrátou sebeovládání a odvahy. Dalším příznakem je odcizení se ztrátou zájmu a nadšení. Odcizení může v krajních případech přerůst v sarkastické a pohrdavé chování, které může způsobit nepříznivé pracovní klima. Mezi další projevy odcizení patří negativní postoje, ztráta sebeúcty a pocity méněcennosti. Třetím významným příznakem syndromu vyhoření je pokles výkonnosti. Snižuje se efektivita a produktivita daného jedince a také se prodlužuje doba potřebná k regeneraci organismu (Stock, 2010).

Maslach (1976; in Maroon, 2012) popisuje příznaky syndromu vyhoření ve vztahu k negativním změnám v přístupu k práci a v reakci na vnější tlak. První změna se projevuje v nedostatku soucitu a distancování. Jedinec trpící vyhořením má sklony k lhostejnosti, vyhýbání se, negativismu a neklidu. Často může za své chyby vinit kolegy či systém. Jedinec působí chladně a přísně (Maroon, 2012). Pro oběti syndromu vyhoření práce ztrácí význam a smysluplnost. Počáteční nadšení je postupně vystřídáno cynismem (Potter, 1997).

Maslach a Jackson (1986) popisují rysy a příznaky syndromu vyhoření vzhledem k sociálně-psychologické definici následovně:

- emoční vyčerpání – pocity vyprázdnění energetických rezerv, únava a duševní vysílení, nedostatek zájmu a nadšení;
- odosobnění (depersonalizace) – negativní postoje a odcizení vůči druhým lidem, např. vůči klientům;
- snížená osobní výkonnost – negativní vztah k práci, snížená výkonnost (Maroon, 2012).

Pines et al. (1981) popsali vyhoření jako multidimenzionální proces, který se i přes individuální rozdíly v intenzitě a četnosti výskytu vyznačuje následujícími společnými rysy:

- fyzické vyčerpání – postupná ztráta energie, únava, psychosomatické obtíže, pocity slabosti a nízká odolnost vůči nemocem;
- emoční vyčerpání – pocity bezmoci a beznaděje, emoční prázdnoty, pocity odcizení;
- mentální vyčerpání – nízké sebehodnocení, komplex méněcennosti, pocity nevraživosti vůči druhým lidem (Pines et al., 1981; in Maroon, 2012).

Jedinci s projevy syndromu vyhoření jsou často schopni si uvědomovat pouze tělesné příznaky, nikoliv emoce jako takové. Z toho důvodu jsou negativní emoce často přenášeny do somatické roviny – důležitou kategorií jsou v souvislosti se syndromem vyhoření psychosomatická onemocnění, např. zvýšený krevní tlak, bolesti hlavy, bolesti zad, kožní onemocnění, žaludeční vředy apod. (Pešek, Praško; 2016).

Příznaky syndromu vyhoření se kromě úrovně fyzické a psychické vyskytují také na úrovni sociálních vztahů. Na úrovni sociálních vztahů dominují následující příznaky:

- celkový útlum společenskosti,
- tendence redukovat kontakt s druhými lidmi (kolegy, klienty, pacienty atd.),
- nechut' k vykonávané profesi a všemu, co s danou profesí souvisí;
- nárůst počtu konfliktů na pracovišti,
- nízká empatie,
- nezájem o hodnocení ze strany druhých osob (Kebza, Šolcová; 2003).

2.4 Diagnostika a diferenciální diagnostika syndromu vyhoření

Podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) „*syndrom vyhoření*“ není samostatnou diagnózou, tudíž nemá vlastní čtyřmístný alfanumerický kód. Kategorie vyhoření je zahrnuta mezi faktory, které ovlivňují zdravotní stav (kód diagnózy: Z 73.0 – „vyhasnutí“) (Pešek, Praško; 2016).

V některých zemích Evropské unie je syndrom vyhoření zařazen do seznamu nemocí z povolání (např. v Dánsku, Francii, Švédsku, Portugalsku, Lotyšsku). Na základě zařazení na seznam nemocí z povolání je následně odškodňován (Lastovkova et al., 2018).

V diagnostice syndromu vyhoření neexistuje diagnostický test, který by jednoznačně prokazoval diagnózu syndromu vyhoření (v opačném případě „stav bez syndromu vyhoření“). Skóre získané v diagnostických testech napomáhá identifikovat riziko vzniku syndromu vyhoření, případně monitorovat emoční stav v určeném časovém horizontu. Při diagnostice syndromu vyhoření není posuzována délka trvání příznaků (Brindley et al., 2019). Jako diagnostický nástroj pro stanovení syndromu vyhoření a rizika jeho vzniku se již od roku 1981 používá standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory a jeho rozšířené verze. Dotazník by měl být vždy doplněn dalším vyšetřením, nejlépe psychosomatickým či psychiatrickým. Psychiatrické vyšetření a s ním spojená diferenciální diagnostika je vhodné pro odlišení primárních psychiatrických poruch, chronických somatických onemocnění, autoimunitních onemocnění, onkologických onemocnění apod. (Weber et al., 2000).

2.4.1 Maslach Burnout Inventory

Jednou z nejčastěji používaných metod k odbornému vyšetření syndromu vyhoření je metoda Maslach Burnout Inventory (dále jen MBI). MBI dotazník je zaměřen na tři faktory – prvním faktorem je EE (emotional exhaustion, emoční vyčerpání), které se projevuje ztrátou chuti k životu, ztrátou motivace k jakékoliv činnosti a nedostatkem síly (Křivohlavý, 2012). Příčinou emočního vyčerpání je nejčastěji nadměrná pracovní zátěž (Paive, 2017). Zmíněné projevy jsou považovány za obecné příznaky syndromu vyhoření. Druhý faktor, DP (depersonalization, depersonalizace), je projev psychického vyčerpání vyskytující se především u jedinců, kterým se nedostává kladné odezvy na jejich vykonanou práci (např. v pečovatelských službách, učitelství, vedoucích pozicích). Pokud se jedinci nedostává dostatečné dávky reciprocity, tj. kladné odezvy, ztrácí k lidem respekt a úctu. Třetím faktorem je PA (personal accomplishment, snížení osobní výkonnosti), vyskytující se především u jedinců s nízkou mírou sebedůvěry a sebehodnocení.

Dotazník MBI publikovala Christine Maslach spolu se Susan E. Jackson v roce 1981. Existenci zmíněných tří faktorů prokázala v roce 1995 italská dvojice Antonio Pierro a Silvia Pableri. V dotazníku MBI je následující rozložení otázek: 9 otázek se zaměřením na EE, 5 otázek se zaměřením na DP a 8 otázek se zaměřením na PA. Všechny otázky mají sedmistupňovou škálu odpovědí (Křivohlavý, 2012). MBI dotazník byl vytvořen především pro hodnocení ve zdravotnických profesích, kde pracovníci vykonávají svou práci v interakci s pacienty/klienty. Ačkoli většina studií pracuje se zmíněnými třemi dimenzemi MBI, existují rozšířené studie, které jsou založeny na pěti dimenzích (depersonalizace, somatické napětí, psychologické napětí, sebehodnocení, práce s ostatními) (Pérez-Fuentes et al., 2018).

2.4.2 Burnout Measure a Shiromova-Melamedova škála vyhoření

Jedním z dalších dotazníků využívaných k diagnostice syndromu vyhoření je dotazník Burnout Measure, který je aktualizovanou verzí dvou původních dotazníků Pinesové (1981) „The Tedium Scale“ a „Tedium Measure“. Pinesová spolu se svým spolupracovníkem Aronsonem dotazník přepracovali a uvedli jako „Burnout Measure“ (Stock, 2010). Dotazník je velmi často využíván pro jeho stabilní vnitřní konzistenci a vysokou míru reliability. Celkem je rozdělen na tři části, které se zaměřují na různé aspekty celkového vyčerpání:

- pocity fyzického vyčerpání – provázené vysokou únavou, slabostí, nedostatkem sil a citlivostí k jiným onemocněním;
- pocity emočního vyčerpání – provázené pocity beznaděje, depresivním laděním, bezvýchodnosti situace;
- pocity psychického vyčerpání – provázené naprostou ztrátou kladného přístupu k sobě i jiným osobám, pocity marnosti, existencionální krizí (Křivohlavý, 1998).

Koncepce syndromu vyhoření podle Shiroma a Melameda (2006) vychází z teorie o zachování zdrojů. Autoři přistupují k syndromu vyhoření jako k souboru pocitů emočního, kognitivního a fyzického vyčerpání, které souvisí s vyčerpáním emočních zdrojů jedince.

Vyčerpání je způsobeno dlouhodobým pracovním stresem, proto je popisováno jako multidimenzionální koncept. Otázky, které jsou zaměřeny na energetické zdroje jedince, pomáhají diferencovat příznaky typické pro vyhoření od symptomů deprese (Lundgren- Nilsson et al., 2012; in Ptáček et al., 2017).

2.4.3 Diferenciální diagnostika

Syndrom vyhoření lze považovat za negativní emocionální jev. Negativních emocionálních jevů s podobnými příznaky je však více, proto je důležité syndrom vyhoření za pomoci diferenciální diagnostiky od těchto jevů odlišit (Křivohlavý, 2012). Důležitou součástí diferenciální diagnostiky je odlišení syndromu vyhoření od deprese, stresu a jiných negativních psychických stavů (Jeklová, 2006).

Stres i syndrom vyhoření lze zařadit mezi negativní emocionální zážitky. Stres je definován nerovnováhou mezi zatěžujícími stresory a možnostmi tuto zátěž zvládat (Křivohlavý, 2012). Stres se objevuje při různých činnostech, zatímco vyhoření vzniká u jedinců přicházejících do kontaktu s jinými lidmi. Stres je velmi silným rizikovým faktorem vyhoření, ale ne každý stresový stav se do fáze vyhoření dostane. Pokud je práce smysluplná a stres je zvladatelný, ke vzniku syndromu vyhoření nedochází. (Křivohlavý, 1998).

Deprese je vážný stav řazený mezi afektivní poruchy. Depresivní jedinec ztrácí veškerý zájem o dříve potěšující aktivity a zároveň se snižují jeho emoční reakce. Po ránu není schopen vstát z postele, chybí mu energie a motivace, chuť k jídlu i libido. Daná osoba ztrácí sebedůvěru, není schopna se soustředit a vykonávat běžné činnosti. Poměrně obvyklé jsou i myšlenky o sebevraždě, která je v některých případech i vykonána (Svoboda et al., 2006). Deprese může být vedlejším příznakem syndromu vyhoření, ale může se vyskytovat nezávisle na vyhoření. Dalším rozdílem je, že depresi je možné léčit pomocí farmakoterapie (Křivohlavý, 1998). Deprese i syndrom vyhoření mohou propuknout u lidí, kteří intenzivně pracují, deprese však může stejnou měrou propuknout i u nepracujících osob. Také má, na rozdíl od vyhoření, úzký vztah se zážitky z dospívání (Křivohlavý, 2012). Podle Vašiny (2009) vznik syndromu vyhoření, na rozdíl od deprese, souvisí s pracovním prostředím a profesní zátěží. Vztah mezi syndromem vyhoření a depresí je velmi úzký (Křivohlavý, 1998).

Další negativní emocionální jev, který má podobnost se syndromem vyhoření, je únava. Únava se obecně váže především k fyzické zátěži a takový typ únavy je možné vyřešit odpočinkem. Naproti tomu únava vyskytující se spolu s vyhořením má negativní, tíživý a bezvýchodný charakter a nereaguje na odpočinek. Tento typ únavy je spojován s pocitem selhání a marnosti (Křivohlavý, 2012). Syndromu vyhoření se svým klinickým obrazem mohou podobat i některé únavové syndromy, či tzv. „manager diseases“, zvláště pokud obsahují složku depersonalizace a emočního vyčerpání. Vodítkem k diagnostice mohou být tzv. pseudohalucinace, které se v případě syndromu vyhoření nikdy nevyskytují. Další únavový syndrom, který má svými projevy velmi blízko syndromu vyhoření, je syndrom chronické únavy („chronic fatigue syndrome“, dále jen CFS). Podobnost mezi těmito dvěma syndromy je nepochybně ve výskytu únavy, poruch soustředění a depresivní symptomatiky. Odlišení CFS od syndromu vyhoření je možné za pomoci tělesných kritérií (zvýšená teplota, bolesti lymfatických uzlin, bolesti svalstva, otoky apod.) (Kebza, Šolcová; 2003).

Dalším stavem, který je podobný syndromu vyhoření, je existenciální neuróza. Existenciální neuróza je spojena s pocitem existenciální beznaděje a ztrátou smyslu života. Pocity při vyhoření mohou být shodné s existenciální neurózou, ale pouze na samém konci procesu, kdy dochází ke zhroucení úsilí a selhání. Na počátku vzniku vyhoření jsou jedinci naopak mimořádně aktivní a vidí ve svém konání smysluplnost (Křivohlavý, 2012).

2.5 Léčba syndromu vyhoření

Základním kamenem léčby syndromu vyhoření je pochopení dané situace a správně provedená diferenciální diagnostika. Syndrom vyhoření může být považován za nezávislé onemocnění, ale zároveň může poukazovat na předstupeň deprese nebo být komorbiditou deprese. Z toho důvodu je velice důležitá diferenciální diagnostika popsaná v předchozí podkapitole. K léčbě vyhoření se využívá psychoterapie (zejména kognitivní behaviorální terapie), fytoterapie, fyzioterapie a farmakoterapie. K doplňkové léčbě lze využít muzikoterapii nebo body-mind terapii (Korczak et al., 2012). Při léčbě syndromu vyhoření je nezbytné zjistit, z jakého důvodu a do jaké míry člověk vyhořel. Je nutné zhodnotit jednotlivé oblasti života, možnosti jedince a uvědomění dané situace. Jedinec si musí být vědom vlastní odpovědnosti za vzniklou

situaci. Cílem terapie je podpora nemocného a pomoc od pocitů bezmoci, základem úspěchu je navázání dialogu a vztahu k sobě samému (Prieß, 2015). Jedinec trpící syndromem vyhoření se snaží najít východisko problému a mnohdy využívá různých metod „samoléčby“. Tyto metody mohou zahrnovat užívání uklidňujících či povzbuzujících léků a nadužívání alkoholu. Užívání je však nebezpečné a představuje pouze krátkodobé řešení. V tomto případě je důležité vyhledání odborné pomoci (Bartošíková, 2006).

„Syndrom vyhoření léčitelný je a výkonnost lidí, které postihne, se může plně obnovit, ovšem jen za předpokladu, že začnou v rozhodujících oblastech důsledně uvažovat a jednat zcela jinak.“ (Prieß, 2015; s. 122).

Podle Černé a Kožíkové (2004) by měla léčba syndromu vyhoření postupovat následovně:

1. požádání druhé osoby o pomoc,
2. vyhledání odborné pomoci psychologa nebo psychoterapeuta,
3. v některých případech je vhodné zkrácení pracovní doby nebo změna pracoviště.

Velmi častou volbou v současnosti při léčbě syndromu vyhoření je kognitivně behaviorální terapie. Při kognitivně behaviorální terapii pomáhá terapeut pacientovi uvědomit si způsob svého dysfunkčního jednání a myšlení. Pomocí systematického rozhovoru a behaviorálních úkolů pomáhá přehodnotit a změnit právě ono dysfunkční jednání i myšlenky. Kognitivně behaviorální terapie využívá prvků jak kognitivních, tak behaviorálních technik a kombinuje je dle potřeby. Důležitou součástí je řešení problémů a dosahování předem dohodnutých cílů. Mezi hlavní rysy přístupu lze zahrnout zaměření na přítomnost, stanovení funkčních cílů, dosažení soběstačnosti apod. (Kratochvíl, 2017). Další možností léčby syndromu vyhoření je strategie aktivního přístupu. Maroon (2012) uvádí čtyři následující body strategie. Prvním bodem je vymezení přesné příčiny vyhoření, hledání původu v pracovním prostředí či v oblasti hodnot a zájmů. Zjištění příčiny vyhoření otevře další možnosti ke zlepšení situace. Druhý bod tkví v lepší organizaci vlastního času. Kontrola vlastní práce je závislá na efektivním časovém managementu a na schopnosti odmítnutí bez pocitu viny. Třetím bodem je stanovení cílů, a to krátkodobých i dlouhodobých (postupně plněných).

Důležitá je otázka: Co jsem očekával/a od této práce? Posledním bodem je zhodnocení vlastních úspěchů a stanovení reálných kritérií (Maroon, 2012).

Jedinci trpící vyhořením často svůj stav přirovnávají k „docházejícím bateriím“, které potřebují metaforicky i reálně dobít. Prvním krokem k řešení daného problému je rozlišení, co energii „bateriím“ ubírá a co dodává, jednoznačně určit stresující faktory v práci a být konkrétní. K tomuto rozlišení pomáhá situační analýza. První variantou situační analýzy je zmapování stresu jako kruhu, kdy jedinec načrtne na papír sebe jako kruh a kolem sebe rozmístí špatné i dobré vlivy, které na něj působí. Druhou variantou je sestavení časového diagramu, kdy jedinec zaznamenává na časové ose všechny důležité okamžiky, které mají se vznikem syndromu vyhoření jakoukoliv spojitost. Díky těmto analýzám je možné lépe objasnit a seřadit spouštěcí faktory vyhoření (Stock, 2010).

Jako podpůrnou terapii lze využít např. fototerapii (terapii světlem). Meesters a Waslander (2010) uvádějí, že vystavení jedince trpícího syndromem vyhoření jasnému světlu může zlepšit jeho aktuální stav. Ve své studii zkoumali účinky léčby světlem na pacienty se syndromem vyhoření a na základě této studie tvrdí, že pokud je léčba světlem aplikována před jakoukoliv jinou léčbou, urychluje předpokládané výsledky léčby (Meesters, Waslander; 2010). Dalším druhem podpůrné terapie je terapie pomocí výtvarného umění. Prostřednictvím neverbálních intervencí dopomáhá terapie lépe zpracovat traumatizující zážitky, konfrontovat pracovní vazby a prozkoumat autenticitu emocí ve vizuální, hudební či písemné formě. Jedinci mohou popsat, či vyjádřit dopad stresujících situací na pracovišti (Reed et al., 2020).

2.6 Prevence syndromu vyhoření

„Abychom se vyhoření mohli vyvarovat, předcházet mu nebo zeslabit jeho účinky, pokud jím již v nějaké podobě trpíme, je důležité jej lépe poznat, vědět, co jej způsobuje i co proti němu můžeme dělat.“ (Jeklová, 2006; s. 6)

Podle Rabocha a Ptáčka (2014) je třeba k prevenci syndromu vyhoření přistupovat nejen na osobní úrovni (vhodný životní styl, podpora ze strany rodiny, správné stravovací návyky atd.), ale také na úrovni organizace (odstranění nebo omezení systémových

příčin vzniku syndromu vyhoření, preventivní intervenční programy). Před výběrem vhodné strategie zvládnání a předcházení syndromu vyhoření je nezbytné se zamyslet nad celkovou úrovní spokojenosti z hlediska práce a seberealizace, partnerským soužitím, rodinou, ekonomickou situací a zdravotním stavem (Jeklová, Reitmayerová; 2006). Mezi preventivní strategie lze zařadit např. copingovou strategii či supervizi na pracovišti. Copingem je nazýváno jakékoliv kognitivní či behaviorální úsilí, které je použito ke zvládnutí stresu a potencionálně ohrožujících situací (Marc, Smith; 2012). Za copingovou strategii lze považovat soubor schopností se adekvátně přizpůsobit a reagovat na události, které mohou být vnímány jako stresující (Brooke, 2020). Situace, které jedinec vnímá jako stresující, vznikají z interakce mezi copingovými schopnostmi jedince a konkrétními charakteristikami dané situace. V rámci copingu jsou využívány následující tři styly zvládnání stresových situací:

- coping konfrontující stresor prostřednictvím přímé akce,
- coping zaměřený na emoce, zahrnující vědomé činnosti či vlastní fantazii;
- coping zaměřený na vyhýbání se stresoru a udržování odstupů (Wilski et al., 2015).

Supervizi se nazývá systematická pomoc (individuální či skupinová), která řeší profesní problémy. Supervize je nástrojem pro pravidelnou pomoc od emocí a myšlenek, který pomáhá pochopit osobní podíl člověka na daném profesním problému. Tošner a Tošnerová (2002) považují supervizi za jedno z nejlepších preventivních opatření proti vzniku syndromu vyhoření (Tošner, Tošnerová; 2002; in Jeklová, Reitmayerová; 2006). Velmi důležitou roli při prevenci vzniku syndromu vyhoření hraje celková spokojenost jedince. „*Lidé, kteří jsou v životě spokojeni, jsou často i více odolní vůči stresu.*“ (Pešek, Praško; 2016; s. 24) Podle modelu životní spokojenosti by náš život měl mít tři pevné pilíře: uspokojující práci, chápající rodinu a smysluplně strávený volný čas (Pešek, Praško; 2016). Podle Preece (2020) organizace, které se starají o zdraví a pohodu zaměstnanců, dosahují vyššího výkonu a např. ve zdravotnictví poskytují kvalitnější péči o pacienty. Křivohlavý (1998) popisuje vliv zdravé a nezdravé orientace na dobrý výkon, které se věnoval psycholog David McClelland. V rámci studia se zaměřoval na osobnostní charakteristiky úspěšných lidí, kteří měli společné rysy: přiměřenou schopnost riskovat, stanovení dostupných nástrojů pro dosažení cílů fungující zpětnou vazbu o výsledcích činností, efektivní stanovení krátkodobých a dlouhodobých plánů.

Na základě toho se ukázalo, že lidé, u kterých není úspěch cílem, ale pouze vedlejším produktem jejich činnosti, jsou mnohem odolnější ke vzniku syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998).

2.7 Výskyt syndromu vyhoření v České republice

Studie, které se zaměřují na výskyt syndromu vyhoření v České republice, jsou ve většině případů zaměřeny na specificky ohrožené profese. Několik studií bylo realizováno v letech 2003-2010. Mezi roky 2003 a 2005 proběhl výzkum zátěže a stresu u pracovníků zdravotnických záchranných služeb, kteří jsou vystavováni velmi náročné a stresující práci. V první fázi byly dotazníkovým šetřením identifikovány stresory a zátěžové faktory, na ně navázalo zavedení podpůrných psychologických technik a technik krizové intervence. V roce 2005 proběhlo druhé dotazníkové šetření, které porovnávalo psychickou zátěž u stejných pracovníků po zavedení podpůrných psychologických technik. Výzkumem nebylo prokázáno ovlivnění vyhoření intervenčními programy, ale mezi pracovníky zdravotnických záchranných služeb byla zjištěna vysoká subjektivní spokojenost s psychologickými technikami (Kebza et al., 2007).

Kebza a Šolcová (2010) jsou autory další výzkumné studie, která probíhala v letech 2006-2008 a zaměřovala se na vztah mezi syndromem vyhoření a rizikovými faktory kardiovaskulárních chorob. Jednalo se o dvoufázovou prospektivní studii s využitím dotazníku Shirom-Melamed Burnout Measure a měření hodnoty lipidů a dalších hodnot spojovaných se vznikem kardiovaskulárních chorob. Hypotéza o souvislosti mezi syndromem vyhoření, biochemickými a fyziologickými proměnnými byla částečně potvrzena (Kebza, Šolcová; 2010).

V lékařském prostředí proběhl zatím největší výzkum v roce 2013. Byl realizován Českou lékařskou komorou a Psychiatrickou klinikou 1. LF UK v Praze, kdy se Ptáček a Raboch (2013) zaměřili na syndrom vyhoření a stresovou zátěž u lékařů. Osloveno bylo 13 500 lékařů a do výzkumu se zapojilo 7 428 z nich. Až 83 % lékařů se podle výsledků cítí v ohrožení syndromem vyhoření. Spolu s vyhořením byla zkoumána řada proměnných, které se vznikem vyhoření souvisí.

Podle výsledků studie jsou nejohroženější skupinou mladší lékaři, kteří mají kratší praxi v oboru. Syndromem vyhoření také trpí mnohem častěji svobodní lékaři, než lékaři sezdání (Ptáček, Raboch; 2013).

Jednou z bezesporu nejohroženějších profesí je učitelství. V roce 2018 byla Ptáčkem a kolektivem realizována studie, jejíž výzkumný soubor tvořilo 2 394 učitelů. Podle 53,2 % z nich je práce učitele zdrojem dlouhodobého stresu, který vede ke vzniku syndromu vyhoření. Až 15,2 % učitelů trpí depresí. Podle Ptáčka et al. (2018) má na vznik syndromu vyhoření u učitelů vliv neschopnost oddělit pracovní povinnosti od aktivit volného času. Ptáček et al. (2019) o rok později zkoumal aspekty životního stylu učitelů, které mají souvislost se syndromem vyhoření. Zdravý životní styl se ukázal jako signifikantní pro míru vyhoření. Významně nižší míru vyhoření měli učitelé, kteří měli dostatečně kvalitní spánek, dostatek fyzické aktivity a času na volnočasové aktivity.

Srovnání míry vyhoření u zmíněných dvou ohrožených profesí – u lékařů a učitelů – bylo stejným autorem provedeno v roce 2019. Podle výsledků mají lékaři statisticky významně vyšší míru syndromu vyhoření než učitelé. Zatímco u lékařů byla míra vyhoření vyšší u mužů, u učitelů tomu bylo naopak a vyšší míra vyhoření byla u žen. Ačkoliv se syndrom vyhoření objevuje nezávisle na konkrétní profesi, jeho projevy se mohou v rámci jednotlivých profesí lišit (Ptáček et al., 2019).

3 SYNDROM VYHOŘENÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotnictví v moderní civilizaci představuje oblast ovlivňující velkou část populace, ať už z hlediska léčení nemocí nebo prevence vzniku nemocí. Vzhledem ke stárnutí obyvatelstva vzrůstá nutnost věnovat se potížím u osob vyššího věku. Zdravotnictví je považováno za výsostně pomáhající profesi, která klade vysoké požadavky na přesnost, zodpovědnost a výkon. Zároveň v sobě nese požadavek na dostupnou, vysoce odbornou a bezplatnou pomoc. Motivace osob v pomáhajících profesích bývá totožná, jejím cílem je pomáhat druhým lidem. Tyto osoby vstupují do profese s nadšením a ideály, které vzhledem k emocionálnímu a výkonovému tlaku postupně vymizí (Bartošíková, 2006).

Zdravotnictví je považováno za jednu z hlavních oblastí ohrožených vznikem syndromu vyhoření. Jako první byl syndrom vyhoření popsán u zaměstnanců alternativních a dobrovolnických léčebných zařízení. Při pozdějším zkoumání se ukázalo, že syndrom vyhoření se vyskytuje i u dobře finančně ohodnoceného personálu na vyšších pozicích (Jeklová, Reitmayerová; 2006). Z počátku se v oboru zdravotnictví pozornost věnovala především zdravotním sestřám, a to na onkologických odděleních, odděleních akutní péče a v hospicích (Křivohlavý, 1998). Syndrom vyhoření je podle Ptáčka et al. (2011) častý taktéž u lékařů pracujících na onkologických odděleních, jednotkách intenzivní péče (JIP), anesteziologicko-resuscitačních odděleních, psychiatrických odděleních a neurologických odděleních. Přestože syndrom vyhoření může postihnout jedince jakéhokoli pracovního zaměření, zdravotnictví disponuje velmi intenzivním kontaktem s jedinci vyžadujícími nepřetržitou a náročnou zdravotní péči (Fiabane et al., 2012). Společnými znaky pomáhajících profesí, tedy i těch zdravotnických, je denní kontakt s pacienty potýkajícími se s tělesnými, citovými a sociálními problémy, které jsou mnohdy doprovázené pocity strachu, zoufalství i zlosti. Tyto problémy jsou často neřešitelné a daný tlak se může stát pro pracovníky v pomáhajících profesích časem nezvladatelným (Maslach, Jackson; 1981; in Maroon, 2012).

Zdravotnické profese, především zdravotní sestry, lékaři a fyzioterapeuti, byly označeny za profese s vysokou psychickou zátěží způsobenou povahou práce (vysoká míra zodpovědnosti, vysoké emoční zatížení, kontakt s utrpením pacientů) (Fiabane et al., 2012). Maslach (1982) nazývá dané profese jako povolání spojená se silnou citovou

zátěží (Maroon, 2012). Rizikové faktory vycházející z povahy pracovní zátěže jsou charakterizovány vysokým pracovním tempem, důrazem na přesnost a rychlé rozhodování, kontaktem s utrpením, bolestí, zoufalstvím a smrtí. Lékaři a zdravotní sestry jsou s ohledem na služby a nemocniční provoz velmi vytíženi a mnohdy nemají čas na koníčky, záliby a rodinu. Právě omezení sociálního kontaktu je jedním z rizikových faktorů vzniku syndromu vyhoření (Ptáček et al., 2011). Mimo jiné jsou se vznikem vyhoření u zdravotnických pracovníků spojeny další aspekty jako pohlaví, věk, délka praxe, kvalita mezilidských vztahů apod. Výsledkem je negativní vliv na fyzické i psychické zdraví zdravotnického pracovníka, který se projeví poklesem kvality poskytování zdravotní péče (Paiva, 2017). Ptáček s Rabochem (2013) nazývají syndrom vyhoření „nemocí moderního zdravotnictví“, která vzniká v důsledku nerovnováhy mezi profesním očekáváním a realitou (řeceno jinak mezi ideály a skutečností). Dalšími důvody zvyšujícího se výskytu syndromu vyhoření jsou vysoké nároky na lékaře, stoupající nároky na vzdělávání a specializace v oboru, ekonomický tlak a nadměrná administrativa polykající velké množství času určeného primárně k léčení pacienta (Raboch, Ptáček; 2013).

Dominantním příznakem vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví je ztráta pochopení a empatie. Pokud jedinec navíc přestane vnímat svůj osobní úspěch, může dojít ke snížení pracovní výkonnosti (Pustulka-Piwnik et al., 2014). Mimo jiné v pozdějších stádiích pracovník ve zdravotnictví není ochoten řešit problémy ostatních a citlivě vnímat mezilidské rozdíly. Běžná je také naprostá ztráta zájmu o témata souvisejícími s profesí (Kebza, Šolcová; 2003).

3.1 Zdravotnické profese ohrožené syndromem vyhoření

Křivohlavý (1998), Kebza a Šolcová (2003), Ptáček et al. (2013) se shodují na následujících ohrožených profesích v oboru zdravotnictví:

- lékaři (onkologie, JIP, psychiatrie, léčebny dlouhodobě nemocných, neonatální péče apod.);
- všeobecné sestry, ošetrovatelky, sanitáři;
- další nelékařské zdravotnické profese;

- laboranti, zdravotní technici;
- psychologové a psychoterapeuti.

První ze skupiny ohrožených zdravotnických profesí jsou lékaři. Studie, která byla provedena v roce 2013, poukázala na výskyt syndromu vyhoření u českých lékařů. Výzkumu se účastnilo 7 428 lékařů a lékařek, 83 % z nich se cítilo syndromem vyhoření ohroženo nebo jím trpělo (Smetáčková et al., 2016). Podle Wetherillové et al. (2019) se syndrom vyhoření vyskytuje až u 71 % lékařů, u studentů medicíny se prevalence pohybuje okolo 40 %. Syndrom vyhoření má vliv nejen na zdravotní stav a sociální vztahy lékaře, ale také na ekonomické aspekty zdravotnictví. Podle Ptáčka a Rabocha (2013) lékaři trpící syndromem vyhoření volí ekonomicky náročnější typ léčby, místo konzervativní léčby se častěji uchylují k lékařským zákrokům a předepisují více léků. Mimo jiné dochází s vyšším výskytem lékařských pochybení. Ptáček (2013) poukazuje na skutečnost, že syndrom vyhoření u lékařů je reálným problémem, který může ve velké míře ovlivnit zdraví a život pacienta. Lékaři trpící syndromem vyhoření věnují pacientům menší pozornost, méně jim naslouchají a neřeší jejich konkrétní zdravotní potíže. *„Vyhořelý lékař je nejzranitelnějším místem celého zdravotnictví ... Jádrem veškerých reforem zdravotnictví, a v tom je jednoznačná shoda napříč řadou odborných studií, je kvalitní péče o lékaře. Spokojený lékař, který má dostatek času na vzdělávání i pacienta a zároveň je odpovídajícím způsobem ohodnocen, je lékem pro moderní zdravotnictví.“* (Ptáček a Raboch, 2013; s. 4)

Rotenstein et al. (2018) v systematické review prezentovali data z celkem 182 publikovaných studií zkoumajících syndrom vyhoření u lékařů, které byly zveřejněny mezi roky 1991 a 2018. Tyto studie byly publikovány ve 45 zemích a zahrnovaly 109 628 osob. V 85,7 % studií byl využit MBI dotazník, nebo jeho modifikovaná verze. Studie variabilně uvádějí celkovou prevalenci syndromu vyhoření přibližně 67 %, z toho 72 % v oblasti emočního vyčerpání, 68 % v oblasti depersonalizace a 63 % v oblasti osobní výkonnosti. Ve studiích bylo použito přibližně 142 jedinečných a odlišných definic syndromu vyhoření, což poukazuje na odlišnosti v literatuře a nesoudržnost mezi jednotlivými autory. Celková prevalence vyhoření se pohybovala mezi 0 % do 80,5 %, což je velmi široký rozptyl skóre vyhoření. Vzhledem k těmto rozdílům a nesrovnalostem v definicích a metodách hodnocení nebylo možné spolehlivě určit asociace mezi vznikem syndromu vyhoření a dalšími aspekty (Rotenstein et al., 2018).

Další bezesporu ohroženou skupinou jsou zdravotní sestry. Zdravotní sestry tvoří nedílnou součást systému poskytování zdravotní péče. Denně čelí krizovým situacím a často pracují pod vlivem fyzického a emocionálního napětí (Ptáček et al., 2013). Zdravotní sestry, podobně jako další zdravotnický personál, nastupují do zaměstnání s ideály a motivací pomáhat druhým lidem. Po čase a kontaktu s reálným prostředím však dochází ke střetu se zmíněnými ideály. Problémem může být nedostatečná zpětná vazba od pacientů (např. s poruchami vědomí, umírajících), proto jsou informace o úspěšnosti působení zdravotních sester mnohdy těžko dosažitelné. Jejich profesionální činnost je nekvantifikovatelná, a proto i mnohdy nedostatečně ohodnocená. Pracovní úspěch je, spíše než finanční stránkou, měřen hodnotami morálními a duchovními. I to je důvodem, proč zdravotním sestřám hrozí vznik syndromu vyhoření (Beňo, 2004; in Bartošíková, 2006). Na rozvoji syndromu vyhoření u zdravotních sester se podílí přetíženost, nedostatek podpory, nadměrná zátěž (psychická a emocionální), špatné vztahy na pracovišti, nevhodné chování nadřízených apod. Právě vztah mezi lékařem a zdravotní sestrou je velice důležitý, přesto se sestry stále setkávají s nižším respektem k ošetřovatelství. Dobré vztahy na pracovišti zvyšují celkovou spokojenost a fungují jako protektivní faktor vzniku syndromu vyhoření (Bartošíková, 2006).

Každý pracovník ve zdravotnictví se setkává s více či méně intenzivní zátěží. Tuto zátěž je možné specifikovat rizikovými faktory práce ve zdravotnictví, kterými jsou kontakt s tabuizovanými oblastmi (bolest, smrt), negativní emoce pacientů (hněv, agresivita, vyčerpání), vysoká odpovědnost, konflikt rolí, směnný provoz, vysoké nároky ze strany zaměstnavatele apod. (Hoskovcová, 2009). Většina zdravotnického personálu je také zahrnuta obavami a strachem pacientů, které léčí. Kontakt s těmito pacienty může být během procesu poskytování zdravotní péče i několikahodinový (González-Sánchez et al., 2017). Dalším rizikovým faktorem mohou být organizační změny ve zdravotnictví. Organizační změny v sektoru zdravotnictví zahrnující zvyšování konkurenceschopnosti vyúsťují v obtížné situace, kterým se musí zdravotnický personál přizpůsobovat. Tyto situace mohou narušovat psychickou i fyzickou integritu pracovníků (González-Sánchez et al., 2017).

Odhaduje se, že s projevy syndromu vyhoření se během své praxe setká 20-30 % lidí, kteří při vykonávání své práci přichází do kontaktu s jinými lidmi (Daňková, 2017).

3.1.1 Prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků

Jedním z účinných prostředků prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků je supervize. Požadavky kladené na výkon povolání mohou být mnohdy emočně i fyzicky vyčerpávající, proto je zapotřebí vytvářet a upravovat možnosti podpůrných mechanismů. Supervizi v pomáhajících profesích chápeme jako podpůrnou činnost, která je prováděna nezávislým odborníkem poskytujícím jedincům uvnitř organizace nadhled a usměrnění. Supervizi lze rozdělit na individuální a skupinovou, která bývá v rámci organizace využívána častěji. V rámci skupinové supervize dochází k interakci mezi členy pracovního týmu, kteří jsou konfrontováni, nastavují si tzv. zrcadlo a dostávají zpětnou vazbu. Úloha supervizora je koordinační, setkání koordinuje a facilituje (Vávrová, 2012). V dialozích během supervize jsou rozebírány situace, se kterými se zdravotníci setkávají ve své praxi. Náplní supervize může být také rozbor složité kazuistiky, účelem však není pouze nalezení vhodného léčebného postupu, ale i sdílení emocí, obav, přístupu k nemocnému. Cílem supervize není odsuzování profesních pochybení, ale hledání vhodných řešení. Supervizor má při sezení za úkol poskytnout supervidovanému jedinci nadhled a přinést k problému vlastní doporučení a zkušenosti. Hlavním úkolem supervizora je pak poskytnout bezpečné prostředí, které bude vnímáno jako místo podpory a přijetí (Venglářová et al., 2013).

Ministerstvo zdravotnictví za podpory Společnosti urgentní medicíny, České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně z.s., Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR, Asociace klinických psychologů ČR a Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v roce 2019 vydalo metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví za účelem posílení a podpory resortu zdravotnictví. Metodické doporučení vzniklo na základě § 101 odst. 1 a 2 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, podle kterého je zaměstnavatel povinen zajistit svým zaměstnancům ochranu zdraví při práci se zohledněním rizik možného ohrožení zdraví, která vznikají v souvislosti s výkonem dané profese. Bezpečnost a ochrana při práci zahrnuje také opatření proti psychicky nadměrně zatěžujícím situacím, které ohrožují zdravotnického pracovníka během vykonávání profese. Poskytování psychosociální podpory na základě daného metodického doporučení poskytuje preventivní ochranu proti rozvoji syndromu vyhoření. Hlavním cílem metodického doporučení je rozvoj sítě kvalifikovaných

poskytovatelů psychosociální podpory a jejich využití v praxi. Psychosociální podpora pomáhá zdravotnickým pracovníkům, kteří byli vystaveni situacím psychicky nadlimitně zátěžového charakteru. Poskytování podpory zajišťuje Systém psychosociální intervenční služby. Poskytování psychosociální podpory není hrazeno z prostředků zdravotního pojištění (MZ ČR, 2019).

3.2 Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů

Fyzioterapie je nelékařská zdravotnická profese zaměřená na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového aparátu. Uplatňuje se v léčebné péči, rehabilitaci, v oblasti podpory a výchovy ke zdraví i v prevenci. Pomocí pohybu a dalších specializovaných postupů fyzioterapeut cíleně ovlivňuje funkce systémů lidského těla, včetně funkcí psychických. Tyto funkce jsou nejčastěji ohroženy procesem stárnutí, poraněním, nemocí či vrozenou vadou. Pohyb je považován za jeden ze základních atributů zdraví, který ovlivňuje všechny funkce organismu včetně funkcí psychických, proto je cílem fyzioterapie zachování a obnovení pohybových funkcí. Fyzioterapie je poskytována ve zdravotnických zařízeních státního i nestátního typu, např. na rehabilitačních odděleních, klinikách rehabilitačního lékařství, v ambulantních zařízeních a pracovištích samostatného fyzioterapeuta, lázních, denních stacionářích atd. (UNIFY, 2020).

Fyzioterapeut jako podstatná součást systému poskytování zdravotní péče má poměrně vyčerpávající charakter práce a často musí zastávat současně mnoho funkcí. Fyzioterapeuti hrají ve zdravotním systému důležitou roli, protože napomáhají k obnovení fyzické zdatnosti u pacientů. Účinnost rehabilitace však závisí na emocionálním zapojení fyzioterapeutů a vyžaduje velmi blízký kontakt s pacienty, který je mnohdy bližší než mezi pacienty a zdravotními sestrami či lékaři (Nowakowska-Domagala, 2015). Fyzioterapeuti jsou povinni vykonávat svou práci efektivně, terapie musí být přizpůsobena konkrétnímu pacientovi a musí být v souladu s evidence-based medicine (medicína založená na důkazech) (Klappa et al., 2015). Principy rehabilitace vychází z holistické medicíny, která zohledňuje fyzické, psychické a sociální aspekty pacienta. Kontakt fyzioterapeuta s pacienty je velmi blízký, komunikace vyžaduje empatii, aktivní naslouchání a trpělivost (Jovanovic, Stojanovic; 2017).

Okhiria et al. (2020) označuje profesi fyzioterapie za psychicky zatěžující. Analýza únavy, která byla provedena u polských fyzioterapeutů, prokázala významné snížení aktivity a motivace během pracovního dne. Studie prokázala snížení diagnostické přesnosti a fyzické síly po celodenní zátěži. Araújo Silva a Alchieri (2014) uvádějí, že syndrom vyhoření u fyzioterapeutů má charakter fyzického a psychického vyčerpání s hlubokou frustrací a pocitem selhání, které se projevuje sníženým zájmem o pacienta a pracovním odcizením. Fyzioterapeuti, kteří zažívají vyhoření, se při pomoci druhým lidem cítí bezmocní a nejsou schopni navázat kvalitní vztah s pacienty. Mezi projevy vyhoření u fyzioterapeutů patří ztráta energetické iniciativy, ztráta potřeby dosahování pracovních cílů, náladovost, snížení mentální koncentrace apod. (Jovanovic, Stojanovic; 2017). Podle Sliwinského (2014) zabraňuje vzniku syndromu vyhoření u fyzioterapeutů celková spokojenost s prací, uspokojivý rodinný život a spokojenost s finančním ohodnocením za práci.

3.2.1 Rizikové faktory fyzioterapeutické profese

Při hodnocení rizikových faktorů působících na fyzioterapeuty je potřeba přihlédnout k povaze dané profese. Fyzioterapeutická péče je poskytována pod vlivem bolestivých zážitků a chronických potíží pacientů. Fyzioterapeuti jsou ohroženi fyzickým a emočním vyčerpáním a mnohdy čelí nedostatku personálu a stále se zvyšujícím nárokům systému zdravotní péče (Seixas et al., 2020). Seixas (2020) zahrnuje mezi rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření u fyzioterapeutů také nedostatek času na pacienta a jeho rodinné příslušníky, nadměrnou administrativu, nízký plat, nízkou profesionální autonomii a nedostatečný kariérní postup. Riziko vzniku syndromu vyhoření je také determinováno časem stráveným s pacientem (Wilski et al., 2015).

Mezi stresové faktory lze zařadit práci s pacienty s nepříznivou diagnózou, nedostatečnou zpětnou vazbu, nedostatek autonomie a problematické vztahy s kolegy. Mezi tyto faktory patří i nevhodné pracovní podmínky, mezi které patří například dlouhá pracovní doba, nadměrná pracovní zátěž, nízký plat, nebo nízká prestiž zaměstnavatele (Nowakowska-Domagala, 2015). Fyzioterapeuti jsou navíc ovlivňováni terapeutickými vztahy s pacienty, které mají často úroveň intenzivního osobního a emocionálního kontaktu (Rogan, 2019). Fyzioterapeut je vystavován škodlivým faktorům, fyzické a psychické zátěži a velkému množství pracovních rizik (Kurzeja et al., 2018).

Vznikem syndromu vyhoření jsou podle Araújo-Silvy et. al. (2014) více ohroženi fyzioterapeuti žijící v hustě obydlených oblastech. Dalším faktorem může být časté střídání pracovních míst, které poukazuje na pracovní nespokojenost. V rámci sociodemografických faktorů hraje svou roli také pracovní prostředí a mimopracovní aktivity. Podle autora jsou fyzioterapeuti, kteří se nevěnují pravidelné pohybové aktivitě, ohroženi vyšší mírou stresu. Kromě samotné pohybové aktivity je důležitá také sociální interakce a komunikace, která je využívána v rámci strategií práce se stresem (Araújo Silva et al., 2014).

Jovanovic a Stojanovic (2017) uvádí, že kontakt mezi fyzioterapeutem a pacientem/klientem je velmi blízký. Nejedná se pouze o komunikaci, ale především o fyzický kontakt pomocí doteku (při masážích, mobilizacích, asistovaných a pasivních cvičeních). Mimo jiné se terapeut s pacientem/klientem setkává např. desetkrát i vícekrát, což je mnohem častější kontakt než např. s ošetřujícím lékařem. Fyzioterapeut navíc plánuje a organizuje terapie a dohlíží na průběh terapeutického procesu, který je možné naplnit pouze za pomoci otevřené komunikace a spolupráce. K dosažení otevřené a uvolněné komunikace a navození důvěry musí fyzioterapeut nabídnout vřelý a přátelský přístup (Jovanovic, Stojanovic; 2017). K práci fyzioterapeuta je nutné přistupovat s vysokou mírou zodpovědnosti, neboť má v rukou zdraví svých pacientů. Povaha práce klade vysoké nároky na přesnost volby terapie. V mnohých případech se stává, že první volba léčby nedosáhne požadovaného efektu, a proto je nutné hledat další postupy a možnosti terapie. Při dlouhodobějším nezdaru si neúspěchy může fyzioterapeut brát osobně a považovat je za své chyby, i když se jedná např. o nedostatečnou spolupráci pacienta. Tyto situace mohou vyústit v pochyby o prospěšnosti jedince v oboru (Cikrt et al., 2005).

Fyzioterapeuti čelí pracovnímu tlaku z důvodu nedostatku času potřebného pro ošetření pacienta. V mnohých případech je daný čas pro jednoho pacienta 15 minut a méně, během kterých není možné splnit všechny požadavky a úkoly. Součástí práce je také obsáhlá administrativa (Brattig et al., 2014). Nedostatek času na ošetření jednoho pacienta může ovlivnit nejen efektivitu terapie, ale také budoucí kvalitu života ošetřovaného pacienta (Mikolajewska, 2014). Také Wilski et al. (2015) uvádí pracovní zátěž a nedostatek času na pacienta do souvislosti se vznikem syndromu vyhoření. Brattig et al. (2014) ve svém výzkumu uvádí, že téměř dvě třetiny fyzioterapeutů se na

konci pracovního dne cítí vyčerpání. K zatěžujícím podmínkám práce patří i vysoká míra odpovědnosti (Křivohlavý, 1998). Problém v oblasti pracovní zátěže představuje počet pacientů ošetřených během jednoho dne. Nároky na počet pacientů během dne neustále narůstají a pracovníci jsou často nuceni redukovat dobu vymezenou pro jednoho pacienta. Především v soukromém sektoru fyzioterapie vzniká střet mezi kvalitou poskytované péče a počtem vykázaných úkonů, na jejichž základě jsou získávány finance od zdravotních pojišťoven (Cikrt et al., 2005).

Syndrom vyhoření někteří autoři označují jako „syndrom prvních let v zaměstnání“, a to z toho důvodu, že první roky v dané profesi jsou plné očekávání a entuziasmu. Po případném nenaplnění daných očekávání nastává zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace (Jeklová, Reitmayerová; 2006). Fyzioterapeuti s praxí kratší než 4 roky a fyzioterapeuti, kteří pracují na stejné pozici již velmi dlouhou dobu, vykazují vyšší míru vyhoření (Wilski et al., 2015). Syndrom vyhoření není možné přičítat pouze délce praxe, další roli hrají pracovní podmínky, okruh spolupracovníků a další sociologické proměnné (Jeklová, Reitmayerová; 2006). Syndrom vyhoření nepozorujeme pouze u fyzioterapeutů s dokončeným vzděláním, ale také již v průběhu jejich vzdělávání. Pro studenty fyzioterapie existuje řada specifických stresorů, které jsou spojeny s jejich studentskou činností, např. nadměrná studijní zátěž, tlak ze strany rodiny či společnosti, aktuální situace na trhu práce atd. Kombinace těchto faktorů může přispět k rozvoji různých psychopatologií, jako je syndrom vyhoření. Tento stav je příčinou vyšší únavy a vyčerpání studenta, který v pokročilých stádiích může ukončit studium nebo změnit obor (Mesquita et al., 2021).

3.2.2 Výskyt syndromu vyhoření u fyzioterapeutů v zahraničí

Ištoňová a Gburová (2012) monitorovaly determinanty práce fyzioterapeutů a hodnotily přítomnost syndromu vyhoření u fyzioterapeutů na Slovensku. Z dat vyplývá, že 79 % fyzioterapeutů hodnotí svou práci fyzicky a psychicky náročnou. Mezi psychicky zatěžující činnosti patří nepřiměřené množství pacientů, časová tíseň a nízký plat. Pomocí dotazníku MBI bylo zjištěno u 41 % fyzioterapeutů vysoké skóre emočního vyčerpání (Ištoňová, Gburová; 2012).

Fischer et al. (2013) se zaměřili na výskyt syndromu vyhoření v Rakousku, konkrétně v oblasti Jižního Tyrolska. Studie se účastnilo 132 fyzioterapeutů, kterým byla zaslána německá verze MBI dotazníku. U 35 % fyzioterapeutů se ukázalo vysoké skóre v oblasti emočního vyčerpání (EE) a u 18 % v oblasti depersonalizace (DP).

V roce 2014 Araújo Silva a Alchieri identifikovali vztah mezi stresem, syndromem vyhoření a sociodemografickými aspekty u 1040 brazilských fyzioterapeutů. Celkem 49 % fyzioterapeutů vykazovalo sklon k rozvoji syndromu vyhoření s vyšším skóre v oblasti emočního vyčerpání. K získání dat byly využity dotazníky Work Stress Scale (WSS) a adaptace dotazníku the Cuestion-ario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT).

Corrado et al. (2019) zjišťovali výskyt a souvislosti vzniku syndromu vyhoření u skupiny italských fyzioterapeutů. K analýze přítomnosti syndromu vyhoření byla využita italská verze dotazníku MBI. Studie se zúčastnilo 118 fyzioterapeutů, 45,8 % z nich vykazovalo zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření. V této studii bylo zjištěno vysoké skóre v oblasti depersonalizace u mužů, konkrétně u mladších fyzioterapeutů. Pro srovnání, Bruschini et al. (2018) porovnávali výskyt syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty, logoterapeuty a ergoterapeuty. Celkem se studie zúčastnilo 391 pracovníků. Mezi těmito skupinami nebyly zjištěny signifikantní rozdíly, nejvyšší skóre bylo zjištěno v oblasti emočního vyčerpání (32 %).

Carmona-Barrientos (2020) et al. zjišťovali výskyt syndromu vyhoření u 272 fyzioterapeutů v oblasti Cadiz (Španělsko). Další zkoumanou oblastí byl vztah mezi syndromem vyhoření, pracovními podmínkami a pracovním stresem. Podle výsledků 30,5 % fyzioterapeutů vykazovalo vysokou míru pracovního stresu. Celkové skóre vyhoření bylo nízké, pouze dimenze emočního vyčerpání vykazovala vyšší hodnoty. Byla zjištěna signifikantní závislost mezi emočním vyčerpáním a stresem.

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u ambulantních fyzioterapeutů a vliv zátěžových faktorů práce na vznik syndromu vyhoření. Výskyt syndromu vyhoření byl mapován pomocí standardizovaného dotazníku MBI. Další zkoumanou oblastí byla míra psychické zátěže při práci zjišťovaná standardizovaným Meisterovým dotazníkem.

Cíl č. 1: Porovnat výskyt syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde je péče hrazena zdravotními pojišťovnami, a v ambulancích samoplátců.

H10: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře emoční exhauce mezi skupinou fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde je péče hrazena zdravotními pojišťovnami, a v ambulancích samoplátců.

H1A: Existuje signifikantní rozdíl v míře emoční exhauce mezi skupinou fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde je péče hrazena zdravotními pojišťovnami, a v ambulancích samoplátců.

Cíl č. 2: Zmapovat zátěžové faktory specifické pro práci fyzioterapeuta.

H20: Neexistuje signifikantní souvislost mezi vznikem syndromu vyhoření u ambulantních fyzioterapeutů a mírou pracovní zátěže vyjádřenou odhadovaným počtem ošetřených pacientů během jednoho dne.

H2A: Existuje signifikantní souvislost mezi vznikem syndromu vyhoření u ambulantních fyzioterapeutů a mírou pracovní zátěže vyjádřenou odhadovaným počtem ošetřených pacientů během jednoho dne.

H30: Neexistuje signifikantní vztah mezi délkou praxe v oboru a mírou emoční exhauscce u ambulantních fyzioterapeutů.

H3A: Existuje signifikantní vztah mezi délkou praxe v oboru a mírou emoční exhauscce u ambulantních fyzioterapeutů.

H40: Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou emoční exhauscce a zátěžovým faktorem (práce s pacientem s nepříznivou diagnózou) u ambulantních fyzioterapeutů.

H4A: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emoční exhauscce a zátěžovým faktorem (práce s pacientem s nepříznivou diagnózou) u ambulantních fyzioterapeutů.

H50: Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou emoční exhauscce a zátěžovým faktorem (nedostatečná zpětná vazba od pacientů) u ambulantních fyzioterapeutů.

H5A: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emoční exhauscce a zátěžovým faktorem (nedostatečná zpětná vazba od pacientů) u ambulantních fyzioterapeutů.

H60: Mezi mírou emoční exhauscce a mírou psychické zátěže při práci zjištěnou Meisterovým dotazníkem neexistuje signifikantní vztah.

H6A: Mezi mírou emoční exhauscce a mírou psychické zátěže při práci zjištěnou Meisterovým dotazníkem existuje signifikantní vztah.

4.2 Metody výzkumného šetření a sběru dat

Pro účely výzkumného šetření diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum, sběr dat byl proveden pomocí standardizovaných dotazníků. Baterie dotazníků byla tvořena standardizovaným dotazníkem Maslach Burnout Inventory (dále jen MBI) a standardizovaným Meisterovým dotazníkem psychické zátěže při práci.

V první části dotazníku respondenti odpovídali na otázky týkající se sociodemografických údajů (pohlaví, délka praxe, úhrada péče, počet pacientů), další část dotazníku tvořily specifické doplňující otázky týkající se zátěžových faktorů v praxi fyzioterapeuta. Použité dotazníky jsou uvedeny v příloze č. 1.

MBI dotazník je tvořen 22 otázkami a třemi kategoriemi – emoční vyčerpání (emotional exhaustion), depersonalizace (depersonalization) a osobní výkonnost (personal accomplishment) – viz tabulka (dále jen tab.) č. 1. Pro každou kategorii je stanoveno bodové skóre – nízké, střední a vysoké. Vysoké skóre v kategorii emočního vyčerpání a depersonalizace značí výskyt syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření lze také posuzovat při nízkém skóre v oblasti osobní výkonnosti (viz tab. č. 2). Respondent odpovídá na škále od 0-7 na základě opakování pocitu vyjádřeného v otázce (0 – nikdy; 1 – alespoň několikrát ročně; 2 – minimálně jednou měsíčně; 3 – několikrát za měsíc; 4 – jednou týdně; 5 – několikrát týdně; 6 – denně) (Maslach, Jackson, Leiter; 1996).

Tab. č. 1: Zařazení otázek do kategorií MBI (upraveno podle Maslach, Jackson, Leiter; 1996)

Kategorie	Otázky	Celkový počet otázek
Emoční vyčerpání	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	9
Depersonalizace	5, 10, 11, 15, 22	5
Osobní výkonnost	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	8

Tab. č. 2: Interpretace skóre dotazníku (upraveno podle Maslach, Jackson, Leiter; 1996)

	Skóre		
	Vysoké	Střední	Nízké
Emoční vyčerpání	≥ 27 (vyhoření)	17-26	0-16
Depersonalizace	≥ 13 (vyhoření)	7-12	0-6
Osobní výkonnost	≥ 39	38-32	≤ 31 (vyhoření)

Meisterův dotazník slouží k hodnocení vlivu pracovní zátěže na psychiku jedinců a skupin. Dotazníkem lze orientačně vyšetřit psychickou zátěž při práci. Vyhodnocení dotazníku lze provádět na úrovni faktorů a na úrovni jednotlivých položek. Při vyhodnocení dle faktorů jsou stanoveny tři faktory: I. – přetížení, II. – jednostrannost (monotonie), III. – nesespecifický faktor (stresová odezva). Faktory jsou zastoupeny konkrétními otázkami.

Tab. č. 3: Vyhodnocení podle faktorů (Židková, 2013).

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

Vyhodnocení podle jednotlivých položek dotazníku vychází z překročení kritických hodnot (KH) mediánu, pokud v dané položce zjištěný medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena negativně. Konečná klasifikace psychické zátěže se provádí ve třech stupních na základě součtů mediánů jednotlivých faktorů.

Tab. č. 4: Kritické hodnoty mediánů (Židková, 2013).

Číslo položky	Otázka	KH mediánu	Faktor
1.	Časová tíseň	3,0	I.
2.	Malé uspokojení	2,5	II.
3.	Vysoká odpovědnost	3,0	I.
4.	Otupující práce	2,5	II.
5.	Problémy a konflikty	2,5	I.
6.	Monotonie	2,5	II.
7.	Nervozita	3,0	III.
8.	Přesycení	3,0	III.
9.	Únava	3,0	III.
10.	Dlouhodobá únosnost	2,5	III.

4.2.1 Organizace výzkumného šetření

Dotazníkové šetření probíhalo v ambulancích fyzioterapie a rehabilitace na území České republiky. Z výběru ambulančí byly vyřazeny lázeňské a nemocniční provozy. Ve výsledku byly porovnávány dva typy fyzioterapeutických ambulančí – ambulance, kde převažuje péče hrazená zdravotními pojišťovnami České republiky dle tzv. bodové vyhlášky, a ambulance, kde převažuje úhrada péče přímo pacientem (samoplátcem). Pro účely výzkumu byla zvolena komparační metoda. Nejdříve byly oslovovány hlavně větší ambulance a provozy s více fyzioterapeuty, ve kterých převažuje péče hrazená zdravotními pojišťovnami. Poté byly osloveny také menší provozy s méně zaměstnanci a samostatní fyzioterapeuti. Dotazníkové šetření probíhalo ve všech krajích České republiky. V první fázi dotazníkového šetření byly vyplněné dotazníky v zalepených obálkách vloženy samotnými fyzioterapeuty do sběrného boxu na smluveném místě. Po zhoršení pandemie COVID-19 byl vzhledem k omezení kontaktu zvolen také online sběr dat, kdy byl dotazník rozeslán prostřednictvím emailu na konkrétní pracoviště ambulantní fyzioterapie a soukromým fyzioterapeutům. Fyzioterapeuti byli v informovaném souhlasu předem poučeni o anonymitě, záměru výzkumu a časové náročnosti vyplnění dotazníku. Průřezový výzkum probíhal od 1.1.2021 do 31.1.2021, celkem bylo rozdáno a rozesláno 167 dotazníků, návratnost byla 114 (68,3 %), vyřazeno bylo 8 (4,8 %) dotazníků z důvodu neúplného nebo nesprávného vyplnění.

Získaná data ze standardizovaných dotazníků byla zaznamenána do programu Microsoft Excel a následně prezentována ve formě tabulek a grafů. Výsledky byly statisticky zpracovány v programu TIBCO Statistica®, nejdříve byly provedeny testy normality a následně byla pro posouzení vzájemné závislosti a ověření hypotéz použita vybraná analýza.

4.3 Charakteristika výzkumného souboru

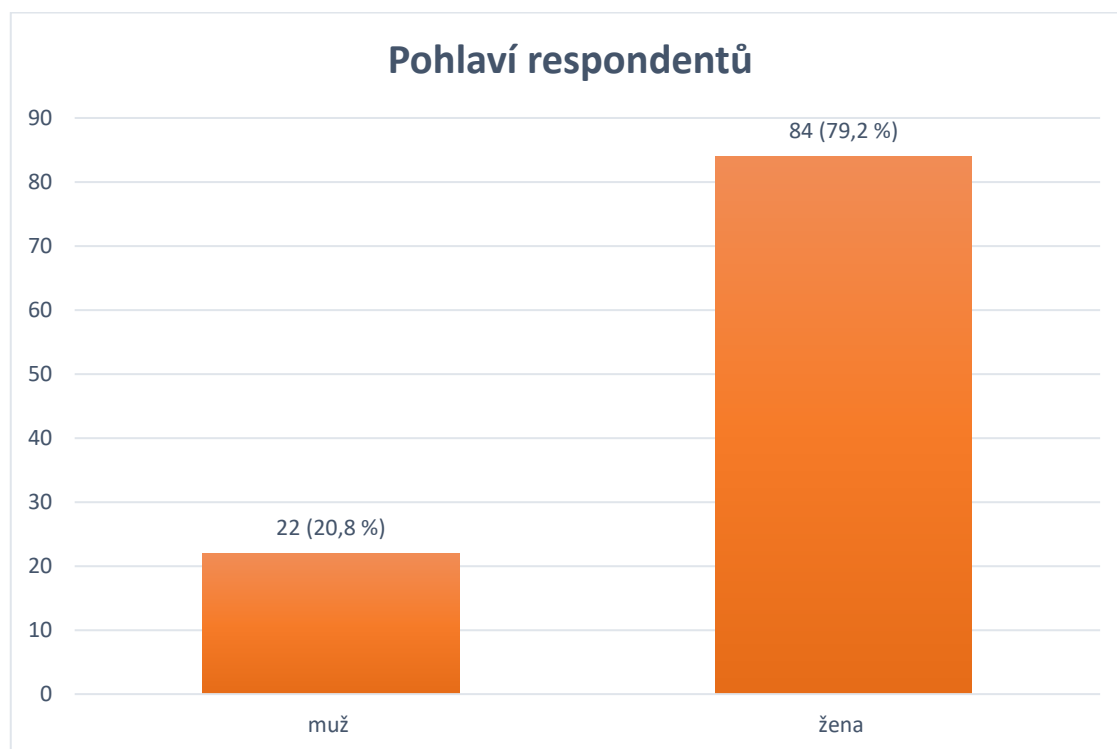
Do výzkumného šetření bylo zařazeno 106 fyzioterapeutů pracujících v ambulantním provozu na území České republiky. Výzkumný soubor tvořilo 22 (20,8 %) mužů a 84 žen (79,2 %). Záměrně byli vybráni fyzioterapeuti pracující v ambulancích, kde převažuje péče hrazena dle bodové vyhlášky (Vyhláška č. 268/2019 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020)

zdravotními pojišťovny České republiky a ambulancích, kde převažuje úhrada péče přímo pacientem (samoplátcem). V ambulancích s úhradou péče zdravotními pojišťovny dochází k úhradě na základě seznamu výkonů, kdy každý výkon je individuálně bodově ohodnocen. Výše jednoho bodu činí 0,83 Kč (Vyhláška č. 268/2019 Sb.). V ambulancích v úhradou péče pacientem je cena individuální terapie různorodá, nejčastěji se odvíjí podle času stráveného terapií a podle druhu terapie. Z výzkumu byly vyřazeny ambulanci provozy v lázních. Výzkumný soubor tvořilo 58 (54,7 %) fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde převažuje péče hrazena dle tzv. bodové vyhlášky zdravotními pojišťovny České republiky a 48 (45,3 %) fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde převažuje úhrada péče přímo pacientem (samoplátcem).

Fyzioterapii provádí fyzioterapeut, který získal vzdělání dle aktuálních schválených studijních programů MZČR (UNIFY, 2020). Podle UNIFY (2020) je v ČR minimálně 3 500 fyzioterapeutů pracujících na plný úvazek v mimonemocniční péči. Do výzkumu byli zahrnuti diplomovaní fyzioterapeuti (absolventi vyšší odborné školy), fyzioterapeuti s ukončeným bakalářským vzděláním, fyzioterapeuti s ukončeným magisterským vzděláním, a to jak absolventi, tak samostatní fyzioterapeuti s praxí.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

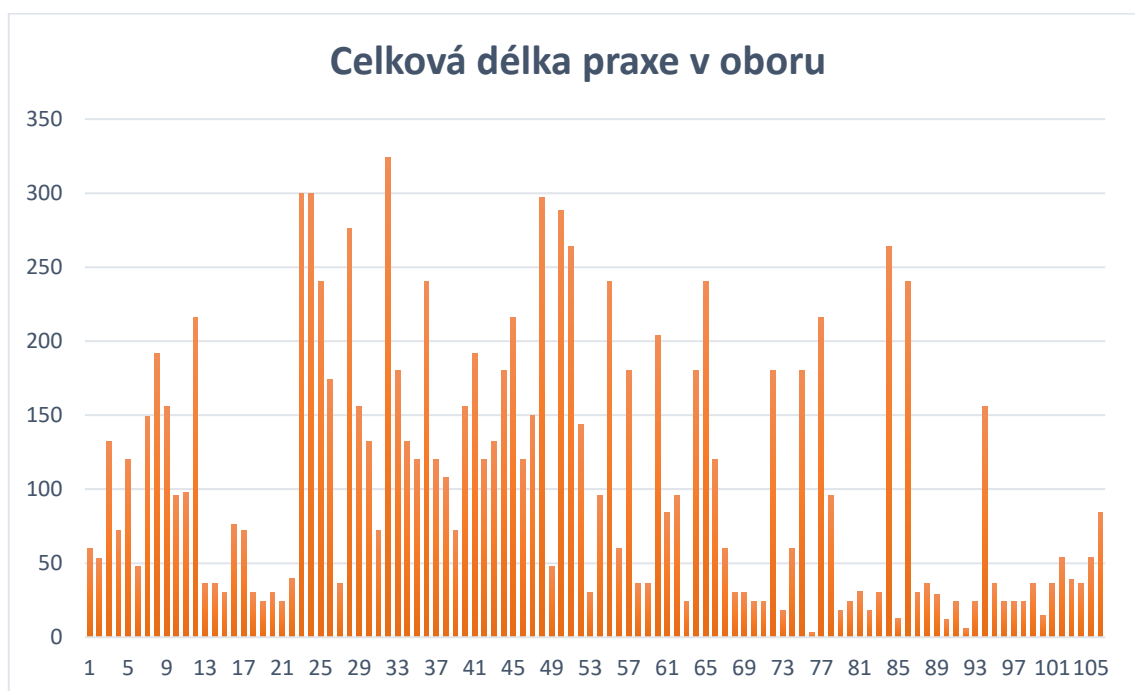
Výzkumný soubor tvořilo 22 (20,8 %) mužů a 84 žen (79,2 %), viz graf č. 1. Nerovnost počtu mužů a žen ve výzkumném souboru lze vysvětlit vyšším zastoupením ženského pohlaví v praxi fyzioterapie.



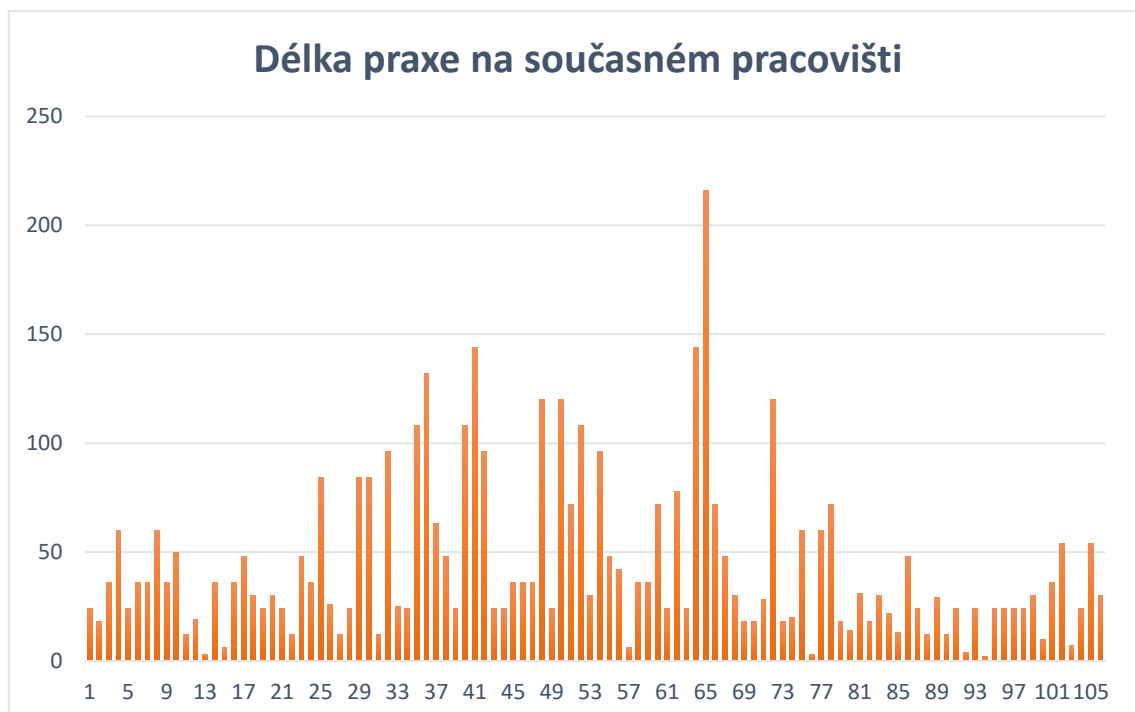
Graf č. 1: Rozdělení fyzioterapeutů podle pohlaví (vlastní tvorba)

Délka praxe nebyla v dotazníku rozdělena do kategorií, jednotliví respondenti uváděli délku celkové praxe v oboru (viz graf č. 2) a délku praxe na současném pracovišti (viz graf č. 3). Oba údaje byly uváděny ve formátu roky/měsíce. Pro přehlednost a možnost statistického zpracování byla délka praxe v obou případech převedena na měsíce. Celková délka praxe se pohybuje v rozmezí od 3 měsíců do 324 měsíců (27 let). Průměrná délka praxe v oboru je 104,18 měsíců (směrodatná odchylka, dále jen SD 85,09). Délka praxe na současném pracovišti (viz graf č. 3) se pohybuje v rozmezí od 2 měsíců do 216 měsíců (18 let). Průměrná délka praxe na současném pracovišti je 43,61 měsíců (SD 36,77).

Následující grafy znázorňují rozdíl mezi celkovou délkou praxe v oboru a délkou praxe na současném pracovišti. Doplňující tabulky jsou umístěny v příloze č. 2.

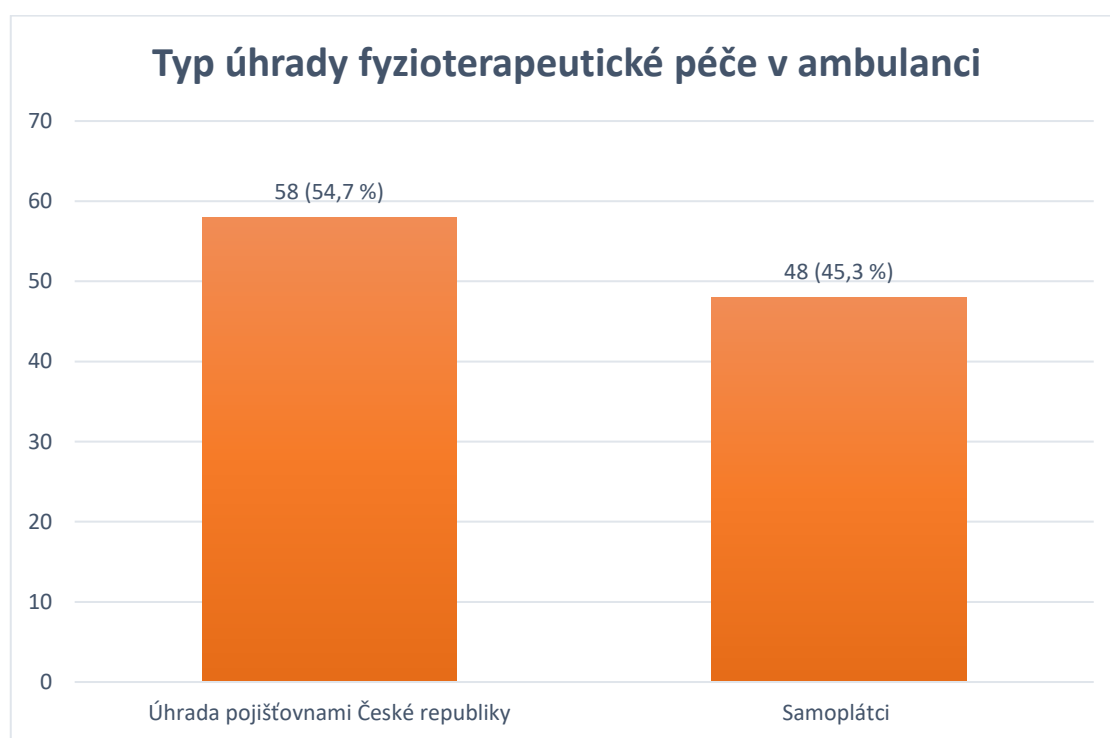


Graf č. 2: Celková délka praxe v oboru (v měsících) (vlastní tvorba)



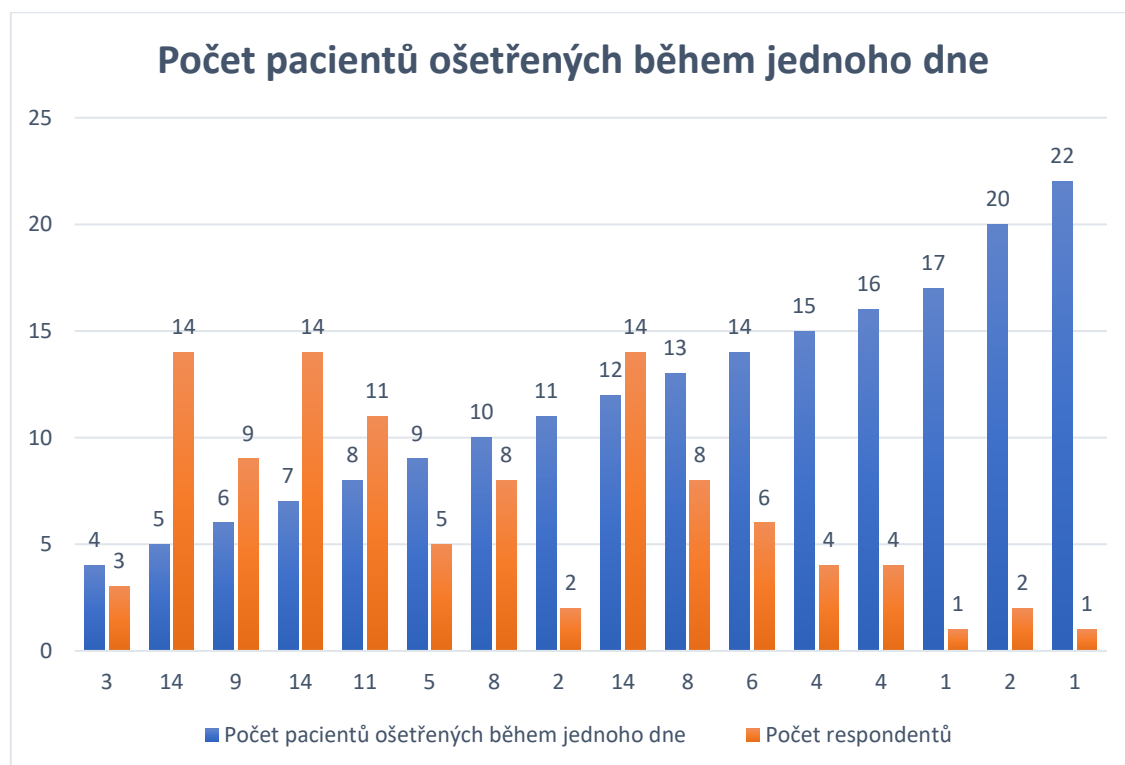
Graf č. 3: Délka praxe na současném pracovišti (v měsících) (vlastní tvorba)

Následující graf prezentuje zastoupení respondentů ve dvou vybraných skupinách podle typu úhrady fyzioterapeutické péče v ambulanci. Ambulantní provoz fyzioterapie zpravidla funguje na principu úhrady péče zdravotními pojišťovnami na základě tzv. bodové vyhlášky, nebo na principu úhrady pacientem (samoplátcem), kdy fyzioterapeut ani pacient není závislý na úhradě zdravotní pojišťovnou a lékařském doporučení. Existují také provozy, kde jsou možné obě varianty úhrady (např. pacient si může doplatit procedury nad rámec léčby). Na základě toho byla otázka formulována na typ **převažující** úhrady fyzioterapeutické péče. Ve výzkumném souboru je 58 respondentů (54,7 %) pracujících v ambulancích, kde převažuje péče hrazená dle tzv. bodové vyhlášky zdravotními pojišťovnami České republiky a 48 respondentů (45,3 %) pracujících v ambulancích, kde převažuje úhrada péče přímo pacientem (samoplátcem).



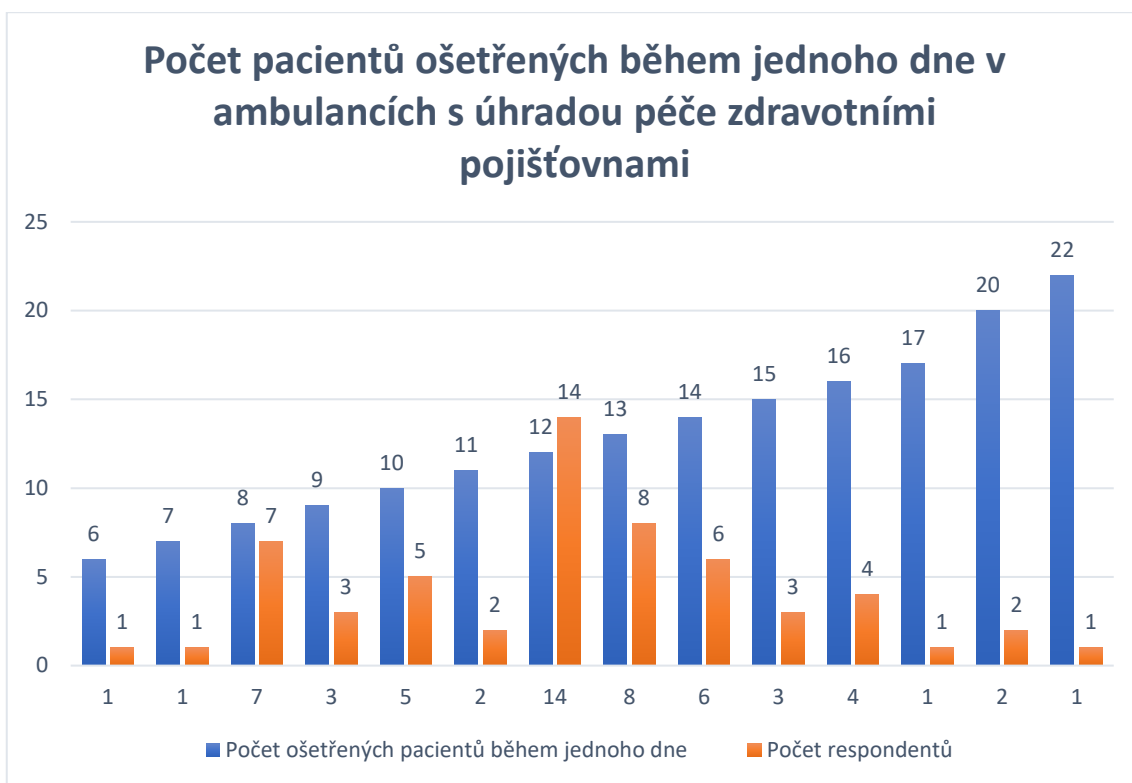
Graf č. 4: Rozdělení respondentů podle převažujícího typu úhrady fyzioterapeutické péče na pracovišti (vlastní tvorba)

Otázka zjišťující odhadovaný počet ošetřených pacientů během jednoho dne, stejně jako délka praxe, nebyla kategorizována, tudíž jednotliví respondenti odpovídali v celých číslech (viz graf č. 5). Následující graf zobrazuje rozpětí počtu ošetřených pacientů během jednoho dne, které se pohybuje od 4 do 22 pacientů. Průměrný počet ošetřených pacientů za den je 9,69 (SD 3,92). Doplnující tabulka je uvedena v příloze č. 2.

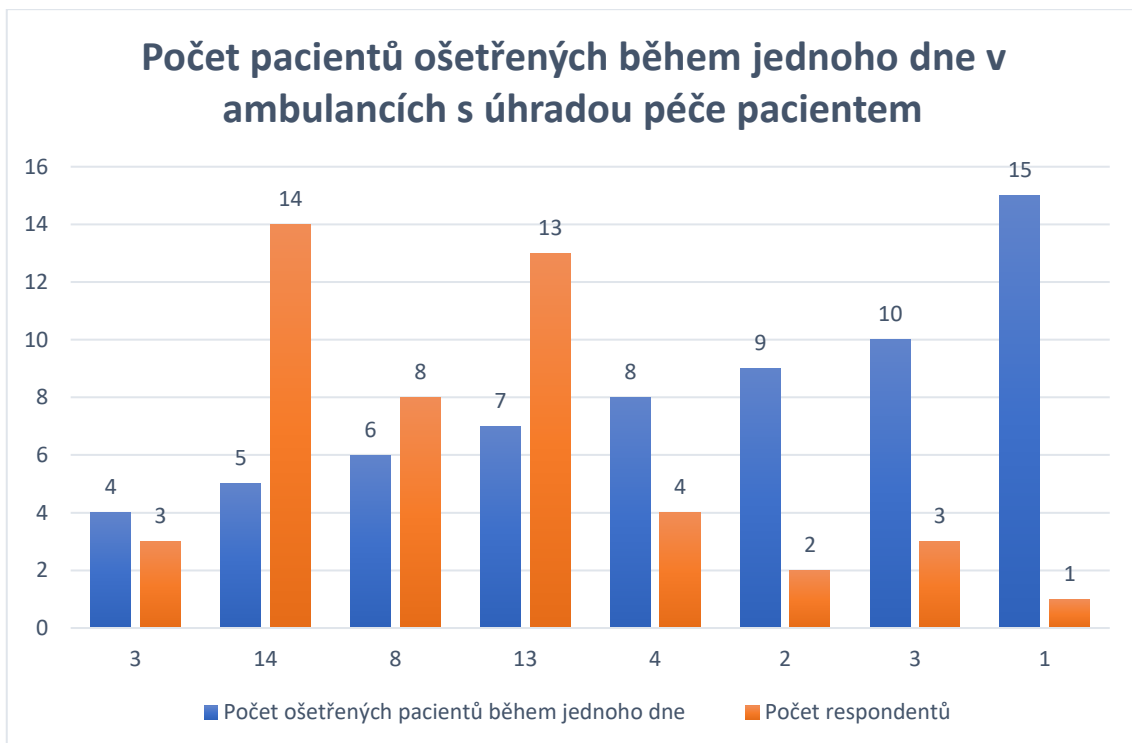


Graf č. 5: Počet ošetřených pacientů během jednoho dne (vlastní tvorba)

Následující dva grafy zobrazují rozdíl mezi počtem ošetřených pacientů během jednoho dne v ambulancích s převažující úhradou péče zdravotními pojišťovkami a v ambulancích s úhradou péče přímo pacientem (samoplátcem). Hodnoty prvního grafu (viz graf č. 6) se pohybují v rozmezí od 6 do 22 pacientů ošetřených během jednoho dne. Průměrný počet ošetřených pacientů během dne je 12,26 (modus 12, medián 12; SD 3,20). Hodnoty druhého grafu (viz graf č. 7) se pohybují v nižších číslech, konkrétně v rozmezí od 4 do 15 pacientů ošetřených během jednoho dne. Průměrný počet ošetřených pacientů během dne je 6,58 (modus 5, medián 6; SD 1,97). Grafy č. 6 a 7 prezentují rozdíl v počtu ošetřených pacientů mezi oběma skupinami.

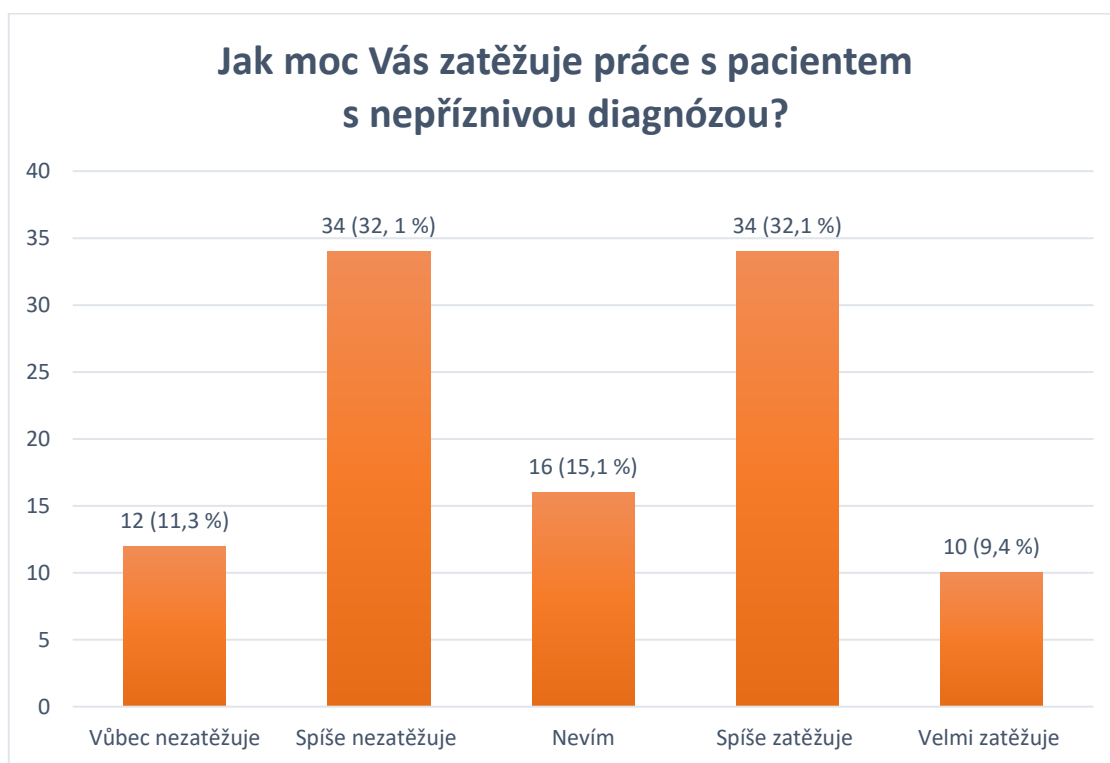


Graf č. 6: Počet ošetřených pacientů během jednoho dne v ambulancích s úhradou péče zdravotními pojišťovnami (vlastní tvorba)



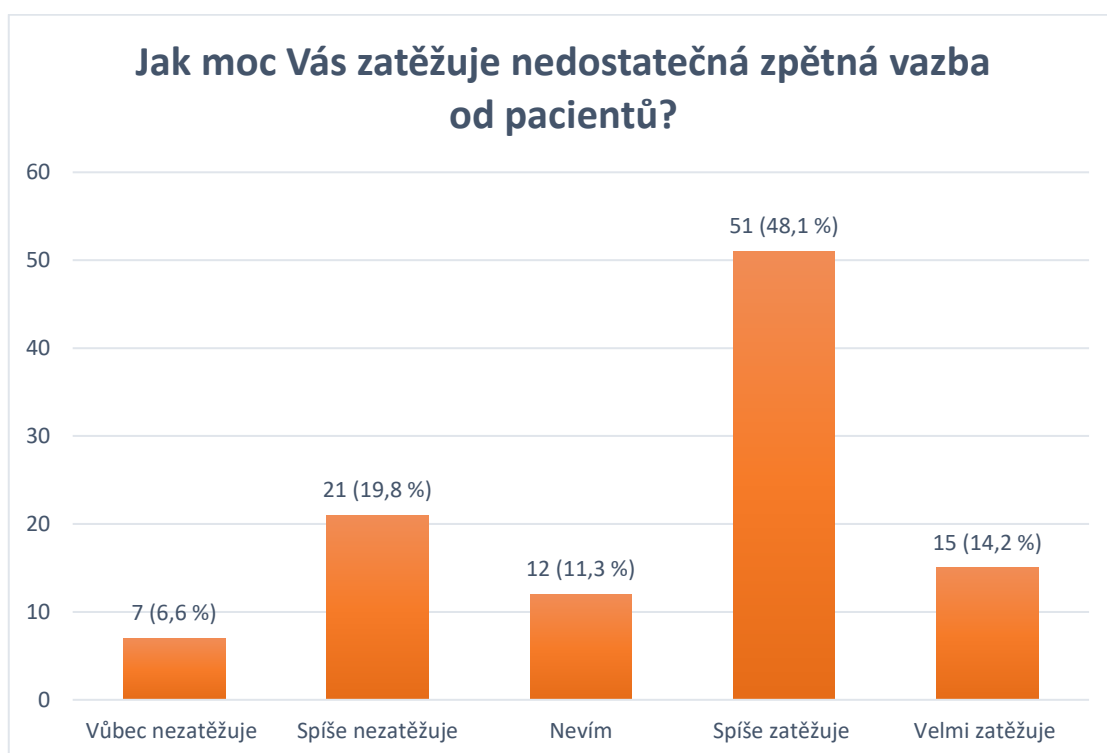
Graf č. 7: Počet ošetřených pacientů během jednoho dne v ambulancích s úhradou péče pacientem (samoplátci) (vlastní tvorba)

Dotazník, který byl použit pro sběr dat, obsahuje dvě otázky specificky zaměřené na fyzioterapeutickou profesi. Pomocí těchto otázek bylo zjišťováno vnímání práce s pacientem s nepříznivou diagnózou a nedostatečné zpětné vazby od pacientů jako zatěžujícího faktoru práce. Míra subjektivní zátěže byla zjišťována pomocí Likertovy škály s následujícími možnostmi: 1 – vůbec nezatěžuje 2 – spíše nezatěžuje, 3 – nevím, 4 – spíše zatěžuje, 5 – velmi zatěžuje. Práce s pacientem s nepříznivou diagnózou hodnotí jako zatěžující faktor 41,5 % dotazovaných respondentů, pro 9,4 % je velmi zatěžující a pro 32,1 % je spíše zatěžující. Naopak 43,4 % dotazovaných respondentů práce s pacientem s nepříznivou diagnózou nezatěžuje (viz graf. č. 8). Výsledek, zdali je práce s pacientem s nepříznivou diagnózou zatěžujícím faktorem pro fyzioterapeuty, je vzhledem k velmi podobným výsledkům nejasný.



Graf č. 8: Hodnocení zátěže – práce s pacientem s nepříznivou diagnózou (vlastní tvorba)

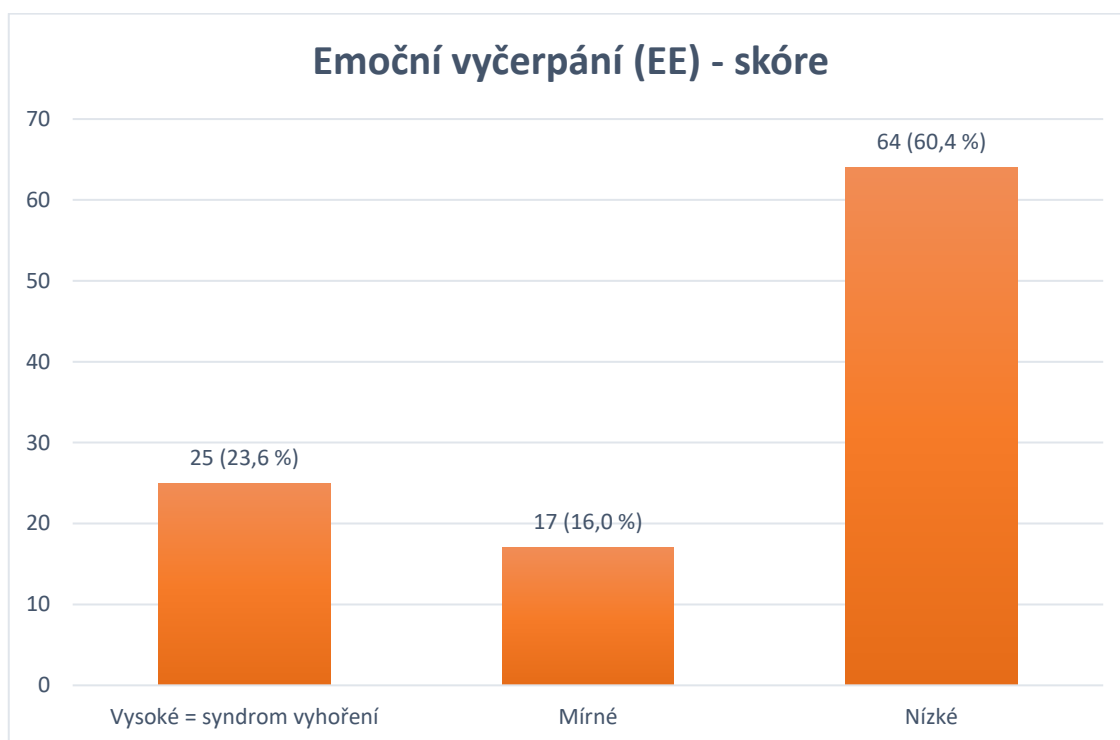
Druhým zkoumaným zátěžovým faktorem je nedostatečná zpětná vazba od pacientů. Více než polovina dotazovaných respondentů, konkrétně 62,3 % respondentů, hodnotí nedostatečnou zpětnou vazbu od pacientů jako zatěžující, z toho 14,2 % jako velmi zatěžující a 48,1 % spíše zatěžující. Z daného výzkumného souboru 26,4 % respondentů nedostatečná zpětná vazba od pacientů vůbec nebo spíše nezatěžuje (viz graf č. 9). Vzhledem k výsledku lze považovat nedostatečnou zpětnou vazbu od pacientů jako zatěžující faktor většinu respondentů ve výzkumném souboru.



Graf č. 9: Hodnocení zátěže – nedostatečná zpětná vazba od pacientů (vlastní tvorba)

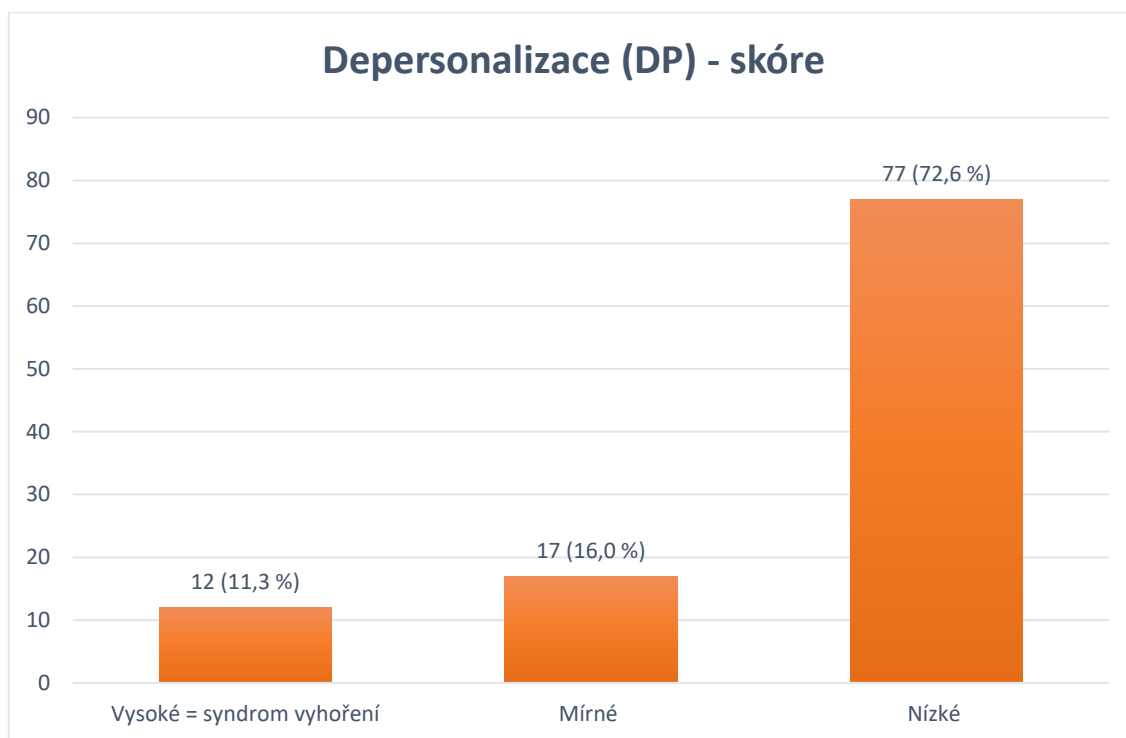
Součástí dotazníkové baterie byl dotazník MBI, který na základě výsledků určuje nízké, mírné a vysoké skóre ve třech dimenzích – emoční vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobní výkonnost (PA). V dotazníku MBI je kategorie emoční vyčerpání (neboli emoční exhausce, EE) zastoupena celkem 9 otázkami, kategorie depersonalizace (DP) je zastoupena 5 otázkami a kategorie osobní výkonnost (PA) je zastoupena 8 otázkami. Respondent odpovídal na škále od 0-7 na základě opakování subjektivního pocitu vyjádřeného v otázce: 0 – nikdy; 1 – alespoň několikrát ročně; 2 – minimálně jednou měsíčně; 3 – několikrát za měsíc; 4 – jednou týdně; 5 – několikrát týdně; 6 – denně.

Vysoké skóre EE značí přítomnost syndromu vyhoření. Vysoké skóre EE bylo zjištěno u 25 respondentů (23,6 %), mírné skóre bylo zjištěno u 17 respondentů (16,0 %) a nízké skóre u 64 respondentů (60,4 %) viz graf č. 10.



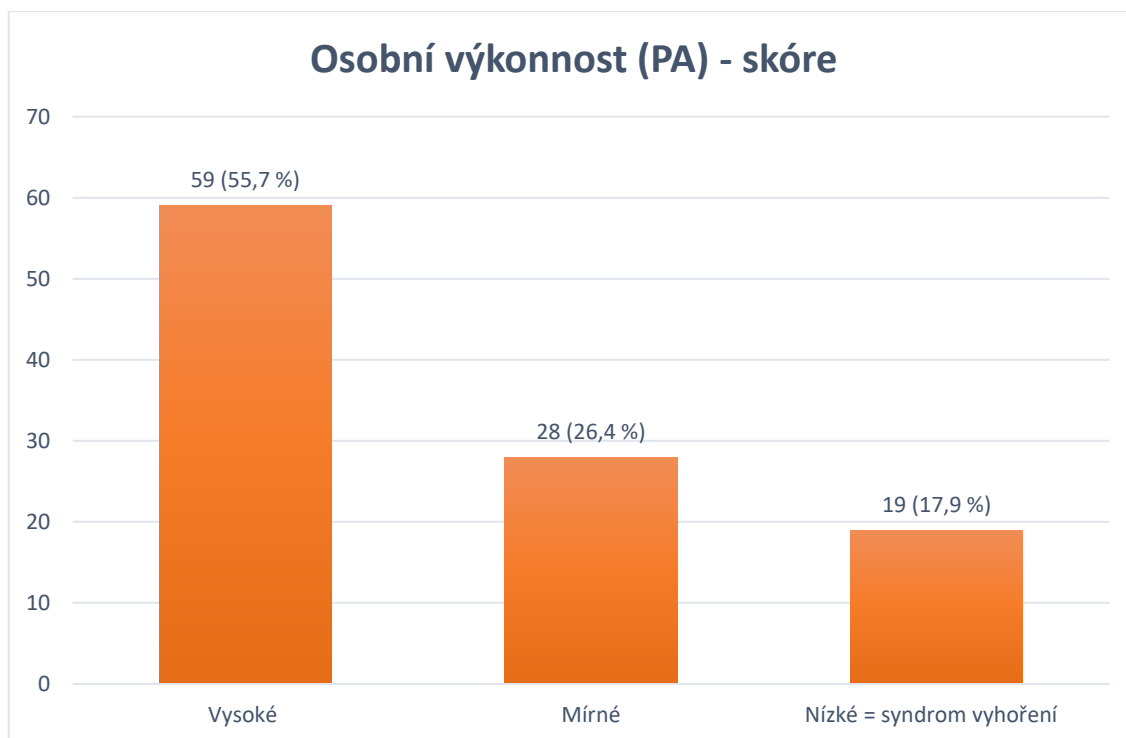
Graf č. 10: Skóre MBI – Emoční vyčerpání (vlastní tvorba)

Vysoké skóre DP značí přítomnost syndromu vyhoření. Vysoké skóre DP bylo zjištěno u 12 respondentů (11,3 %), mírné skóre bylo zjištěno u 17 respondentů (16,0 %) a nízké skóre u 77 respondentů (72,6 %) viz graf č. 11.



Graf č. 11: Skóre MBI – Depersonalizace (vlastní tvorba)

Nízké skóre PA značí přítomnost syndromu vyhoření. Nízké skóre PA bylo zjištěno u 19 respondentů (17,9 %), mírné skóre bylo zjištěno u 28 respondentů (26,4 %) a vysoké skóre u 59 respondentů (55,7 %) viz graf č. 12.



Graf č. 12: Skóre MBI – Osobní výkonnost (vlastní tvorba)

Posledním článkem dotazníkové baterie byl Meisterův dotazník, který orientačně vyšetřuje psychickou zátěž při práci. Jednotlivé otázky Meisterova dotazníku jsou zařazeny do tří faktorů: I. – přetížení, II. – jednostrannost (monotonie), III. – nespecifický faktor (stresová odezva). Tyto tři faktory jsou sčítány do tzv. hrubého skóru (HS). Hodnoty mediánů pro jednotlivé položky a kritické hodnoty mediánů jsou uvedeny v příloze č. 4.

Klasifikace psychické zátěže se provádí celkem ve třech stupních. Pro zařazení do stupně zátěže celé skupiny respondentů se vychází z faktorových skóre, pro jejichž výpočet je potřeba sečíst mediány pro jednotlivé faktory. Výsledek vyhodnocení celé skupiny prezentuje tab. č. 5.

Tab. č. 5: Klasifikace zátěže celé skupiny (vlastní tvorba)

Zařazení celé skupiny do stupně zátěže (medián)	
Faktor I. - přetížení	7
Faktor II. - monotonie	4
Faktor III. - NF	9
Hrubý skór	20

Faktor I. má nejméně o 2 body vyšší součet středních hodnot než faktor II. - při této variantě je k faktoru č. I přičten součet středních hodnot faktoru III., tedy I.+III. Na základě výsledku byla skupina respondentů zařazena do stupně zátěže č. 1. Podle Meisterova dotazníku mají respondenti psychickou zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).

Při vyhodnocení podle jednotlivých položek je zátěž hodnocena na základě překročení kritických hodnot mediánu. V položkách, ve kterých medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena negativně. Podle výsledků byla kritická hodnota mediánu překročena v oblasti problémů a konfliktů (kritická hodnota mediánu 2,50; naměřená hodnota 3,00), únavy (kritická hodnota mediánu 3,00; naměřená hodnota 3,50) a v oblasti dlouhodobé únosnosti (kritická hodnota mediánu 2,50; naměřená hodnota 4,50), viz příloha č. 4.

5.1 Interpretace výsledků vzhledem k cílům

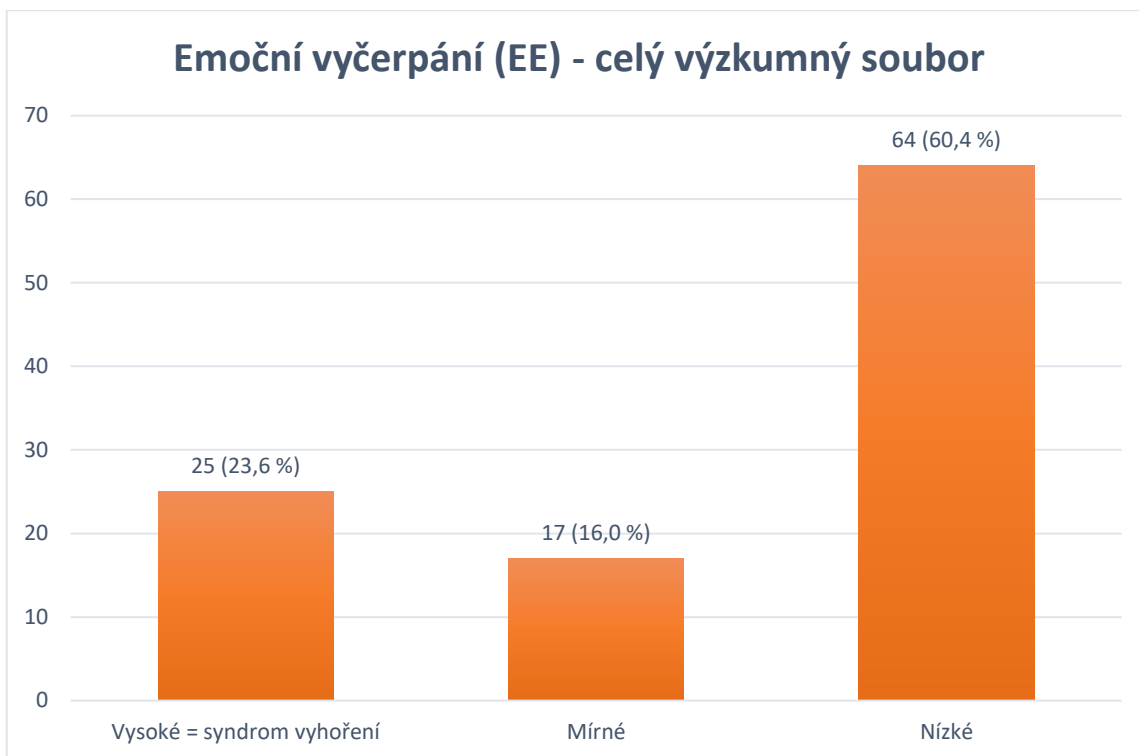
Cíl č. 1: Porovnat výskyt syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde je péče hrazena zdravotními pojišťovnami, a v ambulancích, kde je péče hrazena přímo pacientem (samoplátcem).

H10: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře emoční exhauscce mezi skupinou fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde je péče hrazena zdravotními pojišťovnami, a v ambulancích, kde je péče hrazena přímo pacientem (samoplátcem).

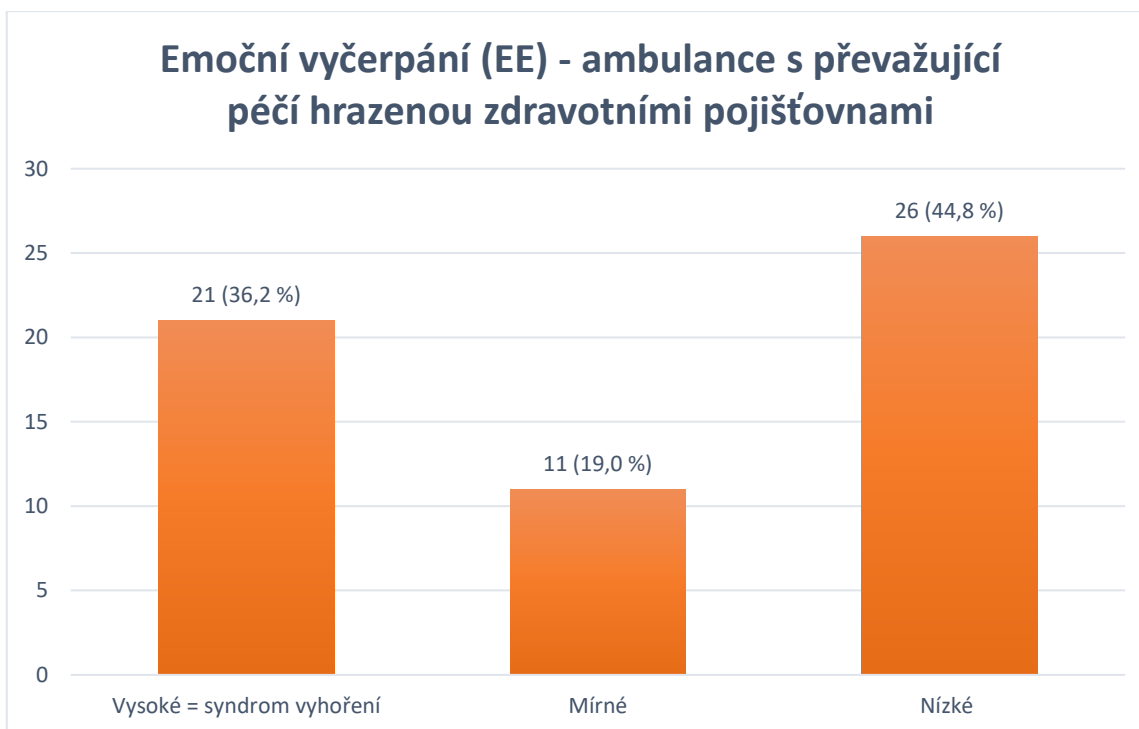
H1A: Existuje signifikantní rozdíl v míře emoční exhauscce mezi skupinou fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde je péče hrazena zdravotními pojišťovnami, a v ambulancích, kde je péče hrazena přímo pacientem (samoplátcem).

V dotazníku MBI je kategorie emoční vyčerpání (neboli emoční exhauscce, EE) zastoupena celkem 9 otázkami. Respondent odpovídal na škále od 0-7 na základě opakování pocitu vyjádřeného v otázce: 0 – nikdy; 1 – alespoň několikrát ročně; 2 – minimálně jednou měsíčně; 3 – několikrát za měsíc; 4 – jednou týdně; 5 – několikrát týdně; 6 – denně. Body u jednotlivých odpovědí byly sečteny a následně zařazeny do jedné z možných variant skóre EE: vysoké, mírné, nízké. Vysoké skóre EE značí přítomnost syndromu vyhoření. Vysoké skóre EE bylo zjištěno u 25 respondentů (23,6 %), mírné skóre bylo zjištěno u 17 respondentů (16,0 %) a nízké skóre u 64 respondentů (60,4 %).

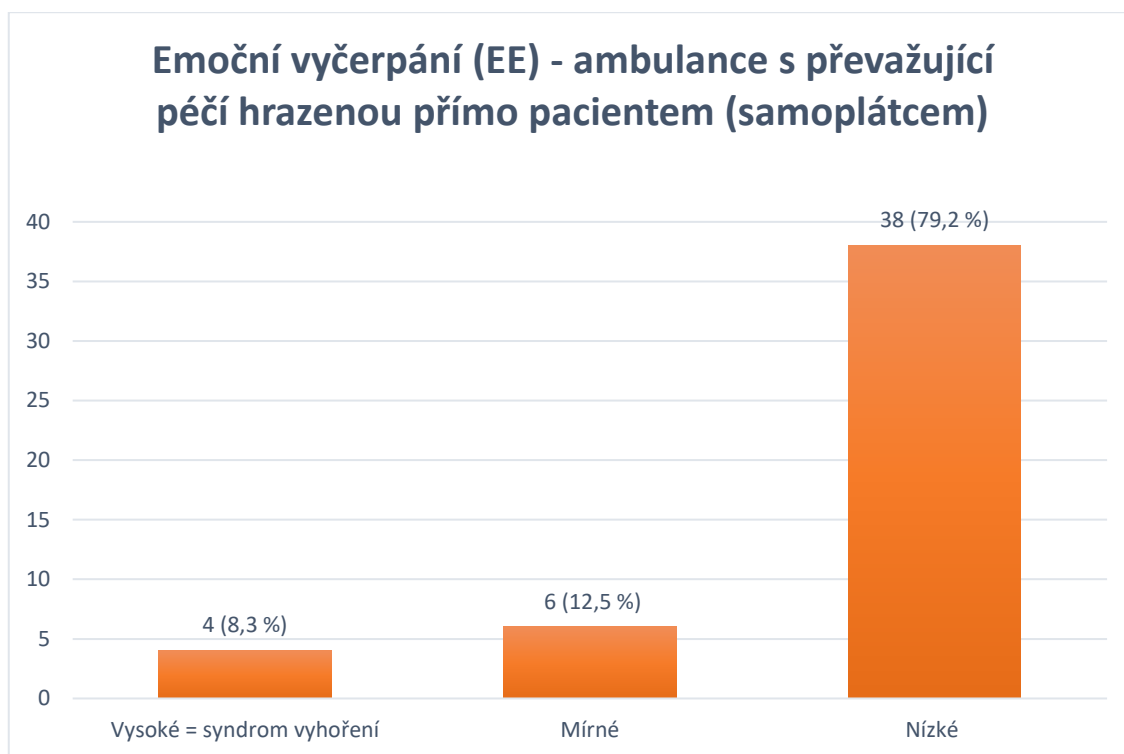
Ve skupině respondentů (n = 58) pracujících v ambulancích s převažující péčí hrazenou zdravotními pojišťovnami bylo zjištěno vysoké skóre EE u 21 (36,2 %) respondentů, mírné skóre u 11 (19,0 %) respondentů a nízké skóre u 26 respondentů (44,8 %). Ve skupině respondentů pracujících v ambulancích s převažující péčí hrazenou přímo pacientem (samoplátcem) (n = 48) bylo zjištěno vysoké skóre EE u 4 (8,3 %) respondentů, mírné skóre u 6 (12,5 %) respondentů a nízké skóre u 38 respondentů (79,2 %). Rozdíly u zvolených skupin respondentů prezentují grafy č. 14 a 15. Rozdíly ve skóre DP a PA jsou uvedeny v příloze č. 3



Graf č. 13: Vyhodnocení dotazníku MBI – Emoční vyčerpání (EE) – celý výzkumný soubor (vlastní tvorba)



Graf č. 14: Hodnocení emočního vyčerpání (EE) u fyzioterapeutů pracujících v ambulancích s převažující péčí hrazenou zdravotními pojišťovnami (vlastní tvorba)



Graf č. 15: Hodnocení emočního vyčerpání (EE) u fyzioterapeutů pracujících v ambulancích s převažující péčí hrazenou přímo pacientem (samoplátcem)

Pro ověření hypotézy č. 1 byly využity odpovědi získané dotazníkem MBI a odpovědi týkající se převažujícího typu úhrady péče v ambulanci. Nejdřív byla zjištěna normalita distribuce pomocí Shapiro-Wilk testu pro dané skupiny (viz příloha č. 5). Zjištěná data nemají podle Shapiro-Wilk testu normální rozdělení, proto byl k porovnání emoční exhausce v daných dvou skupinách použit Mann-Whitney U test. Hodnota $p = 0,0014$ je menší než $0,05$ a proto můžeme říct, že rozdíl v míře emoční exhausce mezi skupinou fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde je péče hrazena zdravotními pojišťovnami, a v ambulancích, kde je péče hrazena přímo pacientem (samoplátcem) je signifikantní.

Tab. č. 6: Mann Whitney U test (vlastní tvorba)

Variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction)						
	By variable Úhrada péče						
	Marked tests are significant at $p < ,05000$						
	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-value	Z	p-value
	Úhrada - pacient	Úhrada - ZP				adjusted	
MBI - EE	2065,000	3606,000	889,000	-3,189	0,0014	-3,192	0,0014

Variable	Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) By variable Úhrada péče Marked tests are significant at $p < ,05000$		
	Valid N Úhrada – pacient (samoplátce)	Valid N Úhrada - ZP	2*1sided exact p
MBI – EE	48	58	0,00126

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of MBI - EE is the same across categories of Úhrada péče.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,001	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Obr. č. 2: Hypothesis Test Summary (vlastní tvorba)

Přijímáme alternativní hypotézu.

Cíl č. 2: Zmapovat zátěžové faktory specifické pro práci fyzioterapeuta.

Prvním zvoleným zátěžovým faktorem byla míra pracovní zátěže vyjádřená odhadovaným počtem ošetřených pacientů během jednoho dne. Standardní čas na ošetření pacienta v ambulancích s převažující úhradou péče zdravotními pojišťovnami je 30 minut, během jednoho dne je odhadem ošetřeno 15 pacientů. V případě ambulancí s převažující úhradou péče pacientem (samoplátcem) je obecně věnováno více času pacientovi, v průměru 45-60 minut, tím pádem je počet ošetřených pacientů během jednoho dne nižší. Odhadovaný počet je 6-8 pacientů. Pouze počet ošetřených pacientů však nelze považovat za jediný ukazatel míry zátěže při práci. Fyzioterapeuti pracující v ambulancích s převažující péčí hrazenou přímo pacientem mají sice nižší počet ošetřených pacientů, ale kontakt s pacientem je bližší a delší. Fyzioterapeuti pracující v ambulancích s převažující péčí hrazenou zdravotními pojišťovnami se mohou setkat s nedostatkem času potřebným pro ošetření pacienta, časovou nouzí a následným stresem. Dalším faktorem, který ovlivňuje vznik syndromu vyhoření, je délka praxe fyzioterapeuta. Někteří autoři (Jeklová, Reitmayerová; 2006; Wilski et al., 2015) popisují syndrom vyhoření jako „syndrom prvních let v zaměstnání“. Grafy č. 2 a 3 ukázaly rozdíly mezi celkovou délkou praxe v oboru a délkou praxe na současném pracovišti, proto bylo součástí cíle č. 2 prokázat souvislost mezi délkou praxe v oboru a vznikem syndromu vyhoření. Součástí zvolených zátěžových faktorů byla práce s pacientem s nepříznivou diagnózou a nedostatečná zpětná vazba od pacientů. Práci s pacientem s nepříznivou diagnózou vnímá 41,5 % respondentů jako zatěžující a 43,4 % skoro nebo vůbec nezatěžuje (viz graf č. 8). Pro 62,3 % respondentů je nedostatečná zpětná vazba od pacientů zatěžující, 26,4 % skoro nebo vůbec nezatěžuje (viz graf č. 9). Součástí cíle č. 2 bylo prokázat signifikanci vztahu mezi zvolenými zátěžovými faktory a mírou emoční exhausce, u obou faktorů je předpokládán signifikantní vztah s emoční exhauscí. Kromě specifických zátěžových faktorů byl zkoumán vztah mezi mírou psychické zátěže při práci vyjádřenou Meisterovým dotazníkem a emoční exhauscí. Meisterův dotazník byl zvolen z důvodu jeho orientace na pocity časového tlaku, náročnost práce, konflikty při práci atd. Vzhledem k povaze Meisterova dotazníku, který z velké části reflektuje zátěž při práci fyzioterapeuta, je odhadován signifikantní vztah mezi mírou psychické zátěže při práci a emoční exhauscí.

H20: Neexistuje signifikantní souvislost mezi vznikem syndromu vyhoření u ambulantních fyzioterapeutů a mírou pracovní zátěže vyjádřenou odhadovaným počtem ošetřených pacientů během jednoho dne.

H2A: Existuje signifikantní souvislost mezi vznikem syndromu vyhoření u ambulantních fyzioterapeutů a mírou pracovní zátěže vyjádřenou odhadovaným počtem ošetřených pacientů během jednoho dne.

Pro ověření hypotézy č. 2 byly využity odpovědi získané dotazníkem MBI a odpovědi týkající se odhadovaného počtu pacientů ošetřených během jednoho dne. Pro počet pacientů nebyla stanovena kategorie ani limit, respondenti vyplňovali celá čísla. Průměrný počet ošetřených pacientů za jeden den je 9,69 (min. 4, max. 22.; SD 3,92). Zjištěná data nemají podle Shapiro-Wilk testu normální rozdělení, proto byla pro posouzení vzájemné závislosti použita neparametrická korelační analýza neboli Spearmanův korelační koeficient.

Tab. č. 7: Spearmanův korelační koeficient (vlastní tvorba)

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations Marked correlations are significant at $p < ,05000$			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
Pacienti / den & MBI - EE	106	0,345635	3,75631	0,000285
Pacienti / den & MBI - DP	106	0,363444	3,97849	0,000128
Pacienti / den & MBI - PA	106	-0,199763	-2,07909	0,040069

Mezi vysokým skóre EE u ambulantních fyzioterapeutů a mírou pracovní zátěže vyjádřenou odhadovaným počtem ošetřených pacientů během jednoho dne byla prokázána slabá pozitivní korelace ($r = 0,35$), stejně jako u skóre DP ($r = 0,36$). Mezi nízkým skóre PA u ambulantních fyzioterapeutů a mírou pracovní zátěže vyjádřenou odhadovaným počtem ošetřených pacientů během jednoho dne byla prokázána slabá negativní korelace ($r = - 0,20$), kterou je možné vysvětlit odlišným vyhodnocením kategorie PA (nízké skóre PA odpovídá přítomnosti syndromu vyhoření). Hladiny signifikance testu p ($p = 0,0003$; $p = 0,0001$, $p = 0,0401$) jsou menší než hraniční hodnota 0,05. Testovanou hypotézu H20 zamítáme.

Přijímáme alternativní hypotézu.

H30: Neexistuje signifikantní souvislost mezi délkou praxe v oboru a mírou emoční exhausce u ambulantních fyzioterapeutů.

H3A: Existuje signifikantní souvislost mezi délkou praxe v oboru a mírou emoční exhausce u ambulantních fyzioterapeutů.

Pro ověření hypotézy č. 3 byly využity odpovědi získané dotazníkem MBI a odpovědi týkající se délky praxe v oboru. Pro celkovou délku praxe v oboru nebyla stanovena kategorie ani limit, respondenti vyplňovali délku praxe ve formátu roky/měsíce. Pro přehlednost a možnost statistického zpracování byly všechny odpovědi převedeny do formátu měsíců. Průměrná délka praxe v oboru v měsících je 104,18 (min. 3, max. 324, medián 72; SD 89,09). Zjištěná data nemají podle Shapiro-Wilk testu normální rozdělení, proto byla pro posouzení vzájemné závislosti použita neparametrická korelační analýza neboli Spearmanův korelační koeficient.

Tab. č. 8: Spearmanův korelační koeficient (vlastní tvorba)

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations Marked correlations are significant at $p < ,05000$			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
MBI – EE & Délka praxe v oboru	106	-0,335637	-3,63362	0,000436

Mezi délkou praxe v oboru a mírou emoční exhausce u ambulantních fyzioterapeutů byla prokázána slabá negativní korelace ($r = - 0,34$). Hladina signifikance testu $p = 0,0004$ je menší než 0,05. Testovanou hypotézu H30 zamítáme.

Přijímáme alternativní hypotézu.

H40: Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou emoční exhausce a zátěžovým faktorem (práce s pacientem s nepříznivou diagnózou) u ambulantních fyzioterapeutů.

H4A: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emoční exhausce a zátěžovým faktorem (práce s pacientem s nepříznivou diagnózou) u ambulantních fyzioterapeutů.

Pro ověření hypotézy č. 4 byly využity odpovědi získané dotazníkem MBI a odpovědi získané ve specificky zaměřené části dotazníku týkající se konkrétní zátěže v praxi fyzioterapeuta. Zkoumaným zátěžovým faktorem byla práce s pacientem s nepříznivou diagnózou. Respondenti volili odpověď na Likertově škále s následujícími možnostmi: 1 – vůbec nezatěžuje, 2 – spíše nezatěžuje, 3 – nevím, 4 – spíše zatěžuje, 5 – velmi zatěžuje. Práce s pacientem s nepříznivou diagnózou hodnotí jako zatěžující faktor 41,5 % dotazovaných respondentů, pro 9,4 % je velmi zatěžující a pro 32,1 % je spíše zatěžující. Naopak 43,4 % dotazovaných respondentů práce s pacientem s nepříznivou diagnózou nezatěžuje. Zjištěná data nemají podle Shapiro-Wilk testu normální rozdělení, proto byla pro posouzení vzájemné závislosti použita neparametrická korelační analýza neboli Spearmanův korelační koeficient.

Tab. č. 9: Spearmanův korelační koeficient (vlastní tvorba)

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations Marked correlations are significant at $p < ,05000$			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
MBI – EE & Zátěž – nepříznivá diagnóza	106	0,558007	6,85747	0,000000

Mezi mírou emoční exhausce a zátěžovým faktorem (práce s pacientem s nepříznivou diagnózou) u ambulantních fyzioterapeutů byla prokázána středně silná kladná korelace ($r = 0,56$). Hladina signifikance testu $p = 0,0000$ je menší než 0,05. Testovanou hypotézu H40 zamítáme.

Přijímáme alternativní hypotézu.

H50: Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou emoční exhauscce a zátěžovým faktorem (nedostatečná zpětná vazba od pacientů) u ambulantních fyzioterapeutů.

H5A: Existuje signifikantní vztah mezi mírou emoční exhauscce a zátěžovým faktorem (nedostatečná zpětná vazba od pacientů) u ambulantních fyzioterapeutů.

Pro ověření hypotézy č. 5 byly využity odpovědi získané dotazníkem MBI a odpovědi získané ve specificky zaměřené části dotazníku týkající se konkrétní zátěže v praxi fyzioterapeuta. Zkoumaným zátěžovým faktorem byla nedostatečná zpětná vazba od pacienta. Respondenti odpovídali podle pocitu subjektivní zátěže na Likertově škále s následujícími možnostmi: 1 – vůbec nezatěžuje 2 – spíše nezatěžuje, 3 – nevím, 4 – spíše zatěžuje, 5 – velmi zatěžuje. Více než polovina dotazovaných respondentů hodnotí nedostatečnou zpětnou vazbu od pacientů jako zatěžující, konkrétně se jedná o 62,3 % respondentů. Celkem 26,4 % respondentů nedostatečná zpětná vazba od pacientů spíše nebo vůbec nezatěžuje. Zjištěná data nemají podle Shapiro-Wilk testu normální rozdělení, proto byla pro posouzení vzájemné závislosti použita neparametrická korelační analýza neboli Spearmanův korelační koeficient.

Tab. č. 10: Spearmanův korelační koeficient (vlastní tvorba)

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations Marked correlations are significant at p <,05000			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
MBI - EE & Zátěž - nedostatečná zpětná vazba	106	0,374220	4,11533	0,000078

Mezi mírou emoční exhauscce a zátěžovým faktorem (nedostatečná zpětná vazba od pacientů) byla prokázána slabá kladná korelace ($r = 0,37$). Hladina signifikance testu $p = 0,0000$ je menší než 0,05. Testovanou hypotézu H50 zamítáme.

Přijímáme alternativní hypotézu.

H60: Mezi mírou emoční exhausce a mírou psychické zátěže při práci zjištěnou Meisterovým dotazníkem neexistuje signifikantní vztah.

H6A: Mezi mírou emoční exhausce a mírou psychické zátěže při práci zjištěnou Meisterovým dotazníkem existuje signifikantní vztah.

Pro ověření hypotézy č. 6 byly využity odpovědi získané dotazníkem MBI a odpovědi získané Meisterovým dotazníkem psychické zátěže při práci. Tři faktory Meisterova dotazníku (I. – přetížení, II. – jednostrannost/monotonie, III. – nespecifický faktor) jsou sčítány do tzv. hrubého skóru (HS), který byl posuzován z hlediska vztahu se skóre emoční exhausce. Hodnoty mediánů pro jednotlivé položky a kritické hodnoty mediánů jsou uvedeny v příloze č. 4. Zjištěná data nemají podle Shapiro-Wilk testu normální rozdělení, proto byla pro posouzení vzájemné závislosti použita neparametrická korelační analýza neboli Spearmanův korelační koeficient.

Tab. č. 11: Vyhodnocení Meisterova dotazníku – stupeň zátěže (vlastní tvorba)

Zařazení celé skupiny do stupně zátěže (medián)	
Faktor I. - přetížení	7
Faktor II. - monotonie	4
Faktor III. - NF	9
Hrubý skór (HS)	20

Tab. č. 12: Spearmanův korelační koeficient (vlastní tvorba)

Pair of Variables	Spearman Rank Order Correlations Marked correlations are significant at p <,05000			
	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
MBI - EE & MD - HS	106	0,844138	16,05697	0,000000

Mezi mírou emoční exhausce a mírou psychické zátěže při práci zjištěnou Meisterovým dotazníkem byla prokázána silná kladná korelace ($r = 0,84$). Hladina signifikance testu $p = 0,0000$ je menší než 0,05. Testovanou hypotézu H60 zamítáme.

Přijímáme alternativní hypotézu.

6 DISKUSE

Cílem diplomové práce bylo popsat rizikové faktory, vznik a průběh syndromu vyhoření a zmapovat příčiny syndromu vyhoření u fyzioterapeutů. Teoretická část byla věnována charakteristice syndromu vyhoření, jeho vzniku, rizikovým faktorům, projevům a diagnostice. Stěžejní kapitola teoretické části se věnovala syndromu vyhoření ve zdravotnictví a konkrétním ohroženým profesím. Poslední část teoretické části zmapovala syndrom vyhoření u fyzioterapeutů a rizikové faktory profese.

Výzkumným souborem v diplomové práci, která se zabývá syndromem vyhoření ve zdravotnictví, byli ambulantní fyzioterapeuti pracující na území České republiky. Ačkoliv je síť zařízení poskytovaných fyzioterapií velmi široká (lůžková zařízení, ambulantní zařízení, centra léčebné rehabilitace, specializované ústavy, lázně atd.), pro účely výzkumu byly cíleně zvoleni fyzioterapeuti pracující v ambulantním provozu. Ve výzkumu nebyly porovnávány různé typy pracovišť mezi sebou, a to z důvodu odlišné náplně práce, počtu pacientů, pracovní doby apod. Výzkumu se zúčastnilo 106 ambulantních fyzioterapeutů. Výzkumný soubor tvořilo 22 (20,8 %) mužů a 84 žen (79,2 %). Nerovnoměrnost zastoupení obou pohlaví lze vysvětlit vyšším zastoupením žen ve fyzioterapeutické praxi. Také ve studii autorů Nowakowska-Domagala et al. (2015), Bruschini et al. (2018) lze ve fyzioterapeutické praxi pozorovat vyšší zastoupení žen než mužů. Podle Kim et al. (2020) tvoří nejzranitelnější skupinu pro vznik syndromu vyhoření fyzioterapeutky ve věku od 20 do 30 let s nízkým skóre kvality života (podle dotazníku Job Content Questionnaire).

Prvním cílem výzkumu bylo porovnat výskyt syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde je péče hrazena zdravotními pojišťovny, a v ambulancích, kde je péče hrazena přímo pacientem (samoplátcem). Vzhledem k tomu, že existují ambulance kombinující oba typy úhrady péče, v odpovědi respondenti udávali převažující typ úhrady péče. Emoční exhausce (EE) je jednou z dimenzí dotazníku MBI, který byl použit pro vyhodnocení přítomnosti syndromu vyhoření u fyzioterapeutů. Na základě výsledků byl každý respondent zařazen do skupiny vysokého, mírného či nízkého skóre EE. Vysoké skóre EE bylo zjištěno u 25 respondentů (23,6 %), mírné skóre bylo zjištěno u 17 respondentů (16,0 %) a nízké

skóre u 64 respondentů (60,4 %). Ve srovnání zmíněných dvou skupin respondentů bylo vysoké skóre EE zjištěno u 36,2 % respondentů pracujících v ambulancích s převažující péčí hrazenou zdravotními pojišťovnami, oproti tomu ve skupině respondentů pracujících v ambulancích s převažující péčí hrazenou přímo pacientem (samoplátcem) bylo vysoké skóre zjištěno pouze u 8,3 % respondentů. Na základě statistických výsledků ($p = 0,0014$) byla nulová hypotéza č. 1 zamítnuta. Nejvyšší míru vyhoření ve skóre EE lze přisuzovat nadměrné zátěži fyzioterapeutů a velmi blízkému kontaktu s pacienty. Vysoké skóre DP bylo zjištěno u 11,3 % respondentů, nízké skóre PA bylo zjištěno u 17,9 % respondentů. Nižší počet respondentů s vysokým skóre DP se shoduje se studiemi Kim et al. (2020), Bruschini et al. (2018), Nowakowska-Domagala et al. (2015). Celkové výsledky je možné porovnat se studií zaměřenou na přítomnost syndromu vyhoření u 118 italských fyzioterapeutů, ze kterých 46 % vykazovalo přítomnost syndromu vyhoření nebo riziko jeho vzniku (Corrado et al., 2019). Bruschini et al. (2018) ve studii věnující se prevalenci syndromu vyhoření u italských pracovníků ve zdravotnictví zjistil vysoké skóre EE u 32 % respondentů. Studie mapující syndrom vyhoření u fyzioterapeutů v arabském prostředí, autory jsou Al-Imam a Al-Sobayel (2014), prokazuje vysoké skóre EE u 42 % respondentů.

V České republice nebyl doposud proveden žádný výzkum mapující syndrom vyhoření u fyzioterapeutů. Srovnání s výzkumy provedenými v jiných zemích není jednoznačné, každá země upřednostňuje jiný poměr a způsob úhrady péče. González-Sánchez et al. (2017) srovnává výskyt syndromu vyhoření ve veřejném a soukromém sektoru. Zmíněná studie odhalila vysoké skóre emočního vyčerpání u fyzioterapeutů, kteří pracují v soukromém sektoru. Není však jasné, do jaké míry se v dané zemi pacient participuje v úhradě fyzioterapeutické péče, proto není možné výsledky tohoto výzkumu jednoznačně porovnat s jinými studiemi.

Druhým cílem výzkumu bylo zmapovat zátěžové faktory specifické pro práci fyzioterapeuta. Mezi zátěžové faktory byla zahrnuta pracovní zátěž vyjádřená počtem ošetřených pacientů během jednoho dne, délka praxe, práce s pacientem s nepříznivou diagnózou a nedostatečná zpětná vazba od pacientů. Zmíněné zátěžové faktory byly zvoleny na základě studií, které je zmiňují nebo zkoumají souvislost se vznikem syndromu vyhoření. Počet pacientů ošetřených během jednoho dne je podle odpovědí respondentů velmi různorodý (min. 4, max. 22), počty ošetřených pacientů se u obou

porovnávaných skupin respondentů značně lišily. Zatímco u skupiny fyzioterapeutů pracujících v ambulancích s úhradou péče zdravotními pojišťovkami byl průměrný počet ošetřených pacientů během dne 12,26 (min. 6, max. 22), u skupiny fyzioterapeutů pracujících v ambulancích s úhradou péče pacientem (samoplátcem) byl průměrný počet ošetřených pacientů během dne 6,58 (min. 4, max. 15). Mezi mírou pracovní zátěže vyjádřenou odhadovaným počtem ošetřených pacientů během jednoho dne a skóre EE byla prokázána slabá pozitivní korelace ($r = 0,35$), stejně jako u skóre DP ($r = 0,36$). Mezi mírou pracovní zátěže vyjádřenou odhadovaným počtem ošetřených pacientů během jednoho dne a skóre PA byla prokázána slabá negativní korelace ($r = - 0,20$), kterou je možné vysvětlit odlišným vyhodnocením kategorie PA (nízké skóre PA odpovídá přítomnosti syndromu vyhoření). Na základě statistických výsledků byla nulová hypotéza č. 2 zamítnuta. Nedostatek času na ošetření jednoho pacienta je přetrvávajícím problémem v řadě fyzioterapeutických ambulancí. Cikrt et al (2005) již před 16 lety tvrdil, že pracovníci jsou často nuceni redukovat dobu vymezenou pro jednoho pacienta za účelem získání financí na základě vykázaných úkonů, bohužel i v současnosti tato problematika stále přetrvává. Mikolajewska (2014) upozorňuje, že nedostatek času strávený s pacientem může ovlivnit rekonvalescenci, a tím pádem i kvalitu pacientova budoucího života. Pouze počet pacientů však nemusí přímo vypovídat o pracovní zátěži, fyzioterapeuti pracující v ambulancích s úhradou péče zdravotními pojišťovkami sice mají průměrně vyšší počet ošetřených pacientů během dne, oproti tomu fyzioterapeuti pracující v ambulancích s úhradou péče pacientem (samoplátcem) obecně věnují pacientům více času (standardně 1 hodinu), kontakt proto může být bližší a pro fyzioterapeuta náročnější. Seixas (2019) taktéž prokázal korelaci mezi vznikem syndromu vyhoření a počtem ošetřených pacientů během jednoho dne.

Dalším zkoumaným zátěžovým faktorem byla délka praxe v oboru. Celková délka praxe byla srovnána s délkou praxe na současném pracovišti. Výsledky graficky prezentované na obr. č. 3 a 4 zobrazují poměrně výrazný rozdíl mezi celkovou délkou praxe a délkou praxe na současném pracovišti. Zatímco průměrná celková délka praxe je 104,18 měsíců, průměrná délka praxe na současném pracovišti je 43,61 měsíců. Na základě statistických výsledků emoční exhausce negativně koreluje s délkou praxe ($r = - 0,34$). Nulová hypotéza č. 3 byla zamítnuta. Sliwinski et al. (2014) tvrdí, že fyzioterapeuti s délkou praxe 15 let a více vykazují větší spokojenost s prací a nižší míru vyhoření, než fyzioterapeuti s délkou praxe mezi 5-15 roky. Také poukazuje na souvislost mezi

spokojeností s platem a vznikem syndromu vyhoření právě u osob s kratší praxí v oboru. Podle Benevides-Pereira (2007) pracovníci ve zdravotnictví trpí emoční exhaucí, i když jsou v daném oboru pouze 5 let a méně. Podle Wilskiho et al. (2015) vykazují vyšší míru vyhoření fyzioterapeuti s praxí kratší než 4 roky a fyzioterapeuti setrvávající velmi dlouhou dobu na stejné pozici.

Mezi zátěžové faktory práce lze ve fyzioterapeutické profesi zařadit také práci s pacientem s nepříznivou diagnózou, která je velmi častá a běžná. Mezi nepříznivé diagnózy lze zařadit diagnózy velmi těžké, neléčitelné, progredující. Nepříznivou diagnózu pacienta vnímá v tomto výzkumu 41,5 % dotazovaných respondentů jako zatěžující, 43,5 % respondentů nepříznivá diagnóza spíše nebo vůbec nezatěžuje. Mezi mírou emoční exhauce a vybraným zátěžovým faktorem (práce s pacientem s nepříznivou diagnózou) u ambulantních fyzioterapeutů byla prokázána středně silná kladná korelace ($r = 0,56$). Na základě statistických výsledků byla nulová hypotéza č. 4 zamítnuta. Eckersley a Taylor (2016) realizovaly výzkum zaměřený na výskyt stresu, deprese a syndromu vyhoření u fyzioterapeutů v paliativní péči. Výsledky ukázaly, že 61 % dotazovaných mělo nízké skóre vyhoření. Studie také zhodnotila resilienci jako protektivní faktor syndromu vyhoření při práci s pacientem s nepříznivou diagnózou. Také Owcarek et al. (2017) zařazuje práci s pacienty s těžší diagnózou (např. neurologické pacienty) mezi faktory, které mohou zvyšovat míru vyhoření u fyzioterapeutů. Jako zátěžový faktor práce fyzioterapeuta byla posuzována také nedostatečná zpětná vazba od pacientů. Zpětná vazba od pacienta je velmi důležitým prvkem pro úspěšnou terapii a pro navázání optimální spolupráce s terapeutem. Nowakowska-Domagala et al. (2015) považuje nedostatek zpětné vazby za stresový faktor práce. Nedostatečnou zpětnou vazbu od pacientů vnímá v tomto výzkumu 62,3 % respondentů jako zatěžující, 26,4 % respondentů nedostatečná zpětná vazba od pacientů vůbec nebo spíše nezatěžuje. Mezi mírou emoční exhauce a zátěžovým faktorem (nedostatečná zpětná vazba od pacientů) u ambulantních fyzioterapeutů byla prokázána slabá kladná korelace ($r = 0,37$). Nulová hypotéza č. 5 byla na základě statistických výsledků zamítnuta.

Součástí dotazníkové baterie byl Meisterův dotazník psychické zátěže při práci, který je orientován na pocity časového tlaku, únavy při práci, nadměrné zodpovědnosti a pracovního neuspokojení. Meisterův dotazník byl zvolen z důvodu jeho zaměření na

nadměrnou psychickou zátěž při práci, která je velkou součástí výzkumu syndromu vyhoření u fyzioterapeutů. Meisterův dotazník byl ve zdravotnickém sektoru použit ve výzkumu syndromu vyhoření u polských zdravotních sester, jehož autory jsou Debska et al. (2013). Autoři ve studii prováděli korelaci výsledků Meisterova dotazníku se skóre dotazníku MBI. Výsledkem byla silná kladná korelace s emoční exhauscí ($r = 0,6$, $p < 0,001$). Při statistickém vyhodnocení hypotézy č. 6 byla taktéž prokázána silná kladná korelace mezi emoční exhauscí a hrubým skóre Meisterova dotazníku ($r = 0,84$). Na základě statistického vyhodnocení byla nulová hypotéza č. 6 zamítnuta. Podobným srovnáním se zabývala studie autorů Al-Imam a Al-Sobayel (2014) mapující syndrom vyhoření u fyzioterapeutů, která prokazuje mírnou až vysokou míru vyhoření ve všech oblastech MBI. Zároveň byla zjištěna silná korelace mezi emoční exhauscí a pracovní zátěží. Vysoká míra pracovní zátěže a pracovního stresu byla zjištěna také u 30,5 % z 272 respondentů studie realizované Carmona-Barrientos (2020). Okhiria et al. (2020) prokázali u polských fyzioterapeutů významné snížení aktivity, motivace k práci a nadměrnou fyzickou únavu po celodenní pracovní zátěži. Celodenní pracovní zátěž taktéž ovlivňuje diagnostickou přesnost. Ve studii byla práce fyzioterapeuta kategorizována jako psychicky zatěžující (Okhiria et al., 2020). Podle Mikołajewské (2014) až 16 % polských fyzioterapeutů změnilo práci kvůli nadměrné psychické zátěži při práci a vzniku syndromu vyhoření.

Výsledky výzkumu jsou limitovány malým počtem respondentů, výzkum je zaměřen pouze na fyzioterapeuty pracující v ambulantním provozu, tudíž nelze výsledky zobecnit na všechny fyzioterapeuty v České republice. Limitujícím faktorem je nejasnost v počtu poskytovatelů ambulantní fyzioterapie na území ČR. V současné době neexistuje platný registr fyzioterapeutů, proto byla za účelem zjištění počtu ambulantních fyzioterapeutů oslovena Unie fyzioterapeutů ČR. Ani tato profesní organizace v současnosti neeviduje aktuální počet ambulantních fyzioterapeutů. Dalším limitujícím faktorem je také omezenost standardizovaných dotazníků, které je možné standardně vyhodnocovat a generalizovat, ale není možné je přizpůsobit pro konkrétní profesi. Při realizaci výzkumu někteří fyzioterapeuti tvrdili, že syndromem vyhoření v minulosti trpěli nebo mu díky změně zaměstnání unikli. Z toho důvodu je vhodné na kvantitativní výzkum navázat také výzkumem kvalitativním, který by problematiku rozšířil a prohloubil v konkrétních podmínkách praxe fyzioterapeuta.

7 ZÁVĚR

Diplomová práce se věnuje syndromu vyhoření ve zdravotnictví. Teoretická část práce popisuje syndrom vyhoření jako psychosociální problém, jeho vznik, rizikové faktory vzniku, diagnostiku, léčbu a prevenci. Stěžejní kapitolou je syndrom vyhoření ve zdravotnictví, která je orientovaná na ohrožené profese. Hlavní zdravotnickou profesí, které se kapitola věnuje, je fyzioterapie.

Cílem výzkumného šetření bylo porovnat výskyt syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde je péče hrazena zdravotními pojišťovnami, a v ambulancích samoplátců. Druhým cílem bylo zmapovat zátěžové faktory specifické pro práci fyzioterapeuta. Pro zmapování výskytu syndromu vyhoření byl použit dotazník MBI, ve vztahu k hypotézám byly využity především výsledky skóre emoční exhauce (EE). V míře emoční exhauce mezi skupinou fyzioterapeutů pracujících v ambulancích, kde je péče hrazena zdravotními pojišťovnami, a v ambulancích, kde je péče hrazena přímo pacientem (samoplátcem), byl potvrzen statisticky signifikantní rozdíl. Cíl č. 1 byl splněn. Další hypotézy byly zaměřeny na zátěžové faktory práce fyzioterapeuta a jejich vztah ke vzniku syndromu vyhoření. Míra pracovní zátěže u fyzioterapeutů byla vyjádřena počtem ošetřených pacientů během jednoho dne. Mezi zátěžové faktory byla zahrnuta také práce s pacientem s nepříznivou diagnózou a nedostatečná zpětná vazba od pacientů, souvislosti byly ověřovány také mezi mírou emoční exhauce a délkou praxe v oboru. Součástí výzkumu bylo hodnocení psychické zátěže při práci Meisterovým dotazníkem a následné zjištění vztahu s mírou emoční exhauce respondentů. Na základě statistického vyhodnocení výsledků byly nulové hypotézy zamítnuty. Zátěžové faktory specifické pro práci fyzioterapeuta byly zmapovány a cíl č. 2 byl splněn.

Výsledky šetření mohou tvořit podklad pro realizaci preventivních opatření zaměřených na nadměrnou psychickou zátěž při práci a vznik syndromu vyhoření, a to jak na úrovni jednotlivce, tak na úrovni organizace. Ačkoliv je syndrom vyhoření velice diskutovaným pojmem a v minulosti bylo provedeno již nespočet výzkumů na toto téma, stále pro pracovníky ve zdravotnictví představuje velké riziko. Dle mého názoru je na místě zvýšení povědomí o syndromu vyhoření na úrovni zaměstnavatelů, kteří tím

přispějí k prevenci a vyšší kvalitě poskytování fyzioterapeutických služeb. Bohužel duševnímu zdraví zaměstnanců stále není věnován dostatek pozornosti. Na úrovni jednotlivce je na místě preventivní psychohygiena a vlastní edukace. Důležitou součástí je schopnost oddělit pracovní život od života osobního. Přestože výsledky ukázaly slabé či středně silné korelace mezi zátěžovými faktory a syndromem vyhoření, nelze problematiku podcenit. Syndrom vyhoření v současnosti stále zůstává velkým rizikem pro mnoho zdravotnických i nezdravotnických pracovníků. Na výzkum kvantitativní by bylo vhodné navázat také výzkumem kvalitativním, který by dopomohl problematiku prohloubit a objasnit rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření cíleně u fyzioterapeutů.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Monika Marková
Pracoviště:	Ústav veřejného zdravotnictví Lékařská fakulta Univerzita Palackého v Olomouci
Vedoucí práce:	Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název diplomové práce:	Syndrom vyhoření ve zdravotnictví
Název diplomové práce v anglickém jazyce:	Burnout in health care
Anotace diplomové práce v ČJ:	<p>Diplomová práce se věnuje syndromu vyhoření ve zdravotnictví. Teoretická část práce spočívá v popisu syndromu vyhoření jako psychosociálního problému. Stěžejní kapitolou je syndrom vyhoření ve zdravotnictví. Cílem práce bylo popsat rizikové faktory, vznik a průběh syndromu vyhoření a zmapovat příčiny syndromu vyhoření u fyzioterapeutů. Cílem výzkumné části bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u ambulantních fyzioterapeutů a vliv zátěžových faktorů práce na vznik syndromu vyhoření. Ve výzkumné části byl použit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory a standardizovaný Meisterův dotazník psychické zátěže při práci. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 106 fyzioterapeutů. Získané výsledky poukazují na signifikantní rozdíl mezi emoční exhaucí u fyzioterapeutů pracujících v ambulancích s převážující péčí hrazenou zdravotními pojišťovnami ČR a v ambulancích s úhradou péče pacientem. Další statistické výsledky poukazují na korelace mezi jednotlivými zátěžovými faktory a vznikem syndromu vyhoření u fyzioterapeutů. V diskusi jsou shrnuty výsledky výzkumu, které jsou porovnány s výsledky zahraničních studií.</p>

Anotace diplomové práce v AJ:	This diploma thesis describes the burnout syndrome in healthcare. The theoretical part consists in the description of the burnout syndrome as a psychosocial problem. The key chapter is the burnout syndrome in healthcare. The aim of the work was to describe the risk factors, the origin and course of the burnout syndrome and to map the causes of the burnout syndrome by physiotherapists. The aim of the research was to determine the incidence of the burnout syndrome in outpatient physiotherapy and the influence of work stress factors on the development of the burnout syndrome. Maslach Burnout Inventory and Meister questionnaire was used for research. In the survey 106 physiotherapists participated. The results point to a significant difference between emotional exhaustion by physiotherapists working in outpatient physiotherapy paid by health insurance companies in the Czech Republic and in outpatient physiotherapy paid by patients. Other statistical results point to correlations between individual stress factors and the burnout syndrome by physiotherapists. The discussion summarizes the results of the research, which are compared with the results of foreign studies.
Klíčová slova v ČJ:	Syndrom vyhoření, zdravotnictví, fyzioterapeut, fyzioterapie, pracovní stres, pracovní zátěž
Klíčová slova v AJ:	Burnout, burnout syndrome, healthcare, physiotherapist, physiotherapy, work stress, workload
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Baterie použitých dotazníků (s. 92) Příloha č. 2: Doplnující tabulky k výsledkům (s. 97) Příloha č. 3: Doplnující skóre DP a PA (s. 98) Příloha č. 4: Meisterův dotazník – část výsledků (s. 100) Příloha č. 5: Testy normality (s. 101) Příloha č. 6: Krabicové grafy dimenzí MBI (s. 103)
Rozsah práce:	91 s. (bez příloh)
Jazyk práce:	ČJ

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

AL-IMAM, Dalia Muhammed, Hana Ibrahim AL-SOBAYEL. 2014. The Prevalence and Severity of Burnout among Physiotherapists in an Arabian Setting and the Influence of Organizational Factors: An Observational Study. [online]. *Journal of Physical Therapy Science*. **26**(8). [cit. 2021-25-02]. doi: 10.1589/jpts.26.1193.

ARAÚJO SILVA, Tatiane Lima, João Carlos ALCHIERI. 2014. Socioeconomic and demographic aspects related to stress and the burnout syndrome among Brazilian physiotherapists. [online]. *Salud Mental*. **37**(3): 233-238. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2014.027.

BÄHRER – KOHLER, Sabine. 2013. *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working*. New York: Springer. ISBN 978-1-4614-4391-9.

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

BENEVIDES-PEREIRA, A. M., R. DAS NEVES ALVES. 2007. A study on burnout syndrome in healthcare providers to people living with HIV. [online]. *AIDS Care*. **19**(4): 565-571. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.1080/09540120600722775.

BRATTIG, Birte, Anja SCHABLON, Albert NIENHAUS, Claudia PETERS. 2014. Occupational accident and disease claims, work-related stress and job satisfaction of physiotherapists. [online]. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. **9**(36). [cit. 2020-20-06]. doi: 10.1186/s12995-014-0036-3.

BRINDLEY, Peter, Segun OLUSANYA, Adrian WONG, Liz CROWE, Laura HAWRYLUCK. 2019. Psychological 'burnout' in healthcare professionals: Updating our understanding, and not making it worse. [online]. *Journal of the Intensive Care Society*. **20**(4). [cit. 2021-08-04]. doi: 10.1177/1751143719842794.

BROOKE, Tess, Makaela BROWN, Robin ORR, Suzanne GOUGH. 2020. Stress and burnout: exploring postgraduate physiotherapy students' experiences and coping strategies. [online]. *BMC Medical Education*. **20**(433). [cit. 2021-20-05]. doi: 10.1186/s12909-020-02360-6.

BRUSCHINI, Marco, Antonella CARLI, Franco BURLA. 2018. Burnout and work-related stress in Italian rehabilitation professionals: A comparison of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists. [online]. *Work*. **59**(1). [cit. 2021-24-02]. doi: 10.3233/WOR-172657.

CARMONA-BARRIENTOS, Ines, Francisco GALA-LEÓN, Mercedes LUPIANI-GIMÉNEZ, Alberto CRUZ-BARRIENTOS, David LUCENA-ANTON, Jose MORAL-MUNOZ. 2020. Occupational stress and burnout among physiotherapists: a cross-sectional survey in Cadiz (Spain). [online]. *Human Resources for Health*. **18**(91). [cit. 2021-24-02]. doi: 10.1186/s12960-020-00537-0.

CIKRT, Miroslav, Daniela PELCLOVÁ, Milan TUČEK. 2005. *Pracovní lékařství pro praxi: příručka s doporučenými standardy*. Praha: Grada. 327 s. ISBN 80-247-0927-9.

CORRADO, Bruno, Gianluca CIARDI, Luciano FORTUNATO, Clemente Sevdio IAMMARRONE. 2019. Burnout syndrome among Italian physiotherapists: a cross-sectional study. [online]. *European Journal of Physiotherapy*. **21**(4). [cit. 2021-25-02]. doi: 10.1080/21679169.2018.1536765.

ČERNÁ, Renáta a Zuzana KOŽÍKOVÁ. 2004. Syndrom vyhoření (burn-out syndrom) u zdravotních sester. *Urologie pro praxi*. **5**(6): 256. ISSN 1213-1768.

ČESKO. Vyhláška č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020. In: *Sbírka zákonů*. Částka 117, ročník 2019, s. 2658-2660. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://www.unify-cr.cz/obrazky-soubory/vyhlaaka-ahrady-a-szv-2020-18213.pdf?redir>

DAŇKOVÁ, Zuzana. 2017. Hořet a nevyhořet. *Psychologie dnes*. **23**(2): 56-57. ISSN 1211-5886.

DEBSKA, Grazyna, Ewa WILCZEK-RUZYCZKA, Zofia FORYS, Pasek MALGORZATA. 2013. Psychometric properties assessment of the Meister questionnaire (Polish version) used in evaluating mental load among nurses. [online]. *Med Pr.* **64**(3): 349-358. [cit. 2021-25-02]. doi: 10.13075/mp.5893.2013.0030.

FIABANE, Elena, Ines GIORGI, Daniele MUSIAN, Cinzia SGUAZZIN, Piergiorgio ARGENTERO. 2012. Occupational stress and job satisfaction of healthcare staff in rehabilitation units. [online]. *La Medicina del Lavoro.* **103**(6): 482-492. [cit. 2020-30-12]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23405482/>

FISHER, Marcel, Marion MITSCHKE, Peter ENDLER, Elke MESENHOLL-STREHLER, Harald LOTHALLER, Roswith ROTH. 2013. Burnout in physiotherapists: Use of clinical supervision and desire for emotional closeness or distance to clients. [online]. *International Journal of Therapy and Rehabilitation.* **20**(11): 550-558. [cit. 2021-25-02]. doi: 10.12968/ijtr.2013.20.11.550.

FONG, Ted. CT, RTH HO, FSW AU-YEUNG, CY SING, KY LAW, LF LEE. 2016. The relationships of change in work climate with changes in burnout and depression: A 2-year longitudinal study of Chinese mental health care workers. [online]. *Psychology, Health and Medicine.* **21**(4): 401-412. [cit. 2021-25-02]. doi: 10.1080/13548506.2015.1080849.

GONZÁLEZ-SÁNCHEZ, Blanca, María Victoria GONZÁLEZ LÓPEZ-ARZA a kolektiv. 2017. Burnout syndrome prevalence in physiotherapists. [online]. *Revista da Associação Médica Brasileira.* **63**(4): 361-365. [cit. 2021-25-02]. doi: 10.1590/1806-9282.63.04.361.

HEKELOVÁ, Zuzana. 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.

HONZÁK, Radkin. 2015. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2. vydání. 240 s. ISBN 978-80-7429-552-2.

HOSKOVCOVÁ, Simona. 2009. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1.

HU, Nien-Chih, Jong-Dar CHEN, Tsun-Jen CHENG. The associations between long working hours, physical inactivity, and burnout. [online]. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. **58**(5): 514-518. [cit. 2021-25-02]. doi: 10.1097/JOM.0000000000000715.

CHERNISS, Cary. 2016. *Beyond Burnout: Helping Teachers, Nurses, Therapists and Lawyers Recover*. London Routledg. 230 s. ISBN 978-04-159-1205-1.

IŠTOŇOVÁ, Miriam a Monika GBUROVÁ. 2012. *Je syndróm vyhořenia v povolání fyzioterapeuta aktuálny?* [online]. Prešovská Univerzita. FZO: Katedra fyzioterapie. [cit. 2021-25-02]. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Istonova3/subor/Istonova2.pdf>

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.

JOVANOVIĆ, Stevan, Biljana STOJANOVIĆ. 2017. Effect of stress and professional burning on moral and ethical values in physiotherapy profession. [online]. *PONS Medical Journal*. **14**(2): 52-58. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.5937/pomc14-11837.

KALLWASS, Angelika. 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav. 2. rozšířené vydání. ISBN 80-7071-231-7.

KEBZA, Vladimír. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, Vladimír, Jana ŠEBLOVÁ, Jana VIGNEROVÁ. 2007. Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice: expozice kritickým 95 událostem a výskyt syndromu vyhoření v letech 2003-2005. *Československá psychologie*. **51**(4): 404-417. ISSN 0009-062X.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2010. Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie*. **54**(1): 1-16. ISSN 0009-062X.

KIM, Ju-Hyun, Ae-Ryoung KIM, Myung-Gwan KIM, Chu-Hyun KIM, Ki-Hoon LEE, Donghwi PARK, Jong-Moon HWANG. 2020. Burnout syndrome and work-related stress in physical and occupational therapists working in different types of hospitals: which group is the most vulnerable? [online]. *Environmental Research and Public Health*. **17**(14). [cit. 2021-14-04]. doi: 10.3390/ijerph17145001.

KLAPPA, Susan, Lois E. FULTON, Lauren CERIER, Alexa PEÑA, Andrew SIBENALLER, Scot P. KLAPPA. 2015. Compassion fatigue among physiotherapist and physical therapists around the world. [online]. *Global Journal of Medical, Physical and Health Education*. **3**(5): 124-137. [cit. 2020-20-06]. ISSN 2449-1802.

KORCZAK, Dieter, Monika WASTIAN, Michael SCHNEIDER. 2012. Therapy of the burnout syndrome. [online]. *GMS Health Technol Assess*. **8**. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.3205/hta000103.

KRATOCHVÍL, Stanislav. 2017. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál. 403 s. ISBN 978-80-262-1227-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada. 131 s. ISBN 80-7169-551-3.

KURZEJA, Piotr, Tomasz SZURMIK, Jarosław PRUSAK, Agata KUZIEL, Mirosław MROZKOWIAK. 2018. Selected aspects of burnout among physiotherapists. [online]. *Journal of Education, Health and Sport*. **8**(8): 780-795. [cit. 2020-20-06]. ISSN 2391-8306.

LASTOVKOVA, Andrea, Melanie CARDER a kolektiv. 2018. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. [online]. *Industrial Health*. **56**(2): 160-165. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.2486/indhealth.2017-0132.

- MAGHSOUD EIVAZI, Gh., Amin ALILOU, Sara FEREDOUNNIA, Zohre ZAKI. 2013. Factors associated with burnout syndrome in physiotherapy staff: A questionnaire study. [online]. *Journal of Society for development in new net environment in B&H*. **7**(1). [cit. 2020-20-06]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/283214447>
- MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. 2016. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 2. aktualizované vydání. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
- MARC, George, Andrew. P. SMITH. 2012. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. [online]. *British Journal of Health Psychology*. **17**(3): 505-521. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.1111/j.2044- 8287.2011.02051.x.
- MAROON, Istifan. 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: Teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MASLACH, Christina, Susan JACKSON, Michael LEITER. 1996. Maslach Burnout Inventory – 3rd edition. In: ZALAUQUETT, Carlos, Richard John WOOD. 1997. *Evaluating Stress: A Book of Resources*. Scarecrow Press. s. 191-218. ISBN 978-08-108-3231-2.
- MASLACH, Christina, Michael LEITER. 2016. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. [online]. *World Psychiatry*. **15**(2): 103-111. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.1002/wps.20311.
- McCLAFFERTY, Hilary, Oscar BROWN. 2014. Physician health and wellness. [online]. *Pediatrics*. **134**(4): 830-835. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.1542/peds.2014-2278.
- MEESTERS, Ybe, M. WASLANDER. 2010. Burnout and light treatment. [online]. *Stress and Health*. **26**(1): 13-20. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.1002/smi.1250.
- MESQUITA, Camila, Leide de ALMEIDA PRAXEDES, Fábio Mesquita do NASCIMENTO. 2021. Burnout syndrome in physiotherapy students: systematic review with meta-analysis. [online]. *Brazilian Journal of Health Review*. **4**(1). [cit. 2020-20-06]. ISSN 2525-8761.

MIKOŁAJEWSKA, Emilia. 2014. Work-related stress and burnout in physiotherapists – a literature review. [online]. *Medycyna Pracy*. **65**(5): 693-701. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.13075/mp.5893.00078.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. 2019. *Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*. [online]. [cit. 2021-07-05]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17753/38443/MD%20SPIS.pdf>

MUSIL, Jiří. 2010. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. Olomouc: Jiří Musil – Psychologická a výchovná poradna. 60 s. ISBN 978-80-903449-9-0.

NOWAKOWSKA-DOMAGALA, Katarzyna, Karolina JABLOKOWSKA-GÓRECKA, Lilianna KOSTRZANOWSKA-JARMAKOWSKA, Marta MORTOŃ, Patryk STECK. 2015. The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Study. [online]. *Medicine*. **94**(24). [cit. 2020-20-06]. ISSN 0025-7974.

OKHIRIA, Monika, Aleksandra TRUSZCZYŃSKA-BASZAK, Adam TARNOWSKI. 2020. Assessment of work-related fatigue in Polish physiotherapists and of its effect on their diagnostic accuracy and physiotherapy planning. [online]. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. **26**(2): 406-412. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.1080/10803548.2019.1690215.

OWCZAREK, Krzysztof, Stanisław WOJTOWICZ, Witold PAWŁOWSKI, Dariusz BIAŁOSZEWSKI. 2017. Burnout syndrome among physiotherapists. [online]. *Wiadomości Lekarskie*. **70**(3): 537-542. [cit. 2021-15-05]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28713077/>

PAIVA, Lucila Corsino, Ana Carla Gomes CANÁRIO, Eneluzia Lavynnya Corsino de PAIVA CHINA, Ana Katherine GONCLAVES. 2017. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. [online]. *Clinics*. **72**(5): 305-309. [cit. 2020-29-11]. doi: 10.6061/clinics/2017(05)08.

PAVLAKIS, Andreas, Vasilios RAFTOPOULOS, Mamas THEODOROU. 2010. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. [online]. *BMC Health Services Research*. **10**. [cit. 2020-20-06]. doi:10.1186/1472-6963-10-63.

PÉREZ-FUENTES, María del Carmen, María del Mar, MOLERO JURADO, África Martos, MARTÍNEZ, José Jesús Gázquez, LINARES. 2018. New burnout evaluation model based on the Brief Burnout Questionnaire: psychometric properties for nursing. [online]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. **15**(12). [cit. 2020-20-06]. doi: 10.3390/ijerph15122718.

PĚŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. 2016. *Syndrom vyhoření – Jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8.

POTTER, Beverly. 1997. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání: "pracovní vyhoření" - příčiny a východiska*. Olomouc: Votobia. 259 s. ISBN 80-7198-211-3.

PREECE, Claire. 2020. Stress and burnout in physiotherapists: A literature review of causative factors, the impact on patient care and coping strategies. [online]. *Physiotherapy Journal*. **107**(1). [cit. 2021-12-04]. doi: 10.1016/j.physio.2020.03.112.

PRIEB, Mirriam. 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5394-2.

PŘÍKRYLOVÁ, Dagmar, Marie NAKLÁDALOVÁ, Jan LUŽNÝ. 2007. *Burnout syndrom – myslíme na tuto diagnózu?* [online]. Slezské dny preventivní medicíny. roč. **8** [cit. 2020-30-12]. Dostupné z: <https://www.medvik.cz/bmc/view.do?gid=1046994>

PTÁČEK, Radek a Libuše ČELEDVÁ a kolektiv. 2011. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum. 118 s. ISBN 978-80-246-1998-9.

PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH, Vladimír KEBZA a kolektiv. 2013. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5114-6.

PTÁČEK, Radek a Jiří RABOCH. 2013. Diagnóza českého zdravotnictví – Z 73.0? *Tempus medicorum*. **22**(9): 3-8. ISSN 1214-7524.

PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH, Vladimír KEBZA, Iva ŠOLCOVÁ a kolektiv. 2017. Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření. *Československá psychologie*. **61**(6): 536-545. ISSN 1804 6436.

PTÁČEK, Radek, Martina VŇUKOVÁ, Jiří RABOCH, Irena SMETÁČKOVÁ, Pavel HARSA, Lucie ŠVANDOVÁ. 2018. Syndrom vyhoření a životní styl učitelů českých základních škol. *Česká a slovenská psychiatrie*. **114**(5): 199-204. ISSN 1212-0383.

PTÁČEK, Radek, Martina VŇUKOVÁ, Jiří RABOCH, Irena SMETÁČKOVÁ, Edel SANDERS, Lucie ŠVANDOVÁ, Pavel HARSA, George B. STEFANO. 2019. Burnout syndrome and lifestyle among primary school teachers: a Czech representative study. [online]. *Medical Science Monitor*. **25**: 4974-4981. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.12659/MSM.914205.

PTÁČEK, Radek, Martina VŇUKOVÁ, Irena SMETÁČKOVÁ, Simon WEISSENBERGER, Pavel HARSA, Jiří RABOCH. 2019. Who burns out more? comparison of burnout levels between teachers and physicians in the Czech Republic. [online]. *Activitas Nervosa Superior*. **61**(4): 165-169. [cit. 2020-20-06]. doi: 10.1007/s41470-019-00034-3.

PUSTULKA-PIWNIK, Urszula, Zdzisław Jan RYN, Łukasz KRZYWOSZAŃSKI, Joanna STOŹEK. 2014. Burnout syndrome in physical therapist – demographic and organizational factors. [online]. *In Medycyna Pracy*. **65**(4): 453-462. [cit. 2020-20-06]. ISSN 0465-5893.

RABOCH, Jiří a Radek PTÁČEK. 2014. Syndrom vyhoření a deprese. [online]. *Practicus.eu*. **8**: 29-30. [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2014-10/29-Syndrom_vyhoreni.pdf

REED, Katherine, Karhryn COCHRAN, Anthony EDELBLUTE, Daniel ANZANARES, Hillary SINN, Michael HENRY, Marc MOSS. 2020. Creative arts therapy as a potential intervention to prevent burnout and build resilience in health care professionals. [online]. *American Association of Critical-Care Nurses*. **31**(2): 179-190. [cit. 2020-17-12]. doi: 10.4037/aacnacc2020619.

ROGAN, Slavko, Yanni VERHAVERT, Evert ZINZEN, Fabienne REY, Aline SCHERER, Eefje LUIJCKX. 2019. Risk factor and symptoms of burnout in physiotherapists in the canton of Bern. [online]. *Archives of Physiotherapy*. **9**. [cit. 2020-09-12]. doi: 10.1186/s40945-019-0072-5.

ROTENSTEIN, Lisa, Matthew TORRE, Marco A. RAMOS, Rachel C. ROSALES, Constance GUILLE, Srijan SEN, Douglas A. MATA. 2018. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. [online]. *The Journal of the American Medical Association*. **320**(11). [cit. 2020-09-12]. doi: 10.1001/jama.2018.12777.

SEIXAS, Adérito, Teresa MARQUES, Isabel MOREIRA-SILVA, Joana AZEVEDO, Nuno VENTURA, Sandra RODRIGUES. 2020. Burnout in Portuguese physiotherapists, prevalence and influencing factors. [online]. *International Journal of Occupational and Environmental Safety*. **4**(1): 37-47. [cit. 2021-04-03]. ISSN 2184-0954.

SLIWINSKI, Zbigniew, Malgorzata STARCZYNSKA et al. 2014. Burnout among physiotherapists and length of service. [online]. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. **27**: 224-235. [cit. 2020-09-12]. doi: 10.2478/s13382-014-0248-x.

SMETÁČKOVÁ, Irena, Veronika FRANCOVÁ, Jiří RABOCH, Radek PTÁČEK. 2016. Lékařské vyhoření: kvalitativní studie. *Československá psychologie*. **60**(5): 510-524. ISSN 0009-062X.

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

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ, Hana KUČEROVÁ. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 8073671549.

UNIE FYZIOTERAPEUTŮ ČESKÉ REPUBLIKY. 2020. *Koncepce oboru fyzioterapie*. [online]. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z: <http://www.unify-cr.cz/o-nas-koncepce-oboru>

VAŠINA, Bohumil. 2009. *Základy psychologie zdraví*. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. 124 s. ISBN 978-80-7368-757-1.

VÁVROVÁ, Soňa. 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. 159 s. ISBN 978-80-262-0087-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. 2011. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

VOJÁČEK, Jan. 2020. *Umění být zdrav*. Praha: Albatros Media. 216 s. ISBN 978-80-264-3031-5.

WEBER, A., A. JAEKEL-REINHARD. 2000. Burnout syndrome: a disease of modern societies? [online]. *Occupational Medicine*. **50**(7): 512-517. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z: <http://occmed.oxfordjournals.org/content/50/7/512.full.pdf>. ISSN 1471-8405.

WETHERILL, Marianna, Nasir MUSHTAQ, Heather McINTOSH, Krista KEZBERS. 2019. Associations between burnout and lifestyle-related coping behaviors among medical students, residents, staff, and faculty: Implications for medical school wellness initiatives. [online]. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*. **112**(9): 340-344. [cit. 2020-09-12]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/337654408>

WILSKI, Maciej, Bartosz CHMIELEWSKI, Maciej TOMCZAK. 2015. Work locus of control and burnout in Polish physiotherapists: The mediating effect of coping styles. [online]. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. **28**(5): 875-889. [cit. 2020-09-12]. doi: 10.13075/ijomeh.1896.00287.

ŽIDKOVÁ, Zdeňka. 2013. *Metody: Dotazníky. využívané v kategorizaci prací*. [online]. [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

SEZNAM ZKRATEK

CFS – chronic fatigue syndrome

č. – číslo

ČR – Česká republika

DP – depersonalizace

EE – emoční exhausce

et al. – a kolektiv

H₀ – nulová hypotéza

H_A – alternativní hypotéza

HS – hrubý skór

min. – minimum

MD – Meisterův dotazník

MBI – Maslach Burnout Inventory

max. – maximum

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NF – nespecifický faktor

obr. – obrázek

PA – personal accomplishment

s. – strana

SD – směrodatná odchylka

tab. – tabulka

UNIFY – Unie fyzioterapeutů

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1: Zařazení otázek do kategorií MBI	43
Tab. č. 2: Interpretace skóre dotazníku	43
Tab. č. 3: Vyhodnocení podle faktorů	44
Tab. č. 4: Kritické hodnoty mediánů	44
Tab. č. 5: Klasifikace zátěže celé skupiny	56
Tab. č. 6: Mann Whitney U test.....	59
Tab. č. 7: Spearmanův korelační koeficient	62
Tab. č. 8: Spearmanův korelační koeficient	63
Tab. č. 9: Spearmanův korelační koeficient	64
Tab. č. 10: Spearmanův korelační koeficient	65
Tab. č. 11: Vyhodnocení Meisterova dotazníku – stupeň zátěže.....	66
Tab. č. 12: Spearmanův korelační koeficient	66
Tab. č. 13: Celková délka praxe a délka praxe na současném pracovišti (v měsících)	97
Tab. č. 14: Počet pacientů ošetřených během jednoho dne	97
Tab. č. 15: Hodnoty mediánů pro jednotlivé položky	100

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Rozdělení fyzioterapeutů podle pohlaví	47
Graf č. 2: Celková délka praxe v oboru (v měsících)	48
Graf č. 3: Délka praxe na současném pracovišti (v měsících).....	48
Graf č. 4: Rozdělení respondentů podle převažujícího typu úhrady fyzioterapeutické péče na pracovišti.....	49
Graf č. 5: Počet ošetřených pacientů během jednoho dne	50
Graf č. 6: Počet ošetřených pacientů během jednoho dne v ambulancích s úhradou péče zdravotními pojišťovny.....	51
Graf č. 7: Počet ošetřených pacientů během jednoho dne v ambulancích s úhradou péče pacientem (samoplátci)	51
Graf č. 8: Hodnocení zátěže – práce s pacientem s nepříznivou diagnózou.....	52
Graf č. 9: Hodnocení zátěže – nedostatečná zpětná vazba od pacientů.....	53
Graf č. 10: Skóre MBI – Emoční vyčerpání	54
Graf č. 11: Skóre MBI – Depersonalizace	55
Graf č. 12: Skóre MBI – Osobní výkonnost	55
Graf č. 13: Vyhodnocení dotazníku MBI – Emoční vyčerpání (EE) – celý výzkumný soubor.....	58
Graf č. 14: Hodnocení emočního vyčerpání (EE) u fyzioterapeutů pracujících v ambulancích s převažující péčí hrazenou zdravotními pojišťovny.....	58
Graf č. 15: Hodnocení emočního vyčerpání (EE) u fyzioterapeutů pracujících v ambulancích s převažující péčí hrazenou přímo pacientem (samoplátcem).....	59

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1: Vnitřní a vnější faktory	14
Obr. č. 17: Hypothesis Test Summary	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Baterie použitých dotazníků.....	92
Příloha č. 2: Doplnující tabulky k výsledkům výzkumu	97
Příloha č. 3: Doplnující skóre DP a PA	98
Příloha č. 4: Meisterův dotazník – Hodnoty mediánů pro jednotlivé položky	100
Příloha č. 5: Testy normality pro statistické vyhodnocení.....	101
Příloha č. 6: Krabicové grafy dimenzí MBI	103

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Baterie použitých dotazníků

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Monika Marková a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studijního programu Veřejné zdravotnictví na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a tímto se na Vás, jako na svého kolegu / kolegyni z oboru fyzioterapie, obracím se žádostí o spolupráci na výzkumu diplomové práce, jejíž cílem je zjistit vztah mezi vznikem syndromu vyhoření a pracovní zátěží fyzioterapeutů.

Pro výzkum budou použity dva standardizované dotazníky pro ČR. První zkoumanou částí bude výskyt syndromu vyhoření u fyzioterapeutů ČR v ambulantním provozu prostřednictvím dotazníku Maslach Burnout Inventory. Druhá část výzkumu bude realizována pomocí standardizovaného Meisterova dotazníku, který slouží k hodnocení psychické zátěže při práci. Součástí dotazníku jsou také demografické a doplňující otázky.

Dotazníky jsou zcela anonymní, po vyplnění je vložíte do obálky a vhodíte do sběrného boxu umístěného na dohodnutém místě. Výsledky budou zpracovány a dále publikovány v diplomové práci. Vyplnění dotazníku zabere přibližně 10 minut Vašeho času.

Kdykoliv během realizace máte právo na odmítnutí účasti v tomto výzkumu.

Demografické aspekty

1) Jaké je Vaše pohlaví?

a) muž

b) žena

2) Jaká je délka Vaší praxe v oboru fyzioterapie? (roky, měsíce)

...

3) Jak dlouho pracujete na současném pracovišti? (roky, měsíce)

...

4) Odhadovaný počet pacientů ošetřených během jednoho dne:

...

5) Jaký typ úhrady fyzioterapeutické péče převažuje ve Vaší ambulanci / v ambulanci, kde jste zaměstnaný/á?

a) úhrada péče zdravotními pojišťovnami České republiky dle bodového systému

b) úhrada péče pacientem / klientem (samoplátcem)

Doplňující otázky

7) Jak moc Vás zatěžuje níže uvedené? (1 – vůbec nezatěžuje 2 – spíše nezatěžuje, 3 – nevím, 4 – spíše zatěžuje, 5 – velmi zatěžuje)

a) práce s pacientem s nepříznivou diagnózou: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

b) nedostatečná zpětná vazba od pacientů: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Maslach Burnout Inventory

V následující části dotazníku u každého tvrzení vyznačte sílu pocitu, který obvykle prožíváte. Postupujte, prosím, podle níže uvedeného klíče.

0 – vůbec

1 – několikrát za rok nebo méně

2 – jednou měsíčně nebo méně

3 – několikrát za měsíc

4 – jednou týdně

5 – několikrát týdně

6 – každý den

7 – velmi silně

		0	1	2	3	4	5	6	7
1	Práce mne citově vysává								
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil								
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a								
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů								
5	Mam pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi								
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne neskutečně namáhavá								
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých pacientů/klientů								
8	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce								
9	Mam pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji								

10	Od té doby, co vykovávám svou profesi, jsem se stal/a méně citlivým/citlivou k lidem								
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým								
12	Mám stále hodně energie								
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení								
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává								
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými pacienty/klienty								
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres								
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru								
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými pacienty/klienty								
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a jsem hodně dobrého								
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil								
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně								
22	Cítím, že mi klienti/pacienti přičítají některé své problémy								

Meisterův dotazník

V následující části u každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejvíce vystihuje Vaše pocity při práci.

- 5 - ano, plně souhlasím
- 4 - spíše ano
- 3 - nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 - spíše nesouhlasím
- 1 - ne, vůbec nesouhlasím

1. Při práci mívám často pocit časového tlaku:

5 – 4 – 3 – 2 – 1

2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a:

5 – 4 – 3 – 2 – 1

3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky:

5 – 4 – 3 – 2 – 1

4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující:

5 – 4 – 3 – 2 – 1

5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby:

5 – 4 – 3 – 2 – 1

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

5 – 4 – 3 – 2 – 1

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

5 – 4 – 3 – 2 – 1

8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného:

5 – 4 – 3 – 2 – 1

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

5 – 4 – 3 – 2 – 1

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

5 – 4 – 3 – 2 – 1

Příloha č. 2: Doplňující tabulky k výsledkům výzkumu (vlastní tvorba)

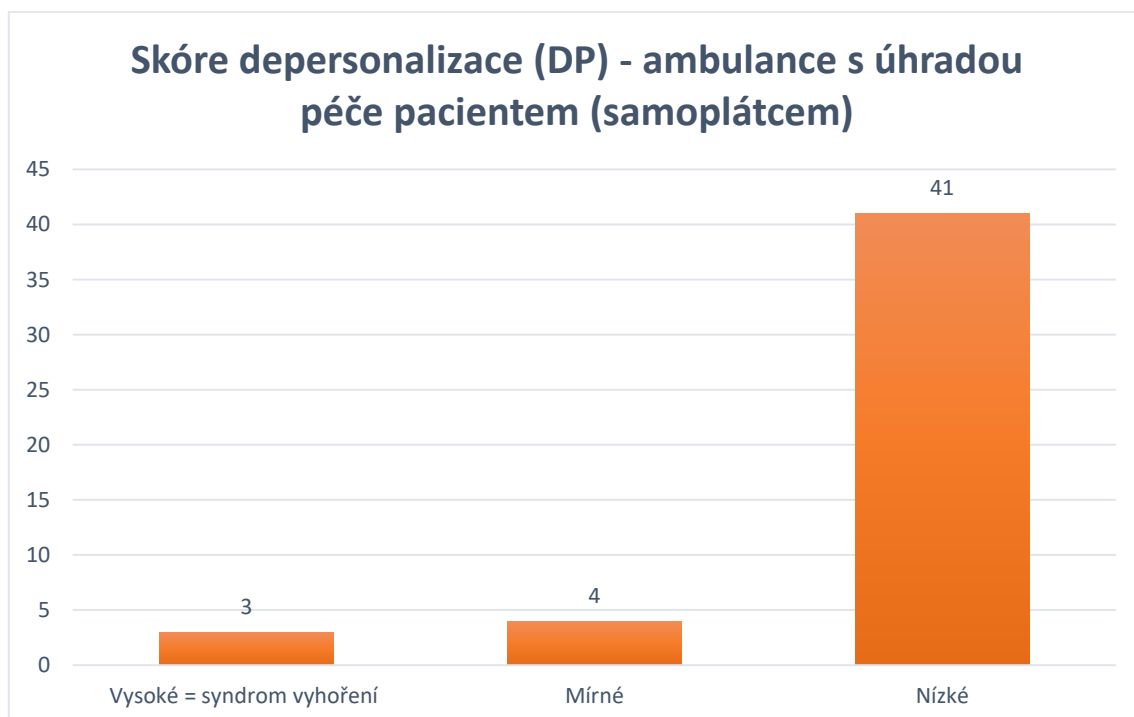
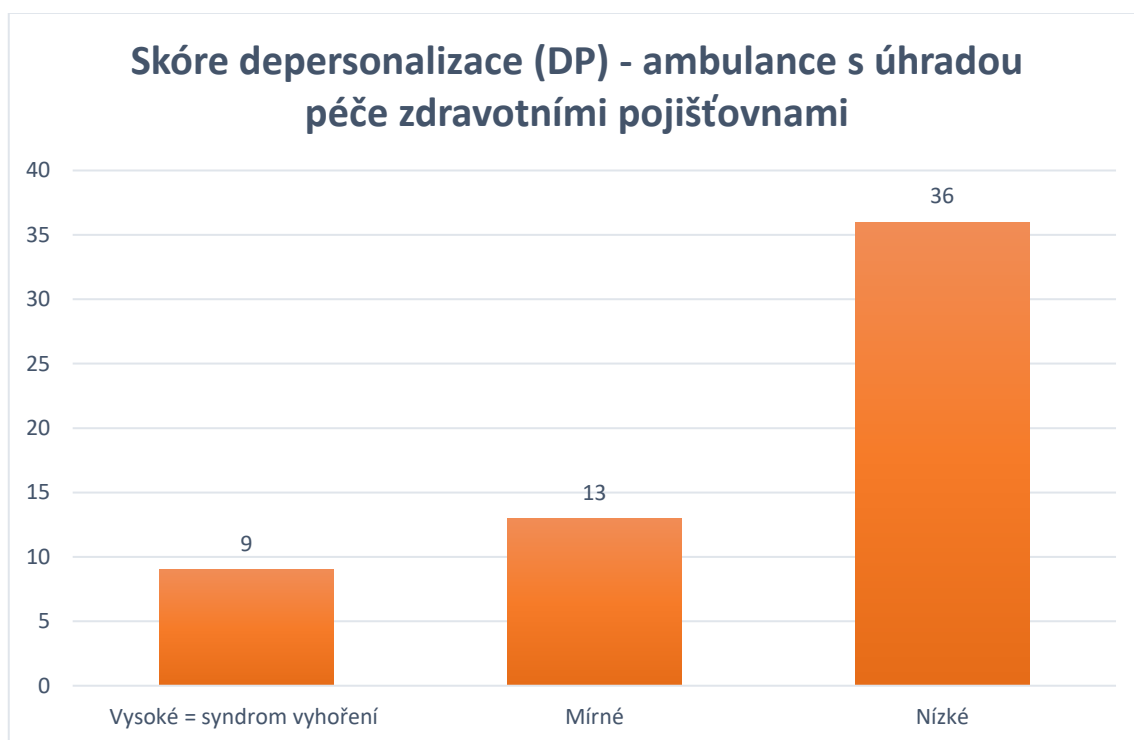
Tab. č. 13: Celková délka praxe a délka praxe na současném pracovišti (v měsících)

	Min.	Max.	Průměr	SD
Celková délka praxe	3	324	104,18	85,09
Délka praxe na současném pracovišti	2	216	43,61	36,77

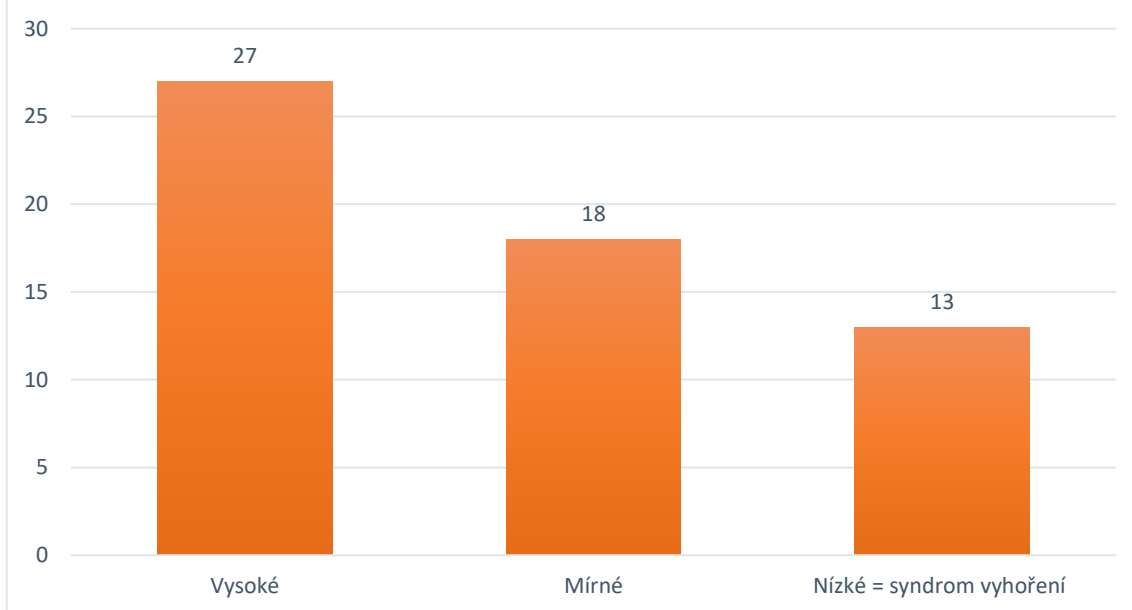
Tab. č. 14: Počet pacientů ošetřených během jednoho dne

	Min.	Max.	Průměr	Modus	Medián	SD
Celkově	4	22	9,69	5, 7, 12	9	3,92
Ambulance – ZP	6	22	12,26	12	12	3,20
Ambulance – samoplátci	4	15	6,58	5	6	1,97

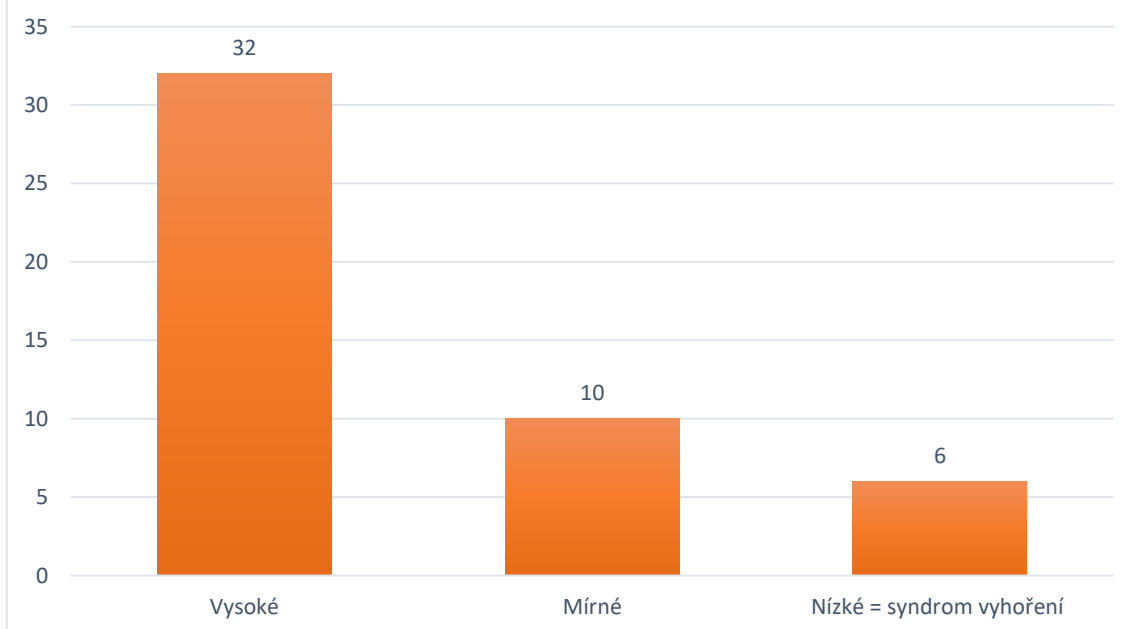
Příloha č. 3: Doplňující skóre DP a PA (vlastní tvorba)



Skóre osobní výkonnosti (PA) - ambulance s úhradou péče zdravotními pojišťovnami



Skóre osobní výkonnosti (PA) - ambulance s úhradou péče pacientem (samoplátcem)

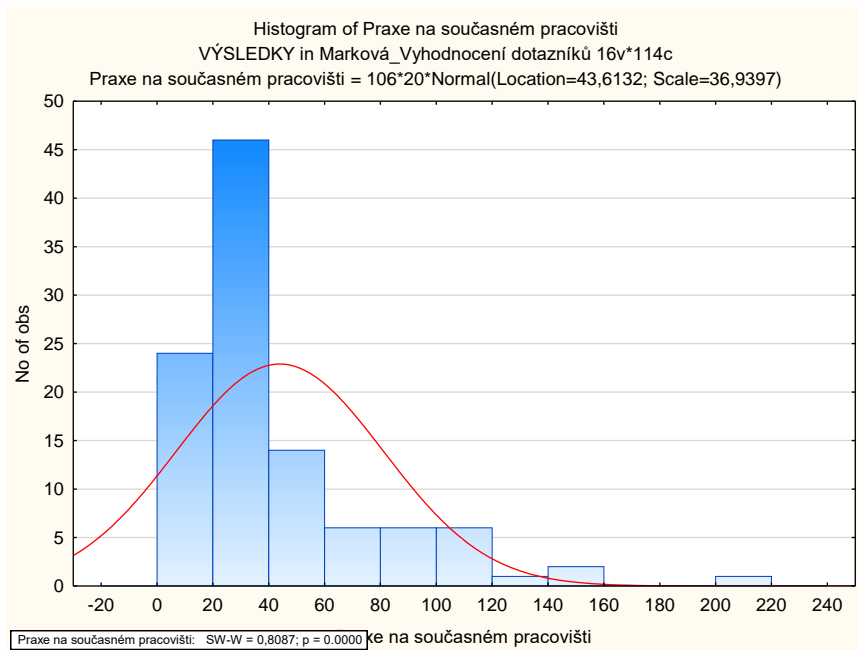
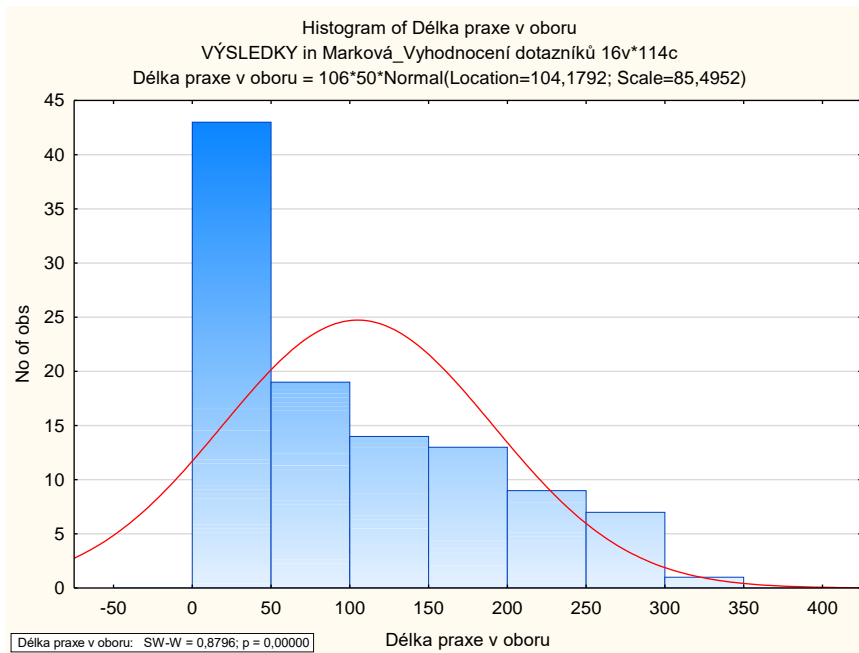


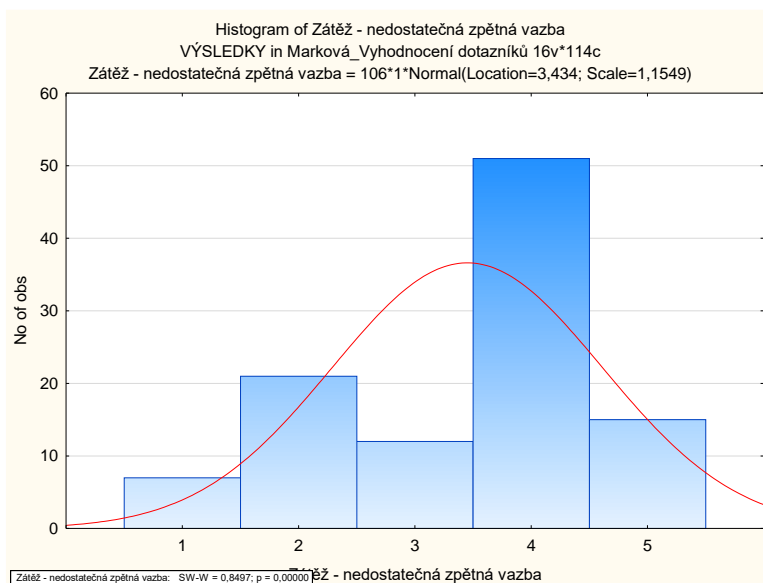
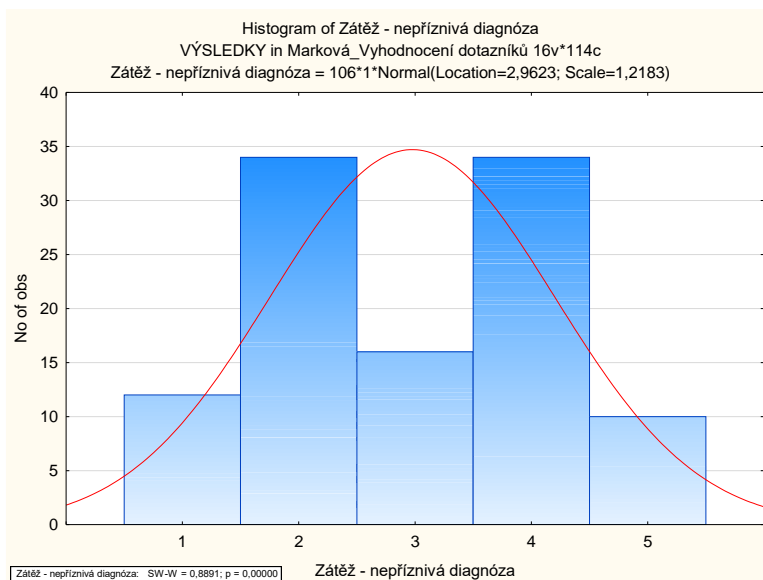
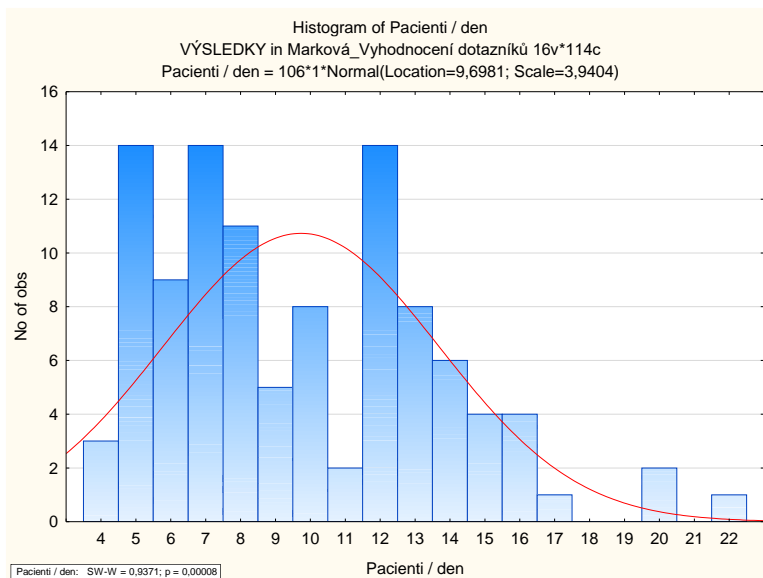
Příloha č. 4: Meisterův dotazník – Hodnoty mediánů pro jednotlivé položky (vlastní tvorba)

Tab. č. 15: Hodnoty mediánů pro jednotlivé položky

Hodnoty mediánů pro jednotlivé položky – kritické hodnoty mediánů					
Číslo otázky	Otázka	Kritická hodnota mediánu	Naměřená hodnota	Průměrná hodnota	Směrodatná odchylka
1.	Časová tíseň	3,00	3,00	3,17	0,37
2.	Malé uspokojení	2,50	2,00	2,00	0,58
3.	Vysoká odpovědnost	3,00	3,00	2,83	0,37
4.	Otupující práce	2,50	2,50	2,33	0,75
5.	Problémy a konflikty	2,50	3,00	3,00	0,58
6.	Monotonie	2,50	2,00	2,17	0,69
7.	Nervozita	3,00	3,00	2,83	0,37
8.	Přesycení	3,00	3,00	3,00	0,58
9.	Únava	3,00	3,50	3,50	0,50
10.	Dlouhodobá únosnost	2,50	4,50	4,17	0,90

Příloha č. 5: Testy normality pro statistické vyhodnocení (vlastní tvorba)





Příloha č. 6: Krabicové grafy dimenzí MBI (vlastní tvorba)

