

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VZTAH MEZI ÚROVNÍ STRESU A SYNDROMEM VYHOŘENÍ U  
ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ**



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: Ing. et. Bc. Monika Kolková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kavková, PhD.

Olomouc

**2019**

## **Poděkování**

Velmi ráda bych poděkovala Mgr. Veronice Kavkové, PhD. za vedení mé diplomové práce a cenné rady při formování zadání. Také bych ráda poděkovala Mgr. Hynkovi Latovi za jeho pomoc při zpracování empirické části. Velké poděkování také patří FN Brno a ostatním nemocnicím, které umožnili tento výzkum. Největší díky patří pak celé mojí rodině a přátelům. Nejvíce bych chtěla poděkovat svému partnerovi Markovi Jelínkovi, který mi poskytl oporu a vytvořil podnětné prostředí. Bez nich by nemohla tato práce vzniknout.

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Vztah mezi úrovní stresu a syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V.....dne.....

Podpis.....

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
1.1    DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ .....	7
1.2    PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ .....	9
1.3    FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	10
1.4    DIAGNOSTIKA .....	11
1.4.1    Maslach Burnout Inventory .....	12
1.4.2    Burnout Measure .....	12
1.4.3    Oldenbug Burnout Inventory .....	12
1.4.4    Copenhagen Burnout Inventory .....	13
1.5    VÝZKUMY V ČR A ZAHRANIČÍ .....	13
<b>2    STRES</b> .....	<b>16</b>
2.1    PSYCHOBIOLOGICKÉ MECHANISMY STRESOVÉ ODPOVĚDI.....	16
2.2    VLIV STRESU NA ZDRAVÍ .....	17
2.3    PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY STRESOVÝCH REAKCÍ.....	18
2.4    DRUHY STRESU A ZVLÁDÁNÍ STRESU VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	19
<b>3    SYNDROM VYHOŘENÍ Z POHLEDU PSYCHOLOGIE PRÁCE</b> .....	<b>21</b>
3.1    VNITŘNÍ FAKTORY.....	23
3.2    PRACOVNÍ PODMÍNKY BOZP.....	24
3.3    PSYCHOSOCIÁLNÍ RIZIKA .....	24
3.4    PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ.....	25
3.5    PSYCHOSOCIÁLNÍ PRACOVNÍ STRES.....	25
3.5.1    Diagnostika pracovního stresu .....	26
<b>4    SYNDROM VYHOŘENÍ JAKO NEMOC Z POVOLÁNÍ</b> .....	<b>28</b>
4.1    SYNDROM VYHOŘENÍ Z POHLEDU KULTURY ORGANIZACE.....	29
<b>II EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>31</b>
<b>5    VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	<b>32</b>
5.1    CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....	33
<b>6    POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD</b> .....	<b>37</b>
6.1    METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	37
6.1.1    Stress Profile .....	38
6.1.2    MBI.....	40
6.1.3    AHQR .....	40
6.2    TYP VÝZKUMU A POSTUP PŘI ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....	41
6.3    ETICKÁ ČÁST VÝZKUMU .....	41
<b>7    METODA ZPRACOVÁNÍ, VÝZKUMNÝ SOUBOR</b> .....	<b>43</b>
7.1    VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	44
7.2    SPECIFIKACE VÝZKUMNÉHO SOBORU .....	45
<b>8    ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ</b> .....	<b>48</b>

8.1	OBLAST VZTAH SYNDROMU VYHOŘENÍ K VNITŘNÍM FAKTORŮM JEDINCE .....	48
8.2	OBLAST VZTAH SYNDROMU VYHOŘENÍ S PRACOVNÍMI PODMÍNKAMI.....	50
8.3	OBLAST VZTAHU SYNDROMU VYHOŘENÍ A SOCIÁLNÍ OPORY .....	52
8.4	OBLAST VÝSKYTU TYP CHOVÁNÍ A VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	53
8.5	ANALÝZA SYNDROMU VYHOŘENÍ DLE MBI.....	54
<b>DISKUZE .....</b>		<b>57</b>
<b>ZÁVĚRY .....</b>		<b>63</b>
<b>SOUHRN .....</b>		<b>65</b>
<b>9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>		<b>69</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>		<b>73</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ .....</b>		<b>74</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>		<b>75</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>		<b>CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.</b>

## ÚVOD

Dnešní doba se vyznačuje čím dál větším nárůstem výkonnosti a zrychlování životního tempa společnosti. Tato změna ve společnosti se odráží nárůstem stresu na jedince a zvyšováním počtu psychických poruch. Stresové faktory se zvyšují také v oblasti práce, a na tyto změny reaguje rámcová dohoda 89/391/ EHS, která se zabývá bezpečností práce a ochranou zdraví pro země Evropské unie a zahrnuje také psychosociální rizika pracovního prostředí. Česká republika zvažovala uzákonit v roce 2016 v novelizaci zákoníku práce povinnost pro zaměstnavatele předcházet vzniku stresu u svých zaměstnanců. Tehdejší návrh neprošel a nebyl zařazen do zákoníku práce. Dlouhodobý pracovní stres poté vede zejména u pracovníků ve zdravotnictví k syndromu vyhoření či jiným závažným poruchám.

Syndrom vyhoření v České republice není zatím uznán jako nemoc z povolání. V rámci Evropské unie můžeme najít země, které syndrom vyhoření uznávají jako nemoc z povolání a některé země dokonce i odškodňují osoby trpící tímto syndromem.

Uznat syndrom vyhoření jako nemoc z povolání, která vznikla následkem výkonu profese, nemusí být zcela snadné. Faktory, které se podílí na syndromu vyhoření, nemusí souviset přímo s výkonem dané profese, ale mohou více souviset s vnitřními faktory jedince.

**Cílem teoretické části práce** je zmapovat problematiku syndromu vyhoření a stresu a přiblížit vybrané oblasti k psychosociálním pracovním rizikům. Krátce jsou představeny rizikové faktory vyskytující se u pracovníků ve zdravotnictví včetně jejich prevence. V další části se věnujeme syndromu vyhoření z pohledu psychologie práce se zaměřením na diagnostiku a uznání syndromu vyhoření jako nemoci z povolání v zahraničí. V závěru se poté zabýváme vlivem kultury na syndrom vyhoření a shrneme současné poznatky.

**Cílem empirické části práce** je zpracování problematiky syndromu vyhoření a stresu u pracovníků ve zdravotnictví společně s analýzou vybraných vnitřních faktorů, které mohou mít vliv na syndrom vyhoření. Pozornost bude věnována také oblastem psychosociálních rizik a sociální opory na pracovišti. Také se pokusíme identifikovat, které z těchto faktorů mají vliv na míru syndromu vyhoření.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1. Syndrom vyhoření

Kapitola o syndromu vyhoření je pro tuto práci zcela stěžejní. V této kapitole se dozvíme o syndromu vyhoření, jeho projevech, diagnostice a prevenci. Syndrom vyhoření je zde zaměřen na zdravotnickou profesi. V této kapitole se také opíráme o znalosti psychosociálních rizik, která jsou zmíněna v kapitole 3.3. Hlavním cílem této kapitoly je nejen seznámení s teoretickou znalostí, ale také kritický pohled na definici syndromu vyhoření.

Právě v dnešní době se můžeme setkat s několika různými definicemi syndromu vyhoření, a dle mého názoru, také s nejednoznačnou terminologií v této oblasti. Domnívám se, že nejednotnost terminologie je jedním z důvodů multidisciplinárního přístupu k syndromu vyhoření, a to z pohledu psychologie, ekonomie, pracovního lékařství, práva a legislativy, nebo bezpečnosti práce a ochrany zdraví.

## 1.1 Definice syndromu vyhoření

V roce 1974 v časopise *Journal of Social Issues* byl poprvé uveden pojem „Burnout syndrom“ v článku „Staff burnout“. Herbertem Freudensbergerem (Kebza & Šolcová, 2003). Americký psychoanalytik německého původu pracoval v léčebně pro drogově závislé. Zde si také poprvé všiml psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání u pracovníků v pomáhajících profesích. Tito pracovníci vykazovali vyšší míru únavy, bezmoci, beznaděje, a pociťovali odpor nejen ke své práci, ale také ke svému životu (Maroon, 2012).

Článek, který se zabýval syndromem vyhoření, vzbudil velký zájem u psychologů, což mělo za následek další rozvoj a prohloubení této problematiky. V roce 1980 vyšla publikace zaměřující se na syndrom vyhoření „Burn Out: The High Cost of High Achievement“ (Křivohlavý, 1998). Nejvíce studií syndromu vyhoření bylo věnováno na přelomu 70. a 80. let 20. století. Můžeme napočítat 207 psychologicko-medicínsky orientovaných studií. V současné době se objevuje menší počet studií, lze předpokládat, že vrcholu jako dříve v počtu nedosáhnou. (Kebza & Šolcová, 2003).

Od této doby se můžeme setkat, dle mého názoru, s velkým počtem teorií, které popisují syndrom vyhoření. Kvalitní teoretický podklad poté je velmi důležitý pro správně nastavenou diagnostiku, prevenci a případné řešení syndromu vyhoření u pracovníků.

V kapitole psychosociálních rizik budu spíše kriticky uvažovat nad možností objektivní diagnostiky syndromu vyhoření z pohledu vnějších faktorů. Právě vnější faktory mohou být objektivně považovány za tzv. opotřebením pracovníka. Otázkou zůstává, jak z pohledu psychologie lze syndrom vyhoření diagnosticky měřit, srovnávat s psychosociálními riziky na pracovišti a zavést jej do nemocí z povolání, aby došlo k ochraně zaměstnance i zaměstnavatele.

Definice syndromu vyhoření mohou být dle Kallwasse (2007, str. 9) : „*Syndrom vyhoření je stav extrémního vyčerpání, vnitřní disstence, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží.*“

„*Stav vyhoření lze definovat jako druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled nebo souhrn určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky.*“  
(Rush, 2004, str. 46)

Dále Křivohlavý (1998) uvádí definice syndromu vyhoření od psychologů, kteří se tímto problémem dlouhodobě zabývají:

- Henrich Freudenberger označuje syndrom vyhoření jako stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka.
- Carol J. Aleandrova vidí burnout jako stav totálního odcizení a to jak k práci, tak k druhým lidem i sama sobě.
- Cary Cherniss vidí burnout jako výsledek procesu, kde lidé ztratili nadšení, je to reakce na práci, která člověka mimořádně zatěžuje. Je to situace úplného vyčerpání a pocit člověka, že již nemůže dále.

Teoretické koncepce syndromu vyhoření se celkově shodují v následujících bodech:

- Psychický stav – prožitek a pocit vyčerpání.
- Vyskytuje se zejména u profesí, jejichž pracovní náplň je zejména práce s lidmi.
- Tvoří jej řada symptomů především z oblasti psychické, dále z oblasti fyzické a sociální.
- Klíčovým faktorem je emoční exhausce, kognitivní vyčerpání, „opotřebením“ a únava
- Vychází z chronického stresu (Kebza & Šolcová, 2003).

Jak uvádí Kebza (2005), **syndrom vyhoření je spojen s dlouhodobým působením chronického psychosociálního stresu, který je spojen s prací.** Tento stres není v přímé vazbě na biologický program „fight or fly“. V osobní sféře je psychosociální stres spojen se



ztrátou zaměstnání, rozvodem, problémech ve vztazích. Ovšem syndrom vyhoření souvisí právě s psychosociálním stresem, který se váže na práci (nároky na práci, pracovní přetížení, vztahy na pracovišti, pracovní prostředí).

Bartošíková (2006) avšak uvádí, že lidé, kteří jsou zasaženi syndromem vyhoření, se dostávají do konfliktu rolí, kdy nelze profesní nároky uspokojit, aniž by netrpěla rodina a naopak.

Tedy syndrom vyhoření může být také ovlivněn rodinným životem pracovníka.

Jelikož se velmi ztotožňuji s definicí Kebzi, zaměřím se v této bakalářské práci také na psychosociální rizika z pohledu psychologie práce, jejich diagnostiku, legislativu a možnost zavedení metodiky do praxe. Důležitou částí je pro mě analýza vnějších faktorů na syndrom vyhoření v porovnání s vnitřními faktory jedince. Vnitřní faktory jsou dle mého méně objektivní a mohou vést k syndromu vyhoření, poté bychom tedy mohli usuzovat, že nejsou zapříčiněny organizací.

V teoretické rovině se budu zabývat spíše linií psychologicko-medicínskou nežli filozoficko-psychologickou.

## 1.2 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření na sobě jedinec velmi často pozoruje jako „absolutní vyčerpání“. Symptomy vyhoření mohou být vnitřní a vnější.

Příznaky vyhoření můžeme popsat dle Kebzy a Šolcové v několika úrovních (2003), ve kterých se projevují:

1. **Psychická úroveň:** jedinec postižený syndromem vyhoření popisuje pocit, dlouhého a namáhavého úsilí, které ovšem není v souladu s vynaloženou námahou. Výrazný je pocit duševního vyčerpání, a to v oblasti emocionální i kognitivní. Jedinec popisuje únavu různým způsobem: „už nemůžu“, „jsem vyždímaný“, „nemám sílu vstát“. Tyto popisy únavy jsou v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality. U jedince dochází k utlumení aktivity, také se snižuje spontaneita, iniciativa a invence. U jedince začíná převažovat pocit beznaděje, depresivní ladění, výrazný smutek. U jedince se můžou objevit pocity vlastní bezcennosti, které mohou hraničit až s mikromanickými bludy. Zvyšuje se negativismus, cynismus a hostilita k lidem, kteří jsou v přímém pracovním kontaktu (kolega, klient, pacient, nadřízený).

Přechod na rutinní činnosti, stereotypní typ práce. Objevuje se iribilita (Kebza & Šolcová, 2003).

2. Fyzická úroveň: Výrazná apatie, zvýšená únava celkového organismu, jedinec se rychle vyčerpá i po relativně dostatečné době pro odpočinek, vegetativní potíže, porucha spánku, bolesti hlavy, zvyšuje se vnitřní tenze, která přetrvává. Jedinec se stává více náchylným k závislostem. Tělesná aktivita se začíná prohlubovat (Kebza & Šolcová, 2003).
3. Úroveň sociálních vztahů: Objevuje se snaha redukovat kontakt s klienty a kolegy, redukce vztahů začíná primárně u těch profesních. Vzhledem k narušování sociálních vztahů se můžou začít vyskytovat konflikty (Kebza & Šolcová, 2003).  
Velmi typickým znakem bývá tzv. dehumanizace - tzn. odlidštěný pohled na klienty, pacienty (např. "zlomenina pánve na pětce", místo "pan Novák").

K určení příznaků syndromu vyhoření je důležité také pozorování daného jedince. Další příznaky, které můžeme sledovat, dle mého mohou být:

- Vnitřní: ztráta vnitřní sebeúcty, osobní identity, jedinec se přestává identifikovat s prací, může působit na okolí agresivně, nepříjemně či cynicky. Neschopnost aktivizace vlastní strategie pro zvládnání stresu (Kebza, 2005).
- Vnější: fyzická únava, zhoršené reakce na změny, zvýšená nemocnost, zhoršené pracovní výsledky (nespokojenost klientů, nekvalitní práce, zvýšená chybovost).

Jedinec, který je postižen syndromem vyhoření, může pociťovat celkovou frustraci z profesní kariéry, pocit neúspěchu, bezcennosti, pocit, že daná práce nemá smysl (Kebza, 2005).

### **1.3 Fáze syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření je proces, který má svou dynamiku. Jedná se o multifaktoriální koncept, který se skládá z několika komponent. Za předstupeň syndromu vyhoření je vždy první podmínkou vysoké zapálení a nadšení pro věc, naprosté pohlčení profesí. Na této podmínce se shodují všichni autoři teorií syndromu vyhoření.

Dle Maslachové (1996) má syndrom vyhoření tři stupně:

- emoční vyčerpání,
- depersonalizace,
- pocit neschopnosti, osobní selhání a pocit nízkého profesního sebehodnocení.

Mnohem přehlednější popis a zachycení dynamiky procesu syndromu vyhoření popisuje pětifázový model:

- Fáze nadšení – jedinec je svou prací zcela pohlcen, přináší mu uspokojení a pocit sebenaplnění, klade vysoký důraz na to pracovat co nejlépe, vysoká snaha dosáhnout úspěchu. Dochází k častému dobrovolnému přetěžování pracovníka, neefektivní vydávání energie, identifikace s pacienty.
- Fáze stagnace – pracovník je pod časovým tlakem, musí slevit ze svých očekávání a nároků, práce ztrácí pro pracovníka vysoký kredit.
- Fáze přechodu do frustrace – objevují se první problémy na pracovišti, zvyšuje se stres a objevují se první příznaky neurózy, objevují se i první fyzické potíže.
- Fáze apatie – pracovník je nespokojený, snaha udržet si práci, ale příliš se nenamáhat, objevuje se cynismus, pracovník se stahuje do ústraní a izolace, objevuje se agrese vůči okolí. Zrod neproduktivní sebelítosti a autoagrese.
- Fáze intervence – přehodnocení situace, změna strategie a způsobu chování, nová definice a pohled na práci, přerušování zklamání (Honzák, 2018).

Na syndrom vyhoření je potřeba se dívat, jako na neustále se vyvíjející proces, který nemá neměnný stav. Se syndromem vyhoření tedy lze aktivně pracovat a definovat podmínky a faktory pro jeho prevenci, případně léčbu a podporu při zvládnání.

## 1.4 Diagnostika

Mezi první uznávané metody diagnostiky syndromu vyhoření patří Maslach Burnout Inventory (MBI) a The Tedium Scatel (TS), které byly vyvinuty na přelomu 70. a 80. let. První vlna diagnostiky syndromu vyhoření spadá do USA, odtud se dále šířila do Kanady, Anglie a dále také do Francie a Německa a mnoha dalších zemí. Velký přínos pro vědecké zkoumání a lepší diagnostiku syndromu vyhoření přinášejí longitudinální studie, které se zde zaměřují zejména na tři oblasti: potvrzení stability syndromu vyhoření v čase, za předpokladu chronické podstaty, dále vysoká absence a fluktuace pracovníků se syndromem vyhoření a dále nízká sociální opora kolegů, supervizí a stresu na pracovišti směrem k syndromu vyhoření (Schaufeli & Taris, 2005).

Rozpoznání stavu syndromu vyhoření lze několika způsoby. Odborným psychologickým vyšetřením, kdy volíme různorodé nástroje: pozorování, rozhovor, anamnéza. Dále lze

využít jednodimenzionální nebo multidimenzionální dotazníkové metody. Existují dotazníkové metody, které může vyhodnotit pouze psycholog, ale také se objevují dotazníky, které si může jedinec sám vyhodnotit (Kebza & Šolcová, 2003).

#### **1.4.1 Maslach Burnout Inventory**

Maslach Burnout Inventory (MBI) je metoda pro diagnostiku syndromu vyhoření a byla použita ve výzkumu v empirické části. Detailnější popis MBI je v kapitole 6.1.2.

Jelikož syndrom vyhoření se může projevit i v jiných profesích, byla metoda MBI vytvořena i pro jiné profesně orientované povolání:

- MBI – General Survey – autory jsou Schaufeli, Leiter, Maslach a Jackson. Vytvořili tři domény: vyčerpání, cynismus a profesní výkonnost, které jsou postaveny na tvrzení, které odkazují na obecnější, a ne tolik sociální aspekty práce (Bakker, Dermerouti, & Schafeli, 2002).
- MBI – Educators Survey – obsahuje tři škály: emocionální vyhoření, depersonalizace, pracovní nasazení. Došlo k modifikaci položek, tvrzení obsahují slovo „student“. (Maslach C. , 1996)

#### **1.4.2 Burnout Measure**

Byl vyvinut Pinesovou a je použitelný napříč všemi profesemi. Dá se říci, že se jedná o nejvíce využívaný dotazník pro vyhodnocení stresu. Zaměřuje se na tři složky syndromu vyhoření: psychické, fyzické a emoční. Jedná se o jednodimenzionální nástroj. Vnitřní konzistence se pohybuje od  $r=0.90$  a výše, tedy vysoká míra stability dotazníku. Test-retest byla zjišťována v rozmezí 30-120 dnů a její hodnoty jsou od  $r=0.66$  po  $r=0,89$ . Dotazník je validní. Validita byla posuzována s korelací škál MBI nebo s důvody odchodu z práce. Celkem má dotazník 21 položek posuzovaných na škále od nikdy (1) až po vždy (7) (Pines, Aronson, & Kafry, 1981).

#### **1.4.3 Oldenbug Burnout Inventory**

Tento nástroj byl vytvořen v Německu a byl představen Halbeslebenem a skupinou psychologů. Zkratka tohoto dotazníku je OLBI. Je tvořena pouze dvěma škálami – vyčerpání a zlhostejnění. Respondenti hodnotí položky na škále od 1 do 5, kdy čím vyšší vychází míra bodového ohodnocení, tím vyšší je míra syndromu vyhoření. Vyčerpání je zde uvažováno

z hlediska fyzického, emočního a kognitivního jako dlouhodobá pracovní zátěž. Díky těmto hlediskům je možno také tento dotazník využívat v profesích, které jsou fyzicky namáhavé, nebo si žádají náročnost na práci s informací.

#### 1.4.4 Copenhagen Burnout Inventory

Novější diagnostický nástroj pro měření syndromu vyhoření je Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Této diagnostice se věnuje Kristensenová a další pracovníci. Tento dotazník vznikl vzhledem k šesti kritickým důvodům, které se vztahují k MBI:

1. Kruhovitost – MBI je použitelné pouze na zdravotnících.
2. Nejasný vztah mezi MBI a konceptem vyhoření – MBI zahrnuje tři škály, které by dle manuálu neměly být kombinovány do jednoho výsledného skóru.
3. Kombinace individuálního stavu, strategie zvládnání stresu a důsledku – tři škály měří různé aspekty, měly by být studovány samostatně, nikoliv společně. Důvod může být také ten, že dvě škály jsou laděny negativně a třetí pozitivně.
4. Nevhodná formulace tvrzení – některé tvrzení mohou v respondentovi vyvolávat negativní pocity až agresí, např.: „mám pocit, jako bych některé klienty považoval za neosobní objekty“.
5. Není zcela jasné, co měří MBI-GS.
6. MBI je již známým testem i s konkrétními položkami (Kristensen, 2005).

### 1.5 Výzkumy v ČR a zahraničí

Pro naši bakalářskou práci byly vybrány studie, které se zabývají výzkumem syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků.

V roce 2012 byla publikována **studie zabývající se syndromem vyhoření u lékařů v USA** v porovnání s obecnou populací. Osloveno bylo 27 000 amerických lékařů, přičemž návratnost dotazníku byla 27 %, celkem bylo vyhodnoceno 7288 odpovědí. Z toho 45,4 % lékařů vykazovalo známky syndromu vyhoření, a to zejména u odborníků z urgentní medicíny, internisté, neurologové a rodinní lékaři Z toho mělo 37,8 % lékařů příznaky deprese. Jako hlavní příčiny byly uvedeny:

- extrémní pracovní zátěž,
- ztráta autonomie,
- přílišná byrokracie a administrativa,

- ztráta smyslu práce,
- Obtížná integrace osobního a pracovního života. (Cassels, 2012)

Cassels (2012) dále uvádí, že v USA v roce 1987 by 44 % lékařů starších 40 let již nevybralo znovu medicínu. V roce 2001 bylo 62,3 % lékařů nespokojeno s pracovním prostředím. Tyto hodnocení ovšem příliš neanalyzují jednotlivé příčiny.

Důležité je zmínit výzkumy dle Lederera (2008), který nezjistil žádnou korelaci mezi syndromem vyhoření a věkem, pohlavím, dosaženým vzděláním, délkou práce nebo rodinným stavem.

Jak jsem již zmínila výše, syndrom vyhoření může souviset s osobní charakteristikou daného jedince. Právě Buhler a Landová (2003) se zaměřili na vztah syndromu vyhoření a osobnostní charakteristiku. Z výsledků empiricky dokázali propojenost mezi syndromem vyhoření, neurotismem a externím místem regulace.

Velmi přínosný je výzkum ve Francii v roce 2007 na jednotce intenzivní a resuscitační péče. Výzkumný soubor tvořilo 2392 sester z celkem 278 oddělení JIP. Z výzkumu vyplynuly 4 oblasti, které souvisí s mírou ohrožení syndromem vyhoření: **Osobní charakteristiky - věk, Organizační faktory, Kvalita pracovních vztahů, faktory spojené s rozhodováním ke konci života** (Poncent, Toullic, & L., 2007). Následující studie je v rozporu s výzkumem Lederera.

V roce 2007 se syndromem vyhoření začala zabývat také klinika Mayo, kde z výsledků 6880 lékařů splňovalo podle **Maslach Burnout Inventory celkem 54,4 % lékařů syndrom vyhoření. To je celkem 3680 lékařů.** Mezi lety 2011 a 2014 přitom došlo k nárůstu syndromu vyhoření ze 45,5 % na 54,4 %. (Šamánek, 2017)

Důležité je uvést také **nizozemský výzkum**, který se zaměřoval na objektivizaci kognitivních poruch při projevech syndromu vyhoření. Byl využit dotazník CQF, v laboratorních podmínkách byla využita metoda SART. Respondenti byli rozdělení do 3 skupin: pracovníci se syndromem vyhoření (na základě podkladů o léčbě tohoto syndromu – různé profese), druhá skupina učitelé s vysokým skóre syndromu vyhoření, kteří ale stále pracovali, třetí skupina učitelé bez syndromu vyhoření. Závěry **studie prokázaly, že míra kognitivních funkcí je lineárně závislá na míře a závažnosti projevů syndromu vyhoření** (Linden, Keisers, Eling, & Schaijk, 2005).

## **Výzkumy v České republice**

Nejvýznamnější výzkum byl proveden v roce **2013 Českou lékařskou komorou a Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN v Praze**, řešiteli výzkumu byli přednosta Psychiatrické kliniky prof. MUDr. Jirí Raboch, DrSc., a klinický psycholog PhDr. Radek Ptáček, Ph.D. Výzkum se zaměřil na stresovou zátěž a syndrom vyhoření u lékařů v České republice. Celkem bylo online formou pomocí emailu osloveno 13 500 lékařů, celkově bylo zpracováno 7428 validních odpovědí. Na otázku: „Cítíte se ohroženi syndromem vyhoření“ odpovědělo **více než 83 % že ano**. Průměrné až vyšší riziko ohrožení syndromem vyhoření poté vykazovalo 34 % respondentů. Prezident České lékařské komory MUDr. Milan Koubek poté upozornil, že syndrom vyhoření postihuje čím dál více lidí v dnešní době, která je zaměřena na výkonnost. Fahrenkopf zase upozorňuje na deprese, které se přidružují k syndromu vyhoření a vedou k zvýšení profesních chyb (Taněv, 2015).

## 2 STRES

Dlouhodobý chronický stres je považován za hlavní spouštěč syndromu vyhoření. V této kapitole se zaměříme na patofyziologii stresové odpovědi a fáze poplachové reakce. Důležité je pochopit, jak stres působí na člověka a jaké má dopady. Současné výzkumy poukazují na to, že syndrom vyhoření je způsobem psychosociálním pracovním stresem, který dle mého názoru, stále více narůstá. Právě proto se také ztotožňuji s názorem, že změna dnešní doby od změn ve společnosti, technologie a práce mohou vést k zvýšenému nárůstu syndromu vyhoření. Právě psychosociálními riziky a stresem se budeme zabývat nejen v této kapitole, ale také v dalších kapitolách.

Slovo stres nemusí být vždy chápáno v negativním slova smyslu. Důležité je také chápat, v jakém kontextu se stres objevuje. Můžeme zažívat tzv. eustres, který představuje výzvy a úkoly, které jedince motivují. Také ale můžeme zažívat distres, který je již negativním a má dopady na lidské zdraví (Fontana, 2015).

### 2.1 Psychobiologické mechanismy stresové odpovědi

Stres má bezprostřední dopad na biologickou a psychickou stránku jedince. Při nadměrném stresu dochází k poruše mezi strukturami hypotalamu, hypofýzy a nadledvinek (HPA osa). Tato osa je nazývána jako „stresový systém těla“, jeho důležitou funkcí je kontrola hladiny kortizolu a dalších hormonů. HPA osa se také podílí na energetickém metabolismu a neuroimunomodulaci (Fišar, Jiráček, Bob, & Papežová, 2009). Důležité je si uvědomit, že stres se stává nebezpečným, pokud trvá delší dobu a jedinec nenachází vhodné mechanismy, jak jej odstranit nebo minimalizovat.

Stresor je jakýkoliv činitel nebo událost, která může vyvolat stres. Stresory mohou být:

- Fyzikální – nadměrný hluk, chlad nebo vysoká teplota, vibrace.
- Psychické – vysoká odpovědnost, nadměrné zatěžování pracovníka, nejasné informace.
- Sociální – mobbing, životní styl, soutěživá kultura.
- Traumatické – přihlížení smrtelnému pracovnímu úrazu, sebevražda pacienta.
- Biologické – bolest, nedostatek odpočinku.

Stresem poté rozumíme napětí organismu, který je vystaven stresorům. Při stresu se spustí obranná reakce, která má za hlavní cíl nastavit homeostázu.



Stres spouští stresor, který aktivizuje poplachovou reakci. Tato poplachová reakce se u každého jedince skládá ze dvou složek, a to ze složky fylogenetické a behaviorální. Tedy to, co je evolučně vrozeno jedinci, a to jak se jedinec naučil zvládat stres během svého života. Čím silnější stresový stimul, tím více převládá fylogenetická odpověď organismu. Při stresové reakci zastaví behaviorální inhibiční centrum všechny aktuálně probíhající aktivity, zvýší se pozornost a napětí. V další fázi se dostává jedinec do stavu „boj nebo útěk“. Tato část procesu je pro tělo velmi energeticky náročná. Zvyšuje se vylučování kortizolu z nadledvinek, toto uvolňování je kontrolováno paraventikulárním jádrem hypotalamu, zpomaluje se humorální složka a zvyšuje se výdej adrenokortikotropního hormonu (ACTH). Hormon ACTH má také vliv na paměťovou stopu. *„Tyto poznatky jsou také v souladu s klinickou zkušeností a studii ukazujícími, že vlivem intenzivního stresu dochází k významnému ovlivnění konsolidace paměťových procesů, které vedou k poruchám vztahů a integrace vnitřního prožívání“* (Fišar, Jiráček, Bob, & Papežová, 2009, str. 203). Neurobiologické poznatky dále potvrdily, že psychoterapie má velmi kladný vztah při rekonsolidaci paměťové vzpomínky tím, že tato vzpomínka se při vzpomínání interferuje s novým kontextem aktuální životní situace, a tak se mění. Její znovuzapamatování, rekonsolidace, pak mění tuto vzpomínku nejen po stránce psychologické, ale také neurobiologické.

Pokud poplachová reakce nevede k odstranění stresu, dostavuje se fáze rezistence. Ta se vyznačuje stažením, parasympatickými reakcemi s přetěžováním systémů regulovaných především parasympatikem. Neuroendokrinní regulace vede také k negativnímu ovlivnění imunity. Poslední fází je zhroucení. Právě k aktivaci adrenokortikálního systému dochází ve chvíli, kdy jedinec nemůže nebo nechce situaci zvládnout (Kebza, 2005).

Z výše uvedeného textu vyplývá, že organismus je schopen zvládnout stres, který je akutní, byť i silný. Důležité je, že stresor musí být jedincem vyřešen s pozitivním vyústěním. Dlouhodobý neřešený stres má již ovšem dopad na zdravotní oblast jedince.

## **2.2 Vliv stresu na zdraví**

Organismus, který se snaží přizpůsobit chronickému stresu, se stává více náchylným k nemocem. Neustálá chronicky zvýšená činnost fyziologických reakcí na stres se označuje jako alostatická zátěž. Lékaři se domnívají, že emoční stres způsobuje až 50 % zdravotních obtíží. U lidí se můžou projevit psychosomatické poruchy. Důležité je si uvědomit že o tyto

lidi je potřeba pečovat nejen lékařsky, ale také ze strany psychologie. Nelze tvrdit, že lidé, jež reagují na stres stejným způsobem, budou více náchylní ke stejnému typu choroby. Výjimku tvoří typ chování A a ischemické choroby srdeční (Nolen-Hoeksema, 2012).

**Ischemická choroba srdeční** hrozí zejména lidem, kteří mají vysoce stresovou práci a nemají dostatečně pod kontrolou všechny její faktory. Ve studii bylo sledováno 900 mužů a žen středního věku z hlediska vzniku ischemické choroby srdeční (Nolen-Hoeksema, 2012).

**Imunitní soustava** je ovlivněna stresem, přesto nelze přesně říci, jak tento mechanismus funguje. Obor, který se zabývá touto oblastí, se nazývá psychoneuroimunologie. Ve výzkumu na myších bylo dokázáno, že myši, kterým byly implantovány nádorové buňky a byly podrobeny stresu, měli pouze z 27 % zničení nádorových buněk oproti kontrolní skupině, která nebyla vystavena stresu a u níž byly nádorové buňky zničeny z 63 %.

### 2.3 Psychologické faktory stresových reakcí

Někteří lidé vnímají události, které nelze předvídat nebo ovlivnit za mnohem více stresující. Existují tři teorie, které vysvětlují, proč někteří lidé hodnotí tyto události více stresově:

**Psychoanalytická teorie** rozlišuje mezi objektivní a neurotickou úzkostí. Objektivní úzkost je přiměřená k dané situaci na rozdíl od neurotické. Freud se domníval, že tato neurotická úzkost souvisí s nevědomým konfliktem mezi nepřijatelnými impulzy a překážkami reality. Podle této teorie každý jedinec prožívá nevědomý konflikt, někteří lidé těmto konfliktům přiřkládají hlubší význam.

**Behaviorální teorie** vychází z koncepce naučeného chování z dřívější zkušenosti (Hartl, Psychologický slovník, 1993). Jedná se o klasické podmiňování, které vede například i k rozvoji některých fobií.

**Kognitivní teorie** se zakládá na přístupu a pohledu na stresovou situaci. Pozitivní pohled a optimismus pomáhá jedincům lépe zvládat tuto situaci. Existuje několik studií, které dokládají, že lidé, kteří jsou pozitivně naladěni, se lépe zotavují z onemocnění než lidé s pesimismem (Nolen-Hoeksema, 2012). Pesimisté se vyznačují vyšší vnímavostí vůči stresu, ta poté vyvolává fyziologickou chronickou aktivaci „útek nebo boj“, která vede k fyziologickým poruchám (Paulík, 2017).

## 2.4 Druhy stresu a zvládání stresu ve zdravotnictví

Zdravotnické profese přicházející přímo do kontaktu s pacientem můžeme označit za pomáhající profese. Pomáhající profese se vyznačuje zaměřením na pomoc druhým, identifikací a řešením jejich potíží a získáváním nových poznatků o člověku a podmínkách jeho života tak, aby byla pomoc co nejvíce účinná (Hartl & Hártlová, 2000).

Zdravotníci mají vysokou míru odpovědnosti za svou práci, klade se také důraz na schopnost komunikace mezi sebou, ale i s klienty a jejich rodinnými příslušníky. Výsledky studie prokázaly, že pracovníci, kteří měli vysoké nároky na práci a minimální možnost kontroly, byli jeden a půl krát více vystaveni riziku ischemické choroby srdeční. Vyšší riziko je poté u žen, které se snaží sladit rodinný a osobní život. V experimentální studii provedené na zvířatech bylo dokázáno, že narušení sociálního prostředí může vyvolat poruchu připomínající ischemickou chorobu srdeční (Pešek & Praško, 2015).

Psychická zátěž ve zdravotnictví je velmi častá a mnohdy nevyhnutelná. Zdravotníci mají mnohdy ve svých rukách nejen zdraví, ale také života pacienta. Velmi často musí pracovat s časovou tísň, umět se rychle rozhodovat a čelit utrpení druhých. Každá zdravotní oblast má svá specifika. Zdravotníci velmi často pracují s tabuizovanými oblastmi lidské existence, velmi často se jedná například o umírání a smrt.

MUDr. Karel Nešpor (1995) uvádí následující stresory práce ve zdravotnictví:

- konflikt rolí v rámci profese x rodina,
- trojsměnný provoz a dlouhodobá spánková deprivace,
- nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích,
- časové nároky,
- nároky na průběžné vzdělávání a adaptaci na nové přístupy,
- nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů,
- nedostatečné zdroje,
- charakter práce dle oboru. (Nešpor, 1995)

Protektivní faktory ve zdravotnictví jsou poté lepší informovanost o tom, kde v případě potíží hledat odbornou pomoc. Pracovník by měl mít pocit, že může se svou situací něco udělat, má nad ní kontrolu. Velmi často se můžeme setkat s neefektivní strategií, jakou jsou návykové látky (tabák, alkohol, léky). Profesionální stres se může odrazit v míře agresivního chování a jeho dopad na zhoršení vztahů na pracovišti. Efektivní také nebývají různé

obránné mechanismy, kterými jsou: vytěsnění, regrese, popření, introjekce, projekce nebo racionalizace (Nešpor, 1995).

Prevence profesionálního stresu na úrovni jednotlivce poté může být následující:

- prohloubení sebeuvědomění na tělesné a duševní úrovni,
- vytvoření si kvalitních mezilidských vztahů,
- dobrá komunikace s kolegy,
- optimální osvojení nutných znalostí a dovedností pro zvýšení kompetence a sebedůvěry,
- jasná linie mezi zaměstnáním a profesí,
- schopnost projevit emoce a humor, znát relaxační techniky (Nešpor, 1995).

Prevence profesionálního stresu na úrovni organizace:

- analýza specifických stresových faktorů na pracovišti, integrace do systému péče o zaměstnance,
- míra odpovědnosti a míra pravomoci pracovních pozic,
- podpora odborných kontaktů – sociální síť,
- zprostředkování nestigmatizující formu pomoci,
- vyhovující pracovní prostředí (určitá míra soukromí, minimalizace hluku, osobní prostor, dobré osvětlení a větrání, atd.),
- finanční ohodnocení
- morální ocenění
- podpora dobrých vztahů na pracovišti, antimobbingová opatření (Nešpor, 1995).

V příloze III., si můžeme všimnout hlavních stresorů zdravotníků v zahraničí. Za výše zmíněné organizační opatření můžeme zejména zdůraznit podporu dobrých vztahů na pracovišti, morální ocenění, antimobbingová opatření a zejména také péči o zaměstnance na úrovni celkových lidských zdrojů.

### 3 SYNDROM VYHOŘENÍ Z POHLEDU PSYCHOLOGIE PRÁCE

Syndrom vyhoření dle MNK-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) není diagnózou. Sem spadá pouze pod „Z“ kódy, což jsou faktory ovlivňující zdravotní stav. Syndrom vyhoření v ČR není uznatelný jako nemoc z povolání. WHO/ILO seznam nemocí z povolání (ODs), který byl revidován v roce 2010 a slouží, jako příklad pro všechny země na světě obsahuje v kapitole 2.4. „Psychické poruchy a poruchy chování“ a „posttraumatické stresové poruchy a další mentální poruchy nebo poruchy neuvedené.“ V některých zemích je poté možnost aktualizovat seznam ODs o kritéria onemocnění (Laštovková, a další, 2017).

V této kapitole se kritickým pohledem budu zabývat syndromem vyhoření jako možnou nemocí z povolání vyvolanou nedostatečným dodržováním psychosociálních rizik dle BOZP 89/391/EHS. Svůj pohled budu opírat o metody a nástroje psychologie práce, legislativu a diagnostiky výše zmíněné. Důležitou podkapitolou je zde i pohled na syndrom vyhoření z klinické psychologie, kterým budu doplňovat jednotlivé úvahy. Výstupem této kapitoly bude pro praktickou část: vnější faktory mající vliv na rozvoj syndromu vyhoření dle psychosociálních rizik.

Z mého pohledu bych definovala faktory syndromu vyhoření z pohledu psychologie práce následovně:

1. Vnitřní faktory související s vnitřním nastavením jedince, schopností zvládat stresově náročnou práci. Důležitou složkou je také identifikace s prací, kterou vykonává. Dále pak sem můžeme zařadit schopnosti a dovednosti.
2. Pracovní spokojenost je spojena s možností rozvíjet se a posouvat v kariéře dále. Celková pracovní spokojenost a dostatečná motivace, která nevyplývá z vnitřních faktorů, ale z vnějších faktorů organizace, nadřízených a systému.
3. Pracovní podmínky poté můžeme rozlišit ze tří hledisek. První hledisko jsou psychosociální rizika, která jsou definována rámcovou smlouvou EU OSHA 89/391. Sem spadají vztahy na pracovišti, přetěžování pracovníků, nedostatečná informovanost a komunikace. Biologická rizika poté můžeme chápat jako rizika přímého ohrožení na zdraví nebo špatného životního stylu, který je dán pracovními podmínkami. Fyzikální rizika jsou zde uvedena dle bezpečnosti práce a ochrany zdraví. Tyto rizika jsou povinně sledována a vyhodnocována.

4. Psychickou zátěž můžeme poté definovat jako kognitivní zatížení jedince nebo práci, která má emočně-sociální dopad až případně může způsobit trauma. Sem mohou zapadat pozice jako letový dispečer, hasič, policisté, lékaři, psychologové, sociální pracovníci apod.

V tabulce jsou zvýrazněny tučným písmem oblasti, kterým se budeme věnovat v této bakalářské práci.

Tabulka 1 Faktory syndromu vyhoření z pohledu psychologie práce [vlastní zpracování]

FAKTOR	DRUH	OBLASTI
1. Vnitřní faktory		<b>Typ chování (A B, C)</b> , identifikace s prací, schopnost a způsobilost, <b>kognitivní nezdolnost</b>
2. Pracovní spokojenost		Motivace, Pracovní spokojenost, Rozvoj kariéry
3. Pracovní podmínky	Psychosociální	<b>Vztahy na pracovišti, pracovní zátěž</b> , pracovní výkon, informovanost, změnové řízení, pracovní plán, <b>podpora nadřízeného</b>
	Biologické	<b>Biorytmus</b> (Pracovní odpočinek, Strava, Cvičení) Biologická rizika (kontakt s nemocnými, jehly, kontaminace)
	Fyzikální, Chemické	Prach, chemické látky, hluk, vibrace, neionizující záření a elektromagnetická pole, fyzická zátěž, pracovní poloha, zátěž teplem, zátěž chladem, zraková zátěž, práce ve zvýšeném tlaku vzduchu
4. Psychická zátěž		<b>Emočně-sociální náročnost</b> , Odpovědnost, Svoboda rozhodování a řízení, Kognitivní náročnost (pozornost, práce s informacemi)

V empirické části budu zkoumat syndrom vyhoření ve vztahu k typu chování A, stresu pracovníka, odpočinku a stravě a psychosociálním pracovním podmínkám. Psychická zátěž je, dle mého názoru, také vysokým psychosociálním rizikem, kterou jsem definovala v psychosociálních rizicích a poté jako samotný faktor.

Psychická bezpečnost je pojem, který se objevuje od raného období výzkumu organizačních změn. Psychicky bezpečné prostředí je takové, kde pracovník věří, že když udělá chybu, nebude ostatními za ni trestán, ani jej ostatní nebudou odsuzovat či měnit vztah

k pracovníkovi. Pracovník také ví, že se může spolehnout na své kolegy, poprosit je o radu nebo o pomoc. Toto prostředí pomáhá pracovníkovi odstranit stres v pracovním prostředí. Psychicky bezpečné prostředí může být složeno ze čtyř faktorů: mezilidské vztahy, styl a řízení a normy vlastní dané organizaci, meziskupinová a skupinová dynamika. Dále je také si uvědomit, jaký je vztah mezi psychickou bezpečností a zapálením: „*Nahrgangová, Morgeson a Hofmann (2011) zjistili v rozsáhlé metaanalýze, provedené u 203 nezávislých souborů (N=186 440), že vyhoření mělo v těchto studiích statisticky významný negativní vztah k psychické bezpečnosti práce, avšak zapálení pracovníky motivovalo a vykazovalo pozitivní vztah k psychické bezpečnosti práce.*“ (Kebza & Šolcová, 2013)

### 3.1 Vnitřní faktory

Mezi vnitřní faktory ovlivňující psychologické faktory stresových situací můžeme zařadit také chování typu A nebo kognitivní nezdolnost. Vnitřní faktory jsou zakotveny v chování jedince a jeho prožívání stresové události.

**Chování typu A** bylo popsáno Friedmanem a Rosenmanem, osoby vyznačující se tímto typem chování se vyznačují potlačovanou agresivitou, tížadostí, vnitřním neklidem, napětím. Charakteristické rysy jsou poté cynická nedůvěra, časová tíseň, spěch. Chování s chováním typu A mají vyšší sklon ke kardiovaskulárním onemocněním (Kohoutek, 2010).

Lidé s chováním typu A se vyznačují netrpělivostí, nervozitou, pokud musí někde čekat, jsou přesvědčení, že udělají věci lépe a rychleji než ostatní (Nolen-Hoeksema, 2012).

**Kognitivní nezdolnost** se vyskytuje u jedinců, kteří jsou odolní vůči stresu a ani v těžkých stresových situacích neprojevují známky emočního nebo tělesného vyčerpání. Skládá se ze tří složek: odhodlání angažovat se v boji proti negativním stresorům, schopnost vidět krizi jako možný růst, schopnost řídit a mít možnost kontroly nad událostmi. Tito jedinci vnímají stres jako životní výzvu překonávat překážky a učit se z nich. Kognitivní nezdolnost se týká oblastí místa kontroly, resilience, koherence, hardiness a osobní zdatnosti.

- **Locus of control** je rozdílné vnímání postoje lidí k problémů a krizím. Autorem koncepce je Julian Rotter. Existují dva typy lidí: internisti věří, že mohou negativní situaci ovlivnit. Externalisti se domnívají, že mohou pouze pasivně čekat, až se problém vyřeší (Křivohlavý, 2003).
- **Resilience** je odolnost vyrovnávání se se zátěžovou situací.

- **Koherence** je vědomí souvztažnosti. Obsahuje tři komponenty: srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost. Všechny tři komponenty jsou v kontinuu.
- **Hardiness** znamená přesvědčení o vlastních možnostech ovládat dění, výzvu a osobní zaujetí. Jedinec vnímá sám sebe jako kompetentní osobu pro ovlivnění budoucnosti.
- **Osobní zdatnost** je schopnost ovládat své vnitřní psychické stavy a jednání a mít tak vliv na okolí a dění ve světě (Křivohlavý, 2003).

### 3.2 Pracovní podmínky bezpečnosti práce a ochrany zdraví

Bezpečnost a ochrana zdraví při práci je soubor požadavků, opatření prostředků a metod, které přispívají k vytvoření podmínek pracovního procesu, který zajišťuje jejich práceschopnost a zdraví. Bezpečnost práce je poté obor, který se zabývá technickými, technologickými, organizačními, psychosociálními a výchovnými opatřeními, jejichž cílem je vytvořit bezpečné pracoviště z hlediska zdraví. Konkrétní požadavky jsou předmětem úpravy předpisů k zajištění bezpečnosti práce. Nové předpisy jsou vydávány formou nařízení vlády České republiky a jsou kompatibilní se směrnicemi Evropské unie (Znalostní systém prevence rizik v BOZP, 2016-2019).

### 3.3 Psychosociální rizika

Psychosociální rizika, jsou jednou z kategorií bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Jsou definované zejména rámcovou dohodou 89/391/EHS. Mezi psychosociální rizika patří:

- *„nadměrné pracovní zatížení,*
- *rozporuplné požadavky a nedostatečně jasně vymezené úlohy,*
- *nedostatečné zapojení do přijímání rozhodnutí, která mají na pracovníka dopad, a nedostatečný vliv na způsob výkonu dané práce,*
- *špatně řízené organizační změny, nejistota zaměstnání,*
- *neefektivní komunikace, nedostatečná podpora ze strany vedení nebo kolegů,*
- *psychické a sexuální obtěžování, násilí třetích stran,, (OSHA, 2011).*

Pokud se zadíváme na výše zmíněné psychosociální rizika, dovolila bych si tvrdit, že psychosociální rizika na pracovišti jsou jednou z možných příčin zdrojů syndromu vyhoření



u pracovníka. Dle mého názoru se jedná o objektivní příčiny, které mají vliv na syndrom vyhoření u pracovníka.

### **3.4 Psychická zátěž**

Psychickou zátěž můžeme rozlišit na mentální a emocionální. Mentální zátěží rozumíme takovou zátěž, kde jsou vysoké nároky na rozhodování, pozornost, myšlení, může se tedy jednat také o tzv. kognitivní psychickou zátěž. Emocionální zátěž poté můžeme charakterizovat jako nutnost zvládnání a práci s vlastními emocemi a emocemi druhých při ošetřování, doprovázení nebo umírání.

Míra psychické zátěže je velmi individuální a lze ji rozdělit následovně:

- Běžná psychická zátěž nevyvolává svým působením na organismus jedince žádné obtíže. Jedinec je schopen svými postoji, znalostmi, dovednostmi a návyky ji účinně zvládat.
- Optimální psychická zátěž mění navyklé standardní přístupy, a to jak akutně, tak i dlouhodobě. Jedinec na základě psychické zátěže rozvíjí svou osobnost, sebeaktualizuje se, vytváří si nové návyky a dovednosti.
- Pesimální psychická zátěž není optimální, charakteristická je nízkými nebo vysokými nároky na psychiku a výraznou délkou i intenzitou působení. Jedince neaktivizuje, naopak dochází k útlumu až k možné desintegraci chování.
- Hraniční psychická zátěž je na úrovni hraničního limitu úrovně přijatelnosti lidské psychiky. Jedinec musí využít velmi mnoho sil pro zvládnutí této situace.
- Extrémní psychická zátěž není pro jedince únosná. Obranné mechanismy zde již nefungují. Reakcí jsou maladaptivní mechanismy až selhání psychiky (Mikšík, 2007).

### **3.5 Psychosociální pracovní stres**

V současné době se o pracovním stresu ve světě velmi diskutuje, a to v oblasti psychologie práce, pracovního lékařství a také bezpečnosti zdraví při práci. Pracovní stres bychom mohli definovat jako pocit napětí nebo úzkosti, který je způsoben jejich prací (Vévoda, Vévodová, & Nakládalová, 2018).

Práce ve zdravotnictví má svá vlastní specifika. V tabulce v příloze II jsou vyjmenovány nejčastější zdroje stresu ve zdravotnictví v jednotlivých zemích (Vévoda, Vévodová, & Nakládalová, 2018).

V posledních desetiletích je stále více měřen nárůst psychických dopadů, které souvisí se stresem na pracovišti. Dle EU-OSHA je možné pracovní stres rozdělit na psychosociální, fyziologický, fyzický a biologický. Duševní poruchy spojené s pracovním stresem zahrnují posttraumatickou stresovou poruchu, syndrom vyhoření, poruchu přizpůsobení, depresi a úzkost. Cox a Griffiths uvedli, že literatura, která popisuje přechod z normální psychické reakce na události k psychickému onemocnění, není dobře zformována, kromě posttraumatického stresu a příbuzných poruch. Termín „stresové poruchy související s prací“ byl aplikován na mnoho překrývajících se konceptů a diagnóz, které souvisely se stresem, jako neurastenie, AD a syndrom vyhoření. Bohužel neexistuje konsenzus založený na těchto pojmech, termínech a diagnózách ani na kritériích, která mohou být použita v praxi pro zaměstnance s vážnými pracovními problémy nebo poruchami (Chirico, 2015).

### **3.5.1 Diagnostika pracovního stresu**

V současné době existuje několik možností pro diagnostiku pracovního stresu. Zájem pro diagnostiku pracovního stresu je zaměřen zejména na stresory, reakce pracovníků, well-beingu pracovníků. Stres můžeme měřit několika způsoby.

#### **WOCCQTool**

Metoda pro měření komplexní diagnostiky stresu v pracovním prostředí. Byla vyvinuta týmem odborníků na katedře psychologie práce na Université de Liège. Tvoří ji celkem tři nástroje:

- Stress Professionnel Positif et Negatif (SPPN) – dotazník zjišťující aktuální míru stresu na pracovišti.
- Working Conditional and Control Questionnaire – dotazník zjišťující míru kontroly nad pracovními podmínkami.
- Otevřené otázky: konkrétní problematkové situace.

#### **AWLS**

Dotazník, který zkoumá, jak pracovník vnímá šest oblastí pracovního života. Tento dotazník se osvědčil také v podmínkách českého prostředí. Pomocí dotazníků lze zjistit možné příčiny

rozvinutého syndromu vyhoření. Tato metoda byla vypracována M. P. Leiterem a Ch. Maslachovou, kteří se zaměřovali právě na dopad kultury organizací na pracovníky (HAVRDOVÁ, ŠOLCOVÁ, HRADCOVÁ, & ROHANOVÁ, 2010).

Oblasti, které tato metoda zkoumá, jsou:

1. Pracovní zatížení, nároky pracovní činnosti.
2. Kontrola nad vlastní prací.
3. Ocenění práce.
4. Společnost/vztahy v organizaci.
5. Spravedlnost v organizaci.
6. Hodnoty zastávané organizací, jejími členy a jedincem.

Pracovní zatížení, nároky pracovní činnosti a kontrola nad vlastní prací se shodují s Karáskovým modelem Job-Demand-Control, který je považován za současně nejvíce studovaný teoretický přístup k stresu vyvolaného prací (Havrdová, Solcová, Dana, & Eva, 2010).

## **AHQR**

Jedná se o metodiku, která řeší kulturu bezpečnosti poskytované péče. Tento dotazník je určen primárně pro lůžková oddělení nemocnic a zaměřuje se na 12 oblastí:

- Úroveň kultury bezpečí: očekávání a opatření vedoucího/manažera, organizační znalost – neustálé zlepšování, týmová spolupráce v rámci jednotek, komunikační otevřenost, zpětná vazba a komunikace o chybě, nenásilná reakce na chyby pracovníků.
- Kultura bezpečí na úrovni nemocnice: podpora řízení bezpečnosti pacientů, týmová spolupráce mezi odděleními/jednotkami, překlady a předávání pacientů
- Vstupní proměnné: celkové vnímání bezpečnosti pacienta, frekvence hlášených událostí (Pokjová & Vártlová, 2017).

Tento dotazník byl použit také ve výzkumu, a to jako doplňková dobrovolná baterie pro respondenty, kteří vyplňovali dotazník online formou.

## 4 SYNDROM VYHOŘENÍ JAKO NEMOC Z POVOLÁNÍ

V listopadu 2017 byla publikována studie zabývající se porovnáním přístupu k syndromu vyhoření v evropských zemích. Dotazník se zaměřil na nemoci z povolání související se stresem a byl distribuován národním odborníkům ve zdravotnictví z 28 zemí Evropské unie. Návratnost odpovědi byla od 23 zemí. Z výzkumu vyšlo najevo, že v 39 % zemí existuje možnost uznat syndrom vyhoření jako nemoc z povolání, přičemž většina kompenzovaných případů se objevila v posledních letech. Zároveň také byly vyvinuty nové systémy, které shromažďují data o případech, které odrážejí rostoucí význam psychosociálního pracovního prostředí, ve shodě s legislativou EU (Laštovková, a další, 2017).

Seznam ODs využívá celkem 21 zemí (viz. Příloha I). Pouze Lotyšsko má primárně uveden seznam vyhoření v ODs jako nemoc z povolání. Dánsko, Estonsko, Maďarsko, Slovensko a Portugalsko akceptují chronické nemoci z povolání, které souvisí se stresem pracovního prostředí (Laštovková, a další, 2017).

Diagnostika syndromu vyhoření jako nemoci z povolání se liší dle zemí, viz tabulka v příloze I:

- **Dánsko:** údaje a data o expozici práce ve stresovém prostředí, nedostatečný časový prostor pro práci, nedostatečná podpora od vedení. Případy se předkládají výboru ODs, kde jsou zástupci z trhu práce.
  - Kompenzované případy mají následující rozložení z hlediska profesí: 1/3 zdravotnictví a vzdělávací zařízení, 1/3 sociální zabezpečení a zbytek z ostatních odvětví.
- **Lotyšsko:** seznam nemocí: 5.15: Syndrom vyhoření diagnostikován lékaři.
  - 17 % ředitelé, 14 % hasiči, 14 % daňoví úředníci, 12 % zdravotničtí pracovníci, 12 % soudci, 10 % učitelé, 7 % účetní, 14 % ostatní povolání.
- **Francie:** existují zde chronické stresové poruchy z povolání (deprese, úzkostné poruchy, syndrom vyhoření). Za nemoc z povolání lze uznat a kompenzovat pouze za použití dalšího systému pro rozpoznávání nemocí z povolání („Systeme complémentaire): onemocnění přímo souvisí s obvyklou pracovní náplní oběti a vedlo k smrti nebo zdravotnímu postižení. Podklady jsou předány Regionálnímu výboru pro znání nemocí z povolání.
- **Nizozemsko:** syndrom vyhoření je zahrnut v stresových poruchách, pro diagnostiku syndromu vyhoření existuje 13 psychologických kritérií: malátnost – apatie, pocit

nadměrného vyhoření, pocit bezmocnosti, demoralizace deprese, emoční problémy a nestabilita koncentrace, napětí, podrážděnost, ruminace, demotivace, neschopnost jasně myslet, fyzické problémy (únava, problémy se spánkem, bolesti hlavy, bolesti břicha apod.) Musí se vyloučit: akutní stresová porucha, psychiatrická patologie, somatické onemocnění) (Laštovková, a další, 2017).

V České republice není syndrom vyhoření uznán jako nemoc z povolání. Jedním z důvodů je právě potřeba dostatečně stanovit kritéria pro vyhodnocení syndromu vyhoření jako nemoci z povolání. Také vnímám za velmi důležité definovat i systém pro uznání syndromu vyhoření, potřeba multidisciplinarity: pracovní-lékařské vyšetření, psychiatrické vyšetření, psychologické vyšetření. Důležitý bod je právě i správně definovat psychosociální rizika na pracovišti a jejich sledování pro doložení vlivu psychosociálního stresu na pracovníka. Ztotožňuji se s názorem MUDr. Laštovkové, že syndrom vyhoření by měl být přidán do seznamu nemocí z povolání, jelikož je potřeba znát počet hlášených případů. Tato data poté pomohou v lepší orientaci v problematice (Laštovková, 2018).

Nemoc z povolání pro syndrom vyhoření, dle mé úvahy, musí vycházet ze zvýšených psychosociálních rizik na pracovníka, tedy měly by se odrážet od faktorů, které nejsou způsobeny chováním typu A nebo jinou patologií, která je osobní charakteristikou jedince. Proto je důležité i v naší praktické stránce zjistit, zda koreluje syndrom vyhoření s typem chování A, a zda koreluje s pocitem pracovního přetížení či s osobní oblastí jedince.

#### **4.1 Syndrom vyhoření z pohledu kultury organizace**

Syndrom vyhoření na základě výše zmíněných informací může souviset s pracovními podmínkami, které vytváří kulturu organizace. Právě výše zmíněná psychosociální rizika jsou spojena s výskytem chronického stresu a syndromu vyhoření. Níže se budu zabývat rozбором článku „Kultura Organizace a syndrom vyhoření“ publikovaný v roce 2010 v Československé psychologii ročník LIV/ číslo 3.

V předložené studii výzkumu byly definovány dva cíle: 1) pořídít českou verzi dotazníků AWLS (přehled oblasti pracovního života) a MBI-GS (Maslachové dotazník vyhoření – obecný přehled); 2) Aplikace postupu postihujícího vlastní vnímání výkonnosti a současně jeho zklamání a nevykonnost z pohledu organizace. Soubor tvořilo celkem 160 osob z absolventů FHS UK, dále zdravotní sestry z regionální nemocnice. Věk se pohyboval od 22 do 64 let, průměr 35, 1 let. V souboru bylo celkem 16 mužů, 2 osoby nevedly pohlaví.

Výběr respondentů probíhal formou osobním oslovením ve škole a na pracovišti, jednak také e-mailem. Dotazníky byly vyplňovány emailem nebo osobně, účastníci mohli vyplnit unikátní kód pro získání výsledku svého testu.

Nástroje dotazníku byly demografické: věk, pohlaví, vzdělání, počet let praxe v oboru, počet let práce v dané organizaci, počet let práce na dané pozici, velikost pracovního kolektivu. Dotazníky AWLS a MBI-GS byly přeloženy Helenou Šolcovou a překontrolovány Bussines Language Centre, s.r.o. Dotazníky jsou teoreticky rozebrány v předchozích kapitolách.

Výsledky studie předložily tyto psychometrické ukazatele: Cronbachova alfa jednotlivých škál dotazníku AWLS se pohybuje mezi 0,84 pro škálu odměny a 0,53 pro škálu kontrola. Korelace mezi položkami variují mezi 0,58 (škála odměny) a 0,27 (škála kontrola). Psychometrické charakteristiky obou dotazníků lze považovat za přijatelné v porovnání s originálními verzemi dotazníků. Škály pro AWLS dosahují cronbachovy alfy: kontrola po 0,82. Jiná studie uvádí kontrola 0,71, spravedlnost 0,76 a hodnota 0,74.

Ze souboru 160 respondentů pouze u dvou lze hovořit o syndromu vyhoření a u 31 osob kriticky překročilo jednu či více kritických hodnot (Havrdová, Solcová, Dana, & Eva, 2010).

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

## 5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Při definování výzkumného problému jsem se opírala o zkušenosti a řešerše dané problematiky včetně výzkumů v ČR a zahraničí. Proces definování výzkumného problému postupně dozrával a vznikl i vzhledem ke zkušenostem z pohledu procesního řízení a psychosociálních rizik ve zdravotnictví.

Při formulaci výzkumného problému vykrytalizoval hlavní výzkumný problém: Souvislost syndromu vyhoření související s výkonem povolání s vnitřními faktory jedince. Interpretace otázek je poté následující:

**„Jaká je povaha a síla vztahu mezi psychosociálními riziky a syndromem vyhoření u pracovníku ve zdravotnictví? Jaká je povaha a síla vztahu mezi vnitřními faktory jedince a syndromem vyhoření ve zdravotnictví?“**

V rámci formulace výzkumného problému bylo potřeba utřídění informací a podkladů z teoretické části. V té se opíráme o popis syndromu vyhoření jako **vyústění chronického psychosociálního stresu** (Kebza & Šolcová, 2003). Podobný výzkum byl proveden také ve Španělsku u pracovníků ve zdravotnictví. Zde byl míra emočního vyčerpání vyšší z důvodů: **psychologicky náročné situace, nízké autonomie v práci, nedostatečné sociální profesní podpoře** (Jeffrey, 2003). Nizozemská studie zase poukazuje na souvislosti mezi syndromem vyhoření a chybovostí. Studie o 2115 respondentech (rezidenti) prokázala, že **existuje souvislost mezi syndromem vyhoření a chybovostí**. Celkem 94 % respondentů někdy udělalo chybu s dopadem na pacienta, 56 % chybu s negativními dopady na pacienta a 71 % provádělo úkon, na který nebyli vycvičení (Prins & Bakker, 2009). Další nizozemská studie zkoumala akutní a chronický stres s dopadem na zdraví. Respondenti byli zdravotníci a řidiči sanitek. Za hlavní chronické stresory zde byly definovány: **nedostatek sociální podpory v práci, nedostatečná informovanost a komunikace v práci** (Ploeg, 2003).

Na syndrom vyhoření **mohou mít vliv i vnitřní složky jedince**, jako je typ chování A, nebo kognitivní nezdolnost. Faktorem, který se může podílet na míře syndromu vyhoření, je také **sociální síť a podpora jedince**. V rámci zdravotnického sektoru můžeme předpokládat, že při přímé péči o pacienty se jedná i o emočně-sociální pracovní zátěž. Studie Tajanovské v roce 2011 prokázala, že 88 % respondentů, ze sociálních služeb v přímé péči s klientem, je vystaveno zátěžovým situacím (Tajanovská, 2011).

Teoretická část také rozebírá otázku diagnostiky syndromu vyhoření, uznání syndromu vyhoření jako nemoci z povolání a psychosociálními riziky definované evropskou rámcovou



dohodou. Otázkou je, jakou měrou se podílí na syndromu vyhoření typ chování A, či jiné vnitřní dispozice, které nejsou zaměstnavatelem způsobeny, a jakou měrou se se podílí na syndromu vyhoření psychosociální pracovní rizika, která mají dopad na rozvoj chronického pracovního stresu a poté syndromu vyhoření.

## 5.1 Cíl práce a hypotézy

Cílem našeho výzkumu je odlišit vliv vnitřních dispozic od vlivu pracovního prostředí na rozvoj syndromu vyhoření u zdravotníků ve zdravotnictví. Proto budeme měřit tyto oblasti zvlášť:

1. Vztah syndromu vyhoření k vnitřním faktorům jedince.
2. Vztah syndromu vyhoření k vnějším pracovním podmínkám.
3. Vztah syndromu vyhoření k sociální opoře jedince.
4. Míra výskytu chování typu A ve zdravotnictví.

Výše zmíněné oblasti se opírají o tabulku č. 1, v teoretické části, kde syndrom vyhoření je rozdělen dle faktorů: vnitřní faktory, pracovní podmínky (biologické, psychosociální) a psychická zátěž (sociální podpora, emocionální vyčerpání, depersonalizace).

### Formulace hypotéz

#### 1. Oblast vztah syndromu vyhoření k vnitřním faktorům jedince:

- **H1:** Jedinci s typem chování A skórují výše na škále EE než jedinci bez typu chování A.
- **H2:** Jedinci s typem chování A skórují výše na škále DP než jedinci bez typu chování A.
- **H3:** Jedinci s typem chování A skórují níže na škále PA než jedinci bez typu chování A.
- **H4:** Jedinci s typem chování A skórují výše na škále MBI než jedinci bez typu chování A.
- **H5:** Skóre na škále Kognitivní nezdolnost negativně koreluje se skóre na škále Typ chování.
- **H6:** Skóre na škále Kognitivní nezdolnost negativně koreluje se skóre na škále EE.

- **H7:** Skóre na škále Kognitivní nezdolnost negativně koreluje se skóre na škále DP.
- **H8:** Skóre na škále Kognitivní nezdolnost pozitivně koreluje se skóre na škále PA.
- **H9:** Skóre na škále Kognitivní nezdolnost negativně koreluje se skóre na škále MBI.

## 2. Oblast syndromu vyhoření a pracovními podmínkami

- **H10:** Míra Pracovního vytížení na škále AHQR negativně koreluje s vyšším skórem MBI.
- **H11:** Míra Pracovního vytížení personálu na škále AHQR negativně koreluje s vyšším skóre EE.
- **H12:** Míra pracovního vytížení personálu na škále AHQR negativně koreluje s vyšším skóre DP.
- **H13:** Míra pracovního vytížení personálu na škále AHQR pozitivně koreluje s vyšším skóre PA.
- **H14:** Pracovní stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem EE.
- **H15:** Pracovní stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem PA.
- **H16:** Pracovní stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem DP.
- **H17:** Pracovní stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem MBI.
- **H18:** Finanční stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem MBI
- **H19:** Finanční stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem EE.
- **H20:** Finanční stres na šále Stress Profile negativně koreluje s vyšším skórem PA.

- **H21:** Finanční stres na škále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem DP.
- **H22:** Finanční stres na škále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skóre Pracovního stresu.
- **H23:** Pracovní zatížení na škále AHQR pozitivně koreluje s vnímáním Bezpečnosti poskytované péče.
- **H24:** Strach z chyb na škále AHQR negativně koreluje s vyšším skórem MBI.
- **H25:** Zpětná vazba a komunikace o chybách negativně koreluje s vyšším skórem MBI.
- **H26:** Stres na škále stress profile pozitivně koreluje s vyšším skórem MBI.
- **H27:** Odpočinek na škále Stress profile pozitivně koreluje s vyšším skórem MBI.

### 3. Oblast vztahu syndromu vyhoření a sociální opory

- **H27:** Podpora od nadřízeného na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skórem EE.
- **H28:** Sociální podpora od nadřízeného na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skórem DP.
- **H29:** Sociální podpora od nadřízeného na škále Stress profile pozitivně koreluje s vyšším skórem PA.
- **H30:** Sociální podpora od kolegů na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skóre EE.
- **H31:** Sociální podpora od kolegů na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skóre DP.
- **H32:** Sociální podpora od kolegů na škále Stress profile pozitivně koreluje s vyšším skóre PA.
- **H33:** Sociální podpora na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skóre EE.
- **H34:** Sociální podpora od nadřízeného na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skórem pracovního stresu.

- **H35:** Sociální podpora od kolegů na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skóre pracovního stresu.

#### **4. Oblast výskytu chování typu A ve zdravotnictví**

- VO1: Mezi pracovníky ve zdravotnictví přicházejících do kontaktu s pacientem je chování typu A zastoupena nejméně ze 70 %.

**H36:** Pracovníci s typem chování A skórují výše na subškále Stres v rámci škály Stress Profile než jedinci bez typu chování A.

**H37:** Výše syndromu vyhoření je rozdílná dle pracovní pozice.

V příloze IV je testována dodatečně hypotéza o souvislosti kognitivní nezdolnosti se zdravotními návyky jedince. Tato hypotéza byla dodána dotačně z důvodů adekvátního vyhodnocení naší diskuze.

**H38:** Existuje souvislost mezi zdravotními návyky a kognitivní nezdolností.

## 6 POPIS ZVOLENÉHO METODOLOGICKÉHO RÁMCE A METOD

Design metodologického rámce a výběr adekvátních metod je nedílnou součástí výzkumu. V kapitole níže přiblížím metody, které byly využity pro definovaný typ výzkumu, metody zpracování dat a etickou problematiku výzkumu.

### 6.1 Metody získávání dat

Pro výzkum jsme zvolili **kvantitativní design získávání dat**, abychom s daty mohli dále pracovat pomocí statistických metod, které nám poskytnou reprezentativní výsledky. Kvantitativní výzkum byl zvolen i proto, abychom mohli srovnávat naše výsledky s výsledky předchozích nebo podobných výzkumů v této oblasti.

Vycházeli jsme z literární rešerše, která sloužila dále jako podklad pro zpracování teoretické části. Na základě těchto zjištění jsme zvolili metodu **Stress Profile** (Král & Klose, 2006) a dále poté metodu **Maslach Burnout Inventory** (MBI) (Maslach C. , 1996). Jak je definováno ve výzkumném problému, pro zjištění dalších psychosociálních rizik byl ještě použit **dotazník Kultury bezpečí poskytované péče** (AHQR), tento dotazník byl součástí výzkumu pouze v online podobě, a to z důvodů:

- Dotazník bezpečnosti kultury zdravotní péče byl distribuován na pracoviště mimo FN Brno, z důvodu pozdějšího dodání do žádosti o výzkum na pracovišti, bylo by nutné nové kolo žádosti.
- Dotazník bezpečnosti kultury zdravotní péče by bylo dále vhodné ověřit psychometricky, zhodnotit jeho škály, faktorovou analýzu a vnitřní konzistenci. Také validita dotazníku by nemusela být dostatečná.

Pro získání dat byly sestaveny **dvě baterie**: **První baterie obsahovala položky z MBI a Stress profile**, celkem **143 otázek** doba vyplnění zabrala **průměrně 21,3 minut** (dle online záznamů u 38 respondentů). **Druhá baterie** byla sestavena z **dotazníku kultury bezpečí poskytované péče**. Tato baterie měla celkem 40 položek a její název byl přejmenován na: **Pracovní podmínky a bezpečnost péče**. Doba zpracování druhé baterie se **pohybovala průměrně 7,1 minut** (n=38).

Respondenti měli na konci dotazníku vyplnit unikátní kód, který se skládat z: oblíbená barva/den narození/oblíbené číslo (např. zlatá/24/120). Tento **unikátní kód** poté měl dva významy:

- Při výběru zpracování druhé baterie, zde kód vyplnili a poté bylo možné tyto dvě baterie spárovat k jednomu respondentovi.
- Pokud měli zájem o vyhodnocení stress profilu a syndromu vyhoření mohli zaslat daný unikátní kód na emailovou adresu a poté jim bylo následovně zasláno vyhodnocení, případně v tištěné podobě zaškrtili „ano mám zájem o vyhodnocený dotazník“. Vyhodnocené dotazníky byly poté předány vrchní sestře v zalepené obálce pouze s nápisem unikátního kódu na obálce. Pracovník po sdělení svého unikátního kódu dostal do ruky vyhodnocení.

### 6.1.1 Stress Profile

Stres Profile byl vytvořen Nowackem a do českého prostředí jej převedli Kloze a Král. Jak uvádí Nowack (2006, str. 5) *„Hlavním cílem při tvorbě Stress profilu bylo udržet celkový počet položek tvořících inventář natolik nízký, aby dotazník bylo možno použít v co nejvíce situacích, a zároveň dostatečný k reliabilnímu a validnímu zhodnocení široké palety faktorů, které moderují vztah mezi nemocí a stresem.“*

Stress Profile je velmi užitečným nástrojem nejen pro psychology, ale také pro psychiatry, praktické lékaře. Může být také velmi užitečným nástrojem v kontextu podnikových programů podpory zdraví, nebo jaké nástroj pro odhad zdravotního rizika.

Inventář se skládá celkem ze **123 položek**, které jsou rozděleny do **15 škál**: Stres, Zdravotní návyky, Cvičení, Odpočinek/spánek, Jídlo/výživa, Prevence, Trs položek ARC, Sociální podpora okolí, Chování typu A, Kognitivní nezdolnost, Pozitivní pohled, Negativní pohled, Minimalizace hrozeb, Zaměřenost na problém, Psychická pohoda. 118 položek je v dotazníku formou Likertova typu, 5 položek je dichotomických (ano/ne), které zjišťují Lscóre.

Dotazníková metoda obsahovala veškeré škály a položky Stress Profilu.

Stres	
1. zdravotní	27. požívání látek, na něž je alergie (R)
2. pracovní	28. požívání kofeinu (R)
3. finanční	<b>Trs položek ARC</b>
4. rodinný	29. alkohol (R)
5. společenský	30. rekreační drogy (R)
6. environmentální	31. cigarety (R)
<b>Zdravotní návyky</b>	<b>Sociální podpora okolí</b>
<b>Cvičení</b>	32. podpora nabízená nadřízeným
7. fyzická aktivita	33. podpora nabízená spolupracovníky
8. cvičení svalové síly	34. podpora nabízená jinou důležitou osobou
9. intenzivní tělesné cvičení	35. podpora nabízená členy rodiny nebo příbuznými
<b>Odpočinek/spánek</b>	36. podpora nabízená přáteli
10. přemáhání únavy (R)	37. podpora vyžádaná od nadřízeného
11. chybějící noční spánek (R)	38. podpora vyžádaná od spolupracovníků
12. méně spánku, než je potřeba (R)	39. podpora vyžádaná od jiné důležité osoby
13. špatná kvalita spánku (R)	40. podpora vyžádaná od členů rodiny nebo příbuzných
14. neschopnost napláňovat čas na odpočinek (R)	41. podpora vyžádaná od přátel
<b>Jídlo/výživa</b>	42. spokojen s podporou nadřízeného
22. nedostatečné nebo zcela vynechané snídaně (R)	43. spokojen s podporou spolupracovníků
23. vyvážená strava	44. spokojen s podporou od jiné důležité osoby
24. pozornost věnovaná příjmu potravy	45. spokojen s podporou členů rodiny nebo příbuzných
25. nezdravá strava (R)	46. spokojen s podporou přátel
26. vynechávání jídla (R)	<b>Chování typu A</b>
<b>Prevence</b>	47. spěch
15. kontakt s někým, kdo byl nemocen (R)	48. zaneprázdněnost
16. ignorování symptomů nemoci (R)	49. vyjádřený vztek
17. neschopnost najít si čas dojít si na záchod (R)	50. ctižádostivost a soutěživost
18. praktikování bezpečného sexu	51. cynismus
19. neužívání předepsaných léků (R)	52. potřeba úspěchu a uznání
20. nechození na pravidelné lékařské prohlídky (R)	53. netrpělivost
	54. převážně vysoké pracovní tempo
	55. vyjadřování frustrace
	56. nedůvěra

Obrázek 1 Škály Stress Profile I. část

Kognitivní nezdolnost	Strategie zvládnání zátěže
57. zapojení do nepracovních aktivit (R)	<b>Pozitivní pohled</b>
58. lidé mohou ovlivňovat události (R)	87. soustředění na pozitivita
59. rodina a přátelé nabízejí podporu (R)	88. myšlení na šťastnější časy
60. vyhledávání rizika a vzrušení	89. schopnost představit si zlepšení
61. úspěch pramení z výsledků z práce, nikoli ze štěstí (R)	90. hledání pohody soustředěním na problém
62. málo oblastí vzbuzuje nejistotu (R)	91. pozitivní sebehodnocení
63. tendence být kritický	<b>Negativní pohled</b>
64. připravenost změnit práci	92. sebeobviňování a sebekritika
65. obecná nespokojenost	93. lítost
66. strnulost	94. soustředění na nejhorší možný důsledek
67. pocit promarnění většiny života	95. stále „probrání“ pesimistických úvah s ostatními
68. společenská neobratnost	96. stále pesimistické přemítání
69. zřídka pocit vlastní neschopnosti (R)	<b>Minimalizace hrozeb</b>
70. zaujatost zaměstnáním a pracovními aktivitami (R)	97. pomocí humoru
71. hrůza ze změny	98. vyhýbání se negativním myšlenkám
72. hledání změny stereotypů (R)	99. soustředění na jiné aktivity
73. žádný vliv na druhé	100. schopnost vyhnout se frustrujícím úvahám
74. sebedůvěra (R)	101. schopnost nezabývat se „lořiskými sněhy“
75. vědomí vlastních schopností (R)	<b>Zaměřenost na problém</b>
76. nuda	102. hledání rady
77. snadná frustrovatelnost	104. vypracování „akčního“ plánu
78. pocit vztahu mezi úsilím a úspěchem (R)	105. modifikace situace nebo chování
79. nedostatek úspěchu	106. srovnání s minulými zkušenostmi
80. neschopnost	<b>Psychická pohoda</b>
81. nedostatek kontroly nad událostmi	107. štěstí a spokojenost
82. neschopnost vyrovnat se s problémy	108. chápání událostí jako stimulujících a vyzývajících
83. očekávání nejhoršího	109. uvolněnost
84. snaha udržet status quo	110. pohoda
85. nedostatek důvěry	111. smysl pro předvídání
86. vnitřní pocit smysluplnosti (R)	112. pocit být milovaný
	113. smysl potěšení
	114. pocit lepší budoucnosti
	115. důvěra
	116. spokojenost se životem
	117. smysl pro povinnost
	118. spokojenost s dosaženými úspěchy.

Obrázek 2 Škály Stress Profile II. část

### 6.1.2 MBI

Jedná se o nejvíce využívanou metodu pro zjišťování úrovně syndromu vyhoření, poprvé byla uvedena v roce 1981. Dotazník MBI má **3 složky**, kterými je tvořen:

- **Emocionální vyčerpání** – zkoumá do jaké míry je respondent emočně vyčerpan svou prací. Vyšší bodové skóre odpovídá vyšší míře prožívaného stresu.
- **Depersonalizace** – projevy neosobní reakce a necitelnosti směrem ke klientům/pacientům. Opět platí čím vyšší bodové skóre tím vyšší míra prožívaného stresu.
- **Uspokojení ze své práce** – zde platí, že čím vyšší počet bodů tím nižší míra vyhoření (Maslach & Jackson, 1981).

Vnitřní konzistence dotazníku je v rozmezí  $r=.70$  po  $r=.91$ . Test-retest reliabilita je v hodnotách mezi  $r.=0.60$  až po  $r=0.80$  (mezi čas mezi testováním 14-30dnů). Validita se vyhodnocovala na základě: výsledné skóre korelovalo s hodnocením blízké osoby, korelace pracovních charakteristik s MBI, korelace s jinými testy. Validnost této metody byla prokázána (Maslach & Jackson, 1981).

### 6.1.3 AHQR

Jedná se o metodiku, která řeší kulturu bezpečnosti poskytované péče. Tento dotazník je určen primárně pro lůžková oddělení nemocnic a zaměřuje se na 12 oblastí:

- Úroveň kultury bezpečí: očekávání a opatření vedoucího / manažera, organizační znalost – neustálé zlepšování, týmová spolupráce v rámci jednotek, komunikační otevřenost, zpětná vazba a komunikace o chybě, nenásilná reakce na chybu u personálního zabezpečení.
- Kultura bezpečí na úrovni nemocnice: podpora řízení bezpečnosti pacientů, týmová spolupráce mezi odděleními/jednotkami, překlady a předávání pacientů.
- Vstupní proměnné: celkové vnímání bezpečnosti pacienta, frekvence hlášených událostí (Pokjová & Vártlová, 2017).

Tento dotazník byl použit také ve výzkumu a to jako doplňková dobrovolná baterie pro respondenty.



## 6.2 Typ výzkumu a postup při získávání dat

Data byla získávána pomocí **kvantitativního designu**. Byly sestaveny dvě baterie dotazníku, každá baterie byla poté distribuována **bud' online**, nebo **formou papír-tužka**. Výběr respondentů probíhal následovně

- Oslovení zdravotníků z nemocnic v Motole, Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, Fakultní nemocnici Hradec Králové a dále možnost nabídnout vyplnění dotazníku i kolegům. Metoda sněhové koule. Oslovování probíhalo na základě kontaktů na vedoucí daných pracovišť.
- Žádost o sběr dat u zaměstnavatele FN Brno v Bohunicích, distribuce 50 dotazníků.
- Distribuce dotazníku probíhala od prosince 2018 do března 2019.

Online podoba dotazníku byla volena následovně:

- Co nejvíce zpřesněný text a podoba dotazníku vy tištěné verzi, důraz a kontrola na HCI, tedy jednoduchost ovládání, intuitivní práci s dotazníkem.
- Možnost sledování průběžného vyhodnocování testu.
- Vytvořena emailová adresa [zdravezdravotnictvi@gmail.com](mailto:zdravezdravotnictvi@gmail.com) pro možnost komunikace a dotazů respondentů dotazníku. Také pro možnost zaslání vyhodnocení syndromu vyhoření a stresu respondenta, pokud o to zažádal.

## 6.3 Etická část výzkumu

Důležitým bodem, kterému se bylo potřeba věnovat, byl soulad s etickými pravidly. Ve výzkumu byla dodržena všechna pravidla etické oblasti a to jak informování respondentů, tak i práce a nakládání se získanými daty.

Respondenti byli informováni o cílech výzkumu, dobrovolnosti, možnosti z výzkumu kdykoliv odstoupit, důležitá byla nejen anonymita hodnocení ale také anonymita poté při předávání vyhodnocení syndromu vyhoření pro respondenty. Pro respondenty, kteří získávali vyhodnocení zpětně pomocí emailu, byla zajištěna anonymita dat následovně: *„Pokud máte zájem o vyhodnocení vaší míry úrovně syndromu vyhoření a stresu zašlete email na adresu [zdravezdravotnictv@gmail.com](mailto:zdravezdravotnictv@gmail.com) do předmětu uveďte Vyhodnocení \_ unikátní kód (např. Vyhodnocení\_modrá2425). V případě, že chcete zachovat celkovou anonymitu, doporučuji vytvoření emailu, který nebude nositelem informace o Vaší osobě. Po*

*odeslání Vašeho hodnocení bude ihned Vaše hodnocení vymazáno nejen z počítače, ale také z odeslané emailové schránky.“*

V dotazníku **nebyla získávána žádná citlivá data**, která by umožnila bližší identifikaci respondentů. Z osobních údajů respondenti vyplňovali: věk, pohlaví a dobu práce ve zdravotnictví.

Veškerá data byla uchována na počítači, který nebyl přenosný a přístup k němu má pouze výzkumník. Počítač je zaheslován. Pro zálohu dat byl využit harddisk, který je také zaheslován a má přístup k němu pouze výzkumník.

## 7 METODA ZPRACOVÁNÍ, VÝZKUMNÝ SOUBOR

Při práci s daty byly použity metody deskriptivní a inferenční statistiky.

Metoda zpracování dat Stress Profilu probíhala pomocí MS Excel 2013, vysoký důraz byl kladen na pečlivou práci s daty, přehlednost a systematičnost pro zabránění chyb při přepisu nebo výpočtu T skóru. Byly použity funkce, které nabízí Excel pro efektivní zpracování s daty. Pro výpočty T skóru byla použita tabulka 8 na straně 31 manuálu Stress Profile „Průměrné HS a SO“ Pro ověření správnosti výpočtu T-skóru byla použita tabulka 14 na straně 35 manuálu Stress Profilu „Převod HS na T-skóry – česká populace“. Veškeré kroky v úpravách a čištění dat byly průběžně konzultovány a kontrolovány vedoucí práce.

MBI a AQHR dotazník byl zpracováván v programu MS Excel 2013, důraz byl kladen v dotazníku AQHR na práci s inverzními položkami.

V rámci MBI jsme využili výpočet HS položek Emoční vyčerpání (EE), Depersonalizace (DE) a Osobní uspokojení (PA). V rámci MBI není možný souhrn celkového vyhoření. Z důvodů zjištění rizikovosti míry syndromu vyhoření u jednotlivých respondentů byla vytvořena škála s názvem „rizikovitost syndromu vyhoření.“ Tato nová škála vyhodnocuje míru rizika vyhoření u pracovníka. V prvním kroku bylo pro každou škálu EE, DE, PA u pracovníka vyhodnoceno vyhoření: žádné, mírné nebo vysoké. Ke každému hodnocení byl přiřazen intervalový údaj: žádné – 0, mírné – 1, vysoké – 3. U každého respondenta byly poté tyto hodnoty sečteny a bylo vyhodnoceno celkové riziko míry vyhoření. Škála pro rizikovitost vyhoření je poté v rozmezí:

- 0 – 1: Žádné nebo minimální riziko vyhoření
- 2 - 3: Střední riziko syndromu vyhoření
- 4 – 6 : Vysoké riziko syndromu vyhoření

Tato škála vychází z teorií o řízení psychosociálních rizik na pracovišti. A dále se jí budeme zabývat v kapitole 8.1.

Pro zpracování a analýzu dat byl použit program STATISTIKA 13 v anglickém jazyce. Interpretace výsledků byla v českém jazyce.

Statistické testování dat probíhalo s odvoláním na centrální limitní větu, byly použity parametrické metody pro data, kde nebyla narušena normalita rozložení souboru. U dat, kde

byla narušena normalita rozložení souboru, jsme použili neparametrické testy: Mann-Whitney U-test. Hypotézy jsme testovali na hladině  $\alpha=0,05$ .

## 7.1 Výzkumný soubor

Populace zvolená pro tento soubor sestává z **pracovníků ve zdravotnictví, kteří přichází přímo do kontaktu s pacientem** a to z Jihomoravského kraje, hlavního města Prahy a Královehradeckého kraje.

Výběr respondentů probíhal formou **náhodného stratifikovaného výběru**. A dále pomocí **sněhové koule**. Pro hlavní město Praha byly vybrány nemocnice Motol, Všeobecná fakultní nemocnice a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. Pro Hradec Králové byla vybrána Fakultní nemocnice Hradec Králové. Zde byl **vedoucím pracovníkům zaslán email s žádostí o sběr údajů** pomocí dotazníkového šetření do bakalářské práce. Dále bylo pracovníkům nabídnuta možnost anonymního vyhodnocení Stress Profilu a Syndromu vyhoření. **Osloveno bylo celkem 95 pracovníků, z toho návratnost byla 38 dotazníků.** Pro Fakultní nemocnici Brno bylo formou tištěné verze **osloveno 50 pracovníků**, návratnost dotazníků **byla 35**, z toho **2 dotazníky** byly vyřazeny pro nedostatečný počet vyplněných položek u Stress profilu (více než 20%). Online formou bylo vyplněno celkem 38 (52%) dotazníků a tištěnou formou bylo vyplněno 35 (48%) dotazníků.

Jak je výše zmíněno byly využity dvě možnosti distribuce dotazníků – každá z těchto možností má své výhody, ale také negativa. **Online dotazníky** umožňují respondentovi vyplnit test v pohodlí domova, případně ve volné chvíli, distribuce a práce s daty je poté pro výzkumníka výhodnější z hlediska času, finanční náročnosti a minimalizace chyb při přepisování. Díky online dotazníku se také minimalizuje riziko nezodpovězených otázek, nebo otázek, u kterých je vybráno více možností respondentem. **Negativa online vyplňování** je nemožnost respondenta doptat se na případné dotazy, nelze zcela zaručit, že tento dotazník vyplňuje požadovaný respondent (zdravotník) nebo že okolní podmínky jsou vhodné pro vyplnění dotazníku (dostatečný čas a prostor pro vyplnění dotazníku).

**Tištěná forma dotazníků** má velké pozitiva zejména v tom, že respondent může dopsat na papír své poznámky, může si papír vzít na různá místa, kde se mu lépe vyplňují data. **Negativa** tištěného dotazníku jsou poté při přepisu dat výzkumníkem, možnost že respondent zatrahne více odpovědí než jednu, že opomene vyplnit všechny odpovědi.

**Zkreslení u výběru vzorku respondentů** mohlo nastat zejména při sněhové kouli, kdy se zcela náhodný výběr minimalizuje, můžeme předpokládat, že zde přibývali respondenti, kteří mají dobrý vztah s vedoucím, jež jim poskytl nabídku, nebo kteří mají vyšší míru syndromu vyhoření a rádi by znali svoje hodnoty.

## 7.2 Specifikace výzkumného souboru

Pomocí výše popsaného postupu bylo získáno **70 respondentů**. Z celkového počtu vyplněných dotazníků bylo **38 (52 %)** získáno **online formou** a **35 dotazníků (48 %)** bylo získáno formou **papír-tužka**. **Návratnost** dotazníků byla v online formě **39 % (38 dotazníků z 98 oslovených kontaktů)** v tištěné formě byl a návratnost **70 % (35 dotazníků z 50 rozeslaných)**.

Soubor je rozdělen do 5 skupin podle typu zdravotnického povolání, které vykonávají ve své profesi. Při výběru souboru byl kladen důraz, aby byly osloveny pracoviště, kde je přímý kontakt s pracovníkem.

Tabulka 2 Rozdělení souboru dle pracovní pozice a zastoupení v počtu mužů a žen.

Povolání	Muži		Ženy		Celková četnost	
	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL
Lékař/lékařka	13	72%	3	6%	16	23%
Zdravotní sestra/bratr	2	11%	43	83%	45	64%
Psycholog/psycholožka	2	11%	2	4%	4	6%
Fyzioterapeut /ka	0	0%	5	10%	5	7%
<b>Celkem</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>	<b>52</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

Rozdělení souboru dle pracovní pozice znázorňuje tabulka 2. Nejvyšší zastoupení můžeme pozorovat na pracovní pozici zdravotní sestra s hodnotou 64 % a poté na pracovní pozici lékař s hodnotou 23 %.

Nejvyšší zastoupení žen na pracovní pozici zdravotní sestra a to s hodnotou 64 % v celkovém souboru a 83 % v souboru zdravotní sestra/bratr. Nevyšší zastoupení mužů z celkového souboru je na pracovní pozici Lékař a to z 23 %, poté na pracovní pozici lékař jsou muži zastoupení ze 73 %.

V tabulce níže je rozdělení respondent podle věkové kategorie. Respondenti vykazovali nevyšší míru četnosti ve věkové kategorii 50-54 let. Důkazy relativní četnosti svědčí o tom,

že se nám podařilo získat výzkumný vzorek, který neinklinuje příliš k jedné straně věkové kategorie. Pro výzkum má toto věkové rozložení dle mého názoru podstatný význam. Nejmenší věkové zastoupení bylo ve věkové kategorii 20-24 let, 50-59 let a 60-64 let.

Tabulka 3 Rozložení respondentů dle věkové kategorie

Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
20-24	3	4%
25-29	11	16%
30-34	12	17%
35-39	6	9%
40-44	10	14%
45-49	12	17%
50-54	13	19%
55-59	2	3%
60-64	1	1%

V tabulce níže je četnost týdenní pracovní doby dle typu pracovní pozice. Respondenti měli vybrat následující týdenní pracovní dobu dle následující položky:

*„Kolik hodin týdně průměrně pracujete?“*

- 20-40 hodin týdně (běžná pracovní doba pro plný nebo zkrácený úvazek),
- 41 – 50 hodin týdně (přesčas v rámci běžné pracovní doby na plný úvazek),
- 51 a více (přesčas v rámci běžné pracovní doby na plný úvazek.“

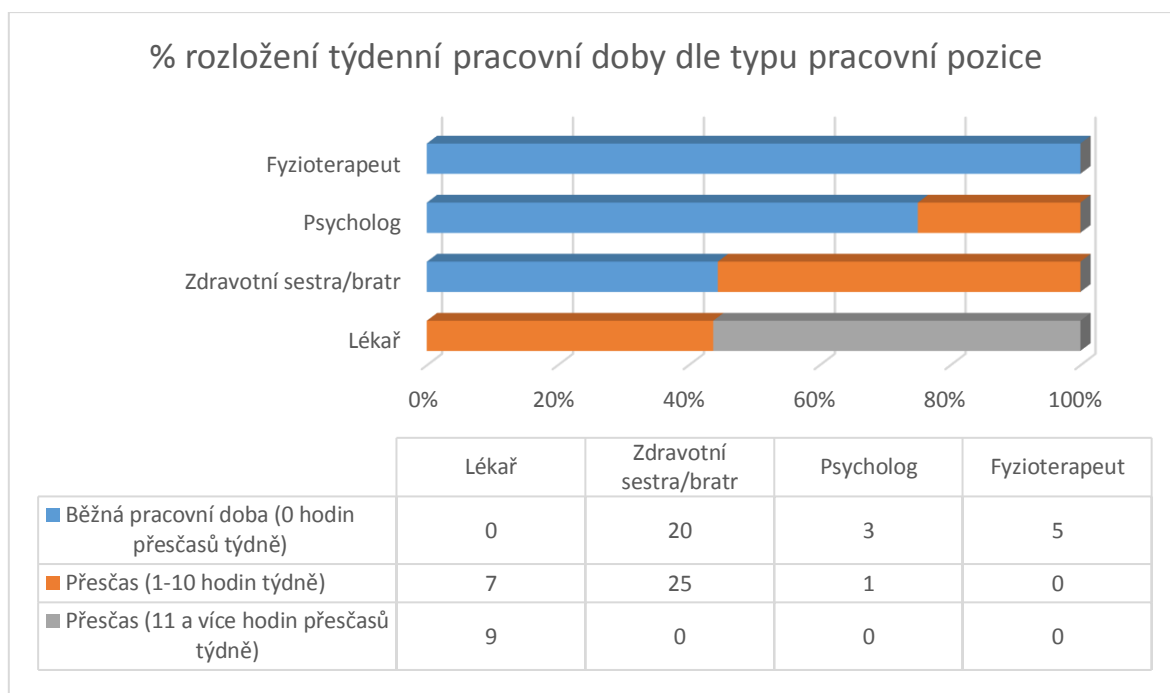
Tabulka 4 Rozložení průměrné týdenní pracovní doby dle pracovní pozice

Povolání	21-40		41-50		51 a více	
	ABS	REL	ABS	REL	ABS	REL
Lékař	0	0%	7	13%	9	100%
Zdravotní sestra/bratr	20	71%	25	48%	0	0%
Psycholog	3	11%	1	2%	0	0%
Fyzioterapeut	5	18%	0	0%	0	0%
<b>Celkem</b>	<b>28</b>		<b>33</b>		<b>9</b>	

Z tabulky výše vyplývá, že nejvíce přesčasů tvoří pracovní pozice lékaři, zde dokonce, žádný z 16 respondentů na této pracovní pozici nevyplnil běžnou pracovní dobu bez přesčasů. Další pracovní pozice, u které lze pozorovat přesčasy je Zdravotní sestra/bratr.

V grafu níže poté vidíme rozložení pracovní doby pro pozice, nejvyšší zatížení přesčasů můžeme vidět zdravotní sestra/bratr a lékař. Pro pracovní pozice fyzioterapeut a psycholog máme poté i méně respondentů, nelze tedy opravdu s jistotou říci, že tyto pracovní pozice v populaci nevykazují vyšší míru přesčasů.

Graf 1 Týdenní pracovní doba dle pracovní pozice



## 8 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole budou postupně analyzována data získaná ve výzkumu. U každého z dílčích oblastí budou zhodnoceny výsledky analýzy a bude zhodnoceno přijetí nebo zamítnutí hypotézy. Všechna zjištění budou poté následně interpretována.

### 8.1 Oblast vztah syndromu vyhoření k vnitřním faktorům jedince

V této dílčí části budeme zkoumat vztah syndromu vyhoření k vnitřním faktorům jedince. Pro tuto část jsme volili dvě metody přístupu. První metoda byla měřená korelačními metodami a to Pearsonův korelační koeficient a Spearmanův korelační koeficient. Ze získaných výsledků nemůžeme usuzovat kauzalitu, nelze tedy říci co je příčina a co je následek. Druhá metoda analyzovala vztah mezi lidmi, kteří mají vyšší sklon k Chování typu A (T-skór vyšší než 60), lidmi kteří nemají sklon k chování typu A (T-skór nižší než 60).

V prvním metodě jsme museli analyzovat normální rozdělení pro zvolení vhodné metody pomocí Shapirův-Wilkův test normality. Z níže získaných výsledků jsme volili pro hypotézy H1, H3, H5, H6, H8 metodu Pearsonova korelačního koeficientu (n=70) a pro hypotézy H2, H4, H7 a H9 jsme volili metodu Spearmanova korelačního koeficientu (n=70).

Tabulka 5 Shapiro-Wilkův test normality

Proměnná	Test Normality		
	N	W	p
<b>TYP</b>	70	0,982770	0,449125
<b>EE</b>	70	0,983405	0,481577
<b>PA</b>	70	0,979936	0,323142
<b>DP</b>	70	0,942701	0,003063
<b>MBI</b>	70	0,792394	0,000000
<b>NEZ</b>	70	0,976965	0,223857

\*Pozn.: Typ chování A (TYP), Emocionální vyčerpání (EE), Osobní uspokojení (PA), depersonalizace (DP), úroveň syndromu vyhoření (MBI), Kognitivní nezdolnost (NEZ)



Normalita se nezamítá v případě proměnné TYP, EE, PA, jelikož  $p > 0,05$ . V případě proměnných DP a MBI zamítáme normalitu  $p < 0,05$ .

Tabulka 6 Zhodnocení hypotéz oblasti I: Pearsonův korelační koeficient

Hypotéza	Korelační koeficient (r)	Přijetí/zamítnutí
<b>H1:</b> Jedinci s typem chování A skórují výše na škále EE než jedinci bez typu chování A	,2974	Přijímáme
<b>H3:</b> Jedinci s typem chování A skórují níže na škále PA než jedinci bez typu chování A	,1357	Zamítáme
<b>H5:</b> Skóre na škále Kognitivní nezdolnost negativně koreluje se skóre na škále Typ chování A	-,0116	Zamítáme
<b>H6:</b> Skóre na škále Kognitivní nezdolnost negativně koreluje se skóre na škále EE.	-,4531	Přijímáme
<b>H8:</b> Skóre na škále Kognitivní nezdolnost pozitivně koreluje se skóre na škále PA.	,4629	Přijímáme

Výsledky získané pomocí analýzy dat lze interpretovat následujícím způsobem:

- U respondentů s typem chování A je slabá až střední míra závislosti s emocionálním vyčerpáním. Jedinci s typem chování A vykazují statisticky významně výše míru emocionálního vyčerpání.
- Nebylo však prokázáno, že jedinci s typem chování A disponují nižší mírou osobního uspokojení
- Současně se neprokázalo, že by jedinci s Chováním typu A vykazovaly nižší míru kognitivní nezdolnosti.
- Škála Kognitivní nezdolnost negativně koreluje se škálou EE a to středně silným vztahem. Jedinci, kteří vykazují vyšší kognitivní nezdolnost, vykazují současně nižší míru emočního vyčerpání.
- Škála Kognitivní nezdolnost pozitivně koreluje se škálou PA a to středně silným vztahem. Jedinci s vyšší mírou Kognitivní nezdolnosti současně vykazují vyšší míru osobního uspokojení.

Tabulka 7 Analýza hypotéz oblasti I: Spearmanův výpočet

Hypotéza Spearman	Korelační koeficient <sup>®</sup>	Přijetí/ zamítnutí
<b>H2: Jedinci s typem chování A skórují výše na škále DP než jedinci bez typu chování A.</b>	0,37	Přijímáme
<b>H4: Jedinci s typem chování A skórují výše na škále MBI než jedinci bez typu chování A.</b>	0,28	Přijímáme
<b>H7: Skóre na škále Kognitivní nezdolnost negativně koreluje se skóre na škále DP.</b>	- 0,36	Přijímáme
<b>H9: Skóre na škále Kognitivní nezdolnost negativně koreluje se skóre na škále MBI</b>	-0,58	Přijímáme

- Škála Typ chování A pozitivně koreluje se škálou DP a to středně silným vztahem. Jedinci, kteří vykazují vyšší míru chování typu A vykazují současně vyšší míru depersonalizace.
- Škála typ chování A slabě pozitivně koreluje se škálou MBI. Není dostatečně prokázáno, že jedinci vykazující chování typu A inklinují k syndromu více než obecná populace.
- Škála Kognitivní nezdolnost má středně silný negativní vztah ke škále DP. Jedinci, kteří vykazují vyšší míru kognitivní nezdolnosti, současně vykazují nižší míru depersonalizace.
- Škála Kognitivní nezdolnost má středně silný až silný negativní vztah ke škále MBI. Jedinci, kteří vykazují vyšší míru kognitivní nezdolnosti, jsou méně ohroženi syndromem vyhoření.

## 8.2 Oblast vztah syndromu vyhoření s pracovními podmínkami

V této části, budeme analyzovat vztah mezi syndromem vyhoření a pracovními podmínkami respondentů. V našem vzorku se nachází 38 respondentů. Výběr respondentů je pouze z online vyplňování testu. Níže je srovnání škál z dotazníků Stress Profile, MBI a Kultura bezpečí poskytované péče. Testovali jsme opět na hladině  $\alpha=0,05$  pro  $n=38$ .

Tabulka 8 Testování hypotéz oblast vztah syndromu vyhoření s pracovními podmínkami

Hypotéza	Korelační koeficient ®	Přijetí / zamítnutí
H10: Míra Pracovního zatížení na škále AHQR negativně koreluje s vyšším skórem MBI	-0,21	Zamítám
H11: Míra Pracovního zatížení personálu na škále AHQR negativně koreluje s vyšším skóre EE.	-0,042	Zamítám
H12: Míra pracovního vytížení personálu na škále AHQR negativně koreluje s vyšším skóre DP.	-0,08	Zamítám
H13: Míra pracovního vytížení personálu na škále AHQR pozitivně koreluje s vyšším skóre PA.	-0,38	Zamítám
H14: Pracovní stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem EE.	0,72	Přijímám
H15: Pracovní stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem PA.	-0,125	Přijímám
H16: Pracovní stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem DP.	0,38	Zamítám
H17: Pracovní stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem MBI.	0,63	Přijímám
H18: Finanční stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem MBI	0,6	Přijímám
H19: Finanční stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem EE.	0,42	Přijímám
H20: Finanční stres na šále Stress Profile negativně koreluje s vyšším skórem PA.	-0,23	Zamítám
H21: Finanční stres na šále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skórem DP.	0,367	Zamítám
H22: Finanční stres na škále Stress Profile pozitivně koreluje s vyšším skóre Pracovního stresu.	0,65	Přijímám
H23: Pracovní zatížení na škále AHQR pozitivně koreluje s vnímáním Bezpečnosti poskytované péče.	0,43	Přijímám
H24: Strach z chyb na škále AHQR negativně koreluje s vyšším skórem MBI	-0,28	Zamítám*
H25: Zpětná vazba a komunikace o chybách negativně koreluje s vyšším skórem MBI	-0,44	Přijímám
H26: Stres na škále stress profile pozitivně koreluje s vyšším skórem MBI	0,685	Přijímám
H27: Odpočinek na škále Stress profile pozitivně koreluje s vyšším skórem MBI	-0,232	Zamítám

- Nebylo prokázáno, že vyšší míra pracovního zatížení souvisí s vyšší mírou syndromu vyhoření
- Zároveň také nebylo prokázáno, že vyšší míra pracovního zatížení by vykazovala vyšší míru emočního vyčerpání nebo depersonalizace u respondentů. Také se nepotvrdila hypotéza, že vyšší míra pracovního zatížení souvisí s nižší mírou osobního uspokojení.
- Škála Pracovní stres má silnou pozitivní korelaci se škálou Emocionální vyčerpání. Respondenti, kteří vykazují vyšší míru pracovního stresu, zároveň vykazují vyšší míru emocionálního vyčerpání.
- Škála pracovní stres vykazuje nízkou korelaci se škálou Osobní uspokojení.
- Nebylo prokázáno, že vyšší míra

### 8.3 Oblast vztahu syndromu vyhoření a sociální opory

Sociální opora je jedním z psychosociálních pracovních rizik v rámci BOZP EU OSHA. Také teorie se opírají o význam sociální opory v míře syndromu vyhoření. Následující hypotézy byly testovány na 70 respondentech při hladině  $\alpha=0,05$ .

Tabulka 9 Testování hypotéz oblasti vztahu syndromu vyhoření a sociální opory

Hypotéza	Korelační koeficient <sup>®</sup>	Přijetí/ zamítnutí
<b>H27: Sociální podpora od nadřízeného na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skórem EE</b>	-0,38	Přijímám
<b>H28: Sociální podpora od nadřízeného na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skórem DP</b>	-0,124	Zamítám
<b>H29: Sociální podpora od nadřízeného na škále Stress profile pozitivně koreluje s vyšším skórem PA</b>	0,37	Přijímám
<b>H30: Sociální podpora od kolegů na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skóre EE</b>	-0,33	Přijímám
<b>H31: Sociální podpora od kolegů na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skóre DP</b>	-0,26	Přijímám
<b>H32: Sociální podpora od kolegů na škále Stress profile pozitivně koreluje s vyšším skóre PA</b>	0,53	Přijímám
<b>H33: Sociální podpora na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skóre EE</b>	-0,36	Přijímám
<b>H34: Sociální podpora od nadřízeného na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skórem pracovního stresu</b>	-0,147	Zamítám
<b>H35: Sociální podpora od kolegů na škále Stress profile negativně koreluje s vyšším skóre pracovního stresu</b>	-0,17	Zamítám

- 
- 
- Škála Sociální podpora od nadřízeného na škále Stress profile středně silně negativně koreluje s vyšším skórem Emocionálního vyčerpání. Respondenti skórující vyšší na škále sociální podpora od nadřízeného mají nižší Emocionální vyčerpání
  - Škála sociální podpora od nadřízeného slabě negativně koreluje se škálou Depersonalizace. Není dostatečně prokázáno, že respondenti, kteří jsou více spokojeni s podporou od nadřízeného, vykazují nižší míru depersonalizace.
  - Škála Sociální podpora od nadřízeného na škále Stress profile pozitivně středně silně koreluje s Osobním uspokojením. Respondenti, kteří jsou více spokojeni se sociální oporou od nadřízeného, vykazují vyšší míru osobního uspokojení.
  - Škála Sociální podpora od kolegů středně silně negativně koreluje s Emočním vyčerpáním. Respondenti, kteří jsou více spokojeni se sociální podporou od kolegů, vykazují nižší míru Emočního vyčerpání.
  - Škála Sociální podpora od kolegů slabě až středně silně negativně koreluje se škálou Depersonalizace. Respondenti, kteří jsou více spokojeni se sociální podporou od kolegů, vykazují nižší míru Depersonalizace.
  - Škála Sociální podpora od kolegů silně pozitivně koreluje se škálou Osobní uspokojení. Respondenti vykazují vyšší míru osobního uspokojení, čím více jsou spokojeni se sociální podporou od kolegů.
  - Škála Sociální podpora od kolegů středně silně negativně koreluje se škálou Emočního vyčerpání. Respondenti vykazují nižší míru emočního vyčerpání, čím více jsou spokojeni se sociální podporou od kolegů.
  - Nepodařilo se prokázat, že vyšší míra sociální podpory u respondentů vykazuje zároveň nižší míru pracovního stresu.
  - Zamítli jsme hypotézu, že vyšší míra sociální podpory od kolegu znamená nižší míru pracovního stresu.

#### **8.4 Oblast výskytu Typ chování A ve zdravotnictví**

VO1: Mezi pracovníky ve zdravotnictví přicházejících do kontaktu s pacientem je chování typu A zastoupena nejméně ze 70 %.

Velikost našeho výběru je =70%, čím by byl užší výběr, tím bude také užší interval. Hladina významnosti je  $\alpha=0,05$ . Pro výpočet jsme použili jednostranný konfidenční interval – Z test: Spodní limit je 0,26 a horní limit je 0,5. Ve zdravotnictví se nevyskytuje chování typu A nejméně ze 70 %.

### **H36: Pracovníci s typem chování A skórují výše na subškále Stres v rámci škály Stress Profile než jedinci bez typu chování A**

Vztah mezi typem chování A a Stresu byl analyzován pomocí Man-Whitneyova U-testu. V závislosti na typu chování A nebyly nalezeny signifikantní rozdíly v skórování stresu výše.

Tabulka 10 Hodnoty testové statistiky Mann-Whitneyova U-testu proměnné Stres dle typu chování A.

Proměnná	U	Z	p-hodnota
Stres	533	0,47	0,64

Hypotézu zamítáme.

## **8.5 Analýza syndromu vyhoření dle MBI**

V této kapitole budeme analyzovat syndrom vyhoření dle MBI, tato analýza nespadá do hlavních výzkumných cílů ani hypotéz, ale stává se důležitou součástí pro správnou interpretaci dat a diskuzi. V této části se budeme zabývat výslednými hodnotami syndromu vyhoření z hlediska škál Emoční vyčerpání, Osobní uspokojení a Depersonalizace. Jak je výše uvedeno byla vytvořena míra rizikovosti syndromu vyhoření MBI v kapitole 7. Metoda zpracování dat.

Dále budeme analyzovat možné souvislosti mezi syndromem vyhoření v rámci týdenní pracovní doby nebo přesčasů.

V tabulce níže je znázorněna četnost syndromu vyhoření u všech respondentů. Z tabulky je možné vyčíst, že 23% respondentů má žádnou nebo mírnou míru syndromu vyhoření. Střední míra vyhoření je u 29 % respondentů. Tedy tito respondenti jsou již ohroženi syndromem vyhoření a je třeba začít činit kroky pro jejich minimalizaci. V této střední míře

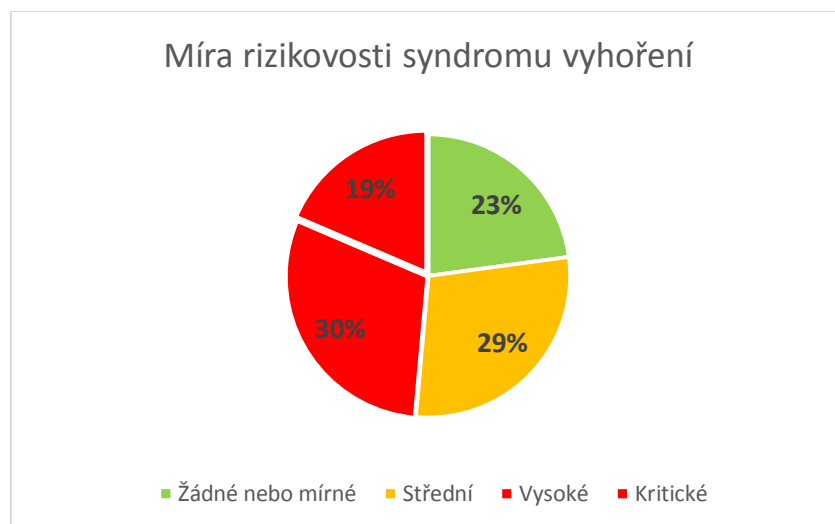
jsou respondenti, kteří vykazují minimálně dvě oblasti mírného vyhoření nebo jednu oblast syndromu vyhoření a dvě oblasti žádného syndromu vyhoření. Při analýze rizikovosti je potřeba dávat u těchto respondentů znak „!“, jelikož se jedná o syndrom vyhoření v jedné oblasti ze tří a je důležitá u nich co nejdříve náprava.

Hodnoty vysokého rizika syndromu vyhoření jsou v 30% ve všech našich případech. Tyto hodnoty obsahují minimálně jednu oblast vykazující syndrom vyhoření a jednu oblast vykazující mírné vyhoření. V kritické oblasti míry syndromu vyhoření se nachází 19% respondentů, kteří vykazovali ve všech třech oblastech syndrom vyhoření.

Tabulka 11 Četnosti míry rizikovosti syndromu vyhoření

Míra celkového rizika syndromu vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné nebo mírné	16	23%
Střední	20	29%
Vysoké	21	30%
Kritické	13	19%

Graf 2 Míra rizikovosti syndromu vyhoření



**H37: Výše syndromu vyhoření je rozdílná dle pracovní pozice.**

Čerpáme z dat získaných pomocí inventáře MBI. Analyzujeme souvislost mezi syndromem vyhoření (průměrné hodnoty škál EE, DP a PA) a pracovní pozicí. Použili jsme jednofaktorovou Welchovu ANOVU. Při hladině  $p=0,142$  jsme nepotvrdili, že míra

syndromu vyhoření souvisí s pracovní pozicí. V rámci Tuckey Testu jsme také nezjistili signifikantní rozdíly mezi jednotlivými typy pracovní pozice.

Tabulka 12 p-hodnoty zjištěné pomocí Tuckeyho post-hoc testu

Pozice	Psycholog	Zdravotní sestra	Lékař	fyzioterapeut
Psycholog		0,88	0,61	0,97
Zdravotní sestra	0,89		0,73	0,99
Lékař	0,62	0,73		0,85
fyzioterapeut	0,98	0,99	0,85	

Zároveň jsme také zjistili, že nelze potvrdit souvislost mezi škálami syndromu vyhoření (EE, DP, PA) a pracovní pozicí. Výsledné p-hodnoty nabývají těchto hodnot: pro Emoční vyčerpání  $p=0,72$ , pro Osobní spokojenost  $p=0,53$  pro depersonalizaci  $p=0,15$ . Syndrom vyhoření v našem výzkumném vzorku nezávisí na typu pracovní pozice.

**H38: Pracovní doba nesouvisí, že žádnou ze škál MBI.**

Při zjišťování vztahu mezi Pracovní dobrou a Emočním vyčerpáním, Osobní spokojeností a Depersonalizací, jsme zamítli nulovou hypotézu. Škála Pracovní doba má slabě až středně silně pozitivně koreluje s Depersonalizací a to v míře  $r=0,25$ . Pro analýzu vztahu byl použit Spearmanův výpočet. ( $n=70$ ,  $p<0,05$ ).



## DISKUZE

Ve výzkumu jsme použili tři metody dotazníkového šetření. První baterie dotazníků byla složena z dotazníků Stress Profile (Klose & Král, 2006) a MBI

První metodou byl diagnostický dotazník **Stress Profile** (Klose & Král, 2006), který zkoumá souvislosti mezi nemocí a stresem. Obsahuje pro nás velmi důležité škály: Stres, Sociální podpora, Typ chování A, Kognitivní nezdolnost a Sociální opora. Tyto škály byly velmi důležité pro zjištění vztahů vnitřních faktorů jedince se syndromem vyhoření. V rámci dotazníkového šetření jsme využili všechny škály dotazníku Stress Profile. Tento rozsah jsme považovali za důležitý skrze případnou další analýzu vztahů dopadu syndromu vyhoření u respondentů.

Další použitou metodou byl **MBI dotazník**, který se zabývá měřením syndromu vyhoření ze tří škál Emoční vyčerpání, Depersonalizace, Osobní uspokojení. V případě škály Osobní uspokojení znamenají vyšší hodnoty nižší riziko syndromu vyhoření. Pro možnost srovnávání skóre celkového syndromu vyhoření byl definován průměr všech tří škál, důraz byl kladen na inverzní položky pro škálu PA. Další úvahou kterou jsme se zabývaly, je vytvoření kategorií míry rizika pro sledování četnosti pracovníků, u nichž lze nalézt minimální riziko pro syndrom vyhoření, střední riziko a vysoké riziko syndromu vyhoření. Kategorie míry rizika obsahuje kritické riziko, které vyplývá z vysokého rizika, kdy jedince dosahuje syndromu vyhoření na všech třech škálách. Při analýze a interpretaci dat jsme vždy pracovali se škálami Emoční vyčerpání, Osobní uspokojení, Depersonalizace, poté jsme také využili při testování hypotéz škálu průměr všech tří škál. Kategorie míry rizika syndromu vyhoření byla využita v kapitole 8.5. Analýza a interpretace syndromu vyhoření dle MBI. Zde jsme respondenty rozdělili dle četností podle výsledného rizika.

Poslední použitou metodou byl dotazník **sledující Kulturu bezpečí poskytované péče**. Tento dotazník byl přidružen k online dotazníku a vyplnilo jej 38 lidí. Dotazník se zaměřuje na oblasti: Úroveň kultury bezpečí: očekávání a opatření vedoucího / manažera, organizační znalost – neustálé zlepšování, týmová spolupráce v rámci jednotek, komunikační otevřenost, zpětná vazba a komunikace o chybě, nenásilná reakce na chybu u personálního zabezpečení, podpora řízení bezpečnosti pacientů, týmová spolupráce mezi odděleními/jednotkami, překlady a předávání pacientů.

Jelikož pro analýzu vztahu psychosociálních pracovních rizik pracujeme pouze s výběrem 38 respondentů, můžeme získat zkrácené výsledky. **Dalším možným zkrácením** při vyplnění obou baterií mohl být příliš velký počet položek, což mohlo vést k vyplnění položek bez zamyšlení se hlubšího nad položkou. Ovšem průměrný čas pro vyplnění Stress profilu 20 minut dle manuálu je odpovídající s našim průměrem 21 minut. AHQR poté byl průměrně vyplněn za 7,1 minut.

Dotazníky byly vyplněny **online formou (38 dotazníků)** a formou **papír-tužka (35 dotazníků, z toho 2 vyřazeny** z důvodů nedostatečného počtu vyplnění položek). **Nežádoucí proměnné**, které mohli zkrácit data u online dotazníku, jsou zejména možnost vyplnění dotazníku osobou mimo zdravotnictví, nelze zajistit zcela totožnou podobu s originálním dotazníkem v tištěné podobě, náročnost na přepis dotazníku do online podoby. Pozitivní dopady online dotazníku je minimalizace chyb při přepisu dat, sledování průběžného vyhodnocování dotazníků od respondentů, snadnější distribuce, nižší finanční náklady. U dotazníku papír tužka je možné zkrácení dotazníku při přepisu dat. Data pro každého účastníka, byla tak kontrolována celkem 3x (první přepis – kontrola výzkumník, zpětná kontrola asistentem – výzkumník četl, asistent kontroloval, a poté opačně).

V souboru se nacházelo celkem **70 respondentů**, a to na 4 pracovních pozicích: **lékař (16 respondentů)**, **psycholog (4 respondenti)**, **zdravotní sestry (45 respondentů)**, **fyzioterapeuti (5 respondentů)**. Věkové rozložení je definováno v tabulce 3. Průměrný počet odpracovaných let ve zdravotnictví je **17 let** u výzkumného souboru (min. 1 rok, max. 35 let). Medián počtu odpracovaných let ve zdravotnictví je poté 15 u výzkumného souboru. Respondenti jsou v přímém kontaktu s pacientem. Oddělení, na kterých pracují, byly poté: **ARO, JIP, neurologie, chirurgie, onkologie, psychiatrie, rehabilitace**. Jsou to oddělení, kde můžeme dle výzkumů z USA (Cassels, 2012) očekávat vyšší psychické zatížení pracovníka.

Ve výzkumném souboru je nevyšší zastoupení mužů na pracovní pozici **lékař a to z 72%**, nejvyšší zastoupení žen na pracovní pozici a to z 81%. Celkové zastoupení mužů v našem výzkumném souboru je 26%. Celkové zastoupení žen je poté 74%.

**Pracovní doba v rámci přesčasů je zastoupena u lékařů z 100%**, z toho 7 lékařů pracuje týdně 41-50 hodin a 9 lékařů pracuje 51 a více hodin za týden. Výrazný počet přesčasů lze pozorovat také na pracovní pozici zdravotní sestra, zde 25 respondentů uvedlo, že pracuje

týdně 41-50 hodin (36% ze všech respondentů) a 20 zdravotních sester uvedlo, že pracuje v rámci běžné pracovní doby 21-40 hodin (26% ze všech respondentů). **Zamítli jsme H38: Pracovní doba nesouvisí, že žádnou ze škál MBI** při  $p < 0,05$  a  $n=70$ . Zjistili jsme střední až slabou korelaci se škálou Depersonalizace.

V naše výzkumu zjišťujeme souvislosti mezi vnitřními faktory jedince a vnějšími faktory z pohledu organizace (pracovní zatížení personálu, komunikace na pracovišti, sociální podpora od nadřízeného a kolegů, vnímání bezpečnosti péče na pracovišti)

V našem výzkumu jsme se opírali o souvislost vnitřních faktorů a syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření můžeme najít v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MNK10) pod kódem **Z73.0 kategorie „problémy související s pracovními obtížemi**. Zde také patří i kód Z73.1. zdůraznění osobnostních rysů – **chování typu A**. Dle výzkumu Zemanové (2000) jsou lidé typu A více ohrožení syndromem vyhoření. Výzkumný soubor byl v našem případě zastoupen v 37% pracovníky s typem chování A a 63% pracovníky, kteří nevykazují typ chování A. Dle výzkumné otázky VO1, lze očekávat zastoupení chování typu A u pracovníků ve zdravotnictví v intervalu (25 % až 49 %). Náš výsledek, tedy potvrzuje tento interval a zároveň nám zamítá VO1, že chování typu A je ve zdravotnictví zastoupeno z více než 70%.

V našem výzkumu jsme prokázali, že pracovníci s **typem chování A skórují výše na škálách Depersonalizace a Emoční vyčerpání**. Zároveň jsme neprokázali, že osoby s typem chování A jsou vyhořelé v oblasti Osobního uspokojení. Pokud se zamyslíme nad získanými výsledky a popisem chování typu A, lze se domnívat, že tyto lidé rychleji emočně vyhoří a poté mají vyšší sklon k depersonalizaci. V našem výzkumu jsme ovšem nezkoumali příčiny a následky. Nelze tedy tuto domněnku brát za potvrzující. Osoby s typem chování A v našem souboru také nepotvrdili vyšší míru stresu (H36). Což dle mého názoru potvrzuje také výše zmíněné zamítnutí hypotézy, že osoby s typem chování A nejsou vyhořelé v oblasti Osobního uspokojení. Zaměstnavatelé mohou, poskytnou prevenci osobám typu A v rámci supervizí, dle Kohoutka (2010) je potřeba u těchto osob podporovat sociální citlivost, kompetentnosti, optimální komunikaci a ostatní sociální techniky. Lze tedy navrhnout jako organizační prevenci zařazení soft skills do vzdělávání zdravotníků ve zdravotnictví. Ideální volbou by poté bylo hodnocení pracovníků pomocí Stress Profilu a vytváření vzdělávacích a preventivních programů na míru, ovšem z hlediska finanční

náročnosti (pracovní pozice psychologa, pracovník vzdělávání, administrativa apod.) nelze očekávat tuto změnu. Z pohledu psychologie práce bych osobně uznala v rámci chování typu A syndrom vyhoření jako nemoc povolání pouze v případě, že by se prokázalo, že organizace vytvořila nevhodné prostředí: soutěživé prostředí, absence supervizí nebo výše zmíněných soft skills v rámci vzdělávání. Zaměstnavatel, který vytváří bezpečné psychologické prostředí, by poté nebyl ohrožen tím, že zaměstnáním osoby typu A je vystaven riziku zvýšení nemocí z povolání kvůli syndromu vyhoření.

Dalším důležitým faktorem je **kognitivní nezdolnost, neprokázali jsme, že osoby s typem chování A mají nižší kognitivní nezdolnost**. Ve výzkumu jsme potvrdili, že respondenti, kteří dosahují nižší míry kognitivní nezdolnosti, zároveň vykazují vyšší hodnoty v rámci syndromu vyhoření pro oblasti Depersonalizace a Emočního vyčerpání. Kognitivní nezdolnost dále souvisí s vyšším osobním uspokojením. Respondenti, kteří vykazují vyšší míru kognitivní nezdolnosti, pociťují vysoký stupeň angažovanosti, oddanosti své práci, rodině i sobě samým. Životní změny a rizika chápou jako možnou příležitost k růstu, pociťují silnou kontrolu nad událostmi ve svém životě. Lidé s nízkou kognitivní nezdolností (40T a nižší) poté mají pocit odcizení z pracovního života, změny vnímají jako hrozbu, jsou více náchylní k nemocem v období stresu (Klose & Král, 2006). V našem souboru se vyskytovalo **11% osob (8osob)** vysokou míru kognitivní nezdolnosti (60T a výše), **38% osob** poté vykazovalo průměrné skóre v kognitivní nezdolnosti a **50% osob** vykazovalo nízkou míru kognitivní nezdolnosti (40T a níže). Tyto údaje jsou pro nás velmi zajímavé a bylo **by vhodné prozkoumat, zda kognitivní nezdolnost souvisí autonomií práce**. Právě nízká autonomie je dle studií velmi často také jedním z faktorů syndromu vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví. Tyto údaje také potvrzují, **že nižší skóre v rámci Kognitivní nezdolnosti souvisí s nižším skóre Zdravotních návyků** (Welchova ANOVA **Příloha IV.**, výpočet uveden zde z důvodů dodatečného zpracování pro ověření výroku v naší diskuzi). Do dalších výzkumů bych navrhovala porovnání interních dat organizace ohledně nemocnosti s kognitivní nezdolností a mírou vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví.

U respondentů (n=38), kteří vyplňovali online formou dotazník, jsme analyzovali také vliv psychosociálních pracovních rizik a syndromu vyhoření. Zamítli jsme hypotézu, že pracovní zatížení personálu souvisí s vyšším skóre na škále Emoční vyčerpání, Depersonalizace nebo s nižším osobním uspokojením. Pracovní zatížení se týkalo několika položek, vztahujících

se k nutnosti práce pod tlakem, nutnosti práce v krizovém režimu, nedostatku personálu, nutnosti přesčasů. Pro ověření pracovního zatížení. Přesto v našem výzkumném souboru 62% pracovníků se potýká s vysokou mírou pracovního zatížení. V rámci škály Pracovní stres v dotazníku stres profile jsme zjistili, že respondenti, kteří zde skórovali výše, také trpěli vyšší mírou Emočního vyčerpání a nižší mírou Osobního uspokojení. Neprokázalo se, že pracovníci skórující výše v rámci pracovního stresu mají také vyšší míru syndromu vyhoření v oblasti Depresonalizace. Zároveň pracovníci skórující výše na škále pracovního stresu skórují i výše v rámci finančního stresu. Výše finančního strese poté souvisí s vyhořením na škále Emoční vyčerpání. Silný vztah jsme našli mezi celkovou škálou Stresu a průměrem položek syndromu vyhoření. Lze se tedy domnívat, že pracovníci, kteří mají pracovní stres, se také výše potýkají s finančním stresem, to se poté odráží v míře emocionálního vyčerpání. Do dalších výzkumů bych doporučila také více analyzovat finanční stres a jeho důvody. Zjistili jsme, že míra odpočinku nesouvisí s výší syndromu vyhoření. Pro pracovníky je důležitá zpětná vazba a komunikace o chybách, ta koreluje silně s výší syndromu vyhoření. Lze tedy usuzovat, že nedostatečná zpětná vazba vede k pocitu nižší autonomie, toto tvrzení bych doporučila také v dalším výzkumu prozkoumat.

Pro respondenty je důležitá sociální podpora od nadřízeného, ta středně silně koreluje s vyšším skóre emočního vyčerpání a osobního upokojení. Středně silnou korelaci také nacházíme v sociální podoře od kolegů a to ve všech oblastech MBI: Emoční vyčerpání, Osobní uspokojení a Depersonalizace. Vztahy na pracovišti jsou důležité v rámci psychosociálních rizik na pracovišti, zde se jedná i o důležitější faktor v rámci syndromu vyhoření než výše zmíněná pracovní zátěž. Osobně bych se v dalším výzkumu více zaměřila na vztahy na pracovišti včetně mobbingu. Dle vlastních zkušeností z práce pro Mobbing Free Institute mohu potvrdit zvýšený mobbing v státních zařízeních.

Z následujících zjištění se můžeme domnívat, že syndrom vyhoření je ovlivněn faktory, které jsou na úrovni komunikace, vztahů na pracovišti a typu chování. Tyto faktory nyní nemůžeme brát jako „tvrdé“ data a analyzování syndromu vyhoření je potřeba více prozkoumat. Osobně bych se nepřikláněla nyní k odškodňování syndromu vyhoření jako nemoci z povolání. Byla bych ale toho názoru, že je vhodné přidat syndrom vyhoření do nemocí z povolání. Diagnostika syndromu vyhoření by se poté skládala nejen z diagnostického testu, kdy je potřeba zjistit typ chování, ale také z analýzy organizačního

prostředí. Zde nám stále ale chybí ověřené validní nástroje, které by byly schopny identifikovat, analyzovat a napravit psychosociální rizika. Česká republika v roce 2016, chtěla do novelizace zákona dát povinnost zaměstnavatelů předcházet vzniku stresu u svých zaměstnanců (Bezpečnost práce, 2016).

**Doporučení do budoucna** se týká zvážení zařazení syndromu vyhoření do nemocí z povolání a případně jejich diagnostice v našich podmínkách. V našem výzkumu jsme nepotvrdili dostatečně souvislost vnějších faktorů ovlivnitelných organizací na syndrom vyhoření. Přesto syndrom vyhoření vychází z psychosociálních rizik, která jsou zákonem definovaná v rámcové dohodě 89/391/EHS. Doposud nejsou kvalitní diagnostické metody psychosociálních pracovních rizik v organizacích. Při výzkumu syndromu vyhoření doporučujeme se zaměřit nejen na jeho projevy, ale zejména na kontext s psychologií práce a klinickou psychologií.

## ZÁVĚRY

Zpracováním výsledků se můžeme domnívat, že syndrom vyhoření je ovlivněn faktory, které jsou na úrovni komunikace, vztahů na pracovišti a typu chování. Tyto faktory nyní nemůžeme brát jako „tvrdé“ data a analyzování syndromu vyhoření je potřeba více prozkoumat. Osobně bych se nepřikláněla nyní k odškodňování syndromu vyhoření jako nemoci z povolání. Byla bych, ale toho názoru, že je vhodné přidat syndrom vyhoření do nemocí z povolání. Diagnostika syndromu vyhoření by se poté skládala nejen z diagnostického testu, kdy je potřeba zjistit typ chování, ale také z analýzy organizačního prostředí. Zde nám stále ale chybí ověřené validní nástroje, které by byly schopny identifikovat, analyzovat a napravit psychosociální rizika. Česká republika v roce 2016, chtěla do novelizace zákona dát povinnost zaměstnavatelů předcházet vzniku stresu u svých zaměstnanců (Bezpečnost práce, 2016).

Podářilo se prokázat, že vztah mezi typem chování a syndromem vyhoření je středně silný. Zároveň jsme prokázali, že kognitivní nezdolnost souvisí se všemi škálami syndromu vyhoření (emoční vyčerpání, depersonalizace, osobní spokojení). Zároveň jsme prokázali, že nízká kognitivní nezdolnost souvisí s horšími zdravotními návyky (Příloha IV). Tyto zjištění mají dopad nejen na zvažování syndromu vyhoření jako nemoci z povolání a jejího odškodnění, ale také z hlediska možnosti dopadu na ekonomickou stránku organizace v rámci možné vyšší nemocnosti pracovníků. V našem výzkumném vzorku se nachází 50% osob s nízkou mírou kognitivní nezdolnosti.

Vztah pracovního zatížení jsme neprokázali se syndromem vyhoření ani z žádnou jeho škálou. Pracovní zatížení se týká náročnosti práce. Avšak jsme prokázali souvislost mezi pracovním stresem, finančním stresem a mírou vyhoření v oblasti emočního vyčerpání. Pracovní stres je přitom zde pouze jedna položka, která obsahuje široký popis pracovního stresu, stejně jako finanční stres je také pouze jedna položka. Vyšší Pracovní zatížení souvisí s nižším vnímáním bezpečnosti poskytované péče, strachu z chyb pracovníků a strachu z uchovávání personálních poznámek o chybách.

Potvrdili jsme, že sociální opora od kolegů a nadřízených souvisí s mírou syndromu vyhoření. Sociální podpora od nadřízeného souvisí se škálami Emoční vyčerpání a osobní

uspokojení. Sociální opora od kolegů má silnější vztah ke všem třem škálám MBI. Vztahy na pracovišti se řadí mezi významná psychosociální rizika.

Ve výzkumu, kterého se účastnilo 70 respondentů, jsme pomocí vytvoření škály míry rizikovitosti zjistili, že celkem 34 (49%) respondentů má syndrom vyhoření ve vysoké míře rizika, z toho 13 (19%) respondentů je v kritické zóně, kdy vykazují syndrom vyhoření ve všech třech škálách MBI. Dále 20 respondentů (29%) spadá do středního rizika syndromu vyhoření a již i zde je nutná prevence a snaha o minimalizaci. Pouze 16 respondentů (23%) vykazuje minimální nebo žádné riziko syndromu vyhoření.

Nepodařilo se nám prokázat, že syndrom vyhoření souvisí s pracovní pozicí. Vztah s pracovní dobou jsme pouze našli na škále Depersonalizace.

V našem výzkumu se nám nepodařilo celkově potvrdit, že vnější faktory souvisí více se syndromem vyhoření než vnitřní faktory. Nelze se nyní přiklonit k zavedení syndromu vyhoření jako nemoci z povolání s odškodněním.



## SOUHRN

Bakalářská práce **analyzuje vztah syndromu vyhoření se stresem pracovníka ve zdravotnictví**. Zabývá se syndromem vyhoření z pohledu vnitřních faktorů jedince a z pohledu psychosociálních pracovních rizik. Zkoumaná je populace pracovníků ve zdravotnictví, která je dle výše zmíněných výzkumů ve vyšší míře vystavena působení stresu. Respondenti v našem výzkumu přicházejí do přímého kontaktu s pacientem. Ve výzkumu se snažíme zmapovat faktory, které mohou mít vliv na rozvoj syndromu vyhoření a na základě nich interpretovat, zda je vhodné uznat syndrom vyhoření jako nemoc z povolání. Zaměřujeme se na vnitřní faktory: chování typu A, kognitivní nezdolnost, organizační faktory: vztahy na pracovišti, pracovní stres, pracovní zatížení, pracovní doba, pracovní pozice.

V **teoretické části práce** jsme vymezili pojem syndrom vyhoření, dle různých autorů, ve snaze poskytnou co nejširší náhled na tuto problematiku a terminologii, která souvisí s touto oblastí. Dále klasifikujeme syndrom vyhoření v rámci jeho příznaků a fází vývoje. Shrnujeme nejdůležitější výzkumy v oblasti syndromu vyhoření ze zahraničí, ale také z České republiky. V další části se blíže zabýváme stresem zejména z pohledu jeho psychobiologického vlivu, chronického stresu a druhů stresu ve zdravotnictví. Vše je zakončeno pohledem na syndrom vyhoření z hlediska psychologie práce. Zde se zabýváme psychosociálními riziky na pracovišti a hodnocením syndromu vyhoření jako nemoci z povolání.

**Cílem empirické části práce** bylo **analyzovat vztah mezi syndromem vyhoření a stresem**. Rozlišovali jsme vnitřní faktory jedince jako je chování typu A, kognitivní nezdolnost. Vnější faktory, kterými jsou sociální opora na pracovišti, pracovní vytížení, pracovní stres a finanční stres. Pro splnění cíle práce **byly stanoveny celkem 4 oblasti** společně s hypotézami, které byly pomocí statistických metod ověřovány. V práci analýzy dat bylo užito korelačního koeficientu, Mann-Whitneyova U-testu, Welchovy ANOVY. K těmto analýzám byl použit software MS Excel 2013 a STATISTICA 13.

V práci byl použit **kvantitativní design výzkumu**, který byl realizován formou jednorázového průřezového dotazníkového šetření mezi pracovníky ve zdravotnictví. K získávání dat byly použity tři inventáře. První dva byly sjednoceny do jedné baterie.

Jednalo se o inventář **Stress Profile**, který zjišťuje informace o stresu pracovníka, jeho zdravotních návycích, kognitivní nezdolnosti a chování typu A. Druhým inventářem byl **Maslach Burnout Inventory** (MBI), který popisuje syndrom vyhoření ze tří škál (Emoční vyčerpání, Depersonalizace, Osobní uspokojení). Tyto dva dotazníky byly v jedné baterii vyplněny celkem 70 respondenty. Třetí dotazník se zabývá **Kulturou bezpečí poskytované péče** (Wockville, a další, 2016), mapuje psychosociální rizika, která zároveň také souvisí s bezpečí poskytované péče. Obsahuje celkem 3 oblasti, které mapuje: **pracoviště a pracovní zátěž, nadřizený, komunikace**. Tento dotazník byl vyplněn celkem 38 respondenty.

**Respondenti**, kteří se účastnili výzkumu, pracovali na pracovních pozicích: **lékař /ka, zdravotní sestra, fyzioterapeut/ka a psycholog/psycholožka**. Data byla získávána formou papír-tužka, a také online sběrem. Sběr dat se konal do začátku prosince 2018 do začátku března 2019. Celkem se do výzkumu zapojilo 70 pracovníků z nemocnic: Motol, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice Hradec Králové a FN Brno. V průběhu výzkumu jsme nenarazili na žádné etické potíže.

**Výsledky výzkumu ukazují, že existuje vztah mezi vnitřními faktory jedince a syndromem vyhoření. Zároveň se nám nepodařilo dostatečně prokázat vliv psychosociálních rizik na syndrom vyhoření. Ze závěrů našich výsledků jsme se rozhodli nedoporučovat zavedení syndromu vyhoření do seznamu nemocí z povolání, případně při jeho zavedení do tohoto systému pouze vést statistické data o počtu uznaných případů bez nároku na odškodnění.**

Ve výzkumu jsme prokázali, že **pracovníci s typem A skórují výše na škálách Depersonalizace a Emoční vyčerpání**. Nepodařilo se nám prokázat souvislost mezi typem chování A a Osobním uspokojením. **Osoby s typem chování A také nevykazovali vyšší míru stresu. Zároveň jsme potvrdili, že nízká míra kognitivní nezdolnosti souvisí s vyšší mírou syndromu vyhoření na škálách Emočního vyčerpání a Depersonalizace. Nízká míra kognitivní nezdolnosti také souvisí s nízkou mírou osobního uspokojení. V našem výzkumném souboru vykazovalo 50% respondentů nízkou míru kognitivní nezdolnosti. Zároveň jsme na našem výzkumném vzorku ověřili, že nízká kognitivní nezdolnost souvisí s horšími zdravotními návyky.**

Výzkum **potvrdil souvislost mezi obecným pracovním stresem a mírou syndromu vyhoření**. Potvrdili jsme **souvislost mezi pracovním a finančním stresem**. Detailnější **analýza neprokázala vliv mezi pracovním zatížením pracovníka a syndromem vyhoření**. Z hlediska pracovní doby jsme prokázali souvislost pouze s vyšší mírou depersonalizace u přesčasů.

Výzkum ukázal **silný vztah mezi sociální oporou od kolegů se syndromem vyhoření**. Sociální podpora ze strany kolegů byla významná ve všech třech oblastech syndromu vyhoření. Výzkum také prokázal **silný vztah mezi syndromem vyhoření a podporou od nadřízeného**. Vztahy na pracovišti jsou důležité v rámci psychosociálních rizik na pracovišti, zde se jedná i o důležitější faktor v rámci syndromu vyhoření než výše zmíněná pracovní zátěž.

**Doporučení do budoucna** se týká zejména detailního rozpracování syndromu vyhoření z pohledu psychologie práce a pracovního lékařství. Detailnější analýza diagnostických kritérií v zahraničí a současných diagnostik syndromu vyhoření v našich podmínkách. Na základě těchto zjištění bychom mohli zvolit dotazníkovou metodu sestávající z vybraných položek inventáře Stress profile, Maslach Burnout Inventory, AWLS. Doporučovala bych také počet respondentů co nejvyšší ( $n > 900$ ). Rovněž doporučuji rozšíření zkoumané problematiky o psychosociální rizika definované rámcovou dohodou 89/391 EHS. Do výzkumu bych zapojila odborníky z různých oblastí – pracovní lékařství, právo, klinická psychologie. Cílem by měla být analýza souvislosti psychosociálních rizik a syndromu vyhoření a detailní analýza diagnostiky syndromu vyhoření v zahraničí a České republice.

Pro zpracování dat pak doporučujeme využití statistického softwaru STATISTIKA 13.

Pro podložení našich zjištění bych doporučila kvalitativní výzkum v oblasti příčin syndromu vyhoření u diagnostikovaných pracovníků. Pro zpracování dat kvalitativního výzkumu bych poté doporučovala Atlas.ti.



## 9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Bakker, A., Dermerouti, E., & Schafeli, W. (2002). The validity of zhe Maslach Burnout Inventory - General Survey: An Internet study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 245-260.
- Cassels, C. (2012). *Psychiatry News*. Dostupné z Medscape: <https://www.medscape.com/viewarticle/774410>
- Fišar, Z., Jiráček, R., Bob, & Papežová, H. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada Publishing.
- Fontana, D. (2015). *Stres v práci a v životě: jak ho uchopit a zvládat*. Praha: Vyšehrad.
- Hartl, P. (1993). *Psychologický slovník*. Praha: Budka.
- Hartl, P., & Hártlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Havrdová, Z., Solcová, I., Dana, H., & Eva, R. (2010). KULTURA ORGANIZACE A SYNDROM VYHOŘENÍ. *Československá psychologie*, 232-248. Dostupé z ProQuest: <https://search.proquest.com/docview/669633777?pq-origsite=gscholar>
- HAVRDOVÁ, Z., ŠOLCOVÁ, I., HRADCOVÁ, D., & ROHANOVÁ, E. (2010). Kultura organizace a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*, 235-248.
- Honzák, R. (2018). *Jak žít a vyhonou se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad.
- Chirico, F. (2015). *Adjustment Disorders in DSM-5: Implications for Occupational Health Surveillance*. Dostupné z Acta Psychopathologica: <http://psychopathology.imedpub.com/adjustment-disorders-in-dsm5-implications-for-occupationalhealth-surveillance.php?aid=7212>
- Jeffrey, M. (2003). *Critical Incident Stress Management: Group Crisis Intervention 3rd Edition Revised*. Maryland: ICISF.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření: informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2013). SOUČASNÉ SOCIÁLNÍ ZMĚNY, JEJICH DŮSLEDKY A SYNDROM VYHOŘENÍ. *Československá psychologie*, 329-341.

- Klose, J., & Král, P. (2006). *STRESS PROFILE: Příručka*. Praha: Testcentrum-Hogrefe.
- Kohoutek, R. (2010). *DIAGNOSTIKA OSOBNOSTI TYPU A, B a C*. Dostupné z RudolfKohoutek: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0812/osobnost-typu-c>
- Král, P., & Klose, J. (2006). *Stress Profile*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Kristensen, T. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new toll for the assesment of burnout. *Work & Stress*, 192-207.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Laštovková. (2018). Diagnostika nových nemocí z povolání - prevence nových poškození z práce Soubor komentovaných prací. *Autoreferát disertační práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze: 1. lékařská fakulta.
- Laštovková, A., Carder, M., Rasmussen, H. M., Sjöberg, L., Ritta, S., Vévoda, J. & Pelclova, D. (2017). *Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study*. Dostupné z ResearchGate: [https://www.researchgate.net/publication/320824592\\_Burnout\\_syndrome\\_as\\_an\\_occupational\\_disease\\_in\\_the\\_European\\_Union\\_an\\_exploratory\\_study](https://www.researchgate.net/publication/320824592_Burnout_syndrome_as_an_occupational_disease_in_the_European_Union_an_exploratory_study)
- Linden, d. V., Keisers, G., Eling, P., & Schaijk, R. (2005). *ResearchGate*. Dostupné z Work and Stress: [https://www.researchgate.net/publication/247511192\\_Work\\_stress\\_and\\_attentional\\_difficulties\\_An\\_initial\\_study\\_on\\_burnout\\_and\\_cognitive\\_failures](https://www.researchgate.net/publication/247511192_Work_stress_and_attentional_difficulties_An_initial_study_on_burnout_and_cognitive_failures)
- Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál.
- Maslach, C. (1996). *Maslach burnout inventory: sampler set Manual, General Survey, Human Services Survey, Educators Survey, & Scoring Guides*. California: Mind Garden.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*, 99-113.
- Mikšík, O. (2007). *Psychologická charatkeristika osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). *Psychologie Atkinsové a Hilgarda*. Praha: Portál.

- Nešpor, K. (1995). *Prevence a zvládání profesionálního stresu ve zdravotnictví*. Lékařské listy, 14-15.
- OSHA. (2011). *Psychosociální rizika a stres při práci*. Načteno z Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci:  
<https://osha.europa.eu/cs/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Pešek, R., & Praško, J. (2015). *Stres a syndrom vyhoření*. Praha: Gaudeamus.
- Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free press.
- Ploeg, E.-K. (2003). Acute and chronic job stressors among ambulance. *Occupational and Environmental Medicine*, 140-146.
- Pokjová, R., & Vártlová, S. (2017). *Personální zabezpečení jako součást kultury bezpečí*. Načteno z Journal of nursing and social sciences: [https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201801-0003\\_personalni-zabezpeceni-jako-soucast-kultury-bezpeci-ve-zdravotnickych-zarizenich.php](https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201801-0003_personalni-zabezpeceni-jako-soucast-kultury-bezpeci-ve-zdravotnickych-zarizenich.php)
- Poncent, M., Toullic, P., & L., P. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 698-704.
- práce, B. (2016). *STRES V PRÁCI? MINISTERSTVO CHYSTÁ ZAMĚSTNAVATELŮM ZÁKON PRO JEHO PREVENCI*. Načteno z bezpečnostprace:  
<https://www.bezpecnostprace.info/pracovni-urazy/stres-v-praci-ministerstvo-chysta-zamestnavatelum-zakon-pro-jeho-prevenci/>
- Prins, v. d.-W., & Bakker, A. (2009). Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychology, health and Medicine*, 654-666.
- Rush, M. (2004). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.
- Schaufeli, W., & Taris, T. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work & Stress*, 256-262.
- Šamánek, M. (2017). *Naše tituly*. Načteno z Medical Tribune:  
<https://www.tribune.cz/clanek/42120-syndrom-vyhoreni-u-lekaru>

- Tajanovská, A. (2011). *Metody individuálního plánování služby s uživateli*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.
- Taněv, P. (2015). *Na české zdravotníky útočí stres, deprese a syndrom vyhoření*. Načteno z Edukafarm: [http://www.edukafarm.cz/data/soubory//casopisy/Farmi%203%20-%202015/32%20Na\\_ceske\\_zdravotniky\\_utoci\\_stres\\_deprese\\_a\\_syndrom\\_vyhoreni.pdf](http://www.edukafarm.cz/data/soubory//casopisy/Farmi%203%20-%202015/32%20Na_ceske_zdravotniky_utoci_stres_deprese_a_syndrom_vyhoreni.pdf)
- Vévoda, J., Vévodová, Š., & Nakládalová, M. (2018). Psychosociální rizika ve zdravotnictví. *Časopis lékařů českých*, 411-418.
- Wockville, W., Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Familiaro, T., Yount, N., & Behm, J. (2016). *Agency for Healthcare Research and Quality*. Načteno z AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture:: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>
- Znalostní systém prevence rizik v BOZP. (2016-2019). *BOZP obecně*. Načteno z zsbozp: <https://zsbozp.vubp.cz/bozp-obecne>



## **SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

MBI	Maslach Burnout Inventory
EE	Emoční vyčerpání
DP	Depersonalizace
PA	Osobní uspokojení
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
EU OSHA	Evropská unie Bezpečí a ochrana při práci
ILO	International Labour Office; Mezinárodní organizace práce
WHO	World Health Organisation; Světová zdravotnická organizace
OD's	Seznam nemocí z povolání definován WHO/ILO

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ**

Obrázek 1 Škály Stress Profile I. část .....	39
Obrázek 2 Škály Stress Profile II. část .....	39
Graf 1 Týdenní pracovní doba dle pracovní pozice .....	47
Graf 2 Míra rizikovosti syndromu vyhoření .....	55

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Faktory syndromu vyhoření z pohledu psychologie práce [vlastní zpracování] .....	22
Tabulka 2 Rozdělení souboru dle pracovní pozice a zastoupení v počtu mužů a žen. ....	45
Tabulka 3 Rozložení respondentů dle věkové kategorie .....	46
Tabulka 4 Rozložení průměrné týdenní pracovní doby dle pracovní pozice .....	46
Tabulka 5 Shapiro-Wilkův test normality .....	48
Tabulka 6 Zhodnocení hypotéz oblasti I: Pearsonův korelační koeficient.....	49
Tabulka 7 Analýza hypotéz oblasti I: Spearmanův výpočet .....	50
Tabulka 8 Testování hypotéz oblast vztah syndromu vyhoření s pracovními podmínkami .....	51
Tabulka 9 Testování hypotéz oblasti vztahu syndromu vyhoření a sociální opory ...	52
Tabulka 10 Hodnoty testové statistiky Mann-Whitneyova U-testu proměnné Stres dle typu chování A. ....	54
Tabulka 11 Četnosti míry rizikivosti syndromu vyhoření.....	55
Tabulka 12 p-hodnoty zjištěné pomocí Tuckeyho post-hoc testu.....	56
Tabulka 13 Syndrom vyhoření v zemích EU jako nemoc z povolání Zdroj: (Laštovková, a další, 2017).....	80
Tabulka 14 P-hodnoty zjištěné pomocí Tuckeyho post-hoc testu pro zjištění rozdílů v zdravotních návycích dle vnímaného stresu .....	83
Tabulka 15 Dotazník Kultury poskytované péče Sekce A, B, C .....	85

## **Abstrakt bakalářské diplomové práce**

**Název práce:** Vztah mezi úrovní stresu a syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků

**Autor práce:** Ing. et. Bc. Monika Kolková

**Vedoucí práce:** Mgr. Veronika Kavková, PhD.

**Počet stran a znaků:** 87 stran, 134 530 znaků

**Počet příloh:** 6

**Počet titulů použité literatury:** 45

Abstrakt: V práci si klademe za cíl popsat vztah mezi úrovní stresu a syndromem vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví. Analyzujeme vnitřní faktory a vnější faktory, které ovlivňují míru syndromu vyhoření. Zaměřujeme se na stres, pracovní stres, finanční stres, odpočinek, chování typu A, zdravotní návyky, kognitivní nezdolnost, pracovní vytížení, sociální podporu na pracovišti. V empirické části realizujeme výzkum formou kvantitativního dotazníkového šetření na populaci pracovníků ve zdravotnictví (N=70). K výzkumu jsou použity škály inventáře Stress profile, Maslach Burnout Inventory a Kultury bezpečí poskytované péče. Výsledky potvrzují existenci vztahu mezi syndromem vyhoření a vnitřními faktory jedince, jako je typ chování A či kognitivní nezdolnost. Potvrdil se také vztah mezi obecnou mírou pracovního stresu a finančního stresu se syndromem vyhoření. Již jsme neprokázali souvislost mezi pracovním zatížením a škálami syndromu vyhoření. Výzkum potvrdil vztah mezi sociální oporou a mírou syndromu vyhoření. Nejsilněji míru syndromu vyhoření ovlivňuje chování typu A, kognitivní nezdolnost a sociální opora. V našem výzkumu se nám dostatečně nepotvrdilo prokázat vliv dalších psychosociálních rizik na pracovišti. V našem výzkumné vzorku se nacházelo celkem 49% respondentů s vysokou mírou syndromu vyhoření.

**Klíčová slova:** syndrom vyhoření, stres, psychosociální rizika, zdravotník

## **Abstract of Thesis**

**Title:** Vztah mezi úrovní stresu a syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků

**Author:** Ing. et. Bc. Monika Kolková

**Supervisor:** Mgr. Veronika Kavková, PhD.

**Number of pages and characters:** 87 pages, 134 530 characters

**Number of appendices:** 6

**Number of references:** 49

**Abstract:** The aim of this thesis is to describe relationship between stress and burnout syndrome in health care workers. We analyze internal factors and external factors. These factors affect the rate of burnout. We focus on stress, rest, type A behavior, health habits, cognitive resilience, workload and social support in the workplace. We realize a quantitative questionnaire survey on the population of health workers (N=70) in the empirical part of this thesis. We used three methods – Stress Profile, Maslach Burnout Inventory, AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. Our results confirm a relationship between burnout and individual's internal factors (type A behaviour, cognitive). We confirmed the relationship between the level of work-related stress and burnout. Research has not shown influence between workload and burnout syndrome. The research confirmed the relationship between social support and burnout. In our research, we have not confirmed the correlation between significant psychosocial work hazards and burnout. Burnout rate was 49 % for our research sample.

**Key Words:** burnout syndrome, stress, psychosocial hazards, paramedic

# PŘÍLOHA P I: ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2016/2017

Studijní program: Psychologie  
Forma: Kombinovaná  
Obor/komb.: Psychologie (PSYB)

## Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Ing. KOLKOVÁ Monika	Nedachlebice 176, Nedachlebice	F15396

### TÉMA ČESKY:

Vztah mezi úrovní stresu a syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků.

### TÉMA ANGLICKY:

The relationship between the levels of stress and burnout of healthcare workers.

### VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. Veronika Kavková, Ph.D. - KSK

### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Hlavním cílem práce je prozkoumat vztah mezi úrovní stresu (zjišťováno dotazníkem stress profile) a úrovní syndromu vyhoření (zjišťováno dotazníkem MBI) u zdravotnického personálu. Vedlejším cílem je ověření, jakou měrou souvisí syndrom vyhoření s pracovním životem nebo zda je ovlivněn i jinými složkami osobního života daného jedince (životní styl, finanční situace, rodinná situace, vztahy, životní prostředí).

Teoretická část bude zpracována na základě rešerše z oblasti psychosociálních rizik pracovního prostředí, stresu a dále bude definována vybraná profese z hlediska psychologie práce. Stěžejní kapitolu poté bude tvořit literární rešerše syndromu vyhoření a přístupu k danému tématu. Respondenti budou vybráni na základě metody dostupnosti a metodou záměrného výběru a data budou získávána pomocí výše zmíněných dotazníků. Metodou zpracování dat budou korelace mezi jednotlivými položkami obou dotazníků (ANOVA).

Dosažené výsledky budou sloužit jako podklad pro navržení budoucí metodiky pro zlepšování pracovního prostředí s podporou psychologických metod a přístupů. Výsledky budou analyzovány se současnými poznatky o syndromu vyhoření.

### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- ATKINSON, L. (2003). Psychologie. Praha : Portál.  
HARTL, P. Psychologický slovník. Praha : Portál.  
FONTANA, D. (2016). Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat. Praha: Portál.  
HONZÁK, R. (2015). Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. Praha: Vyšehrad.  
MASLACH, CH. (2003). Burnout: the cost of caring. Cambridge, MA: Malor Books.  
MASLACH, CH., & LEITER, P. (1997). The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco, Calif: Jossey Bass.  
PAULÍK, K. (2017). Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada.  
PELCÁK, S. (2015). Stres a syndrom vyhoření Hradec Králové: Gaudeamus.  
PEŠEK, R., & PRAŠKO, J. (2016) Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohled kognitivně behaviorální terapie. Praha: Pasparta.  
SELYE, H. (2016) Stres života. Hodkvičky: Pragma.

Podpis studenta:

  
.....

Datum:

31.3.17  
.....

Podpis vedoucího práce:

  
.....

Datum:

31.3.17  
.....

## PŘÍLOHA P II: SYNDROM VYHOŘENÍ V ZEMÍCH EU JAKO NEMOC Z POVOLÁNÍ

Tabulka 13 Syndrom vyhoření v zemích EU jako nemoc z povolání Zdroj: (Laštovková, a další, 2017)

Země	Existuje seznam OD's	Možnost uznat syndrom vyhoření	Kritéria	Počet případů s hlášeným syndromem vyhoření (roky)	Počet odškodněných případů	Akční plán na omezení stresu v práci [%]	Účast pracovníků na řešení psychosociálních rizik [%]	Využití psychologů [%]
Dánsko	ANO	Ano, otevřené položky	Vyhodnocení: Deprese (F32.9; F33.0) Porucha přizpůsobení (F 43.2.) Anxieta (F41.9) Pracovně lékařské vyšetření	738 ( od roku 20015)	592 (od roku 2005)	51	77	38
Estonsko	ANO	Ano, otevřené položky	Individuální pracovně lékařské vyšetření	1 (2015)	neodškodňují	30	60	15
Francie	ANO	Ano, další systém	Minimálně 25% neschopnosti, přidružené další poruchy	0	0	18	53	4
Maďarsko	ANO	Ano, otevřené položky	Individuální pracovně lékařské vyšetření	0	0	18	53	4
Lotyšsko	ANO	ano, seznam	Individuální psychiatrické a pracovně lékařské vyšetření	42 (2013-2015)	neodškodňují	20	55	8



Země	Existuje seznam OD's	Možnost uznat syndrom vyhoření	Kritéria	Počet případů s hlášeným syndromem vyhoření (roky)	Počet odškodněných případů	Akční plán na omezení stresu v práci [%]	Účast pracovníků na řešení psychosociálních rizik [%]	Využití psychologů [%]
Nizozemí	NE	ANO	Individuální pracovně lékařské vyšetření ( Stress-related disorders - podle NVAB)	1989 (2015)	neodškodňují	26	62	28
Portugalsko	ANO	Ano, otevřené položky	Individuální psychiatrické a pracovně lékařské vyšetření	7	7	20	55	12
Slovensko	ANO	Ano, otevřené položky	Individuální psychiatrické a pracovně lékařské vyšetření	0	0	15	43	10
Švédsko	NE	ANO	Individuální psychiatrické a pracovně lékařské vyšetření (trvání poruchy min. po dobu 1roku a ztráta příjmu min. 6,66%)	329 (2015)	99 (2015)	51	73	59
Česká republika	AB	NE	N/A	0	0	22	77	20

### PŘÍLOHA P III: STRESOVÉ FAKTORY ZDRAVOTNÍKŮ V ZAHRANIČÍ

Pořadí	Maďarsko	Izrael	Itálie	Velká Británie	USA
1	Nedostatečné zdroje	Pracovní přetížení	Nedostatek personálu	Nedostatek personálu	Nedostatek personálu
2	Smrt a umírání pacientů	Nedostatek personálu	Pracovní přetížení	Způsob vedení	Pracovní přetížení
3	Určitý typ práce	Stav pacienta	Způsob vedení	Spolupracovníci	Způsob vedení
4	Způsob vedení	Určitý typ práce	Stav pacienta	Pracovní přetížení	Spolupracovníci
5	Nedostatek personálu	Nedostatečné zdroje	Určitý typ práce	Časová tíseň	Určitý typ práce
6	Pracovní přetížení	Spolupráce s pacienty a rodinami	Spolupracovníci	Stav pacienta	Stav pacienta
7	Stav pacienta	Spolupracovníci	Nedostatečné zdroje	Nedostatečné zdroje	Časová tíseň
8	Spolupracovníci	Způsob vedení	Časová tíseň	Nedostatečná kvalifikace pracovníků	Nedostatečné zdroje
9	Psychický stav	Smrt a umírání pacientů	Spolupráce s pacienty a rodinami	Určitý typ práce	Různé další stresory
10	Nedostatečná komunikace s vedoucími	Nedostatečná kvalifikace pracovníků	Nedostatečná organizace práce	Spolupráce s pacienty a rodinami	Nedostatečné ohodnocení

## PŘÍLOHA IV: KOGNITIVNÍ NEZDOLNOST A ZDRAVOTNÍ NÁVYKY

Pro ověření zda nízká míra Kognitivní nezdolnosti souvisí s nižší mírou Zdravotních návyků dle Stress Profilu. K výpočtu jsme využili Welchova Anova (při ověřování homoskedasticity byl použit Leevnův test). Nebyla potvrzena homogenost rozptylů obou škál. Následně byla provedena jednofaktorová analýza rozptylu, jejímž cílem bylo ověřit, zda existují signifikantní rozdíly mezi hodnotami obou skupin. Kognitivní nezdolnost byla grupování do tří skupin: nízká KN, průměrná KN, vysoká KN. Jednofaktorová Welchova ANOVA aplikovaná na škálu Zdravotní návyky potvrdil signifikantní rozdíly mezi skupinami ( $p=0,001$ ) při signifikaci na hladině  $\alpha=0,05$  při  $n=70$ . Pro zjištění, kterých kategorií kognitivní nezdolnosti se rozdíly týkají, jsme využili Tukeyův HSD post-hoc, test.

Tabulka 14 P-hodnoty zjištěné pomocí Tuckeyho post-hoc testu pro zjištění rozdílů v zdravotních návycích dle vnímaného stresu

Kategorie KN	Průměrná KN M=31,1	Nízká KN M=20,9	Vysoká KN M=34,5
Průměrná KN		0,000750	0,676194
Nízká KN	0,000750		0,003141
Vysoká KN	0,676194	0,003141	

Výsledky post-hoc testu ukázaly signifikantní rozdíly mezi jednotlivými typy kategorií kognitivní nezdolnosti. Nejvyšší rozdíl můžeme pozorovat mezi nízkou KN a vysokou KN, signifikantní rozdíl je také mezi průměrnou KN a nízkou KN. Výsledky analýzy rozptylu ukázaly, že mezi kategoriemi Kognitivní nezdolnosti jsou signifikantní rozdíly v míře zdravotních návyků.

## PŘÍLOHA V: POLOŽKY DOTAZNÍKU MBI

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů:      Vůbec      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7      Velmi silně

Č.	Položka	Síla
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 pacientů	
5	Mám pocit, že někdy s pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7	Jsem schopen/schopna velmi účinně vyřešit problémy svých pacientů	
8	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivý/á 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	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	Dovedu u svých pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pracuji se svými pacienty	
19	Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	

## PŘÍLOHA VI: POLOŽKY DOTAZNÍKU KULTURA BEZPEČNOSTI PÉČE

Sekce A: Moje pracovní zařízení

Tabulka 15 Dotazník Kultury poskytované péče Sekce A, B, C

Zdroj: (Wockville, a další, 2016)

Zamyslete se nad svým pracovním prostředím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nevím	Spíše souhlasím	Souhlasím
1. Lidé v mém kolektivu se vzájemně podporují	1	2	3	4	5
2. Máme dostatek personálu vzhledem k objemu práce.	1	2	3	4	5
3. Když se vyskytne mimořádně velký objem povinností, pracujeme jako tým, abychom práci zvládli.	1	2	3	4	5
4. V mém pracovním kolektivu se lidé k sobě chovají s respektem.	1	2	3	4	5
5. Já a mí kolegové pracujeme mnohdy déle, abychom uspokojili všechny nároky našich pacientů.	1	2	3	4	5
6. Aktivně se podílíme na zvýšení bezpečí pro pacienty.	1	2	3	4	5
7. Potřebujeme pomoc personálu zvenčí častěji, než bychom rádi.	1	2	3	4	5
8. Pracovníci mají pocit, že jejich chyby jsou zneužívány proti nim.	1	2	3	4	5
9. Chyby v našem kolektivu vedou k nápravě v pozitivním slova smyslu.	1	2	3	4	5
10. Je to jen náhoda, že se tu nestávají závažné chyby.	1	2	3	4	5
11. Když má jedna skupina pracovníků příliš mnoho práce, ostatní jim pomohou.	1	2	3	4	5
12. Když hlásíme nežádoucí událost, jsou spíše tendence hledat viníka, než identifikovat problém.	1	2	3	4	5

13. Když zavedeme změny za účelem zvýšit bezpečí pacientů, měříme zavedené změny.	1	2	3	4	5
14. Pracujeme v „krizovém“ režimu. Snažíme se dělat příliš mnoho práce za příliš krátký čas.	1	2	3	4	5
15. Bezpečí péče nikdy nepadá za obět' urychlení práce.	1	2	3	4	5
16. Kolegové se obávají, že jejich chyby jsou dokumentovány v jejich osobních spisech.	1	2	3	4	5
17. Na našem oddělení máme problém s bezpečím péče.	1	2	3	4	5
18. Naše procesy a systémy jsou nastavené dobře, takže předcházíme chybám.	1	2	3	4	5

### Sekce B: Můj nadřízený

	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nevím	Spíše souhlasím	Souhlasím
1. Můj nadřízený mě chválí, když vidí, že jsem vykonal/a práci s ohledem na zajištění bezpečí pacienta.	1	2	3	4	5
2. Můj nadřízený se vážně zaobírá návrhy personálu na zvýšení bezpečí poskytované péče.	1	2	3	4	5
3. Kdykoli se nahromadí práce, můj nadřízený nás nutí pracovat rychleji i za cenu nižší míry bezpečí prováděných úkonů.	1	2	3	4	5
4. Můj nadřízený opakovaně přehlíží problémy, které u nás máme s bezpečím poskytované péče.	1	2	3	4	5

## Sekce C: Komunikace

<b>Na našem pracovišti...</b>	<b>Nesouhlasím</b>	<b>Spíše nesouhlasím</b>	<b>Nevím</b>	<b>Spíše souhlasím</b>	<b>Souhlasím</b>
1. Dostáváme zpětnou vazbu o změnách, které jsou zaváděny v reakci na hlášené nežádoucí události.	1	2	3	4	5
2. Personál se málokdy ozve, když se vidí něco, co negativně ovlivňuje bezpečí poskytované péče.	1	2	3	4	5
3. Všichni na pracovišti jsme informováni, když zde dojde k nežádoucí události.	1	2	3	4	5
4. Personál se nebojí zpochybnit rozhodnutí nebo kroky nadřízeného.	1	2	3	4	5
5. Na pracovišti diskutujeme chyby za účelem zabránění jejich opakování.	1	2	3	4	5
6. Personál se bojí ozvat, když vidí, že se dělá něco špatně.	1	2	3	4	5