

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Ústav veřejného zdravotnictví

Bc. Tereza Teklá

**Psychosociální faktory práce v profesi
dentální hygienistky**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Vévoda, Ph.D.

Olomouc 2021

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

Olomouc 31. března 2021

Na tomto místě bych chtěla velice poděkovat Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. a doc. et doc. PhDr. Mgr. Kateřina Ivanová, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi věnovali svůj čas a důvěrné informace, protože bez nich by tato práce nemohla vzniknout. Mé díky také patří všem, kteří mě během celého procesu vzniku této práce podporovali.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 CÍL PRÁCE A REŠERŠNÍ STRATEGIE	8
1.1 Obecný cíl.....	8
1.2 Výzkumné cíle.....	8
1.3 Rešeršní strategie.....	8
2 PROFESE DENTÁLNÍ HYGIENISTKY.....	10
2.1 Vznik a historie	10
2.2 Povolání dentální hygienistka	11
2.3 Vzdělání.....	12
2.4 Kompetence dentální hygienistky	13
2.5 Zdroje pracovní zátěže v ordinaci dentální hygienistky.....	14
3 PSYCHOSOCIÁLNÍ RIZIKA PRÁCE	16
3.1 Co jsou psychosociální rizika práce	16
3.2 Rozdělení psychosociálních rizik.....	17
3.3 Vliv psychosociálních rizik na zdraví	21
3.4 Možnosti prevence	23
4 PSYCHICKÁ PRACOVNÍ ZÁTĚŽ	27
4.1 Co znamená psychická pracovní zátěž.....	27
4.2 Důsledky psychické pracovní zátěže.....	29
4.3 Možnosti prevence	31
4.4 Metody hodnocení psychické zátěže při práci	33
5 SYNDROM VYHOŘENÍ	34
5.1 Pojem syndrom vyhoření.....	34
5.2 Definice syndromu vyhoření	35
5.3 Stádia syndromu vyhoření.....	36
5.4 Příznaky syndromu vyhoření.....	38
5.5 Rizikové a protektivní faktory syndromu vyhoření	39
5.6 Možnosti prevence syndromu vyhoření	39
5.7 Dotazníky používané ke zjišťování syndromu vyhoření.....	40
6 METODY VÝZKUMU	41
6.1 Sběr dat.....	41
6.2 Analýza dat.....	45
6.3 Výzkumný soubor	45
7 VÝSLEDKY	48
7.1 Psychická pracovní zátěž.....	48
7.2 Syndrom vyhoření	51
7.3 Interpretace výsledků k jednotlivým cílům práce	52
8 DISKUZE.....	57
ZÁVĚR	60

ANOTACE	62
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	63
SEZNAM ZKRATEK	70
SEZNAM TABULEK	71
SEZNAM GRAFŮ	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73
PŘÍLOHY	74

ÚVOD

Mezi podstatné a v minulosti často opomíjené faktory ovlivňující člověka v pracovním procesu řadíme tzv. psychosociální vlivy prostředí. „Psychosociální rizika na pracovišti vyplývají z charakteru a organizace práce, mezilidských vztahů na pracovišti a z vyvážení pracovního a rodinného života. Jejich vliv se může negativně projevit na psychickém i fyzickém zdraví zaměstnance.“ (Lipišová et al., 2019, s. 10)

„Za jeden z nejpalcivějších problémů současného zdravotnictví je označována neustále se zvyšující poptávka po zdravotních službách, která klade enormní nároky nejen na zdravotnický systém jako celek, ale i na zdravotníky samotné.“ (WHO Bulletin, 2019, s. 585) Podle profesorky Min Zheng rozdíl mezi kapacitami a poptávkou vede k přetížení pracovní síly, prodloužení čekací doby a ke snížení kvality zdravotnických služeb. Doktor Richard Heron, spolupředseda mezinárodní společnosti pracovního lékařství, k tomuto dodává, že kombinace nadměrné pracovní zátěže a vysokého očekávání pacientů je považována za jeden ze spouštěčů syndromu vyhoření. (WHO Bulletin, 2019) Mnozí zdravotníci jsou vystaveni nadměrné stresové zátěži a ohrožení syndromem vyhoření, což v konečném důsledku představuje riziko pro bezpečnost pacientů. Je důležité si uvědomit, že rozvinutý syndrom vyhoření negativně ovlivňuje psychický komfort zdravotníka a tím významně zvyšuje riziko profesní chyby (špatné vyhodnocení situace může mít fatální důsledky).

Dentální hygienistky jsou v dnešní době neodmyslitelnou součástí každého moderního stomatologického týmu a svými znalostmi a dovednostmi se podílí na komplexní stomatologické péči. Profese dentální hygienistky vyžaduje vysoké emocionální nasazení a v souvislosti se syndromem vyhoření se proto řadí mezi riziková povolání. (Zoulová, 2018) Dentální hygienistky v Koreji zauímají druhé místo v žebříčku zdravotnických povolání z hlediska ohrožení zvýšenou emoční zátěží. Výsledky tohoto výzkumu také naznačují, že vyhoření dentálních hygienistek může být výsledkem pracovního přetížení, napětí, konfliktů a emocionálního vypětí pramenícího z každodenní interakce s klienty. (Lim et al., 2020)

V České republice výzkum zabývající se psychickou zátěží a syndromem vyhoření mezi dentálními hygienistkami doposud zpracován nebyl. Cílem mé diplomové práce proto

bylo zjistit, jaké psychické pracovní zátěži jsou dentální hygienistky vystaveny a jaký to má vliv na míru syndromu vyhoření u dentálních hygienistek v České republice. Toto téma jsem si zvolila také z osobního zájmu, neboť profesi dentální hygienistky se věnuji již deset let.

Diplomová práce je tvořena ze dvou částí, a sice teoretické a praktické. Teoretická část je členěna do čtyř hlavních kapitol a účelem je poskytnout ucelené shrnutí dostupných informací, které bezprostředně souvisejí s tématem mé diplomové práce. První kapitola je koncipována jako seznámení se s profesí dentální hygienistky. Zdůrazněny jsou její kompetence a úloha, kterou sehrává v rámci stomatologického týmu. Hlavním tématem druhé kapitoly je problematika psychosociálních rizik práce. Zde uvádím jejich členění a popisuji, jaký mají vliv na psychické a fyzické zdraví zaměstnanců. Zvláštní pozornost je věnována psychické pracovní zátěži, která je jako samostatné téma rozpracovaná v následující kapitole. Teoretickou část uzavírá kapitola čtvrtá, v níž podrobně zkoumám fenomén syndromu vyhoření. Soustředím se zejména na jeho vymezení, průběh a příznaky. Potřebné informace k sepsání teoretické části jsem čerpala z adekvátních tuzemských i zahraničních zdrojů, přičemž využity byly jak tištěné publikace, tak i články v elektronické verzi.

Praktická část zahrnuje popis metodologie výzkumu, charakteristiku výzkumného souboru, analýzu a prezentaci získaných dat. Samotný sběr dat probíhal na základě dotazníkového šetření a cílem bylo stanovit míru psychické pracovní zátěže a úroveň syndromu vyhoření mezi dentálními hygienistkami v České republice. Pro tento účel byly zvoleny dva standardizované dotazníky, Maslach Burnout Inventory a Meisterův dotazník.

1 CÍL PRÁCE A REŠERŠNÍ STRATEGIE

1.1 Obecný cíl

Cílem této práce je zjistit, jaké psychické pracovní zátěže jsou dentální hygienistky vystaveny a jaký to má vliv na míru syndromu vyhoření u dentálních hygienistek v České republice.

1.2 Výzkumné cíle

Cíl 1: Zjistit úroveň psychické zátěže při práci dentální hygienistky.

Cíl 2: Zjistit míru syndromu vyhoření mezi dentálními hygienistkami v České republice.

Cíl 3: Zjistit, zda existuje vzájemný vztah mezi faktory psychické zátěže a jednotlivými dimenzemi syndromu vyhoření.

H₀₃ Mezi psychickou zátěží a syndromem vyhoření neexistuje signifikantní vztah.

H_{A3} Mezi psychickou zátěží a syndromem vyhoření existuje signifikantní vztah.

1.3 Rešeršní strategie

V rámci rešeršní strategie jsem vyhledávala vědecké práce a odborné články ve volně přístupných rozhraních databází Medvik, Pub Med, Web of Science a Scopus. Soustředila jsem se především na texty v anglickém a českém jazyce. Vyhledávala jsem prostřednictvím klíčových slov, která jsem kombinovala pomocí Booleovských operátorů („AND“, „OR“, „NOT“). Vzhledem k tomu, že dentální hygiena jako obor nemá příliš dlouhou existenci, vyhledávací období jsem záměrně časově nevynezovala ve snaze obsáhnout veškerou dostupnou literaturu s tématem související. Takto získané informace jsem dále rozšířila cíleným vyhledáváním v odborných publikacích, a to jak

v tištěné, tak i v elektronické verzi. Opět jsem pracovala s literaturou v anglickém a českém jazyce.

Vyhledávací kritéria:

Klíčová slova Čj:

Syndrom vyhoření, Dentální hygienistka, Psychická zátěž, Česká republika, Psychosociální aspekty práce

Klíčová slova Aj:

Burnout, Dental hygienist, Psychological burden, Czech Republic, Psychosocial aspects of work

Vůdčí klíčová slova:

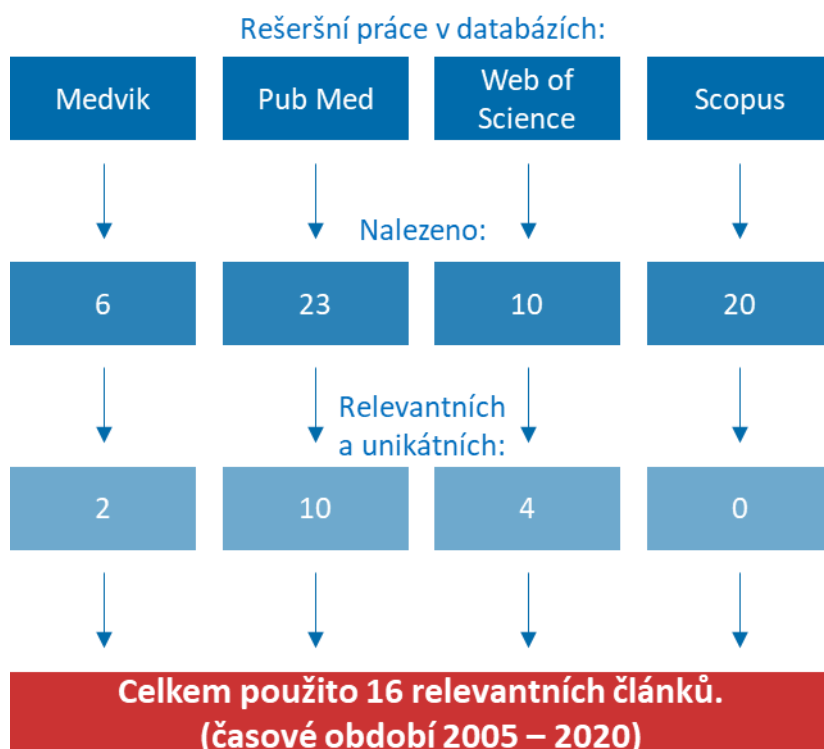
Dental hygienist AND Burnout

Dental hygienist AND Psychosocial aspects of work

Jazyk: anglický, český

Období: záměrně časově nevyomezeno

Tab. 1 - Výsledky rešeršní strategie



2 PROFESE DENTÁLNÍ HYGIENISTKY

Dentální hygiena je obor, který je zaměřen na preventivní péči o dutinu ústní a motivaci a edukaci pacientů v oblasti prevence onemocnění dutiny ústní a podpory zdraví. V České republice je tento obor etablován již více než dvacet let. Dentální hygienistky jsou v současnosti neodmyslitelnou součástí každého moderního stomatologického týmu a svými znalostmi a dovednostmi se podílí na komplexní stomatologické péči. Zejména edukační a preventivní činnost dentálních hygienistek je bezpochyby jedním z největších přínosů oboru stomatologie v oblasti veřejného zdraví za posledních dvacet let.

2.1 Vznik a historie

Profese dentální hygieny se začíná formovat od chvíle, kdy bylo prokázáno, že zdraví dutiny ústní je možné pozitivně ovlivnit pravidelnou odbornou preventivní péčí. Motivace pacientů, výuka kontroly plaku, profesionální profylaktická péče a nechirurgická parodontální terapie však vyžadují, mimo praktických znalostí, také čas. V silách stomatologů nebylo takový objem práce zvládnout, neboť museli v první řadě pečovat o pacienty s akutními problémy a bolestmi. Řešení, které se nabízelo, spočívalo ve vyčlenění určitého spektra stomatologických úkonů a založení pomocného stomatologického oboru. (Luciak – Donsberger, 2003)

Profese dentální hygienistky vznikla v USA začátkem minulého století. Již v roce 1907 americký zubní lékař Alfred Civilion Fones rozšířil svou soukromou ambulanci o dentální hygienistku, první v USA a patrně i na světě. V roce 1913 pak tentýž zubní lékař založil ve městě Bridgeport první vzdělávací instituci na světě pro dentální hygienistky. Po první světové válce se tento obor rozšířil i do Evropy, konkrétně do Norska. V padesátých letech následovala Velká Británie, později i Nizozemsko nebo například Švédsko. Zřejmě nejrozvinutější vzdělávací systém v oboru vznikl v posledních dekádách ve Švýcarsku. V České republice byla první soukromá škola pro dentální

hygienistky otevřena až v roce 1996. Podle posledních statistických údajů z roku 2018 na území České republiky pracuje 955 dentálních hygienistek. (ÚZIS ČR, 2019)

2.2 Povolání dentální hygienistka

Dentální hygienistka je nelékařský zdravotnický pracovník s odbornou způsobilostí k preventivní, léčebné a edukační péči o pacienty v oblasti orálního zdraví. Podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (č. 96/2004 Sb.) se „za výkon povolání dentální hygienistky považuje výchovná činnost v rámci zubní prevence. Dále dentální hygienistka na základě indikace zubního lékaře poskytuje preventivní péči na úseku dentální hygieny a pod odborným dohledem zubního lékaře asistuje při poskytování preventivní, léčebné a diagnostické péče na úseku zubního lékařství.“

Dentální hygienistky se podílejí na komplexní péči o pacienta v ordinaci zubního lékaře a sehrávají hlavní úlohu v prevenci zubního kazu a prevenci parodontopatií. **Komplexní péče** je charakterizována jako systematický proces a zahrnuje šest klíčových kroků: posouzení stavu dutiny ústní, stanovení diagnózy, vytvoření terapeutického plánu, vlastní ošetření, vyhodnocení úspěšnosti léčby a důsledné vedení dokumentace. Prvním krokem vždy musí být důkladný sběr anamnestických údajů a klinické vyšetření k posouzení aktuálního zdravotního stavu dutiny ústní. Klinické vyšetření zahrnuje extraorální a intraorální vyšetření, popis úrovně orální hygieny a dále pak detailní vyšetření parodontu včetně posouzení rentgenových nálezů na parodontu. Na základě analýzy výsledků vstupního vyšetření je možné stanovit diagnózu a následně navrhnout léčebný plán. Důležitou součástí takového plánu by měl být i informovaný souhlas pacienta. Práce dentální hygienistky dále pokračuje vlastním ošetřením v předem stanovených intervalech a pravidelným vyhodnocováním zdravotního stavu dutiny ústní, které se provádí na základě měřitelných výstupů. Po celou dobu je nutno vést o jednotlivých krocích detailní dokumentaci. (Darby a Walsh, 2020)

Náplní práce dentálních hygienistek tedy je provádění vstupního vyšetření, tj. vyšetření stavu chrupu a dásní a stanovení léčebného plánu. Důležitou roli hraje cílená motivace pacientů vedoucí ke zlepšení domácí ústní hygieny. Dentální hygienistky z tohoto důvodu v rámci každé návštěvy provádějí instruktáž správné techniky čištění a poskytují

informace o vhodných pomůckách a produktech k dentální hygieně. V rámci vstupního vyšetření mohou také odhalit řadu slizničních anomálií a vyselektovat tak pacienty s nejrůznějšími infekčními onemocněními či maligními změnami. Zároveň se také mohou pokusit na základě vstupní anamnézy pozitivně působit na životní styl pacienta (kouření, diabetes, vysoký krevní tlak, nadměrný příjem slazených nápojů atd.).

Vlastní profesionální ošetření dentální hygienistkou spočívá v odstranění naddásňového i poddásňového zubního kamene, které u parodontologických pacientů zahrnuje dokonalé ošetření povrchů kořenů zubů hluboko pod dásní za pomoci ručních nástrojů a přístrojových scalerů neboli tzv. ultrazvukových přístrojů. Takové ošetření se obvykle provádí v lokální anestezii a vyžaduje několik návštěv. Odstraněny jsou dále nevzhledné pigmentace na zubech, které jsou způsobené především pitím kávy či kouřením. Na závěr jsou všechny plošky zubů vyleštěny a v případě potřeby ošetřeny ochrannými produkty (např. fluoridy). Výsledkem profesionálně prováděné dentální hygieny jsou dokonale hladké zuby a zdravé nekrvácající dásně.

V ordinaci dentální hygienistky si pacienti mohou také nechat profesionálně vybělit zuby či nechat aplikovat zubní šperk. U dětských pacientů dentální hygienistky zase provádějí tzv. pečetění fisur, které by mělo zabránit rozvoji zubního kazu.

Dentální hygienistky dále nacházejí široké uplatnění při tvorbě celorepublikových preventivních programů. Zaměřují se na všechny věkové skupiny a učí své klienty správné péči o dutinu ústní a podávají informace o zdravé výživě. Důsledná a komplexní každodenní dentální hygiena je základem pro prevenci vzniku závažných orálních onemocnění i pro zachování celkového zdraví lidského organismu. To si uvědomují i mnohé zdravotní pojišťovny a řada z nich proto poskytuje svým pojištěncům finanční příspěvek na dentální hygienu.

2.3 Vzdělání

Podmínky pro získání odborné způsobilosti k výkonu povolání dentální hygienistky jsou v České republice stanoveny zákonem č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Z tohoto zákona vyplývá, že vzdělání je možné získat třemi způsoby:

- a) studiem akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu dentálních hygienistek nebo
- b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná dentální hygienistka na vyšších zdravotnických školách nebo
- c) studijního oboru pro přípravu všeobecných sester podle § 5 a pomaturitního specializačního studia stomatologická péče, pokud bylo studium prvního ročníku pomaturitního specializačního studia zahájeno nejpozději v roce 2004.

V současné době je titul Diplomovaná dentální hygienistka možné získat úspěšným ukončením studia na Vyšší odborné škole v Praze, v Plzni, v Ostravě, v Brně, v Českých Budějovicích a v Ústí nad Labem. Bakalářské studium pak každoročně otevírá lékařská fakulta Masarykovy Univerzity v Brně a 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

2.4 Kompetence dentální hygienistky

Jak již bylo dříve zmíněno, dentální hygienistky poskytují preventivní a edukační péči o pacienty v oblasti ústní hygieny. Tyto činnosti vykonávají samostatně, nebo ve spolupráci se stomatologem či parodontologem, a to buď pod jejich odborným dohledem, nebo pod jejich přímým vedením.

Kompetence dentálních hygienistek, s ohledem na samostatnost, jsou v České republice vymezeny v § 16 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Podle této vyhlášky mohou dentální hygienistky bez odborného dohledu a bez indikace vychovávat a instruovat pacienty k pravidelné a systematické preventivní péči o ústní hygienu, stanovit úroveň individuální hygieny, provádět kolektivní zdravotně-výchovnou činnost a provádět výzkum v oblasti zubního lékařství. Bez odborného dohledu, avšak na základě indikace zubního lékaře mohou provádět vstupní a kontrolní vyšetření ústní dutiny, hodnotit stav parodontu, měkkých tkání a kazivosti, provádět otisky chrupu, odstraňovat zubní plak a kámen, provádět ošetření citlivého dentinu, provádět neinvazivní aplikace antiseptických, adstringentních a antibakteriálních léčivých přípravků supragingiválně i do subgingiválních prostor, ohlazovat kořeny zubů a provádět uzavřenou kyretáž. Pod odborným dohledem zubního lékaře pak mohou provádět činnosti zubní instrumentárky, provádět aplikace povrchové

anestézie pro povrchové znecitlivění dásní, měnit gumové příslušenství u fixních ortodontických aparátů a provádět bělení zubů. Pouze pod přímým vedením zubního lékaře smějí dentální hygienistky provádět pečetění fisur.

Ze znění této vyhlášky také vyplývá, že dentální hygienistky mohou provozovat vlastní zdravotnická zařízení. Poskytovat v nich ale mohou pouze zdravotní péči v rámci dentální hygieny, která nevyžaduje odborný dohled lékaře ani nemusí být vykonávána pod jeho přímým vedením.

2.5 Zdroje pracovní zátěže v ordinaci dentální hygienistky

Povolání dentální hygienistky řadíme mezi tzv. pomáhající profese, které představují z hlediska péče o duševní zdraví a rizika syndromu vyhoření ohroženou skupinu. K těmto profesím patří velmi specifické rysy jako například nutnost vztahu s druhým klientem, vlastní angažovanost a zapojení se do ošetrujícího procesu. U pracovníků v pomáhajících profesích je velmi důležité navázání užšího vztahu s klientem, což může být pro jedince ohrožující a emocionálně vyčerpávající. (Géringová, 2011)

Profese dentální hygienistky je založena nejenom na manuální zručnosti, ale také na komunikačních schopnostech a dovednostech. Dentální hygienistka by měla být mistrem verbální i neverbální komunikace, neboť komunikace je jejím hlavním pracovním nástrojem. Pro úspěšnou motivaci pacientů je ze strany dentální hygienistky nezbytné vysoké emocionální nasazení. (Zoulová, 2004) Dentální hygienistka je navíc součástí stomatologického týmu, což s sebou přináší riziko vzniku konfliktů se spolupracovníky či vedoucími zubními lékaři. Mezi další stresory, které působí na psychiku dentální hygienistky, můžeme zařadit například nadměrnou pracovní zátěž, nedostatek času, nedostatečné materiální vybavení, hluk vznikající při používání přístrojové techniky a zvládání emočních reakcí pacientů.

Činnost dentální hygienistky je náročná též po fyzické stránce. Pracuje ve vynucené poloze a je vystavena jednostranné pracovní zátěži, což má negativní dopad na její zdraví. I přes ergonomická opatření v průběhu práce dochází rychle ke svalové únavě a k přetížení horní poloviny těla, páteře a rukou. V důsledku toho trpí dentální hygienistky bolestmi zad, hlavy a rukou. Bolest rukou velice často vyústí až v chronický

zánět šlach a postižení karpálního tunelu. Dentální hygienistka při své práci používá přístroje, které produkují aerosoly, a tak se prakticky při každém ošetření dostává do přímého kontaktu s patogeny a je vystavena riziku nákazy infekčním onemocněním. V důsledku používání rozličných dezinfekčních prostředků, se kterými dentální hygienistka dennodenně přichází do kontaktu, může být ohrožena i různými alergiemi. Náročné pracovní situace, kterým je dentální hygienistka běžně vystavena, mohou představovat nepřiměřenou zátěž, vést k vyčerpání, postupně až k syndromu vyhoření. Je proto důležité věnovat se pravidelně odpovídající duševní hygieně.

3 PSYCHOSOCIÁLNÍ RIZIKA PRÁCE

Ekonomická globalizace, rychlý nástup moderních technologií a stárnutí populace výrazně formují pracovní trh a mají za následek významné změny související s pracovními podmínkami. Výzkumné studie, prováděné v Evropě během posledních desetiletí, poukazují na zvyšující se počet pracovníků vystavených psychosociálním rizikům při práci a postižených pracovním stresem. Tato kapitola podrobněji zkoumá koncepci psychosociálních rizik, popisuje jejich důsledky pro zdraví a bezpečnost zaměstnanců a naznačuje možnosti prevence.

3.1 Co jsou psychosociální rizika práce

Pojem psychosociální rizika byl definován v roce 1995 Coxem a Griffithem jako „aspekty charakteru, organizace a sociálního kontextu práce, které mohou způsobit psychické, sociální i fyzické poškození“.

Pracovní klima a celková atmosféra na pracovišti jsou utvářeny mnoha různými faktory. Mezi podstatné a v minulosti často opomíjené faktory ovlivňující člověka v pracovním procesu řadíme tzv. psychosociální vlivy prostředí. „Psychosociální rizika na pracovišti vyplývají z charakteru a organizace práce, mezilidských vztahů na pracovišti a z vyváženého pracovního a rodinného života. Jejich vliv se může negativně projevit na psychickém i fyzickém zdraví zaměstnance“. (Lipišová et al., 2019, s. 10) Takovými riziky mohou být například: vysoké pracovní nároky, nízká míra kontroly, nízká sociální podpora na pracovišti, nerovnováha mezi úsilím a odměnou, nespravedlnost v procedurální oblasti, nespravedlnost ve vztahové oblasti, organizační změny, nejistota práce, časově omezený pracovní úvazek, atypická pracovní doba, konflikty a šikana na pracovišti, stres spojený s prací. (Lipišová et al., 2019)

V dobrém psychosociálním prostředí může být práce pro člověka a jeho zdraví prospěšná tím, že mu dává jistotu a pocit začlenění po sociální stránce a rovněž i pocit identity a statusu. Člověk se v takovém prostředí může rozvíjet a posilovat si vlastní sebedůvěru. Naopak špatné psychosociální pracovní prostředí velmi často působí

negativně jak na člověka, tak i na jeho okolí. Takový člověk se může setkávat s nadměrným a nezdravým stresem, zhoršením duševního zdraví, poruchami soustředění nebo se syndromem vyhoření. V horším případě mohou tyto vlivy přerůst v problémy s alkoholem, užívání drog, špatný zdravotní stav nebo ve zhoršení vztahů s rodinou. (Neugebauer, 2010)

3.2 Rozdělení psychosociálních rizik

„Různé zdroje člení psychosociální rizika při práci do několika oblastí – Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci do 7 oblastí (EU-OSHA, 2018), Světová zdravotnická organizace (World Health Organization) do 10 oblastí (WHO, 2018), Mezinárodní organizace práce (International Labour Organization) do 4 oblastí (ILO, 2021). Všechny zdroje se však shodují na tom, že pracovní psychosociální rizika vyplývají z náročného charakteru a nevhodné organizace práce, nevyhovujících mezilidských vztahů na pracovišti či nemožnosti vyvážení pracovního a osobního života.“ (Lipišová et al., 2020, s.7)

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci za psychosociální rizika označuje: burnout, násilí, bullying, mobbing, harassment a násilí třetích stran. Mezinárodní organizace práce definovala čtyři hlavní kategorie psychosociálních rizik, a to: organizace práce, design práce, pracovní podmínky a pracovní vztahy.

V praxi se nejčastěji setkáváme s rozčleněním psychosociálních rizik do 10 oblastí dle vzoru dokumentu zpracovaného Světovou zdravotnickou organizací – „Guidance on the European Framework for Psychosocial risk management (WHO, 2008):

- a) charakter práce,
- b) pracovní zátěž a pracovní tempo,
- c) rozvržení práce,
- d) rozhodování o práci,
- e) pracovní prostředí a vybavení,
- f) firemní kultura,

- g) mezilidské vztahy na pracovišti,
- h) role v organizaci,
- i) kariéerní postup,
- j) sladění práce a soukromí.

Důležité je zdůraznit, že výše uvedená psychosociální rizika se týkají jak obsahu práce, tak i jeho kontextu a mohou být vnímána jako stresory v pracovním prostředí nebo byla vyhodnocena jako mající potenciál negativně ovlivnit či poškodit zdraví pracovníků.

V následující části se budu jednotlivým psychosociálním rizikům věnovat podrobněji.

Charakter práce

Existuje několik charakteristik obsahu práce, které mohou být zaměstnanci vnímány jako stresující nebo rizikové. Můžeme mezi ně zařadit například: nedostatečně využitý potenciál zaměstnanců, nedostatek rozmanitosti úkolů, roztržitost pracovních úkolů, pracovní úkony, které jsou zaměstnanci vnímány jako nesmyslné. Z odborných studií vyplývá, že využití potenciálu (schopností a dovedností) zaměstnanců v maximální míře souvisí s nižším emočním vyčerpáním a menší mírou odosobnění. (Lee and Ashforth, 1996)

Pracovní zátěž, pracovní tempo

Mezi faktory pracovní zátěže můžeme zařadit kvalitativně a kvantitativně nedostatečné pracovní vytížení nebo přetížení, které se následně odráží v pracovní spokojenosti, míře pracovního stresu či vnímané úrovni osobního úspěchu. Důležitým faktorem pracovní zátěže je i pracovní tempo, které může být nepříjemným zdrojem stresu na pracovišti. Podrobněji se tomuto tématu budu věnovat v následující samostatné kapitole č. 4 „Psychická pracovní zátěž“.

Rozvržení práce

Rozvržení práce souvisí s délkou pracovní doby, s přesčasy, s prací ve směnném provozu či s prací v nočních hodinách. Průzkum Eurfondu (2010) za současný trend označuje pokles odpracovaných hodin průměrným pracovníkem a nárůst částečných pracovních úvazků. Zároveň se potvrdilo, že flexibilní pracovní doba a zkrácený pracovní týden přispívají k pracovní spokojenosti a nejsou negativně spojeny s absencí

v práci. (Baltes et al., 1999). Jiné studie naznačují, že dlouhá pracovní doba a přesčasy pozitivně korelují s pracovním stresem (Fielden and Peckar, 1999; Parker and DeCotiis, 1983) anebo, že práce na směny má negativní vliv na náladu a emoční vyčerpání. (Parkes et al., 1997) Například zdravotníci, kteří pracují ve směnném pracovním režimu včetně práce v noci, dosahují vyšší úrovně pracovního stresu než ostatní pracovníci. (Coffey et al., 1988)

Rozhodování o práci

Rozhodovací pravomoc a kontrola nad prací jsou důležitými aspekty organizace práce. Ukázalo se, že významnou roli sehrává míra, v jaké se mohou zaměstnanci podílet na rozhodovacích procesech. Vyšší míra spoluúčasti na rozhodování koreluje s vyšší motivovaností, odhodláním a zapojením pracovníků. (Spector, 1986) Naopak nízká míra participace a samostatnosti má za následek vyšší úroveň fyzického i psychického vyčerpání. (Lee a Ashfort, 1996) V obou případech lze významně snížit případný pracovní stres podporou samostatnosti v rámci řešení pracovních úkolů s možností konzultace při rozhodování. (Kalleberg et al., 2009)

Pracovní prostředí a vybavení

Účelné, efektivní a ergonomické vybavení pracoviště, stejně jako estetické a sociální prostředí pracoviště, přímo ovlivňují chování, pocity a pracovní výkon člověka. Bylo identifikováno několik fyzikálních charakteristik prostředí, které mohou představovat psychosociální nebezpečí a působit jako stresující faktor. Jedná se například o nedostatečnou dostupnost vybavení, nedostatečnou údržbu a servis vybavení, nedostatek místa, špatné osvětlení, nadměrný hluk. (WHO, 2008)

Firemní kultura

Firemní kulturu můžeme definovat jako soubor toho, čemu lidé ve firmě věří, jak pracují, komunikují a jak se chovají uvnitř firmy i navenek. Benefitem „zdravé“ firemní kultury je loajalita, pozitivní přístup zaměstnanců k práci a jejich schopnost přicházet s inovativními nápady. Zejména špatná komunikace, špatné vedení a nedostatečně definované cíle jsou zaměstnanci vnímány jako stresující a při dlouhodobém působení mohou vést k poškození jejich zdraví. (WHO, 2008)

Blegen (1993) provedl průzkum pracovní spokojenosti mezi zdravotními sestrami, ze kterého mimo jiné vyplynulo, že vyšší úroveň komunikace s nadřízenými koreluje

s větší pracovní spokojeností. Jiná studie zaměřená na výskyt syndromu vyhoření mezi zdravotními sestrami odhalila, že charismatický a inspirativní typ vedení je spojen s nižší úrovní výskytu syndromu vyhoření. (Stordeur et al., 2001)

Mezilidské vztahy na pracovišti

Harmonické mezilidské vztahy vytvářejí pozitivní pracovní klima a mají i vliv na úspěšnost celé organizace. Špatné mezilidské vztahy v práci jsou vnímány jako psychosociální nebezpečí, která lze označit za rizikové faktory mající potenciál poškodit lidské zdraví. V této souvislosti se nejčastěji hovoří o sociální nebo fyzické izolaci, špatných vztazích s nadřízenými, konflikty s kolegy, nedostatku podpory, šikaně, obtěžování či násilí v práci. (WHO, 2008)

Bylo například prokázáno, že nedostatek zpětné vazby může být jednou z příčin pracovní nespokojenosti (Loher et al., 1985) a že úroveň podpory ze strany supervizorů může významně zmírnit negativní účinky stresu a tím i zvýšit míru pracovní spokojenosti. (Sargent a Terry, 2000) Řada studií také zkoumá, v jaké míře se podílí šikana, obtěžování a násilí na pracovišti na tvorbě pracovního stresu. Vartia například ve své studii zjistil, že výskyt šikany na pracovišti zvyšuje míru pracovního stresu nejen pro oběti šikany, ale i pro jejich pozorovatele. (Vartia, 2001)

Role v organizaci

V souvislosti s úlohou pracovníků a zaměstnavatelů v organizaci bylo identifikováno několik aspektů, které lze považovat za rizikové. Jedná se především o dvojznačnost rolí a konflikt rolí. Dvojznačnost rolí nastává, pokud má pracovník nedokonalé či nejasné informace o roli, kterou by měl v rámci organizace zastávat. Ke konfliktu rolí dochází v případech, kdy je pracovník požádán, aby se ujal role, která je v rozporu s jeho hodnotami, nebo když je přinucen, aby zastával více rolí vzájemně neslučitelných.

Výsledky několika analýz odhalily, že konflikt rolí negativně ovlivňuje pracovní spokojenost a pracovní výkon (Jacksons a Schuler, 1985) a že přispívá k emočnímu vyčerpání a odosobnění. (Piko, 2006) EU-OSHA (2000) označuje odpovědnost za ostatní (např. podřízené, klienty a pacienty) také jako další potenciální zdroj stresu, který souvisí s konflikty rolí v organizaci.

Kariérní postup

Existují určité pracovní charakteristiky, které souvisejí s kariérním postupem a které lze z hlediska psychosociálního zdraví vyhodnotit jako rizikové. Zahrnují například: nejistotu zaměstnání, nedostatek vyhlídek na povýšení, nedocnění nebo přeceňování, práce „s nízkou společenskou hodnotou“, výkonové odměňování v práci, nízká odměna, nejasné nebo nespravedlivé hodnocení výkonu. (WHO, 2008)

Bylo zjištěno, že nejistota zaměstnání nepříznivě ovlivňuje pracovní spokojenost a pracovní nasazení zaměstnanců. Současně se promítá i do jejich postoje k organizaci (tj. důvěry, solidarity a výkonnosti) a v neposlední řadě ovlivňuje jejich zdraví. (Sverke et al., 2002)

Sladění práce a soukromí

Sladění pracovního a soukromého života představuje složitý problém a někdy se může jevit jako naprosto nekompatibilní. Zvládnutí takové situace je spojeno s vynaložením velkého úsilí, které může vyústit absolutním vyčerpáním. Takový psychický stav pak samozřejmě ovlivňuje jedince při vnímání pracovního stresu i v jeho pracovním postoji. (Greenhaus a Beutell, 1985)

Studie uvádějí, že konflikt rolí pozitivně koreluje se syndromem vyhoření a negativně ovlivňuje pracovní spokojenost. Bylo také prokázáno, že konflikt rolí a s ním související psychické přetížení jsou silnými prediktory konfliktů na pracovišti. (Bacharach et al., 1991)

3.3 Vliv psychosociálních rizik na zdraví

Obavy z narůstajícího vlivu psychosociálních rizik a jejich dopadů na zdraví pracovníků v posledních desetiletích značně nabývají na významu. Tato problematika se tak stala hlavní výzvou politik v Evropě. Zajištění zdraví a bezpečnosti při práci dnes představují jednu z priorit Evropské komise v rámci naplňování cílů evropské sociální politiky. „Dle Světové zdravotnické organizace jsou poruchy duševního zdraví jednou z hlavních příčin předčasného odchodu do důchodu, pracovní neschopnosti, poškození zdraví či nízké produktivity.“ (WHO, 2017, cit. v Lipišová et al., 2020, s. 7) Depresivní

a úzkostné poruchy mají navíc i významný ekonomický dopad, odhadované ztráty v produktivitě jsou celosvětově vyčísleny až na 1 trilion dolarů ročně.“ (WHO, 2017)

Mezi sektory, které jsou výskytem psychosociálních rizik ohroženy nejvíce, patří zdravotnictví a školství spolu s veřejnou správou a sektorem dopravy. (Eurofond, 2014). Psychosociální rizika mají prokázáný dopad na pracovní výkon, absentismus, fluktuaci, pracovní neschopnost i úrazovost a negativně ovlivňují fyzické i duševní zdraví pracovníků.

Dopady na psychické zdraví

Podle evropského průzkumu „European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks-Managing safety and health at work“ je vystaveno rizikovým faktorům ovlivňujícím psychické zdraví 27,9 % zaměstnanců, což odpovídá asi 55,6 mil zaměstnancům. (ESENER, 2019) Přičemž stres, deprese nebo úzkost jsou považovány za druhou nejčastější příčinu zdravotních problémů souvisejících s prací. (EC, 2010)

Kauzalitu mezi pracovním stresem a duševními poruchami zkoumá řada empirických studií. Byla například prokázána významná korelace mezi pracovním stresem a stupněm příznaků deprese. (Iwata et al., 1988) Dále bylo zjištěno, že nízká sociální podpora v práci, nízká rozhodovací pravomoc a vysoké pracovní nároky jsou spojeny se zvýšeným rizikem výskytu psychiatrických poruch (Stanfeld et al., 1999) a že pracovníci, kteří jsou vystaveni nadměrnému pracovnímu vytížení nebo kteří jsou v práci pod extrémním časovým tlakem, mají vyšší riziko vzniku závažných depresivních poruch nebo generalizovaných úzkostných stavů. (Melchior et al., 2007)

Existuje také řada studií, které se pokouší zjistit, jakým způsobem ovlivňují pracovní stres a psychické poruchy vzorce chování postižených pracovníků. V této souvislosti se nejčastěji zkoumá, jestli zvýšená konzumace alkoholu nebo užívání drog souvisí s nadměrným pracovním stresem. Případně v jaké míře ovlivňuje pracovní stres poruchy příjmu potravy či poruchy spánku. Empirické důkazy v těchto oblastech jsou zatím nedostatečné, proto nelze případné souvislosti jednoznačně potvrdit ani vyvrátit.

Dopady na fyzické zdraví

V souvislosti s vlivem psychosociálních rizik na fyzické zdraví nejčastěji hovoříme o muskuloskeletálních a kardiovaskulárních poruchách. Muskuloskeletální poruchy a bolesti zad patří mezi nejčastěji uváděné poruchy zdraví v souvislosti s pracovními

podmínkami. (EC, 2010) Vztahy mezi psychosociálními riziky a muskuloskeletálními poruchami jsou předmětem mnoha odborných publikací

Bylo zjištěno, že monotónní práce, zvýšená pracovní zátěž a časový tlak pozitivně koreluje s výskytem nemocí pohybového aparátu (Bongers et al., 1993) nebo že nízká pracovní spokojenost je rizikovým faktorem pro vznik bolestí zad. (Hoogendorn a kol., 2000) Bongers a kol. zjistili, že psychosociální rizika hrají významnou roli v rozvoji problémů spojených s horními končetinami. Nejčastěji se tomu děje nepřímo prostřednictvím nadměrného pracovního stresu. (Bongers et al., 2002)

Uskutečněné studie také naznačuje, že by mohl existovat vztah mezi pracovním stresem a výskytem kardiovaskulárních poruch. Tento předpoklad potvrdil Bosma et. al. (1997), který zjistil, že nízká kontrola nad prací přispívá k rozvoji koronárních srdečních onemocnění. (Bosma et al., 1997) Další studie odhalily, že pracovní zátěž a zvýšené psychické nároky v práci představují rizikový faktor pro vznik ischemické choroby srdeční (Netterstrøm et al., 2006) a že zvýšená pracovní námaha představuje rizikový faktor zvyšující riziko recidivujícího infarktu myokardu. (Aboa-Eboule et al., 2007)

3.4 Možnosti prevence

Zvyšování kvality pracovních podmínek, zajištění zdraví a dobrých životních podmínek zaměstnanců po celou dobu jejich pracovního života je jedním z hlavních cílů evropské politiky. (Eurofond a EU-OSHA, 2014). Přičemž zajištění bezpečného pracovního prostředí neznamená pouze dodržování zásad bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, tedy především fyzické bezpečnosti, ale také dodržování zásad psychické bezpečnosti práce.

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA) společně s Evropskou nadací pro zlepšení životních a pracovních podmínek (Eurofond) vypracovaly zprávu o psychosociálních rizicích při práci, která předkládá komparativní informace o prevalenci psychosociálních rizik mezi pracovníky a zkoumá souvislost mezi těmito riziky a zdravím a duševní pohodou pracovníků. Ze závěru této zprávy vyplývá, že „psychosociální rizika jsou problémem pro většinu společností: téměř 80 % řídicích pracovníků vyjadřuje znepokojení ohledně stresu při práci a téměř jeden z pěti

považuje násilí a obtěžování za velký problém. Pokud jde o jednotlivá rizika, největší obavy řídicích pracovníků se týkají časového tlaku a náročných zákazníků, pacientů či žáků. Navzdory těmto obavám zavedla postupy pro řešení těchto rizik méně než třetina podniků.“ (Eurofond a EU-OSHA, 2014, s.6)

„Na narůstající závažnost psychosociálních rizik a nutnost důslednějších preventivních opatření upozorňuje i aktuální dokument Evropské Komise z ledna 2017, hodnotící úroveň evropských nařízení v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.“ (REFIT evaluation, 2017, cit. v Lipišová et al., 2019, s.10)

Prevence na globální úrovni

K zavedení prevence psychosociálních rizik přispěly právní předpisy a iniciativy sociálních partnerů. Zejména pak sociální dialog se stal hnací silou při zlepšování pracovních podmínek. (Eurofond, 2014) Opatření ovšem nejsou ve všech evropských zemích rozvinuty ve stejné míře. To lze vysvětlit rozdílnými tradicemi sociálního dialogu a různými přístupy veřejné správy, které často souvisejí s významem, který země psychosociálním rizikům přikládají. Evropské dohody a směrnice dávají většinou pouze obecný rámec preventivních opatření, které mohou vést ke změnám v politice organizace nebo v řízení lidských zdrojů. Nepoukazují na konkrétní postupy, protože ty jsou v takovýchto případech v každé organizaci individuální. (Toukas a kol., 2015)

Zákonná povinnost řešit problematiku psychosociálních rizik je dána v rámcové směrnici 89/391/EHS o zavádění opatření pro zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci. Podle této směrnice jsou zaměstnavatelé povinni přijmout náležitá preventivní opatření, aby práce byla bezpečnější a zdravější. V České republice ochrana před psychosociálními riziky není zastřešena v celé své šíři žádným legislativním opatřením. „Částečnou či přenesenou oporu pro nápravná opatření lze čerpat z několika právních norem. Jedná se o několik rámcových směrnic a dohod v rámci EU, zejména rámcovou směrnicí o zavádění opatření pro zlepšení bezpečnosti a ochrany zdraví zaměstnanců při práci (89/391/EHS), rámcovou dohodu o pracovním stresu (2004) a rámcovou dohodu o obtěžování a násilí v zaměstnání (2007). Z českých právních norem lze aplikovat některá ustanovení Zákoníku práce (č. 262/2006 Sb.) a částečně i Vyhlášku o zařazování prací do kategorií (č. 432/2003 Sb.), kde například v rámci rizika psychické zátěže lze hodnotit práci ve vnuceném tempu, práci spojenou

s monotonií (jak pohybovou, tak úkolovou) a práci ve třisměnném a nepřetržitém provozu.“ (Lipišová et al., 2018, s. 32)

Prevence na úrovni organizací

Opatření na ochranu pracovníků by nikdy neměla být jednorázová, musí se jednat o proces s několika fázemi, které vyžadují změny pracovního prostředí s cílem snížení všech přítomných rizik na přijatelnou úroveň. Tento princip zahrnuje systematickou analýzu, hodnocení rizik a zavedení preventivních opatření. Celý proces je nejúspěšnější v případě, že se na něm pracovníci aktivně podílejí. (Janošová et al., 2016)

Již zmiňovaná zpráva o psychosociálních rizicích při práci, kterou vypracovaly Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci (EU-OSHA) společně s Evropskou nadací pro zlepšení životních a pracovních podmínek (Eurofond), ve čtvrté kapitole navrhuje možnosti prevence v rámci snahy o snížení výskytu psychosociálních rizik na pracovišti. Dle této zprávy prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciární.

Cílem **primární prevence** je zabránit expozici pracovním rizikům a účinku určitých rizikových faktorů. Pozornost je zaměřena především na včasnou identifikaci potenciálních rizik a účinnou intervenci. Příkladem primární prevence je:

- a) jednoznačně definovaná organizace práce a pracovních postupů;
- b) úprava pracovního prostředí a pracovních podmínek;
- c) zvyšování autonomie a začlenění zaměstnanců do rozhodování;
- d) péče o pracovní kolektiv – sladění, důvěra, společné mimopracovní aktivity;
- e) pravidelná školení a systematické vzdělávání zaměstnanců;
- f) zpětná vazba, vzájemná pomoc, spravedlivé hodnocení zaměstnanců.

Sekundární prevence je zaměřena na posílení psychické odolnosti jednotlivců a současně se snaží zvrátit nebo zpomalit progresi poškození zdraví v důsledku chronického působení psychosociálních rizik na pracovišti. Příkladem sekundární prevence může být:

- a) školení zvládání stresu, relaxační techniky;
- b) time management;

- c) metody zvládání organizačního stresu – intervence ze strany zaměstnavatele;
- d) řešení případů obtěžování – aktivní vyšetřování a vypořádávání stížností.

Na úrovni **terciární prevence** se snažíme snížit nebo eliminovat negativní účinky na zdraví zaměstnanců, které jsou spojené s chronickým vystavením psychosociálním rizikům. Cílem těchto intervencí je zejména přizpůsobit situaci v práci okolnostem a potřebám zaměstnance. Terciární prevence je většinou zaměřena jednotlivce. Příkladem může být:

- a) programy podpory zaměstnanců – poradenství v různých oblastech;
- b) programy pomáhající zaměstnancům s návratem do práce (např. po dlouhé nemoci);
- c) profesionální psychologická a sociální podpora zaměstnancům.

Řízení psychosociálních rizik na pracovišti zahrnuje nejen prevenci a snižování výskytu těchto rizik, ale souvisí také s motivací zaměstnanců a tvorbou pozitivního pracovního prostředí. Důležitou roli hraje efektivní komunikační systém v podniku a podpora a ochota pomoci ze strany nadřízených. Zaměstnanci by zároveň měli dbát na dodržování zdravého životního stylu a osobní psychohygieny. Významnou roli také hraje rodinné zázemí a kontakt s přáteli.

Zároveň je nutné zdůraznit, že psychosociální rizika nemají vliv pouze na zdraví a výkonnost zaměstnanců, ale mají i významný ekonomický dopad. Proto by mělo být v zájmu každého podniku cílené vyhledávání psychosociálních rizik, řízení těchto rizik a zavádění preventivních opatření.

4 PSYCHICKÁ PRACOVNÍ ZÁTĚŽ

Jedním z mnoha sledovaných psychosociálních faktorů práce je psychická pracovní zátěž. Ta souvisí s nároky, které pracovní prostředí klade na zaměstnance a se kterými se musí během pracovní doby vypořádat. Práce dentální hygienistky je spojena s intenzivním kontaktem s pacienty a vyžaduje vysoké emoční nasazení. Zároveň výkon této profese s poměrně nízkou rozmanitostí pracovních úkolů může být vnímán jako monotónní práce.

4.1 Co znamená psychická pracovní zátěž

Obecně můžeme psychickou zátěž vnímat jako souhrn všech vlivů, které doléhají na člověka z vnějšku a působí na jeho psychiku a organismus. Jedná se o interakci mezi individuálními, technickými, organizačními a sociálními faktory. Hladký psychickou zátěž popisuje jako „proces psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí.“ (Hladký, 1993, s. 20)

Rozlišujeme tři dimenze psychické zátěže (Štikar, 1996, s. 69):

- a) senzorická zátěž – týká se požadavků na činnost periferních smyslových orgánů (zrak, sluch, hmat, čich, chuť);
- b) mentální zátěž – vyplývá z požadavků na příjem a zpracování informací, které kladou nárok na pozornost, představivost, rozhodování, paměť a myšlení;
- c) emoční zátěž – vyplývá ze situací a požadavků vyvolávajících afektivní (citovou) odezvu.

Pracovní psychickou zátěž můžeme chápat jako zátěž, která působí na psychický stav pracovníků během pracovní doby. Týká se získávání a následného zpracovávání informací. (Hladký a Židková, 1999) Často bývá spojena s plněním úkolů, které kladou zvýšené nároky na psychické procesy, jako jsou pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování. Pro některé jedince mohou být takové úkoly do určité meze přijatelné a poměrně snadno zvladatelné. S prodlužující se délkou a narůstající

intenzitou nadměrné zátěže však schopnost překonávat různé stresory klesá. (Meyerová, 1997). Mezi rizikové faktory, které mohou být chápány jako stresory a zvyšovat tak psychickou zátěž v práci, řadíme (SZÚ, 2008):

- a) časový tlak a intenzitu práce,
- b) vnucené pracovní tempo,
- c) monotonii,
- d) nároky v oblasti komunikace a kooperace,
- e) práci v třisměnném a nepřetržitém pracovním režimu a noční práci,
- f) vlivy narušující soustředění (nejčastěji hluk – nutné posouzení nejen z hlediska intenzity, ale i kvality),
- g) odpovědnost hmotnou a organizační,
- h) riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví jiných osob,
- i) pracovní podmínky (práce vykonávané na dislokovaných pracovištích, spojené se sociální izolací),
- j) šikanu, mobbing a další problémy ve vztazích na pracovišti.

Existuje-li nesoulad mezi objektivními pracovními požadavky a individuálními předpoklady konkrétního jednotlivce dosahovat určitého výkonu, vede to k psychické nepohodě zaměstnance. Každodenní pracovní činnost pak představuje chronickou psychickou zátěž, kterou lze charakterizovat jako (Drgáčová, 2006):

- a) přiměřenou;
- b) nepřiměřeně zvýšenou; je označována jako přetížení, které může být kvalitativní (příliš obtížné úkoly, vysoké nároky na vědomosti, zkušenosti a schopnosti) nebo kvantitativní (příliš mnoho úkolů, termínované práce s nedostatkem času);
- c) sniženou; je označována jako nepřiměřené podtížení, charakterizované nedostatkem činnosti a podnětů, popřípadě jednostranností či jednotvárností.

V důsledku pracovního psychického přetížení dochází k poklesu jednotlivých parametrů výkonu. Kvalitativní mentální přetížení nastává, pokud je zaměstnanec nedostatečně kvalifikován pro splnění daného úkoly nebo pokud je nedostatečně vybaven komunikačními a sociálními dovednostmi. Naproti tomu kvantitativní psychické

přetížení je způsobeno v důsledku nadměrného množství pracovních úkolů, nedostatku času a nedostatku zaměstnanců. Psychické přetížení se projevuje duševní únavou a zvýšeným stresem, který dále bývá spojen s úzkostí a projevuje se nervozitou a podrážděním. (ZS BOZP, 2021)

V případě nedostatečného psychického zatížení nejsou individuální výkonové parametry plně využity. O nedostatečném kvalitativním mentálním zatížení hovoříme, pokud zaměstnanec nedokáže dostát svým osobním cílům a ambicím nebo pokud nemůže uplatnit své schopnosti v plné míře (pro splnění daného úkolu je příliš kvalifikovaný). Kvantitativní nedostatečná psychická zátěž často souvisí s monotónní prací a obvykle se dostavuje, pokud mají zaměstnanci příliš málo úkolů v rámci nějakého časového období. Nedostatečné psychické zatížení se u zaměstnance může projevit pocitem monotónnosti, nervozitou a neklidem. (ZS BOZP, 2021)

Psychická zátěž patří mezi rizikové faktory, a proto se musí brát v úvahu i při kategorizaci prací. Tato povinnost vyplývá z vyhlášky č. 432/2003 Sb., kterou se mimo jiné stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií. Zařazení pracovního výkonu do příslušné kategorie značí, jak velká je pravděpodobnost zdravotních rizik při výkonu dané práce. „Pokud se na pracovišti zaměstnavatele vyskytují rizikové faktory, je zaměstnavatel povinen měřením zjišťovat a kontrolovat jejich hodnoty a zabezpečit, aby byly vyloučeny, nebo alespoň omezeny na nejmenší rozumně dosažitelnou míru. Při zjišťování, hodnocení a přijímání opatření k dodržení nejvýše přípustných hodnot musí postupovat podle zvláštních předpisů.“ (Drgáčová, 2006) Kvalifikované posouzení psychické zátěže náleží odborníkovi.

Podle nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky o ochraně zdraví při práci, se prací s psychickou zátěží rozumí: práce spojená s monotonií, práce ve vnuceném pracovním tempu, práce v třisměnném nebo nepřetržitém pracovním režimu a práce vykonávaná pouze v noční době.

4.2 Důsledky psychické pracovní zátěže

Nesprávně organizovaná a nedostatečně tvořivá práce působí negativně nejen na výkon zaměstnance, ale při dlouhodobém trvání může vést až k poškození jeho zdraví.

Důsledkem neadekvátních pracovních požadavků, ať již nepřiměřeně náročných, nebo nepřiměřeně jednoduchých, dochází ke vzniku krátkodobých problémů, jako jsou akutní stres, monotonie, zátěž a únava. Pokud však nevhodná pracovní náplň a neadekvátní požadavky zatěžují zaměstnance po delší časové období, může dojít k rozvoji závažnějších onemocnění jak psychického, tak i psychosomatického charakteru, jako jsou bolesti hlavy a žaludeční neuróza.

Psychická pracovní zátěž nejčastěji bývá důvodem následujících psychických stavů (Drgáčová, 2006):

Únava

Únavu můžeme rozdělit na psychickou a tělesnou. Psychická únava vzniká v důsledku velkého objemu práce a časové tísně. Bývá spojena s monotónní prací. Je charakterizována dočasným zhoršením psychické i funkční výkonnosti a projevuje se sníženou výkonností a zvýšenou chybovostí. Pocit únavy se obvykle dostaví ještě před vlastním ukončením práce (před ukončením pracovního dne). Změna činnosti nemá na překonání mentální únavy velký vliv, toho dosáhneme spíše odpočinkem. Jako tělesnou únavu označujeme lokální únavu svalových skupin, která je vyvolána fyzickou námahou při práci.

Monotonie

Jako monotónní označujeme takovou práci, která „je charakterizovaná jednoduchými, rytmickými, stereotypně se opakujícími pohyby. Pracovní operace jsou krátkodobé, pozornost pracovníka je soustředěna na úzký a stále stejný rozsah, jednostranně je zatěžován některý smyslový orgán. Pracovník zaujímá většinou neměnnou pracovní polohu, převažuje statické zatížení s nízkým energetickým výdejem.“ (Hrubá 1995, cit. dle Žídkové, 2005, s. 194) Taková práce má dopad na nervový systém člověka.

Tzv. psychická monotonie vede ke snížení aktivační úrovně CNS, výpadkům pozornosti, nárůstu chybovosti, ke snížení výkonu a k rizikovému chování pracovníků. Je spojena s pocitem únavy, ospalosti, poklesem a kolísáním výkonu, sníženou reakční schopností a adaptabilitou.

Snížená bdělost

Bdělost je vnímána jako optimální stav centrální nervové soustavy, při kterém je člověk schopen adekvátně reagovat na změny vnějšího prostředí. Snížená bdělost je

charakterizována útlumem výkonnosti a eliminací pozornosti. Souvisí zejména s jednotvárnými úkoly a monotónní prací. (Encyklopedie BOZP, 2018)

Mentální přesycení

„Je stav silného emocionálního odmítání opakujícího se úkolu či situace, v nichž se projevuje zážitek „vlekoucího se času“ nebo „nemožnosti prokousat se množstvím“. Přidatnými symptomy jsou podrážděnost, snížení výkonu, tendence uniknout a pocit únavy“. (Drgáčová, 2006,)

Annoyance

Annoyance neboli rozmrzelost je „pocit nelibosti spojený s jakýmkoli činitelem nebo podmínkou, o níž jedinec nebo skupina vědí či předpokládají, že je nepříznivě ovlivňuje“ (Lindvall a Radford, 1973, cit. dle Řiháček, 2007, s. 117) Jedná se o nepříjemný duševní stav, který je charakterizován podrážděním a rozptýlením od vědomého myšlení člověka

Annoyance je velice často spojována s obtěžujícím vlivem hluku. Environmentální hluk je jedním z nejčastěji udávaných zdrojů obtěžování ve všech rozvinutých zemích. Vznik rozmrzelosti z hluku je kromě fyzikálních vlastností hluku ovlivněn také řadou faktorů psychosociální povahy. Rozmrzelost bývá často chápána jako obecný pojem, zastřešující i další emocionální reakce na hluk, jako jsou úzkost, nelibost nebo zlost. Mezi tradičně sledované účinky hluku na člověka patří kromě poškození sluchu také ztížení komunikace, rušení spánku, ovlivňování fyziologických funkcí a duševního zdraví, zhoršování výkonu v kognitivně náročných úkolech, ovlivňování sociálního chování a vyvolávání negativních emocionálních reakcí. (Řiháček, 2007)

Syndrom vyhoření - „Burn-out“

Tento termín bude podrobně probrán v následující samostatné kapitole č. 5 „Syndrom vyhoření“.

4.3 Možnosti prevence

Podpora zdraví a výkonnosti pracovníka je velmi důležitá z hlediska dlouhodobé pracovní perspektivy. Zdraví a spokojení zaměstnanci jsou více motivovaní, dosahují

lepších pracovních výsledků, vykazují stabilnější pracovní docházku a jsou loajální vůči svému zaměstnavateli. Tím se pro zaměstnavatele stávají významným ekonomickým faktorem. V rámci podniku je proto nutné identifikovat a posoudit možné příčiny duševního přetížení nebo nedostatečného zatížení a definovat vhodná opatření, kterými lze jejich škodlivým účinkům zabránit.

Mezinárodní asociace sociálního zabezpečení (ISSA) vydala průvodce hodnocení psychosociálních rizik v malých a středních podnicích. V rámci této příručky definovala několik rizikových faktorů, které mohou nasvědčovat tomu, že pracovní zátěž a pracovní požadavky jsou zaměstnanci vnímány jako nepřiměřené a že je již nejsou schopni zvládnout. Mezi tyto vysledované projevy patří (ISSA, 2008):

- a) stížnosti zaměstnanců na nadměrnou psychickou a fyzickou zátěž na pracovišti;
- b) klesající pracovní motivace, špatné pracovní klima, podrážděnost, mobbing, užívání návykových látek;
- c) kompetenční spory, nedostatečná koordinace práce, duplicitní práce;
- d) chybějící flexibilita a odhodlání ze strany zaměstnanců;
- e) zvýšená absence zaměstnanců, zvyšování počtu práce neschopných, fluktuace zaměstnanců;
- f) nedodržování termínů (interně mezi odděleními uvnitř podniku, ale i vůči smluvním partnerům a zákazníkům);
- g) nepřiměřené množství přesčasových hodin;
- h) stoupající režijní náklady.

Identifikace psychické zátěže na pracovišti není jednoduchým úkolem a většina pracovišť s tím nemá téměř žádné zkušenosti. Vedení by se však mělo pokusit konstruktivně reagovat na všechny podněty, které mohou nasvědčovat výskytu zvýšené psychické zátěži na pracovišti. Napomoci k tomu mohou jednak obecná opatření na úrovni managementu (například pravidelné schůzky se zaměstnanci, pravidelné porady vedení), nebo vytvoření speciální pracovní skupiny, která se bude problematikou psychosociálních rizik zabývat. Současně je nutné stanovit si realistické cíle a zavedená opatření pravidelně kontrolovat a vyhodnocovat. Aplikována mohou být například následující konkrétní opatření (ISSA, 2008): detailní strukturování úkolů, vzájemná

podpora mezi kolegy, pravidelná školení, time management, zajištění pravidelných přestávek, poskytnutí psychologické podpory nebo coachingu, plánované změny činnosti, zavedení skupinové práce, delegování odpovědností, zapojení zaměstnanců do důležitých rozhodnutí, přímá a včasná zpětná vazba nebo zvýšení transparentnosti.

4.4 Metody hodnocení psychické zátěže při práci

Metody hodnocení psychické pracovní zátěže je možné rozdělit na objektivní (markery) a subjektivní (dotazníky). Tzv. markery jsou posuzovací metody, které hodnotí znaky objektivně popsatelné. Mohou popisovat vlastnosti práce a pracovních úkolů, jejichž stresové působení bylo výzkumem ověřeno, např. monotonií, častou časovou tíseň, popř. šikanování. Dotazníky naproti tomu obsahují sebeposuzovací škály a vycházejí ze subjektivního pocitu jedince. Nejefektivnějším způsobem hodnocení psychické pracovní zátěže je vzájemná podpora obou druhů metod. (Loučimová, 2008)

Mezi nejčastěji používané dotazníky řadíme: Meisterův dotazník (bude podrobně popsán v kapitole Metody výzkumu), dotazník N-5, dotazník Subjektivních příznaků únavy (SPÚ), dotazník zrakových potíží, Personal views survey (PVS) nebo Bortnerovu škálu (škála sociální adaptace).

5 SYNDROM VYHOŘENÍ

Jak už bylo naznačeno v předchozí kapitole, psychická pracovní zátěž velmi negativně ovlivňuje psychické i fyzické zdraví zaměstnanců. Za jeden z nejvýznamnějších důsledků dlouhodobého působení psychické zátěže můžeme označit rozvoj tzv. syndromu vyhoření. Cílem této kapitoly je shrnout všeobecné informace, které se fenoménu vyhoření týkají.

5.1 Pojem syndrom vyhoření

Pojem burnout neboli syndrom vyhoření poprvé použil německý psychoanalytik H. J. Freudenberger v roce 1974. V článku s názvem „Staff Burnout“, který byl publikován v časopise Journal of Social Issues, popsal syndrom vyhoření u pracovníků a dobrovolníků působících na klinikách v USA. Tento stav charakterizoval jako konečné stádium procesu, při němž dochází k vyčerpání všech osobních energetických zdrojů člověka, který se hluboce emocionálně něčím zabývá, důsledkem tohoto stavu je ztráta původního nadšení a motivace.

Do popředí zájmu psychologů a lékařů se syndrom vyhoření dostal na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let 20. století. „Začali se zabývat stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání osob, u nichž došlo k iniciaci proměnných, ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vypálení, též vyhaslosti, tj. vyčerpání („burnout syndrome“)“. (Kebza V. et al., 2003, s. 3) Zájem o tuto problematiku byl pozorován jak v teoretické, tak i v empirické rovině. Snahou řady autorů bylo stanovit definici pojmu syndrom vyhoření, přesně jej popsat a vymezit vůči jiným psychickým poruchám. Jiní autoři se zase zaměřili na tvorbu nástrojů a metod, které by umožnily syndrom vyhoření odhalit a které by byly aplikovatelné v běžné praxi. (Maslach & Schaufeli, 1993)

Syndrom vyhoření je považován za složitý psychologický konstrukt. Přesto, že je tento pojem znám a zkoumán již více než čtyřicet, odborná veřejnost se stále ve svých názorech liší. Tento střet názorů a postojů by mohla napomoci usměrnit připravovaná jedenáctá revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). Světová zdravotnická organizace do této revize oficiálně zařadila syndrom vyhoření. Není ovšem popisován jako zdravotní stav, nýbrž jako fenomén z povolání a nachází se v sekci „Problémy spojené se zaměstnáním nebo nezaměstnaností“. Dle světové zdravotnické organizace (WHO, 2019) syndrom vyhoření vzniká v důsledku neléčeného chronického stresu spojeného s pracovištěm. Charakterizují ho tři symptomy:

- a) vyčerpání a nedostatek energie,
- b) psychický odstup, negativismus či cynismus a
- c) snížená efektivita.

Definice zdůrazňuje, že jde o fenomén související přímo s pracovištěm a lékař by měl při diagnóze vyloučit například poruchu přizpůsobení, úzkost a strach nebo poruchy nálad, které nemusejí přímo souviset s pracovištěm.

Pro úplnost bychom na závěr měli ještě dodat, že mimo profesní syndrom vyhoření existuje i syndrom vyhoření v ostatních oblastech života. Hovoří se například o vyhoření v partnerských vztazích, o válečném vyhoření nebo vyhoření v badatelské činnosti. Velmi často je vyhoření spojeno s dlouhodobou domácí péčí o blízkého člověka a někdy je syndrom vyhoření také dáván do souvislosti se stárnutím a krizí středního věku.

5.2 Definice syndromu vyhoření

Pojem syndrom vyhoření doposud pevně vymezen nebyl a v odborné literatuře se můžeme setkat s různými definicemi. Některé jsou orientovány na konečný stav, tzn. na stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání. Jiné jsou definovány jako proces, který má vlastní vývoj. Všechny definice však mají několik společných znaků a shodují se v následujících bodech (Kebza a Šolcová, 2003):

- a) Jedná se především o psychický stav, který je charakterizován pocitem celkového vyčerpání;

- b) Syndrom vyhoření je spojován s určitými druhy zaměstnání. Vyskytuje se především u profesí, jejíž pracovní náplní je „práce s lidmi“;
- c) Stěžejní složkou syndromu je emoční vyčerpání;
- d) Výskyt syndromu vyhoření se objevuje vždy u lidí, kteří jsou jinak psychicky zcela zdraví;

Pro ilustraci uvádím některé, v odborné literatuře hojně užívané, definice syndromu vyhoření.

Podle Myrona D. Rushe je syndrom vyhoření „druhem 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, 2003, s.7)

Christina Maslach (2003, s. 2) tento pojem definovala jako „psychologický syndrom emočního vyčerpání, citového stažení a pokles osobní výkonnosti, který se může objevit u osob, jejichž profesí je práce s lidmi.“

Dle Kebzy a Šolcové (2003, s. 7) syndrom vyhoření bývá popisován jako „stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků.“ Autoři ještě dodávají, že se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres a je pozorován zejména u pomáhajících profesí (lékařů, zdravotních sester, učitelů a policistů).

5.3 Stádia syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je popisován jako neustále se vyvíjející proces, který prochází různými fázemi. „Zatímco na začátku je velké nadšení pro práci, vlastní pocit smysluplnosti, jasné směřování k cíli, na konci je to právě ztráta těchto, pro práci nanejvýš důležitých věcí, která vede k vnitřnímu rozkladu, z něhož jedinec většinou nenajde cestu zpátky a často končí tím, že zaměstnání opouští.“ (Jeklová a Reitmayerová, 2006, s. 19) Celý proces obvykle vyústí fyzickým vyčerpáním, které se může změnit v psychosomatické onemocnění (poruchy srdečního rytmu, svalovou bolest atd.).

V odborné literatuře se setkáváme s mnoha modely, které vývoj syndromu vyhoření popisují. Ve své práci uvádím modely, které jsou v odborné literatuře nejčastěji zmiňovány.

Základní model, ze kterého vychází řada dalších autorů, byl popsán Christinou Maslach (1980). V rámci vývoje syndromu vyhoření definovala 4 fáze. Počáteční fáze nadšení se vyznačuje vysokou angažovaností a pracovním nasazením, které se brzy stává zdrojem přetěžování. Člověku postupně dochází síly a dostaví se pocit emocionální a fyzické únavy. Tuto fázi označujeme jako vyčerpání. Třetí fázi je dehumanizovaná percepce sociálního okolí. Tato fáze je charakterizována omezením sociálních kontaktů. Člověk se přestává stýkat s přáteli, vyhýbá se kolegům, omezuje interakce s rodinou. Ve vztahu k pacientovi se takový člověk chová odměřeně. Úroveň empatie či snahy pomoci významně klesá. Konečným stádiem je celkové vyčerpání (fyzické, psychické i emocionální). V této fázi převažuje negativismus, nezáměr a lhostejnost. (Kebza a Šolcová, 1998)

Christina Maslach, ve spolupráci s Michaelou P. Leiter (1981), tento základní model později přetransformovala do modelu třífázového, podle kterého v průběhu procesu vyhořívání můžeme pozorovat tři hlavní fáze: emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížení pracovního výkonu. Na sledování těchto jevů je také založen dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory). Nejprve se objevuje emocionální vyčerpání, jako odezva na nadměrné pracovní nasazení. Důsledkem této únavy je snaha vyhnout se přibývajícím zátěžím, což vede k sociální izolaci. Tato fáze se označuje jako depersonalizace. Obě popsané fáze ve výsledku ovlivňují pracovní výkon člověka. V průběhu let bylo zjištěno, že na pracovní výkon má vliv řada dalších faktorů, jako např. špatné vztahy s kolegy, nepříjemná pracovní atmosféra, problémy v rodině, „daily hassles“ (každodenní drobné problémy) či nedostatečná sociální opora. A proto se snížený pracovní výkon může objevit dříve, než nastane emocionální vyčerpání. (Křivohlavý, 1998)

Poslední model, o kterém se zmíním, popsali autoři Edelwich a Brodsky (1980), kteří syndrom vyhoření vnímají jako sociální problém. Za počáteční stádium považují nadšení, které se vyznačuje neefektivním vynakládáním energie a dobrovolným přepracováváním se. Následuje stádium stagnace, ve které člověk začíná slevovat ze svých očekávání a začíná se více zaměřovat na uspokojování vlastních potřeb. Brzy nastává fáze frustrace spojená s pochybováním o smyslu práce. Zároveň se začínají

objevovat výraznější fyzické a psychické potíže. Poté přichází fáze apatie, která se vyznačuje trvalou frustrací. Pracovní výkonnost člověka je omezena pouze na nezbytné úkony. Poslední fází je intervence, což představuje jakékoliv přerušování tohoto stavu, např. změna práce, změna životní situace či realistický pohled na situaci. (Jeklová a Reitmayerová, 2006)

5.4 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se může začít rozvíjet zcela bez povšimnutí a bez jakéhokoliv zjevného příznaku, vždy záleží na charakteru a osobnosti člověka. Často bývají prvotní symptomy považovány za únavu či dočasné vyčerpání, které opět vymizí. Diagnostika syndromu vyhoření není jednoduchá, avšak napomoci nám může cílené vyhledávání tzv. varovných signálů, tedy příznaků syndromu vyhoření, které lze pozorovat v psychické, fyzické i sociální rovině.

Psychické příznaky se nejčastěji projevují pocitem celkového vyčerpání. Dochází ke ztrátě nadšení, iniciativy i kreativity. Pozorujeme útlum pracovního nasazení, lhostejnost až nechuť k práci. Začíná převládat negativní postoj k životu, sklíčenost a celková nespokojenost. Emocionálně vyčerpaný člověk má pocit beznaděje a bezmoci, což je příčinou jeho podrážděnosti. V extrémních případech může tento stav vyústit ve vážné duševní onemocnění či být důvodem k sebevražedným myšlenkám. (Jeklová a Reitmayerová, 2006)

Mezi **fyzické příznaky** patří nedostatek energie, fyzická slabost až ochablost. Vypozorována byla také rychlá unavitelnost a svalové napětí. Objevit se mohou poruchy spánku, bolesti hlavy, bolest u srdce, změny srdeční frekvence, obtížné dýchání nebo poruchy krevního tlaku. V souvislosti s fyzickými příznaky můžeme mluvit i o zvýšeném riziku vzniku závislosti všeho druhu. (Kebza a Šolcová, 2006)

K příznakům na **sociální úrovni** patří tendence redukovat kontakt s klienty či s kolegy. Výrazně ubývá angažovanosti a ochoty pomáhat druhým. Dochází k útlumu empatie a postupnému narůstání konfliktů (Jeklová a Reitmayerová, 2006)

5.5 Rizikové a protektivní faktory syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření ovlivňuje celá řada faktorů, některé mohou jeho vývoj podněcovat, jiné naopak tlumit. Mezi rizikové faktory patří neustále rostoucí životní tempo, zvyšující se nároky na člověka a z toho vyplývající nutnost čelit každodennímu stresu. V pracovním prostředí se za rizikové faktory považují monotonie práce, nízká autonomie pracovní činnosti a nadměrné požadavky na výkon. Z osobnostních rysů pak můžeme jmenovat původně vysoký pracovní entuziasmus a angažovanost, původně vysokou empatii a obětavost nebo nízkou asertivitu. K rozvoji syndromu vyhoření také přispívá neschopnost relaxace či nevyhovující rodinné zázemí. (Kebza a Šolcová, 1998)

Naproti tomu za protektivní faktory lze považovat dostatečnou asertivitu a víru ve vlastní schopnosti. V zaměstnání se jako pozitivní jeví pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce. Důležitý je také vhodný time management, schopnost relaxovat a pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání. (Kebza a Šolcová, 1998)

5.6 Možnosti prevence syndromu vyhoření

Mnozí zdravotníci jsou syndromem vyhoření ohroženi, „téměř u každého se projeví po určité době některé z charakteristických projevů. Následně nato syndrom vyhoření buď propukne nebo se jej podaří zvládnout prostřednictvím zlepšení podmínek organizace nebo vlastními silami ohroženého jedince.“ (Jeklová a Reitmayerová, 2006, s. 14)

Prevence na individuální úrovni

Při snaze potlačit syndrom vyhoření se jako klíčové jeví nalezení smysluplnosti v osobním i pracovním životě. Důraz je kladen zejména na zdravou životosprávu, přiměřený spánek, relaxaci a dostatek pohybu. Důležitou roli také hraje sociální zázemí a opora, kterou člověku poskytuje jeho nejbližší okolí. Povzbuzení, podpora, či uznání mohou významně přispět k lepšímu psychickému rozpoložení. Jakmile na sobě člověk zpozoruje příznaky syndromu vyhoření, měl by se pokusit změnit životní styl či vyhledat odbornou psychologickou pomoc. (Jeklová a Reitmayerová, 2006)

Prevence na úrovni organizace

Světová zdravotnická organizace (WHO) a mezinárodní organizace práce (ILO) upozorňují na skutečnost, že doposud byla prevence syndromu vyhoření zaměřena především na jednotlivce. Vidí jako nutnost začít řešit tuto problematiku systémově, tedy na úrovni zdravotnického systému jako celku. Doktor Ivan Ivanov, vedoucí mezinárodního týmu pracovního lékařství a ochrany zdraví při práci, syndrom vyhoření vidí jako symptom špatných pracovních podmínek ve zdravotnictví. Zajištění důstojných pracovních podmínek je podle něj naprostou prioritou, a proto se ve spolupráci s WHO pokouší stimulovat jednotlivé státy při rozvoji národních programů na ochranu zdraví zdravotnického personálu při práci. Důraz by měl být kladen především na průběžné monitorování, včasnou diagnostiku a prevenci psychosociálních rizikových faktorů na pracovišti. (Bulletin WHO, 2019)

Intervence na straně organizace může spočívat např. ve zvýšení participace pracovníků na rozhodování, vytvoření sociálně citlivého prostředí, v zavádění programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech nebo na týmovou spolupráci. (Kebza a Šolcová, 1998)

Průběžné monitorování a včasná diagnostika může být v organizaci zajištěna prostřednictvím dotazníkových šetření, které zaměstnavateli umožní poměrně jednoduchým způsobem odhalit pracovníky v riziku, případně stanovit fázi vyhoření, ve které se momentálně nacházejí. S takovými zaměstnanci je třeba dále pracovat individuálně. Každá organizace by měla být schopná zaměstnanců v riziku poskytnout odborné poradenství a další nezbytnou podporu (např. čerpání dovolené, zkrácení pracovního úvazku, přeřazení na jinou pracovní pozici).

5.7 Dotazníky používané ke zjišťování syndromu vyhoření

Podobně jako při posuzování psychické pracovní zátěže se také v hodnocení syndromu vyhoření nejčastěji uplatní metoda dotazníkového šetření

Mezi nejznámější a nejpoužívanější dotazníky, které se k hodnocení syndromu vyhoření využívají radíme: Maslach Burnout Inventory (bude podrobně popsán v kapitole Metoda výzkumu), Burnout Measure nebo Beverly Potter's Burnout Questionnaire.

6 METODY VÝZKUMU

Pro získání potřebných informací byl vzhledem ke stanoveným cílům využit kvantitativní výzkum prospektivní. Jeho nespornou výhodou je možnost oslovení velkého počtu respondentů a časová nenáročnost. Další předností je práce s přesnými, numerickými daty, která nám umožňují jejich rychlou analýzu.

6.1 Sběr dat

Sběr dat byl realizován na základě dotazníkového šetření, které probíhalo ve spolupráci s Asociací dentálních hygienistek České republiky. Všem členům asociace, která ke dni 24. 2. 2021 čítala 441 členů, byl emailem rozeslán průvodní dopis, jehož součástí byl přímý hypertextový odkaz (<https://www.surveio.com/survey/d/dh2021>) pro vyplnění dotazníku. Tento odkaz, společně s průvodním slovem, byl také zveřejněn na facebookových stránkách asociace dentálních hygienistek. Tato stránka je volně přístupná, tedy i dentálním hygienistkám, které nejsou členy asociace. Sběr dat probíhal v době od 5. 3. 2021 do 22. 3. 2021. Vyplnění dotazníku, které bylo zcela dobrovolné a anonymní, respondentům zabralo průměrně 5-10 minut. Dotazník byl zobrazen celkem 302krát a z toho kompletně vyplněn 159ti respondenty.

Pro tvorbu dotazníků byla využita on-line platforma [survio.com](https://www.surveio.com), která funguje na principu online služby. Její součástí jsou i nástroje na distribuci a kompletní analýzu odpovědí z dotazníků. ([survio.com](https://www.surveio.com)) Výsledný dotazník je složen ze dvou částí, a sice ze dvou standardizovaných dotazníků – Meisterova dotazníku a Maslach Burnout Inventory (BMI). Standardizované dotazníky jsem zvolila zcela záměrně, neboť mají pevnou strukturu otázek, byla ověřena jejich platnost pro zkoumaný problém u výběrové skupiny respondentů a umožňují jednoznačnou interpretaci výsledků.

Pilotní verze dotazníku byla v elektronické podobě rozeslána pěti respondentům. Účelem bylo zjistit, zda se dotazník pod hypertextovým odkazem správně zobrazuje a zda je jednoduše ovladatelný. Zajímalo nás také, jestli jsou otázky jednoznačné a srozumitelně formulovány. Následně byly upraveny stylistické a funkční nedostatky.

Meisterův dotazník

Ke zkoumání psychické zátěže se v praxi nejčastěji používá Meisterův dotazník, pomocí kterého lze hodnotit subjektivní vnímání pracovního zatížení. Plné znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 1 diplomové práce.

Tento dotazník vytvořil W. Meister roku 1975. Poté byl v letech 1976–1984 ověřován hygienickou službou v České republice. Předností tohoto dotazníku je srozumitelnost, stručnost a dobrá reliabilita. Dotazník obsahuje celkem deset otázek, přičemž každá z otázek testuje určitou zátěžovou oblast: 1. časová tíseň 2. malé uspokojení 3. vysoká odpovědnost 4. otupující práce 5. problémy a konflikty 6. monotonie 7. nervozita 8. přesycení 9. únava 10. dlouhodobá únosnost. Respondenti na jednotlivé otázky odpovídají pomocí pětistupňové škály, která má rozptyl od čísla „5 – ano, souhlasím“ až k číslu „1 – ne, vůbec nesouhlasím“. Vybírají hodnotu, která nejlépe vystihuje jejich vnímání pracovní zátěže. Vyplnění dotazníku respondentům zabere průměrně pět minut. (Hladký a Židková, 1999)

Každou otázku z dotazníku lze zařadit do jednoho ze tří faktorů, které W. Meister definoval na základě faktorové analýzy. Jedná se o faktor přetížení (I.), monotonie (II.) a nespecifický faktor (III.), tedy celkovou únavu a přesycení z pracovní činnosti. Výsledné hodnoty faktorů se mohou pohybovat mezi 3-15 body (I. a II.) nebo 4-20 body (III.). Sečtením výsledků všech tří uvedených faktorů, tj. I + II + III je možné vypočítat celkový hrubý skór, tj. celkovou percipovanou psychickou pracovní zátěž. (Hladký a Židková, 1999) Přiřazení jednotlivých položek jednotlivým faktorům uvádí následující tabulka.

Tab. 2 - Rozdělení otázek Meisterova dotazníku do jednotlivých faktorů

Faktor	I.	II.	III.	HS
Název faktoru	Přetížení	Monotonie	Nespecifický	Hrubý skór
Součet položek	1 + 3 + 5	2 + 4 + 6	7 + 8 + 9 + 10	I. + II. + III.
Maximum	15,00	15,00	20,00	50,00

Dotazník je možné vyhodnotit podle jednotlivých faktorů. Pro skupinové hodnocení použijeme aritmetické průměry sledovaných faktorů a rovněž hrubého skóru.

Za normu se považují aritmetické průměry a kritické hodnoty, které byly získány a zpracovány hygienickou službou v České republice v letech 1976–1984 pro muže

a ženy v české populaci. Překročení uvedených kritických hodnot pak indikuje nadměrnou zátěž v dané oblasti. Kritické hodnoty jsou zobrazeny v následující tabulce.

Tab. 3 - Normované hodnoty pro muže a ženy v ČR

Faktor		I.	II.	III.	HS
Název faktoru		Přetížení	Monotonie	Nespecifický	Hrubý skór
Ženy	Aritmetický průměr	8,40	7,60	11,70	25,00
	Směrodatná odchylka	3,20	3,00	4,40	8,10
	Kritická hodnota	10,00	9,00	14,00	29,00
Muži	Aritmetický průměr	10,60	6,40	10,30	8,00
	Směrodatná odchylka	3,00	3,20	4,10	12,00
	Kritická hodnota	12,00	8,00	12,00	26,00

Dotazník je možné vyhodnotit také podle jednotlivých položek (otázek). V každé položce lze vypočítat střední hodnoty (medián, aritmetický průměr a směrodatnou odchylku) a posoudit, jestli překračují stanovenou kritickou hodnotu mediánu. V položkách, ve kterých zjištěný medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena negativně a naopak, v položkách, ve kterých medián nedosahuje kritickou hodnotu, kladně. Stanovené kritické hodnoty mediánu jsou znázorněny v následující tabulce.

Tab. 4 - Stanovené kritické hodnoty mediánů dle jednotlivých položek

Číslo položky	Otázka (zkráceně)	Kritická hodnota mediánu
1.	Časová tíseň	3,00
2.	Malé uspokojení	2,50
3.	Vysoká odpovědnost	3,00
4.	Otupující práce	2,50
5.	Problémy a konflikty	2,50
6.	Monotonie	2,50
7.	Nervozita	3,00
8.	Přesycení	3,00
9.	Únava	3,00
10.	Dlouhodobá únosnost	2,50

Burnout Maslach Inventory (BMI)

K posouzení míry syndromu vyhoření se v praxi nejčastěji používá standardizovaný MBI dotazník (Maslach Burnout Inventory). Tento dotazník byl vytvořen v roce 1981 americkou psycholožkou Ch. Maslach ve spolupráci s její kolegyní S. Jackson. Pro účely diplomové práce jsme použili českou verzi dotazníku MBI, kterou vytvořila Z. Židková pro Zdravotní ústav v Brně. Plné znění dotazníku je uvedeno v příloze č. 2 diplomové práce.

Dotazník MBI sleduje 3 ukazatele (dimenze) vyhoření: EE emocionální vyčerpání (z anglického emotional exhaustion), DP depersonalizace a PA osobní uspokojení (z anglického personal accomplishment). Každá ze tří dimenzí má určitou typickou charakteristiku. Dimenze emocionálního vyčerpání a dimenze depersonalizace jsou laděné negativně. Dimenze osobního uspokojení je naopak laděna pozitivně. Tyto tři odlišné dimenze by neměly být kombinované do jednoho výsledného skóre. Dotazník tvoří 22 položek. 9 je zaměřeno na dimenzi emocionálního vyčerpání, 5 na dimenzi depersonalizace a 8 na dimenzi osobního uspokojení. (Maslach & Jackson, 1981) Respondenti reagují na jednotlivé výroky výběrem hodnoty ze stupnicové škály, která má rozptyl od čísla „0 – vůbec“ až k číslu „7 – velmi silně“. Respondenti vybírají takovou hodnotu, která nejlépe odpovídá jejich pocitům. Vyplnění dotazníku respondentům zabere průměrně pět minut.

V rámci vyhodnocování přiřadíme jednotlivé položky dotazníku k odpovídajícím dimenzím a sečteme hodnoty v každé dimenzi uvedené. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením hodnoty nízké. Podle získaných bodů je zjišťován stupeň emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení. V jednotlivých dimenzích je možné dosáhnout nízkého, mírného či vysokého stupně. Tomuto stupni odpovídá určité bodové rozmezí, které je uvedeno v následující tabulce.

Tab. 5 - Rozdělení výsledků mezi stupně jednotlivé dimenze

	Emocionální vyčerpání	Depersonalizace	Osobní uspokojení
Nízký stupeň	0 - 16	0 - 6	0- 31 (vyhoření)
Mírný stupeň	17 - 26	7 - 12	32 - 38
Vysoký stupeň	27 a více (vyhoření)	13 a více (vyhoření)	39 a více

V originále respondenti jednotlivé položky hodnotí na dvou škálách. První škála vypovídá o frekvenci výskytu posuzovaných prožitků, druhá pak o jejich intenzitě. V praxi se zdá být vhodnější používat pouze jeden z ukazatelů – buď četnost nebo sílu pocitů, protože respondenti oba ukazatele uvedené najednou špatně rozlišují. (Židková, 2013) V rámci našeho výzkumu se dále pracuje pouze se škálou intenzity posuzovaných prožitků.

6.2 Analýza dat

K vyhodnocení odpovědí z dotazníků byla použita statistická analýza dat. Získaná data byla exportována z webového rozhraní survio.com do elektronické datové matice. Tato matice byla vytvořena v tabulkovém editoru Microsoft Excel 2010, a to tak, že jednotlivé řádky tvořili jednotliví respondenti a sloupce představovaly konkrétní odpovědi respondenta na položenou otázku, tedy sledovaný statistický znak s jeho obměnami. Následně byla provedena kontrola dat. Všechny získané dotazníky byly kompletně a správně vyplněny, proto bylo možné do vyhodnocování zařadit všechny získané dotazníky. Další krok znamenal překódování jednotlivých odpovědí a znaků do číselné podoby. Samotné vyhodnocování pak probíhalo na základě matematických a statistických výpočtů.

Pro výpočty směrodatné odchylky a korelačních koeficientů a regresní analýzy bylo využito analytických nástrojů Microsoft Excel a statistický program Statistica 13.

6.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří dentální hygienistky a dentální hygienisté z celé České republiky. Asociace dentálních hygienistek ČR oslovila všechny své členy, kterých bylo ke dni 24. 2. 2021 celkem 441. Výzkumu se zúčastnilo 159 respondentů, což je přes 16 % z celkového počtu 955 dentálních hygienistek v ČR. (ÚZIS, 2019)

Výzkumný soubor můžeme popsat podle následujících charakteristik vycházejících z demografických identifikačních údajů, které byly součástí každého dotazníku. Pro

účely této diplomové práce jsme se zaměřili na následující oblasti: pohlaví, věk, počet let praxe, počet pracovních hodin týdně a rodinný stav.

Pohlaví

Do našeho výzkumu se zapojilo 154 žen a 5 mužů. Vzhledem k tomu, že 5 mužů představuje 3,1 % z celkového počtu respondentů, je tato demografická kategorie považována za statisticky nevýznamnou a ve výzkumu není dále zohledňována.

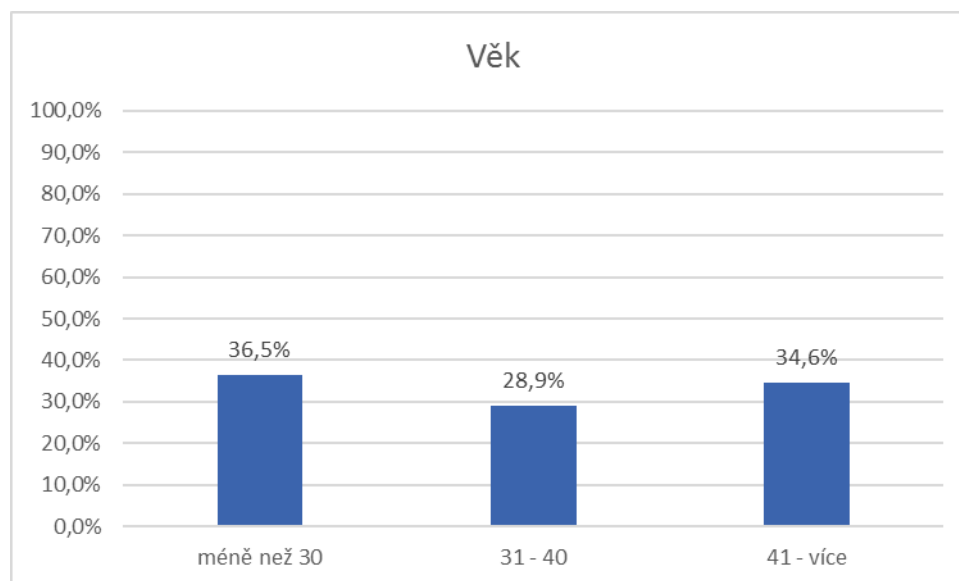
Rodinný stav

Převážná většina 83 % našich respondentů žije s partnerem nebo v manželství.

Věk

Respondenti byli v našem výzkumu rozděleni do tří věkových kategorií: méně než 30 let, 31-40 let, 41 let a více. V rámci těchto kategorií můžeme pozorovat rovnoměrné rozložení respondentů.

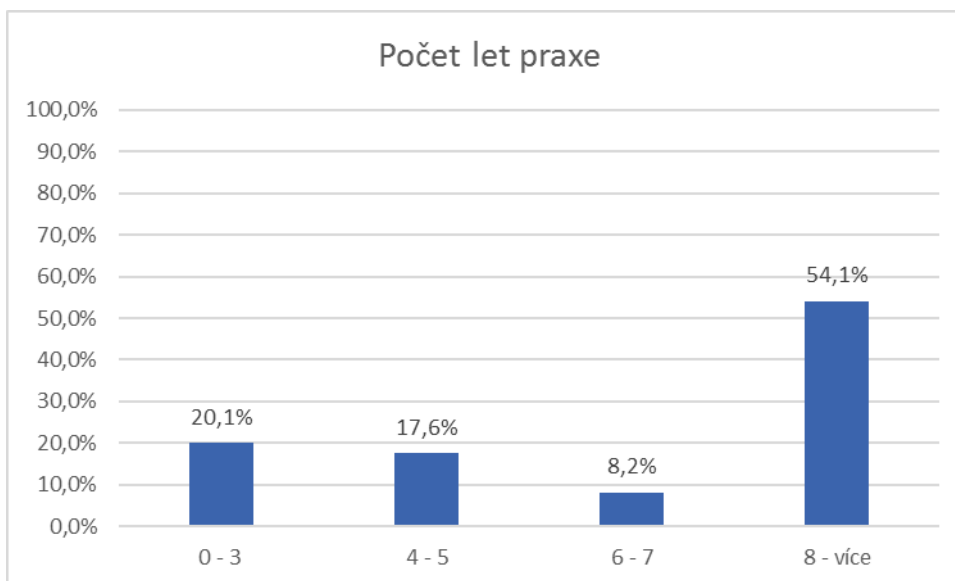
Graf 1 - Podíl respondentů dle věku



Počet let praxe

Další sledovaný parametr se týkal počtu let praxe. Tuto charakteristiku jsme rozdělili do čtyřech kategorií: 0-3 roky, 4-5 let, 6-7 let nebo 8let a více. Nejvyšší zastoupení můžeme pozorovat v poslední kategorii, 54,1 % respondentů uvádí praxi delší než 8 let.

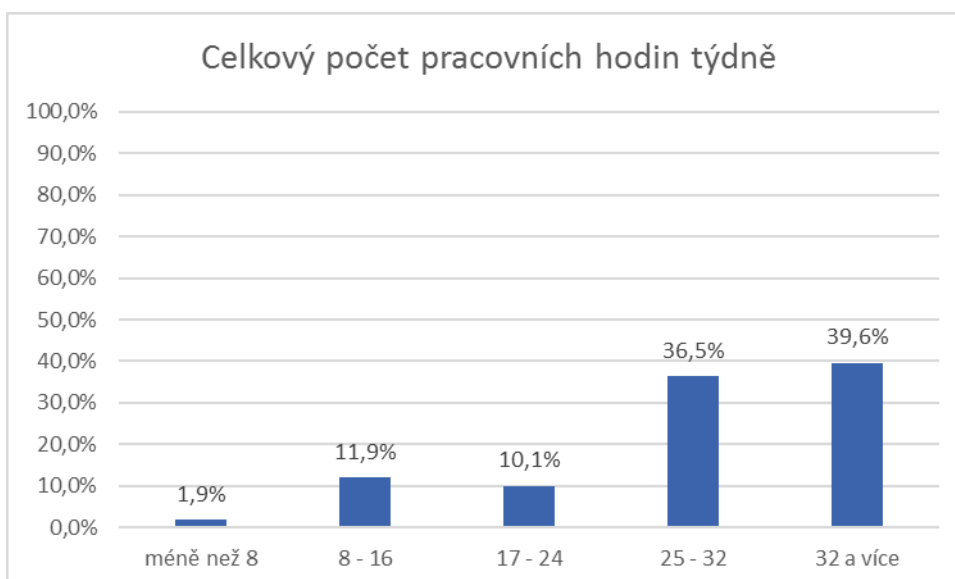
Graf 2 - Podíl respondentů dle let praxe v oboru



Počet pracovních hodin týdně

Tuto charakteristiku jsme rozdělily do pěti kategorií, a to méně než 8 hodin, 8 – 16, 17 – 24, 25 – 32 a 32 a více hodin. Z odpovědí můžeme vypočítat, že nejčastěji respondenti pracují 32 a více hodin týdně. Zajímavé však je, že zbylých 60 % respondentů pracuje méně než 32 hodin týdně, tedy nepracuje na plný pracovní úvazek.

Graf 3 - Podíl respondentů dle let praxe v oboru



7 VÝSLEDKY

7.1 Psychická pracovní zátěž

K získání dat v oblasti percipované psychické pracovní zátěže bylo využito Meisterova dotazníku neuropsychické zátěže při práci.

Zhodnocení podle jednotlivých faktorů

Na základě postupu uvedeného v kapitole 6.1 byla pro každého respondenta vypočtena individuální hodnota faktorů I., II., III. a hrubého skóru.

Následně byly pro každý faktor vypočteny aritmetické průměry, směrodatné odchylky a stanoveny kritické hodnoty pro výzkumný soubor dentálních hygienistek. Pokud individuální hodnoty faktorů překročí stanovené kritické hodnoty souboru, indikuje to nadměrnou zátěž respondenta v daném faktoru.

Tab. 6 - Vypočtené kritické hodnoty a počet překročení v %

Faktor	I.	II.	III.	HS
Název faktoru	Přetížení	Monotonie	Nespecifický	Hrubý skór
Aritmetický průměr	7,35	4,67	9,13	21,14
Směrodatná odchylka	2,28	2,06	3,71	6,72
Kritická hodnota	8,48	5,70	10,99	24,50
Počet překročení v souboru	29 %	26 %	36 %	32 %

Z této tabulky vyplývá, že 29 %, tj. 46 respondentů vykazuje psychické pracovní přetížení (I.), 26 %, tj. 41 respondentů hodnotí práci jako monotónní (II.) a 36 %, tj. 58 respondentů udává přetížení v nespecifickém faktoru (III.), tedy celkové únavě a přesycení v porovnání s vypočtenými kritickými hodnotami.

Výsledky individuálních hodnot faktorů byly dále porovnány s kritickými hodnotami stanovenými na základě pozorování hygienickou službou, které jsou považovány za normu pro Českou republiku.

Tab. 7 - Normované kritické hodnoty a počet překročení v %

Faktor	I.	II.	III.	HS
Název faktoru	Přetížení	Monotonie	Nespecifický	Hrubý skór
Aritmetický průměr	8,40	7,60	11,70	25,00
Směrodatná odchylka	3,20	3,00	4,40	8,10
Kritická hodnota	10,00	9,00	14,00	29,00
Počet překročení v souboru	9 %	3 %	8 %	13 %

Z této tabulky vyplývá, že 9 %, tj. 15 respondentů vykazuje psychické pracovní přetížení (I.), 3 %, tj. 4 respondenti hodnotí práci jako monotónní (II.) a 8 %, tj. 13 respondentů udává přetížení v nespecifickém faktoru (III.), tedy celkové únavě a přesycení v porovnání s normovanými kritickými hodnotami.

Zhodnocení podle jednotlivých položek

Pro každou položku byla vypočítána střední hodnota (medián) a byla porovnána se stanovenou (normovanou) kritickou hodnotu mediánu. V položkách, ve kterých zjištěný medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena negativně a naopak, v položkách, ve kterých medián nedosahuje kritickou hodnotu, kladně. Kritické hodnoty jsou znázorněny v tabulce níže.

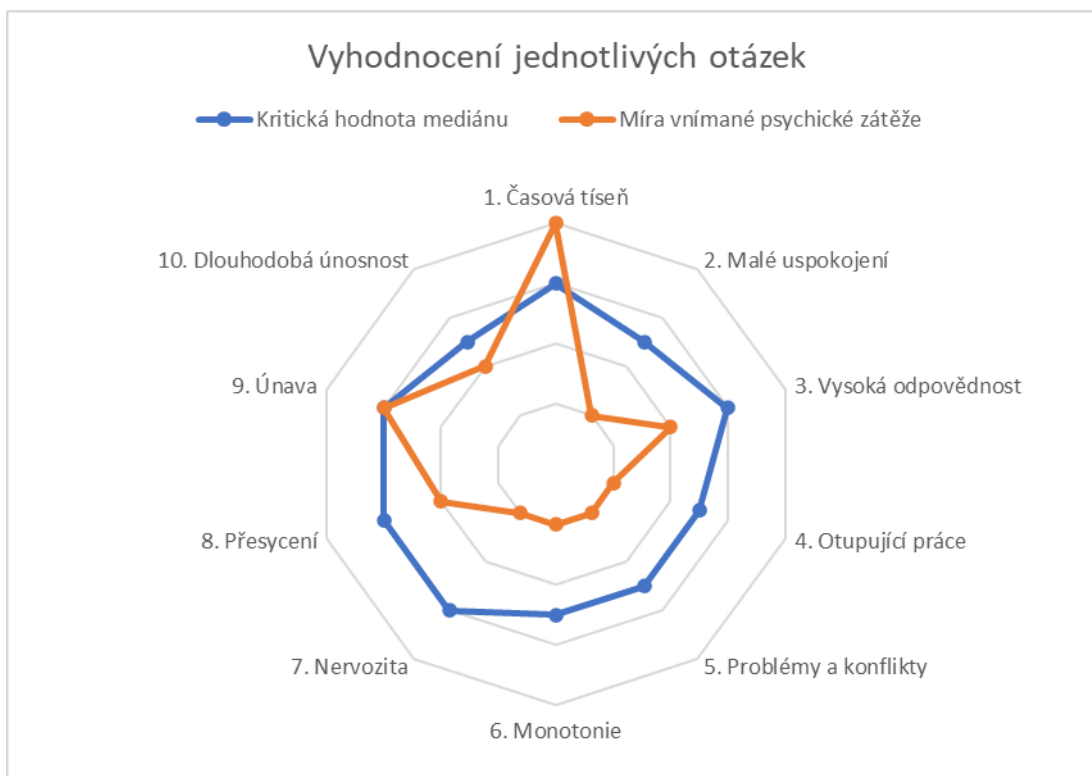
Tab. 8 - Porovnání mediánů jednotlivých položek se stanovenými kritickými hodnotami

Číslo položky	Otázka (zkráceně)	Kritická hodnota mediánu	Míra vnímané psychické zátěže	Hodnocení
1.	Časová tíseň	3,00	4,00	Negativní
2.	Malé uspokojení	2,50	1,00	Pozitivní
3.	Vysoká odpovědnost	3,00	2,00	Pozitivní
4.	Otupující práce	2,50	1,00	Pozitivní
5.	Problémy a konflikty	2,50	1,00	Pozitivní
6.	Monotonie	2,50	1,00	Pozitivní
7.	Nervozita	3,00	1,00	Pozitivní
8.	Přesycení	3,00	2,00	Pozitivní
9.	Únava	3,00	3,00	Pozitivní
10.	Dlouhodobá únosnost	2,50	2,00	Pozitivní

Z této tabulky vyplývá, že dentální hygienistky hodnotí svoji práci téměř ve všech položkách pozitivně. Negativně hodnotí pouze položku č. 1 – časovou tíseň a hraniční hodnoty dosahují ještě v položce č. 9 – únava.

Přehledně lze percepci psychické zátěže pracovníků na pozici dentální hygienistka znázornit různíci.

Graf 4 - Porovnání mediánů jednotlivých položek psychické zátěže se stanovenými kritickými hodnotami



7.2 Syndrom vyhoření

K získání dat v oblasti syndromu vyhoření bylo využito české verze MBI dotazníku.

V rámci jeho vyhodnocení byly na souboru všech 159 respondentů dotazníkového šetření provedeny operace popsané v kapitole 6.1.2. Výsledky s průměrnými hodnotami všech respondentů jsou uvedeny v tabulce níže.

Tab. 9 - Celkové vyhodnocení MBI

	Emocionální vyčerpání	Depersonalizace	Osobní uspokojení
Průměr	17,77	4,58	39,55
Směr. odchylka	13,23	5,18	8,84
Nízký stupeň	54 %	71 %	19 %
Mírný stupeň	20 %	20 %	22 %
Vysoký stupeň	26 %	9 %	58 %

V dimenzi **emocionálního vyčerpání** dosahuje soubor průměrné hodnoty 17,77 bodů. Tato hodnota odpovídá spodní hranici mírného stupně emocionálního vyčerpání. Hodnota směrodatné odchylky je 13,23. V dalších řádcích tabulky jsou uvedeny hodnoty procentuálního zastoupení v jednotlivých stupních dimenze emocionálního vyčerpání. Bylo zjištěno, že 54 % respondentů dosahuje nízkého stupně emocionálního vyčerpání, 20 % mírného stupně emocionálního vyčerpání a 26 % vysokého stupně emocionálního vyčerpání. Procentuální rozložení je názorněji zobrazeno v následujícím grafu.

Pro dimenzi **depersonalizace** byla pro soubor vypočtena průměrná hodnota 4,58. Tato hodnota odpovídá nízkému stupni depersonalizace. Hodnota směrodatné odchylky je 5,18. V dalších řádcích tabulky jsou uvedeny hodnoty procentuálního zastoupení v jednotlivých stupních dimenze depersonalizace. Bylo vypočteno, že 71 % respondentů vykazuje nízký stupeň depersonalizace, 20 % respondentů mírný stupeň depersonalizace a 9 % vysoký stupeň depersonalizace. Procentuální rozložení je názorněji zobrazeno v následujícím grafu.

Dimenze **osobního uspokojení** v souboru dosahuje průměrné hodnoty 39,55. Tato hodnota odpovídá spodní hranici nízkého stupně uspokojení. Hodnota směrodatné odchylky je 8,84. V dalších řádcích tabulky jsou uvedeny hodnoty procentuálního zastoupení v jednotlivých stupních dimenze osobního uspokojení. Bylo zjištěno, že

19 % respondentů dosahuje nízkého stupně osobního uspokojení, 22 % respondentů mírného stupně osobního uspokojení a 58 % vysokého stupně osobního uspokojení. Procentuální rozložení je názorněji zobrazeno v následujícím grafu.

7.3 Interpretace výsledků k jednotlivým cílům práce

Cíl 1 - Zjistit úroveň psychické zátěže při práci dentální hygienistky.

Na základě vyhodnocení Meisterova dotazníku dle faktorů a dle jednotlivých položek bylo zjištěno, že hodnoty psychické zátěže v obou případech leží pod úrovní normovaných hodnoty.

V porovnání s ostatními zdravotnickými profesemi v České republice dentální hygienistky také dosahují nízkých hodnot pracovního přetížení, jak je vidět z hodnot aritmetických průměrů uvedených v následující tabulce.

Tab. 10 - Porovnání aritmetických průměrů pro jednotlivé zdravotnické profese

Faktor	I.	II.	III.
Název faktoru	Přetížení	Monotonie	Nespecifický
Lékař	11,30	5,50	11,10
Instrumentářka operačních sálů	8,6	6,1	12,6
Sanitářky	8,1	6,7	10,5
Zdravotní sestry	10,3	5,2	11,5
Zubní laborantky	10,2	7,1	13,7
Dentální hygienistky	7,35	4,67	9,13

Zdroj: Židková, 2002, s. 69-73., vlastní výpočty

Cíl 1 „zjistit úroveň psychické zátěže při práci dentální hygienistky“ byl splněn.

Profesi dentálních hygienistek lze považovat za profesi s nízkou mírou psychické zátěže.

Cíl 2 – Zjistit míru syndromu vyhoření mezi dentálními hygienistkami v České republice.

Na základě vyhodnocení MBI dotazníku byla zjištěna míra vyhoření mezi dentálními hygienistkami. V průměru dentální hygienistky dosahují nejnižších stupňů vyhoření v dimenzi depersonalizace a osobního uspokojení, pouze v dimenzi emocionálního vyčerpání dosáhly spodní hranice mírného stupně vyhoření.

Konkrétní hodnoty procentuálního zastoupení dentálních hygienistek dosahujících stupně vyhoření jsou 26 % pro dimenzi emocionálního vyčerpání, 9 % pro dimenzi depersonalizace a 19 % pro dimenzi osobního uspokojení.

V rámci analýzy míry syndromu vyhoření bylo dále zjišťováno, zda k dosažení stupně vyhoření dochází ve více dimenzích současně. V následující tabulce jsou uvedeny korelační koeficienty, zobrazující základní vztah výsledků respondentů v jednotlivých dimenzích.

Ze Shapiro-Wilk testu vyplynulo, že data nemají normální rozdělení. Z toho důvodu byla použita Spearmanova korelační analýza, jejíž výsledky jsou uvedeny v následující tabulce. Na hladině významnosti 0,05 ukazují data signifikantní závislost mezi jednotlivými dimenzemi syndromu vyhoření. Nejvyšší míry korelačního koeficientu dosahuje dvojice dimenzí emocionální vyčerpání a depersonalizace.

Tab. 11 - Vyhodnocení vztahu dimenzí vyhoření pomocí korelačních koeficientů

Pair of Variables	Valid N	Spearman R	t(N-2)	p-value
	Emocionální vyčerpání & Emocionální vyčerpání			
Emocionální vyčerpání & Depersonalizace	159	0,475998	6,78181	0,000000
Emocionální vyčerpání & Osobní uspokojení	159	-0,299851	-3,93834	0,000123
Depersonalizace & Emocionální vyčerpání	159	0,475998	6,78181	0,000000
Depersonalizace & Depersonalizace				
Depersonalizace & Osobní uspokojení	159	-0,426909	-5,91527	0,000000
Osobní uspokojení & Emocionální vyčerpání	159	-0,299851	-3,93834	0,000123
Osobní uspokojení & Depersonalizace	159	-0,426909	-5,91527	0,000000
Osobní uspokojení & Osobní uspokojení				

Pro názornost bylo přistoupeno k analýze konkrétních počtů dentálních hygienistek dosahujících stupně vyhoření v jedné dimenzi, ve dvou nebo ve všech třech dimenzích současně. Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 12 - Vyhodnocení vztahu dimenzí vyhoření pomocí korelačních koeficientů

	počet DH	% DH
Má vysoký stupeň EE	41	26 %
Má vysoký stupeň DP	14	9 %
Má nízký stupeň PA	31	19 %
Má vysoký stupeň EE a vysoký stupeň DP	10	6 %
Má vysoký stupeň EE a nízký stupeň PA	13	8 %
Má vysoký stupeň EE a DP a nízký stupeň PA	4	3 %
Má vysoký stupeň EE nebo DP nebo nízký stupeň PA	63	40 %

Z analýzy vyplynulo, že pouze 10 dentálních hygienistek ze 41 s vysokým stupněm emocionálního vyčerpání dosahuje zároveň i vysokého stupně depersonalizace a pouze 13 dentálních hygienistek dosahuje vysokého stupně emocionálního vyčerpání a nízkého stupně osobního uspokojení. To je ovšem vzhledem k počtu výskytů v obou kategoriích ve skutečnosti nižší závislost, jak ukazuje i korelační koeficient.

Z tabulky také vyplývá, že pouze 4 dentální hygienistky ze 159 dosahují stupně vyhoření ve všech 3 dimenzích současně. A zároveň, že 63 dentálních hygienistek, to znamená 40 %, dosahuje stupně vyhoření alespoň v jedné z dimenzí syndromu vyhoření.

Cíl 2 „zjistit míru syndromu vyhoření mezi dentálními hygienistkami v České republice“ byl splněn.

Obecně lze konstatovat, že profese dentálních hygienistek v České republice je průměrně vystavena nízkému nebo velmi mírnému riziku vyhoření.

Cíl 3 – Zjistit, zda existuje vzájemný vztah mezi faktory psychické zátěže a jednotlivými dimenzemi syndromu vyhoření.

Pro splnění cíle 3 byly stanoveny následující statistické hypotézy:

H₀₃ Mezi psychickou zátěží a syndromem vyhoření neexistuje signifikantní vztah.

H_{A3} Mezi psychickou zátěží a syndromem vyhoření existuje signifikantní vztah.

Při posouzení závislosti proměnných byla data v první fázi testována pomocí Shapiro-Wilk testu, za účelem ověření normálního rozdělení. Hodnota signifikance testu nedosáhla hranice 0,5. To znamená, že žádná sledovaná proměnná nedosahuje normálního rozdělení. Grafy rozdělení včetně popisných hodnot souboru a hodnoty p, jsou uvedeny v příloze č. 3 a č. 4.

Dále byla pro analýzu závislosti využita Spearmanova korelační analýza, která je robustní vůči odlehlým hodnotám a obecně odchýlkám od normality. Vypočtené hodnoty korelací jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 13 - Výsledky Spearmanovy korelační analýzy pro závislost faktorů psychické zátěže a dimenzí syndromu vyhoření

Pair of Variables	Valid	Spearman	t(N-2)	p-value
	N	R		
Emocionální vyčerpání & Přetížení	159	0,657685	10,93965	0,000000
Emocionální vyčerpání & Monotonie	159	0,632737	10,23826	0,000000
Emocionální vyčerpání & Nespecifický faktor	159	0,811441	17,39687	0,000000
Emocionální vyčerpání & Hrubý skór	159	0,852218	20,41007	0,000000
Depersonalizace & Přetížení	159	0,244592	3,16073	0,001889
Depersonalizace & Monotonie	159	0,454239	6,38873	0,000000
Depersonalizace & Nespecifický faktor	159	0,389404	5,29735	0,000000
Depersonalizace & Hrubý skór	159	0,425963	5,89926	0,000000
Osobní uspokojení & Přetížení	159	-0,262177	-3,40414	0,000843
Osobní uspokojení & Monotonie	159	-0,302569	-3,97761	0,000106
Osobní uspokojení & Nespecifický faktor	159	-0,242228	-3,12827	0,002096
Osobní uspokojení & Hrubý skór	159	-0,314906	-4,15727	0,000053

Z tabulky vyplývá, že při hladině významnosti 0,05 korelace dosahují signifikantních hodnot závislosti.

Nejsilnější signifikantní závislost se vyskytuje mezi jednotlivými faktory psychické zátěže a dimenzí emocionálního vyčerpání. Hodnoty Spearmanových korelačních

koeficientů (Spearman R) vztah emocionálního vyčerpání dosahují hodnot od 0,633 pro faktor monotonie, 0,657 pro faktor přetížení, 0,811 pro nesespecifický faktor a 0,852 pro hrubý skóre psychické zátěže. Závislost hrubého skóre a psychické zátěže se blíží dokonalé závislosti.

Závislosti mezi jednotlivými faktory psychické zátěže a dimenzemi depersonalizace a osobního uspokojení je výrazně nižší, hodnoty korelačních koeficientů dosahují hodnot 0,242 až 0,454.

Grafy bodových závislostí emocionálního vyčerpání na jednotlivých faktorech psychické zátěže proložených regresní křivkou jsou uvedeny v příloze č. 5.

Hypotéza H₀₃, že „mezi psychickou zátěží a syndromem vyhoření neexistuje signifikantní vztah“, se zamítá ve prospěch hypotézy H_{A3} pro všechny faktory psychické zátěže a všechny dimenze vyhoření na hladině spolehlivosti 0,05.

8 DISKUZE

Výzkumným šetřením v diplomové práci bylo zjištěno, že úroveň psychické zátěže u dentálních hygienistek v České republice je v průměru nízká. Jako nejrizikovější se ukázal být faktor přetížení a položka „časová tíseň“ byla jako jediná hodnocena negativně, tzn. že stanovené kritické hodnoty byly překročeny. Vzhledem k charakteru práce dentálních hygienistek takové výsledky nejsou velkým překvapením. Jako každé jiné zdravotnické povolání i profese dentální hygienistky představuje péči o pacienta, což je spojeno s vysokou odpovědností. Mnohdy musí dentální hygienistky čelit nepříjemným konfliktům s pacienty, obzvláště pokud do ordinace přicházejí s akutní bolestí. A v neposlední řadě vykonávají práci pod neustálým časovým tlakem, který je způsoben jasně limitovaným časem na každé ošetření. V porovnání s ostatními profesemi v České republice, dentální hygienistky také dosahují nízkých hodnot pracovního přetížení. Usuzovat tak lze ze závěrů studie „Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže při práci“. (Židková, 2002, s. 71, viz tab. 1, s. 52) Vzhledem k tomu, že v rámci rešerší nebyla dohledána žádná podobná zahraniční studie zabývající se psychickou zátěží u dentálních hygienistek, další porovnání psychické zátěže nebylo možné. Na základě zjištěných výsledků však můžeme konstatovat, že profesi dentálních hygienistek lze považovat za profesi s nízkou mírou psychické zátěže.

Výsledky výzkumného šetření dále naznačily, že syndrom vyhoření pro dentální hygienistky v České republice nepředstavuje vážné ohrožení. Hodnoty, které dosahují stupně značící vyhoření, obecně nelze považovat za uspokojivé. Extrémní výskyt těchto stupňů nebyl mezi dentálními hygienistkami pozorován v žádné dimenzi syndromu vyhoření. Vzhledem k tomu, že v České republice nebyla doposud publikována žádná studie zabývající se syndromem vyhoření u dentálních hygienistek, jsou zjištěné výsledky dále porovnávány s výsledky relevantních zahraničních studií. Buunk – Werhoven et al. (2020) analyzovali syndrom vyhoření u 230 dentálních hygienistek v Nizozemsku a zaznamenali velmi nízký podíl dentálních hygienistek, které dosahují stupně vyhoření. Z výsledků této studie vyplývá, že syndrom vyhoření nepředstavuje pro dentální hygienistky v Nizozemsku větší nebezpečí, což koreluje se závěrem výzkumného šetření prováděného mezi dentálními hygienistkami v České republice.

Z této studie dále vyplynulo, že dentální hygienistky v Nizozemí vykazují velmi vysokou úroveň pracovního nasazení, které je autory studie považováno za protektivní faktor syndromu vyhoření. (Buunk-Werkhoven et al., 2020). Autorky Jeklová a Reitmayerová (2006) však varují, že vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost a obětavost se mohou velmi snadno proměnit ve faktory rizikové, zvláště pokud se jedinci dlouhodobě nedaří nalézt rovnováhu mezi pracovním a osobním životem. Gorter (2005) v této souvislosti zdůrazňuje, že velkým pozitivem v profesi dentální hygienistky je časová flexibilita a poměrně velká variabilita nastavení pracovního úvazku. Nejčastěji dentální hygienistky využívají různých forem zkráceného pracovního úvazku (Buunk-Werkhoven et al., 2020, Brandon V., 2015, Berthelsen et al., 2017) a patrně i díky tomu se jim daří snadněji skombinovat pracovní život a rodinné povinnosti.

Méně příznivé výsledky vyplývají z americké studie (Deckard and Rountree, 1984) prováděné na souboru 111 dentálních hygienistek. V této studii bylo zjištěno, že téměř třetina dentálních hygienistek vykazovala vysoký stupeň vyhoření v dimenzi osobního uspokojení. Za možné příčiny bychom mohli považovat omezenou možnost kariérního růstu, pracovní tlak a nedostatek rozmanitosti pracovních úkolů, které se v profesi dentální hygienistky vyskytují. Naopak Berthelsen et al. (2017) v rámci výzkumu mezi švédskými dentálními hygienistkami jako nejvíce zasaženou dimenzi identifikovali emocionální vyčerpání, což koreluje s výsledky, které byly zjištěny u dentálních hygienistek v České republice. Práce zubních lékařů a dentálních hygienistek je v této studii popisována jako smysluplná a současně velice stresující, neboť vyžaduje neustálý kontakt s pacienty a vysoké emocionální nasazení. Autoři v závěru studie zdůrazňují, že na výskyt pracovního stresu v ordinaci zubního lékaře mají také vliv psychosociální faktory prostředí, které lze úspěšně redukovat aplikací preventivních opatření. Pravidelně je syndrom vyhoření zkoumán v Jižní Koreji. I v poslední dohledané studii (Park et al., 2019), která byla prováděna pomocí dotazníku MBI na souboru 61 dentálních hygienistek, byla zjištěna vysoká míra ohrožení syndromem vyhoření ve všech třech dimenzích. V porovnání s hodnotami zjištěnými u dentálních hygienistek v České republice se hodnoty z této studie jeví jako extrémně vysoké. Výrazně odlišný výsledek však může být způsoben rozdílným kulturním prostředím. Na základě analýzy výsledků dostupných zahraničních studií, lze konstatovat, že pro dentální hygienistky v České republice nepředstavuje syndrom vyhoření velké nebezpečí. Podíly dentálních

hygienistek, které v jednotlivých dimenzích dosahují stupně vyhoření, můžeme označit za spíše nízké.

V poslední části výzkumného šetření byla ověřována závislost mezi psychickou pracovní zátěží a výskytem syndromu vyhoření. Z hodnot korelačních koeficientů jednoznačně vyplynulo, že nejsilnější signifikantní závislost se vyskytuje mezi hrubým skóre psychické zátěže a dimenzí emocionálního vyčerpání. V rámci rešeršní analýzy nebyla nalezena studie, která by se zabývala korelací mezi psychickou zátěží a syndromem vyhoření mezi dentálními hygienistkami. Další konfrontace výsledků proto nebyla provedena.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala tématem psychosociálních faktorů práce v profesi dentální hygienistky. Smyslem teoretické části bylo představit profesi dentální hygienistky a obecně charakterizovat a klasifikovat psychosociální rizika při práci. Zvláštní pozornost byla věnována psychosociální zátěži a problematice syndromu vyhoření, jakožto jednomu ze závažných důsledků nadměrného pracovního zatížení.

Výzkumné studie, prováděné v Evropě během posledních desetiletí, poukazují na zvyšující se počet pracovníků vystavených psychosociálním rizikům při práci a postižených pracovním stresem. Zdravotnictví patří mezi sektory, které jsou výskytem psychosociálních rizik ohroženy nejvíce. Významnou hrozbou pro mnohé zdravotníky je rozvoj syndromu vyhoření. Vzhledem k tomu, že pracuji jako dentální hygienistka, zajímalo mě, jaké riziko psychosociální aspekty práce představují pro tuto profesi. Cílem diplomové práce proto bylo zjistit jaké psychické zátěže jsou dentální hygienistky v České republice vystaveny a jaký to má vliv na míru syndromu vyhoření. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dvou standardizovaných dotazníků, Meisterova a Maslach Burnout Inventory (MBI).

Na základě vyhodnocení Meisterova dotazníku můžeme profesi dentální hygienistky považovat za povolání s nízkou mírou psychické zátěže. To bylo potvrzeno porovnáním s ostatními zdravotnickými profesemi. (Židková, 2002, s. 71, viz tab. 8) Jako nejrizikovější se ukázal být faktor přetížení a položka „časová tíseň“ byla jako jediná hodnocena negativně, tzn. že stanovená kritická hodnota byla překročena. Pomocí dotazníku MBI byla zjišťována míra syndromu vyhoření u dentálních hygienistek. Výsledky šetření naznačily, že syndrom vyhoření pro dentální hygienistky v České republice nepředstavuje vážné ohrožení. Extrémní výskyt stupňů značících vyhoření nebyl pozorován v žádné dimenzi syndromu vyhoření. Nejvíce ohroženou dimenzí bylo emocionální vyčerpání. Posledním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda existuje závislost mezi psychickou pracovní zátěží a syndromem vyhoření. Existence signifikantní závislosti byla potvrzena. Nejsilnější korelace, nad 80 %, byla pozorována pro vztah celkové psychické zátěže a dimenze emocionálního vyčerpání.

Tato práce vůbec poprvé v České republice analyzovala specifickou profesi dentálních hygienistek z pohledu psychické zátěže a syndromu vyhoření. Výzkum byl prováděn na významném vzorku 159 dentálních hygienistek, což představuje více než 16 % všech hygienistek v České republice. I přes možné zkreslení z důvodu dobrovolné participace na dotazníkovém šetření, výsledky výzkumu jednoznačně prokázaly, že profese dentálních hygienistek je průměrně vystavena nízké psychické zátěži a nízkému riziku vyhoření.

ANOTACE

Autor:	Bc. Tereza Teklá
Pracoviště:	Univerzita Palackého v Olomouci Lékařská fakulta Ústav veřejného zdravotnictví
Vedoucí práce:	Mgr. Jiří Vévoda, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název diplomové práce:	Psychosociální faktory práce v profesi dentální hygienistky
Název diplomové práce v anglickém jazyce:	Psychosocial Factors in the Field of Dental Hygiene
Anotace diplomové práce:	Diplomová práce se zabývá tématem psychosociálních faktorů práce v profesi dentální hygienistky. Zvláštní pozornost je věnována psychické pracovní zátěži a problematice syndromu vyhoření, jakožto jednomu ze závažných důsledků nadměrného pracovního zatížení. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké psychické pracovní zátěži jsou dentální hygienistky vystaveny a jaký to má vliv na míru syndromu vyhoření u dentálních hygienistek v České republice. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dvou standardizovaných dotazníků, Meisterova a Maslach Burnout Inventory (MBI).
Anotace diplomové práce v anglickém jazyce:	The Master's thesis deals with the topic of psychosocial factors of work in the profession of dental hygienist. Special attention is paid to psychological workload and the issue of burnout, as one of the serious consequences of excessive workload. The aim of the thesis was to find out what kind of psychological workload dental hygienists are exposed to and what effect this has on the rate of burnout syndrome in dental hygienists in the Czech Republic. The research was conducted using two standardized questionnaires, Meister's and Maslach Burnout Inventory (MBI).
Klíčová slova:	Syndrom vyhoření, Dentální hygienistka, Psychická zátěž, Česká republika, Psychosociální aspekty práce
Počet příloh:	5
Rozsah práce:	79 stran
Jazyk práce:	Český

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

- BACHARACH, S.B., BAMBERGER, P. and CONLEY, S. 1991. Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. [online]. J. Organiz. Behav., 12, 39-53. [cit. 21.2.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/job.4030120104>
- BALTES, B. B., BRIGGS T. E., HUFF, J. W., WRIGHT, J. A. and NEUMAN, G. A. 1999. Flexible and compressed workweek schedules: A meta-analysis of their effects on work-related criteria. [online]. Journal of Applied Psychology, 84(4), 496–513. [cit. 19.2.2021] Dostupné z: DOI: 10.1037/0021-9010.84.4.496
- BERTHELSEN H, WESTERLUND H, HAKANEN JJ, KRISTENSEN TS. 2017. It is not just about occupation, but also about where you work. [online] Community Dent Oral Epidemiol. Aug;45(4):372-379. [cit. 23.3.2021] Dostupné z: doi: 10.1111/cdoe.12300. Epub 2017 Apr 18. PMID: 28421641.
- BLEGEN, M.A. 1993. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. [online]. Nursing Research, 42(1), 36-41. [cit. 21.2.2021] PMID: 8424066.
- BUUNK-WERKHOVEN YAB, FOLGERTS OA, OUDEMAN SEM, HOLLAAR VRY, SCHAUFELI WB. 2020. Is there burnout related to work among Dutch dental hygienists?: Combining studies by using the UBOS and the UWES. [online] Int J Dent Hyg. Nov;18(4):422-431. [cit. 23.3.2021] Dostupné z: doi: 10.1111/idh.12453. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32594629.
- COFFEY, L.C., SKIPPER, J.K. Jr, JUNG, F.D. 1988. Nurses and shift work: effects on job performance and job-related stress. [online]. J Adv Nurs. Mar, 13(2), 245-54. [cit. 20.2.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1988.tb01414.x>, PMID: 3372899
- DECKARD GJ, ROUNTREE B. 1984. Burnout in dental hygiene. [online]. Dent Hyg (Chic). Jul;58(7):307-13. [cit. 25.3.2021] PMID: 6595153.
- DRGÁČOVÁ, J. 2006. Psychická zátěž, její příčiny a projevy v pracovním prostředí [online]. BOZP [cit. 7.3.2021]. Dostupné z: <https://www.bozpinfo.cz/psychicka-zatez-jeji-priciny-projevy-v-pracovnim-prostredi>
- ENCYKLOPEDIIE BOZP, 2018. [online]. EBOZP. [cit. 25.3.2021] Dostupné z: https://ebozp.vubp.cz/wiki/index.php?title=Psychick%C3%A1_z%C3%A1t%C4%9B%C5%BE
- ESENER. 2019. European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks - background briefing [online]. European Agency for Safety and Health at Work [cit. 20.2.2021]. ISBN 978-92-9191-327-5 Dostupné z: <https://osha.europa.eu/en/publications/european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-managing-safety-and-health-work/view>
- EU-OSHA. 2000. European Agency for Safety and Health at Work, Research on work-related stress [online]. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg [cit. 19.2.2021]. ISBN 92-828-9255-7 Dostupné z: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203>.

- EU-OSHA. 2010. European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks: managing safety and health at work [online]. European Agency for Safety and Health at Work [cit. 20.2.2021]. Dostupné z: http://www.ceskyfocalpoint.cz/wp-content/uploads/2015/12/tema_zprava_eng_esener1.pdf
- EU-OSHA. 2018. Healthy workers, thriving companies – a practical guide to wellbeing at work. Tackling psychosocial risks and musculoskeletal disorders in small businesses [online]. European Agency for Safety and Health at Work [cit. 21.2.2021] ISBN 978-92-9496-934-7. Dostupné z: doi: 10.2802/237140
- EUROFOND and EU-OSHA. 2014. Psychosocial risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention [online]. Publications Office of the European Union, Luxembourg [cit. 20.2.2021]. ISBN 978-92-897-1218-7 Dostupné z: doi: 10.2806/70971
- EUROFOND. 2017. Sixth European Working Conditions Survey – Overview report [online]. Publications Office of the European Union, Luxembourg. [cit. 20.2.2021]. Dostupné z: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1634en.pdf.
- EUROFOND. 2019. Working conditions and workers' health, Publications [online]. Office of the European Union, Luxembourg [cit. 21.2.2021]. Dostupné z: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef18041en.pdf.
- EUROSTAT. 2010. European Commission, Health and safety at work in Europe (1999–2007) — A statistical portrait, Publications [online]. Office of the European Union, Luxembourg [cit. 20.2.2021]. ISBN 978-92-79-14606-0 Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5718905/KS-31-09-290-EN.PDF/88eef9f7-c229-40de-b1cd-43126bc4a946?t=1414775047000>
- FIELDEN, S.L. and PECKAR, C.J. 1999. Work stress and hospital doctors: a comparative study. [online]. *Stress and Health*, 15, 137-141. [cit. 21.3.2021] Dostupné z: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(199907\)15:3%3C137::AID-SMI792%3E3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1700(199907)15:3%3C137::AID-SMI792%3E3.0.CO;2-5)
- FREUDENBERGER, H.J. 1974. Staff Burn-Out. [online]. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165. [cit. 14.3.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- GÉRINGOVÁ, Jitka. 2011. Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-394-3.
- GORTER RC. 2005. Work stress and burnout among dental hygienists. [online]. *Int J Dent Hyg*, May;3(2):88-92. [cit. 24.3.2021] Dostupné z: doi: 10.1111/j.1601-5037.2005.00130.x. PMID: 16451388.
- GREENHAUS, J. H. and BEUTELL, N. J. 1985. Sources and conflict between work and family roles. [online]. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76-88. [cit. 21.2.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.2307/258214>
- HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. 1999. Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-890-5.

- HLADKÝ, Aleš. 1993. Zdravotní aspekty zátěže a stresu: skripta pro posluchače Filozofické fakulty Univerzity Karlovy. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-784-2.
- HRUBÁ, Drahoslava. 1995. Ergonomie. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, 32 s. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/wsedu/mu/terminy/ergonom.rtf>.
- ILO. 2021. Psychosocial risks and work related stress. International Labour Organization [online]. [cit. 20.2.2021]. Dostupné z https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_108557/lang--en/index.htm.
- ISSA. 2008. Guide for Risk Assessment in small and medium Enterprises. 5 Workload. [online]. ISBN 978-3 941441-04-0. [cit. 5.3.2021] Dostupné z: https://ww1.issa.int/sites/default/files/documents/prevention/en-Risk_Assessment_Mental_Workload-36468.pdf
- JANOŠOVÁ, Kateřina, Ludmila KOŽENÁ a Vladimíra LIPŠOVÁ. 2016. Psychosociální rizika při práci XII. [online]. Bezpečnost a hygiena práce. Praha: Wolters Kluwer ČR, (2), 30-32. ISSN 0006-0453. [cit. 18.2.2021] Dostupné z: <https://www.praceamzda.cz/clanky/psychosocialni-rizika-pri-praci-12-cast>
- JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. 2006. Syndrom vyhoření. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN isbn80-86991-74-1.
- JEUNG D.Y., LEE H.O., CHUNG W.G., YOON J.H., KOH S.B., BACK C.Y., HYUN D.S., CHANG S.J. 2017. Association of Emotional Labor, Self-efficacy, and Type A Personality with Burnout in Korean Dental Hygienists. [online]. J Korean Med Sci., Sep;32(9):1423-1430. [cit. 14.3.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.9.1423>
- KALLEBERG, A.L., NESHEIM, T. and OLSEN, K.M. 2009. Is Participation Good or Bad for Workers?: Effects of Autonomy, Consultation and Teamwork on Stress Among Workers in Norway. [online]. Acta Sociologica, 52(2), 99-116. [cit. 22.2.2021] Dostupné z: doi:10.1177/0001699309103999
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2003. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2. rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
- KRISTENSEN, T. S., et al. 2005. The Copenhagen burnout inventory: A new tool for the assessment of burnout. [online]. Work & Stress, 3, 192-207. [cit. 24.3.2021] Dostupné z: DOI: [10.1080/02678370500297720](https://doi.org/10.1080/02678370500297720)
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2012. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-573-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1994. Jak zvládat stres. Praha: Grada, ISBN: 80-7169-121-6
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1998. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, ISBN 80-7169-551-3
- KURZOVÁ, Hana, Jiří KROMBHOLZ a Radkin HONZÁK. 2003. Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře: postgraduální učebnice psychiatrie pro praktické lékaře, příručka k atestaci, každodenní pomocník v ambulanci, úvod do malé i velké psychiatrie. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0532-5.

- LEE, R.T. and B.E. ASHFORT. 1996. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. [online]. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123-33. [cit. 25.2.2021] Dostupné z: DOI: 10.1037/0021-9010.81.2.123. PMID: 8603909.
- LIM HJ, IM AJ, CHO HA, CHOI ES. 2020. The association between Antonovsky's sense of coherence and job stress among dental hygienists in Korea. [online] *Int J Dent Hyg.* Aug;18(3):307-313. [cit. 25.3.2021] Dostupné z: doi: 10.1111/idh.12435. Epub 2020 Apr 7. PMID: 32196912.
- LIPŠOVÁ, Vladimíra, Kateřina BÁTRLOVÁ a Ludmila KOŽENÁ. 2018. *Psychosociální rizika při práci*. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 978-80-7071-382-2.
- LIPŠOVÁ, Vladimíra, Kateřina BÁTRLOVÁ, Jana ZÓNOVÁ, Ludmila KOŽENÁ a Josef SENČÍK. 2019. Zvýšení ochrany zaměstnanců v souvislosti s působením psychosociálních rizik. [online]. *Spektrum.*, 19(1), 10-12. ISSN 1804-1639. [cit. 24.2.2021] Dostupné z: https://www.fbi.vsb.cz/export/sites/fbi/cs/.content/galerie-souboru/Spektrum/Spektrum_2019_1.pdf
- LIPŠOVÁ, Vladimíra, Kateřina BÁTRLOVÁ, Jana ZÓNOVÁ, Karolina MRÁZOVÁ a Ludmila KOŽENÁ. 2020. Psychosociální rizika při práci v případech neočekávaných krizových situací. [online]. *Spektrum.*, 20(1), 7-10. ISSN 1804-1639. [cit. 24.2.2021] Dostupné z: https://www.fbi.vsb.cz/export/sites/fbi/cs/.content/galerie-souboru/Spektrum/Spektrum_2020_1.pdf
- LOHER, B. T., NOE, R. A., MOELLER, N. L., and FITZGERALD, M. P. 1985. A meta-analysis of the relation of job characteristics to job satisfaction. [online]. *Journal of Applied Psychology*, 70(2), 280–289. [cit. 23.2.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/0021-9010.70.2.280>
- LOUČÍMOVÁ, Bohumila. 2008. Psychická pracovní zátěž a legislativa. [online]. *Pracovní lékařství*, 60, 3, s.122-124. [cit. 17.3.2021] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/pracovni-lekarstvi/2008-3/psychicka-pracovni-zatez-a-legislativa-2036/download?hl=cs>
- LUCIAK-DONSBERGER C. 2003. Origins and benefits of dental hygiene practice in Europe. [online]. *Int J Dent Hyg.* Feb, 1(1), 29-42. [cit. 10.3.2021] Dostupné z: DOI: 10.1034/j.1601-5037.2003.00008.x. PMID: 16451544.
- LIM H.J., IM A.J., CHO H.A., CHOI E.S. 2020. The association between Antonovsky's sense of coherence and job stress among dental hygienists in Korea. *Int J Dent Hyg.* Aug;18(3):307-313. Dostupné z: doi: 10.1111/idh.12435. Epub 2020 Apr 7.
- MASLACH CH. and W.B. SCHAUFELI. 1993. *Historical and Conceptual Development of Burnout* [online]. 1st Edition, Routledge [cit. 9.3.2021]. eBook ISBN 9781315227979. Dostupné z: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/043.pdf>
- MASLACH CH., 2003. *Burnout the cost of caring* [online]. Malor Book ISHK [cit. 8.3.2021]. ISBN 1-883535-35-9. Dostupné z: https://malorbooks.com/pdf/Burnout_preview.pdf

- MASLACH, CH. and JACKSON, S. E. 1981. The measurement of experiences burnout. [online]. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 9-113. [cit. 12.3.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- NEUGEBAUER, Tomáš. 2010. Bezpečnost a ochrana zdraví při práci v kostce neboli O čem je současná BOZP. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-556-4.
- PARK, Y., LEE, J., BAE, S., LEE, K., LEE, S., JANG, S., HUR, H., and PARK, Y. 2019. A study on dentist and dental hygienist burnout. [online] *Journal of Korean Academy of Oral Health*, 43, 100-108. [cit. 26.3.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.11149/jkaoh.2019.43.2.100>
- PARKER, D. F. and DeCOTIIS, T. A. 1983. Organizational determinants of job stress. [online]. *Organizational Behavior and Human Performance*, 32, 160-177. [cit. 15.3.2021] Dostupné z: [http://dx.doi.org/10.1016/0030-5073\(83\)90145-9](http://dx.doi.org/10.1016/0030-5073(83)90145-9)
- PARKES, K. R., CLARK, M. J. and PAYNE-COOK, E. 1997. Psychosocial aspects of work and health in the North Sea oil and gas industry, Data analyses and review Prepared by the Department of Experimental Psychology, University of Oxford, Prepared for the Health and Safety Executiv, [online]. [cit. 18.2.2021] Dostupné z: DOI: 10.13140/RG.2.1.1561.0725
- REFIT EVALUATION. 2017. Commission staff working document: Ex-post evaluation of the European Union occupatinal safety and health Directives [online]. [cit. 20.2.2021]. Dostupné z: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f3e4cf37-d80a-11e6-ad7c-01aa75ed71a1/language-sl>
- RUSH, Myron D. 2003. Syndrom vyhoření. Praha: Návrat domů. ISBN 80-7255-074-8.
- ŘIHÁČEK, Tomáš. 2007. Noise annoyance: Conceptualisation and predictors of psycho-social nature. [online]. *Československá psychologie*. Praha: ČSAV, 51(2), 117-128. [cit. 20.2.2021] ISSN 0009-062X. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/298862027_Noise_annoyance_Conceptualisation_and_predictors_of_pscho-social_nature
- SARGENT, L. D. and TERRY, D. J. 2000. The moderating role of social support in Karasek's job strain model.[online]. *Work & Stress*, 14(3), 245-261. [cit. 19.3.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02678370010025568>
- SPECTOR, P.E. 1986. Perceived Control by Employees: A Meta-Analysis of Studies Concerning Autonomy and Participation at Work. [online]. *Human Relations*, 39(11), 1005-1016. [cit. 19.3.2021] Dostupné z: doi:10.1177/001872678603901104
- STORDEUR, S., D'HOORE, W., VANDERBERGHE, C. 2001. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. [online]. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 533-42. [cit. 26.2.2021] Dostupné z: DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01885.x. PMID: 11529953.
- SVERKE, M., HELLGREN, J. and NÄSWALL, K. 2002. No security: A meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. [online]. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(3), 242–264. [cit. 18.2.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/1076-8998.7.3.242>

- SZÚ. 2008. Psychická pracovní zátěž [online]. SZÚ [cit. 2.3.2021]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>
- ŠTIKAR, Jiří. 1996. Základy psychologie práce a organizace. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-091-2.
- ŠREJMOVÁ, Eva. 2015. Hygienistky, obor dentální hygieny a jak to vlastně začalo. [online]. Hygienistky.cz. [cit. 18.2.2021] Dostupné z: <http://hygienistky.cz/clanky/hygienistky-obor-dentalni-hygieny-a-jak-to-vlastne-zacalo>
- ÚZIS ČR. 2019. Zdravotnická ročenka České republiky 2018 [online]. ISSN 1210-9991 [cit. 22.2.2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>
- VARTIA, M. A-L. 2001. Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. [online]. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 27(1), 63–69. [cit. 19.2.2021] Dostupné z: <https://doi.org/10.5271/sjweh.588>
- VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. 2015. Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.
- WHO. 2008. PRIMA-EF, Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: A Resource for Employers and Worker Representatives [online]. WHO library [cit. 15.3.2021]. ISBN: 978 92 4 159710 4 Dostupné z: https://www.who.int/occupational_health/publications/PRIMA-EF%20Guidance_9.pdf
- WHO. 2017. Mental health in the workplace, Information sheet, September 2017 [online]. [cit. 2020-06-28]. Dostupné z: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-in-the-workplace>
- WHO. 2019. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. [online]. Departmental News. [cit. 17.3.2021]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- WHO Bulletin. 2019. Health workforce burn-out. [online] Bulletin. WHO. 585-586. [cit. 25.3.2021] Dostupné z: <https://www.who.int/bulletin/volumes/97/9/19-020919.pdf>
- YLIPÄÄ V, SZUSTER F, SPENCER J, PREBER H, BENKO SS, ARNETZ BB. 2002. Health, mental well-being, and musculoskeletal disorders: a comparison between Swedish and Australian dental hygienist. [online] J Dent Hyg. Winter;76(1):47-58. [cit. 25.3.2021] PMID: 11935931.
- ZOULOVÁ, Andrea. 2018. Psychosociální aspekty v ordinaci dentální hygienistky: praktický průvodce komunikace dentální hygienistky s pacientem. Náchod: Andrea Zoulová. ISBN 978-80-270-3561-8.
- ZS BOZP. 2021. Psychologické faktory [online]. ZS BOZP [cit. 4.3.2021]. Dostupné z: <https://zsbozp.vubp.cz/pracovni-prostredi/rizikove-faktory/psychologicke-faktory/409-psychicka-zatez>

- ŽIDKOVÁ, Zdeňka. 2005. Monotonie v pracovním procesu. [online]. Pracovní lékařství, 4, 193–197. [cit. 14.3.2021] Dostupné z: <http://files.zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/200000003-3056b3151d/monotonie.pdf>
- ŽIDKOVÁ, Zdeňka. 2013. Metody. MBI. [online]. [cit. 26.3.2021] Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/>
- ŽIDKOVÁ, Zdeňka. 2002. Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže. [online] České pracov. lék. 3, No. 2, 69-73. [cit. 24.3.2021] Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/files/200000014-5ab3e5ca72/vyuzdotaz.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

BMI	Burnout Maslach Inventory
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CNS	Centrální nervová soustava
ČR	Česká Republika
EC	European Commission
ESENER	The European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks
EU – OSHA	The European Agency for Safety and Health at Work
ILO	International Labour Organization
ISSA	International Social Security Association
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization
ZS BOZP	Znalostní systém prevence rizik v BOZP

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 -	Výsledky rešeršní strategie.....	9
Tab. 2 -	Rozdělení otázek Meisterova dotazníku do jednotlivých faktorů	42
Tab. 3 -	Normované hodnoty pro muže a ženy v ČR.....	43
Tab. 4 -	Stanovené kritické hodnoty mediánů dle jednotlivých položek	43
Tab. 5 -	Rozdělení výsledků mezi stupně jednotlivé dimenze.....	44
Tab. 6 -	Vypočtené kritické hodnoty a počet překročení v %.....	48
Tab. 7 -	Normované kritické hodnoty a počet překročení v %	49
Tab. 8 -	Porovnání mediánů jednotlivých položek se stanovenými kritickými hodnotami	49
Tab. 9 -	Celkové vyhodnocení MBI.....	51
Tab. 10 -	Porovnání aritmetických průměrů pro jednotlivé zdravotnické profese .	52
Tab. 11 -	Vyhodnocení vztahu dimenzí vyhoření pomocí korelačních koeficientů	53
Tab. 12 -	Vyhodnocení vztahu dimenzí vyhoření pomocí korelačních koeficientů	54
Tab. 13 -	Výsledky Spearmonovy korelační analýzy pro závislost faktorů psychické zátěže a dimenzí syndromu vyhoření	55

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 -	Podíl respondentů dle věku.....	46
Graf 2 -	Podíl respondentů dle let praxe v oboru	47
Graf 3 -	Podíl respondentů dle let praxe v oboru	47
Graf 4 -	Porovnání mediánů jednotlivých položek psychické zátěže se stanovenými kritickými hodnotami.....	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Dotazník.....	74
Příloha 2 - Dotazník.....	75
Příloha 3 - Analýzy normality rozdělení faktorů psychické zátěže	76
Příloha 4 - Analýzy normality rozdělení dimenzí syndromu vyhoření	77
Příloha 5 - Grafy závislosti emocionálního vyčerpání a jednotlivých faktorů psychické zátěže.....	78

PŘÍLOHY

Příloha 1 - Dotazník

Číslo otázky	Znění otázky	Faktor
1.	Při práci mívám často pocit časového tlaku.	I.
2.	Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.	II.
3.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.	I.
4.	Při práci mívám často pocit časového tlaku.	I.
5.	Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.	II.
6.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.	I.
7.	Při práci mívám často pocit časového tlaku.	I.
8.	Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.	II.
9.	Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.	I.
10.	Při práci mívám často pocit časového tlaku.	I.

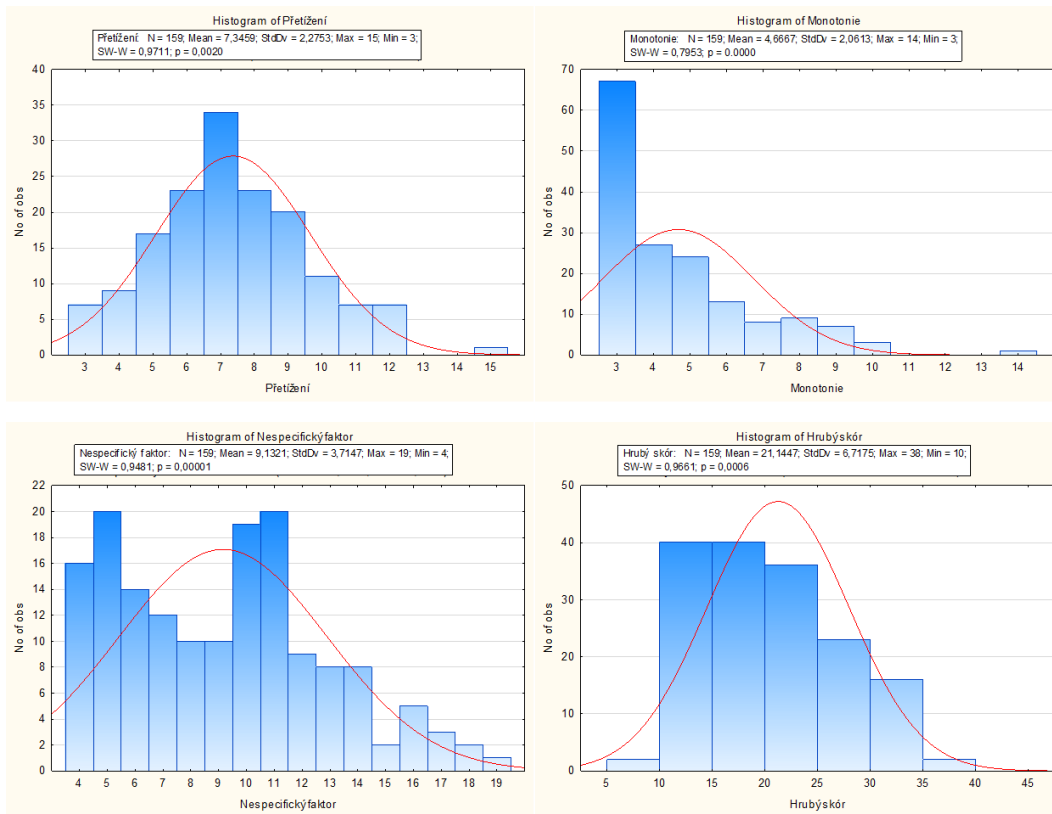
Zdroj: Židková, 2013, úprava vlastní

Příloha 2 - Dotazník

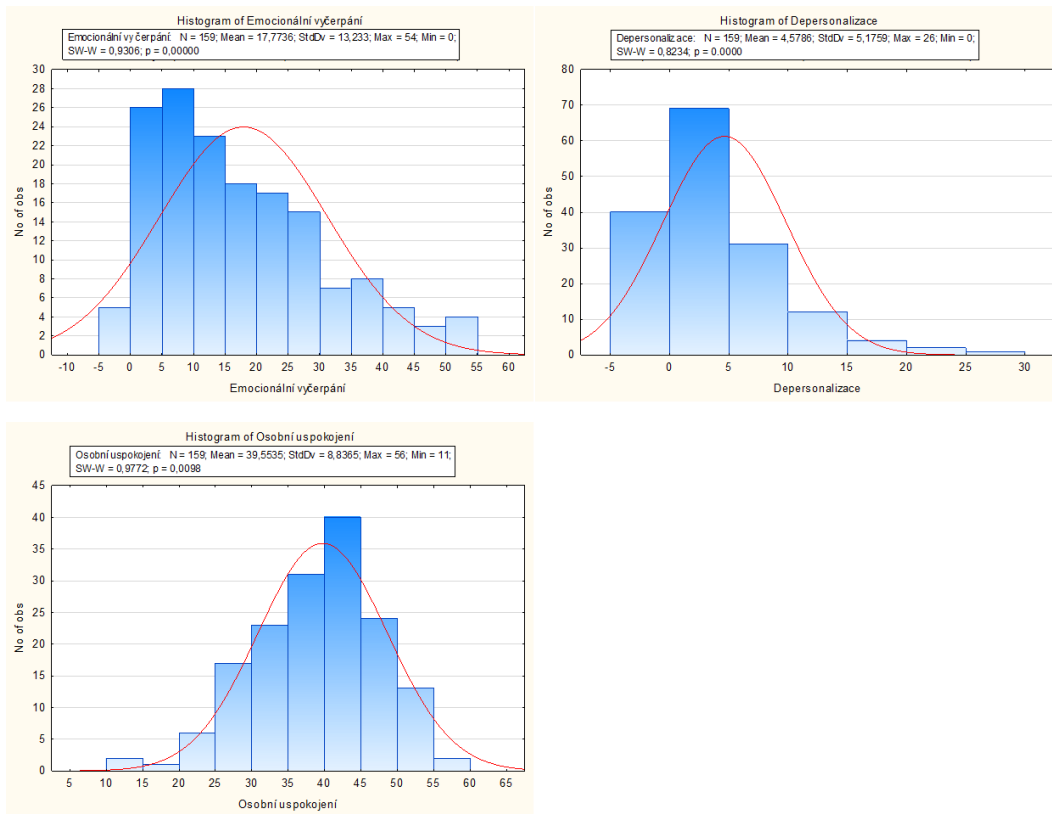
Číslo otázky	Znění otázky	Dimenze
1.	Práce mne citově vysává.	EE
2.	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	EE
3.	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unavena.	EE
4.	Velmi dobře rozumím pocitům svých pacientů.	PA
5.	Mám pocit, že někdy s pacienty jedním jako s neosobními věcmi.	DP
6.	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	EE
7.	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých pacientů.	PA
8.	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce.	EE
9.	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují.	PA
10.	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.	DP
11.	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.	DP
12.	Mám stále hodně energie.	PA
13.	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	EE
14.	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.	EE
15.	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými pacienty.	DP
16.	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	EE
17.	Dovedu u svých pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	PA
18.	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými pacienty.	PA
19.	Za roky své práce jsem byla úspěšná a udělala jsem hodně dobrého.	PA
20.	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	EE
21.	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	PA
22.	Cítím, že pacienti mi přičítají některé své problémy.	DP

Zdroj: Židková, 2013, úprava vlastní

Příloha 3 - Analýzy normality rozdělení faktorů psychické zátěže

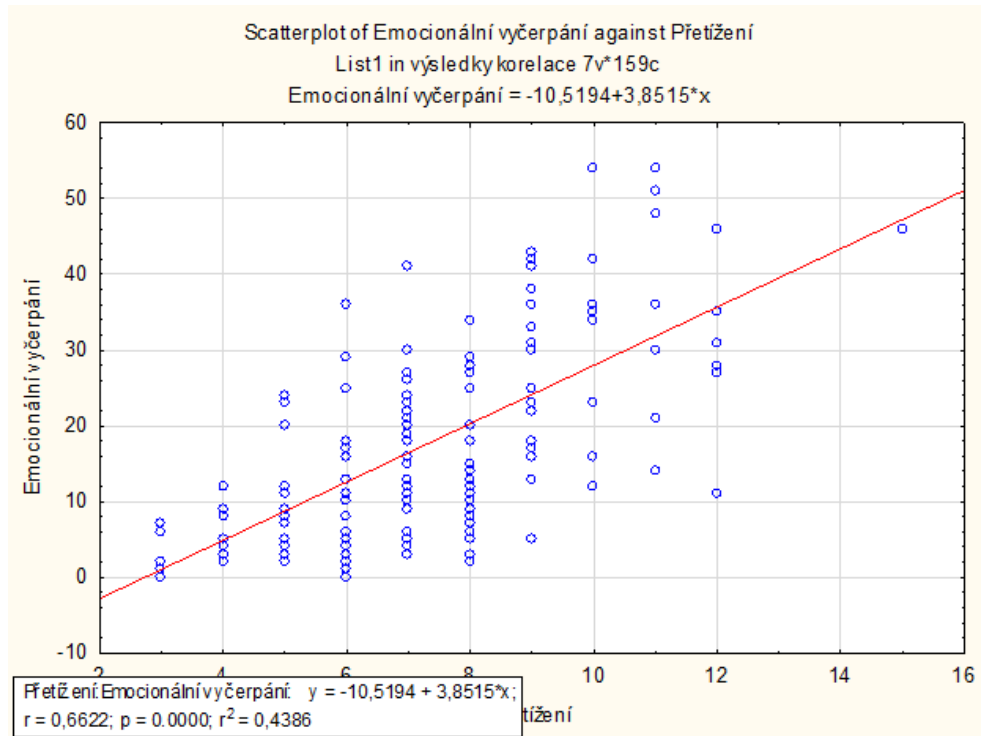


Příloha 4 - Analýzy normality rozdělení dimenzí syndromu vyhoření

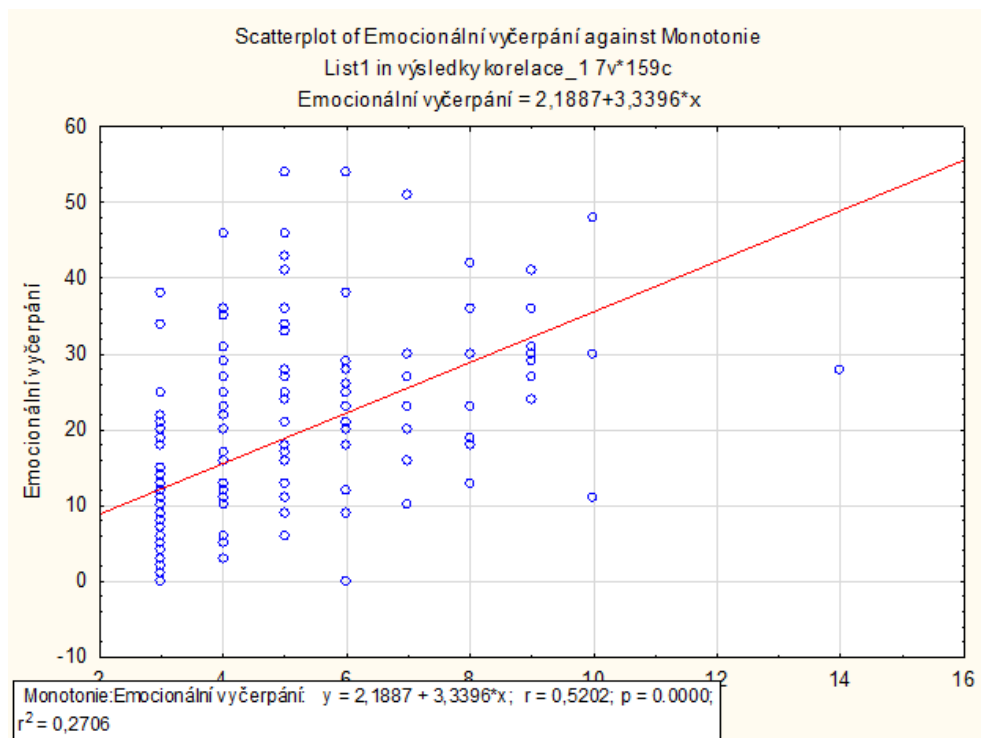


Příloha 5 - Grafy závislosti emocionálního vyčerpání a jednotlivých faktorů psychické zátěže

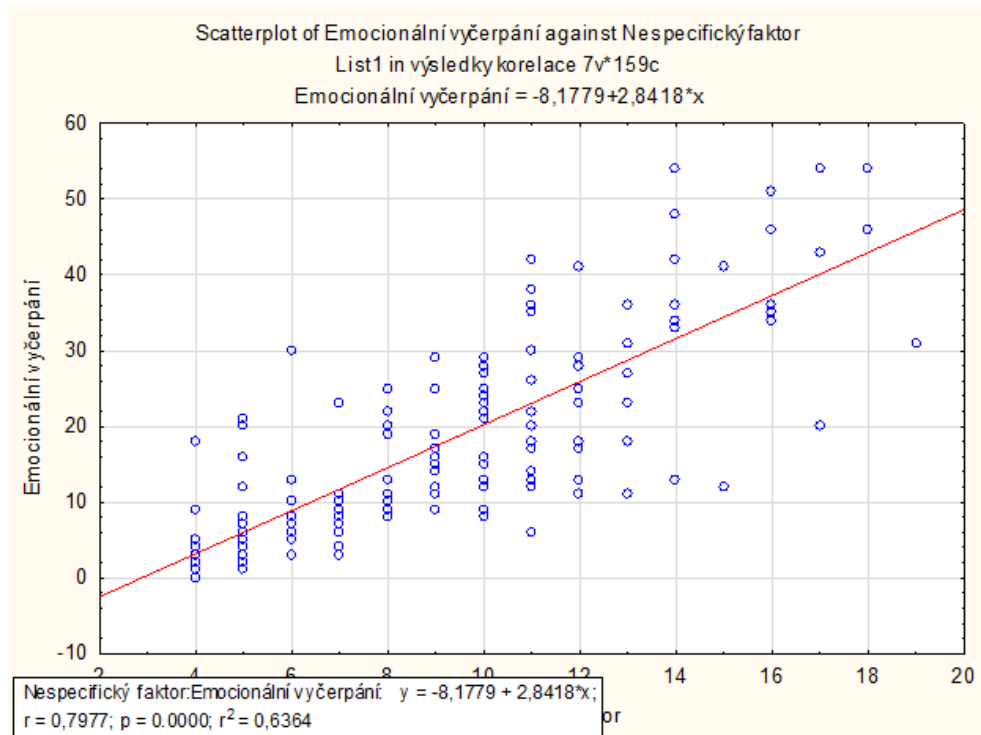
Graf závislosti emocionálního vyčerpání na přetížení



Graf závislosti emocionálního vyčerpání na monotonii



Graf závislosti emocionálního vyčerpání na nescifickém faktoru



Graf závislosti emocionálního vyčerpání na hrubém skóru

