

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE



MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

NÁZEV ZÁVĚREČNÉ PRÁCE/TITLE OF THESIS
Syndrom vyhoření u zdravotníků v Covidové době ve vybraných nemocnicích. Burnout syndrome in Covid's healthcare workers in selected hospitals.

TERMÍN UKONČENÍ STUDIA A OBHAJOBA (MĚSÍC/ROK)
01/2022

JMÉNO A PŘÍJMENÍ STUDENTA / STUDIJNÍ SKUPINA
Mgr. Simona Kubová, Ph.D./ DMBA 44

JMÉNO VEDOUCÍHO ZÁVĚREČNÉ PRÁCE
PhDr. Ivana Šnýdrová, CSc.

PROHLÁŠENÍ STUDENTA
Odevzdáním této práce prohlašuji, že jsem zadanou závěrečnou práci na uvedené téma vypracovala samostatně a že jsem ke zpracování této závěrečné práce použila pouze literární prameny v práci uvedené. Jsem si vědoma skutečnosti, že tato práce bude v souladu s § 47b zák. o vysokých školách zveřejněna, a souhlasím s tím, aby k takovému zveřejnění bez ohledu na výsledek obhajoby práce došlo. Prohlašuji, že informace, které jsem v práci užila, pocházejí z legálních zdrojů, tj. že zejména nejde o předmět státního, služebního či obchodního tajemství či o jiné důvěrné informace, k jejichž použití v práci, popř., k jejichž následné publikaci v souvislosti s předpokládanou veřejnou prezentací práce, nemám potřebné oprávnění. Datum a místo: 27. listopadu 2021, Praha

PODĚKOVÁNÍ
Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu závěrečné práce za metodické vedení a odborné konzultace, které mi poskytla při zpracování mé závěrečné práce.

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

SOUHRN
1. Cíl práce: Cílem této závěrečné práce je zjistit metriky celkového vyhoření a jeho subdimenzí s využitím standardizované dotazníkové metody SMBM se současným zjištěním skóre depresivní symptomatologie za použití dotazníkové škály BDI-II mezi českými zdravotníky. Dílčím cílem je porovnání celkových skóre mezi dvěma vybranými pracovišti a porovnání skóre syndromu vyhoření mezi zdravotníky s obecnou českou populací. Na základě stanovených cílů bylo zpracováno několik doporučení, které by mělo vzniku syndromu vyhoření předcházet.
2. Výzkumné metody: Závěrečná práce je neexperimentální empirickou deskriptivní studií s dotazníkovým šetřením. Sběr dat proběhl od 12.srpna do 12.zář 2021. Osloveno bylo celkem 915 zdravotníků. Celkem bylo získáno 57 kompletně vyplněných dotazníků z nichž bylo 21 z chomutovské nemocnice a 36 z FN Motol. Ke sběru dat byl využit demografický dotazník o základních údajích respondentů, dotazník životního stylu, Shirom – Melamedova škála vyhoření (SMBM) a Beckova škála depresivní symptomatologie (BDI-II). Ke zpracování dat byl použit statistický software IBM SPSS 27. S využitím metod statistické inference byly komparovány skupiny, které byly vytvořené na základě zvolených kategorizačních proměnných – věk, pohlaví, pracoviště a odbornost. S ohledem na rozložení dat byly jednotlivé skupiny porovnány s využitím neparametrického Kruskal-Wallisova testu a Mann-Whitneyova U testu. Pro srovnání průměrů s českou populací byl využit parametrický jednovýběrový t-test.
3. Výsledky výzkumu/práce: Průměrné celkové skóre vyhoření mezi zdravotníky z obou dotazovaných nemocnic je 44,74, skóre fyzického vyhoření je 22,56, kognitivní vyhoření nabývá v celém souboru průměrné hodnoty 13,98 a emocionální 8,19. Celkové skóre depresivní symptomatologie má v průměru hodnotu 8,42. Mladé lékařky (mladší 30 let) vykazují nejvyšší skóre depresivní symptomatologie i celkového skóre vyhoření. Dále skóre klesají a vyšší hodnoty vykazují až kategorie pro rozpětí věku 50-60 let. Zdá se, že skóre depresivní symptomatologie u mužů roste a na rozdíl od žen dosahuje vrcholu pro rozpětí věku 35-50 let. U mužů jsou hodnoty skóre celkového vyhoření napříč věkovými kategoriemi vyrovnanější. Rozdíly ve skórech vyhoření a depresivní symptomatologie byly porovnány mezi pohlavími, kde nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. Také nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve skórech vyhoření a depresivní symptomatologie mezi oběma pracovišti. Mezi sestrami a lékaři nebyl nalezen statisticky významný rozdíl s výjimkou emocionální složky vyhoření. U sester je emocionální skóre vyhoření nižší než u lékařů.
4. Závěry a doporučení: Jedním z nejdůležitějších bodů prevence syndromu vyhoření zdravotníků je zajištění dostatečného počtu zdravotnického personálu v menších nemocnicích, kde se potýkají s personálními problémy, pomocí pracovního záskoku z větších nemocnic za dostatečného finančního ohodnocení. Pro plynulejší pracovní nasazení a dodržování pracovní doby je vhodné zavést supervizi ve zdravotnických zařízeních. Ta by měla především dohlížet na plynulost zajišťování a kvalitu poskytování zdravotnické péče a měla by umět rozpoznat počátek pracovního přetížení zaměstnanců, jak z pohledu přesčasů, tak ze signálů psychického vyčerpání. Současně by měla vést pracovní proces tak, aby se zaměstnanci co nejvíce vyhnuli psychickému i fyzickému vyčerpání. Jako vhodné řešení se jeví nastavení pravidelných odpočinků během pracovní směny a také sjednání pravidelných setkání, kde by měl mít každý zaměstnanec možnost vyjádřit se k pracovnímu procesu a otevřeně sdělit supervizi všechny své problémy a požadavky. Dalším doporučením je umožnění zaměstnancům obětovat alespoň jednu hodinu měsíčně z pracovní směny, kterou by využili pro své psychické zdraví. Tím by se mělo snížit riziko pracovního a především psychického vyčerpání. Aby se mohlo předejít riziku vzniku syndromu u žen v raném i pozdějším věku z důvodu vysokého pracovního nasazení za současného udržení kvalitního rodinného života, je možné zvolit vhodné metody efektivního time managementu k uspořádání pravidelného denního režimu. Vhodnou metodou k uvolnění napětí se řadí volnočasové aktivity či setkání s rodinou.
KLÍČOVÁ SLOVA
Syndrom vyhoření, zdravotníci, COVID-19

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMIE A MANAGEMENTU

Národní 2600/9a, 158 00 Praha 5

SUMMARY

1. Main objective:

The aim of this final work is to determine the metrics of total burnout and its subdimensions using the standardized questionnaire method SMBM with simultaneous determination of depressive symptomatology score using the BDI-II questionnaire scale among Czech health professionals. Partial goals were the comparison of total scores between two chosen workplaces and comparison of the score of the burnout syndrome among health professionals with the general Czech population. Based on the set goals, several recommendations were made, which should prevent the emergence of burnout syndrome.

2. Research methods:

The final work is a non-experimental empirical descriptive study with a questionnaire survey. Data collection took place from 12 August to 12 September 2021. A total of 915 health professionals were contacted. A total of 57 questionnaires were obtained, of which 21 were from the Chomutov Hospital and 36 from the Motol University Hospital. A demographic questionnaire on the basic data of the respondents, a lifestyle questionnaire, the Shirom - Melamed burnout scale (SMBM) and the Beck depressive symptomatology scale (BDI-II) were used to collect data. IBM SPSS 27 statistical software was used for data processing. Using statistical inference methods, groups were compared, which were created on the basis of selected categorization variables - age, gender, workplace and professionalism. With respect to the distribution of data, the individual groups were compared using the nonparametric Kruskal-Wallis test and the Mann-Whitney U test. A parametric one-sample t-test was used to compare the averages with the Czech population.

3. Result of research:

The average total burnout score among health professionals from both hospitals surveyed is 44.74, the physical burnout score is 22.56, cognitive burnout takes an average of 13.98 and emotional 8.19 in the whole group. The total depressive symptomatology score averages 8.42. Young doctors (under 30 years of age) show the highest scores of depressive symptoms and overall burnout scores. Furthermore, the scores decrease and the higher values show up to the categories for the age range 50-60 years. The score of depressive symptomatology in men seems to increase and, in contrast to women, peaks for the age range of 35-50 years. In men, the values of the total burnout score are more balanced across age categories. Differences in burnout scores and depressive symptomatology were compared between the sexes, where no statistically significant difference was found. Also, no statistically significant difference in burnout scores and depressive symptomatology was found between the two workplaces. No statistically significant difference was found between nurses and physicians, with the exception of the emotional component of burnout. Nurses have a lower emotional burnout score than doctors.

4. Conclusions and recommendation:

One of the most important points in the prevention of burnout syndrome is the provision of a sufficient number of medical staff in smaller hospitals, where they face staffing problems, by means of a work trip from larger hospitals with sufficient financial evaluation. For a smoother work commitment and adherence to working hours, it is appropriate to introduce supervision in medical facilities. Above all, it should monitor the continuity of provision and the quality of health care provision and should be able to recognize the onset of work overload of employees, both in terms of overtime and signals of mental exhaustion. At the same time, she should lead the work process so that employees avoid mental and physical exhaustion as much as possible. A suitable solution seems to be the setting of regular rest during the work shift, as well as arranging regular meetings, where each employee should have the opportunity to comment on the work process and openly communicate all their problems and requirements to the supervisor. Another recommendation is to allow employees to sacrifice at least one hour a month from the work shift they would use for their mental health. This should reduce the risk of work and especially mental exhaustion. In order to prevent the risk of developing the syndrome in women at an early and later age due to high work commitment while maintaining a quality family life, it is possible to choose appropriate methods of effective time management to organize a regular daily routine. Leisure activities or meetings with the family are suitable methods for relieving tension.

KEYWORDS

Burnout syndrome, healthcare, COVID-19

JEL CLASSIFICATION

I12 Health behavior; I18 Health: Government Policy; Regulation; Public Health; O15 Economic Development: Human Resources; Human Development; Income Distribution; Migration

ZADÁNÍ ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:	Simona Kubová
Studijní program:	Master of Business Administration (MBA)
Studijní skupina:	DMBA 44
Název závěrečné práce:	Syndrom vyhoření u zdravotníků v Covidové době ve vybraných nemocnicích
Zásady pro vypracování (stručná osnova práce):	1 Úvod 2 Teoreticko-metodologická část 2.1 Syndrom vyhoření 2.2 COVID-19 2.3 Personální vytížení zdravotníků 2.4 Současná situace v českých nemocnicích 2.5 Metodika práce 3 Praktická část 3.1 Představení zkoumaných nemocnic 3.2 Výzkum a jeho vyhodnocení 3.3 Návrhy a doporučení 4 Závěr
Seznam literatury:	• HONZÁK, R. <i>Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření</i>. Praha: Vyšehrad, 2018. ISBN 9788076010048. • HONZÁK, R. <i>Psychosomatická prvouka</i>. Praha: Vyšehrad, 2017. ISBN 9788074299124. • LASALVIA, A. et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. <i>BMJ open</i>. [online]. 2021 Dostupný z WWW: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813385/ • SHARIFI, M. et al. Burnout among Healthcare Providers of COVID-19. <i>Archives of academic emergency medicine</i>. [online]. 2021 Dostupný z WWW: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7812159/ • TORRENTE, M., SOUSA, P. A., SÁNCHEZ-RAMOS, A., et al. To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. <i>BMJ Open</i>. [online]. 2021 Dostupný z WWW: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7907836/
Harmonogram:	• Zpracování cílů a metodiky do 30. 4. 2021 • Zpracování teoretické části do 15. 7. 2021 • Zpracování výsledků do 10. 8. 2021 • Finální verze do 1. 9. 2021
Vedoucí práce:	PhDr. Ivana Šnýdrová, CSc.

V Praze dne 1. 4. 2021

prof. Ing. Milan Žák, CSc.
rektor

Prof. Ing.
Milan
Žák CSc.

Digitálně podepsal Prof.
Ing. Milan Žák CSc.
DN: cn=Prof. Ing. Milan
Žák CSc., c=CZ, o=Vysoká
škola ekonomie a
managementu, a.s.,
givenName=Milan,
sn=Žák, serialNumber=JCA
- 10393535

Obsah

1	Úvod	1
2	Teoreticko-metodologická část práce	3
2.1	Syndrom vyhoření	3
2.1.1	Příznaky syndromu vyhoření	4
2.1.2	Fáze syndromu vyhoření	4
2.1.3	Incidence, charakteristika a diagnostika	5
2.1.4	Prevence a léčba syndromu vyhoření	6
2.2	COVID-19	6
2.2.1	Šíření pandemie, očkování	8
2.3	Personální vytížení zdravotníků	10
2.3.1	Projevy syndromu vyhoření během pandemie COVID-19 v Evropě	11
2.3.2	Projevy syndromu vyhoření během pandemie COVID-19 v Americe	12
2.3.3	Projevy syndromu vyhoření během pandemie COVID-19 v Asii	13
2.4	Současná situace v českých nemocnicích	14
2.5	Metodika práce	14
2.5.1	Výzkumný soubor a průběh výzkumu	15
2.5.2	Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy	16
2.5.3	Způsob vyhodnocení výsledků, omezení a vymezení výzkumu	16
3	Praktická část	18
3.1	Představení zkoumaných nemocnic	18
3.2	Výzkum a jeho vyhodnocení	18
3.2.1	Deskriptivní statistiky vyhoření a depresivní symptomatologie u primárního výběrového souboru	18
3.2.2	Test normality	20
3.2.3	Porovnání věkových kategorií	21
3.2.4	Porovnání pohlaví	23
3.2.5	Porovnání pracovišť	24
3.2.6	Porovnání sester a lékařů	25
3.2.7	Vzájemná závislost a vztahy mezi proměnnými	26
3.2.8	Diskuze	27
3.3	Návrhy a doporučení	30
4	Závěr	36
	Literatura	38
	Přílohy	I

1 Úvod

Většina lidí již zažila dny, kdy se cítili přetížení, bezmocní nebo nedocenění. Pokud ovšem tento stav přetrvává delší dobu, může se z toho stát příznak, kdy člověk směřuje k syndromu vyhoření (Honzák, 2017, s. 44 – 47).

V 70. letech minulého století se psychologové a lékaři začali zabývat stavem celkového vyčerpání, pracovního znechucení a marnosti. Stav byl nazván jako syndrom vyhoření (angl. burnout syndrome). Tento pojem zřejmě poprvé použil Herbert J. Freudenberger (1974) v časopise „Journal of Social Issues“. Podle současně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) je tento stav zařazen pod kódem Z73.0 do kategorie „Problémy související s pracovními obtížemi“. MKN-11, která vstoupí v platnost 22. ledna 2022, je detailnějším popisem syndromu vyhoření a vychází z definice Christine Maslachové (2001) (WHO, 2019). Diagnostický a statistický manuál duševních chorob 5 (DSM-5) neuvádí syndrom vyhoření jako diagnózu a není považován za duševní poruchu. Proto stále pokračuje upřesňování a vymezování tohoto stavu.

Syndrom vyhoření je stav celkového vyčerpání související s pracovními podmínkami a stresem z práce. Hypotalamus v mozku zaktivuje stresové hormony, které jsou shodné s hormony, které spouští reakci našeho těla pro „boj nebo útěk“. Tento stav doprovází vyšší dechová frekvence, výrazné bušení srdce a aktivace kosterního svalstva. Stresová reakce byla navržena k ochraně našeho těla v případě nouze tím, že nás připraví na rychlou reakci. Ale když se tyto stresové reakce spouští velmi často, den za dnem, mohlo by to vážně ohrozit lidské zdraví (Pietrangelo, 2020).

Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženy profese, jejichž zaměstnanci pomáhají druhým lidem (zdravotní sestry, lékaři, fyzioterapeuté, aj.) Pracovníci v těchto profesích často přebírají problémy druhých (pacientů), snaží se co nejlépe splnit jejich potřeby a své vlastní potřeby odsouvají na pozdější dobu nebo do pozadí (Venglářová, 2011, s. 25 - 26).

Zdravotnictví je profesí, ve které je na jedné straně velká zodpovědnost, ale i popularita a na druhé straně hrozící psychické a fyzické vyčerpání plynoucí z náročnosti tohoto povolání. To může ve svém důsledku způsobit zdravotní problémy nebo naopak zvýšit odolnost a působit příznivě. Lidé pracující v této oblasti jsou často ve značně stresujících situacích (Mann, 2007). Psychická odolnost je základním kamenem udržení integrity osobnosti, zdraví a schopnosti fungování. Působením nejrůznějších faktorů může být tato integrita ohrožena. Lepší schopnost zmíněným faktorům odolat poukazuje na vyšší psychickou odolnost. Mají tedy základní předpoklad pro vznik vyhoření. Dle dřívějších i současných výzkumů nejen zdravotnické profese je předpokládáno, že syndrom vyhoření vyplývá z mnoha různých demografických souvislostí a vztahů například mezi pracovním očekáváním od sebe samého, sebedůvěrou, technikami zvládání stresu a podporou nejbližšího okolí (Pešek a Praško, 2016, s. 62 - 73; Škodová a Paceková, 2012).

Vzhledem k intenzivním fyzickým a kognitivním nárokům na poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče širokému spektru pacientů jsou zdravotníci zvláště náchylní k rozvoji syndromu vyhoření, což je pozoruhodný fenomén, který v posledních letech přitahuje významnou pozornost společnosti. Je zřejmé, že rozšířené projevy syndromu vyhoření ze strany zdravotníků představují vážnou potenciální hrozbu pro celkovou kvalitu péče o pacienty a pro realizaci pozitivních výsledků mnoha léčebných strategií. Zcela jistě to bude mít vážný negativní dopad na ekonomickou životaschopnost celého systému zdravotnictví (Ptáček et al., 2013).

Problematika syndromu vyhoření zdravotníků je popsána především v zahraniční literatuře. V česky psané literatuře je syndrom vyhoření často zmiňován v různých souvislostech a je zkoumán u nejrozličnějších profesí.

Během posledních deseti let se setkáváme se zdravotníky, kteří jsou svým zaměstnáním buď zcela vyčerpaní, nebo znechuceni a následně od profese odchází. Případně z vyšších pracovních úvazků přechází k úvazkům nižším nebo na své pozici zůstávají, ale jejich přístup se stává rezignovaným. Nejen vlivem současné situace, kterou celosvětově ovlivňuje pandemie COVID-19, je pravděpodobné, že společnost ohrožuje zhoršení psychického zdraví. Ke konci roku 2019 se ale v čínském městě Wu-chan objevil nový virus. Onemocnění COVID-19 je novým typem koronaviru, který způsobuje akutní respirační onemocnění. Onemocnění COVID-19 postihuje především jedince staršího věku nebo jedince, kteří mají přidružená chronická onemocnění. Jedním z největších problémů onemocnění COVID-19 je jeho vysoká přenosová aktivita, vysoká smrtnost, která se ale díky vytvoření očkovacích látek od různých světových firem snížila, stejně jako počty pacientů s vážným průběhem onemocnění (Dhama et al., 2020, s. 9-13; MZČR, 2020, s.2). Přesto pandemická situace zapříčinila nadměrné nároky na zdravotnický personál. Mnoho českých nemocnic se potýká s personální krizí. Během pandemie COVID-19 bylo mnoho oddělení přeorientováno na covidová lůžka, tedy na lůžka, kde zdravotnický personál pečoval o pacienty s vážným průběhem onemocnění COVID-19. Protože v počátcích pandemie nebyla vyvinuta očkovací látka, několik zdravotníků se onemocněním COVID-19 nakazilo a personální zastoupení neměli. Mnoho zdravotníků tak muselo opustit stávající oddělení a postavit se do první linie. Na základě těchto pozorování byl posuzován stav vyhoření zdravotnického personálu a zpětně se hodnotily jejich volnočasové aktivity, kariérní úspěchy a podobně (Sharifi et al., 2021).

Závěrečná práce má charakter neexperimentální deskriptivní studie s dotazníkovým šetřením. Ve studii je využita baterie čtyř dotazníkových diagnostických nástrojů. Celá baterie byla administrována pouze elektronicky prostřednictvím on-line přístupu. V dotazníku byly použity následující metody: Demografický dotazník o základních údajích respondentů, Dotazník životního stylu, Shirom – Melamedova škála vyhoření (SMBM) a Beckova škála depresivní symptomatologie (BDI-II).

Cílem této závěrečné práce je zjistit metriky celkového vyhoření a jeho subdimenzí s využitím standardizované dotazníkové metody SMBM se současným zjištěním skóre depresivní symptomatologie za použití dotazníkové škály BDI-II mezi českými zdravotníky. Dílčím cílem je porovnání celkových skóre mezi dvěma vybranými pracovišti a porovnání skóre syndromu vyhoření mezi zdravotníky s obecnou českou populací. Na základě stanovených cílů je zpracováno několik doporučení, která by měla vzniku syndromu vyhoření u zdravotníků předcházet.

2 Teoreticko-metodologická část práce

Teoretická část práce je popisem základní psychologické problematiky z oblasti vyhoření a depresivní symptomatologie v obecné rovině a specificky ve zdravotnické profesi.

Stres je přirozená duševní a fyzická reakce na životní zkušenosti. Každý z nás někdy zažil stresovou situaci. Stresovou reakci může vyvolat cokoli - od každodenních povinností, jako je práce a rodina, až po vážné životní události, kterými může být diagnóza závažného onemocnění, válka nebo smrt blízkého člověka. V okamžitých krátkodobých situacích může být stres prospěšný pro naše zdraví (Walker et al., 2017). Mnohdy může pomoci vyrovnat se s potenciálně náročnými situacemi. Pokud úroveň stresu zůstane zvýšená mnohem déle, než je nutné, může to mít negativní dopad na zdraví člověka. Chronický a dlouhodobý stres může způsobit řadu nežádoucích příznaků a ovlivnit celkovou pohodu člověka (Honzák, 2017, s. 147 – 158).

Jako důsledek chronického stresu na pracovišti, který nebyl úspěšně zvládnut, může vzniknout syndrom vyhoření. Syndrom vyhoření je stav fyzického, emocionálního a duševního vyčerpání způsobený nadměrným a dlouhodobým stresem (Walker et al., 2017).

2.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření může vzniknout důsledkem dlouhodobě neutuchajícího stresu, ale neznamená totéž, jako stav stresový (Ptáček et al., 2013). Stres obecně zahrnuje slovní spojení „příliš mnoho“ a naše tělo na něj reaguje hormonálním uvolňováním, které zvyšují dechovou frekvenci a srdeční aktivitu a připravuje naše svaly reagovat. Lidé, kteří zažívají „příliš mnoho“ tlaku, které od nich vyžaduje okolí a jsou „příliš mnoho“ psychicky i fyzicky vyčerpaní, můžou častěji zažívat stresové situace. Lidé, kteří často zažívají stresové situace, se však budou cítit lépe, pokud dokážou přisun stresu omezit a uvědomit si, co stresové situace a vyšší příliv stresu vyvolává (Listopad et al., 2021; Katzman et al., 2014). Na druhé straně syndrom vyhoření neznamená „příliš mnoho“. Být vyhořelý znamená cítit se prázdný, apatický, psychicky vyčerpaný, bez motivace a bez zájmu o ostatní. Lidé, kteří trpí syndromem vyhoření, často nevidí žádnou naději na pozitivní změnu ve své situaci. Pokud mají pocit, že se z nadměrného stresu topí v odpovědnosti, syndrom vyhoření je pocitem prázdnoty. Když si člověk uvědomí, že je pod velkým stresem, syndromu vyhoření si všimne, až když k němu dojde (Gerber et al., 2018). Shirom (2009) popisuje vyhoření jako reakci na trvalý pracovní stres, kdy dochází k postupnému emočnímu vyčerpání, naprosté fyzické únavě a výrazné ztrátě kognitivních schopností.

Syndrom vyhoření je často následkem chronického psychosociálního stresu spojeného s prací, tedy konkrétně se sociálním prostředím v práci, s obsahem práce i s jednotlivými úkoly, s organizačními aspekty v zaměstnání. Může být klasifikován v kategorii konfliktu rolí, organizačních problémů, nároků vyplývajících ze samotné práce, může souviset s nejasnou profesní perspektivou, ale i s fyzickými aspekty práce a pracovního prostředí (Honzák, 2018, s. 145 - 149; Koutsimani et al., 2019)

K syndromu vyhoření dochází z pravidla, když jsme emocionálně vyčerpaní, cítíme se unavení a nejsme schopni plnit neustále určité pracovní požadavky (Honzák, 2018, s. 80 – 88). Negativní účinky syndromu vyhoření se přelévají do všech oblastí života, včetně práce, soukromí a společenského života. Syndrom vyhoření může také způsobit dlouhodobé změny v těle, díky nimž se můžeme stát zranitelnějšími vůči chorobám, i vůči běžnému nachlazení nebo chřipce. Kvůli mnoha následkům je důležité vyhoření okamžitě řešit (Shirom, 2009).

2.1.1 Příznaky syndromu vyhoření

Americká psycholožka Maslachová vymezila zkráceně vyhoření jako psychologický syndrom, který vzniká reakcí na chronické interpersonální stresory nejen v práci. Dle autorky je definován třemi dimenzemi - vyčerpáním, cynismem a neefektivností (Maslach et al, 2001).

Syndrom vyhoření je postupným procesem (Honzák, 2018, s. 168 – 182). Nevyvine se během krátkého časového úseku, ale vyvíjí se po delší dobu. Příznaky a známky jsou zpočátku mírné, ale postupem času se zhoršují a zvyrazňují. Pokud vzniklým stresovým situacím věnujeme pozornost a aktivně snižujeme stres, můžeme zabránit selhání organismu nebo zhroucení. Pokud tyto znaky budeme ignorovat, nakonec můžeme dospět až k syndromu vyhoření. Ptáček et al. (2013) uvádějí, že součástí této prožívané krize je též vyrovnávání se s vlastními náladami a pocity, obsahující osamocení, úzkost, bezmoc, starosti, beznaděj a zoufalství, ale i nudu, „otrávení“, nebo „zhnusení“. Úzkost je jedním z ústředních pojmů existenciálního přístupu, je hlavní hybnou silou prožívání reality, díky ní si člověk uvědomuje fakt svého konečného postavení v celku okolního světa.

Mezi emocionální příznaky a příznaky syndromu vyhoření se řadí pocit odloučení a samoty, pocit selhání a pochybnosti o sobě, pocit bezmoci, uvěznění a poražení, ztráta motivace, snížená míra spokojenosti a pocitu úspěchu, stále cyničtější a negativní náhled (Honzák, 2018, s. 66 – 72).

Mezi fyzické příznaky syndromu vyhoření patří časté bolesti hlavy nebo bolesti svalů, pocit únavy a vyčerpání po většinu dne, snížená imunita a časté nemoci, změna chuti k jídlu nebo změna spánkových návyků (Venglářová, 2011, s. 74-78).

Podobně popisuje příznaky syndromu vyhoření i studie Smith et al. (2020). Pokud jsme dlouhodobě vystaveni stresovým situacím, začínáme ztrácet motivaci a zájem, které nás vedly k tomu, abychom se ujali určité role. Syndrom vyhoření vyčerpává naši energii a snižuje produktivitu, takže se budeme cítit stále bezmocnější, beznadějní, cyničtí a rozčilení. Nakonec můžeme mít pocit, že už nám chybí energie na veškeré denní činnosti.

Příznaky syndromu vyhoření v chování jsou otálení, dokončení věcí trvá déle, vyšší konzumace jídla, drog nebo alkoholu, odstoupení od odpovědnosti, izolace od ostatních lidí nebo špatná pracovní morálka – pozdní příchody nebo brzké odchody (Ptáček et al., 2013).

2.1.2 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se vyznačuje třemi rozměry: zvýšený duševní odstup od zaměstnání nebo pocity negativismu nebo cynismu související s prací, pocity vyčerpání nebo vyčerpání energie, snížená profesionální účinnost (WHO, 2019).

Vyhoření lze popsat jako neustále se vyvíjející proces, který může trvat několik měsíců až let (Pešek a Praško, 2016, s. 46 - 49). Tento proces může začít u nadšeného, motivovaného pracovníka, který je plný elánu a optimismu a vidí ve své práci smyslnost.

Fáze rozvoje syndromu vyhoření lze popsat jako pět navazujících stupňů od momentu zahájení nové činnosti nebo nového zaměstnání. Tyto stupně jsou úvodní idealistické nadšení, následující stagnace (vystřízlivění), frustrace, apatie až dojde ke vzniku syndromu vyhoření (Honzák, 2018, s. 56 – 64). V nové pozici nebo zaměstnání je pracovník často plný optimismu a nadšení. Vytváří si velmi vysoké až nespílitelné cíle. Pracuje více než ostatní, často pracuje přesčas, může být přemotivovaný a prahne po výsledcích. To přináší první problémy na pracovišti (např. špatné kolegiální vztahy). Další fází je stagnace. V tento moment si pracovník uvědomuje neproveditelnost některých cílů, střízlivě srovnává ideály a skutečnost a tím

přechází k fázi frustrace. Ta už se zaměřuje na vyhnutí těžkým cílům, vytvoření si nenáročných podmínek (jaké může vidět u kolegů) a svou energii směřuje do jiných než pracovních aktivit. V tuto chvíli, pokud si je pracovník této fáze vědom, je vhodné udělat změnu. Pokud ke změně nedojde, navazuje fáze apatie. Jedná se o ochrannou činnost, která se projevuje nezájmem o práci a pracovní úkoly. Pracovník plní pouze základní a jednoduché úkoly a činnosti, mohou se dostavit psychosomatické obtíže, nemluví o práci. Poslední fází je syndrom vyhoření obsahující příznaky vyčerpání a depresivní stavy (Pešek a Praško, 2016, s. 100 - 113). Popis fází je nejednotný a kromě uvedeného rozdělení, které patří mezi nejčastější, existují i další definice fází. Ptáček et al. (2013) dělí syndrom vyhoření na několik stupňů. Na začátku bývá emoční vyhoření, kdy počáteční nadšení ochabuje a často dojde ke slevení ze svých ideálů. Dále může docházet k vyhoření psychickému a ztrátě inspirace, kdy lidé často pochybují o efektivitě a smysluplnosti své práce a v pozdější fázi považují své povolání jen jako zdroj obživy, kde vykonávají jen nejnutnější práci. Nakonec dojde k fyzickému vyčerpání, které často přechází do onemocnění psychosomatického, kdy trpí jak tělo, tak i duše. Jedná se o následek dlouhodobého potlačovaného stresu a přirozených reakcí (zlost, pláč, strach, hněv) (Venglářová, 2011, s. 29-30).

2.1.3 Incidence, charakteristika a diagnostika

Vznik syndromu vyhoření je zkoumán na základě vlivu různých faktorů. Může tím být věk, pohlaví, životní styl, sociální stav, charakterový typ osobnosti a sociální vztahy na pracovišti, vzdělání, inteligence, délka praxe v oboru nebo na dané pracovní pozici a další výše zmíněné. Práce autorů o tomto tématu jsou mnohé. Existuje několik studií o významu věku, kdy nižší věk znamená pravděpodobnější vznik syndromu vyhoření (Huo et al., 2021; Iglesias et al., 2010). Jiná studie také připisuje syndrom vyhoření spíše mladším ale také svobodným a méně vzdělaným lidem (Maroon, 2012, s. 67 - 70). Naopak existují studie Ahola (2008) poukazuje na pravděpodobnost vzniku vyhoření se stoupajícím věkem ale i při kulminaci ve středním věku. Dalším zkoumaným vztahem na obecné populaci bývá souvislost věku a pohlaví při vyhoření (Ahola a Hakanen, 2014). Podstatným faktorem je profesní doba praxe, kdy vyhoření je přisuzováno do období několika málo let po nastoupení na pracovní pozici. Pro českou populaci byly v rámci standardizace dotazníku SMBM vytvořeny normy, na základě kterých bylo zkoumáno vyhoření české populace. Na otázky o významnosti jednotlivých faktorů při vzniku vyhoření není stále jasná odpověď a zjišťování významných vztahů těchto faktorů je dále předmětem výzkumu (Vňuková, 2020).

Rizikovými osobnostmi (zvaného typ A) pro tento syndrom jsou lidé s vysokými cíli. Většinou figurují v zodpovědných pozicích a bývají poměrně schopní a výkonní. Osobnostní typy ale nejsou zdaleka hlavním faktorem pro vznik syndromu vyhoření. Profesně se často jedná o povolání, která mají za cíl pomáhat lidem (lékaři – onkologové, psychiatři, dále zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, členové záchranných složek, pracovníci věznic, právníci, úředníci). Jedná se ale i o novináře nebo studenty medicíny (Ptáček et al, 2013). Uvádí se, že 20-30 % osob profesionálně pracujících s lidmi, se nejméně jednou dostane do stavu popsaného jako syndrom vyhoření (Stock, 2010, s. 35 - 39). Procento osob se zkušeností se syndromem vyhoření se liší dle profesí. U lékařů se uvádí 45 % (Ptáček et al, 2013). V českém prostředí popisuje 90 % lékařů svou práci jako stresující, 70 % se považuje za ohrožené syndromem vyhoření a třetina vykazuje známky syndromu vyhoření. Studie ze školství ukazují 40 % vyhořelých učitelů (Kuba, 2021; Ptáček et al, 2017). Důvody vzniku syndromu vyhoření jsou předmětem mnoha výzkumů a lze je uspořádat podle četnosti výskytu. Pořadí se podle autorů liší, ale nejčastějšími důvody zůstávají vyčerpání z nadměrného psychického tlaku, nadměrná pracovní zátěž, stereotypnost, vysoké sebezatižení, nepřijatelné chování kolegů a nadřízených, nebo nevhodné copingové strategie a další (Csikszentmihalyi, 2015, s. 123 - 128).

Vzhledem k tomu, že syndrom vyhoření neměl jasné daná a oficiálně uznaná kritéria, nejsou dosud způsoby jeho diagnostiky zcela konzistentní. V současné době existují k hodnocení a diagnostice syndromu vyhoření především dotazníkové metody. V České republice jako jediná plně standardizovaná metoda je tzv. Shiromova-Melamedova škála vyhoření (Shirom-Melamed burnout measure), pro kterou jsou dostupné normy od reprezentativního vzorku české populace (Ptáček et al., 2013).

2.1.4 Prevence a léčba syndromu vyhoření

Jedním z nejdůležitějších kroků na cestě k léčbě syndromu vyhoření nebo workoholismu je uvědomění si, že se nám tento stav může stát (Ptáček et al., 2013). Z vysokého pracovního nasazení můžeme dospět až k syndromu vyhoření. Nebo se pouze v práci budeme cítit dobře a příjemně, protože v našem blízkém okolí nám nikdo nerozumí. V tomto případě se z nás může stát workoholik (Vňuková et al., 2020).

Doporučováno je zaměření na zdravou míru angažovanosti v práci, což lze považovat za pozitivní protiklad vyhoření, která má být onou intervencí ke zmírnění vyhoření resp. prevencí. Podstatným bodem je zlepšení vztahů na pracovišti a solidní sociální zázemí v profesním prostředí (Maslach et al., 2001). Oboje hraje významnou roli při ovlivnění vyhoření. Sociální vazby na pracovišti významně a hodnotně přispívají předcházení vyhoření a udržují zdraví a pohodu lidí na pracovišti. Podstatnou rolí v prevenci vzniku syndromu vyhoření je schopnost říkat „ne“ (Vojtíšková, 2018).

Nejčastěji dochází k syndromu vyhoření u lidí, kteří vykonávají práci s lidmi. U těchto profesí je důležité vytvořit si od klientů jistý odstup. Mezi různé metody, které mohou pomoci předejít syndromu vyhoření, může být například sémantické odosobnění, kdy se klient stává kauzou, určitou diagnózou. Profesionál hovoří o klientovi racionálně, bez emocí, bez osobního přístupu nebo metoda izolace, která znamená jasné rozlišení profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem (Ptáček et al., 2013).

Olson et al. (2015) uvádí, že je velmi důležité nepotlačovat své pocity, ale mluvit o nich, vyjadřovat je, je potřeba vytvořit vhodné prostředí. Není vždy nutné vyhledat odbornou péči, mnohdy stačí konzultovat své pocity s kolegou. Vlastní syndrom vyhoření může dospět až do nutnosti léčby psychiatra, klinického psychologa a samozřejmě léčeného jedince, který musí postupně přijmout zásadní změny nejen v pracovním životě. Konkrétní postupy k prevenci i zvládnutí rozvinutého syndromu vyhoření jsou součástí mnoha monografií i odborných výzkumů a publikací. Jednou z cest je přístup kognitivně behaviorální terapie (KBT), kdy základním principem je individuální identifikace nepřiměřených postojů, jejich následná formulace, prozkoumání a náhrada jinými, rozumnějšími postoji. Tento postup lze v počátečních fázích vyhoření zvládnout samostatně. K prevenci syndromu vyhoření může pomoci úprava pracovního režimu, kdy je vhodné v rámci pracovního dne zařadit přestávky během pracovní směny a využít je k regeneraci sil jak tělesným cvičením, procházkou, relaxací, tak i meditací. Důležitým preventivním bodem je umět důsledně oddělovat pracovní život od osobního (Kuba, 2021; Vojtíšková, 2018).

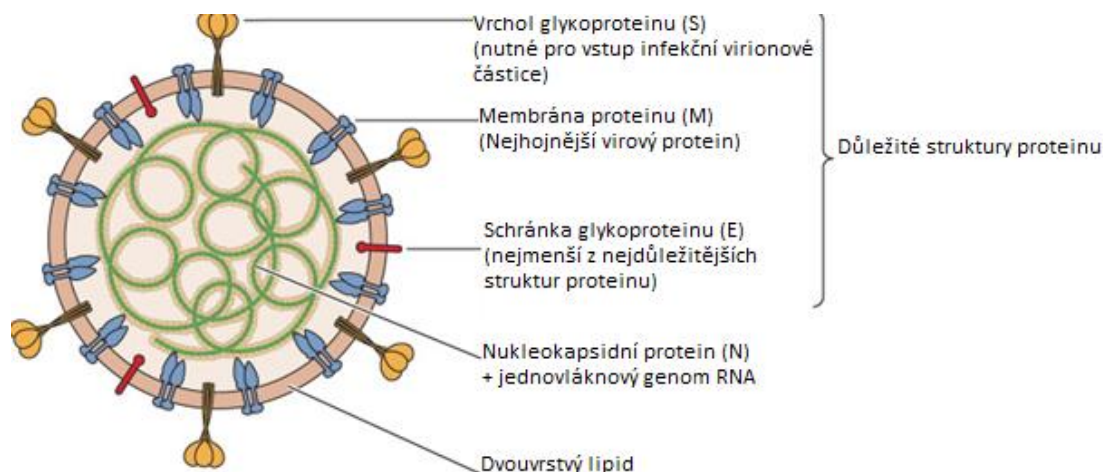
2.2 COVID-19

V posledních desetiletích se objevilo několik nových nemocí v různých zeměpisných oblastech s patogeny včetně viru Ebola, viru Zika, viru Nipah a koronaviřů (CoV). Na konci prosince 2019 několik zdravotnických zařízení ve Wu-chanu v čínské provincii Chu-pej hlásilo shluky pacientů s pneumonií neznámé příčiny. Podobně jako u pacientů se SARS a MERS vykazovali

tito pacienti příznaky virové pneumonie, včetně horečky, kašle a nepohodlí na hrudi, a v závažných případech dušnost a oboustrannou infiltraci plic (Gorbalenya et al., 2020). Mezi prvními 27 zdokumentovanými hospitalizovanými pacienty byla většina případů epidemiologicky spojena s *Huanan Seafood Wholesale Market*, mokrým trhem v centru Wuhan, kde se prodávají nejen mořské plody, ale i živá zvířata, včetně drůbeže a volně žijících zvířat. Podle retrospektivní studie se počátek prvního známého případu datuje 8. prosince 2019. Dne 31. prosince informovala městská zdravotnická komise ve Wuhanu veřejnost o vypuknutí neidentifikované pneumonie a informovala Světovou zdravotnickou organizaci (Hu et al., 2021).

Laboratorní vyšetření objevily nový typ virové infekce a počáteční genomové sekvenční údaje tohoto viru se neshodují s dříve sekvenovanými CoV, který se nyní označuje jako těžký akutní respirační syndrom CoV-2 (SARS-CoV-2). Ačkoli existuje podezření, že onemocnění koronaviry 2019 (COVID-19) pochází od zvířecího hostitele (zoonotického původu), po němž následuje přenos z člověka na člověka, není ještě vyloučena možnost dalších cest. Potenciální a očekávané cesty by navíc byly spojeny s přenosem, stejně jako u jiných respiračních virů, přímým kontaktem, jako je potřesení kontaminovaných rukou, nebo přímým kontaktem s kontaminovanými povrchy (Gorbalenya et al., 2020). Ve srovnání s nemocemi způsobenými dříve známými lidskými CoV vykazuje COVID-19 méně závažnou patogenezi, ale vyšší přenosovou kompetenci, jak je patrné z neustále se zvyšujícího počtu celosvětově potvrzených případů. Ve srovnání s jinými objevujícími se viry, jako je virus Ebola, ptačí H7N9, SARS-CoV a koronavirus na Středním východě s respiračním syndromem (MERS-CoV), vykazuje SARS-CoV-2 relativně nízkou patogenitu a mírnou přenosnost (viz Obrázek 1) (Synowiec et al., 2021). Studie použití kodonů naznačují, že tento nový virus byl přenesen ze zvířecího zdroje, například z netopýrů. Včasná diagnostika pomocí PCR v reálném čase a sekvenování nové generace usnadnila identifikaci patogenu v rané fázi (Dhama et al., 2020).

Obrázek 1 SARS-CoV-2 Virus



Zdroj: Dhama et al. (2020)

Obrázek 1 popisuje jednotlivé struktury koronaviru. Koronavirus SARS-CoV-2 patří mezi takzvané RNA viry. Ribonukleovou kyselinu (RNA) používá k uchování své genetické informace. Díky zvláštní struktuře na začátku RNA se virová RNA „tváří“ jako lidská a virus tak může infikovat organismus a množit se v něm (WHO, 2021).

Lidmi s pozitivními výsledky se stanou ti, kteří se infikovali SARS-CoV2. Tedy virem, který způsobuje onemocnění COVID-19. Virus se do lidského těla dostane přes dýchací systém (nos, ústa a dýchací cesty). Tělo se snaží zabránit invazi virům a následnému šíření. Imunitní systém zajišťuje obranu lidského těla. Patogen koronaviru se musí dostat přes tuto imunitní obranu, než může způsobit onemocnění. Z toho důvodu jediná virová částice málokdy stačí k tomu, abyste se člověk virem nakazil. Než tedy člověk onemocní, obvykle musí přijít do kontaktu s mnoha virovými částicemi (RIVM, 2021).

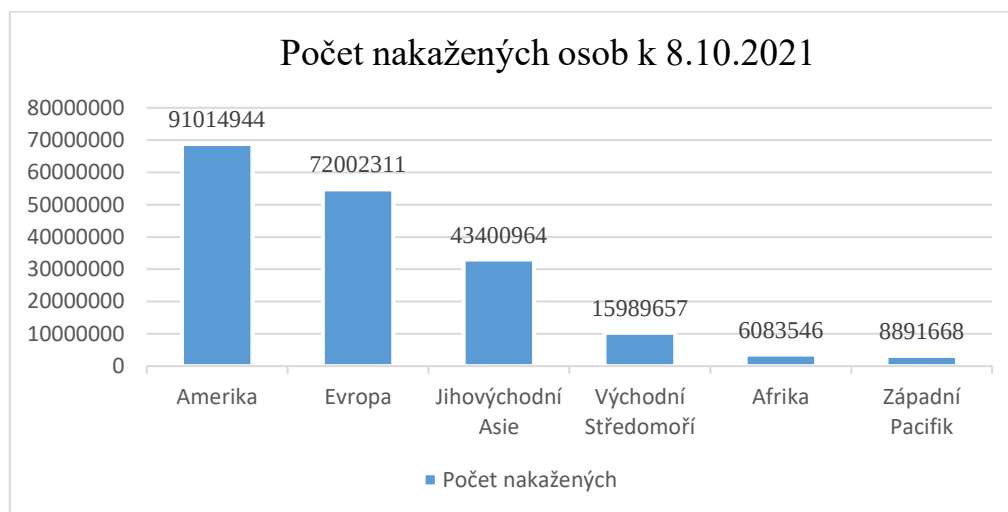
Osoba, která onemocněla COVID-19, produkuje ve svém těle miliony kopií viru. Tyto virové částice se nacházejí ve velkém množství v plicích, ale také v jiných „vlhkých“ částech lidského těla, jako je hrdlo nebo nosní dutina. Zakašláním nebo vydechováním infikované osoby se uvolní kapičky infikované tekutiny. Většina z těchto kapek dopadá na blízké povrchy a předměty do vzdálenosti dvou metrů – například stoly, židle nebo telefony. Proto mezi nejčastější příklady přenosu onemocnění COVID-19 patří kapénková infekce (RIVM, 2021). Nakazit se tak člověk může i pouhým dotykem kontaminovaných povrchů nebo předmětů a poté dotykem očí, nosu nebo úst. Jinými slovy, COVID-19 se šíří podobným způsobem, jako běžné chřipkové onemocnění (Cui et al., 2019). Ve většině případech se množství infekčního viru na jakémkoliv kontaminovaném povrchu významně sníží pravděpodobně během 72 hodin. Viry se přenášejí zejména na dlaních a z těch pak dále do těla, např. při dotyku nosu, promnutí tváře či očí. Většina infikovaných osob má mírné příznaky a poměrně rychle se zotaví. Někteří lidé však mají podstatně horší průběh, který přejde až ve velmi vážné onemocnění s nutností zdravotnické péče (plicní ventilace) (Bezpečnost práce, 2020).

Jedním z největších problémů onemocnění COVID-19 je jeho vysoká přenosová aktivita a vysoká smrtnost (Dhama et al., 2020, s. 9-13). Od počátku onemocnění se několik světových farmaceutických společností pokusilo o výzkum očkovací látky. V současné době je na světovém trhu několik druhů očkovacích látek, od různých farmaceutických firem, založených na různém principu metody vývoje vakcíny (Dhama et al., 2020, s. 24-26). Onemocnění COVID-19 postihuje především jedince staršího věku nebo jedince, kteří mají oslabený imunitní systém a nebo postihuje jedince trpící chronickými nemocemi, jako je diabetes, srdeční a plicní onemocnění, jsou také náchylnější. Zdá se, že lidé starší 40 let jsou zranitelnější než lidé mladší.

2.2.1 Šíření pandemie, očkování

Koronavirus se rozšířil do dalších provincií Číny v polovině ledna 2020, čemuž výrazně napomohly oslavy a cestování během čínského Nového roku. Případy nakažených začaly být následně hlášeny kromě Číny i v dalších 191 zemích na celém světě, do kterých byl virus přenesen mezinárodními cestovateli. Od 23. ledna vede Světová zdravotnická organizace se světovými vládami úsilí, aby se informovalo a varovalo obyvatelstvo a stanovila se opatření, která by zabránila šíření nového typu koronaviru. Dne 30. ledna 2020, kdy bylo potvrzeno 7 711 případů v 18 státech světa, byl Světovou zdravotnickou organizací vyhlášen globální stav zdravotní nouze a v březnu stejného roku pandemická situace (WHO, 2019). Do 11. října 2021 bylo ve 195 zemích světa celkem potvrzeno 238 257 894 případů, z toho 4 857 241 úmrtí, připisovaných onemocnění COVID-19. Ke stejnému dni bylo použito 6 520 960 194 dávek očkování. Hranice 2 milionů registrovaných mrtvých byla dosažena jen po roce od prvních případů v čínské provincii Wu-Chan a podle odborníků bude reálné číslo ještě vyšší, protože řada úmrtí nebyla oficiálně zaznamenána (WHO, 2019). Odhady hovoří o zhruba 16 miliónech obětí k říjnu 2021 (viz Graf 1).

Graf 1 Počet nakažených osob od počátku pandemie COVID-19 regionálně



Zdroj: WHO (2021)

Nejvíce nakažených osob novým typem koronaviru zaznamela Amerika s téměř 92 miliony nakažených osob. Evropa ohlásila k říjnu 2021 přes 72 miliónů nakažených a jihovýchodní Asie oznámila třetí nejvyšší počet nakažených, téměř 44 miliónů osob (WHO, 2021).

Ministerstvo zdravotnictví (2020) informovalo o základních preventivních bodech před nákazou COVID-19. Nejlepším způsobem, jak zabránit infekci, je nevystavovat se viru, tedy lidem s příznaky chřipkového onemocnění. Takzvané desatero preventivních opatření proti onemocnění COVID-19 uvedl portál Bezpečnost práce (2020) na svých webových stránkách. Mezi základní body prevence se zařadilo pravidelné mytí a dezinfikování rukou, používání jednorázových kapesníků a utěrek, zákaz cestování do zasažených zemí, nebo například vyhýbání se místům s vyšším počtem lidí.

Od počátku onemocnění se několik světových farmaceutických společností pokusilo o výzkum očkovací látky. V současné době je na světovém trhu několik druhů očkovacích látek, od různých farmaceutických firem, založených na různém principu metody vývoje vakcíny (Dhama et al., 2020, s. 24-26). Řada lidí, i odborníků, považuje rychlost vytvoření očkovací látky za příliš rychlý proces, a proto očkovací látce nedůvěřují. Běžná populace, která získává informace pouze z médií, také zpochybňuje účinnost vakcinační látky nebo mají obavy z vedlejších účinků a vakcinaci tak odmítají. Lidé často neznají průběh vytvoření vakcinační látky, neznají bezpodmínečně nutná bezpečnostní opatření, která jsou pro Českou republiku stanovena normami Evropské unie, a neznají ani systém testování vakcín, než jsou distribuovány na světovém trhu. Diskuze, vznikající v souvislosti se vznikem vakcíny proti onemocnění COVID-19, jsou především v důsledku rychlosti vytvoření vakcíny a její brzké distribuci (Státní úřad pro kontrolu léčiv, 2021). Státní úřad pro kontrolu léčiv (2021) uvádí, že z údajů z klinických studií je známo, že se některé vedlejší účinky po podání očkovací látky na onemocnění COVID-19 objevují velmi často, například bolesti v místě vpichu, které jsou velmi mírné a často odezní během pár dní. U více jak poloviny lidí se objevuje únava a bolest hlavy, v nižším rozsahu bolest svalů a kloubů, třesavka nebo horečka. Protože je očkovací látka na trhu velmi krátkou dobu, lidé mívají obavy i z případných dlouhodobých následků. Důvody, proč vakcína vznikla tak rychle a ujištění, že prošla veškerými bezpečnostními a schvalovacími procesy, by měly patřit mezi základní informace v médiích, aby lidé neměli strach se nechat očkovat a měla by být současně zdůrazněna i důležitost proočkování většiny celosvětové

populace. Pokud neproběhne u většiny osob proces vakcinace proti onemocnění COVID-19, nejen, že budou neustále každodenní pozitivní přírůstky nákazy, ale především se nebude snižovat počet nakažených s těžkým průběhem onemocnění na jednotkách intenzivní péče, kteří jsou hospitalizováni někdy až 2–3 týdny, zdravotnická péče bude neustále přeplněna a pacienti s jinými diagnózami tak nemusí dostat tu nejlepší péči z důvodu fyzického i personálního vyčerpání českého zdravotnictví. Přeplněná kapacita zdravotnických zařízení se řadí mezi jeden z největších negativních dopadů onemocnění COVID-19 (Úzis, 2021).

V rámci Evropské unie aktuálně (k 20. říjnu 2021) uvádí nejvyšší proočkovanost (1 nebo 2 dávkami očkovací látky) Portugalsko (88,8 %), následuje Malta (84,2 %), Island (83,3 %) a Španělsko (81,8 %). Česká republika je se 60 % proočkovaností až na 20. místě evropských států. Slovensko ještě nemá proočkovanou ani polovinu obyvatel (CovData, 2021).

2.3 Personální vytížení zdravotníků

Zdravotnictví nebo medicína je aplikovaná biologická věda o zdraví, stavech a chorobných procesech člověka, o způsobech léčení a předcházení nemocem. Úkolem tohoto oboru je chránit a zlepšovat zdraví osob. Medicína se opírá o poznatky biologie, chemie, fyziky a v současné době se stále více prosazuje také informatika (Frydryšek, 2019, s. 10 – 12).

Dobré životní podmínky poskytovatelů zdravotní péče, vliv jejich duševního zdraví a pohody na bezpečnost pacientů si získaly mezinárodní zájem a pozornost, ačkoli koncept syndromu vyhoření mezi zdravotníky není nový. Zdravotnictví jako odvětví vytváří mnoho tlaků na poskytovatele zdravotní péče, včetně výzev v klinické praxi, nedostatku času, nadbytku požadavků ze stran pacienta i vedení, nedostatečné kontroly nad pracovními procesy a plánováním a v neposlední řadě v konfliktních pozicích ve vztahu s vedením (Bridgeman et al., 2018). Vzhledem k intenzivním fyzickým a kognitivním požadavkům na poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče širokému spektru pacientů jsou zdravotničtí pracovníci obzvláště náchylní k rozvoji syndromu vyhoření. Je zřejmé, že rozšířené projevy syndromu vyhoření ze strany zdravotníků představují vážnou potenciální hrozbu pro celkovou kvalitu péče o pacienty a pro realizaci pozitivních výsledků mnoha léčebných strategií. Zcela jistě to bude mít vážný negativní dopad na ekonomickou životaschopnost celého systému zdravotnictví. Agentura pro zdravotnictví Výzkum a kvalita odhaduje, že syndrom vyhoření může postihnout 10 – 70 % zdravotních sester a 30 – 50 % lékařů, praktických lékařů a asistentů lékařů (Bridgeman et al., 2018; Ptáček et al., 2014).

Problematiku syndromu vyhoření mezi zdravotníky rešeršně zpracoval také Chemali et al. (2019), kde kritéria pro zařazení do systematického přehledu splnilo 138 článků. Studie se zaměřily na syndrom vyhoření na Středním východě u lékařů (N = 54 článků), zdravotních sester (N = 55), ostatních zdravotnických pracovníků (N = 22) a studentů medicíny (N = 7). Syndrom vyhoření byl běžným jevem u lékařů, zdravotních sester i dalších zdravotnických pracovníků, přičemž odhady prevalence vyhoření se převážně pohybovaly mezi 40 a 60 %. Syndrom vyhoření mezi poskytovateli zdravotní péče na Blízkém východě souvisel s charakteristikami jejich pracovního prostředí, vystavením násilí a teroru, emočním strádáním a nízkou sociální podporou.

Během infekčních epidemií jsou zdravotničtí pracovníci povinni poskytovat tradiční péči a čelit novým tlakům. Omezení času a zdrojů, zaměření se na záchranu životů a nová bezpečnostní opatření mohou vést k opomíjení tradičních aspektů poskytování péče (Mitchinson et al., 2021).

2.3.1 Projevy syndromu vyhoření během pandemie COVID-19 v Evropě

Během pandemie COVID-19 byli zdravotníci vystaveni mnoha psychosociálním stresorům. Serrao et al. (2021) zkoumal roli odolnosti ve vztahu mezi depresí a syndromem vyhoření u portugalských zdravotníků. Průřezová studie byla provedena pomocí online dotazníku distribuovaného prostřednictvím sociálních sítí. Byl proveden průzkum zahrnující standardizované míry odolnosti (Resilience Scale-25 položek), deprese (subškála Depression Anxiety Stress Scales-21 položek) a syndromu vyhoření (Copenhagen Burnout Inventory Scale-19 položek). Průzkum dokončilo celkem 2008 zdravotníků. Výsledky odhalily, že deprese měla nejen přímý vztah k osobnímu, pracovnímu a klientskému vyhoření, ale také nepřímý malý účinek prostřednictvím odolnosti. Psychologická odolnost hrála částečnou zprostředkující roli mezi depresí a syndromem vyhoření (Serrao et al., 2021).

Duarte et al. (2020) hodnotil portugalské zdravotníky během pandemie COVID-19 z hlediska sociálně-demografických proměnných a duševního zdraví na tři dimenze vyhoření: osobní, pracovní a klientské vyhoření. Online vedený dotazníkový průzkum dokončilo celkem 2008 respondentů. Bylo zjištěno, že pohlaví, rodičovství, manželství a snížení platu jsou významnými faktory osobního vyhoření. Zdravotní problémy a přímý kontakt s nakaženými onemocněním COVID-19 byly významně spojeny s větší náchylností k vysokému osobnímu a pracovnímu vyhoření. Pracovníci v přední linii byli spojeny se všemi třemi dimenzemi, stejně jako vyšší úroveň stresu a deprese. Vyšší životní spokojenost a odolnost byly významně spojeny s nižšími úrovněmi všech dimenzí vyhoření.

Torrente et al. (2021) posuzovali prevalenci syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků pracujících v první linii ve Španělsku během pandemie COVID-19. Odběr online dotazníků byl proveden mezi 21. dubnem a 3. květnem 2020. Průzkum mezi španělskými zdravotníky pracující v první linii shromáždil demografické údaje a otázky týkající se pracovní pozice účastníků od vypuknutí pandemie. Syndrom vyhoření byl hodnocen inventárním lékařským personálem Maslach Burnout. Ze 643 způsobilých respondentů bylo 408 (63,5 %) lékařů, 172 (26,8 %) zdravotních sester a 63 (9,8 %) dalších technických profesí. V první linii pracovalo 377 zdravotníků (58,6 %). Nejvíce účastníků byly ženy (472 (73,4 %)) ve věku 31–40 let (163 (25,3%)) a pracovaly v terciárních nemocnicích (> 600 lůžek) (260 (40,4 %)). Syndrom prevalence vyhoření byl 43,4 % (95 % CI 39,5 % až 47,2 %) a byl vyšší u pracovníků z první linie (49,6 %, $p < 0,001$). Ženy pociťovaly větší příznaky syndromu vyhoření (60,8 %, $p = 0,016$), více se obávaly sebeinfekce (61,9 %, $p = 0,021$) a svého výkonu a kvality péče poskytované pacientům (75,8 %, $p = 0,015$). Častější příznaky syndromu vyhoření byly mezi 20 a 30 lety (65,2 %, $p = 0,026$) a u zdravotníků s více než 15 let zkušeností (53,7 %, $p = 0,035$).

Mezi pracovníky italských zdravotnických zařízení celkově 38,3 % vykazovalo vysoké emocionální vyčerpání (EV) a 46,5 % nízkou pracovní výkonnost (PV). Vyhoření bylo časté mezi zaměstnanci pracujícími na jednotkách intenzivní péče (EV 57,0 %; PV 47,8 %) , mezi rezidenty (EV 34,9 %; PV 63,9 %) a zdravotními sestrami (EV 49,2 %; PV 46,9 %). Být rezidentem zvýšilo riziko syndromu vyhoření téměř 2,5krát ve všech třech podškálách dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI). Zaměstnání zdravotní sestry zvýšilo riziko syndromu vyhoření z důvodu emocionálního vyčerpání ve srovnání s lékaři. Zdravotnický personál pracující v první linii vykázal více emocionálního vyčerpání. Riziko vyhoření bylo vyšší u zaměstnanců vykazujících již existující psychologické problémy; u osob, které zažily traumatizující událost související s COVID-19; a u osob, které se vyhýbaly mezilidským vztahům na pracovišti i v osobním životě (Lasalvia et al., 2021).

2.3.2 Projevy syndromu vyhoření během pandemie COVID-19 v Americe

Lékaři pracující v první linii čelí většímu riziku v možném vzniku syndromu vyhoření. Příčina může být spojena s psychickým stresem, nedostatkem finančních zdrojů, izolací, vyšším pracovním vytížením a osobní nespokojeností s výkonem práce. Syndrom vyhoření od začátku pandemie hlásilo 74,7 % z dotazovaných lékařů pracujících na pohotovosti z celkem 39 států Spojených států amerických. Přispívající faktory k syndromu vyhoření zahrnovaly vysokou emoční zátěž a úzkost související s prací, zvýšené pracovní vytížení a izolaci od rodiny a přátel. Lékaři, kteří cítili nedostatečnou institucionální podporu, byli nespokojeni s kvalitou péče o pacienty. Lékaři vyjadřující nespokojenost se svým výkonem práce častěji hlásili pocity vyhoření (Nguyen et al., 2021).

Zdravotní sestry a ošetrovatelské asistentky ze Spojených států amerických (N = 587) se zúčastnily online výzkumu v období květen – červen 2020. Průzkum zahrnoval dotazníky týkající se únavy a mezisměnného zotavení (Occupational Fatigue and Exhaustion Recovery-15), posttraumatického stresu (rozhovor s krátkou posttraumatickou stresovou poruchou), nespavosti (Insomnia Severity Index), syndromu vyhoření (Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey), psychické tísně (dotazník na zdraví pacientů-4) a otázky týkající se práce a demografie. Výsledky odhalily, že dotazovaní vykazovali vysokou míru akutní únavy, středně těžkou až vysokou chronickou únavu, podprahovou nespavost a nízkou až střední dobu odpočinku mezi pracovními směny. Byli více emočně vyčerpaní a měli pocity depersonalizace kvůli zvýšenému osobnímu nasazení, mírnému psychickému utrpení a vysokému posttraumatickému stresu. Sestry, které se staraly o pacienty s COVID-19, zaznamenaly u otázek z téměř všech dotazovaných skupin významně horší výsledky než jejich spolupracovnice. Určité faktory, jakou byla týdenní pracovní doba a frekvence 30minutových přestávek, hrály významnou roli ve vztahu k redukci vzniku syndromu vyhoření (Sagherian et al., 2020).

Cyr et al. (2021) zkoumali, jak nejlépe identifikovat modifikovatelné ochranné a rizikové faktory vyhoření u kanadských zdravotníků pracujících v první linii během pandemie COVID-19. Byly zkoumány individuální, profesní, organizační a sociální faktory. Studie také hodnotila dopad těchto faktorů na posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), úzkost a depresi. Pomocí inventáře Maslach Burnout Inventory, PTSD Checklist pro DSM-5 a Hospital Anxiety and Depression Scale byla studována prevalence syndromu vyhoření, posttraumatická stresová porucha, úzkost a deprese. U každého výsledku byly provedeny vícerozměrné logistické nebo lineární regresní modely zahrnující odolnost, sociální a organizační podpora, pracovní zátěž a přístup k pomoci v oblasti duševního zdraví, simulační techniky a ochranné osobní prostředky (OOP) a také vnímání zabezpečení OOP. V polovině června 2020 průzkum dokončilo 467 účastníků. Bylo zjištěno, že polovina (51,8 %) respondentů zažila syndrom vyhoření charakterizovaný emočním vyčerpáním a/nebo odosobněním alespoň jednou týdně. Celkem 158 zdravotnických pracovníků (35,6 %) vykazovalo závažné příznaky alespoň jedné z poruch duševního zdraví (24,3 % PTSD, 23,3 % úzkost, 10,6 % deprese). Odolnost (OR = 0,69, 95 % CI: [0,55–0,87]; p = 0,002) a vnímaná organizační podpora (OR = 0,75, 95 % CI: [0,61–0,93]; p = 0,009) byly významně spojeny se syndromem vyhoření a dalšími výsledky.

Khan et al. (2021) zjišťoval prevalenci syndromu vyhoření u lékařů interního lékařství ze dvou kanadských nemocnic ve Vancouveru v období srpen – říjen 2020. Vyhoření a jeho složky, emoční vyčerpání, depersonalizace a osobní úspěchy byly hodnoceny podle Maslachovy škály. Míra odpovědí byla 38 % (n=302/803 respondentů, 49 % žen). Prevalence vyhoření byla 68 % (emocionální vyčerpání 63 %, depersonalizace 39 %) a pocit nízkého osobního úspěchu 22 %. Kromě toho 21 % z dotazovaných uvedlo, že zvažují ukončení profese nebo opustění pozice. Ženy častěji uváděly emoční vyčerpání (p=0,03) a pociťovaly nižší osobní úspěchy (p=0,03)

než muži. Nebyl žádný rozdíl v emočním vyčerpání nebo depersonalizaci podle etnického původu nebo sexuální orientace.

2.3.3 Projevy synromu vyhoření během pandemie COVID-19 v Asii

Pandemie COVID-19 má za následek hlubokou fyzickou a psychickou zátěž pro zdravotnické pracovníky. Online dotazník dobrovolně zodpovědělo celkem 2029 dospělých zaměstnanců ve specializovaném zdravotnickém středisku COVID-19 v čínském městě Kaohsiung. Hlavní analýza zahrnovala stav vyhoření a změny nálad. Výsledky odhalily celkem 901 účastníků se středním (44,4 %) a 923 (45,5 %) účastníků se závažným stavem syndromu vyhoření. Sestry pracující na pohotovosti, jednotce intenzivní péče nebo na izolačních odděleních a všeobecných odděleních, stejně jako sestry pracující v první linii, měly významně vyšší skóre u osobního vyhoření, vyhoření z práce a poruchy nálady. Tato studie identifikovala 271 účastníků (13,35 %) se středně těžkou až těžkou poruchou nálady spojenou s vyšším skóre vyhoření v souvislosti s prací nebo s prací a pokročilejším stavem vyhoření. Ve srovnání s obdobím před pandemií (rok 2019) měli zaměstnanci pracující během pandemie COVID-19 (rok 2020) vyšší skóre vyhoření a procenta závažného syndromu vyhoření (Lin et al., 2021).

Khasne et al. (2020) hodnotil syndrom vyhoření mezi indickými zdravotníky z první linie. Byl proveden průzkum využívající dotazník Copenhagen Burnout Inventory Scale. Studie se zúčastnilo 2026 zdravotníků. Syndrom vyhoření byl hodnocen v osobních, pracovních a klientských oblastech, souvisejících s pandemií COVID-19. Syndrom vyhoření byl definován na skóre 50 bodů pro každou oblast. Prevalence osobního vyhoření byla u 44,6 % dotazovaných, vyhoření z důvodu pracovního vyčerpání bylo pouze ve 26,9 %, ale více než polovina respondentů (52,8 %) pociťovala syndrom vyhoření související s pandemií COVID-19. Mladší respondenti (21–30 let) měli vyšší osobní a pracovní vyhoření a příznaky syndromu vyhoření byly významně vyšší mezi ženami.

Pomocí průřezové studie Huo et al. (2021) bylo hodnoceno dotazníkovou metodou celkem 606 zdravotnických pracovníků z první linie v boji s pandemií COVID-19 ze 133 čínských měst. K vyhodnocení úrovně vyhoření byl použit dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Depresivní příznaky byly hodnoceny pomocí dotazníku zdraví u pacientů s depresí (PHQ-9). Během pandemie COVID-19 došlo k syndromu vyhoření celkem 36,5 % zdravotnického personálu. Osobní a pracovní faktory byly nezávisle spojené se syndromem vyhoření, včetně věku, fyzického onemocnění, rodinného příjmu, denní pracovní doby a povoláním zdravotní sestry. Psychosociální dopad COVID-19 je mezi zdravotnickými pracovníky (HCW) větší než v běžné populaci.

Průřezová studie Nguyen et al. (2021) byla provedena ve druhém týdnu dubna 2020 během národního lockdownu ve Vietnamu. K posouzení dopadu COVID-19 na zdravotníky byl použit online dotazník za využití škály dopadů událostí (IES-R). Výsledky odhalily, že se ze 349 dotazovaných zdravotníků u 22,6 % objevily psychosociální problémy. Většina účastníků uvedla, že je denně vystavena onemocnění COVID-19 (48,7 %). Většina z nich také cítila, že je jejich práce vystavuje riziku nákazy infekcí SARS-CoV-2 (90,3 %), a většina z nich vyjádřila strach z potenciální nákazy infekcí (85,7 %). Zdravotníci, kteří pracovali na interním oddělení, kteří se nestarali o pacienty s COVID-19 nebo vyjádřili strach z nákazy, měli větší pravděpodobnost vyššího celkového skóre IES-R. Navzdory rizikům COVID-19 95,4 % účastníků vyjádřilo ochotu pokračovat v práci ve svém současném zdravotnickém zařízení. Kromě toho 94,8 % účastníků věří, že pokud by byli oni nebo jejich rodinní příslušníci infikováni, jejich vedení by jim poskytlo odpovídající lékařskou péči.

2.4 Současná situace v českých nemocnicích

Pandemie koronavirového onemocnění COVID-19, způsobená závažným akutním respiračním onemocněním koronavirem SARS-CoV-2, vedla k milionům potvrzených případů a úmrtí po celém světě. Účinné diagnostické nástroje jsou velmi žádané, protože rychlé a rozsáhlé testování hraje klíčovou roli při léčbě pacientů a zpomalení šíření onemocnění (Tali et al., 2021).

Během druhé vlny pandemie COVID-19 (únor – duben 2021) v českých nemocnicích přibývaly případy nakažených s těžkým průběhem onemocnění a jednotky intenzivní péče českých nemocnic již neměly volná lůžka pro nově přichozí pacienty (Český rozhlas, 2021; iRozhlas, 2021). Jednotlivá oddělení nemocnic se stávaly covidovými oddělení a personální vytížení zde bylo enormní. Personál byl fyzicky a psychicky totálně vyčerpaný. Řada zdravotníků začala užívat antidepresiva, rozpadali se jim partnerské vztahy, neměli čas věnovat se vlastní rodině a mnohdy neměli sílu přijít do práce mezi dusící se a umírající pacienty.

V současné době se situace zklidnila díky vyšší proočkovanosti občanů. I přesto, že proočkovanost druhou dávkou vakcíny je více jak padesátiprocentní (Ministerstvo zdravotnictví, 2021), stále se v českých nemocnicích objevují případy s vážným průběhem onemocnění. Počty případů nákazy koronavirem v České republice začaly dle očekávání na podzim růst. Klíčové ukazatele v nynější fázi pandemie představují takzvaná smrtnost a obsazenost nemocnic. Přestože vakcinace s postupem času chrání méně, stále je dostatečnou ochranou proti vážnému průběhu onemocnění vyžadující hospitalizaci (Úzis, 2021).

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2021) eviduje celkový počet dostupných lůžek v českých nemocnicích pro pacienty se středním a těžkým průběhem onemocněním COVID-19 na 22 663 lůžek. K 12. říjnu 2021 bylo aktuálně obsazeno v českých nemocnicích celkem 5 952 lůžek, tedy 26 procent. Nejvyšší obsazenost a hospitalizovaných pacientů uvedl Jihočeský kraj. Následoval kraj Karlovarský, Liberecký, Královéhradecký a Zlínský. Naopak nejméně hospitalizovaných pacientů z důvodu vážného průběhu onemocnění COVID-19 bylo v Olomouckém a Pardubickém kraji. Pandemická situace se ale od října stále zhoršuje a pacientů přijatých k hospitalizaci onemocněním COVID-19 stále přibývá (Úzis, 2021).

2.5 Metodika práce

Základem metodiky výzkumu je návaznost na testování české populace, českých lékařů a českých učitelů (Ptáček et al., 2014; Ptáček et al., 2017; Ptáček et al., 2019). V těchto studiích byly použity stejné nástroje pro zjištění míry vyhoření a depresivní symptomatologie. Tento postup má umožnit, aby v budoucnu bylo jednodušší srovnání vyhoření mezi profesemi v rámci České republiky i s ohledem na pandemii COVID-19. Zároveň díky volně dostupným standardizovaným dotazníkům má metodika usnadnit opakovaný výzkum.

Závěrečná práce má charakter neexperimentální deskriptivní studie s dotazníkovým šetřením (survey design). Ve studii byla využita baterie čtyř dotazníkových diagnostických nástrojů. Celá baterie byla administrována pouze elektronicky prostřednictvím on-line přístupu. Její vyplnění trvalo celkem přibližně devět minut. Výzkum byl anonymní. Informovaný souhlas byl součástí průvodního textu před začátkem vyplnění dotazníku. Vyplněním a odesláním dotazníku respondent souhlasil se zpracováním údajů. V dotazníku byly použity následující metody: Demografický dotazník o základních údajích respondentů, Dotazník životního stylu, Shirom – Melamedova škála vyhoření (SMBM) a Beckova škála depresivní symptomatologie (BDI-II).

Teoretická východiska závěrečné práce představují literární rešerši, ve které bylo podrobně zpracováno téma stresu, syndromu vyhoření, onemocnění COVID-19 a byly detailně zpracovány studie zabývající se syndromem vyhoření mezi zdravotníky ve světě.

Analytická část práce představuje statistické zpracování dotazníku dotazující se na příznaky syndromu vyhoření mezi zdravotníky během pandemie COVID-19 v chomutovské a motolské nemocnici. Zdroje pro teoretickou i praktickou část byly vyhledány v odborných publikacích, člancích periodik a v online zdrojích vyhledaných pomocí EBSCO, Web Of Science, PubMed a ProQuest.

2.5.1 Výzkumný soubor a průběh výzkumu

Byl stanoven primární výzkumný soubor, který byl tvořen zdravotníky z chomutovské nemocnice a z Fakultní nemocnice Motol, pro které je zdravotnictví hlavní nebo vedlejší pracovní činností. Celkem bylo osloveno 915 zdravotníků. Vstupním kritériem bylo stanovení, že respondenti mají zdravotnické vzdělání a jsou ve věku 18 až 70 let. Celkem bylo získáno 57 kompletně vyplněných dotazníků, z nichž bylo 21 dotazovaných z chomutovské a 36 z motolské nemocnice. 63,2 % dotazovaných respondentů (N=36) byly ženy, 36,8 % (N=21) byli muži.

Sběr dat probíhal od 12. 08. 2021 do 12. 09. 2021 elektronickou formou prostřednictvím nástroje pro tvorbu dotazníků Google Forms. Dotazník byl distribuován elektronickou poštou na e-mailové adresy jednotlivým subjektům z volně dostupných zdrojů a adresářů.

Přepis všech dotazovaných položek z online formuláře je přiložen na konci práce jako příloha číslo jedna. K ověření reliability byla použita Cronbachova alfa, jak je definována v práci Duška (2011). U dotazníku SMBM dosahuje Cronbachova alfa hodnoty větší než 0,94, pro dotazník BDI-II je větší než 0,89. Podle konvence značí hodnoty magnitudy 0,7 a větší dobrou úroveň vnitřní konzistence dotazníku (Dušek et al., 2011).

Zjištění demografických dat přineslo údaje o pohlaví, profesním vzdělání, věku, délce praxe a vlivu pandemie COVID-19 na pracovní činnost.

V rámci otázek o životním stylu respondenti odpovídali, zda znají termín syndrom vyhoření a zda se cítí tímto syndromem ohroženi. Dále byli dotázáni na copingové strategie ve vztahu k pracovnímu stresu a ohledně stresu z profese obecně.

Pro zjištění vyhoření byla zařazena česká verze SMBM. Tento nástroj prošel procesem standardizace pro Českou republiku a to na základě překladu Šolcové a díky standardizační studii Ptáčka (2017). Původními autory jsou Shirom a Melamed, kteří popsali vyhoření jako stav vyčerpání energetických zdrojů, který se projevuje ve třech dimenzích (fyzicky, kognitivně, emočně), a to na základě dlouhodobého pracovního stresu (Ptáček et al., 2017).

Dotazník BDI-II je Beckova škála pro sebesposouzení depresivní symptomatologie dospělých (Beck Depression Inventory II). Jde o nástroj využívaný v psychologické, psychiatrické i všeobecně lékařské praxi. Stejně jako v praxi je používán pro výzkumnou činnost. V zahraničí se používá jako osvědčená a validní metoda. Díky české standardizaci se používá i u nás. Jeho obsahem je 21 různých tvrzení s výběrem jedné ze čtyř možných odpovědí. Výběr odpovědi by měl odpovídat tomu, jak se respondent v posledních 14 dnech cítil. BDI-II má za úkol ověřit přítomnost depresivní symptomatologie. Česká verze BDI-II vznikla v roce 1999. Byl proveden překlad a první standardizace, která proběhla na 60 pacientech fakultních nemocnic. Z důvodu nízkého počtu respondentů byly přijaty cut-off hodnoty anglické verze (Preiss a Vacíř, 1999). V roce 2016 byla Ptáčkem a kolegy provedena standardizace nástroje BDI-II na české populaci. Ověřila se reliabilita a validita BDI-II pro českou verzi, která je srovnatelná s verzí anglickou

(Vňuková, 2020). Cut-off skóry jsou u BDI-II stanoveny od 0 do 13 pro žádnou nebo minimální depresivní symptomatologii, od 14 do 19 pro mírnou depresivní symptomatologii, od 20 do 28 pro střední depresivní symptomatologii a od hodnoty 29 do 63 pro těžkou depresivní symptomatologii (Kuba, 2021; Veerman et al., 2009).

2.5.2 Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem této závěrečné práce je zjistit metriky celkového vyhoření a jeho subdimenzí s využitím standardizované dotazníkové metody SMBM se současným zjištěním skóre depresivní symptomatologie za použití dotazníkové škály BDI-II mezi českými zdravotníky a porovnání celkových skóre mezi dvěma vybranými pracovišti. V rámci dalšího šetření jsou s využitím statistických metod získaná skóre komparována podle zvolených kategorizačních proměnných, kterými jsou pohlaví, pracoviště a pracovní odbornost. Následně jsou zjištěné hodnoty porovnány na základě věkových kategorií s českou populací dle orientačních norem (Ptáček, 2017) a podle souvisejícího výzkumu Vňukové (2020). Závěrem bylo na základě stanovených cílů zpracováno několik doporučení, které by mělo vzniku syndromu vyhoření mezi zdravotníky předcházet.

Výzkumné otázky byly formulovány na základě cílů práce a rešeršního zpracování aktuálního stavu dostupných literárních zdrojů v oblasti syndromu vyhoření a depresivní symptomatologie na souboru zdravotníků v České republice.

Výzkumná otázka č. 1: Mají na celkové a dílčí skóry vyhoření vliv zvolené kategorizační proměnné (pohlaví, pracoviště, pracovní odbornost)?

Výzkumná otázka č. 2: Mají na celkové skóre depresivní symptomatologie vliv zvolené kategorizační proměnné (pohlaví, pracoviště, pracovní odbornost)?

Výzkumná otázka č. 3: Jakých skóre vyhoření na základě dotazníku SMBM a skóre depresivní symptomatologie dle BDI-II dosahují zdravotníci v České republice v porovnání s obecnou populací?

Hypotézy byly sestaveny na základě dostupných literárních pramenů zabývajících se danou tematikou. Vycházejí ze stanoveného cíle závěrečné práce.

Hypotéza č. 1: Skóry celkového vyhoření a depresivní symptomatologie zdravotníků bez rozdílu pohlaví při porovnání průměrů v jednotlivých věkových kategoriích s průměry obecné populace se budou jevit jako vyšší.

Hypotéza č. 2: Syndrom vyhoření dle dosaženého skóre (celkového a dílčích dimenzí) podle SMBM je shodný napříč kategorizační proměnnou pohlaví, pracovištěm a pracovní odborností.

Hypotéza č. 3: Skóre depresivní symptomatologie podle BDI-II je shodné napříč kategorizační proměnnou pohlaví, pracovištěm a pracovní odborností.

2.5.3 Způsob vyhodnocení výsledků, omezení a vymezení výzkumu

Primární filtrace dat proběhla pomocí programu Microsoft Excel 2010, kdy byla data převedena do číselné podoby a byly vyloučeny chybně vyplněné dotazníky a respondenti nesplňující vstupní kritéria. Ke zpracování dat byl použit statistický software IMB SPSS 27. Pro zhodnocení aplikovatelnosti parametrických testů k účelu porovnání výběrů definovaných dle zvolených kategorizačních proměnných, byl proveden test normality, kde testujeme H_0 , která říká, že data lze aproximovat normálním rozdělením. Na základě Shapiro-Wilkova testu se nulová hypotéza o normalitě rozdělení zamítá pro proměnné SMBM_Cognitive,

SMBM_Emoțional, BDI_Total. Těsně je na hladině významnosti $\alpha=0,05$ zamítnuta H_0 také pro proměnnou Age. Pro ostatní proměnné nelze nulovou hypotézu o normalitě rozdělení na pětiprocentní hladině významnosti zamítnout. Nicméně je frekvence výskytu respondentů v některých kategoriích podle zvolených kategorizačních proměnných velmi nízká vzhledem k malému rozsahu výběru, proto bude k porovnání využito primárně neparametrických metod.

Testy byly vyhodnoceny na základě p-hodnoty vypočtené statistickým softwarem IBM SPSS 27. P-hodnota udává pravděpodobnost platnosti H_0 . Pro srovnání skóre vyhoření a depresivní symptomatologie bylo využito primárně neparametrických testů, nicméně bylo porovnání provedeno duplicitně i s využitím parametrické alternativy – dvouvýběrového t-testu – vyhodnocení výsledků však není v žádném z prováděných srovnání konfliktní. Kategorizace výběru byla provedena na základě věkových kategorií, pohlaví, pracoviště a pracovní odbornosti. Jednotlivé kategorie byly vzájemně porovnány. K porovnání k nezávislých výběrových souborů je možné využít neparametrického Kruskal-Wallisova testu nebo Mann-Whitneyova U testu, který se využívá při porovnání dvou nezávislých distribucí. Testy jsou neparametrickou alternativou k analýze rozptylu (ANOVA) a dvouvýběrovému t-testu, jejichž použití bylo zamítnuto na základě porušení předpokladu normality pro některé relevantní metriky a nerovnoměrnému rozložení respondentů v jednotlivých kategoriích dle vyhodnocení Shapiro-Wilkova testu normality (test je považován za vhodnější pro malé výběry do 2000 pozorování než Kolmogorov-Smirnovův test). Oba aplikované neparametrické testy jsou založené na sumě pořadí empirických hodnot na rozdíl od parametrických testů, které jsou založené na prvním a druhém momentu zkoumaného výběrového souboru. Jednovýběrový t-test byl využit pro porovnání celkových skóre vyhoření a depresivní symptomatologie pro jednotlivé věkové kategorie s hodnotami, které vykazoval obecná populace dle výzkumu Vňukové (2020). Porovnání bylo v tomto případě provedeno za pomoci parametrické statistiky z důvodu nedostupnosti mediánů v podkladové studii. Při porovnání jsou porovnávány vždy nejvýše dva soubory, v práci je tedy využito Mann-Whitneyova U testu, jednovýběrového t-testu a dvouvýběrového t-testu. K ověření vztahů mezi proměnným, které vyplynuly z řešení práce, byl zkonstruován model jednoduché lineární regrese, kde parametry regresní rovnice jsou odhadnuty metodou nejmenších čtverců. Zhodnocení kvality modelů – tedy existence předpokládaných vztahů ve výběru – bylo provedeno s využitím koeficientu determinace a F-testu, jímž byla testována statistická významnost odhadnutých regresních koeficientů.

Výzkumu se zúčastnila skupina zdravotníků, kteří byli osloveni napříč dvěma českými nemocnicemi. Celkem byly zaslány dotazníky 915 zdravotníkům, kteří měli veřejně uvedenou emailovou adresu na webových stránkách. Vyplněním demografického formuláře bylo zjištěno pohlaví, věk, vzdělání, počet roků ve funkci zdravotníka a konkrétní zdravotnický obor.

Za limity práce lze považovat nerovnoměrné zastoupení v rámci jednotlivých věkových skupin i pohlaví. Dále lze uvažovat o vyšší motivaci vyplnění dotazníků spíše vyhořelými nebo depresivními jednotlivci. Toto omezení je ale relativní s ohledem na chování takových jedinců, kteří naopak nemusí být ani motivováni podobnému výzkumu věnovat čas a pozornost. Dalším omezením je možnost nepravdivého či nepřesného vyplnění dotazníků, což může zkreslit výsledky práce. S ohledem na formu dotazníků, kdy s vyšším sebehodnocením pomocí číselné škály lze odhadnout pravděpodobnost vyšší míry vyhoření nelze vyloučit záměrné skórování respondentů. Vzhledem k požadovaným aspektům a zaměřením na úzce specializovanou populaci nebude možné výsledky této práce zobecňovat na širší část populace.

3 Praktická část

Syndrom vyhoření představuje riziko zdravotnického personálu pracujícího ve velkých nemocnicích během pandemie COVID-19 a jeho dopad je statisticky více zatěžující pro mladší lékařky v první linii v boji s COVID-19. Na základě rešeršního zpracování studií z nejvíce postižených států během covidové pandemie jsme zjistili, že prevalence syndromu vyhoření je během pandemie COVID-19 extrémně vysoká mezi zdravotníky, což velmi často souvisí s dalšími psychickými poruchami, jakou je například deprese. Při poskytování psychologické pomoci by se mělo více pozornosti věnovat mladým a méně zkušeným zdravotníkům, zejména zdravotním sestrám (Huo et al., 2021; Khasne et al., 2020; Lasalvia et al., 2021; Lin et al., 2021; Nguyen et al., 2021; Sagherian et al., 2020; Serrao et al., 2021; Torrente et al., 2021).

3.1 Představení zkoumaných nemocnic

Chomutovská nemocnice se řadí mezi subjekty Krajské zdravotní, a.s., která obsahuje celkem sedm nemocnic z Ústeckého kraje. Nemocnice poskytuje zdravotní péči v lékařských oborech formou ambulantní i lůžkové péče pro děti, dospělé i seniory. Stavebně ji tvoří 10 budov (Krajská zdravotní, 2021). „Chomutovská nemocnice dlouhodobě řeší personální problémy. Téměř všechna oddělení se potýkají s nedostatkem zkušených lékařů i zdravotních sester. Z důvodu pandemie COVID-19 musela být tři oddělení kompletně odstavena z běžné lékařské praxe a stala se z nich covidová lůžka. Zaměstnanci z různých oddělení tak byli nasazeni do první linie (Baumrt, 2021).“

Fakultní nemocnice Motol poskytuje základní, specializovanou a super specializovanou zdravotní péči a služby v lékařských oborech, formou ambulantní a lůžkové péče pro děti, dospělé a seniory. Je největším zdravotnickým zařízením v České republice. Stavebně ji tvoří 2 propojené monobloky a několik samostatných pavilonů. Ambulantně ošetří více než jeden milion pacientů ročně. Má téměř 6000 zaměstnanců. Motolská nemocnice se stala jednou z hlavních nemocnic pro léčbu pacientů s těžkým průběhem během pandemie COVID-19 (FN Motol, 2012).

3.2 Výzkum a jeho vyhodnocení

Syndrom vyhoření je považován primárně za syndrom související se zdravotnickými odborníky. Výsledky našeho výzkumu přináší informace o českých zdravotnících pracujících ve dvou různých nemocnicích, které jsou popsány výše. Ve výsledcích je zhodnocen primární výběrový soubor (N=57). Z celého souboru uvedlo 21 respondentů jako své pracoviště Nemocnici Chomutov a 36 Fakultní nemocnici Motol.

3.2.1 Deskriptivní statistiky vyhoření a depresivní symptomatologie u primárního výběrového souboru

V celém souboru 57 respondentů je průměrná délka praxe 22,02 let (Medián 24 let), hodnoty jsou v rozpětí od jednoho roku praxe do 49 let. Průměrný věk respondentů je 45,04 let, nejnížší hodnota je 27 let, na druhé straně škály je 68 let. Průměrné celkové skóre vyhoření je 44,74 (46), skóre fyzického vyhoření je 22,56 (22), kognitivní vyhoření nabývá v celém souboru průměrné hodnoty 13,98 (13) a emocionální 8,19 (7). Celkové skóre depresivní symptomatologie má v průměru hodnotu 8,42 (7). Tabulka je uvedena v příloze jako Příloha 2.

Více než dvě pětiny (40,4 %, 23 respondentů) respondentů uvedly, že v důsledku pandemie COVID-19 se jejich pracovní přístup nezměnil a pandemie neměla na jejich pracovní ani osobní život prakticky žádný vliv. Téměř polovina respondentů (49,1 %, 28 respondentů) uvedla, že se cítí unaveni a duševně i fyzicky vyčerpáni. Pět respondentů (8,8 %) uvedlo, že se cítí odpočatí a nepocítují pracovní vyčerpání. Jeden respondent pak uvedl (1,8 %), že cítí velké vyčerpání a uvažuje o změně pracovní činnosti (podle dotazníku je to patrně mladá dětská lékařka, 30 let, z Motola, která pečuje o děti a dorost, interní obor). V souboru je zastoupeno 21 zdravotních sester (36,8 %), 35 lékařů (61,4 %) a 1 respondent (1,8 %) uvedl, že je na manažerské pozici. Zajímavé je rozložení respondentů v rámci pozice, kterou zastávají. 42,1 % respondentů (24) zastávají pozici řadového zaměstnance a 45,6 % (26) zastává pozici vedoucího oddělení. Sedm respondentů (12,3 %) působí na pozici zástupců vedoucích oddělení. Podíl interních a operačních oborů je velmi vyrovnaný s 52,6 % (30) respondentů z interních oborů a 47,4 % (27) respondentů z operačních oborů. Naprostá většina respondentů se věnuje péči o pacienty bez rozdílu pohlaví (93 %). Stejně tak podíl respondentů, kteří se starají o pacienty bez rozdílu věku, je největší – 45,6 % (26), o děti a dorost ve věku 0-18 pečuje 12 respondentů (21,1 %). Stejný podíl respondentů, tj. zhruba jedna pětina (11), má na starost pacienty ve věku 19-65 let. Osm respondentů (14 %) pečuje o pacienty od 66 let výše. S výjimkou dvou respondentů (3,5 %) nemuseli účastníci dotazníkového šetření změnit pracoviště z důvodů souvisejících s pandemií. Tito dva respondenti uvedli jako příčinu změny pracoviště „jiné důvody“. Zbýlých 96,5 % (55) respondentů pracoviště nezměnilo.

Z hlediska pohlaví respondentů je výběrový soubor vychýlen ve prospěch žen, kde relativní četnost jejich zastoupení se blíží 2/3 (63,2 % ženy vs 36,8 % muži). Věkové kategorie, které odpovídají věkovým kategoriím z vyhodnocení dotazníku provedeném ve výzkumu Vňukové (2020), jsou v zásadě rovnoměrně rozloženy. Vyšší počet respondentů (13, tj. 22,8 %) je z věkové kategorie 50-55 let. V ostatních kategoriích jsou absolutní četnosti na úrovni sedmi osmi respondentů. Nižší zastoupení mají věkové kategorie 35-40 let se čtyřmi respondenty a kategorie >60 let se třemi respondenty (viz Tabulka 1).

Tabulka 1 Absolutní a relativní četnosti podle věkových kategorií

		Četnost	Procento	Validní Procenta	Kumulativní Procenta
Validní	<30	7	12,3	12,3	12,3
	30-35	8	14,0	14,0	26,3
	35-40	4	7,0	7,0	33,3
	40-45	7	12,3	12,3	45,6
	45-50	8	14,0	14,0	59,6
	50-55	13	22,8	22,8	82,5
	55-60	7	12,3	12,3	94,7
	>60	3	5,3	5,3	100,0
	Celkem	57	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výpočet

Pouze jeden respondent uvedl, že mu pojem „syndrom vyhoření“ není znám. Zbýlých 56 respondentů je s tímto termínem obeznámeno. Téměř 2/3 respondentů (64,9 %, 37) se domnívá, že syndromem vyhoření jsou ohroženi, 28,1 % (16) respondentů toto ohrožení nepocítuje. Zbývajících 4 respondenti (7 %) neví, zda jsou syndromem vyhoření ohroženi. U copingových strategií dominují volnočasové aktivity, které jako primární nástroj vyrovnávání se stresem a přetížením uvedlo 75,4 % respondentů (43). Druhou copingovou strategií je uzavření se do sebe a uchýlení se do samoty (15,8 %, 9). Ostatní respondenti uvedli, že se uchýlí k návykovým látkám. 3 respondenti stres řeší alkoholem, 1 respondent užívá tabák a 1 uvedl léky na uklidnění. Většina respondentů (59,6 %, 34) také uvádí, že práce je pro ně zdrojem dlouhodobého stresu. Dvě pětiny respondentů (23) práci nepovažuje za zdroj dlouhodobého stresu.

3.2.2 Test normality

Pro zhodnocení aplikovatelnosti parametrických testů, které budou použity pro porovnání subsetů definovaných na základě zvolených kategorizačních proměnných (např. pohlaví, pracoviště atd.), byl proveden test normality (konkrétně Shapiro-Wilkův test, který je považován za vhodnější pro malé výběrové soubory), kde je testována nulová hypotéza, která říká, že rozložení dat je možné aproximovat normálním rozdělením. Test normality byl vyhodnocen pomocí p-hodnoty na 5% hladině významnosti ($\alpha=0,05$) statistickým softwarem IBM SPSS 27 (viz Tabulka 2).

Tabulka 2 Testy normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statisticky	Počet dotázaných	p-hodnota	Statisticky	Počet dotázaných	p-hodnota
Délka praxe	,092	57	,200*	,963	57	,081
Věk	,113	57	,066	,958	57	,046
SMBM_Total	,060	57	,200*	,967	57	,126
SMBM_Physical	,073	57	,200*	,978	57	,371
SMBM_Cognitive	,113	57	,068	,927	57	,002
SMBM_Emotional	,157	57	,001	,926	57	,002
BDI_Total	,130	57	,017	,901	57	,000

*. Toto je spodní hranice skutečného významu.

a. Lilliefors korelace významnosti.

Zdroj: Vlastní výpočet

Na základě Shapiro-Wilkova testu se nulová hypotéza o normalitě rozdělení zamítá pro proměnné SMBM_Cognitive, SMBM_Emotional, BDI_Total. Těsně je na hladině

významnosti $\alpha=0,05$ zamítnuta H_0 také pro proměnnou „Age“ (věk). Pro ostatní proměnné nelze nulovou hypotézu o normalitě rozdělení na pětiprocentní hladině významnosti zamítnout. Nicméně je frekvence výskytu respondentů v některých kategoriích podle zvolených kategorizačních proměnných velmi nízká vzhledem k malému rozsahu výběru, proto bude k porovnání využito neparametrických metod (viz Tabulka 3).

Tabulka 3 Absolutní četnost respondentů v jednotlivých věkových kategoriích

Věková kategorie	Četnost výskytu	
	Muži	Ženy
≤ 30	1	6
$> 30 \ \& \ \leq 35$	4	4
$> 35 \ \& \ \leq 40$	4	0
$>40 \ \& \ \leq 45$	4	3
$>45 \ \& \ \leq 50$	3	5
$>50 \ \& \ \leq 55$	3	10
$>55 \ \& \ \leq 60$	1	6
>60	1	2
Celkem	21	36

Zdroj: Vlastní výpočet

Výzkumu se zúčastnilo celkem 21 mužů a 36 žen. Muži mají jednotlivé věkové kategorie rovnoměrně zastoupeny s výjimkou skupiny mladší 30 let (1 respondent) a vyšší než 55 let (2 respondenti). Ve věkové kategorii žen 35 – 40 let nezodpověděla dotazník žádná respondentka. Důvod absence respondek by mohl být zapříčiněn kvůli čerpání mateřské či rodičovské dovolené. Naopak věková kategorie 50 – 55 let zaznamenala odpovědi 10 respondentek.

3.2.3 Porovnání věkových kategorií

Věkové kategorie, které byly převzaty z výzkumu Vňukové (2020), byly porovnány mezi sebou a rovněž s průměrnými hodnotami obecné populace, které byly získané z výše zmíněného výzkumu UK.

V následující Tabulce 4 jsou uvedeny průměrné hodnoty skóre vyhoření a depresivní symptomatologie. V závorce jsou uvedeny mediány. Frekvence výskytu v některých kategoriích je nízká (=1 u mužů a =0 u žen), proto některé hodnoty nejsou uvedeny.

Tabulka 4 Průměrné a mediánové hodnoty skóre vyhoření a depresivní symptomatologie podle věkových kategorií

Věková kategorie	SMBM_Total		SMBM_Physical		SMBM_Cognitive		SMBM_Emotional		BDI_II_Total	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
<= 30	N/A	57,0 (56,5)	N/A	26,0 (27)	N/A	19,5 (19)	N/A	11,5 (12,5)	N/A	14,0 (11,5)
> 30 & <= 35	48,0 (50)	42,5 (39)	23,0 (22)	23,5 (25)	14,8 (14)	11,8 (10)	10,3 (11,5)	7,3 (6,5)	7,0 (7,5)	8,0 (6)
> 35 & <= 40	50,0 (44)	N/A	22,0 (20)	N/A	17,0 (15)	N/A	10,8 (9)	N/A	9,3 (7,5)	N/A
>40 & <= 45	46,0 (49)	43,0 (47)	24,8 (24,5)	20,0 (21)	13,5 (14,5)	14,3 (13)	7,8 (7)	8,7 (9)	8,0 (10)	6,0 (2)
>45 & <= 50	36,0 (25)	31,0 (22)	18,0 (12)	15,6 (12)	10,7 (10)	10,8 (9)	7,3 (3)	4,6 (3)	10, (0)	3,4 (4)
>50 & <= 55	45,7 (46)	47,9 (42,5)	23,7 (21)	25,2 (24)	13,3 (13)	14,4 (16)	8,7 (9)	8,3 (8,5)	5,7 (3)	10,5 (10,5)
>55 & <= 60	N/A	51,8 (55)	N/A	27,7 (28)	N/A	16,2 (18)	N/A	8,0 (7,5)	N/A	11,8 (13,5)
>60	N/A	28,5 (28,5)	N/A	16,0 (16)	N/A	8,0 (8)	N/A	4,5 (4,5)	N/A	1,5 (1,5)

Zdroj: Vlastní výpočet

U hodnot depresivní symptomatologie (BDI_II_Total) je zajímavé, že mladé lékařky (všech 6 jsou podle dotazníku lékařky) po absolvování (mladší 30 let) vykazují nejvyšší skóre depresivní symptomatologie. Dále skóre klesá a vyšší hodnoty vykazují až kategorie pro rozpětí věku 50-60 let. U mužů je v první věkové kategorii jen jeden respondent – doktor z operačních oborů se dvěma roky praxe – s BDI skóre 1, tedy velmi nízkým. Dále se zdá, že skóre depresivní symptomatologie u mužů roste a na rozdíl od žen dosahuje vrcholu pro rozpětí věku 35-50 let. Pokud ale vezmeme v potaz zarážející rozdíl v průměru u věkové kategorie 45-50 a mediánu (10 vs 0), zjistíme v podkladových datech, že dva respondenti vykazují nulové BDI_II skóre a jeden respondent naopak velmi vysoké s hodnotou 30. Proto by bylo vhodnější za vrchol označit rozpětí 35-45 let. U celkového vyhoření (SMBM_Total) se skóre u žen chovají podobně jako u depresivní symptomatologie. Nejvyšší průměrná hodnota je u mladých lékařek do 30 let, skóre 57, následuje kategorie v předdůchodovém věku 55-60 se skóre 51,8 a kategorie 50-55 s průměrných skóre 47,9. U mužů jsou hodnoty skóre celkového vyhoření napříč věkovými kategoriemi vyrovnanější. Mladé lékařky vykazují vyšší skóre i v jednotlivých subdimenzích vyhoření.

Při porovnání průměrů v jednotlivých věkových kategoriích s průměry obecné populace uvedených ve výzkumu Vňukové (2020), se skóre celkového vyhoření zdravotníků bez rozdílu pohlaví jeví jako vyšší. Výjimkou je věková kategorie 45-50 let u obou pohlaví. U mužů je to 36 vs 44,75 v obecné populaci, u žen je průměrné skóre celkového vyhoření 31 oproti 41,3 v obecné populaci. Při srovnání průměrů s využitím t-testu, ke kterému bylo přikročeno

z důvodu absence mediánových hodnot pro obecnou populaci, se ovšem rozdíly proti průměrům obecné populace nejeví na hladině významnosti $\alpha=0,05$ statisticky významné. Výjimkou jsou u žen dvě hodnoty – skóre celkového vyhoření v kategorii 55-60 let, kde průměr výběru je 51,8 a obecná populace vykazuje 38,54; dále u skóre depresivní symptomatologie v kategorii 45-50 let, kde průměr výběrového souboru je 3,4 a pro obecnou populaci 11,86. Výsledky je ovšem třeba brát s rezervou, protože se zakládají na jednotkách pozorování. Jednotlivé věkové kategorie vykazují značnou variabilitu dat a výsledky jsou tak zkresleny vysokými hodnotami směrodatné odchylky. Nulovou hypotézu o shodě průměrů tak bylo možné zamítnout jen ve dvou výše zmíněných případech (viz Tabulka 5).

Tabulka 5 Jednovýběrový t-test – porovnání výběrového souboru s průměry v obecné populaci

Věková kategorie	SMBM_Total		BDI_II_Total	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy
<= 30	N/A	NE (0.251)	N/A	NE (0.560)
> 30 & <= 35	NE (0.743)	NE (0.492)	NE (0.191)	NE (0.179)
> 35 & <= 40	NE (0.747)	N/A	NE (0.745)	N/A
>40 & <= 45	NE (0.268)	NE (0.526)	NE (0.854)	NE (0.210)
>45 & <= 50	NE (0.611)	NE (0.237)	NE (0.902)	ANO (0.005)
>50 & <= 55	NE (0.688)	NE (0.172)	NE (0.589)	NE (0.758)
>55 & <= 60	N/A	ANO (0.039)	N/A	NE (0.214)
>60	N/A	NE (0.488)	N/A	NE (0.100)

Zdroj: Vlastní výpočet

V tabulce 5 jsou uvedeny p-hodnoty jednovýběrového testu (hodnoty v závorkách). Hodnota „NE“ indikuje, že není rozdíl mezi průměrem výběru a obecné populace, H_0 o shodě průměrů tedy nebyla na 5% hladině významnosti zamítnuta. Hodnota „ANO“ referuje ke skutečnosti, že H_0 o shodě průměrů byla na $\alpha=0,05$ zamítnuta a rozdíl v průměrech se tak jeví statisticky významný, tedy zobecnitelný na populaci.

3.2.4 Porovnání pohlaví

K 31. 12. 2016 pracovalo ve zdravotnictví 281 989 zaměstnanců. Podíl žen činil 78 %. Ženy ve zdravotnictví (s výjimkou nejvyšších pozic na primariátech atp.) převládají, a to jak mezi odbornými pracovníky a farmaceuty, tak i mezi lékaři a zubními lékaři. Nejvyrovnanější podíl žen a mužů zaznamenali lékaři (poměr pohlaví zde byl 53,7 % (ženy) : 46,3 % (muži)). Dominance žen byla zjištěna také v případě farmaceutů. Podíl žen zde tvořil více než 80 % (Úzis, 2016).

Rozdíly ve skórech vyhoření a depresivní symptomatologie byly porovnány mezi pohlavími na základě „souhrnného vzorku“, kde nebyly zohledněny věkové kategorie ani afiliace (viz Tabulka 6).

Tabulka 6 Průměry skóreů vyhoření a depresivní symptomatologie podle pohlaví

	Pohlaví	Počet	Průměr	Směrodatná odchylka	Chyba měření
SMBM_Total	0	36	45,64	16,797	2,799
	1	21	43,19	19,310	4,214
SMBM_Physical	0	36	23,28	8,746	1,458
	1	21	21,33	9,457	2,064
SMBM_Cognitive	0	36	14,39	6,617	1,103
	1	21	13,29	6,672	1,456
SMBM_Emotional	0	36	7,97	3,676	,613
	1	21	8,57	4,976	1,086
BDI_Total	0	36	9,17	7,129	1,188
	1	21	7,14	8,076	1,762

*0 = ženy

*1= muži

Zdroj: Vlastní výpočet

Podle Levenova testu vykazují výběry shodný rozptyl, t-test byl tedy hodnocen za předpokladu shody rozptylů ve výběru mužů a žen. Na základě dvouvýběrového t-testu nebyl nicméně identifikován mezi pohlavími ve sledovaných metrikách statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Nejmenší p-hodnota byla u porovnání celkového skóre depresivní symptomatologie, konkrétně 0,329. Dodržení předpokladů aplikovatelnosti parametrického testu je nicméně pro tento výběrový soubor problematické – malý počet pozorování, výběr obsahuje odlehklá a extrémní pozorování, normalita dodržena jen pro některé proměnné – z tohoto důvodu byl proveden také neparametrický test, který není založen na prvním a druhém momentu rozdělení – průměru a směrodatné odchylce, ale na pořadí. Neparametrický Mann-Whitneyův U test vede k témuž závěru – mezi pohlavími není statisticky významný rozdíl (viz Příloha 3).

3.2.5 Porovnání pracovišť

Do šetření byly zařazeny dvě zdravotnická zařízení – Nemocnice Chomutov a FN Motol. Neparametrický Mann-Whitneyův U test neidentifikoval statisticky významný rozdíl ve skórech vyhoření a depresivní symptomatologie mezi oběma pracovišti. Průměrné skóre vyhoření a depresivní symptomatologie jsou uvedeny v Tabulce 7.

Tabulka 7 Průměry skóre vyhoření a depresivní symptomatologie podle pracoviště

	Pracoviště	Počet	Průměr	Směrodatná odchylka	Chyba měření
SMBM_Total	Chomutov	21	42,29	15,547	3,393
	FN Motol	36	46,17	18,805	3,134
SMBM_Physical	Chomutov	21	21,90	8,814	1,923
	FN Motol	36	22,94	9,177	1,530
SMBM_Cognitive	Chomutov	21	12,90	5,300	1,157
	FN Motol	36	14,61	7,248	1,208
SMBM_Emotional	Chomutov	21	7,48	3,655	,798
	FN Motol	36	8,61	4,435	,739
BDI_Total	Chomutov	21	6,95	6,932	1,513
	FN Motol	36	9,28	7,756	1,293

Zdroj: Vlastní výpočet

Z průměrných hodnot je patrný výraznější rozdíl pouze u celkového vyhoření a depresivní symptomatologie, kde pro nemocnici Chomutov je průměr SMBM_Total 42,29 a pro FN Motol je to 46,17. U BDI_Total je průměr v nemocnici Chomutov nižší s hodnotou 6,95 v porovnání s FN Motol, kde je to 9,28. Rozdíly však ani v jedné ze sledovaných proměnných nejsou statisticky významné na hladině významnosti $\alpha=0,05$. Ke stejnému závěru vede neparametrický Mann-Whitneyův test i dvouvýběrový t-test (viz Příloha 4).

3.2.6 Porovnání sester a lékařů

Porovnání skóre vyhoření a depresivní symptomatologie bylo provedeno stejným způsobem jako výše pro kategorizační proměnnou „Education“. Tato proměnná rozlišuje tři kategorie – 0 pro sestry, 1 pro lékaře, 2 pro manažerské pozice. Na manažerské pozici nicméně působí pouze jeden respondent. Mohl by tedy být z porovnání vyloučen a tak by opět bylo možné porovnání dvou subsetů – zdravotní sestry a lékaři – s využitím neparametrického Mann-Whitneyova testu nebo parametrického dvouvýběrového t-testu. Celkový počet zdravotních sester, které vyplnily dotazník, byl 21. Lékařů se zúčastnilo celkem 35. Za výkon povolání zdravotní sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se zdravotní sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, paliativní, neodkladné nebo dispenzární péči. Zdravotní sestra nesmí během noční pracovní směny zamhouřit oko na rozdíl od lékaře, pokud zrovna nepřijímá pacienty (Česká lékařská komora, 2021). Tento fakt může přispívat ke zvýšeným skóre vyhoření i depresivní symptomatologie zdravotních sester na rozdíl od lékařů (viz Tabulka 8).

Tabulka 8 Průměry skóre vyhoření a depresivní symptomatologie podle kategorizační proměnné „Education“

	Vzdělání	Počet	Průměr	Směrodatná odchylka	Chyba měření
SMBM_Total	0	21	42,86	14,745	3,218
	1	35	45,77	19,509	3,298
SMBM_Physical	0	21	22,81	8,847	1,930
	1	35	22,37	9,309	1,573
SMBM_Cognitive	0	21	13,67	5,756	1,256
	1	35	14,20	7,218	1,220
SMBM_Emotional	0	21	6,38	2,958	,645
	1	35	9,20	4,491	,759
BDI_Total	0	21	8,24	6,244	1,363
	1	35	8,71	8,248	1,394

*0 = zdravotní sestry

*1 = lékaři

Zdroj: Vlastní výpočet

Mezi sestrami a lékaři nebyl nalezen statisticky významný rozdíl s výjimkou emocionální složky vyhoření. SMBM_Emotional se na základě Mann-Whitneyova testu statisticky významně liší. U sester je emocionální skóre vyhoření nižší než u lékařů. Zdravotní sestry vykazují v průměru hodnotu SMBM_Emotional 6,38, u lékařů je průměr 9,2 (viz Příloha 5).

3.2.7 Vzájemná závislost a vztahy mezi proměnnými

Z literatury vyplývají určité vztahy mezi syndromem vyhoření a některými proměnnými. Ve výběrovém souboru je například možné zkoumat vztah skóre celkového vyhoření a délky praxe. Vyšší riziko bývá u mladších ročníků, kteří při konfrontaci svých představ s převažující praxí v oboru čelí deziluzi a při jejím nezvládnutí může vést k vyhoření (Rotenstein et al., 2018). Ve výběrovém souboru zdravotnických pracovníků tento vztah není patrný. Korelační pole se jeví jako náhodné pro obě pohlaví.

Uspořádání bodů v grafu neindikuje žádný funkční vztah mezi těmito proměnnými. Při proložení korelačního pole lineární regresní přímkou nabývá koeficient determinace hodnoty 4 %. Délka praxe tedy nevysvětluje prakticky žádnou část variability endogenní proměnné SMBM_Total. Stejně tak je tomu s věkem respondentů. Žádný zjevný vztah mezi proměnnými SMBM_Total a Age nelze z korelačního pole vypožorovat. Lineární funkce vykazuje $R=0,032$, variabilita Age tedy vysvětluje ještě méně variability celkového vyhoření než délka praxe.

Naopak se formuje zřetelný vztah mezi skóre celkového vyhoření a celkovým skóre depresivní symptomatologie. Tento vztah je patrný z bodového grafu (viz Příloha 6).

Z prostého proložení korelačního pole lineární regresní přímkou je zřejmé, že explanační síla BDI jako exogenní proměnné je podstatně větší než je tomu u proměnných věk a délka praxe. V tomto případě nabývá koeficient determinace hodnoty téměř 0,6. Skóre depresivní symptomatologie tedy přispívá k vysvětlení 60 % variability v celkovém skóre vyhoření. Při bližším zkoumání se regresní koeficient jeví na základě t-testu jako statisticky významný – je různý od nuly, stejně tak je na základě F-testu celý model statisticky významný a oba parametry – konstanta i směrnice regresní přímky – jsou nenulové. Lineární regresní model byl odhadnut ve formě:

$$\text{SMBM_Total} = 29,444 + 1,816 \cdot \text{BDI_Total}$$

Zvýšení skóre depresivní symptomatologie o jeden bod vede podle modelu v průměru ke zvýšení skóre celkového vyhoření o 1,82 bodu (interval spolehlivosti uvádí hodnotu regresního koeficientu s 95% pravděpodobností od 1,4 do 2,2) (viz Příloha 7).

3.2.8 Diskuze

V této kapitole je shrnutí vědecké části závěrečné práce. Jsou diskutovány výzkumné otázky a hypotézy na základě získaných výsledků v kontextu s dostupnými odbornými publikacemi.

Vzhledem k intenzivním fyzickým a kognitivním nárokům na poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče širokému spektru pacientů jsou zdravotníci zvláště náchylní k rozvoji syndromu vyhoření, což je pozoruhodný fenomén, který v posledních letech přitahuje významnou pozornost společnosti. Je zřejmé, že rozšířené projevy syndromu vyhoření ze strany zdravotníků představují vážnou potenciální hrozbu pro celkovou kvalitu péče o pacienty a pro realizaci pozitivních výsledků mnoha léčebných strategií. Zcela jistě to bude mít vážný negativní dopad na ekonomickou životaschopnost celého systému zdravotnictví (Ptáček et al., 2013).

Hodnocení syndromu vyhoření a depresivní symptomatologie na souboru zdravotníků během pandemie COVID-19 v České republice proběhlo jen několik. V současné době ale nepanuje shoda sjednocující metodologický výzkum vyhoření zdravotníků. Rozdílné nástroje používá většina autorů citovaných v teoretické části. Tento výzkum byl proveden za využití shodných metodologických metod jako výzkum Ptáčka (2013) na českých lékařích a Vňukové (2020) na české obecné populaci. Proto níže diskutované skutečnosti jsou se zahraničními studiemi v souvislostech, ale nelze je zcela přesně komparovat z důvodu odlišných metodologických metod.

Cílem práce bylo získat informace o syndromu vyhoření mezi českými zdravotníky během pandemie COVID-19 a ozřejmit vztahy a závislosti vyhoření na pohlaví, pracovišti a pracovní odbornosti. Souvisejícím cílem bylo srovnat získané údaje dle věkových kategorií s českou populací a diskutovat je ve vztahu k zahraničním studiím. Výsledky přinesly informace zodpovídající položené výzkumné otázky a sloužící ke zhodnocení výzkumných hypotéz.

K hodnotám depresivní symptomatologie ve zdravotnictví je vhodné doplnit ve vztahu s první výzkumnou hypotézou, že symptomatologie deprese je spojována s vyhořením a často se významově překrývají. Jak bylo uvedeno v teoretické části, depresivní symptomatologie je důvodem k vyšetření jednotlivce s cílem vyhodnocení rizika vzniku nebo diagnostiky depresivní poruchy (Craighead et al., 2015).

Třetí výzkumná otázka se zabývá problematikou celkových skóre vyhoření na základě dotazníku SMBM a skóre depresivní symptomatologie dle BDI-II mezi zdravotníky v České republice v porovnání s obecnou populací. Stanovená první hypotéza vztahující se k syndromu vyhoření dle dosaženého skóre (celkového a dílčích dimenzí) podle SMBM i k depresivní symptomatologii podle BDI-II předpokládala vyšší hodnoty v porovnání s obecnou populací v České republice. Vňuková (2020) píše ve své práci o české populaci: „*Námi nastavené orientační normy pro vyhoření, jsou odpovídající celkové populaci i v roce 2020 (Ptáček et al., 2017). Míra vyhoření odpovídá normálnímu rozdělení v české populaci, kdy většina populace dosahuje skóre v rámci jedné standardní odchylky vůči průměru. Momentálně není potřeba normy nijak upravovat a doporučení je i nadále se řídit normami pro vyhoření dostupnými.*“ Shodné problematice, tedy syndromu vyhoření mezi českými zdravotníky v porovnání s českou populací, se zabýval i Ptáček et al. (2013). Uvedl zde, že zdravotničtí pracovníci jsou vzhledem k intenzivním fyzickým a kognitivním požadavkům na poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče širokému spektru pacientů obzvláště náchylní k rozvoji syndromu vyhoření. Je potřebné uvědomit si specifika zdravotnické profese a možné příčiny tohoto stavu. Přes značně stresující prostředí může být psychická odolnost zdravotníků velmi ovlivněna. Mohli by naplnit své profese pocítovat výrazné vnitřní uspokojení při úspěšné pomoci pacientovi, a přesto paradoxně spadají lékaři k nejvíce vyhořelým profesím (Ptáček et al., 2016).

Ahola et al. (2008) ve své práci s více než 9000 respondenty uvedl, že z obecné populace u žen klesají hodnoty vyhoření od osmnácti let do třiceti. Následně se hodnoty zvyšují mezi třicátým a čtyřicátým rokem a po následujícím pětiletém poklesu popisuje opět nárůst hodnot až do věku 65 let. U mužů je průběh hodnot s ohledem na věk konzistentní. S ohledem na tyto výsledky je zajímavé zjištění ze závěrečné práce, kdy při porovnání průměrů v jednotlivých věkových kategoriích s průměry obecné populace uvedených ve výzkumu Vňukové (2020), že čeští zdravotníci jsou při srovnání s českou populací na vyšších úrovních ve všech hodnotách od celkového skóre vyhoření, přes jeho subdimenze až po depresivní symptomatologii. Výjimkou je věková kategorie 45-50 let u obou pohlaví. U mužů je to 36 vs 44,75 v obecné populaci, u žen je průměrné skóre celkového vyhoření 31 oproti 41,3 v obecné populaci. Celkové skóre vyhoření zdravotníků bez rozdílu pohlaví se jeví vyšší v porovnání s obecnou populací napříč věkovými kategoriemi. Tímto zjištěním se první výzkumná hypotéza přijímá.

K obdobným výsledkům došli autoři i v zahraničních studiích. Míra rizika syndromu vyhoření a depresivní symptomatologie je výrazně vyšší u zdravotníků pracujících v první linii během pandemie COVID-19 než je tomu u běžné populace (Nguyen et al., 2021). Huo et al. (2021) ve své práci uvedl, že ze 606 dotazovaných čínských zdravotníků během pandemie COVID-19 došlo k syndromu vyhoření celkem u 36,5 % zdravotnického personálu. Osobní a pracovní faktory byly nezávisle spojené se syndromem vyhoření, včetně věku, fyzického onemocnění, rodinného příjmu, denní pracovní doby a povoláním zdravotní sestry. V další studii čínských zdravotníků (Lin et al., 2021) z 2029 dotazových výsledky odhalily celkem 901 účastníků se středním (44,4 %) a 923 (45,5 %) účastníků se závažným stavem syndromu vyhoření. Sestry pracující na pohotovosti, jednotce intenzivní péče nebo na izolačních odděleních a všeobecných odděleních, stejně jako sestry pracující v první linii, měly významně vyšší skóre u osobního vyhoření, vyhoření z práce a poruchy nálady. Tato studie identifikovala 271 účastníků (13,35 %) se středně těžkou až těžkou poruchou nálady spojenou s vyšším skóre vyhoření v souvislosti s prací nebo s prací a pokročilejším stavem vyhoření. Ve srovnání s obdobím před pandemií (rok 2019) měli zaměstnanci pracující během pandemie COVID-19 (rok 2020) vyšší skóre vyhoření. Torrente et al. (2021) posuzoval prevalenci syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků pracujících v první linii ve Španělsku během pandemie COVID-19. Ze 643 způsobilých respondentů bylo 408 (63,5 %) lékařů, 172 (26,8 %) zdravotních sester a 63 (9,8 %) dalších technických profesí. Nejvíce účastníků byly ženy (472 (73,4 %)) ve věku 31–40 let

(163 (25,3%)) a pracovaly v terciárních nemocnicích (> 600 lůžek) (260 (40,4 %)). Syndrom prevalence vyhoření byl 43,4 % a byl vyšší u pracovníků z první linie (49,6 %). Ženy pociťovaly větší příznaky syndromu vyhoření (60,8 %), více se obávaly sebeinfekce (61,9 %) a svého výkonu a kvality péče poskytované pacientům (75,8 %). Častější příznaky syndromu vyhoření byly mezi 20 a 30 lety (65,2 %) a u zdravotníků s více než 15 let zkušeností (53,7 %, $p = 0,035$). Khasne et al. (2020) provedl výzkum na 2026 indických zdravotníků. Prevalence osobního vyhoření byla u 44,6 % dotazovaných, vyhoření z důvodu pracovního vyčerpání bylo pouze ve 26,9 %, ale více než polovina respondentů (52,8 %) pociťovala syndrom vyhoření související s pandemií COVID-19. Mladší respondenti (21–30 let) měli vyšší osobní a pracovní vyhoření a příznaky syndromu vyhoření byly významně vyšší mezi ženami.

První a druhá výzkumná otázka se zabývá výsledným rozdílem na skóre syndromu vyhoření a depresivní symptomatologie napříč pohlavím, pracovištěm a pracovní odborností. Na základě výše zmíněných výsledků ze studií Torrente et al. (2021) a Khasne et al. (2020) lze navázat na výsledky dvouvýběrového t-testu v závěrečné práci, kde nebyl identifikován mezi pohlavími ve sledovaných metrikách vyhoření statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha=0,05$ mezi českými zdravotníky v době pandemie COVID-19. Opakem tomu bylo u depresivní symptomatologie je zajímavé, že mladé lékařky po absolvování vysoké školy (mladší 30 let) vykazují nejvyšší skóre depresivní symptomatologie, dále skóre klesá a vyšší hodnota se vykazuje pro rozpětí věku 50–60, tedy u zdravotníků s více než 15 let zkušeností. U mužů se zdá, že skóre depresivní symptomatologie roste a na rozdíl od žen dosahuje vrcholu pro rozpětí věku 35–50.

Z výsledků závěrečné práce neparametrický Mann-Whitneyův U test neidentifikoval statisticky významný rozdíl ve skórech vyhoření a depresivní symptomatologie mezi oběma zkoumanými pracovišti. Z průměrných hodnot byl patrný výraznější rozdíl pouze u celkového vyhoření a depresivní symptomatologie, kde pro Chomutov je průměr 42,29 a pro FN Motol je to 46,17. U depresivní symptomatologie je průměr v nemocnici Chomutov nižší s hodnotou 6,95 v porovnání s FN Motol, kde je to 9,28. Rozdíly však ani v jedné ze sledovaných proměnných nebyly statisticky významné na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

Ani mezi zdravotními sestrami a lékaři nebyl nalezen statisticky významný rozdíl s výjimkou emocionální složky vyhoření. Emocionální skóre u zdravotních sester se na základě Mann-Whitneyova testu statisticky významně liší. Emocionální vyhoření je u sester nižší než u lékařů. Zdravotní sestry vykazují v průměru hodnotu 6,38, u lékařů je průměr 9,2. Opakem tomu bylo ve studii Lasalvia et al. (2021), kde zaměstnání zdravotní sestry zvýšilo riziko syndromu vyhoření z důvodu emocionálního vyčerpání ve srovnání s lékaři. Obdobně tomu bylo i ve studii Khasne et al. (2020) a Lin et al. (2021), kdy zdravotní sestry pracující na pohotovosti, jednotce intenzivní péče nebo na izolačních odděleních a všeobecných odděleních, stejně jako sestry pracující v první linii, měly významně vyšší skóre u osobního vyhoření, vyhoření z práce a poruchy nálady. Ke stejným výsledkům došel i Dubale et al. (2019), který rešeršně zpracoval vědecké články o syndromu vyhoření zdravotníků v subsaharské Africe. Nejvyšší míry vyhoření byly zaznamenány mezi zdravotními sestrami, přestože všichni poskytovatelé zdravotní péče vykazovali vysoké vyhoření. Vyhoření mezi poskytovateli zdravotní péče bylo spojeno s jejich pracovním prostředím, mezilidskými a profesními konflikty, emočním stresem a nízkou sociální podporou.

Na základě výsledků závěrečné práce se druhá i třetí hypotéza přijímá. Rozdílnost pohlaví, pracoviště i pracovní odbornosti neměla vliv na skóre depresivní symptomatologie ani skóre syndromu vyhoření.

Díky shodně použitým výzkumným metodám lze vzorek zdravotníků obou nemocnic porovnat s více než 7000 českými lékaři, kteří byli dotazováni ve výzkumu Ptáčka et al. (2014). Jak je

uvedeno ve výsledcích závěrečné práce, čeští lékaři vykazovali v roce 2014 ve skórech vyhoření nižší hodnoty ve srovnání s daty závěrečné práce. Období pandemie COVID-19 tedy zřejmě prohloubilo problematiku vyhoření ve zdravotnické profesi. Nadcházející období bude tuto otázku odhalovat o to významněji, protože do zdravotnických center přichází pacienti, kteří prodělávají onemocnění COVID-19 s vážným průběhem. Většina lékařů je přesvědčena o pozitivních účincích očkování, proto je pro ně nepochopitelné, když nejsou lidé očkovaní. Lékaři tak mohou propadat hlubším pocitům marnosti své práce, protože jsou přesvědčeni a dokazují to i studie (Chung et al., 2021; Štěpanyová, 2021), že by očkovaní lidé nemuseli být hospitalizováni a oni by tak mohli ošetřit na svých odděleních běžné pacienty. Podobně lze diskutovat situaci a postavení zdravotních sester v současné době a době „předcovidové.“ I o této profesi jsou v odborné literatuře studie popisující hodnoty vyhoření (Iglesias et al., 2010; Sagherian et al., 2020).

S ohledem na výsledky práce je zároveň podstatné diskutovat vliv prostředí. Fakultní nemocnice Motol je největším českým zdravotnickým zařízením, kde je kolem 6000 zaměstnanců. Chomutovská nemocnice je nesrovnatelně menší co do objemu péče, tak i do počtu zaměstnanců. Z dostupných zdrojů nelze dělat závěry ve smyslu větší nemocnice znamená více pacientů a vystavení většímu stresu. Naopak mohou zdravotníci vykazovat vyšší hodnoty vyhoření, když pracují v hůře vybavených zařízeních, jak technicky, tak personálně, kde není dostupná péče, kterou by chtěli pacientům nabídnout. Zdravotníci v současné době v menších nemocnicích navíc čelí často většímu nedostatku vybavení pro covidové pacienty na JIP a ARO. Kolaps zdravotnických zařízení hrozil na podzim loňského roku spíše v menších nemocnicích, například v Chebu nebo na Ostravsku. V Praze tato situace nenastala. Opět tedy depresivní symptomatologie i syndrom vyhoření může být očekáván u zdravotníků spíše v menších městech (Jiříček a Bernardová, 2021; Matoušek a Cichocki, 2021).

Paralelu můžeme sledovat na situaci v severní Itálii, kde první vlna viru COVID-19 způsobila obrovské přetížení zdravotníků, především v nejvíce zasažených oblastech severní Itálie. Zde se také vyhoření a depresivní symptomatologie projevuje více než v méně zasažených oblastech (Stocchetti, et al., 2021). Míra vyhoření a prožívané symptomy korelují se zvýšenými nároky v důsledku pandemie COVID-19, zatímco hledání smyslu ve vlastní práci koreluje s osobním uspokojením (Barello et al., 2020). Nejen Itálie je ale ve výzkumu závěrečné práce diskuzní oporou. Třetí nejvíce zasaženou oblastí pandemií COVID-19 byla Brazílie. Úzkostí, obtížemi se spánkem a nedostatečnému soustředění se na vykonání práce trpěla téměř polovina dotazovaných zdravotníků (Correa et al., 2021). Obdobně odpověděli na konci první vlny pandemie COVID-19 i izraelští zdravotníci, kteří v souvislosti s pandemií uvedli prediktory syndromu vyhoření ve smyslu obav na organizační úrovni, nedostatečné péče o pacienty i špatnému zvládnutí pandemické krize na státní úrovni. Izrael byl ovšem jedním z prvních států, kteří zavedli očkovací povinnost a zajistili tak očkovaným jedincům určité výhody, které spočívaly například v možnostech vstupu do restaurací, na koncerty a jiné sociální akce (Bashkin, et al., 2021). Souvislost vyhoření zdravotníků a pandemie COVID-19 je sledována po celém světě.

3.3 Návrhy a doporučení

Ve vztahu k tomuto výzkumu je vhodné využít získaných informací pro přenos do praxe. Sledování syndromu vyhoření u zdravotníků během pandemie COVID-19 je celosvětovým trendem a v České republice zatím této tématice nebylo doposud věnováno mnoho pozornosti.

Každý člověk se každý den setkává s různými formami stresu. Stres může být způsoben rodinnými problémy, vztahy, dětmi a především prací. Se stále rostoucími požadavky, které

jsou dnes kladeny na odborníky zabývající se zdravotnickou péčí, je kariérní vyhoření spojené se stresem stále častější a v období pandemie COVID-19 je tato situace zvýrazněna (Huo et al., 2021; Khasne et al., 2021; Lin et al., 2021; Nguyen et al., 2021; Ptáček et al., 2013; Torrente et al., 2021).

Výsledky závěrečné práce odhalily zvýšené skóry syndromu vyhoření i depresivní symptomatologie mezi českými zdravotníky v porovnání s českou populací. Údaje týkající se pandemie COVID-19 korespondují s předchozími údaji v ohniscích onemocnění SARS a MERS, kde se asi jedné třetiny zdravotníků projevil syndrom vyhoření. Tato míra prevalence je podobná číslu zaznamenanému u některých kategorií zdravotnických pracovníků vystavených chronickému pracovnímu stresu a špatné organizaci práce během období před pandemií COVID-19. Mezi nejpravděpodobnější příčiny zvýšení skóre vyhoření patří nedostatečná organizace práce a zhoršující se pracovní podmínky během pandemie COVID-19 (Magnavita et al., 2021). Na základě těchto výsledků se jeví jako vhodným doporučením možnost zrevidovat dosavadní formy komunikace ze strany nadřízených a věnovat syndromu vyhoření pozornost již ve fázi prevence, nikoliv v době, kdy se uplatní jeho negativní důsledky. Pro plynulejší pracovní nasazení a dodržování pracovní doby je vhodné zavést supervizi ve zdravotnických zařízeních. Ta by měla především dohlížet na plynulost zajišťování a kvalitu poskytování zdravotnické péče a měla by umět rozpoznat počátek pracovního přetížení zaměstnanců, jak z pohledu přesčasů, tak ze signálů psychického vyčerpání. Současně by měla vést pracovní proces tak, aby se zaměstnanci co nejvíce vyhnuli psychickému i fyzickému vyčerpání. Jako vhodné řešení se jeví nastavení pravidelných odpočinků během pracovní směny a také sjednání pravidelných setkání, kde by měl mít každý zaměstnanec možnost vyjádřit se k pracovnímu procesu a otevřeně sdílet supervizi všechny své problémy a požadavky. Supervize by pak měla jednotlivé požadavky vyhodnotit a následně stanovit výstupy, které jsou aplikovatelné do unikátního pracovního prostředí. Zjištění z dostupných zahraničních zdrojů naznačují, že podpora vedoucích pracovníků ve zdravotnictví a zajištění péče by mohly být užitečné při zmírňování psychologických účinků COVID-19 mezi zdravotníky. Měly by být poskytnuty zdroje psychosociálního zdraví nejen pro lékaře, ale také pro ošetřující personál, který je neméně důležitý (Magnavita et al., 2021).

Doporučení zdravotnickému personálu na individuální úrovni může směřovat také k vytipování rizikových faktorů (například časté a dlouhodobé vystavení stresovým situacím, konflikty s kolegy nebo nadřízenými nebo nedodržení standardní pracovní doby), na které byly zaměřeny otázky v dotazníkovém šetření a které mohou podněcovat vznik syndromu vyhoření. V zájmu zachování co nejsnazšího fungování českého zdravotnictví by se mělo dbát především na psychické a duševní zdraví zdravotníků, které dle dostupných publikací přináší prospěch. Mělo by se jim dostat adekvátního pracovního vytížení se snahou zachovat co nejpravidelnější pracovní režim. Jedním z nejdůležitějších bodů této problematiky je zajištění dostatečného zdravotnického personálu. Tato situace nejčastěji vzniká v nemocnicích menších měst. Řešením problematiky je možnost pracovního záskoku z větších měst na jednotlivých zdravotnických pozicích za dostatečného finančního ohodnocení a i například za zajištění ubytování, pokud by musel zaměstnanec do zaměstnání dojíždět. Zároveň lze pro zajímavost doporučit postoj ze sportovního prostředí, kde je jako nejdůležitější podnět pro prevenci vyhoření pozitivní pracovní výzva a dosažitelné cíle. Aplikace tohoto postoje ve zdravotnictví je představitelná jako umožnění postupného zvyšování pocitu pracovního naplnění. V praxi by tedy zdravotníci měli svou profesi považovat za náročnou, ale pouze do určité míry. Pracovní náplň a odpovědnost by ale měla být úměrná schopnostem zdravotníků. Pokud je tato mez často překračována anebo naopak se k ní ani vzdáleně nelze přiblížit (nedocnění schopností), dochází k rozvoji a posunu ve fázích vyhoření (Kaski a Kinnunen, 2021).

Je nutné pravidelně dbát o prevenci proti stresu a pracovnímu vyčerpání na komplexní i individuální úrovni. V kritických momentech, kterým zcela jistě byla pandemie COVID-19, by tak zdravotníci neměli vstupovat do kritické situace ze standardního stavu vyčerpání. Konkrétní postupy k prevenci i zvládání rozvinutého syndromu vyhoření jsou součástí mnoha monografií i odborných výzkumů a publikací. Jednou z cest je přístup kognitivně behaviorální terapie (KBT), kdy základním principem je individuální identifikace nepřiměřených postojů, jejich následná formulace, prozkoumání a náhrada jinými, rozumnějšími postoji. Tento postup lze v počátečních fázích vyhoření zvládnout samostatně. Pro KBT vyšetření je charakteristické, že se zaměřuje na přítomné, konkrétní, pozorovatelné, vědomé a ohraničené problémy. Zaměřuje se především na faktory, které udržují problém. Druhou velmi často využívanou metodou ke snížení stresu v lidském těle je autogenní trénink. Autogenní trénink vymyslel Johannes Heinrich Schultz jako techniku k mentálnímu i fyzickému uvolnění a k léčbě určitých psychosomatických obtíží. Jde o relaxaci založenou na konceptu propojení mysli a těla v jeden funkční celek. Provádí se postupným navozováním pocitu tíhy, tepla, klidného dechu a tepu a chladného čela. Prostřednictvím hlubokého uvolnění těla je při ní možné prostřednictvím autosugesce měnit a navozovat také určité psychické stavy. Pro začátek nácviku prvního kroku autogenního tréninku je nezbytné uvést celé tělo do stavu uvolnění. Je možné začít od rukou. Je nutné uvědomit si, kde jsou konečky prstů, kde jsou prsty, a uvolnit je. S prsty lze ze začátku zahýbat, skrčit je, napnout a potom uvolnit. Klidně několikrát za sebou. Postupně zkoušet uvolnění prstů s větším klidem, třeba u ruky položené na stehně nebo na opěradle křesla nebo na pracovním stole. S uvolněním rukou od prstů je zapotřebí dále pokračovat u dlaní, zápěstí, předloktí, loktů, paží a ramen. Následně se připojí uvolnění celých nohou. Dále uvolnění trupu, břicha, hrudníku i zad (která je možné pro jejich velké zatížení rozdělit na spodní část, kříž, střední část a horní část). Potom zbývá uvolnění zadní i postranní části krku a hrtanu. Uvolnění obličeje (čela, očí, uší, nosu, tváří, čelistí a brady) a celé hlavy. Na konci autogenního tréninku je navozen příjemný pocit, celé tělo je odpočaté a lze pociťovat uvolnění a klid. Tato metoda je vhodná k aplikaci i během pracovní směny. Po několika nácvicích již dojde k automatizaci tréninku a celá sestava nemusí zabrat příliš mnoho času (Víchová, 2016, s.20 – 36).

Pokud ale člověk není schopen si sám pomoci, je vhodné svěřit se do rukou odborníků. Protože možnost mít si s kým pohovořit o svých problémech je tím nejúčinnějším lékem proti úzkosti. Člověk tak získá nový pohled na kritickou situaci a umožní mu najít různé způsoby řešení. Zaměstnavatel by tak měl umožnit zaměstnancům obětovat alespoň jednu hodinu měsíčně z pracovní směny, kterou by zaměstnanci využili pro své psychické zdraví. Tím by se mělo snížit riziko pracovního a především psychického vyčerpání (Rudd, 2012).

Khasne (2021), Lin (2021) a Nguyen (2021) také uvádí, že udržení pracovního vytížení zdravotníků pod kontrolou pomáhá udržovat rovnováhu mezi pracovním a rodinným životem (Khasne et al, 2021; Lin et al, 2021; Nguyen et al, 2021). Je nutné eliminovat konflikt rolí „zaměstnání – rodina“ a vyhradit si volný čas na své nejbližší. Ve výzkumu chyběla skupina vyhodnocení syndromu vyhoření a depresivní symptomatologie u žen ve věku 35 až 40 let. Velmi pravděpodobným důvodem mohla být mateřská nebo rodičovská dovolená. Z výsledků závěrečné práce lze vyčíst, že vyšších hodnot vyhoření a depresivní symptomatologie dosahují ženy mladší 30 let. Na základě těchto výsledků je možné předpokládat, že může být náročné pro ženy skloubit vysoké pracovní nasazení s rodinným životem. Aby se mohlo předejít riziku vzniku syndromu vyhoření či depresivní symptomatologie u žen v raném i pozdějším věku z důvodu vysokého pracovního nasazení za současného udržení kvalitního rodinného života, na které upozorňují zahraniční studie (Huo et al., 2021; Khasne et al, 2021; Torrente et al, 2021), je možné zvolit vhodné metody efektivního time managementu k uspořádání pravidelného denního režimu. Portál Managementmania (2016) definuje time management jako proces, kterým si člověk dokáže zorganizovat a efektivně naplánovat rozložení jednotlivých aktivit

v čase. Vhodně zvolený time management umožňuje organizaci aktivit tak, že jsou lidé schopni pracovat rychleji, efektivněji, nikoli však tvrději. Vhodným principem je tzv. Focus Funnel. Principem je filtrace problémů a úkolů tak, aby se řešily jen ty úkoly, které je potřeba vyhodnit, vyřešit. Prvním krokem je eliminace - je daný úkol potřeba řešit? Pokud nelze problém eliminovat, musí se automatizovat (druhý krok). Například se jedná-li se o nějaký administrativní úkol. Splnění této každodenní činnosti může stát zdravotníka několik desítek minut denně. Pokud si ale dokáže proces usnadnit a zautomatizuje ho, jednorázová časová dotace bude mnohem vyšší, ale po určité době už zdravotník získá potřebné minuty k dobru. Pokud ale problém nejde zautomatizovat, musí se delegovat (třetí krok). Znamená to, zda daný úkol může splnit někdo jiný. Největším úskalím této fáze je, zda zadaný úkol dokáže jiný člověk vykonat stejně dobře. Příkladem může být odběr krve zdravotní sestrou namísto lékaře. Je vhodné naučit některé činnosti ostatní, aby byl člověk v budoucnu schopen ušetřit co nejvíce času. Nejlepší možnou selekcí aktivit je na silné a slabé stránky, kdy se delegují slabé stránky na ostatní a člověk se může věnovat především stránkám silným. Jiní lidé umí dělat některé věci lépe a rychleji. Pokud ale nelze úkol delegovat, musí se začít řešit. Otázkou zůstává, zda se musí vyřešit hned. Pokud ne, lze úkol odložit a pokud se problém vyskytne znovu, odešle se zpět do prvního kroku, tedy to procesu eliminace (Keenan, 2015).

Je nutné nalézt rovnováhu mezi oběma důležitými životními kapitoly. Na základě snahy vedení zdravotnického zařízení je potřeba organizovat rozpis nočních či víkendových služeb s ohledem na rodinnou situaci zdravotníka a nepřesahovat standardní pracovní dobu. V dnešní době mají zdravotníci převážně v nemocnicích menších měst několika hodinové přesčasy z důvodu nedostatku personálu. I v tomto ohledu je vhodné zavést supervizi, či vrchní sestru, která zajistí, aby nedocházelo k přesčasovým hodinám zaměstnanců. Kvalitní komunikace na pracovišti pak mnohdy zajistí lépe odvedený pracovní výkon za rychlejší čas.

V souvislosti s touto problematikou by bylo vhodné přehodnotit rozsah administrativních povinností zdravotnických pracovníků. V posledních letech rapidně rostou povinnosti elektronické evidence běžných úkonů a to stojí většinu zdravotnického personálu mnoho času, který by mohli využít jinak, byť jen například ke chvilkovému odpočinku mezi jednotlivými pacienty. Tato změna by ale musela nastat na celostátní úrovni. Z určitého úhlu pohledu by ale znamenala krok zpět ve vztahu k celosvětovému trendu. Vhodným řešením by mohla být redukce jednotlivých dokumentů náhradou za jeden komplexní formulář, který by obsahoval všechny položky nutné k absolvování lékařského vyšetření (GDPR, informovaný souhlas, poplatky, prohlášení COVID-19, aj.). Pacient by tak nemusel strávit několik desítek minut četbou jeho práv a povinností a zdravotníci by měli schválený výkon zdravotnické péče v jediném dokumentu.

Aby se předešlo nahromadění nadměrného pracovního stresu a tím i snížení rizika vzniku vyhoření, bylo by vhodné zvolit jakýkoliv způsob, který pomůže vyrovnat se se stresem a pocitem přetížení. Mezi nejčastější metody k uvolnění napětí se řadí volnočasové aktivity či setkání s rodinou nebo přáteli (Honzák, 2018, s. 143 – 148). Z výsledků závěrečné práce lze vyčíst, že celkem 43 respondentů (75,4 %) uvedlo jako primární nástroj vyrovnávání se se stresem a přetížením volnočasovou aktivitu. To potvrzuje i rešeršní zpracování studie Stults-Kolehmainen a Sinha (2014), v níž většina dostupných literárních zdrojů potvrdila, že prožívání stresu zhoršuje snahu být fyzicky aktivní a naopak, že pohybová aktivita snižuje hodnotu stresu. Metodou, jak lépe zvládnout stres, je umění komunikovat a socializovat se. Mnohdy je obtížné stanovit si, že od následujícího dne se stanete optimistou, ale negativní myšlení a být věčným pesimistou stojí člověka několik let života. Stres či frustraci je možné omezit zlepšením komunikačních schopností. Tedy nejen schopností vyprávět, ale také uměním naslouchat. Zásadní roli v psychice člověka potom hraje smích. Vědci objevili spojení mezi svaly na tváři, které se během smíchu zapojují s oblastí v mozku, která uvolňuje chemické látky způsobující

pocit klidu a pohody (Deník, 2018; Honzák, 2018, s. 134 - 136). Druhou copingovou strategií je uzavření se do sebe a uchýlení se do samoty. Tuto variantu zvolilo ve výzkumu celkem devět respondentů (15,8 %). Ostatní respondenti uvedli, že se uchýlí k omamným a návykovým látkám. Policie definuje návykové látky jako látky alkohol, tabák, omamné a psychotropní látky a jiné látky s psychoaktivními účinky, jejichž užívání může vést nebo se podílet na vzniku a rozvoji duševních poruch a poruch chování (Vokuš, 2020). V tomto výzkumu 3 respondenti stres řeší alkoholem, 1 respondent užívá tabák a 1 uvedl léky na uklidnění.

Další velmi účinnou metodou, jak se vyvarovat dlouhodobému stresu, je vytvoření si pravidelného denního rytmu a harmonogramu. Velmi důležité je nepracovat chaoticky a důsledně si promyslet a naplánovat aktivity na celý den, případně na nejbližší týden. Protože pokud budou aktivity jasně naplánované, a to v jakém rozsahu a časovém limitu, tak tím může člověk snížit riziko, že toho na něj bude příliš a nedostane se pod takový tlak, jakému by byl vystaven za normálních okolností (Deník, 2018). Nejlepším řešením je vytvoření si návyku. Z různých výzkumných prací vyplývá, že tvorba návyku trvá v průměru 66 dní. Vytvoření si návyku se většinou odehrává v pěti krocích. Tím prvním je vytváření si návyku velmi malými kroky. To znamená, že pokud chce člověk ušetřit více času, je vhodné stanovit si například jednu věc během dne, kterou bude dodržovat. Například pravidelný oběd v 11:30. Druhým krokem je pomalé zvyšování náročnosti. Příkladem může být postupné sestavení si denního harmonogramu. Každý den nebo každý týden člověk přidá jednu aktivitu, kterou se pokusí v podobnou dobu dodržovat. V Tabulce 9 je uveden příklad denního harmonogramu aplikovatelného do zdravotnického zaměstnání. Třetím krokem je rozdělení si velkého úkolu na dva menší. Časová dotace bude obdobná, ale menší úkol si vyžádá méně energie. Pokud se ovšem nepodaří splnit výše zmíněné kroky v některý den, čtvrtým krokem u vytváření si návyku je schopnost jít dál a k zavedeným návykům se co nejdříve vrátit. Posledním krokem je vytrvalost a trpělivost. Umění setrvat v určité aktivitě je alfa omega úspěchu (Rygl, 2020).

Tabulka 9 Příklad denního harmonogramu

6:00	Budík
6:15 – 7:00	Snídaně, osobní hygiena
7:00 – 7:30	Vypravení dětí, odchod do práce
7:30 – 11:30	Zaměstnání
11:30 – 12:00	Polední pauza, oběd
12:00 – 16:00	Zaměstnání
16:00 – 16:30	Vyzvednutí dětí, rozvoz na kroužky, příchod domů
17:00 – 18:00	Sportovní aktivita
18:00 – 18:30	Vyzvednutí dětí
18:30 – 22:00	Večeře, rodinné aktivity
22:30	Spánek

Zdroj: Vlastní návrh

K prevenci vzniku syndromu vyhoření či vystavování se dlouhodobému stresu patří umění říkat laskavé „ne“. Je dobré umět říkat „ano“ věcem, které lidé dělají rádi. Je ale podstatné umět vyslovit i jasné „ne“ věcem nebo činnostem, které lidi rádi nemají a očekávané situace jsou pro ně spíše stresujícími. Čím více totiž dají přednost aktivitám, které je baví, tím dříve a lépe je to bude žít a budou mnohem stresu odolnější. Ve zdravotnické profesi to může znamenat i radikální rozhodnutí. Pokud je personální situace v nemocnici již neúnosná a lékaři či zdravotní sestry musí absolvovat desítky hodin přesčasů bez dostačujícího odpočinku, může tato situace dospět až k rozhodnutí ve smyslu podání výpovědi ze stávajícího zaměstnání. Svou pracovní činnost poté mohou obnovit na jiném pracovišti, kde se pracovní doba bude dodržovat standardně (Honzák, 2018, s. 68 – 72). Odpočinek je totiž základním stavebním kamenem duševního klidu. Člověk není stroj a pro fyzicky náročnou práci se doporučuje odpočinek duševní, který může být ve formě četby, sledování filmů nebo jakýchkoliv koníčků, které daného člověka baví. Pokud má zaměstnání spíše na bázi psychického náporu, pomůže mu spíše fyzická aktivita (příroda, procházky se psem). Ve zdravotnické profesi dochází ovšem ale jak k psychickému náporu (časový přes, noční služby, komunikace s pacienty), tak i k fyzicky náročnou práci zejména pro zdravotní sestry. Pokud mají ležícího pacienta obézní figury, manipulace s ním je potom velmi náročnou (Deník, 2018).

Bez zajímavosti není ani srovnání zdravotníků s jinými profesemi. Srovnání vyhoření lékařů a učitelů v České republice proběhlo v letech před pandemií COVID-19. V současné době by bylo zajímavé sledovat změny vyhoření zdravotníků ve srovnání, pandemií velmi ohroženou skupinou, pedagogů, kteří svou profesi vykovali „z domova“. Tento faktor může být ve školství zajímavým. Hodnoty vyhoření učitelů ve srovnání se zdravotníky mohou nyní ukázat zcela odlišné hodnoty než v době před pandemií (Ptáček et al., 2019). Proto i tento navazující výzkum lze uvést jako doporučení a návrh další práce.

Výsledky závěrečné práce by měly podnítit další výzkum, který může ověřit zjištěné závěry s časovým odstupem. V případě návratu k dříve fungujícímu pracovnímu režimu bez omezení pandemií COVID-19 bude vhodné zopakovat tento výzkum a získat další hodnoty pro srovnání.

4 Závěr

Cílem této závěrečné práce bylo zjistit metriky celkového vyhoření a jeho subdimenzí s využitím standardizované dotazníkové metody SMBM se současným zjištěním skóre depresivní symptomatologie za použití dotazníkové škály BDI-II mezi českými zdravotníky a porovnání celkových skóre mezi dvěma pracovišti. Současně bylo cílem práce porovnat skóre syndromu vyhoření mezi zdravotníky s obecnou českou populací. Na základě stanovených cílů bylo zpracováno několik doporučení, které by mělo vzniku syndromu vyhoření předcházet.

Stres a syndrom vyhoření představuje závažný fenomén ovlivňující řadu profesí. Vznik syndromu vyhoření je často podmíněn působením profesního stresového faktoru a je závislý nejenom na jeho druhu a intenzitě jeho působení, ale i na individuálním vnímání jednotlivce a jeho odolnosti vůči stresu. Mezi vysoce exponované profese patří lékaři a obecně zdravotnický personál.

Syndrom vyhoření ovlivňuje nejen postiženého jedince, ale významně zasahuje i jeho rodinu a širší sociální okolí. Je charakteristický pro profese, kde je častý nebo celodenní styk s lidmi. Nemusí ovlivnit jen samotného jedince, ale většinou má dopad i na klienty. Často tím tak může být i významně ovlivněna poskytovaná péče a služby. Ve zdravotnictví se syndrom vyhoření vyskytuje napříč všemi zeměmi, jak těmi vyspělými, tak i rozvojovými. Rizika jsou dána spíše charakterem práce a celkovou vysokou pracovní zátěží s malou autonomií pracovního procesu. Je nezbytné věnovat velkou pozornost prevenci jak na úrovni osobnosti, tak na úrovni organizace a posilovat veškeré ochranné zvládací strategie. Zdravotníci jsou pod neustálým tlakem z možné rychlé změny stavu pacienta, dostávají se do velice napjatých situací, musí rychle a především správně reagovat. Dále se pohybují v prostředí plném složitých technických zařízení a často toto zaměstnání vyžaduje rychlé a přesné rozhodnutí.

Získané informace umožňují náhled do problematiky vyhoření v českém zdravotnickém prostředí během pandemie COVID-19. Celosvětově přibývají výzkumy o syndromu vyhoření ve zdravotnické profesi.

První a druhá výzkumná otázka se zabývala výsledným rozdílem na skóre syndromu vyhoření a depresivní symptomatologie napříč pohlavím, pracovištěm a pracovní odborností. U hodnot depresivní symptomatologie je zajímavé, že mladé lékařky (všech 6 jsou podle dotazníku lékařky) po absolvování (mladší 30 let) vykazují nejvyšší skóre depresivní symptomatologie. Dále skóre klesá a vyšší hodnoty vykazují až kategorie pro rozpětí věku 50-60 let. Zdá se, že skóre depresivní symptomatologie u mužů roste a na rozdíl od žen dosahuje vrcholu pro rozpětí věku 35-50 let. U celkového vyhoření se skóre u žen chovají podobně jako u depresivní symptomatologie. Nejvyšší průměrná hodnota je u mladých lékařek do 30 let, následuje kategorie v předdůchodovém věku 55-60 a kategorie 50-55 let. U mužů jsou hodnoty skóre celkového vyhoření napříč věkovými kategoriemi vyrovnanější. Rozdíly ve skórech vyhoření a depresivní symptomatologie byly porovnány mezi pohlavími a na základě dvouvýběrového t-testu nebyl identifikován ve sledovaných metrikách statisticky významný rozdíl. Těmito výsledky lze potvrdit první i druhou hypotézu.

Třetí výzkumná otázka se zabývá problematikou celkových skóre vyhoření na základě dotazníku SMBM a skóre depresivní symptomatologie dle BDI-II mezi zdravotníky v České republice v porovnání s obecnou populací. Výzkum odhalil, že průměrné celkové skóre vyhoření mezi zdravotníky z obou dotazovaných nemocnic je 44,74, skóre fyzického vyhoření je 22,56, kognitivní vyhoření nabývá v celém souboru průměrné hodnoty 13,98 a emocionální 8,19. Celkové skóre depresivní symptomatologie má v průměru hodnotu 8,42. Téměř polovina respondentů (49,1 %) uvedla, že se cítí unaveni a duševně i fyzicky vyčerpáni. S výjimkou dvou respondentů (3,5 %) nemuseli účastníci dotazníkového šetření změnit pracoviště z důvodů

souvisejících s pandemií. Tyto výsledky byly vyšší v porovnání s obecnou populací (Vňuková, 2020). Lze tedy přijmout třetí stanovenou hypotézu.

Také nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve skórech vyhoření a depresivní symptomatologie mezi oběma pracovišti. Mezi sestrami a lékaři nebyl nalezen statisticky významný rozdíl s výjimkou emocionální složky vyhoření. U sester je emocionální skóre vyhoření nižší než u lékařů.

Existuje několik doporučení, jak se syndromu vyhoření mezi zdravotníky vyhnout. Pro plynulejší pracovní nasazení a dodržování pracovní doby je vhodné zavést supervizi ve zdravotnických zařízeních. Ta by měla především dohlížet na plynulost zajišťování a kvalitu poskytování zdravotnické péče a měla by umět rozpoznat počátek pracovního přetížení zaměstnanců, jak z pohledu přesčasů, tak ze signálů psychického vyčerpání. Současně by měla vést pracovní proces tak, aby se zaměstnanci co nejvíce vyhnuli psychickému i fyzickému vyčerpání. Jako vhodné řešení se jeví nastavení pravidelných odpočinků během pracovní směny a také sjednání pravidelných setkání, kde by měl mít každý zaměstnanec možnost vyjádřit se k pracovnímu procesu a otevřeně sdělit supervizi všechny své problémy a požadavky. Jedním z nejdůležitějších bodů prevence syndromu vyhoření zdravotníků je zajištění dostatečného počtu zdravotnického personálu v menších nemocnicích, kde se potýkají s personálními problémy, pomocí pracovního záskoku z větších nemocnic za dostatečného finančního ohodnocení. Dalším doporučením je péče o duševní zdraví. Zaměstnavatel by tak měl umožnit zaměstnancům obětovat alespoň jednu hodinu měsíčně z pracovní směny, kterou by zaměstnanci využili pro své psychické zdraví. Jako nejvhodnější metoda k uvolnění stresu a psychického vypětí je navrhována kognitivně behaviorální terapie a autogenní trénink. Tím by se mělo snížit riziko pracovního a především psychického vyčerpání. Aby se mohlo předejít riziku vzniku syndromu vyhoření či depresivní symptomatologie u žen v raném i pozdějším věku z důvodu vysokého pracovního nasazení za současného udržení kvalitního rodinného života, je možné zvolit vhodné metody efektivního time managementu k uspořádání pravidelného denního režimu. Administrativní problémy by mohla vyřešit redukce jednotlivých dokumentů náhradou za jeden komplexní formulář, který by obsahoval všechny položky nutné k absolvování lékařského vyšetření (GDPR, informovaný souhlas, poplatky, prohlášení COVID-19, aj.). Syndromu vyhoření také pomáhají doplňkové aktivity. Mezi nejčastější metody k uvolnění napětí se řadí volnočasové aktivity či setkání s rodinou nebo přáteli. Druhou copingovou strategií je uzavření se do sebe a uchýlení se do samoty. Tuto variantu zvolilo ve výzkumu celkem 9 respondentů (15,8 %). Ostatní respondenti uvedli, že se uchýlí k omamným a návykovým látkám. Další velmi účinnou metodou, jak se vyvarovat dlouhodobému stresu, je vytvoření si pravidelného denního rytmu a harmonogramu.

Toto rešeršní zpracování práce vlivu pandemické situace COVID-19 na zdravotníky ve vztahu k syndromu vyhoření zdůrazňuje potřebu pečlivě řešit jejich psychickou pohodu, aby se zabránilo nárůstu syndromu vyhoření. Proto je bezpodmínečně nutné zahájit programy prevence a léčby vyhoření především u pracovníků v první linii během pandemie. Dlouhodobé dopady současné pandemie je možné posoudit až s odstupem času. Ideálním přístupem, jak předejít syndromu vyhoření, je najít rovnováhu mezi profesním a osobním životem a co nejvíce předcházet vzniku stresových situací.

Literatura

AHOLA, K., et al. Burnout in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2008. č. 41(1), s. 11-17.

AHOLA, K., HAKANEN, J. Burnout and health. Burnout at work. *Psychology Press*, 2014. s. 18-39.

BARELLO, S., PALAMENDHI, L., GRAFFIGNA, G. During the Covid-19 Pandemic: Lesson Learned From Italy. *Front Psychol.* [online]. 2020 [cit. 2021-11-14]. Dostupný z WWW: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33117208/>.

BASHKIN, O., DAVIDOVITCH, N., ASNA, N., SCHWARTZ, D., DOPELT, K. The Organizational Atmosphere in Israeli Hospital during COVID-19: Concerns, Perceptions, and Burnout. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* [online]. 2020 [cit. 2021-11-14]. Dostupný z WWW: https://www.scienceopen.com/document_file/e8d07303-7349-4dd8-b9d3-af7485a54193/PubMedCentral/e8d07303-7349-4dd8-b9d3-af7485a54193.pdf.

BAUMRT, T. *Situace chomutovské nemocnice během pandemie COVID-19*. Rozhovor, Nemocnice Chomutov, 12.05.2021.

BEZPEČNOST PRÁCE. Koronavirus a onemocnění COVID-19. Příznaky, šíření, prevence a linka pomoci. *Bezpečnost práce* [online]. 2020 [cit. 2021-08-12]. Dostupné z WWW: <https://www.bezpecnostprace.info/koronavirus/covid-19-priznaky-sireni-prevence/#sireni-koronaviru>.

BRIDGEMAN, P.J., BRIDGEMAN, M., BARONE, J. Burnout syndrome among healthcare professionals, *American Journal of Health-System Pharmacy* [online]. 2018 [cit. 2021-10-23]. Dostupné z WWW: <https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/75/3/147/5102013>.

CORREA, R.P., CASTRO, H.C., QUARESMA, B.M.C.S., STEPHENS, P.R.S., ARAUJO-JORGE, T.C., FERREIRA, R.R. Perceptions and Feelings of Brazilian Health Care Professionals Regarding the Effects of COVID-19: Cross-sectional Web-Based Survey. *JMIR From Res.* [online]. 2021 [cit. 2021-11-14]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8544742/>.

COVDATA. COVID-19 Data. *CovData* [online]. 2021 [cit. 2021-11-07]. Dostupný z WWW: <https://www.covdata.cz/evropa.php>.

CYR, S., MARCIL, M.J., MARIN, M.F., TARDIF, J.C., GUAY, S., GUERTIN, M.C., ROSA, C., GENEST, C., FOREST, J., LAVOIE, P., LABROSSE, M., VADEBONCOEUR, A., SELCER, S., DUCHARME, S., BROUILLETTE, J. Factors Associated With Burnout, Post-traumatic Stress and Anxio-Depressive Symptoms in Healthcare Workers 3 Months Into the COVID-19 Pandemic: An Observational Study. *Frontiers in psychiatry* [online]. 2021 [cit. 2021-09-12]. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8295587/>.

CRAIGHEAD, W.E., et al. *Psychosocial Treatments for Major Depressive Disorder. A Guide to Treatments That Work*. 3. vydání. Oxford: Oxford University Press, 2015. 826 stran. ISBN 978-0195304145.

CSIKSZENTMIHALYI, M. *Flow: o štěstí a smyslu života*. Praha: Portál, 2015. 327 stran. ISBN 978-80-262-0918-8.

CUI, J., FANG, S.H.I., ZHENG, L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nature Reviews Microbiology*, 2019. č. 17 (3), s. 181–192.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Způsobilost k výkonu lékařského povolání. *Česká lékařská komora* [online]. 2021 [cit. 2021-11-23]. Dostupné z WWW: <https://www.lkcr.cz/zpusobilost-k-vykonu-lekarskeho-povolani-436.html>.

DENÍK. Jak se vyrovnat se stresem? Našli jsme 6 nejúčinnějších tipů. *Deník* [online]. 2018 [cit. 2021-07-11]. Dostupné z WWW: <https://pr.denik.cz/doporucujeme/jak-se-vyrovnat-se-stresem-nasli-jsme-6-nejucinnejsich-tipu.html>

DHAMA, K., KHAN, S., TIWARI, R., SIRCAR, S., BHAT, S., MALIK, Y.S., SINGH, K.P., CHAICUMPA, W., BONILLA-ALDANA, D.K., RODRIGUEZ-MORALES, A.J. Coronavirus Disease 2019-COVID-19. *Clinical microbiology reviews* [online]. 2020 [cit. 2021-07-11]. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7405836/>.

DUARTE, I., TEIXEIRA, A., CASTRO, L., MARINA, S., RIBEIRO, C., JACOME, C., MARTINS, V., RIBEIRO-VAZ, I., PINHEIRO, H.C., SILVA, A.R., RICO, M., SOUSA, B., ALVES, C., OLIVIERA, A., SILVA, P., NUNES, R., SERRAO, C. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *BMC public health* [online]. 2020 [cit. 2021-10-12]. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7720923/>.

DUBALE, B.W., FRIEDMAN, L.E., CHEMALI, Z., DENNINGER, J.W., MEHTA, D.H., ALEM, A., FRICCHIONE, G., DOSSETT, M.L., GELAYE, B. Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. *BMC public health* [online]. 2019 [cit. 2021-10-23]. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6737653/>.

DUŠEK, L., PAVLÍK, T., JARKOVSKÝ, J., KOPTÍKOVÁ, J. Analýza dat v neurologii XXV. Hodnocení diagnostických testů–senzitivita a specifita. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 2011. č. 1.

FN MOTOL. Poslání a vize nemocnice. *FN Motol* [online]. 2016 [cit. 2021-08-12]. Dostupné z WWW: <https://www.fnmotol.cz/o-nas/>.

FREUDENBERGER, Herbert J. Staff burn-out. *Journal of social issues*, 1974. č. 30(1), s. 159-165.

FRYDRÝŠEK, K. *Biomechanika 1*. 1. vydání. Ostrava, Czech Republic: VSB – Technical University of Ostrava, Faculty of Mechanical Engineering, Department of Applied Mechanics, 2019. 461 s. ISBN 978-80-248-4263-9.

GERBER, M., COLLEDGE, F., MÜCKE, M., SCHILLING, R., BRAND, S., LUDYGA, S. Psychometric properties of the Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM) among adolescents: Results from three cross-sectional studies. *BMC Psychiatry*, 2018. č. 18, s. 1–13.

GORBALENYA, A.E., BAKER, S.C. BARIC, R.S., *et al.*. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology* [online]. 2020 [cit. 2021-08-13]. Dostupné z WWW: <https://www.nature.com/articles/s41564-020-0695-z>.

HONZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3.vydání. Praha: Vyšehrad, 2018. 240 stran. ISBN 9788076010048.

HONZÁK, R. *Psychosomatická prvouka*. 1.vydání. Praha: Vyšehrad, 2017. 336 stran. ISBN 9788074299124.

HU, B., GUO, H., ZHOU, P., SHI, Z.L. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature reviews. Microbiology* [online]. 2021 [cit. 2021-09-12]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7537588/>.

- HUO, L., ZHOU, Y., LI, S., NING, Y., ZENG, L., LIU, Z., QIAN, W., YANG, J., ZHOU, X., LIU, T., ZHANG, X.Y. Burnout and Its Relationship With Depressive Symptoms in Medical Staff During the COVID-19 Epidemic in China. *Frontiers in psychology* [online]. 2021 [cit. 2021-05-01]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7969997/>.
- CHEMALI, Z., EZZEDDINE, F.L., GELAYE, B., DOSSETT, M.L., SALAMEH, J., BIZRI, M., DUBALE, B., FRICCHIONE, G. Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC public health* [online]. 2019 [cit. 2021-10-23]. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6805482/>.
- CHUNG, J.Y., THONE, M.N., KWON, Y.J. COVID-19 vaccines: The status and perspectives in delivery points of view. *Adv Drug Deliv Rev.* [online]. 2021 [cit. 2021-11-12]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7759095/>.
- IGLESIAS, L.M.E., VALLEJO, R.B., FUENTES, P.S. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2010. č. 47(1), s.30–37.
- IROZHLAS. Šéfové 52 českých nemocnic: Vláda zaspala, meleme z posledního, pomozte nám. *iRozhlas.cz* [online]. 2021 [cit. 2021-06-01]. Dostupný z WWW: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/anketa-koronavirus-covid-nemocnice-reditele-vlada-andrej-babis-ockovani_2102260500_pek.
- JIRÍČEK, P., BERNARDOVÁ, V. Bez nouzového stavu hrozí v MS kraji kolaps zdravotnictví. Bude to do 14 dní. *Novojičínský deník*. [online]. 2021 [cit. 2021-11-12]. Dostupný z WWW: <https://novojicinsky.denik.cz/z-regionu/vratte-nouzovy-stav-jinak-tu-do-14-dnu-zkolabuje-zdravotnictvi-zni-z-ms-kraje-20.html>.
- KASKI, S.S., KINNUNEN, U. Work-related ill- and well-being among Finnish sport coaches: Exploring the relationships between job demands, job resources, burnout and work engagement. *International Journal of Sport. Sci. Coach*, 2021. č. 16, s. 262–271.
- KATZMAN, M.A., BLEAU, P., BLIER, P., CHOKKA, P., KJERNISTED, K., VAN AMERINGEN, M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC psychiatry*, 2014. č. 14(1).
- KEENAN, T. Procrastinate On Purpose: The Key To Increasing Your Productivity. *Asalesguy* [online]. 2015 [cit. 2021-03-02]. Dostupný z WWW: <https://www.asalesguy.com/recruiting-blog/procrastinate-on-purpose-the-key-to-increasing-your-productivity/>.
- KHAN, N., PALEPU, A., DODEK, P., SALMON, A., LEITCH, H., RUZYCKI, S., TOWNSON, A., LACAILLE, D. Cross-sectional survey on physician burnout during the COVID-19 pandemic in Vancouver, Canada: the role of gender, ethnicity and sexual orientation. *BMJ Open*. [online]. 2021 [cit. 2021-11-09]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8111871/>.
- KHASNE, R.W., DHAKULKAR, B.S., MAHAJAN, H.C., KULKARNI A.P. Burnout among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic in India: Results of a Questionnaire-based Survey. *Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine* [online]. 2021 [cit. 2021-05-01]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7519601/>.
- KOUTSIMANI, P., MONTGOMERY, A., GEORGANTA, K. The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychology* [online]. 2019 [cit. 2021-09-12]. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6424886/>.

KRAJSKÁ ZDRAVOTNÍ. Nemocnice Chomutov. KZČR [online]. 2021 [cit. 2021-08-30]. Dostupný z WWW: <https://www.kzcr.eu/cz/cv/>.

KUBA, K. *Syndrom vyhoření a depresivní symptomatologie zkoumané na výběrovém souboru trenérů v ČR (2020)*. Praha, 2021. Disertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta tělesné výchovy a sportu. Vedoucí práce: Pavel Harsa.

LASALVIA, A. et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ open* [online]. 2021 [cit. 2021-04-30]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7813385/>.

LIN, Y.Y., PAN, Y.A., HSIEH, Y.L., HSIEH, M.H., CHUANG, Y.S., HSU, H.Y., HUANG, Y.H., HSU, C.E., CHENG, Y.C., CHO, S.F., WANG, C.L. COVID-19 Pandemic Is Associated with an Adverse Impact on Burnout and Mood Disorder in Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2021 [cit. 2021-04-29]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8036532/>

LISTOPAD, I.W., ESCH, T., MICHAELSEN, M.M. An Empirical Investigation of the Relationship Between Spirituality, Work Culture, and Burnout: The Need for an Extended Health and Disease Model. *Frontiers in psychology* [online]. 2021 [cit. 2021-08-12]. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8473891/>.

MAGNAVITA, N., CHIRICO, F., GARBARINO, S., BRAGAZZI, N.L., SANTACROCE, E., ZAFFINA, S. SARS/MERS/SARS-CoV-2 Outbreaks and Burnout Syndrome among Healthcare Workers. An Umbrella Systematic Review. *International Journal Environ Res Public Health* [online]. 2021 [cit. 2021-11-09]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8072681/>.

MACHHI, J., HERSKOVITZ, J., SENAN, A.M., DUTTA, D., NATH, B., OLEJNIKOV, M.D., BLOMBERG, W.R., MEIGS, D.D., HASAN, M., PATEL, M., KLINE, P., CHANG, R.C., CHANG, L., GENDELMAN, H.E., KEVADIYA, B.D. The Natural History, Pathobiology, and Clinical Manifestations of SARS-CoV-2 Infections. *Journal of neuroimmune pharmacology : the official journal of the Society on NeuroImmune Pharmacology* [online]. 2020 [cit. 2021-07-29]. Dostupný z WWW: <https://doi.org/10.1007/s11481-020-09944-5>.

MANAGEMENTMANIA. Time Management. *Managementmania* [online]. 2016 [cit. 2021-03-04]. Dostupný z WWW: <https://managementmania.com/cs/time-management>.

MANN, B. J. A survey of sports medicine physicians regarding psychological issues in patient-athletes. *American Journal of Sports Medicine*, 2007. č. 35, s. 2140-2147.

MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. 152 stran. ISBN 978-80-262-0180-9.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W.B., LEITER, M.P. What is Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 2001. č. 52, s. 397-422.

MATOUŠEK, L., CHICHOCKI, R. Musíme vybírat, komu pomůžeme. Situace je pod kontrolou, říká hejtman. *Deník*. [online]. 2021 [cit. 2021-11-12]. Dostupný z WWW: <https://www.denik.cz/regiony/v-chebu-musi-vybirat-komu-poskytnou-pomoc-uz-nemaji-mista-na-intenzivni-peci-202.html>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Aktuálně o koronaviru. *MZČR* [online]. 2021 [cit. 2021-08-29]. Dostupný z WWW: <https://koronavirus.mzcr.cz/>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Přehled vykázaných očkování v ČR. *MZČR* [online]. 2021 [cit. 2021-09-12]. Dostupný z WWW: <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/vakcinace-cr>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Strategie očkování v České republice. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2020 [cit. 2021-02-10]. Dostupný z WWW: https://koronavirus.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/12/Strategie_ockovani_proti_covid-19_aktual_22122020.pdf.

MITCHINSON, L., DOWRICK, A., BUCK, C., HOERNKE, K., MARTIN, S., VANDERSLOTT, S., ROBINSON, H., RANKI, F., MANBY, L., LEWIS-JACKSON, S., VINDROLA-PADROS, C. Missing the human connection: A rapid appraisal of healthcare workers' perceptions and experiences of providing palliative care during the COVID-19 pandemic. *Palliative medicine* [online]. 2021 [cit. 2021-07-26]. Dostupný z WWW: <https://doi.org/10.1177/02692163211004228>

NGUYEN, J., LIU, A., MCKENNEY, M., LIU, H., ANG, D., ELKBULI, A. Impacts and challenges of the COVID-19 pandemic on emergency medicine physicians in the United States. *The American journal of emergency medicine* [online]. 2021 [cit. 2021-05-01]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8016733/>.

NGUYEN, T.T., LE, X., NGUYEN, N., NGUYEN, Q.N., LE, H.T., PHAM, Q.T., TA, N., NGUYEN, Q.T., NGUYEN, A.N., HOANG, M.T., PHAM, H.Q., VU, L.G., LUONG, A.M., KOH, D., NGUYEN, T.H., TRAN, B.X., LATKIN, C.A., HO, C., HO, R. Psychosocial Impacts of COVID-19 on Healthcare Workers During the Nationwide Partial Lockdown in Vietnam in April 2020. *Frontiers in psychiatry* [online]. 2021 [cit. 2021-10-12]. Dostupné z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8329079/>.

OLSON, K., KEMPER, K.J., MAHAN, J.D. What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? *Journal of evidencebased complementary & alternative medicine*, 2015. č. 20(3), s. 192-198.

PEŠEK R., PRAŠKO J. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: PASPARTA Publishing. 2016. 180 stran. ISBN: 978-80-88163-00-8.

PIETRANGELO, A. The Effects of Stress on Your Body. *Healthline* [online]. 2020 [cit. 2021-04-29]. Dostupný z WWW: <https://www.healthline.com/health/stress/effects-on-body>.

PREISS, M., VACÍŘ, K. *BDI-II. Beckova sebeposuzovací škála pro dospělé*. Brno: Psychodiagnostika, 1999.

PTÁČEK, R., RABOCH, J., KEBZA, V., KUZELOVÁ, H., SOLCOVÁ, I., CELEDOVÁ, L., et al. EPA-0792 – Burnout syndrome and depression in czech medical doctors – national study. *European Psychiatry*, 2014. č. 29.

PTÁČEK, R., RABOCH, J., VŇUKOVÁ, M., HLINKA, J., ANDERS, M. Beck Depression inventory BDI-II - Standardization and its use in practice. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2016, č. 112.

PTÁČEK, R., RABOCH, J., VŇUKOVÁ, M., HLINKA, J., ČERVENKOVÁ M. Standardization of Czech version of beck depression inventory (BDI II). *Eur. Psychiatry*, 2017. č. 41.

- PTACEK, R., STEFANO, G.B., KUZELOVA, H., RABOCH, J., HARSA, P., KREAM, R.M. Burnout syndrome in medical professionals: a manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics. *Neuro Endocrinol Lett.*, 2013. č. 34(4).s- 259-64.
- PTÁČEK, R., VŇUKOVÁ, M., RABOCH, J., SMETÁČKOVÁ, I., SANDERS, E., SVANDOVÁ, L. et al. Burnout syndrome and lifestyle among primary school teachers: A czech representative study. *Med. Sci. Monit.*, 2019. č. 25.
- PTÁČEK, R., VŇUKOVÁ, M., SMETÁČKOVÁ, I., WEISSENBERGER, S., HARSA, P., RABOCH, J. Who Burns out More? Comparison of Burnout Levels Between Teachers and Physicians in the Czech Republic. *Act. Nerv. Super.*, 2019. č. 61.
- PTÁČEK, R., STEFANO, G. B., KUŽELOVA, H. Burnout syndrome in medical professionals: a manifestation of chronic stress with counterintuitive passive characteristics. *Neuroendocrinology Letters*, 2013. č. 34(4), s. 259-264.
- RIVM. The spread of COVID-19. *RIVM* [online]. 2021 [cit. 2021-11-24]. Dostupný z WWW: <https://www.rivm.nl/en/coronavirus-covid-19/spread>.
- RODRÍGUEZ, M.C., de ONA, A.Á., IGLESIAS, M.D., LOPEZ, B.L., SANZ, P.M.T., DIAZ, M.J., MUNERA, G.A. Burn-out syndrome in Spanish internists during the COVID-19 outbreak and associated factors: a cross-sectional survey. *BMJ open* [online]. 2021 [cit. 2021-05-01]. Dostupný z WWW: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042966>.
- ROTENSTEIN, L.S., TORRE, M., RAMOS, M.A., ROSALES, R.C., GUILLE, C., SEN, S., MATA, D. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA* [online]. 2008 [cit. 2021-06-01]. Dostupný z WWW: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>.
- RUDD, M. D. Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT) for Suicidality in Military Populations. *Military Psycholog.*, 2012. č. 24(6), s. 592–603.
- RYGL, T. 5 kroků, jak si vytvořit a udržet nový návyk. *Tomáš Rygl* [online]. 2020 [cit. 2021-11-01]. Dostupný z WWW: <https://tomasrygl.cz/5-kroku-jak-si-vytvorit-a-udrzet-novy-navyk/>.
- SAGHERIAN, K., STEEGE, L.M., COBB, S.J., CHO, H. Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. *Journal of clinical nursing* [online]. 2020 [cit. 2021-05-01]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7753687/>
- SEDLÁČKOVÁ, V., SKÁCEL, O. Bojujeme o životy, ale místo intenzivní péče jsme teď paliativa, říká o situaci v nemocnicích kaplan. *Rozhlas Plus* [online]. 2021 [cit. 2021-08-16]. Dostupné z WWW: <https://plus.rozhlas.cz/bojujeme-o-zivoty-ale-misto-intenzivni-pece-jsme-ved-paliativa-rika-o-situaci-v-8445060>.
- SERRAO, C., DUARTE, I., CASTRO, L., TEIXEIRA, A. Burnout and Depression in Portuguese Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic-The Mediating Role of Psychological Resilience. *International journal of environmental research and public health* [online]. 2021 [cit. 2021-05-01]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828555/>.
- SHARIFI, M. et al. Burnout among Healthcare Providers of COVID-19. *Archives of academic emergency medicine* [online]. 2021 Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7812159/>.
- SHIROM, A. Burnout and health: Expanding our knowledge. *Stress and Health*, 2009. č. 25(4), s. 281-285.

SHIROM, A., MELAMED, S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 2006. č. 13(2), s. 176-200.

SMITH, M., SEGAL, J., ROBINSON, J. Burnout prevention and treatment. *HelpGuide* [online]. 2020 [cit. 2021-04-29]. Dostupný z WWW: <https://www.helpguide.org/articles/stress/burnout-prevention-and-recovery.html>.

SÚKL. Očkování proti COVID-19: Otázky a odpovědi o vakcíně Comirnaty. *Státní úřad pro kontrolu léčiv* [online]. 2021 [cit. 2021-02-07]. Dostupný z WWW: <https://www.sukl.cz/sukl/otazky-a-odpovedi>.

STOCCHETTI, N., SEGRE, G., ZANIER, E.R., ZANETTI, M., CAMPI, R., SCARPELLINI, F., CLAVENNA, A., BONATI, M. Burnout in Intensive Care Unit Workers during the Second Wave of the COVID-19 Pandemic: A Single Center Cross-Sectional Italian Study. *International Journal of Environmental Research Public Health*. [online]. 2021 [cit. 2021-11-14]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8201217/>.

STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing. 2010. 152 stran. ISBN 978-80-262-0180-9.

STULTS-KOLEHMAINEN, M.A., SINHA, R. The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 2014. č. 44(1), s. 81–121.

SYNOWIEC, A., SZCZEPAŃSKI, A., BARRETO-DURAN, E., LIE, L.K., PYRC, K. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): a Systemic Infection. *Clinical microbiology reviews* [online]. 2021 [cit. 2021-06-29]. Dostupný z WWW: <https://doi.org/10.1128/CMR.00133-20>.

ŠKODOVÁ, Z., PACEKOVÁ, I. Sociálně-psychologický výcvik ako metóda prevencie syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách. *E-psychologie*. Elektronický časopis ČMPS, 2012.

ŠTĚPANYOVÁ, G. Očkování proti covid-19 funguje, dva týdny po druhé dávce se dosud nakazilo jen 0,06 % osob. *Ministerstvo zdravotnictví ČR*. [online]. 2021 [cit. 2021-11-12]. Dostupný z WWW: <https://koronavirus.mzcr.cz/ockovani-proti-covid-19-funguje-dva-tydny-po-druhe-davce-se-dosud-nakazilo-jen-006-osob/>.

TALI, S.H.S, LEBALNAC, J.J., SADIQ, Z., OYEWUNMI, O.D., CAMARHO, C., NIKPOUR, B., ARMANFARD, N., SAGAN, S.M., JAHANSHAHI-ANBUHI, S. Tools and Techniques for Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)/COVID-19 Detection. *Clinical Microbiology Review*[online]. 2021 [cit. 2021-11-12]. Dostupný z WWW: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8142517/>.

TORRENTE, M., SOUSA, P.A., SANCHES-RAMON, A., PIMENTAO, J., ROYUELA, A., FRANCO, F., COLLAZO-LORDUY, A., MENASALVAS, E., PROVENCIO, M. (2021). To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ open* [online]. 2021 [cit. 2021-04-30]. Dostupný z WWW: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33627353/>.

TUCKER, W. Recognition and Management of Posttraumatic Stress Disorder: Approaches for the Practitioner. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 1998. č. 4, s. 20.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Statistické výstupy. *ÚZIS* [online]. 2021 [cit. 2021-10-01]. Dostupný z WWW: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Statistické výstupy. *ÚZIS* [online]. 2016 [cit. 2021-11-11]. Dostupný z WWW: <https://www.czso.cz/documents/10180/45709986/30000417k2.pdf/29ef87be-e100-454b-82b2-eee27844a72c?version=1.0>.

VEERMAN, J.L., DOWRICK, C., DUNN, G., BARENDREGT, J.J. Population prevalence of depression and mean Beck Depression Inventory score. *Br J Psychiatry*, 2009. s. 516–519.

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

VÍCHOVÁ, V. *Autogenní trénink a autogenní terapie*. Praha: Portál, 2016. 176 stran. ISBN 9788026209997.

VŇUKOVÁ, M. *Vývoj depresivní symptomatologie, vyhoření a životního stylu v české populaci-v letech 2014-2020*. Praha, 2020. Disertační práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí disertační práce Radek Ptáček.

VOJTÍŠKOVÁ, A. Syndrom vyhoření. *ZZMV* [online]. 2018 [cit. 2021-07-01]. Dostupný z WWW: <https://www.zzmvcz.cz/syndrom-vyhoreni>.

VOKUŠ, J. Návykové látky. *Policie ČR* [online]. 2020 [cit. 2021-11-01]. Dostupný z WWW: <https://www.policie.cz/clanek/zverejnene-informace-2020-navykove-latky.aspx>.

WALKER, C.D., BATH, K.G., JOELS, M., KOROSI, A., LARAUCHE, M., LUCASSEN, P.J., MORRIS, M.J., RAINEKI, C., ROTH, T.L., SULLIVAN, R.M., TACHÉ, Y., BARAM, T.Z. Chronic early life stress induced by limited bedding and nesting (LBN) material in rodents: critical considerations of methodology, outcomes and translational potential. *Stress (Amsterdam, Netherlands)*, 2017. č. 20(5), 421–448.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. *WHO* [online]. 2019 [cit. 2021-05-01]. Dostupný z WWW: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). *WHO* [online]. 2021 [cit. 2021-08-31]. Dostupný z WWW: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

WORLD HEALTH ORGANISATION. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. *WHO* [online]. 2021 [cit. 2021-08-31]. Dostupný z WWW: <https://covid19.who.int/table>.

WORLD HEALTH ORGANISATION. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. *WHO* [online]. 2021 [cit. 2021-08-04]. Dostupné z WWW: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.

Přílohy

Příloha 1 – Vzor dotazníku Syndrom vyhoření zdravotníků v době pandemie Covid-19

Příloha 2 – Deskriptivní statistiky pro celý výběrový soubor ($N = 57$)

Příloha 3 – Vyhodnocení Mann-Whitneyova U testu pro porovnání pohlaví

Příloha 4 – Vyhodnocení Mann-Whitneyova U testu pro porovnání pracovišť

Příloha 5 – Vyhodnocení Mann-Whitneyova U testu pro porovnání zdravotních sester a lékařů

Příloha 6 – Bodový graf závislosti celkového skóre vyhoření na skóre depresivní symptomatologie

Příloha 7 – Koeficienty lineárního regresního modelu

1/6 Syndrom vyhoření zdravotníků v době pandemie Covid-19

Tento dotazník slouží ke zmapování syndromu vyhoření u zdravotníků motolské/chomutovské nemocnice.

Syndrom vyhoření je stav chronického stresu. Ten vede k fyzickému a emocionálnímu vyčerpání, cynismu a odloučení, dokonce i pocitům méněcennosti a nedostatku úspěchu.

Dotazník je zcela anonymní a má 4 části, jeho vyplnění zabere přibližně 9 minut.

V případě zájmu o srovnání s jinou nemocnicí se po vyhodnocení výzkumu dozvíte výsledky.

Na konci dotazníku můžete vyplnit Váš email nebo pracovní email, kam bude zaslán výsledek výzkumu. Vyplněním a odesláním dotazníku souhlasíte se zpracováním uvedených informací. Zavřením neodeslaného dotazníku můžete v průběhu vaší účast ve výzkumu ukončit.

Výzkum probíhá v rámci studia MBA programu na Vysoké škole ekonomie a managementu v Praze. Odborným garantem výzkumu je PhDr. Ivana Šnýdrová, CSc.

2/6 Základní údaje

Obsahuje 12 otázek na přibližně 2 minuty.

1. Zdravotnictví je moje pracovní činnost:
 - hlavní (uživím se prací ve zdravotnictví)
 - vedlejší (mám jiný hlavní finanční příjem)
 - nyní nejsem jako zdravotník zaměstnán a to kvůli epidemii Covid-19
 - jsem dobrovolník - nemám za práci ve zdravotnictví mzdu
 - nyní jsem na mateřské
 - nyní jsem jako zdravotník zaměstnán a to kvůli epidemii Covid-19
2. Ve spojitosti s epidemií a opatřeními spojenými s virem Covid-19:
 - Můj pracovní přístup se nezměnil. Epidemie nemá na můj pracovní ani osobní život téměř vliv.
 - Cítím se odpočatý a nemám již dřívější pocity únavy nebo pracovního vyčerpání.
 - Cítím se nyní vyčerpaný a fyzicky i psychicky unavený.
 - Cítím beznaděj a pravděpodobně ukončím nebo jsem ukončil/a zdravotnickou činnost.
3. Kolik let jste zdravotníkem? (počet roků v praxi zdravotnického personálu)
4. Moje vzdělání v oboru zdravotnictví je:
 - Lékař
 - Zdravotní sestra
 - Praktická sestra
 - Zdravotnický asistent
 - Ošetrovatelé, sanitáři

5. Jsem na pozici:
- ☐ Vedoucího oddělení
 - ☐ Zástupce vedoucího oddělení
 - ☐ Běžného personálu
 - ☐ Dobrovolník
6. Jaká je Vaše specializace?
- ☐ Interní obory - interna, URL, oční lékařství, rehabilitace a tělovýchovné lékařství, anestezie, resuscitace a intenzivní medicína, pediatrie, psychiatrie, neurologie, revmatologie, kardiologie, hematologie, onkologie, dermatologie
 - ☐ Operační obory - chirurgie, ortopedie, traumatologie, neurochirurgie, kardiochirurgie, urologie, gynekologie
7. Pečuji o:
- ☐ Muže
 - ☐ Ženy
 - ☐ Bez omezení pohlaví
8. Mám pacienty převážně ve věku: Lze vybrat více možností současně.
- ☐ 0-18
 - ☐ 19-65
 - ☐ 66 let a více
 - ☐ Bez omezení věku
9. Museli jste z důvodu pandemie Covid-19 změnit pracoviště?
- ☐ Ne
 - ☐ Ano, uveďte důvod
10. Pokud jste museli změnit pracoviště z důvodu pandemie Covid-19, uveďte důvod.
- ☐
11. Pohlaví:
- ☐ Muž
 - ☐ Žena
12. Věk:
- ☐

3/6 Dotazník životního stylu

Obsahuje 5 otázek na cca 2 minuty.

1. Znáte pojem "Syndrom vyhoření" ?
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
2. Domníváte se, že jste tímto syndromem ohrožen/a?
- ☐ Ano
 - ☐ Ne
 - ☐ Nevím
3. Co děláte, když jste přetížení a ve stresu? Lze vybrat více možností současně.
- ☐ Věnuji se volnočasové aktivitě (sport nebo jiné koníčky).
 - ☐ Dám si léky na uklidnění.
 - ☐ Dám si alkohol.

- Dám si tabák (cigarety, doutník, žvýkáci tabák, snus apod.)
 - Používám jiné omamné látky.
 - Snažím se být s přáteli a rodinou.
 - Pracuji více
 - Jiné
4. Je pro Vás výkon zdravotnické profese/zaměstnání zdrojem dlouhodobého stresu?
- Ano
 - Ne
5. Cítíte, že jste nadměrně pracovně přetíženi/a?

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
○ Výkonem profese zdravotníka				
○ Administrativou související s profesí				
○ Administrativou nesouvisející s profesí				
○ Úkony nesouvisející se samotným výkonem profese				

4/6 SMBM dotazník: Jak se cítíte v práci?

Níže jsou uvedena určitá tvrzení, která vystihují různé pocity, které můžete mít v práci. Označte, prosím, v následujícím formuláři zakroužkováním, jak často jste za posledních 30 pracovních dní zažili každý z následujících pocitů. Obsahuje 14 bodů k zhodnocení (cca 2 minuty).

Vyberte, jak jste se v práci za posledních 30 dní cítili. Pokud nyní nejste zaměstnání jako zdravotník, odpovědi vztahujte k současnému životu.

	Nikdy nebo téměř nikdy	Velmi zřídka	Zřídka	Někdy	Celkem často	Velmi často	Vždy nebo téměř vždy
1. Cítím se unavený/-á.							
2. Necítím žádnou sílu jít ráno do práce.							
3. Cítím se fyzicky vysílený/-á.							
4. Cítím, že mám všeho dost.							
5. Připadám si, jako by se mi „vybily baterky“.							
6. Cítím se vyhořelý/-á.							
7. Myslí mi to pomalu.							
8. Obtížně se koncentruji.							
9. Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně.							
10. Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/-á.							
11. Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech.							
12. Cítím, že se mi nedaří být citlivý/-á k potřebám spolupracovníků a zákazníků.							
13. Cítím, že nejsem schopen/-a citově investovat do spolupracovníků a zákazníků.							
14. Cítím, že nedokážu být milý/-á na spolupracovníky a zákazníky.							

5/6 Závěr - BDI-II dotazník: Jaký je Váš stav v posledních 14 dnech?

V poslední části dotazníku je 21 skupin různých tvrzení. Přečtěte si, prosím, každou skupinu pečlivě. Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok. Obsahuje 21 bodů k zhodnocení (cca 5 minut).

1.

- necítím se smutný(á)
- cítím se posmutnělý(á), sklíčený(á)
- jsem stále smutný(á) a smutku se nedokážu zbavit
- jsem tak nešťastný(á), že to nemohu snést

2.

- příliš se budoucnosti neobávám
- budoucnosti se obávám
- vidím, že se už nemám na co těšit
- vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit

3.

- nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
- v životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé
- vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
- vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel, manželka) plně selhal, zklamal

4.

- nejsem nijak zvlášť nespokojený(á)
- věci mě už netěší tak jako dříve
- nic mně již nepřináší uspokojení
- ať dělám cokoli, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

5.

- netrpím pocity viny
- často mívám pocity viny
- hodně často mívám pocity viny
- stále trpím pocity viny

6.

- nemám pocit, že budu za něco trestán(a)
- mám pocit, že bych mohl být potrestán(a)
- očekávám, že budu nějak potrestán(a)
- vím, že budu potrestán(a)

7.

- necítím se příliš zklamán(a) sám sebou
- zklamal(a) jsem se v sobě
- jsem dosti znechucen(a) sám(a) sebou
- nenávidím sebe sama

8.

- necítím se horší než kdokoli jiný
- mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb
- stále si vyčítám všechny své chyby
- za všechno špatné mohu já

9.

- nepřemýšlím o sebevraždě
- někdy pomýšlím na sebevraždu
- často přemýšlím o sebevraždě
- kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život

10.

- nepláču více než obvykle
- pláču nyní častěji než předtím
- pláču nyní stále, nedokážu přestat
- předtím jsem mohl(a) plakat, nyní to nejde, i kdybych chtěl(a)

11.

- nejsem nyní podrážděný(á) více než obvykle
- jsem často podrážděn(a) a rozladěn(a)
- jsem stále podrážděn(a) a rozladěn(a)
- nemohu se již rozčítit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčilovaly

12.

- neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi
- mám menší zájem o ostatní lidi
- ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi
- ztratil(a) jsem všechn zájem o ostatní lidi

13.

- dokážu se většinou rozhodnout v běžných situacích
- odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve
- mám značné potíže v rozhodování
- vůbec se nedokážu rozhodnout

14.

- nemám větší starosti se vzhledem než dříve
- mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně
- mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně
- mám pocit, že vypadám hnusně, až odpudivě

15.

- práce mi jde jako dříve
- musím se nutit, když chci začít něco dělat
- dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal(a)
- nejsem schopen(a) jakékoli práce

16.

- spím stejně dobře jako dříve
- nespím již tak dobře jako dříve
- probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu již spát
- denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně

17.

- necítím se více unaven(a) než obvykle
- unavím se snáze než dříve
- téměř všechno mě unavuje
- únava mi zabraňuje cokoli dělat

18.

- mám svou obvyklou chuť k jídlu
- nemám takovou chuť k jídlu jako dřív
- mám mnohem menší chuť k jídlu
- zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu

19.

- v poslední době jsem nezhubl(a)
- zhubl(a) jsem v poslední době více než 2,5 kg
- zhubl(a) jsem v poslední době více než 5 kg
- zhubl(a) jsem v poslední době více než 7,5 kg

20.

- nestarám se o své zdraví víc než obvykle
- dělají mi starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
- velice často myslím na své tělesné obtíže
- moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají

21.

- nepozoruji snížení zájmu o sex
- mám menší zájem o sex než dříve
- mám o hodně menší zájem o sex než dříve
- ztratil(a) jsem úplně zájem o sex

6/6

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku. Porovnání s jinou nemocnicí proběhne po ukončení sběru dat. Pokud si přejete po vyhodnocení výzkumu dostat zpětnou vazbu, zanechte na sebe emailovou adresu. Výsledky budou v případě zájmu zaslány i na Vaše pracoviště a lze si je vyžádat.

Emailová adresa (nepovinné):

Vyplňte pouze v případě zájmu o zaslání výsledků.

Příloha 2 Deskriptivní statistiky pro celý výběrový soubor (N = 57)

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Practical_Experience	Mean	22,02	1,668
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	18,68
		Upper Bound	25,36
	5% Trimmed Mean	21,84	
	Median	24,00	
	Variance	158,589	
	Std. Deviation	12,593	
	Minimum	1	
	Maximum	49	
	Range	48	
	Interquartile Range	21	
	Skewness	-,020	,316
	Kurtosis	-,891	,623
Age	Mean	45,04	1,429
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	42,17
		Upper Bound	47,90
	5% Trimmed Mean	44,85	
	Median	47,00	
	Variance	116,392	
	Std. Deviation	10,788	
	Minimum	27	
	Maximum	68	
	Range	41	
	Interquartile Range	18	
	Skewness	-,062	,316
	Kurtosis	-,888	,623
SMBM_Total	Mean	44,74	2,336
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	40,06
		Upper Bound	49,42
	5% Trimmed Mean	44,03	
	Median	46,00	
	Variance	310,912	
	Std. Deviation	17,633	
	Minimum	15	
	Maximum	95	
	Range	80	
	Interquartile Range	26	
	Skewness	,381	,316
	Kurtosis	,333	,623
SMBM_Physical	Mean	22,56	1,189
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	20,18
		Upper Bound	24,94
	5% Trimmed Mean	22,40	
	Median	22,00	
	Variance	80,643	

	Std. Deviation	8,980	
	Minimum	7	
	Maximum	42	
	Range	35	
	Interquartile Range	14	
	Skewness	,123	,316
	Kurtosis	-,652	,623
SMBM_Cognitive	Mean	13,98	,874
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12,23
		Upper Bound	15,73
	5% Trimmed Mean	13,55	
	Median	13,00	
	Variance	43,553	
	Std. Deviation	6,599	
	Minimum	5	
	Maximum	35	
	Range	30	
	Interquartile Range	8	
	Skewness	,781	,316
	Kurtosis	1,199	,623
SMBM_Emoional	Mean	8,19	,552
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7,09
		Upper Bound	9,30
	5% Trimmed Mean	7,91	
	Median	7,00	
	Variance	17,373	
	Std. Deviation	4,168	
	Minimum	3	
	Maximum	21	
	Range	18	
	Interquartile Range	7	
	Skewness	,719	,316
	Kurtosis	,312	,623
BDI_Total	Mean	8,42	,991
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	6,43
		Upper Bound	10,41
	5% Trimmed Mean	7,78	
	Median	7,00	
	Variance	56,034	
	Std. Deviation	7,486	
	Minimum	0	
	Maximum	32	
	Range	32	
	Interquartile Range	11	
	Skewness	1,081	,316
	Kurtosis	1,281	,623

Zdroj: Vlastní výpoče

Příloha 3 - Vyhodnocení Mann-Whitneyova U testu pro porovnání pohlaví

	Nulová hypotéza	Test	Signifikantní změny ^{a,b}	Rozhodnutí
1	Distribuce SMBM_Total je stejná u obou pohlaví.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,557	Zachovává nulovou hypotézu.
2	Distribuce SMBM_Physical je stejná u obou pohlaví.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,371	Zachovává nulovou hypotézu.
3	Distribuce SMBM_Cognitive je stejná u obou pohlaví.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,420	Zachovává nulovou hypotézu.
4	Distribuce SMBM_Emotional je stejná u obou pohlaví.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,881	Zachovává nulovou hypotézu.
5	Distribuce BDI_Total je stejná u obou pohlaví.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,148	Zachovává nulovou hypotézu.
	a. Signifikantní hranice významnosti je ,050. b. Asymptomatická významnost je zobrazena.			

Zdroj: Vlastní výpočet

Příloha 4 Vyhodnocení Mann-Whitneyova U testu pro porovnání pracovišť

	Nulová hypotéza	Test	Signifikantní změny ^{a,b}	Rozhodnutí
1	Distribuce SMBM_Total je stejná u obou pracovišť.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,472	Zachovává nulovou hypotézu.
2	Distribuce SMBM_Physical je stejná u obou pracovišť.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,608	Zachovává nulovou hypotézu.
3	Distribuce SMBM_Cognitive je stejná u obou pracovišť.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,501	Zachovává nulovou hypotézu.
4	Distribuce SMBM_Emotional je stejná u obou pracovišť.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,355	Zachovává nulovou hypotézu.
5	Distribuce BDI_Total je stejná u obou pracovišť.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,213	Zachovává nulovou hypotézu.
	a. Signifikantní hranice významnosti je ,050. b. Asymptomatická významnost je zobrazena.			

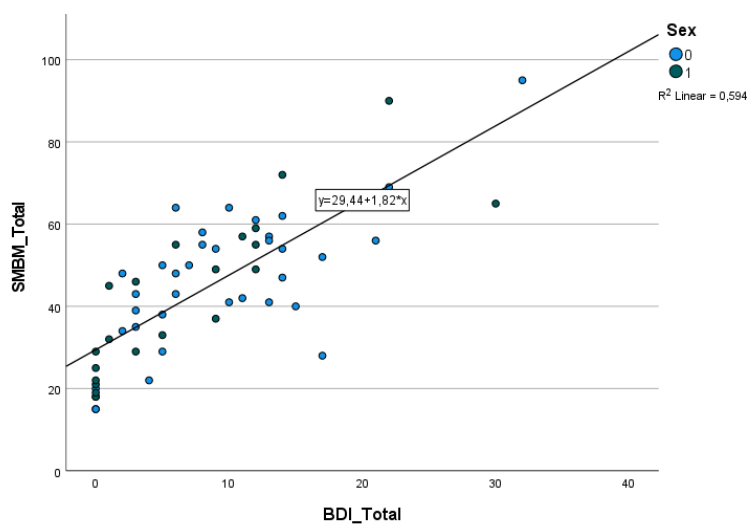
Zdroj: Vlastní výpočet

Příloha 5 Vyhodnocení Mann-Whitneyova U testu pro porovnání zdravotních sester a lékařů

	Nulová hypotéza	Test	Signifikantní změny ^{a,b}	Rozhodnutí
1	Distribuce SMBM_Total je stejná nezávisle na pracovní odbornosti.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,617	Zachovává nulovou hypotézu.
2	Distribuce SMBM_Physical je stejná nezávisle na pracovní odbornosti.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,793	Zachovává nulovou hypotézu.
3	Distribuce SMBM_Cognitive je stejná nezávisle na pracovní odbornosti.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,912	Zachovává nulovou hypotézu.
4	Distribuce SMBM_Emotional je stejná nezávisle na pracovní odbornosti.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,018	Zachovává nulovou hypotézu.
5	Distribuce BDI_Total je stejná nezávisle na pracovní odbornosti.	Nezávislé vzorky Mann-Whitney U Test	,852	Zachovává nulovou hypotézu.
	a. Signifikantní hranice významnosti je ,050. b. Asymptomatická významnost je zobrazena.			

Zdroj: Vlastní výpočet

Příloha 6 Bodový graf závislosti celkového skóre vyhoření na skóre depresivní symptomatologie



Zdroj: Vlastní výpočet

Příloha 7 Koeficienty lineárního regresního modelu

Coefficients ^a										
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF
1	(Constant)	29,444	2,271		12,968	,000	24,894	33,995		
	BDI_Total	1,816	,202	,771	8,977	,000	1,411	2,221	1,000	1,000

a. Dependent Variable: SMBM_Total

Zdroj: Vlastní výpočet



Řešená problematika



úvod

Nadměrné pracovní vytížení zdravotníků během pandemie COVID-19 přispělo ke vzniku syndromu vyhoření.

problém

Syndrom vyhoření je stav celkového vyčerpání související s pracovními podmínkami a stresem ze zaměstnání. Zdravotnictví je profesí, ve které je na jedné straně velká zodpovědnost, ale i popularita a na druhé straně hrozící psychické a fyzické vyčerpání plynoucí z náročnosti tohoto povolání umocněné pandemií COVID-19.

přístup

- Rešeršní zpracování teorie.
- Neexperimentální deskriptivní studie s dotazníkovým šetřením.

Postup řešení

cíl

- Zjištění metricky celkového vyhoření a jeho subdimenzí s využitím standardizované dotazníkové metody SMBM se současným zjištěním skóre depresivní symptomatologie za použití dotazníkové škály BDI -II mezi českými zdravotníky.
- Porovnání celkových skóre mezi dvěma vybranými pracovišti a porovnání skóre syndromu vyhoření mezi zdravotníky s obecnou českou populací.

získávání

- Analýzou a zpracováním literárních a internetových zdrojů, byla objasněna teoretická část týkající se syndromu vyhoření a pandemie COVID-19.
- Ke sběru dat byl využit demografický dotazník o základních údajích respondentů, dotazník životního stylu, Shirom – Melamedova škála vyhoření (SMBM) a Beckova škála depresivní symptomatologie (BDI -II).

metodika

- Sběr dat **12.8. – 12.9.2021.**
- **57** respondentů (21 Nemocnice Chomutov + 36 FN Motol).
- Zpracování dat:
 - Statist. software IBM SPSS 27.
 - Metody statistické inference.
 - Neparametrický Kruskal-Wallis test a Mann-Whitney U test.
 - Parametrický jednovýběrový t-test.

3

Výsledky práce

Z výsledků práce vyplynulo, že celkové skóre vyhoření a depresivní symptomatologie u zdravotníků je vyšší v porovnání s obecnou českou populací. Současně vliv věku, pohlaví, pracoviště ani dosaženého vzdělání nemělo na skóre vyhoření a depresivní symptomatologie statisticky významný vliv.

→ Lze předpovědět vývoj a dopady na situaci českého zdravotnictví kdyby pandemie COVID-19 nebyla stabilizována a vážné průběh onemocnění s nutností hospitalizace by ještě několik měsíců až let pokračoval.

→ **Z dat lze vyčíst fakta:**

- Skóre syndromu vyhoření a depresivní symptomatologie je vyšší než u obecné populace.
- Pandemie COVID-19 zvýšila skóre obou zkoumaných problematik.
- Do budoucna je nutné zavést preventivní programy na ochranu psychického a duševního zdraví zdravotníků a nepřetěžovat zdravotníky ani během běžného pracovního provozu.

4

Výsledky práce– grafické znázornění

Věková kategorie	Vyhoření celkové		Vyhoření fyzické		Vyhoření kognitivní		Vyhoření emoční		Depresivní symptomatologie	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
<= 30	N/A	57,0 (56,5)	N/A	26,0 (27)	N/A	19,5 (19)	N/A	11,5 (12,5)	N/A	14,0 (11,5)
> 30 & <= 35	48,0 (50)	42,5 (39)	23,0 (22)	23,5 (25)	14,8 (14)	11,8 (10)	10,3 (11,5)	7,3 (6,5)	7,0 (7,5)	8,0 (6)
> 35 & <= 40	50,0 (44)	N/A	22,0 (20)	N/A	17,0 (15)	N/A	10,8 (9)	N/A	9,3 (7,5)	N/A
>40 & <= 45	46,0 (49)	43,0 (47)	24,8 (24,5)	20,0 (21)	13,5 (14,5)	14,3 (13)	7,8 (7)	8,7 (9)	8,0 (10)	6,0 (2)
>45 & <= 50	36,0 (25)	31,0 (22)	18,0 (12)	15,6 (12)	10,7 (10)	10,8 (9)	7,3 (3)	4,6 (3)	10, (0)	3,4 (4)
>50 & <= 55	45,7 (46)	47,9 (42,5)	23,7 (21)	25,2 (24)	13,3 (13)	14,4 (16)	8,7 (9)	8,3 (8,5)	5,7 (3)	10,5 (10,5)
>55 & <= 60	N/A	51,8 (55)	N/A	27,7 (28)	N/A	16,2 (18)	N/A	8,0 (7,5)	N/A	11,8 (13,5)
>60	N/A	28,5 (28,5)	N/A	16,0 (16)	N/A	8,0 (8)	N/A	4,5 (4,5)	N/A	1,5 (1,5)

Zdroj: Vlastní výpočet

5

Doporučení

Na základě výsledků lze doporučit....



1. Vhodné metody efektivního time managementu k uspořádání pravidelného denního režimu.



2. Věnovat jednu hodinu měsíčně z pracovní směny, kterou by zaměstnanci využili pro své psychické zdraví (psycholog, KBT, autogenní trénink)



3. Zajištění dostatečného počtu zdravotnického personálu v menších nemocnicích.



4. Zavedení supervize ve zdravotnických zařízeních



5. Nastavení pravidelných odpočinků během pracovní směny a minimalizace přesčasových hodin

6

Závěr



Práce přinesla zjištění, že čeští zdravotníci vykazují vyšší hodnoty syndromu vyhoření a depresivní symptomatologie v porovnání s obecnou populací po pandemii COVID - 19.



Novým řešením je zvolit vhodné preventivní programy na ochranu psychického a duševního zdraví (KBT, autogenní trénink, volnočasové aktivity,...).



Problematika syndromu vyhoření mezi zdravotníky po období pandemie onemocněním COVID - 19 byla posunuta díky důkladnému rešeršnímu zpracování českých a zahraničních studií a přinesla vzhled do situace v českých nemocnicích v porovnání s okolními státy.

