



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Vybrané aspekty pandemie COVID-19 u zdravotnických pracovníků

Diplomová práce

Studijní program: [Ochrana obyvatelstva](#)

Autor: Bc. Martin Polan

Vedoucí práce: Mgr. Renata Havránková, PhD.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9.8.2022

.....

Martin Polan

Poděkování

Rád bych tímto poděkoval své vedoucí diplomové práce Mgr. Renatě Havránkové PhD. za její ochotu, vstřícnost a věnovaný čas. Poděkování patří i rodině a mým blízkým, kteří mne po celou dobu studia podporovali.

Vybrané aspekty pandemie COVID-19 u zdravotnických pracovníků

ABSTRAKT

Diplomová práce se zaměřila na otázku, jaký dopad měla a má pandemie onemocnění COVID-19 na pracovníky ve zdravotnictví. Teoretická část porovnává dostupnou literaturu a uvádí potřebné informace o původci tohoto virového onemocnění. Dále je popsán stres, jeho příčiny, rizikové faktory, projevy a metody jeho zvládání. Největší prostor je zde věnován syndromu vyhoření.

Cílem výzkumné části bylo zjistit, v jaké míře se syndrom vyhoření u zdravotníků vyskytuje a jaké faktory ho ovlivňují. Výzkum byl proveden na vybraných odděleních v Nemocnici České Budějovice, a.s., konkrétně na Interním oddělení, Anesteziologicko-resuscitačním oddělení, Oddělení urgentního příjmu, Infekčním oddělení a Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie. Potřebná data byla získána formou kvantitativního výzkumu, a to prostřednictvím standardizovaného dotazníku „Inventář syndromu vyhoření.“ Tyto výsledky byly vyhodnoceny a statisticky ověřeny za účelem potvrzení či vyvrácení hypotéz.

Výsledkem bylo zjištění, že o dost více než 50 % zdravotnických pracovníků na sobě po dobu pandemie pocítilo zhoršování příznaků syndromu vyhoření. Spojitost mezi určitým faktorem a přítomností syndromu vyhoření se podařilo statisticky prokázat pouze u faktoru velikosti obce, kdy zdravotničtí pracovníci z obcí s počtem do 3 000 obyvatel prokazovali nižší míru vyhoření než zdravotníci z obcí s vyšším počtem obyvatel.

KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom vyhoření; stres; MBI; zdravotník; rizikové faktory; COVID-19

Selected aspects of the COVID-19 pandemic in healthcare professionals

ABSTRACT

The diploma thesis focused on the question of what impact the COVID-19 disease pandemic had on healthcare workers. The theoretical part compares the available literature and provides the necessary information about the causative agent of this viral disease. Furthermore, stress, its causes, risk factors, manifestations and methods of its management are described. The biggest space here is devoted to the burnout syndrome.

The aim of the research part was to find out to what extent burnout syndrome occurs in health workers and what factors influence it. The research was carried out in selected departments in the Hospital České Budějovice, a.s., specifically in the Internal Medicine Department, Anesthesiology-resuscitation Department, Emergency Department, Infectious Diseases Department and Department of Hospital Hygiene and Epidemiology. The necessary data were obtained in the form of quantitative research, through the standardized questionnaire "Maslach Burnout Inventory." These results were evaluated and statistically verified in order to confirm or refute the hypotheses.

As a result, well over 50 % of healthcare workers experienced worsening symptoms of burnout during the pandemic. The connection between a certain factor and the presence of burnout syndrome was statistically proven only for the factor of village size, where people from villages with a population of up to 3,000 showed a lower rate of burnout than people from villages with a higher number of inhabitants.

KEY WORDS

Burnout syndrom; stress; MBI; healthcare professional; risk factors; COVID-19

Obsah

1	Teoretická část.....	9
1.1	Onemocnění COVID-19.....	9
1.2	Stres.....	11
1.2.1	Příčiny stresu.....	12
1.2.2	Zvládání stresu.....	13
1.3	Syndrom vyhoření.....	17
1.3.1	Definice.....	17
1.3.2	Symptomy.....	20
1.3.3	Ovlivňující faktory syndromu vyhoření.....	23
1.3.4	Průběh syndromu vyhoření.....	26
1.3.5	Prevence syndromu vyhoření.....	28
1.3.6	Léčba.....	29
1.3.7	Supervize.....	31
1.4	Všeobecná sestra.....	33
1.4.1	Potřebné dovednosti.....	33
1.4.2	Kompetence.....	34
2	Cíl práce a hypotézy.....	39
3	Metodika.....	40
3.1	Technika sběru dat.....	40
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	40
3.3	Charakteristika zkoumaných oddělení.....	41

3.4	Dotazník.....	42
3.5	Statistické metody.....	44
4	Výsledky dotazníkového šetření.....	47
4.1	Výsledky identifikačních otázek.....	47
4.2	Výsledky MBI dotazníku.....	50
4.2.1	Celkový výskyt syndromu vyhoření.....	50
4.2.2	Výskyt syndromu vyhoření dle věku.....	51
4.2.3	Výskyt syndromu vyhoření dle pohlaví.....	55
4.2.4	Výskyt syndromu vyhoření dle obce.....	59
4.2.5	Výskyt syndromu vyhoření dle oddělení.....	63
4.3	Subjektivní zhodnocení vývoje příznaků.....	67
5	Diskuze.....	69
5.1	Shrnutí výsledků.....	76
5.2	Navrhovaná doporučení.....	78
6	Závěr.....	82
7	Seznam použité literatury.....	84
8	Seznam zkratk.....	90
9	Seznam tabulek.....	91
10	Seznam obrázků.....	92
11	Seznam příloh.....	93

Úvod

Jak napovídá název práce „Vybrané aspekty pandemie COVID-19 u zdravotnických pracovníků“, předmětem zkoumání této práce jsou zaměstnanci ve zdravotních službách a cílem je zjistit, jak během těchto těžkých časů zvládají svou práci po psychické stránce. K volbě tohoto tématu mne vedl ten důvod, že já sám jsem zaměstnancem nemocnice a během svého působení jsem si všiml, jak u některých mých kolegů během bojů s koronavirem jejich psychická odolnost oslabila a začaly na nich být patrné známky vyhoření. Ovšem jiní kolegové ze sebe stále vyzařovali pozitivní energii, jako by snad žádný vir vůbec neexistoval. Začalo mne samotného zajímat jak velká část z mých kolegů je tak vyhořelá a zdali jsou nějaké faktory, které ovlivňují míru vyhoření.

Teoretická část se zprvu krátce zaměřuje na samotného původce pandemie. Velký prostor je zde pak věnován stresu jako takovému, jeho příčinám, ovlivňujícím faktorům, projevům a způsobům jeho zvládnutí. Ještě větší část je následně věnována syndromu vyhoření, který je rovněž obdobně charakterizován.

Na teoretickou část dále navazuje výzkumná část. Hlavním cílem bylo zjistit dopad pandemie COVID-19 na zdravotnický personál po psychické stránce. V diplomové práci je užito kvantitativního typu výzkumu za využití tzv. MBI dotazníku (Maslach Burnout Inventory, též Inventář syndromu vyhoření), jehož výsledky jsou hodnoceny jednak pro celkový výzkumný soubor a dále dle určitých vybraných faktorů.

1 Teoretická část

Tato část je zaměřena na průzkum a analýzu odborné literatury se zaměřením na onemocnění COVID-19, stres, syndrom vyhoření a práci všeobecné sestry.

1.1 Onemocnění COVID-19

Nové onemocnění COVID-19 mající za důsledek těžké akutní respirační selhání se na počátku vyskytlo ve městě Wu-chan v Číně v průběhu prosince roku 2019. Již během poměrně krátkého časového intervalu tří měsíců se nový virus rozšířil po celém světě a způsobil jak ekonomický, tak zdravotnický kolaps (Singh a kol., 2020)

Po propuknutí infekčního onemocnění COVID-19 se u lékařů, zdravotních sester a jiných pracovníků ve zdravotnictví začala objevovat a manifestovat ve větší míře **úzkost, stres a deprese**. Absence validních informací o novém onemocnění, které zasáhlo celý svět za relativně krátké časové období, vyvolala globální paniku a chaos. Nejtvrdší dopad byl zaznamenáván právě u zdravotníků, kteří chtějí poskytnout co nejvyšší možnou odbornou zdravotní péči všem svým pacientům. Neznalost a nedostatek informací způsobuje velký psychický nátlak a podepisuje se na zdravotnících samých. Nedostatek zdravotnického personálu v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních, a naopak výrazný nárůst počtu pacientů, vyžadujících intenzivní péči, měly za důsledek nadměrné pracovní vytížení zdravotníků za ztížených pracovních podmínek. Mimo zmíněné přepracování zdravotnických pracovníků jsou dalšími rizikovými faktory pro rozvoj psychických problémů nedostatek ochranných pracovních prostředků, minimální znalosti příznaků, projevů a možných následků infekčního onemocnění COVID-19 u pacientů, dále strach z možnosti nákazy sebe samého nebo přenos viru na svou rodinu a další příbuzné (Dosil a kol., 2020).

COVID-19 je onemocnění způsobené novým kmenem koronaviru. Tento název je v podstatě mnemotechnická pomůcka složená ze tří částí: „CO“ znamená corona, „VI“ virus a „D“ jako dinase, v překladu nemoc. Dříve byla tato nemoc označována jako „2019 nový coronavirus“ neboli „2019-nCoV“.

Coronavirus vyvolává v lidském organismu běžné onemocnění, které svými příznaky připomíná nachlazení, ale je schopno vyvolat i mnohem závažnější formy onemocnění. Coronaviry řadíme mezi původce epidemií SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), které se objevili již v roce 2003 v Číně. Tehdy bylo nakaženo přes 8 000 osob, z nichž více než 800 zemřelo (Šín, 2017).

Díky výzkumům a pozorováním vědci vědí, že COVID-19 se šíří kapénkovou formou přenosu při těsném kontaktu, pomocí aerosolu, jenž se uvolňuje do vzduchu, když infikovaná osoba mluví, kašle nebo kýchá. Kapénky během několika sekund spadnou na zem (nebo na povrchy) – proto je při zabránění šíření viru účinné dodržování rozestupů (Sauer, 2021).

Podobně cestu přenosu popsala i Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO). Virus se může šířit z úst nebo nosu infikované osoby v malých kapalných částicích, když kašle, kýchá, mluví, zpívá nebo dýchá. Tyto částice se pohybují od větších respiračních kapiček až po menší aerosoly (WHO, 2021)

Rezervoárem SARS-CoV jsou některé druhy netopýrů. Inkubační doba je udávána v řádech dnů, nejčastěji 2–7, v některých případech až 10. Klinický obraz onemocnění SARS lze charakterizovat vstupně vysokými horečkami, celkovou únavou a bolestmi hlavy. U některých pacientů se též objevuje zvracení a průjem. Po uplynutí několika dnů (často jednoho týdnu) se manifestují respirační příznaky v podobě kašle a závažné, často atypické pneumonie. Stav dokáže dospět do těžké dechové nedostatečnosti, která může být letální. Léčba je soustředěna především na symptomy a často je zapotřebí dosti komplikované umělé plicní ventilace (Šín, 2017).

Většina lidí infikovaných virem prodělá mírné až středně těžké respirační onemocnění a zotaví se, aniž by vyžadovali zvláštní léčbu. Někteří však vážně onemocní a vyžadují lékařskou péči. Starší lidé a lidé se základními zdravotními problémy, jako je kardiovaskulární onemocnění, cukrovka, chronické respirační onemocnění nebo rakovina, mají větší pravděpodobnost, že se u nich vyvine vážné onemocnění. (WHO, 2021)

1.2 *Stres*

Pojem stres je mezi lidmi v dnešním světě velmi často používaný. Asi každý z nás někdy použil větu „Jsem ve stresu.“ V běžné mluvě se však jedná o pojmenování velmi obecné. Takto označit můžeme stav jakési nepohody, příčinu tohoto rozpoložení, samotnou tíživou situaci, ale vyjadřujeme tím i naše vlastní pocity a reakci naší osobnosti na tuto nepříznivou situaci. Termín stres je považován za složitě definovatelný, inkonzistentní a příliš nejednoznačný (Kebza, 2005).

Pojem „stres“ je přejat z angličtiny a původně znamenal „napětí“, „tlak“, „zdůraznění významu“, atd. Původ má však v latinském výrazu „strictus“, v překladu to znamená „přitažený“, „napnutý“ nebo „napjatý“ (Huber, 2009). Tento výraz bývá většinou doslova překládán jako **tlak**, **namáhání**, **zátěž**, **důraz** nebo **napětí**, které neblaze působí na tělo, ale také jako síla, tlak, problém či nesnáz (Fronek, 1999).

Jedná se o zvýšení nároků na přizpůsobení těla a mysli vůči nenadálým jevům. Stres tudíž není ani dobrý, ani špatný. V danou chvíli záleží na naší psychofyzické odolnosti a na síle působícího stresoru. U každého jedince se jedná o individuální záležitost. Některé ze stresorů mohou být vzrušujícími výzvami, další jen pouhými drobnými nepříjemnostmi a jiné pak mohou způsobovat až ničivé tlaky. Působí-li na jednotlivce stresor dlouhodobě a má dostatečnou sílu, může být následkem zhroucení zvládání těchto situací (Fontana, 2010).

Strach a úzkost jsou silně emočně zabarvené prožitky, které vyrůstají z pocitu ohrožení. Jednoduše se jedná o obranu formu organismu na podkladě pudu sebezáchovy (Zacharová, 2017). Lze říci, že jedince stresují takové podněty, které pro něj znamenají nějaké reálné nebo zdánlivé ohrožení, a/nebo které u něj z nějakých důvodů vyvolávají pocit strachu či úzkosti, že se může něco stát, a obecně pocit ztráty kontroly. Jedním z aktuálních problémů dnešní doby je, že dokážeme pociťovat silné ohrožení a úzkost v souvislosti s pouhými představami a stresová reakce, kromě toho že již nemá adaptivní funkci, se spouští výrazně častěji než podle původního reálného konceptu (Joshi, 2007).

„Stres je souhrnné, obecné označení pro skutečný či pomyslný rozpor mezi vnějšími požadavky a vnitřní způsobilostí jedince je řešit“ (Čírtková, 2000, s. 127).

„Stres obecně představuje komplexní reakci těla a psychiky na stresory (tj. vnitřní nebo zevní změny, které narušují dosud trvající rovnováhu)“ (Orel, 2010, s. 6).

Stres lze označit i jako neoptimální či pesimální zátěž. Tato zátěž je spojena se značným obtěžováním, znepokojováním nebo ohrožováním důležitých hodnot jedince (Paulík, 2017).

1.2.1 Příčiny stresu

Termínu stres používáme v běžném jazyce ve dvou různých významech. V první řadě takto označujeme vnitřní stav člověka a současně je jím označován také prvopočátek a příčina tohoto stavu. V psychologii se pro tyto příčiny používá termín **stresor**. Křivohlavý (1994) definuje stresor jako požadavek, který je v danou chvíli nadměrný na organismus. Stresor může působit jak na psychiku, tak i po tělesné stránce. V každém případě se jedná negativní faktor, který jedince zatěžuje, vystavuje tlaku a vede k napětí (Křivohlavý, 2001). Další definice uvádí, že stresorem může být pro jedince jakákoliv situace, událost nebo faktor, jež vyvolá jakousi homeostázu, rovnovážný stav a rozpoložení organismu, a vede ke stresové reakci na tuto nežádoucí událost (Křivohlavý, 1994).

Stresory mohou být různým způsobem klasifikovány, jsou to určité nároky kladené na jedince v situaci stresu (Kliment, 2014). Také pojem stresor je užíván pro jednotlivé nepříznivé tlaky (vlivy), které mohou vést k tíživé osobní situaci jedince (Křivohlavý, 2009).

Ve snaze rozdělit stresory nahlíží M. Orel a V. Facová (2010) ze dvou pohledů, kterými jsou:

- **Vnitřní vlivy**, kam můžeme zařadit například úzkostné nebo perfekcionalistické znaky osobnosti, snížené sebehodnocení, nevyřešené konflikty - ať už vědomé či nevědomé apod.
- **Vnější vlivy** mohou být ještě dále rozděleny na biologické (např. zanedbaná a nepravidelná životospráva), psychické (např. vysoké nároky na osobnost jedince,

nadměrná emoční zátěž v sociálních vztazích atd.), fyzikálně-chemické (např. venkovní teplota, hluk, rozloha pracovny, pohodlnost židle apod.). Řadíme sem také vlivy ekonomické, politické a časové.

V závislosti na charakteru práce uvádí Křivohlavý (2009) a Wedlichová (2008) stresory následující:

- **stres časový** – člověk je omezen určitými časovými limity, termíny;
- **nadměrné množství práce** – přetěžování jedince, kdy v daném časovém horizontu nezvládá zadanou práci stihnout;
- **mezilidské vztahy a kontakty** – nepříjemná komunikace s jinými, ale naopak i izolace a touha po vztazích;
- **nejasné pravomoci** – nejasné úkoly, hranice;
- **spánek** – nedostatek spánku může být příčinou stresu a naopak i již působící stres může mít za důsledek neklidný a poruchový spánek;
- **hluk** – nežádoucí rušivé zvukové elementy;
- **dlouhodobé působení** – např. dlouhodobá finanční nejistota, mobbing v zaměstnání, neshody s životním partnerem či partnerkou;
- **omezený prostor** – velké davy lidí;
- **nesvoboda**;
- **dlouhodobě nezvladatelná odpovědnost.**

Zdroje stresu také úzce souvisí s pohlavím, s věkem a vývojovým stupněm (Rice, 2000).

1.2.2 Zvládání stresu

Zvládání stresu, neboli „coping“ je možné popsat jako proces vědomého a aktivního zvládání vnitřních a vnějších faktorů, které na jednotlivce působí. Tyto

faktory pak organismus vyhodnocuje jako zatěžující nebo ohrožující a dochází k narušení homeostázy – jedincova vyrovnaného duševního stavu (Kubicová, 2010). Křivohlavý (2001) popisuje zvládání stresu a životních těžkostí jako dynamický proces, ve kterém dochází k vzájemným interakcím mezi člověkem a určitou stresovou situací. Reakce na stres se odvíjí u každého jednotlivce odlišným způsobem v závislosti na různých faktorech, např. osobnostních charakteristikách lidí bojujících se stresem, stylů zvládání, strategií zvládání, technik zvládání, které je možno se naučit, využívání tzv. vnějších zdrojů aj.

Paulík (2010) o **stylu zvládání** hovoří jako o shodných či velmi podobných prvcích, jež jednatel obecně užívá v případě, že není ovlivněn zvláštními působícími okolnostmi. Jedná se o jakési naučené vzorce chování a prožívání během zátěžové situace. Má tedy vytvořený svůj tzv. stress management (moderování stresu) za účelem řízení vývoje situace tak, aby došlo ke zmírnění nepříjemně působícího stresu. Křivohlavý (2009) blíže specifikuje styly copingu následovně:

- Vyhýbání se stresu – osoba se snaží zcela vyhnout blízkosti se stresové situací, anebo kontakt s ní snížit na co nejnížší míru. Tento styl lze využít během situace, kdy hrozící stres bude trvat jen krátce a jeho intenzita je nízká.
- Postavení se čelem – jedinec je odhodlán blízkosti se stresové situací čelit a přemoci ji. Používá se v situacích, kdy lze předpokládat opakování té samé situace, anebo je zřejmé, že by trvala po dlouhou dobu.
- Sebeznehodnocení – osoba tento styl využívá v případě, kdy ví, že se stresové situací nevyhne a že nemá dostatek sil na to, aby nad ní zvítězil. Na svou obranu již předem uvádí negativistické okolnosti (jako výmluvy na únavu, zdravotní stav apod.), aby si po případném neúspěchu zachránil svou „čest.“

Pojem **strategie zvládání stresu** Křivohlavý (1994) charakterizuje jako dovednost získat v určité situaci výhodu pro vlastní osobu a naopak protivníka dostat do nevýhody. Lazarus a kol. (1984) vnímají strategii copingu jako snahu moderovat boj a považují ji jako zprostředkovatele vztahu mezi samotnou stresovou situací a odhodláním se jí vyrovnat.

Lazarus (in Paulík, 2012) popisuje čtyři druhy strategií copingu:

- Strategie apatie – pasivita, snížené reakce vůči stresu za doprovodných pocitů bezmoci, beznaděje a deprese.
- Strategie vyhýbání – snaha o vyhnutí se působícím noxám (škodlivým jevům) za doprovodu pocitu strachu.
- Strategie útoku – snaha o napadení rušivého fenoménu za doprovodu pocitu nebezpečí.
- Strategie různých druhů aktivit, které směřují k vlastní odolnosti a obranyschopnosti vůči noxám.

Na úvodní Lazarovo pojetí navázal pak kolektiv autorů D. L. Tobin, R. V. C. Reynolds a K. A. Holroyd, který sestavil hierarchickou strukturu strategií zvládající stres. Hierarchie strategií má dle těchto autorů tři úrovně a uvedena je v Tabulce 1. Terciární úroveň je tvořena dvěma faktory – faktorem příklonu a faktorem odklonu. Podstatou příklonových strategií je angažovanost v aktivním jednání a zvládání stresové situace. Naopak v odklonových strategiích je vždy snaha o izolaci jedince vůči svému okolí. Sekundární úroveň pak rozlišuje strategie copingu na základě jejich zaměření, a to buď zaměření na problém, anebo zaměření na emoce. Primární úroveň pak obsahuje osm faktorů, kam patří: řešení problému, kognitivní restrukturalizace, vyjádření emocí, vyhledávání sociální opory, vyhýbání se problému, fantazijní únik, sebeobviňování a sociální izolace (Kliment, 2014).

Tabulka 1 Hierarchie strategií copingu

<i>Terciární úroveň</i>	<i>Sekundární úroveň</i>	<i>Primární úroveň</i>
<i>Příklonové strategie</i>	Zaměřené na problém	Řešení problému
		Kognitivní restrukturalizace
	Zaměřené na emoce	Vyjádření emocí
		Hledání sociální opory
<i>Odklonové strategie</i>	Zaměřené na problém	Vyhýbání se problému
		Fantazijní únik
	Zaměřené na emoce	Sebeobviňování
		Sociální izolace

Zdroj: Trojúrovňový model, upraveno podle Tobina a kol. (in Kliment, 2014, s. 29)

Techniky zvládání stresu

Dle doporučení Bartůňkové (2010) mezi všeobecně používané antistresové techniky patří:

- eliminace stresoru;
- dostatečný odpočinek (relaxace, spánek);
- nácviky klidného hlubokého dýchání;
- libovolné formy meditací;
- speciální autogenní relaxační techniky;
- aktivní cvičení, sport, fyzická aktivita;

- relaxační masáže a jiné regenerační techniky.

Mezi nejpoužívanější relaxační metody dnešní doby patří např. jógová relaxace, která zahrnuje dechová cvičení, kdy je cílem soustředěné klidné hluboké dýchání a jeho skloubení s pomalým pohybem. Aktivnější variantou mohou být tzv. polohová tělesná cvičení, která se provádí formou předklonů, záklonů, úklonů či rotačních pohybů za kontrolované a procítěné dechové činnosti (Machová, 2009).

Při správném provedení dokáže být účinná i tzv. Jacobsonova progresivní relaxace, která cílí především na souznění mezi psychickým a svalovým napětím. Podstatou tohoto vztahu je, že každý typ emočního vzrušení má souvislost se zvýšeným napětím svalů. Tato metoda probíhá záměrnou kontrakcí svalů a jejich následným uvolněním. Důležité je, aby si cvičící toto uvolnění uvědomoval a relaxoval tak (Stackeová, 2011).

1.3 Syndrom vyhoření

Jedná se o téma, se kterým v 70. letech 20. století poprvé přišel Henrich Freudenberger a díky svému popisu syndromu vyhoření (burnout syndrom) strhl obrovský zájem psychologů a tuto „nemoc“.

1.3.1 Definice

Podle Henricha Freudenbergera *„je burnout konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)“* (Křivohlavý 1998, str. 49).

Podle ICD (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace) je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz a není tak klasifikováno jako nemoc. Tam je však zařazena jiná, již řadu let známá diagnóza, neurastenie, která se obdobně manifestuje stavy únavy a celkového vyčerpání. Pro jedince trpící syndromem to znamená, že veškeré náklady spojené s léčbou, která je navíc složitá, nebude hradit zdravotní pojišťovna, neboť dle tohoto zařazení se nejedná o nemoc.

Velmi často je tak od odborníků danému jedinci oficiálně diagnostikován stres a klient tak má nárok na hrazení nákladů. (Stock, 2010)

Kritici tvrdí, že fenomén vyčerpání existoval vždy a syndrom vyhoření je jen starý známý obsah v novém oděvu. Podle Stockova názoru: *„jde o novější dobový jev, který se rozmáhá v důsledku změn v pracovní oblasti, globalizace, rozpadu rodinných struktur a demografického rozvoje“* (Stock, 2010, s.14).

Podle psycholožky Christiny Maslachové *„vyhoření představuje emocionální vyčerpání, snížení výkonnosti a odosobnění, které se vyskytuje u jedinců pracujících jakýmkoli způsobem s lidmi“* (Minirth a kol., 2011, s. 10).

Dle Hartla a Hartlové v knize Velký psychologický slovník, je definován syndrom vyhoření jako *„syndrom, který se projevuje po letech terénní, emočně vyčerpávající práce, ztrátou profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí a týká se zejména tzv. pomáhajících profesí; spojen se ztrátou činnosti a poslání, s pocity zklamání, hořkosti; ztráta zájmu o práci, nastupuje každodenní stereotyp, rutina, snaha přežít a nemít problémy; obranou proti vyhoření je víra ve smysl poslání, vědomí potřebnosti i toho, že je vždy možný další rozvoj; pomáhá duševní hygiena, relaxace, supervize“* (Hartl a Hartlová, 2010).

Jerry Edewich a Geraldine Richelsonová (in Křivohlavý, 2012, s. 65): *„Burnout je proces, při němž dochází k vyčerpání fyzických a duševních zdrojů energií, k vyplenění celého nitra, k utahání se tím, že se člověk snaží dosáhnout určitých subjektivně stanovených nerealistických očekávání nebo že se snaží uspokojit takováto nerealistická očekávání, která mu stanoví někdo jiný.“*

Průcha a Veteška (2012, s. 245) definují syndrom vyhoření následovně: *„Ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí. Výsledek procesu, v němž lidé velice zaujatí určitým úkolem nebo ideou ztrácejí své nadšení. Jedná se o psychický stav emočního vyčerpání. Nejčastěji se projevuje u lidí působících v pomáhajících profesích a jedinců, kteří jsou v častém kontaktu s lidmi. Syndrom vyhoření je tvořen řadou symptomů především v oblasti psychické, ale i sociální, fyzické a zdravotní. Všechny hlavní složky syndromu vyhoření vycházejí z chronického stresu. Samotné vyhoření je výsledkem dlouhodobého a pozvolného procesu, který má několik fází. Mezi hlavní*

příznaky patří únava, nespokojenost, pokles výkonu, úzkost, poruchy spánku, tělesné potíže, poruchy paměti, neschopnost soustředit se a deprese.“

Během let výzkumu této problematiky se objevila celá řada různých vymezení a pojetí syndromu vyhoření. Každá z definic má částečně odlišný úhel pohledu – některé se zaměřují na stav emocionálního, fyzického a mentálního vyčerpání, jiné zas pohlízejí na vyhoření jako na proces, který se s plynutím časové osy vyvíjí. Každopádně v této obsáhlé skupině definic můžeme nalézt jisté společné znaky, mezi něž patří:

- Klíčovou složkou je emocionální vyhaslost, kognitivní vyčerpání a současně vznik celkové únavy.
- Souvislost s určitými druhy povolání.
- Výskyt negativních emočních příznaků a psychický stav vyčerpání.
- Nastupující příznaky jsou popisovány u jinak psychicky zdravých jedinců, neexistuje souvislost s psychickou patologií.
- Důraz je kladen zejména na příznaky psychické a na rysy chování jednotlivců, než na příznaky tělesné (Křivohlavý, 1998, Kebza, Šolcová, 2003).

V současné době je pojmem syndrom vyhoření označován soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků v pomáhající profesi, jako důsledek nezvládnutého pracovního stresu. Nezvládnutím pracovní zátěže je jako důsledek pocit psychického a fyzického vyčerpání, ztrátě zájmu o práci a zhoršení profesionálních postojů a pracovního výkonu. Značnou měrou se na tomto stavu podílejí rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření, jež negativně ovlivňují výkon profese a další rizikové faktory (Čeledová a kol., 2010).

V této kapitole je třeba se ještě zmínit o problému, který se skrývá pod pojmem syndrom pomocníka či syndrom pomáhajícího. Mezi pomáhající profese patří povolání, ve kterých je hlavní náplní pomáhat lidem. Mezi taková povolání řadíme pedagogy, sociální pracovníky, lékaře, zdravotní sestry a pečovatelky i psychology. Pro výkon těchto povolání je zapotřebí příslušné odbornosti, kterou je nutné si osvojit ve specializovaných školách. V pomáhajících profesích hraje důležitou roli vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem (Kopřiva, 2016).

V syndromu pomocníka jde o kombinaci opakujících se příznaků, které poškozují a ovlivňují profesní výkony postižené osoby. Tyto příznaky se projevují v chování i emočního prožívání pomáhajícího. Jejich odhalení a porozumění může dát pomáhajícímu impuls k řešení neuspokojivých situací, většinou však tyto příznaky bývají přehlíženy a k jejich odhalení nedochází (Géringová, 2011).

Výkon pomáhající profese může být zdrojem problémů v případě, kde pak pracovník klienta využívá k překonání pocitu osamělosti a nejistoty. Těmito problémy jsou buďto tendence přebírat kontrolu nad klienty, anebo tendence obětovat se pro klienty na vlastní úkor. V některých případech se mohou vyskytnout oba problémy zároveň u jednoho pracovníka a doplňovat se (Kopřiva, 2016).

1.3.2 *Symptomy*

Syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému (mentálnímu), tak emocionálnímu (citovému) vyčerpání lidského organismu. Z hlediska patofyziologických mechanismů lze říci, že nastupuje jako projev dlouhotrvajícího a nadměrného stresu (Křivohlavý, 2009).

Mezi první varovné příznaky může patřit pocit zdravotníka, že svou práci nezvládá a zpochybňuje její smysl a význam. Objektivně na své kolegy může působit nespokojeným, nervózním a podrážděným dojmem. Jako první tělesné obtíže se pak začínají vyskytovat poruchy spánku, bolesti hlavy, břicha, zad, ztuhlost krku, časté infekce, poruchy krevního oběhu a kolísání váhy. Veškeré příznaky lze rozdělit do tří oblastí – tělesné, psychické a emocionální vyčerpání (Venglářová, 2011).

- **Tělesné vyčerpání** – na fyzické úrovni je oslabený jedinec méně odolný vůči nemocem, rychle se unaví a objevují se vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání). Mezi další příznaky lze zařadit bolesti hlavy, svalové napětí, vysoký krevní tlak (Bártová, 2011). Objevuje se rychlá únava a ta je doprovázena vyšší potřebou spánku, který je však nekvalitní. Člověk se po ránu cítí neodpočatý a nevyspalý. Únava ze sportovních či jiných fyzických výkonů sice po odpočinku opadne, v případě vyhoření je však únava spojena s pocity viny a selhávání (Venglářová, 2011).

- **Psychické vyčerpání** – jedinec má pochybnosti o svých schopnostech, je frustrovaný a podrážděný. Zaujímá negativní postoj ke svému okolí, ať už se jedná o kolegy, pacienty v pracovním prostředí a klesá i jeho zájem o profesní témata vůbec. Objevují se poruchy pozornosti a člověk má potíže se soustředit na své pracovní výkony. Jedinec uniká do světa fantazie (Bártová, 2011). Jako další obvyklý příznak uvádí Minirth a kol. (2011) falešný pocit viny. Člověk se snaží být příliš zodpovědný a má pocit, že něco nedělá dokonale dobře. Psychicky vyčerpaný člověk je negativistický, pesimistický a cynický. Nechce již žádné nové změny, začínat cokoliv nového, přestává věřit v sebe sama a celý život vnímá jako „jednu velkou katastrofu.“ Život i zaměstnání, které postrádají smysl, mohou vést jedince až k sebevražedným myšlenkám (Venglářová, 2011).
- **Emocionální vyčerpání** – emoční vyprahlost se projevuje tak, že se dotyčný cítí citově vysátý a již nechce slyšet další trápení, starosti a ztrácí tzv. „kapacitu pro lidi.“ Pociťuje prázdnotu – pocity bezmoci, beznaděje, už nechce být empatický a snaží se lidem vyhýbat, uzavírat se před nimi do sebe. Vymaňuje se radost z mezilidského kontaktu – nejprve v zaměstnání, ale postupně se toto přenáší přes přátele až do rodinného kruhu. I tyto osoby přestává vnímat jako zdroj uspokojení a radosti, reaguje na ně podrážděně a vnímá je jako další příťaž (Bartošíková, 2006). Jedinci trpící syndromem vyhoření jsou často schopni si uvědomovat pouze tělesné příznaky, nikoliv emoce jako takové. To je důvodem, proč jsou negativní emoce často přenášeny do somatické roviny – důležitou kategorií jsou v souvislosti se syndromem vyhoření psychosomatická onemocnění, např. zvýšený krevní tlak, bolesti hlavy, bolesti zad, kožní onemocnění, žaludeční vředy apod (Pešek a Praško, 2016).

Stock (2010) rovněž rozděluje příznaky syndromu vyhoření do třech oblastí, nicméně v trochu jiném pojetí. Jedná se o:

- **Vyčerpání** – postižený se cítí fyzicky i emočně vysílený. Každý z nás si dokáže představit projevy fyzického vyčerpání, co však znamená vyčerpání emoční? Jedná se o obdobné pocity, které jsou charakteristické především pro deprese a nesou i společné rysy. Někteří z amerických autorů používají v tomto kontextu výraz „tedium“, čili „znechucení“. Mezi emoční příznaky patří beznaděj, bezmoc, ztráta

sebeovládání (např. podrážděnost za doprovodu agresivních zkratů nebo neustávající a nekontrolovatelný pláč), pocity sklíčenosti, strachu, prázdnoty, apatie a ztráta odvahy a osamocení. Do fyzických příznaků lze zařadit nedostatek energie, slabost, chronickou únavu, napětí svalů a bolest zad, poruchy spánku, poruchy soustředění a paměti, neklidný spánek, funkční poruchy (kardiovaskulární a trávicí potíže) a náchylnost k různým nehodám.

- **Odcizení** – člověk trpící burnout syndromem má vůči náplni své práce odosobněný, až by se dalo říct lhostejný postoj. Je známo, že vyhasnutí postihuje především tzv. sociální profese (zdravotní sestry, vychovatelky, učitele, sociální pracovníky), díky své vysoké emocionální zátěži. Odcizení vůči svým kolegům či nadřízeným však může zasáhnout zaměstnance i v jiných oblastech. Tím se dají vysvětlit různé jevy jako je například vnitřní rezignace, pasivita pracovníků a nepříznivé pracovní klima. Výraz odcizení můžeme definovat jako postupnou ztrátu idealismu, zájmu a cílevědomosti. Úvodní pracovní zapálení postupem času slábne a nahrazuje jej cynismus. Klient či pacient začíná být vnímán jako zátěž, nadřízený jako zdroj nebezpečí a kolegové jako „obtížný hmyz.“ Mezi projevy odcizení řadíme negativní postoj k životu, práci, ostatním i k sobě samému. Vnímáme pocity vlastní nedostatečnosti, méněcennosti a ztrácíme sebeúctu a schopnost navazovat a udržovat sociální vztahy.
- **Pokles výkonnosti** – postižený ztrácí důvěru ve vlastní dovednosti a z profesního hlediska se považuje za neschopného. Přestože se jedná pouze o subjektivní dojem jedince, skutečně dochází ke snížení efektivity. Zasažený člověk potřebuje nyní více času a energie k provedení výkonů, které dříve bez problémů zvládal. Současně se prodlužuje i potřebná doba k regeneraci organismu, tzn., že víkend či obvyklá dovolená již nestačí k odpočinku a nabrání nových sil. V této skupině patří mezi projevy nespokojenost s vlastním výkonem, nižší produktivita při vyšší spotřebě energie a času, ztráta motivace a nadšení, nerozhodnost, pocit selhání.

1.3.3 *Ovlivňující faktory syndromu vyhoření*

Je popsáno několik rizikových faktorů podílejících se na vzniku syndromu vyhoření. Obecně lze říci, že hlavním spouštěčem je stres a frustrace v práci.

Vnitřní rizikové faktory

Jsou to jisté osobnostní predispozice, mezi které patří například neschopnost požádat jiné o pomoc, sklony k workoholismu a vysoké nároky na sebe sama a celkově zvýšená náchylnost k prožívání stresových situací. Pro některé osobnostní struktury je vznik syndromu vyhoření více ohrožující než pro jiné. Týká se především jednotlivců, kteří jsou ctižádostiví a dychtí po dokonalosti. Jejich odvedená práce se jim nezdá stále dost dokonalá, i když se nevyhnutelně blíží jasné termíny. Na druhou stranu sem patří i takoví lidé, kteří nemají dostatek sebedůvěry, neustále o sobě pochybují a nedávají váhu svým schopnostem (Kallawass, 2007)

Syndrom vyhoření vzniká na základě souhrou charakterových podmínek jedince a vnějších podmínek. Můžeme je obecně rozlišit na vnitřní faktory, jimiž jsou povahové vlastnosti a vnější faktory, které je dáno prostředím. Vyhoření je podmíněno působením těchto dvou skupin. V případě, že u jedince převládají individuální povahové rysy, můžeme takového člověka označit za workoholika. Takový člověk si v zásadě syndrom vyhoření zapříčiní sám svým aktivním přičiněním. Druhou skupinou jsou osoby, které jsou vystaveny tlaku z okolí a jsou bez vlastního přičinění takzvané „opotřebení“ na základě působení vnějších podmínek (Burisch in Stock, 2010).

Hilton (2008) i Stock (2010) rovněž rozlišují dva základní typy osobnosti, a to na základě zvládání stresu a reakcí na něj u jednotlivých osob. Osobnostmi prvního typu, typu A, jsou lidé ambiciózní, vždy směřující za vítězstvím a jejich charakteristickými rysy jsou motivovanost, píle, ale i agresivita a netrpělivost. Jedná se o typické kariéristy, válečníky, kteří dokážou jít až za hranu vyčerpání a jejich životní rytmus je typické ustavičné fyzické napětí (Hilton, 2008). Časté je jejich chybné nadhodnocení situace „To přece zvládnou“ jejímž výsledkem je nevyrovnanost mezi vypětím a uvolněním, stresem a zotavením. S postupem měsíců a let vyplývají

energie, začne docházet k fyzické reakci – například vyhoření (Stock, 2010.) Oproti tomu do druhé skupiny, osobnosti typu B, patří lidé daleko uvolněnější, veselejší a charakteristická je jejich vyrovnanost a spokojenost sama se sebou. Ačkoliv nejsou tak znatelně ambiciózní jako zástupce předchozí skupiny, mají i tyto osobnosti stejně velkou šanci na dosažení stejné úrovně ve stejném zaměstnání, avšak bez rizika stresu, chaosu a agrese (Hilton, 2008).

S burnout syndromem se setkáváme u lidí s nadměrnou motivací, s vysokými cíli a nároky. „Vyhořet může pouze ten, kdo „hořel“.“ Tato věta popisuje jednotlivce s vysokou emoční angažovaností, kteří se pouští do práce s velkým zápalem a nadšením. Jejich nereálná očekávání a ideály při práci s klienty z nich ale velmi často mohou udělat oběti vyhoření. S touto skutečností se můžeme setkat zejména u mladých lidí, kteří ve své profesi začínají. Oproti prvotním očekáváním a snů pak přichází zcela odlišná realita. Toto nenaplnění stanovených cílů a kolize se skutečností pak jedinec vnímá jako prohraný souboj a osobní porážku (Bartošíková 2006).

Ačkoli pandemie postihuje každého, určité skupiny jsou zranitelnější, včetně mladých a starších dospělých, lidí s již existujícími duševními poruchami, jedinců nepříznivě postižených rasismem nebo diskriminací na základě pohlaví, pracovníků v přední linii zdravotní péče a lidí, kteří zažívají ekonomické ztráty (Digitale, 2020).

Pokud se zaměříme na pohlaví, jsou to ženy, které jsou v České republice primárními pečovatelkami ve svém rodinném kruhu. Tuto neformální péči věnují svým dětem či příbuzným (manželům, rodičům apod.) a jsou tudíž výrazněji sociálně zatížené. Většina žen ve zdravotnictví, ať už se jedná o lékařky, zdravotní sestry, porodní asistentky, ošetrovatelky, sanitářky či jiné, se s touto skutečností denně potýká a vlivem pandemie se toto téma ještě více prohloubilo. Ženy u nás zastávají zdravotnické profese až z 85 % a téměř třetina z nich má jedno či více dětí ve věku do 12 let. V 19 % pak můžeme hovořit o matkách „samoživitelkách“ (data EU-SILC 2019). Pro zdravotnické profese je charakteristický poměrně jasný časový rozvrh, kdy je třeba být na pracovišti v určitý čas, který se mnohdy neslučuje s časem poskytování jiných potřebných služeb (např. mateřské školky, školy). Druhou možností je využití rodinných příbuzných. Obojí se však v dobách pandemie stává problematické, neboť dochází k zavírání institucí či k omezování jejich provozu a v otázce hlídání dětí

příbuznými se tyto ženy často dostávají do etických dilemat – může jít o příbuzné z tzv. ohrožených skupin (rodiče – senioři) a tento zvýšený kontakt může znamenat jejich ohrožení na zdraví a na životě. Podobná situace může nastat v případě péče o dospělého z ohrožené skupiny (nemocný, senior), kdy opět častý kontakt zvyšuje obavy z přenosu nákazy. Omezit však svůj pracovní výkon ve prospěch opatrovaného zase potenciálně může ohrozit životy pacientů a pacientek v zaměstnání (Pospíšilová, 2021).

Vnější rizikové faktory

Týkají se místa, času a celkového kontextu, v kterém se osoba nachází. Může se jednat o podmínky v různých organizacích, v zaměstnání, o situaci v osobní sféře, o svou rodinu a široký příbuzenský okruh či nejbližší přátele. Globálně se dá říci, že se jedná o společnost, která je všude kolem, a o nároky, které na nás neustále klade (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Zvýšený výskyt burnout syndromu je pozorován v zaměstnáních, kde se jedná o každodenní rutinní vykonávání stejných procesů. Důležitý je taktéž přístup vedení, neboť nízká motivace či konflikty v určení pracovních rolích mohou také mnohem rychleji vést k syndromu vyhoření. (Stock, 2010) Dalšími rizikovými faktory v zaměstnání může být nedostatek času, personálu, odpočinku, odborných znalostí a naopak velké množství pracovních úkolů, které mají být zvládnuty (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Z hlediska povolání jsou na prvním místě uváděni lékaři, kteří pracují v hospicích, na jednotkách intenzivní péče, na oddělení onkologické péče apod. Ve zdravotnictví jsou to také zdravotní sestry, které docházejí k zjištění, že není v jejich moci pomoci pacientům, kteří umírají, že se neustále setkávají s fyzickou i psychickou bolestí pacientů a jejich rodinných příslušníků. Při vykonávání tak náročné práce se navíc velmi často setkávají s nedostatkem uznání a respektu (Křivohlavý, 1998).

Z hlediska rodinného života to pak může být přehnaná pozornost obtížím ostatních, partnerské problémy a hádky, nespokojenost s bydlením či náročné finanční podmínky. Z hlediska společnosti pak její charakter soutěživosti, rychlé tempo, vysoké

nároky na úspěch, snaha držet krok s ostatními a nebýt vůči nim pozadu (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Další důležité rizikové faktory z mimopracovní sféry jsou ty, mezi které řadíme: absenci partnera, konfliktní partnerství, soutěžení mezi partnery, nedostatek nebo úplná absence hlubokých přátelských vztahů, absence zájmů a volnočasových aktivit, nedostatek tělesného pohybu, špatné stravovací návyky, velké množství prožitých obtížných životních událostí nebo také špatné existenční podmínky, jako neuspokojivé bydlení, špatné hospodaření s financemi apod (Pešek a Praško, 2016).

1.3.4 Průběh syndromu vyhoření

Podle Henricha Freudenbergera *„je burnout konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)“* (Křivohlavý 1998, str. 49).

V odborné literatuře jsou nejčastěji popisována stadia vzniku burnoutu neboli tzv. model podle C. Maslachové (Bartošíková, 2006).

V první fázi nadšení velmi často vyplývá ze skutečnosti, že člověk nastupuje do nového zaměstnání a je pln zapálení, velkých očekávání a ideálů (Stock, 2010). Začínajíc pracovník touží po pomoci všem ostatním a věří, že když se bude dostatečně snažit, bude toho i schopen. Během této fáze má pracovník pomáhající profese dobrý pocit a je spokojen s vykonáváním své práce. Je poměrně obvyklé, že se jeho práce stává prioritou číslo 1 a často na ní myslí i v osobním a rodinném životě. Fáze nadšení může trvat s ohledem na kolektiv a sociální vztahy různě dlouhou dobu (Bartošíková, 2006). Setkání s realitou pak ale bývá většinou odlišné od úvodních představ. Jedinec si následně klade neúměrně vysoké nároky na sebe i na své okolí a není v jeho silách jich dosáhnout (Stock, 2010).

Druhou fází je pak vystřízlivění, kdy dochází ke kolizi mezi realitou a pracovníkovým očekáváním. Začíná přehodnocovat své ideály a opadá jeho úvodní

nadšení (Stock, 2010). Tato fáze je charakteristická vyčerpáním jedince, a to jak po psychické, tak po tělesné stránce. U jedince se začínají hromadit pocity neúspěchu, nevděku a marnosti. Prvotní zapálení se již vytratilo a pracovník si snaží najít rutinní postupy ve své práci za účelem úspory energie a sil. Tato fáze je dobře patrná u mladých žen, které právě v této chvíli raději začínají silně uvažovat o založení rodiny (Bartošíková, 2006). Souhrnně lze říci, že jedinec vykonává svou práci i přesto, že zažil již bezpočet zklamání, ale práce již pro něj nemá takový význam, a hlavně nepocituje počáteční pocity entuziasmu z nové práce (Stock, 2010).

Další fází je pak stádium nespokojenosti, frustrace. Pracovník má averzi k jakékoliv práci, kterou považuje za nadbytečnou (př. administrativa) a vyjadřuje se kriticky ke všem věcem, se kterými nesouhlasí, což může vést ke sporům se svými kolegy či nadřízenými (Bartošíková, 2006). Jedinec si totiž uvědomuje, že jeho schopnosti jsou omezené. Objevují se pochybnosti o smyslu vykonávaných pracovních činností a také dochází ke zpochybňování vlastních rozhodnutí v rámci práce. Stále více se objevují komplikace také v osobním životě a mění se celkové chování člověka (Stock, 2010). Tato fáze může přetrvávat i velmi dlouhou dobu, jestliže nedojde k nějaké razantní změně. Nespokojenost však k takové změně podněcuje, a proto je u pomáhajících pracovníků, a především u všeobecných sester častým jevem, že mění místo svého pracoviště (Bartošíková, 2006).

Poslední, čtvrtou fází a fází konečnou je tzv. apatie. Týká se závažných příznaků negativismu, vyčerpání, lhostejnosti k sobě, lhostejnosti k druhým, apatie, exhausce vyvolávající neustále sílící pocity a projevy lhostejnosti až cynismu atd. (Kebza, 2015). Svou práci jednotlivec vnímá jako místo, kam člověk na určitou dobu musí jít a kde pocituje zklamání a zoufalství. Víra v lepší zítřky a vyhlídky na světlejší budoucnost se již definitivně vytratila. Pracovník se snaží vyhnout všem úkolům a výzvám, aby nebyl výsledkem opět zklamaný (Stock, 2010). O pacientech či klientech se vyjadřuje nelichotivě, často se dopouští urážek a vnímá je jako nevděčné. Terminálním stádiem je zde již stav plně rozvinutého syndromu vyhoření se všemi jeho příznaky a důsledky (Bartošíková, 2006).

Dle Honzáka (2018) pak H. Freudenberger rozděluje syndrom vyhoření do 12 fází, které jsou chronologicky řazeny takto: nutková snaha o sebeprosazení,

člověk začíná pracovat více a tvrději, přehlížení potřeb druhých, přesunutí konfliktu, revize a posunutí hodnot, popírání vznikajících problémů, stažení, zcela jasně patrné změny chování, depersonalizace, vnitřní prázdnota, deprese, a nakonec syndrom vyhoření.

1.3.5 Prevence syndromu vyhoření

„Prevence je soubor opatření zaměřených na předcházení nežádoucím jevům, zejména onemocnění, nežádoucím jevům, sociálně patologickým jevům“ (Průcha, Walterová a Mareš, 2009, s. 178).

Klíčovou roli v prevenci syndromu vyhoření hraje tzv. sociální opora, která má zdroje především v rodinné vazbě, v jeho zaměstnání a také v oblasti mimopracovní, tj. blízcí přátelé a známí, způsob trávení volného času, realizace zájmů a aktivit, relaxace a odpočinek apod (Kebza, 2015).

V případě prevence syndromu vyhoření záleží na jedinci samotném (Maroon, 2012). Jedinec by se měl naučit rozpoznávat své pocity a aktuální duševní rozpoložení. Důležité je také objevení svých hranic psychické výdrže a pamatovat na ně, aby nedošlo k přetížení. Svou roli hraje schopnost umět relaxovat a najít si čas na odpočinek ať už pasivní, tak i aktivní ve formě volnočasových aktivit, zájmových činností, trávení času s rodinou a přáteli. Je třeba si obecně stanovit dosažitelné cíle, zvládatelné nároky, a to jak pro sebe, tak i pro své okolí (Kebza a Šolcová, 1998). Mezi nejdůležitější faktory, které mohou pozitivně působit v prevenci vzniku syndromu vyhoření, patří dle Bartošíkové (2006) následující:

- nalezení smysluplné a naplňující pracovní činnosti;
- získání a převzetí profesionální autonomie a opory o vlastní osobnost;
- tvorba přirozeného vztahu k práci a k dalším životním činnostem, včetně poznání přínosu, jenž člověk přináší práci a práce naopak jemu.

Ideální je začít s léčbou ve fázi stagnace, kdy má naděje na brzké uzdravení nejlepší prognózu. Někdy stačí pouze změnit pracovní prostředí či si naordinovat

dovolenou, užívat si klidu v neobvyklém prostředí a na čas se oprostit od stávajícího shonu. V některých případech je nutný zásah zkušeného odborníka a je nutné navštívit psychologickou ambulanci. Bohužel u syndromu vyhoření se velmi často setkáváme s tím, že lidé podceňují svůj stav, neberou své obtíže s dostatečnou vážností a myslí si, že tento stav nějakým způsobem přechkají (Maroon, 2012).

V prevenci syndromu vyhoření na úrovni organizace (zaměstnavatele) je důležitá tzv. týmová spolupráce, která poskytuje potřebnou sociální oporu. Týmová práce nutně vyžaduje změnu myšlení, chování i postojů nejen podřízených, ale i nadřízených pracovníků (Bedrnová a Nový, 2002).

V nemocničním prostředí dokáže vysoká míra stresu vést k depresi, úzkosti, snížené spokojenosti s prací a nižší loajalitě k organizaci. Toho by se měla zdravotnická zařízení vyvarovat a měla by zajistit preventivní programy pro všeobecné sestry i ostatní zdravotnické pracovníky (Friganovič a kol., 2017).

Mezi obecné principy prevence syndromu vyhoření na úrovni zaměstnavatele dle Bartošíkové (2006) patří:

- zabezpečení regenerace a relaxace;
- péče o bezpečnost nelékařských zdravotnických pracovníků;
- péče o psychické zdraví zaměstnanců;
- podporování osobnostního růstu pracovníků;
- mapování míry zátěže, stresu;
- zvýšení spoluúčasti pracovníků na rozhodování.

1.3.6 Léčba

V předešlých kapitolách jsme prostřednictvím odborné literatury uvedli, že vyhoření není v medicínském světě definováno jako nemoc. Z toho vyplývá, že člověk, u kterého se projeví symptomy burnout, není považován za nemocného. V případě, že negativní pocity spojené s vyhořením trvají po delší dobu, může jedinec

skutečně psychicky onemocnět. Progredující stav vyhořelosti lze považovat za vážný stav, který vyžaduje řešení. Léčba syndromu vyhoření probíhá formou psychoterapie a farmakoterapie.

S Maroonem (2012) z předešlé kapitoly souhlasí i Poschkamp (2013), když se shodují, že s léčbou je nejúčinnější začít ve stádiu stagnace. Hlavním problémem syndromu vyhoření je jeho pomalý, pozvolný a nenápadný charakter, který je zasaženými osobami velmi často přehlížen.

Léčba syndromu vyhoření se zaměřuje na celkový zdravotní stav zasažené osoby, tedy na životní styl, pracovní prostředí, mezilidské vztahy a sociální vazby v prostředí pracoviště. Značnou roli může v otázce léčby hrát i organizace (zaměstnavatel), který je schopen zasažené osobě po určitou dobu ulevit a snížit nároky na ní kladené (Kebza a Šolcová 2008).

Hagemann (2012) přichází s koncepcí léčby syndromu vyhoření, jejichž cílem je navrácení svobody a nezávislosti. Do léčebného procesu musí být zapojeny psychosociální rámcové podmínky všech oblastí života postiženého, jež jsou orientovány na řešení a zdroje syndromu vyhoření. Jako doporučená terapeutická opatření uvádí:

- systematické terapie;
- psychoterapie založené na hloubkové psychologii;
- behaviorální terapie;
- integrativní konstrukce systému;
- terapie tancem a pohybem;
- arteterapie;
- muzikoterapie;
- párová a rodinná terapie;
- léčebná gymnastika a dávkovaný trénink fitness na posílení těla;

- autogenní trénink, meditace a jóga.

Terapeutickou prioritou je dle Hagemanna (2012) vývoj promyšlených koncepcí na sebe sama, posílení vlastní emocionality a kreativity, zlepšení vnímání sebe sama, lepší ukotvení změn a stabilizace tzv. worklife balance, aktivní a pasivní vybalancování zvyšování a snižování napětí, posílení těla (např. posílení imunitního systému, zkvalitnění spánku, zlepšení zažívání apod.).

Cungi (2001) uvádí, že každý z nás má jakýsi „sešit nutností“, jenž obsahuje výčet úkolů, které musíme plnit. Jedná se o skutečnosti, za které neseme odpovědnost ať už v rodinném kruhu, v zaměstnání nebo ve společnosti. Zmatek a stres pak nastává v případech, že tyto úkoly nejsou jasně definované. Čas vyhrazený pro plnění některých úkolů se překrývá s časem, který měl být věnován jiným, důležitějším činnostem. V tu chvíli se začíná bortit celý systém.

1.3.7 *Supervize*

Supervize je jedna z možností, jak předcházet syndromu vyhoření a zvládat ho. Tento výraz byl odvozen od anglického slůvka supervision, které má původ v latině, kde *super* – nad, *videre* – vidět, *hledět*, *zírat* (Hawkins a Shonet, 2004).

Supervize se zaměřuje na jednotlivce nebo na celé týmy pracovníků. Hlavním cílem supervize je zlepšení organizace práce a kompetencí zaměstnanců, které odpovídají specifickým pracovním výkonům a celkové zlepšení pracovní atmosféry a pracovní situace. Zaměřuje se na podporu kvality a efektivity práce a také vzájemné spolupráce jednotlivých pracovníků v rámci pracovního týmu. Jedná se tedy o organizovanou reflexi, která je zaměřena na rozmanité aspekty pracovních situací, s cílem zkvalitnění práce a podpory profesního růstu konkrétního pracovníka (Bartošíková, 2006).

Peter Hawkins a Robin Shonet (2004, s. 34) o supervizi uvádějí, že: *„je za první ústřední forma podpory, v níž se můžeme nejen soustředit na vlastní obtíže v práci, ale také se podělit se svým supervizorem o část odpovědnosti za práci s klienty. Za druhé, supervize je součástí našeho neustálého profesního učení a vývoje, včetně*

toho, že nás postupně naučí, jak se sami stát supervizory.“ Dále autoři dodávají, *„že dobrý supervizor nám může také pomoci lépe využívat vlastní zdroje, lépe si poradit s objemem práce a zpochybní naše nevhodné vzorce zvládání potíží.“* Supervize má dle těchto autorů tři základní funkce – vzdělávací, podpůrnou a řídicí.

Vzdělávací funkce se zaměřuje na rozvoj dovedností, porozumění a schopností supervidovaných, což se děje skrze reflektování a rozebírání práce supervidovaných s klienty. Při takovémto rozebírání má supervizor hned několik způsobů jak jim pomáhat (např. lépe si s klientem rozumět, uvědomovat své reakce a odezvy vůči klientovi, pochopit dynamiku toho, jak probíhají jejich interakce s klientem apod.).

Podpůrná funkce je další funkcí supervize. Podstatou je způsob reagování na skutečnost, že na každého pracovníka účastnícího se důvěrné terapeutické práce s klienty nevyhnutelně působí bolest, zoufalství a roztržštěnost klienta. Tito pracovníci potřebují dostatek času, aby si začali uvědomovat, jakým způsobem mohou být tímto působením ovlivněni a stejně tak dostatek času na to, aby své reakce dokázali kontrolovat.

Poslední funkcí je funkce řídicí, která plní při práci s lidmi funkci kontroly kvality (Hawkins a Shonet, 2004).

Podle počtu supervidovaných dělíme supervizi na individuální, skupinovou a autosupervizi.

Individuální supervize je založena na přímém kontaktu s jedním pracovníkem. Hlavním úkolem této supervize je reflektovat pracovníka, podpořit jeho profesionální fungování a další profesní rozvoj. Tato forma supervize má svoji strukturu a základní kroky spočívající ve zhodnocení pracovní činnosti supervidovaného za uplynulé období. Následně se hledají možné varianty řešení daného problému a důraz je dán na podporu rozhodnutí pro konkrétní strategii zaměřenou na práci s klientem. Na závěr setkání klienta s pracovníkem je provedeno závěrečné oboustranné zhodnocení uskutečněné supervize (Matoušek, 2003).

Smysl **skupinové supervize** spočívá v profesionálním rozvoji jednotlivců v kontextu skupiny. Ostatní členové supervizní skupiny spolupracují, využívá se prvků skupinové dynamiky, paralelních procesů. Výhodou tohoto druhu supervize je vzájemné

podporování, poskytování zpětné vazby, přebírání nových zkušeností a znalostí od druhých (Matoušek, 2003).

Autosupervize představuje sebereflexní zhodnocení a posouzení vlastní práce a postupů práce s klientem nebo pacientem. Tato forma supervize je založena na sebezpozorování a sebehodnocení daného pracovníka. Pracovník má za úkol se zamyslet nad prožitými situacemi a pokládá si otázky, na které hledá odpověď. Např. co mi klient říkal? Na co jsem během této situace myslel? Jaká byla moje reakce? Jaký účinek měla moje reakce na klienta? Apod. (Hawkins a Shohet, 2004).

1.4 Všeobecná sestra

V této kapitole jsou popsány nároky kladené na všeobecnou sestru, jakožto nejpočetněji zastoupenou pozici v nemocničním systému, a dále budou uvedeny její kompetence.

1.4.1 Potřebné dovednosti

K vykonávání profese zdravotní sestry (potažmo zdravotníka obecně) je neodmyslitelná schopnost vnímání druhých osob. Míra empatie je z velké části dána již od narození, ale dále je to i o snaze naučit se vnímat u svých pacientů nebo klientů jejich emoce, náladu, celkový a aktuální stav a následně, dle těchto faktorů, zvolit vhodný přístup k pacientovi či klientovi (Venglářová a kol., 2011).

Matoušek (2008) uvádí základní dovednosti a předpoklady pro výkon pomáhající profese kam patří sociální i všeobecná inteligence a zdatnost. Poskytování pomoci druhým lidem je vysilující práce, která vyžaduje i fyzickou zdatnost. Předpokladem je, že člověk vykonávající pomáhající profesi respektuje své tělo a pracuje v jeho prospěch správnou životosprávou a udržuje svou fyzickou kondici, aby mohl být dobrým příkladem pro ostatní. Tato profese od svého nositele vyžaduje neustálé obohacování svých znalostí a dovedností, seznamování se s novými poznatky, teoriemi a praktickými technikami. Důvěryhodnost je jakýmsi skloubením náhledu, jak pacient/klient vnímá pracovníkův smysl pro čest, otevřenost, srdečnost a sociální

roli za předpokladu nízké motivace pro osobní prospěch. Mezi další neopomenutelné složky důvěryhodnosti patří spolehlivost, diskrétnost, nevyužívání moci či porozumění. Komunikační dovednosti jsou nezbytnou součástí každé etapy sociální práce. Představují bazální prostředek k navázání kontaktu pracovníka s klientem, budování vztahu a řešení jeho problémů.

Řezníček (2000) doplňuje k výše uvedeným předpokladům sociální práce také tvořivost a flexibilní důraznost pracovníka. Pro řešení nepříznivých situací klientů se nabízejí různá východiska, z nichž některá nemusí být proveditelná ihned. Pracovník pomáhající profesi musí správný způsob hledat, při nefunkčnosti obměňovat či narychlo improvizovat. Požadavkem této profese je také specifikace osobního nasazení pracovníků při řešení problémů klientů. Cílený stav kontrolovaného osobního zaujetí problému spolu s požadavkem hodnotové neutrality kladou značné nároky na rovnováhu a výkonovou stálost sociálních a zdravotních pracovníků. Kebza a Šolcová (2004) pak ještě přidávají, že při řešení konfliktů se uplatňují různé způsoby reakcí, strategií a chování v konfliktních situacích, které si během života osvojujeme.

Křivohlavý (1998) shledává jako nejrizikovější povolání ve spojitosti se syndromem vyhoření právě lékaře a zdravotní sestry, kteří se setkávají s fyzickou i psychickou bolestí pacientů a jejich rodinných příslušníků. Při vykonávání tak náročné práce se navíc velmi často setkávají s nedostatkem uznání a respektu. Jejich dovednosti tak leckdy nemusejí být vůbec dostatečné.

1.4.2 Kompetence

Pod pojmem kompetence se rozumí pravomoc vykonávat určitou činnost. Jde o souhrn vědomostí, dovedností a pravomocí, jež umožňují vykonávat kvalifikovanou činnost (Kordulová, 2020). Pro všeobecnou sestru a všechny nelékařské zdravotnické pracovníky (dále jen NLZP), kam patří zdravotničtí záchranáři, ergoterapeuti, zdravotničtí laboranti, porodní asistentky atd. se stal po roce 2004 nejdůležitějším zákonem zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

(zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a jeho novelizace č. 201/2017 Sb. Tento zákon definuje podmínky pro uznání způsobilosti povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka. Další důležitou legislativní normou je vyhláška č. 424/2004 a především její novelizace č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která určuje nelékařským zdravotníkům jejich kompetence (Kordulová, 2020). Všeobecná sestra smí dle vyhlášky 55/2011 Sb., poskytovat péči **bez odborného dohledu a bez indikace následovně:**

- vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití hodnotících a měřících technik používaných v ošetrovatelské praxi, zejména testů soběstačnosti, rizika vzniku proleženin, hodnocení bolesti, stavu vědomí, kognitivních funkcí a stavu výživy;
- sledovat a hodnotit fyziologické funkce pacientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, a další tělesné parametry za použití zdravotnických prostředků;
- pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta;
- získávat osobní, rodinnou, pracovní a sociální anamnézu;
- zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve;
- provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a z permanentní tracheostomické kanyly u pacientů starších 3 let a zajišťovat jejich průchodnost;
- hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie;
- hodnotit a ošetřovat centrální a periferní žilní vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti;
- pečovat o zavedené močové katetry pacientů všech věkových kategorií, včetně provádění výplachů močového měchýře;
- provádět rehabilitační ošetřování, zejména polohování, posazování, základní pasivní, dechová a kondiční cvičení, nácvik mobility a přemisťování, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti pacienta a cvičení týkající se rehabilitace poruch komunikace a poruch polykání a vyprazdňování a metody

bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu poruch funkce těla, včetně prevence dalších poruch z imobility;

- edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály;
- orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních;
- zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů;
- poskytovat a zajišťovat psychickou podporu umírajícím a jejich blízkým a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta;
- přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu;
- přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu;
- analyzovat, zajistit a hodnotit kvalitu a bezpečnost poskytované ošetrovatelské péče;
- zajišťovat stálou připravenost pracoviště včetně věcného a technického vybavení a funkčnosti zdravotnických prostředků;
- doporučovat použití vhodných zdravotnických prostředků pro péči o stomie, chronické rány nebo při inkontinenci;
- doporučovat vhodné kompenzační zdravotnické prostředky pro zajištění mobility a sebeobsluhy v domácím prostředí;
- provádět výměnu močového katetru u žen a dívek starších 3 let věku;
- provádět výměnu periferního žilního katetru pacientům starším 3 let věku a jeho odstranění.

Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře (vyhláška 55/2011 Sb.):

- zavádět periferní žilní katetry pacientům starším 3 let;
- podávat léčivé přípravky s výjimkou radiofarmak, nejde-li o nitrožilní injekce nebo infuze u dětí do 3 let věku, pokud není dále uvedeno jinak;
- zavádět a udržovat inhalační a kyslíkovou terapii;
- provádět screeningová, depistážní a dispenzární vyšetření, odebírat krev a jiný biologický materiál a hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické; v případě fyziologických výsledků může naplánovat termín další kontroly;
- provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů, drenážních systémů a kůže v průběhu léčby radioterapií;
- odstraňovat stehy u primárně hojících se ran a drény s výjimkou drénů hrudních a drénů v oblasti hlavy;
- provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek starších 3 let;
- provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět gastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, včetně zajištění jejich průchodnosti a ošetření, a aplikovat enterální výživu u pacientů všech věkových kategorií;
- provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let;
- asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji;
- provádět návštěvní službu a poskytovat péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta;
- podávat potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Pod odborným dohledem lékaře (vyhláška 55/2011 Sb.):

- aplikovat nitrožilně krevní deriváty;

- zpracovávat dentální materiály v ordinaci;
- vykonávat činnost zubní instrumentářky.

2 Cíl práce a hypotézy

Cílem práce bylo analyzovat a zhodnotit dopad pandemie COVID-19 na pracovníky různých oddělení krajské nemocnice v Českých Budějovicích.

H1: Pandemie COVID-19 negativně ovlivnila více než 50 % zdravotníků.

H2: Zdravotníci ve starším věku vykazují více příznaků syndromu vyhoření než lidé mladšího věku.

Operacionalizace H2: Hypotéza byla položena zprvu obecně. Věkové kategorie byly stanoveny až po vyplnění dotazníků za účelem vytvoření podobně početně zastoupených skupin.

H3: Ženy pracující ve zdravotnictví vykazují více příznaků syndromu vyhoření než muži.

H4: Lidé z obcí s vyšším počtem obyvatel vykazují více příznaků syndromu vyhoření než lidé z obcí s menším počtem obyvatel.

Operacionalizace H4: Stanovenou hranicí přelomu mezi obcemi s vyšším a obcemi s nižším počtem byl nakonec počet 3 000 obyvatel, jakožto jedno z požadovaných kritérií pro možnost jmenování obce městem dle § 3 odst. 1 zákona o obcích (Zákon č. 128/2000 sb.).

H5: Největší dopad pandemie se projevil u zdravotníků na infekčním oddělení.

3 Metodika

V následujících podkapitolách si blíže popíšeme techniku sběru dat, charakteristiku výzkumného souboru, zkoumaných oddělení a popsán bude i použitý dotazník.

3.1 Technika sběru dat

V rámci diplomové práce bylo provedeno empirické šetření. K zjištění dopadů pandemie COVID-19 na psychiku zdravotníků byl zvolenou metodikou kvantitativní výzkum v podobě dotazníkového šetření ve vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a.s. Kromě standardizovaného dotazníku byly zodpovídaný navíc osobní otázky, týkající se věku, pohlaví a rozlohy místa bydliště, aby bylo možné potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

Výzkum byl prováděn v Nemocnici České Budějovice a.s. v březnu roku 2022. Osloveni byli zdravotničtí pracovníci z celkem 5 pracovišť, a sice Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Oddělení urgentního příjmu, Infekční oddělení, Interní oddělení a Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie. Tato oddělení byla vybrána záměrně vzhledem k povaze onemocnění a prudkému zvýšení počtu ošetřovaných právě na těchto pracovištích.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Cílovou skupinou tohoto výzkumného šetření byli lékaři, všeobecné sestry a zdravotničtí záchranáři pracující v Nemocnici České Budějovice, a.s. bez jakýchkoliv jiných aspektů. Po odsouhlasení provedení výzkumu náměstkem pro vědu, výzkum a školství byly osloveny vrchní sestry jednotlivých oddělení a na každém z nich bylo rozdáno 30 dotazníků, tedy dohromady 150. Z tohoto počtu se podařilo vybrat 112 vyplněných testů, z nichž bylo 10 testů vyřazeno pro jejich neúplné vyplnění. Z rozeslaných dotazníků se tedy podařilo získat celkem 102 řádně vyplněných.

3.3 Charakteristika zkoumaných oddělení

Interní oddělení v současnosti funguje jako klasická interna s nediferencovaným příjmem pacientů: Jsou zde ošetřováni nemocní s interními chorobami s výjimkou akutních stavů v kardiologii a gastroenterologii, které vyžadují invazivní řešení. Interní oddělení disponuje přibližně 90 lůžky na standardních stanicích, na jednotce intermediární péče a na jednotce intenzivní a metabolické péče.

Anesteziologicko–resuscitační oddělení je jedním z největších oddělení nemocnice. Resuscitační stanice zajišťují péči o nemocné v kritickém stavu s mnohočetnými poraněními mozku, hrudníku, břicha a končetin, dále pečují o nemocné se selháním vitálních funkcí po kardiopulmonální resuscitaci, rozsáhlých operačních výkonech, otravách a s potřebou chronicky zajišťovat péči o dýchací systém. Dále se významně podílí na mezioborové spolupráci v rámci Komplexního cerebrovaskulárního centra (KCC).

Infekční oddělení poskytuje léčbu nemocným s infekčními chorobami všech věkových skupin. Oddělení má zvláštní režim péče, který brání přenosu původců nemocí. Pro infekce s vysokou přenosností jsou dva pokoje oddělení vybaveny zvláštním klimatizačním systémem s filtrací vzduchu a zvláštním režimem péče. Jednotka intenzivní péče slouží nemocným s vážnými průběhy infekčních nemocí, které ohrožují základní životní funkce nemocného.

Oddělení urgentního příjmu jako samostatné oddělení zahájilo činnost v říjnu 2018. Toto pracoviště slouží jako vstupní místo pro pacienty s akutními obtížemi a je moderně vybavené pro poskytování urgentní péče k záchraně života. Filozofie centralizace péče o akutního nemocného je cílena na bezpečnost pacienta i zdravotnického personálu. Akutní pacient by měl po nemocnici putovat co nejméně, maximální množství potřebné péče by mělo být soustředěno na jednom místě. Oddělení urgentního příjmu funguje jako mezičlánek pro hladkou návaznost přednemocniční neodkladné péče a nemocniční péče. Slouží jako filtr pročasné rozpoznání nemocných ohrožených selháním životních funkcí a má též funkci “nárazníku” v situacích přísunu většího množství nemocných.

Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie se zabývá specifickou problematikou zdravotnických zařízení. Cílem oboru je vytváření bezpečného prostředí pro pacienty i zaměstnance. Má konziliární a zásadně nerepresivní charakter. Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie se v rámci své činnosti zaměřuje na tvorbu a aktualizaci vnitřních hygienických standardů. Dále kontroluje dodržování protiepidemických zásad, provádí a hodnotí stěry z nemocničního prostředí atd. Spolupracuje s orgánem ochrany veřejného zdraví. Koordinuje vzdělávání zaměstnanců v oblasti hygienické legislativy. Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie zajišťuje činnost očkovacího centra, díky čemuž se rapidně zvedl počet jejich zaměstnanců.

3.4 Dotazník

Stěžejní a největší část dotazníku tvoří MBI dotazník, celým názvem „Maslach Burnout Inventory,“ též „Inventář syndromu vyhoření, je nejpopulárnějším standardizovaným dotazníkem k hodnocení burnout syndromu od autorek Christiny Maslachové a Susan E. Jacksonové z roku 1981. Má tři faktory. Dva jsou negativně laděné – emocionální vyčerpání (dále jen EE) a depersonalizace (dále jen DP) a jeden je laděn pozitivně – osobní uspokojení z práce (dále jen PA). Celkem obsahuje 22 otázek, kdy 9 otázek je zaměřených na EE, 5 na DP a 8 otázek se zaměřuje na PA. Jeho výzkum je zaměřen na zjištění stupně vyhoření ve třech uvedených rovinách. Respondent do dotazníku uvádí sílu svého pocitu za pomoci hodnotící škály v rozmezí 0–7. Viz Příloha A, Příloha B.

Pro vyhodnocení je nutno nastavit hranice vyhoření a nevyhoření. Dle Židkové (2013) vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých subškálách. Průměrná hodnota v daném souboru se pak zařazuje do rozhraní v následujících Tabulkách 2,3 a 4.

Tabulka 2 Hodnoty EE

Emocionální vyčerpání	
Hodnota	Stupeň EE
0–16	Nízký
17–26	Mírný
27 a více	Vysoký (= vyhoření)

Zdroj: Židková, 2013

Tabulka 3 Hodnoty DP

Depersonalizace	
Hodnota	Stupeň DP
0–6	Nízký
7–12	Mírný
13 a více	Vysoký (= vyhoření)

Zdroj: Židková, 2013

Tabulka 4 Hodnoty PA

Osobní uspokojení	
Hodnota	Stupeň PA
39 a více	Vysoký
38–32	Mírný
31 a méně	Nízký (= vyhoření)

Zdroj: Židková, 2013

V této práci byla však zvolena jiná metoda vyhodnocení, a to taková, aby bylo výsledky možné statisticky ověřit. Jednotlivé hypotézy byly testovány za využití statistického f-testu, t-testu, 50. percentilu a chí-kvadrátu.

Součástí dotazníku jsou osobní otázky zaměřené na věk, pohlaví, místo bydliště a pracoviště v nemocnici. K dotazníku byla přidána ještě doplňující otázka, jejímž cílem bylo zjistit alespoň subjektivní zhodnocení působení negativních vlivů pandemie koronaviru na psychiku zdravotníků s ohledem na své odpovědi v MBI dotazníku.

3.5 Statistické metody

V diplomové práci bylo mimo metody 50. percentilu využito navíc f-testu, nepárového dvouvýběrového t-testu a chí-kvadrátu.

F-test je vhodný pro testování rozdílů dvou veličin (např. průměru základního a výběrového souboru). Lze ho použít i pro testování rozdílu dvou výběrových průměrů, jestliže f - testem ověříme významnost či nevýznamnost rozdílu odpovídajících rozptylů. Jinak řečeno testem rozhodujeme, zda pokusný zásah má vliv na proměnlivost (rozptyl) zkoumané náhodné veličiny v populaci.

Vzorec pro f-test:

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2}$$

Kde: S_1^2 = větší z rozptylů (variancí)

S_2^2 = menší z rozptylů (variancí)

T-test se v praxi často používá k porovnání, zda se výsledky měření na jedné skupině významně liší od výsledků měření na druhé skupině. Dvouvýběrový t-test se používá pro hodnocení experimentů, kde neznáme střední hodnotu základního souboru, a porovnáváme pouze 2 soubory výběrových dat. Tato data mohou být představována buď dvěma měřeními provedenými opakovaně u jedné skupiny jedinců (typicky měření před aplikací pokusného zásahu a po aplikaci – tzv. „párový pokus“ neboli „závislé výběry“) nebo dvěma nezávislými skupinami měření („nepárový pokus“ neboli „nezávislé výběry“).

Vzorec pro t-test:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{S * \sqrt{\frac{1}{m} + \frac{1}{n}}}$$

Kde: $\bar{x}_1$ = průměrná hodnota prvního výběru

$\bar{x}_2$ = průměrná hodnota druhého výběru

S = celková směrodatná odchylka

m = počet hodnot v prvním výběru

n = počet hodnot v druhém výběru

χ^2 (chí-kvadrát) je statistická neparametrická metoda, která zjišťuje skutečnost, zda je mezi dvěma znaky přítomen, čili existuje prokazatelný, signifikantní vztah či nikoliv. Vypočtená testovaná hodnota χ^2 je porovnávána s kritickou hodnotou (obsažena v kontingenčních tabulkách-alfa). Chí kvadrát test umožňuje zjistit, zda má sledovaný jev opravdu předem známé rozdělení dat. Tato metoda vychází z porovnání skutečného rozdělení dat s teoretickým zvoleným rozdělením, které bylo určeno na základě úvah, předchozích zkušeností či pomocí grafické vizualizace.

Vzorec pro chí-kvadrát:

$$\chi_N^2 = \sum \frac{(x_i - e_i)^2}{e_i}$$

Kde: x_i = naměřené (zjištěné) hodnoty

e_i = očekávané hodnoty

N = počet stupňů volnosti, $N = n - 1$

n = počet sčítanců (počet fenotypových/genotypových tříd)

4 Výsledky dotazníkového šetření

V této kapitole jsou zanalyzována, statisticky vyhodnocena a graficky znázorněna veškerá data získaná prostřednictvím dotazníků.

4.1 Výsledky identifikačních otázek

V této kapitole jsou zanalyzovány výsledky úvodních 4 otázek použitého dotazníku.

Otázka 1: Jaký je Váš věk?

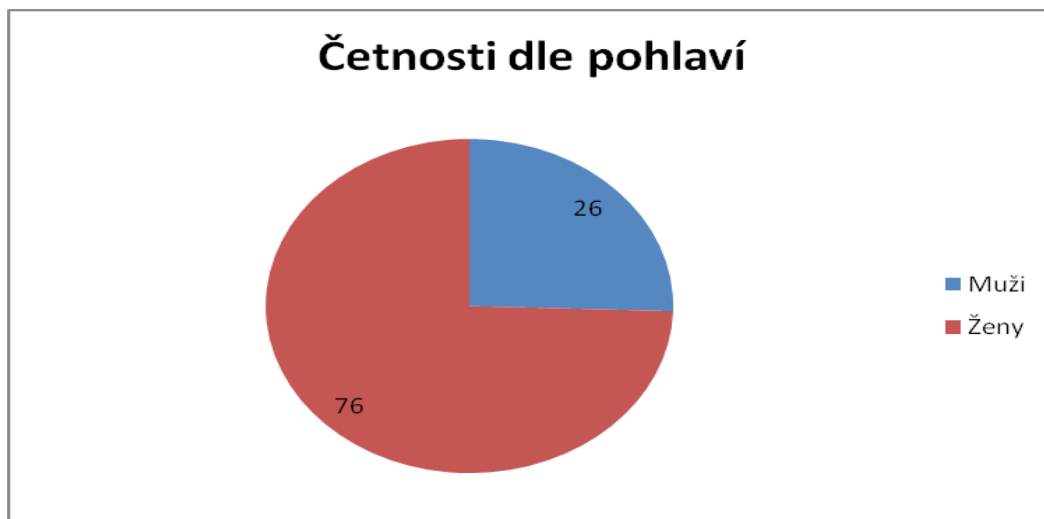
Z odpovědí na otázku bylo zjištěno, že se výzkumu zúčastnilo 36 zdravotníků (tj. 35 %) ve věku do 30 let, 38 (tj. 37 %) v rozmezí 30 až 39 let (včetně) a 28 (tj. 28 %) ve věku nad 39 let. Viz Obrázek 1.



Obrázek 1: Graf četností věkových kategorií, zdroj: vlastní výzkum

Otázka 2: Jaké je Vaše pohlaví?

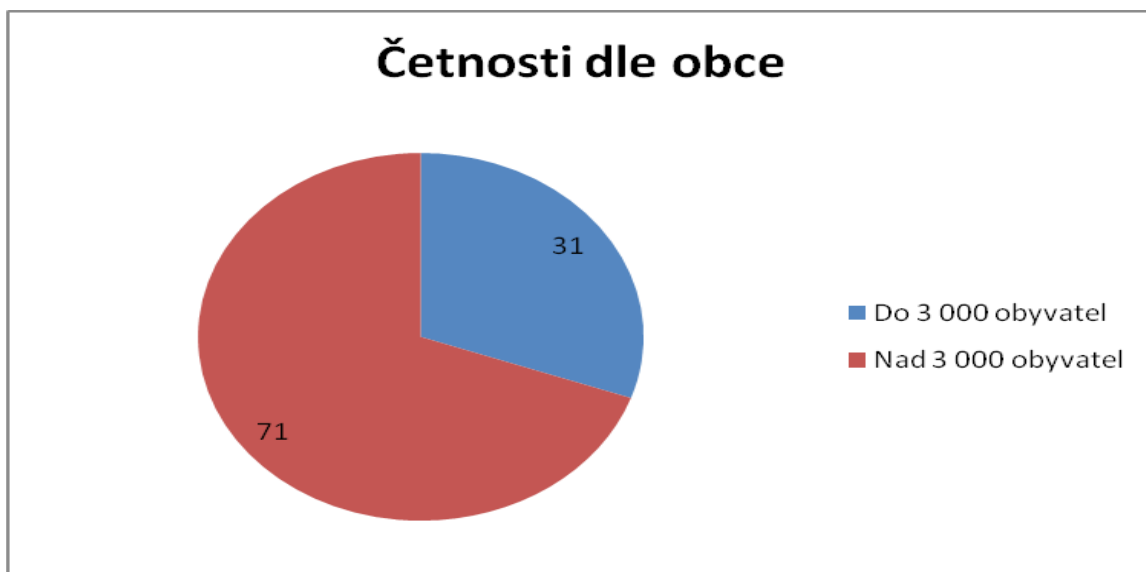
Z odpovědí na tuto otázku bylo zjištěno, že ze zkoumaného vzorku bylo 26 mužů (tj. 25 %) a 76 žen (tj. 75 %). Viz Obrázek 2.



Obrázek 2: Graf četností dle pohlaví, zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3: Žijete v obci s počtem obyvatel?

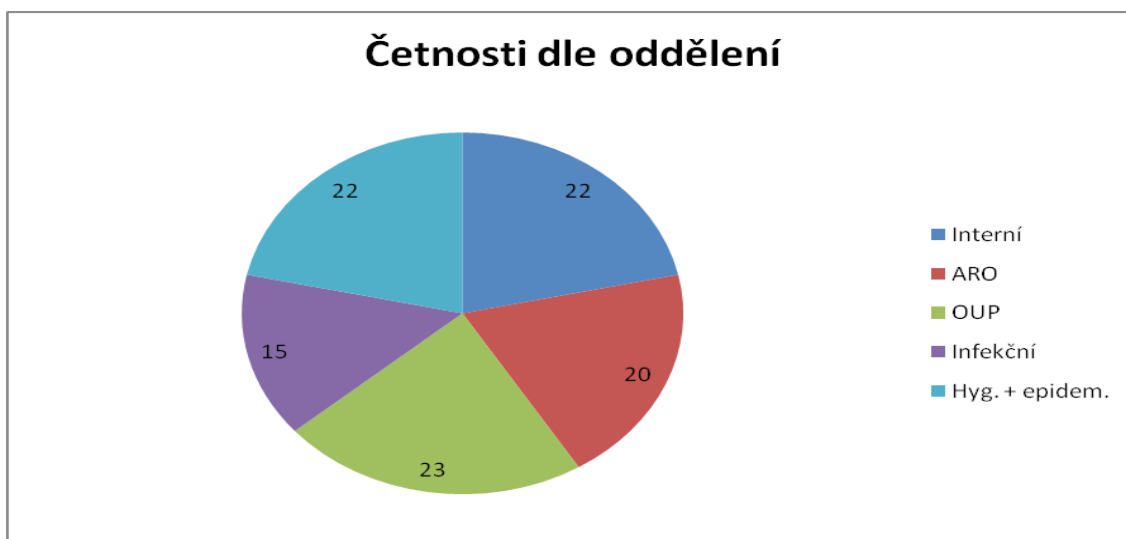
Z výzkumu bylo zjištěno, že v menších obcích, do 3 000 obyvatel, žije 31 respondentů (tj. 30 %) a ve větších, nad 3 000 obyvatel, žije 71 respondentů (tj. 70 %). Viz Obrázek 3.



Obrázek 3: Graf četností dle počtu obyvatel v obci, zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4: Na kterém oddělení pracujete?

Zastoupení respondentů v jednotlivých odděleních bylo poměrně vyrovnané. Na Interním oddělení to bylo 22 zástupců (tj. 22 %), na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení 20 (tj. 20 %), na Oddělení urgentního příjmu 23 (tj. 23 %), na Infekčním oddělení 15 (tj. 15 %) a na Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie 22 (tj. 22 %) zástupců. Viz Obrázek 4.



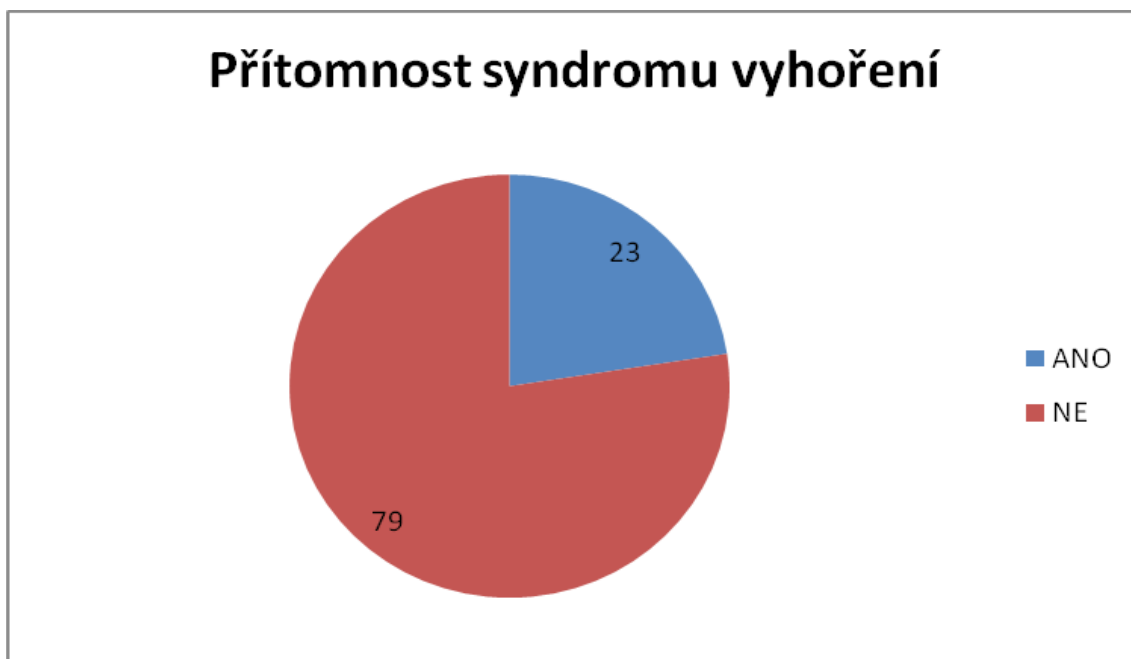
Obrázek 4: Graf četností dle oddělení, zdroj: vlastní výzkum

4.2 Výsledky MBI dotazníku

Dle doplňujících pokynů respondenti přeskočili otázku č. 5, vyplnili dotazník MBI a k páté otázce se vrátili až na samotný závěr. Zjišťována byla přítomnost syndromu vyhoření u všech respondentů a následně v kategoriích dle věku, pohlaví, počtu obyvatel v obci a dle svého pracoviště. Stanovené hypotézy pak byly ověřovány statistickými metodami dle potřeby.

4.2.1 Celkový výskyt syndromu vyhoření

Odpovídající hodnota pro syndrom vyhoření byla stanovena jako průměr hodnot nad 50. percentil v jednotlivých škálách MBI dotazník, tedy EE, DP a PA. Ze všech respondentů dosáhlo parametrů pro vyhoření celkem 23 (tj. 23 %) z celkových 102 odpovídajících. Viz Obrázek 5.



Obrázek 5: Přítomnost vyhoření, zdroj: vlastní výzkum

4.2.2 Výskyt syndromu vyhoření dle věku

Z věkových kategorií se na jevila jako nejvíce vyhořelá skupina ve věku 30 až 39 let, kde se přítomnost syndromu vyhoření objevila v 10 případech (tj. 26 % ve své kategorii). Lépe na tom byla kategorie do 30 let, kde se syndrom vyhoření vyskytl v 8 případech (tj. 22 %) a vůbec nejnižší výskyt syndromu vyhoření má věková skupina nad 30 let s pouhými 4 případy (tj. 14 %). Viz Tabulka 5.

Tabulka 5 Vyhoření dle věku

Věk	Vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost (v rámci skupiny)
< 30 let	ANO	8	22 %
	NE	28	78 %
30–39 let	ANO	10	26 %
	NE	28	74 %
> 39 let	ANO	4	14 %
	NE	24	86 %

Zdroj: vlastní výzkum

Na podkladě výsledků dotazníku, kdy hodnota nad 50. percentil představovala výskyt syndromu vyhoření, bylo zjištěno, že syndrom vyhoření se vyskytuje u 8 z 36 osob (tj. 22 %) ve věku do 30 let, u 10 z 38 osob (tj. 27 %) ve věku 30 až 39 let a 4 z 28 osob (tj. 15 %) ve věku nad 40 let.

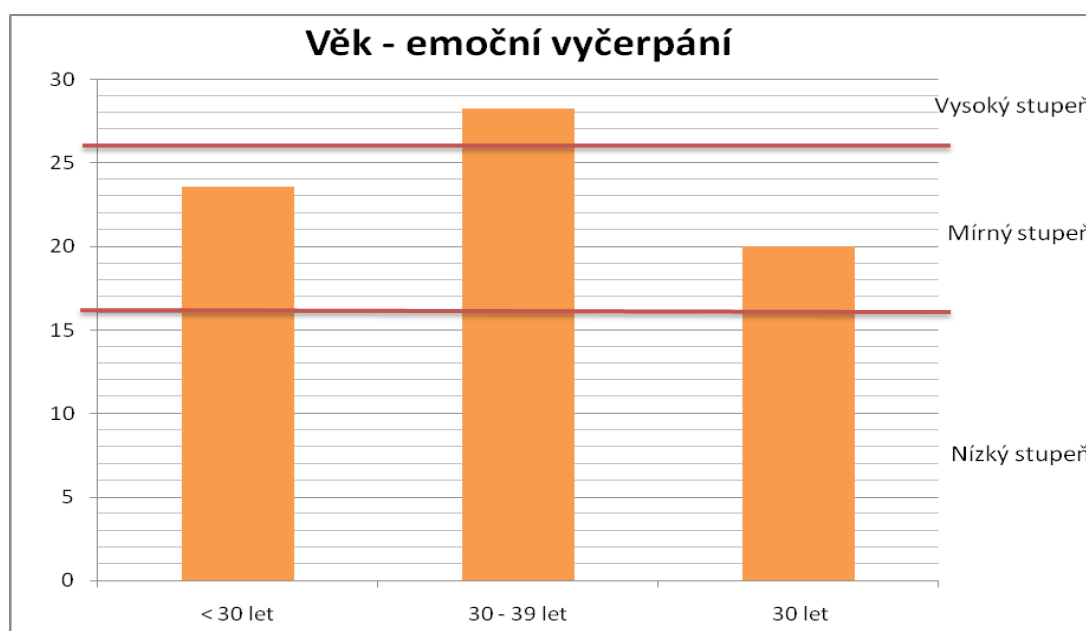
Výsledky získané prostřednictvím MBI dotazníku bylo nutné statisticky ověřit. Pro potvrzení či vyvrácení stanovené hypotézy bylo využito chí-kvadrát testu, za účelem ověření závislosti věku a syndromu vyhoření.

Za předpokladu stanovení hladiny významnosti $\alpha = 0,05$ je zde tabulková hodnota pro 2 stupně volnosti u kritického oboru 5,99.

Po dosazení hodnot, získaných prostřednictvím respondentů, byl získán výsledek $\chi^2 = 0,498$, což je nižší hodnota než hodnota kritického oboru. Výsledkem tedy je, že na základě významnosti $\alpha = 0,05$ se neprokázalo, že spolu věk a přítomnost syndromu vyhoření závisí.

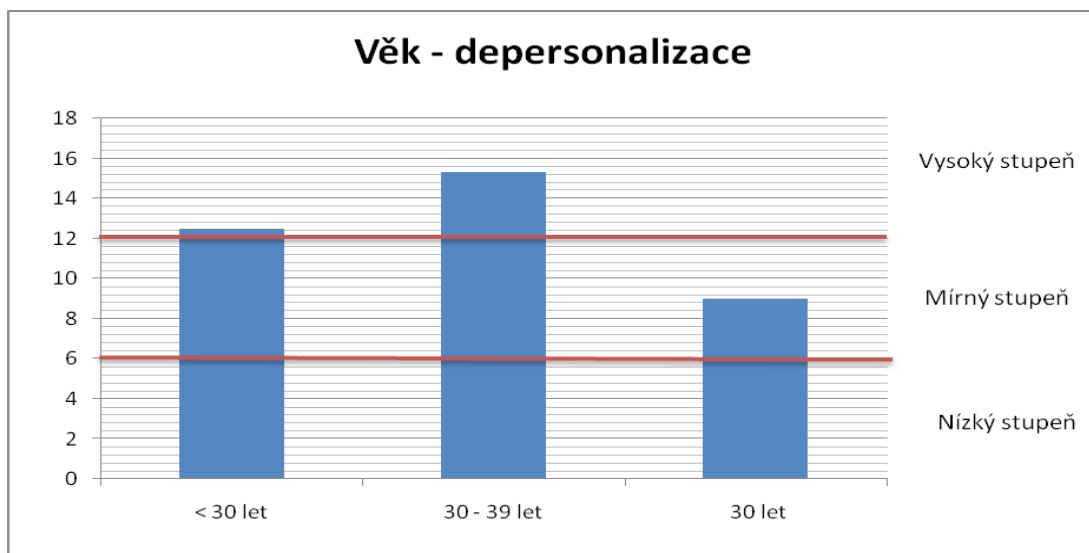
Pro porovnání byly navíc výsledky získané z dotazníků vyhodnoceny prostřednictvím bodovacích škál podle Tabulek 2,3 a 4 v kapitole 3.4 dle Židkové (2013) a byly graficky znázorněny.

Dle tohoto bodového rozdělení lze z Obrázku 6 vyčíst, že otázky zaměřené na emoční vyčerpání zodpovídali relativně podobně zástupci kategorie pod 30 a nad 39 let. Zde se hodnoty pohybovaly uprostřed rozmezí pro střední stupeň. Nejvyšší hodnoty pak vykazovali zástupci kategorie ve věku 30 až 39 let, kde výsledná hodnota 28,3 spadá již pod vysoký stupeň, charakteristický pro vyhoření.



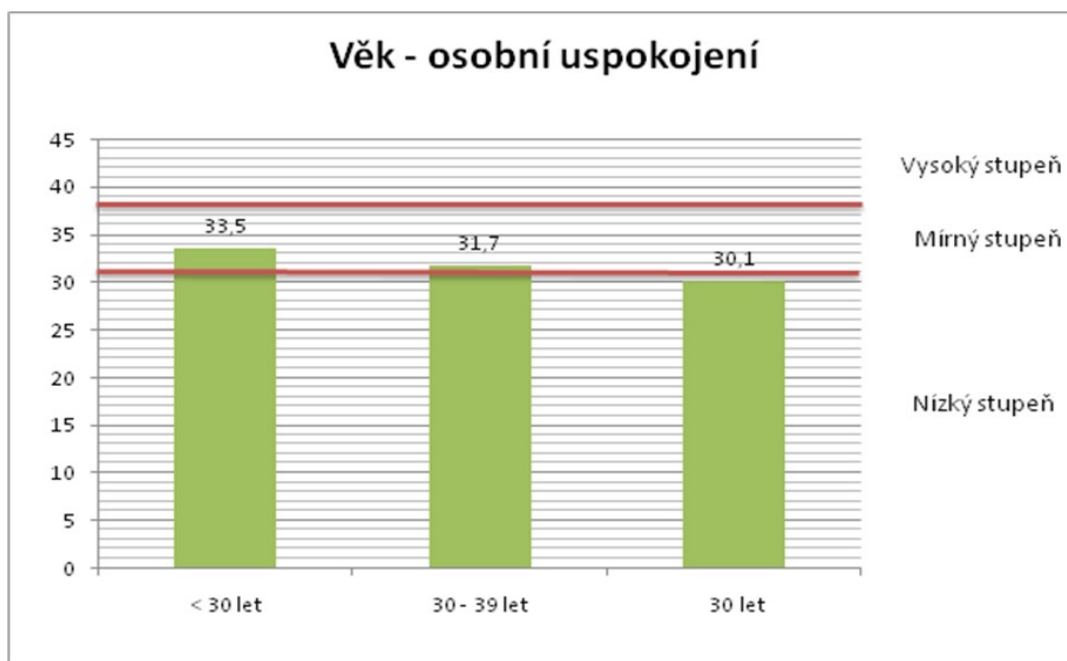
Obrázek 6: Emoční vyčerpání dle věku, zdroj: vlastní výzkum

Při pohledu na Obrázek 7 pak v oblasti depersonalizace dopadla nejlépe věková kategorie nad 39 let s hodnotou 9, tedy uprostřed mírného stupně. Hůře na tom byla věková skupina do 30 let, kde výsledná hodnota 12,5 přechází z mírného na již vysoký stupeň a zcela nejhůře skončila opět prostřední skupina 30 až 39 let s hodnotou 15,3, tedy vysoký stupeň, jenž znovu značí vyhoření.



Obrázek 7: Depersonalizace dle věku, zdroj: vlastní výzkum

Co se týče osobní uspokojení, tak je z Obrázku 8 patrné, že dopadlo nejlépe pro nejmladší věkovou skupinu do 30 let, která se nachází s hodnotou 33,5 v mírném stupni. Jejich o pár let starší kolegové balancují mezi mírným a nízkým stupněm s hodnotou 31,7. Navzdory uspokojitelným výsledkům v předchozích otázkách emočního vyčerpání a depersonalizace nyní dopadla nejhůře poslední, nejstarší věková skupina s konečnou hodnotou 30,1. Pro připomenutí v oblasti osobního uspokojení je bodová škála hodnocena opačně, tedy čím nižší je výsledná hodnota, tím blíže jedinec směřuje k vyhoření.



Obrázek 8: Osobní uspokojení dle věku, zdroj: vlastní výzkum

4.2.3 Výskyt syndromu vyhoření dle pohlaví

Na základě rozdělení dle pohlaví se jako více vyhořelí jeví muži, kde přítomnost syndromu vyhoření byla v 8 případech (tj. 31 % ze všech mužů). U žen se vyhoření vyskytlo ve 14 případech (tj. 18 % ze všech žen). Viz Tabulka 6.

Tabulka 6 Vyhoření dle pohlaví

Pohlaví	Vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost (v rámci skupiny)
Muži	ANO	8	31 %
	NE	18	69 %
Ženy	ANO	14	18 %
	NE	62	72 %

Zdroj: vlastní výzkum

Pro potvrzení či vyvrácení této Hypotézy 3 bylo využito testu významnosti rozdílu dvou výběrových průměrů (t-test).

Protože testované soubory mohou pocházet z populací, které mají stejný nebo naopak různý rozptyl hodnot sledované veličiny, je nejprve nutno otestovat rozdíl rozptylů obou souborů pomocí f-testu.

Po dosazení hodnot, získaných prostřednictvím respondentů, byla výsledná hodnota $F = 0,952$. Tato hodnota je menší než hodnota kritická ($F_{\text{krit}} = 1,8$) a přijímáme tak, že na našich sledovaných souborech a za hladiny významnosti $\alpha = 0,1$ se rozptyly neliší.

Následně proběhlo provedení samotného nepárového dvouvýběrové t-testu za využití zkoumání rozdílu dvou výběrových průměrů. Vzhledem k širokému rozptylu bodového hodnocení v otázkách zaměřených na emocionální vyčerpání, tj. 0 až 63 bodů, byla hladina významnosti stanovena na 10 %, tedy $\alpha = 0,1$. Výsledná hodnota $t = 0,441$ zde nebyla menší než kritická hodnota $p = 0,1$. Z tohoto důvodu se na hladině závislosti $\alpha = 0,1$ neprokázalo, že se emocionální vyčerpání mužů a žen ve zkoumaném souboru liší.

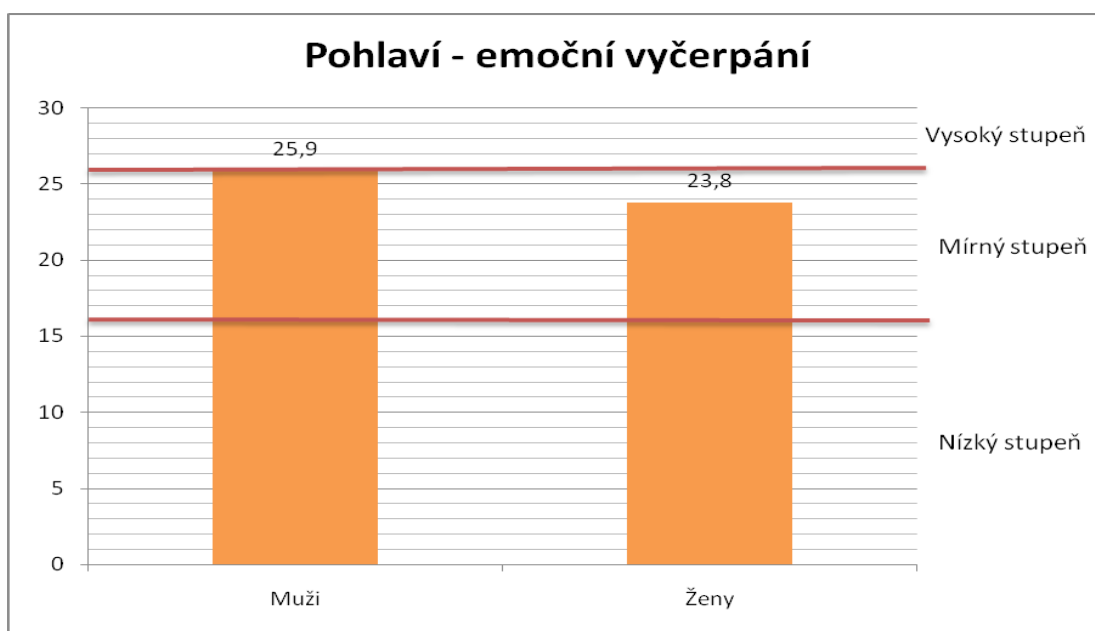
Stejný postup byl proveden i v oblasti depersonalizace, rovněž s hladinou významnosti $\alpha = 0,1$. Výsledná hodnota t-testu zde vyšla $t = 0,017$ a to znamená, že byla

nižší než kritická hodnota $p = 0,1$. Prokázalo se sice, že se na základě hladiny významnosti $\alpha = 0,1$ hodnoty depersonalizace u žen a mužů liší, nicméně jako více vyhořelá zde vyšla kategorie mužů.

Následně byl totožný postup aplikován i v sektoru osobního uspokojení, taktéž s hladinou významnosti $\alpha = 0,1$. T-test s výslednou hodnotou $t = 0,872$ byl nižší než kritická hodnota $p = 0,1$; tudíž se na hladině závislosti $\alpha = 0,1$ neprokázalo, že se osobní uspokojení mužů a žen ve sledovaném souboru liší.

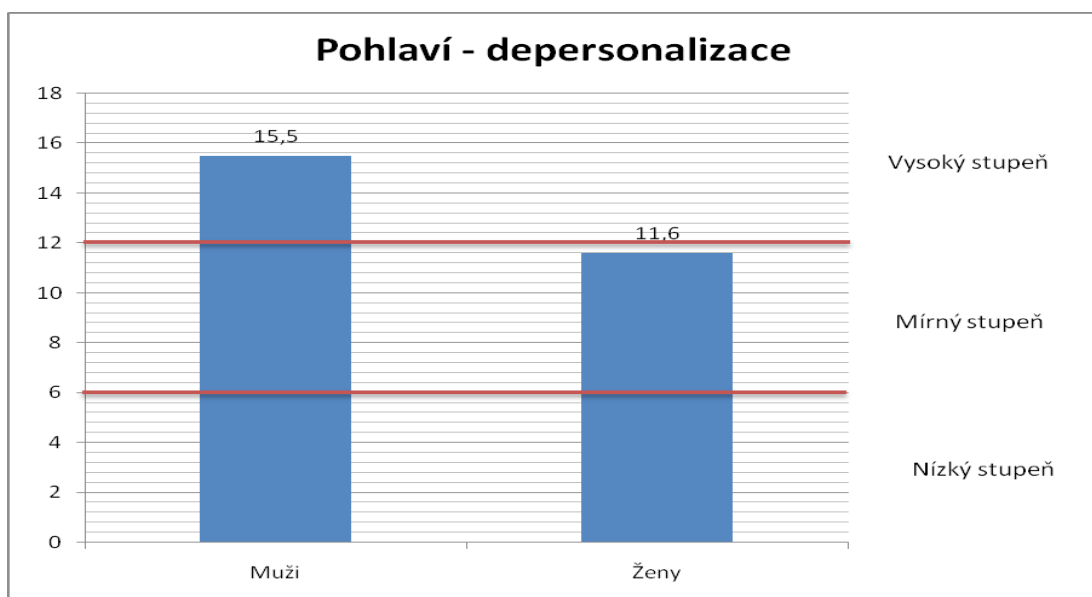
Tyto výsledky si opět můžeme porovnat s dosazením do bodovacích škál dle Židkové (2013).

Na Obrázku 9 můžeme vidět, že hodnoty emocionálního vyčerpání mužů by dosahovali vysokého stupně s průměrem 25,9 bodu a hodnoty žen by sice spadaly pod mírný stupeň, avšak též s dosti vysokým průměrem, tj. 23,8 bodu.



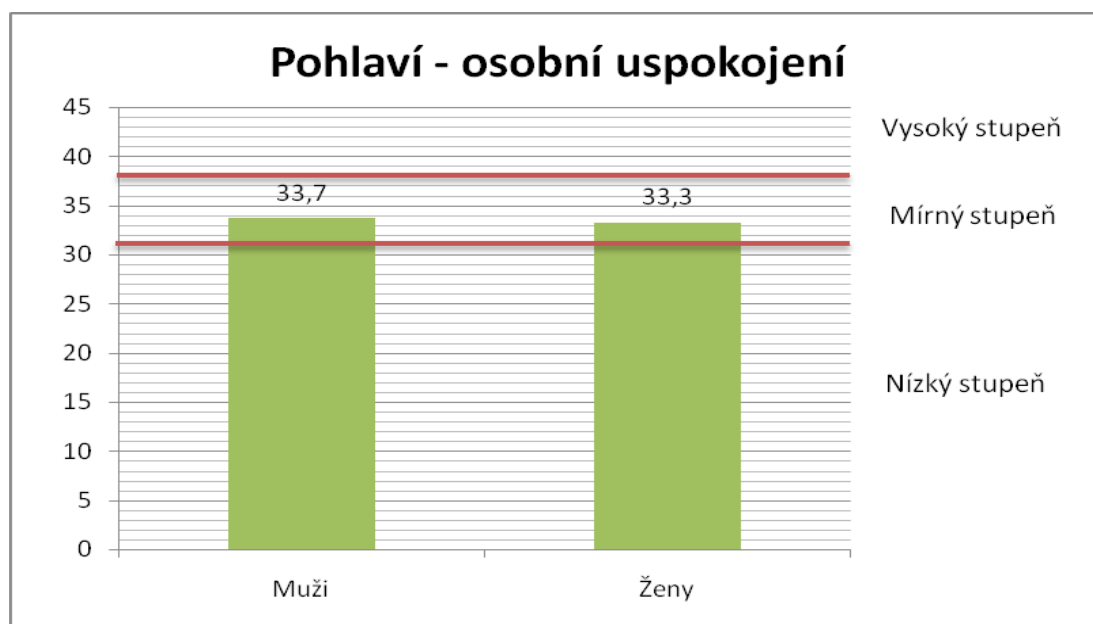
Obrázek 9: Emoční vyčerpání dle pohlaví, zdroj: vlastní výzkum

Na Obrázku 10 je podobně jako v předešlé statistické části patrný signifikantní rozdíl mezi hodnotou depersonalizace mužů, která byla 15,5 (vysoký stupeň), a hodnotou depersonalizace žen, konkrétně 11,6 (mírný stupeň).



Obrázek 10: Depersonalizace dle pohlaví, zdroj: vlastní výzkum

Z Obrázku 11 se nám potvrzují velmi podobné výsledky v oblasti osobního uspokojení, které se svými průměry liší mezi oběma pohlavími opravdu jen v řádu desetin.



Obrázek 11: Osobní uspokojení dle pohlaví, zdroj: vlastní výzkum

4.2.4 Výskyt syndromu vyhoření dle obce

Přítomnost vyhoření u zdravotníků, žijících v obcích do 3 000 obyvatel byla vyhodnocena v 6 případech (tj. 19 % této skupiny). Výskyt vyhoření u zdravotníků, obývajících obce nad 3 000 obyvatel byl v 15 případech (tj. 21 %). Viz Tabulka 7.

Tabulka 7 Vyhoření dle obce

Obec	Vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost (v rámci skupiny)
Do 3000 obyvatel	ANO	6	19 %
	NE	25	81
Nad 3000 obyvatel	ANO	15	21 %
	NE	56	79 %

Zdroj: vlastní výzkum

Pro potvrzení či vyvrácení Hypotézy 4 bylo využito obdobně jako v předchozí hypotéze testu významnosti rozdílu dvou výběrových průměrů, tedy t-test. Nejprve byl tedy proveden f-test za účelem zjištění významnosti dvou rozptylů. Pro oba testy byla na základě široké škály bodování stanovena hladina významnosti 10 %, tedy $\alpha = 0,1$ a z dotazníku získaná data byla vyhodnocena po jednotlivých oblastech – EE, DP a PA.

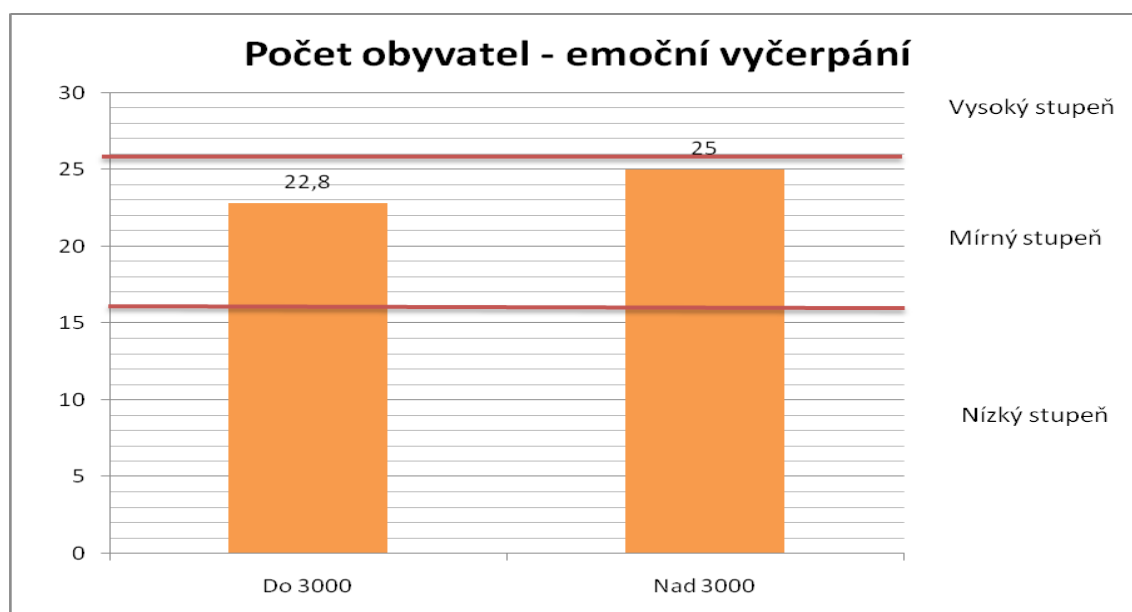
Po dosazení hodnot, získaných prostřednictvím respondentů, byla v oblasti emocionálního vyčerpání výsledná hodnota f-testu $F = 0,078$. Tato hodnota je menší než hodnota kritická $F_{krit} = 1,012$, tzn., neprokázalo se, že se rozptýly hodnot ve vybraných souborech na hladině významnosti $\alpha = 0,1$ liší. Následně byl proveden příslušný t-test, jehož hodnota $t = 0,377$. Tato hodnota není menší než kritická $p = 0,1$ a tudíž se na hladině významnosti $\alpha = 0,1$ neprokázalo, že se emocionální vyčerpání těchto dvou skupin liší.

Pro depersonalizaci byla výsledná hodnota f-tesu $F = 0,847$. Jedná se o nižší hodnotu, než je hodnota kritická $F_{krit} = 1,012$ a je zřejmé, že se ani v tomto případě neprokázalo, že by se rozptýly hodnot ve sledovaných souborech na hladině významnosti $\alpha = 0,1$ lišily. V následujícím t-testu pak vyšla hodnota $t = 0,087$. Vůči kritické hodnotě $p = 0,1$ se jedná o hodnotu nižší a na základě hladiny významnosti $\alpha = 0,1$ se podařilo prokázat, že se výsledné hodnoty depersonalizace v námi sledovaných souborech liší a potvrzují stanovenou hypotézu. V oblasti depersonalizace

jsou mezi sledovaným vzorkem skutečně více vyhořelí zástupci z větších obcí, tedy nad 3 000 obyvatel.

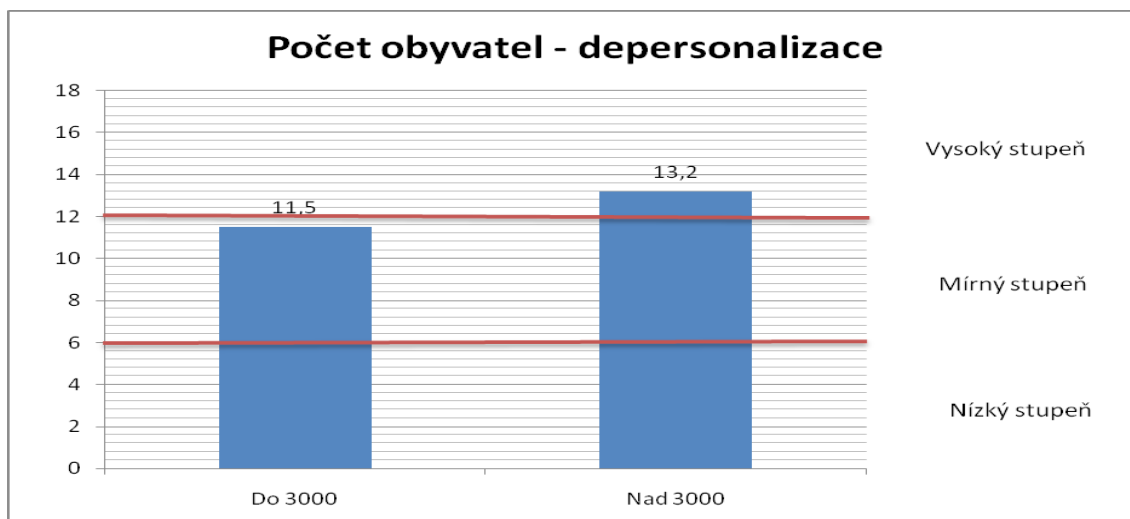
Pro osobní uspokojení byla hodnota f-testu $F = 0,222$. I v tomto případě jde o hodnotu nižší, než je hodnota kritická $F_{krit} = 1,012$, a tak se na hladině významnosti $\alpha = 0,1$ neprokázalo, že se rozptýly hodnot v našich souborech liší. Následující t-test pak vykázal hodnotu $t = 0,433$. Zjištěná hodnota je nižší než hodnota kritická $p = 0,1$ a na hladině významnosti $\alpha = 0,1$ se neprokázalo potvrdit, že se hodnoty osobního uspokojení ve sledovaných souborech (kategorie dle počtu obyvatel v obci) liší.

Zjištěné výsledky můžeme opět porovnat s bodovým rozdělením dle Židkové (2013). Na Obrázku 12 vidíme, že obě dvě sledované skupiny dosáhli v emočním vyčerpání podobných průměrných hodnot a nacházejí se shodně v mírném stupni.



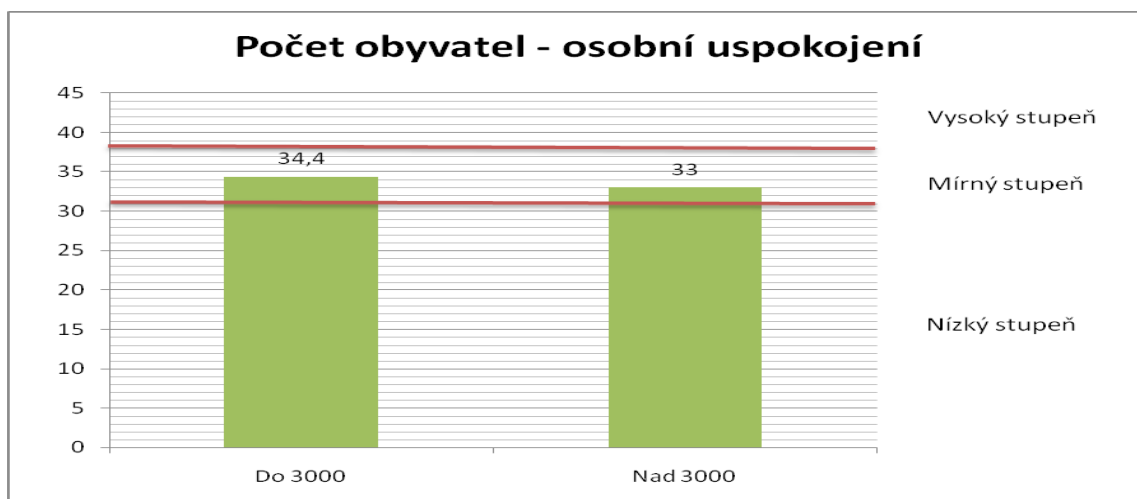
Obrázek 12: Emoční vyčerpání dle obce, zdroj: vlastní výzkum

Dle Obrázku 13 se v mírném stupni depersonalizace nalézají pouze průměrná hodnota osob z menších vesnic a průměrná hodnota zástupců druhé skupiny již překročila stupeň vysoký.



Obrázek 13: Depersonalizace dle obce, zdroj: vlastní výzkum

Osobní uspokojení je pak vyobrazeno na Obrázku 14, kde se podobně jako v EE nachází obě dvě skupiny s podobnou hodnotou ve stupni mírném.



Obrázek 14: Osobní uspokojení dle obce, zdroj: vlastní výzkum

4.2.5 Výskyt syndromu vyhoření dle oddělení

V rámci jednotlivých oddělení bylo vyhoření přítomné následovně (sestupně): na Oddělení urgentního příjmu v 7 případech (tj. 30 %), na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení v 6 případech (tj. 30 %), na Interním oddělení a Oddělením nemocniční hygieny a epidemiologie shodně po 4 případech z totožného počtu respondentů (tj. 18 %) a na Infekčním oddělení pouze v 1 případě (tj. 7 %). Viz Tabulka 8.

Tabulka 8 Vyhoření dle oddělení

Oddělení	Vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost (v rámci skupiny)
Interní	ANO	4	18 %
	NE	18	82 %
ARO	ANO	6	30 %
	NE	14	70 %
OUP	ANO	7	30 %
	NE	16	70 %
Infekční	ANO	1	7 %
	NE	14	93 %
Hygiena a epidemiologie	ANO	4	18 %
	NE	18	82 %

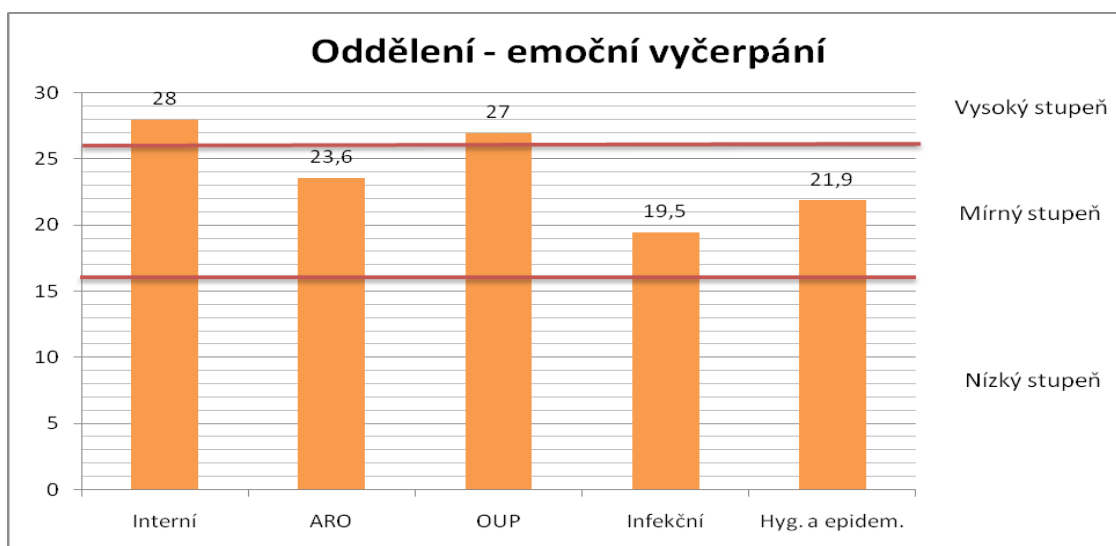
Zdroj: vlastní výzkum

Ověření Hypotézy 5 bylo provedeno porovnáním procentuálního zastoupení osob se syndromem vyhoření, které se dostali nad 50. percentil možných hodnot, mezi jednotlivými odděleními. Na Interním oddělení to byli 4 osoby (tj. 18 % z této skupiny), na Anesteziologicko-resuscitačním 6 osob (tj. 30 % z této skupiny), na Oddělení urgentního příjmu 7 osob (tj. 30 % z této skupiny), na Infekčním oddělení 1 osoba (tj. 7 % z této skupiny) a na Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie 4 osoby (tj. 18 % z této skupiny). Je tedy patrné, že námi sledování zástupci Infekčního oddělení nejenže nevykazovali nejhorší výsledky, oni nakonec dopadli zcela nejlépe napříč všemi vybranými odděleními. Následně byl navíc proveden chí-kvadrát test,

jehož výsledná hodnota $\chi^2 = 0,381$ je nižší než tabulková hodnota pro 4 stupně volnosti $\chi^2_4 = 9,488$, díky čemuž se na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ neprokázalo, že spolu přítomnost syndromu vyhoření a druh oddělení závisí.

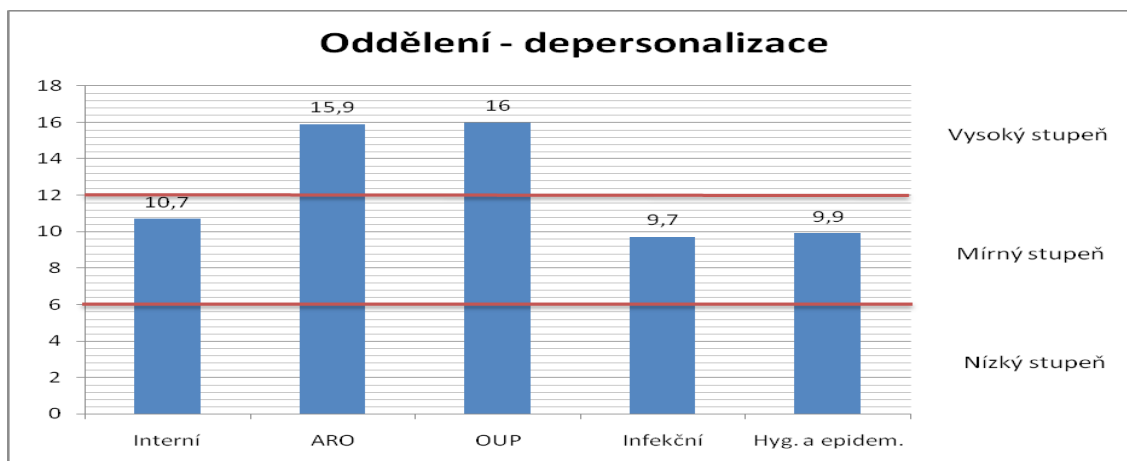
Data získaná z dotazníku si opět můžeme zkusit porovnat prostřednictvím grafických stupňů vyhoření dle Židkové (2013).

Průměrné emoční vyčerpání je zobrazeno na Obrázku 15. Ve vysokém stupni a jako nejvíce vyhořelé pracoviště vyšlo Interní oddělení a ihned za ním Oddělení urgentního příjmu. V mírném stupni pak nalezneme ostatní oddělení, tj. Anesteziologicko-resuscitační, Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie a s nejlepším výsledkem pak Infekční oddělení.



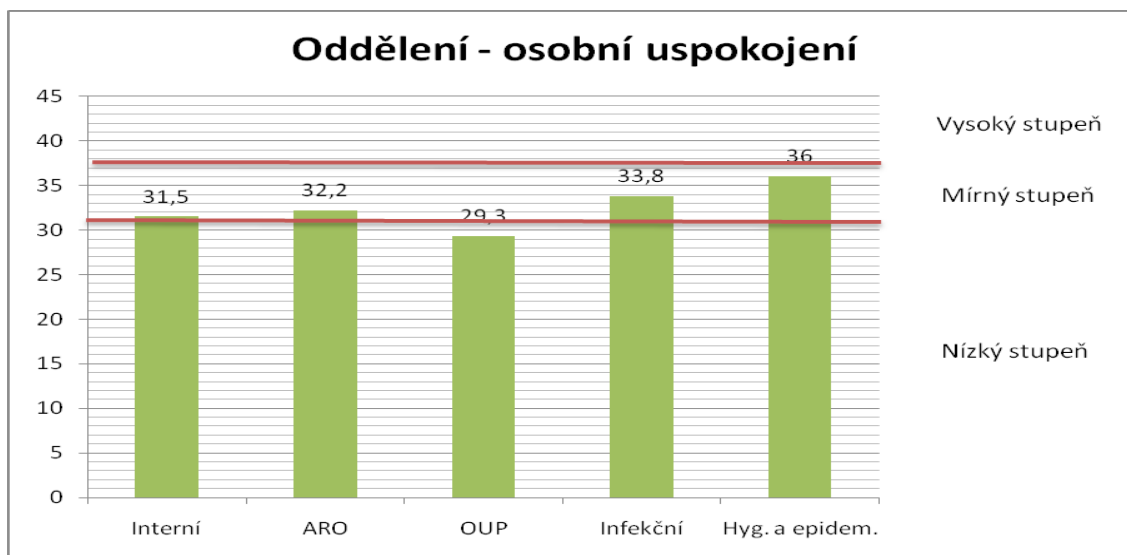
Obrázek 15: Emoční vyčerpání dle oddělení, zdroj: vlastní výzkum

Rovněž kategorie depersonalizace, znázorněná na Obrázku 16, obsahuje podobné výsledky, kdy si oproti EE první dvě místa prohodilo Oddělení urgentního příjmu a Anesteziologicko-resuscitační oddělení. S podobnými průměrnými hodnotami se pak v mírném stupni nacházejí ostatní tři pracoviště, přičemž i zde Infekční oddělení vykazovalo nejlepší výsledek.



Obrázek 16: Depersonalizace dle oddělení, zdroj: vlastní výzkum

Osobní uspokojení, graficky znázorněné na Obrázku 17, kde je bodovací škála opačného významu než v předešlých dvou částech, zavedlo prvenství Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie s 36 body. Do mírného stupně se vměstnalo i Infekční oddělení, Anesteziologicko-resuscitační oddělení a Interní oddělení. V nízkém stupni, a tedy jako nejhorší, se nachází opět Oddělení urgentního příjmu.



Obrázek 17: Osobní uspokojení dle oddělení, zdroj: vlastní výzkum

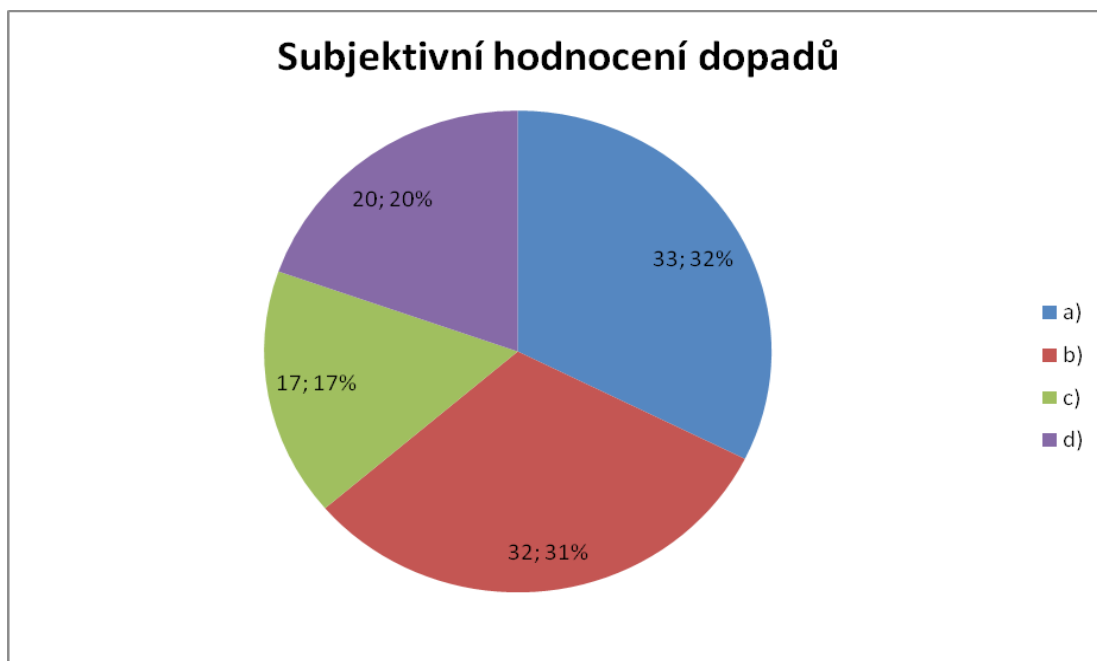
4.3 Subjektivní zhodnocení vývoje příznaků

Porovnat své aktuální psychické rozpoložení s rozpoložení v době před příchodem onemocnění COVID-19 měli respondenti za úkol v otázce č. 5 na první stránce dotazníku.

Otázka č. 5: *Pokud jsem ve svém dotazníku potvrdil některé z negativních příznaků, jejich síly v porovnání s časem bych nejlépe vyhodnotil následovně:*

- a) *Uvedené příznaky jsem měl již před příchodem onemocnění COVID-19 (březen 2020) a od té doby se nezhoršily.*
- b) *Uvedené příznaky jsem měl již před příchodem COVID-19 (březen 2020), ale od té doby se o trochu zhoršily.*
- c) *Uvedené příznaky jsem měl již před příchodem COVID-19 (březen 2020), ale od té doby se výrazně zhoršily.*
- d) *Uvedené příznaky jsem před příchodem COVID-19 (březen 2020) neměl a objevily se nově až poté.*

Na Obrázku 18 je zobrazené zastoupení jednotlivých odpovědí. Zdravotníci, kteří na sobě během pandemie COVID-19 nepozorovali žádné zvýšení stresové zátěže, únavy, vyčerpání, označovali odpověď a) a bylo jich 32 %. Ostatních, jež pociťovali menší, či výraznější změny nebo se u nich tyto příznaky objevily zcela nově, bylo dohromady 68 %.



Obrázek č. 18: Graf odpovědí k otázce č. 5, zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuze

V této kapitole jsou předchozí zjištěné výsledky porovnány s odbornými poznatky dle literárních zdrojů a snahou autora bylo i zamyslet se nad možnými faktory, které mohly výsledky výzkumu ovlivnit.

Hypotéza č. 1: Pandemie COVID-19 negativně ovlivnila více než 50 % zdravotníků.

Pro potvrzení či vyvrácení této hypotézy byla ke standardnímu MBI dotazníku přidána otázka označena číslicí 5), ve znění *„Pokud jsem ve svém dotazníku potvrdil některé z negativních příznaků, jejich sílu v porovnání s časem bych nejlépe vyhodnotil následovně: (Nutno posoudit globálně pro celý dotazník a strážlivým odhadem).“* Této otázce předcházela pokyn, že mají odpovídající nejprve vyplnit dotazník MBI a až následně se k této otázce vrátit, aby její zodpovězení mělo význam.

V případě, že respondenti neshledali po dobu pandemie žádné zhoršení obtíží uvedených v dotazníku, označili odpověď a) „Uvedené příznaky jsem měl již před příchodem onemocnění COVID-19 (březen 2020) a od té doby se nezhoršily.“ Takto odpovídajících bylo 30 %.

Pokud zdravotníci označili odpověď b) „Uvedené příznaky jsem měl již před příchodem onemocnění COVID-19 (březen 2020), ale od té doby se trochu zhoršily.“ nebo c) „Uvedené příznaky jsem měl již před příchodem onemocnění COVID-19 (březen 2020), ale od té doby se výrazně zhoršily.“ nebo d) „Uvedené příznaky jsem před příchodem onemocnění COVID-19 (březen 2020) neměl a objevily se nově až poté.“, tak se jednalo o odpověď potvrzující Hypotézu 1. Takto odpovídajících bylo b) 31 %, c) 17 %, a d) 20 %, tudíž dohromady 68 %.

Nahlédneme-li na výsledky MBI dotazníku celkově u všech dotazovaných za sledování hodnoty nad 50. percentil (= přítomnost syndromu vyhoření), zjistíme, že syndrom vyhoření se vyskytuje u 23 osob (tj. 23 %) a nevyskytuje u 79 (tj. 77 %) z celkového počtu 102 respondentů. Nicméně se jedná o momentální stav v době vyplňování dotazníků a není možné ho porovnat se stavem psychiky zdravotníků

před příchodem pandemie, tudíž tento výsledek nemá dostatečnou vypovídající hodnotu a nelze ho pro stanovenou hypotézu aplikovat.

V 68 % případů respondenti pocítili během pandemie alespoň malé nebo větší zhoršení příznaků a výsledky jsou tudíž v souladu se stanovenou hypotézou a potvrzují ji.

Zjištěné výsledky tudíž souzní s výrokem Dosila (2020), že po propuknutí infekčního onemocnění COVID-19 se u lékařů, zdravotních sester a jiných pracovníků ve zdravotnictví začala objevovat a manifestovat ve větší míře úzkost, stres a deprese. Absence validních informací o novém onemocnění, které zasáhlo celý svět za relativně krátké časové období, vyvolala globální paniku a chaos. Nejtvrdší dopad byl zaznamenáván právě u zdravotníků, kteří chtějí poskytnout co nejvyšší možnou odbornou zdravotní péči všem svým pacientům. Neznalost a nedostatek informací způsobuje velký psychický nátlak a podepisuje se na zdravotnících samých. Nedostatek zdravotnického personálu v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních, a naopak výrazný nárůst počtu pacientů, vyžadujících intenzivní péči, měly za důsledek nadměrné pracovní vytížení zdravotníků za ztížených pracovních podmínek.

Rovněž Krivohlavý (1998) pro syndrom vyhoření shledává jako nejrizikovější povolání lékaře, kteří pracují v hospicích, na jednotkách intenzivní péče, na oddělení onkologické péče apod. Ve zdravotnictví jsou to také zdravotní sestry, které docházejí k zjištění, že není v jejich moci pomoci pacientům, kteří umírají, že se neustále setkávají s fyzickou i psychickou bolestí pacientů a jejich rodinných příslušníků. Při vykonávání tak náročné práce se navíc velmi často setkávají s nedostatkem uznání a respektu.

Dle Stocka (2010) je zvýšený výskyt burnout syndromu pozorován v zaměstnáních, kde se jedná o každodenní rutinní vykonávání stejných procesů. Důležitý je taktéž přístup vedení, neboť nízká motivace či konflikty v určení pracovních rolích mohou také mnohem rychleji vést k syndromu vyhoření (Stock, 2010). Dalšími rizikovými faktory v zaměstnání může být nedostatek času, personálu, odpočinku, odborných znalostí, a naopak velké množství pracovních úkolů, které mají být zvládnuty (Jeklová et Reitmayerová, 2006). Tento popis sedí na klasickou sesterskou práci v nemocnicích, kde zdravotní sestry zejména během největšího přívalu

nemocných trpěli nedostatkem odpočinku, personálu, a naopak museli zvládat více pracovních úkolů a často v kratším časovém intervalu, než byly zvyklé.

Hypotéza č. 2: Zdravotníci ve starším věku vykazují více příznaků syndromu vyhoření než lidé mladšího věku.

Na podkladě výsledků dotazníku, kdy hodnota nad 50. percentil představovala výskyt syndromu vyhoření, bylo zjištěno, že syndrom vyhoření se vyskytuje u 8 z 36 osob (tj. 22 %) ve věku do 30 let, u 10 z 38 osob (tj. 27 %) ve věku 30 až 39 let a 4 z 28 osob (tj. 15 %) ve věku nad 40 let.

Výsledky získané prostřednictvím MBI dotazníku bylo nutné statisticky ověřit. Pro potvrzení či vyvrácení stanovené hypotézy bylo využito chí-kvadrát testu, za účelem ověření závislosti věku a syndromu vyhoření. Tento test však vzájemnou závislost nepotvrdil a Hypotézu 2 tak na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ pro náš sledovaný soubor zamítáme.

Data z dotazníků byla následně vložena do bodovacích škál dle Židkové (2013), kde se rovněž graficky potvrdilo, že nejhorší výsledky vykazovala střední věková skupina, která v EE, DP i PA skončila jako nejvíce vyhořelá.

Zajímavé je, že vzhledem k výsledkům nemůžeme říct, zda si v problematice syndromu vyhoření stojí hůře mladí anebo staří zdravotníci. Z tohoto šetření je patrné, že nejproblematictější skupinou jsou jedinci ve věku od 30 do 39 let. Pokud se nad tím zamyslíme, je možné, že jde o důsledek zakládání rodin v tomto věku a s tím spojené vyšší finanční výdaje, časový a spánkový deficit a jiné změny ve stylu života. Oproti tomu mladší lidé do 30 let, často ještě bez založené rodiny, mají dostatek času na své volnočasové aktivity, odpočinek, přátele a sociální život. Podobná může být situace i u zbylé třetí skupiny nad 39 let (45, 55, 60 i více let), kdy jsou již děti odrostlé, soběstačné, osamostatňující se a rodiči se opět znovu dostává více volného času pro sebe.

Zjištěné výsledky mohou mít souvislost s tvrzením Bartošíkové (2006), která o fázi vystřízlivění říká, že je charakteristická vyčerpáním jedince,

a to jak po psychické, tak po tělesné stránce. Jednotlivce s vysokou emoční angažovaností, kteří se pouští do práce s velkým zápalem a nadšením. Jejich nereálná očekávání a ideály při práci s klienty z nich ale velmi často mohou udělat oběti vyhoření. S touto skutečností se můžeme setkat zejména u mladých lidí, kteří ve své profesi začínají. Oproti prvotním očekáváním a snům pak přichází zcela odlišná realita. U jedince se začínají hromadit pocity neúspěchu, nevědu a marnosti. Prvotní zapálení se již vytratilo a pracovník se snaží najít rutinní postupy ve své práci za účelem úspory energie a sil. Toto nenaplnění stanovených cílů a kolize se skutečností pak jedinec vnímá jako prohraný souboj a osobní porážku. Tato fáze je dobře patrná u mladých žen, které právě v této chvíli raději začínají silně uvažovat o založení rodiny (Bartošíková, 2006). Ve věkovém rozmezí 30–39 let se pak ženy musejí znovu vrátit do svého zaměstnání a ví, že tomu již po dlouhé roky nebude jinak.

Hypotéza č. 3: Ženy pracující ve zdravotnictví vykazují více příznaků syndromu vyhoření než muži.

Pro potvrzení či vyvrácení této hypotézy bylo využito testu významnosti rozdílu dvou výběrových průměrů (t-test) a následného provedení t-testu. Porovnávání proběhlo v oblasti EE, DP i PA zvlášť.

Na hladině významnosti $\alpha = 0,1$ se nepodařilo prokázat, že se emocionální vyčerpání a osobní uspokojení mužů a žen v našem sledovaném souboru liší. Odlišnost se prokázala v oblasti depersonalizace, avšak jako více vyhořelí se jevíli muži, načež Hypotézu 3 zamítáme.

Po dosazení hodnot do rozdělení dle Židkové (2013) si můžeme naše výsledky porovnat s grafickým znázorněním. Skutečně jsou si průměrné hodnoty emočního vyčerpání a osobního uspokojení velmi blízké a v depersonalizaci je patrný rozdíl, kdy muži ve vysokém stupni (vyhoření) nastrádali o 4 body více než ženy ve stupni mírném.

Stock (2010) sice vnímá depersonalizaci jako jeden ze zásadních faktorů, když říká, že člověk trpící burnout syndromem má vůči náplni své práce odosobněný, až by se dalo říct lhostejný postoj. Je známo, že vyhasnutí postihuje především

tzv. sociální profese (zdravotní sestry, vychovatelky, učitele, sociální pracovníky), díky své vysoké emocionální zátěži. Odcizení vůči svým kolegům či nadřízeným však může zasáhnout zaměstnance i v jiných oblastech. Tím se dají vysvětlit různé jevy jako je například vnitřní rezignace, pasivita pracovníků a nepříznivé pracovní klima (Stock, 2010). Nezmiňuje se však o závislosti pohlaví a přítomnosti syndromu vyhoření.

V našem výzkumu jsme tedy dospěli k překvapivým výsledkům. Ačkoliv Pospíšilová (2021) říká, že: „*Na ženy v ČR obecně více dopadají důsledky neformální péče, kterou poskytují – buď svým dětem, nebo svým příbuzným (manželům, rodičům apod.) – protože jsou častěji primárními pečovatelkami. Většina žen ve zdravotnictví (můžeme hovořit také za ženy v nelékařských zdravotnických profesích, tj. sestry, porodní asistentky, ošetřovatelky, sanitářky apod.) tohle téma řeší a v době pandemie se téma ještě prohloubilo,*“ námi získaná data částečně usvědčují jako více společensky unavené a se stresem se potýkající právě muže.

Je možné, že dlouhodobá historická tradice v podobě ženy – ošetřovatelky se na tomto povolání nesmazatelně podepsala a muži si stále nedokázali najít správnou cestu k vyrovnanému plnění plnohodnotných úkolů této profese, aniž by jim nepřinášela stres, únavu či absenci pocitu osobního uspokojení.

Hypotéza č. 4: Lidé z obcí s vyšším počtem obyvatel vykazují více příznaků syndromu vyhoření než lidé z obcí s menším počtem obyvatel.

Jako hranici mezi „menší“ a „větší“ obcí jsem se rozhodl stanovit počet 3 000 obyvatel, jakožto jedno z požadovaných kritérií pro možnost jmenování obce městem dle § 3 odst. 1 zákona o obcích (Zákon č. 128/2000 sb.).

Pro potvrzení či vyvrácení této hypotézy bylo využito obdobně jako v předchozí hypotéze testu významnosti rozdílu dvou výběrových průměrů, tedy t-test. Nejprve byl tedy proveden f-test za účelem zjištění významnosti dvou rozptylů.

Na základě těchto testů se na hladině významnosti $\alpha = 0,1$ nepodařilo prokázat, že se emocionální vyčerpání a osobní uspokojení liší v závislosti na velikosti obce

dle počtu obyvatel. Odlišnost se podařila prokázat v oblasti depersonalizace, kde se potvrdilo, že u lidí z obcí s počtem obyvatel do 3 000 je přítomnost syndromu vyhoření nižší než u lidí z obcí početnějších. Hypotéza 4 se tedy potvrdila částečně.

Zjištěné výsledky jsme opět porovnali s bodovým rozdělením dle Židkové (2013). Obě dvě sledované skupiny dosáhli v emočním vyčerpání podobných průměrných hodnot a nacházejí se shodně v mírném stupni. V mírném stupni depersonalizace se pak již nalézají pouze průměrná hodnota osob z menších vesnic a průměrná hodnota zástupců druhé skupiny již překročila stupeň vysoký. Osobní uspokojení se pak podobně jako v EE nachází obě dvě skupiny s podobnou hodnotou ve stupni mírném.

Ve městech je opravdu pohodlný život. Jsou zde obchody přeplněné zbožím na každém rohu, restaurace, bary, kina, náměstí, sportoviště a dostupná zdravotnická péče. To vše vede ke zrychlení a zjednodušení života. Oproti tomu ve spoustě malých vesnic se nachází stále jeden malý obchůdek, jedna místní hospůdka a pár zájmových činností. Lidé zde žijí skromněji a čas si plyne tak nějak pomaleji. Okolní příroda a dobré mezilidské vztahy dle mého názoru též napomáhají se lépe vyrovnávat se stresem a pracovním vytížením.

Hypotéza č. 5: Největší dopad pandemie se projevil u zdravotníků na infekčním oddělení

Posledním cílem bylo porovnat mezi sebou jednotlivá oddělení a předpokladem bylo zjištění nejhorších výsledků infekčního oddělení, které bylo během nesilnějších vln pandemie COVID-19 zcela přehlcené a bylo zapotřebí pomoci i z jiných oddělení.

Ověření této hypotézy bylo provedeno porovnáním procentuálního zastoupení osob se syndromem vyhoření mezi jednotlivými odděleními. Na Interním oddělení to byli 4 osoby (tj. 18 % z této skupiny), na Anesteziologicko-resuscitačním 6 osob (tj. 30 % z této skupiny), na Oddělení urgentního příjmu 7 osob (tj. 30 % z této skupiny), na Infekčním oddělení 1 osoba (tj. 7 % z této skupiny) a na Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie 4 osoby (tj. 18 % z této skupiny). Je tedy patrné,

že námi sledování zástupci Infekčního oddělení nejenže nevykazovali nejhorší výsledky, oni nakonec dopadli zcela nejlépe napříč všemi vybranými odděleními. Následně byl navíc proveden chí-kvadrát test, kdy se na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ neprokázalo, že spolu přítomnost syndromu vyhoření a druh oddělení závisí. Na základě těchto výsledků se nám nepodařilo potvrdit Hypotézu 5.

Data získaná z dotazníku byla opět porovnána prostřednictvím grafických stupňů vyhoření dle Židkové (2013). Ve vysokém stupni emočního vyčerpání a jako nejvíce vyhořelé pracoviště vyšlo Interní oddělení a ihned za ním Oddělení urgentního příjmu. V mírném stupni pak nalezneme ostatní oddělení, tj. Anesteziologicko–resuscitační, Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie a s nejlepším výsledkem pak Infekční oddělení.

Rovněž kategorie depersonalizace obsahuje podobné výsledky, kdy si oproti EE první dvě místa prohodilo Oddělení urgentního příjmu a Anesteziologicko–resuscitační oddělení. S podobnými průměrnými hodnotami se pak v mírném stupni nacházejí ostatní tři pracoviště, přičemž i zde Infekční oddělení vykazovalo nejlepší výsledek.

Osobní uspokojení, kde je bodovací škála opačného významu než v předešlých dvou částech, zavdalo prvenství Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie s 36 body. Do mírného stupně se vměstnalo i Infekční oddělení, Anesteziologicko–resuscitační oddělení a Interní oddělení. V nízkém stupni, a tedy jako nejhorší, se nachází opět Oddělení urgentního příjmu.

Z celkového pohledu jsou výsledky překvapivé. Předpokladem bylo, že Infekční oddělení, jakožto oddělení hrající prim v hospitalizaci a léčbě pacientů pozitivních na virové onemocnění, bude vykazovat nejvíce známek stresu, vyčerpání a vyhoření svých zaměstnanců. Nestalo se tak a toto oddělení naopak dosahovalo téměř ve všech ohledech těch nejlepších výsledků. Je tedy možné, že toto těžké období navzdory všem předpokladům zdejší zaměstnance naopak stmelilo, utužilo a zdravotníci zde objevili své silné stránky a dosáhli pocitu uspokojení ve své práci? Je však také možné, že s přihlédnutím k nižšímu počtu vyplněných dotazníků vůči ostatním oddělením si někteří skutečně vyhořelí a zaneprázdnění zdravotníci nenašli čas a chuť na vyplnění dotazníků a tím jsou výsledky zkresleny? Stojí to za uvažovou.

A za úvahu stojí i výsledky Oddělení urgentního příjmu, které se dle tabulkových hodnot jeví jakožto oddělení s nejvíce vyhořelými zaměstnanci. Pro mne zcela nečekaný výsledek mě nutí zamyslet se nad příčinou a shledávám, že odpovědným faktorem za tuto skutečnost by mohla být časová délka ošetření a léčba pacienta. Oddělení urgentního příjmu je rozdělené na akutní ambulance, kde probíhá vyšetření a ošetření jednotlivých pacientů povětšinou v řádech desítek minut. O mnoho lépe si nestojí ani lůžková část urgentního příjmu, kam jsou směřováni pacienti ve vážnějším zdravotním stavu. Zde je pacient monitorován, ošetřován, jsou mu provedena různorodá laboratorní a zobrazovací vyšetření, a jakmile je to možné, je buďto přijat k hospitalizaci na jiné oddělení, anebo propuštěn do domácí péče. Tak či tak se zde doba ošetření pohybuje v desítkách minut až maximálně několika málo hodin. Navíc jak již bylo řečeno urgentní příjem pro svoji podstatu funguje jako pomyslný nárazník mezi odděleními a velkým počtem příchozích pacientů, tudíž v krátkém časovém sledu zde prochází opravdu velké množství ošetřovaných a to je právě dle mého názoru rozdíl oproti ostatním, zdůrazňuji lůžkovým, oddělením, kde přeci je pacient hospitalizován nejčastěji několik dní. Během těchto dní se lékař a ošetřující sestra s pacientem dostatečně „seznámí“, vidí zlepšení jeho zdravotního stavu a tím pádem vidí i výsledek své práce. Navíc na lůžkových odděleních je omezená kapacita a na daný počet pacientů je každý den zhruba stejné množství času. Oproti tomu urgentní příjem může navštívit za celý jeden den řekněme 50 pacientů a druhý den se 50 pacientů může dostavit téměř naráz během jedné hodiny. Právě takováto nevyzpytatelnost a nepředvídatelnost je dle mého názoru příčinou vyšších hodnot zažívaného stresu, vyhodnoceného v dotaznících pro tuto práci.

5.1 Shrnutí výsledků

Hypotéza 1: „Pandemie COVID-19 negativně ovlivnila více než 50 % zdravotníků“ byla pro námi sledovaný vzorek potvrzena. Zhoršení příznaků příznačných pro vyhoření u sebe po dobu pandemie COVID-19 ve větší či menší míře pozorovalo celkem 69 odpovídajících (tj. 68 %) z celkového počtu 102 dotazovaných.

Hypotéza 2: „Zdravotníci ve starším věku vykazují více příznaků syndromu vyhoření než lidé mladšího věku“ byla pro námi sledovaný vzorek zamítnuta. Porovnáním hodnot

nad 50. percentilem vyšla jako nejvíce vyhořelá skupina ta střední, v rozmezí 30 až 39 let s 10 případy (tj. 26 % z této skupiny. Blízko za ní byla nejmladší skupina, do 30 let, s 8 případy (tj. 22 % z této skupiny) a paradoxně jako nejlepší, se 4 případy (tj. 14 % z této skupiny), vyšla skupina nejstarší – nad 39 let. Navíc byla provedena statistická metoda chí-kvadrát testu, která neprokázala souvislost mezi věkem a syndromem vyhoření.

Hypotéza 3: „Ženy pracující ve zdravotnictví vykazují více příznaků syndromu vyhoření než muži“ byla pro námi sledovaný vzorek zamítnuta. Vzhledem k porovnávání dvou skupin byla použita statistická metoda dvouvýběrového t-testu, který byl aplikován zvlášť na každou ze tří rovin dotazníku MBI. V oblasti emočního vyčerpání a osobního uspokojení se neprokázala odlišnost hodnot. V oblasti depersonalizace se prokázala, avšak k vyhoření zde měli blíže muži.

Hypotéza 4: „Lidé z obcí s vyšším počtem obyvatel vykazují více příznaků syndromu vyhoření než lidé z obcí s menším počtem obyvatel“ byla potvrzena pouze částečně. Vzhledem k porovnávání dvou skupin byla použita statistická metoda dvouvýběrového t-testu, který byl aplikován zvlášť na každou ze tří rovin dotazníku MBI. V oblasti emočního vyčerpání a osobního uspokojení se neprokázala odlišnost hodnot. V oblasti depersonalizace se odlišnost prokázala a jako více vyhořelí se opravdu potvrdili zdravotníci, žijící v obcích nad 3 000 obyvatel.

Hypotéza 5: „Největší dopad pandemie se projevil u zdravotníků na infekčním oddělení“ byla zamítnuta. Porovnáním hodnot nad 50. percentilem vyšla jako nejvíce vyhořelá oddělení shodně – Oddělení urgentního příjmu a Anesteziologicko-resuscitační oddělení s podílem 30 % vyhořelých. Jako další se umístilo opět shodně Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie s totožným podílem 18 % vyhořelých a jako nejlepší pracoviště vyšlo překvapivě právě Infekční oddělení s podílem 7 % vyhořelých. Metoda chí-kvadrát navíc neprokázala souvislost mezi přítomností syndromu vyhoření a druhem oddělení.

5.2 *Navrhovaná doporučení*

V této kapitole jsou přiblížena doporučení odborníků ohledně předcházení stresu doplněna o autorův vlastní náhled na tuto problematiku.

Kdybychom chtěli shrnout všechny naše dosavadní vědomosti o vyhoření a určit jedním slovem nějaké doporučení, byla by tím slovem rovnováha. Rovnost mezi klidem a stresem, mezi dáváním a bráním, mezi zaměstnáním a soukromým životem (Maroon, 2012).

Podle Ptáčka (2011) je při léčbě důležité:

- důsledně oddělovat pracovní život od osobního;
- vytvořit si určitý odstup od klientů;
- mluvit o svých pocitech a nepotlačovat je v sobě;
- vyhnout se osobnímu prožívání pracovních problémů – vztahování k vlastní osobě;
- nebát se stresujících situací, počítat s nimi a naučit se je přijímat;
- nebát se změn;
- zařadit přestávky a čas na odpočinek;
- být otevřený k tomu, co se děje kolem;
- vytvořit si příznivé prostředí ve svém okolí;
- udržovat dobré sociální zázemí a vztahy s druhými lidmi;
- získat a převzít profesionální autonomii a oporu v ní;
- vytvářet přirozený vztah k práci a dalším životním aktivitám;
- nalézt pocit naplnění při své práci.

S jakýmsi návodem přichází i Stock (2010)

- Pokud se chce člověk před syndromem vyhoření, potažmo před jeho rozvojem, chránit je zapotřebí provést komplexní inventuru profesního i soukromého života.
- Užitečné je sestavení situační analýzy, ve které si identifikujete vaše vnitřní i vnější individuální stresové faktory.
- Na podkladě této analýzy si stanovíte cíle – změny ve vašem chování, postojů a rámcových podmínek.
- Stanovením priorit tak můžete získat kontrolu nad dosavadní situací.
- V případě, že jste měli tendence se neustále přetěžovat, vítanou změnou může být změna životního přístupu k větší uvolněnosti.
- Je třeba být připraven na to, že nové změny ve vašem životě nemusí vyvolat pochopení ve vašem okolí a mohou i přinést nové komplikace.
- V případě, že je situace ve vašem zaměstnání bezvýchodná, nezbyvá často jiná alternativa než takové pracoviště opustit.
- Fungující ochranu proti burnoutu zabezpečí vyvážený každodenní program doplněný o dostatek pohybu a relaxační cvičení, funkční spleť mezilidských kontaktů a v neposlední řadě pravidelný, dostatečný odpočinek s regenerací a prožitky spokojenosti v rámci vašich oblíbených volnočasových aktivit.

Hagemann (2012) přichází s koncepcí léčby syndromu vyhoření, jejichž cílem je navrácení svobody a nezávislosti. Do léčebného procesu musí být zapojeny psychosociální rámcové podmínky všech oblastí života postiženého, jež jsou orientovány na řešení a zdroje syndromu vyhoření. Jako doporučná terapeutická opatření uvádí:

- systematické terapie;

- psychoterapie založené na hloubkové psychologii;
- behaviorální terapie;
- integrativní konstrukce systému;
- terapie tancem a pohybem;
- arteterapie;
- muzikoterapie;
- párová a rodinná terapie;
- léčebná gymnastika a dávkovaný trénink fitness na posílení těla;
- autogenní trénink, meditace a jóga.

Léčba syndromu vyhoření se zaměřuje na celkový zdravotní stav zasažené osoby, tedy na životní styl, pracovní prostředí, mezilidské vztahy a sociální vazby v prostředí pracoviště. Značnou roli může v otázce léčby hrát i organizace (zaměstnavatel), který je schopen zasažené osobě po určitou dobu ulevit a snížit nároky na ní kladené (Kebza, Šolcová 2008).

A mně nezbyvá než se s názorem zde zmíněných odborníků ztotožnit. Lidé dnes žijí v uspěchaném světě. Společnost je nutí honit se za kariérou, slávou a financemi. Co je všem lidem na očích, je úspěch, ale již nejsou vidět hodiny, dny, týdny a měsíce tvrdé práce, které stojí za ním. Je velké množství lidí, kteří si právě pro takový úspěch jdou, ať už z vlastních ambicí, anebo z donucení jiných. Nikdy bychom však neměli opomíjet, že zdraví, a i to psychické, máme pouze jedno. Někdy bychom měli na chvíli zvolnit, ubrat tempo a radovat se ze života takového jaký je.

Myslím, že klíčem ke spokojenému životu je všeobecná rovnováha. Nejsem šťastný? Půjdu dělat to, co mě baví. Nemám peníze? Půjdu si je vydělat. Mám peníze, protože jsem tvrdě pracoval? Je třeba to tělu vrátit a chvíli si odpočinout. Hlavní je se zbytečně nestresovat kvůli malichernostem. A vůbec nejhorší je strach ze strachu...

Aby však celý závěr práce neoslavoval pouze odpočinek, chtěl bych ještě uvést jeden důležitý životní faktor a tím je cíl. Kdykoliv ve svém životě něco děláme, musím vědět co a proč. Vysvětlit si můžeme na příkladu lodě, zvané „Bludný Holanďan“ a letadla Boeing 737, letícího z Paříže do New Yorku. Pokud se na tyto dva dopravní prostředky podíváme, neshledáme na nich nic zvláštního, jeden pluje a druhý letí. Ale rozdíl je právě v cílu jejich trasy. Boeing má přesně určený cíl – New York a udělá vše pro to, aby se tam dostalo. Kdežto Bludný Holanďan si náhodně brázdí širý oceán, ale neví, proč a kam se vlastně dostane.

„Kdo nemá proč žít, nenachází ani moudrý způsob pro to, jak žít.“

Viktor E. Frankl

6 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zhodnotit dopad pandemie onemocnění COVID-19 na psychiku zdravotnických pracovníků se zaměřením na stres, vyčerpání a především syndrom vyhoření. V této souvislosti bylo zjištěno, že si zhoršování těchto obtíží po dobu pandemie uvědomovalo a pociťovalo téměř 68 % ze všech dotazovaných. Po pečlivém zanalyzování výsledků dotazníků bylo navíc zjištěno, že ze sledovaného vzorku trpí necelých 23 % syndromem vyhoření, tedy skoro každý čtvrtý zdravotník.

Během statistického ověřování jednotlivých hypotéz bylo zjištěno, že věk ve výskytu syndromu vyhoření nehraje stěžejní roli. Věkové rozmezí s největším zastoupením vyhořelých zdravotníků se nakonec překvapivě ukázalo 30 až 39 let. S ohledem na zakládání rodiny, finanční i časovou náročnost v tomto věku však zjištěný výsledek své opodstatnění má.

Rozdíly v odpovědích mezi muži a ženami se téměř nepodařilo statisticky odlišit. Diference se zjistila pouze v jedné ze tří sledovaných rovin, a to v oblasti depersonalizace, kde horší výsledky vykazovali muži. Asi největší rozdíl mezi těmito dvěma skupinami byl nakonec pouze jen v celkovém početním zastoupení.

Porovnání bydlišť zdravotníků dopadlo lépe pro ty, kteří žijí v menších obcích, do 3 000 obyvatel, neboť dle zanalyzování a statistického poměření mají k syndromu vyhoření o trochu dále než jejich kolegové, bydlící v obcích početněji osídlených.

V rámci srovnání vybraných oddělení se navzdory předpokladům jako nejméně vyhořelí ukázali zaměstnanci Infekčního oddělení. Naopak nejhorších výsledků v našem sledovaném souboru dosáhlo současně Oddělení urgentního příjmu a Anesteziologicko-resuscitační oddělení, kde byl vyhodnocen jako vyhořelý téměř každý třetí zdravotník.

Cíl práce byl tedy splněn. Byl zhodnocen psychický stav zdravotníků pod dvou letech působení zvýšených nároků vlivem pandemie. Vyhodnoceny byly i jednotlivé rizikové faktory, z nichž některé se podařilo statisticky potvrdit a jiné vyvrátit.

Autor si je samozřejmě vědom, že tyto výsledky byly zajištěny pouze z několika vybraných oddělení jedné nemocnice, kde navíc ani všichni pracovníci dotazník nevyplnili. Navíc u respondentů nebyly brány v potaz ani mnohé faktory, jako osobnost člověka, pracovní spokojenost, současné vztahy na pracovištích nebo i aktuální emoční rozpoložení v době vyplňování dotazníku, které mohly jejich odpovědi ovlivnit.

Závěrem se dá říci, že pandemie onemocnění COVID - 19 se na psychickém stavu zdravotníků skutečně podepsala. Současně se dá říct, že po více než dvou letech v přítomnosti této choroby je poměrně vysoké zastoupení syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků. Samozřejmě, že za všechno to vyhoření není a ani nemůže být tento vir zodpovědný, avšak svoji zásluhu v této problematice zcela jistě má.

7 Seznam použité literatury

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

BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÝ. Psychologie a sociologie řízení. 2. rozš. vyd. Praha: Management Press, 2002. ISBN 8072610643.

CUNGI, Charly. Jak zvládat stres: [metody a praktická cvičení]. Přeložil Daniela ŠIMKOVÁ. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-465-6.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. Policejní psychologie. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. ISBN 80-86898-73-3.

FONTANA, David. Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele. Vyd. 3. Překlad Karel Balcar. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-725-1

GÉRINGOVÁ, Jitka. Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-394-3.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2010. Velký psychologický slovník. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAWKINS, P., SHONET, R. Supervize v pomáhajících profesích. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.

HILTON, J. Jak překonat stres doma, v práci, na cestách. Praha : Svojtka & Co., s.r.o., 2008. ISBN 978-80-256-0092-4.

HONZÁK, R. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. 3. vyd. Praha: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7601-004-8.

HUBER, Johannes, Hademar BANKHOFER a Elisabeth HEWSON. 30 způsobů jak se zbavit stresu. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 117 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2486-7

- CHMELENSKÁ, P., Problematika syndromu vyhoření u pracovníků ÚSZS Moravskoslezského kraje: diplomová práce. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2010. Vedoucí diplomové práce Ing. Mgr. Svatava Kašpárková, Ph. D.
- JEKLOVÁ, Marta a REITMAYEROVÁ, Eva. Syndrom vyhoření. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1 .
- JOSHI, V. Stres a zdraví. Praha: Portál, 2007. (1. vyd.) ISBN 978-80-7367-211-9
- KALLWASS, A., 2007. Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN: 978-80-7367-299-7
- KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- KEBZA, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia
- KEBZA, Vladimír. Chování člověka v krizových situacích. Vydání třetí. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze, Provozně ekonomická fakulta, 2015. ISBN 978-80-213-2591-3.
- KLIMENT, Pavel. Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-802-4442-068.
- KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.
- KORDULOVÁ, P. Ošetřovatelství I. Praha: Univerzita Karlova, 2020. ISBN 978-80-270-7783-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat stres. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN isbn80-7169-121-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. Optimismus, pesimismus a prevence deprese. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4007-2.

KUBICOVÁ, Alina. Výzkum copingových strategií mužů a žen na pozadí náboženskospirituálních postojů. Psychologie a její kontexty [online]. 2010, 1(2) [cit. 2022-05-04]. Dostupné z: http://psychkont.osu.cz/fulltext/2010/Kubicova_2010_2.pdf

LAZARUS, Richard S., FOLKMAN Susan. Stress, Appraisal, and Coping. Springer publishing, 1984. ISBN 978-0826141910

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.

MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MINIRTH, Frank B. et al. Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2011. 10 s. ISBN 978-80-7255-252-8.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. Stres, zátěž a jejich zvládání. Ostrava: Základní škola Ostrava-Dubina, Františka Formana 45, 2010, 6 s. ISBN 978-80-904576-8-3.

PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4729-596

PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5646-2.

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

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. Pedagogický slovník. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. Andragogický slovník. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3960-1.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

STACKEOVÁ, Daniela. Relaxační techniky ve sportu: autogenní trénink, dechová cvičení, svalová relaxace. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3646-4.

STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠÍN, Robin. Medicína katastrof. Praha: Galén, [2017]. ISBN 978-80-7492-295-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

Vyhláška 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Platné od 14.3.2011

WEDLICHOVÁ, Iva. Kapitoly z vývojové psychologie. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, 2008. ISBN 978-80-7417-044-0

ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0155-9.

Zákon č. 128/2000 sb., o obcích (obecní zřízení). Platné od 15.05.2000.

Internetové zdroje

COLLINS, Kathleen M, Anthony J ONWUEGBUZIE a Qun G JIAO. Toward abroad understanding of stress and coping: mixed methods approaches [online].

Charlotte, NC: Information Age Pub., c2010, xx, 469 p. [cit. 2022-03-21]. Research on stress and coping in education series. ISBN 15-931-1721-3. Dostupné z: [https://books.google.cz/books?](https://books.google.cz/books?id=3eUMvf20FrEC&pg=PA306&dq=health+stress+and+coping&hl=cs&sa=X&ei=2QYAVaLTHcyvU7_agagB&ved=0CFsQ6AEwBw#v=onepage&q=health%20stress%20and%20coping&f=false)

[id=3eUMvf20FrEC&pg=PA306&dq=health+stress+and+coping&hl=cs&sa=X&ei=2QYAVaLTHcyvU7_agagB&ved=0CFsQ6AEwBw#v=onepage&q=health%20stress%20and%20coping&f=false](https://books.google.cz/books?id=3eUMvf20FrEC&pg=PA306&dq=health+stress+and+coping&hl=cs&sa=X&ei=2QYAVaLTHcyvU7_agagB&ved=0CFsQ6AEwBw#v=onepage&q=health%20stress%20and%20coping&f=false)

Coronavirus. WHO | World Health Organization [online]. Copyright © [cit. 02.05.2022]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

ČELEDOVÁ, Libuše et al. Česká a slovenská psychiatrie. Česká a slovenská psychiatrie [online]. Copyright © Česká a [cit. 02.05.2022]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=65>

FRIGANOVIČ, A. a kol. Healthy settings in hospital– how to prevent burnout syndrome in nurses: literature review. Acta Clin Croat. [online]. 2017, roč. 56, č. 2, s. 292–298 [cit. 17.5. 2022]. ISSN 1333-9451. Dostupné z: https://bib.irb.hr/datoteka/1039500.Friganovic_et_al._Acta_2017.pdf.

Metody: Zdeňka Židková PSVZ. Zdeňka Židková PSVZ [online]. Copyright © 2013 Všechna práva vyhrazena. [cit. 27.05.2022]. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>

POSUDKOVÉ SLUŽBY. Česká a slovenská psychiatrie [online].[cit. 2022-05-05]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=65>

POSPÍŠILOVÁ, Marie. Dopad pandemie na ženy ve zdravotnictví | Sociologický ústav AV ČR, v. v. i. [online]. Copyright © 2022 [cit. 06.04.2022]. Dostupné z: <https://www.soc.cas.cz/aktualita/dopad-pandemie-na-zeny-ve-zdravotnictvi>

SINGH, Baljit a Rakesh GARG. Indian Resuscitation Council (IRC) suggested guidelines for Comprehensive Cardiopulmonary Life Support (CCLS) for suspected or confirmed coronavirus disease (COVID-19) patient. Indian Journal of Anaesthesia [online]. 2020, 64(2), 91–96 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32773845/>

DOSIL, María, Naiara Ozamiz ETXEBARRIA et al. Psychological Symptoms in Health Professionals in Spain After the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology* [Online]. 2020, 11, 1–11 [cit. 2022-04-14]. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.606121/full>

About COVID-19. CentersforDiseaseControl and Prevention [online]. 1.9.2020 [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cdcresponse/about-COVID-19.html>

RICE, Virginia Hill. Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice [online]. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, c2000, xiv, 590 p. [2022-04-04]. ISBN 07-619-1821-3

SAUER, Lauren. WhatIs Coronavirus? [online]. 5.4.2021 [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus>

8 Seznam zkratek

aj.....a jiné

apod. a jiné

DP.....depersonalizace

EE.....emocionální vyčerpání

F.....hodnota f-testu

H.....hypotéza

KCC komplexní cerebrovaskulární centrum

kol.....kolektiv

MBI. Maslach burnout inventory (dotazník)

PA.....osobní uspokojení

Sb. sbírka zákonů

t.....hodnota t-testu

tj. to jest

tzv. tak zvaný

9 Seznam tabulek

Tabulka 1 Hierarchie strategií copingu.....	16
Tabulka 2 Hodnoty EE.....	43
Tabulka 3 Hodnoty DP.....	43
Tabulka 4 Hodnoty PA.....	44
Tabulka 5 Vyhoření dle věku.....	52
Tabulka 6 Vyhoření dle pohlaví.....	56
Tabulka 7 Vyhoření dle obce.....	60
Tabulka 8 Vyhoření dle oddělení.....	64

10 Seznam obrázků

Obrázek 1 Graf četností věkových kategorií.....	47
Obrázek 2 Graf četností dle pohlaví.....	48
Obrázek 3 Graf četností dle počtu obyvatel v obci.....	49
Obrázek 4 Graf četností dle oddělení.....	50
Obrázek 5 Přítomnost syndromu vyhoření.....	51
Obrázek 6 Emoční vyčerpání dle věku.....	53
Obrázek 7 Depersonalizace dle věku.....	54
Obrázek 8 Osobní uspokojení dle věku.....	55
Obrázek 9 Emoční vyčerpání dle pohlaví.....	57
Obrázek 10 Depersonalizace dle pohlaví.....	58
Obrázek 11 Osobní uspokojení dle pohlaví.....	59
Obrázek 12 Emoční vyčerpání dle obce.....	61
Obrázek 13 Depersonalizace dle obce.....	62
Obrázek 14 Osobní uspokojení dle obce.....	62
Obrázek 15 Emoční vyčerpání dle oddělení.....	65
Obrázek 16 Depersonalizace dle oddělení.....	66
Obrázek 17 Osobní uspokojení dle oddělení.....	66
Obrázek 18 Graf odpovědí k otázce č. 5.....	68

11 Seznam příloh

Příloha A.....	Maslach Burnout Inventory
Příloha B.....	Rozdělení otázek do subškál
Příloha C.....	Souhlas s provedením výzkumu
Příloha D.....	Souhlas s provedením výzkumu
Příloha E.....	Dotazník
Příloha F.....	Dotazník
Příloha G.....	Dotazník

Příloha A: Maslach Burnout Inventory

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

1	EE	Práce mne citově vysává	
2	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	
8	EE	Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce	
9	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalad'ují	
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12	PA	Mám stále hodně energie	
13	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	
15	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	

16	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19	PA	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně	
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	

Zdroj: Tabulka: MBI dotazník (Židková, 2013)

Příloha B: Rozdělení otázek do subškál

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

21	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.

Zdroj: Tabulka: Řazení otázek do subškál (Židková, 2013)

Příloha C: Souhlas s provedením výzkumu

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování diplomové práce

Fakulta: Zdravotnických studií

Studijní program/obor: Ochrana obyvatelstva, Civilní nouzová připravenost

Jméno a příjmení studenta/studentky: Bc. Martin Polan

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): fortress15@seznam.cz 728 566 882

Název zdravotnického zařízení: Nemocnice České Budějovice

Oddělení: Infekční odd., Interní odd., Anesteziologicko-resuscitační odd., Odd. urgentního příjmu, Odd. nemocniční hygieny a epidemiologie

Název práce: Vybrané aspekty pandemie Covid-19 u zdravotnických pracovníků

Hypotézy, výzkumné otázky:

- 1) Pandemie Covid-19 negativně ovlivnila více než 50% zdravotníků.
- 2) Zdravotníci ve starším věku vykazují více příznaků syndromu vyhoření než lidé mladšího věku.
- 3) Ženy pracující ve zdravotnictví vykazují více příznaků syndromu vyhoření než muži.
- 4) Lidé z obcí s vyšším počtem obyvatel vykazují více příznaků syndromu vyhoření než lidé z obcí s menším počtem obyvatel.
- 5) Největší dopad pandemie se projevil u zdravotníků na infekčním oddělení.

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Cílem této diplomové práce je analyzovat a zhodnotit dopad pandemie Covid-19 na pracovníky různých oddělení krajské nemocnice v Českých Budějovicích.

Bude provedena analýza odborné literatury, příslušných právních předpisů, interních dokumentů a internetových zdrojů. Bude provedeno dotazníkové šetření mezi zaměstnanci vybraných oddělení českobudějovické krajské nemocnice. Stěžejní roli ve výzkumu bude hrát Maslach Burnout Inventory, což je nejznámější dotazník ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných profesí. Má tři faktory. Dva jsou negativně laděné - emocionální vyčerpání a depersonalizace. Jeden je laděn pozitivně - osobní uspokojení z práce. Pocity se v originále hodnotí jednak na stupnici častosti výskytu, jednak na stupnici intenzity (sily) a vyhodnocuje se celkový skóre pro jednotlivé faktory.

Výzkumný vzorek budou tvořit zdravotničtí pracovníci uvedených oddělení a získané dotazníky poté budou rozděleny podle oddělení, věku, pohlaví apod., aby bylo možné stanovené hypotézy potvrdit či vyvrátit. Cílem je získat minimálně 100 zodpovězených dotazníků, tzn. alespoň 20 pracovníků z každého oddělení.

Získané výsledky budou analyzovány a zhodnoceny.

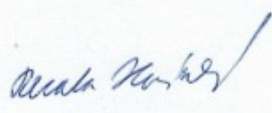
Předpokládané výstupy:

Výsledky budou využity pro osvětu, např. formou článku ve zdravotnických magazínech. Vyhodnocená data budou též využitelná v oblasti psychointervenčních služeb pro pracovníky ve zdravotnictví.

Zdroj: vlastní

Příloha D: Souhlas s provedením výzkumu

Vyjádření vedoucí/ho diplomové práce: SOUHLASÍM

Jméno: Mgr. Renata Havráňková Ph.D. Podpis: 

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:
S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno: prof. MUDr. Ing. A. Bulava, Ph.D. Podpis: 

Zdroj: vlastní

Příloha E: Dotazník

Dotazník k diplomové práci Vybrané aspekty pandemie COVID-19 u zdravotnických pracovníků

Dobrý den,

Jmenuji se Martin Polan a jsem studentem 2. ročníku oboru Civilní nouzová připravenost na fakultě zdravotnických studií Jihočeské univerzity a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci, která se týká dopadů pandemie COVID-19 na zdravotnické pracovníky. Předmětem zkoumání je zejména stres a pracovní vyčerpání.

Dotazníkové šetření je anonymní a bude použito pouze pro účely diplomové práce. Pozorně si otázku přečtěte a vyberte odpověď, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru, a zakroužkujte ji.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

- 1) Jaký je Váš věk?
.....
- 2) Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) muž
 - b) žena
- 3) Žijete v obci s počtem obyvatel
 - a) do 3000
 - b) nad 3000
- 4) Na kterém oddělení pracujete?
.....

Nyní prosím vyplňte **dotazník, který naleznete na druhé straně**, a až poté vyplňte zde otázku č. 5). Je totiž nutné rozčlenit, zdali Vámi uvedené projevy byly skutečně ovlivněny a zhoršeny ve spojitosti s onemocněním COVID-19, anebo ne.

- 5) Pokud jsem ve svém dotazníku potvrdil některé z negativních příznaků, jejich sílu v porovnání s časem bych nejlépe vyhodnotil následovně: (Nutno posoudit globálně pro celý dotazník a střízlivým odhadem)
 - a) Uvedené příznaky jsem měl již před příchodem onemocnění COVID-19 (březen 2020) a od té doby se nezhoršily.
 - b) Uvedené příznaky jsem měl již před příchodem COVID-19 (březen 2020), ale od té doby se o trochu zhoršily.
 - c) Uvedené příznaky jsem měl již před příchodem COVID-19 (březen 2020), ale od té doby se výrazně zhoršily.
 - d) Uvedené příznaky jsem před příchodem COVID-19 (březen 2020) neměl a objevily se nově až poté.

Zdroj: vlastní

Příloha F: Dotazník

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

Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně		
1	Práce mne citově vysává	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	
8	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12	Mám stále hodně energie	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	

Zdroj: vlastní

Příloha G: Dotazník

14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	

Zdroj: vlastní