

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Psychická zátěž v profesi fyzioterapeuta

Diplomová práce

Rok 2024

Bc. Veronika Čefelínová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika Čefelínová**
Osobní číslo: **Z22318**
Studijní program: **N0988P360003 Organizace a řízení ve zdravotnictví**
Téma práce: **Psychická zátěž v profesi fyzioterapeuta**
Téma práce anglicky: **Psychological stress in the profession of physiotherapist**
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- HELUS, Zdeněk. 2018. *Úvod do psychologie: vývoj vědecké psychologie: základní duševní jevy: osobnost: úvod do sociální a vývojové psychologie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4675-3.
- KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. 2014. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3600-6.
- KOŽINOVÁ, Dagmar. 2022. *Jak zvládnout stres a posílit odolnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3413-7.
- PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.
- PUGNEROVÁ, Michaela. 2019. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0532-8.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
- ZACHAROVÁ, Eva. 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktual. a dopl. vyd. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Barbora Faltová**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **17. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 11. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Psychická zátěž v profesi fyzioterapeuta* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnici Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 9. 4. 2024

Bc. Veronika Čefelínová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

V první řadě bych chtěla poděkování věnovat své vedoucí práce Mgr. Barboře Faltové za vstřícnost, věcné připomínky a cenné rady, které mi během zpracování diplomové práce poskytla. Ráda bych také poděkovala všem respondentům, kteří se podíleli na průzkumném šetření, za ochotu a spolupráci. Velké dík patří rovněž mé rodině a příteli, kteří mi byli po celou dobu studia oporou.

ANOTACE

Diplomová práce se věnuje problematice psychické zátěže v profesi fyzioterapeuta se zaměřením na syndrom vyhoření. Cílem práce je zmapovat výskyt syndromu vyhoření mezi vybranými fyzioterapeuty z České republiky a zjistit, zda existuje souvislost mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích tohoto syndromu a vybranými faktory. Teoretická část shrnuje poznatky o osobnosti zdravotníka a fyzioterapeuta, psychické zátěži a syndromu vyhoření včetně jeho příznaků, prevence a diagnostiky.

Pro průzkumnou část je využita kvantitativní metoda s využitím dotazníkového šetření. Použit je standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory, který je doplněn o 6 otázek vlastní tvorby týkajících se vybraných faktorů, které se na základě studia relevantní literatury ukázaly jako rizikové pro rozvoj syndromu vyhoření. Průzkumná část dále zahrnuje analýzu získaných dat prostřednictvím statistických testů (Kruskal-Wallisův test, Mann-Whitneyův test, Chí-kvadrát test nezávislosti) a výsledky, kterých bylo dosaženo.

KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom vyhoření, fyzioterapeut, stres, psychická zátěž, Maslach Burnout Inventory

TITLE

Psychological stress in the profession of physiotherapist

ANNOTATION

This thesis deals with the issue of psychological stress in the profession of physiotherapist with a focus on burnout syndrome. The aim of the thesis is to map the occurrence of burnout syndrome among selected physiotherapists from the Czech Republic and to find the relationship between the level of burnout and selected factors. The theoretical part summarizes the knowledge about the personality of health worker and physiotherapist, psychological stress and burnout syndrome including its symptoms, prevention and diagnosis.

For the research part, a quantitative method using a questionnaire survey is used. A standardized questionnaire, the Maslach Burnout Inventory, is used, which is followed by 6 questions of own design concerning selected factors that, based on a study of the relevant literature, have been shown to be risk factors for the development of burnout syndrome. The research part also includes the analysis of the collected data obtained through statistical tests (Kruskal-Wallis test, Mann-Whitney test, Chi-square test of independence) and the obtained results.

KEYWORDS

Burnout syndrome, physiotherapist, stress, psychological stress, Maslach Burnout Inventory

OBSAH

Úvod.....	14
1 Cíl a metody práce	16
1.1 Cíl práce.....	16
1.2 Metody k dosažení cíle	16
Teoretická část	17
2 Osobnost zdravotníka	17
2.1 Profese fyzioterapeuta a její úskalí	18
2.2 Osobnostní rysy přispívající k vyhoření	20
3 Psychická zátěž a stres	20
3.1 Stresory a salutory	21
3.2 Důsledky psychické zátěže	22
3.3 Teoretická pojetí stresu v psychologii	23
3.3.1 Biologické pojetí stresu	23
3.3.2 Psychologické pojetí stresu.....	23
3.4 Příznaky stresu.....	24
3.5 Zvládání zátěžových situací.....	25
3.5.1 Obranné mechanismy	25
3.5.2 Zvládání stresu neboli coping.....	26
4 Syndrom vyhoření.....	28
4.1 Příčiny vzniku syndromu vyhoření.....	29
4.2 Profese ohrožené syndromem vyhoření.....	29
4.3 Pracovní podmínky jako rizikové faktory syndromu vyhoření	30
4.4 Osobnostní a mimopracovní rizikové faktory syndromu vyhoření	30
4.5 Predisponující faktory syndromu vyhoření.....	31
4.5.1 Pohlaví	31
4.5.2 Věk.....	32

4.5.3	Rodinný stav	32
4.5.4	Úroveň vzdělání	32
4.6	Vznik a vývoj syndromu vyhoření	32
4.7	Příznaky syndromu vyhoření	34
4.8	Diagnostika syndromu vyhoření	35
4.8.1	Maslach Burnout Inventory	35
4.8.2	Burnout Measure	36
4.9	Prevence syndromu vyhoření	36
4.9.1	Preventivní opatření na úrovni organizace	37
4.9.2	Preventivní opatření na úrovni jedince	38
4.10	Léčba syndromu vyhoření	39
4.11	Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů	40
	Monitoring vyhoření u fyzioterapeutů z České republiky	44
5	Metodika práce	44
5.1	Metody sběru dat	44
5.1.1	Maslach Burnout Inventory	45
5.2	Sběr dat	46
5.3	Sledovaný soubor a kritéria výběru	47
5.4	Analýza a zpracování dat	47
5.4.1	Využité statistické metody	47
5.5	Charakteristika sledovaného souboru	50
5.6	Průzkumná analýza dat	53
5.7	Testování statistických hypotéz	57
5.8	Souhrn výsledků	72
6	Diskuze	75
6.1	Limitace práce	81
7	Závěr	82

8	Použitá literatura	84
8.1	Primární zdroje	84
8.2	Odborné články	86
8.3	Internetové zdroje	91
8.4	Ostatní	92
9	Přílohy	94

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 - Přehled zasažených dimenzí u vyhořelých respondentů.....	56
Obrázek 2 - Krabicový graf osobního uspokojení dle věku	65
Obrázek 3 - Krabicový graf emocionálního vyčerpání dle stupně vzdělání.....	66
Obrázek 4 - Krabicový graf depersonalizace dle stupně vzdělání.....	68
Obrázek 5 - Krabicový graf emocionálního vyčerpání dle typu pracoviště	70
Obrázek 6 - Krabicový graf osobního uspokojení dle typu pracoviště.....	71
Tabulka 1 – Rozložení otázek v dotazníku (Židková, 2013).....	45
Tabulka 2 - Interpretace výsledného skóre MBI (Židková, 2013)	46
Tabulka 3 - Rozdělení respondentů dle pohlaví	50
Tabulka 4 - Rozdělení respondentů dle věku.....	50
Tabulka 5 - Rozdělení respondentů dle dosaženého vzdělání	51
Tabulka 6 - Rozdělení respondentů dle délky praxe.....	51
Tabulka 7 - Rozdělení respondentů dle rodinného stavu.....	52
Tabulka 8 - Rozdělení respondentů dle typu pracoviště.....	52
Tabulka 9 - Míra emocionálního vyčerpání.....	53
Tabulka 10 - Rozdělení respondentů dle stupně emocionálního vyčerpání	53
Tabulka 11 - Míra depersonalizace.....	54
Tabulka 12 - Rozdělení respondentů dle stupně depersonalizace	54
Tabulka 13 - Míra osobního uspokojení	54
Tabulka 14 - Rozdělení respondentů dle stupně osobního uspokojení.....	55
Tabulka 15 - Rozdělení respondentů dle celkového vyhoření.....	55
Tabulka 16 - Rozdělení vyhořelých respondentů dle počtu zasažených dimenzí	55
Tabulka 17 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a pohlavím.....	57
Tabulka 18 - Chí-kvadrát test (1. průzkumná otázka)	58
Tabulka 19 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a věkem	58
Tabulka 20 - Chí-kvadrát test (2.průzkumná otázka)	59
Tabulka 21 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a délkou praxe	59
Tabulka 22 - Chí-kvadrát test (3. průzkumná otázka)	60
Tabulka 23 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a stupněm vzdělání	60
.....	60
Tabulka 24 - Chí-kvadrát test (4. průzkumná otázka)	61

Tabulka 25 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a typem pracoviště	61
Tabulka 26 - Chí-kvadrát (5. průzkumná otázka)	62
Tabulka 27 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a rodinným stavem	62
Tabulka 28 - Chí-kvadrát test (6. průzkumná otázka)	63
Tabulka 29 - Mann-Whitneyův test pro pohlaví a jednotlivé dimenze	63
Tabulka 30 - Kruskal-Wallisův test pro věk a jednotlivé dimenze	64
Tabulka 31 - Vztah mezi věkem a osobním uspokojením	64
Tabulka 32 - Kruskal-Wallisův test pro vzdělání a jednotlivé dimenze	65
Tabulka 33: Vztah mezi stupněm vzdělání a emocionálním vyčerpáním	66
Tabulka 34 - Vztah mezi stupněm vzdělání a depersonalizací	67
Tabulka 35 - Kruskal-Wallisův test pro délku praxe a jednotlivé dimenze	68
Tabulka 36 - Kruskal-Wallisův test pro typ pracoviště a jednotlivé dimenze	69
Tabulka 37 - Vztah mezi typem pracoviště a emocionálním vyčerpáním	69
Tabulka 38 - Vztah mezi typem pracoviště a osobním uspokojením	70
Tabulka 39 - Kruskal-Wallisův test pro rodinný stav a jednotlivé dimenze	72

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

BM – Burnout Measure

DP – depersonalizace

EBM – Evidence Based Medicine – medicína založená na důkazech

EE – emotional exhaustion – emoční vyčerpání

GAS – generální adaptační syndrom

MBI – Maslach Burnout Inventory

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

PA – personal accomplishment – osobní uspokojení

RÚ – rehabilitační ústav

SŠ – střední škola/středoškolské

VOŠ – vyšší odborná škola

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization – světová zdravotnická organizace

ÚVOD

V rámci této diplomové práce jsem se rozhodla zabývat syndromem vyhoření u fyzioterapeutů v České republice. Jedním z hlavních důvodů pro výběr tohoto tématu byla skutečnost, že jsem si tímto syndromem sama ve své praxi prošla, i to, že se v mém okolí nachází několik lidí, které příznaky vyhoření vykazují.

Světová zdravotnická organizace definuje vyhoření jako syndrom, který vzniká na podkladě chronického stresu pocházejícího z pracovního prostředí, který člověka pohltí a který se projevuje ve třech oblastech: vyčerpání, odosobnění či pocity negativismu a cynismu a snížení pracovní výkonnosti. Není tomu tak dávno, co byl syndrom vyhoření zařazen do mezinárodní klasifikace nemocí. Teprve s 11. revizí MKN, která začala platit 1.1.2022, do ní byl syndrom vyhoření zařazen jako pracovní fenomén a byl tak uznán za relevantní zdravotní problém (WHO, 2019). Syndrom vyhoření byl poprvé popsán v roce 1974 Herbertem Freudenbergerem a od té doby je dle statistických údajů jednoznačné, že jeho výskyt stále roste. Na základě studie, kterou zveřejnila na svých stránkách VZP, trpí vyhořením každý pátý Čech a nejčastěji se vyskytuje v profesích s vysokou mírou odpovědnosti (VZP, 2021).

Příznaky syndromu vyhoření mohou být pozorovány v oblasti sociální, psychické i fyzické. Typicky se může jednat o uzavřenost, otažitost, ztrátu zájmu o interakci s okolím, negativistické myšlení, potíže se soustředěním, bolesti hlavy, bolesti svalů, sníženou imunitu či abúzus návykových látek. Tento syndrom se nejčastěji týká profesí, ve kterých dochází k intenzivnímu kontaktu s druhými lidmi, mezi něž spadají i zdravotnické profese (Pugnerová, 2019). Fyzioterapeutická profese vyžaduje dlouhodobou interakci s pacienty. Jedna terapie trvá přibližně 60 minut a mnohdy následuje pacient za pacientem (Nair a Kumar, 2023). Terapeuti téměř po celou pracovní dobu čelí fyzickým i psychickým problémům svých pacientů (González-Sánchez et al., 2017). Zároveň se od nich očekává, že svým pacientům budou oporou a budou je psychicky podporovat a motivovat. Jsou tak vystaveni nepřiměřené zátěži, se kterou se musí popasovat (Bruschini et al., 2018).

Teoretická část diplomové práce se věnuje problematice psychické zátěže a syndromu vyhoření, rovněž popisuje příčiny vzniku, rizikové a predisponující faktory, vznik a vývoj, příznaky, diagnostiku, prevenci a léčbu tohoto syndromu, i problematiku vyhoření v profesi fyzioterapeuta. Průzkumná část využívá kvantitativní metodu sběru dat formou dotazníkového šetření, kdy byl použit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory doplněný o 6

otázek vlastní tvorby. V průzkumné části jsou stanoveny průzkumné otázky a popsána metodika práce s následnou prezentací dosažených výsledků.

Cílem této práce je zmapování výskytu syndromu vyhoření u vybraného souboru fyzioterapeutů z České republiky, jelikož se jedná o profesi ohroženou vyhořením (Nair a Kumar, 2023), které dle mého názoru není věnována náležitá pozornost. V diplomové práci rovněž zjišťuji, zda existuje souvislost mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích tohoto syndromu a vybranými faktory. Práce by měla zároveň rozšířit povědomí o této problematice v českém zdravotnictví.

1 CÍL A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zmapovat výskyt syndromu vyhoření u vybraného souboru fyzioterapeutů z České republiky a zjistit, zda existuje souvislost mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích tohoto syndromu a vybranými faktory.

1.2 Metody k dosažení cíle

Diplomová práce je teoreticko-průzkumná. Teoretická část se opírá o literární rešerši a věnuje se dosavadním poznatkům o psychické zátěži, syndromu vyhoření a jeho výskytu v profesi fyzioterapeuta. Pro průzkumnou část byla vybrána kvantitativní metoda sběru dat, a to formou dotazníkového šetření mezi fyzioterapeuty z České republiky. Dotazník byl složen ze dvou částí. První část tvořil standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI). Druhá část se zaměřovala na sběr základních údajů o respondentech. Pro zpracování a analýzu získaných dat byly využity následující statistické metody v programu Statistica 12: tabulky četností, krabicové grafy, Kruskal-Wallisův test, Mann-Whitneyův test a Chí-kvadrát test nezávislosti.

TEORETICKÁ ČÁST

2 OSOBNOST ZDRAVOTNÍKA

Není pochyb o tom, že zdravotnická profese je známá svou náročností, která vyžaduje, aby odborníci zastávali profesionální chování vůči pacientům i kolegům v různých situacích. Kromě ovládnání moderních technologií a zvládnání administrativních úkonů musí zdravotničtí pracovníci rovněž zvládat fyzickou a psychickou zátěž, která je na ně kladena, a zároveň udržet rovnováhu mezi pracovním a soukromým životem. Tato očekávání kladou značné nároky na osobnost člověka, profesionální průpravu, pracovní návyky, životní styl a psychickou odolnost. (Zacharová, 2017)

Rozhodne-li se člověk pro výkon zdravotnického povolání, musí si být vědom vlastností a požadavků, které jsou na zdravotnické pracovníky kladeny. Každý dobrý zdravotník by měl být obdařen vášní, která v této oblasti hraje obzvláště důležitou roli. Zdravotnictví je zcela jednoznačně posláním a bez vášně pro toto povolání by mohlo velmi rychle dojít k vyhoření. Kvalitní zdravotníci by měli zvládat efektivně komunikovat. Celý den se věnují svým pacientům, s nimiž budují hlubší vztahy. Nejen, že jim aktivně naslouchají, ale také jim poskytují konzultace a edukují je i jejich rodiny. Zvláště u zdravotních sester je nezbytná schopnost multitaskingu, protože není výjimkou, že se v nemocničním prostředí starají o více pacientů najednou a zároveň komunikují s lékaři, dalšími sestrami a rodinami. V neposlední řadě je vzhledem k dynamické povaze práce vyžadována určitá fyzická zdatnost a odolnost. Nejedná se o sedavé zaměstnání, ale většinu času zdravotníci stojí na nohou, pomáhají pacientům s pohybem či zvedají těžké předměty. (Open Colleges, 2017)

Jelikož se jedná o povolání, ve kterém je hlavním cílem pomáhat druhým, měl by každý pracovník vykazovat určitou míru empatie a emoční inteligence. Je důležité nejen porozumět potížím pacientů, ale také se naučit udržovat emocionální odstup pro zachování své vlastní duševní pohody a předejití emočnímu vyčerpání. Flexibilita by měla být pro zdravotníky samozřejmostí, a to nejen ve smyslu býti flexibilní, co se týká například směnného provozu a rozpisu směn, ale také z hlediska flexibilního myšlení, kdy by měl zdravotník dokázat uvažovat nad různými příčinami pacientových problémů a nad různými způsoby léčby a neupínat se pouze na jedno správné řešení. Zejména u chirurgů nebo například zubních lékařů je významná také orientace na detail. Lékařské výkony musí být přesné a precizní, aby nedošlo k dalšímu poškození pacienta. (Joyce, 2022)

Mimo výše zmíněné schopnosti jsou od zdravotníků vyžadovány vysoké odborné znalosti. Důležité jsou znalosti somatologie a dalších medicínských oborů, v závislosti na pracovním zaměření, stejně jako ovládání první pomoci. Také musí mít znalosti z oblasti pedagogiky pro komunikaci s pacienty a jejich rodinnými příslušníky ohledně prevence a rehabilitace. Znat právní předpisy, jako je Listina základních práv a svobod či zákon o ochraně osobních dat a informací, je také nezbytné, stejně jako etické kodexy. Znalost sociologie je důležitá pro porozumění sociálním rolím a řešení konfliktů. Nezbytnou součástí jsou dále základy ekonomiky a managementu pro efektivní hospodaření s materiálem či časem. (Kelnarová a Matějková, 2014)

Všechny tyto aspekty, které jsou předpokladem pro profesionální výkon profese mohou mít negativní dopad na fyzické a duševní zdraví pracovníka. Základním předpokladem pro kvalitní výkon je zdravý a spokojený zaměstnanec. Proto by měl každý zaměstnavatel věnovat pozornost svému týmu a snažit se podporovat zdraví svých pracovníků. Je důležité sledovat signály, které mohou naznačovat začínající vyhoření, jako je například ztráta motivace, snížená produktivita, podrážděnost či agresivita. To, jak člověk vnímá určité stresové situace, ovlivňuje jeho osobnost. Na jedné straně může být zvýšená zátěž motivací k osobnímu růstu a rozvoji zaměstnance, ale na druhé straně se u méně odolných jedinců mohou objevit krátkodobé problémy jako například stres či únava, které mohou při dlouhodobém trvání vést k vážným psychickým a psychosomatickým onemocněním, jako je syndrom vyhoření. Z tohoto důvodu je důležitý individuální přístup zaměstnavatele ke každému zaměstnanci a jeho podpora. (Richter et al., 2010)

2.1 Profese fyzioterapeuta a její úskalí

Fyzioterapie je nelékařské zdravotnické povolání, které se zabývá diagnostikou i léčbou funkčních poruch pohybového aparátu. Uplatnění nachází u všech věkových kategorií v rámci léčebné péče, rehabilitace, v oblasti výchovy ke zdraví i prevence. Fyzioterapií se zabývá výhradně fyzioterapeut, který získává odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Odbornou způsobilost lze v dnešní době získat po absolvování bakalářského nebo magisterského studijního programu. (Krmašová a Linkiewicz, 2023)

Fyzioterapeut je povinen vykonávat svou práci zodpovědně a efektivně a musí mít dostatečné znalosti a dovednosti, které mu umožní stanovit správnou diagnózu a určit krátkodobý

i dlouhodobý terapeutický plán vždy v souladu s EBM (medicína založená na důkazech) (Jovanovic a Stojanovic, 2017).

Fyzioterapeuti tvoří nepostradatelnou součást zdravotnického týmu, jelikož právě oni mají za cíl napomoci pacientům obnovit jejich fyzické zdraví a navrátit se k plnohodnotnému životu. Dennodenně však čelí různým úskalím, která mohou přispět k jejich vyčerpání, nebo dokonce k vyhoření. Právě úzký fyzický kontakt s nemocnými lidmi, kteří potřebují jejich péči, může vyvolávat nepřiměřenou zátěž na psychické zdraví terapeuta. Tento kontakt bývá mnohdy bližší než v případě lékařů či sester. (Kurzeja et al., 2018)

Nejen z toho důvodu, že se terapeuti se svými pacienty setkávají dlouhodobě, v rámci jedné terapie i desetkrát, ale i z toho důvodu, že terapeut využívá různých metod, jako jsou masáže, mobilizace, manipulace, pasivní pohyby a mnohé další, při kterých dochází k přímému kontaktu s pacienty prostřednictvím dotyků. Aby terapeut mohl správně nastavit terapeutický plán, následně organizovat a řídit jednotlivé terapie a v závěru vyhodnocovat celý proces, je nezbytné, aby byl obdařen nadprůměrnou schopností komunikace. Jen díky tomu může být dosaženo souladu mezi očekáváním pacienta a terapeuta. V případě, že terapeut od pacienta nedokáže zjistit všechny souvislosti jeho problémů, nemůže správně nastavit terapeutický plán, což může vést k jeho frustraci, následnému zvýšení psychické zátěže, a nakonec k vyhoření. (Jovanovic a Stojanovic, 2017)

Úskalím práce fyzioterapeuta je i samotná povaha fyzioterapeutické profese. V mnoha případech terapeuti poskytují péči pacientům, kteří se mohou potýkat s chronickými onemocněními a nesnesitelnými bolestmi. Pacienti své negativní emoční zážitky přenášejí na terapeuty, kteří jsou tím pádem vystaveni značné emoční zátěži. Mimo to se potýkají velmi často i se zátěží fyzickou, a to nejen z důvodu, že s pacienty musí manipulovat, ale také z nedostatku personálu a neustále se zvyšujícím požadavky v systému zdravotní péče. (Seixas et al., 2020)

Také rizika, se kterými se na pracovišti terapeuti setkávají (mechanická, biologická, fyzikální, chemická, psychosociální apod.), mohou mít vliv na fungování terapeuta jak po fyzické, tak po psychické stránce (Kurzeja et al., 2018). Typickými příklady psychosociálních rizik může být nedostatečná zpětná vazba od vedení, vztahy s kolegy i nadřízenými, neuspokojující pracovní podmínky, dlouhá pracovní doba, pracovní přetížení, nízké platy či nízká prestiž této profese (Nowakowska-Domagala et al., 2015).

Pokud začíná být terapeut bezmocný při kontaktu s pacienty a má problém s nimi navázat kontakt, může se jednat o začínající signály syndromu vyhoření. Postupně může dojít ke ztrátě idealismu a empatie, k poruchám spánku a potížím se soustředěním, ale i ke ztrátě etických hodnot, které jsou pro zdravotnické povolání nezbytné. (Jovanovic a Stojanovic, 2017)

Mezi rizikové faktory vyhoření může spadat také nízká míra profesní autonomie, nedostatečné možnosti kariérního růstu, přepracovanost či omezený čas na jednotlivé terapie (Seixas et al., 2020).

2.2 Osobnostní rysy přispívající k vyhoření

U nejproduktivnějších pracovníků, kteří mají sklony k vyhoření, jsou velmi často pozorovány určité společné osobnostní rysy. Nízké sebevědomí či přehnaná sebekritičnost mohou neúmyslně prodlužovat pracovní dobu a zvyšovat zátěž. Na druhou stranu idealismus, nadměrná angažovanost či perfekcionismus mohou zvýšit tlak na jedince, což může přispět k jeho rychlejšímu vyhoření. (Moss et al., 2016)

Dalším společným znakem je také přílišná empatie, kdy se pracovníci vžívají do situací svých pacientů a dostatečně se od nich nedistancují a s tím spojená přecitlivělost. V mnoha případech bývá prediktorem také přehnaná cílevědomost, která bývá často spojena s nereálnými cíli a workoholismus, který vede ke zvýšené únavě a v důsledku toho k nárůstu chyb. K pracovnímu vyčerpání může vést i soutěživost a odhodlanost pracovníků, které mohou vést také ke konfliktům na pracovišti. (Venglářová, 2011)

Přestože se zdá, že osobnost je souborem definovaných vlastností, které jedinec nemůže ovlivnit, prostřednictvím sebepoznání si člověk může uvědomit své silné stránky (osobnostní předpoklady) a možnosti. Na základě toho může člověk částečně změnit určité vzorce chování a způsoby reagování na určité situace. Sebeuvědomění pomáhá člověku poznat své silné a slabé stránky, limity i příležitosti a také získat lepší představu o sobě samém. Mezi nástroje sebepoznání můžeme zařadit sebereflexi, osobnostní testy či dotazníky, ale i zpětnou vazbu od ostatních. (Trojanová et al., 2019)

3 PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ A STRES

Zátěž lze chápat jako testování schopnosti jedince nebo organismu adaptovat se na určité podmínky. Když intenzita zátěže dosáhne vysoké úrovně, může dojít ke vzniku obzvláště náročné situace, kterou jedinec může využít pozitivně jako výzvu, která ho motivuje

k vynaložení maximálního úsilí a dosažení nejlepších výsledků. V opačném případě, kdy člověk danou situaci vlastními silami nezvládne, vnímá zátěž jako hrozbu. Zátěž se dá považovat za obecnější a nadřazený termín stresu. Stres se projevuje jako extrémní zátěž, která člověka většinou přemůže a může vést až k vyčerpání. V takovém případě se spouští různé psychické a fyziologické mechanismy, které mohou ohrozit zdraví jedince a v extrémních situacích i jeho život. (Helus, 2018)

Distres je negativní typ stresu, který může vyvolat až úzkostné stavy. Mnozí při působení distresu pociťují fyzické i psychické příznaky, kterými může být bolest hlavy, nespavost či podrážděnost. Dlouhodobě působící distres na organismu může vést až k rozvoji psychických onemocnění. Často v tomto případě člověk sám sebe vnímá jako bezmocného a působící stresor vnímá jako nepřekonatelný. Příkladem takové situace může být obava z nedostatku financí, konflikt ve vztahu, osamělost či ztráta blízké osoby. (Shafir, 2023)

V případě distresu se nemusí jednat o náročné situace, může jít o postupnou kumulaci více stresorů, avšak člověk postupně ztrácí kontrolu nad celou situací, což vede k jeho ohrožení (Pluut et al., 2022).

Opakem distresu je eustres. Ten popisuje konstruktivní typ stresu, který je pozitivní a motivující a který povzbuzuje jedince k lepším výkonům. Typickou situací, při které jedinec zažívá eustres, je například povýšení v práci, nový vztah, stěhování či narození potomka. (Shafir, 2023)

Člověk nad tímto stresem má významnou míru kontroly, a i přes to, že jsou takovéto stresové situace náročné, nejsou pro člověka ohrožující, jako je tomu v případě distresu (Pluut et al., 2022).

3.1 Stresory a salutory

Stresory rozumíme podněty, které při nepřiměřeném působení spouštějí u člověka stresovou reakci. Stresory můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Vnější stresorem může být například nepřiměřené očekávání od druhých. Vnitřním stresorem naopak může být neschopnost rozhodnout se nebo prožívaná bolest. Dále stresory můžeme dělit podle délky na akutní události, čímž může být například úmrtí blízkého člověka, a chronické, což může být dlouhotrvající bolest či zodpovědnost za pacienty. (Ayers a de Visser, 2015).

Akutní stresory bývají intenzivnější povahy a časově omezené, naopak chronické stresory mívají menší intenzitu, ale zpravidla přetrvávají delší dobu (Kliment, 2014). Stresory mohou

být rovněž každodenní potíže (problémy v dopravě při jízdě do školy), traumatické stresory (přepadení) či střet rolí (skloubení role matky a profesionála) (Ayers a de Visser, 2015).

Kromě výše uvedeného dělení můžeme dále stresory dělit na fyzické a kulturní. Do kategorie fyzických stresorů můžeme zařadit například nadměrný hluk či přírodní katastrofu. Kulturním stresorem může být hádka či nedorozumění. (Kliment, 2014)

Na jedince může působit jeden ale i více stresorů. Drobné stresující okolnosti, jejichž vliv se může hromadit a následně, pokud je člověk nezačne včas řešit, vyvolat depresi, se nazývají ministresory. Typickým příkladem může být dlouhodobé urážení člověka. Na opačném pólu nacházíme deptající vlivy, které mohou být až zničující, jelikož jsou nad hranici zvládnutelnosti. Tyto vlivy nazýváme jako makrostresory a může to být například náhlý nedostatek kyslíku. (Venglářová, 2011)

Zacharová (2017) se věnovala detailnímu rozdělení stresorů ve sféře zdravotnictví. První oblastí je dle ní fyzická zátěž, kterou můžeme sledovat u zdravotníků, na které jsou kladeny příliš velké nároky nebo kteří pracují v nepříznivých podmínkách. Zvýšená fyzická zátěž může vést k poruchám pohybového aparátu, nadměrné únavě či k potížím se zažívacím traktem. U pracovníků, kteří pracují ve směnném provozu, časovém shonu či mívají přesčasy, můžeme sledovat zvýšenou psychickou zátěž, která může mít negativní dopad na kvalitu odvedené práce a v nejhorším případě může vést k dalšímu poškození pacienta. Důležitou oblastí jsou kromě fyzické a psychické pohody také mezilidské vztahy na pracovišti.

Opakem stresorů jsou salutory, což jsou faktory, které na člověka působí v pozitivním smyslu. Dodávají mu energii, odhodlání a sílu v boji proti stresorům. Salutorem může být vnitřní nastavení člověka, který se nachází v psychické pohodě, smysluplnost vykonávané práce, uznání či pochvala od okolí. (Křivohlavý, 2012)

3.2 Důsledky psychické zátěže

Stres může v menší či větší míře negativně působit na náš zdravotní stav, a to buď přímo přes autonomní a neuroendokrinní systém nebo nepřímo, kdy ovlivňuje chování člověka. Ten následkem toho může začít pít alkohol, užívat návykové látky či změnit životní styl, což následně může vést k obezitě a ve výsledku až ke kardiovaskulárním či onkologickým onemocněním. (O'Connor, 2021)

Chronické působení stresu vede k nadměrné stimulaci imunitního systému, což může vést k rozvoji řady onemocnění a problémů, jako je kardiovaskulární onemocnění, vysoký krevní

tlak, diabetes, obezita, sexuální dysfunkce, gastrointestinální poruchy, respirační onemocnění, autoimunitní onemocnění, nespavost, deprese, úzkostné poruchy nebo dokonce schizofrenie a rakovina. (Dai et al., 2019)

3.3 Teoretická pojetí stresu v psychologii

Problematika stresu je vykládána ze dvou hledisek, a to z biologického a psychologického. Biologický výklad je výkladem původnějším.

3.3.1 Biologické pojetí stresu

Generální adaptační syndrom (GAS) je označení 3 stupňů, kterými lidský organismus reaguje na stres. Toto označení pojmenoval kanadský lékař Hans Selye, který tvrdil, že organismus reaguje na stres vždy stejnými fyziologickými reakcemi. Podle této teorie popisuje Dutková (2023) tři fáze, kterými prochází tělo vystavené stresu:

- Fáze poplachová – v první fázi dochází k reakci celého organismu na stresovou situaci. Člověk může pociťovat zrychlený tep, napětí ve svalech, problémy s pamětí a zhoršené vnímání, negativní vliv na trávicí procesy a změnu v hormonální sekreci. V prvním stadiu se poplachová fáze omezuje pouze na mozek. V tento moment jedinec dokáže proces zastavit například pohlédnutím na situaci z jiné perspektivy. Pokud se situaci v tento moment nepodaří zastavit, dochází k aktivaci nadledvin, kdy se začnou uvolňovat hormony do krevního řečiště. V tuto chvíli je už obtížné situaci zvládnout a jedinec přistupuje k nějaké formě fyzické aktivity.
- Fáze rezistence – po zvládnutí poplachové fáze se tělo postupně adaptuje na stresovou situaci a dostává se pomalu zpátky do původního stavu. Zpomaluje se zrychlený tep, snižují se hladiny uvolněných hormonů v krvi a všechny změny v organismu, ke kterým došlo v poplachové fázi, ustávají. Je potřeba si uvědomit, že v této fázi je potřeba dostatek odpočinku, jelikož energie se do těla nedostává ihned po odeznění stresu.
- Fáze vyčerpání – pokud stresor přetrvává moc dlouho nebo organismus již není schopen odolávat nahromaděnému stresu, může se objevit vyčerpání, které může vést až ke zdravotním problémům (deprese, únava, vertebrogenní algický syndrom, ekzém, frigidita, peptidické ulcerace apod.) či syndromu vyhoření.

3.3.2 Psychologické pojetí stresu

Lazarusův model stresu byl vyvinut americkým psychologem Richardem Lazarusem, který bral v úvahu vliv duševních dějů na vznik a rozvoj stresu. Příčinou stresové reakce tak není

pouze samotný stresor, ale i způsob, jakým na něj jednatel reaguje. Lazarusův model stresu se skládá ze tří hlavních částí, které popisuje Kliment ve své knize (2014):

- Primární zhodnocení – jedinec se snaží posoudit, zda a nakolik je situace ohrožující. Může se jednat o situaci negativní, pozitivní či stresující. Pokud usoudí, že je stresující, přechází do druhé fáze. Pokud stresující není, reakce na ni bude minimální.
- Sekundární zhodnocení – jedinec se snaží posoudit, jakým způsobem může situaci zvládnout. Zvažuje své zdroje, schopnosti a strategie, které může použít k řešení stresové situace. Zdroje mohou být fyzické, sociální, materiální a psychologické.
- Odezva na stres – ke třetí fázi dochází obvykle s odstupem času, a to po využití nějaké copingové strategie, na jejíž základě dochází ke změně situace či pocitů jedince a dochází tak k přehodnocení celé situace.

3.4 Příznaky stresu

Ať už se jedná o pozitivní nebo negativní stresovou situaci, dochází ke změnám v organismu, které spouští fyziologické a psychologické reakce. Mind – Charitativní organizace pro duševní zdraví v Anglii a Walesu udává na svém webu varovné příznaky stresu (2022):

Fyziologické příznaky stresu:

- únava a problémy se spánkem,
- obtíže s dýcháním,
- bolesti svalů a hlavy,
- bolest a svírání na hrudi,
- poruchy trávení či pálení žáhy,
- pocit nevolnosti, závratě či mdloby,
- pocení, palpitace, mělké dýchání.

Emocionální příznaky stresu:

- podrážděnost, ustaranost,
- prudké a výrazné změny nálad,
- úzkost, nervozita, strach,
- pocit přehlcení, pocit ztráty kontroly nad věcmi,
- ztráta zájmu o život
- pocit osamocení,
- deprese.

Behaviorální příznaky stresu:

- změny chuti k jídlu – přejídání nebo nechutenství,
- neschopnost soustředění se,
- kousání nehtů,
- prokrastinace a vyhýbání se povinnostem,
- větší závislost na drogách a alkoholu.

Při dlouhodobém působení či vysoké úrovni stresu se mohou všechny tyto příznaky zhoršovat a v nejhorších případech může silný stres u některých osob vyvolávat až sebevražedné myšlenky (Mind, 2022).

3.5 Zvládání zátěžových situací

Úroveň odolnosti vůči stresu, tedy frustrační tolerance, je ovlivněna mnoha faktory. Každý jedinec se se stejnou situací vyrovnává jiným způsobem. U někoho daná situace nevyvolá žádné emoce, naopak někteří jedinci situaci psychicky nezvládnou. Faktory, které mají vliv na to, jak se jedinec se zátěžovou situací vypořádá, jsou například osobnostní rysy, genetické predispozice, životní zkušenosti či odolnost jedince. (Kožíňová, 2022)

3.5.1 Obranné mechanismy

V momentě, kdy zažíváme stresovou situaci, se aktivují tzv. obranné mechanismy. Velmi často si je jedinec ani neuvědomuje. Jedná se o charakteristické způsoby chování, které se projevují při prožívání zátěže a které slouží hlavně k tomu, aby zachovaly zejména psychickou pohodu. Obranných mechanismů popisuje Kožíňová (2022) hned několik:

- Popření – jedná se o situaci, kdy jedinec záměrně přehlíží danou situaci. I přes to, že o ní ví, zavírá před ní oči, vyhýbá se jejímu řešení a dělá, že daná situace neexistuje.
- Racionalizace – při racionalizaci se jedinec snaží prostřednictvím logických argumentů ospravedlnit význam nepříjemné situace.
- Přemístění – typická situace, při které jedinec přenáší negativní situaci například na rodinné příslušníky, kteří s tím nemají nic společného.
- Agrese – zahrnuje verbální i neverbální projevy násilí vůči sobě i jiným osobám. Může to být například slovní obviňování, sebevražedné sklony či omezování druhých lidí.

3.5.2 Zvládání stresu neboli coping

Kromě obranných reakcí, které mají za úkol potlačit či snížit vnímání stresu, existuje také coping, který znamená schopnost člověka čelit stresovým situacím a zvládat je. Cílem copingu je snížení dopadů působících stresorů na jednotlivce. Rozlišujeme dvě základní kategorie zvládání stresu, které popisuje Carroll (2020):

- Problem-focused coping – zaměřuje se na řešení problému, který nastal působením stresu. Při této strategii se jedinec snaží nalézt praktická řešení, jak se vypořádat se stresovou situací. To může zahrnovat hledání informací, odstranění toho, co působí obavy a strach či přijímání konkrétních kroků k vyřešení situace.
- Emotion-focused coping – zaměřuje se na regulaci emocionálních projevů, které jsou spojené se stresující situací. To může zahrnovat vyhledání sociální podpory, meditaci, relaxaci apod.

Světová zdravotnická organizace (2023) zveřejnila 7 praktických rad, jak se popasovat se stresem. Každá jedinec by se jimi měl řídit a zařadit je do běžného života, aby minimalizoval riziko výskytu vyhoření.

- Naučit se zvládat stres – pro toto doporučení WHO vydalo příručku, která má za cíl poskytnout lidem praktické rady, jak se se stresem vypořádat.
- Dodržovat denní rutinu – naplánování celého dne může lidem pomoci využít čas efektivněji a mít nad tím větší kontrolu. WHO doporučuje vyhradit si přesný čas na pravidelné jídlo, na čas strávený s rodinou, na cvičení a další pravidelné aktivity.
- Dopřát si dostatek spánku – spánek pomáhá zvrátit účinky stresu a je důležitý pro tělo i mysl. Je důležité dodržovat pravidelný režim a chodit spát a vstávat ve stejnou dobu, nepoužívat elektronické zařízení před usnutím, zajistit tiché a ničím nerušené prostředí, nepřejídat se a neužívat kofein přes spánkem.
- Být ve spojení s ostatními – kontakt s lidmi, kterým důvěřujeme může pomoci při zvládání stresu. Někdy stačí svěřit se blízkým osobám se svými problémy.
- Zdravě se stravovat – ne nadarmo se říká „jste to, co jíte“. To, co pijeme a jíme může ovlivnit naše zdraví. Je proto důležité pít dostatek tekutin, a to zejména čisté vody, jíst hodně ovoce a zeleniny a celkově se snažit jít pravidelně a vyváženě.
- Pravidelně cvičit – pohyb okamžitě redukuje nežádoucí dopady stresu, a proto by mělo být každodenní cvičení samozřejmostí.

- Nesledovat zprávy – informace, které poskytují média, jsou velmi často přehnané a vedou ke zvýšenému stresu. Je tedy vhodné omezit čas, který trávíme na sociálních sítích či u televize sledováním zpráv.

4 SYNDROM VYHOŘENÍ

První zmínky o syndromu vyhoření se datují do 70. let 20. století ve Spojených státech. Za zakladatele syndromu vyhoření je obecně považován Herbert Freudenberg, který byl zaměstnán jako neplacený psychiatr v léčebně pro závislé. Spolu s ním tam byli zaměstnání nezkušení, avšak ambiciózní dobrovolníci. Freudenberg postupem času nejen u sebe, ale také u nich, pozoroval prohlubující se příznaky psychického a emočního vyčerpání, které trvaly přibližně rok a doprovázela je řada fyzických a psychických příznaků. Na základě pozorování popsal Freudenberg osoby náchylné k vyhoření jako obětavé a oddané a popsal charakteristiky vyhoření v souvislosti s fyzickými a behaviorálními příznaky, které zahrnovali: narůstající hněv, frustraci, paranoiu, podezíravost, nadměrnou rigiditu a nepružnost v praxi a přítomnost znaků člověka trpícího depresí. (Chabot, 2018)

Nezávisle na Freudenbergovi se tématem vyhoření začala zajímat i profesorka psychologie Christina Maslachová. Vynalezla celosvětově používaný nástroj k posouzení příznaků syndromu vyhoření. Ukázalo se, že tento proces zahrnuje tři dimenze. Emocionální vyčerpání jako primární reakce organismu na dlouhodobé vystavení stresové situaci. Depersonalizace, při které si jedinec zachovává odtažitý postoj, a poslední dimenzi, kterou je pokles osobního uspokojení z práce. (Chabot, 2018)

Syndrom vyhoření je negativní psychologický syndrom, který se vyskytuje obvykle u jedinců, kteří v anamnéze nemají žádné psychické či psychiatrické poruchy. Vzniká postupně v důsledku rozporu mezi očekáváním zaměstnanců a skutečnými požadavky, které jsou na ně kladeny. Při nástupu do zaměstnání je jedinec plný nadšení a žádné příznaky se u něho zpravidla nevyskytují. Po určité době začíná pociťovat emoční stres, následně ztrácí schopnost přizpůsobení se pracovním podmínkám a začíná mít negativní postoj ke své práci, kolegům i pacientům. Postupně se u něj rozvíjí tři klasické příznaky syndromu vyhoření, a to emoční vyčerpání, depersonalizace a snížení osobního uspokojení. (Moss, 2016)

Nejčastěji se se syndromem vyhoření můžeme setkat v profesích, které vyžadují neustálou interakci s lidmi, případně i s jejich obtížemi. Tito pracovníci musí být obdařeni vysokou emoční inteligencí a zodpovědností. Typicky to bývají zdravotníci či zdravotně-sociální pracovníci a ostatní členové integrovaného záchranného systému ale i učitelé. Někdy je možné příznaky vyhoření sledovat i u studentů či žen na mateřské dovolené. (Venglářová, 2011)

4.1 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

Pro jednotlivá povolání jsou charakteristické různé situace, které mohou vést k syndromu vyhoření. I když člověk určité situace běžně zvládá bez větších obtíží, může nastat moment, kdy se tato situace bude jevit jako stresující. Na takovou situaci tělo reaguje tzv. stresovou reakcí, která přivede organismus do stádia pohotovosti a připravenosti. Pro tuto situaci je typický výskyt různých příznaků, jako je zrychlený tep, povrchové dýchání či pocity nevladatelnosti. Je důležité včas rozpoznat konkrétní stresor a odstranit jeho působení na člověka, jinak se jedinec může dostat do depresivních stavů nebo pociťovat bezmoc. Při dlouhodobém přetrvávání těchto problémů, může dojít k propuknutí syndromu vyhoření. (Pugnerová, 2019)

Dle Pugnerové (2019) mohou dlouhodobé a neřešené konflikty na pracovišti i mimo něj vést k vyhoření. Rovněž některá traumata, která mohou mít původ i v dávné minulosti, či dlouhodobá frustrace a deprivace, ale také pracovní nároky mohou být typickými spouštěči.

4.2 Profese ohrožené syndromem vyhoření

Se syndromem vyhoření se nejčastěji setkáváme v profesích, kde dochází k časté interakci s lidmi. Vyhoření následně vzniká z nároků, které jsou na tyto osoby kladeny. Na prvních místech nejvíce ohrožených profesí se vyskytují zdravotničtí pracovníci. Nejen u zdravotních sester dochází k vyhoření převážně z toho důvodu, že je při profesní přípravě nikdo nepřipravil na emoční zátěž, které jsou následně při výkonu povolání vystavovány. (Pugnerová, 2019)

U lékařů a dalších zdravotníků je vznik a rozvoj vyhoření spojován zejména s neustálým kontaktem s nemocnými či umírajícími pacienty a jejich rodinami, který představuje nepřiměřenou psychickou zátěž, která se při zanedbání může rozvinout ve vyhoření. Dále může být spojován s vysokou mírou odpovědnosti, která je na ně kladena, vyplňováním elektronické zdravotnické dokumentace, které mnohdy zabere více času než samotný kontakt s pacientem, povinností být neustále v pohotovosti i mimo pracovní dobu a také s všudypřítomnou hrozbou soudních sporů a žalob v případě pochybení. (Parker et al., 2022)

Mimo sféru zdravotnictví se s tímto problémem velmi často setkáváme i ve školství, a to nejen u učitelů mentálně postižených dětí. Ve většině případů se vyhoření týká nejlepších studentů z pedagogických fakult, a to zejména kvůli střetu představ, které při nástupu do zaměstnání mívají, a reality, se kterou se po nástupu dennodenně setkávají. Tím bývá nezáměr studentů, špatné mezilidské vztahy v kolektivu či přílišná administrativa. Třetí příčku ve

výskytu syndromu vyhoření zaujímají vedoucí pracovníci, kteří podléhají vysoké míře distresu a v neposlední řadě pracovníci v sociální sféře, kteří pracují s lidmi v obtížných životních situacích (např. pracovníci vězeňské služby, policisté, pracovníci v sociálních službách a sociální péči). (Pugnerová, 2019)

4.3 Pracovní podmínky jako rizikové faktory syndromu vyhoření

Samotné pracovní podmínky hrají velkou roli při vývoji syndromu vyhoření. Prostředí, do kterého pracovník dennodenně přichází, na něj může vytvářet nepřiměřený nátlak a vést k rozvoji vyhoření. Typické pracovní podmínky, které mohou vést k vyhoření zmiňuje ve své knize Pugnerová (2019):

- **Kontrola a svoboda** – pokud se jedinec nachází v situaci, ve které je neustále někým kontrolován a nedostává se mu žádné svobody v rozhodování, může se velmi rychle dostat do stresové situace. Ovšem ani opačný případ, kdy má jedinec veškerou svobodu v rozhodování a nikdo se o něj nezajímá, není z hlediska psychické zátěže ideální. Každý zaměstnanec by proto měl být v přiměřené míře kontrolován a zároveň by mu měla zůstat určitá míra svobody při rozhodování.
- **Nadměrná míra odpovědnosti** – některé jedince může do nepříjemných situací dostávat nadměrná míra odpovědnosti, kterou na ně přeneše vedoucí zaměstnanec při delegaci nějakého úkolu. Mnohdy se totiž stane, že jedinci nejsou poskytnuty potřebné prostředky k tomu, aby úkol mohl být správně vykonán, což může vést k jeho frustraci.
- **Nerealistická očekávání od jedince** – je důležité jasně definovat, jaká očekávání má vedoucí zaměstnanec od svých podřízených. V případě, že tomu tak není, se zaměstnanec dostává do nepříjemné stresové situace. V případě, že nedojde mezi oběma stranami k vyjasnění, může při dlouhodobějším trvání dojít k vyhoření.
- **Nedostatek informací** – pokud vedení neinformuje zaměstnance o dění na pracovišti či o nově zavedených postupech, ale také pokud se o pracovníky nezajímá, může to vést k rozvoji stresu a následně vyhoření pracovníků.
- **Vzhled pracoviště** – velkou roli hraje také velikost pracoviště, uspořádání, rušivé vlivy, světelné zdroje či pocit soukromí na pracovišti.

4.4 Osobnostní a mimopracovní rizikové faktory syndromu vyhoření

Existuje řada rizikových faktorů, jejichž souhrou může dojít k rozvinutí syndromu vyhoření. Tyto rizikové faktory můžeme rozdělit do tří hlavních oblastí – rizikové faktory související

s pracovní sférou, rizikové faktory týkající se osobnosti člověka a rizikové faktory spadající do oblasti mimopracovního života. Do první kategorie můžeme zařadit nespokojenost s platovým ohodnocením, nadměrné požadavky na zaměstnance nebo naopak nevyužití jeho potenciálu a vykonávání stereotypní práce. Také nízkou úroveň důvěry ze strany nadřízeného, který v důsledku toho nepřiměřeně kontroluje své zaměstnance a nenechává jim dostatečnou svobodu a v neposlední řadě nedostatek podpory či neposkytování supervize v případě, kdy se zaměstnanec ocitne na dně svých sil. K rizikovým faktorům, které se týkají osobnosti člověka, můžeme zařadit jeho očekávání, které má při nástupu do zaměstnání a nepřiměřené ambice, které mohou vést ke zbytečné soutěživosti mezi kolegy a perfekcionismu, který může jedince naprosto vyčerpat. V důsledku těchto ambic člověk není schopen najít si čas na řádnou relaxaci, což vede k postupnému vyhoření. Ve zdravotnické profesi může být rizikovým faktorem i nadměrná míra empatie a nízká emoční inteligence, kvůli které si člověk nedokáže držet dostatečný odstup od pacientových problémů. Pokud se zaměříme na rizikové faktory, které spadají do mimopracovního života, můžeme mezi ně zařadit nedostatek přátel či partnera, případně špatné vztahy s nimi. Pokud se člověk nevěnuje žádným mimopracovním aktivitám, nedbá na zdravý životní styl nebo například žije v neuspokojujících životních podmínkách, mohou tyto situace také vyústit ve vyhoření. (Pešek a Praško, 2016)

4.5 Predisponující faktory syndromu vyhoření

I přes to, že se obecně spojuje syndrom vyhoření s pracovními podmínkami, existují určité predisponující faktory, které zvyšují zranitelnost jedince a riziko vyhoření. Jedná se především o demografické údaje a některé osobnostní rysy. Parker et al. (2022) ve své knize shrnuje zjištění z několika studií, které se zabývaly rizikovými faktory syndromu vyhoření. V následujících podkapitolách jsou zmíněny.

4.5.1 Pohlaví

Ačkoliv některé studie uvádějí stejnou míru vyhoření u ženského i mužského pohlaví, většina dle Parkera et al. (2022) naznačuje, že ženy jsou ohroženy více. Vysvětlením může být fakt, že ženy jsou více emočně založené a častěji přiznají své osobní pocity a psychické problémy než muži, kteří je často popírají. Dalším možným vysvětlením může být fakt, že ženy mají tendenci více dávat a jsou tak ohroženější vyčerpáním zásob energie, a to jak psychické, tak fyzické. Jistou roli hraje i úloha žen, která se od nich očekává. Předpokládá se, že žena zvládne zkombinovat tři role – role matky, ženy a pracovnice zároveň. Jsou na ně tak kladeny větší nároky, jelikož po návratu z práce na ně čekají povinnosti v domácnosti na rozdíl od mužů, od kterých se v domácnosti v mnoha případech nic nevyžaduje.

4.5.2 Věk

Parker et al. (2022) také shrnuje závěry ze studií, které se zabývaly vlivem věku na syndrom vyhoření. Několik studií prokázalo vysoké riziko u mladých osob do 30 let, které může být vysvětleno nedostatkem zkušeností se způsoby, jak se vypořádat s pracovními stresory, ale i jejich neúnavnou touhou po rychlém kariérním postupu, což může vést k absolutnímu vyčerpání. Další rizikovou skupinou, která je náchylná k vyhoření, mohou být osoby ve věku mezi 40-50 lety, kdy kromě pracovních povinností jsou zodpovědní za různé rodičovské povinnosti. V mnohých případech se v těchto letech stávají prarodiči a očekává se od nich určitá pomoc při výchově vnoučat.

4.5.3 Rodinný stav

Nižší míra vyhoření byla také prokázána u pracovníků, kteří mají partnery než u zaměstnanců svobodných, což je způsobeno tím, že partneři si jsou vzájemně oporou a poskytují si navzájem podporu při zvládání stresových situací. (Parker et al., 2022)

4.5.4 Úroveň vzdělání

Co se týká úrovně vzdělání, náchylnějšími k vyhoření se mohou zdát osoby s vyšším dosaženým vzděláním, a to zejména proto, že jsou častěji zaměstnaní v náročnějších a stresovějších pozicích, které vyžadují vysokou úroveň dosažené kvalifikace. (Parker et al., 2022)

4.6 Vznik a vývoj syndromu vyhoření

Vznikem a rozvojem syndromu vyhoření se zabývalo mnoho autorů. Vyhoření přichází v různě závažných stupních. Kolegové Herbert Freudenberg a Gail North se v druhé polovině minulého století věnovali vytvoření vývojového cyklu syndromu vyhoření. Popsali tak model, který zahrnuje celkem dvanáct fází. Člověk, který prochází vyhořením, nemusí vždy projít všemi fázemi, ani jednotlivými fázemi nemusí projít v jimi popsaném pořadí. Tyto fáze popisuje i Honzák et al. ve své knize (2019).

1. První fáze se týká zejména nově nastupujících zaměstnanců, kteří se snaží zapadnout do pracovního kolektivu a vzbudit mezi svými kolegy pozitivní dojem svými ambicemi.
2. Ve druhé fázi člověk vyvíjí nadměrné úsilí, kterým chce všechny okolo přesvědčit, že dokáže cokoli a že je nepostradatelným článkem týmu.
3. Postupně se člověk začíná zaměřovat pouze na práci a ostatní povinnosti i rodinu přehlíží a odsouvá na neurčito.

4. V určité fázi se u člověka začínají projevovat první příznaky stresu a sám si začne uvědomovat, že něco není tak, jak by mělo být, avšak nedokáže rozeznat příčinu svých problémů.
5. Zanedbávání mimopracovních povinností se stále prohlubuje, dochází ještě k větší izolaci od okolí a postupně dochází k emočnímu útlumu.
6. Postupně začne představovat kontakt s lidmi pro člověka něco nepředstavitelného. Nedokáže vystát okolí a mohou být přítomny příznaky agrese.
7. Následně dojde ke kompletní izolaci od okolí. Nevychází z domu a řešení svých problémů může začít hledat v alkoholu či drogách.
8. Okolí si začíná všimnout změn v chování, ke kterým u jedince došlo.
9. Postupně dochází k depersonalizaci. Člověk v této fázi nemá jakoukoliv chuť do života. Už nebere lidi jako bytosti, naopak je začíná brát jako pouhé předměty.
10. Člověk pocítuje vnitřní prázdnotu a hledá utišení v alkoholu, drogách nebo sexu.
11. Mohou se začít objevovat i známky deprese.
12. V konečné fázi se objevují všechny příznaky vyhoření – emoční, psychické i fyzické selhání, které mohou být důvodem pro vyhledání odborné pomoci.

Jak můžeme vidět, vyhoření zahrnuje široké spektrum příznaků od znepokojivého chování až po naprosté zhroucení. Je proto důležité zachytit problém včas a neignorovat varovné příznaky, které se mohou změnit v závažnější problémy.

Miriam Priess (2015) syndrom vyhoření popisuje na základě čtyřfázového modelu. V první fázi, tzv. poplachové, jsou u člověka pozorovatelné první příznaky stresu. Jedinec může být nervózní, nejistý nebo může pocítovat obavy. Zároveň hledá možné řešení, jak by mohl odvrátit hrozbu, které je vystaven. U jedince můžeme pozorovat různorodé tělesné příznaky, například zrychlený tep, pocení, povrchové dýchání či nepravidelné bušení srdce. Je důležité tuto fázi co nejrychleji odvrátit. Pokud k tomu nedojde, může tato fáze tvořit podklad pro rozvoj panické ataky. Druhá fáze je nejpodstatnější při cestě k vyhoření. Jedná se o fázi odporu, ve které člověk přehodnotí celou situaci znovu. V této fázi jedinec není schopný situaci zvládnout ani ji opustit, pouze odporuje. V tento moment se začínají prohlubovat příznaky, které se objevily v první fázi a postupně se přidávají příznaky nové. Mohou to být bolesti hlavy či pohybového aparátu, pocity úzkosti či alergické kožní reakce. Předposlední fázi je fáze vyčerpání, ve které člověk vzdává odpor a začíná samotné vyhoření. Jedinec je vystaven nepřiměřeně dlouhotrvající zátěži. V závislosti na zásobách energie, kterou jedinec má, může tato fáze trvat různě dlouho. Příznaky začínají být už chronické – člověk se může

potýkat s hypertenzí, migrénami, sníženou imunitou nebo nespavostí. V této fázi u některých osob dochází k emoční otupělosti, jiní bývají naopak emocemi přeplněni. V závěru nastává fáze ústupu, při které dojde k úplnému propuknutí vyhoření. Člověk je na dně svých sil, přítomné symptomy zasahují do běžného fungování. Jedinec má pocit, že je okolím nepochopen a distancuje se od něj. V nejhorších případech se v této fázi může rozvíjet závislost na alkoholu či drogách a sebevražedné sklony. (Preiss, 2015)

Třetí možné členění vývoje syndromu vyhoření je dle A. Längleho. Ten rozděluje vyhoření do 3 fází. V první fázi, tzv. fázi nadšení, je člověk nadšený pro práci, má jasně stanovené cíle, kterých chce dosáhnout a jde si za nimi. Představy, které o práci měl, než do ní nastoupil se zprvu shodují s realitou. Ve druhé fázi, tzv. fázi vedlejšího zájmu, člověka opouštějí růžové brýle a střetává se s realitou, která nemusí být vždy uspokojujivá. Stále se však drží svých kompetencí a práci vykonává tak, jak je od něj očekáváno, avšak motivací už mu jsou například finanční prostředky, které za odvedenou práci získá. Postupně se člověk dostává do poslední fáze, tzv. fáze popela, ve které ho práce nenaplňuje, spíše vyčerpává. (Jeklová a Reitmayerová, 2006)

4.7 Příznaky syndromu vyhoření

Mezi první signalizující příznaky, které mají člověka varovat před možným syndromem vyhoření, patří pocit nevladatelnosti a pochybování o smyslu své práce, na které navazuje nervozita, nespokojenost a agresivita s postupným projevem tělesných obtíží. Obecně můžeme příznaky vyhoření popsat ve třech oblastech. Pugnerová (2019) je popisuje následovně:

- Sociální oblast – člověk ztrácí zájem o interakci s lidmi (nejdříve v zaměstnání, poté i v rodině), je odtažitý, ztrácí schopnost empatie a soucitu s druhými, cítí se bezmocný a uzavírá se do sebe.
- Psychická oblast – člověk začíná být negativistický, je nespokojený sám se sebou a neustále se srovnává s ostatními, má snížené sebevědomí, má problém se soustředěním a pamětí, může se u něho objevit i panika a sebevražední myšlenky.
- Fyzické vyčerpání – u člověka se objevuje celkové vyčerpání – bolesti hlavy, břicha a svalů, nespavost, zažívací obtíže, nedostatek síly na zvládnání běžných aktivit, snížená imunita, abúzus léků a alkoholu apod.

4.8 Diagnostika syndromu vyhoření

Není tomu tak dávno, co byl syndrom vyhoření zařazen do mezinárodní klasifikace nemocí. Teprve s 11. revizí MKN, která byla schválena v roce 2019 a začala platit 1.1.2022, do ní byl syndrom vyhoření zařazen jako pracovní fenomén a byl tak uznán za relevantní zdravotní problém. V MKN-11 je popsán v kapitole „Faktory ovlivňující zdravotní stav“, nicméně není klasifikován jako samotný zdravotní stav. Světová zdravotnická organizace definuje vyhoření jako syndrom vznikající na základě dlouhodobého pracovního stresu, který nebyl úspěšně zvládnut a který se projevuje ve třech oblastech: vyčerpání, odosobněním či pocitu negativismu a cynismu a snížením pracovní výkonnosti. (WHO, 2019)

I přes to, že byl syndrom vyhoření zařazen do mezinárodní klasifikace nemocí, neexistuje zatím jednotný postup, jak ho diagnostikovat. Využívá se řada různých metod od pozorování, kdy psycholog sleduje u pacienta přítomné symptomy a porovnává je se symptomy typickými u vypuklého syndromu vyhoření, přes rozhovor až po dotazníkové metody. Dostupné metody mohou však zohlednit pouze přítomné funkční změny u jedince, u kterého již syndrom vyhoření propukl. Nejrozšířenější metodou jsou dotazníky, které mohou být buď jednodimenzionální (například dotazník Burnout Measure) nebo vícedimenzionální (například Maslach Burnout Inventory), které se soustředí na více dimenzí syndromu vyhoření. Dotazníky jsou vyplněny pacientem a po vyplnění následně vyhodnoceny. (Švamberk Šauerová, 2018)

4.8.1 Maslach Burnout Inventory

Maslach Burnout Inventory (MBI) patří dle Švamberk Šauerové (2018) mezi nejpoužívanější metodu, která se využívá při diagnostice syndromu vyhoření. Dotazník MBI publikovala australská dvojice Christina Maslachová a Susan E. Jacksonová v roce 1981 a následně roku 1986 publikovaly jeho úpravu.

Českou verzi tohoto dotazníku zpracovala Zdeňka Židková (2013). Tento dotazník je navržen k posouzení 3 hlavních aspektů syndromu vyhoření: emocionální vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobní uspokojení (PA). Obsahuje celkem 22 položek, z nichž 9 otázek se týká emocionálního vyčerpání, 5 depersonalizace a 9 osobního uspokojení. Respondenti odpovídají na otázky na základě frekvence, s jakou prožívají tyto pocity, pomocí sedmibodové škály, kde 0 znamená „nikdy“ a 6 znamená „každý den. Emocionální vyčerpání a depersonalizace jsou vyjádřeny negativně a vyšší skóre indikuje vyšší stupeň syndromu

vyhoření. Dimenze osobního uspokojení je laděna pozitivně a nižší skóre indikuje vyšší stupeň syndromu vyhoření. (Židková, 2013)

Emocionální vyčerpání je charakterizováno ztrátou chuti k životu, nedostatkem motivace a nedostatkem sil k vykonávání běžných aktivit. Depersonalizace se projevuje u jedinců, kteří mají potřebu dostávat kladnou odezvu od svých pacientů. Pokud se jim této odezvy nedostává, začínají s pacienty jednat jako s objekty. Snížený pracovní výkon pozorujeme často u jedinců s nízkou sebedůvěrou, kteří nemají dostatek sil k vypořádání se se stresovou situací. (Křivohlavý, 2012)

4.8.2 Burnout Measure

Měření syndromu vyhoření pomocí dotazníku Burnout Measure (BM) bylo vyvinuto autory Ayalou M. Pinesovou a Elliotem Aronsonem. Tento dotazník je jedním z nejčastěji používaných nástrojů k posouzení míry vyhoření u jednotlivců. Obsahuje 21 otázek, na které se podobně jako u MBI dotazníku odpovídá pomocí sedmibodové škály. Otázky hodnotí úroveň fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání. Na rozdíl od MBI dotazníku je BM dotazník jednodimenzionální nástroj, který generuje jedno výsledné skóre. Výsledná průměrná hodnota 4-5 signalizuje přítomnost psychického vyčerpání a při výsledném skóre vyšším než 5 se jedná o alarmující stav, který je nutné řešit s odborníkem. (Švamberk Šauerová, 2018)

Pokud se člověk cítí oslabený a unavený, jedná se o typické příznaky fyzického vyčerpání. Když začne pociťovat příznaky deprese, úzkosti a zoufalství, jedná se o emocionální vyčerpání. Při duševním vyčerpání si člověk začíná připadat nicotný, zbytečný a má pocit, že by se okolí obešlo bez něj. Výsledky tohoto dotazníku se velmi blíží výsledkům, kterých je dosaženo při dalších psychologických vyšetření. Jedná se zejména o měření spokojenosti v zaměstnání a s vlastní osobou či s fyzickými zdravotními problémy. (Křivohlavý, 2012)

4.9 Prevence syndromu vyhoření

V rámci syndromu vyhoření je jednoznačně nejdůležitější jeho prevence. Je důležité uvědomit si, že prevence by měla probíhat jak na úrovni osobní, tak na úrovni organizace a zaměstnavatele. Na úrovni organizace dochází současně i ke zlepšení výkonnosti podniku, jelikož prostřednictvím spokojených zaměstnanců dochází například ke snižování fluktuace, která může mít negativní dopad na výkonnost podniku. (Peart, 2019)

4.9.1 Preventivní opatření na úrovni organizace

Vyhoření představuje pro organizaci obrovské náklady, a to jak v podobě absencí, tak v podobě presenteeismu (dostavení se do práce, ale neschopnost podávat výkon), které ohrožují kvalitu a výsledky pracoviště. Jak bylo zmíněno výše, většina jedinců se nachází ve fázi vyhořívání, a proto je důležité u těchto jedinců odhalit potenciální vyhoření včas a obratem jim poskytnou pomoc.

Zaměstnavatel by se měl snažit vytvořit bezpečné pracovní prostředí a začlenit návyky pro snižování stresu do každodenních pracovních postupů všech zaměstnanců. Podstatnou součástí je vybudování důvěrného psychologického prostoru. Zaměstnavatel by měl jasně definovat cíle a očekávání, která má od svých zaměstnanců a podporovat jejich spoluúčast na důležitých rozhodnutích. Prostřednictvím pravidelných porad či teambuildingových aktivit budovat atmosféru, ve které se zaměstnanci cítí spokojení a nebojí se projevit a sdílet své názory. Dalším neopomenutelným bodem by mělo být zařazení pravidelných přestávek, jelikož lidský mozek se nedokáže soustředit déle než 120 minut vkuse. Zaměstnavatel by měl dopřát zaměstnancům krátké pravidelné přestávky, které mohou přispět k lepším výkonům a zároveň díky nim předejít zvýšené pracovní zátěži a vyhoření. Pokud je to možné, vhodným doporučením je nastavení flexibilní pracovní doby, kterou si zaměstnanci mohou nastavit podle svých potřeb a zajistit si díky ní balanc mezi pracovním a osobním životem, který je pro prevenci vyhoření důležitý. (Peart, 2019)

Jedním z bodů prevence vyhoření je správná adaptační praxe. Jelikož studenty zdravotnických oborů při studiu nikdo nepřipraví na emoční a často i fyzickou zátěž, je právě adaptační proces obdobím, při které se noví zaměstnanci seznamují s výkonem a také se všemi riziky daného povolání. Adaptační proces lze brát jako určitou formu supervize, kdy je začínajícímu zaměstnanci přidělen mentor, který mu poskytuje podporu a pomoc, kdykoli je potřeba. (Venglářová, 2011)

Důležitým bodem prevence je také správně nastavené finanční ohodnocení. Zaměstnanec si musí být vědom toho, že to, co dělá, má smysl a že si toho zaměstnavatel váží. Na pracovišti by měl být správně nastaven kontrolní systém, který pomůže odhalit chyby, ke kterým může dojít a zabrání jejich důsledkům. Jedním z nejdůležitějších nástrojů prevence je kvalitní supervize. Jedná se o řízené setkání supervizora a pracovníka, při kterém je kladen důraz na řešení problémů, které se mohou při vykonávání práce vyskytnout, na emoce pracovníka apod. Je to důležitý prostředek pro podporu vývoje a zlepšení profesionálních

dovedností, získání nových znalostí, posílení sebedůvěry a pro zlepšení pracovního prostředí. V neposlední řadě může organizace nabídnout prostředky k odreagování v podobě výstavby tělocvičny či odpočinkové místnosti. (Kelnarová a Matějková, 2014)

Důležitým krokem pro předejití vyhoření u svých zaměstnanců je vytvoření přijatelného pracovního prostředí. Rob Goffee a Gareth Jones vytvořili ve svém článku (2013) seznam šesti doporučení, jak vytvořit nejlepší firemní kulturu na světě.

- Nechte lidi být sami sebou – využijte talent a znalosti každého pracovníka a nechte kvalitní lidi pracovat bez zátěže.
- Uvolněte tok informací – umožněte vedení dostávat upřímné a včasné informace od podřízených.
- Posilujte silné stránky svých pracovníků.
- Buďte víc než jen hodnotou pro akcionáře – lidé jsou rádi součástí něčeho většího. Sdílejte smysl své organizace s pracovníky a ti se budou cítit hrdí, že pro ni mohou pracovat.
- Ukažte svým pracovníkům, že každodenní práce má smysl – lidé často hledají smysl svých každodenních činností, proto by jim ho zaměstnavatel měl poskytnout.
- Vytvořte pravidla, kterým zaměstnanci mohou věřit – lidé musí pravidla na pracovišti považovat za legitimní a potřebná.

4.9.2 Preventivní opatření na úrovni jedince

Na osobní rovině můžeme jako prevenci považovat sebepoznávání a sebehodnocení, které nám pomáhá uvědomovat si své slabé a silné stránky, limity a příležitosti, kterých můžeme využít. To nám následně umožňuje lépe se adaptovat a zvládat těžké situace. Důležitá je také sebeláska. Ten, kdo sám sebe zanedbává, nemá se rád a nepečuje o sebe, energii pouze vydává, což může velmi brzo vést k vyhoření. Neměli bychom ani zapomínat na své koníčky a měli bychom pěstovat zájmy a záliby nové. Měli bychom se naučit oddělovat práci a osobní život například nějakým pomocným rituálem a nenosit si práci domů. Právě naše koníčky, které nám přináší radost jsou zdrojem energie, kterou potřebujeme při vykonávání psychicky náročného povolání. (Kelnarová a Matějková, 2014)

Pokud jedinec má pocit, že něco nezvládá, není selháním říct si o pomoc druhým. Především pomáhající profese jsou velmi náročné jak fyzicky, tak psychicky a každý pracovník v těchto profesích by měl znát své hranice a nesnažit se je překonat jen kvůli tomu, aby byl lepší než druhý. Pomoc může zpočátku najít u svých blízkých i v pracovním týmu. Pokud se však

u člověka rozvine syndrom vyhoření, nezbyvá nic jiného než se obrátit na odborníka. V této fázi si již člověk nedokáže pomoci sám. Odborníkem může být psychiatr či psycholog, který může pomoci formou psychoterapie či medikace. (Venglářová, 2011)

4.10 Léčba syndromu vyhoření

To, jak dlouho trvá zotavení se ze syndromu vyhoření, závisí na mnoha faktorech, jako je situace, který syndrom vyhoření způsobila, rozsah syndromu vyhoření i to, jak brzy si jedinec problém uvědomí a zažádá o pomoc (Cleveland Clinic, 2023).

Důležitým bodem před samotným zahájením léčby syndromu vyhoření je uvědomění, zda jedinec pouze vyhořívá nebo zda již skutečně vyhořel. Při řešení tohoto problému se může zvolit přístup 3R:

- Recognize – kdy se jedinec nejprve snaží rozpoznat jednotlivé příznaky vyhoření.
- Reverse – dále prostřednictvím technik zvládání stresu a podpory okolí zvrátí změny, ke kterým došlo.
- Resilience – nakonec začne posilovat svou odolnost vůči stresu péčí o své fyzické i duševní zdraví. (University of Toronto, 2020)

Když se jedinec zotavuje ze syndromu vyhoření měl by následovat určité kroky, které mu usnadní návrat do běžného života. Nejdůležitějším bodem je přiznání si, že člověk vyhořel. Tento krok může být obtížný, obzvlášť pokud se jedná o důležitou věc, která člověka spaluje, avšak bez tohoto se člověk neposune dále. Pokud je to možné, dalším krokem by mělo být vytvoření si odstupů od stresorů, které vyhoření způsobily. To, jakým způsobem k tomu jedinec přistoupí, se odvíjí od individuální situace a zdrojů. Může se jednat o den volna v práci, ale také o odchod ze zaměstnání. Poté, co se jedinec distancuje od stresorů, měl by se zaměřit na své zdraví. Může se jednat o hodinu spánku navíc, návštěvu divadla či výlet po okolí. Jmile dojde k částečnému uzdravení, je na čase využít zdroje k zamyšlení nad situací, která vedla k vyhoření. Člověk by si měl stanovit priority a přehodnotit cíle a jeho hodnoty. Po stanovení priorit je na místě prozkoumání příležitostí a způsobů, jak těchto priorit dosáhnout. Změny nemusí být vždy markantní, aby došlo ke smysluplnému přínosu v každodenním životě. Po uvědomění si, co jedinec potřebuje, následuje poslední krok, kterým je samotné provedení změny, která je pro proces obnovy po syndromu vyhoření životně důležitá. (Cleveland Clinic, 2023)

4.11 Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů

Spolu s pedagogy patří zdravotníci mezi skupinu s největším rizikem výskytu syndromu vyhoření (Pugnerová, 2019). Výzkumy zaměřené na tuto problematiku se často soustředí na lékaře a zdravotní sestry, přičemž fyzioterapeuti zůstávají předmětem menšího zájmu. Doposud nebyla publikována žádná studie, která by se zabývala syndromem vyhoření u fyzioterapeutů v České republice. Existuje však několik studií, které se tímto syndromem zabývají u fyzioterapeutů v jiných zemích a všechny se shodují v závěru, že jsou fyzioterapeuti vystaveni vysokému riziku vyhoření.

Všichni zdravotníci včetně fyzioterapeutů musí dennodenně čelit různým situacím, které pro ně mohou být stresující. Ať už se jedná o nároky na nové dovednosti či neustálé prohlubování znalostí, dynamické změny ve zdravotnictví vytvářejí neustálou konkurenci, které se zdravotníci musí flexibilně přizpůsobovat. Zároveň se klade důraz na vysokou kvalitu poskytovaných služeb a spokojenost pacientů, s čímž se zvyšuje tlak na zaměstnance, od kterých mají zaměstnavatelé velmi často příliš velká očekávání, která zaměstnanci nemohou splnit.

Pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty je vyhoření reálným ohrožením zejména kvůli povaze jejich práce. Hlavním důvodem, proč jsou ohroženi syndromem vyhoření, je neustálý kontakt s pacienty, což představuje hlavní rizikový faktor. (Rogan et al., 2019)

Dennodenně přicházejí do kontaktu s fyzickou i duševní bolestí pacientů, kteří čelí různým postižením. Zodpovědnost za život a zdraví pacientů, spolu s bezmocí v situacích, kdy očekávání pacientů převyšují možnosti moderní medicíny, představuje značnou zátěž pro terapeuty. To může následně vést k distancování od pacientů a k vnímání jich jako pouhých objektů. (Kowalska et al., 2021)

Baudry et al. (2020) zjistili vysoké riziko vyhoření u 25 % respondentů. Carpi et al. (2021) a Durand et al. (2019) vyhodnotili vysoké riziko vyhoření u 14 % a 19,3 % zaměstnanců.

Pustułka-Piwnik et al. (2014) potvrdili významnou souvislost mezi vyhořením a vybranými demografickými údaji.

Dle Mikołajewske (2015) změni až 16 % polských fyzioterapeutů kariéru kvůli pracovnímu stresu a syndromu vyhoření.

Nevhodné pracovní podmínky, nedostatek času, pracovní přetížení i syndrom vyhoření mohou mít negativní dopad na efektivitu terapie (z dlouhodobého hlediska), tak na kvalitu života fyzioterapeuta (Kowalska et al., 2021; Mikołajewska, 2015).

Vyhoření u fyzioterapeutů a charakter pracoviště

S výskytem vyhoření významně souvisí pracoviště, kde terapeuti pracují, a to zejména v aspektu depersonalizace a emočního vyčerpání, které jsou pro terapeuty pracující v nemocnicích velmi charakteristické. Ve svých studiích to potvrdil Bejer et al. (2019) či Pustułka-Piwnik et al. (2014). Toto zjištění souvisí zejména s typem pacientů, se kterým se terapeuti setkávají. V nemocnici se jedná ve většině případů o umírající, vážně nemocné či postižené osoby, což je spojeno s vyšší fyzickou a psychickou zátěží. Hospitalizovaní pacienti rovněž pociťují úzkost a strach, a tak od personálu očekávají zvláštní zájem a podporu. To ve výsledku může vést ke spuštění obranných mechanismů a následné depersonalizaci. Puhanic et al. (2022) ve své studii poukázali na to, že fyzioterapeuti pracující v soukromém sektoru jsou v práci spokojenější než fyzioterapeuti z veřejného sektoru. Fyzioterapeuti pracující jako osoby samostatně výdělečně činné jsou v práci spokojenější převážně z důvodu větší svobody v organizování jejich práce a také vyššího finančního ohodnocení. Toto tvrzení podporuje také Latzke et al. (2021) a Salles a d'Angello (2020).

Kim et al. (2020) provedli výzkum, který se zaměřil na míru vyhoření u fyzioterapeutů v závislosti na typu nemocnice, kde pracují. Jejich závěrem bylo, že fyzioterapeuti v menších nemocnicích zažívají větší pracovní stres než ti, kteří působí ve větších zařízeních. Vyšší míru vyhoření vykazovali ve všech třech oblastech MBI dotazníku.

Na druhou stranu, i přes to, že terapeuti pracující v privátním sektoru jsou ve své práci samostatnější a zpravidla dosahují na vyšší platové ohodnocení, vykazují dle některých studií vyšší míru vyhoření. To může být způsobeno nejistotou ohledně zaměstnání, která je ovlivněna ekonomickými změnami, legislativou či smlouvami s pojišťovny (Yousaf et al., 2021; Pavlakis et al., 2010). Rovněž Gonzáles-Sánchez et al. (2017) ve své studii tvrdí, že fyzioterapeuti pracující v soukromém sektoru vykazují vyšší míru EE. Rozdíly mohou být způsobené také povahou jejich práce. V nemocničním prostředí se terapeuti setkávají s pacienty, kteří jsou v akutní fázi onemocnění a běžně s pacienty netráví tolik času jako terapeuti, kteří pracují například v ambulanci. V ambulancích a v soukromém sektoru jsou mezi terapeuty a pacienty vytvářeny hlubší vztahy. Jejich vzájemná spolupráce je dlouhodobější, běžně se spolu mohou v rámci jedné léčby setkat desetkrát i častěji. Je proto

pochopitelné, že s rozvinutím hlubšího vztahu dojde k tomu, že terapeuti začnou být vystaveni kromě fyzických potřeb klientů a pacientů i emocionálním problémům (Pavlakis et al., 2010).

Nelze říct, jestli práce s dětskými pacienty je více stresující než práce s dospělými. V této oblasti jsou mnohé studie v rozporu. Někteří autoři ve svých studiích došli k závěru, že práce s dětmi vede k nižšímu emočnímu vyčerpání a depersonalizaci, než práce s dospělými (Bejer et al., 2019; Pustułka-Piwnik et al., 2014). Ne všichni autoři ale tento názor sdílejí. Existuje řada studií, které ukazují, že práce s dětmi je více stresující a je jednou z příčin syndromu vyhoření (Balogun et al., 2002 či Pavlakis et al. 2010).

Corrado et al. (2019) také ve své studii tvrdí, že práce s ortopedickými pacienty přispívá k většímu osobnímu uspokojení než práce s neurologickými pacienty. To lze vysvětlit tím, že rehabilitace může být pro neurologické pacienty, kteří trpí chronickým degenerativním onemocněním obtížnější jak z pohledu pacienta, tak z pohledu terapeutů.

Vyhoření u fyzioterapeutů a pohlaví

Literatura neposkytuje dostatek jednoznačných závěrů o vlivu pohlaví na výskyt syndromu vyhoření. V nejnovějších studiích (Yousaf et al., 2021; Bejer et al., 2019; Corrado et al., 2019), které se věnovali vyhoření u fyzioterapeutů, došli k závěru, že muži jsou náchylnější k vyhoření, a to převážně z toho důvodu, že nesou větší finanční zátěž a musí být schopni postarat se o rodinu. Avšak v několika starších studiích se ukázaly ženy jako náchylnější, což může být způsobeno jejich dvojitými rolí – role profesionála a role matky, kterou musí kombinovat. Předpokládá se však, že existuje jistý rozdíl v oblastech vyhoření mezi ženami a muži. Ženy mají větší sklony zažívat emocionální vyčerpání, a to i z toho důvodu, že jejich povaha je citlivější než mužů. Na druhou stranu muži jsou častěji zasaženi depersonalizací, což může být obrannou reakcí před emočním vyčerpáním (Purvanova a Muros, 2010 či Fischer et al., 2013).

Vyhoření u fyzioterapeutů a věk s délkou praxe

Ve studii Corrada et al. (2019) bylo zjištěno, že věk fyzioterapeutů souvisí s úrovní depersonalizace a osobního uspokojení. Mladší fyzioterapeuti se ukázali jako náchylnější k vyšší úrovni depersonalizace. Naopak starší pracovníci vykazovali vyšší osobní uspokojení. Toto zjištění potvrzuje výsledky zjištěné výzkumem Maslachové (1982) ohledně toho, že vyhoření postihuje především mladší jedince a s věkem klesá četnost jeho výskytu. S věkem

velmi úzce souvisí také délka praxe. Fyzioterapeuti s méně než 10 lety odborné praxe se rovněž ukázali jako náchylnější k depersonalizaci ve srovnání s kolegy s delší praxí. Delší praxe vedla k většímu osobnímu uspokojení, což může být způsobeno kariérním postupem, kterého v průběhu praxe dosáhnou a které může přinášet větší uspokojení. Rovněž Maslachová tvrdila, že syndrom vyhoření postihuje hlavně jedince pracující v rizikovém prostředí po dobu jednoho až jednoho a půl roku.

Vyhoření u fyzioterapeutů a rodinný stav

González-Sánchez et al. (2017) zdůrazňuje také asociaci mezi rodinným stavem a výskytem vyhoření. Výsledky jeho studie podpořili teorii, že syndrom vyhoření je spojen s lidmi, kteří nemají stálého partnera.

Vyhoření u fyzioterapeutů a stupeň vzdělání

Pustułka-Piwnik et al. (2014) ve své studii zjistili, že lidé s vyšším vzděláním dosahují vyššího osobního uspokojení v práci než kolegové s nižším vzděláním. Pro jedince s nižším dosaženým vzděláním je mnohem těžší dosáhnout kariérního postupu. Velmi často jsou tak odkázáni na typickou práci fyzioterapeuta, při které jsou v celodenním kontaktu s pacienty. Právě přímý styk s pacienty je totiž jedním z rizikových faktorů vyhoření. Na rozdíl od nich mohou kolegové, kteří mají vyšší vzdělání, snáz dosáhnout kariérního postupu. Ten jim může umožnit povýšení na pozice, ve kterých kontakt s pacienty není tak častý, jelikož musí zastávat například manažerské povinnosti (Du Plessis et al., 2014).

MONITORING VYHOŘENÍ U FYZIOTERAPEUTŮ Z ČESKÉ REPUBLIKY

V přecházejících kapitolách byly shrnuty základní poznatky o psychické zátěži, stresu a syndromu vyhoření, jeho rizikových faktorech, diagnostice a výskytu mezi fyzioterapeuty. Na základě těchto informací byly vyvozeny průzkumné otázky.

Cílem diplomové práce je zmapovat výskyt syndromu vyhoření u vybraného souboru fyzioterapeutů z České republiky a zjistit, zda existuje souvislost mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích tohoto syndromu a vybranými faktory.

Průzkumné otázky:

1. Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a pohlavím?
2. Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a věkem?
3. Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a délkou fyzioterapeutické praxe?
4. Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a stupněm vzdělání?
5. Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a typem pracoviště?
6. Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a rodinným stavem?
7. Mají vybrané faktory vliv na míru vyhoření v jednotlivých dimenzích?

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Metody sběru dat

Pro sběr dat byl využit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), jakožto nejrozšířenější dotazník využívaný k hodnocení výskytu a závažnosti syndromu vyhoření (Švamberská Šauerová, 2018). Dotazník byl doplněn o 6 otázek vlastní tvorby, které se věnují vybraným faktorům (pohlaví, věk, stupeň vzdělání, délka fyzioterapeutické praxe, typ pracoviště a rodinný stavu).

Před samotným rozšířením dotazníku byl v lednu 2024 proveden předvýzkum s šesti fyzioterapeuty pro ověření přijatelnosti formulace dotazníku a srozumitelnosti otázek vlastní tvorby. Jelikož při předvýzkumu nebyly zjištěny žádné problémy, nebylo třeba dotazník nijak upravovat. Zároveň byly tyto odpovědi zařazeny do průzkumu. K samotnému průzkumu se přistoupilo na konci ledna a probíhal do poloviny února 2024. Standardizovanému dotazníku

předcházelo představení autorky a vysvětlení jeho účelu. V úvodu dotazníku byli respondenti ujištěni o anonymitě dotazníku a o využití získaných dat výhradně pro účely diplomové práce a také byli seznámeni s tím, že vyplněním dotazníku souhlasí se zpracováním získaných dat. Za standardizovaný dotazník bylo umístěno 6 otázek vlastní tvorby. 5 otázek bylo uzavřených a respondenti vybírali jednu z nabízených možností, 1 otázka (typ pracoviště) byla polouzavřená formou multiple choice, kdy mohli respondenti vybrat více možností i doplnit odpověď, která se v nabídce nevyskytovala. Dotazník je k nahlédnutí v přílohách (příloha A).

5.1.1 Maslach Burnout Inventory

Jedním z nejčastěji využívaným nástrojem pro posouzení syndromu vyhoření je Maslach Burnout Inventory (Švamberg Šauerová, 2018). V tomto dotazníku je zastoupeno 9 otázek týkajících se emocionálního vyčerpání, 5 otázek, které se soustředí na depersonalizaci a 8 otázek měřící ztrátu osobního uspokojení. Celkem je tedy v tomto dotazníku 22 otázek, při kterých každý respondent posuzuje své pocity na sedmibodové Likertově škále, kdy odpověď 0 značí, že pacient se s uvedeným tvrzením nikdy nesetkal a odpověď 6 značí, že se respondent s daným tvrzením setkává každý den (Křivohlavý, 2012). V tabulce číslo 1 je přehled sledovaných oblastí s otázkami, které do nich spadají. Českou verzi tohoto dotazníku zpracovala Zdeňka Židková (2013).

Tabulka 1 – Rozložení otázek v dotazníku (Židková, 2013)

Sledovaná oblast	Čísla otázek
Emocionální vyčerpání	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
Depersonalizace	5, 10, 11, 15, 22
Osobní uspokojení	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Dimenze emocionální vyčerpání a depersonalizace jsou vyjádřeny negativně, což znamená, že vyšší skóre indikuje vyšší stupeň syndromu vyhoření. Dimenze osobního uspokojení je na rozdíl od předchozích svou laděna pozitivně a nižší skóre indikuje vyšší stupeň syndromu vyhoření (Maslach et al, 1997).

Emocionální vyčerpání se týká pocitu výrazné únavy a vyčerpání v důsledku dlouhodobého stresu spojeného s prací. Jedná se o pocity vyčerpání, které přesahují fyzickou únavu a odrážejí ztrátu emocionální energie. Jedinci mohou pociťovat nedostatek energie a motivace k tomu, aby se věnovali svým pracovním povinnostem. Depersonalizace se týká vytváření

negativních, cynických nebo dehumanizujících postojů k lidem, se kterými pracovníci přicházejí do kontaktu ve své práci. Pracovníci mohou začít vnímat ostatní jako pouhé objekty nebo problémy, což vede k odcizení od klientů, pacientů či kolegů. Snížené osobní uspokojení se týká nedostatku osobního naplnění nebo uspokojení z práce. Jedinci mohou začít pociťovat nedostatek úspěchu nebo smyslu ve své práci, což může vést k poklesu jejich sebedůvěry a motivace. (Křivohlavý, 2012)

Vyhodnocení jednotlivých položek

Při vyhodnocování dotazníku je potřeba se zaměřit na jednotlivé dimenze vyhoření a hodnotit každou zvlášť dle bodovacího klíče, který zobrazuje Tabulka 2.

Tabulka 2 - Interpretace výsledného skóre MBI (Židková, 2013)

Dimenze vyhoření	Nízký stupeň	Střední stupeň	Vysoký stupeň
Emocionální vyčerpání (EE)	0-16 bodů	17-26 bodů	27 a více bodů
Depersonalizace (DP)	0-6 bodů	7-12 bodů	13 a více bodů
Osobní uspokojení (PA)	Více než 39 bodů	32-38 bodů	0-31 bodů

Pokud respondent při vyhodnocení dosáhl vysokého skóre v dimenzi emocionálního vyčerpání či depersonalizace anebo nízkého skóre v dimenzi osobního uspokojení, lze konstatovat, že je zasažen syndromem vyhoření. V závislosti na tom, kolik dimenzí je u respondenta zasaženo, dále rozlišujeme, zda se jedná o nízký stupeň (zasažena 1 dimenze), střední stupeň (zasaženy 2 dimenze) nebo vysoký stupeň vyhoření (zasaženy všechny 3 dimenze). (Židková, 2013)

5.2 Sběr dat

Sběr dat probíhal za využití dotazníkového šetření v období leden-únor 2024. Byli osloveni správci sedmi profesních skupin na sociálních sítích s prosbou o pomoc s distribucí dotazníku. Pokud došlo ke schválení, byl mezi fyzioterapeuty administrován dotazník v elektronické formě, který byl po dobu sběru dat dostupný na vygenerovaném elektronickém odkazu. Dotazník, který byl použit pro sběr dat, je k nahlédnutí v Příloze 1.

5.3 Sledovaný soubor a kritéria výběru

Do průzkumné části bylo zahrnuto celkem 102 fyzioterapeutů a rehabilitačních pracovníků z České republiky. Podmínkou pro zařazení do průzkumu bylo probíhající či dokončené vzdělání v oboru fyzioterapie pro vyřazení masérů a lázeňských pracovníků. Výběr probandů nebyl omezen věkem, délkou praxe, pohlavím, stupněm vzdělání ani sektorem, ve kterém pracují.

5.4 Analýza a zpracování dat

Data, která byla sesbírána v rámci dotazníkového šetření, byla následně zpracována v MS Excel. Pro popis sledovaného souboru byly využity popisné statistiky v programu Statistica 12. Získaná data z dotazníku Maslach Burnout Inventory byla vyhodnocena pro každou dimenzi vyhoření zvlášť dle bodovacího klíče. Pro ověření hypotéz při hledání odpovědí na průzkumné otázky byly použity statistické metody rovněž v programu Statistica 12.

5.4.1 Využití statistické metody

V návaznosti na teoretickou část, ve které byly identifikovány rizikové faktory, které mohou vést ke vzniku a rozvoji vyhoření, byly formulovány průzkumné otázky, které jsou zmíněny na začátku průzkumné části. Ke každé otázce byly následně formulovány hypotézy, jejichž testováním byla hledána odpověď na průzkumné otázky. Platnost hypotéz byla prověřena pomocí statistických testů významnosti.

Testovaná hypotéza neboli nulová hypotéza H_0 vyjadřuje předpoklad, že mezi hypotézou a skutečností je nulový rozdíl. V případě nulové hypotézy je tolerován určitý rozdíl mezi hypotézou a skutečností, nelze však říct, že by tento rozdíl byl statisticky významný. Alternativní hypotéza H_A popírá platnost nulové hypotézy (Cyhelský a Souček, 2009).

Hladina významnosti α určuje, jak velké riziko omylu je připuštěno v případě chybného zamítnutí nulové hypotézy (Cyhelský a Souček, 2009). Jako hladina významnosti α byla zvolena hodnota $p = 0,05$ (5 %). V případě, že vypočtená hodnota p je nižší než stanovená hladina významnosti, nulová hypotéza je zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Výsledek v tomto případě je statisticky významný na zvolené hladině významnosti. Pokud je vypočtená hodnota p vyšší než 0,05, nulová hypotéza zamítnuta není (Zvárová, 2016).

V diplomové práci byly využity následující statistické testy pro testování hypotéz:

Chí kvadrát test nezávislosti

Pro testování nezávislosti v kontingenční tabulce pro dvě a více kategoriální proměnné byl použit Chí-kvadrát test nezávislosti. Předpokladem pro provedení tohoto testu je skutečnost, že alespoň 80 % očekávaných četností je větších než 5 a všechny očekávané četnosti jsou větší než 1. Očekávaná četnost je četnost, kterou lze očekávat v případě, že by nulová hypotéza platila. Očekávanou četnost je možné spočítat dle obecného vztahu:

$$\text{očekávaná četnost} = \frac{\text{součet v řádku} \times \text{součet ve sloupci}}{\text{celkový počet pozorování}}$$

V případě, že mezi dvěma sledovanými proměnnými neexistuje žádný vztah, pozorované a očekávané četnosti se navzájem blíží a případná odchylka je způsobena náhodou. Testové kritérium G lze vypočítat jako rozdíl mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi výskytu podle obecného vzorce:

$$G = \sum \frac{(\text{pozorovaná četnost} - \text{očekávaná četnost})^2}{\text{očekávaná četnost}}$$

K vyhodnocení je možné porovnat testové kritérium s kritickou hodnotou, která je uvedena ve statistických tabulkách.

Tento test ověřuje, zda pozorované četnosti, které byly získány měřením, se liší od teoretických (očekávaných) četností, které odpovídají dané nulové hypotéze. Nulovou hypotézou je zde tvrzení, že mezi kategorickými proměnnými neexistuje významný vztah. Alternativní hypotéza tvrdí, že mezi kategorickými proměnnými existuje statisticky významný vztah.

(Zvára, 2003)

Mann-Whitneyův test (neparametrický test pro porovnání dvou nezávislých vzorků)

Mann-Whitneyův test, také nazývaný U test, je neparametrický test používaný k porovnání dvou nezávislých skupin dat, když nejsou splněny předpoklady parametrických testů, jako je například normální rozložení dat. Tento test je používán v případech, kdy je potřeba porovnat mediány dvou skupin.

Při použití Mann-Whitneyova testu jsou data z obou skupin seřazena vzestupně dle velikosti a každému pozorování je následně přiřazeno pořadí. Tato pořadí jsou následně sečtena pro

oba sledované výběry a je získán součet pořadí R_1 a R_2 . Počet prvků v souboru se rovná počtu prvků v obou výběrech ($n=n_1+n_2$). Testovací statistika U_1 je dána vzorcem:

$$U_1 = R_1 - \frac{n_1(n_1+1)}{2}, \text{ kde}$$

n_1 a n_2 značí počet prvků v jednotlivých skupinách. Analogicky se určí testovací statistika U_2 . Menší z testovacích statistik U_1 a U_2 se označí jako testovací statistika U a je užitá jako testovací kritérium, které porovnáme s tabulkovou kritickou hodnotou Mann-Whitneyova testu. Pokud vypočtené testovací kritérium U je menší než tabulková kritická hodnota, dochází k zamítnutí nulové hypotézy H_0 ve prospěch alternativní hypotézy. Případně je použit přepočtení statistiky U na hodnotu Z , která má přibližně normální rozdělení. Statistiku Z vypočteme jako:

$$Z = \frac{\left(U - \frac{n_1 n_2}{2}\right)}{\sigma_U}, \text{ kde}$$

$$\sigma_U = \sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}}.$$

(Budíková et al., 2010)

Kruskal-Wallisův test

Kruskal-Wallisův test je rozšířením Mann-Whitneyova testu, který porovnává střední hodnoty (mediány) tří a více nezávislých vzorků dat. Jedná se o obdobu klasické parametrické ANOVY.

Stejně jako u Mann-Whitneyova testu jsou všechna pozorování seřazena podle velikosti a je jim přiřazeno pořadí. T_i označuje součet pořadí v i -té skupině, kde $i = 1, \dots, k$, kdy $k \geq 2$ nezávislých náhodných výběrů o rozsahu n_1, \dots, n_k . Dále platí $n = n_1 + \dots + n_r$.

Za předpokladu, že platí H_0 , pak testová statistika Q má tvar:

$$Q = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{i=1}^r \frac{T_i^2}{n_i} - 3(n+1)$$

Nulová hypotéza H_0 je zamítnuta na hladině významnosti α , pokud je testová statistika Q větší než kritická hodnota příslušná hladině významnosti α , to znamená, pokud je $Q \geq x_{k-1}^2(\alpha)$. V případě malých velikostí souboru se testová statistika Q porovnává se statistickými tabulkami pro Kruskal-Wallisův test.

Nulová hypotéza v tomto případě předpokládá, že ve všech sledovaných výběrech je shodný medián. Alternativní hypotéza tvrdí, že alespoň jeden medián se od ostatních liší.

(Budíková et al., 2010)

Krabicové grafy

Pro přehledné znázornění souboru dat byly využity krabicové grafy. Krabicové grafy znázorňují několik statistických ukazatelů. Horní vous označuje maximální hodnotu pozorovaných hodnot, dolní vous minimální hodnotu. Křížek uvnitř krabice reprezentuje hodnotu prostředního členu souboru dat (medián, 50% kvantil). Velikost krabice určuje zespona 25% kvantil, který odděluje čtvrtinu nejmenších hodnot. Seshora je to 75% kvantil, který odděluje čtvrtinu největších hodnot. Mezi vousy se tak vejdu všechny pozorované hodnoty a do samotné krabice polovina pozorovaných hodnot. V některých případech mohou vousy, znázorňovat 5% a 95% kvantil a dále se v grafu mohou zobrazovat odlehlé či extrémní body. (Budíková et al., 2010)

5.5 Charakteristika sledovaného souboru

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 102 fyzioterapeutů – 71 žen (69,6 %) a 31 mužů (30,4 %) (Tabulka 3).

Tabulka 3 - Rozdělení respondentů dle pohlaví

Pohlaví	Četnost	Relativní četnost
Žena	71	69,6 %
Muž	31	30,4 %
Celkem	102	100 %

Pro statistické zpracování byli respondenti rozděleni na základě věku do 4 kategorií (Tabulka 4). Nejpočetnější byla věková kategorie 26-35 let, a to 56 respondenty (54,9 %), dále shodným zastoupením kategorie 18-25 let a 36-45 let, a to 20 respondenty (19,6 %). 1 respondent spadal do kategorie nad 55 let, tato kategorie byla z důvodu malého zastoupení sloučena s kategorií 46-55 let, která byla zastoupena 5 respondenty. Tyto dvě kategorie tak vytvořily společnou kategorii 46 let a více, do které patřilo všech 6 respondentů (5,9 %).

Tabulka 4 - Rozdělení respondentů dle věku

Věk	Četnost	Relativní četnost
18-25 let	20	19,6 %
26-35 let	56	54,9 %
36-45 let	20	19,6 %

Věk	Četnost	Relativní četnost
46 let a více	6	5,9 %
Celkem	102	100 %

Dosažené vzdělání respondentů

Podle nejvyššího dosaženého vzdělání byli respondenti rozděleni do 3 kategorií (Tabulka 5). Dva respondenti uvedli jako vzdělání středoškolské s atestací a 5 respondentů vyšší odborné vzdělání. Pro statistické účely došlo, z důvodu malého zastoupení těchto kategorií, k jejich sloučení a utvořili tak kategorii SŠ/VOŠ se zastoupením 7 respondentů (6,9 %). 45 respondentů (44,1 %) uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské s titulem Bc. U zbylých 50 respondentů (49 %) bylo nejvyšším dosaženým vzděláním vysokoškolské s titulem Mgr. nebo Ing.

Tabulka 5 - Rozdělení respondentů dle dosaženého vzdělání

Vzdělání	Četnost	Relativní četnost
SŠ/VOŠ	7	6,9 %
Bc.	45	44,1 %
Mgr./Ing.	50	49,0 %
Celkem	102	100 %

Délka praxe v oboru fyzioterapie

Tabulka 6 zobrazuje délku fyzioterapeutické praxe respondentů. Praxi kratší než 1 rok uvedlo 9 respondentů (8,8 %). Nejvíce zastoupenou kategorií byla délka praxe 2-5 let, kterou uvedlo 38 respondentů (37,3 %). Další kategorií byla délka praxe od 6 do 10 let, kterou uvedlo 26 respondentů (25,5 %). V kategorii 11 až 20 let bylo celkem 23 respondentů (22,5 %). Do kategorie 21-30 let patřili 4 respondenti a zbylí dva respondenti patřili do kategorie 31-40 let. Pro statistické účely byly tyto dvě kategorie sloučeny do jedné označené 21 let a více s celkovým počtem 6 respondentů (5,9 %).

Tabulka 6 - Rozdělení respondentů dle délky praxe

Délka praxe	Četnost	Relativní četnost
Do 1 roku	9	8,8 %
2-5 let	38	37,3 %
6-10 let	26	25,5 %
11-20 let	23	22,5 %
21 let a více	6	5,9 %
Celkem	102	100 %

Rodinný stav

Sledovaný soubor byl dále rozdělen dle rodinného stavu (Tabulka 7). Nejvíce byla zastoupena skupina v manželském svazku s celkovým počtem 45 respondentů (44,1 %). Druhou nejčetnější skupinou byli respondenti v dlouhodobém vztahu s 35 respondenty (34,3 %). 18 respondentů (17,6 %) uvedlo odpověď bez partnera a 4 respondenti (3,9 %) rozvedený stav.

Tabulka 7 - Rozdělení respondentů dle rodinného stavu

Rodinný stav	Četnost	Relativní četnost
Bez partnera	18	17,6 %
Ve vztahu	35	34,3 %
Ženatý/vdaná	45	44,1 %
Rozvedený/á	4	3,9 %
Celkem	102	100 %

Typ pracoviště

Na základě odpovědí respondentů bylo určeno 6 kategorií dle typu pracoviště, ve kterém pracují (Tabulka 8). Nejvíce respondentů, celkem 48 (47,1 %) pracuje v samostatné ambulanci. 13 respondentů (12,7 %) pracuje v menší nemocnici okresního typu. Celkem 9 respondentů (8,8 %) vykonává svou profesi ve velké nemocnici. 11 respondentů (10,8 %) uvedlo, že pracuje výhradně jako OSVČ, a to ve formě spolupráce se sportovními kluby, ve své vlastní ambulanci nebo ve formě mobilního fyzioterapeuta. 12 respondentů (11,8 %) kombinuje práci jako OSVČ a práci v ambulanci. Zbýlých 9 respondentů (8,8 %) pracuje v rehabilitačním ústavě nebo v lázních.

Tabulka 8 - Rozdělení respondentů dle typu pracoviště

Typ pracoviště	Četnost	Relativní četnost
OSVČ	11	10,8 %
Samostatná ambulance	48	47,1 %
Malá nemocnice	13	12,7 %
Velká nemocnice	9	8,8 %
OSVČ + ambulance	12	11,8 %
RÚ/lázně	9	8,8 %
Celkem	102	100 %

5.6 Průzkumná analýza dat

Jelikož je dotazník Maslach Burnout Inventory vícedimenzionálním nástrojem, byla provedena kalkulace skóre jednotlivě pro emocionální vyčerpání, depersonalizaci a osobní uspokojení.

Emocionální vyčerpání

Tabulka 9 prezentuje výsledky emocionálního vyčerpání. Průměrné skóre v této dimenzi činilo 25,4 bodů, což naznačuje střední úroveň emocionálního vyčerpání. K této dimenzi se vztahuje 9 otázek z MBI dotazníku, což umožňuje dosáhnout bodového rozsahu od 0 do 54.

Tabulka 9 - Míra emocionálního vyčerpání

Emocionální vyčerpání	
Průměr	25,4
Medián	24,5
Minimum	5,0
Maximum	52,0
Směrodatná odchylka	10,5

Na základě dosaženého skóre byli respondenti klasifikováni dle stupně emocionálního vyčerpání (Tabulka 10). Z tabulky vyplývá, že 43 respondentů (42,2 %) dosáhlo vysokého stupně emocionálního vyčerpání, což naznačuje přítomnost vyhoření v této dimenzi, zatímco u 40 respondentů (39,2 %) se vyskytoval střední stupeň vyhoření a u zbylých 19 respondentů (18,6 %) se vyskytoval nízký stupeň.

Tabulka 10 - Rozdělení respondentů dle stupně emocionálního vyčerpání

Stupeň vyhoření v EE	Četnost	Relativní četnost
Nízký (0-16)	19	18,6 %
Střední (17-26)	40	39,2 %
Vysoký (27 a více) = vyhoření	43	42,2 %
Celkem	102	100 %

Depersonalizace

Tabulka 11 prezentuje výsledky depersonalizace. Tato dimenze obsahuje v MBI dotazníku celkem 5 otázek, a proto může respondent dosáhnout bodového rozsahu od 0 do 30. Průměrné skóre dosáhlo hodnoty 6,95 bodů (nízký stupeň depersonalizace). V souboru se nacházel respondent, který na všechny otázky odpověděl 0 – nikdy. Žádný respondent nedosahoval plného možného skóre (30 bodů).

Tabulka 11 - Míra depersonalizace

Depersonalizace	
Průměr	6,95
Medián	6,0
Minimum	0,0
Maximum	21,0
Směrodatná odchylka	5,3

Na základě skóre byli respondenti klasifikováni dle stupně depersonalizace (Tabulka 12). Z tabulky vyplývá, že 18 respondentů (17,6 %) dosáhlo vysokého stupně depersonalizace, což naznačuje přítomnost vyhoření v této dimenzi, zatímco u 28 respondentů (27,5 %) se vyskytoval střední stupeň vyhoření a u zbylých 56 respondentů (54,9 %) se vyskytoval nízký stupeň.

Tabulka 12 - Rozdělení respondentů dle stupně depersonalizace

Stupeň vyhoření v DP	Četnost	Relativní četnost
Nízký (0-6)	56	54,9 %
Střední (7-12)	28	27,5 %
Vysoký (13 a více) = vyhoření	18	17,6 %
Celkem	102	100 %

Osobní uspokojení

Poslední zkoumanou oblastí byla dimenze osobního uspokojení. V této dimenzi se nachází celkem 8 otázek, což umožňuje dosáhnout skóre v rozsahu od 0 do 48. Z uvedené tabulky (Tabulka 13) vyplývá, že průměrně dosáhli respondenti 35,3 bodů, což signalizuje střední stupeň osobního uspokojení. V souboru se nevyskytoval žádný respondent, který by odpověděl na všechny otázky hodnotou 0 ani 6.

Tabulka 13 - Míra osobního uspokojení

Osobní uspokojení	
Průměr	35,3
Medián	35,5
Minimum	17,0
Maximum	46,0
Směrodatná odchylka	5,7

Na rozdíl od předchozích dvou, znamená v dimenzi osobního uspokojení vyšší skóre nižší stupeň vyhoření. Z následující tabulky (Tabulka 14) je patrné, že 18 respondentů (17,6 %)

vykazovalo vysoký stupeň, tudíž byli v této oblasti zasaženi syndromem vyhoření. 42 respondentů (41,2 %) bylo vyhořením v této oblasti ohroženo (střední stupeň).

Tabulka 14 - Rozdělení respondentů dle stupně osobního uspokojení

Stupeň vyhoření v PA	Četnost	Relativní četnost
Nízký (37 a více)	42	41,2 %
Střední (31-36)	42	41,2 %
Vysoký (0-30) = vyhoření	18	17,6 %
Celkem	102	100 %

Celkové vyhoření

V kontextu všech tří dimenzí, považujeme za vyhořelého takového respondenta, který minimálně v jedné dimenzi dosáhl vysokého stupně. Na základě výsledků z jednotlivých dimenzí bylo posouzeno, zda je respondent vyhořelý. Z tabulky 15 můžeme vidět, že 48 respondentů (47,1 %) vykazovalo určitý stupeň vyhoření a 54 respondentů nikoliv.

Tabulka 15 - Rozdělení respondentů dle celkového vyhoření

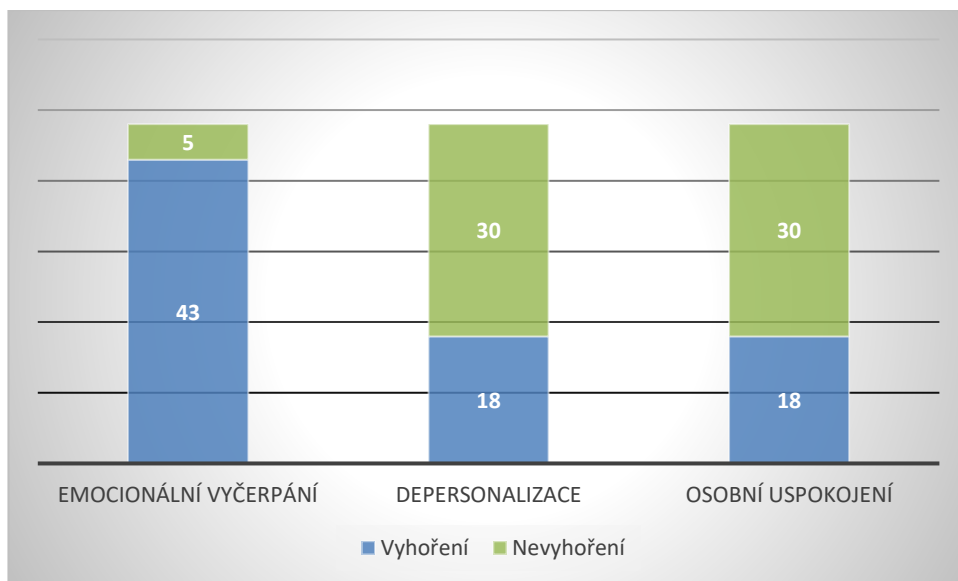
Celkové vyhoření	Četnost	Relativní četnost
Vyhořelý	48	47,1 %
Nevyhořelý	54	52,9 %
Celkem	102	100 %

Následující tabulka (Tabulka 16) poskytuje přehled vyhořelých respondentů, dle stupně vyhoření, kterého dosáhli. Celkem 6 respondentů bylo zasaženo vyhořením ve všech třech dimenzích, 19 respondentů ve dvou a 23 respondentů v jedné ze tří dimenzí.

Tabulka 16 - Rozdělení vyhořelých respondentů dle počtu zasažených dimenzí

Stupeň vyhoření	Četnost	Relativní četnost
Mírný	23	47,9 %
Střední	19	39,6 %
Vysoký	6	12,5 %
Celkem	48	100 %

Na následujícím grafu (Obrázek 1) je zobrazeno, jaké dimenze byly u vyhořelých respondentů zasaženy. U 43 respondentů (89,6 %) bylo potvrzeno zasažení dimenze emocionálního vyčerpání, 18 respondentů (37,5 %) vykazovalo známky vyhoření v dimenzi depersonalizace a stejný počet v dimenzi osobního uspokojení.



Obrázek 1 - Přehled zasazených dimenzí u vyhořelých respondentů

5.7 Testování statistických hypotéz

Na začátku průzkumné části bylo formulováno 7 průzkumných otázek, na které jsou v této kapitole hledány odpovědi. Aplikováním statistických testů byly ověřovány stanovené hypotézy. Jako hladina významnosti byla stanovena $\alpha = 0,05 = 5\%$. V případě, že $p > 0,05$, nulová hypotéza H_0 se nezamítá. V případě, že dosažené $p < 0,05$, nulová hypotéza H_0 se zamítá ve prospěch alternativní hypotézy H_A a test je statisticky významný na zvolené hladině významnosti.

Průzkumná otázka číslo 1

První průzkumná otázka zní: „Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a pohlavím?“. Byly stanoveny následující hypotézy, jejichž testováním byla hledána odpověď na tuto otázku:

H_0 : Výskyt syndromu vyhoření u žen a u mužů je stejný.

H_A : Výskyt syndromu vyhoření u žen a u mužů není stejný, mezi pohlavími je statisticky významný rozdíl.

V rámci hledání odpovědi na první průzkumnou otázku byly vybrány proměnné *Celkové vyhoření* a *Pohlaví*, pro které byla sestavena kontingenční tabulka (Tabulka 17), která zobrazuje vztah mezi oběma proměnnými.

Tabulka 17 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a pohlavím

	Pohlaví	Celkové vyhoření		Řádkové součty
		Vyhořelý	Nevyhořelý	
Četnost	Žena	37	34	71
Řádková četnost		52,11 %	47,89 %	
Četnost	Muž	11	20	31
Řádková četnost		35,48 %	64,52 %	
Četnost	Všechny	48	54	102

Byl proveden Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce. Výsledky provedeného testu vidíme v tabulce číslo 18. Jelikož p -hodnota $> 0,05$, nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítáme. Výskyt syndromu vyhoření u žen a u mužů je stejný, nebyl mezi nimi prokázán statisticky významný rozdíl.

Tabulka 18 - Chí-kvadrát test (1. průzkumná otázka)

	Chí-kvadrát	SV	p
naionův chí-kvadrát	2,395010	df = 1	p = 0,12172
M-V chí-kvadrát	2,424559	df = 1	p = 0,11945

Průzkumná otázka číslo 2

Druhá průzkumná otázka zní: „Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a věkem?“. Byly stanoveny následující hypotézy, jejichž testováním byla hledána odpověď na tuto otázku:

H_0 : Výskyt syndromu vyhoření je ve všech věkových kategoriích stejný.

H_A : Výskyt syndromu vyhoření není ve všech věkových kategoriích stejný, minimálně mezi dvěma kategoriemi existuje statisticky významný rozdíl.

V rámci hledání odpovědi na tuto průzkumnou otázku byly vybrány proměnné *Celkové vyhoření* a *Věková kategorie*, pro které byla opět sestavena kontingenční tabulka (Tabulka 19).

Tabulka 19 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a věkem

	Věková kategorie	Celkové vyhoření		Řádkové součty
		Vyhořelý	Nevyhořelý	
Četnost	18-25	10	10	20
Řádková četnost		50,00 %	50,00 %	
Četnost	26-35	6	14	20
Řádková četnost		30,00 %	70,00 %	
Četnost	36-45	29	27	56
Řádková četnost		51,79 %	48,21 %	
Četnost	46 a více	3	3	6
Řádková četnost		50,00 %	50,00 %	
Četnost	Všechny	48	54	102

Výsledky Chí-kvadrát testu nezávislosti jsou v tabulce číslo 20. Nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ nezamítáme, jelikož p-hodnota $> 0,05$. Výskyt syndromu vyhoření je ve všech věkových kategoriích stejný (neexistuje mezi nimi statisticky významný rozdíl).

Tabulka 20 - Chí-kvadrát test (2.průzkumná otázka)

	Chí-kvadrát	SV	p-hodnota
Pearsonův chí-kvadrát	2,928621	df = 3	p= 0,40276
M-V chí-kvadrát	3,009614	df = 3	p= 0,39015

Průzkumná otázka číslo 3

Třetí průzkumná otázka zní: „Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a délkou fyzioterapeutické praxe?“. Byly stanoveny následující hypotézy:

H_0 : Výskyt syndromu vyhoření nesouvisí s délkou praxe.

H_A : Výskyt syndromu vyhoření souvisí s délkou praxe, minimálně mezi dvěma kategoriemi je statisticky významný rozdíl.

V rámci hledání odpovědi na tuto průzkumnou otázku byla sestavena kontingenční tabulka pro proměnné *Celkové vyhoření* a *Délka praxe* (Tabulka 21).

Tabulka 21 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a délkou praxe

	Délka praxe	Celkové vyhoření		Řádkové součty
		Vyhořelý	Nevyhořelý	
Četnost	Do 1 roku	5	4	9
Řádková četnost		55,56 %	44,44 %	
Četnost	2-5 let	20	18	38
Řádková četnost		52,63 %	47,37 %	
Četnost	6-10 let	12	14	26
Řádková četnost		46,15 %	53,85 %	
Četnost	11-20 let	8	15	23
Řádková četnost		34,78 %	65,22 %	
Četnost	21 let a více	3	3	6
Řádková četnost		50,00 %	50,00 %	
Četnost	Všechny	48	54	102

Výsledky Chí-kvadrát testu jsou zobrazeny v tabulce číslo 22. Jelikož p-hodnota > 0,05, nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítáme. Výskyt syndromu vyhoření nesouvisí s délkou praxe.

Tabulka 22 - Chí-kvadrát test (3. průzkumná otázka)

	Chí-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kvadrát	2,155171	df = 4	p = 0,70724
M-V chí-kvadrát	2,182113	df = 4	p = 0,70231

Průzkumná otázka číslo 4

Čtvrtá průzkumná otázka zní: „Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a stupněm vzdělání?“. Byly stanoveny následující hypotézy:

H_0 : Výskyt syndromu vyhoření nesouvisí s dosaženým vzděláním.

H_A : Výskyt syndromu vyhoření souvisí s dosaženým vzděláním, minimálně mezi dvěma skupinami je statisticky významný rozdíl.

V rámci hledání odpovědi na tuto průzkumnou otázku byla využita proměnná *Celkové vyhoření* a proměnná *Stupeň vzdělání*, pro které byla sestavena kontingenční tabulka (Tabulka 23).

Tabulka 23 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a stupněm vzdělání

	Stupeň vzdělání	Vyhořelost		Řádkové součty
		Vyhořelý	Nevyhořelý	
Četnost	Mgr./Ing.	17	33	50
Řádková četnost		34,00 %	66,00 %	
Četnost	Bc.	28	17	45
Řádková četnost		62,22 %	37,78 %	
Četnost	SŠ/VOŠ	3	4	7
Řádková četnost		42,86 %	57,14 %	
Četnost	Všechny	48	54	102

Výsledky Chí-kvadrát testu jsou zobrazeny v tabulce číslo 24. Jelikož p-hodnota $< 0,05$, nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy. Výskyt syndromu vyhoření souvisí s dosaženým vzděláním (existuje statisticky významný vztah mezi stupněm vzdělání a výskytem syndromu vyhoření). Z tabulky číslo 23 je patrné, že respondenti s titulem Mgr. nebo Ing. jsou z 2/3 nevyhořelí. Naopak respondenti s bakalářským vzděláním jsou z 2/3 vyhořelí.

Tabulka 24 - Chí-kvadrát test (4. průzkumná otázka)

	Chí-kvadrát	SV	p-hodnota
Pearsonův chí-kvadrát	7,625190	df = 2	p = 0,02209
M-V chí-kvadrát	7,717701	df = 2	p = 0,02109

Průzkumná otázka číslo 5

Pátá průzkumná otázka zní: „Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a typem pracoviště?“. Byly stanoveny následující hypotézy:

H_0 : Výskyt syndromu vyhoření nesouvisí s typem pracoviště.

H_A : Výskyt syndromu vyhoření souvisí s typem pracoviště, mezi jednotlivými skupinami je statisticky významný rozdíl.

V rámci hledání odpovědi na tuto průzkumnou otázku byla využita proměnná *Celkové vyhoření* a proměnná *Typ pracoviště*, pro které byla sestavena kontingenční tabulka (Tabulka 25).

Tabulka 25 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a typem pracoviště

	Typ pracoviště	Vyhoření		Řádkové součty
		Vyhořelý	Nevyhořelý	
Četnost	Ambulance	27	21	48
Řádková četnost		56,25 %	43,75 %	
Četnost	Velká nemocnice	4	5	9
Řádková četnost		44,44 %	55,56 %	
Četnost	Malá nemocnice	5	8	13
Řádková četnost		38,46 %	61,54 %	
Četnost	OSVČ	2	9	11
Řádková četnost		18,18 %	81,82 %	
Četnost	RÚ/lázně	7	2	9
Řádková četnost		77,78 %	22,22 %	
Četnost	Kombinace	3	9	12
Řádková četnost		25,00 %	75,00 %	
Četnost	Všechny	48	54	102

Výsledky Chí-kvadrát testu jsou uvedeny v tabulce číslo 25. Jelikož p-hodnota $< 0,05$, nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy. Výskyt syndromu vyhoření souvisí s typem pracoviště (existuje statisticky významný vztah mezi typem pracoviště a výskytem syndromu vyhoření). Z tabulky číslo 25

vyplývá, že respondenti pracující v RÚ či v lázních jsou téměř ze 78 % vyhořelí. Naopak u respondentů pracujících jako OSVČ nebo v kombinaci OSVČ s prací v ambulanci můžeme vidět vysoké zastoupení nevyhořelých, a to 82 % v případě OSVČ a 75 % v případě kombinace. Větší zastoupení nevyhořelých je také u respondentů pracujících v malé nemocnici. U pracujících v ambulanci a ve velké nemocnici nejsou značné rozdíly mezi vyhořelostí.

Tabulka 26 - Chí-kvadrát (5. průzkumná otázka)

	Chí-kvadrát	SV	p-hodnota
Pearsonův chí-kvadrát	11,47250	df = 5	p = 0,04278
M-V chí-kvadrát	12,10835	df = 5	p = 0,03333

Průzkumná otázka číslo 6

Jako šestá byla stanovena průzkumná otázka: „Existuje závislost mezi výskytem syndromu vyhoření a rodinným stavem?“. Testováním statistických hypotéz byla hledána odpověď na tuto otázku. Byly stanoveny následující hypotézy:

H₀: Výskyt syndromu vyhoření nesouvisí s rodinným stavem.

H_A: Výskyt syndromu vyhoření souvisí s rodinným stavem.

V rámci hledání odpovědi na tuto průzkumnou otázku byla použita proměnná *Celkové vyhoření* a proměnná *Rodinný stav*. Ze získaných dat byla sestavena kontingenční tabulka (Tabulka 27).

Tabulka 27 - Kontingenční tabulka pro vztah mezi celkovým vyhořením a rodinným stavem

	Rodinný stav	Vyhořelost		Řádkové součty
		Vyhořelý	Nevyhořelý	
Četnost	Ve vztahu	17	18	35
Řádkové četnosti		48,57 %	51,43 %	
Četnost	Ženatý/vdaná	19	26	45
Řádkové četnosti		42,22 %	57,78 %	
Četnost	Svobodný/á	11	7	18
Řádkové četnosti		61,11 %	38,89 %	
Četnost	Rozvedený/á	1	3	4
Řádkové četnosti		25,00 %	75,00 %	
Četnost	Všechny	48	54	102

Jelikož jsou obě proměnné kategoriálního typu, byl pro ověření hypotézy opět použit Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce. Výsledky provedeného testu jsou v tabulce číslo 28. Jelikož p -hodnota $> 0,05$, nulovou hypotézu na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ nezamítáme. Výskyt syndromu vyhoření nesouvisí s rodinným stavem.

Tabulka 28 - Chí-kvadrát test (6. průzkumná otázka)

	Chí-kvadrát	SV	p-hodnota
Pearsonův chí-kvadrát	2,662621	df = 3	p = 0,44662
M-V chí-kvadrát	2,711603	df = 3	p = 0,43826

Průzkumná otázka číslo 7

Jako sedmá byla stanovena průzkumná otázka: „Mají vybrané faktory vliv na míru vyhoření v jednotlivých dimenzích?“.

H_0 : Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích a vybranými faktory.

H_A : Existuje statisticky významný vztah mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích a vybranými faktory.

Vliv pohlaví na jednotlivé dimenze

Pro ověření, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře vyhoření v jednotlivých dimenzích mezi pohlavími byl využit Mann-Whitneyův neparametrický test. Pro neparametrické testy v jednotlivých dimenzích vyšly hodnoty p vyšší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Nulové hypotézy tedy nezamítáme. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v dimenzi emocionálního vyčerpání, depersonalizace ani osobního uspokojení. Výsledky neparametrických testů pro jednotlivé dimenze jsou uvedeny v tabulce číslo 29.

Tabulka 29 - Mann-Whitneyův test pro pohlaví a jednotlivé dimenze

	p-hodnota
Pohlaví x emocionální vyčerpání	0,112 (H_0 nezamítáme)
Pohlaví x depersonalizace	0,774 (H_0 nezamítáme)
Pohlaví x osobní uspokojení	0,112 (H_0 nezamítáme)

Vliv věku na jednotlivé dimenze vyhoření

V rámci sedmé průzkumné otázky bylo dále ověřováno, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře vyhoření v jednotlivých dimenzích mezi jednotlivými věkovými kategoriemi. Pro tyto případy byl využit neparametrický Kruskal-Wallisův test. Shrnuté výsledky Kruskal-Wallisova testu pro jednotlivé dimenze jsou uvedeny v tabulce číslo 30. V dimenzi emocionálního vyčerpání a depersonalizace vyšla hodnota p vyšší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Nulovou hypotézu proto nezamítáme. Nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi mírou emocionálního vyčerpání a věkem. V dimenzi osobního uspokojení vyšla hodnota p nižší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Na základě vícenásobného porovnání hodnot byla mezi kategorií 18-25 let a kategorií 36-45 let zjištěna hodnota $p = 0,0299$ (Tabulka 31). Mezi těmito skupinami tak byl prokázán statisticky významný rozdíl v míře osobního uspokojení. Respondenti ve věku 18-25 let dosahují nižších hodnot osobního uspokojení než respondenti ve věku 36-45 let.

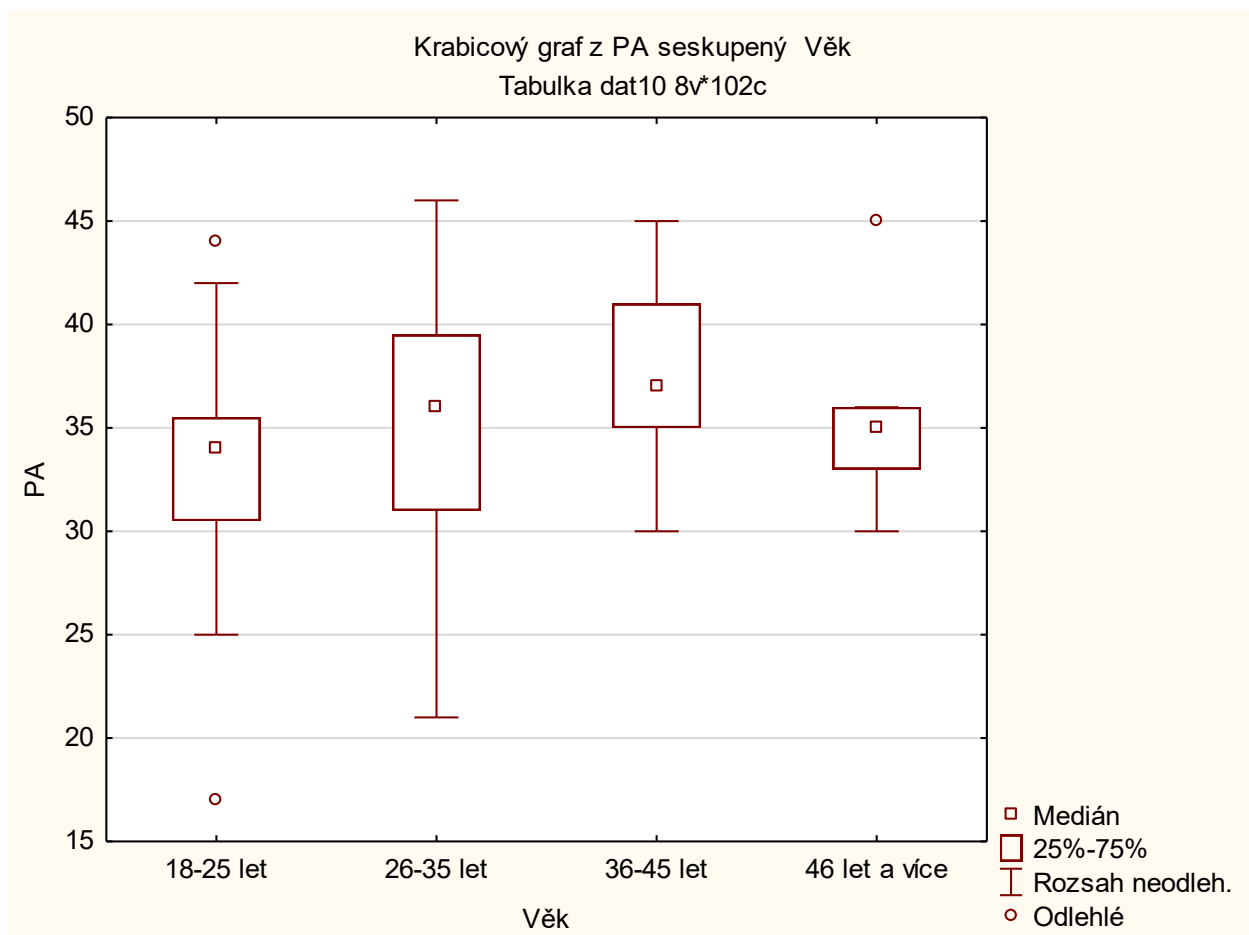
Tabulka 30 - Kruskal-Wallisův test pro věk a jednotlivé dimenze

	p-hodnota
Věk x emocionální vyčerpání	0,2551 (H_0 nezamítáme)
Věk x depersonalizace	0,0853 (H_0 nezamítáme)
Věk x osobní uspokojení	0,0473 (H_0 zamítáme)

Tabulka 31 - Vztah mezi věkem a osobním uspokojením

	18-25 let R:38,625	26-35 let R:51,500	36-45 let R:64,900	46 let a více R:49,750
18-25 let		0,569037	0,029900	1,000000
26-35 let	0,569037		0,492719	1,000000
36-45 let	0,029900	0,492719		1,000000
46 let a více	1,000000	1,000000	1,000000	

Detailní pohled poskytuje krabicový graf (Obrázek 2). Odlehlé body, které se v grafu nachází byly přezkoumány. Nedošlo k jejich odstranění, mohou být způsobeny nedostatečným souborem respondentů. 75 % respondentů ve věku 18-25 let dosáhlo maximálně 35 bodů. Minimální počet bodů, kterého bylo v této kategorii dosaženo je 25. V kategorii respondentů ve věku 36-45 let dosáhlo pouhých 25 % maximálně 35 bodů a minimum bodů, kterého bylo dosaženo je vyšší oproti nejmladší skupině, a to 30 bodů. Rovněž nejvyšší dosažené skóre je u této skupiny vyšší oproti nejmladší skupině. Respondenti ve věku 18-25 let dosahují nižších hodnot osobního uspokojení než respondenti ve věku 36-45 let.



Obrázek 2 - Krabicový graf osobního uspokojení dle věku

Vliv dosaženého vzdělání na jednotlivé dimenze

V rámci sedmé průzkumné otázky bylo dále ověřováno, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích a dosaženým stupněm vzdělání. Pro tyto případy byl opět využit neparametrický Kruskal-Wallisův test. Výsledky Kruskal-Wallisova testu pro jednotlivé dimenze jsou uvedeny v tabulce číslo 32.

Tabulka 32 - Kruskal-Wallisův test pro vzdělání a jednotlivé dimenze

	p-hodnota
Vzdělání x emocionální vyčerpání	0,0206 (H_0 zamítáme)
Vzdělání x depersonalizace	0,0044 (H_0 zamítáme)
Vzdělání x osobní uspokojení	0,1569 (H_0 nezamítáme)

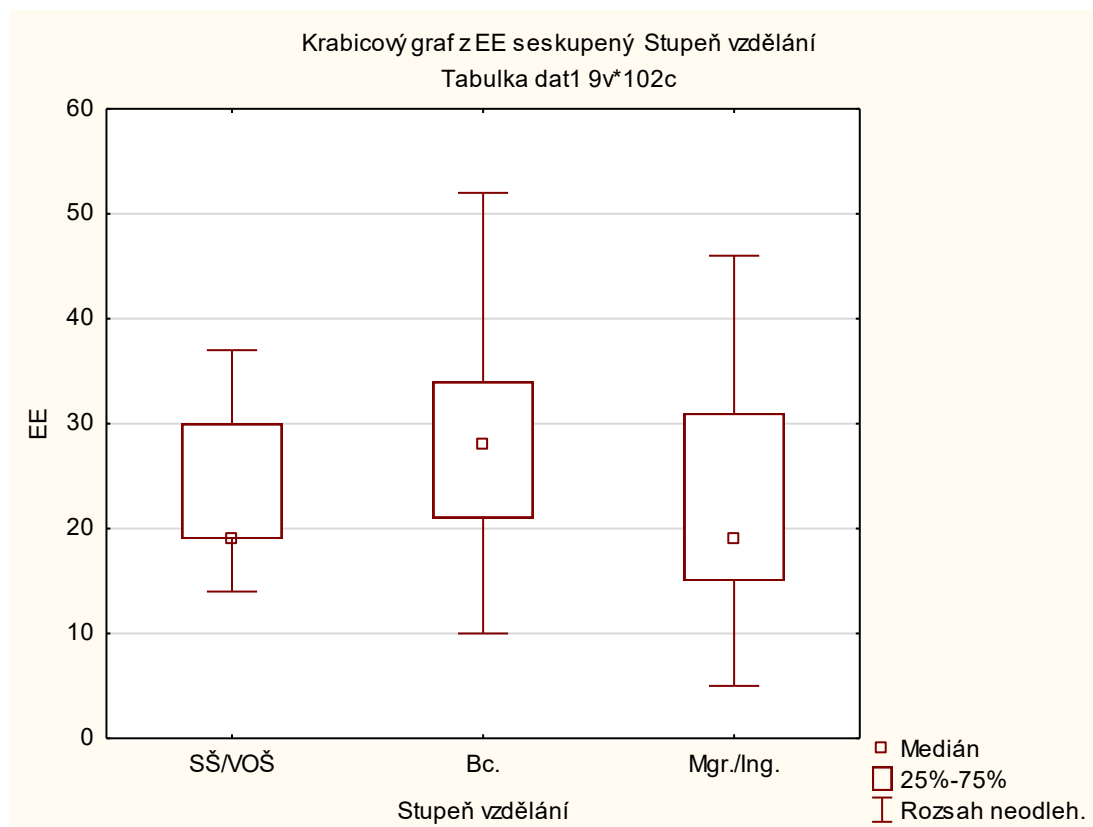
V dimenzi osobního uspokojení vyšla hodnota p vyšší než 0,05. Nezamítáme proto nulovou hypotézu. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi mírou osobního uspokojení a dosaženým stupněm vzdělání.

V dimenzi emocionálního vyčerpání a depersonalizace vyšla hodnota p nižší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Na základě vícenásobného porovnání hodnot byla v rámci emocionálního vyčerpání mezi respondenty s bakalářským vzděláním a respondenty s magisterským či inženýrským vzděláním zjištěna hodnota $p = 0,0197$ (Tabulka 33). Tím pádem se mezi nimi potvrdil statisticky významný rozdíl. Respondenti s bakalářským vzděláním dosahují vyšší míry emocionálního vyčerpání než respondenti s vyšším vzděláním.

Tabulka 33: Vztah mezi stupněm vzdělání a emocionálním vyčerpáním

	SŠ/VOŠ R:45,000	Bc. R:60,678	Mgr./Ing. R:44,150
SŠ/VOŠ		0,576601	1,000000
Bc.	0,576601		0,019679
Mgr./Ing.	1,000000	0,019679	

Detailní pohled poskytuje krabicový graf (Obrázek 3). Respondenti s bakalářským vzděláním dosahují vyššího minima i maxima v dimenzi emocionálního vyčerpání a vykazují vyšší mediánovou hodnotu. Zároveň téměř 75 % respondentů s bakalářským vzděláním dosahovalo hodnot emocionálního vyčerpání vyšších než 20, na rozdíl od respondentů s magisterským či inženýrským vzděláním, u nichž téměř 50 % respondentů vykazovalo hodnoty menší než 20.



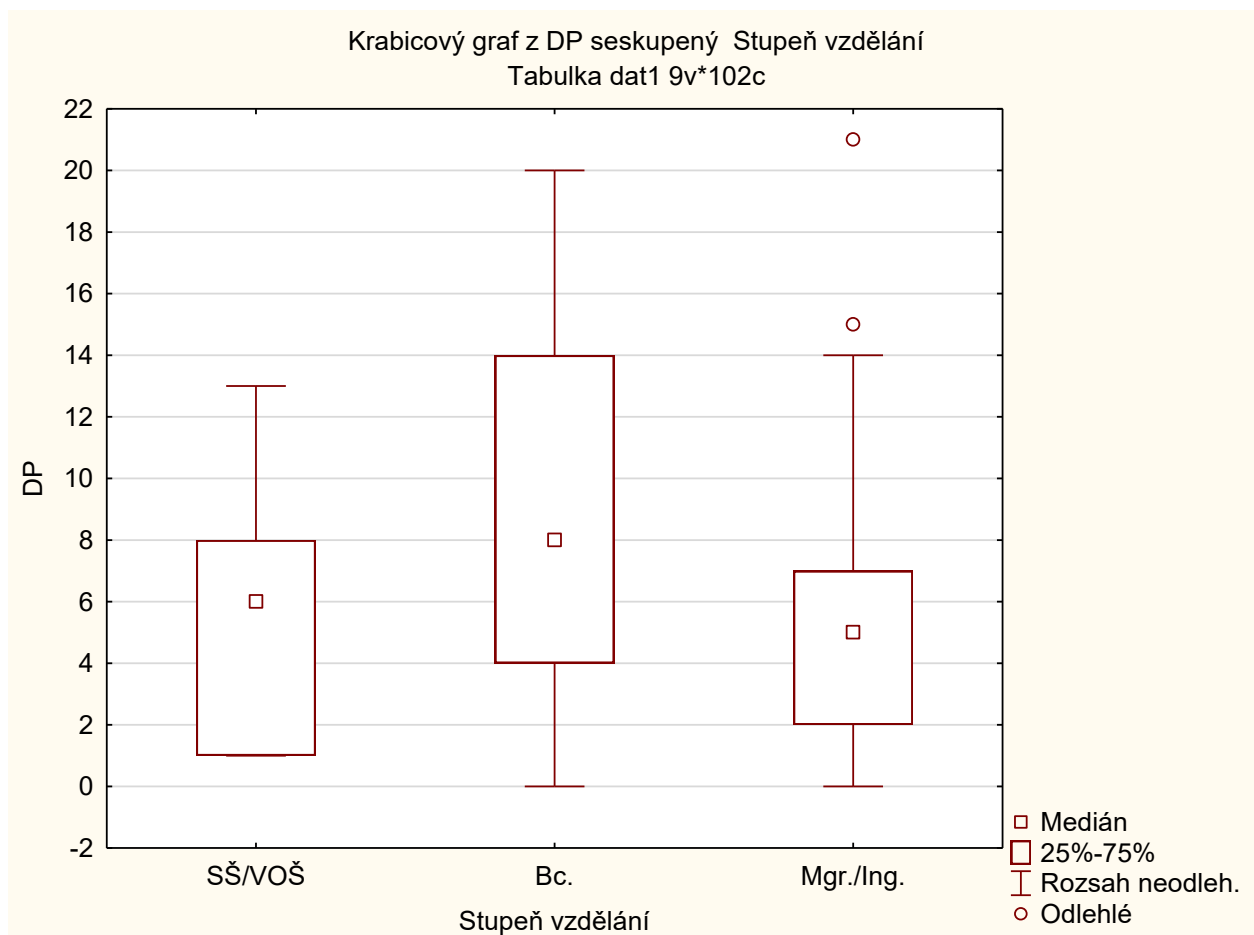
Obrázek 3 - Krabicový graf emocionálního vyčerpání dle stupně vzdělání

V dimenzi depersonalizace byla na základě vícenásobného porovnání mezi respondenty s bakalářským vzděláním a respondenty s magisterským či inženýrským vzděláním zjištěna hodnota $p = 0,0034$ (Tabulka 34), tudíž mezi nimi existuje statisticky významný rozdíl. Respondenti s bakalářským vzděláním dosahují vyšší míry depersonalizace než respondenti s magisterským či inženýrským vzděláním.

Tabulka 34 - Vztah mezi stupněm vzdělání a depersonalizací

	SŠ/VOŠ R:46,429	Bc. R:62,289	Mgr./Ing. R:42,500
SŠ/VOŠ		0,561225	1,000000
Bc.	0,561225		0,003404
Mgr./Ing.	1,000000	0,003404	

Detailní pohled poskytuje krabicový graf (Obrázek 4). Odlehlé body, které se v grafu nachází byly přezkoumány. Nedošlo k jejich odstranění, mohou být způsobeny nedostatečným souborem respondentů. Respondenti s bakalářským vzděláním dosahují vyššího maxima v dimenzi depersonalizace a vykazují vyšší mediánovou hodnotu. 50 % respondentů s bakalářským vzděláním dosahovalo hodnot depersonalizace vyšších než 8, na rozdíl od respondentů s magisterským či inženýrským vzděláním, u nichž více než 75 % respondentů vykazovalo hodnoty menší než 8.



Obrázek 4 - Krabicový graf depersonalizace dle stupně vzdělání

Vliv délky praxe na jednotlivé dimenze

Využitím Kruskal-Wallisova testu bylo dále ověřováno, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře vyhoření v jednotlivých dimenzích mezi jednotlivými skupinami dle délky praxe. Pro jednotlivé neparametrické testy vyšly hodnoty p vyšší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$ (Tabulka 35). Nulové hypotézy tedy nezamítáme. Nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v míře EE, DP ani PA mezi jednotlivými skupinami dle délky praxe.

Tabulka 35 - Kruskal-Wallisův test pro délku praxe a jednotlivé dimenze

	p-hodnota
Délka praxe x emocionální vyčerpání	0,5755 (H_0 nezamítáme)
Délka praxe x depersonalizace	0,0859 (H_0 nezamítáme)
Délka praxe x osobní uspokojení	0,1130 (H_0 nezamítáme)

Vliv typu pracoviště na jednotlivé dimenze

Využitím Kruskal-Wallisova testu bylo u sedmé průzkumné otázky ověřováno, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích a typem pracoviště. Výsledky Kruskal-Wallisova testu pro jednotlivé dimenze jsou uvedeny v tabulce číslo 36.

Tabulka 36 - Kruskal-Wallisův test pro typ pracoviště a jednotlivé dimenze

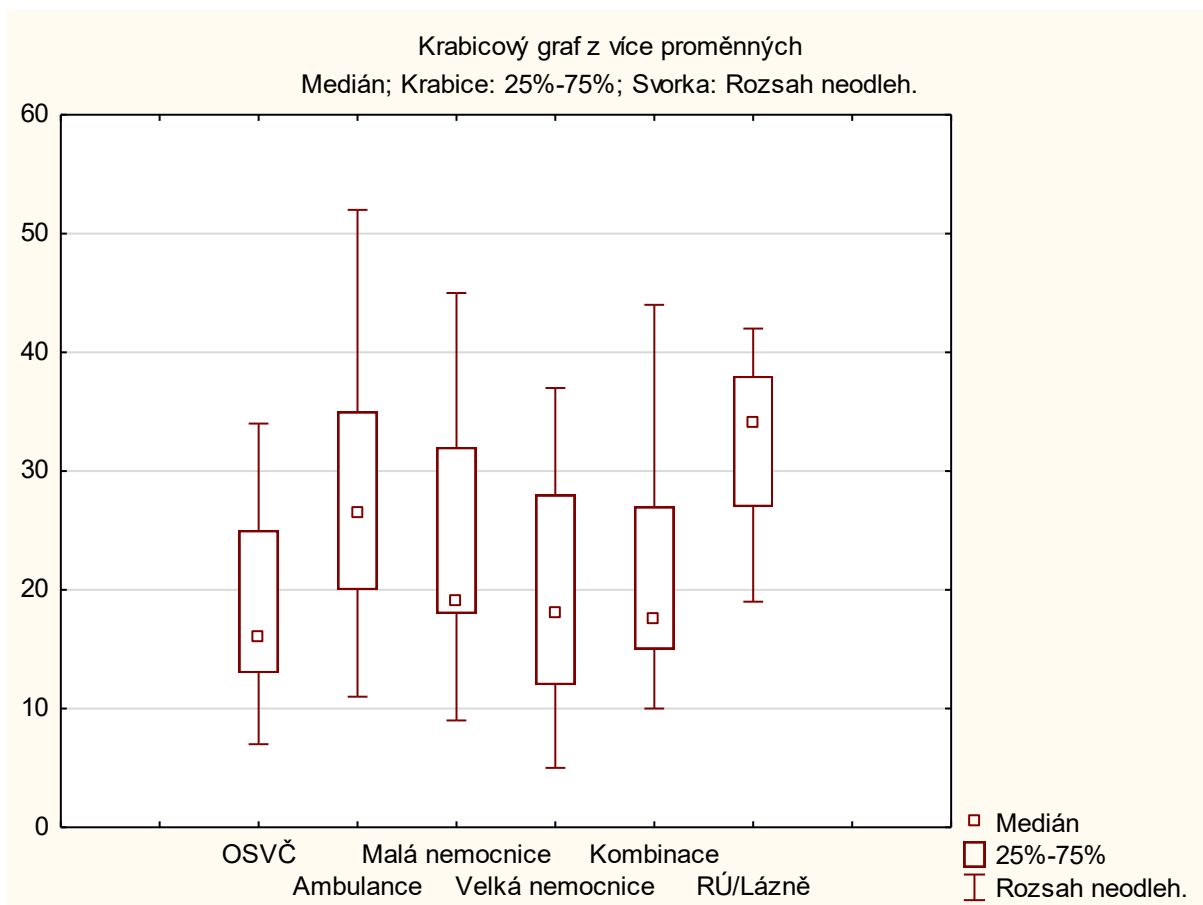
	p-hodnota
Typ pracoviště x emocionální vyčerpání	0,0027 (H₀ zamítáme)
Typ pracoviště x depersonalizace	0,0698 (H ₀ nezamítáme)
Typ pracoviště x osobní uspokojení	0,0110 (H₀ zamítáme)

V dimenzi depersonalizace vyšla hodnota p vyšší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Nulovou hypotézu tak nezamítáme. Neexistuje statisticky významný rozdíl mezi mírou depersonalizace u jednotlivých typů pracovišť. V dimenzi emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení vyšla hodnota p nižší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Na základě vícenásobného porovnání hodnot byla v rámci emocionálního vyčerpání mezi skupinou OSVČ a skupinou RÚ/lázně zjištěna hodnota p = 0,0327 (Tabulka 37). Mezi těmito skupinami byl prokázán statisticky významný rozdíl v míře emocionálního vyčerpání.

Tabulka 37 - Vztah mezi typem pracoviště a emocionálním vyčerpáním

	OSVČ R:32,364	Ambulance R:59,490	Malá nem. R:46,077	Velká nem. R:37,500	Kombinace R:37,250	RÚ/Lázně R:73,111
OSVČ		0,091458	1,000000	1,000000	1,000000	0,032770
Ambulance	0,091458		1,000000	0,611431	0,298036	1,000000
Malá nemocnice	1,000000	1,000000		1,000000	1,000000	0,526749
Velká nemocnice	1,000000	0,611431	1,000000		1,000000	0,160164
Kombinace	1,000000	0,298036	1,000000	1,000000		0,089799
RÚ/Lázně	0,032770	1,000000	0,526749	0,160164	0,089799	

Detailní pohled poskytuje krabicový graf (Obrázek 5). Respondenti pracující jako osoby samostatně výdělečně činné dosahují nižších hodnot emocionálního vyčerpání než respondenti pracující v RÚ ústavu či v lázních. Téměř 50 % pracovníků z RÚ a lázní vykazuje vyšší hodnoty emocionálního vyčerpání, než je maximální hodnota, které bylo dosaženo u OSVČ.



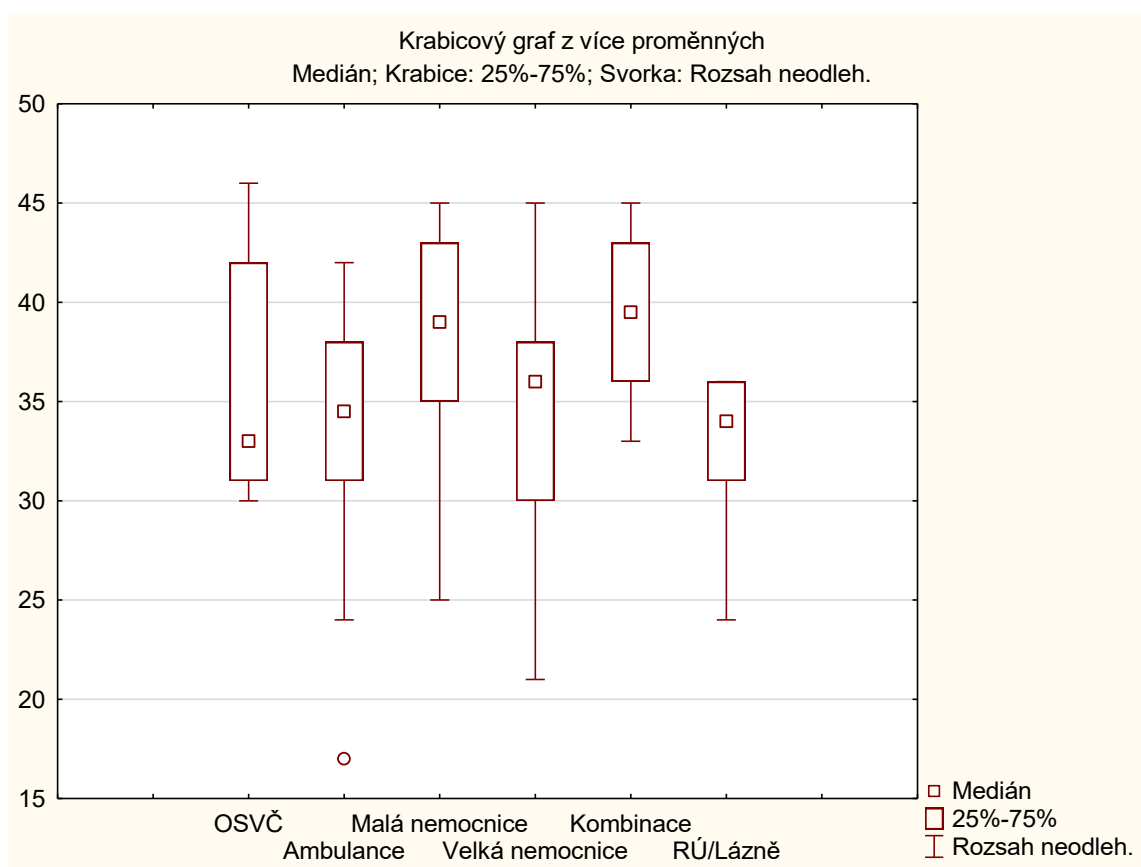
Obrázek 5 - Krabicový graf emocionálního vyčerpání dle typu pracoviště

V rámci osobního uspokojení byla zjištěna hodnota $p = 0,038$ (Tabulka 38) mezi skupinou respondentů pracujících v ambulanci a skupinou, která kombinuje práci OSVČ s prací v ambulanci. Mezi těmito skupinami byl prokázán statisticky významný rozdíl v míře osobního uspokojení. Kombinující pracovníci vykazují vyšší míru osobního uspokojení než jejich kolegové pracující v ambulanci.

Tabulka 38 - Vztah mezi typem pracoviště a osobním uspokojením

	OSVČ R:54,636	Ambulance R:44,510	Malá nem. R:66,500	Velká nem. R:48,167	Kombinace R:73,333	RÚ/Lázně R:37,500
OSVČ		1,000000	1,000000	1,000000	1,000000	1,000000
Ambulance	1,000000		0,261861	1,000000	0,038144	1,000000
Malá nemocnice	1,000000	0,261861		1,000000	1,000000	0,357110
Velká nemocnice	1,000000	1,000000	1,000000		0,806231	1,000000
Kombinace	1,000000	0,038144	1,000000	0,806231		0,090384
RÚ/Lázně	1,000000	1,000000	0,357110	1,000000	0,090384	

Detailní pohled na jednotlivé skupiny přináší krabicový graf (Obrázek 6). Odlehlý bod, který se v grafu nachází byl přezkoumán a nedošlo k jeho vyřazení. K jeho výskytu mohlo dojít z nedostatečného počtu respondentů. Na základě krabicového grafu můžeme říct, že respondenti pracující v ambulanci vykazují větší variabilitu dat a zároveň nižší mediánovou hodnotu než jejich kolegové, kteří kombinují práci v ambulanci s prací jako OSVČ. Více než 25 % kombinujících pracovníků vykazuje dokonce vyšší hodnoty osobního uspokojení, než byla maximální hodnota osobního uspokojení, které bylo dosaženo u ambulantních pracovníků.



Obrázek 6 - Krabicový graf osobního uspokojení dle typu pracoviště

Vliv rodinného stavu na jednotlivé dimenze

Využitím Kruskal-Wallisova testu bylo dále ověřováno, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře vyhoření v jednotlivých dimenzích mezi jednotlivými skupinami dle rodinného stavu.

Výsledky Kruskal-Wallisova testu pro jednotlivé dimenze jsou uvedeny v tabulce číslo 39. Pro jednotlivé neparametrické testy vyšly hodnoty p vyšší než stanovená hladina významnosti

$\alpha = 0,05$. Nebyl tedy prokázán statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami dle délky praxe v dimenzi emocionálního vyčerpání, depersonalizace ani osobního uspokojení.

Tabulka 39 - Kruskal-Wallisův test pro rodinný stav a jednotlivé dimenze

	p-hodnota
Rodinný stav x emocionální vyčerpání	0,1732 (H_0 nezamítáme)
Rodinný stav x depersonalizace	0,1225 (H_0 nezamítáme)
Rodinný stav x osobní uspokojení	0,2529 (H_0 nezamítáme)

5.8 Souhrn výsledků

Do průzkumu bylo zařazeno celkem 102 fyzioterapeutů z České republiky, kteří vyplnili v období od ledna do února 2024 elektronický dotazník, který byl rozšířen přes profesní skupiny na sociálních sítích.

Sledovaný soubor byl tvořen 71 (69,6 %) ženami a 31 (30,4 %) muži. Nejvíce respondentů počtem 56 (54,9 %) reprezentovalo věkovou kategorii 26-35 let, nejméně zastoupenou byla kategorie 46 let a více celkovým počtem 6 (5,9 %) respondentů. 50 respondentů (49 %) má magisterské či inženýrské vzdělání, 45 respondentů (44,1 %) bakalářské vzdělání a pouze 7 respondentů (6,9 %) má vyšší odborné či středoškolské vzdělání. Nejvíce respondentů vykonává fyzioterapeutickou profesi od 2 do 5 let, a to celkem 38 (37,3 %). Většina dotázaných je v manželském svazku (45 respondentů – 44,1 %) nebo ve vztahu (35 respondentů – 34,3 %). Celkem 48 (47,1 %) respondentů uvedlo, že pracuje v ambulantním zařízení. Zbylé kategorie dle typu pracoviště byly zastoupeny rovnoměrně 9 až 13 respondenty.

Maslach Burnout Inventory

Při vyhodnocení dotazníku MBI bylo zjištěno, že celkem 48 respondentů (47,1 %) bylo vyhořelých a 54 respondentů (52,9 %) nevyhořelých. V dimenzi emocionálního vyčerpání bylo průměrně dosaženo hodnoty 25,4, což odpovídá střednímu stupni vyhoření. V této dimenzi bylo vyhořelých celkem 43 respondentů (89,6 %). V dimenzi depersonalizace bylo dosaženo průměrné hodnoty 6,95, která odpovídá nízkému stupni, avšak velmi se blíží střednímu stupni, který začíná při skóre 7. V dimenzi osobního uspokojení byla průměrná hodnota 35,3, která odpovídá střednímu stupni vyhoření. V dimenzi depersonalizace a osobního uspokojení bylo vyhořelých celkem 18 respondentů (37,5 %). Celkem 6 respondentů (12,5 %) z celkových 48 bylo zasaženo vyhořením ve všech třech dimenzích.

Průzkumná otázka číslo 1 – „Existuje závislost mezi výskytem vyhoření a pohlavím?“

V rámci první průzkumné otázky byl proveden Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce. Na základě jeho výsledků (p -hodnota $> 0,05$) nebyla zamítnuta nulová hypotéza. Mezi pohlavím a výskytem vyhořením **neexistuje** statisticky významný vztah.

Průzkumná otázka číslo 2 – „Existuje závislost mezi výskytem vyhoření a věkem?“

Na základě výsledku Chí-kvadrát testu nezávislosti nebyla zamítnuta nulová hypotéza pro druhou průzkumnou otázku (p -hodnota $> 0,05$). Mezi věkem a výskytem vyhořením **neexistuje** statisticky významný vztah.

Průzkumná otázka číslo 3 – „Existuje závislost mezi výskytem vyhoření a délkou fyzioterapeutické praxe?“

Pro odpověď na třetí průzkumnou otázku byl opět proveden Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce. Na základě získaných výsledků (p -hodnota $> 0,05$) nebyla zamítnuta nulová hypotéza. Mezi délkou fyzioterapeutické praxe a výskytem vyhořením **neexistuje** statisticky významný vztah.

Průzkumná otázka číslo 4 – „Existuje závislost mezi výskytem vyhoření a stupněm vzdělání?“

Na základě výsledků Chí-kvadrát testu nezávislosti (p -hodnota $< 0,05$) byla zamítnuta nulová hypotéza ve prospěch alternativní hypotézy pro čtvrtou průzkumnou otázku. Mezi stupněm vzdělání a výskytem vyhoření **existuje** statisticky významný vztah.

Průzkumná otázka číslo 5 – „Existuje závislost mezi výskytem vyhoření a typem pracoviště?“

Na základě výsledku Chí-kvadrát testu nezávislosti (p -hodnota $< 0,05$) byla zamítnuta nulová hypotéza ve prospěch alternativní hypotézy u páté průzkumné otázky. Mezi typem pracoviště a výskytem vyhoření **existuje** statisticky významný vztah.

Průzkumná otázka číslo 6 – „Existuje závislost mezi výskytem vyhoření a rodinným stavem?“

Pro odpověď na šestou průzkumnou otázku byl opět proveden Chí-kvadrát test nezávislosti. Na základě získaných výsledků (p -hodnota $> 0,05$) nebyla zamítnuta nulová hypotéza. Mezi rodinným stavem a výskytem vyhořením **neexistuje** statisticky významný vztah.

Průzkumná otázka číslo 7 – „Mají vybrané faktory vliv na míru vyhoření v jednotlivých dimenzích?“

V rámci sledování souvislosti mezi pohlavím a mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích byl použit Mann-Whitneyův test. V rámci sledování souvislosti mezi zbylými faktory (věkem, délkou praxe, stupněm vzdělání, typem pracoviště a rodinným stavem) a mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích byl použit Kruskal-Wallisův test. Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že neexistuje statisticky významný vztah (tj. nebyla zamítnuta nulová hypotéza) v následujících případech:

Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou emocionálního vyčerpání a pohlavím, věkem, délkou praxe a rodinným stavem.

Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou depersonalizace a pohlavím, věkem, délkou praxe, typem pracoviště a rodinným stavem.

Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou osobního uspokojení a pohlavím, věkem, délkou praxe, typem pracoviště a rodinným stavem.

Dále lze konstatovat, že existuje statisticky významný vztah (tj. nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy) v následujících případech:

Existuje statisticky významný vztah mezi mírou emocionálního vyčerpání a dosaženým vzděláním a typem pracoviště.

Existuje statisticky významný vztah mezi mírou depersonalizace a dosaženým vzděláním.

Existuje statisticky významný vztah mezi mírou osobního uspokojení a věkem a typem pracoviště.

6 DISKUZE

Problematika syndromu vyhoření představuje významný a často diskutovaný aspekt v rámci společnosti, a to zejména v kontextu pomáhajících profesí, mezi něž nepochybně spadá i profese fyzioterapeuta.

Syndrom vyhoření je obecně chápán jako reakce na dlouhodobý stres, a ne zřídka hraje ve vzniku vyhoření velkou roli osobní vnímání jedince, který považuje svou práci za příliš náročnou a stresující. Tento aspekt hraje klíčovou roli v procesu vyhoření a často představuje jeden z hlavních faktorů vedoucích k jeho vzniku. Syndrom vyhoření se projevuje ve třech dimenzích, a to v dimenzi emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat výskyt syndromu vyhoření u vybraného souboru fyzioterapeutů z České republiky a zjistit, zda existuje souvislost mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích tohoto syndromu a vybranými faktory.

Dotazníkové šetření probíhalo v období od ledna do února 2024 a byli do něho zapojeni fyzioterapeuti z celé České republiky. Nástrojem pro sběr dat byl standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory, který byl rozšířen o vlastní otázky týkající se vybraných faktorů (pohlaví, věk, stupeň vzdělání, délka praxe, typ pracoviště a rodinný stav).

Teoretická část diplomové práce se věnuje poznatkům o syndromu vyhoření, ale také o stresu a psychické zátěži, které mohou být při dlouhodobém působení na jedince příčinou vyhoření.

Průzkumná část diplomové práce se zabývá metodikou, popisem sledovaného souboru, vyhodnocením získaných dat a samotnými výsledky.

Celkové vyhoření u fyzioterapeutů

Celkem 102 respondentů bylo zařazeno do průzkumu a 48 z nich (47,1 %) bylo zasaženo syndromem vyhoření. 23 respondentů (22,5 %) vykazovalo mírný stupeň, 19 respondentů (18,6 %) střední stupeň a 6 respondentů (5,9 %) vysoký stupeň vyhoření, což znamená zasažení všech tří dimenzí. Mé výsledky se blíží výsledkům, kterých dosáhla Molišová (2015) ve své práci, ve které se věnovala rovněž syndromu vyhoření u fyzioterapeutů. V její práci byl syndrom vyhoření přítomen u 54 % respondentů. Celkem 37,3 % respondentů vykazovalo mírný stupeň, 11 % střední stupeň a 5,9 % vysoký stupeň vyhoření.

Mé výsledky se shodují také se studií, kterou provedl Corrado et al. (2018) u italských fyzioterapeutů. Určitý stupeň vyhoření byl ve zmíněné studii prokázán u 45,8 % dotázaných.

Další studie používající stejný nástroj k hodnocení vyhoření (MBI dotazník), se kterými jsem mé výsledky porovnávala, udávají nižší míru vyhoření. Například Baudry et al. (2020) prokázal syndrom vyhoření u 25 % respondentů, Pavlakis et al. (2010) u 21,1 % respondentů a Bruschini et al. (2018) prokázal syndrom vyhoření u pouhých 14 % respondentů. Ve srovnání s těmito studiemi obsazují fyzioterapeuti z České republiky přední příčky ve výskytu syndromu vyhoření, což by mělo být alarmující pro všechny poskytovatele zdravotních služeb. Rozdíly ve výskytu vyhoření mohou být způsobeny odlišnostmi ve zdravotních systémech i zdravotní politice napříč různými státy i pracovními podmínkami, které jednotlivá zařízení fyzioterapeutům nabízejí. Bylo by zajímavé provedení průzkum rozšířit o další faktory, které mohou výrazně ovlivnit syndrom vyhoření a zjistit příčinu dosaženého výsledku. Dalšími faktory by mohlo být zejména finanční ohodnocení, vztahy s nadřízenými a spolupracovníky, délka směn, pracovní pozice apod.

V mém průzkumu bylo u celkem 5,9 % respondentů zjištěno vysoké riziko vyhoření (zasazeny všechny tři dimenze). Mé výsledky se nejvíce shodují s prací, kterou provedla Molišová (2015), v jejíž práci vykazovalo vysoký stupeň vyhoření stejné procento fyzioterapeutů, a dále se studii, kterou provedl Corrado et al. (2018), ve které vysokého rizika dosahovalo 7,6 % respondentů. Ve studii, kterou provedl Carpi et al. (2021), vysokého rizika dosahovalo 14 % respondentů. Stejných výsledků bylo dosaženo i ve studii Bruschini et al. (2018), kde také 14 % respondentů dosahovalo vysokého rizika vyhoření.

U 6 respondentek, které vykazovaly nejtěžší míru vyhoření (zasazeny všechny 3 dimenze), se jednalo kromě jednoho případu (žena s vyšším odborným vzděláním ve věku nad 55 let a délkou praxe mezi 31 až 40 lety) o ženy ve věku 26-35 let s bakalářským stupněm vzdělání a délkou praxe 2-5 let.

Vysokým stupněm emocionálního vyčerpání (EE) bylo v mém průzkumu zasaženo 42,2 % respondentů. Vysoký stupeň depersonalizace (DP) se týkal 17,6 % respondentů a nízké osobní uspokojení (PA) se týkalo rovněž 17,6 % respondentů. Mé výsledky se opět velmi blíží výsledkům, ke kterým došla Molišová (2015) ve své diplomové práci. V její práci byl vysoký stupeň EE zjištěn u 41 %, DP u 16 % a nízký stupeň PA u 23 % fyzioterapeutů. Vyšší zastoupení vyhořelých ve všech dimenzích bylo zjištěno v diplomové práci od Fraňkové (2022), ve které vykazovalo vysoký stupeň EE 60 %, DP 27 % a nízký stupeň PA 24 % fyzioterapeutů. Tyto rozdíly mohou být způsobeny tím, že Fraňková (2022) sledovala syndrom vyhoření pouze u fyzioterapeutů z lázeňských zařízení. Z těchto výsledků by se dalo

usuzovat, že nejčastěji zasaženou dimenzí je dimenze emocionálního vyčerpání. Pro toto tvrzení svědčí i výsledky od Bruschini et al. (2018), který sledoval italské fyzioterapeuty, u kterých bylo zjištěno EE u 32 %, DP u 13 % a PA u 9 % respondentů.

Existují však i studie, které svědčí ve prospěch toho, že nejčastěji zasaženou oblastí je depersonalizace. Například ve studii, která se věnovala Pákistánským fyzioterapeutům (Ullah et al., 2019), byla nejčastěji zasažena dimenze depersonalizace, a to ve 36,6 %. Také u fyzioterapeutů z Kanady (Gupta et al., 2012) byla nejčastěji zasažena depersonalizace u 43,5 % respondentů. Zjištěné rozdíly by mohly opět souviset s odlišnostmi ve zdravotních systémech v jednotlivých zemích či kontinentech.

Určité studie potvrzují, že vybrané faktory mohou mít vliv na vznik syndromu vyhoření. V rámci této diplomové práce byla věnována pozornost následujícím faktorům: pohlaví, věk, stupeň vzdělání, délka praxe, typ pracoviště a rodinný stav.

Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů a pohlaví

Nejnovější studie, které se zabývají syndromem vyhoření u fyzioterapeutů přispívají k závěrům, že syndrom vyhoření je častější u mužů než u žen. To potvrzuje například Yousaf et al. (2021), Bejer et al. (2019) či Corrado et al. (2019). V průzkumu, který jsem provedla, ovšem nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi výskytem syndromu vyhoření a pohlavím respondentů.

Zároveň se předpokládá, že ženy jsou náchylnější k emocionálnímu vyčerpání vzhledem k jejich citlivější povaze (Tragea et al., 2012) a muži naopak k depersonalizaci (Rodríguez-Nogueira et al., 2021 či Corrado et al., 2019). Určitá korelace byla v rámci EE a DP zjištěna i v diplomové práci od Fraňkové (2022). V mém průzkumu určité rozdíly v hrubém skóre mezi pohlavími byly zjištěny ve všech dimenzích. Muži v průměru dosahovali nižšího skóre v EE (23,2) než ženy (26,4) a vyššího skóre v DP (7,6) než ženy (6,7), což by svědčilo ve prospěch výše zmíněných studií, avšak nebyl zde prokázán statisticky významný rozdíl. V dimenzi osobního uspokojení muži dosahovali vyššího skóre (37,0) než ženy (34,6), což by svědčilo v tvrzení, že muži jsou v této oblasti zasaženi vyhořením méně než ženy, které by bylo v souladu se studií, kterou provedl Pavlakis et al. (2010). Avšak ani v této dimenzi nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů a věk

Maslachová ve svém výzkumu (1982) zjistila, že vyhoření postihuje převážně mladší jedince a s věkem klesá četnost jeho výskytu. Toto tvrzení se v mém průzkumu nepotvrdilo. Nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi věkovými kategoriemi a výskytem syndromu vyhoření. Ve studii, kterou provedl Corrado et al. (2019), bylo zjištěno, že věk fyzioterapeutů souvisí s úrovní depersonalizace a osobního uspokojení. Mladší fyzioterapeuti se ukázali jako náchylnější k depersonalizaci, naopak starší pracovníci vykazovali vyšší míru osobního uspokojení. V dimenzi depersonalizace ani emocionálního vyčerpání nebyl v mé práci zjištěn statisticky významný rozdíl napříč věkovými kategoriemi. Statisticky významný rozdíl byl ovšem potvrzen v dimenzi osobního uspokojení ($p = 0,0473$), přesněji mezi věkovou kategorií 18-25 let a kategorií 36-45 let ($p = 0,0299$). Respondenti spadající do nejmladší věkové kategorie vykazují nejnižší skóre v dimenzi osobního uspokojení, respondenti ve věku 36-45 let naopak skóre nejvyšší. To může být vysvětleno tím, že ve skupině 18-25 let se nacházejí absolventi vysokých škol. Ti jsou při odstartování jejich profese vystaveni nárokům, na které je nikdo během studia nepřipravil. Na profesní život si teprve zvykají, znalosti získané ve školách teprve převádějí do praxe a mnohdy ještě neznají směr, kterým by se chtěli ubírat. Často se v prvních letech po dokončení vysoké školy teprve rozhlížejí a zkouší postupně různá pracoviště, než najdou to, ve kterém by byli spokojeni. Starší kolegové se na rozdíl od nich v praxi již nějakou dobu pohybují, mohou mít absolvované různé specializační kurzy, které jim pomohly najít směr, kterým se chtěli vydat a tím pádem pro ně práce může být mnohem více naplňující než pro čerstvé absolventy, kteří se teprve hledají. Osoby ve věku 36-45 let mají už většinou založené rodiny, které mohou přispívat k redukci stresu a k vyššímu osobnímu uspokojení.

Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů a délka praxe

S věkem velmi úzce souvisí také délka praxe. Tragea et al. (2012) zjistil souvislost mezi délkou praxe a mírou osobního uspokojení, která s délkou praxe roste. Corrado et al. (2019) kromě věku fyzioterapeutů sledoval i délku praxe a potvrdil, že délka praxe má vliv na DP a PA. S rostoucí délkou praxe roste PA a klesá DP. Rovněž Maslachová tvrdila, že syndrom vyhoření postihuje hlavně jedince pracující v rizikovém prostředí po dobu jednoho až jednoho a půl roku. Souvislost mezi délkou praxe a výskytem syndromu vyhoření se však v tomto průzkumu nepotvrdila. Nepotvrdily se ani statisticky významné rozdíly v míře vyhoření v jednotlivých dimenzích.

Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů a dosažené vzdělání

Du Plessis et al. (2014) tvrdí, že více náchylní k vyhoření jsou jedinci s nižším stupněm vzdělání, což může být dáno tím, že nedosahují takového kariérního postupu jako kolegové s vyšším vzděláním. Vyšší vzdělání může následně vést ke kariérnímu růstu, kdy se terapeuti ve vyšších pozicích nepřicházejí do kontaktu s pacienty tak často. Právě přímý styk s pacienty je jedním z rizikových faktorů vyhoření. V rámci průzkumné části této diplomové práce byl potvrzen statisticky významný vztah mezi stupněm vzdělání a výskytem syndromu vyhoření ($p = 0,022$). Respondenti s bakalářským titulem byli ze dvou třetin vyhořelí na rozdíl od magistrů a inženýrů, kteří ze dvou třetin vyhořelí nebyli. Statisticky významný rozdíl byl potvrzen v dimenzi emocionálního vyčerpání ($p = 0,0102$) a v dimenzi depersonalizace ($p = 0,0044$), přesněji mezi bakaláři a magistry či inženýry. Respondenti s bakalářským vzděláním dosahují vyššího emocionálního vyčerpání a depersonalizace než kolegové s vyšším stupněm vzdělání. Toto zjištění může být způsobeno tím, že studenti magisterských oborů získávají během studia více praxe, mají hlubší znalosti o fyzioterapii a jsou více připravováni na budoucí povolání a při nástupu do práce nejsou vystaveni tak velkému šoku jako studenti bakalářských oborů, kteří během 3 let studia získají pouze určité základy. Uvědomuji si také, že stupeň vzdělání nemusí být primární příčinou, která ovlivňuje stupeň EE a DP. Vyšší dosažené vzdělání může vést například k zařazení do vyšší platové třídy nebo k získání lepší pracovní pozice. Proto by další zkoumání mělo být zaměřeno na hledání kořenové příčiny a soustředit se na další faktory jako právě pracovní pozice či výška platu.

Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů a typ pracoviště

Bejer et al. (2019) či Pustułka-Piwnik et al. (2014) tvrdí, že výskyt vyhoření významně souvisí s pracovištěm, kde terapeuti pracují, a to hlavně v aspektu emocionálního vyčerpání a depersonalizace, které jsou dle nich typické pro terapeuty pracující v nemocnicích, a to zejména z toho důvodu, že v nemocnicích se terapeuti častěji setkávají s těžce nemocnými a umírajícími pacienty. Kim et al. (2020) provedli výzkum, který se zaměřil na míru vyhoření u fyzioterapeutů v závislosti na typu nemocnice, kde pracují. Jejich závěrem bylo, že fyzioterapeuti v menších nemocnicích zažívají větší pracovní stres než ti, kteří působí ve větších zařízeních. Vyšší míru vyhoření vykazovali ve všech třech oblastech MBI dotazníku. V mém průzkumu sice byl potvrzen statisticky významný vztah mezi typem pracoviště a výskytem syndromu vyhoření, avšak nepotvrdil se statisticky významný rozdíl mezi menším a větším typem nemocnice. Nejvíce vyhořelými se v mém průzkumu ukázali pracovníci

z rehabilitačního ústavu a z lázní, naopak respondenti, kteří pracují jako OSVČ nebo kombinují formu OSVČ s prací v ambulanci, vykazují větší zastoupení nevyhořelých. To je v souladu se studií, kterou provedl Puhanic et al. (2022), ve které tvrdí, že fyzioterapeuti pracující jako OSVČ jsou syndromem vyhoření zasaženi méně než fyzioterapeuti z veřejného sektoru, a to zejména z důvodu větší svobody a lepšího finančního ohodnocení. Statisticky významný rozdíl byl potvrzen v míře emocionálního vyčerpání ($p = 0,0027$) a to zejména mezi OSVČ a pracovníky z rehabilitačního ústavu či lázní ($p = 0,0327$), kdy OSVČ vykazují nižší míru EE. Dále byl statisticky významný rozdíl potvrzen v dimenzi osobního uspokojení, kdy fyzioterapeuti pracující v ambulanci vykazují nižší míru osobního uspokojení než respondenti, kteří kombinují práci OSVČ s prací v ambulanci. Kombinace dvou typu práce může přispívat k vyššímu osobnímu uspokojení zejména z toho důvodu, že jedinec nespadne do stereotypního režimu a střídá různé typy pacientů i prostředí.

Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů a rodinný stav

González-Sánchez et al. (2017) ve své studii zdůrazňuje asociaci mezi rodinným stavem a výskytem vyhoření, kdy výsledky jeho studie podpořili teorii, že syndrom vyhoření je spojen s lidmi, kteří nemají stálého partnera. V rámci této diplomové práce však nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi syndromem vyhoření a rodinným stavem respondentů a výsledky se tak shodují se závěry od Pustułka-Piwnik et al. (2014), kteří rovněž neshledali statisticky významný vztah mezi vyhořením a rodinným stavem.

Syndrom vyhoření napříč zdravotnickými profesemi

Své výsledky jsem dále porovnávala s pracemi, které za zabývaly zdravotnickými povoláními a používaly standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory. Lichtenberková (2020) ve své bakalářské práci sledovala syndrom vyhoření u zdravotně-sociálních pracovníků. Celkem 51,59 % z nich vykazovalo syndrom vyhoření a nejčastěji zasaženou dimenzí byla dimenze osobního uspokojení. Kulichová (2022) ve své práci sledovala vyhoření u všeobecných sester. Zjistila, že 73 % z nich je vyhořelých a nejčastěji je u nich zasažena dimenze emocionálního vyčerpání. Kolodzieyski (2022) ve své práci zjišťovala syndrom vyhoření u perioperačních sester. 65,35 % z respondentů bylo zasaženo syndromem vyhoření a nejčastěji u nich byla zasažena dimenze osobního uspokojení. Cabáková (2015) se věnovala problematice vyhoření u lékařů, u kterých zjistila v 50 % přítomnost syndromu vyhoření, nejčastěji v dimenzi emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení. Na základě těchto i mých výsledků lze

potvrdit, že zdravotnické profese patří mezi ohrožené syndromem vyhoření, což tvrdí například autoři Nair a Kumar (2023).

6.1 Limitace práce

Možným limitem diplomové práce může být malý počet respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Aby mohlo dojít ke zobecnění výsledků na celou populaci, bylo by potřeba sledovaný soubor rozšířit.

7 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala výskytem syndromu vyhoření u vybraných fyzioterapeutů z České republiky a možnými souvislostmi mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích a vybranými faktory.

Teoretická část diplomové práce se zabývala samotným syndromem vyhoření, jeho definicí, historií, rizikovými faktory, vznikem, jednotlivými fázemi i diagnostikou a léčbou včetně prevence. Některé kapitoly se věnovaly také stresu a psychické zátěži, které mohou při dlouhodobém působení na jedince vést k vyhoření. V průzkumné části došlo k vyhodnocení standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory, který prostřednictvím 22 otázek hodnotil míru vyhoření ve třech dimenzích – emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení, a šesti otázek zaměřujících se na sběr základních údajů o respondentech.

Profese fyzioterapeuta je velmi náročná nejen po fyzické, ale také po psychické stránce. Fyzioterapeuti mají zásadní roli v poskytování péče pacientům, kteří se potýkají s bolestí, zraněními či handicapem. Jejich práce zahrnuje nejen poskytování terapie, ale také důležitou emocionální podporu pro pacienty v obtížných situacích. Narůstající tlak na zdravotnický personál a omezené zdroje (ať už finanční, materiální či lidské) zvyšují pracovní tempo fyzioterapeutů, což může vést k vyhoření a dalším psychickým problémům. Je důležité si uvědomit, že psychické zdraví fyzioterapeutů má přímý vliv na kvalitu poskytované péče. Bezpečně a efektivně mohou terapeuti pečovat o své pacienty pouze za předpokladu, že oni sami jsou v psychické pohodě. Prevence vyhoření a udržení psychického zdraví jsou proto klíčové pro zajištění kvalitní péče a je třeba zdůraznit, že péče o psychické zdraví fyzioterapeutů není jen jejich individuální záležitostí, ale má širší dopad na celkovou kvalitu a bezpečnost zdravotní péče, která je poskytována pacientům.

Cílem diplomové práce bylo zmapovat syndrom vyhoření u vybraného souboru fyzioterapeutů z České republiky a zjistit, zda existuje souvislost mezi mírou vyhoření v jednotlivých dimenzích a vybranými faktory.

Na základě zjištěných výsledků by se dalo usuzovat, že téměř polovina fyzioterapeutů z České republiky (konkrétně 47 %) je vystavena syndromu vyhoření, avšak pouze 12,5 % z nich je vystaveno nejtěžšímu stupni, při kterém jsou zasaženy všechny tři dimenze (emocionální vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení). 39,6 % z vyhořelých respondentů je zasaženo ve dvou dimenzích a 47,9 % je vyhořelých pouze v jedné dimenzi. Nejčastěji je u nich zasažena oblast emocionálního vyčerpání následována depersonalizací

a poklesem osobního uspokojení. Většinu respondentů, kteří byli zasaženi nejtěžším stupněm vyhoření, tvořily ženy ve věku 26-35 let s bakalářským stupněm vzdělání a délkou praxe 2-5 let.

Bylo prokázáno, že stupeň vzdělání a typ pracoviště, kde respondenti vykonávají svou profesi, mají statisticky významný vliv na přítomnost syndromu vyhoření.

Dále bylo zjištěno, že míra emocionálního vyčerpání souvisí s typem pracoviště a stupněm vzdělání respondentů. Míra depersonalizace rovněž souvisí se stupněm vzdělání a míra osobního uspokojení souvisí s věkem a typem pracoviště.

Poměrně vysoké procento vyhořelých fyzioterapeutů, které bylo v této diplomové práci zjištěno, by mělo být varováním pro všechny poskytovatele zdravotních služeb, kteří by měli klást větší důraz na psychickou podporu všech svých zaměstnanců. Motivací pro zaměstnance mohou být finanční odměny, které však mohou působit jen jako dočasné řešení, které problém vyhoření pouze oddálí. Za vhodné řešení bych považovala zavedení pravidelné supervize na odděleních a programů zaměřených na prevenci vyhoření a podporu duševního zdraví v rámci celé organizace. Rovněž je důležité, aby fyzioterapeuti měli dostatečný čas na odpočinek a regeneraci, aby se vyrovnali s náročnými situacemi, se kterými se v práci setkávají. Z tohoto důvodu bych v rámci benefitního systému navrhla poskytování příspěvku na volnočasové aktivity či wellness. Nedílnou součástí by mělo být v rámci prevence vybudování důvěrného prostředí na pracovišti a otevřená komunikace, které mohou posílit pocit podpory a spolupráce v týmu a přispět k celkovému duševnímu zdraví a pohodě pracovníků.

Stanovený cíl diplomové práce byl tímto splněn.

Jelikož sledovaný soubor v této diplomové práci netvořilo dostatek respondentů, nelze zjištěná tvrzení zobecnit na celou populaci. Tato diplomová práce však může sloužit jako pilotní studie a případně může být rozšířena a tvořit námět pro disertační práci.

8 POUŽITÁ LITERATURA

8.1 Primární zdroje

AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5230-3.

CARROLL, Linda, 2020. *Problem-Focused Coping*. Online. In: GELLMAN, Marc D. (ed.). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Cham: Springer International Publishing, 2020, s. 1747-1748. ISBN 978-3-030-39901-6. Dostupné z: https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1171. [cit. 2024-01-31].

CYHELSKÝ, Lubomír a SOUČEK, Eduard, 2009. *Základy statistiky*. Eupress. Praha: Vysoká škola finanční a správní. ISBN 978-80-7408-013-5.

DUTKOVÁ, Andrea, 2023. *Jak vnímat stres: průvodce pro vnitřní pohodu*. Praha: Grada. ISBN 9788027125685.

HELUS, Zdeněk, 2018. *Úvod do psychologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4675-3.

HONZÁK, Radkin, Aleš CIBULKA a Agáta PILÁTOVÁ, 2019. *Vyhořet může každý: příběhy a úvahy o syndromu postihujícím lidi (nejen) současných generací*. Destigma. V Praze: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-180-9.

CHABOT, Pascal, 2018. *Global Burnout*. Online. New York: Bloomsbury Academic. ISBN 9781501334382. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=1682339&site=ehost-live>. [cit. 2024-01-31].

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

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

KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ, 2014. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3600-6.

KLIMENT, Pavel, 2014. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4206-8.

KOŽINOVÁ, Dagmar, 2022. *Jak zvládnout stres a posílit odolnost*. Praha: Grada. ISBN 9788027134137.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. přepracované vydání. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-573-3.

MASLACH, Christina, 1982. *Burnout: The Cost of Caring*. Prentice Hall. ISBN 9780130912312.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. a LEITER, Michael, 1997. The Maslach Burnout Inventory Manual. In: ZALAUQUETT, Carlos P. a WOOD, Richard John. *Evaluating Stress: A Book of Resources*. Scarecrow Press, s. 191-218. ISBN 978-0810832312.

NAIR, Tushara a G.P. KUMAR, 2023. An Overview of Burnout Syndrome in Physiotherapists. Online. In: YOUSSEF, Dr. Ashraf Talaat (ed.). *Current Innovations in Disease and Health Research Vol. 2*. B P International (a part of SCIENCEDOMAIN International), 2023-07-07, s. 23-30. ISBN 9788119315765. Dostupné z: <https://doi.org/10.9734/bpi/cidhr/v2/6731A>. [cit. 2024-04-02].

PARKER, Gordon, 2022. *Burnout: a guide to identifying burnout and pathways to recovery*. Online. London: Routledge. ISBN 9781003333722. Dostupné z: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/cuni/detail.action?pq-origsite=primo&docID=7150716>. [cit. 2024-01-31].

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

PRIESS, Mirriam, 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5394-2.

PUGNEROVÁ, Michaela, 2019. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0532-8.

RICHTER, Gabriele, Harald GRUBER, Herbert FRIESENBICHLER, Anna USCILOWSKA, Laurencia JANČUROVÁ, Darina KONOVA a Eva HANÁKOVÁ, 2010. *Psychická zátěž: Příručka hodnocení rizika v malých a středních podnicích*. Praha: VÚBP. ISBN 978-3-941441-45-3.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta, 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0470-3.

TROJANOVÁ, Irena; Michaela TURECKIOVÁ a Barbora RIEDL ČERNÍKOVÁ, 2019. *Sebeřízení vedoucího pracovníka ve školství*. 2., aktualizované vydání. Řízení školy (Wolters Kluwer). Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7598-258-2.

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

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

ZVÁRA, Karel, 2003. *Biostatistika*. 2. vyd. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0739-5.

ZVÁROVÁ, Jana, 2016. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 3. vydání. Biomedicínská statistika. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3416-6.

8.2 Odborné články

BALOGUN, Joseph A.; TITILOYE, Victoria; BALOGUN, Adetutu; OYEYEMI, Adetoyeje a KATZ, Joanne, 2002. Prevalence and Determinants of Burnout Among Physical and Occupational Therapists. Online. *Journal of Allied Health*. Roč. 31, č. 3, s. 131-139. ISSN 00907421. Dostupné z: <https://www.proquest.com/scholarly-journals/prevalence-determinants-burnout-among-physical/docview/210975062/se-2?accountid=17239>. [cit. 2024-02-27].

BAUDRY, Martial; BRIANSOULET, Michele a PERROCHON, Anaick, 2020. Relation entre le risque de burn-out et le mode d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. Online. *Kinésithérapie, la Revue*. Roč. 20, č. 221, s. 3-9. ISSN 17790123. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.02.013>. [cit. 2024-02-27].

BEJER, Agnieszka; DOMKA-JOPEK, Elżbieta; PROBACHTA, Mirosław; LENART-DOMKA, Ewa a WOJNAR, Jolanta, 2019. Burnout syndrome in physiotherapists working in the Podkarpackie province in Poland. Online. *Work*. Roč. 64, č. 4, s. 809-815. ISSN 10519815. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/WOR-193042>. [cit. 2024-02-27].

BRUSCHINI, Marco; CARLI, Antonella a BURLA, Franco, 2018. Burnout and work-related stress in Italian rehabilitation professionals: A comparison of physiotherapists, speech therapists and occupational therapists. Online. *Work*. Roč. 59, č. 1, s. 121-129. ISSN 10519815. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/WOR-172657>. [cit. 2024-03-06].

CARPI, M; BRUSCHINI, M a BURLA, F, 2021. HSE Management Standards and burnout dimensions among rehabilitation professionals. Online. *Occupational Medicine*. Roč. 71, č. 4-5, s. 204-210. ISSN 0962-7480. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqab055>. [cit. 2024-02-27].

CORRADO, Bruno; CIARDI, Gianluca; FORTUNATO, Luciano a SERVODIO IAMMARRONE, Clemente, 2019. Burnout syndrome among Italian physiotherapists: a cross-sectional study. Online. *European Journal of Physiotherapy*. Roč. 21, č. 4, s. 240-245. ISSN 2167-9169. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/21679169.2018.1536765>. [cit. 2024-02-27].

DAI, Shirui; MO, Yongzhen; WANG, Yumin; XIANG, Bo; LIAO, Qianjin et al., 2020. Chronic Stress Promotes Cancer Development. Online. *Frontiers in Oncology*. Roč. 10. ISSN 2234-943X. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01492>. [cit. 2024-03-06].

DU PLESSIS, Theresa; VISAGIE, Surona a MJI, Gubela, 2014. The prevalence of burnout amongst therapists working in private physical rehabilitation centers in South Africa: a descriptive study. Online. *S. Afr. j. occup. ther.* Roč. 44, č.2, s. 11-15. ISSN 2310-3833. Dostupné z: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-38332014000200004&lng=en&nrm=iso. [cit. 2024-04-06].

DURAND, Anne-Claire; BOMPARD, Catherine; SPORTIELLO, Julia; MICHELET, Pierre a GENTILE, Stéphanie, 2019. Stress and burnout among professionals working in the emergency department in a French university hospital: Prevalence and associated factors. Online. *Work*. Roč. 63, č. 1, s. 57-67. ISSN 10519815. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/WOR-192908>. [cit. 2024-02-27].

FISCHER, Marcel; MITSCHKE, Marion; ENDLER, Peter Christian; MESENHOLL-STREHLER, Elke; LOTHALLER, Harald et al., 2013. Burnout in physiotherapists: Use of clinical supervision and desire for emotional closeness or distance to clients. Online. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. Roč. 20, č. 11, s. 550-558. ISSN 1741-1645. Dostupné z: <https://doi.org/10.12968/ijtr.2013.20.11.550>. [cit. 2024-02-27].

- GONZÁLEZ-SÁNCHEZ, Blanca; LÓPEZ-ARZA, María Victoria González; MONTANERO-FERNÁNDEZ, Jesús; VARELA-DONOSO, Enrique; RODRÍGUEZ-MANSILLA, Juan et al., 2017. Burnout syndrome prevalence in physiotherapists. Online. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Roč. 63, č. 4, s. 361-365. ISSN 0104-4230. Dostupné z: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.04.361>. [cit. 2024-02-27].
- GUPTA, Sangeeta; PATERSON, Margo L; LYSAGHT, Rosemary M. a VON ZWECK, Claudia M., 2012. Experiences of Burnout and Coping Strategies Utilized by Occupational Therapists. Online. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. Roč. 79, č. 2, s. 86-95. ISSN 0008-4174. Dostupné z: <https://doi.org/10.2182/cjot.2012.79.2.4>. [cit. 2024-03-06].
- JOVANOVIĆ, Stevan a STOJANOVIĆ, Biljana, 2017. Effect of stress and professional burning on moral and ethical values in physiotherapy profession. Online. *PONS - medicinski casopis*. Roč. 14, č. 2, s. 52-58. ISSN 1820-2411. Dostupné z: <https://doi.org/10.5937/pomc14-11837>. [cit. 2024-03-05].
- KIM, Ju-Hyun; KIM, Ae-Ryoung; KIM, Myung-Gwan; KIM, Chul-Hyun; LEE, Ki-Hoon et al., 2020. Burnout Syndrome and Work-Related Stress in Physical and Occupational Therapists Working in Different Types of Hospitals: Which Group Is the Most Vulnerable? Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Roč. 17, č. 14. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph17145001>. [cit. 2024-02-27].
- KOWALSKA, Joanna; CHYBOWSKI, Daniel a WÓJTOWICZ, Dorota, 2021. Analysis of the Sense of Occupational Stress and Burnout Syndrome among Working Physiotherapists—A Pilot Study. Online. *Medicina*. Roč. 57, č. 12. ISSN 1648-9144. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/medicina57121290>. [cit. 2024-02-27].
- KRMAŠOVÁ, Věra a LINKIEWICZ, Joanna, 2023. Defining the difference between physiotherapy and massages set out in the Trade Licensing Act. Online. *Hygiena*. 2023-12-31, roč. 68, č. 4, s. 122-124. ISSN 18026281. Dostupné z: <https://doi.org/10.21101/hygiena.a1845>. [cit. 2024-04-08].
- KURZEJA, Piotr; SZURMIK, Tomasz; PRUSAK, Jarosław; KUZIEL, Agata a MROZKOWIAK, Mirosław, 2018. Selected aspects of burnout among physiotherapists. Online. *Journal of Education, Health and Sport*. Roč. 8, č. 8, s. 780-795. ISSN 2391-8306. Dostupné z: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1402484>. [cit. 2024-03-05].

LATZKE, Markus; PUTZ, Peter; KULNIK, Stefan Tino; SCHLEGL, Constance; SORGE, Martina et al., 2021. Physiotherapists' job satisfaction according to employment situation: Findings from an online survey in Austria. Online. *Physiotherapy Research International*. Roč. 26, č. 3. ISSN 1358-2267. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pri.1907>. [cit. 2024-02-27].

MIKOŁAJEWSKA, Emilia, 2015. Work-related stress and burnout in physiotherapists – a literature review. Online. *Medycyna Pracy*. Roč. 65, č. 5, s. 693-701. ISSN 04655893. Dostupné z: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00078>. [cit. 2024-02-27].

MOSS, Marc; GOOD, Vicki S.; GOZAL, David; KLEINPELL, Ruth a SESSLER, Curtis N., 2016. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement—Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. Online. *Chest*. Roč. 150, č. 1, s. 17-26. ISSN 00123692. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2016.02.649>. [cit. 2024-01-31].

NOWAKOWSKA-DOMAGALA, Katarzyna; JABLKOWSKA-GÓRECKA, Karolina; KOSTRZANOWSKA-JARMAKOWSKA, Lilianna; MORTOŃ, Marta a STECZ, Patryk, 2015. The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists. Online. *Medicine*. Roč. 94, č. 24. ISSN 0025-7974. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000906>. [cit. 2024-03-05].

O'CONNOR, Daryl B.; THAYER, Julian F. a VEDHARA, Kavita, 2021. Stress and Health: A Review of Psychobiological Processes. Online. *Annual Review of Psychology*. Roč. 72, č. 1, s. 663-688. ISSN 0066-4308. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>. [cit. 2024-02-01].

PAVLAKIS, Andreas; RAFTOPOULOS, Vasilios a THEODOROU, Mamas, 2010. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. Online. *BMC Health Services Research*. Roč. 10, č. 1. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-63>. [cit. 2024-02-27].

PLUUT, Helen; CURȘEU, Petru L. a FODOR, Oana C., 2022. Development and Validation of a Short Measure of Emotional, Physical, and Behavioral Markers of Eustress and Distress (MEDS). Online. *Healthcare*. Roč. 10, č. 2. ISSN 2227-9032. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare10020339>. [cit. 2024-01-31].

- PUHANIĆ, Patricija; ERIĆ, Suzana; TALAPKO, Jasminka a ŠKRLEC, Ivana, 2022. Job Satisfaction and Burnout in Croatian Physiotherapists. Online. *Healthcare*. Roč. 10, č. 5. ISSN 2227-9032. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare10050905>. [cit. 2024-02-27].
- PURVANOVÁ, Radostina K. a MUROS, John P., 2010. Gender differences in burnout: A meta-analysis. Online. *Journal of Vocational Behavior*. Roč. 77, č. 2, s. 168-185. ISSN 00018791. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>. [cit. 2024-02-27].
- PUSTUŁKA-PIWNIK, Urszula; RYN, Zdzisław Jan; KRZYWOSZAŃSKI, Łukasz a STOŻEK, Joanna, 2014. BURNOUT SYNDROME IN PHYSICAL THERAPISTS – DEMOGRAPHIC AND ORGANIZATIONAL FACTORS. Online. *Medycyna Pracy*. Roč. 65, č. 4, s. 453-462. ISSN 04655893. Dostupné z: <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00038>. [cit. 2024-02-27].
- RODRÍGUEZ-NOGUEIRA, Óscar; LEIRÓS-RODRÍGUEZ, Raquel; PINTO-CARRAL, Arrate; ÁLVAREZ-ÁLVAREZ, M^a José; MORERA-BALAGUER, Jaume et al., 2021. Examining the Association between Evidence-Based Practice and Burnout among Spanish Physical Therapists: A Cross-Sectional Study. Online. *Journal of Personalized Medicine*. Roč. 11, č. 8. ISSN 2075-4426. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jpm11080805>. [cit. 2024-03-06].
- ROGAN, Slavko; VERHAVERT, Yanni; ZINZEN, Evert; REY, Fabienne; SCHERER, Aline et al., 2019. Risk factor and symptoms of burnout in physiotherapists in the canton of Bern. Online. *Archives of Physiotherapy*. Roč. 9, č. 1. ISSN 2057-0082. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40945-019-0072-5>. [cit. 2024-02-27].
- SALLES, Fagner Luiz Pacheco a D'ANGELO, Marcia Juliana, 2020. Assessment of psychological capital at work by physiotherapists. Online. *Physiotherapy Research International*. Roč. 25, č. 3. ISSN 1358-2267. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/pri.1828>. [cit. 2024-02-27].
- SEIXAS, Aderito; MARQUES, Teresa; MOREIRA-SILVA, Isabel; AZEVEDO, Joana; VENTURA, Nuno et al., 2020. Burnout in Portuguese physiotherapists, prevalence and influencing factors. Online. *International Journal of Occupational and Environmental Safety*. Roč. 4, č. 1, s. 37-47. ISSN 2184-0954. Dostupné z: https://doi.org/10.24840/2184-0954_004.001_0003. [cit. 2024-03-05].

TRAGEA, P; DAMIGOS, D; MAVREAS, V a GOUVA, M, 2012. Burnout among Greek physical therapists. Online. *Interscientific Health Care*. Roč. 4, č. 2, s. 77-82. ISSN: 1791-9649. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/279476105_E_Epangelmatike_Exouthenose_se_Deigma_Ellenon_Physikotherapeuton [cit. 2024-03-06].

ULLAH, Saif; WAHAB, Ibrar; SARAM, Muhammad; FAROOQ, Usman a BURKI, Subhan Ur Rehman, 2019. Prevalence of Burnout Among Physical Therapists Working in Peshawar. Online. *Northwest Journal of Medical Sciences*. Roč. 4, č. 1, s. 38-42. ISSN: 2414-8229

Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/343013527_PREVALENCE_OF_BURNOUT_AMONG_PHYSICAL_THERAPISTS_WORKING_IN_PESHAWAR [cit. 2024-03-06].

YOUSAF, Asrar; AKRAM, Samrood; AFZAL, Rahat; ABBAS, Anam; ANWAR Naveed et al., 2021. Comparison of Burnout Syndrome Among Public and Private Sector Physiotherapists. Online. *Medical Forum*. Roč. 32, č. 8, s. 128-132. ISSN 2519-7134.

Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/354717404_Comparison_of_Burnout_Syndrome_Among_Public_and_Private_Sector_Physiotherapists [cit. 2024-02-27].

8.3 Internetové zdroje

CLEVELAND CLINIC, 2023. *12 Ways To Recover From Burnout*. Online. In: Cleveland Clinic Health Essentials. Dostupné z: <https://health.clevelandclinic.org/how-to-recover-from-burnout>. [cit. 2024-02-04].

GOFFEE, Rob a JONES, Gareth, 2013. *Creating the Best Workplace on Earth*. Online. In: Harvard Business Review. Dostupné z: <https://hbr.org/2013/05/creating-the-best-workplace-on-earth>. [cit. 2024-03-06].

JOYCE, 2022. *Characteristics of Professionalism in Healthcare*. Online. In: Joyce University. Dostupné z: <https://www.joyce.edu/blog/soft-skills-in-healthcare/>. [cit. 2024-01-31].

MIND, 2022. *Signs and symptoms of stress*. Online. In: Mind. March 2022. Dostupné z: <https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/stress/signs-and-symptoms-of-stress/>. [cit. 2024-02-02].

OPEN COLLEGES, 2017. *6 qualities of truly great health and community care professionals*. Online. In: Open Colleges. Dostupné z: <https://www.opencolleges.edu.au/blogs/articles/6-qualities-of-truly-great-health-and-community-care-professionals>. [cit. 2024-01-31].

PEART, Natalia, 2019. *Making Work Less Stressful and More Engaging for Your Employees*. Online. In: Harvard Business Review, 5.11.2019. Dostupné z: <https://hbr.org/2019/11/making-work-less-stressful-and-more-engaging-for-your-employees> [cit. 2024-03-06].

SHAFIR, Hailey, 2023. *Eustress Vs. Distress: Positive & Negative Types of Stress*. Online. In: Choosing Therapy. 6.11.2023. Dostupné z: <https://www.choosingtherapy.com/eustress-vs-distress/>. [cit. 2024-01-31].

UNIVERSITY OF TORONTO, 2020. *Resilience and Burnout Prevention Tip Sheet*. PDF. Online. In: University of Toronto. Dostupné z: <https://people.utoronto.ca/wp-content/uploads/2020/03/Resilience-Tip-Sheet-21.pdf>. [cit. 2024-03-03].

VZP. *Syndrom vyhoření – přichází nenápadně, ale ničí důsledně*. Online. In: vvp.cz 22.2.2021. Dostupné z: <https://www.vvp.cz/o-nas/aktuality/syndrom-vyhoreni-prichazi-nenapadne-ale-nici-dusledne>. [cit. 2024-03-03].

WHO, 2019. *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Online. In: World Health Organization (WHO), 28.5.2019. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. [cit. 2024-02-27].

WHO, 2023. *Stress: How can I manage stress?* Online. In: World Health Organization. 21.2.2023. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress/?gclid=Cj0KCQiAn-2tBhDVARIsAGmStVmvF61vtE2LDrJl04Rwym1BTnxSmUty3gzv5Wgh8aNxB3Mtg9D1IAUaAulvEALw_wcB. [cit. 2024-02-02].

ŽIDKOVÁ, Zdeňka (2013). *Metody*. Online. Dostupné z: <https://zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/metody/>.

8.4 Ostatní

CABÁKOVÁ, Kristýna, 2015. *Syndrom vyhoření u lékařů v závislosti na délce výkonu jejich profese* [online]. Olomouc, 2015 [cit. 2024-04-04]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého

v Olomouci, Filozofická fakulta. Vedoucí práce: doc. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9rgc1j/>.

FRANĀKOVÁ, Dita, 2022. *Syndrom vyhoření u zdravotnických pracovníků jako důsledek nadměrné psychické zátěže* [online]. Ústí nad Labem, 2022 [cit. 2024-04-04]. Diplomová práce. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: PhDr. Oľga Jarabicová, PhD. Dostupné z: <https://theses.cz/id/gm1jes/>.

KOLODZIEYSKI, Michaela, 2022. *Pracovní spokojenost a syndrom vyhoření u perioperačních sester* [online]. Pardubice, 2022 [cit. 2024-04-04]. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. Dostupné z: <https://theses.cz/id/v2wacs/>.

KULICHOVÁ, Kateřina, 2022. *Syndrom vyhoření u všeobecných sester* [online]. Pardubice, 2022 [cit. 2024-04-04]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Iryna Matějková, DiS. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3zqg3n/>.

LICHTENBERKOVÁ, Eliška, 2020. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků* [online]. Jindřichův Hradec, 2020 [cit. 2024-04-04]. Bakalářská práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta managementu. Vedoucí práce: Mgr. Ing. Pavel Král, Ph.D. Dostupné z: <https://insis.vse.cz/zp/69911/podrobnosti>.

MOLIŠOVÁ, Markéta, 2015. *Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů* [online]. Olomouc, 2014 [cit. 2024-03-06]. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce: Mgr. Iveta Lerchová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/h00rgu/>.

9 PŘÍLOHY

Příloha 1- Dotazník.....	95
--------------------------	----

Příloha 1- Dotazník

Dobrý den,

ráda bych Vás touto cestou požádala o spoluúčast v dotazníkovém šetření, jehož výsledky budou sloužit účelům mé diplomové práce na téma "Psychická zátěž v profesi fyzioterapeuta". Dotazník je určen pro fyzioterapeuty pracující v oboru i studentům připravujícím se na výkon tohoto povolání. Skládá se ze dvou částí – standardizovaný dotazník MBI a sběr vybraných faktorů. Vyplnění dotazníku by Vám nemělo zabrat více než 10-15 minut. Odpovídejte, prosím, co nejpravdivěji, dotazník je anonymní a důležitý je pro mě Vás osobní názor.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte s anonymním zpracováním dat, které budou sloužit výhradně pro účely diplomové práce.

Děkuji za Vaši spolupráci, ochotu a čas, který věnujete dotazníkovému šetření,

Studentka závěrečného ročníku navazujícího magisterského oboru Organizace a řízení ve zdravotnictví na Univerzitě Pardubice,

Bc. Veronika Čefelínová

Standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory

První část dotazníku tvoří Maslach Burnout Inventory. Jedná se o standardizovaný dotazník, který je nejčastěji používaný pro hodnocení syndromu vyhoření. U každého tvrzení, prosím, označte hodnotu, která označuje četnost pocitů, které zažíváte, a to následovně:

- 0 – nikdy
- 1 – několikrát za rok nebo méně
- 2 – jednou měsíčně nebo méně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 - denně

1. Práce mne citově vysává. *

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

2. Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

3. Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

4. Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

5. Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

6. Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

7. Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

8. Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

9. Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a naladuji.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

10. Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

11. Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

12. Mám stále hodně energie. *

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

13. Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

14. Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

15. Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

16. Práce s lidmi mi přináší silný stres.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

17. Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

18. Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

19. Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

20. Mám pocit, že jsem na konci svých sil. *

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

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

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

22. Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.

	0	1	2	3	4	5	6	
Nikdy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Denně

Základní údaje

Věnujte prosím pozornost poslední části dotazníku, která se věnuje sběru základních údajů.

Jaké je Vaše pohlaví? *

- Žena
- Muž

Kolik je Vám let? *

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 55 let a více

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *

- Středoškolské
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské - Bc.
- Vysokoškolské - Mgr./Ing.
- Jiná...

Kolik máte odpracovaných let jako fyzioterapeut? *

- Do 1 roku
- 2-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 21-30 let
- 31-40 let
- více

V jakém typu zařízení pracujete? *

- Pracuji jako OSVČ (vlastní ambulance, ve sportovním klubu apod.)
- Samostatná ambulance
- Menší nemocnice okresního typu
- Větší nemocnice (krajská, fakultní)
- Lázně
- Rehabilitační ústav
- Jiná...

Jaký je Váš rodinný stav? *

- Svobodný/á
- Ve vztahu
- Ženatý/vdaná
- Rozvedený/á