

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2025

Bc. Eliška Vránová

Univerzita Pardubice

Supervize jako prevence syndromu vyhoření

scoping review

Diplomová práce

2025

Bc. Eliška Vránová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Eliška Vránová**
Osobní číslo: **Z22269**
Studijní program: **N0913P360006 Specializace v ošetrovatelství – Perioperační péče**
Téma práce: **Supervize jako prevence syndromu vyhoření – scoping review**
Téma práce anglicky: **Supervision as prevention of burnout syndrome – scoping review**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného 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:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Klára Václavíková, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **16. dubna 2025**

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

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji, že diplomovou práci s názvem *Supervize jako prevence syndromu vyhoření* jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární zdroje 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 směrnicí 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 Jablonci nad Nisou dne 2.3.2025

Bc. Eliška Vránová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Kláře Václavíkové za podporu a dobré rady během psaní mé diplomové práce. Za nasměrování k dalším možnostem zpracování tématu, při neúspěchu ve výzkumné části. Dále bych chtěla poděkovat Ivě Markové za podporu a motivaci na začátku studia, kdy jsem řešila zdravotní problémy a váhala nad pokračováním ve studiu.

NÁZEV: Supervize jako prevence syndromu vyhoření

ANOTACE: Diplomová práce se zaměřuje na Supervizi jako prevenci syndromu vyhoření formou scoping review. V diplomové práci je nejprve popsán syndrom vyhoření jakožto samostatný problém, následně je popsána problematika supervize a v rámci poslední kapitoly je popsán přínos supervize v rámci prevence syndromu vyhoření. Empirická část diplomové práce je zpracována formou sekundárního výzkumu. Dle předem stanovených kritérií byly vyhledány aktuální odborné studie, zabývající významem supervize v prevenci syndromu vyhoření. Následně byla data analyzována a komparativně vyhodnocena.

KLÍČOVÁ SLOVA: supervize, syndrom vyhoření, ošetřovatelství

TITLE: Supervision as prevention of burn-out syndrome

ANNOTATION: The diploma thesis focuses on Supervision as a prevention of burnout by scoping review. The diploma thesis first describes burnout syndrome as a separate problem, then describes the issue of supervision and in the last chapter describes the benefit of supervision in the prevention of burnout syndrome. The empirical part of the thesis is processed in the form of secondary research. According to previously established criteria of current professional studies dealing with the importance of supervision in the prevention of burnout syndrome. Subsequently, the data were analyzed and comparatively evaluated.

KEYWORDS: supervision, burn-out syndrom, nursing

1 OBSAH

ÚVOD	12
CÍLE A METODY PRÁCE	13
Cíl práce	13
Dílčí cíle.....	13
Metody k dosažení cíle	13
1 TEORETICKÁ ČÁST	14
1.1 Syndrom vyhoření.....	14
Model vzniku syndromu vyhoření	17
Diagnostika	18
Léčba.....	20
Prevence	21
1.2 Supervize.....	22
Klasifikace supervize	24
Supervizor	25
Průběh supervize	27
Role supervize v prevenci syndromu vyhoření.....	28
2 EMPIRICKÁ ČÁST	30
Definice výzkumné otázky.....	30
2.1 Metodika	31
Stanovení review otázky	32
Literární rešerše.....	34
Hodnocení kvality studií	35
2.2 Syntéza získaných důkazů	50
2.3 Diskuze.....	53
Doporučení pro praxi:	57

3	ZÁVĚR.....	58
	LITERATURA.....	60
	Odkazy na studie:.....	64

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1. Klíčová slova.....	32
Tabulka 2. Zařazovací a vyřazovací kritéria.....	32
Tabulka 3. Hodnocení studií.....	35
Obrázek 1 Schéma vyhledávací strategie dle JBI.....	31
Obrázek 2 PRISMA diagram.....	33

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Aj	A jiné
Atp	A tak podobně
BM	Burnout measure
ČIS	Český institut pro supervizi
EASC	Evropská asociace pro supervizi a koučink
JBI	Joanna Briggs Institute
JIP	Jednotka intenzivní péče
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MBI	The Maslach Burnout Inventory
Mdn	Medián - statistická hodnota, která představuje prostřední hodnotu v uspořádané datové sadě
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
SZP	Střední zdravotnický personál
tzv.	Takzvané
UK FHS	Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy

ÚVOD

„Největší chybou lékařů je, že se snaží léčit tělo, aniž by léčili duši. Přitom tělo a duše jedno jsou. Nelze je léčit odděleně.“

Platón

Supervize se v posledních desetiletích dostává do popředí zájmu v rámci podpory psychického zdraví zaměstnanců zdravotnických služeb. Její prospěšnost v rámci snížení počtu zaměstnanců zasažených syndromem vyhoření, napříč těmito zařízeními, byla prokázána mnohými studiemi, a to multioborově. Její role spočívá zejména v poskytnutí nezbytné podpory zaměstnanci tak, aby byl schopen řešit problémy pracovní, tak i mimo pracovní, přičemž též přispívá k profesnímu a osobnostnímu růstu (Hawkins a Shohet, 2016). Její popularita je v posledních letech na vzestupu, a to zejména z toho důvodu, že dochází k velké diferenciaci společnosti, je kladen daleko větší důraz na autonomii a individualitu každého jedince, přičemž společný hodnotový rámec se pomalu vytrácí a není již možné situace řešit vesměs univerzálně (Takács, Sobotková a Šulová, 2015). Výše zmíněné přispívá k rostoucí zátěži na zaměstnance pracující v oblasti zdravotnictví, ale i v rámci jiných profesí, které se věnují práci s lidmi. Zvýšený stres pak v konečném důsledku potencuje možnost vzniku syndromu vyhoření, kterým jsou tyto profese ohroženy. Jedná se o stav emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Jeho diagnostika je velmi složitá, často bývá zaměňován za deprese, či úzkosti. Léčba bývá dlouhá a její úspěšnost může být značně nejistá. Proto je vhodnější syndromu vyhoření předcházet, než jej pak řešit (Švamberk Šauerová, 2018). Výzkumné šetření bylo vedeno formou sekundárního výzkumu. Původně plánované výzkumné šetření bylo osloveným zdravotnickým zařízením zamítnuto, proto nebylo možno výzkum realizovat. V rámci sekundárního výzkumného šetření byly vyhledány aktuální odborné studie, jenž se zabývají problematikou supervize, které byly následně analyzovány a komparativně vyhodnoceny.

CÍLE A METODY PRÁCE

Cíl práce

Cílem teoretické části práce je popsat problematiku syndromu vyhoření a supervize. V empirické části pak zjistit, jaký je vliv supervize na prevenci syndromu vyhoření u zdravotních sester pomocí scoping review. Vyhledat relevantní studie, zhodnotit je dle stanovených kritérií a výsledky analyzovat.

Dílčí cíle

1. Popsat problematiku syndromu vyhoření a supervize pomocí literární rešerše.
2. Identifikovat a popsat nejčastěji používané dotazníky k hodnocení syndromu vyhoření u všeobecných sester.
3. Zhodnotit jednotlivé intervence, které se používají k prevenci syndromu vyhoření a které by měli být součástí supervizního procesu.

Metody k dosažení cíle

V teoretické části je pomocí literární rešerše popsán syndrom vyhoření, model vzniku, diagnostika, léčba a prevence. Stejnou metodou je definována supervize, její klasifikace, průběh, role supervizora a její role v prevenci syndromu vyhoření. V empirické části byly dle předem stanovených kritérií vyhledány relevantní primární studie, zabývající se syndromem vyhoření a metodami, jak mu předcházet ve smyslu profesionálního rozvoje, podpory, růstu, učení a osobního rozvoje, tak jak byla definována supervize. Pomocí metody scoping review byla data analyzována a hodnocena s cílem popsat a zhodnotit metody, které se využívají k prevenci syndromu vyhoření a které odpovídají definicím supervize.

1 TEORETICKÁ ČÁST

V rámci teoretické části diplomové práce bude popsán samotný syndrom vyhoření se svými rizikovými faktory, teorií vzniku, fázemi, diagnostikou, léčbou a možnou prevencí. Dále se bude zabývat supervizí, její definicí, historií a funkcí v rámci klinické ošetrovatelské praxe. A v neposlední řadě se zaměří na roli supervize v rámci prevence syndromu vyhoření.

1.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, často nazývaný též Burnout syndrome je nejčastěji definován jako stav emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu, který se běžně vyskytuje u jedinců pracujících s lidmi. Tuto definici prvně užili Maslachová a Jackson v roce 1986 (Schaufeli a Enzmann, 2020).

Syndrom vyhoření je historicky relativně mladý pojem, poprvé byl popsán v 70. letech 20. století a za jeho autora je považován americký psycholog a psychoanalytický psychoterapeut Herbert Freudenberger. Právě ten poprvé systematicky popsal a analyzoval duševní stav, který pozoroval u některých svých kolegů a sám ho také zažil. V původním Freudenbergerově článku z roku 1974 je stav popisován jako vyčerpání nadměrnými nároky na energii, sílu nebo zdroje na pracovišti. Dle Freudenbergera je vyhoření charakterizováno zejména fyzickými příznaky jako je únava, vyčerpání, časté bolesti hlavy, gastrointestinální poruchy, nespavost a dušnost. Dále může být vyjádřeno behaviorálními příznaky jako jsou frustrace, hněv, podezřívavý postoj, pocit všemohoucnosti, či přílišné sebevědomí, můžeme sem řadit také nadměrné užívání látek ovlivňujících psychickou složku. Je obdivuhodné, že Freudenberger zvládl nejen poměrně přesně popsat příznaky tohoto syndromu, přičemž jeho popis vycházel zejména z pozorování a introspekce, ale také tvrdil, že nejvíce ohroženi jsou tímto syndromem zejména práci oddaní jedinci. Ve stejném časovém období se i psycholožka Christina Maslachová se svými kolegy věnovala problematice syndromu vyhoření. V rámci rozhovorů s lidmi pracujícími v sociální sféře, zjistila, že jsou duševně vyčerpání a negativně hovoří o svých klientech. Jednalo se zejména o emocionální vyčerpání, které se týká pocitu, že již profesionál není schopen dávat dál sám sebe na psychologické úrovni, cítí se na konci svých sil. Dále depersonalizace, která poukazuje na rozvoj

negativních, někdy až bezcitných a cynických postojů vůči příjemcům vlastních služeb. Příjemci často bývají označováni hanlivými výrazy a mnohdy od slovní agrese přechází i k necitlivému zacházení s nimi. Přestože užití termínu depersonalizace může působit lehce zmatečně, jelikož v psychiatrii jím bývá často označováno extrémní odcizení jedince od světa, v pojetí Maslachové a Jacksona je tento termín užíván spíše jako neosobní jednání poskytovatele vůči příjemcům péče. Právě díky depersonalizaci dále dochází k pocitu nedostatečnosti a nízkého profesního svědomí, což ústí právě ke snížení osobního výkonu (Schaufeli, 2018). Středem zájmu Maslachové se tedy v tu chvíli staly výše zmiňované symptomy, o kterých sociální pracovníci hovořili, a na jejich základě následně navrhla definici tohoto syndromu a dotazník, jehož cílem bylo zjištění, zda se i další pracovníci, jejichž profese vyžaduje kontakt s lidmi, potýkají se stejným problémem. Dotazník dostal název The Maslach Burnout Inventory (dále jen MBI) (Schaffner, Wagner a Necker, 2017).

Z výše zmíněného vyplývá, že syndrom vyhoření byl popisován zejména ve spojitosti s profesními skupinami, kde odborníci jednají přímo s příjemci služeb. Vztahoval se tedy zejména na osoby pracující v oblasti zdravotnictví, školství a sociální práce. Nicméně v současné době byl tento koncept rozšířen za hranice těchto odvětví, a je nyní vnímán jako krize ve vztahu k práci, nikoliv lidem v práci (Schaufeli a Enzmann, 2020). Syndrom vyhoření s projevy depersonalizace, poklesu nálad a zvýšené iritability bývá v současné literatuře často popisován i u studentů medicíny, či jiných zdravotnických oborů (Látová, Končelíková a Praško, 2015).

Studie uvádí, že syndrom vyhoření během svého profesního života zažije okolo 20-30 % osob zaměstnaných v prostředí, ve kterém je nutno kooperovat s lidmi (Pešek a Praško, 2016). Je též prokázáno, že 90 % českých lékařů vnímá svou práci jako nadlimitně stresující, přičemž největším zdrojem stresu bývá administrativní činnost, časová tíseň a zdravotnická legislativa. V současné době se přibližně jedna třetina českých lékařů se syndromem vyhoření potýká, a zbylé dvě třetiny jsou jím ohroženy (Ptáček et al., 2013). Tato situace nastává zejména z důvodu, že v oblasti pomáhajících profesí se více dává, než dostává. Zaměstnanci každodenně musí řešit problémy druhých osob, jsou v neustálém kontaktu s lidmi, prochází přes různé mezilidské konflikty a jsou v neustálé tenzi. Někteří autoři též uvádí, že zvýšené životní tempo dnešní společnosti, které je jedinec nucen vyvinout, zejména z důvodu zvyšujících se požadavků na ekonomické, sociální a emoční zdroje v současném materiálním světě se též významným způsobem podepisuje na vzniku syndromu vyhoření (Šnýdrová, 2019).

Faktory, které jsou označovány jako rizikové vzhledem k možnosti rozvoje syndromu vyhoření jsou členěny na vnitřní a vnější (Šnýdrová, 2019).

Mezi vnitřní faktory řadíme stresory vycházející ze samotné osobnosti jako je například perfekcionismus, anankastické rysy neboli osoby trpící obsedantně kompulzivní poruchou, osoby s výrazně narušenými emočními potřebami v dětství, či osoby které mají stresující myšlenkové postoje, nízké sebevědomí a vysokou míru empatie. Riziková jsou též jedinci, kteří mají nadměrná očekávání z práce při kariéřním začátku, či jsou nadměrně soutěživí (Pešek a Praško, 2016). Jako riziková vlastnost je též chápána nízká míra asertivity, neschopnost relaxace, nadměrná potřeba zalíbit se druhým, či neschopnost racionálního plánování času, nízká míra sebereflexe a přesvědčení o nedostatečném společenském uznání a finančním ohodnocení (Šnýdrová, 2019). Za rizikovou je též chápána osobnost typu A, jenž je náchylná ke stresu, dle rozdělení Friedmana a Rosenmana. Ta je typická svou kompetitivností, agresivitou až hostilitou a neschopností relaxovat (Pugnerová a Kvintová, 2016).

Mezi vnější faktory je možno řadit faktory vycházející z pracovní a mimopracovní sféry. Do mimopracovní sféry řadíme především stresory vycházející z prostředí domova a společnosti. (Šnýdrová, 2019). Konkrétně je možno do pracovních rizik řadit nedostatečnou prestiž povolání, zvýšené požadavky na výkon, nadměrné množství práce, či nízká míra samostatnosti, nekvalitní pracovní vztahy, nedostatečný pocit úspěchu v zaměstnání, finanční odměny, či špatná organizace společnosti (Pešek a Praško, 2016). Dále mezi tyto faktory řadíme nespravedlivé poměry na pracovišti, rutinní činnost či neúčelnost pracovní náplně, obtížní klienti, absence kvalitní supervize, absence dalšího vzdělávání, nevyužití dosažené profesní kvalifikace, či nemožnost ze své pozice protlačit změny v chodu organizace, přičemž chybí pozornost vedení ohledně potřeb zaměstnanců a byrokracie (Šnýdrová, 2019).

Do mimopracovních rizik řadíme absenci partnera, neempatického nebo konfliktního partnera, příliš ctižadostivého partnera, kompetitivnost mezi partnery, nedostatek hlubších přátelských vztahů, koníčků, zájmů, tělesného pohybu, špatné stravování, či vysoké skóre těžkých životních událostí (Pešek a Praško, 2016). Dalším a neméně podstatným rizikem jsou existenční podmínky zahrnující starost o bydlení, finance, či nemoc v rodině. Zvyšující se tempo a nároky společnosti (Šnýdrová, 2019).

Z výše zmíněného vyplývá, že syndrom vyhoření se nejčastěji týká jedinců, jenž jsou intenzivně a nadměrně zaujati svou prací a péčí o ostatní. Jedná se o jedince,

kteří neumí odmítnout požadavky ostatních, neumí říct ne. V mnohých případech trpí pocitem nepostradatelnosti, někteří z nich mohou mít i syndrom pomocníka, který se v profesích pracujících s lidmi často vyskytuje. Tyto osoby také těžce prožívají svůj neúspěch. Mají velkou výkonovou motivaci, pro své zaměstnání, a tak se ocitají v chronickém stresu. Nicméně paradoxem zůstává, že tito lidé si většinou neuvědomují, že by je syndrom vyhoření mohl postihnout (Kopecká, 2015). Syndrom vyhoření nemusí být způsoben dlouhodobým stresem a vysokým nasazením pouze v práci, častou příčinou jeho vzniku bývají kombinace různých faktorů, které jsou v konečném důsledku pro jedince extrémní (Ondrušková a kol., 2020).

Model vzniku syndromu vyhoření

Pro vysvětlení procesu vyhoření bylo navrženo několik modelů. První konstrukt vytvořený Maslachovou uvádí, že neuspokojivá práce může vést k dlouhodobým pocitům emocionálního vyčerpání, depersonalizace a cynismu, nedostatečné angažovanosti v práci a nízké úrovni osobních úspěchů. Syndrom vyhoření může dle Maslachové též nastat, když existuje rozpor mezi organizací a jednotlivcem s ohledem na to, co chápou jako hlavní oblasti pracovního života. Přičemž jsou zvažovány zejména hodnoty společnosti, spravedlnost, komunita, odměna, kontrola a pracovní zátěž. Navrhla tedy, že syndrom vyhoření postupuje od emočního vyčerpání k depersonalizaci a od emočního vyčerpání k nedostatku osobního úspěchu. Emoční vyčerpání je považováno za nejdůležitější dimenzi syndromu vyhoření, přičemž bývá v úzkém vztahu s dalšími typy duševních onemocnění, jako jsou deprese a úzkostné poruchy. Emoční vyčerpání se týká pocitů emocionálního přetížení a vyčerpání ostatními. Přesto je syndrom vyhoření obvykle považován za individuální zkušenost, která je specifická pro pracovní kontext. Druhý konstrukt vytvořený Golembiewski naopak tvrdí, že syndrom vyhoření může postupovat od depersonalizace přes nedostatek osobních úspěchů až po emoční vyčerpání. Tento model byl založen na fázovém přístupu, který rozdělil odpovědi MBI na dvě možnosti a používal průměr jako hraniční skóre. Na základě tohoto skórování MBI, následně rozdělil syndrom vyhoření do fází. (Schaufeli a kol., 2018).

Syndrom vyhoření se rozvíjí se v různých fázích jako čtyřstupňový proces. **První fáze** se objevuje na začátku zaměstnání její dominující emocí je **idealistické nadšení**, které se vyznačuje nerealistickými očekáváními a přehnanou angažovaností. Jedinec svou

prací žije, je pro něj extrémně naplňující a věnuje ji značné množství času i energie. Je dlouhodobě přetěžován. Po fázi idealistického nadšení následuje **druhá fáze** zvaná **stagnace**. V této fázi se objevuje nespokojenost s obecnými organizačními podmínkami, přičemž je zachována přílišná angažovanost. Přichází zjištění, že zvnitřněné ideály nejsou v souladu se skutečností, pak přiházejí pochyby o smysluplnosti povolání. Mění se motivace, člověk začíná pracovat ne pro ideály, ale pro peníze. **Ve třetí fázi, frustraci**, jsou zmařena idealistická pracovní očekávání. Pracovní aktivita se snižuje, pracovník se vyhýbá novým úkolům, práce se stává rutinou, objevují se obranné mechanismy jako depersonalizace. Narůstá pocit bezmoci, negativismu a frustrace. V důsledku toho ve **čtvrté fázi** převládá **apatie**, frustrace, cynismus a emocionální odchod do důchodu, zasažená osoba se vyhýbá kontaktu s příjemci péče. Po fázi čtyři nakonec nastává kompletní syndrom vyhoření, některými laterálními zdroji označovaný jako fáze pět (Šnýdrová, 2019; Brunning, 2018).

Každá porucha má své projevy, které jsou pro ni charakteristické, to platí i o syndromu vyhoření. Tento syndrom není nijak neobvyklý, trpí jím poměrně velká část populace, a to je právě důvodem, proč vede často k přehlížení v počátečních fázích. Pro syndrom vyhoření je charakteristické značné množství projevů, které spolu na první pohled nesouvisí a mohou být typické i pro jiné zdravotní obtíže. Nutné je si uvědomit, že počáteční projevy jsou pouze úvodní fází procesu, které ale při jejich přehlížení dospějí až do fáze kompletního vyhoření (Švamberg Šauerová, 2018). Příznaky se objevují ve třech rovinách psychické, fyzické a sociální. Mezi psychické příznaky řadíme vyčerpání, ztrátu motivace, pocity smutku a beznaděje, nálada je spíše sub-depresivní, může se dokonce objevit i ztráta chuti do života, či hostilní reakce. Fyzické příznaky zahrnují například bolesti hlavy, svalů, poruchy zažívání, poruchy spánku, nespecifické bolesti zad, změny srdečního rytmu, či dechovou tíseň atp. Příznaky v sociální sféře zahrnují nechut' k práci, omezení sociálních kontaktů, ale i volnočasových aktivit, tendence ke konfliktnímu jednání, až sociální izolaci. V konečné fázi začne zasažený zaujímat negativní emoce k vůči sobě samému (Šnýdrová, 2019).

Diagnostika

Dosud neexistují žádná stanovená, klinicky platná diagnostická kritéria pro syndrom vyhoření. Vypracování diagnostických kritérií pro syndrom vyhoření by zahrnovalo specifikaci konzistentního vzorce souběžně se vyskytujících příznaků

a známek, které je třeba vzít v úvahu při klinickém hodnocení, dále minimální požadovanou dobu trvání, četnost a závažnost projevů, očekávaný dopad projevených příznaků v životě zasaženého jedince, popis průběhu onemocnění a postupy diferenciální diagnostiky umožňující přesné vymezení stavu od jiných stavů, jako je deprese atp. (Bal, 2024). Diagnostika syndromu vyhoření je tedy velmi obtížná a nezřídka se stává, že mnoha psychiatry, či psychology zůstává nediodagnostikován. Často bývá ukryt za diagnózou deprese, stresové reakce, chronické únavy, či úzkosti. Přičemž osoby trpící syndromem vyhoření zcela nespĺňují diagnostická kritéria pro výše zmíněné poruchy. Klíčové je u každého jednotlivce odlišit specifické příčiny a projevy, které nastaly v důsledku emočního vyčerpání. V praxi se pro tyto účely používají standardizované dotazníky, jenž mají za cíl odhalit riziko syndromu vyhoření u konkrétní osoby. (Pešek a Praško, 2016)

Mezi první odborné metody, jež se snažily detekovat syndrom vyhoření patřily dotazníky The Tedium Scale a Tedium Measure, jež navrhla Ayala Pines počátkem 80. let. Tyto dotazníky byly dále přepracovávány ve spolupráci s jejími kolegy a dali vzniknout dotazníku Burnout Measure (dále jen BM). Tento dotazník je směřován na detekci pocitů úplného psychického, fyzického a citového vyčerpání. BM je tvořen z 21 tvrzení, kterým dotazovaný přiřazuje hodnotu na Likertově stupnici od 1 do 7, přičemž 1 označuje možnost „nikdy“ a 7 „vždy“ (Švamberk Šauerová, 2018).

Nejvíce rozšířeným dotazníkem pro detekci syndromu vyhoření je dotazník MBI, který byl navržen Christine Maslachovou a Susan E. Jacksonovou, zpočátku byl navržen pouze pro potřeby analýzy tohoto syndromu u pomáhajících profesí, později byl rozšířen i za tuto hranici. (Švamberk Šauerová, 2018)

Světová zdravotnická organizace, která je součástí Organizace spojených národů se poprvé o syndromu vyhoření okrajově zmiňuje v Mezinárodní klasifikaci nemocí (dále jen MKN) v 10. revizi (ČESKO, MZČR, 2022). V kapitole Problémy spojené s obtížemi při vedení života, a to pod kódem Z73.0 – Vyhasnutí (vyhoření), přičemž je v rámci tohoto textu definováno jako „stav životního vyčerpání“ (ÚZIS, 2024). V MKN11 je již syndrom vyhoření podrobněji popsán v kapitole Faktory ovlivňující zdravotní stav nebo kontakt se zdravotními službami pod kódem QD85 – Vyhoření, přičemž je definován jako důsledek chronického stresu na pracovišti, který nebyl úspěšně zvládnut. Je charakterizován příznaky – pocit vyčerpání životní energie, zvýšený odstup od zaměstnání, či pocity negativismu, až cynismu související s jeho zaměstnáním, či snížená profesionální efektivita. Vyhoření se v rámci tohoto textu týká konkrétně jevů

v profesním kontextu a nemělo by se používat k popisu skutečností v jiných oblastech života. (Anon, 2024)

Léčba

Stejně jako u somatických onemocnění i psychickým onemocněním je lépe předcházet, je-li to možné. Syndrom vyhoření je kritický zejména tím, že nastupuje plíživě a jen těžko se rozpoznává. Ideální moment k řešení syndromu vyhoření je v rámci jeho prvních fází a nejpozději ve fázi stagnace. Právě na jeho počátku je nejvyšší šance pro jeho pozitivní vyřešení. Nicméně, je potřeba zmínit, že pomoci lze pouze člověku, který o pomoc stojí a uvědomuje si, že něco není tak, jak má být (Švamberg Šauerová, 2018).

Pokud se již osoba dostane do fáze vyhoření je stav řešen pomocí psychoterapie. Psychoterapie se řadí mezi aplikované psychologické disciplíny. Jedná se o interdisciplinární obor, jelikož čerpá nejen z aplikovaných i teoretických disciplín. Taktéž je oborem transdisciplinárním, neboť se uplatňuje napříč obory (Pugnerová, 2019). K léčbě využívá různé psychotherapeutické prostředky jako jsou slovo, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení, vtahy a interakce ve skupině aj. (Cipro, 2015). Psychoterapeut v rámci sezení provází jedince na cestě sebepoznání, aby mohlo být následně využito k rozvoji jeho osobnosti a následné seberealizaci. Cílem je zmírnit, či zcela odstranit problémy daného jedince. (Raboch a kol., 2020)

Další metodou, která v rámci léčby syndromu vyhoření často využívána jsou metody kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT). Právě KBT patří k nejúčinnějším metodám zvládnání, ale i prevence syndromu vyhoření (Pešek a Praško, 2016). KBT vychází z předpokladu, že příčina psychických potíží spočívá v chybných způsobech chování a myšlení, a že tyto chybné způsoby jsou naučené a udržované známými vnitřními a vnějšími faktory. Jedinec se tedy může tyto chybné způsoby myšlení a chování odnaučit, přeučit, nebo si i vytvořit zcela nové strategie pro zvládnání těchto situací. KBT vychází z faktu, že emoce a jednání člověka jsou do velké míry určovány tím, jak vnímá svět. Přičemž nepřiměřené chování je rozděleno na tři části: A = spouštěče, B = chování a C = následky. KBT bývá časově krátká a omezená, převážně strukturovaná a vedoucí roli v ní hraje terapeut, spolupráce klienta je ale klíčová. (Gavendová, 2021)

Prevence

Prevenci syndromu vyhoření je možno dělit na dvě skupiny, a to na interní a externí metody. Interní metody jsou cíleny na postupy, které ovlivňuje jedinec sám, naproti tomu externí metody ovlivňují vnější podmínky, které by mohli syndrom vyhoření podněcovat (Švamberg Šauerová, 2018).

Interní prevence má za cíl ujasnit si pochody a pocity uvnitř jednotlivce. Technikou pro zvládání těchto stavů je zejména psychohygienu, jejímž smyslem je dovést jedince k uvědomění si, že to, co prožíváme v nás nevyvolávají druzí, ale naše vnímání světa. Součástí této prevence by měla být především péče o vlastní tělesné a duševní zdraví, což znamená mít dostatek spánku, zdravou výživu, pohyb, dokázat se radovat z maličkostí, znát své hranice, vyřazovat pracovní problémy z běžného života, umět odpočívat, rozvíjet zdravou sebereflexi, mít koníčky, udržovat dobré mezilidské vztahy v rodině i mimo ni, celoživotně se vzdělávat. Lze sem řadit snížení nároků na sebe samého, nepropadat syndromu pomocníka, naučit se říkat „NE“, vyhnout se negativním myšlenkám, hledat podporu mezi kolegy, pravidelně doplňovat chybějící energii. Významnou pomocí při přečerpání svých osobních limitů je sociální opora, která spočívá zejména v naslouchání a povzbuzení. Pozitivní vliv na duševní zdraví člověka má též pravidelný kontakt s přírodou (Švamberg Šauerová, 2018).

Externí prevence zahrnuje úpravu vnějších podmínek zaměstnance s pomocí zaměstnavatele nebo kolegů. Nejjednodušším řešením je zřízení odpočinkové místnosti, ačkoliv to z hlediska realizace nebývá zcela jednoduché. Zaměstnavatel může syndromu vyhoření též předcházet za pomoci zařazení různých podpůrných programů v rámci pracoviště. Klíčové pro harmonické pracovní prostředí jsou zejména tři oblasti. První oblastí je ujasnění pracovních úkolů, hlídání hranic a kompetencí jednotlivce. Druhou oblastí je zajištění odpovídajících kompetencí v souladu s dosaženým vzděláním. A třetí oblastí je snaha o vytvoření harmonického místa, přičemž chápání harmonického místa může být pojato mnoha způsoby (Švamberg Šauerová, 2018).

V posledních desetiletích došlo k vzrůstu zájmu odborné společnosti ve směru efektivní podpory a péče poskytované právě pomáhajícím profesím, u kterých hrají velkou roli v rámci jejich běžného pracovního procesu psychosociální aspekty, jako je zejména komunikace s klientem a schopnost vyrovnat se s jeho emocemi. Došlo též k vzrůstu popularity supervize, jelikož se jedná o jednu z možností prevence a pomoci právě těmto zaměstnancům (Takács, Sobotková a Šulová, 2015).

1.2 Supervize

Supervize je spojení mezi supervizorem a supervidovaným, které má nabídnout zpětnou vazbu nebo i vedení, a tím dosáhnout lepší schopnosti supervidovaného pomáhat lidem (Horák, 2022). V současnosti je chápána jako jedna z velmi důležitých forem prevence, ale i léčby syndromu vyhoření. Její role spočívá v poskytnutí nezbytné podpory jedinci, přičemž je ale schopen se soustředit na vlastní problémy, jenž v klinické praxi prožívá. Na druhé straně supervize též napomáhá profesnímu i osobnostnímu růstu, dává supervidovanému nový pohled na možnosti řešení problémů, a napomáhá tak lepšímu využití našich kompenzačních zdrojů (Hawkins a Shohet, 2016). Zájem o ni v posledních desetiletích stoupá také zejména z důvodu, že postmoderní společnost klade daleko větší důraz na autonomii a individualitu každého jednotlivce. Způsoby komunikace, zpracování emocí a vztahů začínají být daleko rozvrstvenější, než tomu bylo v minulosti a orientace v nich začíná být složitá. Společný hodnotový rámec společnosti se pomalu, ale jistě třští, univerzální jednání tedy začíná ztrácet na hodnověrnosti a závaznosti. Interpersonální komunikace a vztahy jsou méně předvídatelné, čitelné a srozumitelné. Tato tvrzení přitom platí nejen pro komunikaci s klienty, ale též pro komunikaci v rámci jednoho týmu, či mezioborově. Lidské jednání a rozhodování je stále více řízeno situačně a v kontextu než dle ustálených zvyklostí. Právě z toho důvodu v současnosti stále vzrůstá potřeba profesionálního vedení v tomto směru (Takács, Sobotková a Šulová, 2015).

Praktické uplatnění supervize v ošetrovatelství se liší mezi jednotlivými státy, přičemž procesy jejího společenského formování, definování, legitimizace a profesionalizace často překračují geografické hranice. Tento trend lze částečně vysvětlit globalizací a vznikem Evropské unie. Přesto však existují významné rozdíly mezi americkým a anglosaským modelem supervize. Americký přístup klade důraz na administrativní a manažerskou roli supervize a supervizora, zatímco anglosaský model vnímá supervizi především jako nástroj vzdělávání a rozvoje. Oba přístupy však mají společné to, že supervizi obvykle provádějí odborníci z oblasti ošetrovatelství, jejichž kvalifikace a profesionální pověst jsou pro tuto roli klíčové. Hlavním cílem obou modelů je profesní rozvoj zdravotních sester a zajištění kvality péče poskytované pacientům, což přispívá k tomu, že tyto koncepty překračují hranice jednotlivých států. Vliv národních vzdělávacích systémů se postupně oslabuje, a naopak vznikají mezinárodní vzdělávací struktury, které reflektují globalizaci a internacionalizační trendy v ošetrovatelství.

I když si uvědomíme existenci mnohých sociokulturních rozdílů, poznatky o využití supervize v zahraničí, zejména v oblasti vzdělávání sester, mohou být inspirativní i pro české ošetrovatelství. Tyto zkušenosti mohou přispět k rozvoji konceptualizace, legitimizace a profesionalizace supervize v České republice (Vaňková, 2015).

V minulosti supervize nebyla samostatným vědním oborem a byla spíše spojována s činnostmi vedoucího pracovníka, její prosazení jako samostatného vědního oboru v rámci klinické praxe, ale nebývá jednoduché ani v současnosti. Překážky pro její zařazení do běžného chodu organizace vyplývají zejména z kultury samotné organizace a povahy vztahů, které jsou často hluboce zakořeněny. Přístupy v rámci poskytování péče se v této společnosti velmi rychle a neorganicky proměňují, a to zejména v souvislosti se změnami požadavků společnosti, populačními a socioekonomickými tlaky. Došlo k výraznému posílení postavení pacienta, nyní nazývaného klienta, což naznačuje odklon od paternalistického stylu řízení zdravotnictví. Tento trend, ale nenásledovalo zrovnoprávnění managementu a středního zdravotnického personálu (dále jen SZP), zde stále převládá hierarchický styl řízení. Na jedné straně jsou tedy na SZP vytvářeny tlaky na individualizaci, kvalitu komunikace a symetrii ve vztahu klienta a zdravotníka, na druhé straně zdravotnický systém SZP bonifikuje spíše za kvantitu než za kvalitu. To může často budovat interpersonální konflikt mezi pojetím kvalitní poskytované péče a sebepojetím zdravotníka, což bez kvalitní psychické podpory může být velmi obtížné na zpracování a působit stres, který může opět přispět k syndromu vyhoření. Výše zmíněné opět podporuje zvyšující se potřebu pro zavedení supervize do běžné organizační struktury (Takács, Sobotková a Šulová, 2015).

V České republice se klinická supervize, jakožto metoda zaměřená na zvyšování kvality práce a profesionality, objevila jako povinná součást psychoanalytického výcviku v 60. letech 20. století. Počátkem 90. let se pak objevili i možnosti celistvějšího vzdělávání v tomto směru (Matoušek, 2013). Od roku 1995 byla supervize integrována nejdříve do služeb pro drogově závislé. První skupinový výcvik supervize proběhl v roce 1996 v Praze. Od roku 2018 poskytují výcvik v supervizi: Český institut pro supervizi (ČIS), Fakulta řízení a supervize v sociálních a zdravotních organizacích UK FHS, Remédium, Hermés Group Praha a Hestia. Z nadnárodních organizací působí v ČR Association National Organisations Supervision (ANSE) a European Association for Supervision and Coaching (EASC) (Horák, 2022).

V roce 2015 zahájila fakultní nemocnice v ČR činnost svého supervizního týmu. Supervizory jsou její zaměstnanci a později byla navázána i spolupráce s externisty.

Každý nový zaměstnanec se seznámí s činností supervizního týmu na začátku pracovního poměru a může ji využít kdykoliv cítí potřebu, objednat se na ní může v online formuláři a sezení je započítáno do pracovní doby. Během své činnosti se superviznímu týmu podařilo zlepšit pracovní prostředí na některých odděleních a vyřešit i individuální problémy některých zaměstnanců, kteří například nevhodně zvolili pracovní pozici. Někdy se očekávání, která zaměstnanec má, nenaplní a je lepší najít pro něho jiné uplatnění v rámci jedné organizace než o něho přijít ukončením pracovního poměru. Nemocnice pravidelně pořádá konference na téma supervize ve zdravotnictví (Špačková, 2023).

Klasifikace supervize

Supervizi lze rozlišovat podle mnoha kritérií.

Funkce supervize mohou být tedy vzdělávací, podpůrné, či administrativní. Vzdělávací supervize se týká zejména rozvoje dovedností a schopnosti porozumění účastníků supervize. Podpůrný cíl naproti tomu směřuje k uvědomění si emoční zátěže při práci a následné zvládnání svých vlastních emocí. Je profesionální podporou pro pracovníka, jde o podstatu supervize. A v neposlední řadě funkce administrativní, ta se uplatňuje zejména v rámci kontroly kvality poskytované péče a nastavování pravidel s čímž je spojena řada administrativních záležitostí (Horák, 2022).

Mezi **typy** klinických supervizí lze zařadit individuální a skupinovou supervizi, též týmovou, specifickým typem může být intervize, skupinová intervize a autovize. Přičemž v rámci individuální supervize se jedná o strukturovaný rozhovor mezi supervidovaným a supervizorem. Skupinová supervize má za cíl hovor o práci, či pacientech, naproti tomu týmová supervize se zaměřuje na spolupráci v rámci týmu, efektivitu práce a komunikaci v rámci pracoviště. Intervize je specifická podoba supervize, kdy ji supervidovaný provádí sám bez přítomnosti supervizora, naproti tomu autovize je forma sebereflexe v rámci klinické praxe. Skupinová intervize, též nazývaná jako peer-podpora je prováděna mezi pracovníky v rámci téže profese (Gurková a Zeleníková, 2017).

Z hlediska **četnosti** lze supervizi rozdělit na jednorázovou nebo kontinuální. Jednorázovou supervizi může poskytnout supervizor při řešení konkrétního problému, spíše jako konzultaci. Někdy bývá poskytována jako seznámení se supervizí pro organizaci. Pro většinu případů je však třeba kontinuální supervize, pro pochopení všech

vztahů a získání uceleného obrazu o pracovišti nebo týmu s jednotlivými vztahy. Minimální počet setkání je šestkrát ročně, jednou za dva měsíce. Optimální je osm setkání v intervalu jednou za šest týdnů (Horák, 2022).

Dle **zaměření** supervize rozdělujeme na případové, týmové, metodické, mentorské, růstové, manažerské a supervizi organizace. Případové supervize se zabývají konkrétní kazuistikou, týmové fungováním týmu, metodická hledá metodická řešení, mentorská je nejbližší pozici učitele a žáka, růstová rozvíjí schopnosti jednotlivců, manažerská je poskytována vedoucím pracovníkům, supervize organizace je zacílená na její fungování (Horák, 2022).

Supervizor

V minulosti funkci supervizora často plnil právě vedoucí pracovník daného pracoviště, tedy staniční sestra, která ale nedisponovala adekvátní kvalifikací. Nicméně v současné době, se ale stále více uplatňuje organizační forma, kdy supervizor je externista, který má pro tuto funkci náležité vzdělání. Tento fakt dává supervidovaným větší pocit důvěry a bezpečí, zejména ze strany podřízených, jelikož dochází ke vztahu větší rovnosti mezi supervizorem a supervidovaným. V minulosti tedy funkci supervizora většinou plnil vedoucí pracovník, nyní se jedná o samostatnou vědní disciplínu (Takács, Sobotková a Šulová, 2015).

Obecně lze říci, že supervizor je v kontaktu se supervidovaným a vzájemně navazují důvěru, aby mohla být supervize funkční. Supervizor má vysokoškolské vzdělání, absolvoval výcvik v supervizi, umí vést a podporovat pracovníky. Mezi jeho osobnostní kvality patří flexibilita, náhled z mnoha perspektiv, znalosti oboru, ve kterém provádí supervizi, multikulturalismus, citlivost, schopnost zvládat úzkost, otevřenost k učení, humor a skromnost. Pro supervidované by měl být vzorem, vzbuzovat důvěru a poskytovat vhodně zpětnou vazbu (Horák, 2022).

Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně mladý obor nejsou zcela jasné a jednotné kvalifikační standardy. Supervizoři Českého institutu pro supervizi (dále jen ČIS) jsou odborníci disponující vysokoškolským diplomem v humanitních vědách, či medicíny, dále mají minimálně 15 let praxe v sektoru pomáhajících profesí a též zkušenost s dlouhodobým vedením kolektivu. Tito pracovníci mají dokončený psychoterapeutický výcvik, jenž byl akreditován Českou psychoterapeutickou společností, absolvovali 140 hodin přímé výuky a dalších 400 hodin v rámci vzdělávacích

aktivit spojených se supervizním tématem. Výcvik je následně zakončen závěrečnou zkouškou, kdy členem komise je nezávislý pozorovatel ze zahraniční supervizní instituce, která je součástí Evropské asociace pro supervizi a koučink (EASC). Všichni supervizoři se též zavazují dodržovat Etický kodex supervizora (ČIS, 2006). Supervizoři též na základě svého vzdělání dosahují určitých kompetencí, ty zahrnují například, že supervizor dokáže dojednat kontrakt o supervizi, je si vědom toho, co v rámci supervize aktuálně probíhá – ví co dělá, proč to dělá a jak to dělá. Používané metody v rámci konkrétní supervize volí na základě teoretických cílů supervize, typu zvolené supervize, dále pak také dle vzdělání, profese a profesionální praxe jedinců. A samozřejmě závisí též na zkušenostech a preferencích konkrétního supervizora, přičemž strategie řešení problémů jsou vzájemně propojeny mezi stranou supervidovaných i nadřízených. Obraz dobrého supervizora je subjektivní, odvíjí se zejména od uspokojení potřeb supervidovaných, tudíž jako adekvátní supervizor je posuzován ten, na kterého supervidování pozitivně reagují, mají ho rádi a důvěřují mu (Matoušek, 2013). Z výše zmíněného vyplývá, že v současnosti pominula doba poskytování supervize bez jakýkoliv předchozích zkušeností, či odpovídajícího výcviku, jen na základě vlastní domněnky o své „vhodnosti“, jak tomu bývalo v předchozích letech (Venglářová a kolektiv, 2013).

Supervizor se také zavazuje k dodržování etického kodexu. Jeho účelem je zkoumání zásad supervize a poskytnutí náhledu široké veřejnosti na její účely. Přičemž také upravuje vztahy mezi zadavateli supervize, supervizory a supervidovanými. Plocha supervizní práce je široká, ale velmi intimní vzhledem k supervidovaným, zadavateli supervize, kterým je většinou zdravotnická organizace, ale i k supervizorovi. Zcela logicky tedy etika supervize musí odpovídat etice obecné zejména v oblasti dodržování základních lidských práv např. musí respektovat Chartu lidských práv, Úmluvu o právech dítěte aj. Též musí být v souladu s jednotlivými etickými kodexy profesních komor např. Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí, Etický kodex české lékařské komory, aj. Nicméně samostatný oficiální etický kodex doposud formulován nebyl, ČIS vychází z Etického kodexu EASC, který je pro členy ČIS závazný (Horská, 2017). Za základní etická pravidla v supervizi se považuje **prospěch**, což je přání prospívat a provádět supervizi na základě dobrých úmyslů. Dále **neškodit**, což znamená nezneužívat supervizi pro osobní prospěch, nepoškodit supervidované svou nezralostí, neznalostí či nekompetentností. Zásada věrnosti své odbornosti, kompetencím a zásadám. **Princip spravedlnosti**, který v konečném důsledku znamená rovnost rolí, nevytváření závislosti

na supervizorovi. Dále je potřeba dodržení **autonomie**, kdy supervizor musí respektovat volbu supervidovaného. A v neposlední řadě je důležité mít **krytá záda**, což znamená věnovat se dalšímu vzdělávání, seberozvoji a mít také supervizi pro svoji osobu (Venglářová, 2013).

Průběh supervize

Způsoby, jakými lze supervizi realizovat, je mnoho. Je možné je třídít dle toho za jakým účelem probíhá, v jakém prostředí a kdo je supervidován. Vždy je ale potřeba zvážit, jejich vhodnost, jelikož každá je vhodná pro různé týmové složení a různé organizace. Probíhá většinou v pěti fázích, jako první je **volba tématu supervize**, které vybírá zdravotnická organizace, či samotný supervidovaný. Následuje **zaměření**, to znamená zmapování situace a formulování problému ve vybrané oblasti. Třetí fází je fáze nazývaná **prostor**, kdy dochází k vyjádření supervidovaného. Na tu navazuje fáze most, která si klade za cíl zlepšení situace, jsou vybírány vhodné metody a modely supervize. Ty jsou voleny dle konkrétního supervidovaného, a také zadání zdravotnické organizace. Konečnou fází supervize je **shrnutí**. Jedná se o rekapitulaci celého procesu, pojmenování metod, jež byly použity a je zde i prostor pro zpětnou vazbu (Venglářová a kol, 2013).

Prostor, ve kterém bude supervize probíhat, může být na pracovišti organizace, na pracovišti supervizora nebo online. První z možností šetří čas supervidovaných a supervizor má možnost poznat atmosféru na pracovišti, nevýhodou může být nedostatek klidu a odstupu pro supervidované. Naopak pracoviště supervizora (mimo organizaci) nabízí klid a nadhled nad situací na pracovišti. Třetí z možností (online) supervize je relativně nová, většího využití dosáhla během koronavirové pandemie, výhodou je rychlost a dosažitelnost, nevýhodou že chybí osobní setkání. Kombinací těchto možností může vzniknout situace, kdy se jeden ze členů připojí k supervizi online, pokud nemůže být přítomen osobně, což je lepší, než kdyby se nezúčastnil vůbec. Během zmiňované pandemie se mohl supervizor online připojit k supervizi probíhající na pracovišti s celým pracovním týmem (Horák, 2022).

Pro poskytování účelné supervize má supervizor možnost zvolit z několika modelů. První model nazývaný **Proctorův třífunkční model** je celkem populární rámeček, jenž je definován třemi samostatnými oblastmi dohledu. Tento model je považován za definitivní model, na kterém jsou založeny níže uvedené modely. Jeho první oblast je normativní – zaměřuje se na manažerské aspekty učení, které mohou zahrnovat

základní povinné školení a další profesní rozvoj, podporuje administrativní rozvoj. Druhá oblast zájmu je formativní – zaměřuje se na rozvoj znalostí a dovedností v profesním rozvoji a využití sebereflexe. Třetí oblast je obnovující – zde se jedná o osobní rozvoj se zaměřením na podporu, prevenci syndromu vyhoření a učení se lépe zvládat stres. Tento model supervize může probíhat ve formě jeden na jednoho, supervize ve skupině, ale i jako kombinace obojího (Fagnäs, 2023). Dalším užívaným modelem je model **Klinické supervize založené na odolnosti**, jedná se o rámec klinické supervize, který se zaměřuje na pochopení emočních systémů, jež vyvolávají určitou reakci na situaci. Učí účastníky, jak zmírnit tuto emocionální reakci pochopením a přemýšlením o tom, proč reagovali určitým způsobem, a v pravý čas mají být schopni tuto reakci regulovat a věnovat přitom pozornost své vlastní psychické pohodě. Tento model je užitečný pro pracovníky v klinické praxi ve velkém množství různých situací, jelikož se zaměřuje na základní emocionální reakce. V rámci supervize je vytvořen bezpečný prostor pro možnost diskuse a zkoumání svých pocitů. Techniky zvládnání navržené jako součást tohoto modelu lze použít během pracovního dne k opětovnému zacílení se na svoji osobu a k pozitivnímu řešení obtížné situace (Blake a Stacey, 2022). Třetím užívaným modelem je **Restorativní supervize**, která přebírá prvky Proctorova třífunkčního modelu a dále je rozvíjí, přičemž překračuje myšlenku tří funkcí supervize tím, že zahrnuje další funkci, která se zaměřuje na osobní jednání a jeho kvalitu. Zachovává obnovující prvky Proctorova modelu, ale zavádí koncept využití supervize k rozvoji dovedností obhájit jednání ostatním, a to ať už jde o pacienty, či jiný zdravotnický personál. (McBride a Oozageer Gunowa. 2024).

Role supervize v prevenci syndromu vyhoření

V posledních desetiletích podléhá přínos klinické supervize řadě výzkumů napříč pracovními oblastmi, které obnáší kontakt s lidmi. Přičemž studie shodně prokazují, že organizace, jež pracují se svými zaměstnanci pomocí supervize mají nižší výskyt syndromu vyhoření než ty, jež tuto službu zřízení nemají (Janíková a Bužgová, 2015). Klíčové výhody organizací mající zavedenu klinickou supervizi jsou zlepšení péče o pacienty prostřednictvím zvýšení znalostí a dovedností SZP; snížení úrovně stresu, stížností a zvýšení morálky zaměstnanců; zvýšená sebedůvěra a snížení vyhoření a emočního vypětí; zvýšené znalosti a povědomí o možných řešeních klinických problémů a zejména vytvoření nových ošetrovatelských rolí (Priya a kol, 2021).

Postupem času se význam supervize měnil, nejprve byla podpůrným a reflektivním prostorem pro sociální pracovníky, pak byla asimilována s modely supervize vázanými na poradenství nebo psychoterapii, a nakonec se její zaměření přesunulo na osoby vykonávající práci s lidmi. Přičemž supervizor funguje jako most mezi zaměstnanci, organizací a seberozvojem (Iosim a kol, 2021). Jedním z nezbytných výzkumných směrů do budoucna je podle Carpentera zpětná vazba od příjemců ohledně efektů odborné supervize. Závěry vycházejí z korelací provedených zejména v USA na pozitivní výsledky z těchto služeb (Carpenter a Webb, 2015). Výzkumy, které se zaměřují na efekt odborné supervize nejčastěji k monitorování syndromu vyhoření a jeho následnému porovnání využívají nejčastěji dotazník MBI (Gilbert, 2015).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

Cílem empirické části diplomové práce je tzv. scooping review, vyhledání relevantních studií, které se zabývají supervizí ve vztahu k syndromu vyhoření u zdravotnických profesí, zejména všeobecných sester. Následně jejich analýza a vyhodnocení potenciálu supervize předcházet syndromu vyhoření.

Definice výzkumné otázky

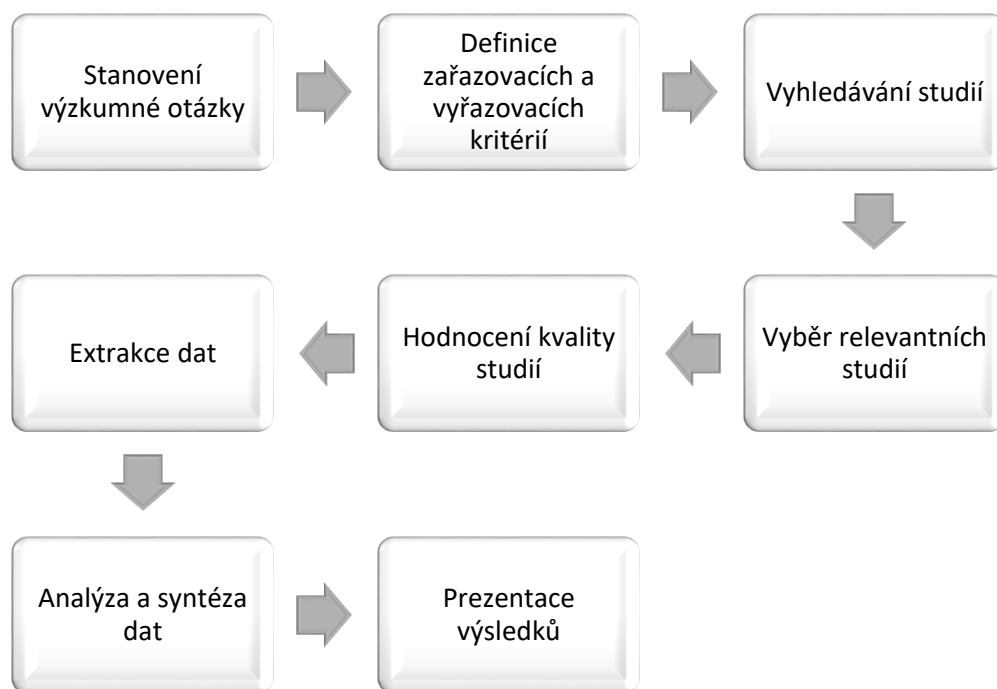
Jaký je vliv supervize na prevenci syndromu vyhoření u zdravotních sester?

Dílčí cíle

1. Zjistit, zda má supervize potenciál předcházet syndromu vyhoření u všeobecných sester.
2. Jak je supervize vnímána v zahraničních studiích a jaké intervence mohou předcházet syndromu vyhoření.
3. Popsat dotazníkové metody použité ve studiích.

2.1 Metodika

K vypracování scoping review byl zvolen postup dle Joanna Briggs Institute (dále jen JBI). Tato instituce vypracovala postup pro systematické review tzv. PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses – doporučený postup pro publikování systematických review). Na začátku stanovíme zdravotnický problém, kterým se chceme zabývat. Na základě tohoto problému stanovíme review otázku. V dalším kroku stanovíme kritéria pro zahrnutí nebo vyloučení vyhledaných studií do systematického review, vybereme databáze, v kterých budeme vyhledávat a stanovíme klíčová slova pro vyhledávání. Každou vyhledanou studii hodnotíme dle kvality. Když máme dostatek vhodných studií provedeme syntézu získaných důkazů, které prezentujeme (Klugar, 2015).



Obrázek 1 Schéma vyhledávací strategie dle JBI (upraveno autorkou práce)

Stanovení review otázky

Pro stanovení výzkumné otázky byl použit systém PCC (Population, Concept, Context), který vychází z metodiky JBI.

- **P (Population):** Kdo je cílovou skupinou? (zdravotníci pracovníci-sestry)
- **C (Concept):** Supervize (individuální, skupinová, klinická supervize).
Prevence syndromu vyhoření (intervence pomáhající předcházet syndromu vyhoření, zvládání stresu).
- **C (Context):** syndrom vyhoření
Review otázka je: Jaký je vliv supervize na prevenci syndromu vyhoření u všeobecných sester?
V anglickém jazyce: What is the effect of supervision on the prevention of burnout syndrome in nurses?
Po stanovení výzkumné otázky následuje výběr klíčových slov, která vycházejí ze systému PCC.

Tabulka 1. Klíčová slova

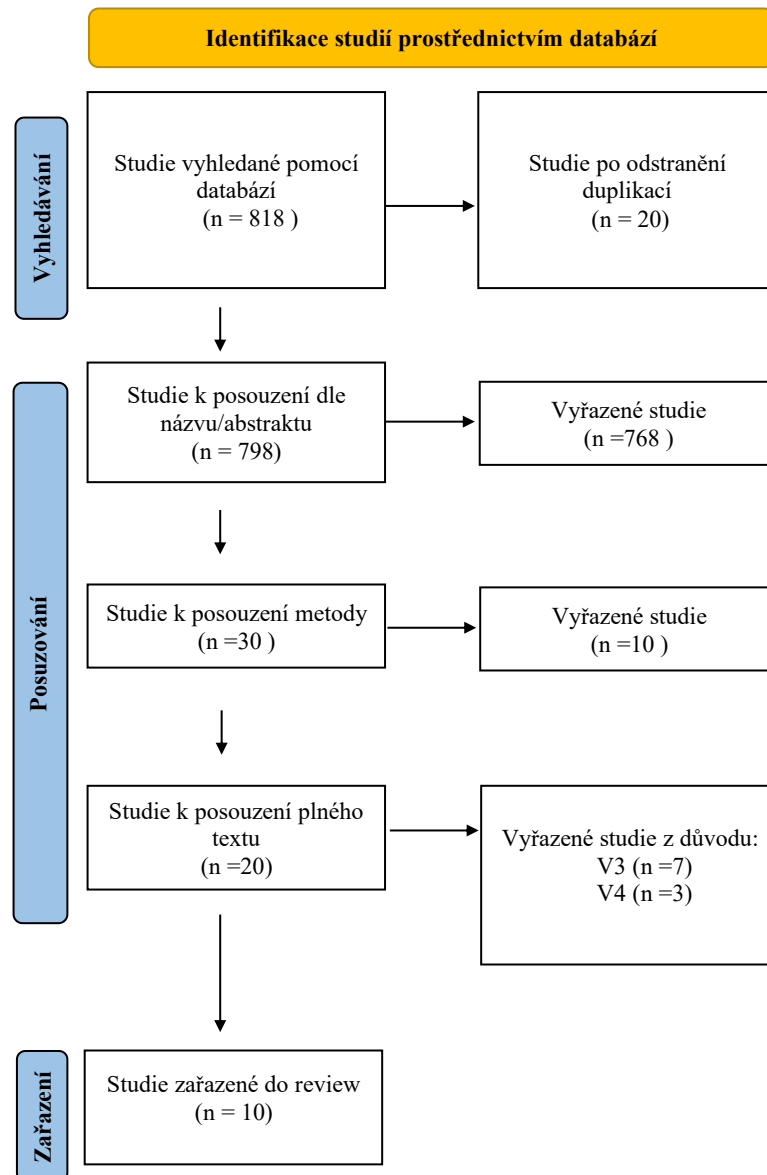
Český jazyk	Anglický jazyk
Supervize	Supervision
Intervence	Interventions
Syndrom vyhoření	Burnout syndrome
Zdravotní sestry	Nurse

Během vyhledávání byly použity Booleovské operátory „AND“ a „OR“.

Tabulka 2. Zařazovací a vyřazovací kritéria

Z-zařazovací kritéria		V-vyřazovací kritéria	
Z1	všeobecné sestry	V1	jiný zdravotnický personál
Z2	Supervize	V2	studie bez propojení supervize/intervence se syndromem vyhoření
Z3	intervence odpovídající charakteru supervize	V3	intervence, které neodpovídají charakteru supervize
Z4	prevence syndromu vyhoření, snížení stresu, zvládání zátěže, pracovní spokojenost	V4	studie, kde nebyla popsána dotazníková metoda
Z5	kvantitativní randomizované kontrolované studie publikované v letech 2015-2025	V5	systematická review nebo meta-analýzy
Z6	anglický a český jazyk	V6	jiný jazyk

Po stanovení review otázky, klíčových slov, zařazovacích a vyřazovacích kritérií bylo provedeno vyhledávání a posuzování studií. Tento postup je popsán v tzv. flow diagramu, který vychází z postupu PRISMA institutu JBI (PRISMA, 2020).



Obrázek 2 PRISMA diagram (upraveno autorkou práce)

Literární rešerše

Jak bylo popsáno v teoretické části, supervizi je třeba chápat, jako systém psychické podpory, vzdělávání a vedení, které má zaměstnancům pomoci s řešením osobních i pracovních problémů, někdy i s vnímáním sebe samých. Pomáhá upravovat mezilidské vztahy s kolegy i pacienty/klienty. Supervizor absolvuje psychoterapeutický výcvik, má tedy kompetence k terapii, vzdělávání i vedení. V tomto smyslu není ve světě vždy tato podpora nazývána supervizí. Proto byly ve výběru zahrnuty studie, kde se vyskytuje nějaký podpůrný model (psychoterapeutický, vzdělávací nebo podporující), který má za cíl předcházet syndromu vyhoření, i když nebyl nazýván slovem supervize. Naopak v některých studiích je supervize stále vnímána jako pracovní dohled nad sestrou a výkonem jejího povolání (tzv. pracovní dozor).

Podmínkou pro zařazení do výběru bylo, že se jedná o primární výzkum. Vyloučeny byly tedy všechny systematické review, sekundární studie a meta-analýzy. Dále studie, kterých se účastnili i jiné profese (například lékaři a sestry), i když z hlediska efektivity vlivu prevence na syndrom vyhoření, mají jistě také výpovědní charakter.

Vyhledávání bylo omezeno na studie publikované od roku 2015 do roku 2025, bylo provedeno ve vyhledávacích ProQuest, PubMed a Google Scholar v období prosinec 2024 až leden 2025.

Hodnocení kvality studií

Každá studie byla hodnocena z hlediska kvality, dle roku publikace, cíle studie, použité metodologie a klíčových výsledků.

Tabulka 3. Hodnocení studií

autor	rok	počet účastníků	cíl studie	metodologie
Circenis K. et al	2015	60	Zhodnotit efektivitu supervize u sester pracujících v psychiatrické léčebně v Lotyšsku se zaměřením na prevenci vyhoření.	Kvantitativní výzkum - srovnání mezi skupinou supervidovanou a kontrolní skupinou (bez supervize) *DOTAZNÍK: MBI
Putra K.R. et al	2021	485	Prozkoumat moderační účinky chování pečujících manažerů a pracovního prostředí na syndrom vyhoření u sester.	Průřezová studie - kvantitativní výzkum. *DOTAZNÍKY: MBI + CAT Admn. + MRW
Berry S. and Robertson N.	2019	137	Zjistit, do jaké míry je vyhoření u forenzních psychiatrických sester ovlivněno efektivitou klinické supervize a prostředím oddělení.	Průřezová studie s využitím dotazníků - kvantitativní výzkum *DOTAZNÍK: MBI
Mohamed et al.	2022	51	Zhodnotit vliv psychologického vzdělávacího programu na zvládání stresu a syndrom vyhoření u sester pracujících na JIP.	Dotazníky před a po intervenci - kvantitativní výzkum. *DOTAZNÍKY: MBI + PSS
Scerri J. et al	2023	120	Zjistit efektivitu intervence zaměřené na vyhoření a emoční stav u sester pracujících v psychiatrické léčebně.	Kvazi-experimentální studie s experimentální a kontrolní skupinou. *DOTAZNÍK: MBI + DASS-21
Joana Duarte J. and Pinto-Gouveia J.	2016	94	Prozkoumat efektivitu zkrácené mindfulness intervence u sester.	Kvazi-experimentální studie s experimentální a kontrolní skupinou. *DOTAZNÍKY: ProQOL-5 + DASS-21 + AAQ-II + RRS + FFMQ + SCS + SWL
Guo Yu-Fang et al	2019	102	Zjistit efektivitu WeChat-based "Three Good Things" pozitivní psychoterapie na zlepšení pracovního výkonu a osobního uspokojení u zdravotních sester.	Experimentální a kontrolní skupina. *DOTAZNÍKY: MBI-GS + GSES + "job performance"
Wei R. et al	2017	102	Analyzovat dopad aktivní intervence na emoční vyčerpání, depersonalizaci a osobní úspěch u sester na pohotovosti pomocí Maslachova dotazníku vyhoření (MBI-GS)	Experimentální a kontrolní skupina. *DOTAZNÍK: MBI
Yektatab S. et al	2019	104	Hlavním cílem studie bylo zhodnotit vliv výuky životních dovedností na symptomy vyhoření u sester.	Experimentální a kontrolní skupina. *DOTAZNÍK: MBI
Qu Shan et al.	2023	80	Hlavním cílem studie bylo prozkoumat efektivitu aktivit Balintovy skupiny při snižování vyhoření u vedoucích sester. Dalším cílem bylo posoudit vliv Balintovy skupiny na self-eficacii (sebevědomí při zvládání úkolů) u vedoucích sester. Studie také měla poskytnout teoretickou podporu pro implementaci psychologických intervencí.	Experimentální a kontrolní skupina. *DOTAZNÍKY: MBI-HSS + GSES

Dotazníky použité ve studiích:

- **MBI - Maslach Burnout Inventory:** Tento dotazník obsahuje 22 položek ve třech oblastech: emoční vyčerpání (EE; 9 položek), depersonalizace (DP; 5 položek) a osobní úspěch (PA; 8 položek). Bodovací rozsah pro každou položku je 0 (nikdy nepocítil) až 6 (cítil každý den). Subškála EE (emoční vyčerpání) hodnotí pocit nadměrného emočního stresu a vyčerpání v důsledku práce, který je charakterizován mentálním, emočním a fyzickým vyčerpáním. Subškála DP (depersonalizace) měří nesympatické a neosobní reakce vůči pacientům a je považována za formu odcizení. Subškála PA (osobní uspokojení) hodnotí pracovní schopnosti a smysl pro úspěch. Skóre pro každou subškálu se vypočítává samostatně a neslučuje se do jediného celkového skóre. (MBI-GS - Maslach Burnout Inventory - General Survey, MBI-HSS - Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, jsou upravené verze původního MBI).
Nejčastěji používaný dotazník, byl použitý v 9 z 10 vybraných studií.
- **CAT Admn - Caring Assessment Tool - Administration:** K identifikaci citlivého přístupu u zdravotních sester ve vedoucích pozicích. Má 25 položek se stupnicí hodnocení od 1 = „nikdy“ do 5 = „vždy“. Čím vyšší skóre, tím lepší interpretace.
- **MRW - My Relationship with Work test:** K identifikaci kvality pracovního prostředí. Se skládá z 60 položek s podrobnostmi o kontrole (10 položek), pracovní zátěži (10 položek), komunitě (10 položek), odměnách (10 položek), spravedlnosti (10 položek) a hodnotě (10 položek) s hodnocením. z 0 = „Správně“, 1 = „Neshoda“ a 2 = „Velká neshoda“. Interpretace je dobrá, pokud je skóre nižší.
- **PSS - The Perceived Stress Scale:** Psychologický nástroj pro měření vnímání stresu. Je měřítkem míry, do jaké jsou situace v životě člověka hodnoceny jako stresující. Položky byly navrženy tak, aby byly nepředvídatelné. Škála je 10 položková, kde byly sestry požádány, aby ohodnotily své pocity a myšlenky během předchozího měsíce na pětibodové škále od nikdy (0) po velmi často (4). Výsledkem je, že skóre

každého účastníka může být kdekoli od 0 do 40. Vyšší úroveň stresu je indikována vyšším skóre.

- **DASS-21- Depression, Anxiety, Stress Scale:** 21 položek skládajících se ze 3 subškál, každá po 7 položkách, měřících příznaky deprese, úzkosti a stresu. Používá 4bodovou hodnotící stupnici (0 = na mě vůbec neplatilo až 3 = na mě se vztahovalo velmi nebo většinou).
- **ProQOL-5 - Professional Quality of Life Scale:** Skládá se ze tří podškál; Míra potěšení z vykonávání práce (vyšší skóre znamená větší spokojenost s rolí pečovatele). Pocity beznaděje a obtíže při zvládnání práce (vyšší skóre indikuje vyšší míru vyhoření). Sekundární stres související s prací a vystavením se traumatickým událostem (vyšší skóre indikuje vyšší míru únavy).
- **AAQ-II - Acceptance and Action Questionnaire:** Tento dotazník měří psychologickou flexibilitu / vyhýbání se zážitkům. Vyšší skóre indikuje větší míru nepružnosti a vyhýbání se zážitkům.
- **RSS - Ruminative Responses Scale-Short:** Tento dotazník měří tendenci k obsedantnímu myšlení, což je opakované přemítání o negativních myšlenkách a pocitech. Skládá se ze dvou faktorů: 1. Reflexe: Zaměření na přemýšlení o situaci s cílem zlepšit náladu; 2. Brooding: Anxiózní a pesimistické přemítání o problémech. Vyšší skóre indikuje větší míru obsedantních myšlenek.
- **FFMQ - The Five Facets of Mindfulness Questionnaire:** Tento dotazník měří pět aspektů mindfulness: 1. (Observing): Všimání si vnitřních a vnějších prožitků; 2. (Describing): Schopnost pojmenovat vnitřní prožitky slovy; 3. (Acting with awareness): Soustředění na činnosti v přítomném okamžiku; 4. (Non-judging of inner experience): Nezaujímat hodnotící postoj k myšlenkám a pocitům; 5. (Non-reactivity to inner experience): Nechat myšlenky a pocity přicházet a odcházet bez zapojení se do nich. Vyšší skóre indikuje vyšší míru mindfulness.
- **SCS - Self-Compassion Scale:** Tento dotazník měří soucit se sebou samým. Skládá se ze 6 subškál: Sebelaskavost (Self-kindness), sebehodnocení (Self-judgment), lidskost (Common humanity), izolace

(Isolation), mindfulness, přehnaná identifikace (Over-identification). Vyšší skóre indikuje vyšší míru pro soucit se sebou samým.

- **SWL - Satisfaction with Life Scale:** Tento dotazník měří celkovou spokojenost se životem. Jedná se o 5 položkovou stupnici navrženou k měření globálních kognitivních úsudků o vlastní životní spokojenosti. Účastníci označují, jak moc souhlasí nebo nesouhlasí s každou z 5 položek, pomocí 7bodové škály, která se pohybuje od 7=silně souhlasím po 1=silně nesouhlasím. Vyšší skóre indikuje větší spokojenost se životem.
- **GSES - General Self-Efficacy Scale:** 10 položková stupnice používaná k měření celkové sebedůvěry jednotlivců, při řešení různých environmentálních problémů nebo bezprecedentních situací. Účastníci mají ohodnotit 10 otázek výběrem jedné ze čtyř možností odpovědi: 1 (zcela nesprávná), 2 (téměř nesprávná), 3 (relativně správná) nebo 4 (zcela správná). Vyšší skóre ukazuje na vyšší úroveň sebedůvěry.
- **„job performance“ (Job Performance Scale):** Tato škála pracovního výkonu má tři subškály: pracovní přínos, plnění úkolů a mezilidská podpora. Motowidlo, Packard a Manning v roce 1986 vytvořili hodnotící stupnice pro různé oblasti pracovního výkonu, přičemž se zaměřili na vliv pracovního stresu na výkon zaměstnanců. Byla použita 6 bodová škála (1 = nejnižší, 6 = nejvyšší). Vysoké skóre ukazuje na vysokou úroveň pracovního výkonu.

Metody a závěry v jednotlivých studiích:

1. **Název studie:** Supervision in Nursing: Latvian sample study.

Autor/rok: Circenis K. et al, 2015

V této studii provedené v Lotyšsku byla provedena **klinická supervize** u vybrané skupiny 30 zdravotních sester. Experimentální skupina se zúčastnila individuální i skupinové supervize, konkrétně **8 supervizních sezení během tří měsíců**. Cílem supervize bylo snížení vyhoření. Supervize byla zaměřena na to, aby sestry lépe porozuměly samy sobě, svým emocím a chování v různých pracovních situacích dle Proctorova modelu. Supervize probíhala jak ve **skupinové, tak i individuální formě**. Proti nim dalších 30 sester neabsolvovala žádnou supervizi. Úroveň vyhoření byla měřena

pomocí Maslach Burnout Inventory (MBI) dvakrát: před zahájením supervize a po jejím ukončení. Ve stejné době byla úroveň vyhoření měřena i u kontrolní skupiny (bez supervize).

Výsledky studie ukázaly, že u experimentální skupiny došlo ke statisticky významnému snížení emocionálního vyčerpání a depersonalizace po absolvování supervize, a to jak ve srovnání s hodnotami před intervencí, tak ve srovnání s kontrolní skupinou po intervenci. Hodnoty emocionálního vyčerpání v experimentální skupině se výrazně snížily po supervizi. Konkrétně, průměrné skóre emocionálního vyčerpání v experimentální skupině kleslo z 24,07 před supervizemi na 16,60 po supervizích. V kontrolní skupině došlo naopak ke zvýšení emocionálního vyčerpání z 10,27 na 15,63. Stejně tak se snížily hodnoty depersonalizace v experimentální skupině, z průměrného skóre 5,43 na 3,03. V kontrolní skupině se hodnoty depersonalizace zvýšily z 2,20 na 3,43. U experimentální skupiny se zvýšil pocit osobního uspokojení z 29,80 na 37,23. V kontrolní skupině došlo k poklesu osobního uspokojení z 36,97 na 33,57. Je důležité poznamenat, že sestry v experimentální skupině, které se dobrovolně přihlásily k supervizím, vykazovaly před intervencí vyšší úroveň vyhoření než kontrolní skupina. I přes to supervize přinesla pozitivní změny a snížila míru vyhoření u účastníků.

Tato studie zkoumala konkrétně vliv klinické supervize na syndrom vyhoření u sester v Lotyšsku. Z výsledků vyplývá, že pravidelná supervize může být efektivní strategií pro snížení emocionálního vyčerpání a depersonalizace a také pro zvýšení pocitu osobního uspokojení u sester.

2. **Název studie:** The impact of nurse manager caring behaviors and work environment on burnout syndrome among nurses.

Autor/rok: Putra K.R. et al, 2021

Tato studie se zaměřuje na dopad **citlivého chování** ze strany vedoucích sester a pracovního prostředí na **syndrom vyhoření** u sester. Studie zkoumala, jak citlivé chování vedoucích sester ovlivňuje osobní uspokojení sester. Také zkoumala šest aspektů pracovního prostředí: **pracovní zátěž, kontrolu, odměny, spravedlnost, komunitu a hodnotu v práci**. Studie měřila dotazníkem MBI-HSS tři složky syndromu vyhoření: emoční vyčerpání, depersonalizaci a osobní uspokojení u sester. Dotazník CAT: Admn obsahoval 25 položek, které se zaměřovaly na různé aspekty citlivého chování. Vyšší skóre v dotazníku CAT: Admn znamenalo lepší interpretaci, tedy vyšší úroveň citlivého

chování vedoucích sester a následně byl porovnáván s dalšími faktory pracovního prostředí (MRW dotazník).

Byla nalezena významná korelace mezi pracovní zátěží a emočním vyčerpáním (koeficient = 0,15; $p = 0,013$) a také pracovní zátěží a depersonalizací (koeficient = 0,15; $p = 0,013$). Dále byla nalezena korelace mezi kontrolou a emocionálním vyčerpáním (koeficient = 0,19; $p = 0,001$) a mezi kontrolou a depersonalizací (koeficient = 0,16; $p = 0,019$). Studie zjistila významnou korelaci mezi odměnami a emoční únavou (koeficient = 0,15; $p = 0,044$) a také mezi odměnami a depersonalizací (koeficient = 0,20; $p = 0,007$). Pozitivní koeficienty 0-1 označují sílu vztahu mezi proměnnými a hodnoty $p < 0,05$ statistickou významnost.

Studie zjistila negativní korelaci mezi citlivým chováním vedoucích a pracovními faktory: odměny (koeficient = $-0,25$; $p < 0,001$), spravedlnost (koeficient = $-0,23$; $p < 0,001$), kontrola (koeficient = $-0,30$; $p < 0,001$), komunita (koeficient = $-0,20$; $p < 0,001$), pracovní zátěž (koeficient = $-0,13$; $p < 0,005$) a hodnota (koeficient = $-0,22$; $p < 0,001$). Tyto negativní koeficienty ukazují, že čím lepší je citlivé chování vedoucích, tím lepší je pracovní prostředí z pohledu těchto faktorů. Negativní korelace naznačuje, že když jedna proměnná (v tomto případě citlivé chování vedoucích) stoupá, druhá proměnná (např. vnímaná pracovní zátěž) klesá. Zlepšení citlivého chování vedoucích má za následek pozitivní dopad na faktory pracovního prostředí (tj. lepší podmínky). Nízké hodnoty p ($p < 0,001$) znamenají, že pravděpodobnost náhody je extrémně nízká. Můžeme tedy s vysokou jistotou říct, že nalezené vztahy jsou spolehlivé. Hodnoty mezi -1 a 0 značí negativní korelaci (čím blíže -1, tím silnější vztah).

Studie zjistila, že citlivé chování vedoucích sester ovlivňuje emoční vyčerpání a depersonalizaci prostřednictvím zprostředkujících faktorů, jako jsou odměny, kontrola a pracovní zátěž. Z výsledků studie vyplývá, že by se nemocniční management měl zaměřit na vytváření zdravého pracovního prostředí a na rozvoj citlivého chování u vedoucích sester, aby se snížilo vyhoření u sester podřízených.

3. **Název studie:** Burnout within forensic psychiatric nursing: its relationship with ward environment and effective clinical supervision?

Autor/rok: Berry S. and Robertson N., 2019

V této studii, která se zaměřuje na vyhoření u forezních psychiatrických sester, byly zkoumány tři hlavní proměnné a jejich vztah k vyhoření: **klinická supervize, prostředí oddělení a věk sester**. V této studii byl použit dotazník MBI. Konkrétně byl

použit Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS). Tento dotazník byl použit k měření úrovně vyhoření u sester. Míra podpory prostřednictvím klinické supervize byla navíc měřena pomocí dotazníku Manchester Clinical Supervision Survey-26 (MCSS-26). Tento dotazník hodnotil, jak sestry vnímají efekt klinické supervize. Sestry ji obecně považovaly za užitečnou. Nicméně, studie zjistila, že klinická supervize měla minimální vliv na míru vyhoření u sester naproti dalším faktorům (prostředí a věk). Prostředí oddělení bylo hodnoceno pomocí dotazníku English Essen Climate Evaluation Schema (EssenCES). Tento dotazník se zaměřoval na tři aspekty prostředí: Soudržnost kolegů a vzájemná podpora (PC), terapeutický přístup (TH), tedy do jaké míry prostředí podporuje terapeutické potřeby zaměstnanců, pocit bezpečí (ES), který se týká vnímané hrozby násilí a agrese. Studie také zkoumala vliv věku sester na míru vyhoření. Zjistilo se, že mladší sestry vykazovaly vyšší míru emocionálního vyčerpání a depersonalizace.

Studie ukázala, že prostředí oddělení a věk sester jsou důležitější prediktory pro syndrom vyhoření. Klinické supervize se ukázala neúčinná, jako samostatná intervence. Zdůrazňuje potřebu zaměřit se na vytváření pozitivního pracovního prostředí, kde se sestry cítí bezpečně a podporované a věnovat zvláštní pozornost mladším sestřám, které jsou více ohroženy vyhořením.

4. **Název studie:** Effect of Psychological Intervention on Stress coping Mechanisms and Burnout Syndrome among Critical care Nurses

Autor/rok: Mohamed et al., 2022

Tato studie se zaměřila na **efekt psychologického intervenčního programu na zvládnání stresu a syndrom vyhoření** u sester pracujících na jednotkách intenzivní péče. Studie byla provedena jako kvazi-experiment s pre-testem a post-testem na jedné skupině sester. Studie probíhala na různých jednotkách intenzivní péče (všeobecné, traumatologické, pediatrické, interní a kardiochirurgické) v nemocnici Sohag University Hospital. Do studie byl zahrnut vhodný vzorek 51 sester pracujících na vybraných odděleních, které byly v pracovním poměru v době trvání studie. Sestry musely být ochotné se studie zúčastnit a mít alespoň jeden rok praxe na JIP. Data byla sbírána pomocí online dotazníku MBI a PSS. Intervenční program byl vyvinut na základě studia literatury a skládal se z pěti setkání (včetně úvodního). Program se zaměřil na témata jako syndrom vyhoření, psychologická adaptace, řešení problémů v práci a strategie zvládnání stresu. Využíval prezentace, brožury a skupinové diskuse. Sestry byly rozděleny do 3 skupin,

aby lépe porozuměly obsahu. Většina sester byla mladší 25 let, s ošetrovatelským vzděláním a byly vdané. Nejvíce sester pracovalo na všeobecné JIP a měly méně než 5 let praxe na JIP.

Data byla analyzována pomocí dotazníku PSS. Použita byla deskriptivní statistika, chí-kvadrát test a t-test. P-hodnota $<0,05$ byla považována za statisticky významnou. Po intervenčním programu došlo ke statisticky významnému snížení emočního vyčerpání a depersonalizace a ke statisticky významnému zvýšení osobního uspokojení. Průměrné skóre emocionálního vyčerpání kleslo z 32,29 na 23,69. Průměrné skóre depersonalizace kleslo z 12,73 na 10,61. Průměrné skóre osobního uspokojení se zvýšilo z 37,35 na 43,37. Po intervenčním programu došlo ke statisticky významnému snížení vnímaného stresu (PSS). Průměrné skóre stresu kleslo z 19,06 na 11,06.

Studie prokázala, že psychologický intervenční program měl pozitivní vliv na snížení syndromu vyhoření a stresu u sester pracujících na JIP a pomohl jim lépe zvládat stres. Bylo doporučeno pravidelně provádět workshopy o technikách zvládnání stresu a o syndromu vyhoření.

5. **Název studie:** Targeting Burnout and Emotional State in Nurses within a Mental Health Care Setting.

Autor/rok: Scerri J. et al, 2023

Tato studie se zaměřila na **účinnost intervenčního programu zaměřeného na snížení vyhoření, úzkosti a stresu** u zdravotních sester pracujících v psychiatrické péči. Studie byla provedena jako kvazi-experiment s pre-testem, post-testem a kontrolní skupinou. Celkem se studie zúčastnilo 120 sester pracujících v psychiatrické nemocnici. Byly rozděleny do intervenční skupiny (68 sester) a kontrolní skupiny (52 sester). Studie zkoumala, jak intervence ovlivnila úroveň vyhoření, deprese, úzkosti a stresu. Intervenční skupina absolvovala jednodenní workshop, opakovaný čtyřikrát po sobě, který obsahoval:

- **Mindfulness** (1,5 hodiny)
- **Expresivní umění** (1,5 hodiny)
- **Dokumentace** v kontextu psychiatrické péče (1 hodina)
- **Kritické a kreativní myšlení** (1,5 hodiny)
- **Právní otázky** (1,5 hodiny)

Kontrolní skupina neobdržela žádnou intervenci.

Data byla sbírána anonymně před (T1) a po (T2) intervenci, pomocí MBI a DASS-21 dotazníků. Nebyly zjištěny žádné významné rozdíly mezi intervenční a kontrolní skupinou v úrovni vyhoření, deprese, úzkosti a stresu na začátku studie. Přibližně polovina účastníků (55,8 %) vykazovala emoční vyčerpání (EE), 52,5 % depersonalizaci (DP) a 74,2 % vnímala pocit osobního uspokojení (PA).

Intervenční skupina vykazovala významné snížení depersonalizace, úzkosti a stresu po absolvování programu. Pokud je $p < 0.05$ výsledek byl považován za statisticky významný. Depersonalizace se snížila (z $Mdn = 6,00$ na $Mdn = 5,50$; $p = .03$). Úzkost se snížila (z $Mdn = 4,00$ na $Mdn = 3,00$; $p = .03$). Stres se významně snížil (z $Mdn = 7,00$ na $Mdn = 5,00$; $p < 0.001$). Kontrolní skupina nevykazovala žádné významné změny v žádné z měřených oblastí. Byla zjištěna pozitivní korelace mezi vyššími skóre deprese (DASS-21) a vyššími skóre DP a EE. Vyšší skóre PA bylo naopak negativně korelováno s depresí (DASS-21), DP, úzkostí a stresem (DASS-21).

Intervence zahrnující mindfulness, kritické a kreativní myšlení, právní otázky, dokumentaci a expresivní umění byla účinná při snižování vyhoření, úzkosti a stresu. Kritické a kreativní myšlení může zlepšit postoje sester k pacientům a tím snížit depersonalizaci. Právní a dokumentační školení mohou snížit stres a úzkost spojenou s pracovními povinnostmi. Expresivní umění může pomoci ke snížení úzkosti a stresu.

6. **Název studie:** Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms.

Autor/rok: Joana Duarte J. and Pinto-Gouveia J., 2016

Tato studie se zaměřila na **účinnost mindfulness intervenčního programu na snížení syndromu vyhoření a únavy z empatie** u onkologických sester. Studie zkoumala, jak mindfulness intervence ovlivnila různé psychologické proměnné, včetně vyhoření, únavy ze soucitu, deprese, úzkosti, stresu, spokojenosti se životem, mindfulness, soucit se sebou samým, ulpívavé myšlení a vyhýbání se zážitkům. Ze všech studií je nejrozsáhlejší. Účastníci byli z dvou velkých nemocnic v Portugalsku. Byli rozděleni do experimentální ($n=45$) a srovnávací skupiny ($n=48$) čekající na intervenci. Experimentální skupina absolvovala **šestitýdenní mindfulness program**. Každá dvouhodinová lekce zahrnovala didaktickou část a praktická cvičení. Program zahrnoval mindfulness dechu, těla, emocí, myšlenek, a také laskavost a mezilidské vztahy. Účastníci obdrželi CD s meditacemi a manuál s klíčovými body a denním záznamem pro domácí cvičení.

Data byla sbírána pomocí dotazníků (ProQOL-5 + DASS-21 + AAQ-II + RRS + FFMQ + SCS + SWL) před intervencí a ihned po skončení šesti týdenního programu. Použity byly metody ANOVA (Analysis of Variance-statistická metoda používaná k porovnání průměrů mezi více skupinami) a ANCOVA (Analysis of Covariance-je rozšířením ANOVY, zohledňuje vliv jedné nebo více kontrolních proměnných, bere v úvahu faktory, které mohou ovlivnit výsledky, např. věk nebo výchozí úroveň stresu). Úroveň významnosti byla nastavena na $p < 0,05$. Pro výpočet velikosti účinku byly použity partial eta squared a Cohen's d (ukazatel čtverce eta a Cohenovo d, v rámci statistiky a výzkumu, metody k vyjádření velikosti efektu).

Srovnávací skupina vykazovala významně vyšší úroveň všímání si vnitřních a vnějších prožitků (FFMQ-Observing) na začátku studie než intervenční skupina. U sester v intervenční skupině došlo k významnému snížení únavy z empatie (ProQOL) ve srovnání s kontrolní skupinou. Intervenční skupina vykazovala významné snížení v míře vyhoření, stresu a vyhýbání se zážitkům, a také zvýšení spokojenosti se životem, mindfulness a soucit se sebou samým. Srovnávací skupina nevykázala žádné významné změny v těchto proměnných. Po kontrole výchozích rozdílů mezi skupinami zůstaly významné rozdíly mezi skupinami v únavě z empatie, vyhýbání se zážitkům a mindfulness. Sestry, které meditovaly častěji, vykazovaly větší snížení vyhoření, deprese a vyšší soucit se sebou samým.

Tato studie poskytuje předběžné důkazy o tom, že mindfulness intervence může být účinná při snižování psychologických symptomů a zlepšování celkové pohody u onkologických sester. Mindfulness trénink může pomoci sestřím regulovat emoce a tím snížit únavu z empatie. Zkrácený mindfulness program může být snadno začleněn do pracovního rozvrhu sester.

7. **Název studie:** A WeChat-based “Three Good Things” positive psychotherapy for the improvement of job performance and self-efficacy in nurses with burnout symptoms.

Autor/rok: Guo Yu-Fang et al, 2019

Tato studie se zaměřila na **účinnost pozitivní psychoterapie „Tři dobré věci“ (3GT)** založené na platformě WeChat na zlepšení pracovního výkonu a osobního uspokojení u zdravotních sester s příznaky vyhoření. Použit byl randomizovaný kontrolovaný experiment. Účastníci byli náhodně rozděleni do intervenční a kontrolní skupiny. Studie se zúčastnily registrované zdravotní sestry z čínské všeobecné

nemocnice, které pracovaly na plný úvazek a poskytovaly přímou klinickou péči pacientům. Sestry se skóre vyšším než 1,5 v Maslach Burnout Inventory (MBI-GS) byly zařazeny do studie. Sestry, které se již dříve účastnily psychoterapie, byly vyloučeny. Celkem bylo vybráno 102 sester, z nichž 49 bylo v intervenční skupině a 53 v kontrolní skupině. Po intervenci dokončilo studii 73 sester (33 z intervenční a 40 z kontrolní skupiny). Intervenční skupina používala WeChat aplikaci k zaznamenávání tří dobrých věcí každý den po dobu 6 měsíců, a musely zodpovědět dvě otázky: „Proč se tyto dobré věci staly?“ a „Jaká byla vaše role při jejich uskutečnění?“.

Data byla shromažďována před (T1) a po (T2) intervenci pomocí škály pracovního výkonu (Job Performance Scale) a škály sebedůvěry (General Self-efficacy Scale-GSES). Byly použity t-test, chí-kvadrát test a analýza rozptylu (ANOVA) pro zjištění rozdílů mezi skupinami a účinků intervence, času a interakce času a intervence.

Nebyly zjištěny žádné významné rozdíly mezi intervenční a kontrolní skupinou v socio-demografických charakteristikách, vyhoření, pracovním výkonu a sebedůvěry před intervencí.

Výsledky GSES:

Intervenční skupina:

T1: 25,15 ± 5,74

T2: 30,64 ± 4,65

Kontrolní skupina:

T1: 25,63 ± 5,82

T2: 25,30 ± 5,58

Analýza ANOVA ukázala, že intervence měla významný vliv na sebedůvěru, ($F = 5,058$, $p = 0,028$). Časový efekt byl také významný ($F = 13,326$, $p < 0,001$), což znamená, že skóre sebedůvěry se v čase mezi skupinami lišila. Interakce mezi intervencí a časem byla významná ($F = 16,895$, $p < 0,001$), což naznačuje, že změny v intervenční skupině byly časově specifické a výraznější než u kontrolní skupiny. Hodnota F vyjadřuje poměr mezi variabilitou mezi skupinami (tedy rozdíly způsobené intervencí) a variabilitou uvnitř skupin (tedy přirozenými rozdíly mezi jednotlivci). Čím vyšší je hodnota F, tím větší jsou rozdíly mezi skupinami oproti náhodné variabilitě uvnitř skupin. Pokud p-hodnota spojená s F je menší než 0,05 rozdíl se považuje za statisticky významný.

Výsledky Job Performance Scale:

Pracovní přínos (Job contribution)

Intervenční skupina: T1: 25,64 ± 5,24, T2: 26,58 ± 4,38

Kontrolní skupina: T1: 25,18 ± 6,38, T2: 22,23 ± 3,17

Plnění úkolů (Task performance)

Intervenční skupina: T1: 23,48 ± 4,03, T2: 25,27 ± 2,98

Kontrolní skupina: T1: 22,43 ± 4,47, T2: 19,23 ± 2,97

Mezilidská podpora (Facilitation of interpersonal relations)

Intervenční skupina: T1: 25,55 ± 4,05, T2: 27,36 ± 3,03

Kontrolní skupina: T1: 24,15 ± 4,62, T2: 22,55 ± 3,33

Analýza ANOVA ukázala, že intervence měla významný vliv na pracovní přínos ($F = 6,425$, $p = 0,013$), plnění úkolů ($F = 29,252$, $p < 0,001$) a mezilidskou podporu ($F = 17,682$, $p < 0,001$). Interakce mezi intervencí a časem byla významná pro pracovní přínos ($F = 8,379$, $p = 0,005$), plnění úkolů ($F = 19,501$, $p < 0,001$) a mezilidskou podporu ($F = 11,009$, $p = 0,001$), což naznačuje, že změny v intervenční skupině byly časově specifické a výraznější než u kontrolní skupiny. Po intervenci bylo skóre pro pracovní přínos, plnění úkolů a mezilidskou podporu statisticky vyšší u intervenční skupiny než u kontrolní skupiny (každé $p < 0,05$). V intervenční skupině bylo skóre pro plnění úkolů a mezilidskou podporu statisticky vyšší po intervenci (T2) než před intervencí (T1) (každé $p < 0,05$).

3GT intervence může pomoci sestřím objevit pozitivní aspekty jejich pracovního života a podpořit jejich sebedůvěru v klinické praxi. Použití online komunikačních aplikací je doporučeno jako důležitý způsob implementace intervencí.

8. **Název studie:** Active intervention can decrease burnout in ed nurses.

Autor/rok: Wei R. et al, 2017

Tato studie zkoumala, zda **aktivní intervence** může snížit vyhoření a zlepšit výkonnost u sester na pohotovosti. Bylo vybráno celkem 102 sester z pohotovostních oddělení, ze tří nemocnic v Číně. Sestry byly náhodně rozděleny do dvou skupin (intervenční a kontrolní). Sestry, které pracovaly na pohotovosti méně než 1 rok, vrchní sestry a manažerky byly vyloučeny. Aktivní intervence trvala 6 měsíců a zahrnovala kurzy o komunikačních dovednostech, řešení konfliktů, zvyšování efektivity, kontrole emocí a pracovních dovednostech. Data byla shromažďována pomocí dotazníků na začátku studie a na konci. Použit byl dotazník Maslach Burnout Inventory–General Survey (MBI-GS), který se skládá ze 3 subškál: emocionální vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobní uspokojení (PA). Před intervencí nebyly zjištěny žádné významné rozdíly mezi kontrolní a intervenční skupinou ve skóre vyhoření.

Pro vyhodnocení účinku na snížení vyhoření byl použit Studentův t-test. $P < 0,05$ bylo považováno za statisticky významné.

Klíčové prvky aktivní intervence:

- **Školení v komunikačních dovednostech:** Sestry se učily, jak efektivně komunikovat v náročných situacích.
- **Přístupy k řešení konfliktů:** Intervence zahrnovala nácvik strategií pro zvládání a řešení konfliktů, se kterými se sestry setkávají v práci.
- **Zvyšování efektivity:** Součástí intervence byly techniky a postupy, které měly za cíl zlepšit efektivitu práce sester.
- **Kontrola emocí:** Sestry byly školeny v technikách pro regulaci a kontrolu emocí, aby lépe zvládaly stresové situace.
- **Pracovní dovednosti:** Aktivní intervence se zaměřovala i na rozvoj specifických pracovních dovedností nutných pro práci na pohotovosti.

Po aktivní intervenci došlo u sester v intervenční skupině k významnému snížení emocionálního vyčerpání (EE) a depersonalizace (DP) ve srovnání s kontrolní skupinou ($p < 0.01$). Skóre EE se v intervenční skupině snížilo z 15,76 na 9,65; zatímco v kontrolní skupině se zvýšilo z 15,13 na 15,39. Skóre DP se v intervenční skupině snížilo z 11,63 na 6,92; zatímco v kontrolní skupině se zvýšilo z 11,21 na 11,49. Osobní uspokojení (PA) se po intervenci významně nezvýšilo.

Studie naznačuje, že aktivní intervence může efektivně snížit pracovní vyhoření u sester na pohotovosti a může přispět ke snížení pracovního stresu. Snížení EE a DP může vést ke zlepšení duševního i fyzického stavu sester.

9. **Název studie:** Effect of web-based life skills education on nurses' job burnout

Autor/rok: Yektatalab S. et al, 2019

Tato studie zkoumala **vliv webové výuky životních dovedností** na vyhoření u zdravotních sester. Jednalo se o kvazi-experimentální studii s pre-testem a post-testem. Studie se zúčastnilo 104 zdravotních sester z dvou nemocnic v Íránu. Byly stanoveny vstupní kritéria, jako minimálně dva roky klinické praxe, vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání v oboru ošetrovatelství a střední až vysoké skóre v alespoň jedné dimenzi vyhoření. Mezi vylučovací kritéria patřila neochota účastnit se, více než dvě absence na skupinových interakcích a užívání stimulantů nebo antidepresiv. Účastníci byli náhodně rozděleni do intervenční skupiny (52 sester) a kontrolní skupiny (52 sester).

Intervenční skupina absolvovala 10týdenní program výuky životních dovedností. Program byl založen na definici Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2005 a zahrnoval deset dovedností: sebeuvědomění, empatie, rozhodování, řešení problémů, kreativní myšlení, kritické myšlení, efektivní komunikace, mezilidské vztahy, zvládání emocí a zvládání stresu. **Struktura výuky:**

- **Sebeuvědomění** bylo vyučováno jako první dovednost, která je považována za základní pro další. Sestry hodnotily své silné a slabé stránky, myšlenky, hodnoty a postoje.
- Následovaly dovednosti jako **zvládání stresu a emocí**, které vyžadovaly denní praktická cvičení. Sestry praktikovaly relaxaci, vizualizaci a hluboké dýchání.
- Dovednosti jako **komunikace a mezilidské vztahy** zahrnovaly techniky verbální i neverbální komunikace.
- **Kreativní a kritické myšlení** byly procvičovány prostřednictvím modelových situací a úvah nad minulými postoji.
- **Empatie** byla vyučována s důrazem na rozdíl mezi empatií a sympatií a její význam na pracovišti.
- **Řešení problémů a rozhodování** byly vyučovány s popisem různých situací.

Data byla shromážděna pomocí Maslach Burnout Inventory (MBI) před intervencí a týden po jejím ukončení. Data byla analyzována s využitím deskriptivních a analytických statistických metod, včetně chí-kvadrát testu a t-testu. Před intervencí nebyly mezi skupinami žádné významné rozdíly ve skóre vyhoření.

Po intervenci se v intervenční skupině významně změnila výsledky ve všech subškálách. Celkové skóre vyhoření před intervencí $51,42 \pm 13,92$ (průměrné skóre a směrodatná odchylka); po intervenci $29,38 \pm 13,78$ ($p < 0,001$). Emocionální vyčerpání před intervencí $23,75 \pm 9,73$; po intervenci $13,32 \pm 6,04$ ($p < 0,001$). Depersonalizace před intervencí $8,88 \pm 5,36$; po intervenci $5,12 \pm 4,40$ ($p < 0,001$). Osobní uspokojení před intervencí $29,21 \pm 6,69$; po intervenci $37,05 \pm 5,82$ ($p < 0,001$).

V kontrolní skupině nedošlo k významným změnám v EE a DP, a skóre PA se dokonce mírně snížilo. Celkové skóre vyhoření se v intervenční skupině významně snížilo, zatímco v kontrolní skupině se nezměnilo.

Výsledky MBI testů ukázaly, že výuka životních dovedností významně snížila vyhoření u sester v intervenční skupině. Konkrétně se snížilo emocionální vyčerpání a depersonalizace a zvýšilo osobní uspokojení.

10. **Název studie:** Effect of Balint Group on Burnout and Self-efficacy of Nurse Leaders in China.

Autor/rok: Qu Shan et al., 2023

Tato studie zkoumala vliv **Balintovské skupiny** na **syndrom vyhoření** a **sebedůvěru** u vedoucích sester v čínské nemocnici. Studie použila randomizovanou kontrolovanou studii s pre-testem a post-testem, kdy 80 vedoucích sester bylo náhodně rozděleno do dvou skupin: Balintovská skupina (n=40) a kontrolní skupina (n=40). Účastnice v Balintovské skupině absolvovaly tříměsíční trénink, zatímco kontrolní skupina nedostala žádnou intervenci. Účastnice byly z různých specializací, včetně interního lékařství, chirurgie, gynekologie, porodnictví, pediatrie, urgentní medicíny, oftalmologie, radiologie a anesteziologie. Intervenční skupina absolvovala tříměsíční trénink, který zahrnoval dvě přednášky a 10 diskusních setkání v malých skupinách (jednou měsíčně, 1 hodinu). Balintovská skupina je standardizovaný tréninkový model. Každá skupina zahrnovala jednoho až dva vedoucí a 6 až 12 účastníků. Účastníci se před každým setkáním připravovali na prezentaci případu obtížného vztahu s pacientem. Během setkání účastníci sdíleli své pocity, diskutovali o případě a snažili se porozumět situaci z různých úhlů pohledu.

Data byla shromážděna pomocí Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) a General Self-Efficacy Scale (GSES). Použity byly statistické metody, jako analýza rozptylu s opakovanými měřeními, chí-kvadrát testy a t-testy pro porovnání skupin. Byl také vypočítán efekt velikosti (Cohenovo d).

Účastnice v Balintovské skupině vykazovaly zlepšení v pocitu osobního uspokojení (PA) ve srovnání s kontrolní skupinou. Průměrné skóre PA se v Balintovské skupině zvýšilo z 26,91 na 31,15; zatímco v kontrolní skupině se snížilo z 27,30 na 21,70. Tento rozdíl byl statisticky významný ($p = 0,003$), což naznačuje, že Balintovská skupina měla pozitivní vliv na vnímání osobního uspokojení z práce. Emocionální vyčerpání (EE) se v Balintovské skupině snížilo z 32,42 na 28,30 a v kontrolní skupině z 31,85 na 27,65. Rozdíl mezi skupinami nebyl statisticky významný ($p=0,740$). Depersonalizace (DP) se v Balintovské skupině snížilo z 8,88 na 6,18 a v kontrolní skupině z 8,87 na 7,97. Rozdíl mezi skupinami nebyl statisticky významný ($p=0,387$).

Tříměsíční intervence Balintovské skupiny pomohla snížit vyhoření u vedoucích sester, zejména v oblasti osobního uspokojení. Nebylo zjištěno významné zlepšení v oblasti emočního vyčerpání a depersonalizace.

2.2 Syntéza získaných důkazů

Na základě těchto studií lze provést syntézu zjištěných výsledků ohledně intervencí zaměřených na snižování syndromu vyhoření u zdravotnického personálu, zejména u sester. Podle různých přístupů, které se vyskytují v jednotlivých studiích, jsou data rozdělena do čtyř skupin.

1. *Supervize:*

Pojem supervize, konkrétně klinická supervize, se vyskytuje ve dvou studiích. V první je klinická supervize definována jako proces profesionální podpory a učení, kde jsou sestry vedeny k rozvoji své praxe prostřednictvím pravidelných diskusí se zkušenými kolegy. Umožňuje sestrám diskutovat o péči o pacienty v bezpečném a podpůrném prostředí. Supervize probíhala formou diskusí s cílem rozšířit znalosti praktikujících profesionálů, byla zaměřena dle Proctorova modelu na formativní (vzdělávací), normativní (dodržování standardů) a restorativní (podpora a validace) funkce. Studie prokázala, že supervize snížila ukazatele vyhoření v experimentální skupině ve srovnání s kontrolní skupinou. V experimentální skupině došlo ke statisticky významnému snížení v ukazatelích emocionálního vyčerpání a depersonalizace, a ke zvýšení v osobním uspokojení, před a po supervizi. Všechny tři subškály MBI se významně zlepšily u skupiny, která absolvovala supervize. Účastnice supervize vykazovaly po supervizích nižší míru emocionálního vyčerpání a depersonalizace. Kontrolní skupina vykazovala naopak horší výsledky na konci studie než na začátku (Circenis, 2015). Druhá studie ke klinické supervizi také využila Proctorova modelu: normativní, restorativní a formativní funkce. Navíc však porovnávala klinickou supervizi s dalšími proměnnými, jako prostředí oddělení a věk sester. Sestry dle dotazníku MCSS-26 vnímali supervizi jako obecně efektivní. Nicméně studie zdůrazňuje potřebu zaměřit se na prostředí oddělení, konkrétně na pocit bezpečí a soudržnosti mezi kolegy, jakožto faktory, které více ovlivňují míru vyhoření než samotná klinická supervize (Berry, Robertson, 2019). V kontextu výše uvedených informací lze shrnout, že supervize ve druhé studii byla

zkoumána jako formální systém podpory s důrazem na percepci její efektivity. Nicméně studie prokázala, že neměla zásadní vliv na míru vyhoření u zkoumaného vzorku forezních psychiatrických sester. Místo toho, prostředí oddělení a pocit bezpečí se ukázaly být významnějšími faktory ovlivňujícími vyhoření. První studie naopak ukazuje pozitivní vliv supervize na snižování vyhoření. Prokázala, že supervize, která probíhala formou skupinových a individuálních sezení, pomohla u sester snížit míru emocionálního vyčerpání a depersonalizace a zvýšit pocit osobního uspokojení. V této studii byla klinická supervize lépe definována (forma a časová dotace) a pomáhala sestřám lépe porozumět samy sobě a získat podporu v pracovním prostředí. Zde byl důraz kladen na diskusi o péči o pacienty v bezpečném prostředí a rozvoj profesních dovedností sester.

Z výše uvedeného vyplývá, že účinnost klinické supervize může i nemusí být efektivní, a že by se neměla posuzovat izolovaně, ale jako součást širšího systému podpory pro zdravotnický personál.

2. Intervence zaměřené na životní dovednosti:

Webová výuka životních dovedností se ukázala jako efektivní metoda pro snížení míry vyhoření u zdravotních sester. Tento program trval 10 týdnů a zahrnoval interaktivní prvky, jako jsou texty, videa, diskusní fóra a testy. Zaměřoval se na deset klíčových životních dovedností včetně sebeuvědomění, empatie, rozhodování, řešení problémů, kreativního myšlení, kritického myšlení, komunikace, mezilidských vztahů, zvládnání emocí a zvládnání stresu. Studie ukázala, že webová forma je pro zdravotníky flexibilní a dostupná (Yektatalab, 2019). Další aktivní intervence životních dovedností trvala 6 měsíců a zahrnovala kurzy o komunikačních dovednostech, řešení konfliktů, zvyšování efektivity, kontrole emocí a pracovních dovednostech. Taková aktivní intervence může efektivně snížit pracovní vyhoření u sester a může přispět ke snížení pracovního stresu. Snížení emocionálního vyčerpání a depersonalizace může vést ke zlepšení duševního i fyzického stavu sester (Wei, 2017).

3. Skupinová intervize:

Ke skupinové intervizi, tak jak je definována v teoretické části, lze přiřadit dvě studie, a to konkrétně výzkum Balintovských skupin a vliv empatického jednání vedoucích sester. Balintovské skupiny jsou efektivní pro snížení syndromu vyhoření u vedoucích sester, zejména v oblasti osobního uspokojení. Intervence trvala tři měsíce a zahrnovala diskuse o náročných pracovních situacích a vztazích s pacienty. Účastnice

se cítily více kompetentní a efektivní ve své práci. Studie však neprokázala významné zlepšení v emocionálním vyčerpání a depersonalizaci. Mohlo by být potřeba delšího trvání intervence pro další zlepšení v těchto oblastech (Qu Shan, 2023). Další výzkum ukázal, že empatické jednání vedoucích sester ovlivňuje emoční vyčerpání a depersonalizaci skrze faktory, jako jsou odměny, míra kontroly a pracovní zátěž. Na základě těchto výsledků se doporučuje, aby se vedení nemocnic soustředilo na vytváření zdravého pracovního prostředí a podporu citlivého přístupu u vedoucích sester, čímž by mohlo přispět ke snížení syndromu vyhoření u sester podřízených (Putra, 2021).

4. Mindfulness intervence a psychoterapie:

Intervence založené na všímavosti (mindfulness) se ukázaly jako účinné pro snížení vyhoření, únavy z empatie a stresu u onkologických sester. Programy mindfulness také zvyšují celkovou pohodu, všímavost a soucit se sebou samým. Tyto intervence mohou vést ke snížení vyhýbání se zážitkům, stresu a zvýšení spokojenosti se životem (Joana Duarte, Pinto-Gouveia, 2016). Pozitivní psychoterapie, jako je "Tři dobré věci" (Three Good Things - 3GT), může zlepšit pracovní výkon a sebedůvěru u sester s příznaky syndromu vyhoření. Tato metoda se zaměřuje na pozitivní aspekty pracovního života, což zvyšuje sebedůvěru a motivaci (Guo Yu-Fang, 2019). Program zahrnující mindfulness, kritické a kreativní myšlení, právní problematiku, dokumentaci a expresivní umění prokázal účinnost při zmírňování syndromu vyhoření, úzkosti a stresu. Kritické a kreativní myšlení může pozitivně ovlivnit přístup sester k pacientům, což přispívá ke snížení depersonalizace. Školení zaměřené na právní otázky a dokumentaci pomáhá snižovat stres a úzkost spojenou s pracovními povinnostmi. Expresivní umění může účinně přispět ke zmírnění úzkosti i stresu (Scerri, 2023). Další psychoterapeutický program zaměřený na témata jako syndrom vyhoření, psychologická adaptace, řešení problémů v práci a strategie zvládnání stresu, který užíval prezentace, brožury a skupinové diskuse prokázal, že psychologický intervenční program má pozitivní vliv na snížení syndromu vyhoření a stresu u sester a pomohl jim lépe zvládat stres (Mohamed, 2022).

2.3 Diskuze

Syndrom vyhoření u všeobecných sester je aktuálním tématem, jeho prevalence se zvyšuje. Meta-analýza 94 studií uvádí prevalenci syndromu vyhoření u všeobecných sester 30 % a ukázala, že v posledních 10 letech měla tendenci se postupně zvyšovat ($t = 3,71$, $p = .006$) zejména v Evropě ($t = 4,23$, $p = .006$). Bylo zjištěno, že u významného počtu sester se v posledních 10 letech projevuje středně vysoká míra syndromu vyhoření. Z metaanalýzy rovněž vyplynul rostoucí trend v čase. Proto je třeba věnovat větší pozornost prevalenci syndromu vyhoření u sester (Ge, 2023). Do dalšího systematického přehledu bylo zahrnuto 113 studií a do metaanalýzy 61 studií, které zahrnovaly 45 539 sester z celého světa ve 49 zemích s různými specializacemi. Celková souhrnná prevalence symptomů vyhoření mezi zdravotními sestrami ve světě byla 11,23 %. Zjištění naznačují, že u sester je vysoká prevalence symptomů vyhoření, což si zaslouží pozornost. Tato studie slouží jako podnět pro intervenční studie a změnu politiky s cílem zlepšit pracovní podmínky sester a celkovou kvalitu zdravotní péče (Woo, 2020). Studie ze Španělska po provedení rešerše zahrnuje do metaanalýzy 8 studií, které představovaly celkový vzorek 1110 sester v primární péči. Prevalence vyhoření v subškálách MBI byla u emočního vyčerpání 28 % u depersonalizace 15 % a 31 % u osobního uspokojení (Monsalve-Reyes, 2018).

Řešením problému by mohla být supervize. Ale definovat supervizi je těžké, protože definování znamená určité ohraničování, a to je zejména u humanitních oborů nežádoucí, proto neexistuje jednotná definice ani teorie. Neexistence jednotného rámce přispívá ke vzniku mýtů, a to ztěžuje zavádění supervize do praxe. Většina definic se však shoduje, že supervize zahrnuje profesionální rozvoj a podporu, růst, učení a osobní rozvoj. Objevují se dva modely, jeden zaměřený na funkci administrativní a manažerskou, druhý na vzdělávání a rozvoj (Vaňková, 2015). Proto tato práce zahrnuje v empirické části do scoping review výzkumy, které se zabývali různými intervencemi v těchto oblastech, klinickou supervizi, podporu vedoucích sester, mindfulness, rozvoj životních dovedností, zvyšování sebedůvěry a skupinové řešení obtížných situací.

Další zdroje popisují, že syndrom vyhoření je stav emocionálního, fyzického i sociálního vyčerpání. Je důsledkem dlouhodobého stresu, a může vést ke ztrátě zájmu o práci a k pocitům beznaděje. Mezi faktory přispívající k syndromu vyhoření u sester patří, vysoká pracovní zátěž a nedostatek personálu, což vede k přetěžování sester, které pak slouží mnoho směn do měsíce. Fyzická zátěž zahrnující statické zatížení při práci,

kontakt s infekcemi, otevřenými ranami a dezinfekcemi, a práci na směny, která narušuje spánkový rytmus. Psychická zátěž zahrnující neustálou pozornost, rychlé reakce na změny, velkou zodpovědnost, rychlé rozhodování, komunikaci s příbuznými a působení bolesti druhým. Neadekvátní ohodnocení náročné práce a nedostatek uznání přispívají k pocitům frustrace. Sestry často nedokáží říct ne a obětují se pro druhé, mají nerealistická očekávání a přehnané nároky na sebe, a to může vést k vyhoření. Syndrom vyhoření může být spojen i s nespokojeností se sebou samým. Sestry jsou si vědomy, že jsou náchylné k syndromu vyhoření, a mnohé z nich se snaží s tímto problémem bojovat, ale často jim chybí dostatečné informace a efektivní nástroje, jako je supervize nebo relaxační techniky, a jak se syndromu vyhoření bránit (Chmelařová 2017). Mezi další faktory lze zařadit, že sestry často pracují s lidmi v těžkých situacích, což vyžaduje vysokou míru empatie, která ale může vést k emocionálnímu vyčerpání. Společně tyto faktory mohou mít důsledky v podobě zvýšené chybovosti a riziko poškození pacientů, narušení pracovních vztahů, snížení pracovní morálky, problémy v osobním životě a celkový pocit vyčerpání, beznaděje a odcizení (Řeháková, 2021). Mezi hlavní příčiny syndromu vyhoření tedy patří chronický stres v pracovním prostředí, především neustálý kontakt s příjemci péče – čím intenzivnější je tato interakce, tím vyšší je pravděpodobnost vyhoření. Dále hraje roli nadměrné pracovní zatížení, špatné pracovní podmínky (jako je směnný provoz nebo některé pracovní smlouvy) a nedostatek sociální podpory ze strany nadřízených i kolegů. Vysoce empatické osoby, které se silně angažují ve vztahu k pacientům, jsou obzvláště náchylné k vyhoření, protože se stávají zranitelnějšími vůči stresu. Důležitým faktorem je také nemožnost efektivně zvládat stresové situace, nedostatek uznání a ocenění, nízká míra kontroly nad pracovními úkoly či konflikty v pracovním prostředí. Dalším rizikovým aspektem je nevyváženost mezi pracovním a osobním životem, stejně jako individuální charakteristiky jednotlivce, jeho odolnost a schopnost zvládat stres (Velando-Soriano, 2019).

Prevence syndromu vyhoření u zdravotních sester vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje jak individuální strategie, tak i organizační změny na pracovišti. Důležité je zaměřit se na identifikaci rizikových faktorů a implementovat opatření, která pomohou sestřím zvládat stres a udržet si duševní i fyzickou pohodu. Tento komplexní přístup by měl být zohledněn v poskytované supervizi, tak aby byla schopna předcházet syndromu vyhoření. Zpětnou vazbou na supervizi se zabývala diplomová práce Ing. Pavlína Strnadové: „Zavádění supervize do zdravotnického zařízení z pohledu supervizantů“. Zkušenosti ze supervizí se různí a jsou ovlivněny mnoha faktory, včetně předchozích

zkušeností, organizační kultury a individuálních potřeb. Supervize může být vnímána jako užitečná podpora, ale také jako ztráta času, v závislosti na tom, jak je realizována a jaké má sestry od supervize očekávání. Pozitivní zkušenosti se supervizí byly ve zlepšení komunikace a vztahů. Supervize může vést ke zlepšení vztahů mezi kolegy a mezi personálem a vedením, umožňuje otevřenou diskuzi o pracovních problémech a sdílení pocitů v bezpečném prostředí. V Prevenci syndromu vyhoření může supervize pomoci předcházet vyhoření tím, že umožňuje ventilovat stres a nejistoty, uvědomit si rutinu a přehodnotit pracovní postupy. Přínos má ve sdílení zkušeností, kde supervize umožňuje vzájemnou výměnu informací a zkušeností, a to i mezi pracovníky z různých oddělení, což může vést k novým nápadům a inspiraci. Naopak negativně byl vnímán nedostatek zpětné vazby, sestry potřebují zpětnou vazbu na výstupy ze supervize od vedení, aby měly pocit, že jejich snaha má smysl. Pokud zpětná vazba chybí, může supervize ztratit na významu. Některé sestry mohou mít obavy z otevřené diskuze a mohou se bát říct svůj názor. Směnný provoz a dojíždění mohou ztěžovat účast na supervizních setkáních (Strnadová, 2021). Pro sestry je tedy důležité mít pocit, že jsou součástí kvalitního pracovního týmu a že jejich práce má smysl. Pracovní prostředí a vztahy s kolegy mají velký vliv na vitalitu sester. Důležitý je zájem o obor a víra v pozitivní fungování pracoviště. Sestry by se měly snažit o pozitivní přístup a vytvářet dobré prostředí (Komendová, 2017).

Další studie zpracovaná formou literární review identifikuje několik účinných preventivních opatření a intervencí zaměřených na zvládnutí syndromu vyhoření. Individuální intervence se soustředí na posilování vnitřních zdrojů jednotlivce prostřednictvím aktivního chování. Mezi osvědčené metody patří jóga, kognitivní strategie zvládnutí stresu, meditace a programy duševního zdraví, které často zahrnují poslech audio nahrávek s mentálními cvičeními. Skupinové intervence se zaměřují na zlepšení komunikace, mezilidských vztahů a týmové spolupráce. Jejich cílem je nejen podpora profesionality pracovníků, ale také zvýšení kvality péče o pacienty. Tyto programy zahrnují trénink komunikačních dovedností a technik pro rozvoj odolnosti vůči stresu. Organizační intervence se orientují na prevenci prostřednictvím vzdělávání, podpory zdraví a posilování sociálních vztahů. Klíčovou roli zde hrají změny v pracovním prostředí, politiky veřejného managementu v ošetrovatelství a programy na podporu zdravého životního stylu, například pravidelné cvičení a zdravá výživa. Kromě těchto obecných opatření existují programy zaměřené na specifické aspekty vyhoření. Například programy ke snížení únavy ze soucitu, které pomáhají profesionálům lépe

zvládat emoční zátěž spojenou s péčí o pacienty. Programy, které učí zdravotníky techniky zvládání stresu a posilují jejich odolnost vůči náročným situacím. Pomocníky jsou i webové programy pro zvládání stresu, umožňující sestřám identifikovat hlavní stresory a získat praktické rady, jak se s nimi vypořádat (Oliveira, 2019).

Další systematická review se shoduje s ostatními na příčinách syndromu vyhoření a zdůrazňuje nedostatečně rozvinuté strategie zvládání stresu. Mnoho studií se zaměřuje na specifické poruchy, jako je úzkost nebo deprese, ale málo z nich zkoumá účinky mindfulness tréninku. Každá lekce zahrnuje různé formy meditace, jako je jóga, dechová cvičení, sociální podpora nebo vystavení se a odolávání stresorům. Cílem je určit vztah mezi emocemi a negativními myšlenkami a reakcemi, kladen je důraz na posílení individuální odolnosti. Programy zahrnují týdenní skupinové lekce a domácí praxi. Meditace pomáhá zklidnit mysl a zvýšit vnímání přítomného okamžiku. Jóga a další fyzická cvičení, jako je strečink, přispívají k uvolnění napětí a podpoře celkového zdraví. Dechová cvičení se zaměřují na kontrolu dechu a relaxaci, čímž pomáhají regulovat stresovou reakci organismu. Kognitivní trénink učí jednotlivce identifikovat a měnit negativní myšlenkové vzorce, čímž zvyšuje psychickou odolnost. Důležitou součástí prevence je také rozvoj komunikačních dovedností, které umožňují efektivnější mezilidskou interakci a lepší zvládání pracovních výzev. Mindfulness intervence jsou považovány za účinný nástroj na odděleních, kde jsou sestry obzvláště náchylné k vyhoření, jako jsou jednotky intenzivní péče a onkologie (Suleiman-Martos, 2020).

Skupinové intervence podpořila i další studie realizovaná jako systematické review, ta navrhuje vytváření podpůrných skupin jako nástroje proti zvládání stresu souvisejícím s prací. Studie zjistila, že čím větší je vnímaná sociální podpora, tím vyšší je úroveň osobního uspokojení. Tyto skupiny by mohly diskutovat o problémech vzniklých na pracovišti a pomoci je řešit nebo snížit jejich dopad, aby pomohly sestřám zvládat stres, rozvíjet schopnosti zvládat zátěž nebo zvyšovat znalosti a dovednosti (Velando-Soriano, 2019).

Studie se vzájemně doplňují a potvrzují, že syndrom vyhoření u zdravotních sester je komplexní problém vyžadující kombinaci individuálních, skupinových a organizačních intervencí. Supervize se jeví jako slibný nástroj prevence, avšak její efektivita závisí na způsobu implementace, obsahu supervizních setkání a ochotě vedení poskytnout zpětnou vazbu. Největší důraz je kladen na psychickou odolnost, zvládání stresu a podporu ze strany kolegů, supervizorů a vyššího managementu, přičemž mindfulness techniky a trénink komunikačních dovedností se ukazují jako klíčové nástroje prevence.

Systematická review a další vysokoškolské kvalifikační práce se shodují na příčinách syndromu vyhoření a komplexním způsobu jeho prevence, možnostmi, jak mu předcházet, bylo představeno mnoho a každá intervence má určitý podíl na snižování jeho výskytu.

Doporučení pro praxi:

Z prostudovaných zdrojů se zdá, že supervize byla v České republice na vzestupu po roce 2010, tomu odpovídá i většina odborných textů, které jsou staršího data a v těch nových už se neobjevuje nový přístup nebo model poskytování supervize, jako podpory pro pomáhající profese. V roce 2015 zahájil svou činnost supervizní tým, který se stal součástí jedné fakultní nemocnice, a v roce 2023 nabídl seminář „*Supervize ve zdravotnictví pro vedoucí pracovníky*“, kterého jsem se zúčastnila. Přesto, že zprvu nevyloučili možnost účastnit se dotazníkového průzkumu na téma „supervize jako prevence syndromu vyhoření“, když jsem je oslovila, odpověděli že posuzovat účast na supervizi, jako jediné kritérium pro prevenci syndromu vyhoření, se jim zdá zavádějící. Proto jsem ve své práci využila metodu scopin review a z výsledků se zdá námitka byla oprávněná, protože účast na supervizi není jediné relevantní kritérium k posouzení pro prevenci syndromu vyhoření. V praxi je důležité, jak je supervize realizována, co je jejím obsahem a cílem, jak je vnímána ze strany klientů. Proměnných, které mají vliv na prevenci syndromu vyhoření je mnoho a pro každého je vhodný jiný přístup nebo intervence. Lze tedy říci, že prevence syndromu vyhoření u všeobecných sester je komplexní proces, který vyžaduje aktivní přístup na všech úrovních, vzájemnou spolupráci a implementaci efektivních strategií. Supervize se ukazuje jako užitečný nástroj pro podporu, ale je důležité brát v úvahu specifické potřeby a obavy jednotlivých pracovníků.

Pro praxi bych doporučila více prostudovat strategie, které mají potenciál předcházet syndromu vyhoření a ty pak implementovat do procesu supervize, který bude sestaven na míru pro konkrétní cílovou skupinu, která se bude supervize účastnit.

3 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou supervize jako prevencí syndromu vyhoření u zdravotnického personálu, zejména u všeobecných sester. Teoretická část práce se věnovala vymezení syndromu vyhoření, jeho příčinám, fázím a diagnostice, a dále se zabývala supervizí, její definicí, funkcemi a klasifikací. Empirická část práce se zaměřila na analýzu odborných studií, které zkoumaly vliv supervize a dalších intervencí na prevenci syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je definován jako stav emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu, který se vyskytuje zejména u jedinců pracujících s lidmi. Historicky byl tento syndrom popisován především ve spojitosti s profesními skupinami ve zdravotnictví, školství a sociální práci, ale nyní je vnímán jako krize ve vztahu k práci obecně. Mezi rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření se řadí jak vnitřní faktory (perfekcionismus, nízké sebevědomí, nadměrná empatie), tak vnější faktory (nedostatečná prestiž povolání, nadměrné množství práce, nekvalitní pracovní vztahy, stres v mimopracovní sféře).

Supervize se v posledních desetiletích dostává do popředí zájmu jako nástroj podpory psychického zdraví zaměstnanců. Její role spočívá v poskytnutí nezbytné podpory zaměstnanci, přičemž přispívá k profesnímu a osobnostnímu růstu, osobní spokojenosti, zlepšování komunikace a vztahů na pracovišti a tím předcházení syndromu vyhoření nebo jeho řešení. Supervize se dělí dle různých kritérií.

V empirické části práce byly vyhledány relevantní studie, které se zabývají supervizí ve vztahu k syndromu vyhoření u sester. Do analýzy bylo zahrnuto 10 studií, které splnily předem stanovená kritéria. Každá studie byla hodnocena z hlediska kvality, metodologie a klíčových výsledků. Na základě analýzy studií bylo zjištěno, že supervize, ať už klinická nebo skupinová, může efektivně snižovat míru emocionálního vyčerpání a depersonalizace. Klinická supervize je proces profesionální podpory a učení, kde jsou sestry vedeny k rozvoji své praxe prostřednictvím pravidelných diskusí se zkušenými kolegy a supervizory. Umožňuje sestrám diskutovat o práci v bezpečném a podpůrném prostředí. Dále se ukázalo, že intervence zaměřené na rozvoj životních dovedností, mohou významně snížit míru vyhoření u sester. Tyto programy se zaměřovaly na rozvoj sebeuvědomění, empatie, řešení problémů, komunikace, zvládání emocí a stresu. I webová forma výuky měla pozitivní vliv na zlepšení v subškálách dotazníku MBI, navíc je flexibilní a dostupná.

Skupinové intervence (jako Balintovské skupiny) se ukázaly jako efektivní pro snížení vyhoření, zejména v oblasti osobního uspokojení. Skupinové intervence poskytují prostor pro sdílení náročných pracovních situací a vztahů s pacienty, což pomáhá účastníkům cítit se více kompetentní a efektivní ve své práci. Studie také ukázaly, že empatické jednání vedoucích sester má pozitivní vliv na pracovní prostředí a snižuje emoční vyčerpání a depersonalizaci.

Další zkoumané intervence a psychologické programy zaměřené na syndrom vyhoření, psychologickou adaptaci a zvládání stresu, zahrnovaly workshopy, prezentace, brožury, mindfulness, kritické a kreativní myšlení, expresivní umění, administrativní vzdělávání a skupinové diskuse, a prokázaly pozitivní vliv na snížení stresu a prevenci syndromu vyhoření. Výsledky studií také poukázaly na význam pracovního prostředí a empatického vedení pro prevenci syndromu vyhoření. Studie potvrdily, že soudržnost v týmu, bezpečí na pracovišti a podpora ze strany vedení jsou klíčové faktory pro prevenci syndromu vyhoření. Analýza studií ukázala, že neexistuje univerzální řešení pro prevenci syndromu vyhoření, a že je potřeba kombinovat různé přístupy. Supervize by měla být doplněna o další intervence zaměřené na rozvoj životních dovedností, zvládání stresu a vytváření pozitivního pracovního prostředí nebo by měly tyto intervence být její součástí. Je také důležité, aby se organizace zaměřily na podporu svých zaměstnanců a vytvářely prostředí, ve kterém se cítí bezpečně, mohou být otevření, najdou oporu a pochopení, cítí se být platní a jsou oceňováni.

Vzhledem k narůstajícímu počtu pracovníků ve zdravotnictví, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření a nedostatkem zájemců o tuto práci na pracovním trhu, je nutné se i nadále věnovat výzkumu a hledání efektivních strategií prevence syndromu vyhoření. Výsledky mohou být inspirací pro zdravotnická zařízení, která chtějí zlepšit pracovní podmínky svých zaměstnanců a snížit riziko syndromu vyhoření. Závěrem lze říci, že supervize v kombinaci s dalšími podpůrnými opatřeními je důležitou součástí komplexní strategie pro prevenci syndromu vyhoření u zdravotnického personálu. Délka a intenzita intervence může hrát významnou roli v efektivitě. Je potřeba dalších výzkumů k určení nejlepších postupů pro snižování vyhoření a zvýšení pohody u zdravotnického personálu.

LITERATURA

- ANON., 2024. QD85 Burnout. online. 2024-01. In: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#129180281>. [citováno 2024-12-03].
- BAL, Matthijs. *Elgar Encyclopedia of Organizational Psychology*. USA: Edward Elgar Publishing Limited, 2024. ISBN 9781803921761.
- BLAKE, Holly a STACEY, Gemma. *Health and Wellbeing at Work for Nurses and Midwives*. Velká Británie: McGraw-Hill Education, 2022. ISBN 9780323881722.
- BRUNNING, Halina. *Psychoanalytic Reflections on a Changing World*. 2. USA: Taylor & Francis, 2018. ISBN 9780429903823.
- CARPENTER, John a WEBB, Caroline. *Effective supervision in social work and social care*. Research briefing. 2015, roč. 1, č. 43, s. 1-23. ISSN 1476-4687. Dostupné také z: https://www.drugsandalcohol.ie/18661/1/scie_briefing43_effective_supervision.pdf
- CIPRO, Martin. *Psychoanalytické koučování: vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného*. Manažer. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5350-8.
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2022. WHO. online. 2022-03-03. In: Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/svetova-zdravotnicka-organizace/>. [citováno 2024-12-03].
- ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Kdo je supervizor*. Online. Český institut pro supervizi, 2006. Dostupné také z: <https://www.supervize.eu/supervizori/kdo-je-supervizor/> [citováno 2024-12-09].
- FAGERNÄS, Simon et al. *The development of the Psychotherapists' Supervision Preferences Questionnaire—Derived from the Proctor Model*. Counselling and Psychotherapy Research. 2023. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1002/capr.12726>.
- GAVENDOVÁ, Nora. *Kognitivně-behaviorální přístupy v praxi pedagoga*. Pedagogika. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2501-2.
- GE Meng-Wei et al. *Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries*. Journal of Clinical Nursing. 2023, 32, s. 5836–5854. DOI: 10.1111/jocn.16708

GILBERT, Franco. *Supervision and MFT burnout*. *Frontiers in Psychology*. 2015, č. 6, s. 1-2. ISSN 1664-1078.

GURKOVÁ, Elena a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-9180-2. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/klinicke-prostredi-v-priprave-sester-4236/>.

HAWKINS, Peter a SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0987-4.

HORÁK, Michal. *Supervize: příručka pro uživatele*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2022. ISBN 978-80-88361-21-3.

HORSKÁ, Bohuslava. *Supervize v pomáhajících profesích: Studijní materiály 2*. Online. Masarykova univerzita, 2017. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/ped/podzim2017/SC4MK_SUVI/studijni_materialy_II_IS_MUN_I_svize_kombi_2017.pdf. [cit. 2024-12-09].

CHMELAŘOVÁ, Lucie. *Strategie používané v prevenci syndromu vyhoření u zdravotních sester*. Bakalářská práce, vedoucí Mauer, Miloš. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Ústav etiky a humanitních studií, 2017.

IOSIM, Iasmina a kol. *The Role of Supervision in Preventing Burnout among Professionals Working with People in Difficulty*. *Environmental Research Public Healthcare*. 2021, roč. 19, č. 1, s. 1-15.

JANÍKOVÁ, Eva a BUŽGOVÁ, Radka. *Profesionalita v ošetrovatelství II. Sborník příspěvků konference*. Olomouc: Palacky University Olomouc, 2015. ISBN 9788024448633.

JANÍKOVÁ, Eva a BUŽGOVÁ, Radka. *Supervize Jako Jedna Z Možností Prevence a Ovlivnění Syndromu Vyhoření Ve Zdravotnictví*, *Československá Psychologie*, 61(4), pp. 363–378. 2017. Dostupné také z: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=271723f5-de61-303a-a3fe-a16bbb46f4c8>

KLUGAR, Miloslav. *Systematická review ve zdravotnictví*. Monografie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4785-8.

- KOMENDOVÁ, Karolína, Linda ŘÍHOVÁ a Eva HLAVÁČKOVÁ. *Prevence syndromu vyhoření-návyky a postoje podporující vitalitu*. Univerzita Pardubice, 2017. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10195/69009>
- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9880-6. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychologie-3-dil-2026/>.
- LÁTALOVÁ, Klára; KONČELÍKOVÁ, Dana a PRAŠKO, Ján. *Suicidialita u psychických poruch*. Psyché. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4305-9. Dostupné také z: <https://flexibooks.cz/suicidialita-u-psychicky-poruch/d-73816/>.
- LEIGH, Jacqueline a ROBERTS, Debbie. *Supervising and Assessing Student Nurses and Midwives in Clinical Practice*. Velká Británie: Lantern Publishing, 2021. ISBN 9781908625885.
- MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0232-5. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/metody-a-rizeni-socialni-prace-3182/>.
- MONSALVE-REYES Carolina S. et al. *Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis*. BMC Family Practice, 2018. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>
- OLIVEIRA Sidney Medeiros et al. *Prevention Actions of Burnout Syndrome in Nurses: An Integrating Literature Review*. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 2019, 15, s. 64-73 DOI: 10.2174/1745017901915010064, 2019, 15, 64-73
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina a kol. *Gerontologie pro sociální práci*. Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4395-3. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/gerontologie-pro-socialni-praci-6980/>.
- OOZAGEER GUNOWA, Neesha a MCBRIDE, Michelle. *A Clinician's Survival Guide to District Nursing*. Velká Británie: Elsevier, 2024. ISBN 9780443125508.
- PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

PRISMA Statement. *PRISMA Flow diagram*. PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only. 2020. [online]. Dostupné také z: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>

PRIYA, Martin a kol. *Impact of clinical supervision on healthcare organisational outcomes*. PLoS One. 2021, roč. 11, č. 16, s. 1-27. ISSN 1932-6203.

PTÁČEK, Radek; RABOCH, Jiří a KEBZA, Vladimír. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5114-6.

PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana. *Přehled poruch psychického vývoje: psychická deprivace, neurotické obtíže v dětském věku, poruchy chování a syndrom hyperaktivity, psychologie jedinců s různými typy postižení*. Psyché. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.

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

RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4604-6.

ŘEHÁKOVÁ, Anna, Zdeněk HRSTKA a Jana WICHSOVÁ. *Syndrom vyhoření u perioperačních sester*. Univerzita Pardubice, 2021. Dostupné také z: <https://hdl.handle.net/10195/77794>

SCHAFFNER, Anna Katharina; WAGNER, Greta a NECKEL, Sighard. *Burnout, Fatigue, Exhaustion An Interdisciplinary Perspective on a Modern Affliction*. Velká Británie: Springer International Publishing, 2017. ISBN 9783319528878.

SCHAUFELI, Wilmar a ENZMANN, Dieter. *The Burnout Companion To Study And Practice A Critical Analysis*. Velká Británie: CRC Press, 2020. ISBN 978-0748406982.

SCHAUFELI, Wilmar a kol. *Professional Burnout*. 3. USA: CRC Press, 2018. ISBN 9781351421157.

SCHAUFELI, Wilmar. *Professional Burnout Recent Developments In Theory And Research*. Velká Británie: CRC Press, 2018. ISBN 9781351421157.

STRNADOVÁ, Pavlína. *Zavádění supervize do zdravotnického zařízení z pohledu supervizantů. Případová studie*. Diplomová práce, vedoucí Havrdová, Zuzana. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, Program Řízení a supervize, 2021.

SULEIMAN-MARTOS Nora et al. *The effect of mindfulness training on burnout syndrome in nursing: A systematic review and meta-analysis*. JAN, 2020, 76, s. 1124-1140. DOI:10.1111/jan.14318

ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Psychologie*. Edice učebních textů. [Praha]: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2019. ISBN 978-80-88330-01-1.

ŠPAČKOVÁ Jana a JEŽOVÁ, Miroslava. *Supervize ve zdravotnictví pro vedoucí pracovníky* [přednáška]. Brno: FN Brno, 10.10.2023.

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

TAKÁCS, Lea; SOBOTKOVÁ, Daniela a ŠULOVÁ, Lenka. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

ÚZIS, 20246. MKN-10 klasifikace: Z73.0 Vyhasnutí (vyhoření). [online]. In: MKN-10 klasifikace. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>. [citováno 2024-12-03].

VAŇKOVÁ, Milena; BÁRTLOVÁ, Sylva. *Historický a zahraniční odkaz pro koncept supervize v českém ošetrovatelství*. Kontakt, 2015, 17.1: e32.

VELANDO-SORIANO Almudene et al. *Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review*. Japan journal of nursing science, 2019. DOI: 10.1111/jjns.12269

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

WOO Tiffany et al. *Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Psychiatric Research 123, 2020, s. 9-20. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>

Odkazy na studie:

BERY, S. and Robertson, N., *Burnout within forensic psychiatric nursing: its relationship with ward environment and effective clinical supervision?*. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2019. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1111/jpm.12538>.

CIRCENIS, Kristaps, et al. *Supervision in Nursing: Latvian Sample Study*, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volume 205, 2015, Pages 86-91, ISSN 1877-0428. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.023>.

DURANTE J, and PINTO-GOUVEIA J., *Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study*. Int J Nurs Stud., 2016. Dostupné také z: [doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002).

GUO YF, et al. *A WeChat-based "Three Good Things" positive psychotherapy for the improvement of job performance and self-efficacy in nurses with burnout symptoms: A randomized controlled trial*. J Nurs Manag. 2020, (3) s. 480-487. Dostupné také z: [doi:10.1111/jonm.12927](https://doi.org/10.1111/jonm.12927).

MOHAMED, Sanaa Saber et al. *Effect of psychological intervention on Stress Coping Mechanisms and Burnout syndrome among Critical care Nurses*, Assiut Scientific Nursing Journal, 2022, 10(30), s. 119-133. Dostupné také z: [doi:10.21608/asnj.2022.128621.1347](https://doi.org/10.21608/asnj.2022.128621.1347).

PUTRA, Kuswanto Rusca, et al. *The impact of nurse manager caring behaviors and work environment on burnout syndrome among nurses*. Kontakt, 2021. Dostupné také z: <https://doi.org/10.32725/KONT.2021.019>.

SCERRI, Josianne et al. *Targeting Burnout and Emotional State in Nurses within a Mental Health Care Setting: A Quasi-Experimental Study*. Humanities and Social Science Research, 2022, 6(1). Dostupné také z: <https://doi.org/https://doi.org/10.30560/hssr.v6n1p1>.

SHAN, Qu, et al. *Effect of Balint Group on Burnout and Self-efficacy of Nurse Leaders in China: A Randomised Controlled*. Research Square 2025, 2023, ISSN 2693-5015. Dostupné také z: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2320560/v1>

WEI, Rong., et al. *Active Intervention Can Decrease Burnout In Ed Nurses*. Journal of Emergency Nursing, 2017, 43, s. 145-149. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.07.011>.

YEKTATALAB, Shahrzd, et al. *Effect of Web-Based Life Skills Education on Nurses' Job Burnout*. Turkish Online Journal of Distance Education, 2020, 21(2), s. 37-46. Dostupné také z: <https://doi.org/10.17718/tojde.727974>