

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Tereza Příbylová

**Zvládání zátěžových situací u pracovníků ve
zdravotnictví – prevence syndromu vyhoření**

**Coping with stressful situations in healthcare workers
– prevention of burnout syndrome**

Praha 2022

Vedoucí práce: PhDr. Jana Woleská, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce PhDr. Janě Woleské, PhD. za její nadstandardní a laskavý přístup, za čas, který mi ve svém nabitém programu vždy ochotně věnovala a cenné rady, které mi poskytla. Poděkování patří také Martinu Máčelovi, který mi poskytl cenné rady při statistické analýze dat, čímž mi velmi pomohl.

Děkuji také Prof. PhDr. et. PhDr. Radku Ptáčkovi, Ph.D. za poskytnutí České verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření. Poděkování patří také všem respondentům diplomové práce, a zvláště pak těm, kteří si udělali čas na rozhovor, díky kterému mohl být výzkum obohacen o cenné informace. Stejně tak děkuji PhDr. Lukáši Humplovi, garantovi systému a odbornému garantovi SPIS, za pomoc s distribucí dotazníku. Na závěr bych ráda poděkovala svému partnerovi a všem mým milým, kteří to se mnou vydrželi a po celou dobu mě podporovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného či stejného titulu.



V Praze dne 11.4.2022

.....

Bc. Tereza Příbylová

Abstrakt

Tato práce popisuje zátěžové situace, se kterými se pracovníci ve zdravotnictví, především sestry, lékaři a zdravotničtí záchranáři, setkávají a v souvislosti s tím se věnuje syndromu vyhoření, který je častým důsledkem pracovní zátěže. S ohledem na prevenci syndromu vyhoření se práce věnuje také individuálním a organizačním protektivním faktorům. Ve výzkumné části práce zjišťuje, zda absolvování speciálních kurzů může pomoci zvládnutí zátěže v práci a nižší míře syndromu vyhoření.

Klíčová slova

pracovníci ve zdravotnictví; zátěžové situace; syndrom vyhoření; individuální protektivní faktory; organizační protektivní faktory

Abstract

This thesis describes the stressful situations that healthcare workers especially nurses physicians and paramedics encounter and in connection with this deals with the burnout syndrome which is a frequent consequence of workload. With regard to the prevention of burnout syndrome the thesis also deals with individual and organizational protective factors. In the research part of the thesis it finds out whether completing special courses can help cope with workload and a lower rate of burnout syndrome.

Keywords

Healthcare Workers; Stressful Situations; Burnout Syndrome; Individual Protective Factors; Organisational Protective Factors

OBSAH

ÚVOD.....	9
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST	11
1. VYMEZENÍ POJMŮ.....	11
2. VYBRANÉ ZÁTĚŽOVÉ SITUACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	12
2.1 SMĚNNÝ PROVOZ.....	12
2.2 FYZICKÁ ZÁTĚŽ SESTER.....	13
2.3 ADMINISTRATIVNÍ ZÁTĚŽ U LÉKAŘŮ	13
2.4 STRES NA PRACOVÍŠTI	14
2.5 PROSTŘEDÍ URGENTNÍ MEDICÍNY	16
2.6 PRÁCE NA ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBĚ	17
2.7 PANDEMIE	18
2.7.1 Poznatky z pandemií do roku 2019	18
2.7.2 Poznatky z pandemie COVID-19	19
3. SYNDROM VYHOŘENÍ	21
3.1 STÁDIA SYNDROMU VYHOŘENÍ	22
3.2 SYNDROM VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	23
3.2.1 Syndrom vyhoření u sester	24
3.2.2 Syndrom vyhoření u lékařů	25
3.2.3 Syndrom vyhoření u zdravotnických záchranářů	26
3.3 PROJEVY SYNDROMU VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	26
3.3.1 Projevy v oblasti psychického zdraví	26
3.3.2 Projevy v oblasti fyzického zdraví.....	27
3.3.3 Projevy v oblasti dopadů na organizaci.....	27
3.4 DOPADY SYNDROMU VYHOŘENÍ NA PACIENTY	27
3.5 MĚŘENÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	28
3.5.1 Emocionální vyčerpání	29
3.5.2 Depersonalizace.....	30
3.5.3 Nízké osobní uspokojení.....	31
4. INDIVIDUÁLNÍ PROTEKTIVNÍ FAKTORY	32
4.1 ODOLNOST	32
4.2 COPINGOVÉ STRATEGIE	32
4.3 OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY.....	33
4.4 WELL-BEING	34
4.5 PSYCHOHYGIENA	35
5. ORGANIZAČNÍ PROTEKTIVNÍ FAKTORY	37
5.1 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....	37

5.1.1	<i>Kurz první psychické pomoci ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým</i>	38
5.2	PEER PODPORA	39
5.2.1	<i>RISE (Resilience in Stressful Events)</i>	41
5.2.2	<i>Systém psychosociální intervenční služby</i>	42
5.3	SUPERVIZE	44
5.4	INTERVENCE, INTERVENČNÍ PROGRAMY	44
5.4.1	<i>Mindfulness intervence</i>	45
5.4.2	<i>Programy na zvládání stresu</i>	46
5.4.3	<i>„Care for the Professional Caregivers Program (CPCP)“ („Program péče o profesionálního pečovatele“)</i>	46
	VÝZKUMNÁ ČÁST	48
6.	VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	48
6.1	VÝZKUMNÉ CÍLE	48
6.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	49
6.2.1	<i>Výzkumné otázky kvalitativní část</i>	49
6.2.2	<i>Výzkumné otázky kvalitativní část</i>	50
6.3	TYP VÝZKUMU	50
6.3.1	<i>Kvantitativní část výzkumu</i>	50
6.3.2	<i>Kvalitativní část výzkumu</i>	51
6.4	METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT	51
6.4.1	<i>Kvantitativních sběr dat</i>	51
6.4.2	<i>Kvalitativní sběr dat</i>	54
6.5	METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT	55
6.5.1	<i>Metody zpracování kvantitativních dat a analýza kvantitativních dat</i>	55
6.5.2	<i>Metody zpracování kvalitativních dat analýza kvalitativních dat</i>	56
6.6	ETIKA VÝZKUMU	57
7.	VÝZKUMNÝ SOUBOR	58
7.1	VÝZKUMNÝ SOUBOR PRO KVANTITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMU	58
7.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR PRO KVALITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMU	60
8.	VÝSLEDKY	62
8.1	VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍ ČÁSTI VÝZKUMU	62
8.2	VÝSLEDKY KVALITATIVNÍ ČÁSTI VÝZKUMU	77
9.	SHRNUTÍ ZJIŠTĚNÍCH VÝSLEDKŮ VÝZKUMU A DISKUSE	86
9.1	LIMITY VÝZKUMU A MOŽNOSTI DALŠÍCH VÝZKUMŮ	89
	ZÁVĚR	91
	SEZNAM ZKRATEK	93

SEZNAM PŘÍLOH.....	94
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	95
SEZNAM TABULEK.....	118
SEZNAM GRAFŮ	119
PŘÍLOHA 1: ÚVODNÍ SLOVO K DOTAZNÍKU	I
PŘÍLOHA 2: INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU	II
PŘÍLOHA 3: PRŮVODNÍ DOPIS PRO RESPONDENTY	III

Úvod

Téma syndromu vyhoření je již dlouhodobě komunikováno v řadě profesí. Pracovníci ve zdravotnictví nejsou výjimkou ba naopak se řadí mezi jednu z nejrizikovějších profesních skupin pro rozvoj syndromu vyhoření (Westphal et al., 2015; Wolf et al., 2016) především pro svou specifickou náplň práce, která na mnoha pracovištích vyžaduje směnný provoz a každodenní kontakt s lidmi nacházejícími se v náročných životních situacích způsobených onemocněním či zraněním (Hoskovcová, 2009).

Syndrom vyhoření má negativní dopad na fyzické i psychické zdraví jedince stejně tak jako na pacienty a celou organizaci, ve které pracují (Visser et al., 2003).

Přestože je syndrom vyhoření celosvětově velmi rozšířený, nemá stanovená diagnostická kritéria a je na něj tedy jednotlivými autory nahlíženo různě (Lindblom et al., 2006).

Léčba syndromu vyhoření se odvíjí na základě symptomů, se kterými se daný jedinec potýká, přičemž jako nejúčinnější léčba syndromu vyhoření se uvádí jeho prevence (Andršová, 2012). Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že přestože možnosti prevence jsou, není jim věnován dostatečný prostor, a v řadě nemocnic není ani velká podpora stran vedení o své zaměstnance pečovat. Sami zdravotníci často své potřeby přehlíží a nahlíží na sebe jako na ty, kteří jako pomáhající profese musí vše zvládnout. Tento jev byl hojně pozorován v období pandemie COVID-19, kdy se zdravotničtí pracovníci dostali do pracovního náporu, který dosud nezažili, a i přesto své potřeby upozadili. V důsledku toho se u řady z nich, z důvodu zanedbání péče v rámci akutní stresové reakce, rozvinul syndrom vyhoření a u některých i posttraumatická stresová porucha (PTSD) (Batra et al., 2020).

Výzkumů týkajících se syndromu vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví je mnoho, v rámci České republiky jsou tato témata v poslední době často součástí akademických prací studentů různých oborů (Foukalová, 2021; Kroupa, 2016; Marková, 2021). Nenašli jsme ale žádný, který by se přímo věnoval vzdělávání pomocí specializačních kurzů a výcviků, jako možnému protektivnímu faktoru před vyhořením a zvládáním pracovní zátěže, a proto jsme se rozhodli tento výzkum v rámci diplomové práce realizovat a zmapovat tak přínos absolvování kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ a „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“.

Zájem o problematiku syndromu vyhoření u zdravotníků vznikl během stáží na covid KARIM oddělení FN Motol, kam jsme na jaře roku 2021 docházeli v rámci aktivizace pacientů.

V rámci působení na oddělení jsme se dostali do kontaktu i se zdravotnickým personálem, především sestrami, se kterými jsme si povídali o jejich pracovní zátěži spojené s pandemií COVID-19. Na oddělení bylo velmi dobře vidět, kdo o své duševní zdraví pečuje a kdo tuto oblast potlačuje.

Zpracováním práce na toto téma jsme se rozhodli přispět do osvěty problematiky syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků především ve spojení s protektivními faktory, jak individuálními, tak těmi na straně organizace.

V první kapitole se věnujeme vymezení pojmů. Ve druhé kapitole se věnujeme vybraným zátěžovým situacím ve zdravotnictví. Ve třetí kapitole přinášíme základní informace o syndromu vyhoření a hlouběji se zaměřujeme na syndrom vyhoření u jednotlivých pracovníků ve zdravotnictví. V posledních dvou kapitolách se věnujeme individuálním a organizačním protektivním faktorům, kde blíže popisujeme vzdělávací kurzy *„První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým“* a *„Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací“*, které jsou stěžejní pro výzkumnou část diplomové práce.

Ve výzkumné části představujeme výzkum, který jsme realizovali za účelem zmapování přínosu absolvování kurzu *„První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým“*, *„Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací“* a dalších forem vzdělávání na vyhoření a hodnocení pracovní zátěže. Zjišťovali jsme také účinek účasti na supervizích a využití peer podpory na míru vyhoření a hodnocení pracovní zátěže.

Zpracovaná práce a výsledky realizovaného výzkumu mohou přispět k rozšíření povědomí o přínosu jednotlivých protektivních faktorů vyhoření a pracovní zátěže u pracovníků ve zdravotnictví.

Vše jsme řádně citovali dle normy APA, sedmé edice (American Psychological Association, 2020).

Literárně přehledová část

1. Vymezení pojmů

Oblast zdravotnictví je velmi rozsáhlá a zahrnuje široké spektrum pracovníků. V rámci diplomové práce na pracovníky ve zdravotnictví nahlížíme v kontextu České republiky a hned v počátku uvádíme, kterým z nich se konkrétně věnujeme.

Pracovníkem ve zdravotnictví se rozumí „osoba, která získala způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle platné legislativy a vykonává činnosti, které jí profesně náleží (Ministerstvo zdravotnictví ČR, n.d.).“

Pro lékaře je platnou legislativou zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (*Zákon č. 95/2004 Sb.*, 2004).

Pro sestry a zdravotnické záchranáře jakožto nelékařské zdravotnické pracovníky je platnou legislativou zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (*Zákon č. 96/2004 Sb.*, 2004).

Označení sestra se v diplomové práci užívá souhrnně pro všechny typy sester (všeobecná, praktická...).

2. Vybrané zátěžové situace ve zdravotnictví

Zdravotnické prostředí má svá specifika, která mohou být značně zátěžová a mohou vést k vyššímu riziku vzniku syndromu vyhoření (Westphal et al., 2015; Wolf et al., 2016).

Mezi rizikové faktory, které působí pracovníkům ve zdravotnictví zátěž patří například:

- přítomnost pacientů, kteří mají bolesti, umírají,
- především emočně negativní stavy pacientů (deprese, vyčerpání, hněv aj.),
- velká odpovědnost za svou práci,
- konflikty rolí mezi zdravotnickým personálem,
- směnný provoz, noční směny,
- časová náročnost, potřeba flexibility,
- nutnost rozhodovat při málo informacích,
- interpersonální vztahy,
- hluk a jiné fyzikální faktory (Nešpor & Csémy, 2001).

Některé zátěžové situace (vliv směnného provozu, stres na pracovišti, prostředí urgentní medicíny a pandemie) jsou v odborné literatuře hojně popisovány pro sestry i lékaře. Administrativní zátěž se v odborné literatuře vyskytuje především u lékařů a fyzická zátěž naopak spíše u sester. Dle toho je postaven i následující výčet vybraných zátěžových situací.

2.1 Směnný provoz

Práce ve zdravotnictví je charakteristická směnným provozem. Nárok na zvládnutí směnného režimu může být pro vznik syndromu vyhoření velmi rizikový (Westphal et al., 2015; Wolf et al., 2016).

Vzhledem ke směnnému provozu se pracovníci ve zdravotnictví často potýkají s nedostatkem spánku, což ovlivňuje logický úsudek a bdělost. Nedostatek spánku v důsledku směnného provozu je také spojen s nárůstem chybovosti u lékařů (Rogers, 2008; Scott, 2009). Únava má negativní dopad nejen na vlastní pohodu, ale také na péči o pacienty a systém zdravotní péče. To může být v souladu s nízkou pracovní spokojeností, sníženou produktivitou práce, nárůstem lékařské chybovosti, špatnou kvalitou péče o pacienty, nízkou pracovní spokojeností, předčasným odchodem do důchodu a selháním zdravotnického systému (Moss et al., 2016; West et al., 2018). Nedostatečný spánek také způsobuje úmrtí při fatálních dopravních nehodách způsobených únavou a dále má vliv na malignitu a kardiovaskulární onemocnění pracovníků (Hafner et al., 2016). Směnný provoz obnáší i noční služby, které mohou z dlouhodobého hlediska vést k narušení přirozených biorytmů organismu, dochází k rozvoji

poruch spánku v oblasti kvalitativní i kvantitativní. Spánek v průběhu dne po noční směně nikdy není natolik kvalitní, aby plně vynahradil přirozený spánek v noci. Ve spánku následujícím po noční směně dochází také ke zkrácení REM fáze spánku, což může vést k chronické únavě (Tuček et al., 2005).

V obecné rovině je směnný provoz kontraindikovaný pro osoby s diabetem melitus, poruchami spánku a poruchami trávicího ústrojí (Švábová et al., 2015).

2.2 Fyzická zátěž sester

Fyzická zátěž sester je ovlivněna hlavně manipulací s pacienty a břemeny. Práce sester je charakteristická častými změnami pozice těla, především častého zvedání a ohýbání. V důsledku této fyzické zátěže často dochází k problémům s kosterní a svalovou soustavou (Danosová et. al, 2016).

Stanovené limity pro manipulaci s břemeny jsou uvedeny v zákoně č. 309/2006 Sb., o zajištění dalších podmínek BOZP, ve znění pozdějších předpisů (*Zákon č. 309/2006 Sb.*, 2006). Hlavním předpisem je nařízení vlády č. 361/2007 Sb. (*Nařízení vlády č. 361/2007 Sb.*, 2007). Tyto limity jsou však často překračovány a to vede k dlouhodobému fyzickému zatížení (Vévoda, 2013).

Výsledky systematického review ukazují, že ošetrovatelská profese, kterou sestry zastávají, často souvisí s bolestí dolní části zad, přičemž největší riziko představuje samo zacházení s pacientem (Yassi & Lockhart, 2013). Sestry pomáhají pacientům při mobilizaci, přesunu mezi pozicemi a zároveň pomáhají s prováděním dalších činností každodenního života, jako je toaleta a sprcha (Coggon et al., 2012; Dawson et al., 2007). Tato těžká manuální práce byla u sester identifikována jako jeden z největších rizikových faktorů při rozvoji zranění v rámci kosterní a svalové soustavy, zejména v dolní část zad (Retsas & Pinikahana, 2000).

2.3 Administrativní zátěž u lékařů

Zatěžující se ukazuje také neefektivní využití času z důvodu velké administrativní zátěže, která je způsobena vyplňováním komplexní zdravotnické dokumentace (West et al., 2018). Za každou hodinu strávenou interakcí s pacientem má lékař navíc jednu až dvě hodiny administrativní práce týkající se sepisování dokumentace, objednávání dalších vyšetření, předepisování léků a kontroly výsledků (Wright & Katz, 2018).

Gardner a kol. (2019) se v souvislosti s administrativní zátěží kladenou na lékaře věnují práci s elektronickými zdravotnickými záznamy (*electronic health record*, dále jen EHR), která dle provedeného výzkumu přispívá k rozvoji syndromu vyhoření.

Důvody rozvoje syndromu vyhoření při užívání EHR jsou dle různých autorů následující.

Babbott a kol.(2014) a Kroth a kol. (2018) uvádí, že rozvoj syndromu vyhoření podporují i problémy s efektivní orientací v uživatelském rozhraní systému.

Poissant (2005) uvádí, že se tak děje z důvodu času navíc, který musí lékaři vyplňováním strávit oproti zaznamenávání do papírové tabulky.

Febowitz a kol. (2011) uvádí, že problém činí i množství dat, která může mít lékař k dispozici v průběhu každého vyšetření a rozhodování.

Shanafelt a kol. (2016) uvádí, že k rozvoji syndromu vyhoření dochází kvůli zvýšenému počtu administrativních úkolů zaměřených na lékaře.

Martin a kol. (2017) uvádí, že díky využívání EHR mají lékaři možnost pracovat kdykoliv a kdekoliv, což přispívá k rozvoji syndromu vyhoření.

Pelland a kol. (2017) uvádí, že k rozvoji syndromu vyhoření přispívá i zhoršující se interakce mezi pacientem a lékařem, která je způsobena právě využíváním EHR. Negativní vliv EHR na interakci mezi pacientem a lékařem se objevil jak v nemocničním prostředí, kde lékaři nejčastěji uváděli, že kvůli EHR tráví méně času s pacienty, protože musí trávit více času u počítače, tak v prostředí ordinací, kde lékaři vnímali, že to zhoršuje kvalitu jejich interakcí a vztahů s pacienty.

2.4 Stres na pracovišti

Stordeur a kolektiv (2001) se na pracovní stresory dívali z pohledu jejich potenciálního efektu na pracovníky. Nejvýznamněji působilo nadměrné pracovní vytížení následované konflikty s lékaři, kolegy a nejasnostmi v úkolech a cílech.

Za stresové lze v jakékoliv profesi považovat i pracovní nasazení a závazek, který má každý pracovník nastavený podle sebe. Dá se tedy předpokládat, že tvrdě pracující a oddaní pracovníci mohou být vystaveni ještě vyššímu riziku vzniku syndromu vyhoření (Ahola et al., 2009).

Sestry pracující v oblasti urgentní medicíny zažívají úzkost a stres, což vede k vysokým skóre na škále emočního vyčerpání (Gómez-Urquiza et al., 2017a). Z dlouhodobého hlediska může přepracování a vysoká úroveň stresu na pracovišti vést k rozvoji syndromu vyhoření

(Tucker et al., 2012). Zátěžové jsou také nepříznivé události, lékařské chyby, smrt pacienta, neočekávané důsledky nebo nenáhodná traumata (de Wit et al., 2013). Stres může způsobovat i atmosféra, která je například na oddělení urgentní medicíny charakteristická prožívanými traumaty a úzkostí (Westphal et al., 2015; Wolf et al., 2016).

Gray-Toft a Anderson (1981) ve své studii odhalili 7 základních stresorů vyskytujících se u sester, které mohou souviset se syndromem vyhoření. Jsou jimi:

- smrt a utrpení pacientů,
- konflikty s lékaři,
- nedostatečný výcvik,
- nedostatek sociální opory,
- konflikty s ostatními sestrami,
- nadměrné pracovní vytížení,
- nejistota ohledně poskytnuté léčby.

French a kolektiv (2000) se ve své studii také věnovali stresorům u sester a identifikovali 9 hlavních, mezi které řadí:

- konflikty s lékaři,
- nedostatečný výcvik,
- problémy s kolegy,
- problémy s nadřízenými,
- diskriminaci,
- nadměrné pracovní vytížení,
- nejistotu ohledně poskytnuté léčby,
- vypořádávání se se smrtí a utrpením pacientů,
- problémy s rodinami pacientů.

Obecně lze říci, že přítomnost bolesti a smrti, nadměrná pracovní zátěž a konfliktní mezilidské vztahy s kolegy se dají považovat za významné stresory, které mohou u sester vést k syndromu vyhoření (Rauhala et al., 2007; Sundin et al., 2008; Wu et al., 2010).

Gardner a kol. (2019) se ve své studii věnovali stresu a syndromu vyhoření u lékařů. Ukázalo se, že lékaři uvádějí stres v souvislosti s využíváním informačních technologií ve zdravotnictví (*health information technology* – HIT) a projevovalo se to nejvíce u lékařů ve specializacích zaměřených na primární péči. Stres pro lékaře způsoboval i nedostatek času pro vyplňování zdravotnické dokumentace.

Linzer a kolektiv (2002) se ve své studii také z různých hledisek zaměřovali na příčiny stresu u lékařů a identifikovali následující požadavky na práci, z nichž se nejvíc stresující ukazuje:

- pracovní doba,
- časový nátlak,
- péče o pacienty se dvěma a více chronickými onemocněními naráz,
- vykonávání samostatné lékařské praxe (bez jiných zaměstnanců, návaznosti na další organizace).

Z hlediska kontroly nad svou prací se nejvíce stresující ukazuje:

- kontrola nad prací celkově (rozvrhy, pracovní tempo),
- kontrola nad potížemi/přerušeními.

Z hlediska podpory se nejvíce stresující ukazuje:

- nízká kolegiální podpora pro rovnováhu mezi prací a domovem,
- nízká podpora ze strany manžela/manželky pro kariéru,
- izolovanost z důvodu pohlaví nebo kulturních rozdílů.

Mahmoud a Rothenberger (2019) uvádí 5 nejčastějších překážek v práci lékaře, které narušují jeho odolnost:

- nerovnováha mezi osobním a pracovním životem,
- nadměrné vystavování se stresujícím událostem,
- nedostatek času a prostoru ke zpracování negativních pocitů,
- ponižující zážitky,
- sociální izolace.

Největšímu riziku stresu jsou vystaveni lékaři pracující ve specializacích pojících se s přední linií přístupu k péči jako např. urgentní medicína, všeobecné interní lékařství, neurologie a rodinné lékařství (Shanafelt et al., 2012).

2.5 Prostředí urgentní medicíny

Pracovníci ve zdravotnictví, včetně sester a lékařů jsou ohroženi vysokým rizikem vzniku syndromu vyhoření z důvodů stresujících požadavků jejich pracovní náplně (Yao et al., 2013).

Zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření bylo potvrzeno u sester pracujících na odděleních urgentní medicíny. Důvodem je, že se zdravotnický personál setkává na denní

bázi s neočekávanými situacemi a pacienty u nichž je vysoké riziko úmrtí z důvodu zdravotního stavu (Adriaenssens et al., 2015; Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009).

Zdravotnický personál, který se podílí na urgentní péči, trpí ještě větším stupněm rizika syndromu vyhoření kvůli mnohem vyšší expozici pacientům s vážnými zdravotními stavy a terminálními chorobami (Schooley et al., 2016).

U sester v urgentní medicíně je zátěžové velmi časté vystavování traumatizujícím incidentům se zraněnými osobami včetně dětí, zmrzačení, agrese a silnému utrpení včetně častých úmrtí (Adriaenssens et al., 2011).

Potter (2006) uvádí, že se u pracovníků v urgentní medicíně velmi často objevuje emoční tíseň a vyhoření v důsledku konfrontace se stresovými situacemi.

Healy a Tyller (2011) mezi nečastější stresující události v urgentní medicíně řadí samo pracovní prostředí, které je charakteristické nadměrným pracovním vytížením, přeplněností, traumatickými událostmi, prací na směny. Stres přináší také agrese a násilí, se kterým se na oddělení setkávají, dále pak smrt či resuscitaci dětí nebo mladých lidí, vážná onemocnění, náhlá či traumatická úmrtí a vážné incidenty.

2.6 Práce na zdravotnické záchranné službě

Šeblová a kol. uvádí, že publikované studie o psychologické zátěži u pracovníků záchranných služeb nejčastěji mluví o zátěži v souvislosti s mimořádnými událostmi. Dále uvádí, že s mimořádnými událostmi se ale pracovníci záchranné služby setkávají zřídka. Kritickými jsou pro ně události, se kterými se setkávají oproti mimořádným událostem častěji a jsou jimi například *„zranění během výkonu služby, smrt kolegy, vlastní ohrožení, závažné a hromadné dopravní nehody, traumatická smrt dítěte, události s velkým zájmem médií* (Šeblová et al., 2009, s. 27).“

Šeblová a kol. v letech 2003–2006 uskutečnili studii týkající se zátěže a stresu pracovníků záchranných služeb. Následně v rámci studie identifikovali několik stresujících faktorů, které přináší práce na zdravotnické záchranné službě. Vzhledem k níže zmíněným faktorům, které práce na zdravotnické záchranné službě obnáší jí zaměstnanci zdravotnické záchranné služby hodnotí samu o sobě jako příčinu stresu.

Nejčastěji uváděnými faktory bylo:

- *„úmrtí nebo neúspěšná kardiopulmonální resuscitace dítěte,*
- *přesčasová práce,*
- *práce v noci a nepravidelnost životního režimu,*

- vysoká zodpovědnost a nutnost rychlého rozhodování v časové tísní,
- čekání na výjezd,

vlastní ohrožení, které nejčastěji obnášelo napadení od pacienta nebo někoho z jeho okolí a dopravní nehodu sanitního vozu (Šeblová et al., 2009, s. 29). “

Wachsmuth (2002) uvádí, že v rámci zdravotnické záchranné služby je kromě již výše zmíněného vysokého rizika pracovního úrazu spojeného například s nehodou vozu záchranné služby také rizikový zásah na místech, kde je přítomno násilí. Stejně tak je i vysoké riziko onemocnění, ať už z hlediska nákazy od pacienta nebo samotného vzniku fyzického/psychického onemocnění v důsledku pracovní zátěže.

Šeblová a kol. (2009) uvádí, že dlouhodobý stres spolu s výše uvedenými charakteristikami pracovní zátěže na záchranné zdravotnické službě může vést také k syndromu vyhoření, přičemž zásadním faktorem je osobnost jedince a jeho odolnost a copingové mechanismy. Dále se uvádí, že podle studií jsou osobnostní charakteristiky záchranářů „*potřeba řídit, ochota podstoupit riziko, vysoká potřeba stimulace a okamžitého ocenění, vysoká odolnost vůči zátěži, orientace na činnost, neschopnost říkat ne* (Šeblová et al., 2009, s. 27)“, což jsou charakteristiky osobnosti typu A¹, které jsou více náchylné syndromu vyhoření.

2.7 Pandemie

Studie prováděné na pracovnících ve zdravotnictví za dřívějších epidemií prokázaly u pracovníků ve zdravotnictví zvýšenou psychickou zátěž a zásadním identifikovaným stresorem byla sociální izolace (Mitchell et al., 2002).

2.7.1 Poznatky z pandemií do roku 2019

Během propuknutí enterokoků rezistentních na vankomycin (VRE) byl personál vystaven silnému stresu kvůli pocitu nedostatečné podpory, pocitu viny za propuknutí a zvýšené pracovní zátěži při přebírání povinností jiného personálu (Mitchell et al., 2002).

Při vypuknutí SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) v roce 2003 bylo u pracovníků ve zdravotnictví identifikováno několik stresorů včetně obav z nakažení rodinných příslušníků, pocitu nejistoty, nedostatečného množství personálu a zásob, osobního nebezpečí a neschopnosti s nemocí přiměřeně bojovat (Lee et al., 2005).

¹ Osobnost typu A je brána dle koncepce typů osobnosti autorů Friedmana a Rosenmana (1976)

Během epidemie MERS-CoV (*Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus*) byly stresory pro pracovníky ve zdravotnictví zaměřeny na osobní bezpečnost, pohodu rodinných příslušníků a kolegů a sledování umírání pacientů (Khalid et al., 2016). Z výzkumů zkoumajících nepříznivé psychologické dopady po pandemii SARS-CoV-1 v roce 2003 vyplynulo, že významný emoční stres byl přítomen u 18–57 % zdravotnických pracovníků (Chan, 2004; Lin et al., 2007; Maunder et al., 2006, 2008), přičemž jedna čtvrtina měla psychiatrické příznaky. Přibližně 20 % zdravotníků projevovalo známky posttraumatické stresové poruchy (PTSD) (Chan, 2004). Faktory, které zapříčinily emoční stres, byly starost o rodinu, strach z nákazy, pracovní stres, mezilidská izolace, stigmatizace a odvedení do oblastí práce mimo běžné povinnosti (Maunder et al., 2006; Maunder et al., 2008). Dva roky po epidemii SARS-CoV-1 pracovníci ve zdravotnictví uváděli významně vyšší míru syndromu vyhoření, psychických obtíží a PTSD oproti pracovníkům ve zdravotnictví, kteří se se SARS-CoV-1 nesetkali (Maunder et al., 2006).

2.7.2 Poznatky z pandemie COVID-19

Meta analýza zkoumající psychologický dopad pandemie COVID-19 na pracovníky ve zdravotnictví uvádí souhrnnou prevalenci úzkosti (34,4 %), deprese (31,8 %), stresu (40,3 %), PTSD (11,4 %), nespavosti (27,8 %), psychické tísně (46,1 %) a vyhoření (37,4 %). Tuto prevalenci vysvětluje nejistota ohledně budoucnosti pandemie, omezená informovanost o účinnosti vakcíny, zvýšená pracovní zátěž, nedostatek sociální podpory a strach z přenosu na rodinné příslušníky. Analýza podskupin ukázala vyšší prevalenci úzkosti a deprese u žen, zdravotních sester a respondentů pracujících v první linii než u mužů, lékařů a zdravotnických pracovníků druhé linie. Tato studie zdůrazňuje potřebu navržení cílené intervence ke zlepšení odolnosti a podpoře posttraumatického růstu mezi respondenty v první linii (Batra et al., 2020).

Z výzkumu, který v Číně provedli Lai a kol. (2020) se ukázalo, že 50,4 % (634 osob) uvedlo, že se u nich během pandemie objevily symptomy deprese, u 44,6 % (560 osob) úzkost, u 34 % (427 osob) nespavost a u 71,5 % (899 osob) psychická nepohoda. Tyto výsledky byly především u sester a lékařek, které stály ve městě Wuhan v první linii a byly zapojeny do diagnostiky, léčby a přímé práce s pacienty, u nichž bylo podezření na nákazu nebo již potvrzená nákaza onemocněním COVID-19.

Alnazy a kol. (2021) a Lai a kol. (2020) uvádí, že rostoucí počet případů, nedostatečné množství osobních ochranných pomůcek, extrémně náročná pracovní zátěž a nedostatek adekvátních terapií k záchraně životů, mohou přispívat k psychické zátěži přímo související s prací v době propuknutí nemoci.

Podobně jako u předchozích epidemií má stres vyvolaný touto biologickou katastrofou potenciál vyvinout se do PTSD (Asaoka et al., 2020; Chong et al., 2004; Jimi & Hashimoto, 2020).

Ze sociodemografického hlediska jsou k psychickým obtížím více náchylné ženy (Bukhari et al., 2016; Huang et al., 2020; Chong et al., 2004; Lai et al., 2020; Tang et al., 2017; Zhu et al., 2020), dále pak věkově mladší jedinci (Austria-Corrales et al., b.r.; Nickell, 2004; Sim et al., 2004; Tam et al., 2004; P. Wu et al., 2009) nebo rodiče nezletilých dětí (Koh et al., 2005; Maunder et al., 2004).

Mezi problémy, kterým čelili lékaři na celém světě, patří vysoká úmrtnost pacientů v jejich péči, vysoké nároky na zdravotní péči, přiděl zdravotnického materiálu a mimořádný fyzický a emocionální stres (Sorbello et al., 2020).

Odvedení do jiných oblastí práce se ukázalo jako zdroj stresu i během pandemie COVID-19 (Dewey et al., 2020). Důležitým aspektem je psychologický dopad na lékaře pracující během pandemie (Dewey et al., 2020; Greenberg et al., 2020). Akutní stres zahrnuje adaptivní fyziologické reakce k uspokojení očekávaného zvýšení poptávky (Charney, 2004). Pokud zotavení nezahrnuje ukončení akutní adaptivní reakce, může dojít ke škodlivým účinkům na psychologické a fyziologické funkce (Lapa et al., 2017).

U sester vedlo ke stresu v průběhu pandemie COVID-19 především emocionální a fyzické vyčerpání, dále pak pocit nedostatku ochranných pomůcek a chybějící personál. Sestry, lékaři i ostatní pracovníci byli stresováni obavami ohledně možnosti potenciálního nakažení rodiny a kamarádů stejně tak jako tím, že nevěděli, kdy se pandemie dostane pod kontrolu (Rose et al., 2021).

3. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření nemá obecně uznávanou definici. S termínem burnout se jako první objevil Herbert Freudenberger v roce 1974. Uvedl, že pod slovesem „*burn-out*“ slovník uvádí „*selhat, opotřebovat se nebo se vyčerpat nadměrnými požadavky na energii, sílu nebo zdroje*“, což je podle Freudenbergera přesně to, co nastane, když zaměstnanec v instituci z jakýchkoliv důvodů vyhoří a stane se nefunkční se všemi záměry a účely (Freudenberger, 1974, s. 159).

Křivohlavý (2001, s. 116) ve své knize *Psychologie zdraví* uvádí řadu definic dle různých autorů:

- Freudenberger a North (1992): „*Vyhoření je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).*“
- Cary Cherniss (1980): „*Vyhoření je výsledek procesu, v němž lidé velice intenzivně zaujatí určitým úkolem (ideou) ztrácejí své nadšení.*“
- Ayla Pinesová a Elliot Aronson (1988): „*Vyhoření je formálně definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné.*“

Nejužívanější definicí syndromu vyhoření je ta podle Christine Maslach a Susan E. Jackson, které vyhoření definují jako „*syndrom emočního vyčerpání, depersonalizace a pocitu nízkého osobního úspěchu vedoucího ke snížení efektivity v práci*“ (Maslach & Jackson, 1996, s. 192).

Kebza a Šolcová (2003a, s. 7) uvádí, že jako „*burnout* („*vyhoření*“, či „*vyhasnutí*“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků.“

Mezinárodní klasifikace nemocí ve své 10. revizi uvádí pouze „*Z73.0 Vyhasnutí (vyhoření)*“, které je popisováno jako „*stav životního vyčerpání*“ (Světová zdravotnická organizace, 2017, s. 835).

Schaufeli a Greenglass (2001, s. 1) uvádí, že po více než 30ti letech výzkumu fenoménu syndromu vyhoření může být definován jako „*psychologická odezva na chronický pracovní stres*“.

Původ syndromu vyhoření je multifaktoriální a diagnostická kritéria jsou subjektivní, a proto je také těžké určit jeho prevalenci ve zdravé populaci. Odhady ukazují incidenci až 20 %

pracující populace, hodnoty se ale silně odvíjí od stanovených cut-off skóre definujících vyhoření (Lindblom et al., 2006).

Andršová (2012, s. 18) uvádí, že „*nejvhodnějším řešením syndromu vyhoření je jeho prevence.*“

3.1 Stádia syndromu vyhoření

Herbert Freudenberger popsal 12 stádií vývoje syndromu vyhoření:

1. „*Compulsion to prove*“ – nutková snaha po sebeprosazení
2. „*Working harder*“ – začíná pracovat více a tvrději
3. „*Neglecting own needs*“ – zanedbávání vlastních potřeb
4. „*Displacement of conflicts*“ – přesunutí konfliktu
5. „*Revision of values*“ – revize hodnot
6. „*Denial of emerging problems*“ – popírání vznikajících problémů
7. „*Withdrawal*“ – stažení
8. „*Behavior changes*“ – změny chování
9. „*Depersonalization*“ – depersonalizace
10. „*Emptiness*“ – vnitřní prázdnota
11. „*Depression*“ – deprese
12. „*Burnout syndrome*“ – syndrom vyhoření (Freudenberger & North, 1985, s. 146–147).

Následně byl tento model 12 stádií zjednodušen na **model 5 stádií**.

První stádium líbánec se vyznačuje nadšením, po čase nevyhnutelně přijde prožívání stresu z práce. Pokud v této fázi nejsou implementovány žádné pozitivní strategie zvládání stresu, hrozí, že bude zahájen proces vyhoření.

Druhou fází je stagnace, kterou provází nástup stresu. V rámci této fáze dochází člověk k uvědomění, že jsou některé dny obtížnější než jiné. V této fázi dochází k omezení rodiny, společenského života a osobní priority jsou zanedbávány. Symptomy stresu ovlivňují člověka emocionálně i fyzicky.

Třetí fází je rozvoj chronického stresu, který vede k frustraci. Člověk má pocit selhání a bezmoci.

Čtvrté stádium apatie je charakteristické zoufalstvím a deziluzí, člověk nevidí ze své situace východisko a stává se rezignovaným a lhostejným.

Pátým stadiem je samo vyhoření, které je doprovázeno závažnými fyzickými nebo emocionálními problémy, které nakonec mohou člověka přimět k vyhledání pomoci (De Hert, 2020).

3.2 Syndrom vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví

Řada autorů se shoduje, že syndrom vyhoření je jeden z nejvýraznějších pracovně – zdravotních problémů napříč různými profesemi, které zahrnují především práci s lidmi. Během řady studií byli právě pracovníci ve zdravotnictví identifikováni nejčastější skupinou ohroženou syndromem vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003a; Schaufeli et al., 2009).

Zdravotnický personál a zejména personál pracující na pohotovosti je v důsledku druhu práce vystaven významnému množství psychosociálních rizikových faktorů (vysoká intenzita pracovní zátěže, práce o samotě, nedostatek sociální podpory, nedostatek volného času, násilní nebo nároční pacienti, vážně nemocní pacienti atd.) (Williams et al., 1997). Tyto rizikové faktory mohou změnit jejich fyzické zdraví, a především jejich duševní zdraví. Negativní důsledky expozice těmto psychosociálním rizikovým faktorům naznačují vážný problém nejen pro fyzickou a psychickou pohodu lékařů a sester, ale také pro kvalitu péče poskytované jejich pacientům (Visser et al., 2003).

Venglářová (2011, s. 17–18) uvádí následující přehled osobnostních a povahových rysů, které se často vyskytují u lidí, kteří mají k vyhoření sklony a ztěžují tak práci zdravotníka:

- *„pevná vůle a odhodlanost,*
- *perfekcionismus,*
- *workoholismus,*
- *přecitlivělost,*
- *přehnaná empatičnost,*
- *snížené sebevědomí,*
- *značná cílevědomost,*
- *nadměrná zodpovědnost,*
- *sklony k soběstačnosti,*
- *značná soutěživost,*
- *žijí z úspěch a uznání, které z něho pramení,*
- *častý odpor k pravidlům.“*

3.2.1 Syndrom vyhoření u sester

Vyhoření sester je rozšířený jev charakterizovaný snížením energie sester, které se projevuje emočním vyčerpáním, nedostatkem motivace a pocitu frustrace, a může vést ke snížení pracovní efektivity (Mudallal et al., 2017). Náročné pracovní vytížení a aspekty pracovního prostředí, jako je špatné personální zastoupení, nedostatečná komunikace mezi lékaři a sestrami a nedostatek organizačního vedení v pracovním prostředí, je u sester často spojeno s vyhořením (Aiken et al., 2011; Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety, 2004).

S rostoucím pracovním zatížením systémů zdravotní péče a lékařů rostou i požadavky na sestry, což negativně ovlivňuje jejich pracovní prostředí (Shah et al., 2021). Ošetrovatelská profese vyžaduje vysokou míru společenské odpovědnosti a problémy, které mohou nastat každý den, zahrnují pracovní přetížení, nedostatek autonomie nebo pravomoci k rozhodování a potíže se sladováním rodinného a pracovního života. Mezi další stresové situace, se kterými se musí sestry denně vypořádávat, patří práce na směny, práce přes čas z důvodu nedostatku personálu a v některých případech péče o pacienty v terminálním stádiu. Všechny tyto faktory mohou vyvolat syndrom vyhoření (Gallagher & Gormley, 2009).

Výsledky americké studie ukazují, že mezi sestrami, které oznámily v roce 2017 odchod ze zaměstnání (n= 418 769), 31,5 % uvedlo jako důvod odchodu syndrom vyhoření. Dále se ukázalo, že sestry, které pracovaly více než 40 h týdně s vyšší pravděpodobností uvedly syndrom vyhoření jako důvod odchodu ze zaměstnání oproti sestrám, které pracovaly méně než 20 h týdně. Respondenti, kteří uváděli odchod nebo zvažující odchod ze zaměstnání z důvodu syndromu vyhoření uváděli jako příčinu stresující pracovní prostředí a nedostatečné pracovní zajištění (Shah et al., 2021).

Venglářová (2011, s. 27–28) uvádí následující *„organizační a systémové podmínky podporující vznik syndromu vyhoření:*

- *ocenění – hmotného a lidského, sestra vydává více energie, než dostává,*
- *nevhodné chování nadřízených,*
- *špatné vztahy na pracovišti,*
- *přetíženost v důsledku malého počtu personálu,*
- *práce v rigidním – strnulém – kolektivu, který nechrání, jen nutí,*
- *nevyhovující pracovní podmínky a špatná organizace práce,*
- *málo svobody k rozhodování,*
- *přepracování,*

- *nadměrná emocionální zátěž,*
- *přenášení zodpovědnosti na sestru mimo její kompetence.“*

3.2.2 Syndrom vyhoření u lékařů

Vysoké hodnoty syndromu vyhoření byly naměřeny v rámci jednodenního národního dotazování ve Francii u 46,5 % z 978 dotazovaných pracovníků ve zdravotnictví (Embriaco et al., 2007). Rozsáhlejší dotazování ze Spojených států amerických ukázalo vyhoření u 44 % z 15 069 dotazovaných lékařů. Z dotazování také vyšlo, že 14 % dotazovaných se potýkalo s myšlenkami na sebevraždu. Ukázalo se, že vyhořelí nebo depresivní lékaři, kteří uváděli, že pracují přes čas, s menší pravděpodobností vyhledají odbornou pomoc (Kane, 2019). K náročnosti přesného odhadu výskytu syndromu vyhoření u lékařů se přiklání i výsledky systemického review, kde byl odhad syndromu vyhoření od 0 – 80,5 %. Důvodem jsou významné rozdíly v definici syndromu vyhoření a použitých vyhodnocovacích metodách (Rotenstein et al., 2018).

Gardner a kol. (2019) ve své studii zjistili signifikantní výsledky u lékařů, kteří uváděli nedostatečný nebo velmi hraniční čas pro zpracování lékařské dokumentace. Ti měli 2,8krát vyšší pravděpodobnost vyhoření. Stejně tak se 1,9krát vyšší pravděpodobnost vyhoření objevila u lékařů, kteří uvedli, že se doma věnují vyplňování elektronických zdravotnických záznamů (*electronic health record* – EHR) oproti těm, kteří se vyplňování zdravotnických záznamů doma nevěnovali vůbec nebo zřídka. U řady lékařů, kteří uvedli, že je frustruje vyplňování elektronických zdravotnických záznamů, byla objevena 2,4krát vyšší pravděpodobnost vyhoření.

Gazelle a kol. (2015) uvádí, že lékaři jsou k syndromu vyhoření náchylní kvůli přirozeným rysům, jako je kompulzivita, vina, sebezapření a práce v lékařské kultuře, která zdůrazňuje perfekcionismus, popírání osobní zranitelnosti a opožděné uspokojení.

Ve srovnání s jinými profesemi mají lékaři téměř dvojnásobné riziko syndromu vyhoření a nespokojenosti s pracovně soukromým životem především kvůli faktorům, jako je pracovní doba a úroveň vzdělávání (Shanafelt et al., 2012).

Obecně platí, že pracovní faktory, které přispívají k vyhoření lékařů, zahrnují nadměrné pracovní vytížení, dlouhou pracovní dobu, výběr specializace, časté telefonáty (noční nebo víkendové hovory), vyplňování komplexních záznamů do elektronické zdravotní dokumentace, čas strávený doma, který musí věnovat záležitostem souvisejícím s prací a riziko soudních sporů za zanedbání povinné péče (West et al., 2018).

3.2.3 Syndrom vyhoření u zdravotnických záchranářů

Zdravotničtí záchranáři jsou častou skupinou pracovníků ve zdravotnictví, kteří se se syndromem vyhoření setkávají především z důvodu velkého stresu, který v rámci výkonu své práce zažívají. Záchranář často pracuje pod velkou psychickou i fyzickou zátěží. Jeho práci komplikují nepříznivé vlivy, a také se stejně jako ostatní pracovníci ve zdravotnictví, dostává do konfliktu s pacienty a kolegy. Roli v rozvoji syndromu vyhoření hraje i faktor velkého očekávání od práce záchranáře – záchrana lidských životů, vážné nehody. Často však záchranáři během dne jezdí spíše k méně závažným případům nebo zajišťují převoz pacienta do nemocnice, což může zdravotnické záchranáře frustrovat, a v dlouhodobém měřítku vést i k syndromu vyhoření. U zdravotnických záchranářů hraje velkou roli také nerovnoměrnost pracovního vytížení během dne, kdy záchranáři často střídají klidové stavy, kdy čekají na výjezd, s velkým energetickým nabuzením ve chvíli, kdy zasahují. Kromě stresu způsobeného prací samotnou má na rozvoj syndromu vyhoření u záchranářů vliv i řada osobnostních charakteristik, mezi které se řadí vysoká ambicióznost, perfekcionismus a přetěžování se například tím, že si na sebe záchranáři nabírají více povinností, než je nezbytné. Stejně tak hraje roli i popírání vlastních potřeb, velké zaměření a nároky na sebe samotné (Andršová, 2012).

3.3 Projevy syndromu vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví

Projevy syndromu vyhoření se vyskytují nejčastěji v oblastech fyzického zdraví, psychického zdraví, a zároveň se dotýkají i organizace, ve které zdravotník pracuje (Salyers et al., 2015).

3.3.1 Projevy v oblasti psychického zdraví

V oblasti psychického zdraví se mezi nejčastější projevy dle různých autorů řadí úzkosti (Cooper et al., 2001; Gallagher & Gormley, 2009; McVicar, 2003), psychická slabost, nepřátelskost, podrážděnost (Adriaenssens et al., 2011), nespavost, deprese (Adriaenssens et al., 2011; Cooper et al., 2001; McVicar, 2003), zneužívání alkoholu a drog (Ayala & Carnero, 2013), problémy s pamětí (Gallagher & Gormley, 2009) a pocity nedostatečnosti (Cooper et al., 2001; McVicar, 2003).

U sester a lékařů na jednotkách intenzivní péče je kromě symptomů deprese častý výskyt symptomů PTSD (Mealer, 2016; Mealer et al., 2009; Seaman et al., 2018).

Mezi osobní charakteristiky spojené s vyhořením u zdravotníků i jiných profesí patří sebekritika, využívání neužitečných strategií zvládání (únik k alkoholu, přejídání, uzavření do sebe), přehnané nasazení, perfekcionismus, idealismus, nerovnováha mezi pracovním a soukromým životem a nedostatečný systém podpory mimo pracovní prostředí (například nemít manžela, partnera nebo děti) (Shanafelt, 2009).

Embriaco a kol. (2007) taktéž přináší výsledky ukazující, že zdravotníci, kteří měli vyšší stupeň syndromu vyhoření byli méně často v manželství či partnerství a často neměli děti.

3.3.2 Projevy v oblasti fyzického zdraví

V oblasti fyzického zdraví se mezi projevy řadí únava (Gallagher & Gormley, 2009), onemocnění pohybového aparátu, pracovní úrazy (Ayala & Carnero, 2013), ischemická porucha srdeční, migréna, vysoký krevní tlak, syndrom dráždivého tračníku a problémy se svalovou a kosterní soustavou (Cooper et al., 2001; McVicar, 2003). Dále se zvyšuje náchylnost k nemocím a prodlužuje se doba potřebná k zotavení. Vyskytovat se mohou také vegetativní obtíže například se zažíváním (Andršová, 2012).

3.3.3 Projevy v oblasti dopadů na organizaci

V oblasti dopadů na organizaci se mezi projevy řadí zvýšená absence v práci (Cañadas-De la Fuente et al., 2016; Cooper et al., 2001; Hall et al., 2016; McVicar, 2003; Teng et al., 2010), pracovní nespokojenost (Ayala & Carnero, 2013), snížená pracovní výkonnost, konflikty v práci (Cooper et al., 2001; McVicar, 2003) a častá fluktuace zaměstnanců (Cañadas-De la Fuente et al., 2016; Cooper et al., 2001; Hall et al., 2016; McVicar, 2003; Teng et al., 2010). Častá fluktuace pracovníků ve zdravotnictví má také významný dopad na finanční náklady, které musí nemocnice následně vynaložit (Waldman et al., 2004).

Vzhledem k výše uvedeným projevům je proto důležité identifikovat a léčit odborníky se syndromem vyhoření (Nantsupawat et al., 2016).

3.4 Dopady syndromu vyhoření na pacienty

Projevy lze kromě pracovníků samotných sledovat také u pacientů, se kterými jsou tito pracovníci v kontaktu, protože syndrom vyhoření u pracovníků vede ke zhoršení kvality péče o pacienty (Chao et al., 2016; Salyers et al., 2015), zvyšují se chyby a ohrožuje se tak bezpečí pacientů (Cañadas-De la Fuente et al., 2016; Hall et al., 2016; Teng et al., 2010).

Přítomnost syndromu vyhoření u zdravotnického personálu má konkrétně u sester spojitost se slabou kvalitou péče, zvyšujícími se pády pacientů, chybami v medikaci a zvyšujícím se výskytem infekcí, což jsou faktory, které nepříznivě ovlivňují péči o pacienty (Nantsupawat et al., 2016).

Pokud je syndromem vyhoření zasažený lékař, setkáváme se se zvýšeným rizikem lékařských chyb a špatným klinickým rozhodováním (Kumar, 2016; Lapa et al., 2017). Pacienti, kteří byli v péči vyhořelého lékaře museli podstoupit více vyšetření a konzultací, které nebyly nezbytné (Kushnir et al., 2014).

V lékařské profesi jsou nezbytné odborné znalosti a rychlé rozhodování, které však může být ohroženo vlivem snížené bdělosti v důsledku omezení spánku (McClelland et al., 2019). Právě nedostatek spánku se totiž podílí na zvýšené míře lékařských chyb, mezilidských konfliktech a sníženém výkonu (Landrigan et al., 2004; Lapa et al., 2017; Papp et al., 2004; Schmitz et al., 2012).

Existuje shoda, že syndrom vyhoření v medicíně poškozuje odborníka, instituci i pacienta. Je třeba identifikovat rizikové situace a včas zavést preventivní opatření, aby se předešlo budoucím škodám (De Hert, 2018).

3.5 Měření syndromu vyhoření

K měření vyhoření se využívá řada metod. Vlachová (2011, s. 34–49) ve své diplomové práci přináší následující přehled využívaných metod:

- „*Maslach Burnout Inventory (MBI)*;
- *Maslach Burnout Inventory – General Survey*;
- *Maslach Burnout Inventory – Educators Survey*;
- *Burnout Measure*;
- *Burnout Measure Short*;
- *The Staff Burnout Scale for Health Professionals*;
- *The Meier Burnout Assessment*;
- *Heidelberger Burnout Test*;
- *Oldenburg Burnout Inventory*;
- *Utrecht Work Engagement Scale*;
- *Copenhagen Burnout Inventory*;
- *BoTeLis*;
- *Shirom – Melamed Burnout Measure*.“

V České republice je od roku 2017 k dispozici česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření, kterou přeložil a normy pro českou populaci vytvořil kolektiv autorů v čele s profesorem Ptáčkem (Ptáček et al., 2017).

Mezi nejčastěji využívané metody k měření syndromu vyhoření patří dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) (Dolan et al., 2015), ve kterém jsou určeny škály emocionálního vyčerpání, depersonalizace a nízkého osobního uspokojení (Maslach & Jackson, 1996).

3.5.1 Emocionální vyčerpání

Emocionální vyčerpání zahrnuje pocity vyčerpání vlastních emocionálních zdrojů, ztrátu energie a fyzickou a/nebo emocionální únavu (Maslach, 1998). Ukazuje se, že u sester může být škála emocionálního vyčerpání sycena nedostatkem zkušeností (Ayala & Carnero, 2013), nepřátelstvím pacientů, kteří mohou verbálně či fyzicky napadat personál (Alameddine et al., 2015; Bernaldo-De-Quirós et al., 2015) a nedostatkem asertivity vůči personálu (Salazar et al., 2014). Sestry pracující v prostředí urgentní medicíny zažívají úzkost a stres, což vede k emocionálnímu vyčerpání (Adali & Priami, 2002; Gómez-Urquiza et al., 2017a).

Nevyhovující pracovní podmínky s nedostatkem času pro péči o sebe (Vásquez-Manrique et al., 2014) a nadměrné pracovní vytížení mohou vést k emocionálnímu vyčerpání (García-Izquierdo & Ríos-Rísquez, 2012). Emocionální vyčerpání může být způsobeno i vztahy s ostatním zdravotnickým personálem (Tucker et al., 2012).

Escribà-Agüir (2006) ve své studii uvádí, že u sester a lékařů, kteří byli vystaveni vysoké psychické zátěži a nízké sociální podpoře od nadřízených, se zvyšovala pravděpodobnost vysokého emocionálního vyčerpání. Stejně tak tomu bylo, pokud měli nízkou kontrolu nad svou prací. Nízká kontrola nad svou prací byla signifikantní pouze u lékařů, u sester se tato spojitost neprokázala.

Z osobního a rodinného hlediska může mít na prevalenci vyššího emocionálního vyčerpání vliv i nedostatek sociální opory (García-Izquierdo & Ríos-Rísquez, 2012) a nezaměstnanost manžela/manželky (Vásquez-Manrique et al., 2014).

Glasberg a kol.(2007) uvádí vyšší míru emocionálního vyčerpání ve spojitosti s malou podporou od nadřízených, kolegů, přátel a příbuzných, nízkou odolností a starším věkem. Stejně tak se vyšší průměrná hodnota emocionálního vyčerpání objevovala u zaměstnanců, kteří nežili doma s dětmi a pracovali pouze denní směny. Škála emocionálního vyčerpání byla průměrně vyšší u zaměstnanců pracujících na interním oddělení, oddělení seniorů a ve zdravotnických střediscích oproti zaměstnancům pracujících v urgentní péči.

U lékařů se emoční vyčerpání týká pocitů přetíženosti a vyčerpání emocionálních a fyzických zdrojů, takže se cítí vyčerpaní a „opotřebovaní“. Snížené osobní úspěchy implikují

negativní sebehodnocení, pocity neschopnosti a neefektivnosti v každodenní práci. Četné studie ukázaly, že 25–60 % lékařů uvádí vyčerpání napříč různými specializacemi (Gazelle et al., 2015; Shanafelt et al., 2009, 2014).

Z výzkumu prováděného v Turecku vyplývá, že u sester pracujících pravidelně noční směny, se vyskytují vyšší hodnoty emocionálního vyčerpání oproti sestrám pracujícím pravidelně denní směny nebo pouze příležitostně noční směny. Ze stejné studie také vyplynulo, že škála emocionálního vyčerpání byla sycena také nedostatkem sester a ošetřovatelů v nemocnici, a také nedostatkem potřebného vybavení. Signifikantní vliv měly také ekonomické podmínky, ve kterých sestry žily, stejně tak jako nespokojenost s finančními bonusy, které od nemocnice získaly. Emocionální vyčerpání bylo signifikantně ovlivněno i nespokojeností se stravou, která se jim v nemocnici dostávala. Stejně tak nedostatečným zázemím, kde by si mohly sestry odpočinout (Demir et al., 2003).

3.5.2 Depersonalizace

Depersonalizace se vyznačuje emocionálním odstupem od klienta a představuje negativní pocity cynismu a nedostatku empatie (Maslach, 1998).

U sester v urgentní medicíně se vysoké skóre depersonalizace uvádí ve spojitosti s pracovními podmínkami, například hostilitou vůči pracovníkům (Alameddine et al., 2015; Bernaldo-De-Quirós et al., 2015), nadměrnou pracovní dobou (García-Izquierdo & Ríos-Rísquez, 2012), smluvními podmínkami nebo nedostatkem asertivity (Salazar et al., 2014).

Asertivita, osobní a rodinné podmínky jsou u škály depersonalizace zastoupeny stejně jako u emočního vyčerpání (Vásquez-Manrique et al., 2014).

Glasberg a kol. (2007) ve své studii uvedli zdánlivou spojitost mezi depersonalizací a stresem plynoucím ze svědomí, tedy stresem, který je způsobený tím, že bojujeme s vlastním svědomím. Dále pak uvedli spojitost s přesčasy, nízkou mírou podpory od nadřízených, kolegů a nízkou odolností.

Demir a kol. (2003) ve své studii prováděné v Turecku uvedli, že na škálu depersonalizace má vliv nedostatek ošetřovatelů v nemocnici, nedostatečná ochrana před radiací a infekčními onemocněními a také nedostatečné zázemí, kde by si mohly sestry odpočinout. Signifikantní vliv měly také ekonomické podmínky, ve kterých sestry žily.

U lékařů se depersonalizace projevuje negativními, cynickými, nepřátelskými postoji a odtahitými pocity vůči pacientům. Uvádí se, že lékaři pak zachází s pacienty jako s předměty spíše než s lidmi (Gazelle et al., 2015; Shanafelt et al., 2009, 2014).

3.5.3 Nízké osobní uspokojení

Nízké osobní uspokojení se u sester i lékařů týká pocitů neschopnosti a nedostatku osobních úspěchů v zaměstnání (Gazelle et al., 2015; Maslach, 1998; Shanafelt et al., 2009, 2014). Sestry často přebírají negativní pohled na své sebepojetí v důsledku nepříznivých situací (Tucker et al., 2012). Nízké osobní uspokojení může být ovlivněno taktéž nedostatkem asertivity (Salazar et al., 2014) a podle osobních faktorů pravděpodobně jako důsledek emocionálního vyčerpání a depersonalizace (Vásquez-Manrique et al., 2014). Riziko nízkého osobního uspokojení bylo i u lékařů a sester, kteří mají nízkou kontrolu nad vlastní prací (Escribà-Agüir et al., 2006).

Ukazuje se, že na osobní uspokojení má vliv odpracovaná doba. U respondentů studie, kteří odpracovali 1-5 let byly naměřeny nejnižší hodnoty osobního uspokojení. Naopak u respondentů, kteří opacovali více než 16 let byly naměřeny nejvyšší hodnoty osobního uspokojení. Stejně tak se ukázaly signifikantní výsledky u pracovního zařazení sester. Signifikantně se také ukázala pracovní doba. U sester, které pracují pravidelně v denních směnách byly vyšší hodnoty osobního uspokojení oproti sestrám, které pracují pravidelně v nočních směnách. Na osobní uspokojení měla signifikantní vliv i kvalita ubytování, ve kterém sestry bydlely. U sester, které bydlely ve vysoce kvalitním domě (4 a více pokojové bydlení o rozloze větší než 100 m²) byly hodnoty osobního uspokojení vyšší než u sester bydlících ve středně a nízce kvalitních domech (1-2 pokojové bydlení o rozloze menší než 80 m²) (Demir et al., 2003).

4. Individuální protektivní faktory

4.1 Odolnost

V poslední době se za důležité považuje budování odolnosti (Chan et al., 2006). Odolnost lze chápat jako schopnost odolat narušení normálního fungování tváří v tvář stresující události, a to předvídáním a přípravou (Chan et al., 2006; Maunder et al., 2008). Odolnost se ukazuje jako důležitý faktor v rozdílu mezi lékaři, kteří trpí syndromem vyhoření a těmi, kteří jím netrpí (Fox et al., 2018).

Odolnost je vrozená vlastnost, za kterou jsou považovány fyzické a psychické vlastnosti jednotlivců (Fox et al., 2018; Jackson et al., 2007). Konzistentní vzorce psychologických kvalit spojených s úspěšnou adaptací zahrnují emoční inteligenci, altruismus a aktivní styl zvládání stresu při konfrontaci se stresem (Jackson et al., 2007; Maunder et al., 2010).

O odolnosti se dá ale uvažovat i v konceptu naučené odolnosti, kdy je individuálně kladen důraz na předcházení pravděpodobným stresorům, možným reakcím a symptomům, a na rozvoj behaviorálních a kognitivních strategií zvládání (Schreiber et al., 2019).

Protektivní faktory, jako například zvýšená sebe péče a posilování vlastností, mohou být naučeny skrze budování smysluplného účelu života a víry, který říká, že je možné se učit a růst z pozitivních ale i negativních zážitků (Maunder et al., 2008).

Koncept organizační odolnosti rozpoznává roli, kterou náš pracovní život, vzorce komunikace a kulturní normy hrají ve stresu pracovníků (Chan, 2004). Právě v rámci organizace se to může týkat například budování rezerv před krizí a vytváření kultur a systémů na pracovišti, které tlumí pracovní stresory a zlepšují odolnost jednotlivců. Takovými prvky mohou být například efektivní vedení nebo kultura organizační spravedlnosti (Maunder et al., 2006, 2008). Strukturální intervence zaměřené na organizační změny jsou dlouhodobější a efektivnější, je však zapotřebí, aby k tomu byly souběžně strategie zaměřené na jedince (Callahan et al., 2018; Lapa et al., 2017; Mahmoud & Rothenberger, 2019).

4.2 Copingové strategie

Řada autorů předpokládá, že copingové strategie, neboli strategie zvládání stresu hrají klíčovou roli při předpovídání úrovně vyhoření jednotlivce (González-Morales et al., 2010; Jenaro et al., 2007).

Lazarus a Folkman (1984) označují coping, neboli zvládání, za úsilí zaměřené směrem ven i dovnitř určené k vypořádání se s vnějšími i vnitřními požadavky (a konflikty mezi nimi), jež vyčerpávají osobní zdroje.

Copingových strategií je celá řada. Například Tobin a kol. (1989) rozlišují mezi procesy přístupu a vyhýbání se. Proces přístupu je zaměřen na snahu stresor změnit nebo snížit. Proces vyhýbání spočívá ve snaze se stresoru vyhnout. Na stejném principu funguje i přístup aktivního – pasivního copingu (Marroquín et al., 2010). Aktivní coping usiluje o vyřešení situace, pokouší se o kontrolu a zapojení. Pasivní coping se zaměřuje na emoční regulaci a odpoutání se (Hsu et al., 2008).

Ve výzkumů autorů Rose a kol. (2021, s. 6) sestry v rámci dotazování s větší pravděpodobností souhlasily s výrokem „*Mluvil jsem sám se sebou a motivoval jsem se čelit pandemii COVID-19 s pozitivním přístupem, jakožto osobní copingovou strategií*“. U lékařů a ostatních pracovníků se toto tolik neobjevovalo. Sestry také dále souhlasily s výrokem „*Ventiloval jsem emoce pláčem, křikem apod.*“ U lékařů a ostatních pracovníků se toto taktéž neprojevovalo. Důslednost při dodržování přísných osobních ochranných opatření a oddělení pracovního oblečení pro minimalizaci přenosu bylo častou copingovou strategií u sester, lékařů i ostatních pracovníků. Všechny 3 skupiny taktéž souhlasily, že finanční uznání a uznání ze strany vedení by podpořilo jejich ochotu účastnit se budoucích epidemií/pandemií. Stejně tak by to podpořilo, kdyby byla na pracovišti dostupná psychiatrická pomoc a terapie za účelem snížení stresu a úzkosti.

4.3 Osobnostní charakteristiky

Narůstající množství literatury zdůrazňuje důležitost individuálních charakteristik, které mohou pracovníkům pomoci přizpůsobit se stresorům v zaměstnání, a zabránit tak vzniku syndromu vyhoření (Jenaro et al., 2007).

Za protektivní faktor je v literatuře o odolnosti diskutován altruismus (Jackson et al., 2007). Podobně se ukazuje, že hledání smyslu a hodnoty ve své práci je u lékařů spojeno s menším vyhořením (Callahan et al., 2018; Murali et al., 2018; Tak et al., 2017).

Nápomocné může být i rozvíjení sebeuvědomění, díky kterému mohou lékaři najít smysl v práci prostřednictvím reflexe a diskuse v malých skupinách (Callahan et al., 2018; Jackson et al., 2007; Kumar, 2016; Rabow & McPhee, 2001).

Ve studii zaměřené na onkologické sestry se ukázalo, že z osobnostních faktorů osobnostního testu Big5 se neuroticismus, úzkost a deprese zdají být spjaté s rozvojem

syndromu vyhoření. Neuroticismus negativně ovlivňuje syndrom vyhoření tím, že zvyšuje depersonalizaci a emocionální vyčerpání, a zároveň snižuje osobní uspokojení. Zbývající faktory přívětivost, svědomitost, extraverte a otevřenost novým zkušenostem před rozvojem vzniku vyhoření zdá se chrání, protože snižují depersonalizaci a emocionální vyčerpání a zvyšují osobní uspokojení (De la Fuente-Solana et al., 2017).

Šeblová a kol. (2009) uvádí, že u zdravotnických záchranářů pro zvládání zátěžových situací pomáhá ochota podstoupit velké riziko a orientace na činnost.

V systematickém review autorů Bria a kol. (2012) je uvedeno, že se většina studií shoduje, že pohlaví zaměstnanců nemá na rozvoj syndromu vyhoření vliv (např. Garrosa et al., 2011; Losa Iglesias et al., 2010; Sharma et al., 2008).

Zacharová a kol. (2007) mezi osobnostní předpoklady pracovníků ve zdravotnictví řadí empatii, tvůrčí přístup, kritičnost a sebekritičnost, porozumění druhým, klidné vystupování, nepovyšování se, pohotovost reakcí, rozvážnost a přiměřené sebevědomí, stejně tak za důležité považuje trpělivost, humor a lidský vztah k pacientům.

4.4 Well-being

Tak a kol. (2017) ve svém výzkumu pracovali s výsledky získanými z národního dotazníku lékařů ve Spojených státech amerických, ve kterém zkoumali spojitost mezi vnitřními a vnějšími motivačními faktory na pociťovaný well-being².

Výsledky ukázaly, že lékaři, kteří uváděli silný „sence of calling“³, který pociťují pro práci, uváděli, že jejich život má vysoký smysl a jsou spokojeni ve své práci i v osobním životě.

Dalším měřítkem byl počet hodin během pracovního dne, během kterých pociťují naplnění. U lékařů, kteří uváděli 5 – 7,5 hodin každý den byla velká spojitost s pracovní i životní spokojeností. Dále pracovali s množstvím dlouhotrvajících vztahů s pacienty. Pokud se u lékařů vyskytovalo pár dlouhotrvajících vztahů s pacienty, byli se svou kariérou častěji spokojeni. Pokud lékaři měli mnoho dlouhotrvajících vztahů s pacienty, uváděli častěji životní spokojenost a vysoký smysl života. „Sence of calling“ byl silně spjat se závazkem k přímé péči o pacienty a také počtem hodin, během kterých pociťují naplnění. Závazek vůči klinické praxi byl nejsilněji spojen s 7,5 a více odpracovanými hodinami, během kterých pociťovali naplnění,

² Na well-being je nahlíženo dle Kebzy a Šolcové jako na osobní pohodu, která v sobě zahrnuje duševní, fyzické, sociální potažmo spirituální aspekty (Kebza & Šolcová, 2003b)

³ „Sence of calling“ ponechávám v anglickém originále, protože nemá český ekvivalent, volně lze přeložit jako volání, přitahování prací

a následně pak se „sense of calling“. U lékařů, kteří zažili vyhoření, se méně často objevovala spokojenost v práci, osobní spokojenost a vysoký smysl života. Syndrom vyhoření byl signifikantně negativně spojen s přímou péčí o pacienty a klinickou praxí.

S well-beingem lékařů bylo signifikantně spojeno i několik externích motivačních faktorů. Například u lékařů, kteří měli lékařskou praxi delší než 20 let, se ukázala signifikantně nižší pracovní i životní spokojenost včetně závazku vůči přímé práci s pacienty a klinické praxi. Vliv na well-being se ukázal i u mzdy. Lékaři, kteří měli roční příjem 300 000 \$ a více, byli 2,97krát více spokojeni s jejich kariérou oproti lékařům, kteří měli příjem menší než 100 000 \$. V pracovním zařazení nebyly shledány signifikantní rozdíly ve vlivu na well-being. Z demografických dat bylo zohledňováno, jestli byli lékaři narozeni ve Spojených státech amerických či nikoliv. Lékaři, kteří byli narozeni ve Spojených státech amerických byli 1,75krát více spokojeni se svým životem.

4.5 Psychohygiena

Strategie, které napomáhají ve vypořádání se se syndromem vyhoření mohou být zároveň nástroji, které mohou syndromu vyhoření předcházet. Jedním z nich může být zaměření se na vztahy, což spočívá v uvědomění si důležitosti trávení času s rodinou, kamarády a ostatními důležitými lidmi. V rámci této strategie je důležité také rozvíjení vztahů s kolegy v práci, se kterými pak bude možné sdílet své dojmy ze společné práce (Weiner, 2001).

V souvislosti se sociální oporou důkazy naznačují, že lékaři mající silné a smysluplné vztahy v profesním i osobním životě, jsou šťastnější a mají nižší riziko vzniku syndromu vyhoření (Callahan et al., 2018; Shanafelt et al., 2003).

Na individuální úrovni je důležité pěstovat smysluplné vztahy a pevnou sociální síť, nicméně je to vzájemně závislé s faktory organizace, které usnadňují pracovní-soukromou rovnováhu a profesní propojení (Callahan et al., 2018).

Dalším důležitým aspektem, který může pomoci je náboženská víra nebo jiná forma duchovní praxe. Změny, které by mohly pomoci, lze hledat i v rámci pracovních podmínek, kdy se doporučuje hledat smysl a naplnění v práci, a dále aktivní podílení se na výběru a limitování lékařské praxe, například práce na poloviční úvazek, zapojení do vzdělávání a/nebo výzkumu, řízení si rozvrhu a omezení aktivit, které nevedou k naplnění. Další strategií mohou být praktiky sebe péče, ve kterých jedinec vedle profesních a rodinných povinností aktivně pěstuje osobní zájmy a sebeuvědomění. S tím souvisí i aktivní vyhledávání odborné pomoci v případě osobních fyzických a psychických problémů nebo onemocnění. Příklady

takových praktik jsou mimo jiné cvičení, sebevýjádření, adekvátní výživa a spánek, pravidelná lékařská péče, odborné poradenství atd.

Další složkou je přizpůsobení konkrétní životní filozofie. Jde o rozvíjení filozofického přístupu k životu, který je založen na pozitivním pohledu, kdy člověk identifikuje vlastní hodnoty, a podle toho jedná s důrazem na rovnováhu mezi osobním a profesním životem (Weiner, 2001). Ačkoli je každý jednatel v konečném důsledku odpovědný za své zdraví, organizační a institucionální povědomí, pozornost a uznání problému může hrát klíčovou roli při podpoře zdravotního stavu lékařů (Shanafelt et al., 2003).

Slibný efekt na snížení výskytu syndromu vyhoření u lékařů se ukázal i u fyzické aktivity (Callahan et al., 2018; Meldrum, 2010; Murali et al., 2018; Panagioti et al., 2018; Weight et al., 2013). Klinická studie zkoumající účinky 12týdenního stimulovaného programu fyzického cvičení u lékařů, kteří absolvovali školení, prokázala zlepšení skóre vyhoření ve srovnání s kontrolní skupinou. Kromě snížení skóre vyhoření studie prokázala významné zlepšení kvality života měřené validovanou jednopoložkovou lineární sebehodnotící škálou (Weight et al., 2013).

Správná spánková hygiena je důležitým opatřením pro prevenci syndromu vyhoření a podporu osobní odolnosti (Kelly et al., 2020; Lapa et al., 2017).

Křivohlavý (2010) uvádí, že ke snížení stresu lze využít různé relaxační techniky, například Jacobsonovu progresivní svalovou relaxaci, Schulzův autogenní relaxační trénink či jiné formy relaxace.

Venglářová (2011) také uvádí, že trénink sociálních dovedností nebo psychoterapeutický výcvik mohou být pro zvládání zátěžových situací podpůrné.

5. Organizační protektivní faktory

Ochranu před vyhořením a budování odolnosti na úrovni organizace mohou poskytnout i systémové aspekty, díky kterým bude budováno pozitivní pracovní prostředí (Callahan et al., 2018; Kumar, 2016; Mahmoud & Rothenberger, 2019; Maunder et al., 2008; Panagioti et al., 2018; Rama-Maceiras et al., 2015; West et al., 2016).

Může se jednat o:

- zajištění zvládnutelné pracovní zátěže (Callahan et al., 2018; Kumar, 2016; West et al., 2016),
- příležitost pro profesní rozvoj zaměstnanců (Kumar, 2016),
- flexibilitu pro usnadnění rovnováhy mezi rodinou a prací (Mahmoud & Rothenberger, 2019),
- zajištění toho, aby se lékaři cítili ceněni a slyšeni (Callahan et al., 2018; Panagioti et al., 2018).

Před vznikem syndromu vyhoření mohou také chránit aspekty leadershipu a pozitivní pracovní kultury, mezi které spadá dobrá komunikace a podpůrné profesní vztahy (Rama-Maceiras et al., 2015).

5.1 Celoživotní vzdělávání

Nelékařští zdravotničtí pracovníci mají povinnost celoživotního vzdělávání uloženou zákonem, který celoživotní vzdělávání definuje následovně: „*Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky v zájmu zachování bezpečného a účinného výkonu příslušného povolání.* (Zákon č. 96/2004 Sb., § 53 ods. 1)“.

Mezi formy celoživotního vzdělávání řadí:

- „*specializační kurzy,*
- *certifikované kurzy,*
- *inovační kurzy,*
- *odborné stáže,*
- *účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympóziích,*
- *e-learningový kurz,*
- *samostatné studium odborné literatury*“ (Zákon č. 96/2004 Sb., § 54 ods. 1)

V rámci institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) je k v nabídce i řada vzdělávacích aktivit týkajících se psychologie, například:

- *Certifikovaný kurz – základní psychoterapeutické dovednosti v práci sestry;*
- *Mimořádný kurz – psychologie v paliativní medicíně;*
- *Kurz – Psychoonkologie (Katalog vzdělávacích akcí, n.d.).*

Řadu kurzů celoživotního vzdělávání nabízí také Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně. Nabízenými kurzy jsou například kurz „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým - 870-5/2022*“ nebo „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací.* (NCO NZO, n.d.)“

5.1.1 Kurz první psychické pomoci ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým

V České republice je k dispozici kurz první psychické pomoci ve zdravotnictví, který je pořádán pod záštitou Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně. Tento kurz si klade za cíl zkvalitnit zdravotnickou péči v psychosociální oblasti pomocí zvýšení znalostí a dovedností v poskytování psychické pomoci a základní intervence v zátěžových situacích. Jedná se především o situace, kdy musí zdravotníci pracovníci komunikovat s pacienty, jejich rodinami a poskytovat jim podporu. Tento kurz je určen především všeobecným sestrám, porodním asistentkám, dětským sestrám a zdravotnickým záchranářům. Vedoucím kurzu je paní Hana Vraspírová. Kurz probíhá ve 4 modulech, každý v trvání 3 dní, závěrečný modul je dvoudenní. Jeho cena je pro rok 2022 stanovena na 17 500,- Kč.

Kurz vychází z potřeby mít ve zdravotnictví k dispozici člověka – intervenanta, který bude schopný poskytnout podporu sekundárně zasaženým, tedy těm, kterých se daná zátěžová událost (například nehoda) týká způsobem, kdy není zasažené jejich fyzické zdraví, ale to psychické, často se jedná o rodinné příslušníky pacienta či přihlížející dané události. V takové chvíli nepotřebují pomoc přímo psychiatra či psychologa, ale za dostatečnou se považuje přítomnost člověka, který může naslouchat, být s nimi, vyjádřit podporu a empatii a sdílet náročnou situaci. Často v návalu události potřebují sekundární oběti získat informace, které se jim od zasahujících zdravotníků nedostává především z důvodu, že se musí plně věnovat pacientovi. Intervent proto může pomoci i s vysvětlením informací o probíhající léčbě

a jednotlivých postupech, může být přítomen při sdělování diagnózy nebo úmrtí pacienta. V případě úmrtí může s pozůstalými naplánovat sled následujících kroků.

Dalo by se říct, že je tato intervence přestupným krokem k případné následné psychosociální pomoci. Intervent může být také kotvou, která usadí člověka více do přítomného okamžiku a nabídne prostor ke zpracování psychicky náročné situace.

Výhodou je i fakt, že intervent je v základu zdravotník, tudíž je mu prostředí, ve kterém se se sekundárními oběťmi setkává vlastní a nijak nenarušuje práci ostatního zdravotnického personálu, ba naopak jim svou přítomností pomáhá, protože personál, který ošetřuje ví, že je o sekundárně zasažené postaráno.

Ukazuje se, že potřeba psychicky ošetřit sekundární oběti není pouze ve chvílích, kdy dochází k hromadným událostem či katastrofám, ale i v případě událostí zasahující pouze jednotlivce nebo rodiny. V rámci zdravotnictví se s ní tedy zvláště na odděleních urgentní medicíny a v rámci záchranné služby setkávají zdravotničtí pracovníci velmi často.

Přítomnost interventa u sekundárních obětí je efektivní i pro snížení vzniku potenciálních nedorozumění mezi lékaři a sekundárními oběťmi, které by mohly nastat v případě, kdy by zdravotníci letmo informovali o zdravotním stavu z důvodu nutnosti neodkladné péče o pacienta samotného. Sekundární oběť by tak mohla nabýt dojmu, že o ní nikdo nejeví zájem a mohla by být v procesu ztracena. To by právě v přítomnosti interventa mělo být zažehnáno. Doba trvání intervence je různá, dle individuálních potřeb. Může se jednat řádově o desítky minut ale i výrazně delší dobu v řádu hodin.

Důležitým poznatkem je, že vhodnou psychickou pomoc může poskytnout pouze člověk, který netrpí syndromem vyhoření a sám je v dobré psychické kondici, proto se v rámci kurzu věnuje čas i této oblasti. Dále se pak v rámci kurzu zdravotníci věnují stresu a jeho projevům, zátěžovým situacím, vymezení krizí, základním principům krizové pomoci, emocím mimořádným a traumatizujícím událostem, úmrtí truchlení, suicidalitě, systému pomoci, ale také osobnosti zdravotníka a péči o vlastní psychické zdraví. Nedílnou součástí kurzu je i etika a právo v oblasti zdravotnictví (Humpl et al., 2013).

5.2 Peer podpora

Jenkins a Elliot (2004) ve své studii odhalili, že vyšší míra podpory od spolupracovníků byla spojena s nižší mírou emocionálního vyčerpání. Stejného názoru jsou i Coffey a Coleman (2001), Glasberg a kol. (2007) a Janssen a kol. (1999).

Schaufeli a Enzmann (1998) uvádí, že skupiny peer podpory mají potenciál poskytovat téměř všechny typy podpory (tj. ocenění, emocionální, instrumentální a informační podporu), dále obohacují společnost, a proto mohou být užitečné při prevenci syndromu vyhoření.

Maslach a Goldberga (1998) uvádí, že peer podpora může zajišťovat emocionální komfort, nový pohled a osobní odměny a uznání, a také mohou být tolik potřebným zdrojem humoru, optimismu a povzbuzení v náročných chvílích.

V souvislosti s pandemií COVID-19 výzkumníci u dotazovaných sester, lékařů a ostatních pracovníků zjistili, že dotazovaný zdravotnický personál pociťoval snížení stresu díky pocitu kamarádství a týmové práci, stejně jako při sdílení humoru s kolegy. Účinné pro snížení stresu bylo také to, že se mohli setkávat se členy Armády a mluvit společně o stresu, který zažívají (Rose et al., 2021).

Ukázalo se, že setkávání zdravotnických pracovníků za účelem zpětné vazby usnadňuje rozhodování na pracovišti (Aiello et al., 2011; Maunder et al., 2006). Cílem těchto sezení je napomáhat osobní odolnosti prostřednictvím zvýšeného pocitu kontroly nad vlastním prostředím a zároveň budovat systémovou odolnost prostřednictvím kultury organizační spravedlnosti, která ukazuje odhodlání zapojit a podporovat zaměstnance přímo (Aiello et al., 2011; Maunder et al., 2008). Během epidemie SARS-CoV-1 se jako ochranné organizační faktory vedoucí ke snížení nepříznivých psychologických důsledků ukázali pocit podpory a naslouchání ze strany jejich organizace (Chan, 2004; Lancee et al., 2008; Lin et al., 2007; Maunder et al., 2006).

Ve Velké Británii vzniklo v roce 2009 Schwartz Round, což je strukturované fórum, kde se pravidelně scházejí všichni lékařští i nelékařští pracovníci, aby diskutovali o emocionálních a sociálních aspektech, kterým čelí při práci ve zdravotnictví. Veškerá setkávání jsou vedena facilitátory, tedy odborníky na vedení diskusí. Účelem těchto setkávání, která probíhají jednou měsíčně a trvají hodinu, je porozumět výzvám a odměnám, které jsou vlastní poskytování péče, nikoliv řešit problémy nebo se zaměřovat na klinické aspekty péče o pacienty. Tato setkávání mohou zaměstnancům pomoci cítit se v jejich práci více podporováni a poskytnout jim čas a prostor k zamyšlení nad svými rolemi (The Point of Care Foundation, n.d.). Účast na skupinových aktivitách má další výhodu ve zvýšení profesního propojení (Callahan et al., 2018).

Program peer podpory vedený zdravotnickými pracovníky byl preferovanou možností, kterou zvolili zaměstnanci vzhledem k tomu, že peer pracovníci byli považováni za osoby, které chápou klinické problémy. Navíc se peer podpora ukázala jako účinná, ekonomicky životaschopná a udržitelná (Ashbury et al., 1998; Joseph et al., 2001)

Jose Luis Gómez – Urquiza a kol. (2017b) ve své meta analýze uvádí, že by v rámci preventivních opatření pro snížení výskytu syndromu vyhoření u sester v urgentní medicíně mohlo být užitečné vytvoření profesních skupin, ve kterých by mohly sestry vyjadřovat své emoce a pocity. Li a kol. (2018) informovali, že by měly vrchní sestry podporovat skupinovou soudržnost a snažit se tím snížit míru vyhoření.

Randomizovaná klinická studie autorů Westa a kol. (2014) sledovala efekt lékařských diskusních skupin na jejich well-being. Diskusní setkání probíhala každý týden jednu hodinu po dobu 9 měsíců. Tato setkání zahrnovala mindfulness, reflexi, sdílení zkušeností a vzájemné učení v malých skupinách s cílem podpořit kolegiální a zlepšit smysl práce. Studie prokázala významné snížení vyhoření převážně na škále depersonalizace. Sdílení úspěšných příběhů může lékařům pomoci najít radost, i když se nachází uprostřed chaosu (Dewey et al., 2020; Chan, 2004).

5.2.1 RISE (Resilience in Stressful Events)

Ve Spojených státech amerických byl v nemocnici Johna Hopkinse v Baltimoru navržen program peer podpory nazvaný RISE (*Resilience in Stressful Events*) (Edrees et al., 2016). Dlouhodobým cílem programu bylo podporovat kulturu, ve které jsou všichni zaměstnanci odolní a vzájemně se podporují před stresovými událostmi, během nich a po nich. Zároveň cílem RISE bylo poskytnout včasnou podporu zaměstnancům, kteří ji zrovna potřebují a doplnit služby nabízené dosavadním programem pomoci zaměstnanců FASAP (*Faculty And Staff Assistance Programme*) (Pratt et al., 2012).

Program RISE fungoval pomocí pageru, na kterém sám zaměstnanec, který potřeboval pomoci nebo jeho kolega/kolegyně aktivovali RISE Call a tím dali zprávu pro RISE tým, kde se některý z odpovědných členů týmu propojil s volajícím nejpozději do 30 minut, aby společně naplánovali setkání. To se mělo v ideálním případě konat nejpozději v následujících 12 hodinách. Při společném setkání peer konzultant aktivně naslouchá a poskytuje tzv. psychologickou první pomoc. Setkání se zaměřuje na emoce zaměstnance, nikoliv na detaily incidentu. Na konci setkání nabídne peer konzultant zaměstnanci seznam aktuálních organizačních zdrojů, které mohou být užitečné pro jeho další léčení (např. program pomoci zaměstnancům, komunitní poradenství nebo cvičení). Veškeré interakce mezi peer konzultantem a zaměstnancem jsou důvěrné. Jedinou výjimkou by bylo, kdyby zaměstnanec upozornil na možnost bezprostřední újmy sobě nebo ostatním (de Wit et al., 2013).

Centrum veřejného zdraví Johna Hopkinse následně vyvinulo model tzv. psychologické první pomoci pro zdravotnický i nezdravotnický personál, který reaguje na krizi (lékaři,

personál pohotovosti, dispečeri, setry, ostražka atd.) nazvaný RAPID PFA (Reflective listening, Assessment, Prioritisation, Intervention and Disposition Psychological First Aid) (Everly et al., 2016).

5.2.2 Systém psychosociální intervenční služby

V kontextu České republiky je poskytování peer podpory součástí Systému psychosociální intervenční služby (SPIS), který se do České republiky dostal značně později než do řady vyspělých států světa.

Prvním krokem bylo v letech 1998-2000 spuštění projektu Evropské unie, který se jmenoval *Leonardo da Vinci*, a jeho cílem bylo vytvoření evropské sítě, která by efektivně pomáhala při zvládání krizových situací.

Projekt získal podporu Ministerstva zdravotnictví České republiky. Po tomto prvním projektu byly vytvořeny výcviky v metodě „*Critical Incident Stress Management*“ (CISM), které absolvovaly desítky zdravotníků, čímž vznikl personální základ systému psychosociální podpory ve zdravotnictví.

V roce 2009 do rozvoje systému vstoupilo Ministerstvo zdravotnictví České republiky prostřednictvím Odboru krizové připravenosti, který měl za cíl vytvořit a koordinovat systém pomoci, nabídnout ho poskytovatelům zdravotních služeb ale i potřebám obyvatel. Následně bylo jejich cílem vytvořit systém, včetně vzdělávacího programu pro proškolení zájemců, vytváření terminologie, legislativní ukotvení a mnoho dalšího. V tu dobu také vznikla spolupráce s Národním centrem ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně, kde byl vytvořen vzdělávací kurz „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům. Strategie zvládání psychicky náročných situací*“. V rámci NCO NZO pak vznikla řada dalších vzdělávacích programů.

K legislativnímu ukotvení zajišťování psychosociální intervenční služby došlo v roce 2011 v zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, jako součást povinností poskytovatele ZZS. Systém psychosociální intervenční služby byl dále od roku 2012 garantován Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

Působení SPIS započalo na krajských zdravotnických záchranných službách. V roce 2012 začal být SPIS v gesci Asociace zdravotnických záchranných služeb pod záštitou Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS J. E. Purkyně. V tomtéž roce se začal program rozšiřovat i do nemocnic. V roce 2014 vznikla druhá linie činnosti SPIS, která se začala věnovat první psychické pomoci, která je poskytována lidem, kteří se setkají s psychicky náročnou situací. Poskytována je nejčastěji pozůstalým. Tato podpora přispívá

ke zvládnutí situace a zároveň působí preventivně před rozvojem dalších především psychických obtíží. SPIS je rovněž v kontaktu se zdravotnickými školami, kde dbá na rozvoj znalostí o problematice psychické zátěže a potřebě sebe péče (Čepická & Humpl, n.d.; SPIS, n.d.).

Po absolvování kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ nebo výcviku v metodách CISM (*Critical Incident Stress Management*), jsou vyškolení zdravotníci označováni jako „*peer*“ a jejich posláním je poskytování psychosociální podpory svým kolegům zdravotníkům ve chvílích, kdy se setkají s nadlimitně psychicky zatěžující událostí. Poskytování psychosociální podpory má za cíl předcházet u zdravotníků syndromu vyhoření, lze to tedy chápat jako preventivní opatření (Ministerstvo zdravotnictví ČR et al., 2019).

Výhodou poskytování peer podpory je, že přichází přímo od lidí z vlastních řad, kteří sami dobře znají problematiku profese (Humpl et al., 2013).

Mezi nadlimitně psychicky zatěžující události, při kterých je možné poskytnou peer podporu, jsou dle Metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví České republiky řazeny:

- „*vážná poranění, onemocnění či smrt dítěte;*
- *péče o extrémně nezralého novorozence;*
- *úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu;*
- *vážná onemocnění, zranění či úmrtí kolegy;*
- *hromadné neštěstí;*
- *tragická událost;*
- *péče o kriticky nemocného pacienta, kontakt s příbuznými;*
- *neúspěšná kardiopulmonální resuscitace/záchrana mladého pacienta;*
- *úmrtí pacienta během operace;*
- *sebevražda pacienta nebo pokus o ní;*
- *mobbing/bossing na pracovišti;*
- *nehody s množstvím obětí, extrémně devastované oběti;*
- *úmrtí či vážné zranění kolegů či blízkých osob;*
- *zásah/ošetřování u osoby blízké;*
- *nezdařený pokus o záchranu spojený s pocity bezmoci;*
- *dopravní nehoda posádky zdravotnické záchranné služby;*
- *napadení zdravotníka při výkonu práce, kontakt s pozůstalými;*
- *péče o dlouhodobě nemocného pacienta, kontakt s příbuznými;*

- *péče o agresivního pacienta;*
- *ohrožení vlastního zdraví, či života zdravotníka při práci;*
- *péče o pachatele závažného trestného činu;*
- *událost s nadměrným zájmem médií;*
- *profesní pochybení, selhání zdravotníka;*
- *stížnost podaná pacientem/příbuzným (Ministerstvo zdravotnictví ČR et al., 2019, s. 10).“*

5.3 Supervize

Za užitečný nástroj prevence syndromu vyhoření může být považována také supervize, která je definovaná jako *„setkávání za účelem reflexí zážitků a zkušeností z práce s pacienty. Slouží k podpoře profesního růstu zaměstnanců. Poskytuje prostor pro sdělování zkušeností, ventilaci emocí, hledání nových pohledů a nápadů. Etickým kritériem je prospěch pacienta (Venglářová, 2011, s. 153).*

Stejného názoru je i Beder (2006), který doplňuje, že supervize je kromě prevence syndromu vyhoření účinná také pro podporu zaměstnanců, zaměřování se na rozvoj kompetencí a lepší kontrolu nad tím, co se na pracovišti děje.

Venglářová (2011) dále uvádí, že ve zdravotnictví je užívání supervizí méně časté například oproti sociálním službám, kde je dáno zákonnou povinností. Supervize ve zdravotnictví jsou často rozdělovány podle profesních skupin, tedy zvlášť pro sestry a zvlášť pro lékaře. Optimální by však byly supervize celého týmu, který se na péči na konkrétním oddělení podílí. Témata, která si pracovníci na setkání přinášejí, jsou různá. Může se jednat o konkrétní pacienty nebo jiné situace, které pro ně byly náročné. Často jsou součástí supervizí i témata, která se týkají vztahů na pracovišti. Mezi nejčastější formy se řadí týmová, skupinová a individuální supervize. Funkce supervize je podpůrná, vzdělávací a řídicí.

5.4 Intervence, Intervenční programy

Adwan (2014) v rámci své studie doporučil pro prevenci syndromu vyhoření a podporu pracovní spokojenosti implementaci a hodnocení intervenčních programů zaměřených na ztrátu.

Mousa a Mahmood (2013) uvádí, že je zapotřebí vytvořit vzdělávací programy pro zlepšení komunikačních dovedností dětských sester, které by přispěly ke snížení syndromu vyhoření.

Norská studie čítající 227 lékařů hodnotila 3 základní dimenze syndromu vyhoření před a po preventivní konzultaci. Ukázala významné snížení na škále emocionálního vyčerpání po 1 a 3 letech po intervenci (konzultaci) (Ro et al., 2008, 2010; West et al., 2014). Intervencí bylo reflektivní poradenství prováděné buď individuálně v rámci jednoho sezení nebo v malých skupinách po dobu jednoho týdne (Ro et al., 2008).

Dalšími intervencemi, které mají důkazy o své účinnosti a měřitelné výsledky na snížení vyhoření a podporu odolnosti u lékařů jsou techniky mindfulness a přístupy na zvládání stresu, které jsou zaměřené na emoční zdraví (Mahmoud & Rothenberger, 2019; Panagioti et al., 2018; West et al., 2016).

West a kol. (2016) ověřovali ve své meta analýze a systematickém review účinnost některých intervencí s cílem zjistit, zda mají efekt na skóre vyhoření. Autoři do studie zahrnuli mindfulness, techniky zvládání stresu nebo skupinové diskuse. Ukázalo se, že celkové skóre vyhoření se snížilo z 54 % na 44 % napříč spektrem studií a napříč všemi intervencemi. Snížily se i jednotlivé skóre u emočního vyčerpání z 38 % na 24 % a u depersonalizace z 38 % na 34 %. Autoři upozornili, že jak individuální, tak strukturální nebo organizační strategie mohou vést ke klinicky významnému snížení syndromu vyhoření u lékařů. Je ale zapotřebí dalších výzkumů, aby se zjistilo, které intervence jsou u konkrétních populací nejúčinnější, a také to, jak mohou být individuální a organizační řešení kombinována, aby přinesla ještě větší zlepšení zdravotního stavu lékařů, než jaká dosahují pouze individuální řešení.

5.4.1 Mindfulness intervence

Mindfulness neboli všímavost je psychologický proces zaměření se na přítomnost s cílem rozvíjet moudrost prostřednictvím sebeuvědomění za pomoci meditace, jógy a dalších kontemplativních technik. Má kořeny v buddhistických tradicích a byl popsán Jonem Kabat-Zinnem z Univerzity v Massachusetts v roce 1979 jako způsob, jak se vypořádat s přetrvávajícím přemítáním, utrpením a obavami u chronicky nemocných (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008).

Standardizované intervence - kurzy na zvládání stresu s využitím mindfulness, které jsou účinné také u pracovníků ve zdravotnictví, se skládají z intenzivních skupinových programů trvajících 8 týdnů, během kterých se kombinuje meditace, jóga a skupinová diskuse (Goodman & Schorling, 2012; Krasner, 2009; Murali & Banerjee, 2018; West et al., 2016)

Goodman a Schorling (2012) si v rámci své před observační studie kladli za cíl zjistit, zda kurz na zvládání stresu s využitím mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR) může snížit syndrom vyhoření a zlepšit duševní pohodu mezi poskytovateli zdravotní

péče. Respondenty bylo 51 lékařů a 41 ostatních zdravotnických pracovníků včetně sester. Kurz probíhal 2,5 hodiny týdně po dobu 8 týdnů, přičemž mezi 6. a 7. týdnem bylo zařazeno celodenní 7hodinové setkání pro prohloubení dovedností. Kurz zahrnoval nácvik čtyř typů formálních praktik mindfulness, včetně procházení těla pozorností, cvičení jógových pozic, meditace v sedě a meditace v chůzi. Zapojena byla i diskuse zaměřená na aplikaci všímavosti v práci. Hlavními výslednými měřítky bylo pracovní vyhoření a sebe pocíťovaná duševní a fyzická pohoda. Ukázalo se, že MBSR mělo u pracovníků ve zdravotnictví významné zlepšení pro škály emočního vyčerpání, depersonalizace i osobního uspokojení. Zlepšila se i duševní pohoda. Skóre fyzického zdraví nebylo významně ovlivněno.

5.4.2 Programy na zvládání stresu

Programy zvládání stresu vznikly po zjištění, že mnoho lékařů má v práci i doma významné stresory, které ovlivňují produktivitu a výkon. Moderní programy pomoci zaměstnancům mají programy zvládání stresu, ke kterým mohou jednotlivci přistupovat nezávisle a na základě doporučení. Individuální intervence začíná hodnocením stresorů pomocí dotazníku nebo rozhovoru s odborníkem na duševní zdraví, po kterém následuje intervence zaměřená na změnu vzorců chování. Programy zvládání stresu mohou zahrnovat poradenství v oblasti zvládání stresu a naučení technik, jako je relaxace, biofeedback a kognitivní restrukturalizace. Tyto programy mohou snížit úroveň úzkosti a pomoci přeformulovat problém způsobující úzkost. Lékaři, kteří ovládají behaviorální a kognitivní techniky zmírnění stresu, uvádějí méně napětí, méně poruch spánku a lepší strategie zvládání (Mahmoud & Rothenberger, 2019).

5.4.3 „Care for the Professional Caregivers Program (CPCP)“ („Program péče o profesionálního pečovatele“)

V Kanadě je k dispozici program společnosti Wellspring Cancer Support „*Care for the Professional Caregiver Program (CPCP)*“ („*Program péče o profesionálního pečovatele*“), který byl účinný při snižování emočního vyčerpání.

Tento program si klade za cíl řešit problémy, kterým čelí odborníci pracující s nemocnými a umírajícími. Program byl vyvinut pro sestry v onkologii, ale byl přizpůsoben potřebám 17 různých profesních oborů včetně pracovníků v paliativní péči, dlouhodobé péči, kritické a akutní péči, dětské onkologii a chirurgické onkologii, a také manažerům sester, lékařským tlumočnickům, duchovním, radiačním terapeutům a sociálním pracovníkům.

Od svého vzniku v roce 2003 byl program poskytnut více než 700 účastníkům. CPCP je celodenní program, který zahrnuje didaktické části a skupinovou diskusi. Začíná prezentací a diskusí o zástupném traumatu a ztrátě a nabízí model adaptivního zvládání smutku. V rámci praktické části zkoumá použití různých strategií zvládání. Účastníci prozkoumají své pracovní zkušenosti se smutkem ve velké skupině a menších skupinkách. Druhá část dne se zaměřuje na krátkodobé a dlouhodobé důsledky syndromu vyhoření a na diskusi o strategiích sebe péče ke zmírnění účinků stresorů na pracovišti. Skupina má následně přestávku na oběd, která poskytuje příležitost k socializaci. Odpolední program nabízí prožitkové ukázky strategií zvládání, jako je řízená imaginace, relaxace, pohyb těla a techniky vědomého dýchání, které byly přizpůsobeny pro potřeby daného pracoviště (Edmonds et al., 2012).

Výzkumná část

6. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky

Základní oblastí našeho výzkumu je zvládání zátěže u sester a zdravotnických záchranářů. Tyto konkrétní pozice byly vybrány proto, že zvolené kurzy, u kterých chceme zkoumat přínos pro zvládání zátěže, jsou těmto konkrétním pracovním pozicím určeny, tudíž se v rámci výzkumného projektu zaměřujeme pouze na ně.

Výzkumná část diplomové práce plynule navazuje na poznatky sepsané v literárně přehledové části a přímo souvisí s kapitolou organizačních protektivních faktorů, ve které se věnujeme také celoživotnímu vzdělávání zdravotnických pracovníků, a blíže popisujeme kurz „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“, který má za cíl připravit pracovníky ve zdravotnictví na zátěžové události, se kterými se mohou v rámci profese setkat. Stejně jako kurz „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“, by tento cíl mohl splňovat i kurz „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“, který je zaměřen na vyškolení peer konzultantů pro pomoc kolegům zdravotníkům při nadlimitně zatěžujících událostech. Kromě uvedených kurzů pracujeme také s přínosem účasti na supervizích a využívání peer podpory jako možného protektivního faktoru před vyhořením a zvládáním pracovní zátěže.

V rámci kvantitativní části výzkumu je výzkumný problém relační, neboť si klademe za cíl zjistit, zda je vztah mezi absolvováním kurzu a zvládáním zátěže v práci, včetně míry rizika syndromu vyhoření, které spolu úzce souvisí. V rámci kvalitativní části, je výzkumný problém deskriptivní, neboť si klademe za cíl blíže popsat přínos absolvovaných kurzů.

6.1 Výzkumné cíle

1. přispět k rozšíření povědomí o přínosu absolvování kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ a kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ jako možného protektivního faktoru pro zvládání zátěžových situací v profesi zdravotnických pracovníků
2. na základě výsledků dotazníků identifikovat jiné proměnné a souvislosti ovlivňující zvládání zátěže a míru rizika syndromu vyhoření

6.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly vytvořeny zvlášť pro kvantitativní a kvalitativní část výzkumu. V rámci kvantitativní části se jedná o otázky týkající se možného přínosu absolvovaných kurzů, jiného vzdělávání a protektivních faktorů na pracovní zátěž a vyhoření u sester a zdravotnických záchranářů. V rámci navazující kvalitativní části se jedná o otázky blíže specifikující přínos absolvovaných kurzů, oblast využití a motivaci sester a záchranářů.

6.2.1 Výzkumné otázky kvalitativní část

- **VO1:** Mají sestry/zdravotníci záchranáři, kteří mají absolvovaný kurz „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“/„*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“/jinou formu doplňujícího vzdělání, lepší výsledky ve zvládání zátěže v práci oproti sestrám/zdravotnickým záchranářům, kteří tyto kurzy nemají?
- **VO2:** Mají sestry/zdravotníci záchranáři, kteří mají absolvovaný kurz „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“/„*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“/jinou formu doplňujícího vzdělání, nižší míru syndromu vyhoření oproti sestrám/zdravotnickým záchranářům, kteří tyto kurzy nemají?
- **VO3:** Mají sestry/zdravotníci záchranáři, kteří využívají peer podporu/supervizi na pracovišti, nižší míru syndromu vyhoření oproti sestrám/zdravotnickým záchranářům, kteří tuto možnost nemají nebo nevyužívají?
- **VO4:** Mají sestry/zdravotníci záchranáři, kteří využívají peer podporu/ supervize na pracovišti, lepší výsledky ve zvládání zátěže v práci oproti sestrám/zdravotnickým záchranářům, kteří tuto možnost nemají nebo nevyužívají?

6.2.2 Výzkumné otázky kvalitativní část

- **VO1:** Co spatřují sestry/zdravotníci záchranáři na absolvovaném kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“/ „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ jako největší přínos?
- **VO2:** Ve které oblasti své praxe sestry/zdravotníci záchranáři nejvíce využívají znalosti a dovednosti z absolvovaného kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“/ „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“?
- **VO3:** Co bylo pro sestry/zdravotnické záchranáře motivací k absolvování kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“/ „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“?

6.3 Typ výzkumu

Výzkumný projekt má smíšený design, což spočívá v použití kvantitativních i kvalitativních metod v rámci jednoho šetření (Hendl, 2016).

6.3.1 Kvantitativní část výzkumu

V rámci kvantitativní části výzkumu je proveden korelační výzkum. Korelace probíhá mezi skupinami sester a zdravotnických záchranářů:

- s absolvovaným kurzem „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ a těmi, kteří daný kurz absolvovaný nemají,
- s absolvovaným kurzem „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ a těmi, kteří daný kurz absolvovaný nemají,
- s absolvovanými jinými výcviky a těmi, kteří žádné jiné absolvované výcviky nemají,

- kteří se účastní/neúčastní/nemají možnost supervizí,
- kteří se účastní/neúčastní/nemají možnost využití peer podpory.

6.3.2 Kvalitativní část výzkumu

Kvalitativní část je určena k bližšímu prozkoumání absolvování kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ a kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“, především s ohledem na to, co absolventi kurzů nejvíce oceňují a ve své profesi využívají. Zvolenou metodou byl polo strukturovaný rozhovor, jehož výhodou byla předem stanovená struktura otázek, která ale mohla být průběžně upravována dle plynutí jednotlivých rozhovorů s respondenty.

6.4 Metody získávání dat

Realizace výzkumu začala nejdříve kvantitativním sběrem dat, na který následně navázal sběr dat kvalitativní. Výsledky kvantitativní a kvalitativní části nejsou vzhledem k anonymitě výsledků propojené.

6.4.1 Kvantitativní sběr dat

Kvantitativní sběr dat probíhal v období od 9. 3. – 23. 3. 2022 prostřednictvím online platformy formuláře Google, kde byl umístěn dotazník včetně úvodního slova k dotazníku (Příloha 1) a informovaného souhlasu (Příloha 2).

Odkaz na dotazník včetně průvodního dopisu (Příloha 3) byl distribuován primárně prostřednictvím sociální sítě Facebook v soukromé skupině „*Odbory a lékaři*“, kde bylo možné oslovit na jednom místě velké množství nelékařských zdravotnických pracovníků. Distribuce dále probíhala e-mailovou komunikací přes garanta systému a odborného garanta SPIS PhDr. Lukáše Humpla, který rozeslal e-mail s prosbou o vyplnění dotazníku všem členům SPIS. Díky této spolupráci se podařilo vytvořit největší šanci k získání respondentů s absolvovaným kurzem „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ a „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“. Dotazník byl s využitím dalších možných a všech dostupných možností rozeslán mezi nelékařské zdravotnické pracovníky pracující na pozici sestry či zdravotnického záchranáře. Vzhledem k online formě neadresované distribuce není možné určit návratnost dotazníku.

Vytvořený dotazník se skládal z 5 částí, ve kterých zjišťoval:

1. základní údaje o respondentovi

2. pracovní zátěž

3. vyhoření

4. následné vzdělávání

5. protektivní faktory.

Části týkající se základních údajů o respondentech, následného vzdělávání a protektivních faktorů byly sestaveny pro vlastní účely diplomové práce.

Pro zjišťování pracovní zátěže a vyhoření byly využity české verze již existujících standardizovaných dotazníků. Pro zjišťování pracovní zátěže byla využita Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže (Meisterův dotazník) (HPZ) a pro vyhoření byla využita Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření (SMBM).

V části o základních údajích o respondentech bylo zjišťováno:

- pohlaví,
- věk,
- nejvyšší dosažené vzdělání,
- rodinný stav,
- doba v zaměstnání,
- pracovní pozici dle zákona č. 96/2004 Sb.,
- typ pracoviště,
- obor, ve kterém respondenti pracují.

V části následného vzdělávání bylo zjišťováno:

- absolvování kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“,
- absolvování kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“,
- absolvování psychoterapeutického výcviku,
- absolvování jiného vzdělání/kurzu/výcviku, který by respondenty připravil na psychicky zátěžové situace.

V části protektivních faktorů bylo zjišťováno:

- možnost týmové/individuální supervize,
- účast na supervizích,
- možnost využít Systém psychosociálně intervenční služby – Peer podporu,

- využívání Systému psychosociálně intervenční služby – Peer podpory v případě potřeby.

Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže (Meisterův dotazník) (HPZ)

Pro zjišťování pracovní zátěže byla využita standardizovaná Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže (Meisterův dotazník), která je určena k hodnocení vlivu pracovní činnosti na psychiku pracovníků.

Dotazník pochází z roku 1975 a jeho autorem je W. Meister. Metoda byla ověřována hygienickou službou v letech 1976-1984 a je určena k orientačnímu zjišťování psychické zátěže v práci. Bylo zjištěno, že má dobré psychometrické vlastnosti.

Dotazník obsahuje 10 otázek, které lze přiřadit 3 faktorům, které byly získány na základě faktorové analýzy.

- I. faktor – přetížení
- II. faktor – monotonie
- III. faktor – nespecifický faktor (stresová odezva)

Respondenti na otázky odpovídali na stanovené škále:

- 5 - ano, plně souhlasím
- 4 - spíše ano
- 3 - nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 - spíše nesouhlasím
- 1 - ne, vůbec nesouhlasím.

V rámci faktorových skóre lze určit i zátěžové tendence k:

- přetížení,
- monotonii (jednostrannosti, podtížení),
- kombinaci obou (tj. přetížení i jednostrannosti).

Klasifikaci psychické zátěže lze určit na třech stupních.

1. Psychická zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti (přitom je nutno odhlédnout od náhodných situačně podmíněných výkyvů v průběhu pracovní směny).
2. Psychická zátěž, při které může docházet pravidelně k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti.
3. Psychická zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika (Hladký & Židková, 1999; Krajská hygienická stanice KHK, b.r.; Židková, 2002).

Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření (SMBM)

Pro zjišťování syndromu vyhoření je využita Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření (SMBM). Původní verzi vytvořili izraelští autoři Arie Shirom a Samuel Melamed (Schilling et al., 2019). Autoři při tvorbě dotazníku vycházeli z Hoblofovy teorie zachování zdrojů (Hobfoll, 1989).

Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření (SMBM) byla vytvořena kolektivem autorů v čele s profesorem PhDr. Radkem Ptáčkem, Ph.D., který mi metodu včetně norem pro českou populaci přímo poskytl.

Metodu lze dle autorů studie považovat za spolehlivý psychometrický nástroj, neboť v rámci jejich studie vykazuje vysokou vnitřní konzistenci, která byla měřena pomocí Cronbachova koeficientu alfa ($\alpha=0,94$).

Dotazník SMBM obsahuje 14 položek:

- 6 položek se týká fyzické únavy;
- 5 položek se týká kognitivní únavy;
- 3 položky se týkají emočního vyčerpání.

Respondenti se k jednotlivým otázkám vyjadřují na sedmistupňové škále:

- 1 - nikdy nebo téměř nikdy
- 2 - velmi zřídka
- 3 - zřídka
- 4 - někdy
- 5 - celkem často
- 6 - velmi často
- 7 - vždy nebo téměř vždy (Ptáček et al., 2017).

6.4.2 Kvalitativní sběr dat

Kvalitativní sběr dat probíhal od 14. 3. do 21. 3. 2022 prostřednictvím telefonických rozhovorů nebo online setkání na platformě Google Meet. Respondenti byli do výzkumu zařazeni samovýběrem, neboť sami reagovali na výzvu, kterou jsem uvedla v rámci průvodního dopisu (Příloha 3).

Při psaní průvodního dopisu a výzvy o zapojení do kvalitativní části výzkumu jsme zvažovali i osobní setkání s respondenty. Nakonec jsme se však vzhledem k tomu, že respondenti byli z různých míst celé České republiky, vzájemně dohodli na telefonickém nebo online kontaktu, který byl flexibilnější a časově méně náročný.

Kvalitativní část výzkumu byla realizována za pomoci polo strukturovaných rozhovorů, které obsahovaly celkem 8 otázek (Tabulka 1).

Tabulka 1. Otázky pro rozhovor

Pořadové číslo	Otázka
1.	Pracovní pozice
2.	Oddělení
3.	Absolvované kurzy PPP/PEER
4.	Co spatřujete na absolvovaném kurzu jako největší přínos?
5.	Ve které oblasti své práce ho nejvíce využíváte?
6.	Je něco, co Vám na kurzu chybělo, co jste postrádala, co byste tam potřebovala mít/slyšet?
7.	Co Vás motivovalo k tomu jít na kurz?
8.	Napadá Vás ještě něco, na co jsem se nezeptala, a přijde Vám to ohledně toho kurzu nebo Vaší práce s tím kurzem důležité?

Z následné analýzy byly vyřazeny otázky č. 6 a 8, protože neměly větší význam pro stanovené výzkumné otázky. Získané informace by ale mohly sloužit případné následné analýze.

6.5 Metody zpracování a analýza dat

Analýza získaných dat byla provedena pro kvantitativní data a kvalitativní data separátně. Obě analýzy byly provedeny na základě stanovených výzkumných otázek. Vzhledem k anonymitě získaných dat nebylo možné získaná data z jednotlivých částí spárovat. Získané demografické údaje měli především orientační charakter.

6.5.1 Metody zpracování kvantitativních dat a analýza kvantitativních dat

Data z vyplněných dotazníků se shromažďovala automaticky přímo z formuláře Google do vytvořené tabulky Google, odkud byla data po skončení výzkumu stažena do Microsoft Excel. Následně byla provedena kontrola získaných dat. Na základě této kontroly byli ze souboru 3 respondenti vyřazeni pro neúplnost odpovědí. Vyhodnocení dotazníku probíhalo dle testových manuálů. Statistická analýza byla provedena v programu Jamovi, verze 2.3.2.

V rámci příprav na statistickou analýzu dat nejdříve došlo k potřebné úpravě dat, kdy byly odpovědi z dotazníku SMBM převedeny na číselné hodnoty 1-5. U Meisterova dotazníku byly odpovědi převedeny na číselné hodnoty 1-7. Hodnoty u otázky týkající se absolvování jiného vzdělání/kurzu/výcviku, který by respondenty připravil na psychicky

zátěžové situace, byly převedeny na „True“ pokud respondenti uvedli, že nějaký takový kurz měli, a na „False“, pokud uvedli, že žádný takový kurz neabsolvovali.

Pro analýzu dat byla zvolena hladina statistické významnosti $\alpha = 0.05$.

Po úpravě dat byla provedena analýza reliability obou dotazníků pomocí Cronbachova alfa. Analýza byla provedena pro celý dotazník i pro jednotlivé škály. Vytvořena byla také základní deskriptivní statistika datového souboru.

Analýza určená k zodpovězení výzkumných otázek VO1 a VO2 byla provedena pomocí Welchova t-testu. Welchův t-test byl zvolen z důvodu nejednotnosti rozptylu v porovnávaných souborech, což byl přesně případ našeho datového souboru. Analýza byla provedena zvlášť pro absolventy kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasazeným*“ a absolventy kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“.

Analýza určená k zodpovězení výzkumných otázek VO3 a VO4 byla provedena pomocí jednostranné ANOVA, použita byla konkrétně Welchova verze ANOVA, která je robustní vůči porušení předpokladu homogenity variancí pro standardní ANOVA.

Proveden byl také Games-Howell Post-Hoc Test, který je vhodné využít při rozdílných rozptylech porovnávaných skupin.

V rámci pracovní pozice byla analýza prováděna souhrnně pro sestry i zdravotnické záchranáře, neboť vzorek zdravotnických záchranářů byl velmi malý na to, aby byla analýza provedena separátně. V rámci výzkumných otázek neproběhla diferenciací mezi zdravotnickými záchranáři a sestrami neb oba kurzy jsou společné pro obě pracovní pozice.

6.5.2 Metody zpracování kvalitativních dat analýza kvalitativních dat

Pro zpracování kvalitativní části byla zvolena metoda trsů, která shromažďuje odpovědi jednotlivých respondentů dle jejich podobnosti (Miovský, 2006). Samotné analýze dat předcházelo důkladné zpracování získaných dat. Vzhledem k tomu, že kvalitativní výzkum probíhal formou polo strukturovaných rozhovorů, bylo zapotřebí důkladného zaznamenání rozhovorů. To probíhalo prostřednictvím audiozáznamu pomocí aplikace Diktafon. Audiozáznam byl vytvořen vždy se souhlasem respondenta.

Po skončení hovoru byl rozhovor ze záznamu doslovně přepsán do dokumentu Microsoft Word. Následně byly v záznamech odpovědí respondentů označeny konkrétní odpovědi na výzkumné otázky. Respondenti poskytovali na dané otázky více odpovědí.

Po vyznačení všech odpovědí byla provedena kontrola opakovaným přečtením odpovědí a případným vyznačením chybějících odpovědí.

Po tomto kroku následovalo kódování jednotlivých odpovědí a dělení do příslušných skupin podle tematické a obsahové podobnosti. Tento krok byl učiněn napříč odpověďmi všech respondentů, čímž vznikly trsy odpovědí na jednotlivé výzkumné otázky.

6.6 Etika výzkumu

Po celou dobu výzkumu byla dodržovány etické principy nonmaleficence a beneficence.

V úvodní části dotazníku byli respondenti seznámeni s informovaným souhlasem, který je předepsaný Komisí pro etiku ve výzkumu FF UK.

Souhlas s výzkumem respondenti stvrdili pokračováním ve vyplňování dotazníku.

Účast v obou částech výzkumu byla pro všechny respondenty dobrovolná, a mohli ji kdykoliv přerušit. Respondenti byli informováni o anonymitě a způsobu nakládání s osobními daty v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů. Data byla kódována a identifikovatelná podle číselného kódu.

Vzhledem k tématu pracovní zátěže a syndromu vyhoření, se kterým se mohli respondenti výzkumu setkat, byla na konci dotazníku uvedena zpráva vybízející respondenty ke kontaktování pomoci v případě, že by se necítili dobře. Zpráva byla uvedena i jako preventivní opatření, které připomíná, že možnosti pomoci jsou dostupné.

„V případě, že se necítíte dobře, nebojte se obrátit o pomoc.

K dispozici vám je například:

Linka první psychické pomoci - 116 123

Modrá linka - 608 902 410, 731 197 477“

7. Výzkumný soubor

Kritéria pro výběr respondentů byla stanovena na základě pracovní pozice pracovníků ve zdravotnictví, a to pouze pro sestry a zdravotnické záchranáře, protože jsou nejčastějšími absolventy kurzů „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“, které jsou hlavní proměnnou výzkumného šetření.

Z hlediska absolvování výše uvedených kurzů byly porovnávány sestry a zdravotničtí záchranáři, kteří kurz/y absolvované mají, ale i nemají. Podrobnější kritéria pro výběr respondentů nebyla stanovena.

Ze studie byli vyloučeni ti respondenti, kteří vyplnili v 10. otázce Meisterova dotazníku „Možnost 6“, což byla omylem zadaná možnost odpovědi na danou otázku. Vzhledem k tomu, že respondenti tuto možnost, která nenesla žádný význam, označili, nebylo možné vyhodnotit jejich výsledky v rámci tohoto dotazníku.

7.1 Výzkumný soubor pro kvantitativní část výzkumu

Populaci výzkumného souboru určenou pro kvantitativní analýzu tvoří pracovníci ve zdravotnictví (n=548). Z hlediska pracovní pozice se jedná o sestry (n=513) a zdravotnické záchranáře (n=35).

Z hlediska absolvovaných kurzů se do výzkumného šetření zapojilo 56 respondentů s absolvovaným kurzem „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ a 36 respondentů s kurzem „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“. V daných skupinách ale může docházet k překryvu, protože většina absolventů kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ je zároveň absolventem kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“. Kontrolní skupinou jsou zdravotničtí pracovníci – sestry a zdravotničtí záchranáři, kteří daný kurz absolvovaný nemají (n=457).

Z hlediska demografických údajů bylo u respondentů sledováno pohlaví, u kterého se prokázal trend týkající se genderového zastoupení zdravotnických pracovníků, kdy dlouhodobě převažují ženy, především na pozici sester (Český statistický úřad, 2017), protože výzkumného šetření se zúčastnilo 513 žen a pouze 19 mužů. Dále byla zjišťována pracovní pozice, kde se podařilo získat veliký vzorek sester (n=513). Vzorek zdravotnických záchranářů byl zastoupen menšinově (n=19), proto bylo nakonec na pracovní pozici nahlíženo

jednotně. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo zjišťováno především z důvodů demografického popisu vzorku, v rámci analýz tato položka využita nebyla. Zastoupení respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání ukazuje následující tabulka (Tabulka 2)

Tabulka 2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet
Střední odborné	219
Vyšší odborné	115
Bakalářské	127
Navazující magisterské	85
Doktorské	2

Taktéž bylo postupováno u položek věk a počet let v zaměstnání (Tabulka 3) a rodinný stav (Tabulka 4).

Tabulka 3. Věk a počet let v zaměstnání

	Počet	Průměr	Median	SD	Minimum	Maximum
Věk (v letech)	548	41.8	43.0	10.3	20	64
Počet let v zaměstnání	548	20.6	21.0	11.1	1	45

Tabulka 4. Rodinný stav

Rodinný stav	Počet
nechci uvádět	20
nezadaný/nezadaná	88
zadaný/zadaná	155
ženatý/vdaná	279
ovdovělý/ovdovělá	6

Dále jsme od respondentů získali informace o typu pracoviště a oboru, ve kterém pracují. Vzhledem k faktu, že jsou respondenti heterogenní skupinou, která zahrnuje široké spektrum typů pracovišť i oborů a často mnoho z nich pracuje i na více pracovištích současně, jsme se rozhodli, že analýzu těchto dat zveřejňovat nebudeme. Tato analýza neobsahuje žádná specifická data pro aktuálně stanovené výzkumné otázky. Veškerá získaná data včetně těch, která nebyla do následné analýzy zahrnuta, mohou sloužit pro případnou hlubší následnou analýzu, která by mohla přinést zajímavé informace například při porovnání zátěže a vyhoření v rámci jednotlivých typů pracoviště a ověřit tak informaci uvedenou v řadě výzkumů, kde se uvádí, že například prostředí urgentní medicíny je pro vznik syndromu vyhoření značně

náchylné (Yao et al., 2013). Tato analýza by však převyšovala rozsah stanovený pro tuto diplomovou práci.

7.2 Výzkumný soubor pro kvalitativní část výzkumu

Populaci výzkumného souboru určenou pro kvalitativní analýzu tvoří pracovníci ve zdravotnictví s absolvovaným kurzem „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasazeným*“ nebo kurzem „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ nebo oběma kurzy (n= 12). Jednotliví respondenti jsou z důvodu anonymity výsledků zapsáni pod specifickým třímístným kódem (př. 1FS), kdy první číslo určuje pořadí, F/M určuje pohlaví (female/male) a S/Z určuje pracovní pozici (sestra/záchranář). Základní demografické údaje o respondentech kvalitativní části jsou uvedeny v následující tabulce (Tabulka 5).

Tabulka 5. Demografická data respondentů pro kvalitativní výzkum

Respondent	Pohlaví	Pozice	Intervent	Peer	Počet let ve zdravotnictví
1FS	žena	sestra	ano	ano	34
2FS	žena	sestra	ano	ne	25
3FS	žena	sestra	ano	ano	26
4FS	žena	sestra	ano	ne	17
5FS	žena	sestra	ano	ano	27
6FZ	žena	zdravotnický záchranář	ano	ano	3
7MZ	muž	zdravotnický záchranář	ano	ne	15
8FZ	žena	zdravotnický záchranář	ano	ano	41
9MZ	muž	zdravotnický záchranář	ano	ano	17

10FZ	žena	zdravotnický záchranář	ano	ano	17
11MZ	muž	zdravotnický záchranář	ano	ano	13
12FS	žena	sestra	ano	ano	20

8. Výsledky

Výsledky kvantitativní a kvalitativní části výzkumu jsou pro přehlednost prezentovány odděleně. V závěru kapitoly je uvedeno shrnutí.

8.1 Výsledky kvantitativní části výzkumu

S ohledem na složitost názvů metod použitých k vyhodnocení, jsou názvy v textu a grafů upraveny do podoby zkratk pro jednotlivé metody následovně. Meisterova metoda hodnocení pracovní zátěže je uváděna pod zkratkou HPZ, České verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření je uváděna pod zkratkou SMBM. Vysvětlení dalších jednotlivých označení je uvedeno vždy v příslušné části textu. Pro oba dotazníky byla nejdříve provedena analýza reliability vyjádřená pomocí Cronbachovo α .

♦ *Reliabilita Meisterovy metody hodnocení pracovní zátěže (HPZ)*

Celková hodnota reliability dotazníku HPZ ($\alpha=0.871$). Souhrnně jsou hodnoty reliability uvedeny v následující tabulce (Tabulka 6).

Tabulka 6. Reliabilita HPZ

Měření reliability	Velikost efektu – Cronbachovo α		
	Průměr	SD	
HPZ	2.53	0.704	0.871
HPZ – nespecifický faktor	2.60	0.947	0.852
HPZ – škála monotonie	1.92	0.709	0.670
HPZ – škála přetížení	3.04	0.782	0.673

♦ *Reliabilita České verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření (SMBM)*

Stejný postup byl proveden i pro Českou verzi Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření, kde vyšla celková hodnota reliability dotazníku ($\alpha=0.939$), což je velice dobrý výsledek pro reliability psychologické metody. Souhrnně jsou hodnoty reliability uvedeny v následující tabulce (Tabulka 7).

Tabulka 7. Reliabilita SMBM

Měření reliability			
	Průměr	SD	Velikost efektu – Cronbachovo α
SMBM	3.09	1.01	0.939
škála fyzického vyhoření	3.62	1.24	0.929
škála kognitivního vyhoření	2.78	1.14	0.943
škála emocionálního vyčerpání	2.52	1.20	0.900

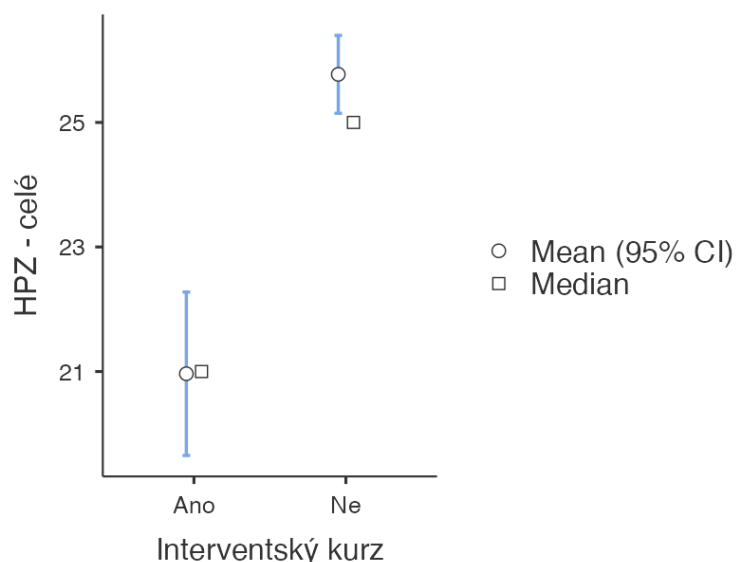
♦ **VO1:** Mají sestry/zdravotníci záchranáři, kteří mají absolvovaný kurz „První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým“/ „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací“/jinou formu doplňujícího vzdělání lepší výsledky ve zvládání zátěže v práci oproti sestrám/zdravotnickým záchranářům, kteří tyto kurzy nemají?

Výpočet Welchova t-test pro absolventy kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ (interventský kurz) ukázal signifikantní výsledky HPZ, $t(82.4)=6.48$, $p<0.001$, $d=0.784$. Hodnoty jednotlivých škál lze najít společně s celkovou hodnotou v následující tabulce (Tabulka 8).

Tabulka 8. Hodnoty HPZ pro interventský kurz

Welchův t-test				
	Welchův t-test	df	p	Velikost efektu – Cohenovo d
HPZ – přetížení	3.25	71.5	0.002	0.439
HPZ – monotonie	4.59	77.1	< 0.001	0.582
HPZ – nespecifický faktor	7.10	85.8	< 0.001	0.835
HPZ – celé	6.48	82.4	< 0.001	0.784

Signifikantní rozdíl mezi skupinami s absolvovaným kurzem (Ano) a skupinou bez absolvovaného kurzu (Ne) je vidět na následujícím grafu (Graf 1).



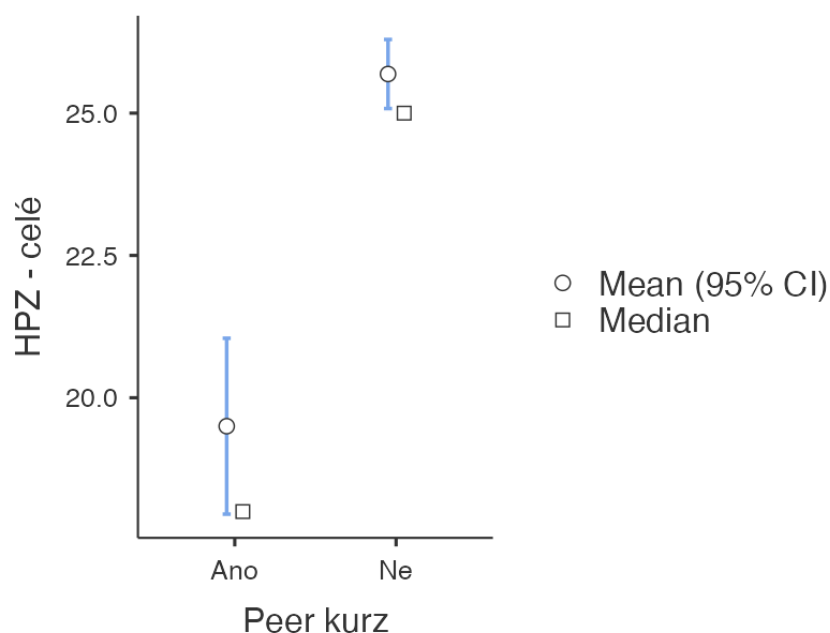
Graf 1. HPZ pro absolventy intervenčního kurzu

Stejný postup byl proveden i pro absolventy kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ (Peer kurz). Analýza i v tomto případě ukázala signifikantní výsledky HPZ $t(46.6)=7.31, p<0.001, d=1.035$. Hodnoty jednotlivých škál lze najít společně s celkovou hodnotou v následující tabulce (Tabulka 9).

Tabulka 9. Hodnoty HPZ pro peer kurz

Welchův t-test				
	Welchův t-test	<i>df</i>	<i>p</i>	Velikost efektu – Cohenovo <i>d</i>
HPZ – přetížení	4.81	42.5	< 0.001	0.758
HPZ – monotonie	4.75	46.0	< 0.001	0.681
HPZ – nespecifický faktor	7.60	48.0	< 0.001	1.044
HPZ – celé	7.31	46.6	< 0.001	1.035

Signifikantní rozdíl mezi skupinami s absolvovaným kurzem (Ano) a skupinou bez absolvovaného kurzu (Ne) je znázorněno na následujícím grafu (Graf 2).



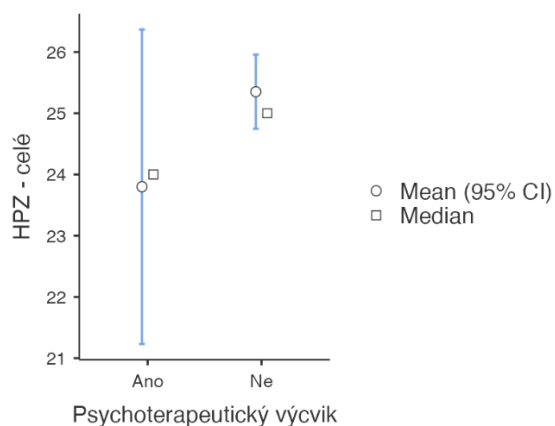
Graf 2. HPZ pro absolventy peer kurzu

V případě absolvování psychoterapeutického výcviku nebyly výsledky HPZ signifikantní. Hodnoty jednotlivých škál pro absolventy psychoterapeutického výcviku lze najít společně s celkovou hodnotou HPZ v následující tabulce (Tabulka 10).

Tabulka 10. Hodnoty HPZ pro psychoterapeutický výcvik

Welchův t-test				
	Welchův t-test	<i>df</i>	<i>p</i>	Velikost efektu – Cohenovo <i>d</i>
HPZ – přetížení	0.353	26.8	0.727	0.069
HPZ – monotonie	1.122	26.2	0.272	0.232
HPZ – nespecifický faktor	1.601	26.5	0.121	0.324
HPZ – celé	1.152	26.7	0.259	0.227

Nesignifikantní výsledky mezi skupinami s absolvovaným psychoterapeutickým kurzem (Ano) a bez absolvovaného kurzu (Ne) jsou znázorněny na následujícím grafu (Graf 3).



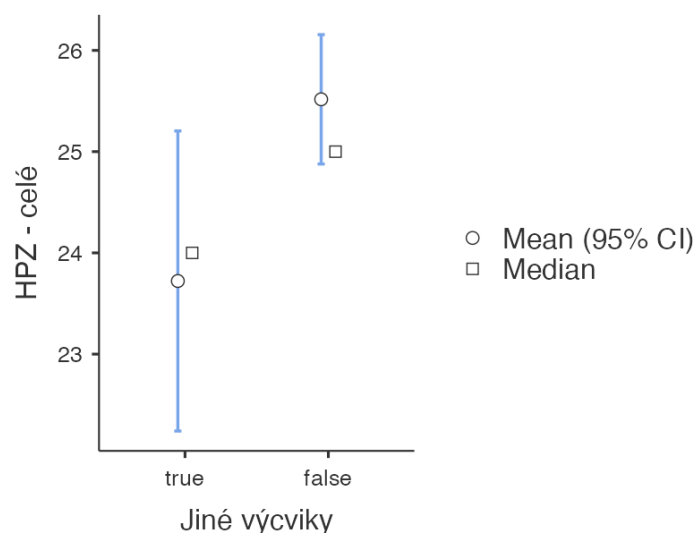
Graf 3. HPZ pro absolventy psychoterapeutického výcviku

Slabší, i když stále signifikantní, výsledky HPZ $t(99.3)=2.180$, $p=0.032$, $d=0.265$ ukázala analýza také u absolventů jiných výcviků. Hodnoty jednotlivých škál pro absolventy jiných výcviků lze najít společně s celkovou hodnotou HPZ v následující tabulce (Tabulka 11).

Tabulka 11. Hodnoty HPZ pro jiné výcviky

Welchův t-test				
	Welchův t-test	<i>df</i>	<i>p</i>	Velikost efektu – Cohenovo <i>d</i>
HPZ – přetížení	0.332	92.1	0.741	0.042
HPZ – monotonie	3.214	103.7	0.002	0.380
HPZ – nespecifický faktor	2.168	101.6	0.032	0.259
HPZ – celé	2.180	99.3	0.032	0.265

Signifikantní výsledky mezi skupinami s absolvovaným jiným výcvikem (Ano) a bez jiného absolvovaného výcviku (Ne) jsou vidět v přiloženém grafu (Graf 4).



Graf 4. HPZ pro absolventy jiných výcviků

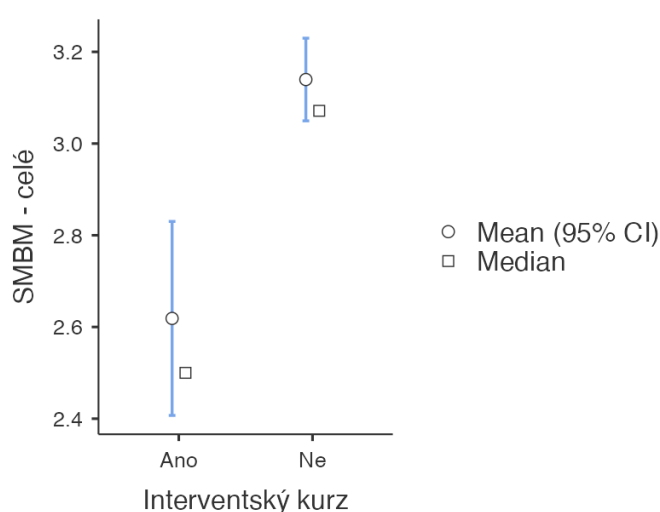
♦ VO2: Mají sestry/zdravotníci záchranáři, kteří mají absolvovaný kurz „První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým“/ „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnání náročných situací“/ jinou formu doplňujícího vzdělání nižší míru syndromu vyhoření oproti sestrám/zdravotnickým záchranářům, kteří tyto kurzy nemají?

Výpočet Welchova t-testu pro absolventy kurzu „První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým“ (interventský kurz) ukázal signifikantní výsledky SMBM $t(76.5)=4.44$, $p<0.001$, $d=0.566$. Hodnoty jednotlivých škál lze najít společně s celkovou hodnotou v následující tabulce (Tabulka 12).

Tabulka 12. Hodnoty SMBM pro interventský kurz

Welchův t-test				
	Welchův t-test	<i>df</i>	<i>p</i>	Velikost efektu – Cohenovo <i>d</i>
SMBM – fyzické vyhoření	4.94	81.4	< 0.001	0.602
SMBM – kognitivní vyhoření	3.02	73.4	0.004	0.397
SMBM – emocionální vyhoření	2.57	70.7	0.012	0.350
SMBM – celé	4.44	76.5	< 0.001	0.566

Signifikantní rozdíl mezi skupinami s absolvovaným kurzem (Ano) a skupinou bez absolvovaného kurzu (Ne) je znázorněn na následujícím grafu (Graf 5).



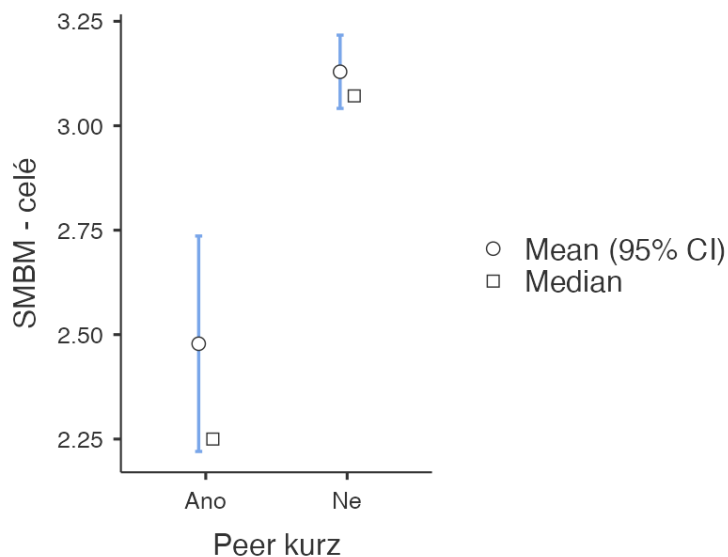
Graf 5. SMBM pro interventský kurz

Stejný postup byl proveden i pro absolventy kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ (peer kurz). Analýza i v tomto případě ukázala signifikantní výsledky SMBM $t(43.5)=4.68$, $p<0.001$, $d=0.717$. Hodnoty jednotlivých škál lze najít společně s celkovou hodnotou v následující tabulce (Tabulka 13).

Tabulka 13. Hodnoty SMBM pro peer kurz

Welchův t-test				
	Welchův t-test	<i>df</i>	<i>p</i>	Velikost efektu – Cohenovo <i>d</i>
SMBM – fyzické vyhoření	5.84	47.6	< 0.001	0.810
SMBM – kognitivní vyhoření	2.68	42.0	0.011	0.429
SMBM – emocionální vyhoření	3.19	42.1	0.003	0.511
SMBM – celé	4.68	43.5	< 0.001	0.717

Signifikantní rozdíl mezi skupinami s absolvovaným kurzem (Ano) a skupinou bez absolvovaného kurzu (Ne) je znázorněn na následujícím grafu (Graf 6).



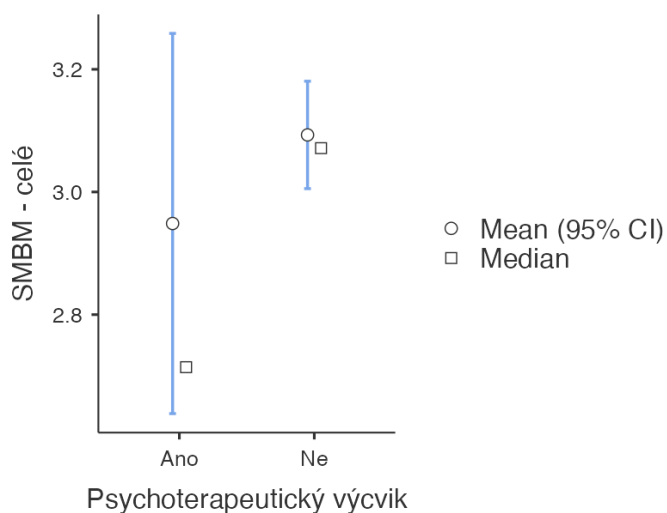
Graf 6. SMBM pro peer kurz

Pro absolventy jiných výcviků nebyly zjištěny signifikantní výsledky v případě psychoterapeutického výcviku ani v případě jiných výcviků. Hodnoty SMBM i jednotlivých škál pro absolventy psychoterapeutického výcviku jsou k vidění v následující tabulce (Tabulka 14).

Tabulka 14. Hodnoty SMBM pro psychoterapeutický výcvik

Welchův t-test				
	Welchův t-test	<i>df</i>	<i>p</i>	Velikost efektu – Cohenovo <i>d</i>
SMBM – fyzické vyhoření	1.116	28.5	0.274	0.194
SMBM – kognitivní vyhoření	0.674	27.3	0.506	0.127
SMBM – emocionální vyhoření	0.085	26.9	0.933	0.016
SMBM – celé	0.878	28.0	0.387	0.158

Nesignifikantní výsledky mezi skupinami s absolvovaným psychoterapeutickým výcvikem (Ano) a bez absolvovaného psychoterapeutického výcviku (Ne) jsou znázorněny v příloženém grafu (Graf 7).



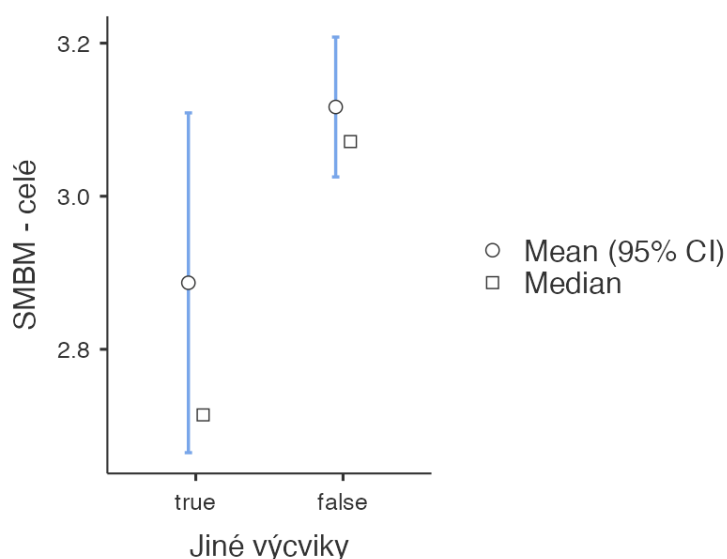
Graf 7. SMBM pro psychoterapeutický výcvik

Hodnoty SMBM i jednotlivých škál pro absolventy jiných výcviků jsou uvedeny v následující tabulce (Tabulka 15).

Tabulka 15. Hodnoty SMBM pro jiné výcviky

Welchův t-test				
	Welchův t-test	<i>df</i>	<i>p</i>	Velikost efektu – Cohenovo <i>d</i>
SMBM – fyzické vyhoření	2.022	98.2	0.046	0.247
SMBM – kognitivní vyhoření	0.716	92.3	0.476	0.091
SMBM – emocionální vyhoření	2.196	101.7	0.030	0.263
SMBM – celé	1.875	96.7	0.064	0.232

Nesignifikantní výsledky mezi skupinami s absolvovaným jiným výcvikem (Ano) a bez absolvovaného jiného výcviku (Ne) jsou znázorněny na následujícím grafu (Graf 8).



Graf 8. SMBM pro jiné výcviky

♦ **VO3: Mají sestry/zdravotníci záchranáři, kteří využívají peer podporu/supervizi na pracovišti nižší míru syndromu vyhoření oproti sestrám/zdravotnickým záchranářům, kteří tuto možnost nemají nebo nevyužívají?**

Pro analýzu výsledků byla vytvořena i deskriptivní analýza respondentů týkající se využití peer podpory v souvislosti s hodnotami SMBM, které jsou znázorněny v následující tabulce (Tabulka 16).

Tabulka 16. Využití peer podpory – hodnoty SMBM

Popis skupin					
	Využití peer podpory	N	Průměr	SD	SE
SMBM – celé	Ano	60	2.53	0.730	0.094
	Ne	232	2.97	0.963	0.063
	Nemáme	256	3.32	1.045	0.065

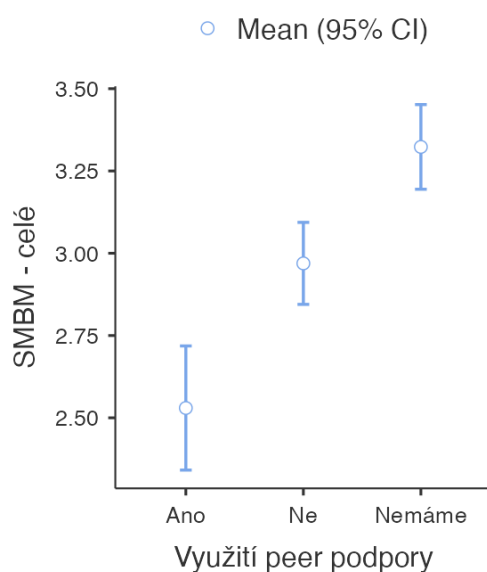
Výsledky ANOVA byly porovnávány mezi skupinami respondentů, kteří využívají peer podporu v případě potřeby (Ano), kteří nevyužívají peer podporu, ale tu možnost mají (Ne) a těmi, kteří na pracovišti možnost využití peer podpory nemají (Nemáme).

Analýza ukázala signifikantní výsledky pro celkové skóre SMBM $F(2,194)=25.4$, $p<0.001$. Souhrnné výsledky včetně jednotlivých škál vyhoření jsou zaznamenány v následující tabulce (Tabulka 17).

Tabulka 17. Výsledky SMBM pro využití peer podpory

Welchova ANOVA				
	F	df1	df2	p
SMBM – fyzické vyhoření	25.4	2	194	< 0.001
SMBM – kognitivní vyhoření	14.1	2	184	< 0.001
SMBM – emocionální vyhoření	11.1	2	187	< 0.001
SMBM – celé	24.5	2	190	< 0.001

Výsledky jednotlivých skupin jsou znázorněny na následujícím grafu (Graf 9).

**Graf 9. SMBM pro využití peer podpory**

Provedený post-hoc test vyšel signifikantní pro všechny uvedené skupiny $p < 0.001$. Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce (Tabulka 18).

Tabulka 18. Post-hoc Test – využití peer podpory SMBM

Games-Howell Post-Hoc Test – SMBM		Ano	Ne	Nemáme
Ano	Rozdíl průměrů	—	0.439	0.793
	<i>p</i> -hodnota	—	< 0.001	< 0.001
Ne	Rozdíl průměrů		—	0.354
	<i>p</i> -hodnota		—	< 0.001
Nemáme	Průměr rozdílů			—
	<i>p</i> -hodnota			—

Stejný postup byl využit pro porovnání výsledků mezi skupinami respondentů, kteří se účastnili supervizí (Ano), kteří se neúčastnili supervizí, ale tu možnost měli (Ne) a těmi, kteří na pracovišti možnost využití supervize nemají (Nemáme). Konkrétní deskriptivní statistika této skupiny respondentů v souvislosti s hodnotami SMBM je uvedena v následující tabulce (Tabulka 19).

Tabulka 19. Účast na supervizích – hodnoty SMBM

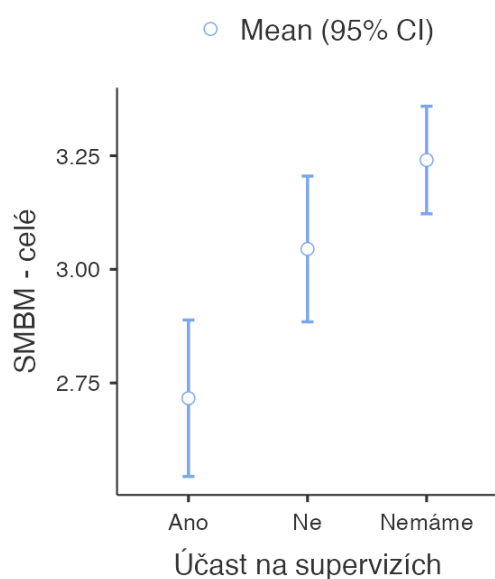
Popis skupin					
	Účast na supervizích	N	Průměr	SD	SE
SMBM – celé	Ano	104	2.72	0.885	0.086
	Ne	153	3.04	1.004	0.081
	Nemáme	291	3.24	1.026	0.060

Analýza ukázala signifikantní výsledky pro celkové skóre SMBM $F(2,265)=12.33$, $p < 0.001$. Souhrnné výsledky včetně jednotlivých škál vyhoření jsou zaznamenány v následující tabulce (Tabulka 20).

Tabulka 20. Výsledky SMBM pro účast na supervizích

Welchova ANOVA				
	F	df1	df2	p
SMBM – fyzické vyhoření	12.09	2	269	< 0.001
SMBM – kognitivní vyhoření	6.04	2	262	0.003
SMBM – emocionální vyhoření	7.35	2	260	< 0.001
SMBM – celé	12.33	2	265	< 0.001

Výsledky jednotlivých skupin jsou znázorněny na následujícím grafu (Graf 10).



Graf 10. SMBM pro účast na supervizích

Provedený post-hoc test vyšel signifikantní pro všechny uvedené skupiny $p < 0.001$. Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce (Tabulka 21)

Tabulka 21. Post-hoc Test – účast na supervizích SMBM

Games-Howell Post-Hoc Test – SMBM				
		Ano	Ne	Nemáme
Ano	Rozdíl průměrů	—	0.328	0.524
	<i>p</i> -hodnota	—	0.017	<0.001
Ne	Rozdíl průměrů		—	0.196
	<i>p</i> -hodnota		—	0.130
Nemáme	Rozdíl průměrů			—
	<i>p</i> -hodnota			—

♦ **VO4: Mají sestry/zdravotníci záchranáři, kteří využívají peer podporu/supervize na pracovišti lepší výsledky ve zvládání zátěže v práci oproti sestrám/zdravotnickým záchranářům, kteří tuto možnost nemají nebo nevyužívají?**

Pro analýzu výsledků byla vytvořena i deskriptivní analýza respondentů týkající se využití peer podpory v souvislosti s hodnotami HPZ, které jsou znázorněny v následující tabulce (Tabulka 22).

Tabulka 22. Využití peer podpory – hodnoty HPZ

Popis skupin					
	Využití peer podpory	N	Průměr	SD	SE
HPZ – celé	Ano	60	20.83	4.87	0.628
	Ne	232	24.49	6.82	0.448
	Nemáme	256	27.04	7.09	0.443

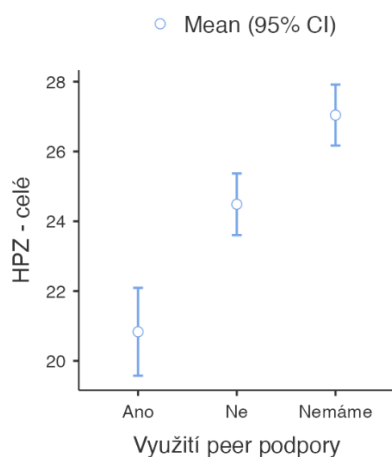
Výsledky ANOVA byly porovnávány mezi skupinami respondentů, kteří využívají peer podporu v případě potřeby (Ano), kteří nevyužívají peer podporu, ale tu možnost mají (Ne) a těmi, kteří na pracovišti možnost využití peer podpory nemají (Nemáme).

Analýza ukázala signifikantní výsledky pro celkové skóre SMBM $F(2,193)=32.8$, $p<0.001$. Souhrnné výsledky včetně jednotlivých škál vyhoření jsou zaznamenány v následující tabulce (Tabulka 23).

Tabulka 23. Výsledky HPZ pro využití peer podpory

Welchova ANOVA				
	F	df1	df2	p
HPZ – přetížení	11.4	2	171	<0.001
HPZ – monotonie	20.6	2	181	<0.001
HPZ – nespecifický faktor	33.1	2	201	<0.001
HPZ – celé	32.8	2	193	<0.001

Výsledky jednotlivých skupin jsou znázorněny na následujícím grafu (Graf 11).



Graf 11. HPZ pro využití peer podpory

Provedený post-hoc test vyšel signifikantní pro všechny uvedené skupiny $p < 0.001$. Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce (**Chyba! Chybný odkaz na záložku.**).

Tabulka 24. Post-hoc Test – využití peer podpory HPZ

Games-Howell Post-Hoc Test – HPZ – celé		Ano	Ne	Nemáme
Ano	Rozdíl průměrů	—	3.65	6.21
	<i>p</i> -hodnota	—	<0.001	<0.001
Ne	Rozdíl průměrů		—	2.56
	<i>p</i> -hodnota		—	<0.001
Nemáme	Rozdíl průměrů			—
	<i>p</i> -hodnota			—

Stejný postup byl využit pro porovnání výsledků mezi skupinami respondentů, kteří se účastnili supervizí (Ano), kteří se neúčastnili supervizí, ale tu možnost měli (Ne) a těmi, kteří na pracovišti možnost využití supervize nemají (Nemáme). Konkrétní deskriptivní statistika této skupiny respondentů v souvislosti s hodnotami HPZ je uvedena v následující tabulce (Tabulka 25)

Tabulka 25. Účast na supervizích – hodnoty HPZ

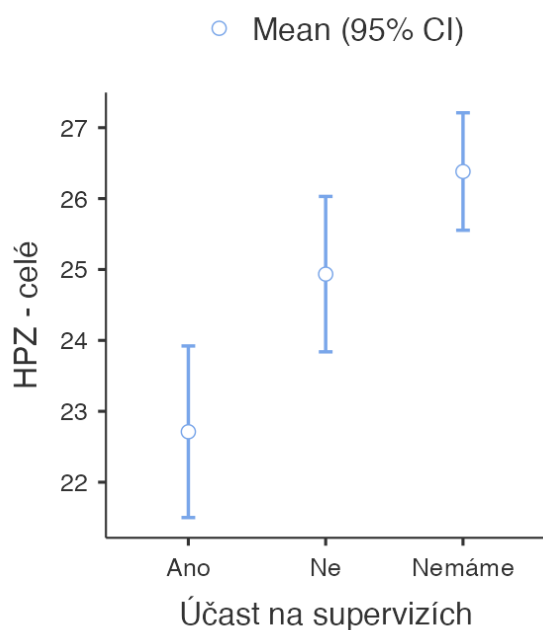
Popis skupin					
	Účast na supervizích	N	Průměr	SD	SE
HPZ – celé	Ano	104	22.71	6.222	0.610
	Ne	153	24.93	6.861	0.554
	Nemáme	291	26.38	7.179	0.420

Analýza ukázala signifikantní výsledky pro celkové skóre HPZ $F(2,266)=12.31$, $p<0.001$. Souhrnné výsledky včetně jednotlivých škál vyhoření jsou zaznamenány v následující tabulce (Tabulka 26).

Tabulka 26. Výsledky HPZ pro účast na supervizích

Welchova ANOVA				
	F	df1	df2	p
HPZ – přetížení	3.19	2	245	0.043
HPZ – monotonie	11.56	2	264	<0.001
HPZ – nespecifický faktor	13.72	2	270	<0.001
HPZ – celé	12.31	2	266	<0.001

Výsledky jednotlivých skupin jsou znázorněny následujícím grafu (Graf 12).



Graf 12. HPZ pro účast na supervizích

Provedený post-hoc test vyšel signifikantní pro všechny uvedené skupiny $p<0.001$. Výsledky jsou uvedeny v tabulce (Tabulka 27).

Tabulka 27. Post-hoc Test – účast na supervizích HPZ

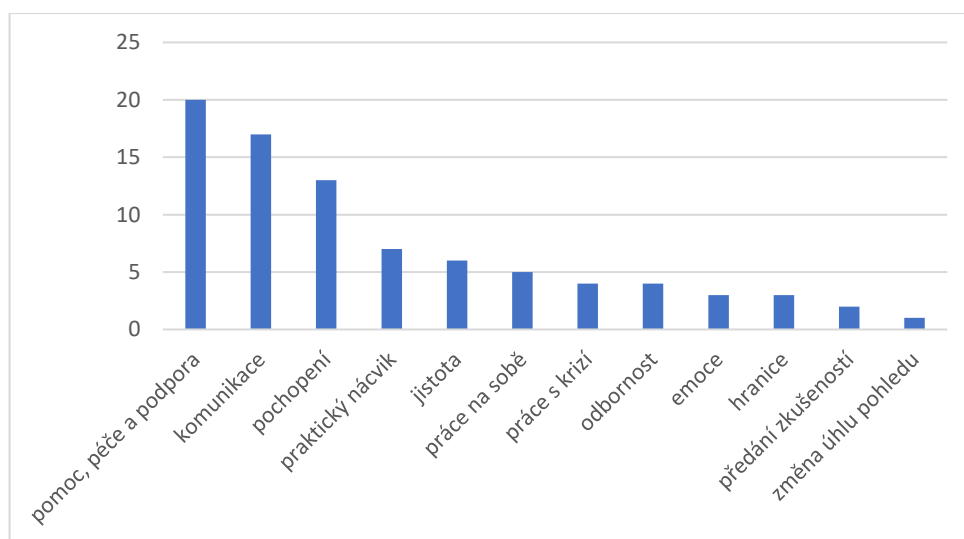
Games-Howell Post-Hoc Test – HPZ – celé		Ano	Ne	Nemáme
Ano	Rozdíl průměrů	—	2.22	3.67
	<i>p</i> -hodnota	—	0.020	<0.001
Ne	Rozdíl průměrů		—	-1.45
	<i>p</i> -hodnota		—	0.096
Nemáme	Rozdíl průměrů			—
	<i>p</i> -hodnota			—

8.2 Výsledky kvalitativní části výzkumu

V rámci kvalitativní části výzkumu proběhla analýza rozhovorů pomocí metody trsů, která spojuje získané informace podle podobnosti. Výsledky jsou uvedeny podle jednotlivých výzkumných otázek. Rozepsány jsou vždy tři nejvíce zastoupené oblasti. Každá zastoupená oblast je obohacena o přímé citace respondentů, které jsou vždy plně anonymní. Odpovědi nejsou rozděleny dle pracovní pozice ani absolvovaného kurzu.

♦ **VO1: Co spatřují sestry/ zdravotničtí záchranáři na absolvovaném kurzu „První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým“/ „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací“ jako největší přínos?**

V rámci analýzy odpovědí na VO1 bylo získáno celkem 85 odpovědí, které byly rozděleny celkem do 12 trsů podle podobnosti výpovědí (Graf 13).



Graf 13. Trsy – přínos kurzu

Největší přínos kurzů spatřovali respondenti v oblasti **pomoci, péče a podpory**, která se v odpovědích respondentů objevila 20krát. V rámci této oblasti respondenti uváděli, že jejich primární pomoc pacientům/klientům je v oblasti fyzického zdraví a v této oblasti jsou si jistí. Jsou si však vědomi, že pacienti/klienti potřebují pomoci i v oblasti psychické, a to si před absolvováním neuvědomovali, resp. nepřikládali tomu takový důraz.

V souvislosti s kurzem „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ byla pomoc, péče a podpora vztažena k osobě zdravotníka, který sám také potřebuje pomoc, péči a podporu především proto, že se setkává s těžkými situacemi. Podporu a péči v rámci této oblasti respondenti vnímali jako důležitý faktor, který brání vzniku syndromu vyhoření. Díky absolvování kurzů respondenti získali možnost nabídnout základní psychologickou pomoc svým pacientům/klientům, jejich rodinám, ale i svým kolegům.

Zde jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů týkající se přínosu absolvování kurzu pro oblast pomoci péče a podpory.

- „*Největší přínos byl asi, že vůbec jsem se podívala na tu svoji profesi jinak, z jiného úhlu pohledu, možná z úhlu pohledu, že je důležité pečovat o sebe sama.*“
- „*Je to spíš pro nás, určitým způsobem si to srovnat v hlavě, co vlastně jako máš za možnosti, co by ti mohlo pomoci.*“
- „*A pomáhat jim v těch těžkých situacích, kdy člověk to dřív jako úplně neuměl.*“

Druhý největší přínos kurzů spatřují respondenti v **komunikaci**, která se v odpovědích objevila 17krát, a to jak v kontextu komunikace s pacientem/klientem, tak jeho blízkými. Respondenti vnímali přínos i v tom, že se naučili více komunikačních technik. Mimo jiné například práci s tichem. V případě zdravotnických záchranářů byla zmiňována i komunikace se svědky na místě zásahu nebo v průběhu jakéhokoliv zásahu, kde není přímo indikovaná intervence. Na komunikaci respondenti nahlíží také jako na důležitý prvek práce s pacienty/klienty, který je ale velmi opomíjený. Respondenti často uváděli, že před absolvováním kurzu měli z komunikace s pacienty/klienty obavy, zvláště pokud bylo potřeba s pacientem/klientem nebo jeho rodinou komunikovat nějaké závažné téma, které se týkalo například zhoršení stavu pacienta/klienta, úmrtí pacienta/klienta či v případě gravidních žen situace samovolného potratu či porodu mrtvého plodu. Absolvování kurzu vnímají v této souvislosti jako velký přínos. Získali odvahu i pro komunikaci v oblasti náročných témat a situací.

Zde jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů týkající se přínosu absolvování kurzu pro oblast komunikace.

- „Máme základní vzdělání, jak s pacientkami mluvit, ale díky tomuhle kurzu se to prohloubilo.“
- „...víš, že s nimi můžeš mlčet...“
- „To, že se člověk nemusí bát s těma lidma mluvit. Před kurzem jsem si to moc nedovedl představit, že se člověk může bavit s někým, kdo přišel o někoho blízkého. Potom kurzu se to výrazně změnilo. Nebo člověk přijde na jinou taktiku, metodu nebo postup, jak se dá s těma lidma mluvit, aniž by se v tom cítil nějak špatně!“

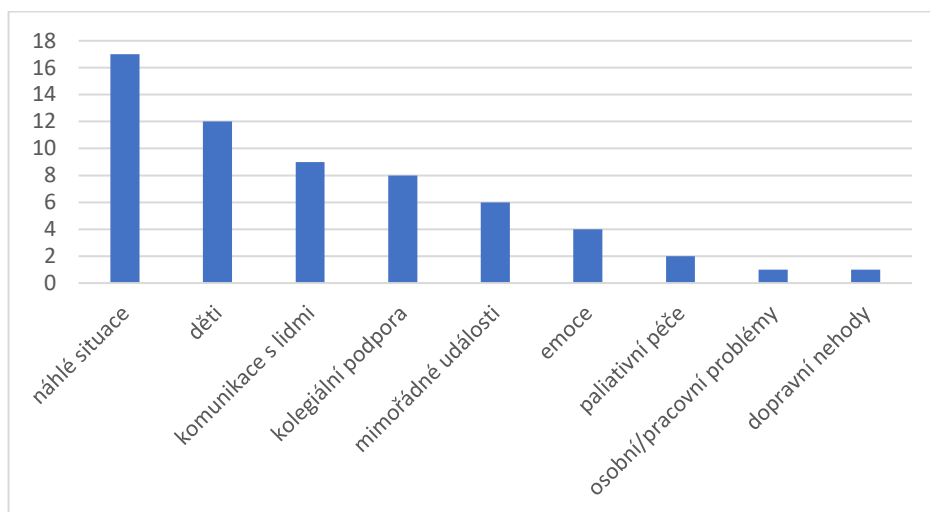
Třetí nejvíce zastoupený přínos kurzů spatřují respondenti v **pochopení**, které se v odpovědích respondentů objevilo 13krát. Jednalo se především o pochopení smrti, pochopení prožívání pacienta/klienta a jeho blízkých, pochopení různorodosti emocí pacientů/klientů a jejich blízkých. U absolventů kurzu „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací“ se jednalo především o pochopení pracovní zátěže. Respondenti uváděli, že před absolvováním kurzu pro ně bylo těžké vcítit se do pacientů/klientů, ale díky praktickým nácvikům, kdy se dostávali do rolí pacientů/klientů s určitými problémy se jim podařilo vcítit do prožívání pacientů/klientů a díky tomu pochopili, proč jsou tací, jací jsou.

Zde jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů týkající se přínosu absolvování kurzu pro oblast pochopení.

- „...co prožívá ten dotyčný a pochopil, že je to tak vyhrocená situace, že je naprosto v pořádku, že se chová jakkoli...“
- „...pomohlo mi to i jako v pochopení té smrti“
- „Tam určitě pochopení i zátěže té práce.“

♦ **VO2:** Ve které oblasti své praxe sestry/ zdravotničtí záchranáři nejvíce využívají znalosti a dovednosti z absolvovaného kurzu „První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým“/ „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací“?

V rámci analýzy odpovědí na VO2 bylo získáno celkem 71 odpovědí, které byly rozděleny celkem do 12 trsů podle podobnosti výpovědí (Graf 14).



Graf 14. Trsy – Oblast využití

Nejčastější odpovědí, která byla zmíněna 17krát byla oblast týkající se **náhlých situací**. O náhlých situacích respondenti mluvili jako o situacích, kdy dojde k náhlé změně zdravotního stavu pacienta/klienta nebo často při náhlých úmrtích, především mladých lidí. Tyto intervence se dějí především v komunikaci s blízkými osobami pacienta/klienta, případně i s pacientem/klientem samotným, pokud se s ním komunikuje náhlá změna zdravotního stavu. U komunikace s rodinami se často jedná o situace, kdy je pro rodinu náročné pochopit, že viděli z domu odcházet svého blízkého zcela zdravého, a v průběhu dne dojde vlivem nějaké závažné události, například dopravní nehody, k tomu, že jejich blízký již nežije. Stejně tak je to ale v oblasti peer podpory, která je poskytována kolegům zdravotníkům, a to v téměř stejných situacích. U zdravotníků jsou navíc takové situace ovlivněny často vlastním prožíváním zdravotníka samotného.

Zde jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů týkající se oblasti využití daných kurzů v náhlých situacích.

- „Zpracovávání náhlé události ve změně stavu, tzn. naprosto „zdravý člověk“ se vyvrátil, manželka přijela a bylo prostě to ten nález byl neslučitelný se životem, byl už jakoby v bezvědomí hlubokém a doprovázení vlastně té manželky v přijetí té situace naprosto jakoby nenadálé.“
- „Za mě osobně myslím si, že jsou to převážně takový ty nečekaný situace, nejčastěji ty lidi řešej tu otázku, že ráno ten člověk byl v pohodě, třeba odešel z práce domů a teď

už tady není. Jo nebo ted'ka leží prostě v tom stavu jakým leží na tý klinice na tý chirurgii a hodně takový ty otázky typu co bude. “

- *„To jsou takový ty neúspěšný resuscitace, a to se týká i tý peerovský, kdy prostě snaha o to, že ten člověk do ted'ka byl dá se říct jakoby zdravěj a najednou prostě tam byl těžkej infarkt, prostě kterej se nedal prostě zvládnout. “*

Druhou nejčastější odpovědí, která byla zmíněna 12krát byly různé situace, které se týkají **dětí**, ať už v souvislosti s vážnými zraněními, náhlými úmrtími, hromadnými neštěstími, ve kterých figurují děti nebo také často v situacích, kdy se na oddělení, které není primárně dětské, dostane dětský pacient. Využít to lze i ve chvílích, které nejsou pro dítě život ohrožující, ale přesto rodič zažívá šok. V rámci záchranné služby jsou zvlášť v letních měsících typické intervence týkající se situace utonutí dítěte. Specifická je také práce s gravidními ženami, které zažijí ztrátu. Dle odpovědi respondenta nezáleží na tom, v jaké fázi ztráta plodu či dítěte nastane. Péči a podporu, kterou jim díky kurzu mohou dát, potřebují kdykoliv.

Zde jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů týkající se oblasti využití daných kurzů při práci s dětmi.

- *„U těhotenských ztrát, je pravda že na gynekologicko-porodnickém oddělení se málo umírá, ale když už se to stane, tak je to jedno, jestli je to po samovolným potratu nebo po porodu mrtvého miminka, a tam pak mám těm maminkám co nabídnout. “*
- *„Při té komunikaci s těmi rodiči asi nejvíce, protože se nemusí jednat jenom o úmrtí, ale i když náhodou sloužím na příjmové ambulanci a dítě přijede fialové s obyčejnou laryngitidou, tak maminky vlastně prožívají takovou akutní stresovou reakci a je jim zle, pláčou, takže vedle toho, když si k nim sednu a řeknu, že za 10 minut prostě bude po všem, že dítěti dáme medikaci a bude v pohodě, tak to pomáhá. “*
- *„Nějaký komplikace spojený taky s dětma a co se týče jako peer ošetření posádek nebo hodně když se jedná jako o děti. “*

Třetí nejčastější odpovědí byla oblast týkající se **komunikace s lidmi**, která byla zmíněna 9krát. Oblast komunikace je myšlena jak s pacienty/klienty, tak jejich blízkými. Stejně tak ale možnost komunikace s kolegy, sdílení zkušeností, vzájemná podpora. Respondenti

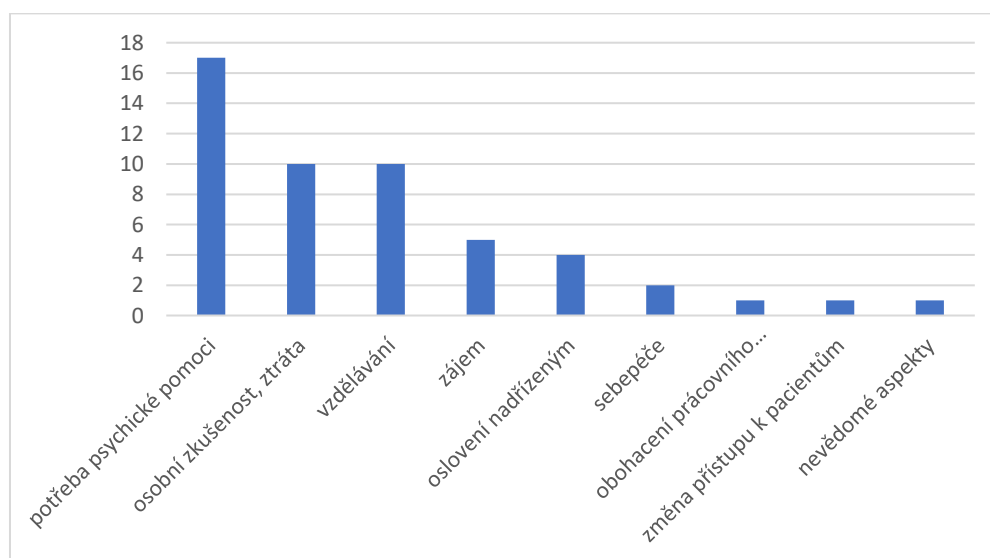
uvedli, že absolvování kurzu pro ně bylo přínosné i pro každodenní komunikaci s pacienty/klienty, i když se nejedná o vážné stavy, které přímo s poskytnutím intervence souvisí. Díky kurzu získali i lepší komunikační obratnost, naučili se různé komunikační techniky, které jim právě v práci s pacienty pomáhají.

Zde jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů týkající se oblasti využití daných kurzů při komunikaci s lidmi.

- „Nejvíce to používám v denním kontaktu s pacientem a rodinou.“
- „...když jste v tom kruhu těch kolegů a můžete jim tu peer péči podávat třeba už během toho zásahu nebo potom zásahu, kdy vlastně to rozebíráte a děje se takový ten základní debriefing.“
- „...ale pak když už se třeba ozvu já, tak prostě si povídají třeba dlouze a je vidět, že jsou rádi, že vlastně sami tu situaci neumí komunikovat třeba s okolím, že se stydí, ale když už se někdo zeptá, tak třeba o tom mluví.“

♦ **VO3: Co bylo pro sestry/zdravotnické záchranáře motivací k absolvování kurzu „První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým“/ „Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnání náročných situací“?**

V rámci analýzy odpovědí na VO3 bylo získáno celkem 51 odpovědí, které byly rozděleny celkem do 12 trsů podle podobnosti výpovědí (Graf 15).



Graf 15. Trsy – Motivace

Nejčastější odpovědi na otázku týkající se motivace pro absolvování kurzů byla **potřeba psychické pomoci**, která byla uvedena 17krát. Respondenti potřebu psychické pomoci vnímali ve své práci s pacienty jako chybějící nebo nedostatečnou. Uvědomovali si, že se o pacienty starají především v oblasti fyzického zdraví, nicméně vnímají, že často je potřeba ošetřit pacienty/klienty a jejich blízké i psychicky, a často z toho důvodu šli kurz absolvovat. Stejnou potřebu vnímali i u sebe samotných a svých kolegů zdravotníků, kteří jsou, co se týká systémové psychické podpory, velmi opomíjenou skupinou. Respondenti z řad sester poukazovali na mezeru mezi systémem zdravotnické záchranné služby a tím nemocničním, neboť poskytování peer podpory pracovníkům v rámci záchranné služby je zákonně zakotveno, a jsou přímo stanovené situace, ve kterých je poskytování peer podpory nabízeno. V rámci nemocničního systému toto nijak upraveno není a řada nemocnic ani pro své vyškolené zaměstnance tuto možnost oficiální cestou nepodporuje.

Zde jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů týkající se motivace k absolvování daných kurzů týkající se potřeby psychické pomoci.

- *(v kontextu těhotenské ztráty) „...pacientky jsou z toho špatný, co se jim stane. Je to ale chyba v systému. Dřív když paní potratila tak se řeklo „zapomeňte, nemluvte o tom“, to je ale špatně. Zpracovat to v tom člověku by jim měl někdo pomoci. My je ale vyhodíme ze špitálu hrozně rychle, hned co jim ošetříme tu fyzickou stránku. Oni ale potřebují pomoc po psychický stránce, ale to neumíme tak, jak by bylo potřeba, můžeme udělat jen to, co jako porodní sestry zvládneme, ale cítíš, že to není tolik, kolik by si zasloužily a potřebovaly a v tom ten kurz může pomoci.“*
- *„mě to téma vždycky jako bavilo, zajímalo, ten přesah toho, že vlastně je potřeba o sebe nějak pečovat“*
- *„viděla jsem tu potřebu pro ty lidi v té nemocnici, že je to jako potřeba, abychom byli a aby o nás věděli a aby nás využívali, protože strašně často ty lidi pak vyhořej v mladým věku a asi i to, jak mě pomohl ten peer tenkrát, tak mi pomohlo k tomu, že jsem si řekla, že to bylo strašně super vlastně, co se mnou jako udělal a chtěla jsem to umět stejně jako on a dělat tyhle super věci na ostatních“*

Druhou nejčastější oblastí, která byla pro respondenty motivací k absolvování kurzu, byla **osobní zkušenost, ztráta**. O osobní zkušenost se často jednalo v kontextu nějaké těžké pracovní situace, nejčastěji úmrtí dětského pacienta/klienta nebo jiné neobvyklé situace, ze které si odnesli nepříjemný zážitek, se kterým se dlouhodobě nemohli vypořádat,

a až po poskytnuté peer podpoře se jim daný zážitek podařilo zpracovat. Respondenti také uváděli, že se jim jejich těžkou situaci povedlo zpracovat právě i díky kurzu, na který šli třeba z důvodu rozšíření vzdělání. V kontextu ztráty respondenti mluvili o svých vlastních ztrátách, úmrtích blízkých, při kterých jim žádná adekvátní psychická péče poskytnutá nebyla a oni si zpětně uvědomili, jak moc by jim pomohlo, kdyby od někoho slyšeli to, co oni jako intervenenti (absolventi kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“) poskytují svým klientům. Jeden z respondentů také uvedl, že se setkal s intervencí u rodiny zemřelého pacienta/klienta ze strany jiné složky integrovaného záchranného systému, se kterou neměl dobré zkušenosti a tím si uvědomil, že je potřeba mít přímo na pracovišti někoho, kdo bude znát přímo nemocniční prostředí a bude danou péči poskytovat lépe.

Zde jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů týkající se motivace k absolvování daných kurzů týkající se osobní zkušenosti, ztráty.

- „*Neuměla jsem se vypořádat s pracovní situací a byla jsem z toho špatná... Dlouho jsem se z toho hrabala, a pak jsem si udělala kurz týkající se těhotenských ztrát a tam jsem se setkala s Lukášem Humplem (OG SPIS), všechno jsem to na něj vysypala. On mi pomohl, a proto jsem se na PEER přihlásila, mně to tenkrát tak pomohlo, tak jsem si řekla, že jsou třeba taky takový lidi, kterým bych mohla pomoci i já.*
- „*A vlastně až v rámci kurzu jsem si to ošetřovala postupně a musím říct, že teda vděčím tomu kurzu, že měla jsem velmi náročnou situaci pracovní, kdy nám zemřelo devítiměsíční miminko“*
- „*Já jsem si prošla sama ztrátou a byla jsem oslovena, jestli by sem nechtěla jakoby absolvovat intervenční kurz, tak jsem se ptala, co to obnáší a v tu chvíli jsem si jako říkala, že něco takovýho může dělat jenom totální blázen přece, že to jako nikdo nebude přece dobrovolně jezdit jako do rodiny, kde jim zemřelo dítě a být tam jako s těma rodičema a tak. Ale pak jsem se nad tím vlastně zamyslela, že já bych vlastně taky jako uvítala někoho, kdo by mě tou bolestí a tím vším jako provedl a že si vlastně umím vlastně asi trochu představit, co lidi jako prožívají a pak když vlastně v těch kurzech zaznělo některý ty věci, který mi jako říkali, tak v těch kurzech to úplně zaznělo a vlastně jaký to byly vlastně blbosti a že nechci, kdybych mohla tohle pár lidem pomoci a provést je správně vlastně tou těžkou situací, tak pak jsem nad tím vlastně přemýšlela a potom jsem jako nastoupila do intervenčního kurzu.“*

Třetí nejčastější oblastí, která byla pro respondenty motivací k absolvování kurzu, bylo **vzdělávání**, které je také povinnou součástí profese zdravotnických pracovníků, zároveň ale respondenti často uváděli, že se vzdělávají rádi, a zvláště v oblasti psychické pomoci spatřují velký přínos. Vzdělávání v oblasti psychologické pomoci pro pacienty/klienty i kolegy jim umožňuje poskytovat kvalifikovanou pomoc, která je velmi potřeba. Respondenti často také zmiňovali, že by vzdělávání pomocí uvedených kurzů doporučovali každému pracovníkovi ve zdravotnictví.

Zde jsou uvedeny vybrané odpovědi respondentů týkající se motivace k absolvování daných kurzů týkající se vzdělávání.

- *„Pokud je člověk v intenzivní medicíně tzn. – JIP, ARO, resuscitace a podobně, tak si myslím, že by každý z těch děcek, co tam pracují, tak by měl absolvovat takový kurz, jó že by se cítil mnohem bezpečněji v konverzaci, protože mi pořád jsme na takové hraně žiletky, kdy komunikujeme s těmi, protože mi pracujeme vlastně s lidmi, kteří jsou permanentně v nemocích.“*
- *„Nějak mi tam něco ještě chybělo, tak jsem si řekla, že zkusím toho peera a opravdu to bylo jako puzzle jako, že to tam zapadlo jako ten peerovský kurz do té psychické podpory.“*
- *„K peerovskému kurzu moje motivace byla za první si doplnit vzdělání.“*

9. Shrnutí zjištěných výsledků výzkumu a diskuse

Cílem výzkumné části práce bylo přispět k rozšíření povědomí o přínosu absolvování kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ a kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ jako možného protektivního faktoru pro zvládání zátěžových situací v profesi zdravotnických pracovníků, a identifikovat jiné proměnné a souvislosti na výsledků základě dotazníků ovlivňující zvládání zátěže a míru rizika syndromu vyhoření.

Je důležité zmínit, že uvedené kurzy jsou specifické pro Českou republiku a není tudíž možné mezinárodní srovnání ani generalizace výsledků. V České republice dosud žádná podobná studie zabývající se těmito kurzy realizovaná, alespoň z dostupných zdrojů, nebyla, proto hodnotím především přínos ze získaných výsledků. Stejně tak je potřeba zmínit, že analýza se zaměřovala pouze na proměnné:

- absolvování kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“,
- absolvování kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“,
- absolvování psychoterapeutického výcviku,
- absolvování jiného kurzu,
- účasti na supervizích
- využití peer podpory,

a je proto potřeba brát v potaz, že do výsledných hodnot mohly vstupovat i jiné proměnné, se kterými jsme v rámci analýzy neoperovali. Pro budoucí výzkum by proto mohlo být užitečné zahrnout do měření i další proměnné, jako například osobnostní charakteristiky, životní a pracovní spokojenost či jiné.

Analýza vnitřní konzistence položek České verze Shiromovy a Melemadovy škály vyhoření v rámci našeho výzkumného souboru ukázala téměř totožné hodnoty Cronbachova alfa jako tomu bylo u autorů české verze. V rámci našeho výzkumného souboru je koeficient konzistence položek ($\alpha=0.939$), pro položky fyzické vyčerpání ($\alpha=0.929$), pro položky kognitivní vyčerpání ($\alpha=0.943$) a pro položky emocionální vyčerpání ($\alpha=0.900$). Autoři České verze Shiromovy a Melemadovy škály vyhoření (SMBM) uvádí koeficient vnitřní konzistence položek ($\alpha=0.943$), pro položky pro položky fyzické vyčerpání ($\alpha=0.938$), pro položky kognitivního vyhoření ($\alpha=0.939$) a pro položky emocionálního vyhoření ($\alpha=0.903$).

Z analýzy kvantitativních výsledků týkajících se **VO1** je patrné, že absolventi kurzů „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ a „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ mají signifikantně nižší průměrnou hodnotu rizika pracovní zátěže oproti respondentům, kteří dané kurzy absolvované nemají.

U skupiny respondentů porovnávající absolvování psychoterapeutického výcviku žádné signifikantní rozdíly ve zvládání zátěže zaznamenány nebyly. Tento výsledek tedy nekoresponduje s informací, kterou o přínosu absolvování psychoterapeutického výcviku na zvládání zátěže v práci podává Venglářová (2011).

U skupiny respondentů s absolvovanými jinými kurzy se u pracovní zátěže ukázaly signifikantně nižší průměrné hodnoty oproti skupině respondentů, která jiné absolvované kurzy nemá. V porovnání s předchozími kurzy je signifikance slabší s menší velikostí efektu. V této skupině je potřeba zdůraznit, že jsou informace o získaných kurzech velmi vágní, neboť respondenti nebyli ve svých odpovědích přesní a nebylo tedy možné identifikovat, o který jiný kurz se jedná. Mezi kurzy, které byly rozpoznatelné byly například kurzy kompletní krizové intervence nebo kurzy krizové intervence, ale tak, jak je již výše zmíněno, u většiny z nich nebylo možno kurz zařadit, a proto byla tato kategorie následně upravena a sjednocena do dvou kategorií na ty, kteří jakýkoliv kurz uvedli a ty, kteří žádný další kurz neuvedli.

Z analýzy kvantitativních výsledků týkajících se **VO2** získáváme podobné výsledky jako pro VO1. Z výsledků je taktéž patrné, že absolventi kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ i kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ mají signifikantně nižší průměrnou hodnotu vyhoření oproti respondentům, kteří dané kurzy absolvované nemají. I zde je samozřejmě potřeba mít na zřeteli, že na výslednou hodnotu nemusí mít vliv pouze absolvování kurzu ale i jiné proměnné, které v rámci výzkumu nebyly zohledňovány. I zde platí doporučení pro budoucí výzkum, jaké bylo zmíněno výše.

U skupiny respondentů porovnávající absolvování psychoterapeutického výcviku žádné signifikantní rozdíly týkající se vyhoření zaznamenány nebyly.

U skupiny respondentů s absolvovanými jinými kurzy se u vyhoření signifikantní výsledky neukázaly.

Analýza výsledků týkající se **VO3** ukazuje signifikantní výsledky na snížení hodnoty vyhoření u respondentů, kteří se supervizí účastní nebo využívají peer podporu. Zajímavé je, že nižší hodnoty vyhoření měla i skupina respondentů, která o možnosti účasti na supervizích nebo možnosti využívání peer podpory v případě potřeby věděla, ale neúčastnila se jich.

U skupiny respondentů, která možnost využití supervize ani peer podpory vůbec neměla, byly zjištěné hodnoty vyhoření nejvyšší, tudíž vykazovali nejvyšší riziko vyhoření. Toto poukazuje na zajímavé zjištění, že i samotné vědomí možnosti pomoci formou supervize nebo peer podpory je faktorem prevence syndromu vyhoření. Výsledky našeho výzkumu o přínosu účasti na supervizích jsou v souladu s tím, co říká Venglářová (2011) a Beder (2006). O přínosu peer podpory v souvislosti se snížením vyhoření mluví už Schaufeli a Enzmann (1998). Stejného názoru je i Goméz – Urquiza (2017b).

S podobnými výsledky se setkáváme i u analýzy týkající se **VO4**, která je zaměřená na snížení pracovní zátěže. I v této analýze se objevily signifikantní výsledky nižší míry pracovní zátěže u respondentů, kteří patří do skupiny, která se supervizí nebo peer podpory účastní. Signifikantní výsledky se objevili stejně jako u předchozí výzkumné otázky zaměřené na vyhoření i u skupiny, která se supervizí nebo peer podpory neúčastnila, ale tu možnost měla. Nejhorší výsledky byly zjištěny u skupiny respondentů, která možnost supervizí ani peer podpory vůbec neměla. Naše výsledky o přínosu peer podpory na snížení pracovní zátěže jsou v souladu se zjištěními, která po pandemii COVID-19 přinesli Rose a kolektiv (2021)

Souhrnně lze uvést, že absolvování kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“, kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“, účast na supervizích a využití peer podpory lze v rámci našeho výzkumného souboru považovat za preventivní faktor vzniku vyhoření i zvládání zátěže v práci.

Dále lze uvést, že absolvování jiných kurzů lze v rámci našeho výzkumného souboru považovat za protektivní faktor pouze pro zvládání zátěže v práci.

Absolvování psychoterapeutického výcviku se v rámci našeho výzkumného souboru jako protektivní faktor syndromu vyhoření ani zvládání zátěže v práci neukázalo.

V rámci kvalitativní části výzkumu byla stěžejní analýza rozhovorů s respondenty (n=12). Díky použití metody rozhovoru s následnou analýzou pomocí metody trsů (Miovský, 2006) se podařilo získat podrobné informace o přínosu absolvovaných kurzů a většímu zmapování situací, ve kterých může absolvování kurzu pracovníkům ve zdravotnictví i jejich pacientům/klientům pomoci. Přínosné bylo také mapování motivace, která respondenty k absolvování kurzu vedla. Věříme, že informace získané přímo od respondentů, kteří si kurzy prošli a následně se dle nich řídí mohou poskytnout cenné informace a přispět tak k větší představitivosti o reálném využití. Výzkumné otázky pro kvalitativní část byly stanovené tři, přičemž soulad s informacemi uváděnými v odborné literatuře nacházíme nejvíce u odpovědí

na VO1, která se věnuje přínosu absolvovaného kurzu pro praxi. Respondenti totiž uváděli přínos kurzu především v různých zátěžových situacích, které jim díky absolvovaným kurzům činili menší potíže, cítili se v nich jistěji a nebáli se do nich vstupovat. Mezi takové situace patří například práce se silnými emocemi pacienta, o kterých se jako o zátěžových pro rozvoj syndromu vyhoření zmiňuje například Nešpor a Csémy (2001), dále bylo pro respondenty cenné, že se naučili lépe zpracovávat situace úmrtí pacientů, o kterých se jako zátěžových zmiňuje Gray Toft & Anderson (1981). V rámci poskytování peer podpory pak spatřovali přínos při konfliktech s ostatním personálem, o čemž se zmiňuje French a kol. (2000).

9.1 Limity výzkumu a možnosti dalších výzkumů

Limitem provedeného výzkumu je především nerovnoměrné zastoupení respondentů vzhledem k jejich pracovní pozici. Výzkumný soubor tvořilo z celkového počtu 548 respondentů celkem 513 sester a pouze 35 zdravotnických záchranářů. Z toho důvodu pak nebyla v následných analýzách položka pracovní pozice rozdělena, ale respondenti tvořili jednu souhrnnou skupinu respondentů. Vzhledem k velkému zastoupení sester ve výzkumném souboru je možné uvést, že pro pozici sestry jsou výsledky reprezentativní. Toto bylo zjištěno analýzou, které byla prováděna bez skupiny záchranářů a výsledky byly signifikantní $p < 0.001$. Tato analýza nebyla do práce zařazena.

Dalším souvisejícím limitem je malý vzorek absolventů stanovených kurzů „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ ($n=56$) a „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ ($n=36$), který se podařilo získat i přesto, že byl e-mail s prosbou o vyplnění dotazníku distribuován mezi všechny absolventy daných kurzů prostřednictvím odborného garanta SPIS PhDr. Lukáše Humpla.

Výzkumný vzorek je nevyrovnaný i z hlediska pohlaví, kdy žen je ve vzorku 529 a mužů pouze 19. Tento limit je ale předvídatelný vzhledem ke stejné nerovnoměrnému zastoupení žen a mužů v profesi zdravotnických pracovníků, zejména u sesterské profese.

Další limity práce se nachází i v metodách sběru dat. Prvním limitem ve sběru dat je forma online distribuce, díky které nebylo možné určit návratnost dotazníků. Návratnost dotazníku nebylo možné určit ani u e-mailové distribuce prostřednictvím PhDr. Lukáše Humpla. Zde bylo důvodem GDPR, které neumožňuje sdělovat třetím stranám informace o celkovém počtu absolventů kurzu.

Dalším limitem byla nenáhodnost výběru respondentů do výzkumného souboru. Jednalo se o typologický, příležitostný výběr, který z účasti na výzkumu vyloučil ty, kteří nebyli v členy facebookové skupiny Odbory a nelékaři nebo nebyli mezi těmi, kterým byl zaslán dotazník skrze e-mailovou komunikaci.

Výběr respondentů nebyl náhodný ani v rámci kvalitativní části dotazníku, které se účastnili respondenti na základě samo výběru, tím že zareagovali na výzvu uvedenou v rozesílaném dotazníku.

Dále je z hlediska limitů potřeba zmínit také chybu, která nastala při administraci dotazníku, kdy byla omylem u jedné z otázek navíc přidána „Možnost 6“, která šla zaškrtnout, ale nesouvisela s dotazníkem. Tuto položku chybně označili celkem 3 respondenti, kteří byli následně z výzkumného souboru vyřazeni, protože by nebylo možné v konkrétním dotazníku spočítat jejich výsledek.

V rámci budoucích výzkumů na toto téma by bylo možné ověřit mnoho dalších proměnných. Například zda se syndrom vyhoření a zvládnání pracovní zátěže liší napříč odděleními, na kterých zdravotničtí pracovníci pracují a porovnat tak výsledky s údaji, které jsou uváděny v zahraniční literatuře, která například prostředí urgentní medicíny považuje pro vznik syndromu vyhoření za rizikovější oproti jiným oddělením (Adriaenssens et al., 2015; Yao et al., 2013). Stejně tak by mohla přinést zajímavé informace analýza věku respondentů a počtu let v zaměstnání, která se také v kontextu rozvoje syndromu vyhoření udává jako jeden z určujících faktorů, i když názory se na to napříč zahraničními zdroji liší (Dyrbye et al., 2006; McManus et al., 2004) .

Závěr

Pracovníci ve zdravotnictví, ať už se jedná o lékaře, sestry nebo jiný zdravotnický personál čelí v rámci své profese řadě zátěžových situací, které na ně mohou mít neblahý vliv ať z hlediska fyzického zdraví nebo toho psychického, kdy může dojít až k syndromu vyhoření či jiným psychickým problémům. Pokud se pracovník ve zdravotnictví potýká se syndromem vyhoření, činí tak přítěž kromě sobě samému také pacientům/klientům a celé organizaci, ve které pracuje. Proto je potřeba nebrat zátěž, se kterou se pracovníci ve zdravotnictví potýkají na lehkou váhu a pokud to lze, tak učinit co nejvíce preventivních opatření, aby se syndromu vyhoření zabránilo.

V rámci literárně přehledové práce jsme uspořádali výčet vybraných zátěžových situací, se kterými se pracovníci ve zdravotnictví nejčastěji potýkají. Vzhledem ke stále probíhající pandemii COVID-19, která dala pracovní zátěži nový rozměr, byla do diplomové práce zahrnuta i tato oblast, která díky nejnovějším výzkumům přinesla pohled na to, jak pandemie COVID-19 zdravotnické pracovníky ovlivnila. Vybrané zátěžové situace byly popsány pro sestry, lékaře a v některých oblastech i pro zdravotnické záchranáře. Po výčtu zátěžových situací se práce orientuje i na základní informace týkající se syndromu vyhoření a zaměřila se přímo na specifika týkající se zdravotnických pracovníků. Značná část literárně přehledové části se zabývala protektivními faktory, které mohou před rozvojem syndromu vyhoření bránit. Na protektivní faktory bylo nahlíženo z hlediska individuálních a organizačních protektivních faktorů. V rámci individuálních protektivních faktorů, tedy těch, které pro sebe mohou udělat sami pracovníci, se řadily například techniky psychohygieny, relaxace, oddělování soukromého a pracovního života, trénování odolnosti a mnoho dalšího.

Z hlediska protektivních faktorů, které mohou svým zaměstnancům nabídnout organizace samotné byly představeny různé formy organizace pracovního prostředí a pracovní kultury, programy na řízení stresu či jiné formy setkávání nebo také formy peer podpory a supervizí, které mohou mít na snížení zátěže v práci velký vliv a mohou tak přispět ke snížení rizika syndromu vyhoření. V této části byly představeny jak zahraniční modely organizačních protektivních faktorů, tak ty, se kterými se setkáváme v rámci České republiky. Více byl představen Systém psychosociální intervenční služby (SPIS), který poskytování peer podpory i první psychické pomoci zaštiťuje. Pro rozšíření informací o možnostech peer podpory a poskytování první psychické pomoci byly v rámci práce dané kurzy, které zaštiťuje Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů, více popsány a následně pak tvořily stěžejní část ve výzkumné části diplomové práce.

Výzkumná část diplomové práce přinesla ve své kvantitativní části výsledky, které ukazují, že v rámci našeho výzkumného souboru tvořeného 548 respondenty se u absolventů kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým*“ a „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání náročných situací*“ ukazují signifikantně lepší výsledky týkající se menšího rizika syndromu vyhoření a lepšího zvládání pracovní zátěže oproti těm, kteří dané kurzy absolvované nemají. V rámci našeho výzkumného souboru lze tedy absolvování daných kurzů považovat za protektivní faktor vzniku syndromu vyhoření a lepšího zvládání pracovní zátěže.

Signifikantní výsledky pro oblast hodnocení pracovní zátěže se ukázaly také u respondentů, kteří uvedli absolvování jiných výcviků.

Hodnocena byla také účast na supervizích, která přinesla signifikantní výsledky jak pro vyhoření, tak pro zvládání pracovní zátěže. Respondenti, kteří uvedli, že se supervizi účastní měli nejnižší míru vyhoření i hodnocení pracovní zátěže. Stejně tak tomu bylo i u respondentů, kteří využívali peer podporu. Výsledky zahrnovaly i respondenty, kteří možnost supervize nebo peer podpory mají, ale nevyužívají, a i u nich se ukázaly lepší výsledky ve vyhoření i hodnocení pracovní zátěže oproti těm, kteří možnost supervizí ani peer podpory vůbec nemají.

Analýza výsledků také ukázala, že absolvování psychoterapeutického výcviku nemá signifikantní výsledky pro oblast syndromu vyhoření ani pro hodnocení pracovní zátěže, což znamená, že v rámci našeho výzkumného souboru nelze absolvování psychoterapeutického výcviku považovat za protektivní faktor pro vznik syndromu vyhoření ani lepší zvládání zátěže v práci.

Tyto získané výsledky přináší přínos o možnosti absolvování daných kurzů a využívání supervize a peer podpory jako možného protektivního faktoru pro hodnocení pracovní a vyhoření. Tyto výsledky mohou motivovat zdravotnické pracovníky k absolvování daných kurzů a organizace naopak k zavedení supervizí a peer podpory na pracovišti, protože zdraví pracovníků ve zdravotnictví by mělo být pro vedení zcela stěžejní.

Téma syndromu vyhoření a zvládání zátěže ve zdravotnictví nepřeberné množství možností, které by bylo možné v rámci budoucích výzkumů realizovat ať už v rámci rozšíření i na lékaře nebo třeba z hlediska typu pracoviště či jiných proměnných, se kterými pracují zahraniční výzkumy.

Seznam zkratek

BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CISM	Critical Incident Stress Management
COVID 19	Coronavirus Disease 2019
CPCP	Care for the Professional Caregiver Program
ČLS J. E. Purkyně	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
DP	Depersonalization
EE	Emotional Exhaustion
EHR	Electronic Health Records
FASAP	Faculty And Staff Assistance Programme
FN Motol	Fakultní nemocnice Motol
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
kol.	kolektiv
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBSR	Mindfulness Based Stress Reduction
MERS-CoV	Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus
NCO NZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
PA	Personal Accomplishment
PTSD	Post traumatic stress disorder
RAPID PFA	Reflective listening, Assessment, Prioritisation, Intervention and Disposition Psychological First Aid
REM	Rapid Eye Movement
RISE	Resilience in Stressful Events
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
VRE	Vankomycin-rezistentní enterokok

Seznam příloh

Příloha 1: Úvodní slovo k dotazníku	I
Příloha 2: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu	II
Příloha 3: Průvodní dopis pro respondenty	III

Seznam použité literatury

- Adali, E., & Priami, M. (2002). *Burnout among nurses in ICU, internal medicine wards and emergency departments in Greek hospitals. ICUs and Nursing Web journal*, 11, 1–19.
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). *Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 649–661.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., Van Der Doef, M., & Maes, S. (2011). *Exploring the burden of emergency care: Predictors of stress-health outcomes in emergency nurses: Exploring the burden of emergency care. Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1317–1328. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05599.x>
- Adwan, J. Z. (2014). *Pediatric Nurses' Grief Experience, Burnout and Job Satisfaction. Journal of Pediatric Nursing*, 29(4), 329–336.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.01.011>
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Huuhtanen, P., Koskinen, A., & Väänänen, A. (2009). *Occupational burnout and chronic work disability: An eight-year cohort study on pensioning among Finnish forest industry workers. Journal of Affective Disorders*, 115(1–2), 150–159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.09.021>
- Aiello, A., Khayeri, M. Y.-E., Raja, S., Peladeau, N., Romano, D., Leszcz, M., Maunder, R. G., Rose, M., Adam, M. A., Pain, C., Moore, A., Savage, D., & Schulman, R. B. (2011). *Resilience Training for Hospital Workers in Anticipation of an Influenza Pandemic. Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 31(1), 15–20.
<https://doi.org/10.1002/chp.20096>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M., & Aunguroch, Y. (2011). *Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357–364. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>
- Alameddine, M., Mourad, Y., & Dimassi, H. (2015). *A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. PLOS ONE*, 10(9), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137105>

- Alnazly, E., Khraisat, O. M., Al-Bashaireh, A. M., & Bryant, C. L. (2021). *Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. PLOS ONE*, 16(3), 1-22.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247679>
- American Psychological Association (Ed.). (2020). *Publication manual of the American psychological association* (Seventh edition). American Psychological Association.
- Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře: V praxi*. Grada.
- Asaoka, H., Koido, Y., Kawashima, Y., Ikeda, M., Miyamoto, Y., & Nishi, D. (2020). *Post-traumatic stress symptoms among medical rescue workers exposed COVID-19 in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(9), 503–505.
<https://doi.org/10.1111/pcn.13092>
- Ashbury, F. D., Cameron, C., Mercer, S. L., Fitch, M., & Nielsen, E. (1998). *One-on-one peer support and quality of life for breast cancer patients. Patient Education and Counseling*, 35(2), 89–100. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00035-4](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00035-4)
- Austria-Corrales, F., Cruz-Valdés, B., Herrera-Kiengelher, L., & Vázquez-García, J. C. (b.r.). *Síndrome de burnout en médicos mexicanos en entrenamiento durante una contingencia sanitaria por virus de influenza A H1N. Gaceta Médica de México.*, 1-9.
- Ayala, E., & Carnero, A. M. (2013). *Determinants of Burnout in Acute and Critical Care Military Nursing Personnel: A Cross-Sectional Study from Peru. PLoS ONE*, 8(1), e54408. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054408>
- Babbott, S., Manwell, L. B., Brown, R., Montague, E., Williams, E., Schwartz, M., Hess, E., & Linzer, M. (2014). *Electronic medical records and physician stress in primary care: Results from the MEMO Study. Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(e1), 100–106. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2013-001875>
- Batra, K., Singh, T. P., Sharma, M., Batra, R., & Schvaneveldt, N. (2020). *Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 1-33.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17239096>
- Beder, J. (2006). *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. Routledge.
- Bernaldo-De-Quirós, M., Piccini, A. T., Gómez, M. M., & Cerdeira, J. C. (2015). *Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross*

- sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 260–270.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011>
- Bria, M., Baban, A., & Dumitrascu, D. L. (2012). *Systematic review of burnout risk factors among european healthcare professionals. Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, XVI.(3), 423–452.
- Bukhari, E. E., Temsah, M. H., Aleyadhy, A. A., Alrabiaa, A. A., Alhboob, A. A., Jamal, A. A., & Binsaeed, A. A. (2016). *Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak perceptions of risk and stress evaluation in nurses. The Journal of Infection in Developing Countries*, 10(08), 845–850. <https://doi.org/10.3855/jidc.6925>
- Callahan, K., Christman, G., & Maltby, L. (2018). *Battling Burnout: Strategies for Promoting Physician Wellness. Advances in Pediatrics*, 65, 1–17.
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Albendín-García, L., De la Fuente, E. I., San Luis, C., Gómez-Urquiza, J. L., & Cañadas, G. R. (2016). *Burnout in nursing professionals performing overtime workdays in emergency and critical care departments. Rev Esp Salud Pública*, 90(14), e1–e9.
- Coffey, M., & Coleman, M. (2001). *The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 397–407.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01770.x>
- Coggon, D., Ntani, G., Palmer, K. T., Felli, V. E., Harari, R., Barrero, L. H., Felknor, S. A., Gimeno, D., Cattrell, A., Serra, C., Bonzini, M., Solidaki, E., Merisalu, E., Habib, R. R., Sadeghian, F., Kadir, M., Warnakulasuriya, S. S. P., Matsudaira, K., Nyantumbu, B., ... Gray, A. (2012). *The CUPID (Cultural and Psychosocial Influences on Disability) Study: Methods of Data Collection and Characteristics of Study Sample. PLOS ONE*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039820>
- Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses* (A. Page, Ed.). National Academies Press.
- Cooper, C. L., Dewe, P., & O'Driscoll, M. P. (2001). *Organizational stress: A review and critique of theory, research, and applications*. Sage.
- Čepická, B., & Humpl, L. (b.r.). *Systém psychosociální intervenční služby v Čechách*.
<https://www.mvcr.cz/soubor/5-spis-v-cr-historicky-vyvoj-ppsx.aspx>

- Český statistický úřad. (2017). *Ženy a muži v datech*.
<https://www.czso.cz/documents/10180/45709986/30000417.pdf/1fa799cb-c008-4271-a09c-9035e22923cc?version=1.2>
- Danosová, M., Bortl, T., Hubáček, P., Filipčíková, R., Labounková, M., Machálková, L. (2016). Vybrané aspekty fyzické zátěže zdravotnických záchranářů při výkonu povolání. *Medicína pro praxi*, 13(5), 9-11.
<https://doi.org/10.3629/med.2016.060>
- Dawson, A. P., McLennan, S. N., Schiller, S. D., Jull, G. A., Hodges, P. W., & Stewart, S. (2007). *Interventions to prevent back pain and back injury in nurses: A systematic review. Occupational and Environmental Medicine*, 64(10), 642–650.
<https://doi.org/10.1136/oem.2006.030643>
- De Hert, S. (2018). *Burnout Among Anesthesiologists: It's Time for Action! Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 32(6), 2467–2468.
<https://doi.org/10.1053/j.jvca.2018.06.010>
- De Hert, S. (2020). *Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. Local and Regional Anesthesia, Volume 13*, 171–183.
<https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- De la Fuente-Solana, E. I., Gómez-Urquiza, J. L., Cañadas, G. R., Albendín-García, L., Ortega-Campos, E., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017). *Burnout and its relationship with personality factors in oncology nurses. European Journal of Oncology Nursing*, 30, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.004>
- Demir, A., Ulusoy, M., & Ulusoy, M. F. (2003). *Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. International Journal of Nursing Studies*, 40(8), 807–827. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00077-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00077-4)
- Dewey, C., Hingle, S., Goelz, E., & Linzer, M. (2020). *Supporting Clinicians During the COVID-19 Pandemic. Annals of Internal Medicine*, 172(11), 752–753.
<https://doi.org/10.7326/M20-1033>
- de Wit, M. E., Marks, C. M., Natterman, J. P., & Wu, A. W. (2013). *Supporting Second Victims of Patient Safety Events: Shouldn't These Communications Be Covered by Legal Privilege? Journal of Law, Medicine & Ethics*, 41(4), 852–858.
<https://doi.org/10.1111/jlme.12095>

- Dolan, E. D., Mohr, D., Lempa, M., Joos, S., Fihn, S. D., Nelson, K. M., & Helfrich, C. D. (2015). *Using a Single Item to Measure Burnout in Primary Care Staff: A Psychometric Evaluation. Journal of General Internal Medicine, 30*(5), 582–587.
<https://doi.org/10.1007/s11606-014-3112-6>
- Dominguez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009). *Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses. Journal of Emergency Nursing, 35*(3), 199–204.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.05.003>
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2006). *Personal Life Events and Medical Student Burnout: A Multicenter Study. Academic Medicine, 81*(4), 374–384.
<https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00010>
- Edmonds, C., M. Lockwood, G., Bezjak, A., & Nyhof-Young, J. (2012). *Alleviating Emotional Exhaustion in Oncology Nurses: An Evaluation of Wellspring's "Care for the Professional Caregiver Program". Journal of Cancer Education, 27*(1), 27–36.
<https://doi.org/10.1007/s13187-011-0278-z>
- Edrees, H., Connors, C., Paine, L., Norvell, M., Taylor, H., & Wu, A. W. (2016). *Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: A case study. BMJ Open, 6*(9), e011708. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011708>
- Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). *High Level of Burnout in Intensivists: Prevalence and Associated Factors. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 175*(7), 686–692.
<https://doi.org/10.1164/rccm.200608-1184OC>
- Escribà-Agüir, V., Martín-Baena, D., & Pérez-Hoyos, S. (2006). *Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. International Archives of Occupational and Environmental Health, 80*(2), 127–133.
<https://doi.org/10.1007/s00420-006-0110-y>
- Everly, G. S., Lating, J. M., Sherman, M. F., & Goncher, I. (2016). *The Potential Efficacy of Psychological First Aid on Self-Reported Anxiety and Mood: A Pilot Study. Journal of Nervous & Mental Disease, 204*(3), 233–235.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000429>

- Feblowitz, J. C., Wright, A., Singh, H., Samal, L., & Sittig, D. F. (2011). *Summarization of clinical information: A conceptual model. Journal of Biomedical Informatics*, 44(4), 688–699. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2011.03.008>
- Foukalová, M. (2021). *Stres a syndrom vyhoření u sester v intenzivní péči* [Diplomová práce, Masarykova univerzita].
https://is.muni.cz/th/hizyq/Stres_a_syndrom_vyhoreni_u_vseobecnych_sester_na_intenzivni_peci_-_Foukalova_Marie.pdf
- Fox, S., Lydon, S., Byrne, D., Madden, C., Connolly, F., & O'Connor, P. (2018). *A systematic review of interventions to foster physician resilience. Postgraduate Medical Journal*, 94(1109), 162–170. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2017-135212>
- French, S. E., Lenton, R., Walters, V., & Eyles, J. (2000). *An Empirical Evaluation of an Expanded Nursing Stress Scale. Journal of Nursing Measurement*, 8(2), 161–178. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.8.2.161>
- Freudenberger, H. J. (1974). *Staff Burn-Out. Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Freudenberger, H. J., & North, G. (1985). *Women's burnout: How to spot it, how to reverse it, and how to prevent it* (1st ed). Doubleday.
- Gallagher, R., & Gormley, D. K. (2009). *Perceptions of Stress, Burnout, and Support Systems in Pediatric Bone Marrow Transplantation Nursing. Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(6), 681–685. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.681-685>
- García-Izquierdo, M., & Ríos-Rísquez, M. I. (2012). *The relationship between psychosocial job stress and burnout in emergency departments: An exploratory study. Nursing Outlook*, 60(5), 322–329. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.002>
- Gardner, R. L., Cooper, E., Haskell, J., Harris, D. A., Poplau, S., Kroth, P. J., & Linzer, M. (2019). *Physician stress and burnout: The impact of health information technology. Journal of the American Medical Informatics Association*, 26(2), 106–114. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy145>
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). *Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479–489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004>

- Gazelle, G., Liebschutz, J. M., & Riess, H. (2015). *Physician Burnout: Coaching a Way Out. Journal of General Internal Medicine*, 30(4), 508–513.
<https://doi.org/10.1007/s11606-014-3144-y>
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). *Burnout and „stress of conscience” among healthcare personnel. Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392–403.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04111.x>
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017a). *Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. Critical Care Nurse*, 37(5), e1–e9. <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>
- Gómez-Urquiza, J. L., De la Fuente-Solana, E. I., Albendín-García, L., Vargas-Pecino, C., Ortega-Campos, E. M., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2017b). *Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. Critical Care Nurse*, 37(5), e1–e9. <https://doi.org/10.4037/ccn2017508>
- González-Morales, M. G., Rodríguez, I., & Peiró, J. M. (2010). *A longitudinal study of coping and gender in a female-dominated occupation: Predicting teachers’ burnout. Journal of Occupational Health Psychology*, 15(1), 29–44. <https://doi.org/10.1037/a0018232>
- Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). *A Mindfulness Course Decreases Burnout and Improves Well-Being among Healthcare Providers. The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 119–128. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.b>
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). *The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11–23.
<https://doi.org/10.1007/BF01321348>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). *Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. British Medical Journal*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Hafner, M., Stepanek, M., Taylor, J., Troxel, W., & Stolk, C. (2016). *Why sleep matters -- the economic costs of insufficient sleep: A cross-country comparative analysis. RAND Corporation*. <https://doi.org/10.7249/RR1791>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O’Connor, D. B. (2016). *Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. PLOS ONE*, 11(7),

e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>

- Healy, S., & Tyrrell, M. (2011). *Stress in emergency departments: Experiences of nurses and doctors: Sonya Healy and Mark Tyrrell review accounts of acute stress among healthcare professionals and show how it can be anticipated, reduced and managed. Emergency Nurse*, 19(4), 31–37. <https://doi.org/10.7748/en2011.07.19.4.31.c8611>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Portál.
- Hladký, A., & Židková, Z. (1999). *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: Metodická příručka*. Karolinum.
- Hobfoll, S. E. (1989). *Conservation of Resources. American Psychologist*, 12.
- Hoskovcová, S. (2009). *Psychosociální intervence*. Karolinum.
- Hsu, W.-Y., Chen, M.-C., Wang, T.-H., & Sun, S.-H. (2008). *Coping strategies in Chinese social context. Asian Journal Of Social Psychology*, 11(2), 150–162. <https://doi.org/10.1111/j.1467-839X.2008.00252.x>
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). *Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. PLOS ONE*, 15(8), e0237303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Humpl, L., Prokop, J., & Tobiášová, A. (2013). *První psychická pomoc ve zdravotnictví. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů*.
- Chan, A. O. M. (2004). *Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. Occupational Medicine*, 54(3), 190–196. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqh027>
- Chan, C. L. W., Chan, T. H. Y., & Ng, S. M. (2006). *The Strength-Focused and Meaning-Oriented Approach to Resilience and Transformation (SMART): A Body-Mind-Spirit Approach to Trauma Management. Social Work in Health Care*, 43(2–3), 9–36. https://doi.org/10.1300/J010v43n02_03
- Chao, M., Shih, C.-T., & Hsu, S.-F. (2016). *Nurse occupational burnout and patient-rated quality of care: The boundary conditions of emotional intelligence and demographic profiles: Burnout and patient-rated caring quality. Japan Journal of Nursing Science*, 13(1), 156–165. <https://doi.org/10.1111/jjns.12100>

- Charney, D. S. (2004). *Psychobiological Mechanisms of Resilience and Vulnerability: Implications for Successful Adaptation to Extreme Stress*. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 195–216. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.195>
- Chong, M.-Y., Wang, W.-C., Hsieh, W.-C., Lee, C.-Y., Chiu, N.-M., Yeh, W.-C., Huang, T.-L., Wen, J.-K., & Chen, C.-L. (2004). *Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital*. *British Journal of Psychiatry*, 185(2), 127–133. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.2.127>
- Institut postgraduálního vzdělávání (n.d.). *Katalog vzdělávacích akcí*. <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/katalog-vzdelavacich-akci>
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). *Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review*. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x>
- Janssen, P. P. M. (1999). *Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions: A study among nurses*. *Journal of Advanced Nursing*, 10.
- Jenaro, C., Flores, N., & Arias, B. (2007). *Burnout and coping in human service practitioners*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 80–87. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.80>
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). *Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings*. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622–631. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03240.x>
- Jimi, H., & Hashimoto, G. (2020). *Challenges of COVID-19 outbreak on the cruise ship Diamond Princess docked at Yokohama, Japan: A real-world story*. *Global Health & Medicine*, 2(2), 63–65. <https://doi.org/10.35772/ghm.2020.01038>
- Joseph, D. H., Griffin, M., Hall, R. F., & Sullivan, E. D. (2001). *Peer Coaching: An Intervention for Individuals Struggling With Diabetes*. *The Diabetes Educator*, 27(5), 703–710. <https://doi.org/doi:10.1177/014572170102700511>
- Kane, L. (2019). *Medscape national physician burnout, depression & suicide report 2019*. Medscape. <https://www.medscape.com/slideshow/2019-lifestyle-burnout-depression-6011056#1>
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003a). *Syndrom vyhoření: (Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto*

- syndromu*). Státní zdravotní ústav.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003b). *Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. Československá psychologie*, 47(4), 333–345.
- Kelly, F. E., Osborn, M., & Stacey, M. S. (2020). *Improving resilience in anaesthesia and intensive care medicine – learning lessons from the military. Anaesthesia*, 75(6), 720–723. <https://doi.org/10.1111/anae.14911>
- Khalid, I., Khalid, T. J., Qabajah, M. R., Barnard, A. G., & Qushmaq, I. A. (2016). *Healthcare Workers Emotions, Perceived Stressors and Coping Strategies During a MERS-CoV Outbreak. Clinical Medicine & Research*, 14(1), 7–14. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1303>
- Koh, D., Lim, M. K., Chia, S. E., Ko, S. M., Qian, F., Ng, V., Tan, B. H., Wong, K. S., Chew, W. M., Tang, H. K., Ng, W., Muttakin, Z., Emmanuel, S., Fong, N. P., Koh, G., Kwa, C. T., Tan, K. B.-C., & Fones, C. (2005). *Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and Personal Lives of Healthcare Workers in Singapore: What Can We Learn? Medical Care*, 43(7), 676–682. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000167181.36730.cc>
- Krajská hygienická stanice KHK. (b.r.). *Hodnocení psychické zátěže při práci (Meisterův dotazník)*. http://www.khshk.cz/e-learning/kurs5/1_hodnocen_psychick_zte_pi_prci__meister_v_dotaznk_.html
- Krasner, M. S. (2009). *Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. JAMA*, 302(12), 1284–1293. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>
- Kroth, P. J., Morioka-Douglas, N., Veres, S., Pollock, K., Babbott, S., Poplau, S., Corrigan, K., & Linzer, M. (2018). *The electronic elephant in the room: Physicians and the electronic health record. JAMIA Open*, 1(1), 49–56. <https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooy016>
- Kroupa, M. (2016). *Syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb [Bakalářská práce]*. Západočeská univerzita v Plzni.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Křivohlavý, J. (2010). *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu* (1. vyd). Grada.

- Kumar, S. (2016). *Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. Healthcare*, 4(3), 37. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030037>
- Kushnir, T., Greenberg, D., Madjar, N., Hadari, I., Yermiah, Y., & Bachner, Y. G. (2014). *Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? Family Practice*, 31(1), 44–50. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt060>
- Lai, C.-C., Shih, T.-P., Ko, W.-C., Tang, H.-J., & Hsueh, P.-R. (2020). *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(3), 105924. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105924>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lancee, W. J., Maunder, R. G., & Goldbloom, D. S. (2008). *Prevalence of Psychiatric Disorders Among Toronto Hospital Workers One to Two Years After the SARS Outbreak. PSYCHIATRIC SERVICES*, 59(1), 91–95.
- Landrigan, C. P., Cronin, J. W., Katz, J. T., & Bates, D. W. (2004). *Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. The New England Journal of Medicine*, 11.
- Lapa, T., Madeira, F., Viana, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). *Burnout syndrome and wellbeing in anesthesiologists: The importance of emotion regulation strategies. Minerva Anestesiologica*, 83(2), 191–199.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, S.-H., Juang, Y.-Y., Su, Y.-J., Lee, H.-L., Lin, Y.-H., & Chao, C.-C. (2005). *Facing SARS: Psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital. General Hospital Psychiatry*, 27(5), 352–358. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2005.04.007>
- Li, H., Cheng, B., & Zhu, X. P. (2018). *Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. International Emergency Nursing*, 39, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.005>

- Lin, C.-Y., Peng, Y.-C., Wu, Y.-H., Chang, J., Chan, C.-H., & Yang, D.-Y. (2007). *The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. Emergency Medicine Journal*, 24(1), 12–17.
<https://doi.org/10.1136/emj.2006.035089>
- Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fedeli, C., & Bryngelsson, I.-L. (2006). *Burnout in the working population: Relations to psychosocial work factors. International Journal of Behavioral Medicine*, 13(1), 51–59. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1301_7
- Linzer, M., Gerrity, M., Douglas, J. A., McMurray, J. E., Williams, E. S., Konrad, T. R., & for the Society of General Internal Medicine (SGIM) Career Satisfaction Study Group (CSSG). (2002). *Physician stress: Results from the physician worklife study. Stress and Health*, 18(1), 37–42. <https://doi.org/10.1002/smi.917>
- Losa Iglesias, M. E., Vallejo, R. B. de B., & Fuentes, P. S. (2010). *The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014>
- Ludwig, D. S., & Kabat-Zinn, J. (2008). *Mindfulness in Medicine. JAMA*, 300(11), 1350–1352. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1350>
- Mahmoud, N. N., & Rothenberger, D. (2019). *From Burnout to Well-Being: A Focus on Resilience. Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 32(06), 415–423.
<https://doi.org/10.1055/s-0039-1692710>
- Manal Moussa, I., & Sahar Mahmood, E.-K. (2013). *The relationship between nurses burnout and mothers satisfaction with pediatric nursing care. International Journal of Current Research*, 5, 6.
- Marková, M. (2021). *Syndrom vyhoření ve zdravotnictví* [Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. https://theses.cz/id/tvars5/DP_Monika_Markova_-_Syndrom_vyhoreni_ve_zdravotnictvi.pdf
- Marroquín, B. M., Fontes, M., Scilletta, A., & Miranda, R. (2010). *Ruminative subtypes and coping responses: Active and passive pathways to depressive symptoms. Cognition & Emotion*, 24(8), 1446–1455. <https://doi.org/10.1080/02699930903510212>
- Martin, S. K., Tulla, K., Meltzer, D. O., Arora, V. M., & Farnan, J. M. (2017). *Attending Physician Remote Access of the Electronic Health Record and Implications for*

- Resident Supervision: A Mixed Methods Study. Journal of Graduate Medical Education*, 9(6), 706–713. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00847.1>
- Maslach, C. (1998). *A multidimensional theory of burnout*. In *Theories of organizational stress* (s. 68–85). UK: Oxford University Press.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). *Prevention of burnout: New perspectives. Applied and Preventive Psychology*, 7(1), 63–74. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(98\)80022-X](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(98)80022-X)
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.) (s. 192). Consulting Psychologists Press.
- Maunder, R. G., Lancee, W., Balderson, K., Bennett, J., Borgundvaag, B., Evans, S., Fernandes, C., Goldbloom, D., Gupta, M., Hunter, J., McGillis Hall, L., Nagle, L., Pain, C., Peczeniuk, S., Raymond, G., Read, N., Rourke, S., Steinberg, R., Stewart, T., ... Wasylenki, D. (2006). *Long-term Psychological and Occupational Effects of Providing Hospital Healthcare during SARS Outbreak. Emerging Infectious Diseases*, 12(12), 1924–1932. <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Mae, R., Vincent, L., Peladeau, N., Beduz, M. A., Hunter, J. J., & Leszcz, M. (2010). *Computer-assisted resilience training to prepare healthcare workers for pandemic influenza: A randomized trial of the optimal dose of training. BMC Health Services Research*, 10(1), 72. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-72>
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Rourke, S., Hunter, J. J., Goldbloom, D., Balderson, K., Petryshen, P., Steinberg, R., Wasylenki, D., Koh, D., & Fones, C. S. L. (2004). *Factors Associated With the Psychological Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome on Nurses and Other Hospital Workers in Toronto. Psychosomatic Medicine*, 66(6), 938–942. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000145673.84698.18>
- Maunder, R. G., Leszcz, M., Savage, D., Adam, M. A., Peladeau, N., Romano, D., Rose, M., & Schulman, R. B. (2008). *Applying the Lessons of SARS to Pandemic Influenza: An Evidence-based Approach to Mitigating the Stress Experienced by Healthcare Workers. Canadian Journal of Public Health*, 99(6), 486–488. <https://doi.org/10.1007/BF03403782>
- McClelland, L., Plunkett, E., McCrossan, R., Ferguson, K., Fraser, J., Gildersleve, C., Holland, J., Lomas, J. P., Redfern, N., & Pandit, J. J. (2019). *A national survey of out-of-hours working and fatigue in consultants in anaesthesia and paediatric intensive*

- care in the UK and Ireland. Anaesthesia*, 74(12), 1509–1523.
<https://doi.org/10.1111/anae.14819>
- McManus, I., Keeling, A., & Paice, E. (2004). *Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. BMC Medicine*, 2(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-29>
- McVicar, A. (2003). *Workplace stress in nursing: A literature review: Workplace stress in nursing. Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633–642. <https://doi.org/10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x>
- Mealer, M. (2016). *Burnout Syndrome in the Intensive Care Unit. Future Directions for Research. Annals of the American Thoracic Society*, 13(7), 997–998.
<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201604-280ED>
- Mealer, M., Burnham, E. L., Goode, C. J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2009). *The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. Depression and Anxiety*, 26(12), 1118–1126. <https://doi.org/10.1002/da.20631>
- Meldrum, H. (2010). *Exemplary Physicians' Strategies for Avoiding Burnout. The Health Care Manager*, 29(4), 324–331. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3181fa037a>
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (b.r.). *Rozlišení lékařských a nelékařských zdravotnických povolání: Lékař, sestra a další nelékařská povolání. Národní zdravotnický informační portál*. <https://www.nzip.cz/clanek/479-lekarska-vs-nelekarska-zdravotnicka-povolani>
- Ministerstvo zdravotnictví ČR, Česká společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR, Asociace klinických psychologů ČR, & Systém psychosociální intervenční služby. (2019). *Metodické doporučení pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví*. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17753/38443/MD%20SPIS.pdf>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mitchell, A., Cummins, T., Spearing, N., Adams, J., & Gilroy, L. (2002). *Nurses' experience with vancomycin-resistant enterococci (VRE). Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 126–133. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00560.x>
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C. N. (2016). An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: *Burnout Syndrome in Critical Care Health*

- Care Professionals: A Call for Action. American Journal of Critical Care*, 25(4), 368–376. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016133>
- Mudallal, R. H., Othman, W. M., & Al Hassan, N. F. (2017). Nurses' Burnout: The Influence of Leader Empowering Behaviors, Work Conditions, and Demographic Traits. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 54, 004695801772494. <https://doi.org/10.1177/0046958017724944>
- Murali, K., & Banerjee, S. (2018). *Burnout in oncologists is a serious issue: What can we do about it? Cancer Treatment Reviews*, 68, 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2018.05.009>
- Murali, K., Makker, V., Lynch, J., & Banerjee, S. (2018). *From Burnout to Resilience: An Update for Oncologists. American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 38, 862–872. https://doi.org/10.1200/EDBK_201023
- Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., Kunaviktikul, W., Turale, S., & Poghosyan, L. (2016). *Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals: Nurse Burnout and Patient Outcomes. Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 83–90. <https://doi.org/10.1111/jnu.12187>
- NCO NZO (n.d.), *První psychická pomoc ve zdravotnictví—Intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým—870-5/2022*. <https://www.nconzo.cz/cs/prvni-psychicka-pomoc-ve-zdravotnictvi-intervencni-pece-poskytovana-sekundarne-zasazenym-870-52022>
- Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, (2007) <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-361?citace=1>
- Nešpor, K., & Csémy, L. (2001). *Návyková rizika a stres u zdravotnických profesí. Sportpropag.*
- Nickell, L. A. (2004). *Psychosocial effects of SARS on hospital staff: Survey of a large tertiary care institution. Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 793–798. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031077>
- Panagioti, M., Geraghty, K., & Johnson, J. (2018). *How to prevent burnout in cardiologists? A review of the current evidence, gaps, and future directions. Trends in Cardiovascular Medicine*, 28, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.06.018>
- Papp, K. K., Stoller, E. P., Sage, P., Aikens, J. E., Owens, J., Avidan, A., Phillips, B., Rosen,

- R., & Strohl, K. P. (2004). *The Effects of Sleep Loss and Fatigue on Resident–Physicians: A Multi-Institutional, Mixed-Method Study*. *Academic Medicine*, 79(5), 394–406. <https://doi.org/10.1097/00001888-200405000-00007>
- Pelland, K. D., Baier, R. R., & Gardner, R. L. (2017). “It’s like texting at the dinner table”: *A qualitative analysis of the impact of electronic health records on patient-physician interaction in hospitals*. *Journal of Innovation in Health Informatics*, 24(2), 216. <https://doi.org/10.14236/jhi.v24i2.894>
- Poissant, L. (2005). *The Impact of Electronic Health Records on Time Efficiency of Physicians and Nurses: A Systematic Review*. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(5), 505–516. <https://doi.org/10.1197/jamia.M1700>
- Potter, C. (2006). *To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature*. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9(2), 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2006.03.006>
- Pratt, S., Kenney, L., Scott, S. D., & Wu, A. W. (2012). *How to Develop a Second Victim Support Program: A Toolkit for Health Care Organizations*. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38(5), 235–240. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(12\)38030-6](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(12)38030-6)
- Ptáček, R., Raboch, J., Kebza, V., Šolcová, I., Vňuková, M., Hlinka, J., Košťál, J., Harsa, P., & Strakatý, Š. (2017). *Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření*. *Československá psychologie*, LXI(6), 536–545.
- Rabow, M. W., & McPhee, S. J. (2001). *Doctoring to Heal: Fostering well-being among physicians through personal reflection*. *Western Journal of Medicine*, 174(1), 66–69. <https://doi.org/10.1136/ewjm.174.1.66>
- Rama-Maceiras, P., Jokinen, J., & Kranke, P. (2015). *Stress and burnout in anaesthesia: A real world problem?* *Current Opinion in Anaesthesiology*, 28(2), 151–158. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000169>
- Rauhala, A., Kivimäki, M., Fagerström, L., Elovainio, M., Virtanen, M., Vahtera, J., Rainio, A.-K., Ojaniemi, K., & Kinnunen, J. (2007). *What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system*. *Journal of Advanced Nursing*, 57(3), 286–295. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04118.x>

- Retsas, A., & Pinikahana, J. (2000). *Manual handling activities and injuries among nurses: An Australian hospital study*. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 875–883.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01362.x>
- Ro, K. E. I., Gude, T., Tyssen, R., & Aasland, O. G. (2008). *Counselling for burnout in Norwegian doctors: One year cohort study*. *BMJ*, 337(nov11 3), a2004–a2004.
<https://doi.org/10.1136/bmj.a2004>
- Ro, K. E. I., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G., & Gude, T. (2010). *A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians*. 213(10), 1–13.
- Rogers, A. E. (2008). *Chapter 40. The Effects of Fatigue and Sleepiness on Nurse Performance and Patient Safety*. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*.
- Rose, S., Hartnett, J., & Pillai, S. (2021). *Healthcare worker's emotions, perceived stressors and coping mechanisms during the COVID-19 pandemic*. *PLOS ONE*, 16(7), e0254252. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254252>
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Sholtz, R. I., & Friedman, M. (1976). *Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the western collaborative group study*. *The American Journal of Cardiology*, 37(6), 903–910.
[https://doi.org/10.1016/0002-9149\(76\)90117-X](https://doi.org/10.1016/0002-9149(76)90117-X)
- Rotenstein, L. S., Torre, M., Ramos, M. A., Rosales, R. C., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2018). *Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review*. *JAMA*, 320(11), 1131–1150. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
- Salazar, I. C., Roldán, G. M., Garrido, L., & Ramos-Navas Parejo, J. M. (2014). *Assertiveness and its relationship to emotional problems and burnout in healthcare workers*. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3), 523–549.
- Salyers, M. P., Fukui, S., Rollins, A. L., Firmin, R., Gearhart, T., Noll, J. P., Williams, S., & Davis, C. J. (2015). *Burnout and Self-Reported Quality of Care in Community Mental Health*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(1), 61–69. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0544-6>
- Scott, I. A. (2009). *Errors in clinical reasoning: Causes and remedial strategies*. *BMJ*, 338, 22–25. <https://doi.org/10.1136/bmj.b1860>

- Seaman, J. B., Cohen, T. R., & White, D. B. (2018). *Reducing the Stress on Clinicians Working in the ICU. JAMA*, 320(19), 1-2. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14285>
- Shah, M. K., Gandrakota, N., Cimiotti, J. P., Ghose, N., Moore, M., & Ali, M. K. (2021). *Prevalence of and Factors Associated With Nurse Burnout in the US. JAMA Network Open*, 4(2), e2036469. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36469>
- Shanafelt, T. D. (2009). *Enhancing Meaning in Work. A Prescription for Preventing Physician Burnout and Promoting Patient-Centered Care. JAMA*, 302(12), 3.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J., & Freischlag, J. A. (2009). *Burnout and Career Satisfaction Among American Surgeons. Annals of Surgery*, 250(3), 463–471. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). *Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Hasan, O., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2016). *Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. Mayo Clinic Proceedings*, 91(7), 836–848. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.05.007>
- Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., Clark, B., Hanley, A. E., Chu, Q., Pippen, J., Sloan, J., & Raymond, M. (2014). *Burnout and Career Satisfaction Among US Oncologists. Journal of Clinical Oncology*, 32(7), 678–686. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.8480>
- Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., & Habermann, T. M. (2003). *The well-being of physicians. The American Journal of Medicine*, 114(6), 513–519. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(03\)00117-7](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(03)00117-7)
- Sharma, A., Sharp, D. M., Walker, L. G., & Monson, J. R. T. (2008). *Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. Psycho-Oncology*, 17(6), 570–576. <https://doi.org/10.1002/pon.1269>
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). *Introduction to special issue on burnout and health. Psychology & Health*, 16(5), 501–510.

<https://doi.org/10.1080/08870440108405523>

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). *Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International, 14*(3), 204–220.

<https://doi.org/10.1108/13620430910966406>

Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.

Schilling, R., Colledge, F., Brand, S., Ludyga, S., & Gerber, M. (2019). *Psychometric Properties and Convergent Validity of the Shirom–Melamed Burnout Measure in Two German-Speaking Samples of Adult Workers and Police Officers. Frontiers in Psychiatry, 10*, 536, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00536>

Schmitz, G., Heron, S., Kuhn, G., Guth, T., Coomes, J., Clark, M., Sanson, T., Bourne, C., & Cordover, M. (2012). *Strategies for coping with stress in emergency medicine: Early education is vital. Journal of Emergencies, Trauma, and Shock, 5*(1), 64-69.

<https://doi.org/10.4103/0974-2700.93117>

Schooley, B., Hikmet, N., Tarcan, M., & Yorgancioglu, G. (2016). *Comparing Burnout Across Emergency Physicians, Nurses, Technicians, and Health Information Technicians Working for the Same Organization. Medicine, 95*(10), e2856.

<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002856>

Schreiber, M., Cates, D. S., Formanski, S., & King, M. (2019). *Maximizing the Resilience of Healthcare Workers in Multi-hazard Events: Lessons from the 2014–2015 Ebola Response in Africa. Military Medicine, 184*(Supplement_1), 114–120.

<https://doi.org/10.1093/milmed/usy400>

Sim, K., Chong, P. N., Chan, Y. H., & Soon, W. S. W. (2004). *Severe acute respiratory syndrome-related psychiatric and posttraumatic morbidities and coping responses in medical staff within a primary health care setting in Singapore. J Clin Psychiatry, 65*(8), 1120–07. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0815>

Sorbello, M., El-Boghdady, K., Di Giacinto, I., Cataldo, R., Esposito, C., Falcetta, S., Merli, G., Cortese, G., Corso, R. M., Bressan, F., Pintauidi, S., Greif, R., Donati, A., Petrini, F., & The Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) Airway Research Group, and The European Airway Management Society. (2020). *The Italian coronavirus disease 2019 outbreak: Recommendations from*

- clinical practice. Anaesthesia*, 75(6), 724–732. <https://doi.org/10.1111/anae.15049>
- Stordeur, S., D’Hoore, W., & Vandenberghe, C. (2001). *Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 533–542. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01885.x>
- Sundin, L., Hochwälder, J., & Bildt, C. (2008). *A scale for measuring specific job demands within the health care sector: Development and psychometric assessment. International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 914–923. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.03.006>
- Světová zdravotnická organizace (2017). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize*. Praha: ÚZIS ČR.
- Systém psychosociální intervenční služby. (n.d.). *Vznik a vývoj systému*. <http://www.spis.cloud/kdo-jsme/>
- Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, J., & Čepická, B. (2009). *Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. Urgentní medicína*, 12(1), 26–31.
- Šváblová, K., Boháč, J., Jiráček, Z., Kneidlová, M., & Tomanová, A. (2015). *Vybrané kapitoly z pracovního lékařství, díl 2, zdravotní způsobilost k práci, fyziologie práce, psychologie práce*. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2356-vybrane-kapitoly-z-pracovniho-lekarstvi-dil-2.pdf>
- Tak, H. J., Curlin, F. A., & Yoon, J. D. (2017). *Association of Intrinsic Motivating Factors and Markers of Physician Well-Being: A National Physician Survey. Journal of General Internal Medicine*, 32(7), 739–746. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-3997-y>
- Tam, C. W. C., Pang, E. P. F., Lam, L. C. W., & Chiu, H. F. K. (2004). *Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. Psychological Medicine*, 34(7), 1197–1204. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002247>
- Tang, L., Pan, L., Yuan, L., & Zha, L. (2017). *Prevalence and related factors of post-traumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients. International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 63–67.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.12.002>

Teng, C.-I., Shyu, Y.-I. L., Chiou, W.-K., Fan, H.-C., & Lam, S. M. (2010). *Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: A cross-sectional survey. International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1442–1450.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.04.005>

The Point of Care Foundation. (n.d.). *About Schwartz Rounds*.

<https://www.pointofcarefoundation.org.uk/our-programmes/staff-experience/about-schwartz-rounds/>

Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). *The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343–361. <https://doi.org/10.1007/BF01173478>

Tucker, S. J., Weymiller, A. J., Cutshall, S. M., Rhudy, L. M., & Lohse, C. M. (2012). *Stress Ratings and Health Promotion Practices Among RNs: A Case for Action. JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(5), 282–292.

<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e318253585f>

Tuček, M., Cikrt, M., & Pelclová, D. (2005). *Pracovní lékařství pro praxi: Příručka s doporučenými standardy*. Grada.

Vásquez-Manrique, J. F., Maruy-Saito, A., & Verne-Martin, E. (2014). *Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú*. 7.

Venglářová, M. (2011). *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Grada.

Vévoda, J. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*.

Visser, M. R. M., Smets, E. M. A., & Oort, F. J. (2003). *Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. CMAJ*, 168(3), 271–275.

Vlachová, B. (2011). *Syndrom vyhoření – diagnostické možnosti(srovnávací studie)*. Univerzita Karlova v Praze.

Wachsmuth, J. (2002). *Mimořádné události a rizika v ZZS. Urgentní medicína*, 5.(2), 27–28.

Waldman, J. D., Kelly, F., Arora, S., & Smith, H. L. (2004). *The Shocking Cost of Turnover in Health Care. Health Care Management REVIEW*, 6.

- Weight, C. J., Sellon, J. L., Lessard-Anderson, C. R., Shanafelt, T. D., Olsen, K. D., & Laskowski, E. R. (2013). *Physical Activity, Quality of Life, and Burnout Among Physician Trainees: The Effect of a Team-Based, Incentivized Exercise Program. Mayo Clinic Proceedings*, 88(12), 1435–1442.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.09.010>
- Weiner, E. L. (2001). *A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. Western Journal of Medicine*, 174(1), 19–23. <https://doi.org/10.1136/ewjm.174.1.19>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). *Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. The Lancet*, 388(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., Call, T. G., Davidson, J. H., Multari, A., Romanski, S. A., Hellyer, J. M. H., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2014). *Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism: A Randomized Clinical Trial. JAMA Internal Medicine*, 174(4), 527.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.14387>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). *Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529.
<https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Westphal, M., Bingisser, M.-B., Feng, T., Wall, M., Blakley, E., Bingisser, R., & Kleim, B. (2015). *Protective benefits of mindfulness in emergency room personnel. Journal of Affective Disorders*, 175, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.038>
- Williams, S., Dale, J., Glucksman, E., & Welesley, A. (1997). *Senior house officers' work related stressors, psychological distress, and confidence in performing clinical tasks in accident and emergency: A questionnaire study. BMJ*, 314(7082), 713–718.
<https://doi.org/10.1136/bmj.314.7082.713>
- Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. M., Moon, M. D., Clark, P. R., & Zavotsky, K. E. (2016). *“It’s a Burden You Carry”: Describing Moral Distress in Emergency Nursing. Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 37–46.
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.08.008>
- Wright, A. A., & Katz, I. T. (2018). *Beyond Burnout—Redesigning Care to Restore Meaning and Sanity for Physicians. New England Journal of Medicine*, 378(4), 309–311.

<https://doi.org/10.1056/NEJMp1716845>

- Wu, H., Chi, T.-S., Chen, L., Wang, L., & Jin, Y.-P. (2010). *Occupational stress among hospital nurses: Cross-sectional survey. Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 627–634. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05203.x>
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C. J., Susser, E., Lu, J., & Hoven, C. W. (2009). *The Psychological Impact of the SARS Epidemic on Hospital Employees in China: Exposure, Risk Perception, and Altruistic Acceptance of Risk. The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302–311. <https://doi.org/10.1177/070674370905400504>
- Yao, Y., Yao, W., Wang, W., Li, H., & Lan, Y. (2013). *Investigation of risk factors of psychological acceptance and burnout syndrome among nurses in China: Acceptance and burnout in nurses. International Journal of Nursing Practice*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1111/ijn.12103>
- Yassi, A., & Lockhart, K. (2013). *Work-relatedness of low back pain in nursing personnel: A systematic review. International Journal of Occupational and Environmental Health*, 19(3), 223–244. <https://doi.org/10.1179/2049396713Y.00000000027>
- Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Grada.
- Zákon č. 95/2004 Sb. *O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta*. (2004). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>
- Zákon č. 96/2004 Sb. *O nelékařských zdravotnických povoláních*. (2004). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- Zákon č. 309/2006 Sb. *O zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci*. (2006). *Zákony pro lidi*. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-309#Sum>
- Zhu, Z., Xu, S., Wang, H., Liu, Z., Wu, J., Li, G., Miao, J., Zhang, C., Yang, Y., Sun, W., Zhu, S., Fan, Y., Hu, J., Liu, J., & Wang, W. (2020). *COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers* [Preprint]. *Psychiatry and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1101/2020.02.20.20025338>
- Židková, Z. (2002). Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže při práci. *České pracovní lékařství*, 3, 69–73.

Seznam tabulek

Tabulka 1. Otázky pro rozhovor.....	55
Tabulka 2. Nejvyšší dosažené vzdělání.....	59
Tabulka 3. Věk a počet let v zaměstnání.....	59
Tabulka 4. Rodinný stav.....	59
Tabulka 5. Demografická data respondentů pro kvalitativní výzkum	60
Tabulka 6. Reliabilita HPZ.....	62
Tabulka 7. Reliabilita SMBM	63
Tabulka 8. Hodnoty HPZ pro intervenční kurz	63
Tabulka 9. Hodnoty HPZ pro peer kurz	64
Tabulka 10. Hodnoty HPZ pro psychoterapeutický výcvik	65
Tabulka 11. Hodnoty HPZ pro jiné výcviky	66
Tabulka 12. Hodnoty SMBM pro intervenční kurz.....	67
Tabulka 13. Hodnoty SMBM pro peer kurz.....	68
Tabulka 14. Hodnoty SMBM pro psychoterapeutický výcvik.....	69
Tabulka 15. Hodnoty SMBM pro jiné výcviky	70
Tabulka 16. Využití peer podpory – hodnoty SMBM.....	71
Tabulka 17. Výsledky SMBM pro využití peer podpory	71
Tabulka 18. Post-hoc Test – využití peer podpory SMBM.....	72
Tabulka 19. Účast na supervizích – hodnoty SMBM.....	72
Tabulka 20. Výsledky SMBM pro účast na supervizích.....	73
Tabulka 21. Post-hoc Test – účast na supervizích SMBM.....	73
Tabulka 22. Využití peer podpory – hodnoty HPZ	74
Tabulka 23. Výsledky HPZ pro využití peer podpory	74
Tabulka 24. Post-hoc Test – využití peer podpory HPZ	75
Tabulka 25. Účast na supervizích – hodnoty HPZ	75
Tabulka 26. Výsledky HPZ pro účast na supervizích	76
Tabulka 27. Post-hoc Test – účast na supervizích HPZ	77

Seznam grafů

Graf 1. HPZ pro absolventy intervenčního kurzu	64
Graf 2. HPZ pro absolventy peer kurzu.....	65
Graf 3. HPZ pro absolventy psychoterapeutického výcviku.....	66
Graf 4. HPZ pro absolventy jiných výcviků.....	66
Graf 5. SMBM pro intervenční kurz.....	67
Graf 6. SMBM pro peer kurz	68
Graf 7. SMBM pro psychoterapeutický výcvik	69
Graf 8. SMBM pro jiné výcviky.....	70
Graf 9. SMBM pro využití peer podpory	71
Graf 10. SMBM pro účast na supervizích	73
Graf 11. HPZ pro využití peer podpory.....	75
Graf 12. HPZ pro účast na supervizích	76
Graf 13. Trsy – přínos kurzu	77
Graf 14. Trsy – Oblast využití.....	80
Graf 15. Trsy – Motivace	82

Příloha 1: Úvodní slovo k dotazníku

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Příbylová a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy.

Pro svou diplomovou práci nesoucí název:

"Zvládání zátěže u pracovníků ve zdravotnictví – prevence syndromu vyhoření"

hledám respondenty z řad sester (všechny typy) a zdravotnických záchranářů, kteří by byli tak laskaví a věnovali by maximálně 10 minut svého času vyplnění mého dotazníku, který se skládá z 5 částí:

1. Základní údaje o respondentovi
2. Dotazník pracovní zátěže (HPZ)
3. Dotazník vyhoření (SMBM)
4. Následné vzdělávání
5. Protektivní faktory

Veškerá osobní data jsou anonymizována a jsou uchovávána v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, kódována a identifikovatelná podle číselného kódu.

Výsledky výzkumu mohou přispět k rozšíření povědomí o přínosu absolvování kurzu První psychické pomoci ve zdravotnictví nebo Peer programu péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání psychicky náročných profesních situací, jako možného protektivního faktoru pro zvládání zátěžových situací v profesi zdravotnických pracovníků.

Velice vám děkuji, a ještě, než začnete, je potřeba udělit svůj informovaný souhlas s účastí ve výzkumu kliknutím na "další".

Příloha 2: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Informovaný souhlas

Kliknutím na "další" souhlasím, že:

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, Filozofické fakulty, IČ: 00216208, se sídlem: nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;
- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytují dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazují se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností.

Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

V případě jakýchkoliv dotazů mě můžete kontaktovat na emailové adrese terka.pribylova@gmail.com

Příloha 3: Průvodní dopis pro respondenty

Vážené dámy, vážení pánové,

Obracím se na vás s prosbou o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci, kterou píše na katedře psychologie FF UK pod vedením PhDr. Jany Wolesské, Ph.D.

Tématem práce je **Zvládání zátěže u pracovníků ve zdravotnictví – prevence syndromu vyhoření**.

Cílovou skupinou výzkumu – respondenty výzkumu jsou sestry (všechny typy) a zdravotničtí záchranáři ve dvou skupinách:

1. Skupina jsou respondenti s absolvovaným kurzem První psychické pomoci ve zdravotnictví nebo kurzem Peer programu péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání psychicky náročných profesních situací.

2. Skupinou jsou respondenti bez absolvovaných kurzů První psychické pomoci ve zdravotnictví nebo Peer programu péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání psychicky náročných profesních situací

Vyplnění dotazníku by vám mělo zabrat **maximálně 10 minut**. Smyslem výzkumu, a tedy i vyplněním dotazníku, je napomoci s rozšířením povědomí o přínosu absolvování kurzu První psychické pomoci ve zdravotnictví nebo kurzu Peer programu péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládání psychicky náročných profesních situací, jako možného protektivního faktoru pro zvládání zátěžových situací v profesi zdravotnických pracovníků.

Velmi prosím o vyplnění nejpozději do **23.3.2022**.

Obracím se dále s velikou prosbou na vás, kteří máte absolvovaný některý z výše uvedených kurzů a velmi prosím, zda byste byli tak laskaví a našli si čas na rozhovor se mnou. Nezdržím vás samozřejmě dlouho a zastavím se za vámi dle vašich možností. Rozhovor bude zaměřen na váš pohled na absolvovaný kurz. Pokud byste souhlasili i s rozhovorem, budu vděčná za vaši ochotu, čas a odpověď na můj e-mail terka.pribylova@gmail.com

Dotazník lze samozřejmě vyplnit i bez absolvování rozhovoru, a i tak budu za vyplnění velmi vděčná.

Odkaz na dotazník: <https://forms.gle/utSPPvgXyFxcRc988>

V případě jakýchkoliv dotazů vám jsem k dispozici na uvedeném e-mailu.

Se srdečným pozdravem

Tereza Příbylová