



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Kristýna Kunešová

Vliv syndromu vyhoření na sexualitu u zdravotnických záchranářů.

The influence of the burnout syndrome on the sexuality of paramedics.

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Dynáková Ph.D

Konzultant: Doc. PhDr. Jan Kožnar CsC.

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 5. 12. 2019

Kristýna Kunešová

.....

Podpis

Identifikační záznam

KUNEŠOVÁ, Kristýna Vliv syndromu vyhoření na sexualitu u zdravotnických záchranářů.
[The influence of the burnout syndrome on the sexuality of paramedics.]. Praha, 2019. 70s.,
3 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie
a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Dynáková, Šárka

ABSTRAKT

Úvod do problematiky: Diplomová práce se zabývá povoláním zdravotnických záchranářů (mužů), zvláště syndromem vyhoření, který je častý u pečujících profesí. Termín „vyhoření“ byl vytvořen v USA před 25 lety. Vyhoření je duševní stav definovaný jako důsledek neustálé a dlouhodobé expozice stresu, zejména v souvislosti s psychosociálními faktory při práci (Melamed, Shirom 2006). Co se týče syndromu vyhoření a vlivu na sexualitu není toto téma příliš prozkoumáno. Proto jsem se rozhodla spolupracovat s PhDr. Šárkou Dynákovou, Ph.D. a doc. PhDr. Janem Kožnarem, CSc, kteří se v České republice zabývají mezinárodní studií zkoumající vliv syndromu vyhoření na lidské zdraví.

Metodika: Při zpracování teoretické části této diplomové práce, jsme kromě monografií, využili dostupné databáze. Praktická část pak probíhala formou sběru dat pomocí standardizovaných dotazníků rozdaných mezi pracovníky zdravotnické záchranné služby, tedy metodou kvantitativní. První dotazník jsme zaměřili na syndrom vyhoření pomocí validovaného dotazníku pro Českou republiku, a to verze Shiromovy-Melamedovy škály z roku 2006 (Ptáček, 2013). Pro sběr dat sexuality byl použit dotazník Sexuální funkce muže s rozšířenou Kroměřížskou verzí (Kratochvíl S.1999). Po stanovení pěti pracovních hypotéz (dále H) nás zajímalo, zda existuje vztah mezi syndromem vyhoření a sexualitou. Dotazníkové šetření probíhalo na zdravotnické záchranné službě v České republice od května do října 2018. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Ke zpracování bylo použito 51 dotazníků. Data byla zpracována metodami popisné statistiky a testováním hypotéz. Pro všechny výpočty byly využity jak parametrické (dvou výběrový t-test, ANOVA), tak neparametrické testy (Mann-Whitneyho test, Kruskal-Wallisův test). Na závěr byl průzkum srovnán s kontrolní skupinou mužů všeobecných sester jak ve fakultním, tak nefakultním zařízení.

Výsledky

H1: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím nižší bude potřeba pohlavního vybití. Hypotéza se nám nepotvrdila.

H2: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím nižší bude četnost pokusu o pohlavní styk a rovněž bude nižší i frekvence uspokojivých pohlavních styků. Hypotéza se nám nepotvrdila.

H3: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u mužů, pracujících jako záchranáři, pocit úspěšnosti v pohlavním životě. Hypotéza se nám potvrdila.

H4: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím negativněji bude ovlivněna nálada před pohlavním stykem a po něm. Hypotéza se nám potvrdila. Výsledek byl statisticky významný ve všech zkoumaných aspektech.

H5: Předpokládáme, že u respondentů s profesní praxí nad 5 let bude v dotazníku přítomno vyšší skóre syndromu vyhoření. Hypotéza se nám potvrdila.

Diskuse a závěr: V empirické části bylo posouzeno 5 hypotéz, týkajících se souvislosti syndromu vyhoření a pohlavního života mužů-záchranářů. Došli jsme k závěru, že osoby trpící syndromem vyhoření mají nízkou motivaci na vyplnění dotazníku a je velmi obtížné je k tomu přesvědčit. Výsledkem našeho výzkumu je, že záchranářů, kteří buď již vyhořeli a nebo k tomu mají velmi blízko, se objevilo v našem zkoumaném vzorku velmi málo. Daný vzorek tudíž nemůže reprezentovat celou situaci na všech pracovištích záchranné služby. Z našeho dotazníkového šetření vyplývá, že daný vzorek nevykazuje vysokou míru syndromu vyhoření. Největší zjištění bylo v H4 v náladě po pohlavním styku, s lepším pocitem byla asociována nižší míra všech druhů vyhoření, přičemž výsledek byl statisticky významný pro fyzické i celkové vyhoření. Zde tedy bylo prostřednictvím statistického testování prokázáno, že nižší míra fyzického i celkového vyhoření je spojena s lepší náladou po pohlavním styku. V ostatních zkoumaných oblastech se nám nepodařilo prokazatelně potvrdit statisticky významný vliv syndromu vyhoření na sexualitu.

Klíčová slova: Intimní život, problémy, sexualita, stres, syndrom vyhoření, zdravotnický záchranář.

ABSTRACT

Introduction to the issue: This paper examines the impact of burnout syndrome, which is common among caring professionals, on the sexuality of male paramedics. The term “burnout” was coined in the US 25 years ago. Burnout is defined as a mental state resulting from constant and long-term exposure to stress, especially in relation to psychosocial work factors (Melamed and Shirom, 2006). The effect of burnout syndrome on sexuality is a topic that has received very little attention. That is why I decided to cooperate with PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D. and doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc, who are working on an international study in the Czech Republic on the effects of burnout syndrome on human health.

Methodology: For the theoretical part of this diploma thesis, use was made of monographs and databases. For the practical part, quantitative data was collected using standardized questionnaires distributed among male paramedics. The first questionnaire focused on burnout syndrome using a validated questionnaire for the Czech Republic, one that applies the Shirom-Melamed scale from 2006 (Ptáček, 2013). An extended Kroměříž version of the Sexual Functions of Men questionnaire was used for collecting the data on sexuality (Kratochvíl, 1999). After establishing five working hypotheses (H), the relationship between burnout syndrome and sexuality was examined. The survey was conducted at the medical emergency facilities in the Czech Republic from May till October 2018. A total of 100 questionnaires were handed out, of which 51 were subsequently processed. The data were processed using descriptive statistics and hypotheses testing. Both parametric (two-selection t-test, ANOVA) and non-parametric tests (Mann-Whitney Test, Kruskal-Wallis Test) were applied to all the calculations. The results of the survey were subsequently compared to that of a control group of husbands of general nurses in both teaching and non-teaching facilities.

Results

H1: The higher the burnout score among male paramedics, the lower their sexual needs. The hypothesis was refuted.

H2: The higher the burnout score among male paramedics, the less likely they are to attempt sexual intercourse and the lower the frequency of satisfactory sexual intercourse. The hypothesis was refuted.

H3: The further burnout syndrome develops among male paramedics, the less sexually successful they feel. The hypothesis was confirmed.

H4: The higher the burnout score among male paramedics, the more negative their mood is before and after sexual intercourse. The hypothesis was confirmed. The result proved statistically significant from all examined aspects.

H5: Respondents with more than 5 years professional experience have a higher burnout syndrome score. The hypothesis was confirmed.

Discussion and conclusion: The empirical part of this paper examines five hypotheses regarding the effect of burnout syndrome on the sexual lives of male paramedics. It was found that those people suffering with burnout syndrome are less motivated to fill out

a questionnaire and that it is difficult to convince them to do so. The results of the conducted survey reveal that in the sample, very few male paramedics are suffering from burnout or are close to burnout, which may not be considered representative of all emergency service facilities. The most significant finding related to H4 regarding mood after sexual intercourse: the lower the rate of any kind of burnout, the better the mood. This result proved to be statistically significant for physical as well as overall burnout. In other words, it has been statistically proven that a lower rate of physical and overall burnout is connected to a better mood after sexual intercourse. No further statistically significant effect was found with regards to burnout syndrome and sexuality in the rest of the examined areas.

Keywords: Burnout, intimate life, paramedic, problems, sexuality, stress.

Poděkování

Děkuji PhDr. Šárce Dynákové Ph.D., za odborné vedení práce, za cenné rady, vstřícnost, podporu a čas, který mi věnovala při zpracování diplomové práce. Poděkování patří také Doc. PhDr. Janu Kožnarovi za odbornou konzultaci i rady v problematice sexuologie. A v neposlední řadě všem zdravotnickým záchranářům.

Obsah

1. Úvod.....	11
Teoretická část	13
2. Zdravotnická záchranná služba.....	13
2.1. Zdravotnická záchranná služba	13
2.1.1. Legislativa.....	15
2.1.2. Výjezdové posádky	15
2.2. Profese záchranáře	16
2.2.1. Specifika profese.....	16
2.2.2. Osobnostní předpoklady	17
3. Syndrom vyhoření.....	18
3.1. Příčiny syndromu vyhoření	19
3.2. Fáze syndromu vyhoření	20
3.3. Diagnostika syndromu vyhoření	20
3.4. Dotazníky	20
3.5. Projevy syndromu vyhoření	22
3.6. Syndrom vyhoření u záchranářů	22
3.7. Prevence syndromu vyhoření	24
3.8. Léčba syndromu v	25
4. Sexualita	26
4.1. Sexuální identita.....	26
4.2. Sexuální role.....	27
4.3. Sexuální orientace	27
4.4. Sexuální dysfunkce	28
4.5. Dotazník - sexuální funkce muže	29
4.6. Sexualita a syndrom vyhoření.....	30
Praktická část.....	31
5. Metodologie.....	31
5.1. Cíle práce	31
5.2. Hypotézy	31
5.3. Metodika sběru dat a popis vzorku respondentů.....	31

5.4. Popis respondentů	32
5.5. Vyhodnocení výsledků a jejich analýza	34
6. Diskuse	52
7. Závěr.....	62
8. Seznam použité literatury a dalších zdrojů	65
Seznam zkratk	71
Seznam grafů.....	72
Seznam tabulek	74
Seznam příloh.....	75

1. Úvod

... *Jsem pod velkým stresem, ... úplně vyhořelý ..., rád bych to zabalil ..., moje baterie je vybitá ...!*“. Kdo neslyšel podobné komentáře, když lidé mluví o své práci? Jsou taková prohlášení, která jsou stejně tak součástí moderní služby společnosti jako mobilní telefon a počítač, jen každodenní fráze, výmluvy pro nedostatek výkonu, nebo jsou to příznaky nemoci, které lze shrnout pod pojem „*syndrom vyhoření*“?

Termín „vyhoření“ byl vytvořen v USA před 25 lety. Například psychoanalytik Freudenberger publikoval jeden z prvních vědeckých popisů syndromu vyhoření jako psychiatrického a fyzického zhroucení. (Burisch 1994). Vyhoření je duševní stav definovaný jako důsledek neustálé a dlouhodobé expozice stresu, zejména v souvislosti s psychosociálními faktory při práci. (Melamed 2006).

Současný životní styl klade na jednotlivce neustále vyšší nároky ve všech oblastech života, což ovlivňuje jak pracovní, tak i emocionální a sociální sféru života. Touha po uznání a pracovním uplatnění v kombinaci s tlakem na výkon a časovým stresem mnohdy vedou k vyčerpání, přetížení a v konečném důsledku i k vyhoření.

Profese zdravotnického záchranáře s námi všemi ostatními je tak spojena hned dvoji pomyslnou nití. Jednak tím, že když dojde k nejhoršímu, jsou to právě oni, kdo nám pomohou oddálit nevyhnutelné, ale také tím, že i na ně působí stres, a to nejen běžný, z jejich vlastních životů, ale i stres profesionální. Práce záchranáře, která přináší každodenní rizika nejen stresu, ale i dalších poškození zdraví, ať to jsou různé přenosné choroby nebo riziko napadení či sexuálního obtěžování, zároveň vyžaduje, aby záchranář dokázal jednat chladnokrevně, rychle se rozhodovat, dokázal přijmout i nelehká rozhodnutí. Často sebou přináší zvýšené fyzické úsilí, obzvlášť při vyprošťování osob a transportu osob ze ztížených podmínek. Každý záchranář se také setkal s marností svého počínání, kdy i přes veškerou snahu pacienta zachránit nedokázal, s pochybnostmi, zda udělal všechno, co mohl, viděl kolem sebe tragédie, vnímal bolest a utrpení druhých. Není proto divu, že mnoho záchranářů trpí různými formami stresových dopadů na organismus, ať je to jen dlouhodobá únava, nebo již posttraumatická stresová porucha, syndrom vyhoření nebo další psychosomatická poškození. Je zcela logické, že bez odezvy nezůstane ani tak citlivá složka osobnosti člověka, jako je sexualita. Vzhledem k tomu, že lidská sexualita je závislá nejen na fyzických projevech, ale i na psychické pohodě člověka a na jeho pocitech, je jisté, že je stresem negativně ovlivňována.

V této práci se proto zabýváme vztahem mezi syndromem vyhoření u záchranářů a jejich sexualitou. Rozdělili jsme ji do teoretické a praktické části, kdy teoretická část je zpracována na základě analýzy odborné literatury v knižní či elektronické podobě, shrnuje dosavadní poznatky získané na téma práce záchranné služby a samotných záchranářů. Přinesli jsme ucelený pohled na problematiku syndromu vyhoření, jeho projevy, fáze a dopady na člověka. Pozornost je také věnována lidské sexualitě.

Pro dohledání validních a aktuálních informací byla provedena rešeršní činnost, která probíhala od října 2017 do dubna 2018. Vyhledávací kritéria, zvolené databáze a konečná sumarizace jsou popsány v následujícím textu. Pro tvorbu diplomové práce bylo vybráno

73 zdrojů z toho 48 českých i slovenských a 25 zahraničních. Použity také byly čtyři zákony, čtyři vyhlášky a pět webových stránek.

Při zpracování této diplomové práce jsme použili dva standardizované dotazníky, a to verzi Shiromovy-Melamedovy škály z roku 2006 (Ptáček, 2013). Pro vliv sexuality dotazník Sexuální funkce muže s rozšířenou Kroměřížskou verzí. (Kratochvíl S. 1999). Pro teoretickou část jsme kromě monografií využili při rešerši základní databáze, a to jak medicínské (Bibliographia Medica Českoslovaca, MEDLINE, EMBASE) tak i polytématické (EBSCO, Web of Science, Scopus).

V praktické části jsme sledovali, zda syndrom vyhoření má vliv na sexuální život u pracovníků záchranné služby. Jejich hlavním cílem bylo ověřit námi stanovené hypotézy. Porovnáváme zde předpoklady se získanými údaji, na základě komparace dat je analyzujeme a hodnotíme. Výsledky byly vyhodnoceny a graficky přehledně zpracovány.

Věříme, že tato práce přinese zajímavý pohled na problémy, se kterými se záchranáři potýkají a případně pomůže zlepšit péči o psychiku záchranářů, rozšířit povědomost o podpůrných programech a eliminovat některé negativní dopady této důležité a náročné profese.

Teoretická část

2. Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) zajišťuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči. Přednemocniční neodkladná péče (PNP) je definována jako péče o postižené na místě jejich úrazu nebo náhlého onemocnění, v průběhu jejich transportu k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení (zákon č. 374/2011 Sb.). Je poskytována při stavech, které bezprostředně ohrožují život postiženého, mohly by způsobit bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé následky, působí náhlé utrpení a bolest, mohou vést až k náhlé smrti. Její dostupnost je dána plánem pokrytí výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby tak, aby dojezdová doba k pacientovi byla do dvaceti minut. Tento plán se aktualizuje každé dva roky a je založen na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých obcí (zákon č. 239/2000 Sb.). Poskytovatelem zdravotnické záchranné služby je příspěvková organizace zřizovaná krajem, která zajišťuje nepřetržitý provoz zdravotnické záchranné služby včetně krajského zdravotnického operačního střediska. Tísňová linka ZZS má v Česku číslo 155 nebo evropské číslo 112.

2.1. Zdravotnická záchranná služba

Zdravotnickou záchrannou službu lze rozdělit na několik částí, a to na ředitelství, zdravotnické operační středisko a na výjezdové základny s výjezdovými skupinami. Dalšími součástmi jsou také pracoviště krizové připravenosti, vzdělávací a výcviková střediska. Na ZZS navazuje spolupráce s poskytovateli akutní lůžkové péče, kdy je pacient dovezen na kontaktní místo a předán k příjmu. Posádky také musí mít aktuální informace o stavu volných akutních lůžek, nepřetržitě spolupracovat se zdravotnickým operačním střediskem a ihned je informovat o provozních a jiných závadách, které omezují poskytování neodkladné péče posádkou. ZZS také poskytuje součinnost při záchranných a likvidačních pracích při řešení mimořádné události a krizových situacích (zákon č. 239/2000 Sb.). Zdravotnická záchranná služba je členem integrovaného záchranného systému spolu s Hasičským záchranným sborem a Policií České republiky.

Kromě organizačních složek je hlavní součástí ZZS zdravotnické operační středisko, což je centrální pracoviště operačního řízení pracující v nepřetržitém režimu. Každý kraj pak má vlastní krajské zdravotnické operační středisko, které je obsluhováno operátory. Všichni operátoři musí mít vzdělání v oboru zdravotnický záchranář nebo všeobecná sestra s absolvovaným certifikovaným kurzem „Operační řízení přednemocniční neodkladné péče“. Všichni musí být způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (zákon č. 96/2004 Sb.). Operátoři zajišťují příjem a vyhodnocení tísňového volání, které v podobě výzvy zašlou nejvhodnější posádce - té podají získané informace o události a navedou ji na místo události. Každé krajské zdravotnické operační středisko má také vlastního lékaře, který může pracovat i „přes telefon“, ale musí být schopen se na pracoviště ZZS dostavit do 20 minut od vyžádání.

Tísňové výzvy se podle naléhavosti rozlišují na čtyři stupně, které vyhodnocuje operátor. První stupeň se týká selhání nebo bezprostřední hrozby selhání základních životních funkcí, případně jde o mimořádnou událost s hromadným postižením zdraví. Druhý stupeň se týká pravděpodobného hrozícího selhání základních životních funkcí. U třetího stupně bezprostředně nehrozí selhání základních životních funkcí, ale stav pacienta vyžaduje poskytnutí zdravotnické záchranné služby. Čtvrtý stupeň se týká pacientů, u kterých nejde o urgentní ohrožení života, ale operátor rozhodne o vyslání výjezdové skupiny (jedná se většinou o úrazy nebo náhlé změny zdravotního stavu). Operátor zdravotnického operačního střediska vysílá výjezdové skupiny na místo události podle stupně naléhavosti tísňového volání, a to v pořadí od prvního stupně naléhavosti. Operátor také rozhoduje o vyslání letecké nebo vodní záchranné služby k místu události (Remeš, Trnovská, 2013). Dále také operátoři zajišťují komunikaci mezi složkami integrovaného systému, lokalizují místo události spolu se zjištěním základních informací o události, poskytují telefonicky asistovanou první pomoc nebo telefonicky asistovanou neodkladnou resuscitaci (vyhláška 240/2012 Sb.).

Základním pravidlem komunikace operátora s často vyděšeným volajícím je klidný hlas, jasné, důrazné a jednoduché otázky a stejně tak pokyny. Je potřeba zjistit, zda volající je schopen poskytnout první pomoc s instrukcemi operátora a vyčkat do příjezdu ZZS. Posádka si poté pacienta převezme, ošetří na místě a transportuje do zdravotnického zařízení. Všechny tyto návazné situace od zjištění události až po předání pacienta do zdravotnického zařízení se nazývají - *záchranný řetězec*. Pokud se jedná o pacienta s náhlou zástavou oběhu, jednotlivý sled důležitých kroků je ještě důležitější, protože jde o akutní záchrana života, pak je označován jako *řetězec přežití* (zákon č. 374/2011 Sb.).

Zdravotnická záchranná služba zabezpečuje kromě urgentních zásahů také dopravní zdravotní službu na převoz raněných, nemocných a rodiček, transplantační převozy a rychlý převoz krve, přepravu materiálů pro radiologii, vyžadujících zvláštní podmínky přepravy, repatriační transporty raněných a nemocných ze a do zahraničí, zabezpečuje koordinaci neodkladná péče při hromadných neštěstích a katastrofách, spolupracuje s dalšími složkami integrovaného záchranného systému (IZS): hasiči, policií, Horskou službou. Zajišťuje také provoz lékařské pohotovostní služby ve spolupráci se spádovými nemocnicemi, provozuje leteckou záchrannou službu za pomoci soukromých provozovatelů, armády a policie ČR, kdy jsou piloti zaměstnanci zmíněných provozovatelů, ale posádku tvoří zdravotníci-záchranáři.

Zdravotnická záchranná služba není v Česku zajišťována soukromými organizacemi, ale příspěvkovými organizacemi zřizovanými krajskými úřady, takže je službou garantovanou státem a spravovanou prostřednictvím samosprávných krajů. Na některých místech Česka provozují záchrannou službu i nestátní organizace, avšak přednemocniční neodkladná péče je zajištěna smluvně s územní záchrannou službou příslušného kraje nebo jsou výjezdové skupiny zařazeny do systému poskytování odborné přednemocniční neodkladné péče podle zákona 240/2012 Sb., o krizovém řízení (vyhláška 240/2012 Sb.). PNP je garantována státem a hrazena ze státního rozpočtu a zdravotního pojištění.

2.1.1. Legislativa

Chod ZZS je upraven zákonem č. 374/2011 Sb., o Zdravotnické záchranné službě - „*Tento zákon upravuje podmínky poskytování zdravotnické záchranné služby, práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby, povinnosti poskytovatelů akutní lůžkové péče k zajištění návaznosti jimi poskytovaných zdravotních služeb na zdravotnickou záchrannou službu, podmínky pro zajištění připravenosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací, výkon veřejné správy v oblasti zdravotnické záchranné služby* (vyhláška 240/2012 Sb.). Vyhláška upravuje stupně naléhavosti tísňového volání, operační řízení letecké výjezdové skupiny, obsah organizačně-provozního řádu zdravotnického operačního střediska a komunikační řád poskytovatele zdravotnické záchranné služby. Zákon č. 96/2004 Sb. upravuje odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického záchranáře (zákon č. 96/2004 Sb.). Z něj vychází i vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: „*Zdravotnický záchranář vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu, specifickou ošetrovatelskou péči.*“ Vyhláška č. 92/2012 Sb. je další právní normou, která stanovuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení zdravotnické záchranné služby (vyhláška č. 92/2012 Sb.). Vyhláška č. 99/2012 Sb. pak navíc upravuje požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (vyhláška č. 99/2012 Sb.). V příloze č. 6 k dané vyhlášce jsou uvedené požadavky na personální zabezpečení ZZS. Vybavení poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a jednotlivé požadavky na tyto dopravní prostředky jsou stanovené vyhláškou č. 296/2012 Sb., která určuje požadavky na technické a věcné vybavení, označení a barevné provedení těchto dopravních prostředků (vyhláška č. 296/2012 Sb.).

2.1.2. Výjezdové posádky

Přednemocniční neodkladnou péči zajišťují výjezdové skupiny, které se liší podle personálního zabezpečení a mají také různá poslání vzhledem ke stupňům akutního řešení dané situace:

- 1) rychlá zdravotnická pomoc (RZP) – nejméně dvoučlenná posádka ve složení řidič-záchranář a zdravotnický záchranář;
- 2) rychlá lékařská pomoc (RLP) – nejméně tříčlenná posádka ve složení řidič-záchranář, zdravotnický záchranář a lékař;
- 3) rychlá lékařská pomoc v systému Rendez-Vous (RV) – nejméně dvoučlenná posádka ve složení řidič-záchranář a lékař, která pracuje v součinnosti s výjezdovými skupinami rychlé zdravotnické pomoci ve víceúrovňovém setkávacím systému (Remeš, Trnovská, 2013);
- 4) letecká záchranná služba (LZS) - zdravotnická část posádky nejméně dvoučlenná ve složení zdravotnický záchranář a lékař.

Rozhodnutí o vyslání jednotlivých výjezdových skupin je výhradně v kompetenci operátora. V případech, kdy reálně hrozí nebo došlo k selhání základních životních funkcí (dýchání, krevní oběh, vědomí), je na místo události vysílána posádka RLP nebo LZS. V ostatních případech může být pacient kvalifikovaně ošetřen posádkou RZP.

Do roku 2018 bylo na území České republiky dislokováno celkem 505 výjezdových skupin zdravotnické záchranné služby rozmístěných na 283 výjezdových stanovištích, z toho 10 skupin leteckých.

2.2. Profese záchranáře

Jak jsme se již zmínili, k výkonu práce zdravotnického záchranáře je potřeba splnit odbornou způsobilost, která byla sestavena v zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče, a upřesňuje ji § 17 zákona č. 201/2017 Sb. Zdravotnický záchranář je způsobilý k výkonu svého povolání po absolvování akreditovaného bakalářského studijního oboru zdravotnický záchranář, nebo nejméně tříletého studia oboru diplomovaný záchranář. Dále pak tuto profesi může vykonávat absolvent střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický záchranář nebo zdravotník, který získal odbornou způsobilost k povolání všeobecná sestra a zároveň specializovanou způsobilost v oboru sestra pro intenzivní péči, nebo byl členem výjezdové skupiny alespoň polovinu pracovní doby po dobu 5 let v posledních 6 letech. Podle aktuálních změn v zákoně musí zdravotnický záchranář minimálně 1 rok po ukončení studia pracovat například na urgentním příjmu a až poté může vykonávat práci bez odborného dohledu v rámci specifické ošetrovatelské péče, při poskytování PNP (zákon č. 201/2017 Sb.).

2.2.1. Specifika profese

Specifickými rysy profese záchranáře jsou zejména práce pod tlakem a „chronická“ pohotovost, protože doba od zpracování výzvy dispečerem do výjezdu posádky a dojezdový čas jsou termíny, které musí posádka vždy dodržet. „Stand-by režim“, ve kterém záchranáři po dobu celé služby jsou, vyžaduje neustálou pozornost a pohotovost. Specifickými pro práci na záchranné službě jsou i přesčasy. Dalším specifickým rysem jsou zásahy v terénu. Zásah je často spojen s neznámým prostředím, proto záchranář musí vždy počítat se skrytými riziky daného prostředí, zasahovat při špatné viditelnosti, v zimě nebo při extrémních teplotách. Při zásahu se musí rychle adaptovat na podmínky místa zásahu. Často je nutné překonat pěšky kilometrové vzdálenosti s vybavením potřebným k ošetření, několikapatrové schody a také kontakt s mnohdy agresivním pacientem nebo jeho „ošetrovatelem“, což hrozí rizikem fyzické újmy a vyžaduje dobrou fyzickou i psychickou kondici.

Samostatnou kapitolou je pak absence zpětné vazby – záchranář se často ani nedozví, zda jeho rozhodnutí byla správná, zda pacient přežil či zemřel, nedočká se poděkování jako např. lékaři v nemocnici.

2.2.2. Osobnostní předpoklady

Většina autorů řešících tuto problematiku se shoduje na tom, že mezi charakteristické rysy záchranáře patří orientace na činnost, vysoká potřeba stimulace, touha po okamžitě viditelných výsledcích, silná vnitřní motivace, ochota podstoupit riziko a potřeba řídit situaci (Šeblová, Kebza, 2005). Image záchranáře jen přispívá k posílení jeho osobnostních rysů, protože pacienti a účastníci krizové situace vnímají záchranáře jako profesionály, kteří jsou schopni nadlidských výkonů. Jsou ohromeni fascinující chladnokrevností, obdivuhodnou zručností a vytrvalostí záchranářů. Stejně tak dobré komunikační schopnosti, kladný vztah záchranáře k lidem, pozornost, trpělivost, pečlivost, empatie a pokora dotváří jeho osobnost. Je pravdou, že si dané povolání vybírají lidé, kteří si jsou určitým způsobem podobní. Jsou schopni zvládat velkou psychickou zátěž, pracovat v improvizovaných podmínkách a ovládat své emoce (Andršová, 2012). Záchranář často obětuje své profesi nejen svůj čas, ale i zájmy. Nedílnou součástí každé nebo každého z nich je i dobrá fyzická kondice, obratnost a zručnost při manipulaci s různými nástroji, materiálem a také technická zdatnost. Samozřejmostí je dokonalá profesní připravenost, od teoretických vědomostí po praktické dovednosti, sledování aktualit v oboru, získávání nových kvalifikací a celoživotní vzdělávání (zákon č. 201/2017 Sb.).

Záchranář by tedy měl být celkově psychicky i sociálně zralou osobností. Nicméně i jedince, přivyklého práci v časovém stresu a v napětí, ovlivňuje jak jeho vlastní osobní život, tak momentální fyzické a psychické problémy, kterým se nevyhne nikdo z nás.

3. Syndrom vyhoření

Současný životní styl klade značné nároky na naši výkonnost, očekává se od nás více než plnohodnotný výkon v práci, často na úkor osobního života, což zase přináší problémy ve vztazích. Na jedince jsou kladeny přílišné nároky, kterým se snaží vyhovět, ať již z důvodů finančních, či obavy ze ztráty zaměstnání, případně proto, že mu povahové vlastnosti nedovolují práci odbýt nebo odmítnout.

Syndrom vyhoření je složitý jev s více než 40 lety empirického výzkumu (Schaufeli 2009). Tento termín byl poprvé použit v 70. letech 20. století Hendrichem Freudenbergerem. Nejprve označoval stav u alkoholiků, které zajímal jen alkohol, a k okolnímu světu začali být apatičtí, dále pak u toxikomanů a workoholiků, u kterých také dominovalo zaměření na jediný podnět. Později se tento termín začal používat v souvislosti s pracovním prostředím, kde se intenzivně pečovalo o lidi v akutních krizových situacích a kde jich bylo v poměru ke klientům vždycky málo (Křivohlavý, 1998).

Dnes existuje mnoho definicí, ale všechny mají podobný význam a shodují se na tom, že jde o psychosomatické onemocnění, při kterém dochází k fyzickému, psychickému a emocionálnímu vyčerpání organismu a tyto změny jsou projevem dlouhotrvajícího a nadměrného stresu (Honzák, 2013). Hlavními vjemy syndromu jsou: pocit bezmoci a beznaděje, fyzická únava až nedostatek energie k podávání běžných výkonů, podrážděnost, ztráta iluzí a vytvoření si negativních postojů k práci i k životu jako takovému. Tento syndrom má v pomáhajících povoláních všeobecně mnoho sociálních a ekonomických následků. Častá onemocnění, způsobující pracovní výpadky, mohou vyústit v opuštění povolání či předčasném odchodu do penze. Avšak pokud se syndrom vyhoření včas rozpozná, lze omezit škody nebo se mu dokonce i vyhnout (Křivohlavý, 2012).

Syndrom vyhoření je překladem anglického výrazu "burnout syndrome" nebo "burn-out syndrome," který se v obou formách zdomácněl i v české literatuře. Představuje výstižnou metaforu, nakolik anglické sloveso "to burn" znamená hořet, přičemž ve slovním spojení "burn out" jde o výraz dohořet, vyhořet, vyhasnout. Všechny tyto názvy v sobě skrývají stejný problém a tím je emoční a citová únava, která je velmi specifická (Andršová, 2012). Velmi výstižně přirovnal vyhoření Myron D. Rush k svíčke: *"Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím více světla. Svíčka však zároveň rychleji vyhoří."* (Rush, 2003).

Podle Křivohlavého: *"Vstupujeme do života s určitou mírou energie, s nadějí očekáváme, že se nám podaří uskutečnit to, na co se těšíme. Po určité době však tam, kde jsme se setkali s překážkami, obtížemi a neúspěchy, toto počáteční nadšení ztrácíme"*. (Křivohlavý, 1998).

Psycholožka Kallvass zase charakterizuje syndrom vyhoření jako *"všeobecně známý jev. Je to stav extrémního vyčerpání, vnitřního odstupu, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických problémů"*. (Kallvass, 2007).

Podobnou definici naformulovali i čeští autoři Kebza a Šolcová, kteří uvádějí: "vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně

pracovní stres" a zařazují ho jako "stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků" (Kebza, Šolcová, 2003).

Výzkumníci obecně souhlasí s tím, že vyhoření je vícerozměrný konstrukt (Kristensen et al., 2005) různé koncepty vyhoření byly navrženy různými skupinami výzkumníků (Shirom, Melamed, 2006) vycházející z Hobfollvy teorie udržení zdrojů (COR- Conservation of resources) (Toker et al 1992). Argumentovali, že centrální charakteristiky konstrukce vyhoření jsou emocionální vyčerpání, fyzická únava a kognitivní únava.

Na základě Shiromovy Melamedovy definice vyhoření, vědci ukázali, že vyhoření má vliv na výsledek fyzického i duševního zdraví. (Melamed et al, 2006)

3.1. Příčiny syndromu vyhoření

Rizikové faktory vedoucí k syndromu vyhoření jsou podmíněny osobností jedince včetně jeho vztahů (určujících nebo interpersonálních), povoláním a pracovními vztahy, v nichž jde zejména o organizaci práce, a podmínkami pracovního prostředí, nastavením společnosti ve vztahu k některým skupinám zaměstnanců.

Syndromem vyhoření jsou ohroženi jedinci s určitými osobnostními rysy, mezi které patří zejména: osobnost typu se silným zaměřením na výkon, přehnanou soutěživostí, nízkým stupněm asertivity, závislostí na dosahování uznání, senzitivita, obětavost, nízké sebevědomí a sebehodnocení, počáteční vysoká angažovanost; zanícení, entuziasmus, neschopnost odreagovat se, snaha řešit problémy jiných, absence regenerace vnitřních sil, vztek, nepřátelství a agresivita, workoholismus - závislost na práci. (Kopřiva, 2013), (Příkrylová, et al, 2008)

Mezi charakteristiky profesí včetně zdravotnických, spojených s rizikem rozvoje syndromu vyhoření patří

- neschopnost polevit z vysokého tempa;
- život v časovém stresu;
- extrémní nároky kladené na sebe sama;
- získání dobré pracovní pozice;
- odmítání pomoci druhých – je chápána jako vlastní selhání;
- extrémně zaměření se na detaily;
- nereálné cíle, očekávání;
- zkreslený pohled na životní hodnoty a priority;
- soutěživost jako osobnostní rys jedince;
- práce za každou cenu i bez dlouhodobé možnosti relaxu (například dovolená);
- problematický zdravotní stav;
- dlouhodobý výkon rutinní práce bez možnosti změny (Rush 2003);
- nárazový charakter práce, zdravotnický pracovník musí často zabývat několika úkoly, které je třeba zvládnout ve stanoveném čase (Nešpor, 2007).

3.2. Fáze syndromu vyhoření

Vývoj syndromu vyhoření postupuje pozvolna v několika fázích (Maroon, 2012). První fází je idealistické nadšení. Jedinec, který má velké ambice, vysoké ideály související s prací a klade na sebe nesplnitelné požadavky, může podlehnout syndromu vyhoření. Přeceňování vlastních schopností jedincem vede k neefektivnímu využití vlastní energie. Dále následuje fáze stagnace se zklamáním, zažitým v práci, které nutí člověka přehodnotit vlastní ideály a priority. Plat a kariérní růst, které zaměstnanec zpočátku považoval za méně důležité aspekty práce, se začínají dostávat do středu jeho zájmu. V této druhé fázi se začínají objevovat problémy s kolegy a rodinou. V tomto případě ještě ani jedinec, ani okolí, nejsou schopni vývoj syndromu vyhoření odhalit. Postupem času přichází třetí fáze. Když jedinec začíná vnímat, že jeho schopnosti jsou omezené, uvědomuje si vlastní bezmocnost, podceňuje výsledky své práce. Začíná pociťovat nedostatek uznání ze strany kolegů, nadřízených i pacientů. Rostoucí zklamání vede k apatii, která je čtvrtou fází syndromu vyhoření. Vlivem frustrace postupně dochází k vnitřní rezignaci. Jedinec se vyhýbá náročným úkolům, kontaktům, dělá jen nezbytné věci a snaží se je vyřídit co nejrychleji. K celkovému psychickému stavu zaměstnance se přidávají pocity rezignace a zoufalství z nedostatku jiných možností uplatnění.

3.3. Diagnostika syndromu vyhoření

Jak jsme již uvedli, k syndromu vyhoření vede mnoho faktorů, které se často vyskytují především v pomáhajících profesích, a tyto faktory by se měly vzít v potaz při jeho diagnostice. Nejčastěji k těmto faktorům patří dlouhotrvající osobní styk s lidmi, dlouhodobé jednání, či dohadování se s lidmi, dlouhodobé trvání pracovního přetížení, stereotypní pracovní režim a přetěžování daného pracovníka kladením vysokých nároků. Diagnostika se provádí pomocí různých metod, kdy nejběžnějšími metodami jsou dotazníky. Také lze diagnostiku stanovit pomocí sémantického diferenciálu. Podstatou této metody je odlišení jemných odstínů ve významu extrémně protikladných adjektiv. Grafickým znázorněním je škála, která je dána přímkou s vyznačenými extrémy na obou koncích. Vyšetřovaný jedinec musí zaznamenat, ke kterému pólu čáry je subjektivně „blíže“. Otázky ohledně fyzického, psychického a emocionálního vyčerpání, které mají bipolární formulaci, mohou být užitečnými v diagnostice burn-out syndromu (Křivohlavý, 2009).

3.4. Dotazníky

K diagnostice vyhoření se používají především dotazníky, například orientační dotazník autorů Hawkins, Minirth, Maier a Thursman, který je zaměřen na celou šíři problematiky vyhoření (Křivohlavý 1998). Inventář projevů syndromu vyhoření s 24 položkami autorů Tošnerová a Tošner, který zjišťuje projevy vyhoření v rozumové, tělesné, sociální a emocionální rovině (Tošnerová, Tošner, 2002) Další metodou pro diagnostiku syndromu vyhoření je Burn out Measure dotazník, který vypracovali A. Penesova a E. Aronson. Tento dotazník je zaměřen na fyzické, emocionální a psychické vyčerpání. Podle něj se dá odhalit míra vlastního psychického vyhoření. Tento dotazník se skládá

z 21 položek, které se posuzují pomocí sedmibodové škály, kdy číslice 1 znamená nikdy a číslo 7 znamená vždy. Dotazník se po vyplnění vyhodnotí a získaný výsledek vyjadřuje hodnotu vyhoření. Výhodou je, že dotazník lze vyplňovat i vyhodnotit osobně, nebo to může udělat osoba blízká, jako je například člen rodiny nebo spolupracovník (Prieß, 2015). V přibližně ve stejném období jako Freudenberger psychologka Christina Maslach zaměřovala své sledování na zvládání pracovních vypjatých emocionálních situací, vedoucích k dlouhodobému stavu emocionálního vyčerpání. Spolu se Susan E. Jackson popsali vyhoření jako syndrom emocionálního vyčerpání, depersonalizace a snížení osobního výkonu jedinců v těch profesích, které se věnují potřebám lidí (Maslach et al, 1997).

Na vzniku dalšího dotazníku se podíleli Maslachová a Jacksonová a slouží ke zjišťování emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého pracovního výkonu. Jedná se o jeden z nejznámějších dotazníků ke sledování syndromu vyhoření u exponovaných profesí a používá se především ke zjištění syndromu vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví. Účelem je zjistit, jak se pracovníci dívají na svou práci a na osoby, s nimiž spolupracují. Dotazník má tři faktory. Jeden je laděn pozitivně – osobní uspokojení z práce (PA – personal accomplishment), zatímco další dva jsou laděné negativně. Prvním z těchto negativních faktorů je emocionální vyčerpání (EE - emotional exhaustion), charakterizované nedostatkem sil k daným činnostem, ztrátou chuti k životu a nedostatečnou motivací. Tím druhým je depersonalizace (DP - depersonalisation), charakterizovaná jako ztráta úcty k druhým lidem - například jednání s pacienty jako s neživými předměty. Dotazník se skládá celkem z dvaadvaceti otázek, z čehož je devět zaměřeno na emocionální vyčerpání, pět na depersonalizaci a osm na osobní uspokojení z práce. U každé otázky lze odpovědět jedním ze sedmi stupňů odpovědní škály. Výsledky se hodnotí podle stupnice častosti výskytu a stupnicí intenzity. Celkové skóre se vyhodnocuje pro jednotlivé faktory (Vágnerová, 2004).

Dotazník Shiromovy – Melamedovy škály (dále jen SMBM) je založen na Hobfollově teorii (Hobfoll 1989,1998) zachování zdrojů (COR). Stěžejní principy teorie jsou takové, že lidé mají základní motivaci získávat, uchovávat a chránit zdroje, které si cení. Existuje několik typů zdrojů, které lidé oceňují, včetně materiálních, sociálních a energetických zdrojů (Hobfoll, Shirom 2000).

Koncepce "SMBM" se vztahuje pouze na energetické zdroje. Perspektiva teorie byla aplikována v několika článcích ke konceptualizaci burn-out (Wilk, Moynihan 2005).

SMBM obsahuje 22 položek ve čtyřech podkapitolách:

- Fyzická únava (PF);
- Kognitivní únava (CW) (Toker,1992);
- Napětí;
- Apatie (Kushnir, 1992).

Fyzická únava se skládá z 8 položek, jejichž příklady jsou „*Cítím se unavený*“ a „*Moje baterie jsou vybité.*“ Šest položek měří kognitivní opotřebení, příkladem je „*Mám pocit, že nemyslím jasně*“ a „*mám potíže s přemýšlením o složitých věcech*“. Čtyři položky měří

napětí a zahrnují „*cítím se napjatý*“ a „*cítím se uvolněně*“. Položky měření apatie zahrnují „*já se cítím plný vitality*“ a „*já se cítím pohotový*“. Každá položka je hodnocena pomocí sedmibodové stupnice od 1 „*Nikdy nebo téměř nikdy*“ až po 7 „*Vždy nebo téměř vždy*“. Pět položek má obrácené bodování, jednu položku v oblasti napětí, tři v oblasti bezobsažnosti a jednu v oblasti fyzické únavy. Pro každou subdoménu a měřítko jako celek je celkové skóre zprůměrováno počtem položek v doméně (Ptáček at al. 2013).

3.5. Projevy syndromu vyhoření

Projevy vyhoření u zdravotnických pracovníků jsou totožné s jinými pomáhajícími profesemi. Patří sem:

- únava;
- pokles výkonnosti;
- deprese;
- úzkost;
- poruchy spánku, paměti a soustředění;
- neschopnost uvolnit se;
- nespokojenost se sebou;
- snížení sebevědomí a sebedůvěry;
- narušení mezilidských vztahů;
- tendence k užívání návykových látek, jako je alkohol, tabák, drogy.

Mezi jeho fyzické důsledky patří:

- poruchy trávení, chuti k jídlu;
- pocit dušnosti;
- snížený zájem o sex;
- bušení srdce;
- zvýšený krevní tlak, arytmie a jiné vegetativní projevy (Gazdíková, 2015).

V rovině sociální dochází ke změnám v sociálních vztazích, v chování k pacientům, k spolupracovníkům, mění se i vztah k blízkým, členům rodiny.

3.6. Syndrom vyhoření u záchranářů

Pracovníci zdravotnických záchranných služeb se často setkávají se stresujícími situacemi, ze všech nejvíce potom zdravotníci záchranáři, kteří přicházejí do bezprostředního kontaktu s postiženými osobami a prožívají s nimi negativní emoce, jako je zoufalství, beznaděj a smutek (Vágnerová, 2004). V neposlední řadě se k těmto situacím řadí také neúspěch, pocit bezmoci při různých stavech a rovněž onemocnění. Každý zdravotnický záchranář by proto měl zvládat psychicky i fyzicky náročné situace a být na ně připraven. Většina případů je ovšem neakutního rázu, a proto ne každý je na mimořádnou situaci zcela vždy připraven. Někdo naopak může být zklamán z práce, která přináší jen neakutní stavy, a proto by si každý zdravotnický záchranář měl uvědomovat, že je zde pro to, aby pomáhal lidem (Andršová, 2012). Stresory, které způsobují stres, dělíme na fyzické,

psychické a sociální stresory. Mezi fyzické patří například hluk, hlad, fyzické vyčerpání, nedostatek spánku nebo přemíra stresujících podnětů. Psychickými jsou časová tíseň, příliš vysoké pracovní nároky, mnoho změn během krátké doby nebo dokonce nedostatečné vytížení. Mezi sociální stresory lze zařadit různé konflikty s kolegy v zaměstnání nebo ztrátu blízké osoby. Zdravotničtí záchranáři se potýkají nejčastěji právě s omezeným časem, náročnými situacemi (například smrt dítěte po kardiopulmonální resuscitaci nebo ošetřování blízké osoby), nedostatečným plánováním či nespolupracujícím klientem. Dá se proto říci, že jejich práce je velmi frustrující, náročná, nevděčná, konfliktní. Pokud má navíc ještě záchranář velmi vysoké ambice, potlačuje vlastní zájmy, stává se workoholikem, ztrácí schopnost asertivně jednat a nabírá si více povinností, jsou to pro rozvoj vyhoření ideální podmínky. Ale i s těmito faktory by měl záchranář dopředu počítat. Je důležité, aby každý dodržoval určité zásady psychohygieny, nezanedbával svou psychickou stránku a držel své tělo i mysl v dobré kondici (Vágnerová, 2004). Nejhůře mezi zdravotnickými záchranáři jsou na tom dispečerky a dispečeri, kteří pracují na zdravotnickém operačním středisku. Oni se jako první dostávají do kontaktu s rozrušeným volajícím, musí v krátkém časovém intervalu zjistit co nejvíce relevantních informací a celou situaci v danou chvíli mohou pomáhat vyřešit jen pomocí rad přes telefon. Většinou nemají zpětnou vazbu, jak daný výjezd skončil a za své výsledky jsou jen zřídka oceněni (Andršová, 2012).

Anglická lékařka Sheila Cassidy, která pracovala v hospicové péči a vnímala syndrom vyhoření jako největší z problémů pomáhajících profesí, vytvořila soubor hlavních bodů, které by se měly ve zdravotnictví dodržovat jako prevence i léčba syndromu vyhoření. Některé tyto body lze také uplatnit v přednemocniční péči u zdravotnických záchranářů:

- 1) buď k sobě mírný, vlídný a laskavý;
- 2) uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit;
- 3) najdi si místo, kam se můžeš uchýlit do klidu, když potřebuješ uklidnění;
- 4) buď oporou a povzbuzením lidem, které ošetřuješ, i svým spolupracovníkům;
- 5) uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení cítit se zcela bezmocným a bezbranným;
- 6) snaž se změnit způsoby, tedy co a jak děláš, pokus se to dělat pokaždé trochu jinak;
- 7) neber si svou práci domů, raduj se z toho, co se ti ten den povedlo;
- 8) snaž se sám sebe povzbuzovat a posilovat, mít vlastní iniciativu, nebýt stereotypní;
- 9) snaž se využívat povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu;
- 10) řádně si užívej volné chvíle a nenech si je zkazit prací;
- 11) nauč se říkat „rozhodl jsem se“ namísto „musím“ nebo „mám povinnost“;
- 12) vynechej netečnost a zdrženlivost ve vztazích s druhými lidmi;
- 13) často a rád se směj, raduj se. (Cassidy, 2006)

Dodržování již zmíněných rad by mělo stačit k tomu, abychom syndromu vyhoření předešli. Lze ale také jako dobrou prevenci, či léčbu syndromu vyhoření, dobrovolně využívat různých preventivních opatření zaměstnavatele, pokud je nabízí. Ve zdravotnictví existuje celá řada programů, seminářů na téma syndrom vyhoření, rekreačních pobytů a společenských výletů, i odborná pomoc v rámci systému psychosociální intervenční

služby. Syndrom vyhoření může postihnout kohokoli v pomáhajících profesích, proto by se neměla zanedbávat prevence, jelikož následky mohou být pro některé osoby likvidační, a to jak po psychické stránce, tak i po psychické (Šeblová, Kebza, 2005).

3.7. Prevence syndromu vyhoření

Vzhledem k tomu, že syndrom vyhoření má mnoho příznaků ať už specifických nebo nespecifických a vyvíjí se velmi pomalu, tak mnoho osob tímto syndromem ohrožených podceňuje prevenci a situaci začnou řešit, až když se projevuje vážnými problémy. Preventivní postupy lze rozdělit na interní a externí. Interní postupy se zabývají prevencí vyhoření osoby, které hrozí vyhoření, zatímco externí postupy se zaměřují na úpravu vnějších podmínek, které mohou syndrom vyhoření ovlivnit (Křivohlavý, 2012). Interní postupy radí lidem žít smysluplný život, nezaměřovat se jen na jeden cíl. Nepřehánět pracovní zátěží, oddělovat osobní život od pracovního a nevtahovat problémy ostatních lidí mezi své vlastní. Velkou roli zde hraje také odolnost vůči velké zátěži, a to fyzické i psychické (Stock, 2010). Mezi externí postupy patří především sociální podpora. Sociální podporou je myšlena především rodina, přátelé a spolupracovníci. Tato podpora by zde měla být vždy, když daná osoba prochází těžkou životní situací. Ovlivňuje velkým podílem kvalitu života, jelikož bez sociální podpory nemůže docházet k uspokojování sociálních potřeb člověka.

Prevenčí na úrovni jednotlivce je tedy myšleno, abychom se nijak nezanedbávali, dokázali odpočívat a mysleli na své potřeby. Také bychom se měli naučit požádat o pomoc, když nám k dané věci síly nestačí. Je také nutné udržovat mezilidské vztahy a mít sociální oporu u blízkých osob, když to potřebujeme, udržovat dobré vztahy, nejen v rodině, ale i se spolupracovníky. Zdravé sebepoznávání a sebehodnocení udržuje stabilitu osobnosti. Je také dokázáno, že jako dobrá prevence proti syndromu vyhoření funguje i dobrá tělesná kondice, proto je vhodné mezi své koníčky zařadit i sport nebo nějaké pohybové aktivity (Stock, 2010).

Prevence na úrovni organizace je předcházení syndromu vyhoření, které pracovníkům zajišťuje zaměstnavatel. Tato prevence není jen v zájmu zaměstnanců, ale má i ekonomický podtext, jelikož pracovníci se syndromem vyhoření ztrácí vůli pracovat a snižuje se tím jejich pracovní výkonnost. Patří sem především zajištění dobrého pracovního prostředí, které zaměstnance nestresuje. Je proto důležité udržovat „zdravý“ pracovní kolektiv s dobrou spoluprací, společnými cíli, vzájemnou důvěrou. Zaměstnavatel proto může pořádat relaxační pobyty nebo společné výlety, které mohou upevnit vzájemné vztahy na pracovišti. Lze sem také zařadit různé preventivní přednášky na téma syndrom vyhoření, kde odborníci mohou poradit zaměstnancům, jak efektivně využívat preventivních opatření proti syndromu vyhoření, nebo kde vyhledat odbornou pomoc. Další důležitou preventivní metodou je již zmíněný systém psychosociální intervenční služby. Tento systém péče a podpory je zaměřen především na zdravotnické záchranáře pracující v přednemocniční péči a dále na pracovníky oddělení urgentní péče v nemocnicích. Cílem je pomoci při zvládnutí psychicky náročných situací. Tuto pomoc zajišťuje odborně vyškolený tým skládající se z psychologa a jedenácti peerů, což jsou

profesní kolegové, kteří prošli certifikovaným výcvikem v NCO NZO Brno. Systém psychosociální intervenční služby především informuje, vzdělává a napomáhá k vytvoření odolnosti proti nadměrné psychické zátěži (<https://spis.cz>).

3.8. Léčba syndromu vyhoření

Ačkoliv v ČR syndrom vyhoření nemá klasifikaci nemoci, jako je tomu například v USA, kde jej řadí mezi nemoci z povolání, i v jeho případě platí, že čím dříve se začne řešit, tím lépe. Pokud si jedinec ohrožení uvědomí již ve fázi stagnace, kdy pocítí, že se něco v jeho životě mění, pak jsou předpoklady pro léčení syndromu nejlepší. Nicméně se nevylučuje ani úspěch ve fázích frustrace a apatie. Problém je především v tom, že u syndromu vyhoření jde o pomalý, plíživý proces, takže dlouho to vypadá, že jde o špatnou náladu, dočasné problémy v práci, či důsledek stresu. Proto si mnozí skutečnost připustí pozdě a nejsou již schopni se s ní sami vyrovnat. Když tedy již dojde k plnému rozvoji syndromu vyhoření, je nejlepším řešením svěřit se do rukou odborníka, psychologa nebo psychiatra. Ti zajistí testování, při kterém stanoví míru rozvoje syndromu a také vhodnou terapii.

Nejčastěji se používá kognitivně-behaviorální terapie a dalších přístupů vedoucích k uvědomění si problému a nalezení jeho řešení. Psycholog pomáhá při hledání realističtějšího přístupu k zaměstnání i sobě samému, osvojení si základů zdravé životosprávy, umění odpočívat a vybudování sociální podpůrné sítě. Také se rozebírají osobnostní rysy nemocného, jeho práce a mezilidské vztahy. Pouze v případě, kdy jsou se syndromem spojeny další akutní obtíže, jako jsou deprese, sklony k sebestrukci, nespavost, či jiný problém spojený s aktuálním ohrožením života, musí zasáhnout psychiatr a předepsat potřebné léky. Přesto i tak pomoc léků nestačí, psychologická podpora je nutná vždy, protože nestačí vyléčit potíže, ale často naprosto změnit pohled na vlastní život a priority.

Zajímavou alternativu vytvořila klinická psycholožka PhDr. Michaela Peterková pro jedince ohrožené syndromem vyhoření, kteří mají buď problémy dostat se na sezení s psychologem nebo z nějakého důvodu na osobní kontakt přistoupit nechtějí. Jsou to online kurzy *Žlutá sova* sestavené psychology, zcela anonymní a důvěrné, ke kterým máte přístup kdykoli chcete, mají zaměření na pomoc s různými psychickými problémy. Jedinec tak nemusí komunikovat se „živým“ psychologem, ale dostává rady pomocí natočených skečů. Programy jsou navíc interaktivní, takže se aktivně zapojujete, zapisujete, volíte a přemýšlíte (<https://www.velka.zlutasova.cz>).

4. Sexualita

Ačkoliv sexualita označuje velký soubor vlastností a jevů, které vyplývají z pohlavních rozdílů, jako jsou anatomické, hormonální a reprodukční rozdíly mezi mužem a ženou, souhrn projevů chování a citění, erotické projevy a chování a přijímání rozdílných sociálních rolí (Caponni, Hajnová, Novák, 1994), my se zaměříme na ty, které jsou spojeny s pohlavním rozmnožováním, genitálním a erotickým stykem a genitálním sebeuspokojováním.

4.1. Sexuální identita

Sexuální identita má úzkou spojitost se sebepojetím člověka, protože určuje, zda se jedinec cítí být mužem či ženou, heterosexuálem, homosexuálem, či bisexuálem. Tato identita se ale vždy týká vnitřního prožívání člověka, takže nemusí být v souladu s jeho skutečnou biologickou existencí (Fifková et al, 2008). Proto k sexuální identitě řadíme i transvestitismus, kdy se jedinec touží podobat opačnému pohlaví v některých znacích, a transsexualitu, kdy se skutečně cítí být opačným pohlavím v nesprávném těle a snaží se o dokonalou změnu pomocí hormonální a chirurgické změny (Weiss, 2010).

Sexuální identita se utváří již v dětství, zhruba do 3 let věku, nicméně vědci jsou přesvědčeni, že sám pocit příslušnost k určitému pohlaví se vytváří již ve 2. trimestru nitroděložního vývoje, ačkoliv si je plod neuvědomuje. Vzniká na základě genetických a vývojových činitelů, které jsou ovládány vlivem pohlavních steroidů na centrální nervovou soustavu. Po porodu se pak jedinec vyvíjí podle této predispozice, nikoli podle biologické existence. Určitou roli také hrají vlivy okolí, které mohou predispozice potlačovat nebo naopak zesilovat (Fifková et al, 2008).

V současnosti, kdy se možná až přespříliš medializuje právě ona sexuální identita, dochází k extrémům, jak předpověděl již před 40 lety francouzský filozof Michel Foucault v závěru, že lidská sexualita je konstrukt zformovaný sociální a kulturní realitou a nemá mnoho společného s biologií (Eribon, 2002). Mimochodem sám Foucault natolik experimentoval s vlastní sexuální identitou, že v 57 letech zemřel na AIDS. Ale současnost jeho názoru dává za pravdu, protože v posledních letech vzniklo několik nových, pro mnohé dosti absurdních sexuálních identit. Vytvoření těchto nových identit v podstatě vede k jedinému, že se o nich hovoří a jedinci, kteří se cítí být zařazení do některé z nich, snadněji hledají kontakty a zbavují se pocitu, že podobně *jiní* jsou jen oni na celém světě.

Profesorka Proustová (Proust, 2005, s. 54) říká: „*Všechno to je kvůli tomu, že k uznání vlastní existence potřebujete jméno, nějaký název, protože to, co nemá jméno, prostě neexistuje.*“

Nově vytvořené identity, které vznikly v posledním desetiletí, ale již nejsou striktně zaměřené jen na pohlaví, ale na objekt nebo subjekt touhy. Můžeme se tak nově setkat s *pansexuály* (sexuálně přitažlivý každý člověk bez ohledu na pohlaví), *omnisexuály* (přitahován všemi pohlavími a identitami), *demisexuály* (vyhledávají silné emoční spojení bez ohledu na pohlaví), *autosexuály* (sexuálně upřednostňují sami sebe), *gynosexuály* (přitahováni ženami bez ohledu na jejich sexuální identitu), *androsexuály* (jsou přitahováni

oběma pohlavími bez viditelných druhotných znaků), *sapiosexuály* (vzrušuje je inteligence protějšku) a dokonce *objektumsexuály* (jsou vzrušováni neživými objekty) (Fafejta, 2016). Nicméně je nutno poznamenat, že ze sexuologického hlediska stále zůstává původní náhled na sexuální identitu a k uvedeným „novinkám“ se přihlíží pouze jako k rozdílným sexuálním preferencím.

4.2. Sexuální role

Sexuální role je vnějším projevem pohlavní identity a je utvářena kulturně-společenskými vlivy, zpočátku zejména v rodině, později ve škole, mezi kamarády, pomocí médií. V současné době tradiční mužské a ženské role na jednu stranu podléhají stereotypizaci, ale na druhou stranu se stírají i jejich ostré hranice, není již nic neobvyklého, když tatínek zůstane „na mateřské“ a maminka pracuje. Přesto se některé stereotypy přenášejí na děti již odmalinka, takže již právě ve věku 2 – 3 let začíná vědomá identifikace dítěte s daným pohlavím. Dnes jsou různé snahy tomu zabránit, od možnosti, aby si dítě samo vybralo oblečení, hračky nebo koníčky, bez tzv. genderové zátěže, tedy očekávaného chování vzhledem k pohlaví, až po extrém, kdy někteří rodiče jsou přesvědčeni, že dítě má právo si vybrat i pohlaví, bez ohledu na to, s jakým biologickým se narodilo. V tomto případě již někteří psychologové nesouhlasí, protože právě uvědomění si buď sounáležitosti nebo naopak rozdílu mezi biologickým chováním a vnitřním prožíváním umožňuje snazší identifikaci sebe samého a přijetí případné odlišnosti v sexuální identitě. Zhruba mezi 10. - 15. rokem věku, kdy dozrává jak povědomí vlastní sexuální identity, tak sexuálních preferencí a chování, je mladý člověk schopen si uvědomit, zda se vnitřně ztotožňuje se svým biologickým pohlavím, či nikoliv, případně jaké sexuální identity se cítí být (Fifková et al, 2008).

4.3. Sexuální orientace

Sexuální orientace označuje trvalé zaměření náklonnosti ke konkrétnímu pohlaví, k obojímu pohlaví nebo k různým objektům - mužům, ženám či oběma pohlavím, stejně tak se vztahuje k sociálním reprezentacím a s nimi spojeným sociálním identifikacím (Fifková et al, 2008). Nejčastěji se sexuální orientace ve vztahu k pohlaví hodnotí podle Kinseyho škály, která je jakýmsi systémem hodnocení lidské sexuální orientace kategorizující jedince na základě jeho sexuálních zkušeností. Škála začíná na stupni 0, který označuje jedince výhradně heterosexuálního, a sahá až po stupeň 6, který označuje jedince výhradně homosexuálního, a je v ní myšleno i na jedince bez jakékoliv sexuální zkušenosti, kteří jsou označováni písmenem X. Kinsey navíc tvrdí, že jen opravdové minimum lidí je zcela vyhraněných, tedy na úplných koncích škály, navíc také věří, že lidská sexualita je proměnlivá v závislosti od času (Proust, 2005).

Jedinec si svoji skutečnou sexuální orientaci nemusí nutně uvědomovat nebo se nemusí chovat podle stereotypních očekávání společensky spjatých s jeho orientací. Za příznivých okolností je sexuální orientace jednotlivce spojena se schopností vytvářet plnohodnotný citový vztah bez ohledu na biologické dispozice a vzniká právě k osobě, kterou orientace zahrnuje. V případě psychologických či psychiatrických vyšetření je vždy vyhodnocováno,

zda jedinec svou orientaci vnitřně přijímá (egosyntonie) nebo se od ní vnitřně distancuje (egodystonie). Egodystonie sexuality, případně společenské nepřijetí orientace mohou vést k neurotizaci jedince, jeho asociálnímu způsobu života nebo případně k sebevraždě (Weiss, 2010).

Celkově rozlišujeme jako hlavní sexuální orientaci heterosexuální a homosexuální. Někteří sexuologové také uvádějí parafilie jako podkategorie konkrétní orientaci podle objektu nebo aktivity, které se pak označují koncovkou „filie“ (např. pedofilie, zoofilie, nekrofilie, gerontofilie apod.) Mezinárodní klasifikace nemocí ale tyto podkategorie uvádí jako poruchy sexuální preference.

Vyčíslit zastoupení různých sexuálních orientací ve společnosti je velmi složité, protože sami jednotlivci si nemusí být vědomi svých preferencí. Jakýmsi dogmatem se stala tzv. 4% hranice podle amerického sexuologa Kinseho, o které ale bylo dokázáno dalšími výzkumy, že neplatí (Maslow, Sakoda, 1952),(Katz, 1995) a že v každé zemi dosahuje jiných hodnot. V České republice provedený výzkum Weisse a Zvěřiny (2012) prokázal pouze 0,4 % mužů a 0,3 % žen hlásících se k homosexualitě, 1,4 % mužů a 2 % žen si svou orientací nebyla jista.

4.4. Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce chápeme jako kvantitativní poruchy sexuální výkonnosti. V literatuře nalezneme pojetí, kladoucí důraz na funkční nebo psychogenní povahu sexuálních dysfunkcí, stejně tak pojetí, vycházející z biologických etiologických faktorů. Největší část odborníků však prosazuje koncepci multifaktoriální etiologie těchto stavů (Zvěřina, 2000).

Mezi oblasti, které se týkají sexuálních dysfunkcí, patří zejména:

- sexuální vzrušivost;
- chuť do sexu;
- reakce genitálu;
- sexuální uspokojení.

Tradiční hodnocení sexuálních dysfunkcí vychází z čistě heterosexuálního modelu lidského sexuálního chování. Avšak také lidé orientovaní homosexuálně, mohou trpět stejnými sexuálními poruchami, jako heterosexuální většinová populace. Sexuálním dysfunkcím se věnují sexuologové, gynekologové, urologové, psychologové a psychiatři. Mnoho partnerských problémů se sexuální dysfunkcí také často vyžaduje vedení psychoterapeutů (Křivohlavý, 2009).

Mezinárodní klasifikace nemocí WHO se snaží přesně klasifikovat sexuální poruchy „funkční“, tedy takové, které nemají souvislost s organickými příčinami, což je velmi obtížné z důvodu častých a typických psychosomatických souvislostí.

WHO rozlišuje tyto poruchy:

- 1) sexuální apotence - nedostatek nebo ztráta sexuální apotence, odpor k sexualitě;
- 2) sexuální vzrušení - nedostatečné prožívání sexuality, selhání genitální odpovědi;
- 3) orgasmus - dysfunkční orgasmus, předčasná ejakulace;

- 4) sexuální bolestivé poruchy - neorganický vaginismus, neorganická dyspareunie;
- 5) zvýšený sexuální pud - hypersexualita (Zvěřina, 2000).

Sexuální dysfunkce může být primární či sekundární:

- primární dysfunkce se vyskytuje u pacienta od počátku jeho pohlavního života;
- sekundární jsou dysfunkce, vyskytující se po určitém delším období bezporuchového pohlavního života.

Sexuální dysfunkce bývá také úplná či částečná:

- úplná sexuální dysfunkce znamená praktické chybění některé fyziologické sexuální kvality, tedy chybění lubrikace, absence pevné erekce a orgasmu apod;
- částečné jsou ty dysfunkce, kde příslušná sexuální funkce je narušena jen do jisté míry, například nespolehlivá erekce, sporá lubrikace, občasné chybění orgasmu apod.

Prevalence sexuálních dysfunkcí v populaci není přesně známa. Nesporné je, že většina těchto poruch se ve své mírnější podobě vyskytuje alespoň někdy v životě u většiny lidí (Fifková et al, 2008).

Příčiny sexuálních dysfunkcí jsou pestré. Uplatňují se zde faktory konstituční, biologické, psychické i sociální. Jen u malé části těchto poruch lze jednoznačně stanovit jedinou rozhodující příčinu, u většiny dysfunkcí je třeba předpokládat multifaktoriální etiologii. Problémy se léčí pomocí behaviorální terapie zaměřené na psychosomatický přístup s důrazem na celostní analýzu každého případu. Dominantní roli v terapii má specifická psychoterapie, sexoterapie. Ta se uplatní dobře též u těch sexuálních dysfunkcí, které mají jednoznačně organickou povahu. Důležitou roli v léčení sexuálních dysfunkcí má farmakoterapie. Používají se medikamenty s účinky centrálními jako jsou dopaminergní léky, antidepresiva, anxiolytika, i periferními - vazodilatancia, spasmolytika. Své místo v léčbě sexuálních dysfunkcí mají též exogenní hormony, především androgeny a estrogeny.

Velký význam pro léčbu sexuálních dysfunkcí má snaha po zlepšení celkové psychické i tělesné kondice pacientů. Stresy všeho druhu ovlivňují sexuální život všech lidí negativně (Zvěřina, 2000).

4.5. Dotazník - sexuální funkce muže

Tuto hodnotící škálu pro kvantifikaci aktuálních sexuálních funkcí muže vytvořil Mellan. Tento dotazník deseti položek zjišťuje u mužů jejich potřebu pohlavního styku, frekvenci pohlavního vyvrcholení, častost pohlavních styků, vzrušivost při milostné předehře, soulad s partnerkou v orgasmu, chuť a postoj k pohlavnímu styku, vlastní aktivitu a iniciativu, postkoitální emoční ladění, sexuální sebehodnocení, přítomnost či trvání případné sexuální poruchy (Mellan, 1978). Je možné sdružit otázky tohoto dotazníku. První tři otázky se týkají sexuální aktivity dotazovaného, další tři otázky se zaměřují na faktický průběh pohlavního aktu, další tři se týkají emočního ladění s ohledem na partnera a poslední otázka je vlastně

ukazatelem trvání eventuální sexuální poruchy. Průměrná bodová hodnota položek koresponduje v dotazníku třem bodům, jež vyjadřují normu. Sexuálně dysfunkční muži dosahují hodnot nižších, a naopak osoby s nadprůměrnou sexuální funkcí hodnot vyšších, než odpovídá uvedené normě (Mellan, 1964). Co se týče celkového skóre, rozmezí mezi normou a patologií tvoří v dotazníku celkový skór 25 bodů (Žourková, 2002).

4.6. Sexualita a syndrom vyhoření

Stres, nedostatek sebedůvěry, únava, ale i špatný spánkový režim ohrožují nejen zdraví muže, ale i jeho sexuální funkce. Ačkoliv lidé neztratili sexuální pud ani během válek a jiných exponovaných situací, konalo se tak na základě jakéhosi atavistického pudu s touhu po zachování a pokračování života i ve chvíli, kdy člověku hrozí likvidace.

Díky stresu však sexualita obvykle dostane hořkou příchut'. Vzhledem k tomu, že i syndrom vyhoření velice často vzniká v důsledku chronického stresu, projevy jsou v podstatě totožné. To se týká hlavně ztopoření penisu. V naprosté většině případů se ocitá v havarijním stavu. Řada mužů považuje pohlavní úd za autonomní oblast lidského těla: většinou si dělá, co chce. Ztopoří se, když si to nepřejí, a naopak ve chvíli, kdy by ho nejvíce potřebovali, je nechá na holičkách. Právě nezbytná potřeba erekce, nebo její toužebné očekávání, může paradoxně fungovat jako brzda tohoto přírodního zázraku hydromechaniky (Uzel, 2009).

Muži často stačí vzpomínka na nějakou nepříjemnost z poslední doby. Jinou příčinou bývá manažerský syndrom. Vyvolává ho obvykle psychický stres a přemíra povinností. Ty se snadno stanou větší sexuální brzdou než tělesné vyčerpání. Ale i když se zdá, že na ženskou sexualitu nemá stres tak ničující vliv, i tady dokáže psychické napětí působit zhoubně. Obdobou mužské erekce je ženské zvlhčení, které se dá docela dobře nahradit umělým lubrikantem. Horší je narušení složitého mechanismu ženského orgasmu, které souvisí s psychikou a tím i stresem velice výrazně (Weiss, Zvěřina, 2012).

Zcela logicky jsou problémy, které vznikají v sexuální oblasti, snadno zaznamatelné a díky tomu také mohou přispět k brzké diagnostice syndromu vyhoření. Je jisté, že po dvacetiletém manželství či ve starším věku již není touha po sexuálním uspokojení tak vysoká, ale pokud se cokoliv, co fungovalo normálně, změní náhle nebo nečekaně, zcela jistě je potřeba tomu věnovat pozornost, obzvláště pokud se jedná např. o opakované selhání při sexu, ke kterému doposavad nedocházelo. Na vině může být jak stres, tak syndrom vyhoření, ale i jiné, závažné onemocnění.

Praktická část

5. Metodologie

V praktické části se zabýváme syndromem vyhoření u zdravotnických záchranářů a jeho možným vlivem na jejich sexualitu a její prožívání. Sledovali jsme hlavní linii diplomové práce a zkoumali, zda syndrom vyhoření má vliv na sexuální život u pracovníků záchranné služby. Naším hlavním cílem bylo ověřit námi stanovené hypotézy. Výsledky byly vyhodnoceny a graficky přehledně zpracovány.

5.1. Cíle práce

Cílem této práce je na základě výzkumu zjistit, zda syndrom vyhoření ovlivňuje sexualitu u zdravotnických záchranářů.

5.2. Hypotézy

Hypotéza H1: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím nižší bude potřeba pohlavního vybití.

Hypotéza H2: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím nižší bude častost pokusu o pohlavní styk a rovněž bude nižší i frekvence uspokojivých pohlavních styků.

Hypotéza H3: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u mužů, pracujících jako záchranáři, pocit úspěšnosti v pohlavním životě.

Hypotéza H4: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím negativněji bude ovlivněna nálada před pohlavním stykem a po něm.

Hypotéza H5: Předpokládáme, že u respondentů s profesní praxí nad 5 let bude v dotazníku přítomno vyšší skóre syndromu vyhoření.

5.3. Metodika sběru dat a popis vzorku respondentů

Praktická část pak probíhala formou sběru dat pomocí dotazníků rozdaných mezi pracovníky zdravotnické záchranné služby, tedy metodou kvantitativní. Vzor našeho dotazníku je k vidění v příloze č.2. Úvod dotazníku obsahuje identifikační otázky. Poté dotazník zjišťuje míru „Syndromu vyhoření“ a obsahuje 14 otázek. K tomuto sběru dat jsme využili standardizovaný dotazník, první České verze Shiromovy a Melamedovy škály (2013) Další dotazník má 21 otázek a je zaměřen na sexuální funkce muže. Zde byl využit druhý standardizovaný dotazník, Sexuální funkce od Kratochvíla Stanislava (1999). Tyto dotazníky jsem použila nejen já, ale i ostatních 5 studentů, kteří se zabývají syndromem vyhoření u zdravotních sester žen i mužů. Pouze já se zabývala při sběru dat zdravotními záchranáři - muži. Do našeho výzkumného souboru jsme zahrnuli zdravotnické záchranáře pracující na výjezdových základnách ZZS v rámci ČR. Kritériem, které respondenti museli

splnit, bylo: mužské pohlaví, povolání zdravotnického záchranáře a pracovní úvazek na ZZS.

Dotazníky určené pro muže zdravotní záchranáře, - jsem po schválení etické komise (k nahlédnutí u autorky v emailové podobě), - osobně doručila na jednotlivé služebny zdravotnické záchranné služby v Čechách. Pro zajištění anonymity byla u každého dotazníku přiložena obálka, do které respondent po vyplnění vložil dotazník, obálku zalepil a vhodil do příslušného uzavřeného boxu. Ten jsem do týdne zase převzala zpět.

Dotazníkové šetření probíhalo na zdravotnické záchranné službě v České republice od května do října 2018. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Návratnost byla celkem 53 %, pro nesprávné vyplnění musely být 2 dotazníky vyřazeny z výzkumu. Jeden respondent jej odevzdal prázdný a druhý odpovídal na otázky jiným způsobem, než bylo zadáno. Zvláštní bylo, že respondent s nejvyšší mírou vyhoření vůbec neuvedl svou průměrnou pracovní dobu. Ke zpracování bylo použito 51 dotazníků.

V diskusní části porovnávám mé výsledky s výsledky dvou studentů zabývajících se vlivem syndromu vyhoření na všeobecné sestry-muže tj. všeobecné ošetřovatele z fakultních a nefakultních zařízení.

5.4. Popis respondentů

Jedná se o popis respondentů, kteří zodpověděli otázky v dotazníku a byli zařazeni do výzkumu. Jedná se pouze o muže, pracující na ZZS jako zdravotní záchranáři.

Graf 1: Věk respondentů



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 2: Současná délka pracovního poměru



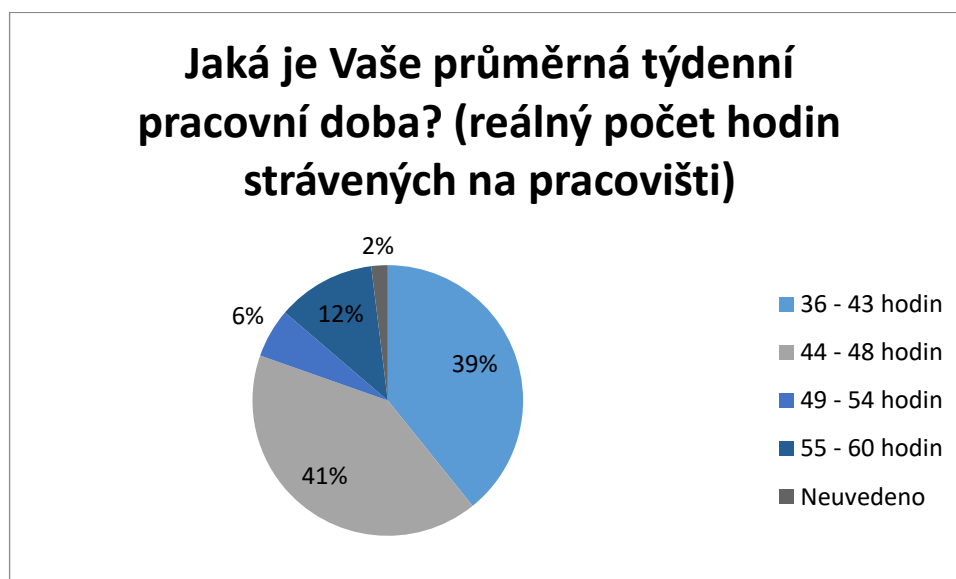
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3: Celková délka pracovního poměru



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4: Průměrná týdenní pracovní doba



Zdroj: vlastní zpracování

5.5. Vyhodnocení výsledků a jejich analýza

Data jsme zpracovali metodami popisné statistiky a testování hypotéz. Pro ordinální proměnné (např. potřeba pohlavního vybití, četnost pohlavních styků apod.) jsme vytvořili sloupcové grafy s absolutními a relativními četnostmi. Míra syndromu vyhoření, proměnná poměrového typu, byla poté pro jednotlivé kategorie ordinálních proměnných porovnávána prostřednictvím průměru a směrodatné odchylky a prostřednictvím mediánu, dolního a horního kvartilu v rámci krabicových grafů. Porovnání mužů z fakultních, nefakultních nemocnic a záchranářů bylo provedeno pomocí grafů průměrů se směrodatnými odchylkami.

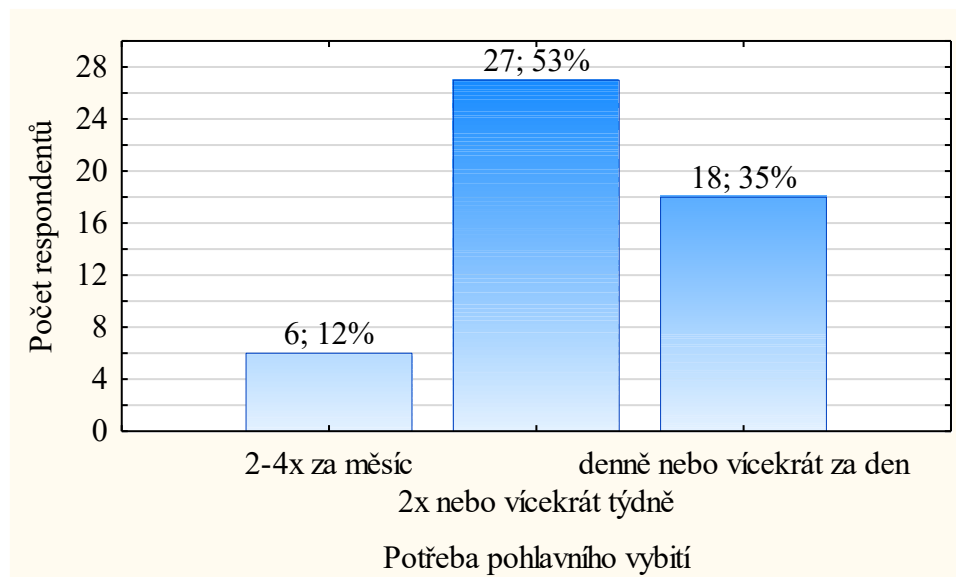
Porovnání míry syndromu vyhoření záchranářů na základě proměnných týkajících se pohlavního života jsme provedli pomocí dvouvýběrových testů a mnohonásobného porovnávání. Pro všechna porovnání jsme vypočetli jak parametrické (dvouvýběrový t-test, ANOVA), tak neparametrické testy (Mann-Whitneyho test, Kruskal-Wallisův test). Předpoklad normálního rozdělení jsme ověřili pomocí Shapiro-Wilkova testu. V případě, že dle Shapiro-Wilkova testu bylo možné normální rozdělení předpokládat, byl upřednostněn výsledek parametrického testu, a naopak v případě, že dle Shapiro-Wilkova testu nebylo možné normální rozdělení předpokládat, byl upřednostněn výsledek neparametrického testu.

Výpočty byly provedeny a grafy vytvořeny v programu STATISTICA EN 13.

Hypotéza H1: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím nižší bude potřeba pohlavního vybití. - otázka č. 1

Absolutní a relativní četnosti variant proměnné *potřeba pohlavního vybití* byly zobrazeny ve sloupcovém grafu.

Graf 5: H1 sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování

Jelikož je varianta *2-4x za měsíc* zastoupena pouze 6 respondenty, byla sloučena s variantou *2x nebo vícekrát týdně*. Skupina záchranářů s potřebou pohlavního vybití *vícekrát týdně nebo méně* byla následně porovnána se skupinou záchranářů s potřebou pohlavního vybití *denně nebo vícekrát za den*, a to pro všechny druhy vyhoření: fyzické, kognitivní, emoční a celkové. Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce:

Tabulka 1: H1

Vyhoření	Potřeba pohlavního vybití				p-hodnota	
	vícekrát týdně a méně (n=33)		denně nebo vícekrát za den (n=18)		t-test	M-W test
	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	3,12	1,23	2,63	0,95	0,120	0,177
Kognitivní	2,45	1,08	1,97	0,92	0,097	0,086
Emoční	2,33	1,22	2,46	1,33	0,735	0,767
Celkem	2,71	1,02	2,36	0,85	0,191	0,145

Zdroj : vlastní zpracování

SD je zkratka pro standard deviation, tj. směrodatná odchylka

Upřednostněné testy jsou vyznačeny tučně. Vzhledem k tomu, že všechny jejich p-hodnoty byly vyšší než 0,05, nebyl pro žádný typ vyhoření prokázán statisticky významný rozdíl na základě frekvence potřeby pohlavního vybití.

Průměrná hodnota fyzického vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití vícekrát týdně či méně, 3,12 při směrodatné odchylce 1,23 a u respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití denně nebo vícekrát za den, 2,63 při směrodatné odchylce 0,95.

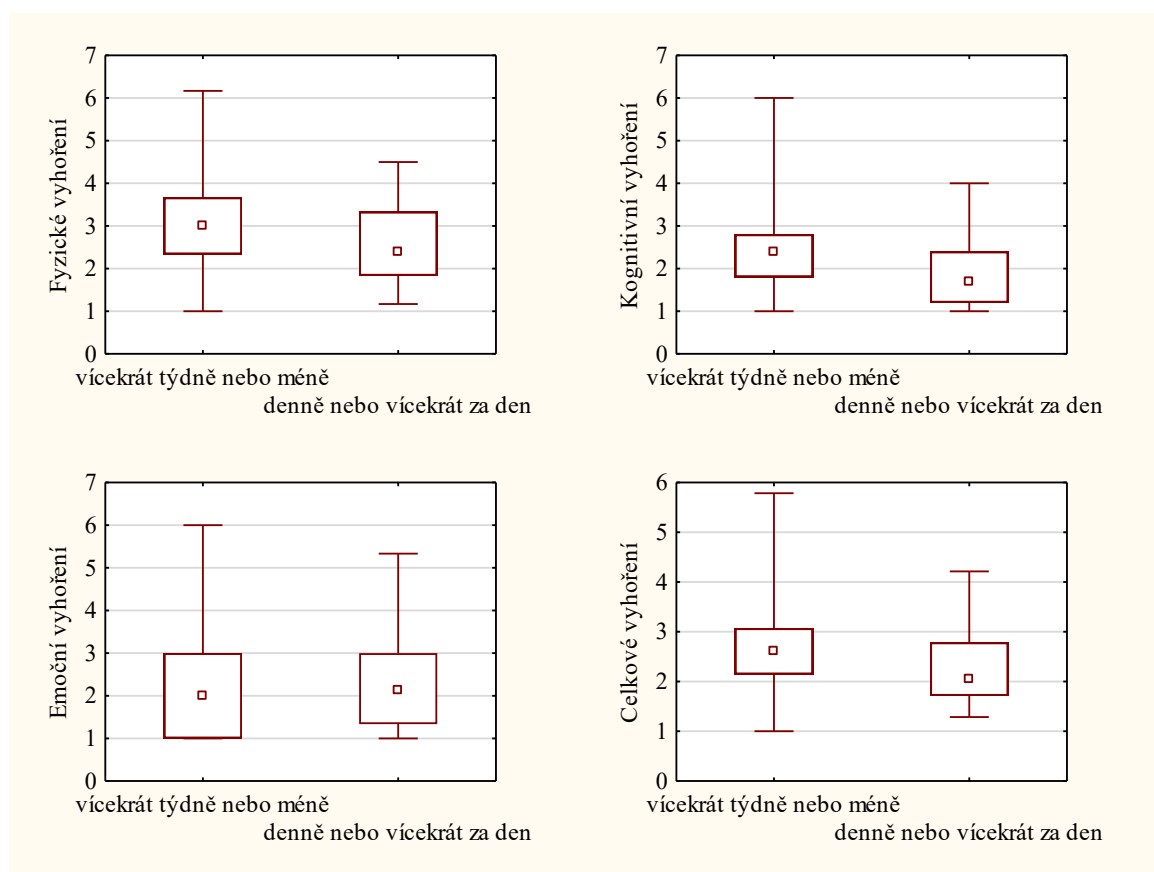
Průměrná hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití vícekrát týdně či méně, 2,45 při směrodatné odchylce 1,08 a u respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití denně nebo vícekrát za den, 1,97 při směrodatné odchylce 0,92.

Průměrná hodnota emočního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití vícekrát týdně či méně, 2,33 při směrodatné odchylce 1,22 a u respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití denně nebo vícekrát za den, 2,46 při směrodatné odchylce 1,33.

Průměrná hodnota celkového vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití vícekrát týdně či méně, 2,71 při směrodatné odchylce 1,02 a u respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití denně nebo vícekrát za den, 2,36 při směrodatné odchylce 0,85.

Kromě průměrů a směrodatných odchylek byla data posouzena také pomocí pořadových charakteristik – mediánu, dolního a horního kvartilu, které byly zobrazeny v krabicovém grafu.

Graf 6: H1 krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování

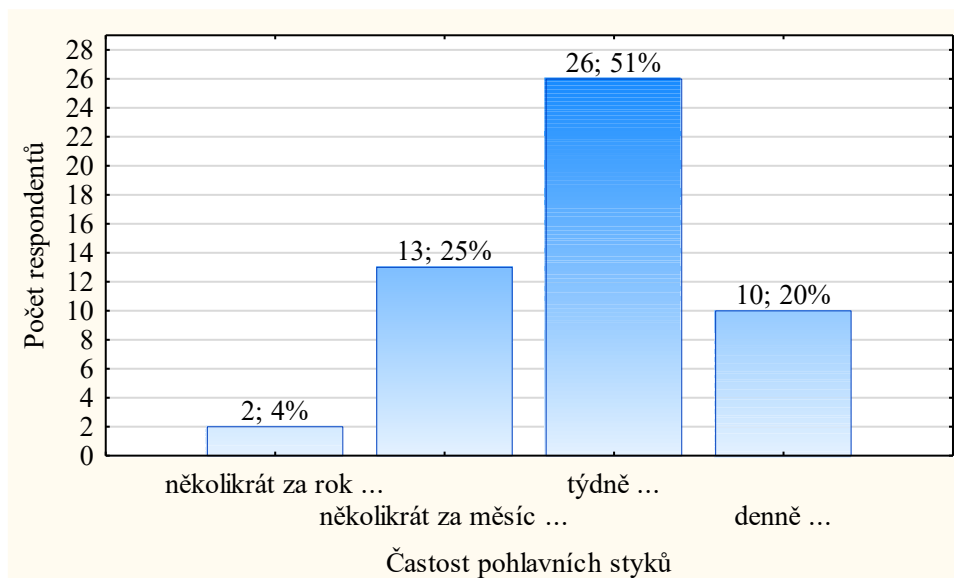
Medián, dolní a horní kvartil fyzického, kognitivního a celkového vyhoření je nižší pro respondenty s častější potřebou pohlavního vybití. Medián a dolní kvartil emočního vyhoření je mírně vyšší pro respondenty s méně častou potřebou pohlavního vybití.

Celkově lze říci, že dle popisných číselných charakteristik fyzického, kognitivního a celkového vyhoření se data jeví jako potvrzena, nicméně dle statistických testů nejsou významné rozdíly v syndromu vyhoření na základě frekvence potřeby pohlavního vybití. Z tohoto důvodu nelze považovat hypotézu H1 za prokázanou. Zkoumaná data byla vytvořena z poměrně malého vzorku respondentů. Hypotéza nám tedy nepotvrdila.

Hypotéza H2: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím nižší bude častost pokusu o pohlavní styk a rovněž bude nižší i frekvence uspokojivých pohlavních styků. otázka č. 3 a 4

Absolutní a relativní četnosti variant proměnné *častost pohlavních styků* byly zobrazeny ve sloupcovém grafu.

Graf 7: H2 častost pohlavních styků - sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování

Varianta *několikrát za rok* byla zastoupena pouze 2 respondenty a byla tedy sloučena s variantou *několikrát za měsíc*. Výsledky popisné statistiky a statistického testování jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 2: H2 častost pohlavních styků

Vyhoření	Častost pohlavních styků						p-hodnota	
	několikrát za měsíc nebo rok (n=15)		2x nebo vícekrát týdně (n=26)		denně 3 (n=10)		ANOVA	K-W test
	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	2,87	0,98	3,17	1,27	2,50	1,04	0,291	0,306
Kognitivní	2,48	0,98	2,34	1,08	1,84	1,00	0,305	0,191
Emoční	1,98	1,06	2,73	1,25	2,07	1,38	0,120	0,070
Celkem	2,54	0,89	2,78	1,01	2,17	0,95	0,243	0,195

Zdroj: vlastní zpracování

Vzhledem k tomu, že všechny p-hodnoty byly vyšší než 0,05, nebyl pro žádný typ vyhoření prokázán statisticky významný rozdíl na základě častosti pohlavních styků.

Průměrná hodnota fyzického vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků max několikrát za měsíc nebo rok, 2,87 při směrodatné odchylce 0,98, u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků 2x nebo vícekrát týdně,

3,17 při směrodatné odchylce 1,27 a u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků denně, 2,50 při směrodatné odchylce 1,04.

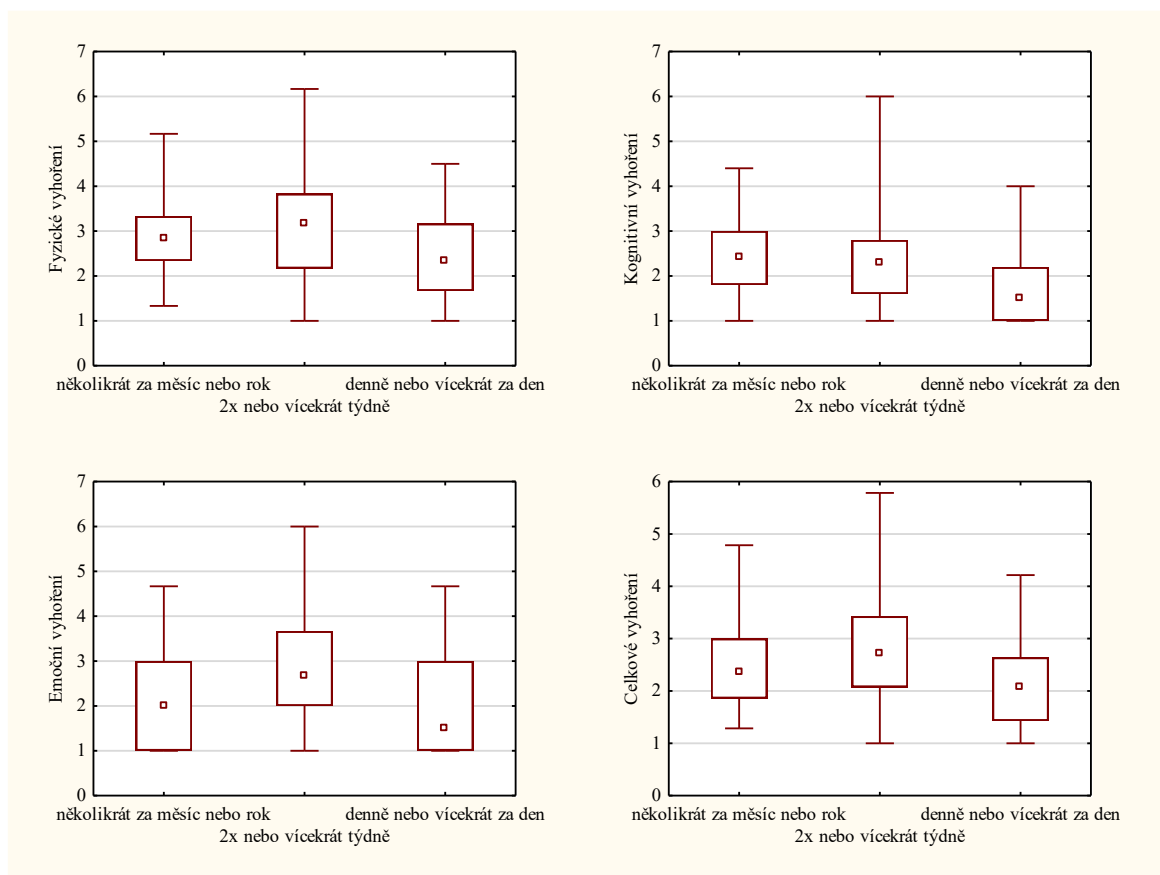
Průměrná hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků max několikrát za měsíc nebo rok, 2,48 při směrodatné odchylce 0,98, u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků 2x nebo vícekrát týdně, 2,34 při směrodatné odchylce 1,08 a u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků denně, 1,84 při směrodatné odchylce 1,00.

Průměrná hodnota emočního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků max několikrát za měsíc nebo rok, 1,98 při směrodatné odchylce 1,06, u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků 2x nebo vícekrát týdně, 2,73 při směrodatné odchylce 1,25 a u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků denně, 2,07 při směrodatné odchylce 0,95.

Průměrná hodnota celkového vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků max několikrát za měsíc nebo rok, 2,54 při směrodatné odchylce 0,89, u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků 2x nebo vícekrát týdně, 2,78 při směrodatné odchylce 1,01 a u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků denně, 2,17 při směrodatné odchylce 0,95.

Skupina respondentů s denní potřebou pohlavních styků měla nejnižší hodnoty fyzického, kognitivního a celkového vyhoření. U emočního vyhoření byl vůči jiným typům vyhoření získán statistický výsledek, který nekopíruje ostatní typy vyhoření (kognitivní, fyzické). Tuto odchylku lze vnímat jako důsledek malého vzorku respondentů.

Graf 8: H2 častost pohlavních styků - krabicový graf

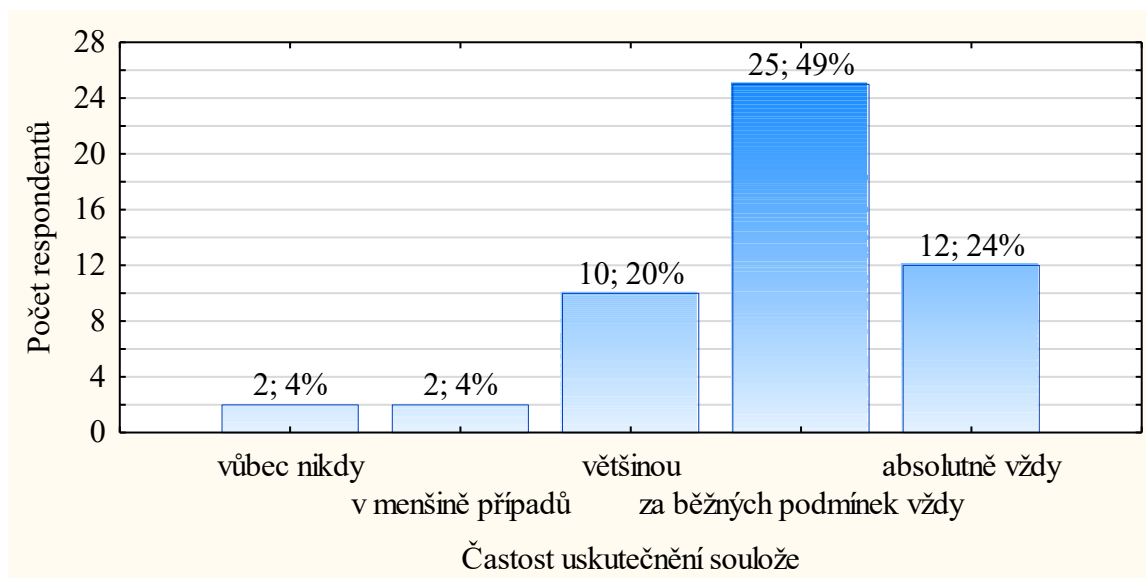


Zdroj: vlastní zpracování

V mediánu, dolního a horního kvartilu byla zjištěna nejnižší míra fyzického, kognitivního a celkového vyhoření u respondentů s denní potřebou pohlavního styku.

Absolutní a relativní četnosti variant proměnné *častost uskutečnění soulože* byly zobrazeny ve sloupcovém grafu.

Graf 9: H2 častost uskutečnění soulože - sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování

Pro nízké četnosti byly varianty *vůbec nikdy* a *v menšině případů* sloučeny s variantou *většinou*. Výsledky popisné statistiky a statistického testování jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 3: H2 častost uskutečnění soulože

Vyhoření	Častost uskutečnění soulože						p-hodnota	
	většinou nebo méně často (n=14)		za běžných podm. vždy (n=25)		absolutně vždy (n=12)		ANOVA	K-W test
	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	2,63	0,89	3,20	1,35	2,79	0,93	0,297	0,479
Kognitivní	2,10	0,70	2,42	1,18	2,20	1,12	0,626	0,757
Emoční	1,90	0,95	2,69	1,42	2,28	1,06	0,160	0,187
Celkem	2,29	0,60	2,81	1,12	2,47	0,93	0,240	0,344

Zdroj: vlastní zpracování

Vzhledem k tomu, že všechny p-hodnoty byly vyšší než 0,05, nebyl pro žádný typ vyhoření prokázán statisticky významný rozdíl na základě častosti uskutečnění soulože.

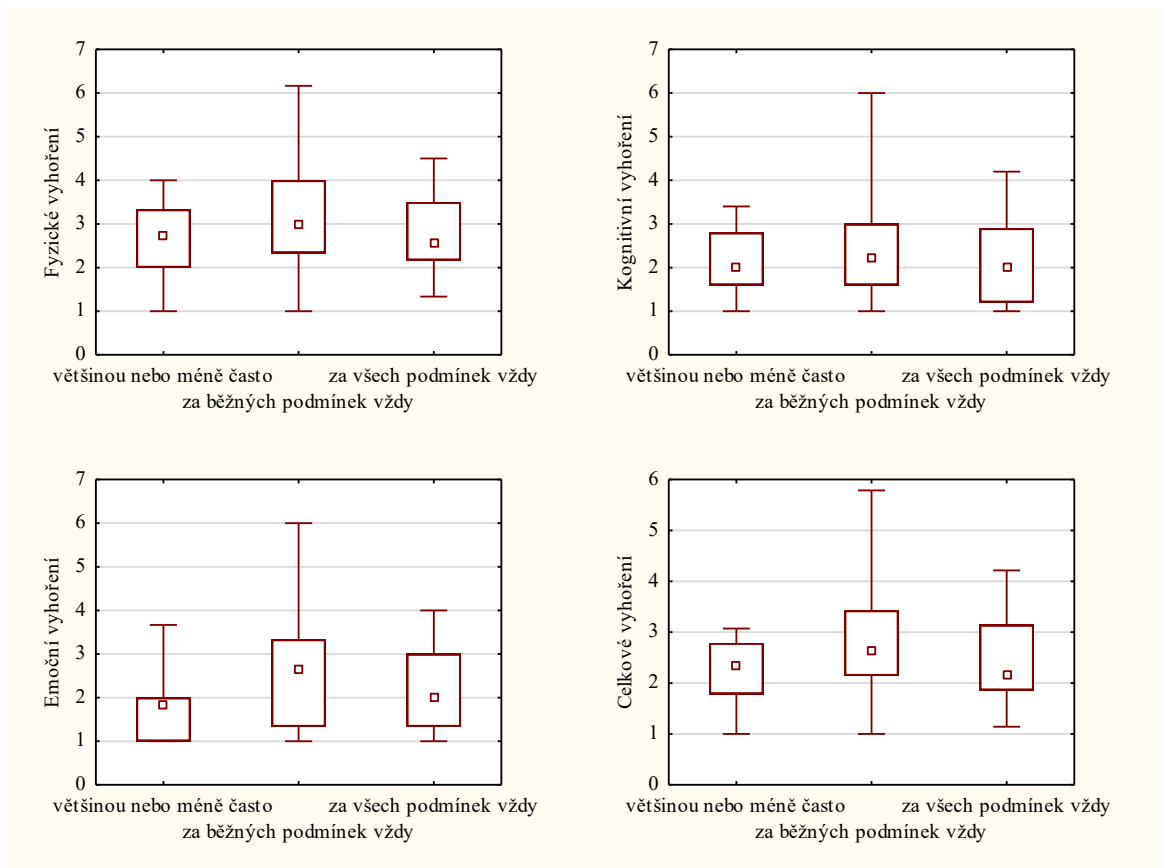
Průměrná hodnota fyzického vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože většinou nebo méně často, 2,63 při směrodatné odchylce 0,89, u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, 3,20 při směrodatné odchylce 1,35 a u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože absolutně vždy bez ohledu na okolnosti, 2,79 při směrodatné odchylce 0,93.

Průměrná hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože většinou nebo méně často, 2,10 při směrodatné odchylce 0,70, u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, 2,42 při směrodatné odchylce 1,18 a u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože absolutně vždy bez ohledu na okolnosti, 2,20 při směrodatné odchylce 1,12.

Průměrná hodnota emočního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože většinou nebo méně často, 1,90 při směrodatné odchylce 0,95, u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, 2,69 při směrodatné odchylce 1,42 a u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože absolutně vždy bez ohledu na okolnosti, 2,28 při směrodatné odchylce 1,06.

Průměrná hodnota celkového vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože většinou nebo méně často, 2,63 při směrodatné odchylce 0,89, u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, 3,20 při směrodatné odchylce 1,35 a u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože absolutně vždy bez ohledu na okolnosti, 2,79 při směrodatné odchylce 0,93.

Graf 10: H2 častost uskutečnění soulože - krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování

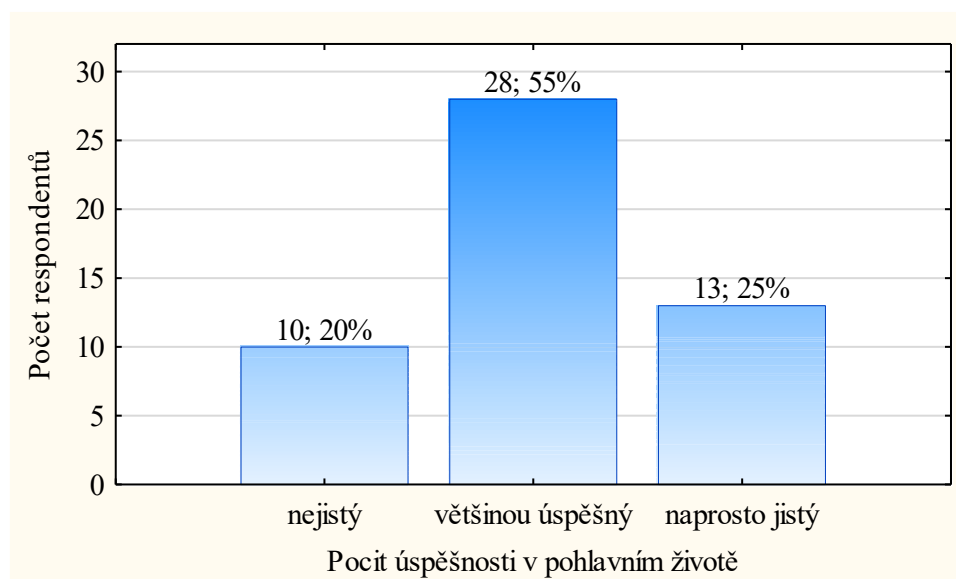
I dle pořadových charakteristik má prostřední skupina co do frekvence uspokojivých pohlavních styků nejvyšší hodnoty všech druhů vyhoření.

Celkově lze říci, že dle popisných číselných charakteristik ani dle statistických testů data hypotézu H2 nepodporují.

Hypotéza H3: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u mužů, pracujících jako záchranáři, pocit úspěšnosti v pohlavním životě. otázka č. 9

Absolutní a relativní četnosti variant proměnné *pocit úspěšnosti v pohlavním životě* byly zobrazeny ve sloupcovém grafu.

Graf 11: H3 sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování

Všechny varianty byly zastoupeny dostatečně a nebylo tedy potřeba je slučovat. Výsledky popisné statistiky a statistického testování jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 4: H3

Vyhoření	Pocit úspěšnosti v pohlavním životě						p-hodnota	
	nejistý (n=10)		většinou úspěšný (n=28)		naprosto jistý (n=13)		ANOVA	K-W test
	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	3,47	1,30	2,97	1,13	2,50	0,99	0,137	0,200
Kognitivní	2,68	0,99	2,29	1,08	1,97	0,96	0,274	0,222
Emoční	2,07	1,33	2,43	1,18	2,51	1,41	0,674	0,558
Celkem	2,89	1,09	2,61	0,95	2,31	0,92	0,377	0,461

Zdroj: vlastní zpracování

Vzhledem k tomu, že všechny p-hodnoty byly vyšší než 0,05, nebyl pro žádný typ vyhoření prokázán statisticky významný rozdíl na základě pocitu úspěšnosti v pohlavním životě.

Průměrná hodnota fyzického vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě nejistotu, 3,47 při směrodatné odchylce 1,30, u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že jsou většinou úspěšní, 2,97 při směrodatné odchylce 1,13 a u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že si jsou naprosto jistí svou úspěšností, 2,50 při směrodatné odchylce 0,99.

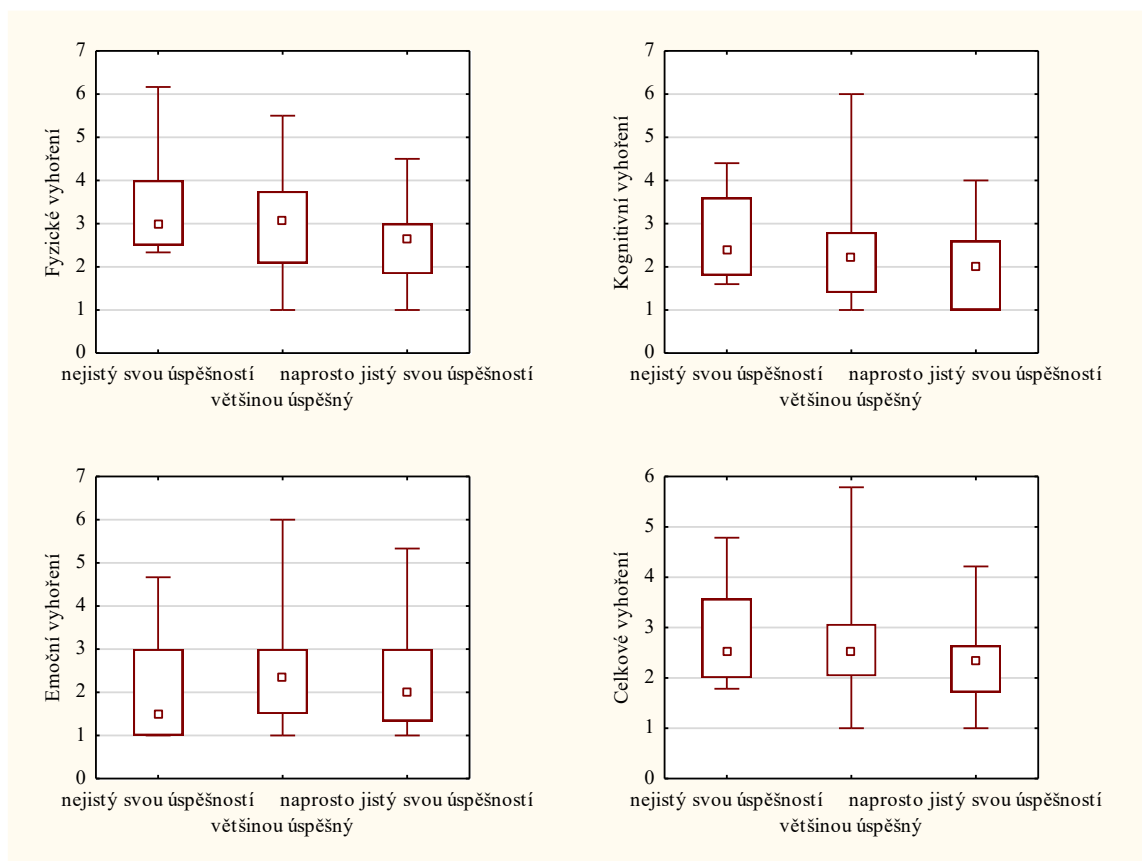
Průměrná hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě nejistotu, 2,68 při směrodatné odchylce 0,99, u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že jsou většinou úspěšní, 2,29 při směrodatné odchylce 1,08 a u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že si jsou naprosto jistí svou úspěšností, 1,97 při směrodatné odchylce 0,96.

Průměrná hodnota emočního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě nejistotu, 2,07 při směrodatné odchylce 1,33, u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že jsou většinou úspěšní, 2,43 při směrodatné odchylce 1,18 a u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že si jsou naprosto jistí svou úspěšností, 2,51 při směrodatné odchylce 1,41.

Průměrná hodnota celkového vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě nejistotu, 2,89 při směrodatné odchylce 1,09, u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že jsou většinou úspěšní, 2,61 při směrodatné odchylce 0,95 a u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že si jsou naprosto jistí svou úspěšností, 2,31 při směrodatné odchylce 0,92.

Průměry fyzického, kognitivního a celkového vyhoření klesají spolu s klesajícím pocitem úspěšnosti v pohlavním životě. U emočního vyhoření je trend spíše opačný, tj. rostoucí jistota v pocitu úspěšnosti v pohlavním životě je spojena s rostoucí mírou emočního vyhoření, což je znát především v rozdílu mezi kategoriemi nejistý a většinou úspěšný.

Graf 12: H3 krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování

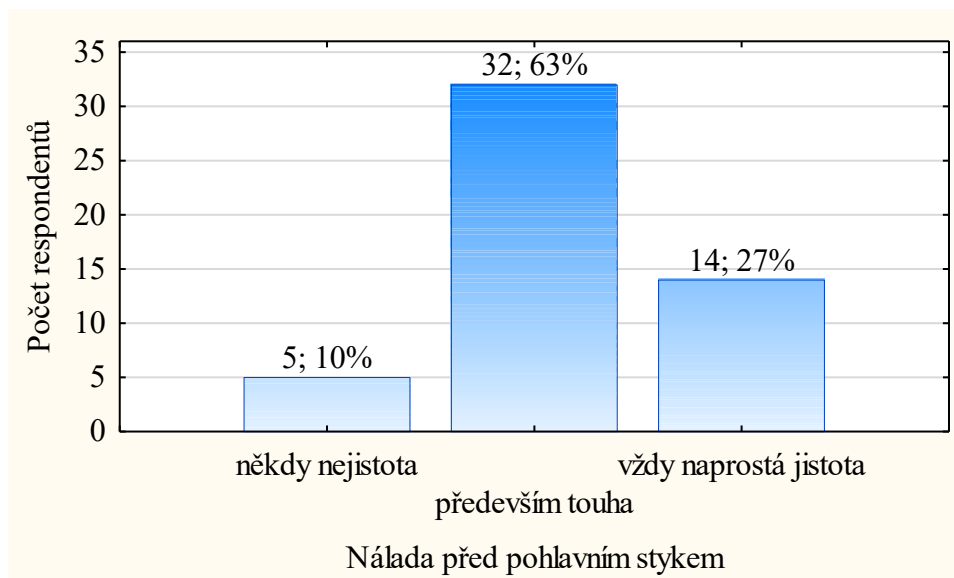
V mediánu, dolním a horním kvartilu lze s rostoucí jistotou ve vnímání své úspěšnosti pozorovat klesající míru fyzického, kognitivního a celkového vyhoření. U emočního vyhoření je patrné, že nejnižší hodnoty jsou dle mediánu a dolního kvartilu u respondentů nejistých si svou úspěšností.

Na základě popisných číselných charakteristik lze pro fyzické, kognitivní a celkové vyhoření říci, že data podporují hypotézu H3. Pro žádný druh vyhoření však nebyl výsledek statisticky významný.

Hypotéza H4: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím negativněji ovlivní náladu před a po pohlavním styku. otázka č. 7 a 8

Absolutní a relativní četnosti variant proměnné *nálada před pohlavním stykem* byly zobrazeny ve sloupcovém grafu.

Graf 13: H4 nálada před pohlavním stykem - sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování

Varianta *někdy nejistota* byla pro nízkou četnost sloučena s variantou *především touha*. Výsledky popisné statistiky a statistického testování jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 5: H4 nálada před pohlavním stykem

Vyhoření	Nálada před pohlavním stykem				p-hodnota	
	touha + nejistota (n=37)		vždy naprostá jistota (n=14)		t-test	M-W test
	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	3,07	1,18	2,62	1,05	0,196	0,295
Kognitivní	2,30	1,05	2,23	1,05	0,825	0,865
Emoční	2,37	1,27	2,40	1,25	0,929	0,814
Celkem	2,65	1,00	2,43	0,92	0,478	0,590

Zdroj: vlastní zpracování

Vzhledem k tomu, že všechny p-hodnoty byly vyšší než 0,05, nebyl pro žádný typ vyhoření prokázán statisticky významný rozdíl na základě nálady před pohlavním stykem.

Průměrná hodnota fyzického vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako touhu po partnerce nebo nejistotu, 3,07 při směrodatné odchylce 1,18 a u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako naprostou jistotu, 2,62 při směrodatné odchylce 1,05.

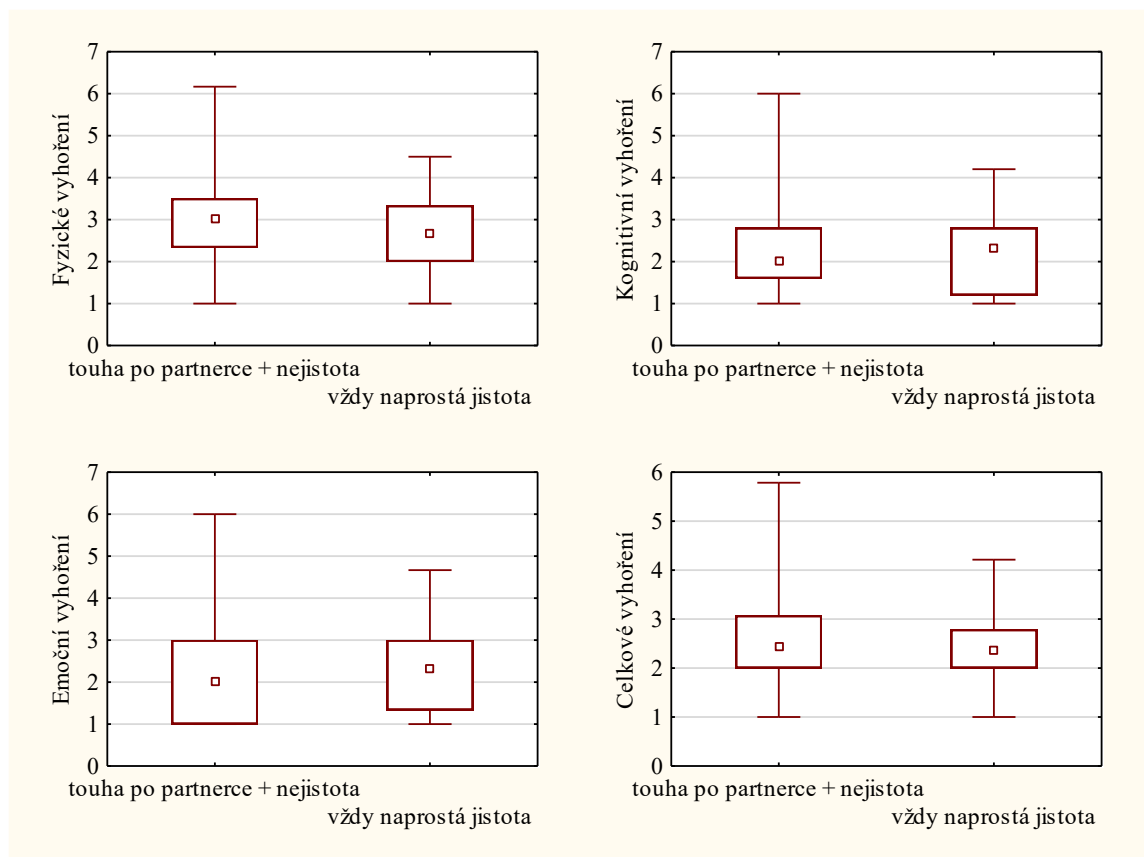
Průměrná hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako touhu po partnerce nebo nejistotu, 2,30 při směrodatné odchylce 1,05 a u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako naprostou jistotu, 2,23 při směrodatné odchylce 1,05.

Průměrná hodnota emočního vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako touhu po partnerce nebo nejistotu, 2,37 při směrodatné odchylce 1,27 a u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako naprostou jistotu, 2,40 při směrodatné odchylce 1,25.

Průměrná hodnota celkového vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako touhu po partnerce nebo nejistotu, 2,65 při směrodatné odchylce 1,00 a u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako naprostou jistotu, 2,43 při směrodatné odchylce 0,92.

Respondenti s naprostou *jistotou v náladě* před pohlavním stykem měli v průměru nižší hodnoty fyzického, emočního, kognitivního, a tedy i celkového vyhoření.

Graf 14: H4 nálada před pohlavním stykem - krabicový graf



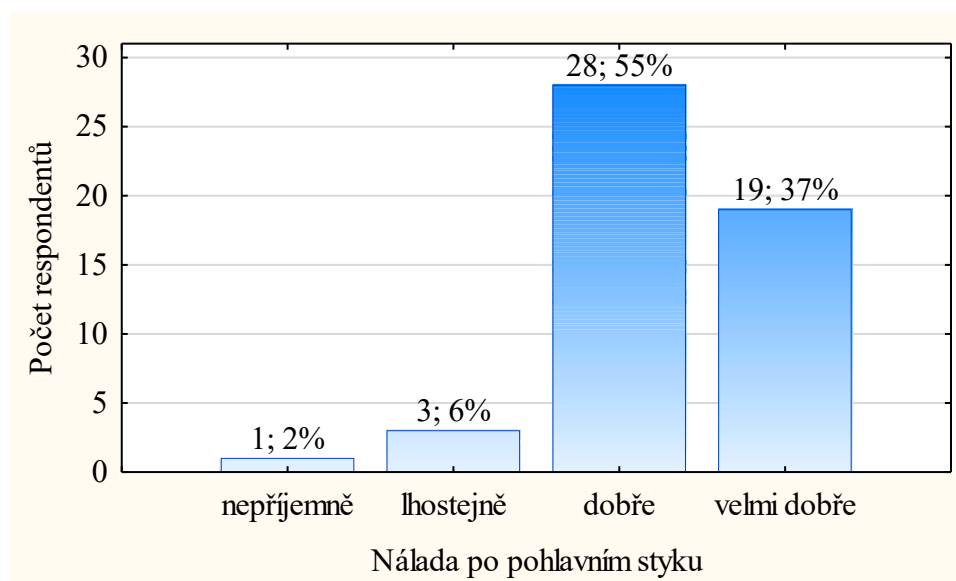
Zdroj: vlastní zpracování

Dle mediánu, dolního a horního kvartilu jsou hodnoty respondentů s naprostou jistotou mírně nižší u fyzického a celkového vyhoření. U emočního a kognitivního vyhoření není rozdíl mezi srovnávanými skupinami výrazný.

Na základě popisných číselných charakteristik lze pro fyzické a celkové vyhoření říci, že data mírně podporují hypotézu H4. Pro žádný druh vyhoření však nebyl výsledek statisticky významný.

Absolutní a relativní četnosti variant proměnné *nálada po pohlavním styku* byly zobrazeny ve sloupcovém grafu.

Graf 15: H4 nálada po pohlavním styku - sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování

Varianty *nepříjemně* a *lhostejně* byly pro nízké četnosti z porovnání vyřazeny. Výsledky popisné statistiky a statistického testování jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 6: H4 nálada po pohlavním styku

Vyhoření	Nálada po pohlavním styku				p-hodnota	
	dobře (n=32)		velmi dobře (n=19)		t-test	M-W test
	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	3,19	1,13	2,50	1,08	0,041*	0,037*
Kognitivní	2,39	1,07	2,01	0,96	0,209	0,193
Emoční	2,67	1,34	1,98	0,92	0,044*	0,087
Celkem	2,79	0,95	2,21	0,87	0,038*	0,023*

Zdroj: vlastní zpracování

Dle dvouvýběrového t-testu a Mann-Whitneyho testu bylo prokázáno, že fyzické a celkové vyhoření záchranářů, kteří mají po pohlavním styku velmi dobrou náladu, je statisticky významně nižší než fyzické vyhoření záchranářů, kteří se po pohlavním styku cítí dobře.

Průměrná hodnota fyzického vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako dobrou, 3,19 při směrodatné odchylce 1,13 a u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako velmi dobrou, 2,50 při směrodatné odchylce 1,08.

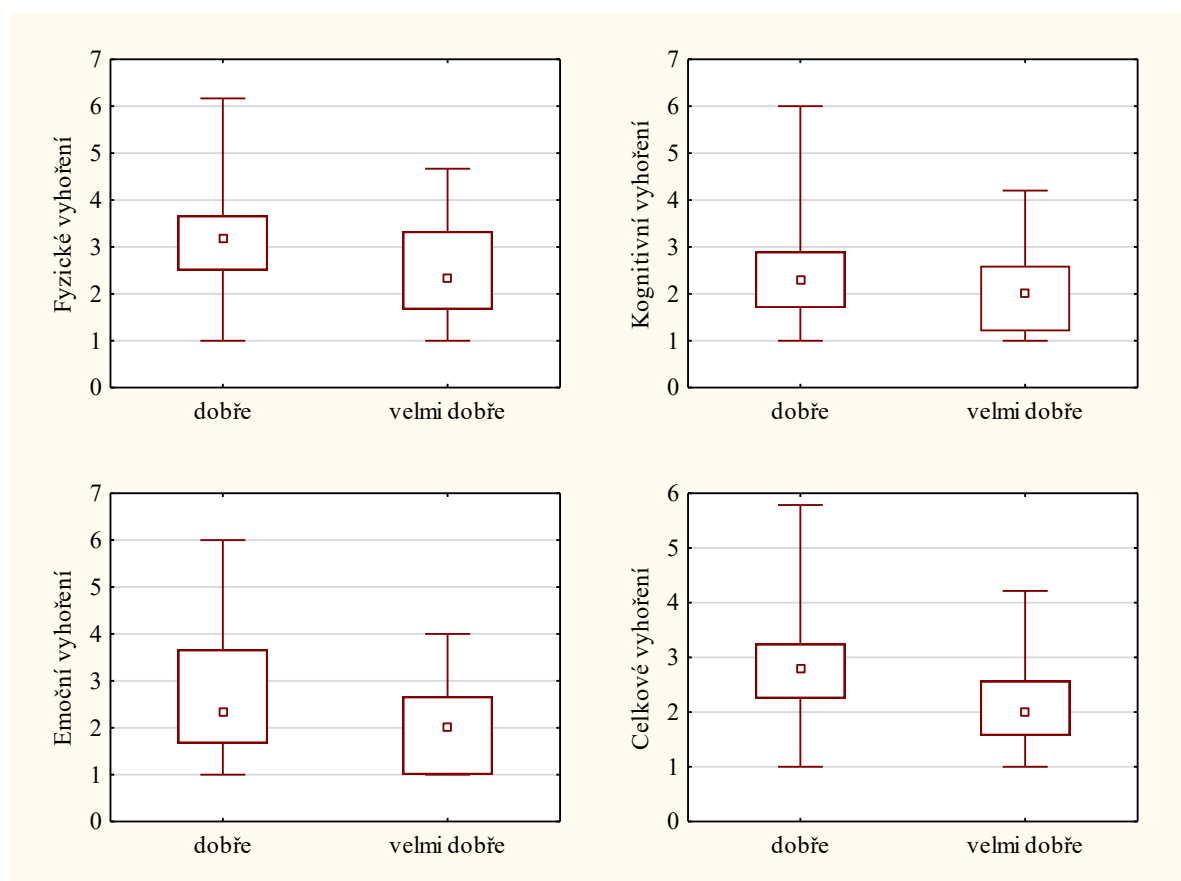
Průměrná hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako dobrou, 2,39 při směrodatné odchylce 1,07 a u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako velmi dobrou, 2,01 při směrodatné odchylce 0,96.

Průměrná hodnota emočního vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako dobrou, 2,67 při směrodatné odchylce 1,34 a u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako velmi dobrou, 1,98 při směrodatné odchylce 0,92.

Průměrná hodnota celkového vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako dobrou, 2,79 při směrodatné odchylce 1,05 a u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako velmi dobrou, 2,21 při směrodatné odchylce 0,87.

U respondentů s velmi dobrou náladou po pohlavním styku byly zjištěny v průměru výrazně vyšší hodnoty všech druhů vyhoření než u respondentů s dobrou náladou.

Graf 16: H4 nálada po pohlavním styku - krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování

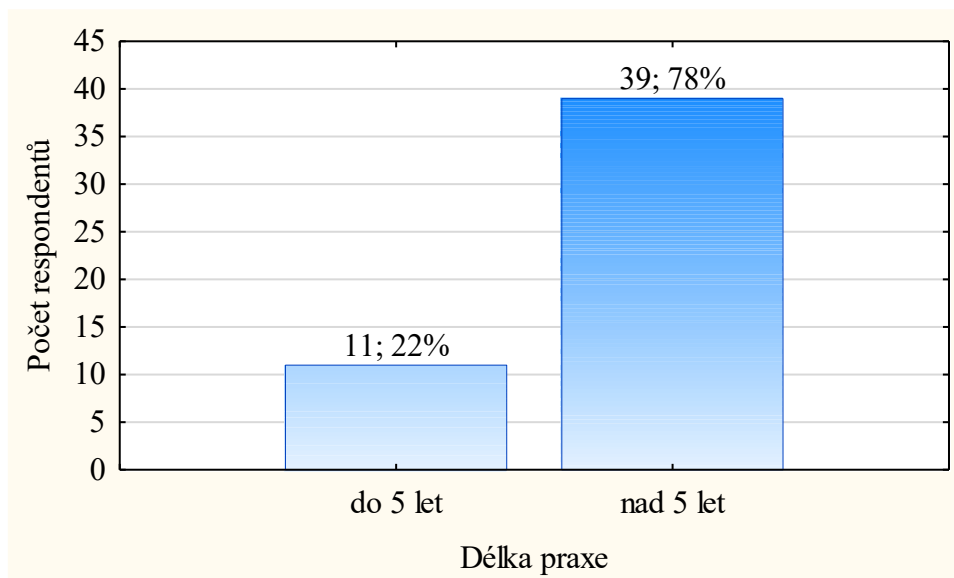
Dle mediánu, dolního a horního kvartilu má skupina respondentů s velmi dobrou náladou po pohlavním styku nižší hodnoty všech druhů vyhoření než skupina s dobrou náladou.

Na základě popisných číselných charakteristik lze pro všechny druhy vyhoření říci, že data podporují hypotézu H4. Výsledek byl statisticky významný pro fyzické a celkové vyhoření.

Hypotéza H5: Předpokládáme, že u respondentů s profesní praxí nad 5 let bude přítomen vyšší skór v dotazníku syndromu vyhoření. Dotazník syndromu vyhoření a otázka, která je v úvodu Délka celkové pracovní praxe ve zdravotnictví

Absolutní a relativní četnosti variant proměnné *délka praxe* byly zobrazeny ve sloupcovém grafu.

Graf 17: H5 sloupcový graf



Zdroj: vlastní zpracování

V datovém souboru tedy bylo 11 záchranářů s délkou praxe do 5 let (22 %) a 39 záchranářů s délkou praxe nad 5 let (78 %). Výsledky popisné statistiky a statistického testování jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 7: H5

Vyhoření	Délka praxe				p-hodnota	
	do 5 let (n=11)		nad 5 let (n=39)		t-test	M-W test
	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	2,48	0,96	3,08	1,20	0,103	0,202
Kognitivní	2,11	0,87	2,31	1,10	0,527	0,648
Emoční	1,79	0,96	2,56	1,30	0,042*	0,073
Celkem	2,20	0,72	2,69	1,02	0,084	0,143

Zdroj: vlastní zpracování

Vzhledem k tomu, že všechny p-hodnoty byly vyšší než 0,05, nebyl pro žádný typ vyhoření prokázán statisticky významný rozdíl mezi záchranáři s délkou praxe do 5 let a záchranáři s délkou praxe nad 5 let.

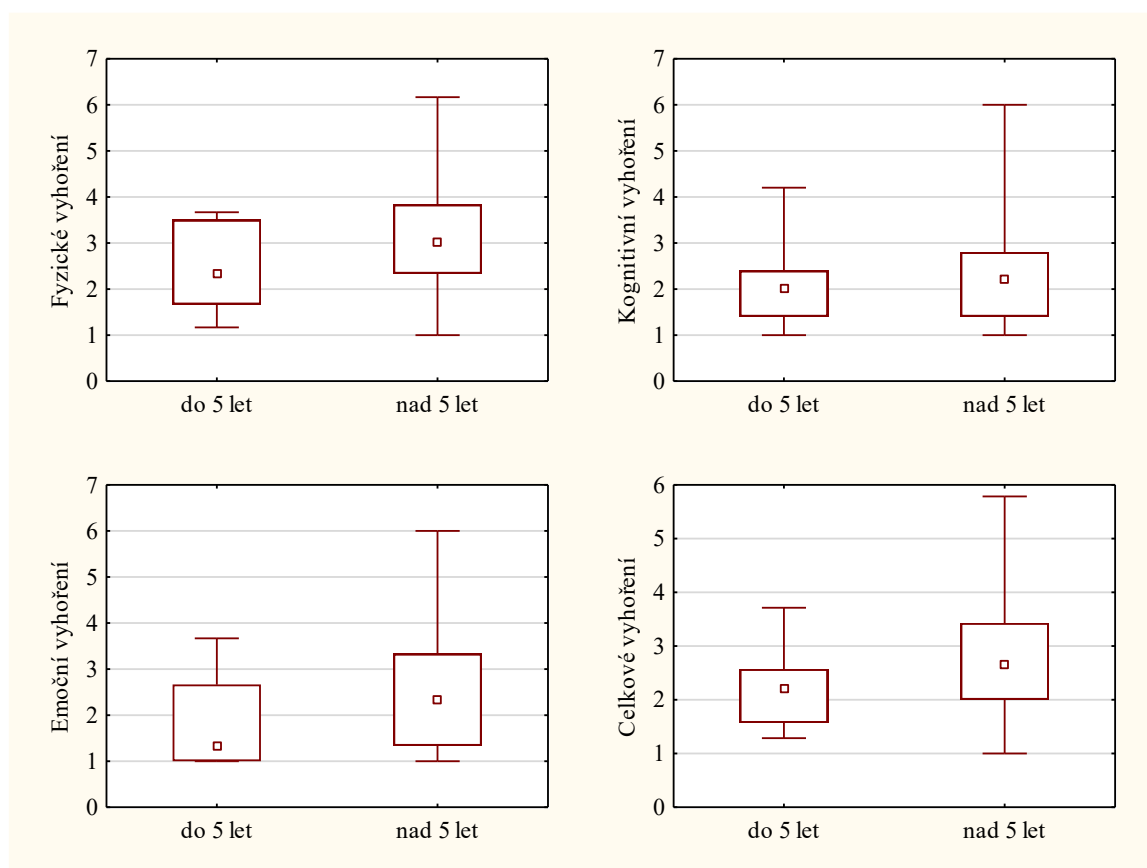
Průměrná hodnota fyzického vyhoření činila u respondentů s délkou praxe do 5 let 2,48 při směrodatné odchylce 0,96 a u respondentů s délkou praxe nad 5 let 3,08 při směrodatné odchylce 1,20.

Průměrná hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů s délkou praxe do 5 let 2,11 při směrodatné odchylce 0,87 a u respondentů s délkou praxe nad 5 let 2,31 při směrodatné odchylce 1,10.

Průměrná hodnota emočního vyhoření činila u respondentů s délkou praxe do 5 let 1,79 při směrodatné odchylce 0,96 a u respondentů s délkou praxe nad 5 let 2,56 při směrodatné odchylce 1,30.

Průměrná hodnota celkového vyhoření činila u respondentů s délkou praxe do 5 let 2,20 při směrodatné odchylce 0,72 a u respondentů s délkou praxe nad 5 let 2,69 při směrodatné odchylce 1,02.

Graf 18 : H5 krabicový graf



Zdroj: vlastní zpracování

S vyšší délkou praxe byla spojena vyšší míra všech druhů vyhoření v průměru, mediánu, dolním i horním kvartilu.

Na základě popisných číselných charakteristik lze pro všechny druhy vyhoření říci, že data podporují hypotézu H5. Pro žádný druh vyhoření však nebyl výsledek statisticky významný.

6. Diskuse

Tématem naší diplomové práce je vliv syndromu vyhoření na sexualitu u zdravotnických záchranářů. Snažili jsme se poskytnout ucelený pohled na problematiku syndromu vyhoření. Zmapovat sexualitu a zjistit zda, syndrom vyhoření sexualitu nějak ovlivňuje. Ověření jsme provedli na základě námi stanovených hypotéz. Výsledky jsme také porovnali i s ostatními studenty zabývající se touto problematikou, a to s všeobecnými sestrami (muži) neboli všeobecný ošetřovatel z fakultních a nefakultních nemocnic.

Zpracování dat k prokázání hypotéz jsme provedli pomocí metod popisné statistiky včetně testování hypotéz. Proměnná data, v našem v případě míra syndromu vyhoření, byla pro jednotlivé kategorie ordinárních (sexuální vybití a jeho potřeby, četnost takových aktů apod.) proměnných porovnávána prostřednictvím průměru a směrodatné odchylky a prostřednictvím mediánu, dolního a kvartilu v rámci krabicových grafů. Zkoumaný vzorek mužů profesně pocházel od záchranářů a byl porovnán s kontrolní skupinou všeobecných ošetřovatelů z fakultních a nefakultních nemocnic a zpracován statisticky pomocí grafů - průměry s přiřazenými směrodatnými odchylkami.

Srovnání míry syndromu vyhoření záchranářů probíhalo na základě získaných proměnných dat týkajících se jejich pohlavního života. To bylo provedeno pomocí dvou výběrových testů a mnohočetného porovnávání.

Zpracování probíhalo dle zvoleného statistického klíče a opíralo se především o výchozí zadání, kdy se předpokládalo, že se podaří do procesu sběru dat zapojit více respondentů. Získaný vzorek byl sice statisticky zajímavý, ale pro zvolenou metodu byl příliš malý. Bylo by dobré při stávající metodě použít minimálně dvojnásobný počet respondentů. I respondentů z fakultní a nefakultní nemocnice nebylo příliš mnoho. Významnější vzorek vznikne až při využití souhrnné studie tohoto šetření, která se pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D a doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc. zaměří na vliv syndromu vyhoření na lidské zdraví. Získaná data a jejich interpretaci považují za nadějný příspěvek.

Zadané hypotézy a výsledky jejich dotazování:

H1: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím nižší bude potřeba pohlavního vybití. - otázka č. 1

Potřeba pohlavního vybití – fyzické vyhoření viz příloha 1 graf č. 19

Stanovená hypotéza měla dokázat, nebo vyvrátit tvrzení, syndrom vyhoření má u záchranářů a všeobecných ošetřovatelů (nefakultní, fakultní) vliv na jejich sexuální vybití. Z interpretace dat uvedených v grafu č. 19: Mezi respondenty, kteří mají potřebu pohlavního vybití 2x týdně nebo méně, měli nejvyšší hodnoty fyzického vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři. Mezi respondenty, kteří mají potřebu pohlavního vybití denně nebo vícekrát za den, měli nejvyšší hodnoty fyzického vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři. Uvedená data se dají interpretovat jako potvrzení hypotézy, ale vzhledem

k počtu dotazovaných, struktury dat a statistické odchylky nelze kategoricky prohlásit hypotézu H1 za vyvrácenou anebo potvrzenou.

Potřeba pohlavního vybití – kognitivní vyhoření viz příloha 1 graf č. 20

Dalším bodem hypotézy H1 je zkoumání respondentů (fakultní, nefakultní a záchranáři) a jejich stupně vyhoření vůči pohlavnímu vybití 2x týdně nebo vyšší. V grafu č.20. mezi respondenty, kteří mají potřebu pohlavního vybití 2x týdně nebo méně, měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a těsně záchranáři. Mezi respondenty, kteří mají potřebu pohlavního vybití denně nebo vícekrát za den, měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři. Data lze v zásadě interpretovat ve prospěch zkoumané hypotézy H1, ale u některých skupin jako jsou záchranáři je stupeň kognitivního vyhoření nižší než u skupiny z nefakultních nemocnic. Tyto skupiny však slouží ke srovnávání. Vysvětlení je nutné hledat v jiných faktorech jako může být věk.

Potřeba pohlavního vybití – emoční vyhoření (H1) viz příloha 1 graf č. 21

V hodnocení emočního vybití u skupin s denní potřebou a potřebou 2y týdně se situace opakovala, jako u předchozích typů vyhoření, kdy nejvíce postiženou skupinou byli dle interpretace dotazované osoby z nefakultního prostředí viz graf. 21: Mezi respondenty, kteří mají potřebu pohlavního vybití 2x týdně nebo méně, i respondenty, kteří mají potřebu pohlavního vybití denně nebo vícekrát za den, měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři.

Potřeba pohlavního vybití – celkové vyhoření (H1) viz příloha 1 graf č. 22

Závěrečný graf ilustruje celou situaci v rámci řešené hypotézy H1, ten definoval stav – „... že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím nižší bude potřeba pohlavního vybití.“:

Mezi respondenty, kteří mají potřebu pohlavního vybití 2x týdně nebo méně, měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři. Mezi respondenty, kteří mají potřebu pohlavního vybití denně nebo vícekrát za den, měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři.

Celkově lze říci, že dle popisných číselných charakteristik fyzického, kognitivního a celkového vyhoření data spíše podporují hypotézu H1, nicméně dle statistických testů nejsou rozdíly ve vyhoření na základě frekvence potřeby pohlavního vybití statisticky významné. V tomto kontextu je nutné uvést, že k prokázání uvedené hypotézy by bylo nutné mít informačně bohatší datový vzorek a mimo jiné znát situaci jednotlivých skupin třeba před nástupem do vykonávané profese.

Zde se ukazuje možnost využití tzv. p-hodnoty viz Tabulka č. 1 – H1 k upřesnění výsledku hypotézy H1. Vzhledem k tomu, že všechny jejich p-hodnoty byly vyšší než 0,05, nebyl

pro žádný typ vyhoření prokázán statisticky významný rozdíl na základě frekvence potřeby pohlavního vybití.

H2: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím nižší bude častost pokusu o pohlavní styk a rovněž bude nižší i frekvence uspokojivých pohlavních styků.

Častost pohlavních styků– fyzické vyhoření (H2) viz příloha 1 graf č. 23

Mezi zkoumanými respondenty, kteří mají pohlavní styk několikrát za měsíc nebo rok, měli nejvyšší hodnoty fyzického vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Respondenti fakultních nemocnic a záchranáři měli přibližně stejné hodnoty fyzického vyhoření, přičemž hodnoty záchranářů o něco méně kolísaly (2,87 při směrodatné odchylce 0,98). Rozdíly ve fyzickém vyhoření u respondentů s 2 nebo více pohlavními styky týdně (3,17 při směrodatné odchylce 1,27 a u respondentů) byly mezi záchranáři, fakultními a nefakultními nemocnicemi minimální. Mezi respondenty, kteří mají pohlavní styk denně nebo vícekrát za den (2,50 při směrodatné odchylce 1,04), měli nejvyšší hodnotu fyzického vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Respondenti fakultních nemocnic a záchranáři měli přibližně stejné hodnoty fyzického vyhoření. Při zjišťování statisticky významného rozdílu p-hodnoty bylo zjištěno, že zkoumaný vzorek vykazuje tyto hodnoty: K-W test 0,306 a p-test 0,291. Žádná z uvedených hodnot nebyla menší než 0,05 a tudíž lze konstatovat skutečnost poukazující na relevantnost hypotézy H2.

Častost pohlavních styků – kognitivní vyhoření (H2) viz příloha 1 graf č. 24

Mezi respondenty, kteří mají pohlavní styk několikrát za měsíc nebo rok, měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. (Průměrná hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků max několikrát za měsíc nebo rok, 2,48 při směrodatné odchylce 0,98). Respondenti fakultních nemocnic a záchranáři měli přibližně stejné hodnoty kognitivního vyhoření, přičemž dle směrodatné odchylky hodnoty záchranářů méně kolísaly. Mezi respondenty, kteří mají pohlavní styk několikrát 2x nebo vícekrát týdně, měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následování respondenty fakultních nemocnic a nejnižší hodnoty kognitivního vyhoření měli záchranáři (u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků 2x nebo vícekrát týdně, 2,34 při směrodatné odchylce 1,08). Mezi respondenty, kteří mají pohlavní styk denně nebo vícekrát za den, měli nejnižší průměr kognitivního vyhoření záchranáři (u respondentů, kteří uvedli častost pohlavních styků denně, 1,84 při směrodatné odchylce 1,00). Vyšší a vzájemně srovnatelné hodnoty kognitivního vyhoření měli respondenti z fakultních a nefakultních nemocnic.

Častost pohlavního styků – emoční vyhoření (H2) viz příloha 1 graf č. 25

Mezi respondenty, kteří mají pohlavní styk několikrát za měsíc nebo rok, měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následování respondenty z fakultních nemocnic a záchranáři. Mezi respondenty, kteří mají pohlavní styk 2x nebo vícekrát týdně, měli nejnižší hodnoty emočního vyhoření respondenti fakultních nemocnic. Vyšší hodnoty měli záchranáři a respondenti nefakultních nemocnic. Mezi respondenty

s denní frekvencí pohlavních styků měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Záchranáři a respondenti fakultních nemocnic měli srovnatelné hodnoty, přičemž hodnoty respondentů fakultních nemocnic kolísaly dle směrodatné odchylky méně.

Průměrná hodnota emočního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože většinou nebo méně často, 1,90 při směrodatné odchylce 0,95, u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, 2,69 při směrodatné odchylce 1,42 a u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože absolutně vždy bez ohledu na okolnosti, 2,28 při směrodatné odchylce 1,06.

Častost pohlavního styků – celkové vyhoření (H2) viz příloha 1 graf č. 26

Mezi respondenty, kteří mají pohlavní styk několikrát za měsíc nebo rok, měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následováni respondenty z fakultních nemocnic a záchranáři. Mezi respondenty, kteří mají pohlavní styk 2x nebo vícekrát týdně, měli respondenti nefakultních nemocnic mírně vyšší hodnoty než respondenti fakultních nemocnic a záchranáři. Mezi respondenty s denní frekvencí pohlavních styků měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následováni respondenty fakultních nemocnic a záchranáři. Pohledem statistických čísel byli nejvíce zastoupeni respondenti s četností pohlavního styku 2x nebo vícekrát týdně, kdy statistická hodnota vycházela na 3,17 (směrová odchylka 1,27) oproti hodnotě 2,50 (denně) a 2,85 (několikrát za měsíc). Za úvahu stojí p-hodnota, které byla pro danou kategorii 0.291 (ANOVA) a 0,306 (K-W test) obě hodnoty potvrzovaly statisticky relevantní vzorek vůči nulové variantě hypotézy.

Častost uskutečnění soulože – fyzické vyhoření (H2) viz příloha 1 graf č. 27

Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože většinou, v menšině případů nebo vůbec nikdy, měli nejvyšší hodnoty fyzického vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, těsně následováni respondenty fakultních nemocnic. Nejnížší hodnoty fyzického vyhoření měli v této kategorii záchranáři. Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, měli nejvyšší hodnoty fyzického vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, těsně následováni záchranáři. Nejnížší hodnoty fyzického vyhoření měli v této kategorii respondenti fakultních nemocnic. Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože za všech podmínek vždy, měli nejvyšší hodnoty fyzického vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty fyzického vyhoření měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři, přičemž hodnoty respondentů fakultních nemocnic byly dle směrodatné odchylky více rozptýlené. Pro srovnání uvádíme průměrnou hodnotu fyzického vyhoření ta byla u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože většinou nebo méně často, 2,63 při směrodatné odchylce 0,89, u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, 3,20 při směrodatné odchylce 1,35 a u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože absolutně vždy bez ohledu na okolnosti, 2,79 při směrodatné odchylce 0,93.

Častost uskutečnění soulože – kognitivní vyhoření (H2) viz příloha 1 graf č. 28

Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože většinou, v menšině případů nebo vůbec nikdy, měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři s výrazně nižšími hodnotami - průměrná hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože většinou nebo méně často, 2,10 při směrodatné odchylce 0,70. Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Respondenti fakultních nemocnic a záchranáři měli vzájemně srovnatelné hodnoty, přičemž hodnoty záchranářů dle směrodatné odchylky více kolísaly. Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože za všech podmínek vždy, měli nejnižší hodnoty záchranáři - u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, 2,42 při směrodatné odchylce 1,18 a u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože absolutně vždy bez ohledu na okolnosti, 2,20 při směrodatné odchylce 1,12. Vyšší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních a nefakultních nemocnic.

Častost uskutečnění soulože – emoční vyhoření (H2) viz příloha 1 graf č. 29

Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože většinou, v menšině případů nebo vůbec nikdy, měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři - průměrná hodnota emočního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože většinou nebo méně často, 1,90 při směrodatné odchylce 0,95. Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní záchranáři a respondenty fakultních nemocnic - u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, 2,69 při směrodatné odchylce 1,42. Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože za všech podmínek vždy, měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic - u respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože absolutně vždy bez ohledu na okolnosti, 2,28 při směrodatné odchylce 1,06. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři.

Častost uskutečnění soulože – celkové vyhoření (H2) viz příloha 1 graf č. 30

Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože většinou, v menšině případů nebo vůbec nikdy, měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři. Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy, měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní záchranáři a respondenty fakultních nemocnic. Mezi respondenty, u kterých dojde k uskutečnění soulože za všech podmínek vždy, měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři, přičemž respondenti fakultních nemocnic měli dle směrodatné odchylky vyšší variabilitu. Celkově lze říci, že dle popisných číselných charakteristik ani dle statistických testů data hypotézu H2 nepodporují.

H3: Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u mužů, pracujících jako záchranáři, pocit úspěšnosti v pohlavním životě.

Úspěšnost v pohlavním životě – fyzické vyhoření (H3) viz příloha 1 graf č. 31

Mezi respondenty, kteří si jsou naprosto jistí svou úspěšností v pohlavním životě, byli mezi záchranáři a respondenty z nefakultních a fakultních nemocnic v hodnotách fyzického vyhoření pouze minimální rozdíly. Malé rozdíly mezi těmito skupinami byli v rámci respondentů, kteří si jsou svou úspěšností nejistí - průměrná hodnota fyzického vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě nejistotu, 3,47 při směrodatné odchylce 1,30, u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že jsou většinou úspěšní, 2,97 při směrodatné odchylce 1,13 a u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že si jsou naprosto jistí svou úspěšností, 2,50 při směrodatné odchylce 0,99. Nejvyšší hodnoty zde měli respondenti nefakultních nemocnic, mírně nižší záchranáři a mírně nižší respondenti fakultních nemocnic. V rámci respondentů, kteří se pokládají za většinou úspěšné, měli nejvyšší hodnoty respondenti nefakultních nemocnic, následování respondenty fakultních nemocnic, vůči kterým měli jen minimálně nižší hodnoty záchranáři.

Úspěšnost v pohlavním životě – kognitivní vyhoření (H3) viz příloha 1 graf č. 32

Mezi respondenty, kteří si jsou naprosto jistí svou úspěšností v pohlavním životě, měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři. Mezi respondenty, kteří se cítí většinou úspěšní, měli nevyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, těsně následování respondenty fakultních nemocnic. Nejnižší hodnoty měli záchranáři - průměrná hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě nejistotu, 2,68 při směrodatné odchylce 0,99, u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že jsou většinou úspěšní, 2,29 při směrodatné odchylce 1,08 a u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že si jsou naprosto jistí svou úspěšností, 1,97 při směrodatné odchylce 0,96. Mezi respondenty, kteří si jsou svou úspěšností v pohlavním životě nejistí, měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následování respondenty fakultních nemocnic a záchranáři.

Úspěšnost v pohlavním životě – emoční vyhoření (H3) viz příloha 1 graf č. 33

Mezi respondenty, kteří si jsou naprosto jistí svou úspěšností v pohlavním životě, měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následování záchranáři a respondenty fakultních nemocnic. Mezi respondenty, kteří se považují v pohlavním životě za většinou úspěšné, měli nejvyšší hodnoty respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli záchranáři a respondenti fakultních nemocnic. Mezi respondenty, kteří si jsou nejistí svou úspěšností, měli nejvyšší hodnoty respondenti nefakultních nemocnic, následování respondenty fakultních nemocnic a záchranáři - průměrná hodnota emočního vyhoření byla u dotazovaných, kteří uvedli v pocitu úspěšnosti pohlavního života nejistotu, 2,07 (směrodatná odchylka 1,33), u

respondentů, kteří uvedli u pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že jsou většinou úspěšní, 2,43 (směrodatná odchylka 1,18) a u dotazovaných, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že si jsou naprosto jistí svou úspěšností, 2,51 (směrodatná odchylka 1,41).

Úspěšnost v pohlavním životě – celkové vyhoření (H3) viz příloha 1 graf č. 34

Mezi respondenty, kteří si jsou naprosto jistí svou úspěšností v pohlavním životě, měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři. Mezi respondenty, kteří se v pohlavním životě považují za většinou úspěšné, měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě, že jsou většinou úspěšní, 2,61 (směrodatná odchylka 0,95). Mezi respondenty, kteří si jsou nejistí svou úspěšností, měli nejvyšší hodnoty respondenti nefakultních nemocnic. Výrazně nižší hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic, těsně následovaní záchranáři. – průměrná hodnota celkového vyhoření činila u respondentů, kteří uvedli ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě nejistotu, 2,89 (směrodatná odchylka 1,09).

Z analyzovaných dat lze provést průměry fyzického, kognitivního a celkového vyhoření ty klesají spolu s klesajícím pocitem úspěšnosti v pohlavním životě. U emočního vyhoření je trend spíše opačný, tj. rostoucí jistota v pocitu úspěšnosti v pohlavním životě je spojena s rostoucí mírou emočního vyhoření, což je znát především v rozdílu mezi kategoriemi nejistý a většinou úspěšný.

Na základě popisných číselných charakteristik lze pro všechny druhy vyhoření říci, že data podporují hypotézu H3. Výsledek byl statisticky významný pro fyzické a celkové vyhoření.

H4: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako záchranáři, tím negativněji bude ovlivněna nálada před pohlavním stykem a po něm.

Nálada před pohlavním stykem– fyzické vyhoření (H4) viz příloha 1 graf č. 35

Mezi respondenty, jejichž nálada před pohlavním stykem je charakterizována touhou po partnerce nebo nejistotou, měli nejvyšší hodnoty fyzického vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři. Mezi respondenty, kteří před pohlavním stykem cítí vždy naprostou jistotu, měli nejvyšší hodnoty respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři. Statistická hodnota fyzického vyhoření byla u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako touhu po partnerce nebo nejistotu, 3,07 při směrodatné odchylce 1,18 a u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako naprostou jistotu, 2,62 při směrodatné odchylce 1,05. Z uvedeného lze dovodit, že syndrom vyhoření, respektive fyzické vyhoření ovlivňuje touhu po partnerce.

Nálada před pohlavním stykem – kognitivní vyhoření (H4) viz příloha 1 graf č. 36

Mezi respondenty, jejichž nálada před pohlavním stykem je charakterizována touhou po partnerce nebo nejistotou, i mezi respondenty, kteří před pohlavním stykem cítí vždy naprostou jistotu, měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři. Průměrná statistická hodnota kognitivního vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako touhu po partnerce nebo nejistotu, 2,30 při směrodatné odchylce 1,05 a u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako naprostou jistotu, 2,23 při směrodatné odchylce 1,05.

Nálada před pohlavním stykem – emoční vyhoření (H4) viz příloha 1 graf č. 37

Mezi respondenty, jejichž nálada před pohlavním stykem je charakterizována touhou po partnerce nebo nejistotou, i mezi respondenty, kteří před pohlavním stykem cítí vždy naprostou jistotu, měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři. Emoční vyhoření ve vztahu k situaci před pohlavním stykem bylo u respondentů z pohledu statistických dat: touha po partnerce anebo nejistota, 2,37 při směrodatné odchylce 1,27 a u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako naprostou jistotu, 2,40 při směrodatné odchylce 1,25.

Nálada před pohlavním stykem – celkové vyhoření (H4) viz příloha 1 graf č. 38

Celkovou situaci před pohlavním stykem ve smyslu nálady ovlivněné celkovým vyhořením lze popsat statisticky takto: průměrná hodnota celkového vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako touhu po partnerce nebo nejistotu, 2,65 při směrodatné odchylce 1,00 a u respondentů, kteří popsali náladu před pohlavním stykem jako naprostou jistotu, 2,43 při směrodatné odchylce 0,92. mírně nižší hodnoty záchranáři.

Mezi respondenty, jejichž nálada před pohlavním stykem je charakterizována touhou po partnerce nebo nejistotou, i mezi respondenty, kteří před pohlavním stykem cítí vždy naprostou jistotu, měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic. Situaci lze také interpretovat, tak že respondenti s nižšími hodnotami fyzického a celkového vyhoření měli jistotu v náladě před pohlavním stykem.

Nálada po pohlavním styku – fyzické vyhoření (H4) viz příloha 1 graf č. 39

Mezi respondenty, kteří se po pohlavním styku cítí dobře (průměrná hodnota fyzického vyhoření činila 3,19 při směrodatné odchylce 1,13), měli nejvyšší hodnoty fyzického vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní záchranáři a respondenty fakultních nemocnic. Mezi respondenty, kteří se po pohlavním styku cítí velmi dobře (průměrná hodnota 2,50 při směrodatné odchylce 1,08), měli nejvyšší hodnoty fyzického vyhoření respondenti fakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři.

Nálada po pohlavním styku– kognitivní vyhoření (H4) viz příloha 1 graf č. 40

Mezi respondenty, kteří se po pohlavním styku cítí dobře, měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic – (průměrná hodnota 2,39 při směrodatné odchylce 1,07). Výrazně nižší hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic, těsně následovaní záchranáři. Mezi respondenty, kteří se po pohlavním styku cítí velmi dobře, měli nejnižší hodnoty záchranáři. Vyšší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních a nefakultních nemocnic, přičemž hodnoty u fakultních nemocnic kolísaly méně – průměrná hodnota 2,01 při směrodatné odchylce 0,96.

Nálada po pohlavním styku – emoční vyhoření (H4) viz příloha 1 graf č. 41

Mezi respondenty, kteří se po pohlavním styku cítí dobře, měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Průměrná hodnota emočního vyhoření činila u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako dobrou, 2,67 při směrodatné odchylce 1,34 a u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako velmi dobrou, 1,98 při směrodatné odchylce 0,92. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři, přičemž záchranáři měli dle směrodatné odchylky o něco vyšší variabilitu hodnot emočního vyhoření. Mezi respondenty, kteří se po pohlavním styku cítí velmi dobře, měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Výrazně nižší hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic, těsně následovaní záchranáři.

Nálada po pohlavním styku – celkové vyhoření (H4) viz příloha 1 graf č. 42

Celková analýza nálad po pohlavním styku v popsáných grafech: mezi respondenty, kteří se po pohlavním styku cítí dobře, měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Výrazně nižší hodnoty měli záchranáři, těsně následovaní respondenty fakultních nemocnic. Mezi respondenty, kteří se po pohlavním styku cítí velmi dobře, měli nejvyšší a vzájemně srovnatelné hodnoty celkového vyhoření respondenti fakultních a nefakultních nemocnic. Záchranáři měli výrazně nižší hodnoty. Celková průměrná hodnota vyhoření byla u dotazovaných, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako dobrou, 2,79 při směrodatné odchylce 0,95 a u respondentů, kteří popsali náladu po pohlavním styku jako velmi dobrou, 2,21 při směrodatné odchylce 0,87. Závěrem lze konstatovat, že u respondentů s velmi dobrou náladou po pohlavním styku byly zjištěny v průměru výrazně vyšší hodnoty všech druhů vyhoření než u respondentů s dobrou, náladou.

H5: Předpokládáme, že u respondentů s profesní praxí nad 5 let bude v dotazníku přítomno vyšší skóre syndromu vyhoření.

Délka praxe – fyzické vyhoření (H5) viz příloha 1 graf č. 43

Mezi respondenty s délkou praxe do 5 let měli nejvyšší hodnoty fyzického vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři, přičemž hodnoty záchranářů byly méně variabilní. U respondentů s délkou praxe nad 5 let měli nejvyšší hodnoty fyzického

vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, těsně následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři. Celková průměrná hodnota fyzického vyhoření byla u respondentů s délkou praxe do 5 let 2,48 při směrodatné odchylce 0,96. Respondenti s délkou praxe nad 5 let 3,08 při směrodatné odchylce 1,20.

Délka praxe – kognitivní vyhoření (H5) viz příloha 1 graf č. 44

Výsledná celková hodnota u kognitivního vyhoření byla u dotazovaných s délkou praxe do 5 let 2,11 při směrodatné odchylce 0,87 a u respondentů s délkou praxe nad 5 let 2,31 při směrodatné odchylce 1,10. U jednotlivých skupin respondentů byly výsledky následující: mezi respondenty s délkou praxe do 5 let měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři. U respondentů s délkou praxe nad 5 let měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, těsně následovaní respondenty fakultních nemocnic. Nejnižší hodnoty kognitivního vyhoření v této skupině respondentů měli záchranáři.

Délka praxe – emoční vyhoření (H5) viz příloha 1 graf č. 45

Mezi respondenty s délkou praxe do 5 let i respondenty s délkou praxe nad 5 let měli nejvyšší hodnoty emočního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři. Analyzovaná statistická data ukazují, že hodnota emočního vyhoření činila u respondentů s délkou praxe do 5 let 1,79 při směrodatné odchylce 0,96 a u respondentů s délkou praxe nad 5 let 2,56 při směrodatné odchylce 1,30.

Délka praxe – celkové vyhoření (H5) viz příloha 1 graf č. 46

Celkové vyhoření a délka praxe byla spojena s vyšší mírou všech druhů vyhoření v průměru, mediánu, dolním i horním kvartilu. Mezi respondenty s délkou praxe do 5 let měli nejvyšší hodnoty celkového vyhoření respondenti nefakultních nemocnic. Výrazně nižší a vzájemně srovnatelné hodnoty měli respondenti fakultních nemocnic a záchranáři. U respondentů s délkou praxe nad 5 let měli nejvyšší hodnoty kognitivního vyhoření respondenti nefakultních nemocnic, následovaní respondenty fakultních nemocnic a záchranáři. Hodnota celkového vyhoření činila u respondentů s délkou praxe do 5 let 2,20 při směrodatné odchylce 0,72 a u respondentů s délkou praxe nad 5 let 2,69 při směrodatné odchylce 1,02.

Závěrem lze konstatovat, že na základě popisných číselných charakteristik lze pro všechny druhy vyhoření napsat, že data podporují hypotézu H5. Pro žádný druh vyhoření však nebyl výsledek statisticky významný.

7. Závěr

Teoretická část práce nás seznámila s prací zdravotnických záchranářů, syndromem vyhoření, lidské sexualitě, běžnému sexuálnímu chování, ale i odchylkám. Všechny tyto části byly potřebné k pochopení a provedení následného výzkumu.

Věnovali jsme se proto tomu, jak funguje zdravotnická záchranná služba z hlediska členění i sestavy výjezdových posádek, podívali jsme se podrobně na profesi záchranáře jako takového, a to nejen z hlediska konkrétních specifik jeho profese, ale zaměřili jsme se i na to, jaké by měl mít osobnostní rysy a předpoklady, co by mu mělo být vlastní a co by měl zvládat.

Největší pozornost v teoretické části jsme věnovali syndromu vyhoření, který byl potřeba zhodnotit v několika rovinách. Rozebrali jsme jeho projevy i fáze, zabývali jsme se jeho diagnostikou i standardizovanými dotazníky. Zvláštní kapitolu jsme potom věnovali syndromu vyhoření u zdravotnických záchranářů. Zcela logicky jsme také nemohli vynechat jak prevenci, tak léčbu syndromu.

V posledním díle teoretické části jsme se věnovali lidské sexualitě, rozebírali termíny, jako je sexuální identita a role. Bylo nutné také zmínit sexuální orientace a dysfunkce, protože často právě tyto vnitřní rozpory ještě zhoršují problémy u konkrétního jedince.

Zajímali nás také souvislosti mezi sexualitou a syndromem vyhoření. Z obecného hlediska hodnocení burnout je jasné, že všechny ne přímo nutné fyzické pochody organismu jsou během syndromu vyhoření omezeny, ne-li úplně potlačeny. Otazníkem bylo, zda se dané problémy budou týkat i právě sexuální oblasti. V určitých případech můžeme předpokládat, že u určité části respondentů může být sex i vítanou aktivitou k potlačení projevů vyhasnutí.

V praktické části jsme pracovali se vzorkem zdravotnických záchranářů pracujících na výjezdových základnách ZZS v ČR. Respondenti z našeho vzorku mohli být různého věku, ale záleželo na vzdělání - vystudování zdravotnického záchranáře. Dotazníky byly anonymní, jednak z důvodu většího komfortu respondentů a jednak z důvodu, aby nemohlo dojít k jakémukoliv zneužití údajů. Ze 100 vydaných dotazníků jsme jich obdrželi vyplněných 53, ale ještě dva musely být vyřazeny z důvodu nedostatečné výpovědní hodnoty. V empirické části bylo posouzeno 5 hypotéz, týkajících se souvislosti syndromu vyhoření a pohlavního života mužů-záchranářů.

Výzkumná data byla zpracována metodami popisné statistiky a testování hypotéz. Pro ordinální proměnné (např. potřeba pohlavního vybití, četnost pohlavních styků apod.) byly vytvořeny sloupcové grafy s absolutními a relativními četnostmi. Míra vyhoření, byla poté pro jednotlivé kategorie ordinálních proměnných porovnávána prostřednictvím průměru a směrodatné odchylky a prostřednictvím mediánu, dolního a horního kvartilu v rámci krabicových grafů. Porovnání míry vyhoření záchranářů na základě proměnných týkajících se jejich pohlavního života bylo provedeno pomocí dvou výběrových testů a mnohonásobného porovnávání. Pro všechna porovnání byly vypočteny jak parametrické (dvou výběrový t-test, ANOVA), tak neparametrické testy (Mann-Whitneyho test, Kruskal-Wallisův test). Předpoklad normálního rozdělení byl ověřen pomocí Shapiro-

Wilkova testu. V případě, že dle Shapiro-Wilkova testu bylo možné normální rozdělení předpokládat, byl upřednostněn výsledek parametrického testu, a naopak v případě, že dle Shapiro-Wilkova testu nebylo možné normální rozdělení předpokládat, byl upřednostněn výsledek neparametrického testu. Zvolené srovnávání testovaného kritéria s kritickými hodnotami pro potřebu rozhodování o platnosti anebo neplatnosti nulové hypotézy pomocí p-hodnoty bylo zvoleno z důvodu odstranění extrémních odchylek statistických dat. Význam aplikace p-hodnoty spočívá v získání nejnižší hladiny významnosti testu pro kterou ještě platí vyslovená hypotéza. To znamená, že čím vyšší je p-hodnota tím více data hovoří ve prospěch nulové hypotézy. V práci byla stanovena hladina významnosti 0,05. Při dosažení p-hodnoty vyšší než 0,05 nelze nulovou hypotézu zamítnout (a tím prokázat alternativní hypotézu).

V rámci našeho výběru bylo zjištěno, že záchranáři s častější potřebou pohlavního vybití (H1) mají nižší skóre syndromu fyzického, kognitivního a celkového vyhoření, a naopak vyšší skóre v oblasti emočního vyhoření. Tato zjištění však nebyla vyhodnocena jako statisticky významná. Zkoumaný vzorek na základě analýzy výzkumných dat se nám nepotvrdil.

U závislosti míry syndromu vyhoření na častosti pohlavních styků (H2) nebyly v rámci našeho výběru pozorovány výrazné tendence podporující tuto závislost, a to pro žádný druh vyhoření. Stejně tak nebyl zjištěn žádný statisticky významný výsledek na základě statistických testů. Při hodnocení závislosti míry vyhoření na častosti uskutečnění soulože bylo v rámci výběru záchranářů zjištěno, že nejvyšší míru všech druhů vyhoření vykazuje prostřední skupina záchranářů dle frekvence uskutečnění soulože, tedy záchranáři, kteří uvedli, že za běžných podmínek dojde k uskutečnění soulože vždy. Vyšší i nižší frekvence vykazaly nižší míru vyhoření a žádný ze statistických testů nezjistil statisticky významný výsledek. Obdobně u analýzy dat H1 nebyl zjištěn žádný statisticky významný výsledek na základě statistických testů. Zkoumané p-hodnoty se pohybovaly v rozmezí u testu ANOVA 0,120 AŽ 0,305 a u testu K-W od 0,070 do 0,306. Hypotéza se nám nepotvrdila.

Při hodnocení závislosti míry vyhoření na pocitu úspěšnosti v pohlavním životě (H3) bylo na základě výběru záchranářů pozorováno snižující se skóre fyzického, kognitivního a celkového vyhoření spojené s rostoucím pocitem úspěšnosti. Statistické testy byly v rozmezí u testu ANOVA 0,137 až 0,679 a u testu K-W pak mezi hodnotami 0,200 až 0,552 (viz tabulka č. 4-H3). Hypotéza se nám potvrdila.

Dále bylo na základě výběru záchranářů zjištěno, že záchranáři s větší jistotou před pohlavním stykem (H4) vykazují nižší míru celkového a fyzického vyhoření. Tento fakt však nebyl dle statistických testů vyhodnocen jako statisticky významný. Co se týče nálady po pohlavním styku, s lepším pocitem byla asociována nižší míra všech druhů vyhoření, přičemž výsledek byl statisticky významný pro fyzické a celkové vyhoření. Zde tedy bylo prostřednictvím statistického testování prokázáno, že nižší míra fyzického a celkového vyhoření je spojena s lepší náladou po pohlavním styku. Dle dvou výběrového t-testu (hodnoty kolísaly v rozmezí 0,038-0,209) a Mann-Whitneyho testu (hodnoty kolísaly v rozmezí 0,023-0,193) bylo prokázáno, že fyzické a celkové vyhoření záchranářů, kteří

mají po pohlavním styku velmi dobrou náladu, je statisticky významně nižší (velmi dobře 37 %, dobře 55 %) než fyzické vyhoření záchranářů. Hypotéza se nám potvrdila.

Na závěr bylo zjištěno, že všechny druhy vyhoření (H5) vykazují vyšší míru u respondentů s délkou praxe nad 5 let, oproti respondentům s délkou praxe do 5 let. Přesněji průměrná hodnota kognitivního vyhoření byla u respondentů s délkou praxe do 5 let 2,11 nad 5 let 2,31. U emočního vyhoření byla u respondentů s délkou praxe do 5 let 1,79 nad 5 let 2,56. Rozdíl však nebyl vyhodnocen jako statisticky významný. Výběrové testy dat ukázaly, že získané p-hodnoty kolísaly v rozmezí 0,042-0,527 (t-test) a 0,073-0,648 (M-W test) což znamená že data jsou statisticky významné a hypotéza se nám potvrdila.

Porovnání *mužů* z fakultních, nefakultních nemocnic a záchranářů bylo provedeno pomocí grafů průměrů se směrodatnými odchylkami. Samotný výzkum tak přinesl zajímavé výsledky, protože jsme očekávali, že ve srovnání s kolegy z nemocnic budou větší rozdíly. Především, že záchranáři z výjezdu budou mnohem zranitelnější, tedy i ohroženější syndromem vyhoření a následnými sexuálními problémy než jejich kolegové v nemocnicích. Ve skutečnosti se ukazuje, že rozdíly mezi jednotlivými skupinami nejsou zásadní a jejich problémy s vyhořením a sexualitou jsou víceméně srovnatelné i když u dokazování některých hypotéz byly patrné rozdíly. Ty však nebyly statisticky významné. Z toho důvodu by bylo vhodné použít početnější vzorek respondentů. Souhrnné výsledky budou přínosem pro rozšíření studie, která je pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D a doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc. Zaměřující se na vliv syndromu vyhoření na lidské zdraví.

Na závěr bych chtěla ještě zmínit jednu skutečnost, a to že by se mohla zlepšit péče o samotné záchranáře z hlediska protistresové intervence. V západní Evropě jsou v této péči mnohem dále. Fungují zde takzvané Critical Incident Stress Management týmy, ve kterých pracují jak odborníci na duševní zdraví, tak vyškolení kolegiální poradci, peerové, kteří procházejí speciálním tréninkem a výcvikem. Jejich cílem je pomáhat pracovníkům vyčerpávaných profesí od negativních následků stresu po vystavení kritické události. Dokáží také předem připravit pracovníky integrovaného záchranného systému na stres, který se vztahuje k jejich profesi. Hlavním smyslem této pomoci je předejít potížím směřujícím k přetrvávajícím následkům prožitého psychického traumatu.

V ČR takový systém posttraumatické intervenční péče existuje u Policie ČR od roku 2002, který provozuje i intervenční linku nepřetržité pomoci. Podobná služba byla zřízena i u Hasičského záchranného sboru ČR. Je tedy namístě, aby podobná služba fungovala i pro záchrannou službu. Z pohledu společenské prospěšnosti zdravotnických záchranářů je péče o jejich zdraví důležitým faktorem i pro výkon jejich práce.

8. Seznam použité literatury a dalších zdrojů

- A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression *Psychological Medicine*, 46, 2571–2582. Cambridge University Press 2016
- APPEL-SCHUMECHER, Thomas. *Zacházení se stresem v kritických situacích*. Brno: Paido, 2001, 80-7315-004-2
- ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-7975-1
- BURIÁNEK, Jiří. *Sociologie*. Praha, Fortuna, 2008, ISBN 9788073730284
- BURISCH, Matthias. *Das Burnout-Syndrom—Theorie der inneren Erschöpfung* 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, 1994
- CAPONNI, Věra., HAJNOVÁ, Růžena., NOVÁK, Tomáš. *Sexuologický slovník*. Praha: Grada 1994, ISBN 80-7169-115-1
- CARLTON, Lidia. *Health and Wellness for Life*. Champaign: Human Kinetics, 2009, ISBN 0-7360-6850-3
- CASSIDY, Seila. *Made for Laughter*. Darton, Longman & Todd, 2006, Indiana University, ISBN 978-0232-522-48-8
- DRUMMONT, Dike. *Stop Physician Burnout: What to Do when Working Harder Isn't Working*. Heritage Press Publications, LLC, 2014. ISBN 9781937660345
- ERIBON, Didier. *Michel Foucault 1926-1984*. Praha: Academia, 2002, ISBN 80-200-0955-8
- FAFEJTA, Martin. *Sexualita a sexuální identita*. Praha: Portál, 2016, ISBN 978-80-262-1030-6
- FIFKOVÁ, Hana. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha, 2008. ISBN 978-80-247-1696-1
- GAZDÍKOVÁ, Katarína. Ohrozuje syndróm vyhorenia zdravotníckych pracovníkov? *Via Practica*. 2015, 4, 1 s.
- HOBFOLL, Steven., E. Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist*. 1989, 44, 513–524.
- HOBFOLL, Steven., E. *Stress, culture, and community. The Psychology and Philosophy of Stress*, New York. Plenum Press, 1998.
- HOBFOLL, Steven., E, SHIROM, Arie. *Conservation of Resources Theory: Applications to Stress and Management in the workplace*. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organization behaviour*, 2000 (2nd Rev. ed., 57–81). New York: Dekker.
- HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013, ISBN 978-80-7429-331-3
- IRMIŠ, Felix. *Nauč se zvládat stres*. Praha: Alternativa, 1996, ISBN 80- 85993-02-3

- JANOŠOVÁ, Pavlína. *Homosexualita v názorech současné společnosti*, Karolinum, Praha, 2000, ISBN 80-7184-954-5
- KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7
- KATZ, Jonathan. N. *The Invention of Heterosexuality*. NY, NY: Dutton (Penguin Books). 1995, ISBN 0-525-93845-1
- KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření* (Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu) Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2013. 152 s. ISBN - 978-80-262-0528-9
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-678-1
- KRISTENSEN, Tage. S., BORRITZ, Marianne. VILLADSEN, Ebbe., CHRISTENSEN, KARL B. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*. 2005, **19**(3), 192–207. ISSN 1464-5335
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, ISBN 978-80-7195-573-3
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1998. 131 s. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3149-0
- KUBÍK, Josef. *Sexualita bez tabu*. Brumovice: Carpe diem, 2010, ISBN 978-80-87195-10-9
- KUSHNIR, Talma., MELAMED, Samuel. The Gulf War and its impact on burnout and well-being of working civilians. *Psychological Medicine*. 1992, **22**(4), 987–995. DOI: 10.1017/S0033291700038551. Published online by Cambridge University Press: 09 July 2009.
- LEHMILLER, Justin. J. *The Psychology of Human Sexuality*. John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, UK, 2014. ISBN 978-1118351215
- MASLACH, Christina. JACKSON, Susan. E., LEITER, Michael. P. Maslach Burnout Inventory. *Evaluating Stress: A Book of Resources*. 3. London, UK: The Scarecrow Press, 1997. 191–218 s.
- MASLOW, Abraham. H.; SAKODA, James. Volunteer-error in the Kinsey study. *Journal of Abnormal Psychology*. Duben 1952, roč. 47, čís. 2, s. 259-262. DOI: 10.1037/h0054411
- MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9

- MELAMED, Samuel., SHIROM, Arie., TOKER, Sharon., BERLINER, S., SHAPIRA, I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull.* 2006, **132**(3), 327–353. DOI 10.1037/0033-2909.132.3.327.
- MELLAN, J.: K otázce sexuální vzrušivosti žen II. *Československá gynekologie*, 1978, **(43)** 6, 432-434.
- MELLAN, J.: Vyšetřovací schéma sexuálních poruch u mužů. *Československá psychiatrie*, 1964, **60**(5) 324-331.
- MITCHELL, Jeffrey. T., EVERLY, George., S. *Critical Incident Stress*. ICISF, USA 2001. ISBN 09646356-6-6
- MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011, ISBN 978-80-73689-51-3
- NAGOSKI, Emily and Amelia. *Burnout: The Secret to Unlocking the Stress Cycle*. Ballantine Books, 2019, ISBN 9781984817068
- NEŠPOR, Karel. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicina pro praxi*. 2007, **4**(9), 371–373.
- O'GRADY, Nathaniel. *Governing Future Emergencies: Lived Relations to Risk in the UK Fire and Rescue Service*. Springer Nature Switzerland AG, 2018, ISBN 90177115191
- OMOTO, Allen. M.; KURTZMAN, Howard. S. *Sexual Orientation and Mental Health: Examining Identity and Development in Lesbian, Gay, and Bisexual People*. Washington DC: American Psychological Association, 2006. ISBN 978-1591472322
- PASTOR, Zlatko. *Sexualita ženy*. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1989-4
- PEŠEK, Roman., PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016, ISBN 978-80-88163-00-8
- POTTER, Beverly., A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc: Votobia, 1997, ISBN 80-7198-211-3
- PRIEß, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-5394-2
- PROUST, J. *La force des habitudes*. European-Media-Service Mannheim, 2005, ISBN 978-38-41610-62-1
- PŘIKRYLOVÁ, D, NAKLÁDALOVÁ, Marie, LUŽNÝ, Jan. Burnout syndrom –myslíme na tuto diagnózu? Kraviná. *Slezské dny preventivní medicíny*, **8**, 86. ISBN 978-80-7368-467-9
- PTÁČEK, Radek., RABOCH, Jiří., KEBZA Vladimír. a kol. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. 168 s. ISBN 978-80-247-5114-6

- REMEŠ, Roman., TRNOVSKÁ, Silvia. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Galén, 2003
- RIEDL, Martin. *Zkušenosti zkušených: Záchranář - Opravdu víme, kdo se pod tímto označením skrývá?* Rescue Report, roč. 14, č. 4, s. 44-46, ISSN 1212-0456
- RUSH, Myron. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003, ISBN 80-7255-074-8
- SELYE, Hans. *Stres života*. Praha: Pragma, 2016, ISBN 978-80-7349-392-9
- SHIROM, Arie., MELAMED, Samuel. A Comparison of the Construct validity of Two Burnout Measures in Two Groups of Professionals. *International Journal of Stress Management*. 2006, **13**(2)176–200. DOI: 10.1037/1072-5245.13.2.176.
- SCHAUFELI, Wilmar. B., LEITER, Michael., MASLACH, Christina., Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*. 2009,**14**(3),204–220. ISSN: 1362-0436
- SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres*. Praha: Academia, 2000, ISBN 80-200-0240-5
- SIGMUND, Drahomír. *Fungování zdravotnické záchranné služby v České republice: Za málo peněz neskutečné množství muziky*. Rescue Report, **14**(5), s. 14-16. ISSN 1212-0456
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3553-5
- ŠEBLOVÁ Jana, KEBZA Vladimír. *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb*. UM 2005, s. 27-29
- ŠRÁMKOVÁ, Taťána. *Sexuologie pro zdravotníky*. Praha: Galén, 2015. 237s. ISBN 978-80-7492-162-9
- The Psychology Book*. Dorling Kindersley, New York USA, 2012, ISBN 978-07-5668-970-4
- TOKER, Sharon., MELAMED, Samuel., BERLINER, Shlomo., ZELTSER, David., SHAPIRA, Itzhak. Burnout and Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Study of 8838 Employees. *Behavioral Medicine*. 1992, **18**(2) 53–60. DOI:10.1080/08964289.1992.9935172.
- TOŠNEROVÁ, Tamara, TOŠNER, Jiří. Burn-out: Syndrom vyhoření. Praha: Hestia, 2002, 16 s.
- UZEL, Radim. *Intimní slasti a strasti*. Praha: IKAR 2009, ISBN 978-80-249-1247-9
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3
- VODÁČKOVÁ, Daniela. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál 2002. ISBN 80-7178-696-9
- WEISS, Petr., ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuální chování v ČR: situace a trendy*. Portál, 2012, EAN 978-80-26202-52-3

- WEISS, Petr. a kol. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8
- WILK, Steffanie. L., MOYNIHAN, Lisa. M. Display Rule 'Regulators': The Relationship Between Supervisor and Worker Emotional Exhaustion. *Journal of Applied Psychology*. 2005, **90**(5), 917– 927. DOI: 10.1037/0021-9010.90.5.917
- ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuální poruchy u žen. Sexuální poruchy u mužů*. Praha: Triton, 2000, ISBN 80-72541-34-X
- ZVĚŘINA, Jaroslav. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5
- ŽOURKOVÁ, Alexandra.: Měření poruch sexuálních funkcí při léčbě psychofarmaky. *Psychiatrie pro praxi*, 2002, 2, 50-53.

Legislativní zdroje

Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 201/2017 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů

Vyhláška, kterou se provádí zákon o zdravotnické záchranné službě. In: Vyhláška 240/2012 Sb.

Vyhláška č. 92/2012 Sb. v platném znění, o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče

Vyhláška č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb

Vyhláška č. 296/2012 Sb. v platném znění, o požadavcích na vybavení poskytovatele zdravotnické dopravní služby, poskytovatele zdravotnické záchranné služby a poskytovatele přepravy pacientů neodkladné péče dopravními prostředky a o požadavcích na tyto dopravní prostředky

Webová sídla

CURTIS, Joseph. Paramedics in crisis. Southern Daily Echo [online]. 30.11.2014 [cit. 2019-12-09]. Dostupné z: <https://www.dailyecho.co.uk/news/11635468.paramedics-in-crisis/>

London Ambulance Service: NHS Trust [online]. [cit. 2019-12-09]. Dostupné z: <https://www.londonambulance.nhs.uk/>

Peer. SPIS - Systém Psychosociální Intervenční Služby [online]. [cit. 2019-12-09]. Dostupné z: <https://spis.cz/zakladni-dokumenty/peer/>

Podcast: The role of ambulance services in transforming care. NHS CONFEDERATION [online]. 13.9.2018 [cit. 2019-12-09]. Dostupné z: <https://www.nhsconfed.org/ambulances>

ŽLUTÁ SOVA: Chytré psychologické programy pro každého [online]. [cit. 2019-12-09]. Dostupné z: www.velka.zlutasova.cz

Seznam zkratek

COR	Conservation of resources – ochrana zdrojů
DP	depersonalisation
EE	emotional exhaustion
H	Hypotéza
LZS	Letecká záchranná služba
PA	personal accomplishment
PNP	Přednemocniční neodkladná péče
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RV	Rendez-Vous
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SD	Standard deviation, tj. směrodatná odchylka
SMBM	Shirom – Melamed Burnout Measure - Dotazník Shiromovy – Melamedovy škály
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

Seznam grafů

Vzhledem k tomu, že vyhodnocení jednotlivých skupin dat potřebovalo několik dílčích hodnocení, grafy jsou uváděny vždy ve skupinách příslušejících k tématu.

Graf 1: Věk respondentů.....	32
Graf 2: Současná délka pracovního poměru	33
Graf 3: Celková délka pracovního poměru.....	33
Graf 4: Průměrná týdenní pracovní doba.....	34
Graf 5: H1 sloupcový graf	35
Graf 6: H1 krabicový graf.....	37
Graf 7: H2 častost pohlavních styků - sloupcový graf.....	38
Graf 8: H2 častost pohlavních styků - krabicový graf	40
Graf 9: H2 častost uskutečnění soulože - sloupcový graf.....	41
Graf 10: H2 častost uskutečnění soulože - krabicový graf	42
Graf 11: H3 sloupcový graf	43
Graf 12: H3 krabicový graf.....	45
Graf 13: H4 nálada před pohlavním stykem - sloupcový graf.....	46
Graf 14: H4 nálada před pohlavním stykem - krabicový graf	47
Graf 15: H4 nálada po pohlavním styku - sloupcový graf.....	48
Graf 16: H4 nálada po pohlavním styku - krabicový graf	49
Graf 17: H5 sloupcový graf	50
Graf 18: H5 krabicový graf.....	51
Graf 19: Potřeba pohlavního vybití – fyzické vyhoření (H1).....	76
Graf 20: Potřeba pohlavního vybití – kognitivní vyhoření (H1)	76
Graf 21: Potřeba pohlavního vybití – emoční vyhoření (H1).....	76
Graf 22: Potřeba pohlavního vybití – celkové vyhoření (H1)	77
Graf 23: Častost pohlavních styků– fyzické vyhoření (H2)	77
Graf 24: Častost pohlavních styků – kognitivní vyhoření (H2).....	78
Graf 25: Častost pohlavního styků – emoční vyhoření (H2).....	79
Graf 26: Častost pohlavního styků – celkové vyhoření (H2)	80
Graf 27: Častost uskutečnění soulože – fyzické vyhoření (H2)	81
Graf 28: Častost uskutečnění soulože – kognitivní vyhoření (H2).....	82
Graf 29: Častost uskutečnění soulože – emoční vyhoření (H2)	83

Graf 30: Častost uskutečnění soulože – celkové vyhoření (H2).....	84
Graf 31: Úspěšnost v pohlavím životě – fyzické vyhoření (H3)	85
Graf 32: Úspěšnost v pohlavím životě – kognitivní vyhoření (H3)	86
Graf 33: Úspěšnost v pohlavním životě – emoční vyhoření (H3)	87
Graf 34: Úspěšnost v pohlavním životě – celkové vyhoření (H3)	88
Graf 35: Nálada před pohlavním stykem– fyzické vyhoření (H4)	88
Graf 36: Nálada před pohlavním stykem– kognitivní vyhoření (H4).....	89
Graf 37: Nálada před pohlavním stykem – emoční vyhoření (H4)	89
Graf 38: Nálada před pohlavním stykem – celkové vyhoření (H4).....	89
Graf 39: Nálada po pohlavním styku– fyzické vyhoření (H4)	90
Graf 40: Nálada po pohlavním styku– kognitivní vyhoření (H4).....	90
Graf 41: Nálada po pohlavním styku – emoční vyhoření (H4)	90
Graf 42: Nálada po pohlavním styku – celkové vyhoření (H4).....	91
Graf 43: Délka praxe – fyzické vyhoření (H5)	91
Graf 44: Délka praxe – kognitivní vyhoření (H5)	91
Graf 45: Délka praxe – emoční vyhoření (H5)	92
Graf 46: Délka praxe – celkové vyhoření (H5)	92

Seznam tabulek

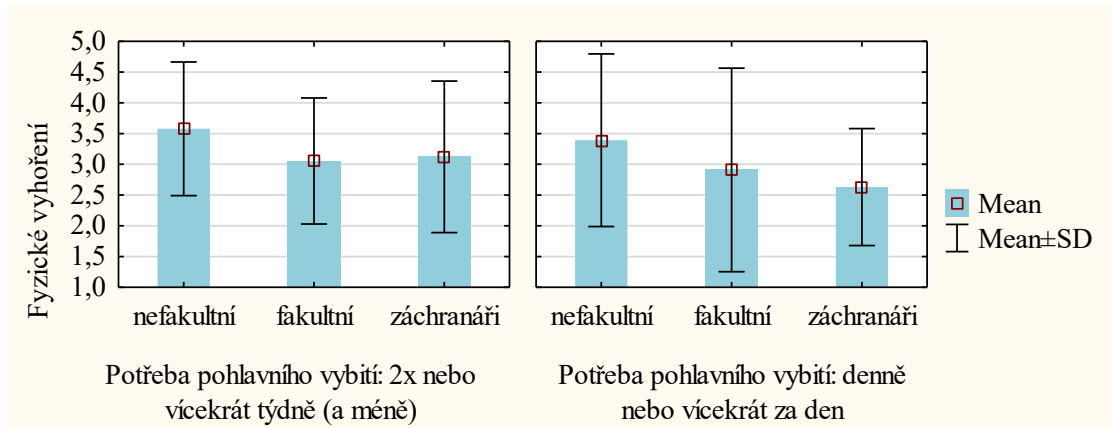
Tabulka 1: H1	35
Tabulka 2: H2 častost pohlavních styků	38
Tabulka 3: H2 častost uskutečnění soulože	41
Tabulka 4: H3	43
Tabulka 5: H4 nálada před pohlavním stykem	46
Tabulka 6: H4 nálada po pohlavním styku	48
Tabulka 7: H5	50

Seznam příloh

Příloha 1 Grafy.....	76
Příloha 2 Dotazník	93
Příloha 3 Čestné prohlášení konzultanta.....	101

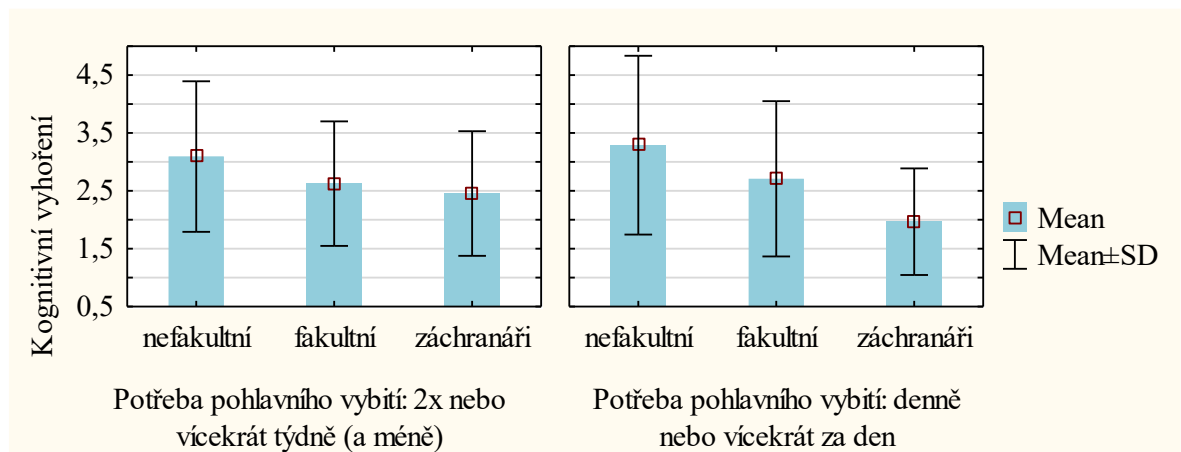
Příloha 1 Grafy

Graf 19: Potřeba pohlavního vybití – fyzické vyhoření (H1)



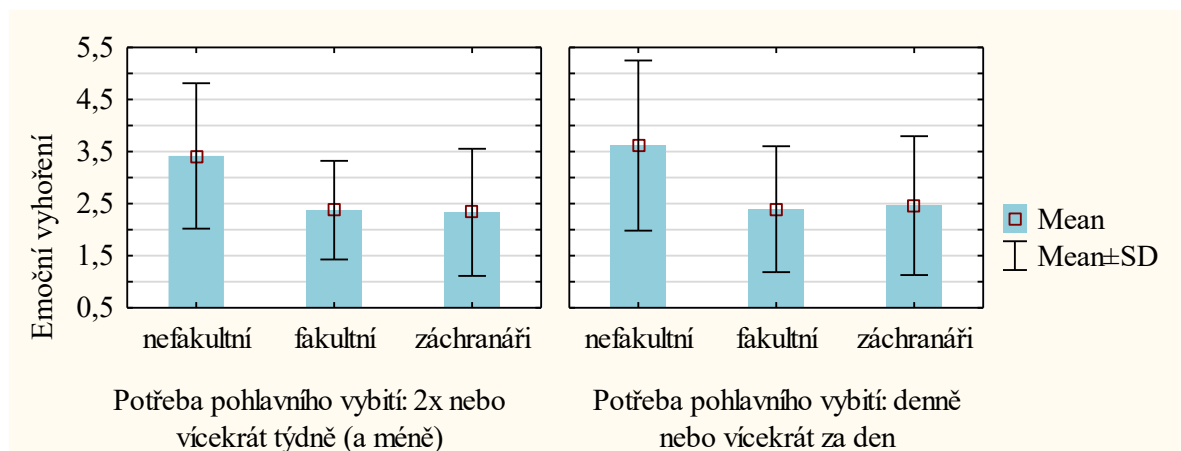
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 20: Potřeba pohlavního vybití – kognitivní vyhoření (H1)



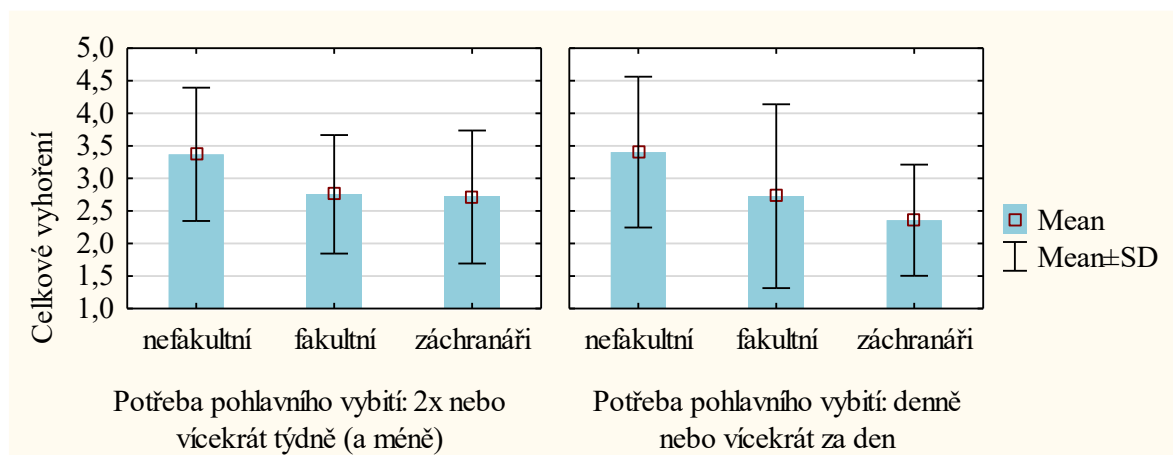
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 21: Potřeba pohlavního vybití – emoční vyhoření (H1)



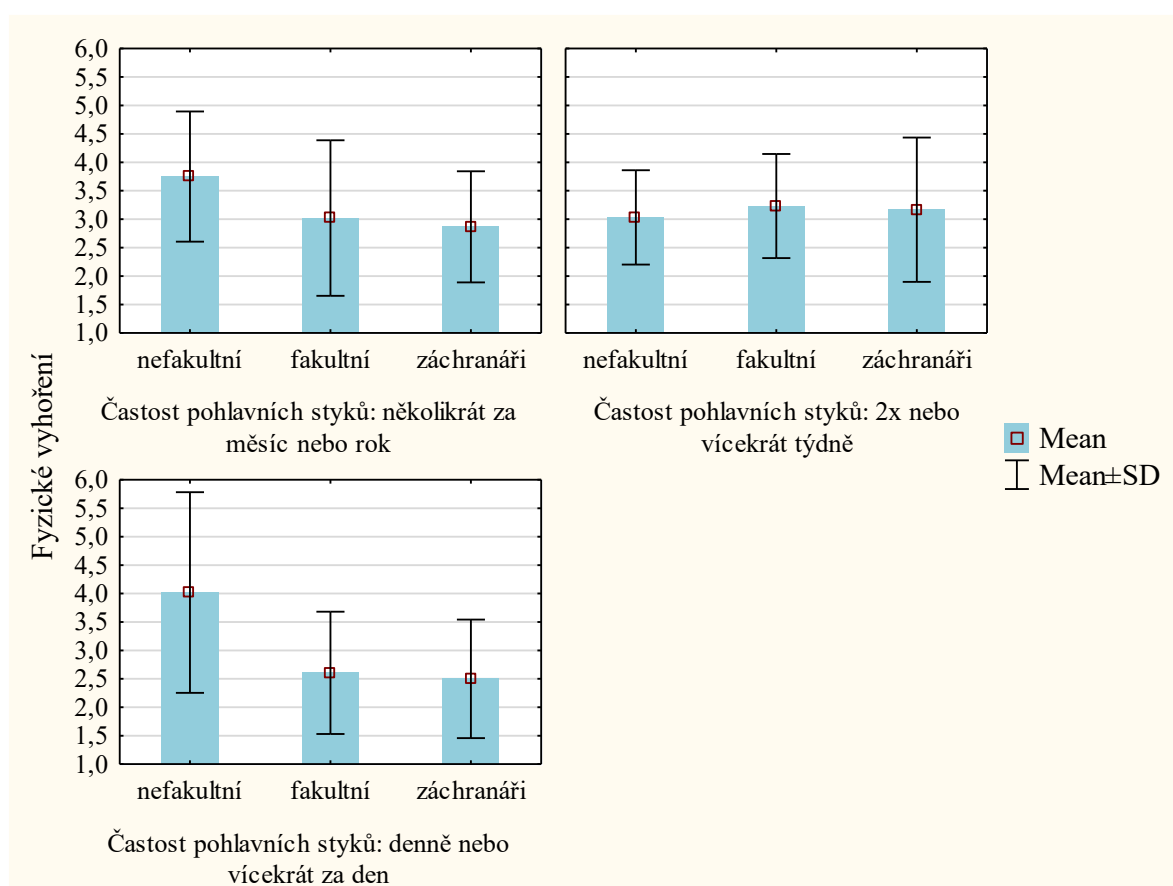
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 22: Potřeba pohlavního vybití – celkové vyhoření (H1)



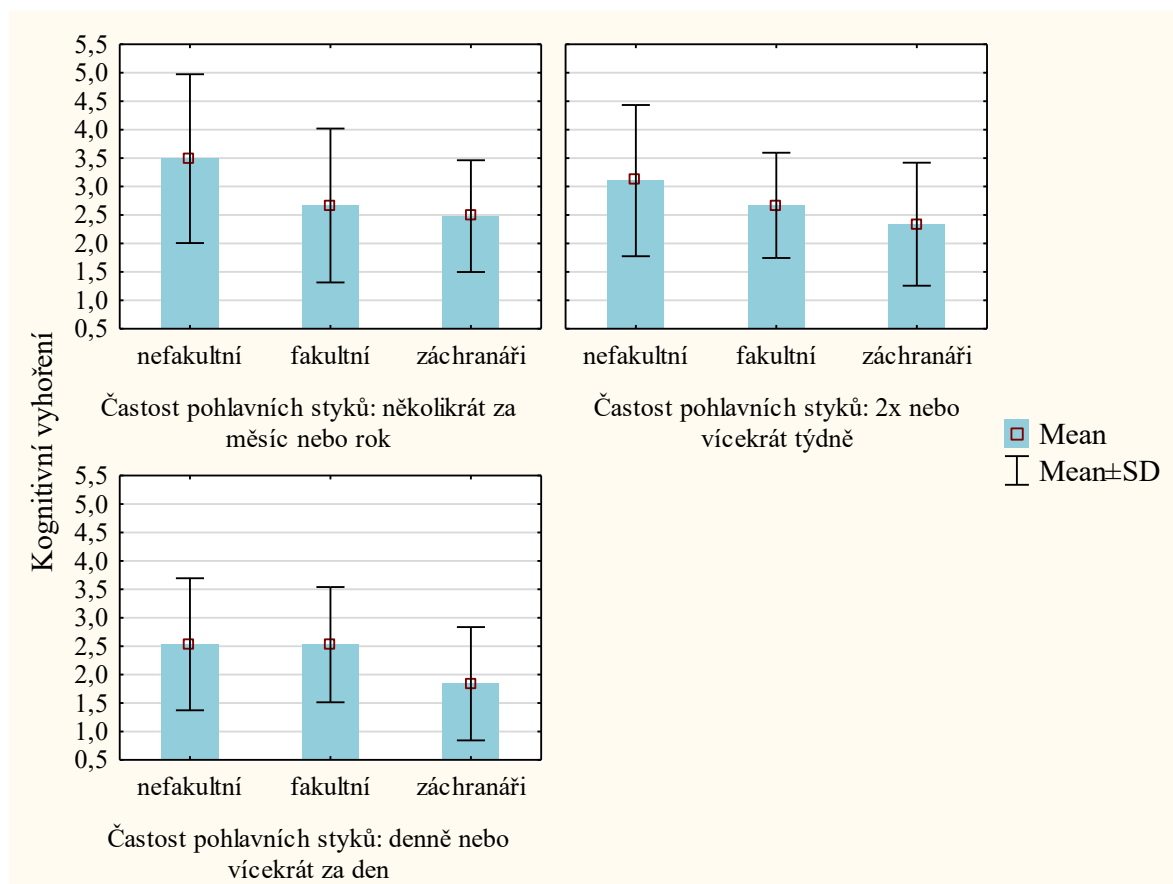
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 23: Častost pohlavních styků– fyzické vyhoření (H2)



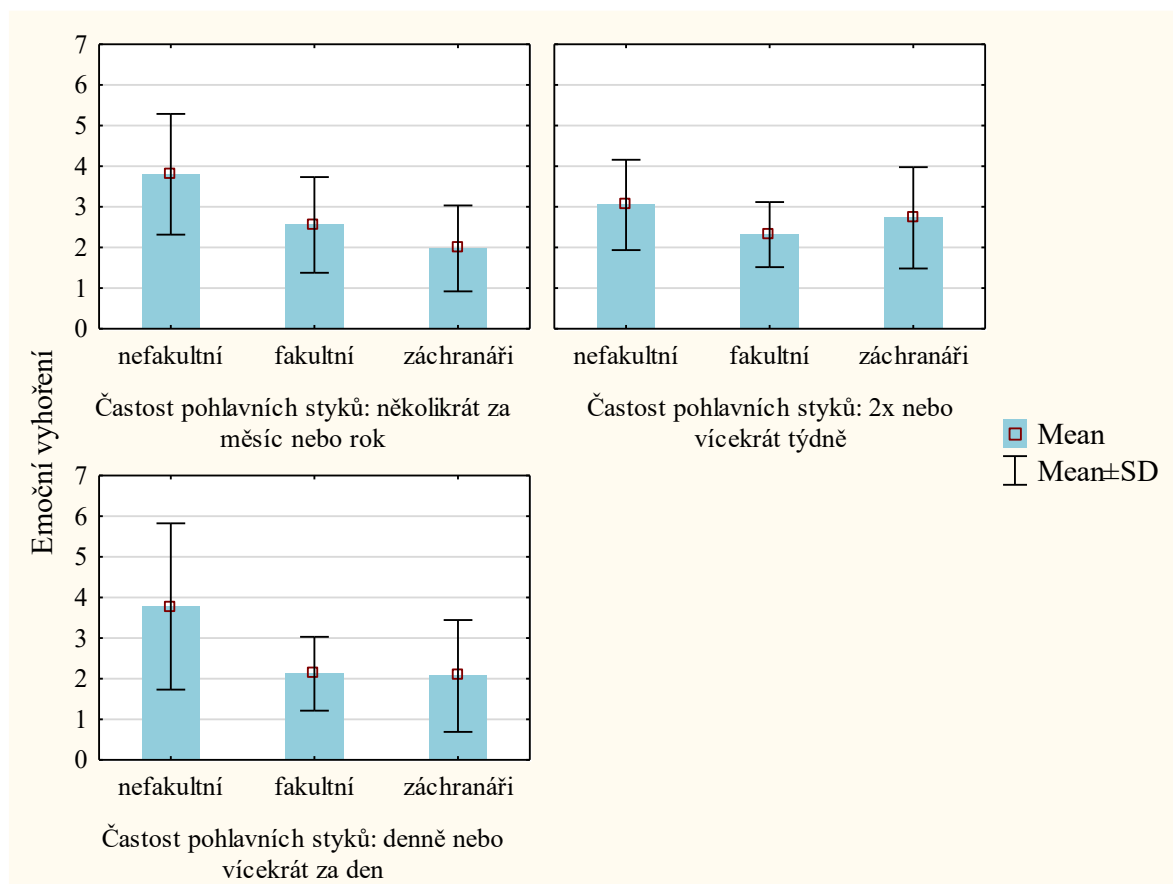
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 24: Častost pohlavních styků – kognitivní vyhoření (H2)



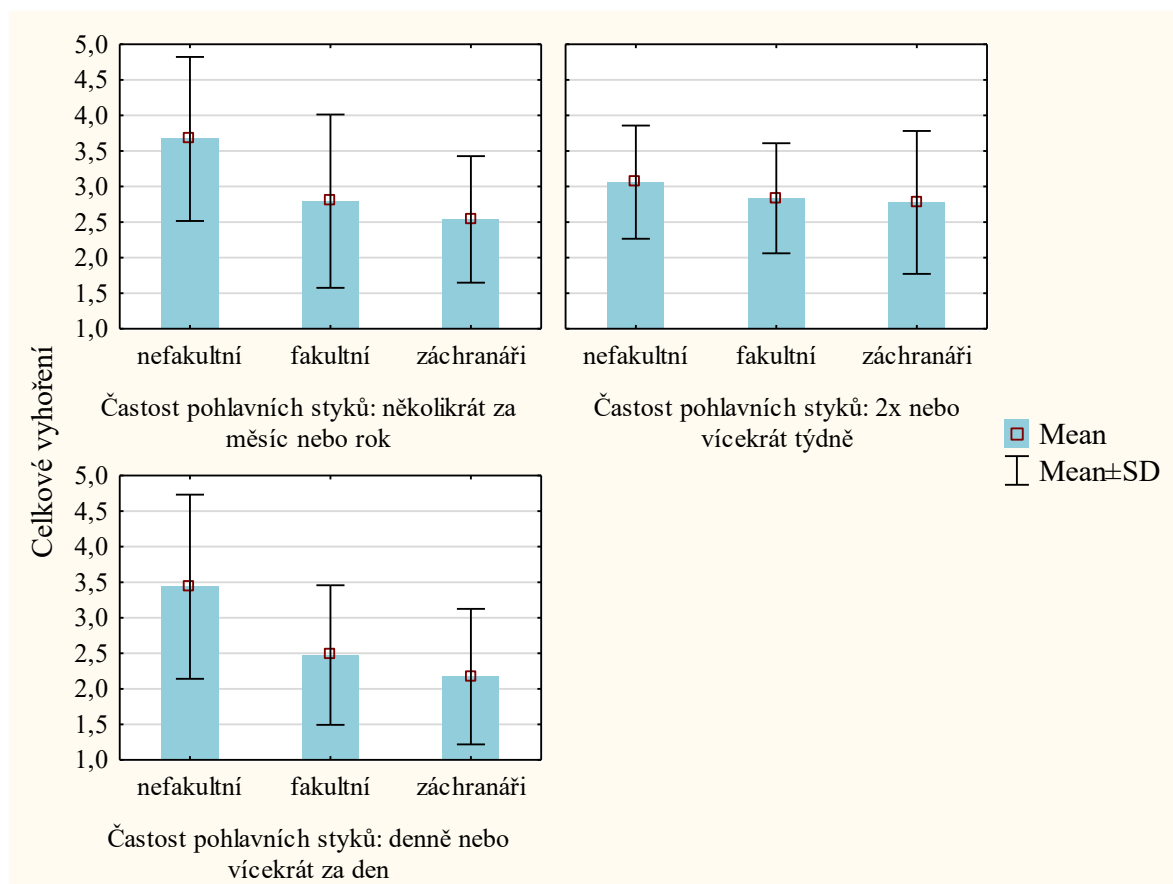
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 25: Častost pohlavního styků – emoční vyhoření (H2)



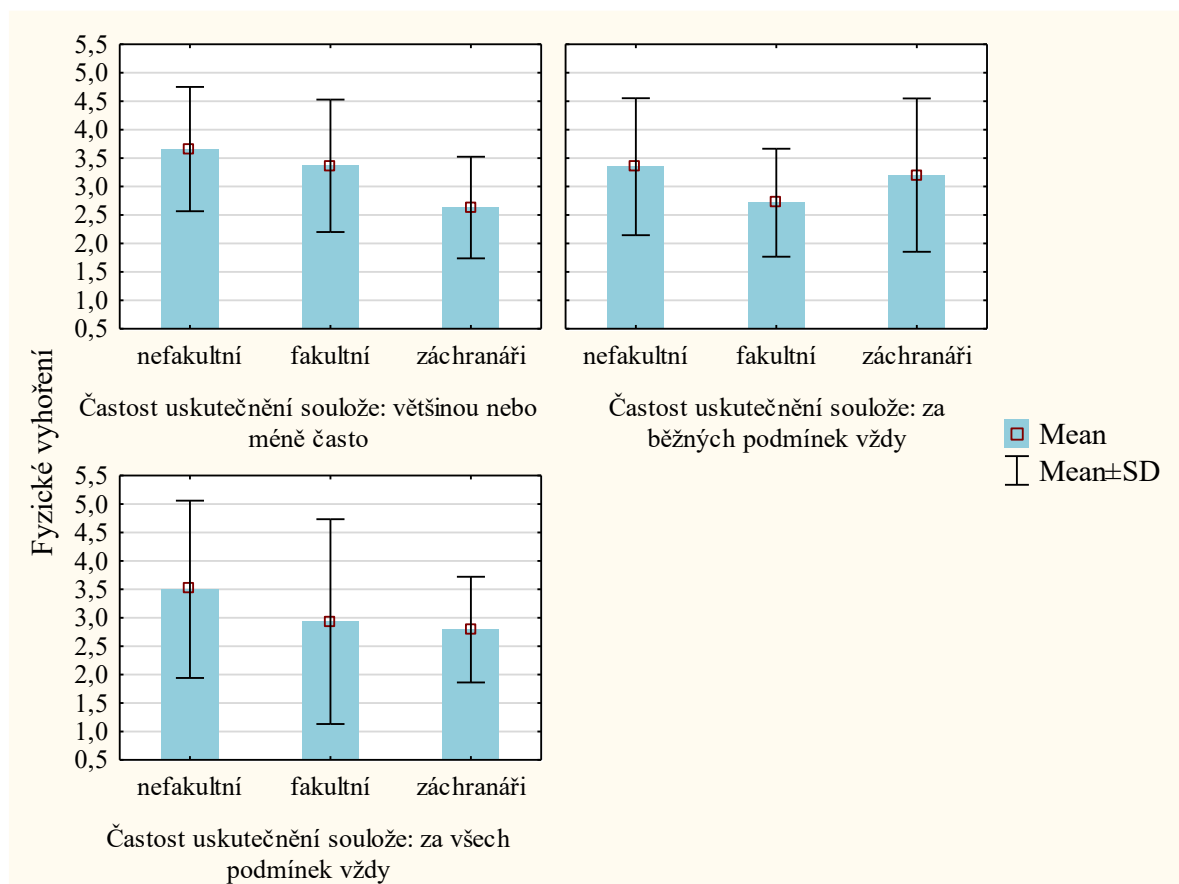
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 26: Častost pohlavního styků – celkové vyhoření (H2)



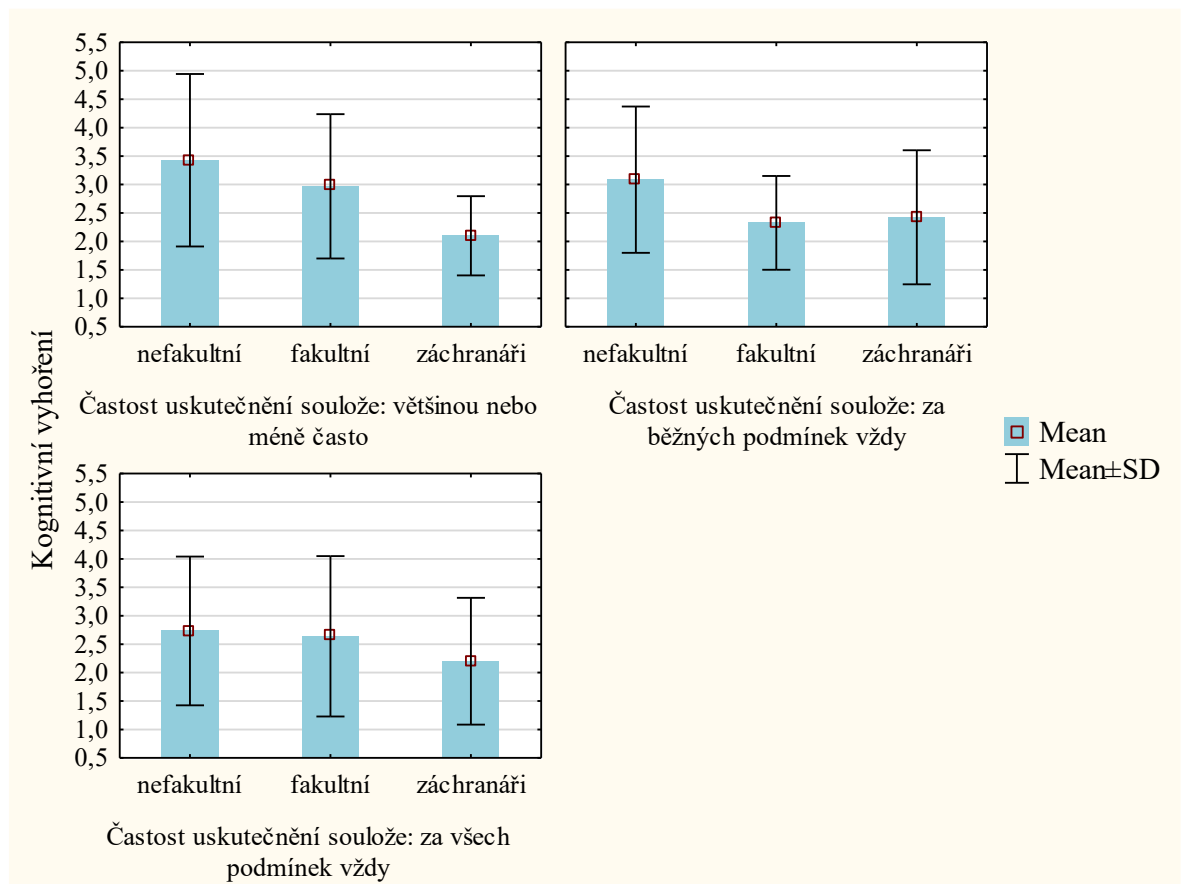
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 27: Častost uskutečnění soulože – fyzické vyhoření (H2)



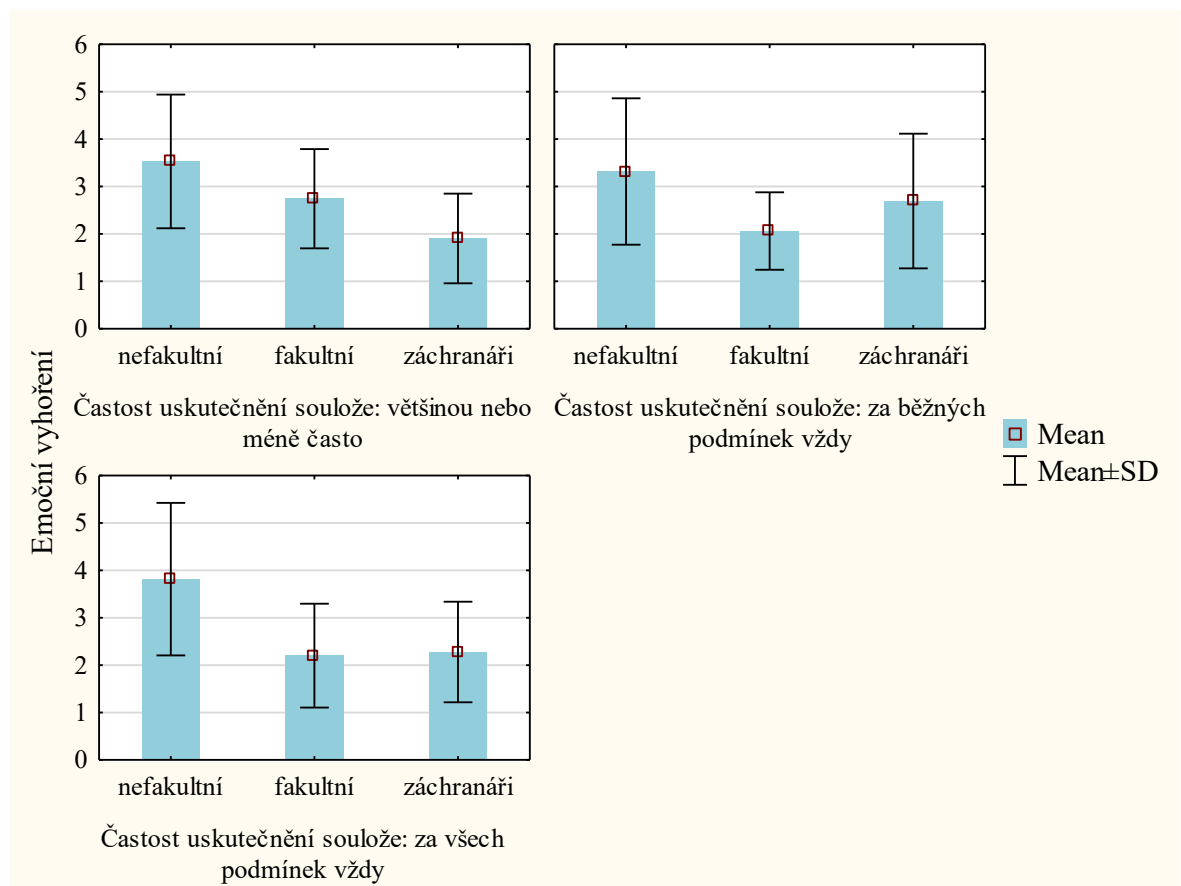
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 28: Častost uskutečnění soulože – kognitivní vyhoření (H2)



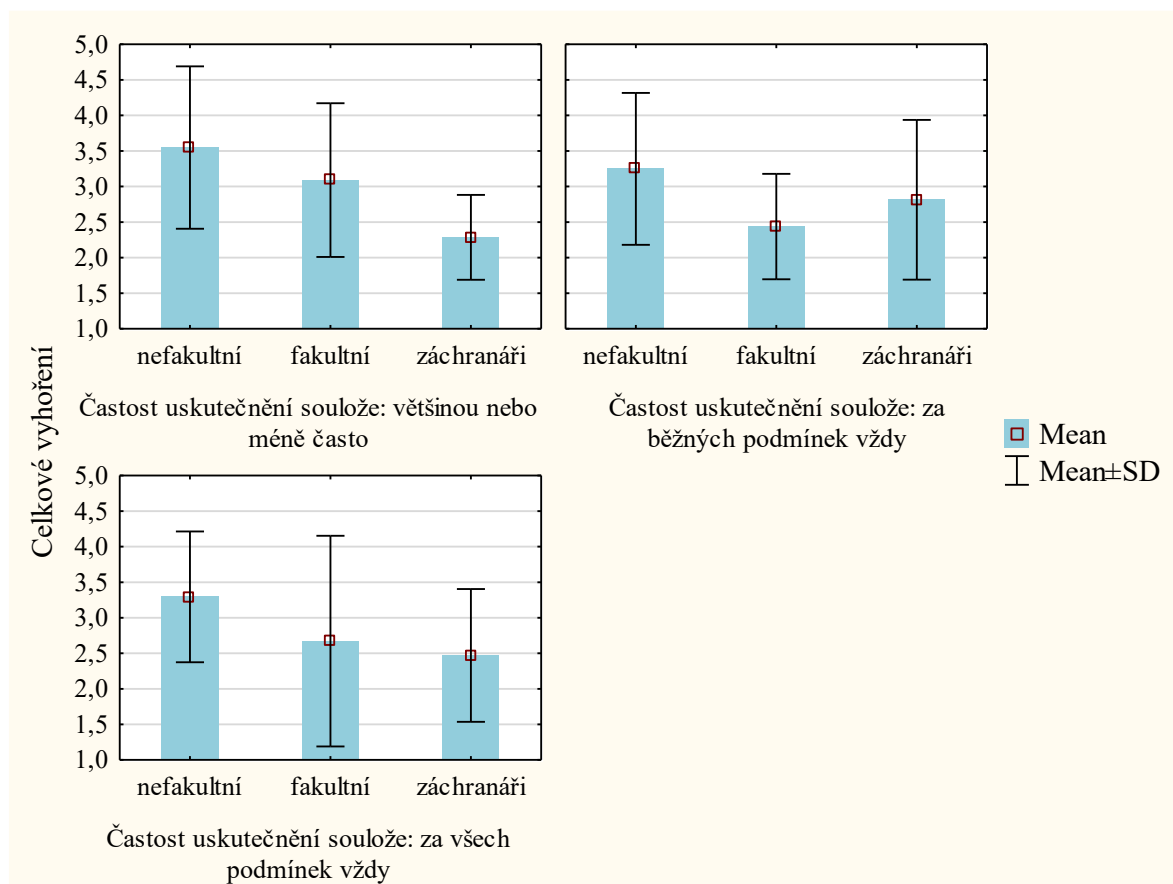
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 29: Častost uskutečnění soulože – emoční vyhoření (H2)



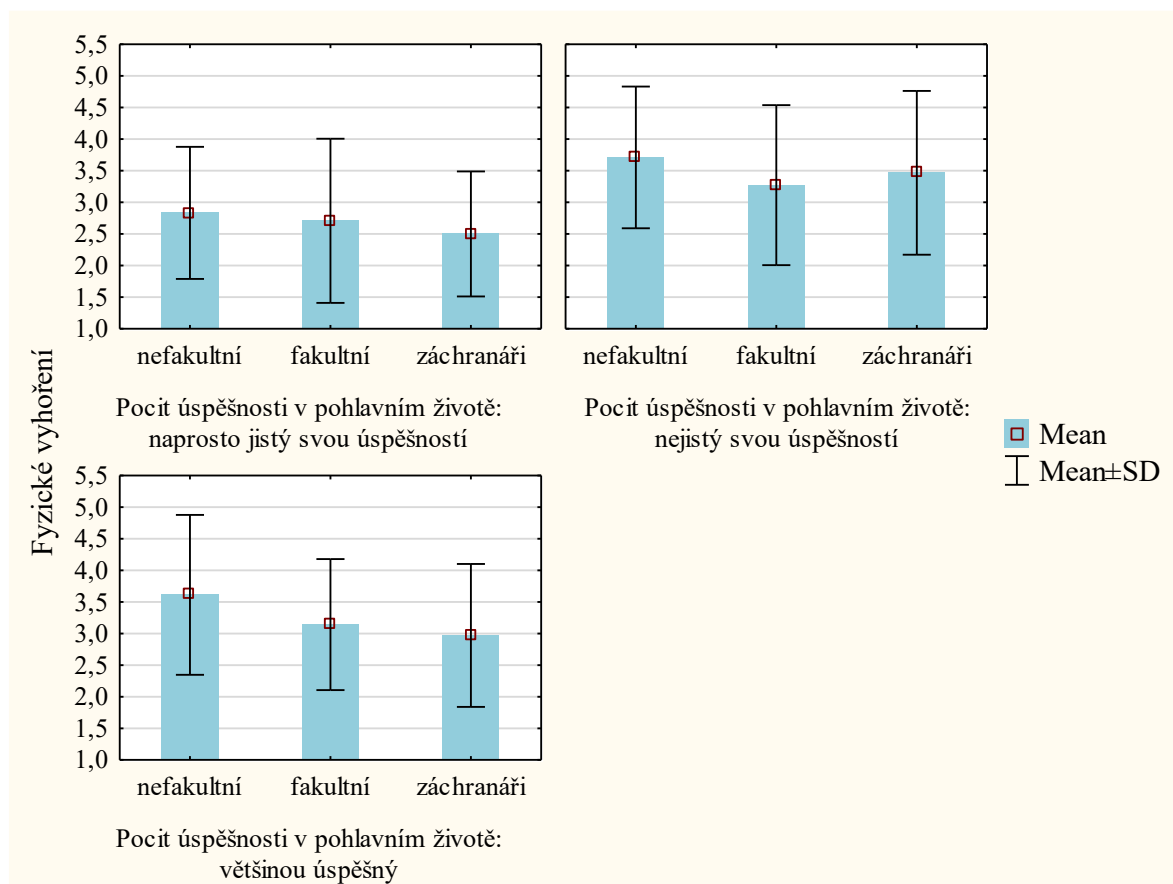
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 30: Častost uskutečnění soulože – celkové vyhoření (H2)



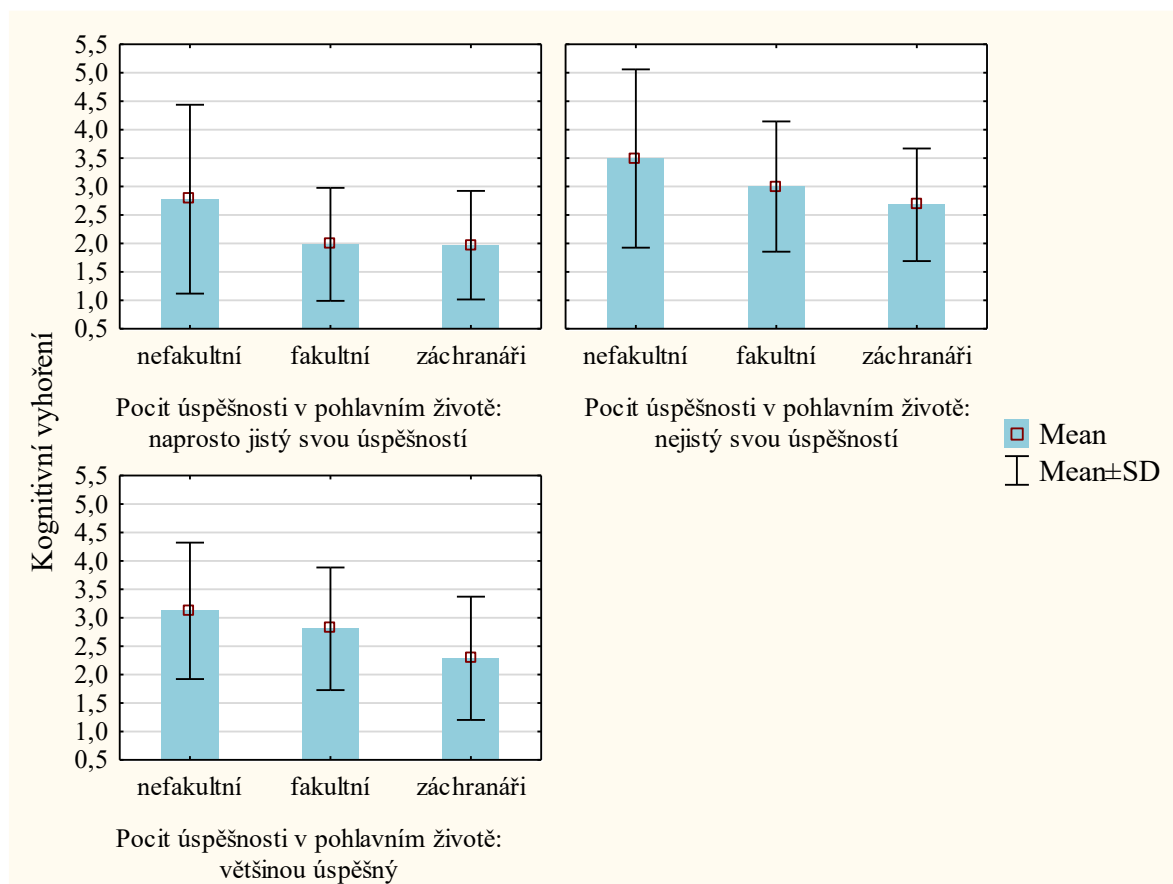
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 31: Úspěšnost v pohlavním životě – fyzické vyhoření (H3)



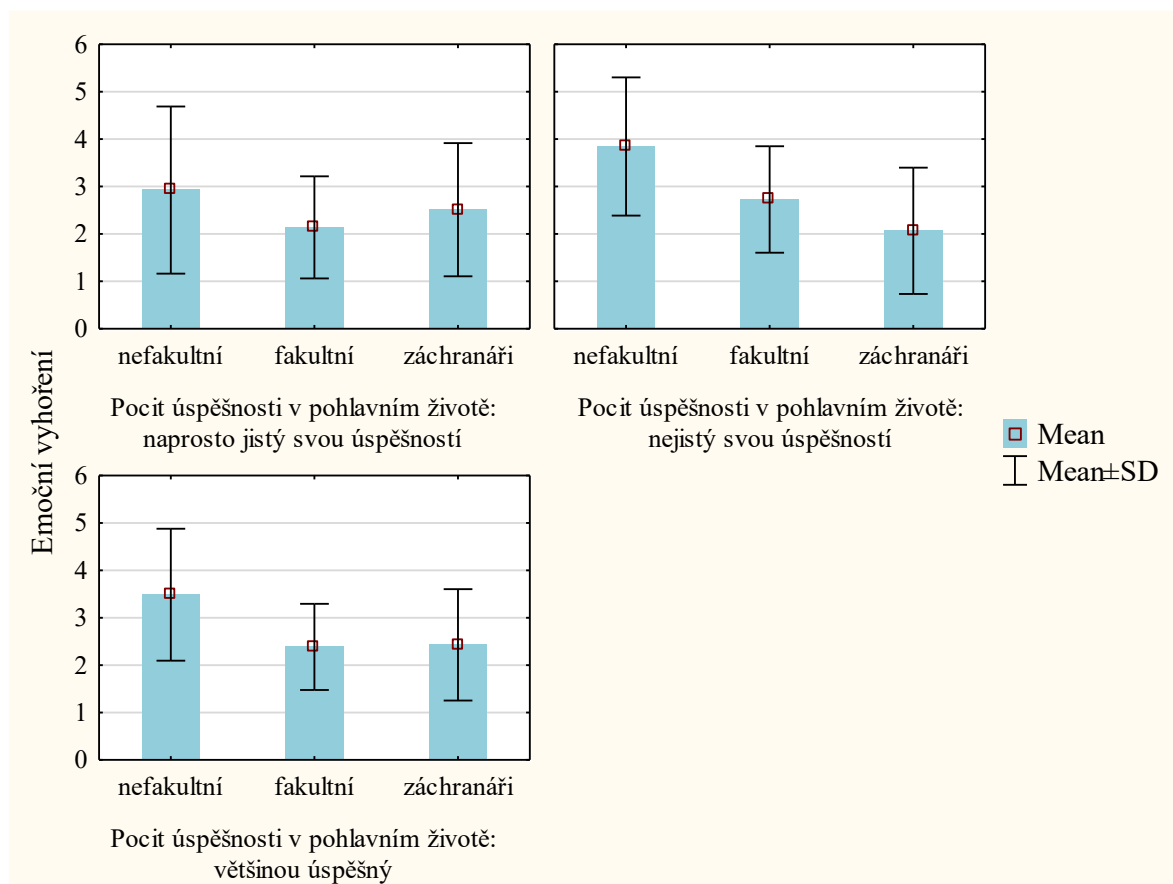
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 32: Úspěšnost v pohlavním životě – kognitivní vyhoření (H3)



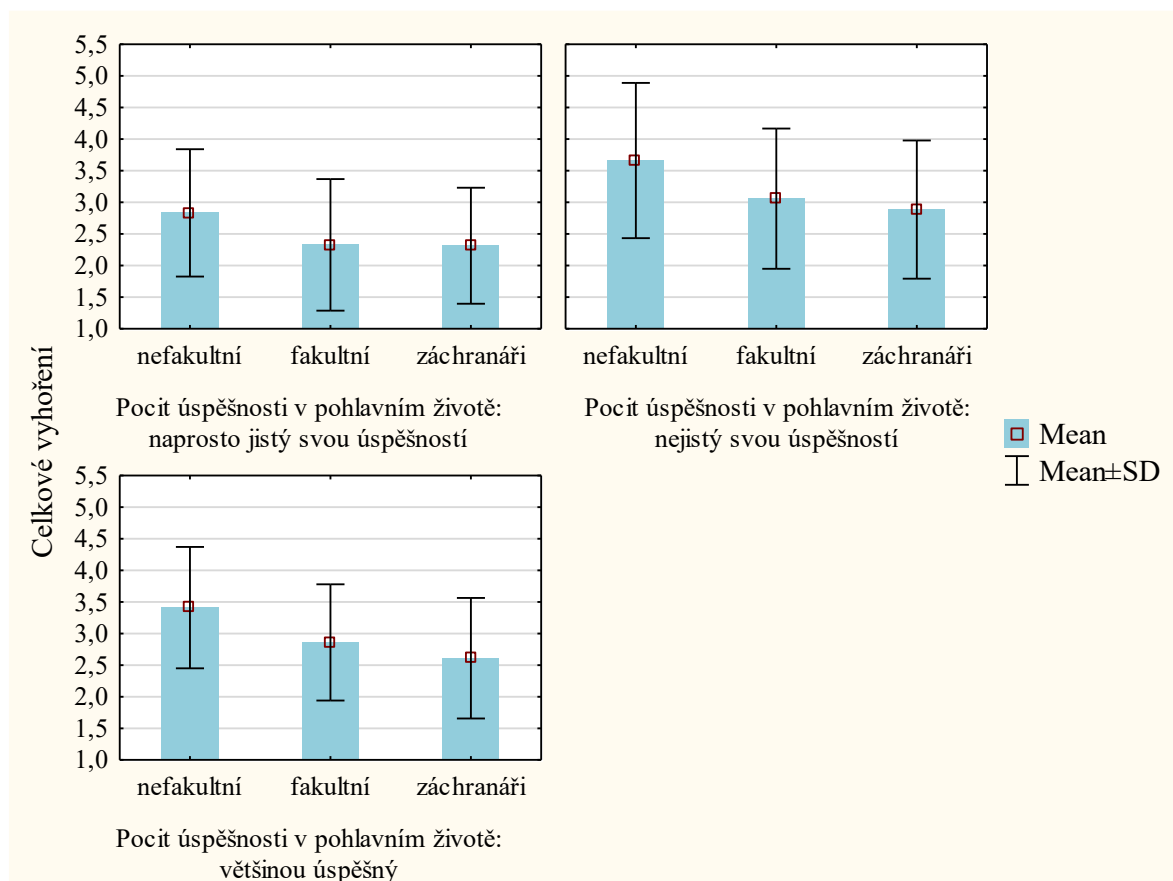
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 33: Úspěšnost v pohlavním životě – emoční vyhoření (H3)



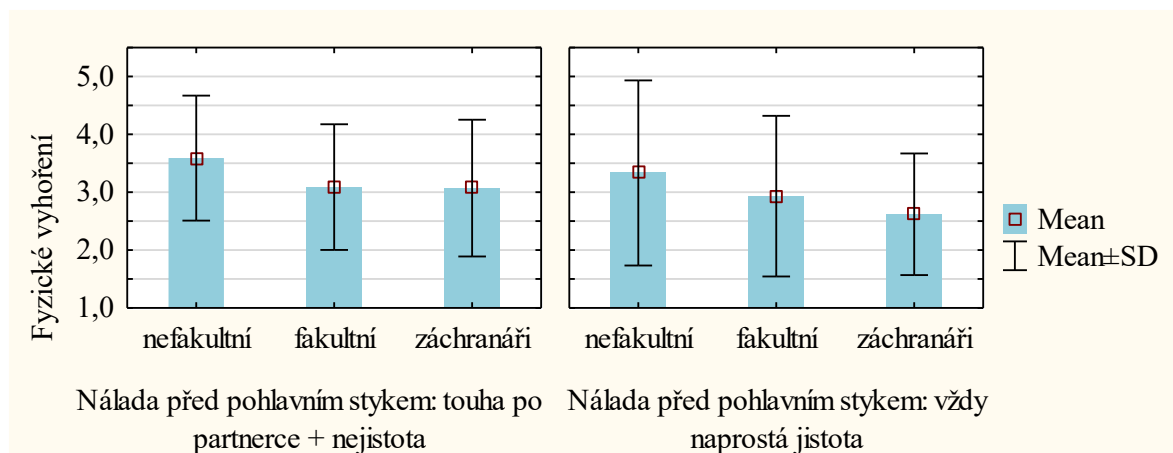
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 34: Úspěšnost v pohlavním životě – celkové vyhoření (H3)



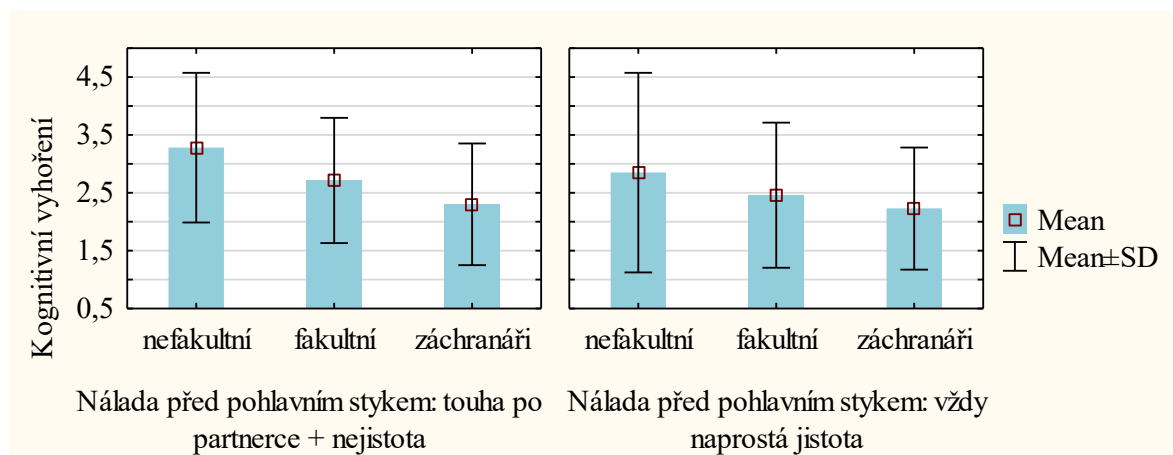
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 35: Nálada před pohlavním stykem – fyzické vyhoření (H4)



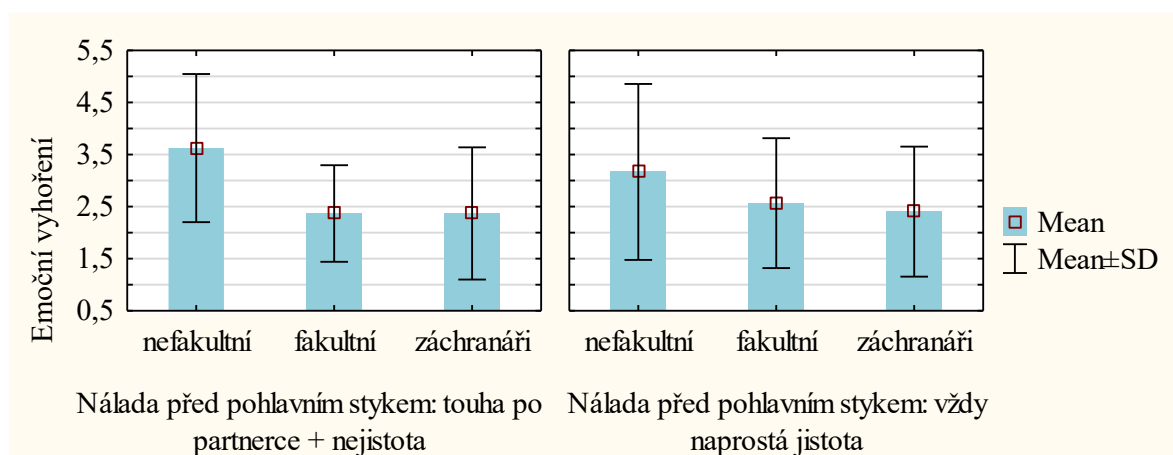
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 36: Nálada před pohlavním stykem – kognitivní vyhoření (H4)



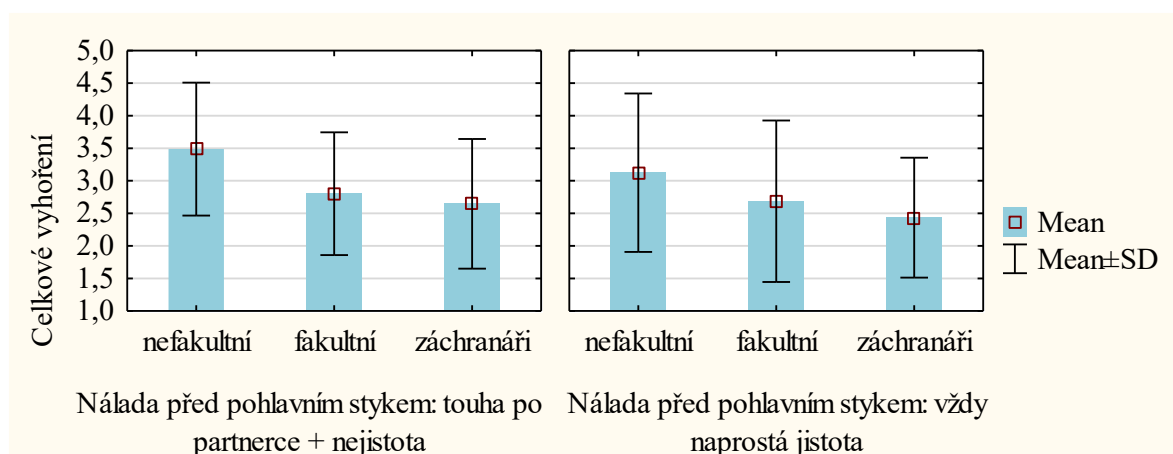
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 37: Nálada před pohlavním stykem – emoční vyhoření (H4)



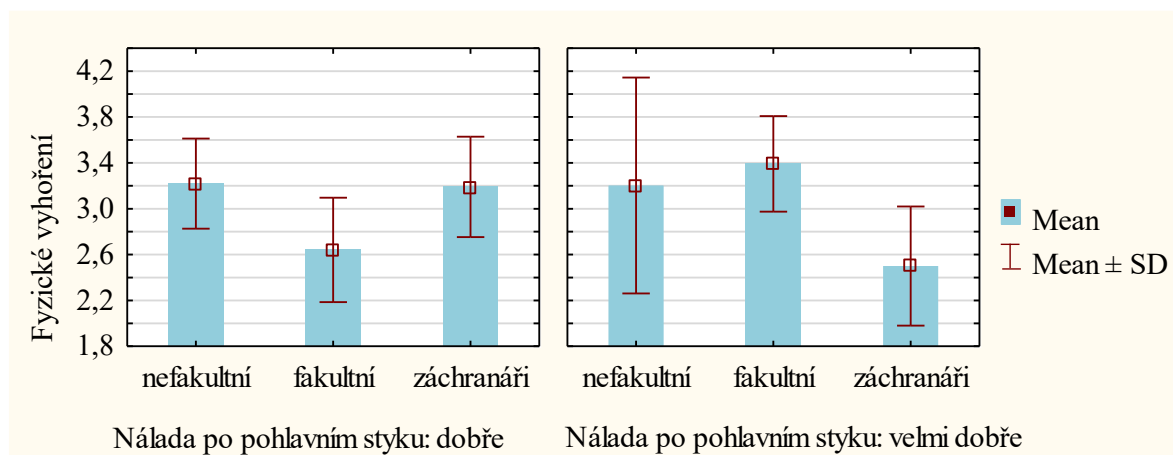
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 38: Nálada před pohlavním stykem – celkové vyhoření (H4)

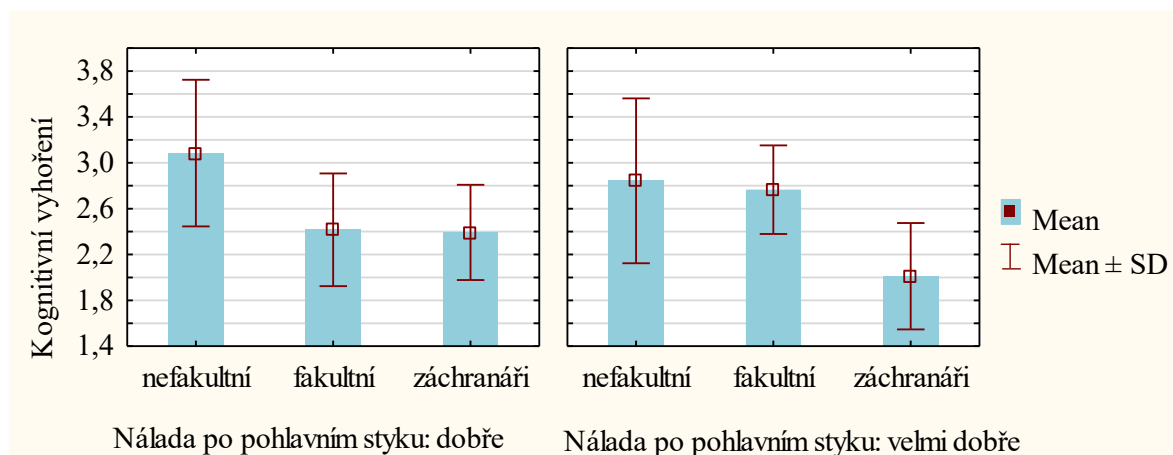


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 39: Nálada po pohlavním styku– fyzické vyhoření (H4)

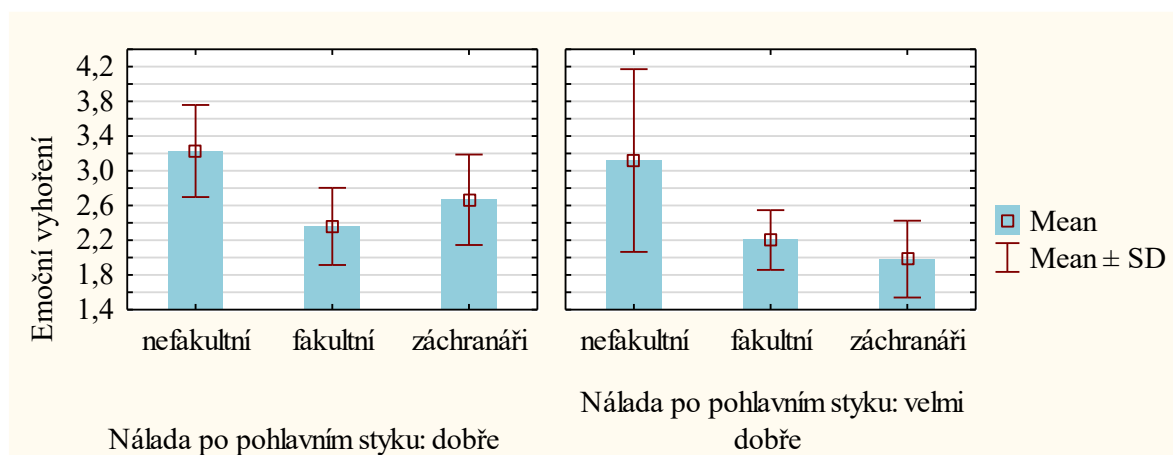


Graf 40: Nálada po pohlavním styku– kognitivní vyhoření (H4)



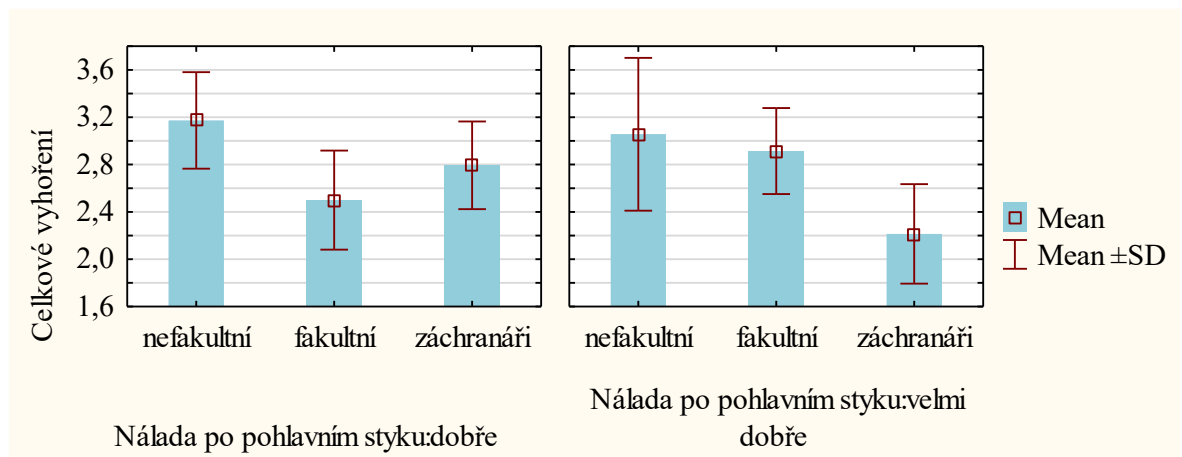
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 41: Nálada po pohlavním styku – emoční vyhoření (H4)



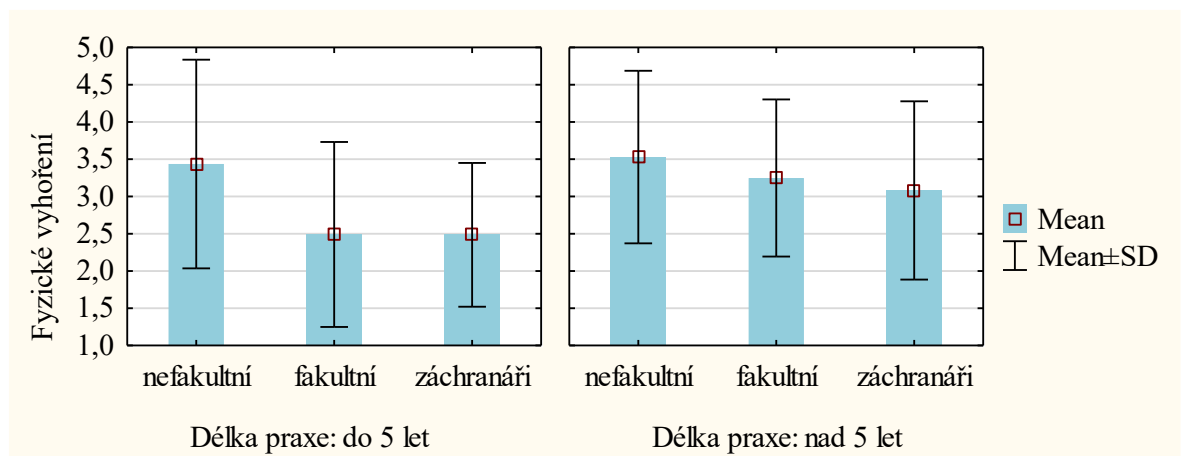
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 42: Nálada po pohlavním styku – celkové vyhoření (H4)



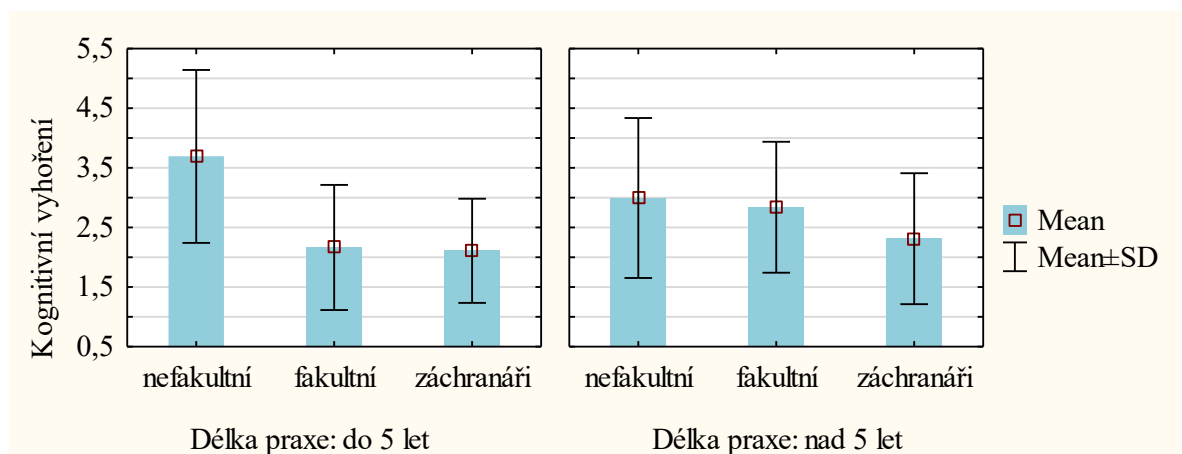
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 43: Délka praxe – fyzické vyhoření (H5)



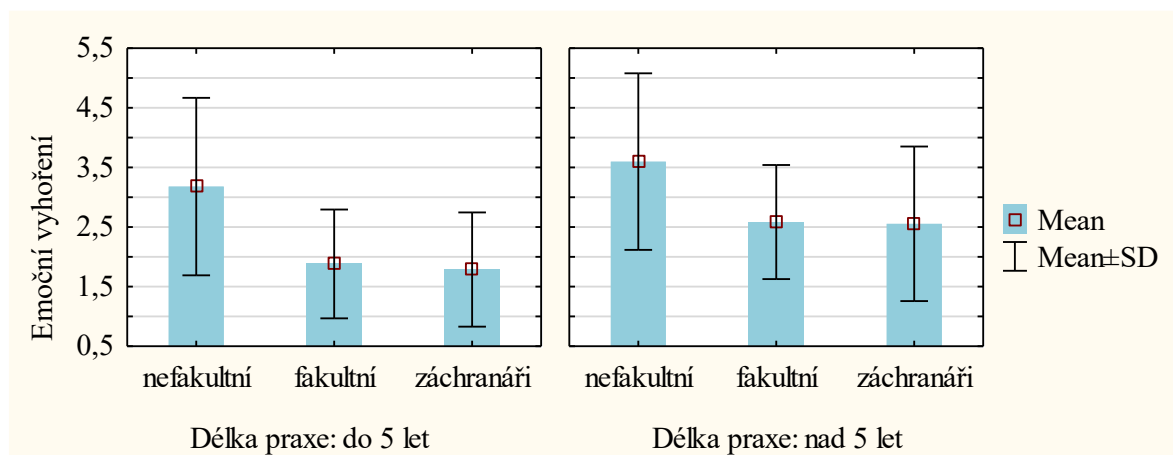
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 44: Délka praxe – kognitivní vyhoření (H5)



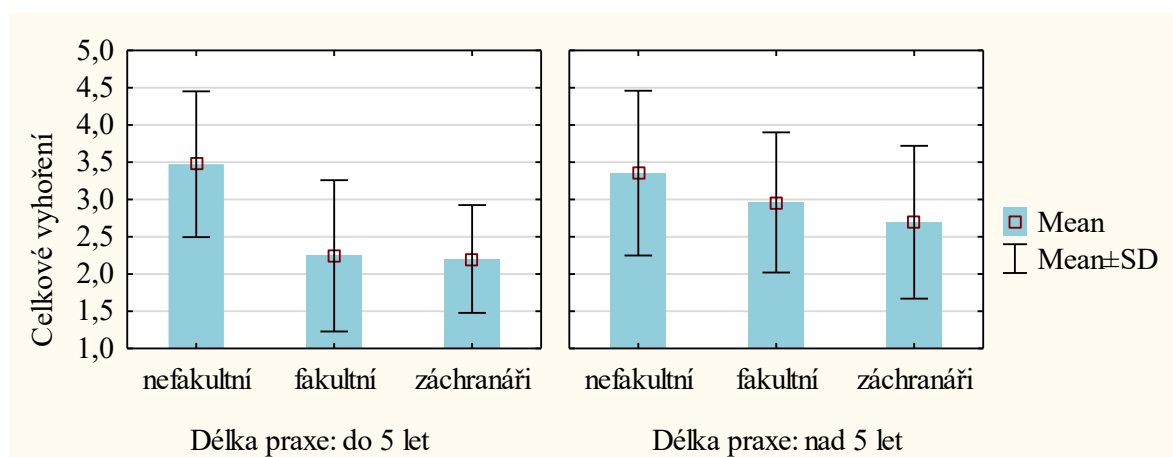
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 45: Délka praxe – emoční vyhoření (H5)



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 46: Délka praxe – celkové vyhoření (H5)



Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 2 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Kunešová. V současné době jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK v Praze, oboru specializace ve zdravotnictví, intenzivní péče.

Dovoluji si vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který má dvě části. První část zjišťuje míru „**Syndromu vyhoření**“ česká verze Shiromovy –Melamedovy škály (SMBM), a druhá část tohoto dotazníku má název „**Sexuální funkce muže**“, dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999). Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a určené pouze nelékařským zdravotnickým pracovníkům na pracovištích neodkladné péče. Získané údaje budou podkladem pro zpracování mé diplomové práce pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D. a Doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc. a stanou se součástí mezinárodní studie zkoumající syndrom vyhoření a jeho vliv na lidské zdraví. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním výzkumných údajů.

Instrukce k vyplnění dotazníkového formuláře: Věnujte prosím pozornost zadaným otázkám. První část má 14 otázek, druhá 21 otázek. Vyplnění dotazníků by Vám nemělo zabrat více než 15 - 20 minut. Prosím Vás, abyste každou otázku označili číslem, které nejvíc vystihuje sílu pocitů, které obvykle prožíváte. Důležité pro tento výzkum je vyplnění všech otázek v obou částech dotazníku.

Předem Vám srdečně děkujeme za Váš čas a ochotu.

Bc. Kristýna Kunešová, PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D. a Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.

Datum:.....

Věk:.....

Pohlaví: žena muž

Rodinný stav: svobodný/á ženatý/vdaná rozvedený/á v partnerském svazku

Nejvyšší dosažené vzdělání: SŠ VOŠ VŠ jiné.....

Obor všeobecná sestra zdravotnický záchranář

Pracoviště:.....

Délka trvání současného pracovního poměru:.....

Délka celkové pracovní praxe ve zdravotnictví:.....

Průměrná týdenní pracovní doba (reálný počet hodin strávených na pracovišti):
.....hodin

Před jakou dobou jste měl/a naposledy dovolenou více než 14 dní (nedělenou) – uveďte v měsících:.....

Česká verze Shiromovy- Melamedovy škála (SMBM)

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

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

Dotazník Sexuální funkce muže, rozšířená kroměřížská verze

(Prvních 10 bodů je převzato z dotazníku SFM od J. Mellana)

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 978-80-7169-678-0.

SFM/K

Pohlaví: Věk: Rodinný stav:

U každého bodu dejte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav.

Současný pohlavní život:

A) Ženatý:

- 1- pohlavní styk zřídka
- 2- pravidelný pohlavní styk

B) Svobodný: 0- žádný pohlavní styk

- 1- příležitostný pohlavní styk zřídka
- 2- příležitostný pohlavní styk často
- 3- trvalejší známost s řídkým pohlavním stykem
- 4- trvalejší známost s pravidelným pohlavním životem

Pohlavní zkušenosti: dosud jsem měl:

- 1- pohlavní styk s jednou ženou
- 2- se dvěma ženami
- 3- se 3-4 ženami
- 4- s pěti a více (uved'te počet
- 5- pohlavní styk dosud neměl

1. **Potřeba pohlavního vybití:** Kdyby záleželo jenom na mé chuti, kdybych měl k tomu vhodné zevní podmínky a dostatek vlastních schopností, vyhovovalo by mně mít pohlavní styk:

- 0- vůbec nikdy, nebo 1x za rok
- 1- několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně
- 2- 2-4x za měsíc
- 3- 2x nebo vícekrát týdně
- 4- denně nebo vícekrát za den

2. **Častost pohlavního vybití:** Semeno ze mne vychází, lhostejnou jakou formou, tedy ať již při pohlavním styku, při poluci nebo onanii:

- 0 – vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok
- 1 – několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše jednou týdně
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

3. **Častost pohlavních styků:** Ve snaze uskutečnit soulož, ale bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, se pohlavně přibližuji ke své partnerce (líbám, objímám ji, dotýkám se, pokouším se o tělesné spojení):
- 0- vůbec nikdy nebo již alespoň rok nikoliv
 - 1- několikrát za rok, nejvýše 1x měsíčně
 - 2- několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
 - 3- 2x nebo vícekrát za týden
 - 4- denně nebo vícekrát za den
4. **Častost uskutečnění soulože:** Z uvedeného počtu pohlavních styků jsem schopen uskutečnit soulož, tj. tělesné spojení (třeba i jen na krátkou dobu nebo při nedokonalém ztopoření):
- 0- vůbec nikdy
 - 1- v menšině případů
 - 2- většinou
 - 3- za běžných podmínek vždy
 - 4- absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující
5. **Kvalita ztopoření pohlavního údu:** Nejčastěji se u mne vyskytuje resp. nejvíce mi vádí tento stav:
- 0- ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje
 - 1- ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné
 - 2- dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení údu ještě před výronem semene
 - 3- ztopoření stačí k zavedení údu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož
 - 4- ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek
6. **Doba trvání soulože:** K výronu semene u mne dochází:
- 0- ještě před zavedením údu nebo k němu při souloži vůbec nedochází
 - 1- při zavedení údu nebo během několika vteřin soulože
 - 2- během 1-2 minut soulože
 - 3a- během 3-5 minut
 - 3b- během 6 a více minut
 - 4- soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky
- Odhad trvání pohybů v pochvě do výronu:
- Nejmíň..... Nejvíce..... Průměrně.....

7. **Nálada před pohlavním stykem:** Před pohlavním stykem cítím:
- 0- silný strach z neúspěchu, proto se o nic nepokouším
 - 1- značnou nejistotu, proto se hledím styku spíše vyhnout
 - 2- někdy nejistotu, ale stykům se nevyhýbám nebo mám styky hlavně kvůli manželce nebo proto, abych se vyzkoušel
 - 3- především touha po partnerce a k souloži za běžných okolností přistupuji bez obav
 - 4- vždy naprostou jistotu, nikdy nemám o sobě pochybnosti a nikdy netrpím indispozicí
8. **Nálada po pohlavním styku:** Po pohlavním styku (ev. Po nezdařené souloži) mi nejčastěji bývá:
- 0- velmi špatně, jsem podrážděný, nervosní nebo cítím nechuť k ženě
 - 1- nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný, mrzutý nebo nešťastný nebo se cítím nepříjemně vyčerpan
 - 2- lhostejně, necítím zvláštní uspokojení
 - 3- dobře, cítím se příjemně uspokojen
 - 4- velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, mám větší chuť do práce a lepší náladu
9. **Pocit úspěšnosti v pohlavním životě:** Celkově si připadám:
- 0- úplně neschopný, partnerka odmítá mít se mnou styky
 - 1- spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky
 - 2- nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela neschopný
 - 3- většinou úspěšný
 - 4- naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku
10. **Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud je nějaká:**
- 0- od počátku pohlavního života
 - 1- soustavně déle než půl roku
 - 2- kratší dobu než půl roku, nebo se již dříve nakrátko vyskytla
 - 3a- vyskytla se teprve několikrát, zvláště na počátku intimní známosti
 - 3b- měl jsem, ale nyní již nemám žádné potíže
 - 3- nevím, co je to mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěl sebemenší poruchou v tomto směru
11. **Potíže s nedostatečným nebo při styku se ztrácejícím ztopořením:**
- 0- mám stále a vždy od počátku svého pohlavního života
 - 1- mám často
 - 2- mám zřídka
 - 3- jsem měl jen na počátku pohlavního života
 - 4- nemám a nikdy jsem neměl

12. Potíže s předčasným výronem semene:

- 0- mám vždy: trvání soulože je příliš krátké na uspokojení partnerky
- 1- mám někdy, musím se snažit výron semene zadržet
- 2- mám jen po delší pohlavní abstinenci
- 3- měl jsem jen na počátku svého pohlavního života
- 4- nemám a nikdy jsem neměl

13. Moje partnerka dosahuje při pohlavním styku se mnou orgasmu:

- 0- nikdy nebo jen zcela ojediněle
- 1- v menšině případů
- 2- většinou
- 3- za běžných podmínek vždy
- 4- vždy a snadno i za nevýhodných podmínek, i opakovaně

14. Začátek mého pohlavního života byl:

- 0- otřesný, velmi šokující
- 1- nepříjemný
- 2- příjemný, ale spojený s problémy
- 3- převážně příjemný
- 4- velmi pěkný a dokonalý

U dalších položek zakroužkujte všechna písmena, která se Vás týkají

15. Problémy ve vztahu k pohlavnímu životu:

- a) nadměrná vzrušivost a pohlavní podrážděnost
- b) obavy, že se mi nepodaří styk úspěšně uskutečnit
- c) obavy, že neuspokojím partnerku
- d) pocity méněcennosti pro neúspěchy v pohlavním styku
- e) pocity méněcennosti pro malý pohlavní úd
- f) deprese a někdy i sebevražedné myšlenky v souvislosti s pohlavním životem
- g) nemám žádné problémy

16. K ochraně před otěhotněním praktikujeme většinou:

- a) přerušování styku před výronem semene
- b) užití preservativu
- c) užití ženského ochranného prostředku a to:
- d) zdržování se styku v plodných dnech
- e) nechráníme se nijak

17. **Shoda v zájmu o sex:** styk chce častěji:

- a) partnerka
- b) já
- c) oba stejně

18. **Typ reakce partnerky:** reaguje při milostné hře a souloži více na:

- a) dráždění spíše na povrchu pohlavních orgánů, zejména na poštváčku
- b) dráždění uvnitř v pochvě

19. **Schopnost ovládat ejakulaci:** Dovedu ovládat výron semene při souloži:

- 0- nedovedu, jakmile se silně vzruším, dojde k výronu automaticky i proti mému přání
- 1- dovedu výronu zabránit jen úplným zastavením pohybů nebo přerušením styku, dokud vzrušení není příliš silné
- 2- dovedu jen částečně tím, že se úmyslně snažím potlačit při souloži stoupající vzrušení
- 3- dovedu svou vůlí do značné míry oddálit ejakulaci i při prožívání silného vzrušení
- 4- dovedu libovolně souložit prodlužovat i na vysokém stupni vzrušení a ejakulovat teprve tehdy, když sám chci

20. **Od kdy žijete pohlavním životem? Od svýchlet, tj. celkemroků**

Od kdy žijete pravidelným pohlavním životem? Odlet, tj. celkemroků

Od kdy máte potíže v pohlavním životě? Odlet, tj. celkem.....roků

21. **Dále popište podrobněji své sexuální zkušenosti, potíže a problémy.**



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Příloha 3

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ KONZULTANTA

Jméno konzultanta: Doc. PhDr. Jan Kožnar, Csc.
Pracoviště konzultanta: Psychiatrická nemocnice Bohnice, Ústavní 91, Praha 8
Student: Bc. Kristýna Kunešová
Téma diplomové práce Vliv syndromu vyhoření na sexualitu u zdravotnických záchranářů.
Obor studia: Intenzivní péče

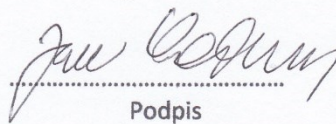
Tímto čestně prohlašuji, že:

Jsem si kvalifikační práci přečetl v její konečné podobě, a to ve verzi ze dne 9.12.2019

Souhlasím / Nesouhlasím s uvedením své osoby jako konzultanta u této práce.

K práci uvádím následující připomínky:

v Praxe, dne 10.12.2019


Podpis

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
I. lékařská fakulta Univerzita Karlova
Na Bojišti 1771/1, 120 00 Praha 2
Tel.: 224 961 111
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208

