

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – prezenční forma



**Bc. Monika Miartušová**

Vztah mezi užíváním alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a kvalitou života u nelékařských zdravotnických pracovníků: korelační dotazníkové šetření

The relationship among alcohol use, burnout syndrome and quality of life in paramedical staff: correlation survey

**Diplomová práce**

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha, 2015

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. 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.

MONIKA MIARTUŠOVÁ

V Praze dne

Podpis

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Jaroslavu Vackovi za odborné vedení a cenné rady, dále děkuji všem účastníkům výzkumu, kteří poskytli data pro tuto práci, za jejich ochotu a čas.

## **Identifikační záznam**

MIARTUŠOVÁ, Monika. *Vztah mezi užíváním alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a kvalitou života u nelékařských zdravotnických pracovníků. [The relationship among alcohol use, burnout syndrome and quality of life in paramedical staff: correlation survey]*. Praha, 2015. 96 s., 4 příl. Magisterská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Vacek, Jaroslav.

## **Abstrakt**

**VÝCHODISKA:** Velice citlivé a podceňované téma je závislost na návykových látkách u zdravotnického personálu. Je zde nutný mezioborový přístup, zaměření na psychosociální i environmentální faktory podílející se na etiologii závislosti u zdravotnických pracovníků. Povolání nelékařských zdravotnických pracovníků vyžaduje práci s lidmi a odpovědnost za jejich životy, proto je důležité, aby tuto práci vykonávaly osoby, které jsou v psychické a fyzické pohodě pro vykonávání adekvátní kvality péče. I přes informovanost a probádanost syndromu vyhoření je jeho výskyt stále aktuálním problémem pomáhajících profesí. Projevuje se převážně jako reakce na pracovní stres (Kebza, Šolcová, 2004). Tento pracovní stres se poté může prolínat také do celkové kvality života (Křivohlavý, 2013). Častou berličkou ve fázích syndromu vyhoření bývá právě užití alkoholu, který vykazuje účinky antidepresiv, což se může za určitých situací rozvinout až v alkoholismus. (Ühlinger, 2009).

**CÍLE:** Výzkumným cílem této práce je určit souvislosti mezi mírou konzumace alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a subjektivním hodnocením kvality života u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním zařízení.

**METODY:** Studie byla prováděna kvantitativní formou a realizována pomocí standardizovaných psychologických nástrojů: AUDIT test, dotazník WHOQOL-BREF a SMBM. Výběr souboru byl uskutečněn metodou záměrného (účelového) výběru, kdy byli vybráni osoby, které splňují námi dané kritérium (NLZP) a mají zájem se výzkumu účastnit. Výzkumný soubor zastupovalo 252 respondentů, jež jsou nelékařskými zdravotnickými pracovníky a pracující ve zdravotnickém zařízení. Pro analýzu dat byl využit Spearmanův korelační test a test analýzy rozptylu modelu.

**VÝSLEDKY:** U zkoumané populace vykazuje pouze 11% respondentů možné problémy působené alkoholem. S projevy syndromu vyhoření se v různém rozsahu potýká většina respondentů. Nezamítli jsme, že výsledky skóru dotazníku AUDIT a SMBM mohou být nezávislé. Stejně tak je tomu i u skóru AUDIT testu a WHOQOL dotazníku. Výsledky mohou být ale ovlivněny již nízkým výskytem problémů působených alkoholem.

**ZÁVĚR:** Naše dotazníkové šetření neprokázalo mezi zkoumanými jevy signifikantní korelaci, avšak tyto výsledky nevylučují, že se u základního souboru nelékařských zdravotnických pracovníků nevyskytují. Již u výsledků jednotlivých dotazníků nebyla prokázána přítomnost alarmujících obtíží, což mohlo být zapříčiněno neúčastí právě osob konfrontovaných s těmito problémy. Je nutné věnovat pozornost výskytu obtíží v těchto oblastech, pečovat o duševní i fyzickou stránku zaměstnanců i na úrovni systému zdravotnictví, jelikož se jedná o profesi zodpovědnou za lidské životy.

**Klíčová slova:** alkohol, závislost, syndrom vyhoření, kvalita života, nelékařští zdravotničtí pracovníci

## **Abstract**

**BACKGROUND:** This study focuses on a very sensitive and underestimated topic of drug addiction among medical staff. There is necessary interdisciplinary approach, focusing on psychosocial and environmental factors involved in the etiology of addiction among medical staff. The profession of paramedical staff demands to work with people and responsibility for their lives, so it is important that this work must be performed by a person in mental and physical well-being for performing adequate quality of care. Despite the awareness and exploration of burnout syndrome, the occurrence is still a current issue. Manifested mainly as a reaction to the working stress (Kebza, Šolcová, 2004). This working stress may penetrate also into the overall quality of life (Křivohlavý, 2013). Frequent helper in the stages of burnout syndrome is drinking alcohol, which shows the effects of antidepressants, which can be progress to alcoholism in certain situations (Ühlinger, 2009).

**OBJECTIVES:** The research objective of this study is to determine the relation between alcohol consumption, occurrence of burnout syndrome and subjective evaluation of life quality among paramedical staff working in the hospital.

**METHODS:** The study was performed by quantitative form and realized through standardized psychological instruments: AUDIT test, questionnaire WHOQOL-BREF and SMBM. Sampling was conducted through intentional (purposeful) choice when were selected persons that meet our given criteria (paramedical staff) and which were interested to participate. The research group was represented by 252 respondents, who are non-medical healthcare staff, working in a medical facility. For data analysis was used Spearman correlation test and analysis of variance model.

**RESULTS:** Studied population showed only 11% of respondents with possible problems caused by alcohol. The symptoms of burnout syndrome in different scope face the majority of respondents. We do not reject that the results of the AUDIT questionnaire and SMBM can be independent. Equally is the case with results of AUDIT test and WHOQOL questionnaire. The results may be affected by a low incidence of alcohol related problems.

**CONCLUSION:** Our survey didn't establish significant correlation between the studied phenomena, but these results do not exclude occurrence in the elementary sample of paramedical staff. Already the results of the questionnaires was not showed the presence of alarming problems, which could be caused by non-participation of persons confronted with these problems. It is necessary to pay attention to the occurrence of problems in these areas, take care of the mental and physical aspects of the employees at the level of the healthcare system, because it is a profession responsible for human lives.

**Keywords:** alcohol, addiction, burnout syndrome, quality of life, non-medical healthcare staff



## OBSAH

1. Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2. Problematika alkoholu .....	11
2.1 Účinky alkoholu na organismus.....	11
2.1.1 Negativní účinky alkoholu .....	13
2.1.2 Pozitivní účinky alkoholu.....	15
2.2 Funkce alkoholu .....	16
2.3 Rizika spojená s konzumací alkoholu v zaměstnání .....	16
2.4 Legislativní rámec alkoholu v zaměstnání .....	18
2.5 Primární prevence v problematice alkoholu na pracovišti .....	19
2.6 Intervence v problematice alkoholu na pracovišti.....	19
2.7 Syndrom závislosti .....	20
2.7.1 Psychická závislost.....	23
2.7.2 Fyzická závislost .....	23
2.7.3 Příčiny vzniku závislosti .....	23
2.7.4 Léčba .....	25
3. Syndrom vyhoření.....	28
3.1 Vymezení pojmu syndromu vyhoření .....	28
3.2 Příznaky syndromu vyhoření .....	28
3.2.1 Psychická úroveň.....	28
3.2.2 Fyzická úroveň .....	29
3.2.3 Sociální úroveň.....	29
3.3 Diferenciální diagnostika .....	29
3.4 Fáze syndromu vyhoření .....	30
3.5 Faktory ovlivňující výskyt syndromu vyhoření .....	31
3.6 Diagnostika syndromu vyhoření .....	32
3.7 Prevence syndromu vyhoření.....	33
3.7.1 Prevence v oblasti pracovní.....	34
3.7.2 Prevence v osobním životě.....	35
3.8 Syndrom vyhoření a vazba na zdravotnickou profesi .....	36
4. Kvalita života .....	38
4.1 Vymezení pojmu kvalita života .....	38
4.2 Oblasti kvality života .....	40
4.3 Faktory ovlivňující kvalitu života .....	41
4.4 Rozsah pojetí kvality života .....	42

4.5	Hodnocení úrovně kvality života .....	43
4.6	Propojenost kvality života s pomáhajícími profesemi .....	44
5.	Nelékařské zdravotnické povolání .....	46
5.1	Charakteristika profese.....	46
5.2	Nároky nelékařského zdravotnického povolání .....	48
6.	Souvislosti mezi zkoumanými jevy.....	50
	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	52
7.	Metodika .....	52
7.1	Výzkumný cíl a otázky.....	52
7.2	Metoda sběru dat .....	52
7.3	Realizace výzkumu .....	53
7.4	Etika ve výzkumu.....	54
7.5	Metoda zpracování a analýzy výsledků .....	55
8.	Vyhodnocení a interpretace dat.....	56
8.1	Charakteristika zkoumaného souboru .....	56
8.2	Explorační analýza dat .....	62
8.2.1	Vyhodnocení nástroje WHO QOL .....	62
8.2.2	Vyhodnocení dotazníku SMBM.....	65
8.2.3	Vyhodnocení nástroje AUDIT .....	68
8.2.4	Vyhodnocení výzkumných otázek .....	70
9.	Diskuze.....	74
9.1	Limity výzkumu .....	79
9.2	Implikace pro další výzkum .....	80
10.	Závěry .....	81
11.	POUŽITÉ ZDROJE .....	82
12.	SEZNAM TABULEK.....	87
13.	SEZNAM GRAFŮ .....	88
14.	SEZNAM ZKRATEK.....	89
15.	SEZNAM PŘÍLOH .....	90



## 1. Úvod

Práce se zabývá velmi citlivým a podceňovaným tématem, kterým je užívání alkoholu u zdravotnického personálu s ohledem na možné souvislosti s kvalitou života či výskytem projevů syndromu vyhoření. Studie zaměřené na užívání alkoholu u zdravotnického personálu nejsou příliš k dispozici, ale jisté odborné zdroje zahraniční i tuzemské uvádí, že u zdravotníků je výskyt, obzvláště alkoholové závislosti, častý. Také výzkum Trojana (2010), který mapoval situaci u již léčených NLZP, byl alkohol udáván nejčastěji. Povolání nelékařských zdravotnických pracovníků patří mezi pomáhající profese, které jsou známi svou náročností díky vysoké odpovědnosti za druhé osoby. Je obecně známo, že vyhořením jsou více ohroženi pracovníci profesí s častým stykem s lidmi. I přes informovanost a probádanost syndromu vyhoření je jeho výskyt stále aktuálním problémem. Syndrom vyhoření se projevuje převážně jako reakce na pracovní stres, který se může prolínat také do osobního života a jeho celkové kvality (Kebza, Šolcová, 2004; Křivohlavý, 2013). Jedním z faktorů, které mohou být nebezpečné pro syndrom vyhoření, je právě kladný vztah k alkoholu, kdy se může stát jistou berličkou při projevech syndromu vyhoření, jelikož vykazuje účinky antidepresiv. Tento stav se může za určitých situací rozvinout až v alkoholismus (Ühlinger, 2009). Užívání alkoholu či výskyt syndromu vyhoření je možným rizikem v tomto povolání a může mít fatální následky při vykonávání pracovní činnosti. Z tohoto důvodu je nutné se zaměřit na povolání, jež má velkou odpovědnost za lidské zdraví a odhalit tak případnou etiologii těchto nežádoucích stavů. Důsledky takového selhání (syndromu vyhoření) se projevují ve vztahu k sobě i k pracovní činnosti, proto se v této práci zaměříme jak na sebezposouzení kvality života, tak na samotnou profesi, jakožto možného prevalenčního ukazatele abúzu alkoholu. Kvalita života u nelékařských zdravotnických pracovníků může být ovlivněna z důvodu profese ve všech jejích oblastech. U zdravotníků se často objevují různá onemocnění pohybového aparátu, a to i v mladém věku. V této profesi může práce s lidmi a požadavky specifického zaměstnání ovlivnit také duševní zdraví. Riziko zkoumané profese může též nastat v sociální oblasti, kde se v důsledku časové náročnosti a směnného provozu v zaměstnání mohou objevit například problémy v rodině či ztráta přátel.

Česká lékařská komora a Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze iniciovaly na jaře 2013 výzkum syndromu vyhoření u lékařů v České republice. Výzkum patří v evropském i světovém kontextu mezi nejrozsáhlejší. U 34 % lékařů byly prostřednictvím dotazníku SMBM identifikovány symptomy syndromu vyhoření, které lze hodnotit jako přítomné nebo velmi závažné a pouze 8 % lékařů uvádí, že tyto symptomy nepocítují nikdy nebo jen velmi zřídka. *„I přestože je výzkum zaměřen pouze na lékaře, moderní literatura i zkušenost jasně dokládá, že stejně ohroženou profesí jsou i pracovníci v nelékařských zdravotnických profesích“* (Ptáček & Raboch, 2013).

Řada zdravotnických zařízení za pomoci specializovaných renomovaných agentur provádí sociologický výzkum na tato témata, monitoruje a pečuje o blaho svých zaměstnanců, přesto se tyto jevy objevují stále častěji a poměrně málokdy jsou řešeny. V České republice u dané cílové skupiny terapie spíše zaostává. Reprezentativní výzkumy a publikace týkající se syndromu vyhoření u NLZP by mohly být přínosem pro ošetřovatelství a stát se tak zdrojem pro změny, čímž by se také mohla snížit míra fluktuace zaměstnanců a výskyt komplikací tohoto stavu.

Cílem této práce je určit souvislosti mezi mírou konzumace alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a subjektivním hodnocením kvality života u nelékařských

zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním zařízení. Výzkum bude realizován prostřednictvím psychologických nástrojů (AUDIT, SMBM, WHOQOL-BREF) zaměřujících se na objekty zájmu této studie. Výsledky studie mohou odkrýt možné korelace mezi zkoumanými jevy. Odhalení těchto souvislostí může podpořit interpretaci mezioborového pohledu a zdůraznit tak environmentální a psychosociální faktory, které se mohou podílet na etiologii závislosti na alkoholu u zdravotnických pracovníků. Zaměření na možné spojitosti jednotlivých zkoumaných oblastí umožňuje komplexnější přístup. Popisované stavy mají společné to, že u zdravotnického personálu mohou být právě v nežádoucí sféře nebezpečné jak pro samotné poskytovatele péče, tak pro jejich spotřebitele.

Výzkumná práce, která se zabývá sledem těchto témat, nebyla v ČR doposud zpracována, tato práce může být vstupem pro další studie, které se mohou stát vodítkem v eliminaci těchto nežádoucích stavů.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2. Problematika alkoholu

Alkohol je lidstvu znám od starověku, stejně tak problémy s jeho nadužíváním. Společně s nikotinem patří mezi drogy legální, tudíž také akceptované společností. V České republice je alkohol hojně rozšířenou drogou a jeho spotřeba dosahuje cca 16 l na obyvatele staršího 15 let, což ji činí jednou ze zemí s nejvyšší spotřebou alkoholu (WHO, 2011 in Hnilicová, 2014). Nadměrná užívání alkoholických nápojů má však nepříznivý vliv jak na zdraví jedince, tak na jeho blízké okolí a celou společnost. I přes tato fakta je alkohol ve velké míře společností požíván pro jeho žádoucí účinky. Alkohol uvolňuje napětí, podporuje komunikaci, uklidňuje, navozuje euforii, potlačuje problémy, zvyšuje sebedůvěru, odstraňuje sexuální zábrany a někteří lidé ho pijí z toho důvodu, že jim prostě chutná. Naše kultura je nastavena konzumovat alkohol na veřejnosti a to při formálních i neformálních příležitostech (Göhlert, Kühn, 2001). V ČR má problémy s alkoholem cca 25% mužů a 10% žen, výzkumy, které vedl MUDr. Csémy pokazují na 550 tisíc závislých na alkoholu (Sochová, 2011).

Nižší dávka alkoholu způsobuje zvýšenou aktivitu a neklid. Vyšší dávky zase navozují zhoršení kognitivních, psychomotorických a percepčních funkcí. (Fischer, Škoda, 2009).

Skála (1988) rozlišuje osoby užívající alkoholické nápoje do 4 skupin:

- **Abstinenti** - alkohol odmítají v jakémkoliv množství. Za abstinenta považujeme osobu, která po dobu tří let nepožila alkohol, a to v jakémkoliv formě. Nejčastějšími abstinenty jsou děti ve věku do pěti až šesti let. V tomto věku však abstinence ustává a nabírají se zkušenosti konzumentů či pijáků v rodině;
- **Konzumenti** – do této skupiny se řadí většina z nás již v dětské nebo mladistvém věku. Jsou to jedinci, kteří si jen okrajově uvědomují účinky alkoholu na nervový systém. Od alkoholu chtějí jen tekutinu a chuť. Konzumace alkoholu probíhá v adekvátním množství;
- **Pijáci** - do této skupiny se jedinec dostává ze skupiny konzumentů, kdy přechází z alkoholu, jako zdroje tekutiny či k uspokojení chuti, do požadování alkoholické euforie. Pro mnohé jedince představuje ono dosažení pravé euforie přeci jen značné úsilí. Proto už nevolí konzumaci alkoholu k uspokojení žízně, ale aby pod jeho vlivem mohl zažít onu euforii. V tomto případě mluvíme o tzv. nepravé euforii;
- **Osoby závislé na alkoholu** - za tyto osoby se považují lidé, kteří v alkoholu vidí obveselení, úlevu, odstranění obtíží a duševního napětí či zapomnění.

### 2.1 Účinky alkoholu na organismus

Alkohol patří k drogám, které mají utlumující účinek na centrální nervovou soustavu, mnoho lidí ho používá k potlačení nelibých stavů, které mohou být výsledkem nespokojenosti jak v osobním, tak profesním životě, ale také dokáže vyvolat psychickou i fyzickou závislost (Salfellner, 1992).

Chemicky se alkohol nazývá etylalkohol, etanol, jeho vznik probíhá na základě kvašení cukrů. Jedná se o látku vysoce neurotoxickou s psychotropní účinkem, který je zprostředkován pomocí několika neurotransmitterových systémů – dopaminergního, noradrenergního a GABAergního. Mechanismus alkoholového působení na lidský organismus nebyl doposud zcela objasněn. Alkohol se v organismu přeměňuje na

acetaldehyd a poté na kyselinu octovou, ta může nepřímo sloužit jako zdroj energie či pomáhá ke vzniku mastných kyselin, které jsou součástí zásobního tuku. K přeměně dochází hlavně v jaterních buňkách. Energetická hodnota alkoholu je relativně vysoká. Etanol jako látka rozpustná ve vodě i v tucích v těle rychle distribuuje a hematoencefalickou bariérou proniká do mozku (Heller, Pecinovská, 2011).

*„Klinický obraz se mění s rostoucí dávkou alkoholu. Tento vývoj lze rozdělit do několika stádií:*

- 1. excitační, euforické stádium (přibližně 0,5-1,0 promile) – typická euforie, zvýšené sebevědomí, odstranění zábrán, mnohomluvnost, zhoršení kognitivních funkcí, zhoršená sebekritičnost;*
- 2. hypnotické stádium (přibližně 1-2 promile) – prodloužení reakcí, ztráta sebekontroly, poruchy koordinace a rovnováhy, zhoršení kognitivních funkcí, podrážděnost;*
- 3. narkotické stádium (přibližně 2-3 promile) – těžká porucha koordinace, zmatenost, počínající znaky poruchy dechového a oběhového centra, studená kůže, hypotenze, hypotermie, tachykardie, povrchové a zpomalené dýchání, přecházení do hlubokého spánku;*
- 4. asfyktické stádium (přibližně 3,5-5 promile) – hluboké bezvědomí až kóma, vyhasínání reflexů, cyanóza, smrt následkem centrálního selhání dýchání a oběhu“ (Kalina, 2008, p. 133).*

Shrnutím předchozího rozdělení můžeme říci, že účinky alkoholu se také projevují na oběhu organismu, kožní cévy se rozšiřují, alkohol také způsobuje utlumení termoregulačního centra a nastává úbytek tělesného tepla, který bývá velmi patrný. Tento fakt je nebezpečný zejména z toho důvodu, že osoby s alkoholickou intoxikací při teplotách pod 0°C mohou zemřít na podchlazení. Dále je ovlivněn srdeční puls, krevní tlak, činnost srdce, může docházet až k fibrilaci síní, arytmiím, snižuje se vylučování antidiuretického hormonu, což má za následek močopudný efekt, a vede ke ztrátě a dysbalanci minerálních látek. Toto odvodnění má za následek vznik tzv. „kocoviny“, což je vlastně specifický syndrom vyskytující se po požití alkoholu. Intoxikaci alkoholem a kocovinu nelze snáze rozlišit, protože přítomnost kocoviny je již v době, kdy se alkohol stále vyskytuje v krvi. Typickými příznaky kocoviny je bolest hlavy, třes, únava, nechutenství, nevolnost až zvracení, průjem a další jiné projevy. Můžeme se také setkat s bezvědomím či křečemi postiženého. Mimo jiné alkohol také snižuje slučování trombocytů, čímž potencuje krvácivost (Holcnerová, 2010)

Již v malém množství jsou pozorovány účinky alkoholu na pohotovost reakcí, motoriku, úsudek či rozhodování. Působí také analgeticky a ve vysoké koncentraci, zejména při kombinaci s jinými tlumivými látkami může dojít až k útlumu dechového centra a krevního oběhu až smrti. Alkohol do značné míry také odstraňuje zábrany, avšak tento stav může vést k nebezpečným emocionálním projevům, jako je agresivita či v krajním případě může dojít až k násilným fyzickým napadením. (Orlíková, n.d.).

Výzkumy zahraniční i domácí poukazují na různorodé účinky alkoholu odvíjejících se od požívaného množství. Účinky alkoholu mohou být jak negativní, tak pozitivní.

### 2.1.1 Negativní účinky alkoholu

Negativní účinky alkoholu na lidský organismus jsou mnohostranné a jsou podmíněny různými faktory - množstvím konzumovaného alkoholu, jeho pravidelností a dobou pití, věkem konzumenta, pohlavím a individuální genetickou predispozicí, dále také kombinací s dalšími škodlivými látkami jako je tabák, léky a jiné drogy či znečištěným pracovním nebo obytným prostředím (Jenč, 1998). Díky negativním vlivům alkoholu na organismus může docházet k různým poškozením v oblasti fyzické i psychické.

- Fyzická poškození
  - Alkoholická podvýživa

Jedná se o závažný stav, který je zapříčiněn nechutí k jídlu, jejíž příčinou je chronický zánět sliznice žaludku vyvolaný nadměrným pitím. Tento stav může vést i k deficitu bílkovin a vitamínů. Alkohol má sice vysokou energetickou hodnotu, ale způsobuje spíše obezitu, nikoliv přísun dostatečného množství živin pro organismus (Holcnerová, 2010).

- Poškození jater

Játra jsou jedním z nejdůležitějších a nenahraditelných orgánů těla. V játrech se odbourává etanol a jeho neustálý přísun je zatěžuje, část jaterních buněk odumírá a je nahrazováno vazivem. Tak vzniká jaterní cirhóza, čímž se snižuje také funkce jater. Tento stav vede k postupnému selhávání jater, které je nejčastější příčinou smrti u alkoholiků. K cirhóze může dojít již po pětiletém každodenním užívání alkoholu a je až v 50% způsobena konzumací alkoholu (Holcnerová, 2010).

- Postižení trávicí soustavy

Kromě jater, která jsou popsána výše, postihuje alkohol také trávicí soustavu od dutiny ústní až po konečník. Zpočátku způsobuje reaktivní překrvení sliznic, později díky tomuto procesu dochází ke snadnému prostupu infekce. Na sliznici žaludku, která je poškozena alkoholem, vzniká mnohem snadněji vředové onemocnění. Může docházet také k atrofické gastritidě, což je zánět žaludku, který se vyznačuje ztenčením a vyhlazením sliznice (Heller et al., 1996). Alkohol má také toxický vliv na sliznici tenkého střeva či slinivku břišní, kdy dochází ke vzniku pankreatitidy, která je provázána silnými bolestmi a neschopností strávit jídlo (Holcnerová, 2010).

- Imunodeficience

Alkohol potlačuje imunitní reakce organismu, který pak není schopen obrany proti škodlivým vlivům z okolí. Nepříznivě také ovlivňuje průběh plicních onemocnění, zejména tuberkulózy, která se u uživatelů vyskytuje častěji, než u abstinentů. Tento fakt je způsoben zhoršeným hojením a obnovou tkání díky působení alkoholu (Holcnerová, 2010).

- Poškození nervové soustavy

Alkohol působí negativně, jak na periferní nervstvo, tak na centrální nervovou soustavu. Tato postižení způsobují poruchy krátkodobé i dlouhodobé paměti, poruchy myšlení, vnímání i koordinace. Poruchy jsou způsobeny atrofií mozku, která je způsobena působením alkoholu a je přítomna cca u 58 % závislých osob na alkoholu. Typickým nervovým onemocněním u alkoholiků je alkoholický tremor, který se projevuje třesem víček, prstů, rukou, později i celého těla. Dalším neurologickým onemocněním v rámci poškození alkoholem může být epilepsie (Holcnerová, 2010).

- Kardiovaskulární onemocnění

U osob závislých na alkoholu je často osudným onemocnění srdce a cév. Riziko ischemické choroby srdeční je sice díky pravidelnému užívání alkoholu nižší, avšak objevuje se systémová arteriální hypertenze či alkoholová kardiomyopatie. Příčinou projevů hypertenze je ukládání lipidů do stěn cév, které je následkem užívání alkoholu. Objevují se tachykardie, dušnost, častá únava, později i noční kašel či otoky, které jsou projevem srdečního selhávání (Holcnerová, 2010).

- Kožní projevy

Užívání alkoholu se projevuje na celkovém fyzickém vzhledu. Alkohol všeobecně narušuje kvalitu kůže, kterou ochuzuje o důležité živiny, vitamíny a minerály a způsobuje nedostatek kyslíku, což způsobuje předčasné stárnutí pleti. Dalším projevem může být rozšíření cév a žilek ve tvářích, to je způsobeno díky příjmu alkoholu a s ním spojenými volnými radikály, které negativně působí na kvalitu cévní stěny. Alkohol také dehydruje organismus, čím rovněž působí na kvalitu kůže, která rychleji stárne. V souvislosti s dehydratací může docházet i k otokům. Příjem alkoholu se také často podepisuje na vitalitě vlasů, neboť alkohol snižuje zinek a vápník v krvi, což vede ke zvýšenému vypadávání vlasů (Klinika adiktologie, n.d.).

- Reproductivní komplikace

U mužů může ve vysokých dávkách alkoholu docházet ke snížené tvorbě spermií, což může mít za následek neplodnost. Alkohol u mužů snižuje produkci mužských hormonů, což může vést ke snížení libida či zmenšení pohlavních orgánů. U žen stačí i nižší dávky alkoholu, které vedou ke zpoždění nebo vynechání ovulační fáze. Bylo také zjištěno, že i mírné užívání alkoholu může vést ke zvýšené pravděpodobnosti neplodnosti či spontánnímu potratu (Holcnerová, 2010).

- Fetální alkoholový syndrom

Vzniká při užívání alkoholu v těhotenství. Zahrnuje anomálie, jako jsou malé zuby, malá hlava, horší koordinace pohybů a růstový deficit nebo závažné neurobiologické dysfunkce včetně mentální retardace (Holcnerová, 2010).

- Nádorová onemocnění

Užívání alkoholu je spojeno zejména se zvýšeným výskytem nádorových onemocnění trávicího traktu. Velmi často se jedná o rakovinu rtů a jazyka, hltanu, hrtanu, jícnu a jater. U rakoviny žaludku, tračnicku, konečníku, vejcovodů, prostaty a slinných žláz byly výsledky ohledně spojitosti s užíváním alkoholu nejednoznačné. Čím více člověk pije, tím vyšší je riziko výskytu (Bagnardi et al., 2015). V druhé polovině 90. let bylo zjištěno, že i mírné užívání alkoholu může podpořit vznik také rakovina prsu (Holcnerová, 2010).

- Úrazy

Fyzické poškození může nastat i v rámci aktuálního opojení alkoholem, kdy díky účinkům alkoholu, tedy zhoršené koordinaci, zpomalení reflexů, poruchám vnímání, snížené pozornosti či snížení soudnosti dochází k různým druhům úrazu. Tyto úrazy mohou vznikat jako důsledek pádu či nezodpovědného chování v souvislosti s dopravou, kdy dochází často k nehodovosti na silnicích u osob s alkoholem v krvi.

- Intoxikace

Velké dávky alkoholu mohou mít za následek bezvědomí nebo v krajním případě i smrt, která je následkem selhání oběhového a dýchacího systému. Tento stav může být potencován kombinací s jinými návykovými látkami, jako jsou například benzodiazepiny, které mají také utlumující účinky (Kalina, 2008).

- Psychická poškození

- Suicidální stavy

Sebevražedné myšlenky se odvíjejí většinou od stavů deprese, které jsou spojeny s depresivními stavy. Je prokázáno, že sebevražednost je mezi osobami užívajícími alkohol vyšší než v obecné populaci, odborné zdroje uvádí 10-15% u chronických uživatelů alkoholu (Holcnerová, 2010).

- Poruchy nálady

Užívání alkoholu bývá často doprovázeno výkyvy nálad jak v souvislosti s intoxikací, tak s odvykacím stavem. Může být přítomna agrese slovní i fyzická, v některých případech se rozvine až v trestnou činnost. Některé výzkumy dokonce poukazují na přítomnost alkoholu u domácího násilí, nejčastější případ alkoholu a domácího násilí je, když pijí jak oběť, tak pachatel. V souvislosti s užíváním alkoholu pak bývá zmiňováno zvýšené riziko zničení majetku, sexuálních útoků a znásilnění. Mnohdy se užívání alkoholu pojí s depresivním syndromem, u těžkých uživatelů alkoholu se vyvinou postupem času změny nálady, které mohou mít i podobu těžké depresivní epizody. Tyto depresivní epizody mohou být provázeny pocitem beznaděje a myšlenkami na sebevraždu. Změny nálad obvykle po nějaké době abstinence ustoupí (Holcnerová, 2010).

- Psychotické poruchy

U chronických uživatelů alkoholu se rozvine zhruba v 3% psychotická porucha. Psychotické poruchy se objevují převážně s halucinacemi (alkoholová halucinóza), které mají podobu živých zejména vizuálních a sluchových halucinací. Predisponovaní jedinci jsou v důsledku nadměrného užívání alkoholu ohroženi psychotickou poruchou s bludy paranoií, které mají tematiku pronásledování či žárlivosti (Holcnerová, 2010).

- Syndrom závislosti

(popsán podrobněji v kapitole 2.7).

### **2.1.2 Pozitivní účinky alkoholu**

Alkohol v lidském těle existuje, byť v malé míře, i když žádný nekonzumujeme. Každý ho má v krvi od tří setin do jedné desetiny promile. Většinou odborníků je známo, že alkohol má v přiměřené míře a při pravidelném zvyšování základního množství na lidský organismus příznivý účinek (Budinský, 2010).

- Antiaterogenní

Působení alkoholu na cévy spočívá v prevenci ischemické choroby srdeční a jejím oddálením či zpomalením. Ochranný efekt je založen na zvýšení podílu cholesterolu ve viskózních lipoproteinech, který vede k rychlejšímu katabolismu cholesterolu v játrech, a tím k jeho vylučování z těla. U mužů středního věku je optimální preventivní denní dávkou 10 - 30 g alkoholu (Jenč, 1998).

- Antitrombotický

Alkohol v krvi výrazně omezuje tvorbu trombů a shlukování krevních destiček (Jenč, 1998).

- Protirakovinný účinek

Alkohol se může pyšnit antioxidační aktivitou v těle a indukcí syntézy biotransformačních, detoxikačních enzymů. Mezi silně antioxidačně účinné látky patří tzv. rostlinné polyfenoly, které jsou obsaženy ve víně i v pivu (Jenč, 1998).

- Psychotropní vliv

Užívání alkoholu tlumí strach, trému, zvyšuje sebejistotu, sebevědomí a společenskost, snižuje tenzi a odbourává stresové nastavení (Jenč, 1998).

Existují směrnice pro mírné pití, například americké ministerstvo zdravotnictví stanovilo jeden alkoholický nápoj denně pro ženy a dva pro muže. Standardní nápoj obsahuje 3,5 dl piva, 1,5 dl vína nebo 4 cl tvrdého alkoholu. Každý z uvedených nápojů obsahuje cca 12 g alkoholu. Účinky alkoholu však ženy ve srovnání s muži snášejí hůře. Enzym ve stěně žaludku, který napomáhá odbourávat alkohol, před jeho vstupem do krevního řečiště, je u žen čtyřnásobně méně aktivní než u mužů (Jenč, 1998).

## 2.2 Funkce alkoholu

Alkohol zastává od pradávna mnoho funkcí a je využíván v mnoha oblastech k různým úkonům. Tyto funkce se mohou navzájem prolínat, doplňovat či na sebe přímo navazovat. Alkohol je v určitých funkcích považován většinou společností za nepostradatelný, a to zejména funkcí ekonomickou či sociální. Funkce fyziologické jsou brány méně v potaz, jelikož živiny a energii lze čerpat z různých jiných zdrojů, rostlinných či živočišných. Na základě historického vývoje pojetí alkoholu naší společností lze vymezit tyto jeho funkce, které Bútora (1989) rozděluje na:

- Fyziologické funkce – jako potrava využívaná pro nápoj, přísun energie, výživu či lék, který má znecitlivující účinek.
- Psychologické funkce – anxiolytický účinek, snižuje tenzi, stres, eliminuje nudu, navozuje celkové uvolnění, povzbuzení, zlepšení nálady, funguje jako útek z reality, někdy může dojít i k navození změněného stavu vědomí.
- Rituální funkce – využíván při náboženských obřadech, příbuzenských, rodinných a společenských oslavách (svatby, narozeniny, svátky).
- Sociální funkce – vhodný pro pohostinnost, při stolování, hodování, přizpůsobování se a začleňování do společnosti, symbol kulturní identity, tmel určité skupiny.
- Ekonomická funkce – alkohol jako úplatek, zdroj příjmů pro stát, společnost, je obživou pro určité osoby či skupiny osob (výroba, distribuce, prodej, turistika) nebo odborníky, kteří se zabývají problematikou návykových látek (adiktolog).
- Politická funkce – alkohol může být chápán jako prostředek mocenské manipulace.

## 2.3 Rizika spojená s konzumací alkoholu v zaměstnání

Riziko problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami v pracovním prostředí zvyšují některá specifika vykonávané profese. Tato rizika mohou spočívat v atmosféře pracoviště, která vybízí zaměstnance ke konzumaci a nezodpovědnému chování v pracovní době, jako je tomu například u osob pracujících v baru či u řemeslníků, horníků, námořníků. Důvodem může být chybějící dohled vedení či prostředí, ve kterém je usnadněno alkohol konzumovat díky jeho dostupnosti. Nadměrný nebo dlouhotrvající stres může být také impulsem problémového pití, které



se prolíná i do zaměstnání. Nepříznivé podmínky v práci, jako je dlouhá pracovní doba, přesčasy, trojsměnný provoz, vedoucí k chronické únavě a stavům vyčerpání, ale také nepravidelnost životního stylu, poruchy spánku a následkem toho i možné problémy v rodinném životě. Dalšími neblahými vlivy ve vykonávané profesi vedoucí k úniku k alkoholu mohou být monotónnost práce, nuda, sexuální obtěžování či šikana na pracovišti, ale také nedostatečná pravomoc v provozované činnosti. Pokud nejsou přítomna jasná pravidla týkající se zákazu alkoholu v pracovním prostředí, je nedostatečný dohled ze strany nadřízených a nejsou k dispozici ani různé preventivní programy, je riziko konzumace alkoholu také potencováno. Těžké pijácké epizody mohou v důsledku kocoviny zapříčinit absenci v práci na celý den či jeho část, vedou zaměstnance k předstírání nemoci a omlouvání se z pracovního dne. Studie ve Švédsku a Norsku zjistily, že zvýšení o 1 litr na celkové spotřebě alkoholu je spojeno s nárůstem nepřítomnosti z důvodu nemoci u mužů o 13%, u žen tento efekt není statisticky významný (Norström & Moan, 2009 in *Alcohol and the Workplace*, n.d.). Tyto absence mohou mít také vliv na ostatní zaměstnance, kteří mají na starost kompenzovat nepřítomnost svých kolegů přesčasy či prací navíc, což také nepřispívá k jejich duševní pohodě. Účinky alkoholu mohou nežádoucím způsobem přetrvávat i po jeho eliminaci z těla, tedy ve formě kocoviny, jejíž vliv se může projevat usínáním v práci, nižším výkonem, nízkou kvalitou práce, konflikty s orgány dohledu či spolupracovníky (*Alcohol and the Workplace*, n.d.).

Alkohol i jiné návykové látky mají vliv na produktivitu práce. Je prokázáno, že alkohol snižuje pracovní výkonnost a podněcuje nespolehlivé jednání. Americké propočty poukazují až zhruba na dvoutřetinový podíl škod, které alkohol působí. To je dáno zejména nižší produktivitou práce v důsledku vyšší nemocnosti a vyšší mortality pracovníků. Škody, které nejsou tak zřejmé, ale mohou být též zapříčiněny potížemi s alkoholem, jsou např. nižší výkonnost pracovníků při kocovině, nemocnost rodinných příslušníků vystaveným chronickému stresu či nižší péče o vlastní zdraví. Další riziko v pracovním prostředí mohou zastávat pracovní úrazy. Nebezpečné může být požívání alkoholu zejména u profesionálních řidičů či pilotů, ale i u jiných profesí. Také ve zdravotnictví může dojít k poškození nejen sebe, ale ohrožení také dalších osob, klientů, o které má zdravotník pečovat. Alkohol je jednou z drog, u které se často vyvíjejí násilnické sklony, díky čemuž může docházet na pracovišti k různým druhům konfliktů, někdy i fyzického rázu. Méně závažné, ač někdy velmi nákladné, může být v důsledku užití alkoholu poškození majetku či ekonomických zájmů zaměstnavatele. K těmto škodám může docházet buď přímo, poškozením nějakého zařízení, nebo nepřímo například chybným strategickým rozhodnutím pracovníka či ztrátou důvěry klienta na základě požití alkoholu. V krajním případě se může v pracovním prostředí také vyskytnout trestná činnost za přítomnosti alkoholu v organismu. Tato činnost může spočívat buď v násilné, nebo majetkové kriminalitě v pracovním prostředí (Nešpor, 2001).

Světová zdravotnická organizace (2011) uvádí, že zneužívání alkoholu je největším rizikovým faktorem pro celosvětovou poruchu zdraví a předčasné úmrtí v produktivním věku. Nemoc zaměstnanců a smrt představuje značné náklady pro zaměstnavatele zejména, jestliže jde o ztráty produktivity, jakož i prostředků na nábor a zaškolení náhrad. Náklady zaměstnavatele na zdravotní péči, nemocenské, pojištění a právní poplatky mohou být rovněž ovlivněny nemocí a úmrtími související s alkoholem.

## 2.4 Legislativní rámec alkoholu v zaměstnání

Postoje a názory na alkohol ve společnosti se v průběhu historie zásadně změnilly. Tyto změny jsou u alkoholu obzvláště zřejmé ve vztahu s pracovním prostředím. Dříve byl alkohol na pracovišti běžnou záležitostí, postupně se však dostával mimo pracovní dobu do volného času. Konzumace alkoholu v pracovním prostředí byla eliminována díky zvyšování požadavků na odborné znalosti a dovednosti na zaměstnance, což poukázalo na nevhodnost konzumace alkoholu na pracovišti. Účinky alkoholu na pracovní výkon byly hojně zkoumány a poukazují na nebezpečí spojená s konzumací alkoholu při výkonu určitých profesí, které mohou mít závažné důsledky a mohou potencionálně ohrožovat velké množství jiných lidí, než jen samotného konzumenta. Proto byla tato problematika legislativně ošetřena, aby se tak zajistila bezpečnost zaměstnanců i dalších osob (*Alcohol and the Workplace*, n.d.).

Zákoník práce podle § 106 odstavce (4) písmena e) říká „*nepožívat alkoholické nápoje a nezneužívat jiné návykové látky na pracovištích zaměstnavatele a v pracovní době i mimo tato pracoviště, nevstupovat pod jejich vlivem na pracoviště zaměstnavatele a nekouřit na pracovištích a v jiných prostorách, kde jsou účinkům kouření vystaveni také nekuřáci. Zákaz požívání alkoholických nápojů se nevztahuje na zaměstnance, kteří pracují v nepříznivých mikroklimatických podmínkách, pokud požívají pivo se sníženým obsahem alkoholu, a na zaměstnance, u nichž požívání těchto nápojů je součástí plnění pracovních úkolů nebo je s plněním těchto úkolů obvykle spojeno*“. Výjimku v zákonu tedy tvoří pouze osoby, které pracují v nepříznivých mikroklimatických podmínkách, jako jsou například skláři a osoby, jejichž zaměstnání vyžaduje požívání alkoholických nápojů, kterými jsou zejména degustátoři. Další podstatnou složkou ve znění zákoníku práce je v tamtéž § i odstavci písmena i) „*podrobit se na pokyn oprávněného vedoucího zaměstnance písemně určeného zaměstnavatelem zjištění, zda není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek*“. Zaměstnavatel má právo vyzvat osobu ke splnění povinnosti podrobit se vyšetření a provést orientační vyšetření u osob, které vykonávají činnost, při níž by mohly ohrozit život nebo zdraví své anebo dalších osob či poškodit majetek. Odmítne-li osoba vyšetření, hledí se na ni, jako by byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky. Způsob, jakým zaměstnavatel bude přítomnost alkoholu v organismu zaměstnance zjišťovat, není explicitně pracovními předpisy stanoven, záleží na zaměstnavateli, jakou formu detekce zvolí. Nejčastěji se provádí orientační dechová zkouška, kdy se analyzuje alkohol z dechu, kdy při pozitivním nálezu může být vyžadováno i vyšetření z krve. Pokud se prokáže přítomnost alkoholu v krvi, hradí vyšetření biologického materiálu vyšetřovaná osoba, v případě, že se přítomnost alkoholu neprokáže, náklady na krevní zkoušku nese zaměstnavatel (Zákoník práce, 2015). V případě, že se u zaměstnance prokáže, že je pod vlivem alkoholu, bude záležet na posouzení konkrétního případu. Naměřené hodnoty budou použity jako měřítko sloužící k posudku míry porušení povinnosti zaměstnance vyplývající z pracovního poměru (Mojžíš, 2014). Záleží na zaměstnavateli, jaké postihy za porušení tohoto zákazu zvolí. Sankce mohou spočívat v napomenutí či v okamžité výpovědi za hrubé porušení kázně. Vodítkem zhodnocení situace bývá kromě naměřených hodnot také míra závažnosti ohrožení života a zdraví zaměstnanců i ostatních osob, či materiální škody. Dalším aspektem je také opakovanost porušení zákazů či druh vykonávané profese (Švidrnichová, 2004).

Zákaz požívání alkoholických nápojů udává zákoník práce z hlediska časového rozpětí, a to i v pracovní době, vždy bez ohledu na to, zda je zaměstnanec na pracovišti, nebo není. Zaměstnanec má zákaz požívat alkoholické nápoje a to i na pracovní cestě.

Na pracovišti je zakázáno požívat alkoholické nápoje i mimo pracovní dobu. Toto se vztahuje i na přestávky v práci na jídlo a oddech. Nesmí se tedy konzumovat alkoholické nápoje ani během oběda v restauraci, i když se zrovna nenacházíte na pracovišti, ani pokud se přestávka na jídlo a oddech nezapočítává do pracovní doby, protože po skončení této doby by mohl při nástupu na pracoviště přetrvávat vliv alkoholu (Fetter, 2013).

## **2.5 Primární prevence v problematice alkoholu na pracovišti**

Účinná prevence alkoholu na pracovišti zpravidla vyžaduje využívání více strategií a také by měla být soustavná a dlouhodobá. Některé strategie primární prevence v této indikaci se kryjí s prevencí nadměrného pracovního stresu, jiné jsou relativně specifické. Nešpor (2001) uvádí tyto prvky primární prevence v souvislosti s alkoholem na pracovišti:

- Znalost pravidel a zákonů v kontextu alkoholu na pracovišti, včetně sankcí za jejich porušení. Doporučuje se, aby pravidla měla psanou podobu a byla známa jak zaměstnancům, tak zaměstnavateli.
- Hledání alternativ předcházení rizikovým činnostem a situacím ze strany zaměstnavatele. Příkladem může být nabídka stravování v místě pracoviště, čímž se předejde návštěvě restaurace a s ní spojené možné konzumace alkoholických nápojů.
- Pochopení důležitosti prevence v této oblasti ze strany vedoucích pracovníků a včasné rozpoznání signálů spojených s problémy týkajícími se alkoholu. K tomu je nutné podrobit vedoucí pracovníky odborné průpravě.
- Zprostředkovat efektivitu prevence aktivním zapojením zaměstnanců, čímž se zajistí jejich spoluodpovědnost na problematice.
- Vzdělávání v prevenci problémů způsobených návykovou látkou na pracovišti i u řadových zaměstnanců. Efektivita těchto specializovaných programů primární prevence u zaměstnanců se liší v závislosti na vykonávaném typu profese.
- Testování na návykové látky v pracovním prostředí. Může být jako preventivní opatření užitečné v odrazení některých zaměstnanců od rizikového chování ve vztahu k alkoholickým nápojům a tak předcházet rozvoji komplikací souvisejících s užíváním alkoholu na pracovišti.
- Prevence profesionálního stresu, zejména u určitých profesí např. u zdravotníků (více v kapitole pojednávající o prevenci syndromu vyhoření). Brát tedy v úvahu zvláštnosti a specifické stresory profesí.
- Zavedení relaxačních technik, jako je autogenní trénink, progresivní relaxace, jógové relaxační techniky.
- Vyhodnocování a modifikace preventivních programů s ohledem na výsledky hodnocení (Nešpor, 2001).

## **2.6 Intervence v problematice alkoholu na pracovišti**

Intervence spojené s problémy s alkoholem mohou spočívat ve dvou přístupech preventivních programů v pracovním prostředí. Tyto přístupy jsou využívány převážně v zahraničí. Prvním typem je zaměřen na podporu zdraví, což jsou v zásadě programy primární prevence. Druhým typem jsou programy směřující svou pozornost na

zaměstnance, kteří se již potýkají s návykovým nebo jiným problémem spojeným s alkoholem. Tyto programy jsou velmi rozšířené a dobře finančně podporované zaměstnavateli tam, kde si uvědomují ekonomická a i jiná rizika návykových látek. Stěžejní význam má tedy dostupnost vhodné pomoci zaměstnancům i jejich rodině, kteří se potýkají s problémy s návykovými látkami. Díky zájmu pracovišť o tuto problematiku a díky zmíněným programům se daří zachytit problém v relativně časném stádiu, proto je účinnost programů velmi vysoká (Alcohol and the Workplace, 1999 in Nešpor, 2001). U nás jsou tyto obtíže směřovány a konzultovány v ordinacích praktických lékařů, proto je potřeba, aby praktický lékař dokázal problémy spojené s užíváním alkoholu správně posoudit a nasměrovat do správných specializovaných pracovišť. Pokud se jedná o počínající problém, je řada pracovníků proti léčbě jejich obtíží, nebo pro ně není léčba dostupná. Zde uvádíme dle Nešpora (2000) výčet intervencí, které se v této oblasti osvědčily:

- Individuální terapie a poradenství – poskytnutí informací, doporučení přestat požívat alkohol, posilování motivace a kognitivně behaviorální postupy.
- Skupinová terapie – využití skupinové dynamiky a analýza skupinových procesů.
- Poskytnutí tištěných materiálů, nejrůznějších manuálů pro problémy působené alkoholem.
- Práce s rodinou - různé druhy rodinné terapie.
- Svěpomocné organizace – předávání zkušeností, vzájemná podpora, společný problém např. Anonymní alkoholici (Alcoholics Anonymous).
- Sebemonitoring – kontrola bažení, projevů, spouštěčů apod.
- Linky důvěry, centra krizové intervence - u pracovníků, kteří mají návykové problémy, je vyšší riziko suicidálních činů.
- Doporučení ke specializované léčbě - dohodnutí návštěvy předem za pomoci lékaře nebo sestry či doprovod při první návštěvě někým z okolí nebo i zdravotníkem pacienta, čímž se zvýší pravděpodobnost uskutečnění návštěvy, ochota k léčbě se také zvýší, když zaměstnavatel podmíní pokračování pracovního poměru úspěšnou léčbou.
- Dispenzarizace a dlouhodobé sledování – kontrola jaterních testů (zlepšení výsledků jako motivace) a toxikologické kontroly, které jsou zpočátku častější, např. po týdnu nebo po dvou, později se interval prodlužuje.

## 2.7 Syndrom závislosti

*„Hlavním rizikem nadměrného užívání alkoholu je rozvoj tělesné a psychické závislosti. Závislost se rozvíjí po dlouhodobém užívání, předchází ji poměrně dlouhé období, kdy je již patrné tělesné i psychické poškození a kdy je možné abúzus ještě relativně bezbolestně zastavit“ (Kalina, 2008, p. 343).*

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více (Nešpor, 2000).

Komplexnost mezi návykem spojeným s konzumací alkoholu a jeho nežádoucími důsledky je velká. Některé nežádoucí důsledky pití jsou způsobeny okamžitou intoxikací, zatímco jiné vyžadují dlouhodobou konzumaci. Není dána přesná hranice mezi kontrolovaným a nekontrolovaným užíváním. Každý jev související s alkoholem se také projevuje různě v závislosti na požití dávce. Vznik těchto nežádoucích

jevů nezávisí pouze na množství konzumovaného alkoholu či četnosti pití, ale i na vlastnostech jedince a typu alkoholického nápoje (Jenč, 1998).

Závislost neboli dependence je akutní potřeba člověka, která jej nutí konat ve svůj prospěch a zahrnuje v sobě hned několik fenoménů. Tyto fenomény mají především snášenlivý, fyzický a psychický charakter. Závislost nevzniká ze dne na den, ale dlouhotrvající pití vede k adaptaci buněk organismu na trvalý přívod alkoholu. Výsledkem této adaptace je snížení odezvy organismu na původně účinnou dávku, navyšuje se tolerance, to vede ke stupňování dávek a později ke vzniku syndromu závislosti. Jedná se tedy o potřebu užít návykovou látku, ztrátu kontroly volního jednání, užití i přes ničivé fyzické a psychické komplikace, upřednostnění návykové látky před vším ostatním, zvýšení tolerance vůči alkoholu, abstinenci příznaky při zanechání pití (Klenerová, Hynie, 2002). Závislost na alkoholu lze rozdělit dle Jellinekovy typologie (1940) do pěti kategorií:

a. Typ alfa

Jedná se o občasně, ale problémové pití alkoholu. Jedinec užívá alkohol nejčastěji kvůli vnitřnímu napětí, kdy ho využívá jako určitou sebemedikaci k odstranění dysforie, potlačení tenze, úzkostných stavů či deprese, časté je pití o samotě. Zároveň ale alkohol využívá jako prostředek sblížení se s ostatními lidmi. Není přítomna fyzická závislost, ale dochází ke zvyšování tolerance k alkoholu. Rizikem jsou úrazy a kriminální činnost páchaná pod vlivem alkoholu.

b. Typ beta

Zde se jedná o příležitostný abúzus alkoholu orientovaný na sociokulturní oblast. Užívající vyplňují alkoholem volný čas, pijí ve společnosti. Typ beta často aktivně vyhledává příležitosti k tomu, aby se mohl napít. Důvodem užívání alkoholu je nezůstat v izolaci od jeho sociální skupiny. Stále není přítomna fyzická závislost. Rizikem bývá nedodržování dopravních předpisů či somatická poškození.

c. Typ gama

Někdy označován jako „anglosaský typ“ s preferencí piva a destilátů. U tohoto typu se již jedná o závislost na alkoholu a je charakterizován poruchou kontroly pití s postupným nárůstem tolerance k alkoholu. Vyskytuje se zejména po delším užívání cca 5-15 let. Je zde také progresse konzumace a to jak po stránce somatické, tak psychické. Přítomna je výrazná zejména psychická závislost.

d. Typ delta

Označován také jako „románský typ“ s preferencí vína. Jednou z hlavních charakteristik typu delta je přítomnost fyzické závislosti. Projevuje se chronickou konzumací alkoholu přes den tzv. udržování hladinky bez nápadných známek opilosti či ztráty kontroly. Tento typ představuje velké riziko pro zdraví člověka a onemocnění, jako je cirhóza či delirium tremens.

e. Typ epsilon

Jedná se o epizodický abúzus tzv. dipsomanií tedy kvartální pijáctví, kdy je užívání střídáno s obdobími úplné abstinence. Je přítomna změněná kontrola a afektivní poruchy (Kalina, 2008).

Závislost na alkoholu nevzniká ze dne na den. K jejímu vzniku se všemi negativními důsledky dochází v rámci procesu. Vývojová stádia závislosti vypracoval

také psychiatr Jellinek (1960). Tato klasifikace je obecně akceptována našimi i zahraničními odborníky. Fáze závislosti jsou rozděleny do čtyř skupin:

#### 1. stádium – počáteční (iniciální)

Uživatel alkoholu se výrazně neliší od svého okolí, ale pozvolna dochází ke zvyšování frekvence pití a dávek alkoholu. Důvodem konzumace jsou psychotropní účinky alkoholu, tedy jedná se o společenské pití alkoholu nebo o překonávání stresových situací alkoholem. Pokud dojde k vyřešení problémů, zmírní se konzumace alkoholu či její zvyšování, ale je pravděpodobné, že na další problém v životě bude reakce opět formou této sebemedikace.

#### 2. stádium – varovné (prodromální)

V tomto stádiu roste tolerance vůči alkoholu, osoby v tomto stádiu preferují tajné pití. Charakteristické jsou pro toto období pocity viny a studu kvůli svým problémům s alkoholem, je zde velká citlivost na témata týkající se alkoholu. Jsou přítomny neustálé myšlenky na alkohol, dotyčný si vytváří zásoby alkoholických nápojů, dychtivě si vychutnává svoji první dávku a objevují se první „okénka“. Druhé stadium se považuje za hraniční, problém lze řešit kontrolovaným pitím.

#### 3. stádium – rozhodné (kruciální)

Dochází ke stále většímu nárůstu tolerance vůči alkoholu, dotyčný není schopen kontroly nad svým pitím. Alkohol se již stal součástí metabolických dějů v organismu a změnila se reakce organismu na jeho určitou dávku. Rozhoduje se zde, zda se jedinec stane alkoholikem či nikoliv. Vyskytují se konflikty s rodinou, snaha vyhýbat se vlivu osob, které ho od pití odrazují, pokračují stavy výčitek, projevují se výkyvy nálad, jsou zde opakované neúspěšné pokusy o abstinenci, dochází k ústupu zájmů, redukují se osobní vztahy či se od nich dokonce oprostuje, přidávají se konflikty na pracovišti, postižený je neustále v ofenzivě. Začínají se projevovat také somatické příznaky související s abúzem, často dochází u dotyčného i k obtížím v oblasti sexuální. Se ztrátou kontroly nad pitím přichází i omlouvání a obhajování svého pití. Toto pijáctví je již velmi nápadné. Ukazatelem konce této fáze a začátek fáze terminální čtvrté jsou ranní doušky. Takový uživatel je více dní opilý než střízlivý.

#### 4. stádium – konečné (terminální)

Charakteristickým projevem v tomto stádiu je nepříjemný stav po vystřízlivění. Dochází k radikálnímu oslabení tělesného i duševního zdraví, snižuje se tolerance ve vztahu k alkoholu, dochází k opakovanému několikadennímu pití a k ranním douškům, alkoholik vyhledává další osoby pod jeho sociální úrovní k příležitosti pít. Sebemenší dávka alkoholu, na kterou byl kdysi piják zvyklý, jej přivádí do stavu opilosti. Konzumace alkoholu přerůstá v pití také technických prostředků, jako Alpa, Iron apod. Objevují se orgánová poškození jater, nervové soustavy, cév apod. Prohlubují se stavy úzkosti, strachu, objevuje se třesavka, někdy dochází až k pomočování. Piják si uvědomuje neúnosnost situace, ale nedokáže si představit život bez alkoholu, pomýšlí na léčbu, ale v pití nadále pokračuje.

První a druhé stádium se považuje za tzv. předchorobní, kdy závislost není ještě jednoznačná. Ve třetím a čtvrtém stádiu může kdykoliv dojít k přechodu do chronického onemocnění, kdy se následky abúzu stanou trvalými a neodstranitelnými. Vzniká chronické stadium závislosti na alkoholu (Mühlpachr, 2009).

### **2.7.1 Psychická závislost**

Vyznačuje se nepřekonatelnou touhou (craving) dalšího užití látky a vzniká na základě opakovaného podávání látky. Objevuje se vzestup tolerance, dochází ke snižování účinku alkoholu a tudíž k jeho většímu příjmu pro dosažení shodného účinku. Závislost psychická je většinou mnohem závažnější, trvá podstatně delší dobu a obtížněji se léčí (Nešpor, 1995). Většina diagnostických znaků závislosti se týká právě psychické závislosti (Nešpor, Provazníková, 1999). Dochází k zanedbávání povinností, upřednostňování pití alkoholu před ostatními zájmy a povinnostmi (Csémy, Sovinová, 2003).

### **2.7.2 Fyzická závislost**

Závislost fyzická způsobuje tělesné potíže po vysazení drog. Její projevy jsou především objektivní a jsou více než patrné. Mezi tyto příznaky patří třes, křeče, pocení, bolesti, zvracení, průjem a další. Tyto projevy jsou zřejmé a dostávají se při úplném nebo relativním vysazení návykové látky či při zrušení účinku antagonistou dané látky. Tento stav se označuje jako abstinenční syndrom (Nešpor, Provazníková, 1999).

### **2.7.3 Příčiny vzniku závislosti**

Příčin, proč lidé inklinují k problémovému užívání alkoholu, je mnoho, avšak žádná není tou jedinou. Jedná se o stav, který je zapříčiněn multifaktoriálním vlivem. Hovoří se o socioekonomických vlivech v různém rozsahu, s různou intenzitou. Objevuje se zejména ztráta sociální jistoty, osobní suverenity, deprivace či ohrožení. Dále také hrají roli společenské zvyky, jako je tomu u pití alkoholu při různých společenských událostech nebo také snadná dostupnost alkoholu, například v rámci skupiny lidí, ve které se jedinec pohybuje.

Nejčastěji bývá však vysvětlována z fyziologického pohledu jako pocit vnímaného štěstí a pozitivních emocí. Tyto emoce se uvolňují díky opakujícím se fyziologickým procesům z mozku, a tím vzniká touha po opakování děje. Mozek se tomuto stavu přizpůsobuje a v případě, že člověk dávku přeruší, ztrácí pocity štěstí (Pavlas, 2001).

Existuje tzv. biomedicínský model, kde je závislost vnímána jako nemoc, která je částečně způsobena dědičností. Vznik závislosti je způsoben zejména kvůli narušení mozkových funkcí, proto se jedná o nemoc, která je obtížně léčitelná s minimální možností úplného vyléčení. Nelze ale tento model akceptovat bez povšimnutí externích vlivů.

Studie také uvádějí, že děti alkoholiků mohou mít zvýšenou toleranci vůči alkoholu, která je vrozená. Znamená to, že snesou větší dávku alkoholu, vypijí větší množství alkoholu než ostatní a rychleji tak u nich dochází k poškození zdraví. Netrpí nevolností během intoxikace, ani kocovinou. V otázce dědičnosti a tolerance k alkoholu jsou zřejmé vazby, i když jsou kolem tohoto tématu stále ještě nejasnosti. Existuje však gen, který v mozku kontroluje receptory pro příjemný pocit, ten je u většiny alkoholiků defektní. Takové osoby mají méně receptorů pro endorfíny, a proto potřebují k dosažení žádoucího pocitu více jiných stimulantů. Vzniká u nich tedy snadněji návyk na alkohol, který tyto pocity navozuje. V současnosti se ukazuje, že genů pro tyto korelační procesy je mnohem více. Závislost je výsledkem působení dispozic člověka (genetické) a toho, jak je schopný zvládat interakci se svým okolím a odolávat zátěžovým situacím (Kalina, 2003).

Mezi příčinami vzniku závislostí na návykových látkách lze však rozlišit přinejmenším tři skupiny činitelů - droga, člověk a prostředí. Na drogovou závislost je nutné pohlížet i studovat komplexně, jako bio-psycho-sociální onemocnění. Jednotlivé faktory se vzájemně doplňují a integrují.

Důležitým činitelem vzniku závislosti je droga. Předpokládá se její schopnost vyvolat u senzitivního jedince touhu po droze, vedoucí k nutkavému opakovanému užití drogy. Schopnost drogy spočívá ve vyvolání silného psychického účinku - prožitku, rozpoznání mezi jinými látkami a vyvolání následného nepříjemného pocitu při její absenci (Fišerová, n.d.).

Dalším činitelem, majícím jistou úlohu při vzniku závislosti, je prostředí. Velmi důležitým faktorem je pohled společnosti na užívání dané látky, již legalita udává dostupnost i povolenost alkoholu. Prostor, kde je pití alkoholu běžné či glorifikované, nebo kde se kombinuje nadměrná zátěž s vysokou dostupností alkoholu, je toto riziko vysoké (Ühlinger & Tschui, 2009). Alkohol, tabák a kofein jsou snadno dostupné, bývají častěji užívané a celkový počet závislých je relativně vysoký. Mezi osobami požívajícími alkohol pravidelně se asi u 8 - 10 % vyvine závislost. Vznik závislosti může být také ovlivněn sociálními faktory a situacemi. Mezi tyto faktory patří prostředí party, rozvrácené rodiny, nedostatek láskyplné péče rodičů u dětí, osamělost, kriminální subkultura (Fišerová, n.d.). Narušená atmosféra v rodině, společenské a pracovní prostředí nebo anamnéza může jedince v dalším životě nějakým způsobem oslabovat. Bývají to například tragické události, ztráta blízké osoby nebo duševní poruchy. Jde tedy o psychicky náročné situace, které jsou mnohdy kompenzovány alkoholem, který potlačuje silné emoce. Další úlohu zastává také chronický stres, který vznik závislosti usnadňuje (Ühlinger & Tschui, 2009).

Výzkumy v oblasti závislostí poukazují na určité znaky osobnostních i přímo genetických predispozic k závislostem různých typů. Mezi tato osobnostní nastavení může patřit zvědavost, vyhledávání zážitků, sklony k nudění aj. Na druhé straně se velmi často mezi závislými lidmi vyskytují lidé nevyrovnaní, se sklony k depresím, úzkostem a impulsivitě, toto svědčí zas pro účast serotoninu v rozvoji závislosti. Další zatížení může spočívat v rodové dispozici. Prokázána je také zvýšená reaktivita a citlivost nezralých jedinců (dětí) ve vztahu k rozvoji drogové závislosti. Závislosti na návykových látkách u mladistvých a u dětí se vyvíjejí obecně rychleji než u dospělých, průběh onemocnění je dramatictější, mívá závažnější a trvalejší důsledky fyzické i psychické (Fišerová, n.d.).

Vývoj závislosti spočívá tedy v následujících faktorech:

- Neschopnost řešit životní situace s potřebným výsledkem, kdy řešení této situace může spočívat v ovlivnění či náhradě drogou. Jedná se o zkratku, kterou člověk přijímá, jako nejrychlejší řešení, tvoří se stále větší potřeba užití i zvyšování dávek, čímž je těžší opustit zkratku a vrátit se na delší cesty.
- Dochází k opakování situace a opakování užití drogy v rámci jejího řešení. Chybí hledání důvodu neúspěšného řešení a potřeba odstranění příčiny životní situace.
- Stále větší zřetelnost a rozsah chyb, nezvládnuté situace přibývají.
- Nastává poškození v oblasti funkční koordinace orgánů v organismu, později dochází také k orgánovému poškození na základě pozměnění buněčného metabolismu a také k fyzické závislosti (Heller, Pecinová, 2011).



#### 2.7.4 Léčba

Pokud zneužívání alkoholu překlene v chorobnou závislost, kdy si postižený není schopen vlastními silami pomoci sám, pak přichází na řadu léčba odborníky. Není však možné tuto poruchu úplně vyléčit, nelze totiž odstranit vnitřní afinitu organismu a zajistit tak kontrolu nad užíváním alkoholu. Léčba tedy nespočívá v reverzi do stavu před vznikem choroby, ale dosahuje vymizení symptomů nemoci, které je však podmíněno důsledným a trvalým zákazem konzumace alkoholu, jakéhokoliv množství i druhu alkoholu (Heller, Pecinovská, 2011). Terapie syndromu závislosti spočívá v zaměření se na craving, tedy touhu neboli bažení po látce. Součástí léčby jsou preventivní strategie v boji proti relapsu. V procesu léčby můžeme využít farmakoterapie zejména u klientů, kteří netrpí depresivním rozladěním, a to dvěma způsoby. Jedním z farmak, které přispívá ke zvýšení úspěšnosti odvykání, je acamprosát. Acamprosát antagonizuje projevy objevující se při chronickém abúzu alkoholu, čímž dochází k potlačení cravingu. Při léčbě acamprosátem nedochází k negativní reakci, acamprosát nemá nebezpečný „antabusový efekt“. Dalším farmakem je naltrexon, který ač se používá spíše u klientů závislých na opioidech, je díky zkřížené toleranci mezi alkoholem a opioidy využitelný i u závislých osob na alkoholu. Odborníci také zmiňují efekt anticravingového podávání antidepresiv (Kalina, 2008).

Jiným přístupem, co se farmakologie týče, může být také tzv. senzitivace, která spočívá v podání preparátů, nejčastěji disulfiram (Antabus), zvyšujících vnímavost organismu vůči účinkům alkoholu. Po požití alkoholu v kombinaci s touto látkou dochází k výrazné vegetativní reakci, která se projevuje kolísavým krevním tlakem, tachykardií, zarudnutím v obličeji, bolestmi hlavy, nevolností až zvracením, obtížným dýcháním. V krajních případech může také dojít při vysokých dávkách ke kolapsovým stavům, bezvědomí či smrti v důsledku zástavy dechu (Kalina, 2008).

Další možnou alternativou léčby je psychoterapie. Psychoterapie může být léčebnou v rámci sekundární prevence, ale i jako primární prevence poruch zdraví. Uskutečňuje se psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikačními a vztahovými. Tento přístup představuje zvláštní druh psychologické intervence, která působí na chování a duševní svět jedince, jeho mezilidské vztahy a tělesné procesy. Působení spočívá v navození žádoucích změn a podporuje tak uzdravení či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví (Vymětal, 2003).

Syndrom závislosti je charakterizován absencí náhledu na chorobu, na potřebu léčby a její vhodnost. Tento stav vyžaduje velkou dávku trpělivosti, obzvláště ze strany rodinných příslušníků, pokud závislý má to štěstí a je obklopen blízkými (Heller, Pecinovská, 2011).

Transteoretický přístup spočívá v uvažování nad účinnými faktory, které jsou společné většině psychoterapií. K těmto faktorům, majícím úlohu v procesu změny, patří:

- pozitivní očekávání - není součástí ústředního procesu, ale patří k základním předpokladům psychoterapeutického procesu léčby, souvisí zejména s motivací ke změně;
- věnování pozornosti (Hawthorský efekt) - podstatou je fakt, že lidé jsou schopni zlepšit své chování, pokud se jim dostává zvláštní pozornosti (přijímající, nesoudící), která zvyšuje morálku a úctu k sobě samému;
- terapeutický vztah - považuje se za nejvýznamnější faktor v psychoterapii vedoucí ke změně, přináší do psychoterapie obsah, je prostředím pro změnu, představuje rámec v podobě bezpečí, hranic, kontinuity a spolehlivosti;

- zvyšování vědomí - spočívá v záměru učinit nevědomé vědomým za pomoci sebepoznávání, prostřednictvím interpretací skrytých souvislostí, verbalizace, jako překlad prožitků a chování klienta či psychoedukativních aspektů, které zprostředkují výklad problémů nebo poruch;
- emoční uvolnění (katarze) - umožňuje prožítí značné úlevy, která pomáhá s vypořádáním se s tíživými tématy života, důležitou součástí je zážitek přijetí okolím/sebou samým i s vlastními slabostmi a temnými stránkami, které je přítomno;
- konfrontace - jde o střet s vlastními problémy, u závislých jde zejména o opuštění dosavadních psychologických obran, na základě vystavení se podnětům, které vedou ke zvyšování vědomí a emočnímu uvolnění, je prostředkem růstu, získání náhledu a uvědomění si hranic;
- volba alternativ - po konfrontaci dospívá klient k akceptaci problémů, k náhledu a k převzetí odpovědnosti, což vede ke svobodné volbě alternativ a rozhodování v budoucím počínání;
- tvarování chování - prostředkem jsou různé druhy učení a nácvik dovedností, u závislostí se zaměřuje na vyvarování se rizikovým spouštěčům nebo situacím, které by mohly vést k užití drogy, učení se, jak tyto situace zvládat, plánování a řešení problémů či nácvik sebeovládání (Kalina, 2008).

Psychoterapie je spolu s farmakoterapií a léčebným programem s režimem v rámci různých institucí základním pilířem v léčbě závislostních poruch. Odvíjí se od individuálních potřeb jedince, druhu poruch a rozsahu poškození. Nejčastěji je u závislostního chování využívána psychoterapie integrativní a kognitivně-behaviorální s různými formami přístupu např.: formou hromadnou, skupinovou či individuální (Heller, Pecinovská, 2011).

V adiktologickém poradenství a psychoterapeutických přístupech dominují metody prevence relapsu a získání motivace podpůrnými motivačními rozhovory. Dále také například podpora a provázení schématem dvanácti kroků u klientů, kteří navštěvují svépomocné skupiny typu Anonymních alkoholiků. Rozlišujeme dvě základní modalitty adiktologického poradenství:

- a. Strukturované (systematické) poradenství - jádro tvoří motivaci podporující terapie a prevenci relapsu. Využíváno je zejména v době před léčbou.
- b. Kontaktní poradenství – jedná se o krátkou intervenci, která obvykle probíhá při prvním kontaktu s klientem, vychází z principů motivačních rozhovorů (Kalina, 2013).

Léčebný postup by měl odpovídat rozvoji choroby, měl by být nabídnut adekvátní způsob terapie a zajistit typy úkolů léčebného procesu. V první řadě by se měla droga eliminovat z organismu, tedy provést detoxifikaci a zaměřit se na odvykací příznaky, jejich odstranění a zajištění základních funkcí organismu. Důležité je také obnovit a rehabilitovat fyzickou a psychickou funkci organismu a vytvořit pozitivní struktury psychiky, tedy náhled na nastalou situaci. Dalším bodem zájmu se poté stává řešení, respektive odstranění základního problému, díky učení a nácviku dovedností žádoucích v řešení životní situace bez drog. Osoby potýkající se se závislostí by měly přijmout nový životní styl, který není totožný ani s dobou před závislostí, ani při ní. Liší se tím, že život po léčbě obnáší jistou doživotní „diету“, tedy neuzívání návykové látky (Heller, Pecinovská, 2011). Po léčbě je stěžejní také jistá resocializace, kdy se jedinec plnohodnotně začleňuje do podmínek sociálního běžného života. Jde tedy o pojem sociální rehabilitace, kterou se označuje zvládnutí aspektů práce a bydlení. Cílem je

návrat závislého člověka do společnosti prostřednictvím nově získaných či znovunabytých sociálních, profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů. Sociální rehabilitace je součástí následné péče, tedy doléčování (Pavlovská, Makovská Dolanská In Kalina et al. 2015).

### **3. Syndrom vyhoření**

Pojmem „burnout“, pro který je typický celý soubor příznaků, odpovídá v češtině pojmu „vyhořet“, „vyhoření“ či „syndrom vyhoření“. Podle Merriam-Websterova slovníku je první užití anglického slova burnout datované do roku 1940 (Merriam-Webster, 1993).

#### **3.1 Vymezení pojmu syndromu vyhoření**

První zmínky o syndromu vyhoření byly uvedeny do literatury Freudenbergem v roce 1974, obsah této publikace se s některým soudobým pojetím burn-out syndromu příliš neliší. Klíčové zaměření na problematiku syndromu vyhoření započalo na přelomu 70. a 80. let v souvislosti s profesemi, u nichž lze výskyt tohoto syndromu předpokládat. Zahraniční literatura se v pojetí syndromu vyhoření v určitých pohledech rozchází, je ale pár znaků, ve kterých jsou konformní. V pojetí syndromu vyhoření se shodují v tom, že se jedná o určitý psychický stav, který je projevem vyčerpání. Jeho výskyt detekují zejména u profesí, jejichž pracovní náplní je práce s lidmi, to však nevylučuje přítomnost syndromu vyhoření i u dalších typů zaměstnání. Tito lidé se potýkají se symptomy zejména v oblasti psychické a parciálně též v oblasti fyzické a sociální. Udávají, že hlavní složky syndromu vyhoření jsou výsledkem chronického stresu (Kebza, Šolcová, 2003).

Jedná se o stav, kdy dochází k extrémnímu vyčerpání, silnému poklesu výkonnosti, ztrátě motivace či k různým psychosomatickým obtížím. Syndrom vyhoření přesto ale není považován za nemoc, ale lidí potýkajících se s projevy signalizujících tento stav stále přibývá. Méně často se tyto osoby obracejí na odborníky v poradnách, klinikách nebo ambulancích. Syndrom vyhoření může být proto svou latentní manifestací značnou hrozbou pro společnost (Kallwass, 2007). K tomuto stavu dochází, je-li naše energetická rovnováha dlouhodobě v záporné rovině, tedy pokud se u nás nevyskytují zdroje pocitu radosti. U pomáhajících profesí spočívá riziko výskytu burnout syndromu v péči o ostatní lidi, kdy pracovníci velmi často přicházejí o svou energii, díky nepříznivým podmínkám v zaměstnání případně kvůli vlastnímu selhání (Kopřiva, 2013).

#### **3.2 Příznaky syndromu vyhoření**

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, syndrom vyhoření postihuje nejednu oblast života. Vyskytuje se jak na úrovni psychické, tak také fyzické či sociální.

##### **3.2.1 Psychická úroveň**

Na psychické úrovni se manifestuje výrazným pocitem celkového duševního vyčerpání. Jedná se především o emocionální a kognitivní oblast, kdy dochází k úbytku motivace. Dochází k frustraci z nepoměru mezi vykonávanou prací a její efektivitou. Celková aktivita se utlumuje, objevuje se redukce kreativity, spontaneity a iniciativy. U osob potýkajících se se syndromem vyhoření převažuje depresivní ladění, beznaděj, vše kolem i vlastní existence postrádá smysl (Kebza, Šolcová, 2003). Takový člověk se stává méně odolným, trpí výkyvy nálad, které jsou neúnosné i pro okolí svým negativismem, iritabilitou, cynismem či hostilitou a to zejména ve vztahu k osobám, které jsou součástí profesionálního života. Dochází k rutinnímu a stereotypnímu nastavení a neschopnosti opravdového odpočinku. Tyto varovné příznaky se mohou později dostávat na úroveň fyzickou (Kallwass, 2007).

### 3.2.2 Fyzická úroveň

Na fyzické úrovni se syndrom vyhoření projevuje zejména únavou celého organismu, na kterou nasedá výrazná apatie. Únavu střídají krátké etapy zotavení s rychlým návratem stavu vyčerpanosti. Dostavují se také vegetativní obtíže, které se projikují v oblasti kardiovaskulární především bolestmi u srdce či výkyvy srdeční frekvence. Dále se objevují zažívací obtíže či poruchy dýchání v podobě lapavých úzkostných dechů. Obvyklé jsou také poruchy spánku, nespecifikovatelné bolesti hlavy a celková tenze. (Kebza, Šolcová, 2003). Tyto nepříjemné stavy člověku narušují odolnost organismu, což může vést k větší náchylnosti k různým onemocněním.

### 3.2.3 Sociální úroveň

Projevy syndromu vyhoření se vyskytují také v oblasti sociální. Je přítomen celkový útlum sociability, je zde absence zájmu o názory a hodnocení od okolí, s čímž souvisí i značná redukce kontaktu s kolegy, ale i s klienty. Objevuje se maladaptivní chování ve vztahu k profesi, averze k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí, pokles empatie a to zejména u osob s původně vysokou empatií. Zvyšuje se konfliktnost v pracovním prostředí, obzvláště v důsledku lhostejnosti a apatie vůči okolí (Kebza, Šolcová, 2003).

## 3.3 Diferenciální diagnostika

Příznaky syndromu vyhoření mohou leckdy poukazovat na jiné duševní poruchy. Důležité je diferencovat tyto jevy od jiných negativních duševních stavů. Základní charakteristikou syndromu vyhoření je, jak mnoho literatur uvádí, vazba na zaměstnání, tudíž se jedná o stav situačně - specifický (Kebza, Šolcová, 2003).

Syndrom vyhoření bývá často zaměňován za další z negativních emočních stavů, kterým je deprese. Deprese může být vedlejším příznakem syndromu vyhoření, ale může být přítomna také nezávisle na něm. Rozdíl mezi diagnózou deprese a burnout syndromu spočívá v oblasti působení negativních pocitů, které se týkají převážně profesního života. Také v terapeutickém přístupu jsou odlišné požadavky, kdy u deprese je účinná farmakoterapie, u syndromu vyhoření však nikoliv a využívá se zejména psychoterapie (Křivohlavý, 1998). Dále můžeme burnout syndrom odlišit v závislosti na výskytu, který u deprese bývá často sezónního rázu, u depresivního ladění při syndromu vyhoření zřídka. Odlišnosti mohou být také přítomny u poruch spánku, kdy u depresí dochází k buzení v průběhu noci, naopak u burnoutu se vyskytují problémy s usínáním (Kebza, Šolcová, 2003).

Dalším z poruch, které mohou být zaměněny se syndromem vyhoření, je alexithymie. Jejich projevy se shodují především v emocionalitě, která bývá oploštěná, je přítomna otupělost v sociálních vztazích, nedůtklivost, snižuje se invence a kreativita. Alexithymie se od burnout syndromu liší výskytem, kdy bývá mnohdy přítomna u pacientů, kteří se potýkají s psychosomatickými poruchami. Hlavním rysem alexithymie, který je důležitý při diagnostice, je neschopnost vyjádřit emoce slovy, u stavů syndromu vyhoření jsou emoce pouze redukovány, ale lidé potýkající se s ním disponují dostatečným vyjádřením o tom, co je trápí (Kebza, Šolcová, 2003).

Podobu v projevech lze také hledat u syndromu chronické únavy. Se syndromem vyhoření mají společný výskyt únavy. Dalšími shodujícími se znaky je snížená schopnost soustředit se, poruchy kognitivních funkcí a výskyt depresivních symptomatiky. Rozdíl nastává ve výskytu a délce trvání obtíží, kdy u syndromu chronické únavy se požaduje únava dříve se nevyskytující a trvající déle než 6 měsíců.

Dále pak také intenzita snížení aktivity, která bývá snížena až o 50%. Syndrom chronické únavy se dá také stanovit prostřednictvím diagnostických kritérií, na jejichž základě se tato porucha určí (Kebza, Šolcová, 2003).

Syndrom vyhoření, i přes jeho specifický soubor symptomů, není zatím považován za diagnózu dle MKN 10. V Mezinárodní klasifikaci nemocí se však v kategorii „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ objevuje stav vyhasnutí (vyhoření), který je definován jako stav životního vyčerpání (ÚZIS, 2014). Tuto klasifikaci však nelze využít v diagnostice syndromu vyhoření, kde se jedná o situační vazbu na zaměstnání.

### 3.4 Fáze syndromu vyhoření

Stejně jako existuje celé spektrum definic syndromu vyhoření, tak i na proces vyhoření nabízí různí autoři různé náhledy. Syndrom vyhoření lze chápat buď jako momentální stav fyzický i psychický, který může být podmíněn různými faktory, nebo jako stav, který je dynamický a probíhá v různých specifických fázích. Nevzniká náhle, ale probíhá v určitých fázích, ve kterých se objevují pro ně typické příznaky. Existuje řada rozdělení stádií vývoje syndromu vyhoření. Model Christine Maslachové (2003) rozlišuje čtyři fáze:

1. Idealistické nadšení a přetěžování.
2. Emocionální a fyzické vyčerpání.
3. Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením.
4. Terminální stádium: plně rozvinutý syndrom vyhoření, kdy se jedinec ocitá v pozici proti všem a všemu.

Lze se ale také setkat s členitějšími modely například trojice autorů Golembiewski, Munzenride a Stevenson (1986) zveřejnili osmifázový koncept vývoje syndromu vyhoření. Nejčlenitější model publikoval John W. James (1982), který rozlišuje dvanáct po sobě jdoucích fází:

1. Snaha osvědčit se kladně v pracovním procesu.
2. Snaha udělat vše sám (nedelegovat nikomu jinému formální pracovní autoritu).
3. Zapomínání na sebe a na vlastní osobní potřeby – opomíjení nutné péče o sebe.
4. Práce, projekt, plán, návrh, úkol, cíl a další se stává tím jediným, o čem danému člověku jde.
5. Zmatení v hodnotovém žebříčku – neví se, co je zbytné a co je nezbytné (co je podstatné a co je nepodstatné).
6. Kompulzivní (nutkavé) popírání všech příznaků rodícího se vnitřního napětí jako projev obrany tomu, co se děje.
7. Dezorientace, ztráta naděje, vymizení angažovanosti, zrod cynizmu. Útěk od všeho a hledání útěchy např. v alkoholu či drogách, v tabletkách na uklidnění, nadměrném jídle (přejídání), hromadění peněz atp.
8. Radikální, vně pozorovatelné změny v chování – nesnášení rad a kritiky, jakéhokoliv rozhovoru a společnosti druhých lidí (osamění a osamocení – sociální izolace).
9. Depersonalizace – ztráta kontaktu sama se sebou a s vlastními životními cíli a hodnotami (daný člověk přestává být člověkem v plném slova smyslu).

10. Prázdnota – pocity zoufalství ze selhání a dopadu „až na dno“. Neutuchající hlad po opravdovém, smysluplném životě (potřeba smysluplnosti života je zoufale neuspokojována (frustrována).
11. Deprese – zoufalství z poznání, že nic nefunguje a člověk se ocitá ve smysluprázdném vakuu. Sebe-cenění, sebe-hodnocení a sebe-vážení je na nulovém bodě. Vyskytují se pocity typu „nic nejsem“ a „všechno je marnost nad marností“.
12. Totální vyčerpání – fyzické, emocionální a mentální. Vyplenění všech zásob energie a zdrojů motivace. Pocit naprosté nesmyslnosti všeho – i marnosti dalšího žití (Křivohlavý, 1998, s. 62).

Hlubší pohled na proces burnoutu poskytuje model Alfried Laengle (1997), představitel logoterapie a existenciální psychoterapie. Rozlišuje tři fáze, které spojuje se třemi procesy:

1. Fáze – situace, kdy se pracovník nadchne pro svou práci, má stanovený cíl a jeho činnosti v rámci práce dávají smysl, smysluplnost je prostředkem dosahování stanoveného cíle.
2. Fáze – cíle pracovníka začínají být utilitární, z prostředku se stává cíl. Dříve práce vykonávána za určitým ideálem, motivací, nyní kvůli získání vedlejšího produktu např. finanční ohodnocení. Smysluplnost se vytrácí, pracovník vykonává stejnou práci za stejných podmínek, ale jeho původní motivace je frustrována a na základě tohoto může postupně dojít k odcizení. Toto odcizení je poté předstupeň existenciálního vakuu neboli prázdnoty bytí. Smysluplné cíle nahrazují cíle zdánlivé, kterými mohou být určité ideologie, jako náboženství, politické strany apod. Tato náhrada však pro ně nedělá život životem, proto dochází ještě k hlubšímu propadu.
3. Fáze – je nazývána životem v popeli a popisována třemi charakteristikami:
  - a. Ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. Typické je „zvěčnění“ sociálního světa, na lidi se lidé s burnout syndromem dívají jako na věci, jejich chování je necitelné, objevuje se disrespekt, sarkasmus, cynismus a ironie.
  - b. Ztráta úcty k vlastnímu životu. Dochází k nevážení si vlastního těla, přestává respektovat fyzické i psychické potřeby, vytrácí se úcta k vlastnímu přesvědčení a snahám. Chová se cynicky nejen k ostatním, ale i sám k sobě. Jedná se o život v diskordanci, tzn. ztráta citu a soucítění i sama se sebou.
  - c. Propadá se do existenciálního vakuu, život plně ztratil smysl a stává se pouhým vegetováním (Křivohlavý, 1998, s. 64 - 66).

Nejedná se tedy o neměnný stav, ale o neustále se vyvíjející proces, který prochází určitými fázemi.

### **3.5 Faktory ovlivňující výskyt syndromu vyhoření**

Ke vzniku syndromu vyhoření mohou přispívat faktory z mnoha oblastí života. Jednou z oblastí může být samotná osobnost a její povahové rysy. Za rizikové osobnostní faktory se považuje nezdravý způsob života, kam spadají obzvláště stresující podmínky v životě a nedostatečná radost z něj. Co se týče povahových rysů, jsou to zejména pevná vůle a odhodlanost, kde je úskalím nesmíření se s prohrou či neschopnost vzdát se. Dalším z rysů, které mohou figurovat v rozvoji syndromu vyhoření, je soběstačnost, nezávislost, sklony k samotářství, takový lidé neumí požádat

o pomoc, vše si raději udělají sami, což může vést k rychlému přetížení. Roli hrají také vlastnosti jako perfekcionismus, extrémní sebedůvěra vedoucí k vysokým nárokům nejen na sebe, ale i na druhé. Také vysoká organizovanost a potřeba mít vše pod kontrolou a averze vůči jakémukoliv chaosu a všemu, co postrádá řád. V rozvoji hraje roli ještě řada osobnostních a povahových rysů, jedná se o odpor k pravidlům, které nejsou vlastní, optimistický a nadšený postoj, vysoká angažovanost, tendence k riskování a zadávání i náročných úkolů, soutěživost, takoví lidé žijí z úspěchu a opovrhují selháním jak svým, tak druhých, vysoký entuziasmus, citlivost (úzkostné, fobické a obsedantní rysy), neschopnost jednat asertivně, cílevědomost (určování nedosažitelných cílů), zpočátku vysoká empatie, obětavost a zájem o druhé (Křivohlavý, 2012).

Další oblastí, která má svůj podíl na vzniku burnout syndromu je pracovní prostředí. Jedním z faktorů v této oblasti je profesní žebříček, čím výše se pracovník nachází, tím větší jsou nároky na výkonnost a je nutná určitá míra agresivity a rivality. Také neadekvátní přístup nadřízených má negativní vliv na podřízené, takové napětí pak může přerůst i ve spory mezi zaměstnanci, což nevytváří příjemné pracovní prostředí ani spokojené a motivované zaměstnance. Nové technologie vedoucí k pocitu nedostatečnosti jsou rovněž nelibým faktorem. Jakmile se v zaměstnání vyskytuje příliš rutinních postupů, není dostatek podnětů, může dojít k frustraci a znučenosti zaměstnanců. Také při permanentním nátlaku ze strany vedení na výkonnost a časový přes může docházet k zužování kontaktu s klientem pouze na řešení problému. Toto nastavení vede mezi klientem a pracovníkem k napětí, kontakt se stává emočně nabitým a negativně orientovaným. Vyrovnat se s nedostatkem času a naplnit očekávání a standardy instituce a klientely v pomáhajících profesích bývá mnohdy nelehkým úkolem, to také snižuje možnost pozitivní zpětné vazby. Nízké finanční ohodnocení může být jistou pohnutkou k rozvoji vyhoření (Křivohlavý, 1998).

Naproti faktorům, které nelibě ovlivňují život jedince, existují tzv. salutory, což jsou faktory, které v těžké situaci člověka posilují, povzbuzují a dodávají mu sílu v boji se stresem. Díky nim lze chápat například význam činnosti, její smysluplnost, pochvalu či odměnu za dosažený cíl aj. (Blahutková, 2008).

### **3.6 Diagnostika syndromu vyhoření**

Identifikovat syndrom vyhoření lze mnoha způsoby, jednak z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se syndrom vyhoření začíná projevovat, jednak z prožitku těchto příznaků u přímo postižených osob. V tomto případě lze lépe rozpoznat symptomatiku, pokud člověk o charakteristice tohoto syndromu již něco ví. V neposlední řadě lze provést detekci tohoto syndromu na základě speciálního hodnocení pomocí psychologických metod, jež byly k diagnostice syndromu zkonstruovány. V případě nejasností lze také použít i jiné psychodiagnostické metody jako např. rozhovor, anamnestický dotazník, pozorování, metody sloužící k základní orientaci v osobnosti, projektivní metody.

Nejužívanějšími metodami jsou však dotazníky, založené na posuzovacích škálách. Jednotlivé výzkumné týmy od počátku hledaly a vytvářely i diagnostické nástroje pro zjišťování úrovně syndromu vyhoření. První metody vznikaly už na přelomu 70. a 80. let. Mezi dvě nejznámější a zároveň nejstarší metody patří dotazník BM „Burnout Measure“, který vytvořila A. Pinesová a E. Aronson v roce 1981.

Dotazník BM zjišťuje tři různé aspekty syndromu vyhoření:



- pocity fyzického vyčerpání – pocity únavy, celkové slabosti, oslabení, pocity stavu, kdy je člověk blízko k tomu, aby onemocněl, pocity ztráty sil – „udření“ atp.
- pocity emocionálního vyčerpání – pocity tísně (deprese), beznaděje, bezvýchodnosti, pocity jakoby chycení do pasti,
- pocity psychického vyčerpání – pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí, pocity marnosti vlastní existence (Křivohlavý, 2001).

Druhá z nejznámějších metod vznikla téměř ve stejné době jako předchozí. V roce 1981 vytvořila Ch. Maslachová a S. Jacksonová dotazník MBI „Maslach Burnout Inventory“. Tato metoda se stala nejužívanější postupem pro zjišťování úrovně syndromu vyhoření. Jedna z verzí dotazníku obsahuje 22 položek a je rozdělen do tří subškál (dle Křivohlavého, 1998):

- emoční exhausce - emocionální vyčerpání
- depersonalizace
- personal accomplishment - snížený pracovní výkon, snížená osobní výkonnost

Všechny položky jsou posuzovány ve dvou dimenzích, na dvou škálách, z hlediska frekvence výskytu posuzovaných prožitků a intenzity na sedmibodové posuzovací škále. Dotazník umožňuje velmi dobrý pohled jak na intenzitu prožitku jednotlivých složek vyhaslosti, tak na frekvenci jejich výskytu. Tento dotazník má také svou zkrácenou verzi, která vznikla v roce 1986. V tomto podání vypustili škálu intenzity, proto se vede řada diskuzí o vhodnosti této úpravy a je více preferována původní verzi metody. Třetí verze vznikla v roce 1996 a nese název „Maslach Burnout Inventory – General Survey“. Autoři se v této verzi snažili zachytit i jiné příčiny syndromu vyhoření než jen profesionální práce s lidmi, ale také příležitostný kontakt s nimi. Obsahuje tři nové subškály: vyčerpání („exhaustion“), cynismus („cynicism“), profesionální výkonnost a uplatnění („professional efficacy“). Nové subškály považují výzkumníci za zdokonalení metody. Vlivem těchto dvou dotazníků vznikla celá řada dalších obdobných metod, a jsou to např. „Staff Burnout Scale for Health Professional“ (Jones, 1980), „The Meier Burnout Assessment“ (Meier, 1984), a další. (Kebza, Šolcová, 1998).

Vytvořeny byly i mnohé další metody, například orientační dotazník autorů Hawkinse, Minirtha, Maiera a Thursmana z roku 1990. Českou verzi tohoto dotazníku publikoval Křivohlavý (1998, s. 33-34). Tento dotazník je velmi jednoduchou a vhodnou samoobslužnou metodou k rozpoznání blížícího se stavu psychického vyhoření. Pozitivním na této metodě je, že chápe psychické vyhoření jako proces, a ne jako něco momentálního (Křivohlavý 2001). Další zajímavou metodou je „BoTeLis“ dotazník, který v roce 1992 představili izraelští psychologové Melamed, Kushnir a Shirom (Kebza, Šolcová, 1998). Tento dotazník obsahuje tři subškály, od kterých je také odvozen název dotazníku: burnout (Bo), tenze (tension, Te) a netečnost (listlessness, Lis). Stejní autoři mimo Kushnira představili v roce 2006 deseti položkový Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM), který je také využit pro výzkum této práce. Tato metoda vychází z dvoufaktorového modelu syndromu vyhoření, kde faktory jsou fyzická únava a kognitivní opotřebení. Dotazník má tři subškály, které zjišťují fyzickou únavu, emoční vyčerpání a kognitivní opotřebovanost (Kebza, Šolcová, 2008).

### 3.7 Prevence syndromu vyhoření

Předcházet syndromu vyhoření by se mělo stát základním úkolem pro každého člověka, který může být jeho výskytem ohrožen, každou organizaci a každého

zaměstnavatele, který ohrožené zaměstnance zaměstnává. Vzájemně by se měl zaměstnanec a zaměstnavatel ve svých preventivních aktivitách a činnostech doplňovat a prolínat. Toto však v praxi není zcela běžné. V současné době sice existuje celá řada pracovišť, které pečují o své pracovníky, poskytují jim sociální oporu a možnost konzultace s psychoterapeuty či dokonce supervizi, ale jsou i zaměstnavatelé i zaměstnanci, kterým je problematika syndromu vyhoření cizí nebo lhostejná. Je tedy důležitá prevence, jak na úrovni individuální, tak na úrovni vykonávané profese.

### **3.7.1 Prevence v oblasti pracovní**

Ze strany zaměstnavatele může probíhat prevence ve smyslu příjemné atmosféry a pracovních podmínek, odměny za vykonanou práci, přiměřených požadavků na zaměstnance. Za všeobecnou prevenci lze považovat realistické sebevědomí, které se neváže na nesplnitelná přání, proto je důležité, aby zdravotní sestra pozitivně přijímala a hodnotila svou profesní realitu, protože to jí přináší radost z povolání, schopnost vnímat své slabiny a pracovat na nich. Tento pohled přináší jak pracovní uspokojení, tak uspokojení v osobním životě. Důležitou položkou v prevenci syndromu vyhoření je dodržování hranic mezi pracovníkem a klientem. Zdravé hranice by měly být jasně vymezené a polopropustné, aby se našel optimální stupeň vztahu ke klientovi (Šeblová, 2013).

Co je důležitou součástí dobré atmosféry pracovního prostředí, je pracovní kolektiv, jak kolegové, tak nadřízení či podřízení. Velmi protektivní jsou dobré kolegiální vztahy mezi zdravotníky navzájem. Díky totožné profesi bývají lidé schopni si dobře porozumět, projevovat si pochopení a sdílet praktické zkušenosti (Nešpor, 2007). Ve zdravotnictví je důležitá týmová práce, která zajišťuje žádoucí spolupráci a sounáležitost. Týmovost vyvolá samotné pozitivní prostředí a zajistí členům rozložení svých sil a dostatek energie. Tým by měl také sdílet společný cíl, měl by se navzájem podporovat, důvěřovat, respektovat se, udržovat otevřenou komunikaci a dodržovat přesně stanovené pravomoci. Často může ale nastat problém v nedostatku zaměstnanců, kdy dochází k přetížení a demotivaci těch přítomných, což je jedním z faktorů, jež hrají roli v propuknutí syndromu vyhoření.

Jako další faktor, který napomáhá k propuknutí syndromu vyhoření, je monotónnost práce či stereotyp. Zde můžeme zařadit obměňování pracovních postupů, míst, zkoušení nových věcí, tyto změny by neměly být vnímány jako ohrožení, nýbrž jako výzvy (Křivohlavý, 2012).

Jednou z dalších možností, jak předcházet syndromu vyhoření nebo už vznikajícího vyhoření, je proces supervize. Supervize začíná být chápána jako odborná činnost, která začíná být nepostradatelná zejména v oblasti psychoterapie a manažerského poradenství a to v sociální práci, vězeňství, školství a v omezené míře zatím ve zdravotnictví. Jazykový původ tohoto slova je v angličtině a znamená dohled, dozor, kontrolu nebo řízení a vedení. Podstatou supervize v pomáhajících profesích je podpora, rozvoj a reflexe. Vztah mezi supervizorem a supervidovanými zajišťuje prostředí, kde se odehrává interakce osob s cílem rozvoje supervidovaných a řeší tak jejich problémy s klienty (Bártlová, 2007). Supervize se dělí na individuální a skupinovou, interní a externí dle původu supervizora. Ve zdravotnických zařízeních je používanou metodou skupinová supervize zejména interní, která pečuje o tým. Supervize může být také kasuistická (zaměřena na práci s pacientem), kvalifikační (součást procesu vzdělávání), průběžná (doprovází profesionální život kvalifikovaných zaměstnanců) či Bálintovská skupina, která je speciálním typem supervize, kdy jednotlivá sezení probíhají v rámci pravidelného scházení ve stejný den v týdnu a ve

stejný čas. Člověk, který zažil v minulém období nějaký případ, který dle svého názoru nevyřešil správně, nabídne tento příběh. Je jedním z typů supervize, které se zabývají vztahem zdravotník – pacient (Kratochvíl, 2006). „*Cílem supervize je zlepšení pracovní situace, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí odpovídajících specifickým úkolům. Je orientována na podporu kvality práce i vzájemné spolupráce a na učení spojené s praxí*“ (Bartošíková, 2006, s. 61).

### 3.7.2 Prevence v osobním životě

Základní roli v prevenci syndromu vyhoření hraje dostatečná informovanost. Informovaný by měl být každý, kdo se potýká s ohrožením burnout syndromem, měl by znát jeho projevy a jak mu předcházet. Pokud dojde k registraci projevů, je dobré vědět, kde a jak vyhledat pomoc. Získat povědomí o této problematice je možné ve škole, pokud se jedná o nedávnou minulost, dále pak v odborných publikacích, časopisech, internetu či z přednášek. Vhodné je vzdělávání, ať už jako další rozšiřování či prohlubování kvalifikace, tak formou kurzů a seminářů, což pomáhá v předcházení syndromu vyhoření. Důležitá je také schopnost poučit se ze své praxe a z předchozích zkušeností svých či kolegů. Profesionální rozvoj zvyšuje odbornou kvalifikaci pracovníka, ale také pomáhá v prevenci proti vyhoření. Získané vědomosti a dovednosti přináší nové poznatky, a tím jeho práce ztrácí monotónnost. Pokud pracující vnímá své povolání jako zajímavé, variabilní a pestré, snižuje se tím riziko výskytu syndromu vyhoření. Pokud ovšem vnímá svou práci jako stereotypní, automatickou, je zde vyšší možnost, že se syndrom vyhoření objeví (Schmidbauer, 2008).

Další důležitou roli v prevenci hraje pohybová aktivita. Je známo, že pravidelnou pohybovou aktivitou dochází k vyplavování endogenních opioidů, vznikají příjemné pocity po sportu, které jedinci navozují dobrou náladu a nutí je k opakování pohybové aktivity. Pravidelné cvičení má vliv na mentální i emocionální složky života, ovlivňuje průběh deprese a pocitů úzkosti, může redukovat nepříjemné projevy psychických poruch. Nejideálnější jsou procházky na čerstvém vzduchu, užitečné mohou být i fyzické práce, relaxační cvičení nebo jakákoliv oblíbená sportovní či jiná tělesná aktivita (Blahušová, 2005).

Rodina je další složkou života, která napomáhá nepropuknutí syndromu vyhoření. Pomáhá nám tím, že její členové nám naslouchají a povzbuzují nejen v těžkých situacích, ale fungují jako tzv. sociální podpůrná síť. Člověk se díky kontaktu se svými nejbližšími cítí šťastný a spokojený, ať už pouhopouhou přítomností nebo možností si s někým popovídat, někomu se svěřit a oprostít se nejen od pracovních povinností, ale i od těch, které nečekaně přináší sám život. Pokud člověk dokáže smysluplně trávit svůj volný čas se svou rodinou či přáteli je syndromem vyhoření ohrožen v menší míře (Venglářová et al., 2011).

V prevenci syndromu vyhoření je také významný zdravý životní styl, a to zejména dostatek spánku, aktivní i pasivní odpočinek, pravidelná zdravá strava, dostatečný příjem tekutin. U zdravotníků v nepřetržitém směnném provozu jsou tyto úkony velmi těžko realizovatelné. Nežádá se, kdy se u zdravotních sester vidí, že se během pracovní doby nestíhají pít ani jíst. V situacích, kdy je akutně ohrožen život pacienta, se naše chování dá pochopit, ale mnozí z nás se takto k sobě nezodpovědně chovají, i když nemusí. Často přenášejí naučený vzorec chování mimo své zaměstnání, kde už k němu není vůbec žádný důvod.

Jistou úlohu v prevenci může zastat pro věřícího i duchovní opora. Návštěvy bohoslužeb, modlení, rozhovory s duchovními mohou pomoci v trápení a starostmi

každodenního života. Ateisté mohou v podobném směru využít psychologa či psychoterapeuta, který je k dispozici na pracovišti nebo odborníka ze svého okolí. Důležité je zejména, aby se mohl člověk vyzpovídat ze svých starostí jak v osobním, tak v pracovním životě s vědomím, že někdo naslouchá.

K protektivním faktorům v souvislosti s výskytem syndromu vyhoření patří odolnost ve smyslu hardiness. Hardiness patří k osobnostním charakteristikám, které mají schopnost chránit před negativními následky stresu. Jedná se o proměnnou, která moderuje vztah mezi stresogenní událostí a nemocí, kdy tento specifický faktor eliminuje nebo zmírňuje negativní prožívání, tlumí nebo usměrňuje negativní vlivy nepříznivých životních situací. Osoby s vysokou schopností hardiness se samy hodnotí jako schopnější ve zvládnání každodenních nároků, mívají příznivé hodnocení vlastních fyzických a psychických sil (Šeblová, 2013).

### **3.8 Syndrom vyhoření a vazba na zdravotnickou profesi**

Obecně jsou vyhořením více ohroženi pracovníci profesí s častým stykem s lidmi, zejména z tzv. „pomáhajících profesí“. Právě zdravotnictví bylo prvním místem, které upozornilo na výskyt syndromu vyhoření. Projevy začali pozorovat u zdravotních sester, a to na odděleních vyžadujících velkou psychickou odolnost. Těmito odděleními byl například hospic, tedy zařízení, které poskytují umírajícím pacientům paliativní péči, dále pak na onkologických odděleních, kdy nebylo ještě dostatek prostředků pro léčbu rakoviny, takže úmrtnost byla velmi vysoká a v poslední řadě oddělení intenzivní péče, kde se pečovalo o osoby v bezprostředním ohrožení na životě. Po těchto zjištěních se ukázalo, že je nutností počítat s výskytem tohoto syndromu také na jiných odděleních, jako je psychiatrie, neurologie, nefrologie či jiná interní oddělení, zejména také koronární oddělení. Syndrom vyhoření je velmi častým důvodem odchodu ze zaměstnání či změny místa v zaměstnání ve zdravotnictví. Dřívější výzkumy z USA ukazují, že v některých zdravotnických oborech mění své místo a zaměstnání až 70% zdravotních sester ročně, u lékařů studie z onkologických onemocnění poukazovaly na 58%. Tyto osoby uváděly, že důvodem jejich ztráty nadšení pro toto povolání byla často nepřipravenost čelit emocionální zátěži po škole. Dále pak také přebytek práce a nedostatek zaměstnanců či špatný přístup ze strany vedení. Některé zahraniční studie také uvádějí souvislosti mezi psychickým vyhořením a sebevraždou. Berou v potaz studie sebevražednosti u zdravotníků, kdy u německých lékařů byla naměřena až o 50% vyšší, než tomu bylo u celkového průměru v Německu (Křivohlavý, 1998).

Kebza a Šolcová (2003) uvádějí, že u osob potýkajících se se syndromem vyhoření převažuje pocit, že vše kolem i vlastní existence postrádá smysluplnost. Smysluplnost je však základem vykonávání pomáhajících profesí a dosahování stanovených cílů v zaměstnání. Tato smysluplnost vykonávané práce je právě o to větší, když se jedná o práci s lidmi a o péči o jejich nejvyšší hodnotu života, kterou je zdraví (Křivohlavý, 1998). Ztrátou smysluplnosti ve v této profesi může dojít k chybovosti ve vykonávané činnosti, díky apatii a jiné symptomatice způsobené psychickým vyhořením, které je u zdravotníků velmi alarmující. Následkem může být jak poškození klienta, tak poškození sebe sama.

Poměrně často se studie zaměřují na zdravotníky v intenzivní a urgentní péči. Lederer uvádí, že 34,4 % pracovníků (lékařů a sester) jednotek intenzivní péče v univerzitní nemocnici bylo ohroženo vyhořením a dalších 6 % splňovalo kritéria plně rozvinutého syndromu (Šeblová, 2013).

Výzkum ve Francii z roku 2007, který proběhl u sester na jednotkách intenzivní a resuscitační péče, udává čtyři oblasti spojené se syndromem vyhoření. Tyto oblasti zahrnuje osobnostní charakteristiky (věk), organizační faktory (možnost volna, možnost zapojení do výzkumné skupiny), kvalita pracovních vztahů (konflikty s pacienty, vztah s vrchní sestrou nebo s lékařem) a faktory spojené s rozhodováním ke konci života (péče o umírající pacienty, počet život zachraňujících úkonů. Z tohoto autoři vyvozují, že cestou k možnému zlepšení stavu je prevence konfliktů, účast ve výzkumu a lepší management péče o umírající pacienty (Šeblová 2013).

## 4. Kvalita života

Kvalita života je chápána jako široce zkoumaný multidimenzionální jev, kterým se zabývá mnoho vědních oborů. Mezi tyto obory patří především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, demografie, ekologie, ekonomie či medicína. Tyto disciplíny se vzájemně prolínají a doplňují, ale neexistuje žádná definice, která by byla všeobecně akceptována. Literatury proto nabízejí mnoho definic, které se výrazně liší. Lze tedy na nejobecnější úrovni říci, že kvalita života je vytvářena interakcí mnoha různých podnětů, které kumulativně a velmi často neznámými způsoby interagují, čímž ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celé společnosti. Pojem kvalita života je mnohdy pojímán jako něco velmi idealistického, nedosažitelného (Payne, 2005). Mezi odbornou veřejností panuje shoda pouze v tom, že se jedná o pojem, který obsahuje tři hlavní oblasti, kterými je fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení člověka a jeho vztahu k druhým lidem. Kvalita života je tedy úzce spjata s holistickým pojetím a mělo by se k tomuto termínu také tímto způsobem přistupovat (Dvořáčková, 2012). Často je tento jev zkoumán jednotlivě z hlediska konkrétní diagnózy, profese či životního období, ve kterém se člověk nachází. V této práci bude hlediskem profese, která je specifická svou náročností v práci s lidmi.

### 4.1 Vymezení pojmu kvalita života

Termín kvalita života je vědeckou společností znám od třicátých let 20. století, kdy se poprvé objevil v kontextu ekonomie. Později se však zjistilo, že ekonomický růst nevede ke zlepšování kvality života, nýbrž ke zvyšování nároků na společnost. Významné rozšíření nastalo v padesátých letech, a to v sociologii. V osmdesátých letech dostal pojem „kvalita života“ přesnější definice a začal se používat také k hodnocení způsobu života jak zdravých osob, tak i osob nemocných či osob potýkajících se s nejrůznějšími potížemi (Baudiš, Dragomirecká, 2002).

Kvalita života nezahrnuje pouze individuum a jeho životní standard, ale posuzuje také prostředí, ve kterém lidé žijí. Může také zahrnovat otázky smyslu života a pocitu užitečnosti a s ním spojeným sebehodnocením v pojmu osobní svobody a spokojenosti (Dvořáčková, 2012).

Pro pojem kvalita života (quality of life) se používá i řada synonym, která jsou výtahem z řad definic a vypovídají tak o pojetí tohoto termínu. Za synonyma, která jsou s tímto konceptem spjata, se považují well-being (pocit pohody), social well-being (sociální pohoda), social welfare (sociální blahobyt), human development (lidský rozvoj), happiness (štěstí), enjoyment (užívání si) (Ludíková, L. 2013). V této kapitole se pokusíme definici kvality života vymežit na úrovni tématu této práce. Nejčastěji je termín kvality života využíván v oblasti sociologie, psychologie či medicíny, i pro zaměření této práce jsou aspekty zmíněných disciplín nejpřijatelnější.

Psychologové směřují svou pozornost především na subjektivní pohodu jednotlivců, kterou se pokouší prostřednictvím různých metod měřit. Může se jednat o životní spokojenost, hledání faktorů, které přispívají ke spokojenosti. Dalším zájmem v psychologickém pojetí může být prožívání subjektivní pohody s důrazem na všeobecné hodnocení kvality života, které je často pojmenovááno štěstím. V psychologickém přístupu se tedy kvalitou života rozumí koncept spokojenosti v životě a pocitu pohody. Tento model vychází z hlubší analýzy individuálního životního stylu, rodinné situace, zdravotního stavu, hodnotového systému i postoje člověka. Širokou škálu citových reakcí jedince na uspokojování jeho potřeb a požadavků v rozmanitých oblastech je

v odrazu rozpoložení subjektivní pohody. Individualizace kvality života a životní úrovně se manifestuje v životním stylu jedince.

Sociologické pojetí se naopak zabývá kvalitou života u různých sociálních skupin, porovnává ji v rámci určité populace či mezikulturně a hledá podmiňující faktory. Sociologové sledují atributy sociální úspěšnosti, společenský status, životní styl, obydlí, vzdělání, majetek a jiné. Důležitým pojmem určujícím kvalitu života ve společnosti jedince je životní styl. Ze stylu života se usuzují všeobecné sociální procesy, ale i například poměr intelektuální a manuální práce a jiných činností v životě jedince. Styl života je tedy klíčovým ukazatelem kvality, jak života lidí ve společnosti, tak života jednotlivých osobností. Životní styl je také ovlivněn ekonomickým postavením jedince i společnosti. Chování člověka je zase ovlivněno životním přesvědčením a hodnotami (Dvořáčková, 2012)

V medicíně se opírají zejména o definice zdraví dle WHO, která zdraví chápe jako stav úplné fyzické, psychické a sociální nemoci, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci. Za kvalitu života se tedy pak považuje to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě z hlediska kultury a hodnotových systémů ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu (Vaňurová, Mühlpachr, 2005). V ošetřovatelství je kvalita života popisována a definována skupinou WHOQOL (World Health Organisation Quality Of Life). Kvalitu života vyjadřuje tak, jak lidé vnímají své místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům (Gurková, 2011).

Dle Maslowa vychází definice kvality života z naplnění základních fyziologických potřeb, které jsou předpokladem uspokojení subtilnějších potřeb člověka, kterými jsou obzvláště potřeby jistoty a bezpečí ale i potřeba sebeúcty (Slováček, 2004).

Definice z Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto (2006) je jednou z nejznámějších a zní: „*Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života*“. Tyto možnosti vznikají prostřednictvím příležitostí a omezení, které každý člověk ve společnosti má a jsou odrazem interakcí mezi člověkem a prostředím. V rámci této definice zde také vznikl vícerozměrný model (viz tabulka 1), který vychází z holistického pojetí kvality života. Tento model se skládá ze tří základních domén a devíti dílčích domén. Za skutečnou kvalitu života jedince se považuje jeho osobní význam jednotlivých domén a rozsah, v jakém u něj dochází k naplňování v reálném životě.

**Tabulka 1** Model kvality života (Svobodová, 2006)

<b>BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka</b>	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, citění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
<b>PATŘIT NĚKAM (BELONGING) - spojení s konkrétním prostředím</b>	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
<b>REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace</b>	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

## 4.2 Oblasti kvality života

Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezila oblasti kvality života do čtyř základních okruhů. Tyto okruhy vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení. První část se zabývá fyzickým zdravím a úrovní soběstačnosti. Spadají sem jevy, jako je únava, bolest, energie, odpočinek, závislost na lékařské pomoci, mobilita, každodenní život, schopnost pracovat a jiné. Druhý okruh je zaměřen na psychiku a duchovní stránku, jedná se o sebepojetí, sebehodnocení, pozitivní a negativní pocity, paměť, myšlení, víru či spiritualitu. Ve třetím okruhu jsou obsaženy sociální vztahy tedy sociální podpora či osobní vztahy. Poslední okruh zahrnuje prostředí, které umožňuje zdravotní a sociální péči, domácí prostředí, klima, finanční prostředky, bezpečí a příležitosti pro získávání nových dovedností a vědomostí.

Z obdobné teorie kvality života vyšla také QOL Research Unit v Torontu. Tento koncepční model (viz tabulka 2) byl vytvořen za účelem měření kvality života a zohledňuje determinanty zdraví i spokojenost. Koncept se tak liší od pojetí Světové zdravotnické organizace, která svůj model směřuje ke zdraví. Model uvádí ve své knize Dvořáčková (2012) a jsou zde zdůrazněny fyzické, psychické a duševní schopnosti jedince a jeho vazby na prostředí. Dále také možnosti udržování či zlepšování schopností a vědomostí.



**Tabulka 2** Koncepční model definující kvalitu života (Dvořáčková, 2012)

<b>EXISTENCE</b>	<b>KDO JSEM</b>
fyzická stránka	fyzické zdraví
	osobní hygiena
	výživa
	cvičení
	péče o sebe sama
psychická stránka	vzhled
	psychické zdraví
	vnímání
	pocity
duchovní stránka	sebehodnocení, sebepojetí
	osobní hodnoty
	osobní standardní chování
duchovní hodnoty, vyznání	
<b>SOUNÁLEŽITOST</b>	<b>VAZBY NA PROSTŘEDÍ</b>
místo ve světě	domov
	práce/škola
	sousedství
	užší společnost
místo mezi lidmi	blízcí přátelé
	rodina
	přátelé
místo ve společnosti	spolupracovníci/spolužáci
	sousedství a užší společnost
	adekvátní příjem
	zdravotnické a sociální služby
	zaměstnání
	vzdělávací programy
volnočasové aktivity	
společenské dění a události	
<b>ADAPTABILITA</b>	<b>DOSAHOVÁNÍ OSOBNÍCH CÍLŮ A PŘÁNÍ</b>
každodenní život	činnosti v domácnosti
	zaměstnání
	škola nebo dobrovolné činnosti
	využívání zdravotnických a sociálních služeb
volný čas	relaxační činnosti
	činnosti redukující stres
plány do budoucna	činnosti pro udržování nebo zlepšování vědomostí a dovedností
	adaptace na změny

### 4.3 Faktory ovlivňující kvalitu života

Faktory ovlivňující kvalitu života lze vymezit do skupiny oblastí, které jsou důležité v lidském i společenském rozvoji. Můžeme hovořit o faktorech zdravotních, sociálních, ekonomických a environmentálních. Existuje také řada specifických faktorů, kterými jsou věk, pohlaví, rodinná situace, polymorbidita, dosažené vzdělání,

preferované hodnoty, kulturní zázemí či ekonomická situace. Vohralíková a Rabušic se domnívají, že rozhodujícím faktorem ve vnímání kvality života je zdravotní stav, obzvláště pak se stupňujícím věkem. Tento faktor ovlivňující kvalitu života je nejčastěji řešen veřejností. Zdraví či jeho narušení bude vždy výrazně determinovat způsob prožívání života, jelikož ovlivňuje vykonávání zaměstnání či každodenní činnosti, s čímž jsou spjaty další faktory.

Vědeckým pojmem se kvalita života stala nejprve v sociologii, poté v dalších vědních disciplínách. K rozvoji došlo třemi směry, které pojem vytváří:

- a. objektivním – jedná se o objektivní hodnocení, které vyplývá z toho, jak se jedinec vypořádává s nároky kladenými společností a jaké má podmínky pro dobrý život, sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví, jedná se o soubor ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka;
- b. subjektivním - kvalita života znamená kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, kde se nemusí jednat o soulad se socioekonomickým statutem či fyzickým zdravím;
- c. kombinací objektivních a subjektivních indikátorů (Dvořáčková, 2012).

Vedle subjektivní a objektivní dimenze kvality života se dle odborných zdrojů dá kvalita života rozdělit do dvou základních skupin, vnějších a vnitřních činitelů ovlivňujících kvalitu života. Do vnitřních činitelů se řadí somatické a psychické vybavení, které může být ovlivněno onemocněním, poruchou, defektem či efektivitami. Mezi tyto činitele patří vše, co ovlivňuje rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného. Vnější činitele představují podmínky jejich existence, kde se jedná o faktory ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické. Tato oblast obsahově koresponduje s objektivní dimenzí kvality života (Jesenský, 1995).

Kvalita života zahrnuje nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním hledisku také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty. Celková kvalita života je pak souhrnem výše uvedených faktorů.

#### **4.4 Rozsah pojetí kvality života**

Problematiku pojetí kvality života lze demonstrovat ve třech hierarchicky odlišných sférách, v makrorovině, mezorovině a personální rovině.

V makrorovině vznikají otázky kvality života velkých společenských celků, například konkrétní země, kontinentu. Život je tedy považován za absolutní morální hodnotu a lze říci, že problematika kvality života se stává součástí základních politických úvah. Tyto otázky se týkají například boje s hladomorem, chudobou, genocidou, terorizmem, epidemiemi, ale i otázek investic do infrastruktur, speciálního zdravotnictví apod.

Mezorovina směřuje svou pozornost na malé sociální skupiny, např. ve škole, nemocnici, domově důchodců, domově opatrovatelských služeb, podniku apod. Jde o respekt k morální hodnotě života člověka a také o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování/uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence sociální opory či sdílení hodnot.

V personální rovině je definována kvalita života jednoznačněji. Týká se života každého z nás. Jde o subjektivní hodnocení spokojenosti, nadějí, zdravotního stavu,

bolesti apod. Zohledňují se zde osobní hodnoty jedince, jeho představy, pojetí, očekávání, přesvědčení aj. (Křivohlavý, 2002).

Čtvrtou rovinou může být fyzická existence, o které se dá v souvislosti s kvalitou života stejně tak uvažovat. Jde o pozorovatelné chování druhých lidí a lze ho objektivně měřit, ale naměřené údaje nejsou dle Bergsma a Engela vhodné k definování kvality života, protože postrádají hlubší pojetí kvality života (Dvořáčková, 2012).

#### 4.5 Hodnocení úrovně kvality života

Existuje celá řada přístupů, jak změřit kvalitu života. Využívají se různé modely či ukazatele většinou dotazníkového typu. Kvalitu života můžeme změřit buď na úrovni obecné, nebo specifické.

K obecnému měření se využívají nástroje, které se zajímají o schopnosti v jednotlivých oblastech a o zdravotní stav jedince. Jedná se o nástroje vícerozměrné, které prozkoumávají velké množství oblastí a dají se aplikovat na jakékoliv osoby. Deficit těchto nástrojů spočívá v nízké citlivosti v určitých oblastech měření a při hodnocení specifických změn.

Specifické nástroje směřují svou pozornost na oblasti života, které jsou směrodatné pro danou sféru měření. Specifičnost může spočívat ve zkoumané populaci, schopnosti či podmínkách. Výhodou těchto nástrojů je jejich konkrétnost, která s vysokou citlivostí zhodnotí danou oblast, proto je dosahováno mnohem přesnějších výsledků.

Měření kvality života lze také pojmut z pohledu objektivnosti, Křivohlavý (2002) ji rozděluje do tří skupin:

- Objektivní metody - kvalitu života hodnotí druhá osoba, jedná se tedy o externí kritéria v pojetí a hodnocení kvality života. Tato kategorie se zajímá o zdravotní stav pacienta. Nejběžnějším hodnocením stavu bývá posouzení kvality života od lékaře. K neznámějším metodám patří APACHE II.
- Subjektivní metody - kvalitu života hodnotí sama zkoumaná osoba, jedná se tedy o interní kritéria v pojetí a hodnocení kvality života. Určení kvality života by mělo být formulováno individuálně, jak to sám jedinec vnímá. Nejrozšířenějším metodologickým východiskem k diagnostikování kvality života je SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life).
- Smíšené metody – kvalita života se hodnotí kombinací předchozích zmíněných metod. Mezi tyto způsoby patří například Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA), což je krátký způsob hodnocení kvality života, vypracovaný odborníky Manchesterské univerzity. Cílem této metody je vystihnout celkový obraz kvality života daného člověka tak, jak se mu jeví v dané chvíli. U metody MANSA jde především o zjišťování spokojenosti s:
  - vlastním zdravotním stavem,
  - sebepojetím,
  - sociálními vztahy,
  - rodinnými vztahy,
  - bezpečnostní situací,
  - právním stavem,
  - životním prostředím,
  - finanční situací,
  - náboženstvím (vírou),

- účastí na aktivitách volného času,
- zaměstnáním - prací (školou) (Křivohlavý, 2002).

Přístupy k měření kvality života se mnohdy zaměřují na zdroje, které jedinec má, a se kterými může disponovat. Ostatně již počátky definice kvality života měly své kořeny v ekonomických disciplínách. Tyto údaje jsou typickými kvantitativními indikátory, které odrážejí spíše životní úroveň. Jedná se zejména o finanční příjmy, majetek či zboží a služby, které jsou společnostmi využívány. V tomto výčtu však chybí nepeněžní složky, které využívají kvalitu života jako ukazatel udržitelného rozvoje. Ačkoliv se v této oblasti některé země neshodují, snaží se i přesto řadit do hodnocení a měření kvality sociální, kulturní a environmentální aspekty, které jsou zaměřeny především na tyto oblasti (Hák, T. et al., 2010):

- Co lidé hodnotí jako důležité z hlediska jejich každodenního života a okolního prostředí, které utváří. Výhodou jsou zde výsledky různorodých lidských činností a posouzení rozsahu podílu mezi aktivitami na vlastní spokojenosti a kvalitě života celé společnosti.
- Rozpoznávání rozdílností a nerovností v lidských životních podmínkách. Tyto rozdíly vypovídají o závislosti blahobytu celé společnosti na úrovni různých faktorů, které ovlivňují lidský život a na tom, jak je ve společnosti rozložen dopad zmiňovaných faktorů.
- Rozpoznávání škály faktorů ovlivňujících kvalitu života bez toho, aby se některému z nich přikládala větší váha. Toto zaměření je nezbytné pro určení existence srovnatelné dimenze kvality života mezi lidmi a zeměmi.

Na popud Světové zdravotnické organizace (WHO) zahájila na počátku 90. let svou činnost mezinárodní pracovní skupina World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) a vyvinula dotazníky pro měření kvality života. Skupina se skládala ze zástupců 15 výzkumných center z celého světa. Ti nejdříve vytvořili instrument, který se dělí na 6 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita) a 24 podoblastí. Dotazník obsahuje celkem 100 položek a označuje se zkratkou WHOQOL- 100. Pro potřeby klinické praxe byla vyhotovena zkrácená verze tohoto dotazníku s názvem Abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL- BREF). Z původní verze bylo vybráno 26 položek pro WHOQOL – BREF, který je strukturován do 4 domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí (Ondrušová, 2009).

#### **4.6 Propojenost kvality života s pomáhajícími profesemi**

V první řadě lze obecně zmínit, že zaměstnání zastává velkou úlohu v kvalitě života, a to nejen z hlediska materiálního zajištění, tedy finančních příjmů, ale také zprostředkováním sociálních vztahů. Dále pak také poskytnutí jisté smysluplnosti života. Tato smysluplnost vykonávané práce je o to větší, když se jedná o profesi, jejichž náplní je pečovat člověka a upevňovat nejvyšší hodnotu života, kterou je zdraví. Ušlechtilost práce ve zdravotnictví má však také svá úskalí, klade na pracovníka velmi vysoké nároky, které se odrážejí v celkové kvalitě života.

U zdravotních sester je často povolání podmíněno směnným provozem. Noční práce rozhodí přirozený biorytmus, což vyvolá v těle chaos. Tento fakt je již dlouho znám, ale studie spánkového centra v Surrey, publikovaná v odborném magazínu Proceedings of the National Academy of Sciences, poukázala na destruktivní vliv nočních směn na zdraví člověka. Přehozený spánkový režim se v lidském těle negativně podepisuje na všem, od hladiny hormonů přes tělesnou teplotu a fyzickou

výkonnost až po fungování mozku, včetně ovlivnění nálady. Po několika letech se mohou objevit chronické následky jako metabolická, kardiovaskulární či nádorová onemocnění (*Night work 'throws body into chaos'*, 2014). Spánek je tedy velmi důležitou součástí kvality života, protože zajišťuje fyzickou i duševní pohodu. Podle Illnerové by se měli noční práce po třech až pěti letech zanechat. Práce na směny ovlivňuje nejen spánkový vzorec, ale také negativně ovlivňuje rodinný a sociální život.

Zdravotničtí záchranáři musí zase čelit nepříznivým klimatickým podmínkám, ve kterých díky časové náročnosti povolání tráví většinu času svých dní. Tyto klimatické podmínky a náročnost krizových situací mohou mít vliv na kvalitu života jak po fyzické a psychické, tak po sociální i spirituální stránce.

Neexistuje příliš výzkumů, které by se zabývaly celkovou kvalitou života v kontextu profesí, tedy ani u nelékařského zdravotnického personálu. Avšak pracovníci ve zdravotnictví si vzhledem k náročnosti povolání v této oblasti pozornost zasluhují.

Často je v kontextu kvality života zkoumán také stres. Povolání nelékařských zdravotnických pracovníků je velmi stresovou záležitostí, a to zejména z důvodu důležitosti lidského vztahu u těchto profesí. Charakteristika profese bude popsána v následující kapitole.

## 5. Nelékařské zdravotnické povolání

Nedílnou součástí zdravotnické péče zastávají krom lékařů také nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří mohou vykonávat povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu, pod odborným dohledem či pod přímým vedením dle zákona č. 105/2011 Sb., kterým se změnil zákon č. 96/2004 Sb. Dle této způsobilosti jsou rozděleni do následujících skupin:

- Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti - do této kategorie patří všeobecná sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, zdravotní laborant, radiologický asistent, zdravotně-sociální pracovník, optometrista, asistent ochrany veřejného zdraví, ortoptista, ortotik-protetik, zubní technik, nutriční terapeut, dentální hygienista, zdravotnický záchranář, biomedicínský technik, radiologický technik a farmaceutický asistent.
- Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti – pod tuto kategorii spadá psycholog a klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odborný pracovník v laboratorních metodách a přípravě léčivých přípravků, odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví.
- Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením: do této kategorie je zařazen zdravotnický asistent, laboratorní asistent, dezinfektor, ortoticko-protetický technik, řidič vozidel zdravotnické záchranné služby, řidič dopravy nemocných a raněných, nutriční asistent, asistent zubního technika, zubní instrumentářka, ošetřovatel, sanitář, apod. (Zákon č. 105/2011 Sb., 2011).

Tito zdravotníci zahrnují širokou škálu profesí, které se navzájem doplňují a umožňují tak multioborový přístup. Nelékařští zdravotničtí pracovníci mají v současné době v jednotlivých oborech možnost vyššího vzdělání než je středoškolské, to zajišťuje vysokou odbornost v kvalitě péče o lidské životy.

### 5.1 Charakteristika profese

Profese vyžadující práci s lidmi se liší zejména v tom, že využívá jako prostředek ve vykonávání jejich zaměstnání lidský vztah. Vztah je mezi zdravotníkem a klientem, který vyžaduje péči nedílnou součástí terapeutického procesu. Klient potřebuje získat důvěru a cítit zájem ze strany zdravotníka. Hlavním nástrojem pracovníka ve zdravotnictví je tedy samotná jeho osobnost a to jak si dokáže klienta, který aspiruje jeho služby, získat projevením osobního zájmu. Klient nechce být pro zdravotníka pouze objektem práce či nutností pomoci, ale chce být vnímán, jako člověk blízký, s nímž soucítí a projevuje o něj osobní zájem (Kopřiva, 2013). Tento zájem by měl být autonomní a pozornost by měla být nemoralizující, neodsuzující založená na porozumění, podpoře a hlavně úctě. Toto mohou zájemci o služby vycítit z verbálního, ale i neverbálního chování (Kraus, Poláčková, 2001).

Pomáhající profese jsou považovány spíše za poslání než za povolání, proto tuto činnost nemohou kvalitně vykonávat lidé, kteří pracují pouze za účelem obživy, i vzhledem k nízkému finančnímu ohodnocení, ač tomu tak v mnoha případech je. Tato profese se zabývá životními problémy lidí a snaží se společně najít jejich řešení. Pro toto povolání je snadné se nadchnout a stát se tak obětí svého poslání. Zaměstnání může také pomáhat v pocitu osamělosti, nejistotě v sebeúctě prostřednictvím kontaktu

s klienty, což může zapříčinit tendence obětování se pro klienta i na úkor sebe sama. Pomáhající se také může v práci s klienty cítit velmi potřebně a významně, tato skutečnost může vést až k přebrání samotné kontroly a odpovědnosti nad klientem (Kopřiva, 2013).

Pomáhající profese je specifická ve své smysluplnosti jejího vykonávání. K naplnění tohoto smyslu dochází hledáním způsobů, jak podpořit zdraví a pohodu druhých. Pomáhání spočívá také v multioborovém přístupu, který vyžaduje jistou profesionalitu. Úkolem profesionálního pomáhání je pomoci či přispět ke zkvalitnění života často u lidí, kteří již svými či schopnostmi okolí nejsou schopni vyřešit své obtíže a potřebují k tomu profesionála (Úlehla, 2009).

Tato péče je ošetrovatelskou činností, která je prováděna prostřednictvím ošetrovatelského procesu a je poskytována týmem nelékařských zdravotnických pracovníků složeném z pracovníků různých profesí. Jedná se tedy o odbornou péči o nemocné, ale i péči o zdraví všech generací. Zahrnuje preventivní, diagnostické a terapeutické procesy a východiska jednotlivých medicínských oborů, ale i psychická, sociální, etická, humánní, společenská, ekonomická hlediska a podmínky péče o zdraví (Farkašová, 2005). Kromě odborné péče o nemocného člověka působí i na úseku preventivní péče a prolíná do oblasti výzkumu. Nelékařský zdravotnický pracovník zabezpečuje komplexní péči o klienta, je ve spolupráci s lékařem a podílí se s ním na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. Psychologický přístup a vysoká míra porozumění je nedílnou součástí péče o klienty.

Práce s lidmi je náročná jak po psychické, tak po fyzické stránce, proto vyžaduje určité předpoklady. Mezi hlavní předpoklady zdravotníka patří:

- schopnost empatie,
- tolerance,
- psychická odolnost,
- pohotovost
- organizační schopnosti
- schopnost celoživotního vzdělávání (Kupka, 2008).

Dalšími nezbytnými osobnostními předpoklady pracovníka ve zdravotnictví, které pomáhají naplnit jeho poslání, jsou tvůrčí přístup k řešení zadaných úkolů, dostatečná kritičnost i sebekritičnost, porozumění problémům nemocných, klidné nepovýšené vystupování s přiměřeným sebevědomím, trpělivost, umění ovládat se. Očekává se od něho, že zvládne dnes již odbornou činnost, bude umět zacházet s moderní technikou, unese jak fyzickou, tak psychickou zátěž, dokáže ovlivnit a vést klienta správným směrem v prožívání a jednání, rozumí administrativě práce, a to vše v třísměnném provozu. Navíc musí být schopen vypořádat se s pracovními i rodinnými problémy bez manifestace těchto obtíží do vykonávané pracovní činnosti. Měl by mít také zájem o člověka a práci, dobrý vztah k lidem, přiměřený smysl pro humor, smysl pro povinnost a odpovědnost. Pro osobnost člověka i pro jeho profesionální průpravu, styl práce i způsob života jsou tyto úkoly mnohdy náročné a udržení duševní stability skoro nedosažitelné. Tyto aspekty vyžadují určitou dávku sebekritiky vlastního jednání, která by měla být podporována sebevýchovou k osobnosti harmonické, stabilní, s dostatkem odborných znalostí a dovedností k výkonu tohoto zodpovědného povolání. Pohled na povolání zdravotníka bývá očima společnosti často podhodnocován a určuje také jeho významnost. Existují však etické normy formulované společností, které pomáhají činnost zdravotnických pracovníků zkvalitňovat. Těmito dokumenty jsou například „Etický kodex České lékařské komory“, „Etické kodexy

zdravotních sester a ošetřovatelek“ nebo „Etický kodex práva pacientů“ (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011).

## 5.2 Nároky nelékařského zdravotnického povolání

Nelékařští zdravotničtí pracovníci vykonávají velmi ušlechtilé povolání, které dává smysl života a pocit potřebnosti a užitečnosti. Toto povolání má ale také své stinné stránky, protože s sebou nese vysoké nároky na jedince, který profesi vykonává. Nepříjemnosti plynoucí z vykonávané práce mohou postihovat jakoukoliv oblast života.

Fyzickou stránku může povolání zasáhnout práce na směny, a to zejména směny noční, kde dochází k narušení biorytmu, což může z dlouhodobého hlediska vést až k závažným chronickým chorobám. Zdraví může být také zasaženo při manipulaci s biologickým materiálem, kdy při poranění může dojít k nákaze různými závažnými infekčními chorobami.

U zdravotníků je dána vysoká fyzická zátěž také několikahodinovým stáním při operacích, dlouhé služby včetně nočních směn, nedostatek odpočinku, která negativně působí na lidský organismus. U sestřiček, sanitářů a rehabilitačních pracovníků je vysoká fyzická náročnost práce na lůžkových odděleních, kde je nutná manipulace s pacienty v bezvědomí, rehabilitace imobilních pacientů, manipulace s prádlem a zdravotnickým materiálem, přemísťování pacientů. Toto vše může být spojováno s častým výskytem muskuloskeletálních poruch, které jsou výsledkem zátěže, je odrazem častého zatěžování dolních končetin, páteře, kloubního a svalového systému (*Manipulace s pacienty ve zdravotnictví*, 2007).

U pracovníků zdravotnických záchranných složek se zase jedná o vysokou míru zodpovědnosti, nutnosti velmi rychle se rozhodnout, jednat a potlačit přitom emoce. Potýkají se s nerovnoměrným rozložením pracovního výkonu během pracovní doby, musí třídit raněné, a to za nepříznivých klimatických podmínek. Studie však udávají jako největší stresor zdravotnických záchranářů neúspěšnou kardiopulmonální resuscitaci nebo smrt dítěte (Šeblová, 2007).

S povoláním zdravotníka je neoddělitelně spjata i vysoká psychická zátěž. Zdravotník, ať už lékař či nelékařský zdravotnický pracovník, zodpovídá za zdravotní stav pacienta, potažmo za jeho život. Často je nucen dělat rychlá a závažná rozhodnutí nebo výkony, se kterými vnitřně nesouhlasí. Denně je v kontaktu s lidským utrpením a bolestí, často i s lidskou smrtí a smutkem rodiny a přátel zemřelého. Někdy je i sám tím, kdo bolest působí při diagnostických či terapeutických zákrocích. Velký vliv na psychiku mají také interpersonální vztahy na pracovišti. Narušení duševní rovnováhy v kombinaci s fyzickým vyčerpáním a chronickým stresem může vést i ke vzniku syndromu vyhoření a jiným závažným poruchám, které mohou mít fatální následky.

Příčinou psychické zátěže mohou být také nepřetržité nároky na intenzivní vnímání a aktivaci organismu zdravotníka, neustálá potřeba zapojovat paměťové procesy, potřeba flexibilního a logického myšlení, neustálé interakce s lidmi, zvýšené požadavky na kladné vlastnosti osobnosti a také samotný obsah (Čechová, Rozsypalová, Mellanová, 2003).

Dalším nelibým faktorem v současné době ve vykonávání těchto profesí může být nepoměr mezi finančním ohodnocením zdravotníků a náročností a kladenou odpovědností za životy lidí. Problém může také nastat v povinné mlčenlivosti, kdy má pracovník potřebu se o svých zážitcích a tíživých situacích v práci svěřit rodině či



přátelům. Z tohoto důvodu se mohou členové pečovatelských týmů vzdalovat svým rodinám. S rozvojem zdravotnictví rostou i nároky na poskytovanou ošetrovatelskou péči, rostou tedy nároky na práci nelékařských zdravotnických pracovníků zejména sester. Ze statistik vyplývá, že je možné vyzorovat u zdravotních sester a psychologů více rozvodů, toxikománie či psychiatrických problémů.

## 6. Souvislosti mezi zkoumanými jevy

V následující kapitole budou zkoumané jevy probrány v souvislostech a také z hlediska zkoumané profese. Abychom mohli demonstrovat rizika profese, která má za cíl pečovat o lidské životy v širším rozsahu, využijeme poznatků z oblastí všech vrstev zdravotnického personálu.

U problematiky užívání alkoholu a výskytu syndromu vyhoření dochází ke shodě v ovlivňujících faktorech, které mohou potencovat vznik těchto jevů. Jedná se o působení pracovního stresu na jedince. Když vezmeme profesi zdravotníka, můžeme zdůraznit rizikové faktory, které udávají odborníci jak u syndromu vyhoření, tak u problémů spojených s užíváním alkoholu. Je to zejména časová náročnost - směnný provoz, dlouhé služby, noční služby, z tohoto důvodu také špatná životospráva, příliš velká zodpovědnost za zdraví a životy pacientů a určitě také nespokojenost s finančním ohodnocením za vykonanou práci (Heller, Pecinová, 2011; Kallwass, 2007).

Závislost na alkoholu je zkoumána z nejrůznějších hledisek, avšak velkou pozornost přitahuje aspekt profesní. *„Je skutečností, opakovaně prokázanou studiemi našich i zahraničních odborníků, že procentuální zastoupení zdravotníků mezi pacienty terapeutických zařízení, která poskytují odvykací léčby, je vyšší, než by to odpovídalo jejich poměrnému zastoupení v populaci.“* (Heller, Pecinová, 2011, s. 42). Jaký je skutečný počet závislých zdravotníků se však přesně nedá zjistit, jelikož většina z nich svou závislost tají či popírá před sebou samým.

Nabízejí se také otázky, zda jsou zdravotníci rizikovou profesí či je práce ve zdravotnictví více ohrožující než jiná profesní oblast. Odborné zdroje uvádějí, že nelze jednoznačně určit kauzalitu mezi závislostí na alkoholu a zdravotnickou profesí, shodují se v tom, že nelze tyto souvislosti zjednodušit, protože žádná jednoznačná příčina vzniku závislosti na alkoholu neexistuje. Jedná se totiž o multifaktoriální působení na zdraví člověka (Heller, Pecinová, 2011). Jako nejdůležitější faktory u zdravotníků uvádí Heller (2011) mezi prvními snadnou dostupnost alkoholu, obzvláště pak léků, další je příležitost ke konzumaci a třetí udává souhlas spolupracovníků, tedy toleranci řady z nich ke konzumaci alkoholu. S těmito faktory se kombinuje také pracovní stres, tedy nároky profese, kterými jsou zodpovědnost za zdraví a životy lidí, směnný provoz, rozsáhlé služby, nepravidelná životospráva či nedostatečné finanční ohodnocení. Toto nastavení profese může ovlivňovat psychický stav jedinců a jejich počínání si s tímto problémem. Dále se nabízí otázka, proč se stávají častěji závislými ti, kteří vědí o problematice závislosti na návykových látkách více, než ostatní. Souvislosti se zdravotnickou profesí a problémy s návykovými látkami můžeme uvést na příkladu u lékařského povolání. Původ je uváděn již v samotné osobnostní struktuře, která má za následek už samotnou volbu povolání (Heller, 2011).

*„Převažuje názor, že lékaři a zdravotní sestry jsou návykovými nemocemi ohroženi více než běžná populace. Tento názor ale není akceptován všeobecně, někteří navíc poukazují na to, že vyšší účast zdravotníků v léčebných programech pro závislé může být částečně vysvětlena tím, že pro zdravotníky jsou možnosti léčby dostupnější“* (Nešpor, 2001). Dostupným výzkumem v ČR na téma závislosti u zdravotníků se zabýval MUDr. Trojan. Věnoval se zdravotníkům, kteří se nacházejí na psychiatrické klinice v Jihlavě a mají již prokázanou závislost. Zjistil, že ze zdravotníků se závislostí tvoří 70% nelékařský zdravotnický personál a dokonce v 74% dominuje závislost právě na alkoholu. Ve valné většině se také jednalo o zdravotníky pracující na lůžkovém oddělení obzvláště psychiatrickém a ARO/JIP. Vliv pracovního prostředí a zátěže na

vznik závislosti dle Trojana udává 35 % respondentů (Trojan, 2010). Poměrně často se také studie zaměřující na syndrom vyhoření právě u zdravotníků v intenzivní a urgentní péči, což vypovídá o rizikovosti této specifikace v různých oblastech (Lederer, 2008 in Šeblová, 2013).

Studie z roku 2014 na téma „Stres, deprese a životní styl v České republice“ pod záštitou Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN vyhodnotila první národní reprezentativní studii mezi více než tisícovkou pracujících lidí z celé ČR ve věku 25–65 let. Výsledky ukázaly, že projevy deprese, stresu a syndromu vyhoření jsou v české populaci poměrně časté a často jsou také propojeny s pasivním životním stylem, pracovním stresem či nadměrným užíváním alkoholu a léků (Raboch & Ptáček, 2015).

O souvislostech mezi užíváním alkoholu a výskytem syndromu vyhoření hovoří také studie z Finska, kde byly testovány osoby, které se již potýkají s problémovým užíváním alkoholu a obtíží spojenými s prací. Zvýšení skóre burnoutu bylo spojeno s nárůstem 80% v incidenci pro závislost na alkoholu u žen a zvýšení o 51% u mužů (Ahola, Honkonen, Pirkola et al., 2006).

Kvalita života v kontextu různých profesí nebývá příliš objektem zájmu, avšak toto téma může být právě u zdravotníků velmi významné vzhledem k náročnosti povolání a jeho zásahu do osobního života. Zahraniční studie zkoumaly vztah mezi pracovní spokojeností a kvalitou života u zdravotních sester, jejichž výsledky poukázaly na pozitivní korelaci (National Center for Biotechnology Information, 2003). Pracovní spokojenost je stěžejní také pro vznik syndromu vyhoření.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 7. Metodika

V této kapitole jsou popsány cíle výzkumu, metody a postupy, na jejichž základě jsme došli k uvedeným výsledkům a závěrům.

### 7.1 Výzkumný cíl a otázky

Cílem výzkumu je určit souvislosti mezi mírou konzumace alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a subjektivním hodnocením kvality života u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním zařízení.

VO1: Jaká je míra výskytu ukazatele syndromu závislosti u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním zařízení?

VO2: Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním zařízení?

VO3: Jaký je vztah mezi mírou konzumace alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a subjektivním hodnocením kvality života u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním zařízení?

- Jaká je korelace mezi skórem SMBM (Shirom-Melamed Burnout Measure) a skórem dotazníku AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)?
- Jaká je korelace mezi skórem WHO QOL (World Health Organization Quality of Life) a skórem dotazníku AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)?

### 7.2 Metoda sběru dat

Výzkum byl realizován pomocí standardizovaného dotazníkového šetření. Úvod dotazníku zahrnoval informace o tazateli a dále také důvody sběru dat ve vybrané profesní oblasti této tematiky. Byla zde nabídnuta pomoc a kontakt pro osoby, které se mohou s některým z problémů zkoumaných jevů potýkat. Samotný nástroj sběru dat obsahuje 21 otázek, kdy jsou ale některé otázky složeny z maticového výběru možností. V příloze je však dotazník rozdělen dle jednotlivých nástrojů pro srozumitelnější odkazy v praktické části. V první části dotazníku byly směřovány otázky na sociodemografické údaje - pohlaví, věk, vzdělání. Dále pak informace o povolání, které zahrnují kategorizování zdravotníka, obor zaměření, poté informace o pracovišti - kraj, kde se nachází, typu oddělení a jeho zaměření a v neposlední řadě také doba vykonávané činnosti v aktuálním zdravotnickém zařízení.

V dalším oddíle bylo využito některých psychologických nástrojů, které byly zvoleny na základě dostupnosti a vhodnosti pro výzkumné účely. Jedním z nástrojů byl dotazník WHO QOL (World Health Organization Quality of Life), který je určen k sebehodnocení kvality života. Obsahuje 26 položek a 4 domény, kterými jsou fyzické a duševní zdraví, sociální vztahy, prostředí a dvě samostatné položky hodnotící celkovou kvalitu života a zdraví. Odpovědi na tyto otázky jsou voleny na pětibodové hodnotící škále. WHOQOL-BREF je kvalitním měřicím nástrojem, který odpovídá současným požadavkům kladeným na instrumenty určené k odbornému měření kvality života. Domény a položky WHOQOL-BREF:

- Doména 1 - Fyzické zdraví: Bolest a nepříjemné pocity, závislost na lékařské péči, energie a únava, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti, pracovní výkonnost.
- Doména 2 - Prožívání: Potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou, negativní pocity.
- Doména 3 - Sociální vztahy: Osobní vztahy, sexuální život, podpora přátel.
- Doména 4 - Prostředí: Osobní bezpečí, životní prostředí, finanční situace, přístup k informacím, záliby, prostředí v okolí bydliště, dostupnost zdravotní péče, doprava.
- Samostatné položky - Kvality života, spokojenost se zdravím (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Další dotazník byl zaměřen na výskyt syndromu vyhoření, konkrétně se jedná o českou verzi Shiromovy-Melamedovy škály (SMBM), kterou upravil Kebza, Šolcová a Ptáček. Tento dotazník je orientován na zjišťování významu rizika syndromu vyhoření prostřednictvím 14 položek. Otázky jsou hodnoceny pomocí sedmibodové posuzovací stupnice. Stupnice představuje hodnocení, jak se cítily za posledních 30 dní v zaměstnání. Čím vyšší hodnota, tím větší riziko výskytu syndromu vyhoření (Ptáček, Raboch, Kebza et al, 2013).

Poslední důležitá data jsme získávali pomocí dotazníku zaměřeného na užívání alkoholu, kterým byl AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Dotazník obsahuje 10 otázek týkajících se vztahu respondentů k alkoholu. Získané odpovědi umožňují identifikovat poruchy způsobené užíváním alkoholu (Babor, 1992).

### 7.3 Realizace výzkumu

Před vlastním výzkumem bylo provedeno pilotní šetření u osob, jež odpovídají kritériím daného výzkumu s cílem ověřit si srozumitelnost i náročnost dotazníku jak časovou, tak obsahovou. Tento předvýzkum potvrdil srozumitelnost dotazníku a poskytl pro potenciální respondenty výzkumu informace o časové náročnosti.

Jak je již zřejmé z formulovaných cílů a otázek, cílovou skupinou pro tento výzkum jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci bez další specifikace. Základní soubor tvoří osoby vykonávající NLZP, které pracují ve zdravotnictví. Informace o stavu základního souboru poskytuje ÚZIS ČR. Ze základního souboru jsme získali výběrový soubor metodou záměrného (účelového) výběru. Účelový výběr vzorku je založen na úsudku tazatele, který soubor je třeba zkoumat, aby byl výzkumný problém zodpovězen. Jedná se o postup, kdy si předem cíleně vybíráme respondenty podle jejich určitých vlastností nebo podle jejich stavu či příslušnosti k určité skupině. To znamená, že cíleně vyhledáváme pouze takové jedince, kteří splňují námi dané kritérium a mají zájem se výzkumu účastnit (Disman, 2002). Naším kritériem bylo, aby respondenti byli nelékařskými zdravotnickými pracovníky pracujícími v nemocničním zařízení. Na základě poznání vlastností výběrového souboru se usuzují vlastnosti celé zkoumané populace, proto jsme se snažili, aby byl výběrový soubor, co nejvíce reprezentativním ze základního souboru (Olečká & Ivanová, 2010). Zahrnuli jsme do výzkumu respondenty ze všech krajů ČR. Realizace výzkumu probíhala nejprve vyhledáním seznamu všech nemocnic v ČR, dále byla vybírána komplexnější nemocniční zařízení, což bylo usuzováno z rozsahu oborového zastoupení oddělení v komplexu nemocnice, nebyly kontaktovány menší polikliniky či samostatná ambulantní zařízení. Po návštěvě webových stránek vybraných nemocnic byly získány e-mailové adresy a poté byl rozeslán hromadný e-mail do 78 zařízení s odkazem na dotazník a prosbou o zapojení

do výzkumu distribucí dotazníků na oddělení dle jejich volby. Některá z oslovených zařízení na výzvu reagovala, některá nikoliv, avšak i ta zařízení, která neodpověděla, se výzkumu mohla zúčastnit, vzhledem k nárůstu dotazníků za krátký časový úsek a zastoupení širšího spektra krajů. Prostřednictvím služeb online dotazníku bylo možné tento nárůst sledovat. Nelze tedy s jistotou určit zařízení, která se na výzkumu spolupodílela, ačkoliv to ani nebyl záměr kvůli zachování také institucionální anonymity. Několik zařízení odpovědělo, ale s tím, že se výzkumu neúčastní například z důvodu zatížení již jinými výzkumnými pracemi studentů či zákazu provádět tazatelům, studentům NLZP dotazníkové akce v souvislosti s tvorbou bakalářských, diplomových či jiných prací, na téma spokojenost zaměstnanců, syndrom vyhoření, užívání alkoholu apod. Dalším limitem byly také příliš vysoké náklady na výzkumné šetření na pracovišti. Z důvodu přetíženosti a znemožnění výzkumu prostřednictvím zdravotnických zařízení byla pro dosažení obsáhlejšího souboru zvolena navíc forma sběru dat prostřednictvím internetu. Dotazník byl šířen v různých sdruženích zdravotnických pracovníků na webu prostřednictvím sociálních sítí, jelikož zde se shlukuje spousta lidí různých generací, v různých skupinách a je tak možné získat větší část respondentů do výzkumu. Jednalo se o skupiny MedPharmJobs, Zdravotní sestřičky, bratři, záchranáři, Zdravotníci (lékaři, sestřičky, záchranáři). I přesto, že byl odkaz na online dotazník zveřejněn až po jeho distribuci do nemocničních zařízení i s odstupem většího časového úseku, nelze určit kolik dotazníků bylo získáno touto formou.

Podářilo se nám získat 268 vyplněných dotazníků, ze kterých byly vybrány pouze ty, které splňují kritéria výzkumného záměru a jsou pro nás plnohodnotné. Z těchto dotazníků jsme tedy vybraly pouze ty, které splňují kritérium doby výkonu svého povolání zdravotnického pracovníka nelékaře v nemocničním zařízení déle než tři měsíce. Tato minimální doba je určena z důvodu časového prostoru pro možný rozvoj syndromu vyhoření, který je jedním z jevů zkoumaných v této studii. Dále jsme vyřadili chybné dotazníky, k výzkumu tedy bylo využito 252 dotazníků.

Sběr dat probíhal převážně elektronicky formou online dotazníků pomocí služby Survio.com. Předpokládali jsme, že pracovníci ve zdravotnictví se dnes při svém zaměstnání neobejdou bez moderní technologie (počítač, internet), tudíž by neměl být problém s obtížností vyplnit dotazník online formou. V některých případech byla po konzultaci se zástupci zařízení, za účelem lepší návratnosti, uskutečněna distribuce formou papírovou, kdy byly dotazníky distribuovány a po týdnu osobně vybírány tak, aby se zachovala anonymita pracovníků. Touto formou bylo získáno 56 dotazníků.

#### **7.4 Etika ve výzkumu**

Všichni účastníci výzkumné činnosti i zprostředkující zařízení byla seznámena s účelem sběru dat a jejich použitím. Byl zajištěn respekt k participujícím osobám, ochrana osobních údajů a účastníků před poškozením, zachována jejich práva na soukromí, dobrovolnost a informovanost o věci výzkumu. Základní etickou normou pro zařazení do výzkumu je seznámení s účely práce a souhlas osob, jež jsou ochotné se spoluúčastnit se na výzkumu vyplněním dotazníku. Součástí dotazníku byly informace o účelech výzkumu, o formě a způsobu zacházení s osobními údaji a jejich ochraně v souladu s platným zákonem č. 101/2000 Sb.

## 7.5 Metoda zpracování a analýzy výsledků

Získaná data byla zpracována v Microsoft Office Excel metodou deskriptivní a matematické statistiky v podobě absolutních (N) a relativních četností (%) a interpretována pomocí tabulek a grafů.

Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF se vyhodnocovaly jako doménové skóry, které představují průměrný hrubý skór spočtený z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20 a jako hodnoty odpovědí dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav. Nejprve byly vypočítány průměrné skóry jednotlivých položek a domén, dále byly vypočteny hrubé skóry jednotlivých domén, které byly následně transformovány na škálu 4–20.

Dotazník SMBM a AUDIT byl vyhodnocen na základě sečtení skóru jednotlivých položek. Výsledky byly následně rozděleny do kategorií, které odpovídaly bodovému ohodnocení.

Získaná data byla dále testována pomocí matematického softwaru R. Z matematické statistiky byl proveden Spearmanův korelační test. Závislost (korelace) mezi kvantitativními jevy byla analyzována výpočtem Spearmanova korelačního koeficientu, který umožňuje kvantitativně stanovit, jak těsná je souvislost mezi jevy. Koeficient může nabývat hodnot od -1 do +1. Testová statistika byla provedena pomocí vzorce  $p = 1 - \frac{6\sum d_i^2}{n(n^2-1)}$ , kde  $d_i = x_i - y_i$  pak zamítáme nulovou hypotézu, pokud  $|\rho| > \frac{u(\frac{\alpha}{2})}{\sqrt{n-1}}$ .

Dále byla použita analýza regresního modelu. Zde jsme se podívali, zda se výsledky skóru WHOQOL dají popsat pomocí lineárního regresního modelu, kde jako popisnou proměnnou použijeme výsledek skóru AUDIT. Vytvořili jsme tedy model  $WHOQOL = \beta_0 + \beta_1 * AUDIT$ . Poté jsme tento porovnávali s modelem, kde skóry WHOQOL byly modelovány jen pomocí konstantního interceptu a použili jsme analýzu rozptylu na porovnání modelu a podmodelu, abychom zjistili, zda se náš odhad skóru WHOQOL signifikantně vylepší přidáním skóru AUDIT jako popisné proměnné do

modelu. Testová statistika tohoto F-testu má tvar  $F_0 = \frac{\frac{SS_e^0 - SS_e}{r - r_0}}{\frac{SS_e}{n - r}}$ , kde  $SS_e$  je součet residuí umocněných na druhou v plném modelu jen s interceptem,  $r$  je počet koeficientů v plném modelu a  $r_0$  je počet koeficientů v modelu jen s interceptem (tedy je roven jedné) a  $n$  je počet všech pozorování. Tato testová statistika má platnosti nulové hypotézy F-rozdělení. Testy byly prováděny na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ .

## 8. Vyhodnocení a interpretace dat

V této kapitole je popsán výzkumný soubor, dále je zde rozbor jednotlivých dotazníků a shrnutí výsledných dat pro výzkumné otázky.

### 8.1 Charakteristika zkoumaného souboru

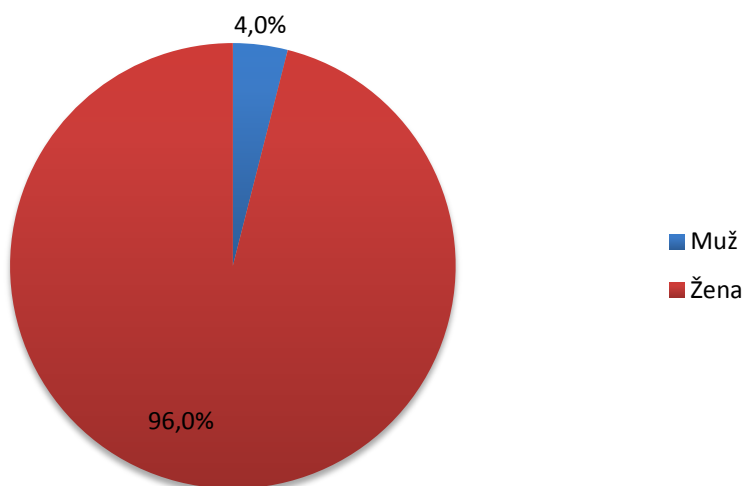
#### Rozdělení respondentů dle pohlaví

Genderovou skladbu respondentů zobrazuje tabulka 3. Výzkumný soubor byl zastoupen ženami i muži, jejich celkový počet činil 252 respondentů. Mezi respondenty výrazně převládaly ženy v počtu 242 (96%), jelikož se jedná o typ profese, který preferují ženy. Mužský soubor zastupovalo pouze 10 respondentů (4%). Procentuální zastoupení pohlaví také znázorňuje graf 1.

Tabulka 3 Pohlaví respondentů

Pohlaví	N	%
Muž	10	4,0%
Žena	242	96,0%
<b>Celkem</b>	<b>252</b>	<b>100,0%</b>

Graf 1 Genderová skladba respondentů



#### Rozdělení respondentů dle věku

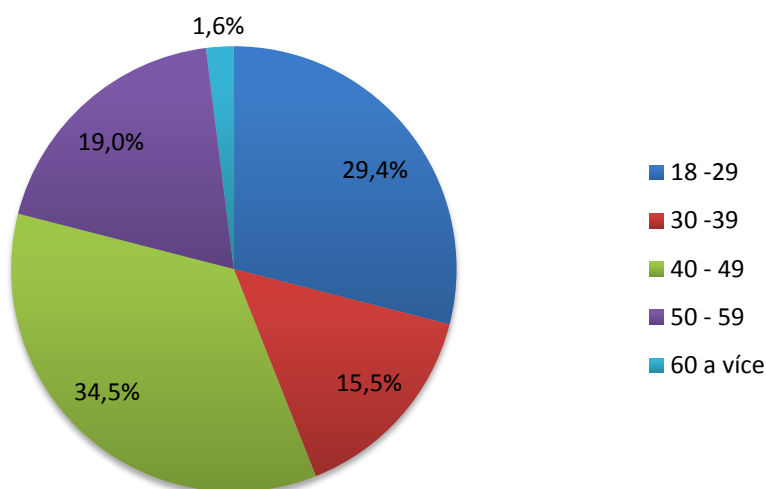
Věk respondentů je v tabulce 4 znázorněn v pěti kategoriích. Rozsáhlé zastoupení bylo ve věkové kategorii 40 až 49 let v počtu 87 respondentů (34,5% z celku). Následuje věkové rozmezí 18 až 29 let, kde odpovídalo 74 respondentů (29,4%) z toho 3 muži, zbytek ženy. V kategorii 50 – 59 let bylo také hojné zastoupení, zejména pak žen. Ve věkovém rozmezí 30 – 39 let se vyskytlo nejvíce respondentů z mužského zastoupení, a to polovina z celkového počtu 10. Žen bylo v této kategorii 34, což je 15,5% z celku. Nejméně respondentů bylo ve věku 60 a více let v sestavě pouze ze 4 žen (1,6%) a žádných mužů. Věkové kategorie jsou také schematicky znázorněny grafem 3.



**Tabulka 4** Věk respondentů

Věk	Muži	Ženy	%
18 -29 let	3	71	29,4%
30 -39 let	5	34	15,5%
40 – 49 let	1	86	34,5%
50 – 59 let	1	48	19,0%
60 a více let	0	4	1,6%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>242</b>	<b>100,0%</b>

**Graf 2** Věková skladba respondentů

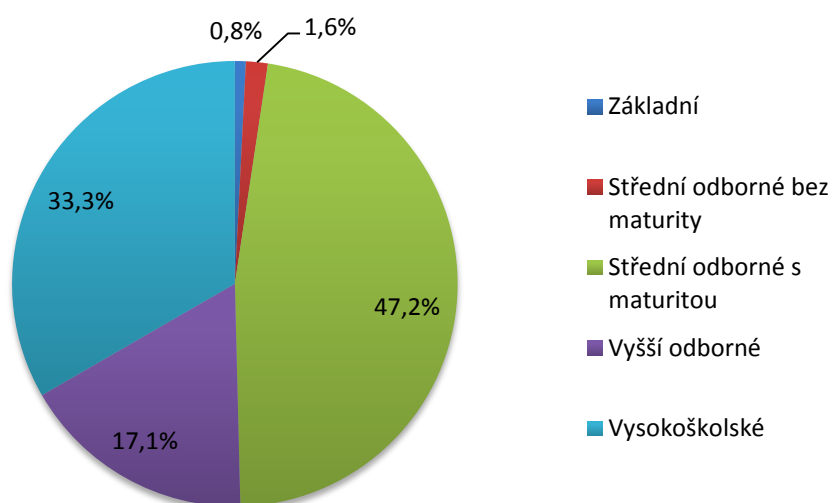


### **Rozdělení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání**

V tabulce 5 je znázorněno zastoupení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání. Nejvíce respondentů zde bylo se středním odborným vzděláním s maturitou v počtu 115 žen a 4 muži (47,2%). Další nejčetnější kategorií bylo vzdělání vysokoškolské u 81 žen a 3 mužů (33,3%). Dále následovala kategorie s vyšším odborným vzděláním, které zastupovalo 42 žen a jeden muž (17,1%). Nejméně respondentů mělo střední odborné vzdělání bez maturity (1,6%) a základní vzdělání (0,8%). Přehledné procentuální zastoupení zobrazuje graf 4.

**Tabulka 5** Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Muži N	Ženy N	%
Základní	1	1	0,8%
Střední odborné bez maturity	1	3	1,6%
Střední odborné s maturitou	4	115	47,2%
Vyšší odborné	1	42	17,1%
Vysokoškolské	3	81	33,3%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>242</b>	<b>100,0%</b>

**Graf 3** Nejvyšší dosažené vzdělání

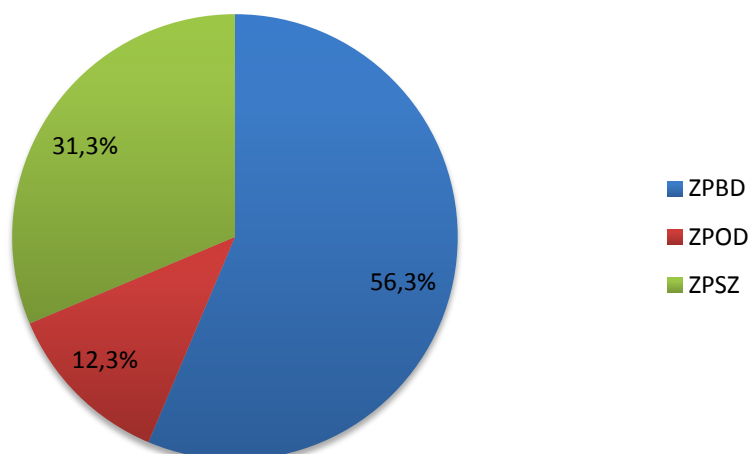
### Kategorizace dle způsobilosti v zaměstnání

Tabulka 6 znázorňuje zastoupení respondentů dle způsobilosti výkonu povolání, které se dělí na: ZPBD - zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti, ZPSZ - zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti, ZPOD - zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Více o rozdělení způsobilostí v kapitole 5. Schématické rozložení kategorií zobrazuje graf 5.

**Tabulka 6** Způsobilost v zaměstnání

Způsobilost k povolání	Muži N	Ženy N	%
ZPBD	5	137	56,3%
ZPOD	2	29	12,3%
ZPSZ	3	76	31,3%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>242</b>	<b>100%</b>

**Graf 4** Způsobilost v zaměstnání



### Rozdělení respondentů dle oboru vzdělání

Výzkumný soubor byl složen z různých oborů vzdělání, avšak nejvíce zde bylo respondentů všeobecných sester 177 (70,2%). Tabulka 7 zobrazuje zastoupení oborů v absolutní četnosti u mužů a žen a relativní četnosti celku.

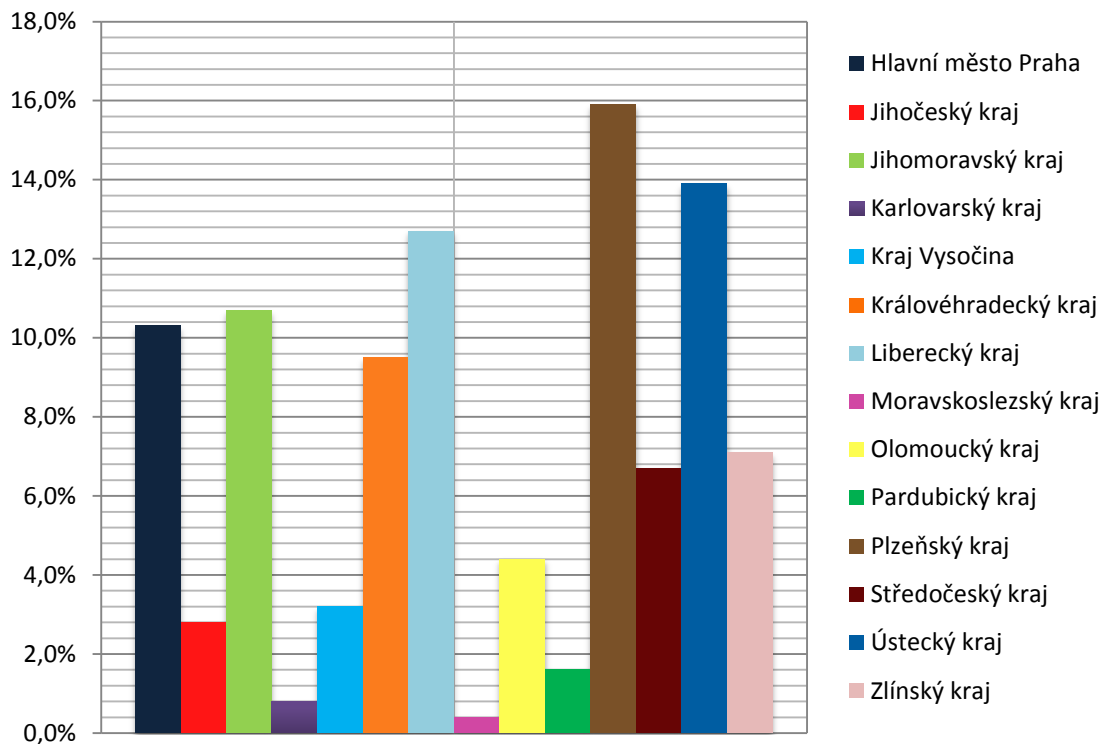
**Tabulka 7** Obor vzdělání

Obor	Muži N	Ženy N	%
Adiktolog	0	1	0,4%
Dětská sestra	0	5	2,0%
Fyzioterapeut	1	8	3,6%
Nutriční terapeut	1	0	0,4%
Ošetřovatelka	0	1	0,4%
Porodní asistentka	0	12	4,8%
Radiologický asistent	1	1	0,8%
Rehabilitační sestra	0	1	0,4%
Sanitář	1	3	1,6%
Všeobecná sestra	4	173	70,2%
Zdravotní laborant	0	9	3,6%
Zdravotnický asistent	1	22	9,1%
Zdravotnický záchranář	1	6	2,8%
Celkem	10	242	100,0%

## Rozdělení dle kraje výkonu povolání

Graf 5 zobrazuje kraje výkonu povolání. Výzkumný soubor se skládá ze zástupců všech krajů ČR. Nejvíce respondentů pracuje v Plzeňském kraji 15,9%, dále také v Ústeckém kraji 13,9% a v Libereckém kraji 12,7%. Nejmenší zastoupení je z Moravskoslezského kraje 0,4% a Karlovarského kraje 0,8%.

**Graf 5** Kraj místa zaměstnání



## Rozdělení dle typu oddělení

Tabulka 8 zobrazuje rozdělení respondentů dle toho, na jakém typu oddělení pracují. Nejvíce osob pracuje na lůžkovém oddělení (65,5%) a nejméně v terénu (0,8%).

**Tabulka 8** Typ oddělení

Typ oddělení	N	%
Ambulantní	47	18,7%
Laboratoře	9	3,6%
Lůžkové	165	65,5%
Lůžkové/Ambulantní	18	7,1%
Management	5	2,0%
Operační sály	6	2,4%
Terén	2	0,8%
<b>Celkem</b>	<b>252</b>	<b>100,0%</b>

## Rozdělení dle zaměření oddělení

Tabulka 9 ukazuje výčet specifických oddělení, na kterých respondenti pracují. Nejvíce respondentů zde udalo dvě nejzákladnější oddělení a to internu 17,5% a chirurgii 14,3%, dále pak ARO a JIP ve 13,1%.

**Tabulka 9** Zaměření oddělení

Zaměření oddělení	N	%
Adiktologická ambulance	1	0,4%
ARO/JIP	33	13,1%
Klinická laboratoř	9	3,6%
Gastroenterologie	7	2,8%
Geriatric	3	1,2%
Gynekologie a porodnictví	9	3,6%
Chirurgie	36	14,3%
Infekční oddělení	4	1,6%
Interna	44	17,5%
Kardiologie	8	3,2%
Management	3	1,2%
Následná dlouhodobá péče	11	4,4%
Nefrologie	5	2,0%
Neurochirurgie	3	1,2%
Onkologie	9	3,6%
Ortopedie	7	2,8%
Pediatric	14	5,6%
Plicní oddělení	6	2,4%
Praktický lékař	3	1,2%
Přednemocniční péče (terén)	2	0,8%
Psychiatric	6	2,4%
Radiodiagnostika	2	0,8%
Rehabilitační oddělení	9	3,6%
Stomatologie	1	0,4%
Traumatologie	8	3,2%
Různá	9	3,6%
<b>Celkem</b>	<b>252</b>	<b>100%</b>

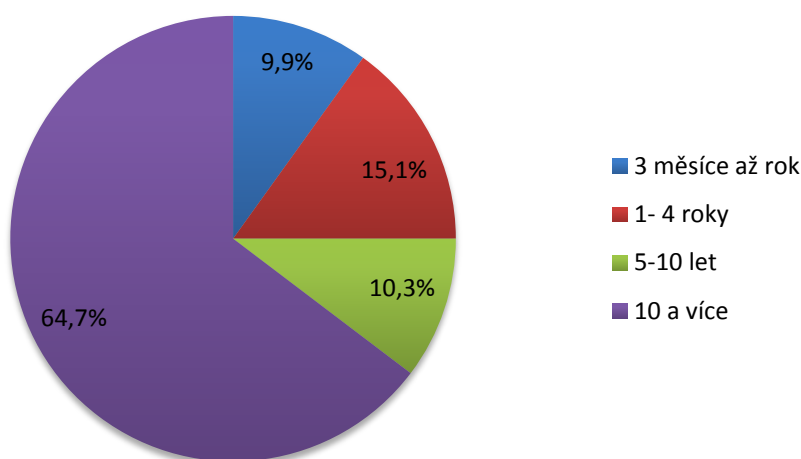
## Rozdělení dle délky praxe ve zdravotnictví

V tabulce 10 je délka praxe kategorizována do 4 úrovní. Nejvíce respondentů udalo, že pracuje ve zdravotnictví více jak 10 let (64,7%). Další kategorie byly zastoupeny téměř rovnoměrně.

Tabulka 10 Délka praxe

Délka praxe	N	%
3 měsíce až rok	25	9,9%
1- 4 roky	38	15,1%
5-10 let	26	10,3%
10 a více	163	64,7%
<b>Celkem</b>	<b>252</b>	<b>100,0%</b>

Graf 6 Délka praxe



## 8.2 Explorační analýza dat

### 8.2.1 Vyhodnocení nástroje WHO QOL

V této podkapitole jsou interpretována výsledná data WHOQOL dvou hlavních položek se samostatným hodnocením celkové kvality života a spokojenosti se zdravím (tabulka č. 11), jednotlivých položek s průměrnými skóry (tabulka č. 12) a výsledné hodnoty doménových skóru (tabulka č. 13). Pro výpočty jsou použity aritmetické průměry, maximální a minimální hodnoty. Výsledky jsou porovnávány s populační normou dle Dragomirecké (2006).

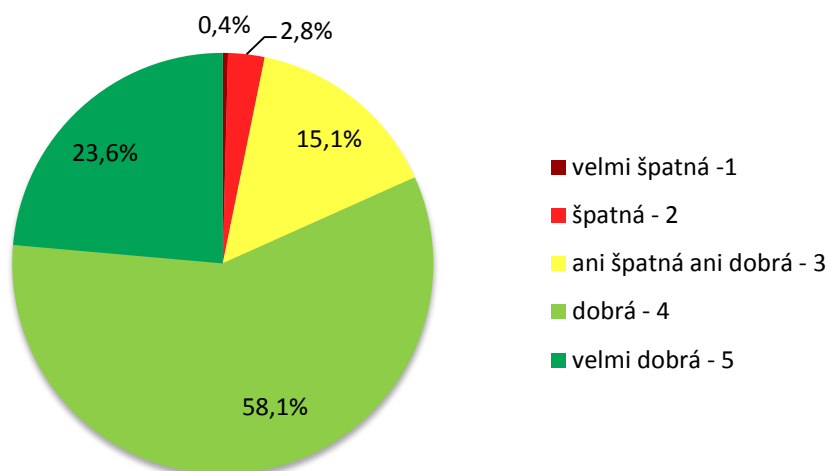
Tabulka 11 porovnává hodnocení celkové kvality života u nelékařských zdravotnických pracovníků s populační normou (3,82). Poukazuje na vyšší skóre u populace zkoumané touto studií s průměrem 4,03. Další samostatná položka se zaměřuje na spokojenost se zdravím, u běžné populace činí průměr 3,68 u zkoumané populace (3,76) není průměr signifikantně rozdílný od populační normy.

**Tabulka 11** Průměrné skóry samostatných položek (nezahrnují se do výpočtu skóre)

Samostatné položky	Zkoumaná populace		Populační norma	
	průměr	N	průměr	N
Celková kvalita života	4,03	252	3,82	310
Spokojenost se zdravím	3,76	252	3,68	310

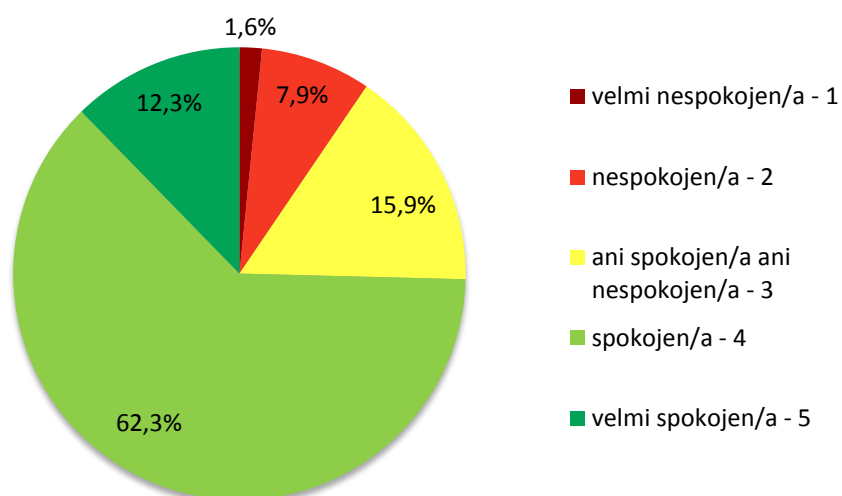
Graf 7 ukazuje, že největší zastoupení respondentů označuje svou celkovou kvalitu života za dobrou (58,1%). Za velmi dobrou kvalitu života považuje 23,6% dotazovaných. Patnáct procent říká, že jejich kvalita života není ani špatná, ani dobrá. Pouze 2,8% osob hodnotí svou kvalitu života jako špatnou a 0,4% ji označuje za velmi špatnou.

**Graf 7** Procentuální rozložení hodnocení celkové kvality života (WHOQOL-BREF)



Graf č. 8 udává, že valná většina respondentů (62,3%) je se svým zdravím spokojena. Velmi spokojeni jsou respondenti v procentuálním zastoupení 12,3%. V 15,9% neudávají dotazovaní ani spokojenost, ani nespokojenost. Skoro osm procent je se svým zdravím nespokojeno a 1,6% dokonce velmi nespokojeno.

**Graf 8** Procentuální rozložení hodnocení spokojnosti se svým zdravím (WHOQOL- BREF)



Tabulka 12 porovnává průměrné hodnoty jednotlivých položek dotazníku WHOQOL s populační normou dle Dragomirecké (2006). Průměry zkoumané populace se pohybují ve vyšších hodnotách, než je tomu u populační normy.

**Tabulka 12** Průměrné skóry jednotlivých položek WHOQOL-BREF

		Zkoumaná populace N = 252	Populační norma N = 310
Doména	Položka	Průměr	Průměr
Fyzické zdraví	Bolest nebo nepříjemné pocity (ot. 3)	4,18	4,03
	Závislost na lékařské péči (ot. 4)	4,31	4,16
	Energie a únava (ot. 10)	3,65	3,62
	Pohyblivost (ot. 15)	3,89	4,27
	Spánek (ot. 16)	3,51	3,61
	Každodenní činnosti (ot. 17)	3,71	3,76
	Pracovní výkonnost (ot. 18)	3,96	3,76
Duševní zdraví	Potěšení ze života (ot. 5)	4,21	3,83
	Smysl života (ot. 6)	4,33	3,86
	Soustředění (ot. 7)	3,99	3,55
	Spokojenost se svým vzhledem (ot. 11)	3,83	3,90
	Sebeúcta (ot. 19)	3,69	3,57
	Negativní pocity (ot. 26)	3,57	3,47
Životní podmínky	Osobní bezpečí (ot. 8)	3,68	3,24
	Životní prostředí (ot. 9)	3,54	2,85
	Finanční situace (ot. 12)	3,26	2,87
	Informovanost (ot. 13)	4,13	3,87
	Záliby (ot. 14)	3,61	3,33
	Spokojenost s bydlením (ot. 23)	4,02	3,54
	Dostupnost zdravotnické péče (ot. 24)	4,03	3,70
	Doprava. (ot. 25)	3,85	3,19
Sociální vztahy	Osobní vztahy (ot. 20)	3,92	3,75
	Sexuální život (ot. 21)	3,70	3,64
	Podpora přátel (ot. 22)	4,05	3,85

Tabulka 13 ukazuje na nejvyšší průměr ze všech domén v oblasti duševního zdraví 15,74, který je výše postavený než průměr populační normy 14,78. Životní podmínky dosahují průměrného hodnocení 15,57, avšak objevuje se zde nejnižší minimální hodnota 6,67. V porovnání s populační normou, která udává hodnotu průměru 13,30, je zde výrazný rozdíl. Hodnoty fyzického zdraví se v průměru pohybují v 15,54. Sociální vztahy mají průměrné hodnocení nejnižší (15,06), ale minimální hodnoty této domény zastávají nejvyšší hodnotu (9,00). Všechny domény dosáhly nejvyšší horní hranice hodnocení, tedy maximální hodnoty 20. Žádná z domén nedosáhla v minimálních



hodnotách spodní hranice 4. Ostatní domény jsou v porovnání s populační normou vyrovnané.

**Tabulka 13** Hodnoty doménových skóre WHOQOL-BREF u zkoumané populace a u běžné populace

Domény	Zkoumaný soubor N = 252			Populační norma N = 310		
	průměr	min.	max.	průměr	min.	max.
Fyzické zdraví	15,54	7,43	20,00	15,55	5,14	20,00
Duševní zdraví	15,74	8,00	20,00	14,78	6,67	20,00
Sociální vztahy	15,06	9,00	20,00	14,98	4,00	20,00
Životní podmínky	15,57	6,67	20,00	13,30	6,00	18,50

### 8.2.2 Vyhodnocení dotazníku SMBM

V následujících podkapitolách jsou uvedeny výsledná data dotazníku SMBM, na který respondenti odpovídali pomocí sedmibodové škály, kde hodnoty 1-7 představovaly, jak se cítili za posledních 30 dní v práci:

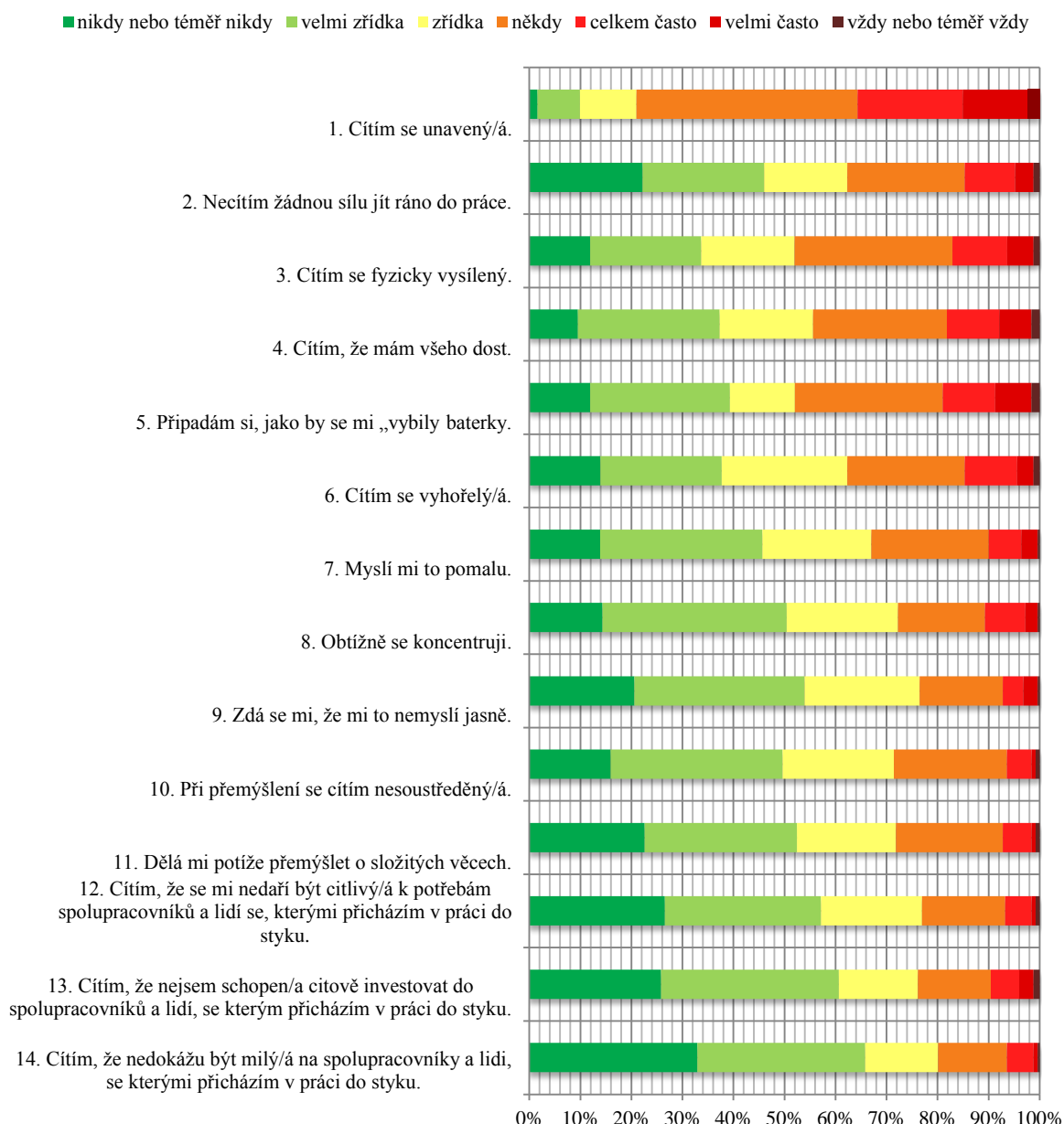
- 1 - nikdy nebo téměř nikdy;
- 2 - velmi zřídka;
- 3 - zřídka;
- 4 - někdy;
- 5 - celkem často;
- 6 - velmi často;
- 7 - vždy nebo téměř vždy.

Narůstající skór reprezentuje narůstající riziko syndromu vyhoření, součet skóre ze všech položek vyjadřuje celkový skór SMBM.

### Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku SMBM

V následující podkapitole je znázorněna pomocí grafu 9 relativní četnost u jednotlivých položek dotazníku, na který respondenti odpovídali pomocí sedmibodové škály. Otázky 1. - 6. znázorňují pocity v zaměstnání v rovině fyzické. U otázky č. 1 zabývající se únavou je vidět, že odpovědi respondentů únavu spíše potvrzovaly. Otázka č. 2, která hodnotí dostatečnost síly jít ráno do práce, se pohybuje převážně v rozmezí, které udává dostatek sil. Fyzicky vysílení se dotazovaní dle otázky č. 3 cítí pouze někdy či prokazují absence potíží. V otázce č. 4 a 5 se také nevyskytují výrazné obtíže a hodnoty se pohybují buď ve středních hodnotách, nebo v nižších, to vypovídá o nízké míře problému s touto oblastí. Otázka č. 6 říká „cítím se vyhořelý“, hodnocení je v souladu s otázkou spíše negativní, tedy udává odpověď nikdy nebo téměř nikdy či zřídka. U otázek č. 7-11, které se týkají míry kognitivního vyčerpání, se odpovědi respondentů pohybují ve střední bodové části nebo v hodnocení neudávajícím zátěž v této oblasti. Poslední rovinou dotazníku SMBM je emoční opotřebení, které hodnotí otázky č. 12 - 14. Kde se hodnocení emoční oblasti v pracovním prostředí pohybovalo v rozměrech neudávajících potíže.

**Graf 9** Znárodnění relativní četnosti dle bodové škály u jednotlivých otázek.



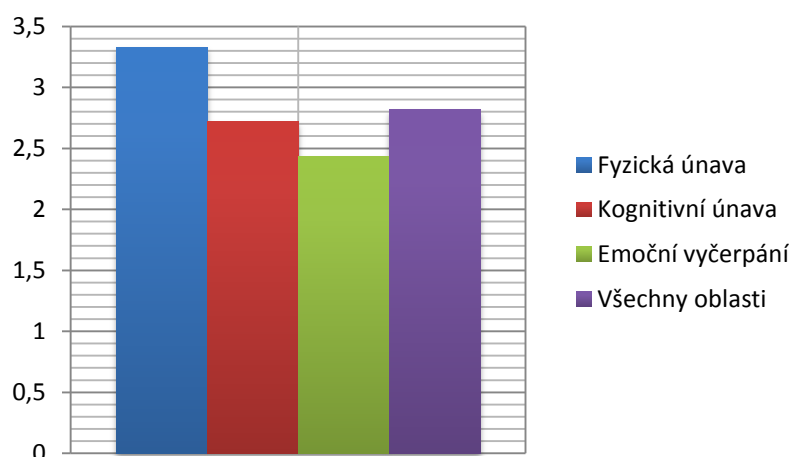
### Vyhodnocení subškál dotazníku SMBM

Tabulka 14 znázorňuje průměry odpovědí v subškálách dotazníku SMBM, kdy čím vyšší hodnoty, tím větší riziko výskytu syndromu vyhoření. V kategorii fyzické únavy bylo průměrné hodnocení nejvyšší 3,33. Kognitivní únava udávala průměr 2,72 a nejnižší hodnoty byly u emočního vyčerpání, tedy zde jsou obtíže průměrně nejméně výrazné. Celkově tyto oblasti udávaly průměr 2,82. Schématické znázornění průměrů zobrazuje graf 10.

**Tabulka 14** Vyhodnocení subškál dotazníku SMBM

Položky dotazníku	Subškály	Průměr	Odchylka
1. - 6.	Fyzická únava	3,33	0,37
7. - 11.	Kognitivní únava	2,72	0,40
12. - 14.	Emoční vyčerpání	2,43	0,58
<b>1. - 14.</b>	<b>Všechny oblasti</b>	<b>2,82</b>	<b>0,11</b>

**Graf 10** Schéma průměrů subškál a celkového hodnocení dotazníku



### Vyhodnocení celkových skóre SMBM

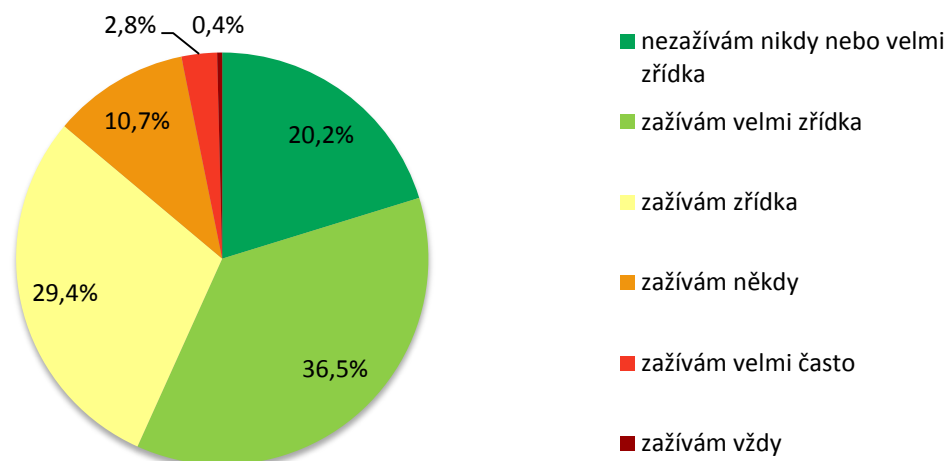
V tabulce č. 15 je již výpočet skóre rozdělen do kategorií dle působených obtíží. Na základě výsledných skóre je znázorněno, jak často dotazovaný zažívá pocity, které jsou spojeny se syndromem vyhoření. V normě se pohybuje 20,2% z celkového počtu respondentů. Tyto osoby nezažívají projevy burnout syndromu nikdy nebo velmi zřídka. Nevyšší procento (36,5%) zastává kategorie vyhodnocení, kde respondenti zažívají projevy velmi zřídka, a to v počtu 92 osob. Druhou nejvíce zastoupenou kategorií je zátěž s mírnými projevy zřídka v počtu 74 dotazovaných (29,4%). Čtvrtá kategorie udává přítomnost projevů, které respondenti zažívají „někdy“ v 10,7%, tedy 27 osob. Závažné projevy provázející dotazované „velmi často“ jsou udávány u 7 dotazovaných (2,8%). Pouze jeden respondent se neustále potýká s velmi závažnými projevy spojenými s výskytem syndromu vyhoření, což činí 0,4% z celku.

**Tabulka 15** Vyhodnocení celkových skóre SMBM

SMBM	Muži N	Ženy N	%
Norma	2	49	20,2%
Velmi mírné projevy	4	88	36,5%
Mírné projevy	4	70	29,4%
Přítomné projevy	0	27	10,7%
Závažné projevy	0	7	2,8%
Velmi závažné projevy	0	1	0,4%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>242</b>	<b>100,0%</b>

Intenzitu výskytu syndromu vyhoření znázorňuje tabulka 15, graf 11 se stejnými hodnotami popisuje kategorie frekvencemi prožívání. Projevy syndromu vyhoření v nejvyšší míře popisuje 0,4%. O něco méně se projevy objevují u 2,78% a 10,71% respondentů zažívá projevy syndromu vyhoření někdy. Zbylé kategorie jsou obsaženy vyšším počtem respondentů a zastoupeny podobnými hodnotami, které značí přítomnost projevů pouze zřídka či nikdy.

**Graf 11** Vyhodnocení celkových skóre SMBM



### 8.2.3 Vyhodnocení nástroje AUDIT

#### Vyhodnocení jednotlivých položek dotazníku AUDIT

Graf 12 znázorňuje barevně relativní četnost hodnocení u jednotlivých položek dotazníku, na který respondenti odpovídali pomocí bodové škály, která hodnotí jejich vztah k alkoholu. Škály se u jednotlivých otázek liší, proto jsou zde popsány otázky s jejich bodovacím systémem:

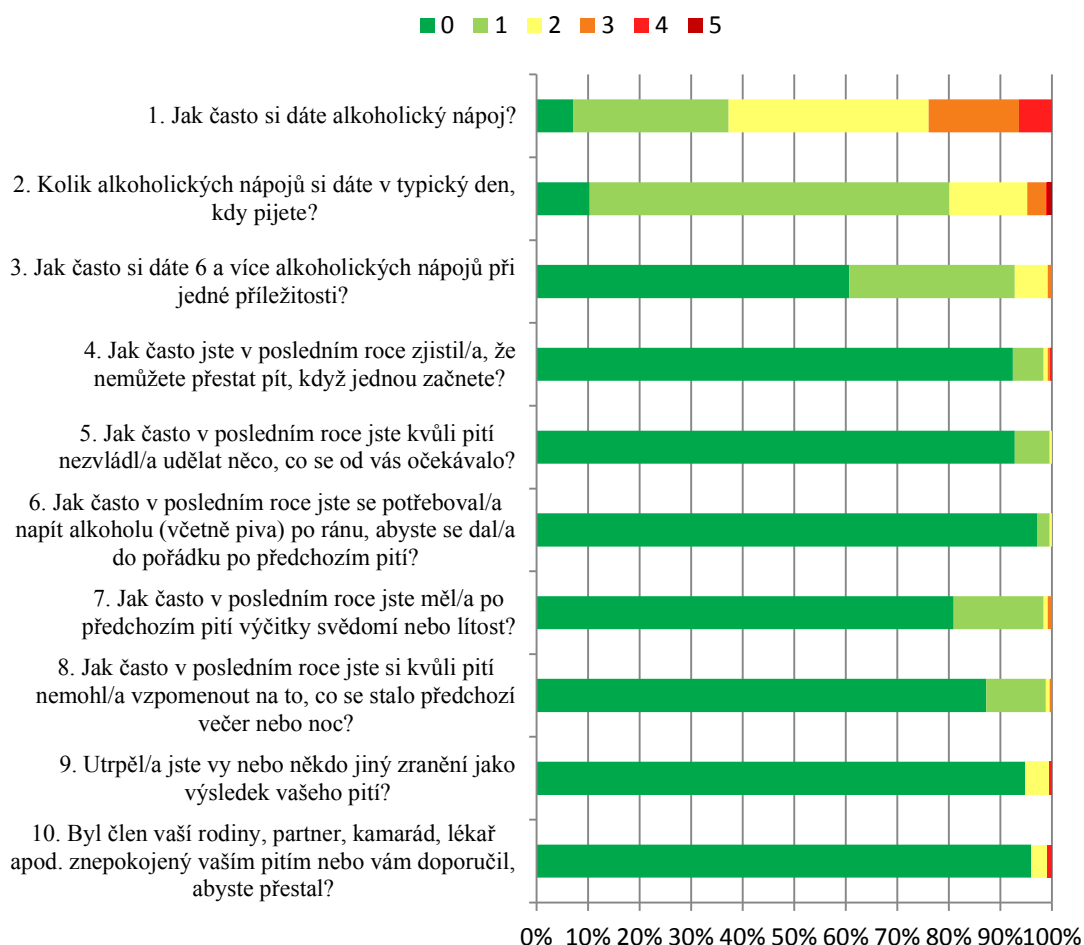
(ot. 1) **0** = nikdy, **1** = méně než jednou za měsíc, **2** = 2 až 4krát za měsíc, **3** = 2 až 3krát za týden, **4** = vícekrát než 4krát za týden;

(ot. 2) **0** = 0, **1** = 1 až 2, **2** = 3- 4, **3** = 5až 6, **4** = 7 až 9, **5** = 10 a více;

(ot. 3 - 8) **0** = nikdy, **1** = méně než jednou měsíčně, **2** = každý měsíc, **3** = každý týden, **4** = denně nebo téměř denně;

(ot. 9,10) **0** = nikdy, **2** = ano, ale ne v posledním roce, **4** = ano, během posledního roku.

**Graf 12** Hodnocení jednotlivých položek dotazníku AUDIT

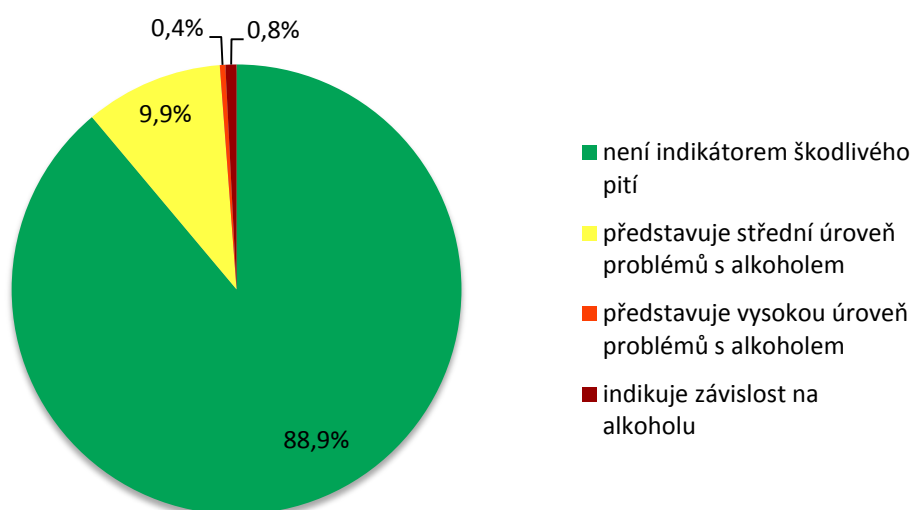


Výstupem AUDIT testu je vyhodnocení, které je znázorněno tabulkou 16. Čím vyšší je hodnota AUDIT skóre, tím větší jsou problémy u daného člověka s alkoholem. Pokud se jedná o osoby s výsledným skórem v kategorii „není indikátorem škodlivého pití“, nejsou nutné žádné intervence, doporučuje se pouze preventivní alkoholová výchova. Tato tabulka ukazuje na největší zastoupení v kategorii, která neindikuje škodlivé pití, a to v počtu 224 respondentů (88,9%), z toho 8 mužů, což je více jak polovina z mužského zastoupení. Další kategorie nepředstavuje zatím závažné problémy, ale signalizuje střední úroveň problémů s alkoholem, tuto úroveň zastupuje 25 respondentů (9,9%). Jeden respondent (0,4%) se s výsledným skórem pohybuje v kategorii, která představuje vysokou úroveň problémů s alkoholem. Poslední úroveň představuje indikaci závislosti na alkoholu, v tomto pásmu se vyskytují 2 respondenti, tedy 0,8% z celkového počtu. Pro přehlednost kategorizace výsledků je zde graf 13.

**Tabulka 16** Vyhodnocení skóre dotazníku AUDIT

AUDIT	Muži N	Ženy N	%
Není indikátorem škodlivého pití	8	216	88,9%
Střední úroveň problémů s alkoholem	2	23	9,9%
Vysoká úroveň problémů s alkoholem	0	1	0,4%
Indikátor závislosti na alkoholu	0	2	0,8%
<b>Celkem</b>	<b>10</b>	<b>242</b>	<b>100,0%</b>

**Graf 13** Vyhodnocení skóru dotazníku AUDIT



#### 8.2.4 Vyhodnocení výzkumných otázek

**VO1:** Jaká je míra výskytu ukazatele syndromu závislosti u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním zařízení?

Míra výskytu problémů působených alkoholem byla již znázorněna tabulkou 16 či grafem 13. Problematika alkoholu není v našem výzkumném souboru příliš obsáhlá, spíše naopak. Závislost na alkoholu je zde indikována pouze u 0,8% respondentů, a to pouze u žen. Alarmující jsou také hodnoty z kategorie vysoké úrovně problémů s alkoholem, kde se pohybuje 0,4%. Střední úroveň potíží představuje 9,9%. Jednotlivé položky dotazníku, jak je vidět na grafu 12, byly bodovány ve velké míře hodnotou 0, která ve většině případů značí úplnou absenci potíží s alkoholem.

**VO2:** Jaká je míra výskytu syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním zařízení?

Velmi závažné projevy syndromu vyhoření zažívá pouze 1 respondent (0,4%), se závažnými projevy se potýká již 7 (2,8%) respondentů a přítomnost projevů zažívá občas skoro 30 respondentů (10,7%). Zbylí respondenti zažívají mírné či žádné projevy. Ač v malé míře, valná část respondentů zažívá určité projevy syndromu vyhoření. Nejvíce je zasažena je dle průměru oblast fyzická.

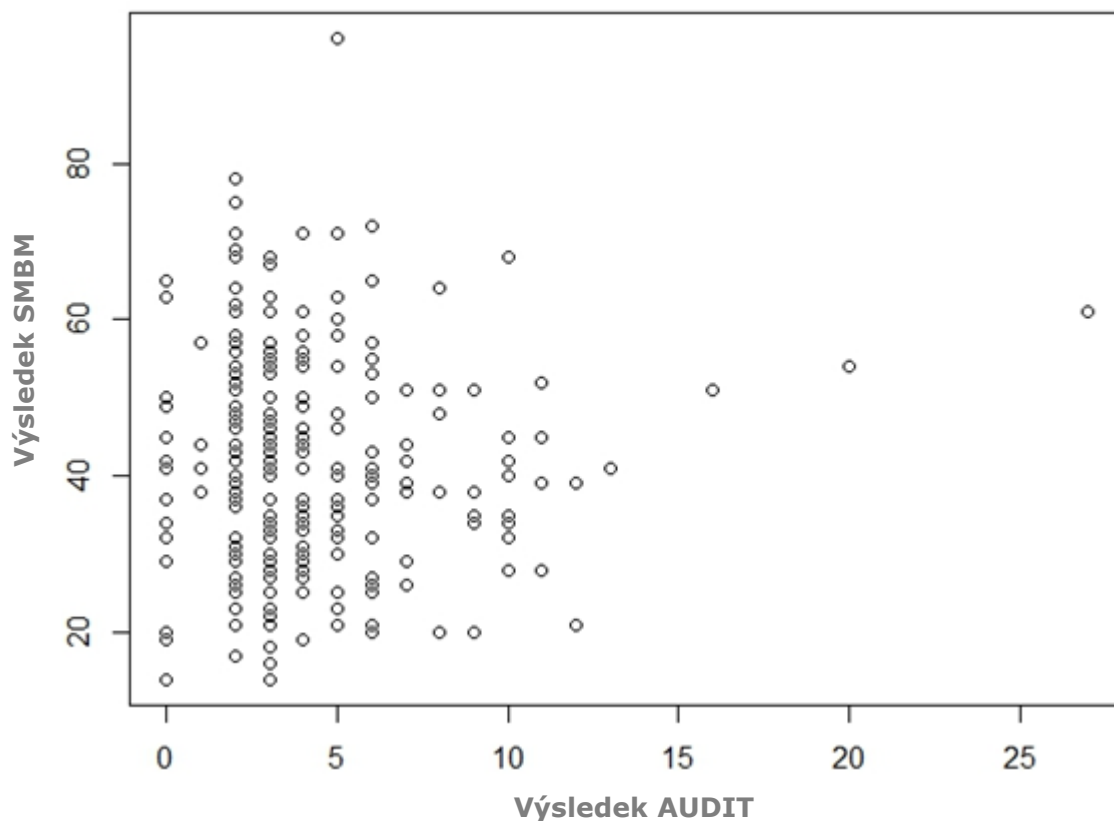
**VO3:** Jaký je vztah mezi mírou konzumace alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a hodnocením kvality života u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním zařízení.

**a. Jaká je korelace mezi skórem SMBM (Shirom-Melamed Burnout Measure) a skórem dotazníku AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)?**

Spearmanův koeficient korelace pro skór dotazníku AUDIT a skór SMBM vychází 0,0605 a provedeme-li Spearmanův test korelace s nulovou hypotézou takovou, že korelační koeficient je roven nule, oproti alternativní hypotéze, že je nenulový,

dostaneme hodnotu testové statistiky rovné 2783516, s p-hodnotou 0,49. Na hladině významnosti 95% nezamítáme nulovou hypotézu, a tedy výsledky skóru dotazníku AUDIT a SMBM jsou nezávislé.

**Graf 14** Korelace mezi skórem SMBM a AUDIT



Regresní model SMBM:

$$SMBM = 40,7857(\text{není indikace}) - 0,12657(\text{při střední indikaci}) + 10,2143(\text{při větší indikaci}) + 16,7143(\text{při jisté indikaci})$$

V tabulce 20 jsou znázorněny průměrné skóry SMBM s rozdělením do skupin výsledků AUDIT testu na základě indikace škodlivého užívání alkoholu.

Žádný z těchto koeficientů ale není signifikantní, provedli jsme tedy Test analýzy rozptylu modelu, kde jsou použity výsledky AUDITu, a kde nikoliv, čímž jsme zjistili, zda je model s AUDIT skórem signifikantně lepší.

Testová statistika testu ANOVY je 1,15 s p-hodnotou 0,33, což znamená, že model s výsledky AUDITu není lepší než model bez nich, a to se shoduje s tím, že skóry AUDIT dotazníku a skóry SMBM jsou nezávislé.

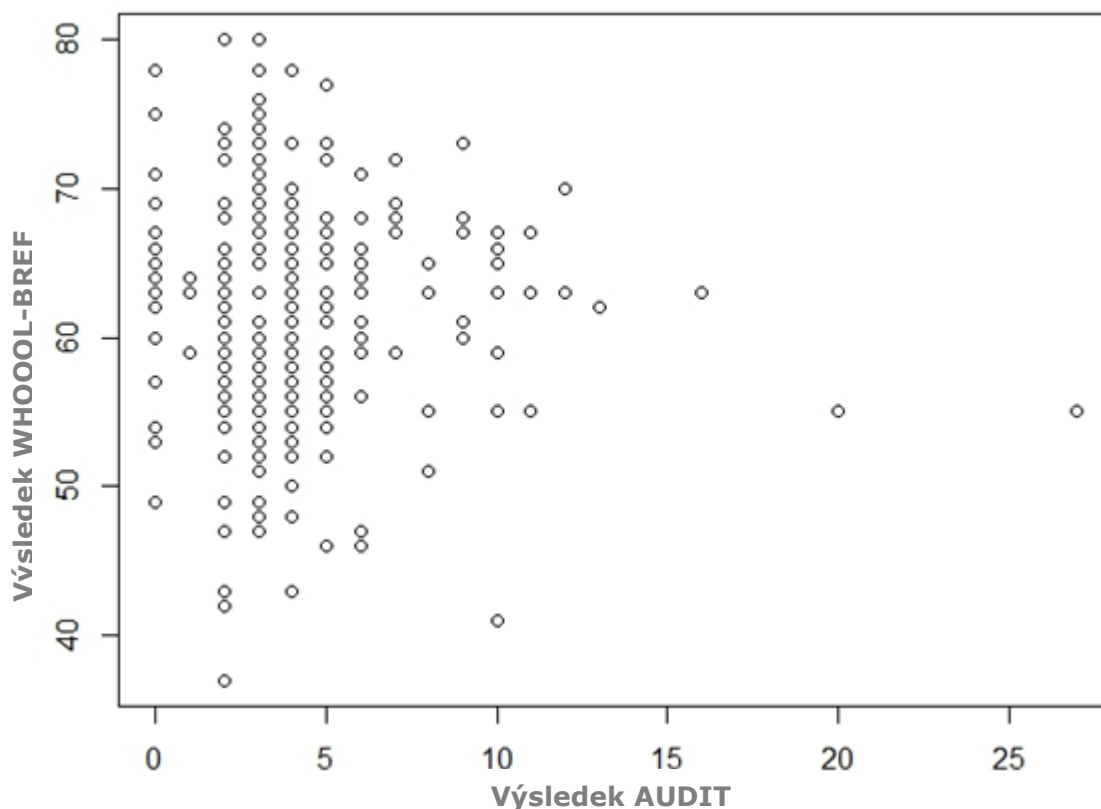
**Tabulka 17** Průměrné skóry SMBM s výsledky AUDIT testu

	Skór AUDIT			
	Není indikátorem škodlivého pití	Střední úroveň problémů s alkoholem	Vysoká úroveň problémů s alkoholem	Indikátor závislosti na alkoholu
<b>Skór SMBM</b>	40,79	40,66	51,00	57,50

**b. Jaká je korelace mezi skórem WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) a skórem dotazníku AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)?**

Spearmanův koeficient korelace pro skór dotazníku AUDIT a skór WHOQOL vychází 0,0605 a provedeme-li Spearmanův test korelace s nulovou hypotézou takovou, že korelační koeficient je roven nule, oproti alternativní hypotéze, že je nenulový, dostaneme hodnotu testové statistiky rovné 2505570 s p-hodnotou 0,34. Na hladině významnosti 95% nezamítáme nulovou hypotézu, a tedy výsledky skóru dotazníku AUDIT a WHOQOL jsou nezávislé.

**Graf 15** Korelace mezi skórem WHOQOL a AUDIT



**Regresní model WHOQOL:**

$$\text{WHOQOL} = 61,9688 - 0,1288(\text{při mírné indikaci}) \\ + 1,0313(\text{při větší indikaci}) - 6,968 (\text{při velké indikaci})$$

V tabulce 21 jsou znázorněny průměrné skóry WHOQOL s rozdělením do skupin výsledků AUDIT testu na základě indikace škodlivého užívání alkoholu.

Žádný z těchto koeficientů ale není signifikantní, provedli jsme tedy Test analýzy rozptylu modelu, kde jsou použity výsledky AUDITu, a kde nikoliv, čímž jsme zjistili, zda je model s AUDIT skórem signifikantně lepší.

Testová statistika testu ANOVY je 0,57 s p-hodnotou 0,63, což znamená, že model s výsledky AUDITu není lepší než model bez nich, a to se shoduje s tím, že skóry AUDIT dotazníku a skóry WHOQOL jsou nezávislé.



**Tabulka 18** Průměrné skóry WHOQOL s výsledky AUDIT testu

	Skór AUDIT			
	Není indikátorem škodlivého pití	Střední úroveň problémů s alkoholem	Vysoká úroveň problémů s alkoholem	Indikátor závislosti na alkoholu
Skór WHOQOL	61,97	61,84	63,00	55,00

## 9. Diskuze

Diplomová práce se zabývá souvislostmi mezi mírou užívání alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a kvalitou života. Do výzkumu bylo zařazeno 252 kompletně a správně vyplněných dotazníků splňujících kritéria výzkumu. U respondentů převažovala skupina žen (242 žen – 96 %) oproti mužům (10 mužů – 4 %). Věkové kategorie byly rozděleny do 5 skupin.

Ve výzkumné části práce jsme provedli rozbor jednotlivých výzkumných metod a interpretovali zjištěné výsledky. Následně jsme mezi výslednými skóry testovali korelaci zkoumaných jevů. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaký je vztah mezi mírou konzumace alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a subjektivním hodnocením kvality života u nelékařských zdravotnických pracovníků pracujících v nemocničním zařízení.

Naším prvním cílem bylo stanovit míru výskytu ukazatele syndromu závislosti u nelékařských zdravotnických pracovníků, která byla měřena dotazníkem AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test). Problematika závislosti na alkoholu je v České republice signifikantní. Česká republika patří k zemím s nejvyšší spotřebou alkoholu na jednoho obyvatele. Podle materiálů Světové zdravotnické organizace problémy působené alkoholem souvisejí právě s jeho spotřebou s cca 16 l na obyvatele staršího 15 let (WHO, 2011 in Hnilicová, 2014). Alkohol se u nás konzumuje ve velmi zvýšené míře a problémy s ním má dle statistik v ČR cca 25% mužů a 10% žen. Dle studií z roku 2010, které vedl MUDr. Csémy, je v ČR závislých na alkoholu zhruba 550 tisíc. Výzkumy EMCDDA (The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) poukazují na nejvyšší míru škodlivosti alkoholu ve srovnání s tvrdými drogami (Sochová, 2011). Alkohol by se měl považovat za tvrdou, velmi nebezpečnou drogu díky vysokému návyku zejména v psychicky náročných obdobích, kdy se stává jistou berličkou. Problém spočívá v jeho dostupnosti, v legalitě a v tom, že je spojován s významnými událostmi či rituály.

Studie vedené Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN v Praze, které zkoumají stres, deprese a životní styl v České republice, poukazují na příležitostnou konzumaci alkoholu u 69 % respondentů a 14 %, kteří uvádějí, že plně abstinují, avšak 17 % přiznává velmi častou až denní konzumaci alkoholu (Raboch & Ptáček, 2015).

Diagnostiku problémů působených alkoholem komplikuje podceňování, popírání a pocity stigmatizace zvláště u žen. Vzhledem k vysokému zastoupení žen v tomto výzkumu může být limitem sběru autonomních dat právě podceňování problémů, nebo stud z nastalé situace. Výsledky dotazníku AUDIT poukazují pouze na 0,8% z celkového počtu respondentů problémového pití, kde je velmi pravděpodobná závislost na alkoholu a je žádoucí vyšetření u lékaře adiktologicky zaměřeného nebo psychiatra. Alarmující hodnoty byly také v 0,4%, kde se jedná o konzumenta s vysokým rizikem škodlivého pití. V tomto pásmu je vysoké riziko rozvoje zdravotních komplikací, jako důsledků škodlivého požívání alkoholu. Doporučená je krátká intervence se sledováním, opakovaný motivační rozhovor a poskytnutí svépomocné brožury. Střední úroveň problémů s alkoholem provází 9,9%, kde se také mnohdy jedná o rizikové pití, které může zasahovat do různých oblastí života. Pro tyto konzumenty je vhodná krátká rada s odkazem na svépomocné materiály. Doporučeným množstvím alkoholu jsou maximálně dva standardní nápoje denně u mužů a jeden standardní nápoj u žen. Standardním nápojem se míní 1 púllitr běžného piva (4% alkoholu) nebo 1 sklenice vína (2 deci/12%) nebo 1 sklenka destilátu (50 ml/40%) a nejméně dva dny v týdnu alkohol vůbec nepít (Csémy, Čápková, 2015). Více jak jeden až dva standardní

nápoje si dá cca 20% respondentů ze zkoumaného vzorku v různém rozsahu. Limit vícekrát než čtyřikrát za týden překročilo pouze 4,6% respondentů. Je všeobecně známo, že muži konzumují alkohol častěji než ženy i ve větší míře. V tomto výzkumu byly ve valné většině zastoupeny ženy, což může mít také vliv na výsledky dotazníkového šetření, ve smyslu snížení výskytu problémové konzumace alkoholu. Ačkoliv v tomto výzkumu se v rizikových hodnotách vyskytovaly ženy (viz tabulka č. 16), nikoliv muži. Převážná část mužů se pohybovala v pásmu umírnění konzumentů či úplní abstinenti.

Klientelou léčebných zařízení zabývajících se problémy s alkoholem jsou v ženském povolání mezi častými spotřebiteli této péče zdravotní sestry. Tato profese bývá mnohdy spojována se stresem a únavou, je zde třeba přijmout značný díl zodpovědnosti či se popasovat s velkou psychickou náročností. V těchto situacích si pak osoby pod takovým nátlakem pomáhají alkoholem (Halfarová, 2014).

Druhým cílem této práce bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u nelékařských zdravotnických pracovníků. Tento cíl byl realizován pomocí dotazníku SMBM (Shirom-Melamed Burnout Measures), kde dotazovaní hodnotili pomocí sedmibodové škály pocity, které je provázely v zaměstnání za poslední měsíc. Čím vyšší hodnota, tím rozsáhlejší výskyt syndromu vyhoření. Výskyt velmi závažných projevů syndromu vyhoření, které jsou přítomny neustále, byl prostřednictvím dotazníku SMBM zaznamenán pouze u 0,4% ze zkoumaného souboru, a to pouze u žen. Závažné projevy vyskytující se velmi často udávaly také pouze ženy 2,8% z celku. Přítomnost projevů, které se někdy projevují, bylo zaznamenáno již u 10,7% a mírné projevy, které se objevují zřídka, udává už 29,4% (74 respondentů) z toho 4 muži. S velmi mírnými symptomy se potýkají ve 36,5% (92 respondentů) z toho opět 4 zástupci mužského pohlaví a v normě se pohybuje 20,2% (51 respondentů), kam spadají pouze dva muži. Tato data vypovídají o určitém výskytu projevů syndromu vyhoření s nižší intenzitou ve většině případů, avšak pouze u minoritní skupiny se jedná o závažnější alarmující projevy. Přítomnost projevů se může ale se zvyšující se délkou praxe více prohlubovat, proto je nutné dbát o duševní hygienu a případně včas tyto obtíže identifikovat. V našem souboru je zastoupeno nejvíce osob, které pracují ve zdravotnictví více jak 10 let, a právě u nich se skóre SMBM pohyboval v kategorii závažných projevů. Poměrně často se studie zaměřují na zdravotníky v intenzivní a urgentní péči. Lederer (2008 in Šeblová, 2013) uvádí, že 34,4 % pracovníků (lékařů a sester) jednotek intenzivní péče v univerzitní nemocnici bylo ohroženo vyhořením a dalších 6 % splňovalo kritéria plně rozvinutého syndromu. Také uváděl, že jedinci s plně rozvinutým vyhořením udávali signifikantně častěji, že by si stejné povolání již ne zvolili. V našem výzkumu se osoby pracující v intenzivní a urgentní péči, tedy pracovníci vykonávající přednemocniční péči či pracující na ARO a JIP, bez výjimky vyskytovali v pásmu mimo normu, tedy spíše v rozmezích s přítomnými projevy burnout syndromu či dokonce s projevy závažnými. Studie z Turecka zjišťovaly výskyt burnoutu také u personálu urgentních příjmů, kde se výzkumu zúčastnilo 102 respondentů. Průměrný skóre syndromu vyhoření se pohyboval ve středním pásmu. U pracovníků urgentních příjmů byla zjištěna korelace s příznaky a délkou praxe. U praxe do 4 let nebyly zjištěny žádné příznaky vyhoření u 25 % respondentů, mezi 5 a 9 roky praxe je bez symptomů 17,2 % a nad 10 let měli příznaky vyhoření bez výjimky (Kartal et al., 2006 in Šeblová, 2013). Také v našem výzkumu se v hodnotách signalizujících závažnější projevy objevují respondenti, kteří pracují ve zdravotnictví v rozmezí 5 - 10 let či více jak 10 let. V České republice je výskyt syndromu vyhoření poměrně výrazně vázán na kraj. Nejvyšší výskyt syndromu vyhoření je v Moravskoslezském,

Libereckém a Královéhradeckém kraji. V Praze je vyhořelých osob méně, za to je ale vyhoření vyšší intenzity. Na vysočině je syndrom vyhoření nejméně častý a nejméně intenzivní (Raboch & Ptáček, 2015). V našem výzkumu byly kvantitativně vyšší hodnoty v Praze, poté v Jihomoravském kraji a také Ústeckém. Hodnocení se pohybovalo mezi velmi závažnými projevy až projevy přítomnými více méně opakovaně. Královéhradecký a Liberecký kraj měl průměrně méně osob potýkajících se s projevy syndromu vyhoření a vyskytujících se spíše v normě. Jak již bylo zmíněno v teoretické části, syndrom vyhoření může být nebezpečný jak pro samotné poskytovatele péče, tak i pro jejich spotřebitele. V Nizozemské studii, která zahrnovala 2115 respondentů lékařů ve specializační přípravě, studovali vztah mezi chybami a syndromem vyhoření. Ač se nejedná o nelékařský zdravotnický personál, ukažme si, jak nebezpečná může být práce, kterou vykonávají osoby s projevy syndromu vyhoření. V 94 % během své přípravy někdy udělali chybu, ale bez dopadů na pacienta, 56 % udělalo chybu s negativními dopady na pacienta, respondenti se syndromem vyhoření uváděli významně více chyb (Prins, 2009 in Šeblová, 2013). Kognitivní oblast dotazníku SMBM byla v našem výzkumu hodnocena v průměru 2,72, to znamená, že se s problémy v kognitivní oblasti respondenti tohoto výzkumu potýkají spíše zřídka. O něco hůře, ale stále v žádané rovině byla hodnocena subškála týkající se fyzické únavy. Zde dosahoval průměr 3,33, hodnoty značí též výskyt fyzického vyčerpání v menším rozsahu, avšak s nejvyšší hodnotou ze všech oblastí. To může být vysvětleno náročností povolání díky dvanáctihodinové pracovní době, nočním směnám či manipulací s imobilními klienty. Posledním pásmem dotazníku SMBM bylo hodnocení emočního vyčerpání, které vykazovalo nejpříjemnější průměrný výsledek z jednotlivých domén, a činil 2,43. Emoční vyčerpání zažívá valná většina respondentů velmi zřídka. Komplexní hodnocení pocitů, které respondenty provázely v zaměstnání, dosahovalo průměru 2,82. Tedy průměrné hodnocení nevypovídá o výrazných problémech v kontextu syndromu vyhoření, avšak přítomnost některých projevů nevyklučuje. Limitem může být metoda samovýběru, kde se nemusely zúčastnit právě osoby, které se s tímto problémem potýkají výrazněji a u kterých vládne nezáměr o cokoliv.

Součástí hlavního cíle je zjistit vztah mezi užíváním alkoholu, výskytem syndromu vyhoření, ale také hodnocení kvality života nelékařským zdravotnickým personálem. V oblasti posouzení kvality života jsme použili dotazník WHOQOL-BREF, kde byly jednotlivé položky hodnoceny na pětibodové škále, kdy čím vyšší hodnota, tím větší spokojenost v daných oblastech života. Pro komplexní zachycení problematiky výzkumu je zde shrnutí a porovnání výsledků také tohoto dotazníku. Dobrá kvalita života u zdravotnického personálu vede ke snižování počtu pracovních nebezpečí a zátěží. Celoživotní vzdělávání poskytuje zaměstnancům osobní, behaviorální, kognitivní a emoční přínos pro kvalitu života. V souladu s přístupem k celoživotnímu vzdělávání zdravotního profesionála je nutné uvědomit si, že kvalita života je záležitost, která také snižuje náklady na zdravotní péči. Pro kvalitu života zdravotnických profesionálů jsou důležité vzdělávací programy, ale i dostatečný počet zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních. Dotazník WHOQOL se u nás nejčastěji používá u osob potýkajících se s různými druhy onemocnění, ale některé výzkumy již přistupují k onemocnění, jako k něčemu, co vůbec nemusí být faktorem, který se podílí na subjektivním vnímání kvality života (Serinkan & Kaymakçı, 2013). Zahraniční studie zkoumaly vztah mezi pracovní spokojeností a kvalitou života u zdravotních sester. Studie byla založena na vzorku 501 sester, u kterých byl použit dotazník WHOQOL-BREF. Výsledky poukázaly na pozitivní korelaci mezi pracovní spokojeností a kvalitou života (National Center for Biotechnology Information, 2003). Využití takovýchto studií u zdravotnických pracovníků poukazuje na důležitost zaměřit se na kvalitu života

i u zdravých osob a využívat tento dotazník nejen u nemocných osob, ale také například v závislosti na vykonávané profesi. Celkovou kvalitu života hodnotí majoritní část (58,1%) dotazovaných nelékařských zdravotníků jako dobrou a průměr jejich odpovědí činí 4,03, což je vyšší hodnocení než je tomu u populační normy (3,82) dle Dragomirecké (2006). Nižších průměrných hodnot dosahují odpovědi u další z hlavních otázek, která se ptá na spokojenost se zdravím. Zde činí u zkoumané populace průměr 3,76, což se příliš neliší od normy populace 3,68 (Dragomirecká, 2006). Valná většina (62,3%) respondentů je spokojena se svým zdravím. Hodnocení kvality života u respondentů tohoto výzkumu se pohybuje relativně v kladných hodnotách. Důvodem těchto výsledků může být opět metoda výběru výzkumného vzorku, čímž mohlo dojít k neúčasti osob, které jsou celkově nespokojené a bez iniciativy zapojit se do takového výzkumu. Některé zdravotnické profese vyžadují fyzicky náročné úkony zejména u imobilních pacientů, či z hlediska dlouhodobého stání, kterým se zatěžuje muskuloskeletální systém. U zdravotnických pracovníků se můžeme setkat se zdravotními obtížemi již v mladém věku, které se většinou týkají právě pohybového aparátu. Takové zdravotní obtíže mohou být nejen překážkou ve výkonu zaměstnání, ale také v celkové kvalitě života. Otázka č. 3 v tabulce 13 se zabývala fyzickou bolestí a jejím omezením, zde bylo průměrné hodnocení 4,18. Většina respondentů se tedy nepotýká s bolestí, která by je omezovala v běžném životě. Pouze 15 respondentů z celkového počtu udává hodnocení 2, což značí, že je bolest hodně omezuje v běžných činnostech. Bolest může také ovlivnit výkon v zaměstnání, což může vést i k chybovosti, která může být nebezpečná jak pro zaměstnance samotného, tak pro klienta služeb. Otázka č. 18 se ptá na spokojenost se svou schopností pracovat, zde průměr činil 3,96, to značí spokojenost v této oblasti. Fyzickou stránku může také zasáhnout práce na směny, a to zejména směny noční, kde dochází k narušení biorytmu. Z bezprostředního hlediska je ovlivněn hormonální systém, termoregulace, fyzická výkonnost, ale i fungování mozku, včetně ovlivnění nálady. Z dlouhodobého hlediska mohou tyto změny vést až k závažným chronickým metabolickým, kardiovaskulárním či nádorovým onemocněním (*Night work 'throws body into chaos'*, 2014). Otázka č. 16 se ptá na spokojenost se spánkem, zde se hodnota průměru pohybovala mezi hodnocením 3 až 4 body, to značí, že je spánek hodnocen průměrně až spíše pozitivně. Samostatná otázka týkající se spokojenosti se zdravím a otázka, která se ptá na potřebu lékařské péče, nepoukazuje na přítomnost výrazných zdravotních komplikací například v důsledku nočních směn či fyzické zátěže povolání. Dalším aspektem hrajícím roli v kvalitě fyzického zdraví může být časový přes v době výkonu povolání, který zapříčiňuje nedostatek času na jídlo a pití, tedy na dodržování pravidelného stravování a hydratace. Dehydratace organismu může vést k bolestem hlavy, čímž se potencuje podrážděnost a také případná nepozornost. Nesprávné stravování může též časem vést ke vzniku vředového onemocnění. Riziko vředové choroby je navíc potencováno stresem, který je v této profesi častý a může ovlivňovat kvalitu života. Povolání zdravotnických pracovníků je velmi stresovou záležitostí, a to zejména z důvodu důležitosti lidského vztahu u těchto profesí. Součástí kvality života je též duševní zdraví. Zdravotnická profese je náročným povoláním, které je mnohdy provázeno značnou psychickou zátěží, díky vysoké zodpovědnosti za zdravotní stav pacienta, potažmo za jeho život. Zdravotník je často nucen dělat rychlá a závažná rozhodnutí nebo výkony, se kterými není ztotožněn. Denně je v kontaktu s lidským utrpením, smrtí a zármutkem. Někdy je i sám tím, kdo bolest působí při diagnostických či terapeutických zákrocích. Takové situace mohou vést k otázkám smyslu života. V dotazníku se otázka č. 6 ptá právě na smysluplnost vlastního bytí, průměr odpovědí zúčastněných respondentů dosahuje 4,33, což vypovídá o tom, že majoritní část

respondentů považuje svůj život za smysluplný. Příčinou psychické zátěže mohou být také nepřetržité nároky na intenzivní vnímání a aktivaci organismu zdravotníka, neustálá potřeba zapojovat paměťové procesy, potřeba flexibilního a logického myšlení. Soustředěnost je v práci zdravotníka velmi důležitá, ptali jsme se respondentů, jak jsou schopni soustředit se. Zde byl vypočítán průměr odpovědí 3,99, to představuje dostatečnou schopnost soustředění. Povolání vyžaduje neustálé interakce s lidmi, zvýšené požadavky na kladné vlastnosti osobnosti a také samotný obsah. Chování ke klientům a jejich vnímání osobnosti zdravotníka se také odvíjí od vlastní spokojenosti sama se sebou, tedy sebeúctou. Sebeúctu hodnotili respondenti v průměru 3,69, to značí více než průměrnou spokojenost. Dotazník WHOQOL-BREF hodnotil také oblast sociální. Když se opět zaměříme na profesi zdravotníka, můžeme konstatovat, že i takové povolání může mít neblahý vliv na sociální život. Časová náročnost dvanáctihodinových služeb či třísměnný provoz může narušit osobní vztahy i sexuální život. Unavený a vyčerpaný člověk může být nepříjemný, podrážděný, nemá čas na přátele, což může vést také k nedostatku sociální podpory, ztrátě přátel nebo dokonce i rodiny. Na spokojenost s osobními vztahy a sexuálním životem jsme se také ptali v rámci hodnocení kvality života. Průměr z odpovědí činil u otázky zaměřující se na osobní život obecně 3,92, u dotazu na sexuální život 3,7, to vypovídá o tom, že je většina respondentů v této oblasti spíše spokojena. Další otázka v sociální sféře se ptá na přátele a podporu z jejich strany. Zde průměr odpovědí dosáhl dokonce 4,05. Poslední oblastí dotazníku WHOQOL byly podmínky, ve kterých dotazovaný žije. Jedna z otázek se týkala rozsahu příležitostí pro rozvoj svých zájmů. Zájmy jsou součástí kvality života a udržování určité fyzické i duševní rovnováhy. Respondenti tohoto výzkumu hodnotili otázku v průměru 3,61. Některé nižší hodnoty se mohou odvíjet právě od nedostatku času či energie z důvodu náročného pracovního života. Finanční situaci vnímají zdravotničtí pracovníci tohoto výzkumu v rozmezí středních hodnot (3,26). Finanční ohodnocení ve zdravotnictví není příliš uspokojivé, v tomto výzkumu se však nevyskytují významné odchylky ve vnímání finanční situace negativně a znemožnění uspokojování svých potřeb. Otázka č. 8 se táže na vnímání osobního bezpečí, zde činil průměr odpovědí 3,68, to je hodnota, která popisuje pocity bezpečí „středně“ až „hodně“ dobré. Nižší hodnoty se mohou odvíjet od uvědomění si, že bezpečí zdravotníků může být ohroženo například agresivními pacienty, různými fyzikálními faktory, biologickým materiálem či podmínkami, ve kterých zdravotník vykonává svou práci.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze provedla na podzim roku 2014 a vyhodnotila první národní reprezentativní studii na téma „Stres, deprese a životní styl v České republice“ mezi více než tisícovkou pracujících lidí z celé ČR ve věku 25–65 let. *„Je to první takto zaměřený výzkum v ČR. Jeho výsledky jsou značně alarmující. Ukázalo se, že projevy deprese, stresu a syndromu vyhoření jsou v české populaci poměrně časté. Předpokládáme, že tato závažná situace souvisí též s pasivním životním stylem, pracovním stresem, případně nadměrným užíváním alkoholu a léků“* (Raboch & Ptáček, 2015). Jejich studie udávají, že osoby se středními a těžkými projevy deprese volí jako častější řešení svých obtíží léky, alkohol, eventuálně práci, zatímco osoby s nižšími projevy deprese se věnují více volnočasovým aktivitám. Zajímavým zjištěním je, že osoby s žádnými nebo minimálními projevy deprese konzumují alkohol příležitostně, což bylo největším zastoupením u míry užívání alkoholu (69%) a zhruba 1 x týdně, zatímco osoby, které alkohol nekonzumují vůbec nikdy nebo naopak více než jednou týdně, vykazují výrazně vyšší projevy deprese. Deprese je závažné duševní onemocnění, které velmi často provázejí pocity snížené výkonnosti v práci i v osobním životě, což může i zásadním způsobem ovlivnit celý život dané osoby, případně také

míru konzumace alkoholu (Raboch & Ptáček, 2015). Hovoříme zde o depresi, která je diferenciatně odlišitelná od syndromu vyhoření, avšak může být také jeho vedlejším příznakem. Rozlišení mezi identifikací deprese a burnout syndromu spočívá v oblasti působení negativních pocitů, které se týkají převážně profesního života (Kebza, Šolcová, 2003). Korelace mezi výskytem syndromu vyhoření a intenzitou užívání alkoholu, může spočívat v kladném vztahu k alkoholu, kdy se alkohol stane jistou „antidepresivní“ medikací právě v neúnosných situacích, týkajících se pracovního života (Ühlinger, 2009).

V našem výzkumu byly tyto dva jevy podrobeny korelaci na základě výsledných skóre dotazníku AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test), který je zaměřen na detekci problémů působených alkoholem a bodovým hodnocením výskytu projevů syndromu vyhoření dotazníkem SMBM (Shirom-Melamed Burnout Measures). U těchto testů však nebylo zamítnuto, že by mohly být výsledky skóre nezávislé. Nebylo prokázáno ani to, že by mohla být znalost výsledků testu AUDIT významnou výhodou při modelování výsledků skóre SMBM. Výsledky AUDIT dotazníku se u velké většiny pohybovaly v nízkých hodnotách, tedy v hodnotách, které nesignalizovaly problémy působené alkoholem. Samotné závěry testové metody AUDIT tedy mohou mít vliv na korelační testování míry užívání alkoholu a výskyt syndromu vyhoření.

Ve Finsku bylo testováno 3276 aktivních zaměstnanců ve věku 30-64 let. Zde byly testovány osoby, které se již potýkají s problémovým užíváním alkoholu. Syndrom vyhoření byl hodnocen MBI (Maslach Burnout Inventory). Prevalence dvanáctiměsíční závislosti na alkoholu byla spojena s vyhořením u mužů i žen. Každé jednobodové zvýšení skóre burnoutu bylo spojeno s nárůstem 80% v incidenci pro závislost na alkoholu u žen a zvýšení o 51% u mužů. Důraz na chování související s užíváním alkoholu je oprávněn v klinickém kontextu, kdy se již setkáváme se syndromem vyhoření a dalšími problémy spojenými s prací (Ahola, Honkonen, Pirkola et al., 2006).

I přesto, že výsledky AUDIT testu vyšly pozitivní pouze v 11%, provedli jsme korelační test a analýzu rozptylu, abychom zjistili, zda pohyb skóre AUDIT ovlivňuje pohyb skóre WHOQOL či SMBM. Ačkoliv analýza dat nevypovídá o významné korelaci mezi zkoumanými jevy, lze z výsledků vidět i jiné vzorce chování, než jsme předpokládali. Například některé výsledky poukazují na posun skóre WHOQOL při vysoké úrovni konzumace alkoholu. Tato rovnice může hypoteticky vypovídat o spokojenosti s kvalitou života provázenou konzumací alkoholu, která činí jednotlivce „šťastnějším“. Ačkoliv podobné hodnoty zastávají i kategorie bez indikace závislosti a se střední úrovní potíží s alkoholem. V kategorii indikující závislost je již skóre WHOQOL nižší oproti ostatním kategoriím.

Průměrné skóre SMBM s výsledky AUDIT testu poukazují na vyšší skóre SMBM v kategorii indikace závislosti na alkoholu. Čím vyšší skóre, tím větší výskyt projevů syndromu vyhoření, tato hodnota skóre vypovídá o přítomnosti projevů se střední intenzitou a frekvencí. U absence problému působených alkoholem se průměrné hodnoty pohybují v kategorii velmi mírných projevů, stejně tak u střední úrovně pití alkoholu. Kategorie vysoké úrovně alkoholu má zas již o něco vyšší skóre SMBM.

## 9.1 Limity výzkumu

Nezajištění reprezentativního vzorku vrácených dotazníků vůči struktuře základního souboru může zapříčinit časová náročnost dotazníku, vzhledem k vykonávané profesi a distribuci dotazníku mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky v pracovní době. S tímto faktorem může souviset i jistý nezáměr z důvodu

pracovní vytíženosti, což může způsobit sníženou návratnost dotazníků. Jistou míru rizika představuje neúplnost nebo zkreslení získaných poznatků v důsledku pochybností účastníků výzkumu o zachování anonymity. To by mohlo vést k tomu, že účastníci výzkumu nemusí na všechny otázky odpovědět zcela pravdivě a sdělit tak všechny informace potřebné pro účel výzkumu. Jedná se celkem o citlivá témata vztahující se k zaměstnání a alkoholu, kdy mohou mít pracovníci obavu ze svých odpovědí před vedoucími pracovníky, ačkoliv bylo této možnosti zamezeno.

Kontrolu podmínek testové situace online sběr dat neumožňuje, tedy nevíme, za jakých okolností a s jakou pravdivostí byly položky vyplňovány. Kompletní vyplnění bylo ale díky online testu zajištěno, jelikož podmínkou jeho odeslání bylo vyplnění všech položek. Důležité je také uvědomit si v souvislosti se zvolenou technikou dotazování, že i přes rychlé šíření moderních technologií, si nemusí určitá část populace vědět s online dotazníkem rady. Osoby s výraznými problémy v některých z oblastí mohou mít tendence zlehčovat jejich životní situaci, tudíž nemuselo dojít k autentické odpovědi v dotazníku či chyběla nálada na účast ve výzkumu.

## **9.2 Implikace pro další výzkum**

Další výzkumy na toto téma by bylo vhodné provádět pouze u osob s již identifikovanými problémy pro lepší využití statistických metod a objektivnost výsledků. Zajímavým námětem pro další výzkum by mohlo být srovnání korelací výše popsaných skóre s dalšími profesními kategoriemi. Pro systematizaci dat by se mohla zaměstnání klasifikovat dle CZ-ISCO (Národní klasifikace zaměstnání), která je využívána Českým statistickým úřadem (ČSÚ). Uvědomujeme si limity v získávání respondentů z jednotlivých kategorií zaměstnání, avšak výsledky by mohly přispět k lepšímu pochopení jevů, které jsou jednotlivým profesím společné, případně odkryt riziková povolání, kterým se doposud v těchto oblastech nevěnovala patřičná pozornost.



## 10. Závěry

Cílem této práce bylo zjistit, zda existuje vztah mezi mírou užívání alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a kvalitou života u nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří pracují v nemocničním zařízení. Šetření bylo prováděno anonymně pomocí několika nástrojů (WHOQOL-BREF, SMBM, AUDIT), které se zaměřují na zkoumané oblasti. Do výzkumu bylo zahrnuto 252 respondentů v různých věkových kategoriích s převahou žen. Z nelékařského zdravotnického personálu byla většina všeobecných sester, které jsou i v základním souboru nejčteněji zastoupeny (ÚZIS ČR, 2014). Nejvíce dotazovaných dosahovalo středního odborného vzdělání s maturitou.

Jedna z výzkumných otázek se zaměřovala na výskyt syndromu závislosti u zkoumaného souboru, zde se výsledky AUDIT testu pohybovaly převážně v rozmezích, které neindikují problémy s alkoholem. Objevily se zde ale také v menšině skóry se střední či vysokou úrovní problémů působených alkoholem, avšak pouze u 0,8 % byl skór indikátorem závislosti na alkoholu.

Další výzkumnou otázkou bylo zhodnocení míry výskytu syndromu vyhoření. Výsledky SMBM u zkoumané populace nevypovídají o výrazných problémech v kontextu syndromu vyhoření, avšak přítomnost projevů se nevyklučuje.

Poslední otázka zkoumala, na základě skóru jednotlivých nástrojů, korelaci míry užívání alkoholu s výskytem syndromu vyhoření a kvalitou života. Korelační testování skóru SMBM a AUDIT nezamítlo, že jsou výsledná data obou skóru na sobě nezávislá. Stejně tak je tomu u skóru AUDIT a WHOQOL. Korelační testování je také ovlivněno již výslednými skóry AUDITu, jelikož se velká část výsledků pohybovala v hodnotách, které nesignalizují potíže s konzumací alkoholu. Výsledky výzkumu mohly být ovlivněny neochotou respondentů vyjádřit se k tak citlivému tématu, kterým závislost je. Objektivnější by bylo zařadit do výzkumu pouze osoby, které se již s problémy s alkoholem potýkají. Je adekvátní brát tuto studii spíše jako předvýzkum a samotný výzkum aplikovat na reprezentativnějším souboru.

Prevence těchto stavů spočívá již ve změně nastavení zdravotnictví. Bylo by dobré navýšit řady zdravotnického personálu na směnu, tím rozložit povinnosti na více lidí. Dále také motivovat zdravotníky vyšším finančním ohodnocením, které nyní nekoresponduje s důležitostí profese. Jednodušší formou, avšak možná nevyužívanou by mohla být nabídka možnosti konzultace s psychologem při výskytu určitého problému či situace.

## 11. POUŽITÉ ZDROJE

- Ahola, K., Honkonen, T., Pirkola, S. et al. (2006). *Alcohol dependence in relation to burnout among the Finnish working population*. National Center for Biotechnology Information. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16968345>
- *Alcohol and the Workplace*. (n.d.). International Center for Alcohol Policies. Module 22. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=cdhQFIart%2bI%3d&tabid=542>
- Babor, T. (1992). *AUDIT, the alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva: World Health Organization. Retrieved October 5, 2015, from: [http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO\\_audit.pdf](http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf)
- Bagnardi, V.; Rota, M.; Botteri, E. et al. (2015). Alcohol consumption and sitespecific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *British journal of cancer*, 2015, (3).
- Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.
- Baudiš, P.; Dragomirecká, E. (2002). Psychiatricky nemocný a kvalita života. *Praktický lékař*, (10), p. 628-632.
- Blahušová, E. (2005). *Wellness, fitness*. 1. vyd. Praha: Karolinum.
- Blahutková, M., Pacholík, V., Póč V., Hrnčířiková, I., & Smolka, O. (2008). Zvedni se a běž. Retrieved October 5, 2015, from: [http://www.fsps.muni.cz/ppcch/zvedni\\_se.pdf](http://www.fsps.muni.cz/ppcch/zvedni_se.pdf)
- Budinský, V. (2010). *Ať žije alkohol*. Praha: Agentura Lucie.
- Bútora, M. (1989) Mne sa to nemôže stať. Sociologické kapitoly z alkoholizmu. Martin: Osveta.
- Centrum pro podporu zdraví University Toronto. *The quality of life model in Svobodová, L. (2006) Kvalita pracovního života – změny ve světě práce, modely, indikátory*. Aktuálně otázky bezpečnosti práce – XIX. mezinárodní odborná konference. Retrieved October 5, 2015, from [http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/sbornik\\_kvalita\\_pracovniho\\_zivota.doc](http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/sbornik_kvalita_pracovniho_zivota.doc)
- Bártlová, E. (2007). *Supervize v sociální práci*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně.
- Csémy, L., & Čápková, E. (2015). Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé - Vodítka pro praktické lékaře a jiné zdravotnické profese. Retrieved November 26, 2015, from <http://cepros.cz/document/manual-pro-praktiky-prac.karty.pdf>
- Čechová, V., Rozsypalová, M., Mellanová, A. (2003). *Speciální psychologie*. 4. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Česká republika. (2011). *Zákon č. 105 ze dne 25. března 2011 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů: zákon o nelékařských zdravotnických povoláních*. (Sbírka zákonů české republiky). Praha, Czech Republic: MZČR.
- Dewe, P., O'Driscoll, M. D., & Cooper, C. L. (2010). *Coping with Work Stress: A Review and Critique* (Vol. 200). N.p.: Wiley-Blackwell.
- Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Dragomirecká, E. & Bartoňová, J. (2006a). WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha

- Dvořáčková, D., (2012) *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Grada Publishing, Praha: Grada.
- Farkašová, D. a kol. (2005) *Ošetřovatelství – teória*. Martin: Osveta.
- Fetter, R. (2013). Kdo může v práci zkontrolovat, že jste nepili alkohol? Měsíc.cz. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.mesec.cz/clanky/kdo-muze-v-praci-zkontrolovat-ze-jste-nepili-alkohol/>
- Fischer, S., Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Fišerová, M. (n.d.). *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*. Retrieved October 5, 2015, from: [http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm)
- Göhlert, Ch., KÚHN, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha: Ikar.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada.
- Hák, T., et al. (2010). *Indikátory blahobytu: všechno, co jste kdy chtěli vědět o štěstí (ale báli jste se zeptat)*. Praha: Zelený kruh. Retrieved October 5, 2015, from: [http://www.zelenykruh.cz/wp-content/uploads/2015/01/Indikatory\\_blahobytu\\_2010.pdf](http://www.zelenykruh.cz/wp-content/uploads/2015/01/Indikatory_blahobytu_2010.pdf)
- Hamplová, D. (2004). *Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory*. Praha: Sociologický ústav AV.
- Heller, J.; Pecinovská, O. et al. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing.
- Heller, J., & Pecinovská, O. (2011). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha.: Togga.
- Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál.
- Holcnerová, P. (2010). Výukový text: Alkohol - Účinky. Adiktologie.cz. Retrieved October 5, 2015, from: [www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3463/alkohol-ucinky-pdf](http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3463/alkohol-ucinky-pdf)
- Jenč, F. et al. (1998). *Alkohol jako lék*. 1. vyd. Praha: Volvox Globator.
- Jesenský, J. (1995). Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum.
- Kalina, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.
- Kallwass, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál.
- Kartal, F. et al. (2006). Burn out syndrome among emergency staff. In Šeblová, J. (2013). *Syndrom vyhoření ve zdravotnictví*. Výzkumný projekt: 2013. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.csspraha.cz/wcd/users-data/file/syndrom-vyhoreni-zdravot.pdf>
- Kebza, V., Šolcová I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav
- Kebza, V. Šolcová, I. (2004). *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a predátory*. Sborník z konference Kvalita života, Třeboň, 25. říjen 2004. IZPE Kostelec n. Černými Lesy.
- Klenerová, V.; Sixtus, H. (2002). *Závislost na návykových látkách*. Praha: MŠMT ČR.
- Klinika adiktologie (n.d.) *Alkohol a zdraví. Vzhled*. Alkoholpodkontrolou.cz. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.alkoholpodkontrolou.cz/index.php/alkohol-a-zdrav%C3%AD/vzhled>
- Kopřiva, K. (2013). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.

- Kováč, D. (2001). Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá psychologie*, 45(1), p. 34 – 44.
- Kraus, B., Poláčková, V. a kol. (2001) *Člověk - prostředí - výchova*. Brno: Paid.
- Křivohlavý J. (1998). *Jak neztratit nadšení*, Grada Publishing, Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vyd. V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Křivohlavý, J. (2013). *Psychologie pocitů štěstí*. Praha: Grada.
- Kupka, M. (2008). *Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření*. E-psychologie. Retrieved October 5, 2015, from: <http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>
- Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C. et al. (2008). *Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital*. In Šeblová, J. (2013). *Syndrom vyhoření ve zdravotnictví*. Výzkumný projekt: 2013. Retrieved October 5, 2015, from <http://www.csspraha.cz/wcd/users-data/file/syndrom-vyhoreni-zdravot.pdf>
- Ludíková et al. (2013). Teoretická východiska speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- *Manipulace s pacienty ve zdravotnictví*. (2007, November 19). Retrieved October 5, 2015, from [http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citarna/tematicke\\_prilohy/muskuloskeletalni\\_poruchy/msd\\_medical.html](http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citarna/tematicke_prilohy/muskuloskeletalni_poruchy/msd_medical.html)
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. Los Altos: ISHK.
- Merriam-Webster's collegiate dictionary (1993). Springfield, MA: Merriam-Webster. Retrieved October 5, 2015, from <http://www.merriam-webster.com/>
- *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: Desátá revize: Aktualizovaná druhá verze k 1. 4. 2014*. (2008). Praha: Bomton Agency.
- Mojžíš, M. (2014). *Alkohol na pracovišti a naplnění výpovědního důvodu dle § 52 písm. g) zákoníku práce*. EPRAVO.CZ – sbírka zákonů, judikatura, právo. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.epravo.cz/top/clanky/alkohol-na-pracovisti-a-naplneni-vypovedniho-duvodu-dle-52-pism-g-zakoniku-prace-94443.html>
- Mühlpachr, P. (2009). *Sociopatologie*. 1 vyd. Brno: Masarykova univerzita.
- National Center for Biotechnology Information. (2003). *Quality of life and job satisfaction of nurses*. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12680602>
- Nešpor, K.; Provazníková, H. (1999). *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy: Pro rodiče a pedagogy*. 3. rozšířené vydání. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2001). *Návykové látky a pracovní prostředí*. České pracovní lékařství. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.alkoholik.cz/zavislost/ke-stazeni/online-knihy/category/1-online-knihy.html?format=html>
- Nešpor, K. (2001). *Zdravotníky ohrožuje stres a návykové chování*. Retrieved November 26, 2015, from <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/zdravotniky-ohrozuje-stres-a-navykovove-chovani-139964>
- Nešpor, K. (2007). *Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření*. Medicína pro praxi.
- *Night work 'throws body into chaos'* - BBC News. (2014, January 21). Retrieved October 3, 2015, from <http://www.bbc.com/news/health-25812422>

- Norström & Moan, (2009) in *Alcohol and the Workplace* (n.d.). International Center for Alcohol Policies Module 22. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=cdhQFIart%2bI%3d&tabid=542>
- Olecká, I., & Ivanová, K. (2010). *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc.
- Ondrušová, J. (2009). Měření kvality života u seniorů. Česká geriatrická revue. Retrieved October 5, 2015, from: [http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr\\_09\\_01\\_07.pdf](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf)
- Orlíková, B.,(n.d.). Alkohol. Účinky a rizika. Drogová poradna Retrieved October 5, 2015, from <http://www.drogovaporadna.cz/alkohol.html>
- Pavlas, I. (2001). *Člověk a drogové závislosti*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- Pavlovská, A. & Makovská Dolanská, P. (2015). Následná péče a sociální rehabilitace. Kapitola 26. In K. Kalina et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Payne, M. (2005). *Modern social work theory*. N.Y:Palgrave Macmillan.
- *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2013*. (2014). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Retrieved November 26, 2015, from
- Prins, J. T., Heijden van der F. M., Hoekstra-Weebers, J. E. et al. (2009). *Burnout, engagement and resident physicians' self reported errors*. In Šeblová, J. (2013). *Syndrom vyhoření ve zdravotnictví*. Výzkumný projekt: 2013. Retrieved October 5, 2015, from <http://www.csspraha.cz/wcd/users-data/file/syndrom-vyhoreni-zdravot.pdf>
- Ptáček, R., J. Raboch, V. Kebza et al. (2013). *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada.
- Ptáček, R. & Raboch, J. (2013/9). Diagnóza českého zdravotnictví – Z 73.0?: *Stres a vyhoření lékařů českých*. *Tempus medicorum: Časopis české lékařské komory*, 22, p. 3-8. Retrieved November 29, 2015, from [http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA\\_LIST&editing=0&paging.pageNo=0](http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0)
- Punch, K. F. (2008). *Základy kvantitativního šetření* (Vol. 152). Praha: Portál.
- Raboch, J., & Ptáček, R. (2015). *Stres, deprese a životní styl v ČR*. Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.lf1.cuni.cz/stres-deprese-a-zivotni-styl-v-cr-lf1>
- Salfellner, H. (1992). *Víno a medicína*. Praha: Vitalis.
- Serinkan, C., & Kaymakçi, K. (2013). *Defining the Quality of Life Levels of the Nurses: A Study in Pamukkale University*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Retrieved October 5, 2015, from: [http://ac.els-cdn.com/S1877042813030292/1-s2.0-S1877042813030292-main.pdf?\\_tid=e66a5bea-8a1f-11e5-aacd-00000aab0f26&acdnat=1447430711\\_27b58d2c8e0f769b6e9df538258e9ca5](http://ac.els-cdn.com/S1877042813030292/1-s2.0-S1877042813030292-main.pdf?_tid=e66a5bea-8a1f-11e5-aacd-00000aab0f26&acdnat=1447430711_27b58d2c8e0f769b6e9df538258e9ca5)
- Shanafelt T. D., Boone S., Tan L. et al. (2012, October 8). *Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population*. Retrieved October 5, 2015, from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1351351>.
- Schmidbauer, W. (2008). *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál.
- Skála, J. (1988). ...až na dno!?. 4.vyd. Praha: Avicenum.
- Slováček, L., Slováčková, B. Eet al. (2004). *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. *Vojenské zdravotnické listy* 2004, 1, LXXIII, p. 6-9. Retrieved October 5, 2015, from: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vz11\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf)

- Sochová, J. (2011). Alkohol – legální závislost. 4. AT seminář Libereckého kraje. Krajský úřad Libereckého kraje, odbor sociálních věcí. Retrieved November 26, 2015, from: [www.odbor-socialni.kraj-lbc.cz/](http://www.odbor-socialni.kraj-lbc.cz/)
- Sovinová, H. Csémy, L. (2003). *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Svobodová, L. (2006) *Kvalita pracovního života – změny ve světě práce, modely, indikátory*. In: Aktuálně otázky bezpečnosti práce – XIX. mezinárodní odborná konference, Retrieved October 5, 2015, from: [http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/sbornik\\_kvalita\\_pracovniho\\_zivota.doc](http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/sbornik_kvalita_pracovniho_zivota.doc)
- Šeblová, J. (2007). *Zátěž a stres pracovníků zdravotnických záchranných služeb*. Výzkumný ústav bezpečnosti práce. Retrieved October 5, 2015, from: [http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozpcitarna/clanky/ochrana\\_zdravi/stres\\_zachranari.html](http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozpcitarna/clanky/ochrana_zdravi/stres_zachranari.html)
- Šeblová, J. (2013). *Syndrom vyhoření ve zdravotnictví*. Výzkumný projekt: 2013. Retrieved October 5, 2015, from: <http://www.csspraha.cz/wcd/users-data/file/syndrom-vyhoreni-zdravot.pdf>
- Švidrnochová, K. (2004, July 8). Alkohol v práci: Velké riziko. Retrieved October 5, 2015, from: <http://finance.idnes.cz/alkohol-v-praci-velke-riziko-dgi-podnikani.aspx?c=2004M157Z01A>
- Trojan, M. (2010). *Zdravotníci na oddělení léčby závislosti*. AT konference 2010. Retrieved November 26, 2015, from [http://www.at-konference.cz/data/2014/12/01/12/07\\_trojan\\_zdravotnici\\_at2010\\_1.pdf?id=421](http://www.at-konference.cz/data/2014/12/01/12/07_trojan_zdravotnici_at2010_1.pdf?id=421)
- Ühlinger, C., & Tschui, M. (2009). *Když někdo blízký pije: Rady pro rodiny osob závislých na alkoholu*. Praha: Portál.
- Úlehla, I. (2009). *Umění pomáhat*. Praha: Slon.
- Vaňurová, H., Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita.
- Venglářová, M., a kol. (2011). *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada.
- Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing.
- World Health Organization (WHO). (2011). *Occupational health. Workplace health promotion*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2011) in Hnilicová H. (2014). Konsumace alkoholu v ČR a veřejné zdraví. Společnosti sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. Retrieved November 26, 2015, from [www.cls.cz/dokumenty/alkohol\\_cr\\_ssl2014\\_hnilicova.ppt](http://www.cls.cz/dokumenty/alkohol_cr_ssl2014_hnilicova.ppt)
- Zacharová, E.; Šimíčková-Čížková J. (2007). *Psychologie pro zdravotnické obory: vybrané kapitoly*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta.
- Zákoník práce. (2015). *Bezpečnost a ochrana zdraví při práci: Povinnosti zaměstnavatele, práva a povinnosti zaměstnance § 106 Práva a povinnosti zaměstnance*. Retrieved October 5, 2015, from: <http://zakonik-prace.cz/>

## 12. SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Model kvality života (Svobodová, 2006) .....	40
Tabulka 2 Koncepční model definující kvalitu života (Dvořáčková, 2012).....	41
Tabulka 3 Pohlaví respondentů.....	56
Tabulka 4 Věk respondentů .....	57
Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	58
Tabulka 6 Způsobilost v zaměstnání .....	58
Tabulka 7 Obor vzdělání.....	59
Tabulka 8 Typ oddělení .....	60
Tabulka 9 Zaměření oddělení .....	61
Tabulka 10 Délka praxe .....	62
Tabulka 11 Průměrné skóry samostatných položek (nezahrnují se do výpočtu skóre) ..	63
Tabulka 12 Průměrné skóry jednotlivých položek WHOQOL-BREF .....	64
Tabulka 13 Hodnoty doménových skóru WHOQOL-BREF u zkoumané populace a u běžné populace.....	65
Tabulka 14 Vyhodnocení subškál dotazníku SMBM .....	67
Tabulka 15 Vyhodnocení celkových skóru SMBM .....	68
Tabulka 16 Vyhodnocení skóru dotazníku AUDIT .....	69
Tabulka 17 Průměrné skóry SMBM s výsledky AUDIT testu .....	71
Tabulka 18 Průměrné skóry WHOQOL s výsledky AUDIT testu .....	73

### 13. SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Genderová skladba respondentů .....	56
Graf 2 Věková skladba respondentů .....	57
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	58
Graf 4 Způsobilost v zaměstnání .....	59
Graf 5 Kraj místa zaměstnání .....	60
Graf 6 Délka praxe.....	62
Graf 7 Procentuální rozložení hodnocení celkové kvality života (WHOQOL-BREF) ..	63
Graf 8 Procentuální rozložení hodnocení spokojnosti se svým zdravím (WHOQOL-BREF) .....	63
Graf 9 Znázornění relativní četnosti dle bodové škály u jednotlivých otázek.....	66
Graf 10 Schéma průměrů subškál a celkového hodnocení dotazníku .....	67
Graf 11 Vyhodnocení celkových skóre SMBM .....	68
Graf 12 Hodnocení jednotlivých položek dotazníku AUDIT .....	69
Graf 13 Vyhodnocení skóre dotazníku AUDIT .....	70
Graf 14 Korelace mezi skórem SMBM a AUDIT .....	71
Graf 15 Korelace mezi skórem WHOQOL a AUDIT .....	72



## 14. SEZNAM ZKRATEK

<b>APACHE</b>	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu)
<b>ARO</b>	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
<b>AUDIT</b>	The Alcohol Use Disorders Identification Test (test pro zjišťování poruch působených užíváním alkoholu)
<b>BM</b>	Burnout Measure (nástroj pro hodnocení syndromu vyhoření)
<b>ČR</b>	Česká republika
<b>EMCDDA</b>	The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
<b>ICAP</b>	International Center for Alcohol Policies
<b>JIP</b>	Jednotka intenzivní péče
<b>MANSA</b>	Manchester Short Assesment of Quality of Life (nástroj pro hodnocení kvality života)
<b>MKN</b>	Mezinárodní klasifikace nemocí
<b>MBI</b>	Maslach Burnout Inventory (nástroj pro hodnocení syndromu vyhoření)
<b>NLZP</b>	Nelékařský zdravotnický pracovník
<b>QOL</b>	Quality of Life (kvalita života)
<b>SEIQoL</b>	Schedule for the Evaluatuion of Individual Quality of Life (nástroj pro hodnocení kvality života)
<b>SMBM</b>	Shirom Melamed Burnout Measure ((nástroj pro hodnocení kvality života)
<b>ÚZIS</b>	Ústav zdravotnických informací a statistiky
<b>WHO</b>	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
<b>WHOQOL-BREF</b>	World Health Organization Quality of Life Assessment (zkrácená verze)
<b>ZPBD</b>	Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání bez odborného ohledu s odbornou způsobilostí
<b>ZPOD</b>	Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením
<b>ZPSZ</b>	Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí

## **15. SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 - Úvod dotazníku

Příloha č. 2 - Dotazník WHOQOL-BREF

Příloha č. 3 - Dotazník SMBM

Příloha č. 4 - Dotazník AUDIT

## Příloha č. 1 - Úvod dotazníku

Dotazník v rámci diplomové práce

Dobrý den,

jmenuji se Monika Miartušová a studuji 2. rokem navazující magisterské studium na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy obor Adiktologie. V rámci diplomové práce provádím výzkum mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Práce nese název "Vztah mezi užíváním alkoholu, výskytem syndromu vyhoření a hodnocením kvality života u nelékařských zdravotnických pracovníků: korelační dotazníkové šetření".

Profese vyžadující práci s lidmi jsou velmi náročné a rizikové, proto chceme díky studii poukázat na možné faktory, které mohou vést k nelibým stavům a následným problémům v daných oblastech.

Jak může být pro Vás tento výzkum a účast na něm užitečný?

Vyplněním dotazníku můžete pomoci odhalit jevy, které figurují ve výskytu syndromu vyhoření, jenž je často podceňován a kompenzován únikem k pití alkoholu. Pokud byste měli zájem o výsledky studie či o informace o problematice, projevech, prevenci či léčbě těchto stavů, můžete mě kontaktovat prostřednictvím emailové adresy (viz níže) a já Vám výsledky či magisterskou práci zašlu. V případě potřeby Vám také mohu zprostředkovat kontakt na poradnu či zařízení, které se těmito obtížemi zabývá.

Věnujte prosím několik minut svého času vyplněním následujícího dotazníku. Doba pro vyplnění činí cca 12 minut. Dotazník je naprosto anonymní, jak po stránce osobní, tak institucionální a obsahuje pouze otázky nezbytné pro výzkum. Žádám Vás proto o upřímnost při jeho vyplňování, neboť nám NEJDE o detekci problémových zařízení, oddělení či osob, nýbrž o určení rozsahu zkoumaného problému. Svě odpovědi znázorníte křížkem ×.

Vedoucím této práce je Jaroslav Vacek, více info a kontakt níže:

<http://www.adiktologie.cz/cz/users/detail/17/Jaros>.

[vacek@adiktologie.cz](mailto:vacek@adiktologie.cz)

V případě jakýchkoliv dotazů mne můžete kontaktovat zde: [miartusova.monika@gmail.com](mailto:miartusova.monika@gmail.com).

Děkuji za spoluúčast na výzkumu.

Miartušová Monika

1) Jaké je Vaše pohlaví?

- Muž  
 Žena

2) Kolik Vám je let? \_\_\_\_\_

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní  
 Střední odborné bez maturity  
 Střední odborné s maturitou  
 Vyšší odborné  
 Vysokoškolské

4) Do jaké kategorie pracovníků ve zdravotnictví patříte? (využijte nápovědy níže)

*ZPBD - všeobecná sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, radiologický asistent/technik, zdravotní laborant, zdravotně sociální pracovník, nutriční terapeut, zubní technik, dentální hygienistka, zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent, biomedicínský asistent/technik, adiktolog*  
*ZPSZ - klinický psycholog, logoped, fyzioterapeut, radiologický fyzik, biomedicínský inženýr*  
*ZPOD - zdravotnický asistent, laboratorní asistent, nutriční asistent, dezinfektor, ošetřovatel, laboratorní pracovník, sanitář*

- Zdravotník bez odborného dohledu s odbornou způsobilostí (ZPBD).  
 Zdravotník bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí (ZPSZ).  
 Zdravotník pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD).

5) Jaký je obor Vašeho zaměření?

- Všeobecná sestra

- Porodní asistentka
- Nutriční terapeut
- Fyzioterapeut
- Zdravotnický záchranář
- Zdravotnický asistent
- Adiktolog
- Jiný (dopíšte prosím) \_\_\_\_\_

6) V jakém kraji se nachází zařízení, ve kterém pracujete?

- Hlavní město Praha
- Jihočeský kraj
- Karlovarský kraj
- Liberecký kraj
- Pardubický kraj
- Jihomoravský kraj
- Zlínský kraj
- Středočeský kraj
- Plzeňský kraj
- Ústecký kraj
- Královéhradecký kraj
- Kraj Vysočina
- Moravskoslezský kraj
- Olomoucký kraj

7) Na jakém oddělení pracujete?

- Lůžkové
- Ambulantní
- Jiné (doplňte) \_\_\_\_\_

8) Jaké je zaměření oddělení, na kterém pracujete? (vyberte z možností, případně dopíšte)

- Chirurgie
- Traumatologie
- Urologie
- Oční lékařství
- Revmatologie
- Onkologie
- Rehabilitační oddělení
- Psychiatrie
- Stomatologie
- JIP
- Ortopedie
- ORL
- Gynekologie a porodnictví
- Gastroenterologie
- Nefrologie
- Infekční oddělení
- Neurologie
- Dermatologie
- ARO
- Jiné (doplňte) \_\_\_\_\_

9) Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

- méně než 3 měsíce
- 3 měsíce až rok
- 4 roky
- 5-10 let
- 10 a více

## Příloha č. 2 - Dotazník WHOQOL-BREF

Tato část dotazníku zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a jiných oblastí. Následující otázky se ptají na to, do jaké míry jste v posledních 4 týdnech zažil/a pocítil/a některé situace.

Položky dotazníku	Bodovací škála				
	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?					
	Bodovací škála				
	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
Jak jste spokojen/a se svým zdravím?					
	Bodovací škála				
	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně.
Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?					
Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?					
	Bodovací škála				
	maximálně	hodně	středně	trochu	vůbec ne
Jak moc Vás baví život?					
Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?					
Jak dobře jste schopen/a se soustředit?					
Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?					
Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?					
	Bodovací škála				
	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
Máte dost energie pro každodenní život?					
Jste schopen přijmout svůj fyzický vzhled?					
Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?					
Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?					
Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?					
	Bodovací škála				
	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
Jak se cítíte při pohybu mimo domov?					

	Bodovací škála				
	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
Jak jste spokojen/a se svým spánkem?					
Jak jste spokojen/a s tím, jak jste schopen vykonávat každodenní činnosti?					
Jak jste spokojen/a se svou schopností pracovat?					
Jak jste spokojen/a sám se sebou?					
Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?					
Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?					
Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?					
Jak jste spokojen/a se svým bydlením?					
Jak jste spokojen/a s dostupností Vaší zdravotní péče?					
Jak jste spokojen/a s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?					

### Příloha č. 3 - Dotazník SMBM

Níže jsou uvedena určitá tvrzení, která vystihují různé pocity, jež můžete mít v práci. Označte, prosím, jak často jste za posledních 30 pracovních dní zažili každý z následujících pocitů:

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

#### Příloha č. 4 - Dotazník AUDIT

Následující otázky se budou týkat Vašeho vztahu k alkoholu. Vyberte prosím jednu odpověď, která se nejvíce blíží pravdě.

**Upozornění: termín „jeden alkoholický nápoj“ znamená: 0,5 l piva nebo 2 dcl vína nebo 0,5 dcl destilátu.**

Otázky	0	1	2	3	4	Score
1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	Jednou měsíčně nebo méně často	Dva- až čtyřikrát měsíčně	Dva- až třikrát týdně	Čtyřikrát nebo vícekrát týdně	
2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	
3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučil s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
					<b>Celkem</b>	