



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

Problematika syndromu vyhoření a depresivity u PČR

Problematics of Burnout Syndrome and Depresivity on the Police of Czech republic

Diplomová práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva
Studijní obor: Civilní nouzové plánování

Autor diplomové práce: Bc. Eliška Pudivítrová
Vedoucí diplomové práce: Mgr. Tibor A. Brečka, MBA, LL.M.



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Pudivítrová** Jméno: **Eliška** Osobní číslo: **419321**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Ochrana obyvatelstva**
Studijní obor: **Civilní nouzové plánování**

II. ÚDAJE K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název diplomové práce:

Problematika syndromu vyhoření a depresivity u PČR

Název diplomové práce anglicky:

Problematics of Burnout Syndrome and Depressivity in the Police of the Czech Republic

Pokyny pro vypracování:

Předmětem diplomové práce bude problematika syndromu vyhoření a depresivity u příslušníků Policie České republiky. Teoretická část bude pojednávat o syndromu vyhoření, jeho fázích, příznacích a následné léčbě, a dále pak depresivitě a jejím projevu. V praktické části bude pomocí standardizovaných metod BDI II a SMBM a dotazníků vyhodnocována současná úroveň syndromu vyhoření a depresivity u příslušníků Policie České republiky, konkrétněji u Oddělení hlídkové služby Praha, Ostrava, Brno a Karviná. Dotazníky budou vyhodnocovány pomocí grafů v min. počtu 150. Z dat získaných pomocí dotazníků BDI II a SMBM bude provedena statistická analýza včetně korelace mezi jednotlivými faktory (např. gender, služební věk a jejich vztah k vyhoření a depresi). Výsledky vlastního šetření budou porovnány s relevantními studiemi českými i zahraničními.

Seznam doporučené literatury:

- [1] BREČKA, T., VŇUKOVÁ, M., RABOCH, J., PTÁČEK, R., Burnout Syndrome Among Medical Professionals: Looking for Solutions, *Activitas Nervosa Superior*, ročník 60, číslo 2, 2018, 33-39 s., DOI: 10.1007/s41470-018-0018-3. ISSN 2510-2788
- [2] KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva, Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu), ed. 2. rozšíř. a dopl., Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, ISBN 80-7071-231-7
- [3] LAŇKOVÁ, Jaroslava, RABOCH, Jiří, Deprese: doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2013, Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, 2013, Doporučené postupy pro praktické lékaře, ISBN 978-80-86998-65-7
- [4] PTÁČEK, Radek, RABOCH, Jiří, KEBZA, Vladimír, Burnout syndrom jako mezioborový jev, Praha: Grada, 2013, Edice celoživotního vzdělávání ČLK, ISBN 978-80-247-5114-6

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:


Mgr. Tibor Brečka, MBA

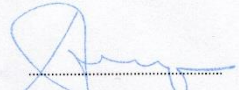
Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

prof. PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA

Datum zadání diplomové práce: **23.09.2019**

Platnost zadání diplomové práce: **18.09.2021**


prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., MBA, dr.h.c.
podpis vedoucí(ho) katedry


prof. MUDr. Ivan Dylevský, DrSc.
podpis děkana(ky)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Problematika syndromu vyhoření a depresivity u PČR vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

Nemám závažný důvod proti užití tohoto školního díla ve smyslu § 60 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

V Kladně dne 29.04.2020

.....
Bc. Eliška Pudivítrová

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou chci poděkovat vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Tiboru Brečkovi, MBA, LL.M. za trpělivý přístup, cenné rady a vstřícné jednání při konzultacích. Také chci poděkovat konzultantovi mé diplomové práce prof. PhDr. et PhDr. Radku Ptáčkovi, Ph.D., MBA za detailní provedení problematikou syndromu vyhoření.

V neposlední řadě děkuji příslušníkům PČR – Oddělení hlídkových služeb Prahy, Ostravy, Brna a Karviné, kteří mi vyplněním dotazníku pomohli ve sběru potřebných dat.

ABSTRAKT

Obsahem diplomové práce je problematika syndromu vyhoření a depresivity u PČR. Hlavním cílem diplomové práce je vyhodnocení současné úrovně syndromu vyhoření a depresivity u PČR. Zároveň je cílem najít rizikové či protektivní ukazatele pomocí korelace mezi jednotlivými faktory testových škál.

Práce je systematicky rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části je popsána problematika syndromu vyhoření a depresivity u PČR. Součástí popisu problematiky deprese i syndromu vyhoření je jejich stručná charakteristika, bližší popis průběhu, rizikových faktorů, diferenciální diagnostiky, diagnostiky a následné léčby. V teoretické části je zároveň pojednáno o PČR a specifikách tohoto povolání, současně s možnostmi psychosociální podpory, která je spojená se stavu deprese i syndromu vyhoření.

Výzkumná část využívá kvantitativní metody šetření pomocí standardizovaných dotazníků BDI – II a SMBM, které jsou určeny k vyhodnocení současné úrovně deprese a syndromu vyhoření. Ve výzkumné části jsou stanoveny cíle práce, hypotézy a je zde popsán výzkumný vzorek a metody šetření. Jako výzkumný vzorek byli vybráni příslušníci PČR – Oddělení hlídkových služeb. Pomocí vyhodnocení standardizovaných dotazníků BDI - II a SMBM byla také provedena statistická analýza pomocí Fisherova exaktního testu závislosti, díky které je vyhodnocována kontingence mezi protektivními faktory a testovými škálami. Při bližším zkoumání kontingence mezi depresí, syndromem vyhoření a protektivními faktory lze říct, že velikost p hodnoty ukazuje na závislost u korelace deprese a služebního věku a také u syndromu vyhoření a rodinného stavu, za podmínky stanovení hladiny významnosti 10 %.

Zjištěná data mohou být předmětem dalších výzkumů v oblasti problematiky syndromu vyhoření a depresivity nejen u PČR, ale i u jiných bezpečnostních sborů ČR. Tyto výsledky mohou přispět ke zdokonalování psychosociální péče o policisty.

Klíčová slova

Syndrom vyhoření; Depresivita; Deprese; Policie; Bezpečnostní sbory

ABSTRACT

The thesis examines the issues of burnout syndrome and depression at the Police of the Czech Republic. The main objective of the thesis is to evaluate the current levels of burnout syndrome and depression in the Czech Police. It also intends to identify risk and protective indicators by correlating individual test scale factors.

The thesis is divided into a theoretical and research-based part. The theoretical chapters explore the issues of burnout syndrome and depression at the Czech Police. The description of the issues of depression and burnout syndrome includes their brief characterisation, a more detailed description of the process, risk factors, differential diagnostics, diagnostics and treatment. The theoretical part also discusses the Police of the Czech Republic and the specifics of their job as well as the psychosocial support available for depression and burnout syndrome.

The research part is based on a quantitative survey using standardised BDI – II and SMBM questionnaires which are designed to evaluate current levels of depression and burnout syndrome. The research chapters define the objectives of the thesis and its hypotheses and describe the sample and used methods. The sample consists of officers from the Patrol Services Department of the Police of the Czech Republic. The evaluation of standardised BDI – II and SMBM questionnaires also included statistical analysis using Fisher's exact test of dependence which was used to evaluate contingency between protective factors and test scales. After analysing the contingency between depression, burnout syndrome and protective factors, it can be concluded that the p value indicates dependence in the correlation between depression and years of service and between burnout syndrome and family status with a significance threshold at 10%.

The obtained data could become the subject of further research of burnout syndrome and depression not only in the Czech Police, but also other security forces of the Czech Republic. These results could help improve psychosocial care for police officers.

Keywords

Burnout; Depression; Depresivity; Police officers; Law enforcements;

Obsah

1	Úvod.....	11
2	Cíle práce a hypotézy	13
	2.1 Hypotéza 1	13
	2.2 Hypotéza 2.....	13
	2.3 Hypotéza 3.....	13
	2.4 Hypotéza 4.....	14
3	Přehled současného stavu	15
	3.1 Deprese.....	15
	3.1.1 Charakteristika deprese.....	15
	3.1.2 Průběh deprese.....	16
	3.1.3 Rizikové faktory	17
	3.1.4 Diagnostika deprese.....	18
	3.1.5 Diferenciální diagnostika.....	22
	3.1.6 Léčba.....	22
	3.2 Syndrom vyhoření	25
	3.2.1 Charakteristika syndromu vyhoření	26
	3.2.2 Průběh syndromu vyhoření	27
	3.2.3 Prevence syndromu vyhoření	30
	3.2.4 Diagnostika syndromu vyhoření	30
	3.2.5 Diferenciální diagnostika.....	31
	3.2.6 Léčba.....	31
	3.3 Policie ČR.....	35
	3.3.1 Specifika policejní profese	37

3.3.2	Možnosti psychosociální podpory u PČR.....	38
4	Metodika.....	44
5	Výsledky.....	45
5.1	Kontingence mezi protektivními faktory a testovými škálami.....	57
5.2	Vyhodnocení hypotéz.....	65
6	Diskuze.....	67
7	Závěr.....	82
8	Seznam použitých zkratk.....	83
9	Seznam použité literatury.....	84
10	Seznam použitých obrázků.....	92
11	Seznam použitých tabulek.....	93
12	Seznam příloh.....	95

1 ÚVOD

Policie České republiky je ozbrojený bezpečnostní sbor zřizovaný zákonem o PČR. Příslušníci PČR mají vysoké společenské postavení, které je doprovázeno závazkem k obraně veřejného pořádku i s rizikem nasazení vlastního života. Tento závazek s sebou nese mimořádnou psychickou zátěž. Náročnost policejní profese je pro většinu z nás nepředstavitelná i vzhledem k tomu, že je pod neustálou kontrolou jak veřejnosti, médií, tak vlastních orgánů. Jak uvádí Čírtková ve své publikaci: „Sociální uznání a prestiž policejní profese jako neformální ukazatele postavení policie ve společnosti jsou spoluurčovány obrazem, který si o policii utváří obyvatelstvo. Postoje veřejnosti k policii naznačují, jaký image policie vůči veřejnosti požívá. Současně policie nemůže být lhostejná k vlastnímu image. Ten může ovlivňovat ochotu veřejnosti ke spolupráci s policií, zájem schopných jedinců o policejní profesi apod. (Čírtková, s. 274, 2006).

Neobvyklá psychická i fyzická zátěž tohoto povolání je doprovázena nadměrným vypětím, které po několika letech služby může vyústit jak v syndrom vyhoření, tak v rozvoj deprese.

Jak uvádí Ptáček, obecně lze říct, že: „Vyhořelý pracovník je nejzranitelnějším místem jakékoliv oblasti lidské činnosti. Syndromem vyhoření je proto třeba se zabývat a nezavírat před ním oči, i přestože není diagnózou a nemá po několik desítek let své „vědecké kariéry“ jednoznačnou definici (Ptáček, s. 23, 2013).

Syndrom vyhoření je zahrnut v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-11, ale není klasifikován jako jeden ze zdravotních stavů. Dle MKN-11 je blíže popsán v kapitole „Faktory ovlivňující zdravotní stav“. Syndrom vyhoření je definován

jako následek chronického stresu na pracovišti, který není jedinec schopen zvládnout. Vyznačuje se třemi ukazateli, jimiž jsou: pocit vyčerpání tzv. „vybitých baterek“, duševní odstup od pracovní náplně nebo pocity cynismu vztahující se k práci a s tím spojená snížená efektivita práce. Syndrom vyhoření se tedy vztahuje k jevům spojených s pracovní činností, nikoliv k ostatním jevům netýkajících se zaměstnání. Světová zdravotnická organizace plánuje zavést pokyny pro rozvoj duševního zdraví a pohody na pracovišti (WHO, 2019).

Stejně jako diagnostika syndromu vyhoření, který je velice častým jevem současné doby, i diagnostika depresí by neměla být opomíjena. Dle Anderse: „Diagnostika deprese v nepsychiatrických oborech je často podceňována, ačkoliv modifikace většiny nemocí a nezřídka i jejich vznik jsou s depresí úzce svázány. Deprese negativním způsobem ovlivňuje průběh souběžných nemocí a v mnoha případech se podílí i na zvýšené mortalitě svých nositelů, což je stále dokládáno řadou sledování. Převážná většina depresivních stavů je přitom úspěšně léčitelná a adekvátní terapie zlepšuje i kvalitu života nemocných“ (Anders, s. 3, 2001).

Na základě těchto skutečností jsme se rozhodli věnovat problematice syndromu vyhoření a depresivity u příslušníků PČR. Cílem bude vyhodnotit současnou úroveň syndromu vyhoření a depresivity u Policie ČR a odhalit rizikové či protektivní faktory pomocí korelace mezi jednotlivými faktory.

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem práce je vyhodnocení současné úrovně syndromu vyhoření a depresivity u Policie ČR, konkrétněji u Oddělení hlídkové služby Praha, Ostrava, Brno a Karviná. Dalším cílem bude zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření a deprese u Policie ČR a zároveň najít rizikové či protektivní faktory pomocí korelace mezi jednotlivými faktory.

Hypotézy diplomové práce by měly predikovat počet příslušníků PČR, kteří jsou ohroženi syndromem vyhoření nebo depresivitou. Stanovené hypotézy jsou ověřeny různými prostředky v další části práce.

2.1 Hypotéza 1

H1: U vyhodnocení syndromu vyhoření pomocí SMBM, i depresivity pomocí BDI-II je nejčastější výskyt v první polovině, tedy nejméně bodovaných polích jednotlivých testů.

2.2 Hypotéza 2

H2: U vyhodnocení syndromu vyhoření pomocí SMBM je nejčastější výskyt projevů fyzické únavy, poté kognitivní únavy, která bude srovnatelná s výskytem emočního vyčerpání.

2.3 Hypotéza 3

H3: Syndromem vyhoření i depresivitou jsou více ohroženy ženy než muži.

2.4 Hypotéza 4

H4: Existuje prokazatelná závislost mezi syndromem vyhoření, depresivitou a služebním věkem u PČR.

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

3.1 Deprese

3.1.1 Charakteristika deprese

Deprese je popsána jako nejčasnější psychické onemocnění naší planety a její incidence stále stoupá. Jde o závažné onemocnění, které je možné léčit. Někdy je pojem deprese nesprávně spojován s krátkodobě zhoršenou náladou a negativní změnou duševního stavu. Při depresivním onemocnění dochází nejen ke snížení kvality života, ale i ke zhoršení ostatních somatických onemocnění (Anders a kol, 2005).

Význam slova deprese pochází z latinského „deprimo“, „deprimere“, „depressus“, což znamená doslova „de = dolů“ a „premere = tlačit“ čili stlačit. Význam tohoto slova může být chápán také jako sklíčit, stísnit, oslabit (Křivohlavý, 2013).

Deprese je onemocnění, které je lidstvu známo už dlouhodobě. K prvním zmínkám došlo ve 4 stol. př.n.l., kdy Hippokrates popsal melancholii jako duševní chorobu, při které se v mozku nachází zvýšená koncentrace černé žluči. Vysvětlování deprese se během vývoje lidstva měnilo. Na začátku 20.století byla deprese považována za dlouhodobou chorobu, která vyžaduje celoživotní léčbu. Na přelomu 60. a 70.let došlo k objevení klasických antidepresiv typu imipraminu a amitryplinu, která vedla k novým domněnkám, že depresi nemusíme léčit celoživotně a její příznaky odeznívají během několika týdnů léčby. Také byly popsány krátkodobé psychoterapeutické postupy, jimiž byly Beckova kognitivně behaviorální terapie a krátkodobá interpersonální psychoterapie podle Klermana a Weismanové. V 80. letech 20. století došlo

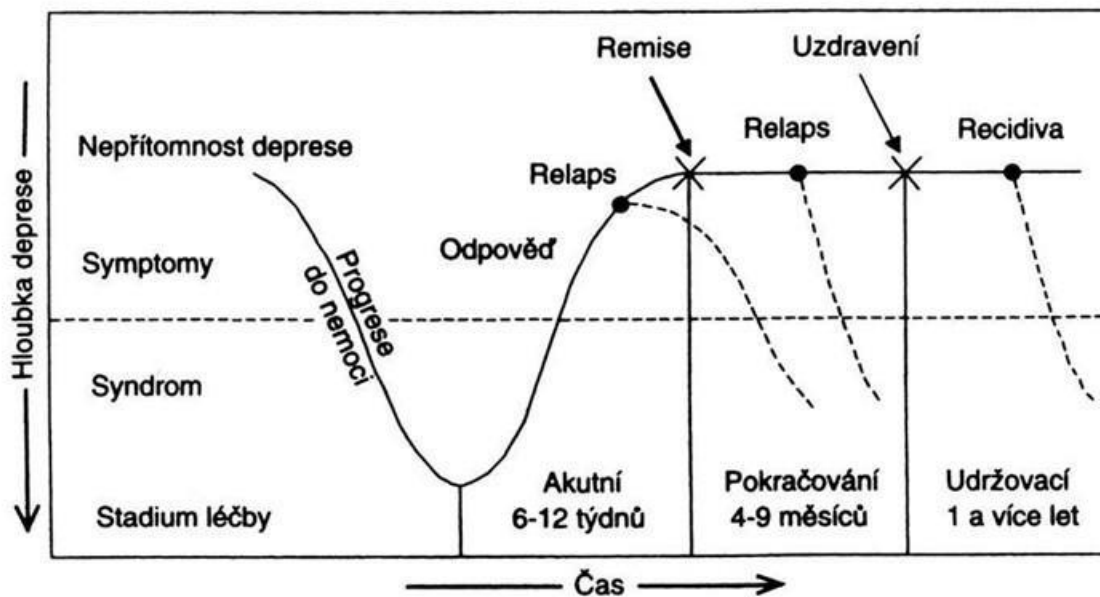
k novému testování, které potvrdilo původní myšlenku, že deprese je dlouhodobé onemocnění, které má sklon k chronicitě a recidivě (Raboch, 2000).

V současné době bylo prokázáno, že deprese je častou poruchou, která se vyskytuje, podle studií v USA, až u pětiny populace. Častěji je popsána u žen dospělého věku než u mužů. Dle WHO je deprese nejrozšířenější psychickou nemocí naší planety. Ve 21.století se počet lidí, trpící depresí, několikanásobně zvýšil a snížila se věková hranice, u které je deprese popsána (Křivohlavý, 2013), (WHO, 2019).

Deprese není brána jako smutek všedního života, ale je chorobným stavem, při kterém nepomáhá běžná lidská podpora a soudržnost jako je tomu u smutku. Člověk, u kterého se depresivní onemocnění vyskytne, si uvědomuje své tělesné obtíže, ale není ochoten si připustit spojitost mezi fyzickými obtížemi a psychickou poruchou. Tato skutečnost je dána instinktivní snahou se depresivnímu člověku vyhnout, jelikož depresivní chování vyvolává ve společnosti špatnou náladu a kazí osobní vztahy (Honzák, 1999).

3.1.2 Průběh deprese

Ke vzniku deprese dochází několik dnů až týdnů. Je známo, že léčené depresivní onemocnění trvá 4-6 dní až týdnů. Deprese, u níž probíhá léčba, trvá přibližně 4-6 měsíců, zatímco neléčená trvá 6-12 měsíců. Doba trvání depresivního onemocnění je individuální. V případě, že dojde k nedoléčení depresivní fáze onemocnění, může nastat tzv. relaps neboli opětovný vznik deprese. Pokud nastane rozvoj nové příhody během období remise, je tento stav nazýván recidivou. Průběh depresivního onemocnění je přehledně zpracován na obrázku č. 1 (Andreas a Roth, 2000).



Obrázek 1 Průběh depresivní poruchy a léčba (dle Kupfera) (Anders a kol., 2005, s. 27)

3.1.3 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory deprese lze zařadit genetické faktory, které hrají velkou roli. Dědičná je pouze zvýšená predispozice pro rozvoj tohoto onemocnění. Dědičný gen, který je hlavní v souvislosti s depresí, je serotoninový transportní gen. Dalším rizikovým faktorem pro vznik deprese je stres v obecné rovině. Do této kategorie se řadí především náhlé ochromující události nebo události, působící na organismus v dlouhodobém horizontu. Hlavními stresujícími událostmi tohoto typu jsou: smrt nebo vážná nemoc osoby blízké, sexuální zneužívání, rodinné problémy různorodého charakteru, potíže, spojené se zaměstnáním nebo školní docházkou, na které navazuje šikana. Dále se mezi rizikové faktory mohou počítat: onemocnění různého charakteru, užívání léků, nedostatek světla, menstruační cyklus a těhotenství a závislost na návykových látkách (Anders a kol., 2006).

3.1.4 Diagnostika deprese

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je pro diagnostikování deprese nutná přítomnost dvou hlavních a minimálně dvou vedlejších příznaků. Mezi hlavní příznaky řadíme: přetrvávající smutek nebo skleslou náladu, zřetelné snížení zájmu prožívat potěšení při běžných činnostech, které dříve přinášely potěšení, pokles energie a snížení aktivního nasazení a s tím spojená únava i po malém úsilí. Vedlejšími příznaky jsou snížená schopnost soustředění a pozornosti, snížené sebehodnocení a sebedůvěra, pocity viny, pesimistické vidění budoucnosti, myšlenky na sebepoškození nebo sebevraždu, porucha spánku a snížení chuti k jídlu. Výše uvedené symptomy musí trvat alespoň 2 týdny (Laňková a Raboch, 2013), (WHO, 2018).

Deprese spadá do kategorie tzv. afektivních poruch, jimiž jsou diagnózy pod kódovým označením F30-F39. Tyto poruchy jsou charakterizovány především patologicky změněnou náladou. Depresivní onemocnění je možné dělit podle různých kritérií. Klasifikace se provádí podle přítomnosti psychotických a somatických příznaků nebo podle polaritě a také dle intenzity depresivního onemocnění. Podle intenzity dělíme depresi na mírnou, středně těžkou a těžkou. Podle aktuálního vydání MKN-10 bylo zrušeno rozdělování deprese na endogenní a exogenní poruchy (Andreas, 2000).

Podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) jsou jako depresivní poruchy brány disruptivní dysregulativní porucha nálady, depresivní porucha, perzistující depresivní porucha neboli dystimie, premenstruační dysforická porucha, depresivní porucha vyvolaná užíváním látek nebo léků, depresivní porucha způsobená jiným somatickým onemocněním, jiná specifická depresivní porucha. V novém vydání DSM-V jsou

depresivní poruchy odděleny od bipolárních a souvisejících poruch. K rozdělení těchto poruch došlo z důvodu odlišnosti v délce onemocnění, časovém průběhu a předpokládané etiologii (APA, 2013).

1. Epizoda deprese F32

Diagnostika depresivní epizody je, dle MKN-10, charakterizována tím, že se jedná o první epizodu deprese. Depresivní epizody, ke kterým dochází později by se měly označovat jako rekurentní depresivní poruchy tedy F33 a dále. Neléčená depresivní epizoda po 6-12. měsících buď zcela vymizí, anebo se stane chronickou. Dle MKN-10 jsou diagnostické kategorie depresivní epizody děleny dle počtu, typu a tíži přítomných symptomů následovně:

- Lehká depresivní epizoda F32.0
- Zde jsou přítomny dva hlavní a dva vedlejší příznaky, ale žádný z nich není intenzivní.
- Středně těžká depresivní epizoda F32.1
- Je charakterizována přítomností dvou hlavních a tří až čtyř vedlejších příznaků. Pacient shledává jako problematické pracovní, sociální nebo jiné domácí aktivity.
- Těžká depresivní epizoda bez psychotických symptomů
- Je charakterizována přítomností tří hlavních a čtyřech vedlejších příznaků. Projevuje se výrazná úzkost a neklid jedince nebo celkové zvolnění tempa. Jsou zde přítomny pocity viny, bezcennosti a ztrácení sebedůvěry. Pacient je omezen provádět sociální, pracovní nebo jiné domácí aktivity v redukované míře.
- Těžká depresivní porucha s psychotickými symptomy

- Splňuje stejné podmínky jako F32.2. Mimo to se u pacienta objevují bludy, halucinace a psychomotorické zpomalení může vygradovat až do fáze depresivního stuporu.
- Jiné depresivní epizody F32.8
- Splňují stejné podmínky jako F32.0 - F32.3. Typickým projevem jsou fluktuující smíšené depresivní symptomy jako napětí, obavy, tíseň, dále perzistující bolest a únava bez organické příčiny. Typickým příkladem je tzv. larvovaná deprese, která se primárně projevuje somatickými příznaky a tím maskuje psychickou stránku poruchy. Mohou se objevit tlaky u srdce, bolesti hlavy, pocity těžkých končetin a gastrointestinální obtíže.
- Depresivní epizoda, nespecifikovaná F32.9 (Laňková a Raboch, 2013), (WHO, 2018).

2. Periodická (rekurentní) depresivní porucha F33

Dle MKN-10 diagnostika periodické depresivní poruchy spočívá v přítomnosti opakovaných epizod deprese F32.0 – F32.3. Není zde popsána přítomnost povznesené nálady či hyperaktivity. Jednotlivé epizody mohou trvat 3 – 12 měsíců a vyléčení mezi jednotlivými epizodami je úplné. Jednotlivé epizody jsou způsobeny stresovými životními situacemi.

- Rekurentní depresivní porucha, současná epizoda mírná F33.0
- Tato porucha splňuje kritéria pro F32.0, ale zároveň v minulosti došlo k minimálně dvěma epizodám deprese, které trvaly alespoň 2 týdny s odstupem několika měsíců.
- Rekurentní depresivní porucha, současná epizoda středně těžká F33.1
- Taktéž splňuje kritéria pro F32.1 a F33.-

- Rekurentní depresivní porucha, současná epizoda těžká bez psychických symptomů F33.2 – F33.3
- Rekurentní depresivní porucha, v remisi F33.4
- Jiné rekurentní depresivní poruchy F33.8
- Rekurentní depresivní porucha, nespecifikovaná (Laňková a Raboch, 2013), (WHO, 2018).

3. Perzistující afektivní poruchy F34

Tyto poruchy jsou dle MKN-10 obvykle popsány jako fluktuující poruchy nálady, při kterých individuální epizody nebývají těžkého charakteru. Jsou charakterizovány dobou trvání až několik let a mohou na ně navazovat epizody mánie.

- Cyklotymie F34.0
- Jedná se o perzistující nestabilitu nálady, při které se mohou střídát periody mírné deprese a periody povznesené nálady. Diagnostika je obtížná, z důvodu potřeby dlouhé doby observace nebo kvalitní znalosti anamnézy poruchy v minulosti. Je pro ni typický chronický průběh a zpravidla se objevuje až v časně dospělosti. Může se vyvinout až v bipolární poruchu.
- Dystymie F34.1
- Je charakterizována slabými depresivními stavy, avšak chronickým zhoršením nálady, které nesplňuje kritéria depresivní poruchy F33.0-. Porucha také začíná v časně dospělosti nebo během dospívání. Může trvat několik let, ale i doživotně. Tato porucha může být následkem depresivní epizody, která se pojí na úmrtí blízké osoby nebo jiný životní stres.

- Jiné perzistující afektivní poruchy F34.8
- Do této skupiny spadají perzistující poruchy nálady, které nevyhovují kritériím cyklotymie ani dystimie.
- Perzistující afektivní porucha, nespecifikovaná F34.9 (Laňková a Raboch, 2013), (WHO, 2018).

3.1.5 Diferenciální diagnostika

První skupinou z oblasti diferenciální diagnostiky je míšená úzkostná a depresivní porucha F41.2. Ta je stanovena v případě, že jsou přítomny symptomy deprese i úzkosti, ale odděleně ani jedna ze skupin není dostatečně silná, aby vyhovovala kritériím úzkostné poruchy nebo depresivní poruchy. Symptomy deprese i úzkosti musí být přítomny pouze v lehkém stupni. Další skupinou je mentální retardace nebo demence, kde by neměla být přítomnost deprese vylučována. Problém je v obtížné komunikaci. Odborník je odkázán především na patologické, somatické projevy těla. Dále těžká hypotyreóza, která může napodobit příznaky deprese. Také bipolární porucha může být často zaměňována s depresivními poruchami. Zásadní rozdíl je především v projevu mánie, která se u depresivních poruch nevyskytuje. Symptomy u bipolární poruchy se zpravidla objevují na jaře a na podzim (Laňková a Raboch, 2013), (Pidrman, 2003).

3.1.6 Léčba

Léčba deprese by měla vést k zmírnění a následnému odstranění příznaků a odvrácení sklonům k suicidálnímu chování. Léčba má za cíl vrátit nemocného jedince do běžného života a předejít recidivě onemocnění (Pidrman, 2003).

3.1.6.1 Nefarmakologická léčba

- Specifická psychoterapie

Specifická psychoterapie zahrnuje krátkodobé systematické postupy, díky kterým léčba trvá 12 – 16 týdnů. Je prováděna psychologem, psychiatrem, praktickým nebo jiným lékařem. Aplikace interpersonální specifické psychoterapie, kognitivně-behaviorální specifické psychoterapie a krátké dynamické specifické psychoterapie může být srovnatelně účinná jako farmakoterapie, především v akutní fázi mírné a střední deprese. V případě, že nedojde ke zlepšení stavu do 6 - 8 týdnů, je jako další doporučený postup nasazení antidepresiv. Posledními studiemi se potvrdilo, že nejlepších výsledků je dosaženo při kombinaci farmakoterapie a psychoterapie (Laňková a Raboch, 2013).

- Podpůrná psychoterapie

Podpůrnou psychoterapii provádí praktický lékař a měla by být součástí léčby každého pacienta. Je popsána především jako empatie, laskavost, naslouchání, porozumění, dostatečná podpora, úplná informovanost o postupu léčby a očekávání vývoje léčby. K léčbě depresivního onemocnění podpůrná terapie sama o sobě nestačí, ale je důležitou součástí léčby (Laňková a Raboch, 2013).

- Fototerapie

Fototerapie je jedna z metod tzv. první volby při léčbě sezónní afektivní poruchy. Je také určena pro léčbu chronické deprese či dystimie se sezónními exacerbacemi. Jedná se o léčbu antidepresivy SSRI (Praško, 2005).

- Fyzické cvičení

Jde o pomocnou terapii vhodnou především pro lehčí depresi a posílení jiných léčebných prostředků. Byl doložen pozitivní účinek čtrnácti-denního aerobního programu na zmírnění symptomů deprese (Laňková a Raboch, 2013).

- Jiné biologické léčebné prostředky

Dále jsou známy metody speciálních oddělení univerzitních klinik. Jsou to léčebné postupy jako např.: spánková deprivace, repetitivní magnetická stimulace mozku a vagová stimulace, jejichž účinky stále podléhají dalšímu zkoumání. Také do této kategorie spadá účinek dostatečného příjmu vyvážené stravy obohaceného především o nenasycené mastné kyseliny, vitamíny B9 a B12 (Laňková a Raboch, 2013).

3.1.6.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie antidepresivy je vhodná při léčbě deprese střední a těžké formy. Antidepresiva nejsou lékem první volby u deprese lehké formy. Je důležité zvážit poměr užitku a rizika. Při výběru antidepresiva je vhodné vycházet z: předchozí zkušenosti pacienta s léčbou, klinického obrazu deprese a znalostí vedlejších účinků daných skupin antidepresiv. Je žádoucí využít úplnou terapeutickou dávku, aby mohlo být stanoveno, zda je antidepresivum účinné či nikoliv. Léčbu pomocí antidepresiv lze rozdělit na tři fáze. Fází první je akutní léčba, která trvá 6 – 12 týdnů a má za úkol odstranění symptomů. Druhou fází je léčba pokračovací, která trvá 4 – 9 měsíců a hlavním cílem je předejití možným relapsům. Ve třetí fáze je popsána jako udržovací léčba, která má za úkol prevenci relapsů. Ukončení léčby antidepresivy musí být pozvolné v průběhu několika týdnů, z důvodu velkého rizika návratu onemocnění.

Nejstarší skupinou antidepresiv jsou tricyklická antidepresiva, která fungují na principu inhibice zpětného vychytávání hormonu noradrenalinu a serotoninu. Tento typ antidepresiv má vysokou účinnost, avšak mnohé vedlejší účinky. V dnešní době se využívají především léky z řady SSRI a RIMA. Pro léčbu mírných depresí je označen jako vyhovující lék výtažek z třezalky tečkované a ostatní produkty (Cantopher, 2012), (Laňková a Raboch, 2013).

3.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je aktuálním problémem nejen v oblasti medicíny, ale také v oblasti kvality osobního života jedinců. Jeho význam je patrný už z názvu. Anglické slovo „to burn“ znamená hořet, avšak slovní spojení „burn out“ znamená doslovně vyhořet, dohořet nebo vyhasnout. Syndrom vyhoření není pouze „nemocí“ moderní doby, jak může být z médií patrné. Pravdou je, že pocit beznaděje, ztráta smyslu a absence ideálů z nekončící těžké práce provází lidstvo už od doby, kdy si začalo uvědomovat své konání.

Pojem syndrom vyhoření byl poprvé uveden roku 1974 do odborné literatury americkým psychologem Herbertem J. Freudenbergerem. Jednalo se o časopis *Journal of Social Issues*. Existuje i řada starších zmínek o tomto syndromu z dob řecké mytologie, kde byl uváděn jako „sysifovský komplex“ nebo „sysifovská práce“. Zájem o toto téma vzrostl na přelomu 80. a 90. let 20.století. Zvýšená popularita byla spojena s radikálními událostmi v Evropě i ve světě, souvisejícími s rozbitím železné opony.

V současné době vzrostl o syndrom vyhoření a jeho studium zájem. I přes to není součástí diagnostických klasifikačních systémů, což dokazuje i diagnostický manuál DSM-V, který tento syndrom neuvádí jako samostatnou diagnostickou

kategorii. Stejně tak je tomu i v Mezinárodní kvalifikaci nemocí MKN-10, i aktualizované MKN-11. V MKN-11 je oproti MKN-10 popis syndromu vyhoření podrobnější. V MKN-10, i MKN-11 mezi kódy „Z“, což jsou kódy pro faktory ovlivňující zdravotní stav, je zmíněna kategorie Z 73.0, která je definována jako vyhasnutí, vyhoření nebo stav životního vyčerpání. Dle MKN-10 je charakterizován jako emoční únava, která se projevuje chronickým subdepressivním laděním a podrážděností. Pozoruhodné je, že v zemích jako je Švédsko nebo Holandsko je syndrom vyhoření brán jako právoplatná diagnóza (APA, 2013), (WHO, 2018), (Pelcák, 2015), (Ptáček a kol., 2013).

3.2.1 Charakteristika syndromu vyhoření

Definice syndromu vyhoření jsou odlišné. Autoři napříč publikacemi ho popisují rozdílně, ale všechny definice se shodují v tom, že se jedná o stav, vyplývající z dlouhodobého působení stresu na lidský organismus, který se projevuje ve třech rovinách. První rovinou je rovina fyzická, která se vyznačuje únavou, fyzickým vysílením a pocitem „vybitých baterek“, nespavostí, gastrointestinálními obtížemi a bolestmi hlavy. Dále rovina kognitivní, která je popsána jako potíže s koncentrací, zvýšená vztahovačnost a obtížné rozhodování. Rovina emoční je charakterizována zvýšeným cynismem k práci a pocitu neschopnosti vžít se do role pacientů či klientů a obtížnou komunikací s nimi.

Syndrom vyhoření je především brán jako výsledek dlouhodobého stresu, konkrétněji distresu. Akutní stres k syndromu vyhoření nevede. Převážně je spojován s pracovní činností, která je charakterizována velkými nároky na výkon, velkou mírou odpovědnosti a závažnými následky v případě selhání. Důvodem vzniku syndromu vyhoření jsou zvyšující se nároky na vzdělání

i specializaci, ekonomický tlak, jelikož je upřednostňována kvantita nad kvalitou, nízká míra asertivity, nedostatek odpočinku a nedostatek docenění práce. Pracovníci jsou nuceni být perfektní a neomylní po celou dobu práce, ačkoliv je to nad jejich síly a neodpovídá tomu ani pracovní prostředí (Pelcák, 2015), (Ptáček a kol., 2013).

3.2.2 Průběh syndromu vyhoření

Cyklus syndromu vyhoření je napříč publikacemi popsán taktéž odlišně. Je však patrné, že nic nevznikne náhle, a i syndrom vyhoření má svůj vývoj. Honzák i Ptáček se přiklání k nejčlenitějšímu modelu, že cyklus má dvanáct kritických fází. Toto rozdělení poprvé uvedl ve své publikaci John W. James (Křivohlavý, 2012).

Fáze nemusí jít za sebou striktně popsaným způsobem a nemusí se vyskytnout všechny. Fáze jsou popsány následovně:

1. Nutkavá snaha po sebeprosazení

První fáze je doprovázena nepřiměřenými ambicemi. Snaha prosadit se může přerůst až do patologické míry.

2. Jednotlivec začíná pracovat více a tvrději

V druhé fázi se jednotlivec snaží dokázat sobě i okolí, že je schopen zvládnout i velmi vysoko nastavenou laťku. Osobní život jde do ústraní a jednotlivec se soustředí především na práci, a to samostatně bez pomoci druhých.

3. Přehlížení potřeb druhých

Toto je fáze, kde se objevuje maximální soustředěnost na práci a požadavky s ní spojené. Rodina, osobní život, spánek aj. se jeví jako

nepotřebné a jdou naprosto stranou, protože jedinci ubírají čas i energii, kterou chce věnovat své práci.

4. Přesunutí konfliktu

V této fázi je zřejmé, že jedinec si uvědomuje negativní vlivy svého konání, ale není schopen rozpoznat jejich zdroj. Může dojít k vnitřnímu rozkolu a následné krizi.

5. Revize a posunutí hodnot

Jedinec se snaží vyhnout konfliktům, a proto dochází k izolaci od okolí. Vzhledem k tomu, že práce bere jedinci veškerou energii i čas, je nucen potlačit všechny své základní potřeby a nastává emoční otupení.

6. Popírání vznikajících problémů

V tomto stádiu jedinec shledává jako nesnesitelné veškeré sociální kontakty. Stává se netolerantním a narůstá u něj i agresivita a sarkasmus. Zrod svých problémů shledává v časové tísní.

7. Stažení

Vzhledem ke skutečnosti, že sociální kontakty jdou stranou, nastává naprostá izolace od okolí. Mohou se objevit pocity beznaděje a ztráty smyslu. Úlevu může jedinec nalézt v alkoholu, drogách nebo lécích na spaní.

8. Zcela patrné změny chování

Chování jedince je zcela změněno, a to se neobejde bez povšimnutí lidí v jeho sociálním okolí.

9. Depersonalizace

Život je vnímán jako mechanická funkce a jedinec pociťuje sebe i druhé jako nedůležité osobnosti.

10. Vnitřní prázdnota

V této fázi jsou patrné pocity vnitřní prázdnoty a s tím spojené vykonávání zběsilých aktivit, kterými jsou např. přejídání, sex nebo drogy. Tyto aktivity překračují meze, které uznává společnost.

11. Deprese

Depresivní složka může být součástí vyhoření. Jedinec pociťuje vyčerpání, beznaděj a ztrátu smyslu života. Objevují se psychické i fyzické depresivní symptomy.

12. Syndrom vyhoření

V této fázi dochází k naprostému emočnímu, psychickému i fyzickému kolapsu. Může se objevit suicidální chování, které jedinec vnímá jako řešení své situace. Kolaps i suicidální myšlení či chování by měli být důvodem pro vyhledání lékařské pomoci (Honzák, 2018).

Dle modelu, který uvádí Edelwich a Brodsky in Körner jsou fáze syndromu vyhoření rozděleny následovně:

1. Nadšení – Jedná se o stadium, kdy práce jedince naplňuje a přináší mu uspokojení.
2. Stagnace – Nadšení z práce uvadá a jedinec má pocit, že není možné splnit veškeré ideály.
3. Frustrace – Objevují se první překážky, spory a rozepře mezi efektivitou a smyslem práce.
4. Apatie – Tato fáze nastává v případě, že frustrace trvá. Práce se stává nutností, rutinou a nepřináší žádné potěšení.
5. Vyhoření – Nastává emocionální vyčerpání, depersonalizace a odcizení, se kterým si jedinec neví rady (Ptáček a Čeledová, 2011).

3.2.3 Prevence syndromu vyhoření

V prevenci i léčbě burnout syndromu jsou tři hlavní zásady a těmi jsou: zdravý životní styl, pravidelný režim, a především rovnováha mezi prací a odpočinkem. Důležité je, provést změnu celkovou a dlouhodobou. Provedená změna by se měla stát běžnou součástí života jedince. Bylo dokázáno, v různých studiích, že krátkodobá dovolená nepomáhá. Práce a pracovní povinnosti by se neměli stát hlavním smyslem života jedince (Ptáček a Čeledová, 2011).

Velké riziko v rozvoji syndromu vyhoření hrají osobnostní rysy a sociální zázemí jedince. Za osoby, které jsou nejnáchylnější v rozvoji syndromu vyhoření, se považují jedinci senzitivní, obětaví, empatičtí a idealističtí. Pro dostatečnou prevenci syndromu vyhoření je hlavní složkou předcházet pracovnímu stresu než se snažit ho odstraňovat. Vhodnými opatřeními pro prevenci vzniku syndromu vyhoření jsou: správná organizace času (time-management), pracovní autonomie, rozmanitost práce, odpovídající asertivita, důvěřování sobě samému a svým schopnostem, nepochybnost ve vlastní kvalitě, umění odpočívat a dbání na dostatek duševní hygieny (Ptáček a Čeledová, 2011).

3.2.4 Diagnostika syndromu vyhoření

Diagnostika vychází ze sledování jednotlivých symptomů, které jsou u syndromu vyhoření popsány v odborných publikacích. Státní zdravotní ústav poprvé vydal příručku o syndromu vyhoření pro odbornou i laickou veřejnost v roce 1998, kde jsou popsány projevy, dopady i diagnostika. Nejužívanější metodou pro odhalení syndromu vyhoření jsou dotazníky „Maslach Burnout Inventory“ a „Burnout Measure“, které jsou využívány širokou škálou odborné veřejnosti napříč státy. Další metodou je Shirom-Melamedova škála (SMBM), kde

se zároveň hodnotí tři subškály: fyzická únava, kognitivní únava a emoční vyčerpání (Kebza a Šolcová, 2003).

Závažná zdravotní onemocnění mohou syndrom vyhoření maskovat a tím se může stát těžko diagnostikovatelným. Z psychiatrického hlediska je syndrom vyhoření skryt za celou řadou diagnóz. Jak bylo řečeno v předchozí kapitole, dle MKN-10 je diagnostikován jako neurotické, stresové nebo somatoformní poruchy (F-40 - F48). Syndrom vyhoření může vést k rozvoji Fobických úzkostných poruch (F40), jiných úzkostných poruch (F41), obsedantně nutkavých projevů (F42). Sekundárně může dojít i k rozvoji závislostí různého druhu (WHO, 2018), (Ptáček a Čeledová, 2011).

3.2.5 Diferenciální diagnostika

Syndrom vyhoření má spoustu společných symptomů s depresí. Společné symptomy jsou patrné především v pocitu zmaru, špatné náladě, ztrátě motivace a energie, zvýšené agresivitě aj. Tyto symptomy mají negativní vliv na řadu životních aktivit, které se mohou pojit na práci a pracovní nadšení. Diferenciální diagnostika spočívá v tom, že zatímco syndrom vyhoření může být zmírněn přeladěním psychiky na nepracovní obsah, u deprese tomu tak není. U syndromu vyhoření jsou tedy negativní prožitky omezeny pouze na zaměstnání, ostatní sociální vztahy jsou ovlivněny sekundárně. U deprese se objevuje spíše sebeobviňování, zatímco u vyhoření můžeme najít i obviňování okolí (Ptáček a kol., 2013), (Šolcová a Kebza, 2005).

3.2.6 Léčba

Při léčbě syndromu vyhoření je důležité, aby si jedinec, jehož se postižení týká, uvědomil, že je nemocný a že se tento stav musí řešit, jelikož se jedná

o vážný stav. Jedinec si musí být vědom těchto skutečností a léčbu sám vyžadovat a chtít (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Vhodné je, nalézt smysluplnost vlastní práce a smysl svého života v obecné rovině. Jako velká pomoc je brána sociální opora. Sociální oporou je myšlena podpora rodiny, přátel, blízkých, ale i spolupracovníků. V práci je nutno vytvořit si jasné, srozumitelné a přijatelné pracovní podmínky a oddělovat dobu určenou pro práci a dobu určenou pro odpočinek, popř. osobní záliby. Zaměstnavatel má možnost vyhořelého jedince podpořit úpravou pracovních podmínek, změnou pracovního místa nebo změnou pracovní náplně. V poslední řadě je východiskem odchod ze zaměstnání, čímž problémy nemusí být vyřešeny, jelikož jedinec si může přinést nevyřešené záležitosti do dalšího zaměstnání. Za nejlepší prostředek léčby je považováno vyhledání odborné pomoci a aplikace tzv. supervize. Odborně vedená, pravidelná supervize je brána jako jedno z nejúčinnějších řešení pro léčbu syndromu vyhoření (Ptáček a Čeledová, 2011).

3.2.6.1 Zásady duševní hygieny

Jedna z možností, jak předcházet vzniku syndromu vyhoření a jiných psychických nemocí je duševní hygiena. V širším slova smyslu se duševní hygienou rozumí systém vědecky propracovaných pravidel a rad, které slouží k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví a duševní rovnováhy. V užším slova smyslu se duševní hygienou rozumí prevence výskytu duševních onemocnění. Lidské tělo pracuje v určitém rytmu a je potřeba jeho signálům naslouchat. Naslouchání signálům lidského těla vede k udržení duševní rovnováhy a tělesného zdraví. Hlavními zásadami duševní hygieny jsou: dostatečný odpočinek, vyhovující poměr bdění a spánku, správná strava a pitný režim a zdravý pohyb (Kebza a Šolcová, 2003).

3.2.6.2 Výskyt dle profesí

Hlavním místem výskytu syndromu vyhoření je oblast, kde dochází k práci s lidmi. Také se jedná o zaměstnání, kde se vyskytuje nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, stálý výkon s malou možností úlevy a závažnými důsledky v případě chybování. Mezi profese s nejvyšším rizikem vzniku syndromu vyhoření se řadí: lékaři, zdravotní sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci, psychologové a psychoterapeuti, sociální pracovníci, učitelé, zaměstnanci pošty, dispečeri, právníci, advokáti, pracovníci věznic, profesní funkcionáři, poradci a informátoři, úředníci v bankách, úřadech a orgánech státní správy, příslušníci ozbrojených sil, duchovní a řádové sestry, profesionální sportovci a v neposlední řadě policisté (Kebza a Šolcová, 2003).

Mezi významné determinanty pracovní činnosti patří pracovní prostředí. U složek jako jsou hasiči, policisté či celníci dochází ke složení slibu, který je brán jako závazná dohoda postižitelná zákonem. Tento „akt“ vede k vytvoření významného tlaku na pracovní výkonnost zaměstnance. Práce příslušníků složek bezpečnostní praxe je charakterizována složitými, komplikovanými a těžko řešitelnými stresovými situacemi, která může vyústit v nepřiměřenou fyzickou zátěž. Mezi další limitující faktory patří individuální reakce jedince a jaké skutečnosti považuje jedinec za subjektivně nelibé. Zda je stres přijímán pozitivně či negativně, záleží také na stupni a délce trvání stresové situace. Práce v bezpečnostních složkách je brána jako vysoce riziková pro vznik syndromu vyhoření. I přes tuto skutečnost nedochází k dostatečné prevenci a snížení rizikovitosti. Postižení pracovníci ztrácí zájem o zodpovědné plnění pracovních úkolů, projevuje se lhostejnost, bezcitnost, chlad a nezájem. Jak bylo popsáno, problémy, které jsou spojeny s vyhořením, narušují výkonnost a pracovní

morálku jedince a ovlivňují tak i funkčnost celé instituce, kde jedinec práci vykonává (Ptáček a kol., 2013).

3.2.6.3 Syndrom vyhoření u policie

Policie patří mezi nejstresovanější společenské profese. Pod pojmem policejní stres se skrývají situace, které jsou většinou policistů vnímané jako zátěž doprovázená fyzickým i emocionálním vypětím. Stres policistů lze shrnout jako stres, který souvisí s výkonem jejich profese. Je doprovázen nadměrným vypětím, které po několika letech služby může vyústit v syndrom vyhoření (Čírtková, 2006), (Švingalová, 2006).

Možným zdrojem stresu a spouštěčem syndromu vyhoření u policistů jsou následující situace: zásahy proti narušitelům veřejného pořádku, opovrhující postoj řidičů vůči silničním kontrolám, řešení domácího násilí, zásah při smrtelných dopravních nehodách, nedostatečné ohodnocení zaměstnavatelem, nevyhovující vztahy na pracovišti (Denský, 2006).

Syndrom vyhoření se u příslušníků PČR může projevat také jako: ztráta zájmu o odpovědné plnění pracovních úkolů, služební příprava, která je chápána jako „nutné zlo“, pracovní úkoly se stávají nepříjemným břemenem a policista se snaží vydat na jejich plnění co nejméně energie, ztráta zájmu dalšího pracovního růstu, absence projevování zájmu o své okolí, negativní a cynické postoje vůči občanům. Významným milníkem je vztah mezi syndromem vyhoření a délkou trvání služebního poměru. Vyšší pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření nastává u policistů sloužících 6 – 15let (Denský, 2006).

Pro policisty je vhodné použití obecných zásad pro zdolávání stresových situací v terénu, jimiž jsou: sebeovládání a relaxační techniky, trénink

koncentrace na zadaný úkol, kontrola nad strachem a pocitem nejistoty z nepřehledných situací, mentální příprava, pozitivní sebeinstrukce a psychologická příprava na konkrétní typové situace (Čírtková, 2006).

Mimo obecné zásady se policistům doporučuje jako prevence syndromu vyhoření: zvýšená snaha získat ztracenou důvěru od občanů přátelským jednáním, lepší a častější spolupráce s policejními psychology, zlepšení v oblasti poradenství, psychoterapii a krizové intervenci, práce na zvyšování sebeúcty podřízených pomocí udělování pochval za kvalitně odvedenou práci nejen v extrémních případech (Denský, 2006).

3.3 Policie ČR

Policie České republiky (dále jen „policie“) je ozbrojený bezpečnostní sbor, který spadá pod resort Ministerstva vnitra České republiky. Je zřizován zákonem č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky. Jeho znění upravuje zákon o Policii České republiky 273/2008 Sb., ze dne 17. července 2008.

Úkolem policie je především: „chránit bezpečnost osob a majetku a veřejný pořádek, předcházet trestné činnosti, plnit úkoly podle trestního řádu a další úkoly na úseku vnitřního pořádku a bezpečnosti svěřené jí zákony, přímo použitelnými předpisy Evropské unie nebo mezinárodními smlouvami, které jsou součástí právního řádu“ (ČESKO, 2008).

Policie je složena z útvarů, jimiž jsou: „a) Policejní prezidium ČR v čele s policejním prezidentem, b) útvary policie s celostátní působností, c) krajská ředitelství policie, d) útvary zřízené v rámci krajského ředitelství (ČESKO, 2008).

Policie je a její činnost se prolíná převážně do těchto právních předpisů:

- z. č. 361/2003 Sb. o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů
- z. č. 273/2008 Sb. o Policii České republiky
- z. č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému
- z. č. 40/2009 Sb. trestní zákoník
- z. č. 141/1961 Sb. o trestním řízení soudním (trestní řád)
- z. č. 500/2004 Sb. správní řád
- z. č. 200/1990 Sb. o přestupcích
- z. č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích.

Činnost policie je také upravována mezinárodními smlouvami, na které je Česká republika vázána (ČESKO, 2008).

Mezi základní povinnosti policisty patří: zdvořilost, iniciativa, přiměřenost postupu, prokazování příslušnosti a poučování. Co se týká zdvořilosti, policista je povinen dodržovat základní pravidla slušného chování a dbát cti, vážnosti a důstojnosti osob i své vlastní. V případě přiměřenosti postupu musí policista, dle zákona, dbát na to, aby v důsledku jejich postupu nevznikla žádné osobě bezdůvodná újma. Dále dbát na to, aby jejich rozhodnutím o neprovedení úkonu nevznikla osobám bezdůvodná újma a postupovat tak, aby zásah nepřekročil míru práv a svobod osob zúčastněných i nezúčastněných (ČESKO, 2008).

Podle zákona č. 361/2003 Sb. o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů jsou jako předpoklady k přijetí do služebního poměru dány tyto podmínky: o přijetí se musí písemně požádat, uchazeč musí být starší 18.let, je bezúhonný, splňuje požadovaný stupeň vzdělání, je zdravotně, osobnostně a fyzicky způsobilý, je oprávněn seznamovat se s utajovanými informacemi dle zvláštního právního předpisu, není členem politické strany ani

politického hnutí, nevykonává jinou výdělečnou činnost. Služební poměr může vzniknout splněním výše uvedených a jiných podmínek. Dnem, kdy je uchazeč přijímán do služebního poměru, skládá služební slib, který zní následovně: „Slibuji na svou čest a svědomí, že při výkonu služby budu nestranný a budu důsledně dodržovat právní a služební předpisy, plnit rozkazy svých nadřízených a nikdy nezneužiji svého služebního postavení. Budu se vždy a všude chovat tak, abych svým jednáním neohrozil dobrou pověst bezpečnostního sboru. Služební povinnosti budu plnit řádně a svědomitě a nebudu váhat při ochraně zájmů České republiky nasadit i vlastní život". Uchazeč stvrzuje služební slib svým podpisem (ČESKO, 2003).

3.3.1 Specifika policejní profese

Většina populace není vystavena úskalím, které jsou přítomny u povolání pomáhajících profesí, a především u policistů. Práce policisty je charakterizována velkou rozmanitostí činnosti a tento aspekt může přesahovat i přirozené schopnosti člověka, jak se s ním samostatně vyrovnat. Policejní práce obecně je brána jako stresová. Policista vykonává své povolání s vědomím, že je založeno na vážnosti a respektu k lidským právům. Je si plně vědom služebního slibu a jeho obsahu. Při výkonu povolání se policista může ocitnout i v ohrožení života nebo zdraví svého i kolegů. Je od něj vyžadována naprostá profesionalita, absence pochybení a neprojevení slabosti. Mimořádné události mohou přinést policistům vypjaté emoční chování obětí trestných činů nebo pozůstalých v případě smrti. Mimo profesní zátěž je policista nucen vyrovnávat se se zátěží, kterou přináší jeho běžný osobní život. Zátěžovými situacemi osobního života jsou: úmrtí v rodině nebo mezi blízkými, partnerské rozepře, rozvod, vážná nemoc, závislost na alkoholu a jiných návykových látkách, šikana na pracovišti a jiné osobní problémy (Vymětal a kol., 2020).

Profesní zátěž příslušníka policie v kombinaci s osobními problémy mohou být neúnosné. Vyžadování naprosté profesionality vytváří na policistu obrovský tlak. Pokud policista není seznámen s tím, jak pracovat s negativními zážitky, může je řešit dlouhodobým potlačením. Potlačené negativní zážitky se sčítají a zvyšuje se pravděpodobnost vzniku psychických problémů, jejichž projevem mohou být zvýšená podrážděnost, agrese, úzkost, pocit bezmoci, pocit studu či viny, pokles schopnosti prožívat pozitivní emoce, problém se spánkem, příjmem potravy, deprese atd. Mohou se projevit i fyzické obtíže jako chronické bolesti hlavy, zažívací obtíže, kardiovaskulární obtíže apod. Je dobré si uvědomit, že reagování psychiky na nadlimitní zátěž je naprosto běžnou lidskou reakcí na neobvyklé situace (Vymětal a kol., 2020).

3.3.2 Možnosti psychosociální podpory u PČR

V současné době je psychologická péče u PČR rozdělena do tří skupin. Rozdělení je následující: služby policejních psychologů, Linka pomoci v krizi a systém kolegiální podpory. Také je hojně využíván systém krizové intervence, který je zaměřen především na péči o policisty na místě mimořádné události. Má za úkol pečovat o lidi zasažené mimořádnou událostí a zároveň poskytnout psychickou podporu policistům, kteří u mimořádné události zasahují (Karbanová, 2019).

3.3.2.1 Služby policejních psychologů

Policejní psychologové stáli u počátku projektů, jimiž byly: zřízení Linky pomoci v krizi, vybudování týmů krizové intervence a kolegiální podpory. Jeden z prvních lidí, se kterým se uchazeč o práci u Policie ČR setká, je právě policejní psycholog. Ten, v rámci psychologického vyšetření, má za úkol zjistit, jestli je uchazeč osobnostně způsobilý k výkonu povolání. Psychologové se snaží mezi

uchazeči najít především takové lidi, kteří splňují kritéria týkající se psychické stability a odolnosti, jelikož jsou si plně vědomi náročnosti policejní profese. Práce policejních psychologů nespočívá jen ve správném výběru uchazečů, ale také v psychologické péči o policisty a okrajově o jejich rodinné příslušníky a blízké. Důležitým předpokladem poskytnutí kvalitní psychologické péče je důvěra mezi klientem a psychologem a policista si může konkrétního psychologa, dle sympatií, vybrat sám. Psychologové jsou k dispozici na Oddělení psychologických služeb personálního odboru KŘP či Policejního prezidia, současně psychologové slouží v zásahových jednotkách, speciálních pořádkových jednotkách a na určitých útvech policie s celostátní působností. Cílem služeb policejních psychologů je především psychická stabilita a rozvoj potřebných dovedností klientů. Policejní psychologové se podílejí se na projektech, kterými jsou fungování Linky pomoci v krizi, vybudování týmů krizové intervence a kolegiální podpory. Mimo jiné jsou náplní jejich práce také odborné konzultace, psychologické poradenství, krizová intervence a také psychoterapie. Dle posledních statistik je patrné, že na psychologických pracovištích je ročně poskytnuta péče zhruba dvěma a půl tisícům klientům (Vymětal a kol., 2020).

3.3.2.2 Linka pomoci v krizi

Linka pomoci v krizi je linkou důvěry s působností v rámci resortu, která je provozována ve sféře skupiny krizové intervence oddělení vedoucího psychologa OP PP PČR. Na Linku pomoci v krizi se mohou obrátit policisté, hasiči, zaměstnanci policie, hasičského záchranného sboru, ministerstva vnitra a jejich rodinní příslušníci. Linku může využít i širší veřejnost v případě vzniku mimořádných událostí. Linka pomoci v krizi je aktivní nepřetržitě 24 hodin denně, 365 dní v roce, v kteroukoliv denní i noční hodinu. Linka vznikla

14. listopadu 2002 z důvodu enormního vzrůstu počtu náročných služebních zásahů i výskyt suicidálního jednání z řad policistů. Potřeba linky byla ověřena výzkumem na Policejní akademii ČR. Výzkum prokázal, že téměř každý dotazovaný se setkal s traumatizující situací, která přechodně nebo i trvale ovlivnila jeho osobní život, ale pouze malé procento respondentů si bylo vědomo, kam se obrátit pro účinnou a profesionální pomoc. Linka pomoci v krizi úzce kooperuje se systémem krizové intervence. Služby linky jsou podřízeny pokynu policejního prezidenta 231/2016, o psychologických službách. Kontaktem na linku pomoci v krizi je služební linka 834 688 nebo civilní číslo 974 834 688. Konzultant linky pomoci v krizi je povinen dodržovat etický kodex pracovníka linky důvěry a pracoviště linky důvěry, jenž byl přijat sněmem České asociace pracovníků linek důvěry z 20. 10. 1998 v Hradci Králové. Konzultanty linky pomoci se mohou stát vyškolení odborníci, kteří absolvovali akreditovaný výcvik v oblasti telefonické krizové intervence. Tým linky pomoci je složen ze stálých pracovníků i externistů, kteří zajišťují nepřetržitý provoz linky. Tým linky pomoci je cíleně různorodý a pracují zde jak policisté z přímého výkonu, tak policejní psychologové nebo jiní sociální pracovníci a další. Následující důležitou skutečností je, že Linka pomoci v krizi je zcela anonymní. Anonymita se týká jak volajícího, tak i pracovníka linky. Hovory nejsou zaznamenávány ani jinak monitorovány a telefonní aparát neukazuje číslo, ze kterého klient volá. Více jak polovinu telefonátů představují hovory z oblasti krizové intervence, konkrétněji se jedná převážně o osobní problémy, pracovní potíže nebo komplikované partnerské a rodinné vztahy. V oblasti osobních problémů jsou časté především zdravotní potíže, nadužívání alkoholu, gamblerství, pocity osamění, úzkostné stavy po traumatické události, suicidální myšlenky nebo jednání apod. V oblasti

pracovních potíží si volající neví rady hlavně ve vztahu nadřízený – podřízený a problémy mezi kolegy (Vymětal a kol., 2010), (Vymětal a kol., 2020).

3.3.2.3 Systém kolegiální podpory

Předchůdcem kolegiální podpory u Policie ČR byl systém tzv. Posttraumatické intervenční péče (PIP), jehož smyslem bylo snížit rizika, která jsou spojená s náročností policejní profese. Členové týmu PIP byli vyškoleni poskytovat pomoc policistům v krizových situacích. Jejich úkolem bylo naučit policisty zvládat náročné pracovní situace, správně se vyrovnávat se zátěží, akutní stresovou reakcí a využít k tomu získané informace a zkušenosti, které reálně využijí v praxi. Systém PIP byl na dobrovolné bázi a byl tvořen interventy z řad policistů, občanských zaměstnanců Ministerstva vnitra ČR a PČR, policejními psychology a duchovními, kteří museli být speciálně vyškoleni. Ke změně došlo v roce 2016, kdy vyšel Pokyn policejního prezidenta č. 231/2016, o psychologických službách. Změna dala za vznik systému kolegiální podpory neboli tzv. peer supportu. Jedná se o systém kolegiální podpory, který zachovává principy PIP a zároveň je rozšířen o další možnosti podpory (Výroční zpráva 2016, 2017).

V nově vzniklém peer supportu má každý kraj svého koordinátora kolegiální podpory. Tím může být psycholog nebo poskytovatel kolegiální podpory, který absolvoval několikadenní vzdělávání a poté byl jmenován ředitelem krajského ředitelství policie. Mimo krajská ředitelství mohou mít i útvary s celorepublikovou působností svůj tým kolegiální podpory. Psycholog, který se chce stát lektorem v oblasti peer supportu, musí být řádně proškolen oddělením vedoucího psychologa Policejního prezidia ČR a získat osvědčení o absolvování školení. Po získání osvědčení je psycholog plně zodpovědným za odbornou

úroveň vzdělávání poskytovatelů kolegiální podpory v kraji, kde se nachází jeho působnost. Má za povinnost zajistit poskytovatelům kolegiální podpory psychologickou péči formou supervize. Cílem školení kolegů, kteří budou poskytovat kolegiální podporu, není nahradit psychologické poradenství, nýbrž najít a vyškolit pozitivně naladěné kolegy, kteří v týmu mají přirozený respekt ostatních. Policisté, kteří mají dobrovolný zájem o vyškolení v rámci systému kolegiální podpory, by měli být schopni svým kolegům poskytnout informace, kam se obrátit pro odborné poradenství, popř. jak v nezvladatelných stresových situacích postupovat. Těmto kolegům, kteří se na výcviku naučili, jak je možné pomáhat druhým nejužitečnějším způsobem, se říká „peeři“. Peeři se musí řídit etickým kodexem, a na základě toho garantovat mlčenlivost o informacích, které se od policisty dozvědí (Karbanová, 2019).

3.3.2.4 Systém krizové intervence

Krizovou intervenci provádí jak policejní psycholog, tak krizový intervent a jedná se o okamžitou pomoc po prožití krizové situaci. Za smysl krizové intervence se považuje bezprostřední nabídnutí pomoci, která má za úkol co nejvíce zmírnit dopady mimořádné události na lidskou psychiku neboli minimalizaci následných rizik. Zároveň by měla dbát na předcházení vzniku psychických onemocnění, které mohou vznikat jako následek prožitých stresových událostí. Hlavní výhodou krizové intervence je včasné a efektivní zacházení s akutními reakcemi na přímé zasažení mimořádnou událostí. Při vzniku mimořádné události krizoví interventi poskytují pomoc nejen poškozeným lidem, ale také policistům, kteří u mimořádné události zasahují. Jedná se zejména o případy mimořádné události, kdy dochází k ohrožení vlastního života či zdraví policisty, ohrožení života kolegů, k použití střelné zbraně, závažným zraněním či krutému úmrtí, k hromadným nehodám a jiným

mimořádným událostem, k úmrtí dítěte, k neúspěšné snaze o záchranu lidského života apod. Systém krizové intervence funguje nepřetržitě. Krizoví interventi se na místě mimořádné události snaží zklidnit situaci a vysvětlit zasaženým postup policie na místě činu. Provádí práci, na kterou policisté nemají a ani nemohou mít čas při řešení mimořádné události. Při tragickém úmrtí člověka, podává krizový intervent zprávy blízkým o tom, co se stalo a má za poslání kontaktovat další členy rodiny, zároveň být nápomocen pochopit vzniklou událost a podat informace o možnosti poskytnutí další odborné péče. Na místo vzniku mimořádné události může krizového interventa poslat pracovník operačního střediska nebo o něj může zažádat přímo velitel zásahu. Stejně jako u systému kolegiální podpory se krizovým interventem může stát policista, který absolvoval vzdělávání se zaměřením na poskytování krizové intervence. Po úspěšném absolvování vzdělání je krizový intervent jmenován krajským ředitelem do týmu krizové intervence. Hlavní koordinační složkou je Skupina krizové intervence Oddělení vedoucího psychologa Odboru personálního Policejního prezidia ČR (Vymětal a kol., 2020).

4 METODIKA

Pro praktickou část práce byla použita metoda kvantitativního průzkumu pomocí dotazníkového šetření.

Byly použity standardizované dotazníky BDI – II neboli Beckova škála deprese, která zkoumá míru výskytu depresivity a SMBM neboli Shirom-Melamedova škála, která se věnuje odhalení syndromu vyhoření. Oběma dotazníkům předcházelo vyplnění základních údajů o respondentovi, jimiž byly: rok narození, služební věk, gender, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání a zda by se respondent označil za věřícího člověka či nikoliv. Dotazníky byly distribuovány online pomocí webu www.vypln.to a viditelnost dotazníků byla upravena pro uzavřenou skupinu respondentů. Dotazníkové šetření bylo dále kontingenčně zpracováno pomocí Fisher exact test pro testování nezávislosti jednotlivých faktorů.

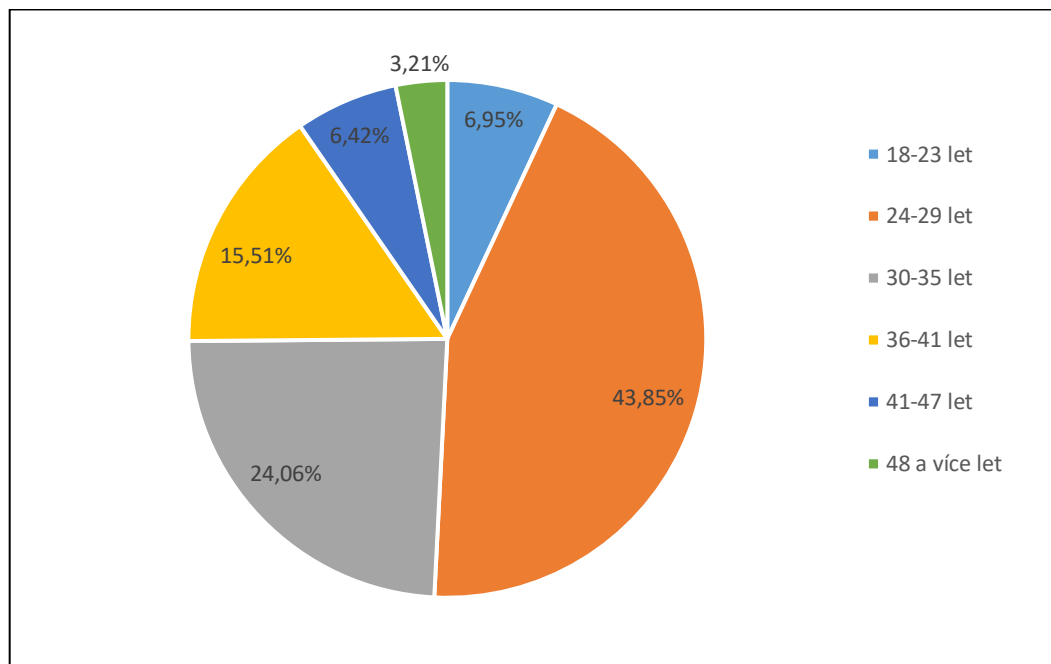
Průzkumný soubor tvořil celkem 187 dotazovaných příslušníků PČR. Všechny dokončené dotazníky byly vyplněny řádně. Jako cílová skupina byli vybráni příslušníci PČR – Oddělení hlídkových služeb Praha I, II, II, IV, Ostrava, Brno a Karviná. Z celkového počtu 561 zaměstnanců, napříč odděleními, kde probíhalo šetření, tvořil náš vzorek 33,3 % z celku. Z celkového počtu 1183 všech zaměstnanců OHS napříč republikou tvořil náš vzorek 15,9 %. Respondenti byli informováni o anonymitě dotazníkového šetření a jeho použití pro účely diplomové práce. Dotazníkové šetření probíhalo v září až prosinci 2019. Sběr dat byl ukončen k 31.12.2019 pro následné zpracování.

5 VÝSLEDKY

Otázka č. 1 Jaký je Váš rok narození?

Tabulka 1 Věkové kategorie respondentů (Autor, 2020)

Věkové kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
18-23 let	13	6,95
24-29 let	82	43,85
30-35 let	45	24,06
36-41 let	29	15,51
41-47 let	12	6,42
48 a více let	6	3,21



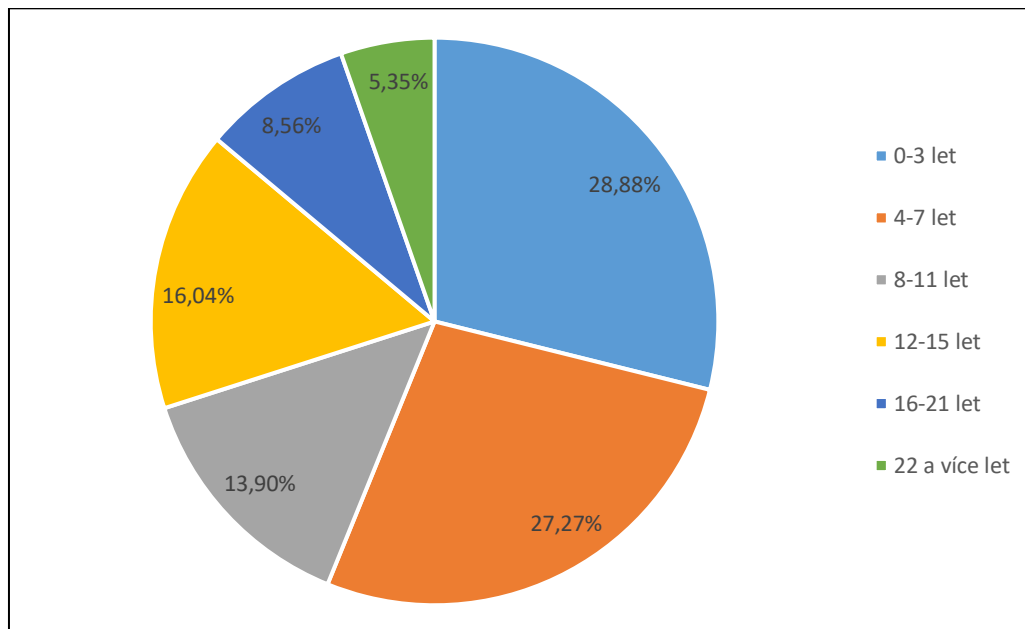
Obrázek 2 Věkové kategorie respondentů (Autor, 2020)

Z celkového počtu 187 (100,00 %) respondentů bylo 82 (43,85 %) ve věku 24-29 let, 45 (24,06 %) ve věku 30-35 let, 29 (15,51 %) ve věku 36-41 let, 13 (6,95 %) ve věku 18-23 let, 12 (6,42 %) ve věku 41-47 let a 6 (3,21 %) ve věku 48 a více let.

Otázka č. 2 Jaký je Váš služební věk (v letech)?

Tabulka 2 Kategorie služebního věku respondentů (Autor, 2020)

Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
0-3 let	54	28,88
4-7 let	51	27,27
8-11 let	26	13,90
12-15 let	30	16,04
16-21 let	16	8,56
22 a více let	10	5,35



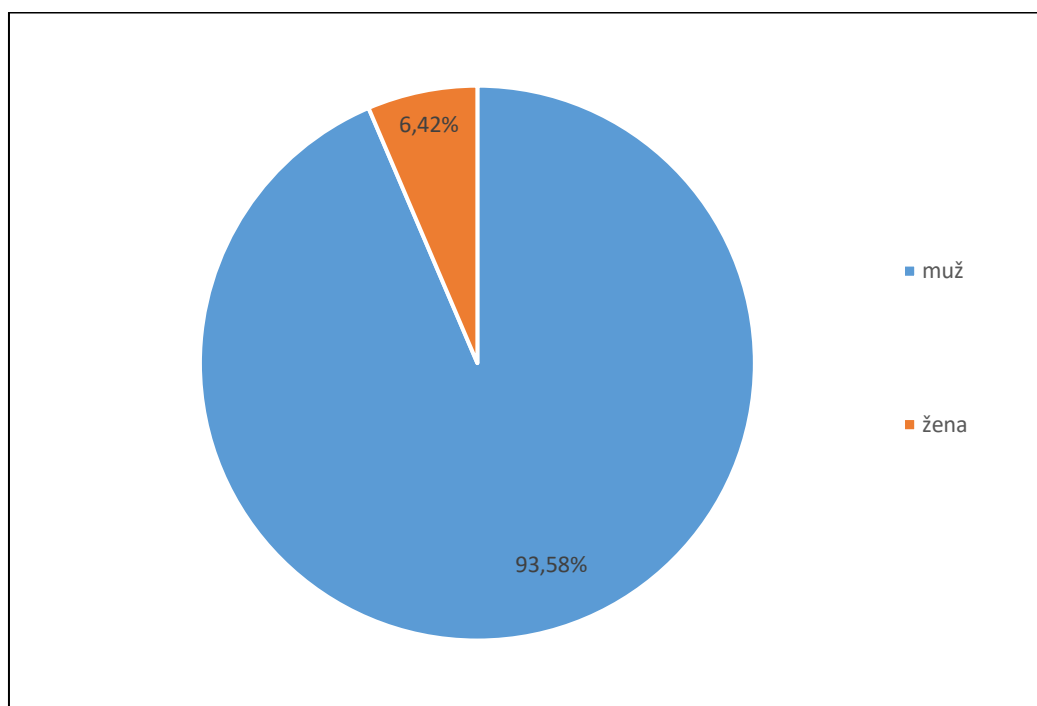
Obrázek 3 Kategorie služebního věku respondentů (Autor, 2020)

Z celkového počtu 187 (100,00 %) respondentů bylo 54 (28,88 %) ve služebním poměru po dobu 0-3 roky, 51 (27,27 %) ve služebním poměru po dobu 4-7 let, 30 (16,04 %) ve služebním poměru po dobu 12-15 let, 26 (13,90 %) ve služebním poměru po dobu 8-11 let, 16 (8,56 %) ve služebním poměru po dobu 16-21 let a 10 (5,35 %) ve služebním poměru po dobu 22 a více let.

Otázka č. 3 Jakého jste pohlaví?

Tabulka 3 Kategorie genderového rozdělení respondentů (Autor, 2020)

Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
muž	175	93,58
žena	12	6,42



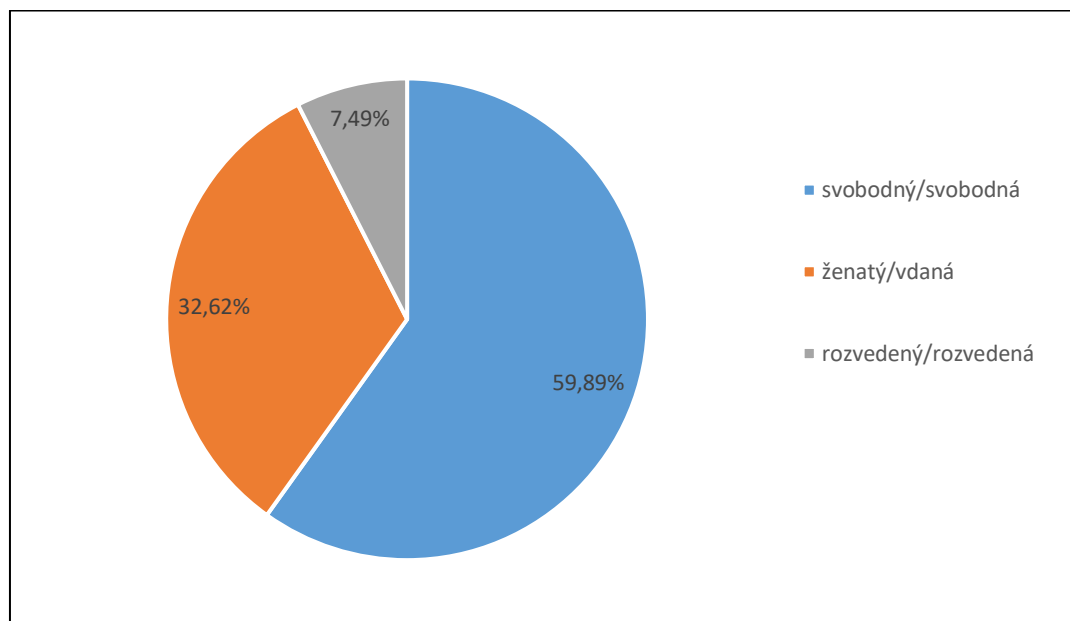
Obrázek 4 Kategorie genderového rozdělení respondentů (Autor, 2020)

Z celkového počtu 187 respondentů (100,00 %) spadalo 175 (93,58 %) do kategorie muži a 12 (6,42 %) do kategorie ženy.

Otázka č. 4 Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka 4 Kategorie dle rodinného stavu respondentů (Autor, 2020)

Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
svobodný/svobodná	112	59,89
ženatý/vdaná	61	32,62
rozvedený/rozvedená	14	7,49
ovdovělý/ovdovělá	0	0



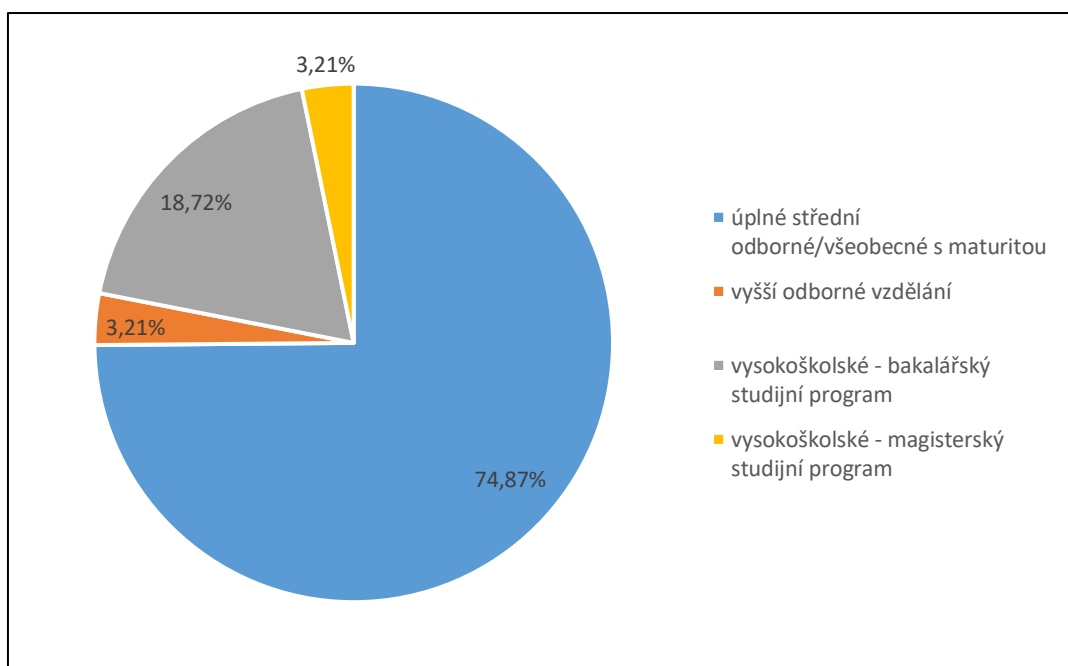
Obrázek 5 Kategorie dle rodinného stavu respondentů (Autor, 2020)

Z celkového počtu 187 (100,00 %) respondentů bylo 112 (59,89 %) v kategorii svobodný/svobodná, 61 (32,62 %) v kategorii ženatý/vdaná. 14 (7,49 %) v kategorii rozvedený/rozvedená a 0 (0 %) v kategorii ovdovělý/ovdovělá.

Otázka č. 5 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 5 Kategorie dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů (Autor, 2020)

Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
úplné střední odborné/všeobecné s maturitou	140	74,87
vyšší odborné vzdělání	6	3,21
vysokoškolské - bakalářský studijní program	35	18,72
vysokoškolské - magisterský studijní program	6	3,21
vysokoškolské – vyšší kvalifikace	0	0



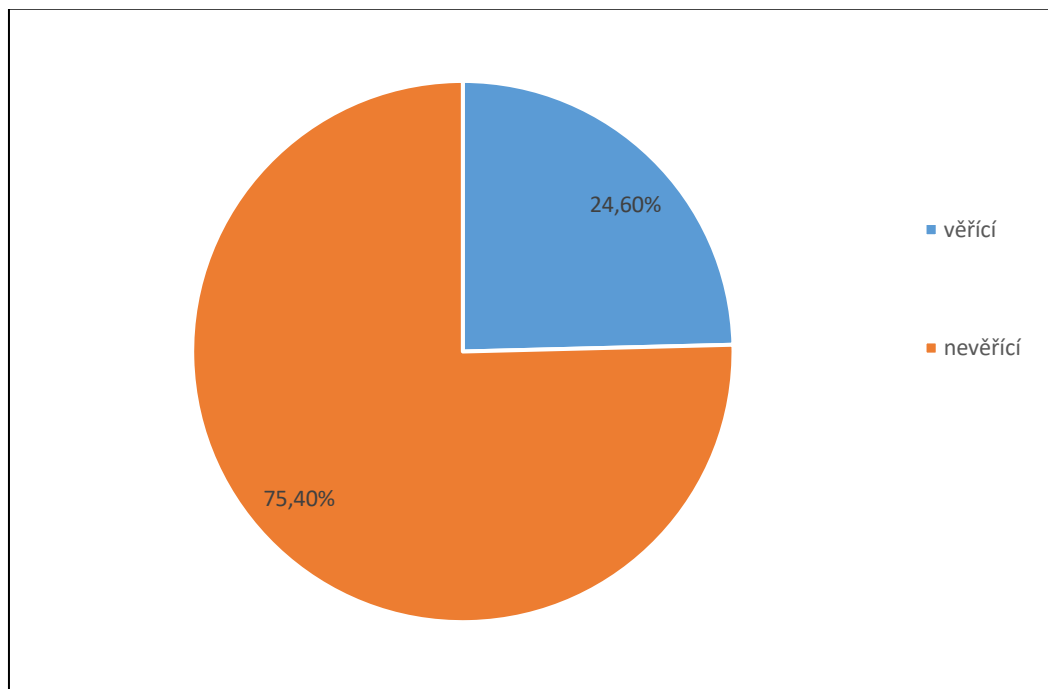
Obrázek 6 Kategorie dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů (Autor, 2020)

Z celkového počtu 187 (100,00 %) respondentů dosáhlo 140 (74,87 %) úplného středního odborného/všeobecného vzdělání s maturitou, 35 (18,72 %) vysokoškolského vzdělání – bakalářský studijní program, 6 (3,31 %) vysokoškolského vzdělání – magisterský studijní program, 6 (3,21 %) vyššího odborného vzdělání, 0 (0 %) vysokoškolského vzdělání vyšší kvalifikace.

Otázka č. 6 Označil/a byste se za věřícího člověka? (bez ohledu na typ náboženského přesvědčení)

Tabulka 6 Kategorie víry respondentů (Autor, 2020)

Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
věřící	46	24,60
nevěřící	141	75,40



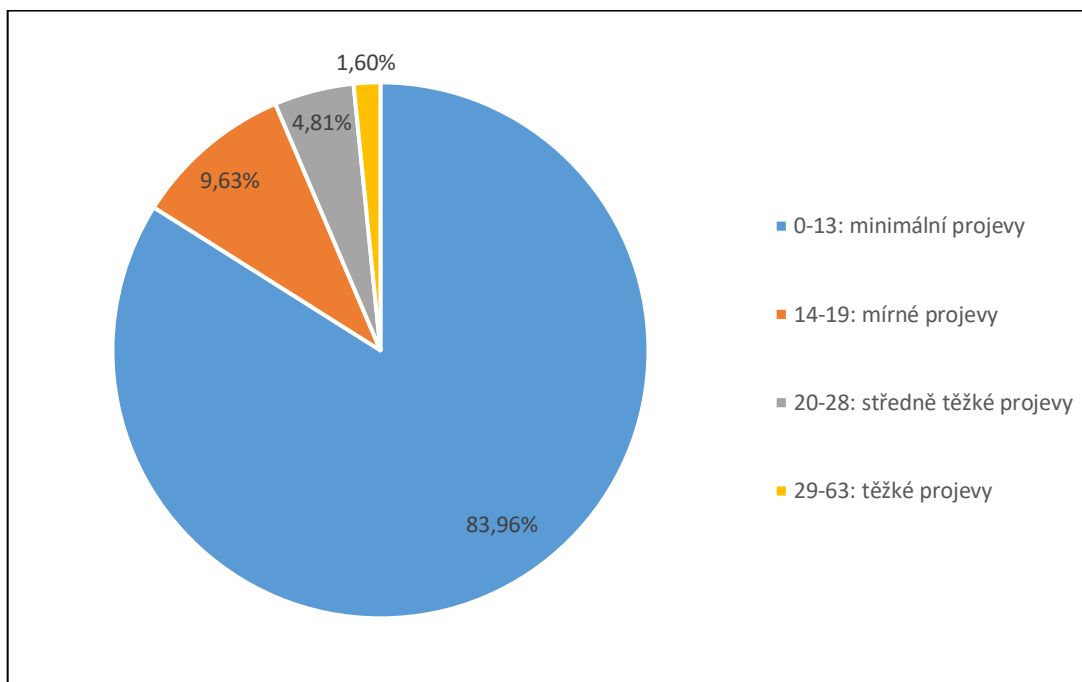
Obrázek 7 Kategorie víry respondentů (Autor, 2020)

Z celkového počtu 187 (100,00 %) respondentů se označilo 141 (75,40 %) za nevěřící a 46 (24,60 %) za věřící osoby.

Vyhodnocení BDI – II, Beckova škála – míra výskytu deprese

Tabulka 7 Vyhodnocení BDI – II (Autor, 2020)

Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
0-13: minimální projevy	157	83,96
14-19: mírné projevy	18	9,63
20-28: středně těžké projevy	9	4,81
29-63: těžké projevy	3	1,60



Obrázek 8 Vyhodnocení BDI – II (Autor, 2020)

V oblasti vyhodnocení depresivity pomocí standardizovaných BDI – II dotazníků se z celkového počtu 187 (100,00 %) respondentů 157 (83,96 %) vyskytovalo v kategorii minimálních projevů v bodové škále 0-13 bodů, 18 (9,63 %) vyskytovalo v kategorii mírných projevů v bodové škále 14-19 bodů, 9 (4,81 %) vyskytovalo v kategorii středně těžkých projevů v bodové škále 20-28 bodů a 3 (1,60 %) vyskytovali v kategorii těžkých projevů v bodové škále 29-63 bodů.

Tabulka 8 Další hodnoty BDI – II (Autor, 2020)

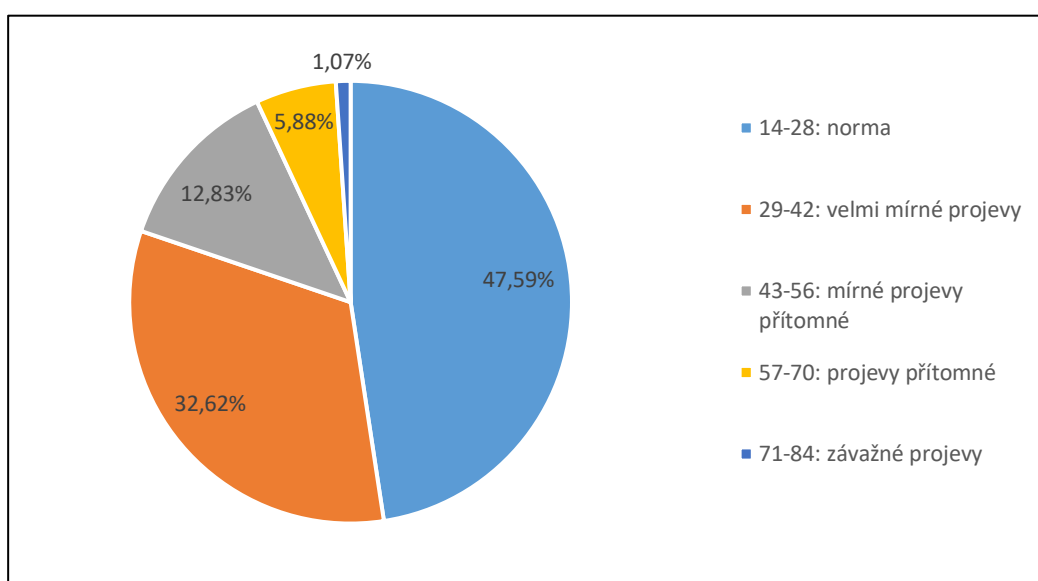
BDI-II	
medián	4
modus	0
min	0
max	35
průměr	7
směrodatná odchylka	7,24

Po vyhodnocení depresivity pomocí standardizovaných BDI – II dotazníků, tedy po součtu jednotlivých bodových škál, vyšly další hodnoty následovně: medián 4, modus 0, minimum 0, maximum 35, průměr 7 a směrodatná odchylka 7,24.

Vyhodnocení SMBM, Shirom-Melamedova škála - odhalení syndromu vyhoření

Tabulka 9 Vyhodnocení SMBM (Autor, 2020)

Kategorie	Počet respondentů	Podíl v %
14-28: norma	89	47,59
29-42: velmi mírné projevy	61	32,62
43-56: mírné projevy přítomné	24	12,83
57-70: projevy přítomné	11	5,88
71-84: závažné projevy	2	1,07
85-98: velmi závažné projevy	0	0



Obrázek 9 Vyhodnocení SMBM (Autor, 2020)

V oblasti vyhodnocení syndromu vyhoření pomocí standardizovaných SMBM dotazníků se z celkového počtu 187 (100,00 %) respondentů 89 (47,59 %) vyskytovalo v kategorii norma v bodové škále 14-28 bodů, 61 (32,62 %) vyskytovalo v kategorii velmi mírné projevy v bodové škále 29-42 bodů, 24 (12,83 %) vyskytovalo v kategorii mírné projevy přítomné v bodové škále 43-56 bodů, 11 (5,88 %) vyskytovalo v kategorii projevy přítomné v bodové škále 57-70 bodů, 2 (1,07 %) vyskytovalo v kategorii závažné projevy v bodové škále

71-84 bodů a 0 (0 %) vyskytovalo v kategorii velmi závažné projevy v bodové škále 85-98 bodů.

Vyhodnocení SMBM

Pole P-C-E, průměrné hodnoty

Tabulka 10 Průměrné hodnoty P-C-E v souvislosti s věkovými kategoriemi (Autor, 2020)

Věk	Průměr z P	Průměr z C	Průměr z E
18-23	2,13	1,69	1,82
24-29	2,62	1,93	2,35
30-35	2,69	1,97	2,51
36-41	2,39	1,68	2,02
42-47	2,65	2,10	2,17
48 a více	3,14	1,40	2,33
Průměr celkem	2,59	1,92	2,29

Tabulka 11 Průměrné hodnoty P-C-E v souvislosti s kategoriemi služební věku (Autor, 2020)

Služební věk	Průměr z P	Průměr z C	Průměr z E
0-3	2,52	1,93	2,23
4-7	2,58	1,77	2,25
8-11	2,38	1,84	2,24
12-15	2,86	2,04	2,63
16-21	2,47	1,84	1,90
22 a více	2,92	2,56	2,57
Průměr celkem	2,59	1,92	2,29

Tabulka 12 Průměrné hodnoty P-C-E v souvislosti s rodinným stavem (Autor, 2020)

Rodinný stav	Průměr z P	Průměr z C	Průměr z E
svobodný/svobodná	2,59	1,92	2,28
ženatý/vdaná	2,60	1,89	2,23
rozvedený/rozvedená	2,51	2,06	2,62
ovdovělý/ovdovělá	0	0	0
Průměr celkem	2,59	1,92	2,29

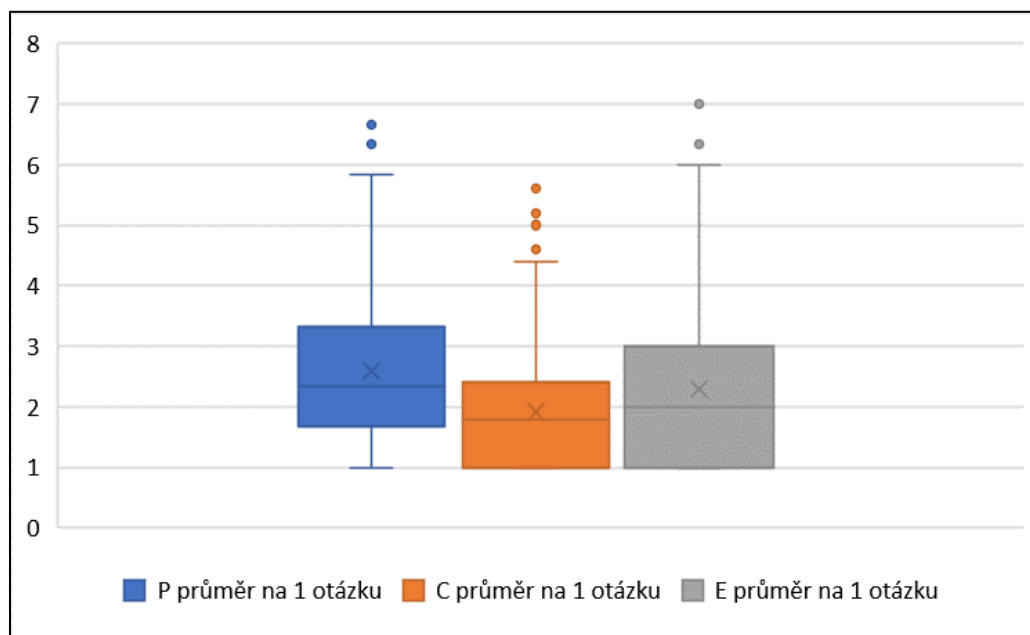
Tabulka 13 Průměrné hodnoty P-C-E v souvislosti se vzděláním (Autor, 2020)

Vzdělání	Průměr z P	Průměr z C	Průměr z E
úplné střední odborné/všeobecné s maturitou	2,53	1,84	2,25
vyšší odborné vzdělání	3,2	2,27	2,72
vysokoškolské - bakalářský studijní program	2,7	2,15	2,41
vysokoškolské - magisterský studijní program	2,75	2,03	2,11
vysokoškolské – vyšší kvalifikace	0	0	0
Průměr celkem	2,59	1,92	2,29

Tabulka 14 Průměrné hodnoty P-C-E v souvislosti s kategoriemi víry (Autor, 2020)

Víra	Průměr z P	Průměr z C	Průměr z E
věřící	2,54	1,8	2,25
nevěřící	2,61	1,96	2,3
Průměr	2,59	1,92	2,29

V oblasti vyhodnocení syndromu vyhoření pomocí standardizovaných SMBM dotazníků je možno určit, v jakých polích došlo k největšímu výskytu syndromu vyhoření. Pole jsou rozdělena následovně: P = fyzická únava („physical fatigue“), E = emoční vyčerpání („emotional exhaustion“), C = kognitivní únava („cognitive weariness“). Dle výše uvedených tabulek se největší hodnota vyskytovala v kategorii P = fyzická únava, kde průměrná hodnota vyšla 2,59, poté střední hodnota v kategorii E = emoční únava, kde průměrná hodnota vyšla 2,29 a nejmenší hodnota v kategorii C = kognitivní únava, kde průměrná hodnota vyšla 1,92. Zeleně je označena nejnižší dosažená hodnota, červeně je označena nejvyšší dosažená v dané kategorii. Rozpětí průměrných hodnot na jednu otázku v kategorii P-C-E je přehledně zpracováno v krabicovém grafu, který je uveden níže.



Obrázek 10 Krabicový graf průměrných hodnot na jednu otázku polí P-C-E (Autor, 2020)

- × průměr
- medián
- odlehlé hodnoty
- 25 % horní kvartil – 75 % dolní kvartil
- I Min – Max

Tabulka 15 Vyhodnocení dalších hodnot SMBM (Autor, 2020)

SMBM	Konkrétní pole P-C-E	SMBM = součet P-C-E
medián	9	29
modus	5	16
min	3	14
max	40	77
průměr	11	32
směrodatná odchylka	6,58	13,75

Po vyhodnocení syndromu vyhoření pomocí standardizovaných SMBM dotazníků, tedy po součtu jednotlivých bodových škál, vyšly další hodnoty

následovně: medián 29, modus 16, minimum 14, maximum 77, průměr 32 a směrodatná odchylka 13,75.

5.1 Kontingence mezi protektivními faktory a testovými škálami

Pro testování nezávislosti byl použit Fisherův exaktní test (Fisher exact test). Původní myšlenkou bylo použití chí kvadrát testu, ale vzhledem k četnostem v jednotlivých skupinách nebylo možné chí kvadrát test použít. Nebyly splněny podmínky pro použití chí kvadrát testu. Fisherův exaktní test je založen na výpočtu přesné (exaktní) pravděpodobnosti, se kterou by byla získána, za platnosti nulové hypotézy o nezávislosti veličin, konkrétní realizace kontingenční tabulky. Fisherův exaktní test byl odvozen primárně pro čtyřpolní tabulky, nicméně existuje i jeho zobecnění na libovolnou kontingenční tabulku. Výpočet byl uskutečněn pomocí SISA statistics software, který umožňuje zobecnění na kontingenční tabulku max 2x5. Po vytvoření kontingenčních tabulek 2x5, byly vypočteny p hodnoty. Hladina významnosti byla zvolena 0,1. Pokud vypočtená p hodnota je větší než 0,1, není zamítnuta nulová hypotéza o nezávislosti.

Tabulka 16 Kontingence mezi věkovými kategoriemi a BDI – II (Autor, 2020)

BDI - II	Věkové kategorie						Celkový součet
	21-23	24-29	30-35	36-41	41-47	48 a víc	
0-13 minimální projevy	12	70	34	26	10	5	157
14-19 mírné projevy	1	8	7	1	1	0	18
20-28 středně těžké projevy	0	4	3	1	1	0	9
29-63 těžké projevy	0	0	1	1	0	1	3
Celkový součet	13	82	45	29	12	6	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou BDI - II a demografickým ukazatelem věku byl použit Fisherův exaktní test. Po sloučení buněk 21-23, 24-29 do jedné skupiny a 30-35, 36-41, 41-47, 48 a víc do druhé skupiny a vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota 0,41571.

Tabulka 17 Kontingence mezi kategoriemi služebního věku a BDI – II (Autor, 2020)

BDI - II	Kategorie služebního věku						Celkový součet
	0-3	4-7	8-11	12-15	16-21	22 a víc	
0-13 minimální projevy	45	46	22	22	14	8	157
14-19 mírné projevy	7	3	2	5	1	0	18
20-28 středně těžké projevy	2	2	2	1	1	1	9
29-63 těžké projevy	0	0	0	2	0	1	3
Celkový součet	54	51	26	30	16	10	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou BDI - II a demografickým ukazatelem služebního věku byl použit Fisherův exaktní test. Po sloučení buněk 0-3, 4-7, 8-11 do jedné skupiny a 12-15, 16-21, 22 a víc do druhé skupiny a vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota **0,0689**.

Tabulka 18 Kontingence mezi kategoriemi genderu a BDI – II (Autor, 2020)

BDI – II	Genderové kategorie		Celkový součet
	muž	žena	
0-13 minimální projevy	147	10	157
14-19 mírné projevy	17	1	18
20-28 středně těžké projevy	8	1	9
29-63 těžké projevy	3	0	3
Celkový součet	175	12	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou BDI - II a demografickým ukazatelem genderu byl použit Fisherův exaktní test. Po vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota 0,71661.

Tabulka 19 Kontingence mezi kategoriemi rodinného stavu a BDI – II (Autor, 2020)

BDI – II	Kategorie rodinného stavu				Celkový součet
	rozvedený/ rozvedená	svobodný/ svobodná	ženatý/ vdaná	ovdovělý/ ovdovělá	
0-13 minimální projevy	11	92	54	0	157
14-19 mírné projevy	0	15	3	0	18
20-28 středně těžké projevy	2	4	3	0	9
29-63 těžké projevy	1	1	1	0	3
Celkový součet	14	112	61	0	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou BDI - II a demografickým ukazatelem rodinného stavu byl použit Fisherův exaktní test. Po sloučení buněk rozvedený/rozvedená, svobodný/svobodná do jedné skupiny a ženatý/vdaná, ovdovělý/ovdovělá do druhé skupiny a vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota 0,47578.

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou BDI - II a demografickým ukazatelem nejvyššího dosaženého vzdělání byl použit Fisherův exaktní test. Po sloučení buněk úplné střední odborné/všeobecné s maturitou do jedné skupiny a vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské – bakalářský i magisterský studijní program, vysokoškolské – vyšší kvalifikace do druhé skupiny a vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota 0,16425.

Tabulka 20 Kontingence mezi kategoriemi víry a BDI – II (Autor, 2020)

BDI – II	Kategorie víry		Celkový součet
	ne	ano	
0-13 minimální projevy	118	39	157
14-19 mírné projevy	12	6	18
20-28 středně těžké projevy	9	0	9
29-63 těžké projevy	2	1	3
Celkový součet	141	46	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou BDI - II a demografickým ukazatelem víry byl použit Fisherův exaktní test. Po vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota 0,21121.

Tabulka 21 Kontingence mezi kategoriemi nejvyššího dosaženého vzdělání a BDI – II (Autor, 2020)

BDI - II	Kategorie nejvyššího dosaženého vzdělání					Celkový součet
	úplné střední odborné/ všeobecné s maturitou	vyšší odborné vzdělání	vysokoškolské - bakalářský studijní program	vysokoškolské – magisterský studijní program	vysokoškolské – vyšší kvalifikace	
0-13 minimální projevy	120	4	28	5	0	157
14-19 mírné projevy	14	0	4	0	0	18
20-28 středně těžké projevy	5	1	2	1	0	9
29-63 těžké projevy	1	1	1	0	0	3
Celkový součet	140	6	35	6	0	187

Tabulka 22 Kontingence mezi věkovými kategoriemi a SMBM (Autor, 2020)

SMBM	Věkové kategorie						Celkový součet
	21-23	24-29	30-35	36-41	41-47	48 a víc	
14-28 norma	9	39	17	18	4	2	89
29-42 velmi mírné projevy	3	24	17	9	6	2	61
43-56 mírné projevy přítomné	1	13	7	1	1	1	24
57-70 projevy přítomné	0	6	4	0	1	0	11
71-84 závažné projevy	0	0	0	1	0	1	2
85-98 velmi závažné projevy	0	0	0	0	0	0	0
Celkový součet	13	82	45	29	12	6	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou SMBM a demografickým ukazatelem věku byl použit Fisherův exaktní test. Po sloučení buněk 21-23, 24-29 do jedné skupiny a 30-35, 36-41, 41-47, 48 a víc do druhé skupiny a vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota 0,44602.

Tabulka 23 Kontingence mezi kategoriemi služebního věku a SMBM (Autor, 2020)

SMBM	Kategorie služebního věku						Celkový součet
	0-3	4-7	8-11	12-15	16-21	22 a víc	
14-28 norma	25	29	11	11	10	3	89
29-42 velmi mírné projevy	20	10	11	12	4	4	61
43-56 mírné projevy přítomné	5	10	3	3	2	1	24
57-70 projevy přítomné	4	2	1	3	0	1	11
71-84 závažné projevy	0	0	0	1	0	1	2
85-98 velmi závažné projevy	0	0	0	0	0	0	0
Celkový součet	54	51	26	30	16	10	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou SMBM a demografickým ukazatelem služebního věku byl použit Fisherův exaktní test. Po sloučení buněk 0-3, 4-7, 8-11 do jedné skupiny a 12-15, 16-21, 22 a víc do druhé skupiny a vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota 0,26181.

Tabulka 24 Kontingence mezi kategoriemi genderu a SMBM (Autor, 2020)

SMBM	Genderové kategorie		Celkový součet
	muž	žena	
14-28 norma	80	9	89
29-42 velmi mírné projevy	59	2	61
43-56 mírné projevy přítomné	23	1	24
57-70 projevy přítomné	11	0	11
71-84 závažné projevy	2	0	2
85-98 velmi závažné projevy	0	0	0
Celkový součet	175	12	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou SMBM a demografickým ukazatelem genderu byl použit Fisherův exaktní test. Po vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota 0,4393.

Tabulka 25 Kontingence mezi kategoriemi rodinného stavu a SMBM (Autor, 2020)

SMBM	Kategorie rodinného stavu				Celkový součet
	rozvedený/ rozvedená	svobodný/ svobodná	ženatý/ vdaná	ovdovělý/ ovdovělá	
14-28 norma	7	56	26	0	89
29-42 velmi mírné projevy	4	33	24	0	61
43-56 mírné projevy přítomné	2	11	11	0	24
57-70 projevy přítomné	0	11	0	0	11
71-84 závažné projevy	1	1	0	0	2
85-98 velmi závažné projevy	0	0	0	0	0
Celkový součet	14	112	61	0	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou SMBM a demografickým ukazatelem rodinného stavu byl použit Fisherův exaktní test. Po sloučení buněk rozvedený/rozvedená, svobodný/svobodná do jedné skupiny a ženatý/vdaná, ovdovělý/ovdovělá do druhé skupiny a vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota **0,02541**.

Tabulka 26 Kontingence mezi kategoriemi nejvyššího dosaženého vzdělání a SMBM (Autor, 2020)

SMBM	Kategorie nejvyššího dosaženého vzdělání					Celkový součet
	úplné střední odborné/ všeobecné s maturitou	vyšší odborné vzdělání	vysokoškolské – bakalářský studijní program	vysokoškolské – magisterský studijní program	vysokoškolské – vyšší kvalifikace	
14-28 norma	71	2	13	3	0	89
29-42 velmi mírné projevy	43	2	15	1	0	61
43-56 mírné projevy přítomné	18	1	3	2	0	24
57-70 projevy přítomné	7	1	3	0	0	11
71-84 závažné projevy	1	0	1	0	0	2
85-98 velmi závažné projevy	0	0	0	0	0	0
Celkový součet	140	6	35	6	0	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou SMBM a demografickým ukazatelem nejvyššího dosaženého vzdělání byl použit Fisherův exaktní test.

Po sloučení buněk úplné střední odborné/všeobecné s maturitou do jedné skupiny a vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské – bakalářský i magisterský studijní program, vysokoškolské – vyšší kvalifikace do druhé skupiny a vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota 0,39952.

Tabulka 27 Kontingence mezi kategoriemi víry a SMBM (Autor, 2020)

SMBM	Kategorie víry		Celkový součet
	ne	ano	
14-28 norma	67	22	89
29-42 velmi mírné projevy	44	17	61
43-56 mírné projevy přítomné	18	6	24
57-70 projevy přítomné	10	1	11
71-84 závažné projevy	2	0	2
85-98 velmi závažné projevy	0	0	0
Celkový součet	141	46	187

Pro testování nezávislosti mezi testovou škálou SMBM a demografickým ukazatelem víry byl použit Fisherův exaktní test. Po vytvoření kontingenční tabulky vyšla p hodnota 0,77081.

5.2 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1

H1: U vyhodnocení syndromu vyhoření pomocí SMBM, i depresivity pomocí BDI-II je nejčastější výskyt v první polovině, tedy nejméně bodovaných polích jednotlivých testů.

Část hypotézy 1 (H1), týkající se depresivity, můžeme verifikovat, jelikož většina našich respondentů, 93,59 %, se nachází v první polovině tabulky pro vyhodnocení deprese. Jako první polovina je označován bodový zisk 0-19 bodů viz tabulka č. 7.

Část hypotézy 1 (H1), týkající se syndromu vyhoření, můžeme taktéž verifikovat. Při bodovém zisku 14-56 bodů se 93,04 % respondentů se nachází v první polovině tabulky pro vyhodnocení syndromu vyhoření viz tabulka č. 9.

Hypotéza 2

H2: U vyhodnocení syndromu vyhoření pomocí SMBM je nejčastější výskyt projevů fyzické únavy, poté kognitivní únavy, která bude srovnatelná s výskytem emočního vyčerpání.

Z našeho výzkumu je patrné, že vyhodnocení syndromu vyhoření má největší zastoupení v kategorii fyzické únavy. Z uvedených výsledků pozorujeme, že průměrná hodnota fyzické únavy vyšla 2,59, hodnota emočního vyčerpání 2,29 a hodnota kognitivní únavy 1,92 viz tabulky č. 10 - č. 14 a obrázek č. 10. krabicového grafu. Z tohoto důvodu se hypotéza 2 (H2) zamítá.

Hypotéza 3

H3: Syndromem vyhoření i depresivitou jsou více ohroženi ženy než muži.

Hypotézu 3 (H3) nemůžeme naší prací verifikovat ani zamítnout, jelikož náš vzorek byl téměř homogenní. Konkrétněji 93,58 % tvořili muži a pouze 6,42 % tvořily ženy. Není možné vyvozovat jakékoliv signifikantní závěry viz tabulka č. 3.

Hypotéza 4

H4: Existuje prokazatelná závislost mezi syndromem vyhoření, depresivitou a služebním věkem u PČR.

Naše práce podle tabulky č. 23 nepotvrdila hypotézu 4 (H4) v souvislosti služebního věku a syndromu vyhoření. A tuto část hypotézy zamítá.

Nicméně druhá část hypotézy 4 (H4), která je v souvislosti služebního věku a projevů deprese je verifikována, jelikož velikost p hodnoty ukazuje na závislost, konkrétněji $p = 0,0689$ viz tabulka č. 17.

6 DISKUZE

V teoretické části práce se mimo jiné věnujeme náročnosti policejní profese a s ní spojenými možnostmi psychosociální podpory u PČR. Mezi psychosociální podporu u PČR v současné době patří: služby policejních psychologů, Linka pomoci v krizi, systém kolegiální podpory (nástupce posttraumatické intervenční péče) a systém krizové intervence. Studie psychosociální podpory u PČR, stresorů a traumatizujících událostí se diferencují. Dle autora Klímy (2012), který prováděl kvantitativní průzkum u Policie ČR zjišťujeme, že traumatizující událost zažilo pouze 14,81 % respondentů a 73,15 % respondentů nezažilo jakoukoliv traumatizující událost nikdy během výkonu svého povolání. Zatímco dle Guttera (2012), který prováděl také kvantitativní průzkum u Policie ČR zjišťujeme, že 85 % respondentů se setkala s traumatizující událostí v rámci zaměstnání. Zároveň uvádí, že 49 % respondentů se s traumatizující událostí vyrovnává samo, 44 % respondentů se svěří osobě blízké.

Gutter (2012) se ve své práci zabývá postoji policistů k možnostem využití posttraumatické intervenční péče. Posttraumatická intervenční péče byla nahrazena systémem kolegiální podpory. Při zkoumání předešlého systému, jímž byla posttraumatická intervenční péče, dosáhl výsledku, že 60 % respondentů důvěřuje odborné pomoci zajištěné PČR a 40 % respondentů by upřednostnilo odbornou pomoc mimo resort.

Systém kolegiální podpory neboli peer support, jehož model byl převzat z Kanady a USA, funguje v České republice teprve od roku 2016 a nahradil model posttraumatické intervenční péče. Jedná se o kolegiální podporu, která funguje na dobrovolné bázi a tzv. „peeři“ se zdokonalují v rámci třídních školení a kazuistického meetingu pro předání zkušeností z terénu, který probíhá jednou

za půl roku. Peer má především za úkol zjistit, zda je stávající problém v jeho kompetenci nebo zda má kolegu doporučit odbornější psychologické péči.

Dalších pozoruhodných výsledků v oblasti poskytování psychologické péče v rámci PČR dosáhl Toman (2008), který uvádí, že v případě nutnosti psychologické pomoci by 46,9 % respondentů upřednostnilo policejní psychologické služby, zatímco 53,1 % respondentů by dalo přednost odborné pomoci mimo resort. Důvod, proč respondenti nedůvěřují odborné psychosociální pomoci v rámci resortu můžeme shledat ve skutečnosti, že psychologové, kteří poskytují psychosociální péči, jsou častokrát jedním z faktorů, který určuje, zda bude uchazeč přijat do řad Policie ČR. Mohou mít obavu v další následky v případě svěřeni se policejnímu psychologovi. Tuto skutečnost potvrzuje studie Tomana (2008), který se věnuje oblasti poskytování psychologické péče v rámci PČR a uvádí, že v případě nutnosti psychologické pomoci by 46,9 % respondentů upřednostnilo policejní psychologické služby, zatímco 53,1 % respondentů by dalo přednost odborné pomoci mimo resort.

Důležitým faktorem může být udržení anonymity, které nabízí Linka pomoci v krizi. Ta je určena především příslušníkům a zaměstnancům Policie ČR a Ministerstva vnitra. Sekundárně je určena rodinným příslušníkům zaměstnanců PČR a MV, ale také osobám z řad veřejnosti. Důležitost anonymity potvrzuje ve své práci Gutter (2012), kterému vyšlo, že pro 98 % jeho respondentů je zachování anonymity důležitým faktorem při rozhodování volby typu psychosociální pomoci.

Dle průzkumu Tejmara (2017) lze říct, že největší důvěru, z nabízených možností psychosociální podpory u PČR, získala telefonická Linka pomoci

v krizi, kterou preferuje 59,69 % jeho respondentů. Domníváme se, že výsledek je ovlivněn především benefitem, který sledujeme v anonymitě linky.

V praktické části této práce jsme se rozhodli držet se standardizovaných dotazníků, z důvodu komparace výsledů s ostatními šetřeními. Přesná lokace respondentů, tedy zda jsou zaměstnání v Praze I, II, III, IV, Ostravě, Brně či Karvině, nebyla dotazována ani uváděna záměrně pro udržení anonymity. Pro lepší přehlednost demografického rozdělení našeho vzorku bylo zvoleno zobrazení pomocí tabulek i grafů zároveň. Z výše uvedených grafů je patrné, že náš vzorek byl tvořen ze 43,85 % respondenty ve věku od 24 do 29 let. Stejně tak je tomu u služebního věku, kde po sečtení prvních dvou kategorií je patrné, že náš vzorek se skládá z 56,15 % respondentů, kteří mají služební věk 0-7 let, což lze považovat za krátkou dobu vykonávání tohoto povolání. Dále je možno pozorovat, že náš vzorek byl téměř homogenní, protože 93,58 % tvořili muži a pouze 6,42 % tvořily ženy. Z tohoto důvodu není možné vyvozovat jakékoliv významné závěry. Při dotazování na rodinný stav se objevilo 59,89 % respondentů, kteří jsou svobodní. Je možno to přisoudit vzorku především mladých lidí. V oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání nám vzorek ukazuje, že 74,87 % dosáhlo úplného středního odborného nebo všeobecného vzdělání s maturitou, což je jeden z požadavků pro výkon tohoto zaměstnání. Kdybychom sečetli vyšší odborné vzdělání, vysokoškolské vzdělání - bakalářský studijní program, vysokoškolské vzdělání - magisterský studijní program, vyjde nám zastoupení 25,14 % s tím, že magisterský studijní program mělo dokončeno pouze 3,21 % respondentů a vysokoškolské vzdělání s vyšší kvalifikací žádný z respondentů. Posledním demografickým ukazatelem jsme se dotazovali, zda by se respondent označil za věřícího či nevěřícího člověka. Vyšlo nám, že 75,4 % by se označilo na nevěřící a zbytek 24,6 % za věřící, což je téměř třetina. V české populaci se množství lidí deklarujících příslušnost k nějaké církvi či náboženské

společnosti pohybuje kolem 20 %, což by se dalo připodobnit procentuálnímu zastoupení našeho vzorku (ČSÚ, 2011).

Při sběru potřebných dat a vyplňování dotazníků mohla hrát roli únava, nepozornost, ale také určitá jednotvárnost v konkrétních tvrzeních, jelikož všechna tvrzení jednotlivých dotazníků se věnují stejné problematice. I přes skutečnost, že dotazníky byly na bázi dobrovolného vyplnění, může hrát roli averze k vyplňování dotazníku jako takého, jelikož jsme denně zahlcováni různými druhy anket a dotazníků.

BDI – II je psychodiagnostickým nástrojem, který je určen ke zjišťování přítomnosti a závažnosti depresivních symptomů (Beck, 1996). Naše výsledky byly jednoznačné. S narůstající přítomností depresivních symptomů se snižovalo procentuální zastoupení respondentů. Přesněji řečeno 83,96 % respondentů se vyskytovalo v kategorii minimálních projevů, 9,63 % respondentů se vyskytovalo v kategorii mírných projevů, 4,81 % respondentů se vyskytovalo v kategorii středně těžkých projevů a pouze 1,60 % respondentů se vyskytovalo v kategorii těžkých projevů deprese.

Výzkum Ptáčka a kol. (2016), který využívá stejnou metodu testování jako náš výzkum, odhalil dle tabulky č. 2, že 81,89 % jeho respondentů dosahuje nižšího nebo středního skóre deprese a 18,11 % jeho respondentů dosahuje vysokého skóre deprese. Na základě tohoto výzkumu byla stanovena část **hypotézy 1 (H1)**, týkající se depresivity. Dle práce Ptáčka a kol. (2016) pomyslně rozdělíme tabulku č. 7 na část bodového skóre do 19 bodů (nižší a střední skóre deprese) a nad 20 bodů (vysoké skóre deprese). Vychází nám, že 93,59 % našich respondentů se nachází v kategorii nižšího a středního skóre deprese a 6,41 %

v kategorii vysokého skóre deprese, čímž **verifikujeme** část **hypotézy 1 (H1)**, týkající se depresivity.

Ve výzkumu, který byl prováděn na italských příslušnících policie (Garbarino et al., 2013) vyšlo pomocí testu BDI, že 2,4 % respondentů dosahuje mírných projevů deprese a 7,3 % respondentů spadá do skupiny středně těžkých projevů deprese. V dalším testování pomocí korelací byly významnými prediktory pro vznik deprese označeny skupiny policistů, které byly charakterizovány následovně: s déle trvající dobou pracovního poměru, nižší hodnotí a bezdětní. Jako důležitý aspekt pro zvýšené riziko vzniku deprese také označují nepoměr mezi pracovním úsilím a finančním ohodnocením.

V pákistánské studii (Waqar H. a kol., 2014), která se věnuje problematice deprese, úzkosti a stresu u policistů ženského a mužského pohlaví, došli k závěru, že ženy, policistky, vykazovaly „závažné“ úrovně deprese, „extrémně závažné“ úrovně úzkosti a „závažné“ úrovně stresu. Naproti tomu policisté mužského pohlaví vykazovali „mírné“ úrovně deprese, „extrémně závažné“ úrovně úzkosti a „mírné“ úrovně stresu. Rozdíl mezi mužskými a ženskými policisty pro skóre deprese, úzkosti a stresu byl významný. Na základě této studie je stanovena **hypotéza 2 (H2)**. **Hypotéza 2 (H2)** říká, že ženy mají větší pravděpodobnost vzniku depresivity než muži. Tuto hypotézu **nemůžeme verifikovat ani zamítnout**, jelikož náš vzorek byl téměř homogenní. Pouze 6,42 % tvořily ženy a 93,58 %, z tohoto důvodu není možné vyvozovat jakékoli významné závěry.

Když jsme vyhodnocovali další hodnoty v oblasti odhalení deprese, pomocí BDI-II, vyšel modus, který je definován jako nejčastěji se vyskytující hodnota statistického souboru neboli hodnota s největší četností, 0. Znamená to,

že nejčastěji se vyskytovali respondenti, kteří dosáhli nejnižší možný počet bodů v oblasti vyhodnocování deprese. Medián neboli prostřední člen variační řady, vyšel 4. Směrodatná odchylka určuje, jak moc jsou hodnoty rozptýleny či odchýleny od průměru těchto hodnot. V našem šetření vyšla směrodatná odchylka 7,24, což určuje, že hodnoty nejsou nějak výrazně rozptýleny. Minimální hodnota, která vyšla z testování byla 0 a maximální 35, což je v oblasti poslední tedy tzv. „těžkých projevů deprese“, nicméně zdaleka nedosahuje nejvyššího možného počtu bodů, který je definován ziskem 63 bodů.

Dle bližšího pohledu Brečky a kol. (2018) by bylo vhodné pro odhalení syndromu vyhoření kombinovat testové škály. Například Beck Depression Inventory-II (BDI-II) a Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM). Tyto testy by byly použity jako hlavní metoda pro lepší komparaci, jelikož metodická komparativnost je rozhodující pro získání co nejvíce objektivních informací o syndromu vyhoření. V naší práci jsou použity oba typy testových škál.

Při vyhodnocení standartizovaných SMBM dotazníků jsme vycházeli z jeho zadání, kde je uvedeno, že narůstající skóre reprezentuje narůstající riziko syndromu vyhoření. V tabulce č. 9 můžeme přehledně pozorovat, že s narůstajícím rizikem syndromu vyhoření se snižovalo procentuální zastoupení respondentů stejně jako u vyhodnocení deprese. Konkrétněji 47,59 % respondentů se nacházelo v nejméně skórované kategorii norma. 32,62 % respondentů se nacházelo v kategorii velmi mírných projevů. 12,83 % respondentů se vyskytovalo v kategorii mírné projevy přítomné. 5,88 % se vyskytovalo v kategorii projevy přítomné a pouze 1,07 % respondentů v kategorii závažné projevy. Žádný z respondentů nevykazoval zisk bodového skóre velmi závažných projevů v oblasti syndromu vyhoření.

Dle výzkumu, který byl proveden u španělských policistů v Andalusii (De la Fuente et al., 2013), dosahuje vysokého rizika vzniku syndromu vyhoření až 32 % státních policistů a zbytek, tedy 68 % policistů dosahuje nízkého rizika. Výsledek 68 % můžeme označit jako většinu. Tento výsledek je téměř shodný s výzkumem, který prováděli Golembiewski & Kim (Golembiewski & Kim, 1990). Na základě těchto korelací byla stanovena část **hypotézy 1 (H1)**, týkající se syndromu vyhoření. Hypotéza je stanovena tak, že předpokládáme nejčastější výskyt v první polovině, tedy nejméně bodovaných polích u testování pomocí SMBM. Při pomyslném rozdělení tabulky č. 9 na dvě poloviny, konkrétněji do 56 bodů a více jak 57 bodů, zjišťujeme, že 93,04 % našich respondentů se nachází v kategorii „mírných projevů“ syndromu vyhoření a pouhých 6,96 % v kategorii „závažnějších projevů“ vyhoření. Část **hypotézy 1 (H1)**, týkající se syndromu vyhoření je na základě našich výsledků **verifikována**.

Kuwaitská studie (Abdulghafour a kol., 2011) uvádí, že vznik syndromu vyhoření může být spojen s nízkou pracovní mzdou. Tato studie se věnuje problematice syndromu vyhoření u lékařů, vykonávajících profesi v Kuwaitu. Využívá metody MBI a jako rizikové skupiny označuje lékaře jiné národnosti, než je kuwaitská, dále praktické lékaře a lékaře s nízkým finančním ohodnocením. Možné zlepšení shledává ve vyškolení lékařů, jak se vypořádat s pracovním stresem.

Dotazník SMBM, který byl v této práci použitý, obsahuje tři subškály – fyzickou únavu, emoční vyčerpání a kognitivní únavu (Shirom, Melamed, 2006). Při vyhodnocení je posuzováno pouze celkové skóre a jednotlivé škály slouží k určení směru vyhoření. Při vyhodnocení subškál jsme narazili na problém, že v každé subškále se nachází jiný počet kategorií. Pro fyzickou únavu, která je označována P, se jednalo o 6 kategorií, pro kognitivní únavu, která je

označována C, se jednalo o 5 kategorií a emoční vyčerpání, označováno jako E, skýtalo pouze 3 kategorie. V případě, že bychom bodové zisky jednotlivých subškál jednoduše sečetli, nevyšel by nám relevantní výsledek. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli jednotlivé subškály zprůměrovat pro další možné srovnání. Zprůměrované hodnoty uvádíme v tabulkách č. 10 – č. 14. Z uvedených výsledků pozorujeme, že průměrná hodnota fyzické únavy vyšla 2,59, hodnota emočního vyčerpání 2,29 a hodnota kognitivní únavy 1,92. Z našeho vzorku je patrné, že vyhodnocení syndromu vyhoření má největší zastoupení v kategorii fyzické únavy. Emoční únava dosáhla nejmenší průměrné hodnoty, což můžeme přisuzovat skutečnosti, že je snazší věnovat pozornost fyzickým projevům únavy než těm emočním. Stanovili jsme **hypotézu 2 (H2)** dle Ptáčka, Rabocha a kol. (2017), kteří prováděli testování SMBM v metodické studii s názvem: „Czech version of the Shirom Melamed Burnout Measure“. Těm vyšlo, že nejčastější zastoupení má fyzická únava, a kognitivní únava s emočním vyčerpáním vycházejí na podobné úrovni. Naším šetřením byla tato **hypotéza (H2) zamítnuta** viz výše uvedené výsledky.

Tabulka č. 10 se věnuje hodnotám P-C-E v souvislosti s věkem respondentů. Je možné říct, že nejnižších hodnot napříč subškálami dosahovali respondenti v kategorii 18-23 let a nejvyšších hodnot dosahovali respondenti v kategorii 42 a více let. Podobných výsledků jsme dosáhli i v oblasti služebního věku, kde nejvyšších hodnot napříč subškálami P-C-E dosáhli respondenti s nejvyšší dobou služebního poměru. Nejnižších průměrných hodnot dosahovali také respondenti v kategorii ženatý/vdaná, což bylo předpokládáno. Subškály P-C-E v porovnání s vírou respondentů vycházely lépe u těch, kteří se označují za věřící než u neverčících respondentů. Nicméně průměrné hodnoty byly získávány ze vzorku, který tvořilo pouze 25 % věřících.

Dále dle Ptáčka, Rabocha a kol. (2017), kteří prováděli testování SMBM v metodické studii s názvem: „Czech version of the Shirom Melamed Burnout Measure“ je zjištěn významný rozdíl v projevech vyhoření mezi pohlavími. Ve svých výsledcích uvádějí, že ženy prokazují vyšší úroveň vyhoření, a to jak celkového, tak i kognitivního a fyzického. Také ve studii Ptáčka, Rabocha a kol. (2016), která mimo jiné zkoumala výskyt deprese mezi pohlavími, je prokázán vyšší výskyt deprese u žen než u mužů. Tímto způsobem byla také stanovena **hypotéza 3 (H3). Hypotézu 3 (H3) nemůžeme naší prací verifikovat ani zamítnout**, jelikož náš vzorek byl téměř homogenní, protože 93,58 % tvořili muži a pouze 6,42 % tvořily ženy. Jak již bylo řečeno, tohoto důvodu není možné vyvozovat jakékoliv signifikantní závěry.

Při vyhodnocování dalších hodnot v oblasti odhalení syndromu vyhoření, pomocí standardizovaných dotazníků SMBM, vyšel modus, který je považován za nejčastěji se vyskytující hodnotu statistického souboru neboli hodnotu s největší četností, 16. Znamená to, že nejčastěji se vyskytovali respondenti, kteří se nacházeli v kategorii nejméně bodované tedy v „normě“. Medián neboli prostřední člen variační řady, vyšel 29. Směrodatná odchylka určuje, jak moc jsou hodnoty rozptýleny či odchýleny od průměru těchto hodnot. V našem šetření vyšla směrodatná odchylka 13,74, což určuje, že hodnoty jsou více rozptýleny než u vyhodnocení deprese, ale zároveň nejsou nějak výrazně rozptýleny. Minimální hodnota, která vyšla z testování byla 14, což je v kategorii „norma“ a maximální 77, která se nachází v oblasti předposlední tedy tzv. „závažných projevů“, nicméně zdaleka nedosahuje nejvyššího možného počtu bodů, který byl stanoven 98.

V oblasti účinků syndromu vyhoření na pracovníky integrovaného záchranného systému, které se věnovala ve své práci autorka Ralbovská (2016)

zjišťujeme, že syndrom vyhoření se vyskytoval především u pracovníků s dlouhou dobou praxe. Kvantitativní metodou šetření, které prováděla u policistů, hasičů a zdravotnického personálu, došla k výsledku, že nejvyšší míra vyhoření se vyskytovala u pracovníků s délkou praxe nad 20 let. Dle výše uvedeného šetření byla stanovena **hypotéza 4 (H4)**. Naše práce podle tabulky č. 23 neprokázala stejné zjištění a **hypotézu 4 (H4) v souvislosti služebního věku a syndromu vyhoření zamítá**. V kategorii služebního věku 22 a více let se nevyskytoval větší podíl respondentů s vyšší mírou vyhoření. Ani velikost vypočtené p hodnoty u korelace syndromu vyhoření a služebního věku neprokázala závislost.

Průřezová studie na Srí Lance (Wickramasinghe, Wijesinghe, 2018), která se věnuje podtypům syndromu vyhoření a souvisejícím faktorům u tamních policistů, využívá jiného typu testové škály, konkrétně BCSQ-36. I přes jiný typ testové škály bylo zjištěno, že vyšší riziko syndromu vyhoření je závislé na věku policistů (40 let a více) a rodinném stavu. Jako skupina s nižším rizikem vzniku syndromu vyhoření byla označena kategorie ženatý/vdaná. V naší práci jsme dle velikosti vypočtené p hodnoty prokázali závislost ($p = 0,02541$) mezi faktory syndromu vyhoření a rodinného stavu. Při vyhodnocování kontingence mezi jednotlivými faktory si můžeme všimnout v tabulce č. 25, že dle rozmístění získaných dat se za méně rizikovou skupinu dá taktéž považovat kategorie ženatý/vdaná.

Pracovní vytížení a stresové prostředí je společné všem složkám IZS. V naší práci se věnujeme syndromu vyhoření a deprese u policistů. Dle Ogundipe et al. (2014) mnoho studií potvrdilo, že protektivní faktory vyššího stupně vyhoření, u zkušenějších lékařů, zahrnují především: přetížení v práci, časový tlak, konflikty rolí, nerovnováha úsilí a odměny, vysoké emoční a mezilidské

požadavky, nedostatečné dovednosti, špatný dohled, nedostatek času s rodinou a přáteli a špatné pracovní prostředí. Vzhledem k období pracovního vytížení tyto protektivní faktory mohou být přítomny i u jiné složky IZS např. u policistů.

Dle Brečky a kol. (2018) se dá říct, že zvyšující se úroveň administrativy v práci zvyšuje úroveň nebezpečí výskytu syndromu vyhoření. Tato skutečnost nám byla potvrzena i oddělením vedoucího psychologa PČR při konzultaci k práci. Navíc nám bylo řečeno, že policista dokáže kvalitně pracovat, dává-li mu práce smysl. Lze říct, že je vhodné policistům poskytovat dostatek informací k výkonu práce i rizikům s ní spojenými a ocenit je za dobré provedení práce.

Při zkoumání kontingence mezi depresí, syndromem vyhoření a protektivními faktory jsme dosáhli následujících výsledků. Lze říct, že velikost p hodnoty ukazuje na závislost u korelace BDI, tedy deprese, a služebního věku a také u SMBM, tedy syndromu vyhoření, a rodinného stavu, za podmínky stanovení hladiny významnosti 10 %. Přesněji řečeno, hladina významnosti byla zvolena 0,1. Pokud vypočtená p hodnota je větší než 0,1, není zamítnuta nulová hypotéza o nezávislosti. Pro přehlednost vypočtených závislostí jsme vložili ještě tabulky č. 28 a č. 29. Je zajímavé, že hodnota p ukazuje na závislost u korelace deprese se služebním věkem a také u syndromu vyhoření s rodinným stavem. Očekávali jsme, že protektivní faktory budou u obou testových škál podobné, nicméně tato skutečnost se nepotvrdila. **Hypotéza 4 (H4) v souvislosti služebního věku a projevů deprese je verifikována, jelikož velikost p hodnoty prokazuje závislost.**

Tabulka 28 Kontingence BDI – II a protektivních faktorů (Autor, 2020)

BDI - II	<i>p</i> value
Věk	= 0,416
Služební věk	< 0,001
Gender	= 0,717
Rodinný stav	= 0,476
Vzdělání	= 0,164
Víra	= 0,211

Tabulka 29 Kontingence SMBM a protektivních faktorů (Autor, 2020)

SMBM	<i>p</i> value
Věk	= 0,446
Služební věk	= 0,262
Gender	= 0,439
Rodinný stav	< 0,001
Vzdělání	= 0,399
Víra	= 0,771

Policejní profese je často prováděna ve stresových situacích a v prostředí, kde musí policisté čelit mnoha stresorům. Zároveň mají za úkol provádět okamžitá rozhodnutí v časovém presu a často v nepřehledné situaci. Výsledkem je, že policejní příslušníci trpí únavou, zejména duševní únavou, která je úzce spjata s fyzickým pociťováním vyčerpání. Napříč světem se objevují programy, zaměřené na pomoc policistům pro zvýšení psychické odolnosti. Jeden z těchto programů je zaveden ve městě Dallas. Policisté Dallasu mají možnost využít prostředků pro zlepšení zdraví, které jsou navrženy tak, aby pomáhaly při jejich taktickém rozhodování, řešení problémů v simulovaných situacích, vycházejících z reálných zkušeností, a snižovaly emoční reakci na stres. Tento program je označován jako SMART neboli nácvik strategického uvažování spojený s programem všímavosti specifickým při úkonech spojených s vymáháním práva. Hlavním cílem je pomoci policistům zvládnout stres

a předcházet jeho dopadům. Může to pozitivně ovlivnit i jejich osobní život mimo službu (Lauer, 2017).

Jako návrh pro předejití vzniku syndromu vyhoření i deprese zaměstnanců pomáhajících profesí a bezpečnostních sborů by mohly být např.: zlepšené pracovní podmínky, výchova ke zdravému životnímu stylu, programy psychologického vzdělávání, adekvátní podpora managementu, pravidelná hodnocení zaměstnanců jako motivační prvek, školení o kazuistikách z praxe s ukázkou vhodného řešení konfliktu, školení o zvládání stresu, teambuilding pro kvalitnější kolegiální vztahy (Ogundipe et al., 2014), (Wu et al., 2013).

Prediktorem syndromu vyhoření, především emocionálního vyčerpání, je sebekontrola. Z tohoto důvodu by mohlo být uskutečněno vzdělávání v oblasti sebezpoznání, které by vedlo k cílené sebekontrolě a tím k předcházení vzniku syndromu vyhoření v praxi (Kawada, 2015).

Dle studie Shaffera (2010), který se věnuje problematice pracovních stresorů a deprese u policistů a hasičů, by příslušníci těchto sborů měli dbát na příjemnou pracovní atmosféru, ve které by mohli vyjádřit své obavy, frustrace, zlost a negativní zážitky. Díky tomu by mohli lépe zpracovat traumatizující události a vypětí, vznikající při vykonávání jejich povolání.

Brazilská studie (Trombka et al., 2018) potvrzuje, že výkon policejní profese je spojen s výskytem chronického stresu, a tím dochází ke snižování kvality života. Příležitost, jak předcházet vzniku syndromu vyhoření, deprese a úzkosti, shledává v cíleném nácviku všímavosti. Nácvik má za cíl snižování negativních symptomů působících na lidské zdraví v obecné rovině. Hlavním předpokladem pro úspěšné absolvování školení či nácviku je uvědomění si sebe sama a následná

práce s vlastní psychikou, která má vést k lepšímu vyrovnávání se se stresovými situacemi policejní profese.

Závěrem diskuze si dovoluujeme zhodnotit, že PČR má vybudovaný velice kvalitní systém psychosociální podpory, jehož důležitou součástí je v anonymní Linka pomoci v krizi, která je aktivní nepřetržitě a dle průzkumu Tejmara (2017) ji preferuje 59,69 % jeho respondentů. Ve srovnání našeho vzorku a italských příslušníků policie (Garbarino et al., 2013) vyšlo, že zatímco v italské studii 2,4 % respondentů dosahuje mírných projevů deprese a 7,3 % respondentů spadá do skupiny středně těžkých projevů deprese, v našem výzkumu s narůstající přítomností depresivních symptomů se snižovalo procentuální zastoupení respondentů. Přesněji řečeno 9,63 % respondentů se vyskytovalo v kategorii mírných projevů, 4,81 % se vyskytovalo v kategorii středně těžkých projevů a 1,6 % respondentů se vyskytovalo v kategorii těžkých projevů deprese. Kategorie těžkých projevů deprese nebyla v italské studii zastoupena vůbec. Dále ve srovnání našeho vzorku a výzkumu, který byl proveden u španělských policistů v Andalusii (De la Fuente et al., 2013), dosahuje vysokého rizika vzniku syndromu vyhoření až 32 % španělských státních policistů a zbytek, tedy 68 % španělských policistů dosahuje nízkého rizika vzniku syndromu vyhoření. Naše studie ukazuje, že 93,04 % respondentů se nachází v kategorii „mírných projevů“, tedy v pomyslné první polovině tabulky a pouhých 6,96 % se vyskytuje v kategorii „závažnějších projevů“ syndromu vyhoření, tedy v druhé, více bodované části pomyslné tabulky. Ve srovnání výsledků našeho šetření a studie na Srí Lance (Wickramasinghe, Wijesinghe, 2018), vyšlo srílanským příslušníkům policie, že vyšší riziko syndromu vyhoření je závislé na věku policistů (40 let a více) a rodinném stavu. Jako skupina s nižším rizikem vzniku syndromu vyhoření byla označena kategorie ženatý/vdaná. V naší práci jsme, dle velikosti vypočtené p hodnoty, prokázali závislost mezi faktory syndromu vyhoření

a rodinného stavu. Dle rozmístění získaných dat od našeho vzorku v kontingenční tabulce je možné pozorovat, že se za méně rizikovou skupinu dá také považovat kategorie ženatý/vdaná.

7 ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo vyhodnocení současné úrovně syndromu vyhoření a depresivity u PČR. Současně bylo cílem najít rizikové či protektivní ukazatele pomocí korelace mezi jednotlivými faktory testových škál. Data byla získávána pomocí standardizovaných dotazníků BDI-II a SMBM, z důvodu komparace našich výsledků s ostatními autory. Data byla analyzována pomocí statistických metod.

V oblasti vyhodnocení depresivity bylo zjištěno, že se většina zaměstnanců PČR nachází v nejméně bodovaných polích a tím dosahují nejmenšího rizika vzniku deprese. Zároveň bylo zjištěno, že podobného výsledku dosahují příslušníci PČR i v oblasti syndromu vyhoření. Tedy většina prokázala nízké riziko vzniku syndromu vyhoření.

Korelace mezi jednotlivými faktory testových škál a protektivními faktory prokázala za pomoci Fisherova exaktního testu, že velikost p hodnoty ukazuje na závislost u korelace BDI, tedy deprese, a služebního věku a také u SMBM, tedy syndromu vyhoření, a rodinného stavu, za podmínky stanovení hladiny významnosti 10 %. Byly stanoveny čtyři hypotézy, které se týkaly výskytu syndromu vyhoření a depresivity, genderové závislosti a závislosti mezi služebním věkem a testovými škálami. Obě části hypotézy 1 byly naší prací verifikovány. Hypotéza 2 prokázala nejčastější projev fyzické únavy u syndromu vyhoření a na základě tohoto zjištění byla zamítnuta. Hypotéza 3 nebyla verifikována ani zamítnuta, z důvodu homogenního rozložení vzorku, ze kterého není možné vyvozovat jakékoli významné závěry. Hypotéza 4 týkající se závislosti služebního věku a deprese byla verifikována.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BDI	Beckova škála deprese
BCSQ-36	Burnout Clinical Subtypes Questionnaire
DSM-V	diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5.vydání
IZS	integrovaný záchranný systém
MBI	Maslach Burnout Inventory
MKN-10	mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MKN-11	mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize
OP PP	odbor personální policejního prezidia
PČR	Policie České republiky
PIP	systém Posttraumatické intervenční péče
RIMA	reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy typu A
SISA	Simple Interactive Statistical Analysis
SMART	Strategic Memory Advanced Reasoning Training
SMBM	Shirom-Melamedova škála
SSRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
WHO	Světová zdravotnická organizace

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ABDULGHAFOR Y. A., BO-HAMRA, A. M., AL-RANDI, A. M. et al.: *Burnout syndrome among physicians working in primary health care centers in Kuwait*. Alexandria Journal of Medicine, 2011, December 47 (4): 351-357.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. ISBN 978-0-89042-555-8.

ANDERS, Martin. *Deprese v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-86257-31-2.

ANDERS, Martin a kol. *Deprese z různých úhlů pohledu*. Praha: Galén, 2006. ISBN 978-80-7262-394-X.

ANDERS, Martin a Jan ROTH. *Deprese v neurologické praxi*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-86257-15-0.

ANDERS, Martin, Tereza UHROVÁ a Jan ROTH. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-306-0.

BECK AT, STEER RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

BREČKA, T., VŇUKOVÁ, M., RABOCH, J., & PTÁČEK, R. *Burnout Syndrome Among Medical Professionals: Looking for Solutions*. *Activitas Nervosa Superior*, ročník 60, číslo 2, 2018. 33-39s., DOI:10.1007/s41470-018-0018-3. ISSN 2510-2788.

CANTOPHER, Tim. *Depresivní onemocnění: prokletí silných*. Olomouc: ANAG, c2012. ISBN 978-80-7263-768-3.

ČESKO, 2008. Zákon 273/2008 Sb., ze dne 17. července 2008, o Policii České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. §1 - §13 Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2008-273>

ČESKO, 2003. Zákon 361/2003 Sb., ze dne 23. září 2003, o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. §13 - §18 Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-361>

ČÍRTKOVÁ, Ludmila. *Policejní psychologie*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. ISBN 80-86898-73-3.

ČSÚ: *Náboženská víra obyvatel podle výsledků sčítání lidu – 2011*, Praha: ČSÚ. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenska-vira-obyvatel-podle-vysledku-scitani-lidu-2011-61wegp46fl>

DE LA FUENTE Solana El., AGUAVO EXTREMERA R., VAGRAS PECINO C., CANADAS DE LA FUENTE Gr.: *Prevalence and risk factors of burnout syndrome among Spanish police officers*. Universidad de Granada, *Psicothema* 2013, Vol. 25, No. 4, 488-493 doi: 10.7334/psicothema2013.81. ISSN 0214 – 9915.

DENSKÝ, M. Proč „vyhoří“ policista. In: *Psychologie dnes*. 7. – 8. číslo. 12. ročník. Praha: Portál, 2006. ISSN 1212-9607.

GARBARINO S, CUOMO G, CHIORRI C, et al. *Association of work-related stress with mental health problems in a special police force unit*. *BMJ Open* 2013;3: e002791. doi:10.1136/ bmjopen-2013-002791

GOLEMBIEWSKI, R.T., & KIM, B-S. (1990). *Burnout in police work: Stressors, strain, and the phase model*. *Police Studies: The International Review of Police Development*, 13, 74-80.

GUTTER, M.: *Postoje policistů k možnostem využití posttraumatické intervenční péče*. Brno, 2012. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. V Praze: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7601-004-8.

HONZÁK, Radkin. *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999. Folia practica. ISBN 80-85824-95-7.

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

KARBANOVÁ, P., 2019. *Systém kolegiální podpory Policie ČR*. *E-psychologie*, 13(2), 13–32. <https://doi.org/10.29364/epsy.341>.

KAWADA, T. (2015). *GHQ-12 as a predictor of burnout with emotional exhaustion in resident doctors*. *Asian Journal of Psychiatry*, 15, 77– 78. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.05.003>.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KLÍMA, L.: *Postoje policistů k možnostem psychologické péče v PČR*. Brno, 2012. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2013. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3.

LAŇKOVÁ, Jaroslava a Jiří RABOCH. *Deprese: doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře: novelizace 2013*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, c2013. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-65-7.

LAUER, Claudia. 2017. *A Year After Slayings, Dallas Police Train 'Mindfulness'*. Retrieved October 12, 2017. Dostupné z: ([https:// www.usnews.com/news/best-states/texas/articles/2017-07-07/a-year-after-slayings-dallas-police-train-inmindfulness](https://www.usnews.com/news/best-states/texas/articles/2017-07-07/a-year-after-slayings-dallas-police-train-inmindfulness)).

OGUNDIPE, O. A., OLAGUNJU, A. T., LASEBIKAN, V. O., & COKER, A. O. (2014). *Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital*. Asian Journal of Psychiatry, 10, 27 –32. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.02.010>.

OTTOVÁ, K.: *Specifikace krizové intervence poskytované příslušníkům Policie České republiky*. Praha, 2011. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Jitka Lorenzová Ph.D.

PELCÁK, Stanislav. *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-576-9.

PIDRMAN, Vladimír a kol. *Deprese v interní medicíně*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 978-80-85121-69-7

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.

PTÁČEK, Radek a Libuše ČELEDVÁ. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1998-9.

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

PTÁČEK, Radek & RABOCH, J. & VŇUKOVÁ, M. & HLINKA, J. & ANDERS, M. (2016). *Beckova škála deprese BDI-II – standartizace a využití v praxi*. Čes a slov Psychiat; 112(6): s. 270–274

PTÁČEK, Radek & RABOCH, Jiri & KEBZA, Vladimír & ŠOLCOVÁ, Iva & VŇUKOVÁ, M. & HLINKA, Jaroslav & KOŠTÁL, J. & HARSA, P. & STRAKATÝ, Š. (2017). *Czech version of the shirom melamed burnout measure*. Ceskoslovenska Psychologie. 61. s. 536-574.

RABOCH, Jiří. *Můžeme vyléčit depresi?*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-86257-14-2.

RALBOVSKÁ, D. CH.: *Účinky syndromu vyhoření na pracovníky integrovaného záchranného systému*. Kladno, 2016. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta

biomedicínského inženýrství. Vedoucí práce doc. PhDr. Darina Brukkerová, Ph.D., MPH

SHAFFER, Tammy J. *A Comparison of Firefighters and Police Officers: The Influence of Gender and Relationship Status*. *Adultspan Journal*, 2010, Ročník 9, Číslo 1
Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.2161-0029.2010.tb00070.x>

SHIROM, Arie; MELAMED, Samuel. *A Comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals*. *International Journal of Stress Management*. 2006, 13, 2, s. 176–200.

SISA, Simple Interactive Statistical Analysis [software]. Vydání neuvedeno.
[zpřístupněno 7.3.2020]. Dostupné online z:
<https://quantitativeskills.com/sisa/statistics/fiveby2.htm>

ŠOLCOVÁ, Iva a Vladimír KEBZA. Health protective factors and health protective behaviors of Czech entrepreneurs: comparison to a population sample: Salutoprotektivní faktory a salutoprotektivní chování českých podnikatelů: srovnání s reprezentativním souborem. *Studia psychologica: an international journal for research and theory in psychological sciences*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2005, 47(1), 17-21. ISSN 0039-3320.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-105-8.

TEJMAR, Matěj. *Analýza stresu a poskytování posttraumatické intervenční péče u Policie České republiky*. Kladno, 2017. České vysoké učení technické v Praze. Fakulta biomedicínského inženýrství, diplomová práce.

TOMAN, V.: *Posttraumatická intervenční péče v bezpečnostních sborech České republiky*. Brno, 2008. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Dipl. -Theol. Univ. Stanislava Ševčíková

TROMBKA, Marcelo, Marcelo DEMARZO, Daniel Campos BACAS, et al. *Study protocol of a multicenter randomized controlled trial of mindfulness training to reduce burnout and promote quality of life in police officers: the POLICE study*. BMC Psychiatry [online]. 2018, 18(1) [cit. 2019-09-12]. DOI: 10.1186/s12888-018-1726-7. ISSN 1471-244X. Dostupné z: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1726-7>

VYMĚTAL, Štěpán, Vladimír VOSKA, Ondřej TOMAN, Jana JUNGWIRTOVÁ a Karel URBAN. *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*. 2010. Praha: Tiskárny MV, p.o., 2010. ISBN 978-80-7312-065-8.

VYMĚTAL Štěpán, VOSKA Vladimír, TOMAN Ondřej, JUNGWIRTOVÁ Jana, URBAN Karel, HOSKOVCOVÁ Simona, KARBANOVÁ Petra. *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*. Praha: MV, 2020.

Výroční zpráva 2016. Praha: odd. vedoucího psychologa PPČR, 2017.

WAGAR Husain, RAHAT Sajjad, ATIQ-UR-REHMAN (2014). *Epression anxiety and stress among female and male police officers: Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 06/2014, Ročník 13, Číslo 1 Dostupné z: <http://openurl.ebscohost.com/linksvc/linking.aspx?genre=article&issn=1019-438X&title=Pakistan+journal+of+clinical+psychology&date=2014&volume=13&issue=1&atitle=DEPRESSION+ANXIETY+AND+STRESS+AMONG+FEMALE+AND+MALE+POLICE+OFFICERS&aurlast=Sajjad&aufirst=Waqar>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression*. [Online] [Citace 7. 12. 2019]
Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *International Classification of Diseases, ICD-11*, [Online] [Citace 29. 12. 2019] Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/ .

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize MKN-10*. Vyd. 2. Praha: Ústav zdravotnických studií a statistiky České republiky, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

WICKRAMASINGHE N.D., WIJESINGHE P.R. (2018). *Burnout subtypes and associated factors among police officers in Sri Lanka: A cross-sectional study*, Journal of Forensic and Legal Medicine, 08/2018, Ročník 58 Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1752928X18304104?via%3Dihub>

WU,H., LIU,L., WANG,Y., GAO,F., ZHAO,X. & WANG, L.(2013). *Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: a crosssectional study*. BMC Public Health, 13(1), 786. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-786>

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Průběh depresivní poruchy a léčba (dle Kupfera) (Anders a kol., 2005, s. 27)	17
Obrázek 2 Věkové kategorie respondentů (Autor, 2020)	45
Obrázek 3 Kategorie služebního věku respondentů (Autor, 2020)	46
Obrázek 4 Kategorie genderového rozdělení respondentů (Autor, 2020)	47
Obrázek 5 Kategorie dle rodinného stavu respondentů (Autor, 2020)	48
Obrázek 6 Kategorie dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů (Autor, 2020)	49
Obrázek 7 Kategorie víry respondentů (Autor, 2020)	50
Obrázek 8 Vyhodnocení BDI – II (Autor, 2020)	51
Obrázek 9 Vyhodnocení SMBM (Autor, 2020)	53
Obrázek 10 Krabicový graf průměrných hodnot na jednu otázku polí P-C-E (Autor, 2020)	56

11 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 Věkové kategorie respondentů (Autor, 2020)	45
Tabulka 2 Kategorie služebního věku respondentů (Autor, 2020).....	46
Tabulka 3 Kategorie genderového rozdělení respondentů (Autor, 2020).....	47
Tabulka 4 Kategorie dle rodinného stavu respondentů (Autor, 2020).....	48
Tabulka 5 Kategorie dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů (Autor, 2020).....	49
Tabulka 6 Kategorie víry respondentů (Autor, 2020)	50
Tabulka 7 Vyhodnocení BDI – II (Autor, 2020).....	51
Tabulka 8 Další hodnoty BDI – II (Autor, 2020)	52
Tabulka 9 Vyhodnocení SMBM (Autor, 2020).....	53
Tabulka 10 Průměrné hodnoty P-C-E v souvislosti s věkovými kategoriemi (Autor, 2020).....	54
Tabulka 11 Průměrné hodnoty P-C-E v souvislosti s kategoriemi služebního věku (Autor, 2020).....	54
Tabulka 12 Průměrné hodnoty P-C-E v souvislosti s rodinným stavem (Autor, 2020).....	54
Tabulka 13 Průměrné hodnoty P-C-E v souvislosti se vzděláním (Autor, 2020).....	55
Tabulka 14 Průměrné hodnoty P-C-E v souvislosti s kategoriemi víry (Autor, 2020).....	55
Tabulka 15 Vyhodnocení dalších hodnot SMBM (Autor, 2020)	56
Tabulka 16 Kontingence mezi věkovými kategoriemi a BDI – II (Autor, 2020).....	57
Tabulka 17 Kontingence mezi kategoriemi služebního věku a BDI – II (Autor, 2020).....	58
Tabulka 18 Kontingence mezi kategoriemi genderu a BDI – II (Autor, 2020).....	58

Tabulka 19 Kontingence mezi kategoriemi rodinného stavu a BDI – II (Autor, 2020).....	59
Tabulka 20 Kontingence mezi kategoriemi víry a BDI – II (Autor, 2020)	60
Tabulka 21 Kontingence mezi kategoriemi nejvyššího dosaženého vzdělání a BDI – II (Autor, 2020)	60
Tabulka 22 Kontingence mezi věkovými kategoriemi a SMBM (Autor, 2020)....	61
Tabulka 23 Kontingence mezi kategoriemi služebního věku a SMBM (Autor, 2020).....	61
Tabulka 24 Kontingence mezi kategoriemi genderu a SMBM (Autor, 2020).....	62
Tabulka 25 Kontingence mezi kategoriemi rodinného stavu a SMBM (Autor, 2020).....	62
Tabulka 26 Kontingence mezi kategoriemi nejvyššího dosaženého vzdělání a SMBM (Autor, 2020).....	63
Tabulka 27 Kontingence mezi kategoriemi víry a SMBM (Autor, 2020)	64
Tabulka 28 Kontingence BDI – II a protektivních faktorů (Autor, 2020)	78
Tabulka 29 Kontingence SMBM a protektivních faktorů (Autor, 2020).....	78

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Shirom–Melamedova Škála (SMBM)	96
Příloha 2 – Beckova škála deprese (BDI II).....	98
Příloha 3 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce OŘP Praha IV – OHS.....	101
Příloha 4 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce OŘP Praha I - OHS	102
Příloha 5 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce OŘP Praha II – OHS Praha II.....	103
Příloha 6 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce MŘ Ostrava - OHS.....	104
Příloha 7 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce ÚO Karviná - OHS.....	105
Příloha 8 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce OŘP Praha III - OHS.....	106
Příloha 9 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce MŘ Brno - OHS.....	107

Příloha 1 - Shirom–Melamedova Škála (SMBM)

Shirom-Melamedova škála (SMBM)

Jak se cítíte v práci?

Níže jsou uvedena určitá tvrzení, která vystihují různé pocity, jež můžete mít v práci.

Označte, prosím, v následujícím formuláři zakroužkováním jak často jste za posledních 30 pracovních dní zažili každý z následujících pocitů:

Jak často jste se takto cítili v práci?

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

Poznámky ke skórování:

Písmena v levém sloupci označují následující tři subškály SMBM: P = fyzická únava („physical fatigue“), E = emoční vyčerpání („emotional exhaustion“), C = kognitivní únava („cognitive weariness“).

Narůstající skór reprezentuje narůstající riziko syndromu vyhoření, součet skórů ze všech položek (v rozpětí od 14 do 98) vyjadřuje celkový skór SMBM.

14-28	norma	(zažívám nikdy nebo velmi zřídka)
29-42	velmi mírné projevy	(zažívám velmi zřídka)
43-56	mírné projevy přítomné	(zažívám zřídka)
57-70	projevy přítomné	(zažívám někdy)
71-84	závažné projevy	(zažívám velmi často)
85-98	velmi závažné projevy	(zažívám vždy)

Příloha 2 – Beckova škála deprese (BDI II)

Jméno a příjmení..... Rodinný stav.....Věk.....
Zaměstnání..... Vzdělání.....

Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte **během posledních 14 dnů včetně dneška**.

1. Smutek

- 0 Nejsem smutný(á).
- 1 Většinou jsem smutný(á).
- 2 Pořád jsem smutný(á).
- 3 Jsem tak smutný(á), že se to nedá vydržet.

2. Pesimismus

- 0 O svou budoucnost nemám obavy.
- 1 O svou budoucnost se obávám více než dříve.
- 2 Myslím, že se mi nebude dařit.
- 3 Moje budoucnost je beznadějná a bude ještě horší.

3. Minulá selhání

- 0 Nemám dojem, že selhávám.
- 1 Selhal(a) jsem častěji, než bych měl(a).
- 2 Když se dívám do minulosti vidím spoustu selhání.
- 3 Jako člověk jsem úplně selhal(a).

4. Ztráta radosti

- 0 Raduji se stejně jako dříve.
- 1 Neraduji se stejně jako dříve
- 2 Téměř nemám potěšení s věcí, které jsem měl rád(a).
- 3 Vůbec nemám potěšení s věcí, které jsem měl rád(a).

5. Pocit viny

- 0 Nemívám nijak zvlášť pocity viny.
- 1 Cítím vinu za řadu věcí, které jsem udělal(a) nebo měl(a) udělat.
- 2 Mívám často pocity viny.
- 3 Pořád mám pocity viny.

6. Pocit potrestání

- 0 Nemyslím, že mě život trestá.
- 1 Myslím, že by mě život mohl potrestat.
- 2 Očekávám trest.
- 3 Myslím, že jsem životem trestán(a).

7. Znechucení ze sebe sama

- 0 Myslím si o sobě pořád to samé.
- 1 Ztratil(a) jsem důvěru v sebe sama.
- 2 Jsem ze sebe zklamaný(á).
- 3 Sám(a) sebou jsem znechucen(a).

8. Sebekritika

- 0 Nekritizuji nebo neobviňuji sebe sama více než obvykle.
- 1 Jsem sám(a) k sobě více kritický(á) než dříve.
- 2 Kritizuji se za všechny své chyby.
- 3 Obviňuji se za všechno špatné co se přihodí.

9. Sebevražedné myšlenky nebo přání

- 0 Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil(a).
- 1 Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal(a) bych to.
- 2 Chtěl(a) bych se zabít.
- 3 Kdybych měl(a) možnost se zabít, tak bych se zabil(a).

10. Plačtivost

- 0 Nepláču více než dříve.
- 1 Pláču více než dříve.
- 2 Pláču kvůli každé maličkosti.
- 3 Je mi do pláče, ale nejsem toho schopen(na)

11. Agitovanost

- 0 Nejsem více neklidný(á) nebo napjatý(á) než obvykle.
- 1 Cítím se více neklidný(á) nebo napjatý(á) než obvykle.
- 2 Jsem tak neklidný(á) nebo rozrušený(á), že je těžké to vydržet.
- 3 Jsem tak neklidný(á) nebo rozrušený(á), že nemohu zůstat v nečinnosti.

12 Ztráta zájmu

- 0 O jiné lidi nebo věci jsem zájem neztratil(a).
- 1 Méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
- 2 Mnohem méně se zajímám o jiné lidi nebo věci.
- 3 Je těžké se zajímat o cokoliv.

13 Nerozhodnost

- 0 Rozhoduji se stejně dobře jako dříve.
- 1 Rozhodovat se je obtížnější, než obvykle.
- 2 Rozhoduji se mnohem obtížněji než dříve.
- 3 Mám problém udělat jakékoliv rozhodnutí.

14 Pocit bezcennosti

- 0 Necítím se bezcenný(á)
- 1 Nemyslím, že mám pro lidi stejnou cenu jako jsem míval(a).
- 2 Ve srovnání s jinými lidmi se cítím více bezcenný(á).
- 3 Cítím se úplně bezcenný(á).

15 Ztráta energie

- 0 Mám stejně energie jako vždy.
- 1 Mám méně energie než jsem míval(a).
- 2 Nemám dost energie, abych toho hodně udělal(a).
- 3 Vůbec na nic nemám energii.

16. Změna spánku

- 0 Nevšiml(a) jsem si žádných změn u svého spánku
- 1a Spím trochu více než obvykle.
- 1b Spím trochu méně než obvykle.
- 2a Spím mnohem více než obvykle.
- 2b Spím mnohem méně než obvykle.
- 3a Většinu dne prospím.
- 3b Probouzím se o jednu až dvě hodiny dříve a už nemohu usnout.

17 Podrážděnost

- 0 Nejsem podrážděný(á) více než obvykle.
- 1 Jsem více podrážděný(á) než obvykle.
- 2 Jsem mnohem více podrážděný(á) než obvykle.
- 3 Bývám pořád podrážděný(á).

18. Změny chuti k jídlu

- 0 Necítím žádné změny v chuti k jídlu.
- 1a Mám trochu menší chuť k jídlu než obvykle.
- 1b Mám trochu větší chuť k jídlu než obvykle.
- 2a Mám mnohem menší chuť k jídlu než obvykle.
- 2b Mám mnohem větší chuť k jídlu než obvykle.
- 3a Vůbec nemám chuť k jídlu.
- 3b Jíst mohu pořád.

19. Koncentrace

- 0 Mohu se soustředit jako vždycky.
- 1 Nejsem schopný(á) se soustředit jako obvykle.
- 2 Je těžké se na cokoliv delší dobu soustředit.
- 3 Nejsem schopný(á) se soustředit na nic.

20 Únava

- 0 Nejsem unavený(á) více než obvykle.
- 1 Unavím se snadněji než obvykle.
- 2 Jsem příliš unavený(á), než abych dělal(a) tolik věcí, jako jsem dělával(a).
- 3 Jsem tak unavený(á), že nedokážu dělat skoro nic.

21 Ztráta zájmu o sex

- 0 V současnosti jsem nezaznamenal(a) změnu zájmu o sex.
- 1 Mám menší zájem o sex než obvykle.
- 2 Mám nyní mnohem menší zájem o sex.
- 3 Úplně jsem ztratil(a) zájem o sex.

Vyhodnocení: Prostý součet bodů u všech položek

Klasifikace celkového skóru:

- 0–13: minimální projevy
- 14–19: mírné projevy
- 20–28: středně těžké projevy
- 29–63: těžké projevy

Příloha 3 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce
OŘP Praha IV – OHS



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ
DIPLOMOVÉ PRÁCE

Příjmení a jméno studenta	Bc. Pudivítrová Eliška	
Studijní obor	Civilní nouzové plánování	Ročník 2.ročník
Téma práce	Problematika syndromu vyhoření na depresivity u PČR	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Tibor A. Brečka, MBA	
Název a adresa pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	OŘP Praha IV – OHS Choceradská 2600/13 Praha 4	
Souhlas vedoucího/zástupce vedoucího oddělení: ppor. Mgr. Martin Kozák	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	podpis, razítko

V Praze dne 6. 8. 2019

Příloha 4 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce OŘP Praha I - OHS



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ
 DIPLOMOVÉ PRÁCE

Příjmení a jméno studenta	Bc. Pudivítrová Eliška	
Studijní obor	Civilní nouzové plánování	Ročník 2.ročník
Téma práce	Problematika syndromu vyhoření na depresivitu u PČR	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Tibor A. Brečka, MBA	
Název a adresa pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	OŘP Praha I – OHS Krakovská 1340/16 Praha 1	
Souhlas vedoucího/zástupce oddělení: ppor. Bc. Jan Kloubek	vedoucího	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím Policie České republiky Obvodní ředitelství policie Praha I oddělení hláskové služby 110 00 Praha 1, Krakovská 1340/16 podpis, razítko

V... PRAZE dne 1.1.2019

Příloha 5 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce OŘP Praha II – OHS Praha II



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ
 DIPLOMOVÉ PRÁCE

Příjmení a jméno studenta	Bc. Pudivítrová Eliška	
Studijní obor	Civilní nouzové plánování	Ročník 2.ročník
Téma práce	Problematika syndromu vyhoření na depresivitu u PČR	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Tibor A. Brečka, MBA	
Název a adresa pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	OŘP Praha II – OHS Praha II Anny Letenské 1680/11 120 00 Praha 2	
Souhlas vedoucího/zástupce vedoucího oddělení: ppor. Komůrka Jan, DiS.	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	<p>podpis, razítko</p>

31. 07. 2019


V Praze dne

Příloha 6 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce MŘ Ostrava - OHS



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ
 DIPLOMOVÉ PRÁCE

Příjmení a jméno studenta	Bc. Pudivítrová Eliška	
Studijní obor	Civilní nouzové plánování	Ročník 2.ročník
Téma práce	Problematika syndromu vyhoření na depresivity u PČR	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Tibor A. Brečka, MBA	
Název a adresa pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	MŘ Ostrava - OHS 1.Máje 2264/101 Ostrava	
Souhlas vedoucího/zástupce vedoucího oddělení: ppor. Pavel Štětínský	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	Policie České republiky Městské ředitelství policie Ostrava oddělení hlídkové služby ul. 1. máje č. 2264/101 703 00 Ostrava  podpis, razítko

v Ostravě dne 31.7.2019

Příloha 7 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce ÚO Karviná - OHS



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ
 DIPLOMOVÉ PRÁCE

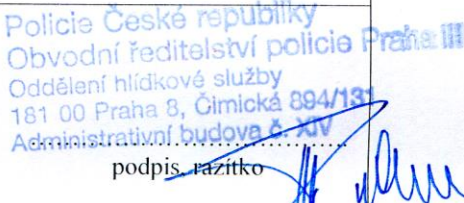
Příjmení a jméno studenta	Bc. Pudivitrová Eliška	
Studijní obor	Civilní nouzové plánování	Ročník 2.ročník
Téma práce	Problematika syndromu vyhoření na depresivity u PČR	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Tibor A. Brečka, MBA	
Název a adresa pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	ÚO Karviná - OHS U Svobodáren 1298 Karviná	
Souhlas vedoucího/zástupce vedoucího oddělení: ppor. Mgr. Robert Neumann	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím	POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY KRAJSKÉ ŘEDITELSTVÍ POLICIE MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE ÚZEMNÍ ODBOR KARVINÁ ODDĚLENÍ HLÍDKOVÉ SLUŽBY 735 06 KARVINÁ - NOVÉ MĚSTO podpis, razítko

V *Karviná* dne 31-07-2019

Příloha 8 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce OŘP Praha III - OHS

ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ
DIPLOMOVÉ PRÁCE

Příjmení a jméno studenta	Bc. Pudivítrová Eliška	
Studijní obor	Civilní nouzové plánování	Ročník 2.ročník
Téma práce	Problematika syndromu vyhoření na depresivitu u PCR	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Tibor A. Brečka, MBA	
Název a adresa pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	OŘP Praha III – OHS Čimická 894/131 Praha 8	
Souhlas vedoucího/zástupce oddělení: ppor. Mgr. Bc. Ladislav Tůma	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	 podpis, razítko

V..... PRAZE dne 5. 8. 2019

Příloha 9 – Protokol k provádění sběru pokladů pro zpracování diplomové práce MŘ Brno - OHS



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE
FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ
 DIPLOMOVÉ PRÁCE

Příjmení a jméno studenta	Bc. Pudivítrová Eliška	
Studijní obor	Civilní nouzové plánování	Ročník 2. ročník
Téma práce	Problematika syndromu vyhoření na depresivitu u PČR	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Tibor A. Brečka, MBA	
Název a adresa pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	MŘ Brno - OHS Renčova 38 Brno	
Souhlas vedoucího/zástupce vedoucího oddělení: ppor. Bc. Tomáš Braunschläger DiS.	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím ppor. Bc. Tomáš Braunschläger, DiS. zástupce vedoucího oddělení OHS OEC: 301 354 podpis, razítko	

POLICIE ČESKÉ REPUBLIKY
MĚSTSKÉ ŘEDITELSTVÍ POLICIE BRNO
 ODDĚLENÍ HLÍDKOVÉ SLUŽBY
 621 00 BRNO, RENČOVA 2173/38

V Brně dne 31. 7. 2019