



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

**Výzkum syndromu vyhoření a deprese u
příslušníků HZS Plzeňského kraje**

**Research of Burnout Syndrome and
Depression among Members of the Fire
Department in Pilsen**

Diplomová práce

Studijní program: Ochrana obyvatelstva
Studijní obor: Civilní nouzové plánování

Autor diplomové práce: Bc. Jan Šašek
Vedoucí diplomové práce: Mgr. Tibor A. Brečka, MBA, LL.M.

Kladno 2021



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Šašek** Jméno: **Jan** Osobní číslo: **492527**
Fakulta: **Fakulta biomedicínského inženýrství**
Garantující katedra: **Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva**
Studijní program: **Civilní nouzové plánování**

II. ÚDAJE K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Název diplomové práce:

Výzkum syndromu vyhoření a deprese u příslušníků HZS Plzeňského kraje

Název diplomové práce anglicky:

Research of Burnout Syndrome and Depression among Members of the Fire Department in Pilsen Region

Pokyny pro vypracování:

Předmětem diplomové práce bude zmapování výskytu syndromu vyhoření a zjištění míry deprese u profesionálních výjezdových hasičů sloužících u HZS Plzeňského kraje. Teoretická část se bude zabývat problematikou syndromu vyhoření a deprese obecně a následně bude pojednávat o psychické náročnosti práce hasičů, která může být příčinou rozvoje jednoho (nebo obou) z uvedených. Metodologie výzkumu, která bude použita v praktické části, představuje kvantitativní dotazníkové šetření. Jako nástroj k otestování respondentů budou použity české verze SMBM (Shirom Melamed Burnout Measure) testu a BDI - II (Beck Depression Inventory Second Edition) testu. Tyto testy budou předloženy výjezdovým hasičům ve všech územních odborech v Plzeňském kraji. Následně bude provedena statistická analýza získaných dat. Z výsledků práce budou stanovena doporučení pro praxi.

Seznam doporučené literatury:

- [1] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, Hořet, ale nevyhořet, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, ISBN 978-80-7195-573-3
- [2] STOCK, Christian, Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout, Praha: Grada, 2010, ISBN 978-80-247-3553-5
- [3] GÉRINGOVÁ, Jitka, Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou, Praha: Triton, 2011, ISBN 978-80-7387-394-3

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

Mgr. Tibor Brečka, MBA, LL.M.

Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

Mgr. Soňa Galušková

Datum zadání diplomové práce: **21.09.2020**

Platnost zadání diplomové práce: **18.09.2022**


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


prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA
podpis děkana(ky)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Výzkum syndromu vyhoření a deprese u příslušníků HZS Plzeňského kraje vypracoval 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 15.04.2021

.....
Bc. Jan Šašek

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych rád poděkoval vedoucímu mé diplomové práce panu Mgr. Tiboru A. Brečkovi, MBA, LL.M. za jeho cenné rady, ochotu, obětavý přístup a velkou trpělivost při konzultacích. Dále bych chtěl poděkovat své konzultantce paní Mgr. Soně Galuškové za vstřícné jednání a za poskytnutí odborných znalostí a zkušeností. Mé poděkování patří i paní Bc. Ing. Karině T. Benetti, Ph.D. za uvedení do problematiky statistiky.

V neposlední řadě bych rád vyjádřil svůj vděk všem příslušníkům HZS Plzeňského kraje, kteří mi při zpracování této práce pomohli vyplněním dotazníků, nebo poskytnutím jiné pomoci, zejména paní kpt. Mgr. Blance Rauscherové, paní Mgr. Daně Dleskové a velitelům požárních stanic v Plzeňském kraji.

ABSTRAKT

Předmětem této diplomové práce je výzkum syndromu vyhoření a deprese u příslušníků HZS Plzeňského kraje. Hlavním cílem této diplomové práce je zmapování současné situace související s mírou syndromu vyhoření a deprese u hasičů sloužících v Plzeňském kraji. Současně je cílem této diplomové práce najít faktory, které mohou být příčinami dosahování vyšších výsledků v použitých testech.

V první, teoretické části této práce je věnován prostor pro pojednání o současném stavu v rámci příbuzných témat celé problematiky deprese a syndromu vyhoření. Jsou popsány definice, časté příznaky, průběhy a možné příčiny syndromu vyhoření a deprese. U obou témat jsou nastíněné možné metody prevence a následné možnosti léčby. Kromě struktury HZS Plzeňského kraje je teoretická část dále zaměřena na náležitosti vzniku služebního poměru u HZS a na psychickou náročnost profese hasiče.

Praktickou část tvoří výzkum prováděný kvantitativní metodou za pomoci dotazníkového šetření. Dotazník byl tvořen kombinací SMBM testu pro určení míry syndromu vyhoření a BDI-II testu pro určení míry deprese. U výsledků těchto testů byla následně zjišťována závislost na jednotlivé faktory užitím zvolené statistické metody, představující analýzu rozptylů (ANOVA). Před zahájením samotného výzkumu byly stanoveny hypotézy a jedna výzkumná otázka.

Celého výzkumu se zúčastnilo 388 příslušníků a zaměstnanců HZS Plzeňského kraje. Na základě výsledků statistické analýzy byla zjištěna nízká prevalence syndromu vyhoření a poměrně vzácná prevalence deprese mezi testovanými hasiči. Jednofaktorová analýza rozptylu ANOVA však ukázala slabou závislost výsledků testu SMBM na věku a na době služby.

Současně byla zjištěna vyšší tendence k fyzické únavě u respondentů, kteří nepracují jako výjezdoví hasiči. Jedním z předmětů zkoumání byla vzájemná závislost mezi depresí a syndromem vyhoření. Byla zjištěna středná závislost výsledků SMBM na výsledcích BDI-II.

Výsledky této diplomové práce přinesly důvod k optimismu při řešení problematiky syndromu vyhoření a deprese u hasičů v Plzeňském kraji. Přesto se však objevila řada druhotných otázek, jejichž zodpovězení by mohlo být předmětem následných výzkumů.

Klíčová slova

syndrom vyhoření, deprese, Hasičský záchranný sbor, HZS Plzeňského kraje, IZS

ABSTRACT

The subject of this diploma thesis is the research of the burnout syndrome and depression among members of the Fire and Rescue Service of the Pilsen Region. The main objective of this diploma thesis is to look over the current situation related to the degree of burnout syndrome and depression among firefighters serving in the Pilsen region. Simultaneously, the aim of this thesis is to find the factors that may be the cause of achieving higher results in used tests.

The first, theoretical part of this work, is devoted to a description of the current situation in topics related to the whole issue of depression and burnout syndrome. Definitions, common symptoms, courses and possible causes of burnout syndrome and depression syndrome are described in there. Possible methods of prevention and subsequent treatment options are outlined for both topics. In addition to the structure of the Fire and Rescue Service of the Pilsen Region, the theoretical part also focuses on the requirements for the establishment of an employment relationship with the Fire and Rescue Service and the psychological demands for the firefighting profession.

The practical part of this work consists of the research carried out by a quantitative method with the help of a questionnaire survey. The questionnaire has been created of a combination of the SMBM test to determine the degree of burnout syndrome and the BDI-II test to determine the degree of depression. The results of these tests were then analyzed, by use statistical method representing analysis of variance (ANOVA), to explore dependence on individual factors. Hypotheses and one research question were set just before starting the research itself.

388 members and employees of the Fire and Rescue Service of the Pilsen Region attended the whole examination. Based on the results of statistical analysis, a low prevalence of burnout syndrome and a relatively rare prevalence of depression among the tested firefighters were found. However, one-way analysis of variance ANOVA showed a weak dependence of SMBM test results on age and length of service. At the same time, a higher tendency for physical tiredness was found among respondents who do not work as direct-action firefighters. One of the subjects of research was the interdependence between depression and burnout syndrome. The middle dependence of SMBM results on BDI-II results was found.

The results of this diploma thesis brought up reason for optimism in the problem solving of burnout syndrome and depression among firefighters in the Pilsen region. Nevertheless, several secondary questions emerged, the answers to which could be the subject of subsequent research.

Keywords

burnout syndrome, depression, Fire and Rescue Service, Fire and Rescue Service of the Pilsen Region, IZS

Obsah

1	Úvod.....	11
2	Cíle práce a hypotézy	13
2.1	Hypotéza H1.....	13
2.2	Hypotéza H2	13
2.3	Hypotéza H3	13
3	Přehled současného stavu.....	14
3.1	Syndrom vyhoření.....	14
3.1.1	Definice	14
3.1.2	Rizikové faktory	16
3.1.3	Příznaky	18
3.1.4	Fáze.....	20
3.1.5	Klasifikace a diagnostika.....	22
3.1.6	Prevence.....	27
3.1.7	Léčba	29
3.2	Deprese.....	31
3.2.1	Definice	31
3.2.2	Rizikové faktory	32
3.2.3	Příznaky	34
3.2.4	Klasifikace a diagnostika.....	35
3.2.5	Léčba	45
3.3	Profese příslušníka HZS Plzeňského kraje	49
3.3.1	Organizační struktura HZS Plzeňského kraje.....	49
3.3.2	Vznik služebního poměru.....	50

3.3.3	Náplň profese příslušníka.....	51
3.3.4	Psychická náročnost profese hasiče.....	52
3.3.5	Možnosti psychologické pomoci.....	57
4	Metodika.....	58
5	Výsledky.....	60
5.1	Deskriptivní statistická analýza	60
5.2	Analýzy rozptylu.....	64
5.3	Vyhodnocení hypotéz	73
5.4	Vyhodnocení výzkumné otázky.....	74
6	Diskuze	79
7	Závěr	94
8	Seznam použitých zkratk.....	95
9	Seznam použité literatury	96
10	Seznam použitých obrázků	103
11	Seznam použitých tabulek.....	104
12	Seznam Příloh.....	105

1 ÚVOD

Profese hasiče je v dnešní době veřejností vnímána velmi kladně. Dobrá pověst tohoto povolání bývá podtržena médii, kde jsou hasiči často viděni při různých druzích zásahů, které jsou nejčastěji směřované na záchranu osob při mimořádných situacích. Hasiči tak jednájí za působení řady rizik, které je samotné ohrožují na zdraví či životech. Každý hasič musí umět rychle a profesionálně jednat za situace, která je pro všechny zúčastněné značně stresující a nebezpečná. To musí zvládat se zachováním zdravého rozumu a ovládním vlastních emocí.

Povolání hasiče patří mezi pomáhající profese. Lidi vykonávající takové povolání jsou často vystavováni extrémnímu stresu různého původu. Tento druh profesí je primárně charakteristický tím, že se očekávání nastupujícího pracovníka velmi často liší od následné reality. Jedinec do zaměstnání nastupuje s určitými ideály o záchraně či změně cizího života, o pomoci různorodého druhu a o důležitosti svojí osoby, která je odměněna vděčností. Bohužel se velká část těchto představ často nenaplní. Neopomenutelný, v souvislosti s pomáháním druhým, je vztah pomáhajícího se svým „klientem“. Aby byla pomoc ideálně cílena, je nezbytné, aby byl pomáhající schopen pochopit nejdůležitější potřeby svého „klienta“ a následně je řešit s chladnou hlavou a s profesionálním přístupem. To často vyžaduje silnou empatii. Pomáhající se tak může při procesu pomáhání druhým s problémy jiných natolik ztotožnit, že je následně vnímá jako své vlastní. To může mít za následek vstřebávání takové míry stresu, který není dotyčný sám schopen redukovat a zvyšuje se u něj riziko narušení psychické rovnováhy.

Je tedy zřejmé, že nový příslušník ve služebním poměru u HZS ČR, který nastupuje bez dřívějších zkušeností či dostatečných informací, očekává od zaměstnání naplnění určitého poslání. Často je ve spojitosti s plněním těchto úkolů spojena vysoká daň, která zahrnuje spoustu negativních jevů. Kromě

stresu vnímaného v průběhu zásahu se může jednat o následné výčitky, sebeobviňování, pocit bezvýznamnosti až bezcennosti, pocit nedostatečného ocenění, pocit selhání a spoustu dalších aspektů, které mohou být příčinnou narušení duševní harmonie a následného rozvoje deprese nebo syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření (angl. burnout syndrome) je od druhé poloviny 20. století velmi probíraným a zkoumaným tématem. Je to označení pro fyzické a psychické vyčerpání jedince v souvislosti s výkonem jeho profese. Vyznačuje se poklesem nejen pracovní výkonnosti, ale i celkového zájmu o jakékoliv činnosti v souvislosti se špatným duševním stavem, který může vyústit až v řadu zdravotních obtíží. Ačkoliv byl nejdříve syndrom vyhoření spojován výhradně s lidmi vykonávajícími zmiňované pomáhající profese, ukázalo se, že v dnešní době může tento jev postihnout kohokoliv, bez ohledu na charakter či povahu zaměstnání. Přesto jsou právě pomáhající profese skupinou, která v tomto tématu hraje jednu z největších rolí.

Na rozdíl od syndromu vyhoření je deprese v dnešní době dostatečně klasifikovanou nemocí. Ačkoliv se většina lidí domnívá, že je deprese pouze negativní nálada způsobená působením vnějšího vlivu, je to skutečná choroba, která vyžaduje lékařské řešení. Příznaky deprese jsou na první pohled velmi podobné příznakům syndromu vyhoření. Je však důležité správně určit, zda si dotyčný prochází depresivním obdobím nebo se u něho rozvinul syndrom vyhoření. I když se může zdát, že jsou to témata velmi blízká, jsou známy důležité rozdíly, které je nezbytné rozpoznat, aby mohla být aplikována optimální léčba.

Zmíněné skutečnosti byly pohnutkou k výzkumu syndromu vyhoření a deprese u vybrané skupiny profesionálních hasičů v České republice. Cílem práce je zjištění situace v souvislosti s výskytem syndromu vyhoření a deprese u hasičů HZS Plzeňského kraje.

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem této diplomové práce je zmapovat výskyt a míru deprese a syndromu vyhoření u výjezdových hasičů, kteří jsou ve služebním poměru u HZS Plzeňského kraje. K potřebnému posouzení aktuálního stavu jsou do celkového výzkumu zařazeni i ostatní příslušníci a zaměstnanci, kteří nepracují v třisměnném režimu služby – nejezdí na výjezdy. Jedním z úkolů práce je posoudit závislost výsledků testů na charakteru pracovní pozice (respondenti z výjezdu a respondenti, kteří ve výjezdu nejsou).

Tato práce se především zabývá hledáním statisticky významných závislostí výsledků testů SMBM a BDI-II na jednotlivých faktorech (pohlaví, věk, služební věk, rodinný stav, religiozita, pracovní pozice a naplnění očekávaných potřeb). V souvislosti s tím byly autorem stanoveny tři hypotézy a byla položena jedna výzkumná otázka.

2.1 Hypotéza H1

H1: Syndrom vyhoření se častěji vyskytuje u zaměstnanců, kteří nepracují v třisměnném režimu služby.

2.2 Hypotéza H2

H2: Ze zaměstnanců, kteří nepracují v třisměnném režimu služby, se příznaky deprese objevují více u žen, než u mužů.

2.3 Hypotéza H3

H3: Respondenti s vysokým skóre v testu BDI-II dosahují i vysokého skóre v testu SMBM.

Výzkumná otázka:

Může mít nenaplnění očekávaných potřeb souvislost s výsledky testů SMBM a BDI-II?

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

3.1 Syndrom vyhoření

3.1.1 Definice

„Kdo chce zapalovat, musí sám hořet!“ (Vladimír Iljič Lenin)

Syndrom vyhoření je jev, který je zkoumán přibližně od 70. let 20. století. Tento pojem, který je používán pro celkové vyčerpání člověka, se od této doby stal předmětem výzkumů a studií řady lékařů a psychologů, kteří na základě získaných výsledků charakterizovali mnoho definic. Za „otce“ pojmu syndrom vyhoření je považován Herbert J. Freudenberger. (Pešek a Praško, 2016)

Tento německý psychoanalytik působící v Americe, který prováděl výzkum převážně na dobrovolnících vykonávajících pomáhající profese, věnoval celé své studii článek Staff burnout v časopise Journal of Social Issues, kde bylo možné poprvé vidět název „burnout syndrome“. (Kebza a Šolcová, 2003)

Na článek později Herbert J. Freudenberger navázal ve své knize Burn out - The high cost of high achievement, kde věnuje pozornost celkovému vyčerpání pracovníků ošetřujícím těžce nemocné pacienty. Jak je z názvu knihy patrné, tito pracovníci zaplatili vysokou cenou za plnění svých cílů a šíření svého přesvědčení. (Minirth a Šolcová, 2011)

Tomuto poznání odpovídá obrazný výklad Křivohlavého (2012) který ve své knize líčí, že tento jev nastává u lidí, jejichž srdce „hoří“ láskou, nadšením či zájmem. Avšak je to stejné jako u ohně. Pokud má oheň hořet, produkovat plameny, světlo a teplo, je potřeba dostatečně přikládat, jinak oheň vyhasne.

Křivohlavý nebyl jediný, který vysvětloval syndrom vyhoření tímto způsobem. Schmidbauer (2015) přirovnal syndrom vyhoření konkrétně k vyhoření domu nebo dohoření oleje v lampě.

Kebza a Šolcová (2003, s. 3) syndrom vyhoření vysvětlují na následující definici: *„Jde svým způsobem o velmi výstižnou metaforu: anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burn out“ pak dohořet, vyhořet, vyhasnout. Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a vyhaslosti: kde nic není, tj. kde již není materiál, který by živil hořící oheň, nemá již dál co hořet.“*

Syndrom vyhoření je možné dále definovat jako duševní stav, který je příznačný citovou únavou, pocitem bezmoci, beznadějí a ztrátou zájmu a cílevědomosti. Jde o stav kompletního psychického vyčerpání u lidí vykonávající profese, pro které je charakteristická práce s jinými lidmi. (Baštecká, 2005)

Lékař Christian Stock ve své knize uvádí, že je syndrom vyhoření vyústěním kombinace dlouho působícího stresu a nerovnováhy mezi aktivním a odpočinkovým obdobím. Lidé, kteří trpí burnout syndromem, mají zpravidla narušenou bilanci mezi klidovou a zátěžovou fází. Udává, že ačkoliv je syndrom vyhoření často zaměňován se stresem, jsou to dva pojmy odlišné, byť příbuzné. Pomocí závěrů zkoumání stresu lze tyto pojmy odlišit tak, že stres je příčina a vyhoření dopad. (Stock, 2010)

Syndrom vyhoření je od 21. století vnímán jako narušení psychického stavu. Ačkoliv se definice syndromu vyhoření v hlavních bodech často shodují, je vývoj tohoto termínu ovlivňován ekonomickými, kulturními a sociálními

směry. Proto je možné setkat se s určitými rozdíly v pojetí syndromu vyhoření mezi jednotlivými zeměmi. (Schaufeli a kol., 2009)

I přes značné množství odlišností v jednotlivých pojetích syndromu vyhoření, lze podle Kebzy a Šolcové (2003) uvést následující body, ve kterých se většina shoduje:

- jedná se o psychický stav, prožitek vyčerpání;
- nejčastěji se vyskytuje u profesí, jejichž pracovní náplň je práce s lidmi;
- je tvořen řadou příznaků, nejen v psychické oblasti ale také v sociální i fyzické;
- klíčovými složkami syndromu vyhoření jsou kognitivní vyčerpání, emoční vyčerpání a celková únava;
- příčinou vzniku všech hlavních složek syndromu vyhoření je chronický stres.

3.1.2 Rizikové faktory

Jak již bylo řečeno, syndrom vyhoření je důsledek dlouhodobého procesu, který je doprovázen především stresem. Délka doby tohoto procesu je proměnná a individuální. Záleží na rizikových faktorech, mezi které patří osobnost člověka, pracovní sféra a mimopracovní sféra. Veškeré skupiny mohou přinášet jednotlivá rizika, která mohou svoji souhrou přispět k rozvoji syndromu vyhoření. (Pešek a Praško, 2016)

Rizikové faktory se dají rozdělit do dvou skupin a to jako vnitřní a vnější. Mezi vnitřní rizikové faktory patří rysy osobnosti, které mohou výskytu syndromu vyhoření přispět, dále způsoby chování a reagování a v neposlední řadě celkový fyzický stav organismu. Do vnějších rizikových faktorů by se pak daly zařadit již zmiňované pracovní a mimopracovní sféry. (Jeklová a Retmayerová, 2006)

V souvislosti s vnitřními rizikovými faktory se Kebza a Šolcová (2003) zmiňují ve výčtu rizikových faktorů o tzv. chování typu A. S hypotézou o rozdílných vzorcích chování přišli M. Friedman a R. Rosenman (1974), přičemž definovali dva vzorce chování: typ A a typ B. Typ B je charakteristický méně chaotickým a uvolněnějším jednáním, disponují menší náchylností na stres a netrpí přílišným sebeobviňováním. Zatímco typ A vyznačuje rysy přehnané tíže, klade si na sebe vysoké nároky, jejichž nesplnění je nepřijatelné. Tito lidé jsou často velmi soutěživí, netrpěliví, podráždění, chaotičtí. Jednoduše se nedokážou spokojit s tím, co je a za každou cenu musí dosahovat vyšších cílů. Toto jednání je považováno za nebezpečné a je dokázáno, že lidé vykazující chování typu A, jsou náchylnější na mnoho zdravotních i psychických problémů. (Baštecká a Mach, 2015)

Osobnost typu A lze diagnostikovat např. dotazníkem D. Fontany, který je složen z 16ti otázek, které vybízejí k odpovědi „ano“ nebo „ne“. Aby se mohl dotyčný zařadit mezi osobnosti typu A, stačí jednoduše odpovědět na většinu otázek odpovědí „ano“. V žádném případě však není vzácností, že lidé s chováním typu A, odpoví odpovědí „ano“ na všechny otázky. (Fontana, 2016)

K syndromu vyhoření může dále vést například vysoká míra empatie, nízké sebevědomí, perfekcionismus či neschopnost relaxace. Po řadě výzkumů a studií se dnes předpokládá, že skladba osobnosti má na rozvoj syndromu vyhoření daleko větší vliv než např. věk, pohlaví, rodinný stav nebo stupeň vzdělání. (Pešek a Praško, 2016)

Vnější rizikové faktory představují skupinu jevů, které na dotyčného působí z okolí. Jedná se především o tlak ze strany lidí nebo prostředí. Primárně však syndrom vyhoření souvisí s tlakem ze strany zaměstnání nebo pracovní organizace. Konkrétně tím může být dlouhodobé jednání s lidmi, příliš náročné

podmínky, neopětovaná snaha o karierní postup, nenaplnění cílů, apod. Vnější rizikové faktory pak může přinášet i rodinný život, který staví dotyčného do náročných situací. Těmi může být např. dlouhodobý rodinný spor, finanční problémy, nemoc rodinného příslušníka nebo důležité problémy ostatních. V poslední řadě může jít o tlak ze strany společnosti. Kebza a Šolcová (2003, s. 15) zmiňují, že život v dnešní společnosti kvůli stále zvyšujícímu se tempu a s vyššími nároky na jedince může být významným rizikovým faktorem. Pro představu lze uvést například ženy v domácnosti, které odolávají tlaku moderní doby v souvislosti s příjmem. Jen aby získaly „vyžadovaný“ sociální status, vystavují se tak obrovskému výdeji energie za současného plnění pracovního úvazku a role matky, hospodyně a manželky. (Jeklová a Reitmayerová, 2006)

3.1.3 Příznaky

„Člověk, který se propadá do stavu psychického vyhoření, prožívá celou řadu negativních citových stavů a těžkých myšlenek. A nejen to. Když se setkává s druhými lidmi, projevují se u něho stavy a myšlenky, které dříve neměl.“ (Křivohlavý, 2012, s. 22)

Dle Křivohlavého (2003) lze příznaky syndromu vyhoření rozdělit na subjektivní a objektivní. Do skupiny subjektivních příznaků jsou zařazeny symptomy, které dotyčný může pozorovat přímo na sobě. Patří sem například silná únava, problém vážit si sebe sama a postrádání dřívějších kvalit. Člověk se cítí málo soustředěný, slabý, méně intuitivní. Sám postrádá vlastní hodnotu, cítí se podrážděně a veškeré dění vnímá negativně. Největším problémem je však současná nechuť cokoliv s tímto stavem dělat. Člověk trpící syndromem vyhoření nevidí důvody, proč by se měl snažit současný stav jakkoliv zlepšit. Každá činnost se mu zdá extrémně obtížná, přijde mu nadlidský výkon obstarat

si základní životní potřeby natož investovat svoji energii například do zaměstnání či jiných aktivit. U dotyčného se také vyskytují psychosomatické problémy jako bolest svalů, migrény, nevolnost, nechutenství, poruchy spánku, apod.

Objektivní příznaky představují skupiny symptomů, které pozoruje okolí jedince trpícího syndromem vyhoření. Tyto příznaky by se též daly chápat jako odraz současného stavu tohoto člověka na okolí. Nejvýraznější je snížení celkové výkonnosti. Ať už v zaměstnání nebo osobním životě tento jedinec není tak aktivní, jako dříve. Není aktivní prakticky vůbec. Obdobně je na tom i jeho působení mezi lidmi v jeho blízkém okolí (např. kolegové, členové rodiny, pacienti, apod.). Ti pocítují mnoho změn ze strany jedince, který syndromem vyhoření trpí. I pro netrénované oko je zřejmé, že je s tímto člověkem něco v nepořádku. (Křivohlavý, 2003)

Podobné rozdělení vysvětlují Pešek a Praško (2016). Jejich definice popisuje syndrom vyhoření jako vyústění dlouhodobého procesu, které se ve finální podobě odráží v myšlenkách, emocích, na tělesných reakcích a na pozorovatelném chování. Tyto skupiny mají dopad nejen na vyhořelého jedince, ale i na klienty, pracovní kolektiv či celou organizaci, ve které dotyčný působí.

Jiná teorie uvádí tři základní symptomy, a to vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti.

Vyčerpání je v tomto směru chápáno jako emoční i fyzické. Ačkoliv je často původ fyzického vyčerpání znám, je diskutabilní, jak je tomu u vyčerpání emočního. U syndromu vyhoření je to pravděpodobně dopad dlouhodobých negativních psychických potíží, které dotyčný prožívá, ale neřeší. Úplná emoční

rezignace pak způsobí pocit ztráty energie, chronickou tělesnou únavu a vyústí v absolutní vyčerpání. (Pešek a Praško, 2016)

Druhým symptomem je odcizení, které charakterizuje změnu vztahu ke svému zaměstnání a ke svému okolí. Působení jedince trpícího burnout syndromem se jeví jako lhostejné, často dochází ke ztrátě iluzí, cílevědomosti a ctižádosti. U dotyčného slábne prvotní nadšení, ztrácí zájem nejen o kariérní růst, či dobře odvedenou práci, ale i o klienty a spolupracovníky. Vše, co je spojeno s jeho zaměstnáním a co jej dříve naplňovalo, je pro něj přítěží. Odcizení bohužel nekončí v pracovní sféře. Často je zmiňovaná lhostejnost a podrážděnost přenášena i do osobního života a může tak inklinovat v další problémy, které mohou vyústit v celkovou sociální izolaci. (Pešek a Praško, 2016)

Trojici symptomů uzavírá pokles výkonnosti, který často souvisí nejen s poklesem sebedůvěry. Dotyčný se považuje za neschopného, již nevěří ve své vlastní schopnosti. Na dříve automaticky prováděné úkoly potřebuje větší množství energie, které posléze nedokáže načerpat za dříve dostačující jednotku času (na regeneraci již nestačí dovolená, víkend, den volna). (Stock, 2015)

3.1.4 Fáze

Pro vývoj syndromu vyhoření existuje tzv. čtyřfázový model, který sestavila americká psycholožka Christina Maslachová. Ta uvádí první fázi jako nadšení, druhou fázi jako vyčerpání, třetí fázi jako dehumanizaci a poslední, tedy čtvrtou fázi, jako vyčerpání, negativismus a lhostejnost. (Bartošíková, 2006)

Mnoho autorů se však opírá o model Edelwicha a Brodského, který představuje fází pět:

První fází je idealistické nadšení. Jedná se o prvotní nadšení, které je charakteristické vysokým očekáváním, cílevědomostí a touhou po seberealizaci. Dotyčný si klade vysoké cíle, vkládá do práce veškerou energii a pracuje nad rámec svých pracovních povinností. Práce je jeho koníčkem, věnuje jí i značnou část svého volného času a těší se na každé ráno, kdy se bude moci opět vydat vstříc svým vytyčeným cílům. Vůči klientům a kolegům se chová nadmíru přátelsky a obětavě. (Kebza a Šolcová, 2003)

Druhou fází je stagnace a nastává ve chvíli, kdy začne mít dotyčný důvod zamýšlet se nad svým přístupem k zaměstnání, klientům a kolegům. Původní vzrušení už opadlo. Pracovník pomalu začíná zjišťovat, že mnoho vytyčených cílů je nesplnitelných. Svoji pozornost tak přesouvá na své potřeby. Místo spokojenosti ostatních či naplňování poslání, se soustředí na svůj kariérní a platový růst. Práci obětuje velký podíl svého času, ale už ho to nečiní tak šťastným, jako dříve. Tato fáze může přinést prvotní dopady ovlivňující mimopracovní vztahy. (Pešek a Praško, 2016)

Po stagnaci přechází proces syndromu vyhoření do fáze třetí, kterou je frustrace. V této fázi dotyčný pochybuje o smyslu svého zaměstnání. Usuzuje, že jeho snažení není úměrně ohodnoceno a že jeho kvality nedostávají dostatečný prostor pro tvořivost. Setkává se s nepochopením ze strany klientů, kolegů i nadřízených. Veškerá činnost v práci mu připadá zbytečná a začíná pociťovat zklamání. Do práce se již přestal těšit. V této fázi se u tohoto jedince začíná objevovat značná duševní nepohoda, která ovlivňuje sociální vztahy v zaměstnání i mimo něj. Současně na sobě dotyčný začíná pozorovat nedostatek energie, který není schopen obnovit způsobem sobě vlastním. (Stock, 2010)

Čtvrtá fáze nese název apatie, a jde jednoduše o ztrátu veškerého zájmu, která dotyčného dovede k rezignaci. V zaměstnání nenalézají již nic, co by mu přinášelo potěšení. Plní pouze urgentní úkoly a to nejjednodušší a nejrychlejší cestou. Kolegům i klientům se vyhýbá. V tuto dobu dotyčný již ztratil veškeré iluze o jeho zaměstnání. Touhu po seberealizaci už nepocituje. Nechuť necítí nejen vůči zaměstnání ale i vůči sobě a svojí neschopnosti. Lidé v jeho okolí si již všimli jistých změn a začínají na ně dotyčného upozorňovat. Psychické problémy se začínají významně promítat do mimopracovního života. Často dotyčný trpí i různými psychosomatickými potížemi. (Stock, 2010)

Při neřešení čtvrté fáze je nevyhnutelný propad do úplného rozvinutí syndromu vyhoření. Tato pátá a poslední fáze značí naprostou psychickou a fyzickou vyčerpanost. Jedinec není schopen zvládnout ani ty nejzákladnější úkoly. Neřeší prakticky nic, jen se utápí v sebeopovržení a nechutí vůči všem a všemu. Často jeho psychický stav odpovídá příznakům deprese. V tuto chvíli je jedinou možnou pomocí odborná pomoc, která dotyčného cíleně povede k vyléčení ze syndromu vyhoření. (Pešek a Praško, 2016)

3.1.5 Klasifikace a diagnostika

Při posuzování syndromu vyhoření může nastat problém kvůli podobnosti symptomů s jinými chorobami, či poruchami nálady. Je úkolem diferenciální diagnostiky správně rozdělovat syndrom vyhoření například od depresivních poruch či jiných nemocí. Konkrétně syndrom vyhoření vzniká kvůli stresorům působících v zaměstnání. Další problémy typické pro syndrom vyhoření (únava, ztráta energie, pochmurná nálada, podrážděnost, narušení mezilidských vztahů, apod.) jsou dopadem negativního profesního obsahu. Zatímco schéma vzniku typických příznaků např. u deprese je odlišné. Pro

přesnou diagnostiku syndromu vyhoření je důležité se v celé problematice orientovat. (Kebza a Šolcová, 2003)

Syndrom vyhoření není podle Mezinárodní klasifikace nemocí doposud klasifikován jako nemoc. Ve verzi MKN-10 je publikováno pouze „vyhasnutí (vyhoření)“. Je zde vysvětleno jako „stav životního vyčerpání“ a je dohledatelné pod konkrétním kódem Z 73.0. Celá kategorie Z obsahuje tzv. „Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami“. V poznámkách této kategorie je vysvětleno, že položky Z00-Z99 jsou určeny pro případy, kdy jako diagnózy nebo potíže (popř. problémy) jsou uvedeny okolnosti jiné, než nemoc, nebo zevní příčina zařaditelná do položek A00-Y89. To může nastat ve dvou případech. Zaprvé, když se dotyčný setká se zdravotnickou službou za jiným účelem, než kvůli léčení nemoci (darování orgánů; očkování; konzultace o problému, který není poranění ani nemoc; apod.). Zadruhé, pokud vykazuje dotyčná osoba nějaký druh problému, který má vliv na její zdravotní stav, ale samotný problém běžnou nemocí není. Podkategorie Z73 dále obsahuje problémy spojené s obtížemi při vedení života. (WHO, 2018)

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí je syndrom vyhoření dohledatelný pod kódem QD85. Opět je zařazen mezi faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami. Tato kategorie nese v této verzi MKN číslo 24. V této kategorii je syndrom vyhoření zařazen mezi „problémy spojené se zaměstnáním a nezaměstnaností“. Na rozdíl od předchozí verze MKN je definice syndromu vyhoření rozsáhlejší. Je zde popsán jako důsledek chronického stresu v zaměstnání, který se nepodařilo úspěšně zvládnout. Vyznačuje se ve třech dimenzích: 1. pocity vyčerpání energie nebo celkového vyčerpání; 2. pocity psychického distancování od pracovních náležitostí, pocity negativismu a cynismu v souvislosti se zaměstnáním; 3. pocit

méněcennosti a nedostatečného plnění pracovních povinností. Dále je zde zmíněno, že se vyhoření vztahuje výhradně na jevy v pracovním prostředí a nemělo by být aplikováno na ostatní, mimopracovní sféry. (WHO, 2019)

Již bylo zmíněno, že syndrom vyhoření není na mezinárodní scéně klasifikován jako nemoc. Pro lidí trpící tímto syndromem to znamená, že s nimi i přes často velmi vážné problémy nemůže být nakládáno jako s nemocnými. (Stock, 2010) Jediné Nizozemí a Švédsko uznává syndrom vyhoření jako skutečnou diagnózu, která podléhá stejným podmínkám jako jiná onemocnění. (Ptáček a kol. 2013)

Burnout syndrom je pochopitelně nežádoucím a negativním jevem pro všechny jedince, kteří jím trpí. Svými projevy je velmi podobný jiným psychickým chorobám nebo poruchám a často je tak s nimi mylně zaměňován. Léčba každé psychické poruchy je velmi obtížná. Aby ji bylo možné optimálně zacílit, je vhodné poruchu správně identifikovat. Z toho důvodu byly vytvořeny diagnostické nástroje, které nabývají podobu dotazníků. (Uhlířová, 2015)

TM – Tedium Measure

Mezi nejznámější dotazníky patří tzv. Tedium Measure, který sestrojily a zveřejnily Ch. Maslachová a A. Pinesová roku 1981. Jeho název by se dal do českého jazyka přeložit jako „míra znechucení“. Tedium Measure je nástroj, který pomůže člověku zjistit, zda je syndromem vyhoření ohrožen. Jedná se o jednoduchý, časově nenáročný test tvořený jednadvaceti otázkami, na které testovaný odpovídá na škále 1 – 7 (1 = nikdy; 7 = vždy). Vyhodnocení, které probíhá podle předem stanovaného vzorce, přinese finální skóre, který zařadí testovaného do jedné ze tří skupin. Při výsledku 2 až 3 je výsledek testu pozitivní a dotyčný se má dobře. Výsledek mezi hodnotami 3 a 4 značí patrné

znechucení, které by bylo dobré řešit. Hodnoty vyšší než 5 jsou důkazem rostoucí krize, která by měla být odborně řešena či léčena. Ačkoliv je tento test uváděný v odborných literaturách, je považován ze velmi obecný. (Stock, 2010)

MBI – Maslach Burnout Inventory

Další z nejpoužívanějších metod pro diagnostiku burnout syndromu, je dotazník MBI. Tento dotazník byl nejprve cílen pouze na pomáhající profese. Byl dílem Ch. Maslachové a Susan E. Jacksonové a nesl název MBI – Human Services Survey. Dotazník tvořilo 22 výpovědí, ke kterým bylo nutné přiřadit hodnotu 0 až 6 (0 = nikdy; 6 = každý den). Ukázalo se, že se touto metodou zjišťují tři hlavní faktory: emocionální exhauscce, depersonalizace a snížený pracovní výkon. Později, konkrétně v roce 1996, byla metoda MBI novelizována na verzi MBI – General Survey, která mohla být na pracovníky aplikována bez ohledu na typ profese. Dotazník obsahuje 16 výpovědí, ke kterým je opět přiřazována hodnota 0 až 6, jako u metody dřívější. Ukázalo se, že tento dotazník zjišťuje patrně odlišné symptomy od předchozí verze, a to vyčerpání, cynismus a osobní výkonnost. Obě verze MBI dotazníku obecně zjišťují, jaký má dotyčný vztah k zaměstnání, jak vnímá kolegy a klienty. (Maroon, 2012), (Křivohlavý, 2012)

BM – Burnout Measure

Burnout Measure, který je dílem Ayaly M. Pinesové a Elliota Aronsona, zjišťuje celkovou exhauscce člověka na základě tělesného vyčerpání, emocionálního vyčerpání a duševního vyčerpání. Celý dotazník je sestaven z 21 výpovědí, ke kterým je přiřazována hodnota od 1 do 7 (1 = nikdy; 7 = vždy). Cílem této metody je zjistit, jak dotazovaný vnímá sám sebe, svůj život a své zaměstnání. (Maroon, 2012), (Křivohlavý, 2012)

SMBM – Shirom Melamed Burnout Measure

Dotazník A. Shiroma a S. Melameda je jedním z modernějších nástrojů pro diagnostiku syndromu vyhoření, který má v dnešní době svoji verzi v českém jazyce. Celý dotazník je tvořen čtrnácti otázkami, které jsou rozděleny do tří podskupin: P (physical fatigue) – fyzická únava, E – (emotional exhaustion) emoční vyčerpání, C – (cognitive weariness) kognitivní opotřebovanost. Odpovědi je možné zaznamenat na sedmibodové hodnotící škále (1 = nikdy nebo téměř nikdy; 7 = vždy nebo téměř vždy). Pro výsledný skór je nezbytné sečíst dílčí skóry pro každou skupinu. Výsledek se ve své finální podobě pohybuje mezi hodnotami 14 a 98. Podle dosažené hodnoty finálního skóru se u testovaného respondenta odhalí závažnost projevů syndromu vyhoření. (Ptáček a kol., 2013)

Tato verze prošla metodickou studií skupinou odborníků. Ti zjišťovali její validitu a reliabilitu, které se ve výsledku potvrdily. Česká verze SMBM je tak považována za objektivní nástroj pro diagnostiku burnout syndromu. Přes pozitivní výsledek studie autoři poukazují na možnost výskytu některých nedostatků, které se neprokázaly kvůli testování online metodou. Další problém této metody je také fakt, že nedokáže určit, zda se jednalo o pacienty, kteří odpovídali na základě aktuální duševní nepohody, nebo o pacienty, kteří již delší dobu pociťují příznaky vyhoření. (Ptáček a kol, 2017)

CBI – Copenhagen Burnout Inventory

Další nástroj pro diagnostiku syndromu vyhoření byl vytvořen v Kodani. Svojí strukturou je zaměřený na vyčerpání z pracovních situací, které jsou pro dotyčného velmi obtížné a to hlavně po emoční stránce. Jsou zde zkoumány tři směry: osobní vyhoření, pracovní vyhoření a vyhoření ve vztahu ke klientům.

Kvůli své spolehlivosti byl přeložen do několika jazyků a používá se v řadě zemí pro posouzení výskytu syndromu vyhoření. Na překlad do českého jazyka se stále čeká. (Kristensen, 2005)

OLBI – Oldenburg Burnout Inventory

Oldenburg Burnout Inventory je nástroj, který byl vytvořen v Německu a byl tak aplikován na německé populaci. Ačkoliv je podobný dotazníku MBI - General Survey, tvoří jej pouze dvě hodnotící škály: vyčerpání (exhaustion) a neangažovanost (disengagement). Odpovědi jsou zaneseny do pětibodové škály a platí, že čím vyšší skóre dotyčný dosáhne, tím větší má sklony k rozvoji syndromu vyhoření. (Bakker a Demerouti, 2007).

3.1.6 Prevence

Bartošíková (2006) uvádí, že pokud je vyhoření dopadem reality, která představuje nenaplněné profesní očekávání, je reálné tento stav řešit. Buď musí dotyčný ovládnout základní postupy zvládání stresových nebo náročných situací a stresu obecně, nebo musí změna přijít ze strany zaměstnavatele.

Křivohlavý (2003 s. 117) uvádí, že: „Úkolem psychologie zdraví je nejen studovat jev vyhoření, ale také naznačit, jak je možno vyhoření předcházet.“ Na základě tohoto tvrzení definuje dva postupy, které se zaměřují na prevenci vyhoření.

Interní postupy

Jedná se o kognitivní přístupy. Na základě řad výzkumů se ukázalo, že k rozvoji syndromu vyhoření mají sklony spíše ti, kteří se významně zaměřují na jeden definovaný cíl. Tímto cílem zpravidla bývá kariérní posun, důležitý úkol, vlivná osoba, apod. Tomuto tvrzení se více věnoval psycholog

D. Mc Clelland, který se ve svém výzkumu zaměřil na dva rozdílné typy osob. Jednak na ty, jejichž jediná vidina je „něčeho“ dosáhnout a poté na ty, kteří úspěch berou jako příjemný výsledek, nevnímají ho však jako hlavní produkt svého snažení. Výsledky jeho výzkumu přinesly poznání, že právě lidé, kteří trpí fanatickou touhou po úspěchu, mají k vyhoření větší sklony. Toto tvrzení prokazuje souvislost se zmiňovanou osobností typu A. Proto je důležité naučit se pracovat s těmito negativními jevy a neutápět se v jednom mylném přesvědčení. (Křivohlavý, 2013)

Externí postupy

Externí postupy se zaměřují zejména na podporu zvenčí. Do praxe se jedná o doporučení najít si možnost řešení svých problémů v sociální opoře. Může se jednat o podporu ze strany lidí, kteří se syndromem vyhoření mají určité zkušenosti, nebo ze strany blízkých, kteří dotyčného dokáží vyslechnout a částečně mu tak ulehčit. Jako příklad může být uveden seznam poznatků a doporučení profesorky paliativní medicíny S. Cassidyové, která působila řadu let jako vedoucí pracovnice na jednom z center, která jsou v dnešní době známa pod názvem hospic. Celý seznam obsahuje 16 rad pro nové pečovatelky, které Cassidyová zkonstruovala ze své vlastní zkušenosti a které by měly mít preventivní dopad v souvislosti s burnout syndromem. (Křivohlavý, 2016)

Podle Stocka (2010) spočívá prevence před burnout syndromem ve schopnosti shrnout a objektivně zhodnotit vlastní život. Nejdříve je potřeba vytvořit si vlastní přehled o všech stresových faktorech, které mají neblahý dopad na psychiku. Jedná se o faktory vnitřní i vnější. Na základě tohoto přehledu je nezbytné navrhnout změny (v chování, přístupu, postoji, apod.), které budou způsobené problémy řešit, ale které jsou zároveň uskutečnitelné. Současně je důležité připravit se na neúspěch, tzn., že se změna k lepšímu

nemusí dostavit. Jestliže je situace v zaměstnání neúnosná, vyzívá k nalezení odvahy a k následné změně pracovní pozice. Důležité je také nezapomínat, kde se nachází důležité prvky regenerace a jak je jejich využívání důležité. Těmito prvky jsou zejména dostatek pohybu, sociální vyžití, dostatečný odpočinek, volnočasové aktivity, apod.

3.1.7 Léčba

Aby mohly být léčebné postupy syndromu vyhoření aplikovány, je nezbytné, aby si postižený jedinec uvědomil, co se s ním děje. Je důležité, aby dotyčný přijal skutečnost, že trpí syndromem vyhoření a postavil se svému problému čelem. Na základě tohoto pochopení musí dojít k závěru, že je pro něj léčba nevyhnutelná a musí být odhodlán ji podstoupit. Ideálním řešením je kontaktovat specializovaného odborníka, který v průběhu léčby poskytne důvěryhodný zdroj pochopení a pomoci. Dotyčný se však může pokusit o zvládnutí nepříznivé situace i sám. V obou případech je dobré dbát na zásady duševní hygieny a na příčiny syndromu vyhoření, jejichž působení je nutné zmírňovat či úplně odstranit. (Stock, 2010)

Duševní pohoda je výsledkem cíleného vývoje v mnoha oblastech. Aby člověk dokázal duševní stav udržet v rovnováze, musí se naučit pracovat s nepříjemnými a stresujícími situacemi. Je důležité nebát se životních změn, umět regulovat negativní myšlenky nesouvisející s prožívanou situací a vidět dění okolo sebe v reálném světle bez zkreslení. Je potřeba každou nepříznivou situaci pokusit se řešit a nestavit se k ní pasivně. Dále je přínosné udržovat si příznivé okolí, pohybovat se v prostředí, které je dotyčnému příjemné a vytvářet silné sociální vazby. Je prokázáno, že ukotvené místo v důležitých sociálních skupinách (přátelé, rodina) silně napomáhá udržení dobrého duševního stavu. Velmi důležitým krokem je také udržovat zdravý a aktivní

životní styl. To představuje upravení životosprávy, zapojení tělesných aktivit, dodržování pravidelného spánku a odpočinku. Pro případ, že si dotyčný není schopen pomoci sám, existuje řada odborných programů, které mu poskytnou možnost prostřednictvím specializovaných cvičení praktikovat činnosti vedoucí k relaxaci. (Kebza a Šolcová, 2003)

Jednou z nejvyužívanějších metod pro řešení syndromu vyhoření je supervize. Supervize je prostředek prováděný školeným supervizorem. Ten pomáhá supervidovanému udržovat stabilní psychický stav, který mu umožňuje kvalitně fungovat. (Hawkins a Shohet, 2016)

3.2 Deprese

3.2.1 Definice

Slovo deprese je odvozeno z latinského „deprimo“, „deprimere“ či „depressus“. Doslovný překlad by mohl být složen z „de – dolů“ a „premere – tlačiti“, tedy tlačit dolů, stlačit nebo stlačení. Významu tohoto termínu krajně odpovídají slova stísnění, oslabení, sklíčení. (Křivohlavý, 2013)

Podle Praška a Praškové (2015, s. 18) je deprese skutečná nemoc, která může způsobit vážné životní problémy, nikoliv lenost nebo neochota.

Anders (2001) ve své knize popisuje depresi jako stav, kdy je nemocná nejen duše ale celé tělo. Tato psychická porucha, kterou trpí až 10 % populace, může vyústit v kritický stav ohrožující život, jeho kvalitu nebo smysl. Ačkoliv byla deprese často vnímána jako slabost charakteru, dnes má své místo mezi duševními chorobami.

Samotný termín „deprese“ bývá často nesprávně používán pro označení negativních nálad nebo psychických stavů. Lidé často říkají, že je dostihla deprese. Znamená to však, že se cítí sklíčení nebo ne tak šťastní jako obvykle. Je důležité si uvědomovat, že lidé, kteří mají opravdovou depresi, jsou vážně nemocní. Problém by se dal dobře interpretovat na rozdíl mezi nachlazením a angínou. Ačkoliv symptomy mohou být často obdobné, závažnost obou nemocí se často liší a většina lidí to moc dobře ví. Když však někdo tvrdí, že trpí depresí, málokdo se stará, jestli jde o skutečnou depresi, nebo pouze o přechodné období, které doprovází pokažené nálady. Pacienti, kteří depresi prožili, ji často přirovnávají k zoufalství. Ani to však není optimální označení pro stav prázdnoty a beznaděje, který je v době nemoci doprovázel. (Kovařík, 2002)

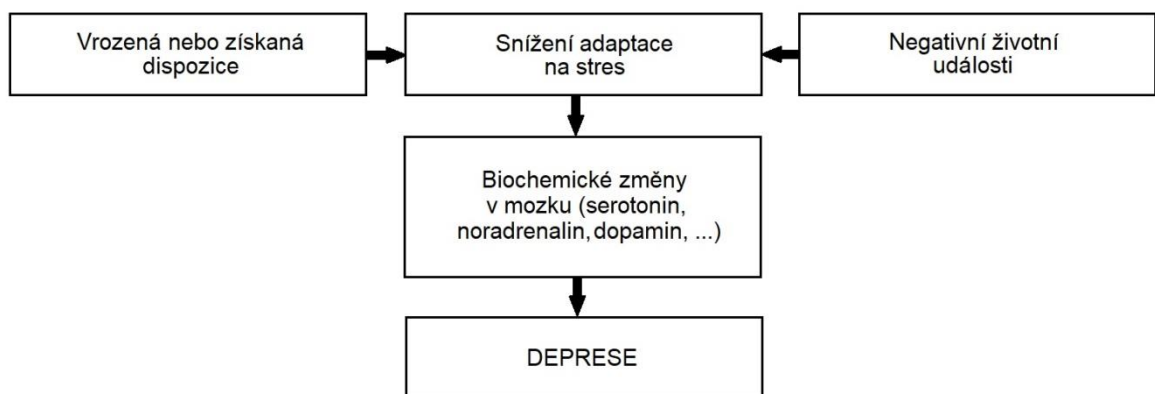
Podobně o depresi diskutují Anders a Skopová (2006). Slovo „deprese“ je často používáno lidmi, kteří zažívají stavy nepohody, špatné nálady nebo rozmrzelosti. Tyto negativní stavy jsou dočasné dopady obtížné životní situace nebo etapy. Krátkodobější úzkost či špatná nálada jsou jevy vyskytující se v normě. Pro člověka jsou zcela přirozené. Problém nastává, pokud se intenzita zmíněných jevů zvyšuje a vyústí tak v chronický stav – patickou depresi. Patické nálady jsou od běžných výkyvů nálad odlišné v intenzitě a v délce trvání. Dle Rabocha a Pavlovského (2020, s. 125) *„ani velká odchylka normální nálady nedosahuje intenzity patické nálady, která má odlišnou kvalitu – víc jedince demobilizuje, zpomaluje všechny psychické a dokonce i tělesné pochody, působí beznadějí a zdá se bezvýchodnou.“* Co se doby trvání týče, může patická nálada trvat měsíce až roky. Průměrná délka patické deprese je 6 měsíců.

Mezi psychickými poruchami se u lidí deprese vyskytuje nejčastěji. Pocity, které člověk trpící depresí zažívá, se dají přirovnat ke smutku. Smutek nebo truchlení má pro okolí často pochopitelný důvod. Lidé se do smutného člověka dokáží vcítit, a jelikož je jeho stav odůvodněný, dokáží mu často příhodným způsobem pomoci nebo ulehčit. Zatímco deprese je stav, který nemá pro ostatní pochopitelný důvod, a proto se lidé trpící depresí často setkávají s nepochopením ostatních. Snaha dotyčnému pomoci nebo jej motivovat má často opačný efekt. To má za následek izolaci od okolního světa, která depresi často prohloubí. I to může být důvodem, že bývá deprese přehlížena a dotyčnému se tak nedostane profesionální léčby. (Honzák, 1999)

3.2.2 Rizikové faktory

Otázka, která řeší příčinu deprese, není v současné době jednoznačně zodpovězena. Jedním důvodem jsou pravděpodobně genetické předpoklady. Již v antickém Řecku byla deprese nazývána melancholií. Podle Hippokrata je

pravděpodobnost vzniku deprese spojena s nadměrným množstvím černé žluči v těle jedince. Sigmund Freud později udával, že je deprese vyústěním potlačování vzteku a zlosti. Řada vědců tvrdí, že je deprese způsobována biochemickými změnami v mozku. Současné přesvědčení přisuzuje vznik deprese kombinaci působících biologických a sociálních vlivů. Mezi zmíněné biologické vlivy patří vrozená přecitlivělost a nadměrná zranitelnost. Ty mohou společně s prožitými negativními událostmi napomoci rozvoji biochemických mozkových změn, které způsobí depresi. Velkou roli hraje při vzniku stres a schopnost jedince s ním pracovat. Při dlouhotrvajícím nebo intenzivním stresu dochází k poruše psychické rovnováhy. To zapříčiňuje vznik poruchy nálady. Přisuzovat depresi pouze stresu je však nesprávné už jen kvůli tomu, že se schopnost adaptace na stres během života mění. Obecně je tedy příčina deprese charakterizována jako kombinace vrozených a zděděných předpokladů, vlivů okolního prostředí, životosprávy, prožitých událostí a sociálním prostředím, v němž jedinec existuje. (Praško, 2015) Pro zpřehlednění příčin vzniku depresivní poruchy je možné použít následující schéma:



Obrázek 1 Schéma vzniku depresivní poruchy jako výsledku působení negativních životních událostí (Praško, 2015, s. 59)

3.2.3 Příznaky

Stejně, jako je to u jiných chorob, prokazuje člověk trpící depresí typické příznaky. Podle MKN-10 se tyto příznaky dají rozdělit na příznaky hlavní a vedlejší. Mezi hlavní příznaky patří nekončící smutek či špatná nálada; ztráta zájmu o činnosti, které dotyčnému dříve přinášely potěšení; zřetelný úbytek energie či citelná únava i po ne příliš náročných činnostech. Vedlejší příznaky zahrnují zhoršení schopnosti soustředit se, menší sebedůvěru, pocity viny a nedůležitosti, pesimistické sklony, suicidální myšlenky, poruchy spánku a nechutenství. Pro formální diagnózu deprese je nezbytný výskyt minimálně dvou hlavních a dvou vedlejších příznaků. Současně musí být zmíněné příznaky přítomné alespoň dva týdny to v nadměrné míře a většinu času. V případě, že příznaky dosahují extrémní míry, je možné depresi diagnostikovat i po kratší době, než po dvou týdnech. (Raboch a Červený, 2018)

Obecným příznakem u deprese je narušení nálady, za současného ovlivnění chování, myšlení a tělesného fungování. Deprese přináší vysokou škálu symptomů, které jsou odrazem projevů chování, emocí, pocitů, myšlenkových pochodů, somatických problémů, pojetí sebe sama a vnímání okolního světa. (Praško a Prašková, 2015)

Mezi konkrétní příznaky se řadí:

- chronická smutná nálada, pocit prázdnoty;
- beznadějně, pesimistické či bezmocné pocity;
- sebeobviňování, ztráta smyslu života;
- snížení zájmu o činnosti, které přinášejí potěšení;
- narušení kvality sexuálního života;
- insomnie nebo jiné poruchy spánku;

- nechutenství, úbytek na váze nebo naopak zvýšená chuť k jídlu a přibírání;
- nedostatek energie, silná únava;
- snížení výkonnosti, neschopnost se přinutit k jakékoliv činnosti;
- suicidální myšlenky nebo činy;
- podrážděné či výbušné chování, nervozita;
- nemožnost soustředit se, potíže s pamětí a s rozhodováním;
- chronické tělesné potíže jako je bolest hlavy, trávicí potíže, bolesti bez zjevné příčiny;
- pocit tlaku na hrudi, svalová tenze;
- přehnaný strach, pocity napětí. (Praško a Prašková, 2015)

3.2.4 Klasifikace a diagnostika

V současné době jsou pro medicínské účely do českého jazyka přeloženy dvě publikace, které jsou používány na mezinárodní úrovni. Jedná se o MKN-10 a DSM-5. Zatímco je definice deprese podle MKN-10 obdobná definici v DSM-4, vznikly novelizací DSM na 5. revizi významné rozpor. Podle MKN-10 jsou poruchy nálady děleny na dvě základní oblasti: „Deprese“ a „Bipolární poruchy“. Obě skupiny pak obsahují jednotlivé kategorie specifických poruch, které mají jasně stanovená kritéria. V DSM-5 se však uvedený vzorec mění na základě širší odlišnosti bipolární poruchy o depresivní nálady a to v souvislosti neurobiologických poznatků s terapeutickými zkušenostmi. Bipolární porucha je v této klasifikaci vnímána více schizofrenním pojetím. Místo použití kategorie „Poruchy nálady“, pracuje DSM-5 pouze s kategorií „Depresivní poruchy“, která je dále rozdělena na Důstředivní poruchy dysregulace nálady a na Velkou depresivní poruchu. (Höschl, 2013)

Pro poskytnutí aktuálního pojetí deprese je v této práci použita klasifikace MKN-11, která zatím neposkytuje verzi přeloženou do českého jazyka.

Deprese podle MKN-11

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí jsou deprese specifikované jako depresivní poruchy. Jsou zařazeny do kapitoly 06 - Poruchy duševního, behaviorálního nebo neurotického vývoje, konkrétně mezi poruchy nálady. (WHO, 2019)

Poruchy duševního, behaviorálního nebo neurotického vývoje jsou charakteristické narušením poznávání a emočních schopností. Chování jedince trpícího těmito poruchami většinou odráží znaky dysfunkce psychologických, biologických nebo vývojových procesů, které jsou nezbytné pro správné duševní a behaviorální fungování. Častým příznakem těchto poruch je úzkost spojená s narušením osobních, sociálních, rodinných, vzdělávacích, pracovních a jiných oblastí fungování. (WHO, 2019)

Definice depresivních poruch v 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí vychází z revize předešlé, s tím rozdílem, že jsou požadavky pro určení závažnosti depresivní poruchy více zobecněné. Zatímco 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí vystupovala při diagnóze na základě množství vyskytujících se hlavních a vedlejších příznaků, v novější revizi probíhá diagnóza na obecném pojetí závažnosti souboru příznaků jako celku. Konkrétně depresivní poruchu charakterizuje jako smutnou, podrážděnou nebo prázdňovou náladu. Jedinec, který svým chováním vyznačuje znaky depresivní poruchy, postrádá potěšení a další kognitivní, behaviorální a neurovegetativní funkce. To jej pak výrazně ovlivňuje v jeho schopnosti optimálně fungovat. (WHO, 2019)

Depresivní poruchy se v základu rozdělují do dvou skupin podle jejich výskytu. Jedná se o depresivní poruchy s jednou epizodou a recidivující, neboli opakující se depresivní poruchy. Dalšími specifickými typy poruch jsou

dystymická porucha, smíšená depresivní a úzkostná porucha, jiné určené depresivní poruchy a depresivní poruchy NS. (WHO, 2019)

6A70 Depresivní porucha s jednou epizodou

Jedná se o depresivní poruchu s anamnézou nebo jednou epizodou, pokud v minulosti neexistují záznamy o předchozí depresivní epizodě. Tato jedna epizoda charakterizuje období, které trvá alespoň dva týdny a při jehož průběhu trpí jedinec typickými příznaky, jako je pocit méněcennosti, obtížné soustředění, pocit nepřiměřené viny, pocit beznaděje, nechutenství, nespavost, myšlenky směřované ke smrti či sebevraždě, snížená energie, apod. Pro zařazení poruchy do této kategorie je nezbytná absence předem zjištěné manické či hypomanické epizody, která by mohla naznačovat přítomnost bipolární poruchy. (WHO, 2019)

6A70.1 Mírná depresivní porucha s jednou epizodou, bez psychotických příznaků

Tato porucha splňuje podmínky pro zařazení do depresivní poruchy, zatímco příznaky jsou u ní značné v méně závažné míře. Jedinec trpící tímto typem depresivní poruchy pociťuje významné problémy pokračovat v pracovních, společenských, rodinných či jiných činnostech, ale stále je v některých oblastech schopen nějakým způsobem fungovat. (WHO, 2019)

6A70.2 Těžká depresivní porucha s jednou epizodou, bez psychotických příznaků

Stejně jako přechozí depresivní porucha i tato splňuje podmínky, které jsou nezbytné pro zařazení do depresivní poruchy s jednou epizodou. Příznaky typické pro tuto poruchu se u jedince trpícího těžkou depresivní poruchou

s jednou epizodou, bez psychotických příznaků, vyskytují ve značné míře a výrazně narušují jeho schopnost fungovat v potřebných činnostech. (WHO, 2019)

6A70.4 Těžká depresivní porucha s jednou epizodou, s psychotickými příznaky

Jedinec trpící touto depresivní poruchou má stejné příznaky jako jedinec trpící depresivní poruchou přechází s tím rozdílem, že jej navíc doprovází psychotické příznaky. Těmi mohou být například halucinace, bludy, neovladatelné emoce či jiné zvláštní chování. (WHO, 2019)

6A70.Z Depresivní porucha s jedinou epizodou NS

Podle MKN-11 je tato kategorie nespecifikovanou, zbytkovou. Je možné do ní zařadit ostatní depresivní poruchy splňující podmínky pro zařazení do depresivních poruch s jednou epizodou, ale neodpovídající ani jednomu z výše specifikovaných typů. (WHO, 2019)

6A71 Recidivují depresivní porucha

Tato kategorie depresivních poruch charakterizuje anamnézu nebo minimálně dvě epizody, které jsou odděleny několika měsíci, při kterých nebyla zaznamenána významná porucha nálady. Depresivní epizody jsou charakteristická období, která netrvají méně než dva týdny, a která svým průběhem odpovídají typickým příznakům depresivní poruchy. Opět zde platí, že pro začlenění choroby jedince do této kategorie, nesmí být přítomny předchozí manické, hypomanické nebo smíšené epizody, které jsou náznakem přítomnosti bipolární poruchy. (WHO, 2019)

6A71.1 Recidivující depresivní porucha se současnou epizodou mírnou, bez psychotických příznaků

Je diagnózou v případě, že jsou splněny podmínky pro zařazení mezi recidivující depresivní poruchy, v současné době probíhá epizoda mírná a jedinec netrpí bludy a halucinacemi. Průběh a příznaky této epizody odpovídají průběhu a příznakům mírné depresivní poruchy s jednou epizodou, bez psychotických příznaků. (WHO, 2019)

6A71.3 Recidivující depresivní porucha se současnou epizodou těžkou, bez psychotických příznaků

Je diagnózou v případě, že jsou splněny podmínky pro zařazení mezi recidivující depresivní poruchy, v současné době probíhá epizoda těžká a jedinec netrpí bludy a halucinacemi. Průběh a příznaky této epizody odpovídají průběhu a příznakům těžké depresivní poruchy s jednou epizodou, bez psychotických příznaků. (WHO, 2019)

6A71.4 Recidivující depresivní porucha se současnou epizodou těžkou, s psychotickými příznaky

Je diagnózou v případě, že jsou splněny podmínky pro zařazení mezi recidivující depresivní poruchy, v současné době probíhá epizoda těžká a jedinec trpí bludy a halucinacemi. Průběh a příznaky této epizody odpovídají průběhu a příznakům těžké depresivní poruchy s jednou epizodou, s psychotickými příznaky. (WHO, 2019)

6A71.7 Recidivující depresivní porucha v současné době v plné remisi

Je diagnostikována v případě, že jsou splněny podmínky pro zařazení mezi recidivující depresivní poruchy, ale v současné době neexistuje žádný významný příznak depresivní poruchy. (WHO, 2019)

6A71.Y Jiná určená recidivující depresivní porucha

6A71. Z Rekurentní depresivní porucha NS

Podle MKN-11 se jedná o nespecifikovanou, zbytkovou kategorii, do které jsou zařazené poruchy, které splňují podmínky pro zařazení do depresivních recidivujících poruch, ale neodpovídají ani jednomu z výše specifikovaných typů. (WHO, 2019)

6A72 Dystymická porucha

Tato porucha je charakteristická chronickou depresivní náladou, která trvá alespoň dva roky, po většinu času. U dětí i adolescentů se depresivní nálada projevuje jako přetrvávající podrážděnost. Typické příznaky pro dystymickou poruchu jsou snížené potěšení z běžné činnosti s následnou ztrátou zájmu, narušení pozornosti, nerozhodnost, pocity viny, nízké sebevědomí, pocity beznaděje, nechutenství, nespavost a nedostatek energie. Současně musí být splněna podmínka, že během prvních dvou let nikdy nedošlo k dvoutýdennímu období, které by svým průběhem poruchu omezilo na depresivní epizodu. Současně nesmí existovat záznam o manických, hypomanických nebo smíšených epizodách. (WHO, 2019)

6A73 Smíšená depresivní a úzkostná porucha

Smíšená depresivní a úzkostná porucha je charakteristická příznaky odpovídajícími úzkosti a depresi více dní po dobu alespoň dvou týdnů. Jedince, který trpí smíšenou depresivní a úzkostnou poruchou, doprovází depresivní nálada. Současně pocituje snížený zájem a potěšení z běžné činnosti. Mezi příznaky úzkosti dále patří pocity nervozity, neschopnost ovládat parazitující myšlenky, vytváření katastrofických scénářů, svalová tenze, potíže s uvolňováním nebo sympatické autonomní příznaky. Pro diagnózu je nezbytné splnění podmínky, kdy soubor příznaků nedosahuje závažnosti, četnosti či doby trvání, které by odpovídalo diagnóze jiné depresivní poruchy, úzkosti nebo strachu. Jedinec trpící smíšenou depresivní a úzkostnou poruchou pocituje negativní dopady v osobních, pracovních, sociálních, rodinných či jiných oblastech. I zde je nezbytné, aby neexistoval žádný záznam o manických, hypomanických či smíšených poruchách, které jsou charakteristické pro bipolární poruchu. (WHO, 2019)

V novelizaci doporučených diagnostických a terapeutických postupů pro všeobecné praktické lékaře z roku 2018, která vychází z MKN-10, je smíšená depresivní a úzkostná porucha předmětem diferenciální diagnostiky depresivního syndromu. *„Pokud je přítomna výrazná úzkost společně s lehkým stupněm deprese, měla by být použita příslušná diagnostická kategorie pro úzkostnou nebo fobickou poruchu.“* (Raboch a Červený, 2018, s. 7)

6A7Y Jiné určené depresivní poruchy

6A7Z Depresivní poruchy

Podle MKN-11 se jedná o nspecifikovanou, zbytkovou kategorii, do které jsou zařazené poruchy, které splňující podmínky pro zařazení do depresivních poruch, ale nejsou zařaditelné do výše specifikovaných kategorií.

MB24.B Depresivní nálada

V 11. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí je dále pod jinou skupinou diagnostikována depresivní nálada, která je zařazena do kategorie MB24 – Symptomy či příznaky zahrnující náladu nebo afekt. Jedná se o negativní afektivní stav, který se vyznačuje smutkem, sklíčeností, prázdnotou, beznadějí a špatnou náladou. Jelikož se jedná o krátkodobé vyjádření emocí nebo pocitových stavů, není možné ji zařadit mezi poruchy nálady. (WHO, 2019)

Další typy deprese

Podle Praška (2005) existují další charakteristické typy deprese. Jedním z nich je sezonní afektivní porucha. Tento typ deprese vzniká u jedinců nejčastěji začátkem podzimu a končí ústupem zimního období. Proto je často nazývána jako „zimní deprese“. Je spojena s poklesem energie a výkonnosti, nespavostí a dále se zvýšenou „potřebou“ přijímat uhlohydráty, které mohou způsobit přibírání na váze. Často je pro svoji podobu sezonní afektivní porucha spojována s pudovým zimním spánkem savců. Dále se může jednat o reaktivní poruchu nálady, známou jako reaktivní depresi. Ta je následkem působení akutního, velmi intenzivního stresu nebo traumatu. Musí být prokazatelné, že by k depresivní náladě nedošlo, pokud by určitý stresový faktor na jedince

nezačal působit. Zpravidla je vznik reaktivní deprese zaznamenaný ihned po události, která ji vyvolala. (Praško 2015)

Na základě řady studií vznikla koncem 60. let 20. století Holmes – Raheova stupnice působnosti různých stresorů. Ve výčtu životních událostí jsou definované významné negativní i pozitivní životní události. Každé skupině stresorů je přiřazeno bodové hodnocení. (Šnýdrová, 2006)

Z této teorie vycházel i Anders (2001), který zmíněné stresory označuje jako tzv. indexy závažnosti. Každému z těchto indexů byl přiřazen určitý počet bodů. Stanovaná hranice, která představuje součet nasbíraných bodů za rok a jejíž překročení výrazně zvyšuje riziko vzniku deprese, je 250 bodů.

Přehled indexů závažnosti a jejich bodové skóre je znázorněno v následující tabulce. (Anders, 2001)

Událost	Body
Úmrtí partnera	100
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Ztráta zaměstnání	47
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Sexuální obtíže	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Závažné neshody s partnerem	35
Konflikty v rodině (snacha, zeť)	29
Partner odchází do důchodu	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Změna bydliště	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna sociálních aktivit	18
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změna v širší rodině (úmrtí a sňatky)	15
Vánoce	12

Tabulka 1 Tabulka indexů závažnosti a jejich bodové hodnocení (Anders, 2001, s. 15)

Dalšími možnými typy deprese mohou být krátká rekurentní depresivní porucha, poporodní deprese, deprese v menopauze, larvovaná deprese a deprese při tělesném onemocnění. (Praško a Prašková, 2015)

3.2.5 Léčba

Prognóza léčby deprese je závislá na závažnosti průběhu deprese a na včasnosti zavedení léčebných opatření. Deprese je poruchou silně individuální. Zatímco lehký průběh deprese často eskaluje, jsou známé případy, ve kterých těžká deprese ustoupila sama. Statistiky udávají, že až polovina depresí, které nebyly léčeny, se dostaví znovu. Není výjimkou, že lidé bojují s depresí v lehčí formě celý život. Proto je v každém případě nutné jakýkoliv náznak deprese bezodkladně řešit. (Kovařík, 2002)

Cílem léčby deprese je pochopitelně zmírnit, nejlépe úplně odstranit, její příznaky a odvrátit katastrofické následky, které mohou vyústit až v sebevražedné chování. Léčba se může považovat za úspěšnou, pokud dovolí nemocnému vrátit se do běžného života a porucha dále nerecidivuje. (Pidrman, 2003)

Léčba deprese využívá kombinaci dvou metod a to psychoterapie a následné farmakoterapie. V první řadě je záměr lékaře, aby léčený jedinec přijal skutečnost, že skutečně trpí chorobným onemocněním, které profesionální léčbu vyžaduje. Zároveň je nezbytné, aby tento fakt přijalo i okolí nemocného jedince. Proto je pro úspěšnou léčbu nutné udržovat vztahy mezi lékařem, pacientem a jeho okolím. (Anders, 2001)

Psychoterapie

Co se psychoterapie týče, existuje okolo dvou set různých typů psychoterapeutické pomoci, které učí pacienty depresi ovládat a prostřednictvím kterých opět nabývají sebevědomí. Rozlišuje se podpůrná a specifická psychoterapie. Podpůrná psychoterapie vede jedince k pochopení jeho symptomů. Lékař touto metodou vede pacienta k orientaci v jeho

aktuálním stavu. Ukáže, že je schopen naslouchat, že se dokáže vcítit a poskytuje pacientovi reálný pohled na jeho současný stav. Prostřednictvím podpůrné psychoterapie by měl nemocný člověk pochopit, co se s ním děje. Specifická psychoterapie vysvětluje problematiku deprese do větší hloubky. Zaměřuje se na jednotlivé příznaky, učí jedince s těmito příznaky zacházet a pomocí dobře mířeného cvičení pomáhá nemocnému pacientovi příznaky zmírnit a zabránit recidivě choroby. Nejčastější terapií, která se používá, je kognitivně behaviorální terapie. Tato metoda se zaměřuje na potlačení negativního myšlení. Pacienta učí vidět svět, sebe sama, okolí a budoucnost v jiném světle. Cílem je potlačit opakující se negativní stavy, které vedou k prokazatelné depresivní poruše. Kognitivně behaviorální terapie je odborný postup, který provádí psycholog nebo psychiatr. (Anders a Skopová, 2006)

Novelizace doporučených a terapeutických postupů pro všeobecné praktické lékaře z roku 2018 zahrnuje specifickou a podpůrnou psychoterapii mezi nefarmakologické přístupy. V této kategorii jsou dále ukotveny elektrokonvulzivní terapie, fototerapie, tělesné cvičení, modifikace životního stylu a další biologické léčebné prostředky. (Raboch a Červený, 2018)

Elektrokonvulzivní terapie

Tato terapie je v současné době stále nejúčinnější léčbou zejména u těžkých melancholií se suicidálním chováním. Ačkoliv její aplikace probíhá nejčastěji při ústavní léčbě, je možné ji v dnešní době provádět i při léčbě ambulantní. (Raboch a Červený, 2018)

Fototerapie

Tato metoda je nejčastější terapií při léčbě sezónní afektivní poruchy. Dále se doporučuje při těhotenské depresi, při premenstruálních dysforických

poruchách a dalších depresivních stavech, které mají sezónní charakter. (Raboch a Červený, 2018)

Tělesné cvičení

Na základě řady studií vzrůstá přesvědčení, že aerobní cvičení přináší příznivé účinky pro jedince, který trpí depresí. Je doporučeno každý týden absolvovat přibližně 3 - 5 tréninkových jednotek trvajících 45 - 60 minut avšak s maximálně 50ti - 80ti procentní tepovou frekvencí. Pozitivní dopady se objevují již po čtyřech, nejpozději po deseti až dvanácti týdnech provádění pohybové aktivity. (Raboch a Červený, 2018)

Modifikace životního stylu, dieta

Do této formy terapie patří kromě uvedené tělesné aktivity správné stravování, zmírnění stresu, udržování sociálních vztahů a správná organizace volného času. V první řadě je důležité zařadit do jídelníčku kvalitní, výživově bohaté potraviny. Dále je důležité stravovací návyky obohatit o doplňky stravy, které obsahují omega-3-nasycené kyseliny; vitaminy B, C, D; zinek; hořčík; metylfolát; tryptofan; apod. (Raboch a Červený, 2018)

Další biologické léčebné prostředky

Současná doba umožňuje využívat i další postupy, které jsou však poskytované na speciálních odděleních univerzitních klinik. Mezi nimi je například spánková deprivace a různé metody mozkové stimulace (repetitivní transkraniální magnetická stimulace, vagová stimulace, hluboká mozková stimulace, aj.). (Raboch a Červený, 2018)

Farmakoterapie

Farmakoterapie využívá tzv. psychofarmaka, jejichž nasazení působí na domnělé patofyziologické mechanismy deprese. Jejich použití souvisí s předpokladem, že je deprese úzce spojena s biochemickými změnami v mozku. *„Nejčastější hypotéza udává poruchu přenosu na neuronálním zakončení, který je zprostředkován mediátory serotoninem, noradrenalinem a dopaminem. Jako nejdůležitější se zdůrazňuje nízká koncentrace serotoninu v interneuronální štěrbině, buď v důsledku snížené produkce v presynaptickém zakončení mozku neuronu, nebo zvýšeném zpětném vychytávání serotoninu ze synapse.“*(Anders a Skopová, 2006, s. 29) Léčba deprese psychofarmaky se rozděluje do tří fází. První fáze je zaměřena na odstranění příznaků a trvá většinou 6 – 12 týdnů. Druhá fáze, která trvá okolo 6 – 9 měsíců, má za úkol předejít relapsům. V této fázi se aplikace medikamentů vykonává v plné dávce v kombinaci s psychoterapií. Třetí fáze představuje udržovací léčbu, jejíž hlavním záměrem je prevence relapsů.

Pokud je stav pacienta natolik přijatelný, že je možné léčbu psychofarmaky ukončit, musí k tomuto dojít postupně, jelikož je vysoké riziko navrácení nemoci. Kromě toho je u náhlého vysazení medikace hrozba tzv. syndromu z vysazení, který pacientovi způsobuje abstinenční symptomy jako nadměrné pocení, závratě, nechutenství, třes, nespavost, nesoustředěnost a další. (Raboch a Červený, 2018)

3.3 Profese příslušníka HZS Plzeňského kraje

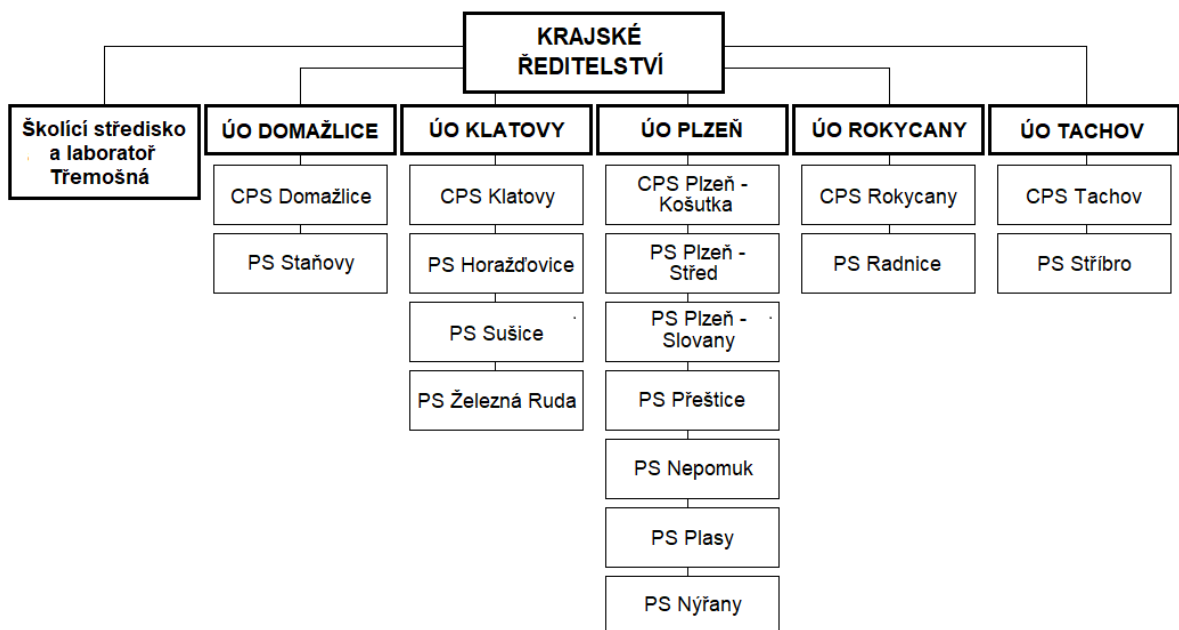
3.3.1 Organizační struktura HZS Plzeňského kraje

Hasičský záchranný sbor Plzeňského kraje je součástí Hasičského záchranného sboru České republiky. Dle zákona 320/2015 Sb., je hlavním úkolem HZS ČR chránit životy a zdraví obyvatel, životní prostředí, zvířata a majetek před požáry a jinými mimořádnými událostmi a situacemi. Dále se HZS zapojuje do činností spojených s bezpečností ČR v oblastech požární ochrany, ochrany obyvatelstva, civilního nouzového plánování, integrovaného záchranného systému, krizového řízení a dalších úkolů, které jsou stanovené příslušnými právními předpisy. (ČESKO, 2015)

V čele HZS kraje stojí ředitel, který sídlí na krajském ředitelství HZS příslušného kraje. Územní obvod HZS kraje odpovídá územního obvodu vyššího územního samosprávného celku, ve kterém má HZS kraje sídlo. HZS kraje je správní úřad s krajskou působností, který vykonává činnosti státní správy ve věcech požární ochrany, ochrany obyvatelstva, civilního nouzového plánování, integrovaného záchranného systému, krizového řízení, s výjimkou oblastí veřejného pořádku a vnitřní bezpečnosti. Dále plní další úkoly, které vyplývají z příslušných právních předpisů. Dalším úkolem HZS kraje je zřízovat operační a informační středisko, které plní úkoly vyplývající z dotčených právních předpisů. Současně může HZS kraje zřízovat a provozovat vzdělávací, technická a další zařízení, která přispívají plnění úkolů HZS ČR. (ČESKO, 2015)

Struktura HZS Plzeňského představuje Krajské ředitelství, Školící středisko a laboratoř Třemošná a dále pět územních odborů, které tvoří systém pokrytí území jednotkami požární ochrany podle plánu plošného pokrytí. V každém územním odboru je dále jedna centrální požární stanice, která je současně

sídlem ředitele příslušného územního odboru. Centrální požární stanice obvykle spravují pracoviště, která jsou potřebná pro plnění úkolů podle právních předpisů (např. pracoviště IZS a služeb, provozní pracoviště, apod.) Kromě centrální stanice náleží každému územnímu odboru dostatečný počet pobočných stanic, které plní úkoly HZS ČR ve svém přiděleném území (tzv. hasební obvod). (MV – GŘ HZS ČR, 2021)



Obrázek 2 Struktura HZS Plzeňského kraje (Autor, 2021)

3.3.2 Vznik služebního poměru

Podle zákona 361/2003 Sb. musí uchazeč, který má zájem o přijetí do služebního poměru, splňovat základní podmínky. Musí o služební poměr požádat; musí být starší 18ti let; nesmí mít záznam v trestním rejstříku; musí splňovat stupeň vzdělání podle náležitostí pozice, na kterou má být zařazen; musí být plně svéprávný; musí být zdravotně, osobnostně i fyzicky způsobilý a musí být oprávněný dodržovat mlčenlivost. Současně nesmí být členem

politické strany nebo hnutí a nesmí vykonávat jinou výdělečnou činnost. (ČESKO, 2003)

Aby mohl být uchazeč přijat do služebního poměru, měl by mít pro výkon této profese určité předpoklady. V každém případě by měl být dostatečně fyzicky a osobnostně způsobilý. Současně by měl vykazovat dostatečnou mentální a sociální zdatnost. Na základě zmíněných požadavků je sestaven proces výběru hasiče, který ověřuje jeho způsobilost po fyzické, zdravotní a duševní stránce. (Václav, 2019), (Nechvátalová, 2005)

Příslušník, který úspěšně absolvuje přijímací řízení, je přijat do služebního poměru na dobu určitou a to zpravidla na 3 roky (doba služebního poměru na dobu určitou se může za některých podmínek lišit). Po uplynutí lhůty služebního poměru na dobu určitou se příslušník zařadí do služebního poměru na dobu neurčitou. Musí však splnit potřebné podmínky – úspěšně vykonat služební zkoušku a dosahovat v závěru služebního hodnocení nejméně dobrých výsledků ve výkonu služby. I zařazení příslušníka do služebního poměru na dobu neurčitou se může v některých případech lišit. (Václav, 2019)

3.3.3 Náplň profese příslušníka

Náplň práce příslušníka HZS kraje se liší s jeho služebním zařazením. Nejvýznamnější rozdíly jsou pochopitelně znatelné mezi výjezdovými hasiči a administrativními pracovníky. Všechny činnosti musí být vykonávány v souladu se všemi právními předpisy, které definují úkoly pro příslušníky HZS ČR. Obsah práce administrativního pracovníka představuje soubor činností, které jsou nezbytné při výkonu jeho služební pozice. Shrnutí těchto činností obsahuje organizační a provozní záležitosti, vedení dokumentace, rozhodování či jednání ve věcech, které se týkají jeho zaměření a služebního zařazení.

Náplň výjezdového hasiče souvisí primárně s vykonáváním záchranných a likvidačních prací v místě zásahu. V dnešní době je okruh práce výjezdového hasiče znatelně širší, než tomu bylo dříve. Hasiči, kteří už podle názvu profese dříve primárně řešili likvidaci požárů, dnes sehrávají roli záchranáře, obsluhovatele těžké techniky, intervenčního pracovníka, leteckého záchranáře, lezce, a mnoho dalších. Pro výkon této profese je nezbytné absolvovat patnáctidenní kurz, který je specializován na získání dovedností pro správnou taktiku likvidace požárů, poskytování první pomoci, obsluhu věcných prostředků, vyprošťování osob při dopravních nehodách, práci na vodní hladině, řešení událostí s výskytem nebezpečných látek, atd. Dále si v průběhu kurzu nový příslušník osvojuje správné vystupování hodné příslušnosti k HZS ČR. Součástí tohoto výcviku je pochopitelně kvantum teoretických seminářů a přednášek, které jsou zaměřené na výkon profese. Po absolvování tohoto výcviku, který je ukončen úspěšným splněním závěrečné zkoušky, je považován za dostatečně kvalifikované hasiče, který je schopen plnit úkoly při řešení mimořádných událostí různého druhu. Svoje znalosti a dovednosti může každý hasič následně zdokonalovat účastí na specializačních kurzech. Tyto kurzy zahrnují například práci na divoké vodě, radiační ochranu, neodkladnou zdravotnickou pomoc, dekontaminaci hasičů, manipulaci se zvířaty, poskytování posttraumatické intervenční péče a další. Své znalosti a dovednosti si příslušník pochopitelně zdokonaluje i při řešení zásahů. Až po získání vlastních zkušeností, které jsou výsledkem několikaleté praxe, se stává hasič skutečným profesionálem. (Slach, 2014)

3.3.4 Psychická náročnost profese hasiče

Profese hasiče je jednou z tzv. pomáhajících profesí. Tyto profese jsou charakteristické především schopností poskytnout profesionální pomoc ostatním lidem. Od ostatních profesí se liší významným osobním a

emocionálním zapojením do řešení cizího problému. Při každém zásahu se hasiči stávají jeho součástí a dostávají se do situací, při kterých mohou být ohroženy stejnými riziky jako oběti dané události. Působí na ně tak vnější hrozby, které ohrožují jejich životy a zdraví. Současně jsou pod velkým tlakem, který ovlivňuje vnitřní emoce a pocity. To může mít za následek narušení psychiky. (Géringová, 2011)

Základním interním dokumentem, který stanovuje postupy činnosti požárních jednotek, je „Bojový řád jednotek požární ochrany“. V tomto souhrnu metodických předpisů jsou definována možná nebezpečí pro zasahující hasiče, která ohrožují jeho zdraví či život při provádění záchranných a likvidačních prací na místě zásahu. (Nechvátalová, 2005)

Kvůli tomu, že jsou hasiči neustále vystavováni nebezpečí a nepříjemným událostem, je u nich riziko opakovaného, kumulovaného či dlouhodobého stresu. To je důvodem, proč je toto povolání mnoho autory považováno za jedno z nejnebezpečnějších a nejnáročnějších. (Židková, 2009), (Šváb, 2006)

Na základě provedené studie v USA, která se uskutečnila v druhé polovině 20. století, byly charakterizovány typické jevy, které jsou považovány jako největší stresory pro zasahujícího hasiče. Jedná se o neznalost situace před zahájením zásahu, ohrožení vlastního života, vyprošťování či záchrana těžce raněného dítěte, zásahy s výskytem nebezpečných látek a zásahy s výskytem většího počtu zraněných či mrtvých osob. (Švandová, 1994), (Šváb, 2006)

Vonásek a Lukeš (2012) ve své práci uvádí, že v roce 2011 bylo zraněno při výkonu povolání 303 profesionálních hasičů. Uvědomění si vlastní zranitelnosti či smrtelnosti tak definují, jako jeden z nejvíce stresujících faktorů. (Partschová, 2015)

Tuto teorii hlouběji zkoumal ve svém šetření Šváb (2006), který zjistil důležitý poznatek v uvědomování si nebezpečí u jedinců s rozdílným služebním věkem. Jako nejrizikovější věkovou kategorií uvádí hasiče sloužící 2 až 5 roků. Ti mají podle výsledků jeho studie nejvyšší sklon k podceňování rizika hasičské profese.

Stresem v hasičské profesi se dále zabývala Másilková (2015), která ve své práci uvádí šest nejvýznamnějších stresujících faktorů hasiče. Těmi jsou nedostatek informací, časová tíseň, služba na směny, strach, mlčení a organizační stres.

Práce hasiče je charakteristická neustálou akceschopností. Hasič ve službě, který provádí jakoukoliv činnost na požární stanici, musí být neustále připraven na vyhlášení požárního poplachu. Při oznámení poplachu musí ukončit prováděnou aktivitu a připravit se na řešení mimořádné události, o které ví minimálně informací. Neustálé soustředění, vnímání okolních podnětů, správné a rychlé rozhodování s následným promyšleným postupem řešení zásahu je tak rutinou, kterou musí každý hasič perfektně zvládat. Samotná nepředvídatelnost, neovlivnitelnost a míra mimořádné události, jsou typické aspekty hasičské profese, které jsou zdrojem extrémního stresu. (Atkinsonová, 2013), (Chloupková, 2012), (Másilková, 2015)

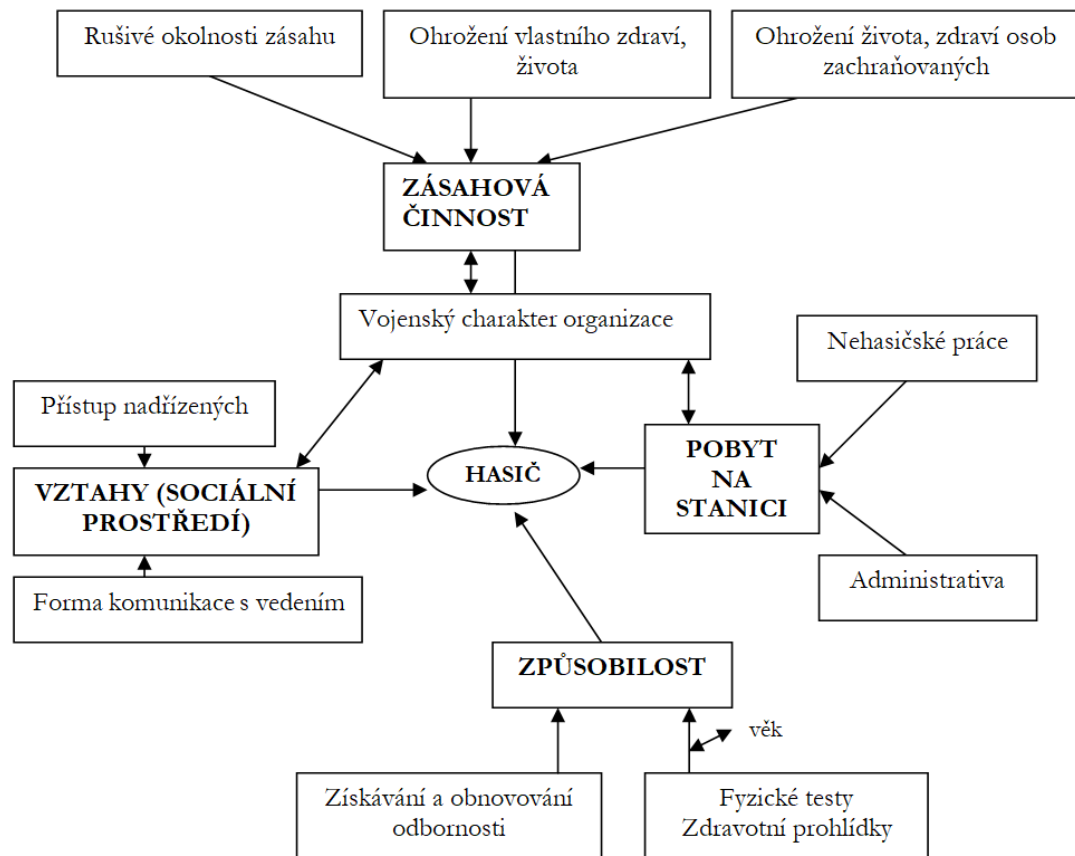
Výjezdoví hasiči pracují v tzv. třísměnném režimu služby. To představuje tři neustále se střídající směny (A, B, C). Každá z těchto směn pracuje neměnně 24 hodin, po kterých následuje 48mi hodinové volno. V průběhu směny musí hasiči vyjíždět za každé situace, kdy je vyhlášen požární poplach. To platí pochopitelně i v tzv. pohotovosti na pracovišti, která slouží pro stravu a odpočinek. To je důvodem, proč někteří autoři ve výčtu stresorů pro hasiče zmiňují i směnnost. Současně může mít stresující účinky i stereotypnost, která

je daná trávením dlouhé doby na jedné požární stanici s těmi samými lidmi každý třetí den. Je proto důležité, aby byly mezi hasiči na pracovišti udržovány dobré vztahy. (Partschová, 2015), (Másilková, 2015), (Šváb, 2006)

V neposlední řadě jsou stresující faktory vznikající na pracovišti nebo v souvislosti s příslušností k HZS ČR. Pro udržení duševní pohody každého hasiče je nezbytné, aby celá směna fungovala v harmonii. Kromě konfliktů, které mohou vzniknout na základě vzájemně nepochopených či neuznávaných hodnot, může dojít k problému i v souvislosti s narušením vlastního sebepojetí. Každý hasič musí v průběhu své služby podstupovat odborné zkoušky kvůli prokázání způsobilosti. Jedná se o praktické, teoretické, fyzické i zdravotní testy. S těmi je spojen strach příslušníků jednak ze ztráty zaměstnání, která by byla dopadem neúspěšnosti v jedné ze zmíněných zkoušek, ale i z narušení jejich hodnoty či sociální pozice. S tím je spojena i mlčenlivost, chápána jako nesvěřování se se svými vnitřními pocity či s osobními problémy. Je prokázáno, že pokud hasič prochází psychicky náročnou situací, kterou si nedokáže vyřešit sám, měl by se o ní nejdéle do 72 hodin po jejím vzniku někomu svěřit. Ačkoliv je mluvení o problémech důležité, často je z pozice hasiče jednotlivce vnímáno jako slabost, která by mohla ohrozit jeho postavení v kolektivu. (Másilková, 2015), (Partschová, 2015), (Šváb, 2006), (Šmahlík, 2009)

Udržování dobré psychické a fyzické kondice by mělo být primárním záměrem nejen každého hasiče ale i všech velitelů vůči svým podřízeným. I přesto je častým problémem přehlížení nebo odkládání problémů. To však může vyústit v další poruchy duševního zdraví. Kromě deprese či syndromu vyhoření, které jsou předmětem této práce, může vzniknout tzv. posttraumatická stresová porucha. Jelikož hasiči zaujímají jistou roli v traumatizujících událostech, může u nich docházet k zástupné nebo sekundární traumatizaci. To představuje soubor pocitů a emocí, které jsou

obdobné těm, které prožívaly osoby tragickou událostí přímo zasaženy. Tyto pocity a emoce jsou opakovaně vyvolávány vzpomínkami nebo podobnostmi prožívajících situací se zážitky z tragické události. Je důležité uvědomovat si, že každý hasič je taky člověk, proto je jako každý jiný ohrožen stresem a následnými dopady. Kromě zmíněných rizikových faktorů je důležité uvést, že jsou hasiči také vysoce náchylní na užívání alkoholu nebo jiných omamných látek, které vnímají jako jediné možné řešení svých problémů. (Šmahlík, 2009), (McCann a Perlman, 1990), (Partschová, 2015), (Másilková, 2015)



Obrázek 3 Zjednodušující model zátěže hasiče (Nechvátalová, 2005, s. 67)

3.3.5 Možnosti psychologické pomoci

Na základě zmíněných skutečností je ze strany HZS ČR zřízena psychologická služba HZS ČR, která se podílí na provozu Anonymní telefonní linky pomoci v krizi. (Tvrdková, 2014)

Psychologická služba HZS ČR působí v České republice od 1. 1. 2003. Mezi tři základní činnosti Psychologické služby HZS ČR patří: poskytování posttraumatické a jiné psychické péče členům IZS a jejich rodinám; zajišťování podkladů pro personální práci a výkon; pomáhaní lidem, kteří byli zasaženi mimořádnou událostí. (Másilková, 2015)

Je povinností HZS každého kraje zajišťovat psychologa, který vykonává činnosti spojené s psychologickou pomocí. Jeho náplň práce spočívá v poskytování pomoci ve složitých životních událostech, poskytování poradenských služeb v oblasti mezilidských vztahů, podílet se na odborné přípravě v souvislosti s náročnými či stresujícími situacemi, posuzovat psychickou způsobilost při přijímacích či výběrových řízeních a spolupracovat se státními i nestátními organizacemi nebo s každým, kdo má o poskytnutí pomoci zájem. Současně je daný psycholog koordinátorem týmu posttraumatické péče (TPP), který je tvořen dostatečně specializovanými kvalifikovanými členy. Každý člen tohoto týmu prochází mimo jiných výcvikem v CISM (Critical Incident Stress Management), který představuje mezinárodní program vedoucí ke schopnostem při řízení informační bezpečnosti v organizaci. (MV – GŘ HZS ČR, 2021)

4 METODIKA

Pro vypracování praktické části této práce byla použita kvantitativní výzkumná metoda pomocí dotazníkového šetření.

Hlavní část dotazníků byla složena z českých verzí SMBM (Shirom Melamed Burnout Measure) testu zaměřujícího se na syndrom vyhoření a BDI-II (Beck Depression Inventory Second Edition) testu, který zkoumá míru deprese. Před vyplněním těchto testů musel každý respondent vyplnit základní údaje, které představovaly typ pohlaví, věk, dobu služby u HZS ČR a rodinný stav. Dále měl každý respondent označit, zda zastává nějaké náboženské přesvědčení a jestli jeho pracovní zařazení podléhá třísměnnému režimu služby. Současně byl dotazník rozšířen o Škálu očekávaných a naplněných potřeb, která je upravenou verzí metody navržené vedoucím této práce Mgr. Tiborem A. Brečkou, MBA, LL.M. pro výzkum týkající se podobného tématu. Tato škála měla za úkol zjistit, jaké potřeby dotazovaný respondent očekával před vznikem služebního či pracovního poměru, a jaké přínosy mu jeho zaměstnání přinášelo v momentě vyplňování dotazníku.

Dotazníky byly respondentům předkládány tištěnou formou. Kvůli probíhající pandemii nebyla možnost přímého předložení dotazníku, proto tak bylo činěno za pomoci velitelů stanic, velitelů čet a velitelů družstev, popřípadě vedoucích jednotlivých pracovišť či jiných příslušníků. Z celkového počtu navrácených dotazníků byly následně vytříženy dotazníky kompletně vyplněné, které byly považovány za adekvátní pro zařazení do celkového šetření. Pro získání požadovaných výsledků byla využita metoda statistické analýzy – analýza rozptylu, při které byl použit nejprve Bartlettův test, pomocí kterého je zapotřebí ověřit předpoklad o shodě rozptylů (homoskedasticita) v daných výběrech. Následně byla použita metoda analýzy rozptylu (ANOVA).

Výzkumný soubor po vyřazení neplatných dotazníků tvořilo 388 respondentů z celkového počtu 715 příslušníků a občanských zaměstnanců, kteří jsou ve služebním či jiném zaměstnaneckém poměru u HZS Plzeňského kraje. Dotazníkového šetření se tak zúčastnilo 54,3 % z celkové skupiny, pro kterou byl dotazník vytvořen. Pro dosažení jednoho ze stanovených cílů diplomové práce byl výzkumný soubor na základě jedné otázky rozdělen na výjezdové hasiče a na příslušníky či zaměstnance, kteří na výjezdy nejezdí. Z celkového počtu 481 příslušníků, kteří pracují jako výjezdoví hasiči, se výzkumu zúčastnilo 329 respondentů. Z celkového počtu 234 příslušníků a zaměstnanců, kteří nejsou zařazeni ve výjezdu, se dotazníkového testování zúčastnilo 59 respondentů.

Kvůli neosobnímu zprostředkování dotazníků nebylo možné vést záznamy o počtu předložených a následně vyplněných a odevzdaných dotaznicích. Proto není známa návratnost. Při testování byl kladen důraz na zachování anonymity testovaných respondentů. Výzkum probíhal s vědomím ředitele HZS Plzeňského kraje. Samotné testování probíhalo na krajském ředitelství, v ŠS a laboratoři Třemošná a na všech požárních stanicích HZS Plzeňského kraje. Celý proces výzkumného šetření dotazníkovou metodou probíhal od 20. září 2020 do 31. ledna 2021.

5 VÝSLEDKY

5.1 Deskriptivní statistická analýza

Otázka č. 1 Pohlaví:

Pohlaví	Počet respondentů	Zastoupení v %
muž	361	93,04
žena	27	6,96

Tabulka 2 Rozdělení respondentů podle pohlaví (Autor, 2021)

Z celkového počtu 388 respondentů bylo 361 (93,04 %) mužů a 27 (6,96 %) žen. Vysoké zastoupení mužů odpovídá skutečnosti, že testovaný soubor tvoří převážně výjezdoví hasiči.

Otázka č. 2 Jaký je Váš věk?

Věková kategorie	Počet respondentů	Zastoupení v %
18 – 25 let	28	7,22
26 – 35 let	108	27,83
36 – 45 let	142	36,60
46 – 55 let	87	22,42
56 let a více	23	5,93

Tabulka 3 Rozdělení respondentů podle věkové kategorie (Autor, 2021)

Z celkového počtu 388 respondentů spadalo do kategorie 18 – 25 let 28 (7,22 %) respondentů, do kategorie 26 – 35 let 108 (27,83 %) respondentů, do kategorie 36 – 45 let 142 (36,60 %) respondentů, do kategorie 46 – 55 let 87 (22,41 %) respondentů a do kategorie 56 let a více 23 (5,93 %) respondentů.

Otázka č. 3 Jak dlouho sloužíte/pracujete u HZS?

Doba služby	Počet respondentů	Zastoupení v %
méně než 1 rok	17	4,38
1 – 5 let	63	16,24
6 – 10 let	56	14,43
11 – 15 let	67	17,27
16 let a více	185	47,68

Tabulka 4 Rozdělení respondentů podle doby služby (Autor, 2021)

Z celkového počtu 388 respondentů uvedlo 17 (4,38 %) respondentů dobu služby méně než 1 rok, 63 (16,24 %) respondentů uvedlo dobu služby 1 – 5 let, 56 (14,43 %) respondentů uvedlo dobu služby 6 – 10 let, 67 (17,27 %) respondentů uvedlo dobu služby 11 – 15 let a 185 (47,68 %) respondentů uvedlo dobu služby 16 let a více. Na základě těchto dat je zřejmé, že výraznou část výzkumného souboru tvoří zkušení respondenti.

Otázka č. 4 Jaký je Váš rodinný stav?

Rodinný stav	Počet respondentů	Zastoupení v %
svobodný/á	114	29,38
ženatý/vdaná	234	60,31
rozvedený/á	39	10,05
ovdovělý/á	1	0,26

Tabulka 5 Rozdělení respondentů podle rodinného stavu (Autor, 2021)

Z celkového počtu 388 respondentů zařadilo 114 (29,38 %) respondentů svůj rodinný stav do kategorie svobodný/á, 234 (60,31 %) respondentů zařadilo svůj rodinný stav do kategorie ženatý/vdaná, 39 (10,05 %) respondentů zařadilo svůj rodinný stav do kategorie rozvedený/á a 1 (0,26 %) respondent zařadil svůj rodinný stav do kategorie ovdovělý/á.

Otázka č. 5 Označil/a byste se za věřícího člověka (bez ohledu na typ náboženského přesvědčení)?

Věřící	Počet respondentů	Zastoupení v %
ano	105	27,06
ne	283	72,94

Tabulka 6 Rozdělení respondentů podle zbožnosti (Autor, 2021)

Z celkového počtu 388 respondentů se 105 (27,06 %) respondentů označilo za věřící a 283 (72,94 %) respondentů za nevěřící.

Otázka č. 6 Pracujete jako výjezdový hasič v třisměnném režimu služby?

Výjezdový hasič	Počet respondentů	Zastoupení v %
ano	329	84,79
ne	59	15,21

Tabulka 7 Rozdělení respondentů podle pracovní náplně (Autor, 2021)

Z celkového počtu 388 respondentů pracuje 329 (84,79 %) respondentů ve třisměnném režimu služby a 59 (15,21 %) v třisměnném režimu služby nepracuje.

Výsledky Škály očekávaných a naplněných potřeb:

Výsledný jev	Počet respondentů	Zastoupení v %
záporný	127	32,73
kladný	261	67,27

Tabulka 8 Rozdělení respondentů podle výsledného jevu (Autor, 2021)

Z celkového počtu 388 respondentů dosáhlo ve Škále očekávaných a naplněných potřeb 127 (32,73 %) respondentů záporného jevu a 261 (67,27 %) respondentů kladného jevu.

Výsledky SMBM:

Výsledný jev	Počet respondentů	Zastoupení v %
norma	178	45,88
velmi mírné projevy	148	38,14
mírné projevy přítomné	55	14,17
projevy přítomné	6	1,55
závažné projevy	0	0,00
velmi závažné projevy	1	0,26

Tabulka 9 Rozdělení respondentů na základě výsledků SMBM testu (Autor, 2021)

Z celkového počtu 388 respondentů spadalo ve výsledném jevu testu SMBM 178 (45,88%) respondentů do kategorie norma, 148 (38,14) respondentů do kategorie velmi mírné projevy, 55 (14,17 %) respondentů do kategorie mírné projevy přítomné, 6 (1,55 %) respondentů do kategorie projevy přítomné, 0 respondentů do kategorie závažné projevy a 1 (0,26 %) respondent do kategorie velmi závažné projevy.

Výsledky BDI-II:

Výsledný jev	Počet respondentů	Zastoupení v %
minimální projevy	373	96,13
mírné projevy	8	2,06
středně těžké projevy	2	0,52
těžké projevy	5	1,29

Tabulka 10 Rozdělení respondentů na základě výsledků BDI-II testu (Autor, 2021)

Z celkového počtu 388 respondentů spadalo ve výsledném jevu testu BDI-II 373 (96,13 %) respondentů do kategorie minimální projevy, 8 (2,06 %) respondentů do kategorie mírné projevy, 2 (0,52 %) respondenti do kategorie středně těžké projevy a 5 (1,29 %) respondentů do kategorie těžké projevy.

5.2 Analýzy rozptylu

Pro určení závislosti mezi závisle proměnnými (Y – výsledky testů) a nezávisle proměnnými (X – faktory) byla použita jednofaktorová analýza rozptylu ANOVA. Před provedením analýzy rozptylu bylo nutné ověřit předpoklad o shodě rozptylů v daných výběrech, k čemuž byl použit Bartlettův test. Kompletní analýza dat byla provedena v programu STATGRAPHICS Centurion XVIII.

Bartlettův test

Jak již bylo zmíněno, aby bylo možné přijít k samotné analýze rozptylů ANOVA, bylo nezbytné ověřit homoskedasticitu, která značí nezávislost rozptylu na parametru. Bartlettův test tak pracuje s nulovými hypotézami, které tvrdí, že:

H_0 – Mezi zkoumanými proměnnými existuje shoda rozptylů.

Výslednou hodnotou Bartlettova testu provedeného mezi závisle proměnnou Y a nezávisle proměnnou X je P - hodnota (P - VALUE). Tato hodnota představuje nejnižší hladinu významnosti, při které je možné zamítnout hypotézu H_0 . Aby bylo možné přikročit k analýze rozptylu ANOVA, bylo nezbytné nulovou hypotézu potvrdit. To bylo možné pouze v případě, že vyšla hodnota P - VALUE mezi proměnnými vyšší než 0,05 %.

Analýza ANOVA

Jednofaktorová analýza rozptylu ANOVA slouží k ověření, zda má nezávisle proměnná X statisticky významný vliv na závisle proměnnou Y . Tuto metodu bylo možné použít pouze za předpokladu potvrzení H_0 po použití Bartlettova

testu. Z celkové analýzy proto byly závislosti, které po použití Bartlettova testu zamítly H_0 , vyřazeny. Samotná analýza rozptylu také pracuje s nulovými hypotézami, které však tvrdí, že:

H_0 – Mezi zkoumanými hodnotami neexistuje závislost.

Proto je pro zjištění závislosti nezbytné hypotézu H_0 zamítnout a potvrdit H_1 – Mezi zkoumanými hodnotami závislost existuje. Aby se hypotéza H_0 mohla zamítnout, musí mezi proměnnými vyjít hodnota P – VALUE menší, než 0,05 %. Pokud je potvrzena H_1 , musí být následně dopočítán poměr determinace, který určí intenzitu závislosti.

Pohlaví:

Závislost Y na X	Bartlettův test	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na pohlaví	0,921	H_0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-C na pohlaví	0,473	H_0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-E na pohlaví	0,018	H_1 – neexistuje shoda rozptylů
SMBM na pohlaví	0,332	H_0 – existuje shoda rozptylů
BDI-II na pohlaví	0,016	H_1 – neexistuje shoda rozptylů
Závislost Y na X	ANOVA	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM- P na pohlaví	0,353	H_0 – neexistuje závislost
SMBM-C na pohlaví	0,097	H_0 – neexistuje závislost
SMBM-E na pohlaví	-	neexistuje závislost
SMBM na pohlaví	0,407	H_0 – neexistuje závislost
BDI-II na pohlaví	-	neexistuje závislost
Závislost Y na X	Intenzita závislosti	
Y na X	neexistuje závislost	

Tabulka 11 Závislost výsledků testů na pohlaví (Autor, 2021)

Shrnutí: Neexistuje žádná statisticky významná závislost výsledků testů na pohlaví.

Věk:

Závislost Y na X	Bartlettův test	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na věku	0,092	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-C na věku	0,910	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-E na věku	0,163	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM na věku	0,274	H0 – existuje shoda rozptylů
BDI-II na věku	0,000	H1 – neexistuje shoda rozptylů
Závislost Y na X	ANOVA	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na věku	0,043	H1 – existuje závislost
SMBM-C na věku	0,031	H1 – existuje závislost
SMBM-E na věku	0,018	H1 – existuje závislost
SMBM na věku	0,010	H1 – existuje závislost
BDI-II na věku	-	neexistuje závislost
Závislost Y na X	Intenzita závislosti	
	(%)	Intenzita
SMBM-P na věku	2,536	slabá
SMBM-C na věku	2,738	slabá
SMBM-E na věku	3,058	slabá
SMBM na věku	3,402	slabá
BDI-II na věku	-	neexistuje závislost

Tabulka 12 Závislost výsledků testů na věku (Autor, 2021)

Shrnutí: Výsledky SMBM-P, SMBM-C, SMBM-E a SMBM mají slabou závislost na věku respondentů. To znamená, že čím je respondent starší, tím vyšších výsledků v těchto testech dosahuje. Výsledky BDI-II statisticky významnou závislost na věk nemají.

Doba služby:

Závislost Y na X	Bartlettův test	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na době služby	0,008	H1 – neexistuje shoda rozptylů
SMBM-C na době služby	0,567	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-E na době služby	0,927	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM na době služby	0,363	H0 – existuje shoda rozptylů
BDI-II na době služby	0,000	H1 – neexistuje shoda rozptylů
Závislost Y na X	ANOVA	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na době služby	-	neexistuje závislost
SMBM-C na době služby	0,268	H0 – neexistuje závislost
SMBM-E na době služby	0,005	H1 – existuje závislost
SMBM na době služby	0,002	H1 – existuje závislost
BDI-II na době služby	-	neexistuje závislost
Závislost Y na X	Intenzita závislosti	
	(%)	Intenzita
SMBM-P na době služby	-	neexistuje závislost
SMBM-C na době služby	-	neexistuje závislost
SMBM-E na době služby	3,717	slabá
SMBM na době služby	4,350	slabá
BDI-II na době služby	-	neexistuje závislost

Tabulka 13 Závislost výsledků testů na době služby (Autor, 2021)

Shrnutí: Výsledky SMBM-E a SMBM mají slabou závislost na době služby. To znamená, že čím delší je u respondentů doba služby, tím vyšších výsledků v těchto testech dosahují. Výsledky SMBM-P, SMBM-C a BDI-II nemají statisticky významnou závislost na době služby.

Rodinný stav:

Závislost Y na X	Bartlettův test	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na rodinném stavu	0,040	H1 – neexistuje shoda rozptylů
SMBM-C na rodinném stavu	0,067	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-E na rodinném stavu	0,037	H1 – neexistuje shoda rozptylů
SMBM na rodinném stavu	0,031	H1 – neexistuje shoda rozptylů
BDI-II na rodinném stavu	0,000	H1 – neexistuje shoda rozptylů
Závislost Y na X	ANOVA	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na rodinném stavu	-	neexistuje závislost
SMBM-C na rodinném stavu	0,146	H0 – neexistuje závislost
SMBM-E na rodinném stavu	-	neexistuje závislost
SMBM na rodinném stavu	-	neexistuje závislost
BDI-II na rodinném stavu	-	neexistuje závislost
Závislost Y na X	Intenzita závislosti	
Y na X	neexistuje závislost	

Tabulka 14 Závislost výsledků testů na rodinném stavu (Autor, 2021)

Shrnutí: Neexistuje žádná statisticky významná závislost výsledků testů na rodinném stavu.

Religiozita:

Závislost Y na X	Bartlettův test	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na religiozitě	0,934	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-C na religiozitě	0,486	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-E na religiozitě	0,401	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM na religiozitě	0,440	H0 – existuje shoda rozptylů
BDI-II na religiozitě	0,067	H0 – existuje shoda rozptylů
Závislost Y na X	ANOVA	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na religiozitě	0,821	H0 – neexistuje závislost
SMBM-C na religiozitě	0,967	H0 – neexistuje závislost
SMBM-E na religiozitě	0,964	H0 – neexistuje závislost
SMBM na religiozitě	0,889	H0 – neexistuje závislost
BDI-II na religiozitě	0,155	H0 – neexistuje závislost
Závislost Y na X	Intenzita závislosti	
Y na X	neexistuje závislost	

Tabulka 15 Závislost výsledků testů na religiozitě (Autor, 2021)

Shrnutí: Neexistuje žádná statisticky významná závislost výsledků testů na religiozitě.

Náplň zaměstnání:

(zařazení respondenta v třísměnném režimu služby či nikoliv)

Závislost Y na X	Bartlettův test	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na náplni zaměstnání	0,794	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-C na náplni zaměstnání	0,267	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-E na náplni zaměstnání	0,464	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM na náplni zaměstnání	0,356	H0 – existuje shoda rozptylů
BDI-II na náplni zaměstnání	0,922	H0 – existuje shoda rozptylů
Závislost Y na X	ANOVA	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na náplni zaměstnání	0,026	H1 – existuje závislost
SMBM-C na náplni zaměstnání	0,055	H0 – neexistuje závislost
SMBM-E na náplni zaměstnání	0,913	H0 – neexistuje závislost
SMBM na náplni zaměstnání	0,054	H0 – neexistuje závislost
BDI-II na náplni zaměstnání	0,076	H0 – neexistuje závislost
Závislost Y na X	Intenzita závislosti	
	(%)	Intenzita
SMBM-P na náplni zaměstnání	1,274	slabá
SMBM-C na náplni zaměstnání	-	neexistuje závislost
SMBM-E na náplni zaměstnání	-	neexistuje závislost
SMBM na náplni zaměstnání	-	neexistuje závislost
BDI-II na náplni zaměstnání	-	neexistuje závislost

Tabulka 16 Závislost výsledků testů na náplni zaměstnání (Autor, 2021)

Shrnutí: Výsledky SMBM-P mají slabou závislost na náplni zaměstnání. To znamená, že respondenti, kteří nepracují v třísměnném režimu služby, dosahují vyšších výsledků v SMBM-P. Ostatní výsledky nemají statisticky významnou závislost na náplni zaměstnání.

Závislost výsledků testu SMBM na výsledcích testu BDI-II:

Závislost Y na X	Bartlettův test	
	P - VALUE (%)	Výsledek
SMBM na BDI-II	0,171	H0 – existuje shoda rozptylů
Závislost Y na X	ANOVA	
	P - VALUE (%)	Výsledek
SMBM na BDI-II	0,000	H1 – existuje závislost
Závislost Y na X	Intenzita závislosti	
	(%)	Intenzita
SMBM na BDI-II	40,330	střední

Tabulka 17 Závislost výsledků testu SMBM na výsledcích BDI-II (Autor, 2021)

Shrnutí: Existuje střední závislost výsledků SMBM na výsledcích BDI-II. To znamená, že respondenti, kteří dosáhli vyššího skóre v testu BDI-II, dosáhli také vyššího skóre v testu SMBM.

Závislost pro Hypotézu H2:

Aby mohla být Hypotéza H2 vyhodnocena, byla zkoumána závislost výsledků testu BDI-II na pohlaví. Pro zachování validity se tohoto zkoumání mohli z mužského pohlaví zúčastnit jen ti, kteří nepracují ve třisměnném režimu směny. To z toho důvodu, že žádná žena ve třisměnném režimu služby nepracuje. Pro tuto analýzu tak tvořilo výzkumný soubor 59 respondentů.

Závislost Y na X	Bartlettův test	
	P - VALUE (%)	Výsledek
BDI-II na pohlaví	0,000	H1 – neexistuje shoda rozptylů
Závislost Y na X	ANOVA	
	P - VALUE (%)	Výsledek
BDI-II na pohlaví	-	H0 – neexistuje závislost
Závislost Y na X	Intenzita závislosti	
	(%)	Intenzita
BDI-II na pohlaví	-	neexistuje závislost

Tabulka 18 Závislost výsledků testu SMBM na pohlaví u respondentů nepracujících v třisměnném režimu služby (Autor, 2021)

Shrnutí: Neexistuje statisticky významná závislost výsledků testů BDI-II na pohlaví u respondentů pracujících v třisměnném režimu služby.

5.3 Vyhodnocení hypotéz

H1: Syndrom vyhoření se častěji vyskytuje u zaměstnanců, kteří nepracují v třísměnném režimu služby.

V tomto případě bylo zjišťováno, zda existuje významná závislost výsledků SMBM na pracovní náplni. Na základě výsledků provedené statistické analýzy nebyla statisticky významná závislost prokázána. Hypotéza H1 se tak zamítá.

H2: Ze zaměstnanců, kteří nepracují v třísměnném režimu služby, se příznaky deprese objevují více u žen, než u mužů.

Na základě výsledků provedené analýzy nebyla zjištěna statisticky významná závislost výsledků testu BDI-II na pohlaví u zaměstnanců, kteří nepracují v třísměnném režimu služby. Hypotéza H2 se také zamítá.

H3: Respondenti s vysokým skóre v testu BDI-II dosahují i vysokého skóre v testu SMBM.

V tomto případě byla zkoumána statisticky významná závislost výsledků testu SMBM na výsledcích testu BDI-II. V tomto případě byla na základě provedené statistické analýzy prokázána střední závislost. To znamená, že respondenti, kteří dosahovali vysokých výsledků v testu BDI-II, dosahovali zároveň vysokých výsledků v testu SMBM. Hypotéza H3 je tímto potvrzena.

5.4 Vyhodnocení výzkumné otázky

Dílčím cílem této práce bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi Škálou očekávaných a naplněných potřeb a výsledky testů. Respondenti měli v rámci škály postupně odpovědět na dvě otázky:

- *Proč jste si zvolili/a Vaši současnou profesi (jaké potřeby jste chtěl/a v profesi uspokojit)?*
- *Co Vám Vaše současná profese přináší v současnosti (jaké potřeby Vám uspokojuje)?*

Tyto otázky byly podané v uzavřené formě s možností více odpovědí. Respondenti mohli v obou případech vybrat více možností z následujících:

Finanční, Jistota (zaměstnání), Být přijímaný/á, Vzrušení, Rozumět (vzdělávání), Být potřebný/á, Smyslu, Moci, Dostatek volného času, Spirituální, Inovací, Sociální status, Nezávislosti.

Záměrem bylo ověřit domněnku, že respondenti, kterým se nenaplnila původní očekávání, budou mít větší sklony k dosahování vyššího skóru v dotazníku SMBM či BDI-II .

Proto byla stanovena výzkumná otázka:

Může mít nenaplnění očekávaných potřeb souvislost s výsledky testů SMBM a BDI-II?

Původní dogma před zprostředkováním dotazníku bylo takové, že respondenti nejdříve vyčlení potřeby, u kterých před nástupem do zaměstnání očekávali jejich uspokojení. Následně bylo očekáváno, že z těchto potřeb vyčlení v rámci následující otázky ty, které je v době vyplňování dotazníků skutečně uspokojovaly. Na základě zpětně obdržných vyplněných dotazníků bylo zjištěno, že položení otázky nebylo úplně dostačující. U respondentů se objevil

jev, který v mnoha případech představoval současné naplňování potřeb, které před vznikem služebního poměru nebyly očekávány. Toto zjištění přineslo částečný problém v původním záměru, a proto byl postup pro vyhodnocení Škály očekávaných a naplněných potřeb upraven. Výzkumná otázka byla nahrazena autorem definovanou teorií, jejíž pravdivost byla následně ověřována statistickou analýzou.

Teorie

Pokud je počítáno se skutečností, že jednu nesplněnou potřebu mohou nahradit dvě splněné potřeby neočekávané, výsledný jev ze Škály očekávaných a naplněných potřeb má souvislost s výsledky testů SMBM a BDI-II.

V souvislosti s touto teorií byl vytvořen jednoduchý matematický vzorec, který měl určit výsledek (výsledný jev) pro Škálu očekávaných a naplněných potřeb. Výsledný jev má podobu buď kladného, nebo záporného jevu. Aby bylo možné tohoto jevu matematicky dosáhnout u všech testovaných respondentů, byla stanovena výsledná hodnota K. Celý postup vychází z předpokladu, že záporný jev vzniká v případě, kdy počet splněných potřeb je nižší než počet očekávaných potřeb a každá nesplněná očekávaná potřeba není nahrazena splněním dvou jiných, neočekávaných potřeb.

Výsledná hodnota K podléhá následujícímu vzorci:

$$K = z - (x - y)$$

K = výsledná hodnota

x = počet očekávaných potřeb

y = počet současně uspokojených potřeb

z = počet očekávaných potřeb, které jsou skutečně uspokojované

Výsledná hodnota K byla následně srovnávána s počtem očekávaných potřeb x .

V případě $K \geq x$ – současný postoj respondenta k zaměstnání naplňuje nebo předčí očekávání. = **kladný jev**

V případě $K < x$ – současný postoj respondenta k zaměstnání nenaplňuje očekávání. = **záporný jev**

Výsledné jevy byly následně předmětem statistické analýzy, při které byla zjišťována závislost výsledných jevů Škály očekávaných a naplněných potřeb na výsledky testů SMBM a BDI-II.

Škála očekávaných a naplněných potřeb:

Závislost Y na X	Bartlettův test	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na Škále potřeb	0,223	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-C na Škále potřeb	0,931	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM-E na Škále potřeb	0,622	H0 – existuje shoda rozptylů
SMBM na Škále potřeb	0,557	H0 – existuje shoda rozptylů
BDI-II na Škále potřeb	0,165	H0 – existuje shoda rozptylů
Závislost Y na X	ANOVA	
	P – VALUE (%)	Výsledek
SMBM-P na Škále potřeb	0,282	H0 – neexistuje závislost
SMBM-C na Škále potřeb	0,913	H0 – neexistuje závislost
SMBM-E na Škále potřeb	0,046	H1 – existuje závislost
SMBM na Škále potřeb	0,271	H0 – neexistuje závislost
BDI-II na Škále potřeb	0,234	H0 – neexistuje závislost
Závislost Y na X	Intenzita závislost	
	(%)	Intenzita
SMBM-P na Škále potřeb	-	neexistuje závislost
SMBM-C na Škále potřeb	-	neexistuje závislost
SMBM-E na Škále potřeb	1,030	slabá
SMBM na Škále potřeb	-	neexistuje závislost
BDI-II na Škále potřeb	-	neexistuje závislost

Tabulka 19 Závislost výsledků testů na výsledném jevu Škály očekávaných a naplněných potřeb (Autor, 2021)

Shrnutí: Výsledky SMBM-E mají slabou závislost na výsledcích Škály očekávaných a naplněných potřeb. To znamená, že lidé, u kterých se objevil záporný jev, dosahují vyšších výsledků v SMBM-E. Další statisticky významná závislost nebyla zjištěna.

Na základě výsledků statistické analýzy bylo možné vyvrátit námi stanovenou teorii.

Statistická analýza však prokázala závislost výsledných jevů Škály očekávaných a naplněných potřeb na SMBM-E, která je subškálou testu SMBM hodnotící emoční vyčerpání. Zde se objevila slabá závislost. V tomto případě to tedy znamená, že respondenti, kteří vykazovali ve Škále očekávaných a naplněných potřeb záporného jevu, dosahují v této subškále vyššího skóre.

Hodnocení:

Tato část byla zpracována z důvodu, že bylo vyjmutí Škály očekávaných a naplněných potřeb kvůli vzniklým potížím z pozice autora práce považováno za plýtvání již obětovaného času a získaných dat. Ačkoliv byla definovaná teorie vyvrácena, výsledky statistické analýzy přinesly poznatek v souvislosti očekávaných a naplněných potřeb s emočním vyčerpáním. Toto zjištění otevřelo prostor pro novou otázku – Může mít skutečně nenaplnění očekávaných potřeb dopad na emoční vyčerpání? Z logického hlediska však toto zjištění pozbývá významnou hodnotu, jelikož autorem zvolená metoda nezahrnuje možnost individuálního vnímání jednotlivých potřeb (každý respondent má ojedinělé priority v rámci toho, co od zaměstnávání očekává, co od zaměstnání dostává a jak je to pro něj důležité). Není možné pracovat se skutečností, že nesplnění např. očekávaného společenského statusu mohou nahradit uspokojené potřeby finanční a potřeby spirituální.

6 DISKUZE

Předmětem diskuze je pojednání a zhodnocení dosažených výsledků, které budou srovnávány s odbornými zdroji zabývajícími se obdobným tématem. Cílem práce bylo zmapovat míru syndromu vyhoření a deprese u hasičů sloužících u HZS Plzeňského kraje. Na základě dílčích cílů byli do výzkumného souboru zařazeni nejen výjezdoví hasiči ale i administrativní pracovníci a další zaměstnanci. V této práci je pro rozdělení těchto odlišných pracovních pozic používáno rozdělení spojené se zařazením do třísměnného režimu služby. Nejdříve bylo v rámci teoretické části pojednáváno o současném stavu celé problematiky odpovídající názvu diplomové práce. Kromě podrobné charakteristiky, která byla věnovaná syndromu vyhoření a depresi, se autor práce zaměřil na profesi hasiče, na její náplň a náležitosti. Současně byl věnován prostor pro vylíčení psychické náročnosti, která je s prací u HZS úzce spojena.

Pro dosažení výsledků potřebných k provedení celého výzkumu byl vytvořen dotazník, který byl předkládán příslušníkům a ostatním zaměstnancům HZS Plzeňského kraje. Dotazník byl sestaven tak, aby přinesl přehled o současném výskytu syndromu vyhoření a deprese u testovaných hasičů a aby autor mohl zjistit závislosti výsledků na jednotlivých faktorech. Na základě provedené analýzy mezi výsledky testů a jednotlivými faktory bylo zjištěno osm slabých závislostí a jedna střední závislost. Samotnému výzkumnému šetření předcházelo stanovení tří hypotéz a položení jedné výzkumné otázky. Dosažení výsledků následně umožnilo potvrdit či zamítnout Hypotézy H1, H2 a H3 a přineslo důležité poznatky pro řešení výzkumné otázky.

V rámci výskytu syndromu vyhoření a deprese je na základě výsledků výzkumu této diplomové práce možné zaznamenat, že jsou tyto dva jevy u hasičů HZS Plzeňského kraje ne příliš časté.

U výsledků testu SMBM bylo zjištěno, že z celkového vzorku 388 respondentů se 178 (45,88 %) pohybuje v normě, 148 respondentů (38,14 %) pociťuje velmi mírné projevy, u 55 respondentů (14,17 %) jsou přítomné mírné projevy a u 6 respondentů (1,55 %) je možné zaznamenat projevy přítomné. Zatímco závažné projevy nepociťoval nikdo z testovaných, jeden respondent (0,26 %) byl kvůli výsledkům testu zařazen do kategorie označující velmi závažné projevy. Na základě těchto dat můžeme označit 326 respondentů (84,02 %) z celkového počtu, kteří symptomy syndromu vyhoření nevykazují vůbec nebo mají maximálně velmi mírné projevy.

Výsledky testu BDI-II, který určuje míru deprese, přinesly dostatečný podklad pro označení deprese jako vzácný jev u hasičů HZS Plzeňského kraje. Z celkového počtu 388 respondentů byly u 373 respondentů (96,13 %) zjištěny minimální projevy deprese. U 8 respondentů (2,06 %) byly zjištěny mírné projevy, u 2 respondentů (0,52 %) byly zjištěny středně těžké projevy a u 5 respondentů (1,29 %) byly zjištěny projevy těžké. Celkem bylo v testu BDI-II pouze u 15 respondentů (3,87 %) zaznamenáno skóre vyšší, než které je maximální pro zařazení do kategorie označující minimální projevy deprese.

Ačkoliv by mohl být očekáván výskyt deprese mezi hasiči vyšší, obdobně nízké zastoupení hasičů vykazující symptomy deprese zaznamenal i výzkum týkající se deprese hasičů v Brazílii. Na základě této studie byla zjištěna prevalence deprese u testovaných hasičů pouze 5,5 %. Současně byly zaznamenány souvislosti depresivního chování s posttraumatickým stresem a s problémovým užíváním alkoholu. (Lima a kol., 2015)

Pokud se jedná o závislosti faktorů na celková skóre SMBM a BDI-II, které jsou pro tuto práci zásadní, je nejdříve nutné zmínit, ve kterých oblastech závislost zaznamenána nebyla. Na základě výsledků výzkumu bylo zjištěno, že

neexistuje statisticky významná závislost výsledků testů SMBM na pohlaví, rodinném stavu, religiozitě, náplni zaměstnání a výsledném jevu. U BDI-II nebyla zjištěna závislost na žádný z faktorů. Pouze věk a doba služby byly faktory, které u respondentů inklinovaly k vyššímu skóre v testu SMBM.

Toto zjištění vytváří domněnku, že riziko rozvoje syndromu vyhoření vzniká ve spojitosti s prodlužující se dobou služby a s rostoucím věkem. Tomu odpovídá tvrzení Vlachovské (2011), která ve své práci zjišťovala spolehlivost diagnostických možností pro syndrom vyhoření. Výsledky jejího zkoumání ukázaly, že délka praxe skutečně souvisí s pociťovanou mírou vyhoření. Tohoto výzkumu se zúčastnili lidé z ohrožených skupin, kteří udávali roky strávené na stejné pracovní pozici.

Podobné závěry přinesla i studie zaměřená na hasiče, kteří se účastnili na záchranných pracích po tchajwanském zemětřesení Chi-Chi. Celkem 193 hasičů bylo podrobena dotazníkovému šetření zaměřeného na demografické údaje, na charakter záchranných prací, na psychickou a posttraumatickou morbiditu a na strategii zvládání stresu. Bylo zjištěno, že se vyšší věk a delší doba služby podepisují na psychických chorobách či posttraumatických poruchách. (Chang a kol., 2008)

Smetáčková (2018) došla k podobnému závěru, když zjišťovala v rámci své akademické práce syndrom vyhoření u učitelů a učitelek mateřských škol. Výsledky jejího zjištění ukázaly, že s prodlužující se praxí roste i riziko rozvoje syndromu vyhoření.

Na rozdíl od syndromu vyhoření nebyl v rámci této práce zjištěn žádný faktor, který by mohl být považován za podezřelý z dosažení vyšších výsledků v testu BDI-II. Na základě výsledků tak není možné jednoznačně určit, který ze

zjišťovaných faktorů může být příčinou vzniku deprese. Je důležité podotknout, že pouze 15 respondentů v rámci tohoto výzkumu vykazovalo vyšší výsledné skóre v testu BDI-II, než které je maximální pro zařazení do kategorie minimální projevy. Při zkoumání závislostí se tak získaný výzkumný soubor ukázal jako ne zcela vhodný pro zjištění příčin deprese v rámci této práce.

Že se neprojevila žádná závislost, může být i dopadem toho, že je obecně deprese označována za psychickou poruchu, pro kterou dodnes nebyly konkrétní příčiny jednoznačně určeny. Podle odborníků stojí za rozvojem deprese kombinace více jevů, které jsou pro každého jedince trpícího depresivní poruchou individuální. Nejčastěji se jedná o vzájemné působení vrozených a genetických sklonů, vlivu okolního prostředí, životosprávy, prožitých událostí a sociálního prostředí. (Praško a kol., 2009)

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, test SMBM je rozdělen na jednotlivé subškály, které představují fyzické vyčerpání (SMBM-P), kognitivní vyčerpání (SMBM-C) a emoční vyčerpání (SMBM-E). Na základě provedeného výzkumu byla zjištěna závislost věku, doby služby, náplně zaměstnání a výsledného jevu na všechny nebo některou z uvedených subškál. U věku byla zjištěna slabá závislost na všechny tři subškály. To znamená, že čím je respondent vyššího věku, tím má tendence k vyšší emoční, kognitivní i psychické únavě. To odpovídá i závislosti celkového skóre SMBM, které je taktéž závislé na věku respondentů. Co se týče doby služby, byl kromě vlivu na celkové skóre SMBM zjištěn vliv na skóre SMBM-E. Tím bylo zjištěno, že čím déle jsou respondenti ve služebním poměru, tím více u nich dochází k emoční únavě.

U výsledného jevu byla zjištěna závislost na SMBM-E. I když byl v rámci hledání odpovědi na výzkumnou otázku tento výsledek označen za nedostatečně relevantní, shoduje se s potvrzením hypotézy, která byla

předmětem studie zaměřené na vztahy pracovního očekávání, pracovního řízení a vyhoření u francouzských hasičů. Hypotéza se zabývala spojením emočního vyčerpání s pracovními požadavky. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že nenaplnění původního očekávání skutečně může mít vliv na emoční vyčerpání hasičů. (Lourel a kol., 2008)

Dále byla zjištěna závislost náplně zaměstnání na SMBM-P. Zde se objevil překvapující jev, kdy byly zjištěny sklony k fyzickému vyčerpání nikoliv u výjezdových hasičů, ale u respondentů, kteří v takovém pracovním zařazení nejsou.

Dalším z úkolů práce bylo zkoumání souvislosti výsledků testů SMBM a BDI-II. Zde se na základě provedené analýzy objevila střední závislost testu BDI-II na test SMBM. Znamená to, že respondenti, kteří dosahují vyšších výsledků v testu BDI-II, dosahují také vyšších výsledků v testu SMBM.

V rámci diplomové práce byly kromě výzkumné otázky stanoveny tři hypotézy: **Hypotéza H1:** „Syndrom vyhoření se častěji vyskytuje u zaměstnanců, kteří nepracují v třísměnném režimu služby.“, **Hypotéza H2:** „Ze zaměstnanců, kteří nepracují v třísměnném režimu služby, se příznaky deprese objevují více u žen, než u mužů.“ a **Hypotéza H3:** „Respondenti s vysokým skóre v testu BDI-II dosahují i vysokého skóre v testu SMBM.“.

Tvrdková (2014), která se ve své práci zaměřila na syndrom vyhoření u příslušníků HZS ČR, zjišťovala, jestli je k syndromu vyhoření náchylnější pracovní pozice operačního technika nebo výjezdového hasiče. Výsledky této studie ukázaly, že symptomy syndromu vyhoření se objevují více u operačních techniků než u výjezdových hasičů. Na základě tohoto tvrzení se závěrem Tvrdkové autor této práce inspiroval. Místo operačních techniků byli do

výzkumu v rámci této práce zahrnutí kromě výjezdových hasičů i zaměstnanci, kteří nepracují v třísměnném režimu služby. Výzkumný soubor byl tedy rozdělen na výjezdové a nevýjezdové hasiče. Byla stanovena Hypotéza H1: **Syndrom vyhoření se častěji vyskytuje u zaměstnanců, kteří nepracují ve třísměnném režimu služby.** Na základě výsledků dosažených v naší práci bylo zjištěno, že mezi pracovní pozicí a výsledky testu SMBM, který zkoumá míru syndromu vyhoření, neexistuje žádná souvislost. Hypotéza H1 byla zamítnuta. Je však důležité zmínit, že se objevila závislost pracovní pozice na podkategorii testu SMBM, která zjišťuje míru fyzického vyčerpání (SMBM-P). Ukázalo se, že hasiči, kteří nepracují v třísměnném režimu služby, vykazují vyšší hodnoty v kategorii SMBM-P, tedy pocívuji vyšší tělesnou únavu.

Ptáček a kol. (2016) v rámci své studie ověřoval validitu a reliabilitu české verze testu BDI-II. Výzkumný vzorek pro provedení této studie tvořilo 1027 respondentů. Celkový počet tvořil nerovnoměrný podíl mužů (52,8 %) a žen (47,2 %). Výsledky výzkumu ukázaly značný rozdíl mezi pohlavími, kdy ženy dosahovaly v testu BDI-II výsledků vyšších.

Na základě tohoto byla stanovena Hypotéza H2: **Ze zaměstnanců, kteří nepracují v třísměnném režimu služby, se příznaky deprese objevují více u žen, než u mužů.** Po provedení Bartlettova testu nebyla zaznamenána ani shoda rozptylů, tím pádem nemohl být proveden následný test závislosti (ANOVA). Znamená to tak, že nebyla objevena žádná statisticky významná závislost výsledků testů BDI-II na pohlaví. Nutno podotknout, že výzkumný vzorek pro tuto hypotézu nebyl příliš reprezentativní. Celkem bylo možné do této analýzy zahrnout pouze 59 respondentů. Ačkoliv byla na základě výsledků Hypotéza H2 zamítnuta, bylo by na místě toto zkoumání rozšířit a opakovat na vzorku o větším zastoupení mužů i žen.

K výraznějšímu výskytu u žen se vyjádřil Anders (2013, s. 6), který ve své publikaci tvrdí, že deprese postihuje ženy dvakrát častěji než muže. Upozorňuje však, že je tento fakt objasněn pouze částečně. Jedním z důvodů může být vliv chromozomu X či nestabilita způsobená menstruačním cyklem. Dalším důvodem může být mužská neochota přiznat depresivní pocity a příznaky profesionálovi. Místo odborné pomoci se snaží se svým problémem vypořádat sami, např. pomocí alkoholu. Proto je míra diagnostiky deprese u mužského zastoupení slabší.

Demlová (2011) pracovala na projektu, který byl zaměřen na obohacení znalostí a vědomostí v problematice syndromu vyhoření. Část práce věnovala i posouzení podobnosti syndromu vyhoření a deprese. Sama tak v práci udává, že se příznaky syndromu vyhoření mísí s příznaky deprese a stresu. Objevil se tak předpoklad, že by mohli respondenti dosahující vyššího skóre v jednom testu současně dosahovat vyššího skóre v testu druhém. Tato domněnka byla pohnutkou ke stanovení Hypotézy H3: **Respondenti s vysokým skóre v testu BDI-II dosahují i vysokého skóre v testu SMBM.** Po provedení statistické analýzy byla zjištěna střední závislost výsledků testu BDI-II na výsledky testu SMBM. Hypotéza H3 se tak potvrdila.

Potvrzení této hypotézy nepřineslo příliš překvapivé zjištění. Na podobnost příznaků syndromu vyhoření a deprese je upozorňováno v mnoha publikacích.

Syndrom vyhoření, který má řadu podobných projevů jako deprese, je dopadem přičiněným negativním působením profesního prostředí. I přes téměř identické pocity a symptomy je u lidí trpících syndromem vyhoření často dobře identifikovatelná příčina. Zatímco deprese může mít příčinu jakoukoliv, syndrom vyhoření je vázán výhradně na vykonávanou profesi. Aby mohly být

obě poruchy obstojně řešeny, je důležité umět rozeznávat jednu od druhé. (Kebza a Šolcová, 2003)

K potřebnému odlišení syndromu vyhoření od deprese a dalších poruch by podle Brečky a kol. (2018) mohlo pomoci kombinovat více standardizovaných testů, které jsou určené k jejich odhalení. V této diplomové práci byly v souladu s tímto doporučením použity testy SMBM pro zjištění míry syndromu vyhoření a BDI-II pro zjištění míry deprese. I přes vzájemnou závislost výsledků obou testů bylo díky použití kombinace možno zaznamenat určité rozdíly, které mohou pomoci při diagnostice rozvoje syndromu vyhoření nebo deprese. Tato metoda spočívající v kombinování testů se tak ukázala jako účinná.

Výsledky praktické části této práce přinesly podle autora spolehlivý přehled o výskytu deprese a syndromu vyhoření. Za spolehlivý je považován z důvodu vysoké účasti respondentů při vyplňování dotazníků, kterého se zúčastnilo více než 50 % respondentů, pro které byl dotazník tvořen. Současný stav výskytu deprese a syndromu vyhoření působí na základě výsledků výzkumu této práce uspokojivě. Je zřetelné, že syndrom vyhoření ani deprese netvoří u testované skupiny významnou hrozbu, která by vyžadovala akutní řešení. Ke stejnému závěru došla i Tvrdková (2014), která své šetření aplikovala na 147 hasičích sloužících v Praze a ve Středočeském kraji. I v případě jejího zkoumání nebyla zaznamenána významná míra výskytu syndromu vyhoření.

I přes optimisticky působící situaci je však důležité nezapomínat, že je práce hasiče skutečně psychicky náročná a stále je ve směru zachování duševní pohody prostor pro zlepšení. Psychická stabilita je jedním ze základních pilířů osobnosti hasiče. Kromě individuálních způsobů, které by měl každý hasič v rámci osobní psychohygieny ovládat, je nejsilnější nástroj pro rehabilitaci psychiky hasičů Psychologická služba HZS ČR.

Psychologická služba HZS ČR se za dobu svého působení zformovala do značně odborné, důvěryhodné a dostupné složky nejen pro veřejnost, ale i pro hasiče. Je tedy neustálou možností opory pro hasiče, kteří cítí, že je jejich psychický stav narušen a kteří potřebují odbornou pomoc. Co se týče péče o příslušníky a zaměstnance, je působnost Psychologické služby HZS ČR rozdělena do dvou směrů. Jednak poskytuje posttraumatickou péči, ale také zajišťuje odborné, psychologické poradenství pro řešení osobních i pracovních záležitostí. (ČESKO, 2018)

I přes poměrně rozsáhlou působnost a profesionalitu je ze strany hasičů Psychologická služba HZS ČR vnímána ne příliš kladně. Největší úskalí je tak nikoliv v mezerách ze strany HZS ČR, ale v hasičích, kteří nechtějí Psychologickou službu HZS ČR využít.

Malík (2007) se zabýval v rámci své bakalářské práce vnímáním Psychologické služby ze strany příslušníků HZS ČR. Z jeho výzkumu bylo patrné, že by se 36 % testovaných respondentů s psychologem nikdy nesešlo a 20 % respondentů by mělo strach, že může kvůli návštěvě psychologa dojít k služebnímu poškození. Nabídku konzultace s psychologem po náročném zásahu by ho 23 % respondentů odmítlo a 32 % respondentů by bylo spíše proti. Pouze 28 % hasičů by setkání s psychologem uvítalo.

Šetření, které prováděla Sotolářová (2006), se týkalo informovanosti a využívání Psychologické služby HZS ČR ze strany hasičů. Ačkoliv výsledky její studie ukázaly, že je povědomí hasičů o činnostech a možnostech této služby dostačující, využití ze strany hasičů je minimální. Většina respondentů uvedla, že Psychologickou službu nikdy nevyužili a to nejčastěji kvůli tomu, že si, dle svého názoru, dokázali pomoci sami.

Ordinování vlastní terapie poměrně často souvisí s užíváním alkoholu, nikotinu a dalších omamných látek. Řada studií však poukazuje na druhotné problémy spojené s touto cestou zvolenou pro řešení vlastních problémů.

Tímto tématem se zabývala americká průřezová studie, která zjišťovala výskyt deprese a následnou souvislost s nespavostí, užíváním nikotinu, pitím alkoholu a dalšími negativními jevy. Studie se zúčastnilo 112 hasičů, kteří absolvovali výzkumné šetření. Jako nástroj pro zjištění míry deprese byl použit BDI-II test. Na základě výsledků tohoto testu bylo zjištěno, že výskyt deprese mezi hasiči je mírný. 89,2 % z celku netrpělo depresivními příznaky vůbec nebo minimálně. I přes nízkou prevalenci deprese bylo na základě výsledků studie zjištěno, že mají hasiči trpící depresí ve větší míře problémy se spánkem, a dále mají sklony ke konzumaci většího množství alkoholu. Současně bylo zjištěno, že lidé trpící nespavostí pociťují narušení duševní pohody. V závěru hodnocení této studie bylo dále poukazováno na vliv užívání kofeinu a nikotinu, které vede k ovlivnění psychického stavu. Vzájemné korelace všech negativních jevů narušují psychické i fyzické schopnosti a dovednosti hasiče. Tím jsou pak ohrožené veřejné zájmy spojené s hasičskou profesí, které souvisí se zdravím a životy obyvatel. Podle autorů této studie by mělo být depresi u hasičů věnováno více času v rámci studií, které se současně zaměří na problémy týkajících se konzumace alkoholu, nikotinu, kofeinu; nespavosti a narušení duševní harmonie. (Carey a kol., 2011)

Na negativní propojení deprese, poruch spánku a užívání alkoholu u hasičů byla zaměřena studie Smithové (2018), která zkoumala hasiče z Houstonu. Výzkumný soubor tvořilo celkem 639 hasičů. Výsledky prokázaly vysokou souvislost mezi stresem, depresivními příznaky, užíváním alkoholu a nespavostí. Autorka v závěru vyzývá k dalším výzkumům v rámci této problematiky.

Dotvoření obrazu týkajícího se tématu této diplomové práce bylo předmětem konzultace, která byla autorovi práce poskytnuta ze strany psychologky HZS Plzeňského kraje, Mgr. Blanky Rauscherové. V rámci diskuze byla probírána témata týkající se problematiky této práce.

Na základě této konzultace bylo zjištěno, že je Psychologická služba HZS Plzeňského kraje využívána poměrně často. Co se týče řešených problémů ze strany hasičů, nejčastěji se jedná nikoliv o věci služební, ale o záležitosti soukromé, které bývají spojené s rodinným životem či finanční situací. Často se nejedná ani o závažné případy. Tvrzení o nízkém využívání psychologické služby se tak jeví jako diskutabilní.

Podle Koncepce Psychologické služby HZS ČR je již při posuzování uchazečů o služební poměr kladen důraz na hodnocení osobnostní charakteristiky, intelektového potenciálu, poznávacích procesů a odolnosti proti zátěži. Systém, který má za úkol vybrat vhodného jedince pro služební poměr, je výsledkem dlouhodobého procesu. Jeví se tak jako nástroj, který by měl zapříčinit kvalitní výběr vhodných lidí, kteří splňují určité dispozice. Jedna z těchto dispozic je i psychická odolnost a stálost. (ČESKO, MV – GŘ HZS ČR, 2018) Dle slov psychologky HZS Plzeňského kraje je proto už při přijetí hasičů do služebního poměru nízký předpoklad, že by měli trpět depresí, syndromem vyhoření a jinými psychickými poruchami.

Přece jen však není vyloučeno, že se psychický stav hasiče nenaruší. V tomto případě je jedna z možností pomoci využití Psychologické služby HZS ČR. V souvislosti s tímto bylo ze strany paní Rauscherové několikrát upozorněno, že Psychologická služba HZS ČR poskytne pomoc hlavně těm, kteří o tuto pomoc požádají. To je důvodem, proč se o činnosti Psychologické služby často neví. Obecně je sezení a konzultace s psychologem osobní záležitostí, která má

určité zásady diskrétnosti a anonymity. I to může být důvodem, proč se zdá být Psychologická služba HZS ČR příliš nevyužívána.

Součástí konzultace byly ze strany autora položeny otázky, které se týkaly nedostatků a návrhů na opatření. Konkrétně byla jedna z otázek směřována na sledování psychického stavu v průběhu služebních let. Podle Koncepce Psychologické služby HZS ČR je každý příslušník podroben psychologickým testům při změně pracovní pozice zpravidla z nižší na vyšší. Každá pracovní pozice má v tomto ohledu podrobně definované oblasti osobnosti, ve kterých by měl vybraný příslušník splňovat dostatečné schopnosti a dovednosti. (ČESKO, MV – GŘ HZS ČR, 2018) Je nutné zdůraznit, že mezi psychotesty před přijetím do služebního poměru a psychotesty spojenými se změnou pracovní pozice jiná forma zjištění psychické formy hasiče neprobíhá. Vysvětlení ze strany paní Rauscherové bylo logické. Hasiči jsou, jak již bylo zmíněno, přijati do služebního poměru na základě určitých dispozic. Následně jsou seznámeni o možnostech psychologické pomoci, kterou jim zajišťuje HZS ČR. Současně probíhají v souladu s odbornou přípravou školení týkající se posttraumatické péče a psychologické pomoci. Celý proces vzdělávání a jednání v rámci psychologické pomoci je ještě obohacen o semináře, besedy a prezentace poskytované TPP v čele s psychologem HZS kraje. Souhrn těchto činností by měl výskyt psychické poruchy nebo disharmonie u hasičů redukovat na akceptovatelnou mez.

I přes to však byla paní Rauscherovou poskytnuta informace týkající se vize zdokonalení současného stavu. Jelikož je psychologická pomoc v rámci Psychologické služby HZS kraje omezená počtem odborníků, není v jejích silách dohlížet na požadovaný stav a následný rozvoj v rámci psychologické služby na stanicích. Proto se zrodila myšlenka, že by mohl být zrealizován odborný projekt, který by měl zajistit psychickou oporu přímo, a to napříč celou

republikou. Vize tohoto projektu je taková, že dojde ke zdokonalení schopnosti velitelů při práci s lidmi, v sociálních vztazích a v poskytnutí psychologické pomoci. Konkrétně by se mělo jednat o školení, které budou moci provádět členové TPP nebo právě velitelé bez přítomnosti psychologa. Aby tak mohlo být činěno, je nezbytné zprostředkovat podpůrný materiál, který má za cíl informovat o určitých oblastech, vztahujících se ke zvládnání dlouhodobé zátěže a podpořit zvládnání nežádoucích jevů svépomocí. Součástí tohoto materiálu bude odborná část, sebezkušenost a diskuze reflektující průběh školení. Podle slov paní Rauscherové je tento projekt již ve fázi realizace, a to za spolupráce několik psychologů působících pod záštitou Psychologické služby HZS ČR.

Výsledky této práce ukázaly, že burnout syndrom a deprese nejsou u příslušníků a zaměstnanců HZS Plzeňského kraje příliš vyskytujícími se jevy. I přes uspokojivou situaci je stále nezbytné řešit aktivní případy a stále sledovat situaci a redukovat působící hrozby, které by mohly zapříčinit rozvoj těchto psychických chorob. Na základě uvedených skutečností je zřejmé, že HZS ČR disponuje možností kvalitního poskytnutí jakékoliv psychologické pomoci pro své zaměstnance díky zřízení Psychologické služby HZS ČR. Podle názoru autora této práce je největší problém na straně hasičů, kteří si v případě narušení duševní harmonie chtějí zachovat úctu a důstojnost, a brání se tak obrátit na odbornou pomoc. Dalším možným důvodem může být obava ze ztráty pracovní nebo sociální pozice mezi kolegy ve směně. Stres, deprese či jiné nežádoucí nálady se při neřešení dostávají do fáze stagnace a stávají se chronickými problémy, které si jedinci často nechtějí připustit. Přes domněnku, že je vše v naprostém pořádku, se snaží hasiči normálně fungovat a své problémy staví do ústraní. I toto může být bohužel důvodem uspokojivých výsledků této diplomové práce. Zaručit objektivní a pravdivé vyplnění je u dotazníkového šetření nemožné. Stále tak existuje podezření, že někteří hasiči

nevyplňovali dotazníky podle pravdy. Výsledky této práce by tak bylo vhodné ověřit další studií, která by ideálně využila odlišnou výzkumnou metodu.

Již bylo zmíněno, že se ze strany Psychologické služby HZS ČR objevila naděje, která by mohla vyplnit mezery v psychologickém učení mezi hasiči. Náplň práce hasiče vyžaduje určitou odolnost. Je tak očekávatelné, že hasiči nebudou chtít ventilovat osobnostní změny, které vnímají jako slabosti. Bylo by určitě vhodné, kdyby byl tento „přežitek“ postupně z hasičské profese odstraňován. Dále by bylo přínosné, aby se hasiči sami naučili rozeznávat skutečné problémy, kterým se následně postaví čelem a budou je efektivně řešit. Určité zlepšení by tak mohl přinést zmiňovaný projekt, který připravuje Psychologická služba HZS ČR. Hasiči by se mohli s psychologií seznámit nenásilnou metodou, při které by sami hráli určitou roli v celém učení. Kromě zlepšení komunikačních dovedností a utvrzení kolegiálních vztahů by hasiči měli dospět k poznání, že každý je jen člověkem, který může být obětí psychických změn. Na základě toho by měli být hasiči schopni usoudit, že odkládání řešení problému může mít kontraproduktivní a vícenásobné dopady. Vidina zlepšení celkové situace by tak mohla souviset s prohlubováním psychologických znalostí a dovedností hasičů na každé pozici.

Aby toto mohlo být uskutečněno, je důležité zvolit efektivní cestu, jakou bude zmiňovaná metoda aplikována. Na základě konzultace s psycholožkou HZS Plzeňského kraje tak bude záležet především na velitelích družstva, kteří v rámci náplně své pracovní pozice zaujímají roli prostředníků mezi hasiči a dalšími nadřízenými. Měli by být tak schopni jednat v souladu s náležitostmi a povinnostmi svojí pozice takovým způsobem, aby bylo zajištěno fungování směny na nejvyšší možné úrovni. Aby to mohlo takto fungovat, je nezbytné zdokonalovat dovednosti související s prací s lidmi a to například za použití copingových strategií, supervize, atp. Zavedení směnové supervize a dalších

preventivních strategií by mělo být podle autora této práce předmětem další diskuze.

Z výsledků této diplomové práce dále vyplývá jako nejpravděpodobnější příčina rozvoje syndromu vyhoření věk a doba služby. Je nutné podotknout, že HZS ČR se snaží negativní dopady prodlužující se doby služby a zvyšujícího se věku kompenzovat zvyšováním platového stupně (na základě odsloužených let) a výsluhou. Je však zřejmé, že finanční uspokojení nemusí být dostatečné. Vyšší předpoklad k syndromu vyhoření u zkušenějších a starších hasičů vyžaduje jistou pozornost a to hlavně kvůli přínosu těchto hasičů pro zájmy celého sboru. Zkoumání příčiny vyššího výskytu syndromu vyhoření u zkušenějších hasičů by tak mohlo být předmětem dalšího zkoumání, které by ve výsledku přineslo poznatky použitelné pro návrh ke zlepšení situace. S největší pravděpodobností je příčinou rozvoje syndromu vyhoření kombinace negativních jevů, které byly zmíněné v kapitole týkající se náročnosti hasičské profese, a které na příslušníky působí příliš dlouhou dobu.

7 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat výskyt deprese a syndromu vyhoření mezi profesionálními hasiči v Plzeňském kraji. Dále byla zkoumána závislost výsledků použitých testů na zjištění míry deprese a syndromu vyhoření na zjištěných faktorech. Pro zjištění výskytu a míry deprese byl použit BDI-II test a SMBM test pro zjištění výskytu a míry syndromu vyhoření. Zjištěná data byla nadále předmětem statistické analýzy.

Získaná data ukázala depresi a syndrom vyhoření jako ne příliš častý jev mezi testovanými respondenty. Z celkového počtu 388 respondentů se u 178 (45,88 %) respondentů neobjevily příznaky syndromu vyhoření žádné a 148 (38,14 %) respondentů pociťovalo pouze velmi mírné projevy. U deprese se z celkového počtu 388 respondentů pouze u 15 (3,87 %) respondentů projevíly projevy závažnější, než velmi mírné (kategorie představující normu).

Statistická analýza prokázala závislost výsledků testu SMBM na věku a době služby. Současně byla zjištěna závislost fyzické únavy (SMBM-P) na povaze zaměstnání u respondentů nepracujících v třisměnném režimu služby. Při zjišťování vzájemné závislosti výsledků testu SMBM a BDI-II byla prokázána střední závislost výsledků SMBM testu na výsledcích BDI-II testu. To znamená, že respondenti vykazující vyšší skóre v BDI-II testu současně vykazovali vyšší výsledky v SMBM testu. V rámci zjišťování důležitosti naplnění očekávaných potřeb byla zjištěna slabá závislost emoční únavy (SMBM-E) na výsledném jevu. Na základě zjištěných výsledků byly vyvráceny Hypotézy H1 a H2. Hypotéza H3 byla potvrzena. Jedním z cílů bylo nalézt odpověď na předem položenou výzkumnou otázku. Z důvodu nepředpokládaného jevu při vyplňování dotazníku byla výzkumná otázka vyhodnocena operativním způsobem.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BDI-II	Beck Depression Inventory Second Edition
BM	Burnout Measure
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
CISM	Critical Incident Stress Management
CPS	centrální požární stanice
DSM-4	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. vydání
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. vydání
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
IZS	integrovaný záchranný systém
MBI	Maslach Burnout Inventory
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MKN-11	Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize
MV - GŘ HZS ČR	Ministerstvo vnitra - generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky
NS	nespecifikovaná
OLBI	Oldenburg Burnout Inventory
PS	požární stanice
SMBM	Shirom Melamed Burnout Measure
SMBM-C	Shirom Melamed Burnout Measure, cognitive weariness
SMBM-E	Shirom Melamed Burnout Measure, emotional exhaustion
SMBM-P	Shirom Melamed Burnout Measure, psysical fatigue
ŠS	školící středisko
TM	Tedium Measure
TPP	tým posttraumatické péče
ÚO	územní obvod
WHO	World Health Organization

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDERS, Martin. *Deprese*. Praha: Jan Vašut, 2001. Radí vám lékař. ISBN 80-7236-195-3.
- ANDERS, Martin. *Deprese, nemoc rodu ženského?*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-318-3.
- ANDERS, Martin a Jaroslava SKOPOVÁ. *Praktické otázky diagnostiky a léčby depresivních poruch*. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-396-6.
- ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.
- BAKKER, A. B.; DEMEROUTI, E. (2007) The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*. 2007, 22, s. 309–328. ISSN 0268–3946.
- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2005. *Psyché* (Grada). ISBN 80-247-0708-X.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a Jan MACH. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0617-0.
- BREČKA, Tibor A., M. VŇUKOVÁ, J. RABOCH a R. PTÁČEK. Burnout Syndrome Among Medical Professionals: Looking for Solutions. *Activitas Nervosa Superior* [online]. 2018, 60(2), 33-39 [cit. 2021-04-15]. ISSN 2510-2788. Dostupné z: doi:10.1007/s41470-018-0018-3
- CAREY, Mary G., Salah S. AL-ZAITI, Grace E DEAN, Lorelee SESSANNA a Deborah S. FINNELL. Sleep Problems, Depression, Substance Use, Social Bonding, and Quality of Life in Professional Firefighters. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* [online]. 2011, 53(8), 928-933 [cit. 2021-04-16]. ISSN 1076-2752. Dostupné z: doi:10.1097/JOM.0b013e318225898f
- ČESKO, 2013. Zákon 361/2003 Sb., ze dne 23. září 2003, o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-361>

- ČESKO, 2015. Zákon 320/2015 Sb., ze dne 11. listopadu 2015, o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-320>
- ČESKO, MINISTERSTVO VNITRA – GŘ HZS ČR, 2018. Koncepce Psychologické služby HZS ČR pro období 2017 – 2025. Praha: MV – GŘ HZS ČR.
- DEMLOVÁ, Barbora. *Syndrom vyhoření*. Ostrava, 2011. Studijní materiál pro workshop: Syndrom vyhoření. Ostravská univerzita v Ostravě.
- FONTANA, David. *Stres v práci a v životě: jak ho pochopit a zvládat*. Přeložila Alice ZAVADILOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1033-7.
- GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-394-3.
- Hasičský záchranný sbor Plzeňského kraje. *Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. Praha: MV - GŘ HZS ČR, ©2021 [cit. 2021-03-21]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/organizacni-slozky-hzs-plzenskeho-kraje-hzs-plzenskeho-kraje.aspx>
- HAWKINS, Peter a Robin SHOHEET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Vydání druhé. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0987-4.
- HONZÁK, Radkin. *Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999. Folia practica. ISBN 80-85824-95-7.
- HÖSCHL, Cyril. *Neurobiologie deprese*. Loučky, 2013. Dostupné také z: http://www.hoschl.cz/files/4841_cz_Hoschl_Neurobiologie%20deprese-CTS%202013.pdf
- CHANG, Chia-Ming, Li-Ching LEE, Kathryn M. CONNOR, Jonathan R.T. DAVIDSON a Te-Jen LAI. Modification effects of coping on post-traumatic morbidity among earthquake rescuers. *Psychiatry Research* [online]. 2008, **158**(2), 164-171 [cit. 2021-04-11]. ISSN 01651781. Dostupné z: doi:10.1016/j.psychres.2006.07.015
- CHLOUPKOVÁ, Tereza. *Vztah strategií zvládnání stresu a osobnostních charakteristik u příslušníků Hasičského záchranného sboru ČR*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce Iva Burešová.

- JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
- 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 80-707-1231-7.
- KOVAŘÍK, Štěpán. *Deprese*. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. Klíč ke zdraví. ISBN 80-7200-686-x.
- KRISTENSEN, Tage S., et al. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005, 3, 19, ISSN 0267-8373.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071787744.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. přep. vyd. 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.
- LIMA, Eduardo de Paula, Ada Ávila ASSUNÇÃO a Sandhi Maria BARRETO. Prevalência de depressão em bombeiros. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2015, 31(4), 733-743 [cit. 2021-04-11]. ISSN 0102-311X. Dostupné z: doi:10.1590/0102-311X00053414
- Lourel M., Abdellaoui S., Chevaleyre S., Paltrier M., & Gana K. (2008). Relationships between psychological job demands, job control and burnout among Firefighters, *North American Journal of Psychology*, 10(3), 489-496.
- MALÍK, Ladislav. 2007. Názory příslušníků HZS ČR na posttraumatickou intervenční péči. 112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva, roč. VI, číslo: 6/2007, s. 13
- MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Vydání 1. Praha: Portál, 2012. 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.

- MÁŠILKOVÁ, Monika. *Stresové faktory a syndrom vyhoření u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky*. České Budějovice, 2015. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Emil Řepka.
- MCCANN, I. Lisa, Laurie A. PEARLMAN. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress* [online]. 1990, 3(1), s. 131-149 [cit. 2021-03-21]. Dostupné z: doi: 10.1007/bf00975140.
- MINIRTH, Frank B. a Iva ŠOLCOVÁ. *Jak překonat vyhoření: naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Návrat domů, 2011. ISBN 978-80-7255-252-8.
- NECHVÁTALOVÁ, Blanka. *Profesní zátěž a její vztah k životní spokojenosti u profesionálních hasičů*. Brno, 2005. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce Martin Vaculík.
- PARTSCHOVÁ, Martina. *Stres a vyhoření u příslušníků Hasičských záchranných sborů*. Olomouc, 2015. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Zdeněk Vtípil.
- PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.
- PIDRMAN, Vladimír a kol. *Deprese v interní medicíně*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 978-80-85121-69-7
- PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-656-4.
- PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2015. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0859-4.
- Psychologická služba: O nás. *Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. Praha: MV - GŘ HZS ČR, ©2021 [cit. 2021-03-21]. Dostupné z: <https://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>
- 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, Jiří RABOCH, Martina VŇUKOVÁ, Jaroslav HLINKA a Martin ANDERS. Beckova škála deprese BDI-II - standardizace a využití v praxi. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 2016, **112**(6), 270-274. ISSN 1212-0383.
- PTÁČEK, Radek & RABOCH, Jiří & KEBZA, Vladimír & ŠOLCOVÁ, Iva & VŇUKOVÁ, Martina & HLINKA, Jaroslav & KOŠTÁL, J. & HARSA, Pavel & STRAKATÝ, Š. (2017). *Czech version of the shirom melamed burnout measure*. *Československá Psychologie*. 61. 536-574.
- RABOCH, Jiří a Rudolf ČERVENÝ. *Deprese: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, [2018]. *Doporučené postupy pro praktické lékaře*. ISBN 978-80-88280-05-7.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 9788024646046.
- SCHAUFELI, Wilmar B., Michael P. LEITER a Christina MASLACH. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International* [online]. 2009, **14**(3), s. 204-220 [cit. 2021-03-21]. ISSN 1362-0436. Dostupné z: doi:10.1108/13620430910966406
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0865-5.
- SLACH, Petr. *Stres v činnosti záchranáře*. Praha, 2014. Bakalářská práce. Policejní akademie České republiky v Praze. Vedoucí práce Radek Ptáček.
- SMETÁČKOVÁ, Irena. *Zpráva z dotazníkového šetření „Syndrom vyhoření mezi učitelkami a učiteli mateřských škol“: ve spolupráci s EDUKAČNÍ LABORATOŘÍ*. Praha, 2018. Zpráva z výzkumu. Katedra psychologie Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy.
- SOTOLÁŘOVÁ, Marie. Posttraumatický intervenční tým HZS ČR. Praha, 2006: Dokument Ministerstva vnitra, Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

- ŠMAHLÍK, Stanislav. (2009). *Zátěžové situace v profesi hasiče a možnosti jejich zvládnutí*. Zlín, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Jiří Musil.
- ŠNÝDROVÁ, I.: *Manažerka a stres*. Praha: Grada, 2006, 173 s. ISBN 8024712725
- ŠVÁB, Svatoslav. *Psychologie práce pro nováčky, hasiče-záchranáře, ale nejen pro ně*. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, 2006. ISBN 8086634841.
- ŠVANDOVÁ, Marcela. *Požárníci a stres - Psychologie požárníka*. Časopis 150 Hoří, 1994, článek 1.
- TVRDKOVÁ, Denisa. *Syndrom vyhoření u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky*. Praha, 2014. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze. Vedoucí práce Zuzana Hubinková.
- UHLÍŘOVÁ, Zdeňka. *Syndrom vyhoření u učitelů základní školy*. Praha, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Vladimír KEBZA.
- VÁCLAV, Jan. *Psychická zátěž příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky*. České Budějovice, 2019. Bakalářská práce. Vysoká škola evropských a regionálních studií, z. ú. v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Michal Pathy.
- VLACHOVSKÁ, Barbora. *Syndrom vyhoření - diagnostické možnosti*. Praha, 2011. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Vladimír Kebza.
- VONÁSEK, Vladimír a Pavel LUKEŠ. *Statistická ročenka 2011*. MV–generální ředitelství HZS ČR jako přílohu časopisu 112 číslo 3/2012. Praha: MV - GŘ HZS ČR, 2012.
- 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.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019 [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

- ŽIDKOVÁ, Zdeňka *Stresová práce.*, 2009. Dostupné také z:
http://files.zdenka-zidkova-psvz.webnode.cz/200000057-2c3bf2e30b/stresova_prace-vyber_z_tisku.pdf

10 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Schéma vzniku depresivní poruchy jako výsledku působení negativních životních událostí (Praško, 2015, s. 59).....	33
Obrázek 2 Struktura HZS Plzeňského kraje (Autor, 2021)	50
Obrázek 3 Zjednodušující model zátěže hasiče (Nechvátalová, 2005, s. 67)	56

11 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 Tabulka indexů závažnosti a jejich bodové hodnocení (Anders, 2001, s. 15).....	44
Tabulka 2 Rozdělení respondentů podle pohlaví (Autor, 2021)	60
Tabulka 3 Rozdělení respondentů podle věkové kategorie (Autor, 2021)	60
Tabulka 4 Rozdělení respondentů podle doby služby (Autor, 2021).....	61
Tabulka 5 Rozdělení respondentů podle rodinného stavu (Autor, 2021)	61
Tabulka 6 Rozdělení respondentů podle zbožnosti (Autor, 2021)	62
Tabulka 7 Rozdělení respondentů podle pracovní náplně (Autor, 2021).....	62
Tabulka 8 Rozdělení respondentů podle výsledného jevu (Autor, 2021)	62
Tabulka 9 Rozdělení respondentů na základě výsledků SMBM testu (Autor, 2021).....	63
Tabulka 10 Rozdělení respondentů na základě výsledků BDI-II testu (Autor, 2021).....	63
Tabulka 11 Závislost výsledků testů na pohlaví (Autor, 2021)	65
Tabulka 12 Závislost výsledků testů na věku (Autor, 2021)	66
Tabulka 13 Závislost výsledků testů na době služby (Autor, 2021).....	67
Tabulka 14 Závislost výsledků testů na rodinném stavu (Autor, 2021)	68
Tabulka 15 Závislost výsledků testů na religiozitě (Autor, 2021)	69
Tabulka 16 Závislost výsledků testů na náplni zaměstnání (Autor, 2021)	70
Tabulka 17 Závislost výsledků testu SMBM na výsledcích BDI-II (Autor, 2021) .	71
Tabulka 18 Závislost výsledků testu SMBM na pohlaví u respondentů nepracujících v třísměnném režimu služby (Autor, 2021).....	72
Tabulka 19 Závislost výsledků testů na výsledném jevu Škály očekávaných a naplněných potřeb (Autor, 2021).....	77

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník pro zjištění míry deprese a syndromu vyhoření u hasičů HZS Plzeňského kraje.....	106
--	-----

Příloha 1 Dotazník pro zjištění míry deprese a syndromu vyhoření u hasičů HZS Plzeňského kraje

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva
Sportovců 2311
272 01 Kladno



Vážení kolegové, vážené kolegyně,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následující dotazníku. V současné době jsem v posledním ročníku studia na ČVUT – FBMI a tento dotazník je nezbytný pro zpracování mé závěrečné diplomové práce, která je zaměřena na syndrom vyhoření a míru stresu u příslušníků a zaměstnanců HZS Plzeňského kraje. Hlavním cílem této práce je zmapovat současnou situaci v uvedené oblasti, na základě získaných dat o celé problematice pojednat a navrhnout opatření, která by vedla ke zlepšení současné situace. Dotazník je určen výhradně pro příslušníky a zaměstnance HZS Plzeňského kraje. Pro uspokojivý výsledek celého výzkumu je důležitá vysoká návratnost vyplněných dotazníků, proto Vás tedy všechny prosím o plnohodnotné a úplné vyplnění dotazníku. Dotazník je pochopitelně anonymní, je tvořen třemi částmi a jeho kompletní vyplnění by nemělo zabrat více než 10 minut. Pro zajištění důvěryhodnosti je dotazník předkládán s vědomím ředitele HZS Plzeňského kraje brig. gen. Ing. Františka Pavlase.

Předem Vám moc děkuji za ochotu a spolupráci

Jan Šašek, CPS Košutka

Pohlaví:

- muž
- žena

Jaký je Váš věk?

- 18 – 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 let a více

Jak dlouho sloužíte/pracujete u HZS?

- méně než 1 rok
- 1 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 let a více

Jaký je Váš rodinný stav?

- svobodný/á
- ženatý, vdaná
- rozvedený/á
- ovdovělý/á

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

- ano
- ne

Pracujete jako výjezdový hasič v třísměnném režimu služby?*

- ano
- ne

U následujících dvou otázek označte libovolný počet odpovědí:

Proč jste si zvolil/a Vaši současnou profesi (jaké potřeby jste chtěl/a v profesi uspokojit)?

- Finanční
- Jistota (zaměstnání)
- Být přijímaný/á
- Vzrušení
- Rozumět (vzdělávání)
- Být potřebný/á
- Smyslu
- Moci
- Dostatek volného času
- Spirituální
- Inovací
- Sociální status
- Nezávislosti

Co Vám Vaše současná profese přináší v současnosti (jaké potřeby Vám uspokojuje)?

- Finanční
- Jistota (zaměstnání)
- Být přijímaný/á
- Vzrušení
- Rozumět (vzdělávání)
- Být potřebný/á
- Smyslu
- Moci
- Dostatek volného času
- Spirituální
- Inovací
- Sociální status
- Nezávislosti

*třísměnný režim služby – střídání příslušníků ve třech směnách v rámci 24 hodin po sobě jdoucích (zák. č. 361/2003 Sb.)

Shirom – Melamedova škála

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, zažil/a každý z následujících pocitů:

Jak často jste se takto cítil/a 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 a zákazníků**	1	2	3	4	5	6	7
E	13. Cítím, že nejsem schopen/-a citově investovat do spolupracovníků a zákazníků	1	2	3	4	5	6	7
E	14. Cítím, že nedokážu být milý/-á na spolupracovníky a zákazníky	1	2	3	4	5	6	7

**vnímájte jako právnickou nebo fyzickou osobu, která je předmětem Vámi vykonávané činnosti

Dotazník BDI – II

Nejdříve si přečtete všechna tvrzení v určité skupině a označte to, které Vás nejlépe charakterizuje. Pokud myslíte, že platí obě varianty, rozhodněte se pro tu, která Vám více vyhovuje, nebo naopak vynechejte tu, jež Vám více nevyhovuje za posledních 7-14 dní.

1, Smutek

- necítím se smutný/-á
- cítím se posmutnělý/-á, sklíčený/-á
- jsem stále smutný/-á a smutku se nedokážu zbavit
- jsem tak nešťastný/á, že to nemohu snést

2, Pesimismus

- příliš se budoucnosti neobávám
- budoucnosti se obávám
- vidím, že se už nemám na co těšit
- vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit

3, Minulá selhání

- nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly
- v životě jsem měl/-a více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé
- vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů
- vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel/-ka) plně selhala/-a

4, Ztráta radosti

- jsem v podstatě spokojen/-a
- věci mě už netěší tak, jako dříve
- nic mi již nepřináší uspokojení
- ať dělám cokoliv, jsem nespokojen/-a

5, Pocity viny

- netrpím pocity viny
- často mívám pocity viny
- hodně často mívám pocity viny
- stále trpím pocity viny

6, Pocit potrestání

- nemám pocit, že bych měla/-a být za něco potrestána/-a
- mám pocit, že bych mohl/-a být za něco potrestána/-a
- očekávám, že budu nějak potrestán/-a
- vím, že budu potrestán/-a

7, Znechucení sám ze sebe

- necítím se příliš zklaman/-a sám (sama) sebou
- zklamal/-a jsem se v sobě
- jsem dosti znechucen/-a sám (sama) sebou
- nenávidím se

8, Sebekritika

- necítím se horší než kdokoliv jiný
- mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb
- stále si vyčítám všechny své chyby
- za všechno špatné mohu já

9, Sebevražedné myšlenky nebo přání

- nepřemýšlím o sebevraždě
- někdy pomýšlím na sebevraždu
- často přemýšlím o sebevraždě
- kdybych měl/-a příležitost, tak bych si vzal/-a život

10, Plačtivost

- nepláču více než obvykle
- pláču nyní častěji než předtím
- pláču nyní stále, nedokážu přestat
- nemohu už ani plakat

11, Agitovanost

- nejsem nyní podrážděnější více než obvykle
- jsem často podrážděný/á a rozladěný/á
- jsem stále podrážděný/á a rozladěný/á
- nemohu se již rozčilit ani věcmi, které mě dříve rozčilovaly

12, Ztráta zájmu

- neztratil/-a jsem zájem o ostatní lidi
- mám menší zájem o ostatní lidi
- ztratil/-a jsem většinu zájmu a ostatní lidi
- ztratil/-a jsem všechn zájem o ostatní lidi

13, Nerozhodnost

- dokážu se většinou v běžných situacích rozhodnout
- odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve
- mám značné potíže v rozhodování
- vůbec se nedokážu rozhodnout

14, Pocit bezcennosti

- nemám větší starosti se vzhledem než dříve
- mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně
- mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, vypadám dost nepěkně
- mám pocit, že vypadám hnusně až odpu

15, Ztráta energie

- práce mi jde jako dříve
- musím se nutit, když chci začít něco dělat
- dá mi velké přemáhání, abych cokoliv udělal/-a
- nejsem schopen (schopna) jakékoliv práce

16, Změna spánku

- spím stejně dobře jako dříve
- nespím již tak dobře jako dříve
- probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu pak již spát
- denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně

17, Únava

- necítím se unavenější než dříve
- unavím se snadněji než dříve
- téměř všechno mě unavuje
- únava mi zabraňuje cokoliv dělat

18, Změny v chuti k jídlu

- mám svou obvyklou chuť k jídlu
- nemám takovou chuť k jídlu jako dříve
- mám mnohem menší chuť k jídlu
- zcela jsem ztratil/-a chuť k jídlu

19, Hubnutí

- v poslední době jsem nezhubl/-a
- v poslední době jsem zhubl/-a o více než 2,5 kg
- v poslední době jsem zhubl/-a o více než 5 kg
- v poslední době jsem zhubl/-a o více než 7,5 kg

20, Zvýšené obavy o zdraví

- nestarám se o své zdraví více než obvykle
- nyní mi dělají starosti různé bolesti po těle, žaludek, zácpa, srdce, apod.
- velice často myslím na tělesné obtíže
- moje bolesti a těžkosti mě zcela vyčerpávají

21, Ztráta zájmu o sex

- nepozoruji snížení zájmu o sex
- mám menší zájem o sex než dříve
- mám o hodně menší zájem o sex než dříve
- ztratil/-a jsem úplně zájem o sex