



ČESKÉ VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V PRAZE

FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ
Katedra zdravotnických oborů a ochrany obyvatelstva

**Problematika syndromu vyhoření zdravotníků
pracujících na COVID jednotkách intenzivní
péče v době koronavirové pandemie**

**The Problem of Burnout Syndrome among
Healthcare Professionals in COVID Intensive
Care Units during the Coronavirus Pandemic**

Diplomová práce

Studijní program: Civilní nouzové plánování

Autor diplomové práce: Bc. Barbora Kalinová

Vedoucí diplomové práce: MUDr. Jaromír Víték

Kladno 2022



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

I. OSOBNÍ A STUDIJNÍ ÚDAJE

Příjmení: **Kalinová** Jméno: **Barbora** Osobní číslo: **503701**
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:

Problematika syndromu vyhoření zdravotníků pracujících na COVID jednotkách intenzivní péče v době koronavirové pandemie

Název diplomové práce anglicky:

The Problem of Burnout Syndrome among Healthcare Professionals in COVID Intensive Care Units during the Coronavirus Pandemic

Pokyny pro vypracování:

Předmětem diplomové práce bude problematika syndromu vyhoření zdravotníků, kteří poskytují během koronavirové pandemie intenzivní péči na COVID jednotkách. Teoretická část bude pojednávat o syndromu vyhoření, jeho fázích, příznacích a léčbě. Následně bude stručně zmíněn režim a náplň práce na COVID jednotkách intenzivní péče. V praktické části bude pomocí standardizovaných metod BDI-II a SMBM provedeno šetření pro zjištění míry ohrožení syndromem vyhoření na vzorku zdravotnických pracovníků pohybujících se na COVID jednotkách intenzivní péče. Ze získaných dat bude provedena statistická analýza včetně korelace mezi jednotlivými faktory (např. gender, věk, délka praxe, vztah k vyhoření). Dle výsledků analýzy budou vyhodnoceny faktory, nejvíce se podílející na syndromu vyhoření a bude navržena prevence syndromu vyhoření u daných pracovníků.

Seznam doporučené literatury:

- [1] AYERS, S., DE VISSER, R., Psychologie v medicíně, Praha: Grada Publishing, 2015, ISBN 978-80-247-5230-3
- [2] PTÁČEK, R., RABOCH, J., KEBZA, V., Burnout syndrom jako mezioborový jev, Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-5114-6
- [3] VENGLÁŘOVÁ, M., Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing, Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3174-2

Jméno a příjmení vedoucí(ho) diplomové práce:

MUDr. Jaromír Víték

Jméno a příjmení konzultanta(ky) diplomové práce:

Datum zadání diplomové práce: **04.10.2021**

Platnost zadání diplomové práce: **22.09.2023**

doc. Mgr. Zdeněk Hon, Ph.D.
vedoucí katedry

prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D., MBA
děkan

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem Problematika syndromu vyhoření zdravotníků pracujících na COVID jednotkách intenzivní péče v době koronavirové pandemie vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů, které uvádím v seznamu bibliografických odkazů.

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

V Kladně dne 12.05.2022

Bc. Barbora Kalinová

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce panu MUDr. Jaromíru Vítkovi za jeho cenné rady, kritické ale i konstruktivní připomínky, ochotu, vstřícnost a trpělivost při všech konzultacích.

Zároveň bych touto formou chtěla poděkovat paní PhDr. Nele Chobolové, MBA, za podporu a trpělivost při konzultaci a poskytnutí odborných znalostí, zkušeností a uvedení do problematiky statistiky.

ABSTRAKT

Předmětem této diplomové práce je problematika syndromu vyhoření ve zdravotnickém prostředí, konkrétně na jednotkách intenzivní péče, v době koronavirové pandemie. Tyto jednotky byly vyčleněny a transformovány do takové podoby, aby bylo možné poskytovat specifickou péči pacientům s respiračním onemocněním COVID-19.

Práce je systematicky rozdělena do dvou částí, a to na část teoretickou a část výzkumnou. V teoretické části se především zabýváme vysvětlením základních pojmů týkajících se syndromu vyhoření, onemocnění COVID-19 a definice jednotek intenzivní péče spolu se základní péčí poskytovanou na těchto lůžkách. Součástí je taktéž definice zdravotnických pracovníků souvisejících s problematikou COVID-19

Ve výzkumné části se, pomocí standardizovaných metod, zjišťuje míra ohrožení syndromem vyhoření v řadách zdravotnických pracovníků. Následně jsou ve výzkumné části stanoveny cíle práce, hypotézy a popsána metodika výzkumu.

Data získaná při výzkumu v této diplomové práci mohou být předmětem dalšího šetření v oblasti syndromu vyhoření zdravotnických pracovníků a mohou přispět ke zkvalitnění psychosociální péče o zdravotníky.

Klíčová slova

Syndrom vyhoření, COVID-19, jednotka intenzivní péče, koronavirová pandemie, zdravotnický pracovník

ABSTRACT

The subject of this diploma thesis is the issue of burnout syndrome in the medical environment, specifically in intensive care units, during a coronavirus pandemic. These units have been designed and transformed to provide specific care to patients with COVID-19 respiratory disease.

The work is systematically divided into two parts, the theoretical part and the research part. In the theoretical part, we mainly deal with the explanation of basic concepts related to burnout syndrome, COVID-19 disease and the definition of intensive care units together with the basic care provided in these units. It also includes a definition of health professionals related to COVID-19 issues.

In the research part, using the standardized methods, the degree of threat of burnout syndrome in the ranks of healthcare workers is determined. Subsequently, the research part sets out the objectives of the work, and hypotheses and describes the research methodology.

The data obtained during the research in this diploma thesis may be the subject of further research in the field of burnout syndrome in health care workers and they can contribute to improving the psychosocial care of healthcare professionals.

Keywords

Burnout Syndrome, COVID-19, Intensive Care Unit, Coronavirus Pandemic, Healthcare Professionals

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
2.4	Hypotéza H4.....	14
3	přehled současného stavu.....	15
3.1	Syndrom vyhoření.....	15
3.1.1	Historie syndromu vyhoření.....	15
3.1.2	Teoretické zakotvení syndromu vyhoření.....	16
3.1.3	Příznaky syndromu vyhoření	20
3.1.4	Stádia vyhoření	22
3.1.5	Léčba syndromu vyhoření.....	23
3.1.6	Prevence syndromu vyhoření.....	24
3.2	Koronavirová pandemie	27
3.2.2	SARS-CoV-2.....	28
3.2.3	Onemocnění COVID-19.....	30
3.3	Očkování proti onemocnění COVID-19	36
3.3.1	Typy vakcín	36
3.3.2	Hodnocení účinnosti	38
3.3.3	Vedlejší účinky vakcinace	38
3.4	Jednotky intenzivní péče	40
3.4.1	Organizační struktura	40

3.4.2	Technické vybavení lůžka.....	41
3.4.3	Nemocní na jednotkách intenzivní péče	42
3.4.4	Personální zajištění jednotek intenzivní péče	42
4	Metodika.....	46
4.1	Struktura dotazníku – Shirom-Melamedova škála.....	46
4.2	Doplňující dotazník	47
4.2.1	Beckova škála deprese (BDI – I).....	47
4.3	Výzkumný vzorek	48
4.4	Časový interval průzkumu.....	49
5	Výsledky.....	50
6	Diskuze	93
6.1	SHRNUTÍ.....	108
7	Závěr	111
8	Seznam použitých zkratk.....	113
9	Seznam použité literatury.....	116
10	Seznam použitých grafů	120
11	Seznam použitých tabulek.....	122
12	Seznam Příloh.....	124

1 ÚVOD

V roce 2019 se lidstvo seznámilo s pojmem COVID-19. Z nenápadné lokální infekce v čínské provincii chřipkovým virem se během krátké chvíle vytvořila pandemická epidemie, která hluboce zasáhla drtivou většinu planety Země.

Pandemie nejsou novým fenoménem, z historie známe „morové rány“ postihující středověkou Evropu, epidemie tyfu, v moderních dějinách pak epidemie chřipek španělské, ptačí a jiných, epidemii HIV a nyní se potýkáme s pandemií SARS-CoV-2.

Tato pandemie zasáhla celou společnost a vyžádala si výrazné omezení a problémy v celé řadě odvětví života společnosti. Nejen v oblasti zdravotní, ale i v oblasti společenské a v neposlední řadě i v oblasti ekonomické. Pandemická opatření vedla k omezení pohybu lidí, jejich setkávání, omezila výrazně provozování některých podnikatelských činností, zejména v oblasti služeb, obrovské prostředky byly investovány do prevence a léčby nemoci. Novým příznakem bylo, tak říkajíc, sledování průběhu pandemie v přímém přenosu. Sdělovací prostředky trvale informovaly lidi o průběhu a šíření infekce, o počtech nakažených, a také o počtech zemřelých. Všechny tyto faktory výrazně ovlivnily myšlení a psychiku u všech lidí. Samozřejmě se toto všechno odrazilo i na stavu zdravotnických pracovníků, zejména pak u středního personálu tedy zdravotních sester a zdravotnických záchranářů.

Zdravotníci by měli v rámci svého profesního zatížení být schopni zvládat větší míru zatížení než nezdravotnické profese, ale zátěž má vždy své meze. Je-li tato mez překročena, může dojít k různým problémům v chování a pracovním výkonu lidí.

V rámci koronavirové krize byly zejména jednotky intenzivní péče zahlceny množstvím pacientů, kteří vyžadovali intenzivní péči, současně s tím prudce narostl počet úmrtí, což vedlo k výraznějšímu pocitu beznaděje u ošetřujícího

personálu. V souvislosti s těmito skutečnostmi jsem se rozhodla vypracovat práci, která by hodnotila situaci ve vybrané části zdravotnictví, tedy u sester a zdravotnických záchranářů.

Předmětem této diplomové práce je problematika syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků, kteří se podíleli na zvládnání koronavirové pandemie. Jak jsem již uvedla výše, byly celkově několikanásobně zvýšeny nároky na zdravotnický personál nejen v oblasti fyzické ale i psychické.

Ač se jedná o velmi závažný stav, který v některých případech vedl i k odchodu pracovníků ve zdravotnictví do jiných oborů, bylo k tomuto tématu vztahující se k době koronavirové pandemie publikováno v české odborné literatuře doposud velmi málo odborných publikací. Problematika vyhoření byla většinou pouze okrajově zmiňována v publikacích autorů, zabývajících se psychologií zdraví, psychosomatikou či psychoterapií, nebyl však systematicky zpracován. Výjimku tvoří článek H. Haškovcové z roku 1994 v časopise „Sestra“. Jedinou monotematickou prací, zabývající se touto oblastí, je kniha J. Křivohlavého „Jak neztratit nadšení“ z roku 1998. Nyní již přibývá v českých odborných časopisech publikovaných prací v oblasti psychologie, pedagogiky a zdravotnictví, kde jsou problémy, související se syndromem vyhoření, řešeny vzhledem k jejich aktuálnosti. Objevují se také četné bakalářské a diplomové práce, zabývající se problematikou syndromu vyhoření, a zároveň přibývá odborných setkání, konferencí a seminářů, kde je téma syndromu vyhoření hlavním bodem diskuze. Objevují se též české překlady některých, spíše populárněji zaměřených, zahraničních publikací o syndromu vyhoření a také články, popularizující tento problém v denním tisku. Souvislost s onemocněním COVID-19 však v podstatě v žádné z uvedených prací není zohledněn, ačkoliv zátěž zdravotnických pracovníků uvedenou pandemií je výrazný, a tedy je potřeba se jí věnovat samostatně.

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

Hlavním cílem této diplomové práce, který jsme si stanovili, je:

Zjistit míru vyhoření zdravotníků pracujících na COVID jednotkách intenzivní péče v době koronavirové pandemie.

Ke splnění stanoveného cíle práce je tedy nezbytnou součástí uskutečnit výzkum za pomoci kvantitativní výzkumné metody, který bude zaměřen na zdravotnické pracovníky, jež se pohybují v prostředí zkoumané problematiky, tedy na jednotkách intenzivní péče v době, kdy právě tyto jednotky byly uzavřeny a fungovaly jako oddělení s režimovými opatřeními pro péči o pacienty, kteří onemocněli onemocněním COVID-19. Více informací o průběhu výzkumu bude uvedeno v kapitole METODIKA, která se nachází v této diplomové práci níže.

Pro tuto diplomovou práci byly též stanoveny čtyři následující hypotézy.

2.1 Hypotéza H1

H1: Při vyhodnocení syndromu vyhoření pomocí SMBM hodnotící škály, je nejčastější výskyt v první části, tedy fyzické únavy.

2.2 Hypotéza H2

H2: Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženi zdravotničtí pracovníci mezi 30–40 rokem života.

2.3 Hypotéza H3

H3: Syndromem vyhoření jsou více ohroženy ženy než muži.

2.4 Hypotéza H4

H4: Předpokládáme, že všichni respondenti jsou seznámeni s pojmem syndrom vyhoření.

Pro tuto diplomovou práci jsme si stanovili i následující dílčí cíle:

C1: Zjistit, ve které dimenzi se bude vyskytovat největší míra vyhoření.

C2: Zjistit, současné sociodemografické složení zdravotnických pracovníků na COVID jednotkách intenzivní péče.

C3: Zjistit, zda jsou zdravotničtí pracovníci seznámeni s pojmem syndromu vyhoření.

C4: Zjistit, úroveň přístupu zdravotnických pracovníků ke svému profesnímu okolí.

3 PŘEHLED SOUČASNÉHO STAVU

3.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, nebo též známý z anglického jazyka „burnout syndrome“, je termín využívající se v souvislosti s profesemi, které jsou náročné na psychiku. Jedná se o profesionální selhávání a je následkem vyčerpanosti, která vyplývá ze stále narůstajících požadavků vycházejících z okolí pracovního prostředí nebo i od samotného jedince. Velmi často je tento psychologický jev označován jako syndrom vyhaslosti, vypálení. (Venglářová, 2011)

V obrazném pojmenování syndrom vyhoření, si lze představit původní silně hořící oheň jako symbol vysoké motivace, odhodlání, zájmu a nasazení. U jedince, kterého postihl syndrom vyhoření, přechází tento obrazný oheň k dohořívání a vyhaslosti z nedostatku paliva, které by živilo hořící oheň. (Kebza, 2003; Avers, 2015)

Syndrom vyhoření nemá zatím jednotnou definici a jeho působení se nevztahuje pouze na pracovní prostředí, ale jeho projevy můžeme sledovat i v jiných oblastech lidského života. (Kebza, 2003)

3.1.1 Historie syndromu vyhoření

Z historického hlediska je syndrom vyhoření starý jako lidstvo samo. Počátky zkoumání syndromu vyhoření sahají do 70. let 20. století, kdy se psychologové a lékaři začali zabývat celkovým psychickým stavem člověka. Zaměřovali se na vyčerpání, vyplývajícího z kognitivních funkcí, motivace a emocí, které následně ovlivňují celé vzorce chování. Pojem jako takový byl zaveden do povědomí americkým psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem, který ho jako první použil roku 1974 v časopise Journal of

Social Issues v článku „Staff burnout“. Freudenberger v článku popisuje rizika dlouhodobé práce a faktory, které by mohly vést k vyhoření. Upozorňuje přitom, že se tento jev vyskytuje především u jedinců, kteří pracují s lidmi. (Freudenberger, 1974). Ve stejné době se psycholožka Christina Maslach zaobírala vztahem mezi vypjatými emočními situacemi, vykonávanou prací a profesním životem. Následně popisovala pojem „burnout“ jako stav emocionálního vyčerpání, které velmi úzce souvisí s pracovní vyčerpáním (Schaufeli, 1993).

Doposud nasbírané znalosti a informace prokázaly, že základní princip determinující syndrom vyhoření, je možné poznat pouze za podmínkou holistického přístupu k člověku, do kterého se řadí i jeho momentální situace v oblasti zdraví a nemoci. (Kebza, 2003)

3.1.2 Teoretické zakotvení syndromu vyhoření

Na syndrom vyhoření lze nahlížet ze dvou hlavních teoretických oblastí, které jsou navzájem provázány, a to:

- filozoficko-psychologické;
- psychologicko-medicínské.

Filozoficko-psychologický náhled na syndrom vyhoření zahrnuje existencialismus. Ten byl, pro mnoho psychologů i psychiatrů, zdrojem inspirace při zamýšlení se nad syndromem vyhoření v souvislosti se zdravím a nemocí. Pro řadu těch, kteří se zabývali otázkami vztahu mezi nemocí a zdravím, byl existencialismus velmi poučným zdrojem myšlenek (patří sem např.: S. Kobasová, S. Maddi, M. Zola, A. Antonovský). Mezi nejpodstatnější otázky, které vplynuly z mnoha podnětů, vyplívajících z tohoto hnutí, byla pro psychology důležitá souvislost s krizí osamělého jedince, intelektuálně založeného a nejčastěji liberálně orientovaného. (Kebza, 2003)

Tato krize byla poprvé popsána zastánci existencialismu již po první světové válce. Vychází z totálního osamocení, vybočení z dosavadního každodenního rytmu života, dosud zaběhnutého denního režimu, kdy se v této nové situaci musí každý daný jedinec spoléhat pouze sám na sebe, na své vlastní síly. Člověk je zde prezentován jako zcela osamělý, který, v této pro něj nové situaci, je nucen uhájit si svou holou existenci. Pronásledují ho pocity úzkosti, jelikož má odpovědnost sám za sebe, a z toho vyplývající pocity beznaděje (koncepte syndromu bezmoci a beznaděje, kterou vytvořil Schmal a Engel začátkem 70. let, a koncepte bezmocnosti vytvořené v druhé polovině 60.let Abramsonem, Seligmanem a rozvíjenou dále J. Garberovou). (Kebza, 2003)

Každá takto prožívaná krize je spojena s vlastními pocity a náladami, které souvisí s prožitky osamocení, úzkosti, bezmoci, zoufalství a beznaděje, ale na druhé straně třeba i s pocity nudy, absurdity, vyplývající z celé nové situace. (Kebza, 2003)

Hlavní roli v celé situaci hraje hlavně úzkost, díky které člověk vnímá skutečnost svého vlastního postavení v okolním světě. Existencialisté kladou důraz na uvědomění si sama sebe, což si v běžném životě člověk neuvědomuje. Stereotyp jeho života mu neumožňuje, aby se náhle dostal do krajní či mezní situace. Mezi tyto situace proto patří i stavy celkového vyčerpání, ztráta motivace pro další život či profesní cíle. (Křivohlavý, 2012; Kebza, 2003)

Pro pochopení sama sebe je důležité pro člověka poznání jeho svobody. A to je podle existencialistů možné při absolutní nezávislosti člověka na společnosti a přerušení všech svazků s okolním světem. S tímto se právě setkáváme u jedinců, u kterých se vyhoření dostalo do konečné fáze. V této fázi, jestliže začne člověk pochybovat o smyslu své vlastní existence, se dostává do

stavu frustrace existenciální. Tyto stavy existenciální frustrace, působí-li dlouhodobě, potom mohou vyústit do deprese nebo neurózy–noogenní nebo existenciální anebo mohou vyústit do neschopnosti uvěřit v užitečnost nebo pravdivost a smysl všeho, co člověk vykonává. (Ptáček, 2012; Kebza, 2003)

V závěrečných fázích vyhoření potom dochází k tendenci přerušit všechna pouta s dosavadním životem, především profesionálním a tím se osvobodit od minulých prožitků a zkušeností, které jsou omezující. (Kebza, 2003)

Druhým zdrojem syndromu vyhoření je stres, který je výsledkem nerovnováhy mezi přehodnocením zdrojů a požadavků k jejich zvládnutí. Pocit, že požadavky již nelze zvládnout, vyúsťuje k vyčerpání rezerv pro zvládnání stresu. Tyto rezervy jsou nazývány různými autory různě – adaptační kapacita (adaptive capacity), zátěžová kapacita (load capacity), systémová kapacita (system capacity), vyrovnávací zdroje (coping resources), překlenovací kapacita (carving capacity). Jejich význam ale zůstává stejný, Jedná se vlastně o souhrn vrozených návyků, dovedností a dispozic, které člověk získal během svého života a při setkávání se a odolávání nejrůznější stresorům. (Kebza, 2003)

V posledních letech je věnována velká pozornost stresu psychosociálnímu, ve sféře pracovní i mimo ni. Statistická data ukazují, že více než 70 % absencí v zaměstnání z důvodu pracovní neschopnosti má příčinu v nemoci, která má souvislost se stresem. Psychosociální stres v pracovním zařazení souvisí se sociálním prostředím v práci, její organizací a obsahem. V oblasti mimo pracovního stresu se výzkum zaměřuje na problematiku každodenních nepříjemností, takzvaných mikrostresorů (hassles) a životních událostí (hypotéka, ztráta zaměstnání, nemoc atp.). Obě tyto oblasti, pracovní i mimopracovní, mohou být potom základem pro zdravotní rizika. (Kebza, 2003; Venglářová, 2011)

Obě oblasti se i vzájemně prolínají, a to tak, že nadměrné požadavky a stresogenní podmínky v jedné oblasti zasahují do prožívání oblasti druhé. A také i naopak, což znamená, že pozitivní prožitky z jedné oblasti mohou ovlivňovat příznivě i oblast druhou. (Kebza, 2003; Venglářová, 2011)

3.1.2.1 Pracovní stres a jeho kategorie

Pracovní stres je rozdělen do několika kategorií:

- problémy související se zastávajícími rolemi jedince (konflikty rolí);
- nároky, které souvisí s charakterem práce (pracovní zatížení a odpovědnost);
- organizace práce (kompetence, odpovědnost, obtížná komunikace);
- profesní perspektiva (neodpovídající a nevyužitá kvalifikace, kariéra);
- prostředí práce (hluk, teplota, bezpečnost). (Kebza, 2003)

Výzkumy ukázaly, že vysoce stresující práce má vysoké nároky na kvalitu, odpovědnost a pracovní nasazení pracovníka. Nemalou roli zde hraje autonomie pracovní činnosti, což představuje možnost pracovníka se rozhodnout o tempu práce, podmínkách a povaze práce. Ukázalo se, že kombinace vysokých nároků a nízká autonomie pracovní činnosti, jsou faktory, které mají rozhodující roli v různorodosti zdravotních důsledků a jsou rizikem pro vznik různých onemocnění. Tímto problémem se zabývá i rozsáhlý švédský výzkum B. Fleischauera a G. Aronssona, který potvrdil vyšší zdravotní rizika u pracovníků vykonávající práci s vysokými požadavky a nízkou autonomií. V zákoníku práce byl na základě těchto výsledků zaznamenán požadavek, upravit pracovní podmínky tak, aby zaměstnanec měl vliv na svou pracovní situaci. (Kebza, 2003; Venglářová, 2011)

3.1.3 Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky by se daly rozdělit do několika úrovní, ve kterých se potom projevují.

Jako první lze zařadit úroveň psychickou. Tady nastává situace, kdy dlouhotrvající úsilí a snaha o něco, vyvolává pocit, že výsledek a konečný efekt z toho vyplývající je malý, a tedy vůbec neodpovídá vynaložené námaze. Přidává se potom pocit duševního a emocionálního vyčerpání a s tím samozřejmě i významný pokles, až ztráta motivace. V oblasti emocionálního vyčerpání je únava, která je vyjádřena jako „mám toho všeho dost“, „už mě to nebaví, nedávám to, jsem na dně“. Nejedná se ale o celkový útlum a snížení emocionality. Dojde ke snížení celkové aktivity, redukuje se kreativita, není zájem o iniciativu a nadšení pro činnost. Jedinec se zamýšlí nad zbytečným úsilím své vynaložené práce, je frustrován a celá tato situace se pro něj stává bezvýchodnou a prožívá ji jako marnou. Je přesvědčen o své postradatelnosti a zbytečnosti. Tyto známky negativismu se projeví i u profesionálů při práci s lidmi, tedy ve vztahu k pacientům, zákazníkům a jiným klientům. Ztrácí se i zájem o oblasti, které souvisí s danou profesí. Negativně je hodnocena i organizace, kde je profese vykonávána. Dochází potom k redukci nadstandardních postupů na postupy rutinní. Nastává sebelítost i podrážděnost, užívání zavedených frází a stereotypních jednání. (Kebza, 2003)

Jako druhá je úroveň fyzická. Dostávají se zde vegetativní obtíže, mezi které patří často nespecifikovaná bolest hlavy, arytmie, tedy pocit bušení srdce, nemožnost se dodechnout, píchání na hrudi, potíže zažívací, a to od pocitu diskomfortu, až po konkrétní příznaky. Kolísání krevního tlaku, bolesti svalů a kloubů, bolesti zad. Organismus začíná být unavený a nepřispívá k tomu i porucha spánku, tedy odpočinku. Snižuje se tělesná aktivita, které se člověk

brání a snaží se potížit předcházet. Tím vznikají závislosti všeho druhu (na lécích, kávě, alkoholu). (Kebza, 2003)

Třetí úroveň je úroveň sociálních vztahů. Jedinec redukuje kontakty s lidmi – klienty v dané profesi, s kolegy i osobami, které mají k dané činnosti určitý vztah. Nemá zájem a ani neočekává hodnocení od druhých osob. Nemá chuť vykonávat danou profesi, plnit harmonogram práce nebo vypracovávat dohody či termíny vyplývající v dané profesi. Toto se také projevuje u osob s původně vysokou empatií k dané profesi, tato se stává významně nízkou a jde ruku v ruce se změnou stylu myšlení. Vytváří se potom „sociální empatie“ ve vztahu k okolí. (Kebza, 2003)

V poslední době je věnována velká pozornost sociálně-psychologickým aspektům a souvislostem ve vztahu k syndromu vyhoření. Jsou to právě ty, které usnadňují nebo naopak znemožňují vznik a následně rozvoj syndromu vyhoření. Je vypracována i hypotéza o infekčnosti tohoto syndromu. Zabývají se jí někteří zahraniční autoři např.: W. Schaufeli. podle jeho předpokladů je vznik a rozvoj vyhoření navázán na určité sociální prostředí dané firmy a v tomto prostředí se dále šíří i v podobné komunitě této firmy. Byl vysloven i předpoklad (Ch. Maslachová), že je zde souvislost spíše se systémovou než jen s osobní záležitostí. Tedy syndrom vyhoření určitého pracovníka může být signálem právě o tom, že ve firmě něco dobře nefunguje. Vycházela ze své studie a pozorování v daném podniku. Problémy se mohou objevit u pracovníků v jednom resortu, zatímco v jiných odděleních jsou zaměstnanci bez potíží. Ztráta ideálů a následně zklamání se tedy může za určitých podmínek objevovat v různých organizacích různě. (Schaufeli, 1993, Kebza, 2003, Venglářová, 2011)

3.1.4 Stádia vyhoření

V literatuře bylo publikováno několik hodnocení pro stanovení různého počtu fází burnout syndromu. Jedná se o proces, který vzniká působením chronického stresu, anebo o proces, který se vyvíjí permanentně.

- Iniciační fáze

Většinou se zmiňuje fáze iniciační, která zahrnuje původní zapálení pro danou činnost, poté dochází k pochopení, že nastavené ideály nejsou vůbec realizovatelné.

- Fáze strádání

Dále následuje období strádání a zklamání z celé situace, profese, kolegy, člověka, se kterými je daný jedinec v kontaktu a je i závislý na jejich hodnocení, které začíná vnímat ale negativně.

- Fáze apatie

Další fází je fáze apatie, v níž se projevuje odmítavost, možná i zloba vůči jednotlivci, či celému okolí v rámci dané profese.

- Fáze vyčerpání

Posledním stádiem je fáze vyčerpání, úplného vyhoření, které je spojeno s cynismem, ztrátou lidskosti.

Podstatou první fáze je tedy prvotní nadšení a zájem o danou věc. Následuje psychické a navazující fyzické vyčerpání, poté ve třetí fázi nastupuje odmítavé přijímání okolí, jako obranný mechanismus a konečně čtvrtá fáze, ve které se objevuje vyčerpání, negativismus a nezájem. (Kebza, 2003)

Podle R. Schvaba syndrom vyhoření vzniká ve vztahu mezi jedinci v určitých situacích. Jeho vývoj má tři fáze. První fáze zahrnuje nerovnováhu mezi požadavky na straně jedné a schopnostmi daného jedince v nastavené situaci obstát. Tady již začíná působit stres. Druhá fáze je krátká a zahrnuje emocionální odpověď na tuto nerovnováhu – strain – pocit napětí, únavy, tenze a vyčerpání. A ve třetí fázi se dostávají změny v chování. Jedinec se staví do obranného postavení, do úniku ze situace, které je pro něj nezvladatelná. (Kebza, 2003)

Někteří autoři, ve snaze poznat podstatu syndromu vyhoření, stanovili osm stádií rozvoje burnout syndromu (R. Golombiewski, J. Stevenson). Do dotazníku zařadili tři komponenty „Maslach burnout inventory (MBI)“ a to z hlediska nízké, střední a vysoké úrovně. Jako nejvýznamnější komponenta je chápána citová prázdnota, která se začíná uplatňovat ve druhé polovině těchto fází. (Kebza, 2003)

Izraelský psycholog I. Friedman stanovil v roce 1996 tzv. Multipathway to burnout (MPB) model. Tento model obsahuje dvě oblasti. První oblast je kognitivní. Zde patří nedostatečná výkonnost, osobní i profesionální. Druhá oblast emocionální, kam patří pocit přetížení a citové vyprázdnění. (Kebza, 2003)

Nelze tedy tvrdit, že se jedná o neměnný stav, ale jedná se o stádia nebo fáze syndromu, které se neustále vyvíjí. (Venglářová, 2011)

3.1.5 Léčba syndromu vyhoření

Hlavním problémem syndromu vyhoření je, že postižený je zahlcen každodenními povinnostmi a starostmi, které musí řešit a nelze od nich uniknout. Pracovní proces se pro něj stává automatismem a již nevnímá své

možné nedostatky nebo i chyby. Člověk si musí uvědomit, že má problém, který ale není schopen vyřešit sám. Potřebuje tedy pomoc od jiného člověka. Je důležité, aby tento člověk měl zájem se léčit a následně se chtěl uzdravit. Většinou svůj stav hodnotí, jako by se mu vytratila veškerá energie z života, kterou potřebuje znovu získat pro svou další existenci. Motivací by mohlo být tvrzení, že lze „pro jednou být slabý“. Úspěšnost léčby bude v tom případě, pokud vyhořelý jedinec bude ochotný respektovat svého poradce a léčitele. Mnozí lidé reagují na syndrom vyhoření sami, a to „útekem“, tedy změnou zaměstnání, často i mimo svůj obor. Může to být prospěšné, ale taky lze tuto změnu hodnotit jako osobní prohru. (Venglářová, 2011; Preiss, 2015)

Pro stanovení léčby syndromu vyhoření je nutné přistupovat individuálně s ohledem na daného jedince a prostředí, ve kterém žije. Je tedy nezbytné poznat sebe sama a potom se zamyslet nad hodnotami práce a seberealizace nad zdravotním stavem, ekonomickou situací. Nelze opomenout rodinu a partnerské soužití a hlavní životní plány a perspektivu. (Kebza, 2003; Venglářová, 2011)

3.1.6 Prevence syndromu vyhoření

Bylo by velmi jednoduché se domnívat, že stačí podat „jednu pilulku nadobro“ a vše bude dále v pořádku. Venglářová popisuje ve své práci řadu postupů a prevenci léčby v syndromu vyhoření. Je nutné si uvědomovat hranice svých možností a tudíž vědět, že požadavky, které jsou na člověka kladeny, není schopen sám splnit, a proto je nutné požádat někoho jiného, např.: kolegu, o pomoc. Člověk musí věřit v sebe sama a mít se rád, mít k sobě respekt, který má k druhým lidem. Jedinec musí být připraven na možnost vzniku syndromu vyhoření ve své práci, znát jeho příznaky, a tudíž i dalším následkům předejít. Je důležité mít dobrého nadřízeného, který umí ocenit odvedenou práci, nešetří pochvalou a snaží se zlepšovat i pracovní podmínky.

Venglářová tvrdí: „pokud to nepůjde, změňte zaměstnavatele“. Sebepoznávání je neustálé uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatků, ale také vlastních pocitů, a to v každé situaci, v níž se nacházíme. Nelze ani zapomínat na svůj osobní život. Přeladit z pracovního procesu do soukromého života, relaxovat a odpočívat. Pečovat o sebe, o své tělo i duši. Pokud máme rodinu patříme také jí. Je nutné se umět adaptovat na změny životního stylu nebo prostředí. (Venglářová, 2011; Praško, 2016)

Helga Volmerová vypracovala dvanáctibodový program prevence, který nejen pomůže identifikovat počátek vyhoření, ale také poradí, jak všemu předejít.

- a) Přestaňte s popíráním, spolehněte se na moudrost svého těla. Přiznejte stres a tlaky, které se projevily tělesně, duševně i emocionálně.
- b) Vyhybejte se izolovanosti. Nedělejte všechno sám/a. Navažte nebo obnovte těsné kontakty s přáteli a lidmi, kteří vás mají rádi.
- c) Změňte své životní podmínky. Pokud vás vyřídila vaše práce, vaše kontakty, nějaká situace nebo osoba, pokuste se okolnosti změnit nebo odejděte, je-li to nutné.
- d) Neangažujte se tolik. Zbavte se oblastí nebo aspektů v nichž se nejvíce přetěžujete a usilujte o to, abyste se toho tlaku zbavili.
- e) Přestaňte se chovat příliš starostlivě. Pokud se ze zvyku ujímáte problémů a povinností jiných lidí, naučte se zdvořile distancovat. Pokuste se spíš zajistit, aby se někdo staral o vás.
- f) Naučte se říkat „NE“. Budete-li se starat víc o sebe omezíte vlastní přehnanou angažovanost. Znamená to odmítat dodatečné požadavky nebo nároky na váš volný čas a city.

- g) Začněte se držet zpátky a získávat odstup. Naučte se předávat úkoly jiným, nejen na pracovišti, ale i doma a mezi přáteli. Pokud ustoupíte do pozadí, uchráníte se pro sebe.
- h) Vytyčte si nové hodnoty. Pokuste se oddělit významné věci od pomíjivých a pochybných, důležité od nedůležitého. Ušetříte čas i energii a budete se cítit lépe.
- i) Neučte se určovat své životní tempo, pokuste se žít vyváženě. Disponujte jen omezeným množstvím energie. Posuďte, co v životě chcete a potřebujete a pak se pokuste uvést do rovnováhy práci se zábavou a relaxací.
- j) Pečujte o své tělo. Nevynechávejte žádná jídla, netrapte se přísnými dietami, dopřejte si spánek podle potřeby, dodržujte termíny návštěv u lékařů. Dbejte na zdravou výživu.
- k) Pokuste se být co nejméně ustaraní a úzkostlivý. V co největší míře omezujte starosti, jímž chybí rozumný důvod – stejně nic nezměníte. Lépe budete zvládat situaci, když strávíte méně času přemítáním a budete se místo toho starat o své skutečné potřeby.
- l) Zachovejte si smysl pro humor. Postarejte se o okamžiky radosti a štěstí ve svém životě. To jsou nejlepší prostředky proti vyprahlosti. (Vollmer, 1998, s. 164-165)

3.2 Koronavirová pandemie

Během celého evolučního vývoje je lidstvo obklopeno řadou různých mikroorganismů, které mohou ohrožovat jeho existenci. Epidemie probíhající v minulosti významně redukovaly lidskou populaci. Příkladem je morová rána ve 14.století, která si vyžádala více než 25 milionů obětí. Významné pokroky v boji proti infekčním nemocem byly zaznamenány ve 20. století. Byla odhalena etiologie řady infekčních nemocí, jejich předcházení a léčba. Přesto se i v tomto století vyskytly dvě pandemie. Chřipka A, které podlehl v roce 1918 nejméně 20 milionů lidí. Ta byla vyvolána výrazně modifikovaným známým infekčním agens. (Yakut, 2020; Stejskal, 2020)

Dosud probíhající pandemie získaného imunodeficitu (AIDS) je zase způsobena nově objeveným virem lidského imunodeficitu (HIV). Od počátku epidemie ve 20 letech se virem HIV nakazilo 77,3 milionů lidí, z toho 34,4 milionů nakažených zemřelo. (Stejskal, 2020)

Nový koronavirus, s označením Sever Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-COV-2), byl objeven v roce 2019 a za velmi krátkou dobu změnil celý svět. (Stejskal, 2020; Shereen, 2020)

Koronaviry poutají větší pozornost od r. 2002. První, který zneklidnil veřejnost, byl SARS (Severe Aute Respiratory Syndrom) s prokázaným přenosem z netopýrů na lidi, s původem v Číně a s bilancí 800 mrtvých. (Shereen, 2020)

V roce 2012 se v zemích Blízkého Východu objevila další epidemie způsobena koronavirem nazvaná MERS (Middle East Respiratory Syndrom) se stejným počtem úmrtí a přenosem z velbloudů. (Shereen, 2020)

Původce aktuální pandemie koronavirus COVID-19 se objevil v listopadu 2019 v čínském městě Wuhan. Za primární zdroj výskytu koronaviru v této lokalitě jsou opět považováni netopýři (Shereen et al., 2020).

3.2.1.1 Pandemie

Dle historických záznamů se pandemie vyskytují přibližně 3–4krát za století. V jiných zdrojích je uváděno v intervalu 30 až 50 let. (Tůmová, 2008)

Pandemií se rozumí epidemie velkého rozsahu, jež zasahuje na území více než jednoho státu a kontinentů. Jde o výskyt onemocnění s vysokou mírou incidence na větším území kontinentů za určitou časovou jednotku. Pandemie je specifická svou rychlostí šíření onemocnění na jiné části světa a vysokým a rychlým nárůstem morbidity a mortality. (Pandemický plán České republiky, 2011)

3.2.2 SARS-CoV-2

SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) je koronavirem z čeledi Coronaviridae, konkrétně jeho podčeledí je Coronavirinae. SARS-CoV-2 je z rodu beta-coronavirů, jež obsahují jednovláknové RNA. Tento virus způsobuje respirační onemocnění, jehož závažnost se odvíjí od mnoha proměnných. (Yakut, 2020).

3.2.2.1 Cesta přenosu infekce

Podobně, jako u ostatních respiračních virů, se SARS-CoV-2 šíří sekrety pocházejícími z dýchacích cest infikované osoby. Tyto sekrety jsou produkovány především při kašli, mluvení či kýchání, kdy se vytváří větší kapénky až po jemný aerosol (o přibližné velikosti $>5 \mu\text{L}$). Minimální dávka partikulí SARS-CoV-19, způsobující infekci, je odhadována na 100 – 1 000. (Stejskal, 2020).

Přenos může probíhat cestou přímou i nepřímou. Přímou cestou se rozumí přímý kontakt s infikovanou osobou, tedy pobyt v jejím těsném kontaktu. V tomto případě dochází hlavně k vdechování infikovaných kapének a jejich vstupem do organismu přes sliznici úst a nosu, dále při kontaktu kapének se sliznicí oka. Nepřímá cesta přenosu se uskutečňuje přes kontaminované povrchy, na kterých je dle vědeckých studií virus schopen přežít i několik dnů, v závislosti na druhu povrchu a prostředí, ve kterém se kontaminovaný objekt nachází. Nejdéle vir dokáže přežít, dle výzkumů, na nerezové oceli a plastech. Vir se poté z těchto povrchů přeneso do organismu prostřednictvím neumytých rukou, kdy se dotyčný dotýká sliznice úst, nosu a očí. Dalšími známými, ale méně probádanými cestami přenosu, jsou cesty fekálně-orální, pohlavní přenos, přenos krví a transplacentární přenos (Meyerowitz et al., 2020; Shereen, 2020).

3.2.2.2 Inkubační doba a nakažlivost

Inkubační doba onemocnění je doba od expozice viru do rozvoje prvních příznaků nákazy, které ale mohou být i asymptomatické. Dle dostupných údajů se inkubační doba pohybuje v průměru mezi 5–6 dny (rozmezí je počítáno 2–14 dní). Délka inkubační doby má závislost i na variantě viru (Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

Období nakažlivosti neboli doba, za kterou je osoba nakažlivá pro své okolí po nákaze, se uvádí přibližně 48 hodin. Virus se poté v dýchacích cestách vyskytuje až 8 dní u mírných průběhů onemocnění a 14 dní u závažného průběhu onemocnění COVID-19. Opět zde působí mnoho proměnných ve formě varianty viru a stavu očkování (Ministerstvo zdravotnictví, 2021)

3.2.2.3 Varianty SARS-CoV-2

Viry obecně se neustále mění a dochází k mutacím viru. Mutace by se dala laicky definovat jako chyba při tvorbě kopií viru, odborně replikaci. Každá

varianta viru má tedy genom, jehož obsahem je konkrétní sada mutací, specifická pro danou variantu. V případě koronaviru dochází ke změnám, které zvyšují schopnost vazby na receptor, a tím se zjednodušuje přenos viru (Ministerstvo zdravotnictví, 2021).

Od začátku pandemie je nám známo 9 variant koronaviru. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je od května 2021 k pojmenovávání koronavirů užívána řecká abeceda. V rámci VOI/VOC klasifikace jsou varianty koronavirů dále rozlišeny na vzbuzující zájem (VOI) a varianty vzbuzující obavy (VOC). (Ministerstvo zdravotnictví, 2021)

Tabulka 1 - Varianty viru SARS-CoV-2

Varianty vzbuzující obavy (VOC)	Varianty vzbuzující zájem (VOI)
Beta (původně jihoafrická)	Mí
Gama (původně brazilská)	Lambda
Delta (původně indická)	
Omikron	

3.2.3 Onemocnění COVID-19

Onemocnění COVID-19 je způsobeno výše uvedeným virem a jeho variantami SARS-CoV-2. Jak již bylo řečeno, jde o respirační onemocnění postihující především plíce nemocného, a to v různém rozsahu, kdy může dojít

následkem poškození plic k dalším komplikacím v závislosti na závažnosti stavu nemocného a také na jeho komorbiditách. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021)

3.2.3.1 Diagnostika onemocnění

Onemocnění COVID-19 je v dnešní době diagnostikovatelné několika způsoby. Mezi nejčastěji využívaný způsob se řadí polymerázová řetězová reakce s reverzní transkripcí tzv. RT-PCR a přímý průkaz antigenu SARS-CoV-2. (Stejskal,2021)

Polymerázová řetězová reakce s reverzní transkripcí je laboratorní metoda založená na izolaci a rozpoznání určité části RNA ve vzorku materiálu pacienta (stěr ze sliznice nosohltanu) a v současnosti je řazena mezi nejcitlivější diagnostické metody pro průkaz nákazy virem SARS-CoV-2. Diagnostika probíhá v laboratorním prostředí a je prováděná vysokoškolsky vzdělanými odborníky. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021)

Dalším ze způsobů diagnostiky nákazy je přímá detekce antigenu SARS-CoV-2. Tento antigenní test je z hlediska provedení i průběhu detekce viru jednodušší než RT-PCR vyšetření. Je založen na detekci virových proteinů ve vzorku, které jsou specifické pro určité agens. Výhodou je jeho dostupnost a rychlost provedení i získání výsledku (přibližně 15 minut) a nenáročnost na vybavení. Na vrub své jednoduchosti s sebou ale antigenní testování nese nevýhodu v nižší citlivosti, než je u RT-PCR, kdy může být výsledek testu falešně negativní pro nedostatečné množství virové nálože v organismu. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021)

Antigenní testy se mohou vyskytovat v mnoha podobách, co se týče způsobu provedení testu. Nejčastějším a nejdostupnějším je test, určený pro odebrání

vzorku z nosní sliznice. Tato jednorázová sada je nejčastěji složena z testovací kazety, tamponové tyčinky pro odběr vzorku a extrakčního pufru ve zkumavce (tekutina, do které se vloží tamponová tyčinka po odebrání vzorku). Následně se roztok ve třech kapkách aplikuje na testovací kazetu. Další nejrozšířenější formou testů jsou slinné testy. Obsah testovací sady je téměř stejný, pouze slinný test má na rozdíl od tamponové tyčinky plastový trychtýřek, pomocí kterého naplníme zkumavku slinami. (Homza, 2021)

Z antigenních testů je možné odečíst výsledek průměrně za deset minut po odebrání vzorku, v závislosti na výrobcí testovací sady. (Homza, 2021)

3.2.3.2 Klinické projevy nemoci

Onemocnění může probíhat dvojím způsobem, a to asymptoticky nebo s vyvinutými symptomy. Asymptomatický průběh znamená, že onemocnění probíhá bez příznaků onemocnění. Jedinec se cítí zcela zdravý (35–55 %). V ostatních případech se infekce projevuje příznaky respiračního onemocnění, kdy jsou postiženy horní či dolní dýchací cesty, plic nevyjímaje. Průběh by byl možný rozdělit na mírný, středně závažný, závažný a kritický. Mezi obecné symptomy patří suchý dráždivý kašel (50 %), dušnost (28 %), rýma (6 %), škrábání nebo bolest v krku (20 %). K celkovým příznakům potom patří teplota (43 %), bolesti svalů (36 %), bolesti hlavy (34 %), nechutenství a zvracení (11 %), únava a malátnost a v neposlední řadě ztráta čichu a chuti, a to samostatně nebo zároveň. (Yakut, 2020)

Kromě respiračního systému mohou být postiženy i jiné orgány. Nejčastěji bývá zasažen srdeční sval s obrazem myokarditidy (zánět srdečního svalu), dále akutní postižení ledvin s dehydratací. Významný je hyperkoagulační stav, kdy vznikají trombózy a z toho vyplívající riziko plicní embolie, vznik

diseminované intravaskulární koagulopatie, cévní mozkové příhody, akutní infarkt myokardu atd. (Stejskal, 2021; Yakut, 2020)

Rozdíl mezi závažností průběhu závisí na úrovni poškození a zánětlivých změn plicní tkáně. Ta se určuje a diagnostikuje po provedení grafického vyšetření, a to nativním rentgenovým snímkem, grafickým vyšetřením CT nebo magnetickou rezonancí. (Yakut, 2020)

U pacientů s mírnými obtížemi se nevyskytují změny v plicní tkáni a stav nevyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. U některých pacientů ale může po týdnu nemoci dojít k výraznému zhoršení stavu, kdy již dochází k poškození plicní tkáně a je nutné zhodnotit potřebu hospitalizace a dále tak poskytnutí komplexní léčebné péče. V případě kritického průběhu již dochází k závažným patologickým změnám na plicní tkáni, které provází respirační selhání a je nutné zahájit oxygenoterapii za pomoci HFNO (High Flow Nasal Oxygen) nebo umělé plicní ventilace na jednotce intenzivní péče. Pacienty v kritickém stavu často provází komplikace přidružené k onemocnění COVID-19, a to syndrom akutní dechové tísně (ARDS), septický šok, arytmie a další kardiovaskulární komplikace, poškození ledvin, rozvrat vnitřního prostředí, multiorgánové selhání (MOF), které mohou v kombinaci ale i samotné vést ke smrti pacienta. (Stejskal, 2021; Yuki, 2021)

3.2.3.3 Léčba onemocnění COVID-19

Onemocnění COVID-19 je virovým onemocněním. Obecně léčba virových onemocnění antivirotiky je vzácná, jelikož v dnešní době nejsou vyvinuty látky, které by dosahovaly vysoké účinnosti, bez velkého počtu nežádoucích účinků. Virové onemocnění se nejčastěji léčí symptomaticky, COVID-19 nevyjímaje. (Stejskal, 2021)

Podmínkou léčby je izolace a klidový režim. Jak již bylo řečeno, léčba probíhá symptomaticky a velmi individuálně, jelikož každý jedinec při onemocnění COVID-19 trpí různou kombinací symptomů. Obecně jsou využívány běžně dostupné léky ze skupiny antipyretik, analgetik, antitusik a expektorancií. (Stejskal, 2021)

Zejména při závažném průběhu onemocnění často dochází k hospitalizaci nemocného na infekčním oddělení, či jednotce intenzivní péče. K léčbě symptomů se využívají léky ze skupin zmíněných výše, které povětšinou nejsou volně prodejné a jejich aplikace je prováděna invazivní cestou. Další významnou léčebnou metodou je oxygenoterapie. Ta je indikovaná v případech kdy z důvodu pneumonie došlo k postižení plicního parenchymu a je částečně znemožněna výměna krevních plynů. Zpravidla se k ní přistupuje při saturaci hemoglobinu kyslíkem pod 93 % a terapie spočívá ve zvýšení inspirační frakce kyslíku. Využívají se k ní kyslíkové hroty nebo kyslíková maska. V případech, kdy jsou tyto způsoby oxygenoterapie již nedostačující, přistupuje se k terapii pomocí HFNO nebo neinvazivní plicní ventilace. Jejich výhodou je zvýšený průtok směsi kyslíku a vzduchu, díky kterému nedochází ke kolapsu plicních sklípků, ve kterých k výměně krevních plynů dochází. Poslední možností zajištění ventilace nemocného je umělá plicní ventilace. V nejkritičtějších případech je nutno přistoupit k manévru zvanému pronační poloha, kdy je pacient v umělém spánku, napojen na umělou plicní ventilaci otočen do polohy na břicho. V poloze na břicho dochází k uvolnění bází plic a zlepšení distribuce ventilace. Tato poloha je náročná na provedení jak z hlediska pomůcek pro polohování, tak z hlediska personálu, ale hlavně je velmi účinná. (Stejskal, 2021; Yakut, 2020; Qu, 2020)

Dosud využívaným antivirotikem pro léčbu onemocnění COVID-19 je Remdesivir, který je jako jediný schválen organizací Food and Drug

Administration (FDA). Původně bylo toto širokospektré antivirotikum navrženo jako léčba eboly, infekcí virem MERS-CoV, SARS-CoV a dalším koronavirům. Remdesivir je podáván intravenózně a k jeho indikaci je třeba aby pacient splňoval přísná kritéria. (Qu, 2020)

Stále probíhá i experimentální léčba antimalariky, aminochinoliny, farmaka jako Lopinavir/Ritonavir pro léčbu infekce HIV a také monoklonálními protilátkami. (Qu, 2020)

Dalším způsobem léčby COVID-19, která je ale stále v počátcích, je aplikování rekonvalescentní plazmy (plazma od uzdravených pacientů). Její podání by mělo být v raných fázích nákazy. Dle existujících studií by měla přispět ke zlepšení zdravotního stavu nemocného a snížit úmrtnost. (Qu, 2020)

3.3 Očkování proti onemocnění COVID-19

Zásadním mezníkem v boji proti onemocnění koronavirem byl vývoj vakcíny. Vzhledem ke kritické situaci, kterou vir SARS-CoV-2 způsobil, se na vakcínu spoléhalo jako na účinnou cestu ven z pandemie. Tyto vakcíny jsou určeny k zajištění imunity proti viru SARS-CoV-2. Znalosti o struktuře a funkci koronavirů urychlily vývoj vakcinačních platforem od počátku roku 2020. Vakcínám se všeobecně přisuzuje velký význam při snižování závažnosti a úmrtnosti způsobené onemocněním COVID-19. Vývoj vakcín probíhal hlavně v západním světě při spolupráci firem nadnárodního farmaceutického průmyslu a rozvojem biotechnologických společností v mnoha zemích. (Le, 2020)

3.3.1 Typy vakcín

Typy vakcín, které byly vyvíjeny v roce 2020, byly na bázi nukleových kyselin (nukleosidem modifikovaná mRNA a DNA), dále nereplikující se virové vektory, peptidy, rekombinantní proteiny a dále oslabené a inaktivované viry. Používají se tedy strategie nové generace pro efektivnější tlumení infekce COVID-19. Tyto vakcíny přinášejí antigeny, které zvýší účinnost u citlivých podskupin populace, jako jsou zdravotníci, starší lidé, těhotné ženy, děti a lidé s oslabeným imunitním systémem. (Krammer, 2021)

Technologické typy vakcín zahrnují neaktivní virus, nereplikující se virový vektor, platformu na bázi RNA, proteinovou podjednotku, platformu na bázi DNA, částice podobné virům, replikující virový vektor a živý oslabený virus. V listopadu 2021 bylo schváleno dvacet šest vakcín, které mohly být použity pro veřejnost. Jedná se o jednu vakcínu DNA (ZyCoV-D), dvě vakcíny RNA (Pfizer-BioNTech a Moderna), deset konvenčních inaktivovaných vakcín (BBIBP-CorV) od čínské společnosti Sinopharm, vakcína Corona Vac od čínské společnosti Sinovac, Covaxin od indické společnosti Bharat Biotech, čínská WIBP-CorV,

ruská CoviVac, kazašská QazCovid-in, čínská Covidful, iránská COVIRran Barakat, čínská KCONVAC a iránská FAKHRAVAC. Pět vakcín s virovým vektorem (Sputnik V a Sputnik Lajt od ruského Gamalejova institutu), oxfordská Astra-Zeneca, Convidecia od čínské společnosti CanSino Biologics a Johnson et Johnson. Pět peptidových vakcín čínská RBD-Dimer, ruská Epi VacCorona, kubánská Soberana O2 a Abdala, tchajwanská MVC-COV1901, americká Novavax a australská COVAX-19. (Krammer, 2021)

3.3.1.1 mRNA vakcíny

Tyto vakcíny využívají RNA ke stimulaci imunitní reakce. Buď vakcína obsahuje samoreplikující se RNA, nebo messenger RNA (mRNA). Tělo se je naučí rozpoznat a tím zničí daný patogen. V této skupině jsou nejznámější Pfizer-BioNTech a Moderna. Možné závažné alergické reakce jsou vzácné. I přesto v prosinci 2020 aplikace prvních dávek vakcíny Pfizer-BioNTech vyvolaly těžké případy alergické reakce, jednalo se o případy anafylaxe. (Petráš, 2021)

3.3.1.2 Adenovirové přenašečové vakcíny

Tyto vektorové vakcíny používají obal adenoviru, který obsahuje DNA a ta kóduje bílkovinu SARS-Cov-2. Tyto vakcíny se nereplikují, a proto netvoří nové virové částice, ale produkují antigen, který vyvolá systémovou imunitní odpověď. Vakcínami tohoto typu jsou Astra-Zeneca, SputnikV, Convidecia a vakcína Jansen. (Krammer, 2021)

3.3.1.3 Další typy vakcín

Existují i tzv. nosní vakcíny a zaměřují se na slizniční imunitu v nosní sliznici, která je místem vstupu viru do těla. Vakcíny tak stimulují nosní

imunitní faktory, mezi které patří imunoglobulin A. Tyto vakcíny byly dříve schvalovány i pro jiné infekce, jako například chřipka. (Petráš, 2021)

V klinických studiích jsou viru podobné částicové vakcíny, vícenásobné DNA plazmidové vakcíny nebo lentivirové vektorové vakcíny a konjugované vakcíny, které vykazují spike protein SARS-Cov-2. (Petráš, 2021)

3.3.2 Hodnocení účinnosti

V USA byla účinnost vakcín Pfizer-BioNTech a Moderna vyhodnocena u bezmála 4000 zdravotníků, policistů a hasičů, kteří pracovali v první linii. Vakcinace je ochránila před nákazou z více než 90 %. Ze statistických údajů vyplynulo, že po plné imunizaci se koronavirem znovu nakazilo 0,01 procenta lidí. Většina těchto pacientů měla další komorbidity jako je kardiovaskulární onemocnění, cukrovka 2. typu nebo užívali imunosupresiva. (Petráš, 2021)

V Itálii byla zkoumána účinnost vakcinace na vzorku 248 zdravotníků a bylo potvrzeno, že sedm dnů po druhé dávce vakcíny Pfizer-BioNTech mělo 99,5 % z nich specifické protilátky i buněčnou imunitu. (Petráš, 2021)

V březnu 2021 bylo v časopise New England Journal of Medicine publikováno, že protilátky v séru lidí vakcinovaných dvěma dávkami vakcíny Pfizer-BioNTech neutralizují v pokusech in vitro všechny známé mutace SARS-CoV-2. (Petráš, 2021)

3.3.3 Vedlejší účinky vakcinace

Patří sem lokální bolest, únava nebo mírná horečka. Pozornost vyvolaly zprávy o tvorbě krevních sraženin a plicních trombóz, které byly dávány do souvislosti s vakcínou Oxford-Astra Zeneca. Dvě desítky zemí přerušily poté

vakcinaci tímto přípravkem a čekají na verdikt Evropské lékové agentury (EMA). (Ghiasi, 2021)

Frekvence výskytu žilních trombóz odpovídá běžnému výskytu ve starší populaci, ale nemá příčinnou souvislost ale pouze časovou shodu s vakcinací. Americké Středisko pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) uvádí také četnost úmrtí u očkovaných 0,002 procenta a podle úřadu mezi úmrtími a očkováním neexistuje žádná vazba. (Ghiasi, 2021)

Naprostá většina se týkala starších lidí nebo vážně nemocných a nic nenaznačovalo, že by úmrtí souviselo s očkováním. (Ghiasi, 2021)

Zodpovědnost za nežádoucí účinky vakcín EU nesou jejich výrobci, ale patrně se nevztahuje na ty vedlejší účinky, které jsou v příbalové informaci k vakcíně. (Medical Express, 2021)

Dále EMA uvádí, že po očkování, avšak bez nutnosti spojitosti se samotnou vakcínou, zemřelo přibližně 5000 osob (v rámci EU). (Medical express, 2021)

3.4 Jednotky intenzivní péče

Jedná se o pracoviště intenzivní medicíny, jehož organizační struktura se značně liší od běžných oddělení. Obecně je určeno pro nemocné, u kterých hrozí nebo již došlo k selhání základních životních funkcí. Poskytují kontinuální monitoraci, diagnostiku a léčbu kritických stavů. (Ševčík, 2014)

3.4.1 Organizační struktura

Pracoviště intenzivní medicíny je zpravidla umístěno na dobře dostupném místě uvnitř nemocnice. Jde o uzavřené samostatné oddělení, které je odděleno od běžného provozu nemocnice. Z praktického hlediska jsou jednotky intenzivní péče umístěny v těsné blízkosti urgentního příjmu, pracovištěm s diagnostickými metodami a operačním sálům. Je zde několik dalších podmínek, které musí tato oddělení splňovat, a to:

- prostor pro příjem pacientů,
- zázemí pro zdravotnické pracovníky,
- zázemí pro návštěvy příbuzných,
- prostory pro skladování materiálu a léků,
- prostory pro administrativní a vzdělávací činnosti. (Ševčík, 2014)

Často bývá tento intenzivní úsek členěn na jednotlivé specializace, kdy optimální kapacita jedné stanice pracoviště intenzivní medicíny zahrnuje od 8 do 12 lůžek, z toho by mělo být minimálně jedno lůžko uzpůsobeno pro izolaci pacientů trpících nebezpečnými infekcemi nebo imunosupresí, kdy je potřeba nemocného naopak chránit, před vnějšími nepříznivými vlivy. (Ševčík, 2014)

Dle Evropské společnosti intenzivní medicíny (ESICM) je vytvořeno doporučení pro optimální prostor na jednoho pacienta. Ten by měl v případě sálového uspořádání jednotky intenzivní péče odpovídat 20 m² a v případě

boxového systému, kdy na jeden box připadá jedno lůžko, 25 m². Další prostor by měl být vyčleněn pro materiál určený pro daného pacienta a přístrojové vybavení jednoho lůžka, každý po 5 m². (Ševčík, 2014)

Podmínkou na těchto pracovištích je neustálá vizuální kontrola pacienta zdravotnickým pracovníkem. (Ševčík, 2014)

3.4.2 Technické vybavení lůžka

Technické vybavení je nepostradatelnou součástí pracovišť intenzivní medicíny. Zahrnuje přístroje pro monitoraci, přístroje pro léčbu a orgánovou podporu a samotné intenzivní lůžko. Jeho specifíkem je možnost polohování velkého rozsahu, včetně možnosti rozšíření o antidekubitární matraci. (Ševčík, 2014)

3.4.2.1 Přístroje pro monitoraci

Hlavním přístrojem pro monitoraci je lůžkový monitor, který umožňuje sledovat fyziologické funkce. Mezi tyto fyziologické funkce patří EKG, arteriální tlak jak invazivní, tak neinvazivní, centrální žilní tlak, tělesná teplota, saturace hemoglobinu kyslíkem, ventilační parametry atd. (Ševčík, 2014)

V těchto podmínkách je výhodou monitor vybavený modulovým systémem, kdy je možnost monitoraci rozšířit o několik hodnot přidáním specifického modulu. Současně je možnost modul s daty pacienta vyjmout z monitoru u lůžka a spojit ho s například s transportním monitorem, kdy se pokračuje v kontinuální monitoraci bez ztráty dat. (Ševčík, 2014)

Všechna data jsou současně dostupná na tzv. centrále, což je monitor umístěný v zázemí zdravotnických pracovníků, jenž obsahuje přehled

aktuálních hodnot základních životních funkcí všech pacientů najednou.
(Ševčík, 2014)

3.4.2.2 Přístroje pro léčbu a orgánovou podporu

Vybavením u lůžka, které poskytuje orgánovou podporu, jsou ventilátory umožňující umělou plicní ventilaci, infuzní stojan, na kterém jsou připevněny infuzní pumpy a lineární dávkovače, odsávací přístroje, přístroje pro mimotělní eliminační metody, přístroje pro zevní kardiostimulaci, EEG a další. (Ševčík, 2014)

3.4.2.3 Bedside diagnostické přístroje

Mezi nejčastěji využívané tzv. bedside přístroje (v blízkosti lůžka) se řadí biochemický POCT analyzátor, který umožňuje základní vyšetření krve do několika minut, hlavně v oblasti sledování změn acidobazické rovnováhy, dále mobilní RTG přístroj, sonografický přístroj, bronchoskop, atd. (Ševčík, 2014)

3.4.3 Nemocní na jednotkách intenzivní péče

Na jednotkách intenzivní péče jsou především hospitalizováni pacienti, u kterých je nutné kontinuálně sledovat fyziologické funkce a poskytovat komplexní léčebnou péči, jelikož jejich zdravotní stav je ohrožen akutním selháním základních životních funkcí způsobených onemocněními nebo po chirurgických zákrocích, nebo již k došlo k orgánovému selhání. (Ševčík, 2014)

Zpravidla jsou na jednotky intenzivní péče přijímáni nemocní s nadějí na zlepšení stavu, nikoliv v konečném stádiu onemocnění. (Ševčík, 2014)

3.4.4 Personální zajištění jednotek intenzivní péče

Zdravotnický tým na jednotkách intenzivní péče je složen z pracovníků ze dvou základních kategorií, a to lékařský personál a střední zdravotnický

personál. Na jednotkách intenzivní péče dochází k velmi úzké spolupráci mezi zdravotními sestrami a lékaři. Pro potřeby této diplomové práce se především zaměříme na střední zdravotnický personál, kterými jsou zdravotní sestry. Lékaři, jenž pracují na jednotkách intenzivní péče jsou kvalifikováni v intenzivní medicíně potřebnou atestací. (Ševčík, 2014)

3.4.4.1 Střední zdravotnický personál

Na jednotkách intenzivní péče jsou středním zdravotnickým personálem myšlené všeobecné sestry nebo zdravotničtí záchranáři. Pro výkon je tedy potřeba vysokoškolského vzdělání dle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. (Ševčík, 2014)

Kompetence těchto pracovníků jsou dále specifikovány ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků v platném znění, kde jsou navíc uvedeny i kompetence sestry pro intenzivní péči.

„(1) Sestra pro intenzivní péči v rámci anesteziologicko-resuscitační, intenzivní péče a akutního příjmu vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta staršího 10 let, u kterého dochází k selhání základních životních funkcí nebo toto selhání hrozí. Přitom zejména může

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

1. sledovat a analyzovat údaje o zdravotním stavu pacienta, hodnotit fyziologické funkce, analyzovat křivku elektrokardiogramu, hodnotit závažnost stavu,

2. zahajovat a provádět kardiopulmonální resuscitaci se zajištěním dýchacích cest a s použitím dostupného technického vybavení, včetně defibrilace srdce elektrickým výbojem po provedení záznamu elektrokardiogramu,

3. pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích, provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,

4. zajišťovat stálou připravenost pracoviště, včetně funkčnosti speciální přístrojové techniky a materiálního vybavení; sledovat a analyzovat údaje na speciální přístrojové technice, rozpoznávat technické komplikace a řešit je,

5. hodnotit a ošetřovat arteriální vstupy, včetně zajištění jejich průchodnosti;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. provádět měření a analýzu fyziologických funkcí pacienta specializovanými postupy pomocí přístrojové techniky, včetně využití invazivních metod,

2. provádět katetrizaci močového měchýře mužů,

3. zavádět gastrickou a duodenální sondu pacientovi v bezvědomí,

4. provádět výplach žaludku u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,

5. vykonávat činnosti u pacienta s akutním a chronickým selháním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,

6. vykonávat činnosti v souvislosti s umělou plicní ventilací i v domácí péči, včetně poučení o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků pacienta a jím určených osob,

7. vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,

8. vykonávat činnosti při přípravě, v průběhu a bezprostředně po ukončení všech způsobů celkové a místní anestézie,

9. provádět punkci artérií k jednorázovému odběru krve a kanylaci k invazivní monitoraci krevního tlaku s výjimkou arterie femoralis,

10. podávat léčivé přípravky¹⁰⁾ do epidurálního katetru;

c) pod odborným dohledem lékaře

1. aplikovat transfuzní přípravky¹⁴⁾ a přetlakové objemové náhrady,

2. provádět extubaci tracheální kanyly,

3. provádět externí kardiostimulaci.

(2) Sestra pro intenzivní péči při poskytování přednemocniční neodkladné péče, poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči a neodkladnou diagnosticko-léčebnou péči podle § 17. (Česko, 2011)

4 METODIKA

Teoretickou část této diplomové jsme vypracovali za pomoci analýzy odborné literatury v knižní i elektronické formě.

Co se týče praktické části, pro potřeby naší diplomové práce byl zvolen výzkum metodou kvantitativního dotazníkového šetření. Byl sestaven anonymní dotazník s uzavřenou formou otázek, který se skládal z několika částí. Ten se následně respondentům předkládal v tištěné formě.

4.1 Struktura dotazníku – Shirom-Melamedova škála

První část byla tvořena identifikačními otázkami pro zmapování základních údajů o výzkumném vzorku. Ve druhé části dotazníku byla využita Shirom-Melamedova škála vyhoření (SMBM). Pro výzkum byla vybrána z několika možných metod výzkumu vyhoření právě tato škála, pro způsob vyhodnocení. Tento nástroj hodnocení syndromu vyhoření prošel standardizací pro Českou republiku díky překladu vyhotoveným Šolcovou a standardizační studii, kterou vypracoval Ptáček (2017).

Je tvořena dohromady 14 otázkami. Tento soubor otázek se dělí na 3 části. 6 položek je orientováno na fyzickou únavu. 5 položek postihuje kognitivní únavu a zbylé 3 položky zjišťují emoční vyčerpání. Respondent má pro odpověď možnost výběru ze sedmistupňové škály: 1 = nikdy nebo téměř nikdy až po 7 = vždy nebo téměř vždy, kdy vyšší skóre znamená vyšší stupeň vyhoření v dané oblasti. (Ptáček, 2017)

Shirom-Melamedova škála nemá jasně stanovenou hranici, která by určovala hodnotu pro vyhoření. Výsledky testu jsou určeny pro orientační hodnocení. Nicméně bylo potřeba stanovit hraniční hodnoty tzv. „cut point“, od kterého jedinec směřuje k syndromu vyhoření. Například ve studii Nilssona (2012),

kteřou zmiňuje i Vlachovská (2011). uvedena hodnota pro „cut point“ 4,2. Pro vyhodnocení našeho výzkumu byla stanovena hraniční hodnota 4,0, podle modelu Vlachovské (2011), která se věnovala převedení Shirom-Melamedova testu do českého jazyka. Tato metodická studie byla následně standardizována.

4.2 Doplnující dotazník

Vzhledem k pozitivnímu přístupu při vyplňování dotazníků, jsme se s respondenty dohodli ohledně předání vyhodnocených dotazníků jako formu zpětné vazby. Zmínili jsme se o možnosti vyplnění dotazníku, který se zabývá depresí. Jde o Beckovu škálu deprese. S respondenty jsme se domluvili, že vybereme respondenta s nejvyšší mírou ohrožení syndromem vyhoření. Po předchozí domluvě jsme navrhli anonymní způsob rozlišení dotazníků podle symbolů, které byly pro každého respondenta unikátní. Díky tomuto způsobu jsme mohli nepřímě oslovit respondenta s výše zmíněným výsledkem. Respondent s BDI – I dotazníkem souhlasil.

4.2.1 Beckova škála deprese (BDI – I)

Jde o test, kterým se zjišťuje pomocí sebeposouzení míra deprese. Je využíván psychology, psychiatry i širokou veřejností. Jeho původ je v zahraničí ale přeložen a přizpůsoben a standardizován i pro Českou republiku a v ní probíhající výzkumné činnosti.

Je tvořen 21 tvrzeními, na které je možnost odpovědět jednou ze čtyř možných variant odpovědí. Respondent by měl odpovídat podle pocitů, které pociťoval v posledních čtrnácti dnech.

Úkolem je zjistit přítomnost depresivních příznaků. Pro vyhodnocení jsou vytvořené následující „cut-off“ skóre:

- 0-13 minimální projevy deprese
- 14-19 mírné projevy
- 20-28 středně těžké projevy
- 29-63 těžké projevy. (Ptáček, 2016)

Celý tento proces probíhal stále v anonymitě.

4.3 Výzkumný vzorek

Pro náš výzkum bylo vybráno oddělení anesteziologie a resuscitace, které bylo v době výzkumu uzavřeno a fungovalo jako COVID jednotka, kapacita byla 8 ventilovaných lůžek. Provoz zde fungoval na dvanáctihodinové směny. Personální zajištění fungovalo v režimu výměny po třech hodinách, kdy byl tým zdravotníků rozdělen na dvě poloviny — jedna polovina byla uvnitř zóny s pacienty a druhá zajišťovala dokumentaci, fungovala jako resuscitační tým, a zajišťovala zbývající práci vyjma právě ošetrovatelské péče.

Celkem bylo pro výzkum vybráno 38 respondentů. Během pandemie bylo nutné zdvojnásobit počet pracovníků, pro zajištění střídání po třech hodinách. Bylo tedy nutné přijmout pracovníky pro výpomoc bez patřičného vzdělání pro výkon všeobecné sestry nebo zdravotnického záchranáře (viz. kapitola...). Mezi tyto pracovníky se řadili především studenti zdravotnických oborů na vysokých školách, zdravotničtí pracovníci z jiných odvětví medicíny, příslušníci Hasičských záchranných sborů, příslušníci Armády České republiky, příslušníci Policie České republiky a mnoho dalších. Vzhledem k povaze práce jsme tyto pracovníky nemohli zahrnout do výzkumu pro relevantnost výsledků šetření. Byli tedy vybráni pouze kmenoví zaměstnanci.

Vzhledem k získaným informacím a následně vyhodnoceným výsledkům, si pracoviště, ve kterém průzkum probíhal, přál zůstat v anonymitě.

4.4 Časový interval průzkumu

Výzkumné šetření bylo zahájeno 22.11.2021 a bylo ukončeno 31.12.2021.

Dotazníkové šetření proběhlo bez sebemenších problémů vzhledem k ochotě oslovaného celku a proběhlo se 100% návratností.

5 VÝSLEDKY

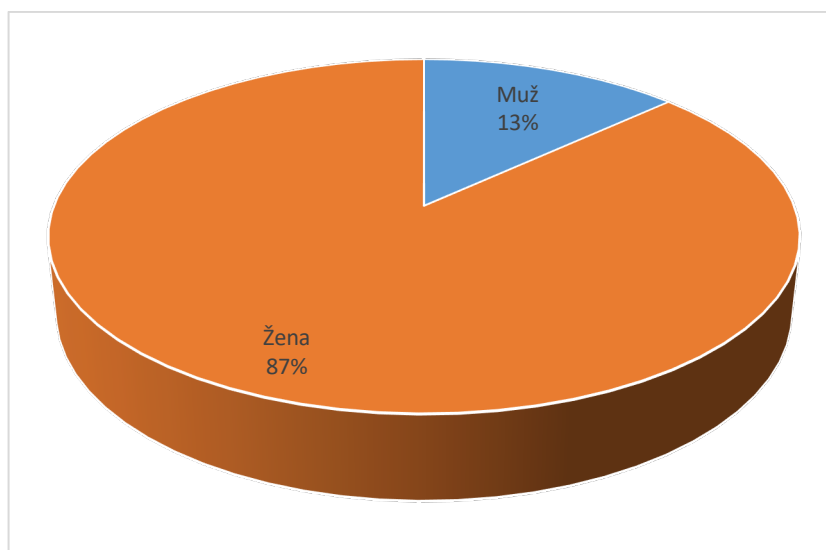
V této kapitole budou přehledně interpretovány výsledky získané z dotazníkového šetření. Nejprve se zaměříme na analýzu jednotlivých otázek dotazníku a následně na interpretaci vyplývajících výsledků kumulativně.

Otázka č.1 Pohlaví

Tabulka 2 - Genderové zastoupení v souboru respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Muž	5	13,2
Žena	33	86,8

Graf 1 - genderové zastoupení v souboru respondentů



Zdroj: vlastní

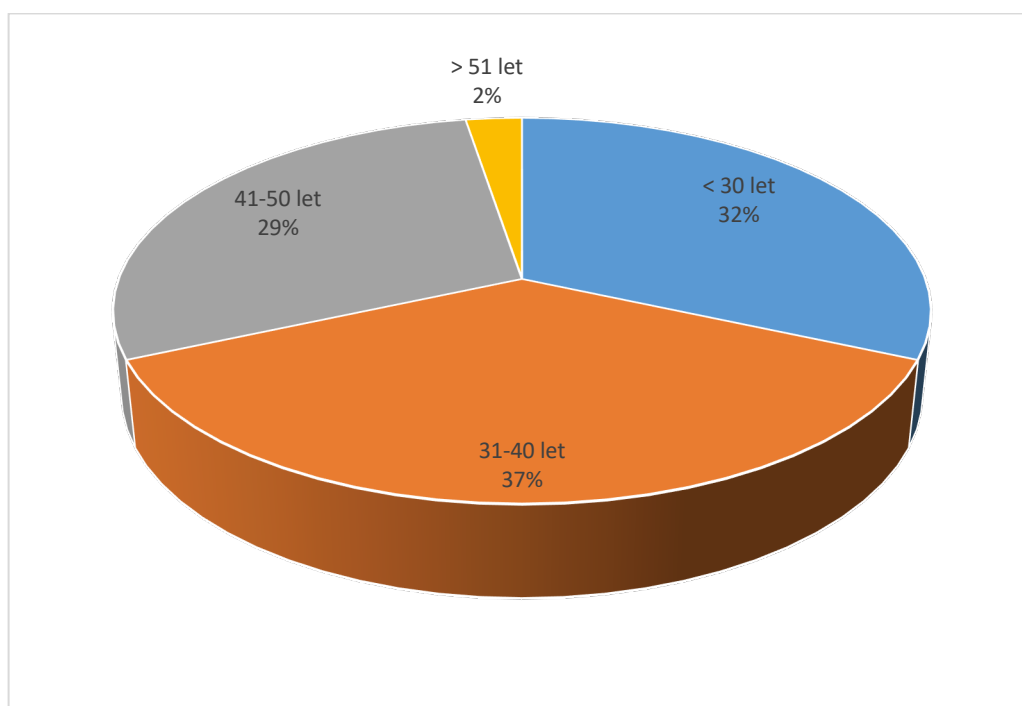
První otázkou v dotazníkovém šetření byla otázka týkající se pohlaví. Z grafu je patrné, že v personálním zastoupení převažuje ženské pohlaví, a to konkrétně z 87 % (33 žen). Mužů je v pracovním kolektivu pouze 5 (13 %).

Otázka č. 2 Věk

Tabulka 3 - Věkové zastoupení souboru posuzovaných respondentů

Věk	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
< 30 let	12	31,6
31-40 let	14	36,8
41-50 let	11	29
> 51 let	1	2,6

Graf 2 - věkové zastoupení souboru posuzovaných respondentů



Zdroj: vlastní

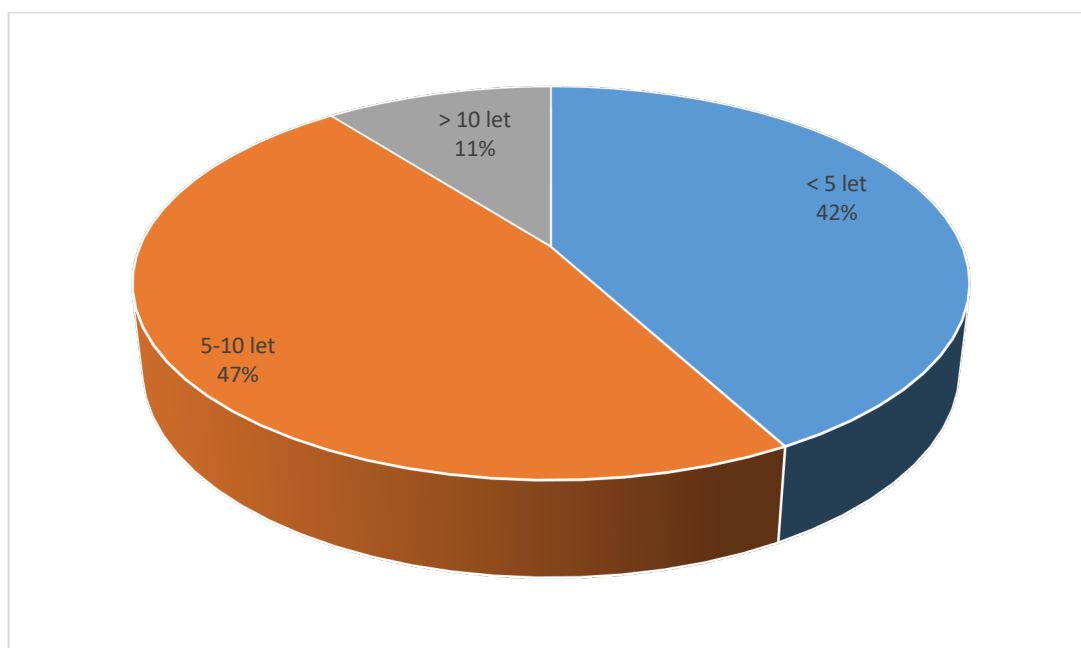
V grafu č. 2 je graficky znázorněna struktura personálu dle věkových skupin. Nejpočetnější skupinou jsou respondenti ve věkové kategorii 31-40 let. Do této kategorie spadá 14 (36,8 %) respondentů. Následuje věková kategorie pod 30 let. V této kategorii je 12 (31,6 %) respondentů. O jednoho respondenta méně je ve věkové kategorii 41-50 let, tedy 11 (29 %) respondentů. Ve věkové kategorii nad 50 let se nachází pouze jeden respondent (2,6 %).

Otázka č. 3 Délka praxe

Tabulka 4 - Délka praxe v souboru posuzovaných respondentů

Délka praxe	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
< 5 let	16	42,1
5-10 let	18	47,4
> 10 let	4	10,5

Graf 3 - délka praxe v souboru posuzovaných respondentů



Zdroj: vlastní

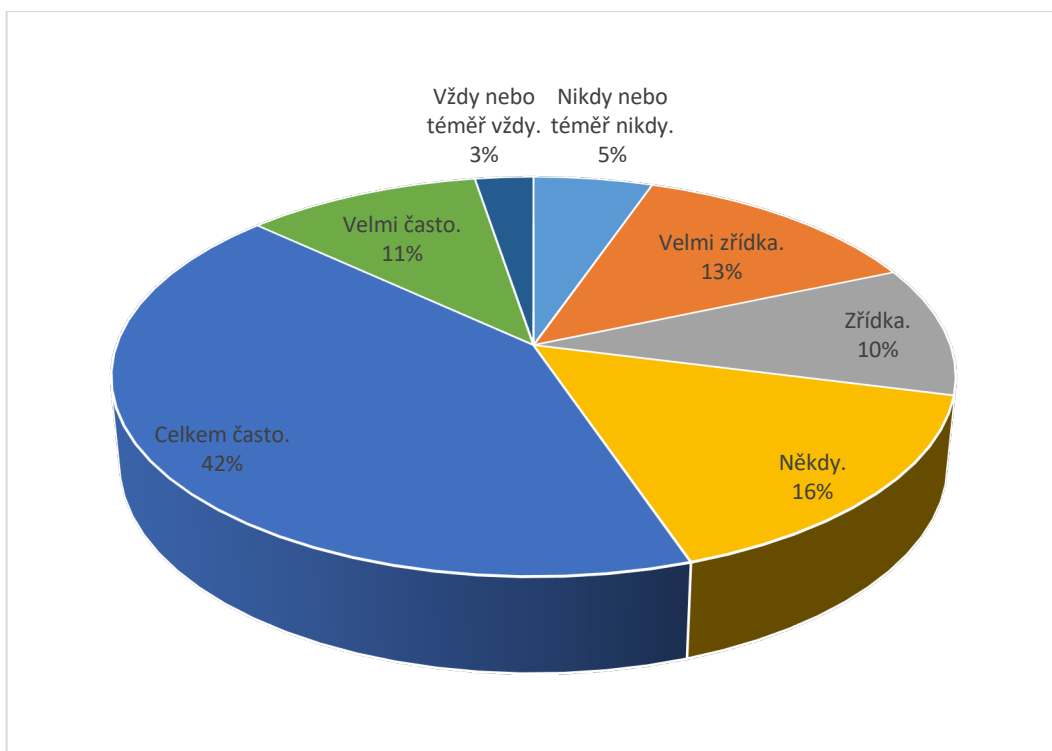
Pomocí otázky č. 3 v dotazníkovém šetření jsme zjišťovali délku praxe jednotlivých respondentů. Praxi kratší než 5 let má 16 (42,1 %) respondentů. Celkem 18 (47,4 %) respondentů odpovědělo, že jejich délka praxe se pohybuje mezi 5-10 lety. Zbývající 4 (10,5 %) respondenti mají praxi delší než 10 let.

Otázka č. 4 Cítím se unavený/á.

Tabulka 5 - Cítím se unavený/á.

Cítím se unavený/á.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	2	5,3
Velmi zřídka.	5	13,2
Zřídka.	4	10,5
Někdy.	6	15,8
Celkem často.	16	42,1
Velmi často.	4	10,5
Vždy nebo téměř vždy.	1	2,6

Graf 4 - Cítím se unavený/á.



Zdroj: vlastní

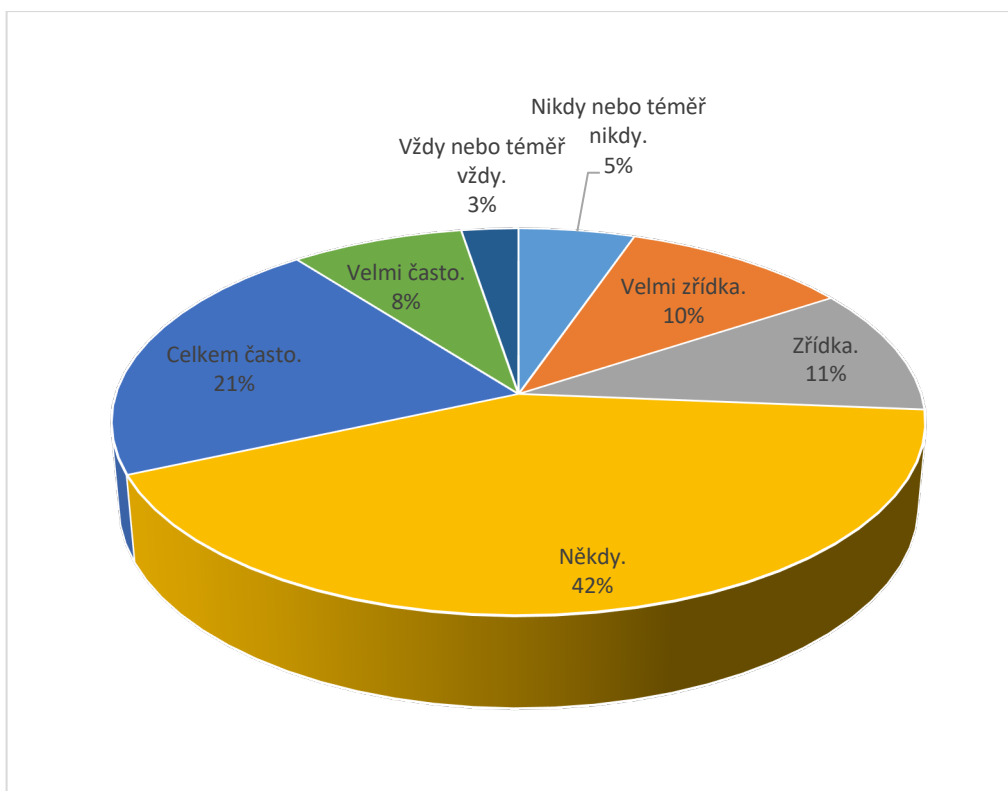
Otázka č. 4 je první otázkou, která je součástí SMBM dotazníku. Respondenti odpovídali, zda se cítí unavení. Dohromady 16 (42,1 %) respondentů zvolilo odpověď „Celkem často“, což byla nejčastěji volená odpověď. Odpověď „někdy“ zvolilo 6 (15,8 %) respondentů. „Velmi zřídka“ volilo 5 (13,2 %) respondentů. Celkem 4 (10,5 %) respondenti zvolili možnost „zřídka“. Stejný počet respondentů zvolilo odpověď „velmi často“. „Nikdy nebo téměř nikdy“ unavení se cítí 2 (5,3 %) respondenti. Pouze jeden respondent (2,6 %) se cítí unaven „vždy nebo téměř vždy“.

Otázka č. 5 Necítím žádnou sílu jít do práce.

Tabulka 6 - Necítím žádnou sílu jít do práce.

Necítím žádnou sílu jít do práce.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	2	5,3
Velmi zřídka.	4	10,5
Zřídka.	4	10,5
Někdy.	16	42,1
Celkem často.	8	21,1
Velmi často.	3	7,9
Vždy nebo téměř vždy.	1	2,6

Graf 5 - Necítím žádnou sílu jít do práce.



Zdroj: vlastní

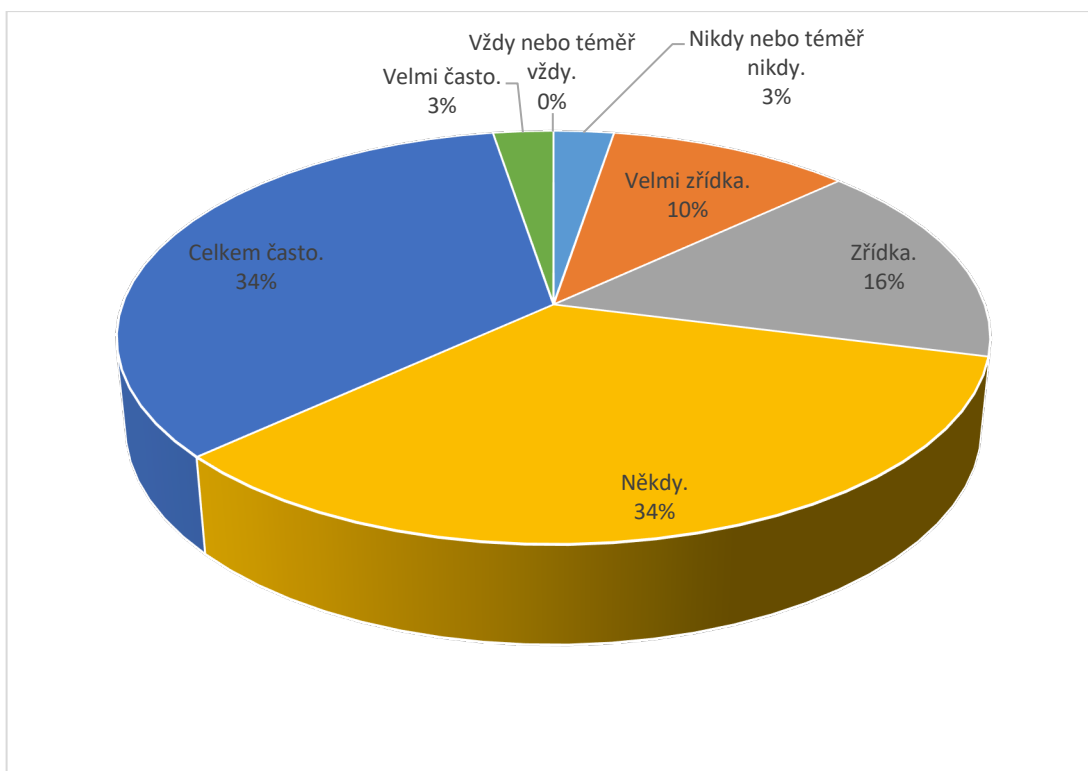
V otázce č. 5 jsme zjišťovali, jak často respondenti necítí žádnou sílu jít do práce. Nejvíce odpovědí jsme získali u možnosti „někdy“, na kterou odpovědělo 16 (42,1 %) respondentů. Druhou nejčastěji volenou odpovědí byla odpověď „celkem často“, kdy jí zvolilo 8 (21,1 %) respondentů. Odpovědi „velmi zřídka“ a „zřídka“ zvolil stejný počet respondentů a to 4 (10,5 %). 3 (7,9 %) respondenti zvolili možnost „velmi často“. „Nikdy nebo téměř nikdy“ zvolili 2 (5,3 %) respondenti. Pouze jeden respondent (2,6 %) zvolil odpověď „vždy nebo téměř vždy“.

Otázka č. 6 Cítím se fyzicky vysílený/á

Tabulka 7 - Cítím se fyzicky vysílený/á

Cítím se fyzicky vysílený/á.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	1	2,6
Velmi zřídka.	4	10,5
Zřídka.	6	15,9
Někdy.	13	34,2
Celkem často.	13	34,2
Velmi často.	1	2,6
Vždy nebo téměř vždy.	0	0

Graf 6 - Cítím se fyzicky vysílený/á



Zdroj: vlastní

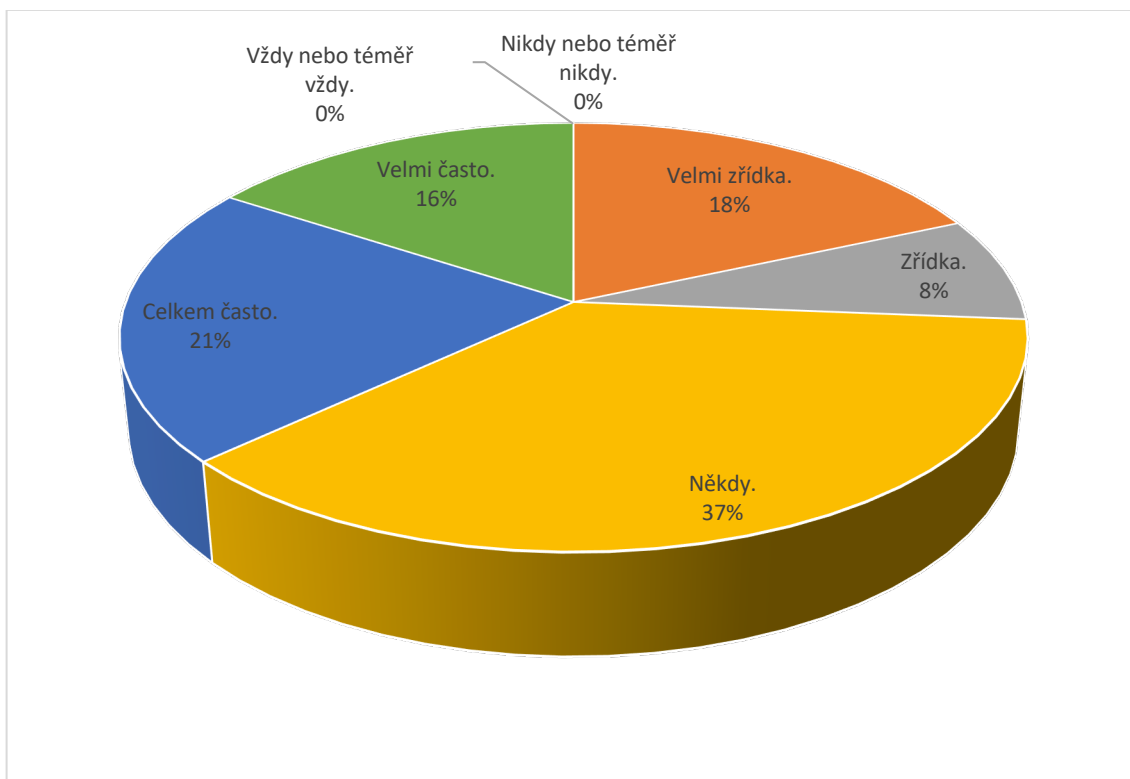
V další otázce jsme se respondentů dotazovali, jak často se cítí fyzicky vysílení. Nejčastěji volené odpovědi byly „ně kdy“ a „celkem často“. Na každou odpověděl stejný počet respondentů, a to 13 (34,2 %). Odpověď „zřídka“ zvolilo 6 (15,9 %) dotazovaných. „Velmi zřídka“ se fyzicky vysílení cítí pouze 4 (10,5 %) respondenti. Jeden respondent (2,6 %) odpověděl „nikdy nebo téměř nikdy“. Stejně tak další jeden respondent (2,6 %) odpověděl, že se fyzický vysílený cítí „velmi často“. Odpověď „vždy nebo téměř vždy“ nebyla u této otázky zvolena žádným respondentem.

Otázka č. 7 Cítím, že mám všeho dost.

Tabulka 8 - Cítím, že mám všeho dost

Cítím, že mám všeho dost.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	0	0
Velmi zřídka.	7	18,4
Zřídka.	3	7,9
Někdy.	14	36,8
Celkem často.	8	21,1
Velmi často.	6	15,8
Vždy nebo téměř vždy.	0	0

Graf 7 - Cítím, že mám všeho dost



Zdroj: vlastní

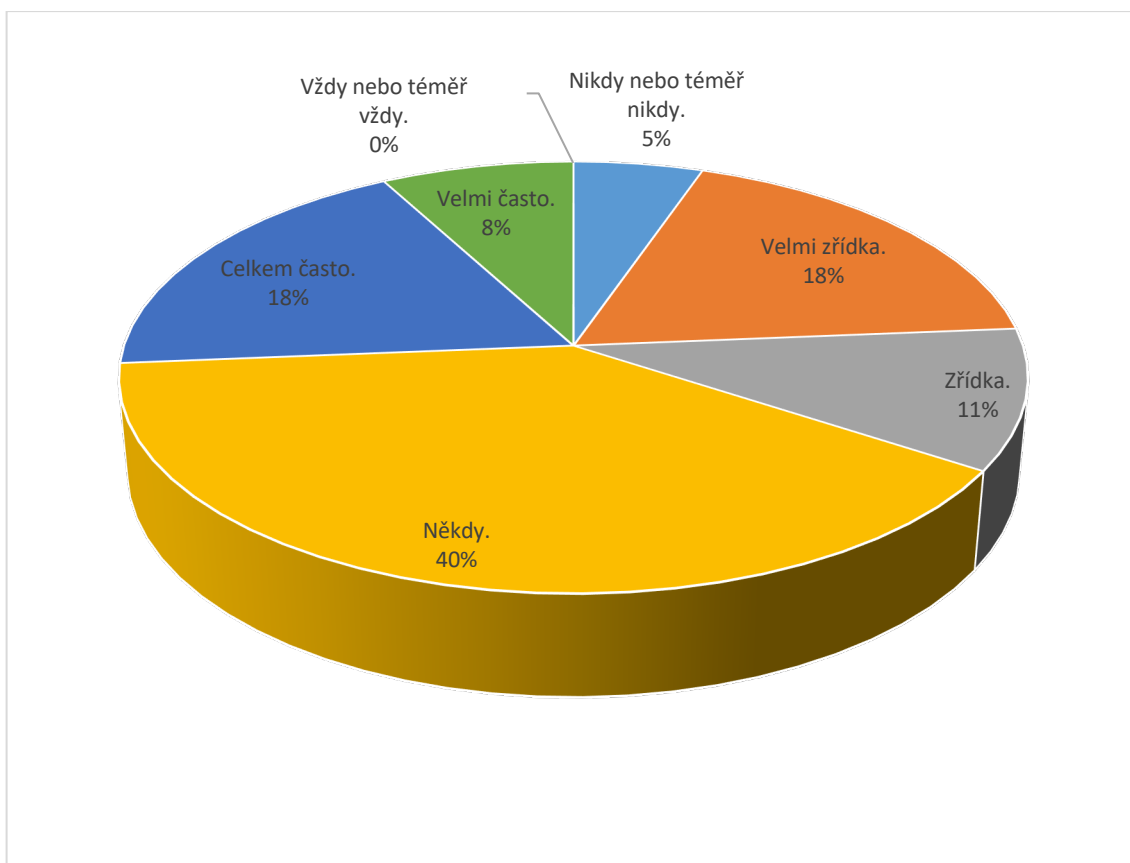
Na dotaz, zda se respondenti cítí, že mají všeho dost, zvolilo celkem 14 (36,8 %) odpověď „někdy“. 8 (21,1 %) respondentů vybralo odpověď „celkem často“. O jednoho respondenta méně, tedy 7 (18,4 %), volilo odpověď „velmi zřídka“. Volbu „velmi často“ zvolilo 6 (15,8 %) respondentů. Nejméně respondentů odpovědělo „zřídka“, a to celkem 3 (7,9 %). Žádný respondent nezvolil odpověď „nikdy nebo téměř nikdy“ a „vždy nebo téměř vždy“.

Otázka č. 8 Připadám si, jako by se mi vybily baterky.

Tabulka 9 - Připadám si, jako by se mi vybily baterky

Připadám si, jako by se mi vybily baterky.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	2	5,3
Velmi zřídka.	7	18,4
Zřídka.	4	10,5
Někdy.	15	39,5
Celkem často.	7	18,4
Velmi často.	3	7,9
Vždy nebo téměř vždy.	0	0

Graf 8 - Připadám si, jako by se mi vybily baterky



Zdroj: vlastní

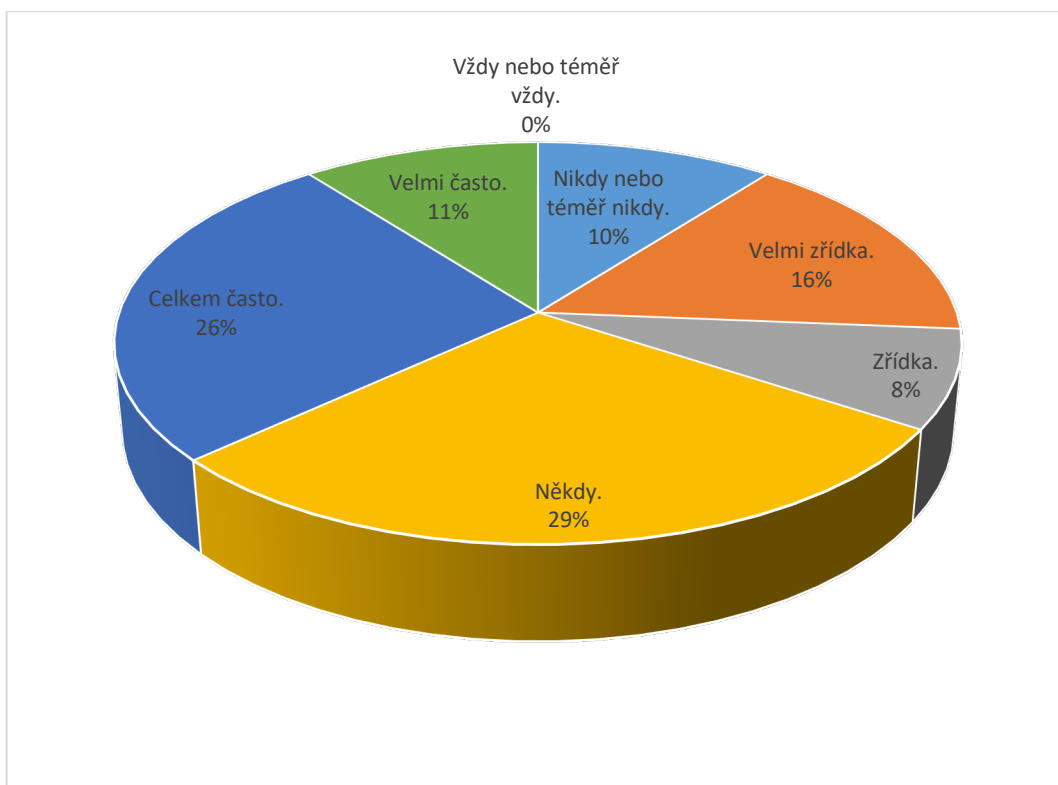
Další otázka, která je zařazena do kategorie fyzické únavy, je otázka č. 8. Respondenti mají určit četnost pocitu, v dotazníku definovaný jako „připadám si, jako by se mi vybily baterky“. Nejčastěji vybraná odpověď je „někdy“, kdy tuto možnost zvolilo 15 (39,5 %) respondentů. Dle četnosti následuje odpověď „velmi zřídka“ a „velmi často“, obě po 7 (18,4 %) odpovědích. „Zřídka“ zvolili 4 (10,5 %) respondenti, „velmi často“ 3 (7,9 %) respondenti a „nikdy nebo téměř nikdy“ 2 (5,3 %) respondenti. „Vždy nebo téměř vždy“ nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 9 Cítím se vyhořelý/á.

Tabulka 10 - Cítím se vyhořelý/á

Cítím se vyhořelý/á.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	4	10,5
Velmi zřídka.	6	15,8
Zřídka.	3	7,9
Někdy.	11	29
Celkem často.	10	26,3
Velmi často.	4	10,5
Vždy nebo téměř vždy.	0	0

Graf 9 - Cítím se vyhořelýlá



Zdroj: vlastní

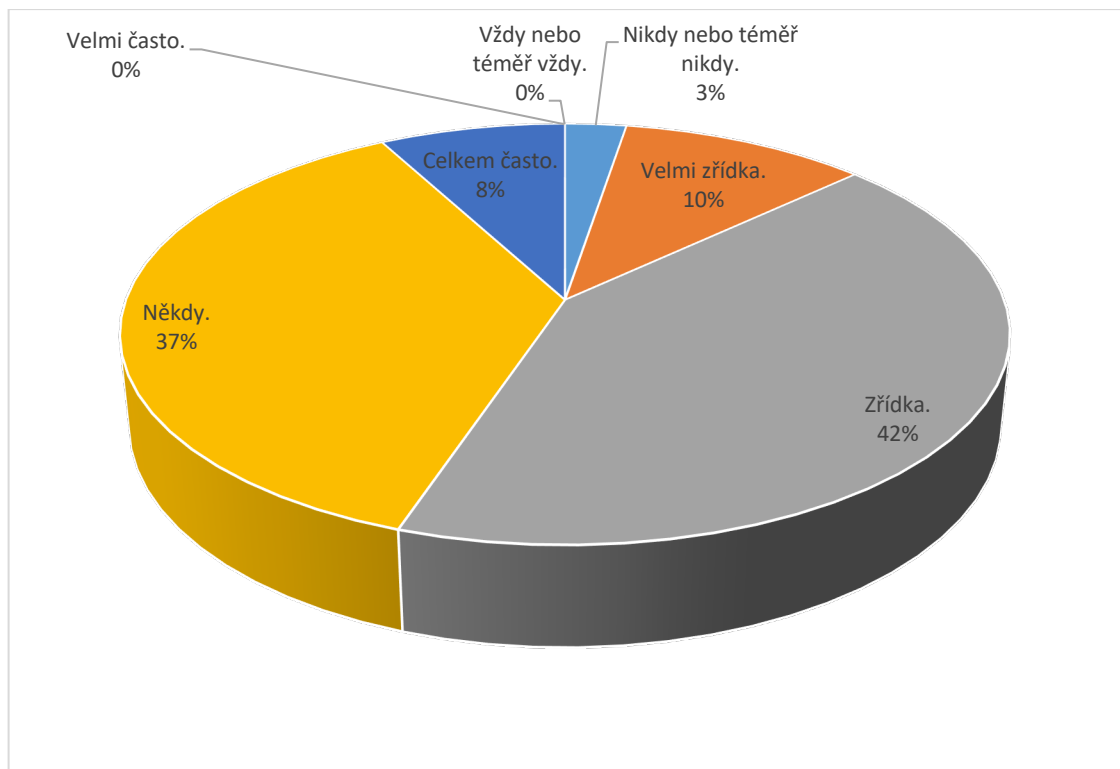
V otázce č. 9 jsme se respondentů ptali, zda se cítí vyhořelí. Nejčastěji volená odpověď byla „někdy“. Pro tuto odpověď se rozhodlo 11 (29 %) dotazovaných. O jednoho respondenta méně, 10 (26,3 %), se rozhodlo pro odpověď „celkem často“. 6 (15,8 %) respondentů zvolilo odpověď „velmi zřídka“. U odpovědí „nikdy nebo téměř nikdy“ a „velmi často“, se pro každou rozhodli 4 (10,5 %) dotazovaných. Zbývající tři (7,9 %) respondenti odpověděli na otázku, zda se cítí vyhořelí, „zřídka“.

Otázka č. 10 Myslí mi to pomalu

Tabulka 11 - Myslí mi to pomalu

Myslí mi to pomalu.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	1	2,6
Velmi zřídka.	4	10,5
Zřídka.	16	42,1
Někdy.	14	36,9
Celkem často.	3	7,9
Velmi často.	0	0
Vždy nebo téměř vždy.	0	0

Graf 10 - Myslí mi to pomalu



Zdroj: vlastní

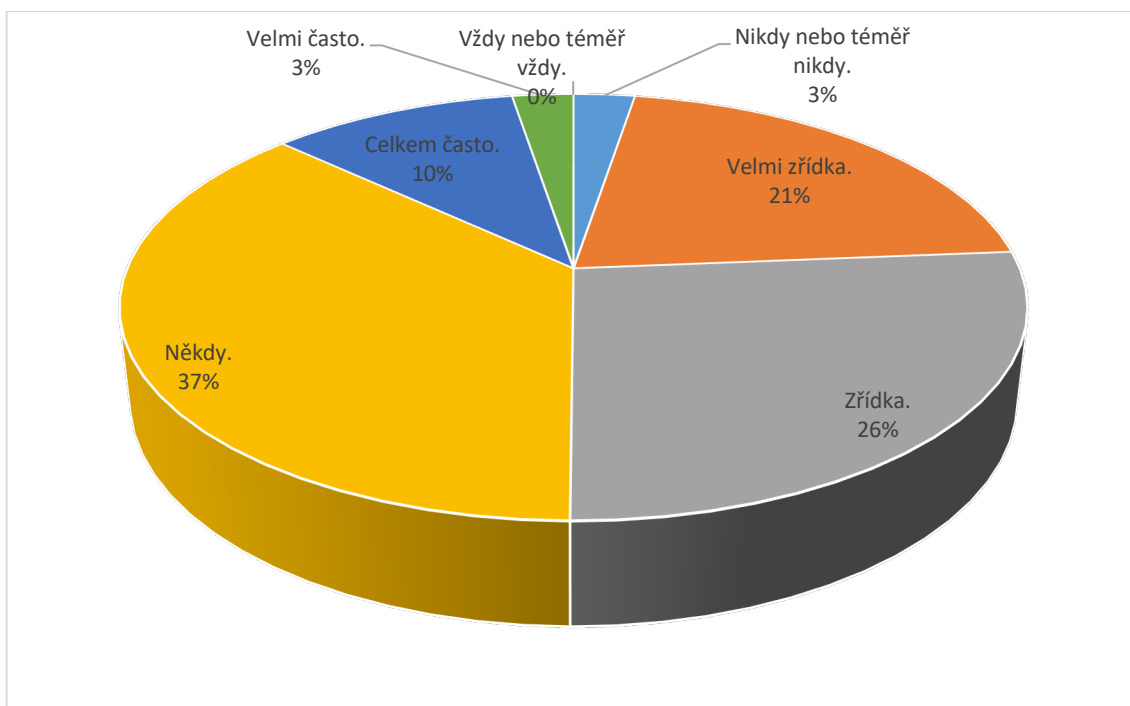
Na tuto otázku, z 38 respondentů, jich odpovědělo 16 (42,1 %) „zřídka“. Celkem 14 (36,9 %) respondentů odpovědělo „někdý“. Odpověď „velmi zřídka“ zvolili 4 (10,5 %) dotazovaní. 3 (7,9 %) respondentů se rozhodlo pro odpověď „celkem často“ a pouze jeden respondent (2,6 %) odpověděl „nikdy nebo téměř nikdy“.

Otázka č. 11 Obtížně se koncentruji

Tabulka 12 - Obtížně se koncentruji

Obtížně se koncentruji.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	1	2,6
Velmi zřídka.	8	21,1
Zřídka.	10	26,4
Někdy.	14	36,8
Celkem často.	4	10,5
Velmi často.	1	2,6
Vždy nebo téměř vždy.	0	0

Graf 11 - Obtížně se koncentruji



Zdroj: vlastní

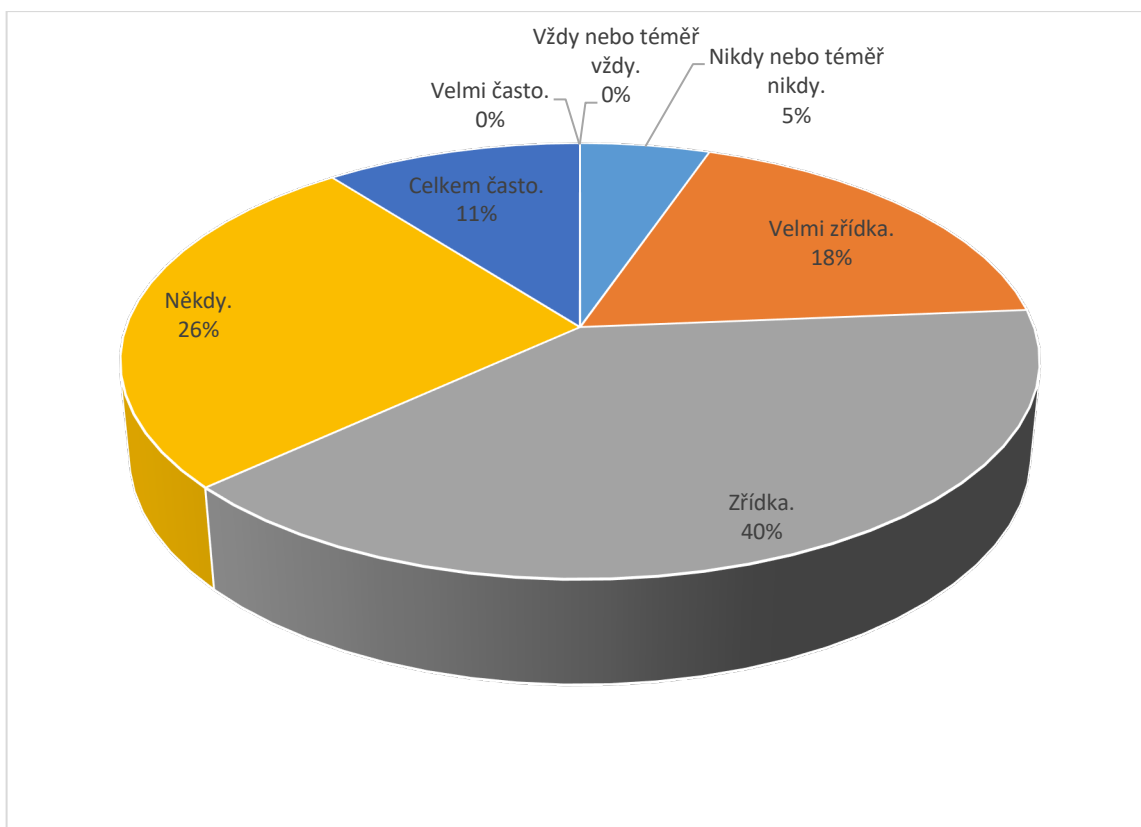
Stejně jako u předchozí otázky je nevyšší četnost odpovědi „někdy“, pro kterou se celkem rozhodlo 14 (36,9 %) respondentů. Jako druhá nejčetnější odpověď je „zřídka“, kdy se pro ni rozhodlo 10 (26,4 %) respondentů. 8 (21,1 %) respondentů zvolilo možnost „velmi zřídka“. Pro „celkem často“ se rozhodli 4 (10,5 %) respondenti. Pouze u odpovědi „nikdy nebo téměř nikdy“ a „velmi často“ odpověděl vždy jeden (2,6 %) respondent.

Otázka č. 12 Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně

Tabulka 13 - Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně

Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	2	5,3
Velmi zřídka.	7	18,4
Zřídka.	15	39,5
Někdy.	10	26,3
Celkem často.	4	10,5
Velmi často.	0	0
Vždy nebo téměř vždy.	0	0

Graf 12 - Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně



Zdroj: vlastní

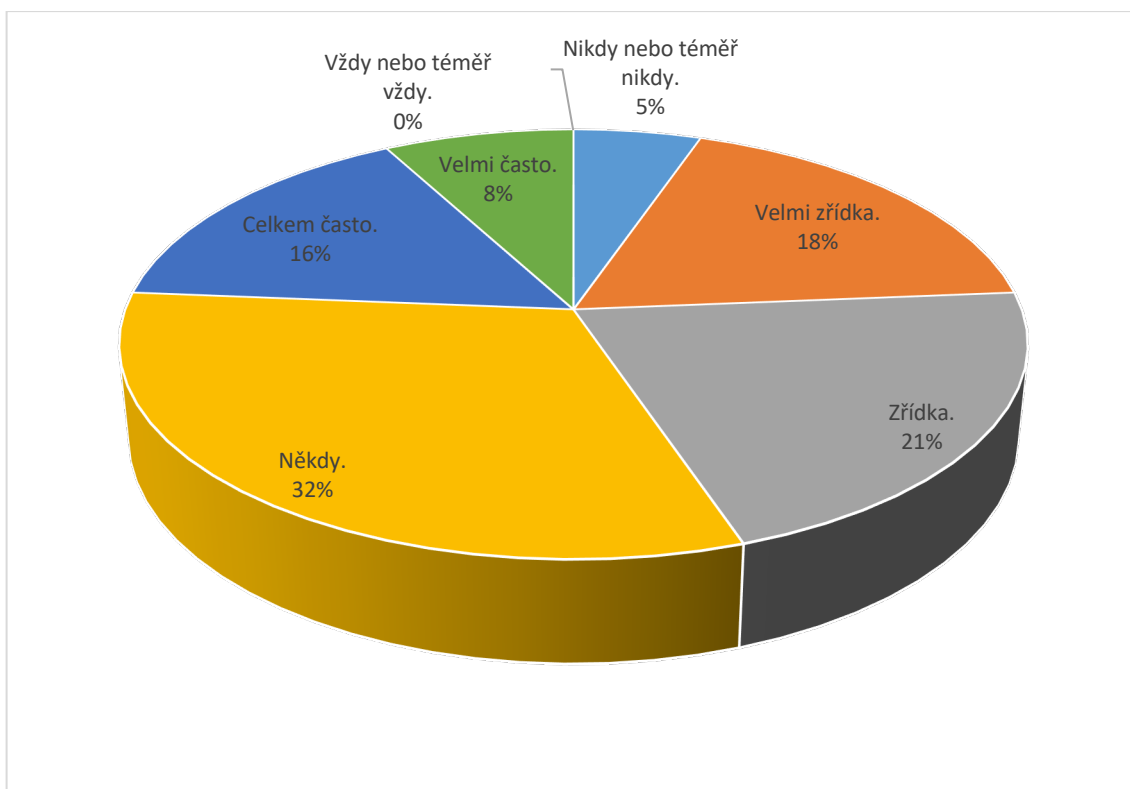
V otázce č. 12 měli respondenti vybrat, jak často mají pocit, že mají problém s jasným přemýšlením. Dohromady 15 (39,5 %) respondentů má tento pocit zřídka. 10 (26,3 %) respondentů vybralo odpověď „někdy“. „Velmi zřídka“ vybralo 7 (18,4 %) respondentů. Odpověď „celkem často“ vybrali 4 (10,5 %) respondenti. Zbývající dva (5,3 %) se rozhodli pro odpověď „nikdy nebo téměř nikdy“. Možnosti „velmi často“ a „vždy nebo téměř vždy“ nevolil žádný respondent.

Otázka č.13 Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á

Tabulka 14 - Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á

Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	2	5,3
Velmi zřídka.	7	18,4
Zřídka.	8	21,1
Někdy.	12	31,5
Celkem často.	6	15,8
Velmi často.	3	7,9
Vždy nebo téměř vždy.	0	0

Graf 13 - Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á



Zdroj: vlastní

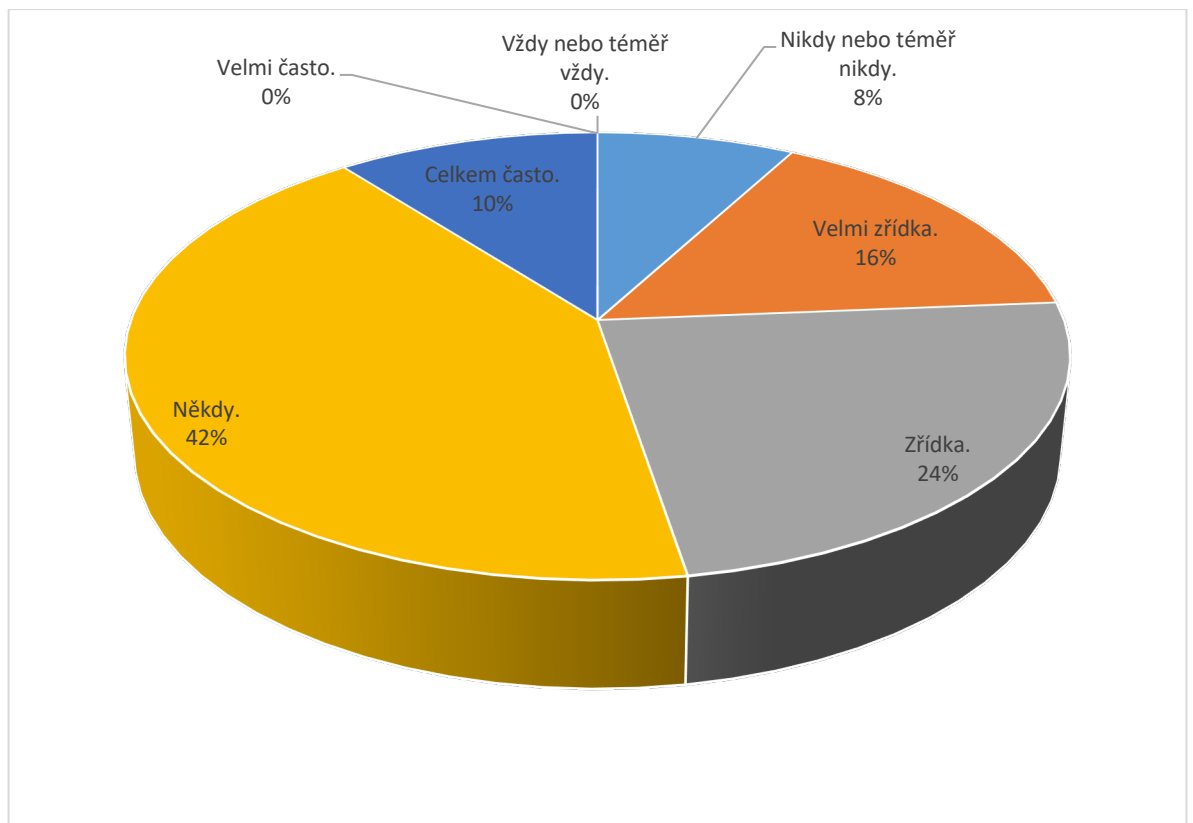
Když jsme se respondentů zeptali, zda se při přemýšlení cítí nesoustředění, nejčastěji volená odpověď byla „někdy“, kdy ji zvolilo 12 (31,5 %) respondentů. „Zřídka“ nesoustředění se cítí 8 (21,1 %) respondentů a 7 (18,4 %) „velmi zřídka“. Dohromady 6 (15,8 %) respondentů zvolilo odpověď „celkem často“. Tři (7,9 %) respondenti se nesoustředění cítí „velmi často“ a zbylí dva (5,3 %) „nikdy nebo téměř nikdy“.

Otázka č. 14 Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech

Tabulka 15 - Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech

Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	3	7,9
Velmi zřídka.	6	15,8
Zřídka.	9	23,7
Někdy.	16	42,1
Celkem často.	4	10,5
Velmi často.	0	0
Vždy nebo téměř vždy.	0	0

Graf 14 - Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech



Zdroj: vlastní

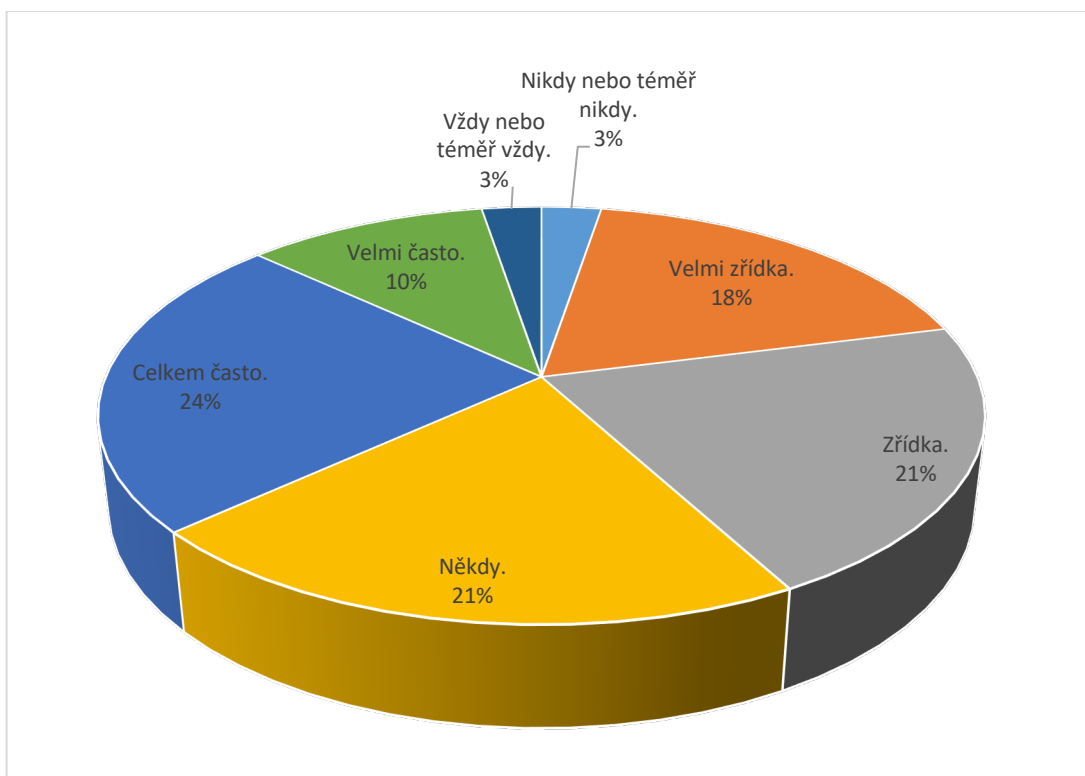
Otázka č. 14 respondenty dotazovala, zda jim dělá potíže přemýšlet o složitých věcech. Celkem 16 (42,1 %) odpovědělo „někdy“. 9 (23,7 %) respondentů zvolilo odpověď „zřídka“. „Velmi zřídka“ dělá problém přemýšlet o složitých věcech 6 (15,8 %) respondentům. Dalším 4 (10,5 %) to naopak dělá problém „celkem často“. Zbývajícím 3 (7,9 %) respondentům nedělá problém přemýšlet o složitých věcech „nikdy nebo téměř nikdy“. Odpovědi „velmi často“ a „vždy nebo téměř vždy“ nezvolil žádný respondent.

Otázka č. 15 Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a klientů.

Tabulka 16 - Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a klientů

Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a klientů.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	1	2,6
Velmi zřídka.	7	18,4
Zřídka.	8	21,1
Někdy.	8	21,1
Celkem často.	9	23,7
Velmi často.	4	10,5
Vždy nebo téměř vždy.	1	2,6

Graf 15 - Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a klientů



Zdroj: vlastní

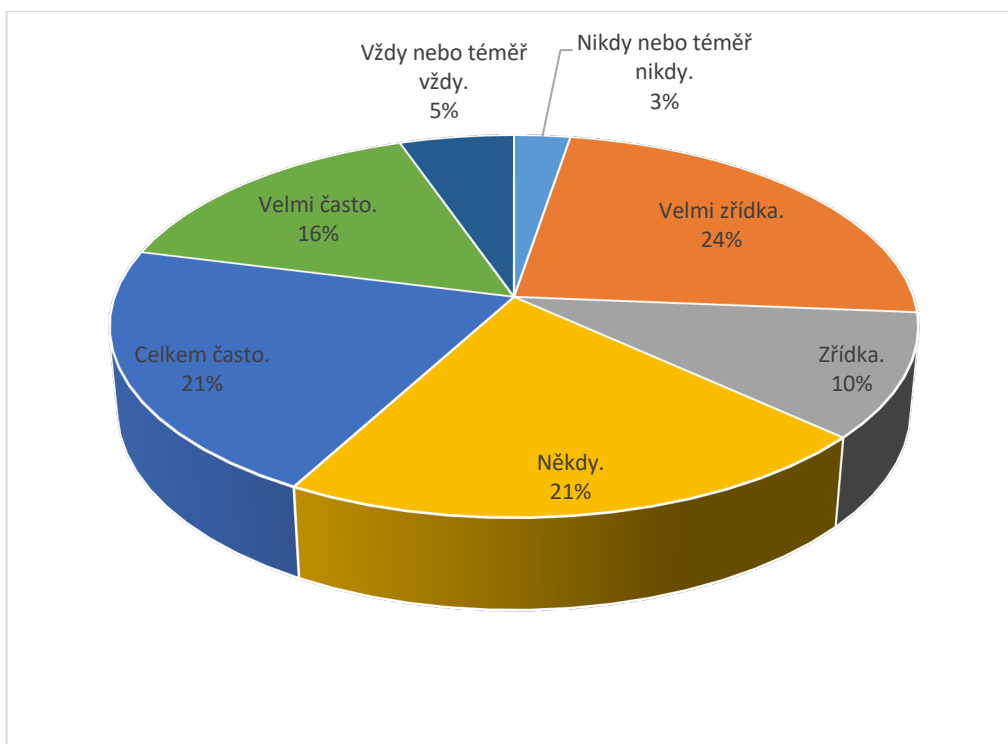
U otázky č. 15 zvolilo celkem 9 (23,7 %) respondentů, že se jim nedaří být citliví k potřebám svých spolupracovníků a klientů. „celkem často“. Stejně množství respondentů, a to 8 (21,1 %), zvolilo odpovědi „zřídka“ a „někdy“. 7 (18,4 %) respondentů se cítí, že se jim nedaří být citliví k potřebám spolupracovníků a klientů „velmi zřídka“. 4 (10,5 %) respondenti odpovědělo „velmi často“. Po jedné odpovědi (2,6 %) jsme získali u odpovědí „nikdy nebo téměř nikdy“ a „vždy nebo téměř vždy“.

Otázka č. 16 Cítím, že nejsem schopen/na citově investovat do svých spolupracovníků.

Tabulka 17 - Cítím, že nejsem schopen/na citově investovat do svých spolupracovníků

Cítím, že se nejsem schopen/na citově investovat do spolupracovníků a klientů.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	1	2,6
Velmi zřídka.	9	23,7
Zřídka.	4	10,5
Někdy.	8	21,1
Celkem často.	8	21,1
Velmi často.	6	15,7
Vždy nebo téměř vždy.	2	5,3

Graf 16 - Cítím, že nejsem schopen/na citově investovat do svých spolupracovníků



Zdroj: vlastní

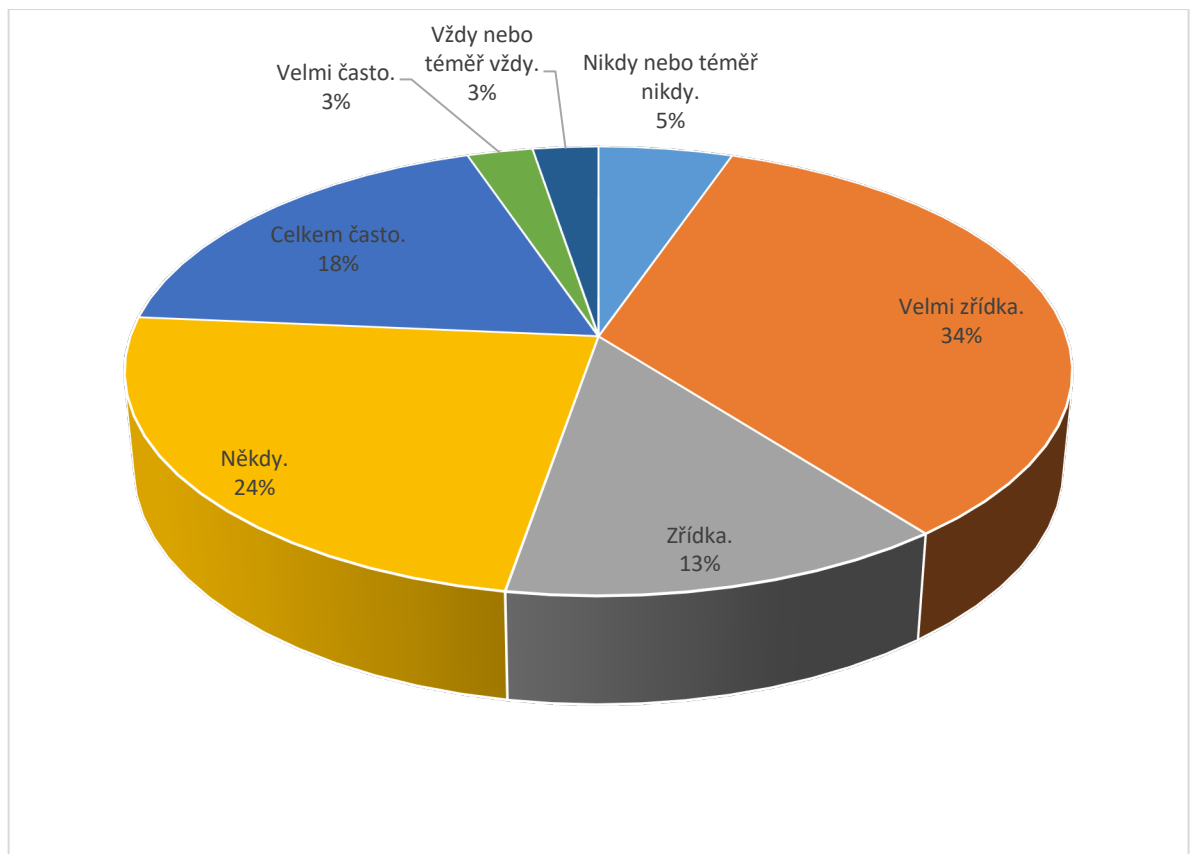
U otázky č. 16 byla nejčtenější odpověď „velmi zřídka“, kdy se pro ni rozhodlo 9 (23,7 %) respondentů. Po 8 (21,1 %) odpovědích jsme získali u možnosti „někdy“ a „celkem často“ 6 (15,7 %) respondentů odpovědělo „velmi často“. Na odpověď „zřídka“ odpověděli 4 (10,5 %) respondenti, dále na odpověď „vždy nebo téměř vždy“ odpověděli 2 (5,3 %) respondenti. Zbývající 1 (2,6 %) respondent odpověděl „nikdy nebo téměř nikdy“.

Otázka č. 17 Cítím, že nedokážu být milý/á na spolupracovníky a klienty.

Tabulka 18 - Cítím, že nedokážu být milý/á na spolupracovníky a klienty

Cítím, že nedokážu být milý/á na spolupracovníky a klienty.	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Nikdy nebo téměř nikdy.	2	5,3
Velmi zřídka.	13	34,2
Zřídka.	5	13,2
Někdy.	9	23,7
Celkem často.	7	18,4
Velmi často.	1	2,6
Vždy nebo téměř vždy.	1	2,6

Graf 17 - Cítím, že nedokážu být milý/á na spolupracovníky a klienty



Zdroj: vlastní

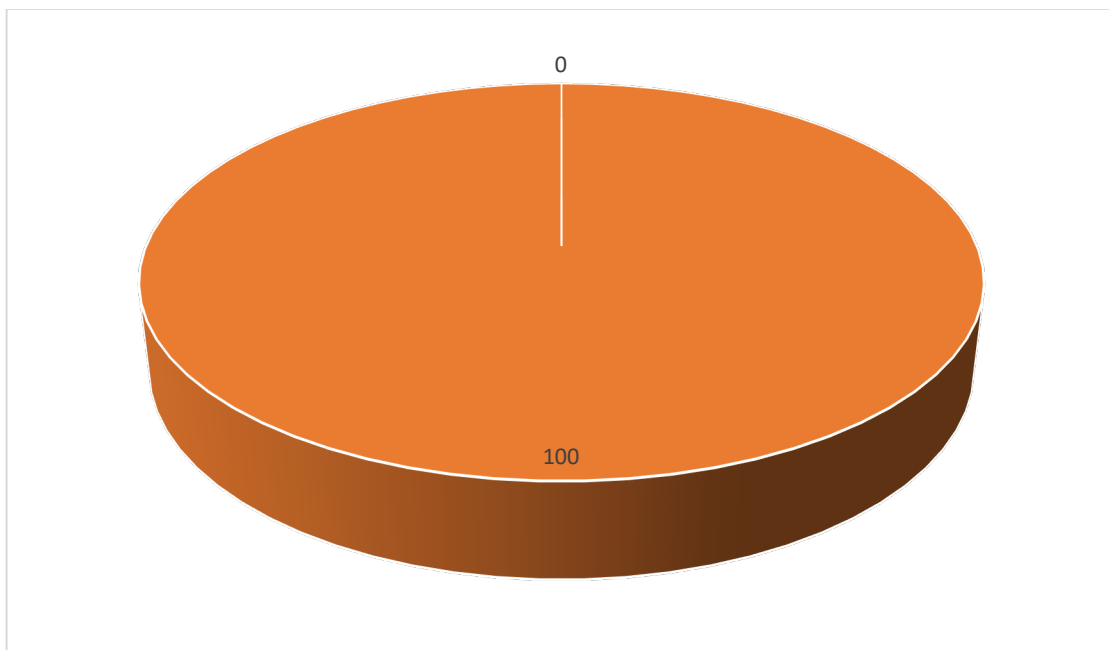
V poslední otázce jsme se respondentů dotazovali, jak často se cítí, že nedokáží být milí na spolupracovníky a klienty. 13 (34,2 %) respondentů zvolilo odpověď „velmi zřídka“. Celkem 9 (23,7 %) jich odpovědělo „někdy“. Odpověď „celkem často“ vybralo 7 (18,4 %) respondentů. „Zřídka“ nedokáže být milých 5 (13,2 %) respondentů. 2 (5,3 %) respondenti zvolili odpověď „nikdy nebo téměř nikdy“. Po jedné odpovědi (2,6 %) respondenti odpověděli u odpovědí „velmi často“ a „vždy nebo téměř vždy“.

Otázka č. 18 Setkali jste se již s pojmem syndrom vyhoření?

Tabulka 19- Setkali jste se již s pojmem syndrom vyhoření?

Setkali jste se již s pojmem syndrom vyhoření?	Absolutní četnost (počet)	Relativní četnost (%)
Ano	38	100
Ne	0	0

Graf 18 - Setkali jste se již s pojmem syndrom vyhoření?



Zdroj: vlastní

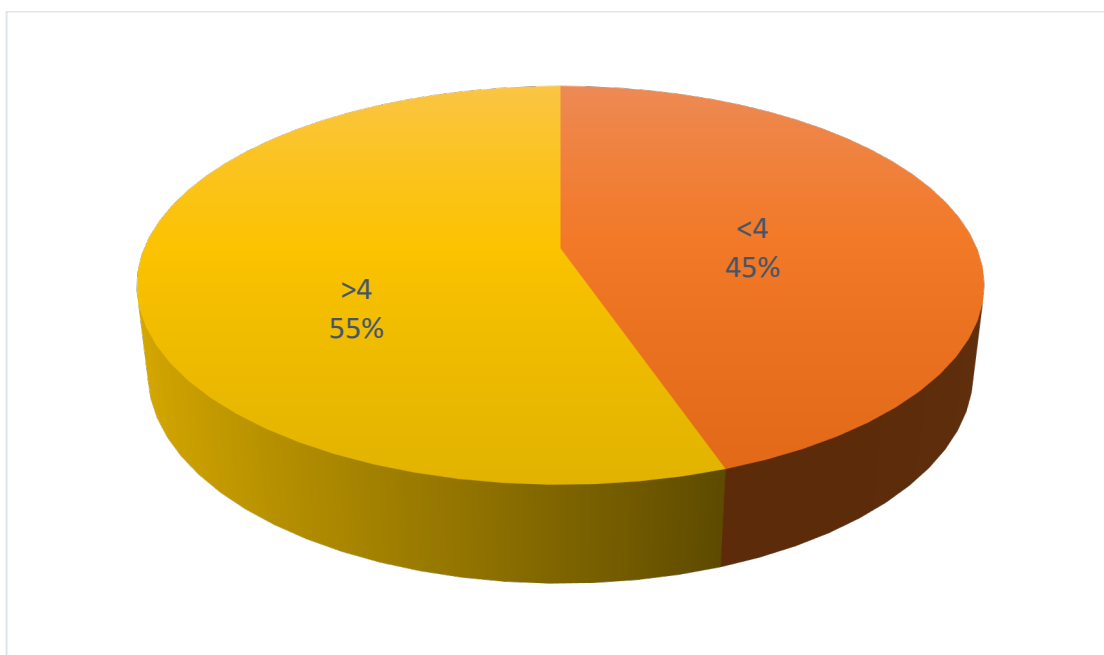
V tomto grafu je jasně vidět, že se všichni respondenti (100 %) již setkali s pojmem syndrom vyhoření.

Fyzická únava

Tabulka 20 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice fyzické únavy

Fyzická únava	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<4	17	44,70
>4	21	55,30

Graf 19 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice fyzické únavy



Zdroj: vlastní

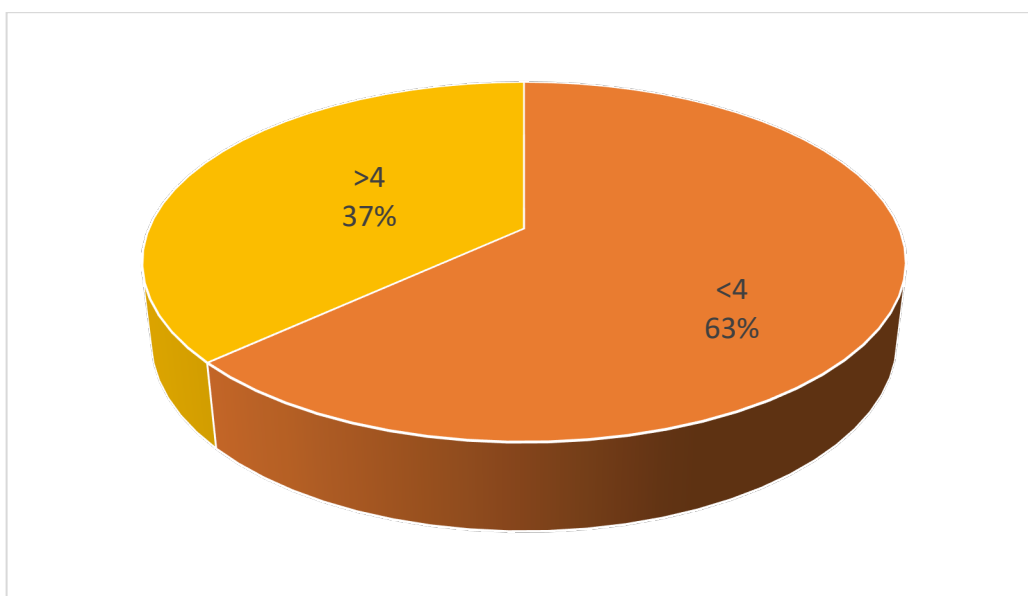
V kategorii fyzické únavy jsme se po vytvoření aritmetického průměru dostali k výsledku, který nám udává, že dohromady 21 (55,3 %) respondentů překračuje hraniční hodnotu 4,0, která definuje ohrožení syndromem vyhoření ze strany fyzické únavy. Zbytek respondentů, tedy 17 (44,7 %), ohrožených není.

Kognitivní únava

Tabulka 21 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice kognitivní únavy

Kognitivní únava	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<4	24	63,20
>4	14	36,80

Graf 20 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice kognitivní únavy



Zdroj: vlastní

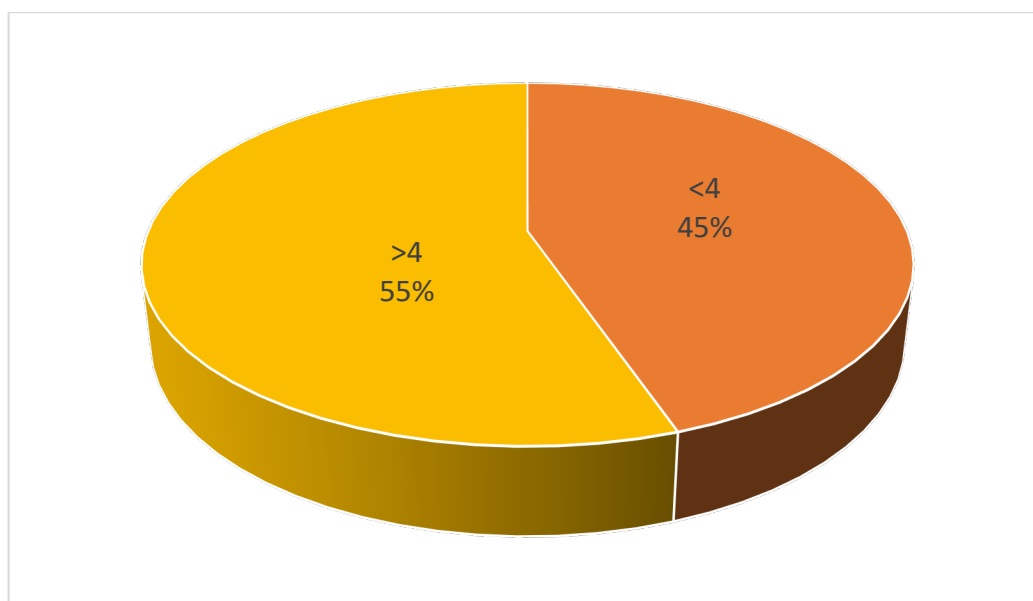
Kognitivní únavou trpí, dle dotazníkového šetření, celkem 14 (36,8 %) respondentů. Zbývajících 24 (63,2 %) respondentů kognitivní únavou v souvislosti se syndromem vyhoření netrpí.

Emoční vyčerpanost

Tabulka 22 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice emoční vyčerpanosti

Emoční vyčerpanost	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<4	17	44,70
>4	21	55,30

Graf 21 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice emoční vyčerpanosti



Zdroj: vlastní

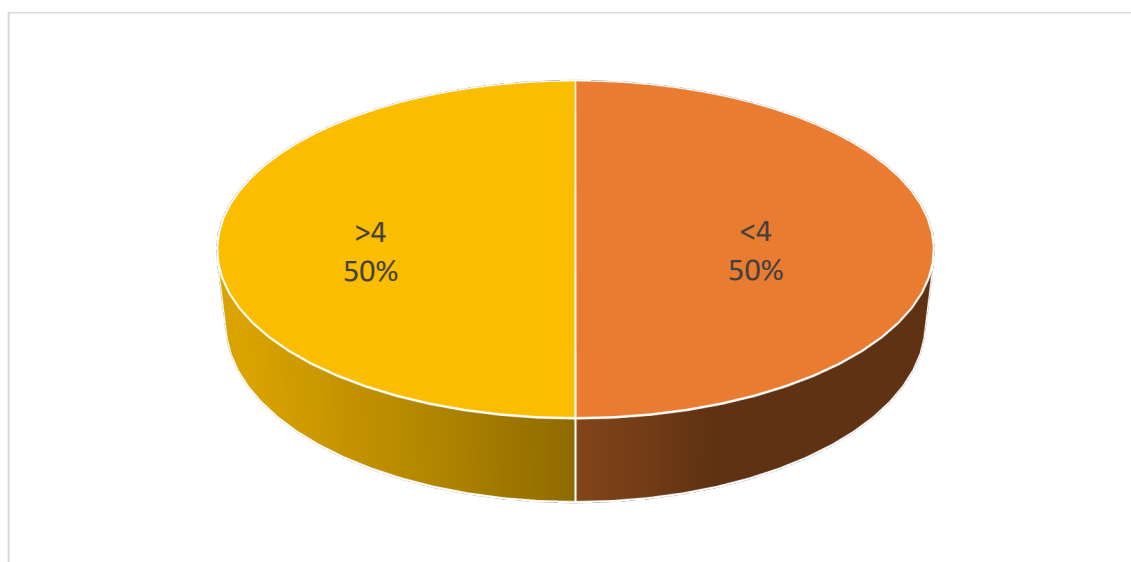
V grafu č. 20 znázorňujeme, že emoční vyčerpaností, dle našeho dotazníkového šetření, trpí 21 (55,3 %) respondentů.

Míra ohrožení syndromem vyhoření.

Tabulka 23 - Míra ohrožení syndromem vyhoření dle stanoveného kritéria

Míra ohrožení syndromem vyhoření	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<4	19	50
>4	19	50

Graf 22 - Míra ohrožení syndromem vyhoření dle stanoveného kritéria



Zdroj: vlastní

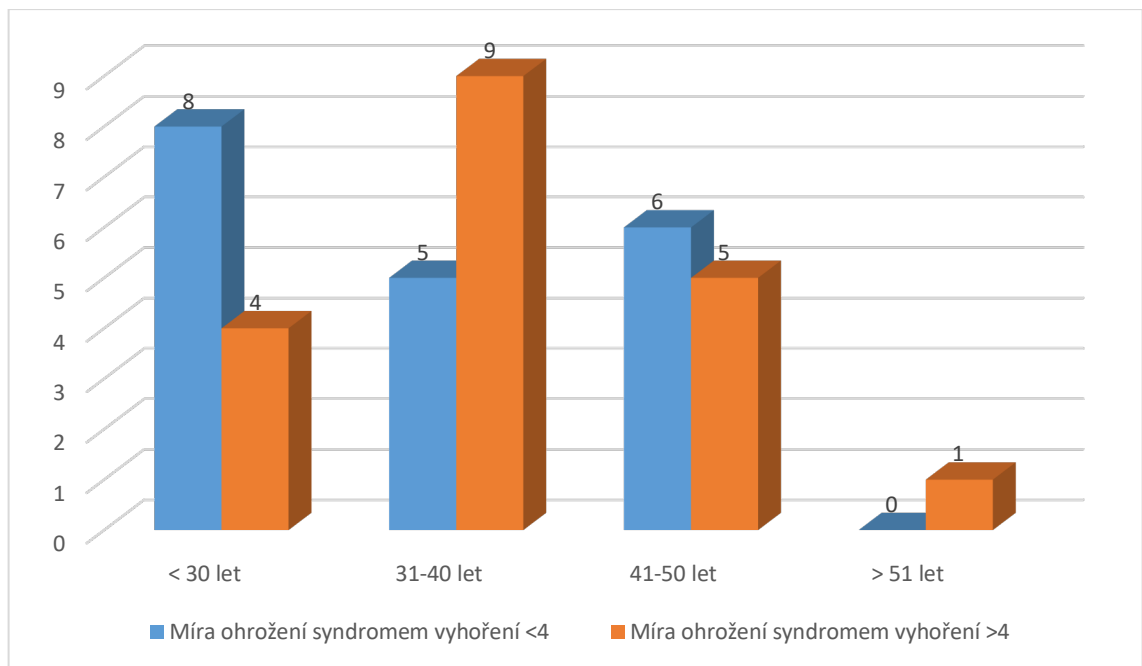
Po vytvoření aritmetického průměru ze všech odpovědí jsme došli k výsledku, že syndromem vyhoření je ohrožena přesně polovina pracovníků, a to 19 (50 %).

Míra ohrožení syndromem vyhoření dle věkových kategorií

Tabulka 24 - Míra ohrožení syndromem vyhoření dle věkových kategorií

Věk	Míra ohrožení syndromem vyhoření <4		Míra ohrožení syndromem vyhoření >4	
	Absolutní četnost	Relativní četnost k celkovému počtu hodnocených - 38 (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost k celkovému počtu hodnocených - 38 (%)
< 30 let	8	21	4	10
31-40 let	5	13	9	24
41-50 let	6	16	5	13
> 51 let	0	0	1	3
Celkem	19	50	19	50

Graf 23 - Míra ohrožení syndromem vyhoření dle věkových kategorií



Zdroj: vlastní

Jak je z tabulky č. 23 i grafu č. 22 patrné, tak u věkové skupiny 31-40 let překračuje u většiny (přesně u 9 ze 14) míra rizika zvolené kritérium (překračuje hodnotu 4). U věkové skupiny >51 let překračuje zvolené kritérium 100 %, ale zde je zařazen pouze jeden respondent, proto se nelze k datům signifikantně vyjádřit. U ostatních věkových skupin je zařazení opačné, tedy větší počet respondentů daných skupin kritérium nepřekračuje.

Obecně lze tedy hodnotit, že touto analýzou byla potvrzena hypotéza č.2, která předpokládá, že nejohroženější věkovou kategorií syndromem vyhoření je skupina 31-40 let.

6 DISKUZE

V teoretické části této diplomové práce se věnujeme problematice syndromu vyhoření u pracovníků, kteří pracují na jednotkách intenzivní péče, které byly v době koronaviru transformovány na COVID jednotky. Jsou zde vymezeny hlavní pojmy týkající se syndromu vyhoření. Zaměřili jsme se na vznik, význam syndromu vyhoření, jeho fáze a průběh těchto fází, léčbu a prevenci. V další části jsme se věnovali koronavirové pandemii. V této části je blíže definován SARS-CoV-2 a onemocnění, které způsobuje, včetně péče o pacienta, který koronavirem onemocněl. Jako další jsme popsali náplň práce zdravotnických pracovníků na jednotkách intenzivní péče, a poté jsme se věnovali definici prostředí, ve kterém profesi vykonávají.

Při vybírání tématu diplomové práce byla koronavirová pandemie v nejkritičtější fázi. Autor této diplomové práce se pro téma rozhodl především z důvodu aktuálnosti problematiky a také proto, že mu problematika byla velmi blízká. Zároveň během celé pandemie vykonával svou profesi zdravotnického záchranáře na nejmenovaném anesteziologicko-resuscitačním oddělení, které bylo právě v době koronavirové pandemie transformováno na COVID oddělení s režimovými opatřeními. Bylo tedy velmi zajímavé pozorovat celou situaci vlastníma očima a následně porovnávat se zdroji odborné literatury zpracovaných od odborníků z jiných částí České republiky až po odborníky z jiných kontinentů. V této části bylo zajímavé sledovat odlišnou progresi pandemie v závislosti na místě a čase a také variantě. Porovnání těchto proměnných ale dalece přesahuje rozsah i téma této práce. Bylo díky tomu možné vytvořit vlastní pohled na problematiku syndromu vyhoření, především přímým sledováním spolupracovníků od začátku pandemie.

Naším hlavním cílem bylo zjistit, jak velký počet zdravotnických pracovníků je ohrožen/trpí syndromem vyhoření. Pro uskutečnění dotazníkového šetření

bylo vybrané oddělení anesteziologicko-resuscitační oddělení a jeho pracovníci v době, kdy bylo transformováno na COVID jednotku, ze kterých byli vybráni pouze ti, jež jsou na pozici všeobecné sestry nebo zdravotnického záchranáře. Součástí tohoto kolektivu je i autor diplomové práce, který byl ovšem vyňat z dotazníkového šetření.

Abychom dosáhli potřebných výsledků, vytvořili jsme dotazníkové šetření v papírové formě, jehož součástí je Shiromova a Melamedova škála vyhoření. V mnoha podobných akademických pracích jsme se setkávali s využíváním dalších hodnotících škál pro syndrom vyhoření. Příkladem by mohla být škála MBI (Maslach burnout inventory). Jedná se o další nejčastěji využívanou metodu, hodnotící míru syndromu vyhoření. Tento test se ve výsledku téměř neliší od SMBM hodnotící škály. Je též rozdělen do 3 subškál pro zhodnocení emočního, fyzického a kognitivního vyčerpání. (Kebza, 2003)

Dotazník jsme rozšířili o otázky, ze kterých jsme získali sociodemografické údaje. Dotazníkové šetření probíhalo anonymně, avšak po konzultaci s respondenty ještě před samotným vydáním dotazníků jsme získali návrh na rozlišení dotazníků, jelikož respondenti žádali o individuální vyhodnocení. Došlo tedy k označení dotazníků rozdílnými symboly, kdy měl každý respondent svůj unikátní symbol, dle kterého si svůj dotazník pamatoval. Díky tomuto rozhodnutí bylo možné jeden dotazník s nejvyšším skórem vybrat a opět anonymně dle symbolu respondenta oslovit pro vyplnění doplňujícího dotazníku BDI-II, který zobrazuje úroveň deprese. Zhodnocen bude později v diskuzi.

Předmětem diskuze je pojednání a zhodnocení získaných výsledků, které budou následně porovnány s odbornými zdroji, které se zabírají podobným tématem.

Vzhledem k tomu, že tato diplomová práce byla tvořena během pandemie, bylo třeba neustále sledovat aktuální vývoj situace. Tato skutečnost se též promítla do samotné tvorby práce, kdy bylo potřeba sledovat nejnovější trendy týkající se zvládnání probíhající pandemie a neustále aktualizovat čerpané informace.

Naším hlavním cílem bylo zjistit, míru ohrožení zdravotnických pracovníků syndromem vyhoření. Za běžných podmínek je na anesteziologicko-resuscitačním oddělení práce z určitého pohledu psychicky náročnější, než na standardním oddělení lůžkové péče. Předpoklad týkající se práce na anesteziologicko-resuscitačním oddělení si stanovila ve své akademické práci Rybková (2017), kdy se domnívala, že na jednotkách anesteziologie a resuscitace bude nadpoloviční většina pracovníků z řad zdravotnických záchranářů trpět syndromem vyhoření. Jí stanovená hypotéza byla prostřednictvím dotazníkového šetření verifikována.

V dobách koronavirové pandemie se tato náročnost několikanásobně zvýšila.

Z výsledků SMBM dotazníků jsme zjistili, že z celkového vzorku 38 respondentů překročilo hraniční hodnoty, které rozhodují o ohrožení syndromem vyhoření, 19 (50 %) respondentů, tedy přesně polovina respondentů. Hraniční hodnota neboli „cut point“, byla stanovena 4,0. Při vyhodnocování jsme uvažovali aritmetický průměr 4,0 včetně. Hlavní cíl práce, zjistit míru ohrožení zdravotnických pracovníků syndromem vyhoření, se nám tedy podařilo splnit.

Jak je již v teoretické části uvedeno, na vyhoření se podílí fyzická, kognitivní i emoční vyčerpanost. V hypotéze H 1 předpokládáme, že nejčastější výskyt

překročení meze míry rizika bude právě u prvních šesti otázek v SMBM dotazníku, které určují míru fyzické únavy.

Tuto hypotézu jsme stanovili především při zhodnocení fyzické náročnosti práce při péči o pacienta. Je zde mnoho důvodů, které nás přiměli k této teorii. Dle studie Čapkové (2021), je evidentní, že častými pacienty, hospitalizovanými na COVID jednotkách intenzivní péče, byli pacienti s BMI nad 30 bodů, což odpovídá zvýšené tělesné hmotnosti až obezitě v závislosti na skóre. Během směny je třeba pacienta polohovat, jak kvůli prevenci vzniku proleženin, tak uvádění do pronační polohy.

Do fyzické náročnosti ale můžeme zařadit i výkon práce v osobních ochranných pracovních pomůckách, které značně znesnadňují i běžně fyzicky nenáročnou činnost. Myšlen je především tepelný komfort v ochranném overalu, který je využíván. Vlivem nošení osobních ochranných pomůcek, kterými jsou namysli: ochranný overal, nepropustný pro kapénky, respirátor FFP3, 2 vrstvy jednorázových nesterilních rukavic, pokrývka hlavy nebo kapuce overalu, gumové holiny či igelitové návleky a štít či ochranné brýle. Zdravotničtí pracovníci, kteří pracovali v těchto osobních ochranných pracovních pomůckách přicházeli k nežádoucím událostem, kterými byly kožní onemocnění, bolesti hlavy, dehydratace. (Hu et al., 2020).

Během pandemie mnohdy docházelo, u většiny pracovníků, k překračování pracovní normy, a to právě z toho důvodu, že nebylo možné obsadit směny dostatečně kvalifikovanými zdravotníky pro péči o pacienty s onemocněním COVID-19.

Tato skutečnost je dle našeho názoru též jednou z příčin, které velkou částí přispěly ke zvýšení míry ohrožení syndromem vyhoření. Tento poznatek má přímou souvislost se subškálou v SMBM dotazníku, tedy fyzickou únavou.

Jelikož zdravotničtí pracovníci neměli dostatek potřebného času pro úplnou regeneraci mezi směnami, zároveň s jistým vědomím o nemožnosti čerpat například řádnou dovolenou.

Dále dle otázky č. 1 v dotazníkovém šetření víme, že v pracovním kolektivu převažuje ženské pohlaví, které jak je obecně jemnější, tím pádem jím je náročnost práce jinak vnímána, než jako tomu je u mužského pohlaví.

Jak ve své práci uvádí Mašek (2021), významným faktorem, který částečně souvisí i s důsledkem fyzické únavy, vzniklým nedostatkem volného času pro regeneraci, odpočinek a spánek, je omezení komunikace a kontakt s blízkými právě kvůli tomu, že většinu času zdravotničtí pracovníci trávili v práci.

Velmi deprimujícím faktem bylo i to, že nikdo nebyl schopen predikovat další vývoj pandemie.

Po vyhodnocení našeho dotazníkového šetření, konkrétně vytvoření statistické analýzy výsledků z oblasti otázek vztahujících se ke zjištění fyzické únavy jsme dospěli k závěru.

Ihned v první otázce, zařazené do SMBM dotazníku, byla respondentům položena otázka, zda se cítí unavení. Z výsledků je patrné, že pocit únavy pociťují celkem často, jelikož stejně nazvanou možnost odpovědi označilo dohromady 16 (42,1 %) respondentů. U zbývajících možností počet odpovědí nepřesáhl číslo 10.

Další přímo cílenou otázkou na fyzickou únavu byla otázka č.6, dotazníkového šetření. Respondentů jsme se ptali na to, zda se cítí fyzicky vysílení. Výsledkem byli nejčastěji volené odpovědi „někdy“ a „celkem často“, každou zvolilo 13 (34,2 %) zdravotníků. Třetí přesně cílenou otázkou na fyzické

vyčerpání, je otázka č. 8: „Připadám si jako by se mi vybily baterky“. Výsledek znázorňuje graf č. 8 zobrazený ve výsledcích. Ukazuje nám, že dotazovaní nejčastěji volili odpověď „někdy“ což na bodové škále znamená 4 body a je na počátku hranice, od které se již odpovědi řadí do míry ohrožení syndromem vyhoření.

Celkově zhodnocená fyzická únava, je mimo jiné graficky znázorněna v grafu č. 18. Kde jsme pomocí zpracování výsledků z prvních 6 otázek v SMBM dotazníku, vytvořili hodnotu definující míru fyzické únavy hodnoceného vzorku. Díky těmto výpočtům jsme se nám podařilo dospět k závěru. Hypotéza H1: „Při vyhodnocení syndromu vyhoření pomocí SMBM hodnotící škály, je nejčastější výskyt v první části, tedy fyzické únavy“ se potvrdila.

Touto skutečností se též potvrdil i cíl C1, který byl zaměřen na zjištění, ve které dimenzi, fyzické, kognitivní, či emoční, se vyskytuje nejvyšší míra ohrožení syndromem vyhoření. Odpověď tedy zní: fyzická únava.

Kdybychom se měli zaměřit na úroveň kognitivní únavy, kam se dle SMBM škály řadí především problémy při uvažování a koncentraci, dospěli jsme pomocí našeho dotazníkového šetření k závěru, že kognitivní únavou trpí pouze 14 (36,8 %) dotázaných. Znamená to tedy, že zbývajících 24 (63,2 %) respondentů, tedy více jak polovina, není ohroženo odvětvím syndromu vyhoření – kognitivní únavou.

V souvislosti s emočním vyčerpáním, jež je poslední součástí, z celkem tří podoblastí SMBM hodnotící škály, jsme došli k výsledkům, že emočním vyčerpáním trpí více, jak polovina respondentů, přesné číslo nám vyšlo 21 (55,3 %) z celkových 38 (100 %) dotazovaných. Pro tento výsledek může nasvědčovat mnoho skutečností.

V dotazníkovém šetření jsou pro tuto část vyčleněny celkem tři otázky, podle SMBM dotazníku. Jako první otázka, spadající pod emoční vyčerpanost zněla: „Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a klientů“. Po vyhodnocení jsme dospěli k výsledku, že se většina respondentů pohybovala kolem „cut pointu“, avšak větší část nad ním. Tento výsledek mohlo zapříčinit několik skutečností, kterým byli respondenti během práce na COVID jednotkách vystaveni. Z vlastní zkušenosti autora práce by jedním z faktorů, kdy se respondentům nedařilo být citlivými především k potřebám svých spolupracovníků, mohl nedostatek osobního volna ve smyslu neochoty při plánování docházky.

Dle informací, které získal Mašek (2021) při tvorbě své práce, by další příčinou mohla být stigmatizace a labeling ze stran veřejnosti, tedy i pacientů. Na základě našich zkušeností můžeme tuto teorii potvrdit s ohledem na průběh přístupu veřejnosti ke zdravotnickému personálu. V prvních fázích koronavirové pandemie byli zdravotníci vyzdvihováni pro jejich odvahu a vervu se kterou prací vykonávají. Široká veřejnost zdravotníky podporovala, jak věcnými zdroji, ta formou psychické podpory a soudržnosti. Mezi nejznámějšími gesta například patřil potlesk věnovaný zdravotníkům, v určité hodině, pro vyjádření podpory a díky. V dalších obdobích koronavirové pandemie zájem postupně klesal a začal se obracet spíše v opak. Zejména i v době našeho výzkumu. I dle práce Maška (2021) docházelo k okamžikům, kdy zdravotničtí pracovníci tajili skutečnost o svém momentálním povolání, z důvodu negativní reakce okolí. Tyto negativní reakce přicházeli i od pacientů hospitalizovaných na COVID jednotkách. Zde je právě jeden z potenciálních zdrojů necitlivost k potřebám klientů.

V další otázce spadající do této skupiny jsme po respondentech požadovali odpověď na sedmistupňové škále v souvislosti s pocitem, že nejsou schopni

citově investovat do svých spolupracovníků a klientů. I zde jsme se v počtu zvolených odpovědí přenesly přes hranici „cut pointu“ směrem blíže k vyhoření.

Poslední otázkou, zařazenou do emoční vyčerpanosti, je otázka na pocit, při kterém respondent nedokáže být milý, jak na své spolupracovníky, tak klienty. Po vyhodnocení získaných odpovědí jsme se dopracovali k velmi kladnému výsledku. Nejčastěji uváděnou odpovědí bylo velmi zřídka. Uvedlo ji celkem 14 (34,2 %) respondentů. Uspokojením pro nás bylo vědomí, že i přes náročnost situace v daném okamžiku, si většina zdravotníků zachovalo svou profesionalitu v případě klientů a kolegiální v případě svých spolupracovníků.

Dohromady nám tyto tři otázky neposkytly pouze náhled na míru syndromu vyhoření v oblasti emočního vyčerpání, ale též se nám díky nim podařilo splnit čtvrtý stanovený dílčí cíl.

Při stanovení hypotézy H2, která zní: „Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženi pracovníci mezi 31–40 rokem života“, jsme záměrně vybrali věkové rozmezí 31–40 let, a to z důvodu, že zdravotničtí pracovníci již mají určitou praxi, tudíž je jim dobře známá náročnost práce za standardních podmínek, a je tedy v jejich případě možné porovnat náročnost práce před koronavirovou pandemií a při ní.

Vzhledem k tvrzení Vlachovské (2011), která zpracovávala dokument týkající se spolehlivosti diagnostických možností pro syndrom vyhoření, jsme byli po stanovení hypotézy utvrzeni, pro její důležitost. Její zkoumání přineslo výsledky, které potvrzují jistou korelaci mezi délkou praxe a mírou vyhoření, které zdravotníci pociťují. Podobně jako v našem výzkumu, měli respondenti možnost zvolit délku své praxe na jedné pracovní pozici. (Vlachovská, 2011)

Ke stejnému závěru došla ve své práci Smetáčková (2018), která se zabývala syndromem vyhoření učitelů a učitelek pracujících v mateřských školách. Její výzkum prokázal úměru mezi mírou syndromu vyhoření a délkou praxe.

Do třetice byla zmíněna v akademické práci Šaška (2021) studie, jež byla zaměřena na hasiče, kteří se podíleli na záchranných pracích po zemětřesení, co se událo v Chi-Chi, v Tchajwanu. Studie ve svém výzkumném šetření byli hasiči podrobeni výzkumu, ve kterém se zjišťovali demografické údaje, charakter záchranných a likvidačních prací a následně psychická a posttraumatická morbidita včetně zvládnutí stresu. Studie přinesla stejné výsledky, že vyšší věk a větší délka praxe se projevuje na výskytu psychických onemocnění nebo posttraumatických poruch.

Po vyhodnocení našeho výzkumného šetření jsme postupně došli k podobnému závěru, kdy jsme nejdříve pomocí otázky č. 2 zjišťovali věk respondentů. Po vyhodnocení byla nejčastěji volená odpověď ta s věkovým rozpětím 31–40 let, přesně ji zvolilo 14 (36,8 %) dotázaných. Na druhém místě se v počtu odpovědí umístila věková kategorie pod 30 let, a to s celkem 12 (31,6 %) odpověďmi. Následně po získání odpovědí na otázku č. 3, ve které jsme se respondentů ptali na délku praxe. Tato otázka nám přinesla výsledek, částečně překvapivý. Celkem je na oddělení 16 (42,1 %) pracovníků s praxí kratší jak 5 let, 18 (47,4 %) pracovníků s délkou praxe mezi 5–10 lety a 4 (10,5 %) pracovníci s praxí nad 10 let. Příjemně překvapující pro nás bylo, že se vyskytuje takové množství zdravotníků s praxí kratší jak 5 let, v kombinaci s výsledky počtu respondentů pod 30 let.

Obecně je znám velký nedostatek zdravotníků ve všech sektorech medicíny. Například v tiskové zprávě Ministerstva zdravotnictví z února, roku 2021, kdy v té době nejvíce se vyskytující mutace byla britská, je uvedeno, že zásadním

problémem při zajišťování péče o pacienty, nebyla lůžková kapacita nebo přístrojové či materiální vybavení, ale právě personální zajištění. Z vlastních poznatků autora této práce lze toto tvrzení potvrdit.

Příjemné bylo tedy zjištění, že se rozhodlo pro práci ve zdravotnictví, zvláště v tomto sektoru, velké množství mladých lidí i v takto nepříznivé situaci. (MZČR, 2021)

Kombinace výsledků z těchto otázek nám pomohli hypotézu se zněním: „Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženi pracovníci mezi 31–40 rokem života“, verifikovat.

Všeobecně nehledě na věkovou kategorii, délku praxe, a dokonce ani pohlaví byla velmi deprimujícím faktorem, přispívajícím k syndromu vyhoření, skutečnost, že během koronavirové pandemie se několikanásobně zvýšila mortalita. Jak uvádí ve své studii Čapková (2021), za sledované období byla mortalita na jednotce intenzivní péče 37 %, což je výrazně vyšší než v letech 2019-2020.

Spojitosť se syndromem vyhoření perfektně vystihl ve své práci Mašek (2021) tvrzením, že práce zdravotnických pracovníků v první linii s sebou nese různá úskalí, kdy jsou vystaveni nejrůznějším výzvám, z nichž tou nejvyšší výzvou je záchrana lidského života. V době pandemie, byli zdravotničtí pracovníci vystaveni té největší pracovní zátěži, tedy smrti pacienta, daleko častěji a jak ve své studii uvádí Galehdar (2020), byl velmi emočně vysilující fakt, že i přes nasazení všech sil, ve většině případů nebylo pacientům, jak pomoci. Emoční prožívání bylo též ovlivněno ztíženou komunikací mezi zdravotníkem a pacientem z důvodů používání ochranných pomůcek.

Naší další hypotézou je hypotéza H 3. Domníváme se, že syndromem vyhoření jsou více ohroženy ženy než muži.

Při studii diplomové práce Maška (2021) jsme si všimli, že jeho výzkumné šetření je zaměřeno pouze na ženské pohlaví, ovšem stejně jako v naší práci byli pro výzkum vybráni pouze pracovníci z anesteziologicko-resuscitačních jednotek. Uznává, že kdyby v jeho výzkumném šetření byli zastoupeni muži, mohli by nabídnout odlišný pohled na věc.

Důvodem, proč jsme se rozhodli stanovit tuto hypotézu, je z důvodu, že se k ženskému pohlaví přiřazuje vyšší míra empatie a schopnost vcítění se do situace. Dle našeho názoru tyto vlastnosti, v případě syndromu vyhoření, nejsou zcela žádoucí, a právě těmito faktory se snižuje odolnost vůči emočnímu vyčerpání.

V první řadě bychom se chtěli věnovat faktu, týkajícího se genderového zastoupení pracovníků ve zdravotnictví.

Do našeho výzkumu byla zařazena identifikační otázka, dotazující se na pohlaví. Ve výsledku jsme dostali následující hodnoty: 33 (86,8 %) žen a 5 (13,2 %) mužů.

Potvrzující je mnoho studií, jež tvrdí, že zdravotnictví patří mezi nejvíce feminizované obory. Toto tvrzení podporuje i ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky), který již v roce 2003 ve své statistice uvádí, že z celkového počtu 248 tisíc zdravotnických pracovníků jich je 197 tisíc zastoupeno ženským pohlavím. Zmiňuje též, že oproti situaci 5 let zpátky se zastoupení mužů více než zdvojnásobilo. (ÚZIS, 2003)

Historicky by se na tuto skutečnost dalo pohledět i tak, že obor ošetrovatelství byl v minulosti zastupován především řády charitativních sester. Mužským pohlavím bylo naopak zastoupeno povolání lékařů, kde pro změnu byly ženy na lékařských fakultách pro studium odmítány. Postupem času a rozvojem medicíny byla právě těmito lékaři vyslovena potřeba pomocníků, kteří budou dohlížet na nemocné, jak v nemocnici, tak v domácnosti. V Čechách byla první škola určená pro ošetrovatelky otevřena r. 1874 v Praze. (MASTILIAKOVÁ, 2002)

Po zpracování výsledků našeho šetření, kdy jsme porovnávali četnost překročení „cut pointu“ s četností pohlaví v kombinaci s celkovým výsledkem míry vyhoření pro každého jednoho respondenta, jsme došli k závěru, že nejsme schopni tuto hypotézu potvrdit ani vyvrátit pro nízký počet respondentů mužského pohlaví v našem výzkumném vzorku. Ke stejnému výsledku dospěla ve své akademické práci Šašek (2021), jejíž součástí byl výzkum prováděný na souboru státních pracovníků. Kdy pro nedostatek respondentů mužského pohlaví nedošla k signifikantnímu výsledku. Ve své práci i zmiňuje, velké množství výzkumů je prováděno na „feminizovaných profesních skupinách“. Tato informace též potvrzuje výsledek, ke kterému se během statistického zkoumání dopracoval ÚZIS.

V publikacích z osmdesátých let je k nalezení informace, že k syndromu vyhoření má blíže ženská skupina pracovníků. Za to Kebza a Šolcová ve své publikaci z r. 2003, zastávají názor, že výskyt syndromu vyhoření podle genderového rozdělení, není jednoznačný. Tento fakt by mohl být námětem pro další výzkum, kde by byla stanovena podmínka, podmiňující genderovou vyrovnanost v konečném počtu respondentů.

Hypotéza H 3: „Syndromem vyhoření jsou více ohroženy ženy než muži. „není potvrzena ani vyvrácena, protože pro markantní nedostatek respondentů zastupující mužské pohlaví se nedala objektivně zhodnotit.

Během snahy potvrdit nebo vyvrátit předchozí hypotézy se nám podařilo splnit další z dílčích cílů, a to cíl C2. Za úkol jsme si dali zjistit současné sociodemografické složení zdravotnických pracovníků. Výsledkem jsou zdravotničtí pracovníci, převážně ženy, ve středním věku, s jistou mírou praxe.

Naší poslední stanovenou hypotézou pro tuto diplomovou práci je hypotéza H4. Domníváme se, že jsou všichni respondenti seznámeni s pojmem syndrom vyhoření. K této hypotéze se pojí stanovený cíl, a to cíl C3 s následujícím zněním: „Zjistit, zda jsou zdravotničtí pracovníci seznámeni s pojmem syndrom vyhoření

V našem výzkumném šetření se vyskytovala otázka, která byla přímo cílená na tuto problematiku. Vzhledem k náročnosti práce na jednotkách intenzivní péče je syndrom vyhoření vcelku diskutované téma i mimo období pandemie. Věnovala se mu například Jandová (2012) ve své akademické práci, kde pomocí svého výzkumu mimo jiné zjišťovala vztah pracovního místa a psychického stavu. Jak je z našeho výzkumného šetření patrné, všech 38 (100 %) respondentů se s pojmem syndrom vyhoření setkalo.

Při provádění výzkumu jsme respondentům nabídli možnost vyplnění Beckovy škály hodnocení deprese, jak jsme již zmínili výše.

Po vyhodnocení vyplněné Beckovi škály deprese jsme dostali výsledek 16 bodů. Tento výsledek je zařazen svou bodovou hodnotou mezi mírné projevy depresivní symptomatologie.

Rádi bychom věnovali několik řádků rozebrání výsledků toho dotazníku, vzhledem k pandemické situaci a navrhnout proč, zrovna zvolil to ono konkrétní tvrzení.

Náš respondent měl tedy za úkol u jednadvaceti otázek vybrat tvrzení, které je mu nejvíce podobné. V prvním tvrzení týkající se smutku, označil, že se cítí posmutnělý, sklíčený. Naskytuje se mnoho faktorů, proč vybral právě tohle tvrzení. Ve spojitosti s koronavirovou pandemií podle nás může jít nejpravděpodobněji o smutek, způsobený častým odloučením od rodiny, další variantou by mohl být důvod ten, že je pro něj nezvyklé vidět tak časté umírání pacientů. Jako druhé tvrzení vybral, že se obává budoucnosti. Vzhledem, k faktu, že koronavirová pandemie byla stále velmi aktuálním tématem, a i přes vakcinaci se stále objevovalo velké množství nakažených, je to jedna z nejpravděpodobnějších variant, proč se respondent v danou chvíli takhle cítil. U třetího bodu si volil odpověď: „nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly“. Myslíme si, že v tomto případě si byl respondent vědom, že je ve správný čas na správném místě, myšleno vzhledem k povolání. „Věci mě už netěší jak dříve“ je dalším vybraným tvrzením. Vzhledem k nemožnosti si věci užívat naplno, s přihlédnutím ke skutečnosti, že velké množství služeb mělo omezenou činnost, je pro nás tato odpověď pochopitelná. „Následovalo tvrzení: „netrpím pocity viny“. Odpověď bychom v tomto případě vnímali jako poukázání na to, že respondent se ztotožňuje s myšlenkou, že si je vědom svého vydaného úsilí, a je s výkonem během své práce spokojen. „Nemám pocit, že budu za něco trestán“ by mohlo vysvětlovat pocit, že si dotazovaný stojí za svými činy a nepochybuje o jejich správnosti, či vhodnosti. „Zklamal jsem sám sebe“ dotazovaný zvolil u tvrzení č. 7. Je zde varianta, že odpověď zvolil kvůli sebekritice v případě osobního zvládnutí tlaku pandemie. V tvrzení č. 8 byla v nabídce odpověď „mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb“ se dá najít jistá spojitost s otázkami v SMBM dotazníku z dimenze kognitivní únavy. U

tvrzení týkající se ukončení života bylo nepochybně vybrané tvrzení, že nepřemýšlí o sebevraždě. Tvrzení č. 10, že je respondent plačtivější, je možné vysvětlit, vysokou mírou emočního tlaku, který je třeba ventilovat. Jako další tvrzení vybral následující: „jsem často podrážděn a rozladěn“, které by mohlo souviset například s mediální situací provázející koronavirovou pandemií. V dalším tvrzení uvádí, že má menší zájem o ostatní lidi. Příčinou může být udržení sociálního distancování pro zmírnění přenosu nákazy. tvrzení, že odkládá svá rozhodnutí častěji než dříve, může dle našeho názoru souviset s fyzickou, kognitivní i emoční únavou. U tvrzení č. 14 uvádí, že nemá větší starosti se vzhledem než dříve. V tvrzení č.15 uvádí, že se musí nutit, kdy je třeba něco udělat. Opět tuto skutečnost můžeme přisuzovat k fyzické, ale i kognitivní únavě. U otázky dotazující se na kvalitu spánku, si dotazovaný vybral tu možnost, kdy se mu zhoršil spánek a nespí již tak dobře jako dříve. Toto lze vysvětlit i tak, že dříve, než usne myslí na řadu věcí, mezi nimi je i zamyšlení nad otázkou budoucnosti, jak co vyřešit a co bude dál. Tvrzení č. 17. ukazuje, že se respondent unaví snáze než dříve. Nasvědčuje to o chronickém přetěžování organismu a tím postupné vyčerpávání fyzických a psychických rezerv. Co se týká otázky chuti k jídlu, tak ta se mu snížila a nemá již takovou chuť jako dříve. Dalo by se to vysvětlit i postupným vznikem a zhoršováním žaludeční neurózy a k tomu další symptomy, které mnohdy vyvrcholí do nechutenství až odporem k jídlu. Otázka zhubnutí za poslední dobu a klient odpovídá, že nezhubl, ale vyvrací předchozí úvahu. Za zhodnocení stojí i dotaz ohledně péče a starostlivosti o své zdraví. Klient odpovídá, že velice často myslí na své tělesné obtíže. Zabývá se tedy svým fyzickým zdravím a dospívá k myšlence určité obavy o své zdraví a obává se i možnosti jeho zhoršování a k tomu potom odpovídající další problémy a starosti. Jako poslední je namístě i otázka sexu a hodnocení zájmu klienta o něj. Má menší zájem o sex než dříve. Toto odpovídá s největší pravděpodobností psychickému a fyzickému

vyčerpání organismu, pocitu diskomfortu a psychické nevyrovnanosti. Může mít obavy ze ztráty sebedůvěry.

Celý dotazník bude vložena do příloh této diplomové práce stejně tak vzor dotazníku SMBM.

6.1 SHRNUÍ

Ve své práci jsme sestavili dotazníky, které byly anonymní. Bylo samozřejmě také možné se v nich zaměřit i na osobní údaje, jako je pohlaví, věk, a stav dotazovaného ve smyslu manželství, partnerství, samoživitelství a podobně. Zvažovali jsme i možnost otevřených otázek. To jsou otázky, kdy si respondent nevybírám z předem daných odpovědí, ale vypisuje vlastní odpověď.

Zprvu po předložení mnou sestavených dotazníků zdravotníkům, jsme se setkávali s rozličnými reakcemi. Někteří dotazovaní spolupracovali velmi ochotně, někteří k dotazníkům přistupovali spíše laxně, v některých případech až s velmi negativní odezvou. Někteří zdravotníci si dotazník sice ochotně přečetli, ale vyplňovat je z velmi rozličných důvodů nechtěli. Někteří dotazovaní mohli mít obavu z toho, že by jejich hodnocení vyšlo v oblasti počínajícího nebo již probíhajícího syndromu. Těmto respondentům bylo nutné zvlášť vysvětlit přínos dotazníku. Příčinou prvotních negativních reakcí byl příliš povrchní pohled na problematiku. Ač byl dotazník anonymní, přece jen seznámení se s výsledkem pro některé bylo žádoucí.

Samozřejmě, že je možné vypracovat širokou škálu dotazníků s různými otázkami i odpověďmi, týkající se syndromu vyhoření, máme na mysli třeba

stereotyp v práci, vysoké nároky, očekávání pochvaly či odměny za vykonanou práci. Zajímavé by určitě také bylo vyplňovat dotazníky i na jiných odděleních dané nemocnice, které nebyly tolik zatíženy onemocněním COVID-19. Máme na mysli méně akutních odděleních, na ambulancích a na pracovištích komplementu, kde se také personál setkával s pacienty, kteří byli jakýmkoliv způsobem součástí koronavirové pandemie. V neposlední řadě by si zasloužili toto dotazníkové šetření i zdravotničtí pracovníci v přednemocniční péči, kteří pracují a starají se o pacienty, aniž by byli chráněni stejně dokonale jako zdravotničtí pracovníci v nemocnicích, neboť není možné vyjíždět trvale chráněni ochrannými prostředky, a riziko setkání s pozitivním pacientem, který však nemá žádné příznaky a má jiné zdravotní problémy je velmi pravděpodobné. Bylo také vhodné oslovit i pracovníky, pracující v domovech pro seniory, v odborných léčebných ústavech a na odděleních léčení dlouhodobě nemocných či na odděleních následné péče, kde rovněž nebyla situace jednoduchá. Senioři byli omezováni a obvyklých aktivitách, byli izolováni od své rodiny a přátel, výrazným způsobem byl omezen jejich volný pohyb, což v důsledku vedlo k jejich výrazné deprivaci. Samozřejmě jako nejvýrazněji ohrožená skupina měli i největší procento úmrtí na onemocnění. To vše vyústilo ve velkou zejména psychickou zátěž pro personál, který musel své klienty udržovat spíše než ve fyzické kondici tak v kondici psychické. Taková šetření nebyla cílem naší práce, ale bylo by určitě velmi zajímavé tuto problematiku zpracovat a tím tedy porovnat míru syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků v jednotlivých oborech a odvětvích zdravotní a sociální péče.

Z výše námi vyhodnocených dat vyplývá, že na pracovníky ve zdravotnictví jsou kladeny stále vyšší nároky, vyšší pracovní nasazení a trvalé povinnosti celoživotního vzdělávání. Práce a starost o pacienty přibývá, a přitom jen zřídka se zdravotníci dočkají odpovídajícího hodnocení.

Pokud bychom se chtěli vyhnout pracovnímu postižení – tedy syndromu vyhoření – je nutné, aby byl kladen důraz na uvědomování si co vlastně syndrom vyhoření je, a co jej spouští a co jej zhoršuje. I když jsme naše šetření prováděli na úzké skupině zdravotnických pracovníků, tak ze všech teoretických poznatků a následně z dotazníkového výzkumu vyplývá, že práce ve zdravotnictví je velmi náročná a je tedy nutné si i uvědomit, že je potřeba se proti syndromu vyhoření aktivně bránit a nepřipustit už ani jeho nastartování.

7 ZÁVĚR

Stěžejní část mé diplomové práce se zaměřila na problematiku syndromu vyhoření na jednotkách intenzivní péče s ohledem na pandemickou situaci onemocněním COVID-19. Pojem syndrom vyhoření byl popsán v části teoretické, a to včetně jeho jednotlivých fází a členění. V praktické části jsme se dále zabývali konkrétní analýzou dotazníkového šetření u pracovníků již zmíněných jednotek intenzivní péče.

Byly ustanoveny celkem čtyři cíle a čtyři hypotézy v této diplomové práci. Pro jejich analýzu a ověření byl použit dotazník, vyplněný 38 respondenty, s 16 otázkami, rozčleněnými do skupin týkajících se fyzické únavy, emočního a psychického zdraví. Samotné hodnocení bylo založeno na Shirom-Melamedovy škály, která identifikuje míru ohrožení samotným syndromem vyhoření. Díky vyhodnocení dotazníkového šetření byly potvrzeny tři hypotézy. Konkrétně lze tedy díky analýze dotazníkového šetření konstatovat, že pojem syndrom vyhoření je znám u všech dotazovaných pracovníků a nejčastěji je přítomen v oblasti fyzické únavy. Dále jsme potvrdili, že nejvíce ohroženou skupinou jsou pracovníci ve věkovém rozmezí 30-40 let. Hypotéza č.3 nebyla potvrzena ani zamítnuta z důvodu malého zastoupení mužského pohlaví ve sledované skupině. K těmto datům se nelze signifikantně vyjádřit.

Cíle práce byly zaměřeny na zjištění nejohroženější dimenze syndromem vyhoření a dále na sociodemografickém složení pracovníků na těchto pracovištích. Zároveň bylo cílem ověřit seznámení dotazovaných pracovníků s problematikou syndromem vyhoření a zjištění jejich přístupu ke svému okolí. Nejohroženější dimenze syndromem vyhoření je dle dotazníkového šetření oblast fyzické únavy, jak již bylo zmíněno v předchozím odstavci, který se týkal jednotlivých hypotéz diplomové práce. Stejně tak i sociodemografické složení odpovídá potvrzené hypotéze, z čehož vyplývá, že nejohroženější skupinou

jsou pracovníci mezi 30-40 rokem života s praxí delší než 5 let. Při zjišťování přístupu dotazovaných ke svému okolí jsme došli k závěru, že i přes náročnost situace si zdravotničtí pracovníci ve většině případů zachovali profesionalitu v oblasti péče o klienty a také kolegiální vztahy v případě spolupráce s ostatními kolegy.

Závěrem lze jednoznačně konstatovat, že samotná práce na jednotkách intenzivní péče je náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce.

Problematika koronavirové pandemie jednoznačně přispěla ke ztížení pracovních podmínek a větší zátěže pro tyto zdravotnické pracovníky, proto vznik syndromu vyhoření je zde velmi pravděpodobný. Je tedy velmi žádoucí se neustále zajímat o problematiku syndromu vyhoření u těchto pracovníků a věnovat jí pozornost nadále.

8 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Atp.	a tak podobně
ARDS	syndrom akutní dechové tísně
Viz.	podívej se
Např.	například
Tzv.	tak zvaný
MBI	Maslach burnout inventory
MPB	Multipothway to burnout
BMI-II	Beckova škála deprese
AIDS	akutní imunodeficitní syndrom
HIV	lidský imunodeficitní virus
COVID 10	coronavirus disease 2019
SARS-COV-2	Sever Acute Respiratory syndrome Coronavirus
MERS	Middle East respiratory syndrome
RNA	ribonukleová kyselina
DNA	deoxyribonukleová kyselina
WHO	větová zdravotnická organizace

VOI/VOC	Varianta viru vzbuzující zájem / vzbuzující obavy
RT-PCR	Rapit test – polymerázová řetězová reakce
CT	počítačový tomograf
RTG	rentgen
EKG	elektrokardiograf
EEG	elektroencefalograf
POCT	analyzátor testů in vitro
HFNO	high flow nasal oxygen
MOF	syndrom multiorgánové dysfunkce
FDA	Federální úřad pro kontrolu potravin a léčiv
ESICM	Evropská společnost intenzivní medicíny
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
CDC	Americké středisko pro kontrolu a prevenci nemocí
EMA	Evropská léková agentura
EU	Evropská unie
SMBM	Shiromova a Melamedova škála syndromu vyhoření
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky

FFP

respirátor

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

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

AYERS, Susan a Richard DE VISSER. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché. ISBN 978-80-247-5230-3.

SCHAUFELI, Wilmar a Christina MASLACH. *Profesional burnout: Recent Developments in Theory and Research*. London: Routledge, 1993. ISBN 9781315227979.

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

PTÁČEK, R., RABOCH, J., KEBZA, V., *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013, Edice celoživotního vzdělávání ČLK, ISBN 978-80-247-5114-6

PRIESS, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

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.

VOLLMER, Helga. *Pryč s únavou: syndrom vyprahlosti*. Praha: Motto, 1998. Populárně psychologická řada. ISBN 80-85872-90-0.

YAKUT, Zatiye Ayça ÇEVİKELLİ. *What we know about COVID-19 and its treatment*. Istanbul: Marmara University Press, 2020. ISSN 2630-6340.

STEJSKAL F. *Covid-19 – devět měsíců zkušeností. Jsou přístupy ke kontrole této infekce racionální* Farmakoter Revue 2020;5(Suppl 1):8–14.

SHEREEN, M. A., S. KHAN, A. KAZMI, N. BASHIR a R. SIDDIQUEA. *COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses*. Journal of Advanced Research. 2020, 24(1), 91-98.

TŮMOVÁ, Běla, Augustin ŠTUMPA a Martina HAVLÍČKOVÁ. *Ptačí chřipka: trvalá hrozba pandemie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1986-3.

Pandemický plán České republiky, 2011. [online]. MZCR. [cit. 2022-01-012]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/pandemicky-plan-cr_1093_5.html

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 20.04.2022]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

HOMZA, Miroslav. Five Antigen Tests for SARS-CoV-2: Virus Viability Matters. *Viruses* [online]. 2021, 13(4), 13 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: [doi:https://doi.org/10.3390/v13040684](https://doi.org/10.3390/v13040684)

Yuki, K., Fujiogi, M., & Koutsogiannaki, S. (2020). COVID-19 pathophysiology: A review. *Clinical Immunology*, 215. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2020.108427>

QU, Jie-Ming. COVID-19: The Essentials of Prevention and Treatment. China: Elsevier, 2020. ISBN 78-0128-240-03-8.

ŠEVČÍK, Pavel a Martin MATĚJOVIČ, ed. Intenzivní medicína. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, c2014. ISBN 978-80-7492-066-0.

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků – znění od 19. 10. 2019. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2022 [cit. 25. 4. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#f4176011>

LE, Tung Thanh; CRAMER, Jakob P.; CHEN, Robert. Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape. *Nature Reviews Drug Discovery*. 2020-10, roč. 19, čís. 10, s. 667–668. Dostupné online [cit. 2022-1-22]. ISSN 1474-1776. DOI 10.1038/d41573-020-00151-8.

KRAMMER, Florian. SARS-CoV-2 vaccines in development. *Nature*. 2020-10-22, roč. 586, čís. 7830, s. 516–527. Dostupné online [cit. 2022-1-22]. ISSN 0028-0836. DOI 10.1038/s41586-020-2798-3.

PETRÁŠ, M. Očkování proti onemocnění covid-19 mRNA vakcínami. *Farmaceutická revue*, 2021, 1.1: 13-14.

COVID vaccine-makers largely protected on side effects. *Medical Express*[online]. 2022, 3(3), 2 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://medicalxpress.com/news/2021-04-covid-vaccine-makers-largely-side-effects.html>

PTÁČEK, Radek, RABOCH, Jiří. (2017). Czech version of the shirom melamed burnout measure. *Československá Psychologie*. 61. 536-574.

VLACHOVSKÁ, Barbora. Syndrom vyhoření – diagnostické možnosti. Praha, 2011. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Vladimír Kebza.

PTÁČEK, Radek, RABOCH, Jiří. Beckova škála deprese BDI-II – standardizace a využití v praxi. Česká a slovenský psychiatrie. 2016, 112(6), 270-274. ISSN 1212-0383.

Hu, D., Kong, Y. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>

RYBKOVÁ, Kateřina. Syndrom vyhoření u zdravotnických záchranářů a jeho možná prevence. Kladno, 2017. Bakalářská práce. České vysoké učení technické v Praze. Vedoucí práce Dana Ralbovská.

ČAPKOVÁ, Radka. Mortalita pacientů s covidem-19 na JIP – naše zkušenosti. *Vnitřní Lék* 2021; 67(e5): e23–e27

MAŠEK, Štěpán. Prožívání a zkušenosti zdravotních sester během péče o pacienty nakažené COVID-19. Magisterská diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Olomouc, 2021. Vedoucí práce: Martin Dolejš

SMETÁČKOVÁ, Irena. Syndrom vyhoření mezi učitelkami a učiteli mateřských škol. Zpráva z výzkumu. Univerzita Karlova v Praze, Praha, 2018.

Ženy a muži v číslech zdravotnické statistiky. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. Praha: ÚZIS, 2003 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zeny_muzi_cisl_zdr_stat.pdf

ŠAŠEK, Jan. Výzkum syndromu vyhoření a deprese u příslušníků HZS Plzeňského kraje. Diplomová práce. České vysoké učení technické v Praze. Praha, 2021. Vedoucí práce: Tibor Břečka

Kapacita nemocnic je v některých regionech vyčerpána, limitující je především nedostatek personálu. In: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: MZČR, 2021 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/kapacita-nemocnic-je-v-nekterych-regionech-vycerpana-limitujici-je-predevsim-nedostatek-personalu/>

GALEHDAR, N., KAMRAN, A. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. 2021. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02898-1>

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup. Praha: Karolinum, 2002. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0429-9.

JANDOVÁ, Eva. Stres a psychické příznaky u všeobecných sester pracujících na jednotkách intenzivní péče. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Plzeň, 2012. Vedoucí práce: Monika Kopárková

10 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf 1 - genderové zastoupení v souboru respondentů	50
Graf 2 - věkové zastoupení souboru posuzovaných respondentů	52
Graf 3 - délka praxe v souboru posuzovaných respondentů	54
Graf 4 - Cítím se unavený/á.	57
Graf 5 - Necítím žádnou sílu jít do práce.....	59
Graf 6 - Cítím se fyzicky vysílený/á.....	61
Graf 7 - Cítím, že mám všeho dost.....	63
Graf 8 - Připadám si, jako by se mi vybily baterky	65
Graf 9 - Cítím se vyhořelý/á.....	67
Graf 10 - Myslí mi to pomalu	69
Graf 11 - Obtížně se koncentruji.....	71
Graf 12 - Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně	73
Graf 13 - Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á	75
Graf 14 - Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech	77
Graf 15 - Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a klientů.....	79
Graf 16 - Cítím, že nejsem schopen/na citově investovat do svých spolupracovníků	81
Graf 17 - Cítím, že nedokážu být milý/á na spolupracovníky a klienty	83
Graf 18 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice fyzické únavy	86
Graf 19 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice kognitivní únavy.....	88
Graf 20 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice emoční vyčerpanosti	89
Graf 21 - Míra ohrožení syndromem vyhoření dle stanoveného kritéria	90

11 SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka 1 – Ukázka malé tabulky	Chyba! Záložka není definována.
Tabulka 2 - Varianty viru SARS-CoV-2	30
Tabulka 3 - Genderové zastoupení v souboru respondentů.....	50
Tabulka 4 - Věkové zastoupení souboru posuzovaných respondentů.....	52
Tabulka 5 - Délka praxe v souboru posuzovaných respondentů.....	54
Tabulka 6 - Cítím se unavený/á.....	56
Tabulka 7 - Necítím žádnou sílu jít do práce.....	58
Tabulka 8 - Cítím se fyzicky vysílený/á	60
Tabulka 9 - Cítím, že mám všeho dost	62
Tabulka 10 - Připadám si, jako by se mi vybily baterky.....	64
Tabulka 11 - Cítím se vyhořelý/á.....	66
Tabulka 12 - Myslí mi to pomalu.....	68
Tabulka 13 - Obtížně se koncentruji.....	70
Tabulka 14 - Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně	72
Tabulka 15 - Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á.....	74
Tabulka 16 - Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech	76
Tabulka 17 - Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a klientů	78
Tabulka 18 - Cítím, že nejsem schopen/na citově investovat do svých spolupracovníků	80
Tabulka 19 - Cítím, že nedokážu být milý/á na spolupracovníky a klienty....	82
Tabulka 20- Setkali jste se již s pojmem syndrom vyhoření?.....	84
Tabulka 21 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice fyzické únavy	86
Tabulka 22 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice kognitivní únavy.....	88

Tabulka 24 - Rozdělení počtu hodnocených dle stanoveného kritéria v problematice emoční vyčerpanosti	89
Tabulka 25 - Míra ohrožení syndromem vyhoření dle stanoveného kritéria.	90
Tabulka 26 - Míra ohrožení syndromem vyhoření dle věkových kategorií	91

12 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Dotazníkové šetření

Vážení respondenti,

jmenuji se Barbora Kalinová a jsem studentkou 2. ročníku studijního programu Civilní nouzové plánování na ČVUT v Praze. Za účelem sběru dat pro diplomovou práci na téma: „Problematika syndromu vyhoření zdravotníků pracujících na COVID jednotkách intenzivní péče v době koronavirové pandemie“, bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Vyplnění dotazníku je anonymní a veškeré informace budou použity pouze v této diplomové práci.

Děkuji za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku,
Barbora Kalinová

1. Pohlaví

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk

- a) < 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) > 51 let

3. Délka praxe

- a) < 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) > 10 let

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

Setkali jste se již s pojmem syndrom vyhoření?

- a) Ano
- b) Ne

Zakroužkujte v každé skupině jeden výrok, který nejlépe vystihuje, jak se cítíte během posledních 14 dnů včetně dneška. Pokud Vašemu stavu odpovídá několik tvrzení, vyberte si vždy tvrzení s nejvyšším číslem. Pokaždé vyberte ze skupiny pouze jeden výrok.

1.

- 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.

- 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.

- 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, manželka) plně selhal, zklamal

4.

- nejsem nijak zvlášť nespokojený(á)
- věci mě už neteší tak jako dříve
- nic mně již nepřináší uspokojení
- ať dělám cokoliv, nevzbudí to ve mně sebemenší potěšení

5.

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

6.

- nemám pocit, že budu za něco trestán(a)
- mám pocit, že bych mohl být potrestán(a)
- očekávám, že budu nějak potrestán(a)
- vím, že budu potrestán(a)

7.

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

8.

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

9.

- nepřemýšlím o sebevraždě
- někdy pomyslím na sebevraždu
- často přemýšlím o sebevraždě
- kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život

10.

- nepláču více než obvykle
- pláču nyní častěji než předtím
- pláču nyní stále, nedokážu přestat
- předtím jsem mohl(a) plakat, nyní to nejde, i kdybych chtěl(a)

11.

- nejsem nyní podrážděný(á) více než obvykle
- jsem často podrážděn(a) a rozladěn(a)
- jsem stále podrážděn(a) a rozladěn(a)
- nemohu se již rozčítit ani věcmi, které mě dříve obvykle rozčillovaly

12.

- neztratil(a) jsem zájem o ostatní lidi
- mám menší zájem o ostatní lidi
- ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi
- ztratil(a) jsem všechny zájem o ostatní lidi

13.

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

14.

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

15.

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

16.

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

17.

- necítím se více unaven(a) než obvykle
- unavím se snáze než dříve
- téměř všechno mě unavuje
- únava mi zabraňuje cokoli dělat

18.

- mám svou obvyklou chuť k jídlu
- nemám takovou chuť k jídlu jako dřív
- mám mnohem menší chuť k jídlu
- zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu

19.

- v poslední době jsem nezhubl(a)
- zhubl(a) jsem v poslední době více než 2,5 kg
- zhubl(a) jsem v poslední době více než 5 kg
- zhubl(a) jsem v poslední době více než 7,5 kg

20.

- nestarám se o své zdraví víc než obvykle
- dělají mi starosti různé bolesti v těle, mám citlivý žaludek, trpím zácpou, bušením srdce apod.
- velice často myslím na své tělesné obtíže
- moje bolesti a těžkosti mě plně vyčerpávají

21.

- 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