

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Katedra fyzioterapie

**Míra psychické zátěže a riziko syndromu vyhoření
u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním
zařízení**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
PhDr. Lenka Žáková, PhD.

Vypracoval/a:
Bc. Pavlína Traxlová

Praha, Červen 2024

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu

Prohlašuji, že při psaní závěrečné práce byla využita umělá inteligence pro zlepšení čitelnosti formulací textu kapitol číslo 8.2 a 8.3.

V Praze, dne

.....

podpis autora/ky

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí práce za ochotu, vstřícnost a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Velmi si také cením přístupu Mgr. Jitky Buriánkové při konzultacích mé práce. Závěrem bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich čas při vyplnění dotazníků.

ABSTRAKT

Autor: Pavlína Traxlová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Žáková, PhD.

Název: Míra psychické zátěže a riziko syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení

Cíle: Cílem diplomové práce je posoudit prevalenci syndromu vyhoření a míru psychické zátěže u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v České republice. Hlavním přínosem této práce je zjištění úrovně těchto problémů mezi fyzioterapeuty, což může přispět k lepšímu doporučení pro zlepšení pracovních podmínek. Dalším z cílů je určit jaký vliv na syndrom vyhoření a míru psychické zátěže má délka praxe fyzioterapeutů a účast v supervizích a intervizích. Posledním cílem mé práce je zjistit, jaká preventivní opatření nebo strategie fyzioterapeuti využívají mimo pracovní život pro udržení své psychické pohody.

Metody: Pro kvantitativní výzkum bylo využito online dotazníkové šetření CASI (Computer-Assisted-Self-Interview). Software Click4Survey byl použit pro vytvoření elektronického dotazníku, který se skládal z 32 otázek a byl rozdělen do šesti bloků. V dotazníkovém šetření byly využity dva standardizované dotazníky, Shirom-Melamed Burnout Measure a Meisterův dotazník. V mé práci jsem zvolila českou verzi Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření, která hodnotí symptomy vyhoření v třech oblastech – fyzické vyčerpání, emocionální vyčerpání a kognitivní únavu. Pro měření psychické zátěže jsem využila Meisterův dotazník, který se stal jedním z osvědčených nástrojů pro zkoumání psychické zátěže. Dotazník obsahuje 10 položek, z toho tři položky hodnotí přetížení, tři položky zjišťují monotonii a tři otázky jsou věnovány nespécifickým faktorům.

Výsledky: Z výsledků práce je patrné, že většina fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení nevykazuje známky syndromu vyhoření a vyšší míru psychické zátěže, zatímco menšina ano. Dotazník SMBM, který hodnotí různé faktory vyčerpání, ukázal, že průměrné hodnoty všech respondentů naznačují výraznou míru fyzického vyčerpání. Dále bylo zjištěno, že fyzioterapeuti s kratší délkou praxe vykazují vyšší psychickou zátěž a častější výskyt syndromu vyhoření. Supervize a intervize mají pozitivní vliv na zvládání pracovního stresu. Fyzioterapeuti v tomto výzkumu uvedli, že

v rámci prevence duševního zdraví ve svém soukromém životě nejčastěji volí aktivní odpočinek a tráví volný čas s rodinou a přáteli a poměrně velká část využívá meditaci jako součást své psychohygieny. Většina respondentů si uvědomuje důležitost prevence a aktivně se jí věnuje.

KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom vyhoření, psychická zátěž, duševní zdraví, stress; Shirom – Melamen Burnout Measure; Meisterův dotazník; supervise.

ABSTRACT

Author: Pavlína Traxlová

Supervisor: PhDr. Lenka Žáková, PhD.

Title: Levels of psychological strain and risk of burnout syndrome in physiotherapists working in outpatient settings

Objectives: The aim of this thesis is to assess the prevalence of the burnout syndrome and the level of psychological stress among physiotherapists working in outpatient facilities in the Czech Republic. The main contribution of this thesis is to determine the level of these problems among physiotherapists which may contribute to better recommendations for improving working conditions. Another aim is to determine what effects the length of experience of physiotherapists and participation in supervision and interviews has on the burnout syndrome and the level of psychological distress. The final aim of my thesis is to determine what preventative measures or strategies physiotherapists use outside of work to maintain their psychological well-being.

Methods: For the quantitative research, an online questionnaire survey CASI (Computer-Assisted-Self-Interview) was used. Click4Survey software was used to create an electronic questionnaire consisting of 32 questions and was divided into six blocks. Two standardized questionnaires, the Shirom-Melamed Burnout Measure and the Meister Questionnaire, were used in the survey. In my work I chose the Czech version of the Shirom and Melamed Burnout Scale, which assesses burnout symptoms in three areas - physical exhaustion, emotional exhaustion and cognitive fatigue. To measure psychological distress, I used the Meister questionnaire, which has become one of the proven tools for examining psychological distress. The questionnaire contains 10 items, of which 3 items assess overload, 3 items survey monotony and 3 questions are devoted to non-specific factors.

Results: The results of the study show that the majority of physiotherapists working in outpatient settings does not show signs of the burnout syndrome and higher levels of psychological stress, while a minority does. The SMBM questionnaire, which assesses various factors of exhaustion, showed that the mean values of all respondents indicated a significant level of physical exhaustion. It was also found that physiotherapists with shorter years of experience showed higher psychological strain and a higher incidence of

the burnout syndrome. Supervision and interviewing have a positive effect on a work stress management. The physiotherapists in this research reported that they most often choose active recreation and spending time with family and friends as part of mental health prevention in their private lives, and a relatively large proportion use meditation as part of their psychological hygiene. The majority of respondents is aware of the importance of prevention and actively engages in it.

KEYWORDS

Burnout syndrome, psychological distress, mental health, stress, Shirom - Melamen Burnout Measure, Meister questionnaire, supervision

OBSAH

Seznam zkratk	- 10 -
1 Úvod	- 11 -
2 Teoretická východiska	- 13 -
2.1 Syndrom vyhoření	- 13 -
2.1.1 Definice syndromu vyhoření	- 13 -
2.1.2 Rizikové skupiny	- 14 -
2.1.3 Rizikové rysy osobnosti	- 15 -
2.1.4 Příčiny syndromu vyhoření	- 16 -
2.1.5 Příznaky syndromu vyhoření	- 18 -
2.1.6 Fáze syndromu vyhoření	- 20 -
2.1.7 Diferenciální diagnostika	- 21 -
2.1.8 Diagnostika syndromu vyhoření	- 22 -
2.1.9 Léčba a prevence syndromu vyhoření	- 23 -
2.1.10 Dopady syndromu vyhoření	- 27 -
2.1.11 Syndrom vyhoření a jeho komorbidity	- 28 -
2.2 Pracovní stres a pracovní zátěž	- 30 -
2.2.1 Rizikové faktory pracovního stresu	- 30 -
2.2.2 Pracovní stres v České republice	- 31 -
2.3 Současný stav	- 31 -
2.3.1 Syndrom vyhoření v České republice	- 31 -
2.3.2 Syndrom vyhoření v zahraničí	- 33 -
3 Cíle	- 34 -
4 Výzkumné otázky	- 35 -
5 Hypotézy	- 36 -
6 Metody	- 37 -
6.1 Design studie	- 37 -
6.2 Výzkumný soubor	- 37 -
6.3 Metody sběru a zpracování dat	- 38 -
6.3.1 Shirom – Melamed Burnout Measure (SMBM)	- 38 -
6.3.2 Meisterův dotazník	- 40 -
6.4 Vyhodnocení výsledků – analýza dat	- 42 -
7 Výsledky	- 43 -
7.1 Ověření hypotéz	- 54 -

8	Diskuse	- 57 -
8.1	Míra psychické zátěže a syndromu vyhoření u fyzioterapeutů.....	- 58 -
8.2	Vliv délky praxe fyzioterapeutů na míru psychické zátěže a syndromu vyhoření.....	- 61 -
8.3	Vliv supervizí a intervizí na míru psychické zátěže a syndrom vyhoření u fyzioterapeutů.....	- 63 -
8.4	Prevence duševního zdraví fyzioterapeutů v soukromém životě.....	- 66 -
8.5	Limity práce	- 68 -
9	Závěr.....	- 69 -
10	Seznam tabulek	- 70 -
11	Seznam příloh	- 71 -
12	Seznam literatury	- 72 -
13	Přílohy.....	I

SEZNAM ZKRATEK

BM – Burnout Measure

CASI – Computer-Assited-Self-Interview

CBI – Copenhagen Burnout Inventory

ČR – Česká republika

DP – depersonalizace

EE – emotional exhaustion, emocionální vyčerpání

EU – Evropská unie

HIV – human immunodeficiency virus

KBT – kognitivně behaviorální terapie

LF UK – 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

MBI – Maslach Burnout Inventory

Meister – Meisterův dotazník

MKN – 10–10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

MKN – 11–11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

N – počet respondentů

OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná

PA – personal accomplishment

s.d. – směrodatná odchylka

SMBM – Shirom-Melamed Burnout Measure

USA – United States of America

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

WHO – World Health Organization

1 ÚVOD

Současná literatura poskytuje různé výklady syndromu vyhoření, avšak jednoznačná definice tohoto jevu zatím chybí (Maroon, 2012). Jedna z mnoha definic popisuje syndrom vyhoření jako reakci na dlouhodobý stres, která se projevuje emočním vyčerpáním, depersonalizací a sníženými osobními a profesními úspěchy (Ovchinnikov, 2015). Nejčastěji se syndrom vyhoření týká lidí s takzvanou sociální či pomáhající profesí (Poschkamp, 2013).

V teoretické části této práce budou popsány rizikové skupiny a rysy osobnosti, u kterých můžeme předpokládat větší tendence k vyšší míře pracovního stresu a možného vzniku syndromu vyhoření. Dále budou rozebrány příčiny, které mohou syndrom vyhoření způsobit. Rizikové faktory budou rozděleny na pracovní prostředí, mimopracovní život a další sociodemografické faktory. Následně budou v teoretické části práce rozebrány projevy, fáze, diferenciální diagnostiku a samotná diagnostika syndromu vyhoření, která je klíčová pro jeho správné rozpoznání, neboť příznaky tohoto syndromu mohou být podobné s jinými duševními poruchami. Z tohoto důvodu je nezbytné provést rozlišení mezi syndromem vyhoření a ostatními duševními poruchami pro přesnou diagnózu a následnou terapii. Teoretická část se také bude věnovat dopadům, komorbiditám, samotné léčbě a prevenci syndromu vyhoření. Důležitou součástí této části bude také popis pracovního stresu a zátěže, které jsou nedílnou součástí života fyzioterapeutů a mohou přispívat k vývoji syndromu vyhoření.

Je syndrom vyhoření a zvýšený pracovní stres fenoménem pouze dnešní doby, nebo se opravdu jedná o závažný problém?

Diplomová práce se zaměří na prevalenci syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR a psychickou zátěž, kterou vykazují. Dále jak délka praxe fyzioterapeutů ovlivňuje vznik syndromu vyhoření a úroveň jejich psychické zátěže. Dále zkoumá, jak možnost účasti na supervizích a intervizích ovlivňuje tyto faktory. V rámci mé diplomové práce se také budu věnovat prevenci duševního zdraví u fyzioterapeutů v jejich soukromém životě, která je v kontextu jejich práce nesmírně důležitá.

Existuje poměrně velké množství studií, které se zabývají syndromem vyhoření a pracovním stresem u lékařů a zdravotních sester. Avšak fyzioterapeutům v České

republice není v této problematice věnováno dostatečné množství pozornosti. Tato diplomová práce může přinést nové poznatky o syndromu vyhoření a míře psychické zátěže a může tak posloužit jako cenný zdroj informací pro vytvoření podpůrných a preventivních programů, které zabrání vzniku vyhoření a zvýšené zátěži na pracovišti.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1 Syndrom vyhoření

2.1.1 Definice syndromu vyhoření

Současná literatura poskytuje různé výklady syndromu vyhoření, avšak jednoznačná definice tohoto jevu zatím chybí. Některé definice popisují jednotlivé příznaky, některé naopak formulují syndrom vyhoření jako proces (Maroon, 2012, str. 19). Anglický výraz pro tento psychický stav se používá „burn-out“ v překladu „vyhořet“, „vyhasnout“ (Pešek, 2016).

Syndromem vyhoření se zabývají psychologové a lékaři od 70. let 20. století (Pešek, 2016). Poprvé byl syndrom vyhoření definován a popsán v roce 1974 v časopisu *Journal of Social Issues* Herbertem Freudenbergerem v článku *Staff burnout* (Poschkamp, 2013). Herbert Freudenberger byl psycholog, který denně usilovně pracoval od rána do večera. Po čase si jeho okolí, a i on sám na sobě začal všimnout psychického a fyzického vyčerpání. Po vzoru Freudovy psychoanalýzy se sám Freudenberger začal pozorovat tak, že si nahrával na magnetofon půlhodinové monology, jako by se svěřoval psychoterapeutovi. Nahrávky později poslouchal, analyzoval a zjistil, že z jeho slov byl poznat vztek, zklamání, vyčerpání, nenávisť, pocity viny, deprese, úzkost a plno dalších negativních emocí. Nahrávky mu umožnily vhled do problému a začal se sám léčit. Přehodnotil tak vztah a postoje ke své práci a naučil se chránit proti vyčerpání. Později se této problematice více věnoval a zjistil, že se problematika vyčerpání týká spousty lidí, a to především lidí, kteří se žijí pomáhajícími profesemi, do kterých investují část své osobnosti (Honzák, 2018). V článku *Staff burnout* publikovaném v roce 1974 definoval „burn-out“ také „vyčerpání“ jako selhání, opotřebování a vyčerpání se z nadměrných nároků energie a síly, což vede ke ztrátě schopnosti pracovat (Freudenberger, 1974). Freudenberger jako hlavní znak vzniku vyhoření dával důraz na osobnostní faktory a postoje. Naopak nedával důraz na nepříznivé vnější okolnosti, které mohly také zapříčinit syndrom vyhoření (Honzák, 2018).

Pokračovatelka Freudenbergera byla Christina Maslachová, která se zabývala syndromem vyhoření. Nedávala důraz jen na osobnostní faktory a nesprávné postupy u lidí se syndromem vyhoření, ale brala v úvahu i vlivy pracovního a sociálního prostředí. Maslachová definovala syndrom vyhoření jako nežádoucí až patologický obrat směrem

k negativnímu pólu nejrůznějších hodnot, ať už jde o zdraví, energii, nezájem a odcizení, cynismus a negativní postoje k práci, organizaci či kolegům (Honzák, 2018). Syndrom vyhoření má dle Maslachové tři vzájemně propojené dimenze, mezi které patří emoční vyčerpání, depersonalizace a nízká míra osobního naplnění. Dlouhodobé vystavení stresu je obvykle hlavní příčinou emočního vyčerpání. Toto vyčerpání se projevuje ztrátou nadšení pro práci a pocitem bezmoci. K depersonalizaci dochází například u lékařů, když se k pacientům chovají lhostejně a vyvíjejí negativní postoj ke svým kolegům a k profesi. Neefektivita, nebo nedostatek pocitu osobního úspěchu se projevuje odstupem jedince od povinností a odpoutáním se od práce (Romani, 2014). U pracovníka se syndrom vyhoření projevuje negativismem, fatalismem. Jeho motivace klesá, postrádá ctižádost a celkově působí chladně a přísně (Maroon, 2012).

Dle 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) je syndrom vyhoření definován v kapitole „Faktory ovlivňující zdravotní stav nebo kontakt se zdravotními službami“ jako jev z povolání. Jeho přesná definice zní takto: „Vyhoření je syndrom koncipovaný jako důsledek chronického stresu na pracovišti, který nebyl úspěšně zvládnut. Vyznačuje se třemi rozměry, které jsou:

- pocit vyčerpání nebo vyčerpání energie;
- zvýšený mentální odstup od práce nebo pocity negativismu či cynismu v souvislosti s prací; a
- snížená profesní efektivita.

Vyhoření se týká konkrétně jevů v profesním kontextu a nemělo by se používat k popisu zkušeností v jiných oblastech života.“ (World Health Organization, 2019).

2.1.2 Rizikové skupiny

Nejčastěji se syndrom vyhoření týká lidí s takzvanou sociální či pomáhající profesí. Pomáhající profese je taková, kde lidé často mají úzký kontakt s ostatními a investují nejen své znalosti a dovednosti, ale také část své osobnosti. (Poschkamp, 2013, Honzák, 2018). I přesto, že syndrom vyhoření je často spojován s lidmi, kteří mají blízký kontakt s jinými lidmi, nové studie uvádějí, že vyhořet může kdokoliv v různých profesních oborech a oblastech života (Raboch, 2019). Mezi nejčastější riziková povolání patří lékaři, zdravotní sestry, psychologové a psychoterapeuti, pečovatelé, sociální pracovníci, učitelé, dispečeri záchranné služby, policisté, kriminalisté, právníci, pracovníci věznic, úředníci v bankách a na úřadech, sportovci, dokonce i matky na mateřské dovolené

a studenti (Pešek, 2016). Mezi rizikovou skupinu můžeme zařadit i fyzioterapeuty, ačkoliv dle literatury projevují mírnější symptomy syndromu vyhoření než jiné lékařské profese (Nowakowska-Domagala, 2015). Pešek a Proško uvedli, že se se syndromem vyhoření setká až 20 až 30 % profesionálů, kteří pracují s lidmi. 45 % lékařů trpí syndromem vyhoření a 90 % lékařů v ČR považuje svou profesi jako stresující, a to nejčastěji z důvodu časového tlaku, administrativy a dodržování zdravotnické legislativy (Pešek, 2016). Romani a Ashkar ve svém článku uvedli, že zdravotničtí pracovníci, zejména lékaři, čelí ve své profesi vysoké úrovni stresu a dlouhodobému napětí, které může způsobit vyčerpání, a to jak psychické, tak fyzické (Romani, 2014). Právě obor zdravotnictví byl první, který upozornil na problematiku burnout syndromu čili syndromu vyhoření. Burnout syndrom je jedním z hlavních důvodů, proč zdravotníci mění místo svého zaměstnání (Křivohlavý, 2012). Mezi rizikové skupiny patří obvykle ti, na které jsou kladeny vysoké nároky a jejichž práce vyžaduje plné nasazení a odpovědnost a zároveň není jejich práce dostatečně ohodnocena, ať už slovně či finančně. Dále jsou ohroženi lidé, kteří do zaměstnání vstupují s velkým nasazením, motivací a jsou ze začátku své práci plně oddáni a tím se i zvyšuje riziko vzniku vyššího psychického a fyzického vyčerpání, kdy člověk nedokáže vykonávat svou práci kvalitně (Ptáček, 2012).

2.1.3 Rizikové rysy osobnosti

Syndrom vyhoření není způsoben jen faktory týkající se pouze typu zaměstnání a vlivu prostředí (Vévoda, 2018). Pracovní prostředí přispívá k vyhoření, ale není zaručeno, že všichni zdravotníci v daném prostředí zažívají stejný stupeň vyhoření nebo stresu. Každý jedinec zvládá stres a vnímá pracovní prostředí podle svých osobnostních faktorů a individuálních zkušeností. Ukázalo se, že osobnostní rysy jsou důležitými psychologickými charakteristikami, sloužícími jako prediktory výskytu syndromu vyhoření (Moscu, 2022). Odborná literatura uvádí, že nejvíce jsou postiženy osobnosti s typem chování A – osobnost typu A. (Vévoda, 2018). Již v 50. letech 20. stol. M. Friedman a R. Rosenman popsali osobnost typu A jako „hypertenzní“ a „infarktogenní“, která má sklony k přepracovanosti. Lidé s touto osobností pociťují častěji napětí, vnitřní neklid, potlačují v sobě zlost a usilují vždy o nejlepší pracovní výsledky a o stále vyšší životní úroveň. Jsou velmi zodpovědní, ctižádostiví, soutěživí a dochvilní. Neradi na něco a na někoho čekají, protože stále za něčím pospíchají s vidinou získání lepších výsledků (Pešek, 2016). Mezi další rizikové osoby patří

workoholici a lidé se sklony k perfekcionismu, jejichž tendencí je dělat vše dokonale a bez chyb. Perfekcionismus postihuje častěji jedince s tzv. anankastickými rysy, které se vyznačují velkou disciplinovaností a se sklony k detailismu, byrokratismu a s tendencí sebe a všechny ostatní přehnaně kontrolovat. Workoholici jsou osoby, které jsou závislé na své práci. Postihuje častěji muže s vyšším vzděláním. Mezi osobnostní faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření se dle Peška a Praška řadí narušené emoční potřeby v dětství, stresující myšlenkové postoje, nízké sebevědomí, vysoká míra empatie, nadměrná očekávání a nadšení při zahájení práce, nadměrná potřeba soutěživosti, tendence potlačovat emoce, neschopnost relaxovat, nízká míra asertivity, nadměrná potřeba se líbit druhým lidem, neschopnost racionálního plánování času a nízká míra sebereflexe (Peško, 2016).

Mezi další rizikový typ osobnost patří osobnost typu D, která je více náchylnější ke vzniku onemocnění. V pracovním životě vykazují větší míru vyhoření a nižší míru osobního úspěchu (Mols, 2010).

Thomas Poschkamp zařadil z hlediska osobnosti další rizikové faktory, kterými jsou například chybějící schopnost se distancovat od pracovních záležitostí, odstoupení při neúspěchu, ochota se při pomoci druhým vyčerpat, nebo vydat se, dále chybějící úspěch v zaměstnání a spokojenost v soukromém životě (Poschkamp, 2013).

Studie z roku 2022, jejímiž autory byli Moscu s kolektivem, se zabývala typem osobnosti a typem temperamentu, který mohl mít vliv na syndrom vyhoření během pandemie Covid-19 u lékařů a zdravotních sester na urgentním příjmu. Dle dotazníků bylo zjištěno, že lékaři a zdravotní sestry s typem temperamentu cholerik a melancholik vykazují větší míru syndromu vyhoření než ostatní s temperamenty flegmatika a sangvinika (Moscu, 2022).

2.1.4 Příčiny syndromu vyhoření

Rizikové faktory jsou příčinou stresových situací, které mohou při dlouhodobém působení na jedince způsobit syndrom vyhoření (Ptáček, 2011). Mezi hlavní příčinu vzniku syndromu vyhoření patří faktory, které se týkají pracovního prostředí, či pracovní sféry, osobnosti a mimopracovního života (Peško, 2016). Rizikové rysy osobnosti byly popsány v předchozí kapitole, proto budou v této kapitole popsány pouze rizikové faktory týkající se pracovního prostředí a mimopracovního života.

2.1.4.1 Pracovní prostředí

Do vlivů, které působí na pracovní prostředí, či sféru spadá nedostatečná společenská prestiž povolání, vysoké pracovní požadavky, nadměrné množství práce, nízká míra samostatnosti, nedostatek podpory a ocenění od kolegů a nadřízených, špatná organizace práce, nespravedlivé poměry, jednotvárnost nebo nesmyslnost pracovní náplně, absence kvalitní supervize, absence dalšího vzdělání, nedostatečná profesní perspektivista, nevyužití kvalifikace a nemožnost se podílet na změnách v organizaci (Peško, 2016). Názory na pracovní autonomii se liší. Některé články tvrdí, že poskytování určité autonomie pracovníkům ze strany vedení může pomoci v prevenci nebo zvládnutí vyhoření. Jiní autoři však uvádějí, že nadměrná byrokracie a administrativní práce přidaná k denní pracovní zátěži může naopak podpořit rozvoj vyhoření (Carmona-Barrientos, 2020).

Campo a kolegové ve svém článku uvádějí, že výzkumy zaměřené na fyzioterapeuty identifikují možné problémy v pracovním prostředí, které mohou způsobovat pracovní stres. Mezi tyto problémy patří pocit nadměrných pracovních nároků, nedostatek podpory, frustrace z klientů/pacientů a problémy se vztahy mezi kolegy na pracovišti (Campo, 2009).

2.1.4.2 Mimopracovní život a sociodemografické faktory

Mezi další a zároveň významné faktory náleží faktory mimopracovního života, do kterých se řadí partnerské, rodinné vztahy (absence partnera, nechápavý partner, konfliktní partnerství, příliš ctižádostivý partner) a přátelské vztahy (nedostatek dobrých sociálních vztahů) (Peško, 2016). Dobré vztahy s přáteli, rodinou, známými mají pozitivní vliv na prevenci vyhoření (Śliwiński, 2014). Dále nedostatek zájmů, pohybové aktivity, špatné stravovací návyky, těžké životní události a špatné existenční podmínky (bydlení a finance) mají negativní vliv na vznik vyhoření. Naopak inteligence, věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru nemají významný vliv na vznik syndromu vyhoření (Peško, 2016). Tento názor se však v různých studiích a odborné literatuře liší. Ve studii, která se věnovala vztahu mezi vyhořením a empatií u španělských fyzioterapeutů, bylo uvedeno, že délka praxe v oboru má vliv na vznik syndromu vyhoření. Týká se hlavně fyzioterapeutů na začátku profesní kariéry (Nogueira, 2022). Zkušení fyzioterapeuti s delší praxí zažívají větší spokojenost a méně často se ztotožňují s vyhořením (Śliwiński, 2014). Thomas Poschkamp uvedl, že například do rizikových faktorů patří vysoký počet klientů, pacientů, personální obsazení na pracovišti, nedostatečná materiální

a psychická odměna a velké očekávání odborných znalostí, které je spojeno se současným pokrokem v medicíně a dostupností nových diagnostických a terapeutických technik vyžadující, aby fyzioterapeuti neustále zlepšovali své dovednosti a kvalifikaci. Vysoká úroveň odborné způsobilosti pracovníků se nepromítá do odpovídajícího platu, který může způsobit nespokojenost se svou prací (Poschkamp, 2013; Śliwiński, 2014).

2.1.4.3 Příčinu syndromu vyhoření u profesí ve zdravotnictví

Příčiny rozvoje syndromu vyhoření u profesí pracujících ve zdravotnictví patří pracovní zátěž a s ním spojené fyzické a psychické zatížení a osobní faktory jako je například nedostatek odpočinku, spánku a nedostatek času se svou rodinou, málo volného času na záliby a aktivity, snížené sociální kontakty a pomyslný nebo skutečný profesionální neúspěch. Psychickou stránku může negativně ovlivnit vysoké pracovní tempo, vysoká zodpovědnost, nutnost neustále rychle a pružně reagovat, častý kontakt s negativními vlivy (utrpení, bolest, smrt), špatné ohodnocení, vysoké nároky na pracovní výkon, neefektivní organizační změny, nízká podpora profesního růstu a možnost se vzdělávat, profesní nejistota, plnění velkého množství administrativních povinností, vzájemné vztahy na pracovišti. Naopak nepravidelná strava, kontakt s léky, s chemikáliemi (dezinfekce), vysoké riziko infekce a zvýšené nároky na fyzickou zdatnost působí negativně na fyzickou zátěž jedince. Výše vypsání faktory se týkají profesí ve zdravotnictví, které se stávají skupinou pracovníků s nejhroženějším rozvojem syndromu vyhoření (Ptáček, 2011).

2.1.5 Příznaky syndromu vyhoření

Různí autoři v odborných publikacích uvádí více než 100 jednotlivých příznaků, které můžeme považovat typické pro syndrom vyhoření. Hlavním příznakem je psychické a fyzické vyčerpání, které vzniklo v důsledku působení dlouhotrvajícího stresu (Kissling, 2015). Za základní příznak syndromu vyhoření je považováno emocionální vyčerpání spojené se ztrátou chuti k životu, se sníženou motivací a nedostatkem sil. Depersonalizace je projevem psychického vyčerpání (Honzák, 2018; Křivohlavý, 2012). Projevuje se tendencí k distancování se od mezilidského kontaktu. V případě lékařských profesí se to může projevovat ztrátou empatie (Pustułka-Piwnik, 2014). Projevem psychického vyhoření je snížení pracovního výkonu se ztrátou energie a častějšími konflikty na pracovišti a v osobním životě (Honzák, 2018; Křivohlavý, 2012). Dlouhodobé působení negativních faktorů a stresu ovlivňuje kvalitu života postižených osob, které mohou při přehlížení příznaků způsobit řadu onemocnění a vážných zdravotních obtíží (Ptáček,

2015). Častým příznakem vyhoření je absence v zaměstnání v důsledku příznaků deprese (Śliwiński, 2014). Herbert Freudenberger, který poprvé v roce 1974 definoval syndrom vyhoření, uvedl, že zdravotní pracovníci trpí častěji výkyvy nálad, zhoršeným spánkem a potížemi se soustředěním. K psychickým projevům se přidružovaly fyzické potíže, jako jsou bolesti zad nebo potíže zažívací (Pavlakis, 2010). Příznaky vyhoření jsou také spojeny s různými duševními poruchami, které se mohou projevit na pracovišti (Al-Imam, 2014). Ptáček a Čeledová ve své publikaci rozdělili příznaky syndromu vyhoření do třech skupin, a to na projevy fyzické, psychické a pracovní (Ptáček, 2015).

Fyzické projevy:

- Stav celkové únavy a vyčerpání organismu,
- apatie, ochablost,
- dechová tíseň, pocity zkráceného dechu,
- bušení srdce,
- bolest hlavy,
- gastrointestinální obtíže,
- nespavost,
- nespecifické tělesné obtíže.

Psychické projevy:

- podrážděnost,
- záchvaty zlosti a hněvu,
- smutek,
- celkový útlum a zvýšený sklon k depresím,
- nekontrolovatelné verbální projevy zlosti,
- podezíravost a vztahovačnost,
- vyhýbáním se pracovním povinnostem.

Pracovní projevy:

- přesvědčení, že už nic nemá cenu,
- pokles či ztráta zájmu o témata související s profesí,
- negativní hodnocení instituce, kde byla vykonávána dotyčného profese,
- sebelítost, intenzivní prožitky nedostatku uznání,
- projevy negativismu, cynismu a iritability ve vztahu k pacientům,

- vykonávání pouze rutinních postupů, užívání stereotypních frází,
- pocit vlastní postradatelnosti až bezcennosti na pracovišti.

Další rozdělení uvedl Poschkamp ve své knize, kde příznaky syndromu vyhoření vyčlenil do čtyř úrovní: fyzická, kognitivní, emoční úroveň a úroveň chování. Fyzická úroveň se zabývá tělesnými omezeními postižené osoby (ztráta energie, tělesné vyčerpání, chronická únava, nedostatek spánku, oslabení imunitního systému, obtíže s krevním oběhem, časté bolesti hlavy, ztuhlé šijové svaly, gastrointestinální obtíže). Kognitivní úroveň popisuje změny v myšlení a úsudku dotyčné osoby, kdy dochází ke zhoršení koncentrace a paměti, k dezorganizaci, nepřesnosti, neschopnosti plnit úkoly a ztráty flexibility. Emoční úroveň se projevuje citovou stránkou dotyčného negativním směrem. Jednotlivec může pociťovat emoční vyčerpání, pocity přetížení, antipatii vůči pacientům, sníženou sebeúctu, dále může pociťovat deprese, skleslost, frustraci, pocit bezmoci, zoufalství, strach jít do práce. Mohou se dokonce projevit i sebevražedné sklony. Dochází i ke změnám v chování, kdy dochází k úpadku nadšení. Projevuje se dále cynismus, snížená výkonnost, časté konflikty s druhými, apatie, zvýšená agrese, vyhýbání se kontaktu, konflikty v soukromém životě (konflikt s partnerem a přáteli). Osoby se syndromem vyhořením více konzumují alkohol a návykové látky jako je tabák, kofein a drogy (Poschkamp, 2013).

2.1.6 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je pomalu probíhající a proměnlivý proces, který má několik fází. Odborná literatura se často liší a uvádí tři až dvanáct fází syndromu vyhoření. Jednotlivé fáze se mezi sebou mohou různě prolínat, trvat různě dlouho a některé se nemusí objevit vůbec (Pešek, 2016). Vlivem vnitřních postojů, reakcemi a vnějšími požadavky na sebe vzájemně působí (Poschkamp, 2013).

Poprvé definoval syndrom vyhoření v 70. letech 20. stol. Herbert Freudenberger a zároveň rozdělil proces vyhoření do 12 fází (Poschkamp, 2013).

Mezi nejčastější rozdělení fází syndromu vyhoření patří rozdělení dle Edelwicha a Brodskyho a dle Christiny Maslachové. Christina Maslachová rozčlenila syndrom vyhoření do čtyř fází:

1. Idealistické nadšení a přetěžování
2. Emocionální a fyzické vyčerpání
3. Neúcta k ostatním jako obrana před vyhořením

4. Terminální stádium: Dotyčný se staví proti ostatním a poprvé se objevuje přímo syndrom vyhoření (celková vyčerpanost) (Křivohlavý, 2012).

Rozdělení dle Edelwich a Brodskyho:

1. Nadšení
2. Stagnace
3. Frustrace
4. Apatie
5. Vyhoření

První fází je nadšení, kdy dotyčného práce naplňuje, má radost z odvedené práce a přináší mu to uspokojení. Objevují se často nerealistické představy o plnění všech úkolů, o svých spolupracovnících a nadřízených a o klientech/pacientech. V druhé fázi počáteční nadšení a chuť do práce upadá. Frustrace je třetí fází, při níž klesá pracovní nasazení a samotný výkon a dochází více k otázkám efektivity a smyslu práce. Následuje fáze apatie jako obranná reakce po dlouhodobém působení frustrace. Osoba se vyhýbá negativním emocím, náročným pracovním povinnostem a práce se stává nutností pro zajištění obživy. V této fázi se mohou poprvé objevovat některé z psychosomatických problémů jako je například bolest hlavy a zad, únava a kožní onemocnění. Poslední fází je vyhoření, emoční vyčerpání, depersonalizace, odcizení a je často doprovázeno depresivními stavy (Ptáček, 2011; Pešek, 2016).

2.1.7 Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika je i přes nedostatečně empiricky podloženou diagnostiku velmi významnou částí při rozpoznání syndromu vyhoření. Na diferenciální diagnostice by se měl vždy podílet psychoterapeut nebo psycholog, který vyloučí nejčastější somatické a psychiatrické diagnózy. Mezi důležité diferenciální diagnózy v rámci syndromu vyhoření patří somatická onemocnění, jako je například anémie, hypothyreóza, diabetes mellitus, chronické srdeční selhání, chronická obstrukční plicní nemoc, chronické selhání ledvin, borelióza, infekce HIV, tuberkulóza, maligní nádory, lymfomy, leukémie, zánětlivá systémová onemocnění, degenerativní onemocnění centrálního nervového systému, syndrom obstrukční spánkové apnoe, syndrom neklidných nohou a nežádoucí účinky léků. Mezi psychické poruchy se řadí depresivní poruchy, úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha, poruchy příjmu potravy, zneužívání alkoholu nebo trankvilizérů, chronický únavový syndrom, poruchy spánku, neurastenie a lehká

kognitivní porucha. Diabetes mellitus může vyvolat tzv. diabetický syndrom vyhoření. Léčba diabetes mellitus ve spojitosti s velkou zátěží může vyvolat syndrom vyhoření. K vyhoření přispívají faktory nerespektování svých limitů a hranic zátěže, a i přes vynaloženou energii a úsilí není vždy schopen člověk dosáhnout svých cíl. Tyto okolnosti mohou dlouhodobě vyvolat pocity frustrace a později i vyčerpání (Kissling, 2015).

2.1.8 Diagnostika syndromu vyhoření

Zatím neexistuje jednotný, standardizovaný, mezinárodně uznávaný postup pro diagnostiku syndromu vyhoření (Korczak, 2010). Mezi nejčastěji využívaný dotazník ze zahraničních publikací uvádí Burnout Measure dotazník (BM dotazník) a metoda Maslach Burnout Inventory. Pro tyto dotazníky není doposud standardizace v českém jazyce, proto jsem ve své práci využila českou verzi Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření, pro kterou Ptáček v roce 2017 vytvořil standardizaci. Shiromova a Melamedova škála vyhoření bude níže popsána v kapitole metodologie.

2.1.8.1 Dotazník BM (Burnout Measure)

Ayala M. Pines a Elliott Aronson vytvořili v roce 1988 dotazník BM, který obsahuje 21 položek a každá z nich se hodnotí na základě pocitů a zkušeností na škále od jedné do sedmi (1 – nikdy, 2 - jednou za čas, 3 – zřídka, 4 – někdy, 5 – často, 6 – obvykle, 7 – vždy) (Křivohlavý, 2012; Lourel, 2008). Dotazník BM poskytuje širší pohled na vyhoření jako na duševní poruchu, na rozdíl od jiných nástrojů, jako je například dotazníku MBI, který bude popsán níže (Riethof, 2024). Dotazník se zaměřuje na pocity fyzického, emocionálního (citového) a psychického (duševního) vyčerpání. Fyzické pocity jsou spojené s únavou, celkovou slabostí. Pocity emocionálního vyčerpání se týkají beznaděje, bezvýchodnosti a s pocity tísně či deprese. Pocity bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, iluzí a marnosti představují psychické vyčerpání. Dotazník má velkou míru shody při opakování, ať už člověk hodnotí sám, či dotyčného posuzuje jeho spolupracovník nebo jiná blízká osoba. Po vyhodnocení dotazníku je dotyčný hodnocen na pětibodové škále (dobrý, uspokojivý, doporučení se zamyslet nad životem a prací, přítomnost syndromu psychického vyčerpání je prokázána, syndrom vyhoření) (Křivohlavý, 2012).

2.1.8.2 *Maslach Burnout Inventory (MBI)*

Autorkami MBI jsou Christina Maslach a Susan E. Jackson, které v roce 1981 publikovaly tento dotazník (Křivohlavý, 2012). Metoda obsahuje 22 položek, které jsou navrženy tak, aby předpokládaly jednotlivé aspekty syndromu vyhoření. Jednotlivé položky jsou vypsány ve formě výroků, které se hodnotí dle pocitů na škále od nuly do sedmi (0 – vůbec, 7 – velmi silně). Metoda hodnotí tři faktory:

- EE – emocionální vyčerpání (emotional exhaustion),
- DP – depersonalizaci (ztráta úcty k druhým lidem),
- PA – snížení výkonnosti (personal accomplishment).

Jako základní příznak syndromu vyhoření je považováno emocionální vyčerpání (EE) spojená se ztrátou chuti k životu, se sníženou motivací a nedostatkem sil. Depersonalizace je projevem psychického vyčerpání. Projevem psychického vyhoření je snížení pracovního výkonu se ztrátou energie a častějšími konflikty na pracovišti a v osobním životě (Honzák, 2018; Křivohlavý, 2012). Pro MBI existuje více variant, které se dají využít pro jednotlivá povolání. Existuje upravený MBI například pro zdravotnická povolání, pedagogy nebo také studenty (Maslach, c2024).

2.1.9 **Léčba a prevence syndromu vyhoření**

2.1.9.1 *Léčba syndromu vyhoření*

Pokud u osoby se syndromem vyhoření se již objevily některé z psychických či somatických onemocnění uvedené v MKN – 10, tak by péče měla být soustředěna na tato onemocnění. Jestliže nedošlo ke vzniku dalších onemocnění, měla by být léčba soustředěna na zmírnění aktuálních příznaků a odstranění jejich spouštěčů, které vedly dotyčného k vyčerpání. Spouštěče a příčiny vyčerpání jsou záležitostí osobnosti pacienta a prostředí, ve kterém pracuje. Všechny příčiny by měly být odstraněny a měly by být vytvořeny preventivní postupy, které umožní trvale se vyrovnávat a zvládat stres tak, aby bylo zabráněno možným recidivám vyčerpání (Kissling, 2015).

Jedním z prvních kroků při léčbě je uvědomění a přijetí, že osoba trpí syndromem vyhoření, který by neměla brát na lehkou váhu, ale naopak mu měla věnovat pozornost. Dotyčný by měl vyhledat jak sociální oporu (rodina, partner, přátelé), tak oporu v práci a od svého zaměstnavatele nebo nadřízeného, který provede opatření ke zlepšení pracovního prostředí, ke změně pracovních podmínek jako je například úprava pracovní náplně, úkolů, ulehčení administrativních povinností, zjednodušení pracovních postupů

a zlepšení spolupráce mezi pracovníky. I přesto, že odchod ze zaměstnání je jedno z nejčastějších řešení lidí se syndromem vyhoření, tak není nejvhodnějším řešením. U pracovníka přetrvávají obtíže, které si jen přenáší do nového zaměstnání. Ptáček a Čeledová s kolektivem ve své publikaci uvedli několik nezbytných bodů při léčbě syndromu vyhoření. Mezi ty nejdůležitější patří oddělení pracovního života od soukromého, nepotlačovat své emoce a umět o nich mluvit, vytvořit si jistý odstup od pacienta, dodržovat pravidelný odpočinek, být otevřen změnám a stresujícím situacím a přijímat je aktivně. Dále uvedli, že je při léčbě důležité udržovat dobré sociální vztahy s druhými lidmi (Ptáček, 2011). Při léčbě se využívají také psychoterapeutické intervence s cílem naučením se trvale vyrovnávat s náročnými úkoly a situacemi. Bohužel se tato intervence objevuje velmi zřídka (Kissling, 2015).

2.1.9.2 Prevence syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření ohrožuje nejen osobu, která si tímto procesem prochází, ale má vliv i na pacienty a samostatný systém zdravotnictví, a proto je potřeba při jeho léčbě a prevenci se mu dostatečně věnovat, a to jak v rovině osobní, tak v rovině pracovní/systémové ze strany zaměstnavatele a systému zdravotnictví. Systém zdravotnictví či zaměstnavatel by měl poskytovat jako prevenci před vyhořením programy, supervize a poradenství (Ptáček, 2011). Různé studie ukázaly, že preventivní programy na pracovišti mohou zvýšit pocit osobního naplnění a minimalizovat vyhoření. Programy na zvládání stresu a zvyšování povědomí o syndromu vyhoření se ukázaly jako velmi důležité pro jeho prevenci a léčbu, protože snižují úzkost, vyčerpání a psychickou zátěž a podporují empatii a duševní i fyzickou pohodu. Jinými slovy, multidisciplinární opatření, která zahrnují změny v pracovním prostředí spolu s programy na zvládání stresu, které učí lidi lépe zvládat stresové situace. Představují slibná řešení pro zvládání vyhoření (Maggio, 2021). Preventivní programy vyhoření mohou být zaměřeny na jednotlivce, na organizaci pracovního prostředí, nebo na kombinaci obojího. Programy zaměřené na jednotlivce obvykle obsahují behaviorální opatření, která se zaměřují na zvládání pracovních problémů prostřednictvím sociální podpory nebo různých druhů relaxačních cvičení. Na druhé straně programy zaměřené na pracovní prostředí zahrnují změny v pracovních postupech, restrukturalizaci úkolů a hodnocení a dozor nad prací, s cílem snížit pracovní nároky a zvýšit kontrolu nad prací a úroveň účasti na rozhodování. Oba přístupy, zaměřené jak na jednotlivce, tak na pracovní prostředí, mohou snížit míru vyhoření. Lepších výsledků se pravděpodobně dosáhne, pokud se oba typy intervencí

provádějí současně, než když se realizují odděleně (Matsuzaki, 2021). Mezi další faktory spojené s prevencí se řadí vhodný time-management, dostatečný odpočinek, pestrost a proměnlivost práce, dostatečná asertivita, umět zvládat obtížné situace a mít zdravé sebevědomí (víra ve vlastní schopnosti a sebeuplatnění) (Ptáček, 2011). Literatura často uvádí, že se syndrom vyhoření týká především mladých fyzioterapeutů. Bylo by proto vhodné zvolit bezpečné pracovní podmínky a předpisy, které mohou předcházet pracovnímu stresu terapeutů, a opatření, která mohou pozitivně řešit nevyhnutelný pracovní stres (Lee, 2021).

Poschkamp rozdělil prevenci syndromu vyhoření do třech úrovní, a to na organizační, osobní a vztahovou. Organizační se věnuje samotné problematice syndromu vyhoření. Zaměstnavatel či vedení bere často problematiku přetížení na lehkou váhu, nebo ji dokonce i popírá. Osvěta a vzdělání by se proto měly stát pro řídicí pracovníky nutností. Opatření na osobní úrovni popisují vztah k sobě samým. Vztahová úroveň klade důraz u pomáhajících profesí na problematiku přebírání úkolů a problémů od druhých a přeceňování vlastních sil a hranic (Poschkamp, 2013).

Jednou z nejúčinnějších metod pro prevenci a zvládnání syndromu vyhoření patří metoda kognitivně behaviorální terapie (KBT). Jednou z hlavních myšlenek KBT je, že reakce od různých lidí jsou odlišné na základě jejich zkušeností, postojů, které ovlivnila naše výchova a momentálního emočního rozpoložení. Na interpretaci mají vliv také kognitivní omyly (logické chyby v myšlení). Jednotlivé situace vyhodnocujeme a odezvou je emoční a tělesná reakce a různě viditelné chování (Pešek, 2016). Maggio a kolektiv hodnotili pracovní stres u zdravotnických profesí a vyhodnocovali efektivitu preventivního programu na podporu snížení pracovního stresu a uvedli, že kognitivně behaviorální dovednosti zdravotnických pracovníků jsou užitečné při snižování a prevenci pracovního stresu. Zejména pokud jsou zdokonalována v rámci skupinové terapie, která je vhodnější a prospěšnější než individuální (Maggio, 2021). Jednou z metod KTB je kognitivní restrukturalizace, která se snaží o změnu našich postojů, přesvědčení a negativních myšlenek. Jejich zkoumáním, analyzováním vede ke změně v rozumnější a vyváženější alternativy, které později vedou v životě k mírnějším a prospěšnějším emocím a chování (Pešek, 2016).

2.1.9.2.1 Supervize

Supervize je proces, kterého se účastní tým, skupina pracovníků nebo jednotlivec. Zaměřuje se na reflexi profesní role a činností spojených s pracovní pozicí. Nejčastěji se používá v profesích zaměřených na práci s lidmi, jako je například zdravotnictví, sociální služby. V odborné literatuře existuje mnoho definic a pohledů na základní principy supervize. Supervize není omezena jen na pomáhající profese, ale zahrnuje i situace, které zdravotníci zažívají ve své praxi. Zátěž nemusí způsobovat pouze přímý kontakt s nemocnými a stresem, ale také problémy v řízení týmů a spolupráci s kolegy. Supervizor poskytuje externí pohled, sdílí své zkušenosti a doporučení. Při práci se složitým pacientem nebo při mimořádných událostech supervize poskytuje podporu, zvyšuje pracovní kompetence a přináší nové nápady (Venglářová, 2013).

Sebereflexe v terapii je nepřetržitý proces, který je nezbytný pro profesní růst terapeuta a neustálý rozvoj terapeutických dovedností. Sebereflexe může být zlepšována samotnými terapeuty pomocí tradičních technik kognitivně behaviorální terapie, nebo se ji může naučit v průběhu supervize. Rozpoznání vlastních emocí je základní dovedností, ze které pramení další dovednosti potřebné jak pro terapii, tak pro emoční sebeovládání. Terapeuti, kteří jsou zruční v porozumění svým vnitřním emocím během setkání s klienty, se lépe rozhodují, rozlišují své potřeby od potřeb svých klientů, rozumí přenosu a protipřenosu. Vědí, jak zacházet se svými pocity tak, aby odpovídaly situaci a jejich reakce byla v nejlepším zájmu pacienta. Schopnost sebereflexe zvyšuje schopnost vnímat vnitřní emoce druhých lidí (Praško, 2012).

2.1.9.2.2 Intervize

Intervize je metoda, při které si kolegové v práci vzájemně sdílejí případy, zkušenosti, podporu a reflexe. Scházejí se v bezpečném prostředí, kde reflektují svůj pracovní proces, hledají způsoby, jak se zlepšit, snižují stres sdílením svých zkušeností, nebo naopak sdílejí osvědčené postupy. Pravidelné intervize přispívají k psychické pohodě a odolnosti a pomáhají v profesním rozvoji (Bouzidi, 2023). Skupinová intervize, často označovaná jako peer supervize, je obvykle tvořena z kolegů, spolupracovníků nebo studentů. Intervize je volena před klasickou supervizí vyškoleným supervizorem z finančních a časových důvodů, nebo z potřeby flexibilní konzultace. Dále existují individuální intervize, při kterých jsou přítomni pouze dva pracovníci, kteří si musí domluvit čas, téma, potřeby a cíle konzultace (Venglářová, 2013).

2.1.10 Dopady syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření jako výsledek dlouhotrvajícího stresu negativně působí na zdravotní stav jedince. Syndrom vyhoření způsobuje tělesné, psychické obtíže a promítá se i negativně do sociálních vztahů. Osoby se syndromem vyhoření jsou více náchylné k onemocněním (např. žaludeční vředy, vysoký krevní tlak, kožní onemocnění), často mají bolesti hlavy, pocity nevolnosti, zvýšené napětí svalů, bolesti zad a objevují se u nich i změny stravovacích návyků a změny tělesné hmotnosti. Dále si častěji stěžují na celkovou slabost, zvýšenou únavu a poruchy spánku. Dochází k snížené koncentraci a motivaci v zaměstnání. Dále vyhoření zvyšuje riziko užívání drog a alkoholu, závislosti na alkoholu a objevování se sebevražedných myšlenek (Nagarajan, 2024). U jedinců se syndromem vyhoření dochází častěji ke konfliktům v pracovním a soukromém životě. Negativní postoje se ale netýkají pouze mezilidských vztahů, ale objevují se i negativní postoje k sobě samým (Ptáček, 2011; Pešek, 2016). Vlivem dlouhodobého stresu dochází i k reakci autonomního nervového systému, který je zodpovědný za řízení mnoha životně důležitých funkcí. Autonomní nervový systém se dělí na sympatikus a parasympatikus a při stresu se aktivuje sympatikus, jehož odezvou je vyplavení stresových hormonů (vyplavení adrenalinu, kortikotropinu, stimulačního hormonu, adrenokortikotropního hormonu) pro aktivaci reakce „boj – útěk“ (Poschkamp, 2013).

2.1.10.1 Dopady syndromu vyhoření ve zdravotnictví

Syndrom vyhoření má významný vliv na kvalitu práce a na přístup k pacientům a spolupracovníkům. Syndrom vyhoření se netýká pouze postižených osob s tímto psychickým stavem, ale ovlivňuje i pracovní výkonnost a může tak zásadně ovlivnit péči o pacienty (Ptáček, 2011). Zvyšuje počet lékařských chyb a snižuje tak bezpečnost pacientů (Monsalve-Reyes, 2018). Nejčastěji je v odborné literatuře popsán syndrom vyhoření u lékařů. Ptáček a Čeledová s kolektivem v knize *Stres a syndrom vyhoření u lékařů* posudkové služby uvedli, že lékaři se sníženou výkonností způsobenou syndromem vyhoření se více dopouští medicínských chyb. Mají snížený zájem o pacienta, jsou neochotní a předepisují častěji neefektivní medikace. Dále se ve větší míře objevují projevy negativismu a cynismu. U lékařů dochází k absenci ve vzdělávání se, k snížené ochotě profesně růst a v poslední fázi dochází k změně místa pracoviště až k odchodu lékařů ze zdravotnictví. Může proto syndrom vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví vést ke zhoršení péče o pacienty a ke snížení důvěry veřejnosti v zdravotnický systém (Ptáček, 2011).

2.1.11 Syndrom vyhoření a jeho komorbidity

Symptomy syndromu vyhoření se překrývají s dalšími onemocněními a je proto složité ho od ostatních psychologických modelů a onemocnění odlišit (Poschkamp, 2013). Odborná literatura jako nejčastější příbuzné psychologické modely a onemocnění uvádí stres, deprese, sekundární traumatizaci, únavu, odcizení, pesimismus a existenciální neurózu. (Poschkamp, 2013; Křivohlavý, 2012). V následující kapitole budou některé podrobněji popsány.

2.1.11.1 Stres

Stres (distres) se řadí mezi negativní emocionální zážitky. Stejně jako pro syndrom vyhoření, tak ani pro stres neexistuje jednotná definice. Křivohlavý popisuje stres jako napětí mezi tím, co člověka zatěžuje (stresory) a možnostmi, jak se s touto zátěží vypořádat, nebo ji zvládat (salutory). Pro diagnostiku jsou používány speciální nástroje, které jsou schopny objevit některé z fyzických i psychických příznaků (Křivohlavý, 2012). I přesto, že jedna z definic syndromu vyhoření uvádí, že je právě způsobený dlouhotrvajícím stresem, neznamená to, že každý stresový stav musí přejít do stavu celkového vyčerpání (do stavu syndromu vyhoření). Záleží, jak se člověk umí se stresovými situacemi vypořádat a zda jsou pro něj překážky zdolatelné. Pokud ano, k syndromu vyhoření nedochází. Stres má vliv i na naše tělo. Odezvou působením stresu může být větší náchylnost k nemocem, větší riziko vzniku kardiálních onemocnění. Dochází i ke změně nálad, lidé pocítují větší strach a zlost. Projevují rigidními způsoby chování, potíže se soustředěním, plánováním a sebehodnocením (Křivohlavý, 2012).

2.1.11.2 Deprese

Deprese je dle WHO uváděna podle světových měřítek jako nejčastější onemocnění, které je popisováno jako kombinace symptomů, které se projevují netečností, nezájmem, smutnými náladami a určitými tělesnými poruchami (Poschkamp, 2013; Křivohlavý 2012). Syndrom vyhoření představuje reakci na dlouhodobý profesní stres, jehož důsledky se mohou rozšířit i do soukromého života jednotlivců. Naopak deprese se týká všech aspektů života, od intimních až po sociální a pracovní oblasti. Navzdory rozdílům vykazuje syndrom vyhoření a deprese některé společné charakteristiky nebo se mohou vzájemně překrývat, a proto je třeba oba zkoumat (Calzi, 2006). Je velmi obtížné od sebe odlišit syndrom vyhoření s depresí, protože oba stavy mají podobné příznaky. Jejich diagnostika se proto nejvíce zaměřuje na příčiny a průběh jejich procesu. Rozdílný je také

proces léčby. Deprese se mohou léčit farmaky, syndrom vyhoření se doposud léčit farmakoterapeuticky nepodařilo (Křivohlavý, 2012).

2.1.11.3 Sekundární traumatizace

Světová zdravotnická organizace definuje osobu s traumatizací jako někoho, kdo byl konfrontován se situací, která se týkala smrti, nebezpečí života nebo těžkého tělesného zranění. Situace se musí vyznačovat velkým strachem a bezmocí. Sekundární traumatizace je pojem, který se využívá při zasažení člověka cizím traumatem. Podrážděnost, noční můry, poruchy spánku, skleslost, problémy se soustředěním, izolace, antipatie vůči pacientům jsou projevy sekundární traumatizace a jsou opět podobné projevům syndromu vyhoření. Liší se však v procesu, kdy sekundární traumatizace postihují osobu náhle a bez ohlášení. Naopak syndrom vyhoření je pomalý proces (Poschkamp, 2013). Sekundární traumatizace je často v literatuře spojována s pandemií COVID-19. Zdravotní pracovníci poskytovali intenzivní péči v dosud nevídaném rozsahu a zároveň se museli přizpůsobit změnám ve svém osobním a pracovním životě v důsledku pandemie (Chatham, 2024).

2.1.11.4 Únava

Únava je jedním z negativních psychologických zážitků podobný syndromu vyhoření. Únava vzniká na základě fyzické zátěže je chápána jako pozitivní únava, z které je možné se dostat odpočinkem nebo relaxací. Únava spojená se syndromem vyhoření je chápána jako negativní a je úzce spojena s pocitem selhání a marností (Křivohlavý, 2012).

2.1.11.5 Odcizení

K odcizení dochází při nedostatku nebo ztrátě přijatelných sociálních norem, které by mohly ovlivňovat jejich jednání, a bylo jejich směrodatným měřítkem životních hodnot. Odcizení se označuje jako anomie a objevuje se v poslední fázi syndromu vyhoření, naopak se na začátku, kdy člověk pocítuje nadšení z práce, neobjevuje. Znamená to tedy, že odcizení prožívá člověk, který nikdy nadšen z práce nebyl (Křivohlavý, 2012).

2.1.11.6 Existenciální neuróza

Existenciální neuróza je chápána jako pocit zplanění života a naprosté existenciální beznaděje, nesmyslnosti života. I tento negativní jev se objevuje u syndromu vyhoření, ale jen na konci jeho procesu. V počáteční fázi se naopak setkáváme s pocitem intenzivního prožitku smysluplnosti života (práce) (Křivohlavý, 2012).

2.2 Pracovní stres a pracovní zátěž

Zátěž nepředstavuje zdravotní riziko a je chápána jako zvládnutí nějakého úkolu, který vede k dalšímu rozvoji u každého člověka. Zátěž je proto potřeba oddělit od stresu, který je způsoben stresory, na které člověk nestačí. Psychosociální stres v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím pracoviště, organizačními aspekty práce, povahou vykonané práce a specifickými aspekty (Ptáček, 2012). Pracovní stres je popisován jako stres, který vyplývá z pracovní činnosti a může způsobit řadu duševních obtíží. Ptáček, Vňuková a Raboch ve svém článku Pracovní stres a duševní zdraví – může práce vést k duševním poruchám? vydaným v roce 2017 uvádí metaanalýzu, která se zabývala vlivem dlouhodobého pracovního stresu napříč různými profesemi. Bylo zjištěno, že v první fázi dochází ke zvýšení koncentrací stresových hormonů a ke zvýšeným pocitům napětí a úzkostí. V další fázi působení stresu dochází ke změnám klidového krevního tlaku, jehož hodnota se zvyšuje a s ním i hladina cholesterolu v krvi. V poslední fázi se mohou projevit známky depresivních poruch a obtíží kardiovaskulárního systému (Ptáček, 2017). S rizikem kardiovaskulárních poruch byly popsány dva moduly. První modul „job demand-control“ popsal Karasek a Theorell. Modul je spojován s nízkou autonomií na pracovišti a velkou pracovní zátěží a zvyšuje riziko kardiovaskulárních příhod až o 40 %. Pracovník nemůže stanovovat pracovní podmínky během pracovních nároků. Druhý modul „effort-reward imbalance“ dle Siegrista zvyšuje riziko kardiovaskulárních příhod o 60 %. Siegristův modul říká, že stresor je způsoben nerovnováhou mezi vynaloženou námahou a odměnou (Sovová, 2023).

2.2.1 Rizikové faktory pracovního stresu

Harvey publikoval metaanalýzu, která popsala 12 faktorů, které mohou být z příčin vzniku úzkostně-depresivních poruch. Mezi faktory spadají vysoké pracovní nároky, nízká míra kontroly, nízká sociální podpora na pracovišti, nerovnováha mezi úsilím a odměnou, nespravedlnost v oblasti řízení, nespravedlnost ve vztahové oblasti, organizační změny, nejistota práce, časově omezený pracovní úvazek, atypická pracovní doba, konflikty a šikana na pracovišti a stres spojený s prací (Ptáček, 2017).

Autonomie představuje možnost pracovníka ovlivňovat chod práce a určovat podmínky na pracovišti (Ptáček, 2012). Snížená autonomie se může stát projevem psychické nepohody a zvýšenou nespokojeností na pracovišti. Proto jedinci (mladí pracovníci), kteří

jsou limitováni v ovlivnění chodu práce na pracovišti, mají větší sklon k rozvoji úzkostně-depresivních poruch, případně syndromu vyhoření (Ptáček, 2017).

Mezi další rizikové faktory pracovního stresu patří zhoršené sociální vztahy mezi spolupracovníky, pracovníky a nadřízenými, pracovníky a klienty či pacienty. Takové zhoršené vztahy mohou vést až k šikaně na pracovišti, která může způsobit řadu onemocnění (kardiovaskulární obtíže, infarkt myokardu) (Ptáček, 2017).

V ekonomicky rozvinutých státech je kladen důraz na pracovní výkon a s ním i spojené prodlužování pracovní doby. Nadměrná pracovní doba představuje riziko pro závažné zdravotní obtíže a je také spojená s nárůstem profesních chyb při výkonu práce. Makary a Daniel v roce 2006 uvedli, že třetím nejčastějším důvodem úmrtí v USA je lékařské pochybení (Ptáček, 2017).

Nesmí být opomenuty ani individuální faktory, které ovlivňují zvládnání pracovního stresu. Každý má jiné strategie a predispozice ke zvládnání stresu a tato role pracovníka či zaměstnance musí také být brána v potaz (Ptáček, 2017).

2.2.2 Pracovní stres v České republice

V roce 2015 byl proveden výzkum, který byl zaměřen na pracovní stres v souvislosti se symptomy deprese a vyhoření. Výzkumu se zúčastnily osoby ve věku od 25 do 65 let. Bylo zjištěno, že nejvyšší pracovní stres pociťují lidé, kteří jsou v kontaktu s dalšími lidmi (klienty/pacienty). Platové ohodnocení, nadměrná časové zatížení, nadměrné požadavky jsou důsledkem zvýšeného stresu v české populaci. Až 49 % osob uvedlo, že ve své práci pociťují dlouhodobý stres. Z tohoto vzorku lidí je 15 % spíše nebo velmi nespokojeno se svým zaměstnáním. Dalším kritickým parametrem je šikana. 20 % respondentů uvedlo, že se s šikanou na pracovišti setkali a nejčastěji byla ze strany nadřízeného (Ptáček, 2017).

2.3 Současný stav

2.3.1 Syndrom vyhoření v České republice

Syndrom vyhoření je ve společnosti často zmiňovaným a relativně běžným problémem, který může postihnout jakoukoli profesi. Nejvíce se o něm hovoří v souvislosti s profesemi, které se zaměřují na pomoc druhým, kam patří i fyzioterapie. Fyzioterapeuti tráví většinu času interakcí s pacienty, což zvyšuje riziko vyhoření, které může negativně ovlivnit kvalitu péče. Projevy syndromu vyhoření u fyzioterapeutů mohou vést k většímu

počtu chyb. Dále mohou negativně ovlivnit bezpečnost pacientů. V reakci na vyhoření fyzioterapeuti opouští klinickou praxi nebo dokonce profesi úplně, což vede k nedostatku zkušených fyzioterapeutů pro rostoucí počet pacientů. Tento odchod zdravotníků ztěžuje schopnost poskytovat nezbytnou zdravotní péči a představuje finanční zátěž pro zdravotní systém (Burri, 2022). I přes tyto negativní důsledky syndromu vyhoření jsou informace v literatuře stále nedostatečné.

Výzkumný tým Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN, vedený profesorem lékařské psychologie Radkem Ptáčkem, se jako jediný v České republice dlouhodobě zabývá mapováním syndromu vyhoření a deprese, a to od roku 2014. Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN uvedla, že od prosince 2020 dochází ke znepokojivému nárůstu syndromu vyhoření a deprese, přičemž jejich míra je nejvyšší za posledních devět let. (Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta, 2023)

Syndrom vyhoření je stav dlouhodobého pracovního vyčerpání, který se projevuje na třech úrovních: kognitivní, fyzické a emocionální. Vňuková, Brečka, Anders a Ptáček prováděli v letech 2014, 2017 a 2020 výzkum mezi běžnou populací v České republice, jehož hlavním cílem bylo zaplnit mezery v literatuře o syndromu vyhoření a zdokumentovat jeho vývoj v průběhu let. Jeden z dalších cílů bylo zjistit, zda existuje povědomí o syndromu vyhoření a zda v průběhu let zaznamenáme rostoucí nebo klesající trend v prevalenci syndromu vyhoření. Výsledky výzkumu ukázaly, že v průběhu let došlo k nárůstu povědomí o syndromu vyhoření. Znalosti o syndromu vyhoření přibývají, což naznačuje, že lidé věnují více pozornosti svému duševnímu zdraví a možným faktorům, které mohou mít vliv na vznik syndromu vyhoření (Vňuková, 2023). Studie se zaměřují na syndrom vyhoření převážně u lékařů a zdravotních sester a chybí dostatečná pozornost o problematice syndromu vyhoření u fyzioterapeutů v České republice. V posledních letech byl proveden výzkum prevalence syndromu vyhoření u fyzioterapeutů Markétou Molišovou, která ve své diplomové práci využila měření syndromu vyhoření pomocí Maslach Burnout Inventory. Výzkumu se zúčastnilo pouze 99 žen a 19 mužů. Z výsledků je patrné, že u 54 % fyzioterapeutů se vyskytuje syndrom vyhoření v různé míře (68,75 % má mírný stupeň vyhoření, 20,3 % střední stupeň vyhoření a 10,9 % vysoký stupeň vyhoření). Dle výsledků je patrné, že pouze 7 % fyzioterapeutů trpí syndromem vyhořením. Nejvíce je zasažen emoční složka syndromu vyhoření. Mezi nejčastější sociodemografické charakteristiky, které mají největší vliv na

syndrom vyhoření, se řadí věk, rodinný stav, rodičovství, vzdělání a odpracované roky (Moličová, 2015).

2.3.2 Syndrom vyhoření v zahraničí

Přehled literatury o syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty naznačuje, že rozsah a prevalence syndromu vyhoření se může napříč různými zeměmi lišit, což pravděpodobně vyplývá z rozdílů v organizaci zdravotnických systémů a pracovních podmínek, stejně jako v metodologii výzkumu (Nowakowska-Domagala, 2015). V zahraničí existuje více studií, které se zabývají syndromem vyhoření než v České republice. Můžeme tedy předpokládat, že povědomí o problematice syndromu vyhoření u fyzioterapeutů a s ním spojená prevence je více rozšířená než v naší zemi.

V roce 2021 byla provedena náhodná metaanalýza z publikací dostupných v Medline, Embase, Central, PsycInfo, Web of Science, ClinicalTrials.gov a OpenGrey. Do metaanalýzy bylo zahrnuto 36 studií. Prevalence celkového vyhoření byla 25,9 % [11,1 %-40,7 %], měřeno pomocí MBI, a 50,3 % [30,9 %-69,8 %], měřeno pomocí Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Prevalence pro EE byla 43,5 % [27,9 %-59 %], pro depersonalizaci (DP) 28,2 % [17,5 %-38,9 %] a snížení výkonnosti (PA) 32,4 % [3,4 %-61,3 %]. Prevalence syndromu vyhoření u fyzioterapeutů se zdá být celosvětově vysoká, zejména v rozvojových zemích, a je podobná míře, kterou vykazují zdravotní sestry a lékaři (Physiotherapy, 2024).

Studie, jehož autory byli Lastovkova a kolektiv, měla za cíl porovnat přístupy k syndromu vyhoření v evropských zemích. Dotazník zaměřený na nemoci z povolání související se stresem byl distribuován do 28 zemí Evropské unie, z nichž odpovědělo celkem 23 zemí. V devíti zemích (Dánsko, Estonsko, Francie, Maďarsko, Lotyšsko, Nizozemsko, Portugalsko, Slovensko a Švédsko) může být syndrom vyhoření uznán jako nemoc z povolání. Lotyšsko má syndrom vyhoření výslovně uvedený v seznamu nemocí z povolání. Odškodnění za syndrom vyhoření bylo přiznáno v Dánsku, Francii, Lotyšsku, Portugalsku a Švédsku. Podle právních předpisů EU vypracoval každý členský stát, který je součástí studie, strategii pro řešení pracovního stresu na pracovišti (Lastovkova, 2018).

3 CÍLE

Cílem práce je zjistit míru psychické zátěže, která může mít vliv na vznik syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v České republice. Syndrom vyhoření může mít negativní dopady nejen na pracovní výkon, ale i na osobní život a celkovou pohodu fyzioterapeutů. Tato práce rovněž zkoumá úroveň syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty. Dalším z cílů je zhodnotit, jak délka praxe a účast na supervizích a intervizích ovlivňují míru syndromu vyhoření a psychickou zátěž u fyzioterapeutů. Posledním cílem práce je zjistit, jaké preventivní opatření nebo strategie fyzioterapeuti využívají mimo pracovní život pro udržení své psychické pohody.

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaká je míra syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR?
2. Jaká je míra psychické zátěže u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení?
3. Je míra syndromu vyhoření závislá na délce praxe fyzioterapeuta pracujícího v ambulantním zařízení?
4. Je míra psychické zátěže závislá na délce praxe fyzioterapeuta pracujícího v ambulantním zařízení?
5. Ovlivní pravidelná účast na supervizi nebo intervizi míru syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení?
6. Ovlivní pravidelná účast na supervizi nebo intervizi míru psychické zátěže u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení?
7. Využívají fyzioterapeuti pracující v ambulantním zařízení prevenci duševního zdraví v soukromém životě?

5 HYPOTÉZY

1. Hypotéza: Fyzioterapeuti pracující v ambulantním zařízení vykazují různou míru syndromu vyhoření.
2. Hypotéza: Fyzioterapeuti pracující v ambulantním zařízení vykazují různou míru psychické zátěže.
3. Hypotéza: Vyšší míra syndromu vyhoření závisí na délce praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení.
4. Hypotéza: Vyšší míra psychické zátěže závisí na délce praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení.
5. Hypotéza: Míra syndromu vyhoření je závislá na pravidelné účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení na supervizi nebo intervizi.
6. Hypotéza: Míra psychické zátěže je závislá na pravidelné účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení na supervizi nebo intervizi.
7. Hypotéza: Fyzioterapeuti využívají prevenci duševního zdraví ve svém soukromém životě.

6 METODY

Část metody diplomové práce se věnuje designu studie, výzkumnému souboru, metodám sběru a zpracování dat a vyhodnocení výsledků.

6.1 Design studie

V této diplomové práci se zaměřuji na teoreticko-empirický výzkum, který je charakterizován kvantitativním výzkumem se záměrným výběrem a exploračním přístupem (Novotná, 2019). U exploračního výzkumu je úlohou výzkumníka formulovat otázky, které budou muset být zodpovězeny v budoucích rozsáhlejších a systematičtějších studiích. Explorativní výzkum by měl být kreativní a flexibilní, přičemž by měl zohledňovat všechny neočekávané jevy. Také se jedná o první pokusy navrhnout nové koncepty a základy teorie (Hendl, 2005; Tegan, 2021). Cílem mého výzkumu je zkoumat konkrétní jevy pomocí dotazníkového šetření a analýzy dat. Tento výzkumný design umožňuje nejen ověření teoretických předpokladů, ale také objevování nových poznatků a trendů v dané oblasti (Novotná, 2019).

6.2 Výzkumný soubor

Výzkumu se zúčastnili fyzioterapeuti s dokončenou způsobilostí k výkonu povolání fyzioterapeuta dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) pracujících v ambulantním zařízení po celé České republice (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2023). Výzkum se zaměřil na míru syndromu vyhoření a psychické zátěže u fyzioterapeutů pracujících výhradně v ambulantních zařízeních po celé České republice. Do výzkumu se mohli zapojit i studenti magisterského studia, kteří jsou podle legislativy způsobilí k výkonu svého povolání. Při sběru dat nebyl brán zřetel na typ pracovní smlouvy, dohody nebo druhu pracovního úvazku respondentů, a tak se výzkumu zúčastnili lidé s různými formami pracovních úvazků včetně osob samostatně výdělečně činných. Celkem se výzkumu zúčastnilo 451 respondentů.

Výzkum z hlediska etiky schválil vedoucí práce na základě dokumentů EK UK FTVS (Příloha 1).

6.3 Metody sběru a zpracování dat

Sběr dat probíhal od 1. 4. 2024 do 11. 6. 2024 a průměrná délka vyplnění dotazníku byla 6 minut 20 vteřin. Dotazníky (Příloha 2) byly rozeslány prostřednictvím emailu do ambulantních zařízení všech krajů České republiky. Celkem bylo rozesláno 721 emailů. Z výzkumu byly vyloučeny ambulantní zařízení v nemocničních a lázeňských provozech, a naopak byli vybráni jen fyzioterapeuti ambulantních zařízení. Pro kvantitativní strategii výzkumu bylo využito online dotazníkové šetření CASI (Computer-Assisted-Self Interview) – dotazování, které respondent vyplňuje sám prostřednictvím internetu (Novotná, 2019). Software Click4Survey byl použit pro vytvoření elektronického dotazníku. Dotazník byl tvořen do šesti bloků a celkem se skládal z 32 otázek (jedna otevřená otázka, dvě polootevřené a 29 uzavřených otázek). První obsahovalo uvedení dotazníku. Druhý blok byl věnován supervizím, intervizím a prevenci duševního zdraví fyzioterapeutů. Třetí a čtvrtý blok otázek je tvořen dvěma standardizovanými dotazníky, Shirom-Melamed Burnout Measure a Meisterův dotazník, které se zaměřují na míru syndromu vyhoření a psychické zátěže. Předposlední část dotazníku je věnována faktickým osobním otázkám, jako je například pohlaví, věk. Na konci dotazníku bylo respondentům vyjádřeno poděkování za jejich účast na vyplnění dotazníku.

6.3.1 Shirom – Melamed Burnout Measure (SMBM)

Pro měření úrovně syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení po celé ČR byl zvolen Shirom-Melamed Burnout Measure, který byl vyvinut v roce 2005 Arie Shiromem a Samuelem Melamedem. Hodnotí symptomy vyhoření v třech oblastech – fyzické vyčerpání, emocionální vyčerpání a kognitivní únavu. V mé práci jsem zvolila českou verzi Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření. Dotazník obsahuje 14 položek, z toho šest položek hodnotí fyzickou únavu, pět položek zjišťuje kognitivní únavu a tři otázky jsou věnovány emočnímu vyčerpání. Respondenti hodnotí položky na základě svých pocitů pomocí sedmistupňové škály od jedné do sedmi (1 – nikdy nebo téměř nikdy, 2 – velmi zřídka, 3 – zřídka, 4 – někdy, 5 – celkem často, 6 – velmi často, 7 – vždy nebo téměř vždy). Ptáček a kolektiv v roce 2017 ověřili psychometrické vlastnosti české verze dotazníku SMBM. Jejich cílem bylo zmapovat projevy syndromu vyhoření u české populace. I když byl tento nástroj již přeložen do češtiny a používán, jeho validita dosud nebyla testována (Ptáček, 2017). Závěrem lze říct, že studie podporují platnost SMBM, přičemž ověření validity pro různé jazykové verze SMBM je doposud nedostatečné. Upravená německá verze SMBM prokázala uspokojivé

psychometrické vlastnosti, konvergentní validitu, což potvrzuje její vhodnost pro zjištění syndromu vyhoření (Schilling, 2019). Dotazník se vyznačuje vysokou vnitřní konzistencí, která byla testována pomocí Cronbachova koeficientu alfa. Hodnota Cronbachova alfa byla 0,90 pro fyzickou únavu, 0,85 pro kognitivní únavu a 0,75 pro emoční vyčerpání (Ptáček, 2017). SMBM se vyznačuje dobrou test-retest reabilitu (Schilling, 2019). Reliabilita testu-retestu představuje míru, která hodnotí, jak konzistentní jsou výsledky u stejných jedinců při opakovaném měření stejného testu (Vilagut, 2014).

Dle hraniční hodnoty pro jednotlivé faktory se určuje míra syndromu vyhoření. V této práci byla zvolena hraniční hodnota $\geq 4,4$. Překročení hraniční hodnoty signalizuje syndrom vyhoření (Schilling, 2019).

Tabulka 1: Česká verze Shiromovy-Melamedovy škály vyhoření

Shiromova-Melamedova škála vyhoření		Nikdy/téměř nikdy	Velmi zřídka	Zřídka	Někdy	Celkem často	Velmi často	Vždy/téměř vždy
Fyzická únavu	1. Cítím se unavený/á.							
	2. Nemám vůbec žádnou sílu jít ráno do práce.							
	3. Cítím se fyzicky vyčerpaný/á.							
	4. Cítím, že mám všeho dost.							
	5. Cítím se, jako bych měl/a vybité baterky.							
	6. Cítím se vyhořelý/á.							
Kognitivní únavu	7. Myslí mi to pomalu.							
	8. Těžko se soustředím.							
	9. Připadá mi, že mi to nemyslí jasně.							
	10. Cítím, že nejsem při přemýšlení soustředěný/á.							

	11. Mám potíže přemýšlet o složitých věcech.							
Emoční vyčerpání	12. Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám svých spolupracovníků nebo klientů.							
	13. Cítím, že nejsem schopen/na emočně investovat do svých spolupracovníků a klientů.							
	14. Cítím, že nedokážu být milý/á ke svým spolupracovníkům a klientům.							

6.3.2 Meisterův dotazník

Pro měření psychické zátěže jsem využila Meisterův dotazník, který byl vytvořen v roce 1975 W. Meisterem. Dotazník se stal jedním z osvědčených nástrojů pro zkoumání psychické zátěže. Dotazník obsahuje deset položek, z toho tři položky hodnotí přetížení, tři položky zjišťují monotonii a tři otázky jsou věnovány nesespecifickým faktorům. Respondenti hodnotí položky na základě svých pocitů pomocí sedmistupňové škály od jedné do pěti (1- ne, vůbec nesouhlasím, 2 – spíše nesouhlasím, 3 – nevím, někdy ano, někdy ne, 4 – spíše souhlasím, 5 – ano, plně souhlasím). Standardizace dotazníku byla ověřena hygienickou službou ČR v letech 1976-1984. Jeho hlavními výhodami jsou stručnost, srozumitelnost pro respondenty a dobrá opakovatelnost (Hladký, 1999). Studie z roku 2022, jejímž cílem bylo poskytnout systematický přehled o různých metodách a dotaznících používaných k hodnocení psychologických a emocionálních stavů u zdravotních sester, uvedla, že dotazník splňuje psychometrická kritéria spolehlivosti a validity pro hodnocení psychické zátěže (Díaz-García, 2022). Cronbachova alfa pro celkové skóre dotazníku činila 0,83, což svědčí o dobré vnitřní konzistenci otázek. Opakovaná měření vedla k podobným výsledkům, což prokázalo stabilitu měření (Debska, 2013).

Tabulka 2: Meisterův dotazník pro hodnocení psychické zátěže (Hladký, 1999)

	ANO					NE
	5	4	3	2	1	
1. Při práci se často dostávám do časové tísně.	5	4	3	2	1	
2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.	5	4	3	2	1	
3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.	5	4	3	2	1	
4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.	5	4	3	2	1	
5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.	5	4	3	2	1	
6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.	5	4	3	2	1	
7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.	5	4	3	2	1	
8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.	5	4	3	2	1	
9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.	5	4	3	2	1	
10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.	5	4	3	2	1	

Maisterův dotazník se hodnotí více způsoby – vyhodnocení za skupinu pracovníků nebo dle individuální diagnostiky (Příloha 2). Hodnocení za skupinu pracovníků využívá faktorovou analýzu (Příloha 4). Pro hodnocení na úrovni skupiny je možné využít aritmetické průměry jednotlivých faktorů a celkového skóre. V příloze jsou uvedeny aritmetické průměry pro celý zkoumaný soubor, které mohou sloužit jako referenční normy a kritické hodnoty. Překročení těchto hodnot signalizuje nadměrnou zátěž v konkrétní oblasti. Dotazník se dá také vyhodnotit dle jednotlivých otázek (Příloha 6) a to tak, že se ve všech položkách vypočítá medián, pokud překročí kritickou hodnotu, tak lze skupinu vyhodnotit negativně (Hladký, 1999).

6.4 Vyhodnocení výsledků – analýza dat

Data byla v první fázi podrobena deskriptivní statistické analýze, kde byly vyhodnoceny jednotlivé sociodemografické faktory respondentů, jako je například věk, pohlaví, délka praxe, účast respondentů na supervizích a intervizích.

Pro vyhodnocení dotazníku Shirom-Melamed Burnout Measure byly vypočítány aritmetické průměry celkového skóre a jednotlivých faktorů – fyzické, kognitivní a emoční vyčerpání. Kritická hodnota (cut-off) pro hodnocení faktorů byla stanovena hodnota $\geq 4,4$. Meisterův dotazník byl vyhodnocen pro každého respondenta zvlášť sečtením jednotlivých odpovědí a vyhodnocen. Míra psychické zátěže byla stanovena na základě diagnostiky (Příloha 3). Byly vyhodnoceny jednotlivé faktory dotazníku – přetížení, monotonie a nespecifický faktor (Příloha 4). Poté byly vypočítány průměrné hodnoty těchto faktorů a celkového skóre, což umožnilo stanovit míru psychické zátěže všech respondentů jak pro jednotlivé faktory, tak pro skóre celkové (Příloha 5). Pro hodnocení jednotlivých otázek byly vypočítány mediány jednotlivých položek dotazníku a stanoven dle Hladkého výsledek (Příloha 6).

K analýze rozptylu míry syndromu vyhoření a psychické zátěže respondentů dle délky praxe, poskytování supervizí a intervizí zaměstnavatelem a účasti na těchto podpůrných programech respondentů byl využit test ANOVY a následně Tukeyho test, který je obdobou t-testu. Tukeyho test byl použit k hodnocení statisticky významných rozdílů mezi jednotlivými kategoriemi (délky praxe, poskytování supervizí/intervizí, účasti na supervizích/intervizích). Statistická významnost odlišností byla testována na hladině $p \leq 0.001$. Pro větší přehlednost vlivu délky praxe byly kategorie rozčleněny do třech skupin – malá (1-5 let), střední (6-15), velká (16 a více let).

K vyhodnocení prevence duševního zdraví fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR bylo pouze vypočítáno procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí respondentů.

7 VÝSLEDKY

Výzkumu se zúčastnilo 451 respondentů, z toho 15 % mužů a 85 % žen. V příloze 12 je přesné zastoupení respondentů dle věku. Pro vyhodnocování vlivu délky praxe na psychickou zátěž a syndrom vyhoření u fyzioterapeutů byl vypočítán průměrný věk, směrodatné odchylky, % zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích délky praxe (Tabulka 3).

Tabulka 3: Průměrný věk, směrodatné odchylky, počet respondentů, % zastoupení v jednotlivých kategoriích dle délky praxe fyzioterapeutů

Délka praxe	Průměrný věk	s.d.	N	%
1-2 roky	24,9	2,9	81	18 %
3-5 let	27,9	3,2	98	22 %
6-10 let	33	3,9	66	15 %
11-15 let	39,2	4,4	57	13 %
16-20 let	44,1	4,6	45	10 %
> 20 let	51,2	5,7	100	22 %
Všichni	36,8	10,8	451	100 %

Poznámka: s.d. = směrodatná odchylka, N = počet respondentů, % = procentuální zastoupení

Výzkumná otázka: Jaká je míra syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR?

Hypotéza: Fyzioterapeuti pracující v ambulantním zařízení vykazují různou míru syndromu vyhoření.

Potvrzeno

Z analyzovaných dat bylo zjištěno, že konkrétně z celkového počtu respondentů (n = 451, 15 % mužů, 85 % žen) většina fyzioterapeutů (94,3 %) nevykazuje známky syndromu vyhoření, přičemž menšina (5,7 %) ano. Tento výsledek může naznačovat relativně vysokou odolnost vůči syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty v tomto vzorku, avšak stále existuje významná skupina, která tímto syndromem trpí.

U fyzioterapeutů, u kterých byla vypočítána kritická hodnota $\geq 4,4$ byly vypočítány i jednotlivé faktory SMBM – fyzické, kognitivní a emoční vyčerpání. Následující tabulka (Tabulka 4) zobrazuje průměrné hodnoty respondentů se syndromem vyhoření a jednotlivé faktory, které SMBM zkoumá. Průměrné hodnoty ukazují na různé úrovně vyčerpání mezi fyzioterapeuty. Ze všech zkoumaných faktorů dopadlo nejhůře kognitivní a emoční vyčerpání, které dosáhlo průměrné hodnoty 7 ve skupině respondentů se

syndromem vyhoření. Tento výsledek je nejvyšší ze všech uvedených průměrných hodnot a výrazně překračuje cut-off hodnotu $\geq 4,4$. Další faktory jako fyzické a kognitivní vyčerpání, které mají také vysoké průměrné hodnoty, často přesahující cut-off hodnotu $\geq 4,4$, ale nedosahují tak extrémních hodnot jako emoční vyčerpání. Průměrná hodnota fyzického vyčerpání byla 5,48. Tato hodnota ukazuje, že respondenti v průměru zažívají vysokou úroveň fyzického vyčerpání. Toto skóre je poměrně vysoké a indikuje, že fyzická únava je významnou složkou jejich syndromu vyhoření. Průměrná hodnota kognitivního vyčerpání byla 4,62. Toto skóre naznačuje, že respondenti také zažívají značnou úroveň kognitivního vyčerpání, i když o něco méně intenzivní než fyzické vyčerpání. Průměrná hodnota emočního vyčerpání byla 3,98. Tato hodnota je nejnižší mezi třemi zkoumanými faktory, což naznačuje, že emoční vyčerpání bylo u respondentů méně intenzivní ve srovnání s fyzickým a kognitivním vyčerpáním. Nicméně, i tato hodnota je blízko k hranici cut-off $\geq 4,4$, což ukazuje na významný, i když relativně menší, vliv emočního vyčerpání na celkový stav vyhoření respondentů.

Tabulka 4: Průměrné hodnoty SMBM a jednotlivých faktorů – fyzické, kognitivní a emoční vyčerpání u respondentů, u kterých byla zjištěna kritická hodnota $\geq 4,4$ ze všech respondentů dotazníku SMBM.

SMBM	Fyzické vyčerpání	Kognitivní vyčerpání	Emoční vyčerpání
5,6	5,5	5	7
5,4	5,9	4,7	5,6
5,3	6,2	5,1	4,3
5,1	6	4,2	5,2
5,1	6,6	5	3,2
5,1	5	4,5	6,3
5	4,6	5,5	5
5	5,9	3,9	5,3
5	5,8	4	5,3
5	4,6	5,5	4,9
4,9	6,1	4,6	3,6
4,9	5,2	6,2	3
4,9	6	4	4,6
4,8	4,8	5	4,6
4,7	5,2	4,2	4,6
4,6	5,8	4,3	3,3
4,6	5,8	4,2	3,4
4,5	6,1	4,6	2,5
4,5	5,3	4	4

4,5	5,7	4,8	2,5
4,5	5,6	4,1	3,3
4,5	5,8	5	2,3
4,4	4,3	4,5	4,6
4,4	5,6	4	3,3
4,4	5,6	3,1	4,9
4,4	6,2	3,4	3,6
4,4	6	4,9	2
4,4	4	6,2	3
4,4	5,1	4	3,3
4,4	5	4	4
4,4	4,9	7	1,6
4,4	5,3	4,2	3,2
Průměrná hodnota faktorů	5,48	4,61	3,97

Poznámka: SMBM = Shirom-Melamed Burnout Measure

Jaká je míra psychické zátěže u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení?

Hypotéza: Fyzioterapeuti pracující v ambulantním zařízení vykazují různou míru psychické zátěže.

Potvrzeno.

Dle analýzy dat byla zjištěna různá míra psychické zátěže fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR, což potvrzuje hypotézu „Fyzioterapeuti pracující v ambulantním zařízení vykazují různou míru psychické zátěže.“ Sečtením všech položek Meisterova dotazníku u jednotlivých respondentů a bylo zjištěno, že 10 % žen a 27 % mužů vykazuje nepříznivou psychickou zátěž. 65 % žen a 55 % mužů vykazuje přiměřenou zátěž a pouze 27 % žen a 20 % mužů vykazuje příznivou psychickou zátěž.

Tabulka 5 představuje průměrné hodnoty psychické zátěže u fyzioterapeutů, rozdělené podle pohlaví a hodnocené prostřednictvím jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku. Meisterův dotazník se používá k hodnocení různých aspektů pracovní zátěže, včetně přetížení, monotónie a nespecifických faktorů. Tabulka 5 také uvádí celkový hrubý skóre psychické zátěže, který se vypočítal sečtením jednotlivých faktorů. Výsledky analýzy jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku ukazují, že psychická zátěž je u fyzioterapeutů podobná bez ohledu na pohlaví. Vypočítané průměrné hodnoty nepřesáhly kritické hodnoty stanovené Hladkým (Příloha5) (Hladký, 1999).

Pokud se zaměříme na hodnocení jednotlivých otázek, které se hodnotí vypočítáním středních hodnot a mediánů za skupinu respondentů, byla kritická hodnota mediánu překročena dvakrát (Příloha 8). Jedná se o otázky týkající se časové tísně a únavy fyzioterapeutů.

Tabulka 5: Průměrné hodnoty a směrodatné odchylky všech respondentů vypočítány u jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku a průměrné skóre všech faktorů u všech respondentů Meisterova dotazníku

Faktor	Muži		Ženy	
	Průměrná hodnota	s.d.	Průměrná hodnota	s.d.
Přetížení	7,27	2,44	7,25	2,43
Monotonie	5,18	2,23	5,17	2,23
Nespecifický faktor	9,87	3,92	9,85	3,91
Hrubý skór	22,32	7,45	22,27	7,43

Poznámka: s.d. = směrodatná odchylka

Výzkumná otázka: Je míra syndromu vyhoření závislá na délce praxe fyzioterapeuta pracujícího v ambulantním zařízení?

Hypotéza: Vyšší míra syndromu vyhoření závisí na délce praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení.

Potvrzeno.

Průměrné hodnoty SMBM dotazníku jsou nejvyšší u fyzioterapeutů u prvních dvou kategorií délky praxe (1-2 roky a 3-5 let). Můžeme tedy říct, že s délkou praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR syndrom vyhoření klesá.

Dále byly zjištěny statisticky významné rozdíly na hladině významnosti $<0,001$ mezi jednotlivými kategoriemi délky praxe fyzioterapeutů (Tabulka 6). Z těchto výsledků je zřejmé, že délka praxe má významný vliv na úroveň syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty. Fyzioterapeuti s delší praxí vykazují odlišné průměrné hodnoty SMBM ve srovnání s fyzioterapeuty s kratší praxí, což naznačuje, že zkušenost a délka praxe jsou důležitými faktory ovlivňujícími jejich syndrom vyhoření.

Tabulka 6: Vztah míry SMBM dle délky praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR.

	SMBM	N
1-2 roky	2,91 (1.00)	82
3-5 let	2,98 (1.11)	98
6-10 let	2,70 (1.09)	69
11-15 let	2,51 (0.89)	57
16-20 let	2,33 (0.86)	45
>20 let	2,41 (0.91)	100
Všichni	2,67 (1.02)	451
ANOVA	<0.001	

Poznámka: SMBM = Shirom – Melamed Burnout Measure, N = zastoupení respondentů v jednotlivých kategoriích, které jsou rozdělené dle délky praxe

Pro lepší přehlednost byly kategorie délky praxe dále rozděleny do tří skupin: malá praxe (1-5 let), střední praxe (6-15 let) a velká praxe (16 a více let). Respondenti s nejkratší praxí vykazují nejvyšší míru SMBM ze všech skupin, avšak i tato hodnota nepřekračuje kritickou hodnotu $\geq 4,4$ pro SMBM.

Tabulka 7: Průměrné hodnoty SMBM dotazníku rozdělené do třech kategorií dle délky praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR.

Délka praxe	SMBM
Malá	2,95 (1,06)
Střední	2,61 (1)
Velká	2,38 (0,89)
Všichni	2,67 (1,02)
ANOVA	<0,001

Výzkumná otázka: Je míra psychické zátěže závislá na délce praxe fyzioterapeuta pracujícího v ambulantním zařízení?

Hypotéza: Vyšší míra psychické zátěže závisí na délce praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení.

Potvrzeno.

Tabulka 8 shrnuje psychickou zátěž fyzioterapeutů a porovnává rozdíly mezi muži a ženami podle délky praxe. U mužů i žen je psychická zátěž nejvyšší v prvních letech praxe a postupně klesá, přičemž nejnižší hodnoty jsou zaznamenány v kategorii 16–20 let. V poslední kategorii délky praxe však dochází k mírnému nárůstu zátěže. Výsledky proto potvrzují hypotézu, že délka praxe ovlivní míru psychické zátěže u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR. Statistická analýza ukázala významné rozdíly mezi těmito skupinami na hladině významnosti $<0,001$ u mužů i u žen. To naznačuje, že míra psychické zátěže závisí na délce praxe respondentů.

Tabulka 8: Průměrné hodnoty Meisterova dotazníku dle délky praxe a pohlaví fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR.

Délka praxe	Meister Muži	N	Meister Ženy	N
1-2 roky	27,1 (7,1)	17	24,8 (6,8)	65
3-5 let	25,9 (7,8)	15	25 (7,2)	83
6-10 let	20,1 (5,8)	8	23,1 (8,1)	61
11-15 let	20,8 (8,8)	10	20,7 (7,3)	47
16-20 let	16,3 (8,8)	7	18,9 (5,8)	38
> 20 let	18,7 (6,1)	9	19,4 (6,1)	91
Všichni	22,7 (8,2)	451	22,2 (7,3)	451
ANOVA	$<0,006$		$<0,001$	

Poznámka: Meister = Meisterův dotazník, N = počet

Všechny kategorie, jak u mužů, tak u žen, vykazují přiměřenou pracovní zátěž. Výjimkou jsou muži v kategorii s délkou praxe 16-20 let, kteří dosahují hodnot blízkých se příznivé psychické zátěži dle hodnocení (Příloha 3). Naopak muži s nejkratší délkou praxe vykazují hodnoty blízké se nepříznivé psychické zátěži. Průměrné hodnoty u mužů i u žen vykazují přiměřenou pracovní zátěž.

Statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi délky praxe byly vypočítány pomocí Tukeyho testu. U mužů byly významné rozdíly zjištěny mezi kategoriemi >20 let a 1-2 roky. U žen byly významné rozdíly mezi kategoriemi 11-15 let a 1-2 roky; 16-20 let a 1-2 roky; >20 let a 1-2 roky; 11-15 let a 3-5 let; 16-20 let a 3-5 let; >20 let a 3-5 let; 16-20 let a 6-10 let; a >20 let a 6-10 let.

I zde pro lepší přehlednost byly kategorie délky praxe dále rozděleny do tří skupin: malá praxe (1-5 let), střední praxe (6-15 let) a velká praxe (16 a více let). Podle tabulky 9 respondenti s nejkratší praxí vykazují nejvyšší psychickou zátěž ze všech skupin, která je hodnocena jako přiměřená (Přílohy 3). Statisticky významné rozdíly byly nalezeny na hladině významnosti <0,001 u mužů mezi malou a střední praxí a mezi malou a velkou praxí. U žen byly statisticky významné rozdíly zjištěny na hladině <0,001 mezi malou a střední praxí, dále mezi malou a velkou praxí a mezi střední a velkou praxí.

Tabulka 9: Průměrné hodnoty Meisterova dotazníku rozdělené do třech kategorií dle délky praxe a pohlaví fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR.

Délka praxe	Meister Muži	N	Meister Ženy	N
Malá	26,6 (7,3)	32	24,9 (7)	148
Střední	20,5 (7,4)	18	22 (7,8)	108
Velká	17,6 (7,2)	16	19,2 (6)	129
Všichni	22,7 (8,2)	451	22,2 (7,3)	451
ANOVA	<0,001		<0,0001	

Poznámka: Meister = Meisterův dotazník, N = počet respondentů v jednotlivých kategoriích, Malá = 1–5 let praxe, Střední = 6–15 let praxe, Velká = více jak 16 let praxe

Vliv délky praxe fyzioterapeutů byl posouzen i mezi jednotlivými faktory Meisterova dotazníku (Příloha 9). Kritická hodnota byla překročena pouze u mužů s nejkratší praxí, a to u nespecifického faktoru psychické zátěže. Kritické hodnoty u žen překročeny nebyly (Příloha 10). Kritické hodnoty jsou zaznamenány v přílohách (Příloze 5).

Výzkumná otázka: Ovlivní pravidelná účast na supervizi nebo intervizi míru syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení?

Hypotéza: Míra syndromu vyhoření je závislá na pravidelné účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení na supervizi nebo intervizi.

Potvrzeno.

V následující tabulce (Tabulka 10) jsou prezentovány výsledky týkající se poskytování supervize a intervize zaměstnavatelem fyzioterapeutům na pracovišti a míry syndromu vyhoření v jednotlivých skupinách. Statistická analýza ukázala významné rozdíly mezi těmito skupinami na hladině významnosti $<0,001$, což naznačuje, že poskytování supervize a intervize zaměstnavatelem má významný vliv na úroveň syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty.

Výsledky ukazují, že fyzioterapeuti, jejichž zaměstnavatel poskytuje supervize nebo intervize, vykazují nižší průměrné hodnoty SMBM, vzorek zahrnuje 103 respondentů. Naopak fyzioterapeuti, kteří uvedli, že jejich zaměstnavatel supervize a intervize neposkytuje, mají vyšší průměrné hodnoty SMBM. Respondenti, kteří uvedli, že nevědí, zda jejich zaměstnavatel poskytuje supervize a intervize, vykazují nejvyšší průměrné hodnoty SMBM. V kategorii „Jiné“ uvedlo 38 respondentů, že jsou osoby samostatně výdělečně činné, a tudíž nemají svého zaměstnavatele.

Tabulka 10: *Informace o zajišťování supervize a intervize zaměstnavatelem na pracovišti a míře syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR*

Poskytuje zaměstnavatel supervize nebo intervize?	SMBM	N
Ano	2,5 (0,95)	103
Ne	2,75 (1,03)	287
Nevím	3,35 (1,03)	23
Jiné	2,1 (0,7)	38
ANOVA	<0.001	

Poznámka: SMBM = Shirom-Melamed Burnout Measure, N = počet respondentů v jednotlivých kategoriích

Statistická analýza ukázala významné rozdíly mezi skupinami na hladině významnosti $<0,001$, což naznačuje, že účast na supervizích a intervizích má významný vliv na úroveň syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty. Fyzioterapeuti, kteří se pravidelně účastní

supervizí nebo intervizí, mají tendenci vykazovat nižší úroveň syndromu vyhoření ve srovnání s těmi, kteří se účastní jen občas nebo vůbec.

Výsledky týkající se účasti fyzioterapeutů na supervizích nebo intervizích a jejich vlivu na hodnoty SMBM, ukazují, že fyzioterapeuti, kteří se pravidelně účastní supervizí nebo intervizí, vykazují nejnižší průměrné hodnoty SMBM. Fyzioterapeuti, kteří se supervizí nebo intervizí účastní jen občas, mají o něco vyšší průměrné hodnoty SMBM a respondenti, kteří uvedli, že se supervizí nebo intervizí neúčastní vůbec, vykazují nejvyšší průměrné hodnoty SMBM.

Tabulka 11: Údaje o účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR a posouzení míry syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR

Účast na supervizích nebo intervizích	SMBM	N
Ano, účastním se	2,44 (0,83)	84
Občas se účastním	2,68 (1,08)	61
Ne, neúčastním se	2,74 (1,05)	306
ANOVA	<0,027	

Poznámka: SMBM = Shirom-Melamen Burnout Measure, N = počet respondentů v jednotlivých kategoriích

Výzkumná otázka: Ovlivní pravidelná účast na supervizi nebo intervizi míru psychické zátěže u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení?

Hypotéza: Míra psychické zátěže je závislá na pravidelné účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení na supervizi nebo intervizi.

Potvrzeno.

V následující tabulce (Tabulka 12) jsou prezentovány výsledky týkající se poskytování supervize a intervize zaměstnavatelem fyzioterapeutům na pracovišti a míry psychické zátěže dle toho, zda zaměstnavatel poskytuje na pracovišti supervize/intervize, či nikoliv. Statistická analýza ukázala významné rozdíly mezi těmito skupinami na hladině významnosti <0,001, což naznačuje, že poskytování supervize a intervize zaměstnavatelem má významný vliv na úroveň psychické zátěže u fyzioterapeutů, byla tak potvrzena hypotéza „Míra psychické zátěže je závislá na pravidelné účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení na supervizi nebo intervizi.“

Výsledky ukazují, že fyzioterapeuti, jejichž zaměstnavatel poskytuje supervize nebo intervize, vykazují nižší průměrné hodnoty Meisterova dotazníku, vzorek zahrnuje 103 respondentů. Naopak fyzioterapeuti, kteří uvedli, že jejich zaměstnavatel supervize a intervize neposkytuje, mají výrazně vyšší průměrné hodnoty. Respondenti, kteří uvedli, že nevědí, zda jejich zaměstnavatel poskytuje supervize a intervize, vykazují nejvyšší průměrné hodnoty. V kategorii „Jiné“ uvedlo 38 respondentů, že jsou osoby samostatně výdělečně činné, a tudíž nemají svého zaměstnavatele. Vykazují nejnižší hodnoty zátěže. Pět respondentů, kteří uvedli, že jsou osobami výdělečně činnými, se pravidelně účastní supervizí, šest respondentů se účastní jen občas a zbylí OSVČ fyzioterapeuti nikam na supervize nebo intervize nedochází.

Tabulka 12: *Informace o zajišťování supervize a intervize zaměstnavatelem na pracovišti a míře syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR*

Poskytuje Váš zaměstnavatel supervize/intervize?	Meister Muži	Meister Ženy	N
ANO	19,4 (7,6)	21 (6,4)	103
NE	24,8 (8,1)	23 (7,6)	287
NEVÍM	29 NA	26,1 (5,9)	23
Jiné	16,8 (4,35)	17 (5,3)	38
ANOVA	<0,001	<0,001	

Poznámka: Meister = Meisterův dotazník, N = počet respondentů v jednotlivých kategoriích, NA = not available

Průměrné hodnoty skóre Meisterova dotazníku (Tabulka 13) ukazují, jak účast na supervizích a intervizích ovlivňuje míru psychické zátěže mezi fyzioterapeuty. Statistická analýza ukázala významné rozdíly mezi těmito skupinami na hladině významnosti <0,001. U všech kategorií byla zjištěna přiměřená míra psychické zátěže, přičemž respondenti, kteří se pravidelně účastní supervizí a intervizí, vykazují nejnižší míru zátěže.

Tabulka 13: Údaje o účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR a posouzení jejich míry psychické zátěže

Účastníte se supervizí/intervizí?	Meister Muži	Meister Ženy	N
Ano, účastním se	18,5 7,1	20,9 6,1	84
Občas se účastním	19,6 9,5	22 7,4	61
Ne, neúčastním se	24,5 7,8	22,6 7,6	306
ANOVA	<0,030	<0,207	

Poznámka: Meister = Meisterův dotazník, N = počet respondentů v jednotlivých kategoriích

Fyzioterapeuti, kteří pravidelně navštěvují supervize nebo intervize, dosahují hodnot u mužů 18,5 (přiměřená zátěž) a u žen 20,9 (přiměřená zátěž). Data naznačují, že absence účasti na podpůrných aktivitách souvisí s vyšší psychickou zátěží respondentů.

Výzkumná otázka: Využívají fyzioterapeuti pracující v ambulantním zařízení prevenci duševního zdraví v soukromém životě?

Hypotéza: Fyzioterapeuti využívají prevenci duševního zdraví ve svém soukromém životě.

Potvrzeno.

Většina fyzioterapeutů využívá prevence duševního zdraví ve svém soukromém životě. Pouze 11 respondentů (2 %) uvedlo, že žádné preventivní opatření v soukromém životě nevyužívá a dalších 46 respondentů (10 %) uvedlo, že využívá jiné prevence, která nebyla v dotazníku uvedena (Příloha 11). Můžeme tedy předpokládat, že jiné metody mohou zahrnovat různé individuální přístupy k péči o psychické zdraví.

Tabulka 14: Zastoupení respondentů dle druhu prevence, kterou fyzioterapeuti využívají ve svém soukromém životě.

Druh prevence	n = počet	% zastoupení
Meditace	82	18 %
Aktivní odpočinek (sport, turistika)	403	89 %
Trávení volného času s rodinou a přáteli	354	78 %
Psychoterapie	57	13 %
Žádné	11	2 %
Jiné	46	10 %

46 % respondentů, kteří uvedli jinou odpověď v rámci prevence duševního zdraví, využívají širokou škálu opatření a aktivit (Příloha 11). Mezi ně patří různé formy terapie a seberozvoje, jako je koučink a účast na různých kurzech, semináře o komunikaci a samotné studium. Fyzioterapeuti se také věnují odpočinku prostřednictvím sledování filmů a seriálů, háčkování, četby, zpěvu, poslechu a hře na hudební nástroje (klavír) a hraní her na počítači. Dalšími koníčky jsou ruční práce, kreativní činnosti, kreslení, malování, trávení času se svým domácím mazlíčkem. Dále bodytherapie, zvuková relaxace, modlení, ženské kruhy, ceremonie s psychoaktivními látkami, to vše jsou strategie fyzioterapeutů pro udržení duševní pohody. Mezi aktivnější záliby byla zmíněna například vysokohorská turistika, lezení, tanec, jóga, zahraničení a cestování. Jedna z respondentek zmínila, že využívá všechny uvedené aktivity, které byly na výběr v rámci prevence duševního zdraví, a navíc klade důraz na kratší pracovní dobu, tedy méně než osm hodin denně. Další metodou, kterou jeden z respondentů používá k péči o své duševní zdraví, je poslech tvrdé hudby a adrenalinové sporty, které dle něj vyžadují maximální koncentraci na danou činnost. Dokonce jeden z respondentů se podělil o svou zkušenost s vyhořením, které prodělal před několika lety. Tento zážitek ho přiměl k tomu, aby se více zaměřil na prevenci a již se nedostal do stejné situace.

Tato pestrá škála aktivit ukazuje na komplexní přístup fyzioterapeutů k prevenci duševního zdraví, který zahrnuje jak fyzickou, tak i mentální a emocionální péči.

7.1 Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1: *Fyzioterapeuti pracující v ambulantním zařízení vykazují různou míru syndromu vyhoření.*

Hypotéza byla potvrzena. Na základě získaných dat od respondentů byla hypotéza potvrzena. Výzkum byl proveden na vzorku 451 respondentů. Tabulka 4 uvádí průměrné hodnoty SMBM a jeho jednotlivých faktorů, u kterých byla zjištěna kritická hodnota $\geq 4,4$.

Hypotéza č. 2: *Fyzioterapeuti pracující v ambulantním zařízení vykazují různou míru psychické zátěže.*

Hypotéza č. 2 byla potvrzena. Sečtením všech položek Meisterova dotazníku u jednotlivých respondentů a bylo zjištěno, že 10 % žen a 27 % mužů vykazuje

nepříznivou psychickou zátěž. 65 % žen a 55 % mužů vykazuje přiměřenou zátěž a pouze 27 % žen a 20 % mužů vykazuje příznivou psychickou zátěž.

Hypotéza č. 3: *Vyšší míra syndromu vyhoření závisí na délce praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení.*

Hypotéza byla potvrzena. Průměrné hodnoty SMBM dotazníku jsou nejvyšší u fyzioterapeutů u prvních dvou kategorií délky praxe (1-2 roky a 3-5 let). Můžeme tedy říct, že s délkou praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR syndrom vyhoření klesá (Tabulka 6,7).

Hypotéza č. 4: *Vyšší míra psychické zátěže závisí na délce praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení.*

Hypotéza byla potvrzena. U mužů i žen je psychická zátěž nejvyšší během prvních let praxe a postupně klesá, přičemž nejnižší hodnoty se vyskytují v kategorii s délkou praxe 16–20 let (Tabulka 8,9). Z toho lze vyvodit, že fyzioterapeuti s nejkratší praxí vykazují nejvyšší úroveň psychické zátěže.

Hypotéza č. 5: *Míra syndromu vyhoření je závislá na pravidelné účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení na supervizi nebo intervizi.*

Hypotéza potvrzena. Pravidelná účast na supervizích a intervizích ovlivňuje dle analýzy dat míru syndromu vyhoření u fyzioterapeutů (Tabulka 11). Fyzioterapeuti, kteří pravidelně navštěvují supervize nebo intervize, mají nejnižší průměrné hodnoty SMBM. Ti, kteří se těchto sezení účastní jen občas, vykazují mírně vyšší průměrné hodnoty SMBM. Naopak respondenti, kteří uvedli, že se supervize nebo intervize neúčastní vůbec, dosahují nejvyšších průměrných hodnot SMBM.

Hypotéza č. 6: *Míra psychické zátěže je závislá na pravidelné účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení na supervizi nebo intervizi.*

Hypotéza potvrzena. Data ukazují, že nepřítomnost na podpůrných aktivitách je spojena s vyšší úrovní psychické zátěže u respondentů (Tabulka 13).

Hypotéza č. 7: *Fyzioterapeuti využívají prevenci duševního zdraví ve svém soukromém životě.*

Hypotéza potvrzena. Fyzioterapeuti nejvíce v rámci prevence duševního zdraví volí aktivní odpočinek a trávení volného času s rodinou a přáteli (Tabulka 14). 10 %

respondentů uvedlo, že využívají jiné formy prevence, které nebyly v dotazníku zmíněny (Příloha 11).

8 DISKUSE

Syndrom vyhoření byl definován jako reakce na dlouhodobý stres na pracovišti, charakterizovaná fyzickým, duševním a emocionálním vyčerpáním, které snižuje pocit osobního a profesionálního naplnění. Mezi rizikové faktory mohou patřit konflikty a finanční problémy v práci, problémy v komunikaci nebo organizaci. Některé profese jsou k tomuto syndromu náchylnější než jiné, zejména zdravotničtí pracovníci, jako jsou lékaři, sestry a sociální pracovníci, kteří jsou denně v kontaktu s vážně nemocnými (Maresca, 2022).

Ve své diplomové práci jsem se zabývala syndromem vyhoření a psychickou zátěží u fyzioterapeutů, protože jsou nedílnou součástí zdravotnického personálu a mohou také vykazovat tyto problémy. Fyzioterapeuti se denně setkávají s pacienty, kteří trpí různými zdravotními problémy, což může být psychicky náročné. Podobně jako lékaři a sestry, i fyzioterapeuti jsou vystaveni vysokým pracovním nárokům a stresu, který může vést k rozvoji syndromu vyhoření. Proto je důležité se zaměřit i na tuto skupinu zdravotnických pracovníků a zkoumat, jaké faktory ovlivňují jejich psychickou zátěž a míru vyhoření tak, aby bylo možné vyvinout účinné strategie prevence a podpory jejich duševního zdraví.

Výsledky této diplomové práce poskytují cenný vhled do míry psychické zátěže a syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty pracujícími v ambulantních zařízeních v České republice. Zjištěné hodnoty naznačují, že někteří fyzioterapeuti čelí značné psychické zátěži, což může vést k rozvoji syndromu vyhoření, nebo naopak již fyzioterapeuti syndrom vyhoření vykazují. Tento jev je znepokojující, vzhledem k významné roli fyzioterapeutů v zdravotnickém systému a jejich klíčovému podílu na poskytování kvalitní péče pacientům. Syndrom vyhoření a vyšší míra psychické zátěže u zdravotnických pracovníků může vést ke zvýšení počtu lékařských chyb, což ohrožuje bezpečnost pacientů, zhoršuje kvalitu péče a snižuje důvěru veřejnosti ve zdravotnický systém (Monsalve-Reyes, 2021; Ptáček, 2011).

V České republice není syndrom vyhoření uznán jako nemoc z povolání, na rozdíl od některých jiných zemí, které tuto diagnózu oficiálně přijaly. Například Lotyšsko má syndrom vyhoření výslovně uvedený v seznamu nemocí z povolání. Odškodnění za syndrom vyhoření bylo přiznáno v Dánsku, Francii, Lotyšsku, Portugalsku a Švédsku. V Česku se naopak syndrom vyhoření často vnímá spíše jako stav spojený s osobními

obtížemi při zvládání života, a je zařazen pod kódem Z73.0 v MKN-10. Rozdíl v přístupu k syndromu vyhoření mezi Českou republikou a jinými zeměmi může mít významné důsledky pro pracovníky v pomáhajících profesích, jako jsou například fyzioterapeuti. Bylo by přínosné, kdyby Česká republika přehodnotila svůj postoj a začala syndrom vyhoření oficiálně uznávat jako nemoc z povolání. Tento krok by nejen zvýšil povědomí o problému, ale také by umožnil pracovníkům čerpat adekvátní podporu a léčbu. Zlepšení legislativního rámce by mohlo přispět k prevenci a zvládání syndromu vyhoření, což by mohlo vést ke zvýšení bezpečnosti pacientů, zlepšení kvality péče a důvěry veřejnosti ve zdravotnický systém (Laskovkova, 2018, MKN-10 2024, 2024).

8.1 Míra psychické zátěže a syndromu vyhoření u fyzioterapeutů

Z analyzovaných dat bylo zjištěno, že z celkového počtu respondentů, ve kterém bylo zastoupeno více žen než mužů, většina fyzioterapeutů nevykazuje známky syndromu vyhoření, přičemž menšina ano. Tento výsledek může naznačovat relativně vysokou odolnost vůči syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty v tomto vzorku, avšak stále existuje významná skupina, která tímto syndromem trpí. Tím bylo potvrzeno, že fyzioterapeuti v ambulantním zařízení skutečně prokazují různou míru syndromu vyhoření a psychické zátěže, jak bylo předpokládáno v prvních dvou hypotézách práce.

Z dat bylo zjištěno, že výsledky práce ukazují nižší míru syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty ve srovnání s jinými studii. Rozsah a úroveň tohoto jevu se může lišit, což pravděpodobně vyplývá z rozdílů v organizaci systémů zdravotní péče a pracovních podmínek (Buri, 2022). Na základě systematického review s názvem "Risk factors associated with physical therapist burnout: a systematic review", publikovaného v roce 2022, jehož autory jsou Sabrina D. Burri a její spolupracovníci, byly shromážděny faktory, které přispívají k vyhoření fyzioterapeutů. Práce zahrnovala 46 studií, ze kterých bylo identifikováno 53 rizikových faktorů, které mohou prokazovat významnou predispozici k syndromu vyhoření. Rizikové faktory byly dále kategorizovány do čtyř skupin strukturální/organizační, psychologické/emocionální, environmentální a sociodemografické faktory. Mezi rizikové faktory bylo zmíněno i pracovní prostředí – typ pracoviště (Buri, 2022). Můžeme předpokládat, že pracovní prostředí mělo vliv na míru syndromu vyhoření a psychickou zátěž u fyzioterapeutů v ambulantním zařízení tohoto výzkumu, a proč byla mírnější oproti jiným studiím, jejichž výzkumy probíhaly převážně u fyzioterapeutů pracujících v nemocnicích.

Carolina Sant'Anna Antunes Azevedo Castro s kolegy hodnotili úroveň syndromu vyhoření napříč profesemi. Výzkumu se zúčastnilo 55 lékařů, 88 fyzioterapeutů a 65 zdravotních sester v nemocnici na jednotce intenzivní péče. Dle dat nebyl zjištěn žádný rozdíl mezi profesními skupinami, přičemž četnost syndromu vyhoření byla 34,3 % (27,9 – 41,4 %) (Azevedo Castro, 2020). Tato studie potvrzuje, že syndrom vyhoření mezi fyzioterapeuty v nemocničním prostředí vykazuje jiné hodnoty než u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení. Přehled literatury o hodnocení závažnosti syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty ukazuje, že míra vyhoření se může v různých zemích lišit. Například výzkum ve Španělsku zjistil, že jen 4 % tamních fyzioterapeutů vykazují vysokou míru vyhoření. Naproti tomu italští vědci zjistili, že fyzioterapeuti v Itálii trpí syndromem vyhoření častěji než zdravotní sestry a lékaři (Nowakowska-Domagala, 2015).

Studie, jejímiž autory byli Mónica Grande-Alonso a její kolegyně, se zaměřuje na porovnání míry syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty, kteří jsou zaměstnání a fyzioterapeuty pracujícími na volné noze. Cílem studie bylo zjistit, zda existují významné rozdíly v projevech syndromu vyhoření mezi těmito dvěma skupinami fyzioterapeutů. Sběr dat byl získán pomocí standardizovaného dotazníku hodnotícího syndrom vyhoření. Respondenti odpovídali na otázky týkající se jejich pracovní zátěže, emocionálního vyčerpání a pocitu nedostatečného ocenění ve své práci. Výsledky studie ukázaly statisticky významné rozdíly mezi zkoumanými skupinami. Autoři zjistili, že fyzioterapeuti, které nikdo nezaměstnává, ale pracují na volné noze, vykazují nižší úroveň syndromu vyhoření ve srovnání se zaměstnanými fyzioterapeuty (Grande-Alonso, 2023).

Při sběru dat byl využit SMBM dotazník, který zkoumá tři základní faktory – fyzické, emoční a kognitivní vyčerpání. Fyzické vyčerpání se týká vnímání únavy a nízké energie při plnění pracovních úkolů, emoční vyčerpání se vztahuje k vnímání a projevům empatie vůči klientům nebo spolupracovníkům, a kognitivní vyčerpání se vyznačuje sníženou schopností se soustředit, zpracovávat informace, přijímat rozhodnutí a řešit problémy (Seixas, 2020).

Pokud se zaměříme na to, jak fyzioterapeuti odpovídali u jednotlivých otázek dotazníku SMBM, tak ze všech zkoumaných faktorů dopadlo nejhůře kognitivní a emoční vyčerpání, u kterého dva respondenti vybrali na sedmistupňové škále odpovědi, z kterých je patrné, že vykazují známky syndromu vyhoření, především velké kognitivní a emoční

vyčerpání. Tento výsledek je nejvyšší ze všech uvedených průměrných hodnot u jednotlivých respondentů vzhledem k hodnocení faktorů vyčerpání. Další faktor, fyzické vyčerpání, má také vysoké průměrné hodnoty u jednotlivých respondentů, protože často přesahuje kritickou hodnotu $\geq 4,4$, ale nedosahuje tak extrémních hodnot jako emoční a kognitivní vyčerpání. Pokud se však zaměříme na průměrné hodnoty jednotlivých faktorů všech respondentů měřených pomocí SMBM, tak průměrná hodnota fyzického vyčerpání ukazuje, že respondenti v průměru zažívají vysokou úroveň fyzického vyčerpání. Toto skóre je poměrně vysoké a indikuje, že fyzická únava je významnou složkou jejich syndromu vyhoření. U fyzioterapeutů se tak může projevat pocity ztráty energie, tělesného vyčerpání, chronické únavy. Dále mohou trpět nedostatkem spánku, oslabeným imunitním systémem, obtížemi s krevním oběhem, častými bolestmi hlavy, ztuhlostí šijových svalů a také gastrointestinálními obtížemi (Poschkamp, 2013). Průměrná hodnota kognitivního skóre naznačuje, že respondenti také zažívají značnou úroveň kognitivního vyčerpání, i když o něco méně intenzivní než fyzické vyčerpání. A naopak emoční vyčerpání z průměrných hodnot všech respondentů bylo vyhodnoceno jako nejnižší mezi třemi zkoumanými faktory. Nicméně, i tato hodnota je blízko ke kritické hodnotě, což ukazuje na významný, i když relativně menší, vliv emočního vyčerpání na celkový stav vyhoření respondentů.

Autoři studie z roku 2020 se zabývali problematikou syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty v Portugalsku. Výzkum byl zaměřen na zjištění prevalence tohoto syndromu a identifikaci hlavních faktorů, které k jeho rozvoji přispívají. Při získávání dat byl také využit Shirom-Melamed Burnout Measure. Studie se zúčastnili fyzioterapeuti pracující na 12 soukromých klinikách v Portugalsku. Prevalence vyhoření mezi portugalskými fyzioterapeuty nebyla dle autorů příliš vysoká, 15,5 %. Dle vyhodnocení jednotlivých faktorů dotazníku jsou výsledky totožné s touto prací. To znamená, že fyzioterapeuti vykazovali nejhorší fyzické vyčerpání. Přestože hodnoty prevalence nejsou příliš vysoké, naznačují, že respondenti jsou ohroženou skupinou a měla by být věnována pozornost proměnným souvisejícím s tímto syndromem, a to zejména pracovnímu zatížení, neboť u fyzioterapeutů s vysokým pracovním zatížením byly prokázány vyšší hodnoty (Seixasa, 2020). Naopak rakouští vědci prokázali, že velká část fyzioterapeutů vykazuje známky vysokého emočního vyčerpání, pocity odcizení a snížená pracovní výkonnost se u nich tak výrazně neprojevuje. Tento rozdíl může souviset s rozsahem použitých metodik a případně s nedostatečně vysvětlenými či nejednotnými metodami

výpočtu hrubých výsledků, které jednotliví autoři používají (Nowakowska-Domagala, 2015).

Výsledky analýzy jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku ukazují, že psychická zátěž je u fyzioterapeutů podobná bez ohledu na pohlaví. Průměrné hodnoty přetížení, monotónie a nespecifických faktorů jsou téměř totožné, což naznačuje, že muži a ženy v této profesi čelí podobným výzvám a stresorům. Celkový hrubý skór potvrzuje rovnoměrnou distribuci psychické zátěže mezi muži a ženami. Vypočítané průměrné hodnoty nepřesáhly kritické hodnoty stanovené Hladkým.

Pokud se zaměříme na hodnocení jednotlivých otázek Meisterova dotazníku, byla kritická hodnota mediánu překročena dvakrát. Jedná se o otázky týkající se časové tísně a únavy fyzioterapeutů. Toto zjištění může být vhodným nástrojem při výběru opatření na snížení psychické zátěže fyzioterapeutů.

8.2 Vliv délky praxe fyzioterapeutů na míru psychické zátěže a syndromu vyhoření

Ke vzniku syndromu vyhoření a k vyšší míře psychické zátěže u fyzioterapeutů přispívá několik rizikových faktorů. Hlavní příčiny vzniku syndromu vyhoření a vyšší míry psychické zátěže přispívají faktory spojené s pracovním prostředím, osobnostními rysy a aspekty mimo pracovní život (Peško, 2016). V rámci této práce jsme se zaměřili i na identifikaci jednoho rizikového faktoru. Výzkum se specificky zabýval dvěma hlavními hypotézami, které byly ověřovány, a to, zda délka praxe ovlivňuje vznik syndromu vyhoření a míru psychické zátěže u fyzioterapeutů pracujících v ambulantních zařízeních v České republice. Hypotézy, týkající se vlivu délky praxe na rozvoj syndromu vyhoření a míry psychické zátěže byly potvrzeny. Výsledky ukázaly, že fyzioterapeuti s kratší praxí vykazovali vyšší míru syndromu vyhoření a vyšší míru psychické zátěže než fyzioterapeuti s delší praxí. Nejvyšší hodnoty byly zjištěny u respondentů, kteří jsou v praxi 1-2 roky a 3-5 let. Tento výsledek je v souladu s literaturou, která častěji uvádí, že prevalence vyhoření a vyšší míry psychické zátěže je častější u lidí s kratší délkou praxe (Burri, 2022).

Burii se spolupracovníky shromáždili a vyhodnotili z dosavadních výzkumů rizikové faktory spojené se syndromem vyhoření u fyzioterapeutů, které zkoumají příčiny a přispívající faktory syndromu vyhoření v této profesi. Šestnáct studií identifikovalo

jako rizikový faktor délku praxe fyzioterapeutů. Délka praxe se zároveň stala celkovým nejčastěji uváděným rizikovým faktorem. Z toho třináct studií zjistilo, že vyšší prevalence vyhoření je u osob s kratší délkou praxe, zatímco pouze tři studie zjistily, že delší profesní praxe bude mít horší vliv na vznik syndromu vyhoření. Toto zjištění naznačuje, že dlouhodobé vystavení pracovním stresorům bez adekvátní regenerace může také vést k vyčerpání a postupnému vyhoření (Burri, 2022).

Studie z roku 2016, jejímiž autory jsou Young-Hyeon Bae a Kyoung Sam Min, se zaměřovala na zkoumání vztahů mezi pracovními muskuloskeletálními poruchami, kvalitou života a pracovním stresem u fyzioterapeutů. Cílem této studie bylo porozumět tomu, jak tyto tři faktory vzájemně souvisí a ovlivňují celkové zdraví a pohodu fyzioterapeutů. Zjistili, že stres na pracovišti byl nejvyšší u mužů, kteří pracovali 5–10 let v oboru. Nejvyšší kvalita života byla zjištěna u starších fyzioterapeutů, kteří měli delší pracovní zkušenost (10-15 let). Tento fakt částečně potvrzuje i naše zjištění, že s delší praxí fyzioterapeutů v oboru klesá prevalence syndromu vyhoření a míry psychické zátěže (Bae, 2016).

Z mého výzkumu vyplynulo, že fyzioterapeuti s kratší délkou praxe vykazují vyšší míru psychické zátěže a prevalenci syndromu vyhoření ve srovnání se svými staršími a zkušenějšími kolegy. Tento jev naznačuje potřebu dalšího výzkumu, který by se zaměřil na zjištění příčin tohoto rozdílu a identifikaci dalších faktorů, které mohou tento výsledek ovlivnit. Jedním z možných vysvětlení může být nedostatek zkušeností a dovedností při zvládnání pracovního stresu u mladších fyzioterapeutů, kteří mohou čelit větší nejistotě ve své profesi, což může vést k vyšší míře stresu a následnému vyhoření (Śliwiński, 2014). V článku "Pracovní stres a duševní zdraví – může práce vést k duševním poruchám?" z roku 2017 Ptáček a kolektiv zdůrazňují význam autonomie jako klíčového faktoru ovlivňujícího pracovní stres a duševní zdraví zaměstnanců. Autonomie umožňuje pracovníkům lépe řídit své pracovní úkoly, rozhodovat o pracovních postupech a organizovat si čas. Tato schopnost kontroly a rozhodování vede k pocitům větší spokojenosti s prací a snižuje riziko vyhoření a dalších duševních problémů (Ptáček, 2017). Je pravděpodobné, že mladší a méně zkušení fyzioterapeuti mají menší míru autonomie než jejich starší kolegové, což může nepříznivě ovlivnit jejich psychickou pohodu na pracovišti. V tomto bodě existují rozdílná zjištění, protože některé studie tvrdí, že vedení poskytuje určitou autonomii, která může pomoci předcházet nebo zvládat vyhoření. Naopak jiní autoři uvádějí, že nadměrná byrokracie a administrativní zátěž

mohou přispět k rozvoji vyhoření. Dokonce i ve studii, která zkoumala vztah mezi profesním stresem a vyhořením u odborníků vykonávajících pouze manažerské úkoly, byly výsledky nejednoznačné (Carmona-Barrientos, 2020).

Dále je často ve studiích zmiňován jako rizikový faktor rodinný stav. Rodinný stav může hrát klíčovou roli v kontextu syndromu vyhoření, což je závažný fenomén v zdravotnických profesích včetně fyzioterapie. Starší fyzioterapeuti, kteří mají delší profesní zkušenosti a jsou často ve stálejších životních situacích, mají vlastní rodiny, děti, se mohou lišit od mladších kolegů, kteří teprve začínají svou kariéru po ukončení studia nebo pracují ve svém oboru jen krátce. U starších fyzioterapeutů, kteří mají stabilní rodinné zázemí, může podpora ze strany partnera a rodiny hrát pozitivní roli v jejich schopnosti zvládat pracovní stres. V systematickém přehledu provedeném Burrim a spol., bylo identifikováno pět studií, které naznačují, že absence partnera, včetně svobodných, rozvedených nebo ovdovělých jedinců, představuje rizikový faktor (Burri, 2022).

Zbigniew Śliwiński ve své studii zkoumal vliv syndromu vyhoření u fyzioterapeutů v závislosti na délce jejich profesní kariéry a jejich rodinném stavu. Śliwiński se zaměřoval na to, jak osobní životní situace, včetně rodinného stavu, ovlivňují náchylnost fyzioterapeutů k syndromu vyhoření. Uvedl, že syndrom vyhoření se snižuje, pokud je jedinec spokojený se svými rodinnými a přátelskými vztahy (Śliwiński, 2014).

8.3 Vliv supervizí a intervizí na míru psychické zátěže a syndrom vyhoření u fyzioterapeutů

Preventivní opatření mohou zahrnovat také úpravy pracovních podmínek, které často představují významné riziko pro zvýšenou pracovní zátěž a tím i potenciální vznik syndromu vyhoření. Studie "Associations between Work-Related Musculoskeletal Disorders, Quality of Life, and Workplace Stress in Physical Therapists" přináší důležité poznatky o tom, jak pracovní prostředí a nároky ovlivňují fyzické a duševní zdraví fyzioterapeutů. Autoři zdůrazňují potřebu preventivních opatření a intervencí zaměřených na snížení pracovního stresu a zlepšení pracovních podmínek, což může vést k lepší kvalitě života a snížení výskytu muskuloskeletálních poruch. Tato studie poskytuje cenné informace pro zaměstnavatele a odborné organizace v oblasti fyzioterapie (Bae, 2016).

Uvědomění si rizikových faktorů je klíčové pro implementaci efektivních preventivních opatření, která mohou snížit výskyt syndromu vyhoření a zlepšit celkovou psychickou pohodu fyzioterapeutů. Důležitým prvním krokem je porozumět okolnostem, které přispívají ke zvýšené psychické zátěži a zároveň ji zmírňují. To je klíčové pro vývoj a výzkum strategií, které tyto okolnosti řeší, a které mohou pozitivně ovlivnit poskytování zdravotní péče pacientům (Elinich, 2023). Jedním z účinných preventivních opatření je pravidelná supervize a intervize. V naší studii jsme se soustředili na dopad těchto intervencí a výsledky potvrdily dvě hypotézy, které ukázaly, že zapojení fyzioterapeutů do supervizí a intervizí má pozitivní vliv na snížení syndromu vyhoření a psychické zátěže. Fyzioterapeuti, kteří se pravidelně účastnili supervizí a intervizí, vykazovali nižší míru vyhoření a lepší psychickou pohodu ve srovnání s těmi, kteří tyto možnosti nevyužívali. Tato zjištění zdůrazňují význam supervize a intervize jako klíčových preventivních nástrojů v boji proti syndromu vyhoření.

V českém zdravotnickém prostředí ještě není supervize běžně rozšířeným pojmem, a proto jsou přínosy, které supervize a supervizní přístup nabízejí, využívány jen minimálně. Zdravotníci často vnímají supervizi jako formu kontroly nebo nástroj pro identifikaci nedostatků (Havrdová, 2008).

Studie, jejímiž autory jsou Fischer a kolektiv, ukázala, že využití supervizí může hrát klíčovou roli při prevenci vyhoření u fyzioterapeutů. Vyškolený pracovník (supervizor) poskytuje prostor pro reflektování práce, získávání zpětné vazby a podporu v řešení obtížných situací. Tento proces může pomoci fyzioterapeutům lépe zvládat stres a emoční zátěž spojenou s jejich prací. Pravidelná supervize může pomoci snížit riziko vyhoření tím, že pracovníkům umožní rozpoznat emocionální odstup (cynické chování) (Fischer, 2013). Studie potvrzuje výsledky této práce.

Systematický přehled z roku 2022 zkoumal různé strategie, které zdravotníci využívají k prevenci vyhoření. Mezi tyto metody patří jak osobní, tak profesní přístupy, které mohou zahrnovat úpravy pracovního prostředí, péče o sebe samého (Maresca, 2022). Tyto strategie by se měly uplatňovat na úrovni jednotlivce, na úrovni organizace a ve vztahu jednatelce-organizace (Carmona-Barrientos 2020).

Athanasios Pappous a jeho spolupracovníci se zabývali zkušenostmi fyzioterapeutů, kteří se účastnili čtyřtýdenního programu zaměřeného na redukci stresu pomocí mindfulness. Cílem studie bylo zkoumat, jakým způsobem tento program ovlivňuje zvládání stresu

fyzioterapeutů. Program mindfulness je zaměřen na trénink vědomé přítomnosti a techniky meditace, které mohou pomoci jedincům lépe zvládat stresové situace, snižovat úzkost a zlepšovat celkový duševní stav. Účastníci výzkumu uvedli, že program přinesl největší výhody v oblastech jejich trpělivosti a schopnosti vcítění se do druhých (zvýšil empatii k pacientům) (Pappous, 2021).

I přes pozitivní vliv supervizí a intervizí, většina respondentů uvedla, že zaměstnavatel tyto intervence neposkytuje, anebo naopak respondent nevěděl, zda se na jeho pracovišti tyto intervence praktikují. Pouze u 23 % respondentů zaměstnavatel poskytuje supervize/intervize. Zjištění vyžaduje další šetření v této oblasti, protože nevíme, zda opravdu zaměstnavatel supervize a intervize neposkytuje anebo jen respondenti mají malé povědomí o těchto podpůrných programech. Můžeme tedy jen předpokládat, že častý výběr odpovědi „Ne“ a „Neúčastním se“ mohl být jen z neznalosti pojmu supervize/intervize. 5 % respondentů uvedlo, že neví, zda zaměstnavatel podpůrné programy poskytuje. Odpověď „Nevím“ byla do této otázky zahrnuta, a je nutné zvážit, zda ji respondent zvolil, protože skutečně nemá povědomí o poskytované službě na pracovišti, nebo zda šlo o technickou chybu či nesoustředěnost při výběru odpovědi, nebo šlo o pouhý nezájem respondenta. Odpověď "Nevím" byla zahrnuta mezi možné odpovědi z toho důvodu, že respondent nemusel znát odpověď na položenou otázku nebo mít povědomí o dané problematice (Novotná, 2019). 9 % respondentů odpovědělo „Jiné“. Šlo o fyzioterapeuty, kteří pracují jako osoby samostatně výdělečně činné, a tudíž nemají svého zaměstnavatele, který by supervize/intervize poskytoval. Je proto nezbytné zaměřit se i na tuto skupinu fyzioterapeutů a vyvinout dostupné preventivní programy, které by jim poskytly potřebnou podporu. Tyto programy by mohly zahrnovat online supervize a intervize, které by umožnily fyzioterapeutům jako OSVČ sdílet své zkušenosti a problémy s kolegy, aniž by museli opustit své pracovní prostředí. Dále by bylo vhodné vytvořit podpůrné skupiny a sítě, které by poskytovaly pravidelné možnosti setkávání a výměny zkušeností. Jedním z dostupných nástrojů je aplikace Mindwell, která se zaměřuje na podporu duševního zdraví. Tato aplikace pomáhá uživatelům zvládat stres, úzkost prostřednictvím různých nástrojů a technik a zlepšovat tak jejich celkovou psychickou pohodu prostřednictvím personalizovaných programů a monitorování nálady (Mindwell, c2024). Další významnou možností jsou workshopy a webináře, jako například Prevence chronického stresu a syndromu vyhoření, pořádané Pro Fit Institutem. Tyto vzdělávací akce poskytují fyzioterapeutům cenné znalosti a praktické dovednosti,

jak rozpoznat příznaky vyhoření a jak efektivně předcházet chronickému stresu. Interaktivní formát workshopů a webinářů umožňuje účastníkům sdílet zkušenosti a získávat podporu od odborníků i kolegů (ProFit Institut, 2020). Mobilní aplikace Loono je dalším užitečným nástrojem, který fyzioterapeutům může pomoci v prevenci syndromu vyhoření. Aplikace nabízí popis příznaků syndromu vyhoření, rady, co dělat v případě, že se syndrom vyhoření objeví, a tipy, jak mu předcházet (Loono, 2021). Díky snadné dostupnosti těchto informací mohou fyzioterapeuti lépe porozumět svému psychickému stavu a podniknout včasné kroky k jeho zlepšení. Implementace těchto preventivních programů a nástrojů může výrazně přispět k lepší psychické pohodě fyzioterapeutů pracujících jako OSVČ, nebo fyzioterapeutům, kterým nejsou supervize/intervize poskytovány, nebo se jich nemohou účastnit. Poskytnutí potřebné podpory a zdrojů jim umožní lépe zvládat stres a vyhoření, což může vést ke zvýšení kvality péče poskytované jejich pacientům a k celkovému zlepšení jejich profesního a osobního života.

8.4 Prevence duševního zdraví fyzioterapeutů v soukromém životě

Poslední hypotéza „Fyzioterapeuti využívají prevenci duševního zdraví ve svém soukromém životě“ byla potvrzena. Z výsledků je patrné, že nejčastěji v rámci prevence fyzioterapeuti volí aktivní odpočinek (sport, turistika), který využívá 403 osob. Dále fyzioterapeuti tráví svůj volný čas s rodinou a přáteli, které preferuje 354 respondentů. Tento údaj zdůrazňuje význam sociálních vazeb a podpory blízkých pro psychickou pohodu. Můžeme proto tyto dva prostředky (aktivní odpočinek, trávení volného času s rodinou a přáteli) prevence pokládat za nejvyužívanější a nejpoblíbenější k udržení psychické pohody fyzioterapeutů. Meditaci jako formu prevence zvolilo 82 respondentů, což odpovídá 18 %. 11 respondentů, což odpovídá 2 %, uvedlo, že nepoužívají žádný druh prevence. Tento nízký počet naznačuje, že většina lidí si uvědomuje důležitost prevence a aktivně se jí věnuje.

Podle četných odpovědí respondentů je aktivní odpočinek často považován za klíčový aspekt psychohygieny fyzioterapeutů. Pozitivní vliv aktivního odpočinku potvrzuje i několik studií. Například Markotić a jeho kolegové ve své studii prokázali, že běhání je účinným prostředkem pro prevenci různých psychických problémů. (Markotić, 2020). Dále studie Imbodena a kolektivu prokázala pozitivní dopad pravidelné fyzické aktivity na duševní pohodu. Ukázalo se, že má preventivní účinky na deprese, úzkostné poruchy a pravděpodobně i poruchy spánku. Kromě toho byly zjištěny pozitivní účinky na

komorbidní chronická onemocnění. Cvičení jako léčba po dobu několika týdnů prokázalo antidepressivní účinek (Imboden, 2022).

Pozitivní vliv pohybové aktivity na prevenci duševního zdraví byl potvrzen mnoha studii. Výzkumy ukazují, že pravidelná fyzická aktivita má pozitivní účinky na celkové duševní zdraví jednotlivců tím, že snižuje úroveň stresu, zlepšuje náladu a podporuje psychickou odolnost. Z tohoto důvodu by bylo rozumné zvážit aplikaci těchto zjištění i do pracovního prostředí. Michishita se spolupracovníky se zabývali účinky aktivního odpočinku na pracovištích. Aktivní odpočinek byl zaměřen na krátké a pravidelné období relaxace nebo fyzické aktivity během pracovního dne. Výsledky ukázaly, že aktivní odpočinek vede ke snížení stresu a zlepšení pracovní pohody pracovníků. Pracovníci vykazovaly po osmitýdenní intervenci pozitivnější a energičtější přístup k práci, který přispíval k lepší pracovní výkonnosti a vyšší spokojenosti zaměstnanců (Michishita, 2017).

Meditace, jako metoda zaměřená na mentální a emoční rovnováhu, je méně rozšířená než aktivní odpočinek a sociální interakce, avšak stále ji využívá významná část respondentů. Pozitivní vliv meditací na zvládání stresu potvrdil článek, který se zabýval stresem a syndromem vyhoření u zdravotních sester. Výsledky odhalují, že meditace je účinná při snižování stresu a syndromu vyhoření u zdravotních sester. Bylo prokázáno, že intervence významně snižuje stres, zvyšuje odolnost, soucit a emoční vyčerpání (Green, 2021). Meditace je definována jako forma kognitivního tréninku, jehož cílem je zlepšit pozornost a řízení emocí. Studie, jehož autory byli Pérez se spolupracovníky vyhodnotili dostupné vědecké důkazy o účinnosti a bezpečnosti meditačních technik založených na mantře a zjistili, že meditační techniky založené na mantře mají pozitivní dopad na duševní zdraví jedinců (Álvarez-Pérez, 2022). Také Jamil a kolektiv ve svém článku se zaměřili na aktuální vědecké poznatky a výzkumy, které potvrzují účinnost meditace jako nástroje pro zlepšení celkové psychické pohody. Popsali, že meditace přispívá k redukci stresu, úzkosti a deprese a podporuje celkovou psychickou stabilitu člověka a má i pozitivní vliv na fyzické zdraví (Jamil, 2023). Celkově můžeme říci, že meditace je dle výše uvedených studií cenným nástrojem pro prevenci duševního zdraví fyzioterapeutů. Její pravidelná praxe přináší řadu výhod, které přispívají k udržení psychické rovnováhy a zlepšení kvality života jak na pracovišti, tak v osobním životě.

Psychoterapii uvedlo jako způsob prevence 57 respondentů, což představuje 13 %. Tento údaj poukazuje na fakt, že i přestože je psychoterapie odbornou formou péče o duševní zdraví, její využití není tak rozšířené jako jiné, méně formální metody. Celkově lze konstatovat, že největší důraz je kladen na aktivní formy odpočinku a sociální interakce, zatímco formálnější metody, jako je psychoterapie, jsou méně časté. Výsledky naznačují, že lidé preferují přirozenější a více dostupné způsoby péče o své duševní zdraví.

8.5 Limity práce

Výzkum zahrnoval všechny pracující fyzioterapeuty, takže se jedná o obecnou populaci a je zapotřebí provést další šetření pro přesnější výsledky.

9 ZÁVĚR

Z výsledků práce je patrné, že většina fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení nevykazuje známky syndromu vyhoření a vyšší míru psychické zátěže, zatímco menšina ano. Tento výsledek může naznačovat relativně vysokou odolnost vůči syndromu vyhoření mezi fyzioterapeuty v tomto vzorku, avšak stále existuje významná skupina, která tímto syndromem trpí.

Pro vznik syndromu vyhoření literatura uvádí mnoho rizikových faktorů. Tato práce zkoumala pouze vliv délky praxe na míru psychické zátěže a četnost syndromu vyhoření. Bylo zjištěno, že fyzioterapeuti s kratší délkou praxe vykazují vyšší psychickou zátěž a častější výskyt syndromu vyhoření. Tento jev může být způsoben jejich nezkušeností, vysokými nároky na výkon a například nízkou mírou autonomie na pracovišti. Tato studie se konkrétně těmito faktory nezabývala, proto by budoucí výzkum měl tyto aspekty prozkoumat podrobněji. Identifikovat přesnější rizikové faktory u mladých fyzioterapeutů a přispět tak k vytvoření preventivních opatření, která by pomohla snížit stres a zabránit vzniku syndromu vyhoření, a tím i odchodu fyzioterapeutů ze zdravotního systému.

Účast na supervizích rovněž ovlivňuje míru psychické zátěže a prevalenci syndromu vyhoření u fyzioterapeutů. Supervize a intervize mají pozitivní vliv na zvládání stresu. Dále téměř většina fyzioterapeutů využívá prevence duševního zdraví ve svém soukromém životě. Nejčastěji volí aktivní odpočinek, tráví volný čas s rodinou a přáteli a poměrně velká část využívá meditaci jako součást své psychohygieny. Většina respondentů si uvědomuje důležitost prevence a aktivně se jí věnuje.

Závěrem lze říct, že vyhoření bylo u fyzioterapeutů zkoumáno již dříve, nicméně existuje jen málo výzkumů a studií, které se aktivně touto problematikou zabývají. Je proto zapotřebí dalších důkazů, aby bylo možné dosáhnout pomocí efektivních preventivních strategií a intervencí pozitivních změn v rámci vyhoření a zvládání pracovního stresu u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR.

10 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Česká verze Shiromovy-Melamedovy škály vyhoření.....	- 39 -
Tabulka 2: Meisterův dotazník pro hodnocení psychické zátěže (Hladký, 1999)....	- 41 -
Tabulka 3: Průměrný věk, směrodatné odchylky, počet respondentů, % zastoupení v jednotlivých kategoriích dle délky praxe fyzioterapeutů.....	- 43 -
Tabulka 4: Průměrné hodnoty SMBM a jednotlivých faktorů – fyzické, kognitivní a emoční vyčerpání u respondentů, u kterých byla zjištěna kritická hodnota $\geq 4,4$ ze všech respondentů dotazníku SMBM.	- 44 -
Tabulka 5: Průměrné hodnoty a směrodatné odchylky všech respondentů vypočítány u jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku a průměrné skóre všech faktorů u všech respondentů Meisterova dotazníku	- 46 -
Tabulka 6: Vztah míry SMBM dle délky praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR.....	- 47 -
Tabulka 7: Průměrné hodnoty SMBM dotazníku rozdělené do třech kategorií dle délky praxe fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR.....	- 47 -
Tabulka 8: Průměrné hodnoty Meisterova dotazníku dle délky praxe a pohlaví fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR.	- 48 -
Tabulka 9: Průměrné hodnoty Meisterova dotazníku rozdělené do třech kategorií dle délky praxe a pohlaví fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR.....	- 49 -
Tabulka 10: Informace o zajišťování supervize a intervize zaměstnavatelem na pracovišti a míře syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR	- 50 -
Tabulka 11: Údaje o účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR a posouzení míry syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR	- 51 -
Tabulka 12: Informace o zajišťování supervize a intervize zaměstnavatelem na pracovišti a míře syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR	- 52 -
Tabulka 13: Údaje o účasti fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR a posouzení jejich míry psychické zátěže	- 53 -
Tabulka 14: Zastoupení respondentů dle druhu prevence, kterou fyzioterapeuti využívají ve svém soukromém životě.....	- 53 -

11 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Žádost pro schvalování etiky výzkumu vedoucím práce.....	I
Příloha 2: Použitý dotazník.....	II
Příloha 3: Individuální diagnostika – zařazení jednotlivce dle hrubého skóre pro muže a ženy (Hladký, 1999).....	IX
Příloha 4: Rozdělení faktorů pracovní zátěže dle jednotlivých otázek (položek) Meisterova dotazníku (Hladký, 1999).	X
Příloha 5: Aritmetické průměry, směrodatná odchylka, kritické hodnoty pro muže a ženy, které slouží při vyhodnocování jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku za skupinu pracovníků (Hladký, 1999).....	X
Příloha 6: Kritické hodnoty mediánů při vyhodnocení podle otázek (Hladký, 1999)....	X
Příloha 7: Individuální hodnocení Meisterova dotazníku pro muže a ženy a jejich % zastoupení v jednotlivých kategoriích hodnotící psychickou zátěž.....	X
Příloha 8: Výpočet mediánů u jednotlivých položek (otázek) Meisterova dotazníku...	XI
Příloha 9: Hodnoty jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku u mužů v závislosti na délce praxe	XI
Příloha 10: Hodnoty jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku u žen v závislosti na délce praxe	XII
Příloha 11: Přesné odpovědi respondentů, kteří zvolili odpověď "Jiné" u otázky týkající se prevence duševního zdraví fyzioterapeutů v soukromém životě	XII
Příloha 12: Zastoupení respondentů dle věku (Vlastní zdroj, 2024).....	XIII

12 SEZNAM LITERATURY

1. ÁLVAREZ-PÉREZ, Yolanda, Amado RIVERO-SANTANA a Lilisbeth PERESTELO-PÉREZ. 2022. Effectiveness of Mantra-Based Meditation on Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* [online]. **19**(6): 3380 [cit. 2024-6-23]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35329068/>
2. AZEVEDO CASTRO, Carolina Sant'Anna Antunes, Karina Tavares TIMENETSKY, Marcelo KATZ, et al. 2020. Burnout syndrome and engagement among critical care providers: a cross-sectional study. *Rev Bras Ter Intensiva* [online]. **32**(3): 381-390 [cit. 2024-6-22]. DOI: 10.5935/0103-507X.20200066. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33053027/>
3. BAE, Young-Hyeon a Kyoung Sam MIN. 2016. Associations between work-related musculoskeletal disorders, quality of life, and workplace stress in physical therapists. *Ind Health* [online]. **54**(4): 347-53 [cit. 2024-6-23]. DOI: 10.2486/indhealth.2015-0127. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26860785/>
4. BOUZIDI, Milada, Dorota DUDKOVÁ a Kateřina FUKSOVÁ. 2023. Co je to dobrovolnická intervize? Bezpečný prostor pro sdílení a kladení otázek. *Člověk v tísní* [online]. [cit. 2024-6-5]. Dostupné na internete: <https://www.clovekvtisni.cz/co-je-to-dobrovolnicka-intervize-bezpecny-prostor-pro-sdileni-a-kladeni-otazek-10179gp>
5. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases, 2019. *World Health Organization* [online]. [cit. 2024-02-03]. Dostupnéz: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
6. BURRI, Sabrina D., Kaleigh M. SMYRK, Mostafa S. MELEGY, Melanie M. KESSLER, Nadim I. HUSSEIN, Brandi D. TUTTLE a Derek J. CLEWLEY. 2022. Risk factors associated with physical therapist burnout: a systematic review. *Physiotherapy* [online]. (116): 9-24 [cit. 2024-6-17]. Dostupné na internete: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0031940622000177>

7. CALZI, S Li., et al. 2006. Physical rehabilitation and burnout: different aspects of the syndrome and comparison between healthcare professionals involved. *Eura Medicophys* [online]. **42**(1): 27-36 [cit. 2024-5-31]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16565683/>
8. CAMPO, Marc A., Sherri WEISER a Karen L. KOENIG. 2009. Job Strain in Physical Therapists. *Phys. Ther.* [online]. **89**(9): 946–956 [cit. 2024-6-1]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2737052/>
9. CARMONA-BARRIENTOS, Ines, et al. 2020. Occupational stress and burnout among physiotherapists: a cross-sectional survey in Cadiz (Spain). *Hum Resour Health* . [online]. **18**(1): 1-10 [cit. 2024-6-2]. DOI: 10.1186/s12960-020-00537-0. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33239035/>
10. CORRADO ET AL., Bruna, 2019. Burnout syndrome among Italian physiotherapists: a cross-sectional study. *EUROPEAN JOURNAL OF PHYSIOTHERAPY* [online]. **21**(4), 240-245 [cit. 2024-02-07]. Dostupné z:
11. DEBSKA, Grazyna, Ewa WILCZEK-RUZYCZKA, Zofia FORYS a Pasek MALGORZATA. 2013. [Psychometric properties assessment of the Meister questionnaire (Polish version) used in evaluating mental load among nurses]. *Med Pr* [online]. **64**(3): 349-58 [cit. 2024-6-16]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24261248/>
12. Deprese i syndrom vyhoření mají celospolečenské důsledky. Jak zasahují do života Čechu? 2023. *Univerzita Karlova 1. lékařská fakulta* [online]. [cit. 2024-6-17]. Dostupné na internete: <https://www.lf1.cuni.cz/deprese-i-syndrom-vyhoreni-maji-celospolecenske-dusledky-jak-zasahuji-do-zivota-cechu>
13. DÍAZ-GARCÍA, Jesús, Inmaculada GONZÁLEZ-PONCE, José Carlos PONCE-BORDÓN, Miguel Ángel LÓPEZ-GAJARDO, Iván RAMÍREZ-BRAVO, Ana RUBIO-MORALES a Tomás GARCÍA-CALVO. 2022. Mental Load and Fatigue Assessment Instruments: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [online]. **19**(1): 419 [cit. 2024-6-16]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8744873/>
14. ELINICH, Jennifer. 2023. Perceptions and experiences of burnout: A survey of physical therapists across practice settings and patient populations. *Physiotherapy*

- Theory and Practice* [online]. : 1-12 [cit. 2024-6-23]. Dostupné na internete: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09593985.2023.2268160>
15. FIALOVÁ, Marta, 2017. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Brno. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta.
 16. FISCHER, Marcel, Marion MITSCHKE, Peter ENDLER, Elke MESENHOLL-STREHLER, Harald LOTHALLER a Roswith ROTH. 2013. Burnout in physiotherapists: Use of clinical supervision and desire for emotional closeness or distance to clients. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. **20**(11): 550-558.
 17. FREUDENBERGER, Herbert J., 1974. Staff burn-out. *Journal of Social Issues* [online]. (30), 159-165 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1111/J.1540-4560.1974.TB00706.X>
 18. GRANDE-ALONSO, Mónica, Beatriz CASTILLO-ALCAÑIZ, Pablo PARAÍSO-IGLESIAS, Ferran CUENCA-MARTÍNEZ, Roy LA TOUCHE a Celia VIDAL-QUEVEDO. 2023. Comparative analysis of the burnout syndrome index between contract and freelance physiotherapists: An observational study. *Observational Study* [online]. **76**(3): 1135-1144 [cit. 2024-6-22]. DOI: 10.3233/WOR-220238. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37125600/>
 19. GREEN, Alyssa A. a Elizabeth V. KINCHEN. 2021. The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *J Holist Nurs* [online]. **39**(4): 356-368 [cit. 2024-6-23]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33998935/>
 20. HAVRDOVÁ, Zuzana a Marnit HAJNÝ. 2008. In: *Praktická supervize*. Galen, s. 179. ISBN 978-80-7262-532-1.
 21. HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum*. Portal. ISBN 80-7367-040-2.
 22. HLADKÝ, Aleš a Zdeňka ŽIDKOVÁ. 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Karolinum. ISBN 80-7184-890-5.
 23. HONZÁK, Radkin, 2018. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-004-8.
 24. CHATHAM, Ana A., Liana J. PETRUZZI, Snehal PATEL, et al. 2024. Structural Factors Contributing to Compassion Fatigue, Burnout, and Secondary Traumatic Stress Among Hospital-Based Healthcare Professionals During the COVID-19

- Pandemic. *Qual Health Res* . [online]. **34**(4): 362-373 [cit. 2024-6-2]. DOI: 10.1177/10497323231213825. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38011747/>
25. IMBODEN, Christian, Malte Christian CLAUSSEN, Erich SEIFRITZ a Markus GERBER. 2022. The Importance of Physical Activity for Mental Health. *Praxis* [online]. **110**(4): 186-191 [cit. 2024-6-23]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35291871/>
26. JAMIL, Aneeqe, Sai Dheeraj GUTLAPALLI a Marya ALI. 2023. Meditation and Its Mental and Physical Health Benefits in 2023. *Cureus* [online]. **15**(6) [cit. 2024-6-23]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37476142/>
27. KISSLING, Werner, Rosmarie MENDEL a Hans FÖRSTL, 2015. Syndrom vyhoření: prevalence, příznaky, diferenciální diagnostika a léčba. *Medicína pro promoci*. **16**(4), 268-274.
28. KOLÁŘ, Pavel, 2020. *Rehabilitace v klinické praxi*. Druhé vydání. Galén. ISBN 978-80-7492-500-9.
29. KORCZAK, Dieter, Beate HUBER a Christine KISTER. 2010. Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technol Assess* [online]. (6) [cit. 2024-6-17]. DOI: 10.3205/hta000087. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21289882/>
30. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Druhé, přepracované vydání. Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-573-3.
31. LASTOVKOVA, Andrea, Melanie CARDER, Hans Martin RASMUSSEN, et al. 2018. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Industrial Health* [online]. **56**(2): 160-165 [cit. 2024-6-17]. DOI: 10.2486/indhealth.2017-0132. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29109358/>
32. LEE, Su-Jin, et al. 2021. The Influencing Factors of Gender Differences on Mental Burdens in Young Physiotherapists and Occupational Therapist. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **18**(6): 1-13 [cit. 2024-6-2]. DOI: 10.3390/ijerph18062858. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33799650/>
33. MAGGIO, Maria Grazia, et al. 2021. Improving Healthcare Professional Psychological Well-being in Neurorehabilitation: An Exploratory Study Focusing

- on Work Stress. *Innov Clin Neurosci* . [online]. **19**(7-9): 21-28 [cit. 2024-6-2].
Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34980990/>
34. MARESCA, Giuseppa, Francesco CORALLO, Giulia CATANESE, Caterina FORMICA a Viviana LO BUONO. 2022. Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)* [online]. **58**(2): 327 [cit. 2024-6-22]. DOI: 10.3390/medicina58020327. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8877512/>
35. MARKOTIĆ, Vedran, Vladimir POKRAJČIĆ, Mario BABIĆ, et al. 2020. The Positive Effects of Running on Mental Health. *Psychiatr Danub*. [online]. **32**(2): 233-235 [cit. 2024-6-23]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32970641/>
36. MARKOVÁ, Monika, 2015. *Syndrom vyhoření u fyzioterapeutů*. Oloumouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotních věd, Ústav fyzioterapie.
37. MAROON, Istifan, 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.
38. MASLACH, Christina, Susan E. JACKSON, Michael P. LEITER, Wilmar B. SCHAUFELI a Richard L. SCHWAB. c2024. Maslach Burnout Inventory™ (MBI). *Mindgarden* [online]. [cit. 2024-6-17]. Dostupné na internete: [https://www.mindgarden.com/117-maslach-burnout-inventory-
mbi#horizontalTab4](https://www.mindgarden.com/117-maslach-burnout-inventory-
mbi#horizontalTab4)
39. MATSUZAKI, Paulo Guen-Iti, Fernando Akio MARIYA, Leandro Issamu UENO a Maria José Fernandes GIMENES. 2021. Physician burnout: prevention strategies. *Rev Bras Med Trab*. [online]. **19**(4): 511-517 [cit. 2024-6-2]. DOI: 10.47626/1679-4435-2021-713. Dostupné na internete: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
40. MICHISHITA, Ryoma, Ying JIANG, Daisuke ARIYOSHI, et al. 2017. The Introduction of an Active Rest Program by Workplace Units Improved the Workplace Vigor and Presenteeism Among Workers: A Randomized Controlled Trial. *Randomized Controlled Trial* [online]. **59**(12): 1140-1147 [cit. 2024-6-23]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28816734/>
41. MOLS, Floortje a Johan DENOLLET. 2010. Type D personality in the general population: a systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. **8**(9): 1-10

- [cit. 2024-5-30]. DOI: 10.1186/1477-7525-8-9. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20096129/>
42. MONSALVE-REYES ET AL., Carolina S. 2018. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice* [online]. **19**(1): 1-7 [cit. 2024-5-30]. DOI: 10.1186/s12875-018-0748-z. Dostupné na internete: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5944132/pdf/12875_2018_Article_748.pdf
43. MOSCU, Cosmina-Alina, et al. 2022. Did Personality Type Influence Burn Out Syndrome Manifestations During Covid-19 Pandemic? *Psychology Research and Behavior Management* [online]. **15**(1): 5487–5498 [cit. 2024-5-30]. DOI: 10.2147/IJGM.S353405. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9188339/pdf/ijgm-15-5487.pdf>
44. MOUREL, Marcel, Nicolas GUEGUEN a Farida MOUDA, 2008. Psychometric properties of a global measure of job burnout. *Studia Psychologica* [online]. **50**(1), 109-
45. MUHAMMED AL-IMAM, Dalia a Hana IBRAHIM AL-SOBAYEL. 2014. The Prevalence and Severity of Burnout among Physiotherapists in an Arabian Setting and the Influence of Organizational Factors: An Observational Study. *J. Phys. Ther. Sci.* [online]. **26**(8): 1193–1198 [cit. 2024-6-1]. DOI: 10.1589/jpts.26.1193. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25202179/>
46. NAGARAJAN ET AL., Ramya. 2024. Global estimate of burnout among the public health workforce: a systematic review and meta-analysis. *Human Resources for Health* [online]. **22**(1): 1-9 [cit. 2024-5-30]. DOI: 10.1186/s12960-024-00917-w. Dostupné na internete: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11110232/pdf/12960_2024_Article_917.pdf
47. Novely prováděcích právních předpisů k zákonu č. 96/2004 Sb. 2023. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2024-6-15]. Dostupné na internete: <https://mzd.gov.cz/novely-provadecich-pravnich-predpisu-k-zakonu-c-96-2004-sb/>
48. NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVIČKOVÁ JANTULOVÁ. 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. FHS UK. ISBN 978-80-7571-052-9.

49. NOWAKOWSKA-DOMAGALA, Katarzyna, et al. 2015. The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists A Cross-Sectional Study. *Medicine* [online]. **94**(24): 1-8 [cit. 2024-6-9]. DOI: 10.1097/MD.0000000000000906. Dostupné na internete: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2015/06030/the_interrelationships_of_coping_styles_and.8.aspx
50. NOWAKOWSKA-DOMAGALA, Katarzyna. 2015. The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists: A Cross-Sectional Study. *Medicine* [online]. **94**(24): 1-8 [cit. 2024-5-30]. DOI: 10.1097/MD.0000000000000906. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26091455/>
51. PAPPOUSA, Athanasios, Warhel Asim MOHAMMEDB a Dinkar SHARMAC. 2021. Physiotherapists' experiences with a four-week mindfulness-based stress reduction program. *European Journal of Physiotherapy*. **23**(5): 305-310.
52. PAPRŠTEINOVÁ, Markéta, Barbora FALTOVÁ a Barbora HOLÁ, 2019. Hodnocení psychické zátěže u všeobecných sester pracujících na oddělení dětské onkologie. *Hygiena* [online]. **64**(4), 141-146 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2019/04/02.pdf>
53. PAVLAKIS, Andreas, Vasilios RAFTOPOULOS a Mamas THEODOROU. 2010. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. *BMC Health Serv Res*. [online]. **63**(10): 1-8 [cit. 2024-6-1]. DOI: 10.1186/1472-6963-10-63. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20222948/>
54. PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. PASPARTA Publishing. ISBN 978-80-88163-00-8.
55. POSCHKAMP, Thomas, 2013. *Vyhoření, Rozpoznání, léčba, prevence*. 1: vydání. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0161-6.
56. PRASKO, Jan, Petr MOZNY, Miroslav NOVOTNY, Milos SLEPECKY a Jana VYSKOCILOVA. 2012. Self-reflection in cognitive behavioural therapy and supervision. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* . [online]. **156**(4): 377-84 [cit. 2024-6-5]. DOI: 10.5507/bp.2012.027. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23073517/>

57. Prevalence of burnout among physiotherapists: a systematic review and meta-analysis. 2024. *Physiotherapy* [online]. [cit. 2024-6-11]. Dostupné na internete: [https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(24\)00020-8/abstract](https://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(24)00020-8/abstract)
58. PTÁČEK, Radek a Libuše ČELEDVÁ A KOLEKTIV, 2011. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Karolinum. ISBN 978-80-246-1998-9.
59. PTÁČEK, Radek, et al. 2017. Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření. *Česká psychologie* [online]. **61**(6), 536-545 [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://kramerius.lib.cas.cz/view/uuid:6170328d-4ff1-4819-b7ef-8632656e16a3?article=uuid:90d21744-6ef2-4ab8-8706-e13d93c1eb69>
60. PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH, Vladimír KEBZA, et al. 2017. Metodické studie Česká verze Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření. *Československá psychologie* [online]. **61**(6): 536-545 [cit. 2024-6-16]. Dostupné na internete: <http://cspych.psu.cas.cz/result.php?id=997>
61. PTÁČEK, Radek, Martina VŇUKOVÁ a Jiří RABOCH, 2017. Pracovní stres a duševní zdraví – může práce vést k duševním poruchám? *Časopis lékařů českých*. **156**(2), 81- 87.
62. PTÁČEK, Radim, Vladimír KEBZA, Iva ŠOLCOVÁ a Ivo PACTL. 2012. *Psychická zátěž, stres a psychohygienu v lékařských profesích*. Grada. ISBN 978-80-247-4569-5.
63. PUSTUŁKA-PIWNIK, Urszula, et al. 2014. Burnout syndrome in physical therapists - demographic and organizational factors. *Medycyna Pracy* [online]. **65**(4): 453–462 [cit. 2024-6-1]. DOI: 10.13075/mp.5893.00038. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25643484/>
64. RABOCH, Jiří, et al. 2019. *Duševní zdraví a životní styl*. Mladá fronta. ISBN 978- 80-204-5501-7.
65. RIETHOF, Norbert a Petr BOB. 2024. Traumatic stress symptoms, mental splitting and burnout in health care professionals: a cross-sectional study. *Front. Psychiatry* [online]. (15) [cit. 2024-6-17]. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1332900. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38666088/>
66. ROMANI, Maya a Khalil ASHKAR. 2014. Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine* [online]. **9**(1): 1-6 [cit. 2024-5-29]. DOI: 10.3402/ljm.v9.23556. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24560380/>

67. SEBALO VŇUKOVÁ, Martina, Ivan SEBALO, Tibor BREČKA, Martin ANDERS a Radek PTÁČEK. 2023. Burnout syndrome in the Czech Republic: The decreasing trend over the years. *Front Public Health* [online]. (11): 1-6 [cit. 2024-6-10]. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1099528. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37089507/>
68. SEBALO VŇUKOVÁ, Martina, Ivan SEBALO, Tibor BŘEČKA, Manrit ANDERS a Radek PTÁČEK, 2023. Burnout syndrome in the Czech Republic: The decreasing trend over the years. *Sec. Public Mental Health* [online]. (13), 1-6 [cit. 2024-02-05]. Dostupné z: doi:10.3389/fpubh.2023.1099528
69. SCHILLING, René, Flora COLLEDGE, Serge BRAND, Sebastian LUDYGA a Markus GERBER. 2019. Psychometric Properties and Convergent Validity of the Shirom–Melamed Burnout Measure in Two German-Speaking Samples of Adult Workers and Police Officers. *Sec. Psychopathology* [online]. (10): 536 [cit. 2024-6-16]. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00536. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31427997/>
70. ŚLIWIŃSKI, Zbigniew, et al. 2014. Burnout among physiotherapists and length of service. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* [online]. 27(2): 224-35 [cit. 2024-6-1]. DOI: 10.2478/s13382-014-0248-x. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24658852/>
71. SOVOVÁ, Eliška, 2023. *Primární prevence v praxi - projekt 5S*. Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-6262-2. *Unify* [online]. [cit. 2024-02-07]. Dostupné z: <https://www.unify-cr.cz/pro-odborniky/celozivotni-vzdelavani>
72. Syndrom vyhoření. 2021. *Loono* [online]. [cit. 2024-6-23]. Dostupné na internete: https://www.loono.cz/syndrom-vyhoreni?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwj9-zBhDyARIsAERjds3SEtDBBSdmUokxrm8f9vhET9AQYVxQTIU9j_xCy7yO88vcFk6Z-KAaAt6mEALw_wcB
73. Syndrom vyhoření. c2024. *Mindwell* [online]. [cit. 2024-6-23]. Dostupné na internete: <https://mindwell.cz/syndrom-vyhoreni>
74. TEGAN, George. 2021. Exploratory Research | Definition, Guide, & Examples. *Scribbr* [online]. [cit. 2024-6-27]. Dostupné na internete: <https://www.scribbr.com/methodology/exploratory-research/>

75. The relationship between burnout and empathy in physiotherapists: a crosssectional study. 2022. *Ann. Med.* [online]. **54**(1): 933-940 [cit. 2024-5-31]. DOI: 10.1080/07853890.2022.2059102. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35377264/>
76. VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.
77. VÉVODA, Jiří, Šárka VÉVODOVÁ a Marie NAKLÁDALOVÁ, 2018. Psychosociální rizika ve zdravotnictví. *Časopis Lékařů Českých*. **157**(8), 411-418.
78. VILAGUT, Gemma. 2014. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer Reference. ISBN 978-94-007-0752-8.
79. Webinář - Prevence chronického stresu, syndromu vyhoření. 2020 *Pro Fit Institut s.r.o.* [online]. [cit. 2024-6-23]. Dostupné na internete: <https://www.profitinstitut.cz/Workshopy.aspx?id=304>
80. Z70-Z76 - Osoby, které se setkaly se zdravotnickými službami za jiných okolností. 2024. *MKN-10 2024* [online]. [cit. 2024-7-1]. Dostupné na internete: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/Z70-Z76>

13 PŘÍLOHY

Příloha 1: Žádost pro schvalování etiky výzkumu vedoucím práce



Fakulta
tělesné výchovy
a sportu



© Etická komise UK FTVS, 2023 / Verze: EK UK FTVS 1 dot

Žádost pro schvalování etiky výzkumu v bakalářských a diplomových pracích vedoucí(m) práce

Pravdivou odpověď zakroužkujte – odpovíte-li pokaždé ANO, tak sběr dat schvaluje vedoucí práce. Odpovíte-li alespoň jednou NE, není možné tento dokument využít a je třeba nechat si výzkum schválit etickou komisí (EK). Tuto žádost vyplňuje student(ka) společně s vedoucí(m) práce.

Nástroj sběru dat: Anonymní online dotazník/anketa Měsíc a rok sběru dat: 4-6/2024

Název bakalářské/diplomové práce: ÚPRAVA PSYCHICKÉ ZATÍŽE A RIZIKO SYNDROMU VYHOŘELÍ
V FYZIOTERAPEUTICKÝCH PRACOVNÍCH V ANIMÁČNÍCH ZAŘÍZENÍCH

Jméno řešitele(ky) práce: BC. PAVLINA TRAXLOVÁ

Jméno vedoucí(ho) práce/katedra: PATU LEJKA ŽÁKOVÁ PRD

Výzkum je plánován primárně pro publikaci v bakalářské/diplomové práci (tj. tento dokument nemusí být přijatelný pro redakce časopisů, které vyžadují schválení výzkumu etickou komisí).	<input checked="" type="radio"/> ANO - <input type="radio"/> NE
Dotazník/anketa bude napsán/a v českém jazyce.	<input checked="" type="radio"/> ANO - <input type="radio"/> NE
Respondenti budou dospělé osoby, které nejsou z vulnerabilních skupin (tj. svéprávné dospělé osoby, které nejsou: těhotné, ve výkonu trestu, členy menšin, křehkými seniory, osobami s mentálním či těžším zdravotním postižením atp.).	<input checked="" type="radio"/> ANO - <input type="radio"/> NE
Odkaz na dotazník/anketu bude šířen online: 1) přes sociální média, ke kterým má řešitel(ka) či vedoucí práce volný přístup; 2) přes vlastní e-mailové kontakty či přes veřejně přístupné e-mailové adresy; 3) bude-li třeba získat kontakty na respondenty od organizace/instituce/klubu či svolení s vyvěšením na jejich sociální média, bude organizaci zaslán vedoucí(m) práce schválený text vytvořený podle Předlohy 2. V každém případě řešitel(ka) e-maily od respondentů vymaže nejpozději do 1 týdne po přijetí.	<input checked="" type="radio"/> ANO - <input type="radio"/> NE
Data budou shromažďována a zpracovávána v souladu s pravidly vymezenými nařízením Evropské Unie č. 2016/679 a zákonem č. 110/2019 Sb. – o zpracování osobních údajů. Dotazník/anketa bude anonymní (tj. nebudou přebírána data: jména a příjmení, adresy bydliště, data narození, rodná čísla, názvy organizací/institucí/klubů, ani jiné identifikátory osob) a veškerá data budou publikována v anonymní podobě. Řešitel(ka) rozumí, že text je anonymizován, neobsahuje-li jakékoli informace, které jednotlivé či ve svém souhrnu mohou vést k identifikaci konkrétní osoby a bude dbát na to, aby jednotlivé osoby nebyly rozpoznatelné v textu práce. V maximální možné míře zajistím, aby získaná data nebyla zneužita.	<input checked="" type="radio"/> ANO - <input type="radio"/> NE
Odpovědi na otázky nebudou tak specifické, aby byly přiřaditelné k určité osobě. V případě, že by respondenti zmínili svá osobní data, na základě kterých by mohli být identifikováni, tak tato data budou do 1 dne po obdržení dat smazána. Všechna převzatá data budou bezpečně uchována na heslem zajištěném počítači v uzamčeném prostoru.	<input checked="" type="radio"/> ANO - <input type="radio"/> NE
Dotazník/anketa bude zjišťovat běžné informace (tj. nebude zjišťovat žádné citlivé informace, např. o rasovém či etnickém původu, politických názorech, náboženském vyznání či filosofickém přesvědčení, členství v odborech, zdravotním stavu či o sexuální životě nebo sexuální orientaci fyzické osoby, přesné informace o financích atp.).	<input checked="" type="radio"/> ANO - <input type="radio"/> NE
Řešitel(ka) ani vedoucí není v rámci výzkumu ve střetu zájmů – výzkum jim nepřináší žádný benefit, jsou ve výzkumu nestranní a jejich vztah k získaným datům je neutrální (tzn. nejsou zaujatí ve prospěch určitého výsledku výzkumu). Mají-li vztah k respondentům či zkoumané organizaci, tak tato skutečnost bude uvedena v práci a získaná data nebudou porovnávána s daty získanými neporovnatelným způsobem.	<input checked="" type="radio"/> ANO - <input type="radio"/> NE
Výzkum představuje jen malé riziko, srovnatelné s riziky při běžné kancelářské práci.	<input checked="" type="radio"/> ANO - <input type="radio"/> NE
Informovaný souhlas (tj. zjednodušený IS k dotazníku/anketě) bude vytvořen podle Předlohy 1 a před použitím bude schválen vedoucí(m) práce před zahájením sběru dat. Tato vyplněná a podepsaná žádost bude vyhotovena ve 2 originálech: 1 x bude uschována u vedoucího práce v uzamčeném prostoru a 1 x bude spolu s odsouhlaseným textem informovaného souhlasu přiložena jako Příloha 1 do bakalářské/diplomové práce. Předloha 2 se nepublikuje.	<input checked="" type="radio"/> ANO - <input type="radio"/> NE

Podpis řešitele(ky): Traxlová Vyjádření vedoucí(ho) práce: 10 x ANO = není třeba podat žádost EK

Podpis vedoucí(ho) práce/katedry: T. Žáková

UNIVERZITA KARLOVA | Fakulta tělesné výchovy a sportu | Josefa Martího 268/31, 162 52 Praha - Veveřslavín



Příloha 2: Použitý dotazník

Vážená paní, vážený pane,

ráda bych Vás požádala o pár minut Vašeho času pro vyplnění anonymního dotazníku týkajícího se míry psychické zátěže a syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v ČR. Dotazník poslouží k výzkumnému projektu do mé diplomové práce

Cílem diplomové práce je zjistit četnost syndromu vyhoření u fyzioterapeutů pracujících v ambulantním zařízení v České republice a míru psychické zátěže u fyzioterapeutů a jaké možné faktory mohou jejich úroveň ovlivnit. Dále je cílem výzkumu prozkoumat, jaké preventivní postupy fyzioterapeuti využívají v rámci prevence svého duševního zdraví.

Vaše účast v tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Máte možnost kdykoliv odmítnout účast bez jakýchkoliv následků.

Získaná data budou zpracována, publikována a uchována v anonymní podobě, budou využita pro výzkum na UK FTVS a ochráněna před jiným užitím. Vyplněním a odevzdáním dotazníku potvrzujete, že dobrovolně souhlasíte se svojí účastí v této výzkumné studii, o které jste byl/a informován/a, jakož i o právu odmítnout účast nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, a to písemně Etické komisi UK FTVS. Předem děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Předem Vám děkuji za Váš čas.

Pavλίna Traxlová

1. Jaké opatření využíváte v rámci prevence svého duševního zdraví v soukromém životě?

1. Meditace
2. Aktivní odpočinek (sport, turistika)
3. Trávení volného času s rodinou a přáteli
4. Psychoterapie
5. Žádné
6. Jiné

Co je to supervize a intervize? Supervize je proces, který vede vyškolený supervizor pro jednotlivce nebo pro skupinu pracovníků. Účelem supervize je rozvíjet pracovníky směrem, kterým budou schopni poskytovat pacientům kvalitní péči v dobré psychické pohodě a odborném růstu. Intervize je formou supervize, kterou nevede kvalifikovaný supervizor (může se jednat pouze o setkání kolegů nad určitým tématem).

7. Poskytuje Váš zaměstnavatel pravidelně supervize nebo intervize na Vašem pracovišti?

1. Ano
2. Ne
3. Nevím
4. Jiné

5. Účastníte se pravidelně supervizí, intervizí?

1. Ano, účastním se
2. Občas se účastním
3. Ne, neúčastním se

Odpovězte na následující stránce, jak jste se cítili v práci v posledních 30 dnech.

1. Cítím se unavený/á.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

2. Nemám vůbec žádnou sílu jít ráno do práce.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často

6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

3. Cítím se fyzicky vyčerpaný/á.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

4. Cítím, že mám všeho dost.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

5. Cítím se, jako bych měl/a vybité baterky

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

6. Cítím se vyhořelý/á.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

7. Myslí mi to pomalu.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

8. Těžko se soustředím.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

9. Připadá mi, že mi to nemyslí jasně.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

10. Cítím, že nejsem při přemýšlení soustředěný/á.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

11. Mám potíže přemýšlet o složitých věcech.

1. Nikdy/téměř nikdy

2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

12. Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám svých spolupracovníků nebo klientů.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

13. Cítím, že nejsem schopen/na emočně investovat do svých spolupracovníků a klientů.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

14. Cítím, že nedokážu být milý/á ke svým spolupracovníkům a klientům.

1. Nikdy/téměř nikdy
2. Velmi zřídka
3. Zřídka
4. Někdy
5. Celkem často
6. Velmi často
7. Vždy/téměř vždy

Odpovězte na následující otázky pomocí číselné škály (5- ano, plně souhlasím; 4-spíše ano; 3 – nevím, někdy ano, někdy ne; 2 – spíše nesouhlasím; 1 – nesouhlasím).

1. Při práci se často dostávám do časové tísně.

- 5 Ano, plně souhlasím
- 4 Spíše ano
- 3 Nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 Spíše nesouhlasím
- 1 Nesouhlasím

2. Práce mě neuspokojuje, chodím do ní nerad/a.

- 5 Ano, plně souhlasím
- 4 Spíše ano
- 3 Nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 Spíše nesouhlasím
- 1 Nesouhlasím

3. Práce mě velmi psychicky zatěžuje pro vysokou zodpovědnost, spojenou se závažnými důsledky.

- 5 Ano, plně souhlasím
- 4 Spíše ano
- 3 Nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 Spíše nesouhlasím
- 1 Nesouhlasím

4. Práce je málo zajímavá, duševně je spíše otupující.

- 5 Ano, plně souhlasím
- 4 Spíše ano
- 3 Nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 Spíše nesouhlasím
- 1 Nesouhlasím

5. V práci mám časté konflikty a problémy, od nichž se nemohu odpoutat ani po skončení pracovní doby.

- 5 Ano, plně souhlasím
- 4 Spíše ano
- 3 Nevím, někdy ano, někdy ne
- 2 Spíše nesouhlasím

1 Nesouhlasím

6. Při práci udržuji jen s námahou pozornost, protože se po dlouhou dobu nic nového neděje.

5 Ano, plně souhlasím

4 Spíše ano

3 Nevím, někdy ano, někdy ne

2 Spíše nesouhlasím

1 Nesouhlasím

7. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím nervozitu a rozechvělost.

5 Ano, plně souhlasím

4 Spíše ano

3 Nevím, někdy ano, někdy ne

2 Spíše nesouhlasím

1 Nesouhlasím

8. Po několika hodinách mám práce natolik dost, že bych chtěl/a dělat něco jiného.

5 Ano, plně souhlasím

4 Spíše ano

3 Nevím, někdy ano, někdy ne

2 Spíše nesouhlasím

1 Nesouhlasím

9. Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím únavu a ochablost.

5 Ano, plně souhlasím

4 Spíše ano

3 Nevím, někdy ano, někdy ne

2 Spíše nesouhlasím

1 Nesouhlasím

10. Práce je psychicky tak náročná, že ji nelze dělat po léta se stejnou výkonností.

5 Ano, plně souhlasím

4 Spíše ano

3 Nevím, někdy ano, někdy ne

2 Spíše nesouhlasím

1 Nesouhlasím

1. Uved'te své pohlaví

Muž

Žena

2. Uved'te svůj věk

.....

3. Uved'te délku praxe v profesi fyzioterapeuta

1-2 roky

3-5 let

6-10 let

11-15 let

16-20 let

> 20 let

4. V jakém sektoru pracujete?

Ve státním

V soukromém

Ve státním i soukromém

5. Zdravotní péči pacienta hradí

Zdravotní pojišťovna

Pacient (samoplátce)

Děkuji Vám za poskytnutí odpovědí.

Velice si vážím Vaší ochoty a času, který jste dotazníku věnovali.

S přáním pěkného dne

Pavčina Traxlová

Příloha 3: *Individuální diagnostika – zařazení jednotlivce dle hrubého skóre pro muže a ženy (Hladký, 1999).*

Ženy		Muži	
Prožívání zátěže	Rozsah škály	Prožívání zátěže	Rozsah škály
Nepříznivé	33-50	Nepříznivé	30-50
Přiměřené	17-32	Přiměřené	15-29
Příznivé	0-16	Příznivé	0-14

Příloha 4: Rozdělení faktorů pracovní zátěže dle jednotlivých otázek (položek) Meisterova dotazníku (Hladký, 1999).

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Maximum
I.	Přetížení	1 + 3 + 5	15
II.	Monotonie	2 + 4 + 6	15
III.	Nespecifický faktor	7 + 8 + 9 + 10	20
HS	Hrubý skór	I. + II. + III.	50

Poznámka: HS = hrubý skór

Příloha 5: Aritmetické průměry, směrodatná odchylka, kritické hodnoty pro muže a ženy, které slouží při vyhodnocování jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku za skupinu pracovníků (Hladký, 1999).

Faktor	Ženy			Muži		
	x	s.d.	K	x	s.d.	K
I přetížení	8,4	3,2	10	10,6	3	12
II monotonie	7,6	3	9	6,4	3,2	8
III nespecifický faktor	11,7	4,4	14	10,3	4,1	12
HS	25	8,1	29	22,9	6,4	26

Poznámka: HS = hrubý skór, x = aritmetický průměr, s.d. = směrodatná odchylka, K = kritická hodnota.

Příloha 6: Kritické hodnoty mediánů při vyhodnocení podle otázek (Hladký, 1999).

Č.	Zkrácené znění otázky	K	Začlenění do faktoru
1	Časová tíseň	3,0	I
2	Malé uspokojení	2,5	II
3	Vysoká odpovědnost	3,00	I
4	Otupující práce	2,5	II
5	Problémy a konflikty	2,5	I
6	Monotonie	2,5	II
7	Nervozita	3,0	III
8	Přesycení	3,0	III
9	Únava	3,0	III
10	Dlouhodobá únosnost	2,5	III

Poznámka: K = kritická hodnota

Příloha 7: Individuální hodnocení Meisterova dotazníku pro muže a ženy a jejich % zastoupení v jednotlivých kategoriích hodnotící psychickou zátěž

Zátěž	Ženy			Muži		
	Nepřiměřené	Přiměřené	Příznivé	Nepřiměřené	Přiměřené	Příznivé
N	38	246	101	17	36	13
%	10 %	65 %	27 %	26 %	55 %	20 %

Příloha 8: Výpočet mediánů u jednotlivých položek (otázek) Meisterova dotazníku

Meisterův dotazník										
Položka	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
Medián	3	2	2	1	1	1	2	2	3	3

Poznámka: M1-M10 = položky Meisterova dotazníku

Příloha 9: Hodnoty jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku u mužů v závislosti na délce praxe

Délka praxe	Faktor I	Faktor II	Faktor III
1-2 roky	8	7,1	12,2
	2,4	2,5	3,7
3-5 let	8,3	6,3	11,3
	3,1	2,7	3,9
6-10 let	7	3,9	9,3
	2,3	1,5	3,9
11-15 let	6,7	5,1	9
	2,5	2,1	5,1
16-20 let	6,3	3,7	6,3
	2,8	1,5	4,8
> 20 let	6	4,9	7,8
	1,5	2,6	2,5
Všichni	7,3	5,6	9,9
	2,4	2,2	3,9

Poznámka: Faktor I = přetížení, Faktor II = monotonie, Faktor III = nespecifický faktor

Příloha 10: Hodnoty jednotlivých faktorů Meisterova dotazníku u žen v závislosti na délce praxe

Délka praxe	Faktor I	Faktor II	Faktor III
1-2 roky	7,9	5,8	11,2
	2,3	2,2	3,6
3-5 let	7,9	5,8	11,2
	2,5	2,4	3,7
6-10 let	7,3	5,3	10,5
	2,6	2,4	4,1
11-15 let	6,8	4,9	9
	2,4	2,1	3,9
16-20 let	6,4	4,3	8,1
	2,1	1,6	3
> 20 let	6,7	4,3	8,4
	2,2	1,7	3,4
Všichni	7,2	5,1	9,8
	2,4	2,2	3,9

Poznámka: Faktor I = přetížení, Faktor II = monotonie, Faktor III = nespecifický faktor

Příloha 11: Přesné odpovědi respondentů, kteří zvolili odpověď "Jiné" u otázky týkající se prevence duševního zdraví fyzioterapeutů v soukromém životě

Druh prevence
Bodyterapie, osobní rozvoj
Ceremonie s psychoaktivními látkami
Cestování
Čtení
Dechová cvičení
Dobré je změnit pracovní tempo, vyrazit na kurz apod.
Filmy
Fyzioterapie
Háčkování, četba
Hodiny zpěvu
Hra na hudební nástroj
Hraní her na PC
Hraní na PC, Hudba
Hudba, hra na klavír
Jóga
Knihy, seriály či filmy
Kombinace výše uvedeného + nižší než 8 hod pracovní doba
Koníček: ruční práce
Koučink
Kreativní činnost
Kreslení
Malování, tanec
Modlitba, čas s Bohem, četba Bible (asi možno zařadit do meditace, ale ta je v dnešní době považována za něco trochu jiného)

Odpočinek u filmu
 Ok
 Pasivní odpočinek - filmy, knihy
 Pes
 Plavání, vyhodnocování uplynulých období
 Pobyt v přírodě
 Práce na zahradě
 Pracuji na přímou platbu, v takové míře, v jaké zvládnou. Pracuji jen s lidmi, kteří sami chtějí, mají aktivní přístup. Ostatní pouštím. Dokud obecně vztah nás a našeho klienta nebude vyvážený, tak bude docházet ke zneužívání (myšleno v rovině energetické). Dost se na tom podílí fakt, že RHC je na pojišťovnu, většina klientů využívajících tyto služby si jich neváží, když je mají zadarmo. Před lety jsem si vyhořením prošla a už to sama sobě neudělám.
 Pravidelně se vzdělávám v oboru fyzioterapie a pracuji na vlastním rozvoji osobnosti
 Sama zavřená doma
 Semináře o komunikaci atd.
 Studium koučink a jiné
 Studuji
 Tvrdá hudba, adrenalinové sporty s nutností maximální koncentrace na danou činnost (lezení, vysokohorská turistika)
 Zahrada
 Zahrada a šití
 Zpěv, knížky
 Zvuková relaxácia
 Ženské kruhy

Příloha 12: Zastoupení respondentů dle věku (Vlastní zdroj, 2024)

Věk [roky]	N	Věk [roky]	N	Věk [roky]	N	Věk [roky]	N
22	2	33	14	42	11	53	6
23	16	34	7	43	13	54	7
24	36	35	9	44	10	55	3
25	28	36	10	45	11	56	3
26	28	37	7	46	17	57	1
27	31	38	10	47	11	58	5
28	18	39	10	48	6	60	4
29	17	40	17	49	12	61	3

30	12	41	41	50	13	62	3
31	9	41	41	51	8	63	1
32	12	41	41	52	1	69	1
						71	1

Poznámka: N = počet respondentů