



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Andrea Machalová

Vliv syndromu vyhoření na sexualitu u nelékařských zdravotnických pracovníků
mužského pohlaví na pracovištích neodkladné péče ve fakultních zařízeních

The influence of the burnout syndrome on the sexuality of nonmedical male health care
workers in emergency care setting in university hospitals

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jeřábková Lenka

Praha, 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 15. 7. 2021

Andrea Machalová

.....

Podpis

Identifikační záznam

MACHALOVÁ, Andrea. Vliv syndromu vyhoření na sexualitu u nelékařských zdravotnických pracovníků mužského pohlaví na pracovištích neodkladné péče ve fakultních zařízeních. [The influence of the burnout syndrome on the sexuality of nonmedical male health care workers in emergency care setting in university hospitals]. Praha 2021. 64 s., 1 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Jeřábková, Lenka.

ABSTRAKT

Úvod do problematiky: Téma syndromu vyhoření je v současné době celosvětově poměrně aktuální téma a ne zcela důkladně prozkoumané. Cílem diplomové práce je zjištění, zda vyšší míra syndromu vyhoření má vliv na sexualitu u nelékařských zdravotnických pracovníků mužského pohlaví na pracovištích neodkladné péče ve fakultních zařízeních. Tematika syndromu vyhoření mě jako zdravotnického pracovníka v neodkladné péči zaujala. Informace získané z výzkumné práce budou součástí mezinárodní studie šetřící vliv syndromu vyhoření na lidské zdraví. V České republice tento výzkum probíhá pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D. a doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc.

Metodologie: Výzkum probíhal kvantitativní metodou pomocí dvou anonymních dotazníků. Výzkumný vzorek tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci mužského pohlaví na pracovištích neodkladné péče ve fakultních nemocnicích. První standardizovaný dotazník je zaměřený na syndrom vyhoření dle české verze Shiromovy-Melamedovy škály (Shirom, Melamed, 2006 In Ptáček, 2013), druhý dotazník je zaměřen na sexuální funkce muže dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999). Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků. Ke zpracování bylo použito 58 dotazníků.

Výsledky: Vliv vyšší míry syndromu vyhoření byl výzkumným šetřením prokázán v oblasti frekvence uspokojivých pohlavních styků (H2), na kvalitě ztopoření pohlavního údu (H4) a na době trvání soulože (H5). Syndrom vyhoření na škále 1–7 u dotazovaných respondentů dosahoval nejvyšší míry v rovině fyzické, a to hodnotou 3,0, dále v rovině kognitivní hodnotou 2,6 a nejméně se projevoval v rovině emoční hodnotou 2,4. Na základě průměrných hodnot škály vyhoření lze konstatovat, že respondenti nebyli výrazně ohroženi vznikem syndromu vyhoření.

Závěr a doporučení: Výzkumným šetřením bylo prokázáno, že vyšší míra syndromu vyhoření má vliv na určité oblasti sexuality, a to zejména na oblast frekvence uspokojivých pohlavních styků, na kvalitu ztopoření pohlavního údu a na dobu trvání soulože. Nejvíce byla zasažena rovina fyzická, a proto by bylo vhodné se zaměřit zejména na fyzickou náročnost práce nelékařských zdravotnických pracovníků na pracovištích neodkladné péče.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, sexualita, intenzivní péče, nelékařský mužský zdravotnický pracovník, sexuální dysfunkce, sexuální život, sexuální funkce

ABSTRACT

Introduction: The topic of burnout syndrome is a considerably up-to date topic worldwide and not completely thoroughly researched. The aim of the diploma thesis is to learn whether a higher rate of burnout syndrome has an effect on sexuality in non-medical male health workers in urgent care workplaces in teaching facilities. The topic of the syndrome has fascinated me as a healthcare worker in urgent care. The information obtained from the research work will be a part of an international study investigating the impact of the burnout syndrome on human health. In the Czech Republic, this research is conducted under the authority of PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D. and doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc.

Methodology: The research was carried out using a quantitative method using two anonymous questionnaires. The research sample consisted of non-medical male health workers at urgent care facilities in teaching hospitals. The first standardized questionnaire is focused on the burnout syndrome according to the Czech version of the Shirom-Melamed scale (Shirom, Melamed, 2006 In Ptáček, 2013), the second questionnaire is focused on the sexual functions of men according to Mellan in Kratochvíl, S. (1999). A total of 100 questionnaires were distributed. 58 questionnaires were used for processing.

Result: The influence of a higher rate of burnout syndrome was demonstrated by research in the area of frequency of satisfactory sexual intercourse (H2), on the quality of erection (H4) and on the duration of intercourse (H5). Burnout syndrome on a scale of 1–7 in the respondents reached the peak in the physical level, namely 3.0, then in the cognitive level 2.6, and the least in the emotional level 2.4. Based on the average values of the burnout scale, it can be stated that the respondents were not significantly at risk of developing burnout syndrome.

Conclusion and recommendations: Research has shown that higher rates of burnout affect certain areas of sexuality, especially the frequency of satisfactory intercourse, the quality of erection and the duration of intercourse. The physical level was most affected, and therefore it would be appropriate to focus mainly on the physical demands of the work of non-medical health professionals in urgent care workplaces.

Keywords: Burnout syndrome, sexuality, intensive care, non-medical male healthcare worker, sexual dysfunction, sexual life, sexual function

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Lence Jeřábkové za cenné připomínky, odborné rady, za ochotné a trpělivé vedení a za její čas, který mi poskytla. Děkuji také managementu ošetrovatelství ve fakultních nemocnicích za umožnění provedení výzkumu a všem respondentům za spolupráci při vyplňování dotazníků, které mi umožnily objektivně posoudit stěžejní problém mé diplomové práce.

Obsah

1	Úvod	9
2	Současný stav poznání	10
2.1	Syndrom vyhoření (Burnout)	10
2.1.1	Příčiny syndromu vyhoření.....	11
2.1.2	Příznaky syndromu vyhoření.....	13
2.1.3	Fáze syndromu vyhoření.....	15
2.1.4	Následky syndromu vyhoření.....	15
2.1.5	Diagnostika syndromu vyhoření.....	16
2.2	Prevence syndromu vyhoření	16
2.2.1	Léčba syndromu vyhoření.....	18
2.3	Nelékařský zdravotnický pracovník v intenzivní péči	20
2.4	Neodkladná péče ve fakulních nemocnicích.....	23
2.5	Legislativa v oblasti nelékařské zdravotnické péče	23
2.6	Sexualita	24
2.6.1	Determinanty lidské sexuality.....	24
2.6.2	Mužská sexualita.....	25
2.6.3	Dysfunkce v mužské sexualitě.....	26
	Praktická část	28
3	Použité metody	28
3.1	Cíl práce	28
3.1.1	Hypotézy	28
3.2	Metodologie	28
3.3	Výzkumný vzorek	30
3.4	Etické aspekty	30
3.5	Způsob sběru dat	30
3.6	Způsob zpracování dat	30
4	Výsledky výzkumu	31
4.1	Demografický popis respondentů.....	31
4.2	Hypotéza 1.....	35
4.3	Hypotéza 2.....	38
4.4	Hypotéza 3.....	42
4.5	Hypotéza 4.....	45

4.6	Hypotéza 5.....	48
5	Diskuze.....	52
5.1	Porovnání s nefakultními zařízeními.....	55
5.2	Doporučení pro praxi	57
6	Závěr.....	59
7	Seznam použité literatury	61
	Seznam zkratk	65
	Seznam grafů.....	66
	Seznam tabulek	67
	Seznam příloh.....	68

1 Úvod

Obor zdravotnictví je velmi specifický. Lékařský i nelékařský zdravotnický personál pracuje každodenně ve vypjatých situacích, musí řešit neprodleně zdravotní problémy pacientů, každodenně přichází do styku s bolestí, s lidským utrpením, případně s umíráním, se smrtí. V rámci své profese musí zdravotnický personál poskytnout odpovídající zdravotnickou péči. Při své práci přichází do styku nejen se samotným pacientem, ale také s jeho rodinnými příslušníky, je účastníkem mnohdy emotivně vypjatých situací. Všechny zdravotnické profese vyžadují od zaměstnanců maximální profesionalitu, ale také empatii, odolnost vůči stresu, zvládání emocí a mnoho další schopností a dovedností.

Syndrom vyhoření je vždy spjat s otázkou vlastní činnosti a práce. Vzniká a vyvíjí se v souvislosti s povoláním (Kapounová, 2007). Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženy ty profese, jejichž představitelé pomáhají druhým lidem. Pomáhající velmi často přebírají jejich problémy, snaží se co nejlépe splnit jejich potřeby a své vlastní posouvají do pozadí (Venglářová, 2011). Mezi takové profese patří i povolání zdravotních sester, které je velmi fyzicky i psychicky náročné. U syndromu vyhoření je nejčastější zaměření výzkumu na povolání, délku praxe, věk a další faktory. Výzkumné šetření, které by zkoumalo vliv syndromu vyhoření na sexualitu u nelékařských zdravotnických pracovníků nebylo zatím provedeno.

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda vyšší míra syndromu vyhoření má vliv na sexualitu u nelékařských zdravotnických pracovníků mužského pohlaví na pracovištích neodkladné péče ve fakultních zařízeních. Výsledky výzkumu mohou poukázat či naznačit situaci syndromu vyhoření v praxi stejně jako vliv syndromu vyhoření na sexualitu. Mohou také usnadnit diagnostiku syndromu vyhoření, který je často zaměňován za pouhé jeho symptomy, jako jsou únava, stres a další (Ptáček, 2013).

2 Současný stav poznání

Kapitola představuje teoretický základ diplomové práce. Před výzkumným šetřením byl zjišťován současný stav poznání dané problematiky. Východiskem byly rešerše, které měly za úkol seznámit se s danou problematikou.

Rešerše byly prováděny od prosince 2017 do května 2018. Rešeršní přehled byl zpracován Národní lékařskou knihovnou v březnu 2018. Byly použity databáze Bibliographia Medica Čechoslovaca, Medvik, Medline a Ebsco za použití klíčových slov: *syndrom vyhoření, sexualita, intenzivní péče, nelékařský mužský zdravotnický pracovník, sexuální život, sexuální funkce a sexuální dysfunkce*. Klíčová slova byla použita i v anglickém jazyce: *burnout syndrome, sexuality, intensive care, non-medical male healthcare worker, sexual life, sexual function, sexual dysfunction*. Vyhledávané byly pouze zdroje v českém, slovenském a anglickém jazyce v časovém období od roku 2010 do roku 2017. Po konzultaci s vedoucí diplomové práce byly použity i zdroje starší.

Zdroj, který by zkoumal souvislost mezi syndromem vyhoření či s jeho stoupajícími hodnotami a sexualitou nelékařských zdravotnických pracovníků jsem nenalezla. V současné době výzkum této problematiky probíhá v České republice a budou v něm využita také data získaná v rámci mé diplomové práce.

2.1 Syndrom vyhoření (Burnout)

„Profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo samostatného jedince. Zahrnuje ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocenení a negativní postoj k povolání“ (Janáčková in Venglářová, 2011).

Syndrom vyhoření neboli burnout bude jev zřejmě stejně starý jako sama lidská činnost. Nicméně pojem „burnout“ (původně „burn-out“) byl prvně použit americkým psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem až v roce 1974 v jeho příspěvku v časopise „Journal of Social Issues“. Zvýšenému zájmu se syndrom vyhoření začal těšit následně na přelomu 70. a 80. let u profesí, u nichž lze rozvoj syndromu vyhoření předpokládat (Kebza, 2003). Syndrom vyhoření je dle Freudenbergera posledním stadiem procesu, kdy lidé, kteří se výrazně emocionálně zabývají určitou oblastí své činnosti, ztrácejí svou prvotní motivaci a nadšení (Křivohlavý, 1998). V případě syndromu vyhoření nejde o únavu, ale vždy je spjat s otázkou smyslu vlastní činnosti, práce (Kapounová, 2007). Bartošíková dále uvádí, že se syndrom vyhoření vyskytuje zejména při práci s lidmi u tzv. „pomáhajících profesí“. Na vzniku syndromu vyhoření se podílejí velká očekávání pracovníka nebo také vysoké nároky od okolí. Uplatňuje se zde také důsledek selhání mechanismů zvládnutí nároků. Opakovaný pocit pracovníka, že nemůže dostát vysokým nárokům, požadavkům ve spojitosti s přesvědčením, že vložené úsilí není zcela adekvátní výsledku nebo ohodnocení, vede k vyhoření (Bartošíková, 2006). Také Venglářová

vysvětluje syndrom vyhoření jako profesionální selhávání. Jeho základem je vyčerpání jako důsledek vysokých požadavků od samotného jedince nebo od okolí. Jedná se o ztrátu potěšení, zájmu, ideálů, smyslu i energie s přítomností negativního postoje k zaměstnání a negativního sebehodnocení (Venglářová, 2011). Syndrom vyhoření je druh vyčerpání, frustrace, emocionální únavy, stresu, jež je důsledkem událostí, které se týkají zaměstnání, vztahu, poslání nebo životního stylu, které nepřinášejí kýžené výsledky při maximálním až extrémním nasazení. Janáčková definuje syndrom vyhoření jako: „*Profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samostatného jedince. Zahrnuje ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocenění a negativní postoj k povolání*“ (Janáčková in Venglářová, 2011). Psychologové přirovnávají obrazně princip syndromu vyhoření k silně hořícímu ohni, který je živen velkou motivací, elánem, ale kde dochází k postupnému dohořívání až uhasnutí, jelikož jej nemá co živit (Křivohlavý, 1998). Podle současně platné Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) je syndrom vyhoření veden pod kódem Z73.0. Vyhasnutí (vyhoření) v kapitole pod kódem Z73- Problémy spojené s obtížemi při vedení života (MKN-10, 2018).

Moss uvádí, že syndrom vyhoření je velmi často přítomný u zdravotníků pracujících v intenzivní péči u kriticky nemocných (Moss, 2016). Jelikož se setkávají s bolestí, utrpením, které lze ovlivnit jen velmi málo (Ptáček, 2013). Epp ve svém článku uvádí, že syndrom vyhoření u zdravotníků je celosvětovým problémem (Epp, 2012).

2.1.1 Příčiny syndromu vyhoření

Příčiny syndromu vyhoření jsou ve většině případů ve stále rostoucích pracovních, společenských, ale i rodinných očekáváních a nárocích. I když se dá syndromu vyhoření předcházet, mnoho lidí „jede na doraz“, přetěžují se, jsou unavení a vyčerpání. Jako prevenci syndromu vyhoření je nutné zlepšit kvalitu svého života (Kallwass, 2007).

Kapounová udává, že rizikovým faktorem vyhoření může být jednak profese, jejíž součástí je náročná práce s lidmi, a jednak sám jedinec, který je méně odolný vůči stresu, má nízké sebevědomí, je emočně labilní nebo depresivně laděný (Kapounová, 2007).

Honzák (2018) uvádí výčet pracovních oborů, kde je vysoké ohrožení vzniku vyhoření:

- problematika duševního zdraví,
- výuka, pedagogická činnost,
- sociální služby,
- medicína a ošetrovatelství,
- prosazování práva.

Aby se člověk cítil dobře po psychické stránce, musí se cítit dobře také po stránce fyzické. Na syndrom vyhoření reagují jednotliví pracovníci různě (např. zlost, vztek, hněv, agresivita, pláč, lítostivost apod.). Zejména u začínajícího nelékařského zdravotnického pracovníka existuje řada rizikových faktorů. Jsou to:

- nevyzrálá osobnost pracovníka,
- konflikt rolí,
- časový stres,
- vysoká zodpovědnost,
- nezvyk na směnný provoz, na přesčasové hodiny a další (Venglářová, 2011).

Andršová uvádí, že nikdo by si neměl na sebe nakládat více, než je schopen snést (Andršová, 2012). Syndromu vyhoření jsou vystaveni především jedinci, kteří:

- neumí říkat ne,
- působí na ně tlaky, které neumí řešit,
- neumí delegovat věci na druhé,
- neumí se svěřit s problémy, podělit se o ně,
- jsou příliš důslední a pracovití,
- vzdají se mnohého, aby mohli dělat svou práci,
- neúspěch berou jako osobní porážku,
- jsou perfekcionalisté,
- mají dlouhodobé cíle,
- mají pocit nepostradatelnosti,
- dávají příliš velkou emocionální podporu druhým,
- neumí se oprostít od práce,
- neumí odpočívat,
- touží po společenském uznání,
- kladou důraz na věci, které nejsou důležité,
- netuší, že by mohli být syndromem vyhoření ohroženi,
- neumí si dobře zorganizovat svou práci,
- mají negativní myšlení,
- neumí vyhledat pomoc,
- nežijí zdravě, nedoplňují energii, nepečují o sebe (Andršová, 2012).

Dalšími riziky může být snaha vše zvládnout sám, nereálná očekávání, přehnaná pozornost věnovaná potížím druhých lidí a rutinní práce (Šimková, 2013). Můžeme tedy říct, že podkladem pro vznik vyhoření jsou dvě věci. První je osobní nastavení pomáhajícího. Druhou okolností je prostředí, ve kterém pracujeme, tedy jaký je charakter práce, jaké je nastavení systému a organizace práce na pracovišti.

Profese sestry je založena na vztahu, mnohdy na snaze vytvořit si vztah i s „nesympatickým“ člověkem, akceptovat každého nemocného, i když někteří pacienti budí negativní pocity, jsou nespokojení a vyvolávají konflikty.

Vznik syndromu vyhoření často urychluje např.:

- pracovní přetíženost,
- špatná organizace práce (mnoho přesčasů apod.),
- nevhodné chování nadřízeného vůči pracovníkovi,
- neodpovídající ohodnocení pracovníka,
- přenášení zodpovědnosti,
- nezdravý způsob života, tzn. nedostatek spánku, odpočinku a pohybových aktivit, nezdravé stravování apod. (Venglářová, 2011).

Taktéž Priess zmiňuje vliv špatných vztahů k lidem i k sobě, konfliktů a také nedostatek sociální podpory na vznik syndromu vyhoření (Priess, 2015).

2.1.2 Příznaky syndromu vyhoření

První varovné příznaky syndromu vyhoření se projevují zpochybňováním významu a smyslu vykonávané profese, pocity, že svou práci již pracovník nezvládá, nervozitou, nespokojeností, podrážděností, následně psychosomatickými potížemi, jako jsou nevolnost, špatný spánek, bolesti zad, častá infekční onemocnění a další (Venglářová, 2011).

Bartošíková rozlišuje čtyři základní oblasti příznaků syndromu vyhoření, a to:

- *emocionální vyčerpání* – člověk se cítí vysátý, vyhýbá se lidem, je podrážděný, nepřátelský, přestává být empatický, ztrácí radost z kontaktu s lidmi v práci, postupně i v rodině, nechce slyšet o dalším trápení a problémech, má pocity beznaděje, bezmoci,
- *psychické vyčerpání* – ztráta inspirace, projevující se změny životních postojů, člověk je cynický, negativní, odmítá změny, přestává si věřit, dochází k útlumu celkové aktivity, činnost se redukuje pouze na rutinní postupy, upadá do stereotypu, ztrácí smysl práce, později i života, mohou se objevit sebevražedné myšlenky,
- *tělesné vyčerpání* – chronická únava, ztráta energie, bolest svalů, tělesná slabost, častá nemocnost, změny tělesné váhy, zvýšená potřeba spánku, pocity selhání, zvyšuje se riziko zneužívání návykových látek,
- *změny v sociálních vztazích* – vyhýbání se pacientům, postupně úplná izolace, zvyšuje se podrážděnost, vysoké riziko konfliktu, převažuje apatie, lhostejnost (Bartošíková, 2006).

Každá profese se vyznačuje různým stupněm zátěže. U nelékařských zdravotnických pracovníků jde o péči o nemocné v rámci neodkladné zdravotnické péče, kdy je nutné reagovat na aktuální potřeby nemocného, řešit stresové situace. K zvládnutí této profese je nutná podpora a pochopení především ze strany rodiny, ale také nadřízených a spolupracovníků (Venglářová, 2011).

Príznaky syndromu vyhoření by neměly být brány na lehkou váhu. Počáteční fáze syndromu vyhoření bývá často zaměňována za únavu nebo vyčerpání. Je velmi obtížné syndrom vyhoření včas odhalit. Příznaky syndromu vyhoření můžeme dělit dle Stocka na:

- *emoční příznaky* – bezmoc, beznaděj, ztráta sebeovládání, odvahy, pocit osamocení, strach, apatie, sklíčenost, stavy úzkosti, deprese,
- *fyzické příznaky* – ztráta energie, náchylnost k infekčním onemocněním, k nehodám a úrazům, poruchy spánku, funkční poruchy soustředění a paměti (Stock, 2010).

Blake upozorňuje, že poruchy spánku a s tím související únava způsobují snížení pozornosti, paměti, pomalejší reakce, tudíž zvýšené riziko pochybení (Blake, 2017). Jedinec nabývá pocitu, že nic nemá cenu, začíná negativně hodnotit práci i zaměstnavatele a naprosto ztrácí zájem o témata, která souvisejí z jeho prací (Ptáček, 2013). Začíná se rovněž vytvářet negativní postoj k okolí, k sobě samému i k práci (Lieneweber, 2014). Jedinec se také může projevat krutostí, cynismem a obviňováním druhých (Moss, 2016).

Syndrom vyhoření lze vnímat v několika rovinách, a to:

- *v rovině myšlenek* – co dělat, jak odvrátit určitou hrozbu či problém,
- *v rovině pocitů* – nepříjemné pocity, zapomnětlivost, nesoustředěnost, nevolnost, nervozita, nejistota, vnitřní napětí apod.,
- *v rovině chování* – soustředění a koncentrace pozornosti na protějšek,
- *v rovině těla* – bolest hlavy, zažívací potíže, různé alergické reakce a další,
- *v rovině sociální* – zhoršení kontaktů s okolím, nevšímavost, izolace, bezcitnost, cynismus apod. (Priess, 2015).

2.1.3 Fáze syndromu vyhoření

Edelwich a Brodský popsali pět fází syndromu vyhoření:

- *fáze nadšení* – pracovník má velké ideály a jasně stanovený profesní cíl, odvádí kvalitní a smysluplnou práci, přichází s novými nápady, práce ho baví, tráví v ní většinu svého času, přetěžuje se;
- *fáze stagnace* – počáteční pracovní nadšení opadá, pracovník začíná slevovat ze svých ideálů a cílů;
- *fáze frustrace* – pracovník hledá počáteční smysl a efektivitu vykonávané práce, má tunelové vidění, dostavuje se u něj pocit zklamání, deziluze, rozčarování, osamocенost;
- *fáze apatie* – práce se stává pro pracovníka již pouze zdrojem příjmů, vyhýbá se komunikaci se spolupracovníky a okolím, vykonává jen nejnnutnější práce, má pocit bezmoci a beznaděje;
- *fáze beznaděje* – emocionální vyčerpání, depersonalizace (Edelwich, Brodsky in Körner, 2002, In Ptáček, 2011).

Čtyři fáze syndromu vyhoření prezentovala Christina Maslach. Toto členění je považováno za základní a nejjednodušší. První fázi syndromu vyhoření charakterizuje idealistické nadšení a přetěžování. Druhá fáze se projevuje již fyzickým a emocionálním vyčerpáním. Ve třetí fázi sledujeme obranu před vyhořením v podobě dehumanizace (odosobnění) druhých lidí. Poslední fázi je terminální stadium, během něhož dochází ke stavění se proti všem a proti všemu. Plně se projevuje vyhoření všech zdrojů energie (Pešek, 2011).

2.1.4 Následky syndromu vyhoření

Vývoj a vznik syndromu vyhoření může trvat několik měsíců, ale i několik let. Každý pracovník má v zaměstnání svoje cíle, očekávání, ideály. Na počátku je plný optimismu, přehlíží signály únavy, vyčerpání, trvalého pracovního přetěžování apod. (Priess, 2015).

Jak bylo uvedeno již výše, v důsledku syndromu vyhoření dochází často k opuštění stávajícího zaměstnání a k dlouhodobé nemocnosti. Pracovník se dostává do fáze, kdy má negativní postoj nejen k sobě samému, ale také ke svému okolí, může se cítit méněcenným, může ztratit sebedůvěru a sebeúctu, má pocit selhání, je nespokojen se svými pracovními výkony, chybí mu motivace do další práce. V mnoha případech dochází k rozpadu manželství, rodin, ke ztrátě přátel, ke společenské izolaci, k problémům s užíváním návykových látek, léků a k dalším negativním faktorům. Syndrom vyhoření může u labilních jedinců vyústit až v krajní řešení, a to k sebevraždě (Priess, 2015).

2.1.5 Diagnostika syndromu vyhoření

Pro diagnostiku syndromu vyhoření se používají dotazníky a škály. Zde jsou uvedeny některé z nich.

- Maslach Burnout Inventory – autorka Christine Maslach.
- The Tedium Scale – vytvořila A. Pines počátkem 80. let.
- Burnout Measure – autorka A. Pines.
- Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen et.al, 2005, In Ptáček, 2013).
- BoTeList – S. Melamed, T. Kushnir a A. Shirom, 1992.
- Shirom – Melamed Burnout Measure – S. Melamed a A. Shirom – navazuje na BoTeList (Ptáček, 2013).

Příznaky syndromu vyhoření lze velmi snadno zaměnit s dalšími nemocemi, jako jsou deprese, stres a jiné. Proto může být diagnostika syndromu vyhoření velmi obtížná. Jeho propuknutí může vést k mnoha dalším nemocem (Ptáček, 2013).

2.2 Prevence syndromu vyhoření

Prevenici syndromu vyhoření můžeme rozdělit na prevenci syndromu vyhoření jednotlivce. Touto prevencí jsou nejen u nelékařských zdravotnických pracovníků dodržování základních pravidel psychohygieny, zdravá životospráva, zdravý životní styl, psychologický náhled (Honzák, 2015). Také Běláková zdůrazňuje zdravotní výchovu, zejména zdravou výživu, tělesnou aktivitu a sexuální zdraví (Běláková, 2007). Venglářová zdůrazňuje, že je důležité mít rád sám sebe a umět o sebe pečovat, uvědomovat si své silné, ale i slabé stránky, ale hlavně je respektovat. Klíčové je mít podporu okolí, mít koho požádat o pomoc a nestydět se za to (Venglářová, 2006).

Vzniku syndromu vyhoření se dle Praška dá chránit z hlediska těchto dovedností:

- *vcítit se do pocitů ostatních (empatie),*
- *umět přijímat kritiku,*
- *upřímně ocenit druhé, říkat „ano“ či „ne“ podle toho, co cítíme,*
- *projevovat úctu a respekt sobě i druhým,*
- *dělat rozumné kompromisy,*
- *dávat ostatním prostor k vyjádření svých pocitů a potřeb,*
- *otevřeně hovořit i o nepříjemných věcech,*
- *dokázat kritizovat i bez zraňování druhého,*
- *mít upřímný zájem o city a přání druhých,*
- *nepomlouvat, umět přijmout odmítnutí,*

- *akceptovat vlastní nedokonalost a své limity,*
- *zvládat konfliktní situace s nadhledem,*
- *umět si obhájit své osobní cíle (Praško, 2016).*

V rámci prevence vzniku syndromu vyhoření je důležité *mít vlastní zájmy, aktivně trávit volný čas,* věnovat pozornost svým blízkým, ale také svým emocím, *sebepoznání a seberozvoji* (sebereflexe, zpětná vazba od pacientů, vedení, spolupracovníků), *dalšímu vzdělávání,* udržovat si dobrou tělesnou kondici, *udržovat mezilidské vztahy.* Pomoci prevenci syndromu vyhoření může také *meditace.* V praxi jsou uplatňovány *výcviky protistresové dechové reakce, různá relaxační cvičení, výcvik asertivity* a další. Syndromu vyhoření lze předejít také *zlepšením pracovních podmínek a pracovního prostředí.* V souvislosti se syndromem vyhoření nelze nezmínit *workoholismus* (závislost na práci). Každá nová práce je zajímavá, člověk má pocit seberealizace, práce jej naplňuje, vždy však musí být vymezeny hranice mezi soukromým a pracovním životem. Ve většině případů jsou syndromem vyhoření ohroženi lidé s nízkou úrovní asertivity, kteří nezvládají krizové či konfliktní situace, lidé pečliví, s vysokou mírou perfekcionismu, s odpovědností, kteří nejsou schopni ubrat pracovní tempo (Křivohlavý, 1998).

Honzák zdůrazňuje pozitivní přístup k životu a smích. Jedná se vlastně o aerobní cvičení, při němž se posiluje a aktivuje imunitní systém a lymfatický systém. Jde o cvičení, při kterém se brzdí výdej stresových hormonů, omlazuje se organismus a usnadňuje se vznik a udržování sociálních vztahů (Honzák, 2015).

Kapounová uvádí, že podstatou je najít rovnováhu mezi pracovním a osobním životem (Kapounová, 2007).

Dále prevence vzniku syndromu vyhoření může probíhat z hlediska organizace. Vzdělávání hraje důležitou roli již před nástupem do zaměstnání. Dobrý vzdělávací proces může pomoci vybrat správný obor a řádně připravit jedince na výkon povolání. Na něj navazuje správně odborně vedený adaptační proces, který je při nástupu do zaměstnání velmi důležitý (Venglářová, 2006).

Každý zaměstnavatel by se měl snažit o preventivní přístup proti syndromu vyhoření svých zaměstnanců, zabezpečit dobré pracovní podmínky, dobrou organizaci práce, odborně vedený adaptační proces, možnost osobního rozvoje a adekvátní ohodnocení jsou pro zaměstnance stěžejní (Šimková, 2013).

Velmi důležité jsou vztahy na pracovišti a možnost pracovat jako tým. Každý člen týmu má zodpovědnost a určité pravomoci. Tým má společný cíl, jeho členové se navzájem respektují, mají pocit, že někam patří (Bartošíková, 2006).

Velmi zásadní roli má i sama organizace, která by měla umožnit akceptovatelný rozpis služeb, možnost dovolené, naplňování požadavků, poskytnutí svým zaměstnancům benefitů, které umožní aktivně či kvalitně odpočívat. Důležité je také vybavení pracovišť a bezpečnost práce (Bartošíková, 2006).

Dále jde o možnost supervize, jejímž cílem je zlepšení organizace práce, pracovní situace a atmosféry. Supervize se orientuje na podporu kvality práce a spolupráce (Bartošíková, 2006). Důležitá je také možnost spolupráce s psychologem, zjišťování spokojenosti zaměstnanců (Venglářová, 2006). Provádět či vidět kompletní práci, výsledek činnosti, ale mít i zpětnou vazbu, kterou provádí v rámci kontrolní činnosti vedoucí pracovníci. Mít uznání, vyjádřit ho všemi možnými prostředky, to je pro zaměstnance velmi důležité (Poschkamp, 2013). Rovněž Jeklová (2006) upozorňuje na to, že je na zaměstnavateli, aby komunikoval se zaměstnanci, a pokud zjistí, že něco není v pořádku, měl by provést efektivní opatření, např. upravit pracovní podmínky, umožnit adekvátní odpočinek a vymezit pro něj vhodné prostory a dobu odpočinku naplánovat (Jeklová, 2006).

2.2.1 Léčba syndromu vyhoření

Pokud se syndrom vyhoření rozvine v plné šíři, je zapotřebí ho léčit. V počátečních fázích lze proces ještě zvrátit např. kratšími přestávkami v práci, zařazením kratší dovolené na načerpání nových sil. Čím je však proces pokročilejší, tím déle trvá zotavování (Blatnická, 2013).

Jako u všech jiných onemocnění platí i u syndromu vyhoření, že čím dříve se začne řešit, tím lépe. V ideálním případě je rozpoznán ve fázi stagnace, kdy jsou předpoklady pro zabránění dalšího rozvoje nejlepší. Mnozí lidé si však připustí, že s nimi něco není v pořádku, až ve chvíli, kdy už jiné východisko není. Syndrom vyhoření představuje plíživý proces, jehož vznik a vývoj je těžké z pozice postiženého postřehnout. Plně rozvinutý burnout patří do rukou odborníka, tj. psychologa nebo psychiatra (Jeklová, 2006).

Psychologická léčba nabízí různé přístupy, vždy záleží na preferenci konkrétního terapeuta nebo poradce. V psychoterapii bývá využívána logoterapie, která spočívá v nalezení smyslu života, řešení frustrační situace, objevení nových hodnot a přijetí tohoto smyslu (Snopková, 2007). Základní myšlenkou logoterapie je, že pokud není touha po smyslu naplněna, vede to od frustrace až existenciálnímu vakuu. Člověk začíná pochybovat o smyslu své existence, o smyslu života vůbec. Proto se tato metoda opírá o osobní hodnotový žebříček člověka, přičemž za základní atributy lidského života považuje svobodu, odpovědnost vůči svědomí. Zakladatelem této metody byl V. E. Frankl v první polovině 20. století. Daseinsanalýza je dalším možným psychoterapeutickým přístupem, jenž lze využít k terapii vyhoření. Jde o existenciální psychoterapii, která přispívá k pochopení existence postiženého a pomáhá provádět následnou nápravu k naplnění existence, naučit se být sám sebou (Snopková, 2007). Behaviorálně-kognitivní terapie bývá doplňujícím přístupem v terapii vyhoření, neboť neřeší

podstatu problému, ale je zaměřena na dílčí problémy (Snopková, 2007). Plně indikovanou metodou v terapii syndromu vyhoření jsou tzv. balintovské skupiny. Cílem této metody je porozumět vztahu, překonat předsudky a pozměnit sama sebe. Balintovská skupina je metoda řešení problému hojně užívaná v psychoterapii. Zakladatelem byl M. Balint, původně maďarský, později britský psychoanalytik, jenž zdůrazňoval vztah mezi pacientem a terapeutem. Balintovská skupina se soustředí na problémy ve vztazích. Skládá se z 8–12 účastníků, z nichž jeden až dva jsou vedoucí skupiny. Skupina se schází v pravidelných termínech a má určitá pravidla či strukturu. Struktura balintovské skupiny:

- Expozice případu – popis a definování vztahového problému.
- Otázky – jimi si skupina doplňuje relevantní údaje.
- Fantazie – předkladatel případu mlčí a skupina verbalizuje svoje pocity, představy.
- Praktické náměty na řešení – „co bych dělal na tvém místě“.
- Vyjádření předkladatele případu – dává skupině zpětnou vazbu. Jeden z účastníků (bývá vylosován) referuje celé skupině svůj příběh či problém a skupina naslouchá. Poté naslouchající mohou klást doplňující otázky, aby případu lépe porozuměli. Od této chvíle referující přestává zasahovat a pouze poslouchá druhé, kteří sdělují své pocity, nápady řešení. Skupina referujícímu neradí, nekritizuje ho, ale podle svého založení a svého pochopení případu hledá každý nějaké své řešení. V poslední fázi dostane slovo referující a sdělí, co mu připadalo zajímavé, co ho oslovilo, co ho překvapilo, co si odnáší ze skupiny apod. Není třeba hovořit mnoho, ale je nutné nechat „případ doznít“. Noví účastníci skupin mohou trpět pocitem nejistoty, strachu, že se ztrapní, že druzí odhalí jejich slabosti, neschopnosti apod. Avšak ve skupině jsou všichni ve stejné situaci a není chybou dělat chyby, ale nepoučit se z nich. Balintovská skupina má velký přínos pro všechny pomáhající profese nejen z hlediska prevence syndromu vyhoření, ale i z hlediska rozšiřování si svých profesionálních dovedností a schopností lépe chápat své vztahy k osobám svěřeným (Brihcín, 1999). Nejakutnější obtíže, jako jsou deprese či sebevražedné pokusy by měly být řešeny psychiatrem ve spolupráci s praktickým lékařem. Někdy je nutná farmakologická léčba anxiolytiky či antidepresivy.

V České republice jsem nenalezla žádné specializované pracoviště zaměřující se na terapii syndromu vyhoření. Léčba většinou probíhá ambulantně či v psychiatrických léčebnách. Ve světě je ale situace rozdílná. Nalezla jsem několik klinik, které se mimo jiné zabývají léčbou syndromu vyhoření.

- Park Klinik – klinika pro duševní a psychosomatické zdraví v Německu;
- Schön Klinik Roseneck – klinika psychických a psychosomatických nemocí v Německu;

- Burghof-Klinik – klinika pro psychoterapii a psychosomatickou léčbu v Německu, jež se zaměřuje na syndrom vyhoření, deprese, úzkostné poruchy a poruchy příjmu potravy;
- Paracelsus Recovery – klinika nacházející se ve Švýcarsku, zabývají se terapií syndromu vyhoření, závislostí, poruchou příjmu potravy a chování, délka léčby 4–8 týdnů;
- Dementech Neurosciences Clinic – klinika se zaměřením na terapii neurologických a psychologických onemocnění v Londýně, program zaměřený přímo na prevenci vzniku syndromu vyhoření.

2.3 Nelékařský zdravotnický pracovník v intenzivní péči

Jedním z důvodů, proč si lidé volí povolání nelékařského zdravotnického pracovníka je, že chtějí či chtějí pomáhat lidem. Pomáhat je hezké, ale také náročné, někdy to může být dokonce zničující. Práce bez konce ve dne v noci, odměnou je vděčnost uzdravených. V mnoha případech je však práce bezvýsledná – někdo se neuzdraví, mnoho z uzdravených vděčnost neprojeví (Honzák, 2015).

Andršová říká, že nelékařský zdravotnický pracovník by měl disponovat určitými dovednostmi ke zvládnutí své náročné profese, jimiž jsou efektivní chování, vysoká míra sebekontroly a schopnost vhledu (Andršová, 2012). Zejména na sestry v intenzivní péči jsou kladeny přísné nároky. Podílejí se na intenzivní ošetrovatelské péči, na intenzivní léčbě, ale musí mít i technické dovednosti a znalosti léčiv a způsobu dávkování (Gulášová, 2004).

Jde o obyčejného člověka s náročným povoláním, o odborníka, ale také o manažera, kolegu, který by si měl být vědom toho, že bude muset mnohdy své práci mnoho obětovat, např. svátky. Nelékařský zdravotnický pracovník by měl splňovat tyto aspekty:

- určité *fyzické dispozice* (obratnost, vytrvalost, schopnost sáhnout si na dno svých fyzických i psychických sil),
- *teoretické znalosti*,
- *praktickou zručnost*,
- *celoživotní vzdělávání* (stáže, rekvalifikace, samostudium apod.),
- *sebevědomí*,
- *morální zralost*,
- *ctíživost*,
- *psychicky i sociálně zralá osobnost ochotná pomáhat druhým*,
- *spolehlivost*,
- *pohotovost*,
- *trpělivost*,
- *nepodléhat panice*,
- *respekt k druhým, ale také určitá harmonie a klid*,

- *pohotové, rozvážené a eticky vyspělé chování,*
- *upřímný zájem pomoci,*
- *empatie,*
- *kritičnost a sebekritičnost,*
- *umění se ovládat,*
- *hodnotová orientace,*
- *humánní vztah k pacientům (Andršová, 2012).*

Pracovní zátěž nelékařského zdravotnického pracovníka je vysoká, jde např. o vysoký počet odpracovaných hodin, přesčasů, o každodenní řešení problémů pacientů, může jít také o nedobré vztahy s vedením, s ostatními kolegy, o problémy v rodině, nehledě k tomu, že jde o náročnou profesi po psychické i fyzické stránce. Všechny tyto faktory se vzájemně ovlivňují a v mnoha případech vyústí v řadu stresových situací, až vykulminují v syndrom vyhoření (Poschkamp, 2013).

Profese nelékařského zdravotnického pracovníka převyšuje výrazně rámec „normálního“ povolání. K nutné výbavě každého nelékařského pracovníka patří *schopnost zvládat psychickou zátěž*, musí zdolávat náročné situace ohrožení lidského života, často je nucen pracovat v improvizovaných podmínkách, musí umět ovládat své emoce. Při své práci je nelékařský zdravotnický pracovník svědkem životních tragédií, spolurozhoduje o přežití, nebo nepřežití pacientů (Andršová, 2012).

Práce nelékařského zdravotnického pracovníka je bez konce ve dne v noci, odměnou je vděčnost uzdravených. V mnoha případech je však bezvýsledná – někdo se neuzdraví, mnoho z uzdravených vděčnost neprojeví, někteří pacienti umírají. Nelékařský zdravotnický pracovník vykonává při své profesi úkony, které se běžně většině lidí oškliví, vyvolávají u ostatních odpor, což je jedna z největších zátěží. Z tohoto pohledu se jedná o problém v psychosociální rovině, a to jak profesi nelékařského zdravotnického pracovníka uchopit, jak v ní obstát, přitom ale sám sebe nezničit. Role spasitele je lákavá, avšak hranice mezi nabídnutou pomocí a neurotickým zachraňováním je tenká a nejasná. Každý člověk by měl mít jasné stanovené osobní cíle, a to zejména když se snaha spasitele míjí s požadavky zachraňovaných lidí. Pokud se očekávaný úspěch nedostavuje, dochází k frustraci, nejdříve se objevují potíže, pak příznaky, nakonec psychosomatické poruchy. Zdravotnický personál má snadný přístup k farmakům a často se pouští do samoléčby, což v konečné fázi situaci jen zkomplikuje. Předrážděnost, agrese, lítostivost, úzkostná nastraženost, která hraničí se vztahovačností, vedou ke snižování profesionálních i osobních vztahů, až k jejich likvidaci (Honzák, 2015).

Zejména nastupující nelékařský zdravotnický pracovník (zdravotní sestra, zdravotní bratr či zdravotní záchranář a další) mají očekávání, chtějí zachraňovat lidské životy, doufají, že budou úspěšní, chtějí pomáhat lidem. V běžné praxi se ale setkávají také s neakutními stavy pacientů, s notoricky intoxikovanými apod. Řada zásahů je tak „jen“ otázkou měření

fyziologických funkcí, ordinací fyziologického roztoku, odvozu do spádové nemocnice. Nelékařský zdravotnický pracovník tak musí zvládnout rozdíl mezi očekáváním a realitou, musí zůstat empatický, ohleduplný a citlivý nejen sám k sobě, ale především k pacientovi (Andršová, 2012).

Každý člověk má určitou motivaci pro to, co chce dokázat, ať už v soukromém, nebo v profesním životě. Motivací může být touha po uznání, přání mít nad pacienty určitou moc, podílet se na jejich životě. Pokud však sám pracovník anebo jeho kolegové zjistí, že něco není v pořádku a mají podezření na syndrom vyhoření, pak by měl zasáhnout také zaměstnavatel a nabídnout pracovníkovi odbornou pomoc a podporu (Andršová, 2012).

Syndrom vyhoření má dopady na kvalitu podávané péče, na výkonnost, pracovník má menší zájem o pacienta a je vyšší pravděpodobnost profesní chyby, která může mít fatální následky (iatrogenně může být poškozen a traumatizován pacient). V souvislosti se syndromem vyhoření se mohou u nelékařského zdravotnického pracovníka objevit ***deprese***, které jsou vždy varovné, nesou s sebou zvýšené ***riziko zneužívání návykových látek***, v horším případě ***nebezpečí suicidia*** (Andršová, 2012).

Každý den působí na každého z nás řada škodlivých a nepříznivých myšlenkových nebo emocionálních vlivů. Jedná se o neviditelné nástrahy, které mají další souvislosti. V současném uspěchaném moderním světě narůstá počet lidí s psychickými problémy, roste nervozita, agresivita a další negativní jevy, které se promítají jak do soukromého, tak do profesního života a jež mají vliv na psychickou i fyzickou pohodu člověka (Srový, 2016).

Nelékařský zdravotnický pracovník se při výkonu své profese každodenně setkává se strachem či úzkostí, s různými psychotraumaty, s bolestí, ale také s agresí či se smrtí, musí se potýkat v některých případech s etickými problémy. Práce nelékařských zdravotnických pracovníků je charakterizována dle Andršové (2012) těmito faktory:

- *práce na delší směny ve dne v noci,*
- *sebeobětování se, poslání,*
- *setkávání se s „lidmi v nejhorším”,*
- *nepředvídatelnost,*
- *nutná improvizace,*
- *stravování a osobní hygiena ve spěchu a stresu,*
- *lidé neděkují,*
- *vysoká zodpovědnost,*
- *nároky na odbornost,*
- *nároky na charakter, na psychickou stabilitu a efektivní chování (Andršová, 2012).*

2.4 Neodkladná péče ve fakultních nemocnicích

Hlavním znakem neodkladné péče ve fakultních nemocnicích je to, že se nedá naplánovat, nedá se objednat. Při neodkladné péči je nutno zamezit anebo omezit vznik náhlých stavů pacienta, které:

- *bezprostředně ohrožují pacienta na životě,*
- *mohou vést k náhlému úmrtí pacienta anebo k vážnému ohrožení jeho zdraví,*
- *způsobují pacientovi náhlou anebo intenzivní bolest,*
- *způsobují u pacienta náhlé změny v jeho chování, kterými ohrožuje nejen sebe, ale i své okolí (Remeš, 2013).*

Neodkladná péče je specifickou činností, vyžaduje pochopení a zvládnutí základních dovedností, jsou to:

- *vyšetření pacienta,*
- *neodkladná resuscitace,*
- *management dýchacích cest a dýchání,*
- *zajištění přístupu do krevního oběhu,*
- *podávání farmak a infuzních roztoků,*
- *léčba jednotlivých akutních stavů,*
- *komunikace s operačním střediskem,*
- *vyhodnocení události (Remeš, 2013).*

2.5 Legislativa v oblasti nelékařské zdravotnické péče

Pracovně právní vztahy upravuje **zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce**. Hlavním zákonem, který upravuje podmínky získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, a o změně některých souvisejících zákonů, je **zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských profesích**. Tento zákon vymezuje základní pojmy, odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a její získávání, akreditace, formy vzdělávání a další. Nelékařští zdravotničtí pracovníci se řídí dalšími zákonnými opatřeními, nařízeními a vyhláškami či etickými kodexy. Vhodné je zmínit také např. **zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod**.

2.6 Sexualita

Sexualita je definována jako soubor vlastností a jevů vyplývajících z pohlavních rozdílů. Jedná se o rozdíly:

- *anatomické,*
- *hormonální,*
- *reprodukční,*
- *erotické,*
- *chování a citění* – přitažlivost (Capponi, 1994).

Sexuální život do určité míry spoluurčuje kvalitu života, jelikož je vydatným zdrojem kladných i záporných zkušeností a citů (Zvěřina, 2000). Je významnou složkou života každého z nás. Sexualita je zdrojem silných citových hnutí (Zvěřina, 2012). Sexuální chování je lidskou přirozeností. Jedná se o prožitky a vlastnosti, které vedou člověka k hledání a uspokojování vlastních sobeckých potřeb, ale nutí jej brát ohled i na ostatní a spoluurčuje kvalitu života (Zvěřina, 2000).

Základem pohlavního života ze strany psychiky je *ztotožnění se s vlastní sexuální identitou*. Nejsilnějším sexuálním citovým hnutím je *orgasmus* – pocitové vyvrcholení (Zvěřina, 2000).

Každý člověk, ať už se jedná o muže, či ženu, má své cíle, hledá svůj smysl života, své životní poslání. Každý muž se zaobíral otázkami, co vlastně ženy doopravdy chtějí, jak je milovat apod. Mužské a ženské energie se vzájemně doplňují. Jednou z rad, kterou ve své knize „Cesta pravého muže“ její autoři Deida, Vítečková (2012) dávají mužům, je *neztratit se v každodenních úkolech a povinnostech*.

2.6.1 Determinanty lidské sexuality

Mezi rozhodující složky psychosexuálního vývoje patří sexuální identifikace, sexuální orientace, sexuální chování a vytvoření sexuální role (Weiss, 2010). Mezi determinanty lidské sexuality patří:

- *Biologické determinanty* – základ je tvořen genotypem, fenotypem, hormony, pohlavím a vývojem vnějších a vnitřních reprodukčních orgánů (Weiss, 2010).
- *Sexuální identita* – představuje pocit příslušnosti k mužskému či ženskému pohlaví, v případě poruchy transgender v této oblasti – male to male, female to female (Zvěřina, 2012).

- *Sexuální orientace* – kým je člověk na základě své touhy eroticky a sexuálně přitahován (Fafejda, 2016).
- *Sexuální role* – zabývá se identifikací rolí (manžel, otec), lidské sexuální chování má párový charakter (Zvěřina, 2003).

2.6.2 Mužská sexualita

Úlohu muže přetvořil současný moderní svět. Mezi očekávání spojovaná se současným pojetím muže patří např.:

- *otevřenější a liberálnější mentalita,*
- *nové nároky a aktivity,*
- *změna sociálních vztahů i práce,*
- *péče o vlastní tělo,*
- *aktivní zájem o život partnerky a další (Vigué, 2006).*

Změny posledních desetiletí se staly pro muže výzvou, muž je s nimi konfrontován a snaží se je využít ke svému prospěchu. Patří sem i psychické a fyzické zdraví, cvičení, diety a sex. Lidé by měli žít plnohodnotným, bezpečným a zdravým životem. S dobrou fyzickou kondicí jde ruku v ruce psychická pohoda a zdravé sebevědomí. Všichni lidé by měli dbát o své psychické i fyzické zdraví, kam patří také sexuální aktivita (Vigué, 2006).

Sex patří ke spokojenému životu člověka. Je k němu nutná duševní pohoda a fyzické zdraví. Mezi nejčastější příčiny sexuálních potíží je řazen *stres, negativismus, deprese*, bez nichž není již daleko k syndromu vyhoření. Bez kvalitního odpočinku organizmus nefunguje. Zvláště v dnešní moderní a uspěchané době sahají lidé často k různým uklidňujícím či podpurným lékům. Sexuální zdraví ničí také kofein, nikotin, alkohol, další návykové látky, ale také mobilní telefony, počítače, sociální sítě. Důležitá je mezi partnery zejména komunikace, vyjádření svých pocitů či přání z hlediska sexuálního života. Sexuálními prožitky lze zlepšit a prohloubit také citový vztah, nebo je možné jej zhoršit (Vigué, 2006).

Dobrý zdravotní stav, duševní a fyzická pohoda vede k dobrému sexu a naopak, dobrý sex může vést k dobrému zdraví a duševní a fyzické pohodě. Sexuální život se může neustále zlepšovat, nebo naopak zhoršovat. Existuje řada rad, jak si sexuální vitalitu udržet co nejdéle (zdravý životní styl, tj. zdravé stravování, pohybová aktivita, dostatek spánku apod.). Sexuální energie je univerzálním palivem života, vyživuje mysl, tělo i ducha. Zůstat sexuálně aktivní je jedním z nejlepších způsobů, jak zlepšovat svůj zdravotní stav, svůj život. Mužská sexualita se od sexuality ženské liší výrazně. Pro muže jde především o akt tělesný, pro ženy spíše o akt duševní, ale základem sexuality je u obou pohlaví touha (většinou po opačném pohlaví) a vzrušení (Clement, 2018).

Mužská sexuální role je spojována s většími nároky na pohlavní výkonnost, než je tomu u žen. Aby muž své sexuální výkonnosti dostál, potřebuje být vybaven správně vyvinutými a funkčními pohlavními orgány a dostatečným sebevědomím. Muži jsou méně závislí na kvalitě partnerského vztahu (Zvěřina, 2000).

U muže lze vyvolat vzrušení drážděním jakéhokoliv smyslu (zrak, sluch, čich, hmat, tj. pohled na nahou ženu, dotyky, slova, pach, polibky a další), kdy se dostávají do mozku signály k reakci nervového systému a dochází k erekci. Pohlavní styk má několik fází:

- *erekce* – vyplavování hormonů, zrychlení srdeční činnosti, zvýšení krevního tlaku, zvětšování penisu,
- *udržení erekce* – ztopoření penisu, pohlavní styk,
- *orgazmus* – zrychlení dechu, pulsů, krevního tlaku, ejakulace, příjemné tělesné, psychické prožitky, lze ho docílit také např. masturbací,
- *uvolnění* – refrakterní fáze, uklidnění (Vigué, 2006).

2.6.3 Dysfunkce v mužské sexualitě

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. decenální revize) zahrnují sexuální dysfunkce různé stavy, kdy se jedinec nemůže podílet na sexuálním vztahu dle svých přání, není schopen erekce, orgazmu apod. Sexuální reaktivita je proces psychosomatický (vliv psychologický a somatický). Do popředí se podle odborníků dostala zejména mužská sexuální dysfunkce, která výrazně ovlivňuje jejich sebevědomí, pocit úspěšnosti, životní spokojenost (Kratochvíl, 2008).

Dle Zvěřiny by každá sexuální dysfunkce měla být přesněji definována:

- *sexuální dysfunkce primární – sekundární* (primární dysfunkce se vyskytuje od začátku pohlavního života – sekundární se vyskytuje po delším období bezproblémového života),
- *sexuální dysfunkce úplná – částečná* (úplná dysfunkce znamená absenci některé sexuální kvality např. chybění lubrikace, chybění pevné erekce – o částečné dysfunkci mluvíme v případě narušení funkce jen do určité míry),
- *sexuální dysfunkce generalizovaná – selektivní* (generalizovaná porucha není vázána na aktuální partnerský vztah – selektivní dysfunkce je vázána na partnerský vztah a jeho kvalitu);
- *sexuální dysfunkce převážně funkční* – převážně organicky podmíněná.

Příčiny sexuálních dysfunkcí jsou pestré – konstituční, biologické, psychické a sociální (Zvěřina, 2012).

Rozdělit sexuální dysfunkce můžeme podle sexuality (sexuální reaktivita, sexuální apetence, dosažení orgazmu, stav uspokojení po souloži). K psychogenním příčinám sexuálních dysfunkcí řadíme tyto faktory:

- *nedostatečně účinná stimulace,*
- *rušivě působící podněty, prožitky, psychické stavy,*
- *vlivy minulosti, rodinné prostředí, výchova v dětství, psychická traumata ze sexuální oblasti,*
- *problémy v partnerském vztahu,*
- *osobnostní rysy, neuroticismus, poruchy osobnosti (Kratochvíl, 2008).*

Sexuální poruchy jsou určovány narušením nebo úplným zánikem některé ze sexuálních funkcí. Zvěřina mezi základní sexuální dysfunkce mužů řadí:

- *nízký zájem o sex – spíše vzácné u mužů, nejčastější příčinou jsou pokles nálady, deprese či jiná sexuální porucha;*
- *poruchy erekce – jedná se o nejčastější sexuální dysfunkci u mužů;*
- *předčasná ejakulace – projevuje se krátkým trváním pohlavního spojení;*
- *retardovaná a chybějící ejakulace;*
- *bolesti při souloži (Zvěřina, 2012).*

Praktická část

3 Použité metody

V této kapitole bude představen hlavní cíl práce a hypotézy, metodologie, kterou bylo šetření prováděno. Bude představen výzkumný vzorek, způsob sběru a vyhodnocení dat a jejich přehledné grafické zpracování.

3.1 Cíl práce

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda zvyšující se hodnota míry syndromu vyhoření má vliv na sexualitu u nelékařských zdravotnických pracovníků mužského pohlaví na pracovištích neodkladné péče ve fakultních zařízeních.

3.1.1 Hypotézy

H1: Předpokládáme, že čím vyšší bude hodnota míry syndromu vyhoření u mužů pracujících jako nelékařský zdravotnický pracovník ve fakultních zařízeních, tím nižší bude potřeba pohlavního vybití.

H2: Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako nelékařský zdravotnický pracovník ve fakultním zařízení, tím nižší bude četnost pokusů o pohlavní styk a rovněž bude nižší i frekvence uspokojivých pohlavních styků.

H3: Předpokládáme, že s možným rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u mužů pracujících jako nelékařský zdravotnický pracovník ve fakultních zařízeních pocit úspěšnosti v pohlavním životě.

H4: Předpokládáme, že čím vyšší skóre syndromu vyhoření bude u mužů pracujících jako nelékařský zdravotnický pracovník ve fakultních zařízeních, tím nižší bude kvalita ztopoření pohlavního údu.

H5: Předpokládáme, že čím bude vyšší skóre u respondentů v dotazníku syndromu vyhoření, tím kratší bude doba trvání soulože.

3.2 Metodologie

Vzhledem k tomu, že k získání potřebných dat byla zvolena metoda dotazníkového šetření, byl výzkum koncipován jako kvantitativní. Pro výzkumné šetření byly vybrány dva dotazníky, z nichž jeden byl standardizovaný, zaměřený na zjištění míry syndromu vyhoření – česká verze Shiromovy–Melamedovy škály (Shirom, Melamed, 2006 In Ptáček, 2013), druhý dotazník je zaměřen na sexuální funkce muže, dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999).

Standardizovaný dotazník Shirom-Melamedovy škály

Respondenti odpovídali v dotazníku na základě škály dle české verze Shiromovy – Melamedovy (SMBM – Shirom Melamed Burnout Measure), kde měli u jednotlivých možností, kterých bylo celkem 14 (např. cítím se unavený, necítím žádnou sílu jít ráno do práce, cítím se fyzicky vysílený, cítím, že mám všeho dost, cítím se vyhořelý apod.), sedm naformulovaných odpovědí, a to ve škále od 1 do 7 (nikdy nebo téměř nikdy, velmi zřídka, někdy, celkem často, velmi často a vždy anebo téměř vždy). Respondenti vybírali odpovědi, které nejvíce odpovídaly jejich pocitům. Škála se skládá ze tří subškál vyhoření – škála fyzická, škála kognitivní a škála emoční. Respondenti mohli získat nejméně 14 bodů a nejvíce 98 bodů.

Dotazník Sexuální funkce muže (SFM)

Druhá část dotazníkového šetření se věnovala již pohlavnímu životu nelékařského zdravotnického pracovníka (současný pohlavní život, pohlavní zkušenosti, potřeba pohlavního vybití a jeho četnost, frekvence pohlavních styků, trvání a uskutečnění soulože, nálada před pohlavním stykem a po něm anebo používání ochrany při pohlavním styku či schopnost ovládat ejakulaci a další). Dotazník se skládá ze dvou částí. První část obsahuje 14 otázek, na něž měli respondenti možnost výběru z odpovědí 0–4. V druhé části dotazníku si mohli respondenti vybrat z odpovědí tu, která je jim nejbližší.

Dotazníkové šetření probíhalo zcela anonymně ve dvou fakultních nemocnicích v Praze na odděleních neodkladné péče. Celkem bylo respondentům rozdáno 100 dotazníků – nelékařským zdravotnickým pracovníkům mužského pohlaví. Návratnost byla 60 %, dva dotazníky byly pro jiný způsob odpovědí, než bylo v zadání vyřazeny. Ke konečnému zpracování bylo tedy použito 58 dotazníků.

Dotazníky obsahovaly v první části 14 otázek, ve druhé části to bylo 21 otázek. Respondentům dotazník zabral ne více než 15 až 20 minut času. Byli seznámeni s účelem dotazníkového šetření, a to pro účely zpracování praktické části této práce s tím, že získané podklady budou použity pouze pro účely této práce a stanou se také součástí mezinárodní studie, která zkoumá syndrom vyhoření a jeho vliv na lidské zdraví.

Vyplněním dotazníku souhlasili respondenti se zpracováním výzkumných údajů. Respondenti byli požádáni, aby odpověděli na každou otázku v první i druhé části dotazníku, a to označením číslice v dotazníku, která nejvíce vystihuje sílu pocitů, které respondent z hlediska dané otázky prožívá.

3.3 Výzkumný vzorek

Výzkumné šetření probíhalo od června 2018 do října 2018. Vzorek tvořili nelékařští zdravotničtí pracovníci mužského pohlaví pracující na odděleních neodkladné péče. Šetření probíhalo ve dvou fakulních nemocnicích na odděleních resuscitační péče a jednotek intenzivní péče. Osloveno bylo celkem 100 respondentů. Kritéria pro zařazení do výzkumného šetření byli nelékařští zdravotničtí pracovníci mužského pohlaví pracující na odděleních neodkladné péče ve fakulních zařízeních.

3.4 Etické aspekty

Byly podány žádosti o povolení výzkumného šetření ve fakulních zařízeních. Tyto žádosti byly následně schváleny náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a náměstkyní pro nelékařská zdravotnická povolání.

Schválené žádosti o umožnění výzkumného šetření jsou uloženy a k dispozici jsou k nahlédnutí u autorky diplomové práce. Z důvodů zachování anonymity zdravotnických zařízení není jejich název uveden v celé diplomové práci.

3.5 Způsob sběru dat

Dotazníky po schválení náměstkyní pro ošetrovatelskou péči a náměstkyní pro nelékařská zdravotnická povolání daných nemocnic byly v listinné podobě rozdány na pracoviště neodkladné péče. Byly přiděleny na pracoviště jako anonymní, čítaly čtyři A4 listy, byly sešity a uloženy do eurofolie a ta následně do A4 obálky. Tím byla zajištěna anonymita respondentů. Dotazníky byly předány vrchním sestřám daných pracovišť, které požádaly mým jménem žádoucí respondenty o vyplnění. Vyplněný dotazník vložený do eurofolie a do obálky, kterou bylo možno zalepit, respondenti vkládali do připraveného boxu, zajištěného proti otevření pouze otvorem pro vložení obálky. Box označený jménem autora byl uložen na denních místnostech či sesternách. Výběr boxu probíhal mnou dle dohody se staničními sestrami nejčastěji 5-7den. Bylo celkem distribuováno 100 dotazníků, jejich návratnost činila 60 % (výsledně použito 58 dotazníků).

3.6 Způsob zpracování dat

Po získání dotazníků od respondentů byla data zpracována v excelovém souboru 2016, v němž byla vytvořena matice obsahující otázky z dotazníku. Pro přehlednější analýzu byl kvalitativním odpovědím přiřazen číselný kód (1, 2,...dle možností odpovědí), který se zapisoval do matice. U kvantitativních odpovědí byla číselná hodnota z dotazníku byla zachována. Poté se přistoupilo k třídění prvního stupně. K otázkám byly stanoveny četnosti relativní a absolutní.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Demografický popis respondentů

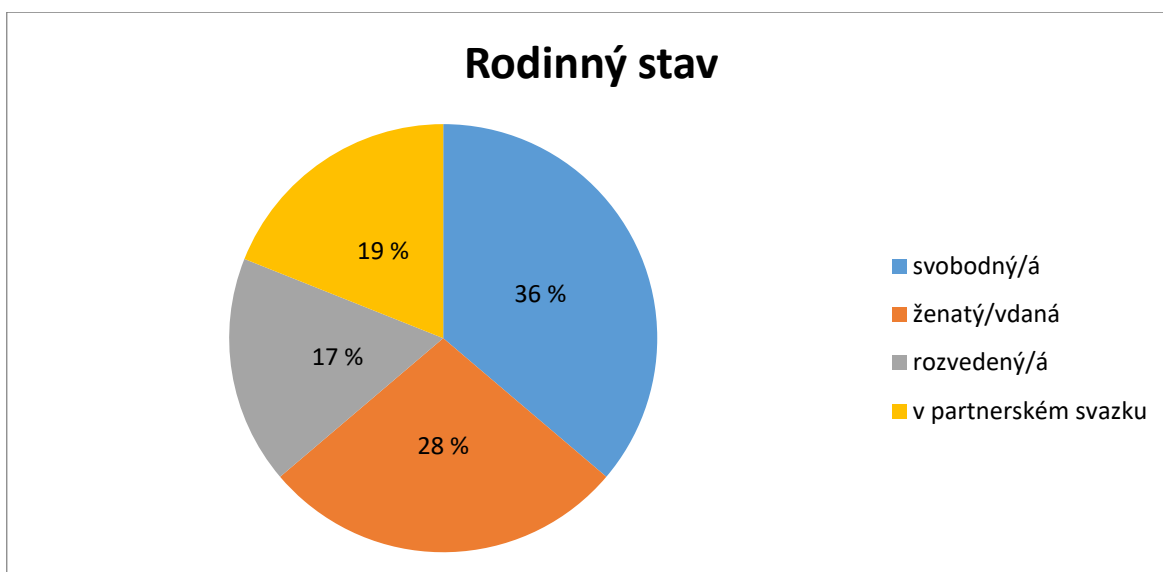
Jedná se demografický popis respondentů – nelékařských zdravotnických pracovníků mužského pohlaví na pracovištích neodkladné péče ve fakultních zařízeních.

Graf 1 Věk respondentů



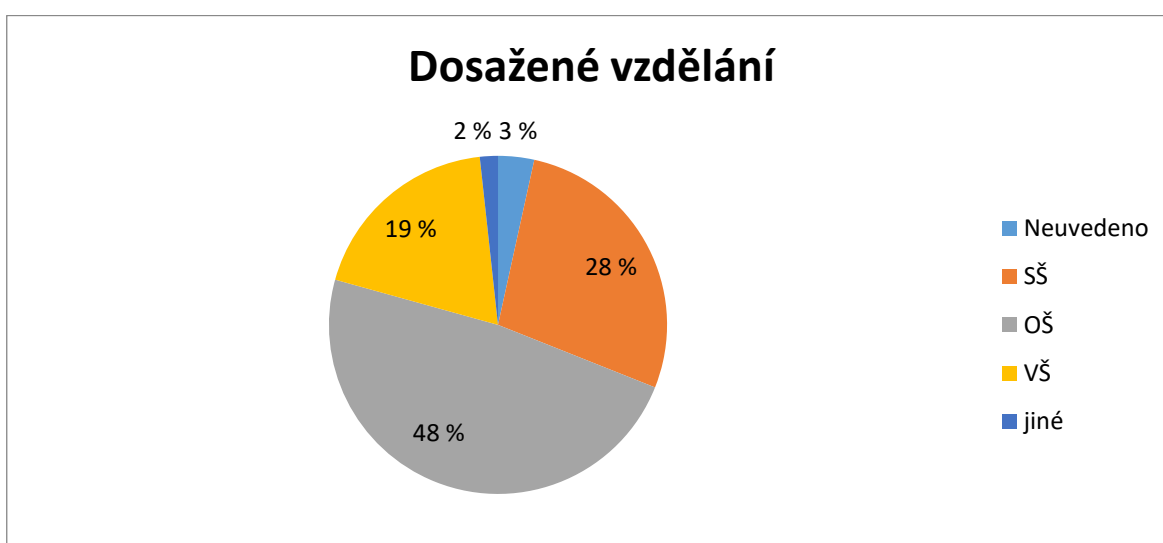
Graf 1 znázorňuje věkové zastoupení zúčastněných respondentů. Pro lepší přehlednost byli respondenti rozděleni do věkových skupin po 5 letech. Graf znázorňuje největší zastoupení 27–32 let (40 %, tj. 23respondentů). Naopak věkové skupiny 39–44 let (10 %, tj. 6 respondentů) a 51–58 (10 %, tj. 6 respondentů) mají nejmenší zastoupení.

Graf 2: Rodinný stav



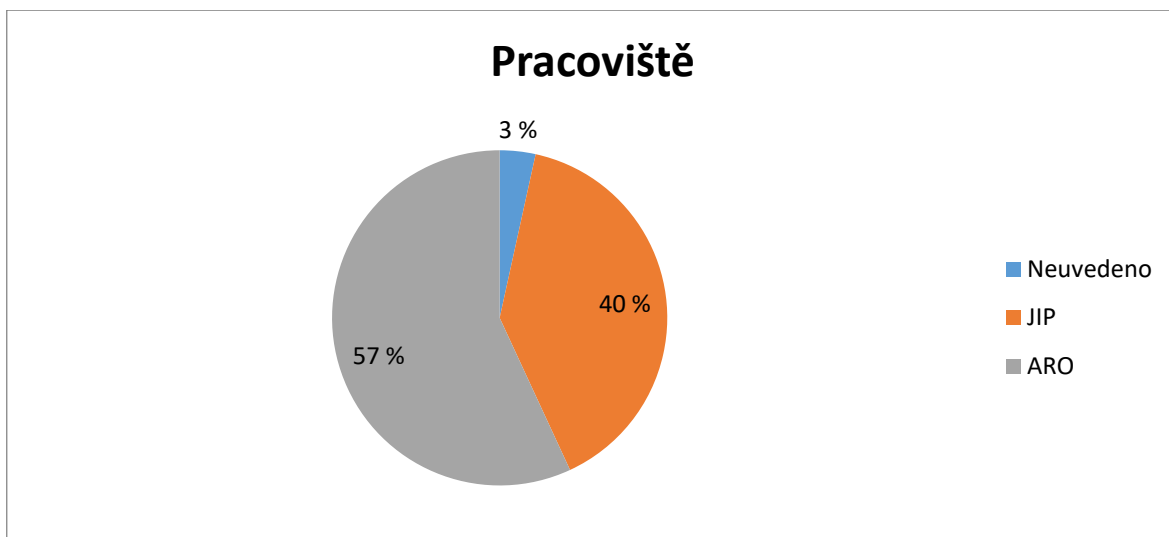
Graf 2 znázorňuje rodinný stav respondentů. Nejpočetnější je skupina svobodných respondentů – 36 %, tj. 21 respondentů. Nejméně početná je skupina rozvedených respondentů – 17 %, tj. 10 respondentů.

Graf 3: Dosažené vzdělání



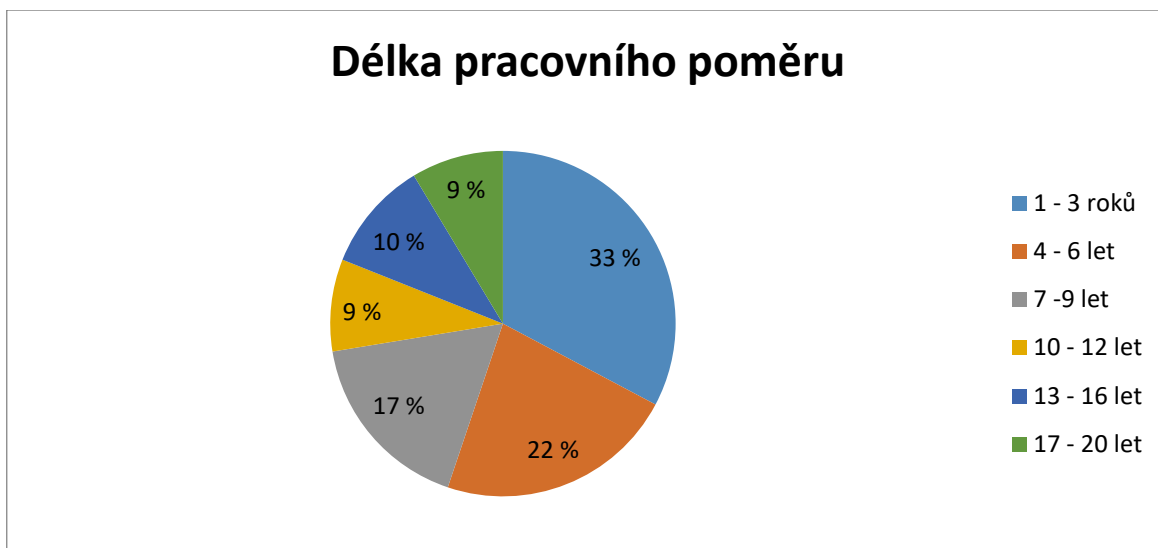
Graf 3 znázorňuje dosažené vzdělání respondentů. Největší skupinu tvoří vzdělání na vyšší odborné škole 48 %, tj. 28 respondentů. Nejmenší skupinu tvoří skupina jiné 2 %, tj. 1 respondent – specializační studium.

Graf 4: Pracoviště



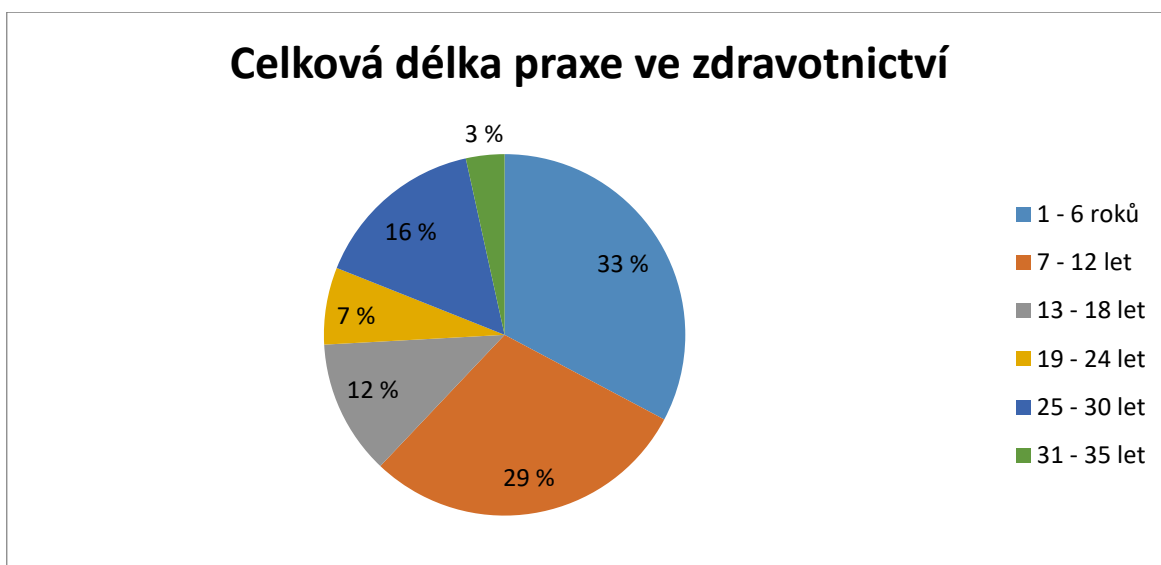
Graf 4 znázorňuje odborná pracoviště respondentů. 57 %, tj. 33 respondentů, pracuje na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, 40 %, tj. 23 respondentů, pracuje na jednotkách intenzivní péče. Zbývajících 3 %, tj. 2 respondenti, neuvádějí své pracoviště.

Graf 5: Délka pracovního poměru



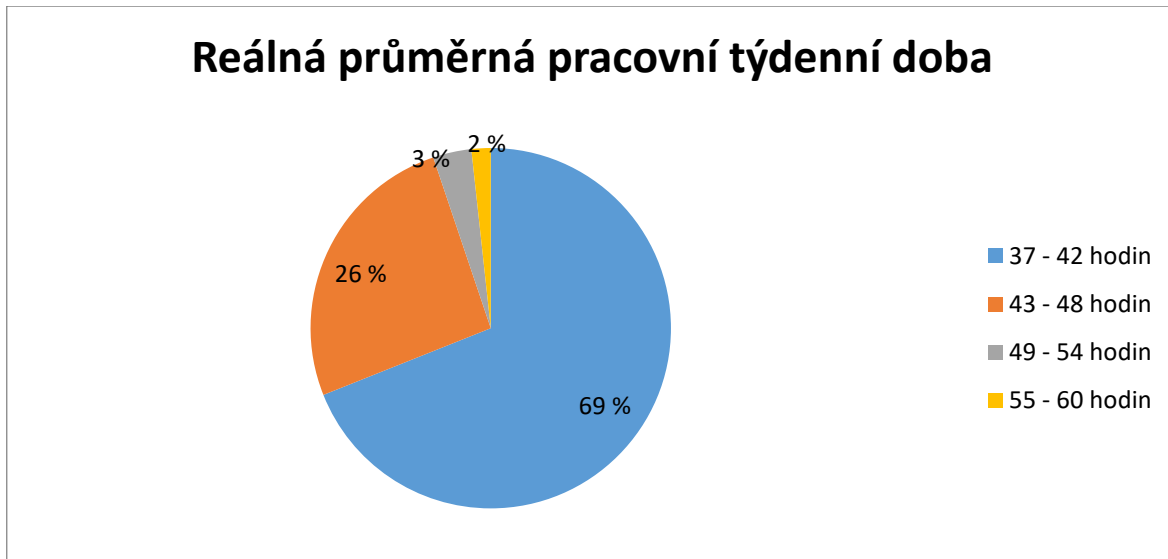
Graf 5 nám znázorňuje délku současného pracovního poměru respondentů. Nejdelší časové období 17–20 let a 10–12 let udává 9 %, tj. 5 respondentů. Nejkratší trvání současného pracovního poměru, tj. 1–3 let udává 33 %, tj. 19 respondentů.

Graf 6: Celková délka praxe ve zdravotnictví



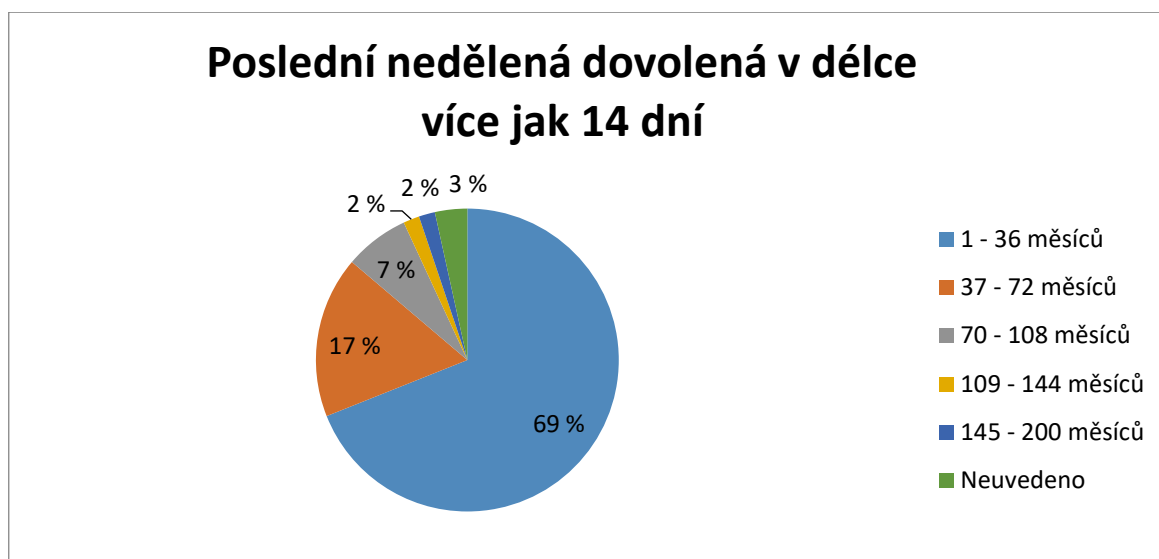
Graf 6 informuje o celkové délce praxe respondentů ve zdravotnictví. Pro lepší přehlednost byli respondenti rozděleni do 6 skupin po 6 letech. Nejdelší časové období praxe respondentů ve zdravotnictví činí 31–35 let, což uvedla 3 %, tj. 2 respondenti. Nejkratší uváděné časové období celkové praxe 1–6 let označilo 33 %, tj. 19 respondentů.

Graf 7: Reálná průměrná týdenní pracovní doba



Graf 7 názorně ukazuje reálnou průměrnou pracovní týdenní dobu respondentů. Celkem 69 %, tj. 40 respondentů, uvádí reálnou průměrnou pracovní týdenní dobu v rozsahu 37–42 hodin. Nejdelší reálnou průměrnou pracovní týdenní dobu 55–60 hodin uvedla 2 %, tj. 1 respondent.

Graf 8: Poslední nedělená dovolená v délce více jak 14 dní



Graf 8 informuje, kdy naposledy měli respondenti dovolenou delší než 14 dní. Nejdelší časové období 145-200 měsíců od doby, kdy měli respondenti tuto dovolenou uvedla 2 %, tj. 1 respondent. Nejkratší časové období od dovolené delší než 14 dnů 1–36 měsíců uvedlo 69 %, tj. 40 respondentů. Zbývající 2 respondenti, tj. 3 %, tuto otázku nezodpověděli.

4.2 Hypotéza 1

Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako nelékařský zdravotnický pracovník ve fakultních zařízeních, tím nižší bude potřeba pohlavního vybití.

První hypotéza se vztahuje k otázce číslo 1 v dotazníku sexuálních funkcí a získaným výsledkům v dotazníku syndromu vyhoření.

Otázka 1 Potřeba pohlavního vybití

Kdyby záleželo jenom na mé chuti, kdybych měl k tomu vhodné zevní podmínky a dostatek vlastních schopností, vyhovovalo by mně mít pohlavní styk:

0 – vůbec nikdy, nebo 1× za rok

1 – několikrát za rok, nejvýš 1× měsíčně

2 – 2–4 × za měsíc

3 – 2× nebo vícekrát týdně

4 – denně nebo vícekrát za den

Po sečtení odpovědí respondentů byly odpovědi 0 – *vůbec nikdy, nebo 1× za rok* (odpověděl pouze 1 respondent, tj. 1,7 %) a 1 – *několikrát za rok, nejvýš 1× měsíčně* (odpovědělo 6 respondentů, tj. 10,3 %) sloučeny na výslednou s *nejvýše 2–4× za měsíc (a méně)*.

Absolutní a relativní četnost variant odpovědí na otázku ohledně potřeby pohlavního vybití jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 1: Potřeba pohlavního vybití – absolutní a relativní četnost

Odpověď	Počet	%
4× za měsíc (a méně)	21	36,2
2× nebo vícekrát týdně	26	44,8
denně nebo vícekrát za den	11	19,0
Celkem	58	100,0

Varianty po sloučení byly porovnány s ohledem na míru fyzického, kognitivního, emočního a celkového vyhoření. P-hodnota preferovaného testu pro rozhodnutí o statisticky významném rozdílu byla zvýrazněna tučně.

Tabulka 2: Potřeba pohlavního vybití respondentů

Vyhoření	Potřeba pohlavního vybití						p-hodnota	
	4× za měsíc (a méně) (n = 21)		2× nebo vícekrát týdně (n = 26)		denně nebo vícekrát za den (n = 11)		ANOVA	K-W test
	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	3,0	1,3	3,1	0,8	2,9	1,7	0,862	0,569
Kognitivní	2,6	1,4	2,6	0,8	2,7	1,3	0,974	0,880
Emoční	2,6	1,2	2,2	0,7	2,4	1,2	0,543	0,679
Celkem	2,8	1,2	2,7	0,6	2,7	1,4	0,995	0,734

SD zkratka pro standard deviation čili směrodatná odchylka

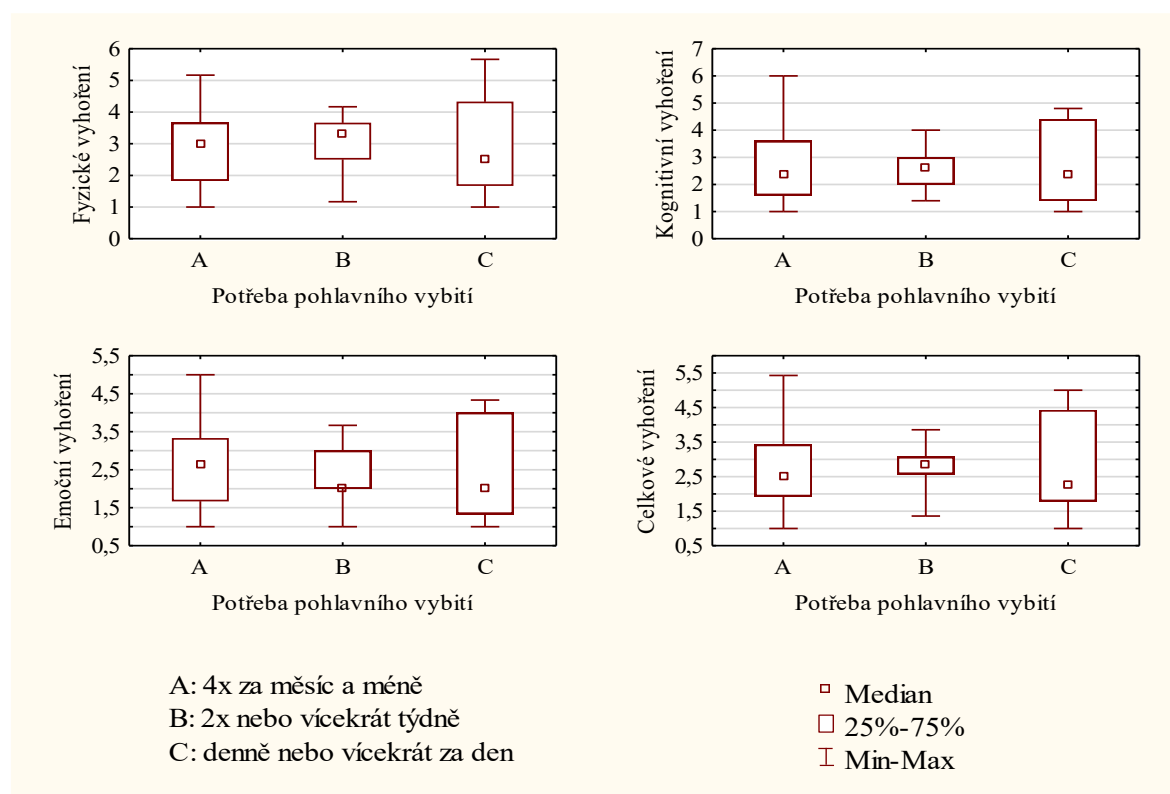
U respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití 4× za měsíc nebo méně, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,0 při směrodatné odchylce 1,3, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,6 při směrodatné odchylce 1,4, průměrná míra emočního vyhoření 2,6 při směrodatné odchylce 1,2 a průměrná míra celkového vyhoření 2,8 při směrodatné odchylce 1,2.

U respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití 2× nebo vícekrát týdně, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,1 při směrodatné odchylce 0,8, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,6 při směrodatné odchylce 0,8, průměrná míra emočního vyhoření 2,2 při směrodatné odchylce 0,7 a průměrná míra celkového vyhoření 2,7 při směrodatné odchylce 0,6.

U respondentů, kteří uvedli potřebu pohlavního vybití denně nebo vícekrát denně, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 2,9 při směrodatné odchylce 1,7, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,7 při směrodatné odchylce 1,3, průměrná míra emočního vyhoření 2,4 při směrodatné odchylce 1,2 a průměrná míra celkového vyhoření 2,7 při směrodatné odchylce 1,4.

Rozdíly v hodnotách jednotlivých druhů vyhoření nebyly dle variant potřeby pohlavního vybití statisticky významné, neboť p-hodnoty u všech testů vyšly vyšší než 0,05. Závislost míry vyhoření na frekvenci potřeby pohlavního vybití tedy nebyla prokázána. Na základě statistické analýzy tedy hypotézu č. 1 nelze přijmout.

Graf 9: Potřeba pohlavního vybití



4.3 Hypotéza 2

Předpokládáme, že čím vyšší bude skóre syndromu vyhoření u mužů pracujících jako nelékařský zdravotnický pracovník ve fakultním zařízení, tím nižší bude četnost pokusů o pohlavní styk, a rovněž bude nižší i frekvence uspokojivých pohlavních styků.

Druhá hypotéza se vztahuje k otázce 3 a 4 v dotazníku sexuálních funkcí a dosaženým výsledkům syndromu vyhoření.

Otázka 3 Častost pohlavních styků

Ve snaze uskutečnit soulož, ale bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, se pohlavně přibližují ke své partnerce (líbám ji, objímám ji, dotýkám se, pokouším se o tělesné spojení):

0 – vůbec nikdy nebo již alespoň rok nikoliv

1 – několikrát za rok, nejvýš 1× měsíčně

2 – několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden

3 – 2× nebo vícekrát za týden

4 – denně nebo vícekrát za den

Možnosti *vůbec nikdy nebo již alespoň rok nikoliv* a *několikrát za rok, nejvýše jednou za měsíc* zvolilo pouze 9 respondentů, tj. 15,5 %. Proto odpovědi 0 a 1 byly sloučeny na výslednou *několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden (a méně)*.

Po zpracování odpovědí vznikly tři kategorie z dotazníku sexuálních funkcí: *několikrát za měsíc, nejvýše jednou za týden (a méně)*, kterou zvolilo 41,38 % respondentů (n = 24), *2× nebo vícekrát za týden*, kterou uvedlo 39,66 % respondentů (n = 23) a *denně nebo vícekrát za den* zvolilo 18,97 % respondentů (n = 11).

Absolutní a relativní častosti variant odpovědí na otázku ohledně častosti pohlavních styků jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 3: Častost pokusů o pohlavní styk – absolutní a relativní četnost

Odpověď	Počet	%
1× týdně nebo méně	24	41,4
2× nebo vícekrát za týden	23	39,7
denně nebo vícekrát za den	11	19,0
Celkem	58	100,0

Varianty po sloučení byly porovnány s ohledem na míru fyzického, kognitivního, emočního a celkového vyhoření. P-hodnota preferovaného testu pro rozhodnutí o statisticky významném rozdílu byla zvýrazněna tučně.

Tabulka 4: Častost pokusů o pohlavní styk

Vyhoření	Častost pokusů o pohlavní styk						p-hodnota	
	1× týdně nebo méně (n = 24)		2× nebo vícekrát za týden (n = 23)		denně nebo vícekrát za den (n = 11)		ANOVA	K-W test
	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	3,0	1,4	3,2	0,9	2,6	1,1	0,341	0,346
Kognitivní	2,7	1,4	2,7	0,9	2,5	1,0	0,934	0,918
Emoční	2,6	1,2	2,3	0,8	2,1	0,9	0,458	0,444
Celkem	2,8	1,2	2,8	0,8	2,5	1,0	0,607	0,610

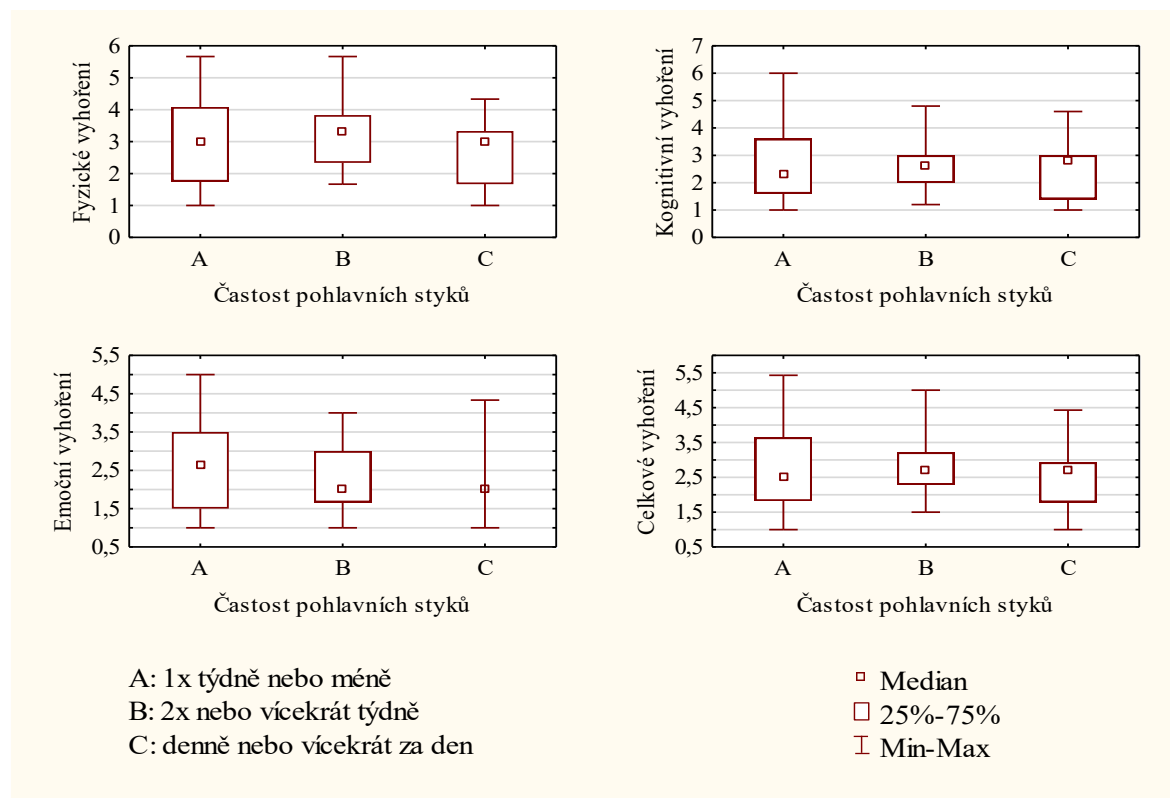
U respondentů, kteří uvedli častost pokusů o pohlavní styk 1× týdně nebo méně, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,0 při směrodatné odchylce 1,4, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,7 při směrodatné odchylce 1,4, průměrná míra emočního vyhoření 2,6 při směrodatné odchylce 1,2 a průměrná míra celkového vyhoření 2,8 při směrodatné odchylce 1,2.

U respondentů, kteří uvedli častost pokusů o pohlavní styk 2× nebo vícekrát týdně, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,2 při směrodatné odchylce 0,9, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,7 při směrodatné odchylce 0,9, průměrná míra emočního vyhoření 2,3 při směrodatné odchylce 0,8 a průměrná míra celkového vyhoření 2,8 při směrodatné odchylce 0,8.

U respondentů, kteří uvedli častost pokusů o pohlavní styk denně nebo vícekrát denně, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 2,6 při směrodatné odchylce 1,1, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,5 při směrodatné odchylce 1,0, průměrná míra emočního vyhoření 2,1 při směrodatné odchylce 0,9 a průměrná míra celkového vyhoření 2,5 při směrodatné odchylce 1,0.

Rozdíly v hodnotách jednotlivých druhů vyhoření nebyly dle variant četnosti pokusů o pohlavní styk statisticky významné, neboť p-hodnoty u všech testů vyšly vyšší než 0,05. Závislost míry vyhoření na četnosti pokusů o pohlavní styk tedy nebyla prokázána. Z následujících krabicových grafů je patrné, že rozdíly nebyly zjištěny ani dle pořadových statistik.

Graf 10: Častost pokusů o pohlavní styk



Absolutní a relativní četnosti variant odpovědí na otázku ohledně častosti uskutečnění soulože jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 5: Častost uskutečnění soulože – absolutní a relativní četnost

Odpověď	Počet	%
vůbec nikdy	2	3,4
v menšině případů	1	1,7
většinou	23	39,7
za běžných podmínek vždy	27	46,6
absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující	5	8,6
Celkem	58	100,0

Po sloučení variant s četnostmi nižšími než 10 s vedlejšími variantami vypadala tabulka následovně.

Tabulka 6: Častost uskutečnění soulože – absolutní a relativní četnost

Odpověď	Počet	%
většinou (a méně)	26	44,8
za běžných podmínek vždy (a více)	32	55,2
Celkem	58	100,0

Varianty po sloučení byly porovnány s ohledem na míru fyzického, kognitivního, emočního a celkového vyhoření. P-hodnota preferovaného testu pro rozhodnutí o statisticky významném rozdílu byla zvýrazněna tučně.

Tabulka 7: Častost uskutečnění soulože

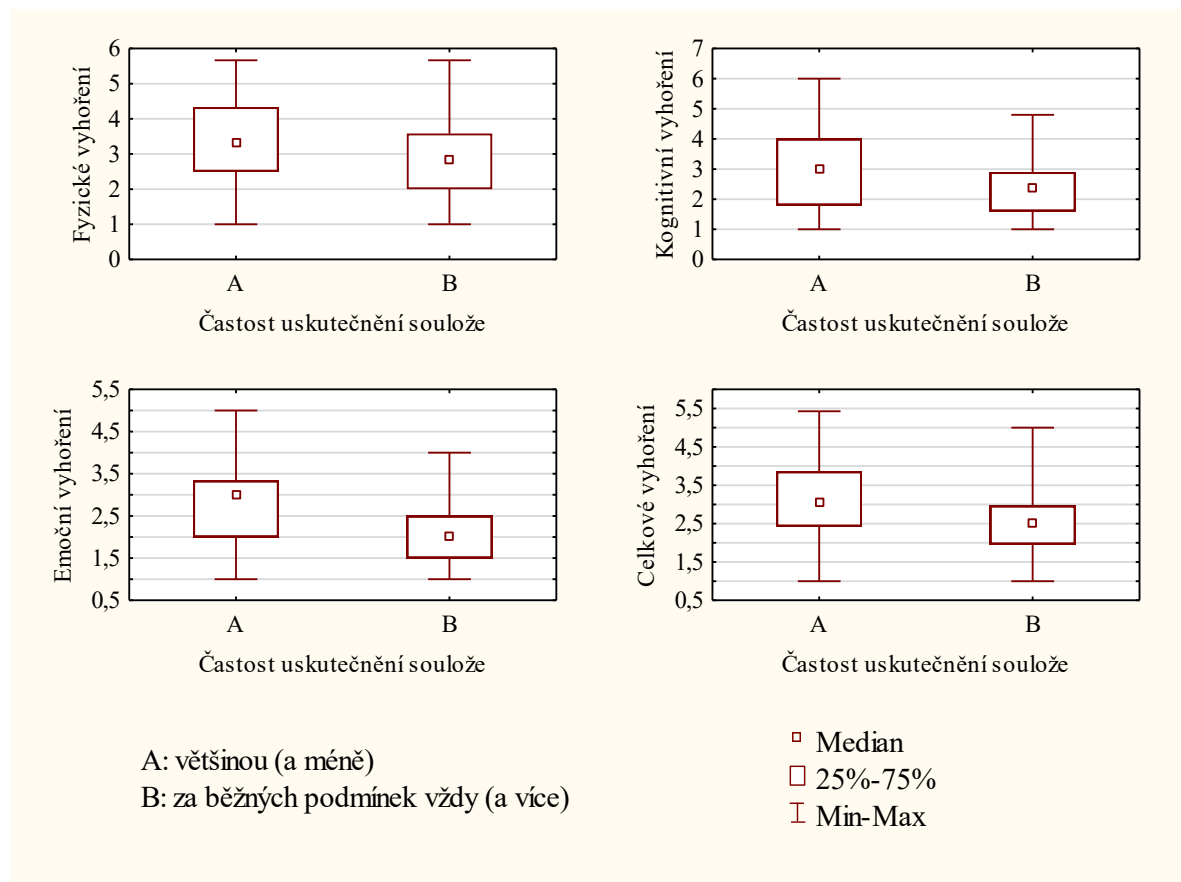
Vyhoření	Častost uskutečnění soulože				p-hodnota	
	většinou (a méně) (n = 26)		za běžných podmínek vždy (a více) (n = 32)		t-test	M-W test
	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	3,4	1,2	2,8	1,1	0,044	0,051
Kognitivní	3,0	1,3	2,4	0,9	0,051	0,063
Emoční	2,7	1,0	2,1	0,8	0,012	0,016
Celkem	3,1	1,1	2,5	0,9	0,023	0,020

U respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože většinou (a méně), byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,4 při směrodatné odchylce 1,2, průměrná míra kognitivního vyhoření 3,0 při směrodatné odchylce 1,3, průměrná míra emočního vyhoření 2,7 při směrodatné odchylce 1,0 a průměrná míra celkového vyhoření 3,1 při směrodatné odchylce 1,1.

U respondentů, kteří uvedli častost uskutečnění soulože za běžných podmínek vždy (a více), byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 2,8 při směrodatné odchylce 1,1, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,4 při směrodatné odchylce 0,9, průměrná míra emočního vyhoření 2,1 při směrodatné odchylce 0,8 a průměrná míra celkového vyhoření 2,5 při směrodatné odchylce 0,9.

Závislost na častosti uskutečnění soulože byla dle Welchova t-testu prokázána pro fyzické vyhoření ($p = 0,044 < 0,05$) a celkové vyhoření ($p = 0,023 < 0,05$) a dle Mann-Whitneyho testu pro emoční vyhoření ($p = 0,016 < 0,05$). Pro kognitivní vyhoření závislost prokázána dle Welchova t-testu nebyla ($p = 0,051 > 0,05$), byť při zvolené hladině významnosti to bylo těsně. Bylo tedy zjištěno, že s větší častostí uskutečnění soulože je spojena statisticky významně nižší míra fyzického, emočního a celkového vyhoření. Tento závěr potvrzují i pořadové statistiky obou skupin, kdy skupina B má vyšší hodnoty mediánu, dolního i horního kvartilu pro všechny druhy vyhoření.

Graf 11: Častost uskutečnění soulože



4.4 Hypotéza 3

Předpokládáme, že s rozvojem syndromu vyhoření bude klesat u mužů pracujících jako nelékařský zdravotnický pracovník ve fakultních zařízeních pocit úspěšnosti v pohlavním životě.

Třetí hypotéza se vztahuje k otázce číslo 9 v dotazníku sexuálních funkcí a naměřeným hodnotám v dotazníku syndromu vyhoření.

Otázka 9 Pocit úspěšnosti v pohlavním životě

0 – úplně neschopný, partnerka odmítá mít se mnou styk

1 – spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky

2 – nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela neschopný

3 – většinou úspěšný

4 - naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku

Vzhledem k tomu, že odpověď 0 – *úplně neschopný, partnerka odmítá mít se mnou styky*, zvolil pouze jeden respondent a odpověď *spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky* nezvolil žádný respondent, byly odpovědi 0 a 1 sloučeny, na výslednou *nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela neschopný (a hůře)*. Tuto odpověď zvolilo 19,6 % respondentů (n = 11). Odpověď *většinou úspěšný* zvolilo 60,3 % respondentů (n = 35) a odpověď *naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku* uvedlo 20,7 % respondentů (n = 12).

Absolutní a relativní četnosti variant odpovědí na otázku ohledně pocitu úspěšnosti v pohlavním životě jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 8: Pocit úspěšnosti v pohlavním životě – absolutní a relativní četnost

Odpověď	Počet	%
nejistý (a hůře)	11	19,0
většinou úspěšný	35	60,3
naprosto jistý	12	20,7
Celkem	58	100,0

Variety byly po sloučení porovnány s ohledem na míru fyzického, kognitivního, emočního a celkového vyhoření. P-hodnota preferovaného testu pro rozhodnutí o statisticky významném rozdílu byla zvýrazněna tučně.

Tabulka 9: Pocit úspěšnost v pohlavním životě

Vyhoření	Pocit úspěšnosti v pohlavním životě						p-hodnota	
	nejistý (a hůře) (n = 11)		většinou úspěšný (n = 35)		naprosto jistý (n = 12)		ANOV A	K-W test
	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	3,3	1,3	3,1	1,1	2,7	1,3	0,495	0,372
Kognitivní	3,0	1,1	2,8	1,1	2,0	1,0	0,057	0,033
Emoční	2,7	1,1	2,4	0,9	2,1	1,1	0,358	0,272
Celkem	3,1	1,1	2,8	0,9	2,3	1,0	0,203	0,125

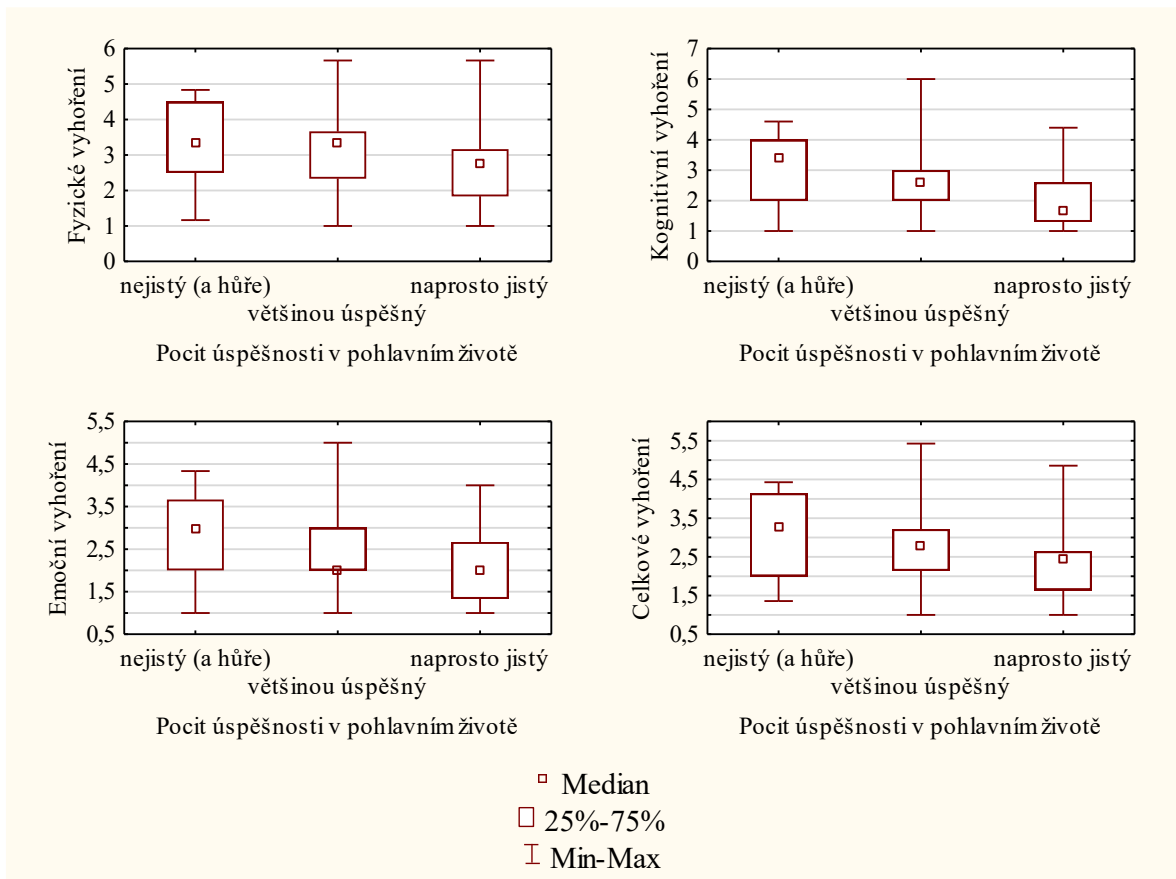
U respondentů, kteří uvedli nejistotu nebo horší popis své úspěšnosti v pohlavním životě, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,3 při směrodatné odchylce 1,3, průměrná míra kognitivního vyhoření 3,0 při směrodatné odchylce 1,1, průměrná míra emočního vyhoření 2,7 při směrodatné odchylce 1,1 a průměrná míra celkového vyhoření 3,1 při směrodatné odchylce 1,1.

U respondentů, kteří uvedli, že jsou v pohlavním životě většinou úspěšní, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,1 při směrodatné odchylce 1,1, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,8 při směrodatné odchylce 1,1, průměrná míra emočního vyhoření 2,4 při směrodatné odchylce 0,9 a průměrná míra celkového vyhoření 2,8 při směrodatné odchylce 0,9.

U respondentů, kteří uvedli, že si jsou v pohlavním životě naprosto jistí, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 2,7 při směrodatné odchylce 1,3, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,0 při směrodatné odchylce 1,0, průměrná míra emočního vyhoření 2,1 při směrodatné odchylce 1,1 a průměrná míra celkového vyhoření 2,3 při směrodatné odchylce 1,0.

Rozdíly v hodnotách jednotlivých druhů vyhoření nebyly dle variant úspěšnosti v pohlavním životě statisticky významné, neboť p-hodnoty u všech testů vyšly vyšší než 0,05. Závislost míry vyhoření na úspěšnosti v pohlavním životě tedy nebyla prokázána. Z následujících krabicových grafů je dle pořadových statistik patrná určitá klesající tendence míry vyhoření pro zvyšující se úspěšnost v pohlavním životě, nicméně dle statistických testů nebyla dostatečně významná.

Graf 12: Pocit úspěšnosti v pohlavním životě



4.5 Hypotéza 4

Předpokládáme, že čím vyšší skóre syndromu vyhoření bude u mužů pracujících jako nelékařský zdravotnický pracovník ve fakultních zařízeních, tím nižší bude kvalita ztopoření pohlavního údu.

Čtvrtá hypotéza se vztahuje k otázce číslo 5 v dotazníku sexuálních funkcí a naměřeným výsledkům v dotazníku syndromu vyhoření.

Otázka 5 Kvalita ztopoření pohlavního údu

Nejčastěji se u mě vyskytuje, resp. nejvíce mi vadí tento stav:

0 – ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje

1 – ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné

2 – dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení údu ještě před výronem semene

3 – ztopoření stačí k zavedení údu, vydrží do výronu semene, nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož

4 – ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek

Pro přehlednější hodnocení kvality ztopoření pohlavního údu byly odpovědi sloučené do tří skupin. Odpověď *ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje*, uvedl 1 respondent. Odpověď *ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné* uvedli 2 respondenti a odpověď *dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení údu ještě před výronem semene* zvolilo 7 respondentů. Tyto odpovědi byly sloučeny do jedné skupiny s názvem *dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví... (a hůře)*. Tudíž tuto odpověď zvolilo 17,9 % respondentů (n = 10). Odpověď *ztopoření stačí k zavedení údu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož*, zvolilo 42,9 % respondentů (n = 24). Celkem 39,3 % respondentů (n = 22) odpovědělo, že *ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek*.

Absolutní a relativní četnosti variant odpovědí na otázku ohledně kvality ztopoření pohlavního údu jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 10: Kvalita ztopoření pohlavního údu – absolutní a relativní četnost

Odpověď	Počet	%
dlouho trvá ... (a hůře)	10	17,2
podstatněji neruší soulož	26	44,8
naprosto spolehlivé	22	37,9
Celkem	58	100,0

Varianty po sloučení byly porovnány s ohledem na míru fyzického, kognitivního, emočního a celkového vyhoření. P-hodnota preferovaného testu pro rozhodnutí o statisticky významném rozdílu byla zvýrazněna tučně.

Tabulka 11: Kvalita ztopoření pohlavního údu

Vyhoření	Kvalita ztopoření pohlavního údu						p-hodnota	
	dlouho trvá (a hůře) (n = 10)		podstatněji neruší soulož (n = 26)		naprosto spolehlivé (n = 22)		ANOVA	K-W test
	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	3,8	1,4	3,2	1,0	2,5	0,9	0,006	0,009
Kognitivní	3,4	1,2	2,8	1,1	2,1	0,9	0,008	0,010
Emoční	2,9	1,2	2,4	0,9	2,1	0,9	0,073	0,059
Celkem	3,5	1,2	2,9	0,9	2,3	0,8	0,004	0,004

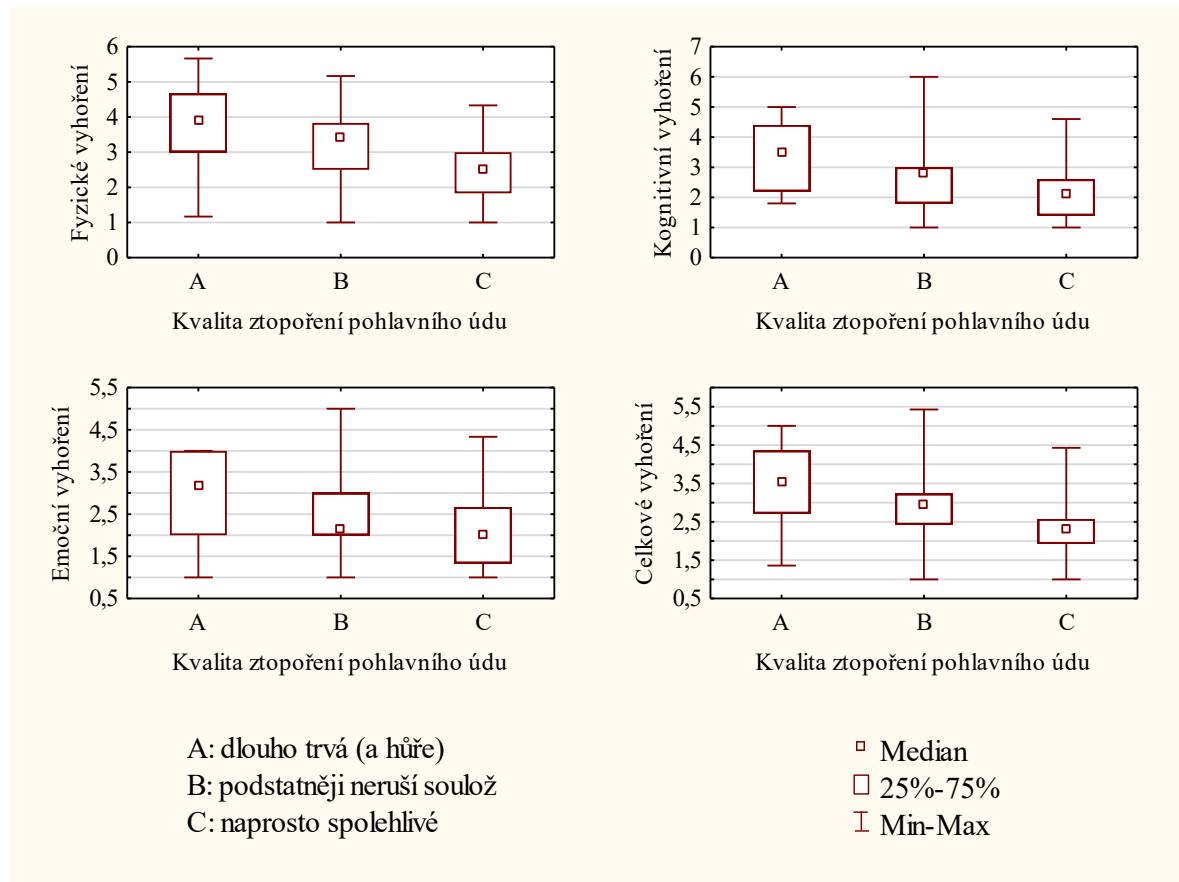
U respondentů, kteří uvedli, že ztopoření pohlavního údu dlouho trvá (a hůře), byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,8 při směrodatné odchylce 1,4, průměrná míra kognitivního vyhoření 3,4 při směrodatné odchylce 1,2, průměrná míra emočního vyhoření 2,9 při směrodatné odchylce 1,2 a průměrná míra celkového vyhoření 3,5 při směrodatné odchylce 1,2.

U respondentů, kteří uvedli, že ztopoření pohlavního údu podstatněji neruší soulož, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,2 při směrodatné odchylce 1,0, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,8 při směrodatné odchylce 1,1, průměrná míra emočního vyhoření 2,4 při směrodatné odchylce 0,9 a průměrná míra celkového vyhoření 2,9 při směrodatné odchylce 0,9.

U respondentů, kteří uvedli, že ztopoření pohlavního údu je naprosto spolehlivé, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 2,5 při směrodatné odchylce 0,9, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,1 při směrodatné odchylce 0,9, průměrná míra emočního vyhoření 2,1 při směrodatné odchylce 0,9 a průměrná míra celkového vyhoření 2,3 při směrodatné odchylce 0,8.

Kvalita ztopoření pohlavního údu byla dle analýzy rozptylu prokázána pro fyzické vyhoření ($p = 0,006 < 0,05$), kognitivní vyhoření ($p = 0,008 < 0,05$) a celkové vyhoření ($p = 0,004 < 0,05$). Pro emoční vyhoření nebyla závislost dle Kruskal-Wallisova testu prokázána ($p = 0,059 > 0,05$). Bylo tedy prokázáno, že s rostoucí kvalitou ztopoření pohlavního údu je spojena klesající míra fyzického, kognitivního a celkového vyhoření. Z krabicového grafu je patrná zmíněná klesající tendence i dle pořadových statistik.

Graf 13: Kvalita ztopoření pohlavního údu



4.6 Hypotéza 5

Předpokládáme, že čím bude vyšší skóre u respondentů v dotazníku syndromu vyhoření, tím kratší doba trvání soulože bude.

Poslední hypotéza se vztahuje k otázce 6 v dotazníku sexuálních funkcí a naměřeným výsledkům v dotazníku syndromu vyhoření.

Otázka 6 Doba trvání soulože

K výronu semene u mě dochází:

0 – ještě před zavedením údu nebo k němu při souloži vůbec nedochází

1 – při zavedení údu nebo během několika vteřin soulože

2 – během 1–2 minut soulože

3a – během 3–5 minut

3b – během 6 a více minut

4 – soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky

Pro přehlednější hodnocení doby trvání soulože byly odpovědi sloučené do tří kategorií. Odpovědi *ještě před zavedením údu nebo k němu při souloži vůbec nedochází, při zavedení údu nebo během několika vteřin soulože a během 1–2 minut soulože* byly sjednoceny do kategorie během 1–2 minut soulože (či dříve). Tuto odpověď zvolilo 25 % respondentů (n = 14). Odpověď *během 3–5 minut* zvolilo 25 % respondentů (n = 14). Odpovědi *během 6 a více minut a soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky*, byly sjednoceny na během 6 a více minut (či později). Tuto odpověď uvedlo 50 % respondentů (n = 28).

Absolutní a relativní četnosti variant odpovědí na otázku ohledně doby trvání soulože jsou uvedeny v následující tabulce.

Po sloučení variant s četnostmi nižšími než 10 s vedlejšími variantami vypadala tabulka následovně.

Tabulka 12: Doba trvání soulože – absolutní a relativní četnost

Odpověď	Počet	%
1–2 minuty (či méně)	14	24,1
3–5 minut	16	27,6
6 minut (a více)	28	48,3
Celkem	58	100,0

Varianty po sloučení byly porovnány s ohledem na míru fyzického, kognitivního, emočního a celkového vyhoření. P-hodnota preferovaného testu pro rozhodnutí o statisticky významném rozdílu byla zvýrazněna tučně.

Tabulka 13: Doba trvání soulože

Vyhoření	Doba trvání soulože						p-hodnota	
	1–2 minuty (či méně) (n = 14)		3–5 minut (n = 16)		6 minut (a více) (n = 28)		ANOVA	K-W test
	průměr	SD	průměr	SD	průměr	SD		
Fyzické	3,6	1,4	3,2	1,1	2,7	0,9	0,036	0,064
Kognitivní	3,0	1,4	2,6	1,3	2,5	0,8	0,292	0,525
Emoční	3,0	1,1	2,5	1,0	2,0	0,7	0,002	0,004
Celkem	3,3	1,2	2,9	1,0	2,4	0,8	0,034	0,075

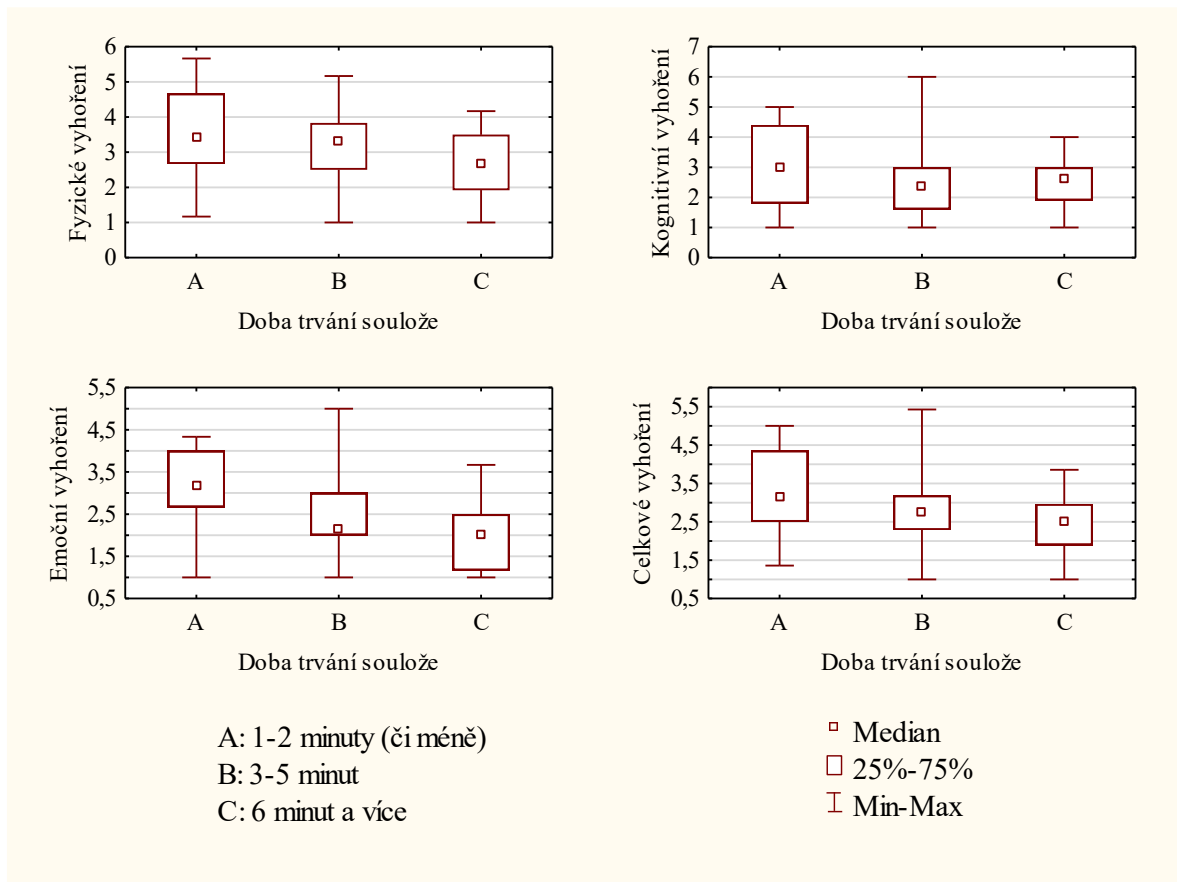
U respondentů, kteří uvedli dobu trvání soulože 1–2 minuty (a méně), byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,6 při směrodatné odchylce 1,4, průměrná míra kognitivního vyhoření 3,0 při směrodatné odchylce 1,4, průměrná míra emočního vyhoření 3,0 při směrodatné odchylce 1,1 a průměrná míra celkového vyhoření 3,3 při směrodatné odchylce 1,2.

U respondentů, kteří uvedli dobu trvání soulože 3–5 minut, byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,2 při směrodatné odchylce 1,1, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,6 při směrodatné odchylce 1,3, průměrná míra emočního vyhoření 2,5 při směrodatné odchylce 1,0 a průměrná míra celkového vyhoření 2,9 při směrodatné odchylce 1,0.

U respondentů, kteří uvedli dobu trvání soulože 6 minut (a více), byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 2,7 při směrodatné odchylce 0,9, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,5 při směrodatné odchylce 0,8, průměrná míra emočního vyhoření 2,0 při směrodatné odchylce 0,7 a průměrná míra celkového vyhoření 2,4 při směrodatné odchylce 0,8.

Závislost na době trvání soulože byla dle analýzy rozptylu prokázána pro fyzické vyhoření ($p = 0,036 < 0,05$) a celkové vyhoření ($p = 0,034 < 0,05$) a dle Kruskal-Wallisova testu pro emoční vyhoření ($p = 0,004 < 0,05$). Pro kognitivní vyhoření závislost prokázána dle analýzy rozptylu nebyla ($p = 0,292 > 0,05$). Bylo tedy zjištěno, že s větší dobou trvání soulože je spojena statisticky významně nižší míra fyzického, emočního a celkového vyhoření. Tento závěr potvrzují i pořadové statistiky obou skupin, kdy kromě kognitivního vyhoření je u všech druhů vyhoření patrný klesající trend.

Graf 14: Doba trvání soulože



5 Diskuze

Tématem diplomové práce je vliv syndromu vyhoření na sexualitu u nelékařských zdravotnických pracovníků mužského pohlaví na pracovištích neodkladné péče. Téma vztahující se k problematice všeobecných sester je již několik let velmi aktuální, a to zejména problémy týkající se nedostatku nelékařských zdravotnických pracovníků, vysoká fluktuace a časté odchody z profese, k čemuž může syndrom vyhoření dopomáhat. V rámci projektu bych ráda zmínila, že se nejednalo o respondenty s diagnostikovaným syndromem vyhoření, ale posuzovali jsme respondenty pracující v neodkladné péči a hodnotili jsme jejich skóre a míru rizika syndromu vyhoření, která byla dále posuzována v souvislosti s jejich sexualitou.

V teoretické části diplomové práce se věnuji syndromu vyhoření, jeho příčinám, příznakům, fázím, následkům, diagnostice, léčbě a prevenci. Další část je věnována nelékařskému zdravotnickému pracovníkovi v intenzivní péči, neodkladné péči ve fakultních nemocnicích a legislativě v oblasti nelékařské zdravotnické péče. Následuje kapitola teoretické části, jež je věnována sexualitě, determinantům lidské sexuality, mužské sexualitě a dysfunkcím v mužské sexualitě. Na ni navazuje již samotná praktická část diplomové práce. V ní uvádím cíle a metodologii diplomové práce, blíže seznamuji s dotazníky, které byly k výzkumnému šetření použity. Následuje popis respondentů, popis dodržení etických aspektů, způsob sběru a zpracování výzkumných dat.

Úkolem výzkumné části bylo potvrzení, či vyvrácení vlivu syndromu vyhoření na sexualitu u nelékařských zdravotnických pracovníků mužského pohlaví na pracovištích neodkladné péče ve fakultních zařízeních. Hypotézy měly potvrdit, nebo vyvrátit vliv syndromu vyhoření na potřebu pohlavního vybití, na četnost pokusů o pohlavní styk, na frekvenci uspokojivých pohlavních styků, na pocity úspěšnosti v pohlavním životě, na kvalitu ztopoření pohlavního údu a na dobu trvání soulože. K hodnocení hypotéz bylo použito 58 dotazníků od respondentů pracujících na pracovištích neodkladné péče z fakultních zařízení.

Syndromu vyhoření je věnována pozornost i celosvětově, zejména u „pomáhajících profesí“, a tedy i u všeobecných sester. Nejčastěji je zkoumána prevalence syndromu vyhoření (Goméz, 2017; Epp, 2012) a další aspekty, které mohou mít souvislost se syndromem vyhoření, jako jsou věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe a typ oboru ve zdravotnictví, ale také zda se jedná o pracovníka, jenž je svobodný, či ženatý nebo zda má děti, nebo je bezdětný (Lahana, 2017).

Dle výše uvedených poznatků a výsledků lze říct, že syndrom vyhoření má vliv na sexualitu, v mém případě nelékařských zdravotnických pracovníků mužského pohlaví pracujících na pracovištích neodkladné péče ve fakultních zařízeních. Jsem součástí skupiny studentů Karlovy univerzity, kteří se této problematice věnují. Pro lepší přehlednost, jak je tato

problematika stále ještě neprozkoumaná, uvádím zde pro porovnání výsledky mého kolegy Bc. Lukáše Dorian Masara, DiS., který se na výzkumu vlivu syndromu vyhoření na sexualitu nelékařských zdravotníků pracujících na pracovištích neodkladné péče podílel v rámci magisterského studia pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D. V rámci skupinového projektu mi bylo přiděleno srovnání právě s Bc. Lukášem Dorianem Masarem, DiS., který výzkumné šetření provedl v nefakultních zařízeních se vzorkem 52 respondentů rovněž mužského pohlaví.

První výzkumnou oblastí byla potřeba pohlavního vybití u nelékařských zdravotnických pracovníků mužského pohlaví pracujících na pracovištích neodkladné péče ve fakultních a nefakultních zařízeních v závislosti na míře vyhoření. Z mého šetření vyplývá, že nejvyššího celkového skóre syndromu vyhoření dosahovali respondenti, kteří udávali potřebu pohlavního vybití 4× za měsíc a méně, a to 2,8. Celkového nejvyšší skóre syndromu vyhoření dosahovali respondenti z nefakultních nemocnic jak v rovině fyzické, tak i kognitivní i v rovině emoční, a to skórem 3,4. Respondenti v nefakultních zařízeních s odpovědí 4× za měsíc a více dosáhli skóre 3,6. Respondenti, kteří udávali potřebu pohlavního vybití 2× a vícekrát týdně a respondenti s odpovědí denně nebo vícekrát za den dosáhli shodně celkového skóre 2,7. Nejvyšší skóre syndromu vyhoření dosahovaly všechny tři skupiny respondentů shodně ve fyzické rovině. Překvapivě nejvyšší skóre ve fyzické rovině 3,1 dosáhla skupina respondentů s odpovědí 2× a vícekrát týdně. U Bc. Lukáše Dorian Masara, DiS., respondenti z nefakultních zařízení rovněž dosáhli nejvyššího skóre 3,6 ve fyzické rovině, a to skupina s odpovědí 4× za měsíc. Stejného skóre dosáhli respondenti v nefakultních zařízeních ve fyzické rovině, a to s odpovědí 2× a vícekrát týdně, tedy 3,6, zajímavé je, že tato skupina dosáhla zároveň stejného skóre 3,6 i v rovině emoční. Pozoruhodná je skupina respondentů z nefakultních zařízení s odpovědí denně nebo vícekrát za den, která dosáhla nejvyššího skóre syndromu vyhoření v rovině emoční, a to skórem 3,6. Naopak nejnižšího skóre syndromu vyhoření dosáhli shodně všichni respondenti ve fakultních zařízeních v rovině emoční. Zejména skupina respondentů, kteří odpověděli potřebou pohlavního vybití denně nebo vícekrát za den dosáhli skóre v emoční rovině pouze 2,4. Naopak respondenti, kteří udávali potřebu pohlavního vybití 4× za měsíc a méně dosáhli skóre 2,6. V kognitivní rovině nejvyššího skóre syndromu vyhoření 2,7 dosáhla skupina respondentů s odpovědí denně a vícekrát za den, skupiny s odpovědí 4× za měsíc a méně a skupina s odpovědí 2× nebo vícekrát týdně dosáhly skóre 2,6. Na závěr k hypotéze 1 můžeme říct, že se nám naše předpoklady potvrdily. Čím vyšší skóre syndromu vyhoření, tím nižší potřeba pohlavního vybití, to se ukázalo jak u respondentů ve fakultních zařízeních, tak v zařízeních nefakultních, a to zejména v rovině fyzické. Ale rozdíly v zjištěných hodnotách jednotlivých rovin vyhoření nebyly statisticky významné.

Zajímavých výsledků bylo dosaženo při otázce častosti pohlavních styků, kdy námi stanovený předpoklad nebyl potvrzen. Nejvyššího celkového skóre syndromu vyhoření 2,8 dosáhli respondenti s odpovědí 1× týdně nebo méně stejně jako respondenti s odpovědí

2× nebo vícekrát za týden. Nejvyšší skóre 3,2 dosáhli respondenti ve fyzické rovině s odpovědí 2× nebo vícekrát za týden. Naopak nejnižší skóre 2,1 dosáhli respondenti v rovině emoční s odpovědí denně nebo vícekrát za den. Opět nejvyšších skóre bylo dosaženo v rovině fyzické u všech tří možných skupin odpovědí. Nejnižší skóre bylo dosaženo v rovině emoční také u všech tří možných skupin odpovědí. U respondentů v nefakultních zařízeních bylo dosaženo nejvyššího celkového skóre 4,0 s odpovědí několikrát za rok, nejvýše 1× měsíčně. Tato odpověď u respondentů ve fakultních zařízeních nebyla zvolena ani jednou. Nejnižšího celkového skóre 3,2 bylo dosaženo u respondentů s odpovědí 2× a vícekrát za týden. Překvapivý je výsledek respondentů s odpovědí několikrát za rok, nejvýše 1× měsíčně, kdy nejvyšší skóre je v rovině emoční, a to 4,3. Naopak v rovině kognitivní dosáhli respondenti z nefakultních zařízení nejnižších skóre.

Námi stanovená hypotéza týkající se četností uskutečnění soulože byla potvrzena v rovině fyzické, emoční a celkové. Respondenti z fakultních zařízení dosáhli nejvyššího celkového skóre 3,1 s odpovědí většinou a méně. Naopak respondenti s odpovědí za běžných podmínek vždy a více dosáhli celkového skóre pouze 2,5. Nejvyšších skóre bylo dosaženo v rovině fyzické u obou možných odpovědí (většinou a méně – 3,4, za běžných podmínek vždy a více – 2,8), nejnižších skóre bylo dosaženo v rovině emoční (většinou a méně – 2,7, za běžných podmínek vždy a více – 2,5).

Během výzkumného šetření se statisticky nepotvrdil vliv syndromu vyhoření na pocit úspěšnosti v pohlavním životě, i když ze zjištěných skóre je patrná souvislost. Respondenti, kteří označili pocit úspěšnosti v pohlavním životě jako nejistý, dosáhli nejvyššího celkového skóre 3,1. Naopak respondenti s odpovědí naprosto jistý dosáhli celkového skóre 2,3. Všechny tři skupiny možných odpovědí dosáhli nejvyšších skóre v rovině fyzické. A to respondenti s odpovědí – nejistý dosáhli skóre 3,3, respondenti odpovídající – většinou úspěšný 3,1 a respondenti, již si jsou naprosto jistí 2,7. U respondentů v nefakultních zařízeních s odpovědí – nejistý dosáhli nejvyššího celkového skóre 3,7. Nejvyššího skóre syndromu vyhoření dosáhli respondenti v rovině emoční, a to 3,8, v rovině fyzické bylo skóre 3,7. Naopak nejnižší skóre 3,0 dosáhli respondenti v rovině kognitivní s odpovědí – úspěšný pocit v pohlavním životě. Zajímavé je, že obě skupiny možných odpovědí z nefakultních zařízení dosahovaly nejvyšších hodnot syndromu vyhoření v rovině fyzické (nejistý – 3,7, úspěšný – 3,4), naopak nejnižších v rovině kognitivní (nejistý – 3,5, úspěšný – 3,0).

U otázky kvality ztopoření pohlavního údu bylo zjištěno nejvyšší celkové skóre syndromu vyhoření 3,5 u respondentů, kteří zvolili odpověď – dlouho trvá, naopak nejnižší celkové skóre 2,3 dosáhli respondenti s odpovědí naprosto spolehlivé. Nejvyšších hodnot dosahovaly všechny tři odpovědi v rovině fyzické. Respondenti, kteří označili odpověď – dlouho trvá, dosáhli nejvyššího skóre ve fyzické rovině 3,8, naopak nejnižšího skóre 2,9 dosáhli v rovině emoční. Respondenti, kteří odpověděli, že ztopoření pohlavního údu je naprosto spolehlivé, dosáhli nejvyššího skóre 2,5 ve fyzické rovině a nejnižšího skóre 2,1 v rovině emoční.

Stejného výsledku dosáhli respondenti z nefakultních zařízení, kdy nejvyššího celkového skóre 4,0 syndromu vyhoření dosáhla skupina s odpovědí – dlouho trvá. Stejného skóre 4,0 dosáhli respondenti nefakultních zařízení s odpovědí – dlouho trvá v rovině fyzické i emoční. Naopak nejnižších hodnot dosáhli respondenti s odpovědí – naprosto spolehlivé, a to jak v rovině fyzické 3,1, v rovině kognitivní 2,8, tak i v rovině emoční 3,2. Hypotéza byla tak potvrzena jak ve fakultních, tak v nefakultních zařízeních. Ve fakultních zařízeních byla potvrzena i statisticky v rovině fyzické, kognitivní i celkové.

Zkoumaná oblast doby trvání soulože byla přínosná a hypotéza se potvrdila v rovině fyzického, emočního a celkového vyhoření. Celkové nejvyšší skóre 3,3 syndromu vyhoření dosáhla skupina respondentů, kteří udali dobu trvání soulože 1–2 minuty, naopak skupina respondentů s odpovědí 6 minut a více dosáhla skóre pouze 2,4. Opět všechny tři skupiny možných odpovědí dosáhly nejvyšších skóre v rovině fyzické, naopak nejnižších skóre dosáhli v rovině emoční. Skupina respondentů s odpovědí 1–2 minuty ve fyzické rovině dosáhla skóre 3,6, v emoční rovině získala skóre 3,0. Skupina respondentů s odpovědí 3–5 minut v rovině fyzické dosáhla skóre 3,2 a v rovině emoční 2,5. Skupina s odpovědí 6 minut a více získala skóre ve fyzické rovině pouze 2,7 a v emoční rovině 2,0. Velmi zajímavé výsledky byly zjištěny u respondentů v nefakultních zařízeních, kdy celkové nejvyšší skóre 3,5 získali respondenti s odpovědí doby trvání soulože 6 a více minut. Tato skupina zároveň dosáhla nejvyššího skóre 4,0 v rovině emoční. Naopak skupina respondentů z nefakultních zařízení s možnou odpovědí dobu soulože libovolně prodlužovat dosáhla nejnižšího skóre 2,8 v rovině emoční, naopak nejvyššího skóre 3,4 v rovině kognitivní.

5.1 Porovnání s nefakultními zařízeními

Během srovnávání zjištěných skór ve fakultních a nefakultních zařízeních byla zjištěna větší míra syndromu vyhoření.

Průměry a směrodatné odchylky fyzického, kognitivního, emočního a celkového vyhoření pro fakultní a nefakultní pracovníky jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 14: Porovnání s nefakultními zařízeními

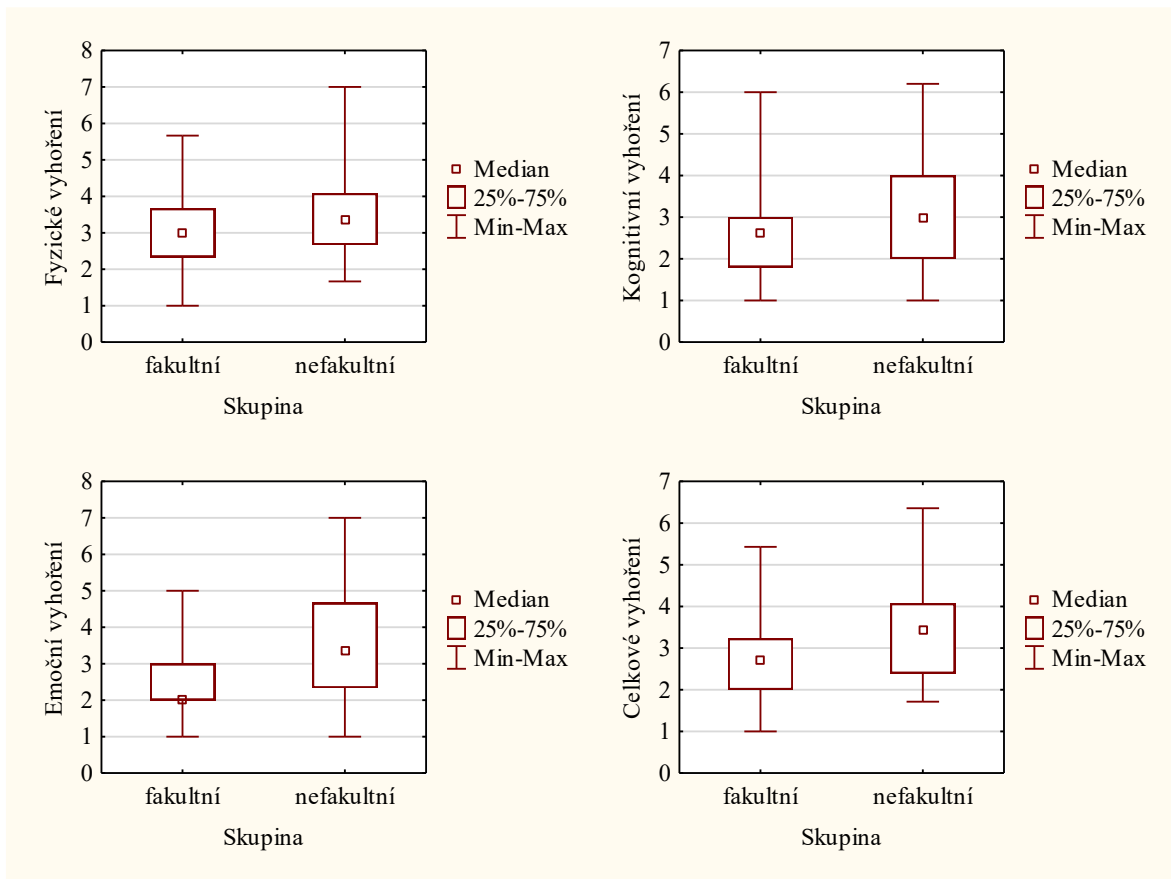
Vyhoření	Fakultní			Nefakultní			p-hodnota	
	N	průměr	SD	N	průměr	SD	Welchův t-test	M-W test
Fyzické	58	3,0	1,2	52	3,5	1,2	0,036	0,074
Kognitivní	58	2,6	1,1	52	3,2	1,4	0,032	0,059
Emoční	58	2,4	1,0	52	3,5	1,5	0,000	0,000
Celkem	58	2,8	1,0	52	3,4	1,1	0,002	0,004

U pracovníků ve fakultních zařízeních byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,0 při směrodatné odchylce 1,2, průměrná míra kognitivního vyhoření 2,6 při směrodatné odchylce 1,1, průměrná míra emočního vyhoření 2,4 při směrodatné odchylce 1,0 a průměrná míra celkového vyhoření 2,8 při směrodatné odchylce 1,0.

U pracovníků nefakultních zařízení byla zjištěna průměrná míra fyzického vyhoření 3,5 při směrodatné odchylce 1,2, průměrná míra kognitivního vyhoření 3,2 při směrodatné odchylce 1,4, průměrná míra emočního vyhoření 3,5 při směrodatné odchylce 1,5 a průměrná míra celkového vyhoření 3,4 při směrodatné odchylce 1,1.

Pro všechny druhy vyhoření byla tedy vyšší míra vyhoření dle průměru zjištěna pro pracovníky nefakultních zařízení. Stejný výsledek byl zjištěn pro pořadové statistiky, které jsou zobrazeny v následujícím krabicovém grafu.

Graf 15: Srovnání fakultních a nefakultních zařízení



Dle Welchova t-testu bylo na hladině významnosti 0,05 zjištěno, že míra celkového vyhoření je u pracovníků nefakultních zařízení statisticky významně vyšší než u pracovníků fakultních zařízení. Dle Mann-Whitneyho testu bylo na hladině významnosti 0,05 zjištěno, že míra emočního vyhoření je u pracovníků nefakultních zařízení statisticky významně vyšší než u pracovníků fakultních zařízení. U fyzického a kognitivního vyhoření nebyl statisticky významný rozdíl mezi pracovníky fakultních a nefakultních zařízení na základě Mann-Whitneyho testu na hladině významnosti 0,05 prokázán, byť byl výsledek těsný. Celkově lze shrnout, že data vykazují jasnou tendenci k vyššímu vyhoření pracovníků nefakultních zařízení.

5.2 Doporučení pro praxi

Jednoznačně nejlepší léčbou je prevence, tzn. více mluvit, upozorňovat, seznamovat již studenty se syndromem vyhoření, jak mu předejít, jak se projevuje.

Výzkumným šetřením jsme zjistili, že je nejvíce zasažena oblast fyzická. Jak můžeme nelékařskému zdravotnickému personálu ulevit? Na prvním místě vidím dostatečné personální zajištění, dále zajištění dostatečného pomocného personálu. A zcela na místě je dostatečné nápomocné moderní technické vybavení.

Svou významnou roli zde sehrává i oblast legislativy, kdy kompetence nelékařskému zdravotnickému personálu narůstají a zvyšují se, zatímco kompetencí, které by převzal pomocný personál, nepřibývá.

K prevenci syndromu vyhoření může přispět každý zaměstnavatel v první řadě již zmíněnými dobrými pracovními podmínkami, kvalitní organizací práce, odborně vedeným adaptačním procesem nových zaměstnanců, možností osobního rozvoje a velmi důležité je adekvátní ohodnocení zaměstnanců. Dále je zde možnost zahrnout zajištění různých benefitů, jako jsou poukazy na sportovní aktivity nebo relaxační procedury, či dokonce pobyty, ať už pohybové, relaxační nebo pouze pobytové. Poukazy na kulturní akce jako divadlo, koncerty a podobně také přispějí k odreagování pracovníků z tak vysoce rizikových pracovišť.

Jistě je také na místě možnost psychosociální intervenční služby, která slouží jak sekundárně zasaženým, tedy pozůstalým, tak svědkům tragických událostí, jimiž zdravotníci na pracovištích neodkladné péče jistě jsou. Stejně tak mohou posloužit jako první psychická pomoc zdravotníkům, kteří jsou po konfrontaci s nadlimitní zátěžovou situací nebo v dlouhodobé psychické zátěži. Vždyť někdy stačí se jenom svěřit nebo získat pocit, že nás někdo opravdu se zájmem poslouchá.

Jistě mohou k prevenci přispět i nadřízení a kolegové. Nebýt k sobě lhostejní, ale naopak ohleduplní a všímaví. Možnost mít dovolenou alespoň dva týdny vcelku a změnit okolí i prostředí kolem sebe. Každý je zodpovědný sám za sebe. Každý z nás by měl dbát na zdravou životosprávu, vést adekvátní aktivní život, ale současně si i uvědomit, že každý z nás má své vlastní limity a jejich hranice jsou často velmi tenké.

6 Závěr

Diplomová práce se zabývá vlivem syndromu vyhoření na sexualitu u nelékařských zdravotnických pracovníků mužského pohlaví na pracovištích neodkladné péče ve fakultních zařízeních. Cílem práce bylo zjistit, zda má syndrom vyhoření vliv na sexualitu.

Dvě hypotézy (H4 a H5) byly statisticky potvrzeny. Jedná se o hypotézy, jež se vztahují k otázkám kvality ztopoření pohlavního údu a době trvání soulože.

K hypotéze vztahující se ke kvalitě ztopoření pohlavního údu (H4) byla prokázána statistická spojitost. S rostoucí kvalitou ztopoření pohlavního údu je spojena klesající míra fyzického, kognitivního a celkového vyhoření. Pro emoční vyhoření nebyla závislost statisticky prokázána.

Taktéž hypotéza zabývající se dobou trvání soulože (H5) prokázala statisticky spojitost. Bylo tedy zjištěno, že s větší dobou trvání soulože je spojena statisticky významně nižší míra fyzického, emočního a celkového vyhoření. Pro kognitivní vyhoření tato závislost prokázána nebyla.

Hypotéza zabývající se potřebou pohlavního vybití (H1) neprokázala souvislost se syndromem vyhoření. Taktéž hypotéza týkající se pocitu úspěšnosti v pohlavním životě (H3) neprokázala spojitost se syndromem vyhoření.

Hypotéza zabývající se četností pokusů o pohlavní styk a četností uskutečněné soulože (H2) byla potvrzena částečně, a to v části, která se zabývala četností uskutečněné soulože. Zde můžeme konstatovat, že čím větší je četnost uskutečnění soulože, tím je statisticky významně nižší míra fyzického, emočního a celkového vyhoření. U kognitivního vyhoření tato spojitost nebyla, byť jen těsně při zvolené hladině významnosti, prokázána.

Na závěr lze na základě zjištěných výsledků říct, že syndrom vyhoření zasahuje nejvíce do fyzické sféry respondentů. Naopak nejméně je zasažena oblast emoční, následně oblast kognitivní.

Skóre celkového syndromu vyhoření se u všech hypotéz pohybuje v průměrném hodnocení pod polovinou, což činí 3,5. Takového skóre dosáhla pouze skupina respondentů, kteří označili horší kvalitu ztopoření pohlavního údu.

Provedeným výzkumem byla prokázána spojitost mezi syndromem vyhoření a určitými oblastmi sexuality. Nutno si uvědomit rozsah výzkumného vzorku, na jehož základě nelze dělat významné závěry v oblasti spojitosti syndromu vyhoření a sexuality. Ale zcela jistě poukázal na důležitost tento vzorek nadále rozšiřovat stejně jako oblasti, na které může mít syndrom vyhoření vliv.

Pro další výzkum by bylo jistě vhodné dále pracovat s respondenty s již diagnostikovaným syndromem vyhoření, kdy by bylo vhodné zjistit i stav sexuality v době, kdy neměli žádné obtíže spojené se stresem či syndromem vyhoření.

Cíl diplomové práce byl splněn. Zjištěné výsledky šetření budou součástí mezinárodní studie, která se zabývá syndromem vyhoření a jeho vlivem na lidské zdraví. Doc. Jan Kožnar, CSc., a PhDr. Šárka Dynáková tuto studii v České republice zaštiťují.

7 Seznam použité literatury

MONOGRAFIE

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-439-9.
3. BRICHČÍN, M., 1999. *Vůle a sebekontrola: teorie, metody, experimenty*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-753-4.
4. CAPPONI, V., 1994. *Sexuologický slovník*. Praha: Grada. Sám sobě. ISBN 80-716-9115-1.
5. CLEMENT, B. R. a A. M. CLEMENT, 2018. *7 klíčů k celoživotní sexuální vitalitě: jak na lepší sex, pevnější zdraví a spokojenější život*. Přeložil René FEJL. Praha: Dobrovský. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-608-5.
6. DEIDA, D., 2012. *Cesta pravého muže*. Praha: Synergie. ISBN 978-80-737-0021-8.
7. FAFEJTA, M., 2016. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1030-6.
8. GRAY, J., 1994. *Muži jsou z Marsu, ženy z Venuše*. Přeložil Václav A. ČERNÝ. Praha: Práh. ISBN 978-808-5809-411.
9. GRÜN, A., 2014. *Vyhoření: jak rozprout vlastní energii*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0587-6.
10. HONZÁK, R., 2015. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 2. vyd. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-552-2.
11. HONZÁK, R., 2015. *Svépomocná příručka sestry: (psychotriller)*. Praha: Galén. ISBN 978-80-749-2142-1.
12. HONZÁK, R., 2018. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vyd. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7601-004-8.
13. JEKLOVÁ, M. a E. REITMAYEROVÁ, 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-869-9174-1.
14. KALLWASS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-299-7.
15. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.
16. KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

17. KRATOCHVÍL, S., 2008. *Sexuální dysfunkce*. 3., dopl. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2476-8.
18. KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.
19. KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3149-0.
20. KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.
21. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2018*, 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.
22. PEŠEK, R. a J. PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta. ISBN 978-808-8163-008.
23. POSCHKAMP, T., 2013. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika. Rádce pro pedagogy. ISBN 978-802-6601-616.
24. PRIESS, Mirriam, 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5394-2.
25. PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
26. PTÁČEK, R., J. RABOCH a V. KEBZA, 2013. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4751-146.
27. REMEŠ, R. a S. TRNOVSKÁ, 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
28. SAKSLOVÁ, V. a E. ŠIMKOVÁ, 2013. *Základy řízení lidských zdrojů: systematický přehled základní personální problematiky*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-331-4.
29. STOCK, C., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
30. SYROVÝ, V., 2016. *Jak ochraňovat čistotu duše*. Praha: Vít Syrový. ISBN 978-809-0313-767.
31. ŠULOVÁ, L., T. FAIT a P. WEISS, 2011. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-238-4.
32. VENGLÁŘOVÁ, M. a G. MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
33. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
34. VIGUÉ, J., ed., 2006. *Zdraví muže*. Přeložil Břetislav NEVRLÝ, přeložil Ludmila HETCLOVÁ. Čestlice: Rebo. Knihovna zdraví (Rebo). ISBN 80-723-4526-5.
35. WEISS, P., 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

36. WEISS, P., 2017. *Poruchy sexuální preference*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-310-4.
37. Zákon 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), 2004.
38. *Zdravý sexuální život*, 2006. Přeložil Radana JURKEMIKOVÁ. Čestlice: Rebo. Knihovna zdraví (Rebo). ISBN 80-723-4537-0.
39. ZVĚŘINA, J. a V. BUDINSKÝ, 2004. *Vše o sexu: sexuologie a sexuální praxe pro každého*. Praha: Ikar. ISBN 80-249-0460-8.
40. ZVĚŘINA, J., 2000. *Sexuální poruchy u žen: Sexuální poruchy u mužů*. Praha: Triton. Vím víc. ISBN 80-7254-134-x.
41. ZVĚŘINA, J., 2003. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM. ISBN 80-7204-264-5.
42. ZVĚŘINA, J., 2012. *Lékařská sexuologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2049-7.

PERIODIKA A PUBLIKACE

1. BĚLÁKOVÁ, J. a K. IVANOVÁ, 2007. Výzkum zdravého životního stylu u studentů ošetrovatelství a porodní asistence metodou KAB. In: *Ošetrovatelstvo - teória, výskum a vzdelávanie*. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, s. 37–47. ISBN 978-80-88866-43-5.
2. BLAKE, N., 2017. The Importance of a Balanced Life for Nurses. *AACN advanced critical care*. 28(1), 21–22. DOI: 10.4037/aacnacc2017494.
3. BLATNICKÁ, J. a J. NOVOTNÁ, 2013. Syndrom vyhoření trochu jinak. *Sestra*. 23(3), 24–25. ISSN 1210-0404.
4. EMBRIACO, N. et al., 2007. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current opinion in critical care*. 13(5), 482–488. DOI: 10.1097/MCC.0b013e3282efd28a.
5. EPP, K. B., 2012. Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*. 23(4), 25–31.
6. EPP, K. B., 2012. Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*. 23(4), 25–31.
7. FREUDENBERGER, H. j., 1974. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* [online]. 30(1), 159–165 [cit. 2018-12-18]. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x. ISSN 00224537. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
8. GÓMEZ-URQUIZA, J. L. et al., 2017. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. *Critical care nurse*. 37(5), e1–e9. DOI: 10.4037/ccn2017508.
9. GULÁŠOVÁ, I. a H. ŠURÁNIOVÁ, 2004. Stresové faktory pôsobiace na prácu sestry na jednotke intenzívnej starostlivosti. *Kontakt*. 6(1), 9–25. ISSN 1212-4117.

10. LAHANA, E. et al., 2017. Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *BMC nursing*. 16(1), 15. DOI: 10.1186/s12912-017-0209-3.
11. LEINEWEBER, C. et al., 2014. Nurses' practice environment and work-family conflict in relation to burn out: a multilevel modelling approach. *PLoS One*. 9(5), e96991.
12. MOSS, M. et al., 2016. An official critical care societies collaborative statement—burnout syndrome in critical care health-care professionals: a call for action. *Chest*. 150(1): 17–26. DOI: 10.1016/j.chest.2016.02.649
13. WEI, R. et al., 2017. Active Intervention Can Decrease Burnout In Ed Nurses. *Journal of Emergency Nursing*. 43(2), 145–149. ISSN 0099-1767.

WEBOVÁ SÍDLA

1. *Burghof-Klinik Bad Nauheim – Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie*, 2018 [online]. Copyright © 2018 [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <https://burghof-klinik.com>
2. *Dementech / Dementia, Parkinson's, Alzheimer's & Psychology Experts*, 2019 [online]. Copyright © 2019. All Rights Reserved by Dementech LTD. [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <https://dementech.com/>
3. *Exclusive Addiction Treatment & Luxury Rehab*, 2018 [online]. Copyright © 2018 [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <https://www.paracelsus-recovery.com/en/home>
4. *Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad – Private Akutklinik für psychische und psychosomatische Gesundheit*, 2018 [online]. Copyright © 2018 [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <https://parkklinik-schlangenbad.de/>
5. *Psychosomatische Klinik Roseneck Chiemsee – Psychosomatische Klinik am Chiemsee*, 2018 [online]. Copyright © 2018 [cit. 2019-01-08]. Dostupné z: <https://www.schoen-klinik.de/roseneck>

Seznam zkratek

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

SD – Směrodatná odchylka

SFM – Sexuální funkce muže

SFM/K – Sexuální funkce muže, rozšířená kroměřížská verze

SMBM – Shirom-Melamed Burnout Measure

SŠ – Střední škola

VOŠ – Vyšší odborná škola

VŠ – Vysoká škola

Seznam grafů

Graf 1 Věk respondentů.....	31
Graf 2: Rodinný stav.....	32
Graf 3: Dosažené vzdělání.....	32
Graf 4: Pracoviště.....	33
Graf 5: Délka pracovního poměru.....	33
Graf 6: Celková délka praxe ve zdravotnictví.....	34
Graf 7: Reálná průměrná týdenní pracovní doba.....	34
Graf 8: Poslední nedělená dovolená v délce více jak 14 dní.....	35
Graf 9: Potřeba pohlavního vybití.....	37
Graf 10: Častost pokusů o pohlavní styk.....	40
Graf 11: Častost uskutečnění soulože.....	42
Graf 12: Pocit úspěšnosti v pohlavním životě.....	45
Graf 13: Kvalita ztopoření pohlavního údu.....	48
Graf 14: Doba trvání soulože.....	51
Graf 15: Srovnání fakultních a nefakultních zařízení.....	57

Seznam tabulek

Tabulka 1: Potřeba pohlavního vybití – absolutní a relativní četnost.....	36
Tabulka 2: Potřeba pohlavního vybití respondentů	36
Tabulka 3: Častost pokusů o pohlavní styk – absolutní a relativní četnost	38
Tabulka 4: Častost pokusů o pohlavní styk	39
Tabulka 5: Častost uskutečnění soulože – absolutní a relativní četnost	40
Tabulka 6: Častost uskutečnění soulože – absolutní a relativní četnost	41
Tabulka 7: Častost uskutečnění soulože	41
Tabulka 8: Pocit úspěšnosti v pohlavním životě – absolutní a relativní četnost	43
Tabulka 9: Pocit úspěšnost v pohlavním životě.....	44
Tabulka 10: Kvalita ztopoření pohlavního údu – absolutní a relativní četnost	46
Tabulka 11: Kvalita ztopoření pohlavního údu	47
Tabulka 12: Doba trvání soulože – absolutní a relativní četnost.....	49
Tabulka 13: Doba trvání soulože	50
Tabulka 14: Porovnání s nefakultními zařízeními	56

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Andrea Machalová. V současné době jsem studentkou 1. lékařské fakulty UK v Praze, oboru specializace ve zdravotnictví, intenzivní péče.

Dovoluji si vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který má dvě části. První část zjišťuje míru „**Syndromu vyhoření**“ česká verze Shiromovy –Melamedovy škály (SMBM) , a druhá část tohoto dotazníku má název „**Sexuální funkce muže**,“ dle Mellan in Kratochvíl, S. (1999). Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a určené pouze nelékařským zdravotnickým pracovníkům na pracovištích neodkladné péče. Získané údaje budou podkladem pro zpracování mé diplomové práce pod vedením PhDr. Šárky Dynákové, Ph.D. a Doc. PhDr. Jana Kožnara, CSc. a stanou se součástí mezinárodní studie zkoumající syndrom vyhoření a jeho vliv na lidské zdraví. Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním výzkumných údajů.

Instrukce k vyplnění dotazníkového formuláře: Věnujte prosím pozornost zadaným otázkám. První část má 14 otázek, druhá 21 otázek. Vyplnění dotazníků by Vám nemělo zabrat více než 15 - 20 minut. Prosím Vás, abyste každou otázku označili číslem, které nejvíc vystihuje sílu pocitů, které obvykle prožíváte. Důležité pro tento výzkum je vyplnění všech otázek v obou částech dotazníku.

Předem Vám srdečně děkujeme za Váš čas a ochotu.

Bc. Andrea Machalová, PhDr. Šárka Dynáková, Ph.D. a Doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.

Datum:.....

Věk:.....

Pohlaví: žena muž

Rodinný stav: svobodný/á ženatý/vdaná rozvedený/á v partnerském svazku

Nejvyšší dosažené vzdělání: SŠ VOŠ VŠ jiné.....

Obor: všeobecná sestra zdravotnický záchranář

Pracoviště:.....

Délka trvání současného pracovního poměru:.....

Délka celkové pracovní praxe ve zdravotnictví:.....

Průměrná týdenní pracovní doba (reálný počet hodin strávených na pracovišti):hodin

Před jakou dobou jste měl/a naposledy dovolenou více než 14 dní (nedělenou) – uveďte v měsících:.....

Česká verze Shiromovy- Melamedovy škála (SMBM)

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

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

Dotazník Sexuální funkce muže, rozšířená kroměřížská verze

(Prvních 10 bodů je převzato z dotazníku SFM od J. Mellana)

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Léčení sexuálních dysfunkcí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 978-80-7169-678-0.

SFM/K

Pohlaví: Věk: Rodinný stav:

U každého bodu dejte do kroužku číslici u toho řádku, který nejlépe vystihuje Váš současný stav.

Současný pohlavní život:

- A) Ženatý: 1- pohlavní styk zřídka
2- pravidelný pohlavní styk
- B) Svobodný: 0- žádný pohlavní styk
1- příležitostný pohlavní styk zřídka
2- příležitostný pohlavní styk často
3- trvalejší známost s řídkým pohlavním stykem
4- trvalejší známost s pravidelným pohlavním životem

Pohlavní zkušenosti: dosud jsem měl:

- 1- pohlavní styk s jednou ženou
2- se dvěma ženami
3- se 3-4 ženami
4- s pěti a více (uved'te počet)
5- pohlavní styk dosud neměl

1. **Potřeba pohlavního vybití:** Kdyby záleželo jenom na mé chuti, kdybych měl k tomu vhodné zevní podmínky a dostatek vlastních schopností, vyhovovalo by mně mít pohlavní styk:
- 0- vůbec nikdy, nebo 1x za rok
1- několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně
2- 2-4x za měsíc
3- 2x nebo vícekrát týdně
4- denně nebo vícekrát za den
2. **Častost pohlavního vybití:** Semeno ze mne vychází, lhostejnou jakou formou, tedy ať již při pohlavním styku, při poluci nebo onanii:
- 0 – vůbec nikdy, nebo nejvýše 1x za rok

- 1 – několikrát za rok, nejvýš 1x měsíčně
- 2 – několikrát za měsíc, nejvýše jednou týdně
- 3 – 2x nebo i vícekrát týdně
- 4 – denně nebo i vícekrát za den

3. **Častost pohlavních styků:** Ve snaze uskutečnit soulož, ale bez ohledu na to, zda k ní skutečně dojde, se pohlavně přibližuji ke své partnerce (líbám, objímám ji, dotýkám se, pokouším se o tělesné spojení):
- 0- vůbec nikdy nebo již alespoň rok nikoliv
 - 1- několikrát za rok, nejvýše 1x měsíčně
 - 2- několikrát za měsíc, nejvýš jednou za týden
 - 3- 2x nebo vícekrát za týden
 - 4- denně nebo vícekrát za den
4. **Častost uskutečnění soulože:** Z uvedeného počtu pohlavních styků jsem schopen uskutečnit soulož, tj. tělesné spojení (třeba i jen na krátkou dobu nebo při nedokonalém ztopoření):
- 0- vůbec nikdy
 - 1- v menšině případů
 - 2- většinou
 - 3- za běžných podmínek vždy
 - 4- absolutně vždy, i když jsou okolnosti zcela rušivé a nevyhovující
5. **Kvalita ztopoření pohlavního údu:** Nejčastěji se u mne vyskytuje resp. nejvíce mi vádí tento stav:
- 0- ztopoření se vůbec při pohlavním styku nedostavuje
 - 1- ztopoření se na počátku dostaví, ale ochabuje před souloží, takže zavedení není proto možné
 - 2- dlouho trvá, než se ztopoření s námahou dostaví nebo dochází k jeho ochabnutí po zavedení údu ještě před výronem semene
 - 3- ztopoření stačí k zavedení údu, vydrží do výronu semene nebo ochabování je takového rázu, že podstatněji neruší soulož
 - 4- ztopoření je vždy naprosto spolehlivé, vydatné a dostavuje se i za nepříznivých a rušivých zevních podmínek
6. **Doba trvání soulože:** K výronu semene u mne dochází:
- 0- ještě před zavedením údu nebo k němu při souloži vůbec nedochází
 - 1- při zavedení údu nebo během několika vteřin soulože

- 2- během 1-2 minut soulože
- 3a- během 3-5 minut
- 3b- během 6 a více minut
- 4- soulož jsem schopen za všech okolností libovolně prodlužovat až do úplného uspokojení partnerky

Odhad trvání pohybů v pochvě do výronu:

Nejmíň..... Nejvíce..... Průměrně.....

7. Nálada před pohlavním stykem: Před pohlavním stykem cítím:

- 0- silný strach z neúspěchu, proto se o nic nepokouším
- 1- značnou nejistotu, proto se hledím styku spíše vyhnout
- 2- někdy nejistotu, ale stykům se nevyhýbám nebo mám styky hlavně kvůli manželce nebo proto, abych se vyzkoušel
- 3- především touha po partnerce a k souloži za běžných okolností přistupuji bez obav
- 4- vždy naprostou jistotu, nikdy nemám o sobě pochybnosti a nikdy netrpím indispozicí

8. Nálada po pohlavním styku: Po pohlavním styku (ev. Po nezdařené souloži) mi nejčastěji bývá:

- 0- velmi špatně, jsem podrážděný, nervosní nebo cítím nechut' k ženě
- 1- nepříjemně, jsem otrávený nebo zklamaný, mrzutý nebo nešťastný nebo se cítím nepříjemně vyčerpan
- 2- lhostejně, necítím zvláštní uspokojení
- 3- dobře, cítím se příjemně uspokojen
- 4- velmi dobře, cítím silné uspokojení a štěstí, mám větší chuť do práce a lepší náladu

9. Pocit úspěšnosti v pohlavním životě: Celkově si připadám:

- 0- úplně neschopný, partnerka odmítá mít se mnou styky
- 1- spíš neúspěšný, partnerka mívá různé narážky, námitky, výčitky
- 2- nejsem si moc jistý svou úspěšností, i když nejsem zcela neschopný
- 3- většinou úspěšný
- 4- naprosto jistý svou úspěšností a schopností za všech okolností plně uspokojit svou partnerku

10. Výskyt a trvání ev. poruchy, pokud je nějaká:

- 0- od počátku pohlavního života
- 1- soustavně déle než půl roku
- 2- kratší dobu než půl roku, nebo se již dříve nakrátko vyskytla

- 3a- vyskytla se teprve několikrát, zvláště na počátku intimní známosti
- 3b- měl jsem, ale nyní již nemám žádné potíže
- 3- nevím, co je to mít nějaké potíže v pohlavním životě, nikdy jsem netrpěl sebemenší poruchou v tomto směru

11. Potíže s nedostatečným nebo při styku se ztrácejícím ztopořením:

- 0- mám stále a vždy od počátku svého pohlavního života
- 1- mám často
- 2- mám zřídka
- 3- jsem měl jen na počátku pohlavního života
- 4- nemám a nikdy jsem neměl

12. Potíže s předčasným výronem semene:

- 0- mám vždy: trvání soulože je příliš krátké na uspokojení partnerky
- 1- mám někdy, musím se snažit výron semene zadržet
- 2- mám jen po delší pohlavní abstinenci
- 3- měl jsem jen na počátku svého pohlavního života
- 4- nemám a nikdy jsem neměl

13. Moje partnerka dosahuje při pohlavním styku se mnou orgasmu:

- 0- nikdy nebo jen zcela ojediněle
- 1- v menšině případů
- 2- většinou
- 3- za běžných podmínek vždy
- 4- vždy a snadno i za nevýhodných podmínek, i opakovaně

14. Začátek mého pohlavního života byl:

- 0- otřesný, velmi šokující
- 1- nepříjemný
- 2- příjemný, ale spojený s problémy
- 3- převážně příjemný
- 4- velmi pěkný a dokonalý

U dalších položek zakroužkujte všechna písmena, která se Vás týkají

15. Problémy ve vztahu k pohlavnímu životu:

- a) nadměrná vzrušivost a pohlavní podrážděnost
- b) obavy, že se mi nepodaří styk úspěšně uskutečnit
- c) obavy, že neuspokojím partnerku
- d) pocity méněcennosti pro neúspěchy v pohlavním styku
- e) pocity méněcennosti pro malý pohlavní úd
- f) deprese a někdy i sebevražedné myšlenky v souvislosti s pohlavním životem
- g) nemám žádné problémy

16. K ochraně před otěhotněním praktikujeme většinou:

- a) přerušování styku před výronem semene
- b) užití preservativu
- c) užití ženského ochranného prostředku a to:
- d) zdržování se styku v plodných dnech
- e) nechráníme se nijak

17. Shoda v zájmu o sex: styk chce častěji:

- a) partnerka
- b) já
- c) oba stejně

18. Typ reakce partnerky: reaguje při milostné hře a souloži více na:

- a) dráždění spíše na povrchu pohlavních orgánů, zejména na poštváčku
- b) dráždění uvnitř v pochvě

19. Schopnost ovládat ejakulaci: Dovedu ovládat výron semene při souloži:

- 0- nedovedu, jakmile se silně vzruším, dojde k výronu automaticky i proti mému přání
- 1- dovedu výronu zabránit jen úplným zastavením pohybů nebo přerušením styku, dokud vzrušení není příliš silné
- 2- dovedu jen částečně tím, že se úmyslně snažím potlačit při souloži stoupající vzrušení
- 3- dovedu svou vůlí do značné míry oddálit ejakulaci i při prožívání silného vzrušení
- 4- dovedu libovolně souložit prodlužovat i na vysokém stupni vzrušení a ejakulovat teprve tehdy, když sám chci

20. **Od kdy žijete pohlavním životem?** Od svýchlet, tj. celkemroků

Od kdy žijete pravidelným pohlavním životem? Odlet, tj. celkemroků

Od kdy máte potíže v pohlavním životě? Odlet, tj. celkem.....roků

21. **Dále popište podrobněji své sexuální zkušenosti, potíže a problémy.**

