

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2013 – 2015**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jaroslav Vrána

**Syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o děti
s kombinovaným postižením**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Alexandra Kastelová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME)

2013 - 2015

DIPLOMA THESIS

Jaroslav Vrána

**The Burnout Syndrome in Workers Caring for Children with
Combined Disabilities**

Prague 2015

Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Alexandra Kastelová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Ve Zlíně dne 12. 1. 2015

Jaroslav Vrána

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval PhDr. Alexandře Kastelové, Ph.D. za odborné vedení, rady a cenné připomínky při zpracování mé diplomové práce. Rovněž bych chtěl poděkovat všem respondentům, kteří věnovali svůj čas k uskutečnění mého výzkumu.

Anotace

Diplomová práce se zabývá „Syndromem vyhoření“. Tento pojem můžeme popsat jako emocionální vyčerpání, odosobnění a snížené osobní výkonnosti, jenž se může vyskytnout u osob, které nějakým způsobem pracují s lidmi. V úvodu si přiblížíme pojmy jako pomáhající profese a kombinovanému postižení. Druhá a třetí kapitola je věnována syndromu vyhoření, jeho historii, rizikovým faktorům, příznakům a diagnostickým metodám. Ve čtvrté kapitole se věnujeme jevům obdobného druhu syndromu vyhoření jako je stres, deprese, frustrace, únava a další. Velmi důležitou je také pátá kapitola, která nás seznamuje s prevencí, terapií a léčbou syndromu vyhoření. Praktická část je věnována kvantitativnímu šetření formou dotazníkového šetření, stanovení si vytyčených hypotéz a výzkumných otázek s následnou prezentací výzkumu a vyhodnocením výsledků. Cílem práce je zjistit míru syndromu vyhoření u pracovníků pečujících o děti s kombinovaným postižením ve vybraných zařízeních zlínského kraje.

Klíčové pojmy

Burnout, deprese, fáze syndromu vyhoření, kombinované postižení, pomáhající profese, prevence, příčina, stres, syndrom vyhoření, únava, vyčerpání, zdraví

Annotation

This master's thesis addresses the topic of "burnout", which can be described as emotional exhaustion, depersonalization and deterioration of personal performance in persons working with other people. The introduction explains terms such as helping profession and combined disabilities. The second and third chapters are dedicated to the burnout syndrome, its history, risk factors, symptoms and diagnostic methods. Chapter fourth is devoted to phenomena similar to burnout syndrome, such as stress, depression, frustration, exhaustion etc. The fifth chapter introduces prevention, therapy and treatment of the burnout syndrome. The practical part provides quantitative research in the form of a questionnaire, specifies hypotheses and research questions, presents research and evaluates the results. The aim of this thesis is to assess the rate of burnout syndrome in workers caring for children with combined disabilities in selected institutions in Zlín region.

Key words

Burnout, depression, phases of burnout syndrome, combined disabilities, helping profession, prevention, cause, stress, burnout syndrome, fatigue, exhaustion, health

OBSAH

ÚVOD	10
------------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1. POMÁHAJÍCÍ PROFESE V PROCESU PÉČE O KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ	12
1.1 Charakteristika povolání pomáhajícího	12
1.2 Rizikové skupiny syndromu vyhoření	13
1.3 Pracovní kompetence a schopnosti pomáhajícího	16
1.4 Terminologické vymezení pojmu kombinované postižení	18
1.5 Klasifikace kombinovaného postižení	19
1.6 Etiologie kombinovaného postižení	20
2. SYNDROM VYHOŘENÍ	22
2.1 Definice pojmu syndrom vyhoření	22
2.2 Historie syndromu vyhoření	26
2.3 Vnější příčiny vzniku syndromu vyhoření	27
2.4 Vnitřní příčiny vzniku syndromu vyhoření	29
2.5 Rizikové faktory syndromu vyhoření	32
2.6 Diagnostické metody	33
3. FÁZE A PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	37
3.1 Fáze syndromu vyhoření	37
3.2 Příznaky syndromu vyhoření	41
3.3 Tělesné vyčerpání	44
3.4 Duševní a emocionální vyčerpání	45
3.5 Sociální vyčerpání	47

4. ODLIŠENÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ OD JINÝCH ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ A NEGATIVNÍCH STAVŮ 50

4.1 Stres	50
4.2 Deprese	52
4.3 Chronická únava	54
4.4 Neurastenie	56
4.5 Existenciální neuróza	57
4.6 Únava	57
4.7 Frustrace	58
4.8 Konflikt	59
4.9 Trauma	61
4.10 Krize	61
4.11 Zvládání zátěžových situací	62

5. PREVENCE A TERAPIE SYNDROMU VYHOŘENÍ 64

5.1 Prevence vyhoření na fyzické rovině	64
5.2 Prevence vyhoření na psychické rovině	66
5.3 Prevence vyhoření na sociální rovině	67
5.4 Prevence vyhoření na duchovní rovině	69
5.5 Možnosti předcházení syndromu vyhoření	70
5.6 Psychohygienu v oblasti tělesného zdraví	72
5.7 Psychohygienu v oblasti psychického zdraví	73
5.8 Léčba syndromu vyhoření	79

PRAKTICKÁ ČÁST

6. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ 82

6.1 Cíl výzkumného šetření	82
6.2 Hypotézy a výzkumné otázky	82
6.3 Výzkumné metody a postupy	85
6.4 Průběh a časový harmonogram výzkumného šetření	86
6.5 Prezentace výzkumného šetření	87

6.6 Vyhodnocení hypotéz, výzkumných otázek a výsledků	109
ZÁVĚR	119
SEZNEM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	121
SEZNAM PŘÍLOH	126
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Tato diplomová práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u pracovníků pečujících o děti s kombinovaným postižením.

Lidé pracující v oblasti zabývající se péčí o postižené osoby, spadají do takzvané pomáhající profese, což jsou pracovníci, kteří se řadí na první místo v ohroženosti postihnutí syndromem vyhoření. Ze svých zkušeností dobře vím, že je tato práce náročná jak na psychickou, emocionální tak i tělesnou stránku člověka.

Bohužel nelze jednoznačně odpovědět na otázku, co k syndromu vyhoření vede. Za nejčastější příčiny, které se v souvislosti s touto poruchou uvádějí, jsou například přílišná očekávání, nedostatek autonomie, nejasnosti v hierarchických strukturách, vztahové konflikty nebo příliš vysoká či rostoucí odpovědnost.

Častou chybou u syndromu vyhoření je, že se většina lidí začne tímto problémem zabývat, až se u nich některý z příznaků projeví. To je ale chyba. Syndromu vyhoření je třeba se věnovat ještě dřív, než člověka postihne a zasáhne jeho pracovní a mnohdy i osobní život. Právě proto je nutno přijmout taková opatření, která omezí výskyt tohoto nežádoucího jevu.

Téma práce jsem si vybral z důvodu velké aktuálnosti tohoto problému a mého zájmu o danou tematiku. Dalším z důvodů je dlouholetá spolupráce s několika ze zkoumaných zařízení, kde provozuji pravidelně hodiny canisterapie.

Cílem diplomové práce je zjistit míru syndromu vyhoření u pracovníků pečujících o děti s kombinovaným postižením ve zlínském kraji. Hodnotící aspekty jsou zvoleny formou kvantitativního výzkumu. Před vyhodnocením dílčích výsledků výzkumného šetření jsme si nejprve vytyčili několik hypotéz a výzkumných otázek, které budou tímto šetřením potvrzeny nebo naopak vyvráceny.

Diplomová práce je členěna do šesti kapitol. První kapitola popisuje pomáhající profesi a kombinovanému postižení.

Druhá kapitola je věnována syndromu vyhoření, jeho definici a historii. Dále se v této kapitole zabýváme příčinami vzniku syndromu a také rizikovými faktory. Neopomínáme ani diagnostické metody sloužící k rozpoznání a přesné diagnostice burnout syndromu.

Třetí kapitola popisuje jednotlivé fáze syndromu vyhoření a jejich příznaky. Dále se pak zaměřujeme na vyčerpání, ať už tělesné, duševní nebo i sociální.

Některé symptomy a důsledky chování, jednání i prožívání se syndromu vyhoření mohou částečně podobat. Čtvrtá kapitola je věnována těmto jevům obdobného druhu. Přiblížíme si zde pojmy jako stres, deprese, chronická únava, frustrace, konflikt, trauma a další.

Teoretickou část uzavíráme kapitolou pátou, jež se zmiňuje o prevenci a terapii syndromu vyhoření. Prevenci před vznikem syndromu dále dělíme na fyzickou, psychickou, sociální a duchovní. Neopomíjíme ani možnosti důležitého procesu v předcházení vyhoření, a to možnosti psychohygieny v oblasti tělesného a psychického zdraví. Závěr kapitoly je věnován léčbě syndromu vyhoření.

Výzkumné šetření je začleněno do šesté kapitoly. Tato část práce má za úkol pomocí kvantitativního průzkumu, metodou anonymního dotazníkového šetření zmapovat míru syndromu vyhoření u pracovníků pečujících o děti s kombinovaným postižením. V praktické části jsme si stanovili několik hypotéz a výzkumných otázek, popisují metody, postupy a průběh výzkumného šetření. Neméně důležitou částí je prezentace výzkumu s následným vyhodnocením výsledků.

TEORETICKÁ ČÁST

1. POMÁHAJÍCÍ PROFESE V PROCESU PÉČE O KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

1.1 Charakteristika povolání pomáhajícího

„Povolání pomáhajícího výrazně ovlivňuje sebevědomí a životní postoje a v nemalé míře splývá s životem (je vnímána jako poslání).“ (Praško, Adamcová, Prašková, Vyskočilová, 2006 s. 30)

Pomáhající profese jsou souhrnným názvem pro profese, zaměřující se na pomoc druhým lidem. Pomáhají řešit nesnáze, problémy a zdravotní potíže druhých lidí. Používají k tomu metody a techniky jednotlivých profesí. Řadíme zde lékařství, zejména psychiatrii, dále psychologii, speciální pedagogiku, sociální práce, fyzioterapii a rehabilitace. Společnými znaky jsou zejména mimořádná psychická zátěž, odpovědnost a riziko pro vlastní duševní zdraví osob, které tyto profese vykonávají (Hartl, P., Hartlová, H. 2010).

Poschkamp (2013 s. 11) uvádí, že: *„Pomáhající profese jsou definovány jako taková povolání, při kterých mají lidé častý a úzký kontakt s jinými lidmi.“*

Tento kontakt je pak založen na vztahu spočívajícím v závislosti. Tzv. „pomahači“ jsou osoby, které pracují s jinými lidmi, a ve vztahu k těmto osobám jsou těmi, kteří „dávají“.

Pojem „povolání pomáhajícího“ zde není chápán v pracovně právním smyslu, ale spíše jím rozumíme „poslání“ (Poschkamp, T. 2013).

Pomáhání druhým lidem, je jako profese velmi náročné a vyčerpávající povolání. Klienti často nechtějí být pro pomáhajícího jen objektem pomoci, ale také

blízkým člověkem, s nímž soucítí, chtějí lásku a pozornost (Praško, J., Adamcová, K., Prašková, H., Vyskočilová, J. 2006).

Poschkamp (2013 s. 11) dále uvádí: „*Ve skutečnosti se vyhoření neomezuje pouze na takzvané sociální či pomáhající profese, ale v žádné jiné skupině se symptomy vyhoření neobjevují s takovou pravidelností, charakterem a intenzitou.*“

1.2 Rizikové skupiny syndromu vyhoření

Z hlediska syndromu vyhoření existují ve společnosti rizikové skupiny, které vznikají v profesích vyžadující vysoké pracovní nasazení a u osob, které jsou zpravidla v častém styku s druhými. Na druhé straně jsou to lidé, kteří jsou vůči sobě velmi tvrdí, trpí strachem, že nezvládnou úkoly, které jsou na ně kladeny, jsou hektičtí, nervózní a neumějí se uvolnit (Musil, J. 2010).

Maroon (2012 s. 45) popisuje typy potencionálních obětí vyhoření podle Freudenbergera, a to jako:

- „*Angažovaný, silně citově zainteresovaný pracovník.*“
- „*Pracovník považující práci za prostředek k uspokojení vlastních potřeb.*“
- „*Autoritativní jedinec s potřebou mít vše pod kontrolou.*“

Syndrom vyhoření je psychologický a sociální pojem vyskytující se především u pomáhajících profesí (Maroon, I. 2012).

„*K této skupině se řadí sociální pracovníci, psychologové, lidé zaměstnaní ve výchově, vzdělávání nebo v oblasti medicíny a psychiatrie, stejně jako zdravotní personál v domovech a sociálních zařízeních.*“ (Maroon, 2012 s. 10)

Potterová (1997, s. 11) uvádí, že jsou: „*Nejvíce postižení lidé, kteří pracují ve službách, jako jsou zdravotní sestry, poradci a policisté, kteří často mají cynický přístup ke své práci a jsou až otevřeně nepřátelští k lidem, kterým mají sloužit.*“

Vosečková, Hrstka (2010 s. 32) uvádějí: „*Na základě dosavadních studií o syndromu vyhoření v ČR byl vypracován přehled profesí, které jsou rizikové vzhledem ke vzniku burn-out syndromu*“:

- lékaři,
- zdravotní sestry,
- další zdravotnický personál,
- psychologové a psychoterapeuti,
- učitelé na všech stupních škol,
- sociální pracovníci,
- pracovníci pošt, a to především pracovníci u přepážek či poštovní doručovatelé,
- povolání dispečera záchranné služby,
- právníci, zejména advokáti,
- policisté, kriminalisté, členové posádek motorizovaných autohlídek,
- personál věznic, dozorců, ale i další zaměstnanci,
- poradci a informátoři,
- profesionální funkcionáři, manažeři, politici,
- úředníci orgánů státní správy, bank a dalších úřadů,
- duchovní a řádové sestry,
- příslušníci ozbrojených sil,
- osoby, které jsou v jakémkoli kontaktu s druhými lidmi, a které mohou být vystaveny chronickému stresu.

Syndrom burn-out můžeme také zaznamenat u studentů, ale dokonce i v soukromém životě např. v manželství (Vosečková, A., Hrstka, Z. 2010).

Důvodem, proč se syndrom vyhoření vyskytuje zejména u výše uvedených profesí, je především silný tlak, přízračný pro jejich každodenní práci.

Práce v pomáhajících povoláních má aspekty, které činí příslušníky těchto profesí zranitelnějšími, než je tomu u jiných profesí (Maroon, I. 2012).

U koho se objevují příznaky vyhoření?

- u osob, které byly zprvu velice nadšeny tím, co dělají, prožívají, tvoří nebo řídí atp., avšak časem u nich toto vnitřní zanícení ochablo.
- u člověka, který na sebe klade příliš vysoké nároky, v práci, studiu, tvorbě, sportu, organizování atp.
- u člověka, který pracuje nad úroveň své kapacity, kompetence, schopností a dovedností.
- u pracovníka původně nejvýkonnějšího a nejproduktivnějšího či mimořádně tvořivého.
- u pracovníka původně nejodpovědnějšího a nejpečlivějšího.
- u původně vynikajícího perfekcionisty, který se snažil dělat vše co nejlépe a nejpřesněji.
- u člověka, který neúspěch prožívá jako osobní porážku.
- u člověka, který není schopen přiměřeně si odpočinout, regenerovat, relaxovat či rekreovat se.
- u osob žijících v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech.
- u člověka s nízkou úrovní zdravé asertivity.
- u osob, které stále více dávají, nežli přijímají.
- u psychoterapeutů a pracovníků poradenských profesí, vyčerpaných často neúspěšnými či málo úspěšnými zásahy.
- u člověka, který touží až příliš o peníze anebo o moc.
- u člověka posedlého soupeřením a soupeřivostí či nepřátelstvím.
- u osob s nadměrnou akumulací obtížných životních podmínek.
- u pracovníků, kteří nejsou schopni snižovat redukovat požadavky, které sami na sebe kladou (Křivohlavý, J. 2012).

Představitelé pomáhajících profesí investují do svého zaměstnání mnohem více než jen znalosti a dovednosti. Nasazují také část své osobnosti. Práce s lidmi a s jejich trápením je mnohem náročnější než například práce s neživým materiálem. Kromě toho jsou jedinci, kteří s postiženými soucítí, jelikož jsme vybaveni vlastností, které se říká empatie (Honzák, R. 2013).

Poschkamp (2013) rozděluje rizikové skupiny také podle pohlaví. V některých profesních skupinách existují značné pohlavní rozdíly. Jedná se zejména o povolání, která vykonávají spíše muži, např. hasič, policista nebo psychiatr. Ženy dominují v péči o nemocné, předškolní výchově, sociální práci a učitelství.

„Objevitel“ vyhoření Herbert Freudenberger tvrdí, že ženám hrozí vyhoření ve větší míře. To se dá vysvětlit převzetím rolí a funkcí, které překračují vlastní potenciál. Dvojnásobná zátěž rodinných a pracovních povinností, které mají být plněny s maximálním nasazením vytčeným vlastní osobou, vede téměř nepochybně k hlubokému vnitřnímu vyčerpání. V mnoha nových nálezech se ukazují rozdíly v neprospěch žen. Někteří autoři vysvětlují tyto pohlavní rozdíly tak, že se ženy silně emocionálně angažují častěji než jejich mužští kolegové.“ (Poschkamp, 2013 s. 49)

1.3 Pracovní kompetence a schopnosti pomáhajícího

Matoušek (2008) popisuje obecné předpoklady a dovednosti, které by měly být vlastní pracovníkovi v pomáhající profesi. Shrnuje je do čtyř zastřešujících oblastí:

- Zdatnost a inteligence
- Přitažlivost
- Důvěryhodnost
- Komunikační dovednosti

Jedinec, pracující v tak náročné profesi, která je založena na pomoci druhým by měl být nejen duševně, ale také tělesně připraven zvládat velkou zátěž. Svou fyzickou kondici by si měl pravidelně a dostatečně udržovat, jelikož „tělo je prvotním zdrojem energie“. Co se týče inteligence, ta v sobě pojímá schopnost především pozitivního přístupu k získávání nových vědomostí a znalostí, které je jedinec schopen dále uplatňovat v práci s klientem.

Téma přitažlivosti zahrnuje nejen fyzickou stránku pracovníka, ale především to jakým způsobem jej přijímá klient pro způsob jednání a jeho přístup k pracovní činnosti, a klientovi samotnému. I přesto, že se prvek přitažlivosti nejeví jako zásadní a podstatný, je tomu právě naopak. Je to první krok k vytváření vzájemného vztahu, a to vztahu pozitivního mezi pracovníkem klientem.

Důvěryhodnost pracovníka je vymezena několika prvky. Patří mezi ně: diskrétnost, spolehlivost, využívání moci a porozumění. Je důležité, aby klient mohl mít jistotu, že může pracovníkovi sdělit cokoli bez obav, že to bude prezentováno další osobě. Pracovník musí dále klientovi nabídnout nejen atmosféru porozumění, ale především dostatek času a pochopení. Z běžného života je zřejmé, že zdrojem důvěry může být mnoho faktorů, které jsou závislé jak na fyzickém vzhledu, roli či jinak klientem subjektivně vnímanému znaku.

Nesmíme zapomenout na nezbytnost, kterou jsou pro pomáhajícího pracovníka komunikační dovednosti. Ty jsou prostředkem navázání vztahu s klientem a prostředkem řešení problémů. Pro pracovníka je důležité, aby dokázal naslouchat klientovi a porozuměl jeho přáním a potřebám. Spojnicí mezi komunikací a jejím výsledkem je především projevení empatie, vcítění se do pocitů druhé osoby a následné sdělení porozumění, jako prostředku zpětné vazby pro klienta (Matoušek, O. 2008).

Mezi zásadní znaky pomáhajících profesí uvádí Kopřiva (2006) snahu pomáhat, navázání kontaktu a vytvoření profesionálního vztahu a pomoci. Kopřiva dále uvádí, že na rozdíl od jiných povolání hraje v těch pomáhajících profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. „Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.“ (Kopřiva, 2006, s. 15)

Dobrý pracovník je také schopen respektovat názory klienta, jeho odlišný životní styl a hodnotovou orientaci, projevuje toleranci vůči etnické, kulturní, politické a

náboženské odlišnosti klienta. Dokáže přistupovat ke klientovi bez předsudků a snaží se vyvarovat se nahlížení na něj skrze tradiční stereotypy (Matoušek, O. 2008).

1.4 Terminologické vymezení pojmu kombinované postižení

Problematice osob s kombinovaným postižením se v posledních letech věnuj celá řada autorů. Závažnější postižení, poruchy a vady se velmi často sdružují, mají tendenci se vyskytovat společně a tak jejich nositel může být postižený více vadami (Opatřilová, 2005).

Monatová (1995, s. 170) uvádí, že: *„Kombinované neboli sdružené vady zahrnují velmi širokou škálu nedostatků, které přecházejí plynule od průměrných projevů v oblasti fyzických, psychických a sociálních funkcí k podprůměrným a k dalšímu zhoršování určitých projevů až k závažným potížím.“*

Při vymezení okruhu osob s kombinovaným postižením se v odborné literatuře můžeme setkat nejen s různými definicemi, ale také nejednotnou terminologií. Jako synonymická se u nás užívá například označení: kombinované vady, těžké zdravotní postižení, sdružené postižení, hluboké postižení, těžké a vícenásobné postižení nebo multihandicap.

(Vítkové, M. 2006) označuje za neutrální a používaný termín „těžké postižení“.

Vítková (2006, s. 193) dále uvádí: *„Těžké postižení je komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech. Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační.“*

Také Vančová (2001) zmiňuje ve své publikaci, že se samotné postižení v podstatě nevyskytuje, přičemž vždy ovlivňuje socializaci, adaptaci na prostředí a má podstatný vliv na psychiku jedince.

Vašek (2001, s. 10) vícenásobné postižení definuje jako „*multifaktoriální, multikauzální a multisymptomaticky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psycho-sociální oblasti u jeho nositele*“.

V případě kombinovaného postižení dochází současně k narušení několika funkcí (systému). Jedná se o komplikovaný stav či situaci, jejíž řešení je závislé na vlastní kombinaci postižení u daného jedince a také na tom, které z postižení je pro dítě nejvíce znevýhodňující (Jankovský, J. 2001).

1.5 Klasifikace kombinovaného postižení

Jedince s kombinovaným postižením členíme do tří skupin a to dle požadavku resortu školství. U první skupiny je společným znakem mentální retardace. Ta je vymežujícím faktorem pro nejvýše dosažené vzdělání a míru výchovy. Druhou skupinu tvoří jedinci s kombinovanými tělesnými vadami, vadami řeči a vad smyslových. V případě druhé skupiny se nevyskytuje mentální postižení. Můžeme zde zařadit například specifické postižení „hluchoslepota“. Do poslední skupiny zařazujeme děti a žáky s diagnostikovaným autismem a jedince s autistickými rysy (Vítková, M. in Pipeková, J. 2006).

Vašek a Vančová (2001) ve své publikaci seskupují osoby s kombinovaným postižením do tří skupin s podobnou symptomatologií.

- mentálně postižené osoby v kombinaci se sensorickým nebo tělesným postižením
- jedinci s poruchami chování v kombinaci s dalším postižením, či narušením (komunikace, učení atd.)
- hluchoslepota

Vančová (2001) popisuje kombinované vady ve společnosti také podle procentuálního zastoupení.

- V 90 % všech osob klasifikovaných jako postižení, zaujmají místo jedinci s kombinací poruch učení, poruchami řeči, psychosociálním narušením a podprůměrné inteligence, charakterizované jako mírné kombinované postižení.
- Těžké a středně těžké kombinované postižení se vyskytuje ve 2 – 2,5% celkové populace.
- Hluboké kombinované postižení se vyskytuje od 0,1% do 1%, převážně tedy v kombinaci s mentálním postižením.

1.6 Etiologie kombinovaného postižení

Etiologie může být často nejasná. Mnoho příčin je neznámého původu a to především v prenatální, perinatální a postnatálním období. Vítková (2006) zmiňuje, že se jedná o širokou oblast jednoznačně neurčitelnou. Vzhledem k dosti širokému okruhu osob, které do skupiny jedinců s kombinovaným postižením řadíme, bývají i příčiny značně rozmanité. Jak bylo již výše uvedeno, objevit je lze v prenatálním, perinatálním a postnatálním období, přičemž se také vzájemně sdružují. Mezi nejčastější etiologické faktory můžeme zařadit: genetické vlivy, chromozomální aberace, vývojové poruchy, poškození mozku a centrální nervové soustavy, mechanické poškození, infekce, intoxikace, metabolické a nutriční činitele, psychické faktory, trauma, vlivy sociálního a materiálního prostředí.

Příčiny, podílející se na vzniku kombinovaných vad lze také rozdělit na příčiny endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Příčin existuje celé množství. Mezi nejčastější endogenní příčiny můžeme zařadit například právě genetické vlivy. Do exogenních příčin patří především biologické, chemické, fyzikální a psychosociální faktory (Ludíková, L. 2005).

Monatová (1995) dále dělí postižení na vrozené a získané, přičemž uvádí, že v některých případech může dojít i k vzájemnému spojení vrozeného a získaného handicapu.

Toto je například možné u jedince, který se narodí s určitou vadou (pohybovou, malformací) s níž se ale během svého života nedovede vyrovnat. Důsledkem toho se může přidružit například psychické onemocnění v podobě neuróz či depresí.

Ludíková (2005, s. 11) uvádí, že: *„Etiologie kombinovaných vad je pochopitelně vzhledem k heterogenitě této skupiny velmi rozmanitá. Příčiny nelze ve všech případech jednoznačně určit, ale lze konstatovat, že je možno je hledat ve všech údobích života, přičemž obvykle nejtěžší případy mají příčiny v prenatálním stádiu vývoje.“*

2. SYNDROM VYHOŘENÍ

„Bez práce celý život ztrouchniví, ale když je práce bezduchá, život se dusí a umírá“

(Albert Camus)

Vyhoření, výraz, který dnes slyšíme čím dál častěji. Tento výraz se stává význačným rysem života v posledních desetiletích dvacátého století, plných spěchu a stresu. Když jsem shromažďoval materiál pro mou diplomovou práci, zjistil jsem, že syndromem vyhoření trpí lidé všech profesí jako snad nikdy dříve. S vyhořením se setkáváme ve svých vlastních rodinách, v naší studijní skupině, u našich kolegů v práci, ale i u velké části lidí, kterým sloužíme. Většina z nás vyhoření v určité míře alespoň krátkodobě prožila nebo byl v naší blízkosti někdo, kdo vyhoření prožíval. Všichni, kdo tvoří takovou práci, víme, co je vyhoření, z první ruky (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

2.1 Definice pojmu syndrom vyhoření

Definicí, které vyjadřují význam spojení „syndrom vyhoření“, můžeme najít v literatuře celou řadu. Každý autor zabývající se problematikou vyhoření má definici vlastní, avšak se ve svých podstatách nijak výrazně neliší. Ve valné většině se v různých podobách opakují stejné nebo podobné pojmy.

Podle uznávané psycholožky Christiny Maslachové, která se mezi prvními věnovala výzkumu dané problematiky, uvádí, že vyhoření představuje „syndrom emocionálního vyčerpání, odosobnění a snížené osobní výkonnosti, jenž se může vyskytnout u jedinců, kteří nějakým způsobem pracují s lidmi.“

Psycholog Herbert Freudenberger, jemuž vděčíme za pojmenování tohoto stavu, uvádí, že vyhoření je vyčerpání energie a pocit zavalenosti problému druhých lidí (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

Syndrom vyhoření je v dnešní době obecně známý jev. Je to stav extrémního vyčerpání, silného poklesu výkonnosti, vnitřní distance a různých psychosomatických obtíží (Kallwass, A. 2007).

Praško, Adamcová, Prašková, Vyskočilová (2006 s. 29) popisují vyhoření jako: *„Stav vyplnění všech energetických zdrojů původně velmi intenzivně pracujícího člověka. Je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se emocionálně angažují, ztrácejí své původní nadšení a svou motivaci, jsou unavení, bezradní, „vyšťavení“, často bez emocí nebo rezignovaní, depresivní a „prázdní“.*

Pro syndrom vyhoření je často užíváno anglické označení *„burn-out“*, což znamená *„silné a prudké vzplanutí v kamnech nebo také propálení pojistek. To zároveň znamená: Aby člověk mohl vyhořet, musí být nejprve ohněm a plamenem.“* (Merg, Knödel, 2007 s. 47)

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.“ (Křivohlavý, 2012 s. 12)

Vosečková, Hrstka (2010 s. 7) definují bur-out syndrom jako: *„Vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky. Syndrom je spojován se stavem psychického i fyzického vyčerpání následujícího po vyčerpávajícím a dlouhotrvajícím stresu.“*

I přes to, že je vyhoření stresující, není, jak se někteří lidé mylně domnívají, způsobené stresem (Potterová, B. 1997).

Jak je již výše uvedeno, syndrom vyhoření obnáší nesplněná očekávání, vyčerpání a únavu, jelikož nepřichází to, v co člověk doufal. Tato nesplněná očekávání

se týkají v podstatě odměn, které člověk očekával, ale nedostal, například v podobě štěstí, pozornosti, chvály, pocitu uspokojení nebo pocitu duševní pohody a jistoty.

Nesplnění očekávání se často vyskytují proto, že jedinec očekával příliš mnoho. V některých případech vycházejí příliš velká očekávání ze správného základu, ale později se jejich motivace změní (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

Potterová (1997 s. 24) uvádí: *„Vyhoření má jak fyzické, tak psychické důsledky, ale není ani fyzickým onemocněním, ani neurózou. Vyhoření je ztráta vůle. Zničená motivace má za následek vzrůstající neschopnost zmobilizovat zájem a schopnosti.“*

Musil (2010 s. 34) popisuje burnout syndrom jako: *„vyprahlost, vyhoření, vypálení, selhávání v důsledku vyčerpání což znamená: ztrátu zájmu, radosti, potěšení, ztrátu prožitku štěstí, ztrátu ideálů, úbytek energie, vytrácení smyslu života, sebebodceňování až negativní oceňování sebe, ztrátu zájmu o povolání, negativní postoje k povolání, profesionální selhání.“*

Christina Maslachová a Michael P. Leiter zdůrazňují, že syndrom vyhoření je pro pracovní svět velmi nebezpečný. Vylézá z každé skulinky a rozšiřuje se jako nakažlivý virus. Zaměstnanci trpí pocitem odcizení a zlostí, což zapříčiňuje konflikty na pracovišti (Maroon, I. 2012).

Maroon (2012, s. 22) dále uvádí detailnější definici: *„Vyhoření je stavem tělesného, citového a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhou angažovaností v emocionálně náročných situacích. Ke svému pojetí přidává pojem odporu a vyhází z toho, že tento jev přesahuje hranice pracovního prostředí.“*

Pro mnoho lidí je práce otročinou a jejich zaměstnání bolestivou prázdnotou. Po „bezduchém“ pracovním dni se lidé cítí vyčerpání a „prázdní“ a mají málo chuti vrátit se druhý den opět do práce. Bezduchá práce ničí nadšení tak dlouho, až udusí motivaci (Potterová, B. 1997).

Syndrom vyhoření se projevuje zvláště u profesí obsahující práci s lidmi jako podstatnou složku pracovní náplně. Je to důsledek dlouhodobě působícího (chronického) pracovního stresu, který je zvládán maladaptivním chováním. Syndrom vyhoření je závažným jak psychologickým tak i medicinským problémem, ovlivňující zdraví i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje (Švingalová, H. 2006).

Potterová (1997 s. 11) uvádí, že je: *„Vyhoření nemocí duše, protože potlačuje vůli. Postupně je motivace, tato záhadná síla, která nás žene kupředu, poškozena – v horších případech zničena.*

Podle Vosečkové a Hrstky (2010 s. 8) se definice různí zejména podle úhlu pohledu, avšak v některých rysech se shodují:

- *„Za základní jsou považovány psychické příznaky, které vedou ke změnám i v rovině tělesné a sociální.“*
- *„Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.“*
- *„Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční oploštělost, kognitivní vyčerpání a „opotrebení“ a často i celková únava.“*
- *„Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu (každodenní, zdánlivě nekonečná a nevyhnutelná povaha chronického stresu, akutní stres k vyhoření nedovede).“*
- *„Menší efektivita práce není spojována se špatnými pracovními schopnostmi a dovednostmi, ale naopak s negativními vytvořenými postoji a z nich vyplývajícím chováním.“*
- *„Syndrom vyhoření se vyskytuje u jinak psychicky zdravých lidí, nesouvisí nijak s psychickou patologií.“*
- *„Vyskytuje se především u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“ nebo alespoň kontakt s lidmi.“*
- *„Trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekólisající výkon, který je pokládán za standard, s malou, či žádnou možností úlevy, odchylek, vysazení a se závažnými důsledky v případě chyb a omylů.“*

- *„Pocit jedince, že již nadále nemůže těmto požadavkům dostát, ve spojení s přesvědčením, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu.“*

2.2 Historie syndromu vyhoření

Vyhoření, jev známým již odedávna, aniž by byl takto pojmenován. Disponovaní pracovití lidé patrně v každé době prožívali tento fenomén tísnící a sužující psychiku a lidské prožívání.

Pojmenování stavu „vyhoření“ je zajisté daleko mladší tradice oproti obecné lidské zkušenosti s tímto stavem, jak bylo výše předesláno (Musil, J. 2010).

Vědecké výzkumy v této oblasti jsou poměrně mladé, datují se od sedmdesátých let minulého století. Touto problematikou se tehdy z různých hledisek zabývali Herbert Freudenberger, jenž tento pojem také formuloval, Christina Maslachová a Susan E. Jacksonová i Cary Cherniss. Odborníci prozkoumali vyhoření u sociálních pracovníků, zdravotních sester, učitelů a jiných profesních skupin, které mají přímý kontakt s příjemci daných služeb. Většinou se tyto studie pokoušely zodpovědět otázky, co je podstatou a předzvěstí tohoto jevu, jak tento jev vzniká a kde na své oběti číhá, co lze dělat, abychom se mu vyhnuli a jak s ním máme zacházet (Maroon, I. 2012).

Od 70. let minulého století se psychologové zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, které se manifestuje v oblasti myšlení, emocí a motivace. Ovlivňuje názory, postoje, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání.

Burn-out byl jako jev rozpoznáván a identifikován poprvé v průběhu osmdesátých let 20. století. Původně byl spojován se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu ztratili zájem o vše ostatní. Později se tento pojem rozšířil i pro oblast drogově závislých osob, které ztrácely zájem o cokoli jiného, než jsou drogy. Svět se jim zúžil pouze na tuto oblast. Syndrom postupně pronikal i do jiných oblastí, předcházet

například i pojmu workoholik, který vypovídá o stavu přepracovanosti, lidé se cítí vyčerpaní, apatičtí, nedokáží překonat jinak běžné překážky a začínají se stranit ostatních.

V 70. až 80. letech minulého století došlo k narůstajícímu zájmu o danou problematiku. V současnosti se burn-out syndrom objevuje ve středu zájmu převážně v zemích, které prošly v 80. a 90. letech velkými reformami. Burn-out rozšířil okruhy problémů souvisejících se zvládáním stresu občanů vyrovnávajících se s důsledky uvedených transformačních kroků. Současně začíná být dosazován jako významný prvek do širších společenských souvislostí. Hledají se nové vztahy a možnosti ovlivnění burn-outu z této oblasti. Později jsme se mohli setkat v odborné literatuře s dalšími „verzemi“ burn-out syndromu. Byl popsán tzv. syndrom obnošení charakterizovaný jako pocit naprostého vyčerpání, narůstající únavy a nezájmu v důsledku dlouhotrvajícího a stereotypně působícího stresu.

V průběhu 40 ti let zkoumání tohoto fenoménu vznikla celá řada definic, které se pokoušejí zachytit podstatu tohoto problému (Vosečková, A., Hrstka, Z. 2010).

„Pojem vyhoření (burnout) se nejprve používal pouze v souvislostech s pracovním prostředím, kde se intenzivně pečovalo o lidi v akutních krizových situacích a kde bylo v poměru k jejich počtu málo pomáhajících. Zde se dal syndrom vyhoření jasně určit: psychiatr spáchal sebevraždu, lékaři trpěli bolestmi hlavy a poruchami trávení, více kouřili, měli problémy v rodině a vyvinuly se u nich další příznaky emocionálního tlaku, s nimiž si neuměli poradit.“ (Maroon, 2012 s. 11)

2.3 Vnější příčiny vzniku syndromu vyhoření

„Otrok nikdy a nikde nepracuje rád a úspěšně.“

(Tomáš Garrigue Masaryk)

Vosečková, Hrstka (2010, s. 12) uvádějí jako vnější příčiny, tzv. „Vnější faktory“. *„Tyto se týkají situace a kontextu, v němž se ohrožený jedinec nachází. Jedná se o podmínky v zaměstnání, v organizaci, kde pracuje, o situaci v osobním životě*

jedinice, jeho rodinu a širší příbuzenský okruh a v neposlední řadě i o společnost, v níž žijeme a podmínky, které na nás každodenně klade. Za klíčový vnější, sociálně založený faktor je pokládána sociální opora, tj. systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí, jednak z tohoto okolí přijímá.“

Musil (2010) uvádí, že jsou vnější příčiny syndromu vyhoření, způsobující kritické zvraty a kolize při „kontaktu“ s disponovanými osobnostmi mnohé. Spouštěcími mechanismy či momenty mohou být nejen komplikované meziosobní situace a vztahy v přátelských či rodinných vztazích, ale i ve vztazích pracovních.

Nastavení pracovních podmínek se může nemalou měrou podílet na vzniku vyhoření. Křivohlavý (1998) považuje za negativní vlivy ze strany organizace nadměrnou kontrolu, ale i svobodu v rozhodování, neúměrnost či nerealizovatelnost požadavků, nesmyslnost, odkládání úkolů, problémy s autoritou, nadměrnou odpovědnost a špatnou sociální komunikaci. Nezanedbatelným rizikovým faktorem jsou rovněž špatné mezilidské vztahy na pracovišti.

Také Moravcová (2013) uvádí, že již sama profese může být rizikovým faktorem vzniku syndromu vyhoření. Na předních místech v přehledu ohrožených profesí jsou lékaři, zdravotní sestry, psychologové, psychoterapeuti a další zdravotní pracovníci. Ale ani sama profese o sobě není klíčovým bodem, který rozhodne, zda burnout syndrom vznikne, či nikoli. Existují další faktory (příčiny), které můžeme rozdělit na vnější a vnitřní:

Vnější příčiny:

- život v současné společnosti (uspěchanost, vyšší nároky a ambice, informace, individualismus, materiální zaměření)
- zaměstnání a způsob organizace práce (jednání s lidmi, nedocení, soutěživost, nedostatek zaměstnanců, náročnost termínů apod.)
- rodina (partnerské problémy, materiální zajištění, nemoc apod.)
- nedostatečná sociální opora

Kallwass (2007) uvádí, že nelze jednoznačně odpovědět na otázku, co k syndromu vyhoření vede. Vyjmenovává ale některé z příčin, které jsou v souvislosti s touto poruchou uváděny za nejčastější:

- konflikty rolí
- nedostatek autonomie
- přílišná očekávání
- nejasnosti v hierarchických strukturách
- vztahové konflikty
- nedostatečná podpora nadřízených pracovníků
- příliš vysoká nebo rostoucí odpovědnost
- nadměrné množství práce v časovém presu
- mobbing na pracovišti

Tento heslovitý seznam by mohl být několikanásobně dlouhý. Důležitá je však ta okolnost, že ne každá taková vnější zátěž musí vést k syndromu vyhoření. Příznaky nám mohou poukazovat také na jiné duševní poruchy, ale i přes to bychom měli zpozornit, jakmile se objeví varovné signály počáteční fáze syndromu (Kallwass, A. 2007).

2.4 Vnitřní příčiny vzniku syndromu vyhoření

Vosečková, Hrstka (2010, s. 12) uvádějí jako vnitřní příčiny, tzv. „Vnitřní faktory“. *„Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci člověka vůči negativním účinkům stresu, je pokládána osobnost jedince.“*

Syndrom vyhoření vzniká v průběhu delší doby a zpravidla jej nelze vyvozovat z jedné jediné příčiny. Stav, ve kterém se nachází vyhořelí, je podobný trvalému stresu – bez dovolené, bez cíle. Vzhledem k neustálému vyplavování stresových hormonů naše nadledvinky produkují příliš mnoho kortisolu. To oslabuje imunitní systém a člověk

onemocní. Dochází k psychosomatickým reakcím, tedy vedle tělesného chřadnutí ke všem možným organickým onemocněním (Merg, K., Knödel, T. 2007).

V případě syndromu vyhoření byly vysloveny mnohé pochybnosti o tom, zda se skutečně jedná o jedinečný jev, jelikož se jeho příznaky podobají jiným emocionálním stavům, jako jsou stres a deprese. Překrývání obou těchto příznaků zdůvodňuje koncept vyhoření jako projevu psychického stresu. Jedinečnost syndromu nevyplývá z jeho psychických projevů, které se ve skutečnosti podobají stresovým stavům, nýbrž z vlastních příčin a vývoje (Maroon, I. 2012).

Musil (2010) uvádí, že jsou syndromem vyhoření ohroženy především dvě kategorie osob:

- lidé, kteří jsou profesionály v tzv. pomáhajících profesích, např. pedagogové, sociální pracovníci, kurátoři, policisté, právníci, veterinární lékaři, vedoucí a řídicí pracovníci, lékaři. V medicínských oborech zejména: onkologové, pediatri, stomatologové,
- lidé různých profesí, což mohou být i ženy v domácnosti, disponovaní vlastní motivací k velkým výkonům.

Několika letým studiem domácí i zahraniční odborné literatury zaměřené na výzkumy typologií osobností ohrožených syndromem vyhoření, ale i stresem, odborníci dospěli názoru, že tyto osobnosti lze zhruba začlenit do dvou typových kategorií. Jsou to osoby:

- s vyrádlou sebeidentitou, zvýšeně ctižádostivé, charakterní, důsledné, vytrvalé, velmi zodpovědné, pevné ve svých postojích,
- osoby s opačnými charakteristikami, snad až na ctižádostivost.

U první skupiny jsme vymezili přibližný rámeček pro osoby ohrožené syndromem vyhoření, které představují typ pozitivní. Struktury těchto osobností jsou zformované faktorem dědičnosti, ale také prostředím, v nichž vyrůstaly.

Taktéž osoby druhé skupiny jsou formovány stejnými faktory. Zpravidla to ale nejsou lidé vyzrálí a vývojově opoždění ve srovnání s pozitivními charakteristikami první skupiny.

Příslušníci obou těchto typových kategorií ohrožených syndromem vyhoření jsou zařazováni pod názvem „workoholismus“ nebo „áček“. Jinou možností výkladu dispozic k vyhoření je teorie Jenningsové. Tato teorie obsahuje dva typy, a to typ „A“ a typ „B“. Zatímco typ „A“ je vysoce angažovaným, často velmi tvrdým a náročným vůči sobě a druhým. Je to jedinec, který usiluje o plnění svých předsevzetí činností takřka bez oddechu. Hektické usilování jej může ohrozit natolik, že může onemocnět některou z civilizačních psychosomatických chorob či poruch.

Typ „B“ se projevuje přesně naopak. Je uvážlivý, bilancuje uvážlivě své možnosti a netrpí tolik civilizačními sociálními noxami (Musil, J. 2010).

Jak jsme si již výše uvedli, může být již sama profese příčinou vzniku burnout syndromu. Mimo to existují i další faktory rozhodující, zda syndrom vznikne, či ne. Moravcová (2013) níže popisuje vnitřní příčiny vzniku syndromu vyhoření.

Vnitřní příčiny:

- původně příliš veliký entuziasmus
- prvotně vysoká empatie
- chování typu A, tendence k soutěživosti
- nízká úroveň asertivity
- nízké sebehodnocení a sebepojetí
- pesimismus
- neschopnost relaxace
- depresivní ladění, senzitivita, úzkostnost
- naučená bezmocnost
- externí lokalizace kontroly
- nedostatečná odolnost (resilience)
- přílišná pečlivost a odpovědnost, perfekcionismus

2.5 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti neustále roste. Mezi rizikové faktory můžeme zařadit např. zvýšené životní tempo, rostoucí nároky na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka v dnešní relativně rozvinuté a spotřebně orientované společnosti. Taktéž se prodlužuje životní etapa, po kterou musí člověk těmto nelehkým nárokům společnosti čelit (Kebza, V., Šolcová, I. 2003).

„Důležitým faktorem ovlivňujícím rozvoj syndromu vyhoření je osobnost zahrnující důležité postoje, normy a hodnoty, který mají podstatný vliv na naše chování a prožívání profesního života.“ (Poschkamp, 2013 s. 18)

Kebza a Šolcová (2003) považují za rizikový faktor vysoký pracovní entuziasmus a angažovanost pracovníka, perfekcionalismus, přemíru empatie a obětavosti.

Vosečková a Hrstka (2010, s. 12) uvádějí, že: *„Vznik syndromu vyhoření je o to pravděpodobnější, čím více rizikových faktorů se u jedince vyskytuje a kumuluje. Společně se znásobuje jejich vliv.“*

Pro přehled uvádí Vosečková s Hrstkou (2010) nejčastěji v odborné literatuře citované rizikové faktory syndromu vyhoření:

- život v současné civilizované společnosti s neustále rostoucím a zrychlujícím se životním tempem a zvyšujícími se nároky na člověka,
- nutnost čelit chronickému stresu,
- příslušnost k profesi obsahující profesionální práci, ale i pouze kontakt s lidmi,
- vysoké, někdy až nadměrné požadavky na výkon, monotonie práce, nízká autonomie pracovní činnosti,
- původně vysoká empatie, zájem o druhé osoby, obětavost,
- chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu,

- původně střední až vysoká senzitivita,
- původně vysoký perfekcionismus, odpovědnost a pedantství,
- nízká asertivita,
- neschopnost relaxace,
- negativní afektivita, depresivní ladění,
- permanentně prožívaný časový stres,
- externí lokalizace kontroly,
- chronické přesvědčení o neodpovídajícím společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese,
- nestabilní nebo nízké sebepojetí a sebehodnocení, syndrom beznaděje.

Také Rush (2003) ve své publikaci popisuje deset níže uvedených rizikových faktorů, které vyhoření působí a dodává, že je vyhoření cenou, kterou mnozí lidé platí za své značné úspěchy.

- pocit nutkání na místo povolání
- snaha udělat všechno sám
- neschopnost přibrzdit
- soustředěnost na detaily
- přehnaná pozornost k cizím problémům
- příliš velká rutina
- nereálné očekávání
- špatný tělesný stav
- neustálé odmítání ze strany druhých
- nesprávný pohled na Boží priority v našem životě

2.6 Diagnostické metody

Lékař diagnostikuje nemoc podle zcela určitých příznaků. S psychickým stavem u syndromu vyhoření je tomu obdobně. I v tomto případě pátráme po souboru příznaků,

kteří tvoří burnout syndrom. Poznávat a přesně diagnostikovat, že se v daném případě jedná o stav psychického vyhoření, můžeme různými způsoby (Křivohlavý, J. 2012).

Identifikace vychází jednak z pozorování dílčích symptomů u osob, v jejichž chování a jednání se syndrom vyhoření začíná projevovat, jednak z prožitku těchto příznaků u postižených osob, jenž lze lépe identifikovat, pokud člověk o charakteristice tohoto syndromu již něco ví, a konečně ze speciálních psychologických metod, které byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány (Kebza, V., Šolcová, I. 2003).

Křivohlavý (2012) uvádí, že je možné syndrom vyhoření poznávat i na sobě, a to zejména pozorováním vlastního stavu, nebo jej poznávat u druhých osob, např. viděním změn v jejich chování a jednání jak již výše uvedli Kebza se Šolcovou.

Toto se ale u každého jedince projevuje s rozdílnou intenzitou a hojností. Níže si představíme nástroje pro diagnózu a měření vyhoření, které se zakládají na tom, jak pracovník odhaduje sám sebe. Standardní metoda je složena ze tří hlavních prostředků:

- *„Maslachové škála vyhoření pro pomáhající profese (Maslach Burnout Inventory – Human services Survey, MBI) obsahuje 22 různých výpovědí osob v pomáhajících povoláních a sestavili ji Maslachová a Jacksonová (1981).“*
- *„Maslachové škála vyhoření pro povolání (Maslach Burnout Inventory – General survey) měří vyhoření ve všech povoláních pomocí 16 výpovědí. Tento prostředek vychází z dřívějšího MBI a vytvořila jej Maslachová s kolegy v Berkeley Group (Maslach a kol., 1996).“*
- *„Škála znechucení (Tedium scale) se skládá z 21 výpovědí a měří četnost určitých pocitů a postojů pracovníků k sobě samým, k práci a ke klientům. Vytvořili ji Aronson, Pinesová a Kyfriová (1981).“ (Maroon, 2012 s. 71)*

„Mezi nejčastěji používané metody k odbornému vyšetření burnout syndromu patří metoda MBI.“ (Křivohlavý, 2012 s. 54)

Maslachové škála vyhoření pro pomáhající profese je nástroj, který byl zaveden již roku 1981 a dosud je nejrozšířenějším nástrojem pro diagnózu a měření vyhoření.

Maslachová a Jacksonová vytvořili nástroj pro vyšetření syndromu vyhoření, v němž dělí příznaky do tří kategorií. Za emocionální vyčerpání označují pocity beznaděje, bezmoci a deprese. V některých těžkých případech dokonce i myšlenky na sebevraždu. U těchto případů se mohou projevit všeobecné syndromy stresu, jako je např. zneužívání drog a alkoholu. Druhou kategorií je depersonalizace, ztráta pozitivních citů – respektu vůči klientovi, a to až k bodu, kdy klient není už vůbec považován za lidskou bytost. Tento příznak se pojí s chladem a negativním sebepojetím. Třetí kategorie je pocit nízké výkonnosti – postižený jedinec se domnívá, že v určitých oblastech nemá dostatek vědomostí a schopností, k seberealizaci se staví negativně.

Maslachová a Jacksonová dále zjistili, že nemá-li pracovník prostředky k tomu, aby si s touto těžkou situací poradil, jsou uvedené příznaky vlastně obrannými mechanismy proti bolesti a frustraci.

Když se vyhoření projeví, přestane u postižené osoby pracovat centrum emocí, nic pro něj nemá význam, nemá optimistické pocity, jen negativní (Maroon, I. 2012).

Při diagnostice syndromu vyhoření lze užít i další metody. *“Příkladem ‘jiné’ nežli dotazníkové metody v diagnostikování burnout může být využití tzv. sémantického diferenciálu (odlišení jemných odstínů ve významu slov), kde se pracuje s tzv. bipolárními adjektivy – např.: Cítím se na jedné straně zcela bezcenný a na druhé straně plně hodnotný. Mezi těmito extrémy je škála (stupnice o rozsahu 5 nebo 7 stupňů) a odpověď se uvádí ležatým křížkem podle toho, kde se odpovídající domnívá, že se nachází.”* (Křivohlavý, 1998 s. 41)

Pro diagnostiku počínajícího syndromu vyhoření uvádí Křivohlavý (1998) jako vhodný „Orientační dotazník“ autorů Hawkinse, Minirtha, Maiera a Thursmana. Nazývá jej jakousi „samoobsluhou“ v diagnostice. Vlastní dotazník je složen ze čtyřadvaceti otázek. Dotazovaný má za úkol odpovědět „ano“ nebo „ne“. V případě, že převažují kladné odpovědi, může se skutečně jednat o počínající burnout a postižený jedinec by měl začít svůj stav bez zbytečných prodlev řešit.

Diagnostika syndromu vyhoření je složitý a komplikovaný problém, který je třeba řešit komplexně a v některých případech i ve spolupráci s odborníky z více oborů (Kebza, V., Šolcová, I. 2003).

3. FÁZE A PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ

„K vyhoření nedojde přes noc. Má kumulativní průběh, začíná malými varovnými signály, které, když se ponechají bez povšimnutí, mohou přerůst v hlubokou a trvalo hrůzu z toho, že člověk má jít do práce.“ (Potterová, 1997 s. 15)

3.1 Fáze syndromu vyhoření

Nic na světě nevznikne náhle, vše má své různě dlouhé prodromy, čekací doby. Inkubační doba syndromu vyhoření není jednotná, záleží na celé řadě osobních faktorů a na mnoha vnějších okolnostech. Přechod mezi počátečními příznaky či předzvěstmi nemoci a plně rozvinutými obtížemi je plynulý. Sám Freudenberger při svém pozdějším diagnostickém pátrání spoléhal spíše na pocitovou stránku nežli na nějaké přesné měření. Sám říká, že bohatě stačilo vyslovit slovo „burnout“ a ti, kteří jej prožívali, nebo k němu nezadržitelně spěli, velmi živě reagovali a rezonovali (Honzák, R. 2013).

V literatuře se můžeme setkat s různým rozdělením fází syndromu vyhoření. Všechny ale mají jednu společnou linii, a to: počáteční nadšení, střídané zklamáním, apatií a úplnou ztrátou smyslu práce jako takové.

Vosečková, Hrstka (2010 s. 34) uvádějí: *„Jedním ze základních přístupů ke stanovení fází burn-out syndromu je koncepce Christiny Malachové, která dělí syndrom vyhoření do 4 fází“.*

„1. Idealistické nadšení a přetěžování“

„2. Emocionální a fyzické vyčerpání“

„3. Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením“

„4. Terminální stádium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu burn-out v celé jeho pestrosti – „sesypaní se“ a vyhoření všech zdrojů energie“.

Musil (2010 s. 38) popisuje fáze syndromu vyhoření následovně:

Předchorobí – fáze nadšení: „*Jedinec chce pracovat co nejlépe, touží po úspěchu a má vysoké ideály. Ty se snaží naplňovat i za cenu chronického pracovního přetěžování. Úspěch však nepřichází.*“

1. **fáze – frustrace.** „*Úkoly se vrší, jedinec je stále hůř zvládá, dostává se do časové nouze a nedokáže udržet původně plánovaný systém vlastní práce. Dostávají se prožitky zklamání a neúspěchu.*“
2. **fáze – apatie a stagnace.** „*Jedinec je neurotizován, neurotické příznaky jej však neodrazují od toho, aby stále něco nedělal. Jeho činnost v této fázi nabývá forem chaosu. Jedinec polevuje ve svém úsilí, volí rutinní postupy.*“
3. **fáze – celkové vyčerpání.** „*Jedinec zjišťuje, že práci vykonává z nutnosti, začíná vzdorovat, proti původním záměrům se staví kriticky. Řevní na spolupracovníky, vytrácí se jeho dřívější entuziasmus, nadšení pro původní plány a zájem o ně. Je skleslý, unavený a zklamáný. Narůstají potíže ve všech oblastech života: problémy psychické, sociální, zdravotní. Neúspěšnou začíná být snaha o regeneraci sil. Je nezbytné obrátit se na pomoc druhých, nejlépe profesionálů.*“

Celkově jde o proces pozvolný, který není v začátcích jedincem pozorován. Projevy vzniku symptomů syndromu vyhoření narůstají pozvolně ve všech oblastech života postiženého jedince. A to v oblasti psychické, fyzické i sociální (Musil, J. 2010).

Vícefázové modely průběhu syndromu vyhoření nejsou tak rozšířené jako právě ty, které se ve výčtu fází spokojily nejvýše se čtyřmi. Nejčlenitější je model, který publikoval ve své knize John W. James in Křivohlavý (1998). Zde se nachází celkem 12 po sobě následujících fází burn-out syndromu (Vosečková, A., Hrstka, Z. 2010).

Proces vyhoření není nějaký nahodilý chemický výbuch, přichází plíživě. Také Merg a Knödel (2007) uvádějí ve své publikaci 12 fází cyklu vyhoření podle vědců Freudenbergera a Northa:

Fáze 1: Nutnost osvědčit se

Z individuální snahy o výkon, potřeby činnosti a požadavku na výkon se zvýšenými nároky na sebe sama se stává nutnost výkonu. Současně klesá ochota uznat vlastní hranice, možnosti a také přiznat nepříznivý obrat.

Fáze 2: Zesílené nasazení

Je delegováno jako obtížné, prožíváno jako časově náročné a ohrožuje vlastní nepostradatelnost. Člověk má pocit, že musí všechno udělat sám, aby se osvědčil.

Fáze 3: Zanedbávání vlastních potřeb

Touha po klidu, uvolnění a příjemných sociálních kontaktech ustupuje čím dál víc do pozadí – rovněž touha po sexu klesá. Naproti tomu stoupá požívání alkoholu, nikotinu, kávy a prostředků na spaní, protože se objevují poruchy spánku. Tuto fázi často provází pocity blaha, takže přerušení práce se může zdát těžké.

Fáze 4: Potlačení konfliktů a potřeb

Vyskytují se chyby jako např. nedochvilnost, záměna termínů a témat atd.

Fáze 5: Přehodnocování hodnot

Vnímání je na základě otupení narušeno. Priority se přesouvají, sociální kontakty jsou prožívány jako nemístné a zatěžující. Důležité životní cíle klesají na ceně nebo se vysvětlují jinak.

Fáze 6: Zesílené popírání vznikajících problémů

Potlačení vlastních potřeb a konfliktů je přímo obsahem života. Následky jsou často: uzavření se před okolím, které je znehodnocováno, cynismus, agresivní obrana, netrpělivost a netolerance. Bližní jsou vnímáni jako zlí, hloupi, zatěžující, neuznalí a nedisciplinovaní, kontakty jako nesnesitelné a s cejchem opovážlivosti. Poprvé se

objevuje zřetelná ztráta výkonu a tělesné potíže! Nejpozději odtud je nutná profesionální pomoc.

Fáze 7: Ústup

Sociální síť je vnímána jako nepřátelská, zatěžující a přetěžující. Postiženého ovládá dezorientace, beznaděj a odcizení. Hledá náhradní uspokojení v alkoholu, lécích, jídle (hojná konzumace sladkostí), drogách a sexualitě. Člověk se cítí omezený a působí dojmem, že funguje automaticky.

Fáze 8: Změny chování

Pozornost a náklonnost okolí jsou interpretovány jako útok, což vede k chorobným (paranoickým) reakcím.

Fáze 9: Ztráta smyslu pro vlastní osobnost

Vzniká pocit, jako by člověk nebyl sám sebou, ale fungoval už pouze automaticky. Člověk musí s profesionální pomocí držet delší dobu odstup od každodenních závazků a hledá alternativní životní koncepcce.

Fáze 10: Vnitřní prázdnota

Člověk se cítí vyčerpaný, zesláblý, bez odvahy a prázdný. Příležitostně propadá panice. Obává se ostatních lidí a shromáždění lidí.

Fáze 11: Deprese

Zoufalství, vyčerpání, bolestivé vnitřní pocity se střídají s pocitem otupění a myšlenkami na sebevraždu. Během terapeutických rozhovorů je nutná prevence sebevražedného jednání.

Fáze 12: Úplné vyhoření

Duševní, tělesné a emocionální vyčerpání, sklony k infekcím, onemocnění srdce, krevního oběhu nebo žaludku a střev, tvoří kompletní obraz klasické krize v důsledku změn. Akutní nutnost krizové intervence (Merg, K., Knödel, T. 2007).

Stejně tak jako u mnoha jiných problémů, i u syndromu vyhoření platí, že čím dříve se rozpozná jeho existence a diagnostikuje se fáze, ve které se jedinec nachází, tím jednodušší bude proces jeho řešení. Bohužel si mnoho lidí uvědomí a připustí možnost nezvládnání dané situace až v rozvinutých fázích syndromu.

3.2 Příznaky syndromu vyhoření

Stock (2010 s. 14) uvádí, že: *„Syndrom vyhoření provází celá řada příznaků, které jsou však velmi obecné. Právě proto jej lze, zejména v jeho počáteční fázi, jen velmi těžko rozpoznat.“*

Přicházejí pomalu a nenápadně. Jsou velmi rozmanité a jejich vznik je podmíněn celou řadou různorodých faktorů. Stejně ale jako meteorologové mohou rozpoznat určité příznaky či známky jako varování o blížícím se hurikánu, mohou i psychologové v dnešní době rozpoznat výstrahu před bouří – příznaky blížícího se vyhoření – na kterou je nutno dávat pozor. Takové příznaky se obvykle vrší jeden na druhý (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

Křivohlavý (2012 s. 12) uvádí: *„Burnout je doprovázen celým souborem příznaků. Patří mezi ně tělesné zhroucení, pocity bezmocnosti a beznaděje, ztráta iluzí, negativní postoje k práci, k lidem v zaměstnání i k životu jako celku.“*

„Příznaky vyhoření nejsou ani neobvyklé, ani záhadné. Ve skutečnosti je těžké najít někoho, kdo netrpí žádným z nich.“ (Potterová, 1997 s. 14)

Maroon (2012 s. 29) uvádí: *„Co se týče příznaků vyhoření, existuje jeden všeobecný konsenzus. Příznaky mohou být mírné, částečné a dočasné v závislosti na fázi, v níž se postižený nachází, na vnějších činitelích a na souběžnosti příznaků. Někteří jedinci reagují jen fyzicky, jiní emocionálně, u dalších se projevují reakce na obou rovinách.“*

Důležité je mít na paměti, že příznaky vyhoření nejsou žádnou nemocí, ale varovnými signály, že se něco děje. Mohou se projevovat různou intenzitou. Nezbytné je v pravý čas je rozpoznat a zabývat se jimi. Velkým nebezpečím vyhoření je neschopnost tyto příznaky a jejich sílu vnímat a snaha popírat je. „*Vyčerpání signalizuje první fázi vyhoření, zatímco popírání poukazuje na druhou fázi.*“ (Maroon, 2012 s. 30)

Vyhoření a příliš velký stres postihují celého člověka na tělesné, citové i duchovní rovině. Tělesné příznaky mohou být různé, od zažívacích potíží až po nejruznější koronární onemocnění. Oběti vyhoření často prožívají neustálý pocit vyčerpání, spojený s neschopností spát. Na emocionální rovině nejčastěji oběti trpí depresemi. Tyto pramení zejména z toho, že se na sebe daný člověk zlobí pro svou neschopnost fungovat stejně výkonně jako dřív. Z duchovního hlediska oběti vyhoření často vykazují to, co bychom mohli nazvat jako přehnanou úzkostlivou snahu dokazovat svou hodnotu službou druhým lidem.

Většina lidí očekává od svého zaměstnání víc než jen peníze. Ve skutečnosti chce každý člověk dělat něco smysluplného – aby když se vrátí večer domů, cítil, že to, co celý den dělal, sloužilo důležitému účelu. Naneštěstí pro oběti vyhoření práce ztrácí význam a začíná pochybovat, zda je vůbec důležitá.

Signálem, že postižený vyhořením sklouzává do krize, jsou prohlášení o práci ve smyslu „no a co?“ nebo „proč se namáhat?“ Tyto výroky jsou nejvíce nápadné u těch lidí, kteří dříve pracovali velmi nadšeně a oddaně (Potterová, B. 1997).

Potencionálním kandidátem na syndrom vyhoření je každý z nás. Jak je již výše uvedeno, jedním z tragických paradoxů vyhoření je, že jím trpí lidé, kteří bývají Ti nejoddanější, nejvěrnější, nejenergičtější a nejnadanější (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

Příznaky vyhoření můžeme rozdělit do několika skupin. Křivohlavý (2012) dělí příznaky burnout syndromu do dvou skupin. A to na subjektivní a objektivní příznaky:

Subjektivní příznaky – mimořádně velká únava, snížené sebecenění a sebehodnocení. Toto vyplývá z pocitů snížené profesionální kompetence. Do skupiny těchto příznaků

můžeme zařadit i problémy špatného soustředění pozornosti a koncentrace, velmi snadného podráždění, negativismu a celé řady příznaků stresového stavu při nepřítomnosti organického onemocnění.

Objektivní příznaky – po celou řadu měsíců trvající snížená výkonnost. Tento faktor je zjištěitelný i spolupracovníky nebo pacienty, klienty, žáky či studenty.

Ze syndromu vyhoření se vylučují případy, kdy některý z uvedených příznaků je způsobený psychiatrickým onemocněním, nedostatečnou kvalifikací pro dané zaměstnání. Nespadá sem ani únava z jednotvárné práce, neboť ta není spojována s pocitem neschopnosti (Křivohlavý, J. 2012).

Rush (2003 s. 40) ve své knize „Syndrom vyhoření“ rozděluje příznaky na vnitřní a vnější. Vnější příznaky jsou viditelné a my je můžeme vypožorovat, kdežto vnitřním, které nejsou zpočátku pozorovatelné, a tím je pro nás těžší je konkretizovat. Nicméně jak vnější tak vnitřní symptomy jsou navzájem provázané.

Vnitřní příznaky:

- *ztráta odvahy*
- *ztráta osobní identity a sebeúcty*
- *ztráta objektivnosti*
- *emocionální vyčerpanost*
- *negativní duševní postoj*

Vnější příznaky:

- *skutečnost, že aktivita vrůstá, ale produktivita zůstává zpočátku stejná*
- *podrážděnost*
- *fyzická únava*
- *neochota riskovat*

Pojmenování příčin je celá řada a od různých autorů odlišné. I přes to se ale velmi často příčiny opakují, jsou vyjádřeny opisy. Ze všech můžeme vyzorovat stejný závěr a to, že se syndrom vyhoření projevuje jednak v psychickém prožívání, tak i ve fyzické rovině.

3.3 Tělesné vyčerpání

Člověk, jenž prožívá vyhoření, zažívá i tělesné vyčerpání. Nemá dostatek energie, cítí se slabý a vyčerpán. Často se objevují také poruchy spánku nebo jídelních návyků. Tyto sebou nesou např. změnu hmotnosti a další problémy (Mallotová, K. 2000).

Příznaky tělesného vyčerpání jdou lehce vyzorovat a dokáže je rozpoznat i samotný laik (Křivohlavý, J. 1998).

K tělesnému vyčerpání a následnému vyhoření Minirth, Hawkins, Meier a Flournoy (2011 s. 15) uvádějí: „*Během let naší poradenské praxe jsme vyzorovali, že nepřetržitý stres a vyhoření mohou vyvolat bolesti zad, bolesti krční páteře, bolesti hlavy, migrény, nespavost, ztrátu chuti k jídlu (nebo neukojitelnou chuť), žaludeční vředy, vysoký krevní tlak, neustálá nachlazení, zažívací potíže, alergie nebo – v nejrůznějších formách stresu a vyhoření – infarkty a mozkové mrtvice.*“

Vosečková s Hrstkou (2010) uvádějí příznaky na úrovni fyzické či tělesné následovně:

- stav celkové únavy organismu, ochablost, apatie,
- rychlá unavitelnost, která se dostavuje po krátkých etapách relativního zotavení,
- přetrvávající celková tenze,
- bolesti ve svalech, kloubech,
- bolesti hlavy, často bez specifikace,
- časté poruchy spánku,

- poruchy krevního tlaku,
- zvýšené riziko závislostí, a to všeho druhu,
- zásahy do rytmu, intenzity a frekvence tělesné aktivity.

„Se sníženým pracovním výkonem coby charakteristikou syndromu psychického vyhoření se setkáváme především u lidí s nízkou mírou „sebecenění“, „sebehodnocení“, „sebedůvěry“ (tzv. self-esteem). Tím, že si sami sebe moc necení, nemají ani dostatek energie ke zvládnání stresových situací, konfliktů a životních těžkostí.“ (Křivohlavý, 2012 s. 55)

Nevyrovnané, nevyřešené napětí a stres u mnoha lidí mohou působit tak, že dočasnou úlevu začínají hledat v alkoholu nebo různých lécích. Úbytek energie a únava jako vedlejší účinek léků obvykle ještě narušují či zhoršují náladu vyhořelého člověka (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

3.4 Duševní a emocionální vyčerpání

Duševní a emocionální vyčerpání je obsáhlou oblastí v rámci psychického vyčerpání. Psychické příznaky bývají mnohdy příznaky prvními. Téměř každý člověk trpící syndromem vyhoření popisuje jako největší problém duševní vyčerpání, které je velkou překážkou při výkonu profese (Stock, Ch. 2010).

Vyhoření se na duševní rovině projevuje v podobě pocitu začarování nebo selhání v osobním či pracovním životě. Objevují se projevy negativismu, hněvu, cynismu nebo také narůstající podrážděnosti. Oběti syndromu vyhoření mohou frustrovat pocity bezmoci, beznaděje či pochybnosti o sobě samých. Tyto mohou následně vést až k depresi. Zpravidla dalším obvyklým příznakem je falešný pocit viny, kdy se jedinec snaží být příliš zodpovědný nebo oddaný. Často mívá také pocit, že něco nedělá dokonale nebo dost dobře. K dalším příznaků duševního nebo emocionálního vyhoření můžeme zařadit např. apatii, neschopnost soustředit se, pocity rozčarování,

ztráta orientace, oslabené vědomí vlastní hodnoty, zmatenost (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

V minulosti považovali vědci příznaky syndromu vyhoření za známku lenosti, lhostejnosti či nedostatku pracovního étosu. Tento názor se změnil až poté, kdy studie prokázaly, že psychické vyhoření zasahuje daleko hlouběji (Maroon, I. 2012).

Křivohlavý (2012 s. 55) charakterizuje emocionální vyčerpání jako: *„ztrátu chuti k životu, nedostatek sil k jakékoli činnosti a nulová motivace k nějaké činnosti jsou považovány za základní příznaky burnout syndromu. Emocionální vyčerpání je nejspolehlivějším ukazatelem přítomnosti burnout.“*

Vosečková, Hrstka (2010 s. 29) uvádějí: *„Jedním ze základních pocitů, typických pro vyhoření, je pocit profesionálního neúspěchu, přesvědčení, že jedinec ztratil svůj potenciál fungovat a vyvíjet se ve své profesi. Důsledky tohoto selhání se projevují ve vztahu k sobě a k pracovní činnosti.“*

Oblíbený a žádoucí vztah k pracovní činnosti, která byla dříve náplní života jedince, se mění a stává se negativním, je provázen pocity zklamání a marnosti, až se často zdá nemožné v této činnosti ještě v budoucnu pokračovat. Pracovní výkon je zhoršen, často je také přítomna změna vztahu ke klientům ve smyslu negativních a v některých případech až cynických pocitů a postojů (Vosečková, A., Hrstka, Z. 2010).

Vosečková a Hrstka (2010 s. 29) dále uvádějí: *„Psychický stav je charakterizován pocity psychického, zvláště emocionálního vyčerpání, odosobněním a ztrátou zájmu na dalším osobním růstu, snížením osobních aspirací.“*

Ve vztahu k původně vykonávané profesi se objevují nepřátelské pocity, deprese, úzkost, negativismus, lhostejnost, emoční oploštění. Samotný vztah k sobě je charakterizován tendencí ke sníženému sebevědomí, negativnímu mínění o sobě a to zejména pokud jde o pracovní kompetenci (Vosečková, A., Hrstka, Z. 2010).

Vosečková s Hrstkou (2010) níže uvádějí další příznaky na psychické úrovni:

- utlumení empatie a ztráta či výrazná redukce pozitivních vztahů k osobám, jimž má být poskytována určitá služba nebo pomoc,
- pocity, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně, přičemž efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná,
- výrazný pocit celkového, především však duševního vyčerpání, v duševní oblasti je pak prožíváno především vyčerpání emocionální a také vyčerpání v oblasti kognitivní s výrazným poklesem či ztrátou motivace,
- dochází k utlumení celkové aktivity, kreativity, iniciativy a invence,
- převažují pocity smutku, frustrace, depresivního ladění, beznaděje,
- projevy negativismu, hostility, cynismu ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi. Ztráta zájmu související s profesí a častým negativním hodnocením vykonávané profese,
- sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání,
- redukce činnosti „udělám jen to, co musím“, užívání stereotypních frází a klišé.

3.5 Sociální vyčerpání

„Depersonalizace jako projev psychického vyčerpání se zřetelně projevuje u lidí, kteří mají velkou potřebu reciprocit, tj. kladné odezvy (odpovědi) od těch, kterým se věnují. Když se jim této kladné odezvy nedostává, zahořknou a staví se k druhým lidem cynicky. Přestávají v nich vidět lidské osobnosti, ztrácejí k nim povinný respekt a bezpodmínečnou úctu. V extrémním případě s nimi jednají jako s neživými předměty.“
(Křivohlavý, 2012 s. 55)

Na úrovni sociálních vztahů a vyčerpanosti uvádějí Vosečková a Hrstka (2010) následující příznaky:

- celkový útlum sociability, ztráta zájmu o hodnocení ze strany druhých osob,
- dochází k výrazné tendenci redukce kontaktu s lidmi, často i s kolegy a všemi osobami, mající vztah k vykonávané profesi,
- zjevná nechuť k pracovní činnosti a všemu, co s ní souvisí,
- nízká empatie,
- postupné narůstání konfliktů (většinou však nikoli v důsledku jejich aktivního vyvolání, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a „sociální apatie“ ve vztahu k okolí jedince.

V případě sociálního vyčerpání nejsou zdrojem energie a uspokojení pro postiženého jedince ani rodina, ani přátelé – naopak pro něj představují jen další nároky. U lidí, kterým hrozí vyhoření, se objevují negativní postoje k sobě samým, k vlastní práci, vlastním úspěchům, ale také k okolí a ke klientům, pacientům a žákům. Přestává vnímat, že lidé kolem mají stejné pocity a myšlenky jako on. Všechny a všechno okolo vidí jako problém (Jeklová, M., Reitmayerová, E. 2006).

Maroon (2012) níže popisuje chování pracovníka postiženého syndromem vyhoření na sociální úrovni:

Stanovuje si skromnější cíle – pracovník se soustředí pouze na pár klientů, s nimiž snáze vyjde, zatímco jiné prakticky ignoruje. Pomáhající má mizivá očekávání, a v případě že vůbec plánuje něco nového, pak jsou to jen a pouze lehké, bezvýznamné cíle.

Schovává se za jiné viníky – v případě, že pracovník nedosáhne ani nenáročných cílů, když už selhává i v malých věcech a s každým novým selháním jeho soužení roste, dává to za vinu jiným, aby se sám s těmito porážkami vyrovnal.

Je méně empatický ke klientům – pracovník během terapeutických setkání narazí na neočekávané potíže, přičemž z nich začne obviňovat klienta, namísto toho, aby přemýšlel o své odpovědnosti, roli a pocitech vůči němu. V některých případech může pomáhající dokonce pociťovat vůči klientovi nepřátelství.

Snází se získat osobní výhody – lidé v pomáhajících profesích jsou zpravidla lidumilové, chtějíci druhým pomoci a posloužit jim. Toto je tím příjemnějším na počátku jejich pracovní dráhy. Později se soustředí na své osobní potřeby a stěžují si, že je nemohou uspokojit, protože jsou vykořisťováni. Jejich přání se dostává na první místo, obětavost a empatie vymizely.

Vzdá se svého povolání – když nový pomáhající pracovník nechá své cíle padnout ke dnu a postupně ztrácí empatii a soucit s klienty, začne mít pocit, že nemůže cokoli ovlivnit a tím dosáhnout pozitivních výsledků. Je nahromaděný vlastními problémy, ztrácí soucit a vědomí poslání. Takový pracovník investuje do práce málo času a energie, tím se brání bolesti a citovým ztrátám. Nakonec se zcela své práce vzdá (Maroon, I. 2012).

4. ODLIŠENÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ OD JINÝCH ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ A NEGATIVNÍCH PSYCHICKÝCH STAVŮ

Syndrom vyhoření je negativním jevem v lidském životě. Negativních jevů obdobného druhu je však celá řada. Některé symptomy, ale i důsledky v chování, jednání a prožívání se se syndromem vyhoření částečně podobají některým známějším a diagnosticky propracovanějším poruchám či chorobám. Čím se od nich burnout liší, přiblížíme v následujících bodech. Na počátku bychom rádi zdůraznili, že základní charakteristika syndromu vyhoření je jeho vazba na zaměstnání.

4.1 Stres

Každý člověk prožívá čas od času stres a nikdo z nás proti němu není imunní. Ačkoli je stres důležitou součástí našeho života, až doposud nám scházel jakýkoli návod, jak mu čelit. Ve skutečnosti každý z nás potřebuje ve svém životě mírné dávky stresu, které udržují lidský organismus v pohotovosti, čímž zvyšují jeho výkonnost (Boenisch, E., Haneyová, M. 1998).

Boenisch a Haneyová (1998 s. 11) uvádějí, že: *„Ke stresu dochází vždy, když vaše tělo nebo váš mozek reaguje na nějakou skutečnost či domnělou situaci.“*

Dr. Hans Seley, pravděpodobně nejuznávanější odborník v oblasti stresu, definuje stres jako: *„Odpověď našeho těla na jakýkoli požadavek, jemuž je vystaveno.“* (Minirth, Hawkins, Meier, Flournoy, 2011 s. 11)

Honzák (1995 s. 39) uvádí: *„Pod slovem stres rozumíme reakci organismu na nadměrnou zátěž. Má zásadní význam pro přežití jedince, a je proto také bohatě energeticky zajištěna. V biologické říši stresová odpověď nastupuje, jde-li o život. V lidském společenství dostala psychologická a sociální rovina stejný význam jako*

úroveň biologická. Stresová odpověď se objevuje v psychosociálních situacích, které jsou sice náročné a možná i významné, ale o život v nich zdaleka nejde.“

Musil (2010 s. 25) uvádí, že: *„člověk reaguje ve stresu neadekvátně archaickými adaptivními mechanismy (boj, útěk, uchvácení kořisti), původ stresu vidí před milióny let, mělo to význam adaptivní. Stresy sociogenní mohou vést k somatickým poruchám a onemocněním. Psychický stres má vliv na změnu úrovně mentálního i motorického výkonu.“*

V případě, že se organismu nepodaří překonat překážku a v některém smyslu zvítězit ani utéci dostatečně daleko od nepříznivých okolností a nadměrné požadavky nadále trvají, adrenergní odpověď se vyčerpává a nastupuje druhá fáze stresu. Tato se nazývá „všeobecný adaptační syndrom“. Je to fáze zaměřena především na přežití škodlivých podmínek a ve svých důsledcích znamená jakýsi zvýšený útlum celého organismu (Honzák, R. 1995).

Minirth, Hawkins, Meier a Flournoy (2011) dělí stres na dva typy, a to:

- Distres – nadměrné množství neustávajícího, ničivého stresu.
- Eustres – dobrý, pozitivní druh stresu, který je osobou pocíťován ve chvílích štěstí, naplnění nebo uspokojení.

Doktor Hans Selye otec výzkumu zabývajícího se stresem byl prvním, který odlišil škodlivý stres od stresu, který je prospěšný našemu organismu (Boenisch, E., Haneyová, M. 1998).

Křivohlavý (2012 s. 69) uvádí, že: *„Stres, přesněji distres, podobně jako burnout patří mezi negativní emocionální zážitky. Je definován napětím mezi tím, co člověka zatěžuje (stresory), a zdroji možností tyto zátěže zvládat (salutory). Pro diagnostikování stresového stavu existují příslušné nástroje. Ty si všímají řady fyzických i psychických příznaků.“*

Boenisch, Haneyová (1998 s. 10) dále uvádějí: „Škodlivý stres může vést k pocitům bezmoci, frustrace a zklamání. Může způsobovat poškození jak fyziologických funkcí našeho těla, tak i naší psychiky. Tento druh stresu Selye označuje jako „škodlivý stres“. Ostatní typy stresu jsou prospěšné a povzbuzují pocit úspěchu a s tím spojený pocit uspokojení a naplnění. Tento druh stresu, který přispívá k prodloužení a zlepšení lidského života, Selye nazývá „prospěšný stres“.“

Maroon (2012) níže uvádí několik příčin stresu na pracovišti:

- těžké tělesné podmínky,
- excesivní objektivní či subjektivní zátěž na pracovišti,
- mezilidské vztahy v pracovním kolektivu,
- organizační struktura a klima na pracovišti,
- vyhlídky na budoucí kariéru,
- strach z nezaměstnanosti,
- role uvnitř organizace, jako jsou konflikty rolí, jejich nejasné rozdělení, přetížení a jiné proměnné vyvolávající stres.

K tomu, aby člověk mohl účinně bojovat proti škodlivým účinkům stresu, musí nejdříve zmapovat vlastní pozici vůči této hrozbě a být sám k sobě upřímný, což nemusí být vždy jednoduché (Renaudová, J. 1993).

4.2 Deprese

„Deprese je choroba mysli a těla, většina lidí trpí jak tělesnými, tak duševními příznaky, ale jejich povaha se mění od člověka k člověku. U každého budou více i méně výrazné příznaky různé.“ (McKenzie, 2001 s. 10)

„Deprese podobně jako burnout patří do souboru negativních emocionálních jevů, jimiž se zabývá psychologie. Podle statistik WHO (World Health Organisation -

Světová zdravotnická organizace) patří deprese v celosvětovém měřítku k nejčastějším nemocem.“ (Křivohlavý, 2012 s. 70)

Deprese může být také jedním z vedlejších příznaků syndromu vyhoření, ale stejně tak se může vyskytovat nezávisle na něm.

Křivohlavý (2012 s. 70) dále uvádí: *„Deprese má často úzký vztah k negativním zážitkům z mládí, což burnout nemá. Deprese se dá léčit farmakoterapeuticky, u vyhoření se to dosud nepodařilo.“*

Anders (2001 s. 3) uvádí: *„Deprese (dříve nazývaná melancholie) je onemocnění duše, ale také celého těla. Jde o závažnou psychickou poruchu, která postihuje až 10% obyvatelstva.“*

Celoživotní riziko pro rozvoj deprese se liší pohlavím jedince. U žen se vyskytují depresivní stavy v 20-25%, což je 2-3x častěji než u mužů. Vrchol pro obě pohlaví je mezi 25-40 rokem života.

„Depresivního nemocného často poznáme podle smutného, unaveného a ztrápeného výrazu obličeje, chudé mimiky a gestikulace. Současně ve výrazu očí a v celém držení těla bývá patrná skleslost, nejistota, ustrašenost nebo úzkostlivost, lesk očí bývá matný.“ (Anders, 2001 s. 6)

Kovařík (2002 s. 48) uvádí: *„Vše, co se týká deprese, je provázáno problémy a nejistotou. Výjimkou není ani nalezení příčiny deprese. Lékaři se shodují v tom, že určit pouze jedinou příčinu deprese je nemožné. Tím ale jejich shoda většinou končí. Přestože existuje celá řada teorií, je třeba poctivě říci, že nikdo vlastně s určitostí neví, co depresi způsobuje.“*

Lidé trpící depresemi si nejčastěji kladou otázku, proč právě oni, a proč právě teď. Často však chybí příčina. Otázky po příčinách depresí jsou ještě složitější. Každý člověk má své přednosti a slabiny. Někdo je více vystaven riziku upadnutí do deprese, někdo méně. Avšak za určitých okolností může do deprese upadnout každý z nás (McKenzie, K. 2001).

„V tom, že se někdo ocitne v depresi, mohou hrát významnou úlohu dlouhodobé a všudypřítomné obtíže. K zážitkům, které obvykle spouští deprese, patří ztráty nejrůznějšího druhu, jako jsou ztráta práce, smrt někoho milovaného, ztráta partnera následkem rozvodu, stejně tak jako tělesná choroba.“ (McKenzie, 2001 s. 27)

Faktory způsobující sklony k depresím dle McKenzieho (2001):

- Geny
- Osobnost
- Pohlaví
- Rodinné prostředí
- Stres a životní události
- Modely myšlení
- Tělesná choroba
- Nezvládnutí osudu
- Nedostatek denního světla

„Deprese je velice zhoubná síla, která dokáže zničit člověka, partnerské, rodinné i přátelské vztahy a pracovní kariéru. Škody, které napáchá, bohužel nejde vždy odstranit.“ (Kovařík, 2002 s. 106)

4.3 Chronická únava

Praško, Adamcová, Prašková a Vyskočilová (2006 s. 25) uvádějí, že: *„Dlouhodobé přepracování a přetěžování vede k vyčerpání. Je to jeden z nejčastějších spouštěčů chronického únavového syndromu.“*

Termín chronický únavový syndrom popisují Praško, Adamcová, Prašková a Vyskočilová (2006 s. 9) jako: *„Stav, kdy pociťujete nadměrnou únavu většinu času v posledních šesti měsících. Kromě fyzické únavy se u vás objevuje také mentální únava, která vede ke snížené schopnosti koncentrace, problémům se zapamatováním nebo*

problémům hledat správná slova. Mohou se u vás objevovat také bolesti svalů, bolesti hlavy a potíže se spánkem. Odpočinek tuto únavu nezmírní.“

Dlouhodobá únava může být taktéž součástí celé řady psychických poruch, jako jsou poruchy spánku, deprese nebo generalizované úzkostné poruchy. Mezi vedlejšími účinkem některých dlouhodobé únavy můžeme zařadit např. některé typy léčby nebo některé druhy léků. Chronická únava může mít tedy různé příčiny (Praško, J., Adamcová, K., Prašková, H., Vyskočilová, J. 2006).

Poněšický a Kačinetzová (2003 s. 5) uvádějí: *„Při chronickém únavovém syndromu se objeví ochromující únava náhle, z plného zdraví jako zásah blesku.“*

Lidé se syndromem chronické únavy pocítují svou únavu jinak než jako tu běžnou, přirozenou, která může být i v některých případech příjemná. Za příjemnou únavou si můžeme představit např. vyčerpanost po sportovním výkonu, která se objeví u každého z nás. Tato zdravá únava funguje jako kontrolka na benzínové nádrži – signalizuje, že dochází energie. Po fyzickém odpočinku tato únava mizí. Byla pro nás pouhou informací, že je třeba provést změnu, abychom nevyčerpali vzácnou životní energii.

Rozdíl u lidí se syndromem chronické únavy je neschopnost obnovy energie ani po odpočinku nebo delším spánku. Pocit osvěžení se u nich nedostavuje (Poněšický, J., Kačinetzová, A. 2003).

Poněšický a Kačinetzová (2003 s. 10) dále uvádějí, že jsou: *„Nejčastěji postiženy ženy středního věku. Muži a děti mohou onemocnět také. Jde převážně o lidi ambiciózní, pracovní velmi vytížené.“*

Lidé s těmito vlastnostmi mají velmi málo času na odpočinek, klid a příjemné aktivity (Praško, J., Adamcová, K., Prašková, H., Vyskočilová, J. 2006).

4.4 Neurastenie

Neurastenie je definována v mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD 10) následovně: „*Neurastenie se vztahuje na neurózu s příznaky všeobecné slabosti, vzruchovosti, bolestmi hlavy, s depresí a poruchami spánku, s poruchami koncentrace a neschopností prožívat radost.*“ (Poněšický, Kačinetzová, 2003 s. 32)

Poněšický a Kačinetzová (2003 s. 33) dále uvádějí, že: „*Neurastenie upomíná na dvě základní reakce na stres, totiž na reakci útěku a na reflex nehybnosti, smrti. S tím spojený depresivní afekt je úzce spojen i s depresivním ochablým a nefyziologickým držením těla, jež samo o sobě vede jak k pocitům únavy, tak i k výskytu tělesných potíží, zvláště bolestí.*“

U neurastenie rozeznáváme dvě formy. Tyto se mohou i kombinovat. V případě první formy si pacienti nařikají na únavnost spíš po duševním pracovním stresu, což vede k pracovnímu poklesu, stejně jako snížení efektivity ve zvládání denních úkolů. U druhé formy se jedná o pocity fyzické slabosti a tělesného vyčerpání po vcelku nízké námaze, jež je často spojováno s bolestmi svalů a s nemožností relaxovat.

U obou forem neurastenie najdeme často celou řadu dalších tělesných nepříjemných pocitů, jako jsou závratě, starosti, pocity celkové nejistoty, napětí až bolesti v hlavě, špatná nálada, celková přecitlivělost, různě vystupňovaná deprese nebo úzkosti.

Během poslední desetiletí se názory na vznik neurastenie měnily. Freud je považoval za následek potlačování sexuality nebo naopak za důsledek časté masturbace. Dnes považujeme za vznik této neurózy slabost „Já“, to znamená například slabost našich kontrolních schopností či schopností snášet frustraci nebo řešit nejrůznější konflikty a problémy, jež může mít za následek například nejistotu, úzkost a strach ze selhání. Na druhé straně může jít u neurastenie spíše o vyhýbání se těžkým situacím (Poněšický, J., Kačinetzová, A. 2003).

4.5 Existenciální neuróza

„Viděl jsem mnoho lidí, kteří zemřeli, protože neměli pro co žít.“

(Albert Camus)

Existenciální neuróza je „moderním“ negativním jevem.

Křivohlavý (2012 s. 72) ji definuje jako: „*Chronickou neschopnost věřit v důležitost, užitečnost a pravdivost čehokoli, co si člověk jen dovede představit, že by dělat měl, případně že by o to měl mít zájem, natož pak že by se měl pro to angažovat.*“

Při existenciální neuróze jde především o pocity zplanění života a naprosté existenciální beznaděje. U jedince dochází ke ztrátě smysluplnosti života. Pravdou je, že se s něčím podobným existenciální neuróze setkáváme i v případě vyhoření. K tomuto ale dochází pouze na konci tohoto procesu. Na začátku je naopak mimořádně intenzivní prožitek smysluplnosti života (Křivohlavý, J. 2012).

4.6 Únava

„*Únava je dalším negativním psychologickým zážitkem podobným burnout. Únava se vyskytuje i při vyhoření. Obecně má však únava užší vztah k fyzické zátěži, než tomu je u vyhoření. Z takovéto fyzicky způsobené únavy je možno dostat se odpočinkem, což u vyhoření možné není.*“ (Křivohlavý, 2012 s. 70)

Pocit únavy je normální, čas od času postihne každého jedince. Obvykle to bývá signál pro to, že si máme právě odpočinout. Lidé často popisují únavu jako slabost, ospalost, vyčerpání, trpí pocitem nedostatku energie, malátnosti či nesoustředěnosti. V některých případech se lidé postižení únavou sice cítí velmi vyčerpaní, ale přesto jsou schopni provádět většinu aktivit. Jiní se zase cítí tak silně vyčerpaní a neschopní, že v důsledku únavy musí ulehnout do postele. Někteří lidé vedou tak omezený život, že se

cítí neschopni vlastní chůze ve větší vzdálenosti než několik metrů. Obvykle bývají postiženy všechny aspekty lidského života (Křivohlavý, J. 2012).

Únava z fyzického zatížení, se kterou se můžeme setkat např. u sportovců je častokrát pocíťována kladně, zatímco u burnout syndromu jde o pocit skrze negativní. Únava z intelektuální práce může být spojována s radostí z toho, co se nám povedlo udělat. V případě syndromu vyhoření jde však o únavu, která je vždy něčím negativním, těžkým, tíživým, bezvýhledným (Křivohlavý, J. 1998).

4.7 Frustrace

V každodenním běhu lidského života se jen málokdo vyhne závažným frustracím. Uvědomit si to je již samo pomocí při jejich zvládnání a překonávání. Jednou z lidských chyb v procesu vnímání je sklon vidět u druhých to lepší a naopak nevnímat problémy, které prožívají. Druhé vidíme jako spokojené, bezproblémové, na rozdíl od nás šťastnější. Pozorujeme, jak se našim sousedům dobře vede, co mají hmotných statků, oč lepší práci a postavení ve společnosti. Zdá se nám, že těm dětem štěstěny padá modré z nebe rovnou do klína, zatímco my... Existuje zkrátka tendence cizí potíže minimalizovat, zatímco vlastní zveličovat (Štěpaník, J. 2008).

„Jak šťasten by leckdo žil, kdyby se staral o věci druhých lidí tak málo jako o svoje vlastní.“

(G. Ch. Lichtenberg)

Musil (2010 s. 22) definuje frustraci jako: *„Frustrací (lat. Frustrum – činiti bezvýsledným, mařiti) je označována situace překážky při uspokojování potřeby, blokování snahy o dosažení cíle, k němuž je jedinec motivován. Je rozlišována frustrace environmentální, personální a konfliktní.“*

Štěpaník (2008 s. 11) dále uvádí, že: *„jde vlastně o pocity a vnitřní stavy, které taková situace vyvolává. Jedinci, usilujícím o dosažení určitého cíle, se do cesty postaví vážná překážka, která maří realizaci potřeby anebo znesnadňuje její plnění.“*

Reakce na frustraci a deprivaci mohou být dle Musila (2010) následující:

- agresivní chování,
- úniková reakce,
- regresivní,
- depresivní.

4.8 Konflikt

„Konflikt je střetem motivů, postojů, názorů, hodnot, zkrátka soubojem protichůdných tendencí. Ty se mohou odehrávat uvnitř jedince (vnitřní konflikt) a nebo na otevřené scéně v podobě konfliktů s jinými lidmi.“ (Štěpaník, 2008 s. 106)

Ať se nám to líbí nebo ne, konflikty patří k životu, jelikož jsou jeho přirozenou součástí. Mnohdy mohou v našem životě sehrát významnou a pozitivní roli při překonávání nejrůznějších problémů, nalézání nových řešení nebo vzájemně přijatelných závěrů. Podle zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda je konflikt východiskem psychického pohybu (Štěpaník, J. 2008).

Musil (2010 s. 21) uvádí, že: *„Ke konfliktu dochází při střetu dvou nebo více rovnocenně intenzivních a aktuálních podnětů působících na jedince, kterými jsou incentivy, motivující cíle, hodnoty.“*

Jak jsme již výše uvedli, konflikty se dělí na vnitřní (intrapsychické) a vnější (interpersonální). Vnitřní konflikty se odehrávají skrytě na rozdíl od konfliktů vnějších, které jsou viditelné a přímo pozorovatelné. Probíhají jako střet v nitru našeho já.

V životě jeden typ konfliktu podmiňuje ten druhý, přičemž se oba navzájem ovlivňují a přelévají.

Štěpaník (2008 s. 108) uvádí, že: „*Obecně platí, že konfliktům vnitřním inklinují více introverti, zatímco k vnějším, mezilidským spíše extroverti.*“

V případě strategického řešení konfliktu musíme vycházet ze situace, z odhadu osobnosti druhé strany, a také znalosti naší vlastní povahy. Obecně platí, že co může být dobré pro jednoho, nemusí platit u druhého (Štěpaník, J. 2008).

Soužití zcela bez konfliktů není myslitelné. Právě v tom je ten půvab, jelikož právě rozmanitost lidí a bohatství stylů jejich jednání a konání dělají tento svět tak pestrým (Friedel, J., Peters-Gkühlinger, G. 2006).

Štěpaník (2008) ve své publikaci popisuje tři druhy reakcí v konfliktních situacích:

1. hostilní reakce intropunitivní. Při této reakci obrací jedinec agresi vůči sobě – obviňuje sám sebe, má pocity viny, trestá sám sebe a má výčitky svědomí.

2. hostilní reakce extrapunitivní, při níž jedinec zaměřuje agresi navenek vůči druhým osobám a jiným věcem. U takové reakce se osoba projevuje zlobně, zlostně, se snahou někoho potrestat.

3. reakce impunitivní je reakcí netrestající, neobviňující. Jedinec dokáže zlehčovat a eliminovat podmínky konfliktní situace a zaměřit se na jiný druh činnosti, která je mravně a sociálně prospěšnější.

Důležitým pro vyřešení konfliktních situací je analýza daného konfliktu. Dle Friedela a Peters-Gkühlingera (2006) je zapotřebí:

- vyjasnit, kdo je jejím účastníkem
- znát předmět konfliktu
- oddělit podnět ke konfliktu od jeho vlastní příčiny
- vzít v úvahu osobnosti účastníků
- stanovit společný cíl (řešení)

4.9 Trauma

Jeklová a Reitmayerová (2006 s. 11) definují trauma jako: „*Náhle vzniklou situaci, která vede k umělému poškození nebo ztrátě.*“

Touto ztrátou rozumíme ztrátu pocitu jistoty a bezpečí, prožívání úzkosti, obavy do budoucna, smutek (například smrt blízké osoby, účast při neštěstí, živelné pohromě apod.).

Trauma narušuje objektivitu jedince. Tento je nekritický, nesoudný, ovlivněný především svými citovými prožitky. Projevy můžeme zaznamenat především v oblasti chování člověka. Chování je neadekvátní, může se vyskytnout panika, deprese apod. V průběhu několika měsíců po prožití traumatu může dojít i k posttraumatické stresové poruše (Jeklová, M., Reitmayerová, E. 2006).

Ruppert (2008 s. 29) definuje traumatickou zkušenost jako: „*vitální prožitek diskrepance mezi faktory hroživé situace a individuálními možnostmi jejich zvládnání, s nímž souvisí pocit, že člověk je jako bezmocný a bezbranný vydán všanc okolnostem, což způsobuje, že je natrvalo otřeseno jeho porozumění sobě samému a světu.*“

Traumata jsou psychicky vyčerpávající zkušenosti existencionálního ohrožení, které ve svém životě učiní téměř každý (Ruppert, F. 2008).

4.10 Krize

„*Pojem KRIZE se vyskytuje už ve starých kulturách. Stala se věčným lidským problémem, který člověka doprovází dějinami v jeho každodennosti a z dějin máme také doloženo, že člověk odpradáвна krize znal. Věděl, že jim podléhá.*“ (Eis, 1994 s. 30)

Vymětal (1995 s. 13) uvádí: „*Do duševní krize se dostáváme, střetneme-li se s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, eventuálně za pomoci nám blízkých lidí zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem.*“

„Psychická krize se objevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace či dlouhodobé kumulace, nárůstu problémů.“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006 s. 11)

Znakem krize je selhání adaptačních mechanismů - tzn. dosud užívané způsoby přestaly být funkční, a člověk musí hledat jiné. Krizi tedy můžeme také chápat jako nějaký podnět k nutné změně (Jeklová, M., Reitmayerová, E. 2006).

Každý člověk zná krizi důvěrně z vlastních zkušeností. Setkáváme se s nimi opakovaně u sebe, ale i v okruhu lidí, se kterými se známe. Každý je prožívá jiným způsobem a hledá cestu k jejich překlenutí. Pozitivní význam krize spočívá v tom, že přispívá k osobnostnímu růstu a zraní lidského jedince. To vše za předpokladu, že je včasně rozpoznána a překonána. V opačném případě může dojít k poruchám zdraví, přičemž vždy snižuje kvalitu života člověka (Vymětal, J. 1995).

Krize odehrávající se v životě člověka lze dělit podle působení různých náročných životních situací. Níže si uvedeme několik z nich (Vymětal, J. 1995):

- vývojové
- traumatické
- zjevné
- latentní
- akutní
- chronické

4.11 Zvládání zátěžových situací

Obecnou míru odolnosti vůči všem zátěžovým případům a situacím označujeme jako frustrační toleranci. Stupeň odolnosti vůči zátěžím závisí jednak na vrozených předpokladech, jednak na dosažené vývojové úrovni, ale i na individuálních zkušenostech a celkovém současném stavu jedince. Pokud zátěž překročí míru vlastní

frustrační tolerance, nastupují různé způsoby obrany, které jedinec využívá k tomu, aby opětovně dosáhl duševní rovnováhy. Se zátěžovými situacemi se může každý jedinec vyrovnávat nejrůznějšími způsoby. Nejčastějšími z nich jsou nejrůznější obranné reakce.

Nejčastější způsoby obrany

- Útok je aktivní varianta obrany. Jedná se o projev s ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat. Člověk, který se brání, může zaútočit přímo na předpokládaný zdroj ohrožení, anebo se zaměřit na náhradní objekt, případně i na člověka.
- Agrese – rozumíme jí verbální i neverbální vyjádření násilí vůči sobě i ostatním. Nejčastějšími projevy jsou slovní obviňování i sebeobviňování, sebevražedné tendence, porušování sociálních norem mezi lidmi a omezování či poškozování ostatních. Toto jsou projevy negativní. Socializovaná varianta agrese má charakter asertivity, což jsou projevy pozitivní.
- Únik – únik z tíživé situace je protikladná varianta řešení než útok či agrese, je to tendence utéci ze situace, která se zdá být neřešitelná. Jde i o faktický útěk či přenesení odpovědnosti za řešení na jinou osobu.

Dalšími obrannými reakcemi či odezvami, jež nemusí být plně uvědomované, jsou například: popření, potlačení a vytěsnění, různé druhy fantazií, racionalizace, projekce, sublimace, substitute, regrese, identifikace, rezignace a další (Jeklová, M., Reitmayerová, E. 2006).

5. PREVENCE A TERAPIE SYNDROMU VYHOŘENÍ

„Kdo se nedokáže pořádně postarat sám o sebe, neskýtá záruky, že se postará pořádně o ostatní.“

(H. S. Sullivan)

K tomu, abychom mohli před vyhořením uniknout nebo jej odvrátit, je především nutné dobře se o sebe starat v duševní, tělesné i duchovní oblasti a umožnit sobě i druhým, aby nám s tímto úkolem pomohli. Nejdůležitější je však rozhodnutí, které musíme učinit sami, chopit se iniciativy s vědomím, že starat se o sebe je především našim úkolem. Pokud tuto zodpovědnost nepřijmeme, nikdy nebudeme moci naplnit dlouhodobé cíle, které nám život připravil (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

Stejně tak jako v mnoha oblastech, tak i u syndromu vyhoření je prvořadé a důležité usilovat o jeho předcházení. Kebza a Šolcová (2003) upozorňují, že je vždy snazší a efektivnějším předcházet nežádoucím důsledkům pracovního stresu než je následně odstraňovat.

Před vznikem nebo i v počáteční fázi syndromu vyhoření je možné podniknout řadu preventivních opatření. Ta začínají důkladným rozбором situace (Kallwass, A. 2007).

5.1 Prevence vyhoření na fyzické rovině

Prevenci, udržování a posilování zdraví se věnuje jeden z nejmladších vědních oborů - „psychologie zdraví“. Psychologie zdraví pojímá člověka holisticky a při studiu vztahu mezi zdravím a nemocí zdůrazňuje individuální odpovědnost jedince za vlastní zdravotní stav (Křivohlavý, J. 2009).

Výsledky zkoumání u různých depresivních stavů potvrdily, že pravidelný pohyb přispívá ke zlepšení nálady. To je dáno jednak působením endorfinů, neboli hormonů štěstí, které tělo začíná vylučovat při zvýšené svalové zátěži, jednak také změnou neurotransmiterů, tedy látek, jež řídí mozkovou činnost. Zvláště serotonin, jehož má tělo při depresi nedostatek, se při sportu tvoří ve zvýšené míře. Je dokázáno, že pravidelný pohyb přispívá a pozitivně ovlivňuje průměrnou délku života, snižuje riziko vzniku rakoviny, posiluje oběhový systém a je dobrou prevencí onemocnění pohybové a opěrné soustavy. Mezi pozitivní účinky pohybu a sportu patří také snížení pocitu napětí, stresových i úzkostných stavů, zvýšení schopnosti koncentrace a posílení sebevědomí ve smyslu „něco jsem dokázal“. Prostřednictvím cvičení se nejen zvyšuje naše výdrž, zlepšuje nálada, ale pohyb nám i pomáhá k podstoupení od problému a přechodu k jiným myšlenkám. To má pro jedince zásadní význam, neboť syndrom vyhoření často provází nepříjemné pocity, jež jsou podobné pocitům při depresivních stavech (Stock, Ch. 2010).

Také Blahušová (2005 s. 40) uvádí, že: *„Pravidelné cvičení má vliv na mentální a emocionální aspekty života. Může ovlivnit symptomy deprese a pocitů úzkosti, ovlivňovat náladu a redukovat riziko depresivních projevů.“*

Účinky pravidelného vytrvalostního cvičení podle Stocka (2010):

- snížení pocitu stresových stavů a celkového napětí
- zvýšená schopnost koncentrace
- úbytek depresivních a úzkostných stavů
- posílení sebevědomí
- pozitivní pocit za sebe i své tělo

Prevenci vyhoření na fyzické rovině lze uplatnit i v rámci pracovního dne. Vhodné je zařadit do každodenního režimu přestávky a využívat je k regeneraci sil individuálně doporučeným tělesným cvičením, procházkou či některou relaxační metodou (Kebza, V., Šolcová, I. 2003).

5.2 Prevence vyhoření na psychické rovině

Jednou z důležitých zásad prevence burnout syndromu je vyváženost. Tím máme na mysli cílené vyvažování každodenní zátěže a vypětí. To přispívá k celkové regeneraci organismu člověka. Po každé námaze by mělo následovat období odpočinku. Tento čas můžeme věnovat svým koníčkům či zálibám a zažívat pocity uspokojení. Jde tedy o emocionální a duševní odreagování, které je bezesporu v životě nezbytné (Stock, Ch. 2010).

Významným tématem na poli prevence psychického vyhoření je také otázka duševní hygieny neboli duševního zdraví. Kebza a Šolcová (2003) charakterizují duševní hygienu jako soubor poznatků, schopností a činností, jež mění podmínky lidského života: zaprvé snížením rizik, která vyvolávají nebo udržují duševní problémy, za druhé zvýšením vlivu ochranných činitelů, které podporují duševní zdraví, osobní pohodu a spokojenost.

Potterová (1997 s. 9) uvádí jako protilek psychickému vyhoření *„Rozvinutí vlastní síly, postoj „já to dokážu“ a schopnost ovlivňovat věci kolem sebe.“*

Honzák (2013) ve své publikaci popisuje - „Desatero“ sester z anglických hospiců, tedy pracovišť s vysokým rizikem syndromu vyhoření:

- Buďte sami k sobě vlídní a laskaví.
- Uvědomte si, že vaším úkolem je pomáhat změnám, ne násilně měnit druhé.
- Najděte si své „útočiště“ – místo klidu.
- Buďte druhým lidem oporou, nebojte se je pochválit a naučte se to přijímat od nich.
- Uvědomte si, že v situaci, v níž jste, jsou zcela oprávněné občasné pocity bezmocnosti.
- Pokuste se obměňovat své pracovní postupy.
- Najděte rozdíl mezi naříkáním, které přináší úlevu, a naříkáním, které Vás ničí.

- Když jdete domů, soustředte se a snažte se myslet na dobré věci.
- Sami sebe povzbuzujte a posilujte.
- Využívejte posilujících prvků vašich přátelství.
- Snažte se ve svém volnu nehovořit o práci.
- Plánujte si chvíle relaxace, oddechu a odpočinku.
- Naučte se říkat „chci“, „rozhodl/a jsem se“ namísto „musím“.
- Naučte se říkat NE, zač stojí vaše ANO, když nikdy neumíte říci NE?
- Netečnost a rezervovanost ve vztahu k druhým lidem je nebezpečnější než připustit si myšlenku, že se dál nedá už více dělat.
- Smějte se, radujte se, hrajte si.

Rush (2003) doporučuje následující kroky k tomu, jak čelit a předcházet vyhoření na psychické úrovni:

- pamatujte na svá omezení,
- pravidelně se věnujte přehodnocování svých cílů a priorit,
- udělejte si čas,
- vychutnávejte si život,
- čas volna prožívejte hodnotně.

5.3 Prevence vyhoření na sociální rovině

Křivohlavý (1998) ve své publikaci uvádí studii, jež měla potvrdit či vyvrátit hypotézu o tom, jak velký vliv má sociální opora z pohledu syndromu vyhoření. Výsledky této hypotézy byly jednoznačné. Čím větší míra sociální opory byla jedinci poskytnuta, tím menší riziko syndromu vyhoření hrozilo. Sociální opora, která nám je poskytována, může mít dle Křivohlavého (1998) několik funkcí.

Mezi tyto hlavní funkce můžeme zařadit:

- naslouchání
- povzbuzování
- emocionální vzpruha
- potřeba sociálního zrcadla
- nezištná pomoc

Vztahy k druhým lidem mají pozitivní zmírňující efekt u stresujících okolních podmínek, zatímco nepřítomnost lidské podpory je spoluzodpovědná za vznik vyhoření. Užitečná podpora ze sociální sítě umožňuje zvládnutí velké pracovní zátěže, zatímco absence přiměřené pomoci při práci představuje zdroj nebezpečí (Poschkamp, T. 2013).

Poschkamp (2013, s. 62) uvádí, že: *„Účinky podporované integrace do sociální sítě, jako např. dobré pracovní klima nebo útěcha, povzbuzení, aktivní podpora či užitečné rady v konkrétní stresové situaci, jsou ochranným faktorem před vyhořením.“*

Dalším z nezbytných prvků prevence syndromu vyhoření na poli sociálním je supervize. Jak uvádějí autorky Jeklová a Reitmayerová (2006) jde o systematickou pomoc při řešení profesionálních problémů v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní a zejména emoční podíl člověka na jeho problému. Dobrá supervize také slouží k profesnímu rozvoji, očišťuje hlavu od zbytků myšlenek i emocí, které v hlavě uvíznou.

Osoby, které mají pevné zázemí u svých partnerů, přátel a příbuzných a jimž se od jejich nejbližších dostává citové podpory, bývají méně náchylní k některým nemocem a zvyšuje se u nich průměrná délka života. Lze tedy říci, že kvalitní sociální vazby mohou chránit před chronickým stresem, a tím také snižovat nebezpečí vzniku syndromu vyhoření.

Bohužel se v současnosti a zejména ve velkých městech čím dál víc prosazuje individualismus a trend tzv. „singles“, tedy mladých perspektivních lidí, kteří žijí sami bez partnera. A právě jedinci trpící syndromem vyhasnutí patří k těm, kteří své sociální

vztahy již delší dobu neudrží. Tito lidé si často na samotu zvyknou a nic jiného si už nedovedou představit. To se ale v případě prevence na sociální rovině musí změnit. Do sítě sociálních vztahů můžeme zařadit např. i kolegy nebo přátele ze zaměstnání, dobré sousedské vztahy, aktivní činnost v rámci různých spolků a sdružení. Zkrátka všechny aktivity, při nichž se setkáváme s dalšími lidmi (Stock, Ch. 2010).

Bohatá a pevná síť mezilidských vztahů pomáhá nejen tím, že společná věc či úsilí vydá za víc než jen snaha jednotlivce, ale také tím, že jak v životě, tak aktuálně zlepšuje úroveň sociálních dovedností, nabízí pocit většího bezpečí a sounáležitosti a tím také lepšího rozhodování (Honzák, R. 2013).

5.4 Prevence vyhoření na duchovní rovině

„Zbožný muž přišel po smrti do nebe a při setkání s Bohem požádal, zda by se mohl podívat na stopu svého života na Zemi. I stalo se. Viděl svoji klikatou cestu a divil se, proč je z větší části lemována další stopou. „To jsou moje kroky, které tě doprovázely,“ vysvětlil mu Bůh. „Tak to je tedy pěkné svinstvo!“ rozčilil se muž. „Tam, kde mi bylo v životě nejhůř, tam, kde jsem zoufal a trpěl jak Jób, tam jsou jen jedny stopy, moje stopy! Tvoje stopy chybí! Tam jsi mě opustil!“ „Nikoliv,“ odvětil Bůh, „mýlíš se. Tam jsem tě nesl.“ (Honzák, 2013 s. 185)

Mezi základní lidské potřeby patří bezesporu také potřeby spirituální, duchovní, které civilně můžeme nazvat potřebou nalezení smyslu (Honzák, R. 2013).

Z hlediska prevence vyčerpání a vyhoření se otázkami smysluplnosti v celé jejich šířce i hloubce zabývá etika a víra (náboženství). V oblasti terapie pak nastupuje mimo jiné i duchovní péče (Křivohlavý, J. 2012).

Spiritualita neboli „*postmoderní potomek náboženství*“, představuje prožitkové jádro náboženství, kdy je náboženství chápáno ve smyslu instituce či rituálu. Spirituální prožitek člověka duchovně i psychicky posiluje. Skrze spiritualitu dosahuje člověk

plného sebeuskutečnění. Náboženská víra může člověku umožnit nahlížet na svůj život jako na smysluplný (Říčan, P. 2007).

Křivohlavý (2009) píše o víře jako o jednom z významných faktorů působících na zdraví člověka.

Víra pomáhá nejen v nouzi. Modlitba, víra v Boha a doufání v jeho pomoc je jednou z pozitivně vyhodnocených položek ve výčtu prostředků, které mohou přinést úlevu od bolesti, a to nejen duševní, ale i tělesné (Honzák, R. 2013).

„Duchovní oblastí lze rozumět existenci různých cílových hodnot, hierarchii těchto hodnot a směřování naší činnosti k těmto hodnotám.“ (Křivohlavý, 2012 s. 105)

Duchovní část života obětí vyhoření bývá velmi často zanedbávána. Toto si ale někteří lidé neuvědomují. Lidé, kteří si to uvědomují, se ale domnívají, že vzhledem k jejich mimořádné situaci bylo zcela nemožné udržet si přiměřený duchovní život. Pro preventivní opatření je důležité, abychom našli čas k duchovnímu zotavování a to i za cenu změny pořadí svých dosavadních hodnot (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

5.5 Možnosti předcházení syndromu vyhoření

Velmi důležitou roli hraje rovnováha mezi nedostatečným a nadměrným vyčerpáním. Je třeba říci, že i člověk, který se chrání a k problémům přistupuje s klidem a rozvahou se může dostat do stresu. Otázkou je, jak je to vůbec možné? Může za to nevyčerpání, z anglického „boreout“, neboli syndrom nudy. Z existujících zkoumání problematiky stresu víme, že existuje něco, jako je nedostatečné vyčerpání. Znamená to, že člověk funguje na nízké obrátky, je znužený a také málo motivovaný. Jeho pracovní výsledky jsou neuspokojivé. Teprve při jisté dávce stresu dosahuje jedinec dobrých výsledků, cítí se motivován a stres vnímá jako výzvu. Je-li pak ale vystaven nadměrné zátěži, jeho výkonnost opětovně klesá. Z toho vyplývá, že chceme-li pracovat efektivně

a kvalitně, je nezbytné udržovat poměr mezi vnitřním napětím, aktivací a vzrušením v rovnováze. Tímto způsobem se můžeme vyhnout a předejít jak syndromu nudy, tak i syndromu vyhoření (Stock, Ch. 2010).

V případě, že je jedinec již delší dobu zneschopněn, potřebuje pomoc zvenčí. K tomuto by mohl například prospět psychologický koučing vedený profesionálním poradcem, jenž se na tuto problematiku specializuje. Nejdříve však musí jedinec navštívit praktického lékaře s žádostí o rehabilitační léčbu. V psychosomatickém rehabilitačním centru člověk zregeneruje a zkušený personál mu pomůže znovu najít vnitřní rovnováhu. Osobu, která vyhledala pomoc, seznámí s relaxačními technikami včetně sestavení individuálního sportovního programu (Stock, Ch. 2010).

Níže si uvedeme v nezávazném pořadí řadu podnětů, které mohou být dle Křivohlavého (2012) pomoci v boji proti syndromu vyhoření nebo i vhodnou terapií.

Humor

Ukazuje se, že lidé, kteří nemají dostatečný smysl pro humor, popřípadě jej ztratili, vyhořívají podstatně rychleji než ti, kteří smysl pro humor mají a bohatě jej používají, a to i v zaměstnání.

Dekomprese

Pojem komprese znamená stlačení. S tímto termínem se můžeme setkat i v psychologii. Jedná se o radu, která bere ohled na tlak a stísnění v situacích stresu a distresu. Po takovémto stísnění a stresu, například v zaměstnání, se doporučuje uvolnění napětí – dekomprese v okamžiku volna. Dekomprese může mít nejrůznější podoby. Nejdůležitější však je, abychom u činnosti, kterou vykonáváme, zapomněli na vše ostatní. Každý jedinec může mít jiné zájmy. Někoho baví například práce na zahrádce, někdo rád čte romány, jiného uspokojí hraní na hudební nástroj atp.

Relaxace

Termín relaxace pochází z latinského relaxatio „uvolnění“. A právě o toto uvolnění napětí se při prevenci nebo léčbě psychického vyhoření jedná. Relaxace je stav, který je opačného druhu než napětí. Způsobů existuje celé nepřeborné množství. Relaxovat můžeme doma po práci, v přestávkách v práci, navštěvovat různé kurzy nebo například jezdit na relaxační prázdninové kurzy či dovolené.

Osvícený zájem o vlastní zdraví

Jsou lidé, kteří se bojí chvíli si odpočinout jen proto, aby si ti druzí nemysleli, že jsou líní. To jsou ale nezdravé a falešné představy. Člověk si musí uvědomit, že je důležité shromážďovat energii, aby měl co vydávat ve chvílích, kdy toho bude zapotřebí. Je důležité moudře hospodařit s dlouhodobou perspektivou, nejen v krátkodobé perspektivě pořád jen pracovat a pracovat a nakonec se dostat do stavu totálního psychického vyčerpání.

5.6 Psychohygienu v oblasti tělesného zdraví

Psychohygienu je název pro ochranu duševního i tělesného zdraví. Tento systém obsahuje vědecky propracovaná pravidla a rady, které slouží k udržení, prohloubení nebo znovuzískání zdraví. Pojem zdraví je pak nutno chápat celistvě, jak po stránce tělesné a duševní tak i po stránce sociálních vztahů (Vymětal, Š. 2009).

Níže si uvedeme pár kroků, které můžeme udělat pro vylepšení v oblasti tělesného zdraví:

Pravidelné cvičení

Již několik let lékaři prohlašují, že dobrá tělesná kondice výrazně přispívá k dlouhověkosti a také k dobrému zdraví. Cvičení nám může pomoci například v boji

proti nadváze nebo hypertenzi, může chránit naše srdce před různým onemocněním, ale i odvrátit jiná onemocnění.

Dávno víme, že lidé propadají závislosti na negativních věcech, jako je alkohol nebo drogy. Víme ale i to, že se mohou stát závislími i na pozitivních věcech. Tímto myslíme sport a různá cvičení, při kterých se z těla uvolňují chemické látky, které u člověka vyvolávají pocit pohody.

Vyvážená strava

Strava je v oblasti tělesného zdraví velmi významným faktorem. Většina odborníků na výživu se shoduje, že nejlepší je vyvážená strava. To znamená vyváženost potravin z každé skupiny – maso a jiné bílkoviny, ovoce, zelenina, mléčné výrobky, chléb, cereálie a další výrobky z obilovin.

Pravidelný spánek

Lidé se často chlubí, že jim stačí málo spánku, ale ze studií vyplývá, že většina dospělých osob potřebuje pro své zdraví a optimální fungování zhruba osm hodin spánku denně. U dětí je tato potřeba ještě vyšší.

Člověk, který nemá dostatek spánku, může mít sklony k podrážděnosti, větší kritičnost, hůř se soustředit, nepracuje efektivně a méně se raduje ze života. Pokud nemáme dostatek spánku, nemůžeme ani dobře sloužit ostatním. Spánek je bezesporu nezbytný pro pevné tělesné, emocionální i duchovní zdraví (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

5.7 Psychohygienu v oblasti psychického zdraví

Velmi důležitým procesem v předcházení nebo léčbě v případě počátečního stádia syndromu vyhoření je péče o sebe sama na emocionální rovině. Pokud vyhoření nedosáhlo takového stupně, že by se u jedince vyskytli až sebevražedné myšlenky,

uvedeme si řadu kroků, které mohou člověku pomoci překonat vyhoření v emocionální rovině (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

Smích

Jeden moudrý člověk kdysi přirovnal radostné nebo veselé srdce k dobrému léku. Smích je známkou dobrého duševního zdraví každého člověka. Lékařské studie ukazují na to, že smích uvolňuje v mozku chemické látky, takzvané endorfiny, které podporují pocity pokoje a spokojenosti. Jedním z příkladů je autor Norman Cousins, který pomohl svému uzdravení z ochromující nemoci tím, že se díval na staré filmové komedie, kreslené filmy, přátelé mu nosili čerstvé vtipy a vyprávěli veselé historky. Toto si předeepsal jako součást svého léčebného procesu. Absence častého smíchu může být vnějším příznakem hlubších emocionálních konfliktů.

„Zcela ztracený ze všech dní je ten, v němž se člověk nezasmál.“

(Chamfort)

Vnitřní dialog

Každý z nás si povídá sám se sebou. To, jak člověk sám se sebou mluví, hodně souvisí s tím, jak se právě cítí. Vnitřní dialog, který je negativní, kritický nebo ponižující, prohlubuje depresi. Důležité je, aby byl člověk v tom, co si sám sobě říká, pozitivnější, laskavější a shovívavější. Co kdybychom se na okamžik zamysleli nad tím, jak sami se sebou mluvíme? Zaměříme se na konkrétní změny. Bude-li to třeba, odpuštěme si a svými chybami se dále nezabývejme.

Žijme přítomností

Mnoho z nás se zaměřuje na svá minulá selhání nebo dřívější úspěchy. Obojí může být pro duševní zdraví nepříznivé. Když je člověk v depresi, často se zaměřuje na minulost. Je důležité, abychom žili v přítomnosti, což znamená tady a teď. Další chybou je prodlévat v myšlenkách jen u toho, co se může stát v budoucnosti. Zaměříme a

naučme se vyrovnávat se se svou minulostí, těšit se na to, co nás čeká v budoucnosti a žijme každý den tady a teď.

Duševní odpočinek

Pro zachování dobrého duševního zdraví je často důležité naučit se odpočívat a nabrat nové síly. Je vhodné si naplánovat alespoň třikrát do týdne činnost výslovně věnované příjemné rekreaci nebo něčemu, co nesouvisí s obvyklým stylem práce. Pokud člověk prožívá vyhoření nebo jeho blízkost, je vhodné vyzkoušet některé rekreační nebo odpočinkové činnosti, než jaké provozuje obvykle, protože ty v těchto případech zřejmě nepomáhají. Vhodnou aktivitou je např. hra se svými dětmi nebo různé zábavné činnosti s celou rodinou.

Pokud je zaměstnání nebo povolání dlouhodobě příliš stresové, frustrující, vyčerpávající nebo nudné, možná by stálo za úvahu o změny úkolů, aktivit, zaměstnání nebo životní dráhy.

Plánování dne

Správné rozplánování celého dne je velmi důležité. Představme si, že „plán A“ je náš rutinní program. Patří do něj všechno, co normálně každý den děláme od chvíle, kdy vstaneme, až do okamžiku, kdy jdeme spát. Plán A zahrnuje všechny události, ale i aktivity a zvyky celého dne. Při plnění takového plánu lidé často upadají do deprese.

Pokud plán A vede k častým obdobím vyhoření a deprese, je nejvyšší čas vytvořit „plán B“. Tento může např. obnášet pět až deset konkrétních věcí, jimiž můžeme v daném časovém horizontu změnit to, jak se cítíme. Patří sem i výše uvedené rekreační aktivity. Plán může být změněn i jiným uspořádáním činností, které musí jedinec vykonat. Plán B by měl také zahrnovat jeden den v týdnu, kdy má člověk volno a čas sám pro sebe.

Životní změny

Vzhledem k tomu, že dnes žijeme ve velice proměnlivé společnosti, obměna je výraznou okolností našeho života. Změny bydliště, školy nebo zaměstnání – to vše s sebou přináší stres. Lékařské studie poukazují, že nahromadění příliš mnoho stresových faktorů v jednom roce zvyšují pravděpodobnost vzniku významných fyzických nebo emocionálních problémů. Psychologové Holmes a Rahe vytvořili test stresové zátěže, jehož cílem je určit množství a závažnost stresových faktorů, které daný jedinec prožil během předchozího roku. Celkový součet dvě stě bodů a více může naznačovat přítomnost nebo pravděpodobnost vyhoření (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

Tabulka: Stresových situací „Holmes-Rakeova stupnice“ (Štěpaník, J. 2008).

Pořadí	Stresové situace	Body
1.	smrt partnera	100
2.	rozvod	73
3.	odluka	65
4.	uvěznění	63
5.	úmrtí blízkého rodinného příslušníka	63
6.	osobní zranění nebo onemocnění	53
7.	sňatek	50
8.	propuštění z práce	47
9.	usmíření s partnerem	45
10.	odchod do penze	45
11.	nemoc v rodině	44
12.	těhotenství	40
13.	problémy v sexuálním životě	39
14.	změny v zaměstnání	39
15.	přírůstek v rodině	39
16.	změna finanční situace	38

17.	úmrtí blízkého přítele	37
18.	přemístění na jiné pracoviště	36
19.	Více hádek s partnerem	35
20.	hypotéka nad 1 milión	31
21.	exekuce	30
22.	nová zodpovědnost na pracovišti	29
23.	syn/dcera opouští domov	29
24.	problémy s rodiči partnera	29
25.	vynikající osobní výkon	28
26.	manžel(ka) nastupuje do zaměstnání nebo je opouští	26
27.	dítě nastupuje do školy (opouští ji)	26
28.	změna osobních návyků	25
29.	problémy se šéfem	23
30.	změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
31.	změna bydliště	20
32.	změna školy	20
33.	změny ve volném čase	19
34.	změny společenského styku	18
35.	hypotéka nebo úvěr do 1 miliónu	17
36.	změna spánkových návyků	16
37.	více nebo méně rodinných návštěv	15
38.	změna stravovacích návyků	15
39.	dovolená	13
40.	Vánoce	12
41.	menší porušení zákona	11
Celkem stresových bodů		

Intimní život

V prevenci vyhoření hraje určitou roli i správně fungující sexuální život. Milostný život může udržovat kouzla milostného vztahu a pěstování důvěrné blízkosti dát životu říz a pomoci předejít vyhoření.

Dobrý skutek

Doba, v níž žijeme, se vyznačuje, pohlceností sebou samým s důrazem na vlastní já. Tento sobecký duch současnosti může být duševně nezdravý. Udělejme tedy pro alespoň jednoho člověka jednou týdně něco dobrého. Fyzicky můžeme někomu pomoci s domácími pracemi nebo nejrůznějšími pochůzkami. V duševní oblasti můžeme pomoci i tím, že někomu, kdo nás potřebuje, budeme naslouchat nebo mu poskytneme radu, kterou potřebuje. Když sami sebe dáváme druhým, emocionálně to obohacuje i nás.

Naučte se odpouštět

Naučit se odpouštět druhým je velmi důležitým krokem. Když odpouštět neumíme, máme sklon obracet svůj hněv dovnitř, což vede k hořkosti a posléze k depresi. Odpuštění znamená vůlí se rozhodnout, že již vůči tomu, kdo nám v minulosti ublížil, nebudeme chovat zášť. V případě, že nám někdo ublíží, je důležité naše rychlé rozhodnutí pro odpuštění, místo toho abychom v sobě chovali zášť.

Závist

Jestliže dáme volný průchod závidosti, spějeme k depresi. Šalomoun řekl: *„Pokojná mysl je životem těla, kdežto závist je hnilobou kostí“* (Minirth, Hawkins, Meier, Flournoy, 2011 s. 110). Správnou odezvou nebo reakcí na úspěch druhých je radost. V knize Kazatel Šalomoun říká: *„Když toužíme dokázat, že jsme důležitější než*

druzí, což je základem závisti, podobáme se člověku, který honí vítr, což je marnost“ (Minirth, Hawkins, Meier, Flournoy, 2011 s. 110).

Důležité je být uznalý a vděčný za to, co dostáváme. Když se objeví závist, pamatujme na to, že nikdo z nás si nic nezaslouží. Vše, co v životě dostáváme, je dar.

Pocity

Emocionální problémy často vznikají, když své pocity potlačujeme, místo toho abychom se s nimi vypořádali. Sdílení pocitů je důležité i při řešení nejrůznějších manželských konfliktů. Svěření se se svými pocity nebo potřebami našim blízkým může být velmi přínosné. Na tuto oblast je zapotřebí se zaměřit a zapracovat na ní (Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., Flournoy, R. 2011).

5.8 Léčba syndromu vyhoření

„Terapie, česky léčba, je léčebný program, jehož cílem je zmírnění či odstranění nežádoucího stavu jednotlivce či skupiny.“ (Matoušek 2003 s. 240)

Syndrom vyhoření nemusí být neřešitelný problém, jeho terapie ale bude vyžadovat změny v dosavadním životním stylu.

Ne vždy jsou vyhořelí lidé schopni léčit svůj stav sami, proto bývá v některých vážnějších případech doporučena psychoterapie.

Léčba rozvinutého syndromu vyhoření je složitý problém, který lze odstranit jen velmi pomalu a zdlouhavě. Pokud se podaří identifikovat celou situaci již v počáteční fázi, je vhodné začít s řešením situace ihned. Uvědomí-li si sám postižený nebo jeho blízcí, že se jedná o počínající burnout syndrom a začnou jej neprodleně řešit, existuje velká pravděpodobnost, že vyhoření nepropukne v plné šíři a lze ho relativně jednoduše zvládnout (Bartošíková, I. 2000).

V případě, že jedinec dospěje do některé z fází procesu vyhoření nebo dokonce do té poslední, existuje cesta zpátky jen za určitých podmínek. V první řadě je důležité,

aby si člověk, který se dostane do takového stavu, byl vědom toho, že něco není v pořádku a byl srozuměn s tím, že trpí syndromem vyhoření, což je velmi vážný stav.

Další podmínkou, na kterou klademe velký důraz, je aby trpící člověk sám chtěl se svým stavem něco dělat, aby se chtěl „léčit“ a měl dostatečnou osobní motivaci k uzdravení, ke změně. S tímto nedílně souvisí i převzetí osobní zodpovědnosti za zotavující proces. Mnohdy je příliš těžké pro jedince postiženého syndromem vyhoření být jen přiznat, že situaci nezvládá, natož pak převzít zodpovědnost za změnu současného stavu.

V neposlední řadě je také důležité, zda má daný jedinec dostatečnou podporu v rodinném životě a jak je tato podpora účinná. Možnosti pomoci můžeme volně rozdělit na pomoc sama sobě a na pomoc zvenčí (Jeklová, M., Reitmayerová, E. 2006).

Prevence i léčba mají mnoho společných postupů. Stejně tak jak jsme si již uvedli, i Moravcová (2013) uvádí, že předpokladem úspěšné léčby plně rozvinutého syndromu vyhoření je náhled na svůj psychický i zdravotní stav, vůle se vyléčit a přijetí za tuto léčbu odpovědnosti. Často je nezbytná například pomoc ze strany našich blízkých, zaměstnavatele a často je i nutná odborná pomoc (Moravcová, K. 2013).

Musil (2010 s. 38) uvádí, že: *„Základem léčby syndromu vyhoření je psychoterapie. Především jsou uplatňovány formy psychoterapie: logoterapie, daseinanalýza, existenciální psychoterapie.“*

Účinnost těchto forem psychoterapie závisí zejména na úsilí „vyhořelého jedince“ spolupracovat s terapeutem v posilování samostatnosti při setkání s těžko zvladatelnými situacemi, vyhýbání se obranným mechanismům, jelikož volba obranné strategie vede velmi často k prohloubení sebepodceňování.

Oproti tomu je žádoucí obnovit životosprávu, naučit se relaxovat, posilovat tělesnou zdatnost a výkonnost, naučit se posílení sociální opory, osvojit si některé z meditačních a relaxačních cvičení a především vytvářet pozitivní postoj k životu.

Roboraci a rekondici, čili znovunabytí zdraví vyhořelé osoby slouží:

- fyzická a tělesná cvičení, mentální jogging a různá cvičení paměti,

- relaxace, meditace, dechová cvičení, tělesná relaxace, autogenní Schulzův trénink, jóga, aromaterapie.

Dostupné jsou i nejrůznější důmyslné pomůcky, které prošly v posledních letech značným vývojem. Můžeme mezi ně zařadit např. přístroje AVS (walkmany) s patnáctiletou tradicí, jež prověřila jejich úspěšnost. V posledním období je doporučován přístroj AVS nazývaný „Dreamer“.

Pomoc při zvládnání stresu je u nás v současné době značně rozvinutá a lze ji absolvovat v nejrůznějších kurzech, školeních, skupinovém výcviku a dalších akcích (Musil, J. 2010).

Výše jsme si uvedli, že psychoterapie závisí zejména na úsilí „vyhořelého jedince“, stejně tak ale závisí i na postoji člověka v určitých situacích.

Křivohlavý (2012 s. 101) uvádí příklad vlivu zaměření na postoj: *„Jsme v situaci, kdy máme velkou žízeň a vody je málo, pak záleží na tom, jak se postavíme k tomu, když nám někdo dá sklenku vody. Vypijeme jí polovinu a máme dvě možnosti: buď budeme smutní, že je již půlka sklenky nenávratně pryč, nebo se dokážeme radovat, že ještě půl sklenky vody máme. Fyzikálně jsou obě možnosti naprosto stejné, ale z psychologického hlediska je to odlišné. Je lépe žít s pocitem radosti, že ještě něco mám, nežli se utápět v žalosti nad tím, co je již nenávratně pryč, a akceptovat – přijmout nezměnitelné.“*

PRAKTICKÁ ČÁST

6. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Výzkum syndromu vyhoření je důležitým úkolem pro obory sociální psychologie, sociální práce, medicíny, antropologie a také komunikační vědy.

Ve výzkumu syndromu vyhoření existují dvě hlavní východiska. Řadí se mezi ně klinická psychologie a sociální psychologie. Klinická psychologie hodnotí tento jev na pozadí osobních rysů v životě jednotlivců, z tohoto pohledu je vyhoření vnitřní duševní reakcí. Pro sociální psychologii, je vyhoření důsledkem působení vnějších vlivů, hlavně práce a pracovního prostředí (Maroon, I. 2012).

6.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem praktické části diplomové práce je zjistit míru syndromu vyhoření u vzorku 136 pracovníků pečujících o děti s kombinovaným postižením ve zlínském kraji, a to formou kvantitativního výzkumu.

Před vyhodnocením dílčích výsledků výzkumného šetření jsem si nejprve vytyčil tři hypotézy a pět výzkumných otázek, které bych chtěl tímto výzkumem potvrdit nebo naopak vyvrátit.

6.2 Hypotézy a výzkumné otázky

Hypotézy

Hypotéza č. 1: Syndrom vyhoření se v pomáhajících profesích bude více vyskytovat u žen než u mužů.

Podle odborné literatury uvedené v teoretické části této diplomové práce jsme si uvedli, že v některých profesních skupinách existují značné pohlavní rozdíly. Jedná se o povolání, které vykonávají spíše muži a povolání v nich dominují zejména ženy. Objevitel vyhoření Herbert Freudenberger tvrdí, že ženám hrozí vyhoření ve větší míře než u mužů. To také vysvětluje dvojnásobnou zátěží (rodinné a pracovní povinnosti). Někteří další autoři vysvětlují pohlavní rozdíly tak, že se ženy emocionálně více a častěji angažují než muži.

Hypotéza č. 2: Syndrom vyhoření se v pomáhajících profesích bude vyskytovat u pracovníků pečujících o postižené děti s praxí více jak 20 let častěji, než u pracovníků s praxí nižší než 20 let.

Faktorem, který může mít vliv na vznik syndromu vyhoření je délka praxe v oboru. Dá se předpokládat, že začínající pracovník je plný energie a entuziasmu, přičemž problémy v zaměstnání si natolik nepřipouští. Z tohoto důvodu se domnívám, že se syndrom vyhoření v pomáhajících profesích bude vyskytovat u pracovníků pečujících o postižené děti s praxí více než 20 let častěji než u pracovníků s praxí nižší než 20 let.

Hypotéza č. 3: Pracovníci s vysokoškolským vzděláním mají vyšší povědomí o prevenci syndromu vyhoření než zaměstnanci se středoškolským vzděláním.

Syndrom vyhoření může postihnout prakticky kohokoli, avšak vysokoškolsky vzdělaní lidé a to zejména v humanitních oborech, se setkávají s tímto pojmem častěji než lidé se středoškolským vzděláním. Z tohoto usuzuji, že pracovníci s vysokoškolským vzděláním mají i vyšší povědomí o tom jak syndromu vyhoření předcházet než zaměstnanci se středoškolským vzděláním.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Setkala se více než polovina pečujících o postižené děti u svých kolegů se syndromem vyhoření?

Z hlediska syndromu vyhoření existují ve společnosti rizikové skupiny, které vznikají v profesích vyžadující vysoké pracovní nasazení, což u osob pečujících o děti s kombinovaným postižením bezesporu je. Proto se domnívám, že se alespoň polovina pečujících setkala během své praxe s kolegou či kolegyní s příznaky syndromu vyhoření.

Výzkumná otázka č. 2: Pociťuje v pomáhajících profesích více než 10% pečujících o děti s kombinovaným postižením syndrom vyhoření?

Syndrom vyhoření je psychologický a sociální pojem vyskytující se především u pomáhajících profesí. Jak jsme si již více uvedli, profese pečujícího o postižené děti vyžaduje vysoké pracovní nasazení, což jistě vede ke zvýšenému riziku vyhoření.

Výzkumná otázka č. 3: Je u nejméně poloviny osob pečujících o děti s kombinovaným postižením příčinou vzniku syndromu vyhoření nedostatečně oceněné práce?

Jednou z příčin vzniku syndromu vyhoření, jež se uvádí v odborné literatuře, je neuspokojivý vztah jedince z důvodu nesplněných očekávání. Tato nesplněná očekávání se týkají v podstatě také pozornosti, pochvaly nebo odměn, které člověk očekával, ale nedostal.

Výzkumná otázka č. 4: Přináší práce v pomáhajících profesích pro více než 10% pečujících o děti s kombinovaným postižením silný stres?

Představitelé pomáhajících profesí investují do svého zaměstnání o mnoho více než jen dovednosti a znalosti. Pomáhání druhým je jako profese velmi náročné a

vyčerpávající povolání. Z tohoto důvodu se domnívám, že je nejméně 10% pečujících při práci s lidmi pod vlivem silného stresu.

Výzkumná otázka č. 5: Cítí se v pomáhajících profesích nejméně polovina pečujících o děti s kombinovaným postižením na konci pracovního dne vyčerpaná?

Jedinec pracující v tak náročné profesi, jež je založena na pomoci druhým, musí každodenně zvládat velkou duševní a fyzickou zátěž. Proto usuzuji, že se bude nejméně polovina pečujících na konci pracovního dne cítit vyčerpaně.

6.3 Výzkumné metody a postupy

Před samotným výběrem průzkumné metody byla provedena rešerše odborné literatury s jejím následným studiem. Po prostudování a zhodnocení dostupných literárních zdrojů, byla zvolena jako nejvhodnější pro účely tohoto výzkumu metodika kvantitativního výzkumu. Tento je proveden prostřednictvím zcela anonymního dotazníku vlastní konstrukce a standardizovaného dotazníku MBI (Maslach Burnout Inventory). Tyto metody byly vybrány převážně z důvodu oslovení většího počtu respondentů a získání tak potřebného množství informací pro statistické zpracování. Oba dva dotazníky jsou uvedeny v přílohách diplomové práce.

Jako první jsem použil vlastní dotazník, který se skládá z osmnácti otázek členěných do čtyř částí. První část dotazníku je věnována anamnestickým údajům. Druhá část se věnuje znalostem a informovanosti o syndromu vyhoření. V třetí části jsou otázky kladeny na problematiku mezilidských vztahů na daném pracovišti. Poslední část dotazníku je zaměřena na otázky, zda své povolání vykonávají zaměstnanci stále s radostí a do práce se těší nebo by pro ně byla změna povolání tou správnou volbou.

Druhým dotazníkem je „MBI“ (Maslach Burnout Inventory), což je nejčastěji používaná dotazníková metoda k odbornému vyšetření syndromu vyhoření. Tato

dotazníková metoda byla navržena v roce 1981 Ch. Maslachovou a S. Jackson a určena pro diagnostiku lidí pečujících o druhé osoby.

Hodnotící domény jsou tři relativně samostatné faktory - emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení. Tento dotazník obsahuje 22 tvrzení s charakteristikou častosti výskytu pocitů ze sedmistupňové škály vyjadřující vztah člověka k sobě samému, ke své práci a svému psychickému rozpoložení. Respondenti označovali odpovědi číslem, které nejvíce vystihovalo jejich pocit a názor.

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, z nichž se mi navrátilo zpět 136, tedy 90,7%. Při zpracování bylo zjištěno, že jsou všechny dotazníky řádně vyplněny. To znamená, že mohlo být všech 136 dotazníků použito pro statistické zpracování.

6.4 Průběh a časový harmonogram výzkumného šetření

Pro realizaci výzkumu bylo nejdříve zapotřebí oslovit vedoucí pracovníky jednotlivých zařízení. Prvotní kontakt probíhal osobně nebo telefonicky. Velkou pomocí mi byla vedoucí pracovnice rehabilitačního stacionáře, do kterého docházím pravidelně se svým canisterapeutickým psem na hodiny terapie. Tato mi nabídla pomoc při kontaktování dalších vedoucích či ředitelů jiných zařízení poskytujících péči o postižené osoby.

Dotazníky byly následně distribuovány po předchozím projednání a domluvě v jednotlivých zařízeních. Realizace výzkumného šetření byla provedena během měsíců červen a červenec v roce 2014.

Všichni vedoucí byli řádně informováni a dostatečně poučení o jaké výzkumné šetření se jedná a jaké techniky budou použity. Dále jsme se domluvili na podrobnostech pro rozdání dotazníků, a to pouze zaměstnancům pečujícím o postižené děti, včetně předání instrukcí potřebných k řádnému vyplnění. Termín pro následné vyzvednutí dotazníků jsem si domluvil na všech pracovištích v časovém horizontu dvou

měsíců, a to z důvodu čerpání řádných dovolených. Ve všech případech jsem se setkal s ochotou a maximální spoluprací.

Časový harmonogram:

Studie odborné literatury	3/2014 - 5/2014
Příprava výzkumu - Sestavení dotazníku	5/2014 - 6/2014
Distribuce dotazníků	6/2014 - 7/2014
Zpracování výsledků	9/2014 - 11/2014

Dotazníkový výzkum byl proveden v zařízeních:

Rehabilitační stacionář Zlín, Dětský domov s tradicí v péči o postižené děti s mateřskou, základní a praktickou školou Zlín, Denní stacionář pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením Uh. Hradiště, Hrádek, domov pro osoby se zdravotním postižením, ZŠ a MŠ speciální Kroměříž, Denní stacionář Sychrov – Vsetín, ZŠ praktická a speciální Zlín.

6.5 Prezentace výzkumného šetření

První část prezentace je věnována dotazníku vlastní konstrukce. Tento se skládá z 18 otázek věnovaných anamnestickým údajům, znalostem a informovanosti o syndromu vyhoření, a dále pak problematice mezilidských vztahům a vztahům k samotnému povolání. Pro přehlednost jsou odpovědi otázek zpracovány do tabulek a grafů s následnou interpretací výsledků.

Druhá část prezentace je věnována standardizovanému dotazníku „MBI“ (Maslach Burnout Inventory), který je složen z 22 otázek a členěn do 3 oblastí, z nichž jsou dvě oblasti negativně laděné (emocionální vyčerpání, depersonalizace) a jedna oblast laděná pozitivně (osobní uspokojení z práce). Respondenti na tyto otázky odpovídali pomocí hodnotící stupnice uvádějící častost výskytu pocitů pro jednotlivé faktory.

Vlastní dotazník

Otázka č. 1 - Pohlaví respondentů:

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ženy	129	95
Muži	7	5
Celkem	136	100

Graf č. 1



Interpretace:

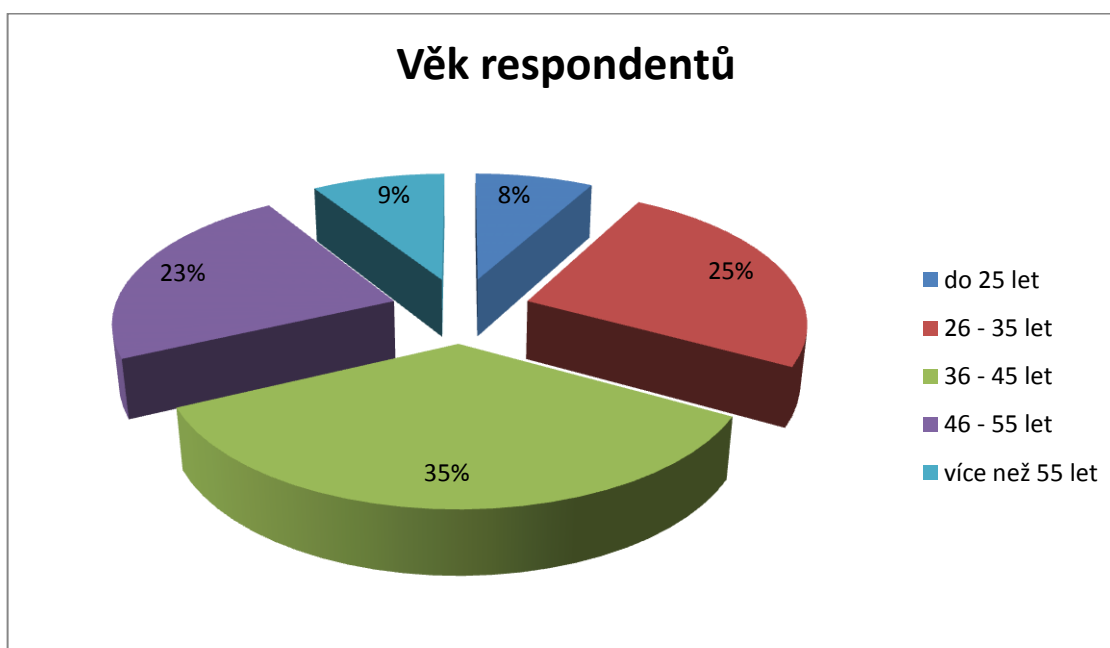
Z celkového počtu 136 (100%) dotazovaných respondentů, bylo 129 (95%) žen a 7 (5%) mužů.

Otázka č. 2 - Věk respondentů:

Tabulka č. 2: Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
do 25 let	11	8
26 – 35 let	34	25
36 – 45 let	48	35
46 – 55 let	31	23
více než 55 let	12	9
Celkem	136	100

Graf č. 2



Interpretace:

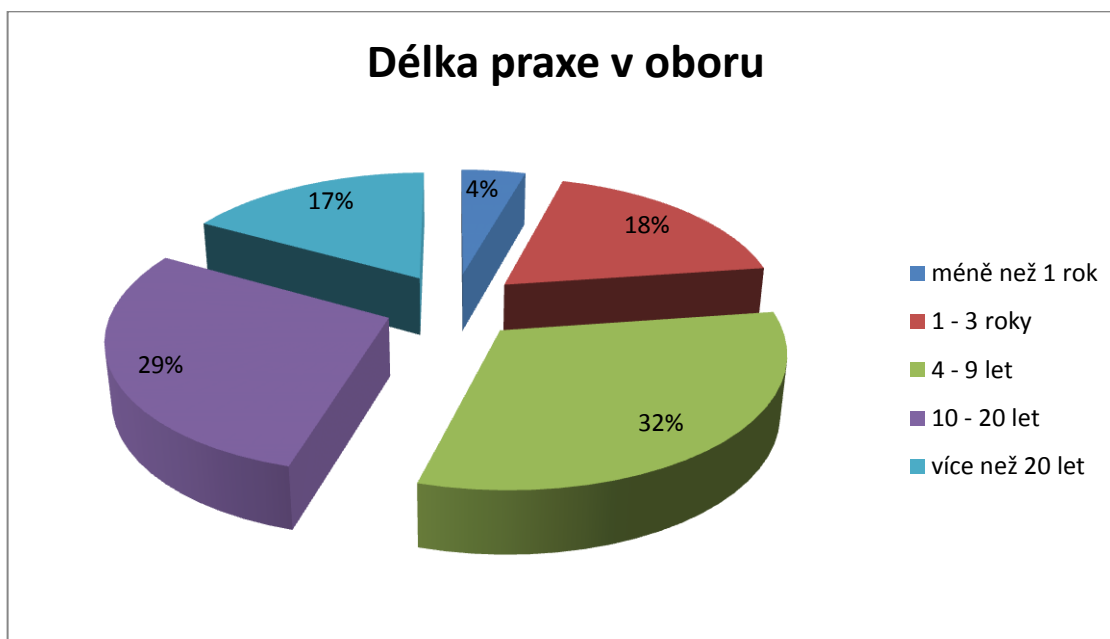
Mezi oslovenými respondenty bylo zjištěno, že nejvíce osob spadá do věkové kategorie 36 – 45 let, a to celkem 48 (35%). Dále následovala v počtu 34 (25%) věková skupina v rozmezí 26 – 35 let. 31 (23%) respondentů uvedlo, že spadá do skupiny ve věku 46 – 55 let. Ve věku vyšším než 55 let bylo osloveno 12 (9%) respondentů a nejméně početnou skupinou v počtu 11 (8%) byly respondenti ve věku do 25 let.

Otázka č. 3 - Délka praxe v oboru:

Tabulka č. 3: Délka praxe v oboru

Délka praxe v oboru	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
méně než 1 rok	6	4
1 – 3 roky	25	18
4 – 9 let	43	32
10 – 20 let	39	29
více než 20 let	23	17
Celkem	136	100

Graf č. 3



Interpretace:

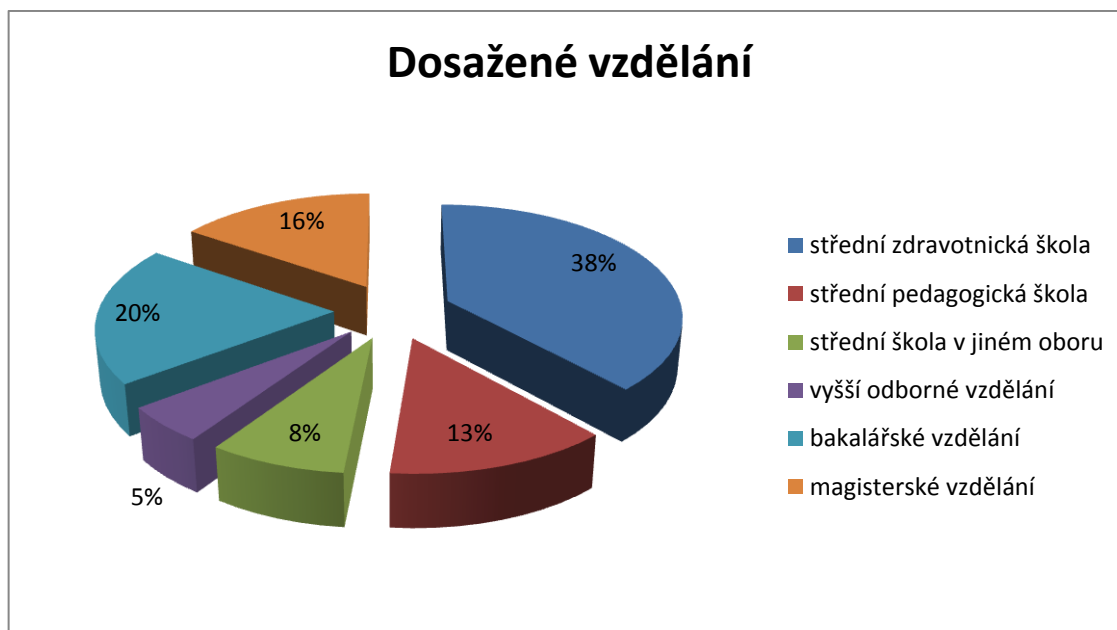
Třetí otázka měla za úkol zjistit délku praxe v oboru. Nejvíce zastoupenou skupinou v počtu 43 (32%) byli pracovníci s délkou praxe 4 – 9 let. 39 (29%) respondentů uvedlo délku praxe v rozmezí 10 – 20 let. Následovalo 25 (18%) osob s délkou praxe 1 – 3 roky. Celkem 23 (17%) respondentů uvedlo získanou praxi více než 20 let a nejméně početná skupina 6 (4%) respondentů označila délku praxe kratší než 1 rok.

Otázka č. 4 - Vzdělání

Tabulka č. 4: Dosažené vzdělání

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
střední zdravotnická škola	52	38
střední pedagogická škola	18	13
střední škola v jiném oboru	11	8
vyšší odborné vzdělání	7	5
bakalářské vzdělání	27	20
magisterské vzdělání	21	16
Celkem	136	100

Graf č. 4



Interpretace:

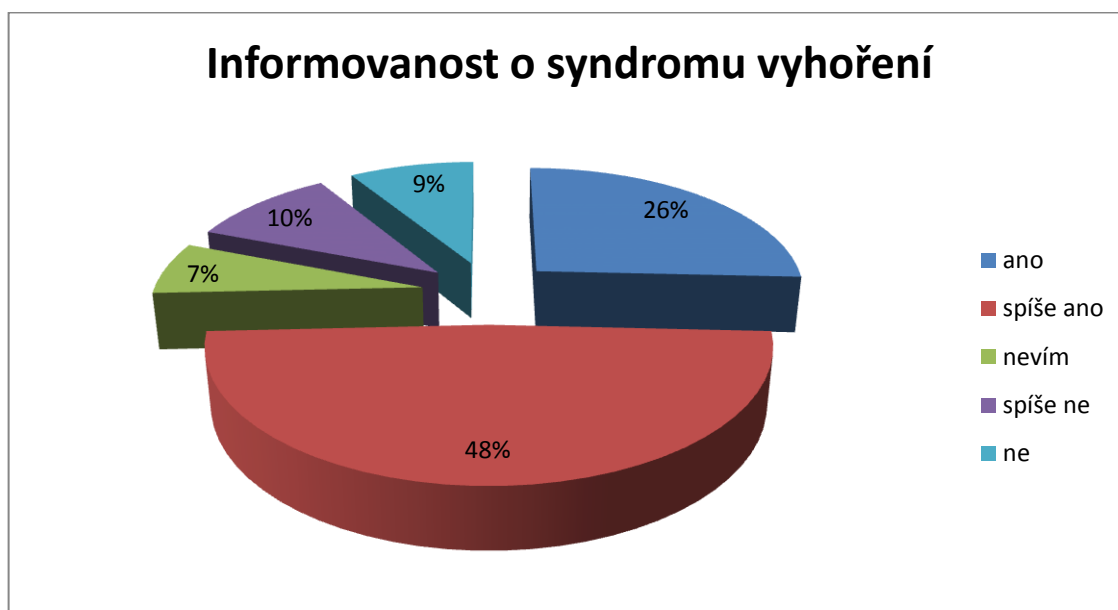
Nejpočetnější skupinou respondentů v celkovém počtu 81 (59%) byli lidé s úplným středoškolským vzděláním s maturitou. Následovali lidé s vysokoškolským vzděláním na stupni bakalář v počtu 27 (20%) a 21 (16%) respondentů dosáhlo stupně magisterského. Pouhých 7 (5%) respondentů uvedlo vyšší odborné vzdělání.

Otázka č. 5 - Myslím si, že jsem dostatečně informován/a o tom, co znamená syndrom vyhoření:

Tabulka č. 5: Informovanost o syndromu vyhoření

Informovanost o syndromu vyhoření	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	35	26
spíše ano	66	48
nevím	9	7
spíše ne	14	10
ne	12	9
Celkem	136	100

Graf č. 5



Interpretace:

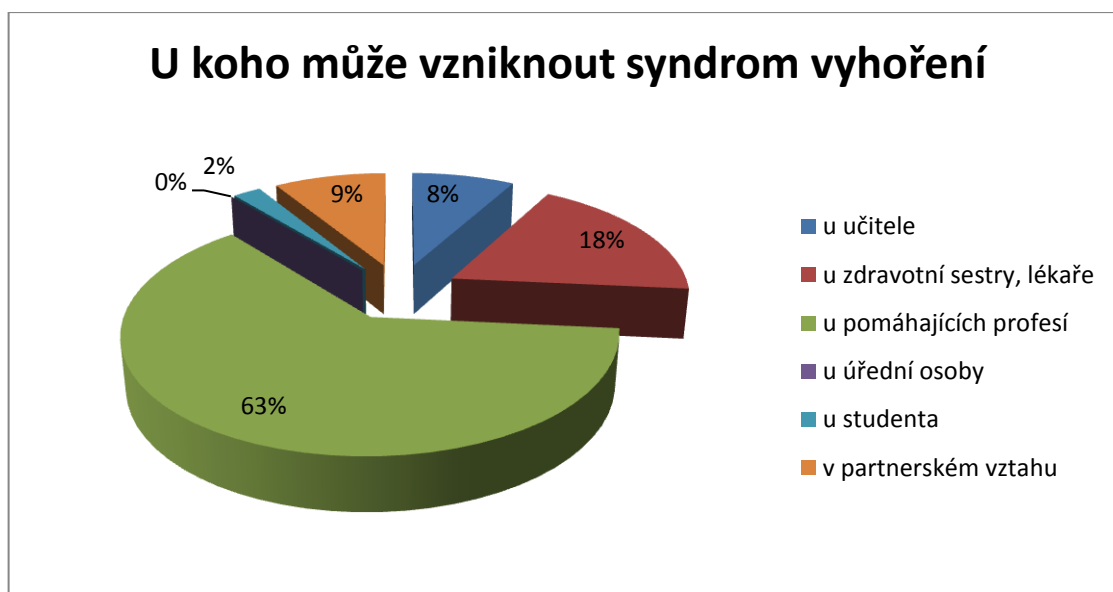
Další kladená otázka zjišťovala informovanost o syndromu vyhoření u dotazovaných respondentů. Nejpočetnější skupinou 66(48%) respondentů odpovědělo „spíše ano“. 35(26%) uvedlo „ano“. Následovalo 14 (10%) respondentů s odpovědí „spíše ne“ a 12 (9%) respondentů odpovědělo „ne“. Skupinu uzavírá 9 (7%) osob s odpovědí „nevím“.

Otázka č. 6 - Syndrom vyhoření může vzniknout:

Tabulka č. 6: U koho může vzniknout syndrom vyhoření

U koho může vzniknout syndrom vyhoření	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
u učitele	11	8
u zdravotní sestry, lékaře	25	18
u pomáhajících profesí	85	63
u úřední osoby	0	0
u studenta	3	2
v partnerském vztahu	12	9
Celkem	136	100

Graf č. 6



Interpretace:

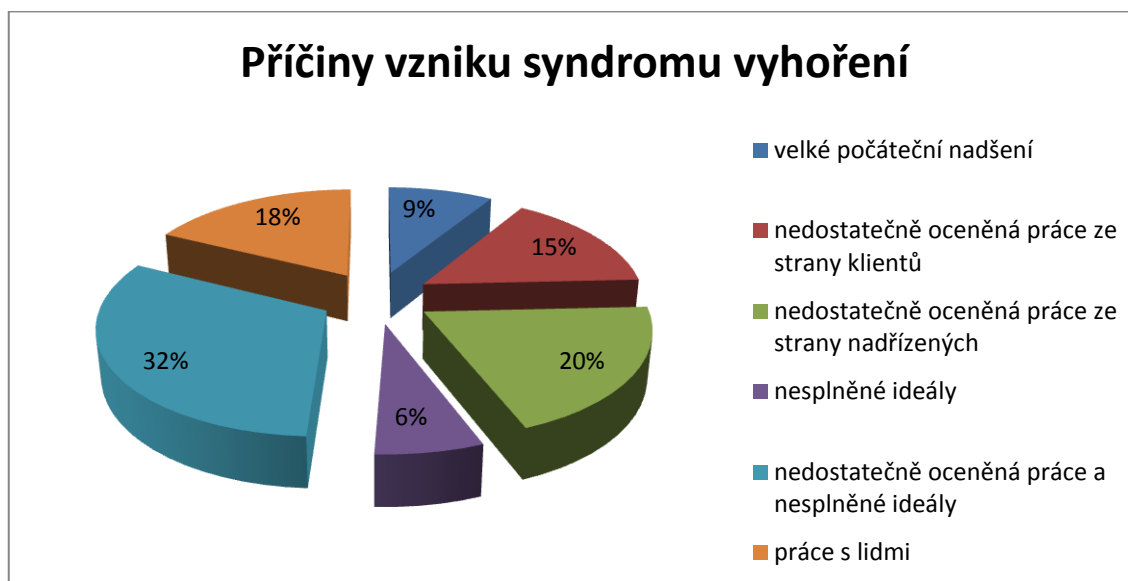
V případě šesté otázky odpovídali respondenti na otázku, u koho může syndrom vyhoření vzniknout. Nejvíce 85 (63%) respondentů uvedlo pomáhající profese. 25 (18%) oslovených uvedlo odpověď zdravotní sestra nebo lékař. Následovalo 12 (9%) respondentů, kteří uvedli, že syndrom vyhoření může vzniknout v partnerském vztahu. 11 (8%) dotazovaných uvedlo učitele a pouze 3 (2%) respondenti označili odpověď, u studenta. Vznik syndromu u úřední osoby neuvedl žádný z oslovených.

Otázka č. 7 - Příčinou vzniku syndromu vyhoření je:

Tabulka č. 7: Příčiny vzniku syndromu vyhoření

Příčiny vzniku syndromu vyhoření	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
velké počáteční nadšení	12	9
nedostatečně oceněná práce ze strany klientů	21	15
nedostatečně oceněná práce ze strany nadřízených	27	20
nesplněné ideály	9	6
nedostatečně oceněná práce a nesplněné ideály	43	32
práce s lidmi	24	18
Celkem	136	100

Graf č. 7



Interpretace:

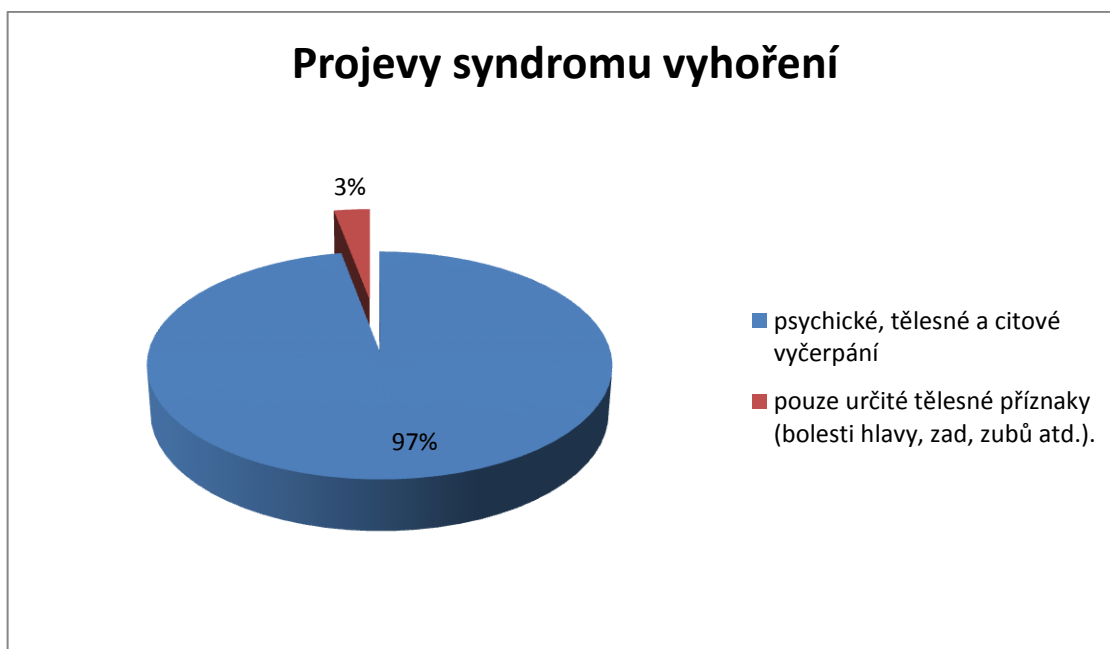
Jako příčinu vzniku syndromu vyhoření uvedlo 43 (32%) respondentů nedostatečně oceněnou práci a nesplněné ideály. 27 (20%) oslovených pocíťovalo nedostatečně oceněnou práci ze strany svých nadřízených. Následovalo 24 (18%), kteří uvedli, že je příčinou vyhoření práce s lidmi. 21 (15%) osob se cítí být nedostatečně oceněn ze strany klientů. 12 (9%) respondentů uvedlo příčinu jako velké počáteční nadšení a 9 (6%) dotazovaných označilo za příčiny vyhoření nesplněné ideály.

Otázka č. 8 - Syndrom vyhoření a jeho projevy jsou:

Tabulka č. 8: Projevy syndromu vyhoření

Projevy syndromu vyhoření	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
psychické, tělesné a citové vyčerpání	132	97
pouze určité tělesné příznaky (bolesti hlavy, zad, zubů atd.).	4	3
Celkem	136	100

Graf č. 8



Interpretace:

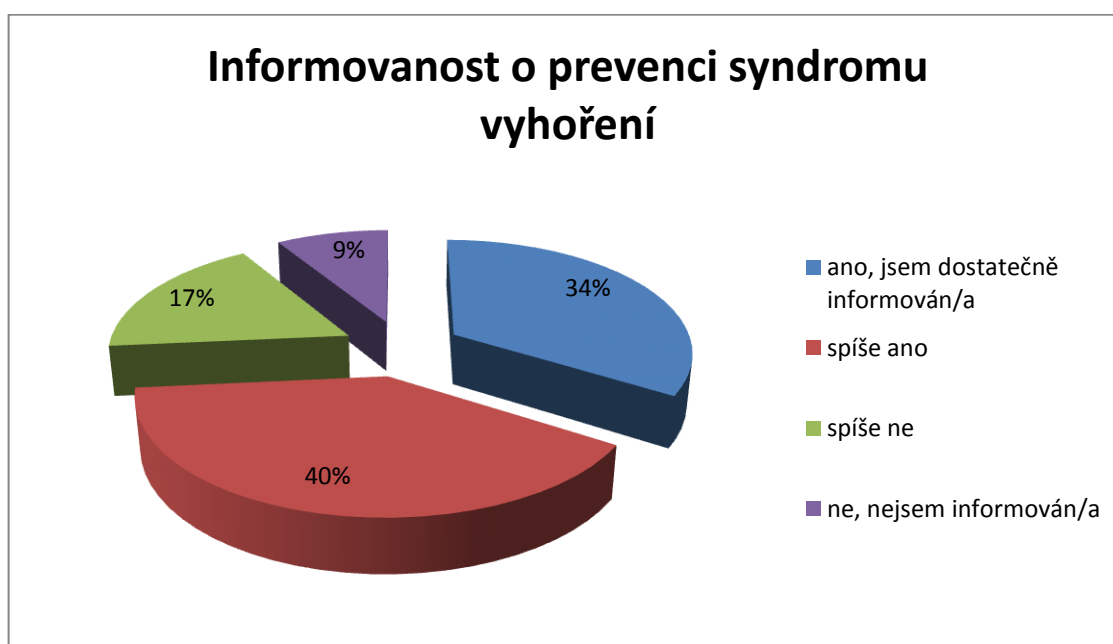
Z celkového počtu 136 dotazovaných, uvedlo 132 (97%) respondentů, že je projevem syndromu vyhoření psychické, tělesné a citové vyčerpání. Pouze 4 (3%) osob označilo za projev vyhoření pouze určité tělesné příznaky, jako například bolesti hlavy, zad a zubů.

Otázka č. 9 - Myslím si, že jsem dostatečně informován/a o tom, jak předcházet syndromu vyhoření:

Tabulka č. 9: Informovanost o prevenci syndromu vyhoření

Informovanost o prevenci syndromu vyhoření	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, jsem dostatečně informován/a	46	34
spíše ano	54	40
spíše ne	24	17
ne, nejsem informován/a	12	9
Celkem	136	100

Graf č. 9



Interpretace:

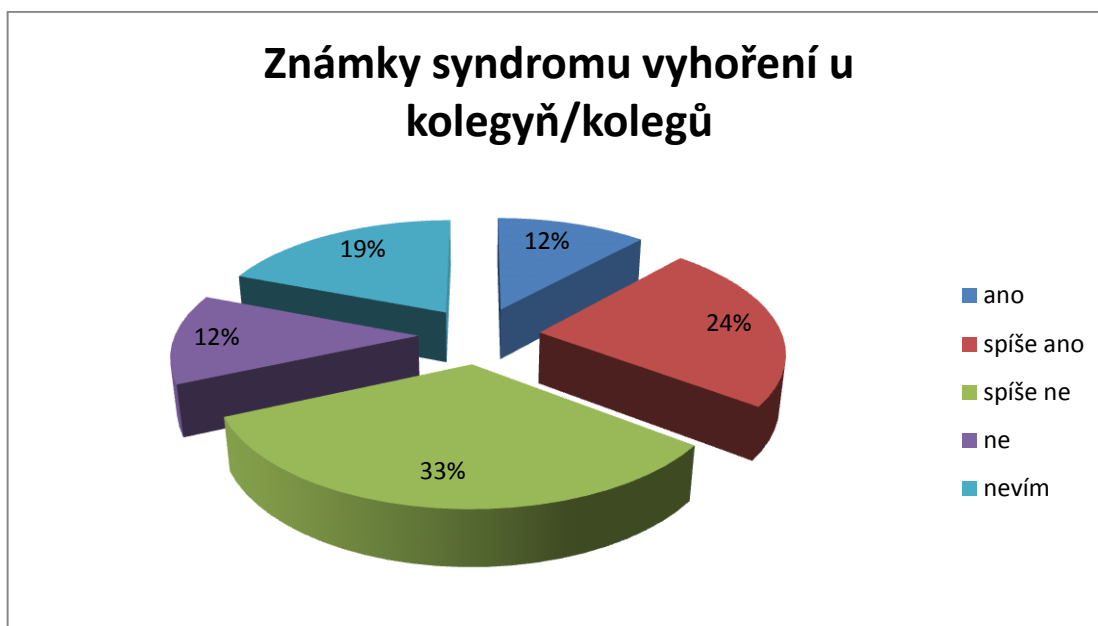
Devátá otázka zjišťovala míru informovanosti o předcházení syndromu vyhoření u pečujících osob. Nejpočetnější skupina 54 (40%) osob uvedla odpověď spíše ano. 46 (34%) respondentů odpovědělo, že je dostatečně informovaných. U 24 (17%) oslovených jsme se setkali s odpovědí, že spíše nejsou informovaní a pouhých 12 (9%) respondentů uvedlo, že nejsou informovaní o prevenci syndromu vyhoření.

Otázka č. 10 - Myslím si, že někteří z mých kolegyň/kolegů jeví známky syndromu vyhoření:

Tabulka č. 10: Znamky syndromu vyhoření u kolegyň/kolegů

Znamky syndromu vyhoření u kolegyň/kolegů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	16	12
spíše ano	32	24
spíše ne	45	33
ne	17	12
nevím	26	19
Celkem	136	100

Graf č. 10



Interpretace:

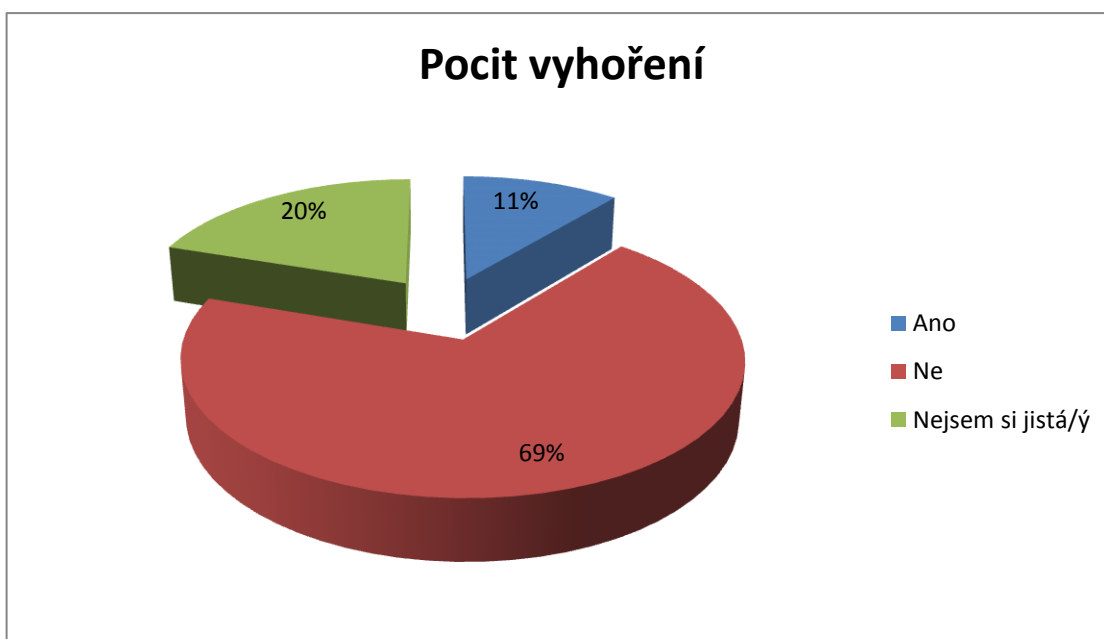
Na otázku, zda si povšimli respondenti známek syndromu vyhoření u některých kolegů, odpovědělo 45 (33%), že spíše ne. 32 (24%) dotazovaných mělo opačný názor. 26 (19%) osob uvedlo, že neví. 17 (12%) osob se neseťkalo u svých kolegů s žádným projevem vyhoření. Naproti tomu uvedlo 16 (12%) oslovených, že se u svých kolegů seťkalo s projevem syndromu vyhoření.

Otázka č. 11 - Myslíte si, že trpíte syndromem vyhoření?:

Tabulka č. 11: Pocit vyhoření

Pocit vyhoření	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	15	11
Ne	94	69
Nejsem si jistá/ý	27	20
Celkem	136	100

Graf č. 11



Interpretace:

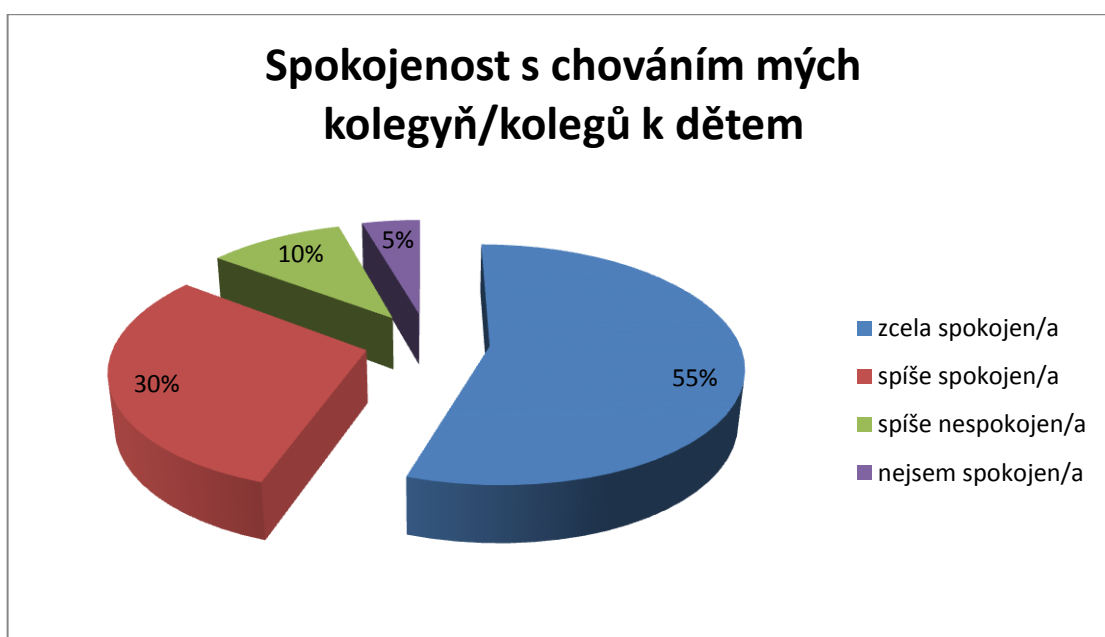
Na otázku, zda si respondenti myslí, že trpí syndromem vyhoření, odpovědělo 94 (69%), že netrpí syndromem vyhoření. U 15 (11%) dotazovaných jsme se setkali s odpovědí opačnou. 27 (20%) respondentů si nebylo zcela jistých, zda vyhoření pociťují či nikoli.

Otázka č. 12 - S chováním ostatních mých kolegyň/kolegů k dětem jsem:

Tabulka č. 12: Spokojenost s chováním mých kolegyň/kolegů k dětem

Spokojenost s chováním mých kolegyň/kolegů k dětem	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
zcela spokojen/a	75	55
spíše spokojen/a	41	30
spíše nespokojen/a	14	10
nejsem spokojen/a	6	5
Celkem	136	100

Graf č. 12



Interpretace:

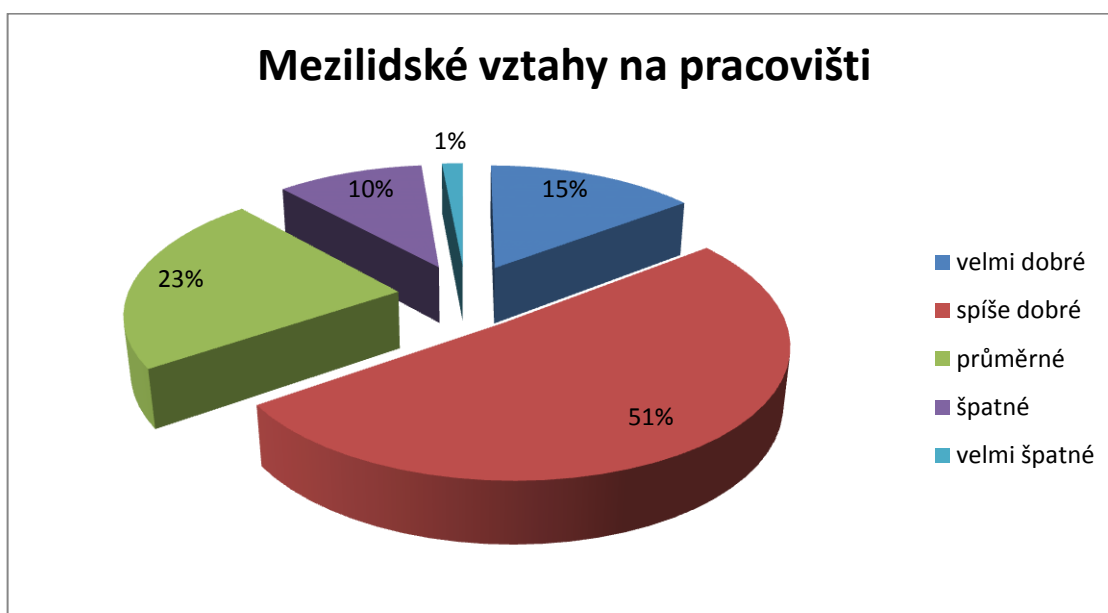
Mezi oslovenými respondenty bylo zjištěno, že 75 (55%) pečujících je zcela spokojeno a 41 (30%) spíše spokojeno s chováním svých kolegů či kolegyň k postiženým dětem. Méně spokojených pracovníků bylo 14 (10%) a nespokojených 6 (5%).

Otázka č. 13 - Pracovní vztahy mezi mnou a mými spolupracovníky jsou:

Tabulka č. 13: Mezilidské vztahy na pracovišti

Mezilidské vztahy na pracovišti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
velmi dobré	20	15
spíše dobré	69	51
průměrné	31	23
špatné	14	10
velmi špatné	2	1
Celkem	136	100

Graf č. 13



Interpretace:

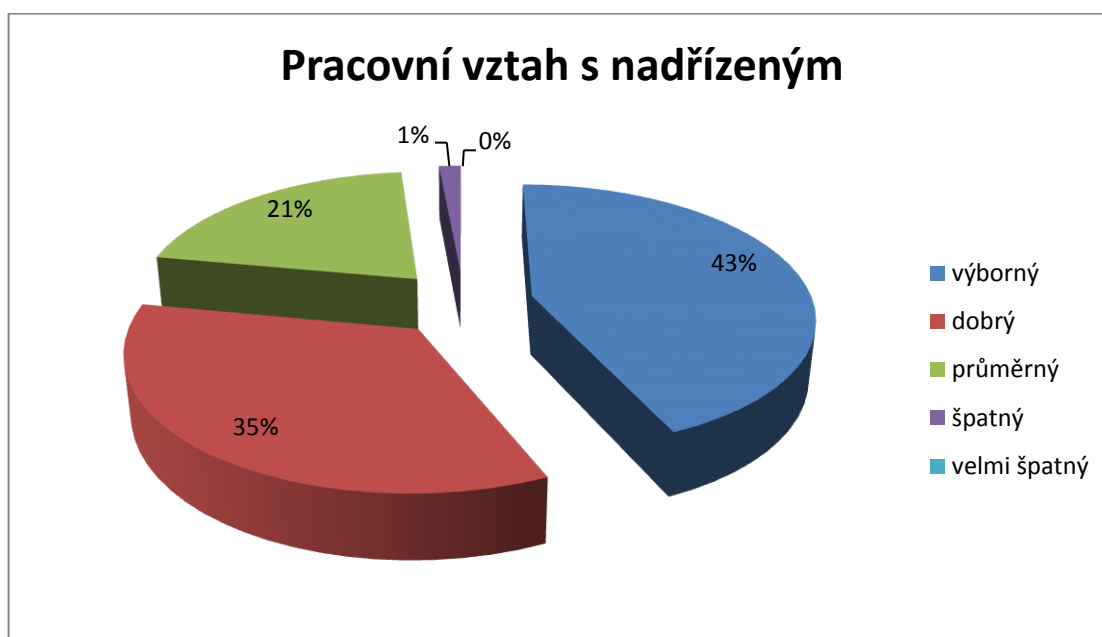
Otázka třináctá byla úzce zaměřena na mezilidské vztahy na pracovišti. Nejpočetnější skupina čítá 61 (51%), která uvedla, že vztahy se spolupracovníky má spíše dobré. Následovalo 31 (23%) osob, které označili vztahy na pracovišti za průměrné. 20 (15%) zaměstnanců uvedlo prostředí jako velmi dobré. 14 (10%) respondentů pociťuje vztahy s ostatními spolupracovníky za špatné, přičemž 2 (1%) oslovení označili své vztahy k ostatním spolupracovníkům jako velmi špatné.

Otázka č. 14 - Pracovní vztah mezi mnou a vedoucí/ředitelkou je:

Tabulka č. 14: Pracovní vztah s nadřízeným

Pracovní vztah s nadřízeným	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
výborný	59	43
dobrý	47	35
průměrný	28	21
špatný	2	1
velmi špatný	0	0
Celkem	136	100

Graf č. 14



Interpretace:

Pracovní vztahy mezi zaměstnancem a vedoucím pracovníkem či ředitelem byly jednoznačně kladné. Nejpočetnější skupina 59 (43%) osob uvedla vztahy s nadřízenými jako výborné a 47(35%) jako dobré. 28 (21%) respondentů označilo pracovní vztah s nadřízeným průměrně. U pouhých 2 (1%) osob jsme se setkali s problémy se svým nadřízeným, přičemž velmi špatný vztah neoznačil žádný z dotazovaných.

Otázka č. 15 - Na našem pracovišti dochází k častým nedorozuměním:

Tabulka č. 15: Časté nedorozumění na pracovišti

Časté nedorozumění na pracovišti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	1	1
spíše ano	6	4
spíše ne	57	42
ne	63	46
nevím	9	7
Celkem	136	100

Graf č. 15



Interpretace:

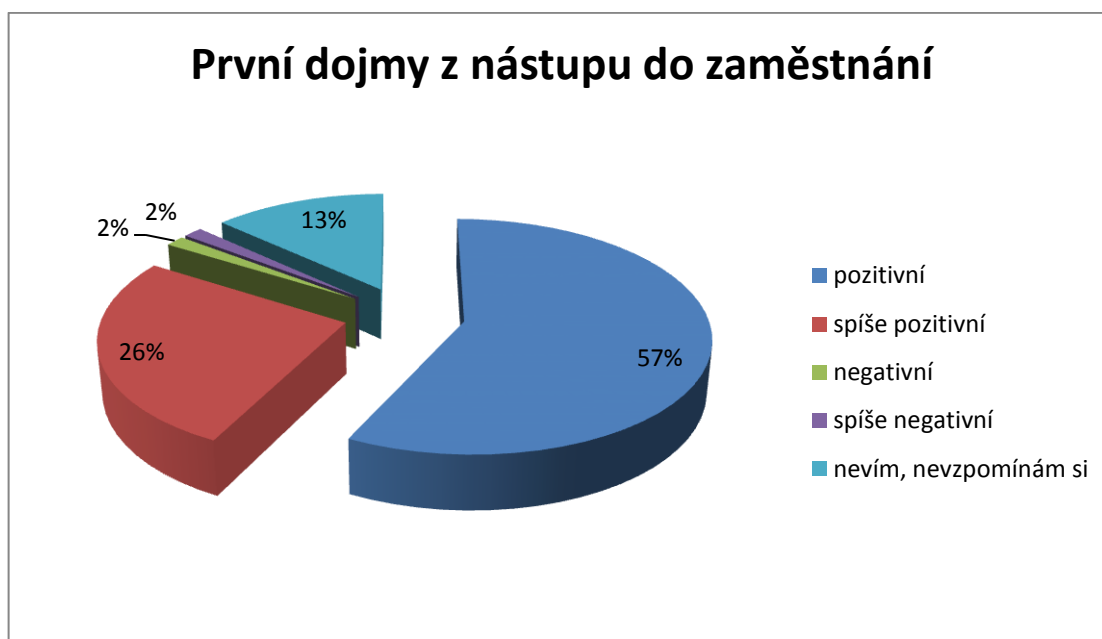
Další citlivě položená otázka byla, zda na pracovišti dochází k častým nedorozuměním. Celkem 63 (46%) respondentů uvedlo, že na jejich pracovištích k nedorozumění nedochází. V případě 57 (42%) oslovených jsme se setkali s odpovědí, že k nedorozumění spíše nedochází. 9 (7%) dotázaných odpovědělo, že neví. 6 (4%) respondentů na svém pracovišti spíše cítí časté nedorozumění. Skupinu uzavírá pouhý 1 jedinec, který uvedl, že na daném pracovišti dochází k častým nedorozuměním.

Otázka č. 16 - Moje prvotní dojmy z pracovního prostředí při nástupu do zaměstnání byly:

Tabulka č. 16: Prvotní dojmy z nástupu do zaměstnání

Prvotní dojmy z nástupu do zaměstnání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
pozitivní	78	57
spíše pozitivní	36	26
negativní	2	2
spíše negativní	2	2
nevím, nevzpomínám si	18	13
Celkem	136	100

Graf č. 16



Interpretace:

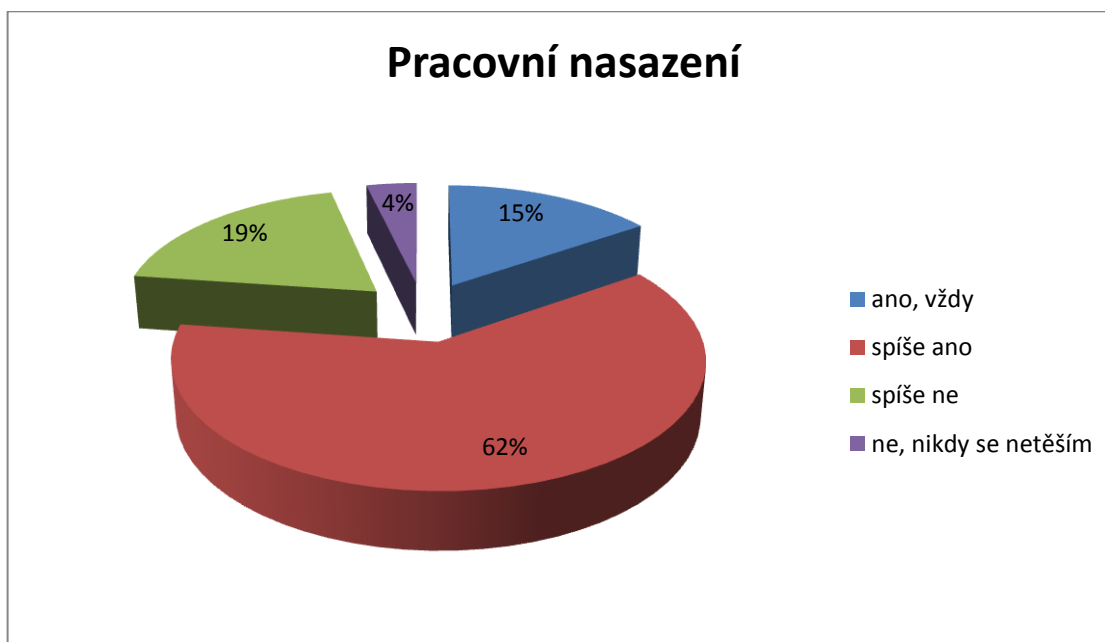
Prvotní dojmy z nástupu do zaměstnání byly u 78 (57%) respondentů pozitivní. 36 (26%) mělo dojmy spíše pozitivní. V 18 (13%) případech si již pracovník na první dojmy nevzpomínal. Pouze 2 (2%) osoby měli prvotní dojmy z prostředí při nástupu do práce spíše negativní, a taktéž 2 (2%) respondenti měli dojmy negativní.

Otázka č. 17 - Do zaměstnání chodím rád/a, těším se:

Tabulka č. 17: Pracovní nasazení

Pracovní nasazení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano, vždy	21	15
spíše ano	84	62
spíše ne	26	19
ne, nikdy se netěším	5	4
Celkem	136	100

Graf č. 17



Interpretace:

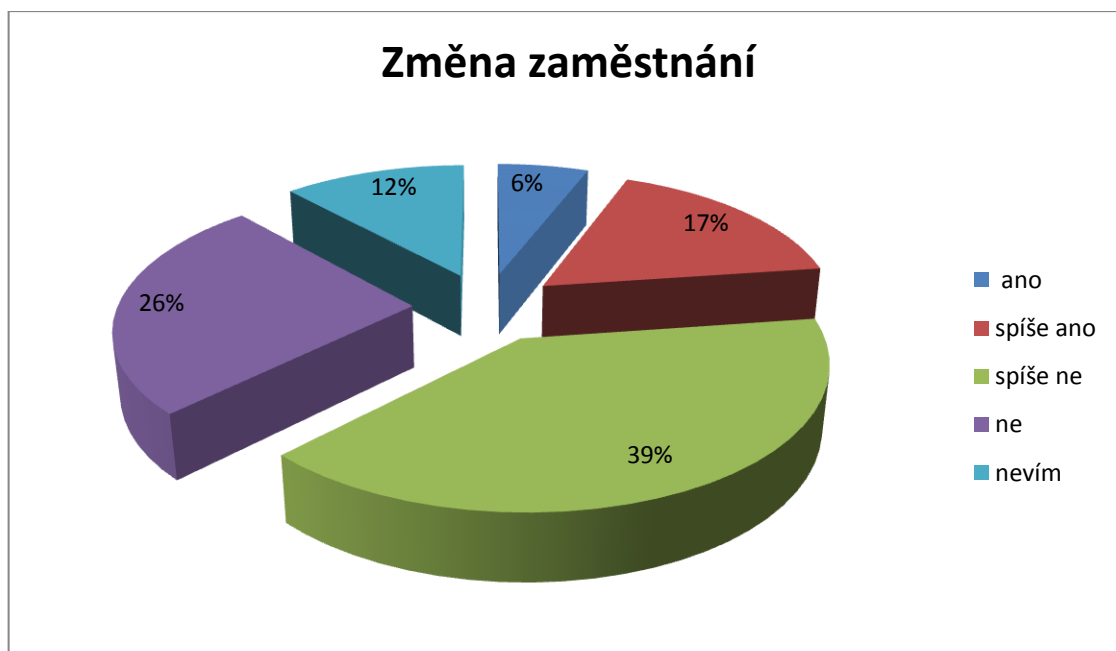
Mezi oslovenými respondenty bylo zjištěno, že se 84 (62%) do zaměstnání spíše těší. 26 (19%) uvedlo opačný případ, a to, že se do práce spíše netěší. 21 (15%) osob uvedlo, že do práce chodí rádo a vždy se těší. V případě 5 (4%) zaměstnanců jsme se setkali s odpovědí, že do práce nechodí rádi a nikdy se netěší.

Otázka č. 18 - Změna zaměstnání by byla správnou volbou:

Tabulka č. 18: Změna zaměstnání

Změna zaměstnání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
ano	8	6
spíše ano	23	17
spíše ne	54	39
ne	35	26
nevím	16	12
Celkem	136	100

Graf č. 18



Interpretace:

V posledním bodu dotazníku jsem se zaměřil na otázku, zda by byla změna zaměstnání správnou volbou. Z celkového počtu 136 respondentů uvedlo 54 (39%) osob, že by své zaměstnání spíše neměnilo. 35 (26%) dotazovaných odpovědělo s jistotou, že by své zaměstnání neměnilo. Naproti tomu 23 (17%) oslovených by spíše své zaměstnání změnilo. 16 (12%) respondentů uvedlo, že neví. U 8 (6%) pracovníků jsme se setkali s jasnou odpovědí, že by změnu zaměstnání uvítali.

Dotazník MBI - Maslach Burnout Inventory

Tabulka č. 19: Výsledky dotazníkového šetření s celkovým přehledem počtu odpovědí

č.	Otázka	0	1	2	3	4	5	6
1.	Práce mne citově vysává	15	52	38	14	11	4	2
2.	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	9	32	44	26	21	3	1
3.	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	37	51	26	11	6	3	2
4.	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	0	0	1	2	10	52	71
5.	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi	103	29	2	2	0	0	0
6.	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	11	13	32	55	15	7	3
7.	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	0	0	0	3	22	39	72
8.	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce	58	20	19	17	8	9	5
9.	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují.	1	0	3	5	38	63	26
10.	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	95	35	5	1	0	0	0
11.	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	102	26	5	3	0	0	0
12.	Mám stále hodně energie	3	4	4	18	42	47	18
13.	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	56	22	20	18	9	8	3
14.	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	14	15	18	32	20	21	16
15.	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	76	11	14	22	7	4	2
16.	Práce s lidmi mi přináší silný stres	14	39	34	15	17	12	5
17.	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	0	0	0	1	2	30	103
18.	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	2	3	2	3	7	48	71
19.	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	0	0	0	36	44	50	6
20.	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	18	52	20	24	16	4	2
21.	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně	0	0	0	1	14	26	95
22.	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	136	0	0	0	0	0	0

Tabulka č. 20: Průměrné bodové vyhodnocení všech respondentů

č.	Otázka	
1.	Práce mne citově vysává	1,81
2.	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	2,23
3.	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	1,38
4.	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	5,4
5.	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi	0,29
6.	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	2,61
7.	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	5,32
8.	Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce	1,59
9.	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladějí.	4,74
10.	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	0,35
11.	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	0,33
12.	Mám stále hodně energie	4,24
13.	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	1,54
14.	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	3,15
15.	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	1,21
16.	Práce s lidmi mi přináší silný stres	2,28
17.	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	5,73
18.	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	5,22
19.	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	4,19
20.	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	1,91
21.	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	5,58
22.	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	0

Interpretace:

Syndrom vyhoření je složitým psychologickým konstruktem. Z tohoto důvodu jsou sub-škály kombinovány tak, aby postihly více oblastí a nezjišťovaly jen celkový skór. Vzhledem k tomu, že jsou pocity vyhoření vnímány jako kontinuum, měří MBI na

každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních, a to: vysoký, mírný nebo nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých subškálách. Pro lepší přehled jsme si jednotlivé oblasti vyznačily barevně.

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký	0 - 16
Mírný	17 - 26
Vysoký	27 a více = vyhoření!

Průměrná hodnota výzkumného vzorku 136 respondentů = 18,5

Stupeň depersonalizace DP

Nízký	0 - 6
Mírný	7 - 12
Vysoký	13 a více = vyhoření!

Průměrná hodnota výzkumného vzorku 136 respondentů = 2,18

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký	39 a více
Mírný	38 - 32
Nízký	31 - 0 = vyhoření!

Průměrná hodnota výzkumného vzorku 136 respondentů = 40,4

6.6 Vyhodnocení hypotéz, výzkumných otázek a výsledků

Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1: Syndrom vyhoření se v pomáhajících profesích bude více vyskytovat u žen než u mužů.

Ve sledovaném souboru 136 respondentů bylo 129 žen a pouze 7 mužů. I přes malý počet mužského pohlaví jsme vyhodnocení hypotézy provedli.

Hypotéza byla analyzována na základě otázek č. 11, 13, 14, 15, 17, 18 vlastního dotazníku a dotazníku BMI, ve kterém jsme se zaměřili na průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení u daného pohlaví.

Dotazník MBI:

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Průměrná hodnota výzkumného vzorku u mužů = 18,1

Průměrná hodnota výzkumného vzorku u žen = 18,9

Stupeň depersonalizace DP

Průměrná hodnota výzkumného vzorku u mužů = 1,9

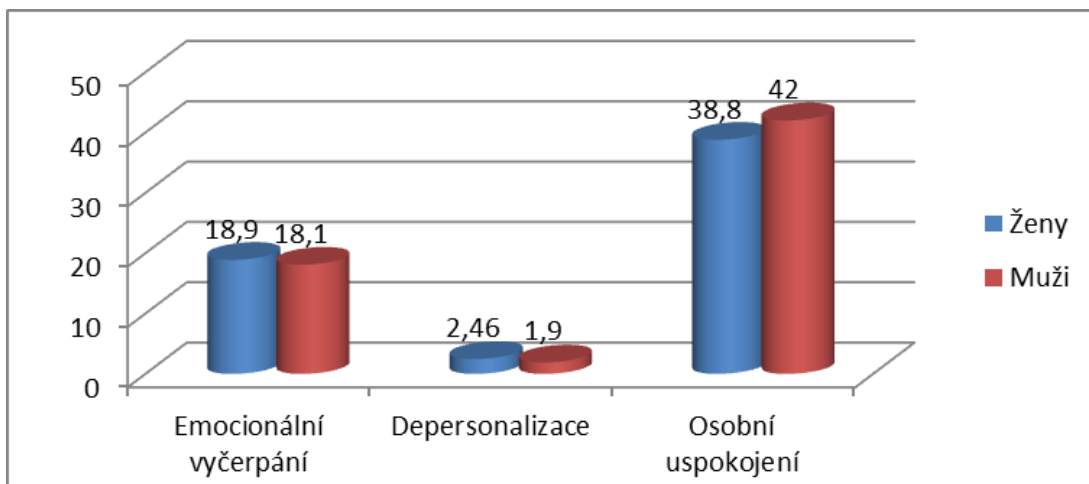
Průměrná hodnota výzkumného vzorku u žen = 2,46

Stupeň osobního uspokojení PA

Průměrná hodnota výzkumného vzorku u mužů = 42

Průměrná hodnota výzkumného vzorku u žen = 38,8

Graf č. 19



Z průzkumného šetření vyplynulo, že ve všech otázkách vlastního dotazníku byly odpovědi mužů kladnější. Taktéž u dotazníku MBI vykazují muži nižší průměrné hodnoty u EE a DP a vyšší průměrnou hodnotu PA než ženy.

Hypotéza byla potvrzena

Hypotéza č. 2: Syndrom vyhoření se v pomáhajících profesích bude vyskytovat u pracovníků pečujících o postižené děti s praxí více jak 20 let častěji, než u pracovníků s praxí nižší než 20 let.

Pro zpracování hypotézy č. 2 byla taktéž použita metoda statistického zpracování, jako u předchozí hypotézy, a to na základě otázek č. 11, 13, 17, 18 vlastního dotazníku. U dotazníku MBI jsme čerpali z průměrných hodnot emocionálního vyčerpání každé skupiny.

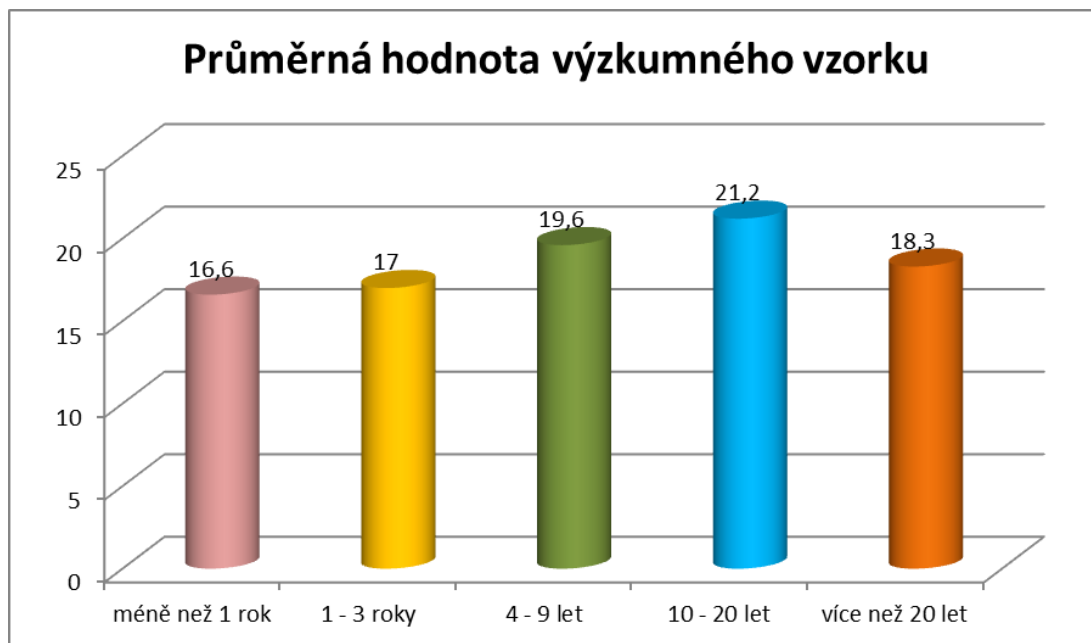
Z průzkumného šetření vlastního dotazníku vyplynulo, že je nejvíce postižených syndromem vyhoření ve skupině s délkou praxe 10 - 20 let. Následovala skupina s délkou praxe 4 - 9 let. Jako třetí byly osoby, které ve svém oboru pracují více než 20 let, čtvrtou skupinou byli pracovníci s délkou praxe od 1 roku do 3 let. Jako poslední byla nejméně ohrožená skupina s praxí do 1 roku.

Pracovní vztahy mezi spolupracovníky byly v případě pracovníků s délkou praxe více než 20 let ve většině případů spíše dobré či průměrné. Na otázku č. 17 a 18 odpovědělo z 23 respondentů s praxí nad 20 let pouze 3, že do práce nechodí rádi a netěší se. U 5 respondentů jsme se setkali s odpovědí, že by změna zaměstnání byla správnou volbou. Nejvíce negativních odpovědí bylo zaznamenáno u skupiny osob s praxí 10 - 20 let.

Dotazník MBI:

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Graf č. 20



Také z dotazníku MBI se potvrdilo, že nejohroženější skupinou nejsou pracovníci s délkou praxe více než 20 let. Výsledné průměrné hodnoty stupně emocionálního vyčerpání dle dotazníku MBI byly u pracovníků s praxí delší jak 20 let (18,3) a u pracovníků s praxí nižší než 20 let (18,6).

Hypotéza nebyla potvrzena

Hypotéza č. 3: Pracovníci s vysokoškolským vzděláním mají vyšší povědomí o prevenci syndromu vyhoření než zaměstnanci se středoškolským vzděláním.

Z celkového počtu 136 respondentů bylo 81 dotazovaných se středoškolským vzděláním, 7 osob s vyšším odborným vzděláním a 48 osob s vysokoškolským vzděláním.

K vyhodnocení hypotézy jsme použili otázky vlastního dotazníku č. 5, 6, 7, 8 a zejména pak otázku č. 9, která byla pro danou hypotézu klíčová. Těmito otázkami bylo zjištěno, že: všechny vysokoškolsky vzdělané osoby (48 respondentů, 100%) mají vyšší povědomí o pojmu a zejména pak o prevenci syndromu vyhoření. Dle odpovědí jsou spíše nebo dostatečně informovány o prevenci syndromu vyhoření. U středoškolsky vzdělaných osob jsme se setkali v případě 46 (33,8%) případů s dostatečnou informovaností a u 35 (25,7%) osob s odpověďmi „spíše ne“ nebo „ne, nejsem informován/a“.

Po statistickém zpracování této hypotézy bylo zjištěno, že mají vysokoškolsky vzdělaní pracovníci vyšší povědomí o prevenci syndromu vyhoření než zaměstnanci se středoškolským vzděláním.

Hypotéza byla potvrzena.

Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Setkala se více než polovina pečujících o postižené děti u svých kolegů se syndromem vyhoření?

Testování první výzkumné otázky bylo provedeno pomocí otázky č. 10 vlastního dotazníku. Po statistickém zpracování této otázky bylo zjištěno, že se se syndromem vyhoření u svých kolegů setkala 48 (36%) respondentů z celkového počtu 136 oslovených.

Tato výzkumná otázka nebyla potvrzena.

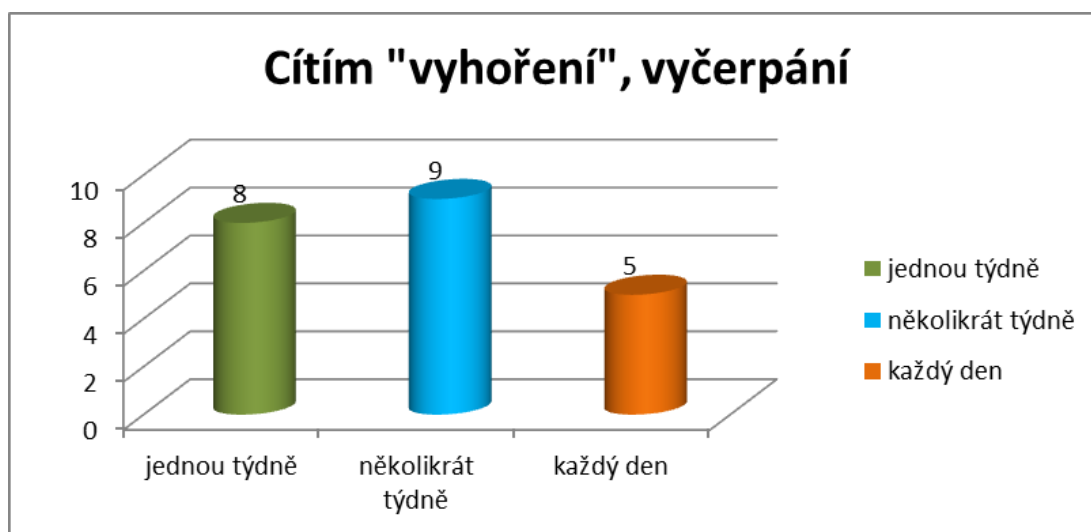
Výzkumná otázka č. 2: Pociťuje v pomáhajících profesích více než 10% pečujících o děti s kombinovaným postižením syndrom vyhoření?

Vyhodnocení druhé výzkumné otázky bylo provedeno pomocí otázky č. 11 vlastního dotazníku a položky č. 8 z MBI dotazníku vztahující se k emocionálnímu vyčerpání.

V případě analýzy vlastního dotazníku bylo zjištěno, že syndromem vyhoření trpí nebo to tak cítí 15 (11%) respondentů.

Z dotazníku MBI (viz tabulka č. 19) byly vybrány skupiny osob, které se cítí být vyhořelé minimálně jednou za týden, až po skupinu, která se cítí být vyhořelá každodenně (viz graf č. 21). Průměrný výsledek vyhoření činil 16,2 %.

Graf č. 21



Sloučením hodnot obou dotazníků jsme došli k průměrnému výsledku 13,6% respondentů, kteří u sebe pociťují syndrom vyhoření.

Tato výzkumná otázka byla potvrzena

Výzkumná otázka č. 3: Je u nejméně poloviny osob pečujících o děti s kombinovaným postižením příčinou vzniku syndromu vyhoření nedostatečně oceněná práce?

Testování třetí výzkumné otázky bylo provedeno na základě vlastního dotazníku otázkou č. 7. Z celkového počtu 136 respondentů, odpovědělo celkem 91 (67%) dotazovaných, že je příčinou vzniku syndromu vyhoření nedostatečně oceněná práce ze strany klientů, nadřizených či nedostatečně oceněná práce a nesplněné ideály.

Tato výzkumná otázka byla potvrzena

Výzkumná otázka č. 4: Přináší práce v pomáhajících profesích pro více než 10% pečujících o děti s kombinovaným postižením silný stres?

Pro zpracování čtvrté výzkumné otázky byly použity otázky č. 1 a 16 z MBI dotazníku (viz tabulka č. 19) vztahující se k emocionálnímu vyčerpání.

Každý z nás se občas v zaměstnání setká s pocitem stresu, proto jsme u obou otázek vyhodnocovali četnost výskytu, kdy k citovému vysávání či silnému stresu dochází alespoň jedenkrát týdně.

Otázka č. 1

Graf č. 22



Výsledek z celkového počtu 136 respondentů činí 12,5%.

Otázka č. 16

Graf č. 23



Výsledek z celkového počtu 136 respondentů činí 25%.

Sloučením hodnot obou otázek jsme došli k průměrnému výsledku 18,8% z celkového počtu 136 (100%) dotazovaných. Těmto pomáhajícím přináší práce s lidmi silný stres.

Tato výzkumná otázka byla potvrzena

Výzkumná otázka č. 5: Cítí se v pomáhajících profesích nejméně polovina pečujících o děti s kombinovaným postižením na konci pracovního dne vyčerpaná?

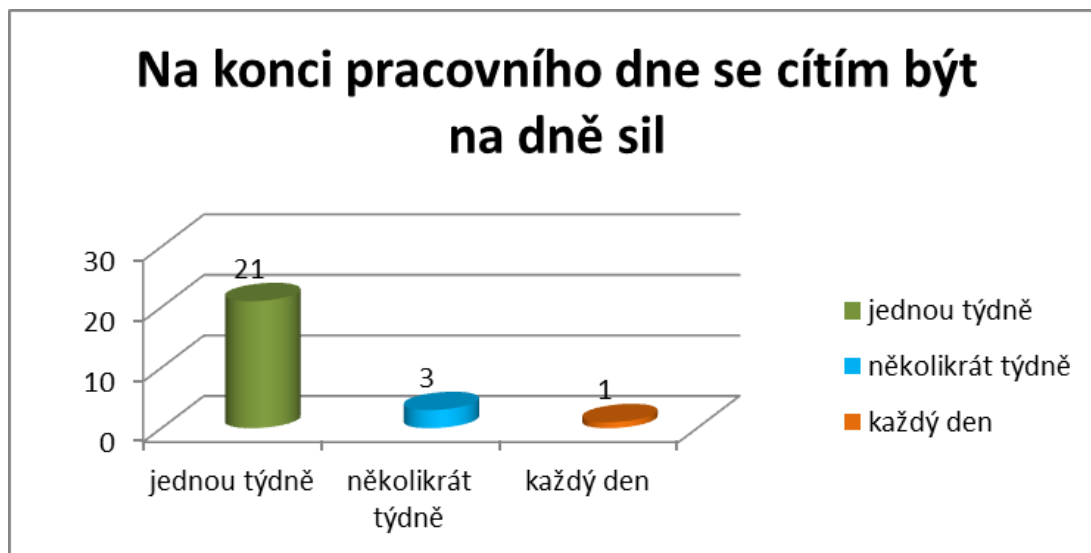
U testování poslední páté výzkumné otázky jsme stejně jako u předchozí otázky vycházeli z dotazníku MBI (viz tabulka č. 19), a to otázek č. 2 a 6 vztahující se k emocionálnímu vyčerpání.

Výzkumnou otázku jsme opět vyhodnocovali z častosti výskytu u všech dotazovaných. Tato byla nejméně jednou týdně, jelikož pro většinu z nás může být

práce jednou či dvakrát měsíčně skutečně namáhavá a můžeme se cítit na konci svých sil, ale nemusí vést přímo k syndromu vyhoření.

Otázka č. 2

Graf č. 24



Výsledek z celkového počtu 136 respondentů činí 18,4%

otázka č. 6

Graf č. 25



Výsledek z celkového počtu 136 respondentů činí 18,4%

U obou otázek jsme se setkali s naprosto stejným výsledkem, kdy se 18,4% zaměstnanců cítí na konci pracovního dne na dně sil a stejně tak je pro ně celodenní práce s lidmi skutečně namáhavá. Celkový výsledek tedy činí 18,4% z celkového počtu 136 (100%) dotazovaných.

Tato výzkumná otázka nebyla potvrzena

Vyhodnocení výsledků

Cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit míru syndromu vyhoření u vzorku 136 pracovníků pečujících o děti s kombinovaným postižením.

Dotazníkovým šetřením a jeho následnou analýzou jsem dospěl k řadě zajímavých zjištění. Z těchto vyplynulo, že se syndrom vyhoření v pomáhajících profesích vyskytuje více u žen než u mužů, přičemž nejohroženější skupinou jsou pracovníci s délkou praxe 10 – 20 let. Z výzkumu dále vyplynulo, že mají pracovníci s vysokoškolským vzděláním vyšší povědomí o prevenci syndromu vyhoření než zaměstnanci se středoškolským vzděláním. Vzhledem k náročnosti a vysokému pracovnímu nasazení při péči o děti s kombinovaným postižením jsem se domníval, že se alespoň polovina pečujících setkala během své praxe s kolegou či kolegyní s příznaky syndromu vyhoření. Tato výzkumná otázka se nepotvrdila. Výzkumným šetřením bylo ale zjištěno, že 13,6 % pečujících o děti s kombinovaným postižením pociťuje u své osoby syndrom vyhoření a u 18,8% pečujících přináší práce s lidmi silný stres. Vyhodnocením další výzkumné otázky jsme došli k závěru, že je jednou z příčin vzniku syndromu vyhoření nedostatečně oceněná práce, a to u 67% všech dotazovaných. Podotýkám, že se otázka nevztahovala k finančnímu ohodnocení. Poslední otázkou jsme zjistili, že se 18,4% zaměstnanců z celkového počtu cítí na konci pracovního dne na dně sil a celodenní práce s lidmi je pro ně skutečně namáhavá.

Dotazníkovým šetřením byly 2 hypotézy potvrzeny a 1 vyvrácena. V případě výzkumných otázek byly 3 otázky potvrzeny a 2 vyvráceny.

Dále byla zjištěna pomocí dotazníku MBI míra emocionálního vyčerpání (otázky č. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), depersonalizace (otázky č. 5, 10, 11, 15, 22) a osobního uspokojení (otázky č. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) s následujícími výsledky:

Výsledek stupně emocionálního vyčerpání u výzkumného vzorku je mírný. V případě depersonalizace je výsledný stupeň nízký a průměrné hodnoty u osobního uspokojení jsou vysoké.

ZÁVĚR

Tématem diplomové práce je syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o děti s kombinovaným postižením.

Slovo „Vyhoření“, které se v diplomové práci častokrát vyskytlo, můžeme obrazně přirovnat k ohni. Je to jen symbolické naznačení, že se jedná o srdce, které „hoří“. Může hořet láskou k někomu nebo nadšením pro něco. Stejně jako oheň hoří a svítí, plameny šlehají vysoko a teplo kolem sálá, tak i tito lidé pro něco hoří. Oheň může nejen hořet, ale i vyhasínat a nakonec může i dohořet.

Syndrom vyhoření je velkou těžkostí nejen pro pracovníky, ale i pro jejich vedoucí, a v neposlední řadě také pro klienty. Do jisté míry může jít o očekávatelný následek specifické a enormní zátěže. K této dochází především v profesích, ve kterých se člověk často dostává do emocionálního kontaktu s osobami, jež jsou na něm závislé.

Cílem práce bylo zjistit míru syndromu vyhoření u pracovníků pečujících o děti s kombinovaným postižením ve zlínském kraji.

Diplomová práce se skládá z šesti kapitol, přičemž prvních pět je zaměřených na teoretickou část a poslední šestá kapitola je zaměřena na část praktickou. Teoretická část je věnována pomáhajícím profesím a kombinovanému postižení. Dále pak samotnému syndromu vyhoření, jeho fázím a příznakům. Zabývám se i odlišením syndromu od jiných zátěžových situací. Závěr teoretické části je věnován prevenci a terapii syndromu vyhoření.

Poslední šestá kapitola je věnována praktické části, která popisuje průběh a výsledky anonymního dotazníkového šetření. Před vyhodnocením dílčích výsledků jsem si nejprve vytyčil tři hypotézy a pět výzkumných otázek, z nichž byly dvě hypotézy potvrzeny a jedna vyvrácena. V případě výzkumných otázek byly tři otázky potvrzeny a dvě vyvráceny. Dále byla zjištěna pomocí dotazníku MBI průměrná míra emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení s velmi dobrými výsledky.

Ve výzkumném vzorku byly i jedinci přímo ohrožení syndromem vyhoření. Celkově lze ale shrnout, že jsou zprůměrované výsledky tohoto šetření uspokojivé a nad mé očekávání.

Závěrem bych jen dodal, že pro spokojenost člověka v životě je nutné, aby plně prožíval smysluplnost své existence. Toto prožívání se vztahuje jak k pocitu a představě smysluplnosti života, tak i smysluplnosti práce. Když člověk vidí smysl a dostatečné ocenění ve své práci, je také celkově spokojenější ve svém životě. Nesmíme také zapomínat na rodinnou soudržnost, harmonii, ocenění a pochvalu, která může člověka postiženého syndromem vyhoření výrazně podpořit.

„Vlídá slova mohou být stručná a prostá, ale jejich ozvěna je nekonečná“

(Matka Tereza)

SEZNEM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

ANDERS, M., *Deprese*. Vyd. 1. Praha: Jan Vašut, 2001. ISBN 80-7236-195-3.

BARTOŠÍKOVÁ, I., *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-288-4.

BLAHUŠOVÁ, E., *Wellness, fitness*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0891-X.

BOENISCH, E., HANEYOVÁ, M., *Stres: Přehledné testy a návody, jak zvládat stres*. Vyd. 1. Brno: Books, 1998. ISBN 80-7242-015-1.

EIS, Z., *Krize všedního dne*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-85424-56-8.

FRIEDEL, J., PETERS-GKÜHLINGER, G. *Jak úspěšně zvládnout tlak a stres v práci*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1517-1.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2010. ISBN 80-7367-686-5.

HONZÁK, R., *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.

HONZÁK, R., *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN: 80-85800-05-5.

JANKOVSKÝ, J., *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., *Syndrom vyhoření*. Vyd. 1. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

KALLWASS, A., *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Vyd. 1. Překlad Petr Babka. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., *Syndrom vyhoření*. Vyd. 2. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

KOVAŘÍK, Š., *Deprese*. Vyd. 1. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002. ISBN 80-7200-686-X.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Hořet, ale nevyhořet*. Vyd. 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.

LUDÍKOVÁ, L., *Kombinované vady*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MALLOTOVÁ, K., *Burn-out neboli syndrom vyhoření*. Psychologie dnes, 2000, roč. 6, č. 2. ISSN 1211-5886.

MAROON, I., *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O., *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502.

MCKENZIE, K., *Deprese*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0093-X.

MERG K., KNÖDEL T., *Jak přežít v práci*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1723-1.

MINIRTH, F., HAWKINS, D., MEIER, P., FLOURNOY, R., *Jak překonat vyhoření: Naučte se rozpoznávat, chápat a zvládat stres*. Vyd. 1. Praha: Návrat domů, 2011. ISBN 978-80-7255-252-8.

MONATOVÁ, L., *Pedagogika speciální*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 1995. ISBN 80-210-1009-6.

MORAVCOVÁ, K., *Prevence syndromu vyhoření a stress management*. Vyd. 2. Pardubice: Benepal, a.s., 2013. reg. č. CZ.1.07/3.2.13/03.0029.

MUSIL, J., *Stres, syndrom vyhoření a mentální hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. Vyd. 1. Olomouc: Psychologická a výchovná poradna, 2010. ISBN 978-80-903449-9-0.

OPATŘILOVÁ, D., *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

PONĚŠICKÝ, J., KAČINETZOVÁ, A., *Chronická únava I, Svalový revmatismus*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-319-9.

POSCHKAMP, T., *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Vyd. 1. Brno: Edika, 2013. ISBN 978-80-266-0161-6.

POTTEROVÁ, B., *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-211-3.

PRAŠKO, J., ADAMCOVÁ, K., PRAŠKOVÁ, H., VYSKOČILOVÁ, J., *Chronická únava*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-139-5.

RENAUDOVÁ, J., *Stres*. Praha: Práce, 1993. ISBN 80-208-0297-5.

RUPPERT, F., *Trauma a rodinné konstelace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-367-3.

RUSH, M. D., *Syndrom vyhoření*. Vyd. 1. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8.

ŘÍČAN, P., *Psychologie náboženství a spirituality*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-312-3.

STOCK, Ch., *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠTĚPANÍK, J., *Umění jednat s lidmi 3: Stres, frustrace a konflikt*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1527-8.

ŠVINGALOVÁ, H., *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická universita, 2006. ISBN 80-7372-105-8.

VANČOVÁ, A., *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 2001. ISBN 80-967108-7-X.

VÁŠEK, Š., VANČOVÁ, A., *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapia, 2001. ISBN 80-967180-7-X.

VÍTKOVÁ, M., *Somatopedické aspekty*. Vyd. 2., rozšířené a přepracované. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

VOSEČKOVÁ A., HRSTKA, Z., *Kapitoly z psychologie zdraví - 4. díl, Syndrom vyhoření*. Vyd. 1. Brno: Univerzita obrany, 2010. ISBN 978-80-7231-344-0.

VYMĚTAL, J., *Duševní krize a psychoterapie*. Vyd. 1. Hradec králové: Konfrontace, 1995. ISBN 80-901773-4-4.

VYMĚTAL, Š., *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2510-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

MBI: Maslach Burnout Inventory [online]. [cit. 2014-11-03]. Dostupné z WWW:
<<http://www.inflow.cz/mbi-maslach-burnout-inventory.html>>

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1 - vlastní dotazník

Příloha č. 2 - dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory)

Příloha č. 3 - Jednotlivé dimenze dotazníku MBI

Příloha č. 4 - Řazení položek dotazníku MBI

Příloha č. 5 - Děkovný dopis

Příloha č. 6 - Ukázka naskenovaného dotazníku

Vlastní dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Jaroslav Vrána a jsem studentem 2. ročníku magisterského studia v oboru Speciální pedagogika – učitelství na Universitě Jana Amose Komenského v Praze.

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolil téma zabývající se problematikou syndromu vyhoření u pracovníků pečujících o postižené děti. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány zcela anonymně a použity pouze pro účely mé diplomové práce.

Velmi Vám děkuji za spolupráci a Vaše upřímné odpovědi, bez kterých by neměl tento dotazník žádný význam.

Vaši odpověď prosím zakřížkujte! V případě více správných odpovědí označte všechny odpovídající.

1. Pohlaví respondentů:

- Ženy
- Muži

2. Věk respondentů:

- do 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- více než 55 let

3. Délka praxe v oboru:

- méně než 1 rok
- 1 – 3 roky
- 4 – 9 let
- 10 – 20 let
- více než 20 let

4. Vzdělání:

- střední zdravotnická škola
- střední pedagogická škola
- střední škola v jiném oboru
- vyšší odborné vzdělání
- bakalářské vzdělání
- magisterské vzdělání

5. Myslím si, že jsem dostatečně informován/a o tom, co znamená syndrom vyhoření:

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

6. Syndrom vyhoření může vzniknout:

- u učitele
- u zdravotní sestry, lékaře
- u pomáhajících profesí
- u úřední osoby
- u studenta
- v partnerském vztahu

7. Příčinou vzniku syndromu vyhoření je:

- velké počáteční nadšení
- nedostatečně oceněná práce ze strany klientů
- nedostatečně oceněná práce ze strany nadřízených
- nesplněné ideály
- nedostatečně oceněná práce a nesplněné ideály
- práce s lidmi

8. Syndrom vyhoření a jeho projevy jsou:

- psychické, tělesné a citové vyčerpání
- pouze určité tělesné příznaky (bolesti hlavy, zad, zubů atd.).

9. Myslím si, že jsem dostatečně informován/a o tom, jak předcházet syndromu vyhoření:

- ano, jsem dostatečně informován/a
- spíše ano
- spíše ne
- ne, nejsem informován/a

10. Myslím si, že někteří z mých kolegů/kolegyní jeví známky syndromu vyhoření:

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

11. Myslíte si, že trpíte syndromem vyhoření?:

- ano
- ne
- nejsem si jistá/ý

12. S chováním ostatních mých kolegyň/kolegů k dětem jsem:

- zcela spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- nejsem spokojen/a

13. Pracovní vztahy mezi mnou a mými spolupracovníky jsou:

- velmi dobré
- spíše dobré
- průměrné
- špatné
- velmi špatné

14. Pracovní vztah mezi mnou a vedoucí/ředitelkou je:

- výborný
- dobrý
- průměrný
- špatný
- velmi špatný

15. Na našem pracovišti dochází k častým nedorozuměním:

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

16. Moje prvotní dojmy z pracovního prostředí při nástupu do zaměstnání byly:

- pozitivní
- spíše pozitivní
- negativní
- spíše negativní
- nevím, nevzpomínám si

17. Do zaměstnání chodím rád/a, těším se:

- ano, vždy
- spíše ano
- spíše ne
- ne, nikdy se netěším

18. Změna zaměstnání by byla správnou volbou:

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

MBI - Maslach Burnout Inventory

V tomto dotazníku prosím doplňte ke každému tvrzení číslo, označující podle níže uvedeného klíče častost výskytu, kterou obvykle prožíváte.

Četnost výskytu

0 – nikdy	4 – jednou týdně
1 – několikrát za rok nebo méně	5 – několikrát týdně
2 – jednou měsíčně nebo méně	6 – každý den
3 – několikrát za měsíc	

č.	Otázka	
1.	Práce mne citově vysává	
2.	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3.	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4.	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	
5.	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6.	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7.	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	
8.	Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce	
9.	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují.	
10.	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11.	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12.	Mám stále hodně energie	
13.	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14.	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	
15.	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	
16.	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17.	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18.	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19.	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	
20.	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21.	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22.	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	

MBI – Jednotlivé dimenze dotazníku**EE** = Emocionální vyčerpání (Emotional Exhaustion)**DP** = Depersonalizace**PA** = Osobní uspokojení (Personal Accomplishment)

1.	EE	Práce mne citově vysává
2.	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3.	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
6.	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
8.	EE	Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce
13.	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14.	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
16.	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres
20.	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil
5.	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi
10.	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
11.	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
15.	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
22.	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přiřítají některé své problémy
4.	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
7.	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
9.	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji.
12.	PA	Mám stále hodně energie
17.	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
18.	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
19.	PA	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého
21.	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.

Řazení položek dotazníku - Maslach Burnout Inventory (MBI)

1.	EE	Práce mne citově vysává
2.	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3.	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.
4.	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
5.	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.
6.	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
7.	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
8.	EE	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce
9.	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalad'ují.
10.	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
11.	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
12.	PA	Mám stále hodně energie
13.	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14.	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
15.	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
16.	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres
17.	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
18.	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
19.	PA	Za roky své práce jsem udělal/a hodně dobrého
20.	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil
21.	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.
22.	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přiřítají některé své problémy

Příloha č. 5 - Děkovný dopis od ředitelky dětského rehabilitačního stacionáře

Ahoj Jardo,

dovol mi, abych Ti touto cestou poděkovala za tvůj dotazníkový průzkum v našem stacionáři. Naše zařízení bylo několikrát oceněno vysokou úrovní z hlediska odborné, ale i lidské práce personálu. Avšak i zde se může vyskytnout problém. Pracuje zde zaměstnankyně s praxí téměř 25 let, která svou práci po těch letech psychicky i fyzicky nezvládá. Nějakou dobu jsme se ji pokusili pomoci, avšak veškerou pomoc odmítala a nechtěla o svých problémech s nikým mluvit. S čím jsem se ale ve svém životě nesetkala, je vlastnost této pracovnice. Osobně za mnou přišla a sdělila mi, že musí ukončit pracovní poměr. Na otázku, proč se tak rozhodla, mi odpověděla:

„Po vyplnění dotazníku na téma syndrom vyhoření jsem si uvědomila, že bude lepší tuto práci opustit. Je to pro mě velmi těžké, ale sama si uvědomuji, že už nejsem žádným přínosem a práci si neplním tak jak bych měla. Výsledek mého dotazníku mě šokoval a zároveň mi otevřel oči.“

S něčím podobným jsem se za svou téměř dvacetiletou praxi ještě nesetkala. Také si velmi vážím této ženy, jejího zvážení situace a rozhodnutí.

Ještě jednou Ti děkuji a budeme se těšit na další setkání.

Romana Sagnerová

Příloha č. 6 - Ukázka naskenovaného dotazníku

Vlastní dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Jaroslav Vrána a jsem studentem 2. ročníku magisterského studia v oboru Speciální pedagogika – učitelství na Universitě Jana Amose Komenského v Praze.

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolil téma zabývající se problematikou syndromu vyhoření u pracovníků pečujících o postižené děti. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, jehož výsledky budou zpracovány zcela anonymně a použity pouze pro účely mé diplomové práce.

Velmi Vám děkuji za spolupráci a Vaše upřímné odpovědi, bez kterých by neměl tento dotazník žádný význam.

Vaši odpověď prosím zakřížkujte! V případě více správných odpovědí označte všechny odpovídající.

1. Pohlaví respondentů:

- Ženy
 Muži

2. Věk respondentů:

- do 25 let
 26 – 35 let
 36 – 45 let
 46 – 55 let
 více než 55 let

3. Délka praxe v oboru:

- méně než 1 rok
 1 – 3 roky
 4 – 9 let
 10 – 20 let
 více než 20 let

4. Vzdělání:

- střední zdravotnická škola
- střední pedagogická škola
- střední škola v jiném oboru
- vyšší odborné vzdělání
- bakalářské vzdělání
- magisterské vzdělání

5. Myslím si, že jsem dostatečně informován/a o tom, co znamená syndrom vyhoření:

- ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- ne

6. Syndrom vyhoření může vzniknout:

- u učitele
- u zdravotní sestry, lékaře
- u pomáhajících profesí
- u úřední osoby
- u studenta
- v partnerském vztahu

7. Příčinou vzniku syndromu vyhoření je:

- velké počáteční nadšení
- nedostatečně oceněná práce ze strany klientů
- nedostatečně oceněná práce ze strany nadřízených
- nesplněné ideály
- nedostatečně oceněná práce a nesplněné ideály
- práce s lidmi

8. Syndrom vyhoření a jeho projevy jsou:

- psychické, tělesné a citové vyčerpání
- pouze určité tělesné příznaky (bolesti hlavy, zad, zubů atd.)

9. Myslím si, že jsem dostatečně informován/a o tom, jak předcházet syndromu vyhoření:

- ano, jsem dostatečně informován/a
- spíše ano
- spíše ne
- ne, nejsem informován/a

10. Myslím si, že někteří z mých kolegů/kolegí jeví známky syndromu vyhoření:

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

11. Myslíte si, že trpíte syndromem vyhoření?:

- ano
- ne
- nejsem si jistá/y

12. S chováním ostatních mých kolegů/kolegů k dětem jsem:

- zcela spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- nejsem spokojen/a

13. Pracovní vztahy mezi mnou a mými spolupracovníky jsou:

- velmi dobré
- spíše dobré
- průměrné
- špatné
- velmi špatné

14. Pracovní vztah mezi mnou a vedoucí/ředitelkou je:

- výborný
- dobrý
- průměrný
- špatný
- velmi špatný

15. Na našem pracovišti dochází k častým nedorozuměním:

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

16. Moje prvotní dojmy z pracovního prostředí při nástupu do zaměstnání byly:

- pozitivní
- spíše pozitivní
- negativní
- spíše negativní
- nevím, nevzpomínám si

17. Do zaměstnání chodím rád/a, těším se:

- ano, vždy
- spíše ano
- spíše ne
- ne, nikdy se netěším

18. Změna zaměstnání by byla správnou volbou:

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

MBI - Maslach Burnout Inventory

V tomto dotazníku prosím doplňte ke každému tvrzení číslo, označující podle níže uvedeného klíče četnost výskytu, kterou obvykle prožíváte.

Četnost výskytu

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 0 – nikdy | 4 – jednou týdně |
| 1 – několikrát za rok nebo méně | 5 – několikrát týdně |
| 2 – jednou měsíčně nebo méně | 6 – každý den |
| 3 – několikrát za měsíc | |

č.	Otázka	
1.	Práce mne citově vysává	6
2.	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	5
3.	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	6
4.	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	3
5.	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi	3
6.	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	6
7.	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	3
8.	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce	6
9.	Mám pocit, že lidé při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují.	0
10.	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	3
11.	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	3
12.	Mám stále hodně energie	0
13.	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	5
14.	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	4
15.	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	6
16.	Práce s lidmi mi přináší silný stres	6
17.	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru	3
18.	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	0
19.	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	5
20.	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	6
21.	Citové problémy v práci řeším velmi klidně - vyrovnaně.	3
22.	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	0

EE = 47 (vyhoření!)

DP = 15 (vyhoření!)

PA = 17 (vyhoření!)

U této pracovnice se vyskytl syndrom vyhoření ve všech oblastech.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jaroslav Vrána

Obor: Speciální pedagogika - učitelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Syndrom vyhoření u pracovníků pečujících o děti s kombinovaným postižením

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 126

Celkový počet stran příloh: 13

Počet titulů české literatury a pramenů: 47

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Alexandra Kastelová, Ph.D.