

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ

2012 – 2014

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Tereza Hitková

Duševní poruchy a syndrom vyhoření

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce:
Mgr. Jitka Králová, MBA

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED

2012 - 2014

DIPLOMA THESIS

Tereza Hitková

Duševní poruchy a syndrom vyhoření

Prague 2014

The diploma Thesis Work Supervisor:
Mgr. Jitka Králová, MBA

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Tereza Hitková

Poděkování

Nejprve bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Jitce Králové, MBA za příkladné a trpělivé vedení a za důvěru, kterou vložila v mou samostatnost. Největší poděkování však patří mé rodině, která mi umožnila studovat a po celou dobu studia mě podporovala.

Anotace

V této práci se zabývám vymezením vyskytujících se duševních poruch včetně syndromu vyhoření, jejich léčbou, prevencí a charakteristikou faktorů ovlivňujících jejich vznik. V teoretické části jsem se věnovala sběru informací z odborné literatury, která se duševními poruchami a syndromem vyhoření zabývá. V praktické části zkoumám syndrom vyhoření. Srovnáním získaných dat zjišťuji, zda je subjektivní popis příznaků syndromu vyhoření (tak, jak jej popisují osoby postižené) shodný či rozdílný s jejich vymezením v odborné literatuře.

Klíčové pojmy

Diagnostika, dotazníkové šetření, duševní porucha, kategorizace, léčba, projev, prevence, příčina, syndrom vyhoření, terapie.

Annotation

This work deals with the characterization of factors influencing the emergence of mental disorders and burnout. Furthermore follows up, the definition of the most common mental disorders including burnout, their treatment and prevention. In the theoretical part, I examined the elements of mental disorders and burnout literature. In the practical part I find if people suffering from burnout subjectively describe its symptoms identically or differently with defined description of the literature.

Key words

Burnout therapy, case reports, categorization, diagnosis, mental disorders, questionnaire, prevention, symptoms, treatment

OBSAH

ÚVOD.....	- 9 -
1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A NEMOC	- 10 -
1.1 Duševní zdraví	- 10 -
1.2 Nemoc	- 11 -
2 ETIOPATOGENEZE DUŠEVNÍCH PORUCH.....	- 12 -
2.1 Stres.....	- 13 -
3 DIAGNOSTIKA DUŠEVNÍCH PORUCH.....	- 15 -
3.1 Pozorování.....	- 15 -
3.2 Dotazníková metoda.....	- 15 -
3.3 Testové metody	- 16 -
4 KATEGORIZACE DUŠEVNÍCH PORUCH.....	- 17 -
4.1 F00- F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických.....	- 17 -
4.2 F10- F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek	- 19 -
4.3 F20- F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy	- 21 -
4.4 F30- F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy).....	- 22 -
4.5 F40- F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	- 24 -
4.6 F50- F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	- 27 -
4.7 F60- F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých.....	- 29 -
4.8 F70- F79 Mentální retardace (duševní opoždění)	- 31 -
4.9 F80- F89 Poruchy psychického vývoje.....	- 31 -
4.10 F90- F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci.....	- 32 -
4.11 F99 Nespecifikovaná duševní porucha.....	- 34 -
5 SOUVISLOSTI MEZI SYMPTOMY SYNDROMU VYHOŘENÍ A OSTATNÍCH DUŠEVNÍCH PORUCH	- 35 -
5.1 Deprese.....	- 35 -
5.2 Alexithymie.....	- 35 -
5.3 Neurózy	- 35 -
6 SYNDROM VYHOŘENÍ, RIZIKOVÉ FAKTORY A PROFESE.....	- 36 -
6.1 Rizikové faktory burnout syndromu	- 37 -
6.1.1 Obecné rizikové faktory.....	- 37 -
6.1.2 Zvýšená pracovní zátěž.....	- 37 -
6.1.3 Nedostatek samostatnosti.....	- 37 -

6.1.4	Nedostatek uznání	- 38 -
6.1.5	Špatný kolektiv	- 38 -
6.1.6	Nespravedlnost.....	- 38 -
6.1.7	Konflikt hodnot.....	- 39 -
6.1.8	Poháněcí mechanismy- náš vnitřní hlas.....	- 41 -
6.1.9	Nízká odolnost	- 41 -
6.2	Přehled rizikových profesí	- 41 -
7	FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	- 42 -
8	PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	- 44 -
8.1	Vyčerpání	- 44 -
8.2	Odcizení	- 44 -
8.3	Pokles výkonnosti	- 46 -
9	LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	- 47 -
9.1	Psychiatrická léčba.....	- 47 -
9.2	Psychoterapie	- 48 -
10	PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	- 54 -
10.1	Obecné zásady prevence.....	- 54 -
10.2	Supervize, její funkce a druhy	- 55 -
11	EMPIRICKÝ VÝZKUM	- 57 -
11.1	Výzkumný cíl	- 57 -
11.2	Volba typu výzkumu a použitá výzkumná metoda	- 57 -
11.3	Výzkumné otázky	- 57 -
11.4	Charakteristika výzkumného vzorku	- 58 -
11.5	Průběh výzkumu	- 58 -
12	VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE DAT	- 59 -
13	VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	- 65 -
14	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	- 67 -
15	ZÁVĚR	- 68 -
16	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	- 70 -
17	SEZNAM OBRÁZKŮ	- 72 -
18	SEZNAM GRAFŮ	- 73 -
19	SEZNAM PŘÍLOH	- 74 -

ÚVOD

Existuje pouze jediný důvod mé volby tématu pro diplomovou práci. Ovlivnila mne osobní zkušenost – v loňském roce postihl burnout syndrom jednoho z mých nejbližších, byl diagnostikován mé matce. Nejen syndrom vyhoření, ale i další duševní poruchy negativně ovlivňují její zdraví. Prožité osobní zkušenosti mne motivovaly k rozhodnutí zaměřit se na duševní poruchy a syndrom vyhoření, prohloubit své teoretické znalosti a konfrontovat je se znalostmi získanými prožitkem.

Obsahem první části práce je teoretické vymezení a kategorizace duševních poruch a syndromu vyhoření. Jednotlivě jsou popsány příčiny vzniku nejčastěji se vyskytujících duševních poruch, diagnostika, léčba a prevence jejich vzniku. Cílem první části je charakteristika duševních poruch a syndromu vyhoření.

Teoretický základ je východiskem pro druhou část práce, zaměřenou na konkrétní případy onemocnění některou z popsaných chorob. Pro komparaci s teoretickými poznatky, jež je cílem této práce, jsou použity kazuistiky osob, postižených duševní chorobou, syndromem vyhoření, vypracované na základě jejich pozorování. Ke stanovení závěru a ověření hypotézy jsem užila metodu dotazníkového šetření.

1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A NEMOC

Čeledová, Čevela (2010) popisují vývoj definice zdraví. V roce 1977 se prvně objevila charakteristika zdraví jako schopnost vést produktivní život. V roce 1999 se o zdravotním potenciálu mluví jako o nejvyšším stupni zdraví.

Nemoc je podle autorů příčinou vzájemného očekávání mezi pacientem a prostředím, ve kterém žije.

1.1 Duševní zdraví

Čeledová, Čevela (2010) uvádí, že zdraví je tou nejvýznamnější hodnotou v životě. V lidské kultuře je zdraví vždy řazeno na přední místo v žebříčku hodnot, zdraví by však nemělo být smyslem života. Významnou roli s dopadem na zdraví má životní styl, do kterého patří správná výživa, fyzická aktivita, sexuální aktivita, duševní pohoda a mezilidské vztahy.

Nejnámější definicí zdraví je definice vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO), tato definice říká, že zdraví je stav, kdy je člověku dobře a to jak psychicky, fyzicky i sociálně. Dalo by se říct, že zdraví je stav úplné duševní, tělesné i sociální pohody.

Míček (1984) uvádí dvě základní pojetí duševního zdraví. Užší pojetí popisuje s nepřítomností jakýchkoli příznaků nemoci a poruch se adaptovat. Širší pojetí popisuje zdravého jedince především díky jeho způsobilosti se adaptovat. Do širšího pojetí zahrnuje charakteristiku lékaře J. Prokūpka, který popsal duševní zdraví jako stav, kdy se veškeré duševní procesy dějí optimálním způsobem. Tyto procesy musí správně odrážet realitu, reagovat na podněty a dále je řešit.

Jahodová (1958) navrhuje poněkud bližší charakteristiku kritérií duševního zdraví. Důležitost klade hlavně na integraci, růst a vývoj, postoj vůči sobě samému, sebekritiku, udržení interpersonálních vztahů a schopnost přizpůsobovat se.

1.2 Nemoc

Nemoc, jak je známo, je opakem zdraví. Existuje několik charakteristik nemoci. Subjektivní popis, který je postaven na poznání samotného jedince, že není něco v pořádku. Objektivní popis je postaven na syndromech se známými příčinami. Světová zdravotní organizace charakterizuje nemoc jako souhrn reakcí organismu na určitou poruchu rovnováhy.

Čeledová, Čevela (2010) popisují nemoc jako patologický stav těla, který je reakcí na změnu funkcí buněk, tkání a orgánů. Nemoc zde lze nazývat i jako porucha zdraví, což vede k definici, která byla popsána výše- nemoc je opakem zdraví.

Klinická stádia nemoci rozdělují takto:

- nemoc se klinicky neprojevuje,
- pomalu se objevují první, ale nespecifické příznaky nemoci,
- přítomné jsou specifické i nespecifické příznaky nemoci,
- uzdravení, rekonvalescence,
- úplné uzdravení,
- neúplné uzdravení,
- chronicita,
- smrt.

2 ETIOPATOGENEZE DUŠEVNÍCH PORUCH

Vašina (2008) se zmiňuje o dvou extrémních přístupech k etiologii duševních nemocí. První vychází z toho, že příčiny duševního onemocnění jde vysvětlit somatogenně (příčiny genetické, vrozené, specifické příčiny vedoucí k poruchám struktur CNS, dysfunkce neurotransmiterových systémů a poruchy neurohormonálních systémů). Druhý vychází z toho, že příčinami duševních onemocnění jsou příčiny psychopatogenní a ostatní příčiny mají pouze minimální nebo také žádnou váhu.

V prvním případě je patogeneze brána v rámci mechanistické kauzality, k jednoznačnému přiřazování poruchy struktury k poruše funkce, tato porucha struktury je brána za následek působení nějakého určitého specifického etiologického činitele.

Jednostranný somatogenní přístup k duševním onemocněním vede i k extrémnímu pojmání psychiatrických nozologických jednotek a diagnóz. Zde není místo pro diferenciální diagnostiku, pro faktor komorbidity a pro procesuální stránku nemoci a zejména tu není prostor pro pochopení řady jedinečných osobnostních stránek člověka, u kterého byla diagnóza stanovena.

Druhý přístup k etiopatogenezi duševních onemocnění, který kladl důraz pouze na vliv psychopatogenních faktorů při vzniku duševních onemocnění, vedl i k tendenci neurčovat diagnózu a neurčovat ani psychiatrické nozologické jednotky v případě duševních onemocnění. Výsledkem byl chaos, neschopnost predikce při volbě léčebného procesu a nezvládnutí diferenciální diagnostiky. Takovýto nekoncepční a nesystémový přístup a následný náhodný výběr terapeutických postupů svou nejasností evidentně zvyšuje u nemocného člověka míru stresovanosti.

Proto je nezbytně nutné, aby kterýkoliv odborník, který pracuje s duševně nemocnými, měl pro svoji klinickou praxi hlubokou znalost lidské psychiky, dobrou koncepci osobnosti a dobrou koncepci emocionality.

Dále Vašina (2008) v kapitole etiopatogeneze duševních onemocnění charakterizuje rozdíl mezi primárními (funkčními) a sekundárními (organickými) duševními poruchami. U primárních duševních poruch (například schizofrenie) nejsou známe nebo předpokládané biologické příčiny a patofyziologický mechanismus.

U sekundárních (organických) duševních poruch (demence, delirium, organická halucinóza) je známá nebo s velkou pravděpodobností předpokládaná etiologie. Příčinou je onemocnění, úraz nebo jiné poškození mozku, které vede k přechodné nebo relativně trvalé mozkové dysfunkci. Tato dysfunkce může být opět primární nebo sekundární. O primární mozkové dysfunkci hovoříme tehdy, když je nemocí, poraněním nebo poškozením zasažen přímo mozek. V případě sekundární mozkové dysfunkce je mozek postižen pouze jako jeden z mnoha dalších orgánů nebo tělesných systémů (vaskulární demence na bázi arteriosklerotických změn).

Mlčák (2003) ve své publikaci Základy psychopatologie dělí etiopatogenetické faktory hlouběji, a to na faktory, které působí v prenatálním období vývoje člověka, faktory, které mají vliv v perinatálním období a faktory, které působí v postnatálním období vývoje člověka.

Podle povahy faktorů je možné je dělit i na faktory fyzikální a chemické, biologické, psychologické a sociální.

2.1 Stres

Nejvýznamnější příčinou vzniku psychických poruch je stres, který obecně vzniká na základě nerovnováhy mezi životními požadavky a adaptivních možností psychiky člověka je zvládat.

Tento obecný adaptační syndrom vzniká narušením homeostázy organismu a většinou probíhá v těchto třech stádiích:

- poplachová reakce s fází šoku a fází protišokového efektu,
- stav zvýšené rezistence,
- stav exhausce, při kterém dochází k vyčerpání adaptační energie.

Mlčák (2003, s. 16) dělí stres na optimální a pesimální variantu. „V *optimální variantě, při které je rovnováha mezi životními požadavky a individuálními psychickými předpoklady člověka zachována, se stres stává významným stimulačním činitelem rozvoje osobnosti, neboť vytvářením nových, funkčně organizovaných forem chování a prožívání zvyšuje její odolnost a integritu.*

V pesimální variantě vyhočeného rozporu mezi nepřiměřenou úrovní životních nároků a subjektivními předpoklady osobnosti však nadměrný stres vede nejen k projevům široké škály specifických i nespecifických odchylek od normálního průběhu psychických funkcí, či k různým formám maladaptivního chování, ale i k vážnějším psychickým poruchám různého stupně, kvality i doby trvání.“

3 DIAGNOSTIKA DUŠEVNÍCH PORUCH

Kromě medicínských diagnostických postupů se v psychopatologii široce užívá i psychodiagnostických metod, které slouží hlavně k rozpoznání různých odchylek psychických procesů, stavů a osobnostních vlastností od stanovené normy. Tyto psychodiagnostické metody Mlčák (2003) dělí na pozorování, explorační metody a testové metody.

3.1 Pozorování

Základní psychodiagnostickou metodou je pozorování, které můžeme dále dělit na sebepozorování (introspekce) nebo na pozorování jiných osob (extrospekce). Vědecké pozorování by mělo být cílevědomé, promyšlené, soustavné, důsledné, objektivní, výběrové a musí se opírat o určitý kategoriální systém. Pozorování můžeme zpřesnit tím, že použijeme široké spektrum posuzovacích škál, které umožňují kvantifikovat data. Patří sem verbálně formulované, grafické a číselné stupnice nebo škály. Pozorování, jehož základem je podrobně vypracovaný plán, se nazývá pozorování standardizované. Při nestandardizovaném pozorování je určen pouze cíl pozorování. Při skrytém pozorování, nejsou osoby o provádění metody informovány, nevědí tedy o tom, že jsou součástí nějakého pozorování.

3.2 Dotazníková metoda

Nejčastějším zjišťováním charakteristik osobnosti je dotazník. Probíhá písemnou formou a tedy vyloučením bezprostředního kontaktu s tazatelem. Při vyplňování dotazníku se volí buď vylučující se odpovědi, odpovědi se vybírají z více možností či se stanovují jejich pořadí. Výsledek je možné kvantifikovat, srovnávat a statisticky zpracovávat. Nevýhodou dotazníku je sklon osob odpovídat sociálně žádoucím způsobem a tím zkreslovat odpovědi.

3.3 Testové metody

Psychodiagnostické testy se vyznačují dostatečnou mírou reliability (spolehlivosti) a validity (platnosti). Aplikací těchto testů je oprávněna pouze osoba, která dosáhla univerzitního vzdělání v oboru psychologie. Metody lze členit na testy verbální, které se zakládají na používání slov, nonverbální, které slov nevyužívají, za to se zaměřují na symboly a znakové podněty, introspektivní, které využívají vlastních prožitků, extrospektivní, které posuzují vnější projevy osobnosti, výkonové, které se zaměřují na výkonnost psychických funkcí a testy projektivní, které jsou založené na analýze výpovědí vědomých, ale i nevědomých prožitků.

4 KATEGORIZACE DUŠEVNÍCH PORUCH

V české republice je platná Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10. Již od roku 1994 je průběžně aktualizovaná a poslední aktualizace je platná od 1. 1. 2013. Výsledná verze MKN 10 vznikala pod velkým vlivem americké DSM. DSM obsahuje 13 kategorií duševních poruch a krom nich i mnoho jejich příznaků. MKN mezi poruchami a příznaky nerozlišuje stejně jako americké DSM. Diagnostické položky jsou vytvářeny především na základě příznaků. Přehled všech kategorií podle MKN 10 (2006, s. 32-49):

4.1 F00- F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

„F00 Demence u Alzheimerovy choroby

- *F00.0 Demence u Alzheimerovy choroby s časným začátkem,*
- *F00.1 Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním začátkem,*
- *F00.2 Demence u Alzheimerovy choroby, atypický nebo smíšený typ,*
- *F00.9 Demence u Alzheimerovy choroby nespecifikovaná.*

F01 Vaskulární demence

- *F01.0 Vaskulární demence s akutním začátkem,*
- *F01.1 Multiinfarktová demence,*
- *F01.2 Subkortikální vaskulární demence,*
- *F01.3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence,*
- *F01.8 Jiná vaskulární demence,*
- *F01.9 Vaskulární demence nespecifikovaná.*

F02 Demence u chorob klasifikovaných jinde

- *F02.0 Demence u Pickovy choroby,*
- *F02.1 Demence u Creutzfeldtovy- Jakobovy choroby,*
- *F02.2 Demence u Huntingtonovy choroby,*
- *F02.3 Demence u Parkinsonovy choroby,*
- *F02.4 Demence u infekce HIV,*
- *F02.8 Demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde.*

F03 Nespecifikovaná demence

Pátý znak specifikuje demenci (F00- F03) podle přidružených příznaků:

- *.x0 Bez přidružených příznaků,*
- *.x1 Přidružené příznaky, zvláště bludy,*
- *.x2 Přidružené příznaky, zvláště halucinace,*
- *.x3 Přidružené příznaky, zvláště deprese,*
- *.x4 Jiné přidružené nebo smíšené příznaky.*

F04 Organický amnestický syndrom jiná než vyvolaný alkoholem a jinými drogami

F05 Delirium jiné než vyvolané alkoholem nebo jinými drogami

- *F05.0 Delirium bez přítomnosti demence,*
- *F05.1 Delirium nasedající na demenci,*
- *F05.8 Jiné delirium,*
- *F05.9 Delirium nespecifikované.*

F06 Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, nebo následkem somatického onemocnění

- *F06.0 Organická halucinóza,*
- *F06.1 Organická katatonní porucha,*
- *F06.2 Organický syndrom s bludy (schizoformní),*
- *F06.3 Organické afektivní poruchy,*
 - .30 Organická manická porucha*
 - .31 Organická bipolární porucha*
 - .32 Organická depresivní porucha*
 - .33 Organická smíšená afektivní porucha*
- *F06.4 Organická úzkostná porucha,*
- *F06.5 Organická disociativní porucha,*
- *F06.6 Organická emoční labilita nebo astenická porucha,*
- *F06.7 Mírná kognitivní porucha,*
- *F06.8 Jiné specifikované duševní poruchy při mozkovém poškození a dysfunkci a při somatickém onemocnění,*
- *F06.9 Nespecifikovaná duševní porucha při poškození a dysfunkci mozku a somatickém onemocnění.*

F07 Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku

- *F07.0 Organicky podmíněná porucha osobnosti,*
- *F07.1 Postencefalitický syndrom,*
- *F07.2 Postkomoční syndrom,*
- *F07.8 Jiné organicky podmíněné poruchy osobnosti a chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku,*
- *F07.9 Nespecifikované organicky podmíněné poruchy osobnosti a chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku.*

F09 Nespecifikované organické nebo symptomatické duševní poruchy“

4.2 F10- F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

„F10.- Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

F11.- Poruchy vyvolané požíváním ovoidů

F12.- Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů

F13.- Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik

F14.- Poruchy vyvolané požíváním kokainu

F15.- Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)

F16.- Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů

F17.- Poruchy vyvolané užíváním tabáku

F18.- Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel

F19.- Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

Čtvrtý a pátý znak specifikují klinický obraz:

F1x.0 Akutní intoxikace

.00 Nekomplikovaná

.01 S traumatem nebo jiným tělesným postižením

.02 S jinou zdravotní komplikací

.03 S deliriem

- .04 *S poruchami vnímání*
- .05 *S kómatem*
- .06 *S křečemi*
- .07 *Patologická intoxikace*
- F1x.1 Škodlivé užívání*
- F1x.2 Syndrom závislosti*
 - .20 *V současnosti abstinuje*
 - .21 *V současnosti abstinuje, ale v chráněném prostředí*
 - .22 *V současnosti abstinuje při klinicky evidovaném udržovacím nebo substitučním režimu*
 - .23 *V současnosti abstinuje, avšak při léčbě averzními nebo blokujícími látkami*
 - .24 *V současnosti užívá látku (aktivní závislost)*
 - .25 *Souvislé užívání*
 - .26 *Epizodické užívání*
- F1x.3 Odykací stav*
 - .30 *Nekomplikovaný*
 - .31 *S křečemi*
- F1x.4 Odykací stav s deliriem*
 - .40 *Bez křečí*
 - .41 *S křečemi*
- F1x.5 Psychotický porucha*
 - .50 *Schizoforní*
 - .51 *Převážně bludná*
 - .52 *Převážně halucinatorní*
 - .53 *Převážně polymorfni*
 - .54 *S převahou depresivních příznaků*
 - .55 *S převahou manických příznaků*
 - .56 *Smíšená*
- F1x.6 Amnestický syndrom*
- F1x.7 Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem*
 - .70 *Psychotické reminiscence (flashbacky)*

- .71 Porucha osobnosti nebo chování*
- .72 Reziduální afektivní porucha*
- .73 Demence*
- .74 Jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí*
- .75 Psychotická porucha s pozdním začátkem*

F1x.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování

F1x.9 Nespecifikovaná duševní porucha a porucha chování“

4.3 F20- F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

„F20 Schizofrenie

- *F20.0 Paranoidní schizofrenie,*
- *F20.1 Hebefrenní schizofrenie,*
- *F20.2 Katatonní schizofrenie,*
- *F20.3 Nediferencovaná schizofrenie,*
- *F20.4 Postschizofrenní deprese,*
- *F20.5 Reziduální schizofrenie,*
- *F20.6 Simplexní schizofrenie,*
- *F20.8 Jiná schizofrenie,*
- *F20.9 Schizofrenie nespecifikovaná.*

Pátý znak specifikuje průběh:

- .x0 Chronický*
- .x1 V atakách s postupným defektem*
- .x2 V atakách se stabilním defektem*
- .x3 V atakách s remisemi*
- .x4 Neúplná remise*
- .x5 Úplná remise*
- .x8 Jiný*

F21 Schizotypní porucha

F22 Trvalé duševní poruchy s bludy

- *F22.0 Porucha s bludy,*
- *F22.8 Jiné trvalé poruchy s bludy,*
- *F22.9 Trvalá porucha s bludy nespecifikovaná.*

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

F23.0 Akutní polymorfni psychotická porucha bez příznaků schizofrenie

F23.1 Akutní polymorfni psychotická porucha s příznaky schizofrenie

F23.2 Akutní schiziformní psychotická porucha

F23.3 Jiné akutní psychotické poruchy s převahou bludů

F23.8 Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy

F23.9 Akutní a přechodná psychotická porucha nespecifikovaná

Pátý znak označuje eventuální přítomnost přidruženého akutního stresu:

.x0 Bez spojitosti s akutním stresem

.x1 Ve spojitosti s akutním stresem

F24 Indukovaná porucha s bludy

F25 Schizoafektivní poruchy

- *F25.0 Schizoafektivní porucha, manický typ,*
- *F25.1 Schizoafektivní porucha, depresivní typ,*
- *F25.2 Schizoafektivní porucha, smíšený typ,*
- *F25.8 Jiné schizoafektivní poruchy,*
- *F25.9 Schizoafektivní porucha nespecifikovaná.*

F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

F29 Nespecifikovaná neorganická psychóza“

4.4 F30- F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

„F30 Manická fáze

- *F30.0 Hypomanie,*
- *F30.1 Mánie bez psychotických příznaků,*
- *F30.2 Mánie s psychotickými příznaky,*
- *F30.8 Jiné manické fáze,*

- *F30.9 Manická fáze nespecifikovaná.*

F31 Bipolární afektivní porucha

- *F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická,*
- *F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná fáze hypomanická bez psychotických příznaků,*
- *F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manický s psychotickými příznaky,*
- *F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze středně těžké nebo mírné deprese,*
 - .30 Bez somatických příznaků*
 - .31 Se somatickými příznaky*
- *F31.4 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických příznaků,*
- *F31.5 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese s psychotickými příznaky,*
- *F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená,*
- *F31.7 Bipolární afektivní porucha, současně v remisi,*
- *F31.8 Jiné bipolární afektivní poruchy,*
- *F31.9 Bipolární afektivní porucha nespecifikovaná.*

F32 Depresivní fáze

- *F32.0 Mírná depresivní fáze,*
 - .00 Bez somatických příznaků*
 - .01 Se somatickými příznaky*
- *F32.1 Středně těžká depresivní fáze,*
 - .10 Bez somatických příznaků*
 - .11 Se somatickými příznaky*
- *F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků,*
- *F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky,*
- *F32.8 Jiné depresivní fáze,*
- *F32.9 Depresivní fáze nespecifikovaná.*

F33 Periodická (rekurentní) depresivní porucha

- *F33.0 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze mírná,*

.00 Bez somatických příznaků

.01 Se somatickými příznaky

- *F33.1 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze středně těžká,*
.10 Bez somatických příznaků
.11 Se somatickými příznaky
- *F32.2 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze těžká bez*
psychotických příznaků,
- *F33.3 Periodický (rekurentní) depresivní porucha, současná fáze těžká*
s psychotickými příznaky,
- *F33.4 Periodická (rekurentní) depresivní porucha, současně v remisi,*
- *F33.8 Jiné periodické (rekurentní) depresivní poruchy,*
- *F33.9 Periodická (rekurentní) depresivní porucha nespecifikovaná.*

F34 Trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy)

- *F34.0 Cyklotymie,*
- *F34.1 Dystymie,*
- *F34.8 Jiné trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy),*
- *F34.9 Trvalá porucha nálady (afektivní porucha) nespecifikovaná.*

F38 Jiné poruchy nálady (afektivní poruchy)

- *F38.0 Jiné jediné poruchy nálady (afektivní poruchy),*
.00 Smíšená afektivní epizoda
- *F38.1 Jiné periodické (rekurentní) poruchy nálady (afektivní poruchy),*
.10 Krátká periodická (rekurentní) depresivní porucha
- *F38.8 Jiné specifikované poruchy nálady (afektivní poruchy).*

F39 Nespecifikovaná porucha nálady (afektivní porucha)“

4.5 F40- F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

„F40 Fobické úzkostné poruchy

- *F40.0 Agorafobie,*
.00 Bez panické poruchy

.01 S panickou poruchou

- *F40.1 Sociální fobie,*
- *F40.2 Specifické (izolované) fobie,*
- *F40.8 Jiné fobické úzkostné poruchy,*
- *F40.9 Fobická úzkostná porucha nespecifikovaná.*

F41 Jiné úzkostné poruchy

- *F41.0 Panická porucha (epizodická paroxysmální úzkost),*
- *F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha,*
- *F41.2 Smíšená úzkostně depresivní porucha,*
- *F41.3 Jiné smíšené úzkostné poruchy,*
- *F41.8 Jiné specifikované úzkostné poruchy,*
- *F41.9 Úzkostná porucha nespecifikovaná.*

F42 Obsedantně- kompulzivní porucha

- *F42.0 Převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace,*
- *F42.1 Převážně nutkavé akty (kompulzivní rituály),*
- *F42.2 Smíšené obsedantní myšlení a jednání,*
- *F42.8 Jiné obsedantně- kompulzivní poruchy,*
- *F42.9 Obsedantně- kompulzivní porucha nespecifikovaná.*

F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

- *F43.0 Akutní reakce na stres,*
- *F43.1 Posttraumatická stresová porucha,*
- *F43.2 Poruchy přizpůsobení,*

.20 Krátkodobá depresivní reakce

.21 Protrahovaná depresivní reakce

.22 Smíšená úzkostná a depresivní reakce

.23 S převládající poruchou jiných emocí

.24 S převládající poruchou chování

.25 Se smíšenou poruchou emocí a chování

.28 S jinými specifikovanými převládajícími symptomy

- *F43.8 Jiné reakce na závažný stres,*
- *F43.9 Reakce na závažný stres nespecifikovaná.*

F44 disociativní (konverzní) poruchy

- *F44.0 disociativní amnézie,*
- *F44.1 disociativní fuga,*
- *F44.2 disociativní stupor,*
- *F44.3 Trans a stavy posedlosti,*
- *F44.4 disociativní poruchy motoriky,*
- *F44.5 disociativní křeče,*
- *F44.6 disociativní porucha citlivosti a poruchy sensorické,*
- *F44.7 Smíšené disociativní (konverzní) poruchy,*
- *F44.8 Jiné disociativní (konverzní) poruchy,*
 - .80 Ganserův syndrom*
 - .81 Mnohočetná porucha osobnosti*
 - .82 Přejídné disociativní (konverzní) poruchy vyskytující se v dětství a v adolescenci*
 - .88 Jiné specifikované disociativní (konverzní) poruchy*
- *F44.9 disociativní (konverzní) porucha nespecifikovaná.*

F45 Somatoformní poruchy

- *F45.0 Somatizační porucha,*
- *F45.1 Nediferencovaná somatizační porucha,*
- *F45.2 Hypochondrická porucha,*
- *F45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce,*
 - .30 Srdce a kardiovaskulární systém*
 - .31 Horní gastrointestinální trakt*
 - .32 Dolní gastrointestinální trakt*
 - .33 Respirační systém*
 - .34 Urogenitální systém*
 - .38 Jiný orgán nebo systém*
- *F45.4 Přeetrvávající somatoformní bolestivá porucha,*
- *F45. 8 Jiné somatoformní poruchy,*
- *F45.9 Somatoformní porucha nespecifikovaná.*

F48 Jiné neurotické poruchy

- *F48.0 Neurastenie,*
- *F48.1 Depersonalizační a derealizační syndrom,*
- *F48.8 Jiné specifikované neurotické poruchy,*
- *F48.9 Neurotická porucha nespecifikovaná. “*

4.6 F50- F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

„F50 Poruchy příjmu potravy

- *F50.0 Mentální anorexie,*
- *F50.1 Atypická mentální anorexie,*
- *F50.2 Mentální bulimie,*
- *F50.3 Atypická mentální bulimie,*
- *F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami,*
- *F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami,*
- *F50.8 Jiné poruchy příjmu jídla,*
- *F50.9 Porucha příjmu jídla nespecifikovaná.*

F51 Neorganické poruchy spánku

- *F51.0 Neorganická nespavost,*
- *F51.1 Neorganická hypersomnie,*
- *F51.2 Neorganické poruchy rytmu spánek- bdění,*
- *F51.3 Somnambulismus (náměsíčnictví),*
- *F51.4 Noční děsy,*
- *F51.5 Noční můry (úzkostné sny),*
- *F51.8 Jiné neorganické poruchy spánku,*
- *F51.9 Neorganická porucha spánku nespecifikovaná.*

F52 Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí

- *F52.0 Nedostatek nebo ztráta sexuální touhy,*
- *F52.1 Odpor k sexu (sexualitě) a nedostatečné prožívání sexuální slasti,*
- *.10 Odpor*

.11 Nedostatečné prožívání sexuální slasti

- *F52.2 Selhání genitální odpovědi,*
- *F52.3 Dysfunkční orgasmus,*
- *F52.4 Předčasná ejakulace,*
- *F52.5 Neorganický vaginismus,*
- *F52.6 Neorganická dyspareunie,*
- *F52.7 Hypersexualita,*
- *F52.8 Jiná sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí,*
- *F52.9 Nespecifikovaná sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí.*

F53 Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestineděním neklasifikované jinde

- *F53.0 Mírné duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestineděním neklasifikované jinde,*
- *F53.1 Závažné duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestineděním neklasifikované jinde,*
- *F53.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestineděním neklasifikované jinde,*
- *F53.9 Duševní porucha spojená s šestineděním nespecifikovaná.*

F54 Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo chorobami klasifikovanými jinde

F55 Abúzus látek nevyvolávajících závislost

- *F55.0 Antidepresiva,*
- *F55.1 Laxativa,*
- *F55.2 Analgetika,*
- *F55.3 Antacida,*
- *F55.4 Vitaminy,*
- *F55.5 Steroidy nebo hormony,*
- *F55.6 Přírodní nebo lidové preparáty,*
- *F55.8 Jiné látky nevyvolávající závislost,*
- *F55.9 Nespecifikované.*

F59 Nespecifikované behaviorální syndromy spojené s fyziologickými dysfunkcemi a somatickými faktory“

4.7 F60- F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

„F60 Specifické poruchy osobnosti

- *F60.0 Paranoidní porucha osobnosti,*
- *F60.1 Schizoidní porucha osobnosti,*
- *F60.2 Disociální porucha osobnosti,*
- *F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti,*
 - .30 Impulzivní typ*
 - .31 Hraniční typ*
- *F60.4 Histriónská porucha osobnosti,*
- *F60.5 Anankastická porucha osobnosti,*
- *F60.6 Anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti,*
- *F60.8 Jiné specifické poruchy osobnosti,*
- *F60.9 Porucha osobnosti nespecifikovaná.*

F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti

- *F61.0 Smíšené poruchy osobnosti,*
- *F61.1 Nepříznivé změny osobnosti.*

F62 Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku

- *F62.0 Přetrvávající katastrofické zkušenosti,*
- *F62.1 Přetrvávající změna osobnosti po psychickém onemocnění,*
- *F62.8 Jiné přetrvávající změny osobnosti,*
- *F62.9 Přetrvávající změna osobnosti nespecifikovaná.*

F63 Návykové a impulzivní poruchy

- *F63.0 Patologické hráčství,*
- *F63.1 Patologické zakládání požárů (pyromanie),*
- *F63.2 Patologické kradení (kleptomanie),*
- *F63.3 Trichotillomanie,*

- *F63.8 Jiné návykové a impulzivní poruchy,*
- *F63.9 Návyková a impulzivní porucha nespecifikovaná.*

F64 Poruchy pohlavní identity

- *F64.0 Transsexualizmus,*
- *F64.1 Transvestitizmus dvojí role,*
- *F64.2 Porucha pohlavní identity v dětství,*
- *F64.8 Jiné poruchy pohlavní identity,*
- *F64.9 Porucha pohlavní identity nespecifikovaná.*

F65 Poruchy sexuální preference

- *F65.0 Fetišizmus,*
- *F65.1 Fetišistický transvestitismus,*
- *F65.2 Exhibilicizmus,*
- *F65.3 Voyerství,*
- *F65.4 Pedofilie,*
- *F65.5 Sadomasochizmus,*
- *F65.6 Mnohočetné poruchy sexuální preference,*
- *F65.8 Jiné poruchy sexuální preference,*
- *F65.9 Porucha sexuální preference nespecifikovaná.*

F66 Psychické a behaviorální poruchy spojené se sexuálním vývojem a orientací

- *F66.0 Porucha sexuálního vyzrání,*
- *F66.1 Egodystionická sexuální porucha,*
- *F66.2 Porucha sexuálních vztahů,*
- *F66.8 Jiné poruchy psychosexuálního vývoje,*
- *F66.9 Porucha psychosexuálního vývoje nespecifikovaná.*

Pátý znak označuje spojení s:

- .x0 Heterosexualitou*
- .x1 Homosexualitou*
- .x2 Bisexualitou*
- .x8 Jinou včetně prepubertální*

F68 Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých

- *F68.0 Zpracovávání tělesných symptomů z psychických důvodů,*

- *F68.1 Záměrné vyvolávání nebo předstírání somatických nebo psychických symptomů nebo tělesné či psychické neschopnosti (předstíraná porucha),*
- *F68.8 Jiné specifikované poruchy osobnosti a chování u dospělých.*

F69 Nespecifikovaná porucha osobnosti a chování u dospělých“

4.8 F70- F79 Mentální retardace (duševní opoždění)

„F70 Lehká mentální retardace

F71 Středně těžká mentální retardace

F72 Těžká mentální retardace

F73 Hluboká mentální retardace

F78 Jiná mentální retardace

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Čtvrtý znak určuje rozsah přidruženého postižení chování:

- X. 0 Žádné nebo minimální postižení chování*
- X. 1 Výrazné postižení chování, vyžadující pozornost nebo léčbu*
- X. 8 Jiná postižení chování*
- X. 9 Bez zmínky o postižení chování“*

4.9 F80- F89 Poruchy psychického vývoje

„F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

- *F80.0 Specifická porucha artikulace řeči,*
- *F80.1 Expresivní porucha řeči,*
- *F80.2 Receptivní porucha řeči,*
- *F80.3 Získaná afázie s epilepsií (Landauův- Kleffnerův syndrom),*
- *F80.8 Jiné vývojové poruchy řeči a jazyka,*
- *F80.9 Vývojová porucha řeči a jazyka nespecifikovaná.*

F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

- *F81.0 Specifická porucha čtení,*
- *F81.1 Specifická porucha psaní,*

- *F81.2 Specifická porucha počítání,*
- *F81.3 Smíšená porucha školních dovedností,*
- *F81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností,*
- *F81.9 Vývojová porucha školních dovedností nespécifikovaná.*

F82 Specifická vývojová porucha motorické funkce

F83 Smíšené specifické vývojové poruchy

F84 Pervazivní vývojové poruchy

- *F84.0 Dětský autismus,*
- *F84.1 Atypický autismus,*
- *F84.2 Rettův syndrom,*
- *F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství,*
- *F84.4 Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby,*
- *F84.5 Aspergerův syndrom,*
- *F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy,*
- *F84.9 Pervazivní vývojová porucha nespécifikovaná.*

F88 Jiné poruchy psychického vývoje

F89 Nespécifikovaná porucha psychického vývoje“

4.10 F90- F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

„F90 Hyperkinetické poruchy

- *F90.0 Porucha aktivity a pozornosti,*
- *F90.1 Hyperkinetická porucha,*
- *F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy,*
- *F90.9 Hyperkinetická porucha nespécifikovaná.*

F91 Poruchy chování

- *F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině,*
- *F91.1 Nesocializovaná porucha chování,*
- *F91.2 Socializovaná porucha chování,*

- *F91.3 Porucha opozičního vzdoru,*
- *F91.8 Jiné poruchy chování,*
- *F91.9 Porucha chování nespecifikovaná.*

F92 Smíšené poruchy chování a emocí

- *F92.0 Depresivní porucha chování,*
- *F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí,*
- *F92.9 Smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná.*

F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství

- *F93.0 Separační úzkostná porucha v dětství,*
- *F93.1 Fobická úzkostná porucha v dětství,*
- *F93.2 Sociální úzkostná porucha v dětství,*
- *F93.3 Porucha sourozenecké rivality,*
- *F93.8 Jiné emoční poruchy v dětství,*
- *F93.9 Emoční porucha v dětství nespecifikovaná.*

F94 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci

- *F94.0 Elektivní mutismus,*
- *F94.1 Reaktivní porucha příchyllosti v dětství,*
- *F94.2 Dezinhibovaná příchyllost v dětství,*
- *F94.8 Jiné poruchy sociálních vztahů v dětství,*
- *F94.9 Porucha sociálních vztahů v dětství nespecifikovaná.*

F95 Tikové poruchy

- *F95.0 Přejídná tiková porucha,*
- *F95.1 Chronická motorická nebo vokální tiková porucha,*
- *F95.2 Kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha (Tourettův syndrom),*
- *F95.8 Jiné tikové poruchy,*
- *F95.9 Tiková porucha nespecifikovaná.*

F98 Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci

- *F98.0 Neorganická enuréza,*
- *F98.1 Neorganická enkopréza,*
- *F98.2 Porucha příjmu jídla v útlém věku a v dětském věku,*
- *F98.3 Pika infantilní a v dětství,*
- *F98.4 Poruchy se stereotypními pohyby,*
- *F98.5 Kórtavost (zadržávání),*
- *F98.6 Breptavost,*
- *F98.8 Jiné specifikované poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci,*
- *F98.9 Nespecifikované poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci.“*

4.11 F99 Nespecifikovaná duševní porucha

„F99 Duševní porucha jinde nespecifikovaná“

5 SOUVISLOSTI MEZI SYMPTOMY SYNDROMU VYHOŘENÍ A OSTATNÍCH DUŠEVNÍCH PORUCH

5.1 Deprese

Kebza, Šolcová (2003) uvádí, že deprese má s vyhořením mnoho společných symptomů jako je např. smutek či ztráta motivace, tyto symptomy mají za důsledek negativní vliv na životní aktivity Vyhoření, se však omezuje na myšlenky týkající se profesního výkonu. Aby se tento rozdíl objevil, je nutné, aby se jedincova psychika přeladila na nepracovní oblast. Poruchy spánku, které se také shodně objevují, je odlišnost v tom, že u deprese se jedinec většinou budí v průběhu spánku, zatímco u syndromu vyhoření jde především o špatné usínání. K léčbě depresí se používají antidepressiva, u syndromu vyhoření se využívá hlavně psychoterapeutická léčba.

5.2 Alexithymie

Jedná se o neschopnost popsat svůj psychický stav. Mezi společné symptomy patří emocionální plochost a otupění v sociálních vztazích. Rozdíl je však patrný v tom, že se alexithymie vyskytuje častěji u jedinců s některou z psychosomatických poruch a burnout syndrom neobsahuje jeden z hlavních příznaků alexithymie a tím je nedostatek slov k popsání a vyjádření emocí.

5.3 Neurózy

Některé únavové syndromy jsou z hlediska klinického pohledu syndromu vyhoření velmi blízko. Nápomocným vodítkem zde může být to, zda jedinec trpí pseudohalucinacemi. U burnout syndromu se totiž nikdy nevyskytují. Zdánlivě blízko má syndrom vyhoření i k chronické únavě. Podobají se především výskytem únavy. Únava však musí způsobovat více než 50 % snížení předešlé aktivity.

6 SYNDROM VYHOŘENÍ, RIZIKOVÉ FAKTORY A PROFESE

Pojem „burnout“ byl uveden do literatury H. Freudengergrem v roce 1974. Původně se termín burnout používal slangově, kde označoval narkomana. Na přelomu 70. a 80 let 20. století byl v USA přenesen do užívání v pracovní oblasti. Během 30 let výzkumu syndromu vyhoření se v odborné literatuře objevila celá řada definicí a vymezení, které se často liší.

V publikaci Vladimíra Kebzy a Ivy Šolcové (2003) je popsán syndrom vyhoření pěti body:

1. jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání,
2. vyskytuje se zejména u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“,
3. tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též oblasti fyzické a sociální,
4. klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava,
5. všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.

Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Jako burnout („vyhoření“, či „vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků.

T a J. Tošnerovi (2002) vymezují možnost chápání syndromu vyhoření takto:

- syndrom vyhoření- v této rovině jde o postupný proces, který vede k nezvratným změnám v životě postiženého,
- duševní porucha- konečný stav procesu vyhoření,
- proces, který se v životě postiženého opakuje v pravidelných fázích,
- burnout faktory- okolní podněty a vlivy, které negativně ovlivňují další faktory vedoucí k syndromu vyhoření.

6.1 Rizikové faktory burnout syndromu

Kebza, Šolcová (2003) uvádí, že již samotný život v současné civilizované společnosti je rizikovým faktorem vzniku burnout syndromu. V této kapitole pak jmenují spoustu různých příčin jako je např. nutnost čelit chronickému stresu, nízká asertivita, neschopnost relaxovat, úzkostné, fobické a obsedantní rysy, atd.

Christian Stock (2010) rizikové faktory dělí přehledněji:

6.1.1 Obecné rizikové faktory

- nejistota pracovních poměrů spojená s nestabilitou na trhu práce, obavy ze ztráty pracovního místa,
- rostoucí náchylnost ke stresu v souvislosti s globalizací, např. nejistota a strach způsobené přesouváním pracovních míst do zahraničí,
- úbytek jistot v důsledku nových forem pracovních smluv, např. snížení ochrany proti výpovědi, krácení dovolené, více přesčasů, práce na zkrácený úvazek a smlouvy na dobu určitou,
- dlouhá pracovní doba a rostoucí intenzita práce (nárůst produktivity a následně „zhuštění“ pracovní náplně),
- „zeštíhlení“ společností a outsourcing (rušení pracovních míst a oddělení),
- rostoucí emocionální náročnost práce (vyžaduje stále vyšší stupeň sociálních/emocionálních kompetencí v důsledku sociálních změn se práce s klienty stává náročnější, což potvrzují i pedagogové či sociální pracovníci),
- neslučitelnost zaměstnání a soukromého života.

6.1.2 Zvýšená pracovní zátěž

Svět práce se během posledních několika desetiletí změnil- následkem rostoucí produktivity vykonává méně lidí stále víc pracovních povinností. Moderní technologie s sebou přinášejí nové druhy činností a úsporná personální opatření vedou ke zhušťování pracovní náplně.

6.1.3 Nedostatek samostatnosti

Mnoho výzkumů v oblasti psychologie práce a organizace potvrzuje, že čím širší pole působnosti lidé v zaměstnání mají, tím víc je jejich práce baví. Podléhá-li někdo

naopak přílišné kontrole, vzrůstá jeho nespokojenost. Pracovník je jednak svazován rigidními pravidly a dohledem nadřízených, jednak trpí určitým typem ztráty kontroly či moci. To znamená, že danou situaci může jen velmi málo ovlivnit a má značně omezené rozhodovací pravomoci.

6.1.4 Nedostatek uznání

Výsledky motivačních výzkumů ukazují, že nejsou-li lidé za svůj výkon dostatečně odměněni, pracují bez potřebné motivace. Tím není myšleno jen finanční ohodnocení, ale také pocit, že si jejich úsilí někdo váží a dovede je ocenit. Práce by nám měla dávat možnost rozvíjet a zdokonalovat naše dovednosti. Pokud tuto příležitost nemáme, brzy se dostaví zklamání. A máme tu další stresový faktor, který ovlivňuje celkovou bilanci. Neznamená to samozřejmě, že musíme být neustále chváleni, nicméně nedostatek uznání, nespravedlivé hodnocení výsledků a omezené možnosti kariérního růstu spíše demotivují a přispívají k naší nespokojenosti.

6.1.5 Špatný kolektiv

Všichni víme, že ve výsledku trávíme víc času se svými kolegy v práci než s rodinou a přáteli. To je další důvod k tomu, abychom se na tento aspekt podívali podrobněji. Je-li náš pracovní kolektiv nepřátelský, odměřený či chladný, necítíme se v něm dobře. Týmu, který se potýká s problémy, chybí v něm kolegiální a převládá závist, vzájemná neúcta a nevraživá atmosféra, se navíc výrazně snižuje výkonnost. Nedostatek vzájemné soudržnosti mezi spolupracovníky může být pocíťován jako zdroj ohrožení a vyvolat stresovou reakci.

6.1.6 Nespravedlnost

Všichni jsme si rovni, ale někteří si jsou rovnější? Možná, že už jste se také někdy setkali s bratříčkováním či jednostranným nadržováním na pracovišti. Nebo jste byli svědky toho, že některý z vašich kolegů byl svévolně vyloučen z pracovního kolektivu. Pokud v podniku či firmě převládá podobný typ chování, bývají zaměstnanci cyničtí a nechovají k sobě vzájemný respekt. Takový tým není dostatečně akceschopný a mezi jeho členy panuje napjatá atmosféra. V důsledku nadržování a nespravedlivého rozdělování pracovních úkolů cynismus pracovníků vzrůstá a hrozí jim nebezpečí vyhoření. Každý zaměstnanec má pochopitelně své silné a slabé stránky. Příčina a vývoj každé z nich se liší, což by měl zaměstnavatel vždy zohlednit. Dochází-li však

k podceňování nebo dokonce diskriminaci kolegů, jde o závažný problém, který zásadním způsobem narušuje podnikové klima. Není nic špatného na tom, když jsou podporováni jednotliví zaměstnanci. Pokud však za touto zvýšenou pozorností nestojí dobré pracovní výsledky, nýbrž například osobní sympatie, budou ostatní spolupracovníci, kteří projevovali značnou píli a úsilí, zaskočeni a hluboce zklamáni.

6.1.7 Konflikt hodnot

Hodnoty jsou to, co je pro nás v životě důležité. Jsou naším motorem a motivují nás k výkonům. Podobají se zásadám, které našemu životu dávají smysl. Totéž platí i v podnikání- každá společnost má svá kréda neboli firemní hodnoty. Pokud jsou v rozporu s individuálními hodnotami jedince, dochází u něj k vnitřnímu konfliktu. Hodnoty sami o sobě ovšem nemusí být automaticky pozitivní. Vždy totiž záleží na úhlu pohledu- např. maximalizace zisku může být špatná z pohledu člověka, který kvůli ní přijde o práci, a naopak dobrá pro firmu a její akcionáře. Pokud zjistíte, že mezi firemními a vašimi osobními hodnotami panuje nesoulad, a vaše práce vám připadá bezvýznamná, zbytečná nebo dokonce škodlivá, dostaví se brzy odcizení, jeden ze tří hlavních příznaků syndromu vyhoření.

Každý člověk má své charakteristické zvyky. Kolegy z práce a rodinné příslušníky rozlišujeme podle jejich povahových vlastností. Jeden kolega je třeba pracovitý, druhý se v práci šetří. Někdo má sklony k perfekcionismu, jiný zase rád pomáhá ostatním.

Hlavní osobnostní typy, které může syndrom vyhoření postihnout:

- typ chování A- jako typ A označují lékaři jedince s vysokými ambicemi a silně vyvinutým smyslem pro povinnost, kteří se vyznačují soutěživostí, netrpělivostí, perfekcionismem a sklony k agresivitě. Spěch, vznětlivost a podrážděnost jsou pro ně typické. Později tento pojem použili psychologové pro označení jedinců závislých na práci, tzv. workoholiků. Tito lidé mají s typem A řadu společných povahových rysů. Lidé s tímto vzorcem chování jsou zpočátku úspěšní, neboť se jim za jejich výkon dostává značného uznání. Svou bojovností a netrpělivostí však často způsobují konflikty mezi lidmi a začínají narážet. Tím se dostávají do stále větší izolace. Pro jedince s chováním typu A je příznačné, že se vědomě vystavují současně několika stresorům. Lidé typu A nepociťují téměř žádné zdravotní potíže a neuvědomují si, jakým způsobem se na nich nedostatek regenerace a celková nevyváženost podepisuje. Teprve po letech vyplývané energie, kdy se začnou hromadit neúspěchy, u nich dochází k fyzické reakci, např. k vyhoření. Do té doby veškeré varovné signály jako například poruchy spánku, podrážděnost, únavu či potíže spojené s poruchami funkcí tělesných orgánů vědomě potlačují,
- typ chování B- jako typ B se vyznačuje nižší mírou nepřátelského chování, agresivity, soutěživosti a naopak větší trpělivostí, klidem a uvolněností. Trvale nízké vytížení a uvolněný přístup snižuje efektivitu a produktivitu práce. V extrémním případě chování typu B- při nízké angažovanosti, iniciativě, motivaci i cílech- může dojít až k permanentní nečinnosti a z dlouhodobého hlediska i k hluboké nespokojenosti jak v zaměstnání, tak v osobním životě, nikoli však k vyhoření,
- Rovnováha mezi typem osobnosti A a B- klíčová je vyváženost a rovnováha mezi oběma póly. To, čeho má typ A na rozdávání, lidem typu B chybí. První není ani chvíli v klidu, druhý má z jakékoli námahy strach. Ani jeden nemá možnost volby, podvědomě jsou nastaveny na automatický program.

6.1.8 Poháněcí mechanismy- náš vnitřní hlas

Již od raného dětství nás ovlivňují rady a příkazy rodičů či jiných blízkých osob. Transakční analýza popisuje pět vnitřních motivátorů, mezi něž patří:

- Buď silný!
- Buď dokonalý!
- Buď se všemi zadobře!
- Buď rychlý!
- Zaber!

6.1.9 Nízká odolnost

Každý člověk je jinak náchylný ke stresu a unese různou míru zátěže. Byly provedeny spolehlivé výzkumy, jež potvrzují, že přibližně 30% celkové populace si i po traumatickém prožitku a navzdory dlouhodobé zátěži uchovává psychické zdraví a dokonce vnímá život jako pozitivní a smysluplný.

6.2 Přehled rizikových profesí

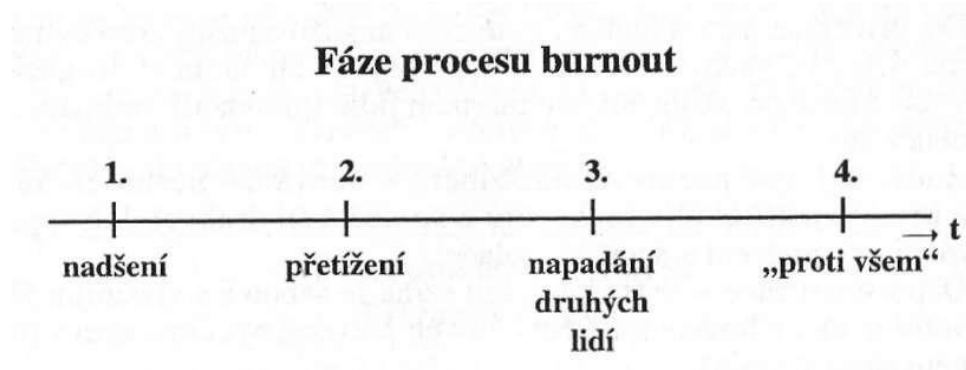
- lékaři,
- zdravotní sestry,
- zdravotnický personál,
- učitelé
- psychologové, psychiatři
- sociální pracovníci
- vychovatelé
- policisté
- žurnalisté
- vedoucí pracovníci
- obchodníci

7 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Počet fází syndromu vyhoření, které odborníci vyčlenili, se často liší. Nejjednodušší model procesu syndromu vyhoření publikuje Christina Maslach (1997):

- idealistické nadšení a přetěžování,
- emocionální a fyzické vyčerpání,
- dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením,
- terminální stádium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu vyhoření v celé jeho pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie).

Obrázek 1: Charakteristika jednotlivých fází procesu vyhořívání, tak jak je pozorovatelný u lidí, kteří se dostávají do situace vyhoření



Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 61

Složitější, osmifázový model členění uvedli Golembiewski, Munzenride a Steveson (1986).

Nejsložitější, dvanáctifázový model publikoval John W. James (1982), burnout dělí do těchto fází:

- snaha osvědčit se a uspět v pracovním procesu,
- snaha udělat vše sám,
- opomíjení svých potřeb, zanedbání péče o sebe sama,
- práce, projekt, plán, návrh, úkol, cíl se stávají tím jediným zájmem,
- zmatek v žebříčku hodnot,
- naprosté popírání vnitřního napětí jako projev obrany tomu, co se děje,

- dezorientace, ztráta naděje a angažovanosti, zrod cynismu. Útěk od problémů, hledání útěchy např. v alkoholu, drogách, nadměrném jídle, hromadění peněz atd.,
- radikální, okolí patrné změny v chování- odmítání rad a kritiky, vyhýbání se společnosti jiných lidí,
- depersonalizace- ztráta kontaktu s vlastními životními cíly a hodnotami,
- prázdnota- zoufalství ze selhání a dopadu „až na dno“. Počínající frustrace,
- deprese- zoufalství z pocitu, že nic nefunguje, nic nemá smysl. Nulové sebehodnocení,
- totální vyčerpání- fyzické, emociální a mentální. Vyčerpání všech zásob energie a zdrojů motivace. Pocit naprosté nesmyslnosti všeho- i marnosti dalšího žití. (in Křivohlavý 1998)

8 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Kallwass (2007) ukazuje na důležitost všímání si symptomů. Nejbližší postiženého si často velice brzy povšimnou, že něco není zcela v pořádku. Někdy i dříve než si toho všimne sám postižený. Lidé, kteří se potýkají s problémy na pracovišti, si většinou své problémy nechávají sami pro sebe, bohužel navzdory jejich snaze se objevují alarmující příznaky jako např. úbytek energie, zdravotní problémy atd. Důležitost je v řešení těchto příznaků.

Christian Stock (2010) dělí příznaky syndromu vyhoření na tři základní symptomy:

8.1 Vyčerpání

Postižený se cítí emočně i fyzicky vysílený. Každý zná původní jevy tělesné únavy. Co však znamená vyčerpání? Existuje několik pojmů, jež tento stav vyjadřují přesněji. Jedná se především o pocity, které bývají spojovány spíše s depresemi. Někteří američtí autoři v této souvislosti používají také výraz „znehucení“.

Obrázek 2: Znaky vyčerpání při syndromu vyhoření

Emoční	Fyzické
<ul style="list-style-type: none">• sklíčenost• bezmoc• beznaděj• ztráta sebeovládání, např. nekontrolovatelný pláč nebo podrážděnost doprovázená výbuchy vzteku• pocity strachu• pocity prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení	<ul style="list-style-type: none">• nedostatek energie, slabost, chronická únava• svalové napětí, bolesti zad• náchylnost k infekčním onemocněním• poruchy spánku• funkční poruchy, např. kardiovaskulární a zažívací potíže• poruchy paměti a soustředění• náchylnost k nehodám

Zdroj: STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 11

8.2 Odcizení

Člověk trpící syndromem vyhasnutí má ke své práci a svému okolí, odosobněný, téměř lhostejný postoj. Dříve převládal názor, že vyhoření postihuje zejména takzvané sociální profese, neboť ty představují pro zaměstnance výraznou emoční zátěž- např.

zdravotní sestry, sociální pracovníky, učitele. Není těžké si představit, že zvlášť v sociální sféře může distancovaný přístup ke klientům vést k závažným problémům.

Nyní se však ukazuje, že odcizení vůči kolegům a nadřízeným pociťují zaměstnanci také v jiných oblastech. Tím lze vysvětlit různé jevy jako například nepříznivé pracovní klima či vnitřní rezignaci a pasivitu pracovníků. Pod pojmem odcizení rozumíme postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční pracovní nadšení pomalu slábne a na jeho místo nastupuje cynismus. Zákazníci či klienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako „obtížný hmyz“.

Zvláštním projevem odcizení je přezíravý postoj člověka k jeho okolí, který může v krajním případě přerůst až v pohrdavé, sarkastické a agresivní chování. Ruku v ruce s ním jde často nechuť stýkat se jak s kolegy, tak s klienty.

Pracovní nasazení jedince, jenž dříve býval velmi snaživý, se snižuje na minimum, neboť na jednu stranu pociťuje zklamání a frustraci, na druhou stranu je skutečně tak vyčerpaný, že už zkrátka nemůže dál.

Chronická, dlouhodobá zátěž se negativně podepisuje také na soukromé sféře. Postižený si přenáší pracovní problémy domů a rodina i přátelé si začínají všimnout určitých změn. Dotyčný může být např. podrážděný nebo naopak apatický. V extrémních případech dochází ke zpretrhání všech dosavadních sociálních vazeb a k dobrovolné izolaci (když se ozvou přátelé, nemá dotyčný již zájem cokoli s nimi společně podnikat).

Obrázek 3: Projevy odcizení při syndromu vyhoření

• negativní postoj k sobě samému
• negativní postoj k životu
• negativní vztah k práci
• negativní vztah k ostatním
• ztráta schopnosti navázat a udržet společenské vztahy
• ztráta sebeúcty
• pocit vlastní nedostatečnosti
• pocit méněcennosti

Zdroj: STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 11

8.3 Pokles výkonnosti

Nízká efektivita spočívá v tom, že jedinec ztratil důvěru ve vlastní schopnosti a z profesního hlediska se považuje za neschopného. Jde sice jen o jeho subjektivní hodnocení, nicméně k jistému oslabení výkonu většinou skutečně dochází. Snížení produktivity je třetím důležitým příznakem syndromu vyhoření. Postižený nyní k provedení úkonů, jež dříve bez problémů zvládal, potřebuje mnohonásobně více času a energie.

Postupně se prodlužuje doba nutná k regeneraci organismu- to znamená, že dovolená nebo prodloužený víkend mu již nestačí k tomu, aby si odpočinul a nabral nové síly.

Obrázek 4: Projevy poklesu výkonnosti při syndromu vyhoření

Zdroj: STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 12

9 LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ

Na léčbě a terapii duševních poruch se podílí mnoho odborníků z řad psychiatrie, klinické psychologie, ale i např. rodinný příslušníci jakožto nejbližší okolí pacientů. Léčbu a terapii rozděluje do dvou hlavních skupin Mlčák (2003).

9.1 Psychiatrická léčba

Psychiatrická léčba duševních poruch je z velké části dosud založena na využití psychofarmak, což jsou léky příznivě ovlivňující psychické funkce a psychopatologické příznaky. Těchto léků existuje dnes velké množství a jejich počet se stále rozrůstá. K nevýhodám psychofarmakologické terapie patří především jejich četné vedlejší příznaky.

I přes velké množství psychofarmak existuje několik základních skupin:

- psychostimulancia- budivý vliv na CNS,
- hypnotika- tlumivý vliv na nervovou soustavu (poruchy spánku),
- nootropika- zlepšení metabolismu mozkových buněk, upravují činnost CNS,
- anxiolytika- snížení psychické tenze, úzkosti a strachu,
- antidepressiva- v dnešní době velice moderní, pozitivně ovlivňují příznaky chorobného smutku,
- dysforika- normalizace manických stavů,
- neuroleptika- léčba psychotických poruch.

Kromě psychofarmakologické léčby uvádí Mlčák (2003) i elektrokonvulzivní léčbu, která spočívá v aplikacích elektrických šoků. Ty se užívají k příznivému ovlivňování depresivních a schizofrenních poruch.

Na psychiatrickou léčbu navazuje léčebná, pracovní a sociální rehabilitace. Úkolem této rehabilitace je naprostá obnova zdraví či kompenzace narušené oblasti.

9.2 Psychoterapie

Vymětal (2010) rozděluje psychoterapii na 5 nejdůležitějších psychoterapeutických směrů a přístupu.

- Rogersovská psychoterapie- terapie, která je řízená především klientem. Zaměřená hlavně na rozhovor.
- Kognitivně- Behaviorální psychoterapie- důraz je kladen na sebeřízení a sebekontrolu.
- Psychoanalytická psychoterapie- dělí se především na krátkodobou psychoanalytickou (psychodynamickou) terapii a na středně či dlouhodobou podpůrnou terapii.
- Systematická psychoterapie- řadí se mezi hlavní psychoterapeutické proudy

Mlčák (2003) upozorňuje na neexistující jednotnou definici psychoterapie, uvádí však vymezení psychoterapie jako léčebné působení na nemoc, poruchu či anomálii za pomoci psychologických prostředků, které má charakter cílevědomé a odborné fundované činnosti. K psychologickým prostředkům patří např. prostředky verbální a nonverbální komunikace, učení, hypnóza apod.

Psychoterapii pak dále diferencuje na direktivní psychoterapii, při které terapeut na klienta působí přímým usměrňováním prostřednictvím příkazů, rad či zadáváním konkrétních úkolů, a nondirektivní psychoterapii, při které psychoterapeut vystupuje jako ten, který na klienta působí nepřímým, že vytváří vhodné prostředí, nenápadně podporuje klienta k samostatné aktivitě, neudílí však přímé rady ani úkoly.

Při podpůrné psychoterapii se terapeut pokouší poskytnout klientovi svou oporu, při rekonstrukční psychoterapii je jeho cílem hlubší změna v osobnostní struktuře a dynamice klienta.

Důležitým členěním je rozlišování mezi individuální psychoterapií, která je zaměřena na jednotlivce, psychoterapií skupinovou, při níž se k léčbě psychických poruch využívá jevů skupinové dynamiky. Zvláštním případem psychoterapie skupinové je rodinná psychoterapie, která probíhá za přítomnosti všech členů rodiny.

Významným faktorem pro psychoterapii je kvalita prostředí, ve kterém se psychoterapie uskutečňuje. Na čem záleží nejvíce, je to, aby se klient cítil bezpečně a sebejistě.

Mlčák (2003) pak dále psychoterapii dělí na tři základní metateoretické směry:

- hlubinná psychoterapie- zkoumání geneze z hlediska životní historie člověka a jeho intrapsychické dynamiky, v níž se sledují především pudové a nevědomé tendence. Zde se především zkoumá rané dětství klienta, zejména vztah k rodičům a sourozencům. Hlavním cílem této terapie je pomoci klientům nahlédnout do nevyřešených dětských přání, a pomoci rozvinout více dospělé vzorce chování a vztahů,
- behavioristická psychoterapie- zdůrazňuje spíše přítomný, konkrétně definovaný problém, který se pokouší zvládnout. K tomu využívá řadu přehledně propracovaných metod a technik vyžadujících spíše direktivní přístup. Od klientů je vyžadována aktivní spolupráce, plnění úkolů a dodržování pokynů,
- humanistická psychoterapie- zaměřuje se hlavně na všestrannou kultivaci růstových potencialit osobnosti klienta s důrazem na jeho hodnotovou orientaci a potřebu seberealizace. Humanistická psychoterapie zdůrazňuje jedinečnost člověka a jeho schopnost samostatného, svobodného a odpovědného rozvoje. Terapie klade důraz na přítomnost a terapeut je zde chápán jako empatická osoba, se kterou se klient bezprostředně setkává.

Psychoterapeuti využívají k ovlivňování psychických poruch široké škály psychoterapeutických metod. Patří k nim především metody racionální, sugestivní, hypnotické, abreaktivní, relaxační, nácvikové, psychoanalytické, interpersonální.

Vašina (2008) rozdělil a popsal metody relaxační takto:

- 22 -ti bodová relaxace
 1. špičky nohou, 2. celá chodidla, 3. lýtkové svalstvo, 4. stehenní svalstvo, 5. oblast kyčlí, 6. základna páteře, 7. celá pánev, 8. břicho, 9. hrudník, 10. ramena, 11. prsty rukou, 12. dlaně, 13. předloktí, 14. nadloktí, 15. krk, 16. brada a ústa, 17. nos a tváře, 18. oči a okolí očí, 19. uši a oblast za ušima, 20. zátylí, 21. temeno hlavy, 22. čelo,
- relaxace jednotlivých oblastí
 1. Po krátkém zklidnění v relaxační poloze si uvědomíme celou pravou nohu, od špičky až po kyčelní kloub, a vědomě ji uvolníme. Několik vteřin setrváme a procíťujeme celou uvolněnou nohu. Vnímáme příjemné pocity, které se

vytvářejí na základě uvolnění. 2. Stejným způsobem relaxujeme nohu levou. 3. Přejdeme na relaxaci pravé paže, kterou si opět nejprve uvědomíme od konečků prstů až po ramenní kloub a potom uvolníme obdobně jako nohy. 4. Totéž provádíme u ruky levé. 5. Uvědomíme se celou oblast trupu, provedeme hluboký, ale nenásilný nádech, během kterého se soustředíme na rozpínání břišní stěny a hrudníku a s výdechem tyto oblasti uvolňujeme. 6. Uvědomujeme si uvolnění všech relaxovaných částí a oddáváme se pocitu hluboké relaxace. Jestliže v tomto uvolnění setrváme bez rušivých projevů, přesouvá se relaxace samovolně po krátké době také do oblasti hlavy,

- relaxace tíhová

Provádí se v lehu na zádech tím způsobem, že se nejprve koncentrujeme na určenou část těla, dostatečně si ji uvědomíme a provádíme určitý pohyb spojený s prožitkem tíže a následným uvolněním,

- relaxace s koncentrací na dech

Provádíme v lehu na zádech, v uvolněné poloze, kdy nejprve provedeme několik hlubokých, pomalých dechů. Začínáme se koncentrovat na motorickou stránku dechu, tzn., že procítujeme dýchací pohyby břišní stěny a hrudníku a snažíme se nenásilně, aby tyto vjemy byly jediným obsahem naší mysli,

- relaxace dotyková

Provádí se většinou v lehu na zádech tak, že se koncentrujeme na určité části těla, procítujeme jejich dotek s podložkou a uvědomujeme si pocity, které v místě dotyku vznikají. Doba koncentrace na jednotlivé části je zhruba 2- 5 vteřin. Relaxační postup se provádí nejprve na pravé polovině těla a potom na levé,

- relaxace s napětím

Tento způsob relaxační techniky se využívá k uvolnění předchozího vědomého napětí v určité části těla, které může být způsobeno určitým pohybem. Základní polohou je leh na zádech, je možno však využít i leh na břiše, na boku i sed, a lze ji praktikovat i ve stoji s tím, že při vytváření napětí a uvolnění v jedné noze spočívá váha těla na druhé,

- kaja- krija

Jedná se o jednoduchou uvolňovací techniku, která umožňuje navození relaxace pomocí opakování přetáčivých pohybů. Lze ji využít např. i v těch případech, kdy ostatní relaxační techniky nejsou dostatečně zvládnuty,

- relaxace vnitřních orgánů

Uvolnění jednotlivých orgánů provádíme tak, že se soustředíme na příslušnou část těla, nezůstáváme však vědomím na povrchu, ale snažíme se proniknout na úroveň vnitřních orgánů. U každého jednotlivého orgánu setrváváme zhruba 4- 5 vteřin a snažíme se danou oblast uvolnit. Připojíme i mentální pokyn k uvolnění určitého orgánu. Na příklad „uvolňuji žaludek“. V žádném případě by snaha po procítění nebo vybavení určitého orgánu neměla vyvolávat mentální napětí a také pokyn k uvolnění je velice jemný,

- relaxace mozku

Tento druh relaxace představuje prostředek umožňující prevenci migrén a podobných potíží a zároveň možnost rychlého psychického osvěžení. Je možno jej použít i v případě již počínajících bolestí hlavy,

- relaxace s představou slunce

Tento relaxační postup vedle možnosti uvolnění představuje i prostředek k vitalizaci celého organismu. Nejvhodnější polohou pro jeho provádění je leh na zádech. Nejprve provedeme několik hlubokých, nenásilných dechů a krátké uvolnění celého těla. Dále si nastolíme představu slunečního kotouče v barvě žluté, zlaté nebo oranžové a umístíme jej do oblasti solárního plexu. Představa musí být nenásilná a nesmí v nás vytvářet pocit napětí nebo usilovné snahy. S každým nádechem se soustředíme do imaginárního slunečního disku v oblasti pupku a procítujeme zde místo koncentrované energie. S každým výdechem tuto energii rozvádíme paprskovitě do celého těla, včetně jeho periferních oblastí. Současně s představou paprsků šířících se tělem, prožíváme uvolnění a vitalizaci celého organismu.

Dále existují i speciální formy psychoterapií, do kterých se řadí např.:

- muzikoterapie- léčba pomocí hudby, zpěvu písní, či hraní na hudební nástroje,
- arteterapie- léčba pomocí výtvarných prostředků, jako jsou např. obrazy, sochy, kresby,
- ergoterapie- využívá řízených pracovních činností různého druhu.

Léčbu syndromu vyhoření provádí především psychoterapeuti, psychologové a ostatní terapeuti. Stejně jako při léčbě duševních poruch se využívá různých metod. Důležité pro úspěšnou léčbu je to, aby si sám postižený uvědomil svůj problém a nesnažil se ho dále skrývat. Vždy je léčba individuální a zohledňuje se také to, v jaké fázi syndromu vyhoření se klient nachází, v jaké profesi pracuje a jaký je jeho současný zdravotní i psychický stav.

Křivohlavý (2001) rozděluje prevenci burnout syndromu na externí a interní. Interními metodami označujeme prevenci zaměřenou na osoby syndromem ohrožené. K vyhoření dochází u lidí, kteří svou činnost zaměřují pouze jednostranně. Prevencí v těchto případech je v podstatě rozložení zaměření člověka na různé cíle, nemít jediný cíl života, ale vidět jej v širším úhlu pohledu.

Externími metodami upravují vnější podmínky, které mohou významně ovlivnit rozvoj či naopak ústup syndromu. Faktory sociálního prostředí jsou nejvýznamnějším prvkem, který syndrom vyhoření ovlivňuje.

Bartošíková (2006) uvádí další postupy dělení prevence a zaměřuje se na prevenci syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce. Osobní prevence představuje zejména systém sebedůvěry a podpory sama sebe, vytvoření si vlastního smysluplného a příjemného života mimo pracovní roli. Základní myšlenkou je, že člověk není schopen starat se zodpovědně o druhé, pokud se sám nepostará o sebe. Nejdůležitější je si najít a udržet rovnováhu mezi zátěží a posilou organismu po stránce fyzické i psychické. Je nezbytné prověřovat a upevňovat svou sociální síť, ale také hodnotit a upravovat požadavky na sebe i okolní svět.

Nejdůležitější je pečovat sám o sebe a myslet hlavně na své potřeby. Je důležité, aby klient uměl požádat o pomoc v případech, kdy jeho síly již nestačí. Musí vědět, že žádost o pomoc není projevem selhání. Dalším faktorem oddalující rozvoj burnout syndromu je efektivní rozložení času, zvládnutí stresu, kontrola činnosti a výsledků. Sport, při kterém se uvolňují hormony „štěstí“. Odměna za práci a vztahy na pracovišti jsou také neopomenutelné.

Nedílnou součástí je vyhýbání se rutině a stereotypu, což zahrnuje obměňování postupů a zkoušení nových věcí.

Bartošíková (2006) dále upozorňuje na důležitost odpočinku. Před spaním doporučuje zrekapitulovat si svůj uplynulý den, zaměřit se na pozitivní věci, které se

v ten daný den stali. Jak je známo, po námaze by měl přijít zasloužený odpočinek, aby se tělo zregenerovalo, odpočinkem zde můžeme chápat např. posezení s přáteli, procházka, relaxace u hudby apod.

Yvonne Lucká, Lubomír Koblík uvádí možné inspirace pro prevenci syndromu vyhoření. Vycházejí z typologie vývojových potřeb.(in Vodáčková a kol. 2002)

- možné inspirace pro uspokojení potřeby místa,
 - základním místem je naše vlastní tělo
 - pro uvolnění bloků a napětí jsou ideální např. masáže těla
 - pro očištění místa je vhodné např. větrání
 - neskladujte nepotřebné věci, své místo si dobře uspořádejte
- možné inspirace pro uspokojování potřeby podpory,
 - uče se využít podpory ostatních v těžkých situacích
 - zvyšujte své kompetence, konzultujte své úspěchy i neúspěchy
- možné inspirace pro uspokojování péče,
 - dopřejte si různé formy péče o vlastní tělo např. plavání, jóga atd.
 - nezapomínejte na své bazální potřeby- jídlo, pití atd.
 - dopřejte si odpočinku
 - nezapomínejte na své koníčky, záliby
- možné inspirace pro uspokojení potřeby bezpečí a limitu.
 - naučte se rozlišovat, co je pro vás bezpečné a co naopak riskantní
 - naučte se odmítat to, co je pro vás nebezpečné
 - najděte svou osobní hranici mezi prací a odpočinkem
 - dokončujte svou práci

10 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Bartošíková (2006) uvádí, že každý by o sebe měl pečovat, relaxovat, věnovat se koníčkům a zálibám. Relaxace je chápána jako opačný stav napětí. Podstatou relaxace je uvědomělé uvolnění. Každý by měl myslet sám na sebe a na své potřeby, které k životu potřebuje. Pokud se člověk nemá rád, upadá do konfliktu, ve kterém spotřebovává příliš mnoho energie.

10.1 Obecné zásady prevence

Pozitivní:

- vymezit své cíle, stanovit si priority jak v osobním, tak pracovním životě,
- pěstování a uchování zájmů a zálib mimo práci,
- vyhýbat se stereotypům,
- eliminovat stresové situace,
- žít zdravě,
- umět formulovat své přání a potřeby,
- umět odpustit sama sobě.

Negativní:

- přebírat problémy ostatních,
- nepřiměřená sebekritika.

Špatenková (2004) uvádí přínosné zásady prevence syndromu vyhoření takto:

- schopnosti reflexe a sebereflexe,
- podpora v pracovním týmu,
- týmová setkání, rozbor situací, komunikace,
- rovnováha mezi osobním a pracovním životem,
- prohlubování profesních znalostí,
- rozvoj zálib a volnočasových aktivit,
- soustředit se na pozitivní stránky své práce.

Křivohlavý (1998) uvádí drobné rady pro prevenci a zvládnutí. Tyto rady se zdají být opravdu jako nedůležité, ale po zamýšlení určitě stojí za to je zmínit. Jde hlavně o

humor. Je dokázáno, že lidé, kteří smysl pro humor nemají, vyhořívají rychleji a snadněji, než ti, kteří smysl pro humor mají. Další radou je dekomprese, jde o tlak a stísnění v situacích stresu. Pokud takovéto situace nastanou, je nutné uvolnění napětí-dekomprese. Zájem o vlastní zdraví- existují lidé, kteří si neodpočinou jen proto, že si myslí, že ostatní lidé si budou myslet, že je líný, toto je ale mylná představa. Je důležité odpoutat se od zájmu na názorech druhých lidí a myslet na vlastní zdraví. Relaxace- uvolnění napětí, které vzniká během dne. Uvolnění např. koupelemi, sportem, masážemi, ale i různými kurzy relaxace v psychoterapeutických poradnách. Pracovní porady- umožňují osobní styk pracovního týmu. V pořádání porad musí být vedoucí pracovník opatrný hlavně v množství a délce jejich trvání. Pokud se pracovní porady konají častěji a jsou časově náročnější, může dojít k opačnému efektu.

10.2 Supervize, její funkce a druhy

Havrdová (2008) popisuje supervizi jako jednu z možností předcházení syndromu vyhoření. Termín supervize se původně vztahoval na každou situaci, ve které zkušenější osoba dohlíží na jinou osobu.

Dle Hawkinse a Shoneta (2004) je supervize ústřední forma podpory a součást našeho profesního učení a vývoje. Postupem času se i my můžeme stát supervizory. Vlastností dobrého supervizora je ta, že nám může lépe pomoci ve využívání vlastních zdrojů a tím si lépe poradíme s objemem práce.

Supervize má tři hlavní funkce:

- vzdělávací- týká se rozvoje dovedností a porozumění,
- podpůrná- snaha reagovat na fakt, že na všechny působí nevyhnutelně zoufalství a bolest klientů,
- řídicí- má funkci kontroly kvality, supervizoři v tomto případě nesou odpovědnost za nesprávně vykonanou práci.

Funkcí supervize je hlavně rozvoj dovedností, porozumění a snaha reagovat na skutečnost.

Autoři popisují druhy supervizí, které dělí na:

- výukovou supervizi- supervizor jako učitel,
- výcvikovou supervizi- důraz na vzdělávací funkci, supervidovaní jsou v jakési učňovské roli,
- řídicí supervizi- supervizor je také nadřízeným supervidovaných,
- poradenskou supervizi- supervidovaným zůstává odpovědnost za práci, kterou vykonávají se svými klienty, se supervizorem probíhá pouze konzultace otázek, které chtějí rozebrat.

11 EMPIRICKÝ VÝZKUM

11.1 Výzkumný cíl

Cílem výzkumu je zjistit, zda osoby, trpící syndromem vyhoření, subjektivně popisují jeho příznaky shodně či rozdílně s popisem, definovaným odbornou literaturou.

Tento výzkum si klade za cíl zjistit, zda osoby, prokazatelně postižené syndromem vyhoření, popisují subjektivně jeho příznaky shodně či rozdílně s tím, jak jsou vymezeny v odborné literatuře.

11.2 Volba typu výzkumu a použitá výzkumná metoda

K řešení výzkumného problému jsem zvolila jednoduchý kvantitativní výzkum, konkrétně dotazníkovou metodu.

Zkoumaným osobám byl aplikován anonymní dotazník, kterým bylo zjišťováno, zda a v jaké míře respondenti charakterizují příznaky syndromu vyhoření shodně či rozdílně s odbornou literaturou.

11.3 Výzkumné otázky

Jak již bylo uvedeno, respondentům byl aplikován dotazník, na nějž odpovídali pomocí Likertovy škály.

Tázaným bylo předloženo několik výroků, které hodnotili pomocí pětibodové škály, pomocí níž vyjadřovali, zda s daným výrokem souhlasí. Likertova škála umožňuje zjistit nejen obsah postoje, ale i jeho přibližnou sílu.

Respondenti se vyjadřovali k následujícím výrokům:

Výzkumná otázka č. 1- Vaše pracovní nasazení bylo vysoké, přesto se nedostavoval dobrý pocit z vaší práce.

Výzkumná otázka č. 2- O své práci jste se vyjadřoval(a) spíše negativně než pozitivně.

Výzkumná otázka č. 3- Často Vás přepadl pocit smutku, osamění či zoufalství.

Výzkumná otázka č. 4- Rozčítit Vás bylo snadné.

Výzkumná otázka č. 5- Přítomnost ostatních lidí, včetně rodiny Vás obtěžovala.

Výzkumná otázka č. 6- Kontakty s okolím jste postupem času omezil(a).

Výzkumná otázka č. 7- Vaše koníčky či záliby Vás přestaly bavit.?

Výzkumná otázka č. 8- K partnerovi (partnerce) jste se choval(a) chladně, o sex jste neměl(a) zájem.

Výzkumná otázka č. 9- Výskyt zdravotních potíží se u vás zvyšoval.

11.4 Charakteristika výzkumného vzorku

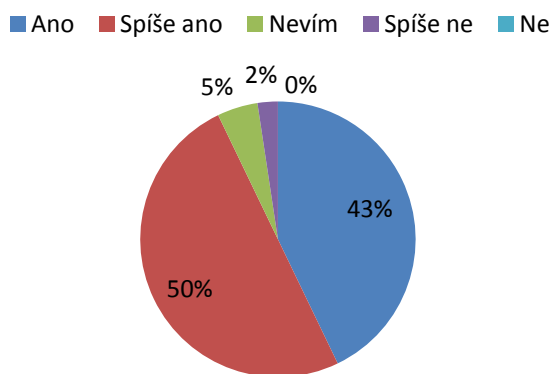
Pro splnění zadaného cíle bylo nutné získat respondenty, kterým byl syndrom vyhoření diagnostikován odborníkem. Protože výzkum byl anonymní, oslovila jsem odborníky z řad psychiatrů a psychologů v okolí mého bydliště, kteří jsou v kontaktu s osobami trpícími syndromem vyhoření. Výzkumu se zúčastnilo 42 respondentů, mužů i žen různého věku, tyto údaje nebyly pro výzkum důležité, proto nebyly dotazníkem zjišťovány.

11.5 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal v době od začátku měsíce listopadu 2013 do konce měsíce ledna 2014. V listopadu jsem dotazníky předala do ambulancí, během ledna mi byly vyplněné navraceny zpět, poté proběhlo jejich zpracování. Pět dotazníků bylo z výzkumu vyřazeno, důvod jejich vyřazení bylo jejich neúplné vyplnění.

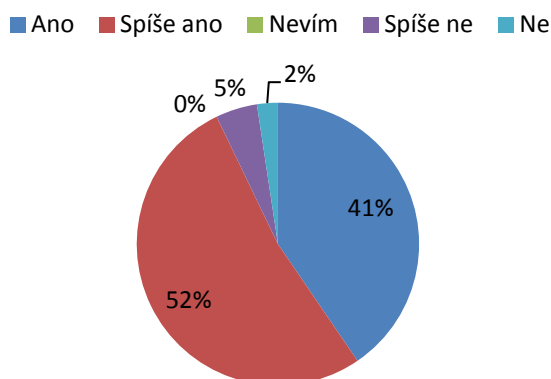
12 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE DAT

Graf 1: Vaše pracovní nasazení bylo vysoké, přesto se nedostával dobrý pocit z vaší práce.



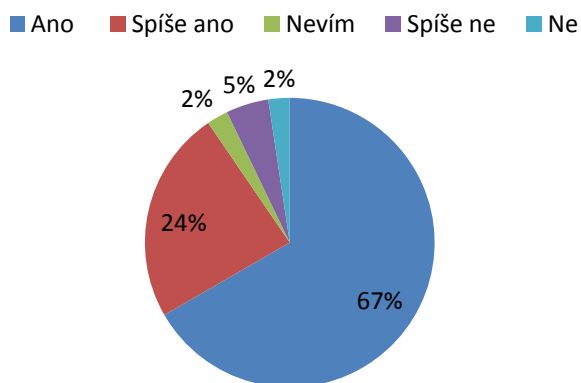
Z výsledku první otázky je patrné, že 50% a 43% dotazovaných, kteří zvolili odpověď „Ano“ či „Spíše ano“, souhlasí s tvrzením, že se u nich dobrý pocit z odvedené práce nedostával. Ostatní možnosti „Nevím“ 5%, „Spíše ne“ 2% a „Ne“ 0%. Získaná data poukazují na nedostatek pocitu naplnění z vlastní práce u převážné většiny osob, trpících syndromem vyhoření, což shodně popisuje odborná literatura.

Graf 2: O své práci jste se vyjadřoval(a) spíše negativně než pozitivně.



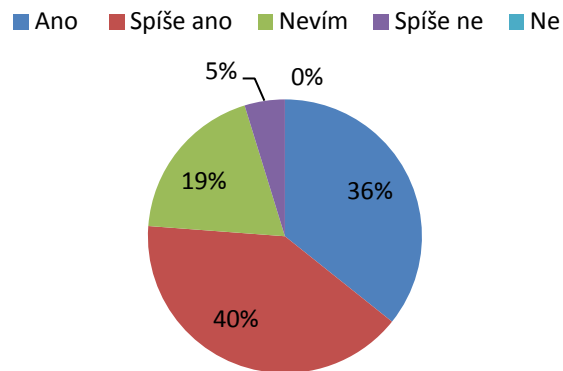
Na druhý výrok reagovali dotazovaní v počtu 52% „ano“. 41% „spíše ano“. Možnost „nevím“ nezvolil nikdo. Záporně tedy „spíše ne“ odpovědělo 5% a variantu „ne“ zvolily 2% dotazovaných. Většina s výrokem souhlasila, čímž potvrdila shodu s odbornou literaturou.

Graf 3: Často Vás přepadal pocit smutku, osamění či zoufalství.



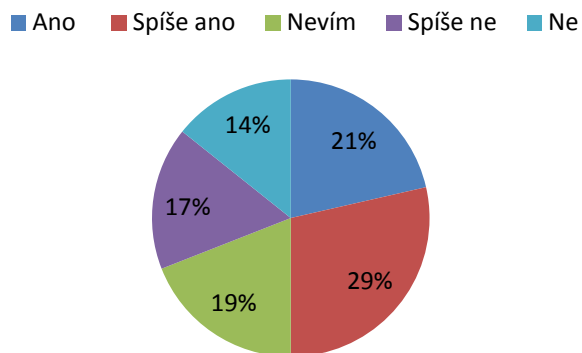
Počet osob, které souhlasily s tímto tvrzením, 91% tázaných souhlasilo s tím, že je přepadal pocit smutku, osamění či zoufalství, z nichž celých 67% zcela souhlasí, jasně vyjadřuje přítomnost těchto příznaků u dotazovaných, čímž se jejich popis shoduje s popisem v odborné literatuře.

Graf 4: Rozčítit Vás bylo snadné.



Jak je patrné z tohoto grafu, více než polovina respondentů označila varianty „ano“ a „spíše ano“. Osobně jsem byla velice překvapena, že 19% tázaných svůj postoj k tomuto jasně formulovanému výroku charakterizovalo možností „nevím“. Toto lze vysvětlit tím, že si osoby postižené syndromem vyhoření své počiny mnohdy nepřipouštějí nebo si jich vůbec nejsou vědomi. „Spíše ne“ odpovědělo 5% a „ne“ neodpověděl nikdo. Shoda s odbornou literaturou je evidentní.

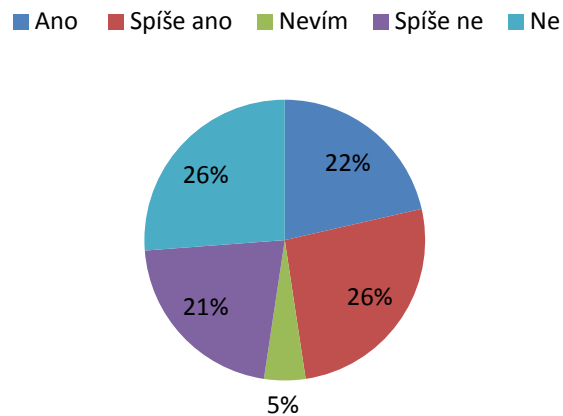
Graf 5: Přítomnost ostatních lidí, včetně rodiny Vás obtěžovala.



Graf 5 ukazuje, že se polovina respondentů s tímto tvrzením ztotožňuje. „Ano“ odpovědělo 21%, „spíše ano“ 29% tázaných. Odpověď „nevím“ zastává v grafu 19%, „spíše ne“ 17% a „ne“ odpovědělo 14% osob. Míra shody s odbornou literaturou je, dle součtu počtu zvolených možností „Ano“ a „Spíše ano“, přesně 50%.

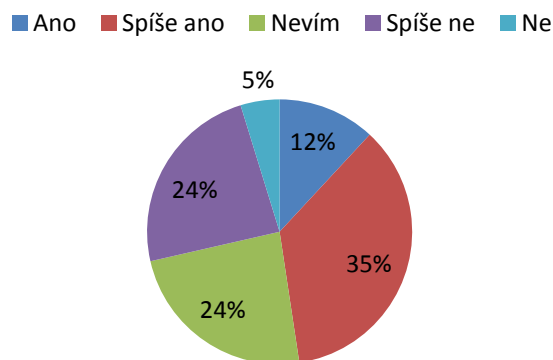
Výrok byl takto formulován záměrně, výsledek jasně dokazuje to, že lze očekávat markantnější rozdíly, jde-li o vztahy k okruhu osob postiženému nejbližších. Z grafu je také patrné, že existují odchylky subjektivního vnímání od literatury.

Graf 6: Kontakty s okolím jste postupem času omezil(a).



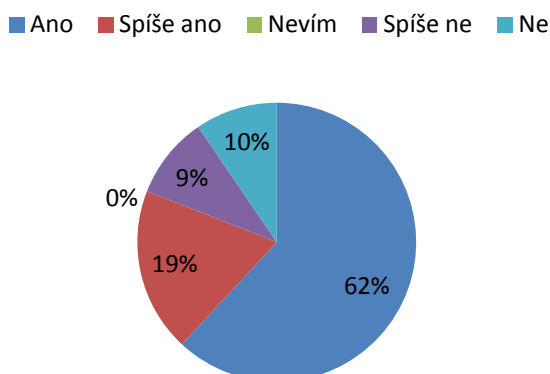
Tímto výrokem respondenti potvrdili svá stanoviska k výroku předešlému, je patrné, že ti, kteří souhlasili s tvrzením, že je přítomnost ostatních lidí obtěžovala, také omezili kontakty se svým okolím, na což poukazuje 48% těch, kteří zvolili variantu „Ano“. 47% těch, kteří kontakty s okolím neomezili 5%, kteří nevěděli, nevnímali přítomnost ostatních lidí negativně.

Graf 7: Vaše koníčky či záliby Vás přestaly bavit.



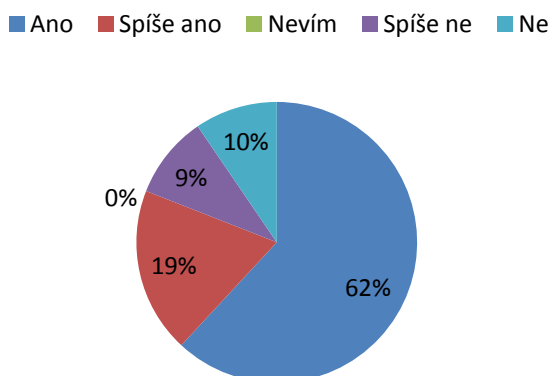
Z odpovědí je zřejmé, že úbytek koníčků a zálib není tak jednoznačný. 12% odpovědělo „Ano“, 35% „Spíše ano“, „Nevím“ zvolilo 24%, „spíše ne“ 24% a „ne“ 5% respondentů, proto lze konstatovat, že postižení o své koníčky a záliby nepřestali mít zájem.

Graf 8: K partnerovi (partnerce) jste se choval(a) chladně, o sex jste neměl(a) zájem.



Ztrátu zájmu o partnera a sex potvrzuje 62% respondentů, kteří odpověděli jednoznačně „Ano“, „Spíše ano“ odpovědělo 19%, „Nevím“ ne zvolil nikdo, „Spíše ne“ 9% a „Ne“ odpovědělo 10%. Většina dotazovaných zájem o partnera a sex ztratila.

Graf 9: Výskyt zdravotních potíží se u vás zvyšoval.



62% respondentů odpovědělo „Ano“, 19% „Spíše ano“, „Nevím“ ne zvolil nikdo, „spíše ne“ 9% a „ne“ 10% osob, které dotazník vyplnily. Zde je výsledkem jasně patrná shoda s odbornou literaturou, v níž je větší výskyt zdravotních obtíží jmenován jako jeden z hlavních příznaků syndromu vyhoření.

13 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Dotazníkovou metodou se mi podařilo získat potřebné informace, ze kterých bylo možné vyvodit odpověď na zvolený výzkumný cíl, který jsem si stanovila na začátku výzkumu a to, zda osoby trpící syndromem vyhoření, subjektivně popisují jeho příznaky shodně či rozdílně s popisem definovaným odbornou literaturou.

K otázce č. 1 si mohu dovolit říci, že 93 % dotazovaných se přiznalo, že jejich pracovní nasazení byt' bylo vysoké, pocit uspokojení z vykonané práce se nedostavoval. K této otázce zhruba jedna desetina dotazovaných přidala, že tímto příznakem trpěli déle než 3 roky.

V otázce č. 2 uvádí stejné procento respondentů, že při syndromu vyhoření se o své práci vyjadřovali spíše negativně a často si stěžovali na podmínky v práci. Pouhých 7 % dotazovaných s touto otázkou nesouhlasilo. Což by se dalo vysvětlit tím, že u nich probíhala jiná fáze vyhoření.

U otázky zda byli dotazovaní při průběhu syndromu vyhoření smutní, osamělí či zoufalí jsem se už nezaměřovala na práci jako takovou, ale spíše na osobní život. Z výsledků je patrné, že 91% se cítilo frustrovaně.

Výsledky u otázky, zda u postižených bylo rozčilení snadné, mě velice překvapily. Většina tázaných souhlasila, 19% však nebylo schopno odpovědět jednoznačně a proto zvolili odpověď „nevím“. Tato situace lze vysvětlit tím, že si osoby postižené burnout syndromem své příčiny mnohdy nepřipouští nebo si je vůbec neuvědomují.

U otázky č. 5 je zajímavé, že rozdíly ve výsledcích nejsou tak patrné jako u předešlých grafů. Formulace této otázky byla záměrná. Výsledek jasně dokazuje, že lze očekávat markantnější rozdíly mezi vztahy v okruhu nejbližších osob.

Kontakty s okolím postupem času omezilo 48% dotazovaných. Což se opět shoduje s popisem odborné literatury, která omezení kontaktu s okolím popisuje jako jeden z hlavních příznaků burnout syndromu. Zajímavé je, že u předešlé otázky odpovědělo 19 % dotazovaných „nevím“ a z toho většina se v této otázce přidala ke skupině, která odpověděla, že kontakt s okolím neomezila.

Z výsledků u otázky č. 7 zda dotazovaní přestali mít zájem o své koníčky a záliby je patrné, že zájem o oblíbené aktivity nebyl razantně upadající. Těmto odpovědím

přisuzují značnou pozornost, neboť zájem o záliby je jednou z důležitých prevencí jak předcházet syndromu vyhoření.

Ztrátu zájmu o partnera a sex potvrzuje 62% respondentů. 5 osob trpící syndromem vyhoření, kteří odpověděli na otázku „spíše ne“ a „ne“ partnera nemají a o sex nejeví žádný zájem.

Výskyt zdravotních potíží, což je opět jedním z hlavních příznaků syndromu vyhoření potvrdilo 81 %. „Nevím“ ne zvolil nikdo, to lze přisuzovat tomu, že osoby trpící burnout syndrom si uvědomují, jestli se potíže horší či lepší a zda-li nějakými zdravotními potížemi trpí. Uvědomění si zdravotních potíží je individuální.

Závěr výzkumu jasně prokazuje, že ve většině případech se příznaky popisované v odborné literatuře shodují s průběhem burnout syndromu u postižených. Pouze v několika málo případech se popis liší, což přisuzuji tomu, že u postižených probíhala jiná fáze vyhoření.

14 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Nejdůležitějším doporučením je, aby se s problematikou duševních poruch a syndromem vyhoření seznámilo co nejvíce populace, nejlépe hlavně lidé, kteří pracují v profesích, které jsou nejvíce ohrožené syndromem vyhoření.

Důležité je seznámení s rizikem vzniku syndromu vyhoření jeho prevencí a léčbou. Toto seznámení může být formou samostudia odborné literatury, internetu či přednášek v rámci supervize.

Jelikož je syndrom vyhoření úzce spjat s pracovním prostředím, je potřeba vytvořit takové pracovní podmínky, které výskytu budou předcházet, neboť dobré vztahy a „čistý vzduch“ na pracovišti je jedním z hlavních pilířů prevence syndromu vyhoření.

Shrnutí v bodech bych popsala takto:

- udělejte si inventuru vašeho života
- pracovní a osobní život oddělujte,
- udržujte a pěstujte dobré mezilidské vztahy,
- vzdělávejte se v této problematice a učte se,
- žijte zdravě, myslete pozitivně,
- mějte koníčky a záliby, které vás těší,
- relaxujte a odpočívejte v dostatečné míře,
- važte si sami sebe a mějte se rádi.

15 ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se zabývala duševními poruchami, jejich charakteristikou, příčinami, léčbou i prevencí, zaměřila jsem se na syndrom vyhoření. Duševní poruchy i syndrom vyhoření ohrožuje spoustu lidí, zvláště u syndromu vyhoření je velké riziko u pomáhajících profesí, kde se jedná hlavně o poskytnutí pomoci druhým lidem. Z odborné literatury však vyplývá, že pravidlo výskytu převážně u těchto profesí není jednoznačný a tímto syndromem mohou trpět i jinak nemocní lidé a lidé, kteří prožili psychicky náročné životní situace. Mezi nejohroženější profese vzniku syndromu vyhoření se řadí zejména zdravotnický a pedagogický personál a to vzhledem ke každodennímu styku s lidmi, kteří potřebují nebo vyžadují pomoc. Tato skupina lidí v pracovním životě podléhá velkému stresu, který je tu natolik vysoký, že se stává spouštěčem a to jak duševních poruch, tak i syndromu vyhoření.

Cílem teoretické části bylo podat základní informace o duševních poruchách a syndromu vyhoření. Bylo třeba zaměřit se na jejich teoretické zázemí, příčiny vzniku, diagnostiku, léčbu a prevenci z hlediska jedince. Záměrně uvádím, že jsem podala základní informace, protože cílem práce byla komparace právě těchto základů s výsledky empirického výzkumu, proto nebylo třeba podrobněji se duševními poruchami zabývat.

V empirické části jsem dotazníkovou metodou zjišťovala, zda osoby, trpící syndromem vyhoření, subjektivně popisují jeho příznaky shodně či rozdílně s popisem, definovaným odbornou literaturou. Celkově lze říci, že výzkum potvrdil hypotézu a subjektivní vnímání pacientů se shoduje s charakteristikou příznaků syndromu vyhoření tak, jak je uvedena v odborné literatuře. Důležité jsou však také rozdíly, které se v různé míře vyskytly, právě proto, že literatura charakterizuje syndrom vyhoření z hlediska objektivního, postižený jej vnímá subjektivně, a proto je nutné ke každému případu přistupovat individuálně. Ne vždy je totiž jasně patrné, že se u konkrétní osoby rozvíjí syndrom vyhoření a na to je třeba brát zřetel.

Během psaní diplomové práce jsem si prohloubila své znalosti o této problematice a získala nové informace, které mi pomohou ji lépe pochopit. Nejen cíl diplomové práce, splněn byl také můj osobní cíl. Díky informacím, získaným při psaní, mohu lépe posoudit psychický stav mé matky a současně pochopit odraz její psychiky

na fyzickém zdraví. Až postupem času a psaní této práce jsem zjistila, kde byl spouštěč matčinych problémů. Jak se uvádí v odborné literatuře, burnout syndrom může vzniknout z posttraumatického stresu, který před pěti lety právě potkal naši rodinu a to, těžká autonehoda mé sestry, při které málem zemřela. Od té doby matka začala pít alkohol a postupem času se u ní projevovaly psychické a zdravotní problémy, které nakonec vyústili ke ztrátě zaměstnání. Jejími problémy byla např. sociální fobie, těžký oboustranný zápal plic a cirhóza jater. Samozřejmě bylo zabývat se spíše problémy zdravotními, až postupem času se přešlo na řešení psychických problémů a tím se zjistil i syndrom vyhoření. Po dvou letech bez zaměstnání, užívání léků a odvykání závislosti na alkoholu se její psychický i zdravotní stav natolik zlepšil, že získala znovu zájem o styk s lidmi a nastoupila do nové práce.

..

16 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
- ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví- vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
- HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1.
- HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Překlad Helena Hartlová. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, PSYCHIATRICKÉ CENTRUM PRAHA. *Mezinárodní klasifikace nemocí- 10. verze*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
- MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: SPN- Státní pedagogické nakladatelství, 1984. ISBN 14-400-84.
- MLČÁK, Z. *Základy psychopatologie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003. ISBN 80-7042-263-7.
- ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0586-9.
- TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T. *Burn-Out syndrom, Syndrom vyhoření*. Praha: Hestia, 2002.
- VAŠINA, L. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008. ISBN 978-80-87182-00-0.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, s.r.o., 2010. ISBN 978- 80- 247-2667-0.

VODÁČKOVÁ, D., et all. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci i osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

JAHODA, M. *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books, 1958. ISBN 0405119216

17 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Charakteristika jednotlivých fází procesu vyhořívání, tak jak je pozorovatelný u lidí, kteří se dostávají do situace vyhořívání	42
Obrázek 2: Znaký vyčerpání při syndromu vyhoření	44
Obrázek 3: Projevy odcizení při syndromu vyhoření	45
Obrázek 4: Projevy poklesu výkonnosti při syndromu vyhoření	46

18 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Vaše pracovní nasazení bylo vysoké, přesto se nedostavoval dobrý pocit z vaší práce.	52
Graf 2: O své práci jste se vyjadřoval(a) spíše negativně než pozitivně.	53
Graf 3: Často Vás přepadl pocit smutku, osamění či zoufalství.	53
Graf 4: Rozčítit Vás bylo snadné.	54
Graf 5: Přítomnost ostatních lidí, včetně rodiny Vás obtěžovala.	55
Graf 6: Kontakty s okolím jste postupem času omezil (a).	55
Graf 7: Vaše koníčky či záliby Vás přestaly bavit.	56
Graf 8: K partnerovi jste se choval(a) chladně, o sex jste neměl(a) zájem.	56
Graf 9: Výskyt zdravotních potíží se u vás zvyšoval.	57

19 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A- DOTAZNÍK

I

PŘÍLOHY

Příloha A- DOTAZNÍK

Vážení,

ráda bych vás požádala o spolupráci na výzkumu pro mou diplomovou práci na téma „Duševní poruchy a syndrom vyhoření“. Cílem diplomové práce je zjistit, zda osoby, trpící syndromem vyhoření, subjektivně popisují jeho příznaky shodně či rozdílně s popisem, definovaným odbornou literaturou. Poskytnuté údaje budou využity výhradně pro potřeby diplomové práce a nebudou použity jinak než pro vyhodnocení výzkumu. Velice Vám děkuji za ochotu a za Váš čas.

Přečtěte si prosím následující výroky a označte jednu z odpovědí podle toho, zda s výrokem souhlasíte či nikoli.

1- ano 2- spíše ano 3- nevím 4- spíše ne 5- ne

1. Vaše pracovní nasazení bylo vysoké, přesto se nedostavoval dobrý pocit z vaší práce.

Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

2. O své práci jste se vyjadřoval(a) spíše negativně než pozitivně.

Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

3. Často Vás přepadal pocit smutku, osamění či zoufalství.

Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

4. Rozčítit Vás bylo snadné.

Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

5. Přítomnost ostatních lidí, včetně rodiny Vás obtěžovala.

Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

6. Kontakty s okolím jste postupem času omezil(a).

Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

7. Vaše koníčky či záliby Vás přestaly bavit.?

Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

8. K partnerovi (partnerce) jste se choval(a) chladně, o sex jste neměl(a) zájem.

Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

9. Výskyt zdravotních potíží se u vás zvyšoval.

Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Tereza Hitková

Obor: Speciální pedagogika- učitelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Duševní poruchy a syndrom vyhoření

Rok: 2014

Počet stran textu: 60

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů českých použitých zdrojů: 17

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Králová, MBA