

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2009

Barbora Daňková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

na téma

Vztah imunitního systému a psychologických zátěžových jevů

Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Milada Krejčí, CSc.
Vypracovala:	Barbora Daňková
Studijní obor:	Výchova ke zdraví

České Budějovice, duben 2009

University of South Bohemia České Budějovice

Faculty of Education
Department of Health Education

BACHELOR THESIS

The Interaction between Psychological Stress and the Immune
System

Supervisor:	Assoc. Prof. Milada Krejčí, PhD.
Name of the author:	Barbora Daňková
Field of study:	Health Education

České Budějovice, April 2009

BIBLIOGRAFICKÁ IDENTIFIKACE

Název bakalářské práce: Vztah imunitního systému a psychologických zátěžových jevů

Jméno a příjmení autora: Barbora Daňková

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita, České Budějovice

Vedoucí bakalářské práce: doc. PaedDr. Milada Krejčí, CSc.

Rok obhajoby: 2009

Anotace:

Tato práce se zabývá působením nežádoucího stresu na organismus člověka a sleduje reakce imunitního systému na dlouhodobou psychickou zátěž. Cílem je podat přehled o tomto vzájemném působení a poukázat na syndrom vyhoření jako projev oslabení organismu ve všech jeho rovinách. Poznatky o příčinách, příznacích a prevenci syndromu vyhoření jsou zaměřeny na osobnost učitele, jehož profese patří k jedné z nejvíce ohrožených. Výsledky práce potvrdily přítomnost příznaků syndromu vyhoření mezi pedagogy a poukázaly na skutečnost, že stres se nejvíce projevuje ve fyzické rovině jejich vnímání. Tato práce zdůrazňuje, že informovanost o projevech syndromu vyhoření nesporně patří ke znalostem, které směřují k účinné prevenci.

Klíčová slova: imunitní systém, stresor, stres, syndrom vyhoření, výchova, pedagog

BIBLIOGRAPHIC IDENTIFICATION

Title of the thesis: The Interaction between Psychological Stress and the Immune System

Name of the author: Barbora Daňková

Field of study: Health Education

Department: Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia, České Budějovice

Supervisor: Assoc. Prof. Milada Krejčí, PhD.

Year of the presentation: 2009

Annotation:

This work deals with the effect of undesirable stress on human organism and follows the responses of immunity system to long-term psychical burden. The goal is to provide a survey on this interaction and to alert to the burnout syndrome as manifestation of weakening of the organism at all its levels. The knowledge on the causes, symptoms and prevention of burnout syndrome is focused on the personality of the teacher whose profession is included among the most endangered ones. The results of the work confirmed the presence of the symptoms of burnout syndrome among teachers and alerted to the fact that stress is mostly present at the physical level or their perception. This work points out that the information on the manifestations of burnout syndrome is unquestionably included among the knowledge directed at efficient prevention.

Keywords: Immune system, stressor, stress, burnout syndrome, education, pedagogue

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Vztah imunitního systému a psychologických zátěžových jevů“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne2009

.....

podpis

Děkuji vedoucí bakalářské práce, paní doc. PaedDr. Miladě Krejčí, CSc., za odborné vedení a ochotu pomoci při vypracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat paní MUDr. Marcele Kalné za její trpělivost, ochotu a odbornou pomoc při zpracování mé práce a za její nenahraditelný podíl na výzkumu v metodické části.

Obsah

1 ÚVOD	9
2 ZÁKLADNÍ IMUNOLOGICKÉ POJMY	12
2.1 Rozdělení imunity	13
2.2 Imunitní orgány a imunologické buňky.....	14
2.3 Typy imunitních poruch	16
2.4 Vztah imunitního, endokrinního a nervového systému	16
3 CHARAKTERISTIKA PSYCHOLOGICKÝCH ZÁTĚŽOVÝCH JEVŮ .	19
3.1 Základní typy zátěžových situací	19
3.1.1 Znaky stresových zátěžových situací.....	20
3.2 Vymezení pojmu stres, stresové podněty, obecné projevy stresu	21
3.2.1 Druhy stresu z hlediska jeho povahy a z hlediska časového	25
3.2.2 Reakce na stres a její fáze	27
3.3 Osobnost a stresové zátěžové jevy	29
3.3.1 Společné mechanismy stresových reakcí a dějů v organismu.....	30
3.3.1.1 Stres a věk	31
3.3.1.2 Stres a paměť	32
3.3.1.3 Stres a návykové látky	33
3.3.1.4 Stres a bolest	34
4 STRES VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ, SYNDROM VYHOŘENÍ.....	37
4.1 Stres a jeho projevy v povolání učitelů	38
4.2 Syndrom vyhoření	38
4.2.1 Historické vymezení pojmu syndrom vyhoření.....	41
4.2.2 Příznaky a projevy syndromu vyhoření v pedagogickém povolání.....	43
4.2.3 Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření	45
4.2.4 Institucionální a společenské příčiny syndromu vyhoření v povolání učitele.....	47

4.3	Prevence syndromu vyhoření	49
5	METODOLOGIE	54
5.1	Cíl práce.....	54
5.2	Úkoly práce.....	54
5.3	Výzkumné otázky	55
6	METODY PRÁCE	56
6.1	Charakteristika souboru	56
6.2	Organizace výzkumu	57
6.3	Použité metody	58
7	VÝSLEDKY A DISKUZE	60
7.1	Výzkumná otázka č. 1	60
7.2	Výzkumná otázka č. 2	62
7.3	Průměrný stresový profil	66
7.4	Analýza položek dotazníku	69
7.5	Analýza výsledků podle věku.....	71
7.6	Kazuistiky.....	72
8	ZÁVĚR.....	74
9	LITERATURA.....	76
10	SEZNAM ZKRATEK.....	80
11	PŘÍLOHY	81

1 ÚVOD

Téma této bakalářské práce jsem si vybrala, protože mne zajímá člověk a komplexní pohled na něj. Zajímá mne člověk zkušenostmi obohacený o kvality, které vycházejí z humánního přístupu k životu. Myslím si, že vlastnosti jako tolerance a úcta k životu a nenásilí se mohou vyvíjet pouze ve zdravém a svobodném jedinci. Pečovat o své zdraví by měla být samozřejmost, měla by to být hlavní cesta k moudrosti a pochopení, které by se měly stát odměnou každému, kdo hledá smysl života.

Stres. Slovo opakované každý den, skloňované ve všech pádech, používané v mnoha spojeních. Slovo, které samo o sobě vzbuzuje obavu. Již samotné vyslovení zní krátce, stručně a naléhavě. Napříč kontinenty dnes není země, která by neznala jeho význam. Ve své podstatě si myslím, že toto slovo předběhlo svoji dobu. Vědci začali zkoumat stres v první polovině minulého století a asi málokdo tušil, jak jeho význam ovládne svět v chaotické době počátku nového tisíciletí. Dnes se týká každého člověka, zvláště v zemích západního světa útočí stres ve formě spěchu, hluku a neustálého tlaku médií na křehkou lidskou duši a nabourává stabilitu a zdraví. Stres se plíživě vkrádá do našich osudů. Dnes stojí toto slovo před námi jako výzva každému jednotlivci.

Člověk je denně atakován podněty, které vyhodnocuje a řeší. Každá situace, se kterou se vyrovná, mu dává sílu, zkušenost a jistotu, posiluje jeho sebevědomí a dává vyrůst jeho osobnosti. Zdravý člověk, psychicky i fyzicky, který je schopen vytvářet zdravé vztahy a jasně a soustředěně rozlišovat a stavět své vlastní hodnoty, může spoluvytvářet zdravou společnost. Přestože svět není ideální, zůstává kvalita života v našich rukách.

Svou práci jsem zaměřila na člověka a komplexní pohled na něj. Ve třech hlavních kapitolách teoretické části se věnuji imunitnímu systému člověka, rozboru základních pojmů týkajících se stresových zátěžových situací a syndromu vyhoření, jako důsledku nesouladu a disharmonie.

Do první kapitoly jsem postavila imunitní systém lidského organismu. Jde o systém obranný, který od prvního nádechu novorozence reaguje na jakýkoli pohyb, jakoukoli emoci a jakoukoli myšlenku. Dokonale propojenými funkcemi aktivuje

naše vědomí a staví obrannou bariéru organismu. Není možné v této práci popsat celý imunitní systém a ani to nebylo mým cílem. Snažím se podat ucelený přehled základních imunologických pojmů tak, abych mohla ukázat některé mechanismy, které se uplatňují při stresových reakcích, ukazují provázanost imunitního systému s ostatními systémy organismu.

V následující kapitole, vycházejí z názvu celé bakalářské práce, soustředuji svoji pozornost na zátěžové situace. Vymezuji pojem stres a stresor a popisují stresové reakce a fáze v jejich průběhu. Uvádím různé dostupné důkazy z citované literatury o provázanosti působení stresu a různorodosti jeho projevů v lidském těle. Únava, vyčerpání a přecitlivělost se projevují v nedostatečné obranyschopnosti, ztrátě motivace a aktivity. Člověk, který ztrácí smysl života, nemůže prožít plnohodnotný život a zůstává sám, obestřen úzkostmi a depresi, neschopen vstřebat a pochopit své životní zkušenosti. Souvislost dlouhodobě působících zátěží na psychiku ukazují právě ve vztahu k věku, paměti, bolesti a k návykovým látkám, které vyčerpaný a nešťastný člověk snadno volí jako cestu pasivního úniku.

V poslední, rozsáhlé a stěžejní kapitole podávám základní poznatky o syndromu vyhoření, tak jak jsem je čerpala z dostupných odborných a publikovaných zdrojů. Svoji pozornost jsem zaměřila na pedagoga, který má dostát velmi zodpovědnému úkolu výchovy dalších generací. S rychle se měnícími podmínkami se stále rychleji mění chování a hodnoty dětí a mládeže. Osobnost učitele je v obrovském tlaku, často obětuje vlastní síly ve snaze dostát své představě o ideálním pedagogovi. Unavený a vyčerpaný učitel, který pokládá svou hlavu do dlaní, není veselý obrázek ze školních lavic. Bohužel velmi dobře vystihuje původně nadšeného člověka s vyhořelými zdroji svých životních sil. R.A.Byron charakterizuje vyhoření jako „erozi lidského ducha“. Tato charakteristika přesně vystihuje tento syndrom, který se nedostavuje najednou, ale roky plíživě ohrožuje život a narušuje v mnoha oblastech každou buňku organismu, až jednou nečekaně dojde k totální destrukci celého systému.

Ve své podstatě jsem právě dospěla k ústřední myšlence své práce, kterou je moje víra v nezdolnou lidskou sílu, schopnost člověka vstát a vykročit novou cestou. Nikdy není pozdě využít na své cestě ke zdraví důvěru v sebe sama. Poslední část této kapitoly jsem věnovala zaměření na prevenci syndromu vyhoření, kterou

pokládám za velmi smysluplnou. Myslím si, že mezi znalosti absolventa výchovy ke zdraví patří poznatky o příčinách, projevech a prevenci syndromu vyhoření, které může zprostředkovat tato práce.

V praktické části jsem se věnovala výzkumu syndromu vyhoření u učitelů. Ve spolupráci s odborníci v oboru psychiatrie jsem ověřila v praxi poznatky o burnout syndromu. V příkladech kazuistik, které přikládám, ukazují vývoj tohoto onemocnění od počátku až do stadia, kdy lidé sami vyhledávají odbornou pomoc a jsou nuceni hledat východ ze situace, která roky tiše ničila jejich životy.

Ve druhé části jsem se snažila zmapovat riziko výskytu syndromu vyhoření v profesi učitele. Stanovila jsem si výzkumné otázky, na které jsem odpověděla. V diskuzi se věnuji dalším překvapivým zjištěním, které výsledky výzkumu ukázaly.

2 ZÁKLADNÍ IMUNOLOGICKÉ POJMY

Termín „imunita“ či „imunní“ je latinského původu. V latině slovo „munio, munere“ znamená činiti pevným. Termín „munitus“ tedy znamená chráněný. Imunní pak znamená odolný, chráněný, nedotknutelný.

Imunitní systém se skládá z tkání, orgánů a procesů, které chrání tělo člověka před invazí cizích prvků (bakterií, virů, hub, plísní). Druhou funkcí je pečovat o pořádek v organismu. Tento systém odstraňuje poškozené a zchátralé buňky a má dozor nad mutujícími buňkami (KŘIVOHLAVÝ, 2003).

Základní funkcí imunitního systému je schopnost odlišit součásti těla vlastní od komponent cizorodých. Tato funkce je zprostředkována schopností rozpoznat cizorodé proteiny a adaptivně na ně reagovat pomocí specifických molekul, kterými jsou jednak protilátky a jednak receptory lymfocytů T. Další vlastností imunitního systému je schopnost uchovat zkušenost z předchozí expozice cizím a potenciálně nebezpečným organismem nebo jejich součástí a vytvořit rychlejší a účinnější obrannou reakci při dalším setkání (HERMAN, PRAŠKO, SEIFERTOVÁ, 2007).

Funkcí imunitního systému je rozeznávání cizorodých látek a obrana proti nim při rozlišování mezi vlastním a nevlastním. Tato funkce je částečně řízena centrálním nervovým systémem (CNS), přičemž příjemci jsou jak systém imunitní tak endokrinní a aferentní signály mohou být také vysílány z obou těchto systémů. CNS tedy dostává informace ze smyslových orgánů, imunitního a endokrinního systému a tak kontroluje a řídí jejich reakce. Naopak funkcí endokrinního systému je přijímat informace z mozku a z imunitního systému a sekrecí různých druhů hormonů pak modulovat jejich aktivitu. Všechny tři systémy jsou ve své činnosti plně integrované, aby byla udržena homeostáza (SONG, LEONARD, 2002).

Homeostáza - schopnost živých organismů udržovat stabilní vnitřní prostředí, které je nezbytnou podmínkou jejich fungování a existence (<http://www.encyklopedie.seznam.cz/>).

2.1 Rozdělení imunity

Imunitu lze rozdělit na vrozenou a adaptivní. Vrozená imunita je představována neměnným konstantním systémem obranyschopnosti zdravého organismu a je zajištěna fyzikálními a chemickými bariérami, které vytvářejí základní ohrazení jedince vůči okolnímu světu. Život každého z nás je pak permanentním soupeřením našich obranných bariér a potencionálně penetrujících mikroorganismů z okolí. Základní povrchovou bariérou, ochraňující před působením mikroorganismů, je kůže a sliznice, které produkují antimikrobiální látky, jako jsou nenasycené mastné kyseliny vytvářené pokožkou, lysozym v slzách, žaludeční kyselina a virostaticky působící interferony. Povrchovou bariéru pak překonávají mikroorganismy pomocí řady mechanismů a proto následuje další úroveň obrany pomocí fagocytujících neutrofilů a makrofágů. Působení neutrofilů a makrofágů nemusí být omezeno pouze na intracelulární prostor, může působit i vně imunitních buněk s cílem eliminace větších struktur. Produkce toxinů a schopnost přežít uvnitř fagocytů je pro mikroorganismy možností, jak překonat i tuto ochranu. V případě ochrany proti virům a nádorům se pak uplatňují buňky přirozených zabíječů (natural killers, NK). Významnou součástí vrozené imunity je také systém komplementu. Komplement je tvořen kaskádou sérových proteinů, které stimulují zánětlivou reakci a navádějí fagocytické buňky. Sdružení jednotlivých složek komplementu vytváří komplexy, které porušují integritu membrány mikroorganismů a eliminují je osmotickým mechanismem. Např. proces zánětu po poranění, který vede k aktivaci jater a k sekreci skupiny sérových bílkovin zvaných bílkoviny akutní fáze. Významným zástupcem skupiny bílkovin akutní fáze je C-reaktivní bílkovina, která se váže na membránu některých mikroorganismů a aktivuje komplementový systém. Tak dochází k lýze mikroorganismů nebo ke zvýšení fagocytózy. Složky vrozené imunity jsou také významné v regulaci odpovědi na antigeny. Selhání vrozené imunity (fagocytoza a komplement) vede k primárním imunodeficitům (HERMAN, PRAŠKO, SEIFERTOVÁ, 2007).

Získaná imunita je specifitější a objevuje se později. Podílejí se na ní imunitní orgány a buňky zodpovědné za buněčné a humorálně zprostředkované imunitní funkce (SONG, LEONARD, 2002).

Získaná imunita se nazývá také adaptivní a je založena na dvou základních mechanismech. První je specifická odpověď na antigen, druhou je buněčná paměť, tedy uchování zkušenosti předchozího kontaktu s určitými antigeny s cílem vyšší efektivity imunitní odpovědi v budoucnosti. Specifickou odpověď zajišťují lymfocyty T a B, díky molekulám, které se váží pouze na specifické antigeny. Po prvním setkání organismu s antigenem (primární odpověď) reaguje imunitní systém rychlou proliferací lymfocytů, které jsou pro daný antigen specifické (HERMAN, PRAŠKO, SEIFERTOVÁ, 2007).

2.2 Imunitní orgány a imunologické buňky

Imunitní systém sestává z orgánů, tkání a buněk. Imunitní orgány jsou tymus, kostní dřeň, lymfatické uzliny, slezina a lymfoidní tkáň slizničních povrchů.

Mají čtyři hlavní funkce (SONG , LEONARD,2002):

- vytvářet prostředí pro zrání nezralých buněk v imunitním systému
- soustřeďovat lymfocyty do orgánů, které drenují napadené antigeny
- umožňovat interakci různých druhů lymfocytů
- poskytovat vehikulum pro rozptýlení protilátek a ostatních rozpustných faktorů z lymfocytů a dalších rozpustných buněk.

Song a Leonard rozeznávají dva typy imunitních orgánů:

- primární (tymus a kostní dřeň), ve kterých probíhá diferenciaci lymfocytů nezávisle na antigenech
- sekundární (slezina a lymfatické uzliny), ve kterých procházejí lymfocyty s antigeny diferenciací

Kostní dřeň je u savců místem tvorby B buněk a všech ostatních imunologických buněk. Vytváří mikroprostředí pro diferenciaci B buněk. Tymus je zdrojem T buněk. Tento orgán roste od fetálního období až do puberty a poté dochází ke stárnutí a k jeho atrofii. Epitelové buňky tymu produkují tymové hormony, které

jsou důležité pro diferenciaci a proliferaci lymfocytů. Slezina je největší sekundární lymfoidní orgán. Je to hlavní orgán v těle, v němž se syntetizují protilátky a odkud jsou uvolňovány do oběhu. Strukturální a histologické analýzy odhalují, že slezina, thymus, lymfatické uzliny a kostní dřeň jsou v zásadě inervovány nervovými vlákny. Předpokládá se, že autonomní nervový systém slouží jako hlavní spoj mezi mozkem a imunitním systémem. Je zapojena jak sympatická tak parasympatická inervace (SONG, LEONARD, 2002).

Imunitní systém je tvořen pěti základními druhy buněk. Jsou to T lymfocyty, B lymfocyty, monocyty, NK buňky a granulocyty. Tyto buňky vznikají v kostní dřeni. Pod vlivem imunotransmiterů zvaných cytokiny mají schopnost sebeobnovy i diferenciaci na všechny druhy zralých krevních buněk. Hlavní funkcí lymfocytů B je produkce protilátek a to přímou stimulací některými antigeny nebo jsou stimulované reakcí s antigenem plus signálem od pomahačských lymfocytů T. Následně dochází k přeměně lymfocytů B v plazmatické buňky a k sekreci protilátek. Protilátky se dělí do pěti skupin imunoglobulinů, které se pak podílejí na imunitní odpovědi. Důležité funkce T lymfocytů zahrnují eliminaci virů, bakterií a prvoků a koordinaci celé adaptivní imunity. Lymfocyty T mohou být laboratorně rozpoznány a klasifikovány na základě detekce povrchových antigenů (HERMAN, PRAŠKO, SEIFERTOVÁ, 2007).

Antigen je jakýkoli činitel schopný navázat se specificky na komponenty imunitního systému, jako jsou lymfocyty nebo protilátky. Imunogen je sloučenina o vysoké molekulové hmotnosti, která je chemickým komplexem schopným vyvolat imunitní odpověď. První vystavení jedince imunogenu se nazývá primární reakce. Druhé vystavení stejnému imunogenu pak sekundární reakce, která se projeví rychleji a má větší rozsah.

U imunitního systému rozlišujeme dva druhy odpovědí. Buněčnou imunitu, která zahrnuje zmíněných pět druhů leukocytů a humorální imunitu, která využívá protilátky. Neurotransmitery uplatňují svůj vliv na imunitní funkce prostřednictvím neurotransmiterových receptorů na imunologických buňkách (SONG, LEONARD, 2002).

2.3 Typy imunitních poruch

Poruchy imunity lze rozdělit na imunodeficity a na poruchy spojené s imunitní hypersenzitivitou. Imunodeficit může být primární. Zde může vlastní porucha zahrnovat různé složky imunity s odlišným klinickým obrazem. Porucha protilátek se projevuje nejčastěji bakteriálními infekcemi, deficit lymfocytů T vede k infekcím virovým a mykotickým, porucha komplementu pak vede k infekcím meningokokovým či gonokokovým, angioedému a příznakům podobným lupusu. Hlavními známkami přítomnosti imunodeficitu jsou vážné infekce se zhoršenou reaktivitou na antibiotika, dále abscesy, sepse a celulitidy. Imunodeficity, které vedou k závažnějším infekčním komplikacím, mohou být spojeny s řadou psychických problémů vyvolaných celkovým vyčerpáním organismu nebo může jít o reakci na vážný somatický stav nebo bolest. Existují rovněž nepřímé důkazy z onkologické oblasti, že depresivní a úzkostná onemocnění jsou spojena se změnou buněčných složek imunity. Antidepresivní terapie může naopak buněčnou imunitu stimulovat a zlepšovat. Dále se objevují deficity buněčné a vzácněji i humorální imunity, projevující se u dětí po narození morfologickými změnami, vrozenými srdečními vadami a poruchami intelektu.

Narozdíl od imunodeficitů vznikají i onemocnění na základě patologicky zvýšené reaktivity některých složek imunity. Zde se mluví o hypersenzitivitě a podle mechanismu se hypersenzitivita rozděluje na několik základních typů. Zahrnují se sem komplikace alergického astmatu, rinitidy a dermatitid. Další velkou skupinou jsou autoimunitní onemocnění, kdy dochází k imunitní reakci proti antigenům, které jsou vlastní součástí těla nemocného např. revmatitidy, artritidy, lupenka, sklerozy atd. (HERMAN, PRAŠKO, SEIFERTOVÁ, 2007).

2.4 Vztah imunitního, endokrinního a nervového systému

Byla naznačena důležitost činnosti imunitního systému pro udržení zdraví. Tento systém lze chápat jako relativně samostatnou oblast a po určitou dobu se to také tak chápalo. V posledních desetiletích se však ukázalo, že imunitní systém je

začleněn do interakce s jinými orgány v našem těle. V první řadě jde o úzkou vázanost na činnost endokrinního systému a mozků (KŘIVOHLAVÝ, 2003).

Systémy imunitní a endokrinní se spolu vzájemně ovlivňují. Na imunitních buňkách jsou distribuovány různé druhy receptorů pro hormony, které po jejich vazbě modulují imunitní funkce. Na buňkách a tkáních endokrinního systému byly zase identifikovány cytokinové receptory, které aktivují imunitní systém. Navíc leukocyty mohou za normálních nebo zánětlivých podmínek produkovat různé hormony, zatímco endokrinní buňky mohou za normálních nebo stresových podmínek produkovat různé cytokiny. Hormony a cytokiny jsou tak společným jazykem pro komunikaci mezi systémy endokrinním a imunitním (SONG, LEONARD, 2002).

Když se dále ukázalo, že imunitní systém je v interakci nejen s nervovou činností, ale jejím prostřednictvím i s činností psychickou a tím i sociální, vedly studie tohoto druhu ke zrodu nového oboru – psychoneuroimunologie. Z mnoha pokroků neurovědy posledních desetiletí bylo zjištěno, že systémy imunitní a endokrinní jsou významně ovlivňovány emocemi a naopak, že tyto systémy mohou emocionální stav měnit (SONG, LEONARD, 2002).

Teorií, že citový stav a duševní procesy jsou spjaté s fyzickým zdravím a nemocemi se zabýval Hans Selye již na počátku 20. století. Se svými spolupracovníky prokázal, že hypothalamus a hypofýza hrají zásadní roli při kontrole uvolňování stresových hormonů, které modulují imunitní funkce. Pochopení vzájemného působení neurochemických, imunologických, endokrinologických a psychologických důsledků tzv. intersystémové komunikace nabízí možnost nových přístupů k mnoha patologickým jevům. Jedná se o řadu onemocnění od autoimunitních až po četné neurologické a psychiatrické poruchy a choroby, při kterých je narušen harmonický vztah mezi systémy imunitním, endokrinním a neurotransmitery. Je prokázáno, že narušený imunitní systém ovlivňuje chování. Nemocní jedinci pocítují slabost, neklid, apatii a neschopnost se soustředit. Vykazují též anorexii, sníženou aktivitu a ztrátu zájmu. Tyto změny se nazývají „sickness behaviour“ (chorobné chování) a jsou považovány za výsledek oslabujícího procesu probíhajícího během infekce. Z posledních důkazů však vyplývá, že tyto behaviorální změny pocházejí z přímé modulace CNS imunitním systémem jako

důsledkem infekce. Ukazuje se ale i opačný proces vlivu chování na imunitní systém. Není zcela jasné, zda může chování měnit imunitní funkce. Nicméně existují důkazy o změně imunitního systému prostřednictvím behaviorálního podmiňování (SONG, LEONARD, 2002).

Duševní i fyzické pocity a způsoby chování jsou předmětem nejnovějších výzkumů v oblasti biochemie mozku. V našem těle fungují biochemické informační molekuly – neuropeptidy. Nacházejí se v mozku, endokrinním i imunitním systému a tvoří biochemický základ tzv. přenašeče pocitů. Emoce jsou vždy reakcemi celého těla. Nálady a postoje vycházející z duševní oblasti jsou emocemi převáděny do fyzické oblasti a naopak. S nadsázkou lze tedy říci, že díky způsobu myšlení a svému životnímu postoji můžeme ovlivňovat i stav našeho zdraví. Máme vliv na to, jak uvažovat o různých životních událostech a jak s nimi zacházet (HENNIG, KELLER, 1996).

3 CHARAKTERISTIKA PSYCHOLOGICKÝCH ZÁTĚŽOVÝCH JEVŮ

Každý jedinec již od svého dětství získává určité negativní zkušenosti, nemůže vždy uspokojit své potřeby tak, jak by si přál. Musí se naučit, jak se s různými zátěžemi a překážkami vyrovnávat a jak je překonávat. Zátěže jsou do určité míry užitečné, protože podněcují aktivitu jedince a tím i jeho rozvoj. Pokud se nejedná o zátěže extrémně závažné, je nutno přihlížet vždy k jejich subjektivnímu hodnocení – mohou mít pro každého jedince trochu jiný význam. Je běžně známé, že co je pro jednoho člověka nepřekonatelným problémem, nemusí pro jiného znamenat nic zvláštního.

Jestliže se však subjektivní míra zátěže zvyšuje natolik, že se s ní člověk nedokáže vyrovnat, může působit jako zdroj psychických potíží. Obecná míra odolnosti k zátěžovým situacím se označuje jako frustrační tolerance. Je to schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, schopnost vynakládat úsilí na překonávání potíží, ale zároveň i dostatečná sebedůvěra v tyto schopnosti, v možnost najít přijatelné řešení. Označuje míru zátěže, s níž se člověk dovede bez větších problémů vyrovnat. Tato kompetence se u každého člověka nerozvíjí stejným způsobem. Závisí na vrozených dispozicích, na vývojové úrovni, individuálních zkušenostech i aktuálním stavu (VÁGNEROVÁ, 2002).

3.1 Základní typy zátěžových situací

Vágnerová (2002) rozděluje zátěžové situace z hlediska vzniku a následného rozvoje psychických poruch takto:

Frustrace

Za frustrující označujeme situaci, kdy je člověku znemožněno uspokojit nějakou, subjektivně důležitou potřebu, ačkoli si myslel, že uspokojena bude. Taková situace vyvolává zklamání. Pozitivní očekávání při jejím vzniku hraje důležitou roli.

Frustrace je relativně častá varianta zátěže, která nemusí vyrovnávat nepřiměřené reakce a může být do určité míry žádoucí zkušeností, protože nutí člověka hledat jiná řešení a napomáhá tak rozvoji jeho schopností.

Konflikt

Konflikt je považován za specifickou variantu frustrace a patří také mezi běžné potíže. Závažným se stává tehdy, jestliže trvá příliš dlouho a zahrnuje oblast, kterou člověk nedokáže řešit. Významné jsou vnitřní konflikty, znamenají střetnutí dvou navzájem neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí. Intenzita konfliktu závisí na subjektivním emočním i racionálním hodnocení těchto dvou motivů.

Stres

Pojem stres (angl. napětí, zátěž) poprvé použil kanadský lékař H. Selye. Podle něho je stres sumou všech adaptačních reakcí biologického systému, které byly spuštěny nespecifickou noxou. Termín stres má v současnosti mnohem širší použití. Z psychologického hlediska lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení (VÁGNEROVÁ, 2002).

3.1.1 Znaky stresových zátěžových situací

Charakteristiku stresových zátěžových situací přehledně shrnula R.L. Atkinsonová se svými spolupracovníky, jak uvádí Vágnerová ve své knize Psychopatologie pro pomáhající profese. Můžeme zde najít základní znaky zátěžových situací, které se projevují jako komplikované situace a jejichž zvládnutí představuje zátěž pro organismus.

Základními znaky jsou:

- nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace – nemožnost předvídat situace a připravit se na jejich zvládnutí zvyšuje pocit intenzity stresu (průběh nemoci).

- neovlivnitelnost situace – je vnímána jako stresová. Přesvědčení, že můžeme průběh událostí ovlivnit, snižuje prožitek stresu (nemoc).
- subjektivně nepřiměřené, nadměrné nároky – některé náročné situace mohou dosahovat až na hranici možností určitého člověka (péče o těžce nemocného člověka)
- životní změna, která vyžaduje značné přizpůsobení – omezení dosavadních zvyklostí, znehodnocení dosud funkční strategie chování (rozvod, smrt partnera).
- subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty – konflikt potřeby vlastního uspokojení proti morálnímu tlaku (nemocný partner proti novému citovému vztahu)

3.2 Vymezení pojmu stres, stresové podněty, obecné projevy stresu

Stres je obranná odpověď organismu, s protikladnými vlivy na imunitní funkce, která může být pro organismus velmi škodlivá, ale také povzbudivá (PRAŠKO, PRAŠKOVÁ, 2007).

První člověk, který se začal zabývat stresem byl kanadský kardiolog a fyziolog Hans Selye. Podle teorie Selyeho působí zcela obdobnou (nespecifickou) stresovou reakci všechny stresory, ať už jde o zátěže, škodliviny fyzikální (teplo, chlad, záření, hluk), toxické (různé jedy) a infekční látky, nebo o tělesnou námahu, vyčerpání, ale i o zatěžující a traumatizující situace psychické a sociální. Následuje obranná reakce organismu. Tato stresová reakce je charakterizována vybuzením sympatické nervové soustavy, mající za úkol vzbouřit celý organismus a zmobilizovat všechny síly a rezervy k obraně. Nejprve zasáhne složka nervová přes sympatické vegetativní dráhy do dřeně nadledvin, kde se vyplaví do krve adrenalin, působící zrychlení srdeční činnosti i dýchání, zvýšení krevního tlaku i krevního cukru, tedy vše, co připravuje organismus k okamžité reakci, k „útoky nebo útěku“. Zároveň jako druhá vlna jde druhý pomalejší „rozkaz“ přes hypothalamus a hypofýzu do kůry nadledvin, kde se produkují hormony, zasahující do metabolismu těla, sahající hlouběji do rezerv organismu a připravující jej na boj bez delšího trvání. Tyto dvě vlny jsou ve vzájemné korelaci. Toto vše má ovšem zase zpětný vliv na

stav psychický. Selye se zabýval především změnami v lidském organismu vždy v rámci určitého období. Ve svých pracích chápal stres jako míru opotřebenosti organismu v daném čase (PRAŠKO, PRAŠKOVÁ, 2002).

Při aktivaci hypotalamo-hypofyzární–nadledvinové (HPA) osy dochází k uvolnění glukokortikoidů do krevního oběhu, k aktivaci sympatického nervového systému a aktivaci mozkového emočního systému. Pochod aktivace HPA osy je nastartován uvolněním hypotalamického kortikotropin uvolňujícího hormonu či faktoru, uvolněním ACTH z adenyhypofýzy a následně dochází k uvolnění glukokortikoidů z nadledvin. Extrahypotalamický CRF systém je zapojen do nervového systému. Poznatky o mechanismu působení stresorů se v poslední době velmi rozšířily. Ovlivnění HPA osy se vyskytuje u látkové závislosti, u psychotických stavů, u deprese i u bolesti. Při stresových odpovědích se stimulují převážně receptory, které jsou zodpovědné za zvýšení aktivity HPA osy. Jedná se o úzkosti, deprese, snížení příjmu potravy a zvýšení zánětlivé odpovědi (KLENEROVÁ, HYNIE, in Psychiatrie, 2002).

Chápání stresu se podstatně změnilo v průběhu desetiletí. Měli bychom rozlišovat mezi stresem a stresorem, což jsou pojmy často nesprávně používané. Stres je důležitý stav organismu, který byl poprvé popsán Selyem v roce 1936. Stres je obranná odpověď organismu, s protikladnými vlivy na imunitní funkce, která může být pro organismus velmi škodlivá, ale také povzbudivá. Označil též vlivy, které působí na organismus a způsobují stres. Tyto stresové podněty nazval stresory. Jako stresor označujeme vlastní podnět, který stresovou odpověď vyvolává (KLENEROVÁ, HYNIE, in Psychiatrie, 2002).

Početné klinické a experimentální studie ukázaly, že stres výrazně alteruje imunitní funkce jak u lidí tak u zvířat. Zatímco někteří výzkumní pracovníci objevili, že stres potlačuje imunitní aktivitu, jiní prohlašují, že stres může zvýšit imunitní odpovědi. Tyto protikladné vlivy na imunitní funkce mohou být zapříčiněny mnoha různými faktory, které hrají roli v interakci mezi stresem a imunitním systémem. Tyto faktory zahrnují povahu stresoru, závažnost stresu a jeho trvání a stejně tak genetiku, věk a pohlaví jedince. Různé stresory mohou také způsobit různé stupně aktivace autonomního nervového systému a uvolňování hormonů, což může mít na imunitní systém několikerý dopad. Stresory se mohou dělit na externí a interní,

psychologické a fyzické, dále psychogenní a neurogenní. Různé typy stresorů mají různé vlivy na imunitní systém. O stresorech prostředí jako jsou hluk, jasné světlo, špatné životní podmínky je známo, že výrazně redukuje produkci protilátek, neurogenní stresory zvyšují počet leukocytů, též mohou zvýšit aktivitu T buněk a makrofágů. Psychogenní stresory jako sociální izolace, vystavení nebezpečným podmínkám významně snižují některé imunitní funkce (SONG, LEONARD, 2002).

Experimentální a epidemiologické údaje ukázaly, že nepříjemné události v životě člověka, psychologické vyčerpání a deprese jsou spojeny se změnami v imunitním systému a s potlačením celulární imunity. Nejtěžší stresové životní události jako je smrt partnera nebo rozvod mají za následek redukci funkcí NK buněk a lymfocytů. Byl také zkoumán efekt fyzického stresu u lidí, výsledky ukázaly, že vysilující pohyb významně snižuje počet T buněk, NK a B buněk. Akutní psychologický stres, například před zkouškou, výrazně zvyšuje počet leukocytů, lymfocytů a monocytů. Efekt stresoru na imunitní systém závisí rovněž na psychologických podmínkách a osobnosti jedince. Jak je dokázáno imunitní systém funguje jako senzorický orgán mozku. Odpovědi mozku na stresový stimulus, zánět nebo infekci, jsou kvalitativně podobné. Naopak abnormality v imunitním systému mohou způsobit sekundární stresové odpovědi v CNS. Pacienti podrobení chronickému stresu, například po diagnóze a léčbě rakoviny, často procházejí problémy s psychologickým vyrovnáním. Tento stres může ovlivňovat imunitní systém a tak redukovat schopnost jedince bránit se progresi onemocnění (SONG, LEONARD, 2002).

Rozdělení stresorů podle Selyeho:

Fyzikálně-chemické

Řadíme k nim veškeré nepříznivé podmínky prostředí, ve kterém žijeme, od znečištění až po přejídání, ale také nedostatek pohybu, nepravidelnost denního režimu a nespavost.

Úkolové

Pocházejí z našeho způsobu řešení úkolů, za které jsme zodpovědní, jaký postoj k nim zaujímáme, jak si je dokážeme zorganizovat, jak umíme dočerpávat

energii, potřebnou k jejich řešení. Zde jde hlavně o zaujmutí aktivního postoje k úkolům a vědomí, že si je sami vybíráme.

Myšlenkové

Vznikají z pohledu na sebe, druhé lidi, svět a situace, do kterých se dostáváme, ze subjektivního výkladu vnějších událostí, jejich prožívání a od toho odvozené chování.

Sociální

Souvisí s naší komunikací a s druhými lidmi a s našimi vztahy. Prolínají se s kategorií stresorů myšlenkových, protože jsou ovlivnitelné našimi postoji k sociální realitě, ve které se nacházíme.

Nejnápadnějším zdrojem stresu jsou traumatické události. Jedná se o mimořádně nebezpečné situace, které se vymykají běžné lidské zkušenosti. Lze sem zařadit přírodní katastrofy jako záplavy, zemětřesení, katastrofy způsobené člověkem, jako jsou války, teroristické útoky, a katastrofické nehody jako automobilové havárie, letecká neštěstí, znásilnění, pokusy o vraždu a jiné neobvyklé a jen těžko řešitelné věci (KŘIVOHLAVÝ, 1994).

Stres je druhem psychofyzické reakce na vnější a vnitřní zátěž. Dostane-li se člověk do stresu, zvýšená hladina hormonu nadledvinek burcuje mozek k pohotovosti. Ten vyvolá produkci hormonů adrenalinu a noradrenalinu a v důsledku toho začne tělo ovládat sympatický nervový systém. Projevuje se to zvýšenou látkovou výměnou a nedostatečným prokrvením kůže a trávicích orgánů. Plíce pracují intenzivněji, srdce bije rychleji, stoupá krevní tlak, játra vyplavují cukr do krve. Vše se mobilizuje, aby bylo tělo připraveno na útok nebo na útěk. Zároveň nastupují psychické reakce jako strach, hněv a agrese. Pokud se člověk se stresovou událostí nevypořádá ve fázích poplachu a odporu, dojde ke zhroucení přizpůsobovacího systému a organismus se dostane do stavu vyčerpání (HENNIG, KELLER, 1996).

Celou řadu myšlenkových a pocitových vzorů, které vyvolávají stres, jsme si osvojili během dětství ve své rodině. Buď jsme je zažili u svých rodičů – modelové učení nebo jsme je museli rozvinout, abychom mohli ve své rodině psychicky a fyzicky přežít.

V základním rozdělení rozlišujeme tzv. re-aktivní a pro-aktivní základní postoje. Osobnosti se základním re-aktivním postojem jsou podstatně náchylnější ke stresu a jsou pro ně charakteristické následující způsoby chování. Cítí se pasivně vystavováni událostem ve svém životě, připadají si jako řidič, který neumí řídit automobil. Opakovaně prožívají sami sebe jako bezmocné oběti, jako hračku v rukou svého okolí a svoji vlastní zodpovědnost přenášejí na jiné osoby nebo instituce. Osobnosti s pro-aktivním postojem se vyznačují tím, že aktivně utvářejí svůj život, orientují se spíše na přítomnost a budoucnost než na minulost, přejímají zodpovědnost za sebe sama, k problémům přistupují angažovaně, chápou je jako výzvu vlastním schopnostem, pokoušejí se je ovlivnit, popřípadě vyřešit (HENNIG, KELLER, 1996).

Z pohledu Frankla (1980) je ke stresu náchylnější člověk, kterému činí potíže vidět ve svém životě nějaký smysl. Jedna z hlavních příčin spočívá v trvalém a tvrdohlavém soustředění se na sebe sama. Takový člověk příliš pozoruje sám sebe, neustále reflektuje vlastní chování a trpí sebelítostí. Podle Frankla existuje jedna cesta z této frustrující situace a tou je sebetranscendence. Je zmiňováno, že myšlení a pocity a jejich psychické a fyzické projevy se stále navzájem ovlivňují. Fyzicky zcela uvolněný člověk, který pravidelně a hluboce dýchá, podstatně hůře propadne strachu a panice (pocity stresu). Pro takového člověka není právě snadné, obzvláště pokud prožívá právě šťastné období, dostat se do stavu napětí. Opačně je situace mnohem těžší. Tuto vzájemnou ovlivnitelnost myšlení a pocitů (s nimi spojeného fyzického stavu) můžeme záměrně využít v boji a ochraně proti stresu. Objevit sílu pozitivního myšlení neznamena odmítat vzít na vědomí negativní věci, nýbrž vědomě se bránit jim podlehnout (HENNIG A KELLER, 1996).

3.2.1 Druhy stresu z hlediska jeho povahy a z hlediska časového

Nelze jednoznačně říci, že by stres byl jenom škodlivý. Určitá míra stresu je potřebná. Bez ní bychom měli nedostatek podnětů k překonávání překážek. Je třeba však rozlišovat mezi distresem a přijatelným stresem, kterému se říká eustres. Ten může na člověka dokonce působit kladně, bývá totiž způsoben např. očekáváním

něčeho příjemného, vzrušením. Jedná se o zátěž příjemnou a radostnou, která je vázána na pozitivně laděné emoční procesy. V zásadě rozlišujeme podle působení na organismus dva druhy stresu - distres a eustres. Distres je stres, který nás vyčerpává svým negativním působením, ničí naše zdraví a spaluje životodárnou pohodu našeho žití. Jeho působení na organismus je v zásadě škodlivé (KŘIVOHLAVÝ, 2003).

Eustres je stres, který sice také ubírá naši energii, ale ve prospěch našeho povzbuzení a našeho smysluplného žití (z řečtiny eu = šťastný). Eustres velmi kladně prospívá rozvoji organismu. Ve stavu nabuzení, třeba v zamilovanosti, podáváme daleko lepší výkony než obvykle. Tělo si však rychle navykne a vyžaduje větší a větší dávky stresového hormonu. To je důvod, proč někteří lidé pěstují adrenalinové sporty a lákají je stále nebezpečnější a nebezpečnější zážitky. Sami pocit uvolnění po prožitém napětí přirovnávají ke stavu po požití drogy (KŘIVOHLAVÝ, 2003).

Podle autorů Songa a Leonarda (2002) rozlišujeme mezi akutním a chronickým stresem. Z psychologického hlediska je hlavní charakteristikou tzv. akutního stresu to, co nazýváme termínem „výzva“. Může to být překonání vlastního maximálního výkonu, u sportovců rekordu, pro vědce dokončení práce, pro studenta složení zkoušky. Za této situace bývá aktivován sympatiko-adrenální systém. V klasickém pojetí dochází k reakci na stresovou situaci, která má charakter „fight or flight“ boje či útěku. Z hlediska imunologie je hlavním efektem akutního stresoru vzrůst počtu buněk NK, což je považováno za jedno z hlavních kritérií úrovně činnosti imunitního systému a schopností organismu bojovat. K chronickému stresu dochází tam, kde není možno situaci řešit, dostat ji pod kontrolu, zvládnout stres a zvítězit. V takovýchto situacích je aktivován hypotalamo-hypofyzální systém. Výsledkem je obvykle vzdání se jakýchkoli pokusů situaci řešit. Jde o rezignaci. Fyziologicky jde o aktivaci osy hypotalamus-hypofýza-kůra nadledvin. Kritériem imunitní činnosti je za těchto podmínek snížení množství NK buněk.

Akutní stresory způsobují významné změny v CNS a v endokrinním systému, které mohou při vystavení chronickému stresu chybět. Chronický stres může mít za následek zcela jiné změny.

Jde o rezignaci. Fyziologicky jde o aktivaci osy hypotalamus-hypofýza-kůra nadledvin. Kritériem imunitní činnosti je za těchto podmínek snížení množství NK buněk.

Jedinci s chronickým životním stresem vykazují vyšší subjektivní nepohodu následně při vystavení akutnímu stresu dojde k přehnané psychologické odpovědi, spojené s daleko výraznějšími změnami endokrinní a imunitní činnosti s poruchami funkcí buněk, které trvají i po skončení působení stresoru (KŘIVOHLAVÝ, 2003).

Odborníci rozeznávají ještě hypostres, hyperstres a anticipační stres jako další typy stresu. Hypostres je „běžný“, neintenzivní stres. Patří, podobně jako eustres, do kategorie spíše „pozitivních“ stresů. Zajímavý je rovněž anticipační stres, který se vyskytuje u jedinců s nízkým sebevědomím nebo u těch, kteří pocítují patologickou zodpovědnost za sebe a svůj život. Zvláštností tohoto stresu je absence aktuálního stresoru. Anticipační stres je totiž způsoben předvídáním zátěže. Např. mladí lidé mající strach z nejisté budoucnosti trpí tímto stresem až do doby, než si najdou stálé pracovní místo a životního partnera. Dalším příkladem člověka, který je ničen anticipačním stresem, je muž s nízkým sexuálním sebevědomím, tímto stresem trpí před každým očekávaným milostným stykem. Hyperstres je stres vznikající při nadlimitní zátěži (VYMĚTAL, 1994).

3.2.2 Reakce na stres a její fáze

Stresovou událostí je míněn jakýkoli střet se zevním prostředím. Reakce na stres vzniká jako odpověď na fyzickou nebo duševní zátěž. O průběhu a trvání reakce rozhoduje závažnost události, osobnost člověka a jeho životní zkušenost. Svou roli zde hraje individuální zranitelnost i adaptační kapacita jedince, tj. schopnost vypořádat se s určitým druhem problémů, přizpůsobit se jim nebo je řešit. Adaptační kapacita je závislá na celé řadě faktorů, včetně genetické výbavy, dovedností naučených v průběhu života a osobnosti jedince. V určitém čase je navíc ovlivňovaná sociálním kontextem. Jedná se o vztahy, které člověka v situaci buď chrání nebo ji naopak zhoršují (HERMAN, PRAŠKO, SEIFERTOVÁ, 2007).

Americký psychiatr R.H.Rahe (1996) člení proces reakce na stres na několik po sobě následujících fází (Vágnerová, 2002):

Fáze uvědomění zátěže

Prožívání a interpretace určité situace se jeví jako stresové. Aktivizuje psychické obranné mechanismy.

Fáze aktivace psychických obranných reakcí

Prožitek nadměrné zátěže nebo ohrožení je spojen s různými psychickými reakcemi. Jedná se obvykle o změnu emočního prožívání. V závislosti na typu osobnosti i situaci může mít reakce různou kvalitu – úzkost, vztek až agrese, smutek až deprese, rezignace až uzavření, apatie.

Fáze aktivace fyziologických reakcí

Fyziologické adaptační mechanismy jsou spuštěny psychickými podněty i somatickou cestou. Jde o oslabení kognitivních funkcí. Jde o významnější změnu emočního ladění.

Fáze zvládání

Hledání strategií, které by mohly vést ke zmírnění účinků stresu

Fáze prvních chorobných příznaků

Fáze diagnostikování stresem podmíněné poruchy

Na akutní traumatizující událost reaguje zpravidla člověk akutní reakcí na stres. Tento zážitek může být objektivně nebo subjektivně tak závažný, že může narušit prožívání, uvažování i chování člověka a ohrozit jeho duševní zdraví. Jedná se často o těžké onemocnění, smrt, přepadení, znásilnění, válku. Lidé si v těchto případech stěžují spíše na tělesné příznaky, zejména kardiovaskulární potíže a sami o traumatických událostech neradi mluví, protože přitom pocítují vystupňování úzkosti i vegetativních příznaků. Pro tyto poruchy je typické, že navazují na mimořádně

stresující životní zážitek, který vyvolal akutní stresovou reakci nebo vznikají v době významné životní změny, vedoucí k trvale nepříjemným okolnostem a mající za následek poruchu přizpůsobení. Jde o reakce na těžký nebo trvalý stres, je narušena schopnost vyrovnat se s ním a to vede ke zhoršení sociálního fungování. Stresové faktory se ve svém působení mohou kumulovat. Silný stres ovlivňuje akutní reakci jedince nebo s ním může projevit posttraumatickou stresovou poruchou, která vzniká jako prodloužená nebo zpožděná odezva na traumatizující událost, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost. V těchto případech bývá zátěž tak velká, že úzkostí by reagoval více méně každý člověk. Teprve o trvání reakce může rozhodovat osobnost. Zde hraje roli jak individuální zranitelnost, tak adaptační kapacita člověka (HERMAN, PRAŠKO, SEIFERTOVÁ, 2007).

3.3 Osobnost a stresové zátěžové jevy

Postoj člověka ke stresu, jak již bylo uvedeno, je velice odlišný. Závisí na nepříznivých i pozitivních situacích a projevuje se ve třech základních oblastech - sociální, somatické a psychické. Hranice mezi zdravím a nemocí není jednoznačná a s definitivní platností určena. Jisté je, že stresová situace produkuje změny v imunitním systému. Stresové situace působí prostřednictvím změny emočního ladění na tělesný stav. Člověk reaguje na projevy stresu nejen citovým prožitkem, ale i fyziologicky. Neovzvládnuté a déletrvající psychické zátěže mohou takovým způsobem ovlivňovat fyziologické funkce dlouhodobě a ústí velmi často do nemoci. Při vzniku jakéhokoli onemocnění je proto třeba brát v úvahu somatické, psychické a sociální faktory. Somatické dispozice jsou dány geneticky, ale mohou se měnit pod vlivem tzv. biologické zkušenosti (životospráva, prodělané nemoci). Psychické dispozice jsou tvořeny typem osobnosti, temperamentem, odolností k zátěži, ale i zkušenostmi. Sociální dispozice se tvoří především v rovině prožívání vztahů (rodina, partner, pracoviště) (VÁGNEROVÁ, 2002).

3.3.1 Společné mechanismy stresových reakcí a dějů v organismu

Vliv patologického stresu můžeme rozdělit do dvou základních kategorií. Jedná se o vliv stresu na tělesný organismus a o vliv sociální a ekonomický. Závažné sociální problémy a těžké osobní situace vyvolávají těžký chronický stres, který zasahuje ve svém důsledku až do neschopnosti zvládat základní fungování člověka ve společnosti, vznikají dlouhotrvající pracovní neschopnosti, odchody do invalidních důchodů a lidé zůstávají odkázáni na sociální pomoc společnosti (VÁGNEROVÁ, 2002).

V rámci zasažení organismu působí stres na psychické funkce, vznikají poruchy paměti a vyvíjejí se různé poruchy chování. Jedná se v zásadě o depresivní stavy, úzkostné stavy, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, chronickou nespavost, chronickou únavu. Stres působí na snížení paměťové výkonnosti a změny v této oblasti ústí do mnoha závažných chorob, které ovlivňují nejen člověka samotného, ale i jeho okolí. Jedná se o poruchy vnímání, paměti, myšlení, poruchy osobnosti, nejzávažněji až rozpad osobnosti – těžké formy schizofrenie, Alzheimerova choroba. Do této kategorie se řadí i nadužívání návykových látek (hypnotika, benzodiazepiny a také alkohol). Jedná se o snahu najít možnost uniknout z aktuální těžké situace, dosáhnout pocitů štěstí, pohody, síly a inspirace. Přestože nepříznivé důsledky užívání návykových látek jsou známé, stále se na ně lidé obrací, ve snaze uniknout stresu a problémům (VÁGNEROVÁ, 2002).

V somatické oblasti se stres projevuje propuknutím tělesných onemocnění, náchylností k infekcím, onkologickými onemocněními, poruchami imunity a vznikají autoimunitní onemocnění. Se vznikem nemoci v oblasti somatických projevů je velmi výrazným symptomem bolest. Obecně je prožívána jako signál negativní změny tělesného stavu. Pro závažně nemocné funguje jako potvrzení choroby. Chronická bolest vede k celkovému vyčerpání nemocného, jejím důsledkem je ztráta zájmu o cokoli a zhoršení emočního prožívání. Může být i jakýmsi způsobem voláním po kontaktu, jde o zvláštní způsob komunikace, který zaručeně funguje. Stres se podílí na vzniku onemocnění, vznik závažného onemocnění působí dále jako silný stresor, tedy další zátěž, se kterou se musí nemocný snažit vyrovnat. Emocionální stav ovlivňuje vnímání, prostřednictvím kterého člověk poznává své

okolí. Stres působí změny v této oblasti a ústí do mnoha závažných chorob, které ovlivňují nejen člověka samotného, ale i jeho okolí (VÁGNEROVÁ, 2002).

3.3.1.1 Stres a věk

Stárnutí organismu se projevuje řadou fyziologických změn. Starší lidé vykazují chronický a postupující nárůst aktivity sympatického nervového systému. Ukázalo se, že s přibývajícím věkem se zvyšuje míra klidových potenciálů inervujících svaly. Stárnutí je doprovázeno úpadkem imunitních odpovědí na antigenní stimulaci, poruchami regulace imunitních funkcí a ztrátou autotolerance, snižuje se aktivita NK buněk. Stárnutí může měnit interakce mezi mozkiem a systémem endokrinním a imunitním. Mechanismus, kterým proces stárnutí moduluje imunitní odpovědi na stres, může zahrnovat i stárnutí tymu. Tato žláza dosahuje u lidí svého maxima v období sexuálního dozrání (SONG, LEONARD, 2002).

Ve stáří dochází k deficitu neuromediátorových systémů v mozku, což zvyšuje náchylnost seniorů k rozvoji depresí, poruch paměti, demence. Ve vyšším věku je nejčastější adaptační porucha po akutním závažnějším stresu (negativní životní událost, zhoršení zdravotního stavu, ztráta partnera) nebo dlouhodobém pokračujícím stresu (dlouhodobá pokračující nemoc, problémy se sebeobstaráním). Velmi častá je adaptační porucha s depresivní náladou. Nejčastěji navazuje na stresovou událost související se ztrátou. Nejtypičtější ztrátou je úmrtí blízkého člověka, jako ztrátu však starší osoby prožívají i jiné události (přestěhování, umístění v domově důchodců, ztráta vrstevníků). Běžnou reakcí je zármutek, typická je ovšem i rezignace. Velmi důležité je naučit se zacházet se stresujícími událostmi, které by se mohly stát spouštěčem nového onemocnění. Mezi stresory, jimž čelí starší pacienti patří omezení fyzické aktivity, ztráta přátel, snížení ekonomického a sociálního statusu. Starší lidé se většinou nebojí smrti, ale bojí se bolesti, opuštění, závislosti a neschopnosti. Významnou roli v léčbě starších lidí hraje psychoterapie, významně se podílejí antidepresiva. Účinky léčiv jsou ovlivněny fyziologickými změnami ve stáří jako je pokles funkcí orgánů, snížená odpověď na dehydrataci, úbytek receptorů v centrálním nervovém systému, zvýšená citlivost organismu, vyšší citlivost

receptorových míst na sedativní účinky léčiv. Při předepisování léčiv je třeba věnovat pozornost farmakokinetickým a farmakodynamickým změnám ve stárnoucím organismu (HERMAN, PRAŠKO, SEIFERTOVÁ, 2007).

3.3.1.2 Stres a paměť

Velice významnou problematikou působení stresu je také oblast paměti a chápání podstaty některých dějů jako je učení a paměť a odpovědi organismu na stresové podněty. Nedávné pokroky v neurobiologii umožňují hledání vhodných terapeutických prostředků pro onemocnění v této oblasti. Učení a paměť mají podstatný význam v každodenním životě a jakákoliv jejich abnormalita je vnímána velmi trýznivě jak u postiženého jedince, tak v jeho okolí. Dva hlavní druhy dlouhodobé paměti jsou paměť deklarativní (explicitní) a nedeklarativní (implicitní). Deklarativní paměť uchovává fakta a informace získané učením, lze ji charakterizovat jako paměť, která odpovídá na otázku „co“. Nedeklarativní paměť se skládá z učení dovedností, podnícení, podmiňování, nazývá se procedurální a lze ji charakterizovat jako paměť odpovídající na otázku „jak“ (KLENEROVÁ, HYNIE, 2002).

Tyto typy paměti jsou spojovány s různými oblastmi mozku a funkcí neuronálních okruhů v centrálním nervovém systému. Podle Klenerové a Hynie můžeme paměť experimentálně studovat, nejčastěji sledujeme učení, krátkodobou a dlouhodobou paměť. Učení a paměť jsou velice citlivé parametry, které jsou významně narušeny u některých psychických onemocnění, ale jsou velmi citlivé na krátkodobé zásahy, mezi něž patří i stres. Řada nových publikací předpokládá, že objasnění mechanismů účastnicích se při učení a paměti umožní nalezení vhodných substrátů pro ovlivnění paměti. I přes usilovné studium není znalost takových mechanismů dostatečná. E. Kandel, navržený na udělení Nobelovy ceny, uvádí názor na dlouhodobou paměť, která je podmíněna nejen transkripcí a expresí genů, ale i změnou (zvětšením) nervového zakončení neuronů účastnicích se na procesech paměti. Dlouhodobý silný podnět vede k dlouhodobé paměti, která je provázena změnou tvaru synapse neboli plasticitou neuronu. Kandel rozpracoval dlouhodobé

účinky cyklického AMP, kdy uvolněné katalytické jednotky pronikají do buněčného jádra následnými reakcemi nastává zvýšená forma proteinů a uplatňuje se i jako dlouhodobá paměť. Jeho rozpracování úlohy cyklického AMP při učení a paměti velmi významně přispělo ke studiu paměti při stresu. Akutní stres může vést ke zlepšení paměti, zatímco chronický stresový podnět může zhoršit paměť a kognitivní funkce. Podle Klenerové a jejích pozorování na potkanech je známo, že tyto vztahy nejsou jednoduché a že velmi záleží na časovém vztahu mezi stresovým podnětem a paměťovým vjemem (KLENEROVÁ, HYNIE, 2002).

3.3.1.3 Stres a návykové látky

Závislosti a stavy spojené se závislostí jsou obecně podceňovány. Problémy s alkoholem a užíváním návykových látek můžeme vidět u lidí ze všech vrstev, od bezdomovců přes vysoce postavené úředníky, manažery či lékaře až po nenápadnou paní ze sousedství. V současné společnosti je k tomuto problému velká tolerance. Léčba somatických nemocí, které jsou způsobeny toxickým vlivem návykových látek, představuje závažnou zátěž pro zdravotní systém. Počet závislých na alkoholu je v České republice odhadnut až na 400 000 osob. Z nich se ovšem většina neléčí pro závislost, ale pouze pro její somatické nebo psychiatrické komplikace (NEŠPOR, 2002).

Zneužívání návykových látek je podle Světové zdravotnické organizace WHO závažným problémem současnosti v celém světě. To má dalekosáhlé důsledky v oblasti zdravotnické, sociální i ekonomické. Je proto zcela na místě, že je věnována velká pozornost této problematice, jak v klinické oblasti, tak výzkumně. Lze předpokládat, že pochopením mechanismů vzniku, rozvoje i průběhu látkové závislosti napomůže hledání efektivnějších cest ke zvládnutí tohoto závažného celosvětového problému. Experimentální data ukazují na společné odezvy organismu na působení stresu a návykových látek.

Podle NIDA - National Institute of Drug Abuse je stres považován za příčinu číslo jedna při relapsu zneužívání návykových látek a to dokonce i pro kouření. NIDA uvádí, že po teroristickém útoku v New Yorku bojují lidé s důsledky

emočního zásahu a ztrát na životech a pochopitelně také s nejistotou, co se bude dít dále. Je to stresující období pro všechny, ale největší vliv má na lidi, kteří jsou ve stádiu léčení závislosti. Tyto události potvrdily, že stres je jedním z velmi silných spouštěčů pro relaps u závislých na návykových látkách a to i po dlouhé době jejich abstinence. Jak již bylo uvedeno, stres vede v mozku ke zvýšení hladiny kortikotropin uvolňujícího hormonu (CRF), který spouští kaskádu biologických odpovědí. Tato kaskáda dějů se uplatňuje jak při poruchách spojených s látkovou závislostí, tak při stresové poruše. Bylo referováno o tom, že jedinci vystavení působení stresu jsou náchylnější ke zneužívání alkoholu a dalších látek nebo u nich snadněji vznikne relaps a dokonce se stres označuje jako prekurzor relapsů drogové závislosti. Podobně je tomu u opiátů, kde stres umožňuje předvídat dlouhodobé zneužívání těchto látek. Studie se „self administration“ návykové látky na zvířatech ukázaly, že stresory indukují relaps v užívání heroinu, kokainu, alkoholu a nikotinu.

NIDA určila studium vztahu stresu a zneužívání návykových látek jako prioritní výzkum, dále studium CRF a receptorů pro tento hormon a hledání antagonistů s blokujícími účinky CRF. Takové látky by se mohly stát potencionálně vhodnými prostředky pro boj s látkovou závislostí. Uvažuje se i dalších mechanismech, působící přímo přes sympatický nervový systém. Vzhledem ke změnám imunitního systému při užívání návykových látek je velmi pravděpodobné, že existuje určitá kritická perioda, kdy je imunokompetence organismu výrazně snížena. Toto snížení imunitní odpovědi společně s nedostatkem spánku, nepravidelnými stravovacími návyky a stresující fyzickou aktivitou mohou pravděpodobně vést k výraznějším změnám imunitního systému, které mohou být následně důvodem zvýšené vnímavosti vůči infekcím a pravděpodobně i příčinou řady jiných onemocnění souvisejících s imunitním systémem (KLENEROVÁ, HYNIE, 2002).

3.3.1.4 Stres a bolest

Bolest a stres jsou neoddělitelné ve svých počátcích i ve svých důsledcích. Žádná bolest však nikdy není pouze organická ani pouze funkční. Obojí se vždy

prolíná. Bolest má dvě hlavní komponenty: vnímání a percepci tohoto vnímání, která je ovlivněna emocemi, hodnocením, motivací, psychosociálními faktory, což mění prožívání vnímaného. Bolest neznamená jen vjem určitého nepříjemného pocitu, ale její součástí je i emoční reakce na tento pocit. Bolest je nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní (HERMAN, PRAŠKO, SEIFERTOVÁ, 2007).

Stres je komplexní reakce organismu na fyzickou nebo psychickou zátěž. Je to obecná aktivace organismu na nové a nebezpečné signály. Stres je vyvoláván stresory: jakýmkoli traumatem, infekcí, intenzivním chladem nebo teplem, chirurgickými zákroky, omezením pohybu (imobilizační stres), acidózou a hypoxií, psychickou zátěží zejména anxiétou, hladověním. Stres může být vyvolán i různými dalšími podněty, mezi nimi zaujímá nejvýznamnější složku bolest. A opět je to bolest, která mění lokální faktory a vynese na povrch úzkost a strach. Lidé, které něco bolí jsou náchylní k pocitům závislosti a bezmoci. Bolest může být signálem poškození, ale v některých případech jím už být přestává a stává se sama nemocí, která vyžaduje léčbu. Stresy obecně vyvolávají psychoneuroendokrinoimunologické odpovědi, které se mohou realizovat v různých onemocněních – bolesti, depresi, epilepsii, schizofrenii, Alzheimerově chorobě a dalších psychózách.

Nejúčinnější léčbou bolesti je odstranění její příčiny. Utrpení je negativní emoční reakce na bolest a může vést k rozvoji psychické nemoci. Jde zejména o depresi, úzkostné poruchy, poruchy spánku a sexuální dysfunkce. Může se objevit závislost na návykových látkách, alkoholu nebo samotných opiátech, dostavuje se chronická bolest, která je prožívána jako postupně se zhoršující. Postižení často katastroficky přemýšlejí o svém zdraví a dospívají k pocitům rezignace, bezmoci a beznaděje. Již dlouho se při léčení chronické bolesti užívají tricyklická antidepresiva. Bolest a deprese mají k sobě velmi blízko, mají společné neurokininové receptory. Podobně je tomu s bolestí a epilepsií. Víme, že některé látky jako lamotrigin a gabapentin působí nejen jako antiepileptika, ale také analgetika (HERMAN, PRAŠKO, SEIFERTOVÁ, 2007).

Pocit bolesti sám o sobě je lokalizován především v gyrus postcentralis, zatímco pocit nepříjemnosti (pocit, který je společný stresu i bolesti) je lokalizován

především v limbickém systému, zejména v oblastech inzuly, v prefrontální mediální kůře, v gyrus cinguli a v amygdale. To zpětně ovlivňuje i mozkové antinocicepční oblasti, především paraventriculární šed' a rafeální jádra. Společný jmenovatel je ještě podtržen tím, že spouští některé mechanismy, které jsou při stresu a bolesti stejné. Je to především HPA osa, která vyvolává různé změny a zapojuje do celého systému i autonomní nervový systém, hormony hypofýzy včetně růstového hormonu a hormony kůry dřeně nadledvin společně působí i na systém imunitní. Velmi důležitou úlohu při společných mechanismech hrají i cytokiny, které se uvolňují jak při bolesti, tak při stresu. Je tedy zřejmé, že bolest a stres jsou širším fenoménem než bolest, která je doprovázená stresovými mechanismy, ať jde o bolest akutní nebo chronickou. Proto studium a interpretace jak výzkumných, tak léčebných výsledků v této oblasti musí být vždy respektovány poznatky principu stresu a bolesti (ROKYTA, 2003).

4 STRES VE ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ, SYNDROM VYHOŘENÍ

Termín stres má v současnosti mnohem širší využití než při jeho vzniku. Z psychologického hlediska lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení (VÁGNEROVÁ, 2002).

Lidé, kteří trpí chronickým stresem, jsou především lidé vystavení trvalé zátěži v sociálně-emocionální oblasti. Lékařská klasifikace nemocí z povolání a psychologie práce počítá učitele ke skupinám osob zvláště zatížených stresem. Stavby vyčerpání a nervozity u učitelů byly lékařům známy již na začátku 20. století. Koncem šedesátých a na počátku sedmdesátých let se američtí psychologové začali syndromem vyhoření intenzivně zabývat (HENNIG, KELLER, 1996).

Učitel je v souvislosti s problematikou stresu v centru pozornosti již velmi dlouho. Jde zde především o spojení stresu s charakterem profese a jejího vykonávání. Obecně se předpokládá, že se objevuje při výkonu této profese zvýšený výskyt stresorů v podobě nečekaných situací, pro které učitel bezprostředně postrádá prostředky jejich ovlivnění, situací konfliktních či těch, které ohrožují jeho integritu a pocity osobní hodnoty a důstojnosti. Navíc často dochází ke kumulaci všech těchto činitelů. Tato zjištění vedou ke konstatování, že stres je trvalá, prakticky neodstranitelná součást výkonu učitelské profese. Pozornost se dnes zaměřuje na dílčí přístupy, které by negativní důsledky stresu v práci učitele zmírňovaly. Zájem je věnován i osobnostní struktuře učitelů, jsou zkoumány rysy osobnosti, které podmiňují větší odolnost vůči stresorům. Jde především o nalezení metod, které by zmírnily nebo odstranily negativní dopady stresu na psychický stav a činnost učitele. V pedagogické situaci se kromě učitele nacházejí i žáci a studenti. Postavení žáků a studentů je poněkud jiné, než postavení učitele, pokud jde o zdroje stresu a jeho zvládání. Je obecně snahou školy optimalizovat podmínky pro rozvoj žáků a studentů, škola může většinou část těchto podmínek ovlivnit, ale stále zůstává vztah učitel a žák a nečekané, obtížně zvladatelné problémy (KONEČNÝ, 2001).

4.1 Stres a jeho projevy v povolání učitelů

Stres související s výkonem učitelské profese, jehož hlavními zdroji jsou podle empirických výzkumů žáci se špatnými postoji k práci a vyrušující, rychlé změny vzdělávacích projektů a organizace školy, špatné pracovní podmínky, včetně osobních vyhlídek na zlepšení postavení v práci, časový tlak, konflikty s kolegy a pocit, že společnost nedoceňuje práci učitele. Je-li učitel pod vlivem stresu, snižuje to kvalitu jeho výkonu tím, že ztrácí uspokojení z práce a motivaci, a zhoršují se jeho vztahy s žáky ve třídě. Podle výzkumů značná část učitelů prožívá stres často. Pro boj proti stresu je důležité odstraňovat jeho příčiny, pokud je to možné, užívat různých relaxačních technik tam, kde příčiny nemůže jednotlivec ovlivnit, bránit se burnout efektu.

Učitel je vystaven nárokům, požadavkům a očekáváním nejrůznějších osob. Žáci od něj očekávají srozumitelný výklad učiva, chválu a uznání, zábavu, pomoc při učení, radu, emocionální přístup, spravedlivé jednání. Rodiče požadují účinné zprostředkování vědomostí a znalostí pro své potomky, zajištění pokroku v učení, ochranu dětí před nebezpečím, empatii, terapii a spolupráci. Kolegové od učitele chtějí, aby měl vždy dobrou náladu, svěřoval se jim se svými starostmi, naslouchal jejich problémům a podpořil je v konfliktních situacích. Vedení školy očekává od pedagoga dosažení odpovídajících výukových a výchovných cílů, objektivní posuzování výkonů žáků, udržování disciplíny, příkladné chování, společenskou a profesionální angažovanost, připravenost integrovat do výuky i problémové žáky.

4.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, vypálení, též vyhaslosti - burnout syndrome je spojován se stavy celkového, především psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti kognice, motivace i emocí, zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, výkonnost a jednání osob. Tento syndrom kromě uvedených oblastí psychiky ovlivňuje podstatně i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje a vykazuje některé podobné charakteristiky s příznaky i důsledky různých duševních onemocnění a poruch.

Syndrom vyhoření je dnes obecně známý jev. Je to stav extrémního vyčerpání, vnitřní distance, silného poklesu výkonnosti a různých psychosomatických obtíží. Oficiálně to však dosud není nemoc. Potkáváme stále více lidí, postižených syndromem vyhoření, vyhoření by se mohlo stát plíživou hrozbou pro naši společnost.

Nelze jednoznačně říci, co k syndromu vyhoření přesně vede. Bývají to konflikty rolí, přílišná očekávání, nejasnosti v hierarchických strukturách, vztahové konflikty, časový tlak, příliš vysoká odpovědnost, nedostatečná podpora ze strany nadřízených. Patří sem i dlouhodobý a bezprostřední styk s lidmi a dlouhodobé neúspěšné jednání s nimi, např. při dojednávání smluv, dohod, obchodů apod. Dále se jedná o dlouhou dobu trvající přetížení, kladení mimořádných požadavků na pracovníka, příliš strohý pracovní režim, příliš přísná pravidla jednání či příliš tvrdě vyžadované dodržování „pravidel hry“, diktátorský režim, bezohledné manipulování s lidmi, přetěžování, tj. situace, kde je příliš velké množství úkolů, pacientů, zákazníků, klientů, stran atp. v poměru ke kapacitě pracovníků. Osoby nejvíce ohroženy syndromem vyhoření najdeme ve zdravotnictví, školství, v oblasti hospodářství a administrativy, mezi pracovníky sociální péče a sociálních služeb a pro někoho může být překvapující, že sem řadíme i rodinu. Ačkoli se nejedná o zaměstnání v pravém slova smyslu, s projevy syndromu burnout se v rodině setkáváme velmi často (KALLWASS, 2007).

Důležité je, že ne každá vnější zátěž musí vést k syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření nepřichází najednou, ale dostavuje se plíživě a existují varovné signály v počáteční fázi syndromu. Obvyklé je, že člověk, který se maximálně angažuje, se projevuje stále častějšími obdobími vyčerpání. Méně snese a okolí trpí jeho výkyvy nálad, snáze podléhá infekcím, nedaří se mu odpočívat a únava se stává chronickou. Následuje další fáze příznačná výraznou snížením angažovanosti, ztrátou zájmu, úbytkem výkonnosti, motivace, depresivními nebo agresivními reakcemi a patrným zploštěním na duchovní, emocionální i sociální úrovni. Dostavují se i psychosomatické reakce. Pojem syndrom vyhoření v sobě skrývá soubor nejrůznějších obtíží, zasahující pracovní oblast i soukromý život (KALLWASS, 2007).

Vyhoření může potkat kohokoli, ale typické je pro výkonné lidi, kteří se snaží něčeho dosáhnout a být úspěšní a vždy dělají více, než jejich práce vyžaduje. Nezávisí na společenském nebo finančním postavení, nejedná se o neurotiky ani psychotiky. Většina lidí, které tento syndrom postihne, nikdy předtím žádné emocionální ani duševní poruchy nezaznamenali. Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Objevuje se především u angažovaných pomahačů. Větší riziko se objevuje tam, kde se jedinec setkává s problémy druhých, snaží se je emočně podpořit. Vyhoření se projevuje jako plíživé psychické vyčerpání způsobené dlouhodobým působením stresujících podnětů. K pomáhajícím profesím tento syndrom nevyhnutelně patří a téměř u každého pracovníka se časem projeví některé z charakteristických projevů. Následně na to syndrom vyhoření buď propukne nebo se jej podaří zvládnout zlepšením podmínek nebo vlastními silami ohroženého jedince (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006).

Nejznámější definice syndromu vyhoření pochází od Pinese. Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Tento stav ohlašuje celá řada symptomů: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně a tělesně unavený. Má pocity nemoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. Vyhoření většinou není důsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání. U většiny jedinců postižených syndromem vyhoření jsou zasaženy centrální psychofyzické funkce. Jak už bylo řečeno, syndrom vyhoření je důsledkem dlouhodobě působícího stresu. Člověk, který se těžko vyrovnává s trvalou psychickou i fyzickou zátěží, může v takové situaci setrvávat mnoho let. Celý proces probíhá v několika fázích. Na počátku jde o nadšení, které se projevuje vysokými cíli a angažovaností, dále přichází fáze stagnace, kdy nadšení opadá a dotyčný je často podrážděný. Ideály se nedaří realizovat, začíná na problémy nahlížet negativně, cítí zklamání a přichází frustrace. Déletrvající stav frustrace přechází po určité době stavu apatie. Dotyčný se vyhýbá zadaným úkolům i aktivitám. Není schopen změnit tento stav a na běžné pracovní i osobní povinnosti vyčerpává neadekvátní množství energie, je unavený, nervózní, bez nálady a schopnosti komunikace. Při další zátěžové situaci, kterou dříve dotyčný lehce zvládal, podléhá stresu a není schopen situaci zvládnout. Je

dosaženo stádia úplného vyčerpaní organizmu, který nazýváme syndromem vyhoření (HENNIG, KELLER, 1996).

Ve známé Beckerově koncepci duševního zdraví je riziko onemocnění vyjádřeno poměrem mezi rizikovými a protektivními faktory. Rizikovými faktory se rozumí především zranitelnost a stresory, protektivními potom kompetence (kompetence uspokojování potřeb, sociální kompetence, kognitivní kompetence, kompetence zvládat stresové situace a kompetence v kontrole jáství). Komplex duševního zdraví pak doplňuje dušení pohoda „well-being“ Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci člověka vůči negativním účinkům stresu je pokládána osobnost jedince. Za vnější faktor je pokládána sociální opora tj. systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk přijímá a produkuje ve vztahu k okolí. Osobnostní charakteristiky se v podmínkách stresu promítají do procesu zvládání stresu, rozhodujícím způsobem ovlivňují hodnocení stresových situací a výběr strategií k jejich zvládnutí. Určité osobnostní charakteristiky tak směřují k určitému stylu hodnocení a zvládání stresu a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 1998).

Syndrom vyhoření se projevuje ztrátou energie a idealismu, které vedou ke stagnaci, frustraci a apatii. Nejčastěji se vyhoření objevuje v profesích, které jsou označovány jako pomáhající, dále pak v profesích, kde je nutný mezilidský kontakt, dále u profesí, které jsou charakteristické vysokou psychickou zátěží. Výrazná je i charakteristika jedinců jako jsou zvýšená senzitivita, zranitelnost, idealismus, nadměrné přebírání odpovědnosti, vlastní nevyřešené konflikty v kombinaci se zvýšenými profesními nároky, či nároky společnosti kladené na jedince (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006).

4.2.1 Historické vymezení pojmu syndrom vyhoření

Pojem „burnout“ byl uveden do literatury H.J. Freudenbergerem v jeho stati publikované v časopisu „Journal of Soccial Issues“ v roce 1974, kde syndrom bournout definoval jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané

výsledky. Syndrom je spojován se stavem psychického a fyzického vyčerpání v důsledku dlouhotrvajícího stresu. Jedná se o vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka. Jako první bylo popisováno vyhoření u personálu alternativních léčebných zařízení závislých na obětavé pomoci dobrovolníků. Brzy se ukázalo, že tento koncept lze uplatnit i u dobře placeného personálu ve vyšších pozicích – u lékařů, psychiatrů, zdravotních sester, učitelů i sociálních pracovníků. Dnes se ukazuje, že se vyskytuje též u dalších zaměstnaneckých kategorií – advokátů, pojišťovacích a bankovních úředníků, poštovních úředníků, ale i u nezaměstnaneckých kategorií (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006).

Jednou z hlavních příčin syndromu je každodenní, zdánlivě nekonečná a nevyhnutelná povaha chronického stresu. Akutní stres k syndromu nevede. Pocit jedince, že již nadále nemůže těmto požadavkům dostát, ve spojení s pocitem, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je neadekvátní nízkému výslednému efektu, vede ke vzniku vyhoření. Burnout bývá charakterizován jako situačně indukovaná stresová reakce nebo též jako poslední fáze stresové odpovědi – vyčerpání. Důsledky selhání se projevují ve vztahu k sobě a k pracovní činnosti. Vztah k pracovní činnosti, která byla dříve naplněním života, se mění a stává se negativním. Je provázen pocitem zklamání a marnosti. Pracovní výkon je zhoršen, často je přítomna změna chování ke klientům ve smyslu negativních až cynických pocitů a postojů. Psychický stav je charakterizován pocitem vyčerpání, emoční oploštělostí, odosobněním, ztrátou zájmu a snížením osobních aspirací. Objevují se hostilní pocity, úzkost, deprese, negativismus. Vztah k sobě je charakterizován tendencí ke sníženému sebevědomí, k negativnímu mínění o sobě, zejména pokud jde o pracovní kompetenci. Jedním ze základních pocitů je pocit profesního neúspěchu a nemožnost vyvíjet se v dané profesi (KALLWASS, 2007).

Velmi výrazné je utlumení empatie, ztráta pozitivních vztahů k osobám, jimž je poskytována služba (pacientům, klientům, zákazníkům, občanům). Tyto osoby začínají být vnímány jako objekty, tvořící součást vnějšího prostředí. Někteří autoři hovoří o tzv. dehumanizované percepci okolí, i když nejde pouze o poruchu percepce (RUSH, 2003).

4.2.2 Příznaky a projevy syndromu vyhoření v pedagogickém povolání

Je známo, že existuje celá řada definic syndromu vyhoření, většinou jsou orientovány na stav emočního, fyzického a mentálního vyčerpání. Je možné stanovit několik obecných společných znaků, které uvádějí i Hennig a Keller (1996).

Tyto znaky jsou:

- přítomnost negativních emocionálních příznaků
- spojení s určitými druhy povolání
- menší efektivita práce spojená s negativními vytvořenými postoji
- tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně v oblasti fyzické a sociální
- syndrom vyhoření nesouvisí s psychickou patologií
- všechny hlavní složky syndromu resultují z chronického stresu

Všechny tyto společné znaky se promítají do příznaků syndromu vyhoření. Učitelé, kteří trpí pocity nesmyslnosti a marnosti ze své každodenní práce ve škole, případně z učitelského povolání vůbec, se ocitají v začarovaném kruhu. Ztrácí-li nebo ztratila-li pro ně práce smysl, musejí na zvládnutí všedního dne vynaložit mnohem více energie. Vnitřně se takový učitel se svým povoláním rozešel a snaží se dělat právě tolik, aby vyhověl požadavkům. Důsledkem je jeho negativní přístup a zároveň nástup negativních reakcí ze strany žáků, rodičů a kolegů. Tím se podporuje vznik stresových reakcí, trvalého každodenního stresu a zároveň to vede k další ztrátě smyslu. Výchozí situace může být odlišná – rezignace učitele, který se postupem času stává obětí syndromu vyhoření nebo stresovaný vyhořelý učitel, který v důsledku toho ztratí smysl své práce, ale bludný kruh pocitů beznaděje je stále stejný. Nejčastěji se jedná u učitelky základních a středních škol – často se jedná o relativně nejlepší učitelky, které vstupovaly do zaměstnání s představou, že budou pomáhat svým žákům na jejich cestě za poznáním. V zaměstnání se ovšem setkaly s realitou, kterou tvoří malý zájem až nezájem ze stran studentů o to, co je ony chtěly naučit. Dalšími jevy, které přispívají k psychickému náporu, je nekázeň žáků na

straně jedné a nedostatek kázeňských prostředků učitelů na straně druhé. Pokud přičteme nedobré mezilidské vztahy v pedagogickém prostředí, problémy v rodině a nesmyslné překážky ze strany vedení, můžeme pozorovat už první příznaky syndromu vyhoření (HENNIG, KELER, 1989).

Vycházíme-li z teorie, že své jednání a jeho účinky na okolí neustále srovnáváme se svým vnitřním standardem (např. představou dobrého učitele), jedná se o určitý způsob sebehodnocení, který uplatňujeme zejména v okamžicích neúspěchu. Při něm dochází k rozporu mezi vlastní představou a realitou. Pokud se nám v určitém čase nepodaří tento rozpor zmenšit, snažíme se dále plnit pouze naše povinnosti a na vlastní vnitřní standardy a principy již nebereme ohled a rezignujeme na ně. Vznikají určité vzorce chování, které vedou k odosobnění, projevům cynismu a vymizení sebereflexe. Všechny tyto jevy představují destrukci osobnosti (HENNIG, KELLER, 1996).

Na psychické úrovni:

- dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná
- výrazný pocit celkového vyčerpání spojeného se ztrátou motivace
- expresivně popisovaná únava „*jsem k smrti unaven*“ v rozporu s emocionální oploštělostí
- utlumení celkové aktivity, kreativity a iniciativy
- depresivní ladění, pocity smutku, bezvýchodnosti a beznaděje
- pocit vlastní postradatelnosti a bezcennosti
- projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k pacientům, klientům
- pokles až naprostá ztráta zájmu související s profesí, negativní hodnocení instituce, v níž je profese vykonávána
- intenzivní prožitek nedostatku uznání, sebelítost
- užívání stereotypních frází a klišé

Na fyzické úrovni:

- stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost
- rychlá unavitelnost
- vegetativní obtíže, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže
- bolesti hlavy, poruchy spánku, poruchy krevního tlaku
- přetrvávající celková tenze
- zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu

Na úrovni sociálních vztahů:

- celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob
- výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i kolegy
- zjevná nechuť k vykonávané profesi
- nízká empatie u osob s původně vysokou empatií
- postupné narůstání konfliktů v důsledku nezájmu, lhostejnosti a apatie

4.2.3 Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření

Vyhoření si můžeme představit jako ztrátu vůle a motivace. První cesta bývá ztráta ideálů. Na počátku je nadšení, upřímné těšení se z nového zaměstnání, práce přes čas pomáhá naplňovat počáteční ideály. Postupem času však začínají narůstat obtíže a dochází ke střetu ideálů s realitou. Druhou cestou je workoholismus. Jedná se o závislost na práci, kdy daný jedinec trpí nutkavou vnitřní potřebou hodně pracovat, což vyžaduje stále více času a energie, které se mu začne nedostávat. Třetí cestou je teror příležitostí. Každá nová zakázka je brána jako zajímavá a lákavá příležitost, které je škoda nevyužít. Později se však ukáže, že dostát všem

rozpracovaným závazkům spotřebovává všechny zdroje energie. Neschopnost slevit může vést také k syndromu vyhoření (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006).

V literatuře se rozlišuje tzv. copout a burnout syndrom, kdy copout je chápán jako zjevné selhání a útěk od odpovědnosti, zatímco u burnout syndromu se zpočátku udržuje vysoký výkon, který se postupně mění do stavu emocionálního a fyzického selhání. Ve výzkumu syndromu vyhoření dospěli psychologové k závěru, že lze rozlišit několik verzí. Byl popsán tzv. syndrom obnošení s pocitem naprostého vyčerpání u dlouhodobého stereotypního stresu, dále obvyklý syndrom vyhoření dostavující se při pokračujícím trvalém stresu a syndrom podcenění, kdy člověk vykonává dlouhou dobu monotónní práci, která je pod úrovní jeho kvalifikace.

Z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření jsou považovány inteligence, věk, stav, vzdělání a délka praxe v oboru za neutrální faktory. Sporná zůstává délka práce na jedné pracovní pozici.

Podle Kebzy a Šolcové se za rizikové faktory považují:

- neustále rostoucí nároky na člověka v současné civilizované společnosti
- příslušnost k profesi vykonávající profesionální práci s lidmi
- chronický dlouhotrvající stres
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon
- počáteční angažovanost, pracovní entuziasmus, zaujetí pro věc
- původně vysoká empatie, obětavost, senzitivita
- permanentní časový tlak
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení profese
- stabilně prožívaný stres, hostilita a agrese
- prožitek bezmoci a beznaděje

4.2.4 Institucionální a společenské příčiny syndromu vyhoření v povolání učitele

Očekávání kladená na učitele jsou velmi vysoká. Chce-li učitel všem nárokům vyhovět, zcela zákonitě se dostane do stresu. Zátěž je způsobena nejen velkým množstvím nároků, ale především mírou konfliktů, které z nich vyplývají.

Podíl učitelů postižených vysokým stupněm vyhoření se podle diagnostických statistik pohybuje mezi 15-20%. Problémy postihují zvláště učitele ze škol s vysokým počtem problémových žáků a služebně i věkově starší pedagogy (HENNIG , KELLER, 1996).

Autoři knihy „Antistresový program pro učitele“ Hennig a Keller shrnuli hlavní příčiny syndromu vyhoření v následujících bodech:

- konfrontace s novou generací žáků
- kritičtí a vůči škole většinou negativně naladění rodiče, kteří se však současně stále více snaží zbavit se svých pedagogických povinností a přesunují odpovědnost za výchovu svých dětí na učitele
- napětí a konflikty v učitelském sboru (např. problémy s vedením školy), které vyplývají mimo jiné z toho, že většina učitelů tento kolektiv chápe jako náhodně shromážděný houf osamělých bojovníků, a ne jako živou sociální skupinu s odpovídající strukturou
- stoupající věkový průměr členů učitelského kolektivu, který s sebou přináší snižující se flexibilitu a i odolnost vůči zátěži (nemluvě o vlivu nedostatku nových pedagogických podnětů, způsobeném nepřítomností mladých kolegů)
- negativní obraz učitelského povolání v očích veřejnosti nutí mnoho učitelů k nepřetržité obraně a ospravedlňování svého společenského statusu
- škola jako instituce je zatěžována nesplnitelnými požadavky společnosti, podle nich by měla podchytit pokud možno všechny negativní společenské jevy a zabezpečovat jejich prevenci, například sociálně pedagogickou péči o žáky, prevenci proti drogám, zdravotní a mediální výchovu, výchovu k rasové snášenlivosti atd. Škola by se s těmito úkoly samozřejmě měla vyrovnávat, ale ne

izolovaně, nýbrž jako součást sítě mimoškolních společenských struktur a institucí

- přibývajících úsporných opatření v oblasti financování školství a vzdělávání vedou ke zvyšování počtu žáků ve třídách, k odbourávání různých podpůrných opatření a programů, snižování počtu odborníků v pracovních kolektivech, omezování vzdělávacích projektů

U většiny jedinců postižených syndromem vyhoření v učitelském povolání jsou zasaženy centrální psychofyzické funkce, avšak často v různém stupni. Obecný obraz jeho symptomů na rovině duševní, tělesné, citové i sociální vypadá takto (HENNIG, KELLER, 1996):

Duševní rovina

- negativní obraz vlastních schopností
- negativní postoj k žákům a rodičům
- negativní hodnocení působení školy
- ztráta zájmu o profesní témata
- únik do fantazie

Citová rovina

- sklíčenost
- pocity bezmoci
- sebelítost
- popudlivost
- nervozita
- pocit nedostatku uznání

Tělesná rovina

- rychlá unavitelnost

- zvýšená náchylnost k nemocem
- vegetativní obtíže
- bolesti hlavy
- svalové napětí
- poruchy spánku
- vysoký krevní tlak

Sociální rovina

- úbytek výchovné angažovanosti
- úbytek snahy pomáhat problémovým žákům
- omezení kontaktů s rodiči a žáky
- omezení kontaktů s kolegy
- soukromé problémy
- nedostatečná příprava na vyučování

4.3 Prevence syndromu vyhoření

Jev vyhoření byl a je často psychology zjišťován a popisován, V psychologické literatuře je možno nalézt mnoho článků věnovaných studiu tohoto jevu. Vyhoření je formálně definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné.

Žít pro něco znamená žít. Na druhé straně žít pro něco, co za to stojí ještě neznamená žít zdravě. Stává se, že ve svém životě vlastní nadšení pro věc přezneme. Pokud máme velké očekávání a velké nadšení provázené chronickými situačními stresy, mohou se po určité době projevit příznaky vyhoření. Jak už bylo řečeno, nejnadšenější lidé upadají do nejtěžších forem vyhoření nejčastěji. Vyhoření

nepostihuje všechny lidi stejně intenzivně. Nejde jen o osobnostní charakteristiky, které mohou vyhoření buď umožňovat nebo mu bránit, ale jde i o druh činnosti (HENNIG, KELLER, 1996).

Mezi protektivní faktory syndromu vyhoření patří informovanost veřejnosti o zdraví a jeho ochraně, o zdravém životním stylu, o trávení volného času, o možnostech odborné pomoci a také o problematice syndromu vyhoření. Podle Světové zdravotnické organizace je zdravý stav úplného fyzického, psychického a sociálního blaha a zahrnuje také funkci duchovní, nejde tady pouze o nepřítomnost choroby nebo poruchy tělesných funkcí. K úplné prevenci syndromu vyhoření na úrovni jedince je literaturou doporučováno prohloubení sebekoncepcí na tělesné i duševní úrovni, vytvoření kvalitních mezilidských vztahů, fungujícího manželství a formulování jasných a dosažitelných cílů. Velmi důležitá je rovněž schopnost projevit emoce a humor a zachovávat pozitivní přístup k životním situacím. Pro zlepšení psychické kondice je možné užít speciální relaxační techniky, různé formy relaxačních cvičení, psychohry, jógu, vizualizaci (MAREČKOVÁ, VRÁNOVÁ, 2001).

V rámci snahy informovat učitele o prevenci „ztráty nadšení“ shrnuli Keller a Hennig (1996) ve svém antistresovém programu nejdůležitější typy protistresového chování. Mezi nejdůležitější patří uvědomění si negativního myšlení a objevení síly pozitivního myšlení, přerušení negativních pocitových stavů, pěstování harmonických vztahů kolem sebe. Účinnou metodou redukování stresu je také plánovité hospodaření s časem, pěstování pohybu a snaha o fyzicky zdravější život (strava, pohyb, dostatek spánku). Hlavní příčinou stresu a syndromu vyhoření bývá neschopnost relaxovat, odpočívat. Pravidelným uplatňováním relaxačních technik a cvičení je možné stresu předcházet a udržovat organismus v rovnováze mezi napětím a uvolněním. Výrazné relaxační účinky má hudba. Mezi nejúčinnější patří pravidelná koncentrace na dech a průběh dechu (KELLER, HENNIG, 1996).

Miluše Kubíčková ve svém článku „Jak obnovovat síly“ píše, že prevencí je ochota a odvaha změnit způsob života a začít se věnovat výchově sebe sama. Sebevýchova je náročný a dlouhodobý úkol, ale je-li člověk ochoten pracovat sám na sobě, přináší to užitek jemu i jeho okolí. V případě syndromu vyhoření je třeba uvědomit si možné nebezpečí a probudit snahu a trpělivost dotvářet sám sebe ve

všech úrovních. Odměnou je pocit radosti a postupně zlepšení kvality života. Každý, kdo cítí zodpovědnost za své vlastní zdraví, chce si upevnit duševní pohodu a soulad ve vztazích, může věnovat krátkou chvíli každý den jednoduchým cvičením pro obnovu tělesných a duševních sil.

Cvičení ve správné řeči:

Je dobré si uvědomit možné nedobré emoce, které probouzí každé hrubé slovo a snažit se vědomě kontrolovat obsah slovních výpovědí. Součástí cvičení ve správné řeči je také dovednost smysluplně se tázat a smysluplně odpovídat. Je dobré si uvědomit, že slovní projev je projevem myšlenek a emocí.

Cvičení pro uvolnění vnitřního napětí:

V tomto cvičení pomáhá zaměření na dech a navození krátké příjemné představy jemných a lehkých dějů v přírodě, například představa listu padajícího ze stromu.

Cvičení v pozorování gest:

Snaha zbavovat se zlovyků a rozpustit vědomě nedobré návyky.

Cvičení v pomalosti:

Snaha nemluvit překotně, při přemýšlení neodbíhat od tématu, předcházet ukvapeným rozhodnutím.

Cvičení návratu zpět:

Pravidelná zpětná mentální procházka celým dnem večer před spaním pomůže oddělit potřebné a smysluplné od nedůležitého a nepotřebného. Podporuje upevnění správných životních cílů a představu o životních hodnotách (KUBÍČKOVÁ, 2009).

Chybná náplň nebo organizace volného času má také prokazatelně negativní vliv na rozvoj morálních vlastností. Výchova ke vhodnému způsobu trávení volného

času je účinnou prevencí negativních vlivů stresu. V dospělosti je trávení volného času výslednicí vzorců chování a priorit hodnot, které si jedinec postupně vytvořil v průběhu života. Za optimální strukturu aktivit volného času lze považovat takovou kombinaci činností, která uspokojuje lidskou potřebu odpočinku, zábavy i rozvoje a tím přispívá k harmonii a rovnováze osobnosti člověka. V mnohých případech bývá problémem nejen vhodné využití volného času, ale také jeho získávání. V této souvislosti mluvíme o časovém stresu, kdy jedinci chybí dostatek času na odpočinek a zábavu. Ze všech psychologických disciplín se problematice volného času nejvíce věnuje psychohygiena (MAREČKOVÁ, VRÁNOVÁ, 2001).

Psychohygiena či duševní hygiena je chápána jako systém propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví a duševní rovnováhy. Volný čas představuje prostor, ve kterém lze aplikovat opatření a postupy, jež vedou k znovuzískání a upevnění zdraví (MÍČEK, ZEMAN, 1992).

Míček zmiňuje následující psychohygienická pravidla využívání volného času:

- volný čas není zbytečně stráveným časem
- uvědomit si odpovědnost nejen za své pracovní výsledky, ale i za využívání volného času
- maximální individuální organizace volného času
- ve volném čase je třeba odstranit každou křečovitost a nesmyslné úsilí
- maximální využití fantazie ve volném čase
- realizaci zájmů a zálib absolutně nevázat na zaměstnání
- činnosti ve volném čase by měly být provázeny pozitivním emočním laděním
- psychohygienická pravidla neplatí jen pro psychiku člověka, ale i pro jeho tělo
- znát psychohygienická pravidla pro využívání volného času a mít na ně vlastní poučený názor

Nebezpečí rozpadu individuality se dnes týká každého člověka. Vážné příčiny oslabení našich sil lze odhalit, ale nelze jim zamezit bez dodržování základních pravidel cesty ke zdraví mezi které patří vyvážená strava, harmonický pohyb,

správné dýchání, pravidelný způsob života, harmonické vztahy k sobě a ke světu a duševně-duchovní harmonie (KUBÍČKOVÁ, 2009).

Křivohlavý v přehledu teorií zdraví zmiňuje: „Zdraví je považováno za určitý druh síly, která člověku pomáhá v životě zdolávat těžkosti“. Této síly člověk může mít více nebo méně. Tato síla se může vytrácet a člověk slábne, to se chápe jako úbytek životní síly. Síla se dá však opět získat. Člověk se může znovu vzchopit poté, co zeslábl a upadl. „Dobré zdraví je síla zvítězit nad nemocí, která člověka momentálně ohrožuje“ (KŘIVOHLAVÝ, 2003).

5 METODOLOGIE

5.1 Cíl práce

Tato práce si klade za cíl poukázat na vztah vzájemného působení každodenního nežádoucího stresu na lidský organismus a tělesných a psychických projevů změn imunitního systému. Celek je zaměřen na osobnost pedagogického profesionála, který pod tlakem vnějších stresorů a osobních ideálů ve velké míře dlouhodobému stresu podléhá a řadí tím pedagogy mezi profese s vyšším předpokladem vzniku syndromu vyhoření. Cílem práce je podat ucelený přehled příčin, příznaků, projevů a prevence syndromu vyhoření, najít odpověď na stanovené výzkumné otázky a ukázat, že cesta k překonání tohoto problému vede od mobilizace vlastní síly ke konečnému přehodnocení životních hodnot a priorit.

5.2 Úkoly práce

Pro práci byly stanoveny následující úkoly:

Analyzovat českou i zahraniční odbornou literaturu, uvést časopisecké i knižní zdroje, včetně ověřených webových zdrojů.

Stanovit cíle a výzkumné otázky práce.

Navázat spolupráci s odborným lékařským zařízením a zajistit možnost prostudování anamnéz vykazujících příznaky syndromu vyhoření, vymezit soubor jednotlivců na základě lékařských zpráv pro potřeby výzkumné části práce.

Vymezit soubor sledované populace pro výzkum výskytu syndromu vyhoření v pedagogické profesi.

Provést výzkumné šetření pomocí diagnostických metod kazuistiky a dotazníku.

Zjištěné výsledky analyzovat, dále diskutovat a stanovit závěry práce. Uvést doporučení pro praxi.

5.3 Výzkumné otázky

Pro výzkum byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Předpokládá se jejich zodpovězení na základě provedeného výzkumu a zhodnocení dalších výsledků v závěrečné diskuzi.

- 1) Příznaky vysokého stupně vyhoření u učitelů se vyskytují v rozmezí mezi 15 – 20 %.

Podíl učitelů postižených vysokým stupněm vyhoření se podle diagnostických statistik pohybuje v rozmezí mezi 15 – 20% (HENNIG, KELLER, 1996, s. 18).

- 2) Příznaky syndromu vyhoření se vyskytují častěji u žen než u mužů.

Z hlediska intersexuálních diferencí nejsou názory na výskyt burnoutu jednotné: zvláště v publikacích z první vlny výzkumů burnoutu v 80. letech se setkáváme s názorem, že výskyt vyhoření je častější u žen (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 1998, s. 17).

6 METODY PRÁCE

6.1 Charakteristika souboru

Pro výzkumnou část práce byly určeny dva hlavní soubory, které byly nazvány *Soubor A* a *Soubor B*.

Soubor A Výzkumný soubor tvořili pacienti soukromé psychiatrické ordinace MUDr. Marcely Kalné v Českých Budějovicích. Z celkového množství pacientů bylo vybráno šest osob, čtyři ženy a dva muži, různého věku, všichni povoláním učitelé, jejichž anamnézy vykazovaly příznaky syndromu vyhoření tj. problémy spojené s obtížemi v uspořádání života - porucha přizpůsobení.

Soubor B Výzkumný soubor tvořilo 69 učitelů, 54 žen a 15 mužů, různého věku. Pro daný výzkum bylo vybráno pět škol z Českobudějovicka, záměrně odlišných typů a stupňů vzdělávání.
Do výzkumu byly zařazeny tyto školy:

Základní a mateřská škola v Hosíně

Jedná se o subjekt zřizovaný obcí, slučující v sobě mateřskou školu a základní školu jednotřídního typu pro I. stupeň ZŠ. Osloveni byli 4 učitelé, z toho 2 učitelky ZŠ a 2 učitelky MŠ. Výzkumu se zúčastnili 4 učitelé.

Townshend mezinárodní gymnázium, o.p.s.

Jedná se o soukromý subjekt, funguje v kategoriích soukromá mateřská škola, soukromá ZŠ a šestileté gymnázium zařazené v síti škol MŠMT, s internátním zařízením pro studenty. Osloveno bylo 25 učitelů, z toho 20 učitelů střední školy, 4 učitelé ZŠ a 1 učitelka MŠ. Výzkumu se zúčastnilo 8 učitelů, z toho 4 cizinci.

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická v Českých Budějovicích

Jedná se o státní školu, zřizovanou Jihočeským krajem. Osloveno bylo 56 pedagogických pracovníků, učitelů střední a vyšší školy a učitelů odborných předmětů. Zúčastnilo se 43 učitelů

Střední odborná škola elektrotechnická, Centrum odborné přípravy v Hluboké nad Vltavou

Jedná se o státní subjekt, škola sdružuje střední odbornou školu, střední odborné učiliště a domov mládeže. Osloveno bylo 30 učitelů, Zúčastnilo se 6 učitelů.

Základní škola Hlinecká v Týně nad Vltavou

Jedná se o státní subjekt. Osloveno bylo 23 učitelů, zúčastnilo se 8 učitelů.

6.2 Organizace výzkumu

Soubor A Průzkum proběhl v únoru 2009. Z celkového množství pacientů soukromé odborné psychiatrické ambulance MUDr. Marcely Kalné bylo doporučeno a po prostudování anamnéz vybráno šest lékařských zpráv bez možnosti přístupu k osobním datům a jménům. Anamnézy byly poskytnuty v plném rozsahu pro potřebu výzkumu.

Soubor B Průzkum proběhl v březnu 2009. Z celkového množství škol v Českých Budějovicích a okolí bylo pro daný výzkum náhodně vybráno pět škol záměrně odlišných typů a stupňů vzdělávání. Pro výzkum byli osloveni prostřednictvím ředitelů škol vždy všichni učitelé, z nichž někteří se výzkumu zúčastnili, všichni na základě vlastního rozhodnutí. Osloveno bylo celkem 138 učitelů, výzkumu se

zúčastnilo 69 z nich, kteří vytvořili experimentální skupinu. Výzkumu se zúčastnilo přesně 50% oslovených respondentů. Respondenti byli dotazováni prostřednictvím škálových dotazníků. Dotazník obsahoval 24 uzavřených otázek, vyplnění bylo anonymní, doba odevzdání 2 týdny, po uplynutí této doby byl výběr respondentů uzavřen. Pro zúčastněné cizince byl dotazník předložen v anglickém jazyce. V rámci experimentální skupiny bylo náhodně vybráno 10 respondentů, kteří vyplnili kromě základního dotazníku pro experimentální skupinu ještě dotazník MBI pro kontrolní skupinu.

6.3 Použité metody

Obsahová analýza lékařské zprávy:

Pro studium příznaků syndromu vyhoření byla použita metoda obsahové analýzy lékařské zprávy. Údaje získané rekonstrukcí životních událostí jednotlivých osob na základě rozhovoru při lékařském vyšetření vedly ke zjištění individuálního vývoje a rozvoje patologických příznaků v průběhu života a posloužily k vytvoření jednotlivých anamnéz, uvedených v lékařských zprávách. Tyto byly pod vedením odborného lékařského dohledu zpracovány pro potřeby tohoto výzkumu.

Strukturovaný dotazník:

K výzkumu pro experimentální skupinu byla použita dotazníková metoda - strukturovaný dotazník s vícestupňovou škálovou stupnicí (HENNIG, C., KELLER, G. *Antistresový program pro učitele*. 1996). autorů Henniga a Kellera, který uvedli v knize Antistresový program pro učitele s cílem odpovědět na otázku, do jaké míry jsou centrální psychofyzické funkce zasaženy stresem. Základními třídícími údaji o osobě respondenta jsou škola, věk, a pohlaví. Dotazník se skládá z 24 položek s možnostmi škály 5 odpovědí. Škálové položky jsou přesně formulované – *vždy, často, někdy, zřídka, nikdy* a dotazovaný si může

vybrat jednu z možností týkající se četnosti, které mapují náchylnost k syndromu vyhoření ve čtyřech sledovaných oblastech – kognitivní, emocionální, tělesné a sociální. Z celkového počtu strukturovaných otázek označených č.1 – 24 sleduje soubor otázek č. 1, 5, 9, 13, 17, 21 kognitivní rovinu, soubor otázek č. 2, 6, 10, 14, 18, 22 citovou rovinu, soubor otázek č. 3, 7, 11, 15, 19, 23 tělesnou rovinu a soubor otázek 4, 8, 12, 16, 20, 24 sociální rovinu vnímání. Každá škálová položka dosahuje určitého počtu bodů od 0 - 4. V závislosti na počtu dosažených bodů můžeme vyčíst individuální stresový profil, míru náchylnosti ke stresu a rovinu zasažení. Sledované kategorie jsou vyhodnoceny v hodnotící tabulce třemi stupni – nízkou, střední a vysokou úrovní předpokladu výskytu syndromu vyhoření.

Příloha č.1: Dotazník pro experimentální skupinu

Standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory:

Pro kontrolní skupinu byl zvolen standardizovaný dotazník Christiny Maslach – Maslach Burnout Inventory, (Maslach, Jackson, Leiter, University of California, 1993), který uvedly autorky referátu o syndromu vyhoření Jana Marečková a Věra Vránová na celostátní konferenci „Úkoly pedagogů při rozvíjení zdravého životního stylu“ v roce 2000 v Olomouci. Dotazník mapuje syndrom vyhoření ve třech kategoriích: v citovém vyčerpání, odosobnění a v oblasti sníženého pracovního výkonu. Z celkového počtu strukturovaných otázek označených č.1 – 22 sleduje soubor otázek č. 1,2,3,6,8,13,14,16,20 citové vyčerpání, soubor otázek č. 5, 10, 11, 15, 22, odosobnění, soubor otázek č. 4 ,7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 snížení pracovního výkonu. V závislosti na počtu dosažených bodů jsou sledované kategorie klasifikovány třemi stupni – nízkou, střední a vysokou úrovní výskytu syndromu vyhoření. Dotazník obsahuje 22 položek v sedmistupňové škálové stupnici.

Příloha č.2: Dotazník pro kontrolní skupinu

7 VÝSLEDKY A DISKUZE

7.1 Výzkumná otázka č. 1

Příznaky vysokého stupně vyhoření u učitelů se vyskytují v rozmezí mezi 15 – 20 %.

Výzkumná otázka se nepotvrdila.

Výsledky:

Na základě získaných informací byly vyhodnoceny výsledky dotazníku. Celkem byly vyhodnoceny odpovědi 69 respondentů, z toho 54 žen a 15 mužů. V závislosti na počtu dosažených bodů byly sledované kategorie klasifikovány třemi stupni - nízkou, střední a vysokou úrovní výskytu syndromu vyhoření.

Pro vyhodnocení byla určena škálová stupnice 0-35 bodů /nízká úroveň, 36-48 bodů /střední úroveň a 49-96 bodů /vysoká úroveň. Bodové ohodnocení odpovídající nízké úrovni získalo 58 respondentů, bodové ohodnocení pro střední úroveň získalo 11 respondentů. V kategorii vysoké úrovně výskytu syndromu vyhoření nebyl zaznamenán žádný respondent. Respondenti, kteří získali větší počet bodů než 35 (11 respondentů), byli zařazeni do tzv. rizikové skupiny respondentů. Jedenáct respondentů tvoří 16% celkového počtu dotazovaných.

V porovnání jednotlivých škol mezi sebou nebyla zaznamenána žádná větší odchylka. Riziková skupina respondentů vzešla ze čtyřech z pěti zkoumaných škol (ZŠ Hlinecká / 3 respondenti, ZŠ a MŠ Hosín / 0 respondentů, Townshend mezinárodní gymnázium / 2 respondenti, SOŠEL Hluboká n. Vlt. / 1 respondent, SZŠ a VOŠZ ČB / 5 respondentů).

V rizikové skupině byli zaznamenáni 3 z 15 dotázaných mužů. Tři muži tvoří 20% celkového počtu mužů.

Diskuze:

Výsledky tohoto výzkumu pomohly vytvořit rizikovou skupinu respondentů, která tvoří 16% z celkového počtu dotazovaných respondentů. Hennig a Keller

uvádějí výsledky první rozsáhlé německé studie o syndromu vyhoření (Barth 1992), kde hovoří o 16% učitelů postižených vysokým stupněm vyhoření. Výzkum této bakalářské práce nepotvrdil vysoký stupeň, ale riziková skupina, vycházející z výsledků dotazníku, odpovídá také 16%.

Velmi zajímavým výsledkem byla hranice 40 bodů. Bylo zjištěno, že 4 dotazovaní respondenti se dostali ve výsledku bodového ohodnocení nad hranici 40 bodů. Všichni tito učitelé shodně uvedli, že často nebo vždy uvažují o odchodu z učitelského povolání. Dá se usuzovat, že tito učitelé jsou zasaženi stresem ve skutečně vysoké míře.

Pro kontrolu výsledků dotazníku byla vytvořena kontrolní skupina respondentů. Tato skupina byla tvořena 10 respondenty, zástupci tří dotazovaných škol. Pro tuto skupinu byl zvolen standardizovaný dotazník Christiny Maslach (University of California) – Maslach Burnout Inventory, který uvedly autorky referátu o syndromu vyhoření Jana Marečková a Věra Vránová na celostátní konferenci „Úkoly pedagogů při rozvíjení zdravého životního stylu“ v roce 2000 v Olomouci. Dotazník mapuje syndrom vyhoření ve třech kategoriích: v citovém vyčerpání, odosobnění a v oblasti sníženého pracovního výkonu. V závislosti na počtu dosažených bodů jsou sledované kategorie klasifikovány třemi stupni – nízkou, střední a vysokou úrovní výskytu syndromu vyhoření. Dotazník obsahuje 22 položek v sedmistupňové škálové stupnici.

Maslach Burnout Inventory je dotazník pro zmapování syndromu vyhoření, který zaměřením otázek odpovídá spíše zdravotnickému personálu a jiným pomáhajícím profesím, proto není úplně vhodný pro učitele. Pro kontrolu byl rozdán respondentům tohoto výzkumu, aby bylo možno porovnat umístění respondentů v základních třech úrovních výskytu syndromu vyhoření.

Výsledky tohoto výzkumu prokázaly umístění respondentů také pouze ve dvou rovinách úrovně výskytu syndromu vyhoření – nízké a střední. Tento výsledek je obdobný jako u hlavního prováděného výzkumu. Jedna žena dosáhla vysoké úrovně, ale pouze v kategorii snížení výkonu, v ostatních úrovních byla zařazena do střední kategorie.

Příloha č. 3: Dotazník MBI

Otázkou zůstává neprozkoumaný soubor oslovených respondentů. Neprozkoumaný soubor tvoří 50% oslovených respondentů. Pokud se blíže zaměříme na symptomy syndromu vyhoření, uvedené v teoretické části, nelze opomenout negativitu, ztrátu zájmu, pocity nedostatku uznání, sklíčenost a nezájem podílet se na aktivitách. Je možné se domnívat, že riziková skupina neoslovené části respondentů, tedy zbylých 50%, by mohla změnit výsledky celého výzkumu. Je možno se domnívat, že by mohla změnit právě údaje o vytvořené rizikové skupině. Tyto výsledky nelze ověřit na bázi dobrovolnosti, zcela určitě se jedná o zajímavý námět pro další zkoumání, který by podal, při větší účasti oslovených, přesnější informace o skutečném výskytu příznaků syndromu vyhoření.

7.2 Výzkumná otázka č. 2

Příznaky syndromu vyhoření se vyskytují častěji u žen než u mužů.

Výzkumná otázka se nepotvrdila.

Výsledky:

Na základě získaných informací byly vyhodnoceny výsledky dotazníku. Celkem byly vyhodnoceny odpovědi 69 respondentů. Každý učitel získal určitý počet bodů z celkových 96 možných dosažených bodů. Na základě celkového součtu je možno určit, jak výrazná je celková náchylnost ke stresu a syndromu vyhoření.

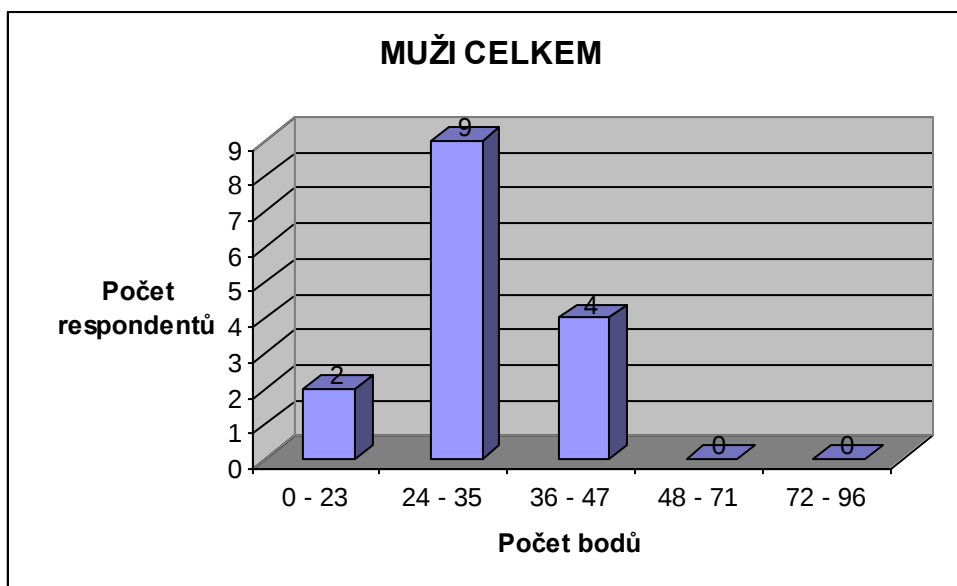
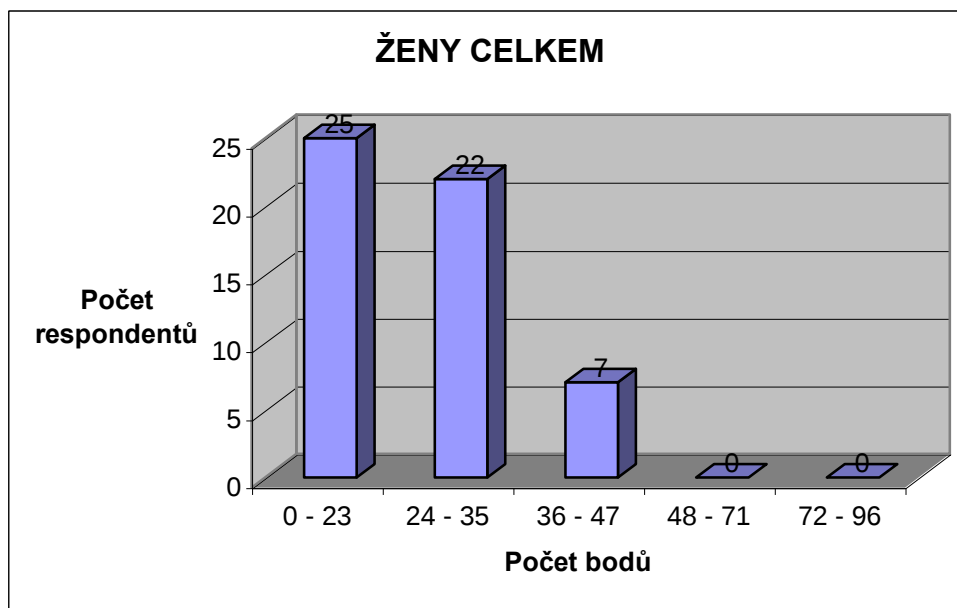
Podle počtu bodů bylo určeno 5 základních kategorií:

0 - 23 bodů	Velmi nízká náchylnost
24 - 35 bodů	Nízká náchylnost
36 - 47 bodů	Střední náchylnost
48 - 71 bodů	Vysoká náchylnost
72 – 96 bodů	Velmi vysoká náchylnost

Tabulka č. 7.2: Celková náchylnost ke stresu a syndromu vyhoření

ŽENY / MUŽI	NÁZEV ŠKOLY	POČET BODŮ				
		0 - 23	24 - 35	36 - 47	48 - 71	72 - 96
		velmi nízká náchylnost	nízká náchylnost	střední náchylnost	vysoká náchylnost	velmi vysoká náchylnost
Ženy	ZŠ Hlinecká	0	5	2	0	0
	Townshend	0	3	1	0	0
	SOEŠL	0	0	0	0	0
	ZŠ a MŠ Hosín	2	2	0	0	0
	SZŠ a VOŠZ	23	12	4	0	0
	ŽENY CELKEM	25	22	7	0	0
Muži	ZŠ Hlinecká	0	0	1	0	0
	Townshend	0	3	1	0	0
	SOEŠL	2	3	1	0	0
	ZŠ a MŠ Hosín	0	0	0	0	0
	SZŠ a VOŠZ	0	3	1	0	0
	MUŽI CELKEM	2	9	4	0	0
Ženy a muži	ŽENY A MUŽI CELKEM	27	31	11	0	0

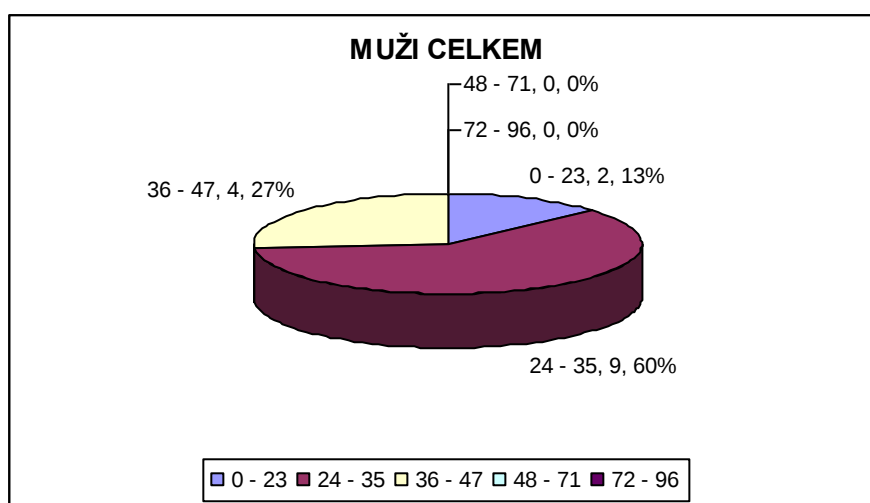
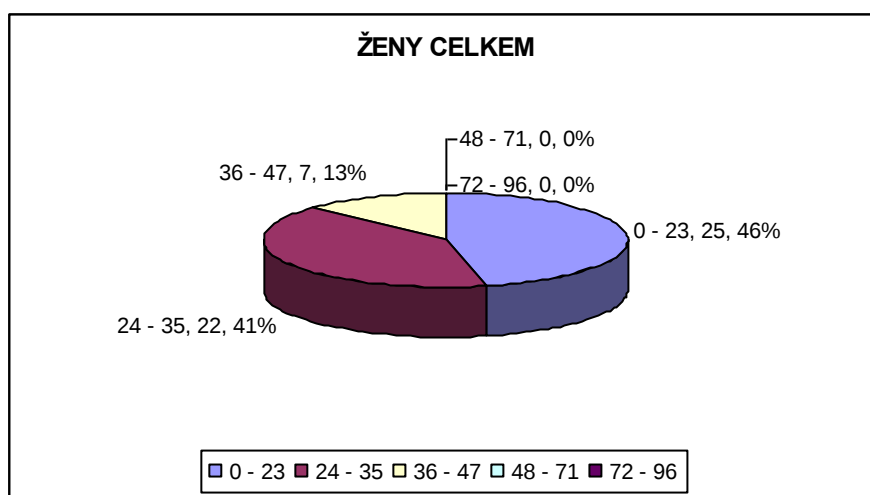
Graf č. 7.2.1: Celková náchylnost ke stresu a syndromu vyhoření



Z celkového počtu 69 respondentů bylo dotázáno 54 žen a 15 mužů. Tento nepoměr vychází z celkového nepoměru mezi ženami a muži v pedagogické profesi, přesto je vzorek mužské části respondentů mnohem vyšší než je průměrný počet mužů učitelů. Tuto odchylku tvoří oslovená škola SOŠEL COP Hluboká nad Vltavou, kde je počet mužů učitelů vyšší než v běžných školách (70%). Ve výsledcích se ukázalo zajímavé zjištění. Podle provedeného výzkumu jsou muži

náchylnější ke stresu než ženy. V porovnání náchylnosti ke stresu se v odpovědích kategorie mužů a žen výrazně liší. V kategorii velmi nízké náchylnosti (0 – 23 b) se umístilo 25 žen z 54 dotázaných, v téže kategorii se umístili 2 muži z 14 dotázaných. V kategorii nízké náchylnosti (24 – 35 b) se umístilo 22 žen z 54 dotázaných a 8 z 14 dotázaných mužů. V kategorii střední náchylnosti (36 – 47b) se umístilo 7 žen a 4 muži. V kategorii vysoké (48 – 71 b) a velmi vysoké náchylnosti (72 – 96) se neumístila žádná žena ani žádný muž. Ženy tedy převažují ve velmi nízké náchylnosti, naopak muži převažují v nízké a střední náchylnosti.

Graf č. 7.2.2 Celková náchylnost ke stresu a syndromu vyhoření v procentech



V kategorii velmi nízké náchylnosti se umístilo 46% žen a 13% mužů. V kategorii nízké náchylnosti se umístilo 41 % žen a 60 % mužů. Ve střední kategorii se umístilo 13 % žen a 27% dotázaných mužů. V kategorii vysoké a velmi vysoké náchylnosti se neumístili muži ani ženy.

Diskuze:

Ve zkoumané oblasti náchylnosti mužů a žen ke stresu a dále k předpokladu vzniku syndromu vyhoření se podle výsledků dotazníkového šetření můžeme domnívat, že muži jsou náchylnější ke stresu než ženy. Toto se neshoduje se s výsledky tvrzení většiny studií (ženy více zasaženy syndromem vyhoření než muži).

Ale Kebza a Šolcová připouštějí, že se v dalších novějších studiích objevují i vyrovnanější výsledky mezi výskytem vyhoření u žen a mužů (Kebza, Šolcová, 1998, str. 17).

Je nutno usuzovat, že výsledky skutečného zasažení syndromem vyhoření a individuálním vnímáním ohrožení tímto rizikem mohou být ve velké míře odlišné. Vnímavost mužů a žen ke stresu může být už v základním přístupu odlišná, protože ženy mohou své pocity ignorovat a potlačovat více než muži, ale v konečné fázi by i z tohoto důvodu mohly snadněji syndromu vyhoření podlehnout. Podle výsledků je ale patrné, že muži nesou problémy ve škole hůře, více si je uvědomují a zajímavě je směřují do jiné roviny vnímání (citové) než ženy (fyzické). Toto se potvrdilo u zkoumané školy SOŠEL COP Hluboká n/Vlt (100% respondentů byli muži), která jako jediná ze škol převážila v průměrném stresovém profilu v rovině citové. Zajímavým námětem na další zkoumání by bylo zjistit odlišnost mezi muži a ženami ve vnímání stresových situací.

7.3 Průměrný stresový profil

Výsledky

V rámci vyhodnocování dotazníku byl zkoumán průměrný stresový profil učitelů. Jednotlivé položky dotazníku (24 položek) jsou seřazeny do skupin po šesti podle základních rovin vnímání. Jsou vytvořeny 4 roviny: kognitivní, citová, fyzická a sociální. Podle dosaženého počtu bodů je možné určit individuální stresový profil

jednotlivých respondentů a v celkovém hodnocení průměrný stresový profil učitelů. Dále je možno porovnat stresový profil jednotlivých škol.

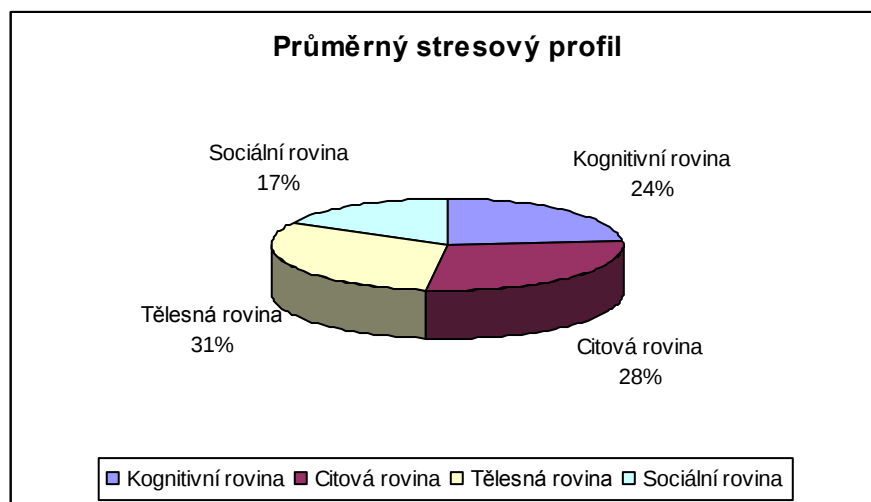
Tabulka č. 7.3 Průměrný stresový profil

Škola	Zkoumané roviny				Počet bodů
	Kognitivní rovina	Citová rovina	Tělesná rovina	Sociální rovina	
ZŠ Hlinecká	47	56	72	41	216
Townshend mezinárodní gymnázium	54	59	74	41	228
SOEŠL	38	46	38	32	154
ZŠ a MŠ Hosín	18	22	37	9	86
SZŠ a VOŠZ	242	298	308	163	1011
Celkem	399	481	529	286	1695

Podle dosažených výsledků (viz.: Tabulka 7.3) je možno určit rovinu vnímání respondentů, která je nejvíce zasažená stresem. Jedná se o rovinu fyzickou (529 bodů z 1695 celkových dosažených bodů). Druhou nejvíce zasaženou rovinou je rovina citová (481 bodů). Třetí je rovina kognitivní (399 bodů) a čtvrtou je rovina sociální (286 bodů).

Dále je možné porovnat roviny podle jednotlivých škol. Zajímavé je zjištění, že v rámci 5 škol se 4 z nich shodují ve fyzické rovině, pouze v SOŠEL COP, Hluboká nad Vltavou, převážila citová rovina. V této škole byla celá zkoumaná skupina zastoupena muži (100%). Toto zjištění by bylo zajímavé dále zkoumat při větším počtu mužů respondentů.

Graf č. 7.3.1 Průměrný stresový profil v procentech



Průměrný stresový profil učitele je z 31% soustředěn ve fyzické rovině, z 28% v citové rovině, z 24% v kognitivní rovině a z 17% v rovině sociální.

Diskuze:

Dalo by se usuzovat, že problémy týkající se vnímání stresu v povolání učitele jsou pocíťovány v největší míře jako fyzické (tělesné vyčerpání, náchylnost k nemocem, poruchy spánku, somatické potíže a ztráta fyzických sil). Ve velké míře jsou jako problémové vnímány otázky citového vnímání (radost z práce, pocity sklíčenosti, bezmocnost v konfliktních situacích, pocity úzkosti a strachu a nedostatek uznání a ocenění). Naopak nejméně jsou narušeny sociální vztahy (k žákům, ke kolegům, k ostatním členům rodiny).

Pokud vezmeme v úvahu rozdělení reakce na stres do jednotlivých fází, jak uvádí Vágnerová (2002), je reakce na stres ve fázi aktivace fyziologických reakcí charakterizována jako fáze aktivace adaptačních mechanismů. Fyziologické adaptační mechanismy jsou spuštěny psychickými podněty i somatickou cestou. Jde o oslabení kognitivních funkcí a o významnější změnu emočního ladění. Pokud tedy pocíťují učitelé v průměru své pracovní problémy nejvíce ve fyzické a citové rovině, může jít o snahu organismu přizpůsobit se stresu a celkové vnímání je soustředěno na fyzické projevy a změnu emočního ladění. Otázkou zůstává, jak se dále organismus se stresem vyrovná, pokud je tato zátěž dlouhodobá.

V další kapitole průzkumu bude věnována pozornost právě rizikové skupině respondentů a odpovědím na jednotlivé položky dotazníku, kde bude důraz zkoumání kladen na otázky, které jsou vnímány jako nejvíce problémové.

7.4 Analýza položek dotazníku

Výsledky

V rámci průzkumu o syndromu vyhoření byly vyhodnoceny odpovědi v kategoriích *Vždy* a *Často* s cílem určit jaké problémy jsou průměrně vnímány jako nejtěžší a co učitele obecně nejvíce zatěžuje. Výsledky byly vyhodnoceny podle jednotlivých škol takto:

ZŠ a MŠ v Hosíně

Dotázaní respondenti se neshodli v žádné z dotazovaných kategorií. V kategorii *Často* byla uvedena pouze odpověď u dotazníkové položky č.3, 7 a 11.

Townshend mezinárodní gymnázium, o.p.s.

V 5 případech z 8 dotazovaných respondentů vznikla v kategorii *Často* a *Vždy* shoda u dotazníkové položky č. 3 („Připadám si fyzicky „ vyždímaný“), z toho 4 x často a 1x vždy. Tato odpověď byla zaznamenána ještě 2 x v kategorii *Někdy*.

SZŠ a VOŠZ v Českých Budějovicích

Nejvíce shodných odpovědí bylo zaznamenáno u výroku č. 3 („ Připadám si fyzicky „ vyždímaný“) - 6 shodných odpovědí a výrok č. 18 („ Trpím nedostatkem uznání a ocenění“) - 6 shodných odpovědí.

SOŠEL COP Hluboká nad Vltavou

Nejvíce shodných odpovědí bylo zaznamenáno u výroku č. 18 („Trpím nedostatkem uznání a ocenění“) - 5 shodných odpovědí z počtu 6 dotázaných respondentů, z toho 4 x často a 1 x vždy.

ZŠ Hlinecká, Týn nad Vltavou

Nejvíce shodných odpovědí bylo zaznamenáno u výroku č. 3 („Připadám si fyzicky vyždímaný“) - 6 shodných odpovědí z počtu 8 dotázaných, z toho 5 x často a 1 x vždy.

V celkovém hodnocení všech dotazovaných respondentů byla odpověď na výrok č.3 („Připadám si fyzicky „vyždímaný“) zmiňována v 18 případech z celkového počtu respondentů v kategoriích *Často* a *Vždy*, dále výrok č. 18 („Trpím nedostatkem uznání a ocenění“) zaznamenal 8 shodných odpovědí. Další nejvyšší počet odpovědí zaznamenal výrok č. 10 („V konfliktních situacích ve škole si připadám „bezmocný/á“).

Zajímavé zjištění je odpověď u výroku č. 18 („Trpím nedostatkem uznání a ocenění“) - shodně odpovědělo 6 mužů z 8 respondentů, všichni tito muži byli z SOŠEL COP Hluboká nad Vltavou, zároveň se shodli ve 3 případech v odpovědi na výrok č. 10 („V konfliktních situacích ve škole si připadám „bezmocný/á“).

V kategorii *Často* a *Vždy* dále nastala shoda ve výrocih č. 1 („Obtížně se soustředí“) a č. 23 („Trpím bolestmi hlavy). V obou případech zaznamenal výzkum 4 případy shodných odpovědí.

Žádný z dotázaných respondentů neuvedl v kategoriích *Někdy*, *Často* a *Vždy* žádnou odpověď u výroku č. 16 („Vyučování omezují na pouhé zprostředkování učiva“) a u výroku č. 24 („Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovoru se žáky).

Diskuze

Po pečlivé analýze výsledků odpovědí na jednotlivé položky dotazníku můžeme obecně usuzovat, že velmi pozitivní je sociální rovina vnímání problémů v učitelské profesi. Je patrné, že pedagogové se snaží dostat svému výchovnému poslání a že se jim to daří. Ve velké většině se nevyhýbají rozhovorům se žáky a trpělivě věnují svůj čas i skupině problémových žáků. V tomo směru je alarmující často zmiňovaná bezmocnost učitelů v konfliktních situacích.

Větším problémem se jeví výrok položky č. 18: „Trpím nedostatkem uznání a ocenění“. Zajímavé je, že tento problém podle výsledků průzkumu, trápí více muže

než ženy. Je známým jevem, že v pedagogickém povolání chybí muži, kteří jsou velmi kvalitními pedagogy a jejichž zastoupení je ve výchově více než nutné. Cení si společnost mužů, kteří vykonávají toto povolání?

Největším problémem učitelů obecně je fyzická vyčerpanost. Odpověď na výrok „Připadám si fyzicky vyždímaný“ dosáhl největší shody. Mnozí učitelé si připadají někdy fyzicky „vyždímaní“ a 18 učitelů experimentální skupiny si takto připadá často nebo vždy. Naskytá se opět otázka, zda jsou učitelé opravdu fyzicky vyčerpaní nebo jestli je tento pocit pouze takto vnímán. Je možné, že ve skutečnosti znamená reakci na dlouhodobou zátěž a mohl by být tedy alarmujícím signálem, že stres je příliš velký a příliš častý. Napovídá tomu i skutečnost, že učitelé při výkonu práce nejsou zatěžováni fyzicky, nevyužívají fyzickou sílu a skutečné přetížení tedy směřuje do jiné oblasti činnosti.

Tento jev je znepokojující a zasloužil by si důkladnější prozkoumání. Stejně tak by měla být větší pozornost věnována prevenci tohoto jevu. Nezbytná výchova k prevenci syndromu vyhoření spočívá ve smysluplném a aktivním trávení volného času, ve využití zdravého aktivního pohybu, pravidelné relaxace a pozitivního přístupu v hledání smyslu života. Je patrné, že Výchova ke zdraví jako obor zabývající se prevencí, zdravým životním stylem a otázkami zdravého přístupu k životu, má výborné předpoklady působit v tomto směru a přinášet nová a pozitivní řešení.

7.5 Analýza výsledků podle věku

Jedním z požadovaných třídících údajů v dotazníku byl věk respondenta. Podle věku u jednotlivých respondentů byl vymezen věkový průměr zkoumané skupiny. Na základě údajů jednotlivých škol byl určen věkový průměr učitelů v těchto školách. Tyto výsledky byly porovnány s věkovým průměrem rizikové skupiny respondentů. Výsledky neukázaly žádné větší odchylky.

Věkový průměr všech kategorií se pohyboval v rozmezí mezi 38,75 – 50,17, přičemž celkový věkový průměr všech respondentů je 43,99. Věkový průměr rizikové skupiny respondentů je 44,01.

Tabulka č. 7.5

Věk jako neutrální faktor

Zkoumané kategorie	Věkový průměr
ZŠ Hlinecká	38,75
Townshend mezinárodní gymnázium	43,38
SOŠEL COP	50,17
ZŠ a MŠ Hosín	43,5
SZŠ a VOŠZ	44,16
Riziková skupina respondentů	44,01
Celkový věkový průměr	43,99

Diskuze:

Podle Kebzy a Šolcové (1998) je věk, spolu s inteligencí a dosaženým vzděláním považován z hlediska vzniku a rozvoje syndromu vyhoření za neutrální faktor. Výsledky tohoto výzkumu se v kategorii věku shodují s tímto tvrzením. Věk se neprokázal jako rozhodující faktor, rozdíl mezi věkovým průměrem všech učitelů a věkovým průměrem rizikové skupiny tvoří pouhé dvě setiny procenta. Můžeme tedy říci, že věkový průměr je shodný a věk tedy není rozhodující pro vznik syndromu vyhoření.

Výše dosaženého věku by se dala diskutovat z hlediska celkového věku učitelů obecně.

Podle Kebzy a Šolcové zůstává sporná délka praxe a práce na jedné pracovní pozici. Toto tvrzení by bylo zajímavým námětem pro další zkoumání.

7.6 Kazuistiky

Na základě umožněného přístupu k lékařským záznamům byly ověřeny teoretické poznatky o syndromu vyhoření. Ukázalo se pravdivé, že syndrom vyhoření zasahuje jedince každého věku, muže i ženy. Příznaky a projevy přesně odpovídají symptomům uváděným v odborné literatuře. Pokud jedinec sám již není

schopen zvládnout projevy syndromu, musí vyhledat lékařskou pomoc. Po pečlivé analýze jeho stavu lékař určí následnou terapii. Ve všech zkoumaných případech spočívá léčba v podpůrné psychoterapii a farmakoterapii.

Po pečlivém prozkoumání lékařských zpráv bylo zjištěno, že učitelé podléhají syndromu vyhoření. Mezinárodní klasifikace nemocí přiřazuje syndromu vyhoření kód ICD 10, kategorie diagnóz Z 73 s názvem Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života, dále Z 73.0 – Vyhasnutí, (vyhoření). V návaznosti na uvedené charakteristiky by mohl být syndrom vyhoření v závislosti na konkrétním klinickém obrazu řazen částečně i do skupiny diagnóz F 48 - Jiné neurotické poruchy, F 48.0 - Neurastenie, F 48.1 - Depersonalizační a derealizační syndrom (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 1998).

Podle adaptability každého jedince existuje určitá hranice, kdy se příznaky syndromu vyhoření již nedají zvládnout vlastními silami. Příznaky se stávají patologickými a ústí do mnohých poruch – nejčastěji nastávají poruchy spánku, depresivní a úzkostné reakce, často s dopadem na chování. Mohou následovat i těžší poruchy v oblasti myšlení a vnímání. Další rozvoj nemoci závisí na mnohých dalších aspektech života.

S podporou odborného lékařského vedení, v těžších případech s použitím psychofarmaceutických prostředků a účinných psychoterapeutických metod je možné zvládnout obtíže spojené se syndromem vyhoření, ovšem vždy je nezbytné za pomoci profesionálů přehodnotit dosavadní životní cíle a priority a syndrom vyhoření překonat.

Podle přiložených lékařských zpráv je patrné, že krok k vyhledání lékařské pomoci byl v uvedených případech krokem velmi pozitivním a je třeba veřejně mluvit o tom, že vyhledat pomoc odborného psychiatra není důkazem slabosti ani veřejné ostudy. Tento krok je záchranný, v některých případech jediný možný a je nejdůležitějším krokem k následné pozitivní změně, pokud již vzniklé problémy nejsou dále únosné a obtěžují ve vysoké míře život. Následně musí i za podpory vhodné medikace takový člověk prokázat mnoho osobní statečnosti a není na místě ani posměch ani opovržení, jak se v mnohých případech i stává.

Příloha č.3: Kazuistiky (1 - 6)

8 ZÁVĚR

Stanoveným cílem bakalářské práce bylo poukázat na škodlivý účinek stresu na zdraví člověka. Z uvedené práce vyplývá, že působení nežádoucích zátěžových situací se negativně odráží v lidském organismu. Cílem práce bylo podat ucelený přehled příčin, příznaků, projevů a prevence syndromu vyhoření s orientací na pedagogickou profesi, která patří spolu s pomáhajícími profesemi k nejvíce ohroženým. Lidská duše je křehká a lidský mozek je velmi jemný orgán. Pokud je zátěž příliš silná a doba trvání příliš dlouhá, je možné předvídat kolaps. Syndrom vyhoření je skutečným kolapsem a projevuje se úplnou ztrátou životní síly a mnohdy smyslu života.

Výsledky výzkumu potvrdily přítomnost příznaků syndromu vyhoření mezi pedagogy a ukázaly, že vliv psychosociálního stresu nejvíce zasahuje somatickou strukturu. Stres je vnímán jako pocit tělesného vyčerpání a ve skupinách žen a mužů je pocíťován odlišně. Zkoumaná skupina žen jevila ve velké míře velmi nízkou nebo nízkou náchylnost ke stresu, zatímco skupina mužů vykazovala nízkou nebo střední náchylnost. V diskuzi bylo uvedeno, že tato náchylnost není obrazem skutečného výskytu tohoto jevu. Není úplně jasné, do jaké míry schopnost pocíťovat problém, uvědomovat si problém a otevřeně toto vědomí vyjádřit, vede k možnému zmírnění konečného dopadu.

V rámci celého výzkumu byla vyznačena riziková skupina respondentů, která tvoří 16 % zkoumaného souboru a byla vymezena riziková hranice stresu. Právě výpovědi rizikové skupiny byly určující pro stanovení hlavních problémů v pedagogické praxi. Podle výsledků dotazníku si učitelé velmi často připadají fyzicky „vyždímaní“ a především muži velmi často trpí nedostatkem uznání a ocenění. Mnoho učitelů se obtížně soustřeďuje, pocíťují somatické problémy různého charakteru, trpí poruchami spánku a bolestmi hlavy. K žákům jsou trpěliví, mají zájem o obor a snaží se pracovat i s problémovými žáky. Jenom málo z nich uvažuje o odchodu z učitelského povolání, ale všichni, kteří dosáhli uvedené rizikové hranice, se vážně rozhodují o takovém kroku.

Mezinárodní klasifikace nemocí přiřazuje syndrom vyhoření do skupiny diagnóz Z 73 „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ ke kategorii Z 73.0

„Vyhasnutí“ (vyhoření). Hans Selye charakterizoval tento jev úplného vyčerpání jako poslední fázi stresové odpovědi. Existují tedy ještě fáze předchozí, které skýtají prostor pro prevenci.

Pokládám za smysluplné nechat působit ve společnosti dobré preventisty. Diskutovat o problémech a otevírat tabu je cesta k rozvoji každého jedince a je tedy pozitivní pro celou společnost. Neznalost neskýtá prostor pro rozhodnutí, naopak informovanost patří k přednostem a slouží k účinné prevenci. Předcházet důsledkům stresu je snadnější, než je odstraňovat. Proto je nezbytná výchova k prevenci syndromu vyhoření, spočívající ve zdravém životním stylu, smysluplném a aktivním trávení volného času, využití zdravého aktivního pohybu, pravidelné relaxace a pozitivního přístupu v hledání smyslu života. Podle mého názoru má absolvent Výchovy ke zdraví široké pole působnosti pro svou činnost. Může vyslechnout a zhodnotit problémy, podat informace o relaxačních metodách, poradit při úpravě denního režimu, vést besedy o možnostech předcházení stresu. V budoucnosti by se mohli absolventi Výchovy ke zdraví podílet i na vytvoření speciálně zaměřeného programu pro prevenci syndromu vyhoření a aktivně se účastnit na uvedení tohoto programu do praxe.

V současnosti probíhá vědecká spolupráce mezi Jihočeskou univerzitou a Univerzitou v Pasově PACZion – Pasovsko – česobudějovická unie pro podporu zdraví učitelů –cíl 3. Jedním z hlavních témat, kterými se realizační tým zabývá, je právě syndrom vyhoření u učitelů jako jeden z hlavních problémů společnosti.

9 LITERATURA

- 1) ČÁLEK, O. a kol. Psychoterapie VI. In *Sborník přednášek*. Praha: Triton 1998. ISBN 80-85875-15-2.
- 2) DUNČKO, R., JEŽOVÁ, D. Stresová odpověď a serotoninérgická transmisie vo vzťahu k patogeneze a farmakoterapii afektívnych porúch. *Psychiatrie*, 2002, č. 6, s. 10-16.
- 3) HERMAN, E., PRAŠKO, J., SEIFERTOVÁ, D. *Konziliární psychiatrie*. Praha: Medical Tribune CZ 2007. ISBN 978-80-903708-9-0.
- 4) HENNIG, C., KELLER, G. *Antistresový program pro učitele*. Praha: Portál 1996. ISBN 80-7178-093-6.
- 5) JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí 2006. ISBN 80-86991-74-1.
- 6) JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: Institut dalšího vzdělávání pro pracovníky ve zdravotnictví 1992. ISBN 80-7013-127-6.
- 7) KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
- 8) KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření Funkční duševní porucha*. Praha: Státní zdravotní ústav 1998. ISBN 80-7071-099-3.
- 9) KLENEROVÁ, V., HYNIE, S. Stres, paměť a návykové látky - účastníci se mechanismy. *Psychiatrie*, 2002, supplementum 3, s. 21-27.

- 10) KOMENDA, S. *Úvod do metodologie zdravotnického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého 1999. ISBN 80-7067-667-1.
- 11) KONEČNÝ, J. Učitelovo chování jako zdroj stresu v pedagogické situaci. In *Sborník referátů z celostátní conference „Úkoly pedagogů při rozvíjení zdravého životního stylu“*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2001. ISBN 80-244-0363-3.
- 12) KREJČÍ, M., BÄUMELTOVÁ, M. *Optimalizace denního režimu žáků mladšího školního věku*. České Budějovice: INCA 1999. ISBN 80-238-4619-1.
- 13) KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada-Avicenum 1994. ISBN 80-7169-121-6.
- 14) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál 2003. ISBN 80-7178-774-4.
- 15) KUBÍČKOVÁ, M. Jak obnovovat síly. *Regenerace*, 2009, č. 1, s. 36-37.
- 16) MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. Výchova k prevenci syndromu vyhoření jako profesionální dovednosti učitelek odborných předmětů na SZŠ. In *Sborník referátů z celostátní conference „Úkoly pedagogů při rozvíjení zdravého životního stylu“*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2001. ISBN 80-244-0363-3.
- 17) MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. Prevence v oblasti psychohygieny. In *Sborník referátů z celostátní conference „Úkoly pedagogů při rozvíjení zdravého životního stylu“*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2001. ISBN 80-244-0363-3.
- 18) MÍČEK, L., ZEMAN, V. *Učitel a stres*. Brno: Masarykova univerzita 1992. ISBN 80-901737-9-9.

- 19) NEŠPOR, K. Návykové nemoci. *Psychiatrie*, 2002, č. 5, s. 55-56.
- 20) PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Asertivitou proti stresu*. Praha: Grada 2007. ISBN 978-80-247-1697-8.
- 21) PRAŠKO, J., ČERVENÁ, K., HORÁČEK, J., PAŠKOVÁ, B., Somatoformní poruchy. *Psychiatrie*, 2003, č. 1, s. 46-54.
- 22) PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. Truchlení a smutek. *Psychiatrie*, 2003, supplementum 1, s. 39.
- 23) RUSH, M., D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů 2003. ISBN 80-7255-074-8.
- 24) ROKYTA, R. Stres a bolest. *Psychiatrie*, 2003, č. 2, s. 53.
- 25) SONG, C., LEONARD B.E. *Základy psychoneuroimunologie*. Brno: ARTAX 2002. ISBN 90-903063-3-0.
- 26) ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. *Učitelé a zdraví*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd ČR 1998. ISBN 80-7326-998-1.
- 27) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-678-0.
- 28) VAŠKOVSKÝ, R. Problematika bolesti z psychiatrického hlediska a možnosti její léčby. *Psychiatrie pro praxi*, 2001, č. 4, s. 150-153.
- 29) VYMĚTAL, J. *Základy lékařské psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství 1994. ISBN 80-8381-294-1.

30) /online/ Homeostáza. Encyklopedie. Dostupné z:
<http://www.encyklopedie.seznam.cz/>, 2.1.2009.

10 SEZNAM ZKRATEK

ACTH adrenokortikotropní hormon

AMP adenosin monofosfát

CRF kortikotropin releasing faktor

CRH hormon uvolňující kortikotropin

CNS centrální nervový systém

HPA hypotalamo – hypofyzární osa

NIDA National Institute of Drug Abuse

NK natural killers – přirození zabíječi

WHO Světová zdravotnická organizace

11 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník pro experimentální skupinu

Příloha č. 2: Dotazník MBI pro kontrolní skupinu

Příloha č. 3: Kazuistiky (1 – 6)

Příloha č. 1: Dotazník pro experimentální skupinu

Příloha č. 2: Dotazník MBI pro kontrolní skupinu

Příloha č. 3: Kazuistiky (1 – 6)

Kazuistika č. 1

ŽENA, povolání učitelka

Věk: 53 let

Před 2 lety se rozvedla, když si přítel našel jinou ženu. Opustil ji, když bylo dětem 2 a 4 roky. Potom si našla přítele, společně vychovali děti, pomáhá jí doposud, vztah je spokojený. Potom jí zemřel otec, matka zůstala sama. Pacientka pracovala jako učitelka v menší škole, veškerý volný čas věnovala svému povolání a rodině. Pracovala roky samostatně. V létě pomáhala mamince v obchodě, dovolenou si nedopřála. Nebylo možné opustit obchod, zavřít, v létě určitě ne. Zpočátku situaci zvládala, byla nadšená. Nechtěla, aby maminka musela obchod zrušit, i když byl malý, dal by se časem zvětšit. Přes rok bylo práce hodně, měla na starosti učení, ale i školní dokumentaci. Byla duší školy, o všem věděla, bez ní by to nešlo, měla pocit zodpovědnosti za děti, aby byly dobře připravené na přechod do větší školy.

Potom přišlo horší období, častá úmrtí ze strany rodiny přítele, ale i z její strany. Zemřela jí mladá švagrová. Neměla čas o tom přemýšlet, ale starosti se dostavovaly v noci. Pak přišla nespavost, zpočátku občasná, potom stále horší. Nyní popisuje nespavost asi 4 roky, poslední dobou nespí téměř celou noc. Začala být unavená, permanentně. Nevěděla, jestli je to z nedostatku spánku nebo jiný problém. Pocit na spaní se dostavuje často přes den. Ve škole se bojí, neví čeho, o děti, aby se jim něco nestalo. Bojí se i běžných aktivit, nezvládá nic nového. Obchod už nemají, i když ho převzala dcera, nebylo možné vše zvládnout.

Má dojem, že je robot, učí pouze stejné věci, děti ji často rozplácí, moc nemluví, nemá sílu na rodičovská sdružení, rodiče by chtěli více aktivit pro své děti. Dříve zvládala vše, byla veselá, nadšená. Nyní ji děti ani škola nebaví. Má strach i o sebe, že je nemocná. Mimo školu nikam nechodí, s přítelem si nemá co povídat, je stále sama, nepovídá si s nikým, nezajímá ji nic. Bojí se školních akcí, nechce podnikat žádné výlety s dětmi.

Závěr: Syndrom vyhoření s poruchou přizpůsobení – smíšená úzkostně depresivní porucha F 43.22, Agorafobie F 400

Kazuistika č. 2

ŽENA, povolání učitelka ve zvláštní škole

Věk: 48 let

V práci se cítí přetížena. Dříve ji práce bavila, držela se v normě, zvládala práci i rodinu, ale nadšení zmizelo už dávno.

Pacientka začala mít potíže před rokem, začala více stonat, měla časté záněty horních cest dýchacích, časté bolesti hlavy. Práce ji nebavila, ale po nemoci pociťovala ještě zhoršení. Ráno chodila do práce i pozdě, špatně vstávala, byla roztržitá a nesoustředěná. Měla dojem, že nezvládala výuku. Stalo se jí, že se ve škole i rozbrečela a utekla ze třídy. Styděla se za to, plakala ve sborovně, návrat do třídy se jí zdál velmi těžký. Byla naštvaná na děti, měla pocit, že žáci stejně stále zlobí. Stále sledovala čas, až skončí hodina.

Nyní popisuje neschopnost se radovat. Straní se lidem, žádné aktivity mimo školu nemá, je pouze doma, málo nevaří, nemá večer sílu. V práci se vyhýbá kolegům. Nyní asi 2 měsíce špatně spí, popisuje potíže v iniciaci i v udržení spánku. Často pláče, nemůže ani číst, vše jí připadá smutné. Rozhoduje se o odchodu ze školy, ale neví co bude dělat, nemá jiné místo. Nezvládá situaci, k psychiatrovi ji doporučila přítelkyně.

Závěr: Syndrom. vyhoření – porucha přizpůsobení, depresivní reakce

Kazuistika č. 3

ŽENA, učitelka ZŠ

Věk: 39 let

Pacientka přichází pro úzkostné stavy, které se zhoršují, asi půl roku v subjektivně špatném psychickém stavu. Předcházelo velké pracovní zatížení, suplování za kolegyni. Měla dojem, že si nerozumí se zástupcem ředitele, který ji údajně nemá rád, neustále kritizuje její práci, mají časté konflikty. Snažila se vždy o maximální výkon, vypracovávala přípravy dlouho do noci, neustále žádala o pomoc rodiče, kteří ji kritizovali, že se svým dětem nevěnuje a péče o rodinu by mohla být lepší. Cítila, že ztrácí původní sílu a zájem o práci, přestože dříve se do práce těšila a snažila se pracovat s dětmi i po škole. Začala se cítit nedostatečně, reagovala podrážděně, přistihla se, že křičí při sebemenším problému. Práce ji přestala těšit, připadalo jí, že pracuje na maximum, ale bez ocenění. Do školy se začala bát, že neučí dobře, že nevyhovuje. Měla strach, jestli zvládne den, tyto myšlenky ji napadaly nejvíce ráno, ale i přes den. Maličkosti ji přiváděly ke vzteku. Křičela doma na manžela i své děti, své selhávání si následně uvědomovala, ale nedokázala se korigovat. Začala trpět nechutenstvím, zhubla o 3 kg za poslední měsíc. Nakupování potravin jí činí potíže, popisuje, že je jí špatně při pohledu na jídlo. Proto navštívila odborníka.

Závěr: Syndrom vyhoření s poruchou přizpůsobení – úzkostná reakce s dopadem na chování

Kazuistika č. 4

ŽENA, učitelka ZŠ

Věk: 32 let

Přichází pro pocity únavy. Má strach, že má rakovinu, bojí se předčasného úmrtí, stěžuje si na časté dyspeptické potíže, ranní nevolnosti, pocity na zvracení, zácpa, průjem časté.

Při podrobnějším rozboru pacientka vypráví, že je unavená z práce, škola ji unavuje, studenti ji rozčilují, má mnoho opravování na předmět český jazyk, opravuje doma po nocích, v domácnosti potřebuje pomoc. Syn je v první třídě, má problémy s učením. Škola pacientku unavuje, dříve se snažila být dobrou učitelkou, kolegové ji berou jako jednu z nejlepších, ale ona má pocit, že nedělá vše jako dříve, v hodinách se snaží vyhnout některým činnostem, které ji nebaví, raději zadává samostatné práce. Každé ráno hůře vstává, pociťuje úzkost, trvající vždy až do velké přestávky, k rozvolnění úzkosti dochází až během dopoledne. Dříve pracovala nad rámec svých hodin, byla plná energie a všichni ji chválili, studenti ji měli rádi, ale péče o děti jí nedovoluje zdržet se v práci, potěšení z práce zcela zmizelo, je bez nápadů, do aktivity se nutí. Popisuje dlouhodobé přetížení.

Somatické potíže ji obtěžují, 2x navštívila odborníka. Nález - zvýšená přítomnost žaludeční šťávy, uzavřeno jako žaludeční neuróza. Pacientka hledala opakovaně pomoc u obvodního lékaře, nálezy negativní. Obvodní lékař doporučil návštěvu psychiatra.

Závěr: Syndrom vyhoření, úzkostná porucha F 43.22

Kazuistika č. 5

MUŽ, povolání učitel na střední škole

Věk: 55 let

Pacient žije sám, po smrti matky a otce v minulých letech. Po smrti matky se staral o nemocného otce, který trpěl demencí.

Vyučuje na základní škole, předměty dějepis a zeměpis. Na této škole je 15 let. Rodina se přestěhovala ze středních Čech zpět do rodného města matky. Na původním pracovišti byl bez problémů, popisuje nadšení z práce. Původně měl dlouhodobý vztah, manželství nebylo uzavřeno. Přítelkyně si našla jiného muže.

Na nynějším pracovišti vykonává funkci zástupce ředitele. Je hodně pracovně vytížen, zpracovává dokumentaci pro školu, vztah se současnou ředitelkou školy vykazuje velké problémy. Tuto funkci vykonává 5 let, po smrti matky přibyla starost o otce. Nyní asi má 1 rok velké potíže v zaměstnání. Pacient popisuje časté konflikty s ředitelkou a s ostatními kolegy kvůli dokumentaci, přemýšlí o odchodu ze zaměstnání. Cítí se vyčerpaný. Na své hodiny se nepřipravuje jako dříve.

Po smrti otce zůstal sám, cítí velkou úzkost a strach z podobné nemoci jako měl otec. V práci někdy zapomíná, co zadal žákům, má pocit, že se mu žáci posmívají. Po smrti otce popisuje velké vyčerpání prázdnotu a smutek a hlavně strach ze samoty. V práci zůstává dlouho, nerad bývá doma sám, ale pocity strachu se dostavují i v práci. Popisuje sníženou chuť k jídlu, úbytek váhy o 5 kg za 2 měsíce.

Asi před týdnem popisuje náhlou silnou úzkost až panický strach v ranních hodinách, bušení srdce, sucho v ústech, bolest hlavy. Po přivolání ambulantní služby byl převezen do nemocnice na interní oddělení k vyšetření. Dále odeslán k obvodnímu lékaři. Obvodní lékař doporučil psychiatrické vyšetření.

Závěr: Porucha přizpůsobení F 43.2

Kazuistika č. 6

MUŽ, učitel

Věk: 56 let

Na konci 90. let se poprvé objevily potíže. Bylo to spojeno s neúspěchy v práci, snížil se mu počet odučených hodin, měl konflikty se studenty, byl pod stálým tlakem nadřízených. Vadila jim jeho impulzivita až tendence k verbální agresi, v aktuální chvíli se neovládl. Dělal večerní přípravy na hodiny, pracoval do 22 hod. každý den, četl odbornou literaturu. Popisuje panické ataky, nejedl. Objevily se první potíže s krevním tlakem.

V manželství též začaly potíže, žena mu vyčítala absence doma a časté pití piva. Začal se potýkat s poruchou sexuální aktivity, kterou posléze řešil se sexuologem a psychiatrem.

Tendence k nadužívání alkoholu si nejdříve nevšiml, okolí mu vytýkalo, že netráví čas doma. Původně pil 5-8 piv každý den, pak omezil. Alkoholu ve větším množství se napil epizodicky, asi 1x za měsíc vydržel pít i celý víkend. 1 rok užívá preparát Antabus.

Nyní abstínuje.

Závěr: Smíšená úzkostně depresivní porucha, syndrom vyhoření

Dipsomanie F100.2, epizodické kvartální pití

DOTAZNÍK

Tento dotazník slouží jako podklad pro zpracování výzkumné části bakalářské práce, zabývající se vztahem mezi imunitním systémem člověka a stresovými situacemi, se kterými se lidský organizmus denně vyrovnává. Pedagogické povolání patří mezi profese s vysokým předpokladem vzniku syndromu vyhoření, který bývá důsledkem pracovního přetížení a snahy dosáhnout náročným kritériím vhodného chování při práci pedagogických profesionálů.

VĚK.....	MUŽ / ŽENA	Vždy	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1	Obtížně se soustřeďuji					
2	Nedokážu se radovat ze své práce					
3	Připadám si fyzicky "vyždímaný"					
4	Nemám chuť pomáhat problémovým žákům					
5	Pochybuji o svých profesionálních schopnostech					
6	Jsem sklíčený/á					
7	Jsem náchylný/á k nemocem					
8	Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy					
9	Vyjadřuji se posměšně o rodičích žáků i o žácích					
10	V konfliktních situacích ve škole se cítím bezmocný/á					
11	Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.					
12	Frustrace ze školní práce narušuje moje soukromé vztahy					
13	Můj odborný růst a zájem o obor zaostává					
14	Jsem vnitřně neklidný/á a nervozní					
15	Jsem napjatý/á					
16	Vyučování omezuji na pouhé zprostředkování učiva					
17	Přemýšlím o odchodu z učitelského povolání					
18	Trpím nedostatkem uznání a ocenění					
19	Trápí mne poruchy spánku					
20	Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání					
21	Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru					
22	Cítím se ustrašený/á					
23	Trpím bolestmi hlavy					
24	Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům se žáky					

HENNIG, C., KELLER G. 1995, Antistresový program pro učitele. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-093-6

Zpracovala: Barbora Daňková, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, PF, Katedra výchovy ke zdraví

DOTAZNÍK MBI

Tento dotazník slouží jako podklad pro zpracování výzkumné části bakalářské práce, zabývající se vztahem mezi imunitním systémem člověka a stresovými situacemi, se kterými se lidský organizmus denně vyrovnává. Pedagogické povolání patří mezi profese s vysokým předpokladem vzniku syndromu vyhoření, který bývá důsledkem pracovního přetížení a snahy dosáhnout náročným kritériím vhodného chování při práci pedagogických profesionálů.

VĚK.....	MUŽ / ŽENA	Nikdy se tak necítím	Cítím se tak několikrát za rok(nebo i méně)	Cítím se tak jednou měsíčně (nebo i méně)	Cítím se tak několikrát za měsíc	Cítím se tak jednou týdně	Cítím se tak několikrát týdně	Cítím se tak každý den
1	Díky mé práci jsem citově vyčerpaný/á							
2	Na konci pracovního dne jsem fyzicky unavený/á							
3	Po probuzení v pracovní dny jsem neodpočinutý/á							
4	Snadno se vcítím do pocitů lidí							
5	S určitými lidmi jednám neosobně							
6	Pracovat celý den s lidmi je vyčerpávající							
7	Umím se vyrovnat s problémy, které vznikají v mém pracovním prostředí							
8	Jsem z mé práce vyhořelý/á							
9	Svou prací navozuji změny v životě jiných lidí							
10	Díky mé práci jsem k lidem chladnější							
11	Obávám se, že díky mé práci budu citově chladnější							
12	Cítím se plný/á energie							
13	Jsem svou prací frustrovaný/á							
14	V práci příliš těžce pracuji							
15	O osudy lidí, které v práci potkávám, se nezajímám							
16	Přímý pracovní kontakt s lidmi mne stresuje							
17	Snadno při práci s lidmi navodím uvolněnou atmosféru							
18	Týmová práce mi přináší uspokojení							
19	V práci se mi podařilo vykonat hodně věcí, jež stály za to							
20	Již nemohu dál							
21	S citovými problémy v práci se vyrovnávám velmi klidně							
22	Lidé v práci mne činí odpovědným/ou za jejich problémy							

MBI - Maslach Burnout Inventory, (Maslach, Jackson, Leiter, 1993, University of California)

Zpracovala: Barbora Daňková, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, PF, Katedra výchovy ke zdraví