

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní vědy

## **Diplomová práce**

Bc. Eliška Hájková

Syndrom vyhoření u pedagogů a nelékařských  
zdravotnických pracovníků

**Studijní obor:** Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Olomouc 2024

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D.

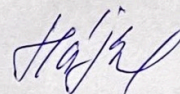
## Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Syndrom vyhoření u pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Univerzitou Palackého na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Olomouci dne:

8.4. 2024

Podpis:



### **Poděkování:**

Mé poděkování patří především všem pedagogům a zdravotníkům, kteří se ochotně, i přes velké pracovní vytížení zúčastnili mého výzkumu, jakožto respondenti. Dále bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Věře Vránové, PhD., za příjemnou spolupráci a její rady. Poslední poděkování patří mé rodině a přátelům za podporu v průběhu celého studia.

## Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Eliška Hájková
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotvědy
Vedoucí práce:	Mgr. Věra Vránová, PhD.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Syndrom vyhoření u pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků
Název v angličtině:	Burnout Syndrome among Pedagogues and Nonmedical Healthcare Workers
Zvolený typ práce:	Práce s výzkumným zaměřením
Anotace práce:	Diplomová práce s výzkumným zaměřením se zabývá tématem syndromu vyhoření, a to vybraně u rizikových skupin, mezi kterými jsou pedagogové a nelékařští zdravotničtí pracovníci. První část práce je zaměřena na přehled aktuálního stavu problematiky syndromu vyhoření, s popisem rešeršní strategie. Druhá část práce se zabývá popisem metodiky a výsledků práce. Pro výzkum byl zvolen kvantitativní design observační analytický. Nástrojem sběru dat byl dotazník tvořen částí standardizovanou a částí vlastní tvorby. Výzkumný soubor tvořili pedagogové a nelékařští zdravotničtí pracovníci. Výsledky jsou interpretovány za použití deskriptivní statistiky a statistického testování hypotéz pomocí Dvoufázového T-testu a ANOVA (Welch's) testu, doplněného o test Post – Hoc.
Klíčová slova:	Syndrom vyhoření, pedagog, nelékařský zdravotnický pracovník, riziková profese, dotazníkové šetření, SMBM

Anotace v angličtině:	<p>The thesis with a research focus deals with the topic of burnout syndrome, especially among at-risk groups, including teachers and non-medical health care workers. The first part of the thesis focuses on an overview of the current state of the burnout syndrome, with a description of the research strategy. The second part of the thesis deals with a description of the methodology and results of the study. A quantitative observational analytical design was chosen for the research. The instrument of data collection was a questionnaire consisting of a standardized part and a self-made part. The research population consisted of teachers and non-medical health workers. The results are interpreted using descriptive statistics and statistical testing of hypotheses using Two-Step T-test and ANOVA (Welch's) test, supplemented by Post – Hoc test.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Burnout syndrome, Pedagogue, Non-medical Healthcare Worker, Risky profession, Questionnaire Survey, SMBM
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 - Informované souhlasy zástupců vzdělávacích institucí s výzkumem</p> <p>Příloha č. 2 - Informovaný souhlas se zdravotnickým zařízením</p> <p>Příloha č. 3 - Dotazník</p>
Rozsah práce:	71 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

# Obsah

<b>1</b>	<b>ÚVOD A CÍLE PRÁCE</b> .....	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY</b> .....	<b>11</b>
2.1.	POPIS REŠERŠÍ.....	11
2.2.	DEFINOVÁNÍ POJMU SYNDROM VYHOŘENÍ .....	13
2.2.1.	<i>Historie pojmu syndrom vyhoření</i> .....	14
2.2.2.	<i>Aktuální situace syndromu vyhoření</i> .....	15
2.3.	PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	16
2.3.1.	<i>Rizikové profese</i> .....	16
2.3.2.	<i>Konkrétní příčiny syndromu vyhoření</i> .....	18
2.4.	PROCES SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	20
2.4.1.	<i>Fáze syndromu vyhoření</i> .....	22
2.5.	PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ .....	23
2.5.1.	<i>Příznaky psychické roviny</i> .....	23
2.5.2.	<i>Příznaky tělesné roviny</i> .....	24
2.5.3.	<i>Příznaky na úrovni sociálních vztahů</i> .....	25
2.6.	DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	25
2.6.1.	<i>Shirom-Melamed Burnout Measure</i> .....	26
2.6.2.	<i>Diferenciální diagnostika</i> .....	27
2.7.	LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	28
2.7.1.	<i>Nejčastější druhy psychoterapie</i> .....	29
2.8.	PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ .....	30
2.8.1.	<i>Prevence v rámci profesního života</i> .....	30
2.8.2.	<i>Prevence v rámci osobního života</i> .....	31
<b>3</b>	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
3.1.	CÍLE VÝZKUMNÉ STUDIE .....	33
3.2.	METODIKA VÝZKUMNÉ STUDIE .....	34
3.2.1.	<i>Design výzkumné studie</i> .....	34
3.2.2.	<i>Zkoumaný soubor</i> .....	34
3.2.3.	<i>Uplatněná výzkumná metoda a nástroj ke sběru dat</i> .....	35
3.2.4.	<i>Popis a tvorba nástroje ke sběru dat</i> .....	35
3.2.5.	<i>Ověření využitelnosti nástroje pro zkoumaný soubor</i> .....	36
3.2.6.	<i>Organizace a lokalizace sběru dat</i> .....	36
3.2.7.	<i>Etické parametry</i> .....	37
3.2.8.	<i>Metody statistického zpracování dat</i> .....	37

3.3.	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉ STUDIE .....	39
3.3.1.	<i>Výsledky deskriptivní statistiky</i> .....	39
3.3.2.	<i>Výsledky statistického testování hypotéz</i> .....	53
<b>4</b>	<b>DISKUSE</b> .....	<b>58</b>
<b>5</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>63</b>
<b>6</b>	<b>REFERENČNÍ SEZNAM</b> .....	<b>65</b>

# 1 ÚVOD A CÍLE PRÁCE

Pojem syndrom vyhoření byl poprvé popsán psychoanalytikem Herbertem Freudenbergem v článku časopisu *Journal of Social Issues*, v roce 1974 (Škoda, Doulík, 2016, s. 11). Autor pojmu vycházel především z vlastní zkušenosti a popisoval syndrom vyhoření jako stav úplného vyčerpání ve spojitosti se zaměstnáním, tedy pracovním životem, či ve vztahu k lidem se kterými člověk pracuje. Proto se často jedná o profese pracující s lidmi, někdy taky uváděné jako profese pomáhající (Honzák, 2022, s. 53-56). Můžeme považovat za zajímavé, že se s tímto dlouholetým jevem stále společnost nedokáže vypořádat i přes to, že je známo mnoho preventivních řešení. Právě profese pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků mají jednu zásadní společnou věc – jsou to již zmiňované profese pomáhající. Především díky tomuto propojení byly tyto skupiny zvoleny jako výzkumné soubory. Obě zaměstnání jsou náročná především z důvodu potřeby neustálého emocionálního mezilidského kontaktu (Poschkamp, 2013, s.11-12).

Z vlastní zkušenosti si myslím, že lidé zastávající tyto profese musí mít svou práci rádi, nebo ji alespoň vnímat jako velmi potřebnou pro své okolí. Troufám si říci, že by se v některých případech mohla označovat posláním. Odměna, ať už ta hmotná – finanční, nebo nehmotná, pak občas nemusí být přímo úměrná nasazenému pracovnímu úsilí. Pravdou je, že odměna formou uznání a pochvaly je sice příjemná, ale rodinu s ní nikdo nezasytí. Finanční odměny těchto profesí ovšem nebývají velmi lukrativní z důvodu převažujících státních zaměstnavatelů (Smetáčková, Štech a kol., 2020, s. 46). Především u nelékařských zdravotnických pracovníků se pak můžeme setkávat s narůstajícími hodinami přesčasů. Ať už je to tedy nedostatečné ocenění, či vyčerpání z přepracovanosti, všechny tyto rizikové faktory mohou tvořit podklad mechanismu vzniku syndromu vyhoření.



## Hlavní cíl

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit míru syndromu vyhoření u souboru pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků.

## Dílčí cíle

Zmapovat aktuální stav problematiky syndromu vyhoření pomocí literárních rešerší.

Zjistit, zda si soubor pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků myslí, že se orientuje v problematice syndromu vyhoření.

Zjistit, zda se soubor pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků věnují prevenci syndromu vyhoření.

## Hypotézy

**1H1:** Mezi mírou syndromu vyhoření u souboru pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků je statisticky významný rozdíl.

1H0: Rozdíl v míře syndromu vyhoření mezi soubory respondentů není statisticky významný.

1HA: Rozdíl v míře syndromu vyhoření mezi soubory respondentů je statisticky významný.

**2H1:** Mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření u souboru pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků je statisticky významný rozdíl.

2H0: Rozdíl mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření u souboru respondentů není statisticky významný.

2HA: Rozdíl mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření u souboru respondentů je statisticky významný.

**3H1:** Mezi mírou syndromu vyhoření a druhem vzdělávacího zařízení u souboru pedagogů je statisticky významný rozdíl.

3H0: Rozdíl mezi mírou vyhoření a druhem vzdělávacího zařízení u souboru respondentů není statisticky významný.

3HA: Rozdíl mezi mírou vyhoření a druhem vzdělávacího zařízení u souboru respondentů je statisticky významný.

**4H1:** Mezi mírou syndromu vyhoření a druhem zdravotnického zařízení u souboru nelékařských zdravotnických pracovníků je statisticky významný rozdíl.

4H0: Rozdíl mezi mírou vyhoření a druhem zdravotnického zařízení u souboru respondentů není statisticky významný.

4HA: Rozdíl mezi mírou vyhoření a druhem zdravotnického zařízení u souboru respondentů je statisticky významný.

## 2 PŘEHLED AKTUÁLNÍHO STAVU PROBLEMATIKY

Následující přehledový text byl vypracován na podkladě informací získaných ze 40 odborných textů, které obsahovaly 31 česky a 9 anglicky publikovaných titulů. Tyto bibliografické citace jsou uvedeny v části Seznam použitých zdrojů.

### 2.1. Popis rešerší

Vyhledávání literární zdrojů bylo uskutečněno na základě rešerší, pomocí rešeršních otázek (dále jen RO) popsaných v textu níže. Každá RO je složena z hlavního pojmu (dále jen HP) a kontextu (dále jen K).

První RO zněla: **Jaké jsou dostupné texty o definici (K) pojmu syndromu vyhoření (HP)?** Zvolená primární hesla pro vyhledávání byla: syndrom vyhoření, definice. Tato hesla byla následně rozšířena o synonyma: vyhasnutí, definování, popis, vymezení. Rešerše byla provedena 1.12.2023 a to prostřednictvím vyhledavače Google Scholar. Vyhledávání bylo omezeno na publikace v českém jazyce v letech 2013–2023, s vyřazujícími pojmy: bakalářská, diplomová, kvalifikační a disertační. Ve stejném datu a vyhledavači, bylo ke stejné rešeršní otázce následně provedeno vyhledávání v anglickém jazyce. Primární i rozšiřující hesla byla totožná. Zadané časové i pojmové omezení bylo totožné. Po vyhodnocení textů ve vztahu k rešeršní otázce bylo **relevantních výsledků** celkem **26**, z čehož bylo 19 knižních publikací, 5 literární review a 2 primární studie.

Druhá RO zněla: **Jaké jsou dostupné texty o příčinách (K) syndromu vyhoření (HP)?** Zvolená primární hesla pro vyhledávání byla: syndrom vyhoření, příčiny. Tato hesla byla následně rozšířena o synonyma: vyhasnutí, důvody, rizika, rizikový faktor. Rešerše byla provedena 3.12.2023 a to prostřednictvím vyhledavače Google Scholar. Vyhledávání bylo omezeno na publikace v českém jazyce v letech 2013–2023, s vyřazujícími pojmy: bakalářská, diplomová, kvalifikační a disertační. Ve stejném datu, bylo ke stejné rešeršní otázce následně provedeno vyhledávání v portálu Medvik. Primární hesla, synonyma, časové a pojmové omezení byli totožné. Po vyhodnocení textů ve vztahu k rešeršní otázce bylo **relevantních výsledků** celkem 18, z čehož bylo 12 knižních publikací, 5 literární review a 1 primární studie.

Třetí RO zněla: **Jaké jsou dostupné texty o procesu (K) syndromu vyhoření (HP)?** Zvolená primární hesla pro vyhledávání byla: syndrom vyhoření, proces. Tato hesla byla následně rozšířena o synonyma: vyhasnutí, cesta, fáze. Rešerše byla provedena 3.12.2023 a to

prostřednictvím vyhledavače Scopus. Vyhledávání bylo omezeno na publikace v českém jazyce v letech 2013–2023, s vyřazujícími pojmy: bakalářská, diplomová, kvalifikační a disertační. Ve stejném datu, bylo ke stejné rešeršní otázce ve stejném vyhledavači následně provedeno vyhledávání v anglickém jazyce. Primární hesla, synonyma, časové a pojmové omezení byli totožné. Po vyhodnocení textů ve vztahu k rešeršní otázce bylo **relevantních výsledků** celkem 12, z čehož bylo 9 knižních publikací a 3 literární review.

Čtvrtá RO zněla: **Jaké jsou dostupné texty o příznacích (K) syndromu vyhoření (HP)?** Zvolená primární hesla pro vyhledávání byla: syndrom vyhoření, příznaky. Tato hesla byla následně rozšířena o synonyma: vyhasnutí, projev, symptom. Rešerše byla provedena 7.12.2023 a to prostřednictvím vyhledavače Google Scholar. Vyhledávání bylo omezeno na publikace v českém jazyce v letech 2013–2023, s vyřazujícími pojmy: bakalářská, diplomová, kvalifikační a disertační. Ve stejném datu, bylo ke stejné rešeršní otázce následně provedeno vyhledávání v portálu Web of Science v anglickém jazyce. Primární hesla, synonyma, časové a pojmové omezení byli totožné. Po vyhodnocení textů ve vztahu k rešeršní otázce bylo **relevantních výsledků** celkem 18, z čehož bylo 10 knižních publikací, 5 přehledových článků 2 literární review a 1 primární studie.

Pátá RO zněla: **Jaké jsou dostupné texty o diagnostice (K) syndromu vyhoření (HP)?** Zvolená primární hesla pro vyhledávání byla: syndrom vyhoření, diagnostika. Tato hesla byla následně rozšířena o synonyma: vyhasnutí, diagnóza, testování. Rešerše byla provedena 20.12.2023 a to prostřednictvím vyhledavače Google Scholar. Vyhledávání bylo omezeno na publikace v českém jazyce v letech 2013–2023, s vyřazujícími pojmy: bakalářská, diplomová, kvalifikační a disertační. Ve stejném datu, bylo ke stejné rešeršní otázce ve stejném vyhledavači následně provedeno vyhledávání v anglickém jazyce. Primární hesla, synonyma, časové a pojmové omezení byli totožné. Po vyhodnocení textů ve vztahu k rešeršní otázce bylo **relevantních výsledků** celkem 12, z čehož bylo 5 knižních publikací, 3 přehledové články, 1 primární studie a 1 příspěvek ve sborníku.

Šestá RO zněla: **Jaké jsou dostupné texty o léčbě (K) syndromu vyhoření (HP)?** Zvolená primární hesla pro vyhledávání byla: syndrom vyhoření, léčba. Tato hesla byla následně rozšířena o synonyma: vyhasnutí, terapie. Rešerše byla provedena 15.1.2024 a to prostřednictvím vyhledavače Web of Science. Vyhledávání bylo omezeno na publikace v českém jazyce v letech 2014–2024, s vyřazujícími pojmy: bakalářská, diplomová, kvalifikační a disertační. Ve stejném datu, bylo ke stejné rešeršní otázce následně provedeno vyhledávání v portálu Google Scholar v anglickém jazyce. Primární hesla, synonyma, časové

a pojmové omezení byli totožné. Po vyhodnocení textů ve vztahu k rešeršní otázce bylo **relevantních výsledků** celkem 9, z čehož bylo 7 knižních publikací a 2 přehledové články.

Sedmá RO zněla: **Jaké jsou dostupné texty o prevenci (K) syndromu vyhoření (HP)?** Zvolená primární hesla pro vyhledávání byla: syndrom vyhoření, prevence. Tato hesla byla následně rozšířena o synonyma: vyhasnutí, předcházení. Rešerše byla provedena 26.1.2024 a to prostřednictvím vyhledavače Google Scholar a Medvik. Vyhledávání bylo omezeno na publikace v českém jazyce v letech 2014–2024, s vyřazujícími pojmy: bakalářská, diplomová, kvalifikační a disertační. Ve stejném datu, bylo ke stejné rešeršní otázce následně provedeno vyhledávání pouze v portálu Google Scholar v anglickém jazyce. Primární hesla, synonyma, časové a pojmové omezení byli totožné. Po vyhodnocení textů ve vztahu k rešeršní otázce bylo **relevantních výsledků** celkem 23, z čehož bylo 11 knižních publikací, 6 literárních review, 3 primární studie a 3 příspěvky ve sborníku.

## 2.2. Definování pojmu syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je onemocnění, nebo lépe řečeno – dle definice slova syndrom, soubor příznaků, které jsou typicky charakteristické vyčerpáním, a snížením pracovního nasazení. Tento psychický stav nejčastěji přichází po působení dlouhodobého a intenzivního stresu na jedince. Syndromu vyhoření se jinak také přezdívá stav celkového vyčerpání. Název je převzat z angličtiny jako „Burn out syndrom“, v překladu spíše jako vyhořet, dohořet, či vyhasnout (Práško a Pešek, 2016, s. 16). V dnešní době je pojem velmi aktuální a podobně jako stres se stává módním mediálním pojmem, kdy se mu jinak přezdívá i jako diagnóza při nesnázích (Poschkamp, 2013, s. 10). Syndrom vyhoření je možné si představit jako působení chronického stresu, který směřuje nejen k fyzickému, ale i emocionálnímu vyčerpání. To vše se může projevit velkou škálou fyzických i psychických příznaků a znemožňuje to jedinci fungování jak ve svém osobním, tak pracovním životě. Onemocnění je typické svou plíživostí, nenastává náhle, a tak někdy bývá těžké si ho vůbec povšimnout (zzmv.cz, 2023).

Dříve se syndrom vyhoření nekvalifikoval jako nemoc, spíše jako nejasný pojem, na jehož obsahu se odborníci nemohou shodnout. V roce 2019 ovšem WHO přijala syndrom vyhoření do Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů, čímž se oficiálně zařadil mezi nemoci. Některé státy, např. Švédsko, tento syndrom považovaly za diagnózu již dříve. Právě díky tomuto zařazení by se mohl klást větší důraz na to, že vyhoření může být velmi škodlivé pro naše zdraví a vyžaduje pomoc na odborné lékařské úrovni.

Cílem je tedy adekvátní reakce zaměstnavatelů a institucí o obecné zlepšení pracovních podmínek (a2larm.cz, 2019, Heinemann, 2017).

### **2.2.1. Historie pojmu syndrom vyhoření**

Historicky byl poprvé syndrom vyhoření popsán psychoanalytikem Herbertem Freudenbergerem. Stalo se tak pomocí článku, vycházejícím v Newyorském časopise *Journal of Social Issues*, který nesl název *Staff Burn-out*. Článek byl vydán roku 1974 a Freudenberger zde popisoval podstatu syndromu vyhoření, od obecného popisu, přes příznaky až po preventivní opatření (Freudenberger, 1974, s. 159-165). Sám autor pojmu vycházel z vlastní zkušenosti, kdy ho díky jeho přepracovanosti a vysoké angažovanosti pohltilo vyhoření, a to opravdu v podobě úplného vyčerpání. Na základě této zkušenosti, se autor uchýlil k terapii, kdy si byl sám sebou terapeutem. Postupoval tak, že si své výpovědi nahrával na magnetofon a následně sám pouštěl a hodnotil. Zděšení, které ho potkalo, jakožto terapeuta, poslouchající svého klienta bylo obrovské. Celkový obsah nahrávky jistě nebyl veselý, ovšem primárním překvapením, bylo množství negativních emocí objevujících se v každém slově. Vztek, zklamání, nenávisť, pocit viny, deprese, vyčerpání, to vše jsou dnes již známé příznaky syndromu vyhoření, kterému se po vlastní zkušenosti začal Freudenberger hojně věnovat, především když zjistil, že z daleka není jen on sám, kdo tento stav prožil (Honzák, 2022, s.19-20). Freudenberger (1974, s. 159-160) popsal syndrom vyhoření jako úplné vyčerpání, které přichází po neúměrně velkých požadavcích, zahrnujících naši energii, sílu a zdroje. Sám Freudenberger stavěl na tom, že se nic na světě neděje náhle, vše má svou rozdílně dlouhou cestu a přechod mezi příznaky a dopady je plynulý. Popisoval tedy cestu vyhoření jako konflikt motivů, kdy na jedné straně chceme pokračovat dále po vystoupaném žebříčku a na druhé straně nám tělo hlásí, že tato cesta pro nás není dobrá. Tento fakt je ovšem zahnán obranným mechanismem popření. I když nám tedy tělo dává najevo rizika, máme tendenci je přehlížet, či zlehčovat. Na základě těchto informací, Freudenberger spolu s Gailem Northem poskládali dohromady takzvaný vývojový cyklus, tvořený dvanácti kritickými fázemi syndromu vyhoření. Mezi další významné osobnosti zabývající se syndromem vyhoření patří americká psycholožka Christina Maslach, která na Freudenbergera později navázala. Christina do konceptu především vnesla nové myšlenky v podobě rozdělení příznaků syndromu do třech základních složek psychického a tělesného vyčerpání a takzvané depersonalizace. Dalším podstatným přínosem bylo, že upozorňovala především na vlivy pracovního a sociálního prostředí, které zpracovala do šesti základních charakteristik, predikujících vyšší riziko syndromu vyhoření (Honzák, 2022, s. 27-30).

### 2.2.2. Aktuální situace syndromu vyhoření

Přes to, že žijeme ve vyspělé společnosti 21. století, nemilou realitou je, že syndromu vyhoření, ale i obecně duševních poruch a psychických problémů spíše přibývá. Odhadem každý druhý člověk v obrazu celého života prožije nějakou z definovaných duševních poruch. Mnohem častěji se v dnešní době diagnostikují deprese, závislosti, demence, spánkové poruchy, poruchy příjmu potravy a další. Nárůst syndromu vyhoření u různých profesí naskrz všechny kontinenty, popisuje mnoho odborných studií. Primárním důvodem bývají uváděny neustále rostoucí požadavky na vzdělání, specializaci, ale i ekonomická tenze, kdy je kladen důraz spíše na kvantitu na úkor kvality. Lidé jsou nuceni podávat vrcholné výkony, ovšem často za nevyhovujících podmínek. Syndrom vyhoření postihuje nejen jednotlivce, ale celou společnost. Pokud zmiňujeme obecné příznaky, tak je sice pojíme s konkrétním jednotlivcem, ovšem studie prokazují zároveň výrazné ovlivnění zdravotního stavu, nemluvě o sociálních vztazích jedince. Vyhořelý zaměstnanec zároveň pro společnost představuje méně efektivní práce a vykazuje daleko více chyb. Dalším problémem je pak člověk jakožto zákazník, tedy potencionální příjemce služeb vyhořelého člověka. V případě jakéhokoliv povolání pak dochází ke snížení pozornosti, menšímu naslouchání a empatie vůči pacientovi, klientovi, zákazníkovi, či žákovi (Ptáček a kol., 2013, s. 15–23). I ze strany zaměstnavatele je vyhoření zásadním problémem. Právě jeho nezanedbatelný ekonomický dopad, který zanechává, se může vyšplhat až na 2-3 násobek ročního platu zaměstnance, který je nucen léčbu proplatit, pokud je syndrom uznán jako nemoc z povolání. Celkové dopady by se daly označit jako problémy světové ekonomiky (Rothenberger, 2017).

Co se týče České republiky, nejčastěji se aktuálně setkáme s tvrzením, že až každý pátý Čech trpí syndromem vyhoření. Právě toto číslo ukázala rozsáhlá vědecká studie pod vedením profesora Ptáčka, jehož výzkumný tým 1. lékařské fakulty University Karlovy a Fakultní nemocnice Vinohrady, se studii věnuje již od roku 2014. Vědci pomocí výzkumné agentury oslovili více než 1000 lidí v roce 2014, kdy mírnou intenzitu vyhoření vykazovalo 19,7 % dotazovaných, výrazné projevy prokázalo 23 % a velmi závažné projevy pak 4,5 % respondentů. O tři roky později, tedy v roce 2017 narostl počet lidí s příznaky mírnými, a naopak klesající tendence byla pozorována u příznaků výrazných a velmi závažných. V roce 2020 byl sledován naopak znovu zvyšující-se podíl lidí s výraznými a závažnými příznaky. Od tohoto data následně incidence narůstá, což může být způsobeno, dle slov profesora Martina Anderse, například i kombinací krize způsobené pandemií Covid-19, ale i strachem z probíhajících válek, ekonomické krize a s tím korespondujícími zdravotnickými problémy a ovlivnění přetrvávajících osobnostních, či profesních standardů. V květnovém průzkumu roku

2023 pak uvedla pětina respondentů mírné projevy syndromu vyhoření, výrazné projevy 18,8 % a 6,6 % odpovědících uvedla projevy velmi vážné. Větší mírou jsou pak zasaženy spíše ženy, oproti mužům, což můžeme připisovat hormonálnímu cyklu, nebo obecně nižší imunitě (ČTK, 2023). Z hlediska věku bývají ohroženi spíše mladší lidé a nejčastěji je spojován s profesemi nesoucí velkou odpovědnost, ty tvoří dle studie až 38 %. Dle regionálních charakteristik jednoznačně vyhrál kraj Vysočina, který prokázal nejnižší výskyt syndromu vyhoření, což může být spojeno s faktem, že se menší míra vyhoření objevuje u profesí typu zemědělců a farmářů, či lesníků a prací spojených s pobytem v lese. To vše jde ruku v ruce s množstvím půdy a lesů právě v kraji Vysočina. Jako nejpostiženější se pak ukázaly kraje Moravskoslezský, Liberecký a Královéhradecký. V kraji Prahy se obecně vyhoření objevovalo méně, ale byl zde sledován naopak větší počet vyhoření závažného charakteru, možná právě pro velký počet pracovních pozic typu manažer, či obecně pozic řídicích (blog VZP, 2021).

## **2.3. Příčiny syndromu vyhoření**

### **2.3.1. Rizikové profese**

Nejrizikovější skupinu pro rozvoj syndromu vyhoření tvoří tzv. pomáhající profese, pro které je typický mezilidský emocionální kontakt, který může způsobovat nadměrnou emoční zátěž. Mezi tyto profese se řadí například učitelé, zdravotníci, manažeři a v neposlední řadě i sociální pracovníci. Jsou to tedy profese, při kterých mají lidé nadměrný a přímý kontakt s jinými lidmi. Tento zmíněný kontakt je založen na vztahu závislosti žáků, pacientů a dalších vůči tzv. „pomahačům“, kteří ve své roli „dávají“. Slovo profese je v těchto situacích méně chápáno jako v pracovním právním smyslu, nýbrž spíše ve smyslu poslání. Právě učitelé a zdravotníci jsou ve většině zemí součástí státního systému, jejichž financování náleží jen podmíněně k povinnostem země, a tak v určitých případech dochází k nadměrnému pracovnímu vytížení v nesouladu s vlastními potřebami a požadavky pracovníků. Rizikovou skupinou bývají označováni i rodiče, samoživitelé, matky na mateřské dovolené, a to vzhledem k vykonávání „pomáhající“ profese ve smyslu ke své rodině. Platná definice ovšem klade důraz na to, že jako syndrom vyhoření by se označovat neměly, protože ten se pojí výhradně s pracovním prostředím (Poschkamp, 2013, s.11-12, Smetáčková, Štech a kol., 2020, s. 46).



Psychiatr Radkin Honzák (2022, s. 53-56) uvádí, že právě lidé vykonávající pomáhající profese investují do své práce nejen znalosti a dovednosti, ale především také kus své osobnosti. Zásadní rozdíl může být viděn již v pouhém oslovování. Zdravotníci, poskytují své služby pacientů, ne klientům, ač se klient v dnešní moderní době považuje za správnější oslovení. Práce zdravotníků, pedagogů a dalších spočívá v kontaktu s lidmi a jejich problémy a je proto psychicky a emocionálně náročnější než například práce automechanika s neživým materiálem. Je totiž vědecky dokázáno, že když například zdravotník soucítí s pacientem, jeho bolest může skutečně spoluprožívat. Tato empatie pak může přejít až v tzv. kompatii, která je popisována již ve spojitosti s úzkostí a strachu o druhou osobu. Kompatie se dá představit na příkladu tzv. těhotných otců, tedy muž těhotné ženy, cítí podobné obtíže jako jeho žena.

Pomáhající profese bývají nebezpečné, velmi náročné, vyčerpávající a může přinášet zklamání a osobní úrazy. Zasahují do pracovníkova sebevědomí ale i náhledu na samotný život. Typicky se tyto profese přenáší do nepracovních situací, tedy domů, mezi vlastní rodinu a vztahy (Pelcák, 2015, s. 57).

Přesto, že byl syndrom vyhoření popisován nejprve u zaměstnanců pracujících v každodenním kontaktu s lidmi, později se objevil i výskyt u jiných typů zaměstnání. Mezi nimi se objevili například advokáti, pojišťovací agenti, poštovní úředníci, či pracovníci sociální sféry. Jako další oběti syndromu vyhoření pak začali být popisováni například i profesionální sportovci, nebo třeba studenti, jejichž hlavní náplní není placené zaměstnání, ani přísný ráz profesionální práce s lidmi. Právě proto je důležité doplnit základní popis procesu vzniku vyhoření o neustálý bezpodmínečně prosazovaný požadavek na perfektní a bezchybný výkon. Tento výkon je považován na jakousi normu, která dovoluje pouze mírnou, či žádnou formu úlevy, chybovosti, omylu či odchylek, a pokud se to většinou s přísnými a nepříjemnými důsledky (Ptáček a kol. 2013, s. 26). Již zmínění studenti jsou v dnešní době jedna z velmi ohrožených skupin, především pro neustále působící stres a zátěž mnoha psychologických faktorů. Často se u nich popisuje stav emočního vyčerpání, pocit nulového osobního úspěchu a inklinace k odcizení od pocitů ostatních lidí. Ohrožení syndromem vyhoření například vykazovalo 41,3 % studentů ve studii A. Vosečkové a kol. , která zjišťovala tento jev u studentů pregraduálního studia vysokých škol, konkrétně u studentů sociální sféry. 13 % zapojených studentů již dokonce vykazovalo známky psychického vyčerpání (A. Vosečková a kol. 2020). Většina studií, ve vztahu k syndromu vyhoření u studentů, se věnuje především studentům medicíny. To je odůvodňováno vyšším očekáváním vyhoření těchto lidí, jakožto počínajících zdravotníků, na které se jednak kladou vysoké studijní požadavky, ale zároveň přichází do kontaktu s lidmi, tedy pacienty a jejich problémy

a bolestmi, na což nemusí být jednak psychicky ale především profesně zatím připraveni (Ptáček a kol. 2013, s. 108).

### **2.3.2. Konkrétní příčiny syndromu vyhoření**

Mezi hlavní příčiny bývá především řazeno dlouhodobé působení profesního stresu, tedy distresu, s kterým se pracovník nedokáže vypořádat. Významnou roli zde také hrají vnitřní faktory, tedy osobnostní rysy, kam patří lidé s přílišným nadšením do práce, soutěživostí, srovnáváním s ostatními, špatné vnímání neúspěchu, nepravidelný denní rytmus, nízká úroveň asertivity ale také strategie zvládání stresu, sociální podpora a tak podobně (Pelcák, 2015, s. 56, Čapek, Příkazská, Šmejkal, 2021, s. 108-109).

Ač to zní nepravděpodobně, tak větší předpoklad pro vznik syndromu vyhoření bude mít spíše sangvinik než melancholik. Je to právě předpokladem pro vysoké nadšení a zapálení do práce u sangvinika. Když pak toto zapálení nemá výsledky a není dostatečně ohodnoceno, může vést k vyhoření. K vyvolání syndromu vyhoření může přispět nesoulad mezi profesí, rodinným a osobním životem. Když si tyto tři pilíře představíme jako nohy stoličky, měly by být stejně velké, tedy vyrovnané. Když bude ovšem jedna noha silnější, budeme ze stoličky padat (Kryl, Grambal, 2023).

Sám autor pojmu syndromu vyhoření po dlouhém zkoumání svých poznatků považoval za nejpodstatnější přítomnost několika následujících faktorů. Jedním z nich je například nepřekonatelná touha po uznání ve společnosti, která se obecně netváří jako špatná a najdeme ji třeba i v pyramidě potřeb od uznávaného psychologa Abrahama Maslowa. Ovšem člověk se sklonem k vyhoření, očekává nereálný obdiv a neustálou pozici na nejvyšším stupni vítězů, což se pochopitelně neodehrává každý den. Následně se tedy objevuje zklamání a frustrace povětšinou narcistické osobnosti. Dalším zmiňovaným faktorem mohou být požadavky na vzájemné vztahy mezi lidmi, které se neslučují s realitou. U dotyčného převládá mínění, že jeho nápady a názory jsou skvělé, jasné a všemi pochopitelné. Následně tedy předpokládá naprostou spolupráci a součinnost, aniž by zvažoval názory a nápady ostatních. S tímto faktorem se také pojí představa, že vše musí šlapat jako hodinky, která je většinou dosti nereálná. Dalším z ohnisek vzniku vyhoření může být, že si lidé až moc rychle udělají obrázek, či závěr o tom, jak se věci mají a bývají zbrklí. Podobným faktorem pak bývá že lidé z různých malých detailů vyvozují jednoznačné závěry, nebo bazírují na věcech, které nejsou vůbec podstatné (Honzák, 2022, s. 21-25).

Nereálné cíle, jsou jeden z mocných faktorů vzniku syndromu vyhoření, o kterém se bohužel velmi málo mluví. Mnoho lidí si právě nereálné cíle klade, aniž by porovnali ambice se svými schopnostmi a vzděláním. Ideálem dnešní doby je růst a být úspěšný, málo co je dneska nemožné a podobné „citáty“, které slyšíme ze všech stran. Někdy není lehké jim nepodlehout. Lidé se pak mohou octnout na pozicích, které vypadají prestižně, přijímají gratulace za získání pozice, ačkoli realita je že pozice je pro ně náročná a úspěch je nečeká. U lidí ve věku mezi třiceti a čtyřiceti lety se pak ve spojitosti s nereálnými cíli objevuje syndrom „teď nebo nikdy“. Podstatou je strach, že pokud to nezkusí, předem se vzdají úspěchu. A tak se někdy vrhají do nepromyšlených projektů s velkým očekáváním. Velkým zdrojem stresu a následného syndromu vyhoření je chybění trpělivosti a pokory, což je typické u lidí, kteří se pro něco velmi nadchnou, ale nedovedou do konce. Přelétavost mezi jednotlivými obory přináší povrchnost a fakt že nic neuděláme pořádně, kvalitně a do hloubky. Kdyby si každý zvolil obor a směr, který mu vyhovuje, pomocí dnes již dostupných odborných metod, vyvarovali bychom se toho, že lidé přemýšlí, kde je vlastně jejich místo a někdy až příliš pitvají svůj život (Moravcová, 2019, s. 69-71).

Psycholog Stanislav Pelcák (2015, s. 56-57) uvádí tyto konkrétní příčiny syndromu vyhoření:

- Nadměrné požadavky na výkon, jednodušnost práce
- Nízká možnost dělat vlastní rozhodnutí
- Zapálení pro práci, vysoké nadšení a angažovanost
- Neschopnost asertivity, přehnaná empatie a obětavost
- Vyšší výskyt životních událostí a každodenních starostí
- Práce pod časovým tlakem
- Špatná pozornost vůči potřebám personálu, nezačlenění nového personálu, chybějící supervize
- Pracovní prostředí a pozice s vysokou soutěživostí, zaměřené na výkon
- Přetěžování pracovníků – větší počet klientů
- Nedostatek odpočinku, rodinné, partnerské problémy, dlouhodobý stres v rodině
- Nedocenená práce ze strany nadřízeného či klienta
- Společnost zaměřená na růst v kariéře, ve finančním ohodnocení

## 2.4. Proces syndromu vyhoření

Na základě různých výzkumů, jak zahraničních, tak tuzemských (Smetáčková, Štech a kol. (2020, s. 44-45), uvádí tyto různé cesty vedoucí k syndromu vyhoření:

První zmíněná cesta se nazývá „*Od nadšení k vyhoření*“. Hlavní podstatou je nástup do zaměstnání s prvotním vysokým nadšením, očekáváním, velkými ideály a plány, snaha o prosazení změn, které povedou k úspěchu. Když ovšem nedojde k naplnění těchto ideálů, dochází ke ztrátě iluzí, frustraci, až apatii a vyhoření. Základním pilířem jsou tu přehnaná očekávání a přepálení výkonu hned v začátcích (Smetáčková, Štech a kol. 2020, s. 44-45). Mezi tyto „nadšence“ patří i lidé, kteří tak milují svou práci, že často zapomínají na vyrovnaní ostatních pilířů svého života, jako spánek, jídlo, socializace a občas také sedí na dvou židlích zároveň (Moravcová, 2019, s. 109).

Pro další cestu k vyhoření se používá název „*Únava materiálu*“. Podstatou je příliš dlouhá doba strávená v jednom zaměstnání. I když je zaměstnanec úspěšný a jeho výkon je přiměřený, může po dlouhé době dojít k vyhoření. Důvodem k tomu může být nutnost osvojování si nových znalostí a dovedností. U učitelů to může být přirovnáno například k požadavku práce s interaktivními pomůckami, nebo integrace žáků se speciálními potřebami. Právě to může být pro některé zaměstnance velmi náročné a mohou mít pocit, že na to nedosahují jejich schopnosti a síly (Smetáčková, Štech a kol. 2020, s. 44-45). Ovšem někdy může jít také o nemožnost realizovat své nápady u lidí v dlouhodobých pozicích, typicky například v zaměstnání u velkých korporátů (Moravcová, 2019, s. 110).

Další cestou k syndromu vyhoření je „*Trvalý nesoulad*“. Touto cestou mohou procházet lidé, kteří si vybrali povolání, které jim nesedí, nenaplnuje je, a proto zažívají jedno velké zklamání. Práce je pro ně vyčerpávající a nevyhovující. Pokud se taková pracovní situace neřeší, může dojít k vyhoření (Smetáčková, Štech a kol. 2020, s. 44-45)

Bylo by vhodné zároveň popsat již zmiňovanou cestu vyhoření, kterou zpracoval sám Freudenberg, jakožto zakladatel pojmu syndrom vyhoření, spolu s Gailem Northem v průběhu osmdesátých let. Cesta se nazývá Freudenbergův postup a popisuje jakýsi vývojový cyklus obsahující dvanáct kritických fází. Pravidlem není prožívání všech fází postupně za sebou, právě naopak, některé fáze mohou být vynechány, nebo různě přeskupeny. Poslední revize textu Freudenbergova postupu byla revidována roku 2006. Fáze postupu budou stručně popsány v následujících řádcích. Na začátku celé cesty můžeme sledovat

nadměrné a neúměrné ambice, které mohou přerůst až v patologickou snahu a nutkání prosadit se, podle čehož je také první fáze nazývána jako „*Nutkavá snaha po sebeprosazení*“. Druhá fáze bývá označována slovy „*Začíná pracovat více a tvrději*“. Podstatou je nasazení laťky tak vysoko, aby ostatní viděli, že v práci zvládá i ty nejtěžší a nepříjemné úkoly, a i když by to nebylo potřeba, zvládá je všechny sám. Snaží se poukázat na svou nenahraditelnost. Za třetí se přidává fáze „*Přehlížení potřeb druhých*“, kdy člověk veškerou svou energii a čas nechává pro vlastní práci snaží se jí neplýtvat pro potřeby společenské, kterými jsou rodina a přátelé, ale také potřeby vlastní fyziologické, jako třeba spánek či jídlo. Čtvrtá možná fáze se nazývá „*Přesunutí konfliktu*“ a jedná se o situaci, kdy se začínají přidávat prvotní fyzické obtíže, tedy projevy stresu. Člověk si většinou začíná uvědomovat, že se něco děje, ovšem netuší, odkud pramení jeho problémy, což může odstartovat interní krizi a přidružit pocit ohrožení. Pátá fáze popisuje další stupňování již předchozích problémů. Nazývá se „*Revize a posunutí hodnot*“ a dochází zde k ještě větší izolaci vůči ostatním, se snahou vyhybat se konfliktům a zároveň stále více popírá své fyziologické potřeby, které na sebe stále upozorňují formou silících příznaků. Na žebříčku hodnot se člověku drží práce na první pozici, na nic dalšího nezbyvá energie a k tomu všemu se navíc přidává emoční oploštění. Nyní se dostáváme do půlky Freudenbergerovy cesty, kdy nastává fáze „*Popírání vznikajících problémů*“. Tato šestá fáze je typická zvyšující se agresivitou a sarkasmem, který se objevuje ve fázi nutnosti sociálního kontaktu, kterému se člověk vyhýbá, jsou mu zátěží a stává se netolerantním vůči ostatním. Narůstající problémy dává za vinu nedostatku času, aniž by si uvědomoval, že on sám je pánem svého času. Díky abnormnímu omezení sociálních kontaktů dochází až k úplné izolaci, tedy sedmé fázi s názvem „*Stažení*“. V této fázi se začínají objevovat pocity beznaděje, díky kterým se člověk může začít ubírat směrem návykových látek, které sice dopřejí pocit úlevy, ovšem jen na malou chvíli a jádro problému nevyřeší. Lidé své chování ovšem omlouvají slovy úměrně zasloužené úlevy. „*Zcela jasně patrné změny chování*“, jakožto osmou fází pak vnímají lidé až už blízcí – tedy rodina a přátelé, tak i kolegové. Devátá fáze, popisována jako „*Depersonalizace*“. Vzhledem k omezení kontaktu s okolním světem se pohled zužuje a člověk je schopen vnímat pouze svou bezesmyslnou přítomnost, čímž se veškeré úkony stávají pouze mechanickým opakováním. Člověk se následně dostává do fáze „*Vnitřní prázdnota*“, kdy se pomocí různých aktivit, často stojících na pokraji sociálních hranic, jako jsou drogy, alkoholismus či sex, snaží vyplnit svou vnitřní prázdnotu. Jedenáctou možnou fází je „*Deprese*“, kdy na scénu přichází pocity úplného vyčerpání, beznaděje a budoucnosti bez jakéhokoli smyslu. Objevují se depresivní symptomy, jak na úrovni psychické, tak fyzické. Poslední fází je samotný

„*Syndrom vyhoření*“. Dochází zde k úplnému kolapsu, který může, v lepším případě, vést k vysvobození, formou najetí lékařské pomoci. V ojedinělých případech se zde mohou vyskytnout i sebevražedné sklony, jakožto možnost vyřešení problému (Honzák, 2024).

#### **2.4.1. Fáze syndromu vyhoření**

Nejčastěji je syndrom vyhoření popisován v několika fázích, které na sebe ve většině případů navazují. V některých případech ovšem může dojít i k přeskočení jedné z těchto fází. Cesta syndromu je však dlouhodobá a nevzniká ze dne na den. Nejčastěji zmiňovaný model syndromu vyhoření bývá pětifázový model od autorů Edelwiche a Brodského. Ten zahrnuje níže popsané fáze nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření (Stock, 2010, s. 35-42). Tyto fáze představují dynamický jev neboli proces, který má svůj počátek, průběh a výsledek (Křivohlavý, 2012, s. 82).

##### **1. Fáze nadšení**

Primární charakteristikou této fáze je příliš vysoké nadšení a zapálení pro určitou, většinou vysněnou profesi a nadprůměrné nasazení. Toto nadšení ovšem přináší pocit vysokého očekávání. Jedinec v práci nabývá pocitů nepostradatelnosti, má pocit, že je schopný na pracovišti odbourat veškeré negativní fenomény, všem pomoci a se všemi problémy se poprat lépe než ostatní. Může dojít až ke krajnímu ztotožnění se svou prací a klienty, a následné izolaci před okolním světem.

##### **2. Fáze stagnace**

Fáze stagnace je typická tím, že si jedinec po střetnutí s realitou, začíná uvědomovat přepálení svého začátku a výšku svých požadavků. Uvědomuje si, že věci se k jeho zklamání nedějí tak, jak si představoval, a tak přehodnocuje své počáteční idealistické nadšení. Již nelpí na detailech, které pro něj z počátku byly velmi důležité. Pořád ovšem vykonává svou profesi v celku důkladně.

##### **3. Fáze frustrace**

Fáze frustrace bývá typická nabýváním pocitu zklamání z rozdílu mezi plány a skutečností. Člověk si začíná uvědomovat, že realita omezuje jeho možnosti. Začíná mít pochyby o tom, čeho se celou dobu snažil dosáhnout. Ztrácí smysl ve významu i výsledcích své práce. Objevit se mohou i problémy s ostatními kolegy, nebo klienty v podobě nedostatku uznání a porozumění.

#### **4. Fáze apatie**

Apatie se projevuje jako obranná reakce proti dlouhodobě působícímu stresu. Nastává v momentě, kdy už dotyčný nevidí možnosti zlepšení, práce je pro něj neustálým zdrojem zklamání a vyhlídky na změnu jsou nulové. Obrana má podobu plnění pouze úkolů, která jsou nutná, jednoduchá, rychlá a pokud možno nevyžadují kontakt s jinými lidmi, ať už klienty, nebo kolegy. Nadšení, které přetrvávalo v počátcích je zcela pryč. Přetrvávají pocity rezignace a zoufalství. Práce se stává pouze prostředkem obživy.

#### **5. Fáze vyhoření**

V této fázi dochází k úplnému vyčerpání, neustálému negativismu a naprosté lhostejnosti vůči ostatním lidem v pracovním prostředí. Vyhoření je typické řadou příznaků, jež jsou rozebrána v následujících kapitolách.

### **2.5. Příznaky syndromu vyhoření**

Obecně řečeno každé onemocnění či porucha má své symptomy neboli příznaky, kterými se vyznačuje. Příznaky syndromu vyhoření nejsou ani trochu neobvyklé či zvláštní. Možná proto je velmi obtížné najít někoho, kdo těmito symptomy občas netrpí, a naopak velmi jednoduché tedy přehlédnout právě počátek syndromu vyhoření. Pro různorodost příznaků může docházet k úvahám o úplně jiných diagnózách. Příznaky syndromu vyhoření se nejčastěji rozdělují do třech rovin, a to psychické, tělesné a sociální (Švamberg Šuerová, 2018, s. 40). Je důležité zmínit, že syndrom vyhoření je psychosomatické onemocnění. Naše porušená psychika se tedy promítá odpověďmi našeho těla (Venglářová a kol., 2011, s. 24). Symptomy se objevují plíživě a postupně, z počátku si z nich člověk nic moc nedělá. Když už se příznak kupí pomalými kroky ze všech stran, často už nemáme energii a trpělivost na to abychom se ze situace sami dostali (Moravcová, 2019, s. 12-113).

#### **2.5.1. Příznaky psychické roviny**

Obecně se na psychické úrovni vyskytuje celkové vyčerpání, duševní i emocionální. Dochází ke ztrátě motivace a pocitu beznaděje. Člověk může pociťovat nechut' do života, či hostilitu vůči svým klientům, ale i kolegům (Švamberg Šuerová, 2018, s. 40). Tato rovina bývá také spojována s odpočinkem a spánkem. Mohou se objevovat poruchy spánku, nedostatek energie, pocity vyčerpání. Typická je rychlejší unavitelnost či pocit větší potřeby

spánku, ačkoliv spánek bývá nekvalitní. Ráno se dotýčný většinou vzbudí nevyspalý a stále unavený. Psychické vyčerpání se projevuje i ve změně názorů a postojů, a to nejen vůči ostatním ale i k sobě samotnému. Objevuje se cynismus, negativismus a obecný pesimismus. V kognitivní sféře se pak mohou objevit potíže s koncentrací, pamětí a zapomětlivost. Člověk může být i tzv. emocionálně vyčerpáný, což může být popisováno jako citové vysátí, ochabnutí, pocit ztráty kapacity být citlivý vůči ostatním, tedy emocionální oploštělost, snaha vyhýbat se ostatním a uzavírat se spíše do vlastní bubliny (Venglářová a kol., 2011, s. 24-25). Může být pozorován až dokonce vznik anhedonie, která je popisována jako neschopnost prožívat kladné emoce a neschopnost empatie, která je v pomáhajících profesích velmi důležitá (Švamberk Šuerová, 2018, s. 40). U vyhořívajícího člověka převládá pocit, že úsilí něčeho dosáhnout je velmi zdlouhavé, namáhavé a neefektivní v poměru vynaložené námahy. Typicky se objevuje pokles až vymizení motivace a celkové utlumení aktivity, projevující se vymizením spontánnosti, kreativity, iniciativy a invence. Nálada bývá spíše depresivní, převažuje pocit smutku, frustrace, marnosti a pocitu že věci nedávají smysl. Lidé si jsou jisti svojí postradatelností a bezcenností, což může vést až k tzv. mikromanickým bludům (Ptáček a kol. 2013, s. 27-28). Tyto bludy jsou typické nízkou sebedůvěrou a neúplným přesvědčením o vlastních kvalitách, pocitem hrozícího zruinování, bídně, či neexistenci (Velký lékařský slovník, 2024).

### **2.5.2. Příznaky tělesné roviny**

Jak je již výše zmiňováno, vyhoření je psychosomatické. Na těle člověka se tedy projevuje různými změnami. Jedním z tělesných nenápadných příznaků je změna vitálních funkcí. Především u žen se v souvislosti se stresem registruje vyšší tepová frekvence. Obecně pak stoupá krevní tlak, ale i dechová frekvence. Může docházet i k pocitu dušnosti či tlaku na hrudi. Typicky se objevuje změna v příjmu potravy, což se může projevit především ztrátou tělesné hmotnosti, ale u menšího počtu jedinců naopak klidně i jejím nárůstem (Švamberk Šuerová, 2018, s. 41). S příjmem potravy souvisí i dyspepsie ale mohou se objevit i závažnější komplikace jako například žaludeční vředy. Dále se mezi příznaky mohou vyskytnout bolesti svalů a migrény (Vala, 2023). Často je popisována únava celého organismu a apatie. Mohou se také objevovat náhodné bolesti hlavy a celkové napětí. Subjektivně mohou lidé cítit bolesti v oblasti srdce, či pocit nedostatečného dodechnutí a lapání po dechu. Obecně je důležité také upozornit na vysoké riziko podnícení závislostí všech druhů. Návykové látky u lidí se syndromem vyhoření prokazují službu formou odpočinku, odreagování a eliminace stresu. Zásadním problémem ovšem je, že člověku pomohou pouze na danou chvíli a nevyřeší



konkrétní situaci, právě naopak, situaci pouze oddálí a prohloubí závažnost ostatních příznaků (chciodvykat.cz, 2021).

### **2.5.3. Příznaky na úrovni sociálních vztahů**

Vyhoření se bezpochyby týká také sociálních vztahů, ať už mluvíme o vztazích na pracovišti, nebo vztazích v rodině. Celkově se u lidí se syndromem vyhoření objevuje útlum družnosti, nezájem o názory druhých osob, nápadný sklon k redukci kontaktů, typicky například u sester s pacienty, ale obecně klienty a také s kolegy a spolupracujícími osobami. Může být sledován i přímý odpor k vykonávané profesi, nebo ke všemu souvisejícímu s ní. Jak již bylo zmíněno v příznacích psychické roviny, objevuje se emoční oploštění a neschopnost či neochota empatie, a to typicky u lidí s dříve velmi dobrou schopností vcítění se do ostatních. Častý je také vyšší výskyt konfliktních situací, především z důvodu sníženého zájmu, lhostejnosti a tzv. sociální apatie, tedy oploštělosti vůči okolí (Ptáček a kol. 2013 s. 28).

## **2.6. Diagnostika syndromu vyhoření**

Sledování a vyhledávání syndromu vyhoření není jednoduché, mohli bychom to přisuzovat faktu, že ještě nedávno nebyl syndrom vyhoření oficiální diagnózou (Ptáček, Vojtíšková, 2015). Diagnostika vyhoření stojí jednak na správném vyhledání a rozlišení jeho symptomů, ale také na pozorování prožitků v jejich souvislosti (Škoda, Doulík, 2016, s. 31). Syndrom vyhoření byl dříve zařazován pouze jako doplněk diagnózy neurastenie, která by se dala popsat příznaky únavy a vyčerpání. Symptomy, kterými se ovšem vyznačuje syndrom vyhoření, tato diagnóza téměř nezahrnovala. V krajních případech pak mohlo docházet až k tomu, že ačkoli lidé trpěli syndromem vyhoření, jejich případ se nedal považovat za nemoc, a tak pojišťovny nemuseli hradit jejich léčbu (Stock, 2010, s. 14-14). Světová zdravotnická organizace ovšem syndrom vyhoření nyní zahrnuje mezi diagnózy, a to prostřednictvím podkategorie problémů spojených se zaměstnáním a nezaměstnaností v oficiálním prohlížeči ICD 11 For Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11, 2024). V české verzi MKN-10, neboli mezinárodní klasifikaci nemocí, nalezneme vyhasnutí (vyhoření), jako podkategorii problémů spojených s obtížemi při vedení života (MKN-10, 2023).

Počáteční metody diagnostiky začaly vznikat v rozmezí 70.-80. let 20. století, vzhledem prvotnímu popsání syndromu vyhoření autorem pojmu Freudenbergem, právě v tomto období.

Již v těchto letech začaly vznikat první nástroje na měření úrovně vyhaslosti. Mezi prvními můžeme zmínit například „*The Tadium Scale*“, neboli škálu vytvořenou A. Pinesovou, která se spíše přiklání k pojmu tadium neboli nuda, otrava a únava. Zmíněná autorka ovšem později škálu spolu s dalšími autory přepracovala na dotazník s názvem „*Burnout Measure*“, který se dodnes v různých verzích velmi často využívá. Jako nejčastěji používaný dotazník syndromu vyhoření bývá uváděn pravděpodobně „*Maslach Burnout Inventory*“, který vytvořila psycholožka Christine Maslachová, v 80. letech minulého století. Tento dotazník, obsahoval 22 položek a tři subškály, zaměřené na emocionální vyčerpání, odosobnění a snížení osobní výkonnosti. Tyto subškály se pak hodnotily jednak z hlediska četnosti, tak z hlediska frekvence, která byla ovšem v dalším přepracování pro zjednodušení vynechána. I tato verze byla později dále přepracována. V dalších letech pak vznikaly různé verze dotazníků, od různých autorů. Některé se například přímo zaměřovaly na konkrétní profese. Můžeme zde zmínit například „*Staff Burnout Scale for Health Professional*“, jehož autorem je Jones a týká se konkrétně zdravotníků, nebo třeba dotazník určen pro učitele, jehož autory jsou Seidman a Zager, s názvem „*Teacher Burnout Scale*“. Pro účely této práce je určitě důležité zde zmínit metodu zjišťování míry syndromu vyhoření s pracovním názvem „*BoTeLis*“, jehož autory jsou S. Melamed, T. Kushnir a A. Shirom. Základem této metody jsou tři subškály – Burnout (Bo), tenze (Te) a netečnost, v angličtině lessnes (Lis). Právě ve spojitosti se zmíněnou metodou A. Shirom s kolegy v roce 2006 vytvořili tzv. „*Shirom-Melamed Burnout Measure*“, který je používán ve výzkumné části této diplomové práce (Ptáček a kol., 2013, s. 30-33).

### **2.6.1. Shirom-Melamed Burnout Measure**

V českém jazyce Shirom-Melamedova škála vyhoření patří mezi spolehlivé prostředky vyhodnocování míry syndromu vyhoření. Tato škála je sestavena ze 14 tvrzení, které dotazovaný posuzuje na škále od 1-7, s popisem 1 – nikdy, nebo téměř nikdy, až 7 – vždy, nebo téměř vždy. Dotazník obsahuje 3 subškály – fyzickou únavu, kognitivní únavu a emoční vyčerpání. Hodnotí se jednak tyto subškály, ale také celkový součet získaných bodů, a to v rozmezí od 14 do 98. Dotazovaný jednotlivá tvrzení hodnotí v časovém horizontu 30 pracovních dní. Jak je již výše uvedeno, hlavními autory jsou A. Shirom a S. Melamed, kteří originální škálu volně publikují na internetových stránkách [www. Shirom.org](http://www.shirom.org). Překlad do českého jazyka provedli I. Kobzová a V. Kebza, a v souvislosti s vyhovujícím psychometrickým popisem škály a jednoduchosti jejího použití ji doporučují, jako vhodnou

pro výzkum, ale také pro klinickou praxi. Funkčnost tohoto nástroje, přeloženého do českého jazyka ověřila studie Ptáčka a kol. v roce 2011 (Ptáček a kol., 2013, s. 161-162).

### **2.6.2. Diferenciální diagnostika**

Diferenciální diagnostika, zahrnuje výčet mnoha různých onemocnění stavějících na podobných příznacích (NZIP, 2024). Problémem diagnostiky syndromu vyhoření je právě šíře a různorodost příznaků. Jeho příznaky by se daly považovat za velmi nespecifické. Příkladem mohou být třeba příznaky ve formě vyčerpání, problémy se soustředěním, či sníženou iniciativou. To vše se může typicky objevovat u člověka trpícího vyhořením, ale stejně tak i u člověka s virovou infekcí, hypotyreózou, nebo třeba s nízkou hladinou krevního tlaku. Nelze vyloženě přímo popsat specifickou neměnnou kombinaci příznaků. Mimo jiné, kdo se občas necítí vyčerpaný, bezmocný, neúspěšný či našťvaný? Právě proto Freudemberger navrhoval popisovat definici vyhoření na základě původu jeho vzniku neboli etiologie. Zakládal tedy definici především na tom, že problém vzniká na základě profesního vyčerpání a předchozí vysoké angažovanosti jedinců (Hillert et al., 2020).

Jednou z diagnóz, se kterými může být syndrom vyhoření často zaměňován je deprese. Pokusy odlišit od sebe tato dvě onemocnění se podle obsáhlé rešerše A. Hillerta a jeho kolektivu pohybují pouze na teoretické úrovni. Příkladem může být rizikový faktor syndromu vyhoření neschopnost adaptace na vysoký stres. Podobně zní ovšem i rizikový faktor uváděný u deprese, tedy nedostatečná adaptace na nepříjemné tlaky okolí (Hillert et al., 2020). Psychoterapeut Klaus Bernhardt uvádí, že se ve své praxi setkává nejčastěji s dvěma různými případy těchto onemocnění. Prvním je, že pacient onemocní přímo samotnou depresí. Druhou situací je deprese, do které se pacient dostane až v rámci poslední fáze syndromu vyhoření, což si většina objektů ani neuvědomí (Bernhardt, 2022, s. 12). Jedním z popisovaných rozdílů u těchto dvou onemocnění je pro depresi typický sezónní výskyt, který se u syndromu vyhoření neobjevuje a dalším rozdílem jsou rozdílné spánkové poruchy. Mezi další onemocnění, se kterými se dá syndrom vyhoření lehce zaměnit bývají neurózy či syndrom chronické únavy. Společným symptomem je především intenzivní pocit únavy, problémy s kognitivní činností a omezená schopnost soustředění (Škoda, Doulík, 2016, s. 21-22).

## 2.7. Léčba syndromu vyhoření

Základem péče o člověka je bio-psycho-sociálně-spirituální přístup, díky kterému může odborník pochopit vyhoření ve vztahu k jeho prostředí a zjistit, jaká by byla ideální pomoc. Tento základ by měl poskytovat praktický lékař. Pokud ovšem jeho síly v tomto směru nestačí, je potřeba zajistit odbornější pomoc, kterou již poskytují psychiatři a psychoterapeuti. Zajištění náležité pomoci těmito odborníky může být mnohdy náročné, vzhledem k nízkým kapacitám příslušných pracovišť. Pro sociálně slabší pacienty může být pak tato péče dokonce nedostupná (Ptáček, Vojtíšková, 2015). U rozvinutých příznaků v pokročilejší fázi se většinou oběť vyhoření již nedokáže vyléčit svépomocí, a to především kvůli extrémnímu psychickému a fyzickému vyčerpání. Základem odborné terapie je medikace a psychoterapie. Medikace se využívá především pro zrychlení procesu léčby a posílení psychiky člověka při mnohdy náročné a zdlouhavé psychoterapii. V rámci psychoterapie jde obecně řečeno o uvědomění si obtíží, vyhledání a pochopení nežádoucích schémat chování a myšlení, a naopak nácvik schémat žádoucích. Základním kamenem v cestě k uzdravení člověka se syndromem vyhoření, je také jeho převzetí zodpovědnosti za svou léčbu a aktivní účast (Pugnerová a kol. 2019, s. 226-227). Jedny z nejčastěji uváděných forem psychoterapie jsou existenciální psychoterapie, daseinsanalýza, logoterapie, nebo terapie kognitivně – behaviorální (Škoda, Doulík, 2016, s. 31-32). Tyto druhy psychoterapie jsou okrajově nastíněny dále v textu.

Pro terapii je důležitý tzv. „*Multimodální koncepce léčení*“, která spočívá v jasných a realizovatelných krocích, jejichž snahou je návrat nezávislosti člověka. Primární je zahrnutí všech psychosociálních sfér pacienta, to znamená práce se se všemi faktory dohromady. Mezi faktory patří nejen práce, ale také rodina, osobní život, případně škola. Většinou se při léčbě začíná s terapií individuální, na kterou navazuje i terapie skupinová, vedeny specializovanými terapeuty. Individuální terapie by měla být vždy upravována ku možnostem a potřebám jednotlivých pacientů. Primárním cílem léčby člověka se syndromem vyhoření je především biopsychosociální zdraví a radost ze života (Hagemann, 2012, s. 67-70).

## **2.7.1. Nejčastější druhy psychoterapie**

### **Existenciální psychoterapie**

Základem existenciální psychoterapie je orientace na interní svět a osobní prožitky člověka. Soustředí se na otázky lidské existence, svobody, smyslu života a vlastní zodpovědnosti. Každého člověka zvlášť považuje za individuální osobnost (Škoda, Doulík, 2016, s. 31). Vyhlášený psychoterapeut Irvine Yalom uvádí, že tato léčba zaujímá dynamický přístup a soustředí se především na problémy uložené v bytí člověka. Využívá základní podstaty existence člověka, jako jsou například pojmy smrt, smysl života, svoboda, či odpovědnost (Yalom, 2020, s. 12).

### **Daseinsanalýza**

Tento druh terapie napomáhá rozluštit pacientovi smysl jeho existence. Upozorňuje především na neobyčejnost, neopakovatelnost a snaží se naučit člověka vnímat přítomnost, místo minulosti. Primárním záměrem je, aby byl člověk sám sebou, tady a teď. (Škoda, Doulík, 2016, s. 32). Terapeut provádějící tuto psychoanalýzu může být nazýván jako daseinsanalytik. Snaží se věnovat oblasti pacientova bytí neboli v překladu jeho „daseinu“. Terapeut se snaží porozumět myšlení, náladě, otevřenosti a celkově světu ve kterém pacient žije, a to pomocí otevřeného naslouchání. Poté se snaží odborným a individuálním vedením terapeutického procesu měnit stav pacientovy nemoci, ve stav zdraví a obnovení jeho osobnosti (Králíček, 2021).

### **Logoterapie**

Zakladatelem logoterapie byl Emil Frankl, který viděl člověka jako osobnost pátrající po smyslu života a za pomoci této metody chtěl lidem pomoci jejich smysl najít. Terapie je založená na odvrácení pozornosti od svých problémů a jejich zdrojů, a naopak soustředění mysli na smysly možnosti, které nám život nabízí. Zdlouhavé hledání příčin pacientových problémů dle Franka nemoc prohlubuje (Kosová a kol., 2014, s. 28).

### **Kognitivně – behaviorální terapie**

Terapeutka Lucie Bělohávková popisuje tuto terapii jako strukturovanou a využívající podklady vědeckých důkazů. Podstatou je vyhledávání a řešení jednoznačných problémů pacienta. Zároveň se snaží pacientovi pomoci v dosažení jeho cílů za pomocí různých psychologických technik. Tato terapie staví na lidském myšlení (kognitivní) a chování

(behaviorální). Tedy cokoliv se děje v procesu myšlení člověka, se promítá do jeho chování. Je tedy důležité, chování každého posuzovat z hlediska rozdílného myšlení, a tedy i jednání (Bělohávková, 2022).

## **2.8. Prevence syndromu vyhoření**

Zásadním poznatkem je, že prevence syndromu vyhoření existuje. Důležité je ovšem jeho včasné rozpoznání, jehož podkladem je především znalost tohoto pojmu, jeho příčin a příznaků. Pokud někdo vyhořívání, jeho začátkem muselo být hoření neboli jinak chápáno zapálení pro něco. Stejně jako u normálního ohně, abychom předešli vyhasnutí, musíme do ohně přikládat. Tato symbolika se dá vztáhnout na jakoukoliv aktivitu v našem životě. Říká nám, že by bylo dobré přemýšlet nad následky našich činů v budoucím životě. Pracovní, nebo třeba školní prostředí a činnosti s nimi spojené mohou vyvolávat stres. Pokud je jedinec pod působením tohoto stresu, často jeho pohled směřuje pouze tímto směrem, má strach, jeho scénáře mohou být až katastrofické, a přitom z racionálního pohledu to tak nemusí být. Každá situace se dá posuzovat z různých úhlů. Příkladem je situace se sklenicí vody. Někdo o sklenici řekne, že je z poloviny plná (optimista) a někdo že je z poloviny prázdná (pesimista). V rámci prevence je tedy důležité koukat na svět pozitivněma očima, očima optimisty. S tím zároveň souvisí pravidlo smyslu pro humor. Lidé s vážnou tváří, bez tohoto smyslu mají pro vyhoření větší předpoklad (Pugnerová a kol. 2019, s. 224-225).

### **2.8.1. Prevence v rámci profesního života**

Příčinou syndromu vyhoření je často rozdílné očekávání mezi přáním a realitou v profesním životě. Proto je důležité ze strany zaměstnavatele zmírnit tuto nerovnováhu prostřednictvím schopnosti zvládnání stresu. Důležité to může být především kvůli absenci zaměstnanců, snížené pracovní výkonnosti a úsilí, či špatné pracovní morálce, která souvisí s vyhořením a je pro zaměstnavatele pravděpodobně dosti nežádoucí. Problém někdy bývá u profesně mladých, nových zaměstnanců, kteří jsou značně motivovaní a vykonávají mnoho činnosti, která je navíc, mimo jejich povinnosti. Ze strany zaměstnavatele je důležité těmto zaměstnancům hned z počátku vymezit jejich náplň práce, od očekávání, přes práva a povinnosti. A i v případě, že bude zaměstnanec vykonávat dobrovolně práci nad svůj rámec, alespoň na to upozornit a případně dle možností odměnit. Vhodné je také zaměstnance seznámit s teorií syndromu vyhoření a stresu, protože jak již bylo řečeno, slouží k lepšímu

rozpoznání tohoto onemocnění (Škoda, Doulík, 2023, s. 19-23). V dnešní době se často pracovníkům nabízí tzv. supervize. Supervizor je jakýsi průvodce, který se snaží buď individuálně, nebo ve skupině/týmu spolupracovníků poskytovat pomoc s vnímáním, sebereflexí, nalézání nových řešení pracovních problémů a náročných situací. Supervize není forma kontroly zaměstnance, měla by naopak zajistit bezpečné zázemí (Chlebcová, 2024). Ve školním prostředí je pak dobrým pomocníkem například hospitace. Obecně je dobré, když při nástupním procesu pracovník spolupracuje s osobním mentorem, který je jeho průvodcem v často náročných začátcích. Přínosné v rámci prevence syndromu vyhoření je samozřejmě úprava pracovního prostředí, tak aby se zaměstnanci cítili příjemně, dodržování práv zaměstnanců, například právo na osobní přestávku, snížení časových nároků, a tedy zmírnění časového presu (Škoda, Doulík, 2023, s. 20-22).

Rothenberger (2017), na základě systematického přehledu uvádí konkrétní kroky, které by měl zaměstnavatel následovat, aby pomohl snížit riziko syndromu vyhoření, a naopak zlepšil takzvaný well – being. Rothenberger tyto kroky popisuje na profesi lékařů. Uvádí, že by si měl zaměstnavatel připustit, že syndrom vyhoření je zásadní hrozbou pro systém zdravotní péče a pro jeho ekonomické dopady. Měl by stavět na znalostech příčinách vyhoření a včas z nich vyvozovat preventivní opatření. V poslední řadě by pak měl zintenzivnit výzkum v oblasti prevence vyhoření a zhodnotit tak nejúčinnější obranu před touto diagnózou.

### **2.8.2. Prevence v rámci osobního života**

Prevence v rámci osobního života je velmi široká a každý je individuální osobnost, u které funguje něco jiného. Na základě informací uváděných J. Škodou a P. Doulíkem, budou nyní popsány některé, z mnoha různých možností prevence vyhoření, v rámci duševní hygieny. Důležitou změnou je nastavení emočních návyků, které může pomoci s řešením problémů. Doporučuje se staré zvyky nahradit novými, tedy těmi, které budou dávat větší smysl. Cílem je prvotně uvědomění si svých pocitů a pak teprve jednat. K tomu se doporučují různé relaxační a dechové techniky, které můžeme aplikovat ve stresově náročných situacích. Jak již bylo i výše zmíněné, je dobré změnit svůj postoj k pozitivnímu pólu. Pesimistické myšlenky se zrcadlí v našem chování, jednání a podněcují v nás stres. Obecně jsou optimisté lidmi psychicky i fyzicky výkonnějšími. Vhodné je také naučit se zorganizovat si svůj čas, to může pomoci vyřadit neefektivitu a spěch. Účinnou strategií může být velmi jednoduché používání diáře a rozvržení plánů a úkolů. To může člověku pomoci formou šetření nejen času ale i energie. Je dobré si také určit priority a preference v jednotlivých úkolech (Škoda,

Doulík, 2016, s. 35-37). Jedna věc je sice plánování, ale druhá je konání. Je dobré mít aktivity naplánované, ovšem pozor, aby to nesklouzlo pouze k představám o tom, co budeme a musíme dělat. Činnost, je tím primárním faktorem, který vede člověka vpřed. Když bude člověk plánovat a mluvit o tom že něco udělá, neznamená to, že to opravdu udělá. I krátkodobá činnost či práce je lepší, než plány bez realizace (Clear, 2020, s. 133-135).

Zdravý životní styl je kapitola prevence sama o sobě a vymezení tohoto pojmu je velmi široké. Pro zdraví se doporučuje pravidelný pohyb, vyvážená strava a dostatek spánku a relaxace. V rámci stravy by měli být naplněny všechny tělem potřebné složky potravy, jíst se doporučuje v pravidelných intervalech a několikrát denně. Mezi jednou z neřestí související s jídlem a stresem je přejídání, které může vést k obezitě, která významně ohrožuje zdraví jedince. Další neřestí, které jednoznačně nejsou označené za zdraví prospěšné je kouření, nebo nadměrná konzumace alkoholu. Uspokojení těchto potřeb poskytuje pouze krátkodobou úlevu od stresu, ale neřeší hloubku problému a nejsou prospěšné tělu. Mezi prevencí formou pohybu se doporučuje především vytrvalostní sporty, kterými jsou chůze, plavání, běh, cyklistika či jóga. Sport může poskytovat aktivní formu relaxace z důvodu uvolnění mysli, tělesného napětí, posílení imunity či zvýšení odolnosti vůči napětí. Pasivní formou relaxace pak může být odpočinek, čtení knihy, relaxační techniky, hypnóza, jóga a další (Škoda, Doulík, 2016, s. 36-39)

Dalším z neodmyslitelných podkladů prevence je kvalitní spánek. Ten je jeden ze zásadních pilířů, o které se opírá zdraví člověka. Nedostatek spánku sahá velmi hluboko a negativně ovlivňuje doslova všechny systémy těla. Velké množství lékařských diagnóz, mezi které je již řazena i diagnóza syndromu vyhoření, vykazují prokazatelně vysokou souvislost s nedostatkem či špatnou kvalitou spánku (Walker, 2017, s. 193-194).

Faktory sociálního prostředí jsou v rámci prevence vyhoření jedny z nejzásadnějších. Jako sociální oporu lze vnímat obecně jedince, či skupinu na které se můžeme obrátit a spolehnout. Zásadní pomocí je už jen samotné vyslechnutí, psychická podpora, neodsouzení, ale i zpětná vazba. Sociální oporu může tvořit primárně rodina, ale také třeba přátelé, spolupracovníci, nebo tým supervizorů. V souvislosti s tím se ovšem člověk nesmí bát požádat o pomoc, což je zásadním krokem. Je důležité si uvědomit mantinely svých možností a v případě potřeby si říci o pomoc, bez pocitu selhání (Škoda, Doulík, 2016, s.39-40).



## 3 VÝZKUMNÁ ČÁST

### 3.1. Cíle výzkumné studie

#### Hlavní cíl

Zjistit, míru syndromu vyhoření u souboru pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků.

#### Dílčí cíle

Zjistit, zda je signifikantní rozdíl mezi mírou syndromu vyhoření u souboru pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků.

Zjistit, zda má délka praxe vliv na míru syndromu vyhoření u zkoumaných souborů.

Zjistit, zda druh vzdělávacího zařízení, ve kterém pedagog působí, ovlivňuje míru syndromu vyhoření.

Zjistit, zda druh zdravotnického zařízení, ve kterém zdravotník působí, ovlivňuje míru syndromu vyhoření.

Zjistit, zda si zkoumané soubory myslí, že znají problematiku syndromu vyhoření.

Zjistit, zda se zkoumané soubory věnují prevenci syndromu vyhoření.

## 3.2. Metodika výzkumné studie

### 3.2.1. Design výzkumné studie

Pro práci byl zvolen kvantitativní výzkumný design, observační analytický. Tento typ designu byl zvolen především pro možnost získání většího množství dat, za poměrně krátkou dobu (Gurková, 2019).

### 3.2.2. Zkoumaný soubor

Výzkumný soubor byl vybrán záměrně/nepravděpodobnostně, a to na základě záměrného (účelového) výběru, realizovaného přes instituce (Gurková, 2019). Výzkumný soubor byl rozdělen do dvou skupin, jimiž byla skupina pedagogů a skupina nelékařských zdravotnických pracovníků (dále NLZP). Celkový počet respondentů byl 180. Charakteristiky zkoumaných souborů jsou uvedeny v tabulkách níže v textu. Tyto charakteristiky zároveň tvoří kritéria zařazení osob do zkoumaného souboru.

1. Zkoumaný soubor	Druh vzdělávacího zařízení
Pedagogové	Mateřská škola
	Základní škola
	Střední škola (gymnázium, střední odborná škola, střední odborné učiliště)
	Konzervatoř
	Vyšší odborná škola

Tabulka 1 – Charakteristika souboru 1

První zkoumaný soubor byl rozdělen na druhy vzdělávacích zařízení dle školského zákona podle vzdělávacích programů (MŠMT, 2024). Mezi tyto programy patří i Základní umělecká škola a Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky, které musely být z kategorií vyřazeny důvodu nesouhlasu oslovených institucí tohoto typu s účastí ve výzkumu.

2. Zkoumaný soubor	Druh zdravotnického zařízení
Nelékařští zdravotničtí pracovníci	Ambulantní péče
	Lůžková péče standardní
	Lůžková péče akutní

Tabulka 2 - Charakteristika souboru 2

Druhým zkoumaným souborem byli NLZP, konkrétně způsobili k vykonávání zdravotnického povolání bez potřeby dohledu, po nabytí odborného vzdělání (NZIP, 2024). Tyto profese byly dle druhů rozděleny na 3 kategorie uváděné v tabulce výše.

Vylučujících kritéria pro zařazení osob do zkoumaného soubory byla:

- Respondent nepracuje jako NLZP
- Respondent nepracuje jako pedagog
- Respondent nesouhlasí se zpracováním osobních dat

### **3.2.3. Uplatněná výzkumná metoda a nástroj ke sběru dat**

Zvolenou výzkumnou metodou bylo dotazování. Tato forma sběru dat je výhodná především pro svou nízkou časovou i prostředkovou náročnost ze strany výzkumníka. Pro respondenty je pak výhodná především svou anonymitou (Gurková, 2019).

Nástrojem sběru dat byl dotazník, sestaven z části standardizované, tedy vytvořené odborníkem, dle platných metodologických postupů. Tento dotazník byl dále rozšířen o část dotazníku vlastní konstrukce.

### **3.2.4. Popis a tvorba nástroje ke sběru dat**

Celý dotazník byl rozdělen do třech sekcí, kterými jsou: základní údaje, sekce Shirom-Melamedovy škály a sekce Povědomí o syndromu vyhoření.

Druhou sekci dotazníku tvořil převzatý standardizovaný nástroj – Česká verze Shiromovy – Melamedovy škály vyhoření (SMBM – Shirom Melamed Burnout Measure). SMBM je škála, která se řadí mezi nástroje hodnocení míry, či narůstajícího rizika syndromu vyhoření. Autorem originální verze, vydané v roce 2006 je A. Shirom a S. Melamed. Škála byla přeložena do českého jazyka autory: I. Šolcová, V. Kebza. Charakteristiky nástroje byly ověřeny ve studii R. Ptáčka v roce 2017. Manuál pro hodnocení stanoven není. Výsledek by měl sloužit jako orientační údaj k tomu, zda respondent k vyhoření směřuje, či nikoliv. Hraniční hodnotu (orientační bod), od které respondent směřuje k vyhoření, si výzkumník stanovuje sám (Ptáček a spol., 2013). Pro účely práce a testování hypotéz bylo vybráno zjišťování míry vyhoření, tedy přímo úměrně, čím více bodů respondent získá, tím více je vyhořelý. Tato škála obsahuje celkem 14 položek, které se hodnotí na stupnici od 1 (nikdy nebo téměř nikdy) do 7 (vždy nebo téměř vždy). Respondent tedy mohl získat nejméně 14 bodů a nejvíce bodů 98. Položky jsou zpracovány do tabulky a obsahují tvrzení ohledně

možných pocitů. Tyto položky jsou rozděleny do třech podkategorií, kterými jsou: fyzická únava, emoční vyčerpání a kognitivní únava. Respondent vybíral na škále, jak moc, tato tvrzení vystihovaly jeho pocity za posledních 30 pracovních dnů.

Část dotazníku vlastní konstrukce se zaměřovala na povědomí respondentů o syndromu vyhoření. Tato část byla zpracována ve formě Likertovy škály, kde respondenti odpovídali na uvedená tvrzení na stupnici od 1 (naprosto souhlasím), do 5 (naprosto nesouhlasím). Zároveň byla rozdělena na dvě kategorie, a to obecných informací a na kategorii prevence syndromu vyhoření. Nástroj ke sběru dat je uveden v přílohách.

### **3.2.5. Ověření využitelnosti nástroje pro zkoumaný soubor**

Ověření využitelnosti sestaveného dotazníku, bylo provedeno na vybrané skupině deseti respondentů, pedagogů, působících na střední zdravotnické škole, kterým byla předložena pilotní verze dotazníku, a to začátkem ledna roku 2024. Jelikož byly položky v dotazníku všem srozumitelné a akceptovatelné, byla upřesněna pouze jedna otázka, týkající se sekce základních údajů. K otázce: *Jaká je vaše profese?*, byl přidán komentář s prosbou o výběr pouze jedné z nabízených možností, kvůli možnosti zaškrtnutí obou bodů, například v případě odborných učitelek na středních zdravotnických školách.

### **3.2.6. Organizace a lokalizace sběru dat**

Sběr dat byl realizován formou zdravotnických a vzdělávacích institucí. Počátkem ledna 2024 bylo náhodným výběrem osloveno 40 vzdělávacích institucí Jihomoravského kraje, splňující kritéria pro zařazení do výzkumu. Termíny sběru dat jsou uvedeny v informovaných souhlasech s institucemi. Data byla sbírána od počátku ledna do konce února 2024. Zástupci těchto institucí byly osloveni prostřednictvím emailu, s prosbou o účast jejich zaměstnanců – pedagogů, ve výzkumu. Zároveň jim byla nabídnuta forma vyplnění dotazníku a byli upozorněni na nutnost potvrzení souhlasu se sběrem dat. Pokud s výzkumem souhlasili, byl jim, dle preference, buď zaslán odkaz na online dotazník, který byl rozeslán respondentům – pedagogům do jejich emailových adres, již prostřednictvím jejich zástupců, případně jim byly poskytnuty dotazníky v prezenční, papírové formě, které byly následně získány zpět. Online dotazník byl vytvořen v systému Google Forms. Se zařazením do výzkumu souhlasilo pouze 7 vzdělávacích zařízení.

Vybrané zdravotnické zařízení, konkrétně Fakultní nemocnice Brno, bylo osloveno prostřednictvím centra vzdělávání, kde byla podána oficiální žádost ke sběru dat. Žádost byla

schválena a sběr dat probíhal presenční formou distribuce dotazníku přímo nelékařským zdravotnickým pracovníkům.

Respondenti byli k vyplnění poučeni textem v úvodu dotazníku.

### 3.2.7. Etické parametry

Pro dodržení etického postupu byl vypracován informovaný souhlas se sběrem dat, který byl předložen všem spolupracujícím institucím. Tyto souhlasy jsou doloženy v přílohách. Úvodní text předloženého dotazníku upozorňoval respondenta, že jeho vyplněním dává souhlas se zpracováním jím uvedených informací. Nástroj Shirom-Melamedova škála přeložena do českého jazyka byla převzata z přílohy knižní publikace Burnout syndrom jako mezioborový jev, vydané roku 2013, R. Ptáčkem a kol. Originální škála je v anglickém jazyce k dispozici na stránkách [www.shirom.org](http://www.shirom.org) a nevztahují se k ní žádné licenční podmínky.

### 3.2.8. Metody statistického zpracování dat

Data byla zpracována dvěma způsoby. Pro zpracování deskriptivní statistiky, byl použit systém Microsoft Excel, kde byla data převedena do konkrétních grafů s následnými popisy. Pro metody testování hypotéz byl vybrán volně dostupný statistický program Jamovi.

První hypotéza byla pro svou jednoduchost ověřena pouze pomocí Dvouvýběrového t-testu (Studentův test), který se používá pro porovnání středních hodnot u dvou proměnných, jejichž rozdělení je zhruba normální a rozptyly jsou limitně stejné. Pomocí testu bylo následně rozhodnuto o platnosti hypotéz. Přičemž  $H_0$  se rovná nulovému rozdílu v průměru vzorku X a průměru vzorku Y. Používají se dva nezávislé náhodné výběry  $X_1, \dots, X_m$  a  $Y_1, \dots, Y_m$  s průměrem  $\mu_x$  a  $\mu_y$ . Dále se definují výběrové průměry a výběrové rozptyly. Dále se otestuje nulová hypotéza ( $H_0: \mu_x = \mu_y + \Delta$ ) proti hypotéze alternativní ( $H : \mu \neq \mu + \Delta$ ), kde  $\Delta$  je libovolné reálné číslo. Nulová hypotéza je následně zamítnuta na hladině  $\alpha$ , pokud se  $T >$  než příslušný kvantil t rozdělení (Anděl, 2003, s. 96-99).

Následující tři hypotézy byly testovány pomocí využití ANOVA (Welch's) testu. Tento test umí porovnat dva průměry, a dojít ke zjištění, zda jsou stejné. Test je alternativou ke klasickému ANOVA testu, který si ovšem nedokáže poradit s rozdílnou homogenitou rozptylů (Statistics How To, 2024). Tento druh testu byl tedy zvolen právě pro rozdílnou homogenitu a pro porovnávání více proměnných. Teoretický podklad se podobá výše popsané

funkci T testu. ANOVA (Welch's) test by měl být doplněn vždy o Post – Hoc test, který spočívá v konkrétním porovnání jednotlivých dvojic. Tento test se podobá T – testu, ovšem na rozdíl od něj, je schopen porovnat všechna data mezi sebou (Bořil, 2015).

### 3.3. Výsledky výzkumné studie

#### 3.3.1. Výsledky deskriptivní statistiky

##### 1. Sekce: Základní údaje o respondentech

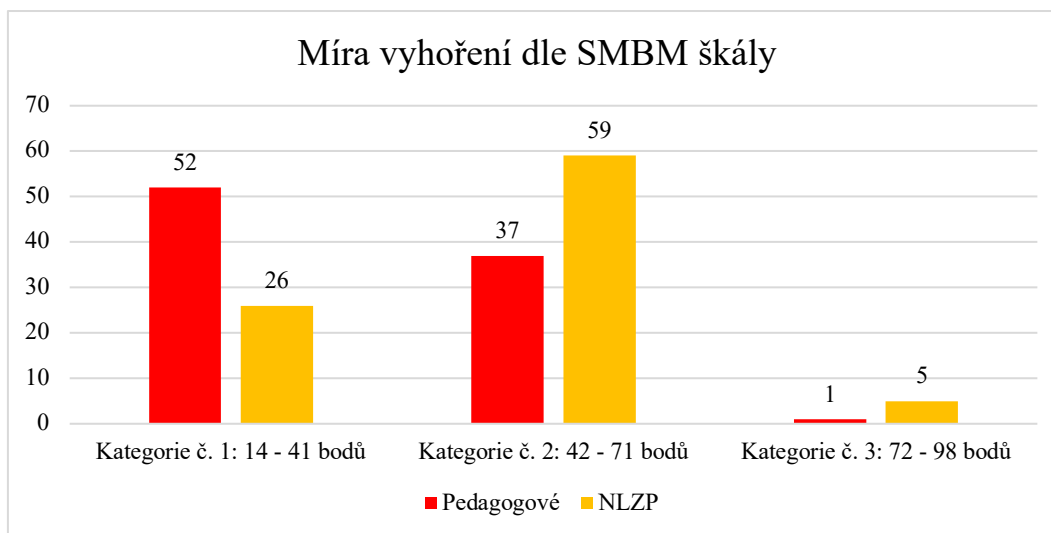
	Celkový počet respondentů	Pohlaví		Druh zařízení		Věk		Délka praxe		
P E D A G O G O V É	90	Žena	161	Mateřská škola	12	20-35 let	17	≤ 10 let praxe	31	
				Základní škola	14	36-50 let	41			
		Muž	19	Střední škola(gymnázium, střední odborná škola, střední odborné učiliště)		29	51 a více let	32	≤ 20 let praxe	24
				Konzervatoř		12			≤ 30 let praxe	22
				Vyšší odborná škola		23			≥ 40 let praxe	13
N L Z P	90	Žena	90	Ambulantní péče	23	20-35 let	44	≤ 10 let praxe	49	
				Lůžková péče – standardní		30	36-50 let	29	≤ 20 let praxe	21
				Lůžková péče – akutní		37	51 a více let	17	≤ 30 let praxe	13
							≥ 40 let praxe	7		

Tabulka 3 - Základní údaje o respondentech

Výše uvedená tabulka prezentuje základní údaje získané od respondentů. Celkový počet respondentů byl 180. Každou skupinu pak reprezentuje stejný počet respondentů. Rozdílem je zastoupení pohlaví, kdy u skupiny pedagogů bylo více žen než mužů. U skupiny NLZP bylo zastoupení mužů nulové. Nejvíce respondentů ze skupiny pedagogů se podařilo získat v oblasti středního a vyššího vzdělávání, u skupiny NLZP pak největší skupinu tvořili ženy pracující v akutní lůžkové péči. Největší kategorii u pedagogů z hlediska věku tvořili učitelé mezi 36-50 lety věku a mezi NLZP to byla kategorie 20-35 let. Kategorie délky praxe pak téměř úměrně souvisela s věkem respondentů.

## 2. Sekce: Shirom – Melamedova škála vyhoření

Respondenti na škále označovali, jak často za posledních 30 pracovních dnů zažili tvrzení uvedené v tabulce.



Graf 1 - Míra vyhoření dle SMBM

V prvním grafu můžeme vidět výsledky zobrazující míru vyhoření u pedagogů a NLZP měřenou pomocí škály SMBM, kde vyšší skóre indikuje větší míru vyhoření. Hodnoty jednotlivých subškál (fyzická, kognitivní a emoční) byly sečteny a pro přehlednost a potřeby práce byly výsledky rozděleny do 3 kategorií míry vyhoření, úměrně respondenty získaných bodů. V kategorii č. 1 (14–41 bodů), která signalizuje nejnižší míru vyhoření, má větší zastoupení skupina pedagogů (52), zatímco v kategorii č. 2 (42–71 bodů) a kategorii č. 3 (72–88 bodů) převládají NLZP s největším počtem (59) v prostředním sloupci. I na základě deskriptivní statistiky můžeme vidět jednoznačně větší míru vyhoření u NLZP, jejichž průměrná bodová hodnota dosáhla 43,85 s mediánem 43 a modusem 37, zatímco skupina pedagogů dosáhla průměru 38,90 s mediánem 41 a modusem také 37. NLZP skupina vykazuje významně vyšší průměrné skóre než skupina pedagogů, což naznačuje větší míru vyhoření. Toto tvrzení je zároveň podloženo hypotézou č. 1, jejichž popis a testování se nachází níže v textu. Směrodatná odchylka u NLZP je také vyšší, což ukazuje na větší variabilitu v míře vyhoření.

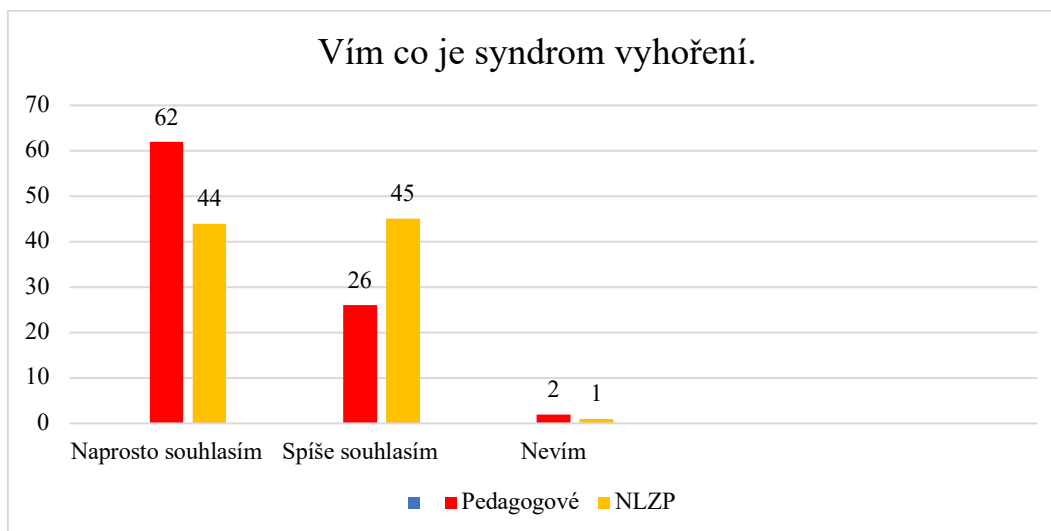


### 3. Sekce: Povědomí o syndromu vyhoření

Respondenti odpovídali, do jaké míry souhlasí s uvedenými tvrzeními, na stupnici od 1 (naprosto souhlasím) do 5 (naprosto nesouhlasím).

#### Kategorie: Obecné informace o syndromu vyhoření

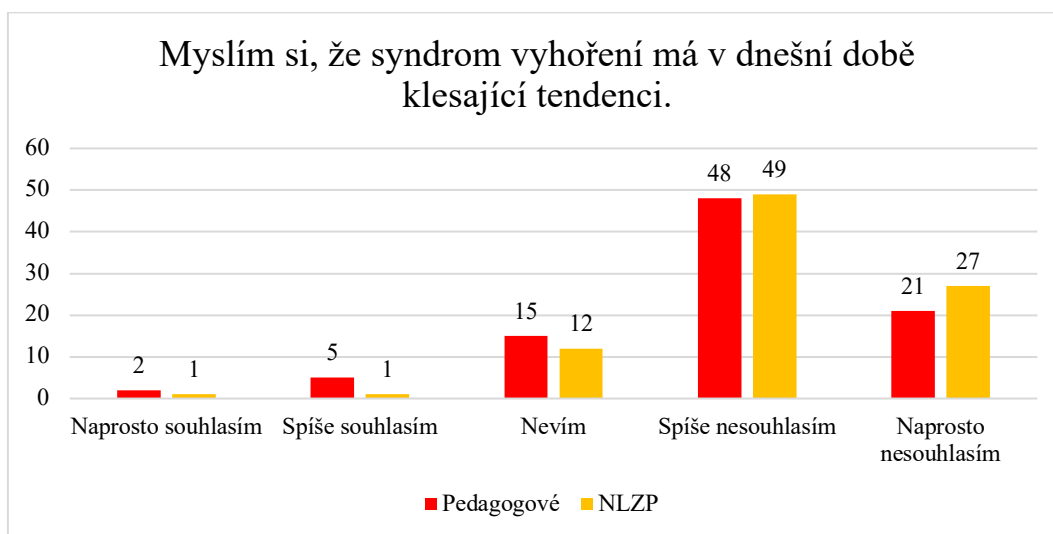
##### Tvrzení č. 1



Graf 2 - Tvrzení č. 1 (OI)

Ve třetí sekci kategorii obecných informací o syndromu vyhoření respondenti v prvním tvrzení hodnotili, jak moc mají pocit, že vědí, co je to syndrom vyhoření. Výsledky ukazují, že většina pedagogů (62) i NLZP (44) s tvrzením naprosto souhlasí. Menší počet pedagogů a téměř stejný počet NLPZ pak uvádí že spíše souhlasí. Jen velmi málo respondentů uvedlo že neví. Do grafu nebyly zařazeny odpovědi spíše a naprosto nesouhlasím, z důvodu nulových odpovědí od obou skupin. Vzhledem k průměru 1,4 a mediánu i modusu s hodnotou 1 by se dalo říci, že data naznačují vysokou míru seznámenosti obou skupin s pojmem syndrom vyhoření.

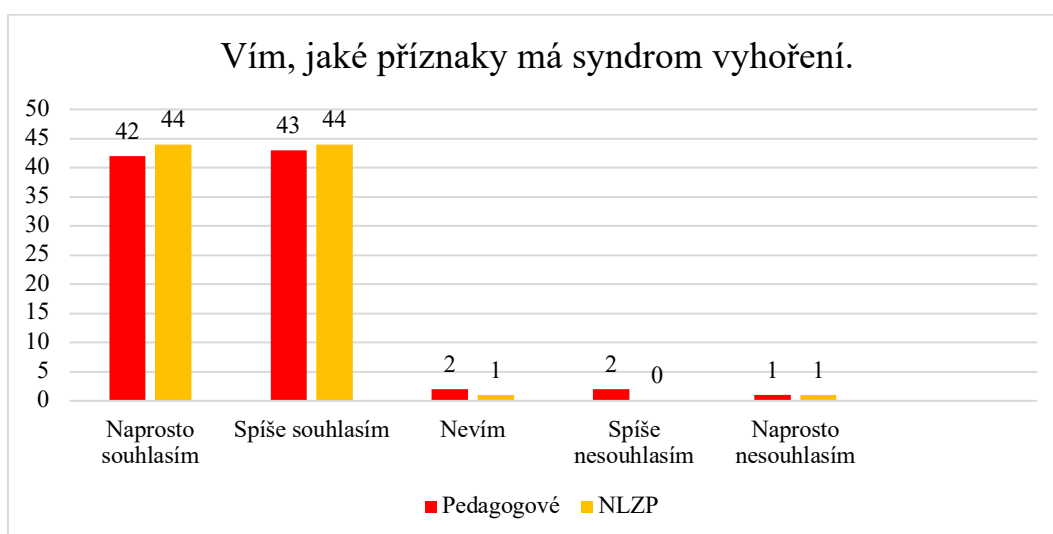
## Tvrzení č. 2



Graf 3 - Tvrzení č. 2 (OI)

Příslušný graf prezentuje rozdělení odpovědí respondentů ohledně jejich názoru na tvrzení "Myslím si, že syndrom vyhoření má v dnešní době klesající tendenci." Analýza ukazuje, že průměrná hodnota odpovědí je 4, s mediánem také rovnajícím se 4, což směřuje k tendenci nesouhlasu s tvrzením o klesajícím trendu syndromu vyhoření. Modus odpovědí je 4, což potvrzuje, že nejčastěji zvolenou odpovědí je kategorie "Spíše nesouhlasím". Standardní odchylka odpovědí je 0,839, což naznačuje střední variabilitu v odpovědích respondentů. Rozptyl (0,704) a šikmost (1,78), signalizují že nesymetrickou distribuci odpovědí.

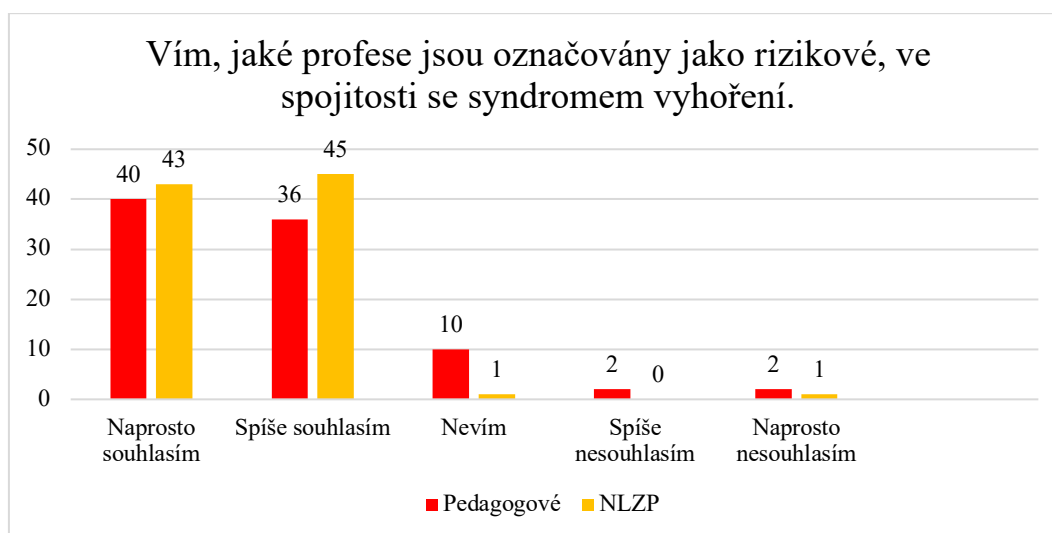
## Tvrzení č. 3



Graf 4 - Tvrzení č. 3 (OI)

Tento graf popisuje odpovědi respondentů na otázku, zda vědí, jaké příznaky má syndrom vyhoření. Většina obou skupin respondentů (42 pedagogů a 43 NLZP) naprosto souhlasila, že znají příznaky syndromu vyhoření. Dále 44 respondentů z obou skupin spíše souhlasilo. Pouze malý počet respondentů se nebyl schopen vyjádřit, a zvolil tedy odpověď – nevím, nebo vyjádřil nesouhlas s tím, že by znal příznaky. Průměrná hodnota odpovědí je 1,59, což ukazuje na obecný souhlas mezi respondenty. Medián hodnoty je 2, což znamená, že polovina respondentů zvolila odpovědi "Naprosto souhlasím" nebo "Spíše souhlasím". Nejčastěji se vyskytující hodnota (modus) je 2, což znovu odráží běžný souhlas se znalostí příznaků syndromu vyhoření. Směrodatná odchylka (0,69) naznačuje mírnou variabilitu v odpovědích respondentů. Tato data naznačují, že obě skupiny profesí jsou dobře informovány o příznacích syndromu vyhoření, což je důležité pro prevenci a výskyt tohoto stavu jak ve zdravotnictví, tak vzdělávání.

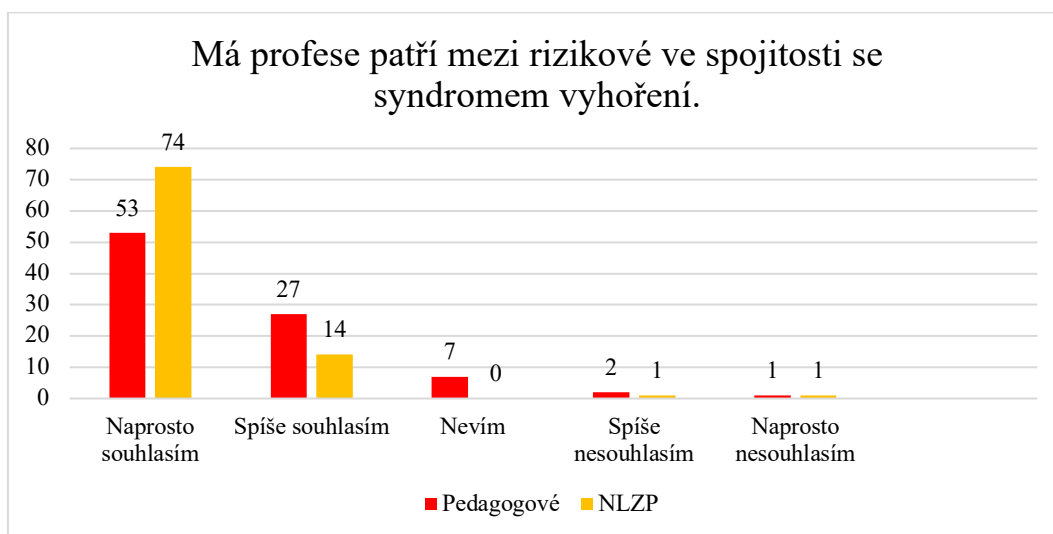
#### Tvrzení č. 4



Graf 5 - Tvrzení č. 4 (OI)

V grafu jsou prezentovány odpovědi respondentů na otázku, zda vědí, které profese jsou označovány jako rizikové v souvislosti se syndromem vyhoření. Většina respondentů z obou skupin vyjádřila alespoň částečný souhlas. I hodnota průměru odpovědí (1,67), poukazuje na tendenci souhlasit s tím, že některé profese jsou více rizikové než jiné. Medián odpovědí je 2, což ukazuje, že polovina odpovědí je umístěna mezi kladnými hodnotami naprosto a spíše souhlasím. Nejčastěji se vyskytující hodnota (modus) je 2. Směrodatná odchylka (0,782), ukazuje na relativně nízkou variabilitu odpovědí.

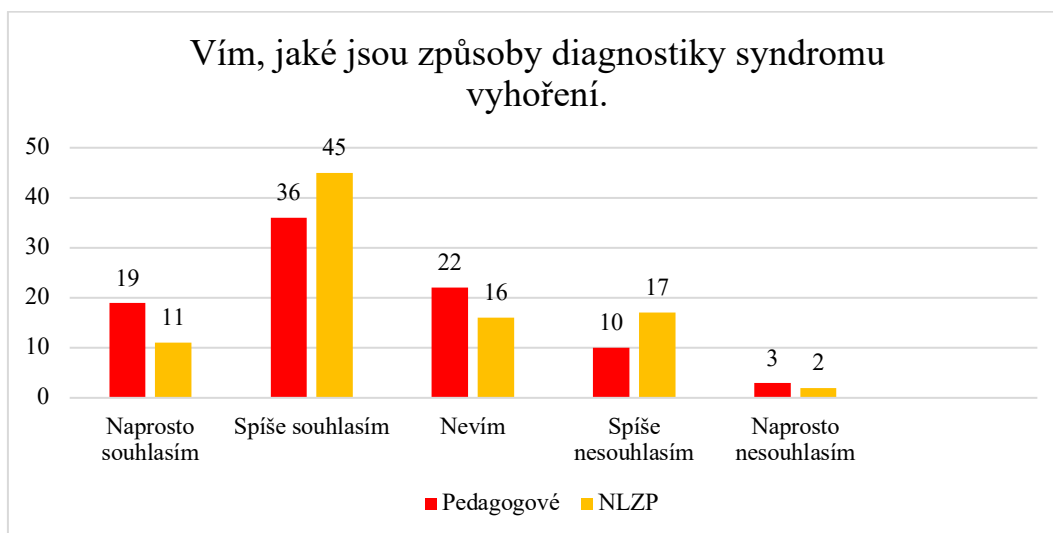
## Tvrzení č. 5



Graf 6 - Tvrzení č. 5 (OI)

Příslušný graf ukazuje odpovědi respondentů na otázku, zda jejich profese patří mezi ty, které jsou považovány za rizikové ve vztahu k syndromu vyhoření. Oproti většině NLZP (74), kteří naprosto souhlasili s tím, že jejich profese je riziková, s tímto tvrzením souhlasil menší počet pedagogů (53). Průměrná hodnota odpovědí (1,4) odráží silný souhlas s tvrzením, že profese obou respondentů patří mezi rizikové. Medián, i modus s hodnotami 1 potvrzuje, že většina respondentů silně souhlasí s tvrzením. Směrodatná odchylka (0,744) ukazuje pouze na mírnou variabilitu v odpovědích respondentů.

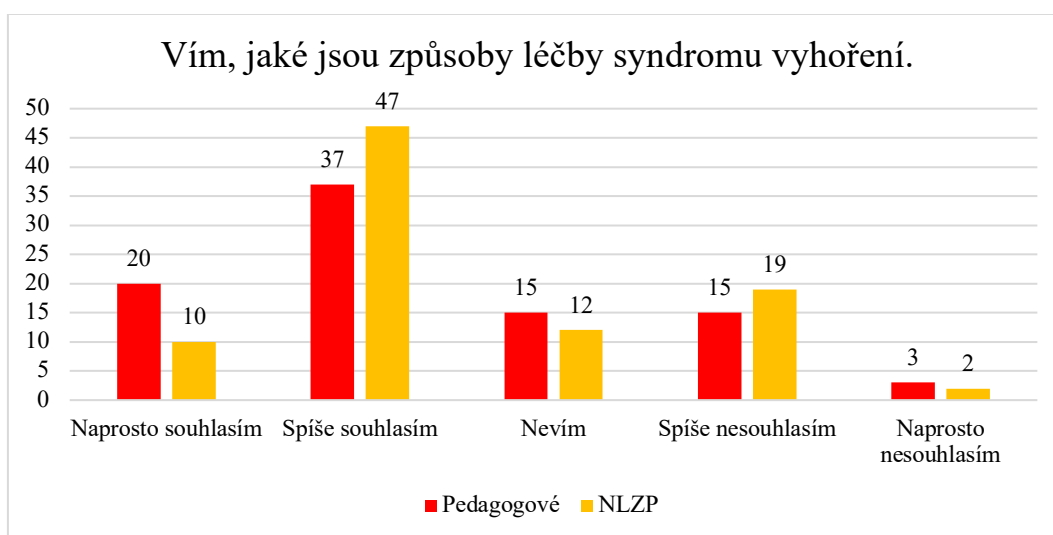
## Tvrzení č. 6



Graf 7 - Tvrzení č. 6 (OI)

Graf porovnává odpovědi respondentů na otázku týkající se znalosti diagnostických metod syndromu vyhoření. Nejčastější odpovědi se objevují ve sloupci "Spíše souhlasím". Průměrná hodnota (2,42), spolu s mediánem i modusem (2) ukazují spíše na souhlas se znalostmi diagnostických metod. Obě skupiny vykázaly značný počet nejistých odpovědí (nevím), což ukazuje na potenciální oblast pro zlepšení ve vzdělávání o této problematice. Směrodatná odchylka (1,024), naznačuje střední variabilitu mezi odpověďmi. V porovnání s tvrzením o znalosti příznaků, jsou zde data více rozložená, což poukazuje na menší znalosti diagnostiky. Dalo by se říci, že data ukazují, že NLZP mají větší tendenci být sebejistí v oblasti diagnostiky syndromu vyhoření, což může být důsledek jejich profesního zaškolení nebo zkušeností. Oproti tomu se pedagogové jeví jako méně sebejistí, což může odrážet menší důraz na toto téma v rámci jejich odborné přípravy.

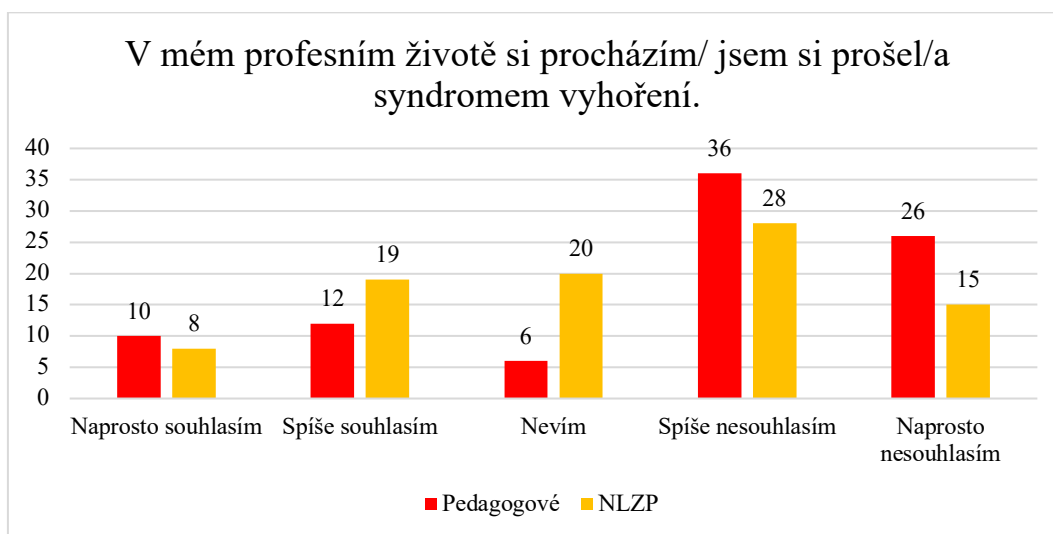
#### Tvrzení č. 7



Graf 8 - Tvrzení č. 7 (OI)

V grafu jsou zobrazeny odpovědi respondentů na otázku, zda jsou obeznámeni s metodami léčby syndromu vyhoření. Výsledky jsou velmi podobné jako u předchozí otázky. Většina NLZP (47) uvádí, že metody léčby spíše znají, mírnější stupeň jistoty pak vykazuje skupina pedagogů, s mírou 37. Průměrná hodnota je 2,44, což naznačuje, že odpovědi se v průměru sklánějí k souhlasu s jistými rezervami. Stejně jako u komentáře předchozího grafu, dalo by se jednoznačně říci, že je rozdíl mezi znalostmi příznaků a léčby syndromu vyhoření.

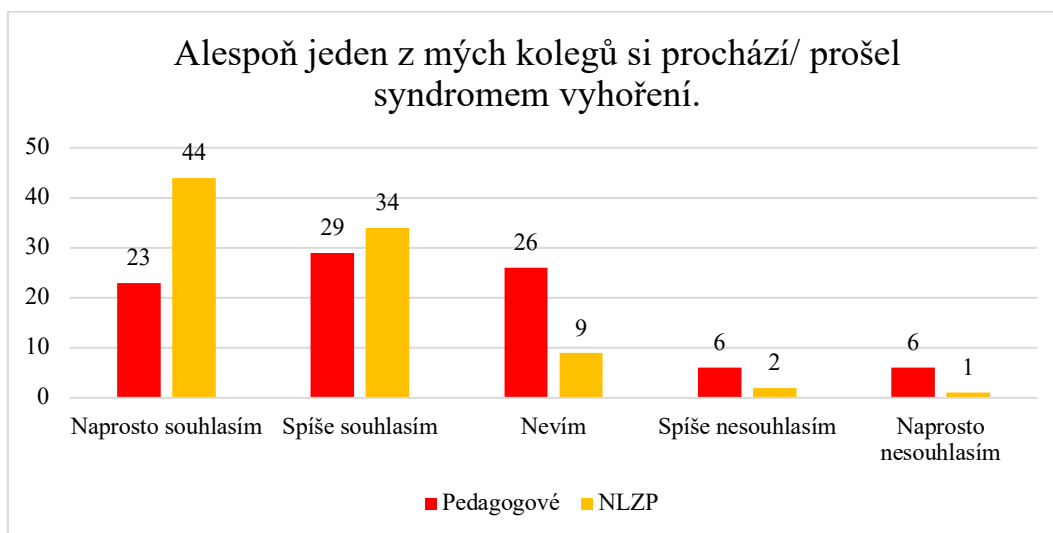
### Tvrzení č. 8



Graf 9 - Tvrzení č. 8 (OI)

V uvedeném grafu jsou odpovědi respondentů na otázku týkající se osobní zkušenosti se syndromem vyhoření. Respondenty nejčastěji volená odpověď, ať už u pedagogů (36), i NLZP (28) byla spíše nesouhlasím, což spolu s průměrem obou skupin (3,44) ukazuje, že odpovědi se mají tendenci blížit nesouhlasu, ovšem stále v nejistotě. Medián i modus ukazují totéž. Směrodatná odchylka (1,286) ukazuje na širokou rozmanitost v odpovědích. Data poukazují na rozdíly mezi jednotlivými skupinami respondentů, což je zároveň potvrzeno i v hypotéze č. 1, jejíž popis se nachází níže v textu.

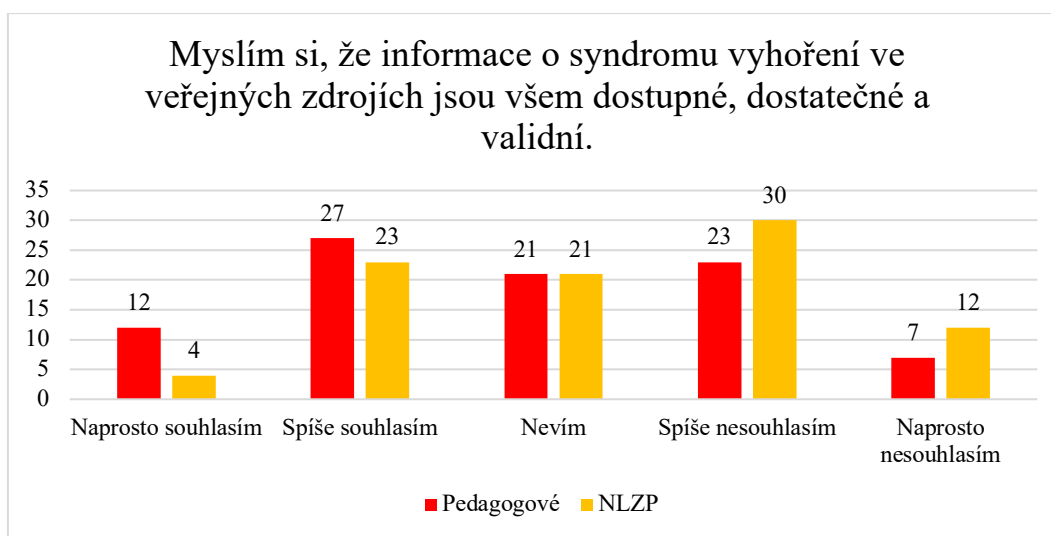
### Tvrzení č. 9



Graf 10 - Tvrzení č. 9 (OI)

V grafu můžeme vidět názor respondentů na tvrzení, že alespoň jeden z jejich kolegů si prochází/prošel syndromem vyhoření. Větší část NLZP (44) naprosto souhlasila s tvrzením, ve srovnání s menším počtem pedagogů (23), což může naznačovat větší výskyt syndromu vyhoření v pracovním prostředí NLZP. Průměrná hodnota odpovědí (2,03), ukazuje na obecný souhlas s tvrzením. Medián je 2, což indikuje, že většina odpovědí se nachází mezi "naprosto souhlasím" a "spíše souhlasím". Směrodatná odchylka (1,048), naznačuje poměrně širokou variabilitu v odpovědích.

### Tvrzení č. 10

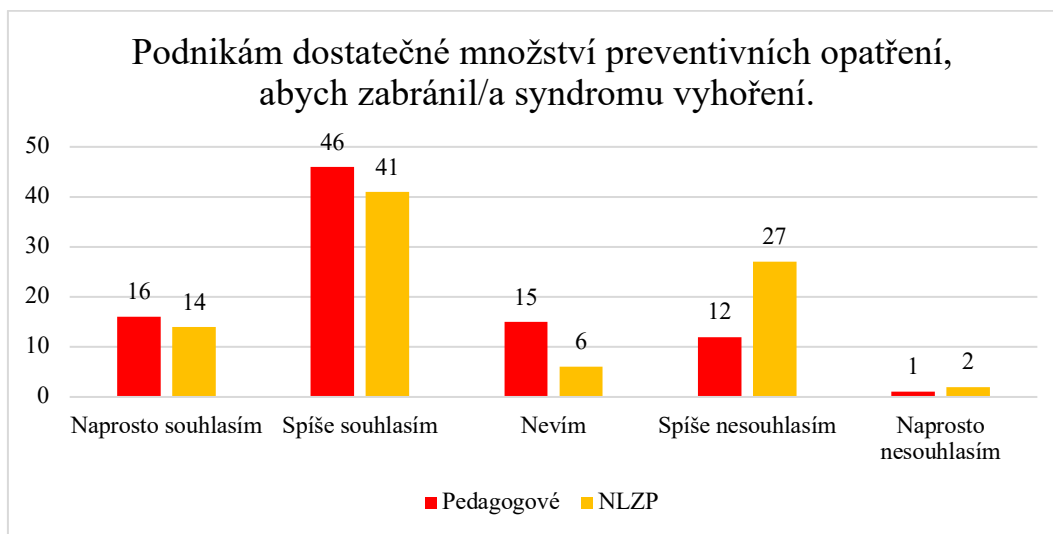


Graf 11 - Tvrzení č. 10 (OI)

Příslušný graf prezentuje názory respondentů na dostupnost a spolehlivost informací o syndromu vyhoření ve veřejných zdrojích. Většina NLZP (30) spíše nesouhlasí s tím, že by informace byly všem dostupné a validní, zatímco nejčastější odpověď pedagogů (27) byla "Nevím", což může naznačovat nejistotu nebo nedostatek informací. Průměrná hodnota odpovědí obou skupin byla 3,05, což ukazuje na obecný sklon k nesouhlasu nebo nejistotě mezi respondenty. Směrodatná odchylka (1,146), ukazuje na střední rozptyl odpovědí. Data ukazují na důležitost zlepšení kvality a dostupnosti informací o syndromu vyhoření pro obě profesní skupiny.

## Kategorie: Prevence syndromu vyhoření

### Tvrzení č. 1

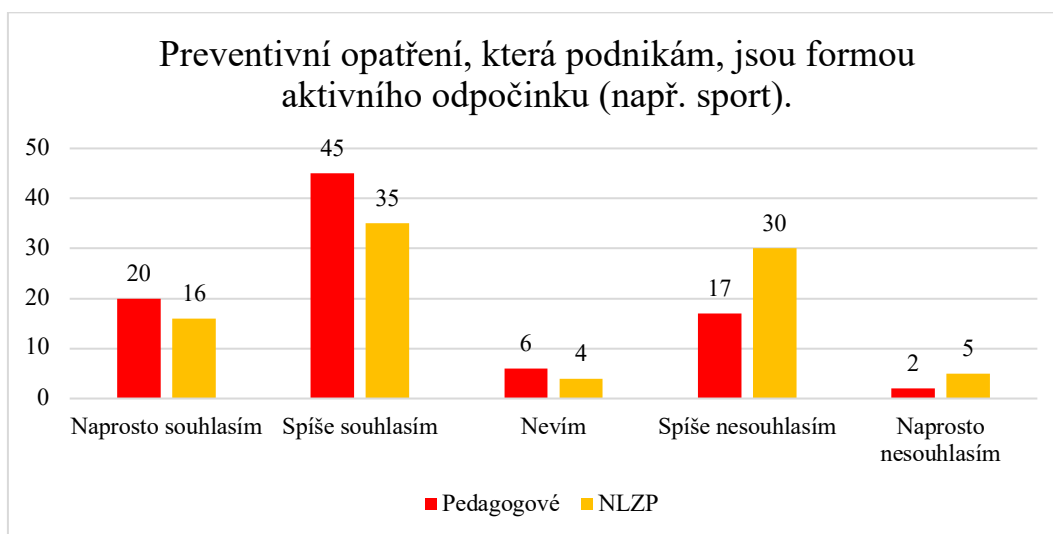


Graf 12 - Tvrzení č. 1 (P)

Na příslušném grafu je znázorněna míra souhlasu respondentů s tvrzením o podnikání preventivních opatření proti syndromu vyhoření. Většina skupiny NLZP (46) uvádí, že podnikají dostatečná preventivní opatření, ovšem velká část z nich (27), se naopak přiklání k nesouhlasu. Z grafu je patrné, že skupina pedagogů, se oproti skupině NLZP věnuje prevenci aktivněji. Průměrná hodnota odpovědí (2,43), medián (2) i modus (2) naznačují obecný sklon k souhlasu s tvrzením. Směrodatná odchylka (1,057) ukazuje na relativně vysokou variabilitu odpovědí, což může značit potřebu zlepšit informovanost a zdroje k dispozici pro preventivní opatření proti syndromu vyhoření.



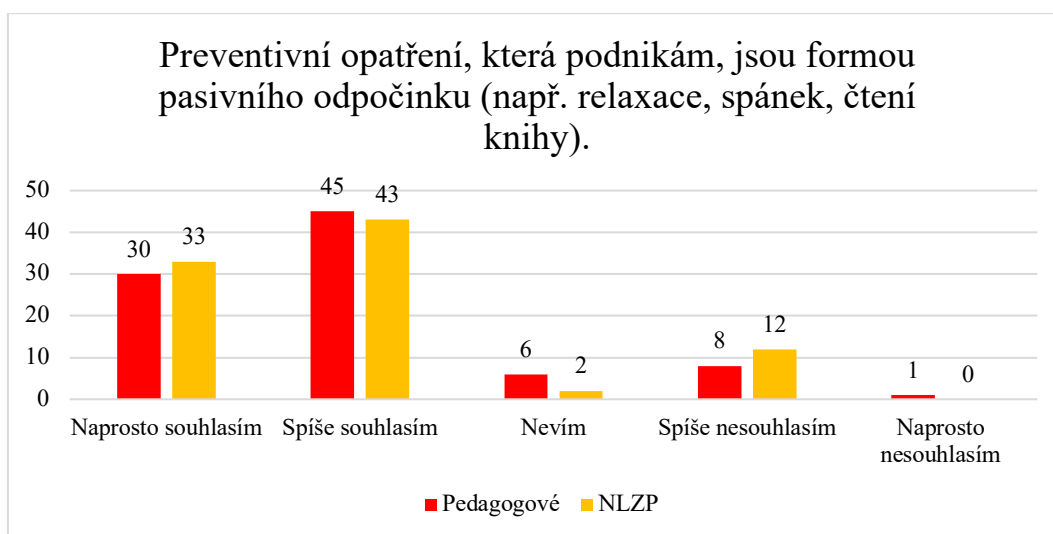
## Tvrzení č. 2



Graf 13 - Tvrzení č. 2 (P)

Výše uvedený graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda jako preventivní opatření proti syndromu vyhoření využívají formu aktivního odpočinku, jako je třeba sport. Zatímco většina pedagogů (45) souhlasí, že podnikají aktivní odpočinek jako formu prevence, NLZP vykazují nižší míru souhlasu (35). NLZP obecně vykazují menší souhlas s tvrzením. Průměrná hodnota 2,94, naznačuje především mírný souhlas s preventivním využíváním aktivního odpočinku. Směrodatná odchylka je 1,188, což odhaluje mírně široký rozsah odpovědí mezi respondenty. Data naznačují, že pedagogové mají tendenci více zapojovat aktivní odpočinek do svého životního stylu jako metodu prevence syndromu vyhoření ve srovnání s NLZP.

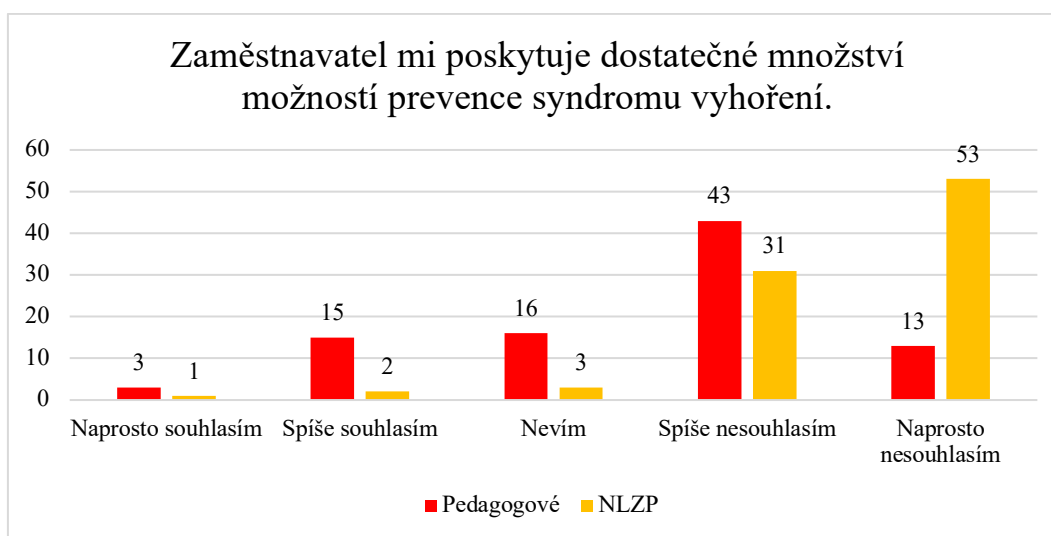
## Tvrzení č. 3



Graf 14 - Tvrzení č. 3 (P)

Příslušný graf ukazuje, zda respondenti využívají pasivní odpočinek jako formu prevence syndromu vyhoření. V porovnání s předchozím grafem lze říci, že pasivní odpočinek patří mezi populárnější, a to především u NLZP. Průměrná hodnota (1,93), je nižší než u aktivního odpočinku, což naznačuje silnější preference pro pasivní odpočinkové aktivity u obou skupin. Směrodatná rozptylka (1,188) ukazuje na menší rozptýlenost odpovědí, oproti předchozímu tvrzení.

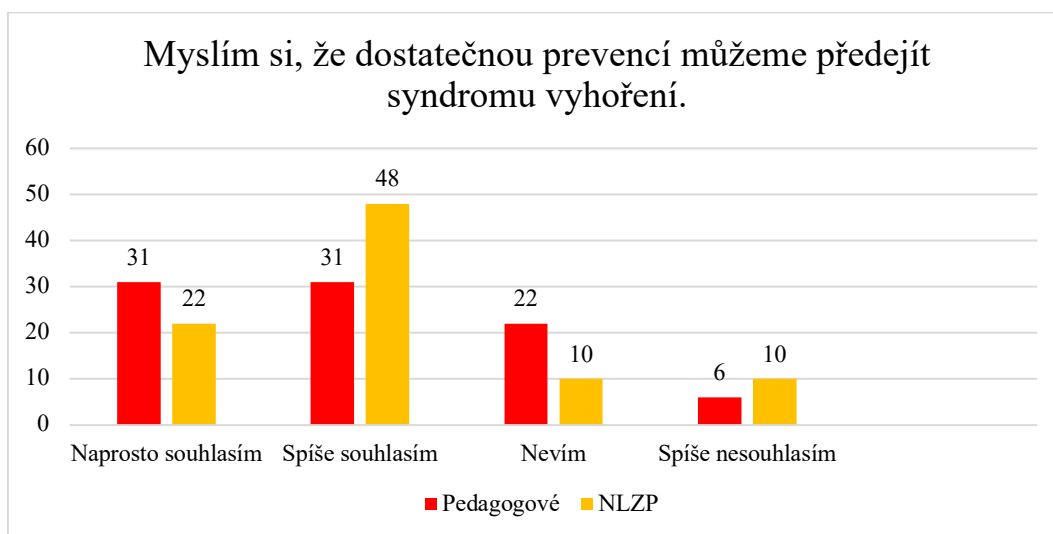
#### Tvrzení č. 4



Graf 15 - Tvrzení č. 4 (P)

V grafu můžeme vidět odpovědi respondentů na otázku, zda jim jejich zaměstnavatel poskytuje dostatečné možnosti prevence proti syndromu vyhoření. Většina NLZP (53) s tvrzením nesouhlasí, což výrazně kontrastuje s méně kritickou skupinou pedagogů (13). Průměrná hodnota odpovědí je 4,06, což spolu s mediánem i modusem (4) naznačuje, že většina respondentů se kloní k nesouhlasu. Pouze malé procento respondentů považuje možnosti prevence od zaměstnavatele za dostatečné. Směrodatná odchylka (1,027), odhaluje rozmanitost názorů mezi odpověďmi. V porovnání s předchozími daty můžeme říci, že zaměstnavatelé v oblasti zdravotnictví by mohli být vnímáni jako méně podporující v otázkách prevence vyhoření než ti ve vzdělávání.

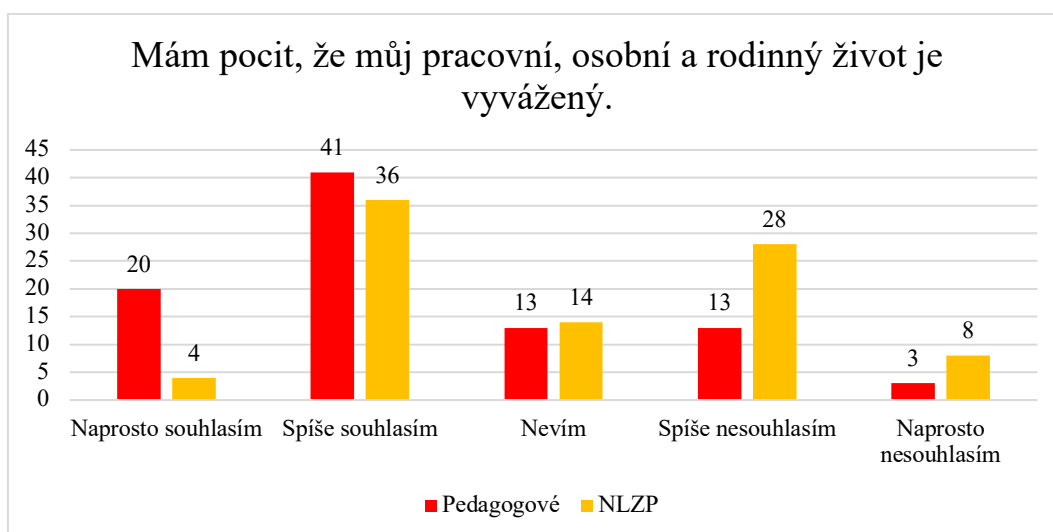
### Tvrzení č. 5



Graf 16 - Tvrzení č. 5 (P)

V grafu můžeme vidět pohled respondentů na otázku, zda věří v možnost předejít syndromu vyhoření prostřednictvím adekvátní prevence. Většina NLZP (48) vyjádřuje částečný souhlas, zatímco pedagogové jsou v této otázce optimističtější, s 31 uvádějícími naprostý souhlas. Průměrná hodnota (2,06), medián i modus (2) naznačuje lehký souhlas s předcházením pomocí prevence. Směrodatná odchylka (0,913), ukazuje na střední rozptyl mezi odpověďmi. Porovnání s předchozími daty můžeme usuzovat, že NLZP jsou ve vztahu k prevenci syndromu vyhoření méně jistí než pedagogové. Z grafu byla odstraněna odpověď naprostou nesouhlasím z důvodu 0 odpovědí.

### Tvrzení č. 6



Graf 17 - Tvrzení č. 6 (P)

Příslušný graf ilustruje názory respondentů na vyváženost jejich pracovního, osobního a rodinného života. Výrazná většina NLZP (36) spíše souhlasí, s životní vyvážeností, ovšem toto tvrzení vyvrací velká část skupiny, která má dojem, že jejich život spíše vyvážený není a číst z nich (8) si dokonce myslí, že vyvážený není vůbec. Pedagogové oproti NLZP vykazují jednoznačně vyšší míru vyváženosti života. Průměrná hodnota (2,66), medián i modus (2) ukazují celkově na mírný souhlas s vyvážeností života. Směrodatná odchylka (1,143) pak ukazuje na poměrně široký rozsah odpovědí. Spolu s porovnáním s předchozími daty můžeme tvrdit, že NLZP mohou pociťovat větší stres a vyšší nároky na vyvážení různých aspektů života, zatímco pedagogové mohou mít lepší kontrolu nad vyvážeností svých životů.

### 3.3.2. Výsledky statistického testování hypotéz

Data použitá k testování hypotéz byla získána z kategorie osobních údajů, porovnávající data z české verze SMBM škály vyhoření. Data jsou popsána vždy pomocí dvou obrázků, z čehož první informuje o deskriptivní statistice a druhý o výsledcích testování s komentářem.

#### Hypotéza č. 1

**1H1:** *Mezi mírou syndromu vyhoření u souboru pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků je statisticky významný rozdíl.*

- 1H0: Rozdíl v míře syndromu vyhoření mezi soubory respondentů není statisticky významný.
- 1HA: Rozdíl v míře syndromu vyhoření mezi soubory respondentů je statisticky významný.

Group Descriptives

	Group	N	Mean	Median	SD	SE
Míra vyhoření	0	90	48.3	47.5	14.0	1.47
	1	90	37.5	36.5	12.0	1.27

Obrázek 1 - Deskriptivní statistika H1

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	P	Mean difference	SE difference	95% Confidence Interval		Cohen's d	Effect Size	95% Confidence Interval	
							Lower	Upper			Lower	Upper
Míra vyhoření	Student's t	5.56	178	< .001	10.8	1.94	6.96	14.6	0.829	0.510	1.14	
	Welch's t	5.56	174	< .001	10.8	1.94	6.96	14.6	0.829			

Obrázek 2 - Testování H1

Pro účel testování byla skupina **NLZP** označena v tabulkách jako skupina **0** a skupina pedagogů jako **1**.

Z výše uvedených dat můžeme říci, že průměrná míra vyhoření NLZP byla 48.3 s standardní odchylkou 14.0, zatímco průměrná míra vyhoření pedagogů byla 37.5 se standardní odchylkou 12.0. T-test ukázal statisticky významný rozdíl v míře vyhoření mezi skupinami s p-hodnotou  $< .001$ . Rozdíl průměrů byl 10.8, s 95 % konfidenčním intervalem od 6.96 do 14.6. Velikost efektu, měřená Cohenovým d, byla 0.829, což naznačuje středně velký až velký efekt. Na základě těchto výsledků byla zamítnuta nulová hypotéza ( $H_0$ ), která tvrdila, že rozdíl v míře syndromu vyhoření mezi soubory respondentů není statisticky významný. Naopak **bylo zjištěno, že existuje statisticky významný rozdíl v míře syndromu vyhoření mezi skupinami pedagogů a NLZP**, což podporuje hypotézu alternativní ( $H_A$ ).

## Hypotéza č. 2

**2H1:** *Mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření u souboru pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků je statisticky významný rozdíl.*

- 2H0: Rozdíl mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření u souboru respondentů není statisticky významný.
- 2HA: Rozdíl mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření u souboru respondentů je statisticky významný.

Pro účel testování byla délka praxe rozdělena na následující **kategorie**:

1.  $\leq 10$  let praxe
2.  $\leq 20$  let praxe
3.  $\leq 30$  let praxe
4.  $\geq 40$  let praxe

Group Descriptives

	Délka praxe	N	Mean	SD	SE
Míra vyhoření	1	80	42.3	14.1	1.58
	2	45	43.5	13.9	2.07
	3	34	46.1	14.9	2.56
	4	21	38.8	12.5	2.72

Obrázek 3 - Deskriptivní statistika H2

One-Way ANOVA (Welch's)				
	F	df1	df2	p
Míra vyhoření	1.30	3	67.3	0.281

Obrázek 4 - Testování H2

Na základě získaných dat bylo zjištěno že, průměrné hodnoty míry vyhoření ve čtyřech skupinách dle délky praxe, rozdělené do kategorií byly: 42.3, 43.5, 46.1 a 38.8. Test ANOVA (Welch's) vykázal F-statistiku 1.30 s p-hodnotou 0.281, což naznačuje, že mezi skupinami neexistuje statisticky významný rozdíl. Analýza tedy ukázala, že nulová hypotéza (2H0), tvrdící že rozdíl mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření u souboru respondentů není statisticky významný, nemůže být na základě dostupných dat zamítnuta. **To znamená, že nebyl nalezen žádný důkaz podporující hypotézu, že by délka praxe měla významný vliv na míru syndromu vyhoření mezi skupinami pedagogů a NLZP.**

### Hypotéza č. 3

**3H1:** *Mezi mírou syndromu vyhoření a druhem vzdělávacího zařízení u souboru pedagogů je statisticky významný rozdíl.*

3H0: Rozdíl mezi mírou vyhoření a druhem vzdělávacího zařízení u souboru respondentů není statisticky významný.

3HA: Rozdíl mezi mírou vyhoření a druhem vzdělávacího zařízení u souboru respondentů je statisticky významný.

Pro účel testování byly druhy vzdělávacích institucí rozděleny na následující **kategorie:**

1. Mateřská škola
2. Základní škola
3. Střední škola (gymnázium, střední odborná škola, střední odborné učiliště)
4. Vyšší odborná škola
5. Konzervatoř

Group Descriptives

	Vzdělávací zařízení	N	Mean	SD	SE
Míra vyhoření	1	12	27.3	8.47	2.44
	2	14	41.2	12.14	3.24
	3	29	40.1	11.82	2.19
	4	23	40.5	11.48	2.39
	5	12	31.4	9.67	2.79

Obrázek 5 - Deskriptivní statistika H3

One-Way ANOVA (Welch's)

	F	df1	df2	p
Míra vyhoření	5.94	4	35.6	< .001

Obrázek 6 - Testování H3

Průměrné hodnoty míry vyhoření v různých typech vzdělávacích zařízení byly rozdílné. Test ANOVA (Welch's) vykázal F-statistiku 5.94 s p-hodnotou < .001, která označuje, že mezi typy vzdělávacích zařízení existuje statisticky významný rozdíl v míře syndromu vyhoření. Následující Post Hoc Testy ukázaly, že významné rozdíly byly nalezeny mezi zařízením 1 a zařízeními 2, 3 a 4, s p-hodnotami 0.017, 0.004 a 0.005, což ukazuje, že pedagogové pracující v mateřských školách, měli statisticky významně nižší míru syndromu vyhoření než ti, kteří pracují v zařízeních ostatních. Mezi zařízením 1 a zařízením 5 nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ( $p = 0.793$ ). Na základě těchto výsledků může být zamítnuta nulová hypotéza (3H0). **Mezi mírou syndromu vyhoření a různými druhy vzdělávacích zařízení mezi pedagogy, existuje statisticky významný rozdíl, čímž může být potvrzena hypotéza alternativní (3HA).**

#### Hypotéza č. 4

**4H1:** *Mezi mírou syndromu vyhoření a druhem zdravotnického zařízení u souboru nelékařských zdravotnických pracovníků je statisticky významný rozdíl.*

**4H0:** *Rozdíl mezi mírou vyhoření a druhem zdravotnického zařízení u souboru respondentů není statisticky významný.*



4HA: Rozdíl mezi mírou vyhoření a druhem zdravotnického zařízení u souboru respondentů je statisticky významný.

Pro účel testování byly druhy zdravotnických zařízení rozděleny na následující **kategorie**:

1. Ambulantní péče
2. Lůžková péče – standardní
3. Lůžková péče – akutní

#### Group Descriptives

	Druh zdrav. zařízení	N	Mean	SD	SE
Míra vyhoření	1	23	42.6	10.3	2.15
	2	30	48.0	14.2	2.60
	3	37	52.1	14.7	2.42

Obrázek 7 - Deskriptivní statistika H4

#### One-Way ANOVA (Welch's)

	F	df1	df2	p
Míra vyhoření	4.32	2	56.7	0.018

Obrázek 8 - Testování H4

Dle výsledků může být popsáno, že průměrné hodnoty míry vyhoření v různých typech zdravotnických zařízení byly rozdílné. Test ANOVA (Welch's) vykázal F-statistiku 4.32 s p-hodnotou 0.018, díky čemuž může být řečeno, že mezi druhy zdravotnických zařízení a mírou vyhoření existuje statisticky významný rozdíl. Post Hoc Testy ukázaly především statisticky významný rozdíl mezi prací v péči ambulantní a péčí akutní s p-hodnotou 0.013, Mezi ostatními porovnávanými skupinami nebyly nalezeny nijak významné rozdíly. Na základě těchto výsledků může být zamítnuta hypotéza nulová (4H0) a naopak přijata hypotéza alternativní (4HA), která tvrdila, že **existuje statisticky významný rozdíl v míře syndromu vyhoření mezi různými druhy zdravotnických zařízení mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky.**

## 4 Diskuse

Rešerše k diskusi diplomové práce byla provedena za pomoci systematického účinného rámce nazývaného akronymem PICO (TS). Tento systém je používám pro vyhledávání v elektronických databázích a je určen pro získání relevantních článků ke stanovené výzkumné otázce. Přesně a správně popsaná rešeršní otázka zvyšuje pravděpodobnost nalezení nejrelevantnějšího zdroje. V rešeršních otázkách mohou být popisovány následující komponenty: P = skupina/populace/pacient, I = intervence/předmět zájmu, C = srovnávací intervence (nemusí být vždy popisována), O = outcome/výsledek (Pokorná, Dolanová, 2019).

Příklad cílené rešerše použité pro diskusi diplomové práce:

**RO:** Jaké jsou dostupné texty o syndromu vyhoření (O) u pedagogů a NLZP (P), za pomoci škály SMBM (I).

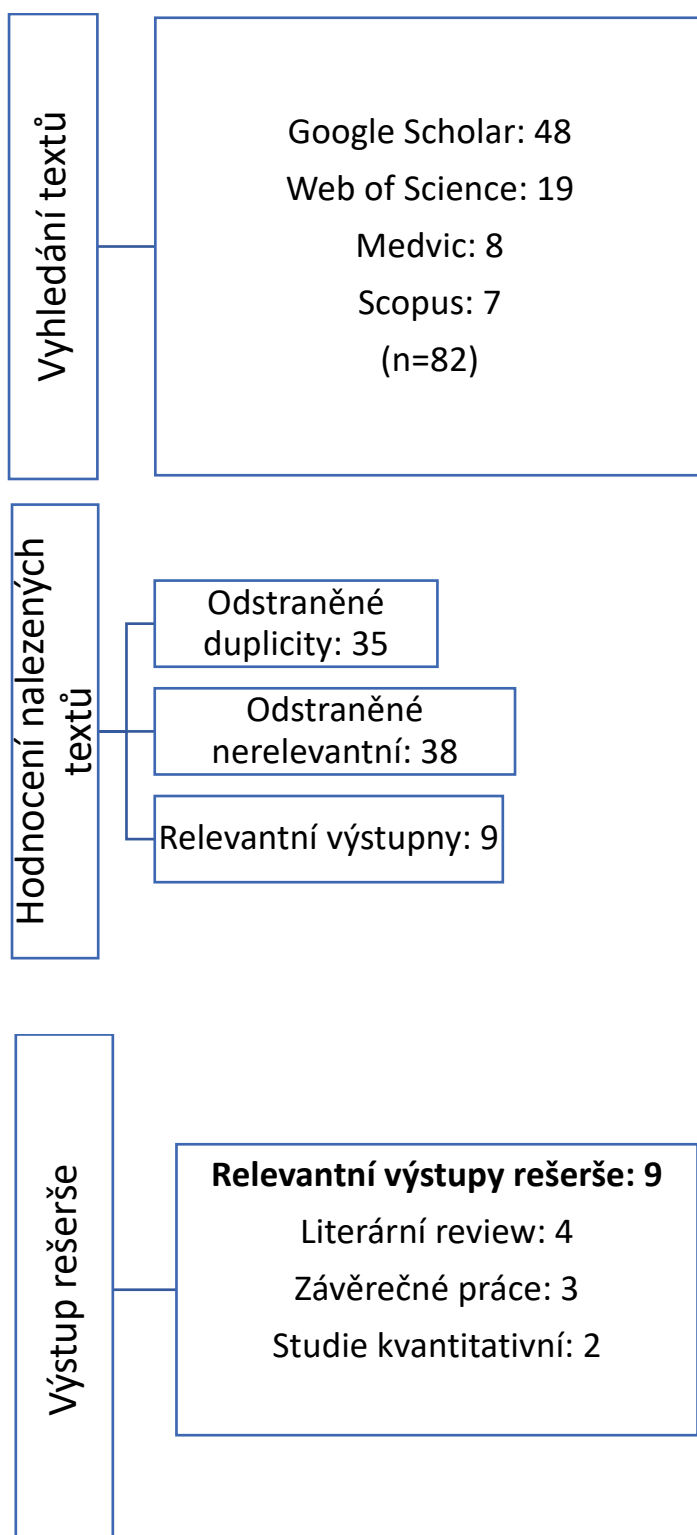
**Primární hesla v češtině:** Syndrom vyhoření, pedagog, nelékařský zdravotnický pracovník, Shirom-Melamedova škála vyhoření

**Rozšířeno o sekundární hesla:** vyhasnutí, učitel, zdravotník

**Primární hesla v angličtině:** Burnout syndrome, Pedagogue, Non-medical Healthcare Worker, Shirom-Melamed Burnout Measure

**Rozšířeno o sekundární hesla:** Teacher, Nurse, Medical Healthcare Worker

## Rešeršní diagram



Nejdůležitějším a zásadním zjištěním celé práce bylo porovnání hladin syndromu vyhoření u skupin pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků. Toto zjištění navazovalo na hlavní cíl práce, kterým bylo porovnání těchto dvou skupin v souvislosti s vyhořením. Jak prokázala přijatá hypotéza č. 1, mezi skupinami respondentů je statisticky významný rozdíl. Tento rozdíl je patrný na grafu č. 1, kde většina respondentů ze skupiny pedagogů, spadala do kategorie č. 1, která značila nejmenší počet získaných bodů v rámci používané škály, tedy nejmenší míru syndromu vyhoření. K podobnému závěru došli i autoři studie publikované v odborném článku časopisu *Pedagogium*, s názvem „*Zvládání stresu a syndromu vyhoření u učitelek ZŠ*“ (2017). V představené studii též většina pedagogů nevykazovala známky rozvinutí syndromu vyhoření a spadala do kategorie absentující projevy vyhoření. Stejného zjištění dosáhli tito autoři i u korelace délky praxe ve spojitosti se syndromem vyhoření, která je podle nich bezvýznamná. Jedinou výjimku, kterou uvádí je subškála kognitivní únavy, kde se nejnižší míra únavy projevila u délky praxe do 10 let, a naopak nejvyšší u délky praxe 26-40 let. Této korelaci, se v mé práci věnovala hypotéza č. 2, která byla na základě získaných dat vyloučena. Podobnou hypotézu si stanovila i autorka M. Spitzerová (2019) ve své diplomové práci, která ovšem hypotézu přijala na základě zjištění slabé míry asociace. Vyšší riziko, či přímo výskyt syndromu vyhoření se tedy oproti skupině pedagogů ukázala u skupiny NLZP, u kterých dokonce většina spadala do kategorie č. 2, tedy bodového skóre 42-71, procentuálně pak téměř 44 %. Podobné hodnoty uvádí i studie Bridgeman a kol. (2017), která analyzovala syndrom vyhoření mezi zdravotnickými pracovníky a zjistila jeho rostoucí tendence u 10-70 % sester a 30-50 % lékařů. Mezi primární důvody pak Birdgeman a kol. udávají například vysoké nároky na práci spolu s časovým omezením, konfliktními rolemi, nejasným očekáváním, nebo nedostatkem kontroly nad pracovními procesy. Zajímavý je i výsledek systematického review o stresu, vyhoření a depresi, který byl zkoumal pouze mezi učiteli a jehož výsledkem je prevalence vyhoření v rozmezí mezi 25–74 procenty (Agyapong at all, 2023). Výsledky přímo porovnáující hladinu vyhoření u profese pedagogů a NLZP, jak je tomu v mé práci, nebyly v žádných zdrojích nalezeny. Uvádím zde tedy pouze studii, která se věnovala porovnání vyhoření u učitelů a lékařů, autora Ptáčka a kol. (2019), kteří zjistili statisticky významné rozdíly mezi těmito skupinami, přiklánějící se k vyššímu vyhoření u skupiny lékařů. U skupiny lékařů pak porovnávali i rozdíly mezi ženami a muži, či rozdíly, mezi jednotlivými pracovišti, kde byl zjištěn zásadní rozdíl. Na základě mnou získaných dat, byl také zjištěn významný statistický rozdíl mezi různými typy pracovišť NLZP. Korelace dle pohlaví bohužel nemohly být provedeny z důvodu nulového vzorku mužů v této skupině.

Z hlediska prevence je důležitá znalost pojmu syndromu vyhoření, které se věnovala sekce povědomí o syndromu vyhoření, kategorie obecných informací. V této sekci bylo zjištěno, že se většina respondentů relativně dobře orientuje v této problematice. Jednoznačně větší počet respondentů souhlasil obecně s tím, že ví, co je syndrom vyhoření a znají jeho příznaky, oproti čemuž zjevně méně informací pak respondenti vědí o jeho diagnostice a léčbě. Lepší přehled o těchto informacích mají dle zjištěných dat NLZP, pro které je možná problém bližší, vzhledem k tomu, že se jedná o lékařskou diagnózu. Ovšem to by pak nevysvětlovalo problém většího zastoupení NLZP v míře vyhoření. I tato korelace by se dala dále vysledovat. Podobné studie, které by tyto souvislosti popisovaly se bohužel nepodařilo nalézt. Může být tedy zmíněn alespoň výzkum diplomové práce M. Edrové (2021), která tedy pouze u skupiny učitelů též odhalila jednoznačný souhlas respondentů s tvrzením, že znají pojem syndrom vyhoření a mají v této oblasti odborné znalosti. Míře znalostí se věnovala také studie M. S. Vňukové a kol. (2023), kteří sledovali trendy syndromu vyhoření v České republice. Podkladem studie bylo dotazníkové šetření, které díky reprezentativnímu vzorku populace zjistili, že znalosti o syndromu vyhoření se rapidně zvyšují a na základě toho bude v budoucnu docházet ke klesajícímu trendu tohoto problému. Většina respondentů v mnou zjišťovaném názoru na klesající tendenci syndromu vyhoření ovšem s tvrzením nesouhlasili.

Syndrom vyhoření je pojený s pracovním prostředím, proto je důležité si uvědomit, že zaměstnavatelé mohou mít na tento problém velký vliv. Tomuto problému se věnovala otázka (tvrzení) v poslední části dotazníkového šetření, a to konkrétně tvrzení: „*Zaměstnavatel mi poskytuje dostatečné množství prevence syndromu vyhoření*“. Z výše uváděného grafu a dat je patrné, že většina respondentů s tímto tvrzením spíše nesouhlasí. Znamená to tedy, že zaměstnavatelé jim, dle jejich názoru, dostatečnou prevenci neposkytují. S tímto problémem se potýkala v diplomové práci například i autorka Fialová (2017), která sledovala syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Na základě několika rozhovorů došla ke zjištění, že negativní rozpoložení, které její respondenti v práci cítí, dávají často za vinu vedení a jeho kladení důrazu na nepodstatné detaily, špatnou komunikaci a nedostatku docenění. V další řadě ukazuje také na problém častých přesčasů a nedostatek volného času. S nedostatkem času se víceméně může pojit i tvrzení, které v mé práci zjišťovalo dostatečnost podnikání preventivních opatření, ve kterém se přeci jen velké množství respondentů, především ze skupiny NLZP přiklání k nesouhlasu. Otázkou může být, zda se problém nachází v nedostatku času, nebo jenom motivace. Implementaci různých copingových strategií a intervenčních programů, doporučuje i soubor autorů studie „*Interventions to Reduce Stress and Burnout among Teachers*“. Studie typu literárního review, jehož cílem bylo zjistit, které

strategie jsou nejúčinnější i v rámci prevence syndromu vyhoření u učitelů, mezi zmíněnými strategiemi udává například mindfulness, jógu, či terapii KBT. Celkově vyzdvihují různé techniky relaxace, k čemuž se přikláněli i respondenti ve mém tvrzení o pasivní relaxaci (Agyapong at all, 2023).

Strategii prevence syndromu vyhoření se v mé práci věnovaly první 3 otázky (tvrzení) v sekci Povědomí o syndromu vyhoření, kategorii prevence vyhoření. Po srovnání bylo zjištěno, že skupina pedagogů se obecně věnuje více prevenci než skupina NLZP. Daly by se samozřejmě dále zjišťovat případné korelace s dalšími údaji, tedy proč tomu tak je. Celkově se obě skupiny, jak již bylo zmíněno, spíše přikláněli k pasivní formě prevence vyhoření. Účinnost těchto strategií také dokládají výsledky studie Vévodové a kol. (2016) která se věnovala copingovým strategiím. Mezi doporučované strategie zařazují především péči o vlastní osobu, pravidelný spánek, cvičení, stravování a relaxaci. Aktivní formu relaxace v porovnání skupin taktéž volí více pedagogové, ovšem v porovnání s formou pasivní, je méně zastoupena u obou skupin. Autor diplomové práce o syndromu vyhoření v učitelské profesi, Vaněk F. (2020), také uvádí velké zastoupení aktivní formy prevence vyhoření u učitelů, a to přesně 88 % ze všech respondentů.

Posledním tvrzením, kterým se práce zabývala, bylo tvrzení o vyrovnanosti pracovního, osobního, rodinného života. Ideálním stavem je, že jsou všechny 3 pilíře ve stejné úrovni. Pokud je jeden z nich výše položený, není stav ideální a může znamenat jedno z potenciálních rizik pro syndrom vyhoření. Ve výsledcích tohoto problému, se ukázal až nespokojivě velký počet, především NLZP, kteří udávají tuto nevyrovnanost. Přitom člověk trpící syndromem vyhoření, má například dle uváděných výsledků studie diplomové práce M. Spitzerové (2019) daleko vyšší potřebu sociální opory a osobního kontaktu. Také již zmiňovaná práce Vévodové a kol. uvádí jako strategii prevence syndromu vyhoření schopnost oddělovat pracovní a osobní život a umět si v životě stanovit priority.

## 5 Závěr

Hlavním cílem práce bylo zjistit, míru a možné rozdíly mezi skupinami pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků, ve vztahu k syndromu vyhoření. Na základě studia literárních zdrojů v přehledové části diplomové práce, by se dalo říci, že tyto skupiny spojuje jeden zásadní faktor, a to že to jsou profese pomáhající a pracující s lidmi, což je jednoznačně označuje za rizikové v souvislosti se vznikem syndromu vyhoření.

Podařilo se splnit všechny stanovené cíle práce a na základě testování hypotéz, potvrdit jejich platnost. Jediná hypotéza, která nebyla přijata, tvrdila, že míra syndromu vyhoření souvisí s léty praxe respondentů.

Jak se ukázalo z analýzy získaných dat, obě skupiny mají zastoupení ve všech vytvořených kategoriích (stupních) vyhoření, získávaných pomocí škály SMBM. Mezi skupinami však existuje statisticky významný rozdíl, a to v jednoznačně vyšší míře vyhoření u skupiny zdravotníků. Porovnání bylo vytvořeno celkovým součtem bodů v použité škále. V rámci rozšíření souvislostí, by se také daly porovnat jednotlivé subškály fyzické, kognitivní a emoční únavy mezi sebou. Dále se na základě stanovených hypotéz ukázalo, že délka praxe u obou sledovaných skupin nesouvisí s mírou vyhoření. Co naopak s mírou vyhoření souvisí je typ pracoviště. U pedagogů, byly porovnávány typy vzdělávacích zařízení, ve kterých se podařilo získat zastoupení ze škol mateřských, základních, středních, vyšších a konzervatoří. Mezi těmito typy byl zjištěn statisticky významný rozdíl v míře vyhoření. U zdravotníků bylo pak zastoupení respondentů rozděleno do skupin pracujících v ambulancích, v péči standardní – lůžkové a v péči akutní. Předpokladem bylo, že syndrom vyhoření bude nejvíce zastoupen u zdravotníků v akutní péči, což se také potvrdilo.

Pomocí dotazníku bylo dále zjištěno, že obě skupiny respondentů mají relativně dobrý přehled, co se týče informací o syndromu vyhoření. Zjištění může souviset i se všímavostí respondentů, která se ukázala v otázce, zda si myslí, že nějaký z jejich kolegů prochází syndromem vyhoření. Odpovědi ukázaly na převážný souhlas s tvrzením. Znalost tohoto problému je klíčová a může lidem pomoci v časném rozpoznání, a to nejen u sebe samotných, ale právě i ve svém okolí, u kolegů, přátel či blízkých.

Důležitou znalostí jsou také možnosti prevence. Předcházením se lze vyhnout syndromu vyhoření. S tím souhlasí i většina respondentů. Důležitá je prevence formou aktivní, ale i pasivní, spíše respondenty volené, relaxace. Zásadním zjištěním pak bylo, že prevence ze stran zaměstnavatelů, respondentům nepřijde adekvátní. Ba naopak, přijde jim velmi

nedostatečná. V dnešním moderním světě plným terapeutických možností, je toto zjištění značně znepokojivé.



## 6 Referenční seznam

### Seznam bibliografických zdrojů

1. A2LARM. WHO zařadila syndrom vyhoření mezi nemoci. *A2larm.cz* [online]. 2019. cit. [2023-12-14]. Dostupné z: <https://a2larm.cz/2019/05/who-zaradila-syndrom-vyhoreni-mezi-nemoci/>
2. AGYAPONG, Belinda, et al. Interventions to reduce stress and burnout among teachers: A scoping review. *International journal of environmental research and public health*, 2023, 20.9: 5625.
3. ANDĚL, Jiří. 2003. *Statistické metody*. Vyd. 3. Praha: Matfyzpress. 300 s. ISBN 80-867-3208-8.
4. BĚLOHLÁVKOVÁ. Kognitivně-behaviorální terapie. *Kbt-belohlavkova.cz* [online]. 2022. cit. [2024-02-12]. Dostupné z: <https://www.kbt-belohlavkova.cz/kognitivne-behavioralni-terapie/>
5. BERNHARDT, Klaus. *Jak neztratit chuť do života*. Přeložil Alena BREUEROVÁ. V Brně: CPress, 2022. 248 s. ISBN 978-80-264-3871-7.
6. BOŘIL, Tomáš. ANOVA: Testy středních hodnot a dvou skupin. *Fu.ff.cuni.cz* [online]. 2015. cit. [2024-03-10]. Dostupné z: [https://fu.ff.cuni.cz/STAT/17\\_testy\\_stredni\\_anova.html](https://fu.ff.cuni.cz/STAT/17_testy_stredni_anova.html)
7. BRIDGEMAN, Patrick J.; BRIDGEMAN, Mary Barna; BARONE, Joseph. Burnout syndrome among healthcare professionals. *The Bulletin of the American Society of Hospital Pharmacists*, 2018, 75.3: 147-152.
8. CLEAR, James. *Atomic habits: An easy & proven way to build good habits & break bad ones*. Penguin, 2018. 316 s., 978-1-84794-183-1
9. ČAPEK, Robert; PŘÍKAZSKÁ, Irena a ŠMEJKAL, Jiří. *Učitel a syndrom vyhoření. Já, učitel*. Praha: Raabe, [2021]. 166 s. ISBN 978-80-7496-472-5.
10. ČTK. Vážné projevy syndromu vyhoření uvedl každý pátý, může vést k depresi. *Ceskenoviny.cz* [online]. cit. [2023-12-26]. Dostupné z: <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/2413463>
11. EDROVÁ, Marie. Syndrom vyhoření u učitelů základních škol v době pandemie. Diplomová práce. ZČU. Plzeň. 2021
12. FIALOVÁ, Marta. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Diplomová práce. MUNI. PDF. Brno. 2017

13. FREUDENBERGER. Staff Burn-Out. *Spssi.onlinelibrary.wiley.com* [online]. 1974. cit. [2023-12-20]. Dostupné z: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
14. GRAMBAL, KRYL, Syndrom vyhoření. *Ambulanceaz.fnol.cz* [online]. 2023. cit. [2023-12-29]. Dostupné z: <https://ambulanceaz.fnol.cz/syndrom-vyhozeni>
15. GURKOVÁ, Praktický úvod do metodologie výzkumu v ošetrovatelství. Olomouc. *Fzv.upol.cz* [online]. 2019. cit. [2024-01.02]. Dostupné z: [https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Gurkova\\_Metodologie\\_vy\\_zkumu.pdf](https://www.fzv.upol.cz/fileadmin/userdata/FZV/Dokumenty/OSE/Gurkova_Metodologie_vy_zkumu.pdf)
16. HAGEMANN, Wolfgang. *Syndrom vyhoření u učitelů: příčiny, pomoc, terapie*. V Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 2012. 119 s. ISBN 978-80-7414-364-9.
17. HEINEMAN, TORSTEN, Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis. *Researchgate.net* [online]. 2017. cit. [2023-12-17]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/314262938\\_Burnout\\_Research\\_Emergence\\_and\\_Scientific\\_Investigation\\_of\\_a\\_Contested\\_Diagnosis](https://www.researchgate.net/publication/314262938_Burnout_Research_Emergence_and_Scientific_Investigation_of_a_Contested_Diagnosis)
18. HILLERT AT ALL, The Burnout Phenomenon: A Résumé After More Than 15,000 Scientific Publications. *Frontiersin.org* [online]. 2020. cit. [2023-12-29]. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2020.519237/full>
19. HONZÁK, Radkin. Jak se dopracovat až k vyhoření (Freudenbergerův postup), 2. vydání. *Psychosom.cz* [online]. 2024. cit. [2024-01-10]. Dostupné z: <https://www.psychosom.cz/archiv/54-archiv/559-vychazi%20-%20honz%C3%A1k%202024>
20. HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 4. vydání. V Praze: Vyšehrad, 2022. 240 s. ISBN 978-80-7601-004-8.
21. CHLEBCOVÁ. Supervize. *Psychotera-hch.cz* [online]. 2024. cit. [2024-02-13]. Dostupné z: <https://www.psychotera-hch.cz/supervize>
22. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
23. ICD 11. Problems associated with employment or unemployment. *Icd.who.int* [online]. 2024. cit. [2024-01-21]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1440218064>

24. KOSOVÁ, Martina. *Logoterapie: existenciální analýza jako hledání cest*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2014. 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2.
25. KRÁLÍČEK, Lukáš. Daseinsanalýza jako cesta ke svobodě. *Talk.youradio.cz* [online]. 2021. cit. [2024-01-28]. Dostupné z: <https://talk.youradio.cz/porady/hovory-o-dusi/daseinsanaliza-jako-cesta-ke-svobode-lukas-kralicek>
26. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 174 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
27. MKN 10. Vyhasnutí (vyhoření). *Mkn.10.uzis.cz* [online]. 2023. cit. [2023-12-15]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/Z73.0>
28. MORAVCOVÁ, Iva. *Zářit a nevyhořet: syndrom vyhoření a 11 silných příběhů úspěšných lidí*. Praha: Euromedia Group, 2019. 256 s. ISBN 978-80-7617-962-2.
29. MŠMT. Školský zákon. *Msm.cz* [online]. 2024. cit. [2024-01-03]. Dostupné z: <https://www.msm.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon>
30. NÁRODNÍ LINKA PRO ODVYKÁNÍ. Syndrom vyhoření a syndrom závislosti. *Chciodykat.cz* [online]. 2021. cit. [2023-12-28]. Dostupné z: <https://hciodvykat.cz/clanky/syndrom-vyhoreni-a-syndrom-zavislosti/>
31. NZIP. Diferenciální diagnóza. *Nzip.cz* [online]. 2024. cit. [2024-01-14]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/297>
32. NZIP. Druhy a formy zdravotní péče. *Nzip.cz* [online]. 2024. cit. [2024-01-03]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1080-druhy-a-formy-zdravotni-pece>
33. PELCÁK, Stanislav. *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. 76 s. ISBN 978-80-7435-576-9.
34. PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. 180 s. ISBN 9788088163008.
35. POKORNÁ, A., DOLANOVÁ, D. Metodika tvorby klinické (výzkumné) otázky. *Is.muni.cz* [online]. 2019. cit. [2024\_03\_25]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika\\_zp/web/pages/05-metodika.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js19/metodika_zp/web/pages/05-metodika.html)
36. POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Rádce pro pedagogy. Brno: Edika, 2013. 104 s. ISBN 978-80-266-0161-6.
37. PTÁČEK, Radek, et al. Who burns out more? Comparison of burnout levels between teachers and physicians in the Czech Republic. *Activitas Nervosa Superior*, 2019, 61: 165-169.

38. PTÁČEK, Radek; RABOCH, Jiří a KEBZA, Vladimír. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada, 2013. 168 s. ISBN 9788024751146.
39. PTÁČEK, VOJTÍŠKOVÁ, Syndrom vyhoření: prevalence, příznaky, diferenciální diagnostika a léčba. *Tribune.cz* [online]. 2015. cit. [2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/syndrom-vyhoreni-prevalence-priznaky-diferencialni-diagnostika-a-lecba/>
40. PUGNEROVÁ, Michaela. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2019. 280 s. ISBN 978-80-271-0532-8.
41. ROTHENBERGER, David A. Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Journals.lww.com* [online]. 2017. cit. [2023-12-20]. Dostupné z: [https://journals.lww.com/dcrjournal/abstract/2017/06000/physician\\_burnout\\_and\\_well\\_being\\_a\\_systematic.5.aspx](https://journals.lww.com/dcrjournal/abstract/2017/06000/physician_burnout_and_well_being_a_systematic.5.aspx)
42. SMETÁČKOVÁ, Irena; ŠTECH, Stanislav; VIKTOROVÁ, Ida; MARTANOVÁ, Veronika; PÁCHOVÁ, Anna et al. *Učitelké vyhoření: proč vzniká a jak se proti němu bránit*. Praha: Portál, 2020. 246 s. ISBN 978-80-262-1668-1.
43. SMETÁČKOVÁ, Irena; VONDROVÁ, Eliška; TOPKOVÁ, Petra. Zvládání stresu a syndrom vyhoření u učitelek a učitelů ZŠ. *E-pedagogium*, 2017, 1.
44. SPITZEROVÁ, Monika. Faktory ovlivňující syndrom vyhoření u zdravotníků (srovnání onkologie a psychiatrie). Diplomová práce. MUNI. FF. 2019
45. STATISTICS HOW TO. Welch's ANOVA: Definition, Assumptions. *Statisticshowto.com* [online]. 2024. cit. [2024-03-10]. Dostupné z: <https://www.statisticshowto.com/welchs-anova/>
46. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Poradce pro praxi. Praha: Grada, 2010. 103 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
47. ŠKODA, Jiří a DOULÍK, Pavel. *Psychodidaktika: metody efektivního a smysluplného učení a vyučování*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2011. 206. s. ISBN 9788024733418.
48. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Pedagogika (Grada). Praha: Grada, 2018. 280 s. ISBN 978-80-271-0470-3.

49. VALA, Jiří. Syndrom vyhoření – fenomén 21. století. *Aspi.cz* [online]. 2023. cit. [2023-12-28]. Dostupné z: <https://www.aspi.cz/products/lawText/7/288154/1/2%20-%20Vala%202023>
50. VANĚK, Filip. Syndrom vyhoření v učitelské profesi (na Opavsku). Diplomová práce. UPOL. FTK. Olomouc. 2020
51. VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. Blud. *Lekarske.slovniky.cz* [online]. 2024. cit. [2024-01-24]. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/blud>
52. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2011. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
53. VÉVODOVÁ, Šárka, et al. Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester. *Psychologie a její kontexty*, 2016, 7.1: 65-79.
54. VŇUKOVÁ, Martina Sebalo, et al. Burnout syndrome in the Czech Republic: The decreasing trend over the years. *Frontiers in Public Health*, 2023, 11: 1099528.
55. VOSEČKOVÁ a kol. Syndrom vyhoření u studentů pregraduálního studia VŠ. *Mmsl.cz* [online]. 2020. cit. [2023-12-29]. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2020/01/02.pdf>
56. VZP. Syndrom vyhoření – přichází nenápadně ale ničí důsledně. *Vzp.cz*. [online]. 2021 cit. [2023-12-26]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/syndrom-vyhoreni-prichazi-nenapadne-ale-nici-dusledne>
57. WALKER, Matthew. *Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams*. Simon and Schuster, 2017. 360 s., 978-0-14-198376-9
58. YALOM, Irvin D. *Existenciální psychoterapie*. Vydání druhé. Přeložil Ivo MÜLLER. Praha: Portál, 2020. 544 s. ISBN 978-80-262-1587-5.

## Seznam obrázků

Obrázek 1 - Deskriptivní statistika H1 .....	53
Obrázek 2 - Testování H1 .....	53
Obrázek 3 - Deskriptivní statistika H2 .....	54
Obrázek 4 - Testování H2.....	55
Obrázek 5 - Deskriptivní statistika H3 .....	56
Obrázek 6 - Testování H3.....	56
Obrázek 7 - Deskriptivní statistika H4 .....	57
Obrázek 8 - Testování H4.....	57

## Seznam tabulek

Tabulka 1 – Charakteristika souboru 1 .....	34
Tabulka 2 - Charakteristika souboru 2 .....	34
Tabulka 3 - Základní údaje o respondentech.....	39

## Seznam Grafů

Graf 1 - Míra vyhoření dle SMBM.....	40
Graf 2 - Tvrzení č. 1 (OI) .....	41
Graf 3 - Tvrzení č. 2 (OI) .....	42
Graf 4 - Tvrzení č. 3 (OI) .....	42
Graf 5 - Tvrzení č. 4 (OI) .....	43
Graf 6 - Tvrzení č. 5 (OI) .....	44
Graf 7 - Tvrzení č. 6 (OI) .....	44
Graf 8 - Tvrzení č. 7 (OI) .....	45
Graf 9 - Tvrzení č. 8 (OI) .....	46
Graf 10 - Tvrzení č. 9 (OI) .....	46
Graf 11 - Tvrzení č. 10 (OI) .....	47
Graf 12 - Tvrzení č. 1 (P) .....	48
Graf 13 - Tvrzení č. 2 (P) .....	49
Graf 14 - Tvrzení č. 3 (P) .....	49
Graf 15 - Tvrzení č. 4 (P) .....	50
Graf 16 - Tvrzení č. 5 (P) .....	51
Graf 17 - Tvrzení č. 6 (P) .....	51

## **Seznam příloh**

Příloha 1 - Informované souhlasy zástupců vzdělávacích institucí s výzkumem.....	72
Příloha 2 - Informovaný souhlas se zdravotnickým zařízením .....	79
Příloha 3 - Dotazník.....	80

### Žádost o udělení souhlasu k realizaci sběru dat

Přijímací organizace

Název: RODINNÉ CENTRUM STUDÁNKA, z.s., MŠ

Sídlo: ŘEGRŮVA 318, TIŠŇOV 66601

Zastoupena: Mgr. KATEŘINA HRŮMČÍKOVÁ, STATUTÁBNÍ ZÁSTUPKYNĚ MŠ

Vážený pane/paní,

obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Získaná data budou použita v rámci diplomové práce s názvem: Syndrom vyhoření u pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků, pod vedením Mgr. Věry Vránové Ph.D.

Nástrojem sběru dat je dotazník, který je určen pro ..... PEDAGOGI .....  
V případě Vašeho souhlasu by realizace sběru dat probíhala v období od: 20.1. - 20.2.24

do:.....  
Vyplněním dotazníku respondenti souhlasí se zpracováním uvedených údajů.

Děkuji za Vaše vyjádření a případnou spolupráci.

Bc. Eliška Hájková

Studentka 2. ročníku

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

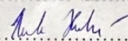
Univerzita Palackého v Olomouci, PdF, KAZ

Vyjádření k realizaci sběru dat:

Souhlasím

Nesouhlasím

  
Rodinné centrum Studánka, z.s.  
Řeegrůva 318 • 666 01 Tišnov  
tel: 777 706 723 • IČ: 26659042



Razítko a podpis



## Žádost o udělení souhlasu k realizaci sběru dat

Přijímací organizace ZŠ TIŠNOV, NÁM. 28. ŘÍJNA, PŘ. ORG  
Název: ZŠ TIŠNOV, NÁM. 28. ŘÍJNA, PŘ. ORG  
Sídlo: TIŠNOV, NÁM. 28. ŘÍJNA 14 08  
Zastoupena: PaedDr. RADMILOU ZHOŘOVOU

Vážený pane/paní,

obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Získaná data budou použita v rámci diplomové práce s názvem: Syndrom vyhoření u pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků, pod vedením Mgr. Věry Vránové Ph.D. Nástrojem sběru dat je dotazník, který je určen pro PEDAGOGY

V případě Vašeho souhlasu by realizace sběru dat probíhala v období od ledna 2024 do:.....

Vyplněním dotazníku respondenti souhlasí se zpracováním uvedených údajů.

Děkuji za Vaše vyjádření a případnou spolupráci.

Bc. Eliška Hájková  
Studentka 2. ročníku  
Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy  
Univerzita Palackého v Olomouci, PdF, KAZ

### Vyjádření k realizaci sběru dat:

Souhlasím  
 Nesouhlasím

ZÁKLADNÍ ŠKOLA TIŠNOV  
nám. 28. října,  
příspěvková organizace .....  
IČ: 70283940  
tel.: 736 773 262

Razítko a podpis

## Žádost o udělení souhlasu k realizaci sběru dat

Přijímací organizace

Název: CÍRKEVNÍ STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA s.r.o.

Sídlo: BROHOVA 14/16, 60200, BRNO

Zastoupena: Mgr. DAVÍDEM KASANEM – ŘEDITELÉM ŠKOLY

Vážený pane/paní,

obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Získaná data budou použita v rámci diplomové práce s názvem: Syndrom vyhoření u pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků, pod vedením Mgr. Věry Vránové Ph.D. Nástrojem sběru dat je dotazník, který je určen pro ..... PEDAGOGN .....

V případě Vašeho souhlasu by realizace sběru dat probíhala v období od: 10.1. 2024 do: 10.2. 2024 .....

Vyplněním dotazníku respondenti souhlasí se zpracováním uvedených údajů.

Děkuji za Vaše vyjádření a případnou spolupráci.

Bc. Eliška Hájková

Studentka 2. ročníku

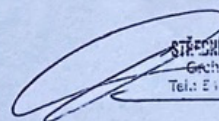
Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Univerzita Palackého v Olomouci, PdF, KAZ

Vyjádření k realizaci sběru dat:

Souhlasím

Nesouhlasím

  
CÍRKEVNÍ  
STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA s.r.o.  
Cechov. 14/16, 602 00 Brno  
Tel: 51 206 083, IČ: 276 61 866

.....  
Razítko a podpis

## **Žádost o udělení souhlasu k realizaci sběru dat**

Přijímací organizace

Název: Taneční konzervatoř Brno, příspěvková organizace

Sídlo: Nejedlého 375/3, Brno, 688 00

Zastoupena: Mgr. Zdeňkem Kárným – ředitel školy

Vážený pane/paní,

obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Získaná data budou použita v rámci diplomové práce s názvem: Syndrom vyhoření u pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků, pod vedením Mgr. Věry Vránové Ph.D. Nástrojem sběru dat je dotazník, který je určen pro pedagogy. V případě Vašeho souhlasu by realizace sběru dat probíhala v období od: 8.1. 2024 do: 8.2. 2024.

Vyplněním dotazníku respondenti souhlasí se zpracováním uvedených údajů.

Děkuji za Vaše vyjádření a případnou spolupráci.

Bc. Eliška Hájková

Studentka 2. ročníku

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Univerzita Palackého v Olomouci, PdF, KAZ

**Vyjádření k realizaci sběru dat:**

Souhlasím

Nesouhlasím

**TANEČNÍ KONZERVATOŘ BRNO**  
příspěvková organizace  
NEJEDLÉHO 375/3, 638 00 BRNO  
IČ: 00567566

Razítko a podpis



## Žádost o udělení souhlasu k realizaci sběru dat

Přijímací organizace

Název:

Vyšší odborná zdravotnická škola Brno, příspěvková organizace Jihomoravského kraje

Sídlo: Kounicova 684/16, 602 00, Brno

Zastoupena: Mgr. Lilianou Greiffeneggovou – ředitelka školy

Vážený pane/paní,

obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Získaná data budou použita v rámci diplomové práce s názvem: Syndrom vyhoření u pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků, pod vedením Mgr. Věry Vránové Ph.D. Nástrojem sběru dat je dotazník, který je určen pro .....pedagogy..... V případě Vašeho souhlasu by realizace sběru dat probíhala v období od: 10.1.2024, do: 10.2.2024. Vyplněním dotazníku respondenti souhlasí se zpracováním uvedených údajů.

Děkuji za Vaše vyjádření a případnou spolupráci.

Bc. Eliška Hájková

Studentka 2. ročníku

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Univerzita Palackého v Olomouci, PdF, KAZ

**Vyjádření k realizaci sběru dat:**

- Souhlasím  
 Nesouhlasím



.....  
Razítko a podpis

**VYŠŠÍ ODBORNÁ ŠKOLA ①**  
**ZDRAVOTNICKÁ BRNO,**  
příspěvková organizace  
Kounicova 16, 602 00 Brno

## Žádost o udělení souhlasu k realizaci sběru dat

Přijímací organizace

Název:

Střední zdravotnická škola a  
Vyšší odborná škola zdravotnická  
Břeno, Medvedova,  
příspěvková organizace  
Měšťanova 15, 772 00 Břeno

Sídlo:

Zastoupena:

PhDr. MARCELOU KŘIVÁKOVU, Ph.D.

Vážený pane/paní,

obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Získaná data budou použita v rámci diplomové práce s názvem: Syndrom vyhoření u pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků, pod vedením Mgr. Věry Vránové Ph.D. Nástrojem sběru dat je dotazník, který je určen pro UČITELE.....  
V případě Vašeho souhlasu by realizace sběru dat probíhala v období od: 15. 1. 2024  
do:.....

Vyplněním dotazníku respondenti souhlasí se zpracováním uvedených údajů.

Děkuji za Vaše vyjádření a případnou spolupráci.

Bc. Eliška Hájková

Studentka 2. ročníku

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Univerzita Palackého v Olomouci, PdF, KAZ

**Vyjádření k realizaci sběru dat:**

Souhlasím

Nesouhlasím

Střední zdravotnická škola a  
Vyšší odborná škola zdravotnická  
Břeno, Medvedova,  
příspěvková organizace  
Měšťanova 15, 772 00 Břeno



Razítko a podpis

## Žádost o udělení souhlasu k realizaci sběru dat

Přijímací organizace

Název: STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ EVANGELICKÁ AKADEMIE

Sídlo: ŠIMAČKOVA 1, 628 00, BRNO - LIŠEŇ

Zastoupena: Mgr. PETROU JURENÍKOVOU Ph.D. - ŘEDITELKOU ŠKOLY

Vážený pane/paní,

obracím se na Vás s žádostí o udělení souhlasu k realizaci výzkumného šetření ve Vašem zařízení. Získaná data budou použita v rámci diplomové práce s názvem: Syndrom vyhoření u pedagogů a nelékařských zdravotnických pracovníků, pod vedením Mgr. Věry Vránové Ph.D.

Nástrojem sběru dat je dotazník, který je určen pro ..... PEDAGOGN .....

V případě Vašeho souhlasu by realizace sběru dat probíhala v období od: 22. 1. 2024  
do: 22. 2. 2024.

Vyplněním dotazníku respondenti souhlasí se zpracováním uvedených údajů.

Děkuji za Vaše vyjádření a případnou spolupráci.

Bc. Eliška Hájková

Studentka 2. ročníku

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Univerzita Palackého v Olomouci, PdF, KAZ

**Vyjádření k realizaci sběru dat:**

Souhlasím

Nesouhlasím

STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA  
EVANGELICKÉ AKADEMIE  
628 00 BRNO, Šimačkova 1  
tel. 542 212 979

Razítko a podpis





### Příloha 3 - Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Eliška Hájková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění krátkého dotazníku k mé diplomové práci, který se věnuje problematice syndromu vyhoření. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely mé diplomové práce.

Vyplněním dotazníku souhlasíte se zpracováním Vámi uvedených dat.

Děkuji za Váš věnovaný čas a spolupráci.

#### 1) **Sekce: Základní údaje** (vyberte prosím vždy pouze jednu odpověď)

Jaká je Vaše profese?

- Pedagog
- Nelékařský zdravotnický pracovník (NLZP)

Pokud jste pedagog, v jakém druhu vzdělávání pracujete?

- Mateřská škola
- Základní škola
- Střední škola (gymnázium, střední odborná škola, střední odborné učiliště)
- Konzervatoř
- Vyšší odborná škola
- Základní umělecká škola
- Jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky

Pokud jste NLZP, v jakém druhu zdravotnického zařízení pracujete?

- Ambulantní péče
- Lůžková péče – standardní
- Lůžková péče – akutní

Jakého jste pohlaví?

- Žena
- Muž
- Jiné/nepřeji si uvádět

Kolik Vám je let? (Uveďte prosím číslem)

- .....

Jak dlouho trvá Vaše praxe? (Uveďte prosím číslem)

- .....



- 2) **Sekce: Shirom-Melamedova škála vyhoření** (Označte prosím v následující tabulce, jak často jste za posledních 30 pracovních dnů zažili každý z následujících pocitů, pomocí zakroužkování čísla):

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

3) **Sekce: Povědomí o syndromu vyhoření** (Označte prosím v následujících tabulkách, do jaké míry souhlasíte s níže uvedenými tvrzeními, pomocí zakroužkování čísla):

Kategorie	Tvrzení	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
<b>Obecné informace o syndromu vyhoření</b>	1. Vím, co je syndrom vyhoření.	1	2	3	4	5
	2. Myslím si, že syndrom vyhořením má v dnešní době klesající tendenci.	1	2	3	4	5
	3. Vím, jaké příznaky má syndrom vyhoření.	1	2	3	4	5
	4. Vím, jaké profese jsou označovány za rizikové ve spojitosti se syndromem vyhoření.	1	2	3	4	5
	5. Má profese patří mezi rizikové ve spojitosti se syndromem vyhoření.	1	2	3	4	5
	6. Vím, jaké jsou způsoby diagnostiky syndromu vyhoření.	1	2	3	4	5
	7. Vím, jaké jsou způsoby léčby syndromu vyhoření.	1	2	3	4	5
	8. V mém profesním životě si procházím/ jsem si prošel/a syndromem vyhoření.	1	2	3	4	5
	9. Alespoň jeden z mých kolegů si prochází/prošel syndromem vyhoření.	1	2	3	4	5
	10. Myslím si, že informace o syndromu vyhoření ve veřejných zdrojích jsou všem dostupné, dostatečné a validní.	1	2	3	4	5

Kategorie	Tvrzení	Naprosto souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Naprosto nesouhlasím
<b>Prevence syndromu vyhoření</b>	1. Podnikám dostatečné množství preventivních opatření, abych zabránil/a syndromu vyhoření.	1	2	3	4	5
	2. Preventivní opatření, která podnikám, jsou formou aktivního odpočinku (např. sport).	1	2	3	4	5
	3. Preventivní opatření, která podnikám, jsou formou pasivního odpočinku (např. relaxace, spánek, čtení knihy).	1	2	3	4	5
	4. Zaměstnavatel mi poskytuje dostatečné množství možností prevence syndromu vyhoření.	1	2	3	4	5
	5. Myslím si, že dostatečnou prevencí můžeme předejít syndromu vyhoření.	1	2	3	4	5
	6. Mám pocit, že můj pracovní, osobní a rodinný život je vyvážený.	1	2	3	4	5

Děkuji mnohokrát za Vaši spolupráci a ochotu.

Případný komentář můžete zanechat zde:

S přáním hezkého dne,

Bc. Eliška Hájková