

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra sociální patologie a sociologie

## **Zvládání stresu a zátěžových situací v neziskovém sektoru**

Bakalářská práce

Autor: Lucie Kozová  
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální patologie a prevence  
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.  
Oponent práce: Mgr. Lucie Špráchalová



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Lucie Kozová

**Studium:** P17P0358

**Studijní program:** B7507 Specializace v pedagogice

**Studijní obor:** Sociální patologie a prevence

**Název bakalářské práce:** **Zvládání stresu a zátěžových situací v neziskovém sektoru**

**Název bakalářské práce A):** Managing stress and stressful situations in the non-profit sector

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se zabývá tématem stresu v neziskovém sektoru a jeho zvládání. Spoluprací sociálního pracovníka s klientem a možné zásahnutí pracovního života do osobního života. Bakalářská práce je zaměřena na prevenci proti stresu u sociálních pracovníků. Empirická část bude prováděna na terénních pracovištích, na základě praxe na Magistrátu města Hradce Králové v oblasti odboru sociálních věcí.

BARTŮŇKOVÁ, Staša. Stres a jeho mechanismy. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010. 137 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1874-6. BROCKERT, Siegfried. Ovládnání stresu. 1. vyd. Praha: Melantrich, 1993. 139 s. ISBN 80-7023-159-9. CUNGI, Charly. Jak zvládat stres. Překlad Daniela Šimková. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 205 s. ISBN 80-7178-465-6. ČERNÝ, Vojtěch. Jak překonat stres: testy a cvičení. Vyd. 3. Brno: Computer Press, 2006. viii, 86 s. Rozvoj osobnosti. ISBN 80-251-1003-6. GRÜN, Anselm. Pracovat i žít: napětí mezi profesním a osobním životem. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2006. 127 s. Orientace. ISBN 80-7195-039-4.

**Garantující pracoviště:** Katedra sociální patologie a sociologie,  
Pedagogická fakulta

**Vedoucí práce:** PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

**Oponent:** Mgr. Lucie Špráchalová

**Datum zadání závěrečné práce:** 13.2.2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 9. 5. 2020

---

Lucie Kozová

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí potřebných informací, rad a času. Poděkování patří všem pracovníkům v pomáhajících profesích, kteří se ochotně podíleli na výzkumné části této práce.

## **Anotace**

KOZOVÁ, Lucie. *Zvládání stresu a zátěžových situací v neziskovém sektoru*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 50 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá zvládáním stresu a zátěžových situací v neziskovém sektoru. Teoretická část se věnuje zátěžovým situacím, jejím typům a způsobech zvládání. Dále definuje stres, jeho příznaky a reakce, blíže popisuje smysl pro soudržnost a obecný adaptační syndrom. Pozornost je věnována také syndromu vyhoření, vymezení osob nejvíce ohrožených, fáze a prevenci a léčbě syndromu vyhoření. Výzkumná část zjišťuje důsledky výkonu pomáhající profese u pomáhajících pracovníků v rámci Královéhradeckého kraje. Výsledky byly zjišťovány na základě standardizovaných dotazníků - Sebeuposuzující stupnici deprese – SDS, Dotazník nezdolnosti SOC (29), Stress Profile a dotazník Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření. Práce se orientuje na základní vztahy mezi smyslem pro soudržnost, depresí jako rizikového faktoru a okolnostmi přispívajících na vzniku syndromu vyhoření.

**Klíčová slova:** zátěžové situace, stres, syndrom vyhoření, deprese, prevence

## **Annotation**

KOZOVÁ, Lucie. *Coping with stress and stressful situations in the non-profit sector*. Hradec Králové: Faculty of education, University of Hradec Králové, 2020. 50 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis deals with stress management and stressful situations in the non-profit sector. The theoretical part is devoted to stressful situations, its types and ways of coping. It also defines stress, its symptoms and reactions, describes in many detail the sense of coherence (SOC) and general adaptation syndrome. Attention is also paid to burnout syndrome, the definition of the most vulnerable, the phases and prevention and treatment of burnout syndrome. The research part investigates the consequences of the performance of the helping profession in helping workers in the Hradec Kralove Region. The results were collected on the basis of standardized questionnaires – Self-Assessment Depression Scale-SDS, SOC Resilience Questionnaire (29), Stress Profile and Shirom and Melamed Burnout Scales. The work focuses on the basic relationships between the sense of coherence, depression as a risk factor and circumstances contributing to the emergence of the burnout syndrome.

**Keywords:** stressful situations, stress, burnout syndrome, depression, prevention

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK) a rektorským výnosem č. 9/2020 (Přechodná změna způsobu odevzdání bakalářských a diplomových prací).

Datum: .....

Podpis studenta: .....

## Obsah

Úvod.....	9
1 Psychická zátěž a stres .....	11
1.1 Zátěžové situace .....	12
1.2 Zvládání zátěžových situací .....	14
1.3 Salutogenetické faktory.....	15
2 Charakteristiky výkonu pomáhající profese.....	17
2.1 Psychosociální stres .....	17
2.2 Osobnostní charakteristiky a stres.....	22
2.3 Multikauzální etiologie syndromu vyhoření .....	26
3 Vybrané faktory syndromu vyhoření u pomáhajících profesí.....	31
3.1 Cíl výzkumného šetření a stanovení hypotéz.....	31
3.2 Výzkumný soubor a procedura .....	31
3.3 Charakteristika výzkumných metod.....	34
3.4 Výsledky a diskuse.....	36
3.5 Souhrn a zhodnocení hypotéz .....	41
Závěr .....	43
Seznam literatury a dalších zdrojů.....	45
Seznam grafů a tabulek.....	49
Seznam příloh .....	50



## Úvod

Bakalářská práce je pojmenována jako Zvládání stresu a zátěžových situací v neziskovém sektoru. Právě téma stresu a zátěže celkově je v dnešní době často diskutovaným a stále aktuálnějším tématem. Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část empirickou. Teoretická část pojednává o základní terminologii popisovaných problémů. Empirická část si klade za cíl zjistit psychické důsledky výkonu pomáhající profese a zmapování faktorů, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření.

Teoretická část bakalářské práce se dělí na dvě kapitoly, které se zabývají zátěžovými situacemi a aspekty výkonu pomáhající profese. První kapitola obsahuje dvě podkapitoly, které se věnují definování pojmu zátěžové situace, jejich typům a také jejich zvládání, což zahrnuje především copingové strategie a salutogenetické faktory. Blíže je v této kapitole popsána také sociální opora, která je v této problematice podstatná. Součástí první kapitoly je také seznámení s výkonem pomáhajícího pracovníka. Druhá a zároveň poslední kapitola teoretické části se zabývá aspekty výkonu pomáhající profese. Je rovněž rozdělena na dvě podkapitoly, které nesou název stres a syndrom vyhoření. Oba pojmy jsou zde detailně definovány. První podkapitola, zabývající se stresem, se věnuje definování a dělení stresorů, jednotlivým příznakům stresu a reakcemi, dále se podkapitola věnuje fázím obecného adaptačního syndromu, smyslu pro soudržnost. Závěr podkapitoly je věnován prevenci a zvládání stresu. Druhá podkapitola se věnuje syndromu vyhoření. Pozornost je věnována především vymezení osob a profesí nejvýše ohrožených syndromem vyhoření, rizikových a protektivních faktorů a samotnými fázemi, ve kterých se syndrom vyhoření projevuje. Část je zde věnována depresi, neboť právě deprese se může úzce podílet na vzniku syndromu vyhoření. Na závěr je zde vymezena prevence a léčba syndromu vyhoření.

Empirická část se soustředí na psychické důsledky výkonu pomáhající profese. Právě pomáhající pracovníci patří do rizikového povolání s ohledem na vznik deprese či syndromu vyhoření. Každodenně se setkávají s náročnými situacemi a stresem, mohou se tudíž dostat do jakési psychické tenze. Výzkumné šetření řeší vztah mezi smyslem pro soudržnost (SOC) a syndromem vyhoření, dále mezi smyslem pro soudržnost a (SOC) subjektivní pohodou. Důraz klade také na deprese jako rizikový faktor. Výzkumné šetření bakalářské práce probíhalo mezi pracovníky v pomáhajících profesích na území Královéhradeckého kraje prostřednictvím standardizovaných

dotazníků - Sebeposuzující stupnici deprese – SDS, Dotazník nezdolnosti SOC (29), Stress Profile a dotazník Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření.

Práce je přínosná všem pomáhajícím pracovníkům, kteří se dlouhodobě setkávají se zátěží a stresem, i jejich zaměstnavatelům. V bakalářské práci se mohou dozvědět o rizikových faktorech, které nejvýše vyvolávají stres, depresi či syndrom vyhoření a informace o samotné prevenci a léčbě.

## **1 Psychická zátěž a stres**

Pomáhající profese jsou potřebné pro takzvaný neziskový sektor. Hlavní účel a specifikace neziskového sektoru je dle Bachmanna (2011, s. 23) to, že nezisková organizace je založena z důvodu poskytování služeb lidem, kteří tyto produkty potřebují, nikoli z důvodu dosažení zisku, který bude dále rozdělen jejím vlastníkům.

Pomáhající profese je potřebná tam, kde slábne úloha rodiny a jiné tradiční systémy sociální opory. Pomáhající profese poskytuje tuto oporu institucionálně prostřednictvím psychologie, pedagogiky, sociální práce a medicíny. Cílem těchto profesí je klient. O tom, kdo se jím stane, rozhoduje stát, profesní asociace a státní i nestátní agentury poskytující tyto služby (Matoušek, 2008, s. 140).

### **Předpoklady pro výkon pomáhajícího pracovníka**

Dle Matouška (2008, s. 140) by pomáhající pracovník měl být především psychicky i fyzicky zdatný. Mezi další nároky patří inteligence, komunikativnost, důvěryhodnost a celková přitažlivost pro klienta. Mezi důležité předpoklady patří také náklonnost, především ochota a vlídnost, trpělivost a samozřejmě odbornost, kterou má pracovník disponovat, zahrnuje hlavně získané vzdělání, kurzy apod. (Kopřiva, 1997, s. 15).

Empatie je další důležitou nutností v pomáhajících profesích. Matoušek (2008, s. 55) uvádí, že jde o klíčovou dovednost, kde nedochází k identifikaci s problémy druhých ani nedochází k projekci vlastních charakteristik na druhé.

Hájek (2006, s. 63) uvádí, že v pomáhajících profesích je potřeba pracovat s emocemi, kterými si můžeme pomoci v komunikaci s klientem. Při setkání dvou lidí ovlivňuje jejich prožívání vzájemná interakce. Hájek dále popisuje vhodné postoje pomáhajícího vůči klientovi, které definoval C. R. Rogers (1957, 1967, 2000). Zdůrazňoval především:

- schopnost akceptovat individualitu každého člověka,
- věřit, že klient je schopen měnit své postoje ve zvládnání životě,
- dovednost vedoucí ke kultivaci těchto dovedností u klienta,
- terapeutické schopnosti vycházející z vlastních prožitků.

## 1.1 Zátěžové situace

Zátěžová situace vzniká z důvodu vnějšího tlaku, či ze změn dějících se uvnitř organismu. Mikšík (2009, str. 32) definuje zátěžovou situaci takto: „*Obsahuje hledisko jednoty vnějších vlivů a vnitřních podmínek: zatížen je vždy někdo či něco něčím; přitom stejné vnější okolnosti představují pro rozdílné jedince či pro téhož jedince za rozdílného psychického stavu různou kvalitu či intenzitu aktualizované psychické zátěže*“. Zátěžovou situací tedy rozumíme situaci, která se vždy týká konkrétního jedince a jeho míra pro určení závažnosti takovéto situace je u každého jedince rozdílná. Typologii zátěžových situací uvádí tabulka 1.

**Tabulka 1:** Taxonomie zátěžových situací

<b>Kontext</b>	<b>Stimulace rozvoje osobnosti</b>	<b>Dezintegroující účinky</b>
<b>Nároky na činnost a výkonnost</b>	zvyšování práce schopnosti, rozvoj dovedností, pracovních návyků, postupů, činností a interakcí, odolnosti vůči únavě a strategií zvládnání	rozvoj tendence rezignovat, lhostejný vztah k životu, úkolům a povinnostem, pocity deprese, vyčerpání a nedostatečnosti, snadná unavitelnost, nižší koncentrace na výkon
<b>problémové situace</b>	rozvoj schopností vyrovnávat se s novými situacemi, s nároky na přizpůsobivost a kreativitu	neschopnost vpravit se do vzniklé reality, rozvoj maladaptivní interakční odezvy na řešený problém
<b>Překážky v dosažení cíle</b>	rozvíjení volných vlastností a schopností aktivně se vyrovnávat s překážkami na cestě k dosažení cíle	regrese cíle směrných aktivit, spontánní uvolňování tenzí spojených s frustrací a deprivací potřeb
<b>Konfliktogenní situace</b>	rozvoj integrované struktury procesů rozhodování a jednání v ambivalentních podmínkách a situacích	aktualizace subjektivně neřešitelných nároků na rozhodnutí přijmout jednu z neslučitelných variant jednání

<b>Kontext</b>	<b>Stimulace rozvoje osobnosti</b>	<b>Dezintegrující účinky</b>
<b>Stresogenní situace</b>	rozvoj odolnosti vůči bezprostředním účinkům nových okolností na realizaci osvojených aktivit	dezintegrace psychických struktur a osvojených činností, neobvyklostí a anticipací možných důsledků chybného kroku

Zdroj: Mikšík, 2009

Kromě této obecné typologie rozlišují jiní autoři tyto zátěžové situace.

### **Frustrace**

Vágnerová (2004, s. 48-49) definuje frustraci jako situaci, kdy je člověku znemožněno uspokojit nějakou subjektivní potřebu, ačkoliv očekával, že uspokojena bude. Člověk může být frustrován jak z vnějšího prostředí, tak i z vnitřního prostředí. Nejčastější příklady vedoucí k frustraci jsou například různé překážky v zaměstnání či škole, rodinná situace nebo reakce okolí. Takováto situace vyvolává pocit zklamání. Frustrovaný člověk prožívá těžké chvíle, jelikož si připadá bezvýznamný a smutný. Frustrace může být do určité míry příznivou životní zkušeností, protože člověka nutí hledat nová řešení při zvládnutí určitého problému a pomáhá tak k rozvoji schopností jedince.

### **Konflikt**

Konflikt patří mezi běžné problémy, které člověka potkají nesčetněkrát za život. Dle Vágnerové (2004, s. 49) se konflikt stává subjektivně významným či patogenním činitelem teprve tehdy, pokud trvá dost dlouho, je závažný a pokud jej člověk není schopen sám vyřešit.

### **Trauma**

*„Psychické trauma lze definovat jako náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě. Projeví se především potížemi v emoční oblasti, traumatizovaný člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá úzkost, která je vyjádřením jeho obav do budoucnosti i smutek, jež lze chápat jako truchlení nad ztrátou něčeho důležitého“ (Vágnerová, 2004, s. 52).*

## **Krize**

Dle Vágnerové (2004, s. 53) krize vyjadřuje postoj k nezvladatelnému problému, který je pro nás aktuální. Stav krize je doprovázen negativními prožitky v citové oblasti, objevuje se zde velký pocit zoufalství, beznaděje, úzkosti a obrovského tlaku. Krize se objevuje při narušení psychické rovnováhy v důsledku vyhocené situace či při nárůstu problémů. Může být chápána jako podmět ke změně, například při přechodu jednotlivých vývojových fází. Krizi můžeme brát jako jakési upozornění na způsoby, jakými jsme reagovali doposud, nejsou efektivní a je třeba je změnit. Výsledkem takového přehodnocení by mělo být nalezení účelnějších způsobů jednání. Z tohoto pohledu vyplívá pozitivní náhled na krizovou situaci. Jedinec se díky krizi osamostatňuje a tudíž se i rozvíjí.

## **Deprivace**

*„Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu,“* (Vágnerová, 2004, s. 53). Dle Jeklové a Reitmayerové (2006, s. 11) je deprivace oproti jiným zátěžovým situacím jiná v její dlouhodobosti, například v nedostatku sociálních kontaktů. Může negativně ovlivnit budoucí vývoj jedince i jeho aktuální stav.

## **Stres**

Stres je dle Matouška (2008, s. 215) psychický stav vyvolaný vnějším faktorem (stresorem). Člověk se domnívá, že k jeho zvládnutí nemá dostatečné predispozice. Stresorem proto není sám vnější podnět, ale i domněnka člověka, že takovou situaci není schopen zvládnout. Rozlišujeme však kromě negativního stresoru i pozitivní stresor.

## **Přesycení**

Dalším typem zátěžové situace je přesycení, jež znamená nadměrné zaplavování podnětu, jedná se o opak deprivace. Přesycení je přetížení, které vede k nezájmu či aktivnímu vyhýbání strategiím, jako příklad lze uvést nadměrnou lásku k dítěti matkou (Machová, 2009, s. 125).

## **1.2 Zvládání zátěžových situací**

Coping je vědomou volbou při zvládání zátěže. Závisí na hodnocení dané situace a posouzení vlastních sil ke zvládnutí zátěže. Podstatou zvládání je stanovení určitého

cíle, který by měl být výsledkem pozitivní změny a tolerance. Jinými slovy přijímat nepříjemné situace a smířit se s nimi, pokud je nelze změnit. Psychická rovnováha by měla být zachována. Hlavní podstatou copingu je zlepšení celkové bilance člověka. Rozlišujeme dva přístupy copingu:

- Coping se zaměřením na problém: předpokládá, že jedinec je schopen zvládnout problém, který má řešení. Pokud je člověk schopen tohoto typ copingu, má předpoklad zátěž zdárně zvládnout. Patří sem např. hledání samostatného řešení problému, hledání pomoci nebo podpory (Vágnerová, 2004 s. 57).
- Coping se zaměřením na vnitřní pocity: podstatou je, smířit se s problémem, který nemá řešení. Řešení spočívá ve změně celkového pohledu na situaci problému. Naučit se žít s něčím, co nemáme šanci změnit (Vágnerová, 2004, s. 57).

Urbanovská (2012, s. 24) člení zvládací strategie na pozitivní a negativní. Apeluje, že je nutné si uvědomit, že vedle pozitivních strategií, mezi které patří například vyhledávání sociální opory či seberealizace stojí také pasivní vyhýbání se sklony k agresi, popřípadě utápění se v problému. Teprve konkrétní situace nám pomůže zjistit, zda se jedná o pozitivní či negativní strategii.

### **1.3 Salutogenetické faktory**

#### **Resilience**

Resilience je definována jako odolnost, pružnost, nezlomnost, schopnost rychlého zotavení atd. Jedná se o osobnostní předpoklady, které usnadňují vypořádání se se zátěžovou situací. Studie o resilienci ale ukazují, že člověk, který je nezdolný v pojetí resilience nemusí být nezdolný ve všech oblastech života, jeho nezdolnost se může projevat pouze v několika oblastech, nebo dokonce jen v jedné. (Křivohlavý, 2009, s. 72) Lidé s vyšší mírou odolnosti si zachovávají duševní rovnováhu a rozvíjí se. Jsou otevření novým výzvám a k problémům přistupují ofenzivně. Z nezdarů se snaží vzít si ponaučení a tolik nepodléhají svým strachům (Stock, 2010 s. 53).

#### **Hardiness**

Podstatou pojmu je otázka, proč někteří lidé, které potkalo několik životních událostí, jsou odolní vůči nemocem. Hardiness se zabývala například Kobasová, která pojem chápe jako soubor kontroly, ztotožnění se a výzvy. Lidé s vyšší úrovní hardiness se cítí

zdravější, jelikož životní situace neberou jako ohrožení, ale jako možnost osobního rozvoje a výzvy (Vašina, 1999, s. 52).

### **Locus of control**

Pojem poprvé použil v roce 1966 psycholog J. B. Rotter. V českém překladu znamená umístění vlivu a dělí se na „vnitřní“ a „vnější“. Podstatou je přesvědčení jedince o tom, zda může nebo nemůže ovlivnit důsledky svých činů (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 288 – 289).

### **Self – efficacy**

Pojem zveřejnil v roce 1977 Albert Bandura. Autoři se ve většině případů shodují a označují pojem jednoduše jako „kompetence“. Jedná se o schopnost, kterou je jedinec schopen odhadnout k tomu, aby zvládl daný úkol (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 289 – 290).

### **Sociální opora**

Důraz sociální opory je postaven na strategiích zvládnání zátěže jedince a pomoci druhých lidí. Sociální opora se hledá podle subjektivní interpretace distresu, zhodnocení závažnosti stresoru a podle vlastních zvládacích kapacit (Mareš, 2001, s. 13). „ *Sociální opora je souhrn vyjádření pro informace nebo aktuální jednání, které vede k přesvědčení, že si ho ostatní lidé váží, stojí o něj a v případě potřeby jsou ochotni mu poskytnout pomoc a péči*“ (Machová a kol., 2009, s. 124). Mareš (2008, s. 22) se shoduje a dodává, že termín se v dnešní době ustálil ve významu sociálního zabezpečení, má tedy význam sociální výpomoci a sociálních dávek. Znamená tedy především poskytování financí, které se posuzují podle legislativně stanovených kritérií.

Celkově se jedná o soubor protektivních faktorů, které jsou u každého jedince vyvinuty jinak. Obecně se jedná o tzv. frustrační toleranci. Z tohoto hlediska je důležité například:

- Hodnocení a interpretace jedince.
- Emoční stránka.
- Schopnost udržet kontrolu nad situací.
- Flexibilita nad nepříjemnými zážitky.
- Schopnost využívat pozitivní podněty (Vágnerová, 2004, s. 54 – 55).



## **2 Charakteristiky výkonu pomáhající profese**

Situace, se kterými se v životě setkává každý jedinec, jsou mnohdy těžké. Každý z nás čelí několika náročným životním situacím. Pracovníci v pomáhajících profesích jsou těmto situacím vystavováni při práci s klienty téměř každodenně. Náročné této profese s sebou nese velkou časovou náročnost a trpělivost. Pracovníci, kteří dlouhodobě čelí vysokým pracovním nárokům, se mohou dostat do situací, jež vyvolávají stres. Následkem působení dlouhodobého stresu a psychického vyčerpání, může dojít k syndromu vyhoření.

### **2.1 Psychosociální stres**

Stresem v dnešní době prochází většina lidí. Díky dnešní uspěchané době se lidé dostávají do stresových situací prakticky každý den. Stres se tudíž stává běžně užívaným pojmem. Stresovou situaci vyvolávají životní změny. První zdroj stresu nacházíme ve fyzice, z výzkumu hmoty a vztahuje se k tlaku, kterému je daná hmota vystavena. Stresem se jako první zabýval Hans Selye, který byl maďarským profesorem medicíny, přenesl tento pojem na člověka (Brockert, 1993, s. 7). Dalšími autory zabývající se stresem jsou např. I. P. Pavlov, Claude Bernadr nebo Walter Bradford Cannon (Paulík, 2010, s. 44).

Stres bývá nejčastěji definován jako zatížení organismu různými stresory, které člověka pobízí k útěku nebo útoku. Stres má za úlohu ochraňovat náš organismus, spočívá v upozornění těla na mobilizaci energie pro akci. Díky tomu dochází k uvolnění adrenalinu a nonadrenalinu do krve a dochází k zúžení cév. Dříve stresové reakce chránili v nebezpečí ohrožující náš život, dnes se však jedná spíše o ohrožení psychologické (Praško, Pešek, 2016, s. 12).

#### **Distres a eustres**

Stres se dostaví tehdy, když člověka potká událost, již vnímá jako ohrožení své tělesné i duševní pohody. Negativní stres se nazývá distres a pozitivní eustres (Machová a kol., 2009 s. 126).

Distres – dochází k němu, pokud máme pocit, že nejsme schopni vlastními silami zvládnout ohrožující situaci (Křivohlavý, 2009 s. 171).

Eustres – dochází k němu, pokud zažíváme nějakou radostnou situaci (výhra v leterii) nebo pokud se jedná o zvládání situace při kterých člověk „roste“ jejím zvládnutím (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 240).

## **Stresory**

Mezi nejčastější stresory dle Machové (2009, s. 126) patří:

- přetížení množstvím práce – množství práce je vyšší, než čas, za který je schopen práci vykonat,
- časový stres – míra časového tlaku na člověka,
- neúměrně velká odpovědnost,
- nevyjasnění pravomocí – nejasně stanovené úkoly, limity a hranice,
- vysilující snaha o kariéru – ambice a nesplněná očekávání,
- kontakt s lidmi – nepřátelské vztahy, styk ale i izolace od druhých lidí,
- nezaměstnanost,
- hluk – i zvuk, který osoba nerada poslouchá,
- spánek – nedostatek, ale i stres vedoucí k problémům s nespavostí,
- vztahy mezi lidmi – těžkosti se styku hlavně v zaměstnání a v rodině,
- negativní sociální jevy – obavy z kriminality,
- nesvoboda a pocit bezmoci,
- dlouhodobá napětí – manželská krize, nedostatek peněz, starosti s dětmi atd.,
- omezený prostor – velké množství lidí v omezeném prostoru, nedostatek osobního prostoru.

Stresory můžeme dělit na reálné (aktuálně působící v životě člověka) a potenciální (situační aspekty, které mohou dosažením intenzity, dlouhodobosti, nahromaděním povinností atd. vyústit v stres). Zda se potenciální stres stane reálným, rozhodují určité faktory. Mezi ně patří např. individuální osobnostní charakteristiky, které působí na hodnocení zátěže (intelekt, pracovní kapacita, neuroticismus atd.), způsob vyrovnání se zátěží (coping, obranné reakce), nepříznivé životní situace (jejich přítomnost, nepřítomnost, drobné denní nepříjemnosti (daily hassles), dosavadní zkušenosti jedince se stresem nebo sociální opora (Paulík, 2010, s. 42 – 43).

V odborné literatuře se shodně rozlišují další stresory:

- vztahové: vážné neshody s partnerem a dětmi obtížně vychovatelnými, pracovní zátěž, časová tíseň v plnění úkolů, špatné pracovní podmínky a strach z nezaměstnanosti,
- zdravotní: negativní důsledky úrazů, závažná onemocnění, neschopnost postarat se sám o sebe a s tím spojené odkázání na pomoc druhých,
- nárokové: špatné podmínky pro bydlení, nedostatek příležitostí k zábavě a volného času, nedostatek financí (Nakonečný, 2004, s. 259).

Jak bude jedinec reagovat na stresové podněty, značně závisí na individuálním posouzení té dané situace. Stres vzniká, jakmile bude jedinec stresory vnímat jako ohrožující faktor nebo že si s danou situací neporadí, nezvládne ji. V tuto chvíli vzniká zátěžová situace a až následně vznikne samotný stres. Záleží na každém jedinci, jak na danou situaci zareaguje, zda v něm vyvolá stres či nikoli (Stock, 2010, s. 17).

### **Příznaky stresu**

Křivohlavý (2009, s. 181) rozlišuje příznaky stresu na fyziologické, emocionální a behaviorální. Příklady projevů stresu:

#### **Fyziologické**

- Bušení srdce
- Bolest a svírání hrudní kosti
- Křečovitost břicha
- Nucení na moč
- Migréna
- Vyrážka na obličeji

#### **Emocionální**

- Změny nálad
- Trápení se věcmi, které nejsou důležité
- Pocity únavy
- Obtížné soustředění

#### **Behaviorální**

- Nerozhodnost
- Absence v práci

- Zvýšený počet vykouřených cigaret u kuřáků
- Ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání

Mezi nejstarší způsoby vyrovnávání se se stresem patří útok nebo útek. Útek nemusí vždy nutně znamenat vzdálení se z nebezpečného místa, ale také stáhnutí se do sebe, rezignování v komunikaci. Někteří se snaží o celkový únik před nezvladatelnou situací četbou knih, sledováním filmů, alkoholu a jiných závislostí, ale také únikem do nemoci. Útok není pouze fyzické napadení či odstranění toho, co nás ohrožuje prostřednictvím násilí. Útok znamená také ironizování, pomluvu nebo agresivní vypořádání se s problémem na úrovni fantazie (Machová a kol., 2009, s. 128).

Dalo by se říci, že útok je aktivní obrana, tedy tendence s nepříznivou situací bojovat. Můžeme sem zařadit i verbální a neverbální projevy násilí vůči ostatním i sobě. Projevy agrese lze rozdělit na negativní a pozitivní. Mezi negativní patří sebevražedné tendence, poručování sociálních norem, obviňování jiných lidí či sebeobviňování. Dispozice k takovému chování jsou vrozené, geneticky podmíněné a mohou být i výsledkem naučeného chování. Agresivita však není vždy brána negativně. Pozitivní charakter agrese může být spjat se sebeprosazováním. Únikem by se dal charakterizovat jako útek ze zdánlivě neřešitelné situace. Projevem může být přenesení vlastní odpovědnosti na druhého člověka, rezignaci nebo faktický útok. Svými projevy je únik protipólem k útoku či agresi (Vágnerová, 2004, s. 56-57).

Nejjednodušší rozlišení reakce na stresové situace na psychické a fyziologické. Psychické reakce, především emočního rázu se pohybují v rozmezí od veselé nálady (člověk se realizuje a roste prostřednictvím zvládnání stresových situací, které je schopen zvládnout) až po úzkost, deprese atd. Dle Machové a kol. jsou následovně rozděleny psychické a fyziologické reakce na stres.

#### **Psychické reakce na stres:**

- **Úzkost**, což jsou nepříjemné pocity sklíčení, u lidí, kteří prožili nešťastnou událost typu znásilnění, únos, atd. se může rozvinout tzv. posttraumatická stresová porucha, která se může vyvinout ihned po katastrofě, ale i několik týdnů, měsíců či dokonce několik let poté a je doprovázena např. nezájmem o své okolí, o aktivity, které člověka dříve naplňovali nebo poruchou spánku.
- **Vztek a agrese**, typické pro tuto formu reakce na stres je, že osoba neví, na koho nebo co má zaútočit a hledá objekt, na kterém by si vztek vybil, jinou

formou agrese jsou výhrůžky, jízlivost, ironie, člověk může agresi rozvíjet i proti vlastní osobě – autoagrese.

- **Apatie a deprese**, apatie znamená opak aktivní agrese, čili uzavírání se do sebe, jestliže je stres dlouhodobý, apatie může přerůst v depresi, avšak lidé reagují různě a může se tedy stát, že někteří se stanou vůči situaci bezmocní a jiný naopak takovou situaci berou jako výzvu.
- **Oslabení kognitivních funkcí**, stresory, kterým čelíme, nás oslabují v mnoha směrech, oslabení kognitivních funkcí se především projevuje zhoršením soustředění a potížemi logického uvažování, mezi další projevy patří negativní tok myšlenek.

### **Fyziologické reakce na stres:**

- Uvolňování zásoby cukru z jater
- Zvýšený tělesný metabolismus
- Zvýšená srdeční, krevní, dechová a svalová frekvence
- Činnosti organismu, které nejsou nezbytné, se snižují (př. trávení)
- Vysychání slin a hlenu
- Zúžení krevních vlásečnic
- Vylučování více červených krvinek
- Vytváření více bílých krvinek (Machová a kol., 2009, s. 128 – 131)

Tyto fyziologické změny popsal Hans Selye jako součást tzv. **obecného adaptačního syndromu (GAS)**. Jde o jakousi reakci organismu na stres. Syndrom se projevuje ve třech fázích: poplachová, rezistence a vyčerpání (Machová a kol., 2009, s. 128 – 131).

1. **Fáze poplachová** - příprava na útěk nebo útok, dochází k napínání svalů, změně dýchání, zhoršení nebo zástava trávení, oslabení imunity, snížení soustředěnosti i paměti, ale také dochází k hormonálním změnám.
2. **Fáze resistance** - zotavení těla i psychiky po úspěšném zdolání problému vzniklého díky stresu, dochází ke zklidnění dýchání i ostatních tělesných funkcí, snižují se stresové hormony, nutností je dopřát si čas na znovuzískání sil, jelikož ihned po odeznění stresu se většinou dostavuje únava.
3. **Fáze vyčerpání** - v této fázi se hovoří také o syndromu vyhoření. Nejčastějšími projevy jsou pozice smutku, úzkosti, oslabení imunity, neschopnost pracovat,

mezilidských vztahů atd., ať už v důsledku dlouhodobého stresu nebo pokud se krátce po sobě objevilo několik stresujících událostí (Nešpor, 2013, s. 14).

### **Měření stresu**

Metody celkově můžeme rozdělit do čtyř skupin:

- poznatky o fyziologických a biochemických příznacích stresu,
- dotazníky na psychologickou charakteristiku příznaku stresu,
- dotazníky na těžké životní události,
- dotazníky na každodenní starosti.

Na měření stresu se používají fyziologické a psychologické metody. Mezi ty fyziologické zahrnujeme měření katecholaminů v moči, endokrinologické zjišťování přítomnosti stresu. Autory těchto teorií jsou Cannon a Ganong. Tyto metody se provádějí v laboratořích, a proto je psychologové téměř nepoužívají. Psychologickými metodami zjišťujeme přítomnost stresu pozorováním. Je zde mnoho takových metod, které lze použít. Tyto metody nejsou formou standardizovaných dotazníků a setkáváme se s nimi jen při screeningu (Křivohlavý, 2009 s. 179 – 183).

## **2.2 Osobnostní charakteristiky a stres**

Většina autorů se shoduje v tom, že každý jedinec se vyrovnává se zátěžovou situací či nemocí také podle toho, jakým typem osobnosti je. Typ osobnosti rozdělují podle typu chování.

### **Typ chování A**

Studiem tohoto typu se zabývali Rosenman a Friedman (1974), zabývali se lidmi s kardiovaskulárními potížemi, u nichž si všimli společných osobnostních charakteristik. Typické pro ně byla soutěživost, soupeřivost až rivalita, agresivita, nenávisť, závist. Právě tito lidé pracovali v neustálém časovém stresu. Charakteristické pro ně je hlasitá mluva doprovázená výraznými gesty. Je zde nutná mimořádná péče a výchova směřující k efektivnějšímu zvládnutí těžkostí. (Křivohlavý, 2009, s. 80) Tento typ je jakýsi „coping“ v udržení výkonnosti. Osoby s tímto typem si zvyknou na jakési vysoké aktivizační tempo a jeho zpomalení berou jako něco nepřirozeného. I v osobním životě se snaží být detailními plánovači aktivit, určují přesné termíny atd. První metodou pro zjištění typu A byl řízený rozhovor zaměřující se na reakce v situacích vyvolávajících netrpělivost, soutěživost a hostilitu. Další formou je sebehodnotící

dotazník JAS (Jenkins activity survey) obsahující 52 otázek (Vašina, 1999, s. 44). Stock (2010, s. 42) dodává, že typické chování v podobě spěchu, vznětlivosti a soutěživosti jsou typické pro tzv. workoholiky, tedy osoby závislé na práci.

### **Typ chování B**

Tímto typem se rovněž zabývali Rosenman a Friedman. Typ B vyhodnotili jako protipól typu A jelikož vykazoval opačné charakteristiky (Křivohlavý, 2009, s. 81). Osoby s tímto typem jsou klidné, spokojené a dopřávají si relaxaci. Vyložené úsilí při snažení je pro ně spíše uklidňující, než u osob s typem A, pro které je snažení spíše poháněcí motor (Vašina, 1999, s. 44). Stock (2010, s. 43) charakterizuje typ B jako osoby s nižší mírou nepřátelského chování a soutěživosti a jako osoby s vyšší mírou trpělivosti a klidem. Nicméně pokud uvolněný přístup trvá delší dobu, vede ke snížení efektivity v zaměstnání. V extrémním případě dochází k dlouhodobé nespokojenosti v pracovním i osobním životě, avšak nejedná se o vyhoření.

### **Typ chování C**

Osobnosti se společnými charakteristikami pracovali také Morris, Greer, i oni si všimli pacientů na onkologických odděleních vykazujících stejné charakteristiky. Mezi ty hlavní patří dobrá spolupráce s druhými, snaží se jim pomáhat, jsou bez vysokých nároků a sami sebe málokdy dostávají do konfliktů. Do určité míry jsou protikladem typu A. Mají však i další specifika, potlačování negativních pocitů (zvláště zlost a agresi), s výraznějšími H-H symptomy (bezmoc a beznaděj). Specifický je u nich též způsob vypořádávání se s těžkostmi, zejména vzdávání bez boje. Stejně jako typ A potřebují mimořádnou péči a výchovu ke zvládnání, než ta, kterou preferovali doposud (Křivohlavý, 2009, s. 81).

### **Typ chování D**

Lidé tohoto typu prožívají více ztrát než druzí, jedná se o tzv. „depressivní osobnost“. Charakteristické pro tento typ je porucha sebehodnocení, nedostatečná pružnost a snížená schopnost zvládat zátěž (Baštecká, Goldman, 2001, s. 266).

### **Sence of coherence (SOC)**

Sence of coherence má svůj zdroj v salutogenezi a „představuje dlouhodobou osobní orientaci příznačnou pohledem na svět jako na smysluplný vnitřně soudržný celek,, (Paulík, 2012, s. 31). Pojem vychází od psychologa Aarona Antonovského v polovině

osmdesátých let. Zaměřil se na Židy, co přežili holocaust. Cílem jeho výzkumu bylo zjistit, co ve chvílích největšího stresu lidem pomohlo zvládnout tento extrémní stres. Na základě zjištění definovat tzv. koherenci – smysl pro integritu, která se skládá se tři částí (Křivohlavý, 2009, s. 72).

- 1. Srozumitelnost** - jde o kognitivní stránku ve smyslu chápání světa jako logického. Skládá se ze dvou pólů. *Kladný pól*, kde osoba vidí úsek, ale také celkový obraz světa, který je pro ni udržitelný, trvalý, pevný a do budoucna spolehlivý. Existenci světa chápe jako řád a pořádek. *Negativní pól*, kde je svět danou osobou chápán jako chaotický, bez řádu a pravidel, nic pro ni ve světě není pevné a spolehlivé, těžko se orientuje (Křivohlavý, 2009, s. 73).
- 2. Smysluplnost** - Podstatou je zaměření na motivaci k cíli. Situace, v níž se daná osoba nachází je buď smysluplná, nebo nesmyslná. *Kladný pól*, kde si je člověk jistý, že situaci zvládne vynaložením vlastního úsilí. Problémy při cestě ke stanovenému cíli bere jako výzvy, šanci projevit iniciativu a těší se na uznání druhých lidí. *Negativní pól* je charakterizován odcizením člověka mimo sociální dění a citovou neangažovaností, komunikace s druhými se pro něho stává obtížným a snaží se jí vyhýbat (Křivohlavý, 2009, s. 73).
- 3. Zvládnutelnost** - Činnostní stránka daná souborem percepce možností, které má dané osoba k dispozici, aby zvládla požadavky, které jsou na ni kladeny. *Kladný pól*, podstatou je povědomí o vlastní kompetenci doplněnou o možnosti a síly lidí kolem zdárně vyřešit danou situaci. *Záporný pól* má podstatu v tom, že osoba takto orientovaná je v bezvýhodné situaci zvládnou situaci vlastními silami i s okolními prostředky. Důsledkem toho se dostává do deprese, úzkostných stavů a strachu (Křivohlavý, 2009, s. 74).

Člověk s nízkou úrovní SOC trpí úzkostmi, depresí, obavami se selhání, omezeností sociálních vztahů a pocitu vlastní nedůležitosti. K těmto stavům dochází díky pocitům bez řádovosti v životě, ničemu nevěří a na nic se nespolehá. Žije ve světě plném chaosu (Paulík, 2012, s. 32).

### **Prevence stresu a zvládání stresu**

Zcela vyhnout se stresu není v lidském světě možné, dokonce to není ani vhodné, jelikož stres má mimo negativních účinků na naši psychiku také nějaké pozitivní. Jako příklad pozitivního účinku stresu je osobnostní rozvoj. Dle Paulíka (2010, s. 198) by se



s prevencí stresu mělo začínat už od narození, a to v rodině. Především v opatřeních, které zajišťují jednotlivé funkce rodiny. U dětí lze snižovat nežádoucí stresory např. životosprávou, důležité je také budování sociální opory ať už s rodinou nebo přáteli. Jako prevenci stresu u dospělého člověka Paulík (2010, s. 198) uvádí:

- důvěra v uspořádané prostředí,
- přesvědčení o zvládnutelné pracovní situaci,
- důvěra ve vlastní dispoziční výbavu (sebedůvěra, zvládnání požadavků),
- brát úkoly jako výzvu,
- zaujetí pro práci,
- pozitivní prožitky a emoce,
- hledání pozitiv i u nepříjemností,
- humor.

Kebza a Šolcová (2003, s. 20) apelují, že při hodnocení stresogenních situací, je za potřebí, řídit se určitými zásadami:

- otevřenost vůči okolnostem a zájem o okolí, spolu se snahou chápat události jako smysluplné,
- neobávat se změn, chápat a přijímat je jako běžnou a přirozenou věc, ideálně brát je jako příležitost,
- při stresových situacích aktivně hledat způsoby a řešení dané situace,
- počítat s nevyhnutelností stresových situací, neboť jsou v dnešní době nevyhnutelným,
- umění izolace (např. pracovní stres oddělit od domácího života),
- udržovat vztahy s ostatními a vytváření harmonických vztahů ve svém okolí (např. rodina, přátelé),
- aktivní přístup k životu (např. spánek, životospráva, pohyb).

V obecné rovině lze říci, že pokud je situace brána jedincem jako ztráta než jako přínos, lze předpokládat, že dopad bude stresující. Snižováním prožívání stresu lze předejít, pokud se vyhneme jejího vztahování k vlastní osobě. Rozhodujícím faktorem při řešení náročných životních situací je náš vlastní aktivní přístup k životu (Kebza, Šolcová, 2003, s. 20).

### 2.3 Multikauzální etiologie syndromu vyhoření

Pojem poprvé použil Herbert J. Freudenberger. Pro syndrom vyhoření se často používá anglický název „burnout syndrom“. Jedná se o stav celkového vyčerpání, kterým se psychologové a lékaři začali zajímat od 70. let 20. století. Existuje několik definic syndromu vyhoření, všechny se ale shodují v tom, že jde o psychický stav vyčerpání a snížení pracovní výkonnosti z důvodu dlouhodobého a intenzivního stresu. Specifický je u osob, jejichž povolání spočívá v práci s lidmi (Pešek, Praško, 2016, s. 16).

Křivohlavý (1998, s. 10) dále doplňuje další společné znaky definic syndromu vyhoření, mezi které patří např. přítomnost negativních emocí (př. deprese, úzkosti), negativně vytvořené postoje k práci nebo to, že syndrom vyhoření nemá nic společného s psychickou patologií, neboť se vyskytuje u jinak psychicky zdravých lidí.

Bartošíková (2006, s. 20) definuje syndrom vyhoření jako nežádoucí jev, který se objevuje v pomáhajících profesích a je charakterizován vysokou pracovní náročností, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy i neadekvátním ohodnocením.

Dle Křivohlavého (1998, s. 15 - 16) se příznaky syndromu vyhoření objevují především u osob, které například:

- na sebe neustále kladou vysoké požadavky (př. práce, studium),
- pracují nad úroveň své kapacity,
- které byli dříve nejvýkonnější a nejproduktivnější,
- nejsou schopni odpočinku,
- mají dlouhodobé konflikty v mezilidských vztazích,
- pracují s lidmi,
- mají tzv. A typ osobnosti.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) syndrom vyhoření nediagnosticskuje jako samostatnou nemoc. Je uveden jako faktor ovlivňující zdravotní stav v kategorii Z 73.0 jako „vyhasnutí“ a definicí „stav životního vyčerpání“. O syndromu vyhoření se mluví jako o depresi, reakci na vážný stres a poruchu adaptace (Praško, Pešek, 2016, s. 21).

Typickými projevy syndromu vyhoření dle Matouška (2008, s. 56) jsou:

- snaha vyhýbat se delším kontaktům s klientem a neangažovanost v jejich případě,

- ztráta citlivosti ke klientům,
- vynakládání minimální energie v práci,
- preferování administrativy před přímým kontaktem s klientem,
- důraz na formálnost a zavedená pravidla v zaměstnání,
- skepse vůči klientům i účinnosti v jejich pomoci,
- časté výmluvy na pracovní neschopnost a pocit vyčerpání,
- konflikty a omezená komunikace s kolegy.

Křivohlavý (1998, s. 23) dále uvádí profese, které jsou nejvíce ohrožené syndromem vyhoření:

- osoby pracující ve zdravotnictví (lékaři, zdravotní sestry, dentisté apod.),
- psychologové, psychoterapeuti a psychiatři,
- sociální pracovníci a poradci,
- pedagogové obecně,
- policisté a pracovníci nápravných zařízení,
- žurnalisté a politici,
- sportovci,
- duchovní,
- vedoucí pracovníci a pracovníci v organizačních věcech,
- administrátoři a právníci,
- pracovníci v letecké dopravě,
- podnikatelé, manažeři a obchodníci.

### **Rizikové a protektivní faktory syndromu vyhoření**

Na vznik syndromu vyhoření mají vliv různé faktory, které označujeme jako rizikové. Pešek a Praško (2016, s. 18) ve své knize takové faktory definují jako rizikové a dělí je na osobnostní, pracovní sféru a mimopracovní sféru.

- Osobnostní: např. nízké sebevědomí, perfekcionismus, stresující myšlenky, nadměrná empatie apod.
- Pracovní: např. vysoké požadavky, nadměrné množství práce, nízká samostatnost apod.
- Mimopracovní: např. nechápavý partner, nedostatek hlubších přátelských vztahů, nedostatek tělesného pohybu apod.

Protektivní faktory dle Kebzy a Šolcové (2003, s. 16):

- Osobnost typu B (asertivita)
- Schopnost relaxace
- Time-management (umění nakládat s časem, aby nás nedostal do stresu)
- Odolnost ve smyslu hardiness nebo koherence
- Self-efficacy (víra ve své schopnosti)
- Optimismus
- Sociální opora
- „well-being“ (životní pohoda a spokojenost)

### **Fáze syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření nevzniká během pár dnů, jeho proces je dlouhodobý a individuální, často uvádí v pěti fázích (Pešek, Praško, 2016, s. 19). Peterková (Syndrom vyhoření, 2008) dále podrobněji popisuje fáze vyhoření podle Edelwiche a Brodskyho:

- 1. Fáze nadšení:** pracovník má velká očekávání, vyzařuje z něj elán a pocit naplnění prací.
- 2. Fáze stagnace:** ústup počátečního nadšení z práce, pracovník přestává vyvíjet úsilí prací.
- 3. Fáze frustrace:** otázky nad smyslem práce, neboť se pracovník začal setkávat s překážkami a nespolutracujícími klienty.
- 4. Fáze apatie:** nastává po dlouhodobější frustraci. Často se vyskytuje tzv. H-H syndrom (bezmocnost, beznaděj). Pracovník není plně oddán své práci a bere ji jen jako zdroj příjmu. Odmítá jakékoli aktivity navíc (např. komunikaci s klienty a kolegy, učení se novému v oblasti práce).
- 5. Fáze vyhoření:** emocionální vyčerpání (pocit ztráty sebe sama, smyslu života a další charakteristiky význačné pro syndrom vyhoření).

### **Deprese a syndrom vyhoření**

Depresivní porucha je charakterizována především prožitky smutku, ztrátou sebedůvěry, neschopností se soustředit a celkových zpomalením tempa. Depresi dále doprovázejí výčitky, vnitřní neklid. Deprese je rovněž charakterizována určitými tělesnými příznaky, mezi které patří zejména třes, pocení, zácpa, bolesti hlavy a zad (Praško a kol., 1997, s. 12). Křivohlavý (2012) upozorňuje na úzký vztah mezi depresí

a syndromem vyhoření. Dodává, že jedním z vedlejších příznaků syndromu vyhoření může být právě deprese. Může se však vyskytnout zcela nezávisle na něm. Rozdíl mezi depresí a syndromem vyhoření je takový, že syndrom vyhoření nelze léčit farmakologicky.

### **Prevence a léčba syndromu vyhoření**

Preventivní aktivity se nejlépe už v počáteční fázi, kdy je nutnost zvýšené péče o svou osobu, jako například spánek, zdravý životní styl, tělesná aktivita, správná životospráva a také udržování mezilidských vztahů. Pokud jedinec ignoruje počáteční signály syndromu vyhoření je ideální návštěva odborníka (Kallwass, 2007, s. 10).

Kebza a Šolcová (2003, s. 19) uvádějí, že prevenci syndromu vyhoření je možno provádět na dvou úrovních. První úroveň na straně jedince, především tím, pokud je schopen osvojit si základní postupy při hodnocení stresových situací a celkovou strategii zvládnání stresu. Druhou možností, jak se dá prevence provádět je v rámci podniku, hlavně změnou organizace a kultury. Hlavní náplní programů v rámci prevence syndromu vyhoření jsou různé výcviky v profesních dovednostech, pracovní poradenství, týmová spolupráce nebo programy na rozvoj osobnosti.

Speciální metodou v rámci prevence syndromu vyhoření je supervize. Jedná se o metodu, která pracovníkovi umožňuje reflexi vlastního jednání na úrovni profese. Jde o akt, který většinou provádí vedoucí organizace. Cílem supervize je působit na odborný i osobní rozvoj zaměstnanců. Supervizor má několik úkolů, které mezi které patří především povzbuzení profesní sebedůvěry, pomoci reflektovat vnitřní prožívání, odhalení situace, ve kterých si pracovník neví rady či předat vlastní teoretické poznatky. Důležitým bodem je odhalení emocí a pocitů, které mohou ovlivňovat práci s klienty. Výstupem supervize je poskytnutí zpětné vazby (Bednářová, Pelech, 2003, s. 68 – 71).

Matoušek (2008, s. 58) uvádí prevenci syndromu vyhoření v následujících bodech:

- kvalitní přípravu na profesi výcvikem (potřebný především sociálních dovedností),
- délka praxe s klientelou, se kterou se bude pracovník setkávat v budoucím zaměstnání,
- definování organizace a pracovních metod pro budoucího zaměstnance, seznámení s rolí pracovníka a náplní jeho práce,

- využití profesionálního poradenství ve vlastní či cizí instituci poskytovaným zkušeným odborníkem,
- programy osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání ze strany organizace,
- supervize, která je prováděná průběžně,
- konference v organizaci popřípadě s dalšími podobnými institucemi,
- omezení počtu případů na jednoho zaměstnance,
- nasazení více pracovníků na jeden složitý případ,
- organizování programů na „odreagování“ zaměstnanců (např. pobyt v přírodě),
- omezení administrativní práce spojené se zátěží na pracovníka,
- snížení pracovního úvazku,
- kombinace přímé a nepřímé práce s klienty.

Autoři publikace *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby* shodně uvádějí nezbytnosti, které je při léčbě syndrom vyhoření dodržovat. Patří mezi ně zejména určitý odstup od klientů, který je nutný pro oddělení pracovního a soukromého života, dále je velice důležitá také schopnost naučit se hovořit o svých pocitech a s tím souvisí udržení kontaktu s okolím. V neposlední řadě je žádoucí počítat s možnými stresujícími událostmi předem a vyvarovat se tím tak prvotnímu šoku a zoufalství z určité náročné situace (Ptáček, Čeledová, 2011, s. 41).

### **3 Vybrané faktory syndromu vyhoření u pomáhajících profesí**

Pracovníci v pomáhajících profesích se často potýkají s problémy týkajícími se duševního zdraví. Jelikož náplní jejich práce bývá především přímý kontakt s druhými lidmi, klienty, je jejich práce náročná především po psychické stránce, problémy se však mohou objevit i po stránce fyzické. Mezi nejčastější problémy vyplývající právě z pomáhající profese bývá uváděn především stres, dále to je deprese či syndrom vyhoření.

#### **3.1 Cíl výzkumného šetření a stanovení hypotéz**

Empirická část práce mapuje možné psychické a zdravotní důsledky výkonu profese u pomáhajících. Cílem výzkumného šetření je analyzovat vztahy mezi smyslem pro soudržnost, deprezi, chronickým stresem a syndromem vyhoření.

Po prostudování dostupné literatury bylo stanoveno osm hypotéz. Gavora (2010) definuje hypotézu jako vztah mezi dvěma proměnnými. Dále dodává, že již zmíněné proměnné se musí dát vědecky ověřovat. „*Na základě výsledků ověřování hypotéz vyslovujeme závěry, ke kterým výzkum dospěl*“ (Chrásková, 2016, s. 16). Hendl (2005, s. 40) definuje hypotézu jako predikci, odhad, který za určitých podmínek existuje v reálném světě.

Stanovené hypotézy pro výzkumné šetření:

H1: Vyšší hodnoty SOC souvisejí s méně závažnými symptomy vyhoření.

H2: Vyšší hodnoty SOC souvisejí s vyšší subjektivní pohodou.

H3: Délka výkonu profese souvisí se závažnějšími projevy vyhoření.

H4: Více jak 25 % respondentů bude vykazovat příznaky deprese.

H5: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyšší intenzitou vnímaného stresu.

H6: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s nižší spokojeností se zdravím.

H7: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s nižší možností odpočívat.

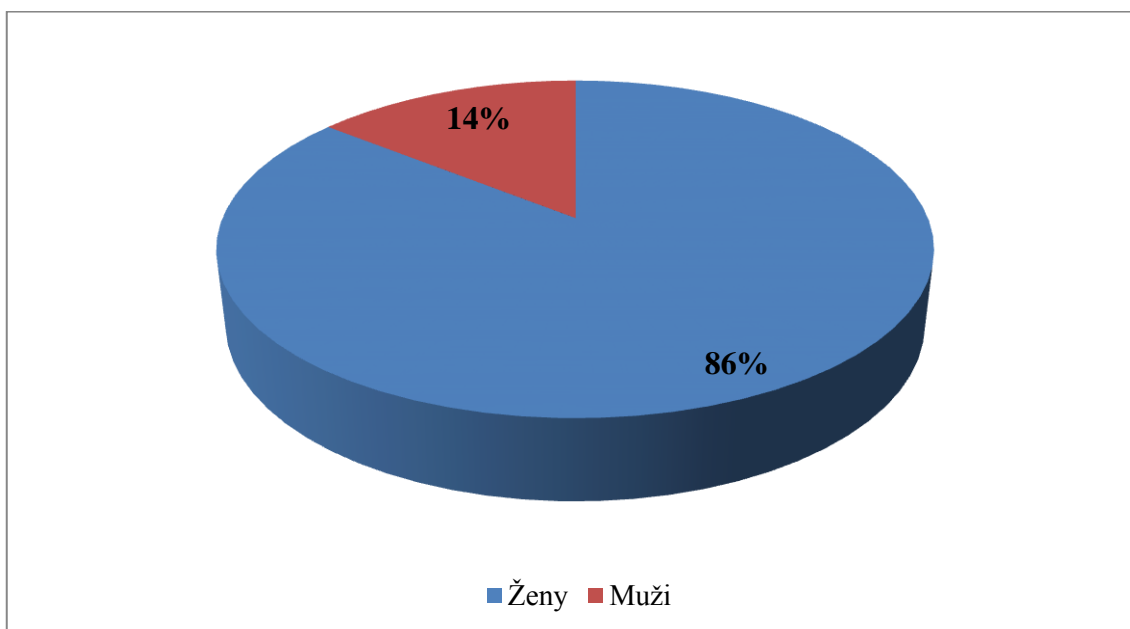
H8: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s méně důsledným preventivním chováním.

#### **3.2 Výzkumný soubor a procedura**

Výzkumný soubor je tvořen pracovníky v pomáhajících profesích na území Královéhradeckého kraje. Výzkumný soubor tvořili jak ženy, tak muži pracující

v pomáhající sféře. Obálky s dotazníky byly osobně rozdány v tištěné formě celkem 100 respondentům na základě dostupnosti a vstřícnosti oslovených jednotlivců. Sběr dat se uskutečňoval v rozmezí od října 2019 do března 2020. Jednotlivá obálka obsahovala celkem tři druhy dotazníků, a to Sebeuposuzující stupnici deprese – SDS, Dotazník nezdolnosti SOC (29), Stress Profile a dotazník Shiromovy a Melamedovy škály vyhoření. Výzkumné šetření obsahovalo také dvě otevřené otázky, které byly primárně zaměřeny na zjištění rizika syndromu vyhoření u jednotlivých respondentů. Respondenti dotazníky vyplňovali na anonymní úrovni. Nutné bylo vyplnit pouze věk, pohlaví a délku praxe v oboru. Celková návratnost bylo 70 dotazníkových obálek, tedy 70 %.

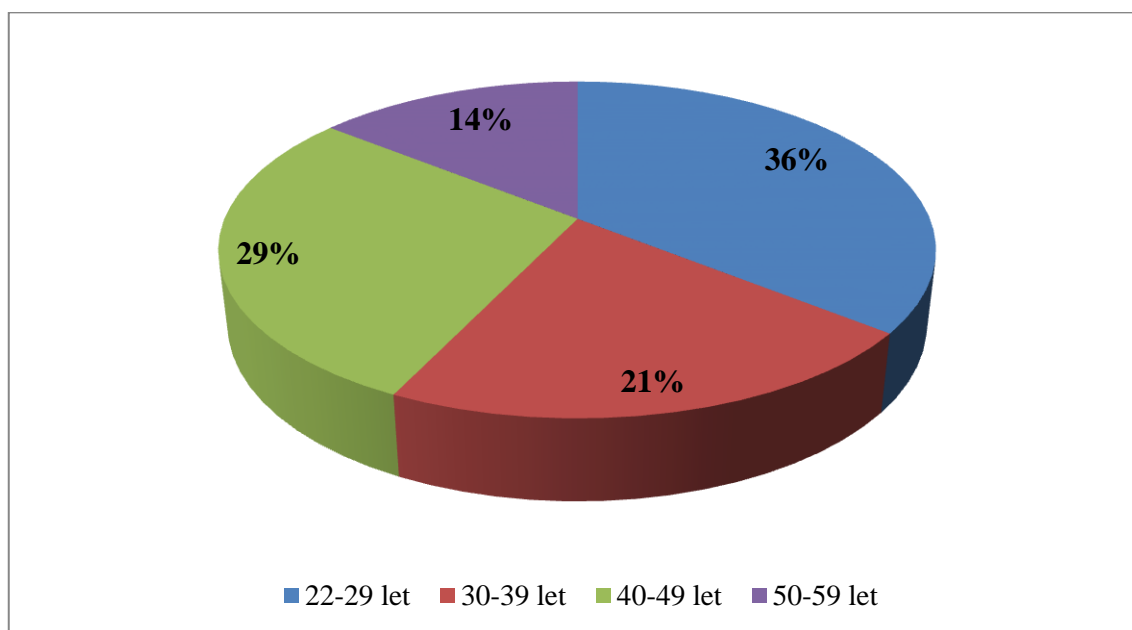
**Graf 1:** Struktura respondentů dle pohlaví



Výzkumného šetření se zúčastnili ženy i muži. Dotazníky vyplnilo celkem 70 respondentů. Výzkumný soubor tvoří 60 žen a 10 mužů. Procentuální vyjádření činí 86 % žen a 14 % mužů. Z grafu lze odvodit, že v pomáhajících profesích je zaměstnán větší podíl žen než mužů.

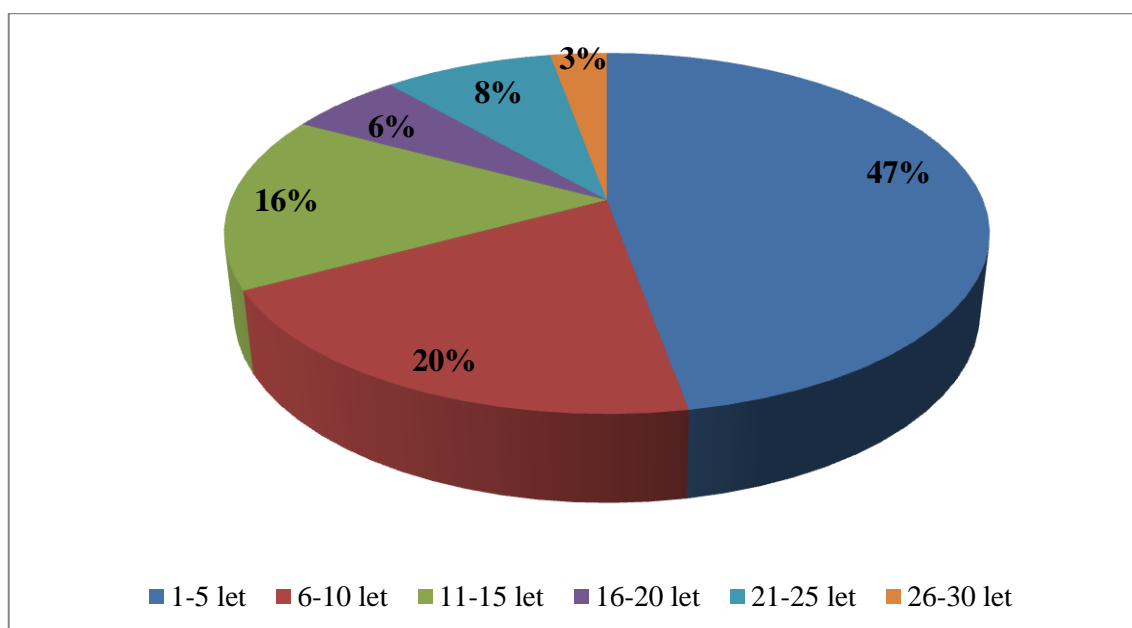


**Graf 2:** Struktura respondentů dle věkové kategorie



Respondenti v dotazníkovém šetření uváděli svůj věk. Věková hranice 22-29 je zastoupena 25 pracovníky (36 %). Věkovou hranici 30-39 let představuje 15 respondentů (21 %). Druhou nejpočetnější věkovou skupinu v pomáhajících profesích představují respondenti ve věku 49-49 let, činí jich celkem 20 (29 %). Nejméně početnou skupinou jsou pracovníci s věkovou hranicí od 50 do 59 let, celkem jich je 10 (14 %).

**Graf 3:** Struktura respondentů dle délky praxe



U pomáhajících pracovníků v Královéhradeckém kraji byla zjišťována rovněž délka praxe. Nejvíce zastoupenou skupinou jsou pracovníci s praxí 1-5 let, celkem 33 (47 %). Respondentů s praxí v rozmezí 6-10 je 14 (20 %), téměř stejně tomu je u praxe 11-15 let, zde je 11 respondentů (16%). Praxi 16-20 let mají 4 respondenti (6 %), 21-25 let má 6 respondentů (8 %). Nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti s praxí 26-30 let, celkem jsou pouze 2 (3 %).

### **3.3 Charakteristika výzkumných metod**

Pro bakalářskou práci byl zvolen kvantitativní styl, který spočívá v měření číselných dat pomocí strukturovaných testů, dotazníků nebo pozorování. Data získaná pomocí měření se analyzují statistickými metodami. Cílem kvantitativního výzkumného šetření je popisovat nebo ověřovat pravdivost sledovaných proměnných. Podmínka je validita, která spočívá v měření něčeho, co se skutečně měřit dá. Další podmínkou je spolehlivost, která je stěžejní v tom, že pokud se bude měřit stejná věc, a pokud se daná věc nezměnila, výsledek bude stejný. Posledním krokem je verifikace, kde získaná empirická data vztáhneme zpět k teorii (Hendl, 2005, s. 46).

Výzkumné šetření využívá standardizované dotazníky. Odborná literatura shodně definuje standardizovaný dotazník jako dotazník, kde jsou otázky účelně sestaveny a sepsány tak, aby jim všichni respondenti rozuměli na stejné úrovni (Hendl, Reml, 2017, s. 146). Gavora (2010) dodává, že se jedná o nejfrekventovanější metodu v získávání hromadných údajů.

#### **Sebeposuzovací stupnice deprese – SDS**

Anglicky Self – rating depression scale – SDS (Zung, 1974, 1991) je dotazník skládající se z 20 otázek, přičemž respondenti u každé otázky vybírají jednu ze čtyř odpovědí ohodnocených body 1-4. Hlavní účel dotazníku je kvantitativně zhodnotit intenzitu deprese. Po sečtení jednotlivých bodů získáváme hrubé skóre, které dále převádíme na SDS index. Závažnost deprese se odvíjí od výšky SDS indexu, čím vyšší, tím jsou projevy deprese závažnější (Pelcák, 2013, s. 93).

**Tabulka 2:** Převod SDS indexu na Globální klinický dojem

SDS index	Globální klinický dojem (CGI)
Méně než 50	Normální, nejeví známky deprese
50 - 59	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese
60 - 69	Přítomna středně silná až zcela zřetelná deprese
70 a více	Přítomna těžká až extrémně těžká deprese

Zdroj: Zung in Pelcák (2013, s. 93)

### **Dotazník SOC-29**

Jedná se o dotazník Aarona Antonovského (1987). Je tvořen 29 otázkami a zaměřuje se na 3 dimenze, kterými jsou srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost. Každé položce této dimenze náleží určitý počet otázek. Nutno podotknout, že třináct otázek je položených negativně, proto jsou a musí být hodnoceny obráceně (Pelcák, 2013, s. 90).

### **Stress Profile**

Jedná se o sebesposuzující dotazník, jehož autorem je Kenneth M. Nowack. První českou verzi pak rozvinuli J. Kloze a P. Král (2006). Dotazník obsahuje 123 otázek, je určen pro osoby, které dosáhly věku 20 let a mají alespoň základní vzdělání. Soubor otázek je členěn na 8 bloků, z nichž každý se zaměřuje na jinou oblast, týkající se stresu a zdravotních rizik. Jedná se například o oblast zdraví, práce, kognitivní nezdolnost, zhodnocení vlastní psychické pohody, dále se zjišťuje sociální opora nebo také například užívání tabákových výrobků. V dotazníku se počítá tzv. hrubý skóre, který se dále převádí na T-skóre (průměr hodnot je 50 se směrodatnou odchylkou 10). Výsledek mezi 40-59 značí „normální populaci“, výsledky 60 a více znamenají vysoké a výsledky 39 a nižší naopak znamenají nízké (Pelcák, 2013, s. 95-96).

### **Shirom – Melamed Burnout Measure**

Autory SMBM je Arie Shirom a Samuel Melamed. Jedná se o 14 položkový standardizovaný dotazník, jehož otázky se zaměřují na tři oblasti. Prvních šest otázek se zabývá fyzickou únavou a vyčerpáním. Další pět otázek patří kognitivní únavě. Na emoční vyčerpání se zaměřují poslední tři otázky. Specifikum tohoto dotazníku je, že

nemá přesně stanovenou hodnotu, kdy už se jedná o vyhoření, průměrné výsledky nastíní, zda se jedinec k vyhoření přibližuje nebo nepřibližuje (Vlachovská, 2011).

### 3.4 Výsledky a diskuse

#### Smysl pro soudržnost, syndrom vyhoření a kvalita života

Řada autorů poukazuje na protektivní roli smyslu pro soudržnost při expozici akutnímu a chronickému stresu a pozitivní vliv na kvalitu života a subjektivní pohodu. Shodně s výzkumným cílem jsme se nejdříve zaměřili na ověření vztahů mezi SOC, intenzitou projevů vyhoření kvalitou života.

V následujících tabulkách bude měřen vztah mezi dvěma hodnotami. Měření bude probíhat pomocí korelací. Výsledek korelací se bude vždy pohybovat mezi 0-1. Korelace je míra souvislosti, je tedy možné sílu korelace popsat i verbálně. Při použití absolutní hodnoty  $r$  znamená hodnota 0,00 - 0,19 „velmi slabá“, 0,20 - 0,39 „slabá“, 0,40 - 0,59 „střední“, 0,60 - 0,79 „silná“, 0,80 - 1,00 „velmi silná“. Korelační koeficient může být kladný i záporný. Kladný znamená, že když se zvýší jedna hodnota, zvýší se i druhá hodnota a naopak záporný koeficient znamená, že když se jedna hodnota zvyšuje, druhá hodnota se snižuje (Walker, 2013, s. 163-164).

**Tabulka 3:** Korelace mezi smyslem pro soudržnost a syndromem vyhoření

	SOC	FU	KOU	EU	BOS	POH
Síla SOC	1					
Fyzická únava	-0,45**	1				
Kognitivní únava	-0,37**	0,64**	1			
Emocionální únava	-0,20*	0,40**	0,35**	1,00		
Syndrom vyhoření	-0,44**	0,90**	0,84**	0,64**	1	
Subjektivní pohoda	0,63**	-0,51**	-0,39**	-0,25*	-0,50**	1

Vysvětlivky: \*výsledky na 5 % hladině významnosti, \*\*výsledky na 1 % hladině významnosti.

Korelační analýza zjistila statisticky významné vztahy mezi silou smyslu pro soudržnost (dále SOC) a syndromem vyhoření ( $r = -0,44$ ). Statisticky významné vztahy byly také zjištěny mezi SOC a subškálami syndromu vyhoření. Slabé až středně silné korelace se pohybují v intervalu -0,20 až -0,45. Vyšší síla SOC je tedy spojena s přítomností nižší míry vyhoření. Naopak se potvrdil očekávaný vztah mezi SOC a subjektivní pohodou za

sledované období ( $r = 0,63$ ). Pro měření byla použita položka Stress Profile. Tabulka 2 ukazuje podrobněji vztahy mezi subškálami SOC a syndromem vyhoření.

**Tabulka 4:** Korelace mezi smyslem pro soudržnost a syndromem vyhoření

	SOC	CO	MA	MEA	FU	KOU	EU	BOS
Síla SOC	1							
CO	0,83	1						
MA	0,91	0,62	1					
MEA	0,75	0,38	0,63	1				
F. únava	-,45**	-,40**	-,40**	-,32**	1			
K. únava	-,37**	-,28*	-,38**	-,24*	,64**	1		
E. únava	-,20*	-,04	-,16	-,35**	,40**	,35**	1	
Vyhoření	-,44**	-,33**	-,41**	-,37**	,90**	,84**	,64**	1

Vysvětlivky: \*výsledky na 5 % hladině významnosti, \*\*výsledky na 1 % hladině významnosti. CO – subškála srozumitelnost, MA – subškála zvládnutelnost, MEA – subškála smysluplnost.

Korelační analýza zjistila statisticky významné vztahy mezi subškálami SOC a syndromem vyhoření. Hodnoty  $r$  se pohybují v intervalu -0,33 až -0,41. Méně závažné projevy vyhoření tedy souvisejí s vyššími hodnotami subškál zvládnutelnost a smysluplnost. Souvisejí s hodnocením situací a prožívanou smysluplností. Mohou ovlivňovat i fyziologickou odezvu na stres a následně míru vyhoření.

Řada studií se v souvislosti s vyhořením také zabývá také rolí praxe. Vtaky mezi délkou praxe a BOS ilustruje tabulka 3.

**Tabulka 5:** Korelace mezi délkou praxe a syndromem vyhoření

	praxe	FU	KOU	EU	BOS
Délka praxe	1				
Fyzická únava	-0,04	1			
Kognitivní únava	0,07	0,64	1		
Emocionální únava	0,30**	0,40	0,35	1	
Vyhoření	0,09	0,90	0,84	0,64	1

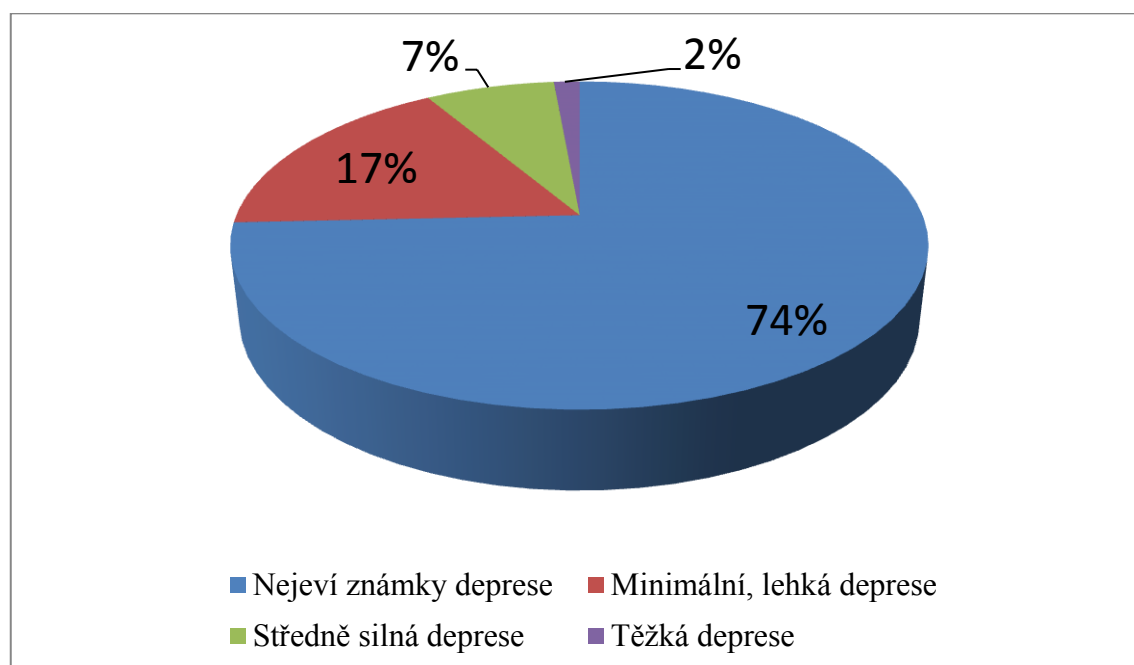
Vysvětlivky: \*výsledky na 5 % hladině významnosti, \*\*výsledky na 1 % hladině významnosti.

Korelační analýza nepotvrdila vztah mezi délkou praxe a intenzitou vyhoření. S délkou praxe roste pouze emocionální únava ( $r=0,30$ ). Průměrná délka praxe u souboru byla  $8,97 \pm 7,24$ .

### Deprese, syndrom vyhoření a kvalita života

Role deprese není v souvislosti se syndromem vyhoření interpretována jednoznačně. Bývá považována za jednu z mnoha příčin vyhoření nebo je interpretována jako projev vyhoření. Graf 1 ukazuje distribuci deprese u souboru pracovníků pomáhajících profesí. Tabulky 4-6 ukazují výsledky korelační analýzy mezi depresí a vybranými faktory vyhoření.

**Graf 4:** Distribuce deprese u souboru pomáhajících profesí



Graf ukazuje výskyt deprese u souboru pracovníků pomáhajících profesí. Kritériem pro hodnocení závažnosti deprese byl zvolen SDS index. Z celkového počtu respondentů, jich 52 (74 %) nevedlo žádné příznaky deprese, naopak 12 (17 %) respondentů uvedlo příznaky lehké deprese, 5 respondentů (7 %) uvedlo středně silnou depresi a pouze 1 respondent (2 %) uvedl příznaky těžké deprese.

Zjištěné hodnoty korespondují s výsledky celostátního šetření (Ptáček a Raboch, 2014), kdy u 31 % respondentů v produktivním věku byla zjištěna deprese. Z této publikace byla stanovena H4, která předpokládá, že více než 25 % respondentů bude vykazovat

známky deprese. Oproti tomu Herman a Doubek (2008) uváděli celoživotní prevalenci deprese u české populace 17%. Výskyt deprese má ČR trvale vzestupný trend.

Raboch a Ptáček provádí své studie také v lékařských profesích. Ve své studii „Syndrom vyhoření a deprese v lékařských profesích“, testovali 20 % lékařů v České republice, uvádí, že 10 % lékařů vykazuje známky středně těžké až těžké deprese. Studie byla rovněž orientována na syndrom vyhoření u lékařských profesí. Zde vykazuje 34 % lékařů symptomy syndromu vyhoření (Raboch, Ptáček, 2014, s. 37–40). Právě povolání lékařů a dalších pracovníků v pomáhajících profesích patří mezi nejvíce ohrožené skupiny povolání, ve vztahu ke vzniku syndromu vyhoření, deprese či stresu.

**Tabulka 6:** Korelace mezi depresí a syndromem vyhoření

	SDS i	BOS	FU	KOU	EU
Deprese	1				
Vyhoření	0,47**	1			
Fyzická únava	0,48**	0,90**	1		
Kognitivní únava	0,39**	0,84**	0,64**	1	
Emocionální únava	0,20*	0,64**	0,40**	0,35**	1

Vysvětlivky: \*výsledky na 5 % hladině významnosti, \*\*výsledky na 1 % hladině významnosti.

Korelační analýza zjistila statisticky významné vztahy mezi depresí a subškálami syndromu vyhoření syndromem vyhoření ( $r = 0,47$ ). Slabé až středně silné korelace se pohybují v intervalu 0,20 až 0,48. Potvrdil se vztah mezi depresí a syndromem vyhoření.

Závažnost deprese bývá dávána do souvislosti se stresem, zejména dlouhodobě působícím stresem. Ten je typický pro pomáhající profese. Tabulka 5 ukazuje vztahy mezi depresí a stresem.

**Tabulka 7:** Vztahy mezi depresí a stresem

	SDS i	ohrožení	CHSTR	STR
Deprese	1			
Subjektivní ohrožení BOS	0,35**	1		
Chronický stres	0,38**	0,55**	1	
Distres	0,41**	0,24*	0,49**	1

Vysvětlivky: \*výsledky na 5 % hladině významnosti, \*\*výsledky na 1 % hladině významnosti.

Položky subjektivní ohrožení a chronický stres byly použity shodně se studií Ptáček a Raboch (2014), distres byl měřen s využitím subškály stresu (Stress Profile). Slabé až střední korelace se pohybují mezi 0,35 až 0,41. Vyšší hodnoty deprese souvisejí s chronickým stresem. Vyšší hodnoty deprese souvisejí s intenzivnějším pocitem hodnocení.

Ptáček a Raboch (2014) ve své studii uvádějí relativně překvapivé souvislosti mezi vyhořením, depresí a nezdravým životním stylem. Tyto souvislosti nám ukazují tabulka 6.

**Tabulka 8:** Korelace mezi depresí zdravotními návyky

	DEP	ZDR	CVI	ODP	JIT	PRV	ARC
DEP	1						
ZDR	-0,27**	1					
CVI	-0,08	0,54**	1				
ODP	-0,38**	0,57**	-0,04	1			
JIT	-0,14	0,76**	0,26**	0,35**	1		
PRV	-0,17	0,87**	0,33**	0,40**	0,53**	1	
ARC	0,24*	0,33**	0,19	-0,03	0,15	0,48**	1

Vysvětlivky: \*výsledky na 5 % hladině významnosti, \*\*výsledky na 1 % hladině významnosti.

Vyšší hodnoty deprese souvisejí s méně důsledným dodržováním zdravotních návyků souvisejících se zdravím (ZDR), nižší kvalitou odpočinku a rizikovějším chováním. Položka ARC zahrnuje také užívání alkoholu, rekreačních drog, kouření či sexuální promiskuitu.



### 3.5 Souhrn a zhodnocení hypotéz

V závěru výzkumného šetření budou shrnuty výsledky dotazníkového šetření. Na začátku výzkumné části byly vyhodnoceny údaje o respondentech. Výzkumného šetření se zúčastnili jak muži, tak ženy, nicméně větší část výzkumného souboru tvoří ženy, celkem 86 %. Praxe respondentů se pohybuje v rozmezí od 1 roku do 30 let, nejpočetnější byla obsažena praxe 1-5 let, tuto délku praxe vykonává 33 respondentů (47 %). Všichni respondenti pracují v pomáhajících profesích v rámci Královéhradeckého kraje.

**Cílem výzkumného šetření bylo zjistit psychické důsledky výkonu pomáhající profese a zmapování faktorů, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření a jeho závažnost.**

Na základě teoretických poznatků byly stanoveny následující hypotézy:

**H1: Vyšší hodnoty SOC souvisejí s méně závažnými symptomy vyhoření.** Korelace zjistila významné vztahy mezi silou smyslu pro soudržnost (SOC) a syndromem vyhoření ( $r = -0,44$ ). Dále byly zjištěny statisticky významné vztahy mezi smyslem pro soudržnost (SOC) a subškálami syndromu vyhoření, kde se slabé až středně silné korelace pohybují v intervalu  $-0,20$  až  $-0,45$ . Vyšší hodnota smyslu pro soudržnost (SOC) tedy souvisí s méně závažnými symptomy vyhoření. H1 byla potvrzena.

**H2: Vyšší hodnoty SOC souvisejí s vyšší subjektivní pohodou.** Statisticky významný vztah byl zjištěn mezi smyslem pro soudržnost (SOC) a subjektivní pohodou ( $r = 0,63$ ). Vyšší hodnota smyslu pro soudržnost (SOC) tedy souvisí s vyšší subjektivní pohodou. H2 byla potvrzena.

**H3: Délka výkonu profese souvisí se závažnějšími projevy vyhoření.** Korelační analýza nezjistila statisticky významný vztah mezi délkou praxe a syndromem vyhoření. S délkou praxe poroste pouze emocionální únava ( $r = 0,30$ ). H3 nebyla potvrzena.

**H4: Více jak 25 % respondentů bude vykazovat příznaky deprese.** Deprese v různých formách byla zjištěna u 26 % respondentů. Většina respondentů vykazuje známky lehké deprese, celkem 17 %, respondentů se známkami středně silné deprese je 7 % a pouze 2 % respondentů vykazuje známky těžké deprese. H4 byla potvrzena.

**H5: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyšší intenzitou vnímaného stresu.** Korelace zjistila významný vztah mezi depresí a intenzitou vnímaného stresu. Slabé až středně

silné korelace se pohybují mezi 0,35 až 0,41. Vyšší hodnoty deprese tedy souvisejí s vyšší intenzitou vnímaného stresu. H5 byla potvrzena.

**H6: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s nižší spokojeností se zdravím.** Korelace zjistila statisticky významný vztah mezi depresí a spokojeností se zdravím ( $r = -0,27$ ). Vyšší hodnoty deprese tedy souvisejí s nižší spokojeností se zdravím. H6 byla potvrzena.

**H7: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s nižší možností odpočívát.** Korelační analýza zjistila významný vztah mezi depresí a možností odpočinku ( $r = -0,38$ ). Vyšší hodnoty deprese souvisejí s nižší možností odpočívát. H7 byla potvrzena.

**H8: Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyšším rizikovým chováním.** Korelace ukazuje také vztah mezi depresí a rizikovým chováním ( $r = 0,24$ ). Vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyšším rizikovým chováním. H8 byla potvrzena.

Výsledky výzkumného šetření ukazují na projevy syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích. Potvrdilo se, že vyšší míra smyslu pro soudržnost (SOC) působí na protektivně na vznik syndromu vyhoření a celkovému prožívání subjektivní pohody. Dále byla potvrzena deprese jako rizikový faktor při některých zdravotních návycích. Naopak nebyl potvrzen vztah mezi délkou výkonu pomáhající profese na vzniku syndromu vyhoření.

## **Závěr**

Bakalářská práce nese název *Zvládání stresu a zátěžových situací v neziskovém sektoru*. Jedná se o problematiku, která provází téměř každého z nás. Ve své práci jsem se však zaměřila na pomáhající profese, které musí čelit zátěžovým situacím téměř každodenně. V teoretické části jsem popsala pomáhajícího pracovníka, jeho předpoklad pro výkon této profese. Dále jsem vyčlenila nejrizikovější povolání, které mají největší předpoklady k tomu, že budou ohroženy syndromem vyhoření, stresem či depresí. Věnovala jsem se typům zátěžových situací a v jednotlivých kapitolách jsem podrobně definovala syndrom vyhoření a stres, kde jsem popsala průběh, fáze, příznaky, léčbu a prevenci. Část práce je věnována také depresi, neboť právě deprese může být prediktor syndromu vyhoření.

Souhrn teoretických poznatků vnesl vhléd do problematiky a poskytl dostatečné informace pro realizaci výzkumného šetření. Zvolena byla kvantitativní metoda a k získání údajů byly použity čtyři standardizované dotazníky. Sebeposuzovací stupnice deprese – SDS byl použit pro zjištění míry a závažnosti deprese u jednotlivých respondentů, Dotazník SOC-29 zjišťoval smysl pro soudržnost na třech dimenzích, kterými jsou smysluplnost, zvládnutelnost a srozumitelnost, dotazník Stress Profile sloužil k zjištění subjektivnímu prožívání stresu a poslední použitý dotazník Shirom – Melamed Burnout Measure loužil k zjištění, zda se daný respondent přibližuje k syndromu vyhoření.

Ve výzkumné části byly zjištěny psychické důsledky výkonu pomáhající profese a rovněž byly zmapovány faktory, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření. Bylo stanoveno osm hypotéz. Kromě jedné se všechny hypotézy potvrdily a cíl bakalářské práce byl splněn. Bylo zjištěno, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) souvisejí s méně závažnými symptomy vyhoření a zároveň, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost (SOC) souvisejí také s vyšší subjektivní pohodou, H1 a H2 byly tedy potvrzeny. Naopak nebylo potvrzeno, že délka výkonu profese souvisí se závažnějšími projevy vyhoření (H3). Bylo zjištěno, že více jak 25 % respondentů bude vykazovat příznaky deprese (H4) a také že vyšší hodnoty deprese souvisejí s vyšší intenzitou vnímaného stresu (H5). Deprese byla potvrzena jako rizikový faktor, a tedy, že vyšší míra deprese souvisí s nižší spokojeností se zdravím (H6), s nižší možností odpočívat (H7) a s vyšší možností rizikového chování (H8).

Z výsledků vyplývá důležitost protektivních faktorů při zaměstnání. Zaměstnání v pomáhajících profesích můžeme označit jako rizikové a pracovníci v této profesi mohou bez vybavenosti protektivními faktory snadno podlehnout stresu, depresi či v konečném případě i samotnému syndromu vyhoření.

Práce je přínosná všem pomáhajícím pracovníkům, kteří se dlouhodobě setkávají se zátěží a stresem, i jejich zaměstnavatelům. V bakalářské práci se mohou dozvědět o rizikových faktorech, které nejvýše vyvolávají stres, depresi či syndrom vyhoření a informace o samotné prevenci a léčbě.

## Seznam literatury a dalších zdrojů

BACHMANN, Pavel. *Management neziskové organizace*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-807-4351-303.

BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86s. ISBN 80-7013-439-9.

BAŠTECKÁ, Bohumila a GOLDMANN, Petr. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.

BEDNÁŘOVÁ, Zdena a PELECH, Lubomír. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2003. 99 s. Co, jak, proč?. ISBN 80-7239-148-8.

BROCKERT, Siegfried. *Ovládání stresu*. 1. vyd. Praha: Melantrich, 1993. 139 s. ISBN 80-7023-159-9.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva a Vendula Hlavatá. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-107-7.

HENDL, Jan a REMR, Jiří. *Metody výzkumu a evaluace*. Vydání první. Praha: Portál, 2017. 372 stran. ISBN 978-80-262-1192-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040.

HERMAN, Erik a Pavel DOUBEK. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, c2008, 94 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-157-8.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. 254 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.

JEKLOVÁ, Marta a REITMAYEROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.

KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.

KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80-7178-150-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. 131 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2., přeprac. vyd., V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 175 s. Orientace; sv. 42. ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

MACHOVÁ, Jitka a kol. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 291 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-2715-8.

MAREŠ, Jiří a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, 2001. 151 s. ISBN 80-86225-19-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MIKŠÍK, Oldřich. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1600-1.

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie téměř pro každého*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6.

NEŠPOR, Karel. *Sebeovládání: stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. 151 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0482-4.

PAULÍK, Karel, ed. *Psychologické aspekty zvládání zátěže muži a ženami*. Vyd. 1.

V Ostravě: Ostravská univerzita, 2012. 191 s. Spis FF OU; č. 250/2012. ISBN 978-80-7368-993-3.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010.

240 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2959-6.

PELCÁK, Stanislav. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 206 s. Recenzované monografie; 37. ISBN 978-80-7435-342-0.

PEŠEK, Roman a PRAŠKO, Ján. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Vydání první. V Praze: Pasparta, 2016. 179 stran. ISBN 978-80-88163-00-8.

PETERKOVÁ, Michaela. Fáze vyhořívání. In: *Syndrom vyhoření* [online] [cit. 13.1.2020] Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreniuvod/faze-vyhorivani>.

PRAŠKO, Ján et al. *Co je to deprese a jak se léčí?: příručka pro nemocné*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. 173 s. Zprávy; č. 138. ISBN 80-85121-17-4.

PTÁČEK, Radek a kol. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2011. 117 s. ISBN 978-80-246-1998-9.

RABOCH, Jiří a Radek PTÁČEK. Syndrom vyhoření a deprese v lékařských profesích – výsledky české národní studie. In: *PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA*. Bratislava, 2014, 25(3-4), 37–40 s. ISSN 1338-7030.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

URBANOVSKÁ, Eva. *Psychologie zdraví 1*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 65 s. Studijní opora. ISBN 978-80-244-3366-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VAŠINA, Bohumil. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999. 84 s. ISBN 80-7042-546-6.

VLACHOVSKÁ, Barbora. *Syndrom vyhoření – diagnostické možnosti*. Praha, 2011. 100 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Vedoucí práce Vladimír Kebza.

WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 218 s. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.



## **Seznam grafů a tabulek**

<b>Graf 1:</b> Struktura respondentů dle pohlaví	32
<b>Graf 2:</b> Struktura respondentů dle věkové kategorie	33
<b>Graf 3:</b> Struktura respondentů dle délky praxe	33
<b>Graf 4:</b> Distribuce deprese u souboru pomáhajících profesí	38
<b>Tabulka 1:</b> Taxonomie zátěžových situací	12
<b>Tabulka 2:</b> Převod SDS indexu na Globální klinický dojem	35
<b>Tabulka 3:</b> Korelace mezi smyslem pro soudržnost a syndromem vyhoření	36
<b>Tabulka 4:</b> Korelace mezi smyslem pro soudržnost a syndromem vyhoření	37
<b>Tabulka 5:</b> Korelace mezi délkou praxe a syndromem vyhoření	37
<b>Tabulka 6:</b> Korelace mezi depresí a syndromem vyhoření	39
<b>Tabulka 7:</b> Vztahy mezi depresí a stresem	40
<b>Tabulka 8:</b> Korelace mezi depresí zdravotními návyky	40

## **Seznam příloh**

- Příloha A Sebeposuzující stupnice deprese – SDS
- Příloha B Dotazník nezdolnosti SOC (29)
- Příloha C Dotazník Stress profile
- Příloha D Shirom – Melamed Burnout Measure

# Příloha A: Sebeposuzující stupnice deprese – SDS



Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z 20 položek	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dostí často	Velmi často nebo stále
1. Jsem smutný, skleslý a zkrroušený	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2. Ráno se cítím nejlépe*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4. V noci mám potíže se spaním	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5. Jím stejné množství jídla jako dříve*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
7. Všiml jsem si, že ubývám na váze	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8. Mám potíže se zácpou	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9. Srdce mi buší rychleji než obvykle	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10. Unavím se i bez příčiny	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11. Mám v hlavě jasno jako obvykle*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
12. Snadno zvládám totéž co dříve*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
13. Cítím nepokoj a nevydržím v klidu	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
14. Jsem plný naděje do budoucna*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
15. Jsem více podrážděný než obvykle	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
16. Snadno se rozhoduji*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
17. Cítím, že jsem užitečný a potřebný*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
18. Žiji plným životem*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
19. Cítím, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych zemřel	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
20. Těší mne stejné věci jako dříve*	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
				Hrubé skóre
				SDS index

Tabulka 2

Konverze hrubého celkového skóre na SDS index									
Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index	Hrubé skóre	SDS index
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
						80		80	100

$$\text{SDS index} = \frac{\text{hrubé skóre}}{\text{maximální skóre } 80} \times 100$$

Tabulka 3

SDS Index	Globální klinický dojem (CGI)
Méně než 50	Normální, nejvíe známky deprese
50–60	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese
60–69	Přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese
70 a více	Přítomna těžká až extrémně těžká deprese

W. W. K. Zung, 1965, 1974, 1989, 1991

Nezdolnost typu S.O.C.

1. Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že vám rozumějí?
  - a) nemám ho nikdy
  - b) mám ho vždy
2. Když jste v minulosti měl(a) dělat něco, kde byla nezbytná spolupráce s druhými lidmi, měl(a) jste pocit:
  - a) že to nebude uděláno
  - b) že to bude jistě uděláno
3. Znáte dokonale lidi, s nimiž denně přicházíte do styku (mimo členy své vlastní rodiny)?
  - a) velmi zřídka mám ten pocit
  - b) mám jej velmi často
4. Máte pocit, že se v podstatě nezajímáte o to, co se děje kolem Vás?
  - a) velmi zřídka mám ten pocit
  - b) mám jej velmi často
5. Stalo se Vám v minulosti, že jste byl(a) překvapen(a) chováním lidí, o nichž jste si myslel(a), že je dobře znáte?
  - a) nikdy se to nestalo
  - b) tak tomu bylo vždy
6. Stalo se Vám, že Vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval(a) a s nimiž jste počítal(a)?
  - a) nikdy se to nestalo
  - b) tak tomu bylo vždy
7. Život je:
  - a) velice zajímavý
  - b) jen běžná rutinní záležitost
8. Váš život doposud:
  - a) neměl jasný smysl a cíl
  - b) měl velice zřetelný a jasný smysl a cíl
9. Máte pocit, že se s Vámi zachází nespravedlivě (nefér)?
  - a) velmi často
  - b) velmi zřídka nebo nikdy
10. V uplynulých deseti letech:
  - a) Váš život byl plný změn, kdy jste nikdy nevěděl(a), co se bude dále dít
  - b) Váš život plynul pořád stejně dále ve stále pohodě
11. Většina věcí, které v budoucnu budete dělat, bude:
  - a) vzrušujících
  - b) velice nudných
12. Máte pocit, že jste v neobvyklé situaci a že nevíte dost dobře, co dělat?
  - a) mám tento pocit velmi často
  - b) tento pocit mám velmi zřídka nebo nikdy
13. Co lépe vystihne, jak vy sám(a) hodnotíte svůj život?
  - a) člověk vždy může najít řešení těžkých životních situací
  - b) neexistuje žádné řešení těžkých životních situací
14. Když myslíte na svůj život, pak velmi často:
  - a) cítíte, jak je dobré, že můžete žít
  - b) přáte se sám (sama) sebe, proč vlastně žijete
15. Když stojíte před obtížným problémem, pak se Vám jeho řešení zdá:
  - a) vždy nejasné a těžko se hledá
  - b) vždy zcela jasné

16. Když máte dělat to, co děláte každý den, je to pro Vás:  
a) zdrojem hluboké radosti a uspokojení  
b) zdrojem utrpení a nudy
17. Váš budoucí život bude pravděpodobně:  
a) plný změn, kdy sám(a) ani nebudete dost dobře vědět, co se bude dít  
b) plynout souvisle a vše bude jasné
18. Když se Vám v minulosti stalo něco nemilého, pak Vaše reakce na to byla:  
a) užít se a trápit nad tím  
b) říci si „ano“, stalo se to, nedá se nic dělat, musím s tím prostě žít a jde se dál
19. Míváte nejasné představy a smíšené pocity?  
a) velmi často je mám  
b) mám je velmi zřídka nebo nikdy
20. Když děláte něco, co Vám dává dobrý pocit, jste si v tu chvíli jistý(á), že:  
a) se tak dobře budete cítit i nadále  
b) se stane něco, co Vám ten dobrý pocit pokazí
21. Stává se Vám, že máte pocity, které byste raději neměl(a)?  
a) velmi často  
b) velmi zřídka nebo nikdy
22. Očekáváte, že Váš budoucí život bude:  
a) neúčelný a zcela bezsmyslný  
b) bude mít dobrý smysl, cíl a účel
23. Domníváte se, že vždy budou lidé, na které se budete moci spolehnout?  
a) jsem si jist(a), že budou takoví lidé  
b) pochybuji, že budou takoví lidé
24. Stane se Vám, že máte pocit, kdy nevíte dost dobře, co se bude dále dít?  
a) velmi často se mi to stane  
b) stane se mi to velmi zřídka nebo nikdy
25. Mnozí lidé - i ti, kteří mají pevný charakter - se někdy cítí poražení a smutní. Jak často jste se takto cítil(a) v minulosti Vy?  
a) nikdy  
b) velmi často
26. Když se někdy něco stalo, zjistil(a) jste obvykle:  
a) že jste buď podcenil(a) důležitost toho, co se dělo  
b) že jste viděl(a) věci správně
27. Když pomyslíte na obtíže, s nimiž se setkáváte v důležitých úsecích svého života, máte pocit, že:  
a) vždy nad obtížemi zvítězíte  
b) obtíže nezdoláte a nezvítězíte nad nimi
28. Jak často máte pocit, že to, co děláte ve svém běžném životě, nemá žádný smysl?  
a) ten pocit mám velmi často  
b) ten pocit mám jen zřídka nebo nikdy
29. Jak často máte pocit, že si nejste zcela jist(a), zda se dokonale ovládáte?  
a) tento pocit mám často  
b) tento pocit mám jen zřídka

**DOTAZNÍK  
STRESS PROFILE**  
Kenneth M. Nowack

**Pokyny ke zpracování dotazníku:**

Tento dotazník obsahuje otázky (celkem 123 položek) posuzující různé faktory, které mohou ovlivňovat Vaše fyzické zdraví a duševní pohodu. Budete odpovídat na otázky týkající se Vašeho životního stylu, zdravotních návyků, míry stresu, životních názorů, sociální podpory z Vašeho okolí a způsobu zvládání náročných životních situací. Tyto informace budou použity k vytvoření Vašeho individuálního testového profilu („grafu“ zobrazujícího míru a druh stresu, jemuž jste vystaven(a)).

- Pracujte podle instrukcí. Přečtěte si; prosím, pozorně každou otázku (položku) a způsob, jak na ni odpovědět.
- Nic nevynechávejte. Nezodpovězené otázky nemohou být vyhodnoceny.
- Nespěchejte. Nemí žádný časový limit pro zpracování dotazníku. Volte si takové tempo, jaké Vám vyhovuje.
- Pro každou otázku vyberte pouze jednu odpověď. Označte pouze tu možnost, která nejlépe odpovídá skutečnosti.
- Pokud Vám nebude cokoli jasné, zeptejte se.
- Svě odpovědi zaznamenávejte pouze do Záznamového listu.

**ČÁST I.**

V této části je uvedeno šest hlavních kategorií stresorů (těžkostí), které lidé zažívají ve svém pracovním a osobním životě. Stresory jsou prožitky či podmínky každodenního života, které člověk sám vnímá jako důležité a zároveň znervózňující, obtížné, zraňující či ohrožující duševní i tělesnou pohodu. K označení toho, jak často jste takové těžkosti zažíval(a) v posledních třech měsících, použijte následující škálu:

nikdy     zřídka     občas     často     vždy (stále)

- Zdravotní obtíže** (tzn. starosti týkající se vlastního zdraví, lékařské péče, vedlejších účinků léků, nadměrného kouření či konzumace alkoholu, tělesných vad, vnějšího vzhledu, tělesných příznaků, změny zdravotního stavu atd.)
- Pracovní obtíže** (tzn. nespokojenost v práci, potíže s nadřízenými, nedostatek uznání, nudná práce, starosti se služebním postupem, pracovní přetěžování v zaměstnání, obavy ze ztráty zaměstnání, vztahy na pracovišti, nadměrná pracovní zátěž, časový stres, výše plátu, pracovní doba, dojíždění atd.)
- Finanční obtíže** (tzn. daně, investice, splátky úvěrů, dluhy, finanční nejistota, půjčky, nedostatek peněz na cestování, účty, financování vzdělání dětí, potíže právního rázu, opravy bytu /domu/ či automobilu plánování a odchod do penze atd.)
- Rodinné starosti** (tzn. zdravotní stav rodinných příslušníků, problémy se stárnoucími rodiči, rozpory s příbuznými, vztahy v rodině, problémy s dětmi, rovnováha mezi rodinou a prací, péče o domácí zvířata atd.)
- Potíže v mezilidských vztazích** (tzn. problémy se sousedy společenské normy problémy s přáteli, navazování vztahů s lidmi, osamělost, neschopnost „být sám sebou“, pomluvy, zářlivost, příliš mnoho společenských závazků, nenadálé návštěvy, nedostatek času na odpočinek, nedostatek času na přátele, mezilidské konflikty atd.)
- Potíže spojené se životním prostředím** (tzn. kriminalita, počasí, hluk, znečištění, události poslední doby, předsudky, politika, nebezpečné prostředí atd.)

## ČÁST II.

Nakolik následující tvrzení vystihují Váš život během posledních tří měsíců?  
(Své odpovědi označte u položek 7 - 31 pomocí následující škály.)

nikdy  zřídka  občas  často  vždy (stále)

7. Trávíte(a) jste část svého volna fyzickou aktivitou nebo sportem (práce na zahradě, domácí kulisství, tanec, tenis, kopaná, hokej, volejbal, basketbal, turistika)?
8. Cvičíte(a) jste alespoň třikrát týdně po dobu 20 - 30 minut, abyste zvýšil(a) svalovou sílu nebo pružnost (posilování, strečink, kalistenika atd.)?
9. Trávíte(a) jste alespoň třikrát týdně minimálně 20 - 30 minut nějakým intenzivním tělesným cvičením (aerobic, běh, plavání, rychlá chůze atd.)?
10. Donutil(a) jste se k práci nebo k cvičení, ačkoli jste byl(a) unavený(-á), chronicky oslabený(-á) či vyčerpaný(-á)?
11. Nespíte(a) jste celou noc nebo její podstatnou část - ať už kvůli práci nebo zábavě)?
12. Spalíte(a) jste méně, než byste potřeboval(a), protože jste chodil(a) spát příliš pozdě nebo jste musel(a) velmi brzy vstávat?
13. Spalíte(a) jste méně, než byste potřeboval(a), protože jste měl(a) buď potíže s usínáním, nebo jste se v noci budil(a) dříve než obvykle)?
14. Nestíháte(a) jste aktivity, které považujete za běžných okolností za mimořádně uklidňující a relaxační (konfety, česba, sledování televize, poslech hudby atd.)?
15. Byl(a) jste v blízkosti či tělesném nebo intimním kontaktu s někým, komu bylo evročno, kdo byl nemocný či nakažený (tzn. polibek, společné jídlo, společné auto či kancelář, používání společných přiborů, sklenic atd.)?
16. Pokračovali(a) jste v práci či jiných aktivitách i přesto, že jste cítil(a) příznaky podílnající nemoci (horečka, rýma, kýchání, nachlazení atd.)?
17. Neměl(a) jste trvalé čas na pravidelné návštěvy WC?
18. Provozovali(a) jste bezpečný sex (tzn. přijímáte k tomu nezbytná opatření, např. nesdíleáte často své sexuální partnery nebo používáte kondom, abyste snížil(a) riziko nákazy či šíření pohlavně přenosných chorob)?

19. Nedařilo se Vám užívat pravidelné léky, které Vám předepsal lékař nebo které jinak běžně sám (sama) berete (vitamíny, minerály)?
20. Nezdádal(a) jste dodržovat preventivní zdravotní a hygienické návyky (tzn. vyhýbat(a) jste se pravidelným lékařským prohlídkám, zanedbával(a) ústní hygienu, ignoroval(a) jste vysoký krevní tlak nebo hladinu cholesterolu)?
21. Užíval(a) jste 1 - 2 tablety aspirínu, paralenolu nebo ibuprofenu vícekrát týdně?
22. Zanedbával(a) jste každý den vydatné snídaně?
23. Jedl(a) jste při každém hlavním denním jídle vyváženou a rozmanitou stravu (ovoce, zeleninu, ryby, maso, drůbež, obilniny a mléčné výrobky)?
24. Hlídal(a) jste si a omezoval(a) denní příjem tuků, cholesterolu, sodíku, cukru?
25. Sledoval(a) jste kalorickou hodnotu jídla?
26. Konzumoval(a) jste produkty rychlého občerstvení nebo nezdravou stravu (např. moučnický, cukroví, brambůrky) místo pravidelného jídla?
27. Vynechával(a) jste během dne důležité jídlo, které byste si normálně dal(a)?
28. Bral(a) jste léky nebo konzumoval(a) potraviny, na které jste výrazně citlivý(-á) nebo alergický(-á), což vedlo k pocití „zkežávaného žaludku“ nebo vyvolalo jiné nežádoucí následky (závrť, nevolnost, bolesti hlavy)?
29. Pil(a) jste během 24 hodin více než dva šálky nápojů obsahujících kofein (káva, čaj, kakao, kofe) nebo pravidelně konzumujete jídlo s vysokým obsahem kofeinu (např. čokoláda)?
30. Pil(a) jste více než dva alkoholické nápoje (půllitr piva, 2 dcl vína, 5 cl destilátu, koktejl atd.) v průběhu 24 hodin?
31. Užíval(a) jste psychoaktivní léky bez lékařského předpisu (např. kokain, marihuana, stimulantů, antidepresiva) z důvodů, které nejsou bezprostředně spojeny s Vaším zdravotním stavem, ale měly spíše uvolňující charakter?

1. vůbec ne
2. do čtyř cigaret denně
3. od 5 do 10 cigaret
4. od 11 do 20 cigaret
5. více než 20 cigaret

### ČÁST III.

Jak často Vám následující lidé sami vycházejí vstříc, aby Vám pomohli učinit Váš pracovní a osobní život jednodušší a spokojenější? (Své odpovědi označte u položek 32 - 41 pomocí následující škály).

nikdy  zřídka  občas  často  vždy (stále)  nelze odpovědět

- 32. Nejbližší nadřízený
- 33. Kolegové z práce
- 34. Manželka, přítelkyně (manžel, přítel)
- 35. Rodinní příslušníci či příbuzní
- 36. Přátelé

Jak často využíváte následujících osob pro to, abyste si udržel(a) co nejefektivnější pracovní a životní rytmus (tzn. sdělujete jim své pocity, žádáte je o radu, hledáte u nich podporu svého snažení, dostává se Vám od nich uznání, lásky, empatie atd.)?

- 37. Nejbližší nadřízený
- 38. Kolegové z práce
- 39. Manželka, přítelkyně (manžel, přítel)
- 40. Rodinní příslušníci či příbuzní
- 41. Přátelé

S využitím následující hodnotící škály označte, jak jste spokojen(a) s tím, jak Vám každá osoba na seznamu poskytuje každodenní oporu, kterou potřebujete.

zcela nespokojen(a)  spíše nespokojen(a)  mírně nespokojen(a)  velmi nespokojen(a)  naprosto spokojen(a)  nelze odpovědět

- 42. Nejbližší nadřízený
- 43. Kolegové z práce
- 44. Manželka, přítelkyně (manžel, přítel)
- 45. Rodinní příslušníci či příbuzní
- 46. Přátelé

6

### ČÁST IV.

V položkách 47 - 56 označte pomocí uvedené hodnotící škály, jak často následující tvrzení obecně vystihují Vaše jednání a pocity.

nikdy  zřídka  občas  většinu času  vždy (stále)

- 47. Cítím se ve spěchu a v časové tísní (tzn. nemám dost času vše stihnout, ať už v práci nebo doma).
- 48. Mé aktivity a denní program mne nutí být co nejaktivnější, nutí mne sahat na dno sil a možností.
- 49. Když cítím, že mne něco obtěžuje, otravuje, či šve, potom mám, i navzdory pracovní a životní zátěži, sklon k tomu dát ostatním najevo, co cítím.
- 50. Mám tendenci být průbojný(-á) a soutěživý(-á) – jak při práci, tak při zábavě.
- 51. Když musím čekat ve frontách, často se divím, proč ostatním jde všechno tak pomalu (úředníkům, pokladním, těm, kdo stojí ve frontě přede mnou atd.).
- 52. Mám silnou potřebu prosadit se, excelovat a být nejlepší ve všem, co dělám.
- 53. Mám sklon k netrpělivosti a jde mi na nervy, když musím někde na něco či někoho čekat (opravní zápsy, fronty v obchodech, pomalé služby, nedochvilnost druhých atd.).
- 54. Mám sklon jist, mluvit, chodit a vůbec většinu věcí dělat rychle.
- 55. Není pro mne nic těžkého dát ostatním najevo, že se cítím zklamany(-á), podrážděny(-á) nebo rozloběny(-á) jejich jednáním – ať už v práci či doma.
- 56. V práci či doma mám sklon kontrolovat ostatní, abych se ujistil(a), že všechno dělají, jak mají.

7



## ČÁST V.

Položky 57 - 86 popisují běžné názory, které lidé mají. Nakolik souhlasíte či nesouhlasíte s níže uvedenými výroky? Pro odpovědi použijte následující stupnici:

naprosto souhlasím     souhlasím     něco mezi     nesouhlasím     naprosto nesouhlasím

57. Mě mimopracovní aktivity a koníčky mi dávají pocit užitečnosti a smysluplnosti.
58. Aktivním zapojením se do veřejného a společenského života mohou lidé silně ovlivnit světové události a politiku.
59. Když se vše jeví bezúspěšně, mohu se vždy obrátit pro pomoc a podporu ke své rodině a přátelům.
60. Dávám přednost věcem riskantním, vzrušujícím a dobrodružným, než bych se držel(e) pohodlného a osvědčeného stereotypu.
61. Mít úspěch je čistě otázkou pila. Štěstí nemá žádnou nebo jen velmi malou úlohu.
62. Je poměrně málo oblastí, v nichž se cítím nejistý(-á), rozpačitý(-á) či nesebevědomý(-á).
63. Obecně vzato, mám sklon být kritický(-á), pesimistický(-á) a cynický(-á) vůči většině věcí v pracovním i osobním životě.
64. Stačila by velmi malá změna v mých současných pracovních podmínkách, abych opustil(a) svého zaměstnavatele.
65. Nejsem spokojen(a) se svým současným podílem na každodenním životě a pohodě své rodiny a svých přátel.
66. Obecně vzato, raději bych měl(e) všechny věci předem dobře naplánovány, než abych se potýkal(a) s nejistotou.
67. Většina života je promarněna nesmyslnými činnostmi.
68. Často se v kontaktu s ostatními lidmi cítím neohrabané, trapné nebo nejisté.
69. Zřídka si myslím nebo nahlas říkám, že nejsem dost dobrý(-á) nebo schopný(-á), abych něco dokázal(a).
70. Jsem plně ponořen(a) do pracovních aktivit, kterým se právě věnuji.

71. Mám tendenci vnímat většinu životních a pracovních změn, zklamání a překážek spíše jako ohrožení, zranění či stresující než jako podnět.
72. Jen kvůli změně často zkouším nové cesty na místa, kam pravidelně cestuji (např. domů, do práce).
73. Ostatní se chovají podle svých vlastních zájmů, bez ohledu na to, co se snažím říkat či dělat, abych je ovlivnil(a).
74. Když dostanu příležitost vidět, jak se co dělá, nebo šanci něčemu se naučit, jsem si jist(a), že mohu být úspěšný(-á) skoro v čemkoli.
75. Očekávám, že čas od času se některé věci pokazí, ale vůbec nepochybuji o tom, že se mohu úspěšně vypořádat skoro se vším, na co narazím.
76. Většina věcí, které se mě týkají (tj. práce, společnost, vztahy), není příliš podnětná, stimulující a hodnotná.
77. Často bývám zklamany(-á) nebo smutný(-á), když se mé plány neplní, jak bych chtěl(a), nebo když se věci nedaří tak, jak si představuji.
78. Existuje přímá souvislost mezi tím, jak plně pracuji a mezi uznáním a úspěchem, jichž dosámi.
79. Nemám dojem, že bych poslední dobou dosáhl(a) něčeho skutečně důležitého nebo významného pro své další životní cíle.
80. Často si myslím, že jsem neschopný(-á) nebo méně důležitý(-á) oproti lidem, se kterými pracuji a které znám.
81. Často mám pocit, že nemám žádný nebo jen velmi malý vliv na věci, které se mi přihodí.
82. Kdyby se nyní v mém životě něco pokazilo, cítím, že možná nebudu schopen (schopna) se s tím rozumně vyrovnat.
83. Když doma nebo v práci nastane nějaká změna, často si myslím, že to nejhorší se stane právě mně.
84. Teď se mi zdá, že věci v práci a doma jsou snadno předvídatelné a jakékoli další změny budou příliš obtížné na to, abych je zvládl(a).
85. Nemůžete prostě věřit tolika lidem, protože většina se snaží najít způsob, jak zvýšit své štěstí a prosperitu na Vaš účet.
86. Většina významných věcí v životě vychází spíše z vnitřních než z vnějších definic úspěchu, výkonu a sebeuspokojení.

## ČÁST VI.

Ačkoli s každým problémem nebo starostí, které v životě máme, se můžeme vyrovnat různě, většina z nás v běžném každodenním životě používá k jejich řešení charakteristické způsoby. Položky 87–106 popisují běžné způsoby zvládnání denních stresů – věci, jež nás dráždí, obtěžují či provokují. Pomocí následující stupnice označte, jak často máte sklon použít popsané techniky a přístupy při běžném zvládnání těžkostí v pracovním a osobním životě.

nikdy    zřídka    občas    často    vždy (stále)

87. Snažím se soustředit myšlenky na to nejlepší ve vztahu k dané události či situaci (tj. co si z takové situace mohu vztít dobrého nebo jaké kladné důsledky může mít).
88. Když stojím tvář v tvář problémům, myslím na šťastnější časy, události a zážitky.
89. Představím si, jak se vše zlepšuje a obrací k lepšímu a věřím si, že to mohu zvládnout.
90. Musím myslet na to, co mne obtěžuje, dokud se necítím trochu lépe a jistěji.
91. Říkám a myslím si pozitivní věci, abych neviděl(a) situaci tak černě (např. „Všechno bude dobře“).
92. Kritizuji sám (sama) sebe a obviňuji se, že jsem si svůj problém tak nějak zavínil(a) sám (sama).
93. Rozebírám, co jsem v dané situaci měl(a) nebo neměl(a) udělat.
94. Přemýšlím a soustředím se na nejhroší možnou událost, jaká by za daných okolností mohla nastat.
95. Stále o tom přehnaně mluvím s ostatními a vracím se k tomu (jako ve rčení: „Poždě bychta honit“).
96. Ve dne v noci o tom přemýšlím, nejsem schopen (schopna) se od takových myšlenek oprostit a stále se obírám tím, co mě trápí.
97. Snažím se minimalizovat význam toho, co mě trápí tím, že si z toho dělám legraci či o tom žertuji (tzn. využívám humoru v pohledu do budoucna).
98. Vyhýbám se takovým myšlenkám, i když mě napadnou /tj. jsem schopen (schopna) je „pusit“ z hlavy a přestat se zaobírat tím, co mě trápí/.

99. Řeknu si, že život jde dál, a snažím se hledat nová a lepší řešení, abych tak zmenšil(a) svou nespokojenost a zklamání.

100. Když se cítím frustrován(-á), podrážděn(-á) nebo roztrpčen(-á), říkám si „Už na to nebudu myslet“ nebo „Teď není čas se tím zabývat“.

101. Pohližím na to jako na něco, co se stalo, ale už je to pryč („Vzala to voda“)

102. Mluvíím s ostatními a žádám je o jejich názory, rady, doporučení, nápady či návrhy.

103. Žádám ostatní, aby změnili své chování tak, aby mi usnadnili situaci.

104. Vytvořím si „plán řešení“ a uchovávám si jej pro lepší zvládnutí podobné situace i v budoucnu.

105. Změním situaci nebo pozmením své chování, abych minimalizoval(a) nebo zmínil(a) svou frustraci a nespokojenost.

106. Čerpám ze svých posledních zkušeností a vymyslím nejlepší způsob, jak problém vyřešit či zlepšit danou situaci smysluplným a účinným způsobem.

## ČÁST VII.

Níže je uveden výčet obvyklých pocitů a názorů, které lidé mívají. Pomocí uvedené stupnice označte, jak často jste jednotlivé pocity zažíval(a) v posledních třech měsících.

nikdy  zřídka  občas  často  vždy (stále)

107. Cítíte se šťastný(-á) a spokojený(-á) se svým společenským životem.
108. Cítíte se stimulován(a) a povzbuzován(a) svou prací.
109. Jste schopen (schopna) bez obtíží odpočívat a bavit se.
110. Cítíte se tělesně i duševně klidný(-á), odpočatý(-á) a uvolněný(-á).
111. Probouzíte se s očekáváním vzrušujícího a zajímavého dne, který Vás čeká.
112. Pociť, že Vás ostatní mají rádi, stojí o Vás a podporují Vás.
113. Prožití nečekané radosti z věci, kterých se přímo účastníte.
114. Pociť, že Vaše budoucnost je nadějná a slibná.
115. Cítíte se sám (sama) sebou jistý(-á), plný(-á) sebevědomí.
116. Život Vás nadevše těší.
117. Cítíte se plně angažovaný(-á) ve svém současném životě a vztazích.
118. Cítíte se spokojený(-á) s osobními a pracovními úspěchy.

## ČÁST VIII.

Každý z následujících výroků označte písmenem P (pravda) nebo N (nepravda)

119. Nikdy v životě jsem nebyl nemocný(-á).
120. Alespoň jednou v životě jsem byl smutný(-á) a sklíčený(-á).
121. Nikdy v životě jsem o nikom neřekl(a) nic špatného.
122. Nikdy v životě jsem nelhal(a).
123. Vždy mě napadají ošklivé věci o ostatních lidech.

## Příloha D: Shirom – Melamed Burnout Measure

### Shirom-Melamedova škála (SMBM)

Jak se cítíte v práci?

Níže jsou uvedena určitá tvrzení, která vystihují různé pocity, jež můžete mít v práci. Označte, prosím, v následujícím formuláři zakroužkováním jak často jste za posledních 30 pracovních dní zažili každý z následujících pocitů:

**Jak často jste se takto cítili v práci?**

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