

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Syndrom vyhoření a atributy stresu u pracovníků v pomáhajících profesích v zařízeních DC 90, Domov na Dubíčku, Domov Pržno**  
**Burnout and stress attributes among workers in ancillary professions in institutions DC 90, Domov na Dubíčku, Domov Pržno.**



**Magisterská diplomová práce**

Autor: Bc. Marcel Kresta

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Olomouc

2014

### **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Syndrom vyhoření a atributy stresu u pracovníků v pomáhajících profesích v zařízeních DC 90, Domov na Dubíčku, Domov Pržno“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

Ve Zlíně dne 19. 3. 2014

Podpis .....

### **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval všem respondentům za jejich čas a spolupráci. Dále bych rád poděkoval svému vedoucímu práce Mgr. Martinovi Kupkovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat své rodině za jejich pochopení, podporu a trpělivost.

# Obsah

Úvod .....	5
1. Stres .....	7
1.1. Historický pohled na stres.....	7
1.1.1. I. P. Pavlov .....	7
1.1.2. W. Cannon.....	8
1.1.3. H. Seley .....	8
1.1.4. H. Wolf.....	9
1.1.5. R. S. Lazarus .....	9
1.2. Definování stresu .....	9
1.3. Dělení stresu .....	10
1.4. Spouštěče stresu .....	12
1.5. Projevy stresu.....	14
1.5.1. Fyziologická reakce na stres .....	14
1.5.1.1. Poplachová reakce .....	14
1.5.1.2. Obecný adaptační syndrom .....	15
1.5.1.3. Hormonální regulace stresové reakce.....	16
1.5.2. Psychické reakce na stres .....	17
1.5.2.1. Úzkost.....	17
1.5.2.2. Posttraumatická stresová porucha .....	17
1.5.2.3. Vztek a agrese.....	17
1.5.2.4. Apatie a deprese.....	18
1.5.2.5. Oslabení kognitivních funkcí.....	18
1.5.3. Příznaky a důsledky stresové reakce .....	18
1.6. Strategie zaměřené na zvládnání stresu .....	20
1.6.1. Technika zaměřená na problém.....	20
1.6.2. Technika zaměřená na emoce .....	20
1.6.3. Obranné mechanismy a zvládnání zátěže.....	21
1.7. Měření stresu.....	22
1.8. Stres a prevence .....	22
2. Syndrom vyhoření .....	24
2.1. Přehled definic syndromu vyhoření.....	24
2.2. Rizikové faktory syndromu vyhoření .....	27
2.2.1. Přehled profesí, které ohrožuje syndrom vyhoření .....	28
2.3. Příznaky syndromu vyhoření .....	28
2.4. Fáze syndromu vyhoření .....	29
2.4.1. Dvanáct fází Freudenbergera a Northa.....	30
2.4.2. Čtyři fáze Christíny Maslachové.....	31
2.4.3. Pět fází Edelwiche a Brodskyho.....	32
2.5. Možnosti diagnostiky syndromu vyhoření .....	32
2.5.1. MBI – Maslach Burnout Inventory .....	33
2.5.2. MB – Burnout Measure.....	33
2.6. Prevence syndromu vyhoření.....	33
2.6.1. Prevence syndromu vyhoření na straně jedince .....	33
2.6.2. Prevence syndromu vyhoření na straně organizace .....	34
2.6.3. Sociální opora.....	35
2.6.4. Dobrých rad není nikdy dost .....	35
3. Pomáhající profese .....	36
3.1. Definice pomáhajících profesí .....	36
3.2. Sociální služby .....	36

3.2.1.	Dělení sociálních služeb.....	37
3.2.2.	Týdenní stacionáře .....	37
3.2.3.	Domovy pro osoby se zdravotním postižením.....	37
3.2.4.	Domovy se zvláštním režimem .....	37
3.2.5.	Profese podílející se na poskytované péči.....	38
4.	Výzkumná část .....	39
4.1.	Cíl výzkumu.....	39
4.2.	Hypotézy výzkumu .....	39
4.3.	Cílová skupina výzkumu .....	40
4.3.1.	Charakteristika zařízení zkoumaného souboru .....	40
4.3.1.1.	Denní stacionář DC 90 o.p.s. Topolany.....	40
4.3.1.2.	Domov na Dubíčku Hrobice.....	40
4.3.1.3.	Domov se zvláštním režimem Pržno .....	41
4.4.	Metoda sběru dat.....	41
4.4.1.	Burnout Measure – BM.....	41
4.4.1.1.	Interpretace dotazníku Burnout Measure – BM .....	42
4.4.2.	Dotazník Stress Profile.....	42
4.4.2.1.	Interpretace dotazníku Stress Profile.....	43
4.4.2.2.	Interpretace jednotlivých škál.....	43
4.4.3.	Demografický dotazník .....	46
5.	Výsledky a analýza výzkumu .....	47
5.1.	Popis výzkumného vzorku.....	47
5.1.1.	Pohlaví respondentů .....	47
5.1.2.	Věk respondentů.....	48
5.1.3.	Vzdělání respondentů.....	49
5.1.4.	Pracovní pozice respondentů.....	51
5.1.5.	Náboženská orientace respondentů .....	52
5.1.6.	Délka praxe respondentů.....	53
5.2.	Popis standardizovaného souboru pro českou populaci dotazníku Stress Profile .....	54
5.3.	Analýza výsledků dotazníku Stress Profile .....	57
5.4.	Analýza výsledků dotazníku Burnout Measure – BM.....	62
5.5.	Zhodnocení výsledků dotazníků Stress Profile a Burnout Measure .....	64
6.	Ověření hypotéz.....	66
6.1.	Hypotéza H1 .....	66
6.2.	Hypotéza H2 .....	67
6.3.	Hypotéza H3 .....	68
6.4.	Hypotéza H4 .....	70
6.5.	Hypotéza H5 .....	70
6.6.	Hypotéza H6 .....	71
6.7.	Zhodnocení platnosti hypotéz .....	72
7.	Diskuze .....	74
8.	Závěr.....	77
	Souhrn.....	78
	Použitá literatura a internetové zdroje:.....	80
	Seznam zkratk.....	83
	Seznam tabulek, grafů a obrázků.....	84
	Seznam příloh.....	86

## Úvod

*„Jednou to pomine ...“*

...

*„Když jsou okolnosti obzvláště příšerné;*

*když se věci zdají být děsivé;*

*i když je všechno úžasné a nádherné a jste šťastní –*

*vždycky si tato slova opakujte.*

*Umožní vám zaujmout tu správnou perspektivu,*

*pomohou vám rozpoznat, co je dobré,*

*a vyrovnat se s tím, co je zlé.“*

*Claire RAYNEROVÁ (1931 – 2010) (Exley, 2010)*

Práce v pomáhajících profesích patří k velice náročným pracím zatěžujícím psychicky i fyzicky. Pracovníci v pomáhajících profesích se setkávají s bolestí a utrpením druhých a často i se smrtí. Tyto faktory jsou jedním z důvodů, proč jsou ve větší míře vystaveni dlouhodobému stresu. Dlouhodobý stres se může stát příčinou syndromu vyhoření.

Diplomová práce se zaměřuje na výzkum stresu a jeho příčiny, na syndrom vyhoření, na jejich podstatu a projevy. Podstatou výzkumného šetření je tedy především zjistit aktuální míru syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích ve vybraných organizacích, posbírat informace o specifickém životním stylu a zdravotním chování, které se u konkrétního jedince mohou podílet na onemocnění a poruchách ovlivňovaných stresem.

Cílem diplomové práce je zmapovat atributy stresu, míru vyhoření a copingové strategie u pracovníků v pomáhajících profesích za pomoci standardizovaných dotazníků Stress Profile a Burnout Measure. Dále určit vztah atributů stresu, míry vyhoření a copingových strategií k jiným proměnným, jako je věk, spiritualita (víra, vyznání), délka praxe, pohlaví respondentů a zařízení, ve kterém respondenti působí. Soubor tvoří 51 pracovníků v pomáhajících profesích ze třech sociálních zařízení a to zdravotničtí pracovníci (zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál), sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách (pracovníci přímé péče) ze tří vybraných zařízení. Prvním zařízením je Domov na Dubíčku domov pro osoby se

zdravotním postižením, druhým pracovištěm je Domov se zvláštním režimem Pržno a třetím zařízením je denní stacionář DC 90 Topolany.

Diplomová práce je rozdělena do dvou celků. První, teoretická část, charakterizuje pojmy stres, syndrom vyhoření a sociální služby. Druhá část se věnuje vlastnímu výzkumu. Jsou zde specifikovány výzkumné hypotézy, vlastní vyhodnocení testovaných dotazníků Stress Profile a Burnout Measure a závěrečné shrnutí.

# 1. Stres

Stres se dá obecně vyložit jako reakce organismu na zátěž a stresory<sup>1</sup>. Zátěž a stres jsou odpradávná přirozenými atributy lidského života. Každý z nás někdy v životě vnímal a cítil stres. V dnešní době je pro existenci člověka typické, že ho doprovází rozsáhlé a rychlé změny, které mnohdy nedokáže zvládat. Tyto změny zatěžují člověka stejnou měrou nejen v jeho pracovním životě, ale také v osobním životě. Pokud je toto zatížení dlouhodobější, může vést (a vede) k důsledkům, jež shrnujeme pod označení syndrom vyhoření (Orel, 2009).

Může se nám zdát, že definovat stres nebo o něm hovořit není tak důležité, jelikož ho všichni dobře znají a ví, o co jde. Ale není to až tak jednoznačné. Problémem je, že pojem stres bývá často nadužíván, vzniklo o něm velké množství definic, existuje řada odborné literatury a tím i spousta úhlů pohledu. Může se tedy jevit, že stres je „*slovem, které ztratilo přesný význam*“ (Baštecká, Goldmann, 2001, 239).

Cílem této kapitoly bude vymezit pojem stres takovým způsobem, aby bylo v dalších kapitolách jasné, co si pod pojmem stres představujeme. Řekneme si něco o jeho historii, představíme si základní charakteristiky a vymezíme si rizikové zdroje stresu, jejich důsledky a podíváme se, jaké jsou možnosti stres zvládat, či se s ním vyrovnat.

## 1.1. Historický pohled na stres

Jak už bylo řečeno, zátěž a stres doprovází člověka už od pradávna, ale teprve nedávno, před několika desítkami let, se začalo s podrobnějším zkoumáním zátěžových situací a jejich vlivem na zdraví a duševní stav člověka.

### 1.1.1. I. P. Pavlov

Jedním z prvních vědců, který přinesl první poznatky, byl Ivan Petrovič Pavlov, který se zabýval studiem fyziologických změn v organismu u zvířat (psů), kteří se dostali do nepříznivé, konfliktní situace. Pavlov hovořil o důsledcích takových situací jako o „*stržení vyšší nervové činnosti*“. Jeho výzkumy byly velkým přínosem nejen pro medicínu, fyziologii, ale také pro psychologii (Křivohlavý, 2001, 166).

---

<sup>1</sup> stresorem, tj. podmětem, který vyvolává stres, mohou být jednak vlivy zevní – povahy fyzikální, chemické, biologické, sociální, psychické, ekonomické aj. a stres také mohou vyvolat vnitřní procesy – např. nevyřešené konflikty (vědomé nebo nevědomé) (Orel, 2009)



### 1.1.2. W. Cannon

Dalším významným vědcem, který začal používat pojem stres, byl americký fyziolog Walter Cannon. V roce 1915 popsal syndrom boj nebo útek (*fight-flight*), známý také jako poplachová reakce. Jedná se o soubor fyziologických změn, které se objevují v zátěžových situacích a provází je pocity strachu nebo vzteku. Z evolučního hlediska tato fyziologická reakce maximalizuje naději živočicha na přežití v život ohrožujících situacích (Plháková, 2008). Cannon používal pojem stres k popisu externích faktorů, které narušovaly to, co nazýval homeostázou, což je tendence všech živých organismů udržovat vnitřní biologické hodnoty na určité konstantní úrovni (Cannon, 1926).

### 1.1.3. H. Seley

V roce 1936 navázal na Waltra Cannona kanadský fyziolog a endokrinolog maďarského původu Hans Seley, který je považován za tvůrce vědeckého medicínského pojetí stresu. Za aktuálním používáním slova stres stojí 1930 experimentů, které Seley provedl (Viner, 1999).

Seley vnímá pojetí stresu jako nespecifickou reakci organismu na jakékoliv nároky, které jsou na organismus kladeny. Tato reakce se vyskytuje vždy vedle reakcí specifických, jež jsou závislé na konkrétním podnětu – stresoru (Vašina, 1999). Podle Seley stresem mohou být různé fyzikální vlivy (viry, tlak vzduchu, záření, alkohol, nikotin apod.), ale i vlivy emoční (úzkost, strach, únava, apod.) (Křivohlavý, 1994; Mlčák, 2007). Seley vytvořil koncepci pomoci, kterou se organismus pokouší vyrovnat s chronickým působením zátěžové situace, a tu nazval „*obecný adaptační syndrom*“. Adaptační syndrom se skládá ze tří fází - *poplachová reakce, fáze rezistence a fáze vyčerpání* (Plháková, 2008, 388):

1. poplachová reakce – představuje celkové nabuzení organismu
2. fáze rezistence – využívá energetických rezerv a umožňuje obstát v zátěži
3. fáze vyčerpání – dochází k vyčerpání energetických rezerv a organismus již nestačí zvládat stresovou situaci (Orel, 2009).

Seley jako endokrinolog podrobně rozpracovává zejména hormonální reakce. Právě proto kritika jeho pojetí se často opírá o jeho zaměřenost na fyziologické pochody v průběhu reakce organismu na stresory a zevšeobecňování výsledků získaných při pokusech se zvířaty na lidi. Jeho pojetí nebere v potaz duševní rovinu člověka, což se později ukázalo jako zásadní problém, jelikož kognitivní aktivita hraje při zvládnání stresu u člověka mimořádně důležitou roli. Poznatky o studiu specifických forem zvládnání těžkostí lidí přinesl později Richard Stanley Lazarus (Hladký, 1993; Křivohlavý, 2001).

#### 1.1.4. H. Wolf

Harold Wolf se soustředoval na výzkumy ohledně životního stresu a jím způsobené nemoci, byl přesvědčen, že stres hraje roli v etiologii nemoci (Cooper, Dewe, 2004).

Wolf byl přesvědčen, stejně jako Cannon a Seley, že stres je reakcí organismu na nároky prostředí a ohrožující podněty. Definoval ho jako dynamický proces uvnitř organismu. Definováním stresu jako vnitřního dynamického procesu se otevřela diskuse o vztahu prostředí a organismu, jejich interakcí a zpětné vazbě (Lazarus, Folkman, 1984).

#### 1.1.5. R. S. Lazarus

Lazarus kladl důraz na kognitivní (poznávací, myšlenkové) zpracování těžké životní situace, do které se člověk dostává. Toto kognitivní zhodnocení rozhoduje o přítomnosti či nepřítomnosti stresu. Pokud je podle tohoto modelu stres přítomen, je vzniklá situace vnímána jako překračující naše adaptační zdroje „*Člověk reaguje na ohrožení jako na ohrožení tehdy, když ho za ohrožení považuje*“ (Baštecká, Goldmann, 2001, 242).

Lazarus výsledky svého pozorování formuloval do modelu dvojího zhodnocování (double appraisal) situace ohrožení (threat). Prvotní zhodnocení situace (primary appraisal) mapuje situaci z hlediska ohrožení (vlastní existence, zdravý, sebehodnocení apod.) Druhotné ohrožení (secondary appraisal) se zaměřuje na možnosti člověka zvládnout danou situaci volbou strategie zvládnání (coping) (Křivohlavý, 2001).

Lazarus dále hovoří o zranitelnosti – vulnerabilitě. Každá riziková situace, do které se člověk dostává při ohrožení, je jinak zhodnocena dítětem nebo starým člověkem než mladým na vrcholu života. Zranitelný je více ten člověk, který s danou situací nemá žádné předchozí zkušenosti, oproti člověku, který si již obdobnou situací prošel a zvládl ji (Křivohlavý, 2001).

### 1.2. Definování stresu

Slovo „stres“ je v dnešní moderní době používáno naprosto běžně, často však nesprávně.

*Za stres se tak často označuje vlastně jakákoliv zátěž, přičemž se většinou ani nerozlišuje, zda je prospěšná, či škodlivá, a pojmu stres se užívá jako univerzálního pojmu, sloužícího jednak k označení jakéhokoli požadavku, jemuž je třeba vyhovět, jednak kterékoli části stresové reakce (od podmětů navozujících stresovou reakci, stresorů, přes iniciující navození, průběh a důsledky stresové reakce)*(Kebza, 2005, 107).

Rheinwaldová (1995, 7) se domnívá, že „lidé často zaměňují stresor za stres“ a označují tímto výrazem vše, co na ně působí.

Hartl a Hartlová (2010, 555) uvádí ve svém psychologickém slovníku, že stres je „fyziologická odpověď organismu na nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci; liší se od reakce, v níž zátěž může být vyřešena únikovým mechanismem » asertivita, biofeedback, coping, diates, chování asertivní, kortizon, mechanismus obranný ega, relaxace, tolerance stresová, událost stresová, zranitelnost stresem, zvládání stresu.“

Křivohlavý (2001, 170) říká, že pro definici stresové situace je podstatné, jaký je „poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí apod.) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „sílu“ (schopnostmi, možnostmi apod.) danou situaci zvládnout.“ Z toho vyplývá, že o stresové situaci hovoříme pouze tehdy, je-li míra intenzity stresogenní situace vyšší než schopnosti či možnost daného jedince vzniklou situaci zvládnout (Křivohlavý, 2001).

### 1.3. Dělení stresu

Stres je přirozenou součástí života a není možné (ani účelné) se mu zcela vyhnout. Jak uvádí H. Seley (in Rheinwaldová, 1955, 1), „bez stresu by bylo málo pozitivních změn a konstruktivních činností, protože každý živý organismus stres potřebuje. (...) Stres je koření života a bezstresový stav je smrt.“

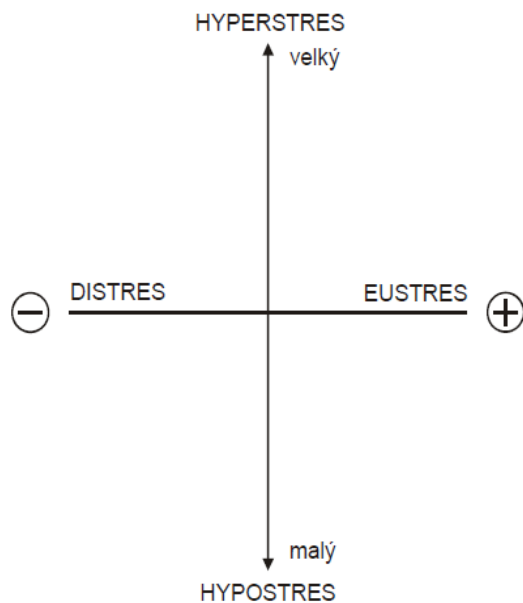
Stres neznamená vždy negativní ohrožení organismu, přiměřený stres působí na organismus výrazně pozitivně. V takovém případě hovoříme o *eustresu*.

*Eustres* neboli stres pozitivní, se vztahuje k pozitivním pocitům. Je to stres z triumfu, radostí z dosaženého cíle, z efektivní práce a ze života (Rheinwaldová, 1995).

Na druhé straně škodlivý stres, který je příliš intenzivní, nebo trvá příliš dlouho, nazýváme *distres*.

*Distres*, neboli stres negativní, bývá doprovázen negativními pocity, které pramení z pocitu přetížení, zoufalství a ztrát (Orel, 2009; Rheinwaldová, 1995).

Křivohlavý (1994, 11–12) přidává k těmto dimenzím další dimenzi stresové reakce a tou je intenzita. Hovoří o *hyperstresu*, tedy o stresu, jenž překračuje hranice adaptability a na druhé straně o *hypostresu*, tedy o stresu, jenž nedosahuje obvyklých tolerancí stresu, např. mikrostressory, plíživé negativní vlivy monotónnosti, nudy apod. Křivohlavý pro lepší pochopení vytvořil pro tyto dvě dimenze grafické znázornění:



**Obrázek č. 1.:** Základní rozměry stresu (Křivohlavý, 2004, 8)

Jako další dělení stresu můžeme uvést dělení v čase, a to z hlediska trvání dělící se na krátkodobé, střednědobé, dlouhodobé, chronické a výskytu v čase dělící se na sporadicky se vyskytující přes středně častý až po velmi častý, prakticky každodenní (Hladký a kol., 1995). Jednodušší rozlišení na stres pohlíží jako na akutní a chronický opakující se (Cungi, 2001).

Dle Matouška (2005), můžeme stres rozdělit do čtyř typů stresu na základě doby a způsobu působení stresorů:

1. **Akutní stres** – bývá vyvolán náhlou událostí trvající jen krátkou dobu (např. dopravní nehoda, úraz apod.).
2. **Chronický stres** – také stres dlouhodobý, který vzniká působením jednoho nebo více stresorů, jejichž intenzita je nestálá a může v průběhu doby kolísat, případně se vyskytovat v nepravidelných intervalech (např. narušené sociální vztahy, špatná organizace a režim práce, nevhodné pracovní podmínky).
3. **Posttraumatický stres** – jedná se o zpožděnou reakci na krátkou dobu, avšak velmi intenzivní stresovou situaci hroživého až katastrofického rázu se závažnými důsledky (např. živelné katastrofy, válečný konflikt, teroristický konflikt, apod.).
4. **Anticipační stres** – vzniká v souvislosti s dějem, který má teprve nastat. Jedná se o určitou obavu z budoucnosti (např. před závažnou zkouškou, před nástupem do nového zaměstnání, školy, před operací či jinou důležitou životní změnou).

Řehulka (1988) rozděluje stresovou zátěž na těžkou, střední a lehkou. Těžká se objevuje v situacích znamenajících pro jedince přímé ohrožení života. Střední se vyskytuje v situacích, které ho sice bezprostředně neohrožují, ale brání mu normálně fungovat a odvádět požadovaný výkon. Lehkou zátěží se rozumí jakákoliv situace, která požadovanou činnost narušuje.

#### 1.4. Spouštěče stresu

Stres může být vyvolán nepřeberným množstvím událostí, které vyvolávají závažné změny v životě lidí. Jak už bylo řečeno, tyto události mohou být zevní povahy – vlivy fyzikální, chemické, biologické, ale i psychické a sociální (vztahové, časové, ekonomické, politické), ale také ho mohou vyvolávat vnitřní procesy ve formě konfliktních motivů nebo přání. Některé tyto události postihují mnoho lidí – např. povodně, válečný konflikt, teroristický útok, ale také mohou představovat změny v životě jednotlivce, např. stěhování do nové oblasti, ztráta zaměstnání, svatba, rozvod, vážná nemoc atd. Za stresory můžeme považovat i každodenní nepříjemnosti, se kterými se setkáváme, jako např. ztráta klíčů, dopravní zácpa, zpoždění vlaku, spor s kolegou apod. (Atkinson, 2003; Orel, 2009).

Podle Rity Atkinson (2003, 488 – 494) můžeme stresory rozdělit do tří základních kategorií:

1. **Traumatické události** – jsou považovány za nejzřejmější zdroje stresu. Můžeme je definovat jako „*mimořádně nebezpečné situace, které se vymykají běžné lidské zkušenosti.*“ Spadají sem přírodní katastrofy (zemětřesení, záplavy), katastrofy způsobené člověkem (vátky, teroristické činy), katastrofické nehody (automobilové nebo letecké) a fyzické útoky (znásilnění nebo pokus o vraždu).
2. **Stresové události** – autorka předpokládá, že člověk vnímá událost jako stresovou pokud obsahuje alespoň jednu ze tří základních charakteristik:
  - **Neovlivnitelnost** – čím víc nám událost přijde neovlivnitelná, tím víc ji vnímáme jako stresovou. Jako příklady můžeme uvést: smrt blízké osoby, ztrátu zaměstnání, těžkou nemoc, ale také nepřijatelnou omluvu nebo navýšení ceny letenek. Nejde jen o to, zda je událost skutečně neovlivnitelná, ale důležité je, zda mi ji vnímáme jako neovlivnitelnou. Pouhé přesvědčení, že danou situaci můžeme ovlivnit, snižuje naši úzkost.
  - **Nepředvídatelnost** – možnost předvídat stresovou událost, i když ji nemohu ovlivnit, snižuje intenzitu stresu. U nepředvídatelného šoku neexistuje období, kdy se člověk může cítit bezpečně, u předvídatelného šoku může člověk

odpočívát, dokud ho signál neupozorní na blížící se šok (Seligman, Binik, 1977 in Atkinson, 2003, 490).

- **Výzva pro hranice našich schopností** – přestože jsou některé situace docela snadno ovlivnitelné a předvídatelné, jsou prožívány jako stresové. Jsou to ty situace, které nás tlačí až na hranice našich schopností a představují výzvu pro náš pohled na sebe samé. Vhodným příkladem je manželství, kdy se lidé musí přizpůsobit mnoha novým podmínkám. Představuje výzvu pro jejich hranice trpělivosti a tolerance, v situacích kdy se přizpůsobují na zvyky a zlozvyky svého partnera.
3. **Vnitřní konflikty** – stres mohou přivodit také vnitřní procesy, a to nevyřešené konflikty, které mohou být vědomé nebo nevědomé. Vnitřní konflikty vznikají, když se člověk musí rozhodnout mezi neslučitelnými nebo vzájemně se vylučujícími cíli nebo postupy jednání. Vnitřní konflikt také může vzniknout, stojí-li dva vnitřní motivy nebo potřeby proti sobě. Mezi čtyři oblasti s největším zdrojem vážných konfliktů autorka řadí:
- Nezávislost versus závislost – touha po někom, kdo vyřeší problémy za nás, versus přesvědčení o vlastní nezávislosti.
  - Intimita versus osamělost – touha po blízkém vztahu versus strach z odmítnutí.
  - Spolupráce versus soutěžení – touha být nejlepší versus fakt, že musíme s ostatními spolupracovat a pomáhat jim.
  - Vyjádření impulsu versus morální zásady – impulzy musíme kontrolovat. Sex a agrese jsou dvě oblasti, v nichž se dostáváme často do konfliktu s morálními zásadami, a jejich porušení může vyvolat pocit viny.

Rheinwaldová (1995) dělí stresory na myšlenkové (vznikají z emocí, vztahů a z jedincova pohledu na sebe sama a svoji životní situaci), úkolové (souvisí s výkonem povinností, za jejichž plnění jedinec odpovídá) a fyzikální (zahrnující všechny faktory prostředí, ve kterém se jedinec nachází).

Paulík (2010, 50) popisuje další možné dělení náročných situací. „*K situacím, které často v lidském životě přesahují únosnou míru zátěže a bývají spojeny se stresem, jsou zpravidla řazeny problém, frustrace, deprivace, konflikty, nemoc, bolest, utrpení a krize.*“ O těchto situacích můžeme uvažovat jako o stresových situacích, nebo o zásadních zdrojích stresových situací, ale také má smysl uvažovat o mnohých z nich jako o důsledcích stresu (Paulík, 2010).

Křivohlavý (1994) rozděluje stresory na dvě skupiny:

- stresory fyzikální – jedy, návykové látky, znečištění životního prostředí, přírodní katastrofy, ale i genetická zátěž, viry, bakterie, či události jako autonehoda, znásilnění.
- stresory vyvolané emocionálními podněty – sem patří pocity zármutku, anxiozity, nenávist a sensorická deprivace.

Děle Křivohlavý (1994, 13) rozděluje stresory podle intenzity působení na malé a velké: „*Ministresory – případně až mikrostressory – vyjadřují poměrně mírné až velmi mírné okolnosti či podmínky vyvolávající stres. Příkladem může být dlouhodobě pocívaný nedostatek lásky, který se kumuluje, až dosáhne hranice stresu, takže uvádí člověka do stavu vnitřní tísně. Makrostressory jsou děsivě působící, deptající až vše ničící vlivy.*“

Schreiber (2000, 85–86) uvádí, že ve vyspělých státech se v současné době stává jedním z největších stresorů práce. Podle něj si psychologové stále častěji všímají jevu, kdy „*unavení lidé i školáci spí v metru cestou do práce či do školy. Extrémní soutěživost, strach z narůstající nezaměstnanosti a strach ze strádání rodiny po ztrátě zaměstnání vede lidi k tomu, že pracují více, než jim pracovní předpisy nařizují.*“ Toto chování má velmi závažné dopady, může jedince dohnat až k sebevraždě z přepracování. „*Psychologové a psychiatři se ve svých ambulancích setkávají s projevy neuroticismu z přepracování u soukromých podnikatelů nebo jejich přetěžovaných zaměstnanců, kterých s rostoucí hrozbou nezaměstnanosti nutně bude přibývat.*“

## **1.5. Projevy stresu**

Stresové reakce můžeme rozdělit na fyziologické reakce (biologické, somatické) a na psychické reakce (projevující se, v kognitivní, behaviorální a emocionální rovině).

### **1.5.1. Fyziologická reakce na stres**

Již v úvodu, když jsme si říkali o výzkumech W. Cannona a H. Seleyho, jsme zmínili základní teorie fyziologické reakce na stres. Nyní se na ně podíváme podrobněji.

#### **1.5.1.1. Poplachová reakce**

Autorem popisujícím poplachové reakce je Walter Cannon. Jedná se o stav, na kterém se podílejí nervové a hormonální mechanismy, které navozují v našem těle stav pohotovosti a připravují tělo na boj nebo útěk. Hypotalamus a části limbického systému podněcují činnost

sympatického oddílu autonomního nervového systému, jehož vedou z míchy do vnitřních viscerálních orgánů a mění způsob jejich fungování ve směru celkové aktivace. Současně dochází ke zvýšené produkci hormonu adrenalinu a noradrenalinu ze dřeně nadledvin, proto se také často hovoří o systému sympato-adrenálním (Schreiber, 1992; Plháková, 2008).

Připravuje-li se tělo na velkou námahu (boj nebo útek), pak potřebuje, aby byly naše svaly dostatečně silné a dobře zásobené krevním cukrem a kyslíkem. Slezina uvolňuje uskladněné červené krvinky, takže krev může přenášet víc kyslíku, zrychlí se srdeční činnost, krevní oběh, trávicí systém zrychluje metabolismus cukru a tím dodává tělu více energie. Dále se tělo připravuje na možnost tkáňového poškození a to tak, že produkuje větší množství krevních destiček, což vede ke srážlivosti krve. Mozek produkuje endorfiny, které mají za úkol tlumit bolest. Zvyšuje se pocení, což umožňuje ochladit organismus. Aktivace sympatiku se projevuje jako stav vysoké ostražitosti (Plháková, 2008).

Při akutním stresu, když člověk opravdu bojuje nebo utíká, se uvolňované látky spotřebují a přispívají k fyzickému výkonu. V naší civilizované společnosti však moc příležitostí k boji nebo útěku nemáme. Tím dochází k tomu, že se uvolněné látky nevyužijí a opakované zvýšení jejich hladiny v krvi je zbytečné a může na organismus působit negativně (Schreiber, 1992).

### 1.5.1.2. Obecný adaptační syndrom

Fyziologové definují stres jako reakci těla na stresor, jenž stres vyvolává. Akutní stres má vliv na organismus v krátkodobém horizontu, chronický stres působí na organismus v dlouhodobém horizontu. Hans Seley navázal na práci Cannona a vytvořil profil, jak tělo reaguje na stres, který nazval obecný adaptační syndrom (Taylor a kol., 2012). Obecný adaptační syndrom se skládá ze tří fází:

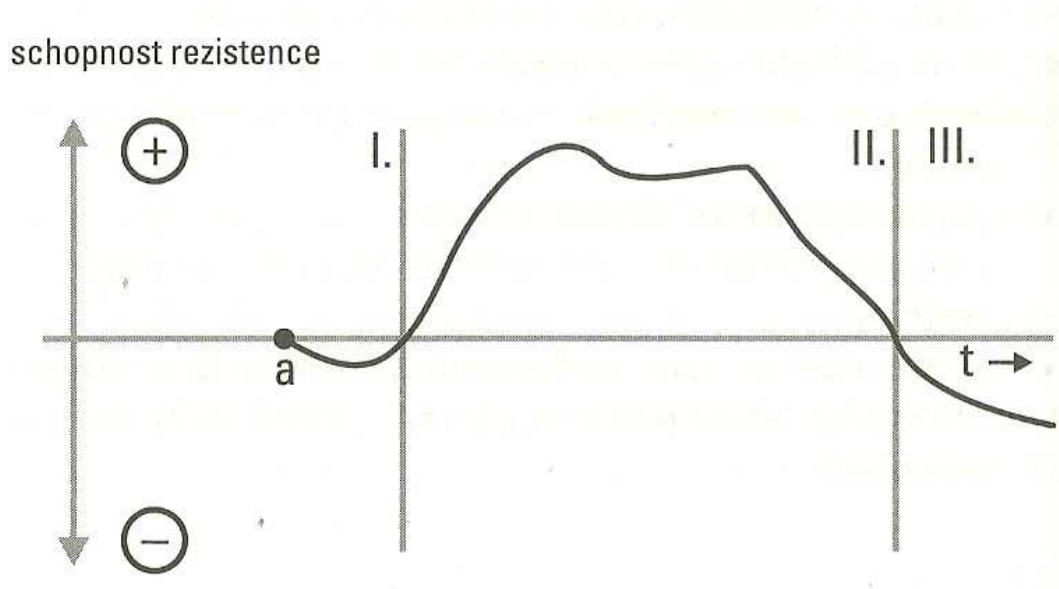
- **Poplachová reakce** – jedná se o první reakci organismu na působení stresoru, která je rozdělena do dvou fází: fázi šoku a fázi antišoku (Gozhenko a kol., 2009). V prvním momentě organismus reaguje šokem s neorganizovanými až chaotickými projevy a utlumením obranných reakcí. Následně dochází k adaptaci na danou situaci a ke zvýšení aktivace a obnově obrany. V této fázi je organismus připraven na boj či útek. Tato fáze je tvořena složitými biochemickými změnami, které se podílejí na vyloučení látek, jako je adrenalin, glukóza a jiných do krve organismu, a tím umožňují pohotové uvolnění energie (Paulík, 2010).

- **Fáze rezistence** – v organismu dochází k relativnímu zklidnění. Organismus se soustředí na další zdroje (např. příjem potravy) pro mobilizaci energie. Pokud ale přetrvává



působení stresorů, může nastat situace, kdy energetické zdroje na to nestačí, a organismus zůstává v trvalém vypětí a přichází do třetí fáze vyčerpání (Paulík, 2010).

• **Fáze vyčerpání** – organismus podléhá stresoru a hrouť se, dochází k vyčerpání rezerv, sil a dalších obranných možností. Tato fáze může mít pro organismus fatální následky (Paulík, 2010).



**Obrázek č. 2.:** Hans Selye: Obecný adaptační syndrom (Křivohlavý, 2012, 82).

### 1.5.1.3. Hormonální regulace stresové reakce

Hormonů, které se podílejí na stresové reakci, je celá řada. Za dva nezákladnější hormony poplachové reakce považujeme adrenalin a noradrenalin, hormony produkované dřeně nadledvinek (Orel, 2009).

Hypofýza na základě chemických instrukcí přicházejících z hypotalamu produkuje adrenokortikotropní hormon (ACTH), který uvolňuje z dřeně nadledvin adrenalin a noradrenalin. Dále se ACTH podílí na stimulaci kůry nadledvin a tím stimuluje produkci glukokortikoidů. Glukokortikoidy ovlivňují trávicí a tkáňové funkce. Zvyšují hladinu glukózy v krvi a podporují štěpení bílkovin, podílejí se na přípravě energetických substrátů stresové reakce. Významně ovlivňují imunitní a krvetvornou tkáň, blokují zánětlivé procesy (Plháková, 2008; Orel, 2009).

Při stresové reakci se jednotlivé hormony uvolňují do krve v tomto pořadí:

- V poplachové reakci dochází k vyplavení adrenalinu a noradrenalinu a primárně se zvyšuje hladina glukózy v krvi, krevní tlak a činnost srdce.

- Ve fázi rezistence se vlivem zvýšené hladiny ACTH vyplavují glukokortikoidy a současně se zvyšuje hladina dalších hormonů předního laloku hypofýzy a poté i štítné žlázy. Je to stav, kdy si organismus snaží zajistit dostatek energie k úpravě krevního oběhu (Orel, 2009).

## **1.5.2. Psychické reakce na stres**

Stresové situace vyvolávají emoční reakce, které se pohybují v rozmezí od veselé nálady (kdy je jedincem situace zhodnocena jako náročná, ale zvladatelná) až po úzkost, vztek, sklíčenost a depresi (Atkinson, 2003).

### **1.5.2.1. Úzkost**

Úzkost je nejčastější reakcí na stresor. Můžeme ji vysvětlit jako nepřiměřenou emoci, charakterizovanou takovými pojmy jako je starost, obava, napětí a strach, kterou v různé míře, z různých situací známe všichni. U některých lidí, kteří prožili události za hranicemi normální oblasti lidského utrpení, zažili silné trauma (např. po živelných katastrofách, únosu, hromadném neštěstí), se někdy rozvine syndrom zvaný posttraumatická stresová porucha (Atkinson, 2003).

### **1.5.2.2. Posttraumatická stresová porucha**

Posttraumatickou stresovou poruchu můžeme popsat jako opožděné a protražované odpořevdi na stresovou událost nebo situaci, krátkodobého nebo dlouhodobého působení, která má výjimečný nebo katastrofický charakter, a která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u každého jedince. Jako typické projevy se objevují epizody opakovaného znovuprožívání traumatu v podobě živých vzpomínek, snů nebo nočních můr, při kterých se znovu vynořují dosud živé pocity ochromení a emočního oploštění, odtažení se od ostatních lidí, netečnost vůči okolí, anhedonie<sup>2</sup> a vyhýbání se činností a situacím připomínající trauma (Smolík, 1996).

### **1.5.2.3. Vztek a agrese**

Mezi další nejčastější reakci na stres patří vztek, který může vyústit až v agresi. Paulík (2010) řadí spolu se strachem a úzkostí také frustraci mezi náročné stresory. Frustrace nastává

---

<sup>2</sup> Anhedonie – neschopnost prožívat emoce a city, neschopnost těšit se z příjemnosti, neschopnost se radovat (Hartl, Hartlová, 2010)

tehdy, kdy je nějakým způsobem znemožněno uspokojení aktuální potřeby či dosažení určitého cíle. Člověk, který je nějakým způsobem frustrovaný, je podrážděný a snadno se nechá vyprovokovat. V takovém případě může agresivní chování být namířeno na nevinnou osobu nebo objekt místo na skutečnou příčinu frustrace (Atkinson, 2003; Paulík, 2010).

#### **1.5.2.4. Apatie a deprese**

Ačkoli mezi nejčastější reakce na frustraci patří aktivní agrese, opačnou, ale rovněž běžnou reakcí, je uzavření se do sebe a apatie. Při přetrvávajících stresových podmínkách, kdy jedinec je již nezvládá, může apatie přerůst v depresi. Pocity toho, že není schopen překonat stres, vedou člověka k zoufalství, a tím se otevírá prostor pro depresi (Atkinson, 2003).

Tuto reakci můžeme přirovnat ke stavu strnulosti. Renaudová (1993) k tomu říká, že se ze stavu strnulosti, jako jednoho ze způsobů evolučního přežití, mohla vyvinout deprese v dnešním slova smyslu.

#### **1.5.2.5. Oslabení kognitivních funkcí**

Je-li člověk ve stresu, v prvních chvílích se jeho paměť, schopnost vnímání, uvažování a zdravého úsudku zlepší. Přetrvává-li však stres příliš dlouho, tyto schopnosti se začínají zhoršovat a ve sféře duševní a intelektové se objevují obtíže. Mezi první příznaky přemíry stresu řadíme obtížnou koncentraci a ztrátu paměti. Mezi další problémové schopnosti, vyskytující se u nadměrného stresu, můžeme zařadit schopnost člověka logicky uvažovat, řešit problémy a rozhodovat se (Melgosa, 1997).

K oslabení kognitivních funkcí mohou vest dvě příčiny. Vysoká hladina emoční aktivity může narušit zpracování informací. Dále může být toto narušení způsobeno rušivými myšlenkami, které se nám při setkání se stresem honí hlavou. U jedinců, kteří mají během stresového období oslabené kognitivní funkce, můžeme často pozorovat nepružné chování z důvodu ztráty schopnosti uvažovat o alternativních způsobech chování (Atkinson, 2003).

#### **1.5.3. Příznaky a důsledky stresové reakce**

Výše jsme si popsali, jak probíhá reakce na stres. Rozdělili jsme si stresové reakce na fyziologické a psychologické, tedy na biologické, somatické, behaviorální, emocionální a kognitivní. V odborné literatuře, zejména psychologicky a lékařsky zaměřené, se příznakům a důsledkům stresu věnuje celá řada autorů. Občas se může zdát, že autory popisované některé

příznaky stresu odpovídají spíše důsledkům dlouhodobého působení stresu (např. sexuální dysfunkce, poruchy menstruačního cyklu, respirační a oběhové problémy) (srov. Schreiber, 1992; Hladký a kol., 1993; Křivohlavý, 1994; Kebza, 2005).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala shrnutí příznaků stresového stavu (dle Křivohlavého, 1994, 29):

- **Fyziologické příznaky stresu** – bušení srdce, svírání či bolest na prsou, nechutenství, plynatost, křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha, časté nucení k močení, sexuální impotence, nedostatek sexuální touhy, změny v menstruačním cyklu, bodavé, řezavé a palčivé pocity v končetinách, svalové napětí a bolest v zádech, úporné bolesti hlavy, vyrážka v obličeji, nepříjemné pocity v krku, zrakové obtíže (dvojití vidění).
- **Emocionální příznaky stresu** – prudké a výrazně rychlé změny nálady, nadměrné trápení se méně důležitými věcmi, neschopnost empatie, hypochondrie, nadměrné snění a artismus, únava, nekoncentrace, neschopnost dotáhnout úkoly do konce, podrážděnost, popudlivost, úzkostnost.
- **Behaviorální příznaky stresu** – nerozhodnost, hořekování, naříkání, zvýšená nehodovost, zhoršený pracovní výkon, zvýšená konzumace cigaret, alkoholu a drog, nechutenství nebo naopak přejídání, změny životního rytmu, nespavost.

Ve srovnání Paulík (2010) rozděluje důsledky stresu z časového hlediska na:

- **bezprostřední projevy stresu** – které se dále dělí na psychické reakce a krátkodobé stavy (emoční rozlady – annoyance<sup>3</sup>, emoční reakce a nálady, únava a únavě podobné stavy, snížená koncentrace, ospalost, mentální přesycení, pocit monotonie, ztráta motivace aj.), somatické (bolest hlavy břicha, ale i objektivně měřitelné změny funkcí organismu, tepová frekvence, dechová frekvence, změny peristaltiky střev, aj.) a krátkodobé behaviorální reakce (agresivita, hostilita<sup>4</sup>, stažení se apod.).
- **účinky trvalejšího rázu** – které se dělí na psychologické symptomy (nespokojenost, únava, vyčerpání apod.), somatické symptomy onemocnění (problémy objemového a respiračního charakteru, potíže motorického aparátu, dlouhodobé bolesti hlavy, přetrvávající sexuální problémy, výrazné a nápadné negativní změny chování apod.), zvýšení nespecifické nemocnosti, poruchy

---

<sup>3</sup> Annoyance – pocity diskomfortu či obtěžování zapříčiněné nežádoucími vnějšími vlivy, např. hlukem; rozmrzelost, podrážděnost, rozlada (Hartl, Hartlová, 2010)

<sup>4</sup> Hostilita – nepřátelství, nenávisť, nevráživost, jež má charakter přetrvávající emoce až osobnostního rysu s tendencemi k agresivnímu jednání (Hartl, Hartlová, 2010)

duševního zdraví (adaptační poruchy, posttraumatická stresová porucha, krátká reaktivní psychóza apod.) (Paulík, 2010).

## 1.6. Strategie zaměřené na zvládání stresu

Jak už bylo řečeno, stres v určité fázi může být i prospěšný (zvýšení pozornosti, soustředění apod.), ale na druhé straně může být stresové reakce velmi nepříjemná a člověk je motivován k tomu, aby udělal něco pro zmírnění nebo odstranění nepříjemného stavu. V lepším případě je dobré nadměrnému stresu předcházet (Atkinson, 2003; Praško, Prašková, 2001). „*Proces, kterým se člověk snaží vyrovnat se stresovými situacemi, se nazývá zvládání (angl. coping).*“ (Atkinson, 2003, 509–510).

Lazarus a Folkmanová (1984) vymezují dvě základní techniky zvládání stresu. Jsou to technika *zvládání zaměřené na problém* a technika *zvládání zaměřená na emoce*.

### 1.6.1. Technika zaměřená na problém

Cílem strategie zaměřené na řešení problému je vymezení problému, hledání alternativních řešení, zvažování alternativ z hlediska nákladů a výnosů, volbou mezi alternativami a realizací vybrané alternativy. Jednou z možností této strategie je zaměření nasměrované na sebe sama, tedy měníme něco v sobě, místo toho abychom měnili něco v prostředí. Jako příklad můžeme uvést změnu aspirační úrovně, nalezení alternativních způsobů uspokojování a osvojení nových dovedností. Ovšem aby tato strategie byla úspěšná, je závislá na zkušenostech jedince a jeho schopnostech sebeovládání (Atkinson, 2003).

Studie ukazují, že jedinci, kteří používají ve stresových situacích strategii zaměřenou na zvládání problému, mají kratší období depresivních projevů a to bez ohledu na počáteční hladinu deprese (Nezu, Nezu a Perri, 1989; in Atkinson, 2003).

### 1.6.2. Technika zaměřená na emoce

Mezi hlavní cíle strategie zaměřené na emoce je zabránění zaplavení negativními emocemi, které by nám znemožňovaly provést určité kroky k vyřešení problému. Další situací pro použití této strategie je případ, kdy je problém neovlivnitelný (Atkinson, 2003).

Existuje celá řada strategií, jak zvládat negativní emoce:

- **Behaviorální strategie** – využívá různé způsoby k mírnění stresů. Jsou pro každého jedince individuální, např. tělesné cvičení (plavání, běh, jízda na kole), pití alkoholu, braní drog, vybití vzteku, hledání psychické podpory u přátel.

- **Kognitivní strategie** – snaží se o dočasné odsunutí problému z vědomí (např. nedělat si problém s něčím, co mi za to nestojí), dále se snaží o zmírnění ohrožení změnou významu situace (např. jeho přátelství není pro mě až tak důležité).
- **Strategie sociální opory** – vyhledávání emoční podpory u druhých lidí se jeví jako dobrá strategie při přizpůsobování se emočním a fyzickým stresorům.
- **Strategie vytěsnění** – tato strategie se s negativními emocemi vyrovnává za použití maladaptivních způsobů, jako jsou popření a odsunutí je z vědomí (Atkinson, 2013).

### 1.6.3. Obranné mechanismy a zvládání zátěže

Termín obranné mechanismy zavedl do psychologie Sigmund Freud (1926), který ho užíval ve vztahu ke strategiím, používaným při vyrovnávání se s úzkostí, které jsou převážně nevědomé. Jejich základem je změna (sebeklam) hodnocení a prožívání vnímané reality.

Obranné mechanismy používá každý z nás. Pomáhají nám překonat nepříjemné situace do té doby, dokud nejsme schopni se s nimi vyrovnat přímo. Obranné mechanismy jsou nevědomé procesy a projevem špatného přizpůsobení osobnosti se stávají pouze tehdy, když se stanou převládajícím způsobem reagování na problémy. Mezi běžně využívané obranné mechanismy patří:

- Vytěsnění – vyloučení nepříjemných a nepříjemných pocitů a myšlenek z vědomí.
- Racionalizace – sklon logicky si zdůvodňovat skutečnosti, které jsou jinak pro nás obtížně přijatelné.
- Reaktivní výtvar – neakceptovatelné sklony jsou potlačeny a nahrazeny opačnými sklony.
- Projekce – připisování vlastních nežádoucích vlastností druhým.
- Intelektualizace – pokus o oddělení se od stresující situace za použití abstraktních, intelektuálních výrazů.
- Popření – popírání existence nepříjemné skutečnosti.
- Sublimace – motivy, jež nelze uspokojit v určité formě, jsou přesunuty na náhradní cíl (Atkinson, 2003).

Křivohlavý (1994) rozděluje obranné mechanismy do pěti kategorií, kdy rozlišuje reakce nepřiměřené či přehnaně agresivní a hostilní, sebeovlivňující, projekci, vytěsňování, intelektualizaci a racionalizaci.

## 1.7. Měření stresu

V posledních dvou třech desetiletích se objevilo mnoho možností různých metod měření a diagnostikování stresu (Křivohlavý, 2001). Největší zájem byl soustředěn do oblasti psychologie organizace a práce. Zde se autoři především zaměřovali na to, jak diagnostikovat působení stresorů na pracovníky, na reakci pracovníků na stresory a v případě již projevených důsledků stresu se zajímali o opatření, které by vedlo ke snížení důsledků stresu a tím k lepší duševní pohodě a k navýšení efektivity práce. Výzkumy a baterie metod, jež se v té době vyvíjely, se zaměřují především na:

- měření intenzity stresorů jak v běžném tak pracovním životě;
- měření fyziologických, psychologických a behaviorálních reakcí organismu na stresory;
- měření psychologických proměnných, které ovlivňují průběh a intenzitu stresové reakce (dispoziční charakteristiky a kognitivní zpracování);
- měření jednotlivých procesů a vzorců chování, ve vztahu ke zvládnutí zátěže a k diagnostice důsledků způsobených stresem.

Jednotlivé metody měření lze rozdělit podle toho, zda se opírají o subjektivní výpovědi, či se spíše zaměřují na objektivní měření, případně zda se jedná o objektivní posuzovatele (Paulík, 2010).

## 1.8. Stres a prevence

Otevřenost vůči okolí, pěstování společenských kontaktů, vědomí, že nejrůznější stresové situace patří k životu a není možné ani účelné se jim vyhnout, jsou – stejně jako aktivní přístup k řešení problémů a schopnost spatřovat v nich místo ohrožení výzvu – jen malou ukázkou toho, co může každý z nás v rámci předcházení stresu pro sebe udělat. Případné neúspěchy bychom měli hodnotit s odstupem času a s ohledem na vynaložené úsilí. Pokud shledáme, že jsme se dané potíže snažili opravdu poctivě vyřešit, není rozhodně na místě si případné selhání vyčítat. Spánek, kvalitní strava, dostatek pohybových aktivit vedou k dobré duševní pohodě a současně působí jako prevence stresu. Vhodnou prevencí je také naučit se oddělovat práci od soukromého života a osvojit si některé základní relaxační techniky, které můžeme využít v případě potřeby k rychlému zbavení se napětí (Kebza, 2005).

Deset „A“ pro zvládnutí stresu dle C. Patelové (in Kebza, 2005, 122):

1. Awareness – uvědomění a rozpoznání stresu
2. Avoidance – vyhnutí se stresu, jemuž se vyhnout dá

3. Anticipation – předvídání stresu
4. Appraisal – hodnocení stresu
5. Autonomic relaxation – osvojení postupů relaxace, meditace, vizualizace
6. Anger Management – zvládání hněvu
7. Assertiveness – naučit se být asertivní
8. Amnesty – naučit se odpouštět
9. Altering Perspective – využívat změny pohledu na věc
10. Assistance – využívat sociální opory.



## 2. Syndrom vyhoření

Pro mnoho lidí se v dnešní době stává jejich práce spíše povinností a zdrojem obživy nežli potěšením. Počáteční nadšení je už dávno pryč a skoro každý den se musí lidé potýkat s řadou obtíží, jako je každodenní, neustálý stres a tlak a ty mohou vést k řadě potíží a postupnému rozvoji syndromu vyhoření.

Pojem syndrom vyhoření, někdy označovaný anglickým názvem *Burnout syndrom*, se začal objevovat v 70. letech 20. století, kdy ho začal používat psychoanalytik Herbert Freudenberg k popisu lidí pracujících v pomáhajících oborech, u kterých se vyskytovaly symptomy emocionálního vyčerpání, ztráty motivace a snížení závazku k vykonávané práci (Shaufeli, Liter, Maslach, 2009).

Do Čech přichází tento pojem o několik let později a to zhruba po roce 1989. Mezi první autory, kteří se u nás v té době začali věnovat problematice syndromu vyhoření, můžeme zařadit Haškovcovou, Křivohlavého, Kebzu a Šolcovou (Kebza, Šolcová, 2008).

### 2.1. Přehled definic syndromu vyhoření

Sheufeli a kol. (2009) uvádí, že pochopení povahy syndromu vyhoření můžeme vystihnout jako metaforu pro vypuštění energie, syndrom vyhoření se týká dušení ohně či zhasínání svíčky. To znamená oheň, který jednou vzplanul, může hořet dál jen v tom případě, má-li ke svému hoření dostatečné zdroje, které ho udrží při životě. V souhrnu tato metafora popisuje vyčerpání kapacit zaměstnanců, které mají výrazný dopad na jejich práci.

V odborné literatuře se o syndromu vyhoření objevují různorodé definice. Některé jsou pojaté ze široka, jiné jsou zase značně zúženy, jedny silně generalizují, druhé se omezují na jednotlivé příznaky, nebo naopak popisují syndrom vyhoření jako proces (Maroon, 2008).

Freundenberger (1994, in Maroon) zjistil, že psychologové, kteří se věnovali práci s drogově závislými, postupně ztratili motivaci a jejich angažovanost časem klesala. Popisuje problémy sociálních pracovníků, zdravotních sester, lékařů, psychiatrů a učitelů, kteří doufali, že ovlivní život druhých k lepšímu, ale místo toho je viděli trpět a umírat, museli akceptovat nemotivované žáky v přeplněných třídách a pracovat s klienty bez perspektivy a podpory. Postupně si začal všimnout, že u pomáhajících docházelo k přetrhání vazeb a ztrátě energie, vnitřně se izolovali a odcizovali své práci a sobě samým.

Freundenberger (1994) zahrnuje do vyhoření nejen pracovní život, ale všechny oblasti lidského snažení. Definuje vyhoření jako únavu, slabost, ztrátu síly na základě přehnaných požadavků na vlastní energii a zdroje. Dále staví vyčerpání do souvislosti s nadměrnou zátěží

a s přílišnou angažovaností, která vede k psychickému zmatení. Díky tomu můžeme pozorovat příznaky vyhoření ve všech oblastech života (Maroon, 2010).

Maslachová a Jacksonová (1981) hovoří o syndromu vyhoření jako o naprostém emocionálním vyčerpání, depersonalizaci a snížení osobního výkonu, postihující nejčastěji lidi, kteří pomáhají potřebným. Syndrom vede k poklesu pracovní morálky, kvality a výkonu práce poskytovaných služeb. Úzce souvisí s dynamikou pracovního prostředí, jako jsou byrokratické překážky, přepracování a konflikty vyvolávající stres. Jejich definice se považuje za sociálně-psychologickou definici s těžištěm v instituční rovině a v sociálním prostředí na pracovišti, ve které je vyhoření spojováno se syndromy zahrnující:

- **Emocionální vyčerpání** – zahrnující pocit prázdnoty, únavy, tělesného a duševního vysílení, nedůvěry a s ní související znečitlivění a neschopnost vytvářet vztahy.
- **Odosobnění** – rozvoj negativních a neúměrných postojů vůči klientům, tendence vedoucí k odcizení a narušení kontaktu mezi pomáhajícím a klientem.
- **Sníženou osobnostní výkonnost** – projevuje se negativním vztahem k práci, sníženou výkonností, špatnou náladou doprovázenou vyhýbajícím se chováním, neschopností poradit si s problémy a s tím související pocity vlastního selhání.

Tamara a Jiří Tošnerovi (2002, 5) uvádí definici: „*Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života.*“

Stock (2010) poukazuje na to, že tělesné projevy syndromu vyhoření jsou totožné s příznaky stresu a deprese. Spouštěčem syndromu vyhoření bývá výhradně chronický stres a dlouhodobá disbalance mezi zátěží a fází klidu, se kterými souvisí vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti, což jsou hlavní symptomy syndromu vyhoření.

Pinesová a kol. (1981 in Maroon, 2010, 22) na základě svých výzkumů předložili multidimenzionální, empirickou definici, ve které spatřují ve vyhoření fyzické, mentální a citové vyčerpání, doprovázené nízkým sebehodnocením vyplývajícím z toho, že jedinec je vystaven chronickému stresu. Dále poznamenávají, že i přes individuální rozdíly v intenzitě a hojnosti jsou vždy přítomny syndromu vyhoření tyto faktory:

- **Fyzické vyčerpání** – nedostatek energie, chronická únava, nízká odolnost vůči nemoci, svalové křeče, bolesti hlavy a zad, změny ve stravování aj.
- **Emocionální vyčerpání** – deprese, bezmoc, beznaděj, pocity uvěznění, sebevražedné myšlenky, emocionální prázdnota aj.

- **Mentální vyčerpání** – souvisí s negativním postojem a vztahem postiženého k jeho práci, k jiným lidem a celkově k životu.

Istifan Maroon (2012) ve své knize *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*, provedl rozsáhlou analýzu definic syndromu vyhoření a v ní popisuje tři hlavní složky, které z těchto definic vykrystalizovaly:

- **pocity** – negativní postoje a vztahy;
- **ohnisko** – příčinu některých emocí lze hledat u pracovníků samotných (vnitřní ohnisko) a jiné pocházejí ze zdrojů mimo vlastní osobu, většinou z pracovního prostředí (vnější ohnisko);
- **čas** – momentální pocity pracovníků jsou odlišné od předchozích pocitů, kdy chovali ke své práci a ke klientům pozitivní pocity, což se projevovalo obětavostí a náklonností, v daném stavu mají negativní nebo lhostejné pocity. (Maroon, 2012, 25).

Maroon dále popisuje společné prvky pro definice syndromu vyhoření:

- *Syndrom vyhoření probíhá individuálně.*
- *Vyhoření je vnitřní duševní proces, jehož průběh je charakterizován určitými pocity, způsoby chování, motivy a očekáváním.*
- *Pro jedince je to negativní zkušenost spojená s citovým tlakem, nelibostí a narušeným fungováním.*
- *Většina definic popisuje nejen fyzické, ale především psychické emocionální vyčerpání, po němž se dostavuje pocit lhostejnosti a nedostatek důvěry.*
- *Negativní pocity pomáhajícího časem nabudou na intenzitě a vůči klientovi se projeví odosobněním, pomáhající se k němu chová pohrdavě či nepřiměřeně.*
- *Pomáhající projevuje negativní postoj vůči sobě i svým výkonům. Trpí temnými náladami, depresí a vyhýbá se odpovědnosti. Ztrácí tvořivost a není s to poradit si s problémy. Chová se jinak.*
- *Přestože pojem vyhoření se stále spojuje především s nároky na pracovišti, má také vliv na emocionální napětí mimo pracovní prostředí, například na vztah k rodině a přátelům.*
- *Vyhoření je chronické. Většina odborníků rozlišuje mezi trvalou, neustupující ochablostí a dočasnými projevy únavy, které se dají překonat odpočinkem a dovolenou.*
- *Vyhoření není nemoc, ale rizikový faktor pro vznik řady nemocí.*

- *Vyhoření je zrcadlo odrážející zásadní problémy západních společností, jako je individualismus, soutěž a orientace na výkon, snaha o seberealizaci a hledání smyslu života, ale také sociální odcizení a nedostatečná soudržnost rodiny a společnosti.* (Maroon, 2012, 25–26).

## 2.2. Rizikové faktory syndromu vyhoření

Faktory ovlivňující syndrom vyhoření můžeme rozdělit na rizikové faktory (tj. vyhoření podněcující), protektivní faktory (tj. vyhoření tlumící) a neutrální faktory, jež nemají na syndrom vyhoření vliv (inteligence, věk, vzdělání, délka praxe v oboru atd.). Na faktory rizikové a protektivní můžeme dále nahlížet ze dvou perspektiv, vnější a vnitřní perspektivy. S vnější perspektivou souvisí poměry v zaměstnání, profesi a úkoly, které musí pracovník zvládat, pracovní prostředí, časový tlak a také sociální opora, resp. její kvalita, rodinné zázemí, osobní život. Z pohledu vnitřní perspektivy se nabízí pohled na samotného jedince a jeho osobnostní charakteristiky (Kebza, Šolcová 1998; Křivohlavý, 1998; Stock, 2010).

Podle Maslachové (2013), která provedla analýzu vnějších demografických faktorů, se syndrom vyhoření více objevuje u osob, které jsou samy „single“ než u osob, které žijí v manželském svazku. Dále z analýzy vyplývá, že častěji jsou postiženy osoby mladší a osoby vyššího vzdělání.

Z vnitřních osobnostních faktorů bylo prokázáno spojení mezi syndromem vyhoření a neuroticismem, úrovní odolnosti<sup>5</sup> (hardlinnes, self-efficiency, resilience), sebehodnocením, místem kontroly (locus of kontrol), coping strategiemi nebo chováním typu A (Maslach, Shaufeli, Liter, 2001; Kebza, Šolcová, 1998).

Maroon (2012) nazývá rizikové faktory proměnnými a dělí je na:

- ***proměnné týkající se osobnosti sociálního pracovníka:*** ty dále dělí na demograficky proměnné (věk, pohlaví, rodinný stav, úroveň vzdělání, počet odpracovaných let) a proměnné specifické pro jednotlivce, které se systematicky dávají do souvislosti s vyhořením u sociálních pracovníků a mezi které patří: sebepojetí, těžiště kontroly (locus of kontrol) a sebeúčinnost (self-efficiency).
- ***proměnné ve vztahu mezi sociálním pracovníkem, klientem a strukturou klientů*** – autor zde uvádí sedm aspektů interakce mezi klientem a sociálním pracovníkem, které mohou vést k negativním změnám ve vnímání sociálního pracovníka a v jeho postoji vůči klientům i jiným lidem a způsobit vyhoření. Jedná se o aspekty:

---

<sup>5</sup> odolnost = zdatnost, vnitřní síla, pružnost, houževnatost; schopnost vyrovnat se s životními situacemi společensky přiměřeně, bez patologických projevů (Hartl, Hartlová, 2010).

koncentrace na problémy; nepřítomnost pozitivní zpětné vazby; emocionální tlak; možnost změny a zlepšení; nadměrná blízkost; chování klienta; pravidla pro kontakt mezi pomáhajícím a klientem. Jako další proměnnou v této oblasti uvádí činitele související se strukturou klientů, zde zdůrazňuje, že sociálním pracovníkům se přiděluje dvakrát nebo třikrát více případů, než je předepsáno.

- ***proměnné v pracovním prostředí*** – pracovní prostředí má významný vliv na vznik syndromu vyhoření. Autor zde rozvíjí dvě proměnné, jež ovlivňují jedince. První proměnnou jsou proměnné podmíněné institucí (byrokracie, nedostatek loajality vůči instituci, nedostatek autonomie, pracovní přetížení), druhou proměnnou jsou pracovní podmínky (motivace pracovníka, kladení nových výzev, vztahy na pracovišti aj.).
- ***sociálně-kulturní proměnné*** – autor zde srovnává individualisticky západní kulturu s tradiční kolektivistickou společností. Dospěl zde k závěru, že v tradičních společnostech se lépe odděluje soukromý život od pracovního. Dojde-li zde k vyhoření, pak se spíše považuje za součást pracovního života, rodina a přátelé zde působí projektivně. Na druhé straně pracovníci v západních společnostech se cítí sevření mezi prací a požadavky rodiny (Maroon, 2012).

### **2.2.1. Přehled profesí, které ohrožuje syndrom vyhoření**

Každý z nás má své charakteristické zvyky, jinak reaguje na stres, jinak zvládá rizikové situace a jinak umí odpočívat. Zdálo by se, že syndrom vyhoření je individuální vlastností, ale přesto existuje celá řada povolání, u nichž lze vznik a rozvoj vyhoření předpokládat.

Jsou to především lékaři, zdravotní sestry, zdravotnický personál (dentisté), psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, učitelé na všech stupních škol, policisté, pracovníci pošt, žurnalisté, politici, sportovci, duchovní, poradci v organizačních záležitostech, vedoucí pracovníci všech stupňů, úředníci, podnikatelé a manažeři, pracovníci věznic atp. (Kebza, 2005; Krivohlavý, 2012).

### **2.3. Příznaky syndromu vyhoření**

Přestože se syndrom vyhoření vymezuje celou řadou symptomů, není zatím klasifikován jako nemoc. Podle ICD (mezinárodní klasifikace nemocných Světové zdravotnické organizace – WHO) je vyhoření zařazeno jako doplňková nemoc (Stock, 2010). Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 dává možnost diagnostikovat syndrom vyhoření v

rámci skupin Z 73 „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ i kategorii Z73–0 „Vyhasnutí“. V případě, kdy symptomy manifestují nějaká duševní onemocnění, může se syndrom vyhoření klasifikovat jako F-48 „Jiné neurotické poruchy“ a to do podskupin F48-0 „Neurastenie“ a F48.1 „Depersonalizační a derealizační syndrom“ (Kebza, 2005, 142).

Kebza (2005) uvádí přehledný popis jednotlivých příznaků rozčleněný podle úrovní, v nichž se projevují:

- **Na psychické úrovni** – dominuje pocit dlouhého namáhavého úsilí o něco, kdy efektivita tohoto snažení je nepatrná v porovnání s vynaloženou energií. Dále se objevuje pocit celkového, především duševního vyčerpání, emocionální vyčerpanosti, vyčerpání v kognitivní oblasti spolu s poklesem až ztrátou motivace. Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, pocity vlastní postradatelnosti až beznaděje. Projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, které jsou součástí profesionální práce s lidmi. Objevuje se pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí a negativní hodnocení instituce, ve které je profese vykonávána.
- **Na úrovni fyzické** – celková únava organismu, apatie, ochablost. Postižený se rychle unaví. Objevují se vegetativní potíže – bolesti u srdce, změny srdečního rytmu, zažívací obtíže, respirační obtíže, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, poruchy spánku, bolesti ve svalech apod. Vzniká riziko rozvoje závislosti všeho druhu.
- **Na úrovni sociálních vztahů** – celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob. Výrazná tendence redukovat styk s klienty, s kolegy a všemi osobami majícími vztah k profesi. Zjevná nechuť ke všemu, co souvisí s vykonávanou profesí. Nízká empatie. Postupné narůstání konfliktů.

## 2.4. Fáze syndromu vzhoreni

V současné literatuře je možno najít několik přístupů, které se liší v počtech jednotlivých fází syndromu vyhoření. Obecně však pro ně platí, že syndrom vyhoření trvá několik let a probíhá v určitých fázích (Kebza, Šolcová, 1998). Pro přehled uvedeme několik fází od známých autorů, kteří se touto problematikou zabývali.

### **2.4.1. Dvanáct fází Freudenbergera a Northa**

Psychologové H. Freudenberger a G. North rozdělují syndrom vyhoření do 12 kritických fází. Tyto fáze se nemusí objevovat všechny a nemusí jít vždy za sebou, jak jsou popsány (Kraft, 2006).

#### **1. Nutkavá snaha po sebeprosazení**

Na počátku často sledujeme nepřiměřené zapálení. Jsou patrné snahy o sebeprosazení v pracovní oblasti a často tato snaha přerůstá až do patologického nutkání.

#### **2. Pracovat tvrději**

Snaha dokázat sobě i ostatním, že na to daná osoba má, zvládne i to co mu nevyhovuje, staví si laťku velmi vysoko. Zaměřuje se převážně na práci, která vyžaduje více úsilí, než je běžné. Pracuje samostatně, dává tím najevo svoji nenahraditelnost.

#### **3. Přehlížení potřeb druhých**

Je soustředěn jen na svou práci, nemá čas ani energii na nic jiného. Rodina, přátelé, jídlo, spánek se zdají jako nepotřebné a nezajímavé, jelikož mu ubírají čas a energii, kterou potřebuje pro svou práci.

#### **4. Změna konfliktu**

Jedinec si začíná uvědomovat, že vše není, jak má být, ale není schopen rozpoznat zdroj problémů. Objevuje se vnitřní krize, které evokuje pocit ohrožení. Objevují se první příznaky stresu.

#### **5. Revize a změna hodnot**

Objevuje se izolace od ostatních ve snaze vyhnout se možným konfliktům. Popírá své základní potřeby, přestože se prostřednictvím příznaků slabě i silně ohlašují. Práce mu ubírá veškerou energii, žádná již nezbývá na přátele, zájmy, potěšení. V novém systému hodnot dominuje práce a objevuje se emoční otupělost.

#### **6. Popírání vznikajících problémů**

Začíná být netolerantní. Objevuje se sociální izolovanost. Zvenčí je patrná narůstající agresivita a sarkasmus. Často se vymlouvá na časovou tíseň, jež může za vzrůstající problémy. Zapomíná přitom, že on je pánem svého času a že jediná cesta z narůstajících problémů je změna sebe samotného.

## **7. Izolovanost**

Sociální kontakty jsou na minimu a situace se záhy mění v plnou izolaci. Může začít vyhledávat alkohol, drogy, má pocit, že pracuje jak se má a on si přece zaslouží úlevu. Objevují se pocity beznaděje a ztráty smyslu.

## **8. Zřejmé změny v chování**

Spolupracovníci, rodina, přátelé, a další lidé v jeho sociálním okolí nemohou přehlédnout, že jeho chování se změnilo.

## **9. Depersonalizace**

Při ztrátě kontaktu se sebou, se svými potřebami, se objevují pocity, že on ani druzí nejsou hodnotné osobnosti. Jeho pohled na život se zužuje, vnímá pouze přítomnost, život se mění v pouhou sérii mechanických funkcí.

## **10. Vnitřní prázdnota**

Cítí se vnitřně prázdňový a pokouší se to překonat aktivitami, jako jsou přejídání, sex, alkohol nebo drogy. Tyto aktivity jsou často přehnané.

## **11. Deprese**

Vyhoření může v sobě zahrnovat depresi. V takovém případě se postižený cítí vyčerpaný, beznadějný, lhostejný a domnívá se, že budoucnost pro něho není. Jeho život ztrácí smysl a přibývá typických depresivních symptomů.

## **12. Syndrom vyhoření**

Objevuje se celkový psychický a fyzický kolaps, který může vést k vyhledání lékařské pomoci. V extrémních případech se současnou depresí, se mohou objevovat i sebevražedné myšlenky, na něž je možné pohlížet jako na snahu uniknout problému. Jen málo jedinců se o sebevraždu pokusí (Kraft, 2006).

### **2.4.2. Čtyři fáze Christíny Maslachové**

Ch. Maslachová vytvořila jednodušší čtyřfázový model:

1. Idealistické nadšení a přetěžování.
2. Emocionální a fyzické vyčerpání.
3. Dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením.
4. Terminální stadium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu vyhoření v celé jeho pestrosti (Křivohlavý, 2012, 83).



### 2.4.3. Pět fází Edelwiche a Brodskyho

Edelwiche a Brodsky (in Mallotová, 2000) popisují vývoj vyhoření v pěti fázích, které se vzájemně překrývají a nelze je jednoznačně ohraničit:

1. **Nadšení** – nový pracovník srší elánem, má velké až nerealistické očekávání. Dobrovolně pracuje přes čas, práce ho naplňuje, identifikuje se se svou profesí a tak zanedbává volnočasové aktivity.
2. **Stagnace** – počáteční nadšení uvadá, dotyčný se ve své profesi trochu zorientoval a zjistil, že má svá omezení a že ne všechny ideály půjdou naplnit. Rovněž se už začíná ohlížet i po jiných, než jen pracovních věcech – bere v potaz i osobní potřeby a koníčky.
3. **Frustrace** – pracovník se zajímá o otázky efektivity a smyslu vlastní práce, protože se opakovaně setkal s nespolupracujícími klienty, technickými a byrokratickými překážkami. Vyskytují se spory s nadřízenými i počínající emocionální a fyzické potíže.
4. **Apatie** – pracovník je trvale frustrován a nemá možnost situaci změnit. Práci však nutně potřebuje, protože je jeho zdroj obživy. Dělá pouze to, co má v náplni práce. Přetrvává snaha o udržení místa s nízkou angažovaností.
5. **Intervence** – jakýkoliv krok, který je reakcí na vyhoření a vede k přerušení koloběhu zklamání. Může znamenat více volného času, který člověk věnuje sám sobě nebo rodině – dovolená, výlety, nebo se přestěhuje, najde si nové přátele, začne se dále vzdělávat.

### 2.5. Možnosti diagnostiky syndromu vyhoření

Jednou z možností měření diagnostiky je pozorování jednotlivých příznaků u lidí, u kterých se syndrom začíná projevovat. Toto pozorování však může provádět jen člověk, který je o charakteristice syndromu dobře informován. Mimo pozorování se dá využít různých speciálních psychologických metod, které byly pro tento účel vyvinuty. Mezi nejvíce využívané metody patří dotazníky, které jsou založené na posuzovacích škálách. Mezi nejčastěji používané patří dotazníky od Ch. Maslachové a S. Jacksonové „*Maslach Burnout Inventory*“ nebo dotazník od A. Pinesové, E. Arizony a D. Karfyho „*Burnout Measure*“ (Kebza, Šolcová, 1998).

### **2.5.1. MBI – Maslach Burnout Inventory**

Tato dotazníková metoda je zaměřena na určování emocionální vyčerpanosti, depersonalizace a sníženého pracovní výkonu. Existují tři verze tohoto dotazníku, poslední byla vydána roku 1996 a došlo v ní k zásadním změnám a to vytvoření tří nových subškál (Kebza, Šolcová, 1998):

- **Emocionální vyčerpání** – pocit, že stres dosáhl své hranice, nebo ji překročil;
- **Depersonalizace** – jedinec má sklony se distancovat od sebe a druhých, osoby považuje za objekty;
- **Osobní uspokojení** – přesvědčení jedince, že svou práci dělá dobře (Maroon, 2010).

Účelem metody MBI je zjistit, jak pracovníci v pomáhajících profesích hodnotí svou práci a jak se dívají na osoby, s nimiž denně spolupracují (Maroon, 2010).

### **2.5.2. MB – Burnout Measure**

Tento dotazník je zaměřen na měření pocitů fyzického vyčerpání, jako je slabost a únava, dále na pocity emocionálního vyčerpání, jako jsou úzkost, beznaděj a bezvýchodnost a na pocity psychického vyčerpání, které odráží pocity osobní bezcennosti a deziluze (Bartošíková, 2006).

## **2.6. Prevence syndromu vyhoření**

Pokud se budeme dívat na syndrom vyhoření jako na důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tento vzájemný rozpor zmenšit jednak na straně jedince – osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategie zvládnutí stresu, ale také na straně zaměstnavatele – změnou jeho organizace a kultury. Z vnějších okolností je věnována pozornost především vlivu sociální opory (Bartošíková, 2006).

### **2.6.1. Prevence syndromu vyhoření na straně jedince**

Prevence v rovině osobní představuje vytváření si zdravého systému sebedopory. Sebedopory lze dosáhnout tím, že se postaráme o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího (Bartošíková, 2006).

Smysluplný život je velice důležitým faktorem, jenž ovlivňuje vyhoření jak pozitivně (při zvládnání), tak negativně (při jeho vzniku). Prožívání smysluplnosti je ryze subjektivním jevem. Vztahuje se jednak k pocitu smysluplnosti práce, tak k pocitu smysluplnosti života jako celku. Dobrý pocit smysluplnosti práce je považován za dílčí úsek celkové životní spokojenosti a jednu z nejdůležitějších složek smysluplnosti bytí (Křivohlavý, 2012).

Dalším důležitým faktorem je trvale se zajímat o rovnováhu mezi tím, co nás stresuje, a tím, co nám dodává zdraví a sílu (salutory). Stres a stresory si nás vyhledávají samy, o ty se starat nemusíme, ale o salutory, o to, co nám dodává radost a energii, se musíme postarat sami. Někdy postačí více odpočívat, jindy je zapotřebí se aktivně podílet na změně. Vyhledávání a posilování salutorů vede k nejrůznějším preventivním aktivitám, např. k relaxaci a relaxačnímu cvičení. Jsou situace, kdy si na změny postačíme sami, jindy je dobré vyhledat pomoc (Bartošíková, 2006; Křivohlavý, 2012).

Přehled individuálních možností prevence:

- nalezení smysluplné pracovní činnosti;
- získání a převzetí profesionální autonomie a opory;
- vytváření přirozeného vztahu k práci a dalším životním aktivitám;
- osvojení si základních postupů hodnocení a zvládnání stresogenních situací;
- respektování zásad zdravého životního stylu (Kupka, přednáška, 11. října 2013).

## **2.6.2. Prevence syndromu vyhoření na straně organizace**

Pokud se zaměstnavatel dobře stará o své zaměstnance ve smyslu prevence syndromu vyhoření, odměnou mu může být to, že zaměstnanci neztrácejí svou výkonnost a sebedůvěru. Klientům se poté dostává zaujaté péče od lidí, již svou práci nepředstírají, ale naopak se jí plně věnují, jsou plni energie a empatie. V neposlední řadě to má pro zaměstnavatele i ekonomické důsledky a to vzhledem k tomu, že syndrom vyhoření se promítá i do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti (absence, fluktuace, zvýšení nemocnosti aj.) (Bartošíková 2006).

Možnosti prevence na straně zaměstnavatele:

- pořádání seminářů o syndromu vyhoření;
- adekvátní výběr zaměstnanců;
- pořádání výcviků v profesních dovednostech;
- důraz na osobní růst zaměstnance;
- týmová spolupráce;

- zvýšený podíl pracovníků na řízení a rozhodování;
- kondiční programy;
- odpovídající finanční ohodnocení;
- pořádání debriefingových, Bálintovských skupin;
- možnost supervize (Kupka, přednáška, 11. října 2013).

### **2.6.3. Sociální opora**

Sociální opora má hlavní zdroje v rodině, v zaměstnání (spolupracovníci), u přátel a dobrých známých. Člověku, který pocítuje silnou oporu ze strany rodiny, přátel a známých hrozí menší riziko syndromu vyhoření. Trend dnešní doby poukazuje na riziko, že mnoho lidí upřednostňuje svou kariéru před partnerským životem. Věnují se jen své práci a vše ostatní zanedbávají, včetně sociálních styků. Je vhodné, aby si každý jedinec mohl udělat čas a trávit ho se svými blízkými. Může to být prospěšné nejen pro něj, protože bude mít možnost si popovídat o svých starostech, ale zároveň může pomoci svým blízkým vyslechnout je a stát se jejich rádcem (Stock. 2010).

### **2.6.4. Dobrých rad není nikdy dost**

Jak syndromu vyhoření předejít? Autoři Kebza (2005), Bartošíková (2006), Stock (2010), Křivohlavý (2012) uvádí pár rad, jak předcházet syndromu vyhoření:

- pečujte o sebe, odpočívejte, myslete i na své potřeby;
- naučte se hospodařit se svým časem, plánujte s moderními technologiemi;
- naučte se požádat o pomoc tam, kde vaše síly nestačí;
- udělejte si čas na svůj život, na své přátele, na své koníčky;
- udržujte se v dobré fyzické kondici, naučte se relaxovat;
- práci si nechte v práci, chodte domů s čistou hlavou;
- vyhýbejte se rutině a stereotypu;
- nezapomínejte na humor, smích léčí.

### 3. Pomáhající profese

Pod pojmem pomáhající profese se ukrývá mnoho profesí. Je to označení pro povolání, jejichž náplní práce je pomáhat lidem. Všechna tato povolání se vyskytují na různých typech pracovišť, jako jsou nemocnice, úřady, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a jiná zařízení zaměřená na pomoc druhým.

Výzkum prováděný v rámci této diplomové práce je zaměřený na pracovníky pracující v sociálních službách, konkrétně v týdenním stacionáři, domově pro zdravotně postižené, domově se zvláštním režimem. Proto se v této kapitole zaměříme na vymezení právě těchto sociálních služeb a profesí, kterých se to týká.

#### 3.1. Definice pomáhajících profesí

Hartl a Hartlová (2009, 185) definují pomáhající profese (helping professions) jako „*souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby pomoc mohla být účinnější*“. Mezi pomáhající profese patří lékaři, sestry, fyzioterapeuti a další zdravotničtí pracovníci, psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, policisté, hasiči, pedagogové, kněží, řádové sestry atd.

Pro povolání v pomáhajících profesích je důležité, aby se vytvořil lidský vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem. Osobnost pomáhajícího a vztah ke klientovi tvoří podstatnou složku pro toto povolání. Pomáhající pracovník by měl být bezesporu profesionál. Nezbytné je, aby měl potřebnou kvalifikaci k výkonu svého povolání, navíc by měl disponovat řadou dovedností, jako je náklonnost, trpělivost, empatie. V neposlední řadě by měl dobře ovládat komunikační dovednosti, jelikož komunikace je hlavním pracovním nástrojem pomáhajících profesí (Kopřiva, 2006).

#### 3.2. Sociální služby

Poskytování sociálních služeb je vymezené zákonem č.208/2006 Sb. Ze zákona vyplývá, že se jedná o „*činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*.“ (zák. č. 208/2006 Sb., § 3).

Posláním sociálních služeb je především chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami díky svému omezení, např. omezení zdravotní, věkové, díky životní krizové situaci apod. (Malíková, 2011).

### 3.2.1. Dělení sociálních služeb

Mezi základní poskytované sociální služby patří (Malíková, 2011):

- **sociální poradenství** – je nedílnou součástí každé poradenské služby;
- **sociální péče** – zabezpečují základní životní potřeby v případě, že nemohou být zajištěny bez péče jiné osoby;
- **sociální prevence** – slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení sociálně rizikových skupin.

Malíková (2011) dále dělí sociální služby v závislosti na typu poskytované služby na:

- **terénní služby** – jsou poskytované v prostředí, kde žije jedinec (pečovatelské služby, terénní programy pro ohroženou mládež apod.);
- **ambulantní služby** – klienti do služeb docházejí (poradny, denní stacionáře, kontaktní centra apod.);
- **pobytové služby** – jedná se o služby, kde klienti po určitou dobu pobývají (domovy pro seniory, chráněné bydlení, azylové domy apod.).

### 3.2.2. Týdenní stacionáře

Jedná se o pobytovou službu s celoročním provozem pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Provoz bývá zajištěn zpravidla přes týden, v pracovní dny. Provádí se zde aktivační a sociálně terapeutické činnosti a uživatelům je poskytována komplexní péče po celou dobu pobytu (zák. č.208/2006 Sb. § 47).

### 3.2.3. Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Tato služba poskytuje pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Uživatelům je poskytována komplexní péče po celou dobu pobytu dle jejich osobních potřeb. Dále se zde provádí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (zák. č. 208/2006 Sb. § 48).

### 3.2.4. Domovy se zvláštním režimem

Jedná se o další pobytovou službu s celoročním provozem. Tato služba je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách. Dále pak je určena osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí i s ostatními typy demencí, které mají v důsledku těchto onemocnění sníženou

soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba poskytuje komplexní péči po celou dobu pobytu. Režim v těchto zařízeních je přizpůsobován specifickým potřebám uživatelů. Dále se zde provádí aktivizační asociálně terapeutická činnost (zák. č. 208/2006 Sb. § 50).

### 3.2.5. Profese podílející se na poskytované péči

Ve výše zmíněných sociálních službách vykonávají činnost tito pracovníci:

- **sociální pracovník** – vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agenty včetně řešení sociálně právních problémů, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou činnost v sociální oblasti, depistážní činnosti, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci (zák. č. 208/2006 Sb. § 109).
- **pracovníci v sociálních službách** – vykonávají přímou péči obslužnou (dopomoc při nácviu oblékání, osobní hygieně, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, podporou soběstačnosti aj.), základní výchovnou nepedagogickou činnost (upevňování základních hygienických a společenských návyků, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvoj osobnosti aj.), pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství (zák. č. 208/2006 Sb. § 116).
- **zdravotničtí pracovníci** – nejčastěji zde pracuje nižší zdravotnický personál (sanitáři, ošetrovatelky) a střední zdravotnický personál (zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci). Podmínky jejich činnosti stanoví zvláštní právní předpisy zákonem č.96/2004 Sb.

## 4. Výzkumná část

### 4.1. Cíl výzkumu

Práce v pomáhajících profesích patří k těm z nejnáročnějších, zatěžujícím psychicky i fyzicky. Pracovníci v pomáhajících profesích se setkávají s bolestí a utrpením druhých a často i se smrtí. Tyto faktory jsou jedním z důvodů, proč jsou ve větší míře vystaveni dlouhodobému stresu. Dlouhodobý stres se může stát příčinou syndromu vyhoření. Z těchto důvodů se výzkum v rámci diplomové práce zaměřuje na stres a jeho příčiny, na syndrom vyhoření, na jejich podstatu a projevy.

Cílem výzkumu je zmapovat atributy zvládnání stresu a míru vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích, konkrétně v denním stacionáři DC90, Domově na Dubíčku a Domově se zvláštním režimem Pržno.

Dalším cílem výzkumu je zjistit vztah mezi délkou praxe v pomáhajících profesích, náboženskou orientací a věkem vzhledem k atributům zvládnání stresové zátěže a mírou syndromu vyhoření.

### 4.2. Hypotézy výzkumu

Hypotézy výzkumu jsou stanoveny takto:

**H1** Předpokládám, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi délkou pracovního zařazení a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM u zkoumaného souboru.

**H2** Předpokládám statisticky významný rozdíl u negativních atributů<sup>6</sup> zvládnání stresu, měřeno dotazníkem Stress Profile, u zkoumaného souboru mužů a zkoumaného souboru žen.

**H3** Předpokládám, že rozdílná náboženská orientace<sup>7</sup> respondentů bude vykazovat statisticky významný rozdíl u negativních atributů<sup>8</sup> zvládnání stresu, měřeno dotazníkem Stress Profile.

**H4** Předpokládám statisticky významnou negativní i pozitivní souvislost mezi dotazníkem Stress Profile, a mírou vyhoření, měřenou dotazníkem BM, u zkoumaného souboru.

---

<sup>6</sup> Negativní atributy = T-skóry vyšší než 60 u škál STR, ARC, TYP, NEG a nižší T- skóry než 40 u škál ZDR, CVI, ODP, JID, PRV, SOC, NEZ, POZ, MIN, PRO, POH.

<sup>7</sup> Náboženská orientace je v rámci této práce rozdělena na respondenty věřící v Boha, respondenty věřící, ale ne v Boha a na nevěřící - ateisty.

<sup>8</sup> Negativní atributy = T-skóry vyšší než 60 u škál STR, ARC, TYP, NEG a nižší T- skóry než 40 u škál ZDR, CVI, ODP, JID, PRV, SOC, NEZ, POZ, MIN, PRO, POH.



**H5** Předpokládám, že se zvyšujícím se věkem se statisticky významně zvyšuje míra vyhoření.

**H6** Předpokládám, že u zkoumaného souboru existuje statisticky významná negativní korelace mezi délkou pracovního zařazení a dotazníkem Stress Profile.

### **4.3. Cílová skupina výzkumu**

Cílovou skupinou jsou zaměstnanci denního stacionáře DC 90, Domova na Dubíčku a domova se zvláštním režimem Pržno, kteří pracují na postech pracovníků přímé péče obslužné, sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků, respektive zdravotních sester.

Jelikož byla dopředu známa struktura výběru, proběhl výběr zkoumaného vzorku metodou totálního výběru v předem vybraných zařízeních. Zaměstnanci na požadovaných postech byli dopředu informováni o skutečnosti, že výsledky budou zpracovány zcela anonymně a pouze pro účely diplomové práce.

#### **4.3.1. Charakteristika zařízení zkoumaného souboru**

V této kapitole se podíváme na jednotlivá zařízení, ze kterých pochází výběrový soubor.

##### **4.3.1.1. Denní stacionář DC 90 o.p.s. Topolany**

Denní stacionář DC 90 poskytuje pomoc a podporu osobám od 16 do 65 let se specifickými potřebami (mentálními nebo kombinovaným handicapem) v denním provozu, aby jejich život byl srovnatelný se životy zdravých spoluobčanů a vedl k soběstačnosti, s přihlédnutím na jejich postižení a individuální potřeby. Denní stacionář zajišťuje služby, které se zaměřují na udržování sociálních vztahů, nácvik sociálních dovedností, podporování sociálního začlenění a rozvíjení osobních možností uživatelů, které vedou k seberealizaci a samostatnosti. Služby jsou poskytovány pondělí až pátek od 7:30 do 15:30. Kapacita zařízení je 65 klientů (DC 90, 28.únor 2014).

##### **4.3.1.2. Domov na Dubíčku Hrobice**

Jedná se o zařízení pro osoby se zdravotním postižením od 27 let. V Domově převládají klienti s reziduální schizofrenií a mentální retardací. Domov zajišťuje pro uživatele služby dle jejich individuálních potřeb: ubytování, stravování, ošetrovatelskou péči, kulturní, zájmovou a terapeutickou činnost, vzdělávací aktivity, pomoc a vedení k sebeobsluze, zachování a

udržování kontaktů s příbuznými, zamezení izolace od ostatní společnosti. Lékařská péče je zajištěna pravidelnými návštěvami praktického lékaře a psychiatra. Doba poskytování služeb je nepřetržitě po celý rok. Kapacita zařízení je 47 lůžek (Katalog sociálních služeb, 2009).

#### **4.3.1.3. Domov se zvláštním režimem Pržno**

Domov je určen osobám starším 27 let, které jsou ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách a osobám s chronickým duševním onemocněním. Domov zajišťuje pro uživatele služby dle jejich individuálních potřeb: ubytování, stravování, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů, společenské a kulturní programy, vzdělávací programy, ergoterapie. Lékařská péče je zajištěna pravidelnými návštěvami praktického lékaře a psychiatra. Doba poskytování služeb je nepřetržitě po celý rok. Kapacita zařízení je 85 lůžek (Katalog sociálních služeb, 2009).

### **4.4. Metoda sběru dat**

Pro získání dat do výzkumné části diplomové práce jsem použil standardizované dotazníky Stress Profile a Burnout Measure a dále kratičkový dotazník pro získání demografických údajů. Baterie dotazníků je součástí přílohy diplomové práce.

#### **4.4.1. Burnout Measure – BM**

Metoda Burnout Measure je jednou z nejužívanějších metod pro diagnostiku syndromu vyhoření. Tuto metodu sestavili Ayala Pines a Elliot Aronsan v roce 1980, do českého jazyka byla přeložena J. Křivohlavým (2012). Dotazník Burnout Measure se skládá z 21 tvrzení, které jsou hodnoceny na sedmibodové škále. Pro příklad uvádím: otázka „Bývám unaven/a“, odpovídá se 1 – nikdy až 7 – vždy.

Dotazník BM se zaměřuje na tři různé aspekty jednoho psychického jevu, kterým je vyčerpání. Těmito třemi aspekty jsou:

- pocit fyzického vyčerpání – pocity únavy, celkové slabosti, pocity úbytku sil, pocity stavu, kdy je člověk blízko tomu, aby onemocněl;
- pocit emocionálního vyčerpání – pocity tísně, deprese, beznaděje, bezmoci;
- pocit fyzického vyčerpání – pocity naprosté bezcennosti, marnosti, ztráty iluzí, pocity ztráty lidské hodnoty (Křivohlavý, 2012).

Dotazník Burnout Measure má dobrou vnitřní konzistenci a vysokou míru reability (míru shody) při opakování měření po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. Míra shody se týká i údajů, kdy si člověk hodnoty měří sám, nebo kdy hodnoty u člověka získává někdo, kdo ho dobře zná (Křivohlavý, 2012).

Křivohlavý (2012) uvádí, že v základním výzkumu navrhovatelů byla zjištěna průměrná hodnota BM 3,3, která byla vyzkoumána na vzorku 5 000 Američanů.

#### **4.4.1.1. Interpretace dotazníku Burnout Measure – BM**

Pro interpretaci dotazníku BM je důležitý upřímný postoj vyplňujícího, poté můžeme hodnotit celkový výsledek z hlediska psychologie zdraví:

- hodnota BM = 2,00 a nižší – jako dobrý výsledek
- hodnota BM = až 3 – jako uspokojivý výsledek
- hodnota BM mezi 3,0 a 4,0 – znamená potencionální ohrožení syndromem vyhoření, doporučuje ujasnit si žebříček hodnot, zamyslet se nad životem a prací, nad stylem a smysluplností vlastního života.
- hodnota BM mezi 4,0 a 5,0 poukazuje na přítomnost syndromu psychického vyčerpání. V tomto případě je zapotřebí udělat něco proti tomu, abychom neskončili, jak bychom nikdy nechtěli. Je dobré vyhledat odbornou pomoc.
- hodnota BM = 5 a vyšší je považována za havarijní signál a je nutné vyhledat odbornou pomoc (Křivohlavý, 2012).

#### **4.4.2. Dotazník Stress Profile**

Stress Profile je sebesuzovací dotazník, založený na kognitivně-transakčním přístupu ke stresu a vyrovnáním se s ním dle Lazaruse a jeho kolegů. Dotazník Stress Profile vytvořil Kenneth M. Nowack (2006), první české vydání přeložili a upravili Jiří Kloze a Pavel Král. Dotazník Stress profile je navržen tak, aby identifikoval oblasti, které člověku pomáhají odolat škodlivým účinkům každodenního stresu, a ty oblasti, které naopak jsou náchylné k onemocněním, jež jsou spojovány se stresem. Administrací Stress Profile získáme skóry v 15 oblastech, které se týkají stresu a zdravotních rizik, dále pak získáme L – skóry a skóry inkonzistentních odpovědí, které mají pomoc administrátorům rozpoznat úmyslně zkreslené výsledky testu. Dotazník je sestaven tak, aby jeho vyplnění zvládl každý, kdo má alespoň základní vzdělání. Vyplnění dotazníku Stress Profile většina respondentů dokáže vyplnit během 20-25 minut. V příručce k dotazníku Stres Profile najdeme jak původní normy

odvozené ze vzorku americké populace, tak normy pro českou populaci, které blíže představím v další části této práce.

#### 4.4.2.1. Interpretace dotazníku Stress Profile

Interpretace výsledků Stress Profile probíhá nejprve ověřením možnosti zkreslení odpovědí (z hlediska úmyslného zkreslení) na základě L-skóru a indexu inkonzistentních odpovědí. Následně se spočítají hrubé skóry pro každou z patnácti škál zvlášť. Tyto hrubé skóry se následně převádí na T-skóry, které umožňují porovnání získaných výsledků se stanovenými normami pro českou populaci. „*T-skóry mají průměr 50 a standardní odchylku 10. Výsledky 40 T až 59 T se považují za průměrné, reprezentují odpovědi, které jsou podobné těm, jež byly získány od „normální“ populace; výsledky 60 T a výše jsou považovány za vysoké a výsledky 39 T a níže se považují za nízké*“ (Nowack, 2006, 19).

#### 4.4.2.2. Interpretace jednotlivých škál

V této části si popíšeme všech 15 obsahových oblastí dotazníku Stress Profile:

- **Stres (Stress)** – škálu stres tvoří šest položek, které měří stresory v oblastech: zdraví, práce, finanční situace, rodina, společenské povinnosti a záležitosti týkající se životního prostředí. Respondenti jsou žádáni, aby uváděli, jak často zakoušeli stres v těchto oblastech za poslední tři měsíce. Vysoké T-skóry 60 T a vyšší na této škále naznačují relativně vysokou úroveň percipovaného pracovního a životního stresu. Nízké T skóry 40 T a nižší naznačují nízkou úroveň percipovaného pracovního a životního stresu,
- **Zdravotní návyky (Health Habits)** – jde o specifické chování, které jestliže se opakuje pravidelně, přispívá jak k fyzické, tak i psychické pohodě. Škála zdravotních návyků je složena ze čtyř položek popisující obvyklé chování a současně tvoří čtyři samostatné subškály:
  - **Cvičení** – tři položky zkoumají četnost cvičení, kterému se respondent pravidelně věnuje. Jedinci s vysokým T-skórem v této škále mají tendenci cvičit intenzivněji a častěji než jedinci s nízkým T-skórem;
  - **Odpočinek/spánek** – pět položek týkajících se dostatečného odpočinku spánku a relaxace. Jedinci s vysokým T-skórem v této škále jsou obvykle odpočinitější, méně unavení a uvolněnější;

- **Jídlo/výživa** – pět položek hodnotících, zda respondent dostatečně dbá o vyváženou a výživnou stravu, zda dodržuje vyvážené stravovací návyky. Jedinci s vysokým T-skórem v této škále mají sklon k disciplinovanému dodržování vyvážených stravovacích návyků.
- **Prevence** – jedenáct položek zjišťuje četnost, s jakou respondent věnuje pozornost preventivním zdravotním a hygienickým postupům, jako je vyhýbání se nemocným, docházení na pravidelné lékařské prohlídky nebo užívání předepsaných léků, dále tyto položky zjišťují užívání látek, které jsou spojovány se zvýšeným rizikem zdravotních komplikací. Jedinci s vysokým T-skórem v této škále mají tendenci dodržovat preventivní zdravotní návyky a vyhýbat se používání látek, které by mohly vést ke zvýšenému riziku onemocnění. Poslední tři položky této subškály tvoří trs položek ARC, které zkoumají abúzus návykových látek (alkohol, drogy a kouření). Jelikož se jedná o chování, které vede k závažným zdravotním rizikům, je položka trs ARC hodnocena odděleně. Vysoké T-skóry v položce trs ARC, naznačují riziko ohrožení zdraví;
- **Sociální podpora okolí (Social Support Network)** – tato škála se soustředí na existenci lidí, od nichž může respondent počítat s emoční podporou, radou, poučením, bezpodmínečnou láskou a pomocí, a zaměřuje se na to, jak je respondent s takovou oporou spokojen. Patnáct položek této škály se soustředí na 5 okruhů osob z respondentova bezprostředního okolí: nadřízený, spolupracovníci, manžel/manželka, partner/ partnerka, nebo jiné blízké osoby, členové rodiny, příbuzní, přátelé. Jedinci s vysokým T-skórem v této škále mají blíže k větší spokojenosti s mírou a kvalitou sociální podpory z okolí;
- **Chování typu A (Type A Behavior)** – deset položek bylo vypracováno tak, aby měřilo kompletní paletu reakcí typu A, jako je vnitřní vztek, vyjádřený vztek, pocit časové tísně, vysoké pracovní tempo, snaha o vysoký výkon, přílišnou ctižádostivost a konkurenční chování. Jedinci s vysokým T-skórem (60T a vyšší) v této škále mají tendenci k chování typu A, na rozdíl od jedinců s T-skóry nižšími;
- **Kognitivní nezdolnost** – třicet položek se dotazuje na probandovy životní a pracovní atributy, postoje a přesvědčení. Jedinci s vysokým T-skórem (60 a vyšší) v této škále mají tendenci pociťovat relativně vysoký stupeň angažovanosti a oddanosti své práci, rodině i sobě samým. Mají silný pocit kontroly nad důležitými

událostmi v jejich životě. Přijímají životní změny jako výzvy a příležitosti k osobnímu růstu. Osoby s nízkými T-skóry (40T a nižší) jsou náchylní k pocitům odcizení z pracovního a rodinného života, jsou obecně náchylnější k nemocem, což se projevuje nejvíce v době, kdy zažívají stres.

- **Strategie zvládnání zátěže (Coping Style)** – škály strategie zvládnání zátěže, pozitivní pohled, negativní pohled, minimalizace hrozeb a zaměřenost na problém jsou vypracovány tak, aby popisovaly čtyři koncepčně odlišné strategie vyrovnávání se zátěži. Skór 60T a vyšší naznačuje častější využívání dané strategie, naopak skór 40T a nižší naznačuje absenci dané strategie;
  - **Pozitivní pohled** – pět položek škály se věnuje použití podpůrných a autostimulačních výroků pro minimalizaci vnímání stresu. Lidé využívají tuto strategii, když se soustředí na pozitivní aspekty situace, využívají ji k redukci problému tím, že si připomínají šťastnější zkušenosti nebo si vizualizují pozitivní řešení problematické situace;
  - **Negativní pohled** – je charakterizován sebeobviňováním, sebekritikou nebo katastrofickým myšlením. Pět položek této škály měří tendenci přistupovat k problémovým situacím z této perspektivy;
  - **Minimalizace hrozeb** – pět položek mapuje strategii, kterou se člověk snaží vyrovnat se stresory tím, že snižuje jejich významnost nebo se jimi člověk nezabývá. Lidé využívají tuto strategii, když si dělají legraci a vtipkují o problémových situacích a úmyslně zaměřují svou pozornost pryč od problému;
  - **Zaměřenost na problém** – čtyři položky se zaměřují na aktivní snahu jedince měnit environmentální stresory nebo své chování. Lidé využívající této strategie, rozpracovávají akční plán, jak se vyrovnat se situací, žádají jiné, aby provedli konkrétní změny tak, aby jim to ulehčilo situaci, zkoumají svou vlastní zkušenost a zkušenosti druhých tak, aby stanovili efektivní řešení pro stresující situaci.
- **Psychická pohoda** – dvanáct položek hodnotí u respondenta celkový pocit uspokojení a psychické vyrovnanosti během předcházejících tří měsíců. Jedinci s vysokým T-skórem (60 a vyšší) v této škále jsou obecně spokojeni sami se sebou a domnívají se, že jsou schopni těšit se ze života. Osoby skórující T-skór 40T a nižší, jsou pravděpodobně ve svém životě celkově nespokojení.

#### **4.4.3. Demografický dotazník**

Kratičký demografický dotazník jsem vytvořil sám a slouží ke sběru základních demografických dat jako je pohlaví, věk, vzdělání, pracovní pozici, délka praxe a náboženská orientace.

## 5. Výsledky a analýza výzkumu

Výzkum byl prováděn pomocí standardizovaných dotazníků Stress Profile a Burnout Measure – BM. Tyto dotazníky byly distribuovány prostřednictvím vedoucích pracovníků zaměstnancům v denním stacionáři DC 90, v Domově na Dubíčku a v Domově se zvláštním režimem Pržno. Dotazníky byly distribuovány v průběhu měsíce října a listopadu 2013. Celkem bylo distribuováno 70 dotazníků, návratnost byla 60 dotazníků, což je 86%. Data z dotazníků jsem překontroloval a přesvědčil se o úplnosti a správnosti vyplnění dotazníků. Z 60 dotazníků bylo 9 vyřazeno pro neúplnost vyplněných údajů, a pro vysoké L-skóry ( $\geq 3$ ) a vysoké inkonzistentní odpovědi ( $\geq 4$ ). Údaje z dotazníku jsem převedl do četnostních tabulek obsahujících hrubé skóry, se kterými jsem následně pracoval. K vyhodnocení dat jsem použil program Microsoft Office Excel<sup>®</sup>2003. Pro výzkum jsem získal výzkumný vzorek činící n-51 respondentů.

### 5.1. Popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří 51 zaměstnanců z denního stacionáře DC 90, z Domova na Dubíčku a z Domova se zvláštním režimem Pržno, kteří pracují na postech pracovníků přímé péče obslužné, sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků respektive zdravotních sester.

#### 5.1.1. Pohlaví respondentů

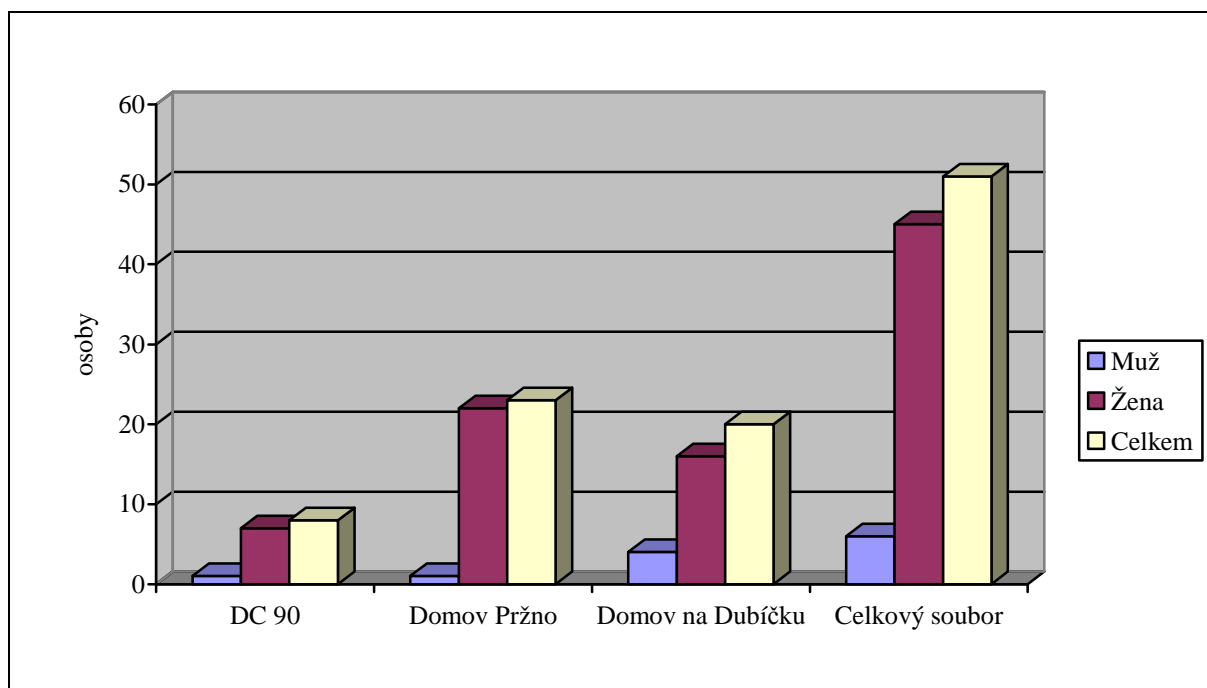
Celková skupina respondentů je tvořena 51 probandy, z toho je 6 mužů (12%) a 45 žen (88%). Z denního stacionáře DC 90 (n8) je zastoupeno ve výzkumném souboru celkem 9 lidí 1 muž (12%) a 7 žen (88%); z Domova se zvláštním režimem Pržno je to 23 lidí, z toho 1 muž (4%) a 22 žen (96%) a z Domova na Dubíčku je zastoupeno ve výzkumném souboru 20 lidí, z toho 4 muži (20%) a 16 žen (80%). Uvedené rozdělení respondentů podle pohlaví znázorňuje Tab. 1 a Graf 1.

**Tab. 1:** Rozdělení výzkumného souboru dle pohlaví

Pohlaví	DC 90		Domov Pržno		Domov na Dubíčku		Celkový soubor	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Muž</b>	1	12 %	1	4 %	4	20 %	6	12 %
<b>Žena</b>	7	88 %	22	96 %	16	80 %	45	86 %
<b>Celkem</b>	8	100 %	23	100 %	20	100 %	51	100 %



**Graf 1:** Rozdělení výzkumného souboru dle pohlaví



### 5.1.2. Věk respondentů

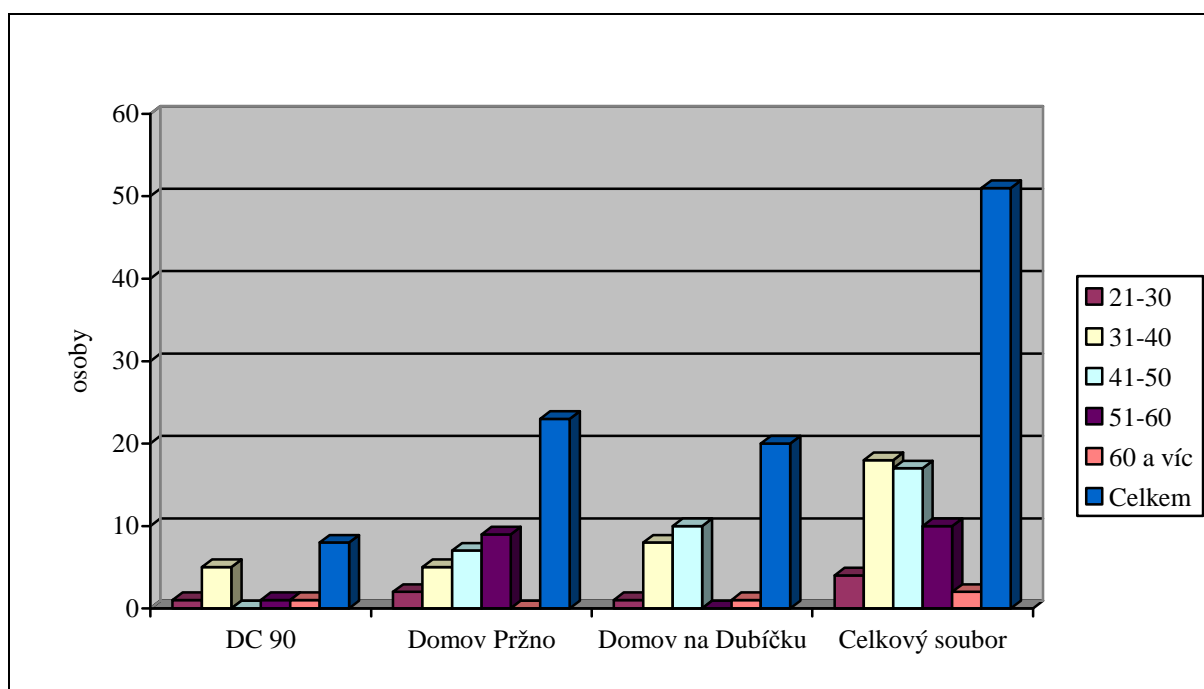
Celková skupina respondentů je tvořena 51 probandy, z toho ve věkové skupině 21–30 let se nachází 4 (8%) respondenti, ve věkové skupině 31–40 let je to 18 (35%) respondentů, ve věkové skupině 41–50 let je to 17 (33%) respondentů, ve věkové skupině 51–60 let je to 10 (20%) respondentů a ve věkové skupině 60 a více jsou to 2 (4%) respondenti. Z denního stacionáře DC 90 je zastoupeno ve výzkumném souboru celkem 8 lidí, z toho ve věkové skupině 21–30 let je to 1 (13%) respondent, ve věkové skupině 31–40 let je to 5 (63%) respondentů, ve věkové skupině 41–50 let se nenachází žádný respondent, ve věkové skupině 51–60 let je to 1 (13%) respondent a ve věkové skupině 60 a více je to 1 (13%) respondent. Z Domova se zvláštním režimem Pržno je ve výzkumném souboru 23 lidí, z toho ve věkové skupině 21–30 let jsou to 2 (5%) respondenti, ve věkové skupině 31–40 let je to 5 (22%) respondentů, ve věkové skupině 41–50 let se nachází 7 (30%) respondentů, ve věkové skupině 51–60 let je to 9 (39%) respondentů a ve věkové skupině 60 a více se nenachází nikdo. Z Domova na Dubíčku je zastoupeno ve výzkumném souboru 20 lidí, z toho ve věkové skupině 21–30 let je to 1 (5%) respondent, ve věkové skupině 31–40 let je to 8 (40%) respondentů, ve věkové skupině 41–50 let se nachází 10 (50%) respondentů, ve věkové

skupině 51–60 let se nenachází nikdo a ve věkové skupině 60 a více je to 1 (5%) respondent. Uvedené rozdělení respondentů podle věku znázorňuje Tab. 2 a Graf 2.

**Tab. 2:** Rozdělení výzkumného souboru dle věku

Věk	DC 90		Domov Pržno		Domov na Dubíčku		Celkový soubor	
	N	%	N	%	N	%	N	%
21-30	1	13 %	2	9 %	1	5 %	4	8 %
31-40	5	63 %	5	22 %	8	40 %	18	35 %
41-50	0	0 %	7	30 %	10	50 %	17	33 %
51-60	1	13 %	9	39 %	0	0 %	10	20 %
60 a víc	1	13 %	0	0 %	1	5 %	2	4 %
<b>Celkem</b>	<b>8</b>	<b>100 %</b>	<b>23</b>	<b>100 %</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

**Graf 2:** Rozdělení výzkumného souboru dle věku



### 5.1.3. Vzdělání respondentů

Vzdělání respondentů jsem rozdělil do šesti základních okruhů: základní (ZŠ), střední odborné učiliště (SOU), středoškolské (SŠ), specializační (SP), vyšší odborné (VOŠ) a vysokoškolské (VŠ).

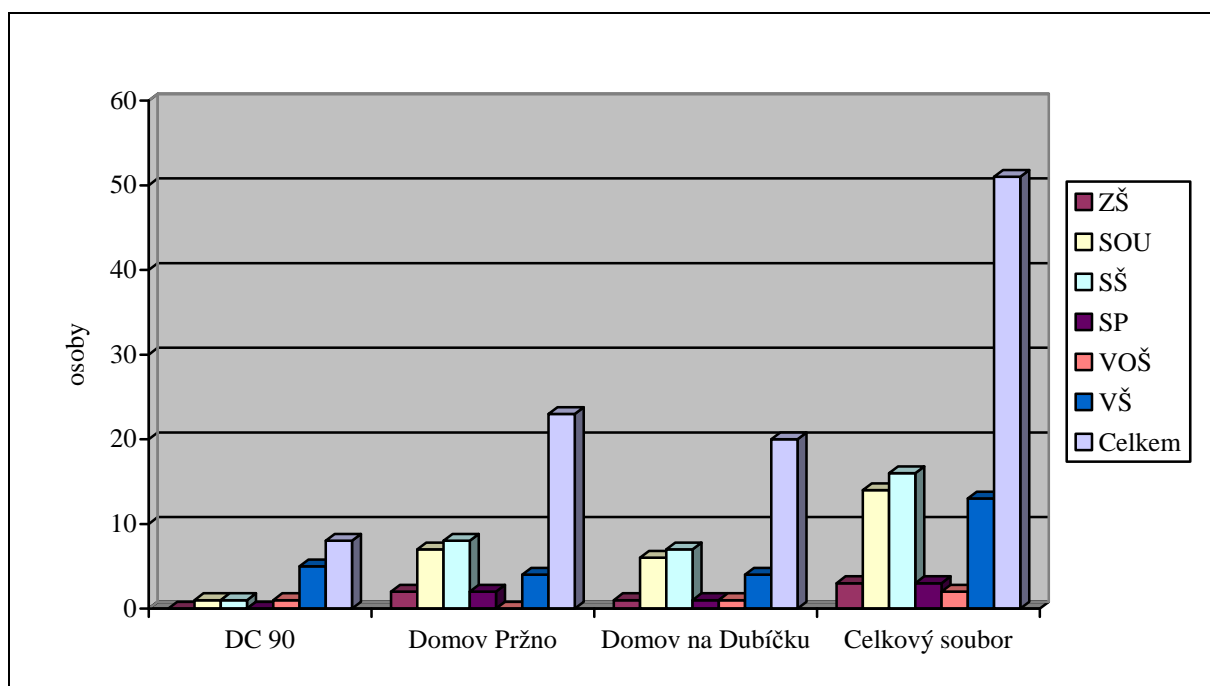
V celkové skupině n51 je zastoupení respondentů se základním vzděláním 3 (5%) respondenti, se středním odborným učilištěm 14 (27%) respondentů, středoškolské vzdělání má 16 (31%) respondentů, specializační 3 (6%) respondentů, vyšší odborné 2 (4%)

respondenti a vysokoškolské 13 (21%) respondentů. V jednotlivých zařízeních je zastoupení následující. V denním stacionáři DC90 (n8) základní vzdělání nemá zastoupení, středně odborné učiliště 1 (13%) respondent, středoškolské 1 (13%) respondent, specializační nemá zastoupení, vyšší odborné 1 (13%) respondent a vysokoškolské 5 (63%) respondentů. V Domově se zvláštním režimem Pržno (n23) je zastoupení respondentů se základním vzděláním 2 (9%) respondenti, se středním odborným učilištěm 7 (30%) respondentů, středoškolské vzdělání má 8 (35%) respondentů, specializační 2 (9%) respondenti, vyšší odborné nemá zastoupení a vysokoškolské 4 (17%) respondenti. V Domově na Dubíčku (n20) je zastoupení respondentů se základním vzděláním 1 (5%) respondent, se středním odborným učilištěm 6 (30%) respondentů, středoškolské vzdělání má 7 (35%) respondentů, specializační 1 (5%) respondent, vyšší odborné 1 (5%) respondent a vysokoškolské 4 (20%) respondenti. Uvedené rozdělení respondentů podle vzdělání znázorňuje Tab. 3 a Graf 3.

**Tab. 3:** Rozdělení výzkumného souboru dle vzdělání

Vzdělání	DC 90		Domov Pržno		Domov na Dubíčku		Celkový soubor	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ZŠ	0	0 %	2	9 %	1	5 %	3	6 %
SOU	1	13 %	7	30 %	6	30 %	14	27 %
SŠ	1	13 %	8	35 %	7	35 %	16	31 %
SP	0	0 %	2	9 %	1	5 %	3	6 %
VOŠ	1	13 %	0	0 %	1	5 %	2	4 %
VŠ	5	63 %	4	17 %	4	20 %	13	25 %
<b>Celkem</b>	<b>8</b>	<b>100 %</b>	<b>23</b>	<b>100 %</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

**Graf 3:** Rozdělení výzkumného souboru dle vzdělání

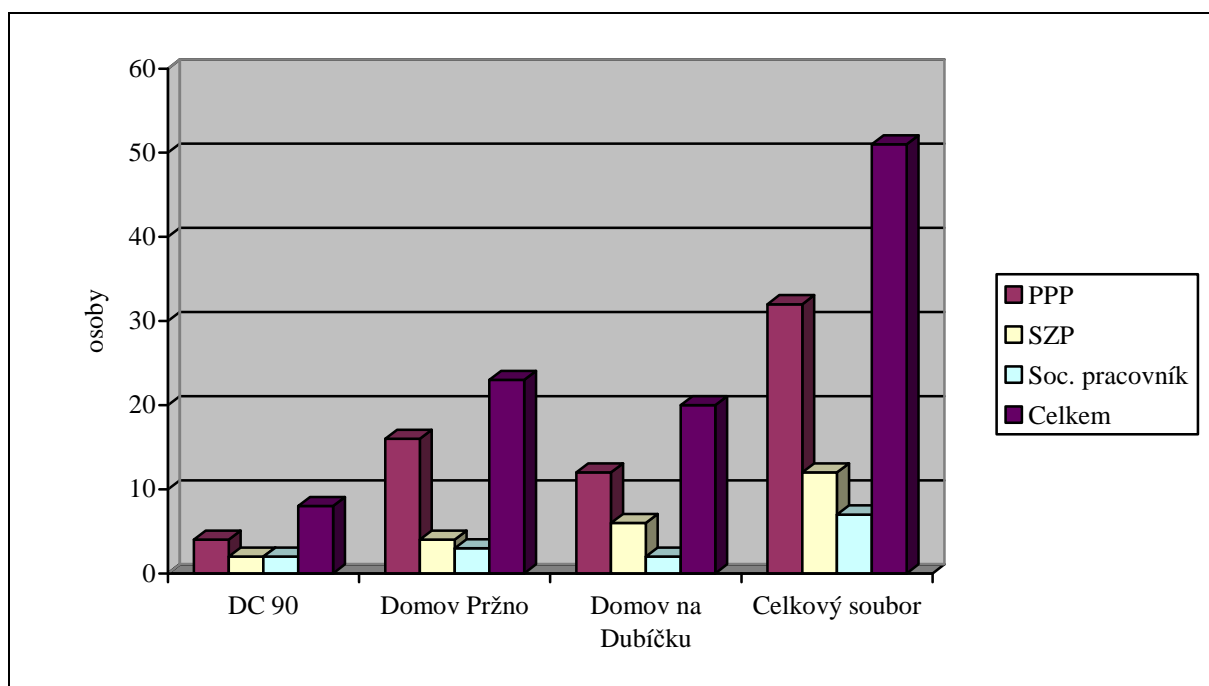


#### 5.1.4. Pracovní pozice respondentů

Výzkumný soubor je rozdělen podle pracovních pozic jednotlivých respondentů na pracovníky přímé péče obslužné (PPP), středně zdravotnické pracovníky (SZP) a sociální pracovníky. V celkovém souboru (n=51) je 32 (63%) respondentů v pracovní pozici PPP, v pracovní pozici SZP pracuje 12 (24%) respondentů, (14%) respondentů zastává pozici sociálního pracovníka. V denním stacionáři DC 90 (n=8) pracují 4 (50%) respondenti jako pracovníci přímé péče, 2 (25%) respondenti pracují jako středně zdravotnický personál a 2 (25%) respondenti jako sociální pracovníci. V Domově se zvláštním režimem Pržno (n=23) pracuje 16 (70%) respondentů na pozici PPP, 4 (17%) respondenti na pozici SZP a 3 (13%) respondenti jako sociální pracovníci. V domově na Dubíčku (n=20) je rozložení 12 (60%) na pozici PPP, 6 (30%) na pozici SZP, 2 (10%) na pozici sociální pracovník. Uvedené rozdělení respondentů podle pracovní pozice znázorňuje Tab. 4 a Graf 4.

**Tab. 4:** Rozdělení výzkumného souboru dle pracovní pozice

Pracovní pozice	DC 90		Domov Pržno		Domov na Dubíčku		Celkový soubor	
	N	%	N	%	N	%	N	%
PPP	4	50 %	16	70 %	12	60 %	32	62 %
SZP	2	25 %	4	17 %	6	30 %	12	24 %
Sociální pracovník	2	25 %	3	13 %	2	10 %	7	14 %
<b>Celkem</b>	<b>8</b>	<b>100 %</b>	<b>23</b>	<b>100 %</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>	<b>51</b>	<b>100 %</b>

**Graf 4:** Rozdělení výzkumného souboru dle pracovní pozice

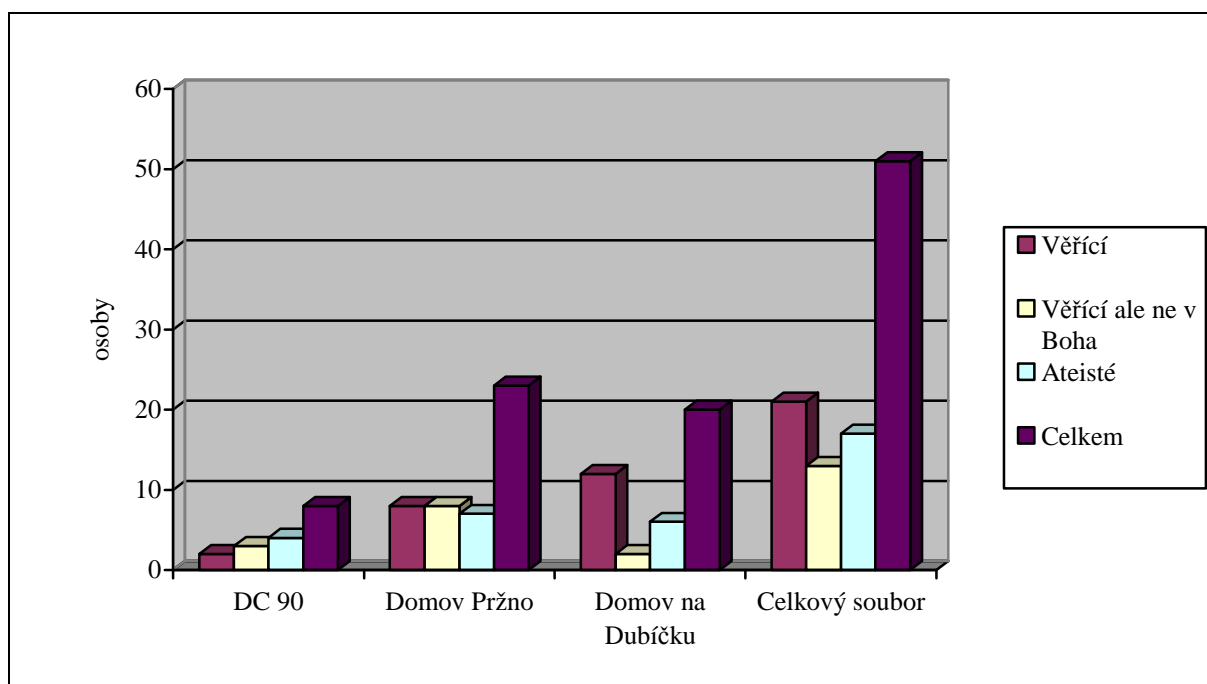
### 5.1.5. Náboženská orientace respondentů

Výzkumný soubor je dále rozdělen podle náboženské orientace na lidi věřící v Boha, lidi věřící, ale ne v Boha, a na lidi nevěřící - ateisty. Z celkového výzkumného souboru (n51) se 21 (42%) respondentů označilo za věřící v Boha, 13 (25%) respondentů za věřící, ale ne v Boha, a 17 (33%) respondentů se považuje za ateisty. Z denního stacionáře DC 90 (n8) jsou 2 (12%) respondenti věřící v Boha, 3 (38%) věřící, ale ne v Boha a 4 (50%) respondenti jsou ateisté. V Domově se zvláštním režimem Pržno (n23) je 8 (35%) respondentů věřících v Boha, 8 (35%) respondentů věřících, ale ne v Boha, a 7 (30%) respondentů se považuje za ateisty. V Domově na Dubíčku je 12 (60%) respondentů věřících v Boha, 2 (10%) respondenti věřící, ale ne v Boha, a 6 (30%) respondentů se považuje za ateisty. Uvedené rozdělení respondentů podle náboženské orientace znázorňuje Tab. 5 a Graf 5.

**Tab. 5:** Rozdělení výzkumného souboru dle náboženské orientace

Náboženská orientace	DC 90		Domov Pržno		Domov na Dubíčku		Celkový soubor	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Věřící</b>	2	12 %	8	35 %	12	60 %	21	42 %
<b>Věřící ale ne v Boha</b>	3	38 %	8	35 %	2	10 %	13	25 %
<b>Ateisté</b>	4	50 %	7	30 %	6	30 %	17	33 %
<b>Celkem</b>	8	100 %	23	100 %	20	100 %	51	100 %

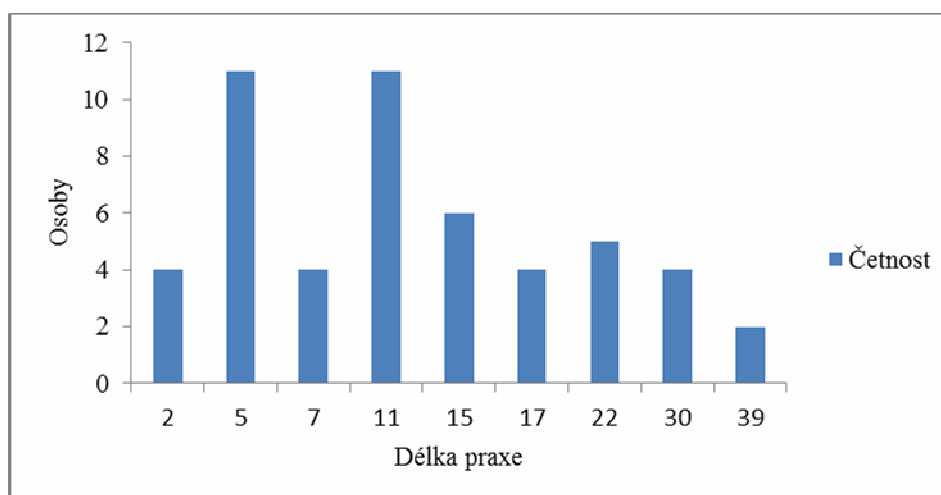
**Graf 5:** Rozdělení výzkumného souboru dle náboženské orientace



### 5.1.6. Délka praxe respondentů

V celkovém souboru je průměrná délka praxe 11 let a 5 měsíců. V denním stacionáři DC 90 je průměrná délka praxe 12 let a 7 měsíců, v Domově se zvláštním režimem Pržno je průměrná délka praxe 10 let a 8 měsíců a v Domově na Dubíčku je průměrná délka praxe 11 let. Uvedené rozdělení respondentů podle délky praxe znázorňuje Graf 6.

**Graf 6:** Histogram výzkumného souboru dle délky praxe v letech



## 5.2. Popis standardizovaného souboru pro českou populaci dotazníku Stress Profile

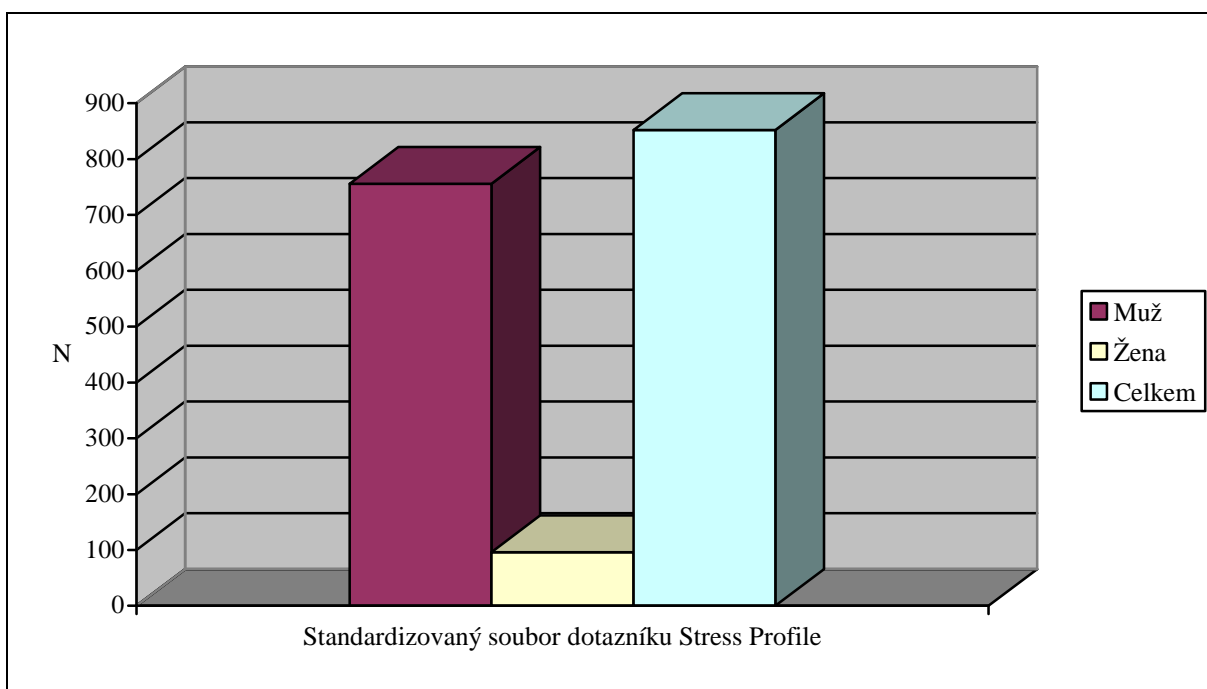
V této části je uveden popis standardizovaného souboru pro českou populaci dotazníku Stress Profile, který je použit ke srovnání výsledků s výzkumným souborem této práce.

Výzkumný soubor pro použití pro českou populaci proběhl na základě vyšetření vzorku 852 osob. Standardizace proběhla na Ústředním lékařsko-psychologickém oddělení v Ústřední vojenské nemocnici Praha (Nowack, 2006). Standardizovaný vzorek se skládá ze 756 (89%) mužů a 96 (11%) žen. Z toho 420 (49%) respondentů je ve věkové hranici 19–29 let, 251 (29%) respondentů ve věkové hranici 30–39 let, 113 (13%) respondentů ve věkové hranici 40–49 let, 65 (8%) respondentů ve věkové hranici 50–59 let a ve věkové hranici 60 a víc se nachází 3 (1%) respondentů. Rozložení dle vzdělání, se z důvodu neúplnosti dat, týká pouze vzorku N = 700 a to 279 (40%) respondentů má základní vzdělání nebo je vyučeno, 261 (37%) respondentů má středoškolské vzdělání a 160 (23%) respondentů je s vysokoškolským vzděláním. Pro lepší přehled přikládám rozložení souborů v tabulkách a grafech.

**Tab. 6:** Rozdělení standardizovaného souboru dle pohlaví

Pohlaví	Standardizovaný soubor dotazníku Stress Profile	
	N	%
<b>Muž</b>	756	89 %
<b>Žena</b>	96	11 %
<b>Celkem</b>	852	100 %

**Graf 7:** Rozdělení standardizovaného souboru dle pohlaví

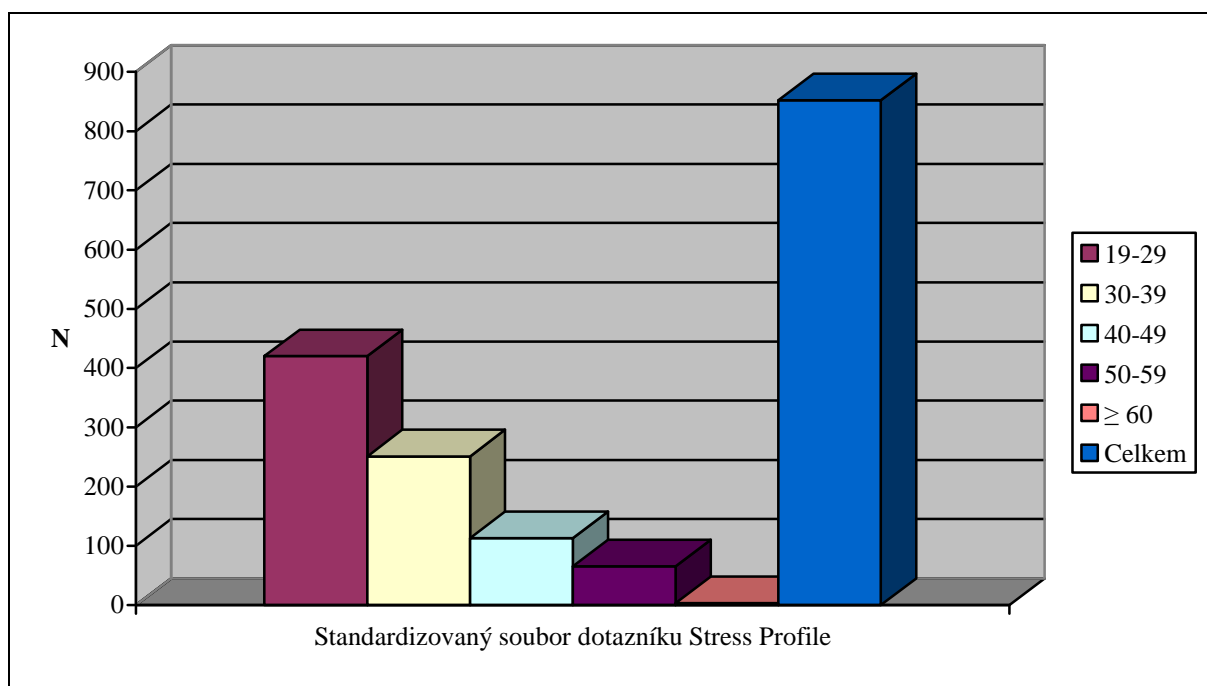


**Tab. 7:** Rozdělení standardizovaného souboru dle věku

Věk	Standardizovaný soubor dotazníku Stress Profile	
	N	%
<b>19-29</b>	420	49 %
<b>30-39</b>	251	29 %
<b>40-49</b>	113	13 %
<b>50-59</b>	65	8 %
<b>≥ 60</b>	3	1 %
<b>Celkem</b>	<b>852</b>	<b>100 %</b>



**Graf 8:** Rozdělení standardizovaného souboru dle věku

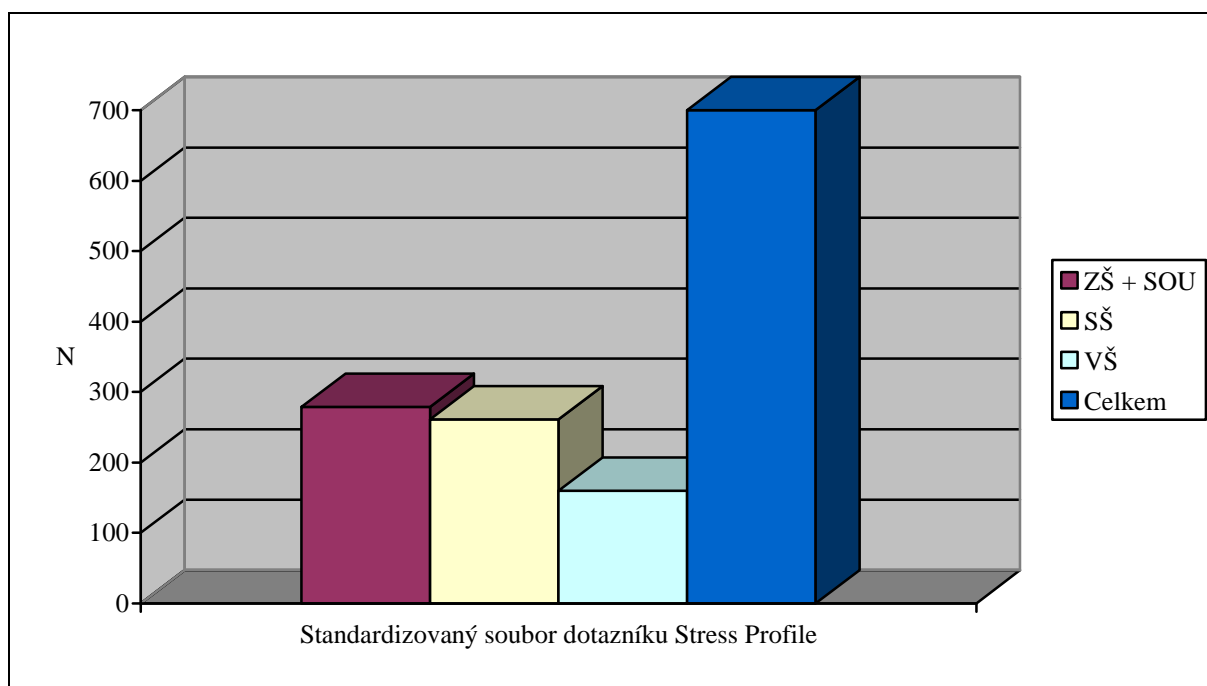


**Tab. 8:** Rozdělení standardizovaného souboru dle vzdělání

Pohlaví	Standardizovaný soubor dotazníku Stress Profile	
	N	%
<b>ZŠ + SOU</b>	279	40 %
<b>SŠ</b>	261	37 %
<b>VŠ</b>	160	23 %
<b>Celkem</b>	700	100 %

Pozn.: U těchto údajů je třeba přihlídnout k faktu, že nebyly k dispozici údaje o vzdělání u všech respondentů, proto všude, kde je důležité vzdělání, počítáme pouze se souborem N = 700

**Graf 9:** Rozdělení standardizovaného souboru dle vzdělání (N = 700)



### 5.3. Analýza výsledků dotazníku Stress Profile

Dotazník Stress Profile je navržen tak, aby pomohl rozpoznat atributy, které člověku pomáhají odolat škodlivým účinkům každodenního stresu a atributy, které jsou naopak náchylné k onemocněním, jež jsou spojovány se stresem. Pro lepší orientaci ve výsledkové části uvádím na začátku tabulku zkratk jednotlivých škál používaných ve výsledkové části.

**Tab. 9:** Používané symboly ve výsledkové části

Symbol	Popis	Symbol	Popis
<b>STR</b>	Stres	<b>TYP</b>	Chování typu A
<b>ZDR</b>	Zdravotní návyky	<b>NEZ</b>	Kognitivní nezdolnost
<b>CVI</b>	Cvičení	<b>POZ</b>	Pozitivní pohled
<b>ODP</b>	Odpocinek/spánek	<b>NEG</b>	Negativní pohled
<b>JIP</b>	Jídlo/výživa	<b>MIN</b>	Minimalizace hrozeb
<b>PRV</b>	Prevence	<b>PRO</b>	Zaměřenost na problém
<b>ARC</b>	Trs položek ARC	<b>POH</b>	Psychická pohoda
<b>SOC</b>	Sociální opora okolí	x	x

Dotazník Stress profile byl vyhodnocován formou tužka papír. U všech jednapadesáti dotazníků, kteří prošli kontrolou úplnosti a správnosti vyplnění dotazníků a neobsahovali L-skóry ( $\geq 3$ ) a inkonzistentní odpovědi ( $\geq 4$ ), jsem spočítal hrubé skóry pro každou z patnácti škál, které jsem převedl do tabulky v programu Microsoft Office Excel<sup>®</sup>2003. Dále jsem

zprůměrnoval u každé škály hrubé skóry a rozdělil je podle jednotlivých pracovišť, ze kterých pocházejí, dále jsem vytvořil tabulky, kde porovnávám průměry hrubých skóre a jejich standardní odchylky z celkového výzkumného souboru spolu s výsledky pro standardizovaný vzorek české populace.

**Tab. 10:** Průměrné hrubé skóry dotazníků Stress Profile u výzkumného souboru

Škály	DC 90	Domov Pržno	Domov na Dubičku	Celkový soubor n51
STR	14,5	15,696	14,45	15,0196
ZDR	86,75	86,913	84,65	86
CVI	9,125	7,739	8,1	8,098
ODP	15,625	16,13	14,8	15,529
JID	16,5	16,826	16,85	16,784
PRV	41,5	44,304	40,75	42,471
ARC	13,875	13,739	12,35	13,216
SOC	50,125	49,652	51,3	50,373
TYP	26,75	26,783	25,2	26,157
NEZ	95,75	98,652	103,15	99,96
POZ	15	17,696	16,45	16,784
NEG	16,25	15,174	13,15	14,549
MIN	14,5	16,261	17,65	16,529
PRO	12,625	13,261	13,15	13,118
POH	36,125	38,13	42,25	39,431

**Tab. 11:** Průměrné Hrubé skóry a standardní odchylky zkoumaného souboru a standardizovaného souboru

Průměr H-skór	Celkový zkoumaný soubor n51		Standardizovaný soubor n852	
	průměr	standardní odchylka	průměr	standardní odchylka
STR	15,02	2,99	11,52	3,29
ZDR	86,00	12,15	98,12	8,88
CVI	8,10	2,77	10,43	2,95
ODP	15,53	3,48	18,78	2,56
JID	16,78	3,32	17,1	3,2
PRV	42,47	4,71	47,2	4,14
ARC	13,22	1,75	13,26	1,56
SOC	50,37	9,74	56,62	7,49
TYP	26,16	5,51	26,58	4,77
NEZ	99,96	11,06	107,84	9,8
POZ	16,78	2,87	16,75	2,87
NEG	14,55	3,56	12,26	2,94
MIN	16,53	3,21	16,64	3,24
PRO	13,12	2,64	13,22	2,37
POH	39,43	7,85	45,94	6,97

Jako další krok jsem vytvořil tabulku, do které jsem hrubé skóry převedl na T-skóry pomocí záznamového listu „*Testový profil*“. T-skóry jsou vážené skóry, které umožňují porovnávat data se stanovenými normami a získat tím stupně podobnosti mezi námi získanými odpověďmi a odpověďmi respondentů standardizovaného souboru. „*T-skóry mají průměr 50 a standardní odchylku 10. Výsledky 40 T až 59 T se považují za průměrné, reprezentují odpovědi, které jsou podobné těm, jež byly získány od „normální“ populace; výsledky 60 T a výše jsou považovány za vysoké a výsledky 39 T a níže se považují za nízké*“ (Nowack, 2006, 19). U škál ZDR, CVI, ODP, JID, PRV, SOC, NEZ, POZ MIN, PRO, POH naznačují vysoké hodnoty T-skórů relativní odolnost vůči nemocem pramenícím ze stresu a jsou chápány jako zdroje ochrany zdraví. Naopak nízké T-skóry na těchto škálách ukazují relativní ohrožení nemocemi pramenících ze stresu a jsou chápány jako varující před zdravotními riziky. U škál STR, ARC, TYP, NEG je interpretace T-skórů opačná. To znamená, že vysoké T-skóry varují před zdravotními riziky a nízké T-skóry znamenají odolnost (Nowack, 2006). Jako první jsem vytvořil tabulky pro zkoumaný soubor a poté srovnávací tabulku se standardizovaným souborem. V první tabulce č. 12 porovnávám jednotlivá pracoviště mezi sebou, v tabulce č. 13 srovnávám celkový soubor podle pohlaví v tabulce č. 14 podle náboženské orientace a v tabulce č. 15 je srovnání celkového zkoumaného souboru se standardizovaným souborem pro českou populaci. Hodnoty přesahující T-skór  $\geq T60$  a  $\leq T40$ , které jsou chápány jako ohrožení zdraví, jsou označeny červeně.

**Tab. 12:** Průměrné T-skóry dotazníků Stress Profile u výzkumného souboru

T-Skóry	DC 90	Domov Pržno	Domov na Dubíčku	Celkový soubor
<b>STR*</b>	59	63	59	61
<b>ZDR</b>	37	40	37	38
<b>CVI</b>	46	41	42	42
<b>ODP</b>	38	41	36	38
<b>JID</b>	48	49	49	49
<b>PRV</b>	36	43	38	40
<b>ARC*</b>	45	47	56	50
<b>SOC</b>	41	41	47	43
<b>TYP*</b>	50	51	47	49
<b>NEZ</b>	41	43	45	44
<b>POZ</b>	44	54	52	52
<b>NEG*</b>	60	59	53	57
<b>MIN</b>	46	49	53	50
<b>PRO</b>	48	50	50	50
<b>POH</b>	39	40	46	42

Pozn.: Vysoké T-Skóry naznačují odolnost a nízké zdravotní rizika. U škál označených \* naznačují vysoké T-skóry zdravotní rizika a nízkou odolnost.

**Tab. 13:** Průměrné T-skóry dotazníků Stress Profile u výzkumného souboru podle pohlaví

T-Skóry	Muži	Ženy	Celkový soubor
<b>STR*</b>	56	61	61
<b>ZDR</b>	45	38	38
<b>CVI</b>	53	41	42
<b>ODP</b>	44	38	38
<b>JID</b>	54	48	49
<b>PRV</b>	42	40	40
<b>ARC*</b>	57	49	50
<b>SOC</b>	44	43	43
<b>TYP*</b>	47	49	49
<b>NEZ</b>	50	43	44
<b>POZ</b>	50	52	52
<b>NEG*</b>	56	57	57
<b>MIN</b>	52	50	50
<b>PRO</b>	55	49	50
<b>POH</b>	47	42	42

Pozn.: Vysoké T-Skóry naznačují odolnost a nízké zdravotní rizika. U škál označených \* naznačují vysoké T-skóry zdravotní rizika a nízkou odolnost.

**Tab. 14:** Průměrné T-skóry dotazníků Stress Profile u výzkumného souboru podle náboženské orientace.

T-skóry	Věřící	Věřící, ale ne v Boha	Ateisté	Celkový soubor
<b>STR*</b>	59	62	62	61
<b>ZDR</b>	38	43	36	38
<b>CVI</b>	39	45	44	42
<b>ODP</b>	41	39	35	38
<b>JID</b>	49	54	46	49
<b>PRV</b>	40	41	40	40
<b>ARC*</b>	52	48	50	50
<b>SOC</b>	44	42	43	43
<b>TYP*</b>	47	48	52	49
<b>NEZ</b>	43	45	43	44
<b>POZ</b>	52	54	50	52
<b>NEG*</b>	54	59	59	57
<b>MIN</b>	52	46	50	50
<b>PRO</b>	51	49	49	50
<b>POH</b>	45	40	40	42

Pozn.: Vysoké T-Skóry naznačují odolnost a nízké zdravotní rizika. U škál označených \* naznačují vysoké T-skóry zdravotní rizika a nízké odolnost.

**Tab. 15:** Průměrné T-skóry zkoumaného souboru a standardizovaného souboru

T-Skóry	Celkový soubor n51	Standardizovaný soubor n852
<b>STR*</b>	61	52
<b>ZDR</b>	38	50
<b>CVI</b>	42	49
<b>ODP</b>	38	51
<b>JID</b>	49	50
<b>PRV</b>	40	50
<b>ARC*</b>	50	52
<b>SOC</b>	43	51
<b>TYP*</b>	49	51
<b>NEZ</b>	44	51
<b>POZ</b>	52	50
<b>NEG*</b>	57	51
<b>MIN</b>	50	49
<b>PRO</b>	50	49
<b>POH</b>	42	50

Pozn.: Vysoké T-Skóry naznačují odolnost a nízké zdravotní rizika. U škál označených \* naznačují vysoké T-skóry zdravotní rizika a nízké odolnost.

## 5.4. Analýza výsledků dotazníku Burnout Measure – BM

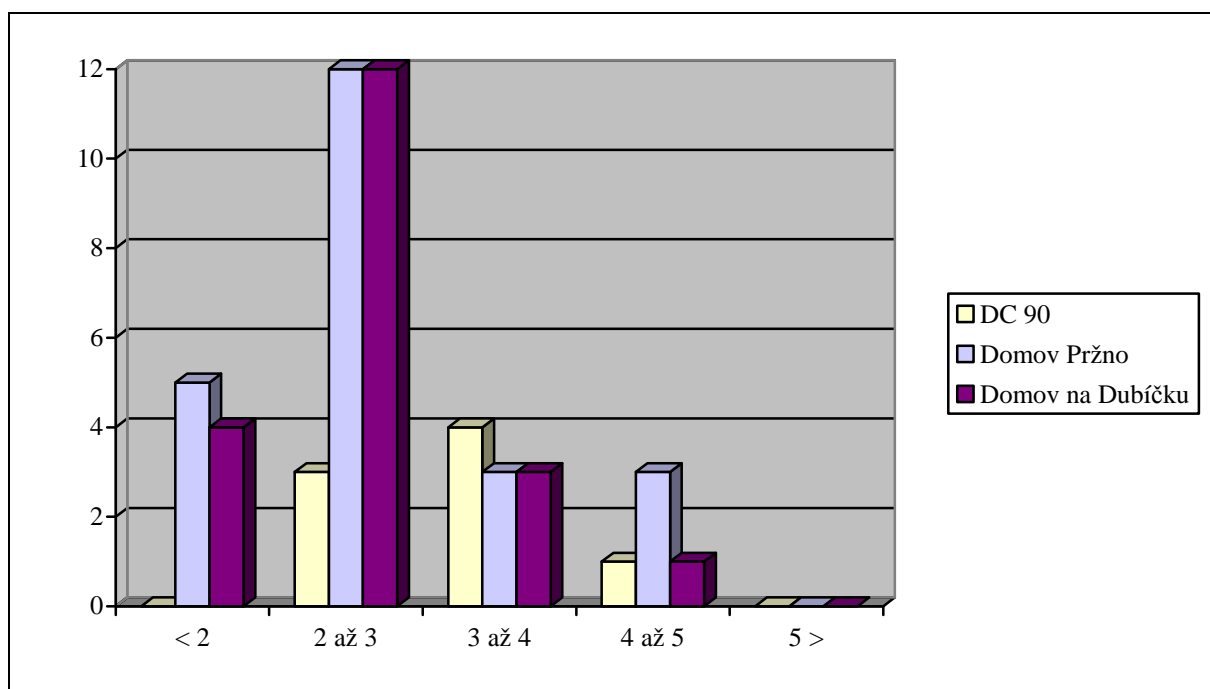
Dotazník Burnout Measure je navrhnut tak, aby určoval míru vyhoření u zkoumaného souboru. Výsledek BM, který dosahuje hladiny  $\leq 3$  je považován za uspokojivý z hlediska psychologie zdraví. Výsledky mezi 3 – 4 znamenají potencionální riziko ohrožení jedinců syndromem vyhoření. BM mezi 4 – 5 poukazují na přítomnost syndromu psychického vyčerpání. Výsledky BM větší než 5 jsou závažným signálem, který značí rozvinuté vyhoření.

Výsledky dotazníku BM byly zpracovány formou tužka papír a zapsány pomocí programu Microsoft Office Excel<sup>®</sup>2003 do tabulek. Pro lepší přehled jsem si vytvořil tabulky pro každé pracoviště zvlášť. Z výsledků měření jsem získal následující data. V denním stacionáři DC 90 (n8) se 3 (37,5%) respondenti pohybují v rozmezí, kdy riziko vyhoření syndromem vyhoření je nejmenší. 4 (50%) respondenti jsou relativně v ohrožení syndromem vyhoření a 1(12,5%) vykazuje přítomné známky psychického vyhoření. V Domově se zvláštním režimem Pržno (n23) se 17 (74%) respondentů pohybuje v rozmezí, kdy riziko vyhoření je minimální. 6 (26%) respondentů se pohybuje v pásmu, kdy jsou ohroženi syndromem vyhoření, z toho 3 (13%) respondenti vykazují přítomnost psychického vyčerpání. V Domově na Dubíčku je situace kdy 16 (80%) respondentů se pohybuje v rozmezí, kdy riziko syndromu vyhoření je minimální. 4 (20%) respondenti se pohybují v pásmu, kdy jsou ohroženi syndromem vyhoření, z toho u 1 (5%) respondenta jsou přítomny příznaky psychického vyčerpání.

**Tab. 16:** Přehled výsledků Burnout Measure – BM jednotlivých pracovišť

Míra vyhoření zkoumaného souboru DC 90					
BM	< 2	2 až 3	3 až 4	4 až 5	5 >
Četnost	0	3	4	1	0
Četnost v %	0 %	37,5 %	50 %	12,5 %	0 %
Míra vyhoření zkoumaného souboru Domova Pržno					
BM	< 2	2 až 3	3 až 4	4 až 5	5 >
Četnost	5	12	3	3	0
Četnost v %	21,7 %	52,3 %	13,0 %	13,0 %	0,0 %
Míra vyhoření zkoumaného souboru Domova na Dubíčku					
BM	< 2	2 až 3	3 až 4	4 až 5	5 >
Četnost	4	12	3	1	0
Četnost v %	20 %	60 %	15 %	5 %	0 %

**Graf 10:** Přehled míry vyhoření v jednotlivých zařízeních



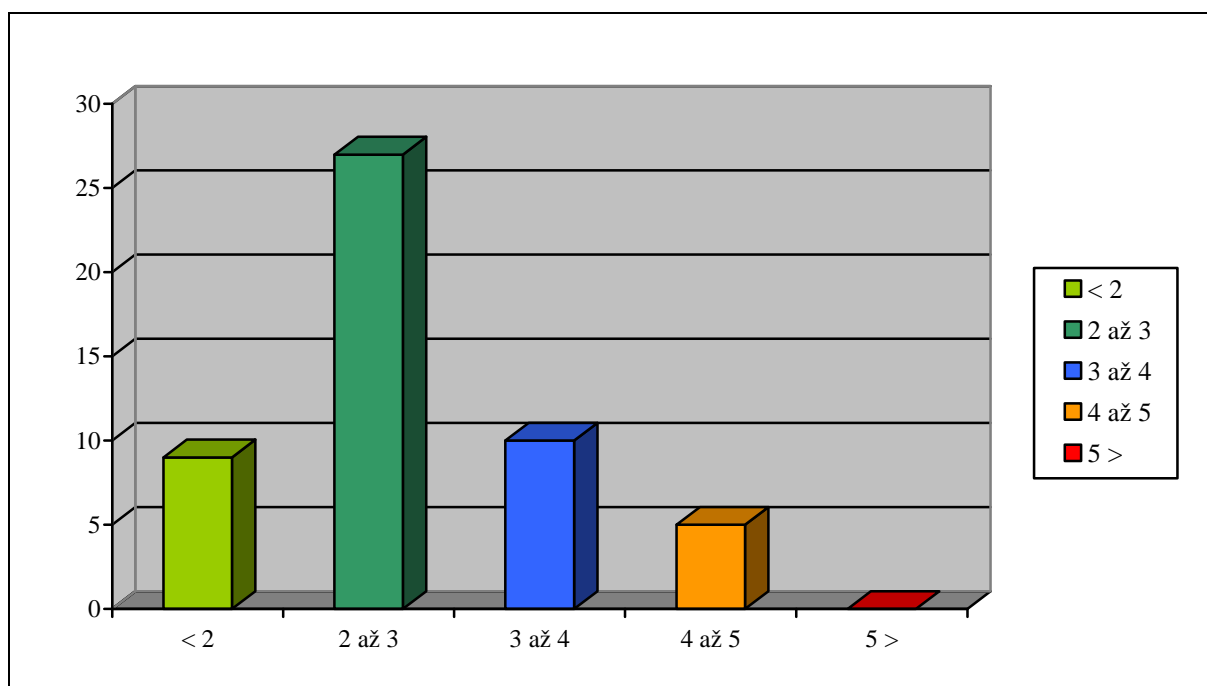
V celkovém souboru 51 respondentů se v rozmezí, kdy riziko syndromu vyhoření je minimální, pohybuje 36 (70%) respondentů. V pásmu ohrožení syndromem vyhoření se nachází 15 (30%) respondentů, z toho u 5 (10%) jsou přítomny příznaky psychického vyčerpání.

**Tab. 17:** Přehled výsledků Burnout Measure – BM celého souboru

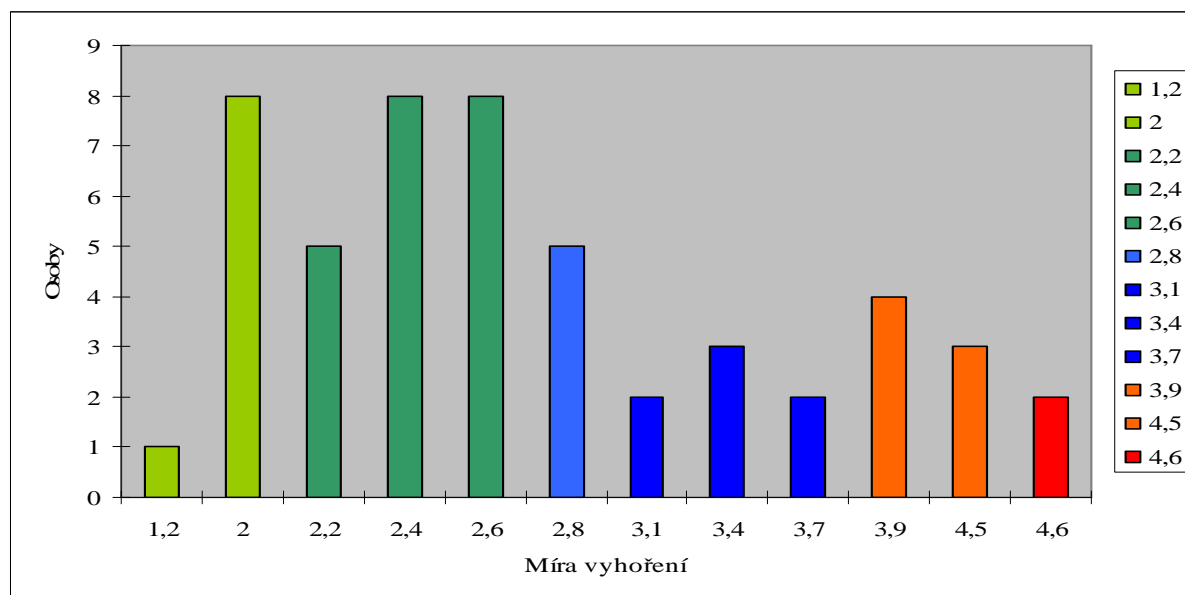
Míra vyhoření zkoumaného souboru n51					
BM	< 2	2 až 3	3 až 4	4 až 5	5 >
Četnost	9	27	10	5	0
Četnost v %	17 %	53 %	20 %	10 %	0 %



**Graf 11:** Přehled výsledků míry vyhoření v celém souboru



**Graf 12:** Histogram míry vyhoření celkového výzkumného souboru



## 5.5. Zhodnocení výsledků dotazníků Stress Profile a Burnout Measure

Z dat získaných z dotazníku Stress Profile a převedených na T-Skóry vyplývá, že výzkumný soubor vykazuje riziko ohrožení zdraví ve srovnání se standardizovaným souborem pro českou populaci, a to na škálách stres, zdravotní riziko a odpočinek. V ostatních škálách se pohybují výsledky v normě průměru, tedy nevykazují zvýšené riziko ohrožení zdraví.

Z dat získaných dotazníkem Burnout Measure vyplývá, že 70% výzkumného souboru se pohybuje v rozmezí, kdy riziko syndromem vyhoření je minimální, 20% respondentům se doporučuje zamyslet se nad životním stylem a ujasnit si žebříček hodnot, jelikož jsou ohroženi vyšším rizikem vzniku syndromu vyhoření, u 10% respondentů byly zjištěny přítomné příznaky psychického vyčerpání.

## 6. Ověření hypotéz

Před zahájením vlastního výzkumu bylo stanoveno šest výzkumných hypotéz. Výsledky jejich ověření jsou shrnuty v následujících podkapitolách.

### 6.1. Hypotéza H1

**Předpokládám, že u zkoumaného souboru existuje statisticky významná negativní korelace mezi délkou pracovního zařazení a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM.**

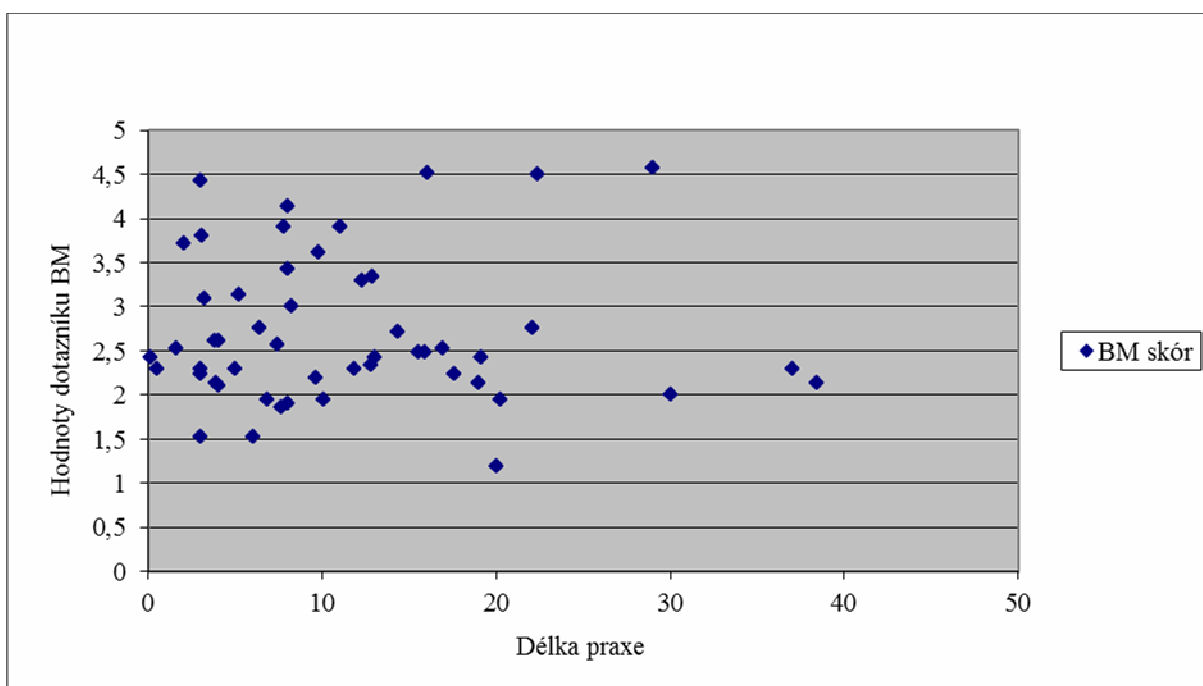
Pro ověření vzájemné korelace mezi délkou praxe a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM jsem za použití programu Excel vypočítal korelační koeficient  $r$ . Korelační koeficient  $r$  určuje stupeň vztahu mezi dvěma proměnnými, v tomto případě délkou praxe a výsledky dotazníku BM. Korelační koeficient je vyjadřován mezi hodnotami 0 a 1 (-1), kdy hodnota 0 znamená žádný vztah, hodnota 1 úplnou pozitivní závislost a hodnota -1 úplnou negativní závislost. S růstem hodnoty  $r$  od 0 k 1 nebo -1 se míra vztahu zvětšuje. (Reiterová, 2004)

Výsledek korelace byl zapsán do tabulky a grafu.

**Tab. 18:** Korelace délka praxe a dotazník BM

	BM	Délka praxe
BM	1	
Délka praxe	-0,01339	1

**Graf 13:** Korelace délka praxe a dotazník BM



Výsledek korelace  $r = -0,01339$  ukazuje na korelační nezávislost. To znamená, že v tomto výzkumném souboru neexistuje vztah mezi délkou praxe a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM. Na základě tohoto výsledku hypotézu zamítám.

## 6.2. Hypotéza H2

**Předpokládám statisticky významný rozdíl u negativních atributů<sup>9</sup> zvládnání stresu, měřeno dotazníkem Stress Profile, u zkoumaného souboru mužů a zkoumaného souboru žen.**

Analýzou dat dotazníku Stress Profile (viz výše) bylo zjištěno, že u škál STR, ZDR a ODP se vyskytuje rozdíl v T-skórech naznačující riziko ohrožení zdraví stresem mezi muži a ženy. Podrobněji v tabulce číslo 13. Pro ověření platnosti hypotézy H2 budeme dále pracovat pouze s hrubými skóry škál STR, ZDR a ODP.

K ověření hypotézy jsem nejprve použil Fischerův F-test a poté Studentův t-test. F-test je parametrický test významnosti, který testuje hypotézy o populačním rozptylu. Určuje signifikantní rozdíl mezi dvěma rozptyly. Studentův t-test testuje významnost dvou průměrů. Je vhodnější ke srovnávání výběrů o menším rozsahu, jinak se používá rozdělení Gaussovo (Reiterová, 2014). Oba testy byly zpracovány za pomoci programu Excel.

<sup>9</sup> Negativní atributy = T-skóry vyšší než 60 u škál STR, ARC, TYP, NEG a nižší T- skóry než 40 u škál ZDR, CVI, ODP, JID, PRV, SOC, NEZ, POZ, MIN, PRO, POH.

### Výsledky ověřování platnosti H2:

Za pomoci F-testu bylo zjištěno, že u škál STR a ODP se prokázal statisticky signifikantní rozdíl mezi rozptyly. U škály ZDR se tento rozdíl neprokázal.

STR:  $F = 0,994$ ;  $F_{0,05} = 0,265$ ;  $F \geq F_{0,05}$

ZDR:  $F = 1,99$ ;  $F_{0,05} = 2,313$ ;  $F < F_{0,05}$

ODP:  $F = 0,726$ ;  $F_{0,05} = 0,267$ ;  $F \geq F_{0,05}$

Za pomoci t-testů, pro škály STR a ODP t-testem pro nerovnost rozptylu a pro škálu ZDR t-testem s rovností rozptylu bylo zjištěno, že u škály ZDR je statisticky významný rozdíl na hladině významnosti  $\alpha_{0,05}$ .

STR:  $t = -1,446$ ;  $t_{0,05} = 1,859$ ;  $t < t_{0,05}$

ZDR:  $t = 1,685$ ;  $t_{0,05} = 1,675$ ;  $t \geq t_{0,05}$

ODP:  $t = 1,501$ ;  $t_{0,05} = 1,833$ ;  $t < t_{0,05}$

**Tab. 19:** Výsledky F-testů a t-testů u ověřování platnosti hypotézy H2

Škály	Muži průměr ± STD	Ženy průměr ± STD	test F	$F_{0,05}$	t-test	$t_{0,05}$
STR	13,5 ± 2,93	15,23 ± 2,94	0,994	0,265	-1,446	1,859
ZDR	93,17 ± 12,83	85,05 ± 11,72	1,199	2,313	1,685	1,675
ODP	17,17 ± 2,97	15,31 ± 3,48	0,726	0,267	1,501	1,833

Výsledky ověřování platnosti hypotézy H2 prokázaly statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v oblasti zdravotních návyků měřených dotazníkem Stress Profile. Z výsledků tedy vyplývá, že u zkoumaného souboru jsou muži odolnější vůči stresu v oblasti zdravotních návyků než ženy. Na základě těchto výsledků hypotézu přijímám.

### 6.3. Hypotéza H3

**Předpokládám, že rozdílná náboženská orientace<sup>10</sup> respondentů bude vykazovat statistický významný rozdíl u negativních atributů<sup>11</sup> zvládnání stresu, měřeno dotazníkem Stress Profile.**

Analýzou dat dotazníku Stress Profile (viz výše) bylo zjištěno, že u škál STR, ZDR, CVI a ODP se vyskytuje rozdíl v T-skórech naznačující riziko ohrožení zdraví stresem mezi respondenty věřící v Boha, věřící, ale ne v Boha, a ateisty. Podrobněji v tabulce číslo 14. Pro

<sup>10</sup> Náboženská orientace je v rámci této práce rozdělena na respondenty věřící v Boha, respondenty věřící, ale ne v Boha a nevěřící - ateisty.

<sup>11</sup> Negativní atributy = T-skóry vyšší než 60 u škál STR, ARC, TYP, NEG a nižší T- skóry než 40 u škál ZDR, CVI, ODP, JID, PRV, SOC, NEZ, POZ, MIN, PRO, POH.

ověření platnosti hypotézy H3 budeme dále pracovat pouze s hrubými skóry škál STR, ZDR, CVI a ODP.

Pro ověření platnosti hypotézy H3 jsem nejprve rozdělil hrubé skóry u každé škály (STR, ZDR, CVI, ODP) podle náboženské orientace respondentů do tří skupin. Poté jsem provedl jednofaktorovou analýzu rozptylu pro všechny tři skupiny u každé škály. Analýza rozptylu je statistická metoda, která umožňuje analyzovat a sledovat vliv několika faktorů, které působí současně na výsledek pokusu. Jednoduše řečeno nám říká, zda existují statisticky významné rozdíly mezi více než dvěma skupinami (Reiterová, 2004). Výsledky faktorové analýzy jsem zaznamenal do tabulky č. 20.

**Tab. 20:** Výsledky ANOVA u ověřování platnosti hypotézy H3

ANOVA pro škálu STR						
Zdroj variability	SS	Rozdíl	MS	F	Hodnota P	F krit
Mezi výběry	1,250	2,000	0,625	0,067	0,935	3,191
Všechny výběry	445,731	48,000	9,286			
Celkem	446,980	50,000				
ANOVA pro škálu CVI						
Zdroj variability	SS	Rozdíl	MS	F	Hodnota P	F krit
Mezi výběry	12,033	2,000	6,017	0,780	0,464	3,191
Všechny výběry	370,477	48,000	7,718			
Celkem	382,510	50,000				
ANOVA pro škálu ZDR						
Zdroj variability	SS	Rozdíl	MS	F	Hodnota P	F krit
Mezi výběry	132,626	2,000	66,313	0,439	0,647	3,191
Všechny výběry	7253,374	48,000	151,112			
Celkem	7386,000	50,000				
ANOVA pro škálu ODP						
Zdroj variability	SS	Rozdíl	MS	F	Hodnota P	F krit
Mezi výběry	39,533	2,000	19,767	1,679	0,197	3,191
Všechny výběry	565,173	48,000	11,774			
Celkem						

Z výsledků analýzy rozptylu uvedených v tabulce č. 20 je patrné, že u všech čtyř měření je vždy  $F < F_{0,05}$ , z čehož vyplývá, že není statisticky významný rozdíl u pozorovaných skupin a jednotlivých škál.

K platnosti hypotézy H3 mohu říci, že vliv náboženské orientace na škály STR, ZDR, CVI a ODP měřené dotazníkem Stress Profile u zkoumaného souboru je statisticky nevýznamný, hypotézu zamítám.

## 6.4. Hypotéza H4

Předpokládám statisticky významnou negativní i pozitivní souvislost mezi dotazníkem Stress Profile a mírou vyhoření, měřenou dotazníkem BM u zkoumaného souboru.

Pro ověření vzájemné korelace mezi dotazníkem Stress Profile a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM jsem za použití programu Excel vypočítal korelační koeficient  $r$ , pro každou škálu. Výsledky jsem zaznamenal do tabulky. Výsledky označené červeně jsou statisticky významné na hladině významnosti  $r_{0,05}$ .

**Tab. 21:** Korelace Stress Profile – BM

	STR*	ZDR	CVI	ODP	JID	PRV	ARC*	SOC	TYP*	NEZ	POZ	NEG*	MIN	PRO	POH
MB	0,55	-0,39	-0,19	-0,52	-0,30	-0,33	0,06	-0,12	0,25	-0,72	-0,22	0,54	-0,69	-0,34	-0,77

Pozn.:  $r_{0,05}(n51) = 0,273$

Z výsledků je patrné, že škály STR a NEG mají statisticky významnou pozitivní korelaci s dotazníkem BM a škály ZDR, ODP, JID, PRV, NEZ, MIN, PRO, POH, mají statisticky významnou negativní korelaci.

K platnosti hypotézy H4 můžu říct, že se potvrdila statisticky významná míra korelace mezi dotazníkem Stress Profile a dotazníkem BM u 10 škál, hypotézu přijímám.

## 6.5. Hypotéza H5

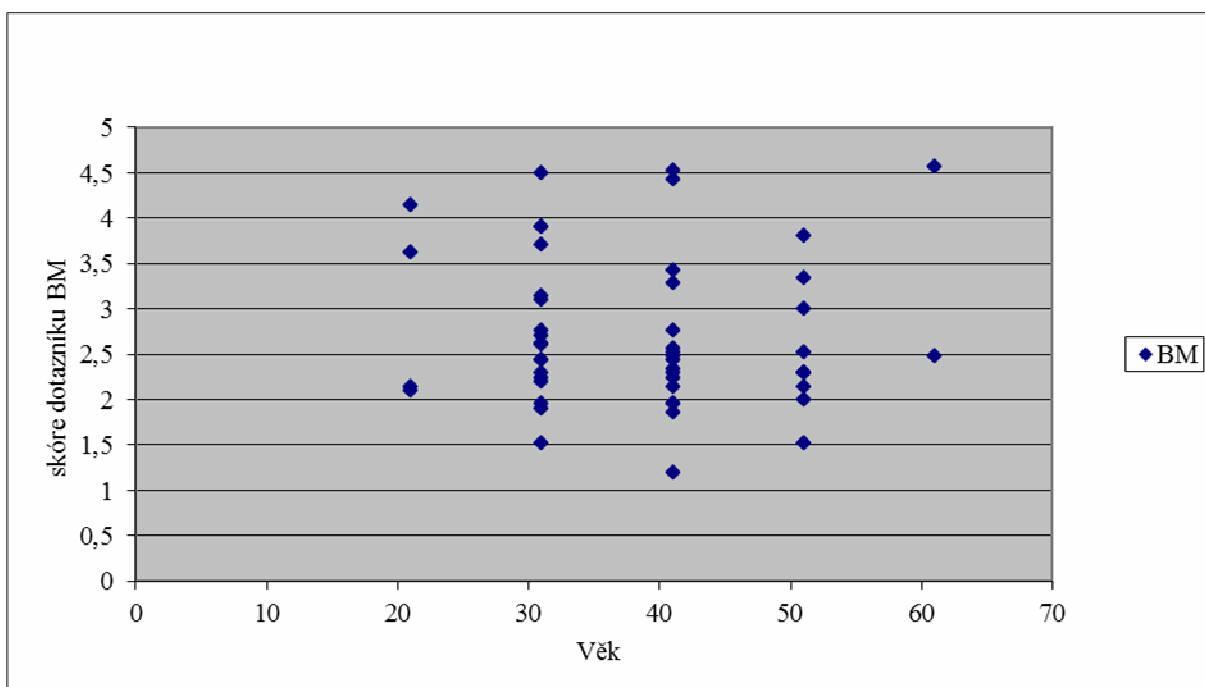
Předpokládám, že se zvyšujícím se věkem se statisticky významně zvyšuje míra vyhoření.

Pro ověření vzájemné korelace mezi zvyšujícím se věkem a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM jsem za použití programu Excel vypočítal korelační koeficient  $r$ . Výsledek korelace je zapsán do tabulky a grafu.

**Tab. 22:** Korelace mezi Věkem a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM

	Věk	MB
Věk	1	
MB	-0,04873	1

**Graf 14:** Korelace mezi Věkem a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM



Výsledek korelace, kdy  $r = -0,04873$  ukazuje na korelační nezávislost. To znamená, že v tomto výzkumném souboru neexistuje vztah mezi věkem a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM. Na základě tohoto výsledku hypotézu zamítám.

## 6.6. Hypotéza H6

**Předpokládám, že u zkoumaného souboru existuje statisticky významná negativní korelace mezi délkou pracovního zařazení a dotazníkem Stress Profile.**

Pro ověření vzájemné korelace mezi délkou pracovního zařazení a dotazníkem Stress Profile jsem za použití programu Excel vypočítal korelační koeficient  $r$  pro každou škálu. Výsledky jsem zaznamenal do tabulky č. 23.

**Tab. 23:** Korelace mezi délkou praxe a dotazníkem Stress Profile

	STR	ZDR	CVI	ODP	JID	PRV	ARC	SOC	TYP	NEZ	POZ	NEG	MIN	PRO	POH
<b>Délka praxe</b>	-0,17	0,18	0,03	0,23	0,12	0,01	0,06	0,08	-0,13	-0,22	-0,06	-0,03	-0,01	-0,17	-0,03

Pozn.:  $r_{0,05}(n51) = 0,273$

Výsledek korelace u jednotlivých škál a délky praxe ukazuje na korelační nezávislost. To znamená, že v tomto výzkumném souboru neexistuje vztah mezi dotazníkem Stress Profile a délkou praxe respondentů. Na základě tohoto výsledku hypotézu zamítám.



## 6.7. Zhodnocení platnosti hypotéz

**Hypotéza H1** Předpokládám, že u zkoumaného souboru existuje statisticky významná negativní korelace mezi délkou pracovního zařazení a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM.

Korelace prokázala korelační nezávislost. To znamená, že v tomto výzkumném souboru neexistuje vztah mezi délkou praxe a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM.

**Hypotéza H2** Předpokládám statisticky významný rozdíl u negativních atributů<sup>12</sup> zvládání stresu, měřeno dotazníkem Stress Profile u zkoumaného souboru mužů a zkoumaného souboru žen.

Výsledky ověřování platnosti hypotézy H2 prokázaly statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami v oblasti zdravotních návyků měřených dotazníkem Stress Profile.

**Hypotéza H3** Předpokládám, že rozdílná náboženská orientace<sup>13</sup> respondentů bude vykazovat statistický významný rozdíl u negativních atributů<sup>14</sup> zvládání stresu, měřeno dotazníkem Stress Profile.

Výsledky ověřování platnosti hypotézy H3 prokázaly, že náboženská orientace nemá vliv na měření stresu dotazníkem Stress Profile u zkoumaného souboru.

**Hypotéza H4** Předpokládám statisticky významnou negativní i pozitivní souvislost mezi dotazníkem Stress Profile, a mírou vyhoření, měřenou dotazníkem BM, u zkoumaného souboru.

K platnosti hypotézy H4, můžu říct, že se potvrdila statisticky významnou korelace mezi dotazníkem Stress Profile a dotazníkem BM u 10 škál.

**Hypotéza H5** Předpokládám, že se zvyšujícím se věkem, se statisticky významně zvyšuje míra vyhoření.

Výsledky ověřování platnosti hypotézy H5 prokázaly korelační nezávislost. To znamená, že v tomto výzkumném souboru neexistuje vztah mezi věkem a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM.

---

<sup>12</sup> Negativní atributy = T-skóry vyšší než 60 u škál STR, ARC, TYP, NEG a nižší T- skóry než 40 u škál ZDR, CVI, ODP, JID, PRV, SOC, NEZ, POZ, MIN, PRO, POH.

<sup>13</sup> Náboženská orientace je v rámci této práce rozdělena na respondenty věřící v Boha, respondenty věřící, ale ne v Boha a nevěřící - ateisty.

<sup>14</sup> Negativní atributy = T-skóry vyšší než 60 u škál STR, ARC, TYP, NEG a nižší T- skóry než 40 u škál ZDR, CVI, ODP, JID, PRV, SOC, NEZ, POZ, MIN, PRO, POH.

**Hypotéza H6** Předpokládám, že existuje statisticky významná negativní korelace mezi délkou pracovního zařazení a dotazníkem Stress Profile, u zkoumaného souboru.

Výsledky ověřování platnosti hypotézy H6 prokázaly korelační nezávislost. To znamená, že v tomto výzkumném souboru neexistuje vztah mezi dotazníkem Stress Profile a délkou praxe respondentů.

## 7. Diskuze

Diplomová práce si klade za hlavní cíl zmapovat atributy zvládnutí stresu a míru vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření v předem vybraných sociálních zařízeních se zaměřením na poskytování pomoci lidem s chronickým duševním onemocněním a mentální retardací. Původním záměrem výzkumu bylo zapojit do výzkumu i sociální zařízení zaměřená na poskytování péče seniorům a zařízení poskytující paliativní péči, ale vzhledem k náročnosti jednak časové, finanční a velké rozmanitosti výběrového souboru proběhl výzkum pouze ve vybraných zařízeních poskytující péči chronicky duševně nemocným osobám a osobám s mentální retardací.

Do výběrového vzorku byli zahrnuti zaměstnanci denního stacionáře DC 90, Domova na Dubíčku a Domova se zvláštním režimem Pržno, kteří pracují na postech pracovníků přímé péče obslužné, sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků. Mezi tyto pracovníky byly v průběhu října a listopadu 2013 distribuovány dotazníky Stress Profile a Burnout Measure prostřednictvím vedoucích pracovníků. Návratnost dotazníku činila 86%.

V průběhu vyplňování dotazníků jsem se setkal s názory, že některé otázky u dotazníku Stress Profile se zdály být příliš složitě formulovány a navíc vyplnění tohoto dotazníku často trvalo déle, než bylo předpokládaných 25 minut. Častým problémem, se kterým jsem se setkával hlavně u starších respondentů, bylo zaznamenávání odpovědí na otázky dotazníku Stress Profile do záznamového listu a orientovat se v záznamovém listě, který je zvlášť, tudíž není pevnou součástí dotazníku. Setkal jsem se s názory, že by bylo mnohem jednodušší kdyby možnost pro odpověď byla přímo u otázky. Na druhou stranu chápu, že z ekonomického hlediska je jednodušší mít záznamový list zvlášť, a tím pádem mohu jeden dotazník distribuovat mezi více respondentům, což se mi potvrdilo při realizaci tohoto výzkumu. Vyplnění dotazníku BM proběhlo u všech bez problémů.

Výzkum pomocí dotazníku Stress Profile pomohl zmapovat atributy stresu u zkoumaného souboru. Za pomocí T-skóru jsem zmapoval oblasti, které jsou relativně rizikové, co se týká psychologie zdraví u zkoumaného souboru. Mohu říct, že mezi tyto rizikové oblasti spadají škály zaměřené na stres, zdravotní návyky a odpočinek.

Škála stres je definovaná jako každodenní prožívání větších či menších podrážděností, mrzutostí a frustrací. Zvýšený výsledek u škály stres mě nepřekvapil, předpokládal jsem, že u pracovníků, kteří pracují s chronicky duševně nemocnými a mentálně retardovanými klienty, se často vyskytují emočně vyhocené situace, které působí jako stresory a mohou se mimo jiné odrážet na této škále.

Nízké T-skóry u škály zdravotní návyky by mohly mít souvislost s předchozí škálou stres. Cungi (2001) uvádí, že u dlouhodobého přetrvávajícího stresu mnoho lidí sáhne po cigaretách, alkoholu a přejídání. Jelikož T-skóry u subškál jídlo/výživa a trs položek ARC jsou v oblasti normy, se toto tvrzení u zkoumaného souboru nepotvrdilo. Domnívám se, že nízké T-skóry u škály zdravotní návyky souvisí se subškálou odpočinek, která vykazuje také snížené T-skóry a zároveň tuto škálu sytí. Výsledky T-skóru naznačují, že u škály zdravotní návyky jsou na tom hůře ženy než muži a tenhle rozdíl je statisticky významný na hladině  $\alpha_{0,05}$ , což se prokázalo ověřením hypotézy H2. Jedním z důvodů, proč vykazují ženy vyšší T-skór by mohlo být, že se často mimo práci starají i o domácnost a rodinu, tím pádem mají méně času na odpočinek. Bylo by zajímavé v dalším výzkumu sledovat i data z oblasti zaměřené na vztahy, děti a rodinu. Dále bych zde doporučil zaměřit se na prevenci. Jelikož v jednotlivých zařízeních je převaha žen, mohlo by jít o prevenci ze strany organizace a to například uspořádat seminář na téma relaxace a psychohygiena. Seznámil bych je z praktickými radami autorů Kebza (2005), Bartošíková (2006), Stock (2010), Křivohlavý (2012), jak už bylo uvedeno v teoretické části, že je důležité naučit se pečovat o sebe, naučit se odpočívat, myslet na své potřeby, naučit se hospodařit ze svým časem, umět delegovat úkoly i na druhé, udělat si čas na přátele, koníčky a v neposlední řadě udržovat se v dobré fyzické kondici.

Dále mě zajímalo, zda výsledky dotazníku Stress Profile souvisí s náboženskou orientací, zda se prokáže rozdíl mezi respondenty věřícími a nevěřícími. Celková skupina respondentů byla rozdělena do tří skupin, na respondenty věřící v Boha, věřící, ale ne v Boha, a nevěřící, čili ateisty. Výsledky T-skóru naznačují rizikové ohrožení zdraví u škál stres, zdravotní návyky, cvičení a odpočinek mezi respondenty věřícími v Boha, věřícími, ale ne v Boha, a mezi ateisty. Ověřením hypotézy H3 se však prokázalo, že náboženská orientace nemá statisticky významný vliv na vnímání stresu, měřeného dotazníkem Stress Profile, u zkoumaného souboru.

Z výzkumu dále vyplynulo, že délka praxe respondentů nemá vliv na výsledky měřené dotazníkem Stress Profile. Na druhou stranu se podařilo prokázat statisticky významný vztah na hladině významnosti  $\alpha_{0,05}$  mezi hodnotami měřenými dotazníkem Stress Profile a hodnotami měřeny dotazníkem Burnout Measure – BM, u zkoumaného souboru, a to rovnou u deseti škál. Na škále stres a škále negativní pohled se jedná o korelaci pozitivní, což znamená, že pokud budou hodnoty T-Skórů stoupat, bude stoupat i hodnota měřená dotazníkem BM. U těchto dvou škál je vysoká hodnota T-skóru považovaná za riziko ohrožení zdraví, což koresponduje se zvýšením BM skóru. U škál zdravotní návyky,

odpočinek, jídlo/výživa, prevence, kognitivní nezdolnost, minimalizace hrozeb, zaměřenost na problém a psychická pohoda byla prokázána negativní korelace, což znamená, že pokud budou hodnoty zmíněných škál stoupat, bude klesat hodnota měřená dotazníkem BM. To opět pěkně koresponduje, jelikož zvýšené hodnoty T-skóru u zmíněných škál znamenají odolnost vůči stresu a tím pádem i ohrožení syndromem vyhoření by mělo být nižší.

Samotné výsledky dotazníku Burnout Measure prokázaly, že z celkového výzkumného souboru n51 se 70% respondentů nachází ve stavu, kdy riziko syndromem vyhoření je minimální, u 20% respondentů se doporučuje zamyslet se nad svým životem a uspořádat si žebříček hodnot a „pouze“ u 10% bylo prokázáno psychické vyčerpání a je doporučeno vyhledat odbornou pomoc. Celkové výsledky dotazníku se dají považovat za uspokojivé. Dále byla provedena korelace dotazníku BM s demografickými daty, jako je délka praxe a věk respondentů. Tato korelace potvrdila výzkum Hosáka a Hosákové (2005), kteří ve svém výzkumu syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků zjistili, že věk a délka praxe respondentů statisticky významně nekorelují s mírou syndromu vyhoření, mimo jiné i Kebza (2003) považuje délku praxe a věk za neutrální faktory.

Přestože výsledky výzkumu poukazují ze 70% na stav, kdy riziko vzniku vyhoření je minimální, je zapotřebí tuto problematiku nepodceňovat a věnovat se prevenci syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření se rozvíjí dlouhou dobu, a to několik let, a jeho poslední stádium, stádium vyhasnutí, je konečným stavem, který je velice obtížně léčitelný a někdy stěží reverzibilní a na toto by se nemělo zapomínat.

## 8. Závěr

Cílem práce bylo zmapovat atributy zvládnání stresu a míru vyhoření u pracovníků pracujících na pozicích pracovníků přímé péče obslužné, sociálních pracovníků, zdravotnických pracovníků a to v denním stacionáři DC 90, v Domově na Dubíčku a Domově se zvláštním režimem Pržno. Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření za použití dotazníků Stress Profile a Burnout Measure.

Výsledky výzkumu z dotazníků Stress Profile ukazují, že výzkumný soubor vykazuje riziko ohrožení zdraví, ve srovnání se standardizovaným souborem pro českou populaci, na škálách stres, zdravotní riziko a odpočinek. V ostatních škálách se pohybují výsledky v normě průměru, tedy nevykazují zvýšené riziko ohrožení zdraví. Dále se u zkoumaného souboru prokázalo, že v subškále odpočinek vykazují ženy statisticky významný rozdíl na hladině  $\alpha_{0,05}$  nad muži. Domněnka, že náboženská orientace bude statisticky ovlivňovat výsledky měřené dotazníkem Stress Profile, se u zkoumaného souboru nepotvrdila. Dále se nepotvrdila vzájemná korelace mezi délkou praxe a výsledky z dotazníku Stress Profile.

Z dat získaných dotazníkem Burnout Measure vyplývá, že 70% výzkumného souboru se pohybuje v rozmezí, kdy riziko syndromem vyhoření je minimální, 20% respondentům se doporučuje zamyslet se nad životním stylem a ujasnit si žebříček hodnot, jelikož jsou ohroženi vyšším rizikem vzniku syndromu vyhoření, a u 10% respondentů byly zjištěny přítomné příznaky psychického vyčerpání. Korelace dotazníku Burnout Measure – BM s demografickými daty, věk a délka praxe se neprokázala. Korelace dotazníku Burnout Measure s dotazníkem Stress Profile ukázala na vzájemnou korelaci, která je statisticky významná na hladině  $\alpha_{0,05}$ , u desetin škál. Na škále stres a negativní pohled se jedná o korelaci pozitivní. U škál zdravotní návyky, odpočinek, jídlo/výživa, prevence, kognitivní nezdolnost, minimalizace hrozeb, zaměřenost na problém a psychická pohoda byla prokázána korelace negativní.

## Souhrn

Diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření a atributy stresu u pracovníků v pomáhajících profesích, jako jsou pracovníci přímé péče obslužné, sociální pracovníci a zdravotničtí pracovníci. Práce v pomáhajících profesích patří k velice náročným pracím zatěžujícím psychicky i fyzicky. Pracovníci v pomáhajících profesích se setkávají s bolestí a utrpením druhých a často i se smrtí. Tyto faktory jsou jedním z důvodů, proč jsou ve větší míře vystaveni stresu a syndromu vyhoření. Právě proto se práce zaměřuje na stres a jeho příčiny, syndrom vyhoření, na jejich podstatu a projevy.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části pojednává o stresu, syndromu vyhoření a sociálních službách. V teoretické části zaměřené na stres je shrnut historický pohled na stres, nejznámější definice stresu, rozdělení stresu, příčiny stresu, projevy stresu, strategie zaměřené na zvládání stresu, měření stresu a možnosti prevence stresu. Další část zaměřená na syndrom vyhoření předkládá přehled definic syndromu vyhoření, přehled fází syndromu vyhoření, dále se zabývá možnostmi diagnostiky a prevencí syndromu vyhoření. Teoretická část zaměřená na sociální služby vymezuje dle zákona o sociálních službách ty služby, kterých se týká výzkumná část této práce.

Výzkumná část představuje kvantitativní výzkum za pomoci baterie dotazníků Stress Profile a Burnout Measure. Výzkum byl zaměřený na pracovníky z denního stacionáře DC 90, z Domova se zvláštním režimem Pržno a z Domova na Dubíčku, kteří pracují na postech pracovníků přímé péče obslužné, sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků. Všechna tato tři zařízení jsou zařízení zaměřená na osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby s mentální retardací.

Cílem výzkumu bylo zmapovat atributy zvládání stresu a míru vyhoření a zjistit vztah mezi délkou praxe v pomáhající profesi, náboženskou orientací a věkem vzhledem k atributům zvládání stresové zátěže a mírou syndromu vyhoření. Zkoumaný soubor tvořilo 51 respondentů, z toho bylo 6 mužů (12%) a 45 žen (88%). Z denního stacionáře DC 90 bylo zastoupeno ve výzkumném souboru celkem 8 lidí - 1 muž (12%) a 7 žen (88%); z Domova se zvláštním režimem Pržno to bylo 23 lidí, z toho 1 muž (4%) a 22 žen (96%), a z Domova na Dubíčku bylo zastoupeno ve výzkumném souboru 20 lidí, z toho 4 muži (20%) a 16 žen (80%).

Celkem bylo stanoveno šest výzkumných hypotéz. K ověření těchto hypotéz bylo zapotřebí nejprve vyhodnotit dotazníky dle instrukcí jejich autorů. K dotazníku Stress Profile byl použit manuál Stress Profile od Nowack (2006) přeložený do češtiny J. Klosem a P.

Králem. K dotazníku Burnout Measure – BM se vycházelo z knihy J Křivohlavého (2012) „*Hořet, ale nevyhořet.*“ Stanovené dílčí hypotézy byly poté ověřovány za pomoci F-testů, t-testů, jednofaktorové analýzy a korelace v programu Microsoft Office Excel. Při ověřování hypotéz se čtyři hypotézy nepotvrdily a dvě hypotézy byly potvrzeny.

Výsledky diplomové práce ukazují, že mezi nejčastější příčiny stresu u zkoumané skupiny patří percipovaný každodenní stres, špatné zdravotní návyky a nedostatek odpočinku. Co se týká syndromu vyhoření, bylo prokázáno, že 70% respondentů se nachází ve stavu, kdy riziko syndromem vyhoření je minimální, 20% respondentů se nachází ve stavu, kdy je doporučeno zamyslet se nad svým životem a uspořádat si žebříček hodnot a „pouze“ u 10% bylo prokázáno psychické vyčerpání a je doporučeno vyhledat odbornou pomoc.



## Použitá literatura a internetové zdroje:

- 1) Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- 2) Bartošíková, I. (2006) *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCONZO
- 3) Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- 4) Cannon, W. B. (1926) *Physiological regulation of normal states: some tentative postulates concerning biological homeostatics*. IN: A. Pettit (ed.). *A Charles Richet: ses amis, ses collègues, ses élèves*, p. 91. Paris: Éditions Médicales.
- 5) Cooper, C. L., Dewe, P. (2004). *Stress. A Brief History*. Malden, Blackwell Publishing.
- 6) Cungi, CH. (2001) *Jak zvládat stres*. Praha: Portál.
- 7) Exley, H. (2010). *Jednou to pomine*. Praha: Slovart.
- 8) Freud, S. (1926). *Hemmung, Sympton and Angst*. Gesammelte Werke, Band 14. London:Imago Publishing.
- 9) Gozhenko, A. et al (2009). *Pathology: theory. Medical Student's Library*. Radom. pp. 270–275
- 10) DC 90. (28. únor 2014) Získáno z <http://www.dc90.cz/nase-sluzby/denni-stacionar/poslani-denniho-stacionare>
- 11) Hartl, P., Hartlová, H. (2009) *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 12) Hartl, P., Hartlová, H. (2010) *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 13) Hladký, A. a kol. (1993). *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. Praha: Karolinum.
- 14) Hosák, L., Hosáková, J. (2005). *Syndrom profesionálního vyhoření zdravotnických pracovníků*. *Psychologie pro praxi*. 6(4), 202–203
- 15) *Katalog sociálních služeb Zlínského kraje. I Sociální služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. (2009) Zlín: Zlínský kraj
- 16) Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- 17) Kebza, V., Šolcová, I. (1998). *Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti*. *Československá psychologie*, 42(5), 429–448.
- 18) Kebza, V., Šolcová, I. (2008). *Syndrom vyhoření – rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna*. *Československá psychologie*, 52(4), 351 – 365.
- 19) Kopřiva, K. (2006) *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- 20) Kraft, U. (2006). *Burned Out*. *Scientific American Mind*, June/July 2006 p. 28–33
- 21) Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- 22) Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

- 23) Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- 24) Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- 25) Malíková, E. (2011) *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing
- 26) Mallotová, K. (2000, únor) *Burn-out neboli syndrom vyhoření*. Psychologie dnes 6(2)
- 27) Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál.
- 28) Maslach, CH. (2003). *Job burnout: new directions in research and intervention*. Current Directions in Psychological Science (Wiley-Blackwell), 12(5), 189–192.
- 29) Maslach, CH., Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. Journal of Occupational Behavior, 2, 99–113.
- 30) Maslach, CH., Schaufelli, W. B., Leiter, M. P. (2001). *Job burnout*. Annual Review of Psychology, 52(1), s. 397–422.
- 31) Matoušek, O. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- 32) Melgosa, J. (1997). *Zvládni svoj stres. Kniha o duševním zdraví*. Praha: Advent-Orion.
- 33) Mlčák, Z. (2007). *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- 34) Nowack, M. K. (2006) *Stress profile*. Praha: Hogrefe testcentrum
- 35) Orel, M. (2009). *Stres, zátěž a jeho zvládání*. Valašské Meziříčí: DAP Services a.s.
- 36) Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha, Grada.
- 37) Plháková, A. (2008). *Učebnice obecné psychologie*
- 38) Praško, J., Prašková, H. (2001). *Proti stresu krok za krokem*. Praha: Grada Publishing.
- 39) Reiterová, E. (2004) *Statistické metody pro studenty kombinovaného studia psychologie*. Olomouc: UPOL
- 40) Renaudová, J (1993). *Stres. Co je stres a jak se mu vyhnout. Testy a antistresové programy*. Praha: Práce
- 41) Rheinwaldová, E. (1995) *Dejte sbohem distresu*. Praha: Scarabeus.
- 42) Řehulka, E. (1988) *Psychohygienické otázky pedagogické psychologie*. Brno: Univerzita J. E. Purkyně.
- 43) Schaufelli, V. B., Leiter, W. B., Maslach, CH. (2009). *Burnout: 35 years of research and practice*. Career Development International, 14(3), 204–220.
- 44) Schreiber, V. (1992). *Lidský stres*. Praha: Academia.
- 45) Smolík, P. (1996). *Duševní a Behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.

- 46) Stock, CH. (2010). *Syndrom vyhoření*. Praha: Grada Publishing.
- 47) Taylor, S., Sirois, F. (2012). *Health Psychology*. Canadian Edition.
- 48) Tošner, J., Tošnerová, T. (2002) *Burn – out syndrom*. Praha: Hestia.
- 49) Vašina, B. (1999) *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.
- 50) Viner, R. (1999). *Putting Stress in Life: Hans Selye and the Making of Stress Theory*. *Social Studies of Science*, Vol. 29, No. 3 (June 1999), pp. 391–410.
- 51) Zákon o sociálních službách, Zákon č. 208/2006 Sb. v účinném znění ke dni 30. 1. 2014

## **Seznam zkratek**

ACTH – Adrenokortikotropní hormon

ARC – Trs položek ARC

BM – Dotazník Burnot Measure

CVI – Cvičení

IDP – Mezinárodní klasifikace nemocných Světové zdravotnické organizace

JIP – Jídlo/výživa

MBI – Dotazník Maslach Burnout Inventory

MIN – Minimalizace hrozeb

NEG – Negativní pohled

NEZ – Kognitivní nezdolnost

ODP – Odpočinek/spánek

POH – Psychická pohoda

POZ – Pozitivní pohled

PRO – Zaměřenost na problém

PRV – Prevence

SOC – Sociální opora okolí

STR – Stres

TYP – Chování typu A

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZDR – Zdravotní návyky

## Seznam tabulek, grafů a obrázků

### Tabulky:

- Tab. 1:** Rozdělení výzkumného souboru dle pohlaví
- Tab. 2:** Rozdělení výzkumného souboru dle věku
- Tab. 3:** Rozdělení výzkumného souboru dle vzdělání
- Tab. 4:** Rozdělení výzkumného souboru dle pracovní pozice
- Tab. 5:** Rozdělení výzkumného souboru dle náboženské orientace
- Tab. 6:** Rozdělení standardizovaného souboru dle pohlaví
- Tab. 7:** Rozdělení standardizovaného souboru dle věku
- Tab. 8:** Rozdělení standardizovaného souboru dle vzdělání
- Tab. 9:** Používané symboly ve výsledkové části
- Tab. 10:** Průměrné Hrubé skóry dotazníků Stress Profile u výzkumného souboru
- Tab. 11:** Průměrné Hrubé skóry a standardní odchylky zkoumaného souboru a standardizovaného souboru
- Tab. 12:** Průměrné T-skóry dotazníků Stress Profile u výzkumného souboru
- Tab. 13:** Průměrné T-skóry dotazníků Stress Profile u výzkumného souboru podle pohlaví
- Tab. 14:** Průměrné T-skóry dotazníků Stress Profile u výzkumného souboru podle náboženské orientace
- Tab. 15:** Průměrné T-skóry zkoumaného souboru a standardizovaného souboru
- Tab. 16:** Přehled výsledků Burnout Measure – BM jednotlivých pracovišť
- Tab. 17:** Přehled výsledků Burnout Measure – BM celého souboru
- Tab. 18:** Korelace délka praxe a dotazník BM
- Tab. 19:** Výsledky F-testů a t-testů u ověřování platnosti hypotézy H2
- Tab. 20:** Výsledky ANOVA u ověřování platnosti hypotézy H3
- Tab. 21:** Korelace Stress Profile – BM
- Tab. 22:** Korelace mezi Věkem a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM
- Tab. 23:** Korelace mezi délkou praxe a dotazníkem Stress Profile

### Grafy:

- Graf 1:** Rozdělení výzkumného souboru dle pohlaví
- Graf 2:** Rozdělení výzkumného souboru dle věku

- Graf 3:** Rozdělení výzkumného souboru dle vzdělání
- Graf 4:** Rozdělení výzkumného souboru dle pracovní pozice
- Graf 5:** Rozdělení výzkumného souboru dle náboženské orientace
- Graf 6:** Histogram výzkumného souboru dle délky praxe v letech
- Graf 7:** Rozdělení standardizovaného souboru dle pohlaví
- Graf 8:** Rozdělení standardizovaného souboru dle věku
- Graf 9:** Rozdělení standardizovaného souboru dle vzdělání (N = 700)
- Graf 10:** Přehled míry vyhoření v jednotlivých zařízeních
- Graf 11:** Přehled výsledků míry vyhoření v celém souboru
- Graf 12:** Histogram míry vyhoření celkového výzkumného souboru
- Graf 13:** Korelace délka praxe a dotazník BM
- Graf 14:** Korelace mezi Věkem a mírou vyhoření měřenou dotazníkem BM

**Obrázky:**

**Obrázek č. 1:** Základní rozměry stresu (Křivohlavý, 2004, s. 8)

**Obrázek č. 2:** Hans Seley: Obecný adaptační syndrom (Křivohlavý, 2012, s. 82)

## **Seznam příloh**

1. Podklad pro zadání diplomové práce
2. Abstrakt
3. Dotazník Burnout Measure
4. Dotazník Stress Profile

**Podklad pro zadání diplomové práce**

**Předkládá:** Marcel Kresta    **Adresa:** Obeciny X/3621 76001 Zlín

**Název tématu česky:** Syndrom vyhoření a atributy stresu u pracovníků v pomáhajících profesích v zařízeních DC 90, Domov na Dubíčku, Domov Pržno

**Název tématu anglicky:** Burnout and stress attributes among workers in ancillary professions in institutions DC 90, Domov na Dubíčku, Domov Pržno

**Vedoucí práce:** Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

**Zásady pro vypracování:**

**Speciální zaměření:** Práce v pomáhajících profesích (Paliativní péče, Hospic, Domovy pro seniory) patří k velice náročným pracím zatěžující psychicky i fyzicky. Pracovníci v pomáhajících profesích se setkávají s bolestí a utrpením druhých a často i se smrtí. Tyto faktory jsou jedním z důvodů, proč jsou ve větší míře vystaveni stresu a syndromu vyhoření. Právě proto se práce zaměřuje na stres a jeho příčiny, Syndrom vyhoření, na jejich podstatu a projevy.

Cílem diplomové práce je zmapovat, atributy stresu a míru vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích. Dále určit vztah těchto atributů stresu a míry vyhoření k jiným proměnným, jako je věk, délka praxe, pohlaví respondentů a zařízení, ve kterém respondent působí. Typ výzkumu: kvantitativní výzkum. Sběr dat: standardizované dotazníky Stress Profile a dotazník Burnout Measure. Zkoumaný soubor: cca 150 pracovníků v pomáhajících profesích ze Zlínského kraje (zdravotní sestry, sociální pracovníci, nižší zdravotnický personál). Statistika: Pears. korel. koeficient (event. Studentův t-test). Formální parametry: Norma Miovský.

**Seznam literatury:**

Výrost, J., Slaměník, I. eds. (2009). Sociální psychologie. Praha: Grada. Stuchlíková, I. (2002). Základy psychologie emocí. Praha: Portál. Histon, J. (2009). Jak překonat stres. Praha: Svojtka. Křivohlavý, J. (2009). Psychologie nemoci. Praha: Grada. Vágnerová, M. (2010). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. Kallwass, A. (2007). Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha: Portál. Grohar, M.E., Dicroce, H.R. (2004). Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče. Praha: Grada.

**Časopisy:** Československá psychologie, Psychologie pro praxi, Psychologie dnes, Sociální listy, Zdravotnické noviny, Sestra.

**Elektronické prameny:** E-psychologie.



Příloha č. 2

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Syndrom vyhoření a atributy stresu u pracovníků v pomáhajících profesích v zařízeních DC 90, Domov na Dubíčku, Domov Pržno

**Autor práce:** Bc. Marcel Kresta

**Vedoucí práce:** Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 105/142590

**Počet příloh:** 4

**Počet titulů použité literatury:** 51

### **Abstrakt**

Diplomová práce se zabývá Syndromem vyhoření a atributy stresu u pracovníků v pomáhajících profesích, jako jsou pracovníci přímé péče obslužné, sociální pracovníci a zdravotničtí pracovníci.

Práce je rozdělena na dvě části. Část první je částí teoretickou a pojednává o stresu, syndromu vyhoření a sociálních službách. Druhá část je částí výzkumnou. Výzkumná část popisuje kvantitativní výzkum za pomoci standardizovaných dotazníků Stress Profile a Burnout Measure. Cílem výzkumu bylo zmapovat atributy zvládání stresu a míru vyhoření a zjistit vztah mezi délkou praxe v pomáhající profesi, náboženskou orientací a věkem vzhledem k atributům zvládání stresové zátěže a mírou syndromu vyhoření. Zkoumaný soubor tvořilo 51 respondentů, ze tří sociálních zařízení. Výzkumný soubor byl složen z 6 mužů (12%) a 45 žen (88%). Výsledky diplomové práce ukazují, že mezi nejčastější příčiny stresu u zkoumané skupiny, patří percipovaný každodenní stres, špatné zdravotní návyky a nedostatek odpočinku.

### **Klíčová slova:**

Stres, syndrom vyhoření, prevence, Stress Profile, Burnout Measure

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Burnout syndrom and stress attributes among workers in ancillary professions in institutions DC 90, Domov na Dubičku, Domov Pržno

**Author:** Bc. Marcel Kresta

**Supervisor:** Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 105/142590

**Number of appendices:** 4

**Number of references:** 51

### **Abstract :**

The thesis deals with the Burnout Syndrome and the attributes of the stress concerning workers in helping professions, such as direct serving care, social workers and healthcare professionals. The work is divided into two parts. The first part is theoretical and discusses stress, burnout syndrome and social services. The second part is dealing with the research. The research section describes quantitative research using standardized questionnaires, Stress and Burnout of the Profile Measure. The aim of the research is to map the attributes of stress management and burnout and to determine the relationship between the length of practice in helping profession, religious orientation and age due to the attributes of mastery of stress load and degree of burnout. The examined group consisted of 51 respondents who work in three social facilities. The researched group was included 6 men (12%) and 45 women (88%). The results of the thesis show that the most common causes of stress in this Group are perceptive daily stress, poor health habits and lack of rest. Regarding burnout, "only" 10% of respondents revealed the presence of mental exhaustion.

### **Key words:**

Stress, Burnout, prevention, Stress Profile, Burnout Measure

### Příloha č. 3

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.

#### Příloha č. 4

Plné znění použitých psychodiagnostických metod je uvedeno v tištěné verzi diplomové práce.