

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

**Stres, syndrom vyhoření a duševní hygiena ve
vybrané profesi**

Anastasija Svobodová

© 2023 ČZU v Praze

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Anastasija Svobodová

Ekonomika a management

Název práce

Stres, syndrom vyhoření a duševní hygiena ve vybrané profesi

Název anglicky

Stress, burnout syndrome and mental hygiene in a selected profession

Cíle práce

Bakalářská práce bude zaměřena na problematiku syndromu vyhoření u pomáhajících profesí a její následnou prevenci. Cílem práce je především deskripce vztahu mezi výskytem příznaků syndromu vyhoření a dodržováním, případnou znalostí a porušováním zásad duševní hygieny. Dále se práce bude zaměřovat na zjištění, zda má následné osvojení si a dodržování zásad psychohygieny vliv na prevenci syndromu vyhoření.

Metodika

Teoretická část bakalářské práce bude sestavena na základě aktuálních dostupných odborných publikací k danému tématu a bude podkladem k řešení zvolené problematiky.

V praktické části práce bude proveden kvantitativní výzkum, realizovaný metodou dotazníkového šetření. Respondenti budou vybráni ze tří rizikových profesí – zdravotních sester, sanitářů a pracovníků zdravotnické záchranné služby.

V závěru práce budou na základě statistického zpracování získaných dat uvedeny výsledky výzkumu s návrhem doporučení, jak syndromu vyhoření předcházet z hlediska jedince, tak i ze strany organizace.

Doporučený rozsah práce

50-60 str.

Klíčová slova

burnout, duševní hygiena, pomáhající profese, prevence syndromu vyhoření, stres, supervize, syndrom vyhoření

Doporučené zdroje informací

- BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 978-80-7013-439-9.
- BEDRNOVÁ, E., PAUKNEROVÁ, D. Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení, efektivní životní styl. Praha: Management Press, 2015. ISBN 978-80-7261-381-6.
- CARNEGIE, D., CARNEGIE, D., PELL, A R., GOSMAN, S. Jak získávat přátele a působit na lidi. Praha: Dobrovský, 2012. ISBN 978-80-7306-519-5.
- HONZÁK, R. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. V Praze: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7601-004-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, 1998. ISBN 978-80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. Duševní hygiena zdravotní sestry. Praha: Grada, 2004. ISBN 978-80-247-0784-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- ŠTIKAR, J. Psychologie ve světě práce. V Praze: Karolinum, 2003. ISBN 978-80-246-0448-5.
- WAGNEROVÁ, I. Psychologie práce a organizace: nové poznatky. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3701-0.
-

Předběžný termín obhajoby

2022/23 LS – PEF

Vedoucí práce

PhDr. Hana Chýlová, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra psychologie

Elektronicky schváleno dne 9. 6. 2022

PhDr. Pavla Rymešová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 27. 10. 2022

doc. Ing. Tomáš Šubrt, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 09. 01. 2023

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Stres, syndrom vyhoření a duševní hygiena ve vybrané profesi" jsem vypracoval samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 15.03.2023

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní PhDr. Haně Chýlové, Ph.D. za podporu a pomoc při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla vyjádřit své upřímné díky všem pracovníkům FN Motol, Nemocnice Slaný a Nemocnice Žatec, kteří se zapojili do mého dotazníkového šetření a umožnili mi tak úspěšně realizovat výzkum.

Stres, syndrom vyhoření a duševní hygiena ve vybrané profesi

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření u pomáhajících profesí ve zdravotnictví.

Teoretická část práce blíže specifikuje pojmy jako jsou duševní hygiena/psychohygiena, metody duševní hygieny, stres a syndrom vyhoření u pomáhajících profesí.

V praktické části bylo na základě cílů práce stanoveno několik statistických hypotéz, které byly testovány a na základě zjištěných informací z dotazníkového šetření potvrzeny nebo vyvráceny. Dále byla analytická část zaměřena na výsledky dotazníku psychohygieny.

V závěru práce bylo navrženo několik strategických preventivních opatření, jak předcházet syndromu vyhoření jak z pohledu jedince, tak z pohledu organizace.

Klíčová slova: Stres, syndrom vyhoření, psychohygiena, preventivní opatření, burnout, duševní hygiena, supervize, pomáhající profese, dotazníkové šetření, duševní zdraví.

Stress, burnout syndrome, and mental hygiene in a selected profession

Abstract

The bachelor's thesis deals with the burnout syndrome among helping professions in public healthcare.

The theoretical part of the thesis focuses on concepts such as mental hygiene/psycho-hygiene, methods of mental hygiene, stress, and burnout syndrome in helping professions.

First, in the practical part, objectives were set, based on which several statistical hypotheses were established. These were tested and confirmed or denied based on the information obtained from the questionnaire survey. Moreover, the analytical part focused on the results of the psychological hygiene questionnaire.

The paper concluded by suggesting that several strategic preventive measures to forgo burnout syndrome from both the individual and organizational perspectives.

Keywords: Stress, burnout syndrome, psycho-hygiene, preventive measures, burnout, mental hygiene, supervision, helping professions, questionnaire survey, mental health.

OBSAH

1 Úvod.....	1
2 Cíl práce a metodika	2
2.1 Cíl práce	2
2.2 Metodika	4
3 Teoretická východiska	6
3.1 Stres a jeho vnímání	6
3.1.1 Definice stresu	6
3.1.2 Stresory	8
3.1.3 Pohled na stres dříve a dnes (evoluční paradox).....	8
3.1.4 Druhy stresu a následky stresu.....	10
3.1.5 Možnosti předcházení stresu.....	12
3.2 Syndrom vyhoření	14
3.2.1 Příčiny vzniku	15
3.2.2 Výskyt.....	16
3.2.3 Projevy a příznaky	17
3.2.4 Jednotlivé etapy	19
3.2.5 Diagnostika	24
3.2.6 Léčba a prevence	26
3.3 Duševní hygiena.....	28
3.3.1 Definice duševního zdraví	28
3.3.2 Různé pohledy na duševní hygienu	29
3.3.3 Metody duševní hygieny.....	30
3.3.4 Relaxační techniky duševní hygieny	31
3.3.5 Techniky komunikace.....	32
3.4 Syndrom vyhoření a pomáhající profese.....	34
3.4.1 Definice a význam pomáhajících profesí.....	34
3.4.2 Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí	36
4 Vlastní práce.....	38
4.1 Cíle a hypotézy	38
4.2 Technika sběru dat	39
4.3 Charakteristika souboru	40
4.4 Testování hypotéz	44
4.5 Výsledky psychohygieny a stresu	55
4.6 Navrhovaná opatření	61
4.6.1 Opatření z hlediska jedince:.....	61

4.6.2	Opatření z hlediska organizace (nemocnice)	62
5	Diskuse.....	64
6	Závěr.....	66
7	Seznam použitých zdrojů.....	69
7.1	Tištěné zdroje	69
7.2	Elektronické zdroje.....	72
8	Seznam obrázků, tabulek a grafů	73
8.1	Seznam obrázků	73
8.2	Seznam tabulek.....	73
8.3	Seznam grafů	73
9	Přílohy	74
9.1	Příloha č.1 Identifikační dotazník	74
9.2	Příloha č.2 MBI dotazník	75
9.3	Příloha č.3 Dotazník psychohygieny	76
9.4	Příloha č.4 Grafy výzkumných otázek MBI dotazníku	78

1 Úvod

V současné moderní, a zároveň i technologicky vyspělé době, kdy značnou část monotónních činností dokážou obstarat stroje a technika, zaměstnavatelé přicházejí na to, že jsou to právě lidské zdroje, které představují tu nejvýznamnější část jejich podnikání. Stejně jako, že právě loajální a kompetentní zaměstnanci, jsou hnacím motorem jejich firmy, a současně i prostředkem, prostřednictvím, kterých je dosahováno vytyčených cílů podniku, a finančních zisků.

Schopní a zodpovědní zaměstnanci, kteří svoji pracovní pozici vykonávají řádně, je na ně spolehnutí, představují vysoce žádanou komoditu na trhu práce, jednotlivé subjekty, které se na pracovním trhu vyskytují, chtějí takového zaměstnance do svého podniku získat, a posilnit tak svoji pozici na trhu.

Činit své zaměstnance spokojenými a motivovanými představuje dnes více než kdy jindy velice podstatnou a strategicky cílenou součást činnosti každého zaměstnavatele, který využívá lidské zdroje pro plnění svých vytyčených cílů. Ovlivňování pracovní motivace žádoucím směrem nepředstavuje podstatnou záležitost pouze pro personální oddělení podniků nebo organizací, ale je také úkolem vedoucích pracovníků ve všech řídicích úrovních podniku, tzv. manažerů. Motivovat a uspokojovat potřeby zaměstnanců představuje hlavní úkol, a současně i zodpovědnost všech pracovníků ve vedoucích pozicích, a to bez ohledu na odvětví či oblast působnosti dané organizace.

V současné době existují na trhu práce povolání, která jsou v mnohem vyšší míře vystavována stresu, a u kterých se zároveň vyskytuje vyšší pravděpodobnost, že je může postihnout tzv. syndrom vyhoření. Jedná se především o tzv. pomáhající profese neboli povolání, která zahrnují intenzivní kontakt s jinými lidmi. Syndrom vyhoření může v případě zanedbání léčby nebo za situace, kdy nebudou adekvátně pozměněny pracovní podmínky jedince, skončit jeho odchodem z práce nebo i výskytem významnějších zdravotních dopadů u tohoto jedince.

Mezi pomáhající profese lze zařadit sociální pracovníky, učitele, ale i zdravotnické profese, jako jsou ošetřovatelé, pečovatelé, pracovníci záchranné služby nebo sestry. Právě tato povolání, která se na každodenní bázi stýkají s velkým množstvím lidí, mohou být citlivější vůči neustálému a dlouhodobému stresu, nebo si mohou projít již zmíněným syndromem vyhoření.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce pojmenované „Stres, syndrom vyhoření a duševní hygiena ve vybrané profesi“ je zjistit, zda existuje přímý vztah mezi výskytem příznaků syndromu vyhoření a dodržováním, případnou znalostí a porušováním zásad duševní hygieny. Dílčím cílem bakalářské práce je blíže se seznámit s pojmy „stres“ a „syndrom vyhoření“ a zjistit, zda pomáhající profese představují ohroženou skupinu pro výskyt těchto negativních činitelů.

Nejvýznamnějším důvodem pro zvolení této problematiky je, že se stále jedná o aktuální téma, které je sice odborníky i společností dlouhodobě rozebíráno a diskutováno, i přesto však stále nedochází v rámci českého prostředí k nastolení žádných preventivních kroků ze strany jednotlivých zaměstnavatelů. Lékařsky zaměřené pomáhající profese si stále stěžují na proklamování výkonu ze strany zaměstnavatelů bez ohledu na rostoucí náročnost práce. Je vyžadováno, aby zaměstnanci pracovali rychle, dobře, ochotně, avšak bezchybně. Zaměstnavateli není zjišťován psychický stav nebo únava jejich zaměstnanců.

Bakalářská práce bude rozdělena do dvou částí: části teoretické a části praktické. V první kapitole teoretické části bude pozornost věnována definici pojmu „stres“ a „syndrom vyhoření“. Druhému termínu se práce bude věnovat podrobněji, kde bude zmíněno, jak syndrom vyhoření vzniká, jaké jsou jeho konkrétní projevy a příznaky, jak je diagnostikován a následně léčen. Pozornost bude věnována i preventivním opatřením, které by měly riziko výskytu tohoto syndromu minimalizovat.

Druhá kapitola teoretické části práce vymezí, jaká konkrétní povolání jsou chápána pod termínem „pomáhající profese“, a bude zdůrazněno, proč jsou tato povolání pro lidskou společnost nepostradatelná a jaká je jejich konkrétní funkce. V poslední části teoretické části bude pozornost zaměřena již na to, zda a z jakého důvodu jsou právě pomáhající profese více náchylné ke stresu a vzniku syndromu vyhoření.

Výzkumná část této bakalářské práce se bude zaměřovat na zjištění míry výskytu syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Bude vytvořeno dotazníkové šetření, které se zaměří na zjištění, zda se u pomáhajících profesí, respektive zdravotních sester, sanitářů a záchranářů ve vyšší míře syndrom vyhoření vyskytuje, a pokud ano, zda má souvislost s místem vykonávané profese. U subjektů bude dále zjišťováno, zda mají zkušenost s tzv.

duševní hygienou, a pokud ano, zda jí využívají. V souvislosti s tím bude dále zkoumán vliv názoru na možnost předcházení stresu na míru vyhoření, aby bylo možné posoudit, zda respondenti, kteří mají pozitivní názor na prevenci stresu a dodržování zásad duševní hygieny, vykazují nižší míru syndromu vyhoření.

Na základě stanovených cílů vyvstalo devět nulových hypotéz ve výzkumné části bakalářské práce, které budou testovány a na základě zjištěných informací budou potvrzeny nebo vyvráceny. Následující hypotézy se snaží, co nejděleji zobrazit cíl práce, jimž je především deskripce vztahu mezi výskytem příznaků syndromu vyhoření a dodržováním, případnou znalostí a porušováním zásad psychohygieny a deskripce vztahu mezi syndromem vyhoření a předcházením stresu:

Hypotézy zkoumající vliv místa vykonávané profese na míru vyhoření

H_{01A}: Místo vykonávané profese nemá vliv na míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{01B}: Místo vykonávané profese nemá vliv na míru vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{01C}: Místo vykonávané profese nemá vliv na míru vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

Hypotézy zkoumající vliv dodržování zásad duševní hygieny na míru vyhoření

H_{02A}: Dodržování zásad duševní hygieny nemá vliv na míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{02B}: Dodržování zásad duševní hygieny nemá vliv na míru vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{02C}: Dodržování zásad duševní hygieny nemá vliv na míru vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

Hypotézy zkoumající vliv názoru na předcházení stresu na míru vyhoření

H_{03A}: Názor na předcházení stresu/stres nemá vliv na míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{03B}: Názor na předcházení stresu/stres nemá vliv na míru vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{03C}: Názor na předcházení stresu/stres nemá vliv na míru vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

Alternativní hypotézy k hypotézám nulovým znějí:

H_{A1A}: Místo vykonávané prose má vliv na míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{A1B}: Místo vykonávané prose má vliv na míru vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{A1C}: Místo vykonávané prose má vliv na míru vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

H_{A2A}: Dodržování zásad duševní hygieny má vliv na míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{A2B}: Dodržování zásad duševní hygieny má vliv na míru vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{A2C}: Dodržování zásad duševní hygieny má vliv na míru vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

H_{A2A}: Dodržování zásad duševní hygieny má vliv na míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{A2B}: Dodržování zásad duševní hygieny má vliv na míru vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{A2C}: Dodržování zásad duševní hygieny má vliv na míru vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

2.2 Metodika

Bakalářská práce se bude skládat ze dvou částí. Pro sepsání teoretické části bude využito široké škály dostupné odborné literatury a odborných zdrojů. Využity budou jak primární, tak i sekundární literární zdroje, které se tématem „stresu a syndromu vyhoření u pomáhajících profesí“ zabírají. Nepostradatelným obsahem teoretické části bude také pojem duševní hygieny a její následná prevence. Z velké části se bude jednat o česky psanou odbornou literaturu, která bude doplněna o co nejnovější poznatky z vědeckých časopisů.

Výzkumná část bakalářské práce se bude zaměřovat na zjišťování míry výskytu syndromu vyhoření u pomáhajících profesí a na to, zda existuje závislost mezi mírou

vyhoření a místem výkonu profese, dodržováním zásad duševní hygieny a názorem na prevenci stresu. K tomu bude využita vědecká kvantitativní metoda zvaná dotazníkové šetření a jako nástroj k hodnocení míry vyhoření bude používán dotazník nazvaný MBI (viz Příloha č.2 MBI dotazník), který je nejvíce využíván v odborných metodách ke zjišťování syndromu vyhoření. Maslach Burnout Inventory (MBI) dotazník bude upraven tak, aby v něm byla použita terminologie odpovídající profesi zdravotní sestry, sanitáře a záchranáře. Skládá se ze 22 otázek, z toho 9 otázek je zaměřených na faktor emocionálního vyčerpání (EE), 5 otázek na depersonalizaci (DP) a 8 na osobní uspokojení (PA). Respondenti budou odpovídat na otázky zcela anonymně, aby se zkoumaní pracovníci nemuseli stydět a mohli se plně vyjádřit.

Před realizací výzkumné části práce budou dotazníky distribuovány do nemocnic v tištěné i online verzi pomocí webového odkazu na stránku Survio. Respondenti budou upozorněni, že odpovědi poslouží ke zpracování bakalářské práce. Každý dotazník bude strukturovaný tak, aby bylo možno ho předložit v jednotné podobě velké skupině potřebných respondentů.

Při výběru respondentů bude použita metoda lavinového výběru, také nazývaná jako technika sněhové koule. Tato metoda se často využívá při výzkumu specifických skupin, kdy je obtížné nalézt vhodné respondenty. Metoda spočívá v identifikaci účastníků prostřednictvím jejich vlastních sítí a kontaktů. V konkrétním případě budou dotazníky distribuovány prostřednictvím osobních kontaktů, kteří pracují v těchto oblastech a ti následně zapojí další vhodné respondenty do výzkumu na principu nabalování, což je charakteristické pro metodu sněhové koule. Tento postup umožní získat více respondentů z dané specifické skupiny a získat tak cennější data pro analýzu. (Ferjenčík, 2000).

Ve statistické analýze budou pro všechny uzavřené otázky dotazníku vytvořeny sloupcové grafy s absolutními a relativními četnostmi, které vizuálně přibližují kvantitativní informace. Porovnávání skóre vyhoření pro dvě skupiny bude testováno pomocí Welchova t-testu a porovnání skóre vyhoření pro tři skupiny bude testováno pomocí Analýzy rozptylu (ANOVA) a post-hoc. Pro rozhodování o nulové hypotéze bude zvolena hladina významnosti 5 %. Výsledky budou provedeny v softwaru TIBCO STATISTICA 13. Získané výsledky výzkumu poskytnou ucelený obraz o tématu a přispějí k lepšímu porozumění problematice vyhoření u zdravotnických pracovníků.

3 Teoretická východiska

V rámci následujících podkapitol budou osvětleny tři zásadní pojmy, které budou provázet celou bakalářskou práci. Těmito pojmy jsou konkrétně:

- (a) stres
- (b) syndrom vyhoření.
- (c) duševní hygiena

Zvýšená míra stresu může bezpodmínečně vést až k syndromu vyhoření, k prevenci syndromu vyhoření se používají základní znalosti z oblasti psychohygieny (duševní hygieny). Proto jsou tyto pojmy vzájemně provázané a závislé.

3.1 Stres a jeho vnímání

V současné moderní a technologicky vyspělé době je na každého jedince kladeno velké množství nároků a sociálního tlaku. Ačkoliv by měly lidem moderní vynálezy a technologie usnadňovat život, a umožňovat jim více relaxace a odpočinku, děje se v současné době pravý opak. Každé období lidských dějin získalo nějaký přívlastek, podle toho, co pro něj bylo specifické. Známe tedy dobu kamennou, dobu osvícenství nebo období páry, a současné období by mohlo získat přívlastek „doba stresová“.

3.1.1 Definice stresu

Psychický stres představuje mentální, emocionální a fyziologickou odpověď organismu na konkrétní vnější podnět nebo situaci o značné intenzitě (Blahušová, 2005). O tom, že je konkrétní organismus ve stresu, lze hovořit ve chvíli, kdy konkrétní vnější podnět vyvolá u tohoto specifického organismu určitou reakci neurohumorálního charakteru, která je doprovázená konkrétními a specifickými změnami v psychických procesech tohoto organismu (Nakonečný, 2000).

Do té doby jsou reakce organismu na okolní situaci v jakési homeostatické rovnováze. Jedinec neustále reaguje na podněty ze svého prostředí, ať již na různé situace nebo podněty od jiných organismů. Pokud jsou tyto podněty standardní, běžné a normální, organismus se nachází v jakési homeostáze neboli ve vnitřním rovnovážném rozpoložení (Křivohlavý, 2009).

Ona hranice, kdy organismus přestupuje z rovnovážného stavu do stresového, není zřetelná a ostrá, jak by se mohlo zdát, a nelze tak určit jasné rozmezí či předěl. Celý tento přechod do stresového rozpoložení a vnímání stresu organismem je dále značně komplikováno tím, že každý organismus je vysoce individuální a je jinak vůči stresu vnímavý a odolný. To, co může výrazně stresovat jednoho jedince, jiného nemusí ovlivnit vůbec. (Křivohlavý, 2009).

„Stres je slovo anglosaského původu, které se objevuje v angličtině od středověku a je zde užíváno k vyjádření jednak stavů prožívaných tísně, napětí a důsledků působících obtíží různého původu, jednak k vyjádření tlaku ve smyslu působení fyzikálních sil a konečně v situacích, kdy chceme něco zdůraznit či podtrhnout“ (Kebza a Šolcová, 2004, s. 11).

Poněšický (2004, s. 108) doplňuje, že *„stres je stavem či psychofyzickou reakcí na selhání adaptačních mechanismů v přizpůsobení se zátěžové situaci. Ve vztahu k psychogenním chorobám se jedná o situace, které kladou neúměrné nároky na duševní kapacitu a na schopnosti týkající se jak přizpůsobení či akomodaci, tak aktivního zpracování stresové situace, aby nedošlo k hrubému narušení duševní rovnováhy“*.

Hovorově je pojem stres nahrazován často i jinými českými ekvivalenty, jako je úzkost, frustrace, konflikt a celkově člověku nepříjemné situace, které v něm vzbuzují vnitřní napětí (Blahušová, 2005).

Štikar (2003, s.73) ve své knize Psychologie ve světě práce popisuje zátěž jako: *„porušení rovnováhy mezi vnitřním stavem systému a jeho vnějším okolím (prostředím), jež lze označit jako systém vnější. Stupeň zátěže je dán především intenzitou působení vnějších vlivů a vlastnostmi systému zatěžovaného.“*

Psychologickou zátěž dále rozděluje na tři formy:

- Senzorická zátěž
- Mentální zátěž
- Emoční zátěž

Senzorická zátěž vyplývá z požadavků na činnost smyslových orgánů a jim odpovídajících struktur centrálně nervové soustavy. Mentální zátěž vyplývá z požadavků na zpracování informací, kladoucí nároky na procesy jako jsou pozornost, paměť, myšlení, rozhodování a představitivost. Emocionální zátěž vyplývá ze situací a požadavků, alternativní název je psychosociální stres, který vyplývá ze skutečnosti, že vše se odehrává ve společenském kontextu (Štikar, 2003).

3.1.2 Stresory

Podněty, které spouští v organismu stresovou odpověď, a na které tedy organismus reaguje jsou odborníky nazývány „stresory“. Bedrnová a kol. (2015, s.224) ve své knize Management osobního rozvoje definuje stresory jako: *„faktory, které překračují obvyklý standard, i když zatím ještě nepůsobí rušivě či zcela nepříznivě, případně ale i takové situace, které již mohou mít velmi nepříznivý účinek.“* Mezi nejběžněji se vyskytující se stresory pak patří například pocit ohrožení, pocit strachu nebo ztráta kontroly. Je zajímavé, že ačkoliv se u stresorů jedná o celou širokou skupinu různorodých podnětů, lidský organismus na ně reaguje vždy stejnou stresovou odpovědí. Stresové odpovědi tedy nejsou rozdílné, není jich několik. Vždy se jedná o stejnou reakci organismu na nějaký nepříjemný a rušivý vnější podnět (Joshi, 2007).

Základním kamenem stresové reakce organismu je celá široká spleť různých dějů, ke kterým dochází v jeden okamžik uvnitř daného organismu. Tyto jednotlivé děje jsou řízeny autonomním nervovým systémem, z čehož vyplývá, že je organismus nemůže svoji myslí ovlivňovat. Do stresu se organismus dostane i přesto, že by tomu chtěl sebevíce usilovně zabránit (Honzák, 2018).

3.1.3 Pohled na stres dříve a dnes (evoluční paradox)

Ohledně stresu v současné době lze pozorovat jeden zajímavý evoluční paradox. Stres byl zažíván již pravěkými lidmi, u kterých měl ale signalizační funkci. Pokud se jedinec kdysi dostal na základě nějakého impulzu do stresu, stresová reakce mu naopak pomáhala v ochraně jeho života.

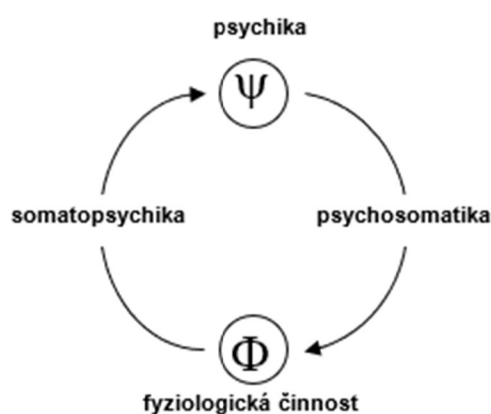
Pravěký jedinec věděl, že musí uprchnout, musí se bránit, musí se schovat atd. Díky stresové reakci v něm došlo k probuzení základního instinktu přežití. V současné době je to ale právě stres, který negativně působí na zdraví a pohodu lidí, a může jim způsobit mnohá onemocnění. Lze tedy pozorovat změnu významu stresu během lidské evoluce, posun od reakce, která chránila lidské životy a pomáhala lidem v přežití, v reakci, která může v přemíře člověka dokonce usmrtit (Joshi, 2007).

Pokud organismus tu a tam zažije nějakou stresující životní situaci, nebo se doslechne nepříjemnou zprávu, neznamená to, že by mu měl stres nějak významně ublížit nebo u něj vyvolat dokonce zdravotní důsledky. Závažným se může stát stav, kdy je stresová reakce organismu buď velice velmi intenzivní, nebo je dlouhodobá, tedy objevuje se velice často nebo organismus ve stresu setrvává dlouhou dobu. V těchto situacích lze hovořit o tzv. nadlimitním nebo chronickém stresu (Honzák, 2018).

Ať již se organismu týká stres nadlimitního nebo chronického charakteru, pak právě tyto typy stresových situací mohou být příčinou nebo se spolupodílet na řadě negativních projevů v životě konkrétního organismu. Pokud je jedinec dlouhou dobu ve stresu nebo zažívá stres velice intenzivní, odráží se to především na kvalitě jeho života, která bývá výrazně ponížena oproti normálnímu stavu. Taktéž u něj může dojít k výskytu poruch kognitivního nebo behaviorálního charakteru, mohou být příčinou vzniku různých psychických onemocnění, ať již méně nebo více závažných (Křivohlavý, 2009).

V současné době je již dobře známa spojitost dlouhodobého nebo intenzivního stresu na tělesnou stránku jedince, kdy stres může přímo vyvolat nebo se značnou částí spolupodílet na vzniku různých fyzických chorob (Joshi, 2007).

Obrázek 1 – Stav mezi psychikou, fyzikem, fyziologií a psychosomatikou



Zdroj: Křivohlavý, 1994, s. 47.

Na výše uvedeném obrázku, viz Obr. 5, je znázorněno, že všechny oblasti lidské bytosti, jeho fyzická, psychická i fyziologická stránka jsou úzce propojeny, a že mají velký vliv na psychosomatiku člověka (Křivohlavý, 1994).

Je potvrzeno, že dlouhodobý nebo častý stres má mnoho dopadů na lidský organismus, a to ať již na jeho fyzickou stránku (bolesti hlavy, častá onemocnění nebo problémy s kůží), na jeho citovou stránku (ztráta sebedůvěry, podrážděnost nebo apatie), na jeho chování (zvýšená nehodovost, ztráta chuti k jídlu nebo větší sklony ke konzumaci návykových látek), tak i na mysl jedince (negativita, výskyt nočních můr nebo přemíra dělání si starostí), (Křivohlavý, 1994, Křivohlavý, 2009, Joshi, 2007).

Stres však nemusí přinášet člověku pouze negativa. Přiměřená míra stresu může naopak, jako v případě pravěkých lidí, organismus stimulovat správným směrem, a probouzet v něm snahu vyřešit nastalou negativní situaci, bojovat v konkrétním konfliktu o svoji pravdu nebo zvýšit hodnotu adrenalinu v krvi člověka, která jej povzbudí k lepším výkonům (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Dokonce se vyskytují lidé, kteří pod stresem fungují lépe, a jistou snesitelnou míru stresu vyhledávají záměrně. Ono vnitřní napětí a mírná disbalance v jejich rovnováze jim navozuje příjemné pocity. Z toho důvodu není potřeba na stres jako takový nahlížet zcela negativně (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

V této bakalářské práci v ohledu na syndrom vyhoření zmiňujeme negativní vlivy dlouhodobého nebo nadměrného stresu, který nemá pro žádný organismus povzbuzující a pozitivní účinky.

3.1.4 Druhy stresu a následky stresu

Stres na člověka působí v tělesné rovině, následkem je snížená obranyschopnost našeho organismu, tím dochází k úbytku kostní a svalové tkáně a k nashromáždění tkáně tukové v oblasti břicha. Člověk také může pociťovat bolesti na hrudi, bolesti hlavy a střevní křeče (Ayers a de Visser, 2015).

Stres působí na člověka i po psychické stránce. Nejčastější reakcí organismu na stres je úzkost. Mezi další běžné reakce patří vztek, agresivní nebo naopak apatické chování, takovéto chování může být v mnoha případech příčinou depresí u jedinců. Stres může mít

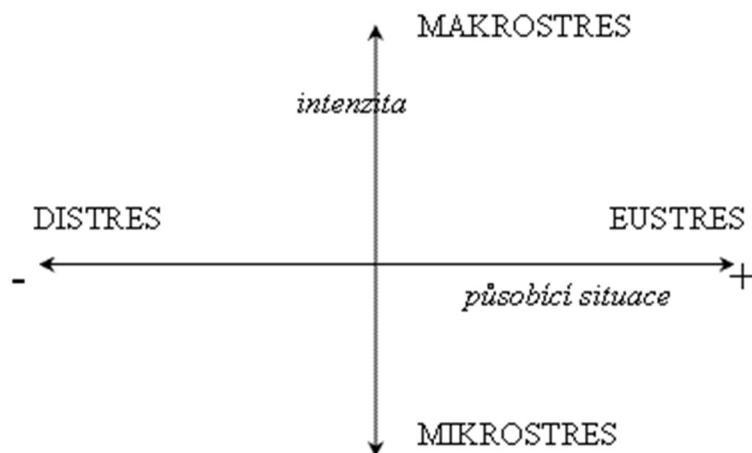
také negativní vliv na proces učení, důvodem je hlavně fakt, že stres působí na hipokampus, který je centrem učení a paměti (Atkinson, 2003).

Distres a eustres

Stres jde podle odborníků na základě výše uvedených poznatků možné dělit na dvě kategorie, kterými konkrétně jsou (Křivohlavý, 1994, Jeklová a Reitmayerová, 2006):

- Negativní stres (tzv. distres) – Ten vzniká jako důsledek vysoce negativních podnětů z okolního prostředí (např. se jedná o šokující zprávy o úmrtí blízkého člena rodiny nebo známého).
- Pozitivní stres (tzv. eustres) – Tento stres je mírného a slabého charakteru, a dokáže v organismu probudit pozitivní odezvu (např. v případě, že se v práci vyskytne nějaký problém, a jedinec ví, jak jej zvládnout)

Obrázek 2 – Základní rozměry stresu



Zdroj: Křivohlavý, 1994, s. 8.

Akutní a chronický stres

Dle doby působení na náš organismus, můžeme dále stres dělit na akutní a chronický stres. Akutní stres je náhlý a nejčastěji k takovému stresu dochází při událostech, které ohrožují život. Při akutním stresu může dojít ke ztrátě paměti či ke ztrátě vědomí. (Matoušek, 2003)

Chronický stres je naopak spojován s dlouhodobým působením zátěžové situace, tato zátěžová situace postupně spotřebovává síly, které organismus využívá ke zvládnutí zátěže. Někdy dochází až k úplnému vyčerpání. Za příčinu dlouhodobého stresu se udává (Hartl a Hartlová, 2000):

- dlouhodobá manželská nevěra,
- dlouhotrvající pracovní zátěž,
- nedostatek spánku,
- špatné mezilidské vztahy,
- nepříznivé životní prostředí,

3.1.5 Možnosti předcházení stresu

Tato kapitola se zaměřuje na určité praktické techniky zvyšování vlastní odolnosti vůči zátěži. Odrážíme se však od skutečnosti, že člověk se narodí s určitými vrozenými dispozicemi, které do určité míry předurčují úspěšnost pro nás charakteristické reagování na zátěž. Tyto dispozice jsou oslabovány nebo posilovány, a to prostřednictvím naší výchovy od nejtělejšího dětství, anebo dalšími okolnostmi, které pomáhají utvářet naši osobnost. Dospívající i již dospělý člověk není zcela determinován pouze dědičností a dalšími biologickými faktory, ani okolnostmi, za nichž dochází k vývoji naší osobnosti od narození až do dospělosti. Naopak. Každý – až na drobné výjimky, má možnost sám na sobě v mnoha směrech pracovat, i pokud jde o zvyšování naší vlastní odolnosti vůči zátěži (Bedrnová, a kol., 2015).

Co se týče první pomoci v situaci aktuálního stresu můžeme uvádět určité techniky či způsoby zvládnutí stresu v aktuální stresové situaci. Tyto techniky nám pomohou zvládnout

zátěžovou situaci, když jsme právě v ní. Ota Gregor ve své knize Zdravě žít, to je kumšt z roku 1988 uvádí devatero první pomoci ve stresu:

- Protistresové dýchání,
- Chvilková tělesná relaxace,
- Koncentrace na „kredenc“,
- Odejít a zůstat chvíli sám,
- Změna činnosti,
- Poslech relaxační hudby,
- Rozhovor s někým třetím,
- Počítání,
- Cvičení,

Regulace dechu patří k vůbec nejhodnějším relaxačním protistresovým prostředkům. Prodloužení výdechu přináší zklidnění a relaxaci, koncentrace na dech má uklidňující, regenerační a vitalizující účinek (Gregor, 1988).

Koncentrace na „kredenc“ znamená, že soustředíme veškerou svou pozornost na emocionálně neutrální, zcela nám lhostejný předmět. Hlavní podstatou této koncentrace je fakt, že obvykle nebýváme schopni mít v centru pozornosti najednou dvě či více skutečností, ale pouze jedinou. V praktické rovině se doporučuje zaměřit na místo, kde se právě nacházíme, prohlédnout si ji a probrat jeden předmět po druhém. *„Zaměříme-li tudíž svou pozornost na jakýkoliv pro nás emocionálně indiferentní předmět a odpoutáme-li ji tak zcela přirozeně, volně a nenásilně od stresoru, snížíme tím i své psychické napětí.“* (Bedrnová a kol., 2015, s. 254).

3.2 Syndrom vyhoření

Hlavní pojem, se kterým bude tato bakalářská práce zacházet, a současně i termín, který úzce souvisí s výše uvedeným stresem, představuje pojem „syndrom vyhoření“. V anglickém originále je tento pojem znám jako „burnout syndrom“, kdy slovo *burnout* lze do jazyka českého přeložit jako *vyhasnutí* nebo *zhasnutí* (Honzák, 2018 a Křivohlavý, 2009). Lze tak odvodit, že se jedná o finální stav organismu, který je způsoben převážně dlouhodobým neboli chronickým stresem. Tento syndrom se projevuje zejména úplnou ztrátou zájmu o dosavadní profesi, ztrátou radosti ze života, za současného totálního vyčerpání fyzických i psychických sil organismu (Křivohlavý, 1994).

„Vyhoření představuje stav vyčerpání všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkostech pomoci a pak se sami cítí přemoženi jejich problémy).“ Jejich definice zní: „Vyhoření je konečným stádiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)“ (Křivohlavý, 2002, s. 116).

Ačkoliv byl tento syndrom popsán a definován poměrně nedávno, v současné době je již považován za velmi známý, a bohužel v populaci i hojně rozšířený, přičemž frekvence jeho výskytu neustále narůstá (Honzák, 2018). To je spojeno především se specifiky dnešní doby, které byly zmiňovány v úvodní části této bakalářské práce.

Na všechny lidi je nakládáno mnoho různorodých povinností, je od nich mnoho povinností vyžadováno, a tak lidé žijí nejenom ve spěchu, ale i neustálém stresu. Navíc musí každý z nás plnit mnoho různých rolí, a v nich nepochybit a dokonale je zvládat, jinak by na nás společnost nahlížela skrze prsty. Dlouhodobý stres pak může skončit i syndromem vyhoření, kdy člověk doslova ztratí zájem o své předešlé aktivity i činnosti, které mu činily radost. Cítí se bezcenný, zmatený, dezorientovaný, k tomu pociťuje silnou únavu, pesimismus, depresivní stavy, všeobecnou nechut' a silné vyčerpání (Schreiber, 2000, Nakonečný, 2000).

Různorodých definic tohoto pojmu existuje obrovské množství. Odborníci se však shodují, že u některých jedinců je pravděpodobnost vzniku tohoto syndromu o dost vyšší nežli u jiných.

„Burnout postihuje lidi, kteří vstupují do zaměstnání s velkou mírou nadšení. Jsou vysoce motivovaní. Očekávají, že jim práce dá smysl jejich života. Nebezpečí číhá zvláště tam, kde ti, kteří danou práci konají, ji považují spíše za povolání než za zaměstnání (námezdnou práci). Domnívají se, že jsou voláni k tomu, co dělají, vyšším zájmem, vyšší autoritou, „vyšší mocí“. Objevení příznaků vyhoření je přitom doprovázeno zjištěním, že selhali, že veškerá jejich snaha je marná, že jim chybí energie potřebná k úspěšnému dokončení toho, co dělali, a že již nemají nic hodnotného, co by mohli dát“ (Křivohlavý, 2012, s. 12).

Jak již bylo naznačeno, syndrom vyhoření se nejčastěji objevuje u tzv. pomáhajících profesí, v rámci, kterých jsou lidé v neustálém kontaktu s jinými lidmi. Těm se snaží pomáhat i nad rámec svých povinností, svoji práci považují spíše za svůj úděl a pomoc světu. Bohužel tyto lidé, ačkoliv vykonávají úctyhodná povolání, zažívají také nejvíce stresu, a to na každodenní bázi. Nejčastěji tak tento syndrom postihuje sociální pracovníky, pedagogické pracovníky nebo zdravotnický personál (Křivohlavý, 2009).

3.2.1 Příčiny vzniku

Syndrom vyhoření vzniká v důsledku nadbytečného a dlouhodobého působení tzv. zátěžových faktorů (Křivohlavý, 2009). Jsou to faktory, které mohou mít v konečném důsledku na svědomí vznik syndromu vyhoření. Se zátěžovými faktory se setkává každý z nás, a to na každodenní bázi. Každý z nás na ně ale působí velmi odlišně a dosti individuálně. Pokud jedinec není odolný, a nedokáže se jejich dlouhodobým účinkům správně vyrovnat, pak se mohou negativně podepsat na jeho psychickém i fyzickém zdraví (Honzák, 2018).

Vychýlení z psychické rovnováhy člověka se pak nejčastěji projevuje ve změnách jeho chování či prožívání. Nejvíce frekventovanými zátěžovými faktory současné doby jsou především stres, trauma nebo konflikty (Vágnerová, 2008). Odborníci se nicméně shodují, že nejpodstatněji a nejvýrazněji se na vzniku syndromu vyhoření podílí právě stres, který může být důsledkem mnoha různých vnějších podnětů. Ono i zmíněné konflikty v člověku probouzejí stresovou reakci, stejně jako traumata z dětství (Křivohlavý, 2009).

Pakliže se podíváme na níže uvedený obrázek, viz Obr. 3, pak lze spatřit nejčastější příčiny, které v člověku vyvolávají vznik syndromu. Společným jmenovatelem těchto proměnných bývá stres, který je jejich důsledkem. Ať se jedná o častá onemocnění, neúspěchy v práci, přetěžování v práci nebo špatné rodinné zázemí, to vše vyvolává v jedinci stresové reakce a tzv. náhlý (akutní) nebo chronický stres.

3.2.2 Výskyt

Již byly zmíněny dvě zásadní proměnné, které souvisí s výskytem tohoto syndromu. V první řadě bylo zmíněno, že existuje vyšší pravděpodobnost, že se onemocnění vyskytne u jedinců vykonávajících tzv. pomáhající profese (sociální pracovník, pedagogický pracovník nebo zdravotnický personál), pro které je typický intenzivní kontakt s ostatními lidmi. V druhém případě bylo zmíněno, že ačkoliv pojmenování tohoto syndromu vzniklo poměrně nedávno, v současné době se jedná o poměrně hojně se vyskytující se jev.

Se syndromem vyhoření se začalo nejprve operovat v souvislosti se zdravotnickým personálem. Poté byly podobné případy stále častěji nacházeny i v rámci pedagogického oboru, a v sociální sféře obecně (Bartošíková, 2006).

Co se týče konkrétních profesních oblastí, v rámci zdravotnictví byl syndrom nejčastěji zaznamenáván u zdravotních sester, jejichž působišti byla náročná oddělení typu onkologického, léčba dlouhodobě nemocných nebo hospice. Tato oddělení jsou typická častým stykem zdravotnického personálu se smrtí, a pacienti, kteří mají již mizivé šance na zotavení a odchod domů. Navíc je práce o tak nemocné pacienty náročná i po fyzické stránce (Bartošíková, 2006).

Co se oblasti pedagogické týče, nejčastěji se výzkumníci s lidmi trpícími syndromem vyhoření setkávali u pedagogů, kteří vyučovali na různých typech škol. Vyšší pravděpodobnost vzniku syndromu však byla zjištěna u učitelů na základních školách a na středoškolských stupních (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Poslední oblastí, pro kterou je typický zvýšený výskyt tohoto syndromu, jsou sociální pracovníci, kteří jsou v pravidelném kontaktu s lidmi a řeší různě náročné životní situace ostatních lidí. Musí jednat s klienty, kteří prožili různé věci, pocházejí z různých poměrů a prošli si leccíms. Těmto všem emocím jsou vystavení i sociální pracovníci, kteří s těmito lidmi dennodenně spolupracují (Jeklová a Reitmayerová, 2006).

Nikde samozřejmě není řečeno, že by se syndrom vyhoření nemohl týkat i dalších povolání nebo jiných oblastí. Nemusí se jednat ani dokonce o profese, které by byly nějak typické vyšším kontaktem s lidmi. Vyhořet může i řidič kamionu, který je na cestách po většinu času sám, nicméně je v neustálém stresu pramenícím z jiných podnětů. Je dobré si uvědomit, že každý jedinec, který se pravidelně setkává se stresem nebo je vystaven intenzivnímu stresu, se kterým se nedokáže jeho mysl srovnat, může ve finále vyhořet.

Co se týče prevalence tohoto syndromu, výzkumníci přišli se zajímavými závěry, kde zjišťovali, zda se v některých oblastech světa tento syndrom vyskytuje častěji nežli v jiných. Jeden z výzkumů zkoumal riziko výskytu syndromu vyhoření u studentů medicíny, kteří se již nacházeli v postgraduálním stupni studia.

Ve výzkumu bylo zjištěno, že největší riziko vyhoření existuje u afrických studentů, studentů z Blízkého východu nebo severoamerických studentů, na které bylo nakládáno největší očekávání ze strany svých blízkých a rodiny. Nejmenší riziko se vyskytlo u studentů evropských a jihoamerických, kteří uváděli, že mají podporu rodiny a nezáleží příliš na to, zda studium dokončí či nikoliv (Naji a kol., 2021).

3.2.3 Projevy a příznaky

Ačkoliv je zvládání stresu a odolnost vůči stresu vysoce individuální, podobně jako příznaky a projevy syndromu vyhoření, lze u jednotlivých osob pozorovat jisté spojitě projevy tohoto syndromu.

„U někoho jsou to pocity únavy a exhausce, neschopnost setřást pocit chladu, pocit fyzické vyčerpanosti, u druhého třeba řada tělesných obtíží počínajících opakovanými bolestmi hlavy, dechovými tísněmi, přes gastrointestinální obtíže doprovázené poklesem váhy, až po nespavost a depresi. Ve skutečnosti lze říci, že tento syndrom zasahuje na nejrůznějších místech celou psychosomatickou oblast“ (Honzák a kol., 2005, s. 52).

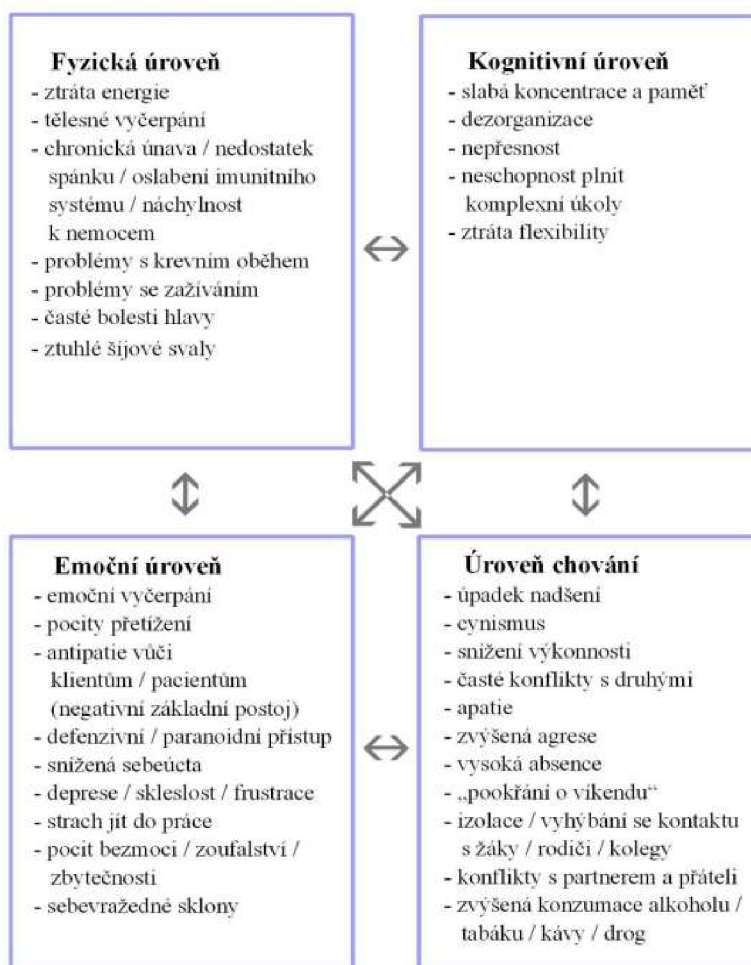
Křivohlavý (2012) pak popisuje konkrétní příznaky syndromu, které u sebe pozorovalo podstatné procento pacientů. Jedná se především o:

- Fyzickou vyčerpanost.
- Psychickou vyčerpanost.
- Emoční vyčerpanost.
- Emoční ochladnutí.

- Emoční prázdnotu.
- Nemožnost vyjádřit své emoce.
- Pocity, že je člověk zahnaný do kouta a v koncích.
- Pocit naprostého vyhasnutí a ztráty vnitřního zápalu.
- Slabost.
- Únava.
- Pesimismus.
- Cynismus.
- Strach.
- Obavy.
- Permanentní úzkost.
- Neutuchající vnitřní napětí.
- Ztráta elánu a energie.
- Rezignace.
- Deprese.
- Frustrace.
- Apatie.
- Nedůvěřivost.
- Ztráta sebedůvěry a víry.

Jednotlivé příznaky syndromu lze pak rozlišit do 4 základních úrovní, které se navzájem ovlivňují a podmiňují, a které jsou rozděleny na základě toho, jakou stránku člověka ovlivňují. O jaké úrovni se konkrétně jedná je patrné z níže přiloženého Obr. 8.

Obrázek 3 – Klasifikace projevů syndromu vyhoření podle úrovně



Zdroj: Poschkamp, 2013, s.113.

3.2.4 Jednotlivé etapy

Důležité je zmínit vzhledem k příznakům a projevům syndromu zmíněných v předcházející kapitole, že syndrom vyhoření nepředstavuje náhlý proces, který by vznikl z ničeho nic, ze dne na den a najednou. Proto se příznaky nevyskytují všechny naráz, ale celý syndrom začíná velice pozvolně, a k výskytu jednotlivých příznaků postupně. Proto může být složité odhalit, že jedinec aktuálně prochází syndromem vyhoření, jelikož v určitém okamžiku se u něj může projevovat jeden, dva příznaky.

Syndrom vyhoření lze tedy charakterizovat jako dlouhotrvající a neustále se měnící se proces (Honzák, 2018). V současné době již existuje kategorizace jednotlivých stádií

vyhoření, které na sebe navzájem navazují. Délka a intenzita jednotlivých etap však může být u každého jedince různě dlouhá. Jak již bylo naznačeno, ke vzniku tohoto syndromu může dojít na základě celé řady různorodých faktorů, kde významnou roli hraje psychická odolnost jedince a jeho charakterové rysy (Tošner a Tošnerová, 2002).

Někdy si sám jedinec uvědomí, že je toho na něho v práci moc, že je přepracovaný a dosavadní profesní koloběh mu nedělá dobře. Někdy je však člověk unavený a bez nálady, aniž by věděl důvod, proč tomu tak je (Bartošíková, 2006). Člověk, který se necítí být sám sebou, je unavený a dlouhodobě bez nálady však mnohdy hledá příčinu jinde nežli v jeho životním stylu. Domnívá se, že je fyzicky nemocný, že na něj lidově řečeno „něco leze“, nebo své problémy svádí na počasí, stravu atd. (Tošner a Tošnerová, 2002).

Většina autorů se shoduje na pěti základních fázích syndromu vyhoření. Někteří autoři přidávají další mezikroky, někteří jednotlivé kroky pojmenovávají jinak, nicméně pět výše uvedených kategorií představuje to základní schéma, na kterém se většina odborníků v současné době shoduje, a těmito fázemi prochází každý jedinec, u kterého se syndrom objeví (Křivohlavý, 2009).

Bylo samozřejmě poukázáno také na to, že u každého jedince se může délka a intenzita jednotlivých etap odlišovat, a také v rámci nich může dojít k výskytu různých a individuálních příznaků (Honzák, 2018).

1. Fáze: Nadšení

První fáze je typická tím, že jedinec zažívá návaly optimismu, nadšení a spokojenosti. Jedinec je plný ideálů, představ a tuh, a těší se z nové pracovní pozice, nového poslání. Svoji práci vykonává s nadšením, a chce se stát v práci úspěšným. Pro své zaměstnání je schopen obětovat svůj volný čas (bere si přesčas, plánuje si práci během svého volna), na úkor práce zanevře nad svými zálibami, může dokonce zanedbávat svoji rodinu nebo přátele (Potterová, 1997).

Větší část dne tráví jedinec v práci nebo prací, a může být svými blízkými označován na workoholika. Jeho zaměstnání jej plně naplňuje a uspokojuje jeho

veškeré potřeby, sám se domnívá, že právě práce je v tento okamžik to nejdůležitější v jeho životě (Potterová, 1997).

2. Fáze: Stagnace

V rámci druhé fáze dochází u jedince k citelnému ochlazení jeho prvotního nadšení. Jedinec zažívá první neúspěchy, první zklamání. S nelibostí zjišťuje, že se jeho ideály s realitou v lecčems rozcházejí, že nejsou naplňovány jeho počáteční představy, slevuje ze svých prvotních požadavků. Zaměstnání jej již plně nenaplnuje, již jí nedělá na 100 %. To, že nedochází k naplňování jeho představ a ideálů v něm může vyvolat frustraci. Opět u něj dochází k návratu k jeho koníčkům a mimopracovním aktivitám (Potterová, 1997).

Pokud si jedinec uvědomí právě v této fázi, že práce není podle jeho představ, může právě nyní zabránit dalšímu rozvoji syndromu vyhoření, a to tím, že se pokusí o změnu pracovních podmínek nebo změni svojí pozici (Potterová, 1997).

V případě změny pracovní pozice je důležité nahlížet na tuto skutečnost spíše z pozitivní stránky. Společnost SPT Telecom vydala příručku pro odcházející zaměstnance. Tato příručka obsahuje desatero psychologické obrany v nezaměstnanosti, jako nejvýznamnější můžeme zmínit: „*berte současný stav jako východisko do budoucnosti, nikoli jako svou překážku, zachovejte si přátele a udělejte něco pro zlepšení svého životního stavu.*“ (Wagnerová a kol., 2011, s.105).

3. Fáze: Frustrace

Ve třetí fázi začíná člověk přemýšlet nad smyslem svého zaměstnání, a nad svým vlastním posláním. K pochybám dochází zejména po nepříjemných zkušenostech v rámci zaměstnání, např. po hádce s kolegou nebo svým nadřízeným, po konfliktu s klientem nebo rozhovoru s nepříjemným pacientem (Potterová, 1997).

Jedinec je alergický na vše, co souvisí s jeho zaměstnáním, a o tyto věci ztrácí zájem a neřeší je. V této fázi se musí do práce i nutit docházet, nechce se mu tam, musí se přemlouvát, může mu být fyzicky nevolno při pomyslení na další den

v práci. Jedinec v této fázi může pociťovat zmatky a ztrácet důvěru sebe samého (Potterová, 1997).

4. Fáze: Apatie

Frustrace ze zaměstnání, kterou jedinec prožíval v předcházející fázi, úzce souvisí s fází čtvrtou, kdy se právě frustrace mění v čistou apatii. Jedinci na svém zaměstnání vůbec nezáleží, bere ji čistě a pouze jako zdroj příjmu. V práci vykonává pouze ty činnosti, které musí, není ochoten dělat něco „nadstandardního“ (Potterová, 1997).

V této fázi taktéž dochází ke změnám chování jedince vůči jeho kolegům, nadřízeným nebo rodině, kdy jedinec může být až vyloženě nepřátelský. Jedinec ztrácí zájem, dostavuje se zklamání a únava psychického i fyzického charakteru (Potterová, 1997).

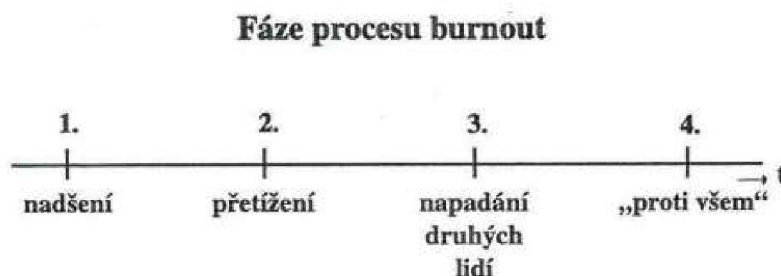
5. Fáze: Vyhoření

V poslední fázi jedinec dochází ke svému úplnému zhroucení a vyčerpání jak fyzického, tak i emocionálního rázu. Jedinec ve své práci nevidí žádný smysl, žádné poslání, je vůči ní zcela lhostejným, vidí se pouze jako schránku vykonávající nějakou nesmyslnou činnost (tzv. odosobnění), (Potterová, 1997).

Ve finální etapě je jedinec povětšinou tak špatně psychicky a emocionálně naložen, že vyžaduje odbornou pomoc ze strany psychologa či psychoterapeuta. I v této fázi lze však proces vyhoření odklonit, a to razantní změnou v pracovním životě jedince (změna pracovních podmínek, jiná pracovní pozice, delší volno), (Potterová, 1997).

Křivohlavý (1998, s. 61) k jednotlivým fázím dodává, že „*vyhoření, respektive vyhořívání, je procesem, který probíhá v čase. Ten je na obrázku (viz Obr. 9) uveden šipkou s označením $t = \text{time}$. Na obrázku jsou uvedeny charakteristiky jednotlivých fází tohoto procesu vyhořívání tak, jak se s nimi setkáváme, když pozorujeme lidi, kteří se postupně dostávají do situace vyhoření*“.

Obrázek 4 – Fáze procesu vyhoření



Zdroj: Křivohlavý, 1998, s. 61.

Pro mnohé jedince, kteří si syndromem vyhoření neprošli, nebo jej nezažili, může být těžké pochopit, jak se cítí člověk, který jím prochází. Někteří tento problém mohou zlehčovat, a považovat jej za špatné životní období v životě jedince, které přejde. Je však třeba si uvědomit, že tento syndrom představuje poměrně závažný psychický stav a mentální nepohodu, která může v důsledku vyústit až ve vznik nebezpečných psychických poruch nebo ke vzniku závislostí.

„Pokud člověk nezačne syndrom vyhoření včas řešit, může vést nejen ke vzniku depresí a úzkostných stavů, ale také k naprosté ztrátě sebedůvěry i závislosti na drogách či alkoholu. Na začátku je proto nutné, aby si člověk připustil, že něco není v pořádku a kontaktoval odborníka (psychologa nebo psychiatra)“ (Kubešová, 2018).

Důsledky dlouhodobého a neléčeného syndromu vyhoření se však nemusejí promítnout pouze do zdravotního (psychického a fyzického) stavu konkrétního jedince, ale také do jeho sociálních vztahů. Mezilidské vztahy, pracovní i rodinné, mohou být zničeny psychickým rozpoložením jedince, který si prochází vyhořením. Nemocný jedinec není uspokojován svojí prací, a cítí se frustrovaný a unavený. O to větší péči a zájem proto očekává od jeho blízkých příbuzných (Vojtíšková, 2014).

Dlouhodobý tlak, který je vyvíjen člověkem procházejícím si vyhořením na jeho okolí, však nemůže být dlouhodobě únosný. Začnou se objevovat stále častější konflikty, komunikace již nebude plně fungovat, a může dojít až k úplnému zničení vztahů. Syndrom vyhoření představuje tudíž náročné období jak pro toho, který jím trpí, ale i pro okolí tohoto

jedince, pro které může být dlouhodobé špatné psychické rozpoložení jejich blízkého po čase přítěží (Vojtíšková, 2014).

Z toho důvodu odborníci doporučují, aby lidé, kteří zažívají příznaky uvedené v jedné z předešlých kapitol, svůj stav a své psychické rozpoložení nezlehčovali a nepřehlíželi, ale vyhledali odbornou pomoc. Tím mohou zachránit nejen svůj zdravotní stav, ale také své zaměstnání, potažmo i vztahy s lidmi, na kterých jim skutečně záleží (Bartošíková, 2006, Honzák, 2018, Křivohlavý, 2009, Vojtíšková, 2014).

3.2.5 Diagnostika

Jaké existují v současné době možnosti, prostřednictvím kterých lze diagnostikovat u nemocného probíhající syndrom vyhoření? Bylo zmíněno, že zjistit, že dotyčný jedinec prochází některou z etap syndromu vyhoření, může být dosti složité.

To je způsobeno zaprvé tím, že je nemoc i jednotlivé etapy tohoto syndromu, značně individuální. Za druhé není možné zcela postupovat podle uvedených příznaků, jelikož v každé fázi se mohou vyskytovat pouze některé, které následně mohou vymizet a být nahrazeny jinými. I příznaky dosahují navíc u jedinců různé intenzity i délky trvání (Honzák, 2018).

Díky celosvětovému zkoumání syndromu vyhoření, však vědci dokázali postupem času vyvinout a stanovit konkrétní standardizované metody, které umožňují syndrom vyhoření v jednotlivých fázích u jedince odhalit (Honzák, 2018). Existuje hned několik rozdílných vědeckých metod, prostřednictvím kterých může být onemocnění diagnostikováno. Mezi ty nejčastěji využívané patří klasické sebepozorování se, využití rozhovorů s odborníky nebo vyplňování specifických e experty sestavených dotazníků (Křivohlavý, 2001).

V rámci této bakalářské práce budou představeny tři metody, které jsou nejčastěji využívané pro odhalování výskytu syndromu vyhoření i vyšetřovaných subjektů. Těmito metodami konkrétně jsou (Křivohlavý, 2001):

- Dotazníkové šetření MBI
- Dotazníkové šetření BM
- Dotazníkové šetření nesoucí název *Inventář projevů syndromu vyhoření*

- **Dotazníkové šetření MBI**

Dotazník MBI sestává z 22 různorodých tvrzení, na které vyšetřované subjekty odpovídají využitím škálové stupnice nebývajících hodnoty 1-7. Podle toho, jak intenzivně nebo četně danou otázku prožívají nebo se s ní ztotožňují, vybírají příslušné ohodnocení. Čím bližší dají subjekty číslo blízké se nule, tím méně se s položenou otázkou ztotožňují (Křivohlavý, 2001).

Jednou z těchto vět může být: *Práce mě emočně vysává* nebo *Práce s lidmi mě velice stresuje*. Čím vyššího skóre je konkrétním respondentem dosaženo, tím je úroveň jeho vyhoření vyšší. Dotazník rozlišuje vyhoření nízké, mírné a vysoké (Křivohlavý, 2001).

- **Dotazníkové šetření BM**

Představuje výzkumnou metodu, prostřednictvím které může být měřena intenzita vlastního psychického vyhoření. Dotazník sestává z 21 různorodých otázek, a dosahuje celosvětové popularity, a to zejména pro jeho dobrou vnitřní konzistenci. Tato metoda sleduje pouze jediný aspekt, a to vyčerpanost (exhausci) jedince, která je rozlišována na tři podoblasti (Křivohlavý, 2001):

- Exhausce fyzického charakteru – únava, časté prodělávání nemocí a infekcí.
- Exhausce emocionálního charakteru-vnitřní pocit úzkosti, tísně, beznaděje, frustrace.
- Exhausce psychického charakteru – žádná perspektiva a víra v budoucnost, chybějící optimismus, zpochybňování své vlastní existence, ztráta iluzí, hodnot i dřívějších postojů.

- **Dotazníkové šetření *Inventář projevů syndromu vyhoření***

Tento dotazník oproti předešlým dvěma mapuje širší stav psychického rozložení respondentů. Zaobírá se zkoumáním jak rozumové, emocionální, tak i sociální oblasti syndromu vyhoření. Toto šetření sestává z 24 jednotlivých otázek, kdy na každou otázku subjekt odpovídá využitím škálové stupnice, tentokrát ne však

číselné, ale sestávající z výroku „nikdy“ na jedné straně, a výrokem „vždy“ na straně druhé (Tošner a Tošnerová, 2002).

Cílem tohoto šetření je orientačně zmapovat aktuální psychické rozložení zkoumaného jedince, a vyčíslit jeho náchylnost k rozvoji syndromu vyhoření. V rámci každé oblasti (1. oblast rozumová, 2. oblast emocionální, 3. oblast fyzická a 4. oblast sociální) může jedinec získat 0-24 bodů, celkem tedy 0–96 bodů (Tošner a Tošnerová, 2002).

3.2.6 Léčba a prevence

Pokud si sám jedinec nebo jeho blízcí povšimnou varovných příznaků, neměl by bát ztracen čas, a měla by být vyhledána odborná pomoc. Jak již bylo zmíněno, dlouhodobé zažívání frustrace a depresí může vést i k život ohrožujícím stavům. Pokud bude konkrétnímu jedinci syndrom skutečně diagnostikován, existují tři základní formy léčby tohoto nepříjemného stavu mysli.

Je však důležité si uvědomit, že se jedná o syndrom, o stav mysli a do jisté míry postižení psychiky jedince, a proto není možné jej lusknutím prstu vyléčit. Rehabilitace představuje poměrně náročnou a dlouhou cestu, která začíná tím, že si postižený uvědomí, že má problém, a bude jej chtít řešit. Odhodlání jedince změnit svůj život a zlepšit svůj stav, je pro léčbu zásadní.

V odborné literatuře se lze setkat se třemi hlavními léčebnými metodami, které je možné využít pro léčbu syndromu vyhoření. Konkrétně se jedná o (Honzák, 2018):

- Farmakologickou léčbu
- Psychoterapeutickou léčbu
- Dodržování pravidel duševní hygieny

Farmakologická léčba

Jak již z názvu této léčebné metody vyplývá, jedná se o léčbu nepříjemných příznaků spojených se syndromem prostřednictvím léků. Tato forma léčby je využívána zejména jako první pomoc pro léčbu depresí, úzkostí nebo panických atak, které mohou, ale zákonitě nemusí, být součástí pokročilého syndromu vyhoření (Praško, 2003).

Tato forma léčby však může být pouze dočasná a krátkodobá, jelikož zde sehrává významnou roli lehká návykovost na předepisovaná psychofarmaka. Předepisována jsou totiž nejčastěji antidepresiva, která sice zaručí pomalý, ale zlepšující účinek (Praško, 2003).

Psychoterapeutická léčba

Psychoterapie představuje psychologickou léčebnou metodu, která se řídí a pracuje s nejnovějšími poznatky z oboru psychologie. Cílem této metody je posílit a podpořit zdravou část osobnosti pacienta. Během psychoterapie může být využíváno velké množství dalších metod, jako je psychoanalýza, skupinová psychoterapie nebo kognitivně behaviorální terapie (Praško, 2003).

Tuto formu léčby může provádět pouze osvědčený a vzdělaný specialista, psychoterapeut. Ten by měl nejenom znát léčebné postupy, a umět je i praktikovat, navíc by však měl být i vysoce empatický. Psychoterapeutický specialista totiž není lékařem, ale spíše mediátorem léčby pacienta (Praško, 2003).

Dodržování pravidel duševní hygieny

U poslední formy léčby syndromu vyhoření, v podobě dodržování pravidel duševní hygieny, se nejedná o specifickou léčebnou metodu jako u předchozích možností. Tato léčba představuje soubor na vědeckých poznatcích položených rad a pravidel, která by měla sloužit především k udržení, posílení nebo znovuzískání duševního zdraví a duševní rovnováhy u konkrétního jedince (Křivohlavý, 2009).

Pravidla duševní hygieny balancují na hraně lékařské, psychologické a sociální vědy. Měla by nemocnému jedinci poskytnout návod, prostřednictvím kterého by mohl upravit svůj dosavadní životní styl, který by zásadně změnil jeho budoucí život, a zejména jeho psychické rozpoložení, k lepšímu. Duševní hygiena však nefunguje pouze preventivně, ale i v případě, že se u jedince již vyskytly nějaké psychické obtíže, mu pomoci je zvládnout a zbavit se jich (Křivohlavý, 2009).

3.3 Duševní hygiena

Pojem duševní hygiena lze podle Bedrnové a kol. (2015, s.15) vymezit jako: „*interdisciplinární předmět zahrnující praktické záležitosti našeho života se zaměřením na uchování si fyzického a duševního zdraví i přes nepříznivé dopady mnoha dílčích podnětů a situací.*“, psychohygienu lze podle Míčka (1984, s.9) rovněž chápat jako: „*systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.*“.

Duševní hygienu rovněž popsal Gruber (2002, s.5) jako: „*systém návodů, podnětů a informací sloužící k rozvoji dovedností užitečných v nejrůznějších životních situacích – v práci, škole, rodině, partnerském vztahu či volném čase.*“. Cílem duševní hygieny je dle Grubera bohatší prožití našeho života, bez jakéhokoliv zbytečného utrpení a házení si klacků pod nohy. Jelikož si každý rád vytváří v životě záměrně překážky a sabotuje tak veškeré správné kroky ke štěstí.

Zjednodušeně lze chápat duševní hygienu jako soubor pravidel, sloužící jako návod k ovlivňování a řízení jedince a jeho prostředí. S tím souvisí pojem sebereflexe neboli sebehodnocení, jedná se o schopnost přemýšlet o sobě, o svém jednání a schopnosti toto jednání ohodnotit a zanalyzovat. Co nás konkrétně k určitému chování v dané situaci vedlo. Je potřeba se zaměřit i na prostředí, protože má mnohdy významný vliv na naše duševní zdraví.

3.3.1 Definice duševního zdraví

WHO popisuje pojem zdraví takto: „*zdraví je stav, kdy člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak i psychicky a sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.*“ Na zdraví je však možné pohlížet i jinými způsoby. Podle filozofa Davida Seedhouse (in Křivohlavý, 2009) rozlišujeme čtyři jiné modely nahlížení na zdraví.

1. Zdraví chápáné jako ideální stav fungování organismu, (wellness) cíl snažení. Nemoci přinášející nepříjemné pocity, bolesti a omezení jedince je nutné odstranit za každou cenu.

2. Zdraví jako výborné fungování, vysoké výkony, být fit, nejlepší, nemoc je nežádoucí, protože výkony snižuje.
3. Zdraví jako obchodovatelné zboží! Pacient si kupuje zdraví, platí lékařům, lékárníkům, výrobcům potravinových doplňků, farmaceutických firmám, léčitelům, rehabilitačním pracovníkům, zubařům. Platí si, aby mu bylo dobře, aby ho něco přestalo bolet.
4. Zdraví jako projev osobních schopností, síly, jako komplex, který je možné podporovat nebo ničit nevhodným způsobem života.

Jedinec chápe zdraví buď jako prostředek k realizaci cílů, které jsou pro člověka důležité nebo je pro jedince zdraví cílem samo o sobě a v případě, že se necítí zcela zdravý, trápí se, nevyužívá svých sil a schopností k tomu, co by zvládnout mohl, a tak k narušenému zdraví tělesnému se přidá i poškození zdraví duševního (Chamoutová a Chamoutová, 2012, s.9).

Správně definovat zdraví, co se týče duševního pohledu je velice namáhavé. Hlavně z toho důvodu, že je problém přesně stanovit hranici mezi zdravím a nemocí. Obecně lze však říct, že člověk je zdravý duševně právě tehdy (Melgosa, 1997):

- a) Je-li přiměřeně spokojený sám se sebou
- b) Má-li dobré vztahy s druhými
- c) Je-li schopen řešit každodenní problémy, které přináší život

Duševní zdraví/rovnováha je ovlivňována řadou faktorů, které mají obecnější platnost.

3.3.2 Různé pohledy na duševní hygienu

V širším slova smyslu představuje duševní hygienu obor, zabývající se rozvojem a podporou duševního zdraví. Cílem mentální hygieny je upevňovat duševní zdraví každého člověka a tím také podporovat jeho odolnost vůči nejrůznějším škodlivým vlivům.

V užším slova smyslu chápeme duševní hygienu jako disciplínu, která se zaměřuje na problematiku uchování našeho duševního zdraví. Slovo hygiena pochází z řečtiny a lze

jej přeložit jako zdravotní věda, jedná se o soubor veškerých poznatků a metod zaměřených na udržení zdraví (Vobořilová, 2015).

3.3.3 Metody duševní hygieny

V naší společnosti prakticky neexistuje žádný jedinec, který by byl absolutně duševně zdravý. Je tím myšlen trvalý stav duševní pohody bez jakýchkoliv, byť i drobných chorobných výkyvů. Libor Míček ve své knize o duševní hygieně zmiňuje výzkum neuroticismu u vysokoškolských posluchačů: „*přesvědčili jsme se, že prakticky každý z několika tisíců respondentů vykazoval alespoň některé mírné příznaky duševní nerovnováhy.*“ (Míček, 1984, s.16). Neuroticismus je geneticky podmíněná náchylnost k emocionální a celkové duševní labilitě (nevyrovnanosti). Původně termín H. J. Eysencka.

Při výzkumech je třeba brát v úvahu fakt, že duševní zdraví každého člověka je proces, který není trvale na stejné úrovni. Člověk se někdy stává zdravějším, jindy naopak vyrovnanost zase ztrácí.

Pozorování chování

Zkušenému pozorovateli tato metoda duševní hygieny poskytne některé údaje o stupni nevyrovnanosti pozorované osoby.

Pro nevyrovnaného člověka je často charakteristické to, že je zpravidla příliš napjatý, cítí se snadno stísněn otázkami jiných, takový pocit prohlubuje neznámé prostředí a cizí lidé. Člověk bývá často netrpělivý, při komunikaci se skupinou lidí, nebo když má promluvit s člověkem na kterém mu záleží, má potřebu si odkašlat, má vyschlé hrdlo, zakoktává se, případně zčervená nebo zbledne, potí se, třesou se mu ruce. Při sezení takový člověk projevuje neklid, vrtí se nebo si hraje s prsty (Míček, 1984).

Písenný projev

Z analýzy písenného projevu je možno poznat známky deprese. Linie písma jsou klesající či kolísající, tlak písma je velmi těžký nebo zvláště slabý a nepravidelný, sklon bývá doleva, dochází k častým opravám psaného textu, rovněž pomalé psaní je známkou možné deprese.

V případě, že jedinec má úzkostné stavy, tak se to na písmu projeví malou vzdáleností mezi slovy a řádky, slova končí náhle, písmo je malé a pomalé, tlak je těžký nebo nepravidelný (Míček, 1984).

Laboratorní metody

Jedná se o metody využívané k výzkumu duševní rovnováhy, prostřednictvím měření elektrického kožního odporu, tento odpor bývá vyšší při zvýšení klidu. Dále sem patří různé metody na zachycení frekvence a způsobu dýchání, měření frekvence srdečního tepu, svalové relaxace a krevního tlaku. Významným indikátorem rozrušení u jedinců zde bývá tremor neboli třes prstů, který se zaznamenává na polygrafu (Míček, 1984).

3.3.4 Relaxační techniky duševní hygieny

Lidé si většinou ani neuvědomují, do jaké míry jsou uvolnění. Relaxace se považuje za jednu z nepřírozenějších činností na světě, kdy se období aktivní činnosti střídá s odpočinkem a uvolněním celého organismu. *„Dnes může jen málokdo tvrdit, že je naprosto uvolněný po celou dobu, kdy právě nespí, ...vypovídá to o stupni stresu v našem životě, množství podvědomého nebo skrytého napětí v našem organismu, o tom, že se potřebujeme uvolnit a praktikovat umění relaxace, abychom si zachovali pocit pohody.“* (Kirsta, 1998, s.101).

Jacobsonova progresivní relaxace

Autorem této metody je Edmund Jacobson, lékař, který vyšel z poznání, že *„Kdykoli něco děláme, napětí, které tato činnost přivedila, přetrvává déle, i když tato činnost již dávno pomínula.“* (Křivohlavý, 2010, s.43).

Autoři (Capponi a Novák, 2003, s. 68-75) doporučují tuto metodu v knize *Sám sobě psychologem*, jako relaxaci sloužící všem, kteří mají problémy se svalovým uvolněním. Hlavním problémem člověka žijícího v dnešním civilizovaném/moderním světě je spěch a

hromadící se napětí. To může být také hlavním problémem při pokusu uvolnit se, snažit se relaxovat.

Základem Jacobsonovy relaxační metody je nácvik střídání napětí a uvolnění v jednotlivých částech našeho těla. Nácvik se provádí vleže na zádech na měkkém lůžku, ruce by měly být položeny volně podél těla, v klidné místnosti bez hluk. Základem je také volné oblečení.

Cvičení se provádí denně a trvá hodinu, během cvičení se soustředíme na jednotlivé části našeho těla (chodidla, lýtka, stehna, břicho, paže, ramena, krk a obličej) a snažíme se každou část napínat a postupně uvolňovat (Chamoutová a Chamoutová, 2012).

Protistresová relaxace (doporučená WHO)

Metoda je doporučena Světovou zdravotnickou organizací (WHO), jedná se o rychlou formu relaxace, kterou je potřeba provádět 2 až 3krát týdně. Pomáhá předcházet onemocněním, které jsou způsobeny nadměrným stresem. Základem metody je vleže na zádech vydechnout a pomalu se nadechnout, následně se stejně jako u Jacobsonovy relaxační metody pracuje s napětím jednotlivých částí těla, a nakonec se snažíme celé tělo uvolnit (Chamoutová a Chamoutová, 2012).

3.3.5 Techniky komunikace

V oblasti sociální psychologie se učíme, pomocí velkého množství návodů a technik, komunikační dovednosti, které nám pomáhají efektivně komunikovat s druhými lidmi s ohledem na dosažení předem vytyčeného a požadovaného cíle.

Asertivita

Jedná se o nejvýznamnější komunikační techniku. „*Asertivní dovednost je definována jako otevřená, přímá komunikace, která vede ke kompromisu přijatelnému pro obě strany. Asertivní dovednost je dále vymezená v protikladu ke komunikaci submisivní, která vede k ústupkům ze strany mluvčího a ke komunikaci manipulativní, která vede k omezování práv druhého člověka ať už cestou agresivní manipulace, nebo různými způsoby vzbuzování pocitů viny, lichocení atp.*“ (Gruber, 2002, s. 94).

Mezi výhody asertivního chování řadíme, snadnou pochopitelnost, srozumitelnost a poměrnou jednoduchost techniky. Hlavní výhodou je možnost uplatnění v každodenních situacích. Naopak za nevýhody lze považovat určitou chladnost v komunikaci s lidmi, způsobenou denní aplikací techniky. Mnohdy vnímáno jako drzost (Gruber, 2002).

Systém Dale Carnegieho

Dale Carnegie je autorem mnoha publikací zabývajících se komunikací a lidskými vztahy. Jeho nejpopulárnější kniha je „Jak získávat přátele a působit na lidi“, jedná se o knihu, která obsahuje spoustu praktických rad pro interpersonální komunikaci.

Systém Dale Carnegieho je založený na utilitárním a manipulativním přístupu k lidem. Zásadou č.1, kterou Dale v knize uvádí je: „*Nikdy nikoho nekritizujte, neodsuzujte a nestěžujte si.*“ (Carnegie, 2012, s.35).

Mezi další přínosné rady můžeme zmínit: usmívejte se, naslouchejte, opravdově se zajímejte o druhé. Tyto rady může zahrnout do svého života jak běžný zaměstnanec, tak vedoucí pracovník.

Výhodou těchto dovedností je nekonfliktnost a přátelské vystupování. Naopak mezi nedostatky můžeme uvést, že se jedná o přístup šitý na USA 20. a 30.let, v naší zemi se můžeme občas setkat i s nepochopením (Gruber, 2002).

3.4 Syndrom vyhoření a pomáhající profese

V předešlých kapitolách bylo naznačeno, že existuje vyšší pravděpodobnost a riziko výskytu syndromu vyhoření vyskytne u jedinců, kteří vykonávají jednu z tzv. pomáhajících profesí, kam jsou jmenovitě řazena povolání typu sociální pracovník, pedagogický pracovník nebo zdravotnický personál. Tato povolání pak sdílí hlavní společný znak, kterým je, že jsou během výkonu své práce v intenzivním a častém kontaktu s ostatními lidmi.

Není náhodou, že syndrom byl nejprve pozorován u zdravotnického personálu, respektive zdravotních sester, nežli byl vůbec oficiálně pojmenován a definován. Poté byly podobné případy stále častěji nalézány i u jiných pomáhajících profesí, jako u pedagogů nebo sociálních pracovníků (Křivohlavý a Pečenková, 2006).

3.4.1 Definice a význam pomáhajících profesí

Jak již samotný název napovídá, pomáhající profese (anglicky helping professions), představují ta povolání, jejichž úkolem je, pomáhat ostatním lidem. *„Pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami.“ Jinými slovy lze říci, že pomáhat lidem znamená určit a objasnit problém tak, aby se člověk mohl sám rozhodnout, co s ním udělá. Pomáhání je tedy jednou z cest, jak pomáhat lidem překonat jejich problémy, jak objasňovat jejich osobní cíle a jak jich dosahovat.*“ (Buryová, 2011, s. 66).

Konkrétně lze pak pojem „pomáhající profese“ definovat 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; patří sem lékaři, zvl. psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové; šířeji i fyzioterapeuti, balneologičtí pracovníci apod.“* (Hartl a Hartlová, 2000, s. 185).

Ze všeobecné praxe dochází nejčastěji k rozlišování pomáhajících profesí do tří základních skupin, a to na:

1. sociální pracovníky,
2. pedagogické pracovníky,

3. zdravotnický personál (od lékařů, zdravotních sester, záchranářů, sanitářů, pečovatелů, psychologů, psychiatrů, psychoterapeutů, až po fyzioterapeuty atd.).

Jak lze vidět skupina povolání patřící mezi pomáhající je opravdu široká a velice různorodá. Vykonávat tuto profesi však nemůže každý jedinec, jelikož se jedná o práci nejen velice fyzicky náročnou, ale především velice náročnou na psychiku jedince. Člověk vykonávající některou z těchto profesí musí disponovat specifickými rysy. Těmito rysy konkrétně jsou (Michalík, 2011):

- Dosažení specializovaného a odborného vzdělání.
- Konkrétní a specifická struktura osobnosti (empatie, altruismus, prosocialita, přirozená autorita, důvěryhodnost, aj.).
- Být psychicky odolný a stabilní (vyšší míra frustrace, stresu a riziko syndromu vyhoření)
- Mít správně nastavené etické normy, postoje a cítění.
- Disponovat dobrými komunikačními schopnostmi.

Vykonávání některé z pomáhajících profesí zahrnuje velké množství různých služeb vůči klientům. Jedná se proto o povolání dosti náročný, na čas, energii, psychiku i fyzickou. Důležitou spojnicí těchto povolání je vykonávání práce v neustálém obklopení lidmi, se kterými musejí tato povolání komunikovat a jednat na každodenní bázi (Bartošíková, 2006). Jelikož se navíc mnohdy jedná o řešení důležitých, leckdy i životu nebezpečných záležitostí (v případě zdravotnického personálu nebo sociálních pracovníků), je potřeba, aby pomáhající pracovníci vykonávali svoji profesi s jistotou a na vysoké úrovni. Nemohou si dovolit „špatné dny“ nebo „nezájem“ (Křivohlavý a Pečenkova, 2006, Bartošíková, 2006).

Zde vzniká také odborníky dosti frekventovaně pokládaná otázka, zda se v případě pomáhajících profesí jedná stále o pouhou „práci“ nebo již o službu veřejnosti (Křivohlavý a Pečenkova, 2006).

Pomáhající profese sestávají z odborníků, kteří by měli řešit zdravotní či sociální problémy klientů, a je od nich proto vyžadována vysoká míra empatie a vstřícnost. Na druhou stranu je nutné si uvědomit, že se i v případě těchto profesí jedná o pouhé zaměstnání,

za které pracovník dostává mzdu a má určitou pracovní dobu, po které má odejít domů, za svojí rodinou, svými zálibami, a žít si svůj vlastní osobní život (Bartošíková 2006, (Křivohlavý a Pečenková, 2006).

Právě díky této otázce, může pracovník vykonávající pomáhající profesi dříve či později dospět k dilematu. Na jednu stranu je od něj vyžadováno maximální ponoření se do problémů klienta, a maximální možná pomoc z jeho strany, na druhou stranu by měl zůstat neutrální, dodržovat oficiální postupy a metodiku, a být tak do jisté míry svázán v pomoci. Také je mu kladeno na srdce, že se jedná pouze o práci, a měl by ji poté doma „pustit za hlavu“ (Michalík, 2011).

I z těchto důvodů je pro výkon těchto povolání nutné, disponovat jistými osobnostními rysy, jistými postoji a nastavenými etickými a morálními hodnotami, a především zvýšenou psychickou odolností a psychickou stabilitou (Křivohlavý a Pečenková, 2006).

3.4.2 Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí

Když bylo vysvětleno a objasněno, jaká konkrétní povolání patří mezi tzv. pomáhající profese, jaká jsou specifika jejich jednotlivých pracovníků, jaké jsou na ně kladeny konkrétní nároky, a jaký je význam a účel těchto profesí, lze již lehčeji pochopit, proč se zejména u těchto povolání vyskytuje vyšší riziko výskytu syndromu vyhoření.

Není výjimečné, pokud tímto syndromem trpí i lidé vykonávající jiné než pomáhající povolání. Syndrom se může vyskytovat u všech lidí, kteří přicházejí do pravidelného styku s jinými lidmi, např. i administrativní pracovníci, manažeři, prodejci aj. Stres může do určité chvíle představovat kvalitní hnací motor, který jedinci dodává potřebnou energii a sílu, ale důležitým pravidlem je, že po podání výkonu, musí přijít na řadu kvalitní odpočinek a relaxace. Ve chvíli, kdy se jedinci odpočinku a relaxace delší dobu nedostává, může se dlouhodobý stres poměrně snadno přeměnit ve vyhoření.

Právě to je problém lidí vykonávajících pomáhající profese. Považují svoji práci za službu nikoliv povolání, mnohdy pracují dlouhé přesčasy, práci obětují své osobní volbě a čas pro vlastní odpočinek, a snaží se pomáhat do maximální možné míry a všem lidem. Navíc, pokud celý den musí zaměstnanec komunikovat s lidmi, řešit jejich vlastní a mnohdy i nepříjemné životní problémy, pak je tento jedinec v neustálém stresu. To navíc není

zmiňováno to, že lidé jsou na zaměstnance pomáhajících profesí mnohdy velice nepříjemní až zlí, jelikož je viní za všechny své problémy (Křivohlavý a Pečenková, 2006, Bartošiková, 2006).

Pomáhat cizím lidem sebou také přináší velkou zodpovědnost, a z velké zodpovědnosti za „cizí lidi“ a cizí osudy vyplývá i velký tlak, značný stres (Křivohlavý a Pečenková, 2006, Bartošiková, 2006).

4 Vlastní práce

Kapitola se zabývá výzkumem výskytu syndromu vyhoření u pomáhajících profesí, konkrétně u zdravotních sester, sanitářů a záchranářů. Vzhledem k tomu, že tyto profese jsou náchylné k psychickému vyčerpání, bylo vytvořeno dotazníkové šetření, které se zaměřilo na lékařsky orientované pomáhajících profese. Šetření proběhlo ve třech nemocnicích a dotazovaní byli také vyzváni k posouzení svých zkušeností s duševní hygienou a jejími pravidly. Výsledky výzkumu by mohly být užitečné pro zaměstnavatele všech pomáhajících profesí, aby mohli provést preventivní kroky a zabránit nadměrnému výskytu syndromu vyhoření u svých zaměstnanců.

4.1 Cíle a hypotézy

Cílem výzkumné části bakalářské práce nesoucí název „Stres, syndrom vyhoření a duševní hygiena ve vybrané profesi“ bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Jak již bylo zmíněno v teoretické části bakalářské práce, jsou to právě pomáhající profese, u kterých existuje zvýšené riziko výskytu tohoto psychického syndromu. Mnoho lidí si však pod pojmem „pomáhající profese“ povětšinou představí sociální nebo pedagogické pracovníky, aniž by si uvědomovali, že právě lékařsky zaměřené profese odvádějí často tu nejvíce fyzicky i psychicky náročnou práci.

Z toho důvodu bylo vytvořeno dotazníkové šetření, které mělo za úkol zjistit, zda se u lékařsky orientovaných pomáhajících profesí, respektive u zdravotních sester, sanitářů a záchranářů, skutečně tento syndrom ve vyšší míře vyskytuje, a pokud ano, zda má jeho výskyt souvislost s místem vykonávané profese. Do výzkumu se aktivně zapojily tři nemocnice: FN Motol, Nemocnice Žatec a Nemocnice Slaný. U dotazovaných subjektů bylo navíc zjišťováno, zda mají zkušenost s tzv. duševní hygienou a jejími pravidly, a pokud ano, zda tato pravidla sami využívají.

Závěry získané ve výzkumné části bakalářské práce by mohly následně posloužit především samotným zaměstnavatelům pomáhajících profesí, ať již lékařsky nebo sociálně či pedagogicky zaměřených, k možné implementaci různých bezpečnostních a preventivních kroků, které by mohly zabránit nadměrnému výskytu syndromu vyhoření u jejich zaměstnanců. Dále by výsledky analytické části mohly pomoci vylepšit zaměstnanecké klima, popřípadě i navýšit všeobecnou spokojenost zaměstnanců v rámci jednotlivých podniků.

Na základě cílů byly stanoveny nulové hypotézy:

Hypotézy zkoumající vliv místa vykonávané profese na míru vyhoření:

H_{01A}: Místo vykonávané profese nemá vliv na míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{01B}: Místo vykonávané profese nemá vliv na míru vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{01C}: Místo vykonávané profese nemá vliv na míru vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

Hypotézy zkoumající vliv dodržování zásad duševní hygieny na míru vyhoření

H_{02A}: Dodržování zásad duševní hygieny nemá vliv na míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{02B}: Dodržování zásad duševní hygieny nemá vliv na míru vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{02C}: Dodržování zásad duševní hygieny nemá vliv na míru vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

Hypotézy zkoumající vliv názoru na předcházení stresu na míru vyhoření

H_{03A}: Názor na předcházení stresu/stres nemá vliv na míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{03B}: Názor na předcházení stresu/stres nemá vliv na míru vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{03C}: Názor na předcházení stresu/stres nemá vliv na míru vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

4.2 Technika sběru dat

Jak již bylo zmíněno v cíli, respondenti byli získáváni ze tří různých nemocnic. Konkrétně se jednalo o Fakultní nemocnici v Motole, Nemocnici Slaný a Nemocnici ve městě Žatec. Dotazníkové šetření probíhalo skrze internetovou službu survio.com, kam byl dotazník umístěn po dobu jednoho měsíce (od 1. do 31. července roku 2022). Během stejného období jako internetové dotazníkové šetření probíhala také osobní distribuce

dotazníků a následné vedení rozhovorů s pracovníky Fakultní Nemocnice v Motole a pracovníky Nemocnice Slaný.

Počet jedinců, kteří byli vystaveni dotazníkovému šetření, dosáhl celkového počtu 287. Z tohoto počtu úspěšně dokončilo celé šetření 162 respondentů. Do počtu 162 dokončených dotazníků jsou zahrnuty i ručně zadané výsledky od respondentů z FN Motol a Nemocnice Slaný. Návratnost tak byla více než poloviční, respektive 56, 4 %. Hned na úvod bylo respondentům vysvětleno, jaké problematiky se bude šetření týkat, a k čemu konkrétně poslouží výsledky dotazníkového šetření. Dále bylo všem uchazečům poděkováno za jejich názory, odpovědi a čas. V průměru bylo šetření vyplňováno za zhruba 15 minut, a bylo zcela anonymní.

Šetření konkrétně sestávalo ze 39 výzkumných otázek. Došlo zde ke kombinaci klasických osobních otázek, které se zabývají pohlavím, věkem či povoláním respondentů, a standardizovaných otázek zkoumající výskyt samotného syndromu vyhoření a psychické rozpoložení dotazovaných subjektů. Tyto okruhy byly doplněny o otázky, které byly zformulovány autorkou této bakalářské práce, a které se zaměřovaly na duševní hygienu a stresem respondentů.

Získané odpovědi byly dále zpracovány a vyhodnoceny prostřednictvím programu Microsoft Excel. Z výsledků dotazníku jsme pak zjistili míru emocionálního vyčerpání (EE), míru depersonalizace (DP) a míru osobního uspokojení (PA). Dotazníkové šetření obsahovalo jednotlivé otázky formulované tak, aby v co nejmenší míře docházelo ke zkreslení získaných výsledných hodnot výzkumu.

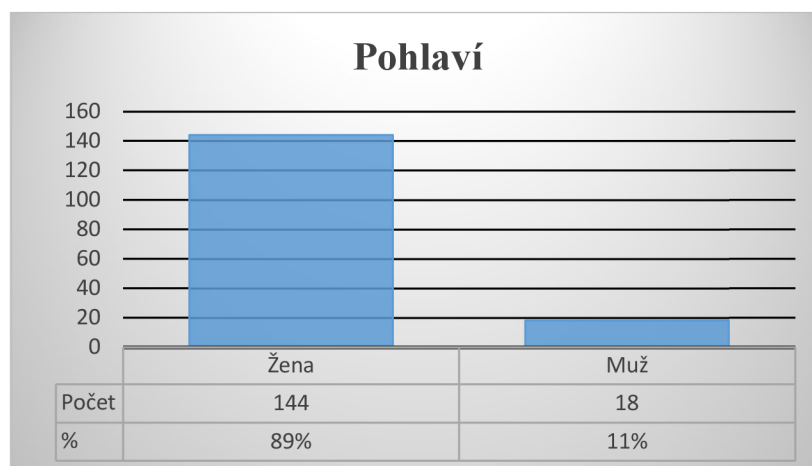
4.3 Charakteristika souboru

K tomu abychom zjistili základní charakteristiku zkoumané skupiny respondentů, jsme použili identifikační dotazník. Jednalo se o dotazník, který nám poskytoval informace jako jsou pohlaví, věková skupina, profesní zaměření, délka vykonávané činnosti a místo vykonávané profese. Zkoumaný soubor je tvořen záchranáři, sanitáři a zdravotními sestrami.

V rámci první výzkumné otázky (Graf 1) bylo zjišťováno, jaké je pohlavní zastoupení respondentů. Bylo zjištěno, že 89 % dotazovaných osob představují ženy, konkrétně 144 ze 162 respondentů, a zbývajících 11 %, 18 osob ze 162 představují muži. Jak lze vidět, ve výzkumu došlo k výskytu silného pohlavního nesouladu, který souvisí i

povoláními, které se staly předmětem zájmu analytické části této bakalářské práce. Jelikož nejvíce osob vykonávalo profesi zdravotních sester a sanitářů, šlo očekávat, že dojde k silnějšímu zastoupení žen.

Graf 1 - Pohlaví respondentů

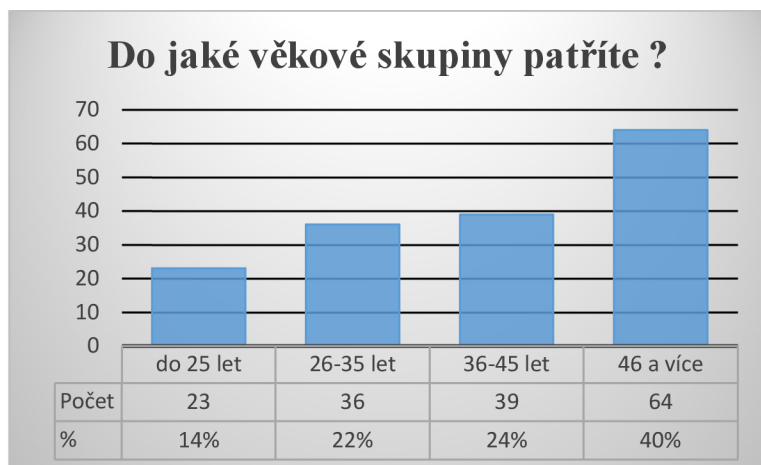


Zdroj: vlastní zpracování (2022)

V rámci druhé výzkumné otázky bylo zkoumáno, jakého věku dosahují jednotliví respondenti. Jak lze vidět z (Graf 2), zahrnuty do výzkumu byly všechny zkoumané věkové skupiny, kdy nejvýraznější zastoupení měla nejstarší věková skupina (46 a více let), do které patřilo až 64 ze 162 respondentů (zhruba 40 % dotazovaných subjektů). Ostatní věkové skupiny byly zastoupeny v podobném množství (do 25 let 14 %, 25 až 35 let 36 % a 36 až 45 let 39 %).

Nejsilnější zastoupení nejstarší věkové skupiny může souviset s již dlouhotrvajícím problémem českého zdravotnictví, kterým je odliv mladých lidí lékařského zaměření do zahraničí z důvodu nízkých platů v rámci České republiky, a s tím spojené všeobecné stárnutí lidí vykonávající odborné profese. Tento trend byl zmíněn například v publikaci „Migrace zdravotníků do Evropské unii“ (2019) od Ministerstva zdravotnictví ČR.

Graf 2 - Věk respondentů



Zdroj: vlastní zpracování (2022)

V rámci třetí výzkumné otázky byly subjekty dotazovány na to, jakou konkrétní profesi vykonávají. Ačkoliv bylo zřejmé, že se jedná o nějakou z pomáhajících profesí zdravotnického zaměření, pro účely výzkumu muselo být konkretizováno, o jakou profesi se jedná. Ačkoliv respondenti mnohdy popisovali svoji profesi různými slovy, a konkretizovali, na jakém oddělení vykonávají kupříkladu zdravotní sestru, bylo vytvořeno 6 základních kategorií, do kterých byli respondenti rozřazeni.

Jak lze vidět z grafického znázornění, nejvíce byly mezi respondenty zastoupeny zdravotní sestry, a to až ve 118 případech ze 162 celkových subjektů. Druhou a třetí skupinu představovali sanitáři a záchranáři v zhruba shodném počtu osob, konkrétně 23 sanitářů a 21 záchranářů.

Graf 3 – Profese respondentů

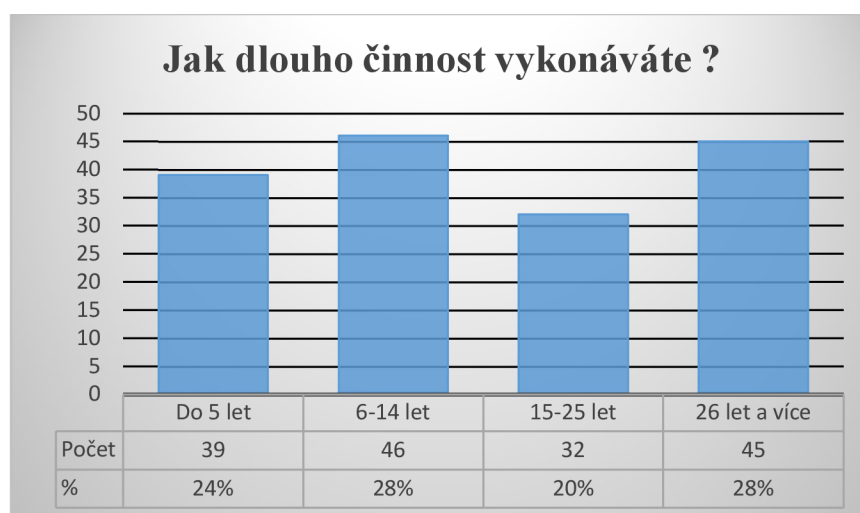


Zdroj: vlastní zpracování (2022)

V rámci předposlední otázky první části dotazníkového šetření byli respondenti tázáni na to, jak dlouho již svoji profesi vykonávají. Jak lze vidět z grafického znázornění, došlo v rámci jednotlivých časových úseků k poměrně rovnovážnému rozložení odpovědí. Nejčastější odpovědí bylo, že profesi vykonávají mezi 6 a 14 lety. Tuto odpověď zvolilo 28, 5 % respondentů, konkrétně 46 ze 162. O jednoho respondenta méně, 45 ze 162, pak odpovědělo, že práci vykonává již více než 26 let.

Délka výkonu zaměstnání samozřejmě souvisí i s věkovou strukturou respondentů, kdy byla nejsilněji zastoupena věková skupina 46 a více letých.

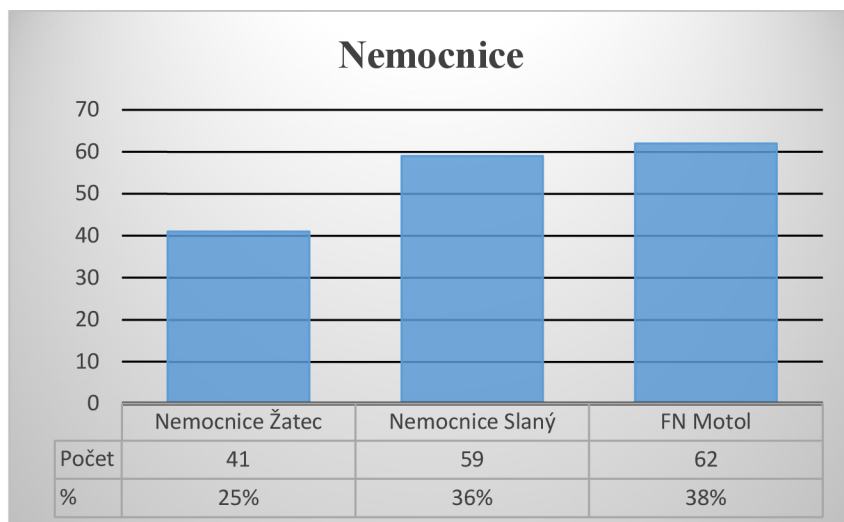
Graf 4 – Délka profesní činnosti



Zdroj: vlastní zpracování (2022)

V rámci poslední zkoumané otázky, byli respondenti dotazováni na místo vykonávané profese. Výsledky šetření ukazují, že nejvíce dotazovaných respondentů pracuje ve Fakultní nemocnici v Motole, tato skupina se skládá ze 62 lidí, konkrétně 38 % dotazovaných. Do druhé nejpočetnější skupiny patří lidé pracující v Nemocnici ve Slaném, a to s počtem 59 respondentu, s podílem 36 %. Nejméně dotazovaných respondentů pracuje v Nemocnici v Žatci, 41 ze 162.

Graf 5 - Pracoviště vykonávané profese



Zdroj: vlastní zpracování (2022)

4.4 Testování hypotéz

Pro rozhodování o nulové hypotéze byla zvolena hladina významnosti (α) 0,05. Hladina 5 % se často používá u testování hypotéz a znamená, že pravděpodobnost chyby prvního druhu (tj. zamítnutí platné nulové hypotézy) je na úrovni 5 % nebo méně. Porovnání míry vyhoření mezi dvěma skupinami bylo provedeno pomocí Welchova t-testu. Porovnání skóre vyhoření pro tři skupiny bylo testováno pomocí Analýzy rozptylu (ANOVA) a post-hoc Tukeyho testu. Výpočty byly provedeny v programu TIBCO STATISTICA 13.

Hypotézy zkoumající vliv místa vykonávané profese na míru vyhoření emocionálního vyčerpání:

H_{01A} : Mezi mírou vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání a pracovištěm není závislost.

H_{A1A} : Mezi mírou vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání a pracovištěm je závislost.

Tabulka 1 – Analýza rozptylu (EE a místo vykonávané profese)

Analýza rozptylu: p-hodnota a číselné charakteristiky

Nemocnice	kvantita	\bar{x}	sm.odch.	p-hodnota
Nemocnice Žatec	41	15,6	11,5	0,038 (nelze přijmout H_0)
Nemocnice Slaný	59	16,2	9,8	
FN Motol	62	20,3	10,5	

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Míra vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání činila pro respondenty Nemocnice Žatec v průměru 15,6 při směrodatné odchylce 11,5, pro respondenty Nemocnice Slaný v průměru 16,2 při směrodatné odchylce 9,8, pro respondenty FN Motol v průměru 20,3 při směrodatné odchylce 10,5. P-hodnota ANOVA vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,038, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost míry vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání a pracovištěm. Post-hoc porovnání míry EE pro všechny dvojice pracovišť bylo provedeno pomocí Tukeyho testu.

Tabulka 2 – Tukeyho post-hoc test (EE a místo vykonávané profese)

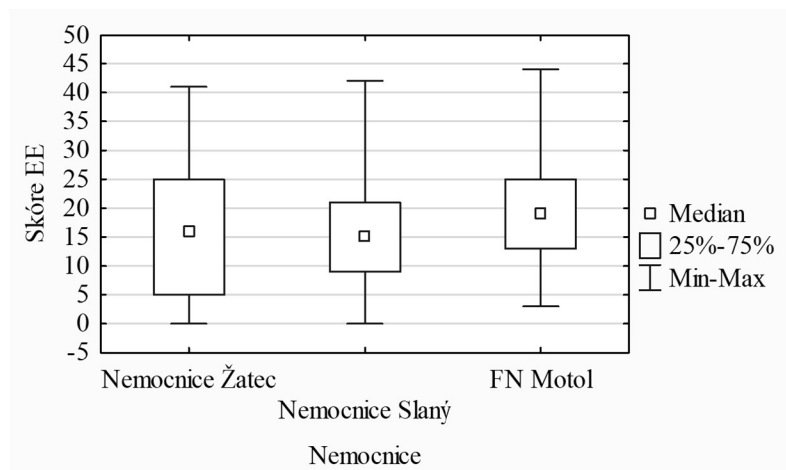
Tukeyho post-hoc test: tabulka p-hodnot

Nemocnice	Žatec	Slaný	Motol
Nemocnice Žatec	-	0,958	0,067
Nemocnice Slaný	0,958	-	0,080
FN Motol	0,067	0,080	-

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Rozdíl v míře vyhoření nebyl prokázán v rámci žádné z dvojic ($p > 0,05$). Lze tedy konstatovat, že základní test ANOVA sice prokázal statisticky významný vliv faktoru *nemocnice* na míru vyhoření v oblasti EE, ale dále nelze tento vliv s dostatečnou spolehlivostí specifikovat pro žádnou konkrétní dvojici. Dle grafu a popisných statistik lze interpretovat, že nejvyšší míra vyhoření v oblasti EE byla zjištěna u FN Motol. Pořadové statistiky míry vyhoření tří srovnávaných nemocnic byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 6 – Boxplot míra EE a vliv místa vykonávané profese



Zdroj: vlastní zpracování, software TIBCO (2022)

Závěr: Výsledky analýzy ukázaly, že existuje statisticky významný vliv faktoru nemocnice na míru vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání. Konkrétně průměrná míra vyhoření byla nejvyšší u respondentů FN Motol, následovala Nemocnice Slaný a Nemocnice Žatec. Nicméně, post-hoc porovnání ukázalo, že rozdíl v míře vyhoření nebyl prokázán v rámci žádné z dvojic. (Základní test ANOVA prokázal vliv faktoru nemocnice na EE oblast, ale neumožnil konkrétní specifikaci vlivu na jednotlivé dvojice).

Hypotézy zkoumající vliv místa vykonávané profese na míru vyhoření depersonalizace:

H_{01B} : Mezi mírou vyhoření v oblasti depersonalizace a pracovištěm není závislost.

H_{A1B} : Mezi mírou vyhoření v oblasti depersonalizace a pracovištěm je závislost.

Tabulka 3 – Analýza rozptylu (DP a místo vykonávané profese)

Analýza rozptylu: p-hodnota a číselné charakteristiky

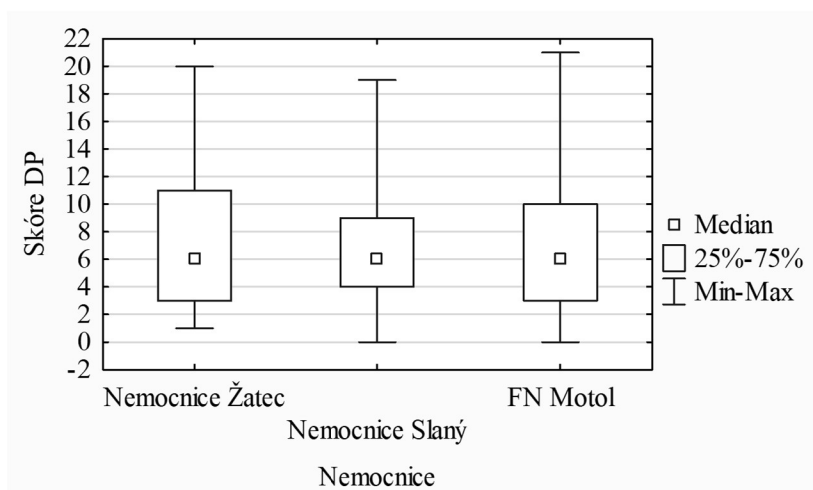
Nemocnice	kvantita	\bar{x}	sm.odch.	p-hodnota
Nemocnice Žatec	41	7,0	4,7	0,791 (lze přijmout H_0)
Nemocnice Slaný	59	6,5	4,7	
FN Motol	62	7,1	5,0	

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Míra vyhoření v oblasti depersonalizace činila pro respondenty Nemocnice Žatec v průměru 7,0 při směrodatné odchylce 4,7, pro respondenty Nemocnice Slaný v průměru 6,5 při směrodatné odchylce 4,7, pro respondenty FN Motol v průměru 7,1 při směrodatné odchylce 5,0. P-hodnota ANOVA vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,791, tj. vyšší než

zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyla prokázána závislost míry vyhoření v oblasti depersonalizace a pracoviště. Pořadové statistiky míry vyhoření tří srovnávaných nemocnic byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Graf 7 – Boxplot míra DP a vliv místa vykonávané profese



Zdroj: vlastní zpracování, software TIBCO (2022)

Závěr: Výsledky neprokázaly významný vliv faktoru nemocnice na míru vyhoření v oblasti depersonalizace. Nebylo potřeba provádět Tukeyho post-hoc test porovnávání.

Hypotézy zkoumající vliv místa vykonávané profese na míru vyhoření osobního uspokojení:

H_{01C} : Mezi míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení a pracovištěm není závislost.

H_{A1C} : Mezi míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení a pracovištěm je závislost.

Tabulka 4 – Analýza rozptylu (PA a místo vykonávané profese)

Analýza rozptylu: p-hodnota a číselné charakteristiky

Nemocnice	kvantita	\bar{x}	sm.odch.	p-hodnota
Nemocnice Žatec	41	33,9	8,9	0,007 (nelze přijmout H_0)
Nemocnice Slaný	59	39,4	9,3	
FN Motol	62	36,9	7,2	

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení činila pro respondenty Nemocnice Žatec v průměru 33,9 při směrodatné odchylce 8,9, pro respondenty Nemocnice Slaný v průměru 39,4 při směrodatné odchylce 9,3, pro respondenty FN Motol v průměru 36,9 při směrodatné odchylce 7,2. P-hodnota ANOVA vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,007,

tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost míry vyhoření v oblasti osobního uspokojení a pracoviště. Post-hoc porovnání míry vyhoření pro všechny dvojice pracovišť bylo provedeno pomocí Tukeyho testu.

Tabulka 5 – Tukeyho post-hoc test (PA a místo vykonávané profese)

Tukeyho post-hoc test: tabulka p-hodnot

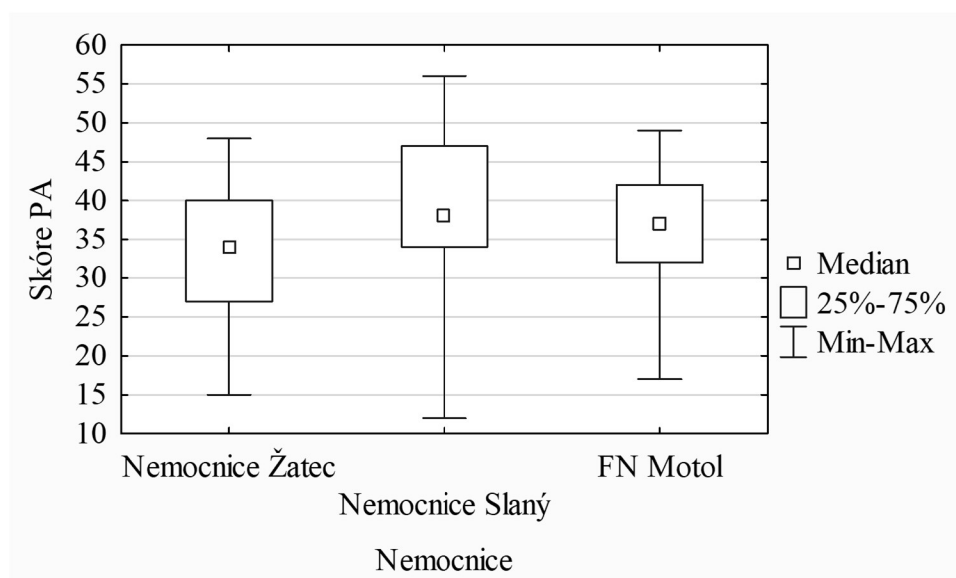
Nemocnice	Žatec	Slaný	Motol
Nemocnice Žatec	-	0,004	0,187
Nemocnice Slaný	0,004	-	0,229
FN Motol	0,182	0,229	-

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Dle Tukeyho post-hoc testu byl prokázán rozdíl mezi mírou vyhoření nemocnic Slaný a Žatec ($p=0,004 < 0,05$). Lze interpretovat, že míra vyhoření v oblasti PA byla v nemocnici Slaný statisticky významně vyšší než v nemocnici Žatec. U ostatních dvojic nemocnic nebyl rozdíl na hladině významnosti 0,05 prokázán. Pořadové statistiky míry vyhoření tří srovnávaných nemocnic byly zobrazeny pomocí kategorizovaného krabicového grafu.

Závěr: Z výsledků ANOVA testu vyplývá, že mezi pracovišti existuje statisticky významná závislost míry vyhoření v oblasti osobního uspokojení. Přičemž v Nemocnici ve Slaném byla zaznamenána nejvyšší průměrná míra vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

Graf 8 – Boxplot míra PA a vliv místa vykonávané profese



Zdroj: vlastní zpracování, software TIBCO (2022)

Hypotézy zkoumající vliv dodržování zásad duševní hygieny na míru vyhoření emocionálního vyčerpání:

H_{02A}: Mezi mírou vyhoření v oblasti EE a dodržováním zásad duševní hygieny není závislost.

H_{A2A}: Mezi mírou vyhoření v oblasti EE a dodržováním zásad duševní hygieny je závislost.

Tabulka 6 – Welchův t-test (EE a dodržování zásad duševní hygieny)

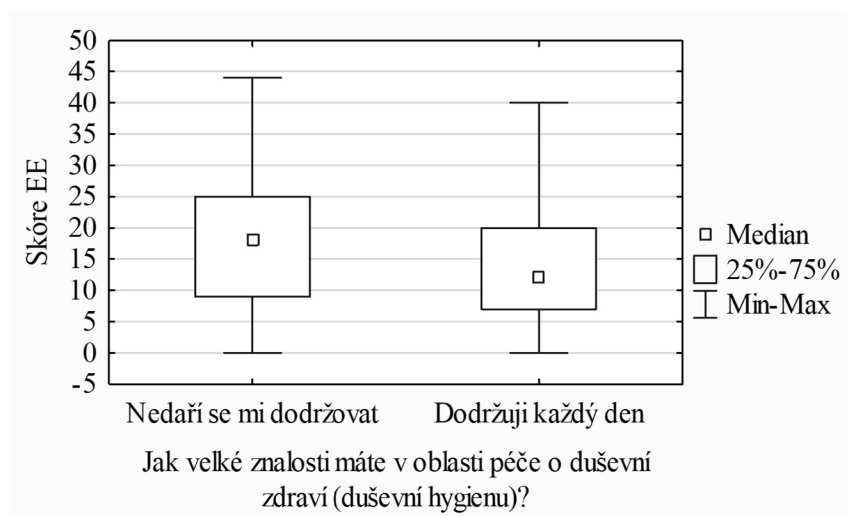
Statistické výsledky Welchova t-testu: p-hodnota a kvantitativní parametry

Dodržování	kvantita	\bar{x}	sm.odch.	p-hodnota
Ne	126	18,4	10,9	0,022 (nelze přijmout H ₀)
Ano	29	13,8	9,2	

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Welchův t-test s hodnotou p zaokrouhlenou na 3 desetinná místa vychází na 0,022, což je menší hodnota než zvolená hladina významnosti 0,05. To znamená, že nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána souvislost mezi dodržováním zásad duševní hygieny a úrovní emocionálního vyčerpání. Míra vyhoření u respondentů, kteří dodržují zásady duševní hygieny, byla statisticky významně nižší než u respondentů, kteří zásady nedodržují. Výsledky byly vizualizovány pomocí kategorizovaného krabicového grafu, který zobrazuje pořadové statistiky obou srovnávaných skupin.

Graf 9 – Boxplot míra EE a dodržování zásad duševní hygieny



Zdroj: vlastní zpracování, software TIBCO (2022)

Poznámka: Vzhledem k nízkému zastoupení nebyla zahrnuta varianta „nic o tom nevím“.

Hypotézy zkoumající vliv dodržování zásad duševní hygieny na míru vyhoření depersonalizace:

H_{02B} : Mezi mírou vyhoření v oblasti depersonalizace a dodržováním zásad duševní hygieny není závislost.

H_{A2B} : Mezi mírou vyhoření v oblasti depersonalizace a dodržováním zásad duševní hygieny je závislost.

Tabulka 7 – Welchův t-test (DP a dodržování zásad duševní hygieny)

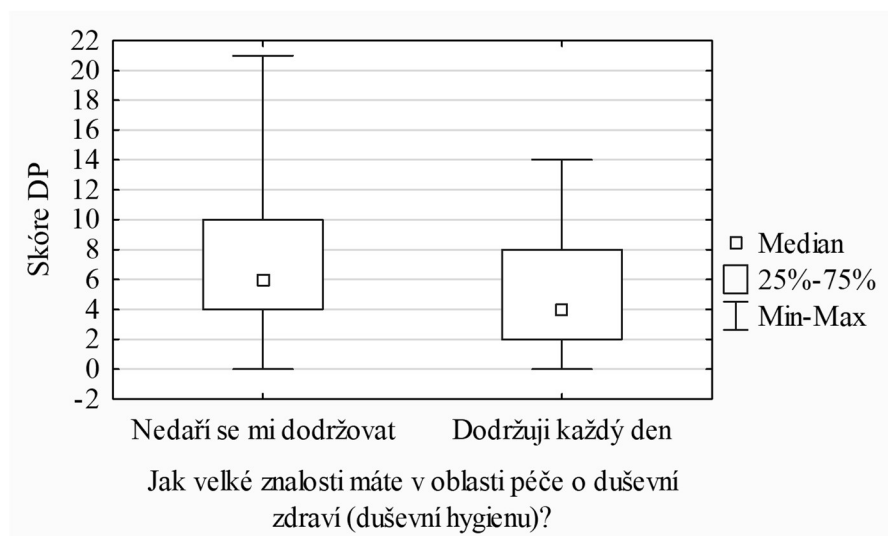
Statistické výsledky Welchova t-testu: p-hodnota a kvantitativní parametry

Dodržování	kvantita	\bar{x}	sm.odch.	p-hodnota
Ne	126	7,2	4,9	0,032 (nelze přijmout H_0)
Ano	29	5,2	4,1	

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána závislost mezi mírou vyhoření v oblasti depersonalizace a dodržováním zásad duševní hygieny. P-hodnota Welchova t-testu byla vypočtena na 0,032 s přesností na 3 desetinná místa, což je nižší hodnota než zvolená hladina významnosti 0,05. To znamená, že nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Míra vyhoření u respondentů, kteří dodržují zásady duševní hygieny, byla statisticky významně nižší než míra vyhoření u respondentů, kteří zásady duševní hygieny nedodržují. Kategorizovaný krabicový graf byl použit k zobrazení pořadových statistik obou srovnávaných skupin.

Graf 10 – Boxplot míra DP a dodržování zásad duševní hygieny



Zdroj: vlastní zpracování, software TIBCO (2022)

Hypotézy zkoumající vliv dodržování zásad duševní hygieny na míru vyhoření osobního uspokojení:

H_{02C}: Mezi mírou vyhoření v oblasti osobního uspokojení a dodržováním zásad duševní hygieny není závislost.

H_{A2C}: Mezi mírou vyhoření v oblasti osobního uspokojení a dodržováním zásad duševní hygieny je závislost.

Tabulka 8 – Welchův t-test (PA a dodržování zásad duševní hygieny)

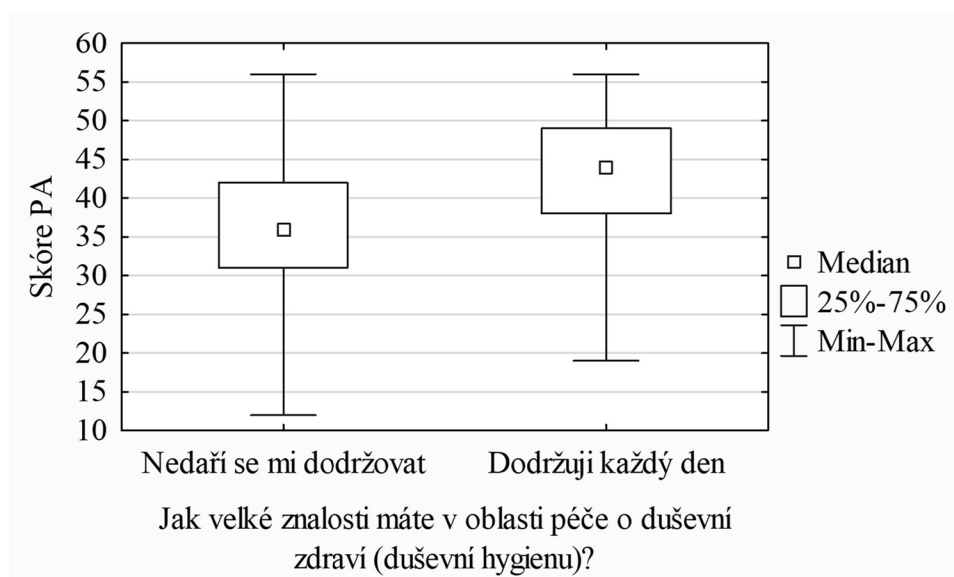
Statistické výsledky Welchova t-testu: p-hodnota a kvantitativní parametry

Dodržování	kvantita	\bar{x}	sm.odch.	p-hodnota
Ne	126	35,8	8,0	0,000 (nelze přijmout H ₀)
Ano	29	42,7	8,7	

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Na hladině významnosti 0,05 byla prokázána pozitivní závislost mezi dodržováním zásad duševní hygieny a mírou vyhoření v oblasti osobního uspokojení. P-hodnota Welchova t-testu byla vypočtena na 0,000 s přesností na 3 desetinná místa, což znamená, že nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Míra vyhoření u respondentů, kteří dodržují zásady duševní hygieny, byla statisticky významně vyšší než míra vyhoření u respondentů, kteří zásady duševní hygieny nedodržují. Kategorizovaný krabicový graf byl použit k zobrazení pořadových statistik obou srovnávaných skupin.

Graf 11 – Boxplot míra PA a dodržování zásad duševní hygieny



Zdroj: vlastní zpracování, software TIBCO (2022)

Hypotézy zkoumající vliv názoru na předcházení stresu na míru vyhoření emocionálního vyčerpání:

H_{03A}: Mezi mírou vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání a názorem na předcházení stresu není závislost.

H_{A3A}: Mezi mírou vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání a názorem na předcházení stresu je závislost.

Tabulka 9 – Welchův t-test (EE a předcházení stresu)

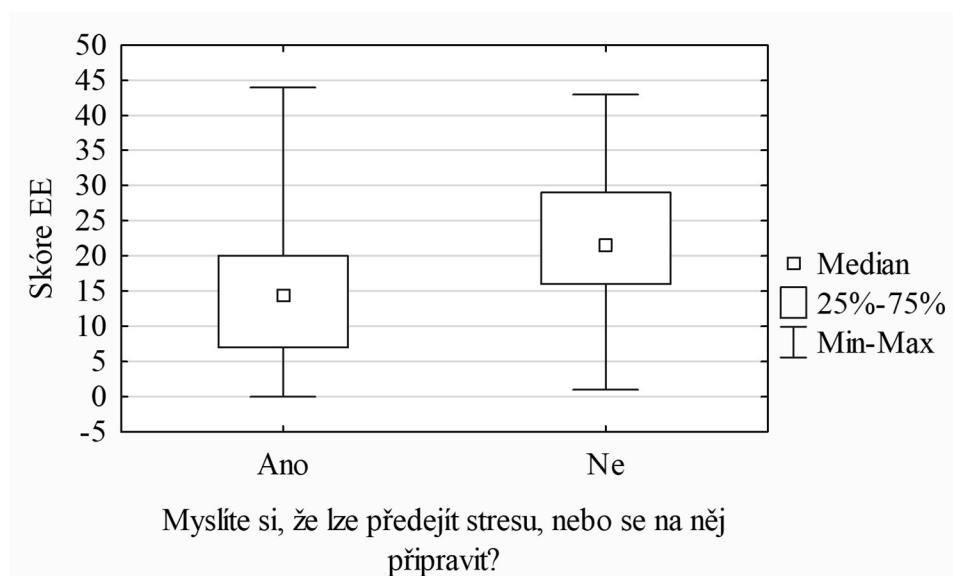
Statistické výsledky Welchova t-testu: p-hodnota a kvantitativní parametry

Lze předejít stresu?	kvantita	\bar{x}	sm.odch.	p-hodnota
Ne	106	15,1	9,9	0,000 (nelze přijmout H ₀)
Ano	54	22,8	10,5	

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Na zvolené hladině významnosti 0,05 byla pomocí Welchova t-testu prokázána statisticky významná závislost mezi mírou v oblasti emocionálního vyčerpání a názorem na předcházení stresu. P-hodnota Welchova t-testu byla vypočtena na 0,000 s přesností na 3 desetinná místa. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Míra vyhoření u respondentů, kteří se domnívají, že lze předcházet stresu, byla statisticky významně nižší než u respondentů, kteří si myslí, že nelze předejít stresu. Kategorizovaný krabicový graf byl použit k prezentaci pořadových statistik obou srovnávaných skupin.

Graf 12 – Boxplot míra EE a předcházení stresu



Zdroj: vlastní zpracování, software TIBCO (2022)

Hypotézy zkoumající vliv názoru na předcházení stresu na míru vyhoření depersonalizace:

H_{03B} : Mezi mírou vyhoření v oblasti depersonalizace a názorem na předcházení stresu není závislost.

H_{A3B} : Mezi mírou vyhoření v oblasti depersonalizace a názorem na předcházení stresu je závislost.

Tabulka 10 - Welchův t-test (DP a předcházení stresu)

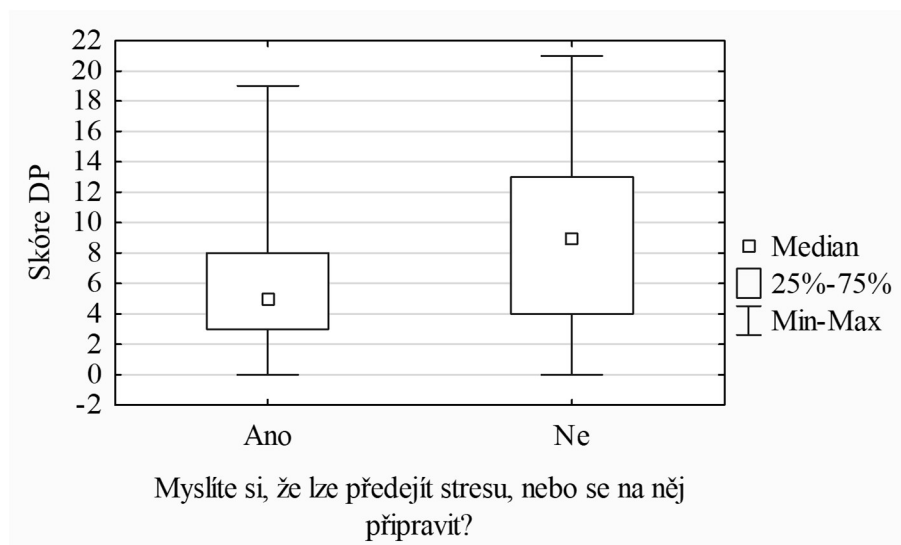
Statistické výsledky Welchova t-testu: p-hodnota a kvantitativní parametry

Lze předejít stresu?	kvantita	\bar{x}	sm.odch.	p-hodnota
Ne	106	5,9	4,1	0,002 (nelze přijmout H_0)
Ano	54	8,7	5,5	

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Při hladině významnosti 0,05 byl proveden Welchův t-test, jehož výsledkem byla p-hodnota s přesností na 3 desetinná místa, konkrétně 0,002. Tento výsledek umožnil zamítnutí nulové hypotézy ve prospěch alternativní hypotézy. Byla prokázána statisticky významná závislost mezi mírou vyhoření v oblasti depersonalizace a názorem na předcházení stresu. Míra vyhoření u respondentů, kteří věří, že lze předcházet stresu, byla statisticky významně nižší než u respondentů, kteří si myslí, že předejít stresu nelze. Pro zobrazení pořadových statistik obou srovnávaných skupin byl použit kategorizovaný krabicový graf.

Graf 13 – Boxplot míra DP a předcházení stresu



Zdroj: vlastní zpracování, software TIBCO (2022)

Hypotézy zkoumající vliv názoru na předcházení stresu na míru vyhoření osobního uspokojení:

H_{03C}: Mezi mírou vyhoření v oblasti osobního uspokojení a názorem na předcházení stresu není závislost.

H_{A3C}: Mezi mírou vyhoření v oblasti osobního uspokojení a názorem na předcházení stresu je závislost.

Tabulka 11 - Welchův t-test (PA a předcházení stresu)

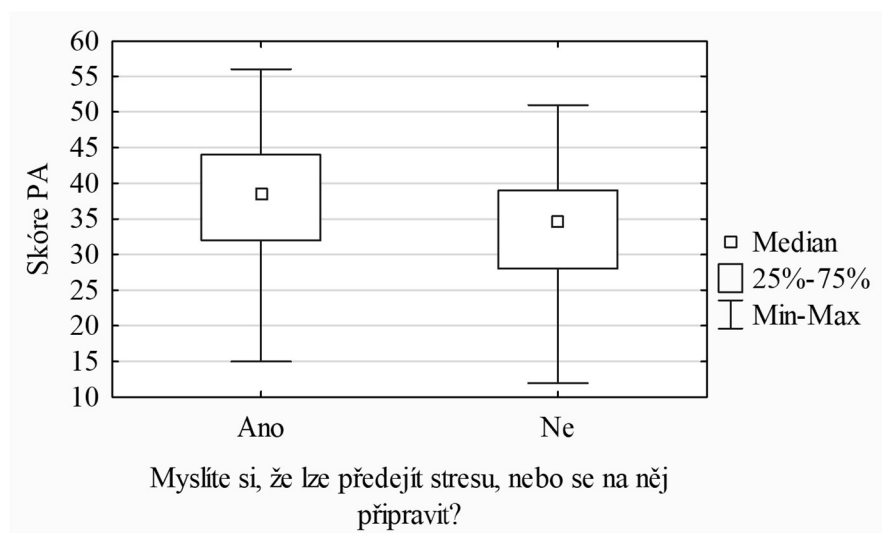
Statistické výsledky Welchova t-testu: p-hodnota a kvantitativní parametry

Lze předejít stresu?	kvantita	\bar{x}	sm.odch.	p-hodnota
Ne	106	38,7	8,1	0,001 (nelze přijmout H ₀)
Ano	54	33,8	9,0	

Zdroj: vlastní zpracování (2022)

Při hladině významnosti 0,05 byl proveden Welchův t-test, jehož p-hodnota byla vypočtena na 0,001 s přesností na 3 desetinná místa, což je nižší než zvolená hladina významnosti. Díky tomuto výsledku byla zamítnuta nulová hypotéza ve prospěch alternativní hypotézy. Na této hladině významnosti byla prokázána statisticky významná závislost mezi mírou vyhoření v oblasti osobního uspokojení a názorem na předcházení stresu. Míra vyhoření u respondentů, kteří věří, že lze předcházet stresu, byla statisticky významně vyšší než u respondentů, kteří si myslí, že předejít stresu nelze. Pro zobrazení pořadových statistik obou srovnávaných skupin byl použit kategorizovaný krabicový graf.

Graf 14 – Boxplot míra PA a předcházení stresu



Zdroj: vlastní zpracování, software TIBCO (2022)

4.5 Výsledky psychohygieny a stresu

V rámci poslední části dotazníkového šetření, byly klientům pokládány dotazy, které se týkají jejich psychického zdraví a psychické odolnosti, a zaměřené byly především na problematiku duševní hygieny.

Pokládání těchto dotazů mělo objasnit, zda subjekty znají pojem duševní hygiena, popřípadě pravidla, která by měla být dodržována pro udržování psychické odolnosti a psychického zdraví. Autorka práce chtěla především zjistit, zda subjekty tato pravidla dodržují, a zda případné dodržování pravidel má vliv na výskyt syndromu vyhoření a na úroveň celkové psychické pohody dotazovaných jedinců.

Graf 15 – Posílení osobnosti

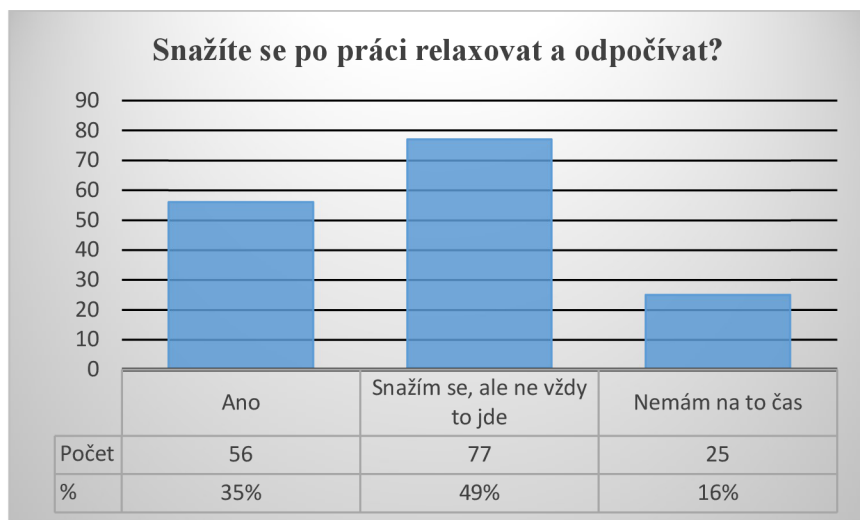


Zdroj: Vlastní zpracování (2022)

V rámci této výzkumné otázky bylo zjišťováno, zda se respondenti snaží nějakým způsobem posilovat svoji osobnost. Jak lze vidět z grafického znázornění, více než $\frac{3}{4}$ respondentů uvedlo, že se o to snaží. Konkrétně se jednalo o 137 osob ze 162 dotazovaných, a pouze 25 osob uvedlo, že se o to nesnaží.

Osobnost lidí se neustále vyvíjí a zdokonaluje. Může to být způsobena vnějšími činiteli a prožitými zkušenostmi, které nás posilují, ale může se jednat i o vědomé posilování své osobnosti, odolnosti, psychického zdraví. Ať již se jedná o věnování se koníčkům, které nás baví, zažívání nových zkušeností, poznávání nových lidí atd.

Graf 16 – Relaxace po práci



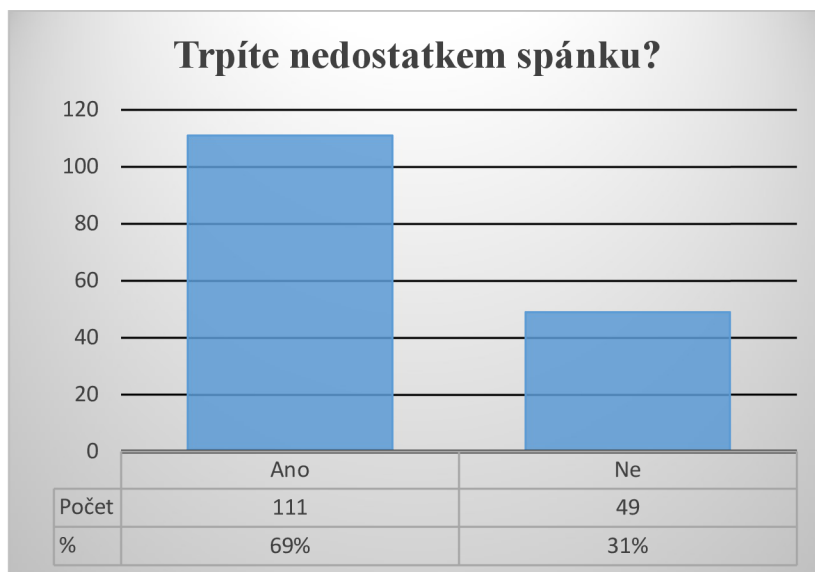
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

V rámci výzkumné otázky bylo zjišťováno, zda se respondenti snaží, ve svém volném čase o odpočinek a relaxaci. Jak je patrné, nejvíce osob přiznává, že se sice snaží, ale ne vždy jim tato snaha vyjde. Tuto odpověď zvolilo 77 respondentů ze 162, tedy přímých 49 % respondentů. Poměrně velké množství přiznává, že si odpočinek po práci skutečně dopřává a 25 zbylých dotazovaných uznává, že na to nemá čas.

V dnešním hektickém světě, kde je na každou osobu kladeno velké množství nároků, musí téměř každý člověk zastávat hned několik rolí. Roli rodičovskou, manželskou, pracovní. Je všeobecně známým faktem, že pomáhající profese lékařského zaměření se musejí v České republice potýkat s velkým množstvím přesčasů a dlouhými směny, kdy není výjimkou dlouhodobé provozování dvanáctihodinových směn.

Lidé stejně tak vědí, že musejí svému tělu dopřát odpočinek a regeneraci, která je pro lidské zdraví a psychickou pohodu velice důležitá, respektive jeden z nejvýznamnějších faktorů. Avšak málo kdo si v dnešní době dokáže obstarat několik hodin denně pro svoji vlastní relaxaci a regeneraci.

Graf 17 – Nedostatek spánku

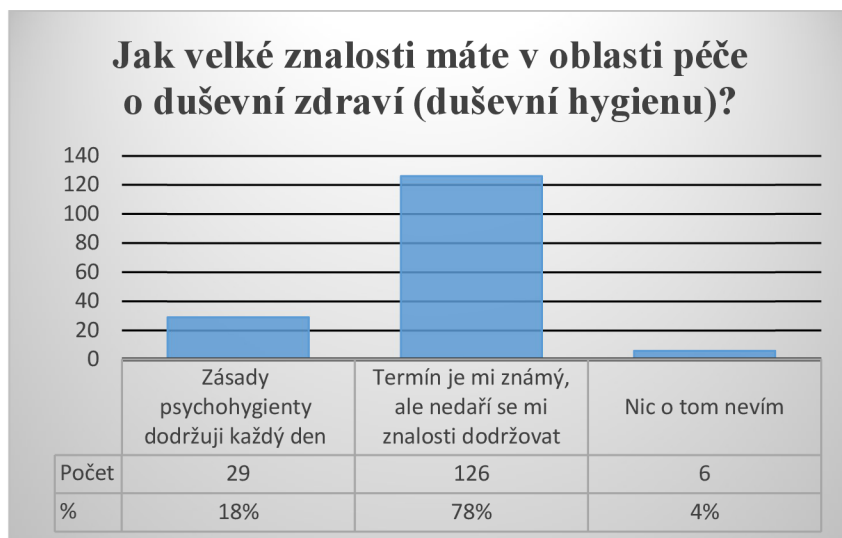


Zdroj: vlastní zpracování (2022)

V rámci další výzkumné otázky byly subjekty dotazovány na jejich spánek. Konkrétně byli respondenti tázáni, zda trpí nedostatkem spánku. Jak je patrné, zhruba 2/3 subjektů, jsou toho názoru, že je jejich spánek nedostatečný. Konkrétně tuto možnost zvolilo 111 subjektů ze 162. Pouze 49 subjektů svůj spánek označuje za „dostatečný“.

Pokud byl v předchozí otázce vyzdvihován význam odpočinku a relaxace na lidské zdraví a lidskou psychickou pohodu, pak role spánku je stejně významná, možná ještě významnější. Jak je známo, spánek léčí, a je pro každý živý organismus potřebný. Lidský spánek by měl trvat ideálně 7-9 hodin, aby mohl být označen za dostatečný. Jak již ale bylo také zmíněno, málokdo z lékařských profesí si v současné době může dovolit plnohodnotný spánek trvající ideálně dlouhou dobu.

Graf 18 – Znalosti duševní hygieny



Zdroj: vlastní zpracování (2022)

V rámci této výzkumné otázky byly subjekty přímo tázány na jejich znalosti týkající se problematiky duševního zdraví, duševní hygieny. Jak lze vidět, největší část respondentů uvedla, že nějaké znalosti mají, avšak nedaří se jim znalosti dodržovat. Tuto možnost zvolilo 126 subjektů ze 162, tedy 78 % dotazovaných. Značně menší byl počet osob, které své znalosti pojmenovaly jako „hluboké“ (29 osob) nebo osob, které uvedly, že nemají žádné znalosti (6).

Graf 19 – Projevy stresu



Zdroj: vlastní zpracování (2022)

V této výzkumné otázce byl opět hlavním tématem stres. Tentokrát to byly nejčastější projevy stresu u respondentů. Jak lze vidět, každý respondent mohl uvést tolik příznaků, kolik chtěl, a kolik se jich u něj subjektivně vyskytuje. Nejčastějším projevem stresu subjektů je podrážděnost, kterou uvedlo 134 ze 162 respondentů. Druhým nejčastějším projevem jsou problémy týkající se spánku, které byly uvedeny až 72 respondenty.

Výzkumná otázka: Strategie respondentů proti stresu.

V předposlední otázce dotazníkového šetření byly subjekty dotazovány na strategii, kterou zavedly proti stresu. Ať již z hlediska vyhýbání se stresu nebo zvládání stresu. U této otázky bude chybět grafické znázornění, jelikož respondentům byla ponechána volná ruka, a mohli se vyjádřit podle své libosti.

Při čtení jednotlivých odpovědí však lze vybrat 5 strategií, které jsou využívány nejčastěji. Z konkrétních aktivit se nejčastěji jednalo o:

- Cvičení a pohybová aktivita
- Četba
- Hudba
- Humor
- Sex

Často také zaznívaly nepřímé aktivity, které pomáhají respondentům vyhýbat se stresu. Často bylo zmiňováno pozitivní myšlení, nepřiznávat si stres a nepouštět si jej k tělu, stres tolik neprožívat a nepropadat mu.

Výzkumná otázka: Způsob relaxace po náročném dni v práci.

V rámci poslední otázky dotazníkového šetření byly subjekty dotazovány na konkrétní způsob jejich relaxace po náročném dni v práci. U této otázky bude chybět grafické

znázornění, jelikož respondentům byla ponechána volná ruka, a mohli se vyjádřit podle své libosti.

Opět bylo vybráno 5 způsobů, nejčastěji zmiňovaných, mezi které patří:

- Četba
- Horká vana
- Pohyb a cvičení
- Káva
- Klid u televize

4.6 Navrhovaná opatření

V této kapitole bakalářské práce byla vytvořena navrhovaná preventivní opatření, a to v návaznosti na testované statistické hypotézy a výsledky dotazníkového šetření dotazníku zaměřujícího se na prevenci duševní hygieny. Opatření byla stanovena jako určitá doporučení, jak syndromu vyhoření předcházet z hlediska jedince, tak i ze strany organizace, v tomto případě, ze strany nemocnice. Tato stanovená opatření by sloužila jako návrh, který by mohl zmírnit příčiny, následky a podílové procento výskytu syndromu vyhoření.

4.6.1 Opatření z hlediska jedince:

Předcházení syndromu vyhoření z hlediska jedince znamená budování zdravé osobnosti, která dělá vše pro to, aby měla spokojený, smysluplný, a hlavně fyzicky aktivní život. Taková osobnost se zároveň snaží dělat vše proto, aby její život nebyl zatížen stresem a méně důležitými problémy.

Bartošíková (2005) ve své knize uvádí, že je podstatné vnímat profesi zdravotní sestry jako smysluplnou činnost, zároveň je důležité umět naslouchat pacientům, ale nevztahovat na sebe jejich problémy. V okamžiku, když člověk vidí smysl ve své práci, kterou vykonává, prožívá spokojenější a šťastnější život. Podstatné je také umět se odprosit od negativních pocitů a získaného stresu v pracovním prostředí v okamžiku, když se vracíme domů, tyto negativní emoce nepřenášet na své blízké. Umět se přepnout z role zaměstnance do role partnera, rodiče (matky, otce).

Člověk, který má stanovené své hranice, respektuje tyto nastavené hranice u sebe i u druhých, ten se může stát dobrým pomáhajícím. Pomáhající by měl být empatický k pacientům, ale neměl by se cizími problémy trápit více, než těmi svými (Bartošíková, 2005). Nejdůležitějším preventivním opatřením je uvědomění si toho, co nám dodává energii, co nám přináší pozitivní emoce. Můžeme sem zahrnout sport, hobby, procházky, čtení knih, poslech hudby, čas strávený s dětmi/vnoučaty, relaxace, jóga, meditace, posezení s přáteli, umělecká činnost. Bartošíková (2005) uvádí, že věnování se svým koníčků, utváření si zálib přináší do našeho života radost a uspokojení.

Umění relaxace a odpočinku po náročném pracovním dni patří mezi nejdůležitější preventivní opatření pro pomáhající profese. K syndromu vyhoření dochází obzvlášť u lidí, kteří vykonávají fyzicky i psychicky náročnou práci, i u lidí, kteří jsou svojí prací pohlceni.

Pravidlem je, že člověk by měl odpočívat činností, která je odlišná od činnosti, kterou vykonává v práci. Naučit se tedy po práci tzv. „vypnout“ a pouze odpočívat. Jelikož, lidé, kteří věnují veškerý svůj čas k plnění různých pracovních úkolů, mají sice svoji profesi rádi a pocítují nadšení z práce, vyčerpají však svoji veškerou energii, a nakonec jsou nevíce náchylní vyhoření.

Křivohlavý ve své knize rovněž uvádí, že *"lidé, kteří nemají smysl pro humor, případně humor ztratili, vyhoří podstatně rychleji a úplněji nežli ti, kteří smysl pro humor mají a bohatě ho v praxi používají"* (Křivohlavý, 1998, str. 113). Je důležité tedy vnímat život s nadhledem a umět se pousmát nad věcmi, které nás mohou zatěžovat. Jedině tak můžeme nalézt rychleji případné řešení.

4.6.2 Opatření z hlediska organizace (nemocnice)

Mezi doporučená opatření z hlediska organizace byla navržena vzájemná sociální opora mezi spolupracovníky. Sociální oporu často zmiňují autoři Křivohlavý (2012), Jeklová a Reymayerová. Křivohlavý (2009, s.94) definuje sociální oporu jako *„pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci, čímž mu tuto situaci ulehčuje.“* Jedná se tedy o existenci osob, jímž jedinec věří, na tyto osoby se lze spolehnout. Jiní autoři mluví o sociální opoře jako *„jakýsi sociální fond, ze kterého lze čerpat v případě potřeby, systém sociálních vztahů, jejichž prostřednictvím se člověku dostává pomoci při snaze dostát nárokům a dosáhnout cílů“.* (Šolcová, Kebza, 2004, s.151). Jeklová a Reymayerová (2006) definují oporu jako spolupráci, kdy o pomoc lze požádat kolegy nebo své blízké. S tím souvisí i pravidlo udržení dobrých vztahů na pracovišti. Jelikož pracovní prostředí je nejvýznamněji ovlivněno udržením dobrých vztahů mezi pracovníky, a to podporuje spokojenost z vykonávané práce. Tuto přátelskou atmosféru často vnímají i pacienti/klienti.

Křivohlavý uvádí jako prevenci syndromu vyhoření možnost vzdělávání pracovníků a poskytování terapeutického výcviku. Tímto si pracovníci rozšíří svůj pohled vnímání na věci ve svém životě i v práci.

Dalším cenným pravidlem je úprava pracovních podmínek takovým způsobem, že budeme dbát na to, abychom se v práci vyhýbali určité každodenní rutině, monotónním věcem a stereotypům (Bartošíková, 2006). Řešením může být podle Křivohlavého (2012) změna pracovních postupů, zkoušení nových věcí, zapojení humoru do své pracovní rutiny.

Supervizi je rovněž potřeba vnímat jako určitý nástroj, který je účinný a slouží jako podpora a prevence syndromu vyhoření. Matoušek (2003, s.231) popsal pojem supervize jako „*kvalifikovaný dohled nad průběhem programu nebo projektu zaměřený na kvalitu činnosti pracovníků.*“ Supervize pomáhá získat určitý nadhled a otevírá nové formy práce, koriguje neefektivní postupy při práci a podporuje rozvoj spolupráce v týmu. Hlavní cíle supervize jsou profesionální rozvoj zaměstnanců a rozšiřování jejich znalostí a pracovních dovedností, učí nacházet nová řešení v problematických situacích. Pomáhá jak lidem, co se s tímto syndromem nikdy nesečkali, tak lidem, u kterých se syndrom vyhoření již objevil.

Mezi další přínosná opatření ze strany zaměstnavatele můžeme zmínit vytvoření místa, kam by pracovníci mohli odejít a chvíli relaxovat, odpočinout si od pracovní zátěže. Případně nabídnout svým pracovníkům možnost využití volnočasových aktivit, což bude mít jistě pozitivní vliv na vztahy v kolektivu. Seznámit zaměstnance s možností využití odborné psychologické pomoci při pocitu vysokého stresového zatížení.

Dále lze poskytovat zaměstnancům různé benefity a slevy ze strany organizace. Příkladem mohou být poukazy na lázeňské/relaxační nebo rehabilitační pobyty. Je také důležitá pravidelná pochvala, umění ocenit výkon svých pracovníků, naslouchání ze strany zaměstnavatele i mezi spolupracovníky.

Na pracovištích se také osvědčila možnost úpravy svého pracovního prostředí, podle svých potřeb a individuálního vnímání každého zaměstnance. Rozumí se tím umístění rodinných fotografií, květin, různé dětské výtvary, motivační citáty. Vše, co nám přináší pozitivní emoce, a dokáže nás odpoutat od pracovního naladění. Důležitým krokem je také vytvoření programu na prevenci syndromu vyhoření, který bude obsahovat například školení na téma stresu, relaxace, správného stravování a cvičení.

5 Diskuse

Pro porovnání výsledků, kterých bylo docíleno touto bakalářskou prací, byly následně vyhledány a analyzovány i další odborné publikace, které se problematikou syndromu vyhoření u zdravotníků zabírají. Aby mohlo být porovnání co největší a zahrnovalo co největší počet publikací, byl pro porovnání zvolen článek Gomez-Urquiza a kol., 2017, který provedl metaanalýzu hned 51 studií, které se zabíraly syndromem vyhoření u zdravotnického personálu a konkrétními faktory, které výši míry vyhoření mohou ovlivňovat. Všechny tyto vyhodnocované články navíc cílily na všechny tři oblasti syndromu vyhoření, které byly brány v potaz i v rámci této bakalářské práce.

Ze zmíněných 51 výzkumů bylo 48 % provedeno na území Evropy, 31 % na území Severní Ameriky a 21 % v Asii (Gomez-Urquiza a kol., 2017).

Podobně jako v této bakalářské práci, i v 51 člancích byl nalezen vztah mezi mírou vyhoření a geografickým umístěním subjektů. V rámci této bakalářské práce byla nalezena souvislost mezi naměřenou mírou vyhoření a tím, v jaké konkrétní nemocnici subjekt pracuje, v rámci metaanalýzy byl nalezen vztah mezi hodnotou míry vyhoření a tím, na jakém kontinentě zaměstnanec svojí profesi vykonává. Bylo prokázáno, že zaměstnanci evropských nemocnic dosahují nejvyšší hodnoty míry vyhoření, alespoň co se porovnání s americkými a asijskými zaměstnanci týče, a američtí zaměstnanci vykazují vyšší míry vyhoření nežli ti asijské (Gomez-Urquiza a kol., 2017).

Na základě výsledků výzkumu bakalářské práce a metaanalýzy by bylo vhodné ve výzkumech na toto téma pokračovat, a porovnávat získaná data z různých zemí, popřípadě i kontinentů, do kterých se promítá i odlišné kulturní a mentální pozadí respondentů.

Další srovnatelný výzkum se zabýval vyhořením u zdravotnických pracovníků v nemocnicích na Slovensku. Výzkum byl také proveden pomocí MBI dotazníků, které byly distribuovány mezi zdravotnické pracovníky nemocnic. Celkem se ho zúčastnilo 135 respondentů, z toho 87,4 % žen a 12,6 % mužů. Výsledky ukázaly, že míra vyhoření byla vysoká v celém souboru respondentů, a to především v oblasti emocionálního vyčerpání. Tento stav měl negativní dopad na jejich pracovní výkon a celkovou kvalitu života. Dále bylo zjištěno, že pracoviště a dodržování zásad duševní hygieny mají vliv na míru vyhoření, tyto výsledky se shodovaly rovněž i s výsledky této bakalářské práce. Respondenti zmíněné studie, kteří měli možnost pracovat v příjemnějším pracovním prostředí, vykazovali nižší

míru vyhoření. Stejně tak i ti, kteří se aktivně věnovali zásadám duševní hygieny, měli nižší míru vyhoření. Vliv názoru na předcházení stresu na míru vyhoření nebyl potvrzen. Celý článek je zveřejněný v časopisu Východoslovenský vědecký časopis (Lacko a Halamová, 2019).

Dále lze zmínit článek s názvem Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí publikovaný v časopise Psychiatrie a psychoterapie v roce 2015. V rámci výzkumu byl použit MBI dotazník k zjištění míry vyhoření u různých profesí, včetně zdravotnických pracovníků. Celkem se do výzkumu zapojilo 2074 respondentů, z toho 68,9 % tvořily ženy a 31,1% muži. Výsledky ukázaly, že nejvíce vyhoření bylo zaznamenáno u pracovníků sociálních služeb (40,4 %), následovaných pracovníky zdravotnictví (36,4 %). Nejnižší míru vyhoření vykazovali respondenti pracující v oboru vzdělávání (27,2 %). (Šafra a Procházková, 2015)

6 Závěr

Teoretická část práce se zaměřuje na problematiku stresu a syndromu vyhoření. V první části jsou vymezeny základní pojmy týkající se stresu, jako je definice a druhy stresu. Dále jsou popsány stresory a jejich vliv na člověka. V této části jsou také diskutovány různé pohledy na stres zahrnující i evoluční paradox. Následující kapitola se detailně věnuje jednotlivým etapám syndromu vyhoření a popisuje jeho příznaky a diagnostiku. Zároveň jsou zde uvedeny možnosti prevence a léčby tohoto syndromu. V závěrečné části této práce jsou popsány metody a techniky duševní hygieny včetně relaxačních technik a technik komunikace. Poslední kapitola se pak věnuje syndromu vyhoření v kontextu pomáhajících profesí, kde jsou diskutovány příčiny, výskyt a důsledky tohoto syndromu v těchto oborech.

V praktické části bylo na základě cílů stanoveno devět statistických hypotéz, které byly testovány a na základě zjištěných informací z dotazníkového šetření byly potvrzeny nebo vyvráceny. Po vyhodnocení hypotéz bylo osm hypotéz zamítnuto ve prospěch alternativních hypotéz, tedy byla prokázána závislost mezi proměnnými. Pouze jedna hypotéza nebyla zamítnuta. Přijaté hypotézy nám prokázaly závislost mezi mírou vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání a místem vykonávané profese. V nemocnici Motol byly zaznamenány nejvyšší průměrné hodnoty dosahující 20,3, což značí mírný stupeň syndromu vyhoření v emocionální oblasti. Následně byla prokázána závislost i v oblasti osobního uspokojení, celkově byla prokázána vysoká míra vyhoření u pracovníků v Nemocnici ve Slaném, jak dokládají průměrné hodnoty dosahující 39,4, což se dá považovat za stupeň vysokého syndromu vyhoření.

Následně byla prokázána závislost mezi dodržováním zásad duševní hygieny a mírou vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání. Respondenti, kteří dodržují zásady duševní hygieny, měli nižší skóre v oblasti emocionálního vyčerpání než respondenti, kteří tyto zásady nedodržovali. Ti, kteří zásady duševní hygieny nedodržovali, dosáhli průměrné míry emocionálního vyčerpání 18,4, což naznačuje mírný stupeň vyhoření. V oblasti depersonalizace byla rovněž prokázána závislost, lidé, kteří dodržovali zásady, dosahovali nižší míry vyhoření v oblasti depersonalizace. Hodnoty se pohybovaly v průměru kolem 5,2, což znamenalo pouze nízký stupeň vyhoření. V případě nedodržování zásad hodnoty průměrně vzrostly na 7,2, což odpovídalo mírnému stupni vyhoření. Výjimka se projevila v oblasti osobního uspokojení, kde byla zaznamenána vysoká míra vyhoření u respondentů,

kteří dodržují zásady duševní hygieny každý den. Konkrétně se tato míra vyhoření pohybovala na hodnotě 42,7, což naznačuje vysoký stupeň vyhoření v této oblasti.

Co se týče hypotéz zabývajících se prevencí stresu, byla prokázána závislost mezi mírou vyhoření v emocionální oblasti a názorem na předcházení stresu. Respondenti, kteří si myslí, že stresu lze předcházet, dosahovali statisticky významně nižších hodnot v oblasti emocionálního vyhoření. Rovněž respondenti, kteří si myslí, že lze předcházet stresu měli následně statisticky významně nižší skóre vyhoření v oblasti depersonalizace. Nicméně, v oblasti osobního vyhoření, bylo zjištěno, že respondenti, kteří tvrdí, že je možné předejít stresu, dosahují vyšší míry vyhoření. Průměrné hodnoty se pohybují kolem 38,7, což naznačuje mírný stupeň vyhoření, s hranicí k vysokému stupni vyhoření pouze o 0,3. Vliv na míru syndromu vyhoření byl tedy prokázán u místa vykonávané profese, dodržování zásad duševní hygieny i stresu.

Dále byla praktická část zaměřena na výsledky dotazníku, zabývajících se pouze psychohygienou. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že 111 respondentů z celkového počtu 162 trpí nedostatkem spánku, z odpovědí na navazující otevřenou otázku bylo prokázáno, že převážná většina zdravotních sester řeší tuto problematiku užíváním léku na spaní. Dále bylo zjištěno, že 49 % respondentů se snaží po práci relaxovat, ale ne vždy je to kvůli fyzickému i psychickému vypětí možné. Toto zjištění je alarmující a naznačuje, že by bylo vhodné provést další širší výzkum a zvážit přijetí opatření ke zlepšení situace. Pokud se potvrdí, že má většina respondentů potíže s relaxací po práci, může to mít negativní dopad na jejich zdraví a celkovou kvalitu života.

V analytické části práce bylo také zjištěno, že termín psychohygieny je pro mnohé známý, ale pro většinu je složité tyto nabyté znalosti pravidelně dodržovat. Pouze 18 % dotazovaných uvedlo, že dodržují zásady psychohygieny každý den. Nejčastějším projevem stresu u subjektu byla podrážděnost a problémy se spánkem. Z výzkumné otázky, která se zabývala prevencí proti stresu vyplynulo, že pět hlavních aplikovaných strategií v boji proti stresu jsou: cvičení a pohybová aktivita, četba knih, poslech hudby, pozitivní životní přístup a sex. Mezi časté odpovědi rovněž patřilo nepřiznávat si stres, stres tolik neprožívat a nepropadat mu.

V závěru práce bylo na základě výsledků z dotazníku navrženo několik preventivních opatření, která by mohla pomoci ohroženým pomáhajícím profesím předcházet syndromu vyhoření a snížit míru těchto příznaků. Klíčovou prevencí syndromu vyhoření je budování zdravé osobnosti a aktivního, smysluplného života, který je chráněn

před stresem a menšími problémy. Důležitým prvkem je také schopnost relaxace a odpočinku po náročném dni a udržení smyslu pro humor. Součástí těchto opatření je vytvoření rovnováhy mezi pracovním a soukromým životem.

Pro zajištění funkčního chodu organizace je důležité, aby zaměstnavatele implementovali doporučená opatření, jako je poskytování sociální opory mezi spolupracovníky, vzdělávání a terapeutický výcvik pro pracovníky, úprava pracovních podmínek a vytvoření míst, kde mohou pracovníci odpočívat. Odborná psychologická pomoc je také účinný nástroj k prevenci syndromu vyhoření. Toto všechno by mělo vést k udržení dobrých vztahů mezi pracovníky a podpořit spokojenost z vykonávané práce, což mohou vnímat i pacienti. V návaznosti na to, že téměř polovina respondentů (49 %) se snaží po práci relaxovat, ale často jsou v tom omezení fyzickým i psychickým vypětím, je pro zaměstnavatele klíčové vytvořit program na prevenci syndromu vyhoření pro své zaměstnavatele. Tento program by měl zahrnovat školení zaměřená na správnou reakci na stres, techniky relaxace a pravidelné cvičení.

7 Seznam použitých zdrojů

7.1 Tištěné zdroje

1. ATKINSON, Rita L. Psychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN: 978-80-7178-640-5
2. AYERS, S. A R. DE VISSER. Psychologie v medicíně. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, Psyché (GRADA), 2015. ISBN: 978-80-247-5230-3.
3. BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2005. ISBN: 978-80-7013-439-9.
4. BEDRNOVÁ, E., PAUKNEROVÁ, D. Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení, efektivní životní styl. Praha: Management Press, 2015. ISBN: 978-80-7261-381-6.
5. BLAHUŠOVÁ, E. Wellness, Fitness, 1. vyd., Praha: Karolinum, 2005. ISBN: 80-246-0891-X.
6. BURYOVÁ, I. Andragogické souvislosti ošetrovatelské profese. Olomouc, 2011. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci
7. FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-367-6.
8. CARNEGIE, Dale, CARNEGIE, Dorothy a Arthur R. PELL, ed. Jak získávat přátele a působit na lidi. 12. vyd. Přeložil Svatoslav GOSMAN. Praha: Dobrovský, 2012. s.35. ISBN: 978-80-7306-519-5.
9. GREGOR, O.: Zdravě žít, to je kumšt. Praha: Olympia, 1988. Kondice
10. HARTL, P, HARTLOVÁ, H. Velký psychologický slovník. 1. vyd., Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-303-X.
11. HONZÁK, R. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. 1. vyd., Praha: Vyšehrad, 2018. ISBN: 978-80-7601-004-8.
12. CHAMOUTOVÁ, Kateřina a Hana CHAMOUTOVÁ. Duševní hygiena: Psychologie zdraví. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, Katedra psychologie, 2012. ISBN: 978-80-213-1152-7.
13. JEKLOVÁ, M, REITMAYEROVÁ, E. Syndrom vyhoření. 1. vyd., Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN: 80-86991-74-1.
14. JOSHI, V. Stres a zdraví. 1. vyd., Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-211-9.

15. KEBZA, V, ŠOLCOVÁ, I. Komunikace a stres. 1. vyd., Praha: Státní zdravotní ústav, s.r.o., 2004. ISBN: 80-7071-246-5.
16. KIRSTA, A. Kniha o překonávání stresu: jak se uvolnit a žít pozitivně. Praha: Knižní klub, 1998. ISBN: 80-7176-655-0.
17. KŘIVOHLAVÝ, J, PEČENKOVÁ, J. Duševní hygiena zdravotní sestry. 1. vyd., Praha: Galén, 2004. ISBN:978-80-247-0784-5.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. Hořet, ale nevyhořet. 2.vyd., Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN: 978-7195-573-3.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres. 1. vyd., Praha, Grada, Avicenum, 1994. ISBN: 80-7169-121-6.
20. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd., Praha: Grada, 2002, ISBN: 80-247-0179-0.
21. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN: 80-7178-551-2.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 1. vyd., Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-568-4.
23. KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení. 1 vyd., Praha: Grada, 1998. ISBN: 80-7169-551-3
24. LACKO, Ján a HALAMOVÁ, Jana. Vyhoření u zdravotnických pracovníků v nemocnicích na Slovensku. Východoslovenský vědecký časopis, 2019, roč.8, č.1, s.55-62.
25. MATOUŠEK, O. Pracovní stres a zdraví. 1 vyd. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2003. Bezpečný podnik. ISBN: 80-903604-1-6.
26. MELGOSA, J. Zvládni svůj stres! kniha o duševním zdraví. Praha: Advent-Orion, 1997. Život a zdraví (Advent-Orion). ISBN: 80-7172-240-5.
27. MÍČEK, Libor. Duševní hygiena: vysokoškolská učebnice pro studenty filozofických fakult oboru psychologie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. s.9.
28. MICHALÍK, J. Zdravotní postižení a pomáhající profese. 1. vyd., Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-859-3.
29. NAJI, L, SINGH, B, SHAH, A. 2021. Global prevalence of burnout among postgraduate medical trainees: a systematic review and meta-regression. C Maj Open, 1(7): 14-24.

30. NAKONEČNÝ, M. Lidské emoce. Praha, Academia, 2000. ISBN: 80-200-0763-6
31. NOVÁK, T. A V. CAPPONI. Sám sobě psychologem. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2003. s. 68-75. Psychologie pro každého. ISBN: 80-247-0606-7.
32. PONĚŠICKÝ, J. Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie: Hlubinně-psychologický pohled na strukturu a dynamiku psychogenních poruch. 1. vyd. Praha: Triton, 1999, ISBN: 80-7254-050-5.
33. POTTEROVÁ, SA. Jak se bránit pracovnímu vyčerpání: "pracovní vyhoření" - příčiny a východiska. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN: 80-718-211-3.
34. PRAŠKO, J. Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti. Praha: Grada, 2003. ISBN: 80-247-0185-5.
35. ŠAFRA, J. a PROCHÁZKOVÁ, H. Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí. Psychiatrie a psychoterapie, 2015, roč. 17, č. 4, s. 189-196. ISSN 1214-7398
36. SCHREIBER, V. Lidský stres. Praha, Academia, 2000. ISBN: 80-200-0240-5
37. ŠTIKAR, J. Psychologie ve světě práce. Praha: Karolinum, 2003. s.73. ISBN: 80-246-0448-5.
38. TOŠNER, J, TOŠNEROVÁ, T. Burn-Out Syndrom, Syndrom vyhoření. 1 vydání, Praha: Husita, 2002.
39. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN: 80-7178-802-3.
40. VOBOŘILOVÁ, J. Duševní hygiena a stres. 1 vyd., Praha: České vysoké učení technické, 2015. ISBN: 978-80-01-05724-7
41. WAGNEROVÁ, I. Psychologie práce a organizace: nové poznatky. Grada, 2011. s.105. ISBN: 978-80-247-3701-0.

7.2 Elektronické zdroje

1. GÓMEZ – URQUIZA, Josa Luis, et al., Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: Meta-Analysis. Critical care nurse, [online]. 2017. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28966203/>
2. KUBEŠOVÁ, B. Syndrom vyhoření trápí stále více mladých lidí. Jak se mu účinně bránit? [online]. 2018. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/syndrom-vyhoreni-priznaky-prevence/>
3. VOJTÍŠKOVÁ, A. Syndrom vyhoření [online]. 2014. Dostupné z: <https://www.zzmv.cz/syndrom-vyhoreni>

8 Seznam obrázků, tabulek a grafů

8.1 Seznam obrázků

Obrázek 3 – Vložení krabicového grafu (Boxplot)	Chyba! Záložka není definována.
Obrázek 5 – Stav mezi psychikou, fyzikem, fyziologií a psychosomatikou	9
Obrázek 6 – Základní rozměry stresu	11
Obrázek 8 – Klasifikace projevů syndromu vyhoření podle úrovní	19
Obrázek 9 – Fáze procesu vyhoření	23

8.2 Seznam tabulek

Tabulka 1 – Analýza rozptylu (EE a místo vykonávané profese)	44
Tabulka 2 – Tukeyho post-hoc test (EE a místo vykonávané profese)	45
Tabulka 3 – Analýza rozptylu (DP a místo vykonávané profese)	46
Tabulka 4 – Analýza rozptylu (PA a místo vykonávané profese)	47
Tabulka 5 – Tukeyho post-hoc test (PA a místo vykonávané profese)	48
Tabulka 6 – Welchův t-test (EE a dodržování zásad duševní hygieny)	49
Tabulka 7 – Welchův t-test (DP a dodržování zásad duševní hygieny)	50
Tabulka 8 – Welchův t-test (PA a dodržování zásad duševní hygieny)	51
Tabulka 9 – Welchův t-test (EE a předcházení stresu)	52
Tabulka 10 - Welchův t-test (DP a předcházení stresu)	53
Tabulka 11 - Welchův t-test (PA a předcházení stresu)	54

8.3 Seznam grafů

Graf 1 - Pohlaví respondentů	41
Graf 2 - Věk respondentů	42
Graf 3 – Profese respondentů	42
Graf 4 – Délka profesní činnosti	43
Graf 5 - Pracoviště vykonávané profese	44
Graf 6 – Boxplot míra EE a vliv místa vykonávané profese	46
Graf 7 – Boxplot míra DP a vliv místa vykonávané profese	47
Graf 8 – Boxplot míra PA a vliv místa vykonávané profese	48
Graf 9 – Boxplot míra EE a dodržování zásad duševní hygieny	49
Graf 10 – Boxplot míra DP a dodržování zásad duševní hygieny	50
Graf 11 – Boxplot míra PA a dodržování zásad duševní hygieny	51
Graf 12 – Boxplot míra EE a předcházení stresu	52
Graf 13 – Boxplot míra DP a předcházení stresu	53
Graf 14 – Boxplot míra PA a předcházení stresu	54
Graf 15 – Posílení osobnosti	55
Graf 16 – Relaxace po práci	56
Graf 17 – Nedostatek spánku	57
Graf 18 – Znalosti duševní hygieny	58
Graf 19 – Projevy stresu	58

9 Přílohy

9.1 Příloha č.1 Identifikační dotazník

IDENTIFIKAČNÍ DOTAZNÍK

Zaškrtněte, prosím, následující informace:

1. Jaké je vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

- a) Do 25 let
- b) 26–35 let
- c) 36–45 let
- d) 46–59 let
- e)

3. Jakou profesi vykonáváte?

.....

4. Jak dlouho činnost vykonáváte?

- a) Do 5 let
- b) 6–14 let
- c) 15–25 let
- d) 26 a více let

5. V jaké nemocnici a na jakém oddělení pracujete?

.....

9.2 Příloha č.2 MBI dotazník

DOTAZNÍK SYNDROMU VYHOŘENÍ (MBI) (Zaměřující se na pomáhající profese)

Pro vyhodnocování jsou sledována dvě kritéria – četnost pocitů či jejich intenzita:

Četnost pocitů:

0 – nikdy

1 – několikrát za rok

2 – alespoň jednou měsíčně

3 – několikrát za měsíc

4 – jednou týdně

5 – každý den

2. Síla pocitů:

0 – vůbec, 7 velmi silně

1.	Práce mě citově vysává	0	1	2	3	4	5		
2.	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	0	1	2	3	4	5		
3.	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.	0	1	2	3	3	5		
4.	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	0	1	2	3	4	5	6	7
5.	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.	0	1	2	3	4	5		
6.	Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá.	0	1	2	3	4	5		
7.	Jsem schopen/a velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	0	1	2	3	4	5	6	7
8.	Cítím vyhoření, vyčerpání ze své práce.	0	1	2	3	4	5		
9.	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji.	0	1	2	3	4	5	6	7
10.	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivý/á k lidem.	0	1	2	3	4	5		
11.	Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým/ou.	0	1	2	3	4	5		
12.	Mám stále hodně energie.	0	1	2	3	4	5	6	7
13.	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	0	1	2	3	4	5		
14.	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.	0	1	2	3	4	5		
15.	Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.	0	1	2	3	4	5		
16.	Práce s lidmi mi přináší stres.	0	1	2	3	4	5		
17.	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	0	1	2	3	4	5	6	7
18.	Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pracuji se svými klienty/pacienty.	0	1	2	3	4	5	6	7
19.	Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.	0	1	2	3	4	5	6	7
20.	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	0	1	2	3	4	5		
21.	Citové problémy v práci řeším velmi klidně (vyrovnaně).	0	1	2	3	4	5	6	7
22.	Cítím, že klienti/pacienti na mě přenášejí některé své problémy.	0	1	2	3	4	5		

9.3 Příloha č.3 Dotazník psychohygieny

DOTAZNÍK NA DUŠEVNÍ HYGIENU

Myslíte si, že udržujete v práci dobré vztahy se svými kolegy?

- a) Ano
- b) Ne

Máte smysl pro humor, dokážete si ze sebe udělat legraci?

- a) Ano
- b) Ne

Snažíte se posilovat svoji osobnost?

- a) Ano
- b) Ne

Snažíte se po práci relaxovat a odpočívat?

- a) Ano
- b) Nemám na to čas
- c) Snažím se, ale ne vždy to jde

Trpíte nedostatkem spánku?

- 1) Ano
- 2) Ne
- 3) Někdy

Máte dostatek pohybu?

- 1) Ano, snažím se mít aktivní život
- 2) Raději trávím svůj volný čas u TV
- 3) Někdy si vyjdu s přáteli/rodinou ven

Jak velké znalosti máte v oblasti péče o duševní zdraví (duševní hygienu)?

- 1) Nic o tom nevím
- 2) Termín je mi známý, ale nedaří se mi znalosti dodržovat (často tyto znalosti porušuji)
- 3) Zásady psychohygieny dodržuji každý den

Provádíte pravidelně aktivity, které vám přinášejí pocit uvolnění a odreagování?

- a) Ano
- b) Ne

Myslíte si, že lze předejít stresu, nebo se na něj připravit?

- a) Ano
- b) Ne

Jste v práci spokojený/á?

Ano

Ne

Jaké jsou vaše nejčastější projevy stresu? (lze uvést více odpovědí)

- a) Podrážděnost
- b) Pláč
- c) Problémy s usínáním
- d) Pocení, třes rukou
- e) Bušení srdce

f) Nechutenství

Máte nějakou strategii, jak předcházíte stresu?

.....

Popište svůj způsob relaxace po náročném dni.

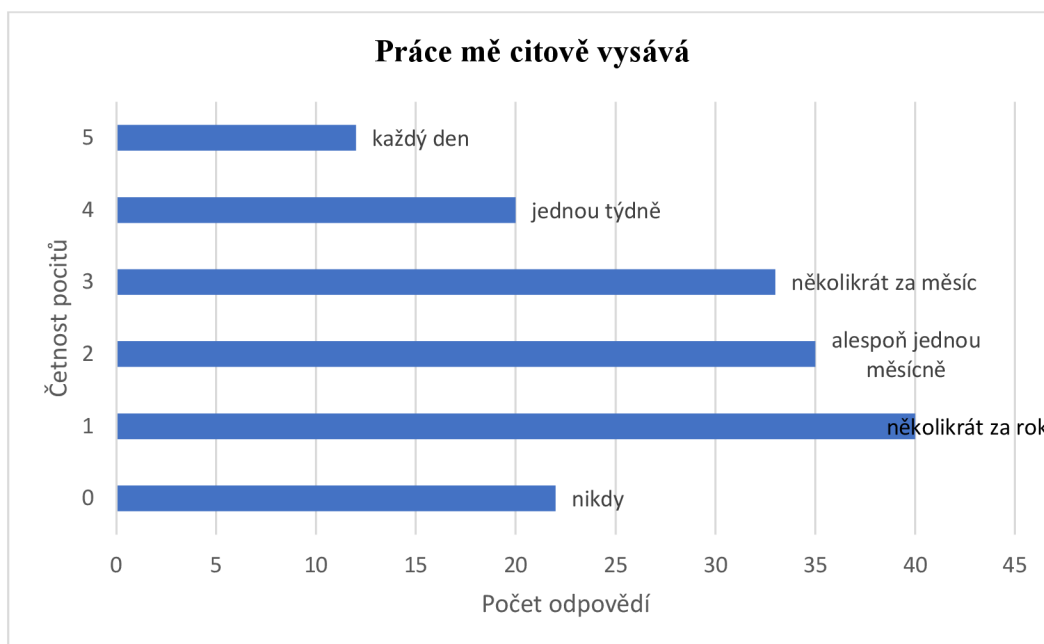
.....

Kolik hodin v průměru spíte?

.....

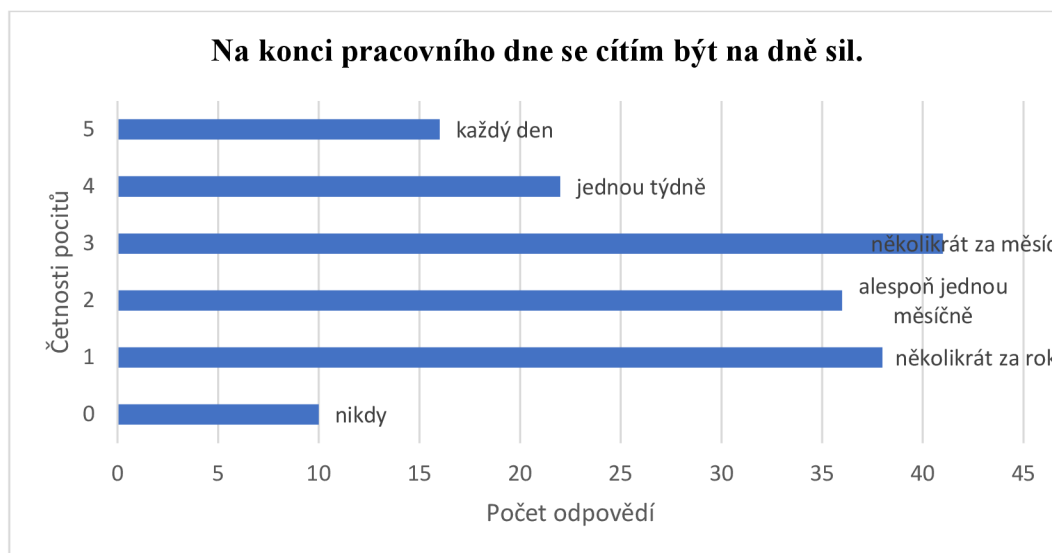
9.4 Příloha č.4 Grafy výzkumných otázek MBI dotazníku

1. Výzkumná otázka: Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.



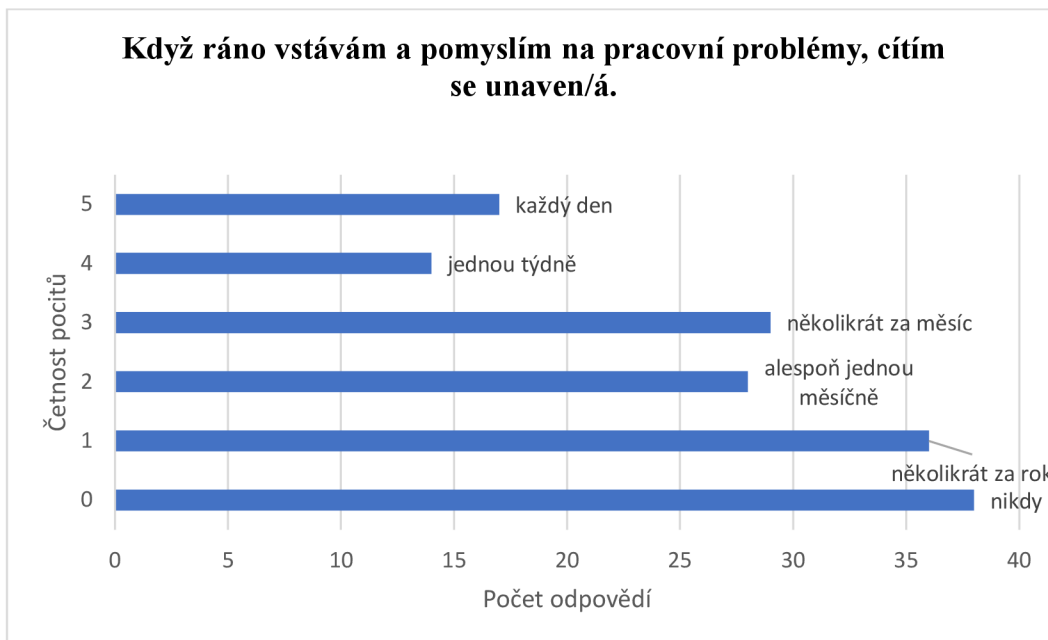
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

2. Výzkumná otázka: Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.



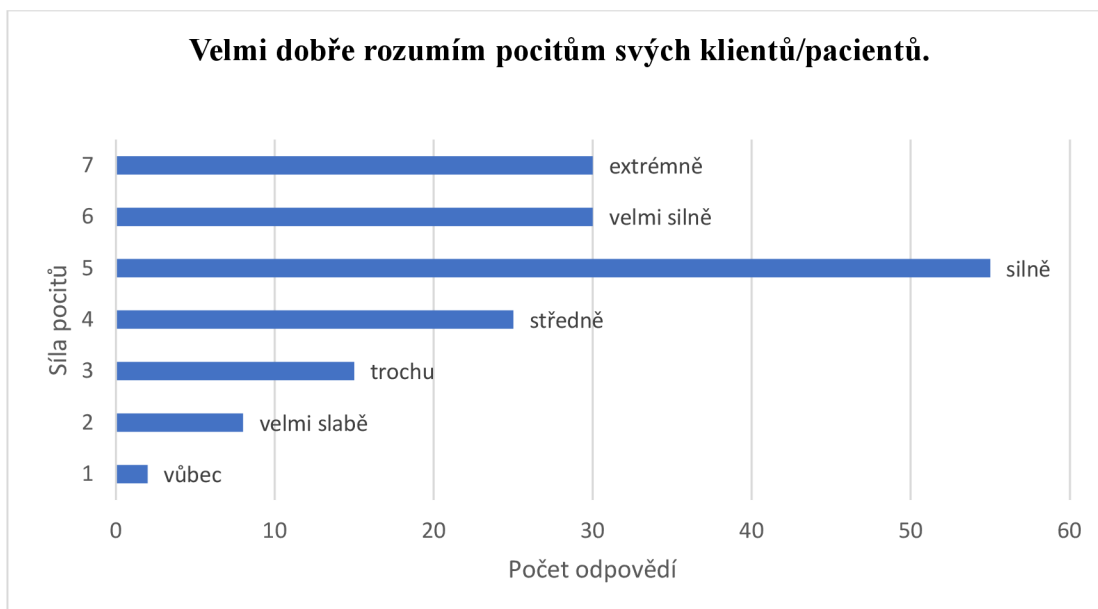
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

3. Výzkumná otázka: Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/á.



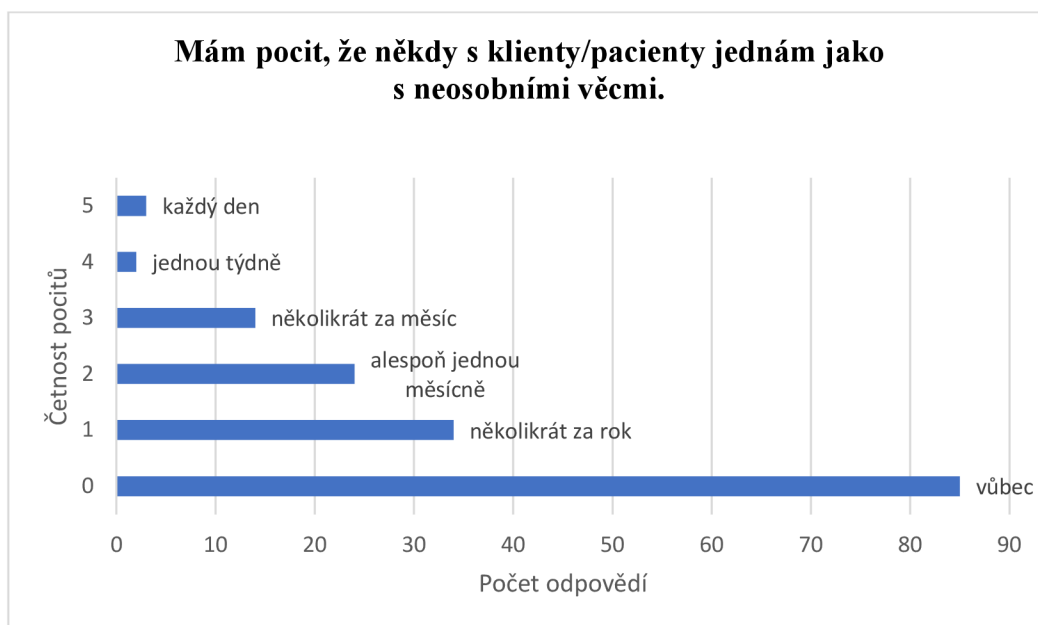
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

4. Výzkumná otázka: Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.



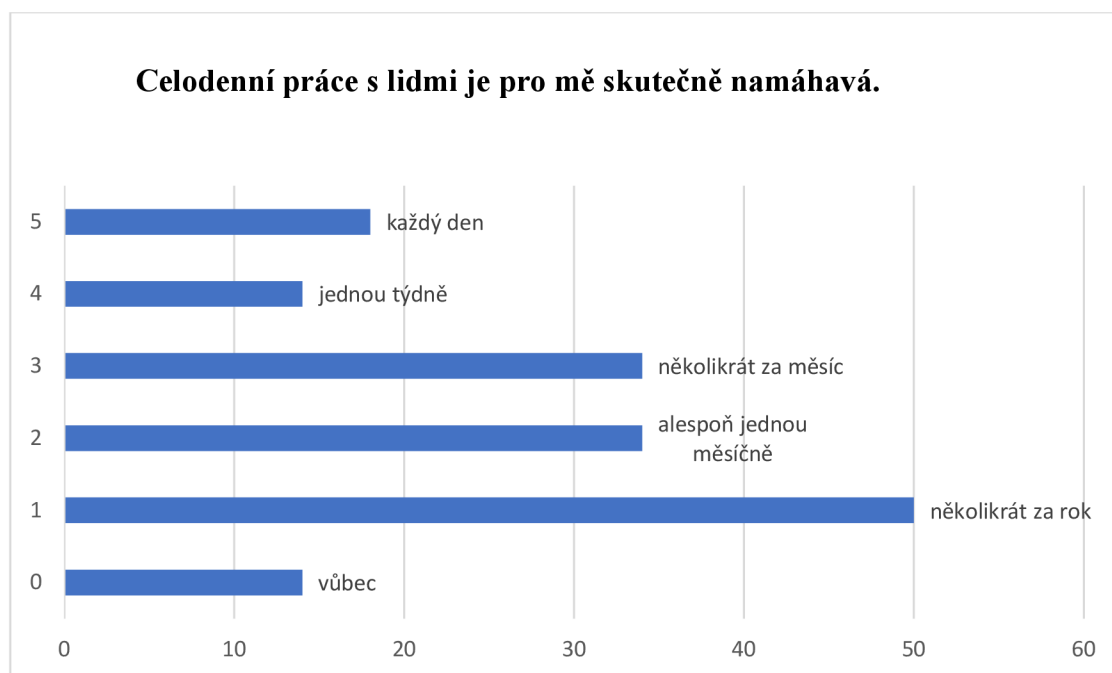
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

5. Výzkumná otázka: Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi.



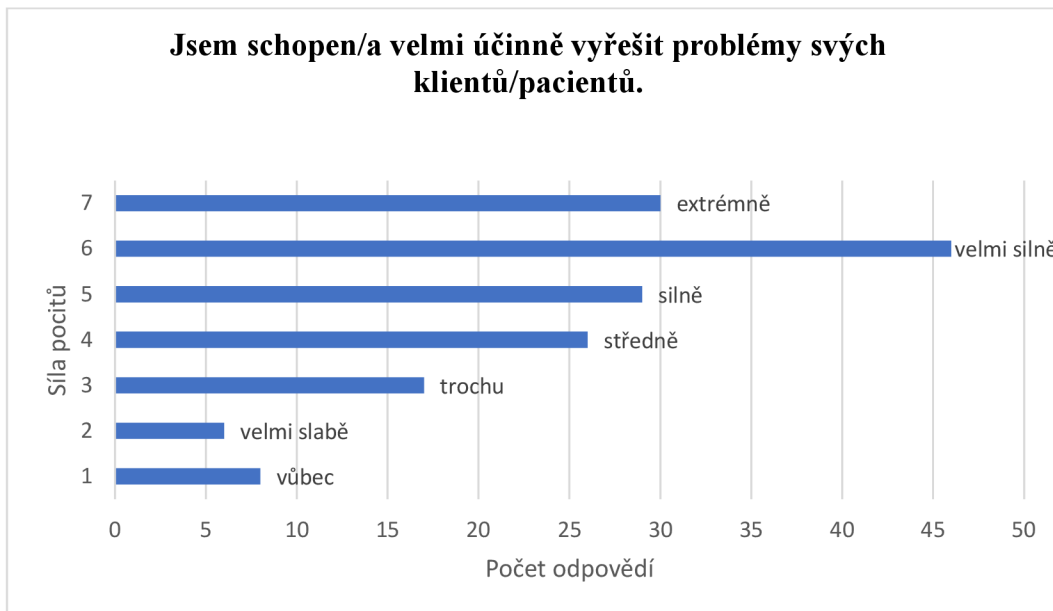
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

6. Výzkumná otázka: Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá.



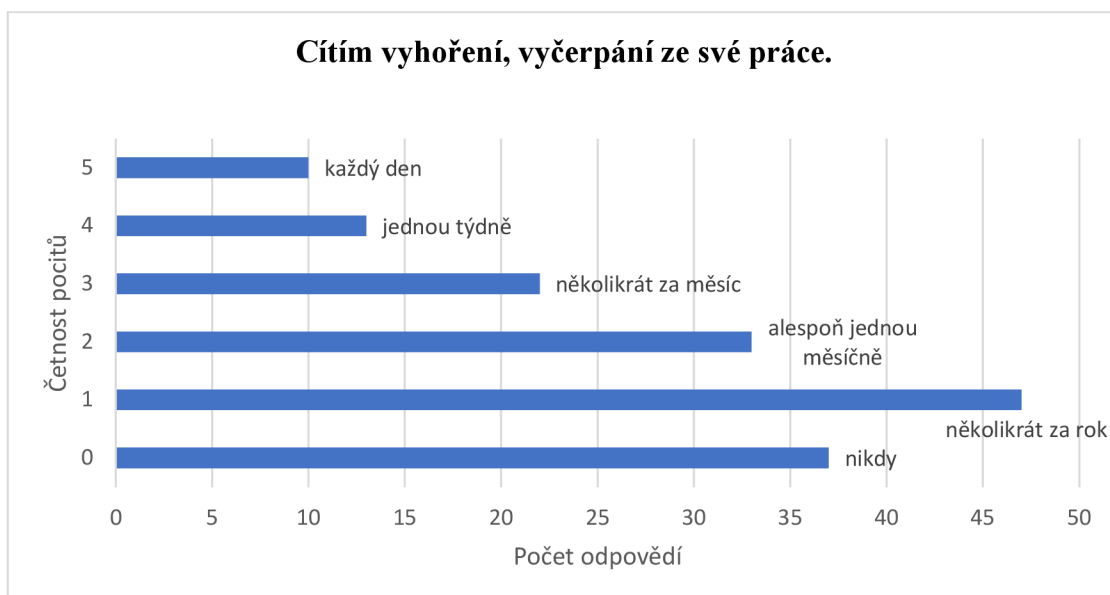
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

7. Výzkumná otázka: Jsem schopen/a velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.



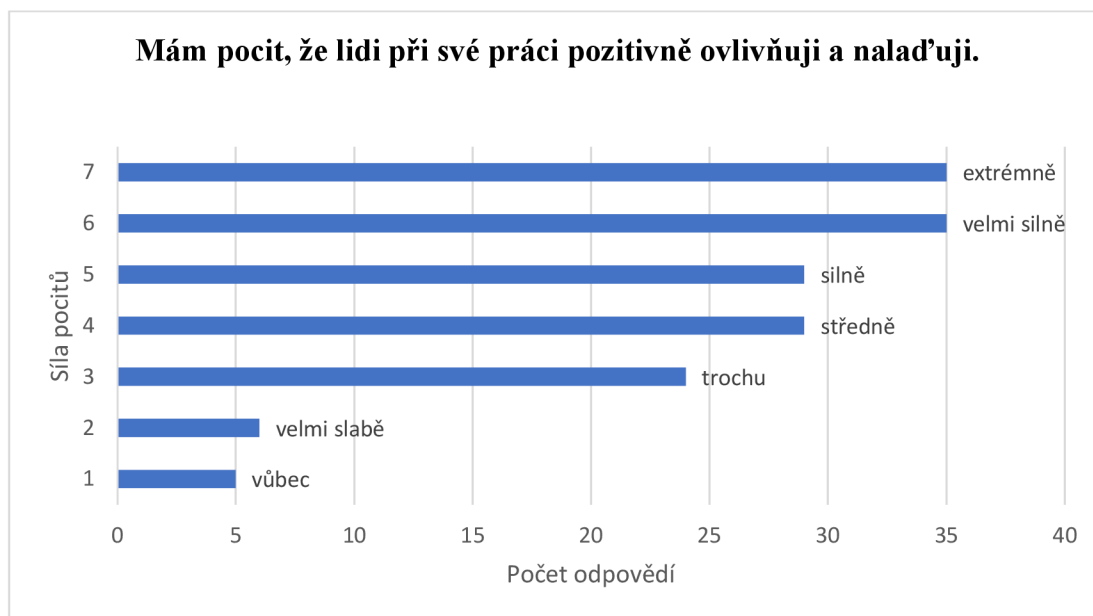
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

8. Výzkumná otázka: Cítím vyhoření, vyčerpání ze své práce.



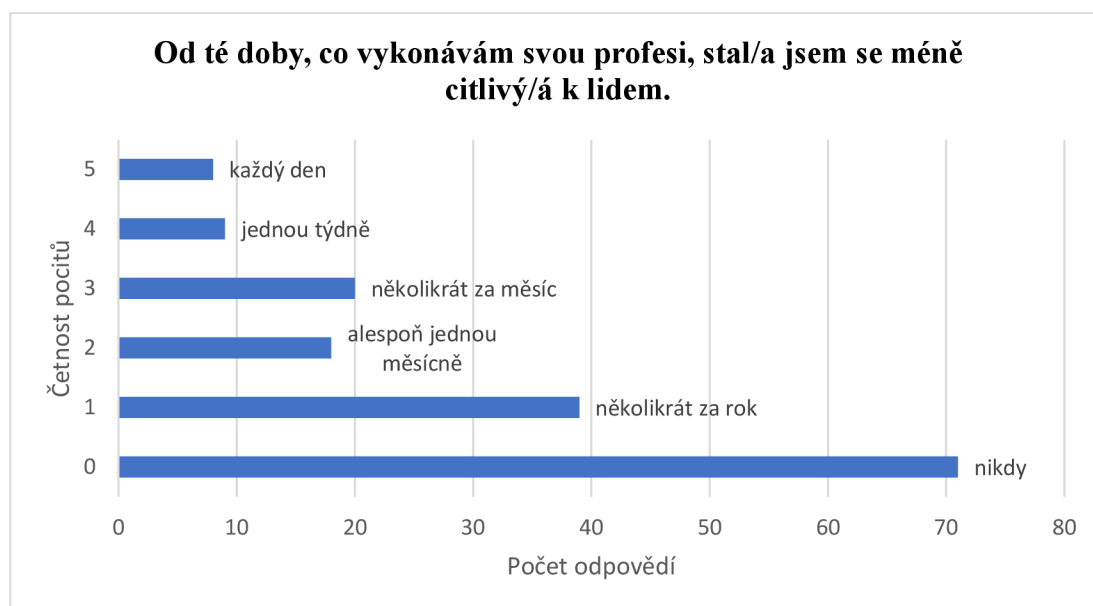
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

9. Výzkumná otázka: Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji.



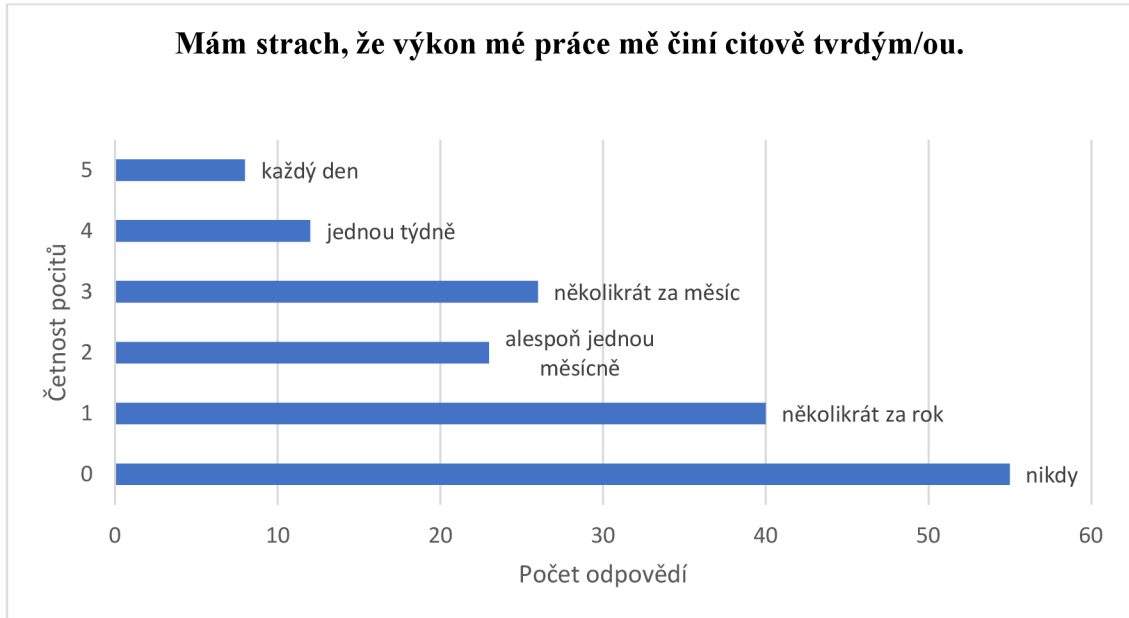
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

10. Výzkumná otázka: Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivý/á k lidem.



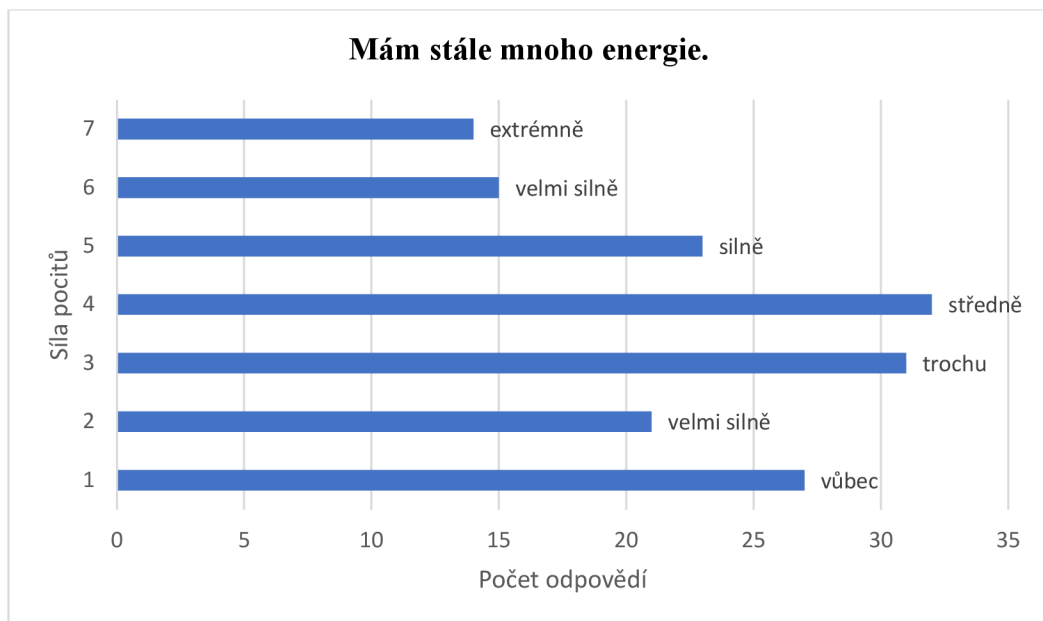
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

11. Výzkumná otázka: Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým/ou.



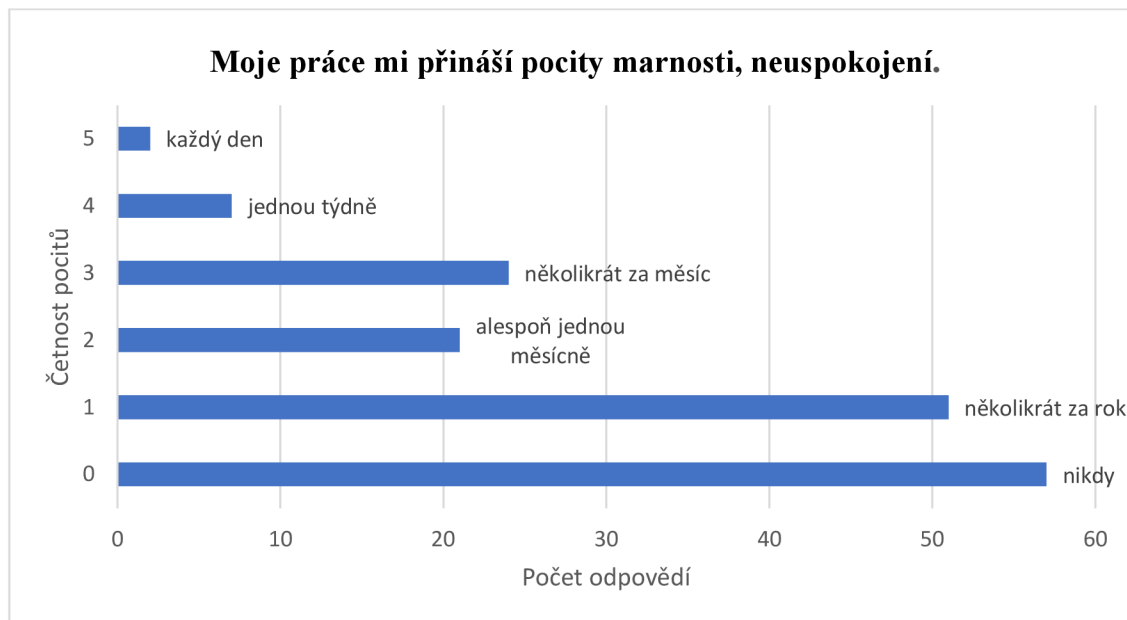
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

12. Výzkumná otázka: Mám stále mnoho energie.



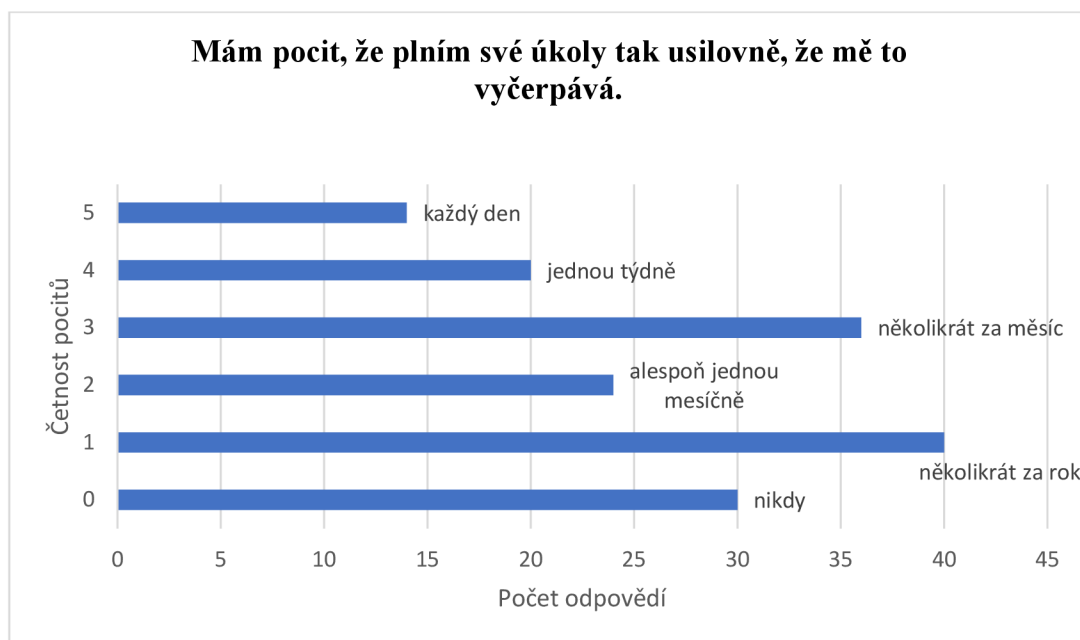
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

13. Výzkumná otázka: Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.



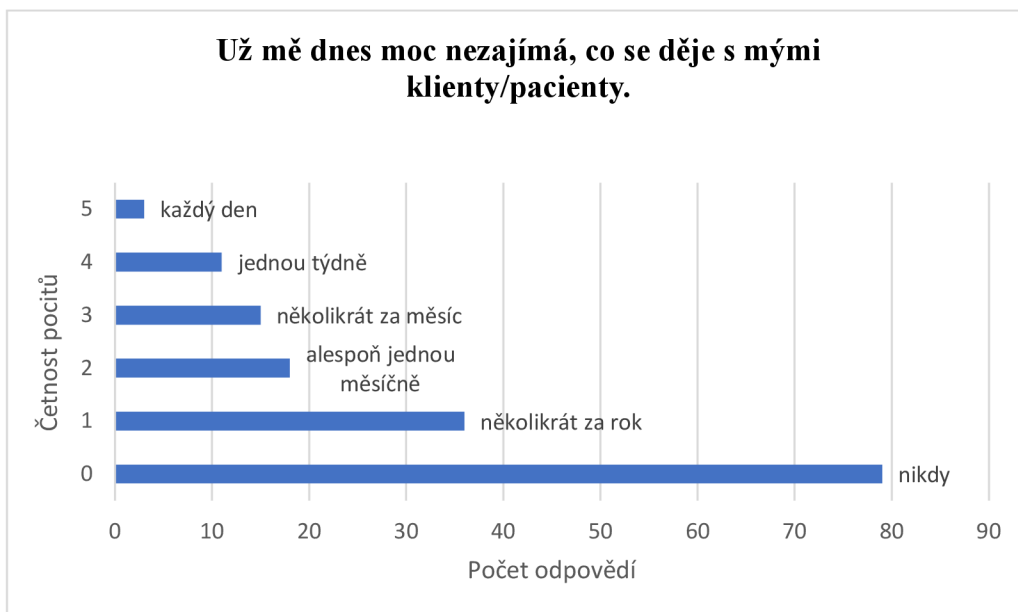
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

14. Výzkumná otázka: Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.



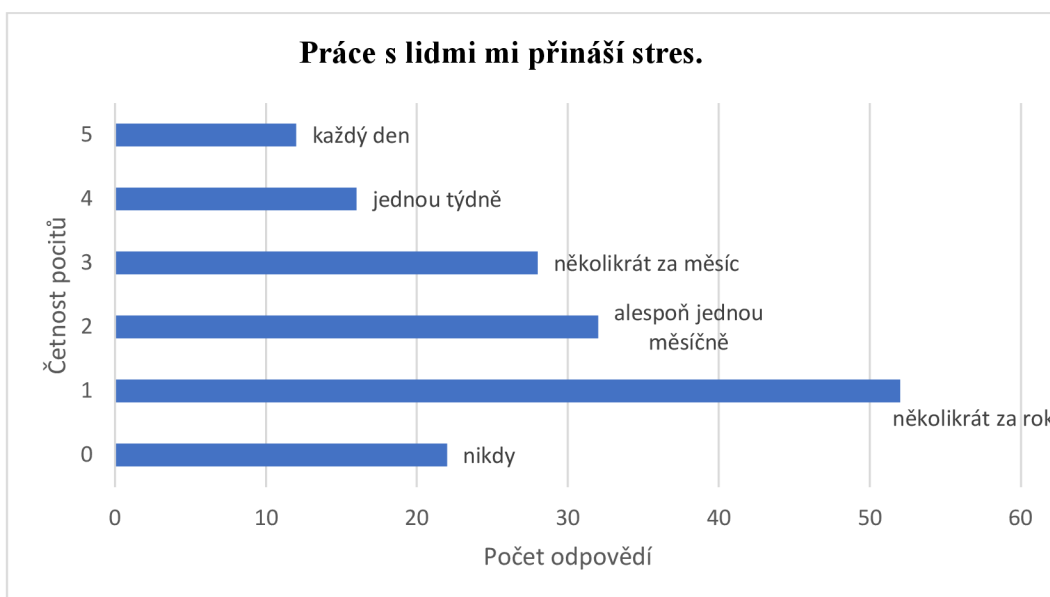
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

15. Výzkumná otázka: Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.



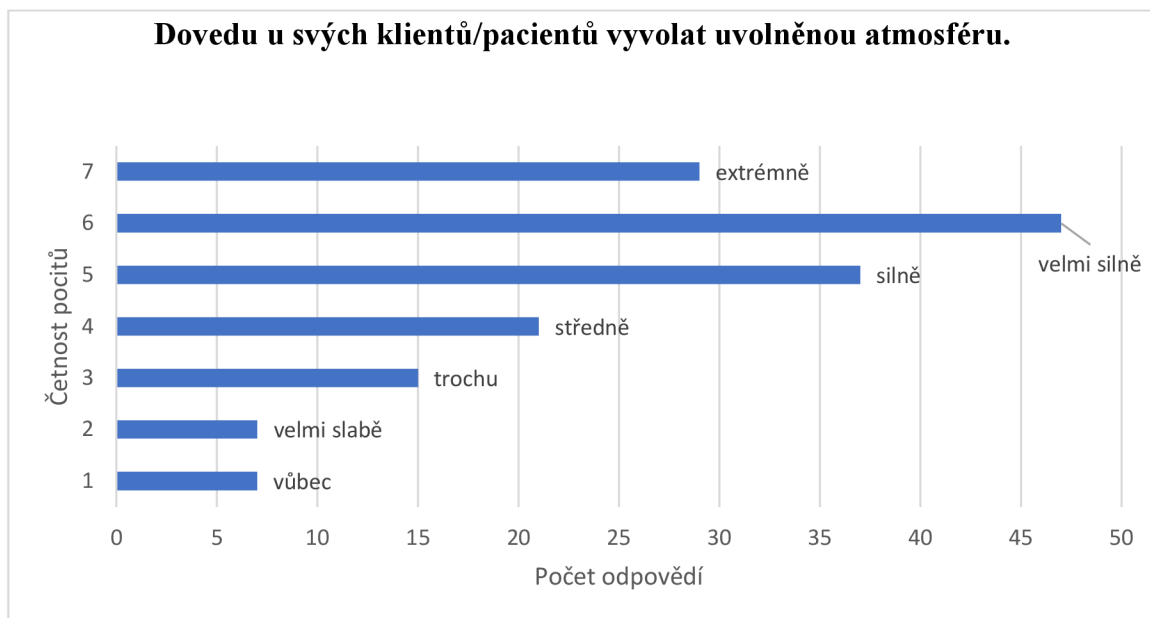
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

16. Výzkumná otázka: Práce s lidmi mi přináší stres.



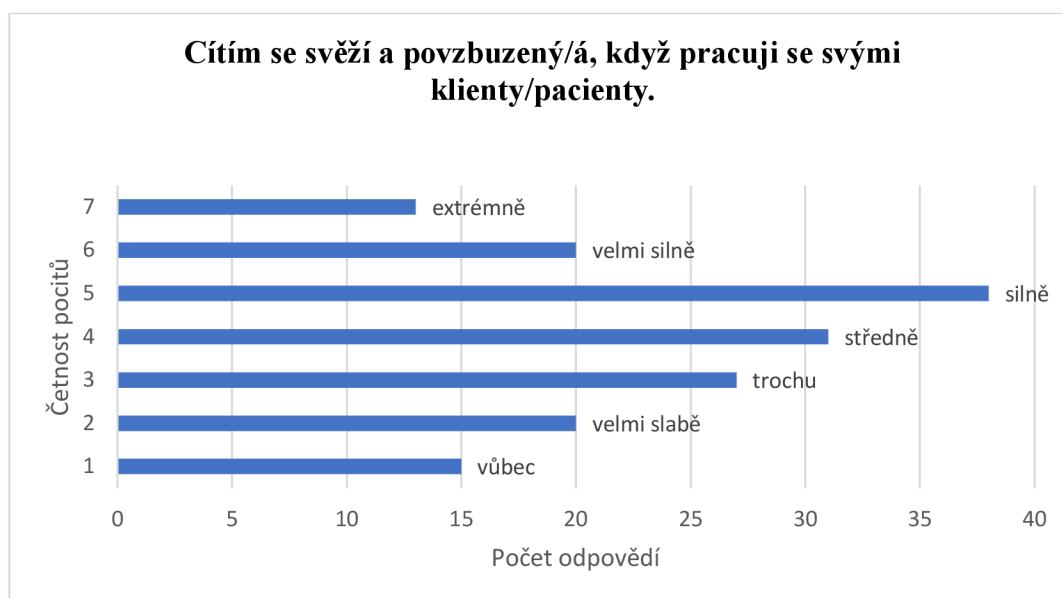
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

17. Výzkumná otázka: Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.



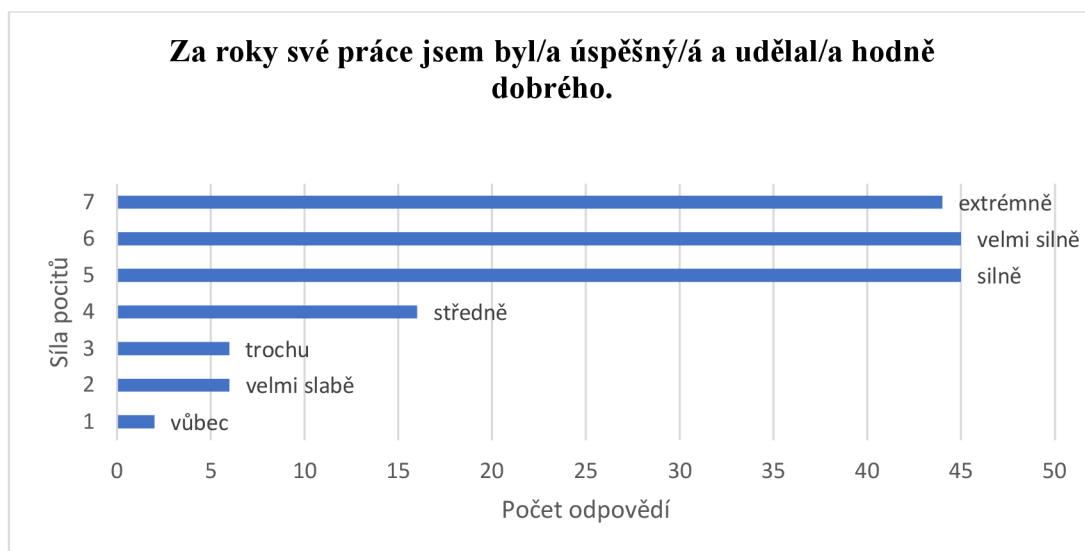
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

18. Výzkumná otázka: Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pracuji se svými klienty/pacienty.



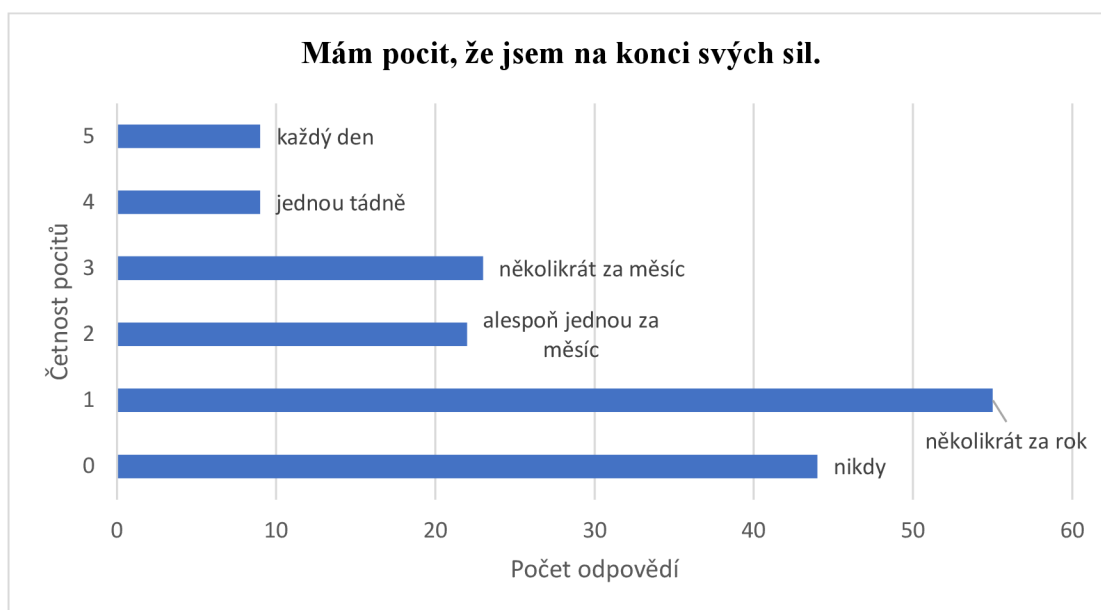
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

19. Výzkumná otázka: Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.



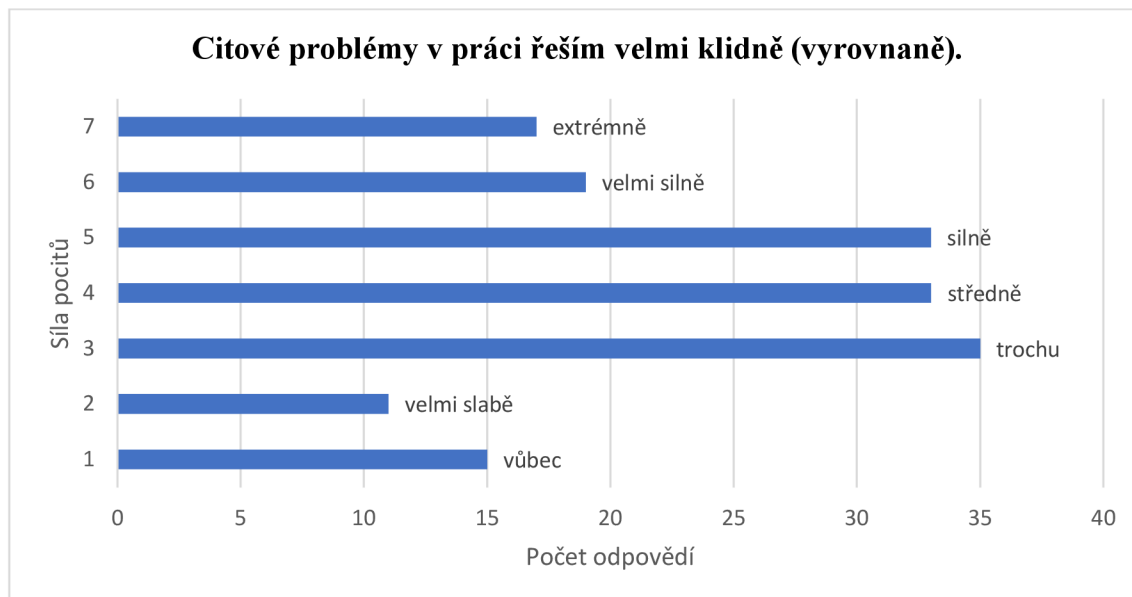
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

20. Výzkumná otázka: Mám pocit, že jsem na konci svých sil.



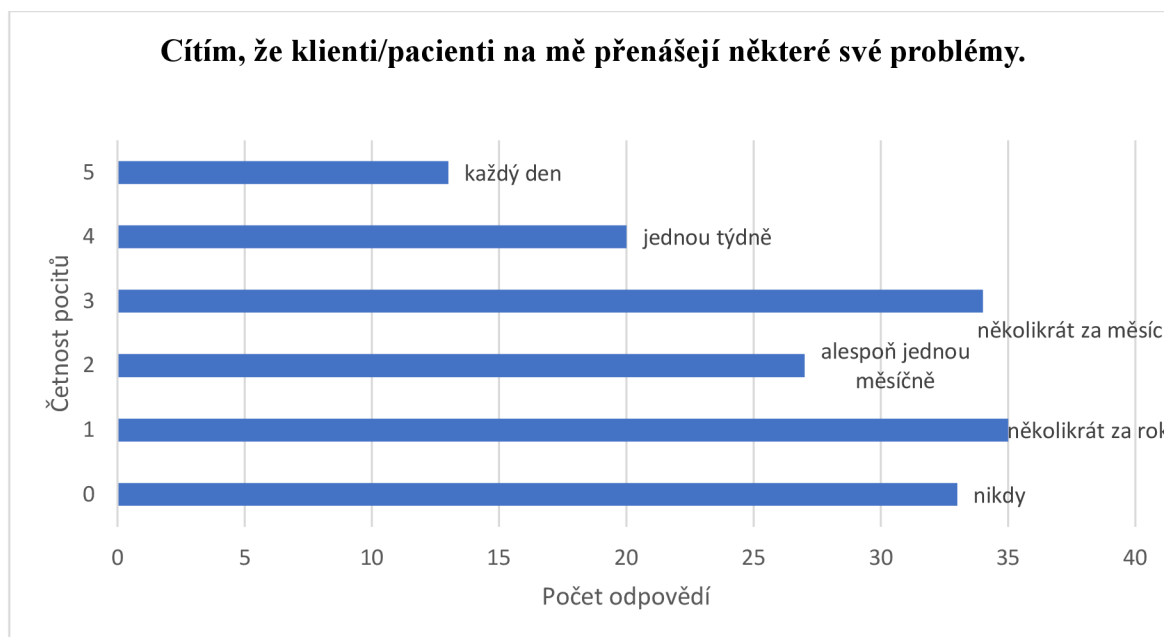
Zdroj: vlastní zpracování (2022)

21. Výzkumná otázka: Citové problémy v práci řeším velmi klidně (vyrovnaně).



Zdroj: vlastní zpracování (2022)

22. Výzkumná otázka: Cítím, že klienti/pacienti na mě přenášejí některé své problémy.



Zdroj: vlastní zpracování (2022)