

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

**SYNDROM VYHOŘENÍ  
V TERCIÁRNÍM SEKTORU SLUŽEB**  
(OBOR KADEŘNICTVÍ, KOSMETIKA A NEHTOVÝ  
DESIGN)

**BURNOUT SYNDROME IN THE TERTIARY  
SERVICES SECTOR**  
(FIELD OF HAIRDRESSING, COSMETICS AND NAIL DESIGN)



**Bakalářská diplomová práce**

Autor: **Kristýna Zástavová**

Vedoucí práce: **Mgr. Jana Horáková**

Olomouc

2021

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Janě Horákové, mé vedoucí práce, za trpělivost, investovaný čas, ochotu pomoci a veškeré konstruktivní poznámky. Taktéž dík patří panu PhDr. Martinu Dolejšovi, Ph.D. a Bc. Kryštofu Petrovi. Dále děkuji svým rodičům, partnerovi, vyučujícím, spolužákům i přátelům. Zkrátka všem, kteří mě po celou dobu studií podporovali a připomínali mi, že se nemám vzdávat.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Syndrom vyhoření v terciárním sektoru služeb“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 25. 3. 2021

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>3</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Syndrom vyhoření</b> .....	<b>7</b>
	1.1. Definice .....	8
	1.2. Historický kontext .....	9
	1.3. Stres jako klíčový rizikový faktor vyhoření .....	11
	1.4. Další rizikové faktory .....	13
	1.5. Příznaky syndromu vyhoření.....	18
	1.6. Proč je vyhoření tolik nebezpečné? .....	19
	1.7. Fáze procesu vyhoření .....	20
	1.8. Diagnostika.....	22
	1.9. Diferenciální diagnostika.....	25
	1.10. Prevence .....	26
	1.11. Léčba .....	29
<b>2</b>	<b>Terciární sektor služeb</b> .....	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>Výzkumy k problematice vyhoření v terciárním sektoru</b> .....	<b>34</b>
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>39</b>
<b>4</b>	<b>Výzkumná oblast, cíle, otázky a hypotézy</b> .....	<b>40</b>
	4.1. Výzkumný problém .....	40
	4.2. Cíle výzkumu.....	41
	4.3. Výzkumné hypotézy .....	41
<b>5</b>	<b>Metodika organizace výzkumu a použité metody</b> .....	<b>43</b>
	5.1. Metodologický rámec a použité metody .....	43
	5.2. Výzkumný soubor .....	45
	5.3. Postup získávání dat .....	47
	5.4. Etické aspekty výzkumu.....	48
<b>6</b>	<b>Výsledky výzkumu</b> .....	<b>49</b>
	6.1. Výsledky deskriptivní statistiky .....	49
	6.2. Výsledky inferenční statistiky .....	56
	6.3. Vyjádření k platnosti hypotéz a výzkumných otázek.....	65

<b>7</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>69</b>
<b>8</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>73</b>
	<b>Souhrn .....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY .....</b>	<b>77</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>84</b>
	Příloha 1: Podklad pro zadání bakalářské práce .....	84
	Příloha 2: Abstrakt bakalářské práce – česká verze .....	85
	Příloha 3: Abstrakt bakalářské práce – anglická verze.....	86
	Příloha 4: Ukázka inventáře MBI.....	87
	Příloha 5: Ukázka dotazníku vlastní konstrukce .....	88
	Příloha 6: Informační brožury poskytnuté respondentům ke stažení .....	90
	Příloha 7: Leták s žádostí o zapojení do výzkumu .....	92

# ÚVOD

V rámci této bakalářské práce se budu věnovat tematice syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření (také zvaný burnout či pouze vyhoření) je fenomén, který se stal již několikrát podkladem mnoha výzkumů. Nicméně v dosavadním zkoumání byl vztahován zejména a často i výhradně k profesím učitelským, pomáhajícím, zdravotnickým či manažerským. Z tohoto důvodu mě v rámci úvah napadlo, zda existuje i jiná pracovní oblast, v níž by tímto syndrom mohli pracovníci trpět? Zvažovala jsem proto další profese zahrnující blízký kontakt s klienty, kde se s nimi pracující potkávají na delší čas než hodinu a dochází tak zde k bližšímu vzájemnému poznání obou stran. Takto jsem dospěla k názoru, že takovou ohroženou pracovní skupinou by mohli být jedinci zaměstnaní v terciárním sektoru služeb. Jelikož do této sféry spadá mnoho profesí, vybrala jsem si pro svou práci pouze tři z nich – obor kosmetika, nehtová modeláž a kadeřnictví. Volila jsem takto zejména proto, že se jedná o rozšířené profese, kde je možné se s pracujícími v uvedených oborech setkat v rámci běžného kontaktu a každý do určité míry rozumí tomu, čeho se jejich práce týká. Samotnou myšlenku potřeby zkoumat fenomén vyhoření v sektoru služeb podpořily i mé rozhovory s profesionály v uvedených oborech, při nichž jsem se dozvěděla, že se velmi často při své práci setkávají s detailně popsány osobními příběhy klientů a jsou tak vtáhnuti do soukromých životů mnoha zákazníků. Dle mého názoru je toto téma důležité jak z pohledu psychologie, tak z pohledu osvěty pracovníků terciárního sektoru, kteří se v rámci vzdělávání pravděpodobně nesetkali se zásadami psychohygieny a nemusí umět včasné rozpoznat varovné signály přicházejícího vyhoření, jenž by mohlo pramenit z vlastností jejich oboru. I z tohoto důvodu se pokusím, aby měla práce přesah do praxe a poskytla respondentům možnost určitého vrácení jejich úsilí. Jak je zvykem, respondenti dostanou možnost zaslání výsledků této bakalářské práce, a navíc pro ně vytvořím informační brožurku, jež bude shrnovat teoretický rámec k syndromu vyhoření, vysvětlí význam psychohygieny a její zásady, a také poskytne odkazy na relevantní knihy, stránky či organizace, na něž by se mohli v případě potřeby obrátit. Cílem této práce nebude tedy jen zmapování situace v terciárním sektoru, ale i určitá osvěta v dané populaci. V rámci výzkumné části se pokusím zjistit, zda budou respondenti skórovat v dotazníku MBI statisticky významně a zda to bude korespondovat s jejich odpověďmi v dotazníku druhém, který se bude zaměřovat podrobněji na pracovní a osobní život.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Jak již z přístupu dnešní vědy víme, je důležité se na jedince zaměřit pohledem komplexního přístupu, tedy jako na bio-psycho-sociálně-spirituální jednotku. Podobně jako můžeme pozorovat fyziologické vyčerpání či zhroucení organismu v reakci na jeho nepřiměřené zatížení, lze sledovat naprosté vyčerpání i v oblasti psychologické. S výjimkou toho, že ono dosáhnutí „psychického dna“ často nebývá vidět, a to ani z pohledu zasaženého jedince. Takovéto komplexní vyčerpání organismu, zasahující naši tělesnou i duševní stránku, nazýváme syndromem vyhoření, ale také zkráceně jen jako vyhoření, burnout (přejato z angličtiny) nebo vyhasnutí. To vše jsou různé pojmy označující stejný problém. Je důležité si uvědomit, že k vyhoření vede pozvolný proces a nejedná se o jednorázový stav, který by sám bez jakékoli změny zmizel (Křivohlavý, 2001). Vyhoření může potkat každého z nás, kdo byl kdy zapálený do své práce, či má k tomu další předpoklady. Významně se objevuje zejména u jedinců, kteří ve větší míře pracují s druhými lidmi (až 30 % profesionálů). Burnout vzniká jako souhra rizikových faktorů z prostředí pracovního i mimopracovního (Pešek & Praško, 2016). Tento psychopatologický stav bývá výstižně popisován skrze metaforu s oboustranným zapálením svíčky, kdy ono zažehnutí plamene na obou koních vede sice k mnohem většímu osvětlení, nicméně má za následek rychlejší vyhoření svíčky. Podobně literatura uvádí metafory, v nichž vyhoření připodobňují k plápolajícímu táboráku, či přetížení motoru. Přestože se nám uvedené příklad jeví jako srozumitelné, stává se zcela běžně, že zanedbáváme duševní hygienu a díky našemu životnímu stylu se tak lehce můžeme ocitnout ve spárech burnoutu a jen těžko se z jejich sevření dostáváme pryč. Na to, jak náročné je mentální hygienu dodržovat, poukazuje fakt, že vyhoření můžeme sledovat dokonce i u samotných odborníků specializujících se na mentální hygienu (Honzák, 2015).

Obecně je burnout zmiňován zejména v kontextu pracovní oblasti, avšak operuje se i s tím, že může vzniknout v dalších životních oblastech a pramenit z nich. Mluví se například o vyhoření v manželství či rodině (Procaccini & Kiefaber, 1983 in Rossi, Perrewé & Sauer, 2006). Vyhoření není problémem pouhých jedinců, jak se dříve domnívalo, je to výsledek působení sociálního prostředí, v němž se pohybují (Maslach & Leiter, 2016).

## 1.1. Definice

Syndrom vyhoření je fenomén, jenž byl zkoumaný mnoha odborníky po celém světě. Jak jsme již zmiňovali, v literatuře se pro jeho pojmenování využívá kromě slovního spojení „syndrom vyhoření“ ještě pojmy „vyhoření“ nebo „burnout“. Nehledě na to, jaké pojmenování použijeme, jedná se o velmi rozmanitý jev ovlivněný individuálností každého jednice. Tato rozmanitost se odráží v početnosti definic pojmu, v nichž autoři poskytují různé pohledy na problematiku vyhoření. Komplexnější souhrn definic dle různých autorů shrnují například Křivohlavý, dále Pešek a Praško nebo Maslachová. V této kapitole si uvedeme několik z nich.

Za výstižnou lze považovat definici autorů Pines a Aronson, ve které jsou zmíněny všechny složky, jichž se vyhoření dotýká, a také vliv zátěžových situací na jeho vznik: *„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, jež jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací velkého očekávání a chronických situačních stresů“* (in Křivohlavý, 2012, 66).

Dále je velmi známé Freudenbergerovo vymezení, jež upozorňuje na charakter vyhoření jakožto procesu: *„Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)“* (in Křivohlavý, 2012, 65). Stejně tak Pešek a Praško poukazují na kontinuitu procesu vzniku vyhoření, kdy se syndrom neobjevuje náhle, ale je důsledkem dlouhodobě přehlížených obtíží: *„Syndrom vyhoření (syndrom burnout) je stav celkového vyčerpání v důsledku dlouhodobého intenzivního stresu“* (Pešek & Praško, 2016, 15).

Definice Cherniss je přínosná, jelikož klade důraz na závažnost tohoto stavu. Autor udává, že *„Burnout je situací totálního (úplného) vyčerpání sil. Burnout je pocitem člověka, který došel k závěru, že již nemůže jít dál. Burnout je stav, kdy člověk ztratil naději, že se ještě něco může změnit“* (in Křivohlavý, 2012, 63).

Na kontext vzniku vyhoření upozorňuje další definice dle Freudenbergera: *„Burnout je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy)“* (in Křivohlavý, 2012, 63) a také Maslach a Jackson: *„Job*



*burnout is a psychological syndrome that involves a prolonged response to chronic interpersonal stressors on the job“ (Maslach & Leiter, 2016).*

S ohledem na výše uvedené definice i na mnohé další lze konstatovat několik jejich společných prvků. Obecně je burnout spojován s negativními emocionálními projevy, kdy dominantním symptomem je stav celkového vyčerpání. Dále ze zkoumání vyplývá, že všechny složky vyhoření jsou výsledkem působení chronického stresu a jiných faktorů. Projevuje se výrazná vázanost na typ povolání, přičemž nejvíce ohrožení jsou profesionálové pracující pro druhé, dennodenně řešící jejich životy a ochotní pomáhat (Kebza & Šolcová, 2003). S ohledem na profesi i osobní život se při vyhoření vyskytuje výrazně snížená výkonnost. Obecně se objevují negativní postoje v chování jedinců. Typické je i to, že se burnout vyskytuje u jinak zdravých jedinců (Křivohlavý, 2012).

## **1.2. Historický kontext**

Příběhy o totálním vyčerpání můžeme najít již v Bibli či v bájích z dob starověkého Řecka. Pojem burnout byl původně užíván pro označení alkoholiků, kteří zcela propadli své závislosti. Následně se chápání tohoto pojmu rozšířilo i pro toxikomany, později také workoholiky, až byl pojem užíván tak, jak ho známe dnes (Křivohlavý, 1998). Když se ohlédneme zpět do minulosti, můžeme najít kazuistiky zmiňující projevy vyhoření ještě před jeho zpopularizováním, například lze zmínit popis stavu zdravotní sestry jménem Jones z roku 1953. Také v knize „A Burn out case“ z roku 1960, kterou napsal Graham Green, můžeme sledovat příběh vyhořelého architekta, jenž dá výpověď v práci v návaznosti na své vyčerpání a vydá se do africké džungle (Maslach & Schaufeli, 1993).

Za autora termínu „syndrom vyhoření“ v dnes užívaném kontextu je považován německý psycholog Herbert J. Freudenberger. Ten vzhledem k nepříznivým okolnostem svého narození i života zaměřil své úsilí zejména na studium a následně na práci psychologa. Pracoval tak ustavičně, až se sám tváří v tvář s vyhořením setkal. V jeho případě se syndrom projevil naprostým vyčerpáním organismu, kdy nebyl týden schopný pohybu a psychicky velmi strádal. Po tomto zážitku si Freudenberger uvědomil nutnost provést ve svém životě změny a sám si poskytl terapii tím, že si nahrál vlastní myšlenky na diktafon a následně je rozebral. Takto započala jeho cesta zkoumání fenoménu vyhoření. Ve své knize z roku 1980 uvádí Freudenberger první krátký inventář, z jehož skóre může jedinec usoudit, zda je již vyhořelý nebo k tomu spěje. Následně společně s Gailem Northem vytváří tento psycholog proces vzniku syndromu vyhoření, jenž se skládá z 12 fází (Křivohlavý, 1998). Další

významné poznatky k problematice přinesla Christina Maslach. Tato americká psycholožka se původně zabývala copingem v pracovní oblasti, a právě při tomto bádání vyzozorovala u zkoumaných jedinců projevy typické pro vyhoření. Přestože tehdy ještě pojem nebyl příliš známý, náhodou se od svého známého dozvěděla, že v advokacii se takové projevy souhrnně nazývají burnout. Maslachová se v návaznosti na zjištění o rozšíření toho syndromu v populaci rozhodla svou výzkumnou dráhu změnit (Maslach & Schaufeli, 1993). Ve svém výzkumu se Maslachová věnuje podrobněji příznakům vyhoření, ty autorka rozdělila do 3 skupin. Oproti Freudenbergerovi klade důraz nejen na osobnostní faktory, ale fokusuje se i na vlivy pracovní a sociální. Tato psycholožka považuje za zásadní charakteristiku syndromu vyhoření jakýsi obrat směrem k negativnímu pólu nejrůznějších hodnot. Maslachová přispěla zejména vytvořením metody *Burn out maslach inventory* v roce 1986 (Honzák, 2015).

Jak jsme již uvedli, přestože vyhoření bylo popisováno již dříve, první oficiální články v oborových časopisech se objevily až v polovině 70. let. 20. století. Z počátku bylo jejich cílem fenomén podrobněji popsat, pojmenovat ho a ukázat, že se jedná o rozšířený problém, nikoli záležitost deviantů. Dokonce se někteří vědečtí pracovníci či editoři zprvu k burnoutu stavěli kriticky a považovali ho pouze za trend vymyšlený línými jedinci (Maslach & Schaufeli, 1993). Prvotní zájem byl zejména na americkém kontinentu, například v Kalifornii na univerzitě v Berkeley, později se přidali výzkumníci z Rutgers University (C. Cherniss, D. Glass), University of Pittsburgh (J. Knight) a další. Problematika byla následně rozšířena i do Kanady, Německa, Holandska (Schaufeli), Izraele a dalších států (Kebza & Šolcová, 1998). Trvalo určitou dobu, než vznikl první výzkum v této oblasti, byl proveden v rámci kvalitativního přístupu za využití deskripce. Poté se vyhoření zkoumalo zejména pomocí rozhovorů a případových studií. Avšak v 80. letech se toto výzkumné téma velmi rozšířilo mezi další odborníky a samotný výzkum se posunul do úrovně kvantitativní. Bylo potřeba problém detailněji popsat a zmapovat, jak velkou populaci syndrom postihuje. V této době také začaly vznikat dnes užívané (pro většinu zemí standardizované) metody. V 90. letech se zájem přesunul z oblasti služeb a edukace do oblasti armádní, administrativní či manažerské (Leiter, Maslach, & Frame, 2015). Dnes je dokonce často pojem užívaný i v kontextu vyhoření sportovního, rodinného apod. (Maslach & Schaufeli, 1993). Typickým příkladem vyhoření z příčin mimopracovních je situace, kdy se jedinec dlouhodobě stará o svého blízkého, který je handicapovaný (Stock, 2010).

### 1.3. Stres jako klíčový rizikový faktor vyhoření

Nyní, když již chápeme pojem vyhoření, je podstatné si ho propojit s jeho hlavní příčinou a tou je dle většiny autorů stres. Přestože jsme všichni stres prožili a víme, co s námi dělá, mezi autory nepanuje shoda na jednotné definici tohoto pojmu. Ale i přes to lze konstatovat, že se jedná o stav vzniklý působením okolí, kdy jedinec nemá dostatek zdrojů pro odolávání stresové situaci a reaguje na ni určitým způsobem v tělesné i emocionální rovině (Baštecká & Mach, 2015).

Stres je nedílnou součástí našich životů a je v nás zakotven evolučně. Původní funkcí stresové reakce je naše ochrana, ale vlivem doby postupně došlo k tomu, že náš systém takto reaguje i na nepřiměřené podněty, a to naše tělo ničí. Velká část populace se díky tomu často stává obětí chronického stresu, což ovlivňuje činnost imunitního, endokrinního a nervového systému. Při dlouhodobém působení stresových podnětů může dokonce dojít ke změnám chování, stres se přímo podílí na vzniku kardiovaskulárních onemocnění, diabetu mellitu, astmatu, revmatické artritidy či způsobuje další zdravotní obtíže. Mimo jiné se váže i k psychickým onemocněním. To, jak stres zvládáme, je zcela individuální, každý máme jiné predispozice i psychickou vulnerabilitu. Zvládání zátěžových situací (coping) je dynamický proces, který vyžaduje určitou vědomou snahu (Křivohlavý, 2001).

Historicky k pochopení stresové reakce významně přispěl Hans Selye, jeho jméno je dodnes vázáno ve všech učebnicích s kortikoidním pojetím stresu. Na stres můžeme nahlížet z pohledu několika teorií. Kognitivní teorie připodobňuje stresovou situaci k omezené kapacitě krátkodobé paměti, která je schopná pojmout  $7 \pm 2$  jednotek. Stejně tak funguje kognitivní kapacita, pokud distres přesahuje možnosti našeho kognitivního aparátu. Emocionální teorie zaměřující se na emocionalitu zjistila podobné informace jako ta kognitivní. Podle ní je stres příčinou vzniku frustrace, v jejímž důsledku se snižuje naše motivace, jsme výbušnější a celou situaci to zhoršuje. Dále svými poznatky přispěl k pojetí stresu Seligman, který přichází s teorií naučené bezmocnosti. Dále fyziologická teorie stresu upozorňuje na fakt, že ve stresových situacích se zaměřuje naše pozornost na konkrétní problém, doslova se zúží i naše zorné pole, a my tak ztrácíme náhled na komplexnější řešení (Křivohlavý, 2001).

Stres standardně můžeme dělit na **distres** a **eustres**, přestože najdeme některé kritiky tohoto odlišování. Eustres je chápán pozitivně jako takzvaný aktivační stres. O eustresu mluvíme například v případě významných událostí (svatba, promoce), při nichž dochází ke

zvýšení stresové hladiny ve vztahu k velkolepé události a sekreci ACTH. Do jisté míry je takový stres zdravý. Protipólem eustresu je distres, ten je popisován jako negativně prožívaný stres a jeho definice odpovídá standardnímu pojetí stresu, jak ho známe (Křivohlavý, 2001).

Se stresem se velmi úzce pojí **stresory**. Jedná se o negativní životní faktory, ztěžující životní situace jedince. Mohou to být události, osoby či další prvky, které způsobují vyvolání stresové reakce (Křivohlavý, 2012). Stresory můžeme dělit na fyzické (hluk, horko), psychické (časový přes, tréma) a sociální (konflikty, ztráta někoho). I když by se dalo tvrdit, že psychické a sociální fungují souběžně, a tudíž se jedná spíše o stresory psychosociální. Ovlivnit jedince může jeden silný stresor nebo několik menších, současně působících. Každodenní menší stresory jsou označovány jako „daily hassles“ a při jejich nakupení se naše hladina stresu velmi zvedá (Pešek & Praško, 2016). Opravdu silné stresory nazýváme zátěžovými situacemi. Právě ty mohou mít vliv na rozvinutí syndromu vyhoření, jelikož jsou typické svou neovlivnitelností a nepředvídatelností. Takové události se těžko zvládají a v návaznosti na ně jsme často nuceni udělat mnoho změn a ztrácíme životní jistoty (Jeklová & Reitmayerová, 2006). Opačně působícími silami, chránícími nás před stresem jsou salutory, pozitivní životní faktory. Salutory nám usnadňují každodenní fungování a dodávají nám sílu překonávat překážky (Křivohlavý, 2012).

Již jsme si uvedli, že to, jak reagujeme na stres, je zcela individuální. Reakce je ovlivněna subjektivním zhodnocením situace, našimi osobnostními charakteristikami, vyrovnávacími strategiemi, dosavadními zkušenostmi a životními událostmi, taktéž má vliv sociální postavení či opora jedince (Paulík, 2010). **Stresová reakce** je řízena adrenergním systémem, který se skládá z vegetativních antagonisticky fungujících nervů sympatiku a parasimpatiku. Při setkání se stresory dojde k ovlivnění nadledvinek produkujících adrenalin a noradrenalin. Dle poměru těchto hormonů a informací z centra nazývaného gyrus cinguli náš mozek rozhoduje, jak budeme na ohrožení reagovat. Se znalostmi, které ze současné medicíny plynou, si můžeme snadno vysvětlit, že při reakci na stres dochází k maximální aktivizaci endokrinního a nervového systému. Tyto dva systémy v běžném stavu fungují v trojúhelníkové harmonii ještě se systémem imunitním. Avšak v důsledku stresové reakce nemá již naše tělo síly investovat další energii pro posílení imunity. Dochází tak k jejímu oslabení a stáváme se náchylnými mnoha infekcím. V těle vzniká chaos, který se v nejhorším případě může projevit i ve formě nádoru (Honzák, 2015).

Hans Selye obecnou poplachovou reakci rozdělil do 3 fází – souhrnně je známe jako **GAS** (poplach, odpor, vyčerpání). Poplachová fáze se projevuje v rámci 4-6 hodin v reakci na stresor. Do krve je vyplaven adrenalin, začneme zrychleně dýchat, zrychlí se nám bušení srdce a zúží se cévy, abychom byli schopni rychle reagovat. Evolučně dané základní reakce jsou útěk-útok. Na ohrožení naše tělo reaguje tachykardií, hyperglykemií, stáhnutím sleziny, rozšířením zorniček a sníží se citlivost vůči bolesti. Následuje fáze odporu, kdy se snažíme na stresovou reakci nějak odpovědět, pokud je toto snažení neúspěšné nebo trvá příliš dlouho, dojde k vyčerpání organismu a tehdy právě může vzniknout jiskra vedoucí k vyhoření (Baštecká & Mach, 2015).

Stres může mít krátkodobé i dlouhodobé důsledky. Krátkodobě mluvíme například o emočním rozladění, nespavosti, somatických projevech či dočasných změnách chování (Paulík, 2010). Závažnější důsledky má chronický stres vznikající dlouhodobým působením psychických, fyzických a sociálních stresorů. Pokud nepříjemná situace přetrvává, hodnotíme ji negativně a přestáváme ji zvládat, stává se pro nás příliš intenzivní (Stock, 2010). Při dlouhodobém působení stresorů může dojít ke vzniku somatických projevů nemoci, vyčerpanosti, patologické únavě, nevratným změnám chování, potížím v sociálních vztazích, adaptačním poruchám apod. (Paulík, 2010). Často se také objevují systémové chorobné změny, jakými jsou ischemická choroba srdeční, poruchy glykemie až rozvoj diabetu II. typu, obezita, poruchy imunity, nádorová onemocnění či ztráta sexuální apetence (Honzák, 2015).

## **1.4. Další rizikové faktory**

Mezi rizikové faktory můžeme řadit kromě stresu ještě mnoho dalších příčin. To, zda a jak u nás propukne syndrom vyhoření, je ovlivněno našimi osobnostními charakteristikami, sociálními vazbami, pracovním prostředím, kolektivem a jinými vlivy. V následující kapitole si uvedeme výčet některých dalších rizikových faktorů.

### Vnitřní rizikové faktory

**Osobnostní charakteristiky** jedinců se mohou velmi lišit a stejně tak i jejich reakce na stres. Pokud bychom porovnali 10 jedinců, kteří jsou postaveni před určitou překážku, viděli bychom alespoň takový počet strategií řešení jako je oněch jedinců. Uvedený příklad nám demonstruje, že každá osobnost je velmi jedinečná, a to významně ovlivňuje i její zvládnání zátěže (Křivohlavý, 1998).

V 50. letech 20. století američtí kardiologové Mayer Friedman a Bay H. Roseman provedli longitudinální studii, v níž zkoumali souvislost mezi různými druhy chorob krevního oběhu a určitými formami chování. Z jejich výzkumu vyplynulo, že existuje několik typů osobností. Přestože někteří kritici shledávají teorii nedostatečně vědecky podloženou, tak je tato koncepce dodnes vyučována a rozebírána zejména ve spojitosti s kardiovaskulárními onemocněními (Pešek & Praško, 2016). Autoři dle výskytu infarktu myokardu mezi zkoumanými rozdělili jedince do dvou skupin: **jedinci s typem chování A** a jedinci s typem chování B (v dnešním pojetí mluvíme ještě o osobnosti s typem chování C a D). Chování typu A je typické svou energetičností, unáhleností, zápalem do činností, soupeřivostí, svědomitostí a značnou aktivitou v pracovní činnosti. Jedinci s tímto typem chování se k druhým chovají často velmi asertivně a netrpělivě. Jejich styl života vede v mnoha případech k infarktu myokardu a také jsou kvůli své povaze náchylnější k syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998).

Možný vliv na vznik vyhoření může mít i naše zaměření na emocionalitu či racionalitu. Jung je známý zejména svým dělením na extroverty a introverty, avšak málokdo zná jeho další dělení na **jedince emocionálního či myšlenkového typu**. Lidé emocionálního typu se řídí zejména svými pocity, mají bohatý emoční život, jsou empatictí a objevuje se u nich potřeba úzkého citového vztahu s druhými. Zatímco jedinci myšlenkového typu jsou vysoce strukturovaní, mají dobrou schopnost rozumové analýzy a jsou více kritičtí. Schopnost empatie a sociální inteligence je u nich snižena. Podle výzkumů Kardanové se ukázalo, že oba tyto typy může potkat vyhoření. U emocionálních jedinců v rámci práce pro druhé a u myšlenkových jedinců vlivem jejich vlastních ambicí (Křivohlavý, 1998).

Podobně významným působícím faktorem je **salutogeneze**, tou se v rámci svého výzkumu zabýval Aaron Antonovsky. Konkrétně ho zajímala otázka, proč jsou někteří jedinci imunní vůči různým onemocněním a jiní nikoli. V návaznosti na teorii salutogeneze vytvořil pojetí SOC (sense of coherence), tedy pojetí smyslu pro integritu zahrnující tři dimenze, ve kterých se jedinci pohybují na kladném či záporném pólu. Mezi dimenze řadí autor smysluplnost činností, srozumitelnost situací a zvládnutelnost problémů. Ukázalo se, že si lépe vedou jedinci, kteří se v těchto dimenzích pohybují u kladného pólu a díky tomu zvládají různé těžkosti života mnohem snáze. Zároveň jejich pohled na svět ovlivňuje i fyzický stav, a tak často vykazují mnohem větší známky zdraví. Stejně tak jsou méně náchylní k vyhoření (Křivohlavý, 2012).

Další osobnostní strukturou, jež má vliv na zvládání stresu a vznik vyhoření je **hardiness**. S tímto pojmem přišli existenciální psychologové Salvatore Maddi a Suzan Kobasová. V překladu do češtiny znamená hardiness jakousi tvrdost, nezdolnost či nepoddajnost jedince, jakožto jeho osobnostní charakteristiku. Hardiness se podle výzkumů v souvislosti se syndromem vyhoření ukazuje jako významný protektor před jeho vzniknutím (Křivohlavý, 1998). Složkami nezdolnosti jsou pocit kontroly vlastního života, brání překážek jako výzvy či angažovanost. Některé teorie berou odolnost jako dispoziční faktor, který ovlivňuje, jak se k zátěžové situaci stavíme. Můžeme mluvit o psychické i fyzické nezdolnosti. Ukazuje se v jedincově chování při stresových situacích, v jeho přístupu k životu i rychlosti přizpůsobení se novým podmínkám (Paulík, 2010).

Podle Priess (2015) není vyhoření výsledkem pracovního přetížení, ale dochází k němu, jelikož jedinec přestane vnímat sebe i své emoce. Svým počínáním **ztrácí vztah k sobě a ztrácí tím i vnitřní dialog**, čímž oslabuje vlastní osobnost a nemá dostatek sil k zvládání stresu. Za možnou příčinu vzniku vyhoření lze považovat dle autorky také **narcistické rysy osobnosti**. Kdy narcisté působí velmi pompézně a oslnivě, ale v jejich nitru bychom se mohli setkat s nedostatečnými pocity vlastní hodnoty, proto je pro ně vyhoření nebezpečím. Narcisté často potlačují emoce vůči vlastní osobě a mají zkreslený sebeobraz.

V širším kontextu za náchylné k vyhoření můžeme považovat osoby **empatické, senzitivní, obětavé, plné ideálů**, mnohdy **úzkostné, přílišně pečlivé, na sebe přísné** nebo ty, co se **přehnaně identifikují s druhými** (Kebza & Šolcová, 2003). Negativně ovlivňovat mohou situaci dále **obsedantní a fobické rysy osobnosti**, naučená **zvýšená reaktivita na stres, hostilita** jako osobnostní rys či **agresivní sklony** jedince (Kupka, 2008). Taktéž jsou ohrožení **workoholici**, anebo jedinci s **anankastickou poruchou osobnosti a nízkou mírou asertivity**, díky níž se dostávají častěji do stresových situací (Pešek & Praško, 2016). Stejně tak může mít vliv **perfekcionismus** jako rys osobnosti, **přílišné sebevědomí a nejisté vymezení vlastních hranic** může být ohrožujícím faktorem (Stock, 2010). Seligman propojoval s tematikou vyhoření **pesimistické a optimistické nastavení mysli**. Pesimisté totiž veškeré překážky považují za téměř nezdolné, a navíc v pozitivních momentech myslí jen na to, že brzy skončí. Toto ladění může velmi ovlivnit vyhoření. A dále i Mihaly Czikzentmihalyi, autor pojmu **flow**, uvádí svou teorii v souvislosti s vyhořením. Ayala Pines vztahuje k syndromu vyhoření **monotónnosti**. Je to z toho důvodu, že monotónně ladění jedinci často problémy neberou jako výzvu, ale překážku (Křivohlavý, 2012).

Bylo zjištěno, že na vznik a průběh syndromu vyhoření mají vliv i **biologické faktory**. Podle Paulíka (2010) existují malé **rozdíly mezi muži a ženami v odolnosti**. Z pohledu biologického byly zjištěny některé odlišnosti, je to dáno jak **genetickou výbavou, hormonální aktivitou, tak kulturně-historickým prostředím**. Ženy díky oxytocinu mají tendence být ve stresové situaci více empatické, navíc je chrání hormon estrogen. Zatímco muži vlivem testosteronu reagují aktivněji a agresivněji).

V předešlých odstavcích jsme se dozvěděli, že osobnostních charakteristik může být opravdu nespočet, pokud jde o jejich vliv na vznik vyhoření či jeho průběh. Zmínili jsme zde například osobnost typu A, hardiness, salutogenezi a mnohé další. Dále nás ovlivňují i vlivy biologické jako například pohlaví, naše genetická výbava a kulturně-historické prostředí. Z uvedených informací vyplývá, že naše osobnost může mít zásadní vliv na zpracování těžkých životních situací a není tak divu, když vidíme toliko různých mechanismů boje proti stresu.

#### Vnější rizikové faktory

Neovlivňuje nás pouze naše osobnost, ale i vnější rizikové faktory. Tedy prostředí, ve kterém fungujeme. V kontextu vyhoření je velmi významná sociální a pracovní oblast, v následující kapitole si uvedeme některé základní vnější faktory podporující vznik vyhoření.

Dle Priess (2015) není zásadním prediktorem vzniku vyhoření pracovní ani jiné vytížení, nýbrž nedostatek pozitivních vztahů s druhými a také nedostatečné ohlížení na sebe sama. Podle autorky jsou **mezilidské vztahy** klíčově vázané k nemoci a zdraví. Maslach a Jackson (Maslach & Jackson, 1985 in Maslach & Jackson, 1981) zmiňují ve svém textu **demografické faktory**, vliv má například rodinný stav jedince. Manželské či dlouhodobé soužití a rodičovství se ukázalo jako protektivní faktor. Autoři také uvádí vliv věku, vyhoření může častěji potkat spíše **mladší generace**. Mladší skupiny mají tendenci v dotaznících vyhoření častěji skórovat výše, a to nejen kvůli **věku a jejich nadšení**, ale i proto, že vyhoření se objevuje zejména **v prvních letech výkonu práce**, což odpovídá mladší věkové skupině. Avšak Priess (2015) posouvá tuto hranici až na **40 let**, kdy podle ní nejčastěji dochází k syndromu vyhoření. A to z důvodu, že v tomto věku jsme již často mnoho dokázali **a dosavadně jsme se honili zejména za úspěchy v práci**, skvělým bydlením a ideálním fungování rodiny. Najednou přijde chvíle, kdy se podíváme do zrcadla, zastavíme se a domeček z karet se zhroutí. Paulík (2010) uvádí mimo jiné i vliv **genderové role**, protože



podle toho se odvíjí, zda si jedinec řekne o pomoc a dá na své city. Leiter et al. (2015) upozorňuje na důležitost **stupně vzdělání**, kdy jedinci s dosaženým vyšším stupněm vzděláním vykazují vyšší míru vyhoření.

Dle některých autorů vyhoření není ani natolik spojeno s osobními charakteristikami jedince, ale spíše s druhem **zaměstnání** a mnohé studie přikládají větší váhu vlivu práce. Čím markantnější je propast mezi osobností a zaměstnáním, tím pravděpodobněji může dojít k vyhoření. Hlavní ohrožujícími faktory v této oblasti jsou **pracovní přetížení, nadměrná kontrola, nedostatečná odměna, negativní klima pracovní komunity, chybějící férovost a nedodržené hodnoty** (Rossi et al., 2006). Výskyt vyhoření napříč profesemi se postupně zvyšoval v souvislosti s tempem našeho života, jelikož postupně rostly ekonomické nároky, ale i nároky v oblasti sociální či emoční. Navíc se prodloužila i samotná délka pracovní činnosti (Kebza & Šolcová, 1998)

Výzkumy zabývající se souvislostí mezi stresem a prací ukazují, že stresové situace jsou pro nás zejména ty, které nemůžeme řídit a rozhodovat. Právě toto se projevilo i při zkoumání stresu napříč různými pozicemi. Jako nejvíce stresovaní se ukázali **pracovníci střední třídy**, nikoli ti z nejvyšších pozic. A to z toho důvodu, jelikož jsou na ně kladeny velmi specifické nároky, ale nemají dostatek možností tyto požadavky splnit podle svého. Například číšníci v restauraci musí plnit nařízení vedení a zároveň vyhovět zákazníkům, čímž se dostávají do napětí (Ripetti, 1993 in Křivohlavý, 2001). Dále si můžeme uvést vliv **pracovních vztahů, vzájemné soutěživosti, časového presu, pracovního přetížení, strohého pracovního režimu, kariérismu, nepříznivých pracovních podmínek, dalších mezilidských vztahů, nedostatku spánku či nezaměstnanosti**. Mnohdy uvedené stresory působí dlouhodobě a cyklí jedince do kruhu chronického stresu (Křivohlavý, 2012).

Burnout postihuje zejména ty, kteří do svého zaměstnání jdou **velmi motivovaní**, s pocitem, že **práce je jedním ze základů jejich smyslu života**. Jelikož své **povolání berou jako poslání**, je typické, že když vyhoření přijde, objevuje se u nich pocit vnitřního selhání. Pokud je pak práce hlavním zdrojem smyslu života, můžou se se v souvislosti s neschopností vykonávat běžné úkony objevit i existenciální otázky (Křivohlavý, 2012). Navíc máme v pracovním prostředí tendenci zveličovat problémy, které potom pod rouškou stresu vidíme zcela černobíle a nemůžeme se dobrat řádnému řešení. A tak se neustále dostáváme do bludného kruhu (Honzák, 2015).

V reakci na uvedené důvody je v pracovní oblasti nutné dbát na syndrom vyhoření z pohledu koncepce „both-and“, která rozděluje zodpovědnost jak na jedince, tak na vedení jeho firmy. Obecně se dá mluvit o 6 oblastech života, jež jsou podstatné z hlediska rozvoje vyhoření a měl by na nich pracovat zaměstnanec i zaměstnavatel. Jedná se o pracovní zatížení, kontrolu v rozhodování, odměnu, komunitu, ocenění ze strany kolegů i vedení, smysl pro spravedlnost a hodnoty jedince i organizace (Maslach & Leiter, 2016). Souznění našich hodnot a hodnot společnosti/zaměstnavatele je velmi zásadní. Při velkém rozporu dochází rychleji ke vzniku vyhoření a častěji se objevuje tendence podat výpověď (Siegall & McDonald, 2004).

Největší zastoupení syndromu vyhoření se objevuje mezi pracovníky v pomáhajících profesích. A to z důvodu, že tito odborníci do svého poslání často nevkládají jen znalosti a dovednosti, ale kus sebe. Navíc jsou většinou výrazně empatičtí a nosí si problémy druhých domů (Honzák, 2015). Vyhoření se také výrazně vyskytuje ve zdravotnictví, školství, hospodářství, sociálních službách či administrativě. Dokonce k němu může dojít i v rodinném prostředí (Křivohlavý, 2012) Dále v letectví, u duchovních, advokátů či ve vězeňství (Kebza & Šolcová, 2003).

## **1.5. Příznaky syndromu vyhoření**

Vyhoření se dotýká složky emocionální, fyzické i mentální. Jeho symptomy se na každém projevují individuálně a v různé míře, lze je dělit na objektivní a subjektivní. Z hlediska těch objektivních pozorujeme zejména snížení celkové výkonnosti, které se může projevit v mnoha oblastech života. Subjektivní příznaky pozoruje každý individuálně na sobě samém. Jednotlivé symptomy spějí k celkovému zhroucení organismu (Křivohlavý, 2001).

Vyhoření se na mentální úrovni projevuje negativismem z hlediska postojů k sobě i k okolí a své práci. Jedinec má pocit profesionální nekompetence, je podrážděný, negativistický, nesoustředěný a mívá snížené sebehodnocení. Objevuje se neschopnost fungovat v dříve běžném režimu. V pokročilejších stádiích jedinci tvrdí, že pro ně život zcela pozbyl smysl a rezignují na něj (Křivohlavý, 2001). Dále jsou přítomny pocity dlouhotrvajícího marného snažení a současně neefektivnosti konání. Celkové psychické vyčerpání, psychická únava, existenciální vakuum, sebelítost, projevy lability a iritability, pocity bezcennosti a beznaděje (Kupka, 2014). Také můžeme pozorovat cynismus či apatii (Křivohlavý, 2001). Vyhořelý se cítí být na dně, v koncích, prázdný a bezcenný. Pociťuje

neustálé napětí, přestože zrovna nic nedělá (Křivohlavý, 2012). Lehce se může dostat do stavu zneužívání náhražek jako je alkohol, cigarety, přejídání nebo nadměrné užívání léků (Potter, 1997). Všechny tyto symptomy mají negativní důsledky. Dochází ke snížení výkonnosti, časté absenci v práci, fluktuaci (Pešek & Praško, 2016). Pokud se vyhoření objeví ve své plné síle, často způsobuje další závažné psychické a zdravotní problémy, které mohou přetrvávat. Mezi ně může patřit například úzkost, nespavost, deprese či emoční labilita (Leiter et al., 2015).

V sociální oblasti se vyhoření projevuje chováním bez citové účasti či empatie k druhým. Apatie může přejít až do stavu, kdy druzí lidé jedince obtěžují. Pokud to překročí únosnou mez, postupně přestane vyhořelý zvládat požadavky okolí a fungovat v běžném režimu. Zároveň trpí jakousi nechutí do života a straní se kontaktu s druhými (Křivohlavý, 2012). Jedinec se sociálně izoluje, bývá konfliktní a má obecně sníženou sociabilitu (Kupka, 2014).

Tělesně se vyhoření projevuje silnou slabostí a neustupující únavou. Časté jsou zdravotní problémy psychosomatického původu, jako jsou žaludeční vředy, migrény, bolesti zad, problémy s kůží nebo zvýšený krevní tlak (Pešek & Praško, 2016). Dále dýchací problémy, poruchy spánku či hypertenze (Kupka, 2014). Typické je i chronické zatuhnutí svalů, oslabení imunity a časté jsou i spánkové poruchy (Priess, 2015).

## **1.6. Proč je vyhoření tolik nebezpečné?**

Prožití syndromu vyhoření má efekt na mnoho oblastí života, jako je ta osobní, sociální či pracovní. Navíc často přetrvávají některé zdravotní potíže i po vymizení hlavních symptomů (Schaufelt, 2012 in Maslach & Leiter 2016). Ohrožující jsou dále situace, kdy zasažený jedinec začne hledat negativní kompenzace. Každé kompenzační řešení se postupně může stát jakousi závislostí a vyhoření akorát prohlubovat, tak vznikají další přidružené potíže (Priess, 2015). Navíc je burnout nebezpečný nejen pro jedince, ale zároveň ovlivňuje i jeho pracovní atmosféru, kolegy a případně i firmu. Přístup vyhořelého může v ostatních pracovnících vyvolat nechuť do práce a vyčerpání. Snížený výkon se dotýká kvality výkonu, objevuje se větší chybovost a nižší úroveň kreativity. Mohou se objevit i problémy s docházkou (Rossi et al., 2006).

Dle mého názoru je též riziková neznalost tohoto stavu a časté podceňování uvedených problémů okolím, kdy mnoho jedinců věří, že se jedná o pouhý výmysl pro líné

a neschopné jedince. Vyhoření se tak stává jakýmsi tabu, a to může u zasažených jedinců vyvolávat nechuť sdílet své obtíže s druhými nebo zajít za psychologem.

## 1.7. Fáze procesu vyhoření

**Vyhoření je pozvolný proces**, nedochází k němu náhle, jelikož zpočátku máme ještě dostatek energetických zdrojů pro zvládnutí situace. Nicméně je třeba myslet na to, že tyto zdroje nejsou nekonečné (Křivohlavý, 1998). Dodnes existuje mnohé dělení procesu vyhoření na fáze, odborníci se na jednom konkrétním neshodují a nabízí více pohledů. Někteří autoři volí velmi podrobné rozfázování, jiní podrobněji popisují méně fází. V následujících řádcích představím některá dělení.

Zajímavý je například popis procesu vyhoření dle Alfrieda Laengla. Představitel rakouské logoterapie a existenciální psychoterapie rozděluje v roce 1997 vyhoření do **3 fází**. Nejprve se podle autora jedinec nachází v situaci zcela naplňující, kdy jeho práce i život jsou pro něj smysluplnými. Má jasný cíl, nadšení do pracovní činnosti a vidí smysl ve vlastním bytí. Ve druhé fázi dochází ke změně. Původní vysněný cíl se ztratí vlivem soustředění se na určitý vedlejší produkt práce nebo určitý prostředek. Najednou nejde o poslání či dobrý pocit z práce, ale primárními se stanou například peníze. Toto bažení po něčem jiném, než pouhé radosti z práce a prvotních cílech, způsobuje oddálení od sebe sama. Do popředí se dostávají namísto původních smysluplných cílů ty zdánlivé, a to vede k frustraci. Postupným neuspokojením vyšších životních potřeb dochází k uhasínání onoho plamene životního nadšení. Finální fáze nese přízvisko „život v popelu“. Dochází k velké změně v chování k druhým lidem, ale i cílům. Vše ztrácí smysl, stane se pro jedince materiálním a na život začne pohlížet s despektem. Neváží si ani druhých, ani vlastního života a upadá do existenciálního vaku, odcizuje se sám sobě (Křivohlavý, 2012).

Freudenberger společně s Gailem Northem vytvořili cyklus vzniku syndromu vyhoření, jenž se skládá z **12 fází**. Z nichž některé jsou například ustavičná tvrdá práce, přesunutí konfliktu, popírání problémů, přehlížení potřeb okolí, stažení se do sebe, depersonalizace, vnitřní prázdnota, až nastává fáze syndromu vyhoření. Fáze nemají přesné pořadí a prolínají se (Honzák, 2015). Stejně rozsáhlý model ve své knize uvádí John W. James. Jiní autoři volí o něco méně členité schéma, v roce 1986 přicházejí Golembiewski, Munzenride a Stevenson s **osmifázovým** procesem vyhoření. Známy je i **4fázový** model Christiny Maslach. První fází je idealistické nadšení a přetěžování, po něm přichází přetížení, následně napadání druhých a závěrečnou fází je vystupování proti všem. Později

Maslachová spolu s Leiterem znázornili průběh dle 3 měřitelných faktorů, kdy se nejprve dostaví emocionální vyčerpání, poté depersonalizace a snížení pracovního výkonu. Podobné členění uvádí i autoři Karaman a Burische (Křivohlavý, 2012).

Priess (2015) připodobňuje proces vyhoření k průběhu stresové reakce. První je poplachová fáze, v níž se projevují příznaky stresu, kdy je jejich intenzita ovlivněna fyzickou zdatností a subjektivním vnímáním jedince. Objevují se pocity nevolnosti, strachu, nejistoty a celkového napětí. Další je fáze odporu, ta je z hlediska vyhoření nejzásadnější, jelikož je energeticky velmi náročná. Jedinec může pociťovat různé bolesti (např. hlavy), úzkosti, téměř neúnosné vnitřní napětí či vztek. Pokud fáze trvá příliš dlouho, jedinec přehlídí vlastní pocity a postupně se tím stává citově plochým. Nakonec přijde bod zlomu a propukne poslední fáze vyčerpání, jež se pojí s počátkem vyhoření. Objevují se pocity, že je to stav trvalý a nevyhnutelný. I tato fáze končí a přichází poslední – vnitřní ústup. Syndrom vyhoření je již plně rozvinutý a vyčerpání zdá se být maximální. Symptomy se stávají chronickými a postupně brání jedinci v běžném životě fungovat. Myšlení je egocentrické a směřuje zejména k pocitům „už nemohu, chci to skončit.“ Jedinec se vůči sobě staví nenávisťně. Fáze, podobně jako u dalších teorií, mohou trvat různě dlouho a někdy může dojít k přeskočení některé z nich. Je to velmi individuální.

Pešek a Praško (2016) uvádí, že fáze vyhoření nelze jasně vymezit, čímž potvrzuje onu nesourodost autorů v dělení. Fáze nemají vždy stejnou délku, mohou se opakovat, prolínat či se nemusí projevit vůbec. V jeho knize je uveden **5fázový** model. Nejprve je fáze idealistického nadšení, kdy jedinec vstupuje do pracovního procesu se stoprocentním nasazením a postupně „vystřízliví“. Poté přichází stagnace, dojde ke střetu ideálu s realitou. Hromadí se požadavky v práci, člověk funguje v zajatých kolejích a chce se v práci cítit pohodlně. Další je fáze apatie, kdy se začnou objevovat negativní myšlenky vůči klientům a jejich nárokům. Postupně tak jedinec začne pociťovat frustraci, ztratí chuť pracovat a spíše jen přežívá. Až nakonec propadne vyhoření, protože je situace pro něj neúnosná. Dochází k rezignaci na vše.

S ohledem na uvedené informace jsme si potvrdili, že existuje opravdu mnoho rozlišných modelů. Ať už se liší počtem fází, jejich pojmenování nebo soustředěním se na různé konkrétní symptomy, můžeme v nich přesto najít společné znaky. Obecně autoři vždy zmiňují v kontextu procesu vyhoření počáteční entuziasmus, postupný vznik tenze, vnitřního konfliktu a únavu, která přejde až do totálního vyčerpání.

## 1.8. Diagnostika

Podle MKN-10 nelze syndrom vyhoření brát jako samostatnou diagnostickou jednotku. Avšak je uvedený mezi faktory ovlivňujícími zdravotní stav jedince v kategorii Z 73.0 pod názvem „vyhasnutí (vyhoření)“ (Pešek & Praško, 2016). Jelikož se jedná o doplňkovou kategorii diagnóz, může být vyhoření devalvováno a bagatelizováno, díky čemuž se nemocnému nemusí dostat pochopení. Navíc léčba není hrazená pojišťovnou (Stock, 2010). Nicméně například ve Švédsku a Nizozemí je syndrom vyhoření považován za samostatnou diagnostickou jednotku, a dokonce zde existují odborníci, kteří se živí léčbou vyhoření, jeho prevencí a osvětou (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). K diagnostice vyhoření se užívá několik metod, zpravidla se jedná o speciálně zaměřené dotazníky, ale využívá se například i sémantických diferenciálů (Křivohlavý, 1998). Nebo lze použít PSA – subjektivní hodnocení vlastní situace (Křivohlavý, 2012).

### Maslach burnout inventory

Metodou, kterou jsem si vybrala pro svůj výzkum, je **Maslach burnout inventory (MBI)**. Inventář publikovaly v roce 1981 (upravily 1986) Christine Maslach a Susan E. Jackson a je dodnes jednou z nejčastěji užívaných metod (Křivohlavý, 2012). Metoda MBI byla vytvořena, aby se zaměřovala na více aspektů vyhoření najednou na základě průzkumu, kde byly zjišťovány různé názory a pocity charakterizující vyhořelé jedince. Byla zformulována tvrzení, na která respondenti mají odpovídat na 7stupňové škále. Původně bylo 47 položek, které byly administrovány 605 jedincům a poté na základě faktorové analýzy došlo k jejich redukci na 25. Redukované položky splňovaly kritéria, jako je nízké procentuální zastoupení odpovědi nikdy, široký záběr odpovědí na škále, faktorové zatížení položek větší než 0,40 a vysokou korelaci položek. Těchto nových 25 položek bylo následně administrováno 420 pracovníkům různých oblastí a faktorová analýza vyšla velmi podobně, jako při testování prvním. Následně sečetly respondenty z obou vzorků a udělaly společnou faktorovou analýzu. Došlo k finální redukci na 22 položek. Původně byla metoda určena zejména pro oblast práce s lidskými zdroji, ale poté, co se pohledem psychometrických analýz ukázala jako dostatečně validní a reliabilní k měření vyhoření, začala se hojně využívat i pro další pracovní sféry (Maslach & Jackson, 1981).

Díky zmiňované faktorové analýze roku 1995 zjistili Antonio Pierro a Silvia Fableri, že tato metoda měří 3 faktory/dimenze – emocionální vyčerpání (EE), depersonalizaci (DE), snížení výkonnosti (PA) (Křivohlavý, 2012). Všechny položky byly původně posuzovány

v rámci dvou dimenzí. Pro tento účel zde byly dvě škály: škála týkající se frekvence výskytu posuzovaných prožitků (6bodová), a škála týkající se intenzity (7bodová). Propojení obou zmiňovaných škál umožňovalo zohledňovat jak intenzitu prožitku, tak frekvenci jednotlivých složek. Nicméně později vznikla nová verze za účelem vytvořit dotazník s lehčím vyhodnocováním, byla odebrána škála intenzity. Někteří autoři tuto úpravu dodnes odmítají a využívají raději původní verzi. V roce 1996 vznikla třetí verze, na které se podílel ještě Michael P. Leiter. Metoda dostala označení „Maslach Burnout Inventory – General Survey“ a došlo zde k obsahové změně, více se zaměřily položky na kontakt s lidmi, nejen na profesionální práci (Kebza & Šolcová, 1998).

Pokud se zaměříme podrobněji na jednotlivé škály, můžeme o nich říci následující: Emocionální vyčerpání (EE) je nejspolehlivější ukazatel toho, jestli je daný jedinec vyhořelý. Zahrnuje položky jako ztrátu chuti do života, nedostatek motivace či sílu do nových činností. Depersonalizace (DP) se týká změny osobnosti, ke které může dojít v souvislosti s vyhořením. Zejména se tak stává u jedinců s velkou potřebou reciprocitu. Nejprve je jedinec nadšený, čeká kladnou odezvu, pocity naplnění z práce, avšak jak se mu toto nedostává, stává se postupně cynickým a mění se. V extrémním případě může dokonce k druhým cítit až nenávisť a vidět ostatní jako neživé objekty. Snížený pracovní výkon (PA) má souvislost se self-esteem (sebecenění, sebehodnocení a sebedůvěra) a jak už název vypovídá, projevuje se snížením pracovního výkonu, nechutí k práci apod. Všechny tyto faktory jsou propojené a spouští se kaskádovitě. Nejprve dojde k emocionálnímu vyčerpání, jež vede ke stáhnutí se do sebe, depersonalizaci. Když se v rámci syndromu vyhoření projeví oba tyto faktory, je samozřejmé, že se vyčerpání projeví i v pracovní oblasti a jedincův výkon klesne. To, k jak velkému pracovnímu poklesu dojde, velmi významně ovlivňuje pracovní prostředí a podmínky okolo něj. V dotazníku je celkem 22 tvrzení. K EE okruhu (emočnímu vyčerpání) se vztahuje 9 tvrzení, 5 tvrzení je zaměřených na DP (depersonalizaci) a 8 na PA (snížený pracovní výkon). Na každou otázku je možné odpovědět na 7stupňové škále (vůbec-velmi silně) a jedinec získává dohromady 3 skóre dle jednotlivých dimenzí (Křivohlavý, 2012).

Validita inventáře se potvrdila korelacemi s jinými dotazníky a jejich měřeními konstrukty, jež souvisí s vyhořením (např. Job diagnostic survey autorů Hackmana a Oldhama – dimenze „feedbacku v práci“, komunikace s druhými). Také se ohlížela možnost, že by jedinci volili stupně škály, které by byly více sociálně přípustné. Proto se udělala studie, kde byl respondentům předložen MBI a k tomu ještě „Social desirability scale.“ Bylo

prokázáno, že vliv sociálně žádoucích odpovědí v testu MBI není velký (Maslach & Jackson, 1981).

MBI existuje ve 3 verzích/obměnách: MBI The original Human Services Scale (MBI-HSS) zaměřený zejména na sociální služby, MBI the Educators Scale (MBI-ES) pro učitele a MBI-general survey (MBI-GS), který má výhodu ve své univerzalitě vzhledem k použití na různá povolání a bývá nejužívanější. Ten obsahuje 3 hlavní dimenze - cynismus a odpoutání od práce, emoční vyčerpání a pocity neúčinnosti (Leiter et al., 2015).

Tuto metodu převedla do češtiny Iva Šolcová z Psychologického ústavu AV ČR v Praze (Křivohlavý, 2001). MBI u nás zkoušelo aplikovat na českou populaci hned několik autorů. Například právě Havrdová et al. se pokusila aplikovat propojení MBI a AWLS na populaci studentů i absolventů z oborů sociálních a zdravotních služeb. Dotazníky oproti jiným populacím (např. Kanadánům) nevycházely tolik odlišně a ukázaly se jako vhodné pro naši populaci (Havrdová et al., 2010). Dále byl využit u souboru onkologických sester v roce 2014 (Vévodová et al., 2016). A v mnoha dalších diplomových pracích.

### **Další diagnostické metody**

Pro komplexní přehled si nyní uvedeme i další užívané diagnostické metody. Dotazník **Burnout Measure** původně nesl název „The Tedium Scale“ a byl vytvořen Aylou Pines na počátku 80. let. Poté spolu s Elliotem Aronsonem a Karfym v roce 1981 metodu přepracovala a nazvala „Burnout Measure.“ Je zde 21 položek, ty jsou respondenty posuzovány na 7stupňové škále (nikdy – vždy). Škála zahrnuje tvrzení týkající se emočního, duševního a tělesného vyčerpání (Kebza & Šolcová, 1998). Dotazník je reliabilní, vnitřně konzistentní a má dobrou míru shody s výsledky dalších psychologických vyšetření (spokojenost v zaměstnání, fluktuace, pocity beznaděje). Není zde přílišný rozdíl mezi tím, zda ho jedinec vyplňuje sám nebo s experimentátorem. Velice podobný je **Orientační dotazník** z roku 1990 autorů Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman. K představení této metody došlo v roce 1990 v rámci vydání společné knihy. Opět se jedná o metodu ukazující míru vyhoření jedince (Křivohlavý, 2012). Kebza a Šolcová (1998) uvádí, že se vznikem subškál cynismu, vyčerpání a dysfunkčního copingu postupně vznikla řada dalších: „**Staff Burnout Scale for Health Professional**“ (BS - HP, Jones, 1980, 1981), „**The Meier Burnout Assessment**“ (MBA, Meier, 1984), „**Teacher Burnout Scale**“ (TBS, Seidman, Zager, 1986 - 1987), „**Teacher Stress Reactions**“ (TSR, French, 1991) a jiné. V Německu byl pro potřeby zjišťování hodnot vyhaslosti u učitelů vytvořen „**Heidelberger Burnout Test**“ (BOT).



## 1.9. Diferenciální diagnostika

Odlišení syndromu vyhoření a jiných negativních psychických stavů je velmi důležité, aby mohlo následně dojít k adekvátní včasné terapii. V případě diagnostiky vyhoření jsou velmi podstatné detaily, jelikož jinak může dojít k záměně stavu klienta za jiný. Syndrom vyhoření a další stavy často mají nejasné hranice, a proto je nutné dbát na kontext celkové situace a stavu jedince. V diagnostikování a diferenciální diagnostice syndromu vyhoření mezioborová spolupráce. Burnout se často svými symptomy podobá dalším s ohledem na chování, prožívání jedince. V rámci této kapitoly si představíme několik stavů, které sice můžou provázet vyhoření, avšak nejsou tím samým.

**Stres** a vyhoření mohou mít velmi podobné symptomy a je důležité se spíše zaměřit na jejich samotný proces: na základě čeho a kdy vznikly, jak tyto stavy probíhají a po jakou dobu, v jakém kontextu (Maslach & Schaufeli, 1993). Oproti burnoutu stres potkáváme každý den, stresová reakce se objeví a mizí, zatímco vyhoření je pozvolný proces a nevzniká tak náhle. Vyhasnutí je navíc specifické pro jedince, kteří se zcela nadchli pro svou práci, jsou výkonově zaměřeni a velmi se setkávali při výkonu své práce s druhými. Nicméně není vyloučené, že by chronický stres přešel až do vyhoření v případech, kdy vyčerpaného jedince potká neúnosná životní události či neúměrné překážky (Křivohlavý, 2012). Také adaptační syndrom, který je reakcí na chronický stres může být velmi podobný vyhoření (Stock, 2010).

**Deprese** a vyhoření sdílí některé negativní emocionální symptomy a prediktory, jejich vztah je úzký. Deprese může být vedlejším příznakem burnoutu, ale nemusí se vyskytovat vždy a existují mezi ní a vyhořením rozdíly. Například deprese často pramení z raných zážitků, zatímco vyhoření je vázané na aktuální situaci a blízkou minulost. Dále je typické léčit depresi psychofarmaky, zatímco u vyhoření nebyl jejich účinek výrazně prokázán. I samotný terapeutický přístup se u těchto jevů liší, v případě vyhoření je doporučené terapii pojmout z pohledu logoterapie a existenciální psychoterapie (Křivohlavý, 2012). Deprese se častěji spojuje s pocity viny, zatímco burnout spíše s pocity vzteku (Maslach & Schaufeli, 1993). Vyhoření se týká převážně jen myšlení a pocitů v propojení k pracovní činnosti či dané oblasti, z níž pramení vyhoření. Takže pokud klienta odvedeme myšlenkami do jiné oblasti, často pozorujeme zlepšení. V případě vyhoření se depresivní ladění objevuje zejména večer, zatímco u deprese je typické ráno. V oblasti spánku se vyhoření projevuje zejména problémy při usínání, u deprese spíše probouzení (Kebza & Šolcová, 1998).

**Únava** je nedílnou součástí vyhoření, v širším měřítku má ale únava návaznost zejména na fyzickou zátěž. Pokud jde o únavu jako takovou, zbavíme se jí skrze kvalitní spánek. Zatímco únavu ve spojitosti s vyhořením vnímáme zcela negativně a nejsme schopni se jí zbavit, navíc se pojí s pocity selhání a marnotratnosti (Křivohlavý, 2012).

**Odcizení** se obecně vyskytuje u jedinců, kteří po dobu svého bytí neměli pro co žít nebo dělali něco, co pro ně nebylo smysluplné. Pokud se jedná o odcizení v souvislosti s vyhořením, objevuje se až v posledních stádiích tohoto procesu. Typické navíc u burnoutu je, že nejprve dotyčný jedinec chuť do života a nadšení měl a až v později se objevily pocity odcizení, nikdy ne na počátku (Křivohlavý, 2012).

Ani **pesimismus** není shodný se syndromem vyhoření, přestože vyhořelí jedinci bývají pesimističtí. Specifické u nich je propojení tohoto pesimismu s výrazným pocitem, že oni sami jsou strůjci svého neštěstí. Oproti tomu typický pesimista viní z neúspěchu častěji prostředí a zůstává v nefunkčních naučených vzorcích chování (Křivohlavý, 2012). **Existenciální neuróza** se projevuje velmi podobně jako finální fáze vyhoření, jedná se o naprostou existenciální beznaděj. Je to chronický stav nedůvěry ve smysluplnost života, důležitost a užitečnost čehokoli. Objevuje se odmítání jakkoli se angažovat. Opět je rozdíl v trvání takového stavu, v případě neurózy je neustálý, v případě vyhoření se opět objevuje až při jeho propuknutí spolu s dalšími symptomy (Křivohlavý, 1998). Mohli bychom zmínit i mnohé další. Například **alexithymii**, avšak vyhořelí jedinci jsou schopni pojmenovávat své emoční prožívání, přestože je deformované. Příznaky **neurastenie** by se mohly zaměnit s příznaky vyhoření, avšak zde ji lze jasně odlišit díky přítomnosti závratí. Taktéž v případě **únavového syndromu** (syndromu chronické únavy) by mohlo dojít ke špatnému vyhodnocení jako vyhoření, avšak zde je dominantním příznakem právě emoční vyprahlost a případné pseudohalucinace (Kebza & Šolcová, 1998). V důsledku pak nesmíme zapomenout v rámci diferenciální diagnózy ani na chronické nemoci jako je virová hepatitida, endokrinopatie a další, které mohou způsobovat podobné symptomy jako burnout (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

## 1.10. Prevence

Prevence syndromu vyhoření je zcela zásadní, přestože je tvořena poměrně jednoduchými úkoly, mnoho jedinců má problémy je naplňovat. První praktické zkušenosti předala v roce 1995 na mezinárodní konferenci duševního zdraví Sheily Cassidy. Jako vedoucí katedry paliativní péče pracující v jednom z prvních hospiců v Anglii vytvořila

desatero k prevenci vyhoření u hospicových sester, které se dodnes často uvádí (Křivohlavý, 1998). Z hlediska prevence syndromu vyhoření se zaměřujeme jak na vyhořelého jedince, tomu se věnují interní postupy, tak na aktivity upravující vnější podmínky v rámci externích postupů (Křivohlavý, 2001). Doporučuje se změna pracovních vzorců, práce s vyrovnávacími mechanismy, rovnováha mezi prací a soukromým životem.

**Z hlediska interních postupů** můžeme uvést následující. Dle Potter (1997) můžeme obecně v rámci účinné prevence **hledat stresové logaritmy a analyzovat stresové vzorce**. Cílem je si situaci detailně popsat, prozkoumat veškeré informace a získat na nadhled nad stresovými situacemi. Jakmile si uvědomíme, které situace nás ohrožují, zejména pak jak reagujeme na stres, můžeme s tím následně velmi dobře pracovat a zvyšovat svou stresovou toleranci. Zcela zásadní je kromě rozpoznání stresu i **umění relaxovat**. Během relaxace má naše tělo možnost naladit se do stavu optimálního fungování a její trénink značně usnadňuje naše reakce v souvislosti ke stresu. Základním prvkem dobré relaxace je hluboké, klidné a stálé dýchání do břicha. Ideální je tuto metodu trénovat každý den alespoň 10 minut. Pešek a Praško (2016) zdůrazňuje i svalovou relaxaci, díky níž dochází k uvolnění svalového napětí a podpoření aktivity parasympatického nervstva. Vhodná metoda je například Östova progresivní relaxace, kdy jedinec sedí na židli a postupně napíná a uvolňuje jednotlivé svaly a zároveň u toho správně dýchá. Křivohlavý (2012) popisuje podobně fungující Jakobsonova relaxace, dále masáž svalů, stimulaci čichových či chuťových buněk, o relaxaci pomocí hudby, barev nebo hry (Křivohlavý, 2012). Účinky pravidelné relaxace jsou afektivní indiference, duševní svěžest, zvýšené vnímání, snížené napětí, snížení tepové frekvence, pravidelný dech, snížení potřeby kyslíku, změna aktivity EEG (Stock, 2010).

Dalším klíčem ke zdraví je dostatečný **tělesný pohyb**, který udržuje naše tělo v kondici a pomáhá nám odbourávat stresové hormony. Ideální je zvolit aerobní cvičení alespoň 3x týdně po dobu 30 minut. Pro tělo je dále prospěšné navštěvovat saunu, dobře se stravovat a dostatečně spát (Pešek & Praško, 2016).

Dle Křivohlavého (2012) hraje důležitou roli **humor, dekomprese** (uvolnění napětí) nebo **zájem o své zdraví**. Honzák (2015) zmiňuje **trénink své odolnosti a odvahu říct si o pomoc**.

**Z hlediska preventivních vnějších faktorů** je zcela zásadní **sociální opora**. Studie jasně prokázaly, že dostatečná sociální opora je prevencí syndromu vyhoření a že pokud již člověk vyhoření propadl, stává se pro něj sociální opora o to více důležitou. V praxi se

dokonce používá pro označení sociální opory pojem nárazníky, což vyjadřuje, že druzí lidé nám pomohou onen náraz zvládnout mnohem lépe. Zásadní je naslouchání, nastavení sociálního zrcadla druhými, které nám pomáhá reflektovat naše chování, uznání, povzbuzení, empatii, emocionální vzpruhu, prověřování vztahu světa, dělba práce, spolupráce, nezištná pomoc (Křivohlavý, 2012).

Dále je velmi důležitá **osvěta tohoto problému**. Zejména aby se příklady dobré praxe a osobní zkušenosti vyhořelých jedinců dostaly mezi jednotlivé ohrožené skupiny. Typickým příkladem takové praxe jsou třeba Rady pro pečovatelky v hospicu od Sheily Cassidyové (Křivohlavý, 2001). Bohužel, přestože se v posledních letech objevuje velká snaha o prevenci tohoto syndromu a rozšíření povědomí o něm, realita není tolik optimistická. Mnoho firem, ale i podnikatelů a OSVČ v dnešním materialisticky zaměřeném a uspěchaném světě často nepovažuje vyhoření za problém (Leiter et al., 2015).

I v **pracovním prostředí** se může nadřizený snažit **ochraňovat své zaměstnance** dodržováním několika zásad. Velký význam má přímá komunikace ze strany vedení, snaha o harmonizaci vztahů podřízených, ukázka dlouhodobé perspektivy práce, dobrá organizace pracovní činnosti, morální zdatnost vedoucího a ocenění z jeho strany. Evalvace je podstatná obecně od všech, jak kolegů, šéfa, tak i našeho okolí vzhledem k práci (Křivohlavý, 2012). Novější teoretické rámce poukazují na význam pracovní angažovanosti, jelikož se v rámci výzkumů ukázalo, že jedním z ohrožujících faktorů je nedostatek možností v rámci práce rozhodovat a ovlivňovat dění. Pokud je pracujícímu poskytnuta možnost se angažovat, povzbuzuje to v něm jeho zápal, odolnost, soustředění a vztah k práci. Proto se v rámci výzkumu snaží psychologové vymyslet nové intervence, které by organizace a firmy mohly využít ke zlepšení pracovního prostředí pro své zaměstnance. Pro tyto účely autoři vytvořili Areas of Worklife Scale. Díky propojení MBI a AWS dochází k dobré intervenci ve firmách a k předcházení vzniku vyhoření (Maslach, Leiter, & Jackson, 2011). AWS je dotazník týkající se 6 oblastí pracovního života, a sice pracovního zatížení, vnitřního i vnějšího ocenění, vztahy mezi pracovníky, hodnot a férovosti organizace, nároků a možnosti ovlivňovat pracovní dění. Užití dotazníků AWS a MBI v rámci organizace, je prvním vstřícným krokem vpřed v prevenci vyhoření. Navíc při vyšším skóre MBI se mohou využít výsledky AWS k vyhledání zdroje obtíží (Leiter & Maslach, 2004).

## 1.11. Léčba

Stejně jako neexistuje jediná definice syndromu vyhoření, není ani jeho léčba přísně vymezena. Cesta k uzdravení je v tomto případě velmi individuální a je třeba na všechny symptomy vyhoření nahlížet souhrnně. **Prvním krokem obecně bývá uvědomění si existence problému** a faktu, že jediný, kdo situaci může změnit, jsme my. Tato **změna role oběti** na hlavní postavu je zcela zásadní. Pro terapeuta je náročné vyvážit odpovědnost v klientovi s jeho vnitřní realitou nemoci, činí tak skrze konfrontaci (Priess, 2015). Jde tedy o to **převzít zodpovědnost a ohraničit svou osobu tak, abychom se naučili říkat ne** (Baštecká, 2003).

Z počátku terapie je třeba jedinci poskytnout informace o vyhoření, aby mohl lépe pochopit své pocity a proč ho tento syndrom potkal, přiblížit mu proces zotavování, nechat dostatečný prostor pro otázky, připomenout mu jeho osobní zodpovědnost. Ideální je mu problém přiblížit skrze několik „ukázkových“ příběhů, které zná psycholog z praxe. Je důležité mu připomínat, že jsme tu od toho, abychom mu pomohli, a klást důraz na schopnost jedince tento stav překonat. Při další schůzce již dochází k podrobnějšímu zaměření na příčiny jeho vyhoření a emoce. Postupně se v rámci terapie klient dostává ke strategiím odstranění potíží, nejprve skrze krátkodobé cíle a později skrze ucelení těch dlouhodobých, Cílem je, aby se vyhořelý naučil, jak si udržet svou životní rovnováhu. V případě léčby je navíc důležité si uvědomit, že netrpí jedinec samotný, ale že vyhoření postihuje i jeho vztahy s druhými a dotýká se jich. Je potřeba věnovat pozornost i jejich jizvám a emociálním potřebám, jelikož hrají zásadní roli v procesu uzdravení jedince (Rush, 2003).

Jednou ze základních a užívaných strategií je **nácvik asertivních dovedností** (Pešek & Praško, 2016). Dále klient pracuje na **stanovení si nových hranic**, aby na sebe v budoucnu už nekladl přílišné nároky a nepřekračoval tak únosnou mez. S tím souvisí i **návrat do práce** a příprava na tuto událost. Proces návratu do zaměstnání je velmi **pozvolný**, často trvá více jak půl roku a měl by být ve spolupráci se zaměstnavatelem, který často nemusí vědět, jak se k vyhořelému jedinci chovat. Zaměstnavatelům se proto doporučuje, aby udržovali dobrou atmosféru a nebáli se vést s dotyčným otevřený dialog o negativních pocitech, a to ideálně před nástupem do práce. I přes obezřetnost je ale podstatné se k němu chovat rovnocenně jako k ostatním a neposkytovat mu žádnou „berličku“. Mimo jiné může být podpurné přeřazení jedince na jinou pozici (Priess, 2015). Cílem je opět v jedinci vyvolat

zapálení, ale tentokrát tak, aby ho dokázal udržet ve zdravé míře pomocí efektivního fungování společnosti (Kebza & Šolcová, 2013).

Z pohledu **kognitivně behaviorální terapie** (KBT) je třeba se při léčbě vyhoření zaměřit na 4 oblasti – myšlení, emoce, tělo a chování. Obecně se v KBT pracuje s kognitivní restrukturalizací. Jedná se o metodu, která pomáhá zmírňovat vlivy stresujícího myšlení v několika krocích. Prvním krokem je uvědomění si onoho myšlení a jeho zapsání. Následuje zkoumání, zpochybňování a vytvoření alternativních strategií. Když poté dojde k otestování alternativy v životě a je toto nové myšlení účinné, začne ho jedinec uplatňovat běžně. Dochází k tréninku plánování času. Například si klient může ze začátku tvořit tabulku, kde dělí úkoly na nedůležité a důležité, ty ještě dále na naléhavé a nenaléhavé. Klíčovým může být i nácvik uvědomování si emocí, jejich přijetí a zvládnání. A to ať už proto, aby jedince zcela nepohlcovaly, tak i z důvodu nešíření emoční nákazy v pracovním prostředí (Pešek & Praško, 2016). Vliv působení KBT terapie na léčbu syndromu vyhoření prokázala studie z roku 2012, kde se zkoumalo, jak se jedinci zvládnou vrátit do pracovního prostředí po intervenci kognitivních terapeutů (Lagerveld et al., 2012).

Dalším psychoterapeutickým postupem může být **schematerapie**, která byla původně vytvořena pro jedince s hraniční poruchou osobnosti, dnes se ale její užívání rozšířilo. Dle tohoto konstruktů může mít naše mysl 8 stavů, jež vychází z raných maladaptivních vzorců vzniklých vlivem neuspokojení potřeb. Každý stav je specifický určitým myšlením, chováním, emocionalitou i tělesnými reakcemi. Patří sem například kritický rodič, zdravý dospělý, rozzlobené dítě, radostné dítě atd. Z hlediska syndromu vyhoření se v terapii zaměřuje na kritického rodiče (seberegulace), hyperkompenzátora (motivace k vyššímu výkonu) a odtazitého obránce (chrání před silnými emocemi). Díky schematerapii se klient učí asertivitě, sebereflexi a interagování v mezilidské komunikaci (Pešek & Praško, 2016). Využívá se též přístupu **existenciální terapie** soustředující se na vnitřní prožitek emocí a smyslu existence. Dále je rozšířená **logoterapie**, ta se také fokusuje na smysl života. Terapie má za cíl ukázat klientovi nové hodnoty a řešení situací, týkajících se existenciální frustrace. Zhroucený světu vyhořelého jedince tak postupně opět začne dávat smysl a strukturu (Kebza & Šolcová, 2003). Z hlediska netradičních léčebných postupů bychom si mohli zmínit studii Varney a Buckle (2013), kdy tyto autoři zkoušeli vliv aromaterapie v procesu léčení syndromu vyhoření. Tento vliv se jim v rámci experimentálního designu potvrdil, přestože po delší době působení aromaterapie už výsledky mezi kontrolní a experimentální skupinou tak rozdílné nebyly.

## 2 TERCIÁRNÍ SEKTOR SLUŽEB

V rámci výzkumu se zaměřujeme na populaci, jež spadá do terciárního sektoru služeb. V následující kapitole si představíme základní informace k této pracovní oblasti a definujeme si profesní kvalifikace kadeřník, kosmetička (vizážistka) a nehtová designérka (manikérka, pedikérka).

Pojem služba může mít pro každého trochu jiný význam, a to se odráží i v nejednotném pojmenování. Například Americká marketingová asociace definuje službu jako „*samostatně identifikovatelné, především nehmotné činnosti, které poskytují uspokojení potřeb a nemusí být nutně spojovány s prodejem výrobku nebo jiné služby.*“ (in Kaňovská & Tomášková, 2009, 7). I v českých zdrojích nalezneme některé další definice: „*Jako služby jsou definovány takové aktivity, v rámci kterých nedochází k produkci fyzického zboží.*“ (Rolný & Lacina, 2004, 261). Nebo také „*Služba je reálno ekonomickou kategorií, služby jsou produktem práce a mají užitnou hodnotu a také produkce služeb představuje jednu z nejvýznamnějších oblastí ekonomiky.*“ (Čvančarová, 2007, 59).

I přes různorodost těchto definic lze tvrdit, že je pro službu typický její nehmotný charakter, pomíjivost, obtížné určení její hodnoty či neoddělitelnost procesu vzniku, realizace a spotřeby služby. Dále je u služeb náročnější prokázat důkaz o jejím poskytnutí či neposkytnutí, než tomu je například v případě vlastnictví hmotných produktů. Podobně i patentování konkrétní služby je téměř nedohledatelné. Právě díky těmto vlastnostem je sektor služeb velmi flexibilní (Kaňovská & Tomášková, 2009). Charakteristické taktéž je, že se poskytovatel a uživatel musí ve většině případů sejít tváří v tvář, aby se uživatel ke službě mohl vyjadřovat a říct, co chce, co mu chybí nebo jak strádá. Výsledek služby je díky osobní interakci jedinečný a působí na něj kromě požadavků uživatele také to, jak je poskytovatel kompetentní a kvalifikovaný (Rolný & Lacina, 2004).

Od začátku 20. let se služby masivně rozšířily a podílí se na národně hospodářském produktu i zaměstnanosti. Sektor služeb je navíc velice rozmanitý a má stále tendenci svou heterogenitu zvyšovat. V tomto odvětví jsou procentuálně zastoupeny zejména ženy (Rolný & Lacina, 2004). Služby lze dělit na několik sektorů jimiž jsou primární, sekundární, terciární, kvartární a kvintární sektor. Primární sektor se týká prvovýroby, proto sem řadíme například zemědělství, těžbu či lesnictví, které jsou svým fungováním a výdělkem vázány na

zisk z přírodního bohatství. V sekundárním sektoru se následně z těchto statků stávají hmotné výrobky v rámci stavebnictví atd. **Terciární sektor je sektorem služeb, zahrnujeme různé obchody, dopravu, banky a další podniky sloužící obyvatelstvu.** A v poslední řadě do kvartérního sektoru spadají výzkumné činnosti i další vývoje, jedná se například o softwarové společnosti a do sektoru kvintárního řadíme rozvojové služby (Tetřevová, 2003). V terciárním sektoru může jedinec pracovat individuálně (na živnost) nebo v obchodní společnosti. Kadeřnictví, kosmetické služby a nehtové modeláže spadají do takzvaných živností řemeslných. Zde je potřeba mít alespoň výuční list či maturitní zkoušku a případně další osvědčení (Šimková, 2007). Dále lze služby kategorizovat dle konečných spotřebitelů (určené pro koncové spotřebitele, pro obchodní oblast nebo pro průmyslovou sféru), podle úrovně odborné znalosti nebo podle dalších kritérií (Kaňovská & Tomášková, 2009).

Profesní kvalifikace **kadeřník** (také holič, barber, vlasový stylist, specialista na vlasovou péči apod.), je dle údajů webu národního ústavu povolání definován následovně: „*Kadeřník stříhá, barví, stylizuje a upravuje vlasy a vlásenkářské výrobky, pečuje o vlasy a vlasovou pokožku, popřípadě holí, upravuje a pečuje o vousy a poskytuje odborné poradenství při volbě vhodného účesu dle typu klienta.*“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017a). Tato profese spadá do kategorie „služeb provozních a osobních“, v odborném zaměření „péče o tělo“. Pro výkon povolání kadeřník a holič je třeba dokončit střední vzdělání s výučním listem, které je doplňováno dalším vzděláváním skrze akreditované kurzy. Platové rozmezí v tomto oboru se pohybuje mezi 20 000 Kč až 30 000 Kč (údaje z roku 2019), avšak částka může být rozdílná dle individuálních kritérií. Jedná se o neregulované povolání. Nutností je, aby měl kadeřník zdravotní průkaz pracovníka v potravinářství (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017a).

Profesní kvalifikace **kosmetička či vizážistka** (také stylistka, kosmetik, specialista na odbornou péči a další) spadá do odborného směru „služby provozní a osobní“, zaměření „péče o tělo“. Pro výkon tohoto povolání je třeba dosáhnout středního vzdělání s maturitní zkouškou (obor „Střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru osobní služby“, „Kosmetička“, „Kosmetické služby“, „Střední vzdělání s výučním listem v oboru kosmetička“, atd.). Toto vzdělání je následovně během výkonu práce doplňováno akreditovanými kurzy. Platové rozmezí je definováno mezi 20 000 Kč a 32 000 Kč (údaje z roku 2019), ale může se individuálně odlišovat. Nejedná se o regulované povolání. Tato profese je definována jako: „*Kosmetička provádí aplikaci kosmetických přípravků určených*



*pro péči o obličej a kůži celého těla za účelem zlepšení a udržování jejího vzhledu a zpomalení příznaků stárnutí a pomocí dekorativní kosmetiky provádí líčení a zdobení pleti.*“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017b). Dále v práci uvádíme zejména jako kosmetička.

Profesní kvalifikace **manikérka - nehtová designérka** či **pedikérka - nehtová designérka** není regulované povolání a řadí se do odborného směru „služby provozní a osobní“, zaměřené „péče o tělo“. Pro výkon tohoto povolání je třeba splnit kvalifikační úroveň středního vzdělání s maturitní zkouškou (obor „Střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru osobní služby“, „Kosmetické služby“, „Střední vzdělání s výučním listem v oboru kosmetička“), a následovně své znalosti rozšiřovat na dalších kvalifikačních kurzech. Platové rozmezí je definováno mezi 20 000 Kč a 29 000 Kč (údaje z roku 2019), opět je to ovlivněno individuálními případy. „*Manikérka, pedikérka provádí aplikaci kosmetických přípravků určených pro péči o ruce a nohy za účelem zlepšení a udržování jejího vzhledu a upravuje, zkracuje, zapilovává délku a tvar nehtů a za pomoci dekorativní kosmetiky provádí modeláž a zdobení nehtů.*“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017c). Dále v práci uvádíme zejména jako nehtová designérka.

### 3 VÝZKUMY K POBLEMATICE VYHOŘENÍ V TERCIÁRNÍM SEKTORU

V teoretické části bakalářské práce jsme si již představili, co je syndrom vyhoření a krátce i historii vzniku tohoto pojmu, které faktory působí na jeho vliv a průběh, jak a v jakých oblastech se projevuje, jaké má tento proces fáze. Také víme, pomocí kterých metod ho lze měřit, s čím si ho nemáme zaměňovat, a které přístupy léčby mohou opět vyhořelého jedince postavit na nohy a pomocí jakých postupů ho můžeme prevenovat. Nyní, s již ucelenějším pohledem na tuto problematiku snad čtenář chápe, proč by mohl být výzkum v sektoru terciárních služeb přínosný. Jak jsme uvedli v kapitole o rizikových faktorech, přestože jsou důležité osobnostní charakteristiky i mezilidské vztahy jedince, většina autorů přikládá největší význam druhu zaměstnání. V následujících odstavcích si pokusíme představit několik studií a článků, jejichž poznatky nám budou sloužit jako přemostění do praktické části této práce.

Přestože existuje nespočet materiálů věnujících se tematice vyhoření, bohužel jsem našla poměrně malý počet zdrojů, jež by se vztahovaly k bádání tohoto fenoménu v oblasti terciárního sektoru. Drtivá většina studií přináší buď velmi obecné poznatky o burnoutu, o jeho diagnostice, nebo se zaměřuje na velmi specifické pracovní pozice a oblasti, zejména se jedná o pomáhající profese, sociální pracovníky, zdravotní personál nebo například složky IZS. Také velká část výzkumu propojuje vyhoření s jinými fenomény jako je například vztahová vazba, typologie osobnosti a další. Pokud jsou spojovány s vyhořením povolání kosmetiček, nehtových designerek či kadeřnic, tak spíše v souvislosti s jeho prevencí a zvládáním, tudíž jakožto služby pro vyhořelé. Relevantní studie byly hledány na webových rozhraních Google scholar, v rámci Ezdrojů na UPOL jako je databáze EBSCO apod. (pod hesly: „Burnout“ AND „Tertiary sector“; „Burnout“ AND „Beautician“; „Burnout“ AND „Make-up artist“; „Burnout“ AND „Haidresser“ OR „Barber“; „Burnout“ AND „Nail artist“; „Burnout“ AND „Nail design“; „Vyhoření“ AND „Terciární sektor“; „Vyhoření“ AND „Kadeřnice“ OR „Kadeřnictví“ a mnohá další hesla).

Již v roce 1986 se objevuje názor, že osobní problémy nejsou tématy pouze na „Freudově pohovce“, ale mnoho jedinců radši řeší své strasti například na kreslech

kadeřnických. K této problematice vyšel krátký článek v britském časopise klinické psychologie. Přestože se myšlenka zatížení kadeřníků objevuje tak brzy, výzkum v oblasti syndromu vyhoření se stáčí k jiným tématům i profesím a sektor služeb se vrací na scénu až o několik let později (Milne & Mullin, 1987).

Nad podobnou myšlenkou se pozastavuje i další studie a konstatuje, že mnoho jedinců, kteří se setkají s problémy a stresem ve svém životě, často nevyhledá odbornou pomoc. Přesto se tito jedinci snaží najít alespoň nějaké záchytné body a těmi se často stávají kadeřnice, barbeři nebo vizážistky, jelikož jsou to poskytovatelé téměř každému dostupných služeb. Díky tomu, že proces služby trvá delší dobu, mají klienti dostatek času na to se otevřít. A od poskytovatelů služby je očekáváno, že své klienty vyslechnou, budou se orientovat v tématech a někdy jim i radit. Mezi nejběžnější témata patří rodinné a partnerské vztahy nebo osobní překážky. Autoři uvažují o využití potenciálu tohoto jevu, kdy by kadeřnice a další mohli pomáhat. Proto ve své studii nabízí myšlenku možnosti tato povolání do budoucna trénovat v oblasti některých specifických témat, jako jsou například závislosti apod. (Sattler & Deane, 2016). Podle mého názoru je tato myšlenka zajímavá z pohledu prevence a připravenosti vymezených povolání. Domnívám se, že by bylo vhodné jen základně informovat kadeřníky, kosmetičky, manikérky a další o tom, že k nim mohou chodit sdílní klienti, jak s tím pracovat a na jakou odbornou pomoc je případně mohou odkázat. Takové „nadstavbové vzdělání“ by avšak mělo opravdu sloužit jen jako jakási příprava na výkon povolání a prevence vyhoření, informování o základech duševní hygieny, avšak nemělo by rozhodně pobízet tyto obory k výkonu práce psychologa.

V roce 2015 se skupina autorů zabývala výzkumem v oblasti sektoru služeb s ohledem na jeho stálé rozpínání. Jak již víme, pro toto odvětví je typická vzájemná interakce mezi zákazníkem a poskytovatelem služby. Taková interakce nemusí být podle výzkumů vždy jednoduchá, chování zákazníků i práce s nimi mohou být brány jako sociální stresory. Zejména pak působí na pracovníky nepřátelské chování, verbální agrese či nadměrné požadavky klientely. Stresory, pocházející ze strany zákazníků, mohou ovlivňovat přístup k práci a spokojenost jedince (Dudenhöffer & Dormann, 2015). K problematice emoční náročnosti povolání v terciárním sektoru, konkrétně v oboru kadeřnictví, se vyjadřuje i R. L. Cohen. Ten ve svém článku prezentuje data z kvalitativních rozhovorů, ze kterých vyplynulo, že právě typ pracovního statusu ovlivňuje náročnost práce se zákazníky a emocionální vyčerpání jedince. U jedinců pracujících na živnost je tento nátlak podle autora větší, jelikož musí svým zákazníkům poskytovat kromě služeb i mnohem více

porozumění, aby si klientelu udrželi (Cohen, 2010). Výsledky uvedených studií korespondují s některými rizikovými faktory uvedenými v kapitole 1.4. Další rizikové faktory. Zde bylo zmíněno, že ve službách se často setkáváme s vysokými nároky zákazníků a zároveň požadavky státu či firmy. Nátlak staví pracující do střední pozice, kterou jsme si uváděli jako rizikovou, obnáší totiž mnoho požadavků, avšak málo prostředků k jejich plnění. Zároveň se domnívám, že nyní se nátlak vlivem pandemické situace COVID-19 ještě mnohonásobně zvýšil. Lidé volají po službách, ale zároveň je výkon práce nařizenými vládou zakázán. Může tak vznikat vnitřní konflikt u jedinců vykonávajících toto povolání, kdy by chtěli pracovat, vyhovět zákazníkům a zároveň nechtějí porušovat vládní nařízení.

Stejně tak přispívá k problematice i studie profesora Lei Xu působícího na několika univerzitách v Číně. Přestože prezentuje poznatky z jiného kulturního prostředí můžeme dle mého názoru některé z nich uplatnit i na českou populaci. Stejně jako předchozí autoři zmiňuje Xu rapidní rozrůstání terciárního sektoru a narůstající trend zájmu o sebe a svůj vzhled. Tak vzniká tlak na vizážistky či kadeřnice, ty s narůstající poptávkou musí věnovat stále více času své práci a mohou se tak dostávat do konfliktu rolí, pokud jsou zároveň matkami či manželkami. U žen bylo dokázáno, že tento konflikt mezi domovem a rodinou může vést ke zvýšení rizika vyhoření. V Číně navíc, podobně jako v České republice, není práce ve zkrášlovacím průmyslu dostatečně oceňována. Tento výzkum poukazuje na další rizikové faktory pro pracující v sektoru služeb (Xu, 2015).

Také další autoři povzbuzují k bádání za účelem hlubšího poznání syndromu vyhoření zejména v odvětví služeb. A to z toho důvodu, že v tomto sektoru je obsahem práce kromě kontaktu s lidmi také typické, že zde jedinci často pracují mnoho hodin přes stanovenou pracovní dobu, a navíc nejsou tolik oceňováni, jako v jiných sektorech (Shrivastava & Bapna, 2017).

Kvalitativní pohled na tuto problematiku představuje ve své diplomové práci australská studentka psychologie. Ta upozorňuje na nedostatek studií týkajících se vyhoření v terciárním sektoru, přestože podle ní musí být kadeřnice sociální oporou pestré plejádě zákazníků a zákaznic různého věku. V rámci výzkumu diplomové práce autorka zjišťovala kvalitativním způsobem, s jakými tématy se otevírají klienti kadeřnicím, jaké to v kadeřnicích vyvolává pocity a jak reagují na otevřenost klientely. Výsledkem bylo potvrzení, že mnoho kadeřnic je sociální oporou pro své klienty, naslouchá jim, ale i například pomáhá z toxických vztahů. Skrze tuto angažovanost je pro ně těžké vytvářet si nějaké hranice. Také je zde zdůrazněn vztah, jenž mezi zákazníky a jimi vzniká. Tím, že

kadeřnice pochází většinou z blízkého okolí klienta, přirozeně to může u některých zákazníků evokovat pocit přátelský vztahů a vlivem tohoto efektu blízkosti se brzy začnou svěřovat (Page, 2019). Další důvody, proč se klienti kadeřnicím svěřují, uvádí i o několik desítek let dříve autoři Cowen et al. (1979), mezi ně patří například fakt, že kadeřnice za psychologické rady nechtějí honorář, jsou často na blízku, když se komplikace objeví a mají s klienty již zmíněný blízký vztah, ve kterém jsou většinou ochotny empaticky naslouchat.

V cizojazyčných zdrojích se často v kontextu burnoutu zmiňuje pojem „emotional labor“, to znamená v hrubém překladu „emocionální práci“. Autoři upozorňují na to, že pokud je od jedince vyžadována v rámci výkonu povolání i emocionální práce, měla by být vyměněna za mzdu nebo jiný druh kompenzace. Avšak u námi vybraných oborů musí jedinci „emočně pracovat“ bez jakékoli kompenzace. To může vést k vyhoření, jelikož tak musí být tyto profesionálové maximálně empatictí a zároveň regulovat svoje emoce (Jeung, Kim, & Chang, 2018).

Více o tom pojednává nejnovější studie z roku 2021 autorů Kern, Trumpold a Zapf, je velmi rozsáhlá a byla provedena na vzorku 7 075 zaměstnanců služeb. Cílem bylo prozkoumat, zda u zaměstnanců služeb může být zdrojem stresu požadavek na neustálé pozitivní naladění, vytváření komplexních vztahů se zákazníky, otevřenost k pocitům zákazníka, práci s jeho emocemi na úkor vlastních nebo ustavičná pozornost směrem ke klientovi. Avšak autoři upozorňují na fakt, že stále není jasné, co zaručeně přispívá a co škodí well-beingu zaměstnanců. A to protože, dle některých výzkumů nároky na to být emotivní a oporou pro zákazníky způsobuje psychický stres, a naopak jiné ukazují pozitivní korelace mezi emoční náročností a spokojeností v práci. Nicméně je prokázáno, že emočně náročná práce může způsobovat psychosomatické projevy a vyčerpání v případě emocionální disonance, kdy musí poskytovatel služby vyjadřovat emoce, které zrovna necítí nebo by je v dané situaci pociťoval jinak. V takovém případě vzniká vnitřní konflikt mezi tím být neautentický, anebo autentický, ale odmítnutý. Dále již zmíněný požadavek být neustále pozitivní může způsobit vyčerpání zásob jedince stejně tak, jako vyjadřování negativních emocí v reakci na neadekvátní chování klienta. Z výzkumu vyplynul důležitý a očekávaný závěr, že interakce zákazníka a poskytovatele služby má vliv na zdraví pracujících. Pro ty, kteří jsou naladění na emoční sdílení a koresponduje to s jejich osobnostními charakteristikami, může být takové sdílení podpurné, ale pokud dochází ke konfliktu osobnosti a role, je to zatěžující (Kern, Trumpold, & Zapf, 2021).

Jak již vyplývá z teoretického ukotvení a uvedených výzkumů, obory kadeřnictví, kosmetika a nehtový design lze považovat za ohroženou populaci. Ať už z pohledu nátlaku klientely, pracovní pozice, (překvapivé) emoční náročnosti povolání nebo vlivem aktuální pandemické situace, která může přispívat v mnoha ohledech k vyhoření a zároveň mohla známky vyhoření i u jedinců zmírnit tím, že museli zabrzdit svoji činnost. V dnešní době se tak v terciárním sektoru míchá nejistota, strach o finance, o vlastní podnik a zároveň možnost odpočinout si, zaměřit svoje síly jinam. Na následujících stránkách se dozvíme, jaké výsledky nám přineslo dotazníkové šetření a zda, či do jaké míry je syndrom vyhoření v terciárním sektoru projeven.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÁ OBLAST, CÍLE, OTÁZKY A HYPOTÉZY

V následujících kapitolách si přiblížíme, z jakých teoretických východisek náš výzkum čerpal, jaké výzkumné cíle jsme si zvolili, jaké jsme dle těchto cílů určili výzkumné otázky a následně i hypotézy.

### 4.1. Výzkumný problém

Existuje velké množství článků, studií, publikací a diplomových prací zabývajících se tematikou syndromu vyhoření z mnoha úhlů pohledů. Zpočátku byly výzkumy i publikace zaměřené na obecnou rovinu, snažily se zejména popsat a popularizovat tento fenomén (Freudenberger, 1974; Honzák, 2015; Křivohlavý, 2012; Leiter et al., 2015; Maslach & Schaufeli, 1993; Potter, 1997). Popularita burnoutu rychle stoupala a tendence se jím zabývat obletěla celý svět, stal se tak rozšířeným sociálním problémem (Schaufeli et al., 2009). Následně se objevila snaha o měření míry vyhoření, vytvoření standardizovaných metod a jeho přesnější diagnostiku (Kebza & Šolcová, 1998; Maslach & Jackson, 1981). V pozdějších studiích bylo vyhoření zkoumáno v souvislosti s věkem, pohlavím, osobnostními charakteristikami, druhem povolání a dalšími faktory (Kupka, 2008; Lagerveld et al., 2012; Maslach & Leiter, 2016; Stock, 2010). Nyní, přestože je tato oblast prozkoumána docela podrobně, komplexnost tématu nám stále poskytuje možnost dalšího bádání. Dosud se zkoumal syndrom vyhoření zejména u pomáhajících profesí, v integrovaném záchranném systému nebo nověji u zaměstnanců úřadů, sociálních služeb apod. Avšak stále existují v sektoru služeb mnohá další povolání, ve nichž je náplní práce (někdy náročná) interakce se zákazníky. Zde mapování ani měření syndromu vyhoření nebylo téměř provedeno. Proto se v rámci výzkumu této bakalářské práce pokusíme zaměřit na otázku: Vyskytuje se syndrom vyhoření i v populaci kadeřnic, holičů, kosmetiček, vizážistek, nehtových designerek, manikérek či pedikérek? A pokud ano, která z uvedených profesí je vyhořením nejvíce zasažena? S čím tato míra vyhoření souvisí?



## 4.2. Cíle výzkumu

Určíme, zda pracující na pozici kadeřnice, holič, kosmetička, vizážistka, nehtová designérka, manikérka a pedikérka skórují vysoko v Maslach Burnout Inventory (dále jako MBI) a jakou podle této metody mají **míru vyhoření**. Sekundárně poté **zmapujeme, zda některá profese skóruje výrazně výš a s čím tato míra vyhoření zejména souvisí** (pracovním vytížením, délkou praxe, sociodemografickými prvky jako je například věk či počtem klientů).

**Hlavním cílem** výzkumu je zmapovat výskyt syndromu vyhoření ve výzkumné populaci a změřit jeho míru pomocí dotazníku MBI.

**Dílčím cílem** výzkumu je zjistit, zda některá z profesí neskóruje výrazně výš, a s kterými proměnnými může míra vyhoření souviset.

## 4.3. Výzkumné hypotézy

### Hlavní výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka 1:** *Vyskytuje se syndrom vyhoření ve vybrané populaci?*

### **Podotázky:**

*Jakých skóre respondenti dosahují?*

*Kolik respondentů dosáhlo vysoké úrovně skóre, tj. vyhoření?*

*Jak vnímá daná populace svůj pracovní a osobní život?*

**Výzkumná otázka 2:** *Která z vybraných profesí bude nejvýše skórovat v dotazníku MBI?*

### Dílčí výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka 3:** *Jak spolu souvisí věk a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

**Výzkumná otázka 4:** *Jak spolu souvisí délka praxe a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

**Výzkumná otázka 5:** *Jak spolu souvisí počet odpracovaných hodin za den a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

**Výzkumná otázka 6:** *Jak spolu souvisí počet klientů za den a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

**K dílčím cílům jsme si stanovili následující hypotézy:**

**H1:** *V dotazníku MBI skórují výše kadeřníci (holiči) ve srovnání s dalšími vybranými povoláními.*

**H2:** *U pracujících v terciárním sektoru služeb existuje souvislost mezi mírou vyhoření a věkem.*

**H3:** *U pracujících v terciárním sektoru služeb existuje souvislost mezi mírou vyhoření a délkou praxe.*

**H4:** *U pracujících v terciárním sektoru služeb existuje souvislost mezi mírou vyhoření a počtem odpracovaných hodin za den.*

**H5:** *U pracujících v terciárním sektoru služeb existuje souvislost mezi mírou vyhoření a počtem klientů za den.*

# 5 METODIKA ORGANIZACE VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

V následujících kapitolách si přiblížíme, jaký jsme použili výzkumný design a metody výběru výzkumného souboru, který se charakterizujeme. A dále si popíšeme postup získávání dat i etické zásady, jež jsme dodržovali.

## 5.1. Metodologický rámec a použité metody

Vzhledem k epidemiologické situaci a snaze prozkoumat již probádaný fenomén na neobvyklé populaci jsme zvolili kvantitativní přístup. Je to z toho důvodu, že syndrom vyhoření byl zkoumán u mnoha povolání, ale dosud existuje jen málo zdrojů zkoumající námi vybranou populaci. Některé články odkazovaly na obecné riziko vyhoření v sektoru služeb, avšak nebyly příliš detailní. Proto se domnívám, že kvantitativní přístup nám zejména pomůže zjistit, zda se syndrom vyhoření ve vybrané populaci vyskytuje.

V rámci výzkumu bylo použito dotazníkové šetření, ve kterém byl propojen český překlad Maslach Burnout Inventory (MBI) (Vodolánová, 2017) a doplňující dotazník vlastní konstrukce, vytvořený pro účely bakalářské práce. MBI jsme zvolili, jelikož se v předešlých studiích ukázal být validní a reliabilní metodou, a navíc se již osvědčil i pro českou populaci v několika „domácích“ výzkumech, přestože zde není standardizován. Pro účely našeho výzkumu jsme MBI a vytvořený dotazník vlastní konstrukce spojili do jednoho celku pro lepší administraci v online prostředí na stránce survio.cz.

Nutno dodat, že dotazník MBI jsme v několika bodech lehce upravili na základě komentářů respondentů z pilotní studie. Respondenti uvedli, že některé položky by byly vzhledem k vybrané populaci nelogické nebo zvláště napsané. Došlo k úpravě znění položky z č. 7 z „*Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů*“ na „*Jsem schopen/schopna velmi účinně poradit svým klientům s problémy*“ a to z důvodu, že v případě námi vybraných povolání spíše pracující zákazníkům nabízí řešení problémů, než by je reálně vyřešili. Dále znění položky č. 18 bylo pozměněno z „*Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými pacienty/klienty*“ na „*Cítím se svěží a motivovaný/á, když pracuji se svými klienty*“, jelikož respondenti v pilotní studii uváděli, že nechápou význam slova povzbuzený a navrhovali tuto variantu. Poté položka č.19 byla upravena, aby lépe

vyhovovala zvolené populaci z „*Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého*“ na „*Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a povedlo se mi hodně věcí*“. Poslední upravenou položkou byla č. 22, kdy jsme ji pozměnili z „*Cítím, že klienti/ pacienti mi přičítají některé své problémy*“ na „*Cítím, že klienti mají potřebu se mi svěřovat*“, protože se opět moc nehodila do kontextu služeb. Z pohledu metodologie víme, že by se metody měnit neměly, ale domnívám se, že v uvedených případech nedošlo k takovým změnám, aby to narušilo vyhodnocení dotazníku. A to i vzhledem k tomu, že metoda není pro naši republiku standardizovaná a v rámci práce neporovnáváme výsledky s žádnými normami. Jde pouze o orientační skóre. Původní znění dotazníku MBI můžeme vidět v příloze č.4.

Maslach Burnout Inventory byl vytvořený v roce 1981 autorkami Christine Maslach a Susan E. Jackson, následně byl 1986 upraven. Dodnes je využíván díky tomu, že se na základě psychometrického šetření prokázal jakožto validní i reliabilní metoda (Křivohlavý, 2012). Ve finální upravené verzi se metoda skládá z 22 položek, které jsou formulovány do podoby různých tvrzení. Na tato tvrzení mají respondenti odpovědět pomocí likertovy škály. Každý stupeň škály vyjadřuje sílu pocitu, jenž se k danému tvrzení vztahuje (od 0-vůbec až po 7-velmi silně) (Maslach & Jackson, 1981). Jednotlivé položky se vztahují ke 3 faktorům/dimenzím, jenž se váží se syndromem vyhoření podle faktorové analýzy. Jedná se o emoční exhaustaci neboli vyčerpání (EE), depersonalizaci (DE) a snížení výkonnosti (PA). Všechny tyto dimenze jsou projevem syndromu vyhoření, avšak nejspíše nejvíce je škála emoční exhaustace. Na základě vyhodnocení jednotlivých položek získává respondent skóre těchto 3 různých faktorů, nikoli celkové skóre. Každá dimenze pak dle hodnoty skóre může mít vysoký, mírný a nízký stupeň, z nichž vysoký poukazuje na vyhoření (u PA je tomu naopak) (Křivohlavý, 2012). Do českého jazyka metodu přeložila Iva Šolcová (Křivohlavý, 2001).

**Tab. 1:** Přiřazení položek k jednotlivým subškálám dotazníku MBI

Subškála	Číslo položky
Emoční vyčerpání (EE)	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
Depersonalizace (DP)	5, 10, 11, 15, 22
Snížená výkonnost (PA)	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Abychom kromě výsledného skóre z dotazníku MBI měli další data, se kterými můžeme pracovat a vyhoření propojovat, byl vytvořen ještě zmíněný krátký doplňující dotazník obsahující otázky sociodemografické, otázky týkající se pracovní činnosti a trávení volného času či ověření znalosti pojmů syndrom vyhoření a psychohygiena. Otázek bylo celkem 30 s možností na ně odpovědět otevřeně, výběrem jedné či více z možností, hodnocením na stupnici 1-5 či vyjádřením ne/souhlasu. Údaje získané z tohoto doplňujícího dotazníku sloužili pro komplexnější pochopení případné míry vyhoření u respondentů.

## 5.2. Výzkumný soubor

Cílovou populací pro výzkum byli jedinci, kteří pracují v terciárním sektoru služeb, konkrétně ve vybraných profesích: kadeřník, holič, kosmetička, vizážistka, manikérka, pedikérka a nehtová designérka. Aby se respondenti mohli do výzkumu zapojit, museli splňovat podmínku toho, že je jedna z uvedených profesí jejich hlavním pracovním příjmem/poměrem. Zároveň mohli dotazník vyplňovat jen ti respondenti, kteří uvedenou profesi vykonávali alespoň 2 roky a více. Kritérium délky praxe bylo zvoleno proto, že 2 roky jsou přiměřeně dlouhý čas na to, aby se jedinec ve své práci ustálil, získal dostatek základních kompetencí i zkušeností, vybudoval si alespoň nějakou základnu stálých klientů, ale zároveň už mohl vykazovat prvky vyhoření. Z populace byl výzkumný soubor vybrán pomocí nepravděpodobnostních metod (konkrétní metody jsou uvedeny v následující kapitole). Bohužel nelze dohledat na ČSÚ přesné údaje o počtu jedinců spadajících do cílové populace. Vzhledem k formě sdílení dotazníku je taktéž těžké odhadnout, kolik bylo zhruba osloveno respondentů. Na facebooku byl dotazník sdílen například ve skupině „Kosmetičky, masérky, pedikérky, stylistky, PMU (může i veřejnost)“ bylo 16 tisíc členů a ve skupině „Kadeřnice-Kadeřníci ČR“ bylo 4,3 tisíce členů, nicméně nelze tvrdit, že příspěvek viděli všichni uživatelé. Některé počty lze alespoň vyvodit ze statistických údajů stránky survio.cz, kde byl dotazník administrován. Dotazník navštívilo přes 874 uživatelů, ale vyplnilo ho jen 330 z nich (37,8 %). Většina respondentů, konkrétně 240 (72,7 %) strávila vyplňováním 10-30 minut, dalších 26 (7,9 %) respondentů vyplňovalo dotazník 5-10 minut, 57 (17,3 %) respondentů u něj strávilo 30-60 minut a pouze 7 (2,1 %) nad 60 minut.

Původní počet respondentů byl 330, z tohoto počtu jsme museli vyřadit celkově 84 respondentů. Část respondentů byla vyřazena pro nesplnění podmínky práce v požadovaných odvětvích (9 respondentů, z nichž několik vůbec neuvedlo své povolání nebo se jednalo o maséry, soc. pracovníky či servírky), dále někteří respondenti nesplňovali

podmínku alespoň 2leté praxe v oboru (6 respondentů) a nakonec 69 respondentů bylo vyřazeno kvůli nedostatečnému vyplnění stěžejní části dotazníku, která zahrnovala 22 položek inventáře MBI. Vyřazeni byli ti, kterým chybělo více jak 5 odpovědí z celkového počtu, či ti, kteří nevyplnili více jak 2 položky v rámci jedné subškály. Tato dvě kritéria jsme určili dle celkového počtu položek i počtu položek spadajících pod jednotlivé subškály. Pokud některým respondentům chyběla v části MBI například jedna položka, respondenti nebyli vyřazeni, ale jejich odpověď byla nahrazena průměrnou hodnotou odpovědí v rámci dané subškály (tzn.: pokud respondentovi chyběla například odpověď na 1. položku, jež spadá do subškály EE, spočítali jsme průměrnou hodnotu zbylých odpovědí respondenta na položky spadající pod subškálu EE a tato hodnota byla doplněna do chybějícího pole). Takto velký úbytek respondentů přiřazujeme tomu, že položky z MBI dotazníku byly administrovány až téměř ke konci celého dotazníku a pro respondenty možná mohl být dotazník již příliš dlouhý.

Pro statistickou analýzu bylo nakonec využito dat od 246 respondentů, kteří splňovali všechna určená kritéria a v rámci dotazníku odpověděli na většinu položek. Byli zde zastoupeni respondenti ze všech krajů. Ve výběrovém souboru bylo 245 žen a 1 muž. Tento rozdíl mohl být způsoben malým zastoupením mužů v cílové populaci. Věk respondentů se pohyboval od 19 do 69 let, průměrný věk souboru byl 37,6 let ( $SD = 10,6$ ).

**Tab. 2:** Základní charakteristiky výzkumného souboru dle pohlaví a věku

	N	Průměr	SD	Min.	Max.
Ženy	245	37,6	10,6	19	69
Muži	1	25	0,0	25	25
Celý soubor	246	37,6	10,6	19	69

Ve výběrovém souboru pracovalo 88 respondentů v odvětví kadeřnictví, 60 respondentů v odvětví nehtový design a 87 v oboru kosmetiky. Dalších 11 respondentů uvedlo, že se rovnoměrně věnuje 2 odvětvím naráz (kadeřnictví-kosmetika ( $N = 4$ ), nehtový design-kosmetika ( $N = 6$ ) a kadeřnictví-nehtový design ( $N = 1$ ).

**Tab. 3:** Základní charakteristiky výzkumného souboru dle oboru

	Kadeřnictví	Nehtový design	Kosmetika	Kombinace oborů
Celý soubor	88	60	87	11

Respondenti uváděli v průměru 13,4 let praxe (SD = 9 let), minimum byly 2 roky praxe a maximum 43 let. Průměrný počet klientů na den vycházel 6,5 (SD = 3,14) vzhledem k průměrnému počtu odpracovaných hodin za den, který byl 8,3 s (SD = 2,19). Velké rozdíly např. v počtu klientů mohlo být způsobeno odlišností vykonávaného odvětví, kdy například kosmetické zákroky jsou poněkud rychlejší, než barvení vlasů nebo nehtová modeláž.

**Tab. 4:** Základní charakteristiky výzkumného souboru dle průběhu práce

	Průměr	Min.	Max.	SD
Léta praxe	13,4	2	43	9
Počet klientů za den	6,5	1	15	3,1
Počet odpracovaných hodin za den	8,3	2	14	2,2

### 5.3. Postup získávání dat

Vzhledem k epidemiologické situaci, ale i rozšířenému užívání sociálních sítí jsme zvolili sběr dat v online prostoru. Dotazník byl sdílen pomocí URL odkazu a vytvořeného plakátku přes sociální sítě jako je facebook (zde byl odkaz a plakátek rozeslán do několika skupin sdružující přímo kadeřnice, kosmetičky či nehtové designérky), dále přes instagram nebo skrze e-mail, kdy byli kontaktováni podnikatelé či salóny. Největší odezva byla díky sdílení ve skupinách na facebooku, naopak přes e-mail jsme nedostali jedinou odpověď nazpět. Podle Miovského (2006), jsme využili takzvaně nepravděpodobnostní metody výběru. Konkrétně se jednalo o **metodu samovýběru** (kdy se respondenti rozhodli sami zapojit do výzkumu na základě výzvy na sociálních sítích) a **metodu sněhové koule** (kdy respondenti a okruh přátel na sociálních sítích sdíleli odkaz na dotazník a tím jsme získali další kontakty).

Respondenti byli motivováni účastnit se dotazníkového šetření skrze přislíbené materiály k tematice syndromu vyhoření, které si mohli stáhnout po vyplnění dotazníku. Jednalo se o informační brožuru se základními informacemi o syndromu vyhoření, dále pak s odkazy na odbornou pomoc či adekvátní literaturu atd. Druhá brožura se týkala zásad psychohygieny. Tyto brožury byly vytvořeny ve spolupráci s organizací Nevypusť duši, díky níž jsem mohla využít jejich infografiky (viz. příloha 6). Sběr dat probíhal od 10. 11. 2020 do 6. 2. 2021, tedy něco málo přes 3 měsíce a bylo během něj nasbíráno 330 odpovědí.

## **5.4. Etické aspekty výzkumu**

V rámci výzkumu byly dodrženy etické standardy i zákonné normy určené pro práci s respondenty a jejich daty. Respondenti byli v úvodu dotazníku informováni, že je účast ve výzkumu dobrovolná a mohou kdykoliv odstoupit. Pro odstoupení se nerozhodl žádný z nich. Také byli respondenti ujištěni, že bude zachována jejich anonymita a s daty bude nakládáno jako s důvěrným materiálem tak, aby se nedala zneužít a sloužila výhradně výzkumným účelům. V rámci instrukcí byl respondentům poskytnut kontakt na autorku bakalářské práce, tak i na vedoucí práce Mgr. Janu Horákovou. V závěru dotazníku respondenti dostali možnost se na cokoli doptat a mohli poskytnout své adresy, pokud chtěli obdržet výsledky vyplývající z této práce. Celkově projevilo zájem o výsledky 127 respondentů.



## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následujících kapitolách jsou prezentovány výsledky deskriptivní a inferenční statistiky. Následně i vyjádření k výzkumným otázkám a platnosti hypotéz. Bude objasněno, zda se syndrom vyhoření v dané populaci vyskytuje a do jaké míry dle výsledných skóre z inventáře MBI a zda to souvisí s námi vybranými proměnnými.

### 6.1. Výsledky deskriptivní statistiky

V této kapitole se zaměříme na popis některých výsledků vybraného souboru. Uvedeme si, jak jsou respondenti spokojeni v různých oblastech života, zejména pak té pracovní a další podrobnější informace k jejich pracovní činnosti. Všechny tyto údaje jsou podstatné vzhledem ke komplexnosti problematiky vyhoření. Dále si představíme výsledky vyplývající z inventáře MBI.

**Výzkumná otázka 1:** *Vyskytuje se syndrom vyhoření ve vybrané populaci?*

**Podotázky:**

*Jakých skóre respondenti dosahují?*

*Kolik respondentů dosáhlo vysoké úrovně skóre, tedy vyhoření?*

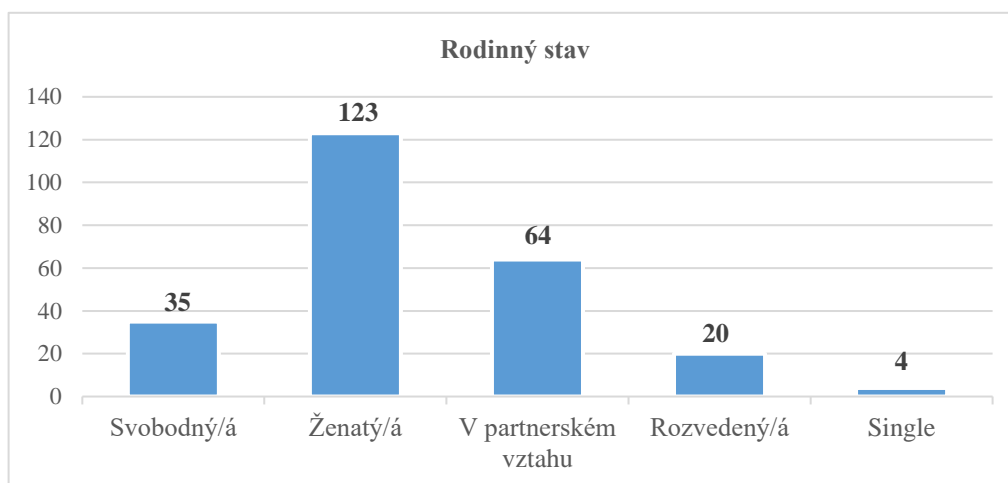
*Která z vybraných profesí skóruje nejvýše v dotazníku MBI?*

Základní informace o výzkumném souboru jsme si sdělili již v kapitole 5.2. Výzkumný soubor. Zde jsme uvedli, že z celkového počtu respondentů je 88 kadeřnic, 60 nehtových designérek, 87 vizážistek a 11 z nich, kteří uvedli kombinaci vybraných oborů. Pro účely statistického zpracování jsme těchto 11 respondentů započítávali do jedné ze 3 hlavních kategorií podle toho, který obor uvedli jako svůj hlavní.

Kromě základních údajů o souboru jako je pohlaví či věk, jsme se dotazovali i na další podrobnosti ze života respondentů, ať už v oblasti pracovní nebo osobní. Činili jsme tak z důvodu, abychom měli o něco komplexnější informace o respondentech než pouhé skóre v MBI dotazníku. To koresponduje s nutností pohlížet na syndrom vyhoření jako na komplexní problém.

V případě rodinného stavu uvedla většina respondentů, že žije v manželském svazku (N = 123) či partnerském vztahu (N = 64). Jednotlivé kategorie a jejich zastoupení můžeme vidět v grafu 1.

**Graf 1: Rodinný stav**



Dále jsme se respondentů dotazovali na spokojenost v různých oblastech života. Odpovědi na otázku č. 28 „*Jste spokojený/á v následujících oblastech života?*“ můžeme vidět v tabulce 5. Z ní vyplývá, že většina respondentů (přestože část z nich na tuto otázku neodpověděla) je spokojená v rodinném životě, s bydlením a se sebou samým. V případě finanční situace již výsledky nejsou tolik jednostranné, což může být způsobeno nedocenením těchto profesí, ale i aktuální pandemickou situací a s ní souvisejícím omezením činnosti.

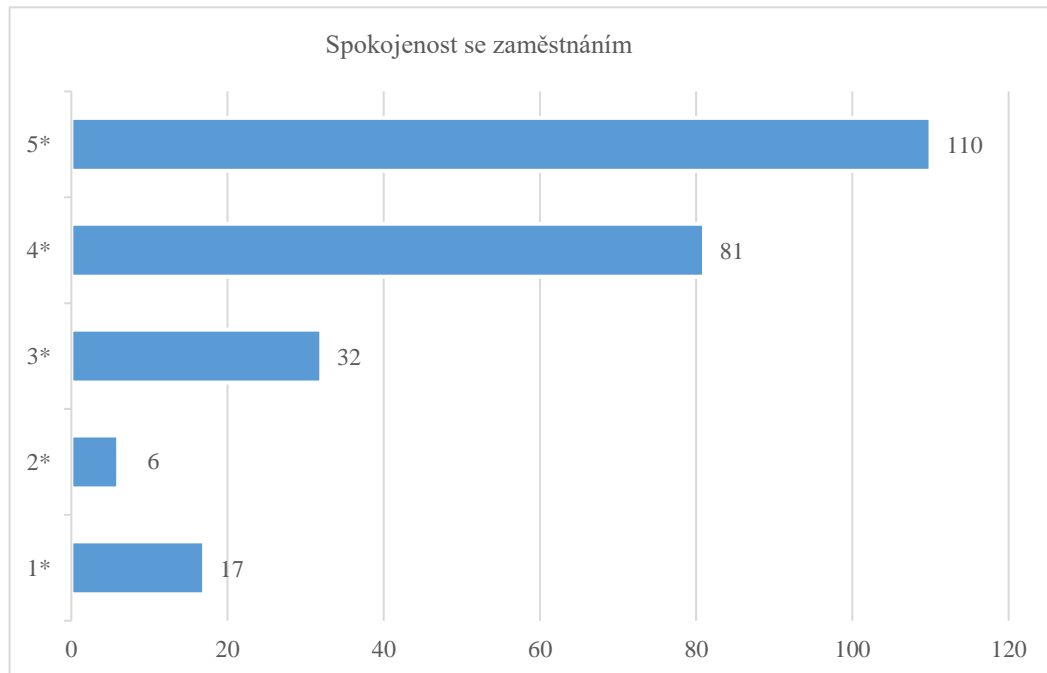
**Tab. 5: Spokojenost respondentů v jednotlivých oblastech života**

	Naprostě nesouhlasím	Nesouhlasím	Souhlasím	Naprostě souhlasím
Rodinný život	3 %	13,6 %	44,9 %	38,5 %
Bydlení	4 %	15 %	33,6 %	30,6 %
Finanční situace	7,6 %	24,3 %	40,9 %	10,30 %
Spokojenost se sebou	4,7 %	16,6 %	48,2 %	13,3 %

Poté jsme se v rámci dotazníku podrobněji zaměřili na pracovní oblast. Otázky se týkaly pracovního statusu respondentů, spokojenosti v zaměstnání či toho, zda jim práce přináší radost. Na otázku „*Do jaké míry jste spokojený/á se svým zaměstnáním?*“ odpovídali

respondenti hodnocením 1-5 hvězdiček, kdy 1 hvězda znamenalo co nejhorší a 5 hvězd znamenalo co nejlepší hodnocení. Výsledky můžeme vidět v grafu 2, kde se 78 % respondentů pohybovalo na horní hranici hodnocení a přidělilo 4 nebo 5 hvězd, dále 13 % 3 hvězdy, 2 % respondentů vybralo 2 hvězdy a 7 % zvolilo pouze 1 hvězdu.

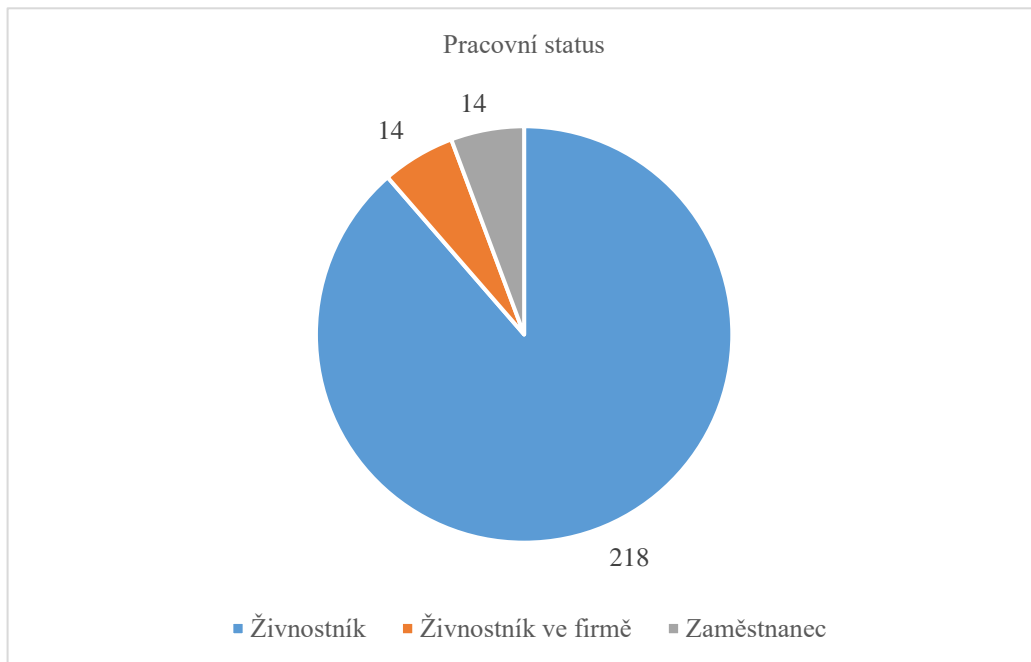
**Graf 2:** Spokojenost se zaměstnáním



Také jsme chtěli znát pracovní status respondentů. Z teoretické části víme, že na syndrom vyhoření může mít vliv pozice zaměstnance či nesplnitelnost nároků na vykonávanou pozici. Proto nás zajímalo, kolik respondentů pracuje „na sebe“, tím pádem si organizuje samo čas, ale zároveň si tak samostatně nese nátlak zákazníků. Podle Cohena (2010) je samostatně výdělečná činnost v tomto oboru spíše nevýhodou z pohledu emoční náročnosti. Pokud totiž jedinec vede svůj vlastní podnik, musí se klientům mnohem více zalíbit, naslouchat jim a dělat pro ně služby maximálně na plno. Zároveň z teoretické části víme, že v rámci firmy tento nátlak také je, přestože má zaměstnanec zajištěné pracovní zázemí a často větší kolektiv kolegů, s kterými může sdílet své zkušenosti.

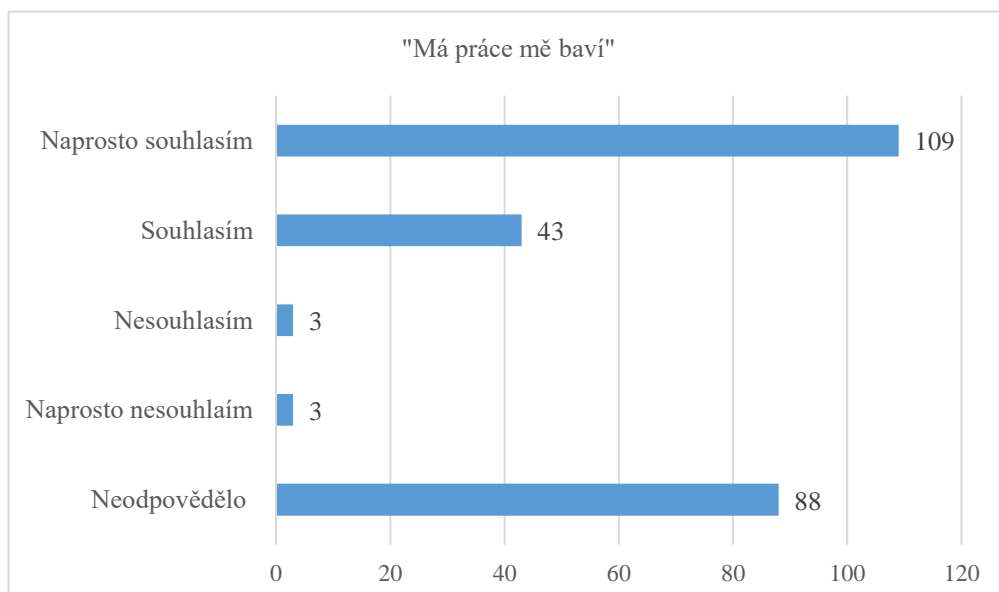
Jak vidíme v grafu 3, celkem 218 respondentů uvedlo, že pracují jako OSVČ. A tím, že samostatně výdělečných respondentů byla většina, mohli jsme u nich sledovat výše zmíněná pozitiva i negativa práce „na sebe“. Respondenti uváděli, že jsou páni svého času a práce je baví, ale zároveň zmiňovali velké nároky klientů, jejich neohleduplnost například při nočním volání a náročnost vést vlastní salón.

**Graf 3: Pracovní status**



Z pohledu vzniku vyhoření je významným faktorem také nadšení do práce a jaké potěšení nám pracovní činnost přináší. V otázce č. 22 na tvrzení „*Má práce mě baví*“ odpovědělo kladně 152 respondentů ze 158. Zároveň ale 88 respondentů neodpovědělo, nejspíš z různých důvodů. Mohlo to být proto, že nyní nemohou jedinci práci vykonávat, a tak jim odpověď na otázku přišla absurdní? Někteří možná nevěděli, jak odpovědět, protože je část výkonu bavit může a jiná část nikoli. Lze taktéž uvažovat nad tím, že někteří jedinci práci se „zábavou“ nespojují. Odpovědi respondentů vidíme v grafu 4.

**Graf 4: Potěšení z práce**



Nyní se již dostáváme k údajům získaným z MBI. Tato metoda má 22 položek a každá položka patří do jedné ze 3 subškál – EE (emoční vyčerpání), DP (depersonalizace) a PA (snížená pracovní výkonnost) (Křivohlavý, 2012). Respondent tak získává ke každé subškále jednotlivé skóre, podle jehož hodnoty lze určit, zda jedinec spadá do kategorie vyhoření. Pokud chyběly u respondenta nějaké odpovědi (ne více než 2 chybějící odpovědi v rámci jedné škály a 5 celkově), tak byly nahrazeny průměrnou odpovědí respondenta na danou škálu. Stupně jednotlivých škál můžeme vidět v tab. 6.

**Tab. 6:** Stupně jednotlivých škál dle získaných skóre

Škála	Nízký stupeň	Mírný stupeň	Vysoký stupeň
EE	0 - 16	17 - 26	27 a více (vyhoření)
DP	0 - 6	7 - 12	13 a více (vyhoření)
PA	0 - 31 (vyhoření)	38 - 32	39 a více

V tabulce 7 již vidíme data vztahující se konkrétně k našemu souboru. V případě 2 škál vyšel v průměru respondentům mírný stupeň předznamenávající vyhoření (EE = 21, DP = 11). U škály PA vyšel většině respondentů vysoký stupeň (PA = 40), ten v případě PA škály značí nejmenší riziko vyhoření. Pouze 10 respondentů dosáhlo úrovně vyhoření ve všech 3 škálách (6 kadeřnic, 3 nehtové designérky, 1 kosmetička) a 38 respondentů získalo vysoké skóre alespoň na 2 škálách (14 kadeřnic, 12 nehtových designérek, 12 kosmetiček). Dalších 69 respondentů dosáhlo úrovně vyhoření alespoň na jedné ze subškál. Pokud bychom počítali všechny tyto respondenty za vyhořelé, projevil by se syndrom u 117 jedinců (47,5 %) z výběrového souboru.

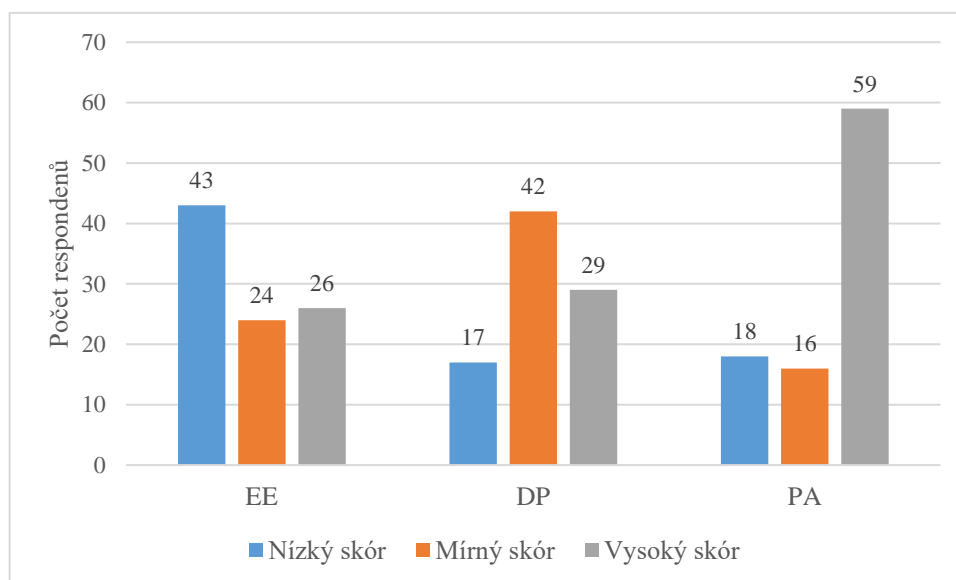
**Tab. 7:** Deskriptivní charakteristiky škál MBI pro celý soubor

Škála	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
EE	22	14	18	0	100
DP	11	6	9	0	35
PA	40	8	41	16	56

Při zaměření na konkrétní výsledky jednotlivých profesních skupin (Grafy 5, 6, 7) můžeme sledovat výsledná skóre podrobněji. Mohlo by se zdát, že z uvedených profesních skupin dosahují nejčastěji vysoké úrovně kadeřníci, avšak dle procentuálního zastoupení vycházejí „nejrizikověji“ nehtové designérky. U škály EE v procentuálním zastoupení skórovaly na vysoké úrovni nejčastěji nehtové designérky (32 % z nich), u škály DP nehtové designérky (32 % z nich) a taktéž kadeřnice (31 % z nich) a v případě PA škály opět úroveň vyhoření nejčastěji dosáhly nehtové designérky (22 % z nich).

V grafu 5 můžeme vidět rozložení hodnot skóre na jednotlivých škálách u kadeřnic, holiček, holičů a barberů. Průměrné, minimální a maximální hodnoty vidíme v tab. 8.

**Graf 5:** Výsledná skóre kadeřnic, holičů a barberů

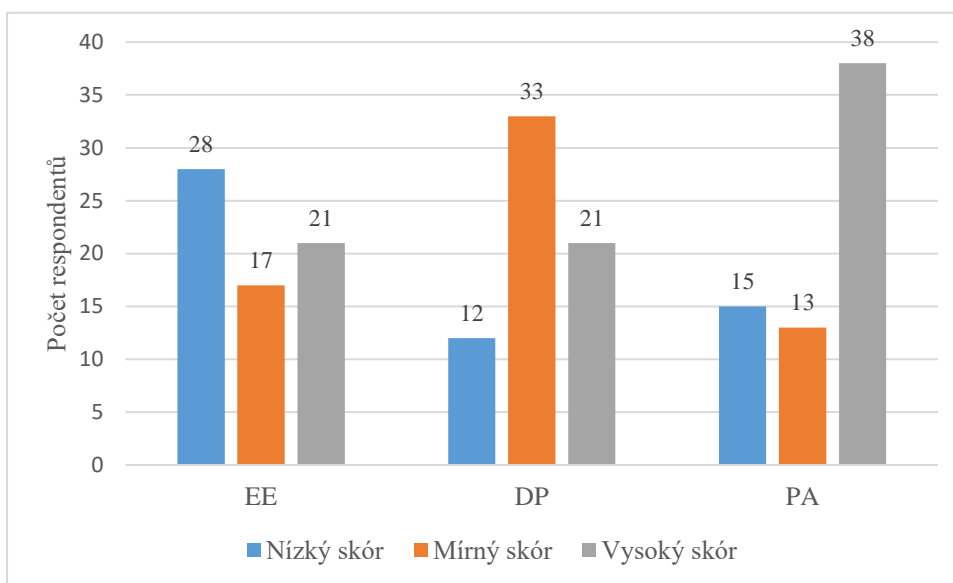


**Tab. 8:** Deskriptivní charakteristiky škál MBI pro obor kadeřnictví

Škála	Průměrné skóre	SD	Medián	Min.	Max.
EE	21	16	18	0	68
DP	11	6	9	0	29
PA	41	9	41	20	55

V grafu 6 vidíme rozložení hodnot skóre na jednotlivých škálách u nehtových designérek, manikérek a pedikérek. Průměrné, minimální a maximální hodnoty vidíme v tab. 9.

**Graf 6:** Výsledná skóre nehtových designérek, manikérek a pedikérek

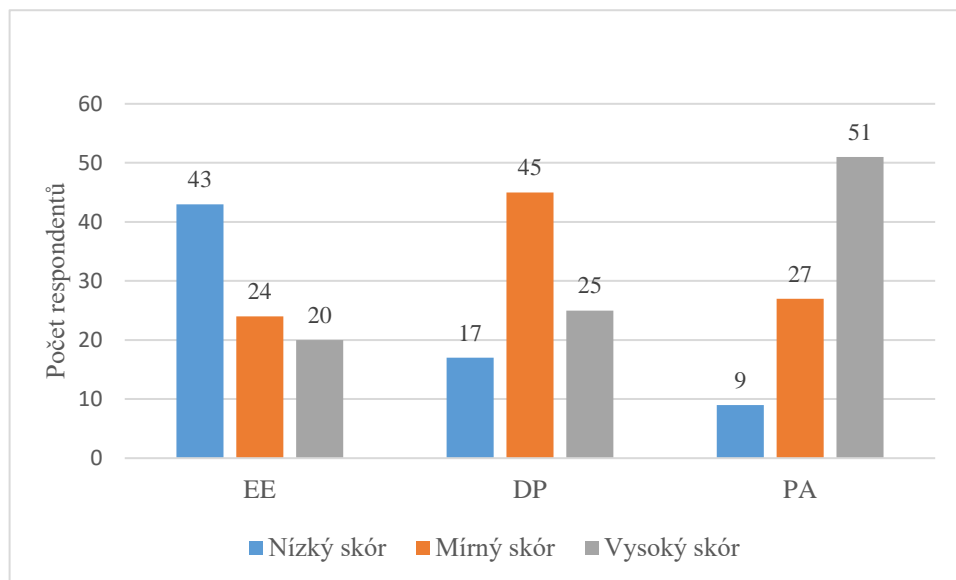


**Tab. 9:** Deskriptivní charakteristiky škál MBI pro obor nehtového designu

Škála	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
EE	21	17	18	0	100
DP	11	6	9	2	35
PA	39	9	41	20	56

V grafu 7 můžeme vidět rozložení hodnot skóre na jednotlivých škálách kosmetiček a vizážistek. Průměrné, minimální a maximální hodnoty vidíme v tab. 10.

**Graf 7:** Výsledná skóre kosmetiček a vizážistek



**Tab. 10:** Deskriptivní charakteristiky škál MBI pro obor kosmetiky

Škála	Průměr	SD	Medián	Min.	Max.
EE	21	17	18	0	72
DP	11	6	9	1	31
PA	40	8	41	16	54

## 6.2. Výsledky inferenční statistiky

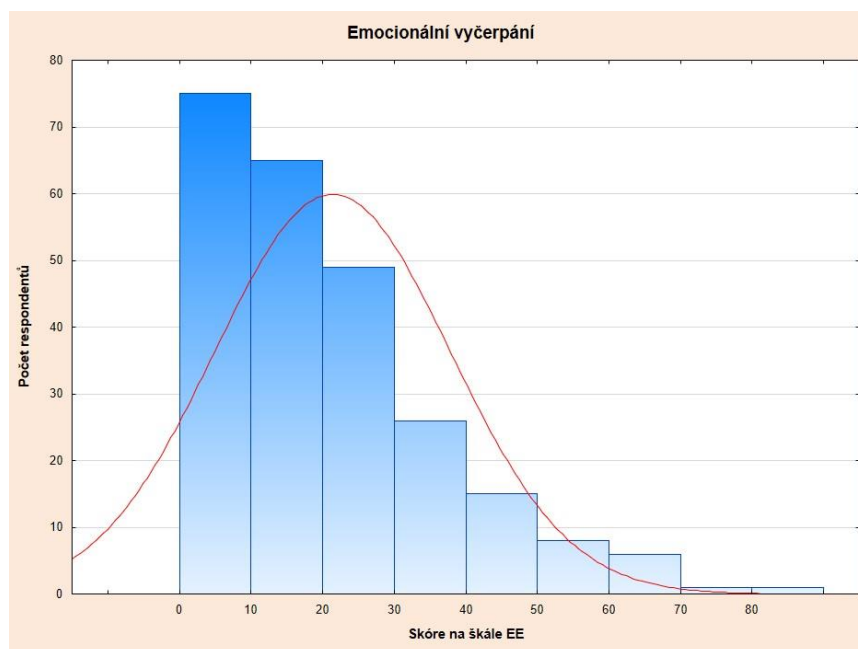
V rámci fáze zpracování výsledků jsme nejprve ověřovali normální rozdělení vybraných veličin. K testování normality jsme použili Shapiro-Wilkův test a výsledky této statistiky můžeme vidět dle uvedených hodnot ( $W$  = hodnota Shapir-Willkova testu,  $S$  = šikmost/skewness,  $K$  = špičatost/kurtosis) a následujících grafů. Pomocí inferenční statistiky jsme poté ověřovali výzkumné otázky 2-6 za užití Spearmanova korelačního koeficientu a Kruskal-Wallisovy ANOVY.



## Testy normality pro škálu MBI

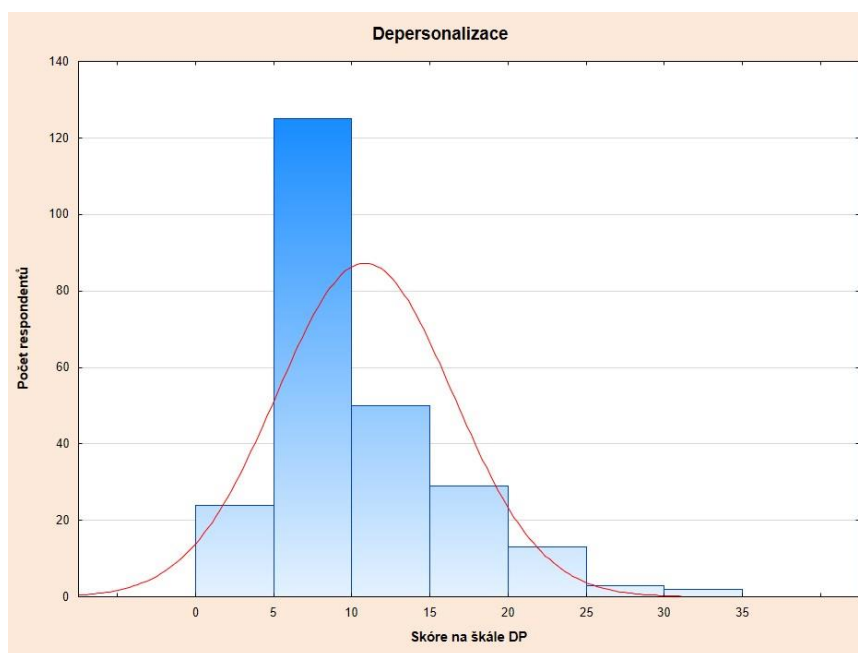
**EE (Emocionální vyčerpání):** Výsledky Shapiro-Wilkova testu ( $W = 0,90$ ;  $p < 0,001$ ). Také nenormální rozdělení proměnné můžeme vidět v grafu 8 ( $S = 1,63$ ;  $K = 3,81$ ).

**Graf 8:** Rozložení škály EE



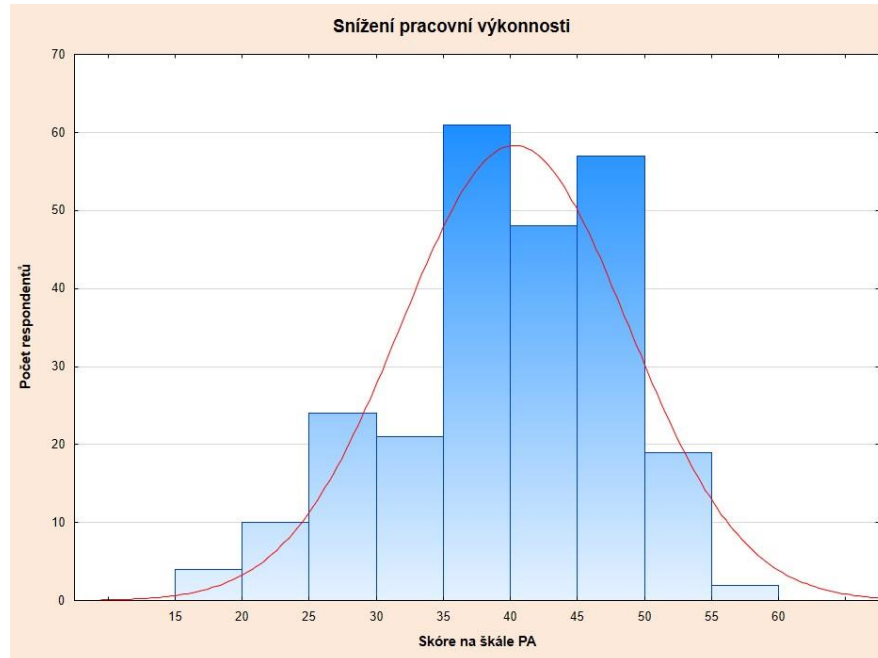
**DP (Depersonalizace):** Výsledky Shapiro-Wilkova testu ( $W = 0,89$ ;  $p < 0,001$ ). Nenormální rozdělení nám potvrdil i graf 9 proměnné ( $S = 4,63$ ;  $K = 40,6$ ).

**Graf 9:** Rozložení škály DP



**PA (Snížení pracovní výkonnosti):** Výsledky Shapiro-Wilkova testu ( $W = 0,97$ ;  $p < 0,001$ ). Opět rozdělení proměnné neodpovídá normálnímu rozdělení, i když ze tří uvedených škál by se tomuto rozdělení nejvíce blížil, jak vidíme v grafu 10 ( $S = -0,5$ ;  $K = -0,28$ ).

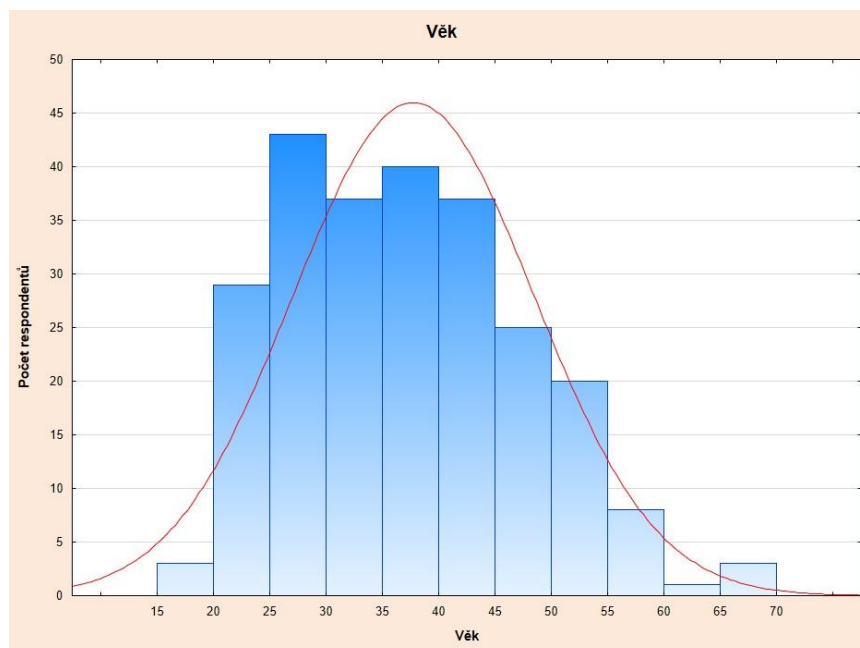
**Graf 10:** Rozložení škály PA



### Testy normality pro další proměnné

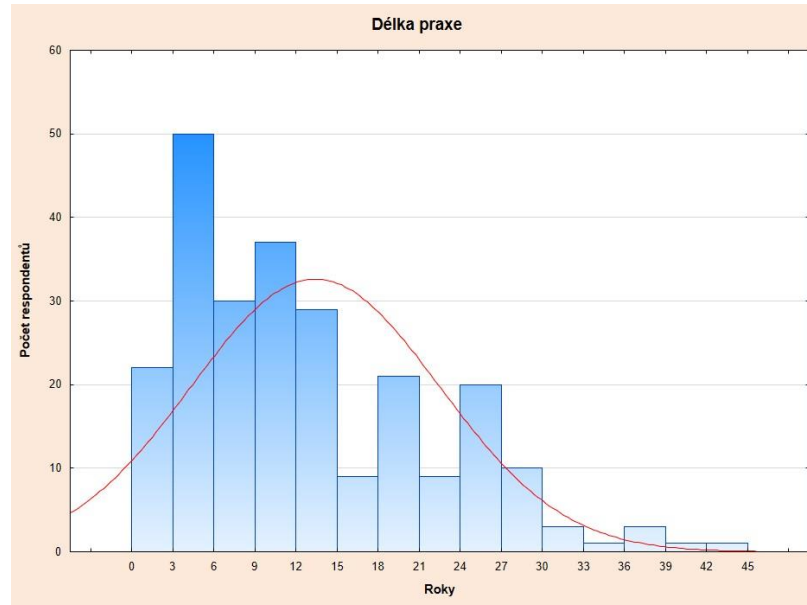
**Věk:** Výsledky Shapiro-Wilkova testu ( $W = 0,97$ ;  $p < 0,001$ ). Porušeno kritérium normality, přestože hodnoty přesahují jen v některých místech ( $S = 0,40$  ;  $K = 3,81$ ).

**Graf 11:** Rozložení proměnné „Věk“



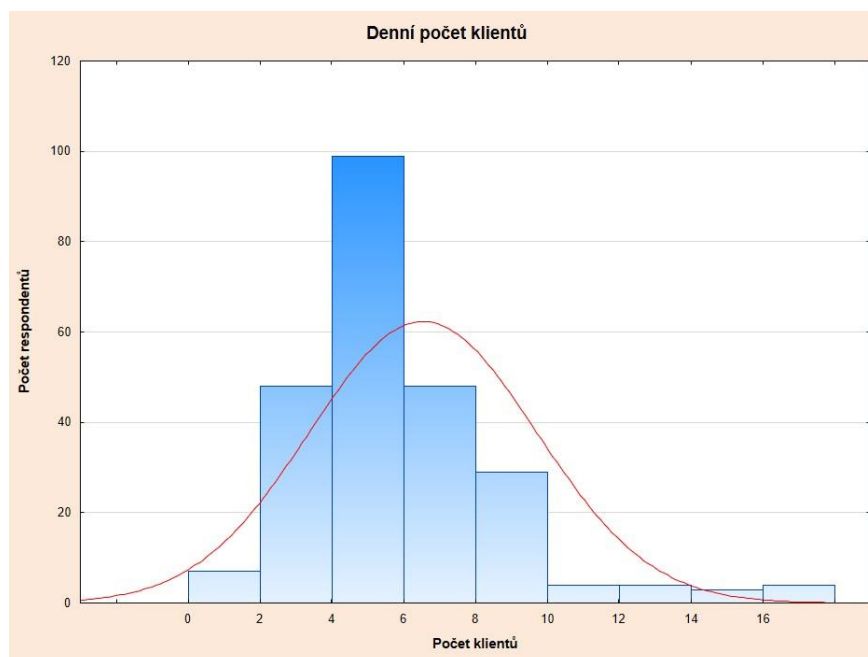
**Délka praxe:** Výsledky Shapiro-Wilkova testu ( $W = 0,92$ ;  $p < 0,001$ ). Proměnná nesplňuje kritérium normálního rozdělení, jak vidíme v grafu 12 ( $S = 0,93$ ;  $K = 0,29$ ).

**Graf 12:** Rozložení proměnné „Délka praxe“



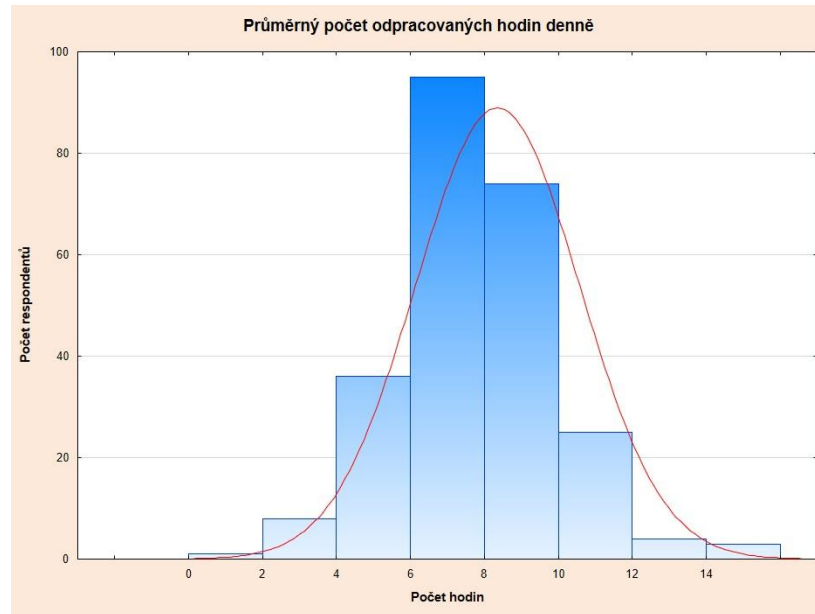
**Průměrný denní počet klientů:** Výsledky Shapiro-Wilkova testu ( $W = 0,83$ ;  $p < 0,001$ ), Proměnná nesplňuje kritérium normálního rozdělení, to můžeme vidět v grafu 13 ( $S = 2,15$ ;  $K = 7,82$ ).

**Graf 13:** Rozložení proměnné „Průměrný denní počet klientů“



**Průměrný počet odpracovaných hodin denně:** Výsledky Shapiro-Wilkova testu ( $W = 0,97$ ;  $p < 0,001$ ). Proměnná nespĺňuje kritérium normálního rozdělení, jak vidíme v grafu 14 ( $S = 0,16$ ;  $K = 0,4$ ).

**Graf 14:** Rozložení proměnné „Průměrný počet odpracovaných hodin denně“



### Shrnutí:

Na základě uvedených testových statistik jsme nepotvrdili normální rozdělení u žádné ze tří dimenzí škály MBI, ani u dalších proměnných. Vzhledem k tomu, že je normalita rozdělení porušena, použijeme pro zpracování výsledků Spearmanovu korelaci nebo Kruskal-Wallisovu ANOVU.

### Výzkumná otázka 2: Která z vybraných profesí bude nejvýše skórovat v dotazníku MBI?

Jak již bylo zmíněno, s ohledem na porušení normality u proměnných volíme pro získání výsledků Kruskal-Wallisovu ANOVU (dále také jako K-W test). V případě klasické ANOVY bychom před výpočtem provedli Leveneův test, ten zkoumá, zda se rozptyly náhodných veličin neshodují. Avšak v našem případě, kdy je porušena normalita, už ho nebylo třeba. Na základě dosažené hladiny významnosti v K-W testu nelze u žádné dimenze prokázat statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými profesemi (viz tab. 11). Protože jsme nenašli statisticky významné hodnoty, nebylo třeba dále provádět Tukeyho HD test, pouze by potvrdil výsledky, jež už z ANOVY vyšly.

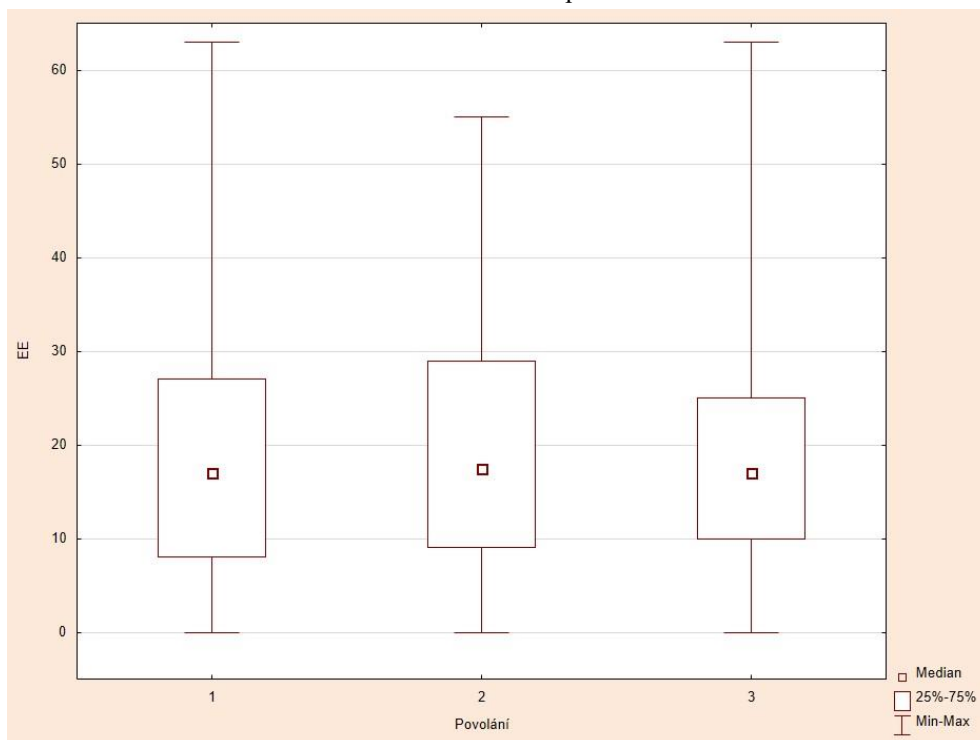
**Tab. 11:** Tabulka pro výsledky Kruskal-Wallisovy ANOVY s nezávislými proměnnými MBI a typem povolání

Dimenze MBI	Povolání	Počet platných	Součet pořadí	Průměrné pořadí	H (2, N=246)	p-hodnota
EE	Kadeřnice, Holič/ka	93	11320	121,7	0,20	0,90
	Kosmetička, Vizážistka	66	8371	126,8		
	Nehtový design, manikúra, pedikúra	87	10690	122,9		
DP	Kadeřnice, Holič/ka	93	11433	122,9	0,53	0,77
	Kosmetička, Vizážistka	66	8486	128,6		
	Nehtový design, manikúra, pedikúra	87	10463	120,3		
PA	Kadeřnice, Holič/ka	93	11894	127,9	1,09	0,58
	Kosmetička, Vizážistka	66	7662	116,1		
	Nehtový design, manikúra, pedikúra	87	10826	124,4		

Jak zvolené skupiny skórovaly na jednotlivých subškálách si můžeme také demonstrovat vizuálně pomocí krabicových grafů, potvrdí nám to výsledky K-W testu.

Graf 15 zobrazuje výsledky vybraných 3 skupin pro škálu EE. Jednotlivé skupiny se na této škále liší jen nepatrně: kadeřnice (min. = 0; max. = 63), nehtové designérky (min. = 0; max. = 55) a kosmetičky (min. = 0; max. = 63). Rozdíly hodnot nejsou výrazné, mediány mají téměř shodné hodnoty. Všimnout si můžeme, že nehtové designérky mají hodnoty o něco niž než další skupiny, avšak zároveň mají o něco větší rozptyl.

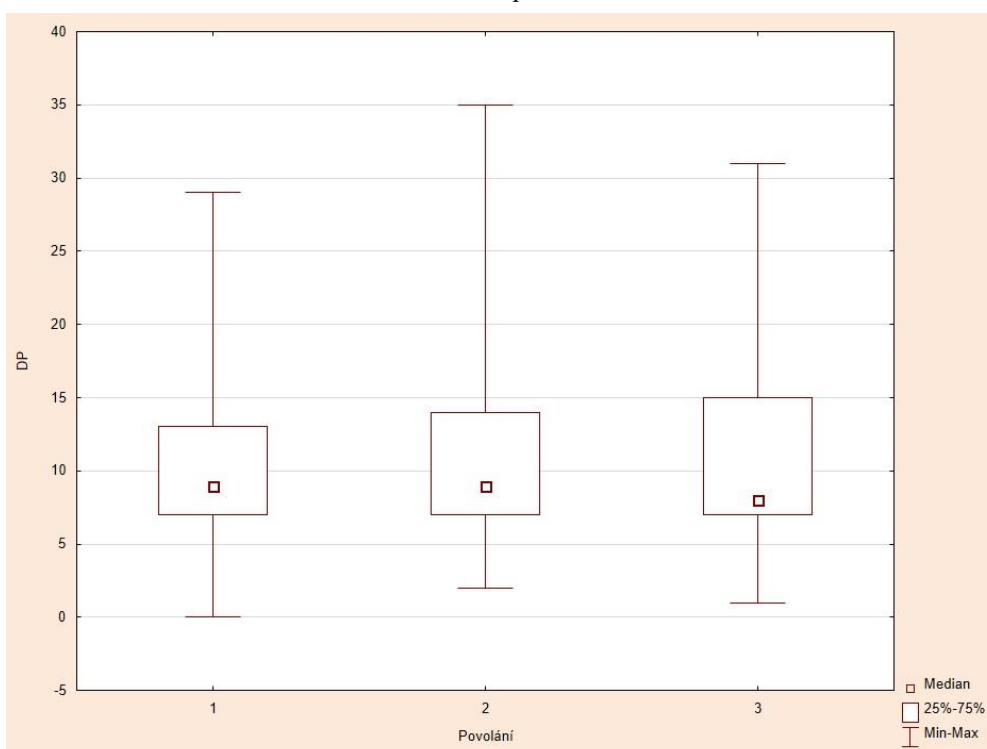
**Graf 15:** Porovnání skóre skupin na škále EE



\* 1- kadeřnice, 2 – nehtové designérky, 3 – kosmetičky

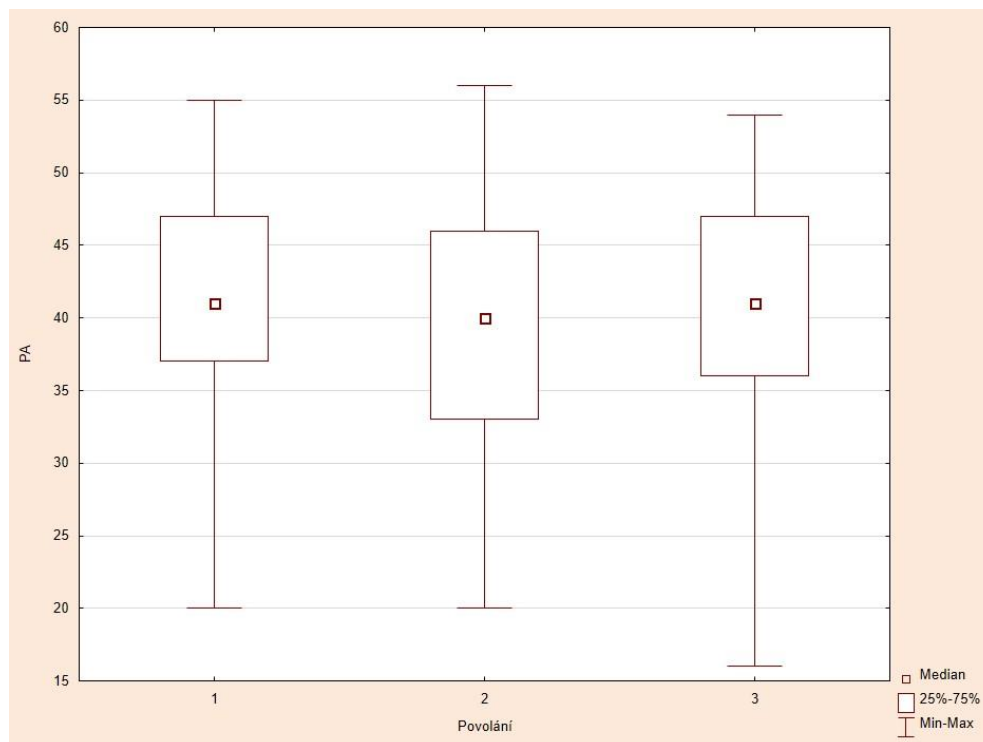
Graf 16 zobrazuje výsledky skupin pro škálu DP, ty se liší jen nepatrně: kadeřnice (min. = 0; max. = 29), nehtové designérky (min. = 2; max. = 35) a kosmetičky (min. = 1; max. = 31). Mediány mají podobné hodnoty, rozptyl mezi kvartily má největší skupina kosmetiček. Nehtové design. mají oproti dalším 2 skupinám hodnoty posunuty o něco výš.

**Graf 16:** Porovnání skóre skupin na škále DP



Graf 17 zobrazuje výsledky skupin pro škálu PA, jsou jen lehce odlišné: kadeřnice (min. = 20; max. = 55), nehtové designérky (min. = 20; max. = 56) a kosmetičky (min. = 16; max. = 54). Rozdíly hodnot nejsou markantní, mediány mají podobné hodnoty, nehtové designérky mají větší rozptyl mezi kvartily a kosmetičky skórují o něco níže než ostatní.

**Graf 17:** Porovnání skóre skupin na škále PA



\* 1- kadeřnice, 2 – nehtové designérky, 3 – kosmetičky

### **Výsledky dílčích výzkumných cílů:**

#### **Korelační analýza pro výzkumné hypotézy 2 - 5.**

Pro vyjádření k platnosti stanovených hypotéz 2 - 5 jsme provedli korelační analýzu za využití Spearmanova korelačního koeficientu. Spearmanův korelační koeficient jsme vybrali vzhledem k rozložení proměnných, která nesplňují kritérium normality, a navíc skóre respondentů vznikalo z Likertovy škály, tudíž ordinálních položek. Výsledky korelací vidíme v tabulce 12.

**Tab. 12:** Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu

Spearman Rank Order Correlations označené korelace jsou významné nad hladinu $p < ,0500$ N= 246				
	Věk	Délka praxe	Průměrný počet odprac. hodin/den	Průměrný počet klientů/den
EE	- 0,005	0,02	-0,03	- 0,07
DP	- 0,11	- 0,02	-0,03	- 0,095
PA	- 0,003	0,03	-0,03	0,16*

**Výzkumná otázka 3:** *Jak spolu souvisí věk a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

Mezi věkem a skórem subškály EE nepozorujeme téměř žádný vztah  $r = - 0,005$ . Mezi věkem a skórem subškály DP pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,11$ . Mezi věkem a PA nepozorujeme téměř žádný vztah  $r = -0,003$ .

**Výzkumná otázka 4:** *Jak spolu souvisí délka praxe a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

Mezi délkou praxe a skórem subškály EE pozorujeme zanedbatelný pozitivní vztah  $r = 0,02$ . Mezi délkou praxe a skórem subškály DP pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = - 0,02$ . Mezi délkou praxe a skórem subškály PA pozorujeme zanedbatelný pozitivní vztah  $r = 0,03$ .

**Výzkumná otázka 5:** *Jak spolu souvisí počet odpracovaných hodin za den a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

Mezi počtem odpracovaných hodin za den a skórem subškály EE pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,03$ . Mezi počtem odpracovaných hodin za den a skórem subškály DP pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,03$ . Mezi počtem odpracovaných hodin za den a skórem PA pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,03$ .



**Výzkumná otázka 6:** *Jak spolu souvisí počet klientů za den a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

Mezi počtem klientů za den a skórem subškály EE pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,07$ . Mezi počtem klientů za den a skórem subškály DP pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,95$ . Mezi počtem klientů za den a skórem PA pozorujeme slabý pozitivní, ale signifikantní vztah  $r = 0,16$  při  $p$ -hodnotě  $<0,05$ .

### 6.3. Vyjádření k platnosti hypotéz a výzkumných otázek

**Za hlavní výzkumný cíl jsme si určili:** Zmapovat výskyt syndromu vyhoření ve výzkumné populaci a změřit jeho míru díky dotazníku MBI.

**Výzkumná otázka 1:** *Vyskytuje se syndrom vyhoření ve vybrané populaci?*

V rámci deskriptivní statistiky jsme se dle výsledných skóre dozvěděli, že dosáhlo úrovně vyhoření na všech třech subškálách pouze 10 respondentů (6 kadeřnic, 3 nehtové designérky, 1 kosmetička) a 38 respondentů mělo vysoké skóre alespoň na 2 subškálách (14 kadeřnic, 12 nehtových designérek, 12 kosmetiček). Nicméně dalších 69 respondentů dosáhlo úrovně vyhoření alespoň na jedné subškále. Pokud bychom za vyhořelé považovali všechny respondenty, kteří skórovali alespoň na jedné ze subškál vysoko, pak by se jednalo o 47,5 % z celého souboru ( $N = 117$ ) a to není zanedbatelná hodnota. V případě, kdy bychom kritéria o něco zpřísnili a za vyhořelé bychom označili pouze ty, kteří skórovali vysoko nejméně na 2 subškálách, pak by vyhořelých bylo 19,5 % respondentů ( $N = 48$ ). Zároveň bychom měli myslet i na to, že mnoho respondentů se pohybovalo již na mírném stupni.

Nehledě na to, jak přísná kritéria budeme vybírat, je důležité se zamyslet nad faktem, že v souboru má téměř polovina respondentů kritickou hodnotu alespoň na jedné subškále. Zároveň ale někteří přesáhli své skóre na rizikovou úroveň jen o pár bodů. Po zvážení by se proto obecně dalo říct: Ano, syndrom vyhoření se vyskytuje ve vybraném souboru, přestože se výsledky nemusí zdát jako příliš významné. Z tohoto důvodu lze předpokládat, že se vyhoření dotýká obecně i celé výběrové populace, přesto bychom byli opatrní generalizovat. Berme proto data alespoň jako upozornění, že vyhoření může potkat i pracovníky v terciárním sektoru a je možné dále v této oblasti bádát.

*Podotázky:*

***Jak vnímá daná populace svůj pracovní a osobní život?***

Z teoretické části práce víme, že na vznik i průběh syndromu vyhoření mají vliv osobnostní charakteristiky spolu s osobním a pracovním prostředím jedince. Proto se některé otázky v dotazníku vztahovaly k těmto zmíněným oblastem. Podle výsledků, které jsme prezentovali v kapitole 2.9. Výsledky výzkumu z odpovědí respondentů vyplynulo, že jsou spokojení v oblasti rodinného života (83 %), kdy většina respondentů je ve vztahu partnerském nebo svazku manželském (76 %). Dále je více než polovina spokojená s bydlením (64 %) i samo se sebou (62 %). Finanční situace je uspokojivá jen pro 50 %. Dále z výsledků vyplynulo, že 78 % respondentů je se svou prací spokojených podle hodnocení 4-5 hvězdiček. Také 152 respondentů souhlasilo s tvrzením, že jim práce přináší potěšení (na tuto otázku odpovědělo celkově jen 158 respondentů).

Z dat lze usuzovat, že většina respondentů zapojených do výzkumu je spokojená téměř ve všech oblastech života, proto mohli předpokládat nízké či mírné skóry na jednotlivých škálách MBI, možná právě proto výsledky nebyly tolik alarmující. Taktéž z teorie víme, že význam může mít i pracovní pozice jedince. Ve výzkumném souboru pracuje 28 respondentů ve firmě, 218 respondentů jsou osoby samostatně výdělečně činné, proto zde podle teorie ohrožené „střední pozice“ není takové riziko. Avšak víme, že živnostník může být stejně tak výhodnou i nevýhodnou pozicí.

***Jakých skóre respondenti dosahují? Kolik respondentů dosáhlo vysoké úrovně skóre, tedy vyhoření?***

Celkově výzkumný soubor skóroval v průměru na škále EE 21 body (SD = 14), na škále DP 11 body (SD = 6) a na škále PA 40 body (SD = 8). Pouze 10 respondentů dosáhlo úrovně vyhoření ve všech 3 škálách (6 kadeřnic, 3 nehtové designérky, 1 kosmetička), 38 respondentů získalo vysoké skóry alespoň na 2 škálách (14 kadeřnic, 12 nehtových designérek, 12 kosmetiček) a dalších 69 respondentů mělo vysokou úroveň alespoň na jedné subškále. Pokud bychom se zaměřili na dílčí obory, dalo by se z grafů usuzovat, že nejčastěji dosahují vysoké úrovně na jednotlivých škálách (úrovně vyhoření) nehtové designérky, manikérky a pedikéry. Tento jev by mohl být způsoben například tím, že podle respondentek je v tomto oboru práce nejméně oceňována. V případě škály DP mají kadeřnice a nehtové designérky velmi podobné výsledky (31 % a 32 %).

Avšak závěry prezentujeme na základě statistického zpracování, kde jsme skupiny porovnávali, nikoli na základě našeho odhadu. Z pohledu statistických výsledků můžeme brát vybranou populaci maximálně jako potencionálně ohroženou nikoli vyhořelou. Zajímavé je, že i přes statistická data by po přečtení definice o syndromu vyhoření subjektivně hodnotilo 64 respondentů samo sebe jako vyhořelé a 16 respondentů jako dříve vyhořelé, zbylých 166 se za vyhořelé nepovažuje.

**Výzkumná otázka 2:** *Která z vybraných profesí bude nejvýše skórovat v dotazníku MBI?*

**H1: V dotazníku MBI skórují výše kadeřníci (holiči) ve srovnání s dalšími vybranými povoláními.**

Pro testování hypotézy H1 jsme využili Kruskal-Wallisovy ANOVY. Z výsledků tohoto statistického testu nevyšla žádná profesní oblast jako výrazně odlišná, nenašli jsme statisticky významný rozdíl (EE:  $p = 0,93$ ; DP:  $p = 0,77$ ; PA:  $p = 0,58$ ) mezi jednotlivými obory. **Proto H1 zamítáme.**

**Za dílčí výzkumné cíle jsme si určili:** Popsat základní demografické i osobnostní charakteristiky jedinců pracujících v terciárním sektoru a jejich pracovní návyky s ohledem na výsledky v dotazníku MBI.

**Výzkumná otázka 3:** *Jak spolu souvisí věk a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

**H2: U pracujících v terciárním sektoru služeb existuje souvislost mezi mírou vyhoření a věkem.**

Podle dosažených hodnot vypočítaných pomocí Spearmanova korelačního koeficientu lze usuzovat, že mezi proměnnou věk a jednotlivými škálami dotazníku MBI neexistují významné vztahy. Konkrétně mezi věkem a skórem subškály EE nepozorujeme téměř žádný vztah  $r = -0,005$ . Mezi věkem a skórem subškály DP pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,11$ . Mezi věkem a PA nepozorujeme téměř žádný vztah  $r = -0,003$ . Pro nízké hodnoty **hypotézu H2 zamítáme.**

**Výzkumná otázka 4:** *Jak spolu souvisí délka praxe a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

**H3: U pracujících v terciárním sektoru služeb existuje souvislost mezi mírou vyhoření a délkou praxe.**

Dle výsledků Spearmanova korelačního koeficientu mezi délkou praxe a skórem subškály EE pozorujeme zanedbatelný pozitivní vztah  $r = 0,02$ . Mezi délkou praxe a skórem subškály DP pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,02$ . Mezi délkou praxe a skórem subškály PA pozorujeme zanedbatelný pozitivní vztah  $r = 0,03$ . Pro nízké hodnoty **Hypotézu H3 zamítáme.**

**Výzkumná otázka 5:** *Jak spolu souvisí počet odpracovaných hodin za den a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

**H4: U pracujících v terciárním sektoru služeb existuje souvislost mezi mírou vyhoření a počtem odpracovaných hodin za den.**

Dle Spearmanova korelačního koeficientu mezi počtem odpracovaných hodin za den a skórem subškály EE pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,03$ . Mezi počtem odpracovaných hodin za den a skórem subškály DP pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,03$ . Mezi počtem odpracovaných hodin za den a skórem subškály PA pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,03$ . Pro nízké hodnoty **Hypotézu H4 zamítáme.**

**Výzkumná otázka 6:** *Jak spolu souvisí počet klientů za den a jednotlivé dimenze vyhoření v dotazníku MBI?*

**H5: U pracujících v terciárním sektoru služeb existuje souvislost mezi mírou vyhoření a počtem klientů za den.**

Dle Spearmanova korelačního koeficientu mezi počtem klientů za den a skórem subškály EE pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,07$ . Mezi počtem klientů za den a skórem subškály DP pozorujeme zanedbatelný negativní vztah  $r = -0,095$ . Mezi počtem klientů za den a skórem PA pozorujeme slabý pozitivní, ale signifikantní vztah  $r = 0,16$ . Pro nízké hodnoty **hypotézu H5 nepřijímáme.**

## 7 DISKUZE

V následující kapitole se zamyslíme nad limity této práce a vzniklými nepřesnostmi, jež se objevily během procesu vzniku práce. Dále uvedeme v širším kontextu získané výsledky, a to i v porovnání s dalšími studii. V závěru otevřeme otázku možnosti dalšího zkoumání.

Předtím, než si uvedeme výsledky výzkumné části, je třeba se zamyslet nad potenciálními chybami a nežádoucími vlivy, jež je mohly ovlivnit. První limity můžeme pozorovat již při výběru souboru, kdy jsme použili pro získání respondentů metodu samovýběru a metodu sněhové koule. Tím, že jsme zvolili nepravděpodobností metody výběru, neměli všichni jedinci z vybrané populace stejnou šanci se zapojit do výzkumu. Zároveň víme, že pomocí metody samovýběru většinou získáváme do vzorku aktivnější jedince, kteří se rozhodli zapojit na základě vlastní vůle. Již tento zájem by teoreticky mohl upozorňovat na to, že takoví jedinci, kteří mají energii se zapojovat do výzkumů, nebudou pravděpodobně vyhořelí. Tím, že byl odkaz na dotazník sdílen zejména přes sociální sítě, mohla tak vznikat jakási sociální bublina, přestože jsme se tento jev snažili ošetřit sdílením odkazů i do velmi početných skupin sdružujících vybrané profesionály. Taktéž v případě internetového sběru dat hrozí záměrné zkraslování odpovědí či obavy o autenticitu odpovědí kvůli strachu ze ztráty soukromí, navíc nelze ověřit totožnost respondenta a ani to, zda splnil uvedená kritéria nutná pro účast na výzkumu. Mimo jiné může mít vliv i nedůvěra k online platformám a strach o ztrátu anonymity či zneužití údajů.

Z výzkumného souboru jsme museli vyřadit až téměř 1/3 respondentů ( $N = 84$ ), což lze považovat za ztrátu cenných informací. Dělo se tak zejména z důvodu, že tyto vyřazení jedinci nevyplnili poslední část dotazníku, která byla zcela zásadní, přestože do té doby vyplňovali pilně předchozí otázky. Je možné, že dotazník byl pro respondenty příliš dlouhý a v dalším zkoumání je třeba na to dát pozor. Ukázalo se, že některé otázky nakonec byly zbytečné, přestože jsme byli přesvědčeni o jejich důležitosti vzhledem ke komplexnosti problému. Stejně tak by čtenáři mohlo připadat limitující rozložení pohlaví ve vzorku, kdy muži byli zastoupeni pouze jedním respondentem, avšak nízké zastoupení mužů odpovídá společenskému trendu v této profesní oblasti. I skupiny jednotlivých oborů nebyly stejně zastoupeny, nicméně jejich rozdíly nebyly příliš výrazné. Možná pouze v případě nehtových

designérek by bylo vhodné mít o pár respondentů více. Také by bylo možná přínosnější se podrobněji zaměřit na jednu konkrétní profesi, věkovou skupinu či zkrátka více specifikovat výzkumný soubor a získat tak kvalitnější směrodatnější data.

Z pohledu teoretického ukotvení je velmi těžké pojmout komplexnost syndromu vyhoření, jelikož jsme již několikrát zmínili existenci stovek až tisíců materiálů publikovaných na toto téma. Proto je možné, že bychom přehlédli nějakou publikaci, jež by nám více přiblížila a propojila problematiku syndromu vyhoření se sektorem služeb. Přesto jsme se tomu snažili předcházet pečlivou rešerší.

Taktéž by ke zkreslení výsledků mohlo dojít v rámci fáze úpravy dat. Zde jsme museli doplňovat některé chybějící údaje, jež jsme většinou nahrazovali vyplněním průměrné hodnoty odpovědi respondenta na otázku (například v případě škál EE, DP, PA) anebo doplněním nejčastější odpovědi. Také mohla být přítomnost syndromu vyhoření v této populaci ověřována jinými metodami nebo jejich kombinací pro větší reliabilitu a validitu výsledků. Z pohledu statistického zpracování by se dalo vytknout, že neparametrické testy nejsou tolik spolehlivé jako ty parametrické. Například Spearmanův korelační koeficient není tolik statisticky silný test jako Pearsonův korelační koeficient, který bohužel vzhledem k povaze a rozdělení dat nešlo použít.

Hlavní výzkumnou otázkou bylo „*Vyskytuje se syndrom vyhoření ve vybrané populaci?*“ Z našeho výzkumu lze dle mého názoru usuzovat, že se syndrom vyhoření ve výběrové populaci vyskytuje. Přestože statistické testy neuvádí signifikantní výsledky, tak lze z pohledu deskriptivní statistiky najít některá data, jež podpoří náš předpoklad. Celkově průměrné skóre výzkumného souboru spadaly do mírného stupně vyhoření. Počtem 10 respondentů dosáhlo úrovně vyhoření ve všech 3 škálách, 38 respondentů získalo vysoké skóre alespoň na 2 škálách a 69 na 1 ze škál. Na základě uvedených dat lze tvrdit, že vybraná populace je dle výsledků z dotazníku MBI potencionálně ohroženou skupinou. Přesto nelze generalizovat výsledky na celou populaci s ohledem na velikost souboru či limity práce a je nutný další výzkum. Domníváme se, že vyhoření je problémem i v této pracovní oblasti, nízké skóre na jednotlivých škálách mohly být ovlivněny uváděnou životní spokojeností nebo zájmem respondentů se zapojit. Zároveň na hodnotu skóru mohla mít vliv ještě pandemická situace, díky které někteří respondenti uváděli úlevu od zaměstnání nebo naopak tenzi z nejistoty. Na výskyt syndromu vyhoření v této populaci upozorňují ve shodě s naším výzkumem následující studie: Například Page (2019) uvádí, že kadeřnice jsou sociální oporou svým klientům a objevuje se u nich často emoční vyprahlost. Autorka

předpokládala, že kadeřnice jsou ohroženy vyhořením, a to se jí potvrdilo. Také ale upozornila na to, že pocit emocionálního vyčerpání nemusí vždy znamenat nechuť k práci, jelikož mnoho respondentek i přes tyto pocity prohlašovalo, že miluje svou práci. I v rámci našeho výsledku mnoho kadeřnic dosáhlo na subškálách mírné až vysoké úrovně vyhoření. Cohen (2010) ve svém výzkumu uvádí, že jsou kadeřnice, zejména pak majitelky salónů náchylnější populací. Na ohrožení této skupiny syndromem vyhoření upozorňují i další autoři (Cowen et al., 1979; Jeung et al., 2018; Milne & Mullin, 1987; Xu, 2015). Často jsou tyto studie kvalitativního rázu, a proto nelze výsledky přesně porovnávat.

U výzkumné otázky „*Která z vybraných profesí bude nejvýše skórovat v dotazníku MBI?*“ jsme předpokládali nejvyšší skóry v případě oboru kadeřnictví na základě studií, které se zaměřovaly zejména na toto profesní odvětví (Cohen, 2010; Page, 2019; Sattler & Deane, 2016). Hypotéza se nám nepotvrdila, dle Kruskal-Wallisovy ANOVY není mezi zkoumanými skupinami ve skórování signifikantní rozdíl. A navíc podle deskriptivní statistiky vychází, že v našem souboru skórovaly více v jednotlivých dimenzích nehtové designérky, manikérky a pedikérky. Naše hypotéza tak byla zamítnuta a nekoresponduje s předpokladem vycházejícím z literatury. To, že se nakonec ukázaly dle hrubých skóre jako blíže k vyhoření pracující v oboru nehtového designu si pravděpodobně můžeme vysvětlit tím, že toto odvětví je z vybraných nejméně docenováno. Zároveň jednotlivé procedury jako například manikúra, pedikúra netrvají příliš dlouho, díky čemuž respondentky mohou stihnout více klientů než jejich kolegyně z dalších oborů.

V rámci dalších výzkumných otázek nás zajímalo, *zda jednotlivé skóry respondentů na škále MBI souvisí například s věkem, délkou praxe, odpracovaným počtem hodin a počtem klientů za den*. Všechny hypotézy vycházející z dílčích otázek (H2 – H5) jsme nakonec zamítli, jelikož podle Spearmanova korelačního koeficientu mezi jednotlivými proměnnými a skóry byl většinou zanedbatelný až žádný vztah. Toto zjištění bylo překvapivé, jelikož dle dostupné literatury jsme očekávali, že věk i délka praxe souvisí s dosažením skóre. Například vyšší skóry mohou mít dle Maslach a Jackson (1981) respondenti v mladších letech, a to zejména zpočátku pracovního výkonu. A ani informace od Priess (2015), že ohrožení jsou respondenti starší 40 let, se nepotvrdila. Na souvislosti skóre MBI a uvedených proměnných se zaměřila i Vodolánová (2017) v rámci své bakalářské práce, zkoumala tuto problematiku u kreativních profesí a v souvislosti se vztahovou vazbou. Autorce vyšly stejné výsledky v případě hledání souvislostí mezi těmito

proměnnými, také mezi nimi neshledala statisticky významné rozdíly. Výsledky by se tak s její studií víceméně shodovaly.

Domníváme se, že i přes uvedené limity a nedostatky přinesl tento výzkum zajímavé informace, jež mohou být inspirací k dalšímu bádání. Přestože by se uvedené závěry mohly zdát nevýznamné, považuji za úspěch už jen to, že tematika syndromu vyhoření se stále ukazuje jako plodná půda pro bádání. Také je přínosné alespoň částečné potvrzení domněnky o výskytu vyhoření v terciárním sektoru služeb. Další výzkum by se mohl konkrétněji zaměřovat na jednu z uvedených profesí a veškerá získaná data by bylo možné propojit do komplexnějšího rámce. Případně by byla jistě zajímavá možnost pokusit se získat skóry škály MBI od téměř celé nebo reprezentativní části populace, případně tuto metodu propojit s dalšími inventáři či rozhovory. Také by bylo vhodné zvyšovat povědomí o syndromu vyhoření u pracujících v terciárním sektoru služeb a mapovat jejich copingové strategie nebo problematiku dodržování zásad psychohygieny. Mohli bychom se do budoucna hlouběji zamyslet nad prevencí syndromu vyhoření a vytvořit tak design, v němž bychom se snažili intervenovat vybrané skupiny a posílit tak jejich protektory i ochranné strategie. Zkrátka syndrom vyhoření, ač velmi známý pojem, je stále atraktivním a plodným tématem pro vědecké bádání, a to obzvláště v dnešní době plné tlaků a vysokých požadavků.



## 8 ZÁVĚR

Zprvu by se mohlo zdát, že syndrom vyhoření je již probádaným tématem, avšak tato práce, stejně jako mnoho dalších, ukazuje, že je toto téma velmi komplexní a dá se propojovat s mnoha dalšími poznatky. Přínosem tohoto textu je propojení syndromu vyhoření s netradiční profesní skupinou, v českém prostředí totiž nenalezneme výzkumy zabývající se vyhořením u oborů v terciárním sektoru anebo jsou v jeho souvislosti zmiňovány pouze okrajově. Také účast na výzkumu mohla připomenout respondentům, že jejich práce může být náročná a je třeba dbát na mentální hygienu. I z toho důvodu si mohli respondenti za účast stáhnout vytvořené informační brožury na téma vyhoření a zásady psychohygieny.

Hlavním výzkumným cílem bylo zmapovat výskyt vyhoření ve výzkumné populaci a případně změřit jeho míru pomocí dotazníku MBI. Sekundárně jsme se tyto skóry snažili uvést do souvislosti osobního i pracovního prostředí jedince a hledali jsme u nich souvislosti s dalšími proměnnými.

Z výsledků dotazníkového šetření na souboru jedinců pracujících v terciárním sektoru vyplývají následující zjištění:

**- syndrom vyhoření se do jisté míry v populaci projevuje**

(velká část souboru skóruje v mírné až vysoké úrovni vyhoření u škál EE, PA, DP)

**- většina respondentů je spokojená v pracovní oblasti i dalších oblastech života**

**- objevili jsme pouze jeden signifikantní slabý pozitivní vztah mezi počtem klientů za den a skórem PA ( $r = 0,16$  p-hodnota  $<0,05$ ). Dále jsme žádný signifikantní vztah mezi skóry na škálách EE, DP, PA a proměnnými věk, délka praxe, průměrný počet odpracovaných hodin za den nenašli.**

# SOUHRN

Jak jsme již zmínili, v rámci této práce se pokoušíme o propojení tematiky syndromu vyhoření a sektoru služeb. V teoretické části jsme se nejprve věnovali představení základních teoretických východisek k vybraným tématům a dosavadnímu výzkumu, jenž je propojuje.

V první kapitole jsme se zaměřili na téma vyhoření v celé jeho šíři. Představili jsme si definici syndromu vyhoření a jeho historický kontext, seznámili se s rizikovými faktory, symptomy spojenými s přítomností burnoutu i jeho průběhem, jenž probíhá v několika fázích. Zabývali jsme se také diagnostikováním tohoto syndromu a diferenciální diagnostikou, která se k němu váže. Na závěr kapitoly jsme si vyjmenovali některé zásady prevence a možnosti léčby. Víme, že syndrom vyhoření je proces, při kterém jedinec přichází o všechny své vnitřní energetické zdroje (Křivohlavý, 1998). Projevuje se zejména psychickým vyčerpáním (emoční vyprahlost, sklíčenost, depersonalizace), zdravotními či fyzickými problémy (neustupující únava, nedostatek energie) a komplikacemi v sociální oblasti (konflikty, mezilidské vztahy, v pracovním výkonu) (Kupka, 2014). Tyto příznaky lze měřit pomocí různých metod, z nichž jsme si pro náš výzkum vybrali sebeposuzující inventář Maslach burnout inventory (MBI), tato metoda obsahuje 22 položek vztahujících se ke 3 dimenzím, jež korespondují s existencí syndromu v oblasti psychické, fyzické i sociální. Tyto dimenze jsou měřeny skrze 3 subškály - jedná se o škálu emočního vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a snížení pracovního výkonu (PA) (Maslach & Jackson, 1981).

V druhé kapitole jsme věnovali prostor informacím týkajícím se terciárního sektoru služeb. V rámci této kapitoly jsme si vymezili základní pojmy, jako jsou terciární sektor či pojem služba. Taktéž jsme si vymezili vybrané odborné kvalifikace (kadeřnice, kosmetička, nehtová designérka), jaké je potřeba splnění kvalifikačních požadavků a v jakých hodnotách se pohybuje jejich plat. Terciární sektor služeb je kategorií, do které řadíme pracovní činnosti, jejichž produktem je služba, ta je typická svým nehmotným charakterem (Čvančarová, 2007). Terciární sektor je velmi flexibilní, má tendenci se neustále rozrůstat a jeho charakteristickým prvkem je vzájemná blízká interakce zákazníka a poskytovatele služby. Procentuálně jsou obory v terciárním sektoru zastoupeny zejména ženami (Rolný & Lacina, 2004). Právě do tohoto odvětví spadají námi vybrané profese kadeřník (holič, barber), kosmetička (vizážistka) či nehtová designérka (manikérka, pedikérka).

Následně jsme si v kapitole o výzkumech uvedli několik studií, jež se k problematice syndromu vyhoření v pracovní oblasti vztahují. Některé z nich potvrdili relevantnost a důležitost zkoumání vyhoření u námi vybraných profesních skupin. Většina těchto studií a článků se soustředila primárně na kadeřnice (Cohen, 2010; Milne, 1987; Page, 2019; Sattler & Deane, 2016; Xu, 2015). Další část studií se zejména věnovala obecnějším tématům, jako jsou například stresory v pracovním prostředí, jež mohou jedince vést k vyhoření a jsou typické i pro profesní obory v terciárním sektoru (Dudenhöffer & Dormann, 2015; Jeung et al., 2018; Kern et al., 2021; Shrivastava & Bapna, 2017).

Cílem výzkumné části bylo zmapovat výskyt syndromu vyhoření u pracujících v terciárním sektoru (konkrétně obory kadeřnictví, kosmetiky a nehtový design) na základě změřených skóre v dotazníku MBI. Dílčím cílem bylo následné sekundární zmapování souvislostí mezi těmito skóry a dalšími proměnnými (věk, délka praxe, průměrný počet odpracovaných hodin za den, průměrný počet klientů za den). Pro výzkum jsme si zvolili kvantitativní přístup, konkrétně se jednalo o dotazníkové šetření. Výběr respondentů byl realizován pomocí metody samovýběru a metody sněhové koule. Aby se respondenti mohli do výzkumu zapojit, museli splňovat 2 podmínky: a) jedna z uvedených profesí je jejich hlavním příjmem a zároveň b) musí mít v této profesi alespoň 2letou praxi.

Ke zpracování a čištění dat či tvorbě grafů jsme využili program MS Excel, pro následné výpočty byl vybrán program Statistica od společnosti Tibsco. Ve Statistice jsme pracovali s deskriptivními statistikami, Kruskal-Wallisovou ANOVOU a Spearmanovými korelačními koeficienty. Hypotézy jsme testovali na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Metodou sběru dat byl jeden dotazník, jenž se reálně skládal ze dvou, a sice z MBI inventáře a dotazníku mé vlastní konstrukce (ukázka viz příloha č. 5). Toto sloučení jsme provedli pro zjednodušení administrace online testů. Sebeuposuzovací inventář MBI (Maslach burnout inventory) se skládal ze 22 položek odpovídajících 3 sebehodnotícím subškálám (EE, DP, PA). Dotazník vlastní konstrukce se zaměřoval detailněji na informace o pracovní činnosti, zázemí respondentů, jejich spokojenosti v různých oblastech života, o jejich pracovní návyky a rodinné uspořádání. Tyto informace byly potřebné pro vytvoření komplexnějšího pohledu na problematiku a následné korelování dílčích proměnných.

Sběr dat probíhal v online prostředí od 10. 11. 2020 do 6. 2. 2021. Většina respondentů byla oslovena pomocí přímého URL odkazu sdíleného v příspěvku na sociálních sítích. Po kliknutí na odkaz byli respondenti přesměrováni na stránky survio.cz, zde byl dotazník administrován. Taktéž byl ještě pomocí sociálních sítí sdílen informační

leták s QR kódem (viz. příloha 7) a několik respondentů bylo osloveno skrze soukromé zprávy. Celkem se do výzkumu zapojilo 330 respondentů, ale bylo počítáno pouze s daty od 246 z nich. Důvody jejich vyhoření může čtenář najít v předchozích kapitolách.

Na základě výsledků vycházejících z výzkumu můžeme konstatovat, že se syndrom vyhoření na výběrovém souboru pracujících v terciárním sektoru projevil. Otázkou je, zda tyto výsledky lze generalizovat, pravděpodobně by bylo třeba provést rozsáhlejší studii. Přestože jsme statisticky neprokázali významné hodnoty u jednotlivých skupin, konkrétní skóry nám poskytly cenné informace o průměrných dosahovaných hodnotách jedinců v dané populaci. Avšak souvislost mezi skóry škál v rámci MBI a dalšími proměnnými už jsme nepotvrdili, podle výpočtů mezi nimi vyšel zanedbatelný až žádný vztah. Aplikujeme-li naše zjištění na teoretický rámec, dojdeme k závěru, že náš předpoklad o ohrožení profesí v terciárním sektoru služeb byl správný, avšak na výzkumném souboru se neprokázaly předpokládané souvislosti s věkem nebo například délkou praxe.

Našli jsme pouze jeden signifikantní slabý pozitivní vztah mezi počtem klientů za den a skórem PA ( $r = 0,16$  při  $p$ -hodnotě  $<0,05$ ). Přestože se kromě tohoto výsledku jiné vztahy neukázaly nijak statisticky významné, lze konstatovat, že syndrom vyhoření populaci kadeřnic, kosmetiček a nehtových designerek postihuje. Tento výsledek můžeme odůvodňovat stylem jejich práce, kdy je pro služby typická již zmiňovaná (často emočně náročná) interakce mezi zákazníkem a poskytovatelem služby, flexibilitnost a zároveň vysoké nároky klientely. Naše zjištění korespondují se zahraničními studii, a proto by bylo nadále zajímavé zkoumat vyhoření v souvislosti se sektorem služeb a dalšími pro vyhoření „netradičními“ obory.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY<sup>1</sup>

1. Baštecká, B. (2003). *Klinické psychologie v praxi*. Portál.
2. Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Portál.
3. Cohen, R. L. (2010). When it Pays to Be Friendly: Employment Relationships and Emotional Labour in Hairstyling. *The Sociological Review*, 58(2), 197–218. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2010.01900.x>
4. Cowen, E. L., Gesten, E. L., Boike, M., Norton, P., Wilson, A. B., & DeStefano, M. A. (1979). Hairdressers as caregivers. A descriptive profile of interpersonal helping involvements. *American Journal of Community Psychology*, 7(6), 633–648. <https://doi.org/10.1007/BF00891967>
5. Čvančarová, Z., & Ekonomická fakulta. (2007). *Podniková ekonomika A*. Technická univerzita Ostrava.
6. Dudenhöffer, S., & Dormann, Ch. (2015). Customer-related Social Stressors: Meaning and Consequences Across Service Jobs. *Journal of Personnel Psychology*, 14(4), 165-181. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000132>
7. Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
8. Havrdová, Z., Šolcová, I., Hradcová, D. & Rohanová, E. (2010). Kultura organizace a syndromu vyhoření. *Československá Psychologie*, 54(3), 235-248. <https://search.proquest.com/scholarly-journals/kultura-organizace-syndrom-vyhoreni/docview/669633777/se-2?accountid=16730>
9. Honzák, R. (2015). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření* (2. Vyd.). Vyšehrad.
10. Jeklová, M., & Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Vzdělávací institut ochrany dětí.
11. Jeung, D.Y., Kim, C., & Chang, S.J. (2018). Emotional Labor and Burnout: A Review of the Literature. *Yonsei medical Journal*, 59(2), 187-193. <https://doi.org/10.3349/ymj.2018.59.2.187>
12. Kaňovská, L., & Tomášková, E. (2009). *Doprovodné služby - konkurenční výhoda?*. CERM.

---

<sup>1</sup> dle 7. edice manuálu citací APA

13. Kebza, V., & Šolcová, I. (1998). Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*, 42(5), 429-427. <http://www.cdzjesenik.cz/soubor-514.pdf>.
14. Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Státní zdravotní ústav.
15. Kebza, V., & Šolcová, I. (2013). Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření. *Československá Psychologie*, 57(4), 329-341. [https://cdk.lib.cas.cz/search/img?pid=uuid:d0deb506-30f5-4d85-9bba-78b1eee7ae3b&stream=IMG\\_FULL&action=GETRAW](https://cdk.lib.cas.cz/search/img?pid=uuid:d0deb506-30f5-4d85-9bba-78b1eee7ae3b&stream=IMG_FULL&action=GETRAW)
16. Kern, M., Trumpold, K., & Zapf, D. (2021). Emotion work as a source of employee well- and ill-being: the moderating role of service interaction type. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2021.1873771>
17. Kupka, M. (2008). Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie*, 2(1), 23–35. <https://e-psycholog.eu/clanek/11>
18. Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Grada
19. Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Grada.
20. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
21. Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Karmelitánské nakladatelství.
22. Lagerveld, S. E., Blonk, R., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L. & Schaufeli, W. (2012). Work-Focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study. *Journal of occupational health psychology*, 17(2), 220-234. <https://doi.org/10.1037/a0027049>
23. Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout. *Emotional and Physiological Process and Positive Intervention Strategies*, 3, 91-134. [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(03\)03003-8](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(03)03003-8)
24. Leiter, M. P., Maslach, Ch., & Frame, K. (2015). Burnout. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1-7. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp142>

25. Maslach, Ch., & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
26. Maslach, Ch., & Leiter, M. P. (2016). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*, 39(2), 160–163. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248918>
27. Maslach, Ch., Leiter, M. P., & Jackson, S. E. (2011). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. *Journal of Organizational Behavior*, 33(2), 296–300. <https://doi.org/10.1002/job.784>
28. Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 12, 1–16. <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/043.pdf>
29. Milne, D., & Mullin, M. (1987). Is a problem shared a problem shaved? An evaluation of hairdressers and social support. *British Journal of Clinical Psychology*, 26(1), 69–70. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1987.tb00729.x>
30. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2017a). *Národní soustava povolání. Kadeřník*. <https://nsp.cz/jednotka-prace/kadernik>
31. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2017b). *Národní soustava povolání. Kosmetička, vizážistka*. <https://nsp.cz/jednotka-prace/kosmeticka>
32. Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2017c). *Národní soustava povolání. Manikérka, pedikérka*. <https://nsp.cz/jednotka-prace/manikerka-pedikerka>
33. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
34. Page, S. M. (2019). *Hairdressers as a Source of Social Support* [Disertační práce, The University of Adelaide]. [https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/128943/1/PageS\\_2019\\_Hons.pdf](https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/128943/1/PageS_2019_Hons.pdf)
35. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.
36. Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Pasparta.
37. Potter, B. A. (1997). *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání: "pracovní vyhoření" - příčiny a východiska*. Votobia.
38. Priess, M. (2015). *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Grada.

39. Rolný, I., & Lacina, L. (2004). *Globalizace, etika, ekonomika*. Ve Věrovanech: Jan Piszkiwicz.
40. Rossi, A., Perrewé, P., & Sauer, S. (2006). *Stress and Quality of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health*. Information Age Publishing.
41. Rush, M. D. (2003). *Syndrom vyhoření*. Návrat domů.
42. Sattler, K. M., & Deane, F. P. (2016). Hairdressers' preparedness to be informal helpers for their clients. *Journal of Community Psychology*, 44(6), 687–694. <https://doi.org/10.1002/jcop.21794>
43. Shrivastava, G., & Bapna, I. (2017). Burnout in Service Sector: A Comparative Study. *Shabd Braham: International Research Journal of Indian languages*, 6(2), 68-74. <http://shabdbraham.com/ShabdB/archive/v6i2/sbd-v6-i2-sn13.pdf>
44. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, Ch. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>.
45. Siegall, M., & McDonald, T. (2004). Person-organization value congruence, burnout and diversion of resources. *Personnel Review*, 33(3), 291-301. <https://doi.org/10.1108/00483480410528832>
46. Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Grada.
47. Šimková, E., & Pedagogická fakulta. (2007). *Základy ekonomie: systematický přehled základní ekonomické problematiky*. Gaudeamus.
48. Tetřevová, L., & Ekonomicko-správní fakulta. (2003). *Veřejná ekonomie: úvod do problému*. Univerzita Pardubice.
49. Varney, E., & Buckle, J. (2013). Effect of Inhaled Essential Oils on Mental Exhaustion and Moderate Burnout: A Small Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(1), 69-71. <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0089>
50. Vévodová Š., Ročková Š., Kozáková R., Cakirpalogu Dobešová S., Kisvetrová H., & Vévoda J. (2016). Copingové strategie a jejich vztah k syndromu vyhoření u onkologických sester. *Psychologie a její kontexty*, 7(1), 65-79. <https://psychkont.osu.cz/archiv/7-1-2016.htm>
51. Vodolánová, K. (2017). *Syndrom vyhoření v kreativních profesích* [Diplomová práce, Univerzita Palackého]. [https://theses.cz/id/6xl0kh/BP\\_Katerina\\_Vodolanova.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dvodol%C3%A1nov%C3%A1%26start%3D1](https://theses.cz/id/6xl0kh/BP_Katerina_Vodolanova.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dvodol%C3%A1nov%C3%A1%26start%3D1)



52. Weber, A., Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies?, *Occupational Medicine*, 50(7), 512-517. <https://doi.org/10.1093/occmed/50.7.512>
53. Xu, L. (2015). Research on occupational burnout of female employees in Chinese beauty industry. *Proceedings of the International Conference on Education Management and Management Science*, 7, 47. <https://doi.org/10.2991/emehss-17.2017.12>

## **Seznam grafů a tabulek**

Graf 1: Rodinný stav

Graf 2: Spokojenost se zaměstnáním

Graf 3: Pracovní status

Graf 4: Potěšení z práce

Graf 5: Výsledná skóre kadeřnic, holičů a barberů

Graf 6: Výsledná skóre nehtových designerek, manikérek a pedikérek

Graf 7: Výsledná skóre kosmetiček a vizážistek

Graf 8: Rozložení škály EE

Graf 9: Rozložení škály DP

Graf 10: Rozložení škály PA

Graf 11: Rozložení proměnné „Věk“

Graf 12: Rozložení proměnné „Délka praxe“

Graf 13: Rozložení proměnné „Průměrný denní počet klientů“

Graf 14: Rozložení proměnné „Průměrný počet odpracovaných hodin denně“

Graf 15: Porovnání skóre skupin na škále EE

Graf 16: Porovnání skóre skupin na škále DP

Graf 17: Porovnání skóre skupin na škále PA

Tab. 1: Přiřazení položek k jednotlivým subškálám dotazníku MBI

Tab. 2: Základní charakteristiky výzkumného souboru dle pohlaví a věku

Tab. 3: Základní charakteristiky výzkumného souboru dle oboru

Tab. 4: Základní charakteristiky výzkumného souboru dle průběhu práce

Tab. 5: Spokojenost respondentů v jednotlivých oblastech života

Tab. 6: Stupně jednotlivých škál dle získaných skóre

Tab. 7: Deskriptivní charakteristiky škál MBI pro celý soubor

Tab. 8: Deskriptivní charakteristiky škál MBI pro obor kadeřnictví

Tab. 9: Deskriptivní charakteristiky škál MBI pro obor nehtového designu

Tab. 10: Deskriptivní charakteristiky škál MBI u skupiny vizážistek

Tab. 11: Tabulka pro výsledky Kruskal-Wallisovy ANOVY s nezávislými proměnnými MBI a typem povolání

Tab. 12: Výsledky Spearmanova korelačního koeficientu

# PŘÍLOHY

## **Příloha 1: Podklad pro zadání bakalářské práce**

V tištěné verzi bakalářské práce.

## **Příloha 2: Abstrakt bakalářské práce – česká verze**

### **ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce:** Syndrom vyhoření v terciárním sektoru služeb (obor kadeřnictví, kosmetika a nehtový design)

**Autor práce:** Kristýna Zástavová

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Horáková

**Počet stran a znaků:** 151 219, 81

**Počet příloh:** 7

**Počet titulů použité literatury:** 53

#### **Abstrakt:**

Práce se zaměřuje na syndrom vyhoření v kontextu terciárního sektoru, s ohledem na jeho rozsáhlost jsme si vybrali konkrétně obory kadeřnictví, kosmetiky a nehtového designu. Hlavním cílem je zmapovat výskyt syndromu vyhoření ve vybrané populaci. Dalším cílem je prozkoumat proměnné (věk, délka praxe, průměrný počet klientů denně atd.), které ovlivňují vznik vyhoření. Výběrový soubor zahrnoval 246 respondentů ze všech krajů pracujících ve vybraných oborech. Pro zhodnocení míry vyhoření respondentů jsme zvolili metodu Maslach Burnout Inventory (MBI) a doplnili ji dotazníkem vlastní konstrukce, z něj jsme zjišťovali informace o dalších proměnných. Hlavním přínosem práce je zjištění, že se syndrom vyhoření u pracujících v terciárním sektoru vyskytuje. Dále jsme mezi výsledky respondentů z MBI a proměnnými nenašli téměř žádné statisticky významné vztahy, pouze mezi počtem klientů za den a skórem PA (pracovním výkonem) je signifikantní slabý pozitivní vztah ( $r = 0,16$ ;  $p$ -hodnota  $<0,05$ ). Shledaná zjištění mohou být přínosná pro prevenci syndromu vyhoření ve vybrané populaci a jeho osvětlu.

**Klíčová slova:** syndrom vyhoření, terciární sektor, kadeřnictví, kosmetika, nehtový design

## **Příloha 3: Abstrakt bakalářské práce – anglická verze**

### **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Burnout syndrome in tertiary sector (field of hairdressing, cosmetics and nail design)

**Author:** Kristýna Zástavová

**Supervisor:** Mgr. Jana Horáková

**Number of pages and characters:** 151 219, 81

**Number of appendices:** 7

**Number of references:** 53

#### **Abstract:**

This thesis focuses on burnout syndrome in context of tertiary sector, because of its extensiveness we choose fields of hairdressing, cosmetics and nail design. The main aim, of this thesis, is to map occurrence of a burnout syndrome in selected population. Further aim is to examine other variables (age, practice length, average amount of clients per day etc.), which are connected to origin of burnout. The sample included 246 respondents from all regions, who are working in the fields mentioned above. To assess the degree of the burnout syndrome we choose Maslach Burnout Inventory (MBI) and also a self-designed questionnaire, from which we obtained information about other variables. The main result of this thesis is that burnout occurs in workers of tertiary sector. We also found almost no significant relations between MBI scores and other variables, except for weak positive correlation between variable „amount of clients per day“ and PA scale (personal accomplishment) there is significant weak positive relation ( $r = 0,16$ ;  $p\text{-value} < 0,05$ ). The findings may be beneficial for the prevention of the burnout syndrome in the selected population and for raising awareness about this phenomenon.

**Key words:** burnout syndrome, tertiary sector, hairdressing, cosmetics, nail design



## Příloha 5: Ukázka dotazníku vlastní konstrukce

Následující okruh otázek se bude týkat zejména demografických údajů.

### 1. Uvedte Vaše pohlaví\*

Vyberte jednu odpověď

Muž

Žena

Jiné 

### 2. Uvedte Váš věk celým číslem\*

Napište číslo...

### 3. Jaký je Váš rodinný stav?

Vyberte jednu nebo více odpovědí

Svobodný/á

Ženatý / Vdaná

Ovdovělý/á

V partnerském vztahu

Rozvedený/á

Single (dobrovolně žiji bez partnera a nechci to měnit)

Jiné 



## 15. Kolikaletou praxi máte v této oblasti?\*

Napište celým číslem. Pokud pracujete např. 4,5 roku - zaokrouhlete nahoru na 5 let. Pokud 3,2 - zaokrouhlujte dolů na 3 roky.

Napište číslo...

## 16. Pracujete

Vyberte jednu odpověď

Soukromě (jako živnostník)

Jako živnostník v širším kolektivu (pod záštitou firmy, apod.)

Jako zaměstnanec firmy

Jiné



## 17. Vypište počet hodin, který průměrně věnujete těmto aktivitám:

Vypište přibližný počet hodin

Kolik hodin ?

Průměrný počet  
odpracovaných hodin za den

...

Průměrný počet naspaných  
hodin za den

...

## Příloha 6: Informační brožury poskytnuté respondentům ke stažení<sup>2</sup>

### SYNDROM VYHOŘENÍ

**Kde hledat pomoc?**

Nevypusť duši  
Linka bezpečí  
Národní ústav duševního zdraví  
Psycholog ve Vašem kraji  
...

„ČÍM JASNĚNĚJI  
OHEŇ HOŘÍ,  
TÍM RYCHLEJI  
VYHASÍNÁ.“  
-Seneca

### Kde si můžu více načíst?

Syndrom vyhoření v práci a osobním životě (Kallwass)

Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáháním nezničit (Pešek, Praha)

Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření (Honzák)

Vážení, jako poděkování za účast ve výzkumu jsem pro Vás vytvořila ve spolupráci s Nevypusť duši tuto brožurku. Může Vám sloužit jako zdroj informací k Syndromu vyhoření a zároveň zde naleznete i užitečné odkazy na knihy s touto tematikou či stránky, kde se Vám může dostat pomoci v případě potřeby. V dalším souboru naleznete zásady duševní hygieny.

### SYNDROM VYHOŘENÍ

#### 1. JAK VYPADÁ?

VE VZTAHU K PRÁCI SE MŮŽE OBJEVIT...

- POCIT PSYCHICKÉHO I TĚLESNÉHO VYČERPÁNÍ
- POKLES VÝKONNOSTI, ŠPATNÉ SOUSTŘEDĚNÍ A PAMĚŤ
- POCIT ZTRÁTY SMYSLU PRÁCE, REZIGNACE, "ZTRÁTA IDEÁLŮ"
- LHOSTEJNÝ ČI NEGATIVNÍ POSTOJ K PRÁCI
- BEZMOC, BEZNADĚJ, FRUSTRACE, VZTEK
- ÚZKOSTI, DEPRESE, NESPÁVOST
- FYZICKÉ OBŤÍŽE (VYSOKÝ TLAK, ZAŽÍVACÍ OBŤÍŽE, BOLESTI, ...)
- ZVYŠENÁ KONZUMACE JÍDLA ČI NÁVYKOVÝCH LÁTEK
- TOUHA OMEZIT KONTAKT S KLIENTY ČI KOLEGY A URBŮVAJÍCÍ ZÁJEM JIM POMOCI

#NEVYPUSTDUSI

### SYNDROM VYHOŘENÍ

#### 2. KOMU A KDY HROZÍ?

MEZI RIZIKOVÉ FAKTORY PATŘÍ...

NEJOHROŽENĚJŠÍ PROFESE

- PRÁCE S LIDMI, ZEJMÉNA PŮSOBNÍ V "POMÁHAJÍCÍCH" POVOLÁNÍCH (NAPŘ. LÉKAŘI, SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI, UČITELÉ, ZDRAVOTNÍ SESTRY, ...)

PRACOVNÍ PODMÍNKY

- DLOUHODOBÉ EXTRÉMNÍ PRACOVNÍ VYTÍŽENÍ A CHRONICKÝ STRES
- NEROVNOVÁHA MEZI PRACÍ A VOLNÝM ČASEM

PRACOVNÍ NÁVYKY & POVAHA

- PERFEKCIONISMUS, WORKHOLISMUS, ORIENTACE NA VÝKON
- SNAHA MÍT VŠE POD KONTROLOU

#NEVYPUSTDUSI

### SYNDROM VYHOŘENÍ

#### 3. CO S TĚM?

JAK VYHOŘENÍ PŘEDCHÁZET?

- DODRŽOVAT ZÁSADY DUŠEVNÍ HYGIENY
- VĚNOVAT DOSTATEK ČASU ODPOČINKU, BLÍZKÝM, PŘÁTELŮM A KONÍČKŮM
- RESPEKTOVAT SVÉ POTŘEBY A UMĚT ŘÍCI "NE"
- NESNAŽET SE ZVLÁDNOUT VŠE SÁM A DOKONALE
- PRAVIDELNĚ SUPERVIZE (PŘEDEVŠÍM U POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ)

JAK VYHOŘENÍ ŘEŠIT?

- ZAMYSLET SE NAD ZMĚNOU – NAPŘ. ŽIVOTNÍHO STYLU, HODNOT NEBO PRÁCE
- DÁT SI PAUZU – NAPŘ. RELAXACE, DOVOLENÁ, ČAS PRO SEBE
- VYHLEDAT ODBORNOU POMOC – PSYCHOLOGA NEBO PSYCHOTERAPEUTA

ŘEŠENÍ A PREVENCE ZAHRNUTÍ...

#NEVYPUSTDUSI

<sup>2</sup> Tyto informační brožury vznikly ve spolupráci s organizací Nevypusť duši, která mi poskytla jejich volně dostupné infografiky a možnost je dále šířit. Více infografik lze nalézt na stránce <https://nevypustdusi.cz/infografika/>

# SEDM ZÁSAD ZDRAVÉ PSYCHOHYGIENY



- 1 PAMATUJ NA SVOU POHODU – UJISTI SE, ŽE MÁŠ DOSTATEK SPÁNKU, ČERSTVÉHO VZDUCHU A VYVÁŽENÉ STRAVY.
- 2 POHYBUJ SE – NAJDI SI NĚJAKOU FYZICKOU AKTIVITU, KTERÁ TĚ BAVÍ A PO KTERÉ JE TI DOBRĚ.
- 3 UDĚLEJ SI ČAS NA SVÉ MYŠLENKY A POCITY – KAŽDÝ DEN NA NĚJAKOU DOBU VYPNI POČÍTAČ, TELEFON A TELEVIZI.
- 4 BUĎ SOUČÁSTÍ SKUPINY – VĚNUJ ČAS LIDEM, SE KTERÝMI JE TI DOBRĚ.
- 5 MĚJ REALISTICKÁ OČEKÁVÁNÍ OD SVÝCH NÁLAD – VŠICHNI MÁME NĚKDY ŠPATNOU NÁLADU, KDY NEZVLÁDÁME BÝT POZITIVNÍ (POKUD MÁŠ ALE ŠPATNOU NÁLADU NĚKOLIK TÝDNŮ V KUSE, VYHLEDEJ POMOC).
- 6 NASTAV SI DOSAŽITELNÉ CÍLE – ZVOL SI CÍLE, KTERÉ TĚ MOTIVUJÍ, ALE NEPOHLCUJÍ.
- 7 BUĎ NA SEBE HODNÝ – POKUD JSI V TĚŽKÉ SITUACI, DÝCHEJ ZHLUBOKA A ZKUS K SOBĚ MLUVIT TAK, JAK BYS MLUVIL K DOBRÉMU PŘÍTELI.

#NEVYPUSTDUSI



## Příloha 7: Leták s žádostí o zapojení do výzkumu

**HLEDÁM DOBROVOLNÍKY PRO VÝZKUM**

# SYNDROM VYHOŘENÍ

v sektoru služeb

MÁTE V NĚKTERÉM Z TĚCHTO  
OBORŮ ALESPON 2 LETOU PRAXI?

Kadeřnice / Kadeřník

Barber / Barberka

Kosmetička / Vizážistka / Vizážista

Manikérka, Nehtová designérka / designér

Hledám dobrovolníky pro vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a slouží pro výzkumnou část mé závěrečné bakalářské práce na téma Syndrom vyhoření v terciálním sektoru služeb. Vyplňování zabere cca 30 min.

Pokud splňujete podmínky uvedené výše a máte chuť se do výzkumu zapojit nebo se jen chcete dozvědět bližší informace, neváhejte mě prosím kontaktovat.



Týna Zástavová



[zastavova.vyzkum20@gmail.com](mailto:zastavova.vyzkum20@gmail.com)