

Česká zemědělská univerzita v Praze

Institut vzdělávání a poradenství

Katedra profesního a personálního rozvoje



**Česká zemědělská
univerzita v Praze**

Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí

Bakalářská práce

Autor: Terezie Matějková

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hlubučková

2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Terezie Matějková

Specializace v pedagogice
Poradenství v odborném vzdělávání

Název práce

Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí

Název anglicky

Burnout syndrome in helping professions

Cíle práce

Cílem bakalářské práce je provést rešerši odborných zdrojů týkajících se syndromu vyhoření a pomáhajících profesí. Poskytnout informace těm, kteří se chtějí o syndromu vyhoření a jeho nebezpečí dozvědět více informací. Shrnout důležité informace o charakteristice, průběhu, diagnostice, prevenci a léčbě syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Ve výzkumné části zmapovat, jak vysoká míra náchylnosti k syndromu vyhoření se u pomáhajících profesí objevuje.

Metodika

Praktická část se bude věnovat průzkumnému šetření. Pro průzkum bude použita metoda dotazníkového šetření mezi pomáhajícími profesemi. Dotazník bude obsahovat otázky na věk, délku praxe a profesi. Pro vyhodnocení míry náchylnosti k syndromu vyhoření bude použit Inventář projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových.

Výsledky šetření budou použity k interpretaci projevů syndromu vyhoření v dané profesi se zohledněním aktuální situace, ve které se šetření provádělo.

Doporučený rozsah práce

dle pravidel pro psaní bakalářských prací

Klíčová slova

syndrom vyhoření, pomáhající profese, stres, pomoc druhým

Doporučené zdroje informací

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

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

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

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

Předběžný termín obhajoby

2020/21 ZS – IVP

Vedoucí práce

PhDr. Andrea Hlubučková

Garantující pracoviště

Katedra profesního a personálního rozvoje

Elektronicky schváleno dne 5. 11. 2020

Mgr. Jiří Votava, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 5. 11. 2020

Ing. Karel Němejč, Ph.D.

Pověřený ředitel

V Praze dne 15. 11. 2020

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma:

Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí

vypracovala samostatně a citovala jsem všechny informační zdroje, které jsem v práci použila a které jsem rovněž uvedla na konci práce v seznamu použitých informačních zdrojů.

Jsem si vědoma, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, především ustanovení § 35 odst. 3 tohoto zákona, tj. o užití tohoto díla.

Jsem si vědoma, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím s jejím zveřejněním podle zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to i bez ohledu na výsledek její obhajoby.

Svým podpisem rovněž prohlašuji, že elektronická verze práce je totožná s verzí tištěnou a že s údaji uvedenými v práci bylo nakládáno v souvislosti s GDPR.

V dne

.....
(podpis autora práce)

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Andree Hlubučkové za vedení, veškeré podněty, odbornou konzultaci a čas, který mi věnovala během psaní bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Kamile Urban, PhD., která předcházela vedení mé práce bakalářské práce a poskytla mi mnoho cenných rad. Děkuji rodině, přátelům za podporu. Poděkování patří také mým respondentům, kteří věnovali svůj volný čas a zodpověděli všechny mé otázky.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Cílem práce bylo zmapovat problematiku syndromu vyhoření a popsat, jak může být náchylnost respondentů k syndromu vyhoření ovlivněna věkem, délkou praxe, pracovním odvětvím a pandemickou situací nemoci COVID-19. Nejprve na základě rešerše odborné literatury pojednává tato práce o stresu, definuje syndrom vyhoření, jeho rozvoj, projevy a fáze. Zmíněny jsou také možnosti diagnostiky, rozebrán jejich způsob použití a vyhodnocení. Dále se práce věnuje prevenci a pomoci při vzniku a rozvoji syndromu vyhoření. Vymezuje se zde pojem pomáhající profese, mimo jiné také v kontextu vědeckých studií vzniklých během pandemie nemoci COVID-19. Praktická část obsahuje průzkumné šetření mezi pracovníky pomáhajících profesí, přičemž nejvíce zastoupeni byli respondenti z řad sociálních pracovníků, pedagogů a pracovníků přímé péče. Průzkum proběhl skrze dotazník složený z otázek na základní sociodemografické údaje a otázek dle Inventáře projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových. Popisnou statistikou byly poté vyhodnocovány rozdíly u jednotlivých skupin. Byly zjištěny pouze minimální rozdíly mezi celkovými výslednými hodnotami. Většina respondentů měla nízký předpoklad pro rozvoj syndromu vyhoření.

Klíčová slova

syndrom vyhoření, pomáhající profese, stres, pomoc druhým

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of burnout syndrome in helping professions. The aim of the thesis was to map the issue of burnout syndrome and describe how respondents' susceptibility to burnout syndrome can be affected by age, length of practice, industry, and pandemic situation of COVID-19. First, based on a research of the scientific literature, this work discusses stress, defines the burnout syndrome, its development, manifestations, and phases. The possibilities of diagnostics are also mentioned, their method of use and evaluation is discussed. Further, the work deals with prevention and assistance in the emergence and development of burnout syndrome. The helping profession term is defined here, inter alia in the context of scientific studies conducted during the COVID-19 pandemic. The practical part contains a survey among workers in the helping professions, whereas social workers, teachers, and direct care workers were represented the most. The survey was conducted through a questionnaire consisting of questions on basic sociodemographic data and questions from the Inventory of Burnout Syndrome exhibitions (Inventář projevů syndromu vyhoření) by J. and T. Tošner. Descriptive statistics were then used to evaluate differences among the groups. Only minimal differences were found in the final total values. Most respondents had a low precondition for the development of burnout syndrome.

Keywords

burnout syndrome, helping profession, stress, helping others

OBSAH

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST	
1 Cíl a metodika práce	2
2 Syndrom vyhoření.....	3
2.1 Definice syndromu vyhoření.....	3
2.2 Vznik syndromu vyhoření.....	4
2.3 Druhy syndromu vyhoření	4
2.4 Příznaky syndromu vyhoření	5
2.5 Faktory ovlivňující rozvoj syndromu vyhoření.....	9
2.5.1 Zátěžové situace.....	11
2.5.2 Rizikové rysy osobnosti.....	14
2.6 Diagnostika syndromu vyhoření	14
2.6.1 MBI – Maslach burnout inventory.....	15
2.6.2 BM – Burnout Measure	16
2.6.3 Orientační dotazník.....	17
2.6.4 SBMB - Shirom-Melamed Burnout Measure.....	19
2.7 Pomoc a prevence při syndromu vyhoření.....	20
2.7.1 Pomoc sama sobě.....	20
2.7.2 Vyřešení pracovní situace	25
3 Pomáhající profese.....	28
3.1 Obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese.....	28
3.2 Chyby pomáhajících profesí zasažených syndromem vyhoření	29
3.3 Pomáhající profese během pandemie nemoci COVID-19.....	29
3.3.1 Výzkum pomáhajících profesí v době pandemie nemoci COVID-19.	30

PRAKTICKÁ ČÁST

4	Cíl průzkumu	31
4.1	Průzkumné otázky	31
4.2	Průzkumný vzorek	31
4.3	Průzkumné metody.....	32
4.4	Zpracování průzkumu	32
4.5	Dotazníkové šetření.....	34
4.5.1	Doplňující otázky.....	34
4.5.2	Věková skupina respondentů	34
4.5.3	Délka praxe	35
4.5.4	Pracovní pozice.....	36
4.5.5	Rozložení respondentů podle pracovního odvětví.....	37
4.5.6	Inventář projevů syndromu vyhoření.....	37
4.6	Zhodnocení výsledků dotazníkového šetření	39
4.6.1	Vyhodnocení podle věku	39
4.6.2	Vyhodnocení podle délky praxe	41
4.6.3	Vyhodnocení podle pracovního odvětví	43
4.6.4	Vyhodnocení pandemie nemoci COVID-19.....	44
4.6.5	Celkové vyhodnocení hodnot respondentů.....	45
4.7	Diskuze.....	47
4.7.1	Podněty pro další průzkum	48
	ZÁVĚR	49
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	50
	SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK A GRAFŮ	53
	SEZNAM PŘÍLOH.....	55
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Syndrom vyhoření může v životě zažít každý napříč profesemi. Věnovat se syndromu u pomáhajících profesí pro mne byla osobní výzva. Několik let jsem jako pomáhající profese pracovala, ale osvětu zaměstnanců o možnosti rozvinutí syndromu vyhoření či supervizi jsem nikdy nezažila. Často jsem ale viděla u svých kolegů, jak během nějaké doby změnili nadšený přístup ke klientům v odměřený. Práce je to opravdu náročná, protože člověk do ní dává „kus sebe“, veškerou svou empatii, péči, pochopení a trpělivost.

Ve své bakalářské práci se věnuji syndromu vyhoření a pomáhajících profesí. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Důležité je vymezení pojmů syndrom vyhoření a pomáhající profese. V kapitolách teoretické části nalezneme projevy, fáze, diagnostické metody i léčbu syndromu vyhoření. Důležité jsou možnosti prevence proti vyhoření, která může pomoci pro zvládnutí stresu a zachování duševního zdraví. V praktické části provedu kvantitativní průzkum, jehož cílem je porovnat náchylnost syndromu vyhoření podle Inventáře projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových. Pomocí dotazníkového šetření uvedu tuto závislost na věku, délce praxe, pracovním odvětví a pandemickém období nemoci COVID-19.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Cíl a metodika práce

Cílem bakalářské práce bylo provést rešerši odborných zdrojů týkajících se syndromu vyhoření a pomáhajících profesí. Poskytnout informace těm, kteří se chtějí o syndromu vyhoření a jeho nebezpečí dozvědět více informací. Shrnout důležité informace o charakteristice, průběhu, diagnostice, prevenci a léčbě syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Ve výzkumné části zmapovat, jak vysoká míra náchylnosti k syndromu vyhoření se u pomáhajících profesí objevuje.

Praktická část se věnovala průzkumnému šetření. Byla použita metoda dotazníkového šetření mezi pomáhajícími profesemi. Dotazník obsahoval otázky na věk, délku praxe a profesi. Pro vyhodnocení míry náchylnosti k syndromu vyhoření byl použit Inventář projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových.

Výsledky šetření byly použity k interpretaci projevů syndromu vyhoření v dané profesi se zohledněním aktuální situace, ve které se šetření provádělo.

2 Syndrom vyhoření

Již od 70. let 20. století se zejména psychologové a lékaři zabývají stavem celkového vyčerpání, které pojmenovali jako syndrom vyhoření, vypálení či vyhaslosti. Často můžeme také slyšet syndrom burnout, který poprvé použil Herbert J. Freunberg. (Pešek, Praško, 2016, s. 16). Slovo burn pochází z angličtiny a v překladu znamená hořet. Ve spojení slov burn out je překladem vyhořet.

2.1 Definice syndromu vyhoření

Pelcák (2015, s. 52) uvádí, že byl tento pojem poprvé uveden do literatury již zmíněným americkým psychoanalytikem H. Freudenbergerem (1927-1999) v článku „Staff burnout“ časopisu „Journal of Social Issues“ v roce 1974. Termín popisoval tento stav u dobrovolných pracovníků v charitativních zařízeních, hospicích a krizových centrech. Podle něj jde o „vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem pomoci v jejich těžkostech a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy)“ (Freudenberger in Křivohlavý, 1998, s. 47). Kebza a Šolcová (2003, s. 6) se shodují na tom, že po vydání článku následoval velký zájem o problematiku syndromu burnout u většiny profesí, které se tento syndrom týká.

Křivohlavý (1998, s. 47-48) sumarizoval a do své knihy přeložil několik definicí „burnout“ od zahraničních autorů.

Cary Cernnis: „Burnout je reakcí na práci, která člověka mimořádně zatěžuje.“

Karol J. Alexandrová: „Burnout je stavem totálního odcizení a to jak práci, tak druhým lidem i sama sobě.“

Donald Hay: „Burnout je kritický stav člověka, který má problémy s udržováním dobré úrovně zdravého sebehodnocení, sebecenění a sebe pojetí.“

Catherine M. Norris: „Burnout je stav totální ztráty představy, že jsem „někdo“ a že to, co dělám, má nějakou hodnotu.“

Maslach a Jackson: „Burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem.“ (Křivohlavý, 1998, s. 50).

V mezinárodní klasifikaci nemocí můžeme SV najít ve skupině diagnóz „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ pod označením Z73.0 Vyhasnutí (Vyhoření). Klasifikován je jako stav životního vyčerpání.

2.2 Vznik syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření může vzniknout velmi rychle od nástupu zaměstnanců do zaměstnání. U nějakých jedinců ve špatném pracovním prostředí se může syndrom vyhoření rozvinout během několika týdnů či měsíců. Často tomu předchází vysoké pracovní nasazení a snaha dosáhnout nejlepších výsledků (Matoušek, 2003, s. 56)

Masopust (2003, s. 16) říká: *„Vyhořet může pouze ten, kdo „hořel“.“* Pokud nastoupíme do práce vysoce motivovaní, s vysokým očekáváním a cíli, jsme ochotni pracovat s vysokým nasazením, pomáhat druhým, plně se práci věnovat, v problémech se angažovat, pak právě nás může postihnout syndrom vyhoření. Pokud bude naplněno naše očekávání, pak zvolené pracovní tempo můžeme dobře zvládnout, naopak pokud nedosáhneme očekávané ocenění, úspěchy budou malé, může se dostavit frustrace a pocit bezmoci. *„Ke vzniku SV často přispívají nejasné kompetence, špatné vztahy na pracovišti, stres, opakované setkávání s nevléčitelně nemocnými, nedostatek odpočinku nebo možností vzdělávání a tlak ze strany rodiny při velkém pracovním vytížení na úkor volného času. Při dlouhodobé konfrontaci s takovým prostředím dochází k subjektivnímu pocitu selhání, neschopnosti a nedostatku energie. Zhoršuje se kvalita odvedené práce, přibývá dnů pracovní neschopnosti nebo jiných důvodů absence a dochází k fluktuaci pracovníků. Klesá aktivita a kreativita jedince, činnost se omezuje na rutinu s minimem osobní spoluúčasti. Omezuje se neverbální komunikace i mluvený projev. Mnozí se používání fráží a obecných vyjádření.“* (Masopust 2003, s. 16).

2.3 Druhy syndromu vyhoření

Morovicsová (in Švamberk Šauerová, 2018, s. 39) rozlišuje na základě časového průběhu akutní a chronický syndrom vyhoření. V důsledku nadměrné pracovní zátěže vzniklé v krátkém časovém úseku dochází k akutnímu syndromu vyhoření.

Chronický syndrom vyhoření je typický po dlouhodobém a opakovaném působení stresorů.

2.4 Příznaky syndromu vyhoření

Matoušek (2003, s. 56) shrnul typické projevy do několika bodů:

- Vyhýbání se intenzivnímu a delšímu kontaktu s klienty, konflikty.
- Ztráta tvořivosti, držení se striktních zavedených pravidel a nevnímání klientových potřeb.
- Malá angažovanost a minimum věnované energie do práce. Větší zájem o mimopracovní aktivity.
- Upřednostnění administrativní činnosti a dalších jiných aktivit před kontaktem s klienty
- Důležitost pracovní pozice a možného povýšení, formálních pravomocí, mzdy a dalších výhod v zaměstnání.
- Skeptický přístup k účinnosti jeho služby či k budoucnosti klientů.
- Pracovní neschopnosti, žádost o pracovní volno
- Pocity depersonalizace a vyčerpání

Prieß (2015, s. 25-40) představuje popis a příznaky syndromu vyhoření v různých rovinách na základě čtyřfázového modelu.

Fáze poplachová

Popisuje fyzické projevy jako je rychlé bušení srdce, třes, pocení, studené upocené ruce, neschopnost promluvit či nucení na stolici. Často také dochází k nervozitě, nevolnostem, strachu a nejistotě. V myšlenkách se jedinec ubírá k odvrácení možných hrozeb.

Fáze odporu

Typickými projevy jsou bolesti hlavy, žaludku a zad. Pokračují nevolnosti, úzkosti, napětí a mohou se dostavit i alergické kožní reakce či hučení v uších. V myšlenkách se člověk uchyluje k bojovnosti a nechce si nic nechat líbit.

V rovině chování dochází k boji nebo k odporu, ať ve formě odmítání, či ve formě hlasitého protestu. Klasickým symptomem je stále zaměstnávání se jako únik od

reality. Ačkoliv je dotyčný už na hranici svých možností, začne si přibírat další úkoly nebo závazky a projevuje pracovní elán.

Fáze vyčerpání – začátek vyhoření

Tento neustále vyčerpaný člověk mívá opakované a silné bolesti hlavy, vysoký krevní tlak či chronicky ztuhnuté svalstvo. Objevuje se nespavost, bolesti žaludku a takto oslabený bývá i více náchylný k nemocem. Pocit „prázdné hlavy“, zapomnětlivost a neustále vracející se myšlenky spojené se zhoršujícím se soustředěním souvisí i s pocitem zoufalství, smutku častým pláčem či rostoucí beznadějí a bezmocí. Dotyčný se začíná stahovat do ústraní, odřiká schůzky, udržovat kontakty je pro něj obtěžující.

Fáze ústupu

Tělo je neustále více slabé a vyčerpané. Tělesné symptomy jsou již chronické a tak silné, že ovlivňují běžný život a nezřídka intenzivně narušují jeho zvládnání. Dotyčný si přeje mít klid, chce být sám, cítí se ostatními nepochopený a situací psychicky vyčerpaný.

Často se objevuje výrazná nenávist vůči sobě a stále více impulzů k sebezáhube. Dotyční začnou své okolí nepříjemně překvapovat totální neschopností jakkoliv fungovat, i když se do nynějška zdálo, že je vše v naprostém pořádku. V této fázi vyhoření například přestanou skrývat závislost, nebo se dopouštějí hrubých chyb či zanedbání v práci. Celková strnulost v kontaktu s okolím, pocity rostoucí izolace a bezcitnosti či nevšímavosti, to vše je v sociální rovině typické. Pro jedince začíná být i zvládnání každodenních činností nemožné což komplikuje i nekončící únava a snaha uniknout sám od sebe.

Hlubší pohled na syndrom vyhoření ve fázích zveřejnil v roce 1997 Alfried Laenge (in Křivohlavý, 1998, s. 64-66). Uvádí **tři fáze** s třemi procesy:

V první fázi je člověk nadšen pro určitý cíl, který si vytyčil. Pracovní činnosti se mu zdají smysluplné, má pro co žít.

Ve **druhé fázi** se z prostředku stává cíl - užitková hodnota. Ten kdo ze začátku pracoval jen z důvodu smysluplnosti a užitečnosti své práce nyní pracuje proto, že

mu to přináší i další benefity a nebo finanční odměny. Tímto se dotyčný vzdaluje od svého původního cíle a dochází k odcizení, kdy je základní motivace neuspokojena.

Třetí fázi nazývá Alfried Laengle „životem v popeli“. Naznačuje přitom jeho charakteristiky:

a) Ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. Necitlivé a necitelné chování, disrespekt, cynismus, ironie a sarkasmus.

b) Ztráta úcty k vlastnímu životu. Postižený si přestává vážit vlastního těla a ztrácí respekt i k vlastnímu přesvědčení, nadšení a vlastním snahám. Život se mu zdá být bezesmyslný.

Vývoj vyhoření podle Edelwiche a Brodskyho (in Švamberk Šauerová, 2018, s. 43-44) probíhá v **pěti fázích**, které na sebe plynule a nepostřehnutelně navazují:

Nadšení – Pracující překypuje elánem, má velká očekávání. Pracuje dobrovolně přesčas, cítí se svou idealizovanou prací naplněn a tak zanedbává odpočinek i volnočasové aktivity.

Stagnace – Uvádá počáteční nadšení. Všechny počáteční ideály nezvládá naplnit. V práci se pracující už více orientuje. Mimo práci se věnuje se i svým osobním potřebám a koníčkům.

Frustrace – Mohou se vyskytnout spory na pracovišti i s nadřízenými, začínají emocionální a fyzické potíže. Pracující přemýšlí nad efektivností a smyslem práce, neboť již narazil na byrokratické překážky, nespolupracující klienty či na technické limity zázemí.

Apatie – Přichází po delším období frustrace. Neovlivnitelné frustrující situace dovedou důsledkem stresu pracujícího až k emocionálnímu vyčerpání. Pracovník vnímá jakoukoli práci navíc jako obtěžující, odmítá přesčasy, rozhovory, novinky a vnímá práci pouze jako zdroj obživy.

Vyhoření – Období emocionálního vyčerpání, pocity ztráty smysluplnosti a depersonalizace.

Masopust (2003, s. 16) říká: „Mezi symptomy SV patří ztráta schopnosti se pro něco nadchnout a pokles pracovního nasazení, lhostejnost ve vztahu k práci. Snižuje se

schopnost empatie a pocitu zodpovědnosti. Dalšími projevy jsou pochybnosti o sobě, které vycházejí z nízkého sebehodnocení při neschopnosti dlouhodobě kvalitně vykonávat svou práci. Řadíme sem také podrážděnost, nervozitu, netrpělivost, zhoršenou koncentraci pozornosti, únavu, pocit snížené energie a vyčerpání. K syndromu vyhoření někdy patří i poruchy spánku, psychosomatické obtíže a zvýšená nemocnost.“ Zmiňuje i nechuť setkávat se s klienty/pacienty, chybí trpělivost a začíná i chronické stěžování si na pracovní postupy a velkou míru zátěže. Dokonce často lidé začínají snít o lepší pozici a odchodu z práce. Samozřejmě se syndrom vyhoření projevuje nejen v práci ale i v rodině.

Pešek a Praško (2016, s. 20) ve své knize zmiňují: *“Ve své konečné podobě se vyhoření projevuje v rovině myšlenek, emocí, tělesných reakcích a pozorovaného chování a má negativní důsledky nejen pro vyhořelého pracovníka, ale i pro jeho klienty a organizaci, resp. pracovní tým, kterého je dotyčný součástí.“*

Tabulka 1: Projevy a důsledky syndromu vyhoření

Rizikové faktory osobnostní, pracovní a mimopracovní	
Myšlenky/Příznaky	Emoce
Tolik se snažím a přitom to je k ničemu. Mám toho po krk, jsem opotřebovaný. Jsem úplně na dně. Nemá to cenu, smysl. Co zase ti klienti a kolegové chtějí?!Nezlepší se to	Marnost, bezmoc Nedocenění Pocity křivdy a nespravedlnosti Zlost, zklamání Sebelítost Strach
Tělesné reakce	Pozorovatelné chování
Celkové napětí Únava a nesoustředěnost Zažívací potíže Bolest hlavy, zad, krční páteře Poruchy spánku	Podrážděné reakce Zhoršená schopnost se rozhodovat Značkování klientů Vyhýbání se kolegům a klientům Emoční infikování dalších kolegů
Negativní důsledky pro vyhořelého člověka, organizaci, klienty	
Nižší výkonnost, vyšší nemocnost, více absencí v práci, nárůst konfliktů v pracovním a osobním životě, deprese, šíření špatné nálady v pracovním kolektivu, užívání návykových látek, fluktuace, zhoršená péče o klienty, stěžování si na pracovníka	

Zdroj: Pešek, Praško, 2016, s. 20-21

Křivohlavý (1998, s. 51) rozděluje příznaky do dvou skupin takto:

Subjektivní příznaky – příliš velká únava, nízké sebehodnocení závislé na pocitech nízké profesní kompetence. Zhoršení udržení soustředění, snadné podráždění a negativismus. Další mohou být příznaky stresového stavu.

Objektivní příznaky – dlouhotrvající (i několik měsíců) pozorovatelná snížená výkonnost. Poznají jí kolegové i přijímatelé služeb.

Křivohlavý (1998, s. 51) také zmiňuje, že se syndromem vyhoření se vylučují případy, kdy některý z výše uvedených příznaků je způsoben psychiatrickým onemocněním, zaměstnanec je málo kvalifikovaný pro svou práci (nekompetentní), nebo do zaměstnání promítá vlastní rodinné problémy. Nepatří sem ani únava z monotónní práce, protože ta není spojována s pocity neschopnosti.

2.5 Faktory ovlivňující rozvoj syndromu vyhoření

Kebza a Šolcová (2003, s. 17) uvádějí, že na rozvoj syndromu vyhoření nemá žádný podíl věk, inteligence, pohlaví, vzdělání, stav ani délka praxe. Názory se liší, pokud jde o délku práce na úrovni jedné pozice.

Švamberk Šauerová (2018, s. 39-40) říká: *„Na objektivních příčinách se podílejí faktory externí a faktory pracovního prostředí, které zatěžují zaměstnance a mohou výrazně přispět k rozvoji tohoto syndromu. Patří k nim charakter práce, přetěžování, nedodržování časových lhůt či naopak časový tlak, přísné vedení, malá volnost a podmínky práce jako takové. V Sociální rovině jde především o kvalitu mezilidských vztahů, konflikty na pracovišti, o absenci úcty, nedostatečné společenské uznání a ocenění, nízké technické a materiální vybavení pracoviště, nízké finanční ohodnocení.“*

Pešek a Praško (2016, s. 17-18) spojili názory Kebzy, Šolcové, Maroona a Stocka a rozdělili do třech kategorií rizikové faktory, které mohou vést k syndromu vyhoření.

Tabulka 2: Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření

Rizikové faktory		
Osobnost	Pracovní sféra	Mimopracovní sféra
<ul style="list-style-type: none"> • Osobnost typu A • workoholismus • Perfekcionismus • Anankastické rysy (pochybnosti, opatrnost, puntičkářství, sebenejistota) • Výrazně narušené emoční potřeby v dětství • Stresující myšlenkové postoje • Nízké sebevědomí • Vysoká míra empatie • Nadměrná očekávání a nadšení při zahájení práce • Nadměrná potřeba soutěživosti • Konflikt hodnot • Tendence potlačovat emoce • Neschopnost relaxace • Nízká míra asertivity • Nadměrná potřeba zalíbit se druhým • Nutkavé podléhání „teroru příležitosti“ • Neschopnost racionálního plánování času • Nízká míra sebereflexe 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedostatečná společenská prestiž povolání • Požadavky na vysoký výkon • Nadměrné množství práce • Nízká míra samostatnosti • Nedostatek podpory a ocenění od kolegů a nadřízených • Nedostatek zážitků úspěchu • Nedostatečná finanční odměna • Špatná organizace práce • Nespravedlivé poměry • Jednotvárnost nebo nesmyslnosti pracovní náplně • Obtížní klienti • Absence kvalitní supervize • Není profesní perspektiva • Absence dalšího vzdělávání • Není využita kvalifikace • Žádný vliv na uskutečnění změny v organizaci • Špatné fyzikální parametry pracoviště 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence partnera • Nechápatý partner • Konfliktní partnerství • Příliš ctižádostivý partner • Soutěžení partnerů • Nedostatek hlubších partnerských vztahů • Nedostatek koníčků a zájmů • Nedostatek tělesného pohybu • Špatné stravování • Vysoké skóre těžkých životních událostí • Špatné existenční podmínky (bydlení, finance)

Zdroj: Pešek, Praško, 2016, s. 18

2.5.1 Zátěžové situace

Zátěžové situace zažívá každý z nás, dokonce nikdo z nás nemůže říct, že by nezažil situaci, která by nevyžadovala použití velké vnitřní síly a schopností, pro její překonání. Lze dokonce říci, že takové situace zažíváme každý den (Výrost, Slaměnik, 2001, s. 191).

Stock (2010, s. 49) se vyjadřuje k zátěžovým situacím takto: *„Každý člověk je jinak náchylný ke stresu a unese jinou míru zátěže. Odolnější lidé vykazují nižší emoční vzrušivost a jejich reakce na stresové podněty bývá méně intenzivní a pomalejší. Kromě toho se dokáží se zátěžovou situací vyrovnat rychleji a po jejím odeznění se lépe zotavují.“*

Stres

Z psychologického hlediska se jedná o stav nadměrného zatížení či ohrožení. Stres může mít pozitivní i negativní dopad. Některý typ stresu může být pro člověka motivující a může napomáhat k rozvoji kompetencí a naučení účelného řešení. Vyhledávání stresových situací je typické například u extrémních sportů, neboť při překonání této stresové situace dochází k vyplavení endorfinu do mozku a nárůstu sebedůvěry (Vágnerová, 2012, s. 50). Podle Atkinssonové a kol. (in Vágnerová, 2012, s. 50) můžeme shrnout charakteristické znaky negativně prožívaných stresových situací. Těmi je pocit neovlivnitelnosti situace, pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace, pocit nezvládnutelnosti situace, nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn.

Křivohlavý (2012, s. 106-107) říká, že dochází ke stresu ve chvíli, kdy soubor stresorů, tedy naše zátěž je větší než možnost salutorů, tedy schopností, dovedností, sil a možností danou situací vyřešit. Ze stresu se může stát i distres, tedy neřešitelná nadlimitně těžká situace. Jediný způsob jak se s takto nevyrovnanou zatěžující situací vypořádat je buď ubrat na straně stresorů nebo přidat na straně salutorů.

Frustrace

Jako frustrující označujeme situaci, kdy je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivní důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude. Tato situace vyvolává prožitek zklamání a stimuluje reakce zaměřené na

vyrovnání nepříznivé situace. Nemusí však pokaždé vyvolávat nepřiměřené reakce a může být i do značné míry žádoucí, protože nutí člověka hledat jiná řešení a napomáhá tak rozvoji jeho schopností (Vágnerová, 2012, s. 48).

Křivohlavý (1998, s. 39-40) upozorňuje i na to, že frustrace je pro každého člověka individuální záležitost. Někomu může připadat stejné ocenění dostatečné, někomu se může zdát výhra spíše prohrou.

V souvislosti se syndromem vyhoření se často setkáváme nejen s frustrací z neuspokojených potřeb psychických, fyzických a sociálně psychologických. Studie naznačují, že potřeba povědomí smysluplnosti života tedy tzv. existenciální potřeba je ta, která vede k frustraci a syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998, s. 39-40).

Konflikt

Konflikt patří mezi běžné potíže, s nimiž se každý člověk v životě opakovaně setkává (například konflikt mezi lidmi, konflikt mezi tím, co chci a co mohu apod.). Negativní vliv začíná mít teprve tehdy, jestliže je skutečně závažný, trvá příliš dlouho, zahrnuje osobně důležitou oblast a pokud jej člověk není schopen řešit. Z psychopatologického hlediska jsou pak velmi významné tzv. vnitřní konflikty. Ty se odehrávají (pokud však nebyly vytěsňeny) ve vědomí člověka a znamenají střetnutí dvou vzájemně neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí. Konflikty patří, stejně jako frustrace, mezi každodenní potíže. Ruší celkový pocit pohody. Závažnějším zátěžovým faktorem se stávají tehdy, jestliže došlo k jejich nadměrné kumulaci. Za určitých okolností může opakovaná frustrující zkušenost a dlouhodobý a nezvládnutý konflikt působit jako stresující faktor (Vágnerová, 2012, s. 49).

Každý člověk má v životě jiná očekávání, zkušenosti, informace a hodnoty a dokonce používáme i jiné strategie k řešení konfliktů. Jsme vlastně předem již „naprogramováni“, jakým způsobem budeme konflikt řešit a protože je nás mnoho, je mnoho stylů řešení konfliktů, mnoho rozdílných očekávání a názorů. Konflikty jsou neoddelitelnou částí našeho života a všechny konflikty přispívají k vytváření napjaté atmosféry. Konflikt není ale pouze vždy negativní a destruktivní, ale může být i impulzem ke změně a přehodnocení vztahů pokud je řešen efektivně. Některé konflikty mohou lidé řešit sami, ale některé jsou vlastními silami neřešitelné a je

potřeba, aby byl vyřešen nějakým prostředníkem či odborníkem (Matoušek, 2003, s. 135).

Trauma

Náhle vzniklá situace, která vede k umělému poškození nebo ztrátě. Ztrácíme pocit jistoty a bezpečí, prožíváme úzkost, obavy z budoucna, smutek (například smrt blízké osoby, účast při neštěstí, živelné pohromě apod.). Projeví se především v oblasti chování člověka, chová se neadekvátně, může se vyskytnout panika, deprese apod. V důsledku prožití traumatu může dojít i k posttraumatické stresové poruše (Vágnerová, 2012, s. 52).

Jestliže jsou stresové podněty intenzivní, nečekané a nezvladatelné, tak vyvolávají traumatickou odezvu. Právě takové podněty přesahují standartní lidskou zkušenost a odezvou je vždycky prožitek tísně (Matoušek, 2003, s. 274)

Krize

V psychosociální oblasti je krize definována jako důsledek střetu s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, eventuálně za pomoci blízkých lidí zvládnout v přijatelném čase a navykklým způsobem (Vymetal in Matoušek, 2003, s. 119)

Jedná se o narušení psychické rovnováhy, která je důsledkem vyhocené situace či nárůstu problémů. Typickým znakem je absence funkčních adaptačních mechanismů a nutnost naleznout nové. Právě v krizi existuje nezvládnutý problém a celé prožívání je doprovázeno negativními citovými prožitky, narušením pocitu a jistoty a bezpečí. Zjevná je i silná tenze, úzkost a zoufalství. Pro řešení krize je nutné nalézt nové účelnější způsoby jednání (Vágnerová, 2012, s. 53).

Deprivace

Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychologických není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. Lze rozdělit deprivace na různé typy a to na deprivaci v oblasti biologických potřeb, podnětovou deprivaci, kognitivní deprivaci, citovou deprivaci, sociální deprivaci. Deprivace může negativně ovlivnit jedincův psychický stav a vývoj, neboť se jedná o nejzávažnější zátěžový vliv. Míra negativního dopadu

je závislá na období, kdy jedinec strádá, neboť v některých částech života je k různým typům deprivací více citlivý, což může vést i ke vzniku specifických psychických odchylek (Vágnerová, 2012, s. 53-54).

2.5.2 Rizikové rysy osobnosti

Pešek a Praško (2016, s. 30-34) se pozastavují nad rizikovými rysy osobnosti, které mají za důsledek náchylnost k syndromu vyhoření.

Osobnost typu A

Tuto osobu popsali v 50. letech 20. století američtí kardiologové M. Friedman a R. Rosenman. Lidé příliš zodpovědní, ctižádostivý, přepracovaní. Trápí je stále vnitřní neklid a napětí. Usilují o vyšší životní úroveň, touží po úspěchu. V životě chtějí zažít spoustu věcí. Nedokáží sedět na jednom místě a čekat či nic nedělat (Pešek, Praško, 2016, s. 30)

Workoholismus

Jedná se o chorobnou závislost na práci, kdy jedinec má nutkavou potřebu intenzivně pracovat a věnovat práci více času a energie, které postupně ubývá. Důsledkem může být i omezení či narušení sociální sítě jedince (Pešek, Praško, 2016, s. 30-31)

Perfekcionismus

Perfekcionismus bychom lépe vyjádřili jako puntičkářství či pedanterii. Lidé se snaží tendenčně dělat věci dokonale, bez chyb a maximálním nasazením. V jisté míře může mít dobrý vliv na výkonnost nebo dokončování úkolů a tak i k celkovému rozvoji osobnosti. Může se ale za perfekcionismem skrývat vlastní strach ze selhání a chyb, což někdy bývá odrazem autoritativních rodičů, kde byla pochvala spojená pouze s perfektním výkonem (Pešek, Praško, 2016, s. 33).

2.6 Diagnostika syndromu vyhoření

Masopust (2003, s. 17) říká: „*O syndrom vyhoření se nejedná, je-li stav způsoben duševní poruchou. Zejména je potřeba odlišit depresi. K jejím projevům patří ztráta zájmu a radosti, nízké sebehodnocení, smutná nálada, poruchy spánku, pocit snížené energie a únavnost, zhoršená výkonnost, poruchy pozornosti a další příznaky.*

Vyhoření je vázáno zejména na práci, naopak deprese je přítomna ve všech situacích. Označit depresivního nemocného za „vyhořelého“ by bylo velkou chybou s možnými závažnými následky. Prostá únava většinou odezní po odpočinku, někdy pozitivně působí fyzická aktivita (sport). Při SV je únava popisována jako tíživě prožívaná s pocity selhání. Pocity odcizení se mohou objevovat i u lidí, kteří od své práce moc neočekávají. Potom se nejedná o projev vyhoření. Dlouhodobý pracovní stres vede k aktivaci adaptačních mechanismů, které pomáhají situaci překonat. SV se liší od stresu zhroucením těchto kontrolovaných pochodů a přechodem do pasivity. Při stanovení přítomnosti syndromu vyhoření se vychází z pozorování příznaků a hlavně využití posuzovacích škál“

Kebza a Šolcová (2003, s. 17) zmiňují, že identifikace syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých symptomů, které jsou pro burnout syndrom typické. Také z prožitku těchto příznaků takto postižených osob, které lze lépe identifikovat, pokud je dotyčnému tento syndrom znám. Velmi často se pro diagnostiku využívá speciálních psychologických metod, které byly přímo pro diagnostiku zkonstruovány. Nejčastěji jsou užívané dotazníky založené na posuzování škál jako např. o „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Maslachové a S. Jacksonové, a o „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho.

2.6.1 MBI – Maslach burnout inventory

V dotazníku autorem C. Maslach a S. Jackson (in Honzák, 2018, s. 36-38) se do políček u každého tvrzení odpovídá dle Linkertovy škály od nuly do sedmi, kde nula představuje odpověď „nikdy“ a sedm odpověď „stálé“ nebo „velmi silně“.

Tabulka 3: Maslach burnout inventory

1.	EE + PE	Práce mne citově vysává
2.	EE + PE	Na konci pracovního dne se cítím být na konci sil
3.	EE + PE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.
4.	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.
5.	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.
6.	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
7.	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých

		klientů/pacientů.
8.	EE	Cítím vyhoření, vyčerpání ze své práce.
9.	PA	Mám pocit, že mě lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují.
10.	DP	Od té doby co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.
11.	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.
12.	PA	Mám stále hodně energie.
13.	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.
14.	EE + PE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mně to vyčerpává.
15.	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.
16.	EE	Práce s lidmi mi přináší velký stres
17.	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.
18.	PA	Když pracuji se svými klienty/pacienty, cítím se svěží a povzbuzený.
19.	PA	Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.
20.	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.
21.	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.
22.	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.

Zdroj: C. Maslach a S. Jackson in Honzák, 2018, s. 36-38

Vyhodnocení se provádí podle jednotlivých okruhů:

EE – emoční exhaust, vyčerpání

PE – tělesné vyčerpání

DP – depersonalizace – ztráta zájmu, cynismus

PA – osobní uspokojení z práce, je vlastně opakem burnout

Na škále EE + EE je při dosažení 17-26 bodů hodnoceno mírné vyčerpání a 27 a více vyhoření. Škála DP je 7-12 bodů vyhodnoceno jako mírné vyčerpání a vyhoření od 13 bodů. Vyhoření u hodnot PA nastává při méně než 31 bodech, jako mírné vyčerpání je v rozmezí 38-32 bodů.

2.6.2 BM – Burnout Measure

Autoři A. Pines, E. Aronston a D. Kafra (in Bartošíková, 2006, s. 70-72) představili dotazník skládající se z 21 prohlášení, které jsou zaměřeny na charakteristiku syndromu vyhoření – fyzické vyčerpání (slabost, únava), psychické vyčerpání (bezpečnost a deziluze) i emocionální vyčerpání (pocity úzkosti, beznaděje a bezvýchodnosti).

Na otázky se odpovídá pomocí čísel:

1 – nikdy, 2 – jednou či dvakrát, 3 – zřídka, 4 – někdy, 5 – často, 6 – převážně,
7 – stále

1. Jsem unavený/á.
2. Cítím se sklíčeně.
3. Mám „dobrý den“.
4. Jsem tělesně vyčerpaný/á.
5. Jsem citově vyčerpaný/á.
6. Jsem šťastný/á.
7. Jsem vyřízený/á (zničený/á).
8. Jsem vyhořelý/á.
9. Jsem nešťastný/á.
10. Cítím se přepracovaný/á.
11. Cítím se „jako v pasti“.
12. Cítím se bezcenný/á.
13. Cítím vyčerpání.
14. Trápím se.
15. Jsem rozzlobený/á nebo zklamaný/á z ostatních.
16. Cítím se slabý/á a bezmocný/á.
17. Cítím beznaděj.
18. Cítím se odmítnutý/á.
19. Jsem optimistický/á.
20. Jsem činorodý/á resp. výkonný/á.
21. Mám strach.

Podle jednoduchého početního klíče lze vypočítat a zjistit, zda je na tom testovaný dobře, je u něj vyhoření již v procesu či v akutní fázi.

2.6.3 Orientační dotazník

Tento jednoduchý dotazník využívající sebepoznání vymyslela čtveřice autorů Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman. Respektuje vyhoření jako

probíhající proces se všemi fázemi (zrod, vývoj, rozvoj, vyvrcholení), nikoliv pouze jako statický stav. Skládá se z 24 otázek, na které se odpovídá pouze Ano – Ne.

1. Čím dále, tím více poznávám, že se nemohu dočkat konce pracovní doby, abych mohl práci opustit a jít domů.
2. Zdá se mi, že v poslední době nic nedělám tak dobře, jak to dělat mám.
3. Snadněji nyní ztrácím klid, nežli jsem ho ztrácel dříve.
4. Častěji myslím na to, změnit práci (pracoviště, zaměstnání atp.).
5. V poslední době jsem stále cyničtější a mám negativnější postoj ke všemu, co se děje.
6. Mám stále častěji bolesti hlavy nebo bolesti hlavy nyní trvají déle. Mám bolesti v kříži nebo jiné tělesné příznaky toho, že mi není dobře.
7. Často se mi zdá, že nikomu kolem mne o nic nejde a cítím se beznadějně.
8. Častěji se nyní napiji alkoholu, aby mi bylo lépe a (nebo) беру si prášky na spaní či „na dobře“ či na uklidnění, abych zvládl každodenní drobné stresové situace.
9. Zdá se mi, že již nemám tolik nadšení a energie, kolik jsem dříve měl. Cítím se stále unaven a vyčerpan.
10. Cítím nyní příliš velkou odpovědnost, tlak a napětí v práci.
11. Má paměť již není taková, jaká dříve byla.
12. Nejsem schopný se soustředit na práci, jak jsem dříve se na práci soustřeďoval.
13. Moc dobře nespím.
14. Má chuť k jídlu se v poslední době zhoršila nebo naopak zdá se mi, že nyní jím více, nežli jsem dříve jedl.
15. Cítím, že jsem ztratil iluze - pociťuji nedostatek něčeho, pro co bych se mohl nadchnout.
16. V práci mi to nyní tak moc nejde jako dříve. Nedá se to dělat co nejlíp, jak jsem byl zvyklý a nedá se toho udělat co nejvíce.
17. Cítím se jako „chyby v úkolu“, když myslím na to, co v práci (zaměstnání) dělám. Zdá se mi, že vše, co tam dělám, za moc (za nic) nestojí.
18. Obtížněji, nežli tomu bylo dříve, se mi dělá jakékoliv rozhodnutí (těžko se rozhoduji).

19. Zjišťuji, že v práci toho udělám nyní méně, nežli jsem toho udělal dříve.
Zjišťuji i to, že to, co nyní dělám, nedělám tak dobře, jak jsem to dělal dříve.
20. Často se ptám sám sebe: „*Co se namáháš? Vždyť to všechno je přece k ničemu*“.
21. Zdá se mi, že nejsem moc ceněn a odměňován za vše, co jsem udělal.
22. Cítím se bezmocný a nevím, jak se dostat z problémů, které mám.
23. Lidé mi říkají, že s ohledem na práci, kterou dělám, jsem v jádru idealista (snažím se dosáhnout něčeho, co neexistuje).
24. Domnívám se, že má kariéra dosáhla mrtvého bodu.

Pokud na většinu otázek je odpověď „ANO“, pak lze předpokládat, že již nastal zrod syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998, s. 33-35).

2.6.4 SBMB - Shirom-Melamed Burnout Measure

Tato metoda pochází od izraelských psychologů a nazývá se Shirom-Melamed Burnout Measure. V dotazníku (příloha 3) můžeme vidět 3 škály - fyzická únava, emoční vyčerpání a kognitivní opotřebovanost. Odpovídá se na 14 otázek, které jsou hodnoceny na sedmibodové škále:

nikdy nebo téměř nikdy – velmi zřídka – zřídka – někdy – celkem často – velmi často – vždy nebo téměř vždy

Minimální možný počet bodů je 14 bodů a maximální 98. Čím větší počet získaných bodů, tím větší pravděpodobnost syndromu vyhoření (Ptáček a kol., 2003, s. 161).

2.7 Pomoc a prevence při syndromu vyhoření

Jako prevenci proti syndromu vyhoření u pomáhajících profesí Matoušek (2003, s. 58) uvedl toto:

- Kvalitní příprava na profesi včetně výcviku sociálních potřeb a dovedností, praxe s klientelou srovnatelnou té v zaměstnání.
- Seznámení se s posláním organizace a metodami práce.
- Porozumění profesní roli pracovníka včetně náplně práce.
- Možnost využití profesního poradenství odborníkem v zaměstnání nebo jinde mimo instituci.
- Nabídka osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání.
- Pravidelně prováděná supervize.
- Případové konference s účastí pracovníků jedné nebo více institucí.
- Omezení počtu klientů, s kterými je pracovník v kontaktu během určité doby.
- Více zaměstnanců k asistenci při náročných programech se skupinami klientů.
- Organizace aktivit tak, aby se klienti se zaměstnanci dostali do jiného prostředí.
- Omezení pracovní administrativy.
- Omezení pracovního úvazku.
- Přímá péče o klienty spojená i s jinými aktivitami.

2.7.1 Pomoc sama sobě

Uvědomit si problém

Pokud si má člověk pomoci sám, je třeba, aby si uvědomil, že jeho vnímání světa je pokřivené tímto syndromem. To, jak vnímá své okolí, není chybou okolí, ale přímo v něm samém (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 23).

Pocit smysluplnosti

Křivohlavý (2012, s. 102) říká, že pro zvládnání vyhoření je podstatné mít pocit smysluplnosti života a naší práce. Bez tohoto subjektivního pocitu nemůže jedinec dosáhnout celkové životní spokojenosti.

Odpočinek, relaxace a pohyb

Je třeba si uvědomit, že práce není jediným středobodem života, ale je třeba také odpočívat, relaxovat a hýbat se. Odpočinkem se nemyslí jen spánek ale spíše odreagování se od práce. Pro uvolnění napětí v organismu můžeme použít různých relaxačních technik, které se můžeme naučit na specializovaných kurzech. Je také dobré udržovat se v dobré tělesné kondici, neboť tělesný stav organismu má na psychický stav významný vliv (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 24)

Křivohlavý (2012, s. 145) zmiňuje jako způsob odpočinku „dekompresi“. Míjí tím naprosté odreagování se od okolního světa. Jedná se o činnost, kdy člověk nemyslí na nic jiného než na to, co právě dělá. V takových chvílích podle něho můžeme načerpat mnoho cenné energie.

Změna postoje

Podle Stocka (2010, s. 80-81) je nutné vybudovat si klidný a rozvážný způsob života. Proto je nutné akceptovat věci takové, jaké jsou, aniž bychom je chtěli hodnotit či měnit. Chápeme tedy akceptaci jako duševní postoj, kdy nám přijde zbytečné se kvůli čemukoliv rozčilovat. Stejný důraz ale klade na vymezení se vůči svému okolí a to tak, že zbytečně nebudeme dělat povinnosti ostatních a dohánět práci za druhé. Pokud máme dávat, musíme také mít z čeho sílu nabírat a tak je potřeba hlavně chránit sami sebe.

Sociální opora v našem okolí

Stock (2010, s. 85) tvrdí: *“Lidé, kteří mají pevné zázemí u svých partnerů, příbuzných a přátel a jimž se od jejich nejbližších dostává citové podpory, bývají méně náchylní k chorobám a zvyšuje se u nich průměrná délka života. Kromě toho existují nejrůznější studie, které zjistily sníženou obranyschopnost imunitního systému u ovdovělých osob a naopak nižší nemocnost u fungujících párů. Lze tedy*

říct, že kvalitní sociální vazby mohou chránit před chronickým stresem, a tím snižovat nebezpečí vzniku syndromu vyhoření.“

Společenství lidí určitým způsobem spolu spjatých vytváří tzv. sociální síť. Takovouto sociální síť může být nejen rodina, třída, kolektiv učitelů na určité škole, pracovní či sportovní tým, ale i společenství sousedů, přátel ze zájmové skupiny (kulturní, náboženské). Sociální síť slouží jako významná pomoc jak v boji se stresem, tak při prevenci emocionálního vyhoření. Taková podpůrná skupina lidí ovšem pouze není podpůrnou skupinou konkrétního jedince, ale také každý z nich do skupiny přispívá vlastní energií. Vytvořená sociální opora potřebnému jedinci v jeho těžkostech a krizích dává oporu a porozumění, dává prostor pro rozbourané emoce a sdílení. V případě potřeby například i finančně či materiálně podpoří, pokud to situace vyžaduje (Křivohlavý 2012, s. 119-121).

Profesionální pomoc

Pomoci může například psychologický koučing vedený profesionálním poradcem specializovaným na problematiku syndromu vyhoření. Poradit, kde hledat pomoc, vám může i praktický lékař, který doporučí vhodný způsob terapie nebo může navrhnout léčebný pobyt (Stock, 2010, s. 58).

Dodržování pravidel

Prieß (2015, s. 167) uvádí dvanáct pravidel pro zachování výkonnosti a zdraví:

1. Usilujte o trvalý dialog v šesti oblastech svého života: práce, rodina / partnerský vztah, zdraví / fyzická kondice, sociální kontakty, individualita / koníčky a víra / spiritualita.
2. Pravidelně odpočívejte. Alespoň jednou denně byste měli mít pocit, že cíleně relaxujete.
3. Plánujte si přestávky. Pokud je to možné, dělejte v jednu chvíli jen jednu věc.
4. Neuhýbejte konfliktům kompenzacemi. Usilujte o jasné odpovědi a jasná řešení. Hledejte příčiny problémů.
5. Musíte-li kompenzovat, pak dbejte na to, aby byla kompenzace co nejzdravější, aby se nestala vaším dalším problémem.
6. Neuhýbejte před problémy. Snažte se je co nejdříve vyřešit.

7. Stravujte se vyváženě – jste to, co jíte. Zejména v okamžicích vypětí dbejte na dostatečný přísun vitamínů (především vitamínů skupiny B a vitamínů skupiny C)
8. Nejméně jednou za dva dny dělejte něco jen pro sebe.
9. Dbejte na dostatek spánku.
10. Pravidelně si dělejte volno
11. Stanovujte si priority a stůjte za nimi. Naučte se říkat ne – ne jen ostatním, ale i sami sobě.
12. Kontrola: Pravidelně požádejte někoho, koho si vážíte, o zpětnou vazbu. Berte ji vážně.

Odolnost vůči psychické zátěži

Vágnerová (2012, s. 55) říká: *“Míra odolnosti vůči zátěžím závisí na vrozených předpokladech, na dosažené vývojové úrovni, individuálních zkušenostech i celkovém aktuálním stavu.”*

Geneticky podmíněná je stabilita organismu či emoční vyrovnanost, flexibilita reagování a schopnost relaxace a zotavení. Odolnost lze zlepšit učením a rozvojem způsobů zvládnání obtíží. Reakce na zátěžové situace ovlivňují dosavadní individuální zkušenosti jedince. Ten má tendence fungující vzorce řešení opakovat. Volba strategie ale vychází většinou ze sociokulturní normy (Vágnerová, 2012, s. 55-56).

Obranné reakce na zátěžové situace jsou v nás hluboce zakotveny. Útokem se můžeme snažit se situací bojovat tak, že namíříme svou agresi na zdroj ohrožení, nebo zaútočíme na náhradní objekt či dokonce sami na sebe. Únik je další zakotveným pravidlem, kdy odcházíme z neřešitelné situace buď fyzicky nebo přenesením zodpovědnosti na někoho dalšího či odstoupením od problému popřením jeho existence. Vědomou formou volby strategie je tzv. coping. Je závislý na hodnocení situace a rozmyšlení vlastních možností. Zaměřuje se tedy na konkrétní cíl, aby byla možná pozitivní změna a tolerance (Vágnerová, 2012, s. 57-58). Coping můžeme chápat jako všechny způsoby chování, které člověk projevuje při zvládnání těžkých mimořádných situací. Buď se rozhodneme orientovat na vzniklý problém a začneme ho řešit přímo u zdroje, nebo nalezneme místo relaxace a zdroj rozptýlu a uklidnění. Špatnou možností copingu je vyhýbání se problému a jeho neřešení až

do vyčerpání. Všechny strategie se naučíme během života. Zda byl náš způsob řešení správný, se nakonec ukáže (Stock, 2010, s. 53-54).

Sebereflexe

Kosová (2013, s. 224) tvrdí: „*Abychom přijali práci jako úkol, vzdali se úsilí něco druhým či sobě práci dokázat, potřebujeme sebereflexi, která vede k péči o vlastní život. V péči o vlastní duši nás nikdo nemůže nahradit. K sebereflexi, péči o sebe i případné změně mohou pomoci následující otázky: Co je v mém životě dobré? Čím se zabýváte, když čas běží, aniž byste si toho všimli? Co mohu udělat, aby byl můj život pro mě natolik zajímavý, aby ho chtěli druzí sdílet se mnou? Komu a čemu se vyhýbám? Co ve svém životě nechci přijmout? Jak mohu vnitřně růst, aby mě život bavil natolik, že ho druzí budou chtít žít se mnou, a když ne, tak aby mě to tolik nezaměstnávalo? Když vás dítě, které milujete, poprosí, abyste mu uvedli to nejdůležitější, co vás život naučil, co odpovíte? Komu mám odpustit a kdo má odpustit mně? Čemu chci opravdu věnovat svůj život? Vážíte si sebe? Pěstujete v sobě zájem učit se nové věci? Rozvíjíte schopnost naslouchat, být k sobě upřímný, žádat o to, co byste si přáli? Umíte mít v životě legraci? Jak žiji přítomnost? Přijetí a plné žití přítomnosti vede ke zvládnutí naplněného života.*“

Smysluplnost žití

V otázce smysluplnosti našeho žití narážíme i na problematiku priorit a hodnot člověka. Právě hodnoty nás dostávají do oblasti duchovní. Touto duchovní oblast můžeme chápat jako existenci cílových hodnot, důležitost hodnot a směřování našeho úsilí k těmto hodnotám. Bez řešení těchto našich osobních životních hodnot a směřování k nim se může stát, že náš život se stane smysluprázdný a my vyhoříme. (Křivohlavý, 2012, s. 105).

Časový management

Stock (2010, s. 86-87) nabádá, abychom si uvědomili, že některé povinnosti děláme naprosto automaticky. To způsobuje, že svůj život žijeme velmi stereotypně a bezmyšlenkovitě podle zajetých způsobů. Důležité je ve svých dnech odhalit aktivity, které nás okrádají o čas a omezit je na minimum. K lepšímu plánování dne nám poslouží diář, kde kromě pracovních povinností můžeme lépe odhalit, co děláme ve svém volnu například večer nebo o víkendech. Abychom zvládli management

našeho času, je třeba posoudit závažnost a naléhavost různých denních aktivit. Protože zhodnocení není jednoduché, jako pomoc můžeme využít Eisenhowerův princip a tak si utvořit pořádek.

Tabulka 4: Správný přístup k naléhavým a důležitým úkolům

Důležitost	Naléhavost		
		Málo naléhavé	naléhavé
	důležité	Stanovit si termín a vyřídit osobně	Okamžitě vyřídit osobně
	Málo důležité	Vyhodit do koše	delegovat

Zdroj: Stock, 2010, s. 88

S ušetřeným časem je třeba dobře naložit a opět se nezačít zahlcovat povinnostmi dalšími, které na nás číhají.

2.7.2 Vyřešení pracovní situace

Úprava pracovních podmínek

Dobré je využít možnost snížení pracovního zatížení. Můžeme zažádat o snížení úvazku, přeložení na jinou pozici, pomoc dalšího personálu nebo zažádat o mimořádné volno. Důležité je také zlepšení a vyřešení problému v kolektivu. Důležitou součástí je naučit se s ostatními komunikovat, nabídnout jim pomoc, když jí budou potřebovat a také se nebát si o pomoc říci. Za dobře odvedenou práci pochvalte své kolegy a také nemlčte o tom, co se povedlo vám (Stock, 2010, s. 75-77). Spolupráci na pracovišti také vyzdvihuje Křivohlavý (2012, s. 141), který říká: „*Kooperace je charakteristikou dobrých vzájemných vztahů - přátelství, vzájemné důvěry, dobrého vzájemného jednání, neagresivního jednání atp. Spolupráce je tak i „živnou půdou“ klidných, protistresových pracovních podmínek a tím i účinnou prevencí stresu a psychického vyhoření. Proto je třeba kooperaci rozvíjet v protikladu ke skupinovému soupeření.*“

Křivohlavý (2012, s. 141) také nabádá k odproštění se od nadměrného množství administrativy a složitých pracovních postupů. Naopak navrhuje, aby jednotvárná práce byla zpestřena a tím došlo i k lepšímu společenskému soužití, zařazení více humoru do práce.

Organizace práce

Křivohlavý (2012, s. 138-139) nabízí několik pravidel pro organizaci práce tak, aby nedocházelo k vyhoření zaměstnance.

1. Mít jasno v tom, co se od koho očekává, co kdo vykonává.
2. Pracovní úkoly stanovit tak, aby je mohl pracovník realizovat s přihlédnutím k jeho schopnostem a kompetencím.
3. Zpětná vazba práce nám dá informaci o tom, zda stanovený úkol byl splněn tak, jak bylo očekáváno.
4. Flexibilita, která by se měla projevit při rozmísťování pracovníků ve firmě, podle jejich osobnostní jedinečnosti. Flexibilita by se měla projevit i v respektování lidských potřeb či v pracovních postupech, kdy je dovoleno pracovníkovi vykonávat práci dobře takovým způsobem, aby mu to vyhovovalo.
5. Kompletizace jako možnost pracovníka podílet se na práci a dokončit ji tak, že je vidět uspokojivý konečný výsledek práce.
6. Uznání, tedy vyjadřování spokojenosti nejen penězi ale i slovy, zvláštní odměnou a dalšími možnými způsoby.

Úprava pracoviště

Nedílnou součástí zrodu stresu a syndromu vyhoření na pracovišti je i vzhled a uspořádání prostor. Každý člověk potřebuje nějaký určitý osobní prostor tak, aby mohl dobře práci vykonávat. Pro dobré pracovní prostředí je také důležité nebýt neustále v hluku, ale najít i klid a ticho. Tím je myšleno nejen zvukové přetížení okolním ruchem, ale i vyrušování jinými lidmi, telefony či přístroji. Důležitým aspektem pracoviště je i správné osvětlení tak, aby nás svou intenzitou neoslňovalo, ale zároveň abychom dobře viděli. Samozřejmě nás také mohou negativně ovlivnit špatné tepelné podmínky, proudění vzduchu či tepelné záření. Pro spokojenost pracovníka je také možné nabídnout individuální uspořádání prostoru, které si

pracovník vytvoří podle vlastních představ, což zahrnuje i vlastní obrazy, doplňky, květiny a tím si vytvoří svůj osobní prostor (Křivohlavý, 2012, s. 141-143).

Supervize

Supervize je forma odborné podpory a poradenské aktivity poskytované obvykle pracovníkovi pomáhající profese profesionálním konzultantem. Jedná se o kompetentního, respektovaného a důvěryhodného odborníka, jenž je v této oblasti vzdělán. Supervize bývá vyžádána organizací nebo samotným pracovníkem. Cílem je získávání a prohlubování pochopení různých stránek supervidovaného a způsobu jeho práce s klientem. Pracuje se jak s reflektováním vztahu pomáhajícího profesionála s jeho klienty, tak s reflexí vztahu supervizora a supervidovaného pracovníka, ten může obvykle vykazovat pozoruhodné známky tzv. paralelního procesu. Reflexí a využitím těchto znaků lze často přispět k vylepšení samotné pomáhající práce s klienty, zejména tam, kde vztahové obtíže mohly bránit terapeutickému pokroku. Supervize je i procesem posuzování jeho odborné činnosti aby byly minimalizovány profesní i osobní chyby. Mezi supervizorem a supervidovaným musí být kvalitní osobní vztah, který je charakterizován spoluprací, důvěrou, porozuměním, psychologickým bezpečím, vzájemným respektem, profesionalitou a autentičností. Úspěšná supervize je taková, která má pozitivní dopad na dobro pacienta či klienta. (Dynáková, Kožnar, Hermanová, 2013, s. 169-172)

Změna zaměstnání

Pokud je práce ve stávajícím zaměstnání nesnesitelná a nezměnitelná, je dobré promyslet, zda v rámci ochrany vlastního zdraví není lepší práci opustit. Správné je ale promyslet, zda opravdu jsem pro interní změnu ve stávajícím zaměstnání udělal vše tak, abych mohl posoudit, že je situace v zaměstnání pro mě nevyhovující. Někdy totiž není pravým důvodem prostředí stávajícího zaměstnání. Pokud naše vyhoření způsobují osobnostní faktory, k vyhoření dojdeme v každém dalším zaměstnání.

3 Pomáhající profese

Termín definuje skupinu povolání, která je založená na profesní pomoci druhým lidem. Patří sem například zdravotnické profese, pedagogické profese, profese zaměřené na sociální pomoc a dále také duchovní, psychologové, terapeuti. Všechny tyto profese mají některé společné rysy, které je odlišují od ostatních povolání. Například je k jejich vykonávání vždy nutný vztah s klientem a zapojení vlastní osobnosti pomáhajícího do pracovního procesu. Pomáhající profese tedy představují systém, na jehož jedné straně stojí pomáhající a na druhé straně ten, jemuž je pomáháno (Géringová, 2011, s. 21).

Honzák (2018, s. 52) uvádí, proč právě pomáhající profese jsou ohroženy syndromem vyhoření. Je to právě proto, že do své práce investují nejen znalosti a dovednosti, ale i část své osobnosti. Práce s lidmi a jejich trápením je mnohem náročnější, protože empatie nás nutí se naladit na stejnou vlnu, sdílet příběhy a emoce, které na nás působí. Nejvíce prožíváme bolest s osobou, s kterou soucítíme.

3.1 Obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese

Pomáhat druhým je těžká a náročná práce, proto by se mělo předpokládat, že takový pracovník bude o své tělo pečovat pravidelným pohybem a kvalitní zdravou stravou. Není ale důležitá jen fyzická zdatnost, ale i dobrá inteligence a stálá touha po nových a aktuálních informacích, nových teoriích a praktických dovednostech. Samozřejmostí je i potřeba sociální či emoční inteligence. Pracující by měl svým klientům či pacientům imponovat, mít dobrou pověst a vytvářet mezi nimi zdravý a důvěrný vztah. K tomu neodlučitelně patří i diskrétnost pracovníka, čestnost, spolehlivost, porozumění a výborné komunikační dovednosti, které jsou důležité v každé etapě jeho práce (Matoušek, 2003, s. 52-53).

G. Egan (in Matoušek, 2003, s. 53) zmiňuje, že důležitá je fyzická přítomnost pracovníka u klienta. Tím, že se s ním setkává, mu pomáhá nejen fyzicky ale i psychologicky. Nasloucháním lépe porozumí signálům, kterými se klient snaží cokoli sdílet ať už verbálně nebo neverbálně. Díky empatii může nahlídnout do světa klienta a vcítit se do jeho pocitů, emocí, starostí a následně může pracovník

lépe reagovat na jeho reakce s pochopením. Aby bylo možné konstruktivně pomáhat s klientovými problémy, je nutné dobře analyzovat klientovy prožitky.

3.2 Chyby pomáhajících profesí zasažených syndromem vyhoření

Syndrom vyhoření pomáhajících profesí může mít vliv na výkon kvality jejich práce. Pracující může pociťovat nechuť setkávat se s klienty/pacienty, chybí trpělivost a začíná i chronické stěžování si na pracovní postupy a velkou míru zátěže (Masopust, s. 16-17).

Syndrom vyhoření také zvyšuje riziko lékařských chyb a bezpečnosti pacientů, protože může mít vliv na kvalitu lékařského úkonu. Snížená opatrnost zdravotnického personálu může mít dopady na nedbalost v ochranných opatřeních, zvyšovat riziko infekce. Depresivní syndromy, sebevražedné myšlenky i fyzické onemocnění může nastat právě v důsledku vyhoření. V boji proti syndromu vyhoření je proto potřeba přijmout účinná opatření, aby nebyli ohroženi pacienti ani lidé vykonávající pomáhající profesi (Dimitriu, 2020).

Ptáček a kol. (2019), ve své studii mezi pedagogy základních škol zjistili, že pouze 68 % dotazovaných nevykazuje známky deprese. Středně těžkou až těžkou depresivitou trpí 15 % dotazovaných pedagogů. Z výsledků vyplývá, že syndrom vyhoření a depresivita pedagogů může mít špatný vliv na jejich zdraví a na výsledky svěřených žáků.

3.3 Pomáhající profese během pandemie nemoci COVID-19

Během celosvětové pandemie nemoci COVID-19, který je způsobený koronavirem SARS-CoV-2 (SZU, 2020), je znát velký nárůst poptávky po lékařích a zdravotnickém personálu. Tato skupina je nyní mezi nejohroženějšími syndromem vyhoření. Musí se vyrovnávat s každodenním stresem, nárůstem pacientů, rizikem infekce, delšími pracovními směnami a velkým počtem přesčasů. Kromě času, který stráví v práci, mají často na starosti ještě potřeby svých rodin (Queen, 2020).

3.3.1 Výzkum pomáhajících profesí v době pandemie nemoci COVID-19

Výsledky dopadu pandemie na pomáhající profese mohou mít rozdílný výsledek. Výzkum, který byl prováděn v rámci Evropy mezi intenzivisty různých regionů došel k výsledku, že pandemie má ohromný psychický dopad na pracující v první linii a je potřeba zmírnit psychickou zátěž. Míra zatížení se lišila i podle regionů, což lze předpokládat vzhledem k různému rozšíření viru v populaci (Queen, Harding, 2020).

Studie v Rumunsku, kde byla vybrána nemocnice určená pro péči o „covidové“ pacienty, porovnávala míru vyhořelosti mezi lékaři první linie (JIP, pohotovost, radiologie) a ostatními (Gynekology, Ortopedy, Chirurgy), kteří by neměli být v kontaktu s pacienty s pozitivitou na onemocnění COVID-19. Podle dotazníku MBI a demografických otázkách přišly výsledky relativně mladých lékařů (do 35let věku). Skupiny byly vyrovnané mezi první linií (50) a ostatní (50). Vyhodnocení přineslo jiné než očekávané výsledky. Horší výsledky (prevalence 86 %) měli lékaři mimo oddělení COVID-19. Intenzivisté první linie (prevalence 66 %) dosáhli lepších výsledků (Dimitriu a kol., 2020).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíl průzkumu

Cílem průzkumné části bakalářské práce je zmapovat, do jaké míry jsou osoby pomáhajících profesí ohroženy syndromem vyhoření. Sledujeme působení proměnných jako je věk, délka praxe, obor či aktuálně probíhající pandemická situace. Problematika syndromu vyhoření je stále aktuální a pomáhající profese jsou dle mého názoru nejohroženější skupinou.

4.1 Průzkumné otázky

Stanovené průzkumné otázky:

- 1) Je člověk pracující v oblasti pomáhající profese déle než 10 let náchylnější k syndromu vyhoření proti osobám, které v této oblasti pracují méně let?
- 2) Je větší riziko rozvoje syndromu vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách oproti školství?
- 3) Při srovnání dat skupiny před pandemií a skupiny, která inventář vyplnila v období pandemie onemocnění COVID-19, zvýší se náchylnost k syndromu vyhoření v období pandemie?

4.2 Průzkumný vzorek

Průzkum byl uskutečněn ve dvou fázích. První sběr dat probíhal v období od 1. 11. 2019-30. 2. 2020. Ve druhé fázi byli oslovení respondenti v období právě probíhající pandemie nemoci COVID-19, sběr dat proběhl od 1-30. 10. 2020. Vzorek dotazovaných byl získáván metodou snowball sampling. Námi oslovení konkrétní respondenti informaci o probíhajícím průzkumu šířili dál. Získali jsme tak rozmanitý vzorek respondentů napříč pomáhajícími profesemi (viz tab. 7). Celkem se šetření účastnilo 122 lidí. Čtyři dotazníky byly vyřazeny pro aktuálně neprobíhající zaměstnání v oblasti pomáhajících profesí, i když v minulosti tuto práci vykonávali. Naším cílem bylo zhodnotit data těch, kteří jsou aktuálně v pracovním poměru některé z pomáhajících profesí.

4.3 Průzkumné metody

Kvantitativní průzkum probíhal dotazníkovým šetřením pomocí vytvořeného online dotazníku na webových stránkách (my.surveo.com). Jak již bylo výše psáno, výběr respondentů probíhal metodou snowball sampling. Při vyplňování dotazníku byla zachována dobrovolnost a anonymita. Dotazník byl pro přehlednost rozdělen na dvě části. V první části respondenti uváděli základní sociodemografické údaje. Pokládali jsme otázky na probíhající pracovní poměr v oboru pomáhající profese, věk, délku praxe v oboru pomáhajících profesí a profesi, kterou vykonává. Poslední doplňující položkou byl důvod vykonávané profese (viz příloha č. 1). Pro zjištění náchylnosti ke vzniku a rozvoji syndromu vyhoření byl použit Inventář projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových (2002).

4.4 Zpracování průzkumu

Dotazník vyplnilo 122 respondentů, 4 byli z průzkumu vyloučeni, neboť se aktuálně neřadí mezi osoby zaměstnané v oblasti pomáhajících profesí. Výsledky testování byly zpracovány a analyzovány využitím programu Microsoft Office Excel. Získané hodnoty byly vloženy do tabulek, vybrané zobrazeny pomocí grafů. K popisu dat byla využita popisná statistika.

Odpovědi na stanovené průzkumné otázky:

- 1) Je člověk pracující v oblasti pomáhající profese déle než 10 let náchylnější k syndromu vyhoření proti osobám, které v této oblasti pracují méně let?

V teoretické části práce (viz kap. 2.5), je uvedeno, že s narůstající délkou praxe se nezvyšuje pravděpodobnost rozvoje syndromu vyhoření. Předpokládali jsme tedy, že výsledky respondentů s délkou praxe více než 10 let nebudou oproti ostatním vyšší. Náš předpoklad se potvrdil. Naše šetření poukázalo na větší náchylnost k vyhoření u respondentů do 4 let praxe, což může být způsobeno individuálními předpoklady některých jedinců.

2) Je větší riziko rozvoje syndromu vyhoření u pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách oproti školství?

Předpokládali jsme, že pro rozvoj syndromu vyhoření bude náchylnější skupina zdravotníků a pracujících v sociálních službách. Náš průzkum neprokázal větší náchylnost k syndromu vyhoření ani u jedné z uvedených skupin.

3) Při srovnání dat skupiny před pandemií a skupiny, která inventář vyplnila v období pandemie nemoci COVID-19, zvýší se náchylnost k syndromu vyhoření v období pandemie?

Předpokládaná náchylnost k syndromu vyhoření v období pandemie dle našich výsledků nebyla potvrzena. Pro relevantnější výsledky by bylo třeba provést měření až po skončení pandemické situace. Zvýšených hodnot v době pandemie onemocnění COVID-19 jsme však mohli pozorovat v sociální osobnostní rovině. Zda jsou naměřené hodnoty statisticky významné, by potvrdily až další statistické metody.

4.5 Dotazníkové šetření

4.5.1 Doplnující otázky

V první části šetření respondenti odpovídali na základní otázky o sobě. Naším cílem bylo získat údaje o věku, délce praxe, pracovní pozici a v neposlední řadě také zjistit osobní důvod, proč pracují jako pomáhající profese. Osobní důvod vykonávání pomáhající profese nelze nijak číselně vyhodnotit, proto ho nalezneme v příloze (1) pouze jako zajímavost.

4.5.2 Věková skupina respondentů

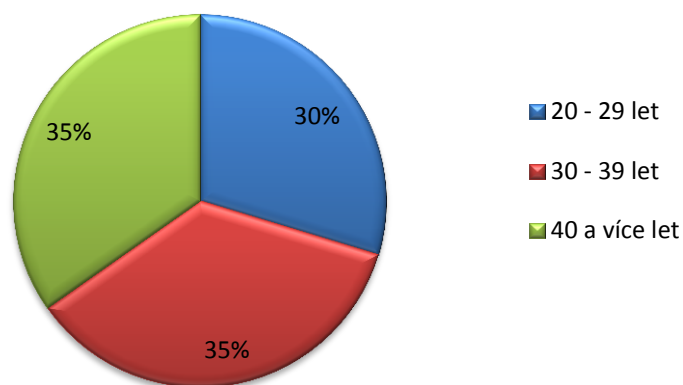
Otázka: Kolik Vám je let?

Tabulka 5: Věkové rozložení respondentů

Věková skupina	Počet respondentů	%
20 - 29	35	30%
30 - 39	42	35%
40+	41	35%

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 1: Procentuální zastoupení věkových kategorií



Zdroj: Vlastní zpracování

Nejpočetnější skupinou respondentů je skupina mezi 30-39 rokem věku. O jednoho respondenta méně máme ve skupině nad 40 let věku a pouze 35 dotazovaných v nejmladší skupině mezi 20-29 rokem věku.

4.5.3 Délka praxe

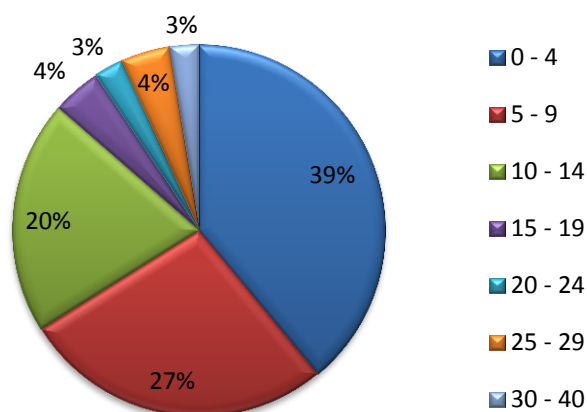
Otázka: Jak dlouho pracujete jako pomáhající profese?

Tabulka 6: Délka praxe respondentů

Délka praxe	Počet	%
0 - 4	46	39%
5 - 9	32	27%
10 - 14	24	20%
15 - 19	5	4%
20 - 24	3	3%
25 - 29	5	4%
30 - 40	3	3%

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 2: Procentuální zastoupení respondentů podle délky praxe



Zdroj: Vlastní zpracování

Podrobné rozdělení ukazuje na nejpočetnější skupinu tázaných do 4 let praxe. S přibývajícím věkem i počet respondentů ubývá. Velmi skokový pokles počtu dotazovaných můžeme vidět po 15 letech praxe. Zda opravdu je mezi pomáhajícími profesemi výrazněji méně těch, kteří v oboru pracují déle než 15 let, by prokázaly průzkumy o větším počtu respondentů. Pro potřeby vyhodnocení byly respondenti dále rozděleny do tří skupin (viz tab. 11 níže) tak, aby v každé skupině bylo alespoň 30 dotazovaných pro co nejrelevantnější výsledky.

4.5.4 Pracovní pozice

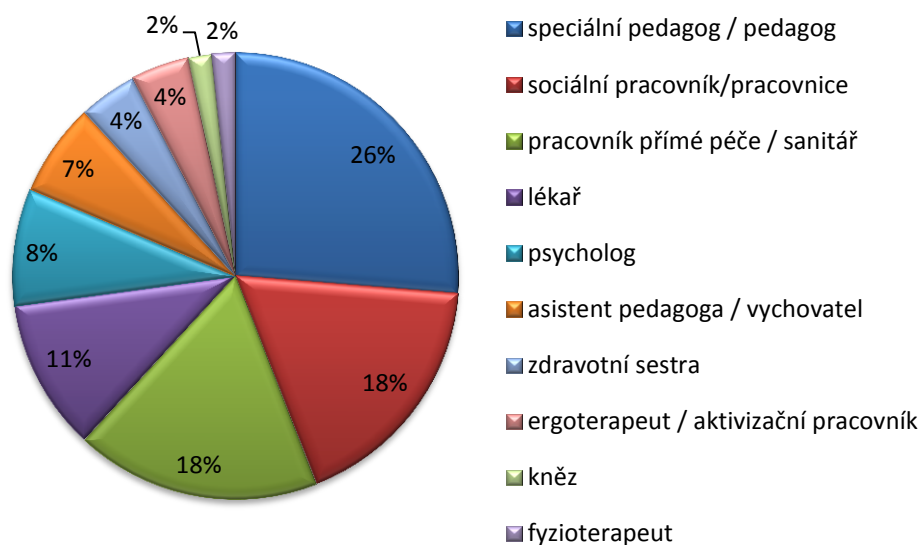
Otázka: Jaká je Vaše pracovní pozice?

Tabulka 7: Pracovní pozice

Pracovní pozice	Počet	%
speciální pedagog / pedagog	31	26
sociální pracovník / pracovnice	21	18
pracovník přímé péče / sanitář	21	18
lékař	13	11
psycholog	10	8
asistent pedagoga / vychovatel	8	7
zdravotní sestra	5	4
ergoterapeut / aktivizační pracovník	5	4
kněz	2	2
fyzioterapeut	2	2

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 3: Procentuální zastoupení respondentů dle pracovních pozic



Zdroj: Vlastní zpracování

V našem vzorku respondentů máme nejvíce zastoupeny pedagogy (26%), dále sociální pracovníčky (18%) a pracovníčky přímé péče / sanitáře (18%). Pro vyhodnocení zjištěných dat bylo použito rozdělení podle pracovního odvětví (tab. 8).

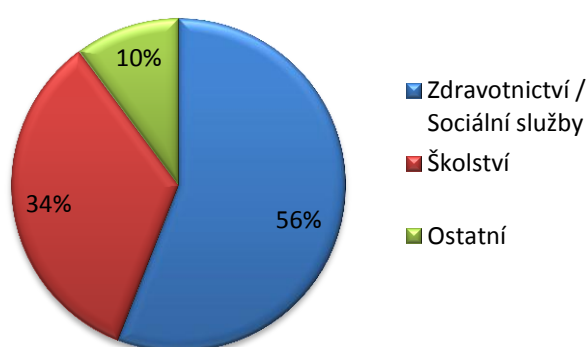
4.5.5 Rozložení respondentů podle pracovního odvětví

Tabulka 8: Pracovní odvětví respondentů

Pracovní odvětví	Počet	%
zdravotnictví / sociální služby	66	56%
školství	40	34%
ostatní	12	10%

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 4: Procentuální zastoupení respondentů podle pracovních odvětví



Zdroj: Vlastní zpracování

Rozdělení na pracovní odvětví prokázalo 56 % zastoupení z profesí zdravotnictví a sociálních služeb. Pouze 34 % bylo pracovníků školství a minimální počet těch, kteří spadají do skupiny ostatní. Skupina ostatní zahrnuje kněze a také psychology, neboť u respondentů nebylo zjišťováno konkrétní pracoviště.

4.5.6 Inventář projevů syndromu vyhoření

Ve druhé části byl použit Inventář projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových (2002), který můžeme shlédnout v příloze (č. 2). Sami autoři upozorňují, že inventář nehodnotí skutečnou vyhořelost, ale jedná se o orientační test, jak vysoká je náchylnost k syndromu vyhoření. Maximální možný počet bodů pro inventář je 96 a minimální 0. Svůj individuální stresový profil můžeme zjistit bodovým vyhodnocením dle jednotlivých rovin, kde maximum v jedné rovině je 24 a minimum 0. Rovinu lze vyhodnotit rozumovou, emocionální, tělesnou a sociální.

Vyšší počet nasbíraných bodů v jednotlivých rovinách osobnosti může hodnocenému napovědět, na jakou oblast osobnosti je třeba se zaměřit a nadále se jí věnovat.

Jednotliví respondenti byli vyzváni, aby zodpověděli 24 otázek tak, jak se jich jednotlivé výpovědi týkají. Dotazovaní odpovídali podle škály umístěné nad políčky k „zaškrtnutí“:

Nikdy = 0 bodů

Zřídka = 1 bod

Někdy = 2 body

Často = 3 body

Vždy = 4 body

Bodové ohodnocení výpovědí, pro vyhodnocení dotazníků, nebylo respondentům známo.

Pro lepší orientaci ve zjištěných hodnotách jsme pro potřeby průzkumu rozdělili škály náchylnosti k syndromu vyhoření na nízkou, střední a vysokou. Výsledné hodnoty podle jednotlivých kritérií byly vyhodnocovány popisnou statistikou.

Tabulka 9: Škála náchylnosti ke vzniku SV

Míra náchylnosti ke vzniku SV	Celkové bodové skóre
Nízká	0-31
Střední	32-63
Vysoká	64-96

Zdroj: Vlastní zpracování

Podle sečtených hodnot příslušných k jednotlivým otázkám lze zjistit individuální stresový profil každého respondenta. Roviny rozdělujeme na rozumovou, emocionální, tělesnou a sociální. Pro každou rovinu platí stejný možný rozptyl získaných hodnot. Abychom se lépe mohli orientovat v zatíženosti osobnosti, rozdělili jsme zatíženost na nízkou, střední a vysokou.

Tabulka 10: Škála náchylnosti ke vzniku SV podle jednotlivých rovin

Míra náchylnosti SV podle jednotlivých rovin	Celkové bodové skóre
Nízká	0-8
Střední	9-16
Vysoká	17-24

Zdroj: Vlastní zpracování

4.6 Zhodnocení výsledků dotazníkového šetření

4.6.1 Vyhodnocení podle věku

Tabulka 11: Vyhodnocení podle věku

Věková skupina	Nízká	Střední	Vysoká
20-29	24	11	
30-39	28	13	1
40+	32	9	

Zdroj: Vlastní zpracování

Podle věkových kategorií našich naměřených dat se jeví nejvíce ohrožená skupina syndromem vyhoření mezi 20-29 rokem života (Med=28, M=30, SD=10,3). Skupina mezi 30-39 rokem života (Med=24,5, M=23, SD=12,2) si v hodnotách vedla o něco hůře, než poslední skupina od 40. roku života (Med=23, M=17, SD=10,1).

V teoretické části (viz kapitola 2.5) uvádíme výrok Kebzy a Šolcové (2003, s. 17), který říká, že na rozvoj syndromu vyhoření nemá mimo jiné vliv věk. S rostoucím věkem naší skupiny pozorujeme i klesající tendenci výsledných hodnot. Může to být způsobeno i tím, že mladší respondenti našeho vzorku mohou do práce investovat příliš velké úsilí a nadšení, mají velká očekávání a tak připravují půdu pro rozvoj syndromu vyhoření (viz kap. 2.2).

Tabulka 12: Vyhodnocení podle věku a jednotlivých rovin

Věková	Oblast zátěže	Nízká	Střední	Vysoká
20-29	<i>Rozumová</i>	24	11	
	<i>Emocionální</i>	19	16	
	<i>Tělesná</i>	17	18	
	<i>Sociální</i>	29	6	
30-39	<i>Rozumová</i>	22	20	
	<i>Emocionální</i>	25	15	2
	<i>Tělesná</i>	28	13	1
	<i>Sociální</i>	30	12	
40+	<i>Rozumová</i>	31	10	
	<i>Emocionální</i>	28	12	1
	<i>Tělesná</i>	23	18	
	<i>Sociální</i>	34	7	

Zdroj: Vlastní zpracování

V tabulce (12) je patrné rozdělení podle zatížení jednotlivých rovin osobnosti dle naší škály, kterou jsme si stanovili výše (tab. 10).

Z vypočtených hodnot je v rozumové rovině nejvíce zatížená skupina mezi 30-39 rokem věku (Med=7, M=8, SD=3,5), oproti skupinám 20-29 let (Med=6, M=5, SD=2,4) a 40+ let (Med=5, M=5, SD=2,7), kde je zatížení podobné.

V emocionální rovině vidíme, že skupina 20-29 let (Med=7, M=7, SD=3,5) je podobně zatížená jako věková kategorie 30-39 let (Med=7, M=6, SD=3,8) a skupina 40+ let (Med=6, M=6, SD=3,6). Můžeme tedy předpokládat, že všichni respondenti mají podobně zatíženou emocionální rovinu. S jistotou to ovšem nelze tvrdit.

Tělesnou rovinu mají dle našich dat nejvíce zatíženou respondenti mezi 20-29 rokem věku (Med=8, M=11, SD=3,6). Klesající tendenci hodnot můžeme zaznamenat u skupiny 30-39 let (Med=7, M=7, SD=3,9) a skupiny 40+ věku (Med=7, M=5, SD=3,2). Můžeme se domnívat, že zatíženost tělesné roviny s věkem klesá. S jistotou by nám to ale musely potvrdit až další statistické metody a nejspíše i větší počet respondentů.

V poslední sociální rovině je patrná podobnost skupin 20-29 let (Med=5, M=5, SD=2,7) a 30-39 let (Med=5, M=2, SD=2,8). Nižší hodnoty jsme naměřili ve skupině 40+ let (Med=4, M=2, SD=2,9).

4.6.2 Vyhodnocení podle délky praxe

Tabulka 13: Vyhodnocení podle délky praxe

Délka praxe	Nízká	Střední	Vysoká
0-4	30	15	1
5-9	22	10	
10+	32	8	

Zdroj: Vlastní zpracování

Mezi dotazovanými je nejvíce těch, kteří pracují jako pomáhající profese méně než čtyři roky. V tabulce (13) je také patrné, že právě ve skupině do 4 let praxe se nachází největší počet těch, kteří dosahují námi stanovené (viz tab. 9) střední náchylnosti k vyhoření. Ve skupině osob do 4 let praxe se také nachází jediný respondent s námi stanovenou vysokou mírou náchylnosti. S využitím popisné statistiky můžeme vidět, že vypočítané hodnoty pro dotazované pracující pod čtyři roky (Med=28,5, M=30, SD=11,2) jsou oproti ostatním skupinám vyšší.

Při srovnání kategorie 5-9 let praxe (Med=23, M=23, SD=12) a kategorie 10+ let praxe (Med=23, M=27, SD=9,7) jsme dospěli k názoru, že je míra náchylnosti k vyhoření u těchto skupin srovnatelná.

Nemůžeme tvrdit, že by se náchylnost k syndromu vyhoření zvyšovala s délkou praxe. Naopak se spíše zdá, že tendence je klesající. Pro potvrzení bychom však potřebovali více dat a použít další statistické metody.

Námi naměřené hodnoty odpovídají stanovisku v teoretické části (kap. 2.5). Tam je psáno, že na náchylnost k syndromu vyhoření nemá vliv délka praxe. Vyšší hodnoty dotazovaných do 4 let praxe mohou odpovídat tomu, že v této skupině nacházíme i jedince, kteří mají pro rozvoj syndromu vyhoření individuální předpoklady (viz kap. 2.5.2). Jedinci s individuálními předpoklady pro rozvoj syndromu vyhoření ve vzorku respondentů s narůstající délkou praxe ubývají.

Tabulka 14: Vyhodnocení podle délky praxe a jednotlivých rovin

Délka praxe	Oblast zátěže	Nízká	Střední	Vysoká
0-4	<i>Rozumová</i>	30	16	
	<i>Emocionální</i>	24	20	2
	<i>Tělesná</i>	25	20	1
	<i>Sociální</i>	36	10	
5-9	<i>Rozumová</i>	19	13	
	<i>Emocionální</i>	20	12	
	<i>Tělesná</i>	20	12	
	<i>Sociální</i>	24	8	
10+	<i>Rozumová</i>	28	12	
	<i>Emocionální</i>	28	11	1
	<i>Tělesná</i>	23	17	
	<i>Sociální</i>	33	7	

Zdroj: Vlastní zpracování

Ve skupině 0-4 roky praxe byly v rovině rozumové (Med=7, M=5, SD=2,5), v rovině emocionální (Med=7, M=9, SD=3,8), rovině tělesné (Med=7, M=7, SD=4) i rovině sociální (Med=5, M=5, SD=2,8) naměřeny největší hodnoty oproti ostatním skupinám. V rovině rozumové je dále srovnatelná skupina 5-9 let praxe (Med=5,5, M=8, SD=3,5) a skupina 10+ let praxe (Med=5, M=5, SD=2,8). Stejně tak jsou srovnatelné hodnoty roviny emocionální u skupiny 5-9 let praxe (Med=6, M=6, SD=3,6) a skupiny 10+ let praxe (Med=6, M=6, SD=3,4). I v rovině tělesné mají skupiny 5-9 let praxe (Med=7, M=5, SD=3,7) a skupiny 10+ let praxe (Med=7, M=5, SD=2,8) výsledky srovnatelné. Sociální rovina se zdá být u skupiny 5-9 let více zatížená (Med=5, M=2, SD=2,8) než u skupiny 10+ let praxe (Med=4, M=4, SD=2,9).

Zda jsou rozdíly hodnot statisticky významné, by nám potvrdily až další statistické metody.

4.6.3 Vyhodnocení podle pracovního odvětví

Tabulka 15: Vyhodnocení podle pracovního odvětví

Pracovní odvětví	Nízká	Střední	Vysoká
zdravotnictví/sociální služby	49	17	
školství	26	13	1
ostatní	9	3	

Zdroj: Vlastní zpracování

Z porovnání náchylnosti k vyhoření podle pracovního odvětví jsem vyřadila skupinu ostatní, pro nedostatečný počet respondentů.

Při srovnání hodnot v pracovním odvětví zdravotnictví/sociální služby (Med=24, M=23, SD=9,8) s pracovním odvětvím školství (Med=26, M=23, SD=13,3) nemohu jednoznačně říci, že by se jedna ze skupin zdála být syndromem vyhoření ohroženější. Zda jsou rozdíly naměřených hodnot statisticky významné, by nám objasnily až další statistické metody.

Tabulka 16: Vyhodnocení podle pracovního odvětví a jednotlivých rovin

Pracovní odvětví	Oblast zátěže	Nízká	Střední	Vysoká
zdravotnictví sociální služby	<i>Rozumová</i>	45	21	
	<i>Emocionální</i>	41	24	1
	<i>Tělesná</i>	40	26	
	<i>Sociální</i>	52	14	
školství	<i>Rozumová</i>	24	16	
	<i>Emocionální</i>	22	16	2
	<i>Tělesná</i>	20	18	1
	<i>Sociální</i>	31	9	
ostatní	<i>Rozumová</i>	8	4	
	<i>Emocionální</i>	9	3	
	<i>Tělesná</i>	7	5	
	<i>Sociální</i>	10	2	

Zdroj: Vlastní zpracování

Pro porovnání zatíženosti rovin jsme vzhledem k nedostatečnému množství dat hodnoty ve skupině ostatní neporovnali.

Hodnoty zatíženosti osobnostních rovin ukázaly podobně zatíženou rovinu rozumovou skupiny zdravotnictví/sociální služby (Med=5, M=5, SD=2,8) i skupiny

školství (Med=6, M=5, SD=3,5). Téměř vyrovnané hodnoty jsme mohli pozorovat i u tělesné roviny školství (Med=7, M=7, SD=4,4) a zdravotnictví/sociální služby (Med=7, M=7, SD=3). Naopak v rovině emocionální překonalo školství (Med=7, M=8, SD=4,2) hodnoty zdravotnictví/sociální služby (Med=6, M=6, SD=3,4). Sociální rovina se podle hodnot jeví více zatížená u zdravotnictví (Med=5, M=5, SD=2,8) než u školství (Med=4, M=2, SD=3,1). Pro průkazné rozlišení v jednotlivých rovinách podle odvětví by bylo potřeba zvětšit počet respondentů a použít další statistické metody.

4.6.4 Vyhodnocení pandemie nemoci COVID-19

Tabulka 17: Vyhodnocení podle pandemie nemoci COVID-19

Období	Nízká	Střední	Vysoká
Před pandemií	33	14	
V pandemii	51	19	1

Zdroj: Vlastní zpracování

Přestože by se dalo očekávat, že období pandemie je pro pomáhající profese jistě zátěžovým obdobím, podle naměřených celkových výsledku u skupiny před pandemií (Med=23, M=23, SD=10,7), ve srovnání se skupinou, která dotazník vyplnila v období pandemie (Med=24, M=21, SD=11,2), se míra náchylnosti k vyhoření nejeví na takové situaci závislá.

Při porovnání pracovníků v odvětví zdravotnictví/sociální služby byly před pandemií (Med=23, M=22, SD=10,5) naměřené hodnoty srovnatelné jako v době pandemie (Med=25, M=21, SD=9,3). Srovnání pracovníků z odvětví školství nebylo možné pro nedostatečný vzorek respondentů v době před pandemií vyhodnotit.

Pravděpodobně by se důsledky pandemie nemoci COVID-19 na výsledcích projeví až po jejím konci, nebo při záměrném testování pracovníků „první linie“.

Tabulka 18: Vyhodnocení podle pandemie nemoci COVID-19 a jednotlivých rovin

Období	Oblast zátěže	Nízká	Střední	Vysoká
Před pandemií	<i>Rozumová</i>	30	17	
	<i>Emocionální</i>	31	15	1
	<i>Tělesná</i>	25	22	
	<i>Sociální</i>	37	10	
V pandemii	<i>Rozumová</i>	47	24	
	<i>Emocionální</i>	41	28	2
	<i>Tělesná</i>	43	27	1
	<i>Sociální</i>	56	15	

Zdroj: Vlastní zpracování

Pokud srovnáme rovinu rozumovou, emocionální, tělesnou a sociální vzhledem k pandemické situaci, tak jak nám to dovoluje originální Inventář projevů syndromu vyhoření (Příloha č. 2), pak můžeme sledovat, že obě skupiny, skupina respondentů před pandemií a v období pandemie, vykazují srovnatelné výsledky. Výjimkou byla pouze rovina sociální, kde jsou naměřené hodnoty v období pandemie vyšší (Med=5, M=6, SD=2,7) než v době před pandemií (Med=4, M=2, SD=3). Jak významný je rozdíl těchto hodnot v sociální rovině by však bylo třeba prokázat dalšími statistickými metodami.

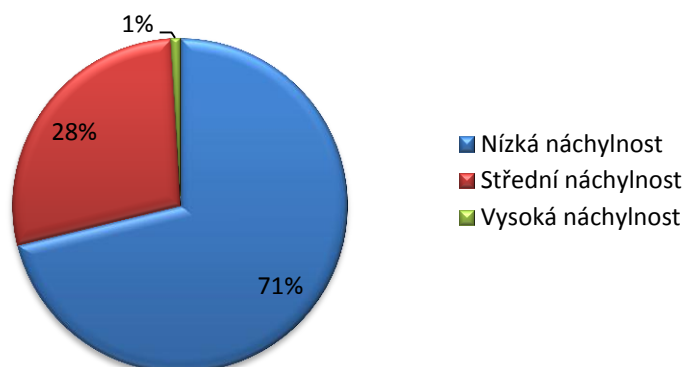
4.6.5 Celkové vyhodnocení hodnot respondentů

Tabulka 19: Celková náchylnost respondentů k SV

	Oblast zátěže	Nízká	Střední	Vysoká
Všichni respondenti	<i>Rozumová</i>	77	41	1
	<i>Emocionální</i>	72	43	3
	<i>Tělesná</i>	68	43	1
	<i>Sociální</i>	93	49	
	<i>Celková náchylnost k SV</i>	84	33	1

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 5: Procentuální výsledky respondentů celkové náchylnosti k SV



Zdroj: Vlastní zpracování

Z celkových výsledků vyplývá, podle naší stanovené škály (tab. 9), že skupina většina respondentů vykazuje (71 %) nízkou náchylnost k SV. Pouze jediný dotazovaný vykázal vysokou náchylnost k rozvoji syndromu vyhoření. Zbýlých 28 % respondentů je středně náchylná k rozvoji syndromu vyhoření. Při celkovém zhodnocení naměřených hodnot respondentů můžeme konstatovat, že více než dvě třetiny z nich má nízký předpoklad pro rozvoj syndromu vyhoření.

4.7 Diskuze

Jak jsem již uvedla v práci výše, Kebza a Šolcová (2003, s. 17) uvádějí, že na rozvoj syndromu vyhoření nemá žádný podíl věk, inteligence, pohlaví, vzdělání, stav ani délka praxe. Autorka Švamberk Šauerová (2018, s. 39-40) ovšem nevylučuje i další příčiny. Jedná se například o pracovní prostředí, přesčasy nebo pracovní kolektiv.

Cílem průzkumu bylo ověřit, zda je náchylnost k syndromu vyhoření závislá na věku, délce praxe, pracovním odvětví a pandemii nemoci COVID-19. Mírně vyšší celkové hodnoty jsme zjistili u skupiny mezi 20-29 rokem věku a respondenty do 4 let praxe. Domnívám se, že zvýšené hodnoty mezi 20-29 rokem věku mohou být způsobeny vysokou pracovní angažovaností, velkým očekáváním, nadšením a dalšími faktory, které mohou zvyšovat riziko vzniku syndromu vyhoření (Masopust, 2003, s. 16). Vyšší naměřené hodnoty dotazovaných do 4 let praxe mohou poukázat na to, že v této skupině se nachází i ti, kteří k rozvoji syndromu vyhoření mají individuální předpoklady (Pešek, Praško, 2016, s. 30-34).

Při porovnání dat sbíraných v období před pandemií a dat sbíraných během probíhající pandemie nemoci COVID-19, nenacházíme námi očekávané významnější rozdíly mezi skupinami. Neprokázalo se, že by námi očekávaná pracovní zátěž, zhoršené pracovní podmínky, přesčasy a další, které sebou situace pandemie přinesla, by k náchylnosti k syndromu vyhoření přispívala. Pravděpodobně bychom relevantnější výsledky mohli získat, pokud by byla data sbírána po období pandemie, neboť bychom změřili celkový dopad na pracovníky.

Popisnou statistikou jsme zjistili pouze minimální rozdíly mezi celkovými výsledky respondentů dle stanovených kritérií. K ověření, zda jsou významné, bychom však museli použít další statistické metody. Lze předpokládat, že pro relevantní výsledky by bylo třeba navýšit i počet respondentů, popř. vhodně rozšířit dotazník i o další otázky zaměřené na pracovní kolektiv, pracovní podmínky apod.

Při zhodnocení celkových výsledků všech dotazovaných jsme, dle námi stanovené šály míry náchylnosti, zjistili, že 84 z nich (71 %) má pouze nízké riziko vzniku a rozvoje syndromu vyhoření. Pouze jediný respondent se jeví vysoce náchylný k SV a 33 dotazovaných (28 %) se zdají k rozvoji středně náchylní.

V průzkumu by bylo také vhodné podrobněji členit skupinu psychologů, zda pracují v odvětví zdravotnictví, sociálních služeb, školství či jiném. Zajímavým srovnáním všech respondentů by také mohlo být srovnání dle pohlaví či nejvyššího dosaženého vzdělání. Nevýhodou použitého inventáře byla uvedená škála náchylnosti. Autoři (Tošnerová, Tošner, 2002) pouze uvádějí minimální a maximální počet bodů celkového testu a jednotlivých osobnostních rovin. Inventář však neměří vyhoření, ale náchylnost k vyhoření.

Kromě jiných kvalitativních výsledků nás také v průzkumu zajímalo, proč respondenti pracují právě jako pomáhající profese. Sama jsem několik let jako pomáhající profese pracovala, měla jsem možnost kolegy pozorovat. V naší práci si odpovědi na otázku výběru pomáhající profese můžeme přečíst v příloze (1). Jak můžeme u našich dotazovaných pozorovat, objevují se vnitřní motivace, jako jsou určitá přesvědčení a láska k druhým lidem.

4.7.1 Podněty pro další průzkum

Pro další průzkum by bylo vhodné navýšit počet respondentů, možné by také bylo rozšířit okruh zkoumaných profesí. Zajímavé výsledky by mohly přinést odpovědi na doplňující otázky týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání nebo místa bydliště. Využitý inventář by bylo možné doplnit o další dotazník, který se syndromem vyhoření zabývá a dále výsledky mezi dotazníkem a inventářem porovnat. Po skončení pandemie COVID-19 by bylo zajímavé otestovat podobným dotazníkem pracovníky „první linie“ (tak jak uvádím v kap. 3.31).

ZÁVĚR

Syndrom vyhoření je stále diskutovaným a aktuálním tématem dnešní doby. Rozvinout se může téměř u každého během překvapivě krátké doby napříč profesemi. V bakalářské práci jsme se věnovali pomáhajícím profesím, tedy těm, kteří se ve svém zaměstnání věnují svěřeným osobám. Pomáhající profese jsou pro rozvoj syndromu vyhoření ohroženou skupinou, často jsou z toho důvodu testovány a zkoumány.

Vysoká osobní angažovanost, nadměrné pracovní úsilí a špatné pracovní prostředí, nedostatečné ocenění, stres, vyčerpání a další faktory mohou velmi přispět k rozvoji syndromu vyhoření. Ztráta zájmu o sebe, své blízké i zaměstnání, citová vyprahlost, ztráta chuti k životu, pocit zklamání, bezvýchodnosti, podráždění, celkové psychické, emocionální i fyzické vyčerpání, to vše velmi rychle upozorní na syndrom vyhoření. I proto byla v práci věnována pozornost prevenci a pomoci při syndromu vyhoření. Je dobré rozvoji syndromu vyhoření předcházet, než syndrom vyhoření později léčit. Jako prevence v zaměstnání může pomoci kvalitní supervize, dobrý kolektiv, ocenění a podpora. Mimo pracovní prostředí pozitivně působí kvalitně strávený volný čas s rodinou či přáteli, dále např. relaxace.

Praktická část práce byla věnována náchylnosti k syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Využívali jsme Inventář projevů syndromu vyhoření (Tošnerová, Tošner, 2002) doplněný o námi stanovené doplňující sociodemografické otázky. V průzkumu bylo vyhodnocováno 118 dotazníků. Při porovnání výsledných hodnot popisnou statistikou (kap. 4.6) můžeme vidět zvýšenou náchylnost k syndromu vyhoření u věkové skupiny mezi 20-29 rokem, dále pak mezi respondenty do 4 let praxe. Zda jsou rozdíly naměřených hodnot statisticky významné, by nám potvrdily až další statistické metody. Při porovnání náchylnosti k SV podle pracovních odvětví či podle období pandemie nemoci COVID-19, popisná statistika neodhalila významné rozdíly hodnot.

Výsledky průzkumu poukazují na to, že největší počet respondentů (71%) patří, dle naší stanovené škály náchylnosti k vyhoření, k osobám s nízkou náchylností k syndromu vyhoření. Pouze jediný respondent dosáhl vysoké náchylnosti k vyhoření.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

MONOTEMATICKÉ PUBLIKACE

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

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-394-3.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. V Praze: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7601-004-8.

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

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

KOSOVÁ, Martina. Sebereflexe a péče o sebe jako prevence syndromu vyhoření. *Psychoterapie*, 2008, 2(3-4), s. 223-225. ISSN 1802-3983.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

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

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

MASOPUST, Jiří. Syndrom profesionálního vyčerpání. *Practicus: odborný časopis praktických lékařů*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2003, 10 (16-17) ISSN 1213-8711.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

PELCÁK, Stanislav. *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-576-9.

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

PRIESS, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH a Vladimír KEBZA. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5114-6.

PTÁČEK, Radek, Martina VŇUKOVÁ, Jiří RABOCH, Irena SMETÁČKOVÁ, Pavel HARSA a Lucie ŠVANDOVÁ. *Syndrom vyhoření a životní styl učitelů českých základních škol. Řízení ve školství: [publikace pro řídicí pracovníky ve školství]*. Praha: Učitelská unie, 2019, **27**(1-2), 48-58. ISSN 2336-7768.

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

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0470-3.

TOŠNEROVÁ, T., TOŠNER, J. *Burn-out. Syndrom vyhoření*. Praha: Hestia, 2002. ISBN 80-902633-4-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada, 2001. Psyché. ISBN 80-247-0042-5.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

DIMITRIU a kol., 2020. *Socia Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic Med. Hypotheses*, 144 (1/2020). [online] [Cit. 2020-11-1]. dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>

DYNÁKOVÁ, Š., Kožnar, J., & Hermanová, M. (2013). *Supervize jako prevence syndromu vyhoření u zdravotníků. Psychoterapie, 4 (3-4).* [online] [Cit. 2020-03-25]. Získáno z <https://journals.muni.cz/psychoterapie/article/view/9610>.

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize, 2020, MKN-10, Z73.0 Vyhasnutí [online] [Cit. 2020-11-1]. dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/Z73.0>

QUEEN D, Harding K. *Societal pandemic burnout: A COVID legacy.* International Wound Journal. 2020 Aug;17(4):873-874. DOI: 10.1111/iwj.13441. [online] [Cit. 2020-11-1]. dostupné z: <https://europepmc.org/article/pmc/pmc7362153>

Státní zdravotní ústav, 2020, SZU, *Onemocnění COVID-19, nový koronavirus SARS-CoV-2* [online] [Cit. 2020-11-1]. dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/bezpecnost-potravin/onemocneni-covid-19-novy-koronavirus-sars-cov-2-je>

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Projevy a důsledky syndromu vyhoření	8
Tabulka 2: Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření.....	10
Tabulka 3: Maslach burnout inventory	15
Tabulka 4: Správný přístup k naléhavým a důležitým úkolům	25
Tabulka 5: Věkové rozložení respondentů	34
Tabulka 6: Délka praxe respondentů	35
Tabulka 7: Pracovní pozice.....	36
Tabulka 8: Pracovní odvětví respondentů	37
Tabulka 9: Škála náchylnosti ke vzniku SV	38
Tabulka 10: Škála náchylnosti ke vzniku SV podle jednotlivých rovin.....	38
Tabulka 11: Vyhodnocení podle věku	39
Tabulka 12: Vyhodnocení podle věku a jednotlivých rovin.....	40
Tabulka 13: Vyhodnocení podle délky praxe	41
Tabulka 14: Vyhodnocení podle délky praxe a jednotlivých rovin.....	42
Tabulka 15: Vyhodnocení podle pracovního odvětví.....	43
Tabulka 16: Vyhodnocení podle pracovního odvětví a jednotlivých rovin.....	43
Tabulka 17: Vyhodnocení podle pandemie nemoci COVID-19	44
Tabulka 18: Vyhodnocení podle pandemie nemoci COVID-19 a jednotlivých rovin	45
Tabulka 19: Celková náchylnost respondentů k SV	45

Seznam grafů

Graf 1: Procentuální zastoupení věkových kategorií.....	34
Graf 2: Procentuální zastoupení respondentů podle délky praxe	35
Graf 3: Procentuální zastoupení respondentů dle pracovních pozic.....	36
Graf 4: Procentuální zastoupení respondentů podle pracovních odvětví	37
Graf 5: Procentuální výsledky respondentů celkové náchylnosti k SV	46

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SV – syndrom vyhoření

Med – medián

M – modus

SD – směrodatná odchylka

SEZNAM PŘÍLOH

Seznam příloh

Příloha 1: Důvody k vykonávání pomáhající profese

Příloha 2: Inventář projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových (2002)

Příloha 3: SMBM - Shiromova-Melamedova škála vyhoření

PŘÍLOHY

Příloha 1: Důvody k vykonávání pomáhající profese

Otázka: Proč pracujete jako „pomáhající profese“?

Výroky respondentů jsem nejdříve sumarizovala. Pokud důvod obsahoval pouze tyto věty, byl připočítán počet. Počty tedy neodpovídají počtu respondentů, neboť někdo uvedl více důvodů.

Sumarizované odpovědi:

- Tato práce mě baví (24x)
- Tato práce mě naplňuje. (14x)
- Protože je moje práce smysluplná. (13x)
- Protože jsem tuto práci chtěl dělat. (5x)
- Cítím to jako své poslání. (4x)

Další odpovědi:

- Ráda pracuji s lidmi, různorodost práce.
- Cítím se být užitečná, potřebná. Má práce dává smysl.
- Je to můj obor.
- Mam rada práci s lidmi a rada lidem pomáhám.
- Ráda pomáhám jiným.
- Mám dobrý vztah k handicapovaným lidem.
- Abych měl peníze.
- Kvůli lidem, sociálnímu kontaktu.
- Protože je to práce, která mě naplňuje a které jsem se chtěla věnovat.
- Naplňuje mě to, mám svobodu v tom, co budu v práci dělat a klienty.
- Dělá mi dobře, když pomáhám lidem.
- Mám rada děti.
- Dává mi to smysl, jsem na vzduchu, mám skvělý kolektiv.
- Chci pomáhat druhým. Naplňuje mě to a jsem rada, když druhý je díky tomu šťastný.
- Protože se chci starat o seniory.

- Baví mě práce s lidmi, můžu jim zlepšit den.
- Práce má vysněná, naprosto mi vyhovuje.
- Beru to jako povolání ke službě druhým.
- Splnění snů – má práce je mým koníčkem.
- Mám ráda děti a ráda jim pomáhám.
- Ráda pracuji s dětmi a pozoruji jejich pokroky.
- V 17 letech mne oslovila problematika mentálně postižených.
- Vnímám to jako své poslání. Baví mě to. Nikdy jsem neuvažovala o jiném zaměstnání.
- Vnitřně mě to naplňuje, snaha pomoci druhým, kteří nedostali šanci prožít plnohodnotný život (pracuji s dětmi s hlubokou mentální retardací).
- Je to mé zaměstnání.
- Vystudovala jsem obor a chci se mu věnovat, práce mě baví.
- Mám ráda práci s dětmi.
- Protože jsem obor vystudovala, dává mi smysl pomáhat druhým, naplňuje mě to a baví.
- Je to moje zodpovědně vybraná profese.
- Líbí se mi pomáhat druhým, naplňuje mne to.
- Rád pomáhám druhým. Mám z toho dobrý pocit.
- Vždycky mě lákala práce s lidmi, zvláště s dětmi. Baví mě to, protože mám pocit, že je to užitečné. Že dělám něco smyslného.
- Už od mládí mi to přišlo jako jediné smysluplné naplnění života.
- Chci pomáhat lidem.
- Jsem ráda, když můžu pomoci tam, kde je potřeba a dává to smysl.
- Naplňuje mě to, je to pro mě smysluplná práce, ráda pracuji s lidmi.
- Pocit, že když můžu, měla bych pomáhat. Vnitřní pud. Nutkání.
- Rád se zabývám pohybem. Chtěl jsem se o pohybu učit do hloubky a pak moje znalosti aplikovat.
- Z úcty k životu člověka.
- Naplňuje mě to, má to smysl, přínos pro ostatní i celou společnost.

- Protože to v období mého mládí a nevědomosti byla vcelku efektivní a jednoduchá volba.
- Má to smysl, pracuji s lidmi pro lidi.
- Naplňuje to mou potřebu rozvíjet potenciál druhých. Baví mě to.
- Byla to má volba po maturitě.
- Baví mě pracovat s dětmi, práce je různorodá, kreativní.
- Zatím, nemám na nic jiného vzdělání.
- Moje práce má výsledek a baví mě.

Příloha 2: Inventář projevů syndromu vyhoření J. a T. Tošnerových (2002)

(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)

Bodové ohodnocení odpovídá číslům u otázek

	vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
1. Obtížně se soustředuji	4	3	2	1	0
2. Nedokáži se radovat ze své práce	4	3	2	1	0
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0
4. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4	3	2	1	0
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
6. Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0
7. Jsem náchylný/á k nemocím	4	3	2	1	0
8. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0
V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	4	3	2	1	0
12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
15. Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
16. Svou práci omezují na její mechanické					

provádění	4	3	2	1	0
17. Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
19. Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0
22. Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
23. Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4	3	2	1	0

Vyhodnocení inventáře projevů syndromu vyhoření:

Do níže uvedených řádků zapište vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnli.

Potom v každé řádce sečtete výsledky pro každou **rovinu** dotazníku zvlášť.

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil.

Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

Rozumová rovina:

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = bodů

Emocionální rovina:

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = bodů

Tělesná rovina

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č.23..... = bodů

Sociální rovina

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... =..... bodů

Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem = bodů

Součtem všech čtyř rovin získáte celkovou míru vaší náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0

Příloha 3: SMBM - Shiromova-Melamedova škála vyhoření

Označte, prosím, v následujícím formuláři, jak často jste za posledních 30 pracovních dní, zažili každý z následujících pocitů:		Nikdy/téměř nikdy	Velmi zřídka	Zřídka	Občas	Celkem často	Velmi často	Vždy/téměř vždy
		1	2	3	4	5	6	7
Fyzická únava	1. Cítím se unavený/á.	1	2	3	4	5	6	7
	2. Nemám žádnou sílu jít ráno do práce.	1	2	3	4	5	6	7
	3. Cítím se fyzicky vyčerpaný/á.	1	2	3	4	5	6	7
	4. Cítím, že mám všeho dost.	1	2	3	4	5	6	7
	5. Cítím se, jako bych měl/a vybité baterky.	1	2	3	4	5	6	7
	6. Cítím se vyhořelý/á.	1	2	3	4	5	6	7
Kognitivní únava	7. Myslí mi to pomalu.	1	2	3	4	5	6	7
	8. Těžko se soustředím.	1	2	3	4	5	6	7
	9. Připadá mi, že mi to nemyslí jasně.	1	2	3	4	5	6	7
	10. Cítím, že nejsem při přemýšlení soustředěný/á.	1	2	3	4	5	6	7
	11. Mám potíže přemýšlet o složitých věcech.	1	2	3	4	5	6	7
Emoční vyčerpání	12. Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám svých spolupracovníků nebo klientů.	1	2	3	4	5	6	7
	13. Cítím, že nejsem schopen/na emočně investovat do svých spolupracovníků a klientů.	1	2	3	4	5	6	7
	14. Cítím, že nedokážu být milý/á ke svým spolupracovníkům a klientům.	1	2	3	4	5	6	7

Zdroj: Ptáček a kol., 2003