

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální péče

Studijní obor: Sociální pedagog

Kód oboru: 7502R010

Název bakalářské práce:

SYNDROM VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

BURN-OUT SYNDROME OF WORKERS IN THE AREA OF SOCIAL CARE

Autor:

Ladislav Derka
Mládežnická 8
412 01 Litoměřice

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
49	0	30	29	17	61 + 1 CD

CD obsahuje celé znění bakalářské práce.

V Liberci dne:20.4.2006

TU v Liberci, Fakulta pedagogická

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studenta: Ladislav Derka
Adresa: Mládežnická 8, 412 01 Litoměřice

Bakalářský studijní program: Sociální péče
Studijní obor: Sociální pedagog

Název bakalářské práce: Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí
Název BP v angličtině: Burn-out Syndrom of Workers in the Area of Social Care

Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková

Termín odevzdání: 30. 04. 2006

V Litoměřicích dne 28. 01. 2005

.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí KSS

Převzal (student): Ladislav Derka

Datum: 28. 01. 2005

Podpis studenta:

Charakteristika práce:

Práce se zabývá teoretickým zpracováním, vysvětlením pojmu syndromu vyhoření. Teoretické zpracování se zabývá popsáním syndromu vyhoření jak obecně, tak i se zaměřením na pracovníky v pomáhajících profesích. Praktická část se zabývá průzkumem existence syndromu vyhoření u vybrané skupiny pracovníků v pomáhajících profesích – sociálních pracovníků. Praktická část se dále zabývá vlivem syndromu vyhoření na psychosomatická onemocnění u vybrané skupiny sociálních pracovníků.

Cíl práce:

Cílem práce je popsat syndrom vyhoření, jeho průběh (fáze), koho výhradně postihuje, příznaky a rozbor preventivních opatření.

Předpoklad práce:

Předpokladem bakalářské práce je rozpracování vlivu syndromu vyhoření na psychosomatická onemocnění u vybrané skupiny pracovníků v pomáhajících profesích – sociálních pracovníků.

Hlavní použité metody k získávání dat:

Rozhovor

Dotazník

Základní literatura:

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-349-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.

MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. SPN, 1986.

PRAŠKO, Ján. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 20. dubna 2006

Podpis:

Děkuji Mgr. Květuši Slukové, vedoucí práce, za konstruktivní a faktické poznámky k finální části mé práce, zejména však za poskytnutí cenných rad týkající se formy a způsobu provedení práce a stanovení jejího cíle.

Název BP: Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí

Název BP: Burn out Syndrome of Workers in the Area of Social Care

Jméno a příjmení autora: Ladislav Derka

Akademický rok odevzdání BP: 2005 / 2006

Vedoucí BP: Mgr. Květuše Sluková

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou syndromu vyhoření, a to jak obecně, tak se zaměřením na pracovníky v pomáhajících profesích. Jejím cílem bylo teoreticky rozpracovat syndrom vyhoření a zjistit existenci či neexistenci této nemoci u pracovníků v pomáhajících profesích – sociálních pracovníků. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování literárních pramenů popisovala syndrom vyhoření, jeho fáze, průběh a nejzávažnější projevy, kterými jsou deprese a chronický stres. Teoretická část také popisovala vliv stresu a deprese na vznik psychosomatických onemocnění. Praktická část zjišťovala pomocí dotazníků u 50 sociálních pracovníků a pomocí interview s 10 bývalými sociálními pracovníky existenci příznaků syndromu vyhoření a jeho vliv na vznik psychosomatických onemocnění. Výsledky průzkumu ukázaly existenci osob v pozorovaném vzorku, u kterých existovaly určité negativní jevy, které by eventuelně mohly přerůst v syndrom vyhoření. Získaná data byla použita pro vytvoření konkrétních preventivních opatření zaměřených na oblast duševní hygieny. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat výpovědi 10 respondentů, se kterými bylo vedeno interview a kteří uvedli koexistenci příznaků syndromu vyhoření a snížené obranyschopnost organismu. Většina těchto respondentů byla přesvědčena o propojení mezi svými zdravotními problémy a projevy syndromu vyhoření.

Klíčová slova : Syndrom vyhoření, burnout, stres, chronický stres, deprese, zvládání stresu - coping, psychosomatická onemocnění, rozhovor, dotazník, předpoklad, ověřování předpokladů, prevence, psychohygieny, prevence syndromu vyhoření, doporučení.

Summary:

The Bachelor's work handled with the problem of burnout syndrome both generally and specifically – with focus on workers in the area of social care. The aim of this work was to elaborate on burnout syndrome theoretically and then ascertain the existence or non-existence of this illness in the area of social care. The work itself was divided into two main parts – theoretical part and practical part. The former described burnout syndrome – its phases, process of burning out and its most visible symptoms (depression and stress). The influence of burnout syndrome on outbreak of psychosomatic illnesses could also be found in this part. The letter was designed to ascertain through a questionnaire with 50 social workers and through interviewing 10 former social workers, both the existences of burnout syndrome and its influence on outbreak of psychosomatic illnesses. Results of this research showed presence of people within the sample with certain negative trends, which could eventually result in burnout syndrome. The results were used for creating concrete preventive measures. The testimony of 10 former social workers could be seen as the biggest contribution. These respondents confirmed co-existence of burnout syndrome symptoms and low physical stamina. The respondents were also convinced of health problems having roots in the aforementioned symptoms of burnout syndrome.

1. ÚVOD.....	8
1.1 CÍL PRÁCE.....	9
2. TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU.....	10
2.1 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	10
2.1.1 Popis příznaků syndromu vyhoření.....	10
2.1.2 Deprese jako projev syndromu vyhoření.....	11
2.1.3 Příčiny deprese.....	12
2.1.4 Rozdíl mezi depresí a syndromem vyhoření.....	13
2.1.6 Psychické reakce na stres.....	14
2.1.7 Zvládání stresu (coping).....	14
2.2 VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	16
2.2.1 Příčiny vzniku syndromu vyhoření.....	17
2.2.2 Průběh (fáze) syndromu vyhoření.....	17
2.3 VLIV SYNDROMU VYHOŘENÍ NA VZNIK PSYCHOSOMATICKÝCH ONEMOCNĚNÍ.....	21
2.3.1 Chronický stres – příčina psychosomatických onemocnění.....	21
2.3.2 Deprese – příčina psychosomatických onemocnění.....	22
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	24
3.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	24
3.2 POPIS VÝBĚROVÉHO VZORKU.....	24
3.3 PRŮBĚH PRŮZKUMU.....	24
3.4 POUŽITÉ METODY.....	26
3.4.1 Předvýzkum a jeho výsledky.....	27
3.5 STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ.....	28
3.6 ZÍSKANÁ DATA A JEJICH INTERPRETACE.....	28
3.6.1 Rozbor informací získaných pomocí dotazníků.....	28
3.6.2 Rozbor informací získaných pomocí částečně řízeného rozhovoru.....	37
3.7 OVĚŘOVÁNÍ PŘEDPOKLADŮ, DISKUSE.....	39
3.8 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	41
4. ZÁVĚR.....	42
5. NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ (DOPORUČENÍ).....	43
5.1 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ Z HLEDISKA DUŠEVNÍ HYGIENY.....	43
5.2 PREVENCE VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ – NĚKOLIK PRAKTICKÝCH DOPORUČENÍ.....	45
6. SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH ZDROJŮ.....	47
7. SEZNAM PŘÍLOH.....	48
8. PŘÍLOHY.....	51

1. Úvod

Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je na mezilidské komunikaci závislá. Syndrom vyhoření se projevuje ztrátou energie a idealismu, která vede ke stagnaci, frustraci a apatii. Člověk trpící syndromem vyhoření má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života; cítí se celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Ačkoliv tento fenomén nepostihuje jen lidi pracující v pomáhajících profesích, právě u nich se projevuje nejčastěji a nejnápadněji¹.

Dá se tedy říci, že k syndromu vyhoření mají blízko lidé, kteří pracují v pomáhajících profesích, a které lze označit za tzv. angažované "pomahače". Tito lidé, pokud se u nich syndrom vyhoření projeví, mohou trpět tělesným a emocionálním vyčerpáním, únavou, popudlivostí, nedůvěřivostí, depresivitou a negativním až cynickým postojem k vlastní práci a ke klientům. Syndrom vyhoření bývá také označován jako "fenomén prvních let v zaměstnání"², kdy po vysokých očekáváním, entuziasmu a "profesní mytologii" nastává zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace. Jakou roli hrají při vyhoření osobnostní proměnné, je zatím nejasné. Často bývá v této souvislosti zmiňován tzv. "syndrom pomahače", kdy se člověk prostřednictvím pomoci druhým snaží zakrýt a odvrátit vlastní emocionální bezmoc.

Syndrom vyhoření má škodlivé následky nejen pro své oběti, ale způsobuje i zhoršení kvality poskytovaných služeb. Lidé, kteří tzv. vyhořeli, chodí do práce se zpožděním, protahují polední pauzy a snaží se co nejrychleji odejít domů. Lidé, kteří ještě nedávno přistupovali ke své práci s nadšením, plni idealismu a překypující energií, chodí nyní do práce s nechutí, stále se dívají na hodinky, snaží se odkládat kontakty s pacienty. Svě klienty často vidí jako stereotypně se opakující "případy", nemohou se soustředit na rozhovor, cítí se bezmocně, přestávají být ke klientům tolerantní a uchylují se k cynismu. Současně se jedná o velmi aktuální problém medicínský³, neboť burnout syndrom kromě oblastí psychiky ovlivňuje podstatně i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje, a vykazuje některé podobné či téměř shodné charakteristiky s příznaky i důsledky některých duševních onemocnění a poruch.

Výraz „syndrom vyhoření“ daleko lépe vyzní v anglickém jazyce: „burn out“, kdy sloveso „BURN“ znamená hořet a ve spojení s předložkou „OUT“ potom dohořet, vyhořet,

¹ MALLOTOVÁ, Kateřina. 2000. Burn-out neboli syndrom vyhoření.

² MALLOTOVÁ, Kateřina. 2000. Burn-out neboli syndrom vyhoření..

³ KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, s. 3

vyhasnout. Výraz „burn out“ má v anglickém jazyce také přenesený význam „utahat se“, „vyčerpat se“. Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání až vyhaslosti: kde nic není, tj. kde již není materiál, který by živil hořící oheň, nemá již dál co hořet⁴.

Pojem “burn-out”(vyhoření, vyhasnutí) zavedl v roce 1974 psychoanalytik Herbert J. Freudenberger ve svém článku, který pojednával o vyhoření u personálu “alternativních” léčebných zařízení, jako jsou např. “Free Clinics”, existující mimo etablované léčebny a závislé na obětavé pomoci dobrovolníků. Brzy se ukázalo, že tento koncept, tzn. syndrom vyhoření, lze uplatnit i u dobře placeného personálu ve vyšších pozicích, u lékařů, psychiatrů, zdravotních sester či učitelů⁵.

1.1 Cíl práce

Tato práce se dělí na část teoretickou a praktickou. Cílem teoretické části je terminologické vymezení a popsání syndromu vyhoření, jeho průběhu (fáze), příznaků, příčin a rozbor možných preventivních opatření. Cílem praktické části je provést průzkum existence syndromu vyhoření u vybrané skupiny pracovníků v pomáhajících profesích – sociálních pracovníků a jeho možného vlivu na vznik psychosomatických onemocnění.

⁴ Kebza, Vladimír. Šolcová, Iva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, s. 3

⁵ Jak jej uvádí MALLOTOVÁ, Kateřina. 2000. Burn-out neboli syndrom vyhoření.

2. Teoretické zpracování problému

2.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom je jedním z konečných stavů dlouhotrvajícího **chronického stresu**, přednostně postihujícího určité profese, zejména učitele a zdravotní sestry. Syndrom vyhoření je také běžně spojován se dvěma profesními oblastmi – jednou z nich je management s vysokými nároky kladenými na odpovědnost, odolnost vůči stresu a setkáváním s mnoha lidmi, druhou potom široké spektrum pomáhajících profesí typu terapeutů, ošetrovatelů a sociálních pracovníků, kteří se často setkávají s lidským utrpením a není zcela v jejich moci jednorázově je odstranit.

2.1.1 Popis příznaků syndromu vyhoření

Výrazný je pocit celkového, především pak duševního vyčerpání. V duševní oblasti je prožíváno především vyčerpání emocionální, dále pak vyčerpání v oblasti kognitivní spolu s výrazným poklesem až ztrátou motivace. Dochází k utlumení celkové aktivity, ale zvláště k redukci **spontaneity, kreativity, iniciativy a invence**. Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje, tíživě je prožívána marnost vynaloženého úsilí a jeho nízká smysluplnost. Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti. **Projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacientům, klientům, zákazníkům, kolegům, spolupracovníkům, podřízeným osobám)**. Pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, často též negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána. Sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání. Iritabilita, někdy též (selektivní) interpersonální senzitivita. Redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé.⁶

Teoretické zpracování problematiky syndromu vyhoření je zaměřeno na existenci syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích – sociálních pracovníků. Varovným signálem je, pociťuje-li pracovník neustálé vnitřní napětí, pocit nesvobody, úzkostlivé myšlenky na minulou i budoucí psychickou zátěž. Postupně se snižuje jeho schopnost zvládat běžné obtíže každodenního profesního i osobního života. Den začíná jedinec s pocitem beznaděje a děsí se případných, pouze předpokládaných stresových situací. Z počátku reaguje na tento stav zvýšeným úsilím, bez odpočinku a přestávek. Na konci

⁶ Kebza, Vladimír. Šolcová, Iva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, s. 11.

pracovní směny ale cítí úplné duševní i tělesné vyčerpání a rezignaci. Tento stav je často přirovnáván k depresi, od které se ale přeci jen odlišuje.

2.1.2 Deprese jako projev syndromu vyhoření

Deprese znamená sklíčenost, skleslost, stísněnost⁷ a je jedním z nejvíce viditelných projevů syndromu vyhoření. Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO v Ženevě) je deprese poměrně nejrozšířenější nemocí na naší planetě. Ukazuje se, že každý člověk má v životě příležitost depresi v různé formě osobně zažít, případně být svědkem toho, kde jí trpí někdo mu blízký.⁸ Mezi nejpodstatnější znaky deprese patří: depresivní nálada, snížený zájem o život, snížená chuť k jídlu, snížená schopnost na něco se soustředit, podstatně nižší životní energie, snížené sebevědomí apod.

Deprese vzniká v kontextu mezilidských vztahů. Hodně depresivních osob má obavy ve vztazích k jiným lidem. Tyto obavy mohou být vyjádřené různými způsoby. Někteří lidé jsou nešťastní nebo nespokojení v manželských vztazích anebo v jiném blízkém vztahu. Někteří se cítí napjatí a úzkostní, pokud jsou s cizími lidmi. Většina má těžkosti se sebezprosažením (např. říci „ne“ na neoprávněný požadavek) nebo otevřenosti při vyjadřování negativních i pozitivních pocitů. Dalším problémem jsou pocity osamělosti a nedostatku lásky, paradoxně často u lidí, kteří se sami izolují. **Jedním z největších vztahových problémů je závislost na druhých.** Řada depresivních lidí je velmi závislá na hodnocení druhými. S tím souvisí neschopnost odměnit se sama a očekávání, že odměna a ocenění přijde z okolí. K depresi patří nadměrná potřeba povzbuzování a oceňování a špatné snášení kritiky, chladu či odmítnutí. Dalším projevem závislosti je snížená schopnost zorganizovat si svůj program. Deprese je nemoc podobná jiným nemocím, jako je např. vysoký krevní tlak, žaludeční vředy nebo cukrovka. Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého organismu. V žádném případě to není nedostatek vůle nebo sebekázně. Deprese také není jenom reakce na nepříznivé události v životě, i když často na ně navazuje. Deprese je u většiny lidí léčitelné onemocnění. **Pokud není deprese léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka – snižuje obranyschopnost organismu.**

Deprese bývá rozdělena do několika kategorií podle její intenzity, a to na **mírnou depresi**, kdy je postižený schopen chodit do práce a fungovat v každodenním životě, jen mu všechno jde hůře a pomaleji, věci ho přestávají těšit, vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe.

⁷ KLIMEŠ, Lumír. Slovník cizích slov. 5. vyd. Praha: SPN, 1995, s. 111.

⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi, 1997, s. 9.

Postižený trpící mírnou depresí může zpravidla chodit do práce. **Středně těžká deprese** již zpravidla nedovoluje zvládat zaměstnání a i domácí činnosti jdou těžce. Většinu času je postižený nešťastný, zpomalený nebo nadměrně napjatý, nedokáže se už soustředit na noviny ani na televizi, ztrácí zájem o sexuální život, izoluje se od lidí. Cítí nedostatek energie a zpravidla se za vše obviňuje, nelze vyloučit i sebevražedné myšlenky. Při **těžké depresi** už postižený není schopen starat se ani sám o sebe, má tendenci ležet v posteli a veškerý čas trávit v sebevýchýtkách. Je buď výrazně zpomalený v pohybech, mluvě i myšlení, nebo naopak výrazně agitovaný, plný neklidu, který ho popohání z místa na místo. Porucha nálady je hluboká, téměř neovlivnitelná vnějšími impulsy. Praktickou činnost již osoba trpící touto depresí nevykonává, nemá na ni energii, ztratil se pocit smysluplnosti jakékoliv aktivity. Často myslí na sebevraždu. Nejvážnější formou těžké deprese je **melancholie**. Celý den postiženého je zahalen hluboce pronikajícím smutkem, úplnou beznadějí, zoufalstvím. Někdy k tomu přistupuje nevýslovná úzkost nebo strach. Utrpení je tak obrovské, že postižený je často přesvědčen, že jedině smrt ho může vykoupit.

Při prohloubení do vzácnější psychotické varianty se objevují bludy (nevývratná nepravdivá přesvědčení), většinou *mikromanické* („jsem největší hříšník na světě, zničil jsem celou rodinu, přivedl ji na mizinu, zavinil jsem válku ve světě, nemám právo na jídlo, ani moje rodina ne, popraví mě a také moje děti budou popraveny“), *hypochondrické* („nemám plíce, žaludek mám propálený kyselinou, zkameněla mi játra, jsem umrzlý apod.“), někdy *vztahovačné* („lékaři jsou proti mně, dávají mi jedy místo léků, aby mě potrestali; za trest mě budou nutit abych pitval mrtvolu“) ⁹.

2.1.3 Příčiny deprese

Jako příčiny deprese jsou uváděny následující faktory:

- a) **Narušený životní styl** – nedostatek spánku, nedostatek pravidelného, dostatečného pohybu (např. práce, tělesného cvičení apod.), přepracování a vyčerpání nadměrnou prací;
- b) **Tělesné** (biologické příčiny, např. předcházející onemocnění, nemoc);
- c) **Vyšší citová zranitelnost** – vyšší míra etické (morální odpovědnosti (bere věci až příliš vážně), je mimořádně ambiciózní, soutěživý až soupeřivý, až příliš citlivě reaguje na vše, co by mohlo snížit pocit jeho hodnoty (sebeocení – self-esteem);

⁹ PRAŠKO, Ján. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2003. s. 29.

- d) **Zážitek selhání a „hříchu“** – je zde výrazné povědomí o tom, že jsem v životě udělal, co jsem jako člověk udělat neměl, případně že jsem neudělal, co jsem jako čestný člověk udělat měl;
- e) **Obtížné životní zkoušky** – nezaměstnanost, finanční obtíže,
- f) **Osamění** – ovdovění, rozvod, odmítnutí;
- g) **Existenční prázdnota** – existenční vakuum („nemám proč žít“);
- h) **Biologické faktory** – vliv genetických faktorů (dědičnosti);
- i) **Špatné mezilidské vztahy** – neexistence „blízkého člověka“ (přítele, přítelkyně či přátel a přítelkyň), „rozhádání se“ se všemi lidmi;
- j) **Širší sociálně kulturní faktory** – život v politicky nestabilní situaci, nepříznivé etnické faktory (např. život utlačované menšiny);
- k) **Existence „nemoudrých“ představ, myšlenek, přesvědčení a očekávání** – nadměrný perfekcionismus (snaha dělat vše, vždy a za každou cenu na 100 %), zveličování (např. toho, co je zlé, vlastních zásluh apod.)¹⁰.

2.1.4 Rozdíl mezi depresí a syndromem vyhoření

Jak jsme uvedli výše, jsou si obě choroby – deprese a syndrom vyhoření – podobné. Vztahy mezi syndromem burnout a depresí jsou velice úzké, a proto je deprese dokonce téměř vždy v odborné literatuře uváděna jako projev syndromu vyhoření, nicméně rozdíl je v tom, že zatímco **deprese vzniká ze životních prožitků člověka**, tak **syndrom vyhoření vzniká z profese** (výkonu zaměstnání). Syndrom vyhoření bychom tudíž mohli nazvat stavem podobajícím se depresi, který má svůj původ vzniku ve výkonu zaměstnání (profese), **protože u jedinců postižených syndromem vyhoření je vždy vpletena otázka hodnoty a smyslu vlastní práce.**¹¹ Deprese může být vedlejším příznakem burnout, avšak může se vyskytovat i nezávisle na burnout. Deprese má často úzký vztah k negativním zážitkům z mládí, které burnout nemá. Deprese se dá léčit farmakoterapeuticky, u burnout se to však dosud nepodařilo.¹²

2.1.5 Stres jako příčina syndromu vyhoření

Stres, nebo lépe řečeno dlouhotrvající chronický stres, je uváděn jako jedna z hlavních příčin vzniku syndromu vyhoření. **Stres vzniká, když se naše životní cíle již nekryjí**

¹⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat depresi, 1997, s. 20-23.

¹¹ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 1997, s. 101

s našimi potřebami¹³. V širším pojetí je stres popisován jako reakce organismu na různé zátěže. Poprvé jej pro označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé zátěže, použil kanadský endokrinolog H. Selye, který poukazuje na to, že bez stresu by bylo málo pozitivních změn a konstruktivních činností, neboť každý organismus stres potřebuje. H. Selye dále použil termíny **Eustres** a **distres**.

- *Eustres* je normální, aktivující stres, který nás motivuje k tvořivým změnám aktuálně nevyhovujících vnějších i vnitřních podmínek, a po kterém zavládne nová vyváženost. Takovýto stres je kořením života. Eustres zažíváme do jisté míry před důležitou schůzkou, výkonem, v nových podmínkách. Cítíme jak se mobilizují naše síly, jak jsme schopni „překonat sebe sama“.
- *Distres*, neboli škodlivý stres, negativní stres. Cítíme přetížení, zoufalství, bezmoc a ztrátu.

Z hlediska problematiky syndromu vyhoření je důležité uvést negativní zvládnání distresu, a to prostřednictvím nadměrného užívání alkoholu nebo i jiných návykových látek nebo např. léků. Motivace k nadužívání alkoholu může být samozřejmě různá, ale při přítomnosti negativního stresu (distresu) se může jednat o snahu uniknout ze stresových situací, frustraci, špatné náladě apod. (viz praktická část tvrzení č. 10).

2.1.6 Psychické reakce na stres

Z psychologického hlediska lze stres chápat jako stav nadměrného zatížení či ohrožení.¹⁴ Prožitek takovéto nadměrné zátěže nebo ohrožení je spojen s různými *psychickými reakcemi*, mezi které patří např. **změna emočního prožívání** (úzkost, vztek a agrese, deprese, apatie) **oslabení kognitivních funkcí** (zhoršené logické uvažování, špatná koncentrace pozornosti), **aktivizace obranných mechanismů** (regrese, racionalizace, projekce, popření).

2.1.7 Zvládání stresu (coping)

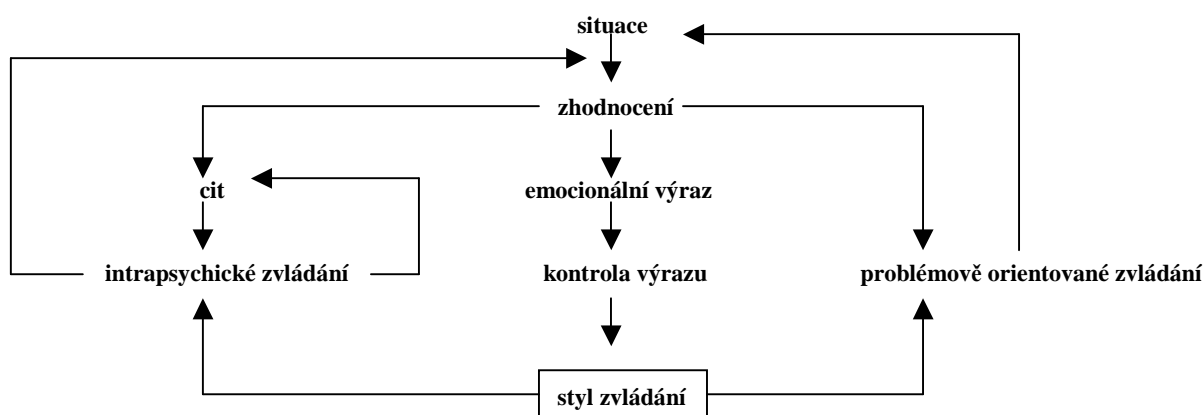
Zvládání stresu („coping“) má řadu aspektů či souvisí s řadou činitelů. Jsou to především osobnostní faktory (odolnost vůči stresu, jeho emocionální a kognitivní zvládnutí – existují stresové situace, které mají povahu problémových situací, ale v reakci na stres je zúčastněna celá osobnost) a dále je to zázemí stresované osoby (její sociální vztahy, zejména

¹² KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 1997, s. 53.

¹³ SIEGFRIED, Brockert. *Ovládnání stresu*. 1993, s. 10.

¹⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s. 33.

podpora, které se jí dostává, což potvrzují výsledky výzkumu nezaměstnaných mužů; stres snášejí lépe ti, kdož mají ve svém nejbližším sociálním prostředí, tj. v rodině a manželství, podporu). Koncept zvládnutí vypracoval R. S. Lazarus (1966)¹⁵. V Zásadě jde o dvě roviny zvládnutí, resp. o dva styly zvládnutí: o *intrapsychicky orientovaný styl* (přehodnocení situace a emocí, které byly vyvolány) a o *styl orientovaný na vnější problém* (hledání řešení, hledání sociální podpory, přetvoření situace nebo únik ze situace). Stres je vždy velmi komplexní záležitostí, vyžadující zapojení celého psychického potenciálu. Shora uvedené dvě základní formy zvládání stresu (intrapsychicky a problémově orientované) lze vyjádřit následujícím schématem:



Různé stresory mají různou emociogenní, resp. afektogenní hodnotu. Za nejtěžší stresory jsou pokládány: smrt manželského partnera, rozvod a manželská separace. Chápeme-li však stres jako nadměrně silnou stimulaci, pak určitou stresovou hodnotu mají i radostné události, jako jsou svatba či Vánoce. Zvládnutí některých stresových situací má ovšem jen psychický aspekt, např. beznadějně onemocnění rakovinou. V podobných situacích je nutno hledat strategii, která je v souladu s osobností postiženého jedince, zatajování jeho stavu může mít jen krátkodobé účinky. Existuje množství každodenních a obecných stresorů, které jsou produktem života současné společnosti, jako je konkurence, boj o společenské postavení, dehumanizovaná byrokracie, ale také nadměrný hluk, spěch, nadměrná koncentrace obyvatelstva ve velkoměstech, odosobněná sídliště a řada dalších, ve stáří pak zejména osamělost a typické choroby stáří vyžadující péči sociálního okolí s následnou závislostí postiženého. Obecně se soudí, že žijeme ve století stresu, a jsou proto vypracovávány antistresové programy založené na fyzické a psychické relaxaci.

¹⁵ Jak je uvádí NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998, s. 545.

Zvládání stresu z hlediska problematiky syndromu vyhoření, tzn. pravděpodobně a ve většině případů zvládání **pracovního stresu**, je důležité přijmout určité zásady:

Obecně lze říci, že pokud je nárok nějaké situace prožíván jako ztráta (např. času nebo energie) spíše než přínos (např. příležitost seznámit se s něčím novým), bude tato situace pravděpodobněji hodnocena jako stresující. Účinným prostředkem redukce stresogenního dopadu různých problémů je vyhnout se jejich osobnímu prožívání – vztahování k vlastní osobě. Neúspěchy je potřeba hodnotit z hlediska snahy – pokud jste přesvědčeni o tom, že jste se snažili ze všech sil, není potřeba prožívat neúspěch jako tragédii. Při řešení životních situací má rozhodující význam náš aktivní přístup k životu, naše schopnost tvrdě a usilovně bojovat vlastními silami se všemi obtížemi, se kterými se v životě setkáváme. Další důležitou zásadou zvládání stresogenních situací, jako předpoklad úspěšné prevence syndromu vyhoření, je úprava životosprávy, denního režimu a celkového životního stylu.¹⁶

2.2 Vznik syndromu vyhoření

K syndromu vyhoření vede dlouhodobě záporná energetická bilance. Právý syndrom vyhoření není pouhou chronickou únavou, ale je do něj vpletena též otázka hodnoty a smyslu vlastní práce. K vzniku syndromu vyhoření vedou tři různé cesty: **ztráta ideálu**, **workaholismus** a **teror příležitostí**.¹⁷ Syndrom vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích (a nejen tam) nevznikne tzv. „přes noc“. Jedná se o **kumulativní proces** začínající malými varovnými signály, které, pokud jsou ignorovány, se mohou rozvinout v hluboký a trvající odpor k zaměstnání. Mezi tyto varovné signály lze uvést **negativní emoce** jako jsou např. *frustrace*, *deprese*, *zloba* atp. Nutno uvést, že občasné pocity frustrace, zloby, deprese, nespokojení a úzkosti jsou normální. Naproti tomu lidé, kteří se tzv. „zachytili v kruhu syndromu vyhoření“ pociťují tyto negativní emoce nepřiměřeně často, a to do té doby než se stanou chronickými (jak je uvedeno v kapitole 2.1.5, je např. chronický stres jednou z hlavních příčin vzniku syndromu vyhoření). V nejhorších případech si lidé stěžují na fyzickou a duševní vyčerpanost a zdecimování. Každý člověk představuje odlišnou individualitu, a proto každý reaguje na zátěžové situace jiným způsobem, i tak lze říci, že většina lidí se syndromem vyhoření v první fázi zažívala **frustraci**, která se po čase přeměnila ve zlobu, následovanou úzkostí, strachem, depresí a beznadějí¹⁸.

¹⁶ Kebza, Vladimír, Šolcová, Iva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, s. 20.

¹⁷ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 1997, s. 101.

2.2.1 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

Ztráta ideálu. Na počátku jedné cesty, která končí syndromem vyhoření, je nadšení. Na konci studia nebo na konci předcházející profesionální dráhy se člověk upřímně těší na nové zaměstnání. Ztotožní se s novými úkoly, s týmem kolegů, nevdá mu pracovat přesčas. Práce je zábavou, je smysluplná. Postupně však narůstají potíže. Mnohé z velkolepých cílů se oddalují, mnohé se ukážou jako nedosažitelné. Zdá se, že k revolučním změnám nedojde. Ztráta důvěry ve vlastní schopnosti jde ruku v ruce se ztrátou smysluplnosti práce samé – jen pokračující velké zatížení pomáhá od negativních myšlenek. Avšak zatížení více a více vyčerpává, nakonec vede k vyhoření. Zaměstnání ztratilo veškerý smysl.

Workaholismus. Workaholismus lze popsat jako závislost na práci – z anglického slova „work“ = „práce“, zbytek slova je převzat ze slova „alkoholismus“. Workaholismus neznamena jen to, že někdo hodně pracuje. Jde o nutkavou vnitřní potřebu hodně pracovat. Alkoholismus a workaholismus můžeme zjišťovat úplně stejnými otázkami:

Jste nervózní, máte-li strávit den bez pití (práce)? Narušuje pití (práce) váš rodinný život? Přišel jste kvůli pití (práci) o všechny své koníčky? Musíte pít (pracovat) i o víkendech?

Když si řeknete, že budete pít (pracovat) do tolika a tolika hodin, dovedete dodržet svůj úmysl?

Je zapotřebí práci omezit a získat čas na jiné činnosti, které mohou znamenat naplnění. Dostat se z **pravého** workaholismu bude vyžadovat spolupráci s psychologem.

Teror příležitostí. Některým aktivním lidem práce roste pod rukama ne proto, že by tak pomalu ubývala, ale protože s každým úkolem, který přijmou, se jim po čase objeví několik dalších, které představují lákavé příležitosti, jak na výchozí úkol navázat. Byl by hřích šanci nevyužít a velmi láká příležitost uchopit – až nato, že časem se začíná ukazovat, že dostat závazkům ze všech rozpracovaných záležitostí spotřebovává veškerý čas a energii. Neschopnost slevit pak po čase dovede pracovníka také k syndromu vyhoření. Nejde zde o nutkavost workaholika, spíše o nedostatek řádu v životě, o horší kontakt s realitou (chybí odhad, co bude stát kolik času) a někdy též neschopnost odmítnout.

2.2.2 Průběh (fáze) syndromu vyhoření

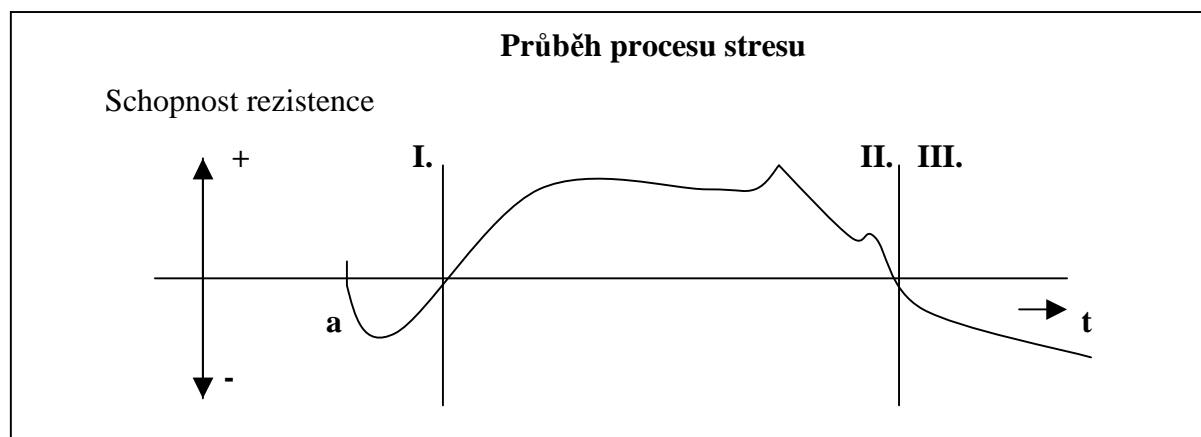
Syndrom vyhoření není osamoceným jevem. Je do určité míry konečným stadiem procesu, který profesor Hans Selye – zakladatel souborného studia stresu – nazval GAS –

¹⁸ POTTER, Beverly. *Overcoming Burnout*. 2005, s. 14.

General Adaptation Syndrom (obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi).

Tento proces zvaný GAS má podle Hanse Selyeho tři fáze:

- I. **První fáze** – působení stresoru,
- II. **Druhá fáze** – zvýšená rezistence (obranyschopnost organismu),
- III. **Třetí fáze** – vyčerpání rezerv sil a obranných možností. Do této fáze stresu se obvykle zařazuje průběh syndromu burnout.¹⁹



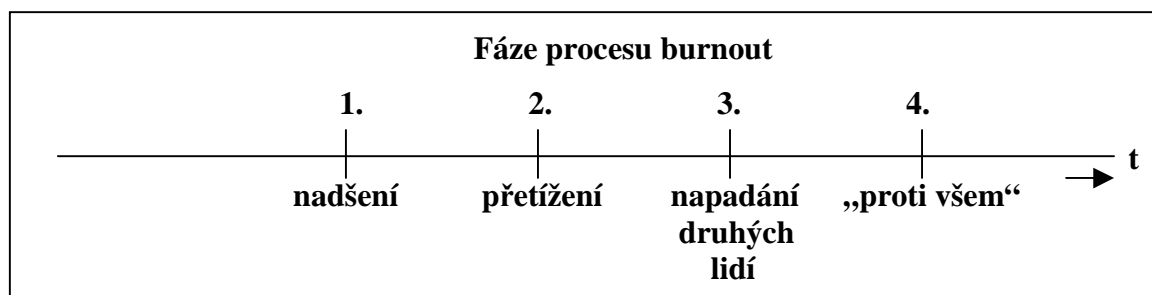
Průběh procesu zvaného „stres“ podle Hanse Selyeho. I. První fáze: působení stresoru (a... podnět typu stresoru, který zasahuje do děje), II. ... Druhá fáze: zvýšená rezistence vlivem mobilizace obranných sil organismu, III. ... Třetí fáze: Vyčerpání rezerv, sil a obranných možností. T... jak plyne čas.

Syndrom vyhoření není jevem statickým, jak by se zdálo při pozorování tohoto syndromu, ale procesem, tj. dějem, který má svůj začátek, průběh a výsledný stav. Jedná se tedy o dynamický jev, který může být chápán jednak jako stav vznikající v důsledku řady okolností, zvláště pak chronického stresu, jednak jako permanentně se vyvíjející proces. V literatuře bylo publikováno několik přístupů ke stanovení různého počtu fází vzniku a utváření burnout syndromu. Nejjednodušší pojetí fází procesu burnout – tzv. **čtyřfázový model** vytvořila Christina Maslach:²⁰

1. Idealistické nadšení a přetěžování,
2. Emocionální a fyzické vyčerpání,
3. Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením,
4. Terminální stadium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu burnout v celé jeho pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie).

¹⁹ Jak je uvádí KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1998, s. 60.

²⁰ Jak je uvádí KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1998, s. 61.



Čtyřfázový model podle Christiny Maslach. Vyhoření, přesněji vyhořívání je procesem, který probíhá v čase. Ten je na obrázku uveden šipkou s označením t ... time. Uvedeny jsou charakteristiky jednotlivých fází tohoto procesu vyhořívání tak, jak se s nimi setkáváme, když pozorujeme lidi, kteří se postupně dostávají do situace vyhoření. (jak neztratit nadšení s. 61.)

Na obecné úrovni se většinou hovoří o **iniciační fázi** původního zapálení pro věc, po níž dojde k prozření, „vystřízlivění“, či náhledu, že ideály nejsou plně realizovatelné. Následuje období první frustrace, zklamání tématem, řešeným problémem či celou profesí, klient či osoby, s nimiž je člověk v kontaktu a na jejichž hodnocení je závislý, začínají být vnímány negativně. V další fázi vývoje tohoto syndromu nastupuje apatie, v níž propuká již nejen plná hostilita vůči klientovi, ale i vůči všemu, co souvisí s profesí či vykonávanou činností. Poslední stadium je pak fází úplného vyhoření, vyčerpání, provázené cynismem, odosobněním a ztrátou lidskosti. Alfried Laengle, představitel rakouské školy logoterapie a existenciální psychoterapie, zveřejnil v r. 1997 hlubší pohled na průběh procesu psychického vyhořování. Vidí zde tři fáze, úzce spojené se třemi procesy:²¹

První fáze je situace, kdy člověk, který se pro něco zcela nadchl, má před sebou určitý cíl. Má pro co žít. Jeho život je smysluplný. Má co dělat, neboť se chce přiblížit cíli, který si vytkl. Pracovní činnost je tedy smysluplná, neboť usnadňuje dosažení cíle (je prostředkem k dosažení cíle). Práce sama – ať jde o výzkum, projektování, stavbu strojů, domů či přístrojů, péči o nemocné, výuku či snahu pomoci sociálně slabým atp. – je smysluplnou činností (dotyčný má odůvodněno ji dělat).

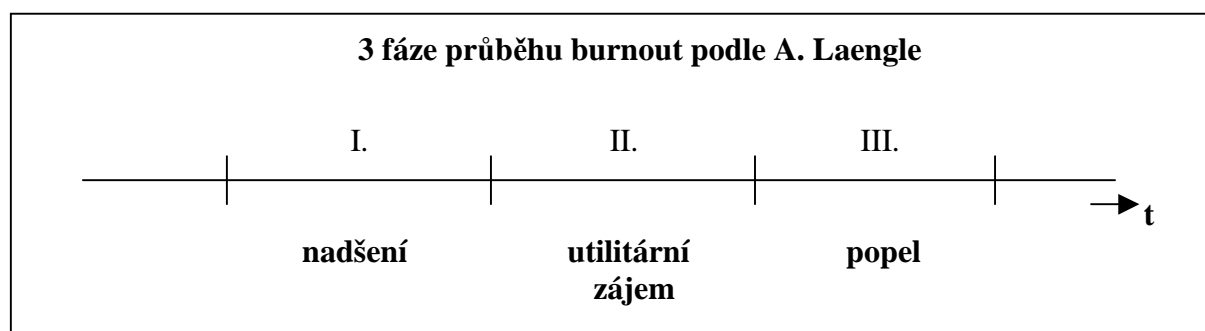
Ve druhé fázi se z prostředku stává cíl – užitková hodnota. Do hry vstupuje hledisko utilitarismu. Ten, kdo zprvu pracoval, protože měl před sebou určitý ideál (cíl a cílovou motivaci), pracuje nyní proto, že se mu žádoucím stal vedlejší produkt – např. peníze, které za práci dostává. Tragédie je v tom, že tento člověk pozvolna přestává dělat to, co dělá, z toho důvodu, že v tom vidí smysl svého života, ale proto, že mu to „něco“ přináší – i když toto

²¹ Jak je uvádí KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. 1998, s. 64.

„něco“ se neustále vzdaluje od prvotního cíle. Není tím, kým chtěl být a kým by podle původního rozhodnutí i měl být. Vzdor tomu „funguje“ např. na místě, kde původně nadšeně pracoval a žil. Dochází k tomu, co se označuje termínem „odcizení“ (alienation, Entfremdung). Toto odcizení je pak předstupněm existenciálního vakuua (prázdnoty bytí). Základní motivace je frustrována (neuspokojena). Místo plně smysluplných cílů nastupují tzv. „zdánlivé cíle“. Příkladem takovýchto zdánlivých cílů může být život podle módy, konformita danému establishmentu a vlastnímu společenskému postavení (držet krok a nebýt proti), přimknout se určité ideologii (politické straně, náboženské sektě, panující moderní filozofii, uměleckému směru, velkému podniku atp.). Tragédií je, že tyto náhražkové, zdánlivé cíle žízeň po životě neutiší. To, co život dělá životem, proč stojí za to žít, to není.

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

- a) Ztráta úcty k hodnotě druhých lidí, věcí a cílů. Tato ztráta vede k „zvěcnění“ sociálního světa u člověka postiženého syndromem burnout, na lidi se dívá jako na věci – na materiál. Necitlivé a necitelné chování, disrespekt (neúcta a nevážení si druhých lidí jako lidí), cynismus, ironie a sarkasmus nacházejí zde živnou půdu.
- b) Ztráta úcty k vlastnímu životu. Postižený si přestává vážit vlastního těla a ztrácí respekt (úctu) i k vlastnímu přesvědčení, nadšení a k vlastním snahám. Chová se cynicky nejen ke druhým lidem, ale i sám k sobě. Alfried Laengle zde hovoří o životě v diskordanci sama se sebou (viz v jádru tohoto slova jeho kořen „cor“ – srdce, jde tedy o to, že daný člověk ztrácí cit a soucítění i sama se sebou). Ničeho si neváží. Nic pro něho nemá opravdovou hodnotu. O nic smysluplného mu nejde. Propadá se do existenciálního vakuua – bezsmyslného života. Život se stává pouhým „vegetováním“. Postižený má tendenci reagovat projevy rezignace, autodestrukce apod. Extrémním řešením je bilanční sebevražda.²²



²² VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 377.

Tři fáze průběhu syndromu vyhoření podle A. Laengle. V první fázi nastupuje veliké nadšení, s nimiž se vstupuje do zaměstnání. Poté, když nadšení opadlo, se sice v práci pokračuje, avšak do popředí motivačních sil přichází místo nadšení pro věc zájem ryze pekuniární (peněžní). Dělá se dále, ale člověk se stále více ptá „co za to“. Celý proces končí tím, že se nakonec již nic nedělá.

2.3 Vliv syndromu vyhoření na vznik psychosomatických onemocnění

Jak je uvedeno v kapitole 1.1, je cílem praktické části práce zjistit vliv syndromu vyhoření u vybrané skupiny pracovníků v pomáhajících profesích – sociálních pracovníků na psychosomatická onemocnění. Zde bychom se měli vrátit k obecnému tvrzení, že příčinou propuknutí nemoci zvané syndrom vyhoření je *chronický stres* (= *trvajícím delší dobu, stálý*), který je prokazatelně příčinou psychosomatických onemocnění. Obecně se dá říci, že ne pouze syndrom vyhoření, ale již příčiny k němu vedoucí, zejména pak chronický stres, způsobují propuknutí psychosomatických onemocnění. Na zjištění výskytu jak syndromu vyhoření, tak psychosomatických onemocnění způsobené negativními psychickými prožitky (chronickým stresem) mající kořeny v zaměstnání se zaměříme v praktické části. Obecně lze uvést, že mezi *nejčastější psychosomatická onemocnění, resp. Onemocnění, která bývají ovlivňována psychickými faktory ve větší míře (častěji) patří vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, žaludeční vřed, bronchiální astma, cukrovka atd.*²³

2.3.1 Chronický stres – příčina psychosomatických onemocnění

Důsledkem takového dlouhotrvajícího stresu, přesněji **distresu**, jsou různá psychosomatická onemocnění, tedy onemocnění afektogenní (souvislost afektů a změn v útrokách), z nichž nejčastější jsou žaludeční vředy a hypertenze, tedy zvýšený krevní tlak). Onemocnění cév a trávicího traktu mívá ze začátku také funkční povahu, to znamená, že ani na cévách, a ni na trávicím ústrojí nenacházíme patologické změny. Tyto změny se projeví až později, při delším trvání onemocnění²⁴, tzn. při delším působení dlouhotrvajícího stresu. J. Charvát (1969)²⁵ zdůraznil, že přitom jde o neúčelnou mobilizaci energie, která kdysi sloužila k aktivaci fyzických sil organismu, ale dnes je více ohrožována sociální jistota, prestiž apod. než fyzické přežití. *Člověk žije v napětí ze spěchu, nejrůznějších ztrát a hrozeb, základním životním pocitem mnoha lidí je úzkost jako reakce na cizost světa či nejistota, nevyrovnaný*

²³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, s. 59.

²⁴ BARTKO, Daniel. *Moderní psychohygienu*. Panorama, 1980, s. 412.

životní styl a devastované životní prostředí jsou přímou líní stresu. Existují určité signály či **symptomy stresu** jako psychosomatického stavu, zejména napětí, rozladěnost, stavy úzkosti a deprese, předrážděnosti, agresivní impulsy, napjatý výraz obličeje, neurotické zlozvyky, nespavost, poruchy koncentrace pozornosti a myšlení, poruchy sexuální aktivity a další, vedle příznaků počínajících psychosomatických onemocnění²⁶.

I když je pravda, že stres obvykle přechází do syndromu burnout, ne každý stresový stav dochází do této fáze celkového vyčerpání (= burnout). Tam, kde práce je pro určitého člověka smysluplná a překážky jsou zdolatelné, tam k burnout nedochází.²⁷

Pokusme se shrnout výše uvedené propojení chronického stresu (v tomto případě chronického stresu způsobeném negativními prožitky v zaměstnání, tedy pracovního stresu) se syndromem vyhoření. Pracovní stres (hlavní příčina vzniku syndromu vyhoření), způsobuje negativní prožitky, které při svém dlouhodobém působení mohou vést k somatickým potížím a onemocněním, a to zejména k onemocnění cév a trávicího ústrojí (např. vysoký krevní tlak, stresové vředy žaludku a dvanáctníku, zhoršení cukrovky atd.).

2.3.2. Deprese – příčina psychosomatických onemocnění

Vraťme se nyní k depresi jako projevu syndromu vyhoření. V kapitole 2.1.2 je uvedeno, že pokud není deprese léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, k izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka – snižuje obranyschopnost organismu. Tuto informaci lze doplnit o existenci tzv. **Larvované deprese**, o které mluvíme tehdy, když hlavním projevem poruchy jsou tělesné příznaky a porucha nálady je v pozadí, někdy velmi málo patrná nebo vůbec není přítomna (deprese bez deprese). Deprese se v tomto případě projevuje „orgánovou řečí“. Je zde jasně vyjádřený tělesný příznak, který imituje tělesné onemocnění (např. pískání v uchu, závratě, bolesti hlavy, žaludku, břicha, páteře, končetin, celková slabost, poruchy zažívání, močového ústrojí, hybnosti). Vždy je však nutné vyloučit tělesnou příčinu potíží²⁸. Nicméně během **všech depresí** se často objeví tělesné příznaky, které mohou imitovat tělesnou nemoc. Biologické pochody v organismu jsou velmi úzce spjaté s naší náladou. Centra v mozku, která jsou odpovědná za prožívání nálady, jsou spojena s centry pro regulaci hormonů a vegetativního systému. Proto při změnách nálady dochází často k pestrému obrazu tělesných potíží. Objevuje se únavnost, nevykonnost, napětí nebo slabost ve svalech, bolesti hlavy, páteře, břicha, nespavost, snížená nebo zvýšená chuť

²⁵ Jak jej uvádí NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998, s. 546.

²⁶ NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998, s. 546.

²⁷ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1998, s. 52.

²⁸ PRAŠKO, Ján. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál, 2003. s. 55.

k jídlu, hubnutí, pocení, zácpa, bolesti žaludku, zhoršuje se schopnost zapamatovat si i výbavnost paměti, závratě, bušení srdce, tlaky v hlavě, v krku, třes končetin, poruchy menstruace, nechut' k sexu apod. Často jsou tělesné příznaky zdrojem automatických myšlenek přesvědčení, že jde o vážnou tělesnou nemoc, a výrazného strachu o zdraví.

3. Praktická část

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je zjistit pomocí dotazníku a částečně řízeného rozhovoru existenci syndromu vyhoření u vybrané skupiny pracovníků v pomáhajících profesích – sociálních pracovníků a jeho případný vliv na vznik psychosomatických onemocnění.

3.2. Popis výběrového vzorku

Vzorek představují náhodně vybraní sociální pracovníci třech nejmenovaných zařízení sociální péče v Praze a Litoměřicích (*viz příloha č. 1 a 2*), kterým byl rozdán nestandardizovaný dotazník (*viz příloha č. 3*). Velikost vzorku byla stanovena na 50 osob. Distribuce dotazníků sociálním pracovníkům byla zcela náhodná, tudíž nebyl brán zřetel na věk, délku praxe, pohlaví, vzdělání ani jiné aspekty rozlišující jednotlivé respondenty v jednotlivých zařízeních sociální péče.

Druhý, mnohem menší vzorek představují osoby, které v minulosti v zařízeních sociální péče pracovaly a které z různých důvodů tato pracoviště opustily. Jednalo se o ústavy sociální péče zaměřené na péči o klienty s kombinovanými vadami, hospice a ústavy sociální péče o mládež. S těmito bývalými sociálními pracovníky byl veden nestandardizovaný, částečně řízený rozhovor (*viz příloha č. 4*). Pro vysokou časovou náročnost způsobenou jak hledáním vhodných respondentů, tak získáváním dat pomocí rozhovorů, byla velikost vzorku stanovena na 10 osob.

3.3. Průběh průzkumu

Jak je uvedeno v kapitole 3.1 je cílem praktické části zjistit (u zkoumaného vzorku) existenci syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích – sociálních pracovníků. Dále pak zjistit případný vliv projevů syndromu vyhoření na vznik psychosomatických onemocnění.

První etapa průzkumu

V první etapě bylo provedeno dotazníkové šetření, jehož respondenty byli náhodně vybraní sociální pracovníci. Dotazníkové šetření trvalo celkem dva měsíce (prosinec 2005 – leden 2006), kdy byly v jednotlivých zařízeních sociální péče rozdány dotazníky respondentům. I když námi zkoumaný vzorek nepatří mezi velmi početné, projevila se zde časová náročnost, a to z důvodu provádění dotazníkového šetření ve dvou městech, Praze a Litoměřicích. Obě města se od sebe nacházejí cca 75 km. Také byl kladen důraz na navrácení

co největšího počtu dotazníků, proto byla respondentům ponechána štedrá časová lhůta pro jejich vyplnění.

V odborné literatuře lze nalézt několik dotazníků zaměřených na zjištění existence syndromu vyhoření, nicméně nebyl nalezen dotazník pro zjišťování existence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků (chyběly otázky vztahující se na práci s klienty) a zdravotních problémů zároveň. Z tohoto důvodu byl pro aplikaci vytvořen vlastní dotazník s převahou tvrzení postavených na verifikaci stanovených předpokladů. Tento dotazník obsahuje 25 tvrzení, na které respondent odpovídá na škále 1 – nikdy, 2 – téměř nikdy, 3 – obvykle, 4 – vždy. Hodnocení bylo provedeno součtem jednotlivých odpovědí přičemž:

odpověď „1 – nikdy“ představovala 1 bod, „2 – téměř nikdy“ představovala 2 body, „3 – obvykle“ představovala 3 body a „4 – vždy“ představovala 4 body. Čím více bodů respondent dosáhl, tím větší bylo u něho riziko onemocnění syndromem vyhoření. Bodové hodnocení (viz Příloha č. 5) respondentů bylo rozděleno do tří kategorií.

- **První kategorie** respondentů (bodové hodnocení 25 – 50) představuje osoby s nízkým nebo žádným rizikem onemocnění syndromem vyhoření.
- **Druhá kategorie** respondentů (bodové hodnocení 51 – 75) představuje osoby, u kterých jsou přítomny určité negativní jevy, které mohou, bez včasných preventivních opatření, přerůst v syndrom vyhoření.
- **Třetí kategorie** respondentů (bodové hodnocení 76 – 100) představuje osoby, u kterých existuje vysoké riziko onemocnění syndromem vyhoření.

Tvrzení v dotazníku byla formulována tak, aby bylo možné zjistit přítomnost nadměrného, pravidelného stresu v zaměstnání, popř. stálého chronického stresu, který je jednou z příčin vzniku jak syndromu vyhoření, tak psychosomatických onemocnění. Otázky byly tudíž vytvořeny podle charakteristik projevů syndromu vyhoření, jež jsou uvedeny v teoretické části (*kapitola 2.1.1*), která čerpá z odborné literatury.

Jak je uvedeno v kapitole 3.2 *Popis výběrového vzorku*, byla velikost vzorku pro první etapu stanovena na 50 osob. Pro tento účel bylo distribuováno 57 dotazníků, z nichž 4 nebyly vráceny a 3 byly vráceny s neúplnými údaji.

Druhá etapa průzkumu

Ve druhé etapě byly provedeny částečně řízené rozhovory (interview) s bývalými pracovníky zařízení sociální péče, kteří s tímto povoláním skončili a dali tak přednost jiné kariéře. Tato etapa byla uskutečněna v období od července 2005 do ledna 2006 (= časové rozmezí mezi prvním a posledním respondentem). Při vedení rozhovorů byl kladen důraz na

navázání příjemné atmosféry (rozhovory probíhaly většinou na klidných veřejných místech v odpoledních nebo časně večerních hodinách) a na jejich nedirektivní formu vedení – nechat respondenta volně vyprávět a získat tak jeho pohled na vlastní problémy, které jej vedly k ukončení pracovního poměru. Samozřejmě byla připravena kostra několika otázek, které však ani nemusely být v některých případech položeny, protože k nim respondent po několika minutách rozhovoru došel sám v průběhu svého vyprávění. Byly tak získány cenné informace o přítomnosti silných negativních prožitků (nechuť do práce, ambivalentní postoj ke klientům, stres vycházející z negativních prožitků apod.). Část rozhovorů byla emotivně laděná, kdy respondent jakoby znovu prožíval a obhajoval své důvody pro odchod z povolání sociálního pracovníka.

Kontakt na bývalé sociální pracovníky byl získán od jejich bývalých kolegů nebo přátel. Následně byl s nimi navázán kontakt prostřednictvím telefonu nebo elektronické pošty. Vlastní interview byla zaměřena na zjištění důvodu, popř. důvodů, které vedly k opuštění zaměstnání a role „profesionálního pomahače“, role, která byla pravděpodobně samým základem, samou podstatou začátku pracovního poměru v zařízeních sociální péče spojená se silnou touhou pomáhat ostatním.

Jak je uvedeno v kapitole 3.2 *Popis výběrového vzorku*, byla velikost vzorku pro druhou etapu stanovena na 10 osob, a to z důvodu vysoké časové náročnosti realizace této metody (vedení rozhovorů). Celkem bylo osloveno 14 bývalých sociálních pracovníků, z nichž 4 s navrhovanou schůzkou a provedením rozhovoru nesouhlasili a z různých důvodů jej odmítli.

3.4 Použité metody

Metody sloužící k získávání údajů (dat)

Jako metody sloužící k získávání dat byly zvoleny metody:

1. dotazník

2. rozhovor

ad 1. Pro účely sběru dat byl použit dotazník s předem určenými možnostmi, na které respondenti odpovídali vyjadřováním míry souhlasu či nesouhlasu na škále 1 až 4, kdy

č. 1 vyjadřuje absolutní nesouhlas (nikdy),

č. 2 vyjadřuje částečný nesouhlas (téměř nikdy),

č. 3 vyjadřuje částečný souhlas (obvykle),

č. 4 vyjadřuje absolutní souhlas (vždy).

Dotazníky s předem určenými možnostmi mají tu výhodu, že je snadné je porovnávat a vytvářet tabulky, protože obsahují jen malý počet kategorií. Na druhé straně však neumožňují detailní názorové či slovní vyjádření, a tak bývá informace, kterou podávají, ve svém rozsahu dosti omezená²⁹. Jak je uvedeno výše v kapitole 3.3 *Průběh průzkumu*, čím více odpovědí č. 3 a 4 respondent označil, tím více se blíží rizikové skupině ohrožené syndromem vyhoření. **Odpovědi 3 a 4 jsou zde tudíž uváděny jako negativní (záporné) odpovědi** (viz kapitola 3.6.1 *Rozbor informací získaných pomocí dotazníků*).

ad 2. Pro druhou metodu sběru dat byl použit částečně řízený rozhovor (interview), při kterém mohl dotazovaný volně hovořit o různých aspektech daného tématu. Protože cílem bylo získat zejména podrobné informace (upřednostněna byla kvalita před kvantitou) bylo do zkoumaného vzorku zapojeno pouze 10 respondentů, se kterými byl individuálně s každým zvlášť veden rozhovor. Nevýhodou těchto rozhovorů je, že se může více projevit působení tazatele a ovlivnit tak výsledky³⁰.

3.4.1 Předvýzkum a jeho výsledky

Předvýzkum I. fáze

Předvýzkum I. fáze byl proveden po vyhotovení dotazníků. Provedená pilotáž spočívala v distribuci 10 dotazníků náhodným respondentům s cílem zjistit:

- zda jsou všechny otázky v dotazníku respondentovi srozumitelné,
- zda dotazník neobsahuje skryté chyby (např. navzájem si odporující otázky).

Poté, co byly vzorové dotazníky vráceny vyplněné, bylo provedeno jejich vyhodnocení. V celkem 25 tvrzeních byly objeveny následující vady:

Tvrzení č. 2. „*Se svou prací jsem spokojen*“ musela být změněna na „*Se svou prací jsem nespokojen*“. Pokud by byla ponechána původní verze, znamenala by kladná odpověď zaškrtnutí čísel 3 nebo 4 na škále 1 – 4. Ve zbylých otázkách jsou však čísla 3 a 4 použita pro vyjádření negativní odpovědi.

Stejný problém jako u otázky č. 2. byl zjištěn u otázky č. 20. „*V práci se obvykle na něco těším*“, která musela být změněna na „*V práci se na nic netěším*“

Část respondentů, účastníků pilotáže, kteří pracují na stejném pracovišti (v tomto případě se jednalo o zařízení sociální péče v Litoměřicích, kde pilotáž proběhla (hlavní dotazníkové šetření v tomto zařízení ale již neproběhlo) sepsalo své připomínky, které poté odevzdali i s vyplněnými dotazníky. Tyto připomínky se vztahovali k formulaci některých

²⁹ GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999, s. 516.

³⁰ GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999, s. 519.

otázek, které byly poněkud nešikovně a kostrbatě formulované a jejich smysl (význam) nebyl většinou respondentů zcela jasný. Z tohoto důvodu bylo znění většiny otázek přepracováno, čímž se jejich znění poněkud zjednodušilo. Pouze orientačně bylo poté distribuováno dalších 5 již přepracovaných dotazníků novým náhodným respondentům s uspokojivými výsledky. Respondenti byli schopni dotazníky vyplnit bez větších problémů; formulace otázek většinou (99 %) z nich přišla jasná, logická a bez závad.

Pracovníci výše uvedeného nejmenovaného zařízení sociální péče v Litoměřicích dále v průběhu pilotáže uvedli, že pokud je zkoumána existence syndromu vyhoření u zaměstnanců (tato informace jim nebyla poskytnuta) měl by dotazník obsahovat otázku na věk a délku zaměstnání (pravděpodobně délku praxe). Tyto otázky nebyly do dotazníku včleněny ani dodatečně, a to z důvodu, že syndrom vyhoření může poskytnout pracovníky s dlouhou praxí, ale stejně tak se může vyskytnout u pracovníků vykonávající zaměstnání krátkou dobu (tzv. syndrom prvních let v zaměstnání).

3.5 Stanovení předpokladů

Pro praktickou část byly zvoleny následující předpoklady:

- 1) *Lze předpokládat, že více jak 50 % respondentů spadá do kategorie č. 2, tzn. osob u kterých se vyskytnou určité negativní jevy, které mohou vést ke vzniku syndromu vyhoření (ověřováno pomocí dotazníku, kdy bodové hodnocení bylo v rozsahu 51 – 75 bodů).*
- 2) *Lze předpokládat, že u více jak 90 % respondentů, kteří spadají do kategorie č. 3, tzn. osob, u kterých je vysoké riziko onemocnění syndromem vyhoření (ověřováno pomocí dotazníku, kdy bodové hodnocení bylo v rozsahu 76 – 100 bodů), má v současnosti zdravotní problémy (ověřováno také pomocí dotazníku – položkou 7. a 12).*
- 3) *Lze předpokládat, že u více jak 90 % respondentů, kteří v minulosti působili jako sociální pracovníci v zařízeních sociální péče, byly příznaky syndromu vyhoření spojené se zdravotními problémy (ověřováno pomocí částečně řízeného rozhovoru otázkami č. 5 a 8.)*

3.6 Získaná data a jejich interpretace

3.6.1 Rozbor informací získaných pomocí dotazníků

Pro zpracování vyplněných dotazníků a interpretaci dat byla zvolena kvantitativní metoda, což znamená, že vyhodnocení bylo provedeno součtem bodů za jednotlivá tvrzení. Nejdříve bylo přistoupeno k detailnímu hodnocení jednotlivých tvrzení, a to slovně, graficky

a pomocí tabulek (*viz kapitola 8. Přílohy*). Zde bylo zřetelně popsáno, kolik procent získala jednotlivá tvrzení v dotaznících. Poté bylo přistoupeno k vyhodnocení jednotlivých dotazníků zvlášť.

Hodnocení jednotlivých tvrzení

Tvrzení č. 1: Ráno chodím do práce unavený/á ačkoliv jsem měl/a dostatek spánku

U tvrzení č. 1 si většina respondentů zvolila odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 60 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, kdy respondenti uvedli, že se ráno necítí bezdůvodně unaveni. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 20 % respondentů. **Výrazná převaha pozitivních odpovědí (rozuměj 1 a 2) v této otázce napovídá, že drtivá většina respondentů (80 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření.** Negativní odpovědi „3“ a „4“ si celkem zvolilo 20 % respondentů (*viz příloha č. 6 a 7*).

Tvrzení č. 2: Se svou prací jsem nespokojen

U tvrzení č. 2 si většina respondentů zvolila odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 60 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, kdy respondenti uvedli, že se svou prací jsou téměř vždy spokojeni. Dalších 8 % procent respondentů uvedlo, že jsou se svou prací vždy spokojeni. Celkem si tedy pozitivní odpovědi vybralo 68 % osob z celkového počtu 50 respondentů. Poměrně vysoký počet respondentů (32 %) si zvolilo nejvíce negativní odpovědi „3 – téměř vždy“ a „4 – vždy“ = se svou prací jsem vždy (téměř vždy) nespokojen (*viz příloha č. 8 a 9*).

Takto vysoký počet negativních odpovědí je možné vysvětlit takto: jedná se v podstatě o zavádějící otázku, kdy respondent mohl mít na mysli ne nechuť k práci, např. z důvodu, že ho tato práce neuspokojuje, nebaví apod. Naopak mohl chtít svou odpovědí vyjádřit svůj perfekcionalismus, své nadšení pro práci a tudíž určitý stupeň frustrace nad pocitem, že jeho vykonaná práce není dokonalá. Bohužel rozpor v tomto tvrzení otázky byl zjištěn až při závěrečném vyhodnocování.

Tvrzení č. 3: Cítím se sklíčený/á ačkoliv proto nemám důvod

U tvrzení č. 3 si většina respondentů zvolila odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 72 % z celkového počtu 60 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, kdy respondenti uvedli, že téměř nikdy nepocítí uží bezdůvodně smutek. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 12 % respondentů. Negativní odpovědi „3 – obvykle“ a „4 – vždy“ si zvolilo celkem 16 % respondentů (*viz příloha č. 10 a 11*). **Výrazná převaha pozitivních odpovědí**

napovídá, že drtivá většina respondentů z pozorovaného vzorku (84 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření.

Tvrzení č. 4: Jsem zapomětlivý/á

U tvrzení č. 4 si většina respondentů zvolila odpověď „3 – obvykle“. Celkem si tuto odpověď vybralo 52 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o negativní odpověď, kdy respondenti uvedli, že jsou obvykle zapomětliví. Nicméně 36 % respondentů zvolilo možnost „2 – téměř nikdy“. Někteří respondenti do dotazníku dokonce vepsali, že se nemohli rozhodnout mezi odpověďmi „2 – téměř nikdy“ a „3 – obvykle“. Pokud ale sečteme počet odpovědí „3 – obvykle“ a „4 – vždy“ získáme zajímavé číslo **60 % respondentů, kteří jsou obvykle nebo vždy zapomětliví**. Je zřejmé, že toto tvrzení nezkoumá přímo existenci syndromu vyhoření, spíše vypovídá o stupni ztráty koncentrace respondentů (*viz příloha č. 12 a 13*).

Tvrzení č. 5: Jsem podrážděný/á a lehce vypěním

Tvrzení č. 5 bylo pravděpodobně opět nevhodně formulováno; její znění bylo příliš obecné a mělo být vztaženo více na pracovní prostředí. **Správnější formulace by měla být: *V pracovním prostředí pociťuji podrážděnost a lehce vypěním.*** Tvrzení č. 5 mělo zjistit, zda respondenti pociťují vnitřní napětí a/nebo neklid v takové míře, že u nich dochází k ventilaci emocí směrem k ostatním kolegům nebo klientům. Na tuto otázku zvolila drtivá většina respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 68 % z celkového počtu 60 respondentů. Volbou odpovědi „2 – téměř nikdy“ respondenti uvedli, že se téměř nikdy necítí podrážděni a téměř nikdy neventilují své negativní emoce. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 20 % respondentů. **Výrazná převaha pozitivních odpovědí v této otázce napovídá, že drtivá většina respondentů (88 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření.** (*viz příloha č. 14 a 15*).

Tvrzení č. 6: Když jdu z práce, často mě bolí hlava

Na tuto otázku zvolila většina respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 60 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, kdy respondenti uvedli, že téměř nikdy nepociťují bolest hlavy, kterou si mohli přivodit v průběhu pracovní doby. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 24 % respondentů. Pozitivní odpovědi si celkem vybralo povzbudivých 84 % respondentů. Odpovědi „3 – obvykle“ a „4 – vždy“ si zvolilo 16 % respondentů (*viz příloha č. 16 a 17*). **Výrazná převaha pozitivních odpovědí v této otázce napovídá, že drtivá většina respondentů nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření.**

Samozřejmě je nutné uvést, že tvrzení č. 6 předpokládalo vznik bolesti hlavy v důsledku pracovního stresu. Nicméně vznik bolesti hlavy může být multifaktorální, např.

nepravidelný pitný režim, příliš častá změna podnětů, inverzní počasí s vyšším výskytem škodlivin v ovzduší; může být způsobeno jiným onemocněním např. vysokým krevním tlakem apod.

Tvrzení č. 7: Jsem nemocný/á více než v minulých letech

Na tvrzení č. 7 si nejvíce respondentů zvolilo odpověď „1 – nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 44 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, kdy respondenti uvedli, že jejich zdravotní stav se do současnosti nezměnil. Odpověď „2 – téměř nikdy“ si zvolilo 32 % respondentů. Negativní odpovědi „3 – obvykle“ a „4 – vždy“ si zvolilo celkem 24 % respondentů. (viz příloha č. 18 a 19). Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 76 % z pozorovaného vzorku. **Výrazná převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 7 napovídá, že většina respondentů (76 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření.** Tvrzení č. 7 bylo také použito pro potvrzení nebo vyvrácení předpokladu č. 2 a je uvedeno v dalším hodnocení.

Tvrzení č. 8: Můj postoj k práci je „že já se vůbec snažím“

Na tvrzení č. 8 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „1 – nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 44 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, kdy respondenti popřeli lhostejnost ke svému zaměstnání. Odpověď „2 – téměř nikdy“ si zvolilo 32 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 76 % z pozorovaného vzorku. Negativní odpovědi „3 – obvykle“ a „4 – vždy“ si zvolilo celkem 24 % respondentů (viz příloha č. 20 a 21). **Výrazná převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 8 napovídá, že většina respondentů (76 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření.** Přitom právě negativní postoj k práci (zaměstnání) vyjadřovaný pocitem „že já se vůbec snažím“ je v literatuře uváděn jako jeden z projevů syndromu vyhoření.

Tvrzení č. 9: Často se dostávám do konfliktních situací s klienty

Na tvrzení č. 9 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 56 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, kdy respondenti uvedli, že se téměř nikdy nezažívají konfliktní situace s klienty. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 36 % respondentů. Negativní odpověď „3 – obvykle“ si zvolilo 8 % respondentů a odpověď „4 – vždy“ si zvolilo 0 % respondentů (viz příloha č. 22 a 23). Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 92 % z pozorovaného vzorku. Tato **výrazná převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 9 napovídá, že drtivá většina respondentů (92 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření.** Je jistě pozitivní, že 0 % respondentů volilo odpověď „4 – vždy“.

Tvrzení č. 10: K překonání špatné nálady používám alkohol nebo léky

Na tvrzení č. 10 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „1 – nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 60 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejíž volbou respondenti vyjádřili, že netrpí náladami, které nejsou schopni zvládnout sami svou vůlí, bez použití léků (např. antidepresiv) nebo alkoholu. Odpověď „2 – téměř nikdy“ si zvolilo 32 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 92 % z pozorovaného vzorku. Výrazná převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 10 napovídá, že **drtivá většina respondentů (92 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření**. Odpověď „3 – téměř nikdy“ si zvolilo 8 % respondentů. Stejně jako u tvrzení č. 9 si nejvíce negativní odpověď „4 – vždy“ (= vždy používám k překonání špatné nálady alkohol nebo léky) zvolilo 0 % respondentů (*viz příloha č. 24 a 25*).

Tvrzení č. 11: Nové úkoly vždy odkládám na později i když bych se do jejich řešení mohl/a pustit okamžitě

Na tvrzení č. 11 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 52 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, kdy respondenti uvedli, že plnění svých úkolů zbytečně neodkládají. Právě časté odkládání nových úkolů může být projevem ztráty ideálu, nadšení pro práci, tudíž může být projevem syndromu vyhoření. Odpověď „1 – nikdy“ a „3 – obvykle“ si zvolilo shodně 24 % respondentů. **I když je zde patrná výrazná převaha pozitivních odpovědí (76 %) a tudíž většina respondentů nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření, nelze přehlédnout poměrně vysoký počet osob (24 %) z pozorovaného vzorku, které si zvolilo odpověď „3 – obvykle“ (= obvykle odkládám nové úkoly na později i když bych se do jejich řešení mohl/a pustit okamžitě)**. 0 % respondentů pak volilo možnost „4 – vždy“ (*viz příloha č. 26 a 27*).

Tvrzení č. 12: Poslední dobou trpím migrénami

Na tvrzení č. 12 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „1 – nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 48 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejímž označením respondenti odmítli silné bolesti hlavy (migrény) vyskytující se u nich v poslední době. Odpověď „2 – téměř nikdy“ si zvolilo 28 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 76 % z pozorovaného vzorku. **Výrazná převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 12 napovídá, že většina respondentů (76 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření**. Nicméně poměrně vysoký počet respondentů (24 % z pozorovaného vzorku) označil odpověď „3 – obvykle“ (= migrény jsou u mě v poslední době obvyklé). Odpověď „4 – vždy“ označilo 0 % respondentů (*viz příloha č. 28 a 29*).

Tvrzení č. 12 bylo také použito pro potvrzení nebo vyvrácení předpokladu č. 2 a je uvedeno v dalším hodnocení.

Tvrzení č. 13: Má práce mě frustruje

Na tvrzení č. 13 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 44 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejíž volbou respondenti odmítli pocity frustrace ze své práce. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 28 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 72 % z pozorovaného vzorku.

Výrazná převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 7 napovídá, že většina respondentů (72 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření. Nicméně i zde se objevuje relativně vysoký počet osob (20 %) z pozorovaného vzorku, které jsou ze své práce obvykle frustrovány a 8 % dotazovaných osob je pak ze své práce frustrováno vždy. Celkem si negativní odpovědi „3 – obvykle“ a „4 – vždy“ zvolilo 28 % respondentů (*viz příloha č. 30 a 31*). Přitom právě frustrace z výkonu zaměstnání je jednou z příčin vzniku syndromu vyhoření.

Tvrzení č. 14: V práci se na nic netěším

Na tvrzení č. 14 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 32 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejíž volbou respondenti uvedli, že existuje něco, na co se v práci těší. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 28 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 60 % z pozorovaného vzorku. **Převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 14 napovídá, že většina respondentů (60 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření.** Na druhou stranu nelze přehlédnout velký počet respondentů, kteří se vyjádřili pro jednu z negativních odpovědí („3 – obvykle“ nebo „4 – vždy“). Celkem si tyto možnosti zvolilo 40 % respondentů z pozorovaného vzorku. Odpověď „V práci se obvykle na nic netěším.“ nebo „V práci se nikdy na nic netěším.“ přitom naznačuje absenci něčeho zajímavého, potěšujícího, motivujícího v pracovním prostředí (*viz příloha č. 32 a 33*).

Tvrzení č. 15: Na pracovní problémy myslím i doma

Na tvrzení č. 15 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 48 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejíž volbou respondenti vyjádřili, že jim práce (zaměstnání) nenarušuje soukromý život (tzv. nenosí si práci domů). Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 16 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 64 % z pozorovaného vzorku. **Převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 15 napovídá, že většina respondentů (64 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření.** Zbývajících 36 % respondentů označilo možnosti „3 – obvykle“ nebo „4 – vždy“ (*viz příloha č. 34 a 35*).

Tvrzení č. 16: Má práce ovlivňuje můj soukromý život

Na tvrzení č. 16 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „3 – obvykle“. Celkem si tuto odpověď vybralo 40 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o negativní odpověď, jejíž označením respondenti potvrdili, že jejich zaměstnání jim obvykle ovlivňuje soukromý život. Odpověď „4 – vždy“ si zvolilo 12 % respondentů. Celkem tedy negativní odpovědi (rozuměj 3 a 4) tvoří 52 % z pozorovaného vzorku. Jedná se o mírnou převahu na počtem odpovědí pozitivních, tudíž se lze domnívat, že **mírná většina respondentů spadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření**. Nicméně je nutné uvést, že tvrzení č. 16 je pouze doplňující položkou, jehož účelem bylo dokreslit celkovou situaci respondenta (*viz příloha č. 36 a 37*).

Tvrzení č. 17: Kolegové a kolegyně mě iritují

Na tvrzení č. 17 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 52 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejíž volbou respondenti odmítli neshody s kolegy. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 28 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 80 % z pozorovaného vzorku. Výrazná převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 17 napovídá, že **většina respondentů (80 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření**. Odpovědi „3 – obvykle“ a „4 – vždy“ si zvolilo celkem 20 % respondentů (*viz příloha č. 38 a 39*).

Tvrzení č. 18: Při komunikaci s klientem jsem netrpělivý/á

Na tvrzení č. 18 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 48 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejímž označením respondenti vyjádřili, že téměř nepociťují netrpělivost při jednání s klientem. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 36 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 84 % z pozorovaného vzorku. **Výrazná převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 18 napovídá, že většina respondentů (84 %) nespadá do kategorie osob ohrožených syndromem vyhoření**. Odpovědi „3 – obvykle“ a „4 – vždy“ si zvolilo celkem 16 % respondentů z pozorovaného vzorku (*viz přílohy č. 40 a 41*).

Tvrzení č. 19: Z práce odcházím vždy přesně po skončení pracovní doby

Na tvrzení č. 19 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“ (40 % respondentů z pozorovaného vzorku) a „3 – obvykle“ (40 % respondentů z pozorovaného vzorku). Celkem si tyto odpovědi vybralo 80 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o první případ v dotazníku, kdy došlo ke shodnému množství pozitivní a negativní odpovědi. V tvrzení č. 19 mají přeci jen převahu negativní odpovědi, protože odpověď „4 – vždy“ zvolilo 12 % respondentů; součet odpovědí „3“ a „4“ činí 52 % z pozorovaného vzorku.

Převaha negativních odpovědí na tvrzení č. 19 napovídá, že **mírná většina respondentů (52 %) spadá do kategorie** osob ohrožených syndromem vyhoření (viz příloha č. 42 a 43).

Tvrzení č. 20: Při práci s klienty upřednostňují zavedené postupy

Na tvrzení č. 20 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „3 – obvykle“. Celkem si tuto odpověď vybralo 52 % z celkového počtu 50 respondentů. Tvrzení č. 20 bylo zformulováno (stejně jako většina tvrzení v dotazníku) podle charakteristik projevů syndromu vyhoření z odborné literatury, kde se uvádí, že osoby ohrožené syndromem burnout přehnaně dbají na pravidla, předpisy nařízení a požadují jejich striktní dodržování. V této souvislosti se v literatuře také uvádí upřednostňování zavedených postupů při řešení pracovních úkolů, které může být signálem ztráty aktivity a kreativity, **a v komplexu dalších faktorů může být projevem syndromu vyhoření**. Odpověď „4 – vždy“ si zvolilo 24 % respondentů. Celkem si odpovědi „3“ nebo „4“ zvolilo 76 % respondentů. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 0 % respondentů. Odpověď „2 – téměř nikdy“ si zvolilo 24 % respondentů (viz příloha č. 44 a 45).

Převaha negativních odpovědí na tvrzení č. 20 napovídá, že u většiny respondentů (76 %) by se mohlo jednat o průvodní znaky počínajícího syndromu vyhoření.

Tvrzení č. 21: Určití klienti ve mně vyvolávají negativní až cynické postoje vůči nim

Na tvrzení č. 21 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 44 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejímž označením respondenti odmítli existenci negativních až cynických pocitů vůči klientům. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 24 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 68 % z pozorovaného vzorku. **Převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 21 napovídá, že většina respondentů (68 %) nespadá do kategorie** osob ohrožených syndromem vyhoření. Nicméně nelze ignorovat 8 % respondentů, kteří si zvolili odpověď „4 – vždy“ (= určití klienti ve mně vždy vyvolávají negativní až cynické postoje vůči nim) a 24 % respondentů, kteří si zvolili odpověď „3 – obvykle“ (viz příloha č. 46 a 47).

Tvrzení č. 22: Většina klientů a jejich problémy mi připadají stejné

Na tvrzení č. 22 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „1 – nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 36 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejímž označením respondenti vyjádřili, že nevidí své klienty jako stereotypně se opakující případy. Odpověď „2 – téměř nikdy“ si zvolilo 28 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 64 % z pozorovaného vzorku. **Převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 22 napovídá, že většina respondentů (64 %) nespadá do kategorie** osob ohrožených syndromem vyhoření. Na druhou stranu je nutné uvést, že poměrně vysoký počet (32 %) respondentů označilo odpověď „3 – obvykle“ (= Většina klientů a jejich problémy mi obvykle

připadají stejné) a 4 % respondentů označilo odpověď „4 – vždy“ (= Většina klientů a jejich problémy mi vždy připadají stejné). (viz příloha č. 48 a 49)

Tvrzení č. 23: V práci jsem ve stálém stresu

Na tvrzení č. 23 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 56 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejímž označením respondenti odmítli přítomnost stálého stresu v zaměstnání. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 24 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 80 % z pozorovaného vzorku. **Převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 23 napovídá, že většina respondentů (80 %) nespadá do kategorie** osob ohrožených syndromem vyhoření, přitom stálý (chronický stres) je jednou z hlavních příčin vzniku psychosomatických onemocnění a samozřejmě také syndromu vyhoření. Zbývajících 20 % respondentů volilo odpověď „3 – obvykle“ (viz příloha č. 50 a 51).

Tvrzení č. 24: Pracovní problémy mi přijdou neřešitelné

Na tvrzení č. 24 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 72 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejímž označením respondenti odmítli přítomnost frustrace z pocitu neschopnosti řešit pracovní problémy. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 12 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 84 % z pozorovaného vzorku. **Výrazná převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 23 napovídá, že většina respondentů (84 %) nespadá do kategorie** osob ohrožených syndromem vyhoření. Zbývajících 16 % respondentů volilo odpověď „3 – obvykle“ (viz příloha č. 52 a 53).

Tvrzení č. 25: Mám problémy se spánkem, protože stále myslím na práci

Na tvrzení č. 25 zvolilo nejvíce respondentů odpověď „2 – téměř nikdy“. Celkem si tuto odpověď vybralo 52 % z celkového počtu 50 respondentů. Jedná se o pozitivní odpověď, jejímž označením respondenti odmítli problémy se spánkem kvůli problémům v zaměstnání. Odpověď „1 – nikdy“ si zvolilo 36 % respondentů. Celkem tedy pozitivní odpovědi tvoří 88 % z pozorovaného vzorku. **Převaha pozitivních odpovědí na tvrzení č. 25 napovídá, že naprostá většina respondentů (88 %) nespadá do kategorie** osob ohrožených syndromem vyhoření. Odpověď „3 – obvykle“ si zvolilo 4 % respondentů a odpověď „4 – vždy“ celkem 8 % respondentů z pozorovaného vzorku (viz příloha č. 54 a 55).

Hodnocení dotazníků

Po vyhodnocení jednotlivých otázek, které již napověděly výsledek zkoumaného vzorku, bylo přistoupeno k hodnocení dotazníků jednotlivých respondentů, a to slovně, graficky a pomocí tabulek (viz přílohová část). Vyhodnocení bylo provedeno tak, jak bylo

popsáno v kapitole 3.3 *Průběh průzkumu*. Respondenti byli podle dosažených bodů zařazeni do tří kategorií, přičemž:

- 1. kategorie představovala respondenty s nízkým nebo žádným rizikem onemocnění syndromem vyhoření (bodové hodnocení 25 – 50).
- 2. kategorie představovala respondenty u nichž se projevila existence určitých negativních jevů, které mohou bez včasných preventivních opatření přerůst v syndrom vyhoření (bodové hodnocení 51 – 75).
- 3. kategorie představovala respondenty s vysokým rizikem onemocnění syndromem vyhoření (bodové hodnocení 76 – 100).

Vyhodnocením jednotlivých dotazníků bylo zjištěno, že z pozorovaného vzorku 50 respondentů jich 48 % spadá do kategorie č. 1. Do kategorie č. 2 bylo zařazeno 52 % respondentů. Do kategorie č. 3 spadá 0 % respondentů (viz příloha č. 56 a 57).

3.6.2 Rozbor informací získaných pomocí částečně řízeného rozhovoru

Druhá etapa průzkumu byla založena na získání informací přímo od 10 bývalých sociálních pracovníků na základě osobní schůzky, formou vedení nestandardizovaného, částečně řízeného rozhovoru (viz příloha č. 4). Předem bylo připraveno 8 otázek, pro účely průzkumu ale sloužily pouze otázky č. 5 a 8, které měly potvrdit nebo vyvrátit stanovené předpoklady a zjistit zejména:

- ◆ Důvody odchodu ze zaměstnání, proč respondent ukončil kariéru sociálního pracovníka (tzn. zda byly tyto důvody spojené s příznaky syndromu vyhoření nebo se jednalo o důvody zcela jiné – např. nevyhovující finanční ohodnocení apod.).
- ◆ Přejít z počátečního nadšení do neutrálních pocitů vztahující se k práci a posléze kumulace negativních prožitků až příznaků syndromu vyhoření (přítomnost stresu, špatných nálad, nechuti k práci, negativní postoje směrem ke klientům, kolegům a práci samé).
- ◆ Zdravotní stav respondenta, a to jak dlouhodobý, tak v období před ukončením pracovního poměru v zařízení sociální péče, ale také v období následujícím (zda zdravotní problémy – pokud existovaly – po změně pracoviště pominuly).

Nicméně je nutné znovu uvést, že ne všechny otázky mohly být položeny v tomto pořadí. Některé nemusely být položeny vůbec, protože se k nim respondent dopracoval sám

v toku svého vyprávění. Všechny vedené rozhovory přinesly velké objemy informací; respondenti se tzv. nezdráhali vyprávět o své životní zkušenosti.

I když se jedná jen o malý vzorek, byla získaná data interpretována procentuelně.

Otázka č. 5: Byla vaše práce psychicky náročná tak, že vás to vyčerpávalo?

Na otázku č. 5 odpověděla většina respondentů kladně. **Celkem „ano**, má práce byla psychicky náročná tak, že mne to vyčerpávalo“ odpovědělo 7 respondentů, a protože velikost vzorku byla 10 osob, **jedná se o 70 % respondentů**. Záporně na otázku č. 5 odpověděli 3 respondenti, tudíž se jedná o 30 % z pozorovaného vzorku. (viz příloha č. 58 a 59) Respondentům, kteří zde odpověděli kladně, byl nechán prostor, aby podrobněji popsali své pocity a pokusili se slovně vyjádřit svůj tehdejší psychický stav. Cílem bylo zjistit, zda se u respondenta projeví příznaky syndromu vyhoření a zda byly psychické problémy impulsem pro ukončení pracovního poměru. U respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku č. 5 bylo přikročeno k položení otázky č. 8, která byla zaměřena na zjištění vlivu syndromu vyhoření na vznik psychosomatických onemocnění.

Otázka č. 8: Odrazila se situace před tím než jste odešel/la z této práce nějak na vašem zdravotním stavu?

I když tato otázka působí sugestivně, na její obhajobu je nutné uvést, že v toku rozhovoru vyloženě sugestivně nepůsobila. Navíc byl kladen důraz na opatrnost při kladení této otázky; její vyslovení nesmělo vyvolat u respondenta nějaký dojem nabízené odpovědi. Otázka musela být položena jako by mimo záznam (respondent byl informován, že rozhovor je nastaven pro zjištění existence syndromu vyhoření, ne však o zjištění vlivu syndromu vyhoření na vznik psychosomatických onemocnění). Otázka nebyla také vyslovena vcelku (její formulace je příliš dlouhá a kostrbatá a zcela jistě by necitlivě zasáhla do toku rozhovoru), ale zjednodušenou formou.

Do jaké míry se však podařilo zachovat objektivitu, do jaké míry respondent neodpověděl tak, jak se domníval, že je od něho očekáváno, lze bohužel jen spekulovat.

Otázka byla položena všem 10 respondentům, nicméně důraz byl kladen na respondenty, kteří odpověděli kladně na otázku č. 5 (viz výše).

Na otázku č. 8 odpověděla většina respondentů kladně. **Celkem „ano**, nepříznivá situace v práci, která vyústila v můj odchod z ní, se odrazila na mém zdravotním stavu“ odpovědělo 7 respondentů, a protože velikost vzorku byla 10 osob, **jedná se o 70 % respondentů**. Záporně na otázku č. 8 odpověděli 3 respondenti, tudíž se jedná o 30 %

z pozorovaného vzorku (viz příloha č. 60 a 61). Všech 7 respondentů, kteří odpověděli kladně (= „ano“) na otázku č. 5 (viz výše) uvedlo, že se jejich špatný psychický stav odrazil na zdravotním stavu. Těmto respondentům byl nechán prostor, aby podrobněji popsali své tehdejší zdravotní problémy. Cílem bylo zjistit vliv příznaků syndromu vyhoření na možný vznik psychosomatických onemocnění.

3.7 Ověřování předpokladů, diskuse

Pro praktickou část byly zvoleny 3 předpoklady, které jsou uvedeny v kapitole 3.5 *Stanovení předpokladů*.

Předpoklad č. 1 byl založen na predikci existence faktorů (v hodnocení dotazníku uváděných jako určitých negativních jevů), které mohou být indikátory vzniku syndromu vyhoření. Tyto negativní jevy, resp. negativní projevy chování byly podrobně popsány v teoretické části, konkrétně v kapitole 2.1.1 *Popis příznaků syndromu vyhoření*. Do dotazníku byly tyto jevy zformulovány do negativně laděných tvrzení (např. tvrzení č. 5: Jsem podrážděný a lehce vypěním). Předpokládalo se, že více jak 50 % z pozorovaného vzorku dosáhne v hodnocení dotazníků 50 a více bodů, resp. bude spadat do kategorie č. 2 (50 – 75 bodů). Vyhodnocením dotazníků bylo zjištěno, že 52 % respondentů skutečně spadá do kategorie č. 2, tudíž předpoklad č. 1 se tímto **p o t v r d i l**. Nicméně je pravděpodobně nutné uvést, že většina respondentů, kteří spadají do této kategorie (tzn. č. 2) dosáhlo hranice 50 bodů pouze těsným rozdílem. Celkem 61,5 % respondentů z této kategorie bylo v bodovém rozmezí 50 – 55 bodů, přičemž pouze 7,6 % respondentů přesáhlo hranici 70 bodů.

Předpoklad č. 2 byl založen:

- a) na predikci existence osob s příznaky syndromu vyhoření v pozorovaném vzorku,
- b) na predikci existence zdravotních potíží, které se vyskytují souběžně s výskytem příznaků syndromu vyhoření.

Vyhodnocením dotazníků však bylo zjištěno, že v pozorovaném vzorku 50 respondentů neexistovaly osoby spadající do kategorie č. 3 a tudíž nemohlo být přistoupeno ani k vyhodnocení existence zdravotních potíží. Předpoklad č. 2 se tímto **n e p o t v r d i l**.

Zde je pravděpodobně vhodné uvést, že skutečně byla předpokládána existence osob v pozorovaném vzorku s příznaky syndromu vyhoření. O důvodech, proč se tyto osoby nedostaly do pozorovaného vzorku 50 respondentů, lze jen spekulovat. Samozřejmě je možné, že respondenti neodpovídali na otázky zcela upřímně; je také možné, že sociální pracovníci, kteří jsou ve skutečnosti postiženi syndromem burnout, se průzkumu odmítli zúčastnit. Je také

možné zpochybnit kvalitu dotazníku, faktem zůstává získaný výsledek dotazníkového šetření, kdy žádný z respondentů nespadá do kategorie č. 3 (osoby s příznaky syndromu vyhoření).

Předpoklad č. 3 byl založen:

- a) na predikci existence příznaků syndromu vyhoření u respondentů, kteří v minulosti působili jako sociální pracovníci v zařízeních sociální péče,
- b) na predikci koexistence příznaků syndromu vyhoření a zdravotních problémů.

Na základě vyhodnocení 10 částečně řízených rozhovorů byla zjištěna koexistence příznaků syndromu burnout a zdravotních problémů, a to celkem u 70 % respondentů z pozorovaného vzorku 10 respondentů (bývalých sociálních pracovníků). Předpoklad č. 3 se tak tímto **p o t v r d i l**.

Jak je uvedeno v kapitole 3.6.2 *Rozbor informací získaných pomocí částečně řízeného rozhovoru*, konkrétně v rozboru otázky č. 8: „Odrážila se situace předtím než jste odešel/a z této práce nějak na vašem zdravotním stavu?“ byl respondentům, kteří zde odpověděli kladně (celkem se jednalo o 7 z 10 respondentů), ponechán prostor pro detailnější popis situace spojené s odchodem z povolání sociálního pracovníka. Vesměs všech 7 respondentů shodně popsalo celou situaci jako nadměrně zatěžující, kdy oni se snažili vydat ze sebe jen to nejlepší bez ohledu na čas strávený ať už přímo na pracovišti nebo např. na různých odborných seminářích, tzn. sebevzděláváním. Někteří z těchto respondentů měli až nezdravě velké nadšení pro práci spojené s nadměrným očekáváním. Část z nich také v retrospektivě viděla toto nadměrné nadšení jako velkou chybu; jak uvedl jeden z respondentů: „Žádnou práci nemůžete dlouhodobě vykonávat na 300 %, aniž by se to někde neprojevalo“. Při popisování svých psychických pocitů respondenti uváděli zpravidla **přítomnost každodenního stresu**, kdy práce, která ještě před několika měsíci nebo týdny přinášela radost, se nyní přeměnila ve zdroj stresových situací. Je samozřejmé, že jejich příčiny byly u všech 7 respondentů různé, nejvíce však byli uváděny **neshody s kolegy, problémy s nadřízenými a neschopností vidět plody své práce** (např. při práci s mentálně postiženými klienty). Nespokojenost v zaměstnání se posléze projevila i v soukromí, nejčastěji v problémech v partnerském životě. **Respondenti shodně vyjádřili svůj názor, že vlivem těchto zatěžujících stresových situací (respondenti je popisovali jako „život ve stálém napětí“) u nich docházelo ke snížení imunity a tudíž nárůstu počtu onemocnění.** Vždy se jednalo o běžná onemocnění – angíny, chřipky a jiná virová onemocnění, která se ale u nich dříve nevyskytovala nebo se **vyskytovala v mnohem menším měřítku**. Tyto zdravotní problémy pominuly se změnou pracovního místa (ve 100 % případů představovala změna

pracovního místa odchod ze sféry sociální péče), kdy také zmizelo všudypřítomné psychické napětí, neboli **stres**. Respondenti také popisovali časté bolesti hlavy vyskytující se po skončení pracovního dne, únavu, skleslost, nechuť užít si volného času (nechuť pokračovat v dříve zcela běžných volnočasových, např. sportovních aktivitách), uzavírání se sama do sebe. Tyto skutečnosti nakonec vždy vedli k ukončení pracovního poměru v zařízeních sociální péče.

Nicméně se jedná o subjektivní výpovědi a otázkou zůstává, do jaké míry respondent popsal svůj případ objektivně bez dokreslujících prvků. Svou roli zde mohl sehrát i časový faktor; někteří z respondentů hovořili o několik let staré zkušenosti.

3.8 Shrnutí výsledků praktické části

Cílem praktické části bylo zjistit existenci syndromu vyhoření u vybrané skupiny pracovníků v pomáhajících profesích – sociálních pracovníků a jeho případný vliv na vznik psychosomatických onemocnění.

Výsledky průzkumu provedeném pomocí nestandardizovaného dotazníku vypověděly o **neexistenci** osob s příznaky syndromu vyhoření u námi pozorovaného vzorku 50 respondentů. **Přítomnost (existence) syndromu vyhoření u námi pozorovaného vzorku tudíž nebyla zjištěna**, což ale nevylučuje splnění cíle práce, který byl postaven na zjištění stavu (tzn. existence či neexistence syndromu vyhoření) u pozorovaného vzorku a ne na tvrzení, že syndromem vyhoření je postižena nějaká procentuální část sociálních pracovníků. Cíle této části práce tak bylo dosaženo, a to i přesto, že nebyly zjištěny respondenti s projevy syndromu vyhoření.

Výsledky průzkumu provedeném pomocí částečně řízeného rozhovoru vypověděly o **existenci osob v pozorovaném vzorku 10 bývalých sociálních pracovníků, u kterých byly příznaky syndromu vyhoření spojené se zdravotními problémy**. Lze tak předpokládat, že psychický stav nesoucí znaky syndromu vyhoření měl u námi pozorovaného vzorku 10 respondentů vliv na **snížení obranyschopnosti organismu**, které se projeví častějším výskytem běžných onemocnění (chřipky, angíny, dále bolestí hlavy, žaludeční nevolností apod). Z provedených rozhovorů nelze ovšem činit jednoznačné závěry o výskytu somatických onemocnění na psychickém základě, čili výskytu psychosomatických nemocí, u těchto respondentů. Cílem této části práce tak bylo **dosaženo jen částečně**. Jedním z důvodů proč nebylo možné jednoznačně posoudit, zda se jednalo o onemocnění způsobené oslabením obranyschopnosti v důsledku stresu, je také skutečnost, že autor není psychoterapeut a

přesnější diagnostika původu zdravotních problémů by zcela jistě vyžadovala několikanásobné sezení s odborníkem – psychoterapeutem.

4. Závěr

Přínos práce pro oblast teoretického rozpracování syndromu vyhoření

Předmětem teoretické části práce bylo teoretické rozpracování syndromu vyhoření se zaměřením na vztah syndromu vyhoření a psychosomatických onemocnění. Teoretická část, která se opírá o odbornou literaturu, jak knižní, tak i časopiseckou, podrobně popisuje příčiny vzniku syndromu vyhoření, jeho příznaky a projevy. Jako hlavní příčina vzniku syndromu vyhoření byla označena dlouhodobě záporná energetická bilance, vedoucí k negativním duševním stavům – depresi a stresu.

Praktická část práce pak byla založena na existenci dlouhodobého stresu u sociálních pracovníků, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Dlouhodobý, nebo také chronický stres, je zde považován za jednu z hlavních příčin vzniku psychosomatických onemocnění. Vyhodnocením praktické části, resp. její první fáze, byla v pozorovaném vzorku zjištěna existence sociálních pracovníků, kteří sice nejsou přímo ohroženi vznikem syndromu vyhoření, nicméně se u nich vyskytují negativní jevy, které mohou k syndromu vyhoření vést. Celkem 52 % osob z pozorovaného vzorku padesáti respondentů potvrdila svými odpověďmi existenci těchto negativních jevů; již jejich samotná přítomnost mezi pracovníky je do jisté míry alarmující. Z pozorovaného vzorku 50 respondentů jich 28 % v dotazníkovém šetření uvedlo, že je buď **obvykle** (20 %) nebo **vždy** (8 %) ze své práce frustrováno. Toto číslo nelze přehlédnout, a to zejména proto, že frustrace je bezesporu indikačním faktorem změny prožívání sociálního pracovníka vůči své práci, bohužel směrem ne zcela správným, směrem, který může vést k psychickému vyčerpání a syndromu burnout.

Bylo by bezesporu přínosné, vybrat několik respondentů z dotazníkového šetření s nejvyšším počtem bodů (čím více bodů respondent dosáhl, tím více se blížil příznakům syndromu vyhoření) a s těmito respondenty provést např. částečně řízený rozhovor, tak jak to bylo učiněno v II. etapě průzkumu praktické části. Bohužel k realizaci této myšlenky nemohlo být přistoupeno, neboť dotazníkové šetření bylo anonymní. Pokud by byla realizace výše uvedených rozhovorů možná, zcela jistě by se jednalo o velmi přínosný prvek, kterým by mohla být potvrzena (nebo naopak vyvrácena) správnost dotazníků a došlo by k prohloubení poznatků o respondentech. Co je však důležitější, mohlo by být zjištěno, do jaké míry jsou respondenti s vyšším počtem bodů skutečně ohroženi syndromem vyhoření. Navíc by bylo

možné nastavit těmto pracovníkům „zrcadlo“, ukázat jim, že se ve své pracovní kariéře nepustili správným směrem, ale směrem, který může skončit cynickým postojem vůči své práci, okolí i sobě samém. Mohlo by být s nimi rozebrána určitá preventivní opatření apod. To by byl skutečný přínos pro praktickou oblast této problematiky. Bohužel, jak jsme již uvedli, dotazníkové šetření proběhlo anonymně, a tak se tato představa přínosu práce pro praxi přesunula pouze do oblasti úvah.

Na druhou stranu byly ale provedeny rozhovory s bývalými sociálními pracovníky, kteří vesměs všichni ze svého působiště odešli právě kvůli příznakům psychického vyčerpání, kdy postupně ztráceli nadšení a energii pro výkon tohoto náročného povolání. Jako přínos pro jak teoretickou, tak i praktickou oblast problematiky syndromu vyhoření lze považovat jejich výpovědi, které jsou rozpracovány v kapitole 3.6.2 „*Rozbor informací získaných pomocí částečně řízeného rozhovoru*“. Podle zde uvedených výpovědí je patrné, že příznaky syndromu vyhoření u námi pozorovaného vzorku 10 respondentů skutečně vyskytovaly a u většiny těchto respondentů byly tyto příznaky tím největším důvodem pro odchod ze zaměstnání. Lze tedy usuzovat, že právě tyto rozhovory o minulých prožitcích mohly respondentům pomoci, ať už v jejich současném nebo i budoucím povolání, rozpoznat včas příznaky syndromu burnout. Lze také usuzovat, že vedením rozhovorů bylo respondentům nastaveno „zrcadlo“, tudíž byl jim dán podnět k zamyšlení se nad minulými chybami ve vztahu ke svému bývalému zaměstnání. Toto vše může přispět k prevenci negativních prožitků a podobných problémů v zaměstnání současném nebo budoucím.

5. Navrhovaná opatření (doporučení)

5.1 Prevence syndromu vyhoření z hlediska duševní hygieny

Pokud přijmeme skutečnost, že nás v našem pracovním životě ohrožuje něco jako syndrom vyhoření, je nutné zabývat se také možnostmi jak této nemoci předcházet. Prevence syndromu vyhoření je zajímavá nejenom z teoretického hlediska, ale především z hlediska praktického, které nám při správné aplikaci pomůže čelit negativním situacím v pracovním procesu. Tyto negativní situace byly popsány v teoretické části – jedná se především o pracovní stres, který je jednou z hlavních příčin vzniku burnout.

Odpovědi na otázky o prevenci (předcházení) burnout mohou být různého druhu. Mohou být náhodné. Mohou vycházet z určitých praktických zkušeností. Mohou též vycházet z určitého teoretického pojetí (teorie burnout, založené na přesném a soustavném studiu a výzkumu). Vycházejme z poznatků pravidel duševní hygieny. Duševní hygiena je pravděpodobně klíč k prevenci vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících

profesí – sociálních pracovníků. Duševní hygiena přispívá ke správnému rozložení každodenních sil, stanovení si reálných cílů, poznání vlastních možností či sebe sama. Duševní hygiena pomáhá uvědomit si postoj vůči sobě samému, uvědomit si svou minulost, přítomnost a budoucnost.

Životospráva z hlediska duševní hygieny

Pro zachování duševní rovnováhy je velmi významné odstranit z vlastního života pokud možno co nejvíce vyčerpávajících zlovyků. Jedná se především o:

- a) Životosprávu – např. pozdní chození spát a pozdní vstávání, odkládání povinností na neurčitou dobu, nadměrné pití černé kávy, kouření, pití alkoholu a přejídání se,
- b) Myšlení – podceňování sama sebe, tendence racionalizace, nesoustředěnost,
- c) City – zvyk zlobit se a rozčilovat pro maličkosti, enormně prudké reagování, strach jako zlozvyk,
- d) Morální chování – neplnit dané slovo, ubližovat, pomlouvat atd.

Spánek

Délka spánku je důležitá pro regeneraci a načerpání nových sil. Zpravidla se uvádí, že pro dospělého člověka je dostatečnou dobou ke spánku asi osm hodin. Často se objevují varování před příliš krátkou dobou spánku. Také chronicky prodloužený spánek (např. devět a více hodin denně) může dospělému škodit (*příliš dlouhý spánek může představovat snahu o únik ze zdánlivě neřešitelné situace, tzv. „zaspání problémů“*) podobně jako třeba chronické přejídání.³¹ Důležitá je také pravidelnost usínání, tam kde je to možné, je dobré chodit spát v určitou hodinu.

Odpočinek a regenerace sil

„Umění“ odpočívat je životně důležité. Pro odpočinek je důležité, aby tzv. přišel včas (lehká únava se odstraní nesrovnatelně rychleji, než když už bylo dosaženo značného stupně únavy). Doporučuje se spíše aktivní odpočinek – pasivní sledování televize spíše přispívá k celkovému útlumu a prohloubení únavy. Odpočinek má být také doprovázen celkovým duševním uklidněním, což znamená, že člověk nesmí při odpočinku zaměřovat svou mysl přemýšlením nad zaměstnáním, nad tím co bylo v práci a co je ještě potřeba udělat.

³¹ MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. SPN, 1986, s 41.

Odreagovat se, nemyslet na negativní prožitky z práce, negativní kontakty at' už s klienty nebo kolegy.

Naučit se myslet pozitivně

Nesnažit se potlačit negativní emoce, ale tyto emoce vědomě přijímat, a to jako něco, co je dané a je třeba s tím počítat. Dále tyto emoce vyjádřit slovně, tzn. sdělit je druhým lidem, případně i písemně (např. formou vyjádření svých emocí do zápisníku).

Cílem těchto přístupů je pomoci lidem k dosažení vyrovnaného postoje k negativní emoci, kterou zažívají, hlubší poznání vlastního emocionálního stavu a jeho vhodného slovní vyjádření, který by dovolilo snížení nežádoucího napětí (distresu)³²

5.2 Prevence vzniku syndromu vyhoření – několik praktických doporučení

Pro zabránění vzniku syndromu vyhoření je důležité osvojit si v zaměstnání jisté návyky. Jedná se především o prvotní nadšení v zaměstnání, které samozřejmě není chybou, nesmí ale pracovníka pohltit úplně. Dále je důležité snížit příliš vysoké nároky, které jdou ruku v ruce s výše uvedeným nadšením prvních let v zaměstnání. Kdo na sebe i na druhé klade neustále příliš vysoké a neúměrné nároky, kdo požaduje vždy a všude výkony a výsledky na 100 %, koho pohltí absolutní perfekcionalismus, ten vystavuje svůj organismus nesnesitelnému tlaku, a samozřejmě také stresu. Každodenní stres poté může přerůst v chronický stres, který je jedním z projevů právě syndromu vyhoření a může také být příčinou psychosomatických onemocnění. *(Respondenti, se kterými byl veden částečně řízený rozhovor, často popisovali své zdravotní problémy, které přičítali snížené obranyschopnosti organismu v důsledku vyčerpávajících pracovních problémů. Respondenti popisovali zejména zvýšené procento výskytu respiračních onemocnění nebo chřipky v období chřipkových epidemií. Velmi často také popisovali výskyt bolesti hlavy a žaludeční nevolnosti. Všichni respondenti, kteří uvedli výskyt těchto zdravotních problémů věří, že jejich původ byl psychického rázu, tudíž, že jejich vznik byl podmíněn duševní tenzí a stresem v zaměstnání.)*

Je pravděpodobně důležité smířit se s tím, že člověk je tvor nedokonalý a chybný a tuto skutečnost přijmout.

U pracovníků v pomáhajících profesích je důležité nepropadat tzv. syndromu pomocníka. Pracovník by se měl vyhnout nadměrné citlivosti k potřebám druhých a

³² KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004, s. 173.

pohybovat se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem. Nesnažit se být zodpovědný za všechny a za všechno.

Naučit se říkat „NE“. Nenechávat se přetěžovat, využívat svými kolegy nebo klienty. Pracovník by se měl naučit říkat své „NE“ pokud bude cítit, že je ostatními využíván, že je na něho, oproti ostatním, nakládáno příliš. Je určitě důležité být také trochu sobecký a myslet na sebe a své zájmy. *(Většina respondentů, se kterými byl veden částečně řízený rozhovor pro potřeby praktické části uvedla, že s odstupem času si uvědomili, jak kolegové (ale i klienti) zneužívali jejich nadšení pro práci přidělováním tzv. „nepopulárních úkolů“. Až když ze svého pracoviště odešli si část z nich (respondentů) uvědomila, jak byla zneužívána jejich neschopnost říci „NE“. „Vždyť tuhle mladou ta práce baví, dělá ji z přesvědčení“. Část respondentů se také setkala s protěžováním nových kolegů na svůj úkor; ani zde nebyly osoby z pozorovaného vzorku zpravidla schopny se ohradit a upozornit na to, že to jsou právě ony, kdo má lepší vzdělání, delší praxi apod. a tudíž by to měly být právě ony, kdo měl dostat odměnu, bude povýšen atd. Zjevně zde docházelo k vnitřním osobním rozporům, protože respondenti zpravidla také uvedli, že nemohli (a zřejmě ani nechtěli) změnit svůj postoj k práci (tzn. začít své povolání sabotovat kvůli výše uvedenému protěžování jiných zaměstnanců). Vždyť oni tuto práci nevykonávají pro nějaký kariérový postup ani pro vylepšení finanční situace, a v tom možná tkví jádro problému, podstata vulnerability „nadšených“ pracovníků nechat se zneužívat.)*

V pracovním prostředí je důležité, aby **pracovník vyjadřoval otevřeně své pocity**; pokud se ho cokoliv dotkne, dát to najevo, a to tak, aby nebyla dotčená osoba necitlivě nebo hrubě zasažena. Všeho s mírou. Rozumně hospodařit se svým potenciálem energie, který určitě není u žádného člověka nevyčerpatelný. Pracovník by si měl uvědomit, že jeho zásoba energie je omezená, a proto jí neplýtvat na zbytečné nebo „cizí“ úkoly. Častou chybou je přeskokování z jedné činnosti na druhou, kdy ani jedna není dokončena. Nastává pak okamžik, kdy na konci pracovní doby není hotové to, co si pracovník předsevzal, a to je zcela jistě stresující.

Na úplný závěr je důležité zopakovat škodlivost negativního myšlení. Pracovník by neměl zabřednout do negativního hloubání a sebelítosti. Je důležité zastavit se a zapřemýšlet co se s námi děje a položit si několik otázek o vlastním životě. Snažit se na nás a na svém okolí najít to dobré, to pozitivní. Vychutnávat si vše, co má pro nás nějakou hodnotu.

6. Seznam použitých odborných zdrojů

1. BARTKO, Daniel. *Moderní psychohygienu*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1980.
2. GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. 1. Vyd. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.
3. KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
4. KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 5. Vyd. Praha: SPN, 1995.
5. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-349-9.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
9. MALLOTOVÁ, Kateřina. 2000. Burn-out neboli syndrom vyhoření.
<http://obchod.studovna.cz/scripts/detail.asp?id=702>
10. MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. SPN, 1986.
11. NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.
12. PONĚŠICKÝ, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-050-5.
13. POTTER, Beverly. *Overcoming Burnout, how to renew enthusiasm for work*. 3. vyd. Oakland, CA: Ronin Publishing, Inc, 2005. ISBN 1-57951074-4.
14. PRAŠKO, Ján. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.
15. SIEGFRIED, Brockert. *Ovládání stresu*. 1. vyd. Praha: Melantrich, 1993. ISBN 80-7025-159-9.
16. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.
17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

7. Seznam příloh

- *Příloha č. 1: Tabulka počtu vyplněných dotazníků*
- *Příloha č. 2: Graf vyjadřující poměr počtu dotazníků získaných z jednotlivých zařízení*
- *Příloha č. 3: Nestandardizovaný dotazník*
- *Příloha č. 4: Nestandardizovaný, částečně řízený rozhovor*
- *Příloha č. 5: Tabulka bodového hodnocení nestandardizovaného dotazníku*
- *Příloha č. 6: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 1*
- *Příloha č. 7: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 1*
- *Příloha č. 8: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 2*
- *Příloha č. 9: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 2*
- *Příloha č. 10: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 3*
- *Příloha č. 11: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č.3*
- *Příloha č. 12: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 4*
- *Příloha č. 13: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 4*
- *Příloha č. 14: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 5*
- *Příloha č. 15: Graficky znázorněné vyhodnocení otázky č. 5*
- *Příloha č. 16: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 6*
- *Příloha č. 17: Graficky znázorněné vyhodnocení otázky č. 6*
- *Příloha č. 18: tabulka vyhodnocení tvrzení č. 7*
- *Příloha č. 19: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 7*
- *Příloha č. 20: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 8*
- *Příloha č. 21: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 8*
- *Příloha č. 22: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 9*
- *Příloha č. 23: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 9*
- *Příloha č. 24: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 10*
- *Příloha č. 25: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 10*
- *Příloha č. 26: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 11*
- *Příloha č. 27: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 11*
- *Příloha č. 28: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 12*

- *Příloha č. 29: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 12*
- *Příloha č. 30: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 13*
- *Příloha č. 31: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 13*
- *Příloha č. 32: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 14*
- *Příloha č. 33: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 14*
- *Příloha č. 34: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 15*
- *Příloha č. 35: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 15*
- *Příloha č. 36: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 16*
- *Příloha č. 37: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 16*
- *Příloha č. 38: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 17*
- *Příloha č. 39: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 17*
- *Příloha č. 40: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 18*
- *Příloha č. 41: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 18*
- *Příloha č. 42: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 19*
- *Příloha č. 43: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 19*
- *Příloha č. 44: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 20*
- *Příloha č. 45: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 20*
- *Příloha č. 46: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 21*
- *Příloha č. 47: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 21*
- *Příloha č. 48: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 22*
- *Příloha č. 49: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 22*
- *Příloha č. 50: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 23*
- *Příloha č. 51: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 23*
- *Příloha č. 52: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 24*
- *Příloha č. 53: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 24*
- *Příloha č. 54: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 25*
- *Příloha č. 55: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 25*
- *Příloha č. 56: Tabulka vyhodnocení dotazníků*
- *Příloha č. 57: Graficky znázorněné vyhodnocení dotazníků*

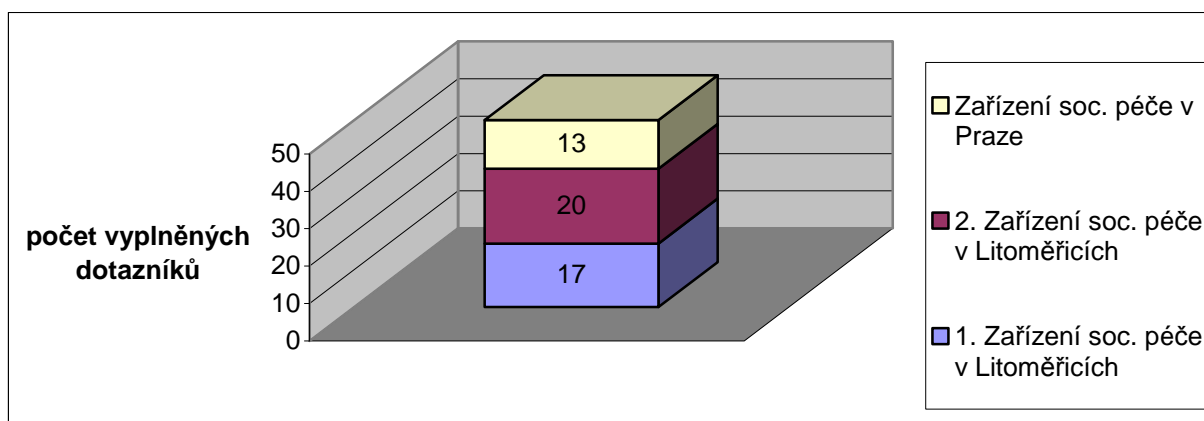
- *Příloha č. 58: Tabulka vyhodnocení otázky č. 5*
- *Příloha č. 59: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 5*
- *Příloha č. 60: Tabulka vyhodnocení otázky č. 8*
- *Příloha č. 61: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 8*

8. Přílohy

Příloha č. 1: Tabulka počtu vyplněných dotazníků

Seznam zařízení	počet respondentů
1. Zařízení sociální péče v Litoměřicích	17
2. Zařízení sociální péče v Litoměřicích	20
Zařízení sociální péče v Praze	13
Počet respondentů celkem	50

Příloha č. 2: Graf vyjadřující poměr počtu dotazníků získaných z jednotlivých zařízení



Příloha č. 3: Nestandardizovaný dotazník

Zakroužkujte číslo, které označuje Vám nejbližší stanovisko.

- 1 = nikdy**
2 = téměř nikdy
3 = obvykle
4 = vždy

1. Ráno chodím do práce unavený/á ačkoliv jsem měl/a dostatek spánku 1 2 3 4
2. Se svou prací jsem nespokojen 1 2 3 4
3. Cítím se sklíčený/á ačkoliv proto nemám důvod 1 2 3 4
4. Jsem zapomětlivý/á 1 2 3 4
5. Jsem podrážděný/á a lehce vypěním 1 2 3 4
6. Když jdu z práce, často mě bolí hlava 1 2 3 4
7. Jsem nemocný/á víc než v minulých letech 1 2 3 4
8. Můj postoj k práci je „že já se vůbec snažím“ 1 2 3 4

9. Často se dostávám do konfliktních situací s klienty	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
10. K překonání špatné nálady používám alkohol nebo léky	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
11. Nové úkoly vždy odkládám na později i když bych se do jejich řešení mohl/a pustit okamžitě	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
12. Poslední dobou trpím migrénami	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
13. Má práce mě frustruje	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
14. V práci se na nic netěším	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
15. Na pracovní problémy myslím i doma	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
16. Má práce ovlivňuje můj soukromý život	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
17. Kolegové a kolegyně mě iritují	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
18. Při komunikaci s klientem jsem netrpělivý/á	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
19. Z práce odcházím vždy přesně po skončení pracovní doby	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
20. Při práci s klienty upřednostňuji zavedené postupy	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
21. Určití klienti ve mně vyvolávají negativní až cynické postoje vůči nim.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
22. Většina klientů a jejich problémy mi připadají stejné	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
23. V práci jsem ve stálém stresu	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
24. Pracovní problémy mi přijdou neřešitelné	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
25. Mám problémy se spánkem, protože stále myslím na práci.	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

Příloha č. 4: Nestandardizovaný, částečně řízený rozhovor

1. Pracoval/a jste v zařízení sociální péče; o jaké zařízení se jednalo?
2. Čím se to zařízení zabývalo, kdo byli jeho klienti?
3. To zní jako velmi zajímavá, naplňující práce. Jak dlouho jste tam pracoval/a?
4. Mohl/a by jste shrnout pozitiva a negativa vaší bývalé práce. Prostě to co vám ta práce dala a vzala.
5. Byla vaše práce psychicky náročná tak, že vás to vyčerpávalo?

6. Proč jste odešel/odešla z tohoto zařízení?
7. Vzpomenete si dnes ještě proč jste se vlastně rozhodl/a pro pomáhající profesi, pro roli sociálního pracovníka/pracovnice? Víte takový ten primární impuls, něco jako „ano to chci dělat“
8. Odrazila se situace před tím než jste odešel/la z této práce nějak na vašem zdravotním stavu?

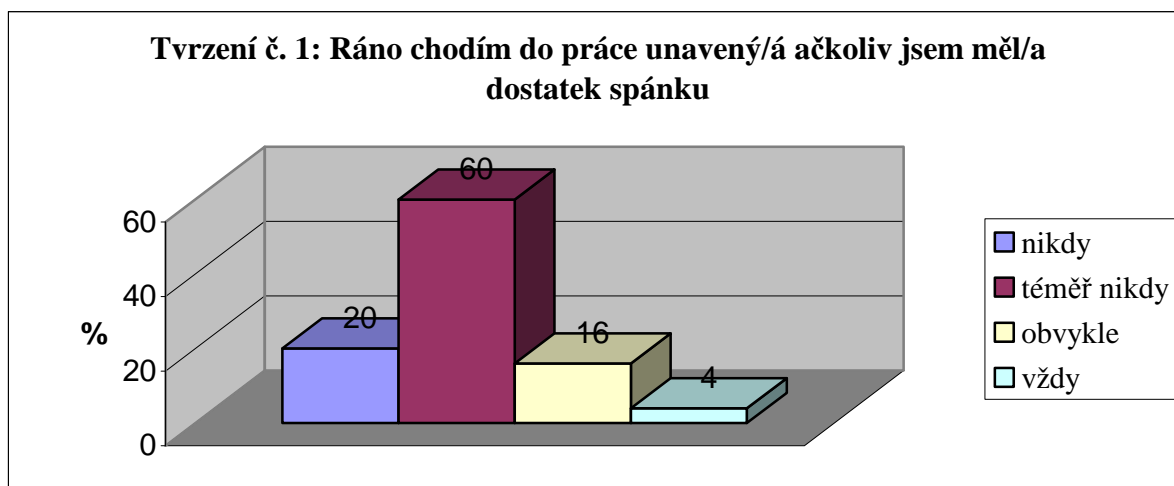
Příloha č. 5: Tabulka bodového hodnocení nestandardizovaného dotazníku

100 - 76 bodů	Vysoké riziko onemocnění syndromem vyhoření
75 - 51 bodů	Existence určitých negativních jevů, které mohou bez včasných preventivních opatření přerůst v syndrom vyhoření
50 - 25 bodů	Nízké nebo žádné riziko onemocnění syndromem vyhoření

Příloha č. 6: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 1

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 1	
1 - nikdy	20 %
2- téměř nikdy	60 %
3 - obvykle	16 %
4 - vždy	4 %

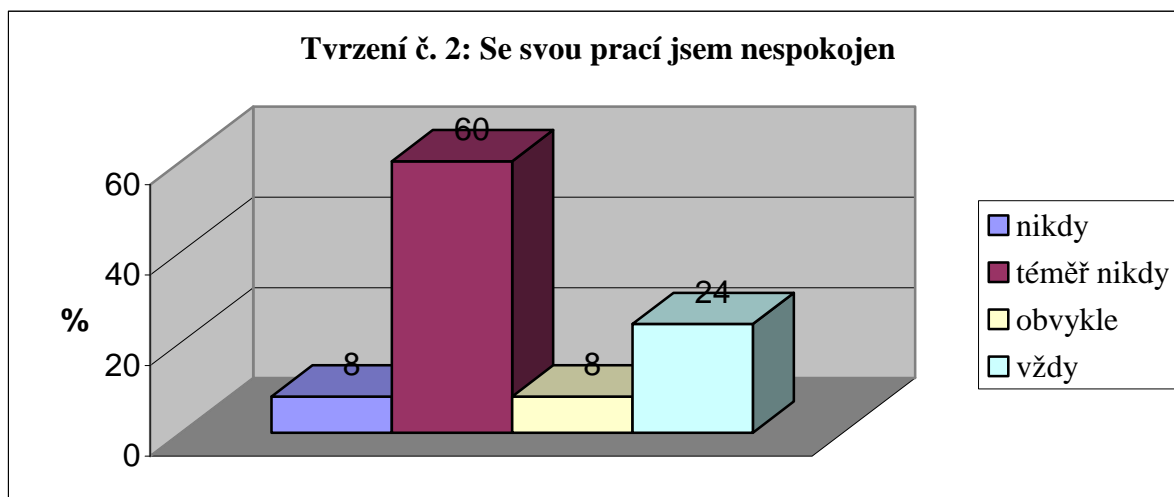
Příloha č. 7: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 1



Příloha č. 8: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 2

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 2	
1 - nikdy	8 %
2- téměř nikdy	60 %
3 - obvykle	8 %
4 - vždy	24 %

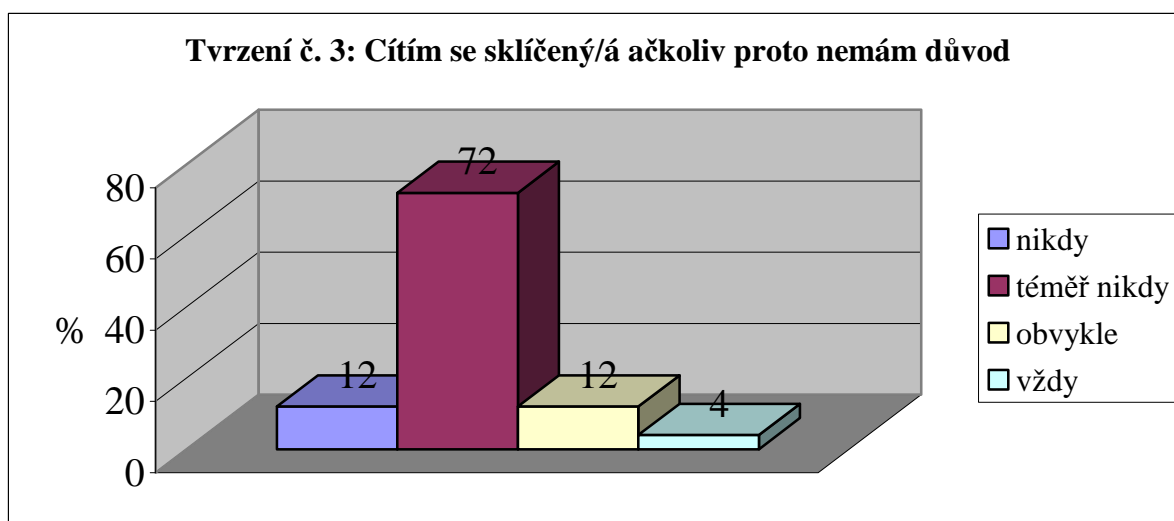
Příloha č. 9: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 2



Příloha č. 10: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 3

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 3	
1 - nikdy	12 %
2- téměř nikdy	72 %
3 - obvykle	12 %
4 - vždy	4 %

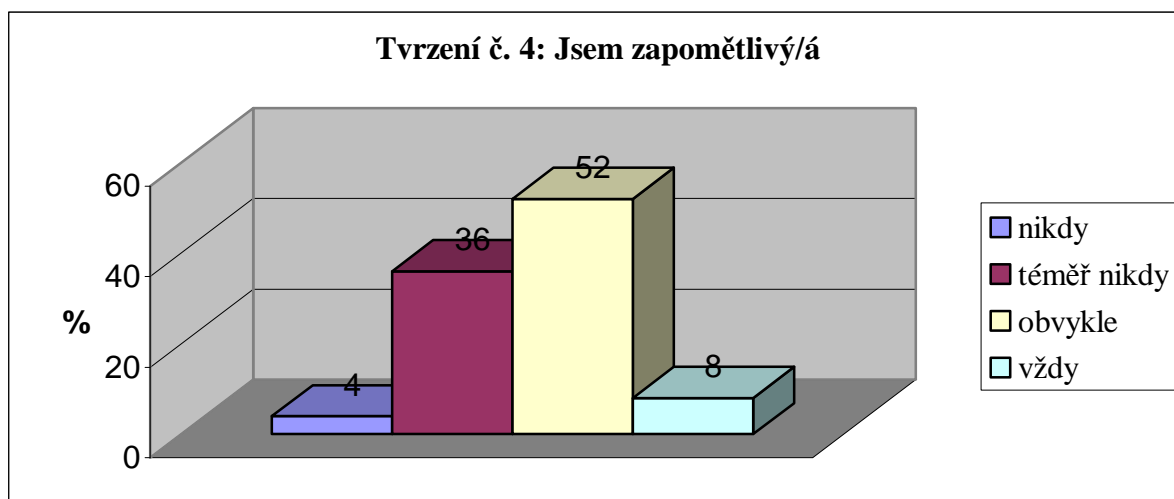
Příloha č. 11: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 3



Příloha č. 12: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 4

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 4	
1 - nikdy	4 %
2 - téměř nikdy	36 %
3 - obvykle	52 %
4 - vždy	8 %

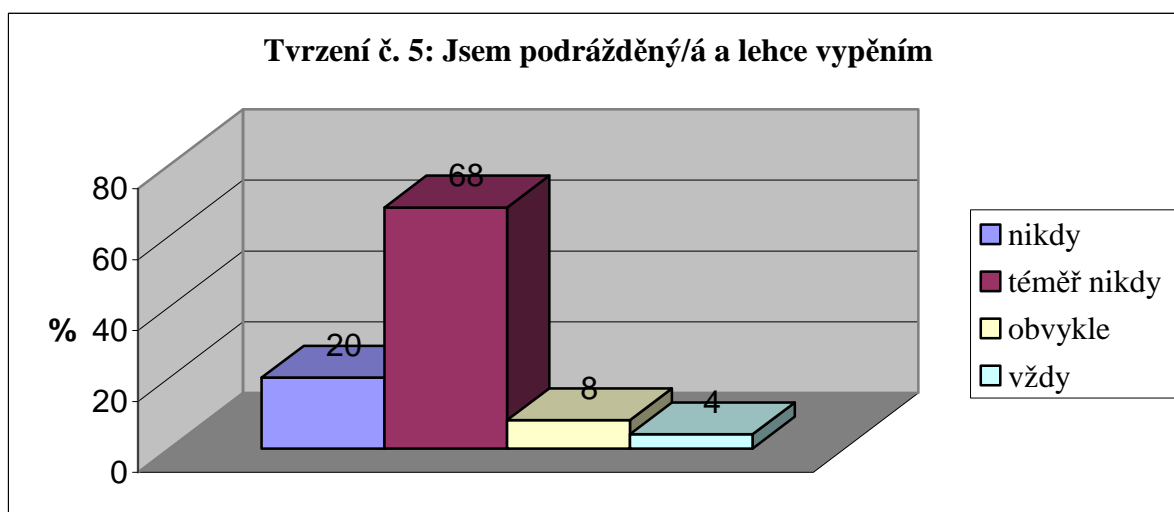
Příloha č. 13: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 4



Příloha č. 14: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 5

Procentuelní vyjádření odpovědí na otázku č. 5	
1 - nikdy	20 %
2- téměř nikdy	68 %
3 - obvykle	8 %
4 - vždy	4 %

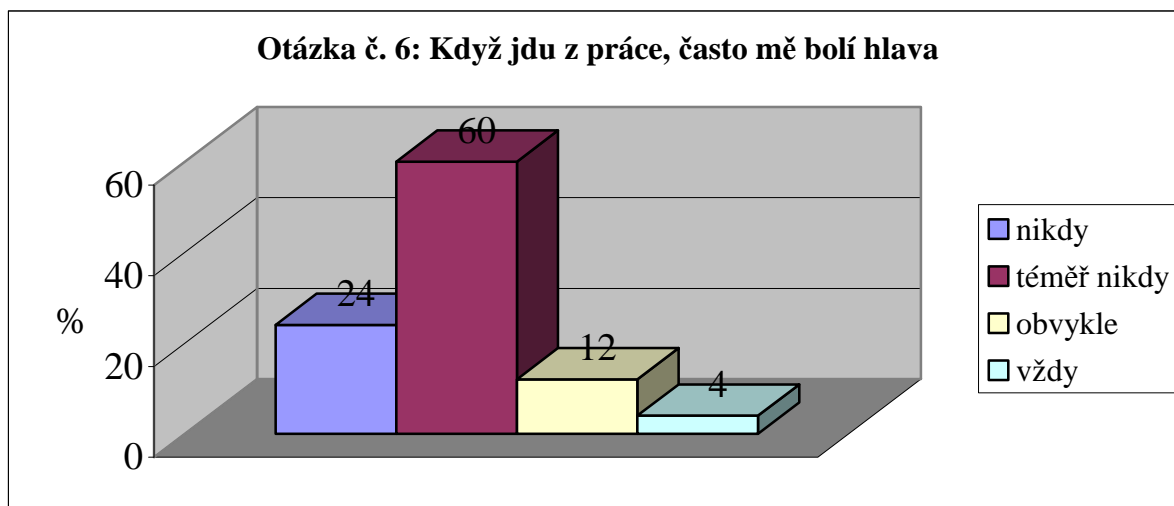
Příloha č. 15: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 5



Příloha č. 16: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 6

Procentuelní vyjádření odpovědí na otázku č. 6	
1 – nikdy	24 %
2- téměř nikdy	60 %
3 – obvykle	12 %
4 – vždy	4 %

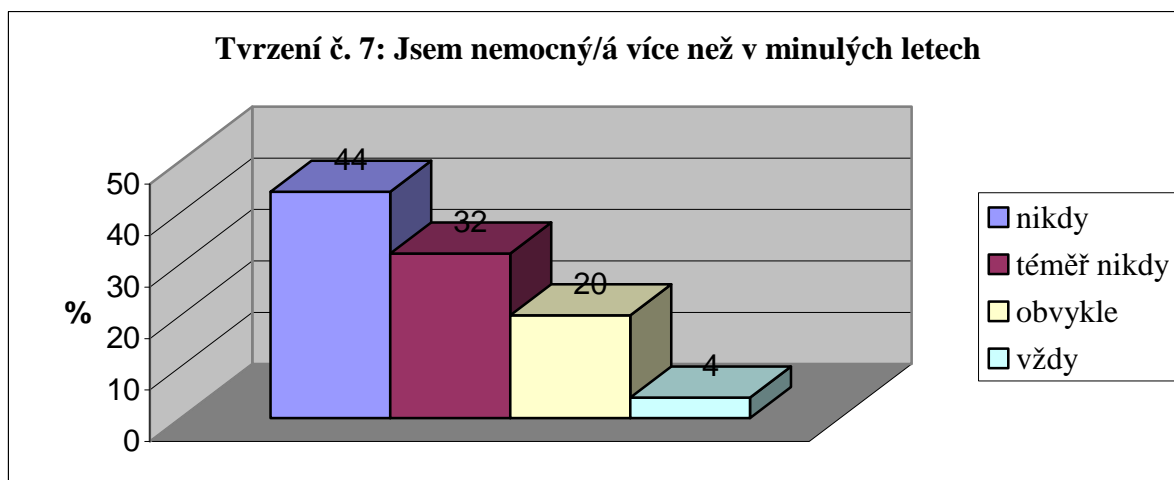
Příloha č. 17: Graficky znázorněné vyhodnocení otázky č. 6



Příloha č. 18: tabulka vyhodnocení tvrzení č. 7

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 7	
1 - nikdy	44 %
2- téměř nikdy	32 %
3 - obvykle	20 %
4 - vždy	4 %

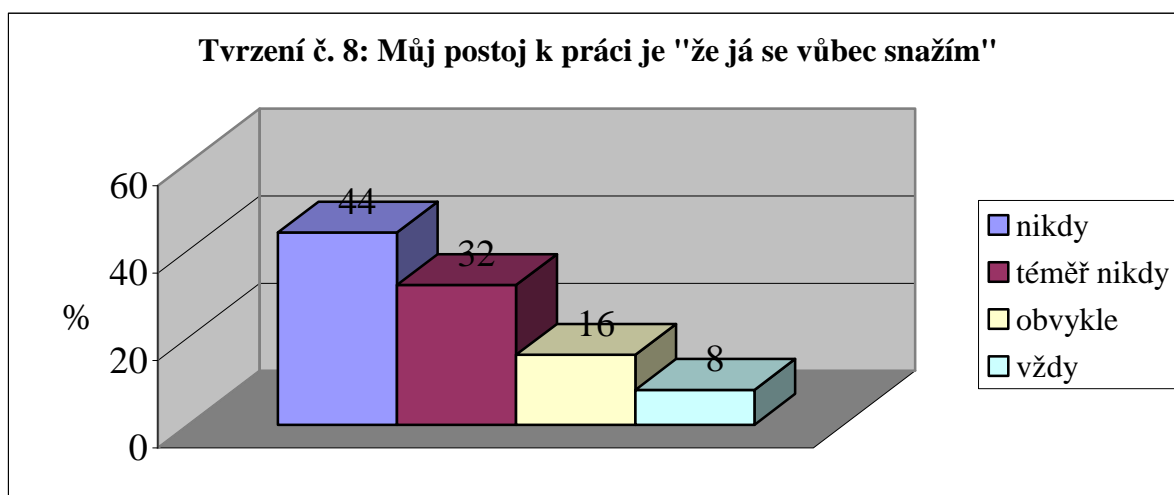
Příloha č. 19: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 7



Příloha č. 20: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 8

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 8	
1 - nikdy	44 %
2- téměř nikdy	32 %
3 - obvykle	16 %
4 - vždy	8 %

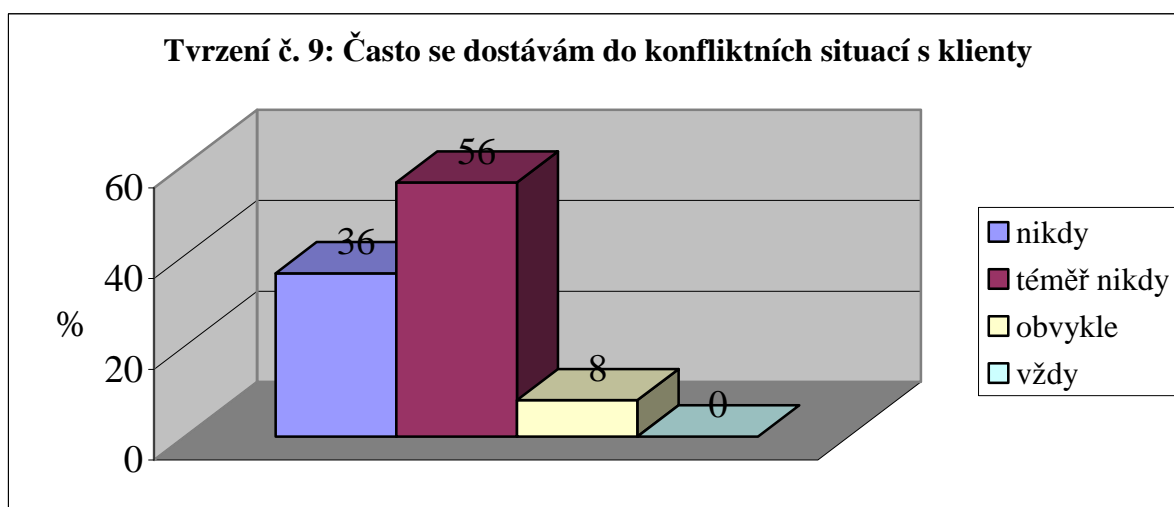
Příloha č. 21: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 8



Příloha č. 22: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 9

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 9	
1 - nikdy	36 %
2- téměř nikdy	56 %
3 - obvykle	8 %
4 - vždy	0 %

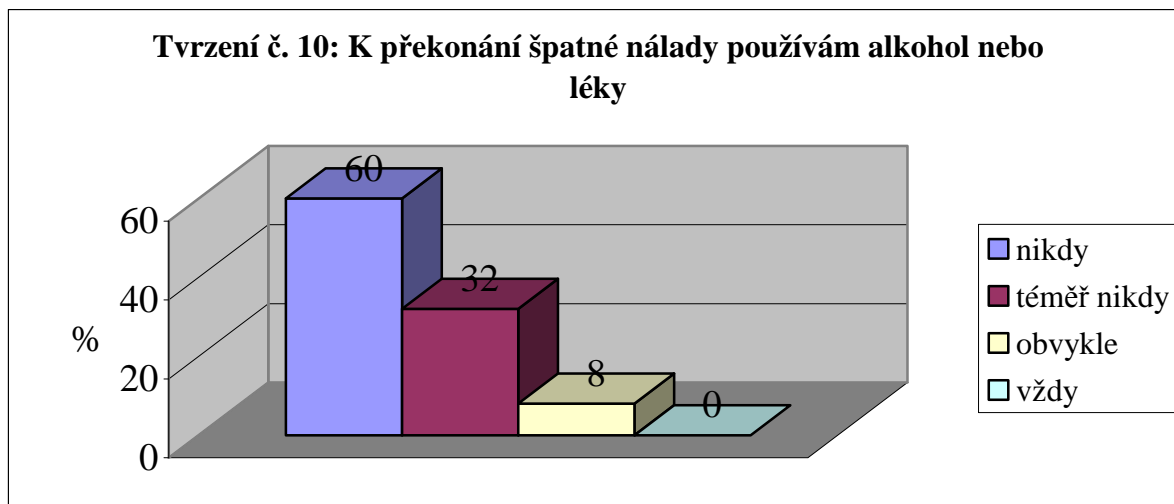
Příloha č. 23: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 9



Příloha č. 24: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 10

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 10	
1 - nikdy	60%
2- téměř nikdy	32 %
3 - obvykle	8 %
4 - vždy	4 %

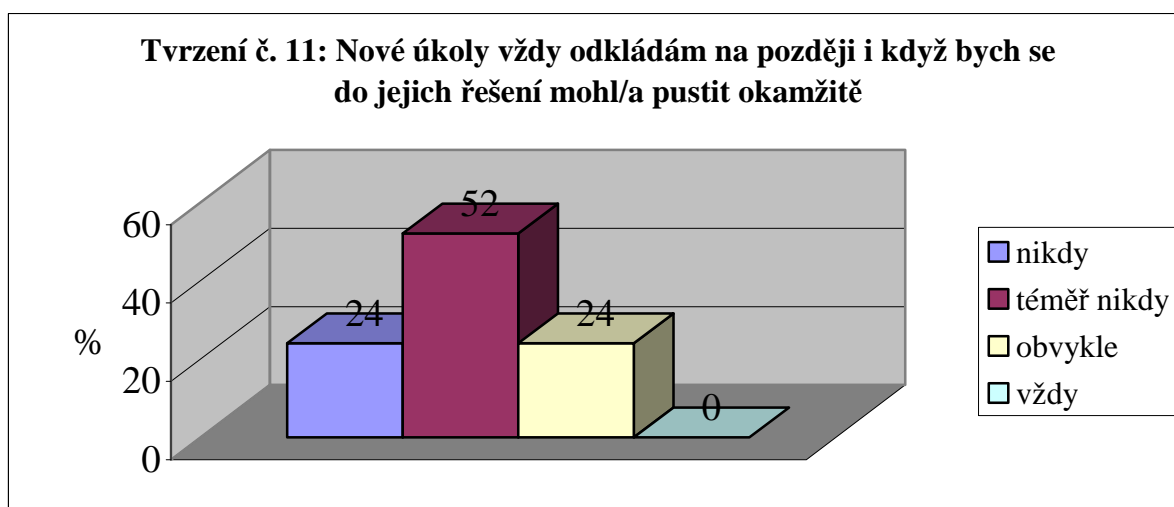
Příloha č. 25: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 10



Příloha č. 26: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 11

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 11	
1 - nikdy	24 %
2- téměř nikdy	52 %
3 - obvykle	14 %
4 - vždy	0 %

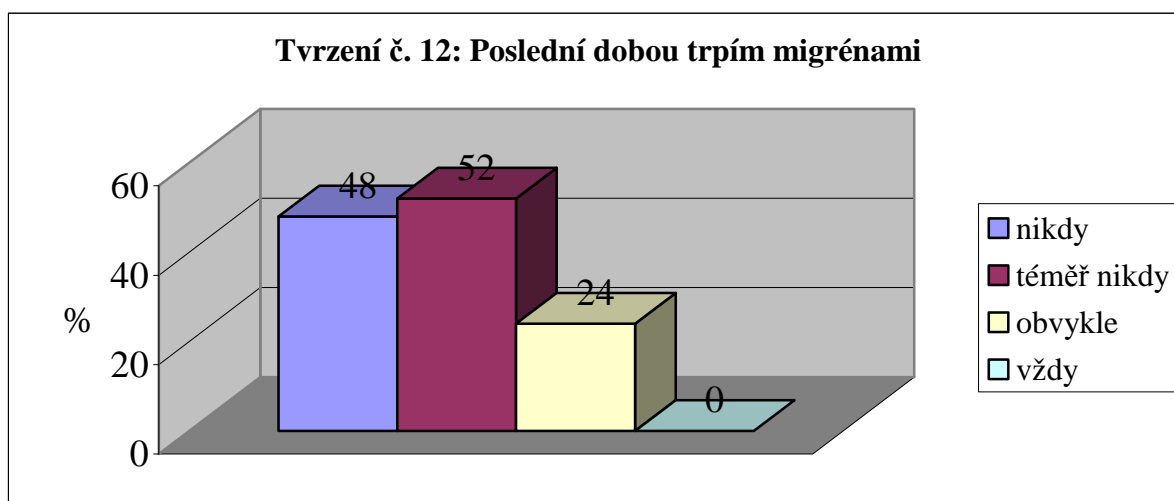
Příloha č. 27: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 11



Příloha č. 28: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 12

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 12	
1 - nikdy	48 %
2- téměř nikdy	28 %
3 - obvykle	24 %
4 - vždy	0 %

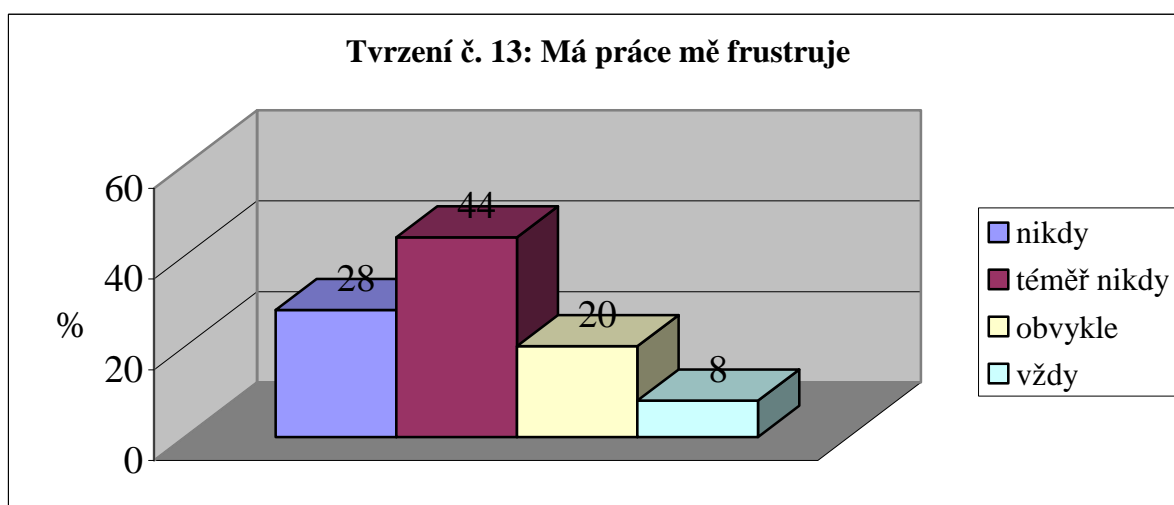
Příloha č. 29: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 12



Příloha č. 30: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 13

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 13	
1 - nikdy	28 %
2- téměř nikdy	44 %
3 - obvykle	20 %
4 - vždy	8 %

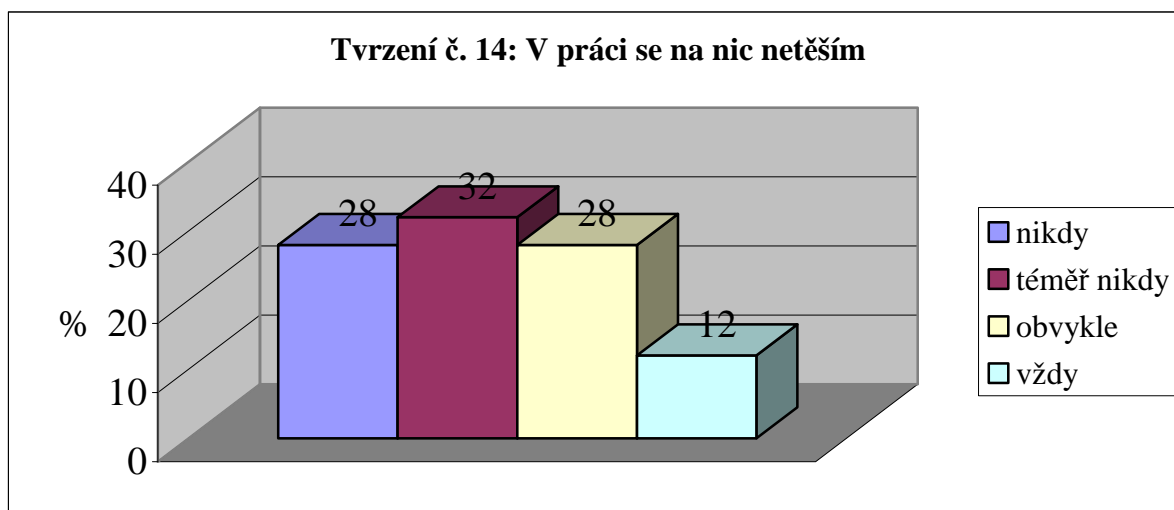
Příloha č. 31: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 13



Příloha č. 32: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 14

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 14	
1 - nikdy	28 %
2- téměř nikdy	32 %
3 - obvykle	28 %
4 - vždy	12 %

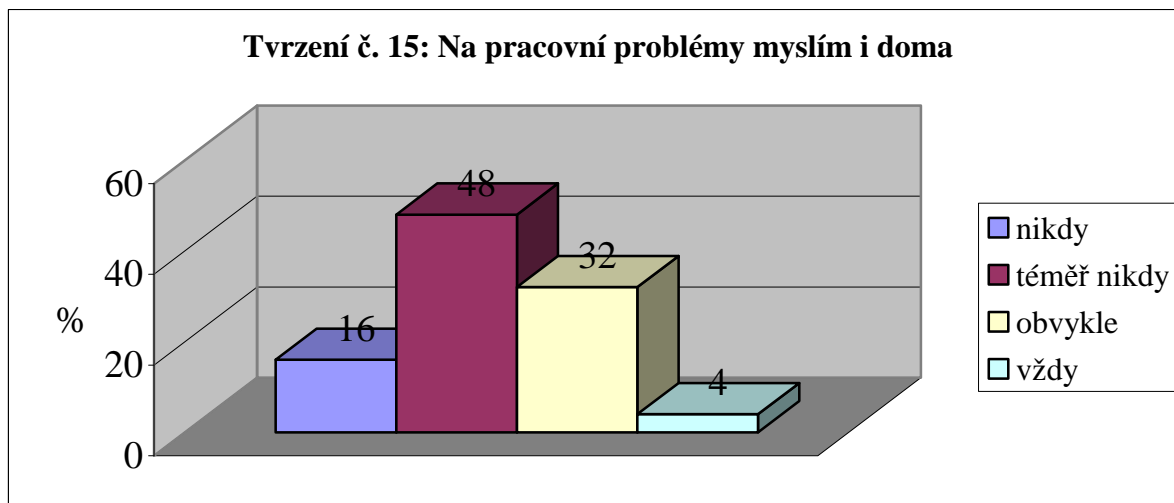
Příloha č. 33: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 14



Příloha č. 34: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 15

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 15	
1 - nikdy	16 %
2- téměř nikdy	48 %
3 - obvykle	32 %
4 - vždy	4 %

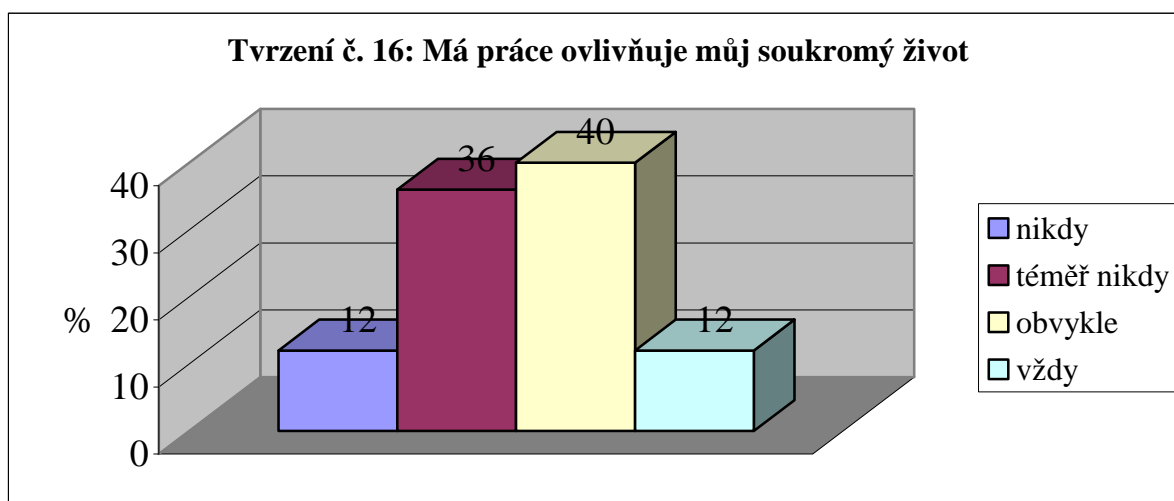
Příloha č. 35: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 15



Příloha č. 36: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 16

Procentuální vyjádření odpovědí na tvrzení č. 16	
1 - nikdy	12 %
2- téměř nikdy	36 %
3 - obvykle	40 %
4 - vždy	12 %

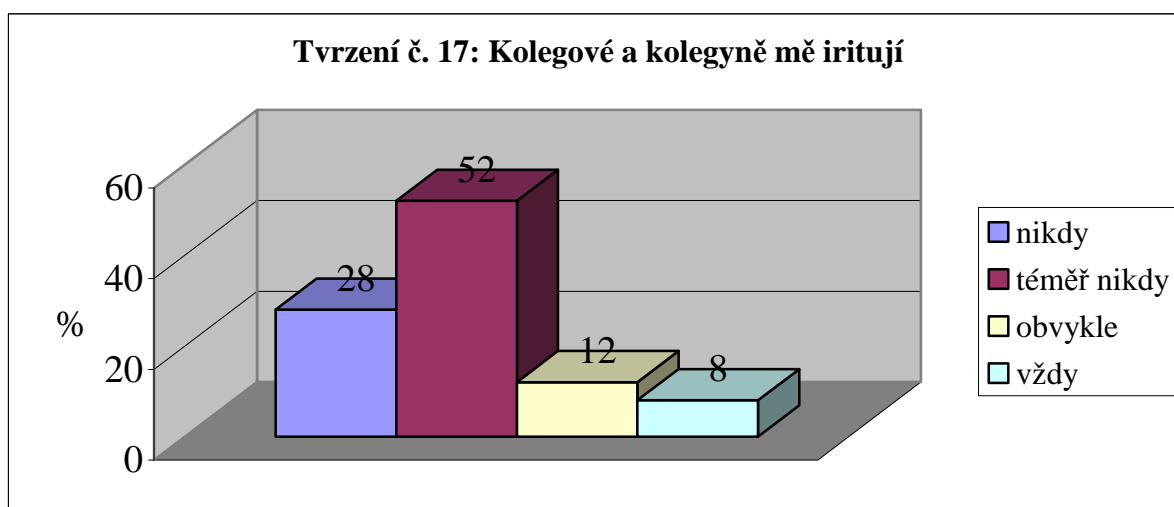
Příloha č. 37: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 16



Příloha č. 38: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 17

Procentuální vyjádření odpovědí na tvrzení č. 17	
1 - nikdy	20 %
2- téměř nikdy	60 %
3 - obvykle	16 %
4 - vždy	4 %

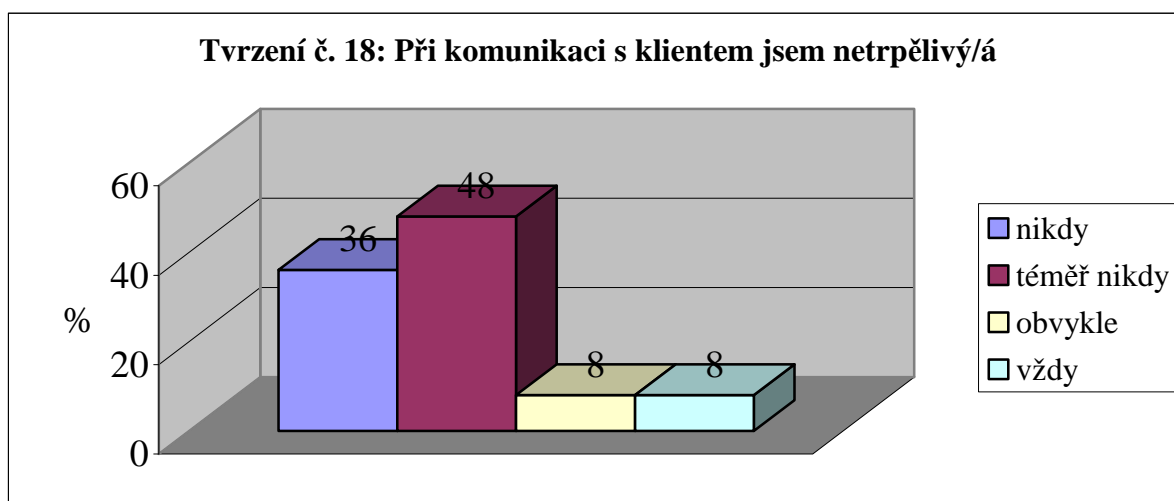
Příloha č. 39: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 17



Příloha č. 40: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 18

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 18	
1 - nikdy	36 %
2- téměř nikdy	48 %
3 - obvykle	8 %
4 - vždy	8 %

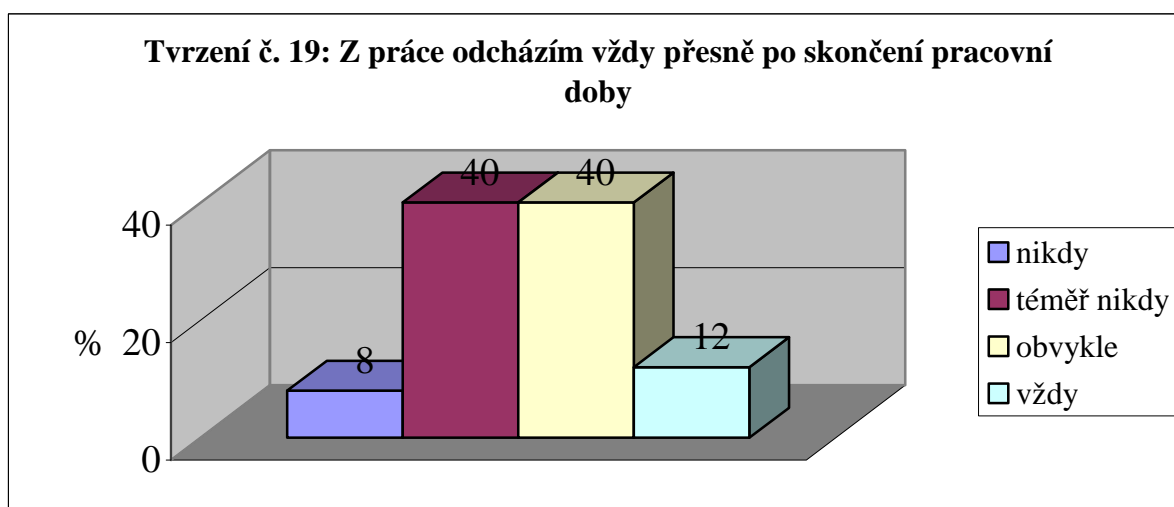
Příloha č. 41: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 18



Příloha č. 42: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 19

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 19	
1 - nikdy	8 %
2- téměř nikdy	40 %
3 - obvykle	40 %
4 - vždy	12 %

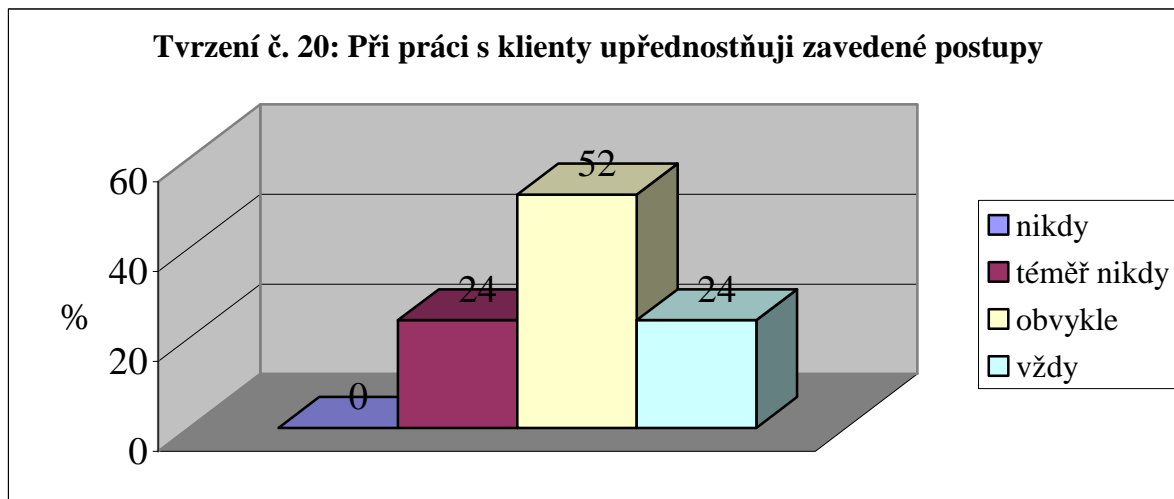
Příloha č. 43: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 19



Příloha č. 44: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 20

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 20	
1 – nikdy	0 %
2- téměř nikdy	24 %
3 – obvykle	52 %
4 – vždy	24 %

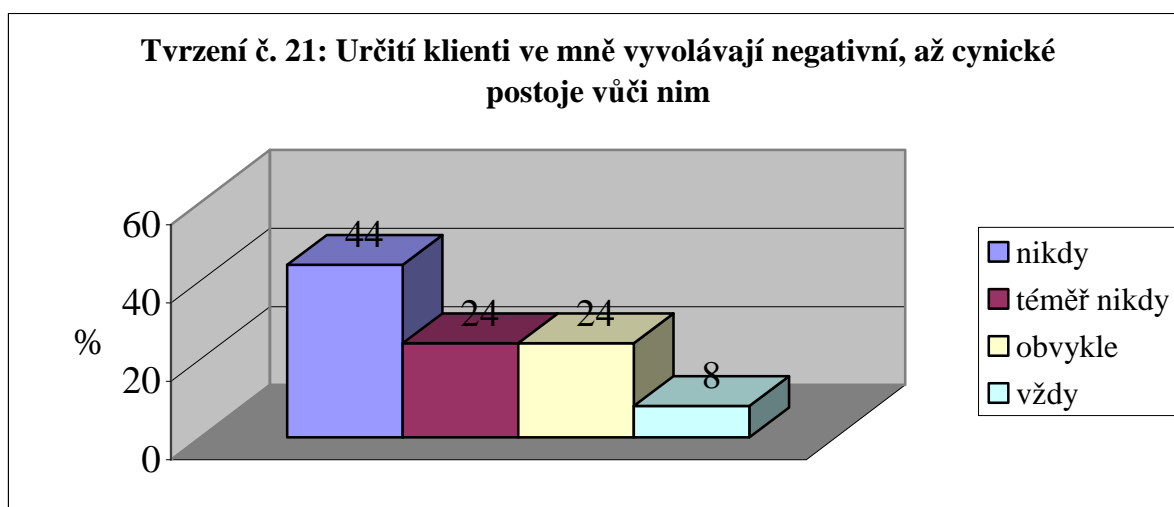
Příloha č. 45 Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 20



Příloha č. 46: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 21

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 21	
1 - nikdy	44 %
2- téměř nikdy	24 %
3 - obvykle	24 %
4 - vždy	8 %

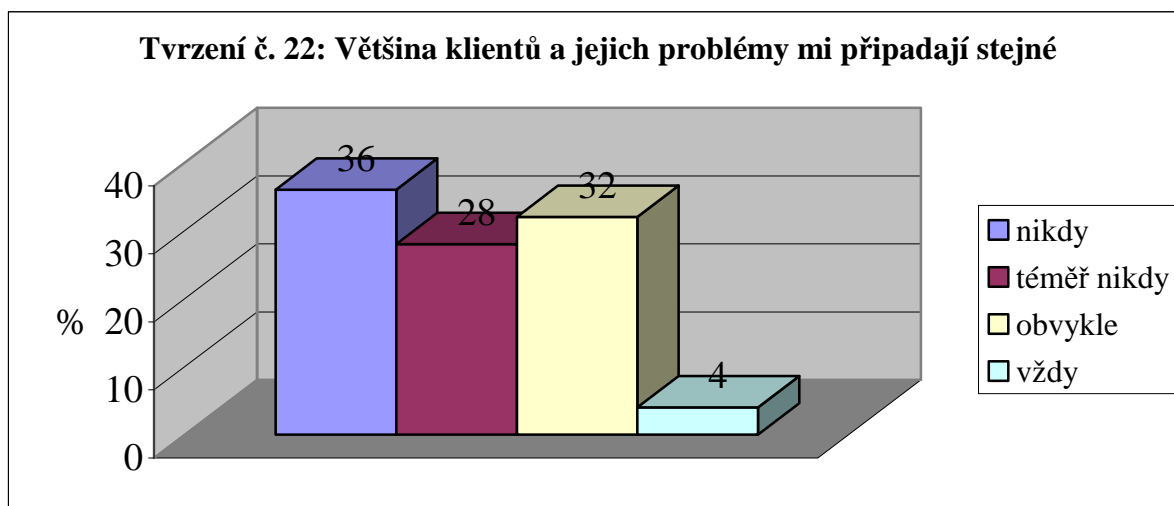
Příloha č. 47: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 21



Příloha č. 48: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 22

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 22	
1 - nikdy	36 %
2- téměř nikdy	28 %
3 - obvykle	32 %
4 - vždy	4 %

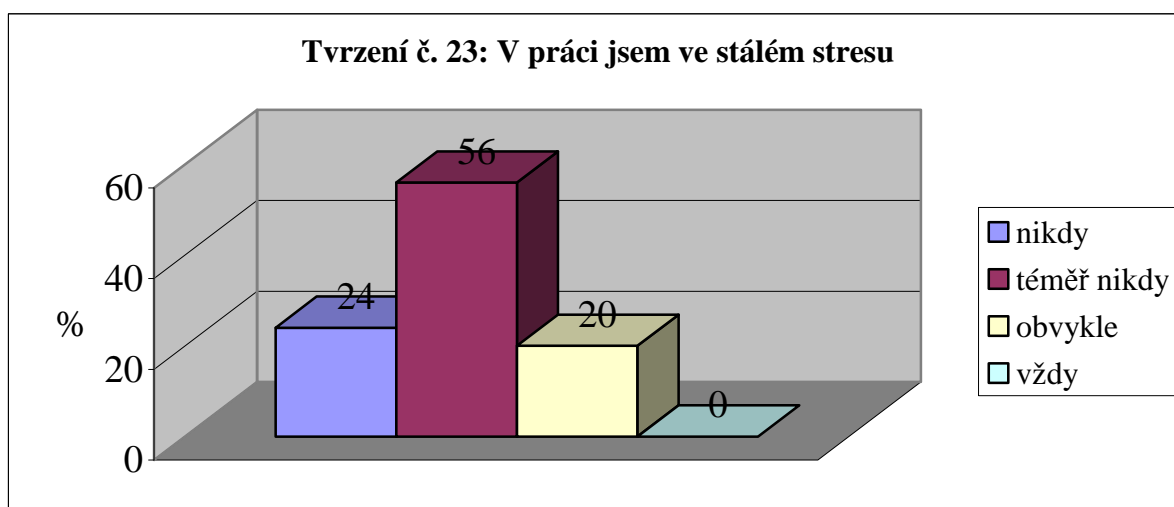
Příloha č. 49: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 22



Příloha č. 50: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 23

Procentuelní vyjádření odpovědí na tvrzení č. 23	
1 - nikdy	24 %
2- téměř nikdy	56 %
3 - obvykle	20 %
4 - vždy	0 %

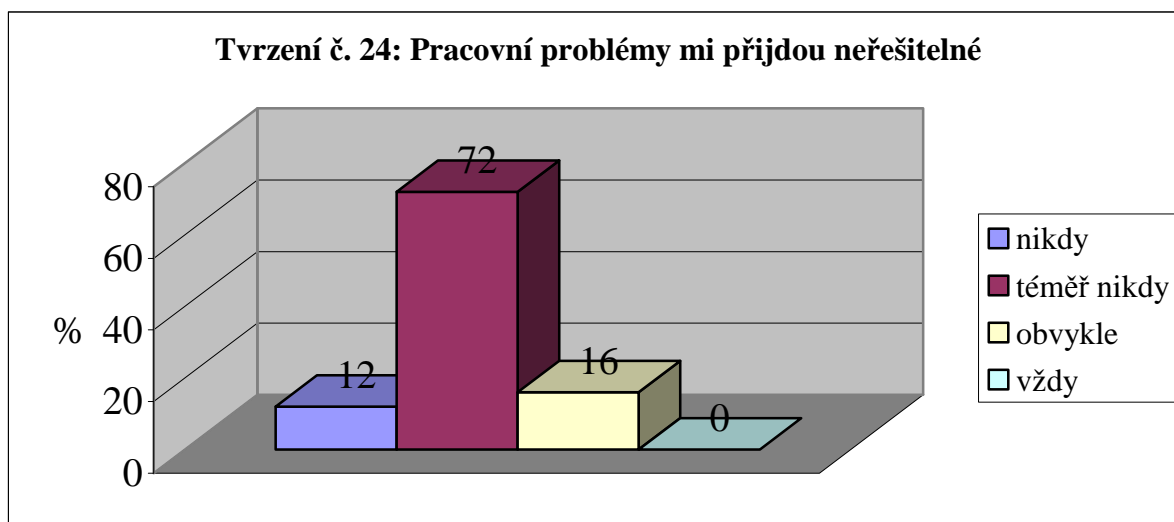
Příloha č. 51: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 23



Příloha č. 52: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 24

Procentuální vyjádření odpovědí na tvrzení č. 24	
1 – nikdy	12 %
2- téměř nikdy	72 %
3 – obvykle	16 %
4 – vždy	0 %

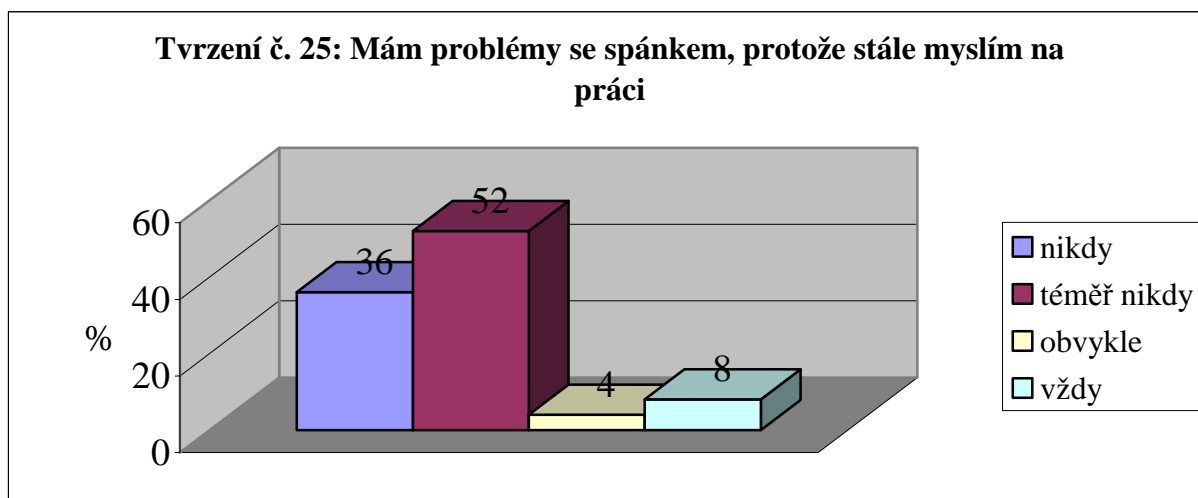
Příloha č. 53: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 24



Příloha č. 54: Tabulka vyhodnocení tvrzení č. 25

Procentuální vyjádření odpovědí na tvrzení č. 25	
1 – nikdy	36 %
2- téměř nikdy	52 %
3 – obvykle	4 %
4 – vždy	8 %

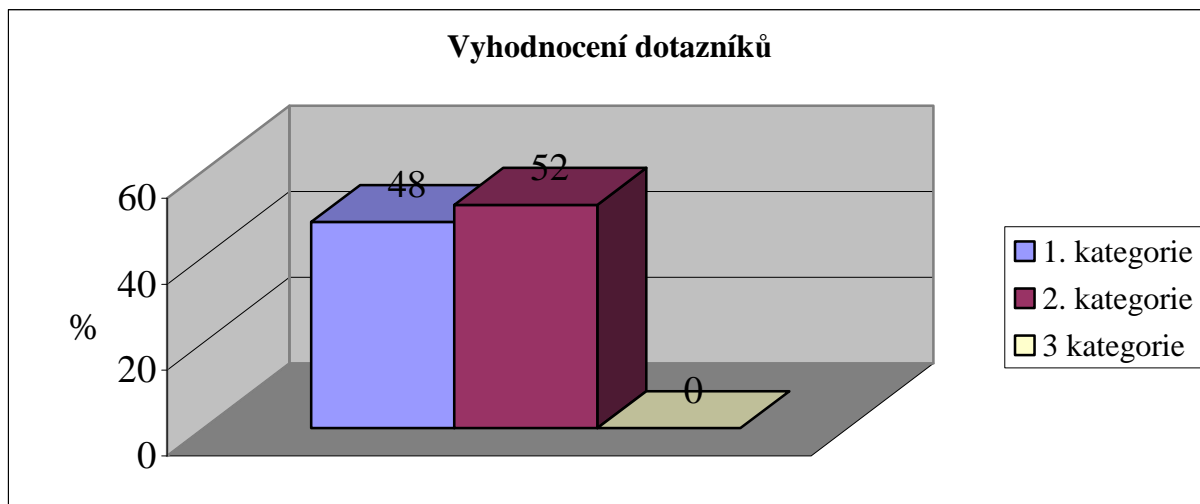
Příloha č. 55: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 25



Příloha č. 56: Tabulka vyhodnocení dotazníků

Procentuelní vyhodnocení dotazníků	
1. kategorie respondentů (bodové hodnocení 25 – 50 bodů)	48 %
2. kategorie respondentů (bodové hodnocení 51 – 75 bodů)	52 %
3. kategorie respondentů (bodové hodnocení 76 – 100 bodů)	0 %

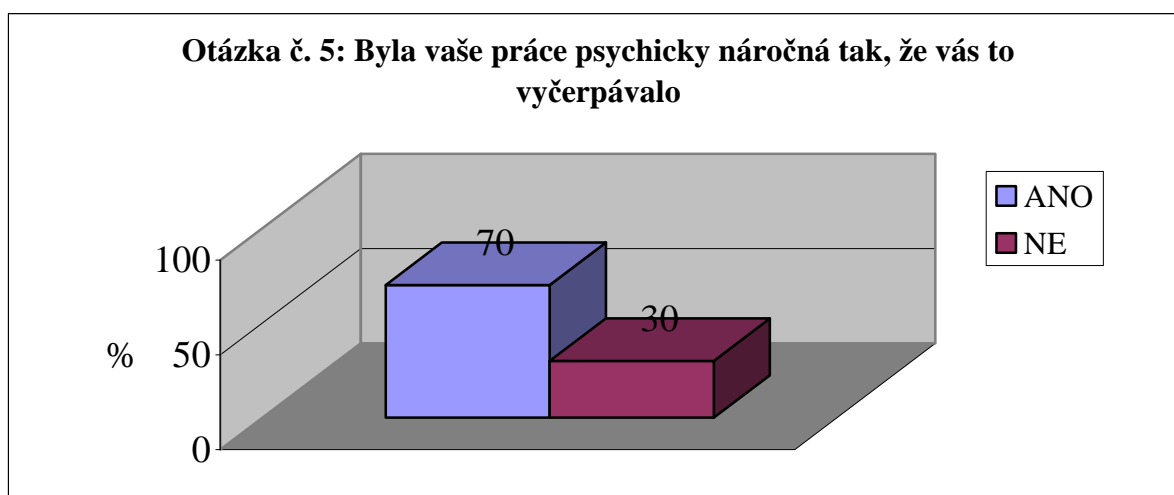
Příloha č. 57: Graficky znázorněné vyhodnocení dotazníků



Příloha č. 58: Tabulka vyhodnocení otázky č. 5

Procentuelní vyjádření odpovědí na otázku č. 5	
ANO	70 %
NE	30 %

Příloha č. 59: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 5



Příloha č. 60: Tabulka vyhodnocení otázky č. 8

Procentuelní vyjádření odpovědí na otázku č. 8	
ANO	70 %
NE	30 %

Příloha č. 61: Graficky znázorněné vyhodnocení tvrzení č. 8

